فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال شانزدهم، شماره شصت و چهارم، ص۲۴۰-۲۱۹، تابستان ۱۴۰۱
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 16, No. 64, P 219-240, Summer 2022

مقاله پژوهشی
Research Article

پیش‌بینی افسردگی بر اساس ترومای کودکی، تکانشگری و تنظیم شناختی هیجان در افراد وابسته به مواد*

شیدا مرادزاده[۱]، محمود نجفی[۲]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۲۳

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی افسردگی بر اساس ترومای کودکی، تکانشگری و تنظیم شناختی هیجان در افراد وابسته به مواد بود. **روش:** روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی افراد وابسته به مواد در مراکز ترک اعتیاد شهر تهران در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بودند. از این بین تعداد ۳۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و نسخه‌ی دوم پرسشنامه افسردگی بک، فرم کوتاه پرسشنامه ترومای کودکی، مقیاس تکانشگری بارت و همچنین نسخه‌ی کوتاه پرسشنامه سبک‌های تنظیم شناختی هیجان را تکمیل نمودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل رگرسیون همزمان استفاده شد. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد که دو مولفه‌ی ترومای کودکی شامل سوءاستفاده هیجانی و سوءاستفاده فیزیکی و همچنین دو مولفه تکانشگری حرکتی و بی‌برنامگی به طور مثبت افسردگی را پیش‌بینی کردند. همچنین، سه راهبرد تنظیم شناختی هیجان شامل دو راهبرد ناسازگار (سرزنش خود و فاجعه‌سازی) به طور مثبت و یک راهبرد سازگارانه (تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی) به شکل منفی افسردگی را پیش‌بینی کردند. **نتیجه‌گیری:** طبق نتایج پژوهش حاضر مولفه‌های مطرح شده از متغیرهای ترومای کودکی، تکانشگری و راهبردهای تنظیم هیجان پیش‌بینی کننده‌ی افسردگی هستند. بنابراین توجه به این متغیرها در پیشگیری از افسردگی از اهمیت ویژه برخوردار است.

کلید واژه‌ها: سوء مصرف مواد، افسردگی، ترومای کودکی، تکانشگری، تنظیم شناختی هیجان

*. این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در دانشگاه سمنان است و توسط ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری حمایت مالی شده است.

۱. کارشناس ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.
۲. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. پست الکترونیک: m_najafi@semnan.ac.ir

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.219]

مقدمه

اختلال مصرف مواد پدیده‌ای بغرنج و چالش برانگیز در سرتاسر جهان است که همچون سایر اختلالات روانی ذهن و بدن را درگیر می‌کند. در این بیماری فرد در مقابل ولع شدید مقاومت نداشته و اجباراً به جست و جوی مواد می‌پردازد. از آن جایی که احتمال بازگشت دوباره‌ی فرد به سمت مواد مخدر پس از پرهیز طولانی مدت وجود دارد، این بیماری عود کننده محسوب می‌شود (یدید، احدوت-لوی، بارلی، مایان و ویزمن[1]، ۲۰۱۸). این پدیده در کشورهای در حال توسعه همچنان رو به افزایش است و اغلب با مسائل اجتماعی، رفتاری، اقتصادی و همچنین عواقب نامطلوب برای سلامت فرد همراه است (الزی[2]، ۲۰۱۸). مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های ایالات متحده، مصرف بیش از حد نسخه‌های دارویی آسیب‌زا را به عنوان بیماری همه گیر توصیف کرده است (فلورانس، ژو، لو و لیکانگ[3]، ۲۰۱۶). همراهی اعتیاد با دیگر اختلالات روانی از مباحث مهم و مورد پژوهش است (اسلانیدو، پترایدس و استوجیانیدو[4]، ۲۰۱۸). داده‌های همه گیرشناسی نشان داده است که حدوداً بیش از نیمی از افرادی که اختلالات ناشی از اعتیاد دارند همزمان دچار اختلال روانی دیگری نیز می‌باشند و نقش عوامل روانی به ویژه اختلالات عاطفی، مانند افسردگی را در پیش‌بینی و سوءمصرف مواد مهم دانسته‌اند. بیش از نیمی از این افراد در زمان شروع به درمان سوء مصرف مواد از نظر بالینی علائم افسردگی شدیدتری را گزارش کرده‌اند (آناند، پاکت، بارتوسکا و داگترز[5]، ۲۰۱۹). افسردگی می‌تواند برنتایج درمان تاثیر بگذارد و شدت علائم آن در شروع درمان، احتمال پرهیز بعد از درمان را کاهش می‌دهد و با خطر بیشتری برای عود همراه است. سازمان بهداشت جهانی افسردگی را عامل اصلی بیماری و ناتوانی در جهان اعلام کرده است. افسردگی با علائمی همچون غم شدید، دوری جویی از دیگران، احساس بی‌فایدگی و بی‌ارزشی همراه است و مهم‌ترین نشانه‌های آن خلق افسرده و از دست دادن علاقه یا لذت است. از جمله مسائل

1. Yadid, Ahdoot-Levi, Bareli, Maayan & Weizman
2. Elzie
3. Florence, Zhou, Luo & Likang
4. Aslanidou, Petrides & Stogiannidou
5. Anand, Paquette, Bartuska & Daughters

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.219]

مطرح شده در ارتباط با افسردگی تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی است که شامل هر نوع سوءاستفاده عاطفی، بد رفتاری جسمی و سوءاستفاده‌ی جنسی از افرادی است که کمتر از ۱۸ سال سن دارند. سوءاستفاده عاطفی، رفتاری منفی است که بر رفاه یا اخلاق کودک تاثیر می‌گذارد و سوءاستفاده جسمی، حمله‌ی فیزیکی با خطر جراحت است (برنشتاین[1] و همکاران، ۲۰۰۳). حوادث آسیب‌زایی که در دوران کودکی تجربه می‌شوند به عنوان علل مشکلات بین فردی، اضطراب و افسردگی در دوران نوجوانی و بزرگسالی شناخته شده‌اند؛ همچنین سبب تمایل فرد به مصرف مواد و خشونت می‌شود (ارگلن، یالچان و بیلیچی[2]، ۲۰۱۸). این آسیب‌ها پیامدهای نامطلوبی برای سلامت جسمی و روانی به همراه دارد. با این حال زمینه‌ی ارتباط بین آسیب‌های کودکی و مشکلات سلامت روان در بزگسالی و مکانیسم خاص زمینه‌ساز ترومای اولیه با مشکلات روانپزشکی بعدی هنوز نامشخص است (هو، کیم، لی و چای[3]، ۲۰۱۷؛ شکیبایی و قیومی، ۱۴۰۱).

تکانشگری نیز از عوامل سبب شناسی مهم و مرتبط با تجربیات آسیب‌زای کودکی است (ریچارد-لپوری[4] و همکاران، ۲۰۱۸) ومعمولا به عنوان «اقدام به رفتارهای بدون تفکر و پاسخدهی نابجا به محرک‌هایی که غالباً دارای پیامدهای نامطلوب، می‌باشد» تعریف شده است. همچنین در ارتباط با پیش‌بینی نتایج درمانی و خطر عود در سوءمصرف مواد، تکانشگری از متغیرهایی است که مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته است. هر چند خلاءهای زیادی در درک رابطه بین تکانشگری و بهبودی ناشی از اختلالات سوءمصرف مواد، وجود دارد اما بر طبق نظریه‌ی تقویت منفی، حالات عاطفی منفی به عنوان محرک قدرتمندی برای رفتار سوءمصرف مواد، عمل می‌کنند (هوگارث[5] و همکاران، ۲۰۱۹). تکانشگری سبب کاهش بردباری در برابر هیجانات منفی و افزایش رفتار مخاطره آمیز در زمان پریشانی هیجانی است و به دنبال آن خطراتی مانند اعتیاد را تشدید می‌کند (قدرتی، محمدی پور و مفاخری، ۱۴۰۰؛ سپهوند، ۱۳۹۷). غفلت دوران کودکی ممکن است نقص در شناخت و هیجان‌های مثبت را پیش بینی کند و اشکالات در به کارگرفتن راهبردهای

1. Bernstein
2. Ergelen, Yalçın, and Bilici
3. Huh, Kim, Lee & Chae
4. Richard-Lepourie
5. Hogarth

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.219]

تطبیقی، مانند تمرکز در برنامه‌ریزی و ارزیابی مثبت را توضیح دهد (کاپتان- فاوینی[1] و همکاران، ۲۰۲۰). به احتمال زیاد، سوءاستفاده اوایل کودکی در فرایندهای معمولی تنظیم هیجان اختلال ایجاد می‌کند و باعث ترویج استفاده از راهبردهای اجتناب و سرکوبی می‌شود و خطر بروز ناسازگاری حتی در شرایطی که سوء رفتار وجود نداشته باشد را ایجاد می‌کند (گرون و کومپس[2]، ۲۰۲۰). مشکلات در تنظیم هیجان هسته‌ی اصلی علائم اختلالِ افسردگی اساسی است. به طور کلی این بیماران از راهبردهای ناسازگارانه‌ی تنظیم هیجان به دفعات بیشتری استفاده کرده و دراستفاده موثر از این راهبردها مشکل دارند (جورمان و واندرلند[3]، ۲۰۱۴). بر اساس ادبیات موجود، تنظیم هیجان شامل درک احساسات، پذیرش عاطفی، توانایی عمل مطابق با رفتار مورد نظر با وجود تجربه‌ی هیجانات منفی و استفاده انعطاف‌پذیر از راهبردهای مختلف تنظیم هیجان است (ویس، تول، آنیستس و گرتز[4]، ۲۰۱۳). رابطه‌ی دوسویه‌ای بین مشکلات در تنظیم هیجان و سوء مصرف مواد وجود دارد (نقی زاده، حسنی و محمدخانی، ۱۳۹۹). بررسی‌ها نشان داده است که مشکلاتِ تنظیم هیجان به افزایش سطح منفی احساسات در اختلال افسردگی می‌انجامد و سطح بالاتری از هیجانات مثبت به عنوان محافظی در برابر افسردگی عمل می‌کند. همچین نظریه‌های عاطفی فرض می‌کنند که افراد افسرده روحیه‌ای منفی داشته و معمولا راهبردهای ناسازگار تنظیم احساسات را به کار می‌برند (ویلیامز[5]، ۲۰۱۶). شناسایی عوامل مرتبط با افسردگی نقشی تعیین کننده در کاهش خطرِ این اختلال دارد (هامفریس[6] و همکاران، ۲۰۲۰). نتایجِ پژوهش دادفرنیا، هادیان فرد، رحیمی و افلاک سیر (۱۳۹۹) نشان داد که راهبردهای تنظیم هیجان می‌تواند عامل مهمی درپیش بینی افسردگی باشد و بین راهبردهای ناسازگارانه‌ی تنظیم شناختی هیجان و افسردگی رابطه‌ی مثبت و معنادار وجود دارد و این رابطه در راهبردهای سازگارانه‌ی تنظیم هیجان به صورت معکوس می‌باشد. پژوهش کراوز-اوتز[7] و همکاران (۲۰۱۹) نیز نشان داد که بدرفتاری دوران

1. Kapitány-Fövény
2. Gruhn and Compos
3. Joormann and Vanderlind
4. Weiss, Tull, Anestis and Gratz
5. Williams
6. Humphreys
7. Krause-Utz

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.219]

کودکی، به ویژه بد رفتاری عاطفی، با مشکلات تکانشکری و تنظیم هیجان در افراد سالم و افراد دارای اختلال شخصیت مرزی رابطه مثبت دارد. همچنین نتایج پژوهش خسروانی و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که مولفه‌های سوء استفاده‌ی عاطفی و شدت غفلت تاثیر مستقیم بر علائم افسردگی دارند و بی نظمی هیجانی نیز ممکن است علائم افسردگی را در مصرف کنندگان هروئین، که بدرفتاری عاطفی را در دروان کودکی تجربه کرده‌اند، افزایش دهد. در مجموع مطالعات تجربی انجام شده و مبانی نظری موجود بیانگر این است که نقش عوامل روانی، مخصوصاً اختلالات خلقی در ارتباط با اعتیاد اهمیت دارد. شناسایی مکانیسم‌های روانی زمینه‌ساز استمرار مصرف مواد در افراد دارای علائم افسردگی بالا، اهمیت ویژه‌ای دارد (متیو، هورگاث، لیونتال، کوک و هیتسمن[1]، ۲۰۱۷). با توجه به ویژگی‌های روانشناختی و عملکرد رفتاری افراد وابسته به مواد، بررسی این عوامل دارای اهمیت است؛ لذا با در نظر گرفتن پیامدهای مخرب اعتیاد و ارتباط آن با آسیب‌های روانشناختی و تاثیرات منفی سوءمصرف مواد بر فرد و جامعه، به نظر می‌رسد شناسایی عوامل زمینه‌ساز و مرتبط با این اختلال برای پیشگیری، تشخیص و درمان آن از اهمیت بالایی برخوردار است. بنابراین سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا ترومای کودکی، تکانشگری و تنظیم شناختی هیجان، افسردگی را در افراد وابسته به مواد پیش‌بینی می‌کند؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی افراد وابسته به مواد در مراکز ترک اعتیاد شهر تهران در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بودند. طبق دیدگاه جیمز استیونس در تحلیل رگرسیون چندگانه، به منظور افزایش قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها بهتر است به ازای هر متغیر پیش‌بین دست‌کم ۱۵ آزمودنی در نظر گرفته شود (هومن، ۱۳۹۳)؛ بنابراین با توجه به تعداد متغیرها، امکان ریزش نمونه‌ها و

1. Mathew, Hogarth, Leventhal, Cook & Hitsman

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.219]

دستیابی به نتایج قابل قبول، نمونه‌ای برابر با ۳۰۰ نفر از افراد وابسته به مواد مخدر در مراکز ترک اعتیاد شهر تهران، به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱- دارا بودن اختلال وابستگی به مواد بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی-نسخه پنجم[1]، ۲- مراجعه به یکی از مراکز ترک اعتیاد شهر تهران جهت درمان و ۳- علاقه برای مشارکت در فرآیند پژوهش و رضایت برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. داده‌ها با استفاده از رگرسیون همزمان تحلیل شدند.

ابزار

۱- پرسشنامه‌ی افسردگی بک نسخه دوم[2]: این پرسشنامه شکل بازنگری شده از نسخه اول پرسشنامه بک است و به عنوان شاخصی از شدت افسردگی و نه به عنوان یک ابزار تشخیصی به کار می‌رود. این پرسشنامه یک پرسشنامه خود گزارشی است که ۲۱ آیتم دارد و برای ارزیابی افسردگی تدوین شده است. نمرات بالا نشان دهنده‌ی سطوح بیشتری از افسردگی می‌باشد (ریگان، هریس و فیلدز[3]، ۲۰۱۹). در پژوهش بک، استر و براون[4] (۱۹۹۶) میانگین ضریب آلفا برای ثبات درونی در بیماران روانپزشکی با میانگین ۰/۸۶ و بیماران غیر روانپزشکی با میانگین ۰/۸۱ بوده است. همچنین در جمعیت ایرانی و بر روی دانشجویان آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و اعتبار پایایی ۰/۷۳ به فاصله دو هفته گزارش شده است (برمال، صالحی فدری و طبیبی، ۱۳۹۷).

۲- فرم کوتاه پرسشنامه ترومای کودکی[5]: این پرسشنامه دارای ۲۸ سؤال است که ۲۵ سؤال آن برای سنجش مؤلفه‌های اصلی پرسشنامه به کار می‌رود و ۳ سؤال آن برای تشخیص افرادی که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند به کار می‌رود. پاسخگویی به سوال‌ها براساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۵) صورت می‌گیرد. این مقیاس پنج بعد سوءاستفاده جنسی (سؤال‌های ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۷)،

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)
2. Beck Depression Inventory-II
3. Regan, Harris, & Fields
4. Beck, Steer & Brown
5. childhood trauma questionnaire

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.219]

سوءاستفاده جسمی (سؤال‌های ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۷)، سوءاستفاده عاطفی (سؤال‌های ۳، ۸، ۱۴، ۱۸، ۲۵)، غفلت عاطفی (سؤال‌های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹ و ۲۸) و جسمی (سؤال‌های ۱، ۲، ۴، ۶، ۲۶) را می‌سنجد. ۷ سؤال از این مقیاس (۱۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸، ۲ و ۲۶) به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. در این مقیاس حداقل و حداکثر نمرات برای هر یک از زیرمقیاس‌ها به‌ترتیب ۵ و ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ و ۱۲۵ است که نمره بالاتر نشان‌دهنده تروما یا آسیب بیشتر است. برنستاین[1] و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را برای ابعاد سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت عاطفی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۹۵، ۰/۸۹ و ۰/۷۸ گزارش کردند. همچنین روایی هم‌زمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش‌شده است (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران نیز ابراهیمی، دژکام و ثقه‌الاسلام (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مؤلفه‌های پنج‌گانه آن گزارش کرده‌اند.

۳- مقیاس تکانشگری بارت[2]: این مقیاس توسط ارنست بارات ساخته شد و سه مولفه از تکانشگری شامل مولفه حرکتی (عمل کردن آنی بدون تفکر قبلی)، عدم برنامه ریزی (فقدان آینده‌نگری در رفتار و اعمال) و مولفه شناختی (تمرکز و سرعت توجه) را می‌سنجد (ریچارد-رپوری و همکاران، ۲۰۱۹). این پرسشنامه دارای ۳۰ سوال است که در یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۴) نمره‌گذاری می‌گردد و تمامی گویه‌ها داری نمره‌گذاری مثبت است. در پژوهش سومیا[3] و همکاران (۲۰۰۱) ضریب ثبات درونی برای نمره کل مقیاس این پرسشنامه را حدوداً ۰/۷۹ تا ۰/۸۳ در جمعیت‌های متفاوت مانند زندانیان، فارغ تحصیلان، مبتلایان به سوء مصرف مواد و غیره گزارش کرده‌اند. در ایران در پژوهش محمودی‌نیا، سپاه منصور، امامی پور و حسنی (۱۳۹۸) پایایی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ مقدار ۰/۷۵ گزارش شده است.

1. Bernstein
2. Barratt Impulsivity Scale (BIS)
3. Someya

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.219]

۴- پرسشنامه سبک‌های شناختی تنظیم هیجان[1]: جهت ارزیابی نحوه تفکر افراد بعد از تجربه حوادث تهدیدکننده یا استرس‌زای زندگی پرسشنامه ۱۸ آیتمی سبک‌های شناختی تنظیم هیجان توسط گارنفسکی و کراجی[2] (۲۰۰۶) طراحی شده است. پاسخ به سوالات این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) است. این پرسشنامه ۹ راهبرد دارد و هر راهبرد ۲ سوال دارد که نمره هر راهبرد پس از جمع‌بندی در دامنه‌ای از ۲ تا ۱۰ قرار می‌گیرد. این راهبردها عبارتند از: راهبردهای منفی شامل سرزنش خود، سرزنش دیگران، فاجعه پنداری و نشخوار فکری و راهبردهای مثبت شامل پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، برنامه ریزی، باز ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه. نمره کلی از جمع کل نمرات به دست می‌آید که نشان دهنده استفاده از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان است که در دامنه نمره کلی بین ۱۸ تا ۹۰ است. تنظیم کنندگان این پرسشنامه اعتبار آن را برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱ و برای راهبردهای منفی ۰/۸۷ و کل پرسشنامه ۰/۹۳ از طریق آلفای کرونباخ محاسبه کرده‌اند. حسنی (۱۳۹۰) گزارش کرد که نسخه فارسی فرم کوتاه این پرسشنامه از اعتبار و روایی خوبی برخوردار است و ضرایب آلفای کرونباخ (با دامنه‌ی ۰/۶۸ تا ۰/۸۲) آن نشان دهنده‌ی اعتبار ۹ خرده مقیاس این پرسشنامه هستند (به نقل از قاسمی، گودرزی، غضنفری، ۱۳۹۸).

یافته‌ها

میانگین سن نمونه مورد مطالعه ۳۹/۱۶ بود. در این مطالعه ۶۶/۷ درصد از شرکت کنندگان مرد و ۳۳/۳ درصد زن بودند. میانگین میزان تحصیلات افراد وابسته به مواد ۸/۹۴ بود. از میان شرکت کنندگان، ۱۰/۳ درصد، ۷۸/۳ درصد و ۱۱/۴ درصد به ترتیب مجرد، متاهل و مطلقه بودند. میانگین سن شروع مصرف مواد و مدت مصرف مواد به ترتیب ۲۲/۲۸ و ۱۳/۷۶ بود. همچنین، ۶۶/۳ درصد مصرف کننده مواد مخدر، ۲۱/۷ درصد مصرف کننده مواد محرک و ۱۲ درصد مصرف کننده هر دو ماده بودند. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد مطالعه نیز در جدول ۱ ارائه شده است.

1. Short form- Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

2. Garnefski, Kraaij & Spinhoven

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.219]

جدول۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیرها	مولفه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
ترومای دوران کودکی	سوء استفاده هیجانی	۱۱/۸۲	۴/۵۷
	سوء استفاده فیزیکی	۹/۹۵	۵/۷۰
	سوء استفاده جنسی	۹/۰۰	۵/۶۵
	غفلت فیزیکی	۱۱/۵۲	۴/۴۳
	غفلت هیجانی	۱۲/۹۵	۴/۱۳
تکانشگری	تکانشگری حرکتی	۲۱/۰۱	۶/۱۱
	تکانشگری شناختی	۱۹/۲۳	۳/۶۷
	بی‌برنامگی	۳۰/۰۹	۵/۴۵
راهبردهای تنظیم شناختی هیجان	سرزنش خود	۵/۸۹	۲/۳۵
	پذیرش	۵/۸۷	۲/۲۲
	نشخوارگری	۶/۰۸	۲/۳۱
	تمرکز مجدد مثبت	۴/۸۶	۲/۲۹
	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۶/۱۷	۲/۲۸
	ارزیابی مجدد مثبت	۵/۵۰	۲/۰۴
	دیدگاه‌گیری	۵/۵۰	۲/۰۰
	فاجعه‌سازی	۵/۶۹	۲/۳۱
	سرزنش دیگران	۵/۲۵	۲/۲۱
افسردگی	-	۱۷/۹۸	۱۳/۸۳

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از رگرسیون همزمان استفاده شد. ابتدا مفروضه‌های استفاده از این آزمون‌های پارامتریک مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف- اسمیرنف[1] استفاده شد که نتایج حاکی از آن بود که نمرات متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال بودند (p>۰/۰۵). جهت بررسی مفروضه عدم وجود خودهمبستگی در خطاهای پژوهش، از آماره دوربین-واتسون[2] استفاده شد که

1. Kolmogoro-Smirnov test
2. Durbin-Watson

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.219]

مقدار آن در دامنه ۱/۵ تا ۲/۵ قرار داشت؛ بنابراین میتوان گفت مفروضه عدم وجود خودهمبستگی مورد تأیید است. همچنین مفروضه همخطی برای متغیرهای پیش‌بین با استفاده از ضریب تحمل[1] و عامل تورم واریانس[2] بررسی شد. نتایج نشان داد مفروضه همخطی محقق شده است؛ زیرا مقدار ضریب تحمل در تمامی متغیرها به عدد یک نزدیک بود و مقادیر عامل تورم واریانس در همه آن‌ها کمتر از ۱۰ بود. در ادامه نتایج تحلیل رگرسیون همزمان جهت پیش‌بینی افسردگی بر اساس مولفه‌های ترومای کودکی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول۲: پیش‌بینی افسردگی بر اساس مولفه‌های ترومای کودکی با روش رگرسیون همزمان

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	B	خطای استاندارد	بتا	T	ضریب پیش‌بینی	ضریب پیش‌بینی اصلاح شده	F	معناداری
افسردگی	مقدار ثابت	۳/۱۳	۲/۵۴	–	۱/۲۵				۰/۲۱
	سوء استفاده هیجانی	۰/۴۷	۰/۲۷	۰/۲۶	۳/۷۶				*۰/۰۰۱
	سوء استفاده فیزیکی	۰/۴۳	۰/۲۳	۰/۲۴	۲/۹۰				*۰/۰۰۱
	سوء استفاده جنسی	۰/۲۱	۰/۱۶	۰/۰۹	۱/۲۹				۰/۲۰
	غفلت فیزیکی	۰/۵۱	۰/۲۷	۰/۱۷	۱/۸۹				۰/۰۶
	غفلت هیجانی	۰/۲۶	۰/۲۰	۰/۰۸	۱/۲۸	۰/۳۰	۰/۲۹	۲۵/۰۴	۰/۲۰

*p<۰/۰۰۱

نتایج نشان داد که در مدل رگرسیونی به روش همزمان، دو مولفه ترومای کودکی شامل سوء استفاده هیجانی (β=۰/۲۶، t=۳/۷۶، p<۰/۰۰۱) و سوء استفاده فیزیکی (β=۰/۲۴، t=۲/۹۰، p<۰/۰۰۱) توانستند ۳۰ درصد (R^2=۰/۳۰، F=۲۵/۰۴) از تغییرات متغیر ملاک افسردگی را صورت معناداری پیش‌بینی کنند. دیگر مولفه‌های ترومای کودکی شامل سوء استفاده جنسی، غفلت فیزیکی و غفلت هیجانی نتوانستند افسردگی را به شکل معناداری پیش‌بینی کنند (p>۰/۰۵). در ادامه، نتایج پیش‌بینی افسردگی بر اساس مولفه‌های تکانشگری در جدول ۳ نشان داده شده است.

1 .Tolerance

2. Variance Inflation Factors (VIF)

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.219]

جدول ۳ : پیش‌بینی افسردگی بر اساس مولفه‌های تکانشگری با روش رگرسیون همزمان

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	B	خطای استاندارد	بتا	T	ضریب پیش‌بینی	ضریب پیش‌بینی اصلاح شده	F	معناداری
افسردگی	مقدار ثابت	-۸/۸۶	۵/۲۶	-	-۱/۶۸				۰/۰۹
	تکانشگری حرکتی	۰/۴۶	۰/۱۵	۰/۲۰	۳/۱۰				*۰/۰۰۱
	تکانشگری شناختی	۰/۰۵	۰/۲۵	۰/۰۱	۰/۱۹				۰/۸۵
	بی‌برنامگی	۰/۶۰	۰/۱۴	۰/۲۴	۴/۱۸	۰/۱۱	۰/۱۰	۱۱/۹۱	*۰/۰۰۱

*p<۰/۰۰۱

نتایج نشان داد که در مدل رگرسیونی به روش همزمان، دو مولفه تکانشگری شامل تکانشگری حرکتی (Beta=۰/۲۰، t=۳/۱۰، p<۰/۰۰۱) و بی‌برنامگی (Beta=۰/۲۴، t=۴/۱۸، p<۰/۰۰۱) توانستند ۱۱ درصد (R^2=۰/۱۱، F=۱۱/۹۱) از تغییرات متغیر ملاک افسردگی را صورت معناداری پیش‌بینی کنند. اما، مولفه تکانشگری شناختی پیش‌بینی کننده معنادار افسردگی نبود (p>۰/۰۵). همچنین نتایج پیش‌بینی افسردگی بر اساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ٤: پیش‌بینی افسردگی بر اساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با روش رگرسیون همزمان

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	B	خطای استاندارد	بتا	T	ضریب پیش‌بینی	ضریب همبستگی اصلاح شده	F	معناداری
افسردگی	مقدار ثابت	۲۵/۴۵	۳/۰۵	-	۸/۳۵				۰/۰۰۱
	سرزنش خود	۱/۷۵	۰/۴۶	۰/۳۰	۳/۸۱				**۰/۰۰۱
	پذیرش	-۰/۶۰	۰/۵۳	-۰/۱۰	-۱/۱۵				۰/۲۵
	نشخوارگری	۰/۱۴	۰/۴۵	۰/۰۲	۰/۳۲				۰/۷۵
	تمرکز مجدد مثبت	-۰/۳۶	۰/۴۱	-۰/۰۶	-۰/۸۸				۰/۳۸
	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	-۱/۵۷	۰/۴۶	-۰/۲۶	-۳/۴۲				**۰/۰۰۱
	ارزیابی مجدد مثبت	-۰/۱۳	۰/۵۳	-۰/۰۲	-۰/۲۴				۰/۸۱
	دیدگاه‌گیری	-۰/۰۴	۰/۴۹	-۰/۰۱	-۰/۰۸				۰/۹۴
	فاجعه‌سازی	۱/۲۰	۰/۴۵	۰/۲۰	۲/۶۷				*۰/۰۰۸
	سرزنش دیگران	۰/۰۳	۰/۴۰	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۱۴	۰/۱۱	۵/۰۳	۰/۹۹

*p<۰/۰۱. **p<۰/۰۰۱.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]
[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.219]

نتایج در مدل رگرسیونی به روش همزمان، نشان داد که از بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، دو راهبرد ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان شامل سرزنش خود (Beta=۰/۳۰، t=۳/۸۱، p<۰/۰۰۱) و فاجعه‌سازی (Beta=۰/۲۰، t=۲/۶۷، p<۰/۰۱) به طور مثبت و یک راهبرد سازگارانه تنظیم شناختی هیجان شامل تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی به شکل منفی (Beta=-۰/۲۶، t=-۳/۴۲، p<۰/۰۰۱) توانستند ۱۱ درصد (R^2=۰/۱۱، F=۵/۰۳) از تغییرات متغیر ملاک افسردگی را صورت معناداری پیش‌بینی کند. اما، دیگر راهبرهای تنظیم شناختی هیجان پیش‌بینی کننده معنادار افسردگی نبودند (p>۰/۰۵).

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش بینی افسردگی بر اساس ترومای کودکی، تکانشگری و تنظیم شناختی هیجان در افراد وابسته به مواد انجام گرفت. نتایج نشان داد از میان مولفه‌های ترومای کودکی، دو مولفه‌ی سوءاستفاده هیجانی و سوءاستفاده فیزیکی و از مولفه‌های تکانشگری، دو مولفه تکانشگری حرکتی و بی‌برنامگی با افسردگی ارتباط داشتند و از میان راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، سه راهبرد شامل دو راهبرد ناسازگار (سرزنش خود و فاجعه سازی) به طور مثبت و یک راهبرد سازگارانه (تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی) به شکل منفی با افسردگی روابط معنا داری داشتند. در ارتباط با مولفه‌های ترومای کودکی، دو مولفه‌ی سوءاستفاده هیجانی و سوءاستفاده فیزیکی توانستند افسردگی را در افراد وابسته به مواد پیش بینی کنند که با نتایج پژوهش‌های هامفریس و همکاران (۲۰۲۰)، خسروانی و همکاران (۲۰۱۹)، رضایی، صالحی و احمدی(۱۳۹۷) و کاروالیو فرناندو[1] و همکاران (۲۰۱۴) همسو بود. هامفریس و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی گزارش کردند که گرچه هر نوع سوء رفتار با کودک با تشخیص افسردگی همراه است اما تاثیرات متفاوت بوده و با سوءاستفاده‌ی عاطفی و غفلت قوی‌ترین ارتباط را دارد. در مطالعه‌ی خسروانی و همکاران (۲۰۱۹) مولفه‌های سوءاستفاده‌ی عاطفی و شدت غفلت تاثیر مستقیم بر علائم افسردگی داشت. همچنین کاروالیو فرناندو و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که تجارب بدرفتاری گزارش شده، به خصوص سوءاستفاده‌ی عاطفی و

1. Carvalho Fernando

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.219]

غفلت با مشکلات تنظیم هیجان مرتبط است. همچنین مشکلات تنظیم هیجان ممکن است مسیری باشد که از طریق آن استرس اوایل زندگی به‌ویژه سوءاستفاده‌ی عاطفی، خطر ابتلا به علائم اختلال شخصیت مرزی را افزایش دهد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان به شواهد حاصل از نظریه‌های دلبستگی اشاره کرد. دیدگاه‌های اخیر دلبستگی در زمینه‌های ایجاد اختلال سوءمصرف مواد و ارتباط آن با اختلالات مربوط به دلبستگی، با در نظرگرفتن تروما، جدایی، خودتنظیمی بر تاثیر اساسی پیوندهای رابطه‌ای اولیه در رشد روانشناختی فردی تاکید دارند (ساوت گیت[1]، ۲۰۱۶). بر اساس این تئوری، اگر در دلبستگی اولیه اختلالی ایجاد شود کودک مستعد اضطراب شده که بعدها زمینه‌ی ایجاد افسردگی را به وجود می‌آورد. همچنین تجارب آسیب‌زای اولیه به‌ویژه با مراقبین، محیطی را ایجاد می‌کند که احساسات و عواطف کودک را بی‌اعتبار کرده و کودک در این فضای ناامن، از راهبردهای ناسازگار مانند سرکوب و یا جلوگیری از احساسات منفی استفاده می‌کند (هو و همکاران، ۲۰۱۷). بنابراین احساسات ناسازگارِ ناشی از آسیب‌های دوران کودکی باعث آسیب پذیری در عملکردهای روانشناختی مانند افسردگی و اضطراب در مراحل بعدی زندگی می‌شود. همچنین نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که بیماران افسرده‌ای که قبل از رسیدن به دوره‌ی بلوغ تجارب استرس زا نداشته‌اند به درمان ترکیبی (روان درمانی و دارو درمانی) بهترین پاسخ را داده‌اند. اما بیمارانی که تجربه‌ی سوءاستفاده‌ی فیزیکی و جنسی، غفلت والدین و یا از دست دادن آن‌ها قبل از رسیدن به سن ۱۵ سالگی را گزارش کرده بودند، نسبت به درمان پاسخدهی بسیار ضعیف‌تری را نشان دادند. ممکن است انواع مختلف سوءاستفاده در دوران کودکی تاثیر متفاوتی بر عملکرد مدارهای عاطفی مغز در بزرگسالی داشته باشد (ویلیامز و همکاران، ۲۰۱۶). بر طبق نظریه‌ی رشد عصبی، میزان انعطاف‌پذیری مغز در طول رشد متفاوت است؛ به طوری که تروما در طی دوره‌های حساس رشد عصبی ممکن است باعث تغییر عملکرد مغز شده و اثر واکنش‌های فیزیولوژیکی بعدی به استرس را ماندگارتر کرده و فرد را مستعد افسردگی نماید. بر طبق آنچه که الگوی اپی‌ژنتیک نامیده می‌شود عوامل استرس‌زای محیطی در کنار ویژگی‌های

1. Southgate

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.219]

ژنتیکی به عنوان عوامل انکار ناپذیر در بروز افسردگی شناخته شده‌اند و گزارش‌های بیولوژیکیِ افسردگی بر تعامل بین فرایندهای بیولوژیکی و عوامل استرس زای محیطی برای تعیین نتایج فردی تاکید دارند (شادرینا، وبوندارنکو و اسلومینسکی[1]، ۲۰۱۸). کودک که به نوعی آسیب پذیر است با مراقبینی روبروست که هیجانات وی را نامعتبر دانسته و یا به طور مکرر وی را مجازات می‌کنند (کراول، بوشاین و لینهان[2]، ۲۰۰۹). همه‌ی این شرایط منجر به بی‌نظمی عاطفی، یعنی کنترل ضعیف بر وضعیت عاطفی خود، برانگیختگی عاطفی بالا و ناتوانی در انجام رفتار هدفمند در شرایط خاص می‌شود. از سویی در پاسخ افراد به حوادث استرس‌زا امکان دارد یک عامل ژنتیکی نیز دخیل باشد؛ یعنی در بروز علائم روانشناختی برای فردی که در معرض سوء رفتار دوران کودکی قرار گرفته است، تاثیرات ژنتیکی موثر است (دیویس[3]، ۲۰۱۸). حوادث آسیب‌زایی که در دوران کودکی تجربه می‌شوند به عنوان علل مشکلات بین فردی، اضطراب و افسردگی در دوران نوجوانی و بزرگسالی شناخته شده‌اند و سبب تمایل فرد به مصرف مواد و خشونت می‌شود (ارگلن و همکاران، ۲۰۱۸).

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که بین دو مولفه تکانشگری حرکتی و بی‌برنامگی با افسردگی ارتباط وجود دارد که این یافته‌ها هم‌راستا با پژوهش‌های سادیچا و شویتز[4] (۲۰۱۴) و آریاناکیا و حسنی (۱۳۹۳) بود. نتایج پژوهش آریاناکیا و حسنی (۱۳۹۳) نشان داد که نمرات در ابعاد شناختی/توجهی، حرکتی و بی‌برنامگیِ تکانشگری بیماران دوقطبی و افسردگی بیشتر از گروه کنترل سالم است. همچنین سادیچا و شویتز (۲۰۱۴) به این نتیجه دست یافتند که حتی در دوران بعد از بهبودیِ بیماری افسردگی، بین تکانشگری و افسردگی رابطه وجود دارد. احتمال دارد تکانشگری بالاتر منجر به خطر ابتلا به دوره‌های افسردگی شود. می‌توان گفت بر طبق دیدگاه زیست شناسی تکانشگری تحت تاثیر عواملی چون شناخت معیوب و نقص در برنامه‌ریزی (ناتوانی در برنامه ریزی و تفکر با دقت) توصیف شده است. تکانشگری به عنوان نقص در توانایی داشتنِ تفکر منطقی برای

1. Shadrina, Bondarenko & Slominsky
2. Crowell, Beauchaine & Linehan
3. Davis
4. Saddichha and Schuetz

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]
[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.219]

یک دوره‌ی ثابت تعریف شده است. دیدگاه زیستی اعتقاد دارد ساختار ذهن برخی از افراد برای دست زدن به اعمال پرخاشگرانه مستعدتر از افراد دیگر است. پژوهش‌ها نشان داده است که اختلال در عملکرد بخش پیشانی مغزِ افراد، با تکانشگری بیشتری همراه است؛ این افراد نمی‌توانند اعمال خود را، هر چند بر زیان بـــاربودن آن‌ها آگاهی داشته باشند کنترل کنند (اواندن[1]، ۱۳۹۹). عدم توانایی در تمرکز (نقص شناختی) از ملاک‌های تشخیصی در اختلال افسردگی است و از عوامل خطر و سبب شناسی این اختلال می‌توان به نقص در ناهنجاری‌های خاص و نوروشیمیایی در ساختار عصبی پرداخت که ممکن است چندین عامل در آن دخیل باشند (پاندیا، التینای، مالون و آناند[2]، ۲۰۱۲). تکانشگری نیز از موارد همایند با افسردگی است و نتایج نشان داده است که کمبود عملکرد سروتونرژیک، از زمینه‌های ارتباطی بین پرخاشگری تکانه‌ای و افسردگی است (سئو، پاتریک وکنیلی[3]، ۲۰۰۸). با این حال مطالعه‌ی ناهنجاری‌های عصبی زیست شناختی مربوط به تکانشگری ساده نیست و به عنوان مجموعه‌ای از چندین بُعد مختلفِ رفتار پایدار و صفت مانند مفهوم بندی شده است. از سویی نظریه‌ی گری[4] (۱۹۸۷) در مورد ابعاد شخصیت و فیزیولوژی، یک مدل دو بعدی ارائه می‌دهد که شامل دو سیستم عصب شناختی یعنی سیستم بازداری رفتاری و سیستم فعال سازی رفتاری است. سیستم بازداری رفتاری با نشانه‌های تنبیه، عدم پاداش و رفتار اجتنابی مشخص می‌شود و نتایج این سیستم منجر به مهار حرکت در جهت هدف شده و اغلب باعث ایجاد هیجانات منفی مانند ترس و اضطراب می‌شود؛ در حالی که سیستم فعال‌سازی رفتاری به نشانه‌های پاداش، اجتناب از تنبیه و گرایش به رفتار لذت‌بخش حساس بوده و باعث پیشرفت به سمت هدف و ارتقاء هیجانات مثبت مانند امید و شادکامی می‌شود. به طور کلی این دو سیستم در افراد به صورت متفاوتی عمل می‌کند و مهم‌ترین صفت منعکس کننده‌ی این دو سیستم، اضطراب و تکانشگری است. افراد با سیستم بازداریِ رفتاری بالا، ممکن است اضطراب بیشتری داشته و مبتلا به افسردگی شوند، اما سطوح پایین این سیستم (بازداری رفتاری) با تمایل به

1. Evenden
2. Pandya, Altinay, Malone, & Anand
3. Seo, Patrick & Kennealy
4. Gray

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.219]

انجام رفتارهای خطرناک مرتبط است. تکانشگری به حد اتنهایی پیوستار این دو سیستم مربوط است (هیل[1]، ۲۰۰۸). افراد دارای آستانه‌های حسی متفاوت هستند؛ بنابراین هر فردی معمولاً دارویی را انتخاب می‌کند که به طور خاص حساسیت او را تحریک کند (وو[2]، ۲۰۱۷).

یافته‌های این پژوهش نشان داد که از میان راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دو راهبرد ناسازگارانه شامل سرزنش خود و فاجعه سازی به طور مثبت و یک راهبرد سازگارانه شامل تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی به شکل منفی با افسردگی رابطه دارد. این یافته با پژوهش دادفرنیا، هادیان فرد، رحیمی و افلاک سیر (۱۳۹۹) همسو است. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که راهبردهای تنظیم هیجان می‌تواند عامل مهمی درپیش بینی افسردگی باشد و بین راهبردهای ناسازگارانه‌ی تنظیم شناختی هیجان (سرزنش خود، نشخوار ذهنی، فاجعه انگاری و سرزنش دیگران) و افسردگی رابطه‌ی مثبت و معنادار وجود دارد. از سویی رابطه‌ی راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی) و افسردگی معکوس و معنادار است. افراد مبتلا به سوءمصرف مواد، از دو راهبرد سرزنش خود و فاجعه‌سازی بیشتر استفاده می‌کنند. در پژوهش قاعدی نیای جهرمی، حسنی، فرمانی و زارعی (۱۳۹۵) نیز مشخص گردید که تمرکز مجدد بر برنامه ریزی در افراد ترک کرده و گروه سالم بیشتر استفاده می‌شود. افسردگی اختلالی خلقی است که از علائم برجسته‌ی آن می‌توان به کاهش علاقه و یا لذت اشاره کرد و با افزایش سطح عواطف منفی همراه است. دیدگاه‌های عاطفی فرض می‌کنند، افراد به هنگام افسردگی روحیه‌ای منفی دارند و این سبب می‌شود آن‌ها برای تنظیم هیجان خود، راهبردهای تنظیم احساسات ناسازگار را انتخاب کرده و این الگوی غیر موثر، به چرخه‌های معیوب در این اختلال می‌انجامد (ویلیامز، ۲۰۱۶). به طور کلی افراد افسرده راهبردهایی را انتخاب می‌کنند که تاثیرات هیجانیِ منفی داشته و به حفظ افسردگی در آن‌ها می‌انجامد. از سویی شناخت‌ها نقش مهمی در احساسات دارند و مدل شناختی بک (۱۹۹۱) نشان می‌دهد که چگونه تفاوت در سبک‌های شناختی باعث بروز

1. Hale
2. Vo

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.219]

افسردگی می‌شود. بر طبق نظر او افراد افسرده به شدت تمایل دارند تفکرات منفی، سرسختانه و بدبینانه نسبت به خود، جهان و آینده نشان دهند. در نتیجه این افراد در مسائل خود به جای مقابله و حل مساله تمایل به فرار و کناره گیری دارند. بنابراین آن‌ها در قید و بند هیجانات منفی خود گرفتار می‌باشند. همچنین بر اساس تئوری سبک‌های پاسخ، افراد در برخود با رویدادهای ناراحت کننده، یکی از دو روش نشخوار فکری یا اجتناب را استفاده می‌کنند. به طور کلی ثابت شده است که اشخاص افسرده بیشتر از راهبرد نشخوار فکری استفاده می‌کنند (نولن هاکسما[1]، ۱۹۹۱). مطالعات نیز نشان داده است افرادی که از سبک اجتناب استفاده می‌کنند توانایی بهتری برای هدایت توجه به موضوعات خوشایند یا خنثی کردن تجارب منفی دارند اما سبک پاسخ‌دهی نشخوارگرانه افزایش دهنده‌ی رفتارهای ناسازگارانه ازجمله مصرف الکل و سوءمصرف مواد بوده و افرادی که از این سبک استفاده می‌کنند برای مقابله با هیجان منفی خود به سوءمصرف مواد روی می‌آورند (لاپورت[2]، ۲۰۱۷). با در نظر گرفتن نتایج به دست آمده، همان گونه که یافته‌های پیشین نیز بر اهمیت این سازه‌ها تاکید داشته‌اند در این پژوهش نیز بر اهمیت تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و نقش تنظیم هیجانات و مولفه‌های تکانشگری و ارتباط آن‌ها با افسردگی تاکید می‌شود. افسردگی در بسیاری از موارد از شایع ترین اختلالات همایند با سوء مصرف مواد است و همانطور که اشاره شد سوء مصرف مواد ممکن است برای رفع حالت‌های آزار دهنده و ناخوشایندِ اضطراب و افسردگی باشد. در نتیجه مصرف همزمان مواد به همراه این اختلال می‌تواند آسیب‌ها را تشدید کرده و فرد را در شرایط نامناسب قرار دهد. لذا با توجه به عملکرد رفتاری و ویژگی‌های روانشناختی افراد وابسته به مواد، بررسی مکانیسم‌های مرتبط و اختلالات همراه، مانند افسردگی که از شیوع بالایی هم برخوردارند دارای اهمیت است. نتایج این پژوهش می‌تواند اطلاعات سودمندی در جهت کمک به این افراد و همچنین پیشگیری از آسیب‌های بیشتر نیز فراهم نماید.

این مطالعه یک طرح مقطعی بود که هیچ گونه نتیجه‌گیری علّی نمی‌توان از آن گرفت و برای پشتیبانی از یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌گردد به مطالعات طولی در بررسی

1. Nolen-Hoeksema
2. LaPorte

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.219]

متغیرها پرداخته شود تا بتوان اطلاعات جامع تری به‌دست آورد. همچنین باتوجه به استفاده از پرسشنامه‌های خود گزارش‌دهی، که با امکان سوءگیری در پاسخدهی همراه است توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی برای جلوگیری از سوگیری در پاسخ دهی و کسب نتایج دقیق‌تر از ابزارهای دیگری مانند مصاحبه و طرح‌های کیفی نیز استفاده شود. در راستای یافته‌های مطالعه‌ی حاضر و جهت پیشگیری و مداخله در اختلالات روانشناختی، آموزش راهبردهای سازگارانه‌ی تنظیم هیجان توسط کارشناسان سلامت روان می‌تواند به همه‌ی گروها از جمله افراد مبتلا به سوء مصرف مواد جهت کاهش تکانشگری و پیشگیری از مسائلی مانند عودِ مصرف یا سایرموارد مشکل‌ساز موثر واقع شود. همچنین با توجه به دوره‌ی حساس کودکی و تاثیرات ماندگار تجاربِ آسیب‌زا و عواقب متعاقب با آن همچون افسردگی، اضطراب و ... در بزرگسالی، نتایج این پژوهش می‌تواند رهنمودی باشد تا از طریق آن به آگاه سازی والدین به نقش حساس خود، از طریق برنامه‌های آموزشی در مدارس و یا رسانه‌ها مبادرت ورزید.

تشکر و قدردانی:

از کلیه افرادی که در اجرای این پژوهش مشارکت نمودند و همچنین از دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری جهت حمایت مالی از این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

آریاناکیا، المیرا و حسنی جعفر (۱۳۹۳). تکانشگری و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی و افسردگی اساسی. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۲(۶۲)، ۱۰-۲.

ابراهیمی، حجت‌الله؛ دژکام، محمود و ثقه‌الاسلام، طاهره (۱۳۹۲). تروماهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگ‌سالی. مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۹(۴)، ۲۸۲-۲۷۵.

دادفرنیا، شکوفه؛ هادیان فرد، حبیب؛ رحیمی، چنگیز و افلاک سیر، عبدالعزیز (۱۳۹۹). تنظیم هیجان و نقش آن در پیش بینی نشانه های افسردگی در دانشجویان. *ماهنامه علمی پژوهشی طلوع بهداشت*، ۱۹(۱)، ۴۷-۳۲.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.219]

رضایی، مهدی؛ صالحی، جواد و احمدی، سمیه (۱۳۹۷). رابطه بین غفلت ادراک شده کودکی و نشانه‌های افسردگی: بررسی نقش واسطه‌ای طرحواره‌های هیجانی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۳ (۳۹)، ۲۲۲-۱۰۱.

سپهوند، تورج (۱۳۹۷). آمادگی اعتیاد بر مبنای الگوی غیرمعمول مضطرب تکانشگر اضطراب اجتماعی: نقش خشم و تکانشگری. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی معاصر*، ۱۳(۱)، ۲۴-۱۴.

شکیبایی پریا، قیومی پریناز (۱۴۰۱). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سطح اضطراب و کیفیت زندگی زنان با اختلال مصرف مواد افیونی. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۶ (۶۳)، ۳۷۹-۳۵۹.

قاسمی، ندا؛ گودرزی، میترا و غضنفری، فیروزه (۱۳۹۸). اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نظم جویی شناختی هیجان، مهارت ذهن آگاهی و آمادگی برای تجربه‌ی شرم و گناه افراد مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۹(۳۴)، ۱۶۶-۱۴۵.

قائدنیای جهرمی، علی؛ حسنی، جعفر؛ فرمانی شهررضا، شیوا و زارعی فرشاد (۱۳۹۵). بررسی راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان و طرحواره های هیجانی در مردان مبتلا به سوءمصرف مواد، ترک کرده و افراد بهنجار. *مجله سلامت اجتماعی*، ۳(۴)، ۳۱۸-۳۰۷.

قدرتی، علی؛ محمدی پور، محمد و مفاخری، عبدالله (۱۴۰۰). رابطه سبک‌های فرزندپروری و گرایش به مصرف مواد مخدر: نقش میانجی تکانشگری. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۵(۶۰)، ۳۲-۱۱.

محمودی نیا، سعید؛ سپاه منصور، مژگان؛ امامی پور، سوزان و حسنی، فریبا (۱۳۹۸). تاثیر آموزش جایگزین پرخاشگری بر تکانشگری و راهبردهای شناختی مثبت و منفی تنظیم هیجان در پسران نوجوان بزهکار. *فصلنامه علمی پژوهشی مطالعات روانشناختی*، ۱۵(۲)، ۱۰۹-۹۴.

نقی زاده، عیسی؛ حسنی، جعفر و محمدخانی، شهرام (۱۳۹۹). رابطه فعالیت سیستم‌های مغزی رفتاری در بازگشت مصرف مواد با نقش میانجیگری بدتنظیمی هیجان. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۶)، ۳۶۵-۳۳۹.

References

Anand, D., Paquette, C., Bartuska, A., & Daughters, S. B. (2019). Substance type moderates the longitudinal association between depression and substance use from pre-treatment through a 1-year follow-up. *Drug and alcohol dependence*, 164(1), 87-94.

Aslanidou, G. S., Petrides, K. V., & Stogiannidou, A. (2018). Trait emotional intelligence profiles of parents with drug addiction and of their offspring. *Frontiers in psychology*, 9(1633), 1-11.

Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American psychologist*, 46(4), 368.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]
[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.219]

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). *Beck depression inventory–II*. Psychological assessment.

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 & neglect*, 27(2), 169-190.

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 & neglect*, 27(2), 169-190.

Carvalho Fernando, S., Beblo, T., Schlosser, N., Terfehr, K., Otte, C., Löwe, B., & Wingenfeld, K. (2014). The impact of self-reported childhood trauma on emotion regulation in borderline personality disorder and major depression. *Journal of Trauma & Dissociation*, 15(4), 384-401.

Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological bulletin*, 135(3), 495-510.

Davis, A. S. (2018). *Perceived social support, affect regulation, and self-awareness mediate the relationship between childhood trauma and self-efficacy* (Doctoral Dissertation, the Fielding Graduate University).

Elzie, D. E. (2018). *Gaining consensus on effective treatment strategies for Substance Abuser hopelessness to reduce the intensity and frequency of relapse* (Doctoral Dissertation, the University of Rockies).

Ergelen, M., Yalçın, M., & Bilici, R. (2018). The comparison of violence, and the relationship with childhood trauma in Turkish men with alcohol, opiate, and synthetic cannabinoid use disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 14, 3169-3187.

Evenden, J. L. (1999). Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*, 146(4), 348-361.

Florence, C., Luo, F., Xu, L., & Zhou, C. (2016). The economic burden of prescription opioid overdose, abuse and dependence in the United States, 2013. *Medical care*, 54(10), 901-906.

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire–development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and individual differences*, 41(6), 1045-1053.

Gray, J.A. (1987) Perspectives on Anxiety and Impulsivity: A Commentary. *Journal of Research in Personality*, 21, 493-509.

Gruhn, M. A., & Compas, B. E. (2020). Effects of maltreatment on coping and emotion regulation in childhood and adolescence: a meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 103, 104446.

Hale, W.R. (2008). *Gambling Behavior and Factors of Impulsivity* (Doctoral Dissertation, the Walden University).

Hogarth, L., Hardy, L., Bakou, A., Mahlberg, J., Weidemann, G., Cashel, S., & Moustafa, A. A. (2019). Negative mood induction increases choice of heroin versus food pictures in opiate-dependent individuals: correlation with self-medication coping motives and subjective reactivity. *Frontiers in Psychiatry*, 10 (274), 1-7.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.219]

Huh, H. J., Kim, K. H., Lee, H. K., & Chae, J. H. (2017). The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *Journal of affective disorders*, 213(2), 44-50.

Humphreys, K. L., LeMoult, J., Wear, J. G., Piersiak, H. A., Lee, A., & Gotlib, I. H. (2020). Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 102, 104361, 1-19.

Joormann, J., & Vanderlind, W. M. (2014). Emotion regulation in depression: The role of biased cognition and reduced cognitive control. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 402-421.

Kapitány-Fövény, M., Kiss, A., Farkas, J., Kuczora, K. E., Pataki, P., Horváth, J., & Demetrovics, Z. (2020). Childhood Trauma, Cognitive Emotion Regulation and Motivation for Behavior Change Among Clients of Opioid Substitution Treatment with and Without Past Year Synthetic Cathinone Use During Therapy. *Frontiers in Neuroscience*, 14 (37), 1-13.

Khosravani, V., Messman-Moore, T. L., Mohammadzadeh, A., Ghorbani, F., & Amirinezhad, A. (2019). Effects of childhood emotional maltreatment on depressive symptoms through emotion dysregulation in treatment-seeking patients with heroin-dependence. *Journal of affective disorders*, 256, 448-457.

Krause-Utz, A., Erol, E., Brousianou, A. V., Cackowski, S., Paret, C., Ende, G., & Elzinga, B. (2019). Self-reported impulsivity in women with borderline personality disorder: the role of childhood maltreatment severity and emotion regulation difficulties. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 6(1), 1-14.

LaPorte, M. (2017). *Depression and Rumination as a Predictor for Types of Substances Abused* (Requirements of the Degree Master of Science A Thesis, the University of Louisiana at Lafayette).

Mathew, A. R., Hogarth, L., Leventhal, A. M., Cook, J. W., & Hitsman, B. (2017). Cigarette smoking and depression comorbidity: systematic review and proposed theoretical model. *Addiction*, 112(3), 401-412.

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569–582.

Pandya, M., Altinay, M., Malone, D. A., & Anand, A. (2012). Where in the brain is depression?. *Current psychiatry reports*, 14(6), 634-642.

Regan, T., Harris, B., & Fields, S. A. (2019). Are relationships between impulsivity and depressive symptoms in adolescent's sex-dependent?. *Heliyon*, 5(10), 1-7.

Richard-Lepouriel, H., Kung, A. L., Hasler, R., Bellivier, F., Prada, P., Gard, S., & Aubry, J. M. (2019). Impulsivity and its association with childhood trauma experiences across bipolar disorder, attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Journal of Affective Disorders*, 244, 33-41.

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.219]

Saddichha, S., & Schuetz, C. (2014). Impulsivity in remitted depression: A meta-analytical review. *Asian journal of psychiatry*, 9, 13-16.

Seo, D., Patrick, C. J., & Kennealy, P. J. (2008). Role of serotonin and dopamine system interactions in the neurobiology of impulsive aggression and its comorbidity with other clinical disorders. *Aggression and violent behavior*, 13(5), 383-395.

Shadrina, M., Bondarenko, E. A., & Slominsky, P. A. (2018). Genetics factors in major depression disease. *Frontiers in psychiatry*, 9 (334), 1-18.

Southgate, K. (2016). *A Potential Space: Discovering a Place for D.W. Winnicott in the Psychoanalytic Literature on Drug Addiction* (Doctoral Dissertation, the Chicago School of Professional Psychology).

Vo, L. N. (2017). *The Role of Mental Health in Substance Abuse: Posttraumatic Stress Disorder and Alcohol Abuse* (Doctoral dissertation, William James College).

Weiss, N. H., Tull, M. T., Anestis, M. D., & Gratz, K. L. (2013). The relative and unique contributions of emotion dysregulation and impulsivity to posttraumatic stress disorder among substance dependent inpatients. *Drug and alcohol dependence*, 128(1-2), 45-51.

Williams, Ch. (2016). *Mindfulness in Individuals at Risk for Depression: The Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies* (Doctoral Dissertation, University of Kansas).

Williams, L. M., Debattista, C., Duchemin, A. M., Schatzberg, A. F., & Nemeroff, C. B. (2016). Childhood trauma predicts antidepressant response in adults with major depression: data from the randomized international study to predict optimized treatment for depression. *Translational psychiatry*, 6(5), 799-799.

Yadid, G., Ahdoot-Levi, H., Bareli, T., Maayan, R., & Weizman, A. (2018). Dehydroepiandrosterone and Addiction. *Vitamins and hormones*, 108 (83), 385-412.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.219]