فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال هفدهم، شماره شصت و نهم، ص۸۶-۶۷، پاییز ۱۴۰۲
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 17, No. 69, P 67-86, Autumn 2023

مقاله پژوهشی
Research Article

پیش‌بینی تاب‌آوری بر اساس ترومای کودکی، آشفتگی روانشناختی، و دشواری تنظیم هیجان در افراد با مصرف مواد

علی محمدزاده[۱]، اکبر رضائی[۲]، محمدحسن امینی[۳]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۳/۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۰۶

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی تاب‌آوری بر اساس ترومای کودکی، آشفتگی روانشناختی، و دشواری تنظیم هیجان در افراد با مصرف مواد بود. **روش:** روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی افراد مبتلا به مصرف مواد تحت درمان در مراکز ترک اعتیاد و کمپ‌های نگهداری خصوصی و دولتی شهر تبریز در سال ۱۴۰۱ بود. از این بین، ۳۸۴ نفر با توجه به ملاک‌های ورود به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه آسیب‌های دوره کودکی، مقیاس آشفتگی روانشناختی، پرسشنامه تاب‌آوری، و مقیاس دشواری تنظیم هیجان بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل رگرسیون گام به گام تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که ترومای کودکی، آشفتگی روانشناختی و دشواری تنظیم هیجان با تاب‌آوری رابطه منفی داشت. نتایج رگرسیون نیز حاکی از این بود که ترومای کودکی، آشفتگی روانشناختی، و دشواری تنظیم هیجان به طور همزمان ۳۴ درصد از واریانس تاب‌آوری را تبیین کردند. **نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش حاضر بر نقش ترومای کودکی، آشفتگی روانشناختی، و دشواری تنظیم هیجان در میزان تاب‌آوری در مصرف‌کنندگان مواد تاکید دارد. این متغیرها می‌توانند به‌عنوان عوامل علّی و نگهدارنده در ابتلا به مصرف مواد نیز در نظر گرفته شوند.

کلیدواژه‌ها: ترومای کودکی، آشفتگی روانشناختی، دشواری تنظیم هیجان، تاب‌آوری

۱. نویسنده مسئول: استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. پست الکترونیک: A_mohammadzadeh@pnu.ac.ir
۲.. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
۳. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.67]

مقدمه

مبتلایان به مصرف مواد بخش مهمی از جمعیت دارای اختلالات روان‌شناختی را تشکیل داده و هزینه‌های اقتصادی، اجتماعی و روانی قابل‌توجهی را به جامعه تحمیل می‌کنند (رودیتیس، جونز، دینوا و الکساندر[1]، ۲۰۱۹). وابستگی به انواع مواد مشکلی اجتماعی است که فرد را به لحاظ جسمی و روان‌شناختی وابسته کرده و الگوهای رفتاری فردی و اجتماعی فرد مبتلا را متاثر می‌سازد. انجمن روان‌پزشکی امریکا[2] (۲۰۲۲) مصرف مواد را به صورت الگویی از رفتار ناسازگارانه که در یک دوره ۱۲ ماهه در نتیجه مصرف مواد روی می‌دهد و در این دوره منجر به اختلال یا پریشانی شدید می‌شود، تعریف می‌کند. مشخصه اصلی اعتیاد اجبار در جستجو و مصرف مواد، عدم کنترل در محدود ساختن ماده مصرفی، صرف زمان بسیار در رفتارهای اعتیادی و اعمال تکراری است (عامری، ۱۴۰۱). یکی از عواملی که در رابطه با اعتیاد به مواد دارای اهمیت می‌باشد، تاب‌آوری است. تاب‌آوری به فرآیند پویای سازگاری با استرس‌های توان‌فرسا و ناتوان‌کننده در زندگی اشاره دارد (اثنی عشران، یزدخواستی و عریضی، ۱۴۰۰). تاب‌آوری منجر به کمتر احساس شدن بار روانی منفی استرس تجربه شده می‌گردد که نهایتا فرد به‌خاطر دارا بودن آن صفت، در شرایط استرس‌آور، سلامت خود را در ابعاد روان‌شناختی و زیستی حفظ می‌نماید (جنگی، رامک و سنگانی، ۱۳۹۸). کاربرد اصلی موضوع تاب‌آوری در وابستگی به مواد، پیشگیری اولیه از اعتیاد است. مهارت تاب‌آوری در افراد باعث می‌گردد که توانایی آنها برای حفظ سلامتی و نیز مقاومت در شرایط تنش‌زا افزایش یابد؛ به گونه‌ای که افراد تاب‌آور با وجود عوامل خطر توانایی‌های خود را در رسیدن به موفقیت و تحول استفاده کرده و چالش‌ها را به عنوان فرصتی برای رشد ارزیابی می‌کنند (ووجانوویک[3] و همکاران، ۲۰۲۲). این افراد با کاوش در محیط زندگی خود به دنبال دستیابی به منابعی برای کمک به کاهش اضطراب‌ها در زندگی بوده و این تلاش باعث سازگاری موثر آنها با استرس ادراک شده می‌گردد. همچنین انعطاف‌پذیری شخصیتی آنها، ترس‌های درونی‌شان را در شرایط جدید

1. Roditis, Jones, Dineva & Alexander
2. American Psychiatric Association
3. Vujanovic

سال هفدهم، شماره ۶۹، پاییز ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 69, Autumn 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.67]

کاهش می‌دهد (مدی و کوهن، ۱۹۹۸؛ به نقل از اثنی عشـــران و همکاران، ۱۴۰۰). در پژوهشـی از نوع فراتحلیل متینگلی، یوسـف، مانینگ، جرمی و هال[1] (۲۰۲۲) نتیجه گرفتند که تاب‌آوری در مصـرف مواد مشـکل‌سـاز، رفتارهای غذایی آشـفته و اختلال شـخصـیت مرزی نقشـی فراتشـخیصـی داشـته که می‌تواند از نظر مداخلاتی و درمانی نیز حائز اهمیت باشد.

از جمله عواملی که انتظار می‌رود افراد مصـــرف‌کننده مواد با تاب‌آوری کمتر دارا باشند این است که این افراد در دوران کودکی تروماهایی را تجربه کرده‌اند (زائوروسکا[2] و همکاران، ۲۰۲۰). تجربه بدرفتاری با کودکان به‌ویژه در اوایل ســـن رشـــد با رفتارهای اجتماعی ناسازگارانه و نیز افسردگی رابطه دارد (روس، کامینسکی و هرینگتون[3]، ۲۰۱۹). چنین تجربیاتی به مشـکلاتی در شـناخت هیجانات اجتماعی نیز منجر می‌شـود که شـناخت نادرست هیجانات طرف مقابل و پرخاشگری نیز پیامد آن می‌تواند باشد. ضربه‌های هیجانی و روان‌شناختی ممکن است با یک سانحه مانند تصادف شدید یا رویداد طبیعی و یا تجاوز جنسی ایجاد شود. علاوه بر آن رویدادهای دیگری مانند استرس اجتناب‌ناپذیر زندگی در یک محله جرم‌خیز و یا ابتلا به بیماری شـدیدی مثل سـرطان نیز در زمره تجارب آسـیب‌زا می‌توانند قرار بگیرند (استادنوروزی و زمستانی، ۱۳۹۹). بر اساس نتایج تحقیقات، تجارب آسیب‌زای دوره کودکی احتمال خطر ابتلا به تروما را در سنین بزرگسالی افزایش می‌دهد. همچنین، تجربه کردن تروما در کودکی آثار جدی و بلندمدتی را می‌تواند با خود به همراه داشـــته باشـــد (ویلیامز-باتلر، هاوارد، آنتونی و دورون[4]، ۲۰۲۳). تروماى دوره کودکی با خودکشی، اعتیاد به اینترنت، سیگار کشیدن، داشتن شرکای جنسی متعدد، اسکیزوفرنیا، افسردگی و مصرف مواد در اواخر زندگی رابطه دارد (داونی و کرومی[5]، ۲۰۲۲؛ مورکود[6] و همکاران، ۲۰۱۸؛ هولمه، ویگیهابت، کوپزیک و فرنچ[7]، ۲۰۲۳؛ گو[8] و همکاران، ۲۰۲۳؛

1 . Mattingley, Youssef, Manning, Graeme & Hall
2. Zaorska
3. Ross, Kaminski & Herrington
4. Williams-Butler, Howard, Anthony & Duron
5. Downey & Crumm
6. Mørkved
7. Hulme, Wegehaupt, Kupzyk, & French
8. Guo

سال هفدهم، شماره ۶۹، پاییز ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 69, Autumn 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.67]

کاظم‌پور و نادری، ۱۴۰۲). در پژوهش زائوروسکا و همکاران (۲۰۲۰) نمرات مقیاس سوءاستفاده هیجانی دوره کودکی با اضطراب رابطه مستقیم داشت، افزایش اضطراب هم با بدتنظیمی هیجانی و نهایتا بدتنظیمی هیجانی هم با درد در مصرف‌کنندگان الکل رابطه مستقیم داشت. هه[1] و همکاران (۲۰۲۲) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که دارا بودن تجارب تروماتیک دوره کودکی با اعتیاد به مواد رابطه معنی‌داری دارد. هرچه مواجهه با تجارب نامطلوب دوران کودکی جدی‌تر باشد، احتمال اینکه منجر به مصرف مواد شود، بیشتر می‌شود (مرادزاده و نجفی، ۱۴۰۱). در آن تحقیق به عنوان یک عامل محافظتی، تاب‌آوری با کاهش تأثیر تجارب آسیب‌زای کودکی بر افسردگی، تأثیر آن تجارب بر اعتیاد به مواد را کاهش داد. نتایج پژوهش رایت[2] (۲۰۲۲) و لنش[3] و همکاران (۲۰۲۱) هم با موضوع تجارب نامطلوب دوران کودکی و خطر مصرف بیش از حد مواد در بزرگسالی، نشان داد که ترومای کودکی می‌تواند گرایش به مصرف مواد را در بزرگسالی افزایش دهد.

یکی دیگر از عواملی که احتمال می‌رود تاب‌آوری را در افراد دارای مصرف مواد تحت تاثیر قرار دهد تجربه آشفتگی روانشناختی است (مک کی[4]، ۲۰۱۱؛ صادقی و قمبری، ۱۴۰۱). آشفتگی روانشناختی یک مفهوم کلی برای توصیف عواطف ناخوشایند به شمار می‌آید؛ به عبارتی، نوعی ناراحتی روان‌شناختی است که عملکرد فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. این حالات ممکن است بر پایه دیدگاه منفی از خود و جهان ایجاد شود (پارسافر و یزدخواستی، ۱۳۹۹). افراد مبتلا به مصرف مواد با توجه به اینکه در شرایط اجتماعی مناسبی قرار ندارند و به لحاظ روان‌شناختی و تجارب دوره کودکی، عواطف منفی را بیشتر تجربه می‌کنند احتمالا آشفتگی روانشناختی بالایی نیز دارند (هارون رشیدی، ۱۴۰۲). در این راستا تحقیقات حاکی از آن هستند که در بین مصرف‌کنندگان مواد، ناتوانی در کنترل رفتارها زمانی که فرد تحت تاثیر عواطف منفی دچار آشفتگی شده است، زیاد می‌شود (بوتسی، گیسی، کاگیو و لاریولا[5]، ۲۰۲۱؛ لین[6] و همکاران، ۲۰۲۳).

1. He
2. Wright
3. Lensch
4. McKay
5. Bottesi, Ghisi, Caggiu & Lauriola
6. Linn

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.67]

یکی دیگر از متغیرهایی که با تاب‌آوری در افراد دارای مصرف‌مواد می‌تواند رابطه داشته باشد، تنظیم هیجان است (لارازابل، ناراگون-گینی، و کانوی[1]، ۲۰۲۲). در سال‌های اخیر تنظیم هیجان به عنوان یک متغیر مهم در پژوهش و درمان اختلالات روان‌شناختی در نظر گرفته شده است. تنظیم هیجان یک مهارت اجتماعی مهمی به شمار می‌رود و افرادی که فاقد آن هستند نسبت به اختلالات روانی آسیب‌پذیری بالایی دارند. در همین راستا، الگوهای نظری مصرف مواد، نقص در تنظیم هیجان را به عنوان یک عامل نگهدارنده مهم در تداوم رفتار مصرف مواد در نظر می‌گیرند (مانوئل و وید[2]، ۲۰۱۳). تنظیم هیجان می‌تواند به عنوان بخشی از خود تنظیمی نیز در نظر گرفته شود و از این نظر می‌تواند تنظیم بیرونی را هم شامل شود. همچنین تنظیم هیجانی ممکن است خودآگاه و یا ناخودآگاه هم باشد (گراس[3]، ۲۰۱۱؛ رضائی، قربانپور لفمجانی، فیضی لپوندانی و جهانگیرپور، ۱۴۰۱). بر اساس تحقیقات به‌دست آمده مصرف‌کنندگان مواد مشکلاتی را در زمینه تنظیم هیجان داشته و فاقد مهارت‌های لازم برای مقابله با عواطف منفی هستند؛ بنابراین مصرف مواد شیوه‌ای برای فاصله‌گیری هر چند کوتاه از عواطف ناخوشایند تلقی می‌گردد (کوپر[4] و همکاران، ۲۰۲۳؛ شالچی مجد، محمدزاده و یوسف پور، ۱۴۰۱). زنگین ایسپیر، دانیسمان، طولاسی و ازدل[5] (۲۰۲۳) در تحقیقی با موضوع بی‌نظمی هیجانی و خلق و خوی عاطفی در اختلال مصرف مواد افیونی به این نتیجه رسیدند که بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی نمرات بالاتری در همه مقیاس‌های خلقی داشتند و مشکلات بیشتری در تنظیم هیجان نسبت به گروه کنترل نشان دادند. استلرن[6] و همکاران (۲۰۲۳) در تازه‌ترین مرور فراتحلیل از تحقیقاتی که به نقش تنظیم هیجان در مصرف مواد پرداخته بودند به این نتیجه رسیدند که افراد مبتلا به مصرف مواد در مقایسه با افراد عادی سطوح بالاتری از مشکلات مربوط به تنظیم هیجانی را دارا هستند. خسروانی، شریفی باستان، کلوبینسکی[7]، امیری نژاد

1. Larrazabal, Naragon-Gainey, & Conway
2. Manuel& Wade
3. Gross
4. Cooper
5. Zengin İspir, Danışman, Tulacı & Özdel
6. Stellern
7. Kolubinski

سال هفدهم، شماره ۶۹، پاییز ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 69, Autumn 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.67]

و قربانی (۲۰۲۱) در پژوهشی روی مردان دارای الگوهای مصرف الکل بیمارگونه به این نتیجه رسیدند که کاهش تاب‌آوری در نتیجه غلبه هیجان‌های منفی ایجاد می‌شود.
در یک جمع‌بندی می‌توان گفت که بر اساس نتایج تحقیقات قبلی ترومای کودکی، آشفتگی روانشناختی و دشواری در تنظیم هیجان به‌صورت پراکنده با کاهش تاب‌آوری در مصرف‌کنندگان الکل و مواد رابطه مستقیم نشان داده‌اند، اما جای پژوهشی که سهم هریک از آنها را در تبیین تاب‌آوری بررسی کرده باشد، در پیشینه تحقیقی خالی می‌باشد. بر این اساس سوال اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا ترومای کودکی، آشفتگی روانشناختی و دشواری تنظیم هیجانی قادر به پیش‌بینی تاب‌آوری در افراد مبتلا به مصرف مواد هستند؟ پاسخ به سوال پژوهش می‌تواند در شناسایی نقش علّی و نگهدارنده برخی عوامل روان‌شناختی در ابتلا به مصرف مواد حائز اهمیت باشد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به مصرف‌مواد در مراکز ترک اعتیاد و کمپ‌های نگهداری خصوصی و دولتی شهر تبریز در سال ۱۴۰۱ بود. بر اساس آمار سازمان بهزیستی و معاونت درمان استان آذربایجان شرقی حدود ۱۰۰۰۰۰ نفر فرد مصرف‌کننده در مراکز این شهر ثبت نام کرده‌اند که در ادامه براساس جدول کرجسی و مورگان[1] (۱۹۷۰) تعداد ۳۸۴ نفر به عنوان حجم نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود برای شرکت‌کنندگان شامل داشتن سواد خواندن و نوشتن، داشتن سن حداقل ۱۸ سال، دارا بودن تشخیص مصرف مواد و عدم اختلال روانپزشکی جدی و شرایط خروج نیز عدم پاسخ‌دهی کامل یا ارائه اطلاعات ناقص بود. جهت رعایت نکات اخلاقی پرسشنامه‌ها بدون نام بودند و پاسخگویی به سوالات اختیاری بود. شرکت‌کنندگان این اختیار را داشتند که اگر مایل به ادامه همکاری نبودند از ادامه تکمیل پرسشنامه‌ها انصراف دهند. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص

1. Krejcie & Morgan

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.67]

رعایت شد. داده‌ها با استفاده از همبستگی پیرسون و روش رگرسیون گام به گام تحلیل شدند.

ابزار

۱. پرسشنامه آسیب‌های دوره کودکی[1]: این پرسشنامه توسط برنشتاین[2] و همکاران (۲۰۰۳) ساخته شده است و 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)، 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. برنشتاین و همکاران (۲۰۰۳) ضریب پایایی به روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/ ۷۹ تا ۰/۹۴ و ضریب روایی آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی را نیز در دامنه از ۰/۶۰ تا ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. در ایران، ابراهیمی، دژکام و ثقه الاسلام (۱۳۹۲) ضریب همسانی به روش آلفای کرونباخ را برای زیرمقیاس‌های این پرسشنامه از ۰/۸۱ تا ۰/۹۷ گزارش کرده‌اند.

۲. پرسشنامه تاب‌آوری[3]: این مقیاس توسط کانر و دیویدسون[4] (۲۰۰۳) ساخته شده است. دارای ۲۵ گویه می‌باشد در طیف لیکرت پنج درجه‌ای از کاملا نادرست (صفر) تا همیشه درست (۴) است و نمره بالا نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر است. تحقیقات اولیه کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) شاخصه‌های روایی و پایایی مناسبی را برای این مقیاس نشان داده‌اند.

1. childhood trauma questionnaire
2. Bernstein
3. Resiliency Quesionnaire
4. Connor & Davidson

سال هفدهم، شماره ۶۹، پاییز ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 69, Autumn 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.67]

به لحاظ روایی عاملی، نتایج تحلیل عاملی از نوع اکتشافی پنج عامل شایستگی/استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی/تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت عواطف/روابط ایمن، مهار و معنویت را برای این پرسشنامه شناسایی کرده است. در ایران خصوصیات روان سنجی نسخه فارسی این مقیاس توسط بشارت (۱۳۸۶) محاسبه شده است و بر این اساس ضریب پایایی همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۹ گزارش شده است. در مطالعه آهنگرزاده رضایی و رسولی (۱۳۹۴) روایی سازه این مقیاس تایید گردیده و همچنین شاخص‌های روایی محتوایی را از ۰/۸۹ تا ۰/۹۸ گزارش کرده‌اند.

۳. مقیاس آشفتگی روانشناختی (مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس)[1]: این مقیاس دارای ۲۱ گویه با طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از صفر تا ۳ به صورت (هیچ، کمی، گاهی، همیشه) است که توسط لاویباند و لاویباند[2] در سال ۱۹۹۵ ساخته شده است. این مقیاس شامل سه مؤلفه افسردگی (۲۱،۱۷،۱۶،۱۳،۱۰،۵،۳)، اضطراب (۲۰،۱۹،۱۵،۹،۷،۴،۲) و استرس (۱۸،۱۴،۱۲،۱۱،۸،۶،۱) است. نمره بالاتر در این مقیاس بیانگر علائم شدیدتر است. لاویباند و لاویباند (۱۹۹۵) این پرسشنامه را در یک نمونه غیربالینی اجرا کردند و ضریب آلفای کرونباخ برای سه خرده مقیاس اضطراب، استرس و افسردگی را به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴ و ۰/۹۰ به‌دست آوردند. افضلی، دلاور، برجعلی و میرزمانی (۱۳۸۶) ضریب همسانی درونی برای مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس را به‌ترتیب ۰/۸۴، ۰/۹۸ و ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. عامری و نجفی (۱۴۰۰) آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس را به‌ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۴ و ۰/۷۸ گزارش نمودند.

۴. پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان[3]: این پرسشنامه دارای ۳۶ گویه است که توسط گراتز و روئمر[4] (۲۰۰۴) به منظور ارزیابی دشواری‌های فرد در تنظیم هیجانی در مقیاس لیکرت پنج درجه ای از تقریبا هرگز (۱) تا تقریبا همیشه (۵) تهیه شده است و دامنه نمرات از ۳۶ تا ۱۸۰ متغیر می‌باشد. این دشواری‌ها در حیطه‌هایی مانند آگاهی و فهم هیجان، پذیرش هیجان، توانایی مشغول شدن در رفتارهای معطوف به هدف و دوری کردن از

1. Depression, Anxiety, and Stress Scale
2. Lovibond & Lovibond
3. difficulty in emotion regulation scale
4. Gratz & Roemer

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.67]

رفتارهای تکانشـــی در زمان تجربه هیجان‌های منفی و ارزیابی از راهبردهای نظم‌بخشـــی هیجانی کارآمد مورد ارزیابی قرار می‌گیرند (خانزاده، سعیدیان، حسین چاری و ادریسی، ۱۳۹۱). خانزاده و همکاران (۱۳۹۱) ســاختار عاملی و نیز روایی و پایایی این پرســشــنامه را روی دانشـجویان ایرانی بررسـی کرده‌اند. نتایج بررسـی آنها ضـریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها را بین ۰/۸۶ تا ۰/۸۸ و ضـریب پایایی بازآزمایی پس از یک هفته بازآزمون را بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۰ نشــان داده اســت. همچنین روایی عاملی ایرانی مقیاس از طریق تایید عوامل قبلی در فرهنگ اصلی مورد تایید قرار گرفته است.

یافته‌ها

از نظر توزیع جمعیت شناختی بر پایه نوع مواد مورد مصرف، تعداد ۷۱ نفر قبل از درمان به مصرف تریاک، ۱۰۰ نفر هروئین، ۱۴۷ نفر شیشه، ۱۲ نفر حشیش، ۴ نفر مواد صنعتی دیگر مثل ال اس دی و ترامادول، ۵ نفر ســایر مواد مخدر ســنتی مثل گل، ناس و یا بونزای اقدام کرده بودند، ۴۵ نفر نیز مصرف همزمان و التقاطی هروئین و شیشه را داشتند. از تعداد افراد شــرکت کننده در پژوهش ۱۷۳ نفر با داروی متادون، ۹۴ نفر با داروی اوپیوم تینکچر و ۱۱۷ نفر با قرص بوپرنورفین تحت درمان قرار گرفته بودند. به لحاظ ســنی هم، از بین شرکت کنندگان در پژوهش ۶۴ نفر ۲۰ تا ۳۰ سال (۱۶/۶۶ درصـد)، ۹۱ نفر ۳۱ تا ۴۰ سال (۲۳/۶۹ درصـد)، ۱۴۳ نفر ۴۱ تا ۵۰ سـال(۳۷/۲۳ درصـد)، ۵۷ نفر ۵۱ تا ۶۰ سـال (۱۴/۸۴ درصـد) و ۲۹ نفر ۶۱ سـال به بالا (۷/۵۵ درصـد) داشـتند. میانگین سـنی شـرکت‌کننده ها ۳۸/۰۱ بود. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
تاب‌آوری	۶۶/۲۴	۲۵/۹۷
ترومای کودکی	۷۲/۳۹	۱۳/۶۰
آشفتگی روانشناختی	۵۰/۱۱	۱۷/۵۳
دشواری تنظیم هیجان	۱۱۱/۵۰	۶۰/۷۷

سال هفدهم، شماره ۶۹، پاییز ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 69, Autumn 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.67]

بعد از محاسبه اطلاعات توصیفی، طبیعی بودن توزیع نمرات بر اساس داده‌های مستخرج تایید گردید و امکان استفاده از روش همبستگی از نوع پیرسون فراهم شد. بر این اساس ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲: ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱- تاب‌آوری	۱			
۲-ترومای کودکی	-۰/۴۱*	۱		
۳- آشفتگی روانشناختی	-۰/۳۴*	۰/۴۴*	۱	
۴-دشواری تنظیم هیجان	-۰/۴۰*	۰/۵۲*	۰/۵۶*	۱

همبستگی ها در سطح ۰/۰۱ معنی دار هستند

ضرایب همبستگی محاسبه شده در جدول ۲ حاکی از رابطه منفی ترومای کودکی، آشفتگی روانشناختی و دشواری تنظیم هیجان با تاب‌آوری بود. به منظور تعیین دقیق‌تر رابطه و تشخیص سهم متغیرهای پیش‌بین در تبیین متغیر ملاک از تحلیل رگرسیون چند متغیره گام به گام استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل، پیش‌فرض‌های رگرسیون چندگانه بررسی شدند. ابتدا با استفاده از نمودار هیستوگرام نرمال بودن باقی‌مانده‌ها بررسی شد که نتیجه نشان‌دهنده عدم تخطی از این پیش‌فرض بود. همچنین، پیش‌فرض خطی بودن روابط و یکسانی پراکنش باقی‌مانده‌ها با نمودار پراکنش نمرات پیش‌بینی‌شده و نمرات باقی‌مانده‌ها بررسی و تایید شدند. برای بررسی استقلال باقی‌مانده‌ها از آماره دوربین–واتسون[1] استفاده شد که مقدار آن برابر با ۱/۵۴۲ بدست آمد و این نتیجه نشان داد که پیش‌فرض استقلال باقی‌مانده‌ها رعایت شده است. لازم به ذکر است که آماره دوربین واتسون باید بین ۱/۵ و ۲/۵ باشد (مصرآبادی، ۱۳۹۵). برای تشخیص وجود هم خطی مقدار عامل تورم واریانس[2] برای هر سه متغیر ترومای کودکی، آشفتگی روانشناختی و دشواری تنظیم هیجان به ترتیب برابر با ۱/۰۴۸، ۱/۰۷۰ و ۱/۰۴۵ می‌باشد و همچنین مقدار شاخص تحمل[3] برای هر سه متغیر ترومای کودکی، آشفتگی روانشناختی و دشواری تنظیم

1. durbin-watson
2. variance inflation factor
3. tolerance

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.67]

هیجان به ترتیب برابر با ۰/۹۵۴، ۰/۹۳۵ و۰/۹۵۷ بدست آمده است. در واقع نتایج نشان داد که بین متغیرهای پیش‌بین همبستگی‌های بزرگی وجود ندارد و هم‌خطی بودن چندگانه جدی مشهود نیست. قابل ذکر است که مقدار عامل تورم واریانس باید کمتر از ۱۰ و شاخص تحمل باید بیشتر از ۰/۱ باشد. خلاصه مدل رگرسیون تاب‌آوری بر اساس متغیر ترومای کودکی، آشفتگی روانشناختی و دشواری تنظیم هیجان در جدول ۳ آورده شده است. در تحلیل رگرسیونی، ترومای کودکی، آشفتگی روانشناختی و دشواری تنظیم هیجان به‌عنوان متغیر پیش‌بین و تاب‌آوری به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند.

جدول ۳: تحلیل رگرسیون گام به گام تاب‌آوری بر اساس ترومای کودکی، آشفتگی روانشناختی و دشواری تنظیم هیجان

گام	متغیر پیش بین	B	ضریب استاندارد	ضریب غیراستاندارد	معنی داری	R	R^2	F
اول	ترومای کودکی	-۰/۶۳	- ۰/۳۳	-۷/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۱۷	۷۸/۰۲
دوم	ترومای کودکی	-۰/۶۳	-۰/۳۳	-۷/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۲۴	۵۰/۶۳
	آشفتگی روانشناختی	-۰/۳۱	-۰/۲۱	-۴/۹۲	۰/۰۰۸			
سوم	ترومای کودکی	-۰/۶۳	-۰/۳۳	-۷/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۰/۳۴	۶۳/۹۹
	آشفتگی روانشناختی	-۰/۳۱	-۰/۲۱	-۴/۹۲	۰/۰۰۸			
	دشواری تنظیم هیجان	-۰/۱۴	-۰/۳۲	-۷/۴۶	۰/۰۵			

نسبت معنادار **F** در جدول ۳ نشانگر ارتباط معنادار بین متغیر پیش‌بین و ملاک بود. مطابق نتایج جدول ۳، هر سه متغیر ترومای کودکی، آشفتگی روانشناختی و دشواری تنظیم هیجان توان لازم برای ورود به معادله رگرسیونی جهت تبیین تاب‌آوری در افراد مصرف‌کننده مواد را داشتند. ضرایب حاصل از نتایج تحلیل رگرسیونی حاکی از آن است که در گام اول ورود متغیر ترومای کودکی به تنهایی می‌تواند ۱۷ درصد تغییرات تاب‌آوری را پیش‌بینی کند. در گام دوم، ورود متغیر آشفتگی روانشناختی می‌تواند این مقدار را به ۲۴ درصد ارتقا دهد و در گام سوم نیز، افزوده شدن متغیر دشواری تنظیم

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.67]

هیجان می‌تواند مقدار تبیین‌شده تاب‌آوری در افراد مصرف‌کننده مواد را به ۳۴ درصد برساند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی تاب‌آوری بر اساس ترومای کودکی، آشفتگی روانشناختی و دشواری تنظیم هیجان در افراد مبتلا به مصرف‌مواد انجام شد. نتایج نشان داد که رابطه ترومای کودکی، آشفتگی روانشناختی و دشواری تنظیم هیجان با تاب‌آوری منفی و معنی‌دار می‌باشد. همچنین نتایج نشان داد ترومای کودکی به میزان ۱۷ درصد از واریانس متغیر تاب‌آوری را تبیین می‌کند. ترومای کودکی وقتی با آشفتگی روانشناختی همراه باشد ۲۴ درصد از واریانس تاب‌آوری را پیش‌بینی می‌کند و زمانی که سه متغیر ترومای کودکی، آشفتگی روانشناختی و دشواری تنظیم هیجان همزمان وارد معادله رگرسیونی شوند به میزان ۳۴ درصد از واریانس تاب‌آوری را می‌توانند تبیین کنند.

در بحث ارتباط ترومای کودکی و تاب‌آوری در مصرف‌کنندگان مواد نتیجه تحقیق حاضر با تحقیقات انجام گرفته هه و همکاران (۲۰۲۲) مبتنی بر ارتباط تجارب ناخوشایند دوره کودکی با ابتلا به وابستگی به مواد در بزرگسالی، رایت (۲۰۲۲) مبتنی بر اثر ترومای دوره کودکی با اوردوز دارویی در دوره بزرگسالی، داونی و کرامی (۲۰۲۲) مبتنی بر اثر بی‌پناهی دوره کودکی بر سلامت روانی و رفتارهای پرخطر، استادنوروزی و زمستانی (۱۳۹۹) مبتنی بر ارتباط بین تروماهای دوران کودکی با کارکرد شخصیت و صفات مرضی در بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی و گروه غیر بیمار و فرضعلی زاده، کامیابی، رضایی و بهرامی (۱۳۹۸) مبتنی بر نقش مواجه با ترومای دوران کودکی و آشفتگی روان‌شناختی بر گرایش به خودکشی در بین افراد وابسته به مواد همسو می‌باشد. هه و همکاران (۲۰۲۲) و رایت و کرامی (۲۰۲۲) معتقدند هر چه مواجهه با تجارب نامطلوب دوران کودکی جدی‌تر باشد، احتمال اینکه منجر به اعتیاد به مواد شود بیشتر می‌شود. علی اکبری و حسین ثابت (۱۴۰۰) نیز نشان دادند که تاب‌آوری از طریق ترومای کودکی بر ویژگی‌های شخصیت اثر غیرمستقیم منفی دارند. در تبیین رابطه بین ترومای کودکی و تاب‌آوری باید گفت تروما یک واقعه یا تجربه‌ای است که از نظر هیجانی

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.67]

نگران‌کننده و مخرب است و مانع از توانایی فرد برای مقابله می‌شود. تروما معمولا شامل مواجهه با اشکال مختلف اضطراب و پریشانی در قالب سوءاستفاده و غفلت طولانی مدت والد و مراقب می‌باشد. ترومای دوران کودکی علاوه بر این که تأثیرات زیان‌باری در حیطه رشدی، شناختی، هیجانی و رفتاری کودک دارد، سلامت‌روان فرد را در بزرگسالی نیز تهدید کرده و عامل خطری برای گسترش رفتارهای پرخطری مانند مصرف مواد است. لذا مصرف مواد می‌تواند نشانه‌ای از ترومای دوران کودکی باشد. تجربه تروما در اوایل کودکی خطر ابتلا به مصرف مواد مخدر را در آینده افزایش می‌دهد. مطالعه قدرت الهی فرد، چین آوه و امینی منش (۱۳۹۹) نشان داده است کودکی که چندین وقایع آسیب‌زا را تجربه می‌کند تا چهار برابر بیشتر احتمال دارد که در بزرگسالی از نوشیدنی‌های الکلی استفاده کند. علاوه‌براین، مصرف مواد از قبل، ممکن است تحمل یک رویداد آسیب‌زا را پس از وقوع آن برای فرد دشوارتر کند. جوانانی که از مواد استفاده می‌کنند در مقایسه با جوانانی که تروما را پشت سر می‌گذارند اما مواد مصرف نمی‌کنند، احتمال بیشتری دارد که پس از یک ضربه تحملی برای مشکل پیش‌آمده را نداشته باشند.

در ارتباط با همبستگی به‌دست آمده از رابطه آشفتگی روانشناختی با تاب‌آوری در افراد مبتلا به مصرف‌مواد، نتیجه پژوهش حاضر با تحقیق انجام گرفته فرضعلی‌زاده و همکاران (۱۳۹۸) مبتنی بر نقش مواجه با ترومای دوران کودکی و آشفتگی روان‌شناختی بر گرایش به خودکشی در بین افراد وابسته به مواد همسو می‌باشد. آشفتگی روانشناختی به‌عنوان یک متغیر کلی برای توصیف عواطف ناخوشایند تعریف شده است. افراد هرچه قدرت بیشتری در تاب‌آوری و مقابله با استرس‌ها داشته باشند، کمتر در معرض پریشانی‌های روان‌شناختی قرار می‌گیرند و از سلامت‌روانی بالاتری برخوردار می‌شوند. احتمالا افراد تاب‌آور، به‌صورت خلاقانه و منعطف به اتفاقات پیش‌آمده نگاه می‌کنند، برای حل آنها طرح‌ریزی‌های خاص خود را دارند و در صورت نیاز نسبت به درخواست کمک از دیگران این کار را انجام می‌دهند. این افراد وقتی چنین منابع کاملی برای مقابله با رویدادها دارند آشفتگی روانشناختی را تجربه نمی‌کنند. افراد مصرف‌کننده مواد که تاب‌آوری کمتری دارند ممکن است هنگام مواجهه با پریشانی و عوامل برانگیزاننده آن

سال هفدهم، شماره ۶۹، پاییز ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 69, Autumn 2023
[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.67]

پاسخ‌های ناسازگارانه نشان دهند. در نتیجه، این افراد برای اجتناب از عواطف منفی و حالات آزارنده مربوطه از طریق مصرف مکرر مواد اقدام می‌نمایند.

در ارتباط با همبستگی به‌دست آمده از رابطه دشواری تنظیم هیجان با تاب‌آوری در افراد مبتلا به مصرف مواد پژوهش حاضر با پژوهش‌های انجام گرفته توسط زنگین ایسپیر و همکاران (۲۰۲۳) مبنی بر رابطه بدتنظیمی هیجانی با ویژگی‌های خلقی عاطفی در مصرف‌کننده‌های مواد افیونی، صحتی، امین نسب و یوسفیان (۲۰۱۹) مبنی بر رابطه کارآمدی در تنظیم هیجانی و تاب‌آوری، نیکمنش، کاظمی و خسروی (۲۰۱۵) مبتنی بر رابطه احساس تنهایی و مشکلات تنظیم هیجانی در مصرف‌کنندگان مواد همسو می‌باشد. به نظر می‌رسد که مصرف‌کنندگان مواد دارای مشکلاتی در تنظیم هیجان هستند و از اضطراب و افسردگی رنج می‌برند. همین عامل نیز منجر به ضعف در تاب‌آوری شده و احتمالا تسکین موقتی ناشی از مصرف‌مواد به همین خاطر انجام بگیرد. افزون بر این، این افراد به‌خاطر ضعف در تنظیم هیجان، توانایی کنارآمدن ضعیف‌تری هم در برابر پریشانی از خود نشان داده و در نتیجه تلاش می‌کنند تا با استفاده از راهبردهایی که هدف آنها کاهش حالت‌های عاطفی منفی است، از این گونه عواطف دوری کنند. هنگامی که مقدار تاب‌آوری در افراد مبتلا به مصرف‌مواد، پایین است، ناراحتی هیجانی ناشی از فشارهای درونی و بیرونی، با شدت بیشتری تجربه می‌شود. در نتیجه، وابستگان به مواد که از سطوح پایین تاب‌آوری برخوردارند، معمولا به جای مواجهه با مسائل و حل مستقیم آنها به دنبال راه‌هایی برای کاهش فوری و لحظه‌ای ناراحتی‌های عاطفی خود می‌باشند. این افراد، همچنین نگرش‌های ناکارآمدی نسبت به عواطف منفی دارند، به طوری که نمی‌توانند وجود این نوع عواطف را در ساختار ذهنی خود قبول کنند؛ بنابراین هنگام تجارب عاطفی منفی احساس پریشانی می‌کنند. در همین راستا تحقیقات نشان داده‌اند که دشواری در بازشناسی هیجان‌ها و نقص در برقراری رابطه عاطفی با دیگران منجر به مصرف مواد در افراد می‌شود (رضایی و نجفی، ۱۳۹۶). البته، همچنان که نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد رابطه تاب‌آوری با دشواری تنظیم هیجان یک رابطه علّی نبوده و بیشتر جنبه همبستگی دارد؛ لذا تاب‌آوری ممکن است بر تعدادی از فرآیندهای مربوط به خودتنظیمی شامل

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.67]

توجه، ارزیابی‌های شناختی وضعیت‌های هیجانی یا جسمانی پریشان‌کننده اثر بگذارد یا تحت‌تأثیر آنها قرار بگیرد و نیز دشواری در تنظیم آنها ممکن است ماهیت تاب‌آوری را تحت تأثیر قرار دهد.

پژوهش حاضر از چند جهت دارای محدودیت‌هایی بوده است که لازم است در تفسیر نتایج به‌دست آمده مد نظر قرار گیرند؛ برخی از بیمارانی که به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند به دلیل خماری ناشی از مواد یا دارو کمتر با محقق همکاری می‌کردند. خستگی زود هنگام و بی‌حوصلگی شدید آزمودنی‌ها می‌توانست روی کیفیت تکمیل پرسشنامه‌ها تاثیرگذار باشد. پیشنهاد می‌شود تحقیقات بعدی نتایج پژوهش حاضر را در دو گروه از افراد وابسته به مواد که تحت درمان هستند و آنهایی که تحت درمان نیستند تکرار نمایند تا اثرات احتمالی مداخله‌گر داروها با وضوح بیشتری مشخص شوند.

منابع

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

اثنی عشران، سهیلا؛ یزدخواستی، فریبا و عریضی سامانی، حمیدرضا (۱۴۰۰). تاثیر رفتار درمانی دیالکتیک بر تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی زنان معتاد در حال ترک: نقش میانجی ذهن-آگاهی، ارتباط موثر و راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی. *فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۴، ۱۲-۱.

افضلی، افشین؛ دلاور، علی؛ برجعلی، احمد و میرزمانی، محمود (۱۳۸۶). منابع ویژگی‌های روان-سنجی آزمون DASS-42 براساس نمونه‌ای از دانش‌آموزان دبیرستانی شهر کرمانشاه. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۵(۲)، ۸۱-۹۲.

استادنوروزی، منا و زمستانی، مهدی (۱۳۹۹). بررسی مقایسه‌ای ارتباط بین تروماهای دوران کودکی با کارکرد شخصیت و صفات مرضی در بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی و گروه غیر بیمار. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۷(۶)، ۸۵-۹۹.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.67]

آهنگرزاده رضایی، سهیلا و رسولی، مریم (۱۳۹۴). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی «مقیاس تاب‌آوری کانر- دیویدسون» در نوجوانان مبتلا به سرطان. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۳(۹)، ۷۳۹-۷۴۷.

بشارت (۱۳۸۶). تاب‌آوری، آسیب‌پذیری و سلامت روانی. *علوم روان‌شناختی*، ۶(۲۴)، ۳۷۳-۳۸۳.

پارسافر، سارا و یزدخواستی، فریبا (۱۳۹۹). بررسی روابط علی بین نقش‌های جنسیتی، تاب‌آوری، سرسختی، درماندگی آموخته‌شده و هم‌وابستگی، در همسران افراد معتاد. *مطالعات اجتماعی روانشناختی زنان (مطالعات زنان سابق)*، ۱۲(۴)، ۶۹-۹۲.

جنگی، پریا؛ رامک، ناهید و سنگانی، علیرضا (۱۳۹۸). مقایسه میزان رفتارهای خود تخریب، باورهای غیرمنطقی و تحمل پریشانی هیجانی در مردان در حال بهبودی مواد افیونی و مواد محرک. *اعتیادپژوهی*، ۱۳(۵۲)، ۲۵۹-۲۷۴.

خانزاده، مصطفی؛ سعیدیان، محسن و حسین چاری، مسعود (۱۳۹۱). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس دشواری در نظم‌بخشی هیجانی. *علوم رفتاری*، ۶(۱)، ۸۷-۹۶.

رضائی، سجاد؛ قربانپور لفمجانی، امیر؛ فیضی لپوندانی، عامر و جهانگیرپور، مهسا (۱۴۰۱). روابط ساختاری خطرپذیری و دشواری در نظم‌بخشی هیجان با گرایش به عود اعتیاد در بیماران تحت درمان نگه‌دارنده با متادون: نقش میانجی تحمّل آشفتگی و انعطاف‌پذیری شناختی. *اعتیاد پژوهی*، ۱۶(۶۳)، ۱۶۷-۱۹۸.

رضایی، سمیرا و نجفی، محمود (۱۳۹۶). مقایسه دشواری‌های تنظیم هیجانی و پریشانی‌روانی در افراد معتاد و عادی. *سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۴(۱۳)، ۹۵-۱۱۰.

شالچی مجد، سعید؛ محمد زاده، علی و یوسف پور، ناهید (۱۴۰۱). پیش‌بینی رفتارهای قلدری و جامعه‌ستیزی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مکانیسم‌های دفاعی در افراد وابسته به مواد. *اعتیاد پژوهی*، ۱۶(۶۳)، ۲۸۵-۳۰۸.

صادقی، جمال و قمبری میلاد (۱۴۰۱). اثربخشی هیپنوتراپی بر آشفتگی روان‌شناختی، ناتوانی کارکردی و اضطراب مرگ در افراد وابسته به هروئین. اعتیادپژوهی، ۱۶(۶۶)، ۳۲۹-۳۴۷.

عامری، نرجس (۱۴۰۱). روابط ساختاری طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون: نقش میانجی شفقت به خود. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶)، ۷۰-۴۷.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.67]

عامری، نرجس و نجفی، محمود (۱۴۰۰). نقش میانجی پریشانی روان‌شناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) در رابطه بین اجتناب تجربی با علائم وسواس فکری-عملی. مطالعات روان‌شناختی، ۱۷(۴)، ۳۱-۱۱.

علی اکبری، مائده و حسین ثابت، فریده (۱۴۰۰). *تحمل پریشانی و اضطراب درد با ویژگیهای شخصیت مرزی: نقش واسطه‌ای ترومای کودکی*. هشتمین کنگره انجمن روانشناسی ایرانیان- تهران.

فرضعلی زاده، ویدا؛ کامیابی، سحر؛ رضایی، لیلا و بهرامی، فاطمه (۱۳۹۸). بررسی نقش مواجه با ترومای دوران کودکی و پروفایل آشفتگی روان‌شناختی برگرایش به خودکشی در بین افراد وابسته به مواد. *مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی*، ۵(۱)، ۳۲۶-۳۳۸.

قدرت الهی فرد، محمدعلی؛ چین آوه، محبوبه و امینی منش، سجاد (۱۳۹۹). مدل‌یابی بروز نشانه-های اختلالات شخصیت در پرستاران در مرحله گذراندن طرح نیروی انسانی و دانشجویان سال آخر رشته پرستاری بر اساس آسیب‌های دوران کودکی با نقش واسطه‌ای تنظیم شناختی هیجان. *نشریه پرستاری ایران*، ۳۳(۱۲۳)، ۸۴-۱۰۷.

کاظم‌پور، معصومعه و نادری، حبیب الله (۱۴۰۲). روابط ساختاری ترومای دوران کودکی و مشکلات مصرف مواد در افراد مصرف‌کننده مت‌آمفتامین: نقش میانجی علائم پانیک. *اعتیادپژوهی*، ۱۷(۶۸)، ۱۵۹-۱۸۰.

مرادزاده، شیدا و نجفی، محمود (۱۴۰۱). پیش‌بینی افسردگی بر اساس ترومای کودکی، تکانشگری و تنظیم شناختی هیجان در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۶ (۶۴)، ۲۴۰- ۲۱۹.

مصرآبادی، جواد (۱۳۹۵). کتاب کاربست آمار استنباطی در علوم رفتاری. تبریز: انتشارات دانشگاه شهید مدنی.

هارون رشیدی، همایون (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر تحمل ابهام و پریشانی روان‌شناختی زنان دارای همسر وابسته به مواد. *اعتیادپژوهی*، ۱۷(۶۸)، ۳۲۶-۳۴۷.

References

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5-Tr)*. Washington, D.C: American Psychiatric Pub.

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.67]

screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 27(2), 169-190.

Bottesi, G., Ghisi, M., Caggiu, I., & Lauriola, M. (2021). How is intolerance of uncertainty related to negative affect in individuals with substance use disorders? The role of the inability to control behaviors when experiencing emotional distress. *Addictive behaviors*, 115, 106-125.

Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a New Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.

Cooper, D. K., Felt, J. M., Riobueno-Naylor, A., Lai, B. S., Bámaca, M. Y., & Fishbein, D. (2023). The mediating role of self-regulation on the link between child maltreatment and later substance use among Latinx youth. *Child Abuse & Neglect*, 140, 106-151.

Downey, C., & Crummy, A. (2022). The impact of childhood helplessness ma on children's wellbeing and adult behavior. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 6(1), 111-120.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26, 41-54.

Gross, J., J. (2011). *Handbook of Emotion Regulation, First Edition*. New York: Guilford Press.

Guo, Y. Y., Gu, J. J., Gaskin, J., Yin, X. Q., Zhang, Y. H., & Wang, J. L. (2023). The association of childhood maltreatment with Internet addiction: the serial mediating effects of cognitive emotion regulation strategies and depression. *Child Abuse & Neglect*, 140, 106-134.

He , J., Yan, X., Wang, R., Zhao , J., Liu , J., Zhou, C., & Zeng, Y. (2022). Does Childhood Adversity Lead to Drug Addiction in Adulthood? A Study of Serial Mediators Based on Resilience and Depression. *Front Psychiatry*, 18, 1-9.

Hulme, P. A., Wegehaupt, M., Kupzyk, K. A., & French, J. A. (2023). An approach for studying the contributions of childhood sexual abuse and HPA axis dysregulation to substance use disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 42, 9-17.

Khosravani, V., Sharifi Bastan, F., Kolubinski, D. C., Amirinezhad, A., & Ghorbani, F. (2021). Distress tolerance and special alcohol metacognitions behave differently in the association of negative affect with alcohol-related patterns in men with problematic alcohol use in the abstinence phase. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(2), 345-354.

Larrazabal, M. A., Naragon-Gainey, K., & Conway, C. C. (2022). Distress tolerance and stress-induced emotion regulation behavior. *Journal of Research in Personality*, 99, 104-123.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.67]

Lensch, T., Clements-Nolle, K., Oman, R. F., Evans, W. P., Lu, M., & Yang, W. (2021). Adverse childhood experiences and co-occurring psychological distress and substance abuse among juvenile offenders: the role of protective factors. *Public Health*, 194, 42-47.

Linn, B. K., Zhao, J., Stasiewicz, P. R., LaBarre, C., Wilding, G. E., & Bradizza, C. M. (2023). Relationship of negative emotionality, NIAAA recovery, and 3-and 6-month drinking outcomes among adults in treatment for alcohol use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 242, 109-135.

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.

Manuel, A., & Wade, T. D. (2013). Emotion regulation in broadly defined anorexia nervosa: Association with negative affective memory bias. *Behaviour Research and Therapy*, 51(8), 417–424.

Mattingley, S., Youssef, G. J., Manning, V., Graeme, L., & Hall, K. (2022). Distress tolerance across substance use, eating, and borderline personality disorders: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 300, 492-504.

McKay, J. R. (2011). Negative mood, craving, and alcohol relapse: can treatment interrupt the process?. *Current Psychiatry Reports*, 13, 431-433.

Mørkved, N., Winje, D., Dovran, A., Arefjord, K., Johnsen, E., Kroken, R. A., Rettenbacher, M. (2018). Childhood trauma in schizophrenia spectrum disorders as compared to substance abuse disorders. *Psychiatry Research*, 261, 481-487.

Nikmanesh, Z., Kazemi, Y., & Khosravi, M. (2015). Role of feeling of loneliness and emotion regulation difficulty on drug abuse. *Journal of Community Health Research*, 4(1), 55-64.

Roditis, M. L., Jones, C., Dineva, A. P., & Alexander, T. N. (2019). Lessons on addiction messages from "The Real Cost" campaign. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(2), 24-30.

Ross, N. D., Kaminski, P. L., & Herrington, R. (2019). From childhood emotional maltreatment to depressive symptoms in adulthood: the roles of self-compassion and shame. *Child abuse & neglect*, 92, 32-42.

Sehati, M., Amin Nasab, A., & Yousefian, Z. (2019). The efficiency of emotion regulation and distress tolerance based on dialectical behavior therapy on anxiety sensitivity and emotion regulation difficulties in women with irritable bowel. *Social Behavior Research & Health (SBRH)*, 3(1), 298 -308.

Stellern, J., Xiao, K. B., Grennell, E., Sanches, M., Gowin, J. L., & Sloan, M. E. (2023). Emotion regulation in substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 118(1), 30-47.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.67]

Vujanovic, A. A., Webber, H. E., McGrew, S. J., Green, C. E., Lane, S. D., & Schmitz, J. M. (2022). Distress tolerance: prospective associations with cognitive-behavioral therapy outcomes in adults with posttraumatic stress and substance use disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 51(4), 326-342.

Williams-Butler, A., Howard, T., Anthony, W. L., & Duron, J. (2023). Adverse Childhood Experiences, sexual debut and substance use among Black justice-involved youth: The imperative of trauma-informed sexuality education. *Children and Youth Services Review*, 147, 106-127.

Wright, S. E. (2022). Adverse Childhood Experiences and the Risk of Drug Overdose in Adulthood. Virginia Commonwealth University. https://scholarscompass.vcu.edu/gradposters/141

Zaorska, J., Kopera, M., Trucco, E. M., Suszek, H., Kobyliński, P., & Jakubczyk, A. (2020). Childhood trauma, emotion regulation, and pain in individuals with alcohol use disorder. *Frontiers in psychiatry*, 11(55), 41-50.

Zengin İspir, G., Danışman, M., Tulacı, R. G., & Özdel, K. (2023). Emotion Dysregulation and Affective Temperaments in Opioid Use Disorder: the preliminary results of a prospective study. *Journal of Addictive Diseases*,7, 1-8.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.67]