

February-March 2025, Volume 12, Issue 6

Structural Relationships of Childhood Trauma Experience with Emotional Dysregulation in Methadone Treated Individuals: The Mediating Role of Mentalization

Sareh Alijani^{1*}, Hojatollah Farahani², Zahra Majidinasab³

1. Master of General Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran/ PhD Student in Psychology, Tonkabon Branch, Islamic Azad University, Tonkabon, Iran.
2. Associate Professor of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.
3. Master of General Psychology, Takestan Branch, Islamic Azad University, Qazvin, Iran.

Corresponding Author: Sareh Alijani, Master of General Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran/ PhD Student in Psychology, Tonkabon Branch, Islamic Azad University, Tonkabon, Iran.

E-mail: sareh.aliyani@yahoo.com

Received: 7 April 2024

Accepted: 19 Jan 2025

Abstract

Introduction: With the growing number of opioid users, as well as with the non-compliance with methadone maintenance protocol principles in terms of dosage and occasional impulsive increases in dosage due to lack of effective emotional regulation, The present study was conducted to investigate the structural relationships of childhood trauma experience with emotional dysregulation in methadone treated individuals with the mediating role of mentalization.

Methods: The statistical population in this study included all drug-dependent patients treated with methadone who were referred to addiction treatment centers in Qazvin city in 2023, of which 220 people were selected using the available sampling method. To collect data, the Childhood Trauma Questionnaire, reflective functioning questionnaire, and difficulties in emotion regulation scale were used. For data analysis, Pearson correlation, structural equation modeling, and SPSS-18 and AMOS-24 software were used.

Results: The findings indicate the fit of the assumed model. The present research is a descriptive-correlation type of structural equations. The direct effect of childhood trauma ($T=2.11$, $\beta=0.43$) and mentalization (uncertainty component) ($T=5.65$, $\beta=0.41$) on meaningful and positive on emotional dysregulation and the direct effect of mentalization (uncertainty component) ($T = -3.32$, $\beta = -0.47$) on emotional dysregulation was significant and negative. Also, the analysis of research findings indicated the mediating role of mentalization in the relationship between childhood trauma experience and emotional dysregulation. The results also showed that the research variables explained a total of 56% of the variance of emotional dysregulation. The results also showed that the research variables explained a total of 56% of the variance of emotional dysregulation.

Conclusions: Early traumatic experiences, especially with caregivers, create an environment that invalidates the child's emotions and feelings, and in this unsafe environment, the child uses incompatible strategies such as suppressing or avoiding negative emotions. It may lead to substance abuse problems in adulthood, On the other hand, despite traumatic experiences, if people acquire a high psychological capacity and understanding and insight into their mental processes (mentalization capacity), they will not resort to drugs to regulate their impulses and emotions. Therefore, it is suggested to pay special attention to the treatments based on mentalization and the treatments based on emotion regulation in people treated with methadone.

Keywords: Childhood Trauma, Emotional Dysregulation, Mentalization, Methadone.

روابط ساختاری تجربه ترومای کودکی با بدتنظیمی هیجانی در افراد تحت درمان با متادون: نقش میانجی ذهنی سازی

ساره علیجانی^{۱*}، حجت الله فراهانی^۲، زهرا مجیدی نسب^۳

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه تهران، تهران، ایران و دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

۲. دانشیار روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشکده تربیت مدرس، تهران، ایران.

۳. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد تاکستان، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران.

نویسنده مسئول: ساره علیجانی، کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه تهران، تهران، ایران و دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

ایمیل: sareh.aliyani@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱/۱۹

چکیده

مقدمه: با رشد روزافزون افراد مصرف کننده مواد افیونی و همچنین با رعایت نکردن اصول پروتکل درمان نگهدارنده با متادون در میزان دوز مصرفی و گهگاه افزایش تکانه ای میزان دوز مصرفی به دلیل عدم تنظیم هیجانی اثربخش، پژوهش حاضر با هدف بررسی روابط ساختاری تجربه ترومای کودکی با بدتنظیمی هیجانی در افراد تحت درمان با متادون با نقش میانجی ذهنی سازی انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع معادلات ساختاری است. جامعه آماری در این مطالعه شامل تمامی بیماران وابسته به مواد تحت درمان با متادون مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر قزوین در سال ۱۴۰۲ بود که از میان آنها تعداد ۲۲۰ نفر با روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه ترومای کودکی، پرسشنامه کنش‌وری تاملی و مقیاس دشواری در تنظیم هیجان استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از همبستگی پیرسون، مدل‌یابی معادلات ساختاری و از نرم‌افزار SPSS-18 و AMOS-24 استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها حاکی از برآزش مدل مفروض است. اثر مستقیم ترومای کودکی ($\beta = 0/43, T = 2/11$) و ذهنی سازی (مولفه عدم اطمینان) ($\beta = 0/41, T = 5/65$) بر بدتنظیمی هیجانی معنادار و مثبت و اثر مستقیم ذهنی سازی (مولفه اطمینان) ($\beta = -0/47, T = -3/32$) بر بدتنظیمی هیجانی معنادار و منفی بود. همچنین، تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش حاکی از نقش میانجی ذهنی سازی در رابطه بین تجربه ترومای کودکی با بدتنظیمی هیجانی بود. نتایج همچنین نشان داد که متغیرهای پژوهش در مجموع ۵۶ درصد از واریانس بدتنظیمی هیجانی را تبیین کردند.

نتیجه گیری: تجارب آسیب‌زای اولیه به ویژه با مراقبین، محیطی را ایجاد می‌کند که هیجانات و عواطف کودک را بی اعتبار کرده و کودک در این فضای ناامن، از راهبردهای ناسازگار مانند سرکوب و یا اجتناب از هیجانات منفی استفاده می‌کند که ممکن است در بزرگسالی منجر به مشکلات مرتبط با مصرف مواد گردد، از سویی دیگر افراد علی‌رغم تجربیات آسیب‌زا در صورت اکتساب ظرفیت بالای روان‌شناختی و درک و بینش نسبت به فرایندهای ذهنی خود (ظرفیت ذهنی سازی) سبب می‌شود جهت تنظیم تکانه‌ها و هیجانات خویش، متوسل به مصرف مواد نشوند. بنابراین، درک بالینی بهتر از این مولفه‌ها و به ویژه ذهنی سازی در آسیب‌شناسی اعتیاد یک عنصر کلیدی در ارزیابی و کار بالینی با بیماران تحت درمان با متادون خواهد بود. لذا پیشنهاد می‌شود به درمان‌های مبتنی بر ذهنی سازی و درمان‌های مبتنی بر تنظیم هیجان در افراد تحت درمان با متادون توجه ویژه‌ای شود.

کلیدواژه‌ها: ترومای کودکی، بدتنظیمی هیجانی، ذهنی سازی، متادون.

اعتیاد (addiction) یک اختلال چند وجهی می باشد که با مشخصه هایی مانند رفتارهای اجبارگونه، وسوسه های مداوم، رفتارهای پیگیرانه و مصرف مواد تعریف می گردد (۱). تکرار رفتار مصرف مواد، باعث منع فرد از عملکرد طبیعی در خانواده، محیط کاری و جامعه می شود (۲). شیوع وابستگی به مواد مخدر به سرعت در ایران و در سطح جهانی در حال افزایش است و به یک نگرانی مهم در زمینه بهداشت عمومی تبدیل شده است (۳). فرد وابسته به مواد با اینکه مشکلات متعدد ناشی از مصرف مواد را تجربه می کند، اما قادر به قطع مصرف نیست و به طور اجباری و وسواس گونه به مصرف مواد می پردازد (۴). سوء مصرف مواد مخدر (substance abuse) آسیب های متعدد مالی، بهداشتی و روانی نظیر از دست دادن دارایی های فردی، افزایش خشونت، خطر ابتلا به ایدز، بزهکاری، بیکاری، افزایش ابتلا به اختلالات روانی و افکار خودکشی را می تواند به همراه داشته باشد (۵). بنابراین، میزان شیوع بالای اعتیاد به مواد مخدر ضرورت توجه به درمان های متناسب با نیاز بیماران را اجتناب ناپذیر می کند. اما، علی رغم تلاش های بسیار متخصصان اعتیاد و استفاده از درمان های مختلف، لغزش و عود مهم ترین عوامل شکست درمان هستند (۶). انواع اصلی درمان اعتیاد شامل مداخلات روانشناختی، درمان جایگزینی با مواد افیونی و سم زدایی جسمی است (۷). درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست، درمانی جایگزین و موثر برای مصرف کنندگان مواد مخدر می باشد و به عنوان یک روش معمول برای بازتوانی در افرادی است که از مواد اعتیادآور استفاده می کنند (۸). متادون آگونیست گیرنده های مو و ضد درد ترکیبی است که قدرت چسبندگی بالاتری به گیرنده های اپیوئیدی نسبت به تریاک و مشتقات آن دارد که در میان داروهای آگونیست بیشتر مورد استفاده قرار می گیرد و به دلیل تعامل با گیرنده های مواد افیونی، به عنوان یک استراتژی درمانی موثر برای مصرف کنندگان مواد مخدر تایید شده است (۷). کارشناسان معتقدند که جایگزینی متادون مصرف اجباری مواد، شیوع اعتیاد به مواد مخدر تزریقی و بیماری های خطرناکی مانند ایدز را کاهش می دهد و از طرف دیگر، ارتباط بین معتادان به مواد مخدر با فروشندگان مواد مخدر قطع کرده و احتمال بزهکاری را کاهش می دهد. بنابراین مصرف متادون علاوه بر کاهش سوءمصرف مواد

باعث بهبود در سلامت روان افراد و کاهش ارتکاب به جرایم اجتماعی مرتبط با سوءمصرف مواد می شود و بیمار را به فرد مولد تبدیل می کند (۹). لذا درمان نگهدارنده با متادون از رایج ترین درمان ها برای بیماران با رفتارهای پرخطر می باشد و مصرف طولانی مدت و منظم آن از عود مجدد و آسیب بیشتر جلوگیری می کند (۱۰).

در کارآزمایی های بالینی، مجموعه ای از متغیرها به عنوان متغیرهای پیش بینی کننده در زمینه سوء مصرف مواد مورد مطالعه قرار گرفتند که از جمله این متغیرها می توان به ترومای کودکی اشاره کرد. دوره کودکی از جمله دوره های مهم زندگی محسوب می شود که متخصصان و نظریه پردازان مختلف در مورد اهمیت آن و آسیب های جبران ناشدنی این دوره تاکید داشته اند (۱۱). ترومای کودکی (Childhood trauma) در اشکال مختلف اتفاق می افتد که سوءاستفاده جنسی، جسمی، هیجانی، غفلت هیجانی و غفلت جسمانی را شامل می شود (۱۲). یافته های مطالعات بررسی عوامل شناختی، رفتاری، هیجانی و عصبی بیولوژیکی نشان می دهد که آسیب های اولیه زندگی بر توسعه سیستم های عصبی بیولوژیکی تأثیر می گذارد که به نوبه خود بر عملکرد روانشناختی آینده تأثیر منفی می گذارد و منجر به الگوهای شناختی و رفتاری ناسازگار می شود (۱۳). در این راستا، شواهد پژوهشی نشان می دهد که ترومای دوران کودکی با مشکلاتی از قبیل اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلال جسمی، اختلالات خوردن و گرایش به اعتیاد مرتبط است (۱۴). انواع تروماهای دوران کودکی از جمله سوء استفاده جسمی، روانی و هیجانی در دوران کودکی نشان دهنده نقص در رابطه دلبستگی (attachment) میان مراقبت کننده و کودک از طریق عدم وجود وابستگی احساسی و غفلت هیجانی و یا اعمال آشکار سوءاستفاده کلامی و احساسی است که باعث اختلالات روان شناختی کودک و مانع از توسعه بهنجار ظرفیت های اساسی مانند احساسات خودکارآمدی، خودکفایی و افزایش ظرفیت ذهنی سازی (mentalization) و تنظیم هیجان (Emotion regulation) می شود (۱۵).

تنظیم هیجان یک مهارت بنیادی است که برای عملکرد انطباقی در حوزه های مختلف ضروری است و به عنوان فرآیندهای درونی و بیرونی درگیر در نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش های هیجانی برای دستیابی به اهداف تعریف

دیگر، توانایی ذهنی سازی در ۴ تا ۵ سال اول زندگی رشد می کند و از طریق روابط دلبستگی ایمن (از طریق فرایند انعکاس سازی (mirroring) عاطفی) تسهیل می شود. این ظرفیت در استدلال فرد و توانایی تنظیم هیجان وی موثر است. اختلال در شکل گیری این ظرفیت، تظاهرات آسیب شناختی روانی از جمله تکانشگری، کنش نامایی و اختلال در تنظیم هیجان را به همراه دارد (۲۶، ۲۷). به عبارت دیگر شکستن ظرفیت ذهنی سازی و ضعف در ایگو - به سبب دلبستگی نایمن و یا وجود استرسورهای فراوان در محیط های استرس زا - می تواند رفتارهای تکانشی و اختلال در تنظیم هیجان را به همراه داشته باشد (۲۷). به علاوه فونگای، توانایی کم ذهنی سازی در بیماران مصرف کننده مواد را به عنوان نقص شخصیتی مرتبط با شکست های اولیه محیطی درک می نماید (۲۸). شواهد پژوهشی نشان می دهد نقص در ذهنی سازی با سوء مصرف مواد و رفتارهای تکانشی و خارج از کنترل مانند اعتیاد به غذا نیز مرتبط است (۲۹). بنابراین با توجه به اینکه ذهنی سازی به افراد اجازه می دهد تا افکار را از واقعیت عاطفی متمایز کنند و در فضای بازنمایی حرکت کنند و همچنین، نقش اساسی در تنظیم رفتار، حالات و تکانه های هیجانی شدید دارد (۳۰)؛ لذا فرض بر این است که این مکانیسم می تواند میانجی گر رابطه بین ترومای کودکی و بدتنظیمی هیجانی در افراد تحت درمان با متادون باشد.

با توجه به آنچه ذکر شد، به نظر می رسد افرادی که تجربه ترومای کودکی دارند، ظرفیت ذهنی سازی پایین تری دارند و این امر منجر به بدتنظیمی هیجانی آنها خواهد شد. مطالب مذکور می تواند بیانگر اهمیت ظرفیت ذهنی سازی در تنظیم هیجان باشد. بنابراین، مشخص نمودن مکانیسم های موثر در تنظیم هیجان در قالب مدل باعث فهم بهتر و افزایش برنامه های پیشگیرانه و مداخله ای خواهد شد. از سویی دیگر، امروزه گسترش روزافزون مصرف مواد به عنوان خطر جدی برای سلامت جامعه مطرح شده است و گرایش به مصرف مواد در میان جوانان به عنوان بالای خانمان سوز و رویدادی نگران کننده در دنیا یاد شده است. در این راستا، با رشد روزافزون افراد مصرف کننده مواد افیونی و همچنین با رعایت نکردن اصول پروتکل درمان نگهدارنده با متادون در میزان دوز مصرفی و گهگاه افزایش تکانه ای میزان دوز مصرفی به دلیل عدم تنظیم هیجانی اثربخش، این مطالعه به منظور رفع خلاء پژوهشی

می شود (۱۶). اگرچه مفهوم تنظیم هیجان تابع تعاریف و تفاسیر مختلفی است، اما اغلب به عنوان فرآیندها یا راهبردهایی برای مدیریت برانگیختگی هیجانی استفاده می شود تا عملکرد بین فردی مناسب ممکن شود (۱۷). از سوی دیگر، بدتنظیمی هیجان (Emotion dysregulation) غالباً با تلاش های ناموفق در راستای اجتناب از هیجان مشخص می شود که باعث به کارگیری راهبردهای سازش نایافته برای پاسخ دهی به هیجان ها می شود. پاسخ های غیرقابل پذیرش، دشواری در کنترل رفتارها هنگام مواجهه با آشفتگی های هیجانی و نقص در استفاده کارآمد از اطلاعات هیجانی نمونه هایی از این راهبردها هستند (۱۸، ۱۹). در نتیجه، بدتنظیمی هیجانی در تعدادی از زمینه های مختلف مشاهده شده است و به عنوان یک عنصر مشترک در بسیاری از اختلالات روانی وجود دارد (۲۰). در این راستا بدتنظیمی هیجانی با افسردگی، اختلالات خوردن (eating disorder)، اعتیاد و اختلالات شخصیت (personality disorders) مرتبط است (۲۱). شواهد حمایتی همچنین نشان می دهد که تروما به طور همزمان بر مناطقی از مغز که در تنظیم هیجان و حافظه نقش دارند تأثیر می گذارد (۲۲). در این راستا، نتایج پژوهش ویس و همکاران (۲۳) حاکی از آن است که برخی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه که تجربه تروما داشته اند، هیجان مثبت را به عنوان احساس انزجار تجربه می کنند، زیرا آن ها برانگیختگی فیزیولوژیکی ایجاد می کنند که نشانه ای از علائم مرتبط با تروما است.

برای درک مسیر بین ترومای کودکی و بدتنظیمی هیجانی با پیامدهای بالینی از جمله مصرف مواد، نیازمند مکانیسم های مبتنی بر یک نظریه هستیم. نظریه ذهنی سازی بیان می کند که دلبستگی (یعنی مدل کاری درونی که یک فرد از خود و دیگران براساس تجربیات مراقبت اولیه شکل می دهد) و ذهنی سازی (یعنی درک رفتار خود و دیگران که توسط حالات ذهنی هدایت می شود) جنبه های کلیدی در ایجاد مشکلاتی از جمله مشکلات بین فردی، ساختار شخصیتی ناسازگار و طیفی از پیامدهای روانی منفی هستند (۲۴، ۲۵). در واقع، این نظریه بیان می کند که اختلالات در سیستم دلبستگی، مانند بدرفتاری با کودک، توانایی انعکاس حالات ذهنی درونی خود و دیگران راه به ویژه در حالت های استرس زای عاطفی، مختل می کند و نقص در توانایی ذهنی سازی منجر به آسیب روانی می شود (۲۴). به عبارت

مولفه آزار عاطفی با سوالات ۳، ۸، ۱۴، ۱۸ و ۲۵؛ آزار جنسی با سوالات ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴ و ۲۷؛ آزار فیزیکی با سوالات ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵ و ۱۷؛ غفلت عاطفی با سوالات ۵، ۷، ۱۳، ۱۹ و ۲۸؛ غفلت جسمی با سوالات ۱، ۲، ۴، ۶ و ۲۶ را اندازه گیری می‌کند. سوالات ۱۰، ۱۶ و ۲۲ در هیچ کدام از مولفه‌ها جای نمی‌گیرند. همان‌طور که بیان شد، نمره‌گذاری پرسشنامه براساس یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرت انجام می‌شود به این صورت که هرگز نمره ۱، گاه گاهی نمره ۲، غالباً نمره ۳، به کرات نمره ۴ و تقریباً همیشه نمره ۵ تعلق می‌گیرد. نمرات حاصل از پرسشنامه در دامنه ۲۵ تا ۳۶ ترومای کم، نمره ۴۱ تا ۵۱ ترومای کم تا متوسط، نمره ۵۶ تا ۶۸ ترومای متوسط تا شدید و نمره ۷۳ تا ۱۲۵ به عنوان ترومای خیلی شدید طبقه بندی می‌شود. سازندگان پرسشنامه آلفای کرونباخ را بررسی و ضرایب بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند و روایی همزمان آن با مقیاس درجه بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ به دست آورده‌اند (۳۲). در ایران پایایی پرسشنامه بررسی و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۴ به دست آمده است و همچنین روایی همگرای آن با مقیاس اختلال اضطراب فراگیر بررسی و ضریب همستگی ۰/۷۲ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (۳۳).

پرسشنامه کنش‌وری تاملی (Reflective Functioning Questionnaire): این پرسشنامه توسط فوناگی (Fonagy) و همکاران در سال ۲۰۱۶ به منظور ارزیابی سازه ذهنی سازی تهیه شده است که در تحلیل عاملی دو عامل اطمینان و عدم اطمینان در مورد حالت ذهنی خود و دیگران گزارش گردید. روش نمره گذاری پرسشنامه که ۲۶ ماده دارد برای مولفه اطمینان (با سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸ و ۹) سوالات به صورت مستقیم در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف و برای مولفه عدم اطمینان (با سوالات ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴) همان مواد به صورت برعکس نمره گذاری می‌شود. فوناگی و همکاران (۳۴) ثبات درونی برای مولفه اطمینان و عدم اطمینان را به ترتیب ۰/۶۳ و ۰/۶۷. در نمونه‌های غیر بالینی گزارش کردند. اعتبار آزمون را با روش آزمون-بازآزمون با فاصله سه هفته ۰/۴ و برای عدم اطمینان ۰/۷۵. برای مولفه اطمینان به دست آوردند. هنجارسازی این مقیاس در جامعه ایرانی انجام شده است. تحلیل عاملی اکتشافی این پرسشنامه در جامعه ایرانی نیز دو

موجود درصدد پاسخ گویی به این سوال است آیا تجربه ترومای کودکی بر بدتنظیمی هیجانی به صورت مستقیم یا غیرمستقیم از طریق ذهنی سازی در افراد تحت درمان با متادون تاثیر دارد؟

روش کار

مطالعه حاضر از نوع همبستگی و مبتنی بر مدل معادلات ساختاری بود. جامعه آماری در این مطالعه شامل تمامی بیماران وابسته به مواد تحت درمان با متادون مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر قزوین در سال ۱۴۰۲ بود که از میان آنها تعداد ۲۲۰ نفر با روش نمونه گیری غیرتصادفی در دسترس انتخاب شدند. بنا به نظر کلاین برای مدل یابی معادلات ساختاری حداقل حجم نمونه ۲۰۰ نفر قابل دفاع است (۳۱). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن تحصیلات حداقل سیکل، قرار گرفتن تحت درمان با متادون و شرکت داوطلبانه در پژوهش با پژوهش و ملاک‌های خروج از پژوهش عدم تمایل برای ادامه پژوهش و تکمیل ناقص پرسشنامه‌های پژوهش بود. پس از مراجعه به مراکز ترک اعتیاد قزوین و پس از اطمینان داده شدن به آزمودنی‌ها جهت رعایت گمنامی، پرسشنامه‌ها که شامل رضایت نامه کتبی هم بود، در اختیار آنها قرار گرفت و امکان انصراف از ادامه همکاری در همه مراحل پژوهش وجود داشت. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی از جمله، اصل محرمانگی و رازداری، رضایت هر فرد برای شرکت در پژوهش و امکان انصراف از همکاری در صورت عدم تمایل، مورد توجه قرار گرفت. روش تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخص‌های توصیفی، ضریب همبستگی و مدل سازی معادلات ساختاری بود. داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های مدنظر به وسیله برنامه آماری SPSS-24 و AMOS-24 و 18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

پرسشنامه ترومای کودکی (Childhood Trauma Questionnaire): این مقیاس شامل ۲۸ سوال توسط برنشتاین (Bernstein) و همکاران در سال ۲۰۰۳ به منظور سنجش ضربه و ترومای دوران کودکی در ابعاد مختلف تهیه و تدوین شده است. این مقیاس دارای ۵ مولفه ی (سوء استفاده عاطفی، سوء استفاده فیزیکی، سوء استفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی) می‌باشد و براساس طیف لیکرت (از هرگز تا همیشه) نمره گذاری شده است. پنج

روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ است. همچنین روایی همزمان با پرسشنامه پذیرش و عمل مورد بررسی و برابر با ۰/۶۹ بود که نشان دهنده روایی مطلوب این پرسشنامه است (۳۶). در ایران، ضریب پایایی این مقیاس براساس آلفای کرونباخ در پژوهش عزیزی و همکاران (۱۳۸۹) ۰/۹۲ به دست آمده است. براساس نتایج پژوهش عزیزی و همکاران (۳۸) تمامی زیر مقیاس های این مقیاس با وابستگی به نیکوتین همبستگی مثبت و معنادار و با مقیاس تحمل آشفتگی هیجانی رابطه منفی و معناداری دارد که نشان دهنده روایی ملاکی و سازه این پرسشنامه است.

یافته ها

تعداد افراد شرکت کننده در پژوهش ۲۲۰ نفر بودند. بر اساس داده های گردآوری شده ۱۷۳ نفر (۷۸/۶ درصد) مرد و ۴۷ نفر (۲۱/۴ درصد) زن بودند. از نظر تحصیلات ۷۰ نفر (۳۱/۸ درصد) راهنمایی، ۶۰ نفر (۲۷/۳ درصد) دیپلم و ۹۰ نفر (۴۰/۹ درصد) لیسانس بودند. از نظر وضعیت تأهل ۱۸۰ نفر (۸۱/۸ درصد) متاهل، ۲۵ نفر (۱۱/۴ درصد) مجرد و ۱۵ نفر (۶/۸ درصد) مطلقه بودند. میانگین و انحراف معیار به ترتیب ۳۷/۲۰ و ۷/۳۰ بود.

عامل اطمینان و عدم اطمینان را نشان داد، روای همگرایی آن از طریق همبسته کردن زیرمقیاس های آن با مقیاس ذهن آگاهی، پرسشنامه دلبستگی بزرگسال و مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی قابل قبول گزارش شد. همچنین پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ برای عامل اطمینان ۰/۸۸ و برای عامل عدم اطمینان ۰/۶۶ بود (۳۵).

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (Difficulties in Emotion Regulation Scale):

یک ابزار سنجش ۳۶ آیتمی است که برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجان توسط گراتز و رومر (Gratz & Roemer) (۳۶) تدوین شده است. تحلیل عاملی، وجود ۶ عامل عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی را در این مقیاس نشان داده است. نمره هر گزینه به این صورت مشخص می شود، تقریباً هرگز=۱، به ندرت=۲، بعضی وقت ها=۳، اغلب=۴، تقریباً همیشه=۵. برای نمره گذاری، ابتدا نمره گویه های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵ معکوس می شود. سپس نمره هر یک از زیرمقیاس های شش گانه با جمع نمره گویه های هر زیر مقیاس محاسبه می شود (۳۷). نتایج پژوهش گراتز و رومر حاکی از آن است که پایایی این مقیاس به

جدول ۱. تعداد، میانگین، انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشدگی
عدم پذیرش	۱۱/۱۱	۲/۳۱	-۰/۸۴	-۰/۳۱
اهداف	۱۱/۴۳	۲/۴۷	-۱/۶۴	۱/۹۵
تکانه ها	۱۴/۰۰	۳/۵۴	-۰/۹۱	۰/۲۳
آگاهی	۱۷/۴۰	۴/۳۷	-۱/۰۵	۰/۲۵
راهبردها	۱۹/۷۹	۵/۹۳	-۰/۷۶	-۰/۲۰
شفافیت	۱۲/۸۱	۲/۸۶	-۱/۳۳	۰/۷۴
نمره کل بدتنظیمی هیجانی	۸۶/۵۵	۱۸/۵۳	-۱/۵۷	۱/۴۹
سوء استفاده عاطفی	۱۱/۹۴	۳/۰۳	-۱/۰۸	-۰/۶۷
سوء استفاده فیزیکی	۱۳/۵۲	۲/۹۰	-۱/۶۲	۱/۸۴
سوء استفاده جنسی	۱۳/۳۲	۳/۳۴	-۰/۷۲	-۰/۱۵
غفلت عاطفی	۱۳/۷۱	۳/۷۸	-۰/۳۸	-۰/۸۶
غفلت جسمی	۱۴/۰۹	۲/۸۸	-۲/۱۵	۱/۴۹
نمره کل ترومای کودکی	۶۶/۵۸	۱۵/۴۷	-۱/۱۳	۰/۷۸
اطمینان (ذهنی سازی)	۲۰/۷۴	۹/۷۱	۰/۷۷	-۱/۲۴
عدم اطمینان (ذهنی سازی)	۱۵/۸۱	۶/۸۳	-۰/۶۸	-۱/۳۳
نرمال بودن چندمتغیره (Multivariate)	ضریب مردیا: ۲/۳۰	نسبت بحرانی: ۲/۴۲		

ساره علیجانی و همکاران

مشاهده نشد، می‌توان از آزمون‌های پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون و مدل یابی معادلات ساختاری استفاده نمود. همچنین برای بررسی نرمال بودن چندمتغیره داده‌ها از ضریب کشیدگی استاندارد شده «مردیا» و نسبت بحرانی استفاده می‌شود که مقادیر به دست آمده برای ضریب مردیا و نسبت بحرانی باید کمتر از ۵ باشد نشان دهنده نرمال بودن چندمتغیره توزیع نمرات است، که نتایج در جدول ۱- آمده است که بر اساس نتایج مقدار چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در بازه (۲- تا ۲) قرار دارد. بنابراین، توزیع تمامی متغیرهای پژوهش نرمال است. مقدار ضریب مردیا و نسبت بحرانی باید کمتر از ۵ باشد که در این پژوهش «ضریب مردیا» ۲/۳۰ و مقدار نسبت بحرانی ۲/۴۲ به دست آمد که نشان دهنده برقراری فرض نرمال بودن چندمتغیره توزیع نمرات در این پژوهش است. در جدول ۲ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش آمده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. تعداد افراد شرکت کننده ۲۲۰ نفر بودند. همچنین برای انجام معادلات ساختاری به شیوه پارامتریک، پیش فرض نرمال بودن داده‌ها و متغیرها لازم است. برای سنجش نرمال بودن تک متغیره داده‌ها از مقادیر «چولگی» و «کشیدگی» استفاده می‌شود که مقادیر آن باید در بازه ۲- تا ۲+ باشد که نشان دهنده نرمال بودن تک متغیره توزیع نمرات باشد. برای بررسی استقلال خطاها از آزمون دوربین واتسون استفاده شد که نتایج نشان داد که آماره‌های دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ است که نشان دهنده ی استقلال خطاها است. برای بررسی همخطی چندگانه از ضریب تحمل و تورم واریانس استفاده شد که نتایج نشان داد که هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگتر از حد مجاز ۱۰ نمی‌باشند. از آنجایی که وجود همخطی چندگانه در متغیرهای پیش بین

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵
۱- عدم پذیرش															
۲- اهداف	۰/۶۲**														
۳- تکانه‌ها	۰/۶۷**	۰/۵۳**													
۴- آگاهی	۰/۴۷**	۰/۶۹**	۰/۷۲**												
۵- راهبردها	۰/۴۸**	۰/۶۰**	۰/۶۷**	۰/۷۴**											
۶- شفافیت	۰/۶۴**	۰/۶۱**	۰/۶۶**	۰/۶۸**	۰/۵۳**										
۷- نمره کل بدتنظیمی	۰/۷۰**	۰/۶۰**	۰/۳۸**	۰/۶۱**	۰/۵۲**	۰/۴۱**									
۸- سوء استفاده عاطفی	۰/۵۱**	۰/۷۸**	۰/۶۲**	۰/۶۵**	۰/۷۰**	۰/۳۱**	۰/۶۷**								
۹- سوء استفاده فیزیکی	۰/۶۱**	۰/۶۶**	۰/۶۸**	۰/۵۵**	۰/۶۱**	۰/۳۵**	۰/۶۱**	۰/۶۰**							
۱۰- سوء استفاده جنسی	۰/۴۷**	۰/۴۳**	۰/۵۶**	۰/۴۹**	۰/۶۲**	۰/۴۱**	۰/۵۲**	۰/۶۱**	۰/۴۰**						
۱۱- غفلت عاطفی	۰/۳۶**	۰/۶۴**	۰/۴۸**	۰/۷۴**	۰/۵۰**	۰/۵۰**	۰/۶۷**	۰/۶۳**	۰/۳۹**	۰/۳۹**					
۱۲- غفلت جسمی	۰/۵۹**	۰/۵۷**	۰/۴۴**	۰/۶۲**	۰/۴۳**	۰/۶۲**	۰/۶۱**	۰/۵۱**	۰/۲۸**	۰/۴۰**	۰/۵۲**				
۱۳- نمره کل تروما	۰/۵۱**	۰/۴۹**	۰/۶۳**	۰/۶۰**	۰/۵۱**	۰/۶۳**	۰/۶۰**	۰/۴۱**	۰/۳۷**	۰/۴۷**	۰/۵۱**	۰/۵۳**			
۱۴- اطمینان	-۰/۱۷*	-۰/۴۰**	-۰/۵۳**	-۰/۴۵**	-۰/۵۶**	-۰/۴۳**	-۰/۵۳**	-۰/۲۹**	-۰/۳۰**	-۰/۲۸**	-۰/۲۵**	-۰/۲۸**	-۰/۲۹**		
۱۵- عدم اطمینان	۰/۲۸**	۰/۵۵**	۰/۵۹**	۰/۶۷**	۰/۴۷**	۰/۶۵**	۰/۴۸**	۰/۵۰**	۰/۴۵**	۰/۴۱**	۰/۵۰**	۰/۴۸**	۰/۵۸**	-۰/۶۸**	

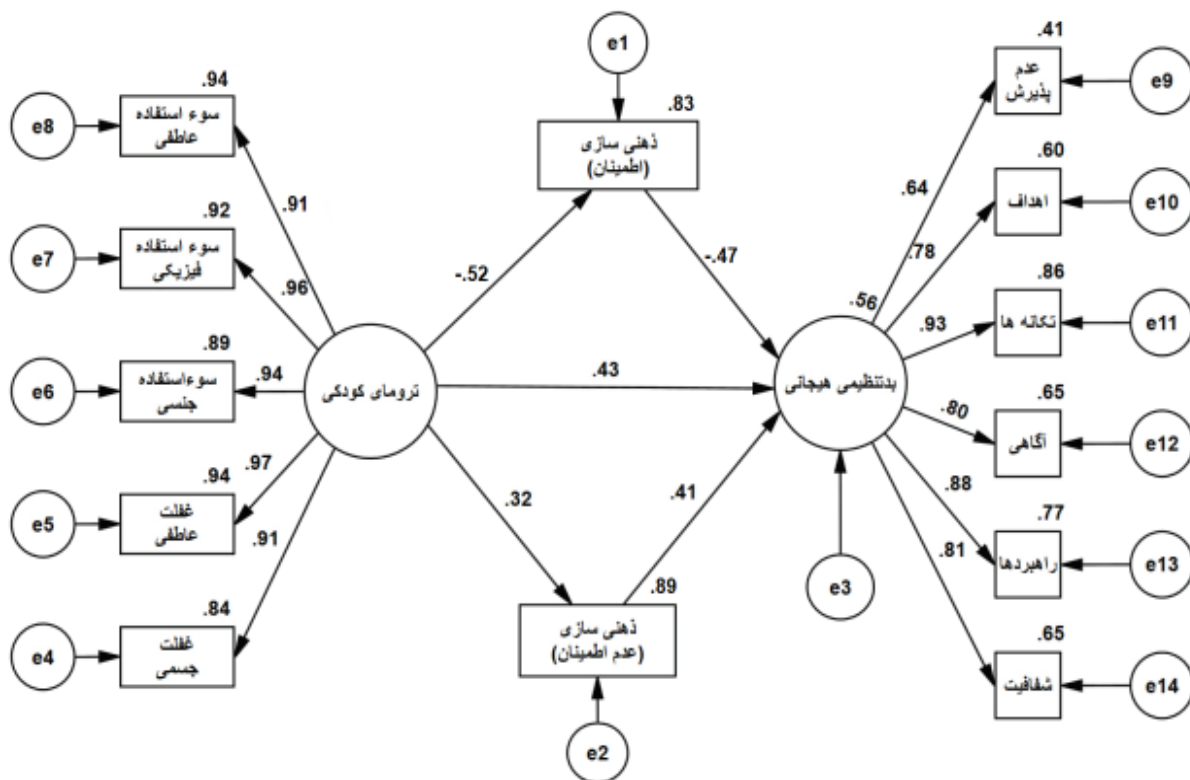
** معنادار در سطح ۰/۰۱ * معنادار در سطح ۰/۰۵

و معناداری وجود دارد. بین مولفه اطمینان (ذهنی سازی) با بدتنظیمی هیجانی ($P < ۰/۰۱$) رابطه منفی و معناداری وجود دارد. همان طور که در جدول ۲ نشان داده شد، همبستگی

جدول ۲- ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. بین ترومای کودکی و مولفه عدم اطمینان (ذهنی سازی) با بدتنظیمی هیجانی ($P < ۰/۰۱$) رابطه مثبت

که نتایج آن در قالب شکل ۱ و جداول اثرات مستقیم و غیر مستقیم ارائه می شود.

بین متغیرها معنادار است از این رو، امکان بررسی مدل پژوهش فراهم گردید. در ادامه برای بررسی اثرهای مستقیم و میانجی از روش مدلسازی معادلات ساختاری استفاده شد



شکل ۱. مدل پیشنهادی و برازش شده پژوهش

این موضوع بیانگر آن است که ترومای کودکی با میانجی ذهنی سازی (اطمینان و عدم اطمینان) در مجموع ۵۶ درصد از واریانس بدتنظیمی هیجانی را تبیین می کنند. در ادامه شاخص های برازش مدل ساختاری در جدول ۳ نشان داده شده است.

شکل ۱. مدل پیشنهادی و برازش شده پژوهش را نشان می دهد که در این مدل مجموع مجذور همبستگی های چندگانه (R^2) یا واریانس تبیین شده برای بدتنظیمی هیجانی براساس ترومای کودکی با نقش میانجی ذهنی سازی (اطمینان و عدم اطمینان) برابر با ۰/۵۶ بدست آمد،

جدول ۳: شاخص های برازندگی مدل برازش شده پژوهش

نوع شاخص	شاخص ها	مقدار به دست آمده	مقدار قابل قبول
شاخص های مطلق	CMIN	۷۹/۳۰	-
	درجه آزادی (DF)	۶۲	-
	سطح معناداری (P)	۰/۰۰۱	بیشتر از ۰/۰۵
	نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی یا X^2/df یا CMIN/df	۱/۲۸	کمتر از ۳
شاخص های نسبی	خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA)	۰/۰۵	کمتر از ۰/۰۸
	شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE)	۰/۰۰۱	کمتر از ۰/۰۵
	شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)	۰/۹۳	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازندگی افزایشی (IFI)	۰/۹۴	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۳	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازش هنجار شده (NFI)	۰/۹۱	بیشتر از ۰/۹۰

ساره علیجانی و همکاران

جدول ۳- مشاهده می شود مقدار شاخص تقریب برزندگی (PCLOSE) $0/001$ و شاخص RMSEA برابر $0/05$ می باشد که بر اساس مدل کلاین نشان دهنده برازش مدل است. در ادامه نتایج جدول ۴ و ۵ اثرات مستقیم و میانجی متغیرهای پژوهش را نشان می دهد و بر اساس آن می توان به تایید یا رد اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش در بدتنظیمی هیجانی پرداخت.

جدول ۴: شاخص های استاندارد و غیراستاندارد مدل برازش شده پژوهش

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب استاندارد	ضریب غیراستاندارد	خطای استاندارد	t	P
ترومای کودکی	بدتنظیمی هیجانی	$0/43$	$-0/24$	$0/03$	$2/11$	$0/001$
اطمینان	بدتنظیمی هیجانی	$-0/47$	$-0/53$	$0/09$	$-3/32$	$0/001$
عدم اطمینان	بدتنظیمی هیجانی	$0/41$	$0/38$	$0/05$	$5/65$	$0/001$

مسیر مستقیم اطمینان ($\beta = -0/47, T = -3/32$) بر بدتنظیمی هیجانی معنادار و منفی بود. در ادامه جهت بررسی رابطه غیرمستقیم مدل پیشنهادی از روش بوت استروپ استفاده شده است. نتایج روش بوت استروپ برای بررسی مسیرهای واسطه ای غیرمستقیم در جدول ۵- ارائه شده است.

جهت آزمودن مدل مورد نظر در پژوهش حاضر، روش الگویابی معادلات ساختاری (SEM) اعمال گردیده است. برای بررسی برازندگی مدل از شاخص های آمده شده در جدول ۳- استفاده شده است. همچنین اگر شاخص های برازش هنجار شده (NFI)، شاخص برازش هنجار نشده (NNFI)، برازش مقایسه ای (CFI)، برازندگی افزایشی، (IFI)، نیکویی برازش (GFI) بزرگتر از $0/90$ است بر برازش مناسب و مطلوب مدل دلالت دارند. همانگونه که بر اساس

با توجه به جدول ۴ در مواردی که آماره T خارج از بازه ی ($+1/96$ و $-1/96$) قرار دارد یا سطح معنی داری کمتر از $0/05$ است دو متغیر با یکدیگر ارتباط معنادار دارند. با توجه به جدول ۴ می توان مشاهده کرد که مسیر مستقیم ترومای کودکی ($\beta = 0/43, T = 2/11$) و عدم اطمینان ($T = 5/65$) بر بدتنظیمی هیجانی معنادار و مثبت بود. همچنین ($\beta = 0/41$)

جدول ۵: بررسی روابط غیرمستقیم متغیرها در مدل تحقیق

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	ضریب غیراستاندارد	حد پایین	حد بالا	معناداری
ترومای کودکی	اطمینان	بدتنظیمی هیجانی	$-0/39$	$-0/28$	$-0/65$	$0/001$
ترومای کودکی	عدم اطمینان	بدتنظیمی هیجانی	$0/53$	$0/29$	$0/67$	$0/001$

درمان با متادون تاثیر دارد. این یافته به صورت مستقیم و غیرمستقیم با پژوهش های بورنز (۳۹)، فورد و همکاران (۴۰)، فورد و هاوک (۴۱)، و لوتزین و همکاران (۴۲) همسو می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت تنظیم هیجان را می توان به عنوان یک امر مهم رشدی در نظر گرفت که به شدت تحت تأثیر توانایی ایجاد دلبستگی ایمن مناسب است. به عبارت دیگر، تنظیم هیجان در زمینه مراقبت پاسخگو و مشارکت همسالان در اوایل زندگی توسعه می یابد. بنابراین، نه تنها مراقبان نیازهای اساسی بقای فرزندان خود را تامین می کنند، بلکه تعامل با مراقبان برای توسعه خودتنظیمی بدن ضروری است (۴۳). در انسان، بدرفتاری در دوران کودکی، به ویژه ترومای مکرر، کسب مهارت های تنظیم هیجانی و بین فردی مناسب را مختل می کند (۳۹). در این راستا، شواهد پژوهشی نشان می دهد

برای تعیین اثر غیرمستقیم از روش بوت استروپ با 2000 بار فرآیند نمونه گیری استفاده گردید که با توجه به جدول ۵ می توان مشاهده کرد که اثر غیرمستقیم متغیر ترومای کودکی بر بدتنظیمی هیجانی از طریق نقش میانجی اطمینان معنی دار است ($b = -0/39, p < 0/05$) و متغیر ترومای کودکی بر بدتنظیمی هیجانی از طریق نقش میانجی عدم اطمینان معنی دار است ($b = 0/53, p < 0/05$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی روابط ساختاری تجربه ترومای کودکی با بدتنظیمی هیجانی در افراد تحت درمان با متادون با میانجیگری ذهنی سازی انجام شد. یافته های پژوهش حاضر نشان داد که تجربه ترومای کودکی به صورت مستقیم بر بدتنظیمی هیجانی در افراد تحت

که افرادی که تروما در دوران کودکی (مانند آسیب‌های جنسی یا بی‌توجهی) را تجربه می‌کنند، در درک و تنظیم هیجانات دچار نقص یا تأخیر می‌شوند (۴۰، ۴۱). بنابراین اگر در دلبستگی اولیه اختلالی ایجاد شود کودک مستعد اضطراب شده که بعدها زمینه‌ی ایجاد مشکلات مرتبط با مصرف مواد را به وجود می‌آورد. همچنین تجارب آسیب‌زای اولیه به ویژه با مراقبین، محیطی را ایجاد می‌کند که هیجانات و عواطف کودک را بی‌اعتبار کرده و کودک در این فضای ناامن، از راهبردهای ناسازگار مانند سرکوب و یا اجتناب از هیجانات منفی استفاده می‌کند که ممکن است در بزرگسالی منجر به مشکلات مرتبط با مصرف مواد گردد؛ بنابراین هیجانات ناسازگار ناشی از آسیب‌های دوران کودکی باعث آسیب‌پذیری در برابر اعتیاد در مراحل بعدی زندگی می‌شود (۴۲). هنگامی که یک شخص، برای مصرف مواد تحت فشار قرار می‌گیرد، مدیریت مؤثر هیجان‌ها خطر مصرف را کاهش می‌دهد. توانایی مدیریت هیجان یا همان تنظیم هیجان باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب (سازگاران) استفاده کند. افرادی که تنظیم هیجان مؤثری دارند در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند. آن‌ها فشارهای ناخواسته دیگران را درک و هیجان‌های خود را بهتر مهار کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان دهند، در مقابل کسانی که تنظیم هیجانی پایین‌تری (ناسازگاران) دارند، برای مقابله با هیجان‌های منفی خود، اغلب به‌سوی مصرف مواد کشیده می‌شوند (۴۴). بنابراین، ترومای اولیه در دوران رشد با طیف وسیعی از تغییرات فیزیولوژیکی دائمی از جمله تغییرات در مسیرهای پاداش دوپامین که خطر اعتیاد بعدی را افزایش می‌دهد همراه است و چنین آسیب‌های اولیه ممکن است به‌طور همزمان منجر به افزایش تأثیر منفی و اختلال در تنظیم هیجان در افراد تحت درمان با متادون شود.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که ذهنی‌سازی در تأثیر تجربه ترومای کودکی بر بدتنظیمی هیجانی نقش میانجی دارد. این یافته به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم با پژوهش‌های اسپینازولا و همکاران (۱۵)؛ فوناگی و همکاران (۲۴)؛ دورماز و همکاران (۴۵) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت انواع تروما‌های دوران کودکی از جمله سوءاستفاده جسمی، روانی و هیجانی در دوران کودکی

نشان‌دهنده نقص در رابطه دلبستگی (attachment) میان مراقبت‌کننده و کودک از طریق عدم وجود وابستگی احساسی و غفلت هیجانی و یا اعمال آشکار سوءاستفاده کلامی و احساسی است که باعث اختلالات روان‌شناختی کودک و مانع از توسعه بهنجار ظرفیت‌های اساسی مانند احساسات خودکارآمدی، خودکفایی و افزایش ظرفیت ذهنی‌سازی (mentalization) و تنظیم هیجان (Emotion regulation) می‌شود (۱۵). براساس یافته‌ها و نظریه فوناگی (Fonagy) اختلالات در سیستم دلبستگی، مانند بدرفتاری با کودک، توانایی انعکاس حالات ذهنی درونی خود و دیگران را، به‌ویژه در حالت‌های استرس‌زای عاطفی، مختل می‌کند و نقص در توانایی ذهنی‌سازی منجر به آسیب روانی می‌شود (۲۴). بنابراین ذهنی‌سازی به‌عنوان یک مکانیسم میانجی علاوه بر شناسایی احساسات، نقش اساسی در ترجمه، تنظیم و تعدیل حالات عاطفی ناخوشایند و بیان نشده را برعهده دارد (۴۵). همچنین، ذهنی‌سازی (اطمینان) به‌عنوان یک ظرفیت و مهارت به افراد اجازه می‌دهد که تا مدلی مثبت از خود و دنیای اطراف ساخته و به تنظیم رفتار، روابط بین فردی و عاطفه بیان نشده بپردازد (۴۶). همچنین در ذهنی‌سازی (عدم اطمینان) براساس نظریه دلبستگی می‌توان گفت که نوزاد نادیده گرفته شده‌ای که نیازهایش برآورده نمی‌شود، ممکن است دیگران را غیرقابل اعتماد بداند و ممکن است مدلی منفی از خود، بازنمایی از خود، دنیای اطراف (ضعف در ذهنی‌سازی) و تنظیم عاطفه بسازد. این دیدگاه ناسازگارانه نسبت به بازنمایی خود و دیگران، آن‌ها را در معرض خطر پرخاشگری و سایر مشکلات مانند ضعف در تنظیم و بیان هیجانات، ضعف در کنترل تکانه و سایر مشکلات مرتبط از جمله مصرف مواد، اختلالات شخصیت و پریشانی روانشناختی قرار دهد (۲۴). به‌عبارت دیگر ظرفیت آگاهی از حالات روانی و هیجانی خویش و به‌علاوه استفاده از کلمات به جای تجربه تکانه‌ها و عواطف شدید (ظرفیت ذهنی‌سازی)، نقش مؤثری در تنظیم هیجان و تکانه‌های افراد را برعهده دارد و سبب می‌شود که افراد جهت تنظیم تکانه‌ها و عواطف خویش، متوسل به مصرف مواد نشوند. علاوه بر این، ذهنی‌سازی به افراد اجازه می‌دهد تا افکار را از واقعیت عاطفی متمایز کنند و در فضای بازنمایی حرکت کنند، بنابراین ذهنی‌سازی می‌تواند مزایای فردی، ارتباطی و تنظیم رفتار و عاطفه را به همراه داشته باشد، و درمواقع تجربه تکانه‌ها و هیجانات

درمان با متادون توجه ویژه ای شود. همچنین، پیشنهاد می شود سایر متغیرهای شناختی، هیجانی و شخصیتی در افراد تحت درمان با متادون مورد بررسی قرار گیرد. در ارتباط با محدودیت های این مطالعه نیز می توان گفت که نمونه مورد مطالعه به صورت در دسترس بوده است، ابزارها به صورت خودگزارشی بکار رفته اند و شرکت کنندگان این مطالعه افراد تحت درمان با متادون شهر قزوین تشکیل دادند، این باعث می شود که در تعمیم نتایج پژوهش احتیاط های لازم صورت گیرد. لذا پژوهش بر روی سایر گروه های بالینی و غیربالینی ضروری به نظر می رسد و در نهایت متخصصان می توانند از یافته های این پژوهش در آسیب شناسی، ارزیابی و کار بالینی بر روی افراد تحت درمان با متادون و گروه های در معرض خطر، مصرف کننده مواد و جمعیت عمومی استفاده کنند.

سیاسگزاری

از تمامی افرادی که در این پژوهش همکاری داشته اند، صمیمانه تقدیر و تشکر می کنیم.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

شدید (به جای تعدیل و تنظیم با مصرف مواد) راحت تر درصدد کنترل و تنظیم آنها برآیند. اما از سوی دیگر افرادی که هنگام تجربه تکانه ها و عواطف شدید به مصرف مواد گرایش پیدا می کنند، احتمالاً در زمینه مکانیسم ذهنی سازی نقص (عدم اطمینان) دارند (۴۷).

نتیجه گیری

تجارب آسیب زای اولیه به ویژه با مراقبین، محیطی را ایجاد می کند که هیجانات و عواطف کودک را بی اعتبار کرده و کودک در این فضای ناامن، از راهبردهای ناسازگار مانند سرکوب و یا اجتناب از هیجانات منفی استفاده می کند که ممکن است در بزرگسالی منجر به مشکلات مرتبط با مصرف مواد گردد، از سویی دیگر افراد علی رغم تجربیات آسیبزا در صورت اکتساب ظرفیت بالای روان شناختی و درک و بینش نسبت به فرایندهای ذهنی خود (ظرفیت ذهنی سازی) سبب می شود جهت تنظیم تکانه ها و هیجانات خویش، متوسل به مصرف مواد نشوند. در این راستا، درک بالینی بهتر از این مولفه ها و به ویژه ذهنی سازی در آسیب شناسی اعتیاد یک عنصر کلیدی در ارزیابی و کار بالینی با بیماران تحت درمان با متادون خواهد بود. بنابراین پیشنهاد می شود به درمان های مبتنی بر ذهنی سازی و درمان های مبتنی بر تنظیم هیجان در افراد تحت

References

1. Hirtenlehner H, Baier D. Self-control and offending in late adulthood. Investigating self-control's interaction with opportunities and criminal associations in advanced age. *Journal of criminal justice*. 2019;60(C):117-29. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2018.09.002>
2. Laghi F, Bianchi D, Lonigro A, Pompili S, Baiocco R. Emotion regulation and alcohol abuse in second-generation immigrant adolescents: the protective role of cognitive reappraisal. *Journal of health psychology*. 2021 Mar;26(4):513-24. <https://doi.org/10.1177/1359105318820715>
3. Shahbazi F, Mirtorabi D, Ghadirzadeh MR, Shojaei A, Nazari SS. Years of life lost (YLL) due to substance abuse in iran, in 2014-2017: Global burden of disease 2010 method. *Iranian journal of public health*. 2020 Nov;49(11):2170. <https://doi.org/10.18502/ijph.v49i11.4735>
4. Ameri N. Structural Relations of Early Maladaptive Schemas to Craving in Substance-Dependent Individuals under Methadone Maintenance Treatment: The Mediating Role of Self-Compassion. *Scientific Quarterly Research on Addiction*. 2023 Feb 10;16(66):47-70. <https://doi.org/10.52547/etiadjpajohi.16.66.47>
5. Rahmati Z, Khodabakhshi Koolaei A, Jahangiri MM. Investigating the moderating role of self-compassion in the relationship between resilience to stress and drug craving in drug-dependent men. *Scientific Quarterly Research on Addiction*. 2021 Aug 10;15(60):253-76. <https://doi.org/10.52547/etiadjpajohi.15.60.253>
6. Rosenberg H. Clinical and laboratory assessment of the subjective experience of drug craving. *Clinical psychology review*. 2009 Aug 1;29(6):519-34. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.002>
7. Moore BA, Fiellin DA, Cutter CJ, Buono FD, Barry DT, Fiellin LE, O'Connor PG, Schottenfeld RS. Cognitive behavioral therapy improves treatment outcomes for prescription opioid users in pri-

- mary care buprenorphine treatment. *Journal of substance abuse treatment*. 2016 Dec 1;71:54-7. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.08.016>
8. Leventelis C, Goutzourelas N, Kortsinidou A, Spanidis Y, Toulia G, Kampitsi A, Tsitsimpikou C, Stagos D, Veskoukis AS, Kouretas D. Buprenorphine and methadone as opioid maintenance treatments for heroin-addicted patients induce oxidative stress in blood. *Oxidative medicine and cellular longevity*. 2019 Apr 9;2019. <https://doi.org/10.1155/2019/9417048>
 9. Nordmann S, Vilotitch A, Lions C, Michel L, Mora M, Spire B, Maradan G, Bendiane MK, Morel A, Roux P, Carrieri P. Pain in methadone patients: Time to address undertreatment and suicide risk (ANRS-Methaville trial). *PLoS one*. 2017 May 17;12(5):e0176288. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176288>
 10. Jones S, Jack B, Kirby J, Wilson TL, Murphy PN. Methadone-Assisted Opiate Withdrawal and Subsequent Heroin Abstinence: The Importance of Psychological Preparedness. *The American Journal on Addictions*. 2021 Jan;30(1):11-20. <https://doi.org/10.1111/ajad.13062>
 11. McKay MT, Cannon M, Chambers D, Conroy RM, Coughlan H, Dodd P, Healy C, O'Donnell L, Clarke MC. Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2021 Mar;143(3):189-205. <https://doi.org/10.1111/acps.13268>
 12. Brown M, Worrell C, Pariante CM. Inflammation and early life stress: An updated review of childhood trauma and inflammatory markers in adulthood. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. 2021 Dec 1;211:173291. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2021.173291>
 13. Brodsky BS, Stanley B. Adverse childhood experiences and suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America*. 2008 Jun 1;31(2):223-35. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.02.002>
 14. Fuchshuber J, Unterrainer HF. Childhood trauma, personality, and substance use disorder: The development of a neuropsychanalytic addiction model. *Frontiers in Psychiatry*. 2020 Jun 9;11:549166. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00531>
 15. Spinazzola J, Van der Kolk B, Ford JD. When nowhere is safe: Interpersonal trauma and attachment adversity as antecedents of posttraumatic stress disorder and developmental trauma disorder. *Journal of traumatic stress*. 2018 Oct; 31(5):631-42. <https://doi.org/10.1002/jts.22320>
 16. Kazemi Rezaei SA, moradi A, Shahgholian M, Abdollahi M, Parhoon H. Psychometric Properties of Persian Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale-Positive (DERS-P). *Journal of Clinical Psychology*. 2022 Jun 22;14(2).
 17. Calkins SD. Origins and outcomes of individual differences in emotion regulation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1994;59(2-3):53-72. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01277.x>
 18. Khoshsorour S, Rezaei SA. The role of cognitive emotion regulation strategies and perceived social support in predicting quality of life and severity of symptoms of patients with irritable bowel syndrome (IBS). *Iranian journal of rehabilitation research*. 2019 Oct 10;6(1):60-8.
 19. kazemi rezaei A, Moradi A, shagholian M, Abdollahi M H, parhoon H. The effect of memory specificity training on reducing cognitive and emotional symptoms in people with post-traumatic stress disorder. *IJPN* 2022; 10 (3) :14-29
 20. Barnicot K, Crawford M. Dialectical behaviour therapy v. mentalisation-based therapy for borderline personality disorder. *Psychological Medicine*. 2019 Sep;49(12):2060-8. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002878>
 21. Bovy L, Tendolkar I, Fernández G, Dresler M. Sleep, emotional memories, and depression. In *Handbook of behavioral neuroscience* 2019 Jan 1 (Vol. 30, pp. 519-531). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813743-7.00034-7>
 22. Teicher MH, Samson JA, Anderson CM, Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature reviews neuroscience*. 2016 Oct;17(10):652-66. <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.111>
 23. Weiss NH, Dixon-Gordon KL, Peasant C, Sullivan TP. An examination of the role of difficulties regulating positive emotions in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 2018 Oct;31(5):775-80. <https://doi.org/10.1002/jts.22330>

24. Fonagy P, Steele M, Steele H, Moran GS, Higgitt AC. The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant mental health journal*. 1991 Sep; 12(3):201-18. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199123\)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199123)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7)
25. Löf J, Clinton D, Kaldo V, Rydén G. Symptom, alexithymia and self-image outcomes of Mentalisation-based treatment for borderline personality disorder: A naturalistic study. *BMC psychiatry*. 2018 Dec; 18:1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1699-6>
26. Fonagy P. *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York (Other Press) 2002.
27. Brendel GR, Stern E, Silbersweig DA. Defining the neurocircuitry of borderline personality disorder: Functional neuroimaging approaches. *Development and psychopathology*. 2005 Dec; 17(4):197-206. <https://doi.org/10.1017/S095457940505056X>
28. Savov S, Atanassov N. Deficits of affect mentalization in patients with drug addiction: Theoretical and clinical aspects. *International Scholarly Research Notices*. 2013; 2013. <https://doi.org/10.1155/2013/250751>
29. Cosenza M, Ciccarelli M, Nigro G. The steamy mirror of adolescent gamblers: Mentalization, impulsivity, and time horizon. *Addictive Behaviors*. 2019 Feb 1; 89:156-62. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.10.002>
30. Herrero-Fernández D, Parada-Fernández P, Rodríguez-Arcos I, Amaya-Carrillo L, González-Sáez ME, Rubio-González M. The mediation effect of mentalization in the relationship between attachment and aggression on the road. *Transportation research part F: traffic psychology and behaviour*. 2022 Apr 1; 86:345-55. <https://doi.org/10.1016/j.trf.2022.03.009>
31. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford publications; 2015.
32. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Stokes J, Handelsman L, Medrano M, Desmond D, Zule W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*. 2003 Feb 1; 27(2):169-90. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
33. Shafiei M, Rezaee F, Sadeghi M. Model of Contrast Avoidance of Generalized Anxiety Disorder in People with Symptoms of Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Psychology*. 2021 Jun; 1(97):98.
34. Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkins A, Lee YW, Warren F, Howard S, Ghinai R, Fearon P, Lowyck B. Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. *PLoS One*. 2016 Jul 8; 11(7):e0158678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>
35. Drogar, E., Fathi-Ashtiani, A., ashrafi, E. Validation and Reliability of the Persian Version of the Mentalization Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 2020; 12(1): 1-12.
36. Gratz KL, Roemer L. 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*. 2004 Mar; 26(1):41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
37. Besharat, M. Emotion Regulation Difficulty Scale. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 2019; 13 (47): 89-92.
38. Azizi A, Azadeh M, Shams J. Investigating the relationship between disturbance tolerance and emotional regulation with students' dependence on smoking. *Jornal of Hakim Health System Research (Hakim)*. 2011;13 (1): 11-18.
39. Burns EE, Jackson JL, Harding HG. Child maltreatment, emotion regulation, and posttraumatic stress: the impact of emotional abuse. *JAggressMaltreatTrauma*2010;19:801-19. <https://doi.org/10.1080/10926771.2010.522947>
40. Ford JD, Steinberg KL, Hawke J, Levine J, Zhang W. Randomized trial comparison of emotion regulation and relational psychotherapies for PTSD with girls involved in delinquency. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2012 Jan 1;41(1):27-37. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.632343>
41. Ford JD, Hawke J. Trauma affect regulation psychoeducation group and milieu intervention outcomes in juvenile detention facilities. *Journal of aggression, maltreatment & trauma*. 2012 May 1;21(4):365-84.
42. Lotzin A, Grundmann J, Hiller P, Pawils S, Schäfer I. Profiles of childhood trauma in

- women with substance use disorders and comorbid posttraumatic stress disorders. *Frontiers in psychiatry*. 2019 Oct 18;10:674. <https://doi.org/10.3389/fpsyf.2019.00674>
43. Ford JD. Treatment implications of altered affect regulation and information processing following child maltreatment. *Psychiatric Annals*. 2005 May 1;35(5):410. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-07>
44. Ahmadi F, hasani J, saeidpoor S. The Diagnostic Role of Delayed Reward Discounting and Cognitive Emotion Regulation Strategies in Individuals with Stimulant Abuse, Opiate Abuse, and Smoking Disorders. *etiadpajohi* 2018; 12 (45) :71-90.
45. Durmaz O, Baykan H. Mentalizing self and others: A controlled study investigating the relationship between alexithymia and theory of mind in major depressive disorder. *Indian Journal of Psychiatry*. 2020 Sep 1;62(5):559-65. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_554_19
46. Doba K, Saloppé X, Choukri F, Nandrino JL. Childhood trauma and posttraumatic stress symptoms in adolescents and young adults: the mediating role of mentalizing and emotion regulation strategies. *Child Abuse & Neglect*. 2022 Oct 1; 132:105815. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105815>
47. Bouchard MA, Lecours S. Contemporary approaches to mentalization in the light of Freud's project. In *Mentalization* 2011 Feb 25 (pp. 103-129). Routledge.