



## Modeling the Structural Relationships of Childhood Trauma with Post-Traumatic Stress Symptoms and Tendency to Use Substance with the Mediation of Dissociative Experiences in Adults

Hamideh Shirvani<sup>1</sup>, Leila Rafiei<sup>2</sup>, Parvaneh Gholamiyan<sup>3</sup>,  
Seyedeh Mahsa Mohammadi<sup>4\*</sup>

1. Master of Clinical Psychology, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. Master of Counseling and Guidance, Khomeini Shahr Branch, Islamic Azad University, Khomeini Shahr, Iran.
3. Master of General Psychology, Saveh Branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran.
4. Master of Clinical Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

**Corresponding Author:** Seyedeh Mahsa Mohammadi, Master of Clinical Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

**Email:** [Mohammadi.mahsa025@gmail.com](mailto:Mohammadi.mahsa025@gmail.com)

Received: 25 April 2024

Accepted: 21 July 2024

### Abstract

**Introduction:** Although there is a lot of evidence on the special role of childhood trauma in the etiology of post-traumatic stress disorder (PTSD) and the tendency to substance use, few studies have investigated the mechanisms involved in the initiation and maintenance of these disorders. Therefore, the present study was conducted to investigate the modeling of the structural relationships of childhood trauma with post-traumatic stress symptoms and the tendency to use substances with the mediation of dissociative experiences in adults.

**Methods:** The research method was descriptive-correlation. The research community was made up of all people who were referred to clinics and psychological service centers in Tehran in the winter of 2023. In this study, 360 people were selected by convenience sampling method. The research tools included the Childhood Trauma Questionnaire, PTSD Checklist (PCL-C), Iranian Addiction Potential Scale, and Dissociative Experiences Scale. For data analysis, Pearson correlation, structural equation modeling, and SPSS-26 and AMOS-24 software were used.

**Results:** The results of the findings show the fit of the desired model. The direct paths of childhood trauma on post-traumatic stress symptoms ( $\beta = 0.22$ ,  $T = 7.74$ ), active tendency to use substances ( $\beta = 0.52$ ,  $T = 3.39$ ), and passive tendency to use substances ( $T = 4.32$ ,  $\beta = 0.55$ ) was significant ( $P < 0.05$ ). Direct paths of dissociative experiences on post-traumatic stress symptoms ( $T = 0.72$ ,  $\beta = 21.70$ ), active tendency to substance use ( $\beta = 0.71$ ,  $T = 17.66$ ) and passive tendency to substance use ( $T = 46.61$ ,  $\beta = 0.97$ ) was significant. In addition, the indirect coefficients of childhood trauma through dissociative experiences on post-traumatic stress symptoms and tendency to use substances were significant ( $P < 0.05$ ). In general, the experience of childhood trauma with the mediation of dissociative experiences explained a total of 67% of the variance of post-traumatic stress disorder symptoms, 50% of the variance of the active tendency to use substances, and 92% of the variance of the passive tendency to use substances.

**Conclusions:** The results of the research indicated the important role of childhood trauma and especially dissociative experiences in predicting post-traumatic stress symptoms and the tendency to use substances in adults. Therefore, clinical experts can pay special attention to the phenomenon of dissociation to improve their intervention programs for the treatment of post-traumatic stress symptoms and the tendency to use substances.

**Keywords:** Post-traumatic stress disorder, Childhood trauma, Dissociative experiences, Substance use.



## مدل یابی روابط ساختاری ترومای کودکی با علائم استرس پس از سانحه و گرایش به مصرف مواد با میانجیگری تجارب تجزیه ای در بزرگسالان

حمیده شیروانی<sup>۱</sup>، لیلا رفیعی<sup>۲</sup>، پروانه غلامیان<sup>۳</sup>، سیده مهسا محمدی<sup>۴\*</sup>

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۲. کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران.
۳. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران.
۴. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

نویسنده مسئول: سیده مهسا محمدی، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.  
ایمیل: Mohammadi.mahsa025@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۴/۳۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۲/۶

### چکیده

**مقدمه:** اگرچه شواهد زیادی در زمینه نقش ویژه ترومای کودکی در سبب شناسی اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و گرایش به مصرف مواد وجود دارد، اما مطالعات اندکی، مکانیسم های دخیل در شروع و حفظ این اختلالات را بررسی نموده اند. از این رو مطالعه حاضر با هدف بررسی مدل یابی روابط ساختاری ترومای کودکی با علائم استرس پس از سانحه و گرایش به مصرف مواد با میانجیگری تجارب تجزیه ای در بزرگسالان انجام شد.

**روش کار:** روش پژوهش توصیفی - همبستگی بود. جامعه پژوهش را کلیه افراد مراجعه کننده به کلینیک ها و مراکز خدمات روان شناختی شهر تهران در زمستان سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. در این مطالعه، ۳۶۰ نفر به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه آسیب های کودکی، چک لیست اختلال استرس پس از سانحه، مقیاس آمادگی به اعتیاد و مقیاس تجارب تجزیه ای بود. برای تحلیل داده ها از همبستگی پیرسون، مدل یابی معادلات ساختاری و از نرم افزار SPSS-26 و AMOS-24 استفاده شد.

**یافته ها:** نتایج یافته ها نشان از برآزش مدل مورد نظر است. مسیرهای مستقیم ترومای کودکی بر علائم استرس پس از سانحه ( $\beta=0/22$ ،  $T=7/74$ )، گرایش فعال به مصرف مواد ( $\beta=0/52$ ،  $T=3/39$ ) و گرایش منفعل به مصرف مواد ( $T=4/32$ )،  $\beta=0/55$ ) معنادار بود ( $P<0/05$ ). مسیرهای مستقیم تجارب تجزیه ای بر علائم استرس پس از سانحه ( $\beta=0/72$ ،  $T=21/70$ )، گرایش فعال به مصرف مواد ( $\beta=0/71$ ،  $T=17/66$ ) و گرایش منفعل به مصرف مواد ( $\beta=0/97$ ،  $T=46/61$ ) معنادار بود. به علاوه ضرایب غیرمستقیم ترومای کودکی از طریق تجارب تجزیه ای بر روی علائم استرس پس از سانحه و گرایش به مصرف مواد معنادار بودند ( $P<0/05$ ). به طور کلی تجربه ترومای کودکی با میانجی تجارب تجزیه ای در مجموع ۶۷ درصد از واریانس علائم اختلال استرس پس از سانحه، ۵۰ درصد از واریانس گرایش به مصرف مواد فعال و ۹۲ درصد از واریانس گرایش به مصرف مواد منفعل را تبیین نمودند.

**نتیجه گیری:** نتایج پژوهش حاکی از نقش مهم ترومای کودکی و به ویژه تجارب تجزیه ای در پیش بینی علائم استرس پس از سانحه و گرایش به مصرف مواد در بزرگسالان بود. بنابراین متخصصان بالینی می توانند جهت بهبود برنامه های مداخلاتی خویش برای درمان علائم استرس پس از سانحه و گرایش به مصرف مواد، به پدیده تجزیه توجه ویژه ای داشته باشند.

**کلیدواژه ها:** اختلال استرس پس از سانحه، ترومای کودکی، تجارب تجزیه ای، گرایش به مصرف مواد.

## مقدمه

اوایل بزرگسالی دوره حیاتی برای رشد و تکامل مهارت های شناختی، عاطفی و اجتماعی است. این توانایی ها برای عملکرد اجتماعی بلندمدت ضروری می باشد (۱). تجربیات مثبت و محیط های حمایتی در اوایل دوران کودکی می تواند به طور قابل توجهی بر رشد مهارت های شناختی، اجتماعی و عاطفی تاثیر بگذارد. فراهم کردن پایه ای محکم از مهارت های اجتماعی و عاطفی و شرایط زندگی حمایتی برای حفظ و ارتقای سلامت روان همه افراد مهم است (۲). نبود این تجربیات مثبت و حمایتی می تواند نقش مهمی در سبب شناسی اختلالات روانی در بزرگسالی داشته باشد (۳). دو اختلال عمده قابل بررسی در دوران بزرگسالی، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و سوءمصرف مواد (Post-Traumatic Stress Disorder) و سوءمصرف مواد (Substance abuse) است. PTSD از اختلالات بسیار شایع، مزمن و ناتوان کننده روان پزشکی است که در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) در طبقه جدید اختلالات مرتبط با تروما و استرس طبقه بندی شده است (۴). بررسی های همه گیرشناسی برای تخمین میزان شیوع در طول عمر PTSD نشان می دهد که این وضعیت ممکن است به میزان ۹-۱۱ درصد در جمعیت عمومی و ۴۵-۶۰ درصد در میان بازماندگان رویدادهای آسیب زا مشاهده شود (۵). همچنین اعتیاد یا به تعبیری سوءمصرف مواد (Substance abuse) پدیده ای اجتماعی است که در جهان امروز گریبان گیر بسیاری از جوامع است و آمارهای بسیاری از سوءمصرف مواد مخدر و مواد توهم زای شیمیایی، در جهان امروز تصدیقی بر این ادعاست. طبق گزارش های دفتر مواد مخدر و جرم سازمان ملل، هر سال حدود ۵ درصد از جمعیت جهان، حدود ۲۰۰ میلیون نفر، بین سنین ۱۵ تا ۶۴ سال مواد مخدر غیر قانونی مصرف می کنند که همه این ها بعداً به عنوان نشانه های آسیب می تواند مطرح باشند (۶). یکی از عواملی که نقش مهمی در شکل گیری PTSD و سوء مصرف مواد دارد، ترومای کودکی است. ترومای دوران کودکی به تجارب آزار و غفلت افراد در دوران کودکی خود اشاره دارد که عمدتاً شامل اشکال مختلف آزار عاطفی، آزار جسمی، سوء استفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی می باشد (۳). ترومای کودکی (Childhood Trauma) با پیامدهای منفی از جمله اختلال در تنظیم

هیجان و شناخت اجتماعی، PTSD و سوء مصرف مواد همراه است (۳). در واقع ترومای کودکی یکی از متغیرهایی است که در مبتلا شدن بزرگسالان به PTSD نقش دارد و نتایج حاکی از قدرت پیش بینی کنندگی ترومای کودکی در افزایش احتمال تجربه نشانه های PTSD در سال های بعدی است (۷). فراتحلیل نشان می دهد که راهبرد اجتناب، تجزیه و سرکوب افکار بعد از حوادث آسیب زا، از راهبردهای پیش بینی کننده نشانه های PTSD است (۸). علاوه بر PTSD، پژوهش ها نشان می دهد که تجارب تروماتیک دوران کودکی به طور قابل توجهی خطر سوءمصرف مواد در افراد را افزایش می دهد (۹). تروماهای دوران کودکی، تکانشگری را افزایش می دهند و این به نوبه خود سبب کاهش ظرفیت مغز برای بازداری فعالیت ها، اعمال و کنترل هیجان های منفی است؛ لذا ناتوانی در بازداری هیجانات منفی و تکانشگری، رفتارهای پرخطر از جمله گرایش به مصرف مواد را به همراه دارد (۱۰). به عبارتی دیگر فضای عاطفی سرد، بی تفاوت و بسته بین اعضای خانواده و تجارب ناسازگار دوران کودکی به ایجاد رفتارهای مخاطره آمیز و استفاده از مواد مخدر منجر می شود. نتایج پژوهش ها نشان داده که تجارب آسیب زای دوران کودکی خطر اعتیاد دارویی و مصرف مداوم دارو، الکل و مواد مخدر را در بزرگسالی افزایش می دهد (۶).

اگرچه مطالعات به نقش ویژه ترومای دوران کودکی در سبب شناسی PTSD و گرایش به مصرف مواد پرداخته اند اما ترومای کودکی به تنهایی نمی تواند آسیب شناسی نشانه های PTSD و گرایش به مصرف مواد را تبیین کند. پژوهش ها نشان می دهد تجارب تجزیه ای مولفه ای خطرناک جهت ایجاد و حفظ PTSD است (۱۱). بنابراین فرض بر این است که تجزیه (Dissociation) یکی از متغیرهای میانجی مهم بین تروما و PTSD است. فرایندهای تجزیه ای می توانند به کاهش آگاهی از اطلاعات مرتبط با تروما و به عنوان دفاعی در برابر پریشانی های هیجانی ناشی از تروما کمک کنند. کودکان ممکن است از تجزیه به عنوان ابزاری برای مقابله با سوءاستفاده و بدرفتاری استفاده کنند. تمایل مداوم به تجزیه (صفت) به سبب تروماهای شدید در اوایل کودکی، در طول زمان ظاهر می شود. در واقع تجزیه در میان افرادی که در معرض تروماهای چندگانه قرار می گیرند یا

نقش ترومای کودکی در شکل‌گیری این اختلالات را به صورت وسیع بررسی نموده‌اند، اما فهم چگونگی عوامل و فرایندهای منجر به این دو اختلال، جز خلأهای موجود در ادبیات پژوهشی محسوب می‌شوند؛ از این رو مطالعه حاضر با هدف بررسی روابط ساختاری ترومای کودکی با علائم استرس پس از سانحه و گرایش به مصرف مواد با میانجیگری تجارب تجزیه‌ای در بزرگسالان انجام شد.

### روش کار

روش پژوهش توصیفی - همبستگی بود. جامعه پژوهش را کلیه افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و مراکز خدمات روان‌شناختی شهر تهران در زمستان سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. طبق نظر کلاین (Kline) حداقل حجم نمونه لازم برای روش معادلات ساختاری ۲۰۰ نفر می‌باشد (۱۶). در این مطالعه نیز جهت کاهش خطا و افزایش تعمیم‌پذیری نتایج، ۳۶۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. نمونه مورد مطالعه، با استفاده از پرسشنامه آسیب‌های دوران کودکی، جهت ارزیابی علائم متوسط به بالا (نمره ۵۶ و بالاتر) توسط مصاحبه‌گر مورد سنجش قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: تکمیل فرم رضایت آگاهانه، تجربه ترومای کودکی (وجود علائم متوسط به بالا یعنی نمره ۵۶ و بالاتر) براساس مقیاس آسیب‌های دوران کودکی. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: تکمیل ناقص پرسشنامه‌های پژوهش. برای اجرای ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، کدهای اخلاقی مطرح‌شده توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا از جمله اصل محرمانگی و رازداری، رضایت کتبی شرکت در پژوهش مورد توجه قرار گرفت. روش تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخص‌های توصیفی، ضریب همبستگی و مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های مدنظر به وسیله برنامه آماری SPSS-26 و AMOS-24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

۱- پرسشنامه آسیب‌های کودکی (Childhood Trauma Questionnaire): این مقیاس شامل ۲۸ سوال توسط برنشتاین (Bernstein) و همکاران در سال ۲۰۰۳ تهیه و تدوین شده است و پنج مولفه آزار عاطفی، آزار جنسی، آزار فیزیکی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری پرسشنامه براساس یک مقیاس ۵

در سنین پایین در معرض تروما قرار می‌گیرند، بیشتر است و در ادامه زندگی به عنوان یک صفت در افراد پایدار می‌ماند (۱۲). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تجزیه یک پاسخ متداول به تروما است. مدل‌های مرتبط با تجزیه بیان می‌کنند که پاسخ‌های تجزیه‌ای (مثل فراموشی تجزیه‌ای، بی‌حسی عاطفی و مسخ شخصیت) نشان‌دهنده راهبردی است که برای کاهش آگاهی از احساسات نفرت‌انگیز استفاده می‌شود. دلیل این تأکید این است که واکنش‌های تجزیه‌ای ممکن است دسترسی به خاطرات تروما و احساسات مرتبط را محدود کند، پردازش خاطرات مرتبط با تروما را مختل نماید و در نتیجه ممکن است پیش‌بینی‌کننده نشانه‌های PTSD بعدی باشد (۱۳). تأکید زیادی بر پتانسیل تجزیه برای پیش‌بینی PTSD شده است. این تأکید توسط شواهدی از مطالعات طولی تأیید شد که نشان‌دهنده رابطه بین تجزیه و PTSD بود (۱۴). همچنین تأکید شده است که تجزیه ممکن است جهت تنظیم عواطف بد پس از تروما عمل کند، بنابراین افراد مصرف‌کننده مواد ممکن است از مواد مخدر و یا الکل برای مدیریت اثرات ناراحت‌کننده تجزیه ناشی از تروما استفاده کنند (۱۳). پژوهش‌ها سطح بالاتری از تجزیه را در مصرف‌کنندگان مواد نشان می‌دهد. افراد با سطح علائم تجزیه‌ای بالا انتظار قوی‌تری داشتند مبنی بر اینکه مصرف مواد می‌تواند علائم روان‌پزشکی‌شان را مدیریت کند (۱۵). در مجموع پیشینه پژوهشی داخلی و خارجی (۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵) نشان از اهمیت تجزیه در پیش‌بینی PTSD و گرایش به مصرف مواد است. مطالعات جداگانه‌ای نیز به نقش تجربه ترومای کودکی در این اختلالات پرداخته‌اند (۶، ۷، ۸، ۹). به‌طور کلی شواهد پژوهشی فراوان و حمایت‌های نظری قابل توجه حاکی از آن است که تروماهای کودکی مشکلات گسترده‌ای مانند PTSD و گرایش به مصرف مواد را به دنبال دارد. اما ترومای کودکی به تنهایی منجر به این پیامدهای آسیب‌زا نمی‌شود، بلکه نحوه واکنش افراد به حوادث آسیب‌زا اهمیت ویژه‌ای دارد؛ بنابراین با توجه به اینکه PTSD از اختلالات بسیار شایع و مزمن روان‌پزشکی است و مصرف مواد نیز از جمله مسائل مهم مورد توجه سازمان بهداشت جهانی است که حیات بشری را مورد تردید قرار داده است. لذا شناخت مکانیسم‌های میانجی مهم که در ایجاد و حفظ PTSD و گرایش به مصرف مواد نقش دارند، حائز اهمیت است. به عبارتی دیگر، مطالعات موجود تنها

ویژگی های روانی- اجتماعی جامعه ایرانی تدوین و مورد روایابی قرار داده است. نمره گذاری آن بر روی یک پیوستار از صفر (کاملاً مخالفم) تا (کاملاً موافقم) می باشد. حداقل و حداکثر نمره به ترتیب ۰ و ۱۰۸ (با احتساب سوالات دروغ سنج ۱۲۳) است. نقطه برش در این مقیاس برابر است با کسب نمره بالاتر از جمع میانگین و انحراف معیار آزمودنی ها؛ بدین صورت که ابتدا میانگین و انحراف معیار کل آزمودنی های پژوهش محاسبه می شود و افرادی که نمره بالاتر از مجموع این دو آیتم (میانگین + انحراف معیار) کسب کرده اند، افراد مستعد اعتیاد شناخته می شوند. در عامل آمادگی فعال بیشتر نمادها به ترتیب مربوط به رفتارهای ضد اجتماعی، میل به مصرف مواد، نگرش مثبت نسبت به مواد، افسردگی و هیجان خواهی می باشد و در عامل دوم (آمادگی منفعل) بیشتر نمادها مربوط به عدم ابراز وجود و افسردگی می باشند. پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شده است و روایی سازه مقیاس از طریق همبسته کردن آن با مقیاس ۲۵ ماده ای فهرست بالینی علائم بالینی ۰/۴۵ محاسبه شده است که معنی دار می باشد (۲۱). آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعه حاضر ۰/۸۶ به دست آمد.

**۴- مقیاس تجارب تجزیه ای (Dissociative Experiences Scale):** مقیاس تجارب تجزیه ای یک ابزار خودسنجی کوتاه، برای اندازه گیری فراوانی تجارب گسستگی می باشد که در سال ۱۹۸۶ توسط برنشتاین و باتنم (Bernstein & Putnam) ساخته شد (۲۲). این مقیاس شامل ۲۸ سوال است. نشانه های تجزیه ای را در یک طیف لیکرت ۱۰ درجه ای از هرگز= ۰ تا همیشه= ۹ مورد ارزیابی قرار می دهد. همچنین این مقیاس سه خرده مقیاس شامل «گسست از خویشتن با سوالات ۷، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۲۷، ۲۸»، «فراموشی تجزیه ای با سوالات ۳، ۶، ۸، ۱۰، ۲۵، ۲۶» و تخیل و جذب با سوالات ۲، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۲۲ و ۲۳ را اندازه گیری می کند. سوالات ۱، ۴، ۵، ۹، ۱۹، ۲۱، ۲۴ در هیچ کدام از خرده مقیاس ها قرار نمی گیرد (۲۳). دامنه نمرات برای تجارب تجزیه ای از حداقل ۰ تا حداکثر ۲۸۰ است و کسب نمره بالاتر حاکی از وجود فراوانی تجارب تجزیه ای است. برنشتاین و پاتنم حساسیت این مقیاس را ۰/۷۶ و ویژگی آن را نیز ۰/۷۶ بیان نمود (۲۱). در پژوهش اولسون و بک (Olsen & Beck) همسانی درونی این مقیاس ۰/۷۰ و پایایی بازآزمایی ۰/۸۴ و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۴ گزارش شده است (۲۴). در این مقیاس از نمره برش ۳۰ استفاده

درجه ای لیکرت انجام می شود به این صورت که هرگز نمره ۱، گاه گاهی نمره ۲، غالباً نمره ۳، به کرات نمره ۴ و تقریباً همیشه نمره ۵ تعلق می گیرد. سوال های ۱۰، ۱۶، و ۲۲ به منظور سنجش روایی یا انکار مشکل در دوران کودکی است. دامنه نمرات برای هر یک از زیر مقیاس ها ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ است. 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 می شود. سازندگان پرسشنامه آلفای کرونباخ را بررسی و ضرایب بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۵ گزارش کرده اند و روایی همزمان آن با مقیاس درجه بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ به دست آورده اند (۱۷). ویژگی های روان-سنجی این پرسشنامه در ایران توسط ابراهیمی و همکاران (۱۸) مورد بررسی قرار گرفت. پایایی این ابزار در نمونه ایرانی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس های پنج گانه در دامنه ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ گزارش شد؛ همچنین روایی هم گرایی این پرسشنامه با پرسشنامه سلامت عمومی ۰/۵۰ گزارش شد (۱۸). آلفای کرونباخ کل پرسشنامه مذکور در این مطالعه ۰/۸۶ به دست آمد.

**۲- چک لیست اختلال استرس پس از سانحه (PCL-C):** شامل ۱۷ گویه در مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) است. امتیاز کلی بین ۱۷ تا ۸۵ متغیر است. برای این ابزار نقطه برش وجود ندارد. بنابراین نتایج به صورت میانگین و انحراف معیار گزارش می شود. در مطالعه ای که بر روی سربازان جنگ ویتنام انجام شد، ضرایب همسانی درونی ۰/۹۷ و ۰/۹۶ برای کل مقیاس و ضرایب ۰/۹۳، ۰/۹۲ و ۰/۹۲ برای نشانگان B، C، D و ضریب ۰/۹۶ به عنوان ضریب بازآزمایی به فاصله دو یا سه روز گزارش شده است (۱۹). اعتبار و روایی این پرسشنامه در ایران به وسیله گودرزی در دانشگاه شیراز انجام شد و داده های به دست آمده از اجرای این فهرست ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۳ بود (۲۰). آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعه حاضر ۰/۸۴ به دست آمد.

**۳- مقیاس آمادگی به اعتیاد:** در این پژوهش از مقیاس ایرانی آمادگی به اعتیاد که توسط زرگر (۲۱) ساخته شده استفاده شد. این مقیاس دارای ۳۶ ماده و ۵ ماده دروغ سنج نسبت به اعتیاد است. زرگر این پرسشنامه را با توجه به

## یافته ها

براساس داده های گردآوری شده ۶۶ نفر (۱۸/۳ درصد)، دیپلم، ۷۸ نفر (۲۱/۷ درصد) فوق دیپلم، ۱۲۲ نفر (۳۳/۹ درصد) لیسانس، ۳۰ نفر (۸/۳ درصد) فوق لیسانس و ۶۴ نفر (۱۷/۸ درصد) دکترا بودند. ۲۱۰ نفر (۵۸/۳ درصد) زن و ۱۵۰ نفر (۴۱/۷ درصد) مرد بودند. میانگین و انحراف معیار به ترتیب ۳۷/۴۱ و ۷/۰۷ بود.

می شود (۲۲). در پژوهش سجادی و دهقانی زاده (۲۵) بر روی نسخه فارسی مقیاس تجارب تجزیه ای، آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۳ محاسبه شد. ضریب همبستگی درونی تجارب تجزیه ای با افکار خودکشی و صفات حالت عاطفی منفی؛ جدایی؛ بازداری زدایی و روان پریشی خوبی به ترتیب ۰/۵۲۴، ۰/۲۳۶، ۰/۲۵۱، ۰/۳۳۱ و ۰/۱۷۹. به دست آمد که گویای روایی همگرایی این ابزار با سازه های مشابه بود. آلفای کرونباخ کل پرسشنامه مذکور در این مطالعه ۰/۹۳ به دست آمد.

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

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
اختلال استرس پس از سانحه	۲۵/۸۳	۵/۰۱	-۱/۰۵	-۰/۳۲
گرایش به مواد فعال	۱۶/۵۷	۳/۹۰	۱/۵۰	۰/۷۱
گرایش به مواد منفعل	۵/۲۶	۲/۳۴	۱/۲۵	۰/۵۴
آزار عاطفی	۱۱/۷۵	۳/۱۱	-۱/۰۶	۰/۷۱
آزار جنسی	۱۳/۳۴	۳/۰۱	-۱/۶۲	۱/۷۴
آزار فیزیکی	۱۳/۱۲	۳/۳۸	-۰/۷۱	۰/۵۵
غفلت عاطفی	۱۳/۴۸	۳/۸۱	-۰/۳۹	-۰/۷۵
غفلت جسمی	۱۳/۹۴	۲/۹۹	-۲/۱۵	۱/۴۹
نمره کل ترومای کودکی	۶۵/۶۳	۱۵/۸۳	-۱/۰۴	۰/۶۳
گسست از خویشتن	۲۰/۳۹	۹/۷۱	-۰/۳۴	-۱/۵۵
فراموشی تجزیه ای	۱۱/۹۶	۵/۱۸	-۰/۶۴	-۱/۵۲
تخیل و جذب	۱۵/۱۳	۶/۴۱	-۰/۵۹	-۱/۰۱
نمره کل تجارب تجزیه ای	۴۷/۴۸	۲۰/۹۸	-۰/۰۵	-۱/۲۲
نرمال بودن چندمتغیره (Multivariate)	ضریب مردیا: ۲/۴۳	نسبت بحرانی: ۲/۳۵		

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 نمی باشند. از آنجایی که وجود همخطی چندگانه در متغیرهای پیش بین مشاهده نشد، می توان از آزمون های پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون و مدل یابی معادلات ساختاری استفاده نمود. در جدول ۲ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش آمده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش را نشان می دهد. تعداد آزمودنی ها ۳۶۰ نفر بودند. همچنین برای انجام معادلات ساختاری به شیوه پارامتریک، پیش فرض نرمال بودن داده ها و متغیرها لازم است. برای سنجش نرمال بودن تک متغیره داده ها از مقادیر «چولگی» و «کشیدگی» استفاده می شود 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 آماره های دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ است که نشان دهنده ی

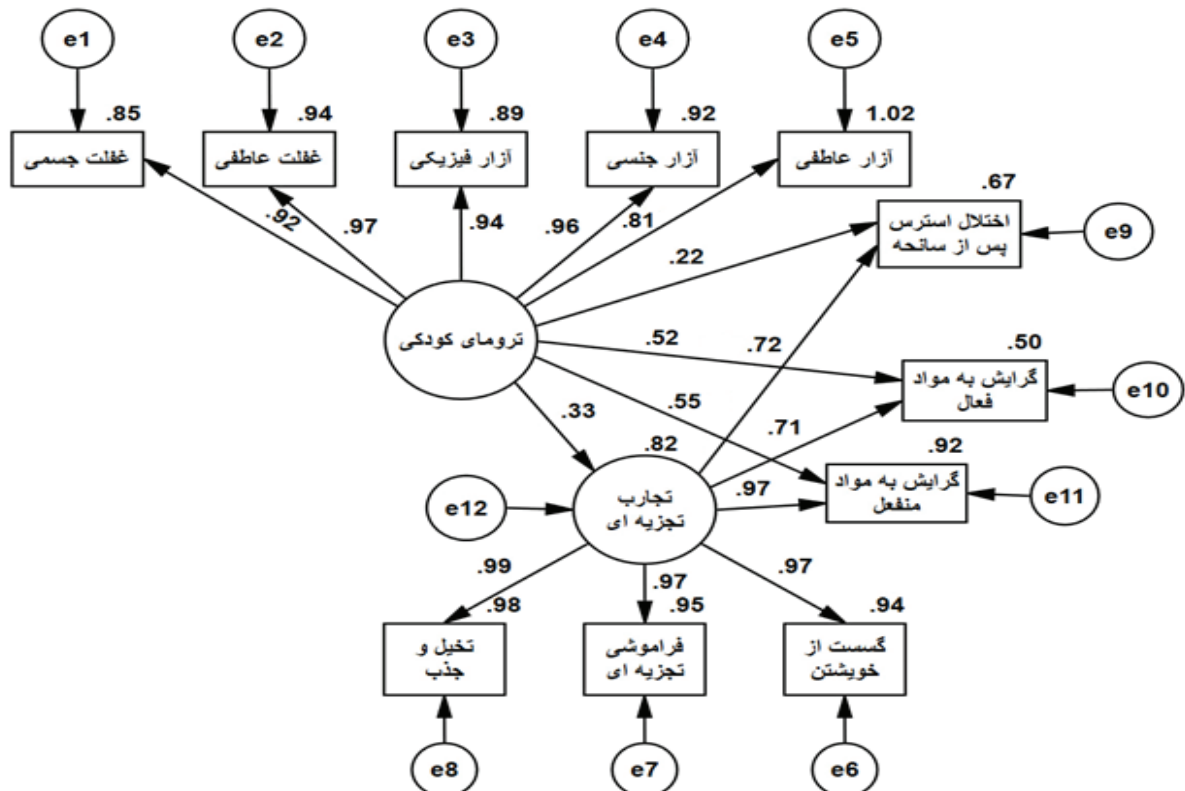
جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
۱- استرس پس از سانحه													
۲- گرایش به مواد فعال	۰/۴۳**												
۳- گرایش به مواد منفعل	۰/۷۷**	۰/۶۵**											
۴- آزار عاطفی	۰/۶۳**	۰/۳۰**	۰/۴۲**										
۵- آزار جنسی	۰/۶۵**	۰/۳۱**	۰/۴۵**	۰/۶۷**									
۶- آزار فیزیکی	۰/۵۹**	۰/۲۹**	۰/۴۰**	۰/۶۰**	۰/۴۱**								
۷- غفلت عاطفی	۰/۵۴**	۰/۲۶**	۰/۳۵**	۰/۵۳**	۰/۴۶**	۰/۴۶**							
۸- غفلت جسمی	۰/۶۵**	۰/۳۱**	۰/۴۴**	۰/۴۲**	۰/۵۸**	۰/۴۹**	۰/۴۳**						
۹- نمره کل تروما	۰/۶۳**	۰/۳۰**	۰/۴۲**	۰/۵۰**	۰/۴۹**	۰/۵۲**	۰/۴۵**	۰/۲۳**					
۱۰- گسست از خویشتن	۰/۷۲**	۰/۵۹**	۰/۵۳**	۰/۴۳**	۰/۴۵**	۰/۵۲**	۰/۵۷**	۰/۴۲**	۰/۶۷**				
۱۱- فراموشی تجزیه ای	۰/۷۵**	۰/۷۸**	۰/۶۴**	۰/۴۳**	۰/۴۵**	۰/۴۹**	۰/۶۶**	۰/۶۳**	۰/۶۷**	۰/۳۵**			
۱۲- تخیل و جذب	۰/۷۸**	۰/۷۱**	۰/۴۱**	۰/۴۵**	۰/۴۷**	۰/۳۹**	۰/۵۰**	۰/۵۳**	۰/۵۱**	۰/۴۴**	۰/۳۳**		
۱۳- نمره کل تجارب تجزیه ای	۰/۶۰**	۰/۶۸**	۰/۵۵**	۰/۴۴**	۰/۴۶**	۰/۵۰**	۰/۵۲**	۰/۶۱**	۰/۶۵**	۰/۴۱**	۰/۶۰**	۰/۵۸**	

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

شد، همبستگی بین متغیرها معنادار است از این رو، امکان بررسی مدل پژوهش فراهم گردید. در ادامه برای بررسی اثرهای مستقیم و میانجی از روش مدل سازی معادلات ساختاری استفاده شد که نتایج آن در قالب شکل ۱ و جداول اثرات مستقیم و غیرمستقیم ارائه می شود.

جدول ۲ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می دهد. بین تجربه ترومای کودکی و تجارب تجزیه ای با علائم اختلال استرس پس از سانحه، گرایش به مواد فعال و گرایش به مواد منفعل ( $P < 0/01$ ) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همان طور که در جدول ۲ نشان داده



شکل ۱. مدل برازش شده و نهایی پژوهش

### حمیده شیروانی و همکاران

دست آمد، این موضوع بیانگر آن است که تجربه ترومای کودکی با میانجی تجارب تجزیه ای در مجموع ۶۷ درصد از واریانس علائم اختلال استرس پس از سانحه، ۵۰ درصد از گرایش به مواد فعال و ۹۲ درصد از گرایش به مواد منفعل را تبیین می کنند. در ادامه شاخص های برازش مدل اصلاح شده در جدول ۳ نشان داده شده است.

شکل ۱. مدل برازش شده و نهایی پژوهش را نشان می دهد که مجموع مجذور همبستگی های چندگانه ( $R^2$ ) یا واریانس تبیین شده برای علائم اختلال استرس پس از سانحه، گرایش به مواد فعال و گرایش به مواد منفعل براساس تجربه ترومای کودکی با نقش میانجی تجارب تجزیه ای به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۵۰ و ۰/۹۲ به

جدول ۳: شاخص های برازندگی مدل برازش شده پژوهش

نوع شاخص	شاخص ها	مقدار به دست آمده	مقدار قابل قبول
شاخص های مطلق	CMIN	۴۳/۵۶	-
	درجه آزادی (DF)	۴۰	-
	سطح معناداری (P)	۰/۰۰۱	بیشتر از ۰/۰۵
	نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی $X^2/df$ یا $CMIN/df$	۱/۰۱	کمتر از ۳
شاخص های نسبی	خطای ریشه ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA)	۰/۰۴	کمتر از ۰/۰۸
	شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE)	۰/۰۰۱	کمتر از ۰/۰۵
	شاخص برازش مقایسه ای (CFI)	۰/۹۵	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازندگی افزایشی (IFI)	۰/۹۳	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۷	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازش هنجار شده (NFI)	۰/۹۰	بیشتر از ۰/۹۰

جدول ۳- مشاهده می شود مقدار شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE) ۰/۰۰۱ و شاخص RMSEA برابر ۰/۰۴ 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 علائم افسردگی پرداخت.

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 ۰/۹۰ است بر برازش مناسب و مطلوب مدل دلالت دارند. همانگونه که بر اساس

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

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب استاندارد	ضریب غیراستاندارد	خطای استاندارد	t	P
تجربه ترومای کودکی	اختلال استرس پس از سانحه	۰/۲۲	۰/۴۰	۰/۰۳	۷/۷۴	۰/۰۰۱
تجربه ترومای کودکی	گرایش به مواد فعال	۰/۵۲	۰/۵۷	۰/۰۴	۳/۳۹	۰/۰۰۱
تجربه ترومای کودکی	گرایش به مواد منفعل	۰/۵۵	۰/۵۶	۰/۰۵	۴/۳۲	۰/۰۰۱
تجارب تجزیه ای	اختلال استرس پس از سانحه	۰/۷۲	۰/۳۸	۰/۰۲	۲۱/۷۰	۰/۰۰۱
تجارب تجزیه ای	گرایش به مواد فعال	۰/۷۱	۰/۲۹	۰/۰۲	۱۷/۶۶	۰/۰۰۱
تجارب تجزیه ای	گرایش به مواد منفعل	۰/۹۷	۰/۲۴	۰/۰۴	۴۶/۶۱	۰/۰۰۱

توجه به جدول ۴ می توان مشاهده کرد که مسیرهای مستقیم تجربه ترومای کودکی بر اختلال استرس پس از سانحه ( $\beta = ۰/۲۲$ ،  $T=۷/۷۴$ ،  $T=۳/۳۹$ )،

با توجه به جدول ۴ در مواردی که آماره T خارج از بازه ی (+۱/۹۶ و -۱/۹۶) قرار دارد یا سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ است دو متغیر با یکدیگر ارتباط معنادار دارند. با



رابطه غیرمستقیم مدل برازش شده از روش بوت استروپ استفاده شده است. نتایج روش بوت استروپ برای بررسی مسیرهای واسطه ای غیرمستقیم در جدول ۵- ارائه شده است.

$(\beta = 0/52, T=4/32)$  و گرایش به مواد منفعل  $(\beta = 0/55, T=4/32)$  معنادار بود. مسیرهای مستقیم تجارب تجزیه ای بر اختلال استرس پس از سانحه  $(\beta = 0/72, T=21/70)$ ، گرایش به مواد فعال  $(\beta = 0/71, T=17/66)$  و گرایش به مواد منفعل  $(\beta = 0/97, T=46/61)$  معنادار بود. در ادامه جهت بررسی

جدول ۵: بررسی روابط غیرمستقیم متغیرها در مدل برازش شده پژوهش

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	ضریب غیراستاندارد	حد پایین	حد بالا	معناداری
ترومای کودکی	تجارب تجزیه ای	استرس پس از سانحه	0/53	0/15	0/19	0/001
ترومای کودکی	تجارب تجزیه ای	گرایش به مواد فعال	0/61	0/34	0/47	0/001
ترومای کودکی	تجارب تجزیه ای	گرایش به مواد منفعل	0/59	0/37	0/42	0/001

شکل گیری نشانه های آسیب در بزرگسالی شده و نشانه های اختلال استرس پس از سانحه را افزایش می دهد. براساس مدل حساس سازی قرار گرفتن در معرض ترومای اولیه فرد را نسبت به عوامل استرس زای بعدی مستعدتر می کند. پس از پایشانی مربوط به تروما، فرد می تواند مستعد پاسخ بیش از حد به استرس های بعدی در زندگی باشد. مطابق با این مدل، رویدادهای آسیب زای قبلی با واکنش پذیری بیشتر به عوامل استرس زای بعدی مرتبط هستند و در نتیجه احتمال ابتلای فرد به نشانه های PTSD را افزایش می دهد (۲۷). همچنین یافته های پژوهش نشان داد که بین ترومای کودکی با گرایش به مصرف مواد در بزرگسالان رابطه مستقیمی وجود دارد. این یافته ها با پژوهش های احمد و مازلان (Ahmad A, Mazlan) (۹) و وینگنفلد (Wingenfeld) و همکاران (۱۰) هم سو است. در زمینه تبیین رابطه بین ترومای کودکی و گرایش به مصرف مواد می توان گفت که رابطه سرد عاطفی همراه با طرد، توهین، خشونت با فرزندان و آسیب های دوران کودکی باعث بیزاری از خانواده می شود و آنها ممکن است به انواع رفتارهای مخرب و بزهکاری از جمله اعتیاد گرایش پیدا کنند (۶). همچنین تروماهای دوران کودکی، تکانشگری را افزایش می دهند که پیامد آن کاهش ظرفیت مغز برای بازداری فعالیت ها، اعمال و کنترل هیجان های منفی است و این عدم بازداری هیجانات منفی و تکانشگری، رفتارهای پرخطر از جمله گرایش به مصرف مواد را به همراه دارد (۱۰).

بخش دیگر یافته های پژوهش نشان داد که اثر غیرمستقیم تجربه ترومای کودکی بر علائم استرس پس از سانحه و گرایش به مصرف مواد با میانجیگری تجارب تجزیه ای معنی دار است. این یافته ها با پژوهش های احمدی و همکاران (۱۳)، شالو (Shalev) و همکاران (۱۴) و ناچاویتس و

برای تعیین اثر غیرمستقیم از روش بوت استروپ با ۲۰۰۰ بار فرآیند نمونه گیری استفاده گردید که با توجه به جدول ۵ می توان مشاهده کرد که اثر غیرمستقیم متغیر ترومای کودکی بر اختلال استرس پس از سانحه از طریق نقش میانجی تجارب تجزیه ای معنی دار است  $(P < 0/05)$ ،  $(b=0/53)$ . اثر غیرمستقیم متغیر ترومای کودکی بر گرایش به مواد فعال از طریق نقش میانجی تجارب تجزیه ای معنی دار است  $(P < 0/05)$ ،  $(b=0/61)$ . اثر غیرمستقیم متغیر ترومای کودکی بر گرایش به مواد منفعل از طریق نقش میانجی تجارب تجزیه ای معنی دار است  $(P < 0/05)$ ،  $(b=0/59)$ .

## بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی مدل یابی روابط ساختاری ترومای کودکی با علائم استرس پس از سانحه و گرایش به مصرف مواد با میانجیگری تجارب تجزیه ای در بزرگسالان انجام شد. یافته های پژوهش نشان داد که بین ترومای کودکی با علائم استرس پس از سانحه در بزرگسالان رابطه مستقیمی وجود دارد. این یافته ها با پژوهش های کسلر (Kessler) و همکاران (۵)، رضایی و همکاران (۷) و سلیگوفسکی (Seligowski) و همکاران (۸) هم سو است. در راستای تبیین این یافته ها می توان گفت که مطالعات به نقش ترومای دوران کودکی در مبتلا شدن به اختلال استرس پس از سانحه پرداخته اند که نتایج آنها حاکی از قدرت پیش بینی کنندگی ترومای کودکی در افزایش احتمال تجربه نشانه های اختلال استرس پس از سانحه در سال های بعدی بوده است (۶). به علاوه مطالعه دیگر نشان داد که پس از تروماهای کودکی، تظاهرات PTSD اغلب پیچیده تر است و ممکن است شامل علائم دیگری مانند مشکلات تنظیم هیجان باشد (۲۶). درواقع تجربه رویدادهای تروماتیک در دوران کودکی منجر به

ناشی از تروما استفاده کنند (۱۳). به طور کلی می توان گفت که تجزیه یک عامل خطر مهم در حفظ و تداوم PTSD و گرایش به مصرف مواد در افرادی که تروماهای کودکی را تجربه نموده اند، محسوب می شود.

### نتیجه گیری

به طور کلی نتایج پژوهش حاکی از نقش مهم ترومای کودکی و تجارب تجزیه ای در پیش بینی اختلال استرس پس از سانحه و گرایش به مصرف مواد در بزرگسالان است. نتایج این مطالعه دلالت های بالینی مهمی دارد. بدین صورت که نه تنها ترومای کودکی بلکه نحوه واکنش های افراد به تروما از قبیل واکنش های تجزیه ای نیز در ایجاد مشکلات روان پزشکی مهم قلمداد می شود؛ بنابراین اتخاذ شیوه ای درمانی جهت کاهش علائم تجزیه در درمان اختلال استرس پس از سانحه و مصرف مواد احتمالاً می تواند کمک کننده باشد. و در آخر پیشنهاد می شود که طرح ریزی و توسعه مداخلات لازم جهت کاهش مولفه تجزیه احتمالاً می تواند گام مهمی در درمان افراد مبتلا به علائم PTSD و گرایش به مصرف مواد باشد. مطالعه حاضر با محدودیت هایی مواجهه بود از جمله اینکه، ارزیابی های گذشته نگر در مورد ترومای کودکی، نگرانی هایی در مورد صحت و اعتبارسنجی گزارش ها ایجاد می کند. همچنین مطالعه حاضر بر روی افراد مراجعه کننده به کلینیک ها و مراکز خدمات روان شناختی شهر تهران صورت گرفته و براساس پرسشنامه خودگزارشی، تروما کودکی متوسط به بالا را تجربه کرده اند، بنابراین تعمیم نتایج بر روی سایر جمعیت ها و تروماها مختلف باید با احتیاط لازم صورت گیرد. مطالعه حاضر به صورت طولی صورت نگرفته است و لذا بررسی سیر احتمالی PTSD و گرایش به مصرف مواد بعد از تروماهای اولیه زندگی و استنباط رابطه علی ممکن نیست.

### سپاسگزاری

از کلیه افراد شرکت کننده در این پژوهش صمیمانه تقدیر و تشکر می گردد.

### تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

والش (Najavits & Walsh) (۱۵) هم سو است. در تبیین این یافته ها می توان گفت که تجزیه ممکن است یک عامل خطر برای PTSD باشد یا منعکس کننده برخی متغیرهای مشترک دیگر مانند سوءاستفاده در دوران کودکی باشد که خطر پاسخ های تجزیه ای و PTSD را افزایش می دهد (۲۸). علائم تجزیه ای مثل واقعیت زدایی، شخصیت زدایی و کرختی هیجانی، راهبردهای مقابله ای شناختی خودکاری هستند که منجر به اجتناب از آگاهی و یادآوری حادثه تروماتیک یا سرکوبی علائم بیش برانگیختگی می شود. علائم تجزیه ای احتمالاً مانع دست یابی به جزئیات خاطره تروما و یا یکپارچگی در حافظه می شود؛ بنابراین راهبردهای شناختی ناسازگارانه ای مثل سرکوبی فکر، نشخوارفکری، اجتناب و حالت های تجزیه ای که موجب افزایش افکار خودآیند می شوند، در تداوم اختلال استرس پس از سانحه کلیدی هستند. چرا که پردازش و رمزگردانی خاطرات تروماتیک را بازداری کرده و باعث آشفتگی بیشتر در حافظه می شود. به گونه ای که به شکل یک کارکرد دفاعی اطلاعات مرتبط با تروما را خارج از هشیاری نگه می دارد (۲۹). به عبارت دیگر، تجزیه به سبب تروما، ممکن است در رمزگذاری، پردازش و ادغام خاطرات آسیب زا دخالت داشته باشد متعاقباً منجر به چندپارگی حافظه شده و نقش مهمی در توسعه انواع اختلالات از جمله PTSD داشته باشد (۳۰). در رابطه بین تروما کودکی با گرایش به مصرف مواد با میانجیگری تجارب تجزیه ای نیز می توان گفت، افراد مبتلا به مصرف مواد که تروماهای مختلفی را تجربه نموده اند، در کسب نیازهای هیجانی خود ناتوان بوده و برای جبران نیازهایشان و فرار از پیامدهای ناشی از تروما به تجزیه پناه می برند. درواقع افراد مصرف کننده مواد از دفاع تجزیه استفاده می کنند تا هشیاری خود را به دو قسمت تبدیل نموده و ارتباط بین ذهن و بدن خود را قطع کنند؛ به گونه ای که قسمتی از هشیاری فرد مصرف کننده متوجه پیامدهای مصرف مواد نشود و بدین نحوه بتوانند بدون آینده نگری به سمت مواد گرایش پیدا کنند (۳۱). همچنین افراد با سطح تجزیه بالا، سابقه سوء استفاده عاطفی و غفلت جسمی بیشتر در تاریخچه کودکی خود گزارش نموده اند. مصرف مواد نیز به صورت نوعی دفاع گسستگی عمل می کند و در واقع به عنوان ابزاری برای جلوگیری از احساسات و خاطرات مرتبط با تروما سازگارانه است. به عبارت دیگر، افراد مصرف کننده مواد ممکن است از مواد مخدر و یا الکل برای مدیریت اثرات ناراحت کننده تجزیه

## References

1. 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>
2. Iio M, Nagata M, Narita M. Factors associated with positive mental health in Japanese young adults with a history of chronic diseases during childhood: A qualitative study. *Journal of Pediatric Nursing*. 2024 Jan 27. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.01.012>
3. Messman-Moore TL, Bhuptani PH. A review of the long-term impact of child maltreatment on posttraumatic stress disorder and its comorbidities: An emotion dysregulation perspective. *Clinical psychology: science and practice*. 2017 Jun; 24(2):154. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12193>
4. American Psychiatric Association. *American Psychiatric Pub*; 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*[Google Scholar]. 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
5. Kessler RC, Berglund PA, Bruce ML, Koch JR, Laska EM, Leaf PJ, Manderscheid RW, Rosenheck RA, Walters EE, Wang PS. The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health services research*. 2001 Dec; 36(6 Pt 1):987.
6. Torkaman M, Davoodi A, Naziri G, Fath N. The relationship between childhood trauma and the tendency to abuse drugs according to the mediating role of cognitive flexibility and rumination in people with post-traumatic stress disorder. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2023 Feb 20; 17(68):81-90.
7. Rezaei F, Sepahvandi MA, Gholamrezaei S, Mirdrikvand F. The mediating role of the metacognitions and experiential avoidance on the relationship between childhood trauma and PTSD symptoms. *Feyz Medical Sciences Journal*. 2019 Oct 10; 23(5):543-53. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1648173>
8. Seligowski AV, Rogers AP, Orcutt HK. Relations among emotion regulation and DSM-5 symptom clusters of PTSD. *Personality and Individual Differences*. 2016 Apr 1; 92:104-8. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.12.032>
9. Ahmad A, Mazlan NH. Substance abuse and childhood trauma experiences: Comparison between incarcerated and non-incarcerated youth. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2014 Feb 7; 113:161-70. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.01.023>
10. Wingenfeld K, Schaffrath C, Rullkoetter N, Mensebach C, Schlosser N, Beblo T, Driessen M, Meyer B. Associations of childhood trauma, trauma in adulthood and previous-year stress with psychopathology in patients with major depression and borderline personality disorder. *Child abuse & neglect*. 2011 Aug 1; 35(8):647-54. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.04.003>
11. Kulkarni M, Porter KE, Rauch SA. Anger, dissociation, and PTSD among male veterans entering into PTSD treatment. *Journal of anxiety disorders*. 2012 Mar 1; 26(2):271-8. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.12.005>
12. Herzog S, DePiero J, D'Andrea W. Driven to distraction: Childhood trauma and dissociation, but not PTSD symptoms, are related to threat avoidance. *European Journal of Trauma & Dissociation*. 2018 Oct 1; 2(4):179-87. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2018.03.001>
13. Ahmadi F, Goodarzi MA, Taghavi MR, Imani M. Modeling the structural relationships between trauma exposure with substance use tendency, depression symptoms, and suicidal thoughts in individuals with earthquake trauma experience: the mediatory role of peritraumatic dissociation and experiential avoidance. *BMC psychiatry*. 2024 Mar 1; 24(1):171. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05595-5>
14. Shalev AY, Freedman S, Peri T, Brandes D, Sahar T, Orr SP, Pitman RK. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *American Journal of psychiatry*. 1998 May 1; 155(5):630-7. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.5.630>
15. Najavits LM, Walsh M. Dissociation, PTSD, and substance abuse: An empirical study. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2012 Jan 1; 13(1):115-26. <https://doi.org/10.1080/15299732.2011.608781>
16. Kline P. *An easy guide to factor analysis*. Routledge; 2014 Feb 25. <https://doi.org/10.4324/9781315788135>
17. 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)
18. Ebrahimi, H., Dejkam, M., & Seghatoleslam, T. Childhood traumas and suicide attempt in adulthood. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2014; 19(4), 275-282.
  19. Weathers FW, Litz BT, Herman DS, Huska JA, Keane TM. The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. In annual convention of the international society for traumatic stress studies, San Antonio, TX 1993 Oct 24 (Vol. 462).
  20. Goodarzi MA. Evaluating validity and reliability of mississippi post-traumatic stress disorder scale. *Journal of psychology* 2003; 7:153-178.
  21. Zargar Y, Najarian B, Naami A. Investigating the relationship between personality traits (emotion-seeking, expression, psychological hardness), religious attitude, and marital satisfaction with educational problems. *Journal of Education and Psychology Chamran University*. 2008; 3 (1): 99-120.
  22. Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of nervous and mental disease*. 1986. <https://doi.org/10.1037/e609912012-081>
  23. Hosseinzadeh A, Taghizadeh M E. Mind simulation model; an effective treatment to decreasing dissociative experiences caused by traumatic events in adult with stuttering disorder. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2020; 7 (1):90-102. <https://doi.org/10.52547/shenakht.7.1.90>
  24. Olsen SA, Beck JG. The effects of dissociation on information processing for analogue trauma and neutral stimuli: A laboratory study. *Journal of anxiety disorders*. 2012 Jan 1; 26(1):225-32. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.11.003>
  25. Sajadi S.F., Dehghanizadeh Z. A Survey on the Relationship between Alexithymia and Dissociation Experiences with Eating Attitudes in Girl Students of Shahid Chamran University of Ahvaz. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences* [Internet]. 2016; 18(5):8-17. <https://doi.org/10.17795/ijpbs-3384>
  26. Steil R, Weiss J, Bornefeld-Ettmann P, Priebe K, Kleindienst N, Müller-Engelmann M. A preliminary study on the effect of trauma-focused therapies on sexual dysfunctions in women with PTSD after childhood abuse. *Journal of psychiatric research*. 2024 Feb 1; 170:340-7. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.01.013>
  27. Breslau N, Davis GC, Andreski P. Risk factors for PTSD-related traumatic events: a prospective analysis. *The American journal of psychiatry*. 1995 Apr 1; 152(4):529-35. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.4.529>
  28. Bryant RA, Friedman MJ, Spiegel D, Ursano R, Strain J. A review of acute stress disorder in DSM-5. *Focus*. 2011 Jul; 9(3):335-50. <https://doi.org/10.1176/foc.9.3.foc335>
  29. Amrollahi S, Moradi AR, Hasani J. Effectiveness of Memory Specificity Training for Cognitive Vulnerability and Dissociative Experiences in Patients with Post traumatic Stress Disorder. *Journal of Cognitive Psychology*. 2016; 4(3):35-44.
  30. Huntjens RJ, Dorahy MJ, van Wees-Cieraad R. Dissociation and memory fragmentation. In *Cognitive behavioural approaches to the understanding and treatment of dissociation* 2013 Jun 19 (pp. 92-103). Routledge.
  31. Ahmadi F, Goodarzi M, Kazemi Rezaei SA. The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in dissociative experiences, object relations and delayed reward discounting in patients with substance use disorders and addiction. *Journal of Clinical Psychology*. 2021 Mar 21; 13(1):65-78.