

پیش‌بینی تنظیم شناختی هیجان بر اساس ترومای دوران کودکی و سیستم‌های مغزی رفتاری: نقش واسطه‌ای دلبستگی ناایمن در افراد تحت درمان متادون

اعظم جعفری شاهسوارانی^۱، آرزو عمادیان^۲، مریم مظلوم^۳

^۱ کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی، گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران پزشکی، تهران، ایران.
^۲ استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران پزشکی، تهران، ایران. نویسنده مسئول
^۳ استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران پزشکی، تهران، ایران.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی دلبستگی ناایمن در رابطه بین ترومای دوران کودکی و سیستم‌های مغزی رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان در افراد تحت درمان متادون انجام شد. روش تحقیق از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش تمامی معتادان تحت درمان با متادون شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود. نمونه پژوهش ۱۷۰ نفر بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (گارنوفسکی و همکاران، ۲۰۰۶)، پرسشنامه ترومای دوران کودکی (برنشتاین و همکاران، ۱۹۹۴)، مقیاس سیستم‌های مغزی رفتاری (کارور و وایت، ۱۹۹۴)، پرسشنامه سبک دلبستگی (کولینز و رید، ۱۹۹۰). اطلاعات به‌دست آمده با استفاده از روش ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج تحقیق نشان دادند که سبک دلبستگی ناایمن در رابطه بین ترومای دوران کودکی با تنظیم هیجان سازگار و نقش میانجی دارد ($P < 0/05$). سبک دلبستگی ناایمن در رابطه بین بازداری رفتاری با تنظیم هیجان سازگار و ناسازگار نقش میانجی دارد ($P < 0/05$).

واژگان کلیدی: دلبستگی ناایمن، ترومای دوران کودکی، سیستم‌های مغزی رفتاری، تنظیم شناختی هیجان، درمان متادون.

مقدمه

مهم‌ترین درمان پزشکی که برای ترک بیماران معتاد استفاده می‌شود درمان نگهدارنده با متادون است. متادون معمولاً به صورت دهانی و به منظور کاهش علائم ترک استفاده می‌شود (لی^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). مطالعات، اثربخشی درمان نگهدارنده متادون برای وابستگان به افیون را نشان داده‌اند. طبق گزارشات سازمان جهانی بهداشت، درمان نگهدارنده متادون به صورت قابل توجهی گسترش بیماری‌های انتقالی داخل وریدی مثل ویروس اچ آی وی، هپاتیت b و c را کاهش می‌دهد. همچنین این درمان، طیف گسترده‌ای از مشکلات اجتماعی و اقتصادی را محدود کرده و درمان مقرون به صرفه‌ای در مقایسه با دیگر گزینه‌های درمانی است (سازمان جهانی بهداشت^۲، ۲۰۲۰).

در این میان مشکلات تنظیم هیجانی^۳ از جمله عوامل مهم در ولع مصرف مواد مخدر و تاب‌آوری در مصرف کنندگان مواد است (گلستانه و همکاران، ۱۴۰۰؛ محمدزاده و همکاران، ۱۴۰۲). تنظیم هیجان به ظرفیت نظارت، ارزیابی، درک و اصلاح واکنش‌های هیجانی اشاره دارد به نحوی که برای عملکرد سازگارانه مفید است (کلارک^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). به بیانی تنظیم هیجانی شامل تعدیل مراحل مختلف پردازش اطلاعات هیجانی در خود یا دیگران است (مکری و گراس^۵، ۲۰۲۰). مشکلات تنظیم هیجان که به عنوان تمایل به استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان کمتر سازگارانه و ناسازگارتر تصور می‌شود، یک عامل فراتشخیصی مرتبط با آسیب شناسی‌های روانی مختلف (مانند افسردگی، اضطراب، سوء مصرف مواد) است (الدو^۶ و همکاران، ۲۰۱۶؛ راماداس^۷ و همکاران، ۲۰۲۴). تنظیم هیجان فرایندی است که منجر به تغییر در نوع، شدت، مدت و یا بیان احساسات می‌شود که باعث پرورش سطح بهینه‌ای از تعامل با محیط شده و در به راه‌اندازی و حفظ رفتار انطباقی و کاهش استرس و تجربه هیجانات منفی و رفتار ناسازگارانه حائز اهمیت است (گارلند^۸، ۲۰۲۱). تمام فرآیندهای درونی و بیرونی که مسئول نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی هستند، تحت عنوان مفهوم تنظیم هیجان شناخته می‌شود (گارنفسکی^۹ و همکاران، ۲۰۲۱). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به دو دسته کلی، راهبردهای سازگارانه (ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و دیدگاه‌گیری) و راهبردهای ناسازگارانه (ملامت خود، ملامت دیگران، پذیرش، فاجعه‌سازی و نشخوارگری) تقسیم‌بندی می‌شود (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۹). به عبارتی، تنظیم شناختی هیجان وجه ذاتی گرایش‌های مربوط به پاسخ‌های هیجانی است، درواقع تنظیم هیجان اعمالی است که برای تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی مورد استفاده قرار می‌گیرد (هود^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۸).

از سویی دیگر، تروماهای دوران کودکی نیز از عوامل مرتبط با تنظیم هیجان شناخته شده‌اند (راماداس و همکاران، ۲۰۲۴؛ ریچاردسون^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۴؛ لی و همکاران، ۲۰۲۳؛ لی و همکاران، ۲۰۲۳). ترومای دوران کودکی در اشکال مختلف اتفاق می‌افتد که سوءاستفاده جنسی، هیجانی، غفلت هیجانی و غفلت جسمانی را شامل می‌شود (برون^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۱). تروما به

¹ Le, T. A.

² Organization, W. H.

³ emotion regulation

⁴ Clarke, P. B.

⁵ McRae K, Gross JJ

⁶ Aldao, A

⁷ Ramadas, L

⁸ Garland, E. L.

⁹ Garnefski, N.

¹⁰ Hood, M. M.

¹¹ Richardson, T

¹² Brown M.

معنای آسیب است و به هر فعل یا ترک فعلی اطلاق می‌شود که سلامت، بقا و رشد مطلوب کودک را به خطر بیندازد (تاسورن^{۱۳}، ۲۰۲۲). سازمان بهداشت جهانی (WHO) در سال ۲۰۱۷ با انتشار گزارشی تحت عنوان بد رفتاری با کودکان اعلام کرده است که در سراسر جهان از هر ۴ کودک ۱ کودک قربانی خشونت است که ۲۳ درصد از آنها خشونت فیزیکی و ضرب و شتم ۳۶ درصد از کودکان نیز با آزارهایی نظیر تهدید، تحقیر، توبیخ اعمال فشار عاطفی و ۲۶ درصد از این کودکان مورد استثمار جنسی قرار گرفته‌اند (اتریک^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۲). ترومای دوران کودکی با انواع مختلف بیماری‌های جسمی و روانی متعدد در بزرگسالی، ناهنجاری و سبک زندگی ناسالم مرتبط است (بیوتل^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۷). از دیدگاه رشد مبتنی بر ذهنیت، ناملایمات و تروماهای دوران کودکی می‌تواند بر دلبستگی در کودکان تأثیر بگذارد و ممکن است منجر به دلبستگی ناایمن و اختلال در توانایی‌های ذهنی شود که خطر آسیب شناسی روانی را در طول زندگی افزایش می‌دهد. با توجه به اینکه سبک دلبستگی یک عامل اضافی ناشی از پویایی‌های اولیه زندگی است، پژوهش‌ها نشان دادند که تروماهای دوران کودکی با سبک دلبستگی فرد مرتبط هستند (توف^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۰؛ اروزکان^{۱۷}، ۲۰۱۶؛ هانگ^{۱۸} و همکاران، ۲۰۲۰).

از عوامل مرتبط با سوء مصرف کنندگان مواد مخدر، سیستم‌های مغزی رفتاری^{۱۹} است (مک‌کان^{۲۰}، ۲۰۲۱). نظریه حساسیت به تقویت‌گری، یکی از مهم‌ترین نظریه‌های مرتبط با عواطف و هیجانات است که به بررسی نقش سیستم‌های مغزی-رفتاری می‌پردازد. این نظریه توسط جف‌گری ارائه شد و مفاهیم کلیدی آن شامل: سیستم فعال سازی رفتاری: این سیستم، پاسخ‌ها و رفتارهای هدف‌گرا و انگیزشی را در جهت پاداش یا رهایی از مجازات فعال می‌کند و با هیجانات مثبت مانند خوشحالی و امید در ارتباط است. سیستم بازداری رفتاری: این سیستم، رفتارهای احتیاطی و مراقبتی را در شرایط تهدید فعال می‌کند و با هیجانات منفی مانند اضطراب و ترس در ارتباط است. سیستم مبارزه/گریز: این سیستم، پاسخ‌های فرار یا مقابله در برابر تهدیدات فوری را فعال می‌کند و با هیجانات مانند ترس و خشم در ارتباط است (باکن^{۲۱} و همکاران، ۲۰۱۸). گری سیستم مغزی رفتاری را اینگونه ارائه داده است: سیستم بازدارنده رفتاری و سیستم فعال ساز رفتار، این دو ویژگی شخصیتی ارائه دهنده تفاوت‌های فردی در حساسیت دو سیستم نورولوژیکی، در پاسخ‌های به نشانه‌های محیطی مرتبط است (زیدی^{۲۲}، ۲۰۱۰). اگر فردی دارای سیستم فعال‌ساز رفتاری ضعیف باشد، به احتمال زیاد مبتلا به اضطراب و سایر اختلالات مرتبط با آن خواهد شد (گری^{۲۳}، ۲۰۲۱). علاوه بر این، پژوهش بیات و بیات (۱۳۹۵) نشان داد که دلبستگی^{۲۴} ناایمن دوسوگرا و سبک دلبستگی اجتنابی مکانیسم‌هایی هستند که اثر سیستم‌های بازداری یا فعال سازی رفتاری را در گرایش به مصرف مواد کم یا زیاد می‌کنند.

اشاره شده است که دلبستگی ناایمن با تجارب تروما و بدرفتاری توسط مراقبان در دوران کودکی مرتبط است (گرینمان و همکاران، ۲۰۲۴). دلبستگی عبارت است از یک موقعیت عمیق و پایدار بیولوژیکی روان‌شناختی و اجتماعی که بر اساس ارتباط بین افراد شکل می‌گیرد (جانسون و والری^{۲۵}، ۲۰۱۳). طبق نظریه دلبستگی بالبی زمانی که تجربیات مربوط به دلبستگی در فرد شکل می‌گیرد در او نیز نوعی بازنمایی ذهنی یا مدل کار کرد درونی نسبت به خود و انسان‌های دیگر شکل می‌گیرد که رفتارهایش

¹³ Tasoren, A. B.

¹⁴ Ertek İE.

¹⁵ Beutel, M. E.

¹⁶ Toof, J

¹⁷ Erozkhan, A

¹⁸ Huang, Y. L

¹⁹ Brain/Behavioral Systems

²⁰ McCann, C

²¹ Bacon, A.

²² Zaidi, Z. F.

²³ Gray, J.A.

²⁴ attachment

²⁵ Johnson SM, Valrrie EW.

را هدایت می‌کند (هولمس و اسلید^{۲۶}، ۲۰۱۷). در واقع، سبک‌های دلبستگی متفاوت افراد، کنشی از تفاوت‌های آنها در مدل‌های کارکرد درونی است که منظور از آن شیوه برخورد و ارتباط و کنار آمدن آنها با مسائل مختلف است (هو^{۲۷} و همکاران، ۲۰۲۰). سبک‌های دلبستگی نایمن به دو گروه نایمن دوسوگرا، نایمن اجتنابی متمایز می‌شوند. افراد با سبک دلبستگی نایمن دوسوگرا معمولاً در روابط نزدیک خود نامطمئن و حسود هستند. افراد با چنین سبک دلبستگی در روابط نزدیک خود، برای نزدیک شدن با مردم تماس برقرار می‌کنند اما دائماً دل مشغولی ترس از طردشدن دارند (گرانکوویست^{۲۸} و همکاران، ۲۰۲۰). سبک‌های دلبستگی که در چارچوب‌های ارتباطی سال‌های نخستین زندگی خصوصاً در ارتباط با مراقبان اولیه شکل گرفته از توانایی تأثیرگذاری بر ابعاد متفاوت زندگی بهره‌مند می‌شود؛ به طوری که تا حد فراوانی روند عملکرد تمام چارچوب‌های ارتباطی را در آینده معین می‌سازد (کاسیو و آلایمول^{۲۹}، ۲۰۱۶). به عبارت، دیگر دلبستگی مدل و الگوهای تفکر عواطف و احساسات و رفتارهای فردی در رابطه نزدیک با مراقب اصلی و نیز دیگر افراد صمیمی است و در روند رشد، افراد سبک دلبستگی خود را که در تعاملات نخستین با پدر و مادرشان شکل گرفته به شریک زندگی خود منتقل می‌کنند (سونگ نام و هوانگ^{۳۰}، ۲۰۲۰). به این ترتیب افراد هماهنگ با نوع سبک دلبستگی خود مقادیری از رابطه عاطفی و صمیمیت را از پدر و مادر خود به آشنایان و دوستان نزدیک و شریک زندگی خود انتقال می‌دهند (سیمپسون و رولز^{۳۱}، ۲۰۱۹). دلبستگی نایمن مستلزم راهبردهای کم‌فعال‌کننده تنظیم هیجان است، مانند به حداقل رساندن اهمیت مشکلی که رفتار دلبستگی را آغاز می‌کند، همراه با اهمیت ارتباطات عاطفی نزدیک (گرینمان^{۳۲} و همکاران، ۲۰۲۴). در این میان پژوهش‌ها نشان دادند افراد با دلبستگی نایمن مشکلات تنظیم هیجان بیشتری دارند (هنشل^{۳۳} و همکاران، ۲۰۲۰).

در انتها با توجه به آنچه گفته شد و به دلیل ارتباط دو به دوی متغیرها، این احتمال وجود دارد که دلبستگی نایمن در رابطه بین ترومای دوران کودکی و سیستم‌های مغزی رفتاری با تنظیم شناختی هیجان در افراد تحت درمان متادون نقش میانجی داشته باشد. اما تاکنون پژوهش منسجمی به بررسی همزمان متغیرها نپرداخته است. لذا پژوهشگر به بررسی نقش واسطه‌ای دلبستگی نایمن در پیش‌بینی تنظیم شناختی هیجان بر اساس ترومای دوران کودکی و سیستم‌های مغزی رفتاری در افراد تحت درمان متادون پرداخته است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع همبستگی از نوع تحلیل مسیر است. جامعه آماری این پژوهش تمامی معتادان تحت درمان با متادون شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود. حجم نمونه بر طبق کرامر ۲۰ تا ۴۰ برابر متغیرها و با توجه به تعداد متغیرها (۴ متغیر) حجم نمونه با در نظر گرفتن احتمال ریزش در نمونه، ۲۰۰ نفر در نظر گرفته شد. شیوه نمونه‌گیری افراد نمونه به صورت هدفمند است. به این صورت که بر اساس هدف پژوهش به مراکز ترک اعتیاد مراجعه و ۲۰۰ نفر از معتادان تحت درمان با متادون به شرکت در پژوهش دعوت شدند. در انتها به دلیل ریزش حجم نمونه به ۱۷۰ نفر رسید. در پژوهش حاضر با روش آماری **KMO** کفایت حجم نمونه مورد بررسی و کفایت حجم نمونه تایید شد.

²⁶ Holmes J, Slade A.

²⁷ Huh, H. J.

²⁸ Granqvist P.

²⁹ Cascio, M. I., & Alaimo, S. M.

³⁰ Sung, Y., Nam, T. H., & Hwang, M. H.

³¹ Simpson, J. A., & Rholes, W. S.

³² Greenman PS

³³ Henschel, S

معیارهای ورود به پژوهش شامل: ۱- تمایل به شرکت در پژوهش، ۲- تحت درمان با متادون و ۳- عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی مزمن و معیارهای خروج از پژوهش شامل: ۱- عدم رضایت برای شرکت در پژوهش، ۲- ابتلا به بیماری‌های جسمی مزمن بود. برای رعایت مسائل اخلاقی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر، اقدامات شامل: ۱- در ابتدای تحقیق، با توضیح صادقانه اهداف پژوهش، رضایت آگاهانه از افراد برای شرکت در پژوهش اخذ گردید، ۲- در اجرای پژوهش، سعی بر آن بود که با برقراری ارتباط مؤثر با آزمودنی‌ها، آنها را از لحاظ مشکلات احتمالی (اضطراب ناشی از پاسخ دادن به آزمون، کاهش حرمت خود یا اعتماد به خود، نگرانی آزمودنی‌ها در رابطه با تأثیر نتایج بر سرنوشت آن‌ها)، مورد حمایت قرار داده شدند، ۳- در پژوهش حاضر هیچ‌گونه نامی از اسامی شرکت‌کننده ذکر نشد و رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات هم از جانب پژوهش‌گر کاملاً حفظ شد و ۴- افراد شرکت‌کننده به خوبی از شرایط و عدم وجود خطرات در پژوهش آگاه شدند، صورت پذیرفت. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش آزمون معادلات ساختاری با رعایت پیش‌فرض‌های آماری با دو نرم افزار **spss** و **amos** انجام شد.

ابزارها

مقیاس تنظیم شناختی هیجان:

این مقیاس توسط گارنوسکی^{۳۴} و همکاران، ۲۰۰۱ تهیه شده و دارای دو نسخه انگلیسی و هلندی است. برخلاف سایر پرسشنامه‌های مقابله‌ای که به صورت آشکار بین افکار فرد و اعمال واقعی وی تمایز قائل نمی‌شوند این پرسشنامه افکار فرد را پس از مواجهه با یک تجربه منفی یا وقایع آسیب‌زا ارزیابی می‌کند اجرای این پرسشنامه خیلی آسان است و برای افراد ۱۲ سال به بالا هم افراد بهنجار و هم جمعیت‌های بالینی قابل استفاده است (گارنوسکی و همکاران، ۲۰۰۶). این پرسشنامه از ۹ خرده مقیاس سرزنش، خود پذیرش، نشخوار ذهنی، توجه مجدد مثبت، توجه مجدد به برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، اتخاذ دیدگاه، فاجعه آمیز پنداری و سرزنش دیگران و ۳۶ ماده تشکیل شده است. هر سؤال از یک (هرگز) تا پنج (همیشه) نمره گذاری می‌شود. نمرات بالا در هر خرده مقیاس بیانگر میزان استفاده بیش تر از راهبرد مذکور در مقابله یا مواجهه با وقایع استرس‌زا و منفی است (گارنوسکی و همکاران، ۲۰۰۶). در پژوهش گارنوسکی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۰ گزارش شده است (گارنوسکی و همکاران، ۲۰۰۶). نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در ایران توسط (حسنی، ۱۳۸۸). اعتباریابی شده است. در مطالعه‌ای (اندامی و گلزاری، ۱۳۹۱) آلفای کرونباخ ۹ زیر مقیاس نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ قرار داشت. در مطالعه حسنی خصوصیات روان سنجی این مقیاس مطالعه و پایایی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۸ تا ۰/۸۲ و روایی آن مطلوب گزارش شد (حسنی، ۱۳۸۸). گارنفسکی و همکاران اعتبار و روایی مطلوبی را برای این مقیاس ذکر کردند. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه به وسیله گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۲) در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. در سال ۱۳۸۲ پایایی پرسشنامه در فرهنگ ایرانی توسط یوسفی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش شده است. فرم فارسی این مقیاس به وسیله ی سامانی و جوکار (۱۳۸۶) مورد اعتباریابی قرار گرفت و روایی و پایایی آن تایید شد. پیوسته گر و حیدری (۱۳۸۸) همسو با یافته‌های فوق ضرایب پایایی بالایی را برای مولفه‌های مقیاس گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

پرسشنامه ترومای دوران کودکی:

این پرسشنامه توسط برنشتاین^{۳۵} و همکاران در سال ۱۹۹۴ طراحی شد و در سال ۱۹۹۵ نسخه دوم ۵۳ گویه‌ای آن ارائه و در نهایت در سال ۱۹۹۸ نسخه نهایی ۳۴ گویه‌ای تنظیم شد. پرسشنامه آزاردیدگی را در پنج خرده مقیاس سوء استفاده جسمی، سوء استفاده هیجانی غفلت جسمی غفلت هیجانی و سوء استفاده جنسی می‌سنجد و در نهایت یک نمره سوء استفاده کلی را به دست

³⁴ Garnefski N.

³⁵ Bernstein D.

می‌دهد. گویه‌ها روی مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از هرگز تا همیشه پاسخ داده می‌شوند نمرات بالا در پرسشنامه نشان دهنده تروما یا آسیب بیشتر و نمرات کمتر نشانه آسیب یا ترومای کمتر در دوران کودکی است. برنشتاین و همکاران روایی همزمان پرسشنامه را با درجه بندی درمانگران از میزان ترومای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش کردند همچنین پایایی این پرسشنامه به دو روش آزمون باز آزمون و آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۹۴ تا ۰/۷۹ به دست آمده است (برنشتاین و همکاران، ۲۰۱۴). در پژوهش ابراهیمی و همکاران نیز روایی سازه‌های آن مورد تایید قرار گرفت و ضرایب پایایی نمره کل آزمون و خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۷ بدست آمد که نشان دهنده پایایی مطلوب پرسشنامه می‌باشد (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

سیستم‌های مغزی / رفتاری:

این مقیاس شامل ۲۴ پرسش خود گزارشی است که توسط کارور و وایت^{۳۶} در سال ۱۹۹۴ تهیه شده است. زیر مقیاس BIS در این پرسشنامه شامل هفت آیتم است که حساسیت سیستم بازداری رفتاری یا پاسخ‌دهی به تهدید و احساس اضطراب هنگام رویایی با نشانه‌های تهدید را اندازه می‌گیرد. مقیاس BAS نیز شامل ۱۳ آیتم بوده و حساسیت سیستم فعال‌ساز رفتار را اندازه می‌گیرد. این زیر مقیاس شامل سه زیر مقیاس دیگر است که عبارتند از: سائق (شامل ۴ آیتم)، پاسخ‌دهی به پاداش (شامل ۵ آیتم) و جست‌جوی شادی و سرگرمی (شامل ۴ آیتم). سائق (۳-۹-۱۲-۲۱)، جستجوی شادی و سرگرمی (۵-۱۰-۱۵-۲۰)، پاسخ به پاداش (۴-۷-۱۴-۱۸-۲۳)، BIS (۲-۸-۱۳-۱۶-۱۹-۲۲-۲۴)، سوالات ۲۲،۲ نمره‌گذاری معکوس دارند. نمره گذاری به صورت کاملاً موافقم: یک، تاحدی مخالفم: سه، تاحدی موافقم: دو، کاملاً مخالفم: چهار است. پاسخ‌دهی به پاداش، درجه‌ای را که پاداش‌ها به هیجان‌های مثبت منجر می‌شوند، اندازه می‌گیرد. در حالی که سائق، تمایل فرد به تعقیب فعالانه اهداف مطلوب را اندازه‌گیری می‌کند و زیر مقیاس جستجوی لذت، تمایل فرد به تعقیب اهداف مطلوب و تمایل فرد به پاداش‌های جدید و روی آوردن به رویدادهای بالقوه پاداش دهنده در تحریک لحظه‌ای را اندازه می‌گیرد. چهار آیتم اضافی به عنوان آیتم‌های پوششی در مقیاس آورده شده‌اند و نقشی در ارزیابی BIS، BAS ندارند (عبداللهی مجاریشن، ۱۳۸۹). به گزارش کارور و وایت (۱۹۹۴)، ثبات درونی زیر مقیاس BIS، ۰/۷۴ است و ثبات درونی سه زیر مقیاس پاسخ‌دهی به پاداش، سائق و جستجوی سرگرمی به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۶ و ۰/۶۶ می‌باشند (عبداللهی مجاریشن، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد.

سبک دلبستگی کولینز و رید (۱۹۹۰):

این مقیاس شامل خودارزیابی از مهارت‌های ایجاد ارتباط و خود توصیفی شیوه شکل‌دهی روابط دلبستگی نسبت به چهره‌های دلبستگی نزدیک است و مشتمل بر ۱۸ داده می‌باشد که از طریق علامت‌گذاری روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از نوع لیکرت که از (به هیچ وجه با خصوصیات من تطابق ندارد= ۱) تا (کاملاً با خصوصیات من تطابق دارد= ۵) تشکیل می‌گردد، سنجیده می‌شود. ضریب پایایی بازآزمایی این آزمون برای هر یک از سه زیر مقیاس به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۱ و ۰/۵۲ گزارش شده است به نقل از نوایی-نژاد و همکاران (۱۳۸۸) در ایران نیز میزان قابلیت اعتماد با استفاده از روش آزمون-آزمون مجدد به صورت همبستگی بین دو اجرا بر روی نمونه‌ای با حجم ۱۰۰ نفر آزمودنی با فاصله زمانی یک ماه از یکدیگر بیانگر آن بود که تفاوت بین دو اجرای مقیاس‌های A و C در RAAS معنادار نبوده است و این آزمون در سطح ۰/۹۵ قابل اعتماد است (کولینز و رید، ۱۹۹۰؛ به نقل از پاکدامن، ۱۳۸۳). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد.

³⁶ Carver, C. S., & White, T. L.

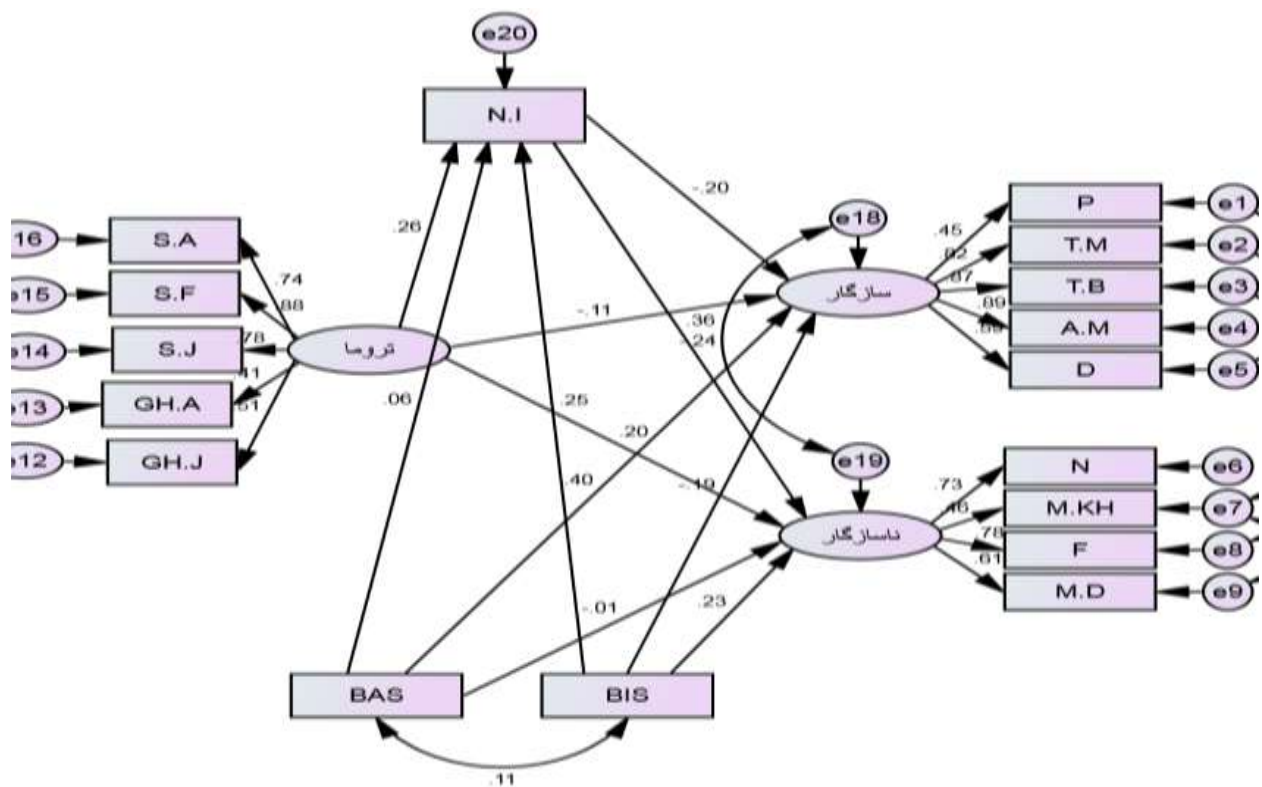
یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن افراد شرکت کننده در پژوهش حاضر، به ترتیب ۴۴/۴۲ و ۹/۱۷۱ است. فراوانی و درصد فراوانی افراد متاهل به ترتیب ۱۲۹ و ۷۵/۹ است. فراوانی و درصد فراوانی افراد مجرد به ترتیب ۴۱ و ۲۴/۱ است. فراوانی و درصد فراوانی شغل آزاد به ترتیب ۱۴۵ و ۸۵/۳ است. فراوانی و درصد فراوانی شغل دولتی به ترتیب ۲۲ و ۱۲/۹ است. در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرها شامل میانگین و انحراف معیار آورده شده است.

جدول (۱) آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	مولفه‌ها	میانگین	انحراف معیار	بیشترین	کمترین	حجم نمونه
تنظیم هیجان	ملامت خود	۱۴/۶۹	۲/۸۶	۲۰	۶	۱۷۰
	پذیرش	۱۳/۱۹	۳/۵۲	۲۰	۴	۱۷۰
	نشخوار فکری	۱۲/۴۵	۳/۱۸	۱۹	۴	۱۷۰
	تمرکز مثبت	۱۵/۴۸	۲/۹۹	۲۰	۷	۱۷۰
	تمرکز مجدد برنامه ریزی	۱۶/۸۰	۲/۷۳	۲۰	۹	۱۷۰
	ارزیابی مجدد مثبت	۱۶/۷۵	۳/۱۱	۲۰	۶	۱۷۰
	دیدگاه گیری	۱۴/۹۶	۳/۰۰	۲۰	۴	۱۷۰
	فاجعه سازی	۱۰/۵۶	۳/۶۹	۲۰	۴	۱۷۰
	ملامت دیگران	۸/۰۶	۳/۵۸	۲۰	۴	۱۷۰
	سازگاران	۷۶/۹۷	۱۰/۸۴	۹۸	۴۶	۱۷۰
دلبستگی ناایمن	ناسازگاران	۴۵/۸۵	۹/۲۶	۷۷	۲۴	۱۷۰
	ناایمن	۲۳/۷۵	۷/۰۶	۴۴	۸	۱۷۰
	بازداری رفتاری	۱۹/۷۶	۳/۰۵	۲۷	۹	۱۷۰
سیستم فعالسازی بازداری رفتاری	فعالسازی رفتاری	۴۱/۱۲	۴/۸۲	۵۲	۲۶	۱۷۰
ترومای کودکی	سواستفاده عاطفی	۸/۰۴	۳/۴۱	۲۲	۵	۱۷۰
	سواستفاده فیزیکی	۷/۵۸	۳/۶۳	۲۱	۵	۱۷۰
	سواستفاده جنسی	۷/۵۶	۳/۶۲	۲۰	۵	۱۷۰
	غفلت عاطفی	۱۱/۹۹	۴/۸۷	۲۳	۵	۱۷۰
	غفلت جسمی	۹/۲۷	۳/۸۰	۲۰	۵	۱۷۰

در جدول ۱ همانطور که ملاحظه می‌شود میانگین و انحراف معیار متغیرهای ترومای دوران کودکی، سیستم مغزی رفتاری، تنظیم شناختی هیجان و سبک دلبستگی آورده شده است. میانگین و انحراف معیار ملامت خود به ترتیب ۱۴/۶۹ و ۲/۸۶ به دست آمد. میانگین و انحراف معیار پذیرش به ترتیب ۱۳/۱۹ و ۳/۵۲ به دست آمد. میانگین و انحراف معیار نشخوار فکری به ترتیب ۱۲/۴۵ و ۳/۱۸ به دست آمد. میانگین و انحراف معیار تمرکز مثبت به ترتیب ۱۵/۴۸ و ۲/۹۹ به دست آمد. میانگین و انحراف معیار تمرکز مجدد برنامه ریزی به ترتیب ۱۶/۸۰ و ۲/۷۳ به دست آمد. میانگین و انحراف معیار ارزیابی مجدد مثبت به ترتیب ۱۶/۷۵ و ۳/۱۱ به دست آمد. میانگین و انحراف معیار دیدگاه گیری به ترتیب ۱۴/۹۶ و ۳/۰۰ به دست آمد. میانگین و انحراف معیار فاجعه سازی به ترتیب ۱۰/۵۶ و ۳/۶۹ به دست آمد. میانگین و انحراف معیار ملامت دیگران به ترتیب ۸/۰۶ و ۳/۵۸ به دست آمد. میانگین و انحراف معیار سازگاران به ترتیب ۷۶/۹۷ و ۱۰/۸۴ به دست آمد. میانگین و انحراف معیار ناسازگاران به ترتیب ۴۵/۸۵ و ۹/۲۶ به دست آمد. میانگین و انحراف معیار نایمن به ترتیب ۲۳/۷۵ و ۷/۰۶ به دست آمد. میانگین و انحراف معیار بازداری رفتاری به ترتیب ۱۹/۷۶ و ۳/۰۵ به دست آمد. میانگین و انحراف معیار فعالسازی رفتاری به ترتیب ۴۱/۱۲ و ۴/۸۲ به دست آمد. میانگین و انحراف معیار سواستفاده عاطفی به ترتیب ۸/۰۴ و ۳/۴۱ به دست آمد. میانگین و انحراف معیار سواستفاده فیزیکی به ترتیب ۷/۵۸ و ۳/۶۳ به دست آمد. میانگین و انحراف معیار سواستفاده جنسی به ترتیب ۷/۵۶ و ۳/۶۲ به دست آمد. میانگین و انحراف معیار غفلت عاطفی به ترتیب ۱۱/۹۹ و ۴/۸۷ به دست آمد. میانگین و انحراف معیار غفلت جسمی به ترتیب ۹/۲۷ و ۳/۸۰ به دست آمد.



شکل (۱) مدل نهایی نقش میانجی دلبستگی نایمن در رابطه بین ترومای دوران کودکی و سیستم های مغزی رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان با ضرایب استاندارد شده

جدول (۲) شاخص های برازندگی مدل پیشنهادی

نام شاخص برازش	مقدار به دست آمده	مقدار مجاز
نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی (CMIN/DF)	۱/۷۵۳	کمتر از ۳
ریشه میانگین مربع تقریبی خطا (RMSEA)	۰/۰۶۷	کمتر از ۰/۰۸
شاخص برازش تطبیقی (CFI)	۰/۹۳۶	بالاتر از ۰/۹
شاخص برازش توکر-لوییس (TLI)	۰/۹۱۲	بالاتر از ۰/۹
شاخص برازش افزایشی (IFI)	۰/۹۳۸	بالاتر از ۰/۹
مقادیر شاخص برازش هنجار شده (NFI)،	۰/۸۶۶	بالاتر از ۰/۹
شاخص نیکویی برازش (GFI)،	۰/۸۹۷	بالاتر از ۰/۹

نتایج آماره نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی نشان داد که مقدار این آماره برابر با ۱/۷۵۳ است که بیانگر برازش مدل با داده‌ها است. مقادیر شاخص برازش هنجار شده^{۳۷} (NFI) و شاخص برازش تطبیقی^{۳۸} (CFI)، در پژوهش حاضر به ترتیب برابر با ۰/۸۶۶ و ۰/۹۳۶ است. براساس ملاک ۰/۹ و بالاتر، این مقادیر مدل را تعیین می‌کنند و مقدار ریشه میانگین مربعات خطای برآورد^{۳۹} (RMSEA)، برای پژوهش حاضر ۰/۰۶۷ به دست آمد که بیانگر برازش خوب مدل با داده‌ها می‌باشد. بررسی شاخص‌های برازش مدل حاکی از آن است که مدل مورد نظر برازش مطلوبی با داده‌ها دارد. اگر مجذور خی از لحاظ آماری معنادار نباشد، دال بر برازش بسیار مناسب است. اگر شاخص‌های (CFI)، شاخص نیکویی برازش^{۴۰} (GFI)، بزرگ‌تر از ۰/۹ و شاخص (RMSEA) کوچک‌تر از ۰/۰۸ باشد، بر برازش بسیار مطلوب و بسیار خوب دلالت دارد و اگر شاخص‌های CFI، NFI، GFI بزرگ‌تر از ۰/۹ و شاخص‌های RMSEA کوچک‌تر از ۰/۰۸ باشد بر برازش مطلوب و خوب دلالت دارد (بنتلر^{۴۱}، ۱۹۹۰؛ فیدل و تاباچنیک^{۴۲}، ۲۰۰۶)، در نتیجه شاخص‌های TLI، GFI، RMSEA و NFI بر برازش مطلوب و مناسب دلالت دارد.

جدول (۳) ضرایب مسیرهای غیر مستقیم مدل دل‌بستگی ناایمن در رابطه بین ترومای کودکی و سیستم مغزی

رفتاری با تنظیم هیجان

مسیر غیر مستقیم	ضریب	ضریب	خطای	حد پایین فاصله	حد بالای فاصله	سطح
مسیر	مسیر	معیار	اطمینان	اطمینان	معنی دار	
غیر مستقیم	غیر مستقیم					
یم	تقیم					
استاندارد	غیر					
	استاندارد					
	رد					

³⁷. Normed Fit Index (NFI)³⁸. Comparative Fit Index (CFI)³⁹. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)⁴⁰. Goodness of Fit Index (GFI)⁴¹. Bentler, P.M.⁴². Fidell, L.S. & Tabachnick, B.G.

۰/۰۰۶	-۰/۰۱۸	-۰/۱۲۰	۰/۰۲۴	-۰/۰۴۳	-۰/۰۵۳	ترومای کودکی < نایمن < سازگار
۰/۰۰۱	۰/۱۸۷	۰/۰۴۰	۰/۰۳۵	۰/۱۱۳	۰/۰۹۴	ترومای کودکی < نایمن < ناسازگار
۰/۰۰۱	۰/۱۷۳	۰/۰۲۹	۰/۰۳۶	۰/۰۶۹	۰/۰۹۰	بازداری رفتاری < نایمن < ناسازگار
۰/۰۰۹	-۰/۰۱۰	-۰/۱۱۹	۰/۰۲۷	-۰/۰۲۶	-۰/۰۵۱	بازداری رفتاری < نایمن < سازگار
۰/۴۱۷	۰/۰۲۱	-۰/۰۵۸	۰/۰۱۹	-۰/۰۰۴	-۰/۰۱۱	فعالسازی رفتاری < نایمن < سازگار
۰/۵۰۱	۰/۰۸۹	-۰/۰۳۸	۰/۰۳۲	۰/۰۱۰	۰/۰۲۰	فعالسازی رفتاری < نایمن < ناسازگار

مطابق نتایج جدول ۳، سطح معناداری برای مسیر غیر مستقیم ترومای دوران کودکی به سازگار از طریق نایمن معنادار شده است ($P < ۰/۰۵$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که سبک دلبستگی نایمن در رابطه بین ترومای دوران کودکی با سازگار نقش میانجی دارد. سطح معناداری برای مسیر غیر مستقیم ترومای دوران کودکی به ناسازگار از طریق نایمن معنادار شده است ($P < ۰/۰۵$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که سبک دلبستگی نایمن در رابطه بین ترومای دوران کودکی با ناسازگار نقش میانجی دارد. سطح معناداری برای مسیر غیر مستقیم بازداری رفتاری به ناسازگار از طریق سبک دلبستگی نایمن معنادار شده است ($P < ۰/۰۵$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که سبک دلبستگی نایمن در رابطه بین بازداری رفتاری با سازگار نقش میانجی دارد. سطح معناداری برای مسیر غیر مستقیم فعالسازی رفتاری به سازگار از طریق سبک دلبستگی نایمن معنادار نشده است ($P > ۰/۰۵$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که سبک دلبستگی نایمن در رابطه بین فعالسازی رفتاری با سازگار نقش میانجی ندارد. سطح معناداری برای مسیر غیر مستقیم فعالسازی رفتاری به ناسازگار از طریق سبک دلبستگی نایمن معنادار نشده است ($P > ۰/۰۵$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که نایمن در رابطه بین فعالسازی رفتاری با ناسازگار نقش میانجی ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

همانطور که بیان شد هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی دلبستگی نایمن در رابطه بین ترومای دوران کودکی و سیستم‌های مغزی رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان در افراد تحت درمان متادون بود. نتایج نشان داد که سبک دلبستگی نایمن در رابطه بین ترومای دوران کودکی با تنظیم هیجان سازگار و ناسازگار نقش میانجی دارد. تاکنون پژوهشی نقش میانجی سبک دلبستگی نایمن در رابطه بین ترومای دوران کودکی با تنظیم هیجان مورد بررسی قرار نداده است و امکان مقایسه بین پژوهش‌ها وجود ندارد. ولی مشابه نتایج حاضر، پژوهش‌های نوروزی و نجفی در سال (۱۴۰۲)، متحدین و همکاران (۱۴۰۱)، سهرابی‌ان و همکاران (۱۳۹۹)، عبیری و همکاران (۱۳۹۷)، خداپناه و همکاران (۱۳۹۶)، هانگ و همکاران (۲۰۲۰)، لو و همکاران (۲۰۲۰)، کسکین و یگیتوگلو (۲۰۱۹)، هنشل و همکاران (۲۰۲۰)، التان-آتالای (۲۰۱۹) به ارتباط دو به دوی متغیرها اشاره کردند.

در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود از دیدگاه رشد مبتنی بر ذهنیت، ناملایمات و تروماهای دوران کودکی می‌تواند بر دلبستگی در کودکان تأثیر بگذارد و ممکن است منجر به دلبستگی نایمن و اختلال در توانایی‌های ذهنی شود که خطر آسیب‌شناسی روانی را در طول زندگی افزایش می‌دهد. با توجه به اینکه سبک دلبستگی به عنوان یک عامل ناشی از پویایی‌های و تجربیات اولیه زندگی است، از طرفی دلبستگی در سال‌های اولیه از روابط با دیگران شکل می‌گیرد، این آسیب‌ها می‌تواند دلبستگی نایمن ایجاد کنند. افرادی که در دوران کودکی به طور مکرر مورد آزار جنسی قرار می‌گیرند، به شدت مورد انتقاد قرار می‌گیرند یا توسط افرادی که به آنها وابسته‌اند، نادیده گرفته می‌شوند، آسیب‌هایی را تجربه می‌کنند که نقش عمده‌ای در شکل‌گیری دلبستگی نایمن

دارد. این افراد معمولاً گرایش به تجربه عواطف منفی دارند و در مواجهه با تروما و افکار آسیب‌زا، مقابله ضعیفی از خود نشان می‌دهند. نگرانی‌های مربوط به دلبستگی باعث می‌شود که این افراد نتوانند به‌طور مؤثر با رویدادهای استرس‌زا مرتبط با تروما کنار بیایند؛ زیرا تمایل دارند این وقایع را تشدید کرده و آنها را به‌صورت فاجعه‌آمیز در نظر بگیرند (شارما^{۴۳}، ۲۰۲۱). ویدوم^{۴۴} و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که افرادی که سابقه غفلت کودکی و آزار جسمی دارند، در بزرگسالی سطوح بالاتری از سبک دلبستگی ناایمن را تجربه می‌کنند. کودکانی که تحت آزار عاطفی قرار گرفته‌اند، معمولاً مشکلاتی درونی و بیرونی دارند و همچنین سوگیری‌های ادراکی و کمبودهایی را در روابط اجتماعی با همسالان خود نشان می‌دهند. این مسائل می‌توانند به اختلال در رشد انطباقی شایستگی‌های بین‌فردی منجر شوند (دمین^{۴۵}، ۲۰۲۲). در بزرگسالی، مدل‌های درونی ناایمن دلبستگی به مجموعه‌ای پیچیده از طرحواره‌های بین‌فردی ناسازگار تبدیل می‌شوند. این طرحواره‌ها نه تنها بر نحوه تعامل افراد با یکدیگر تأثیر می‌گذارند، بلکه در الگوهای مقابله‌ای نیز بروز می‌کنند که می‌توانند زمینه‌ساز آسیب‌پذیری در برابر اختلالات عاطفی و روانی شوند. به‌عنوان مثال، رویکرد اجتنابی که برخی نوزادان در مواجهه با استرس و ناامنی تجربه می‌کنند، ممکن است در روابط دلبستگی بزرگسالان تکرار شود. این رویکرد می‌تواند به شکل خودداری از نزدیکی عاطفی و ایجاد فاصله در روابط نمایان گردد. به همین ترتیب، افرادی که از این نوع دلبستگی رنج می‌برند، ممکن است در ایجاد ارتباطات عمیق و معنادار با دیگران دچار مشکل شوند و در نتیجه، احساس تنهایی و انزوا را تجربه کنند. این چرخه می‌تواند منجر به بروز اختلالات عاطفی مانند اضطراب و افسردگی شود، زیرا افراد در تلاش برای مدیریت احساسات خود، ممکن است به الگوهای ناسازگار متوسل شوند. بنابراین، شناخت و درک این مدل‌های دلبستگی در بزرگسالی می‌تواند به بهبود روابط بین‌فردی و کاهش آسیب‌پذیری در برابر اختلالات روانی کمک کند (میکولینسر و شاور^{۴۶}، ۲۰۰۵). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که کودکانی که تحت بدرفتاری قرار می‌گیرند، در تنظیم شناختی هیجانی با اختلال یا تأخیر روبرو هستند. به عنوان مثال، این کودکان نسبت به چهره‌های هیجانی حساس‌تر عمل می‌کنند و چهره‌های مبهم را غالباً به عنوان چهره‌های پرخاشگر و عصبانی تفسیر می‌کنند. این وضعیت می‌تواند منجر به بروز حالات هیجانی شدیدتر در آنها شود (وست بروک و برنام^{۴۷}، ۲۰۱۷). در بیانی، کودکان که با ترومای شدید مواجه می‌شوند، ممکن است نتوانند به طور مؤثری به والدین یا مراقبان خود اعتماد کنند. این عدم اعتماد می‌تواند منجر به ایجاد الگوهای دلبستگی ناایمن شود. از طرفی، سبک‌های دلبستگی متفاوت افراد، کنشی از تفاوت‌های آنها در مدل‌های کارکرد درونی است که منظور از آن شیوه برخورد و ارتباط و کنار آمدن آنها با مسائل مختلف است (هو و همکاران، ۲۰۲۰). افراد با سبک دلبستگی ناایمن دوسوگرا معمولاً در روابط نزدیک خود نامطمئن و حسود هستند. افراد با چنین سبک دلبستگی در روابط نزدیک خود، برای نزدیک شدن با مردم تماس برقرار می‌کنند اما دائماً دل مشغولی ترس از طردشدن دارند (گرانکوویست و همکاران، ۲۰۲۰). در بیانی، دلبستگی ناایمن مستلزم راهبردهای کم‌فعال‌کننده تنظیم هیجان مانند به حداقل رساندن اهمیت مشکلی که رفتار دلبستگی را آغاز می‌کند، همراه با اهمیت ارتباطات عاطفی نزدیک است (گرینمان و همکاران، ۲۰۲۴). هنگامی که عنصر خاصی در محیط، سیستم ارزیابی هیجانات فردی را فعال می‌کند، فرد باید هیجان را (منفی یا مثبت) ارزیابی کند و تصمیم بگیرد که آیا نیاز به تنظیم دارد و در چه جهتی (به سمت بالا یا پایین) تنظیم شود و در نتیجه اهداف در جهت اقدام خاص را تعیین کند (هوانگ و همکاران، ۲۰۲۲). به طور کلی، ترومای دوران کودکی می‌تواند تأثیرات عمیقی بر فرآیندهای روانی و هیجانی فرد داشته باشد. این تجارب منفی ممکن است از طریق ایجاد دلبستگی ناایمن در فرد، منجر به اختلال در تنظیم شناختی هیجان شوند. دلبستگی ناایمن به نوعی از روابط عاطفی اشاره دارد که در آن فرد احساس عدم امنیت و ناپایداری در ارتباطات خود دارد. این نوع دلبستگی می‌تواند واکنش‌های هیجانی و شناختی فرد را تحت تأثیر قرار

⁴³ Sharma, S. K.

⁴⁴ Widom CS.

⁴⁵ Demian C.

⁴⁶ Mikulincer M, Shaver PR.

⁴⁷ Westbrook J, Berenbaum H.

دهد. همچنین، تنظیم شناختی هیجان به توانایی فرد در مدیریت و کنترل احساسات و واکنش‌های هیجانی اشاره دارد. افرادی که دلبستگی ناایمن دارند، ممکن است در این زمینه دچار مشکل شوند. دلبستگی ناایمن می‌تواند به عنوان یک میانجی در رابطه بین ترومای دوران کودکی و تنظیم شناختی هیجان عمل کند. به عبارتی، افرادی که ترومای بیشتری را تجربه کرده‌اند، ممکن است دلبستگی ناایمن‌تری توسعه دهند که این خود می‌تواند منجر به اختلال در تنظیم هیجان‌هایشان شود. بنابراین، در افراد تحت درمان متادون که سابقه ترومای دوران کودکی دارند، دلبستگی ناایمن ممکن است عاملی کلیدی در مشکلات تنظیم شناختی هیجان باشد.

نتایج همچنین نشان داد که سبک دلبستگی ناایمن در رابطه بین بازداری رفتاری با سازگار نقش میانجی دارد. سبک دلبستگی ناایمن در رابطه بین بازداری رفتاری با سازگار نقش میانجی دارد. تاکنون پژوهشی نقش میانجی سبک دلبستگی ناایمن در رابطه بین ترومای دوران کودکی با تنظیم هیجان مورد بررسی قرار نداده است و امکان مقایسه بین پژوهش‌ها وجود ندارد. ولی مشابه نتایج حاضر، پژوهش‌های متحدین و همکاران (۱۴۰۱)، سهرابی و همکاران (۱۳۹۹)، عبیری و همکاران (۱۳۹۷)، خداپناه و همکاران (۱۳۹۶)، هنشل و همکاران (۲۰۲۰)، التان-آتالای (۲۰۱۹)، هانگ و همکاران در سال (۲۰۲۰)، به ارتباط دو به دوی متغیرها اشاره کردند.

در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که براساس نظریه گری، سه سیستم بازداری رفتاری، سیستم فعالسازی رفتاری و سیستم جنگ-گریز-انجماد مبنای تفاوت‌های فردی است و فعالیت هر یک از سیستم‌های مغزی رفتاری، واکنش‌های متفاوتی در افراد بر می‌انگیزد (دپاسکالیس و همکاران، ۲۰۱۰). سیستم بازداری رفتاری به وسیله محرک‌های شرطی که با تنبیه یا حذف پاداش ارتباط دارند و محرک‌های جدید یا محرک‌هایی که به طور ذاتی در برگیرنده ترس هستند، فعال می‌شود. مهم‌ترین برون‌دادهای این سیستم در پاسخ به محرک‌های مذکور، افزایش سطح برانگیختگی، بازداری رفتاری و افزایش توجه نسبت به محیط، به ویژه عناصر جدید آن است (بیات و بیات، ۱۳۹۵). بازداری از رفتار اکتشافی مبتنی بر روی آورد است که ارگانیسم را به تقویت کننده‌ها نزدیک‌تر می‌کند. با این توصیفات می‌توان رفتارهای نشأت گرفته از نیاز نوزاد به دلبستگی را نیز در رده رفتارهای ضروری برای بقا در نظر گرفت که فرد بازداری نمی‌کند و به صورت نظری پذیرفت که در راه اندازی نیاز نوزاد به دلبستگی و حمایت نسبت به مراقبش سیستم رفتاری نقش مهمی دارد (بیات و بیات، ۱۳۹۵). به عبارتی، در شکل‌گیری دلبستگی در فرد، روابط اولیه و این پاداش و تنبیه‌هایی که دریافت می‌کند می‌تواند بر سبک دلبستگی فرد را تحت تاثیر قرار دهد. از طرفی، تحقیقات رفتاری و علوم اعصاب ثابت کرده است که افراد با انواع دلبستگی در ترجیحات استراتژی تنظیم هیجان و اثرات تنظیمی تفاوت‌هایی دارند و تفاوت‌های فردی مربوط به دلبستگی در یک سری از احساسات مربوط به آگاهی هیجانی، شناخت هیجان، توجه عاطفی و حافظه عاطفی است. فرآیندهای پردازش شناختی مرتبط نیز منعکس شده است (میکالینسر و شاور، ۲۰۱۹). ویژگی اصلی افراد با دلبستگی ناایمن اجتنابی بالا در مرحله شناخت، آگاهی هیجانی ضعیف است و آنها اغلب در تشخیص تغییرات هیجانی در خود یا دیگران مشکل دارند (استیونز، ۲۰۱۴؛ مونت و رودولف، ۲۰۱۴). افراد دارای دلبستگی ناایمن اضطرابی بالا نیز خودکارآمدی تنظیم هیجانی پایینی از خود نشان خواهند داد (التان-آتالای و هسوهتوریک لکمن، ۲۰۲۰). آنها باورهای مشکوک و منفی در مورد توانایی خود در تنظیم موفقیت آمیز احساسات را در خود پرورش می‌دهند. علاوه بر این، در مقایسه با افراد دلبسته ایمن، افراد دلبسته ناایمن نیز کمبودهای آشکاری در توانایی خود در تشخیص هیجانات دارند، حتی اگر بتوانند تغییرات در هیجانات را تشخیص دهند، در شناسایی و توصیف هیجانات خود یا دیگران مشکل دارند و احساسات منفی دارند. ارزیابی نادرست از ظرفیت و شدت هیجانات دیگران (اسپوزیتو^{۴۸} و همکاران، ۲۰۱۴؛ اوورال^{۴۹} و همکاران، ۲۰۱۵؛ استیونز، ۲۰۱۴) و دقت کمتر در تشخیص

⁴⁸ Esposito, A⁴⁹ Overall, N. C

برخی از هیجانات بیان شده توسط چهره ها و صداها دارند (هوانگ و همکاران، ۲۰۱۹؛ ایراک^{۵۰} و همکاران، ۲۰۲۰) که این می تواند موجب گردد فرد در مواجهه با موقعیت ها به جای استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان سازگار مثل ارزیابی مجدد و تمرکز مثبت، از شیوه های تنظیم هیجان ناسازگار مثل سرکوب و نشخوار فکری استفاده می کنند. به طور کلی، دلبستگی ناایمن می تواند منجر به اختلال در پردازش هیجان ها و واکنش های مغزی مرتبط با آن شود. این افراد ممکن است در مواجهه با استرس و هیجانات منفی، توانایی کمتری در مدیریت احساسات خود داشته باشند. دلبستگی ناایمن می تواند به تغییر در فعالیت سیستم های مغزی منجر شود که این تغییرات در نهایت بر تنظیم شناختی هیجان تأثیر می گذارد. به عنوان مثال افراد با دلبستگی ناایمن ممکن است به طور مکرر احساس اضطراب کنند که می تواند بر تنظیم هیجان هایشان تأثیر بگذارد. این افراد ممکن است از کمبود انگیزه و احساس رضایت رنج ببرند که به نوبه خود بر توانایی آنها در تنظیم هیجان ها تأثیر می گذارد. در نتیجه، دلبستگی ناایمن به عنوان یک عامل میانجی می تواند بر رابطه بین سیستم های مغزی رفتاری و تنظیم شناختی هیجان در افراد تحت درمان متادون تأثیر بگذارد. در بیانی می توان گفت، سیستم مغزی رفتاری که مسئول پردازش اطلاعات مربوط به تهدیدات، سیگنال های اجتماعی و هیجانات است، با پاداش و تنبیه و نیازهای اولیه که یکی از آنها که روابط اولیه و دلبستگی است را می تواند تحت تأثیر قرار دهد. از طرفی، افراد با دلبستگی ناایمن ممکن است فعالیت های مغزی متفاوتی در پاسخ به موقعیت های هیجانی داشته باشند و در پردازش هیجان های منفی نسبت به دیگران کمتر موفق باشند و در نتیجه هیجانات خود را به خوبی و روش سازگار تنظیم نکنند. از محدودیت های این پژوهش اجرای پژوهش در بین افراد تحت درمان متادون بود که تعمیم نتایج به افراد با در شهرها و فرهنگ های دیگر را با محدودیت مواجه ساخته است. استفاده از ابزار خودسنجی یکی دیگر از محدودیت های مطالعه حاضر بود. انجام پژوهش حاضر بر روی افراد تحت درمان متادون کافی نبوده و نمی توان نتایج این تحقیق را به افراد دیگر تعمیم داد. از این رو، لازم است که تحقیقی با این عنوان در جوامع آماری دیگری، جمعیت های بهنجار و بالینی در سنین مختلف و در مقاطع زمانی مختلف انجام گردد. همچنین، پیشنهاد بر این است که از مصاحبه در کنار پرسشنامه به منظور سنجش و اندازه گیری متغیر دلبستگی ناایمن، ترومای دوران کودکی، سیستم های مغزی رفتاری و تنظیم شناختی هیجان استفاده گردد. علاوه بر این، با توجه به اینکه متغیرهای ترومای دوران کودکی، سیستم مغزی رفتاری و سبک دلبستگی از عوامل مرتبط با تنظیم شناختی هیجان در افراد معتاد بودند. پیشنهاد می گردد برنامه های آموزشی و مداخله ای مناسب با این متغیرها طراحی و اجرا گردد.

منابع

۱. گلستانه، سیداحسان، تاجری، بیوک، برجعلی، محمود، صبحی قراملکی، ناصر و صرامی فروشانی، غلامرضا. تعیین ولع مصرف مواد مخدر براساس رفتار تنظیم هیجان، سرمایه روان شناختی و سبک های حل مسئله در مردان معتاد ۲۰ تا ۴۵ سال. مطالعات ناتوانی، ۱۴۰۰، ۱۱(۱) (پیاپی ۱۹).
۲. محمدزاده علی، رضائی اکبر، امینی محمدحسن. پیش بینی تاب آوری بر اساس ترومای کودکی، آشفتگی روانشناختی و دشواری تنظیم هیجان در افراد با مصرف مواد. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی. ۱۴۰۲؛ ۱۷ (۶۹): ۶۷-۸۶.
۳. ابراهیم نژاد، مریم. اثربخشی آموزش مادر نوجوان مبنی بر سبک دلبستگی ایمن برای کاهش افسردگی دختران نوجوان دبیرستان شهر تهران در سال ۸۹-۹۰. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. دانشگاه علامه طباطبائی.

4. Le, T. A., Le, M. Q. T., Dang, A. D., Dang, A. K., Nguyen, C. T., Pham, H. Q., Vu, G. T., Hoang, C. L., Tran, T. T., & Vuong, Q.-H. *Multi-level predictors of psychological*

⁵⁰ Irak, M

- problems among methadone maintenance treatment patients in difference types of settings in Vietnam. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2019, 14(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13011-019-0223-4>
5. Organization, W. H. (2020). *Global health estimates 2016: Disease burden by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2016, 2018*. Geneva. Recuperado de: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html.
 6. Clarke, P. B., Lewis, T. F., Myers, J. E., Henson, R. A., & Hill, B. Wellness, emotion regulation, and relapse during substance use disorder treatment. *Journal of Counseling & Development*. 2020, 98(1), 17-28.
 7. McRae K, Gross JJ. Emotion regulation. *Emotion*. 2020 Feb ;20(1):1-9. doi: 10.1037/emo0000703. PMID: 31961170.
 8. Aldao, A., Gee, D. G., De Los Reyes, A., & Seager, I. Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology: Current and future directions. *Development and psychopathology*. 2016, 28(4pt1), 927-946.
 9. Ramadas, L., Doba, K., Mesquita, A. R., Wawrziczny, E., & Nandrino, J. L. Role of emotion regulation and mentalizing in rejection sensitivity: The specific relationship to potentially psychologically traumatic event. *Personality and Individual Differences*, 2024, 218, 112461.
 10. Garland, E. L. Mindful positive emotion regulation as a treatment for addiction: from hedonic pleasure to self-transcendent meaning. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 2021, 39, 168-177.
 11. Garnefski, N., Koopman, H., Kraaij, V. & Cate, R. T. Brief report: cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *Journal of Adolescence*, 2009, 32(2), 449-454.
 12. Hood, M. M. Wilson, R., Gorenz, A., Jedel, S., Raeisi, S., Hobfoll, S., & Keshavarzian, A. Sleep quality in ulcerative colitis: associations with inflammation, psychological distress, and quality of life. *International journal of behavioral medicine*. 2018, 25(5), 517-525. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12529-018-9745-9>
 13. Richardson, T., Egglshaw, A. & Sood, M. Does Childhood Trauma Predict Impulsive Spending in Later Life? An Analysis of the Mediating Roles of Impulsivity and Emotion Regulation. *Journ Child Adol Trauma* (2024). <https://doi.org/10.1007/s40653-023-00600-7>
 14. 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; 211: 173291. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2021.173291>
 15. Tasoren, A. B. Childhood maltreatment and emotional distress: The role of beliefs about emotion and psychological inflexibility. *Curr Psychol*. 2022. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02594-7>
 16. Ertek İE, İlhan MN, Dikmen AU, Gözükar M. Prevalence and association of childhood traumas, dissociative experiences and post traumatic stress disorder. *GMJ*. 2022; 33: 134-139. <https://medicaljournal.gazi.edu.tr/index.php/GMJ/article/view/3070> <https://doi.org/10.12996/gmj.2022.32>

17. Beutel, M. E., Tibubos, A. N., Klein, E. M., Schmutzer, G., Reiner, I., Kocalevent, R. D., & Brähler, E. *Childhood adversities and distress-The role of resilience in a representative sample*. PloS one, 2017, 12(3), 79-90. [Doi:10.1371/journal.pone.0173826]
18. Toof, J., Wong, J., & Devlin, J. M. Childhood Trauma and Attachment. *The Family Journal*. 2020, 28(2), 194-198. <https://doi.org/10.1177/1066480720902106>
19. Erozkan, A. The Link between Types of Attachment and Childhood Trauma. *Universal journal of educational research*, 2016, 4(5), 1071-1079.
20. Huang, Y. L., Fonagy, P., Feigenbaum, J., Montague, P. R., Nolte, T., & London Personality and Mood Disorder Research Consortium. Multidirectional pathways between attachment, mentalizing, and posttraumatic stress symptomatology in the context of childhood trauma. *Psychopathology*. 2020, 53(1), 48-58.
21. McCann, C. (). *The Relationship between BIS/BAS and Marijuana Use Moderated by Substance Use Expectancies* (Doctoral dissertation, The University of Texas at San Antonio). 2021.
22. Bacon, A, Corr, P, & Satchell, L. P. A reinforcement sensitivity theory explanation of antisocial behaviour. *Personality and Individual Differences*, 2018. 123, 87-93. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.11.008>
23. Zaidi, Z. F. Gender differences in human brain: a review. *The open anatomy journal*, 2010, 2(1). <https://doi.org/10.2174/1877609401002010037>.
24. Gray, J.A. *The Neuropsychology of Anxiety an Enquiry into the Functions of the Septo Hippocampal System*: London: Oxford University, *Psychology series*. 2021.
25. Johnson SM, Valrie EW. Attachment processes in couple and family therapy. Translated by: Bahrami F. Tehran: *Jeihoon press*; 2013. 50-89.
26. Greenman PS, Renzi A, Monaco S, Luciani F, Di Trani M. How Does Trauma Make You Sick? The Role of Attachment in Explaining Somatic Symptoms of Survivors of Childhood Trauma. *Healthcare*. 2024; 12(2):203. <https://doi.org/10.3390/healthcare12020203>
27. Holmes J, Slade A. *Attachment in therapeutic practice*. Sage; 2017 Nov 13.
28. Huh, H. J., Kim, K. H., Lee, H. K., & Chae, J. H. Attachment Style, Complicated Grief and Post- Traumatic Growth in Traumatic Loss: The Role of Intrusive and Deliberate Rumination. *Psychiatry Investigation*. 2020; 17(7), 636. DOI: 10.30773/pi.2019.0291.
29. Granqvist P, Mikulincer M, Shaver PR. An attachment theory perspective on religion and spirituality. In the Science of Religion, Spirituality, and Existentialism(pp. 175-186). *Academic Press*. 2020. DOI:10.1016/B978-0-12-817204-9.00014-7.
30. Cascio, M. I., & Alaimo, S. M. The relationship between attachment styles, emotional dysregulation, & metacognitive functions in patients with personality disorders. *Journal of Psychology & Psychotherapy*, 2016, 6(3), 1-7. <http://dx.doi.org/10.4172/2161-0487.1000265>
31. Sung, Y., Nam, T. H., & Hwang, M. H. Attachment style, stressful events, and Internet gaming addiction in Korean university students. *Personality and Individual Differences*. 2020, 154, 109724. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109724>
32. Simpson, J, A., & Rholes, W, S. Adult attachment orientations and well-being during the transition to parenthood. *Current Opinion in Psychology*. 2019. 25(1), 47–52. <https://doi.org/10.1016%2Fj.copsyc.2018.02.019>

33. Henschel, S., Nandrino, J. L., & Doba, K. Emotion regulation and empathic abilities in young adults: The role of attachment styles. *Personality and Individual Differences*, 2020, 156, 109763.
34. Garnefski, N. Kraaij, V., & Spinhoven, P. Negative life events, cognitive emotion regulation, and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 2002, 30(8), 131-1327.
35. Carver, C. S., & White, T. L. Behavioral inhibition, behavioral activation and affective responses to impending reward and punishment: The BIS/BAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2018. Vol. 67, P. 319-333.
36. Hong, S., Rhee, T. G., & Piescher, K. N. (2018). Longitudinal association of child maltreatment and cognitive functioning: Implications for child development. *Child abuse & neglect*, 84, 64-73.
37. Altan-Atalay, A. Interpersonal emotion regulation: Associations with attachment and reinforcement sensitivity. *Personality and Individual Differences*, 2019, 139, 290-294.
38. Sharma, S. K. Early Maladaptive Schema, Attachment Style and Défense Mechanism in Patient of Obsessive-Compulsive Disorder With and Without Childhood Sexual Abuse (Doctoral dissertation, *Central Institute of Psychiatry (India)*). 2021.
39. Widom CS, Czaja SJ, Kozakowski SS, Chauhan P. Does adult attachment style mediate the relationship between childhood maltreatment and mental and physical health outcomes? *Child Abuse Negl.* 2018;76: 533-545.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.05.002>
40. Demian C. ATTACHMENT STYLES & SUSCEPTIBILITY TO ADDICTIONS AND OTHER MENTAL HEALTH PROBLEMS. *J Sch Univ Med.* 2022;09(04).
<https://doi.org/10.51546/JSUM>
41. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment theory and emotions in close relationships: Exploring the attachment-related dynamics of emotional reactions to relational events. *Pers Relatsh.* 2005;12(2): 149-168. <https://doi.org/10.1111/j.1350-4126.2005.00108.x>
42. Westbrook J, Berenbaum H. Emotional awareness moderates the relationship between childhood abuse and borderline personality disorder symptom factors. *Journal of Clinical Psychology.* 2017; 73(7):910-21.
43. Altan-Atalay, A., & Sohtorik İlkmén, Y. Attachment and psychological distress: The mediator role of negative mood regulation expectancies. *Journal of Clinical Psychology*, 2020, 76(4), 778–786.
44. Esposito, A., Palumbo, D., & Troncone, A. (). The influence of the attachment style on the decoding accuracy of emotional vocal expressions. *Cognitive Computation*, 2014, 6(4), 699–707
45. Overall, N. C., Fletcher, G. J. O., Simpson, J. A., & Fillo, J. Attachment insecurity, biased perceptions of romantic partners' negative emotions, and hostile relationship behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2015, 108(5), 730–749.
46. Irak, M., Soyulu, C., & Güler, B. Investigating the role of attachment orientation during emotional face recognition: An event-related potential study. *Biological Psychology*, 2020, 156, 12

47. Huang, Y.-L., Chen, S.-H., & Tseng, H.-H. Attachment avoidance and fearful prosodic emotion recognition predict depression maintenance. *Psychiatry Research*, 2019, 272, 649–654.
48. De Pascalis, V., Varriale, V., D'Antuono, L. Event-related components of the punishment and reward sensitivity. *Journal of Clinical Neurophysiology*, 2010, 121(1): 60–76.
49. Lv, S. B., Wang, X., Sun, L. W., Wang, X. Y., Li, L. N., Zhao, Y., & Wei, Y. The relationship between childhood trauma, adult attachment and depression of female drug addicts. *Advances in Psychology*, 2020, 10(6), 694-700.
50. Monti, J. D., & Rudolph, K. D. Emotional awareness as a pathway linking adult attachment to subsequent depression. *Journal of Counseling Psychology*, 2014, 61(3), 374–382.
51. Stevens, F. L. Affect regulation styles in avoidant and anxious attachment. *Individual Differences Research*. 2014, 12(3), 123–130.
52. Keskin, G., & Yiğitoğlu, G. T. Childhood trauma and attachment styles among substance abusers in Turkey. *Ethiopian Journal of Health Development*, 2019, 33(4).