

Winter 2027, Volume 15, Issue 4

Developing a Model of Childhood Trauma and Self-Concept with the Mediating Role of Psychological Flexibility in Women with Stimulant Substance Abuse

Maedeh Farshi Jalali¹, Azar Kiamarsi^{1*}, Bahman Akbari¹

1. Department of Psychology, Ra.C., Islamic Azad University, Rasht, Iran.

Corresponding author: Azar Kiamarsi, Department of Psychology, Ra.C., Islamic Azad University, Rasht, Iran.
Email: kiamarsi@iaau.ac.ir

Received: 2026/05/24

Accepted: 2026/08/29

Abstract

Introduction: Substance abuse is considered one of the major global health challenges. The present study aimed to develop a model between childhood trauma and self-concept, with the mediating role of psychological flexibility in women with Stimulant substance abuse.

Methods: This study employed a descriptive-correlational design, and the data were analyzed using structural equation modeling. The statistical population consisted of women with stimulant substance abuse and a history of childhood trauma who referred to addiction treatment centers in Tehran. A total of 289 participants were selected through purposive sampling. Data were collected using the demographic questionnaire, "Childhood Trauma Questionnaire", the "Self-Concept Inventory", and the "Psychological Flexibility Questionnaire". The validity of the study instruments was assessed through qualitative content validity, and reliability was examined using internal consistency via Cronbach's alpha coefficient. Statistical analyses were performed using AMOS .24 and SPSS .26.

Results: The proposed model demonstrated an acceptable fit to the data ($\chi^2/df=1.33$, RMSEA=0.03, CFI=0.96, GFI=0.96). Childhood trauma, through the mediating role of psychological flexibility ($\beta=-0.28$, $P=0.004$), significantly predicted self-concept.

Conclusion: Adverse childhood experiences can affect self-concept by influencing psychological flexibility. Accordingly, it is recommended that therapeutic interventions and rehabilitation programs in the field of substance use, in addition to focusing on abstinence, emphasize the enhancement of psychological flexibility and the processing of adverse childhood experiences. Such approaches may contribute to improving self-concept and promoting the mental health of women with Stimulant substance abuse.

Keywords: Psychological Flexibility, Childhood Trauma, Self-concept, Women, Stimulant Substance Abuse.

طراحی الگوی ترومای کودکی با خودپنداره با نقش میانجی انعطاف‌پذیری روانشناختی در زنان مبتلا به سوء مصرف مواد محرک

مأنده فرشی جلالی^۱، آذر کیامرثی^{۱*}، بهمن اکبری^۱

۱- گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

نویسنده مسئول: آذر کیامرثی، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.
ایمیل: kiamarsi@iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۶/۰۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۳/۰۳

چکیده

مقدمه: سوء مصرف مواد محرک، یکی از چالش‌های عمده سلامت جهانی محسوب می‌شود. پژوهش حاضر با هدف طراحی الگوی ترومای کودکی با خودپنداره با نقش میانجی انعطاف‌پذیری روانشناختی در زنان مبتلا به سوء مصرف مواد محرک انجام شد.

روش کار: طرح پژوهش توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری پژوهش، شامل زنان مبتلا به سوء مصرف مواد محرک دارای ترومای کودکی بودند که به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران مراجعه داشتند. تعداد ۲۸۹ تن به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها با پرسشنامه جمعیت شناختی، "پرسشنامه ترومای کودکی" (Childhood Trauma Questionnaire)، "سیاهه خودپنداره" (Self-Concept Inventory) و "پرسشنامه انعطاف‌پذیری روانشناختی" (Psychological Flexibility Questionnaire) استفاده شد. روایی محتوای ابزارها به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ اندازه‌گیری شد. تحلیل داده در نرم افزارهای آموس نسخه ۲۴ و اس پی اس اس نسخه ۲۶ انجام شد.

یافته‌ها: الگوی پیشنهادی از برازش مطلوبی با داده‌ها برخوردار است ($X^2/df = 1/33$ ، $RMSEA = 0.03$ ، $CFI = 0.96$ ، $GFI = 0.96$). ترومای کودکی با میانجی‌گیری انعطاف‌پذیری روانشناختی ($\beta = -0.28$ ، $P = 0.04$)، خودپنداره را پیش‌بینی می‌کند.

نتیجه‌گیری: تجارب آسیب‌زای دوران کودکی از طریق تأثیر بر میزان انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌توانند خودپنداره این افراد را تحت تأثیر قرار دهند. بر این اساس، توصیه می‌شود مداخلات درمانی و برنامه‌های بازتوانی در حوزه اعتیاد، علاوه بر تمرکز بر ترک مصرف، بر ارتقای انعطاف‌پذیری روانشناختی و پردازش تجارب آسیب‌زای کودکی تأکید داشته باشند تا از این طریق به بهبود خودپنداره و ارتقای سلامت روان زنان مبتلا به سوء مصرف مواد محرک کمک شود.

کلیدواژه‌ها: انعطاف‌پذیری روانشناختی، ترومای کودکی، خودپنداره، زنان، سوء مصرف مواد محرک.

مقدمه

سوء مصرف مواد محرک (stimulant substance abuse) به عنوان یک مشکل مزمن و عودکننده، یکی از چالش‌های عمده سلامت عمومی در سطح جهانی و به ویژه در ایران محسوب می‌شود (۱). این اختلال با رفتارهای اجباری، ولع شدید و مصرف مداوم مواد محرک، علی‌رغم آگاهی از

پیامدهای زیان‌بار اجتماعی، روانی و جسمانی همراه است (۲). بر اساس آمارهای موجود، رشد اعتیاد در ایران سالانه حدود ۸ درصد است، در حالی که رشد جمعیت حدود ۶/۲ درصد گزارش شده است (۳). در سال‌های اخیر، با افزایش دسترسی و تغییرات فرهنگی، میزان مصرف مواد محرک در میان زنان نیز به طور نگران‌کننده‌ای افزایش یافته است

(۴). این موضوع اهمیت توجه به عوامل روانشناختی و اجتماعی مؤثر بر اعتیاد در زنان را دوچندان می‌کند. پژوهش‌های گسترده‌ای بر نقش آسیب‌های اولیه زندگی در شکل‌گیری سوءمصرف مواد محرک در بزرگسالی تأکید دارند. در این میان، ترومای کودکی (childhood trauma)، شامل هرگونه آزار جسمی، روانی یا عاطفی، به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل خطر در گرایش به رفتارهای پرخطر و مصرف مواد محرک شناخته شده است (۵-۷). تجربه‌های آسیب‌زای دوران کودکی، به ویژه سوءاستفاده جسمی و جنسی، می‌تواند اثرات عمیق و پایدار بر ساختار روانی فرد برجای بگذارد و بر ادراک فرد از خود، بدن و روابط بین‌فردی اثرگذار باشد (۸، ۹). این تجارب معمولاً با شکل‌گیری الگوهای شناختی منفی همراه هستند که در آن فرد خود را ناتوان، بی‌ارزش یا آسیب‌پذیر ادراک می‌کند. در نتیجه، یکی از حوزه‌های اساسی که تحت تأثیر قرار می‌گیرد، خودپنداره (self-concept) است. خودپنداره به مجموعه‌ای از باورها، ارزیابی‌ها و برداشت‌های فرد از توانایی‌ها و ارزش شخصی خود اشاره دارد و نقش مهمی در تنظیم هیجانات، تصمیم‌گیری و رفتارهای فرد ایفا می‌کند (۱۲). شواهد نشان می‌دهد افرادی که در کودکی ترومای شدید را تجربه کرده‌اند، بیشتر در معرض شکل‌گیری خودپنداره منفی هستند؛ حالتی که با احساس بی‌ارزشی، کاهش اعتماد به نفس و مشکلات تنظیم هیجان همراه است (۱۰-۱۵). این وضعیت می‌تواند فرد را به سمت استفاده از مواد محرک به عنوان راهی ناکارآمد برای مقابله با فشارهای روانی سوق دهد. از سوی دیگر، یافته‌ها نشان می‌دهد که فضای عاطفی ناسالم در خانواده، بی‌توجهی هیجانی و تجربه‌های آسیب‌زا در دوران کودکی، نقش مهمی در شکل‌گیری رفتارهای پرخطر و مصرف مواد محرک در بزرگسالی دارند (۱۳). در این چارچوب، خودپنداره آسیب‌دیده نه تنها پیامد ترومای کودکی است، بلکه خود می‌تواند یک عامل خطر مهم برای تداوم رفتارهای اعتیادی و دشواری در فرآیند درمان محسوب شود (۱۴، ۱۵).

با وجود شواهد قوی در مورد رابطه ترومای کودکی با خودپنداره و گرایش به اعتیاد، توجه به سازوکارهای حفاظتی یا تعدیل‌کننده مانند انعطاف‌پذیری روانشناختی (psychological flexibility) اهمیت ویژه‌ای دارد (۱۶). در این میان، انعطاف‌پذیری روانشناختی به عنوان یکی از مفاهیم کلیدی در رویکردهای موج سوم رفتاردرمانی، نقش مهمی در تبیین این روابط دارد. این سازه به توانایی فرد برای

پذیرش تجربه‌های درونی، تنظیم هیجان‌ها و پابندی به ارزش‌های شخصی حتی در شرایط دشوار اشاره دارد (۱۷). از منظر نظری، الگوهای مبتنی بر «درمان پذیرش و تعهد» بیان می‌کنند که تجربه‌های آسیب‌زای دوران کودکی می‌توانند از طریق افزایش اجتناب تجربی و کاهش انعطاف‌پذیری روانشناختی، بر نحوه ادراک فرد از خود اثر بگذارند. به عبارت دیگر، کاهش انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌تواند یکی از مسیرهای اصلی در شکل‌گیری خودپنداره منفی باشد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ترومای کودکی با کاهش انعطاف‌پذیری روانشناختی مرتبط است و این متغیر نیز به نوبه خود با شاخص‌های مثبت سلامت روان از جمله خودپنداره رابطه دارد (۱۸-۲۱). افراد دارای انعطاف‌پذیری روانشناختی پایین معمولاً در مواجهه با هیجان‌های منفی دچار اجتناب، خودانتقادی و ارزیابی منفی از خود می‌شوند. در مقابل، افراد دارای انعطاف‌پذیری بالا توانایی بیشتری در پذیرش هیجان‌ها، تنظیم تجربه‌های ناخوشایند و حفظ نگاه واقع‌بینانه و مهربانانه نسبت به خود دارند، که این امر به تقویت خودپنداره کمک می‌کند (۲۰، ۲۱).

در ادبیات علمی، اگرچه رابطه ترومای کودکی با هر یک از متغیرهای خودپنداره و انعطاف‌پذیری روانشناختی به طور مجزا بررسی شده است (۲۲، ۲۳)، نقش دقیق انعطاف‌پذیری روانشناختی به عنوان متغیر میانجی در تبیین رابطه بین ترومای کودکی و خودپنداره، به‌ویژه در جامعه آسیب‌پذیر زنان مبتلا به سوءمصرف مواد محرک، همچنان نیازمند پژوهش جامع‌تری است. شکاف موجود در مطالعات، لزوم بررسی همزمان این ۳ متغیر را برجسته می‌سازد تا الگوی کاملی از نحوه تداوم اثرات ترومای کودکی بر هویت این گروه خاص از مراجعین به دست آید. اهمیت علمی این پژوهش، در ارائه یک الگوی ساختاری جامع است که می‌تواند سازوکار درونی چگونگی آسیب‌زایی ترومای کودکی را روشن سازد و از حوزه تبیین خارج کرده و به سمت ارائه پیش‌بینی دقیق‌تر حرکت کند. از منظر کاربردی، شناسایی موفقیت‌آمیز این فرآیند میانجی به درمانگران اجازه می‌دهد که مداخلات خود را از رویکردهای سنتی صرفاً مبتنی بر کاهش مصرف، به سمت برنامه‌هایی متمرکز بر تقویت انعطاف‌پذیری روانشناختی معطوف سازند؛ اقدامی که ظرفیت پیشگیری از آسیب‌های ثانویه (مانند خودپنداره پایین) و تسهیل ترک طولانی‌مدت را در زنان بهبودیافته افزایش می‌دهد. لذا، پژوهش حاضر با هدف طراحی الگوی ترومای کودکی با خودپنداره با

پرسشنامه از جمع ۲۵ عبارت اصلی به دست می‌آید و دامنه آن صفر تا ۱۰۰ است؛ دامنه نمره هر مولفه نیز صفر تا ۲۰ است. بر اساس نقطه برش، نمره بالاتر از ۵۰ به عنوان نشانگر وجود ترومای کودکی در نظر گرفته می‌شود و نمرات زیر ۵۰ نشان‌دهنده عدم وجود ترومای کودکی در نظر گرفته می‌شود (۲۵).

Bernstein و همکاران (۲۶) روایی سازه به روش روایی همگرایی «پرسشنامه ترومای کودکی» با «مصاحبه درجه‌بندی بدرفتاری با کودک» (Child Maltreatment Ascertainment Interview) روی ۳۹۸ نوجوان که به بیمارستان‌های روانپزشکی شهر نیویورک به صورت سریایی مراجعه نمودند، محاسبه نمودند که بین ۵۹/۰ تا ۷۸/۰ گزارش شده است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و برای مولفه‌ها بین ۸۶/۰ تا ۹۵/۰ ارزیابی شد. در مطالعه Xiang و همکاران (۲۷)، روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی «پرسشنامه ترومای کودکی» روی ۵۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی ارزیابی و ۵ عامل تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و ۸۷/۰ برای نمره کل و در بازه ۷۰/۰ تا ۹۳/۰ برای مولفه‌ها به دست آمد. ثبات به روش بازآزمون با فاصله ۱۲ ماه روی نمونه‌های فوق بررسی و برای نمره کل ۷۲/۰ و برای مولفه‌های سوءاستفاده عاطفی ۸۰/۰، سوءاستفاده جسمی ۷۵/۰، سوءاستفاده جنسی ۸۷/۰، غفلت جسمی ۷۵/۰، برای غفلت عاطفی ۵۶/۰ و برای نمره انکار ۳۳/۰ برآورد گردید.

در ایران، در مطالعه ابراهیمی و همکاران (۲۸)، شاخص روایی محتوایی «پرسشنامه ترومای کودکی» روی ۱۸۰ تن (۱۰۰ زن و ۸۰ مرد) مراجعه کننده به بیمارستان لقمان حکیم تهران با دلیل اقدام به خودکشی انجام و برابر با ۸۴/۰ و نسبت روایی محتوایی ۸۰/۰ گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و از ۸۱/۰ تا ۹۸/۰ برای مولفه‌ها گزارش شد. زارعی نوروزی و همکاران (۲۹)، روایی سازه به روش تحلیل عامل تاییدی «پرسشنامه ترومای کودکی» روی ۶۳۱ نوجوان دختر و پسر شهر در بازه سنی ۱۴ تا ۱۸ سال در شهر مشهد بررسی و ۵ عامل تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و نمره کل ۹۴/۰ و برای مولفه‌ها از ۷۷/۰ تا ۹۱/۰ گزارش شد.

نقش میانجی انعطاف‌پذیری روانشناختی در زنان مبتلا به سوءمصرف مواد محرک انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر به روش نوع توصیفی - همبستگی می‌باشد. جامعه آماری این مطالعه را زنان مبتلا به سوءمصرف مواد محرک دارای ترومای کودکی تشکیل می‌دادند که برای درمان وابستگی خود در سال ۱۴۰۴ به مراکز ترک اعتیاد تحت پوشش بهزیستی از جمله کلینیک‌های تخصصی بستری و درمان اعتیاد ویژه بانوان بهبودگستران همگام و خانه دوست یاران در شهر تهران مراجعه کردند. به لحاظ اینکه حداقل تعداد نمونه پیشنهادی برای الگوی معادلات ساختاری ۲۰۰ تن است (۲۴)، با در نظر گرفتن ریزش، در نهایت تعداد ۲۸۹ تن از طریق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب گردید.

معیارهای ورود به مطالعه شامل سابقه سوءمصرف مواد محرک (کوکائین، ماری‌جوانا، متامفتامین، اکستازی و حشیش) و عدم مصرف داروهای روانپزشکی و تضعیف کننده سیستم اعصاب بر اساس پرونده پزشکی، تجربه ترومای کودکی (نمره بالاتر از ۵۰ در «پرسشنامه ترومای کودکی») و دارا بودن رضایت جهت مشارکت در پژوهش بود. معیار خروج نیز شامل عدم تکمیل پرسشنامه بود. داده‌ها با پرسشنامه جمعیت‌شناختی شامل سن، میزان تحصیلات، طول مدت اعتیاد و ابزارهای زیر جمع‌آوری گردید.

«پرسشنامه ترومای کودکی» (Childhood Trauma Questionnaire) توسط Bernstein و همکاران در آمریکا در سال ۱۹۹۴ طراحی شده است. نسخه نهایی و فرم کوتاه این پرسشنامه در سال ۲۰۰۳ با ۲۸ عبارت طراحی شده است. ۲۵ عبارت آن برای سنجش ۵ مولفه که عبارتند از سوء استفاده جنسی (sexual abuse) عبارت شامل ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۷، سوء استفاده جسمی (physical abuse) عبارت شامل ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۷، سوء استفاده عاطفی (emotional abuse) عبارت شامل ۳، ۸، ۱۴، ۱۸، ۲۵، غفلت عاطفی (emotional neglect) عبارت شامل ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸، و غفلت جسمی (physical neglect) عبارت شامل ۱، ۲، ۴، ۶، ۲۶، مورد سنجش قرار می‌دهد. ۳ عبارت ۱۰، ۱۶، ۲۲ برای تشخیص افرادی است که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند. نمره‌گذاری عبارت‌های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸، ۲ و ۲۶ معکوس می‌باشد. عبارت‌ها در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از هرگز (صفر) تا همیشه (۴)، قرار دارد. نمره کل

«سیاهه خودپنداره» (Self-Concept Inventory) توسط Beck و همکاران در شهر فیلادلفیای آمریکا در سال ۱۹۹۰ طراحی داده شده است. این سیاهه شامل ۲۵ عبارت است که ۵ مؤلفه اصلی را شامل توانایی ذهنی (mental ability) عبارت شامل ۲، ۵، ۹، ۱۶، ۲۲، جذابیت فیزیکی (physical attractiveness) عبارت شامل ۱، ۱۰، ۱۴، ۱۷، ۱۸، مسائل اخلاقی (moral issues) عبارت شامل ۳، ۱۱، ۱۵، ۲۳، ۲۵، کفایت کاری (work adequacy) عبارت شامل ۷، ۸، ۱۳، ۲۰، ۲۴ و مهارت‌های اجتماعی (social skills) عبارت شامل ۴، ۶، ۱۲، ۱۹، ۲۱ مورد سنجش قرار می‌دهد. پاسخ در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) قرار دارند (۳۰). دامنه نمره برای کل ۲۵ تا ۱۲۵ است. دامنه نمره بین ۲۵ تا ۵۸ نشان دهنده سطح پایین خودپنداره است. نمره بین ۵۹ تا ۹۲، سطح متوسط خودپنداره، نمره بین ۹۳ تا ۱۲۵، سطح بالای خودپنداره را نشان می‌دهد.

Beck و همکاران (۳۰)، شاخص روایی محتوایی «سیاهه خودپنداره» روی ۱۰۸۶ تن از بیماران روانپزشکی سرپایی مراجعه کننده به مراکز روانپزشکی شهر فیلادلفیا (۴۵۶ مرد و ۶۳۰ زن) بررسی و ۰/۸۸ حاصل شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و ۰/۸۲ گزارش کردند. در مطالعه Morris و همکاران (۳۱) روایی سازه به روش تحلیل عامل تاییدی «سیاهه خودپنداره» روی ۶۵۰ تن (۳۲۰ مرد و ۳۳۰ زن) در شهر نیویورک بررسی و ۵ عامل تأیید شد. علاوه بر این، میزان پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و ۰/۸۵ و ثبات به روش تنصیف ۰/۸۱ به دست آمد.

در ایران نیز هومن و ده‌آبادی (۳۲)، روایی سازه به روش روایی همگرا «سیاهه خودپنداره» با «آزمون سازگاری اجتماعی» (Social Adjustment Scale) روی ۴۸۰ تن از دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان سبزوار بررسی و ۰/۴۵ و با «پرسشنامه رضایت از خود» (Self-Satisfaction Questionnaire) بررسی و ۰/۴۴ به دست آمد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و ۰/۷۹ گزارش شد. باقری‌نیا روایی سازه به روش روایی همگرا «سیاهه خودپنداره» با «پرسشنامه رضایت زناشویی» (Marital Satisfaction Questionnaire) را روی ۳۱۳ زن متأهل اداره آموزش و پرورش شهر بجنورد، بررسی و ۰/۴۴ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و ۰/۷۹ گزارش شد (۳۳).

«پرسشنامه انعطاف‌پذیری روانشناختی» (Psychological Flexibility Questionnaire) توسط Ben-Itzhak و همکاران در سال ۲۰۱۴ طراحی شده است (۳۴). این پرسشنامه شامل ۲۰ عبارت و تک عاملی است. پاسخدهی در طیف ۶ درجه‌ای لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۶) قرار دارد. دامنه نمره ۲۰ تا ۱۲۰ است. دامنه نمره بین ۲۰ تا ۳۳ نشان دهنده سطح پایین انعطاف‌پذیری روانشناختی، نمره بین ۳۴ تا ۶۷ سطح متوسط انعطاف‌پذیری روانشناختی، نمره بین ۶۸ تا ۱۲۰ سطح بالای انعطاف‌پذیری روانشناختی را نشان می‌دهد.

Ben-Itzhak و همکاران (۳۴) روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «پرسشنامه انعطاف‌پذیری روانشناختی» را روی ۲۷۵ تن (۱۶۵ زن و ۱۱۰ مرد) بررسی نمودند و نتایج ساختار ابزار تک‌عاملی را نشان داد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و ۰/۹۸ گزارش شد. در مطالعه Peterson و همکاران (۳۵)، روایی سازه به روش روایی همگرا «پرسشنامه انعطاف‌پذیری روانشناختی» با «پرسشنامه پذیرش و عمل-۲» (Acceptance and Action Questionnaire-II) روی ۳۱۰ تن (۱۷۰ زن و ۱۴۰ مرد) از بزرگسالان جامعه عمومی ایالات متحده آمریکا بررسی و ۰/۷۲ و روایی سازه به روش روایی واگرا با «مقیاس انعطاف‌ناپذیری شناختی» (Cognitive Inflexibility Scale) ۰/۶۵- گزارش شد.

در ایران نیز صفرزائی و همکاران (۳۶) روایی سازه به روش تحلیل عامل تاییدی «پرسشنامه انعطاف‌پذیری روانشناختی» روی ۴۵۰ تن از دانشجویان دانشگاه‌های شهر زاهدان (۲۵۰ زن و ۲۰۰ مرد)، بررسی و ساختار تک‌عاملی را گزارش نمودند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و ۰/۸۹ به دست آمد. فرزین و همکاران (۳۷) روایی سازه ابزار به روش تحلیل عاملی تاییدی «پرسشنامه انعطاف‌پذیری روانشناختی» روی ۴۰۹ تن از زنان و مردان متأهل شهر شیراز، بررسی و ساختار تک‌عاملی را تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و ۰/۸۴ به دست آمد.

در مطالعه حاضر روایی محتوا به روش کیفی برای «پرسشنامه تروماهای کودکی»، «سیاهه خودپنداره بک» و «پرسشنامه انعطاف‌پذیری روانشناختی» مورد تایید ۵ تن از روانشناسان متخصص شهر تهران قرار گرفت. پایایی پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های پژوهش حاضر یعنی ۲۸۹ زن مبتلا به

و بررسی ابزار های تکمیل شده، از ۳۰۰ ابزار اخذ شده، ۱۱ ابزار به دلیل نقص در پاسخ دهی (۲ عبارت) کنار گذاشته شد و در نهایت ۲۸۹ ابزار معتبر باقی ماند. تکمیل پرسشنامه ها به صورت حضوری، انفرادی و تحت نظارت مستقیم پژوهشگر اول مقاله حاضر صورت گرفت.

شرکت کنندگان رضایت نامه آگاهانه را تکمیل کردند. برای حفظ حریم خصوصی، هیچ گونه اطلاعات هویتی از جمله نام و نام خانوادگی ثبت نشد و به هر شرکت کننده یک کد اختصاص یافت.

برای تحلیل داده ها، ابتدا از شاخص های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار استفاده شد. سپس، برای بررسی فرضیه های پژوهش و ارزیابی برازندگی الگوی پیشنهادی، از ضریب همبستگی و الگوی معادلات ساختاری بهره گرفته شد. کلیه تحلیل های آماری با استفاده از نرم افزار های اس پی اس اس نسخه ۲۶ و آموس نسخه ۲۴ انجام گرفت.

یافته ها

در پژوهش حاضر، ۲۸۹ نمونه شرکت کردند. میانگین سنی شرکت کنندگان ۴۵/۳۴ سال با انحراف معیار ۳/۶۷ و در دامنه سنی ۲۱ تا ۴۰ سال بود. از این تعداد، تن (۱/۲۰ درصد) زیردیپلم، ۱۰۲ تن (۳/۳۵ درصد) دیپلم، ۸۱ تن (۰/۲۸ درصد) کاردانی، ۴۳ تن (۹/۱۴ درصد) کارشناسی و ۵ تن (۷/۱ درصد) کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. همچنین میانگین طول مدت اعتیاد ۶/۵۱ سال با انحراف معیار ۱/۸۲ بود.

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می شود، اطلاعات توصیفی (میانگین (Mean)، انحراف معیار (Standard Deviation)، بیشینه - کمینه (Min-Max)، کجی (Skewness)، کشیدگی (Kurtosis) و همچنین ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای مورد بررسی، گزارش گردیده است.

جدول ۱: شاخص های توصیفی و ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

۱	۲	۳	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه	کجی	کشیدگی
۱			۶۱/۳۷	۹/۸۳	-۰/۷۳	۱/۶۰	-۰/۸۷	۱/۸۳
۲. انعطاف پذیری روانشناختی	۱		۶۵/۵۲	۹/۲۳	-۰/۸۱	۱/۶۴	-۰/۸۱	۱/۶۴
۳. ترومای کودکی	۰/۳۲	۰/۴۴	۶۴/۴۰	۹/۵۴	-۰/۴۱	۱/۸۷	-۰/۴۱	۱/۸۷

** P<۰/۰۱

معنادار وجود دارد. بنابراین، بین متغیرهای پژوهش ارتباط خطی و معنادار وجود دارد. مقدار کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش با توجه به یافته های جدول ۱، در دامنه ۲- و ۲ و از توزیع نرمال برخوردار بود. همچنین همخطی چندگانه

سوء مصرف مواد محرک دارای ترومای کودکی مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران بررسی و برای «پرسشنامه تروماهای کودکی»، ۰/۹۰، «سیاهه خودپنداره بک» ۰/۷۶ و برای «پرسشنامه انعطاف پذیری روانشناختی» ۰/۸۵ محاسبه شد.

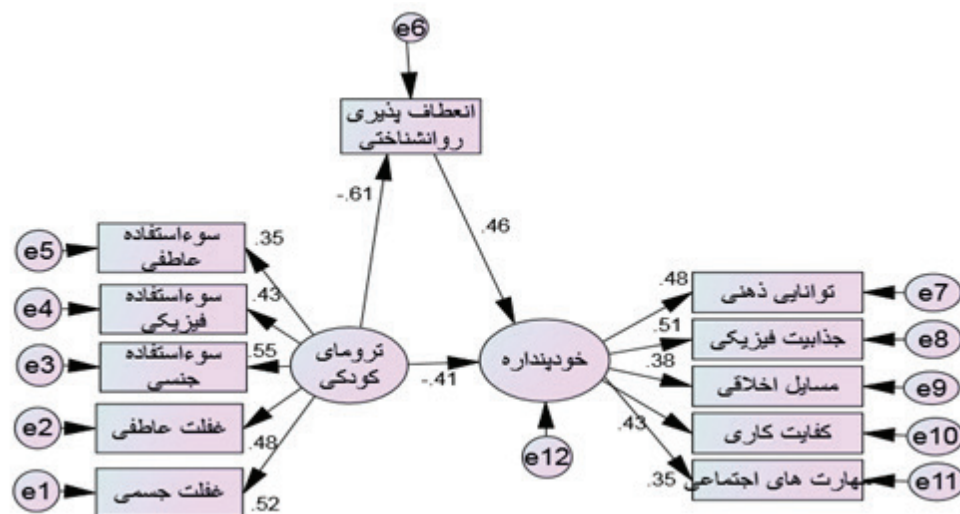
پس از تصویب پروپوزال در دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، اخذ کد اخلاق از دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت و مجوزهای لازم از اداره کل بهزیستی استان تهران، پژوهشگر اول مقاله با مراجعه حضوری به مراکز درمان اعتیاد ویژه بانوان «بهبودگستران همگام» و «خانه دوست یاران» و هماهنگی با مسئولان مربوطه، افراد واجد شرایط را شناسایی نمود. پس از شناسایی اولیه از طریق بررسی پرونده ها و با همکاری مسئولان مراکز، پژوهشگر اول به صورت انفرادی با هر یک از داوطلبان وارد تعامل شد. این ارتباط از طریق برگزاری یک گفتگوی کوتاه مقدماتی برقرار شد که در آن ضمن برقراری تعامل مثبت و جلب اعتماد، ضرورت پژوهش برای بهبود خدمات درمانی خود ایشان تبیین گردید. بنابراین، با در نظر گرفتن معیارهای ورود، از طریق بررسی پرونده ها و مصاحبه کوتاه، افرادی که تمایل به همکاری داشتند، در مطالعه شرکت کردند.

قبل از توزیع ابزار ها، اهداف پژوهش، نحوه اجرای آن، اختیاری بودن مشارکت، امکان انصراف در هر مرحله، و محرمانه بودن اطلاعات برای شرکت کنندگان توضیح داده شد. ابزار ها به صورت حضوری و خودگزارشی در اختیار افراد قرار گرفت و تکمیل آن ها در محیطی آرام و تحت نظارت مستقیم پژوهشگر اول مقاله انجام شد تا در صورت بروز ابهام، توضیحات لازم ارائه شود. فرآیند جمع آوری داده ها طی بازه زمانی بهمن تا اسفند ۱۴۰۴ انجام گرفت. نهایتاً، پس از اعمال معیارهای خروج (عدم تکمیل پرسشنامه)

با توجه به نتایج ماتریس همبستگی، بین انعطاف پذیری روانشناختی و خودپنداره همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد. همچنین بین ترومای کودکی و خودپنداره، و بین ترومای کودکی و انعطاف پذیری روانشناختی همبستگی منفی و

۱/۷۷ گزارش شد که در دامنه ۱/۵ و ۲/۵ قرار دارد و پیش فرض استقلال منابع خطا معتبر گزارش شد. در شکل ۱ الگو برازش شده پژوهش ارائه شده است.

با استفاده آماره تحمل (tolerance) بررسی شد. نتایج نشان داد که این مقادیر در پژوهش حاضر ۰/۸۰ و بزرگتر از ۰/۱۰ هستند، بنابراین، بین متغیرهای پژوهش همخطی چندگانه وجود ندارد. آزمون دورین-واتسون (durbin watson) نیز



شکل ۱: الگوی نهایی پژوهش حاضر به همراه ضرایب استاندارد مسیرها

در شکل ۲، الگوی ساختاری پژوهش در تبیین نقش میانجی انعطاف پذیری روانشناختی در رابطه بین ترومای کودکی و خودپنداره نشان داده شده است. نتایج الگوحاکی از وجود همبستگی مستقیم بین ترومای کودکی، انعطاف پذیری روانشناختی و خودپنداره است. همچنین، الگوی مسیرها بیانگر آن است که انعطاف پذیری روانشناختی در ارتباط بین

ترومای کودکی و خودپنداره نقش میانجی دارد و می تواند نقش تجارب آسیب زای دوران کودکی بر خودپنداره را تبیین کند. جدول ۲ نیز ضرایب استاندارد مسیرها و نتایج آزمون روابط بین متغیرهای پژوهش را نشان می دهد.

جدول ۲: ضرایب استاندارد مسیرهای الگوی پیشنهادی

مسیر	ضرایب استاندارد	خطای معیار	نسبت بحرانی	مقدار احتمال (P)
ترومای کودکی ← خودپنداره	-۰/۴۱	۰/۴۵	-۲/۸۵	۰/۰۰۴
ترومای کودکی ← انعطاف پذیری روانشناختی	-۰/۶۱	۳/۹۰	-۵/۹۹	۰/۰۰۱
انعطاف پذیری روانشناختی ← خودپنداره	۰/۴۶	۰/۰۷	۳/۸۹	۰/۰۰۱

باتوجه به مندرجات جدول ۲ ضریب مسیر مستقیم ترومای کودکی به خودپنداره ($b = -0.41$, $p < 0.004$)، منفی و معنادار است. همچنین، ضریب مسیر مستقیم ترومای کودکی به انعطاف پذیری روانشناختی ($b = -0.61$, $p < 0.001$)، منفی و معنادار است. افزون بر این، ضریب مسیر مستقیم

انعطاف پذیری روانشناختی به خودپنداره ($b = 0.46$, $p < 0.001$)، مثبت و معنادار است. جدول ۳ مسیرهای غیرمستقیم الگو را نشان می دهد. در ادامه نتایج حاصل از روابط واسطه ای در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳: ضریب مسیر غیر مستقیم الگو نهایی با استفاده از روش بوت استرپ

مسیر	ضریب استاندارد	حد پایین	حد بالا	مقدار احتمال
ترومای کودکی ← انعطاف پذیری روانشناختی ← خودپنداره	-۰/۲۸	-۰/۴۰	-۰/۱۵	۰/۰۰۴

مأئءه فرشی ؤلالی و همكاران

بنابراین، ترومای كودكى با نقش میانجی انعطاف‌پذیری روانشناختی، خودپنداره زنان مبتلا به اعتیاد به مواد محرک را پیش‌بینی می‌کند. نتایج مربوط به شاخص های برازش الگو پیشنهادی پژوهش در جدول ۴ نشان داده شده است.

برای تعیین معناداری نقش واسطه‌ای متغیر پیش‌بین با متغیر ملاک از طریق متغیر میانجی از روش بوت‌استرپ استفاده گردیده است که نشان داد مسیر غیرمستقیم انعطاف‌پذیری روانشناختی در ارتباط بین ترومای كودکی و خودپنداره با اندازه اثر استاندارد شده ۰/۲۸-، حد پایین ۰/۴۰- و حد بالای ۰/۱۵- در سطح ۰/۰۴ معنادار است.

جدول ۴: شاخص های برازندگی الگوی پیشنهادی پژوهش

الگو	χ^2 کای دو	Df درجه آزادی	χ^2/df مجذور خی بر درجه آزادی	شاخص نیکویی برازش (GFI)	شاخص نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI)	شاخص برازش تطبیقی (CFI)	شاخص برازش فزاینده (IFI)	شاخص توکر لویس (TLI)	ریشه میانگین مربع خطای برآورد (RMSEA)
الگو پژوهش	۵۵/۸۷	۲	۱/۳۳	۰/۹۶	۰/۹۴	۰/۹۶	۰/۹۶	۰/۹۵	۰/۰۳
قابل قبول	-	-	۱ تا ۵	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	< ۰/۰۸

دوران كودکی و بدرفتاری با كودکان با کاهش خودپنداره و شکل‌گیری خودپنداره منفی در كودکان و نوجوانان همبستگی معناداری دارد. در تبیین این یافته، می‌توان اذعان داشت که قرار گرفتن در معرض آسیب، شکل‌گیری هویت ایمن را مختل می‌سازد (۱۵). بر اساس نظریه‌های تروما و سیستم خود، تجربیات نامطلوب اولیه باورهای بنیادینی نظیر ”بی‌ارزشی“ و ”آسیب‌پذیری“ (برچسب خطر) را در طرءواره‌های خود فرد ادغام می‌کنند که مستقیماً و به طور پایدار بر ارزیابی‌های فرد از خود تأثیر می‌گذارد (۱۲). این تغییرات در بازنمایی‌های شناختی، حتی پس از کنترل سایر متغیرهای بالینی مانند شدت مصرف مواد محرک، پابرجا مانده و زمینه‌ساز دیدگاه منفی نسبت به خود می‌شوند. علاوه بر این، مسیر مستقیم نشان می‌دهد که تروما می‌تواند مستقیماً فرآیندهای تنظیم هیجانات و تفکر خوارجاعی (از طریق تغییر در شبکه‌های عصبی مانند شبکه حالت پیش‌فرض) را مختل نماید؛ این اختلال، فرد را به سمت تفسیر تجربیات از فیلتر منفی سوق داده و خودپنداره منفی را تقویت می‌کند (۳۹). این خودپنداره تضعیف شده، به نوبه خود، افراد را مستعد استفاده از مواد محرک، به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای ناسازگار می‌کند تا علائم ذاتی خودپنداره نظیر شرم و گناه را بپوشاند (۵). این فرآیند منجر به ایجاد یک چرخه معیوب می‌شود که در آن مصرف مواد محرک، شکست‌های ادراک شده را تشدید کرده و ارزیابی منفی از خود را تقویت می‌کند. همچنین، تلاقی تروما

جدول ۴ نشان می‌دهد که شاخص مجذور خی بر درجه آزادی، برابر با ۱/۳۳ محاسبه شده است و در دامنه ۱ تا ۵ قرار دارد و نشانگر برازندگی معتبر الگو است. همچنین جدول فوق نشانگر آن است که شاخص نیکویی برازش، شاخص نیکویی برازش اصلاح‌شده، شاخص برازش تطبیقی، شاخص برازش فزاینده و شاخص توکر لویس بالاتر از ۰/۹۰ گزارش شده اند که بیانگر آن هستند الگو پژوهش از برازش معتبری برخوردار بود. همچنین ریشه میانگین مربعات خطای برآورد نیز ۰/۰۳ و کمتر از ۰/۰۸ شده است و نشانگر برازش خوب الگو بود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف ارائه الگوی ترومای كودکی با خودپنداره با نقش میانجی انعطاف‌پذیری روانشناختی در زنان مبتلا به سوءمصرف مواد محرک انجام شد. یافته اول، نتایج نشان داد که بین ترومای كودکی و خودپنداره همبستگی منفی و معنادار وجود دارد که با نتایج مطالعات Melamed و همکاران (۹)، xie و همکاران (۸)، Momeñe و همکاران (۳۸)، Paetzold & Rhoads (۱۲)، میردیریکوند (۲۰)، و ترکمن و همکاران (۱۳)، همسو است که با نتایج مطالعه فراتحلیلی Melamed و همکاران (۹) که همبستگی منفی بین تروماهای اولیه و خودپنداره منفی را نشان داد، تقویت می‌شود. برای مثال Melamed و همکاران (۹)، در یک مطالعه فراتحلیلی نشان دادند که تجارب آسیب‌زای

با عوامل اجتماعی مانند انگ جنسیتی (در مورد قربانیان سوءاستفاده) و مسئولیت‌های والدینی، دیدگاه‌های منفی نسبت به خود را در زنان آسیب‌دیده تشدید می‌کند (۳۸)، که نشان‌دهنده تأثیر فراتر از علائم روانپزشکی صرف بر خودپنداره است.

یافته‌های پژوهش حاضر

نشان داد که ترومای کودکی با میانجیگری انعطاف‌پذیری روانشناختی، خودپنداره را پیش‌بینی می‌کند، که این یافته با نتایج مطالعات متعدد از جمله Güler و همکاران (۲۳)، Sachdeva & Shukla (۴۰)، Stenhaus & Solem (۱۷)، Xie و همکاران (۸)، Hao و همکاران (۴۱)، Odacı و همکاران (۲۲)، Paetzold & Rholes (۱۲)، Söğütü & Göktaş (۴۲)، میردیکوند (۲۰) و میری و حسینی (۴۳)، همسو است. برای مثال Sachdeva و Shukla (۴۰)، گزارش کردند که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی با کاهش انعطاف‌پذیری روانشناختی همراه است و افرادی که انعطاف‌پذیری بیشتری دارند، در برابر پیامدهای منفی تروما از جمله مشکلات مربوط به خودارزیابی و سلامت روان مقاومت بیشتری نشان می‌دهند. سازوکار تبیینی این نقش میانجی در آن است که آسیب‌های دوران کودکی از طریق مسیرهای شناختی، عاطفی و اجتماعی، توانایی فرد را برای تنظیم پریشانی و انجام عمل انطباقی مطابق با ارزش‌ها تضعیف می‌کند (۴۳). به عبارت دیگر، تروما منجر به کاهش کارکردهای عالی شناختی، به‌ویژه توانایی تمرکز بر لحظه حال و به‌کارگیری توجیه‌های جایگزین می‌شود (۲۰). تجربه تروما که اغلب فراتر از توانایی مقابله‌ای اولیه کودک است، منجر به تلقی عوامل تنش‌زا به عنوان «غیرقابل کنترل» شده و انعطاف‌پذیری روانشناختی را کاهش می‌دهد (۴۱). این ضعف در انعطاف‌پذیری، افراد را به سمت رفتارهای ناکارآمد مانند سوءمصرف مواد محرک، سوق می‌دهد تا از افکار و احساسات آزاردهنده اجتناب کنند (۲۲)، که این امر به طور غیرمستقیم خودپنداره منفی را حفظ می‌کند. علاوه بر این، از یک تعامل دوطرفه پویا بین خودپنداره و انعطاف‌پذیری روانشناختی حمایت می‌کند. از یک سو، خودپنداره پایدار، امنیت روانی لازم برای بررسی دیدگاه‌های جدید (عاملی تقویت‌کننده انعطاف‌پذیری) را فراهم می‌آورد. از سوی دیگر، انعطاف‌پذیری روانشناختی، فرد را قادر می‌سازد تا چارچوب فکری خود را بازسازی کرده و تصویر خود را در پرتو تجربیات جدید اصلاح نماید (۴۰). این رابطه متقابل، یک حلقه بازخورد مثبت از رشد روانشناختی را شکل

می‌دهد؛ به‌طوری که افزایش انعطاف‌پذیری منجر به بهبود خودپنداره و بالعکس می‌شود. در تبیین سازوکارهای دخیل، آسیب‌های اولیه منجر به حساسیت‌زدایی در تشخیص تهدید و افزایش اجتناب از تجربیات درونی می‌گردد که این امر مؤلفه اصلی انعطاف‌پذیری، یعنی گشودگی تجربی، را از بین می‌برد (۴۱). کاهش انعطاف‌پذیری روانشناختی به دلیل افزایش «عدم تحمل پریشانی» رخ می‌دهد، زیرا عمل سازگار با ارزش‌ها مستلزم تحمل احساسات ناخوشایند است (۲۳)، که در نهایت مسیر تأثیر منفی تروما بر خودپنداره را از طریق این واسطه تبیین می‌نماید

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که انعطاف‌پذیری روانشناختی نقش میانجی قابل توجهی در رابطه بین ترومای کودکی و خودپنداره در زنان مبتلا به سوءمصرف مواد محرک ایفا می‌کند. بر این اساس، توصیه می‌شود متخصصان سلامت و روانشناسی بالینی در طراحی مداخلات درمانی و حمایتی برای این گروه، علاوه بر پرداختن به جنبه‌های بالینی، به کاهش اثرات ترومای کودکی و تقویت مهارت‌های انعطاف‌پذیری روانشناختی با توجه به ابعاد خودپنداره توجه ویژه داشته باشند. با توجه به محدودیت‌های پژوهش از جمله استفاده از ابزارهای خودگزارشی، نمونه‌گیری هدفمند و غیرتصادفی، نتایج با احتیاط تعمیم داده شود.

سیاسگزاری

مطالعه حاضر از پایان نامه دکتری مائده فرشی جلالی، در رشته روانشناسی عمومی از گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت با راهنمایی سرکار خانم دکتر آذر کیامرثی است، با کد IR.IAU.BABOL.REC.1404.155 در سامانه کمیته اخلاق در پژوهش در تاریخ ۱۴۰۴/۱۰/۲۹ استخراج شده است. همکاری مدیریت کلینیک‌های تخصصی بستری و درمان سوءمصرف مواد ویژه بانوان (شامل مراکز «بهبودگستران همگام» و «خانه دوست یاران» و نمونه‌های شرکت‌کننده در مطالعه، قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچ گونه تضاد منافی را گزارش نکرده‌اند.

References

1. Bozarth MA. Drug addiction as a psychobiological process. In: *Addiction Controversies*. CRC Press; 2023. p. 112-134. https://www.researchgate.net/publication/277330295_Drug_Addiction_as_a_Psychobiological_Process
2. Santangelo OE, Provenzano S, Firenze A. Risk factors for addictive behaviors: A general overview. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(11):6583-6595. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116583>
3. Abutalebi H, Yazdchi N, Asmakhani Akbarinejad H. [Effectiveness of cognitive emotion regulation training on psychological well-being and cognitive emotion regulation of addicted men in Isfahan]. *Journal of Community Health*. 2022;16(1):23-33.
4. Zhian Bagheri H, Mohammad Khojehf P. [Women and substance abuse addiction]. *Journal of Studies and Research in Behavioral Sciences*. 2021;3(2):8-22. <http://noo.rs/Irgjt>
5. Nia AB, Weleff J, Fogelman N, Nourbakhsh S, Sinha R. Regular cannabis use is associated with history of childhood and lifetime trauma in a non-clinical community sample. *Journal of Psychiatric Research*. 2023; 159:159-164. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.01.036>
6. Kiefer R, Goncharenko S, Forkus SR, Contractor AA, LeBlanc N, Weiss NH. Role of positive emotion regulation strategies in the association between childhood trauma and posttraumatic stress disorder among trauma-exposed individuals who use substances. *Anxiety Stress Coping*. 2022;35(4):1-16.
7. Dawson-Rose C, Shehadeh D, Hao J, Barnard J, Khoddam-Khorasani L, Leonard A, et al. Trauma, substance use, and mental health symptoms in transitional age youth experiencing homelessness. *Public Health Nurs*. 2020;37(3):363-370. <https://doi.org/10.1111/phn.12727>
8. Xie Y, Shen Y, Wu J. Cumulative childhood trauma and mobile phone addiction among Chinese college students: role of self-esteem and self-concept clarity as serial mediators. *Current Psychology*. 2024;43(6):5355-5363. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04734-7>
9. Melamed DM, Botting J, Lofthouse K, Pass L, Meiser-Stedman R. The relationship between negative self-concept, trauma, and maltreatment in children and adolescents: a meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2024;27(1):220-234. <https://doi.org/10.1007/s10567-024-00472-9>
10. Garay B, Lasarte G, Corres-Medrano I, Santamaria-Goicuria I. Why should educators receive training in childhood trauma? *Trends in Psychology*. 2024;32(2):307-334. <https://doi.org/10.1007/s43076-022-00223-1>
11. Sutherland BD, Fallah-Sohy N, Kopera M, Jakubczyk A, Sutherland MT, Trucco EM. Alexithymia mediates the association between childhood trauma and adolescent e-cigarette use. *Drug Alcohol Depend*. 2022; 236:109500. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109500>
12. Paetzold RL, Rholes WS. The link from child abuse to dissociation: The roles of adult disorganized attachment, self-concept clarity, and reflective functioning. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2021;22(5):615-635. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1869654>
13. Torkman M, Davoodi A, Neziri Q, Fath N. [The relationship between childhood trauma and symptoms of post-traumatic stress disorder in these individuals considering the mediating role of cognitive flexibility and rumination]. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2022;15(1):18-26.
14. Zhou J, Zou F, Gong X. The reciprocal relations between parental psychological control and social anxiety and the mediating role of self-concept clarity among Chinese early adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*. 2024;53(10):2363-2377. <https://doi.org/10.1007/s10964-024-02015-5>
15. Huang S, Hu Y, Ni Q, Qin Y, Lü W. Parent-child relationship and internet addiction of adolescents: The mediating role of self-concept. *Current Psychology*. 2021; 40 (3):2510-2517. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00199-9>
16. Aghajani S, Salmani A, Shari A. [Structural equation modeling of the mediating role of self-efficacy beliefs in the relationship between cognitive emotion regulation and cognitive flexibility with resilience in adolescents with tendency toward addiction]. *Quarterly Scientific Journal of Addiction Research*. 2025;19(76):7-36.
17. Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity *Cognitive*

- Therapy and Research. 2010; 34 (1):241-253. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4>
18. Stenhaug A, Solem S. The path from mindfulness to self-esteem: self-concept-clarity and cognitive flexibility as mediators. *Current Psychology*. 2024;43(10):8636-8643. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-05016-y>
19. Brichacek AL, Neill JT, Murray K, Rieger E, Watsford C. Ways of responding to body image threats: Development of the body image flexibility and inflexibility scale for youth. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2023; 30 (2):31-40. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.08.006>
20. Mirdrikvand F. [Evaluation of the structural model explaining behavioral and emotional disorders in abused children based on cognitive flexibility and adverse childhood experiences of parents with the mediating role of personal self-concept]. *Psychological Achievements*. 2023;30(1):240-260.
21. Katzman W, Papouchis N. Effects of childhood trauma on mentalization capacities and dissociative experiences. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2023;24(2):284-295. <https://doi.org/10.1080/15299732.2023.2168829>
22. Odacı H, Bülbül K, Türkan T. The mediating role of cognitive flexibility in the relationship between traumatic experiences in the childhood period and substance abuse proclivity. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2021;39(4):538-554. <https://doi.org/10.1007/s10942-021-00391-6>
23. Güler K, Demir ZG, Yurtseven CS. Investigation of the relationship between childhood traumas, psychological resilience, cognitive flexibility and emotion regulation skills in adults. *The European Research Journal*. 2024; 22 (1):1-12. <https://doi.org/10.18621/eurj.1279884>
24. Kline RB. *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. Guilford Publications; 2023. <https://books.google.com/books>
25. Bernstein DP, Ahluvalia T, Pogge D, Handelsman L. Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(3):340-348. <https://doi.org/10.1097/00004583-199703000-00012>
26. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*. 2003;27(2):169-190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
27. Xiang Z, Liu Z, Cao H, Wu Z, Long Y. Evaluation on long-term test-retest reliability of the short-form Childhood Trauma Questionnaire in patients with schizophrenia. *Psychology Research and Behavior Management*. 2021;1033-1040. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S316398>
28. 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. <https://ensani.ir/fa/article/405459/>
29. Zarei Nouroozi M, Aghajani S, Atadokht A, Basharpour S. [Causal modeling of adolescent externalizing problems based on childhood trauma and the mediating role of insecure attachment styles]. *Rooyesh*. 2025;14(7):23-32. <http://frooyesh.ir/article-1-6130-fa.html>
30. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Beck self-concept inventory: manual*. Psychological Corporation; 1990. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.56.6.893>
31. Morris R, Smith JL, Davis K. Psychometric properties and utility of the Beck Self-Concept Inventory in predicting psychological resilience. *Journal of Affective Disorders Reports*. 2021;5(1):100-112. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100112>
32. Hooman HA, Deh-Abadi Z. [Investigation of the psychometric properties of the Beck Self-Concept Inventory]. *Educational Measurement Quarterly*. 2013;4(13):1-22. <https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1020464/>
33. Bagherinia H. [The relationship between self-concept and positive feeling to spouse with marital satisfaction among married women in Education Department of Bojnord city]. *Fundamentals of Mental Health*. 2017; 19 (special issue): 367-373. doi: 10.22038/jfmh.2017.10222
34. Ben-Itzhak S, Bluvstein I, Maayan B, Shorer Z, Toren A, Gerštle T. The Psychological Flexibility Scale (PFS): Development and psychometric properties. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2014;3(4):254-263. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.07.001>
35. Peterson L, Smith J, Doe A. Construct validity of the Psychological Flexibility Scale: A cross-

- cultural examination. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2018; 9:12-18. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.06.002>
36. Safarzahi A, Kiani M, Dehghan M. [Psychometric properties of the Psychological Flexibility Scale (PFS) in students]. *Journal of Clinical Psychology*. 2020;12(3):45-56.
37. Farzin S, Mohagheghi H, Yaghoobi A, Kordnoghahi R. [The mediating role of psychological flexibility in the relationship between perceived parenting and self-actualization in married women and men]. *Journal of Psychological Science*. 2025; 24(146): 45-64.
38. Momeñe J, Estévez A, Griffiths MD, Macia P, Herrero M, Olave L, Iruarrizaga I. Childhood trauma and body dissatisfaction among young adult women: The mediating role of self-criticism. *Current Psychology*. 2023;42(28):24837-24844. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03495-z>
39. Hashemi T, Mashinchi N, Asadi A. [Relationship between childhood trauma and social anxiety disorder with the mediating role of referential thinking]. *Journal of Clinical Psychology*. 2024;16(2):39-48.
40. Sachdeva J, Shukla R. Exploring the mediating influence of psychological flexibility and self-compassion on the relationship between adverse childhood experiences and post-traumatic growth among young adults in India. *Psychological Reports*. 2024: 00332941241302318. <https://doi.org/10.1177/00332941241302318>
41. Hao F, Jiang Y, Huang Z, Cheng X, Fan Z, Ding X. Self is up when you are powerful: Flexibility of self-concept. *Journal of Experimental Social Psychology*. 2023; 109 (4):104502. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2023.104502>
42. Söğütü L, Göktaş SŞ. Relationship among smoking addiction, psychological flexibility, and impulsivity in university students. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*. 2021;8(1): 1-11 <https://doi.org/10.5152/ADDICTA.2021.21026>
43. Miri P, Hoseinai A. [The effect of childhood trauma on psychological symptoms with the mediation of psychological flexibility in female students aged 20-29]. *Journal of Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2023;24(3):218-228.