



## Modeling The Codependency of the Spouses of Drug Users Undergoing Maintenance Treatment Based on The Experience of Childhood Trauma And Insecure Attachment With The Mediation of Mentalization

Fereshteh Aarsalandeh<sup>1</sup>, Leila Rafiei<sup>2</sup>, Masoumeh Kamandloo<sup>3</sup>, Bahman Matinpour<sup>4\*</sup>

1. PhD Student in Health Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.
2. Master of Counseling and Guidance, Khomeini Shahr Branch, Islamic Azad University, Khomeini Shahr, Iran.
3. Master of Clinical Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran.
4. Phd Student in Clinical Psychology, Shahed University, Tehran, Iran.

**Corresponding Author:** Bahman Matinpour, Phd Student in Clinical Psychology, Shahed University, Tehran, Iran.

**Email:** [matinbahman@yahoo.com](mailto:matinbahman@yahoo.com)

Received: 6 May 2024

Accepted: 20 July 2024

### Abstract

**Introduction:** One of the most destructive effects of addiction is the addiction of the head of the family, which leaves many negative effects on all family members, and most importantly, the spouse of the addicted person. Therefore, the present study was conducted to model the Codependency of the spouses of drug users undergoing maintenance treatment based on the experience of childhood trauma and insecure attachment with the mediation of mentalization.

**Methods:** The present study was a cross-sectional correlational study. The statistical population of the research included all married women with addicted spouses who were referred to addiction treatment clinics in Qazvin City in the second half of 2023, out of which 220 people were selected using the available non-random sampling method. They answered the Codependency Questionnaire, childhood trauma questionnaire, adult attachment styles questionnaire, and reflective Functioning Questionnaire. For data analysis, Pearson correlation, and structural equation modeling was used in SPSS-26 and AMOS-24 software.

**Results:** The results showed that the research model fit well (RMSEA=0.06; CFI=0.91; IFI=0.92; GFI=0.95 and NFI=0.96). In addition, the results showed the effect of the direct path of childhood trauma (P=0.001), anxious attachment (P=0.001), mentalization (certainty component) (P=0.001), and mentalization (uncertainty component) (P=0.002) were significant on Codependency. Also, mentalization had a mediating role in the relationship between childhood trauma and insecure attachment with Codependency (P=0.001). The results also showed that the research variables explained a total of 59% of the variance of Codependency.

**Conclusions:** Based on the findings of the research, it can be concluded that despite traumatic experiences and insecure attachment style, if people acquire high psychological capacity and understanding and insight into their mental processes and self-control over internal processes, instead of focusing too much on the needs and behaviors of others, they focus on themselves. Therefore, it is suggested to pay special attention to treatments based on emotion regulation and mentalization to reduce codependency.

**Keywords:** Addiction, Experience of Childhood Trauma, Maintenance Treatment, Insecure Attachment, Mentalization, Codependency.



## مدل یابی هم وابستگی همسران مصرف کنندگان مواد تحت درمان نگهدارنده بر اساس تجربه ترومای کودکی و دل بستگی نایمن با میانجی گری ذهنی سازی

فرشته ارسلان ده<sup>۱</sup>، لیلا رفیعی<sup>۲</sup>، معصومه کمندلو<sup>۳</sup>، بهمن متین پور<sup>۴\*</sup>

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۲. کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران.

۳. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.

۴. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: بهمن متین پور، دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

ایمیل: [matinbahman@yahoo.com](mailto:matinbahman@yahoo.com)

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۴/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۲/۱۷

### چکیده

**مقدمه:** از مخرب ترین اثرات اعتیاد، اعتیاد سرپرست خانواده است که بر کلیه اعضا خانواده و از همه مهم تر همسر فرد معتاد تأثیرات منفی بسیاری بر جای می گذارد. از این رو، پژوهش حاضر با هدف مدلیابی هم وابستگی همسران مصرف کنندگان مواد تحت درمان نگهدارنده بر اساس تجربه ترومای کودکی و دل بستگی نایمن با میانجیگری ذهنی سازی انجام شد.

**روش کار:** پژوهش حاضر مطالعه ای مقطعی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان متاهل دارای همسر معتاد مراجعه کننده به کلینیک های ترک اعتیاد شهر قزوین در شش ماهه دوم سال ۱۴۰۲ بودند که از میان آنها تعداد ۲۲۰ نفر با روش نمونه گیری غیرتصادفی دردسترس انتخاب و به پرسشنامه هم وابستگی، پرسشنامه ترومای دوران کودکی، پرسشنامه سبک های دل بستگی بزرگسالان و پرسشنامه کنش‌وری تاملی پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از همبستگی پیرسون، مدل یابی معادلات ساختاری در فضای نرافزار SPSS-26 و AMOS-24 استفاده شد.

**یافته ها:** نتایج نشان داد که مدل پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار است ( $RMSEA=0/06$ ;  $CFI=0/91$ ;  $IFI=0/92$ );  $GFI=0/95$  و  $NFI=0/96$ ). افزون بر این، نتایج نشان داد اثر مسیر مستقیم ترومای کودکی ( $P=0/001$ ) دل بستگی اضطرابی ( $P=0/001$ )، ذهنی سازی (مولفه اطمینان) ( $P=0/001$ ) و ذهنی سازی (مولفه عدم اطمینان) ( $P=0/002$ ) بر هم وابستگی معنا دار بود. همچنین، ذهنی سازی در رابطه بین ترومای کودکی و دل بستگی نایمن با هم وابستگی نقش میانجی داشت ( $P=0/001$ ). نتایج همچنین نشان داد که متغیرهای پژوهش در مجموع ۵۹ درصد از واریانس هم وابستگی را تبیین کردند. **نتیجه گیری:** بر اساس یافته های پژوهش می توان نتیجه گرفت افراد علی‌رغم تجربیات آسیب‌زا و سبک دل بستگی نایمن در صورت اکتساب ظرفیت بالای روان شناختی و درک و بینش نسبت به فرآیندهای ذهنی خود و خودکنترلی بر فرآیندهای درونی، بجای تمرکز بیش از حد بر روی نیازها و رفتارهای دیگران روی خود تمرکز می کنند. لذا پیشنهاد می شود به درمان های مبتنی بر تنظیم هیجان و ذهنی سازی با هدف کاهش هم وابستگی توجه ویژه ای شود. **کلیدواژه ها:** اعتیاد، تجربه ترومای کودکی، درمان نگهدارنده، دل بستگی نایمن، ذهنی سازی، هم وابستگی.

## مقدمه

اعتیاد (Addiction) نه تنها بر فرد معتاد بلکه کل خانواده را تحت تأثیر قرار می دهد که در آن اعضای خانواده آگاهانه یا ناآگاهانه فرد مصرف کننده مواد را محافظت و حمایت می کنند. زیرا این یکی از ویژگی های طبیعت انسان است که به دیگران کمک کند، اما گاهی اوقات این رفتار ممکن است به عنوان یک شمشیر دولبه عمل کند و ادامه سوء مصرف مواد را برای مصرف کننده مواد آسان تر و ساده تر کند (۱). این نوع کمک‌ها بی‌معنی به نظر می‌رسد و برای جلوگیری از این رفتارهای هم وابسته (Codependent behaviors)، اعضای خانواده باید یاد بگیرند که این رفتارها را شناسایی کرده و از آن اجتناب کنند (۲). این رفتارهای هم وابسته به مصرف کننده مواد اجازه می دهد تا از پیامد عمل خود اجتناب کند. اعضای خانواده اغلب ممکن است به عنوان والدین عمل کنند زیرا یکی از آنها دانسته یا ناآگاهانه نقش توانمندسازی را ایفا می کند. شناسایی زود هنگام این گونه رفتارها و ایجاد محیطی سالم برای آنها و عزیزانشان گام مهمی را تشکیل می دهد (۳). در این راستا، اعتیاد می تواند آثار مخرب و زیانباری برای فرد، خانواده و جامعه ایجاد کند. یکی از این معضلات نوعی آسیب روانی است که تحت عنوان هم وابستگی (Codependency) شناخته می شود و زنان و خانواده های وابسته به مواد مخدر را درگیر می کند (۴).

هم وابستگی به رفتارهای آموخته شده در خانواده های ناکارآمد با نادیده گرفتن نیازهای خود و تمرکز بیش از حد بر دیگران اشاره دارد (۵). برای تمایز سازه هم وابستگی از صفات یا رفتارهای مراقبتی سالم می توان گفت هم وابستگی از نظر عملیاتی به عنوان تمرکز بیش از حد بر خارج از خود مرتبط با یک محیط پرسترس خانوادگی تعریف می شود (۶). در واقع، هم وابستگی الگویی از وابستگی مبالغه آمیز و افراطی متشکل از رفتارها، باورها و احساس های آموخته شده ای است که زندگی را در ناک می سازد و این وابستگی به مردم و شرایط خارج از خود تا بدان حد پیش می رود که خود مورد غفلت و فراموشی قرار می گیرد و هویت از دست می رود (۷). فرد هم وابسته نوعی رنج و آشفتگی را تجربه می کند که ناشی از تمرکز و توجه مفرط بر نیازها و رفتارهای دیگران است، زنان همواره بیش از مردان مستعد ابتلا به هم وابستگی هستند (۸). زنانی که هم وابسته هستند، پتانسیل آسیب های بیشتر و سوءاستفاده

در روابط بین فردی را دارند که در صورت درمان می توانند از این روابط مضر رهایی پیدا کنند (۹).

یکی از عواملی که بر هم وابستگی همسران مصرف کنندگان مواد تحت درمان نگهدارنده تأثیر می گذارد، تجربیات آسیب زای دوران کودکی است (۱۰). ترومای کودکی (Childhood trauma)، آسیب روان شناختی است و زمانی ایجاد می شود که یک فرد در دوران کودکی یا نوجوانی تحت رفتار نامناسبی قرار می گیرد و خارج از توانایی مقابله ای فرد با این رفتارهاست، از جمله این رفتارها شامل آزار عاطفی، غفلت عاطفی، آزار جسمی و غفلت جسمی است (۱۱). شواهد پژوهشی نشان می دهد که زنان به دلیل وابسته بودن، پتانسیل سوءاستفاده و آسیب بیشتری در روابط را دارا می باشند. برای مثال کارسون و بکر (Carson and Baker) (۱۲) در مطالعه ای بر روی ۱۷۱ زن بزرگسال ارتباط بین هم-وابستگی و مورد سوءاستفاده واقع شدن در دوران کودکی را مورد بررسی قرار دادند، ۵۹ درصد این افراد سابقه سوءاستفاده توسط والدین الکلیک را گزارش کردند و این عامل ارتباط معناداری با هم وابستگی در این افراد داشت. زنانی که هم وابسته هستند، پتانسیل آسیب های بیشتر و سوءاستفاده در روابط بین فردی را دارند که در صورت درمان می توانند از این روابط مضر رهایی پیدا کنند (۹). طبق تئوری فروید (Freud)، یک رویداد ثانویه (later event) در زندگی بیمار می تواند باعث فعال سازی آسیب های اولیه وی شود و یک تعارض یا مسئله حل نشده را دوباره بیدار کند. مفهوم عمل معوق فروید (deferred action)، به شیوه ای اشاره دارد که در آن یک رویداد ثانویه، ترومای اولیه (early trauma) را که از حافظه سرکوب (repressed) شده است، دوباره فعال می نماید. ترومای اولیه دوباره قابل دسترس می شود و می تواند پس از این نقش تاخیری محافظتی دوباره در ذهن بازنگری و منسجم گردد (۱۳). بر طبق این تئوری، آسیب های دوران کودکی می تواند به نوعی از طریق رویدادهای بعدی زندگی فعال شود. انواع تروماهای دوران کودکی از جمله سوء استفاده جسمی، روانی و هیجانی در دوران کودکی نشان دهنده نقص در رابطه دلبستگی (attachment) میان مراقبت کننده و کودک از طریق عدم وجود وابستگی احساسی و غفلت هیجانی (Emotional neglect) و یا اعمال آشکار سوءاستفاده کلامی و احساسی است که باعث اختلالات روان شناختی کودک و مانع از توسعه بهنجار ظرفیت های اساسی مانند احساسات

خودکارآمدی، خودکفایی و افزایش ظرفیت ذهنی‌سازی (mentalization) و تنظیم هیجان (Emotion regulation) می‌شود (۱۴).

نظریه دلبستگی (Attachment theory) اساساً توسط بولبی (۱۵) مفهوم‌سازی شد، او معتقد بود دلبستگی در نوزادان اساساً یک فرایند نزدیکی‌جویی به یک مراقب و محافظ است (۱۶). دلبستگی به عنوان «تمایل انسان به ایجاد پیوندهای عاطفی قوی با دیگران مهم» تعریف می‌شود. نظریه دلبستگی دو جنبه از دلبستگی را توصیف می‌کند که منعکس‌کننده روابط مبتنی بر نزدیکی و همدلی و روابط مبتنی بر اضطراب است (۱۷). کیفیت روابط دلبستگی اولیه، مدل کارکرد درونی (طرحواره‌های شناختی) خود و دیگران را تعیین می‌کند (۱۸). بنابراین، این دو جنبه چهار سبک دلبستگی را توصیف می‌کنند. این سبک‌های دلبستگی به‌عنوان سبک‌های ایمن، بی‌مناک، آشفته و منفصل شناخته شده‌اند که سه سبک اخیر به‌عنوان سبک‌های نایمن ارزیابی شده‌اند (۱۹). سبک‌های دلبستگی (Attachment Styles)، روش‌های مواجهه فرد با موقعیت‌های استرس‌زا را متأثر می‌سازد. افراد با سبک دلبستگی ایمن ضمن تصدیق موقعیت به سادگی از دیگران کمک می‌گیرند (۲۰). افراد دارای دلبستگی نایمن، خودپنداره و تجربیات منفی بیشتری را در روابط گزارش می‌کنند بنابراین در زمینه برقراری روابط بین فردی با کیفیت مشکل دارند (۲۱). در این راستا، آنکل و کاباکسی (Ançel and Kabakçi) (۲۲) در پژوهشی به ارتباط بین سبک‌های دلبستگی و هم‌وابستگی پرداختند که نشان دادند افراد دارای نمرات بالا در مقیاس ارزیابی هم‌وابستگی، دل‌بستگی‌های مرتبط با اضطراب داشتند و خانواده‌ی این افراد دچار مشکلات بیشتر و افسردگی بیشتری بودند. همچنین، یافته‌های پژوهشی، مصرف بیشتر مواد را در بین اعضای خانواده‌هایی که فاقد روابط صمیمی والدین-فرزندان بوده و پیوندهای ایمن را تجربه نکرده‌اند، تأیید می‌کنند (۲۳). افراد دارای سطح بالا در دلبستگی اجتنابی، اضطرابی و یا هر دو، در مقایسه با افراد ایمن برداشت ناسازگارانه بیشتری را از رفتارهای شریکشان گزارش می‌دهند. به همین ترتیب، افراد دارای سطوح بالا در دلبستگی اضطرابی و یا اجتنابی رضایت ارتباطی کمتری دارند و از شرکای خود حمایت کمتری دریافت می‌کنند (۲۴).

یکی از سازه‌های مهم دیگر که از طریق روابط بین

فردی در دوران کودکی به خصوص روابط دلبستگی بدست می‌آید، ظرفیت ذهنی‌سازی (mentalization) است. در روابط دلبستگی ایمن، به حالت ذهنی کودک احترام گذاشته می‌شود و کم‌کم ذهنی‌سازی-تحت‌عنوان‌توانایی درک حالات خود و دیگران از نظر افکار، رفتار و احساسات - شکل می‌گیرد. مراقبانی که دلبستگی ایمن ایجاد می‌کنند، معمولاً ظرفیت خوبی برای ذهنی‌سازی دارند که تنظیم هیجانات را در فرد تسهیل می‌کند (۲۵). ذهنی‌سازی یا عملکردهای بازتابی (reflective functions) به ما امکان می‌دهد رفتار خود و دیگران را تفسیر کنیم (۲۶). به اعتقاد فوناگی (Fonagy) دو مولفه دلبستگی و ظرفیت ذهنی‌سازی رابطه تنگاتنگی دارند. براساس صورت بندی جدید وی از دیدگاه دلبستگی، ظرفیت ذهنی‌سازی تعیین‌کننده مهمی در سازماندهی خود و گسترش ظرفیت نظم‌جویی در زمینه هیجان و اعمال است؛ بنابراین خود و و ظرفیت نظم‌جویی آن از طریق تعامل و در روابط بین فردی شکل می‌گیرد (۲۷). این مولفه، یک رویکرد بازتابی تلقی می‌شود و نوعی توانایی درک حالات ذهنی خود و دیگران است. ذهنی‌سازی به مثابه یک شکلی از تصویری است که به ما اجازه می‌دهد رفتار انسان را در اصطلاح حالت‌های ذهنی درونی (نیازها، امیال، باورها، اهداف، قصد و دلایل) درک و تفسیر کنیم در نتیجه این ظرفیت موجب افزایش عاملیت، تنظیم هیجان و خودکنترلی می‌شود (۲۷). براساس نظریه فوناگی افراد دارای دلبستگی نایمن مشکلات بیشتری در توانایی ذهنی‌سازی دارند. روابط دلبستگی ایمن و به نوعی ظرفیت والدین برای ذهنی‌سازی موجب افزایش توانایی ذهنی‌سازی کودکان می‌شود (۲۸). این ظرفیت ذهنی‌سازی در مراحل بعدی رشد و بزرگسالی موجب افزایش تنظیم هیجان، کاهش تکانشگری، افزایش خودمهارگری و بهبود روابط بین فردی می‌شود. در نتیجه کسب ظرفیت ذهنی‌سازی، کاهش استرس بین فردی و ترس از صمیمیت ایجاد می‌شود (۲۹). به عبارت دیگر ظرفیت ذهنی‌سازی با کیفیت روابط بین فردی و تاب‌آوری ارتباط نزدیکی دارد (۳۰) به علاوه فوناگی، توانایی کم‌ذهنی‌سازی در بیماران مصرف‌کننده مواد را به‌عنوان نقص شخصیتی مرتبط با شکست‌های اولیه محیطی درک می‌نماید (۳۱). همچنین، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد نقص در ذهنی‌سازی با سوء مصرف مواد و رفتارهای تکانشی و خارج از کنترل مانند اعتیاد به غذا نیز مرتبط است (۳۲). بنابراین با توجه به

معیارهای خروج هم شامل پژوهش عدم تمایل برای ادامه پژوهش و تکمیل ناقص پرسشنامه های پژوهش بودند. پس از مراجعه به کلینیک های تحت درمان سوءمصرف مواد قزوین و پس از اطمینان داده شدن به آزمودنی ها جهت رعایت گمنامی، پرسشنامه ها که شامل رضایت نامه کتبی هم بود، در اختیار آنها قرار گرفت و امکان انصراف از ادامه همکاری در همه مراحل پژوهش وجود داشت. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی از جمله، اصل محرمانگی و رازداری، رضایت هر فرد برای شرکت در پژوهش و امکان انصراف از همکاری در صورت عدم تمایل، مورد توجه قرار گرفت. روش تحلیل داده ها با استفاده از شاخص های توصیفی، ضریب همبستگی و مدل سازی معادلات ساختاری بود. داده های حاصل از پرسشنامه های مدنظر به وسیله برنامه آماری AMOS-24 و SPSS-26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای گردآوری داده ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

**۱- پرسشنامه ترومای دوران کودکی (Childhood Trauma Questionnaire):** این مقیاس شامل ۲۸ سوال توسط برنشتاین (Bernstein) و همکاران در سال ۲۰۰۳ به منظور سنجش ضربه و ترومای دوران کودکی در ابعاد مختلف تهیه و تدوین شده است. این مقیاس دارای ۵ مولفه ی (سوء استفاده عاطفی، سوء استفاده فیزیکی، سوء استفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی) می باشد و براساس طیف لیکرت (از هرگز تا همیشه) نمره گذاری شده است. همان طور که بیان شد، نمره گذاری پرسشنامه براساس یک مقیاس ۵ 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. 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 (۳۵). در ایران پایایی پرسشنامه بررسی و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و خرده مقیاس ها در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۴ به دست آمده است و همچنین روایی همگرای آن با مقیاس اختلال اضطراب فراگیر بررسی و ضریب همبستگی ۰/۷۲

اینکه ذهنی سازی به افراد اجازه می دهد تا افکار را از واقعیت هیجانی متمایز کنند و در فضای بازنمایی حرکت کنند و همچنین، نقش اساسی در تنظیم رفتار، حالات و تکانه های هیجانی شدید دارد (۳۳)؛ لذا فرض بر این است که این مکانیسم می تواند میانجی گر رابطه بین تجربه ترومای کودکی و دل بستگی نایمن با هم وابستگی باشد. از مخرب ترین اثرات اعتیاد، اعتیاد سرپرست خانواده است که بر کلیه اعضا خانواده و از همه مهم تر همسر فرد معتاد تاثیرات منفی بسیاری بر جای می گذارد. همسران مردان معتاد آسیب پذیری بیشتری نسبت به اختلالات روان شناختی دارند، لذا حساسیت جایگاه همسران دارای مردان معتاد و مسائل فردی و نقش های آن ها در مقابل همسر، فرزندان و جامعه از جمله مسائلی است که نیازمند توجه بسیاری است. از سویی دیگر، اعتیاد شوهر اغلب به بر هم خوردن نقش ها و وظایف خانوادگی منجر می شود؛ به گونه ای که بار مسئولیت زنان را می افزاید و آن ها را تحت فشار قرار می دهد. این زنان در ابعاد مختلف روان شناختی و اجتماعی به شدت آسیب پذیر هستند و همین مسئله لزوم توجه به مراقبت های بهداشتی به این زنان را از اهمیت ویژه ای برخوردار ساخته و برجسته می کند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف مدلیابی هم وابستگی همسران مصرف کنندگان مواد تحت درمان نگهدارنده براساس تجربه ترومای کودکی و دل بستگی نایمن با میانجیگری ذهنی سازی انجام شد.

## روش کار

پژوهش حاضر مطالعه ای مقطعی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان متاهل دارای همسر معتاد مراجعه کننده به کلینیک های ترک اعتیاد شهر قزوین در شش ماهه دوم سال ۱۴۰۲ بودند که از میان آنها تعداد ۲۲۰ نفر با روش نمونه گیری غیرتصادفی در دسترس انتخاب شدند. بنا به نظر کلاین برای مدل یابی معادلات ساختاری حداقل حجم نمونه ۲۰۰ نفر قابل دفاع است (۳۴). معیارهای ورود افراد به مطالعه عبارت بود از همسران بیماراران مبتلا به مصرف مواد مخدر، مدت زمان استفاده از مواد مخدر بیشتر از یک سال، داشتن تحصیلات حداقل سیکل، شرکت داوطلبانه در پژوهش و عدم ابتلا همسران به اختلال روانپزشکی براساس نداشتن پرونده درمانی و خودگزارشی و گذشت حداقل یک سال از زمان ازدواج زوجین.

## فرشته ارسلان ده و همکاران

کسب شود به همان میزان شخص از آن سبک دلبستگی برخوردار است. هازان و شیور (۳۹) پایایی بازآزمایی کل این پرسشنامه را ۰/۸۱ و کولینز و ریید (۴۱) نیز پایایی را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آوردند. روایی مقیاس دلبستگی کولینز و ریید به استخراج سه عامل عمده منجر شد که توسط پژوهشگران به عنوان ظرفیت پیوستن به روابط صمیمی و نزدیک تفسیر می شود. دیواندری (۴۲) با مطالعه‌ای که بر روی ۵۱۳ تن از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشمر انجام داد روایی هم گزایی پرسشنامه سبک‌های دلبستگی با روش محاسبه میانگین واریانس استخراج شده را ۰/۷۰ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ نمونه فوق را ۰/۹۴ گزارش کرد. در پژوهش حاضر برای پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب پایایی دلبستگی اجتنابی ۰/۷۰، دلبستگی اضطرابی ۰/۷۵ و کل سوالات ۰/۹۰ به دست آمد.

**۴- پرسشنامه هم وابستگی:** اسپن و فیشر در سال ۱۹۹۰ اولین بار پرسشنامه را در ۱۵ سوال طراحی کردند اما در سال ۱۹۹۱ اسپن و فیشر به چندین مطالعه مقایسه‌ای دست زدند که این مطالعات منجر به اضافه گشتن یک سوال به آزمون شد. پرسشنامه ۱۶ سوال در مقیاس لیکرت ۶ گزینه‌ای می باشد که به صورت کاملاً مخالفم (۱)، تا حدودی مخالفم (۲)، کمی مخالفم (۳)، کمی موافقم (۴)، تا حدودی موافقم (۵)، کاملاً موافقم (۶) می باشد و دو سوال ۵ و ۷ به صورت معکوس نمره گذاری می شود. در سال ۱۹۹۱ برای بررسی اعتبار پرسشنامه هم وابستگی از روش‌های آلفای کرونباخ، روش دو نیمه کردن و روش بازآزمایی استفاده شد و برای بررسی و تبیین روایی آزمون از روش‌های روایی ملاکی و روایی سازه استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ برای آزمون برابر ۰/۷۳٪ به دست آمد (۴۳). در ایران پایایی آن به روش بازآزمایی بررسی و ضریب همبستگی ۰/۹۰۶ و معنادار در سطح ۰/۰۰۵ به دست آمده است و روایی همگرای آن با آزمون هم وابستگی ویلسون (۱۹۸۹) بررسی و ضریب همبستگی ۰/۵۹ و معنادار در سطح ۰/۰۰۱ به دست آمده است (۴۴). در پژوهش حاضر برای پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب پایایی کل سوالات ۰/۹۲ به دست آمد.

به دست آمده است (۳۶). در پژوهش حاضر برای پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب پایایی کل سوالات ۰/۸۷ به دست آمد.

**۲- پرسشنامه کنش‌وری تاملی (Reflective Functioning Questionnaire):** این پرسشنامه توسط فوناگی (Fonagy) و همکاران در سال ۲۰۱۶ با ۲۶ ماده به منظور ارزیابی سازه ذهنی سازی تهیه شده است که در تحلیل عاملی دو عامل اطمینان و عدم اطمینان در مورد حالت ذهنی خود و دیگران گزارش گردید. فوناگی و همکاران (۳۷) ثبات درونی برای مولفه اطمینان و عدم اطمینان را به ترتیب ۰/۶۳ و ۰/۶۷ در نمونه‌های غیربالینی گزارش کردند. هنجارسازی این مقیاس در جامعه ایرانی انجام شده است. تحلیل عاملی اکتشافی این پرسشنامه در جامعه ایرانی نیز دو عامل اطمینان و عدم اطمینان را نشان داد، روایی همگرای آن از طریق همبسته کردن زیرمقیاس‌های آن با مقیاس ذهن-آگاهی، پرسشنامه دلبستگی بزرگسال و مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی قابل قبول گزارش شد. همچنین پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ برای عامل اطمینان ۰/۸۸ و برای عامل عدم اطمینان ۰/۶۶ بود (۳۸). در پژوهش حاضر برای پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب پایایی برای مولفه اطمینان ۰/۸۹ و برای مولفه عدم اطمینان ۰/۹۰ به دست آمد.

**۳- پرسشنامه سبک‌های دلبستگی بزرگسالان:** پرسشنامه سبک‌های دلبستگی بزرگسال، توسط هازان و شیور در سال ۱۹۸۷ (۳۹) ساخته شده است و در مورد نمونه‌های دانشجویی، دانش‌آموزی و جمعیت ایرانی هنجاریابی شده است (۴۰). یک آزمون ۱۵ گویه‌ای است و سه زیر خرده مقیاس شامل سبک دلبستگی ایمن؛ سبک دلبستگی نایمن دوسوگرای اضطرابی؛ سبک دلبستگی نایمن اجتنابی را اندازه‌گیری می‌کند. سوالات پرسشنامه توسط علامت گذاری روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از نوع لیکرت شامل هرگز نمره ۰، به ندرت نمره ۱، بعضی اوقات نمره ۲، اغلب اوقات نمره ۳ و تقریباً همیشه نمره ۴ نمره گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره برای سبک دلبستگی ایمن ۱ تا ۴۰، برای سبک اجتنابی ۱ تا ۳۰ و برای سبک دوسوگرا ۱ تا ۳۵ است. هر چه در عبارات مربوط به هر سبک نمره بالاتری

یافته ها

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی افراد نمونه

متغیر	مشخصات	تعداد	درصد
میزان تحصیلات	کمتر از دیپلم	۵۷	۲۵/۹
	دیپلم	۶۲	۲۸/۲
	فوق دیپلم	۵۴	۲۴/۵
	لیسانس و بالاتر	۴۷	۲۱/۴
	کل	۲۲۰	۱۰۰
تعداد فرزند	یک فرزند	۶۰	۲۷/۲۷
	دو فرزند	۱۲۱	۵۵
	سه فرزند و بیشتر	۳۹	۱۷/۷۳
	کل	۲۲۰	۱۰۰
شغل	خانه دار	۹۵	۴۳/۱۸
	کارمند	۳۵	۱۵/۹۱
	پاره وقت	۴۰	۱۸/۱۸
	آزاد	۵۰	۲۲/۷۳
	کل	۲۲۰	۱۰۰

میانگین سن = ۳۵/۷۴  
انحراف معیار سن = ۶/۹۲

براساس داده های گردآوری شده ۵۷ نفر (۲۵/۹ درصد)، سیکل، ۶۲ نفر (۲۸/۲ درصد) دیپلم، ۵۴ نفر (۲۴/۵ درصد) فوق دیپلم و ۴۷ نفر (۲۱/۴ درصد) لیسانس و بالاتر بودند. تعداد ۶۰ نفر (۲۷/۲۷ درصد) دارای یک فرزند، ۱۲۱ نفر (۵۵ درصد) دارای ۲ فرزند و ۳۹ نفر (۱۷/۷۳ درصد) دارای سه فرزند و بیشتر بودند. ۹۵ نفر (۴۳/۱۸ درصد) خانه دار، ۳۵ نفر (۱۵/۹۱ درصد) کارمند، ۴۰ نفر (۱۸/۱۸ درصد) پاره وقت و ۵۰ نفر (۲۲/۷۳ درصد) آزاد بودند. میانگین و انحراف معیار سن به ترتیب ۳۵/۷۴ و ۶/۹۲ بود.

جدول ۲. تعداد، میانگین، انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
هم وابستگی	۲۲۰	۲۱/۶۵	۵/۷۳	-۱/۰۲	-۰/۳۸
آزار عاطفی	۲۲۰	۱۱/۸۵	۳/۱۴	-۱/۰۸	۰/۶۲
آزار جنسی	۲۲۰	۱۳/۴۲	۳/۰۲	-۱/۰۵	۱/۸۴
آزار فیزیکی	۲۲۰	۱۳/۲۴	۳/۴۴	-۰/۷۲	۰/۱۶
غفلت عاطفی	۲۲۰	۱۳/۶۲	۳/۸۷	-۰/۳۹	-۰/۸۶
غفلت جسمی	۲۲۰	۱۳/۹۸	۳/۰۱	-۲/۱۵	۱/۵۰
نمره کل ترومای کودکانی	۲۲۰	۶۶/۱۱	۱۶/۰۱	-۱/۴۱	۰/۷۸
دلبستگی اجتنابی	۲۲۰	۱۰/۳۰	۳/۷۲	-۰/۳۴	-۱/۵۱
دلبستگی اضطرابی	۲۲۰	۱۰/۸۹	۳/۹۹	-۰/۵۴	-۱/۵۲
عدم اطمینان (ذهنی سازی)	۲۲۰	۱۵/۳۸	۷/۱۳	۰/۷۷	-۱/۲۴
اطمینان (ذهنی سازی)	۲۲۰	۲۱/۳۹	۱۰/۱۵	-۰/۶۳	-۱/۳۵
نرمال بودن چندمتغیره (Multivariate)	ضریب مردیا: ۲/۱۰	نسبت بحرانی: ۲/۴۲			

### فرشته ارسلان ده و همکاران

جدول ۲ تعداد، میانگین و انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. همچنین برای انجام معادلات ساختاری به شیوه پارامتریک، پیش فرض نرمال بودن داده‌ها و متغیرها لازم است. نتایج همخطی چندگانه نشان داد که هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگ‌تر از حد مجاز ۱۰ نمی‌باشند. همچنین، براساس نتایج مقدار چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در بازه

(۲- تا ۲) قرار دارد. بنابراین، توزیع تمامی متغیرهای پژوهش نرمال است. مقدار ضریب مردیا و نسبت بحرانی باید کمتر از ۵ باشد که در این پژوهش «ضریب مردیا» ۲/۱۰ و مقدار نسبت بحرانی ۲/۴۲ به دست آمد که نشان دهنده برقراری فرض نرمال بودن چندمتغیره توزیع نمرات در این پژوهش است. در جدول ۳ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش آمده است.

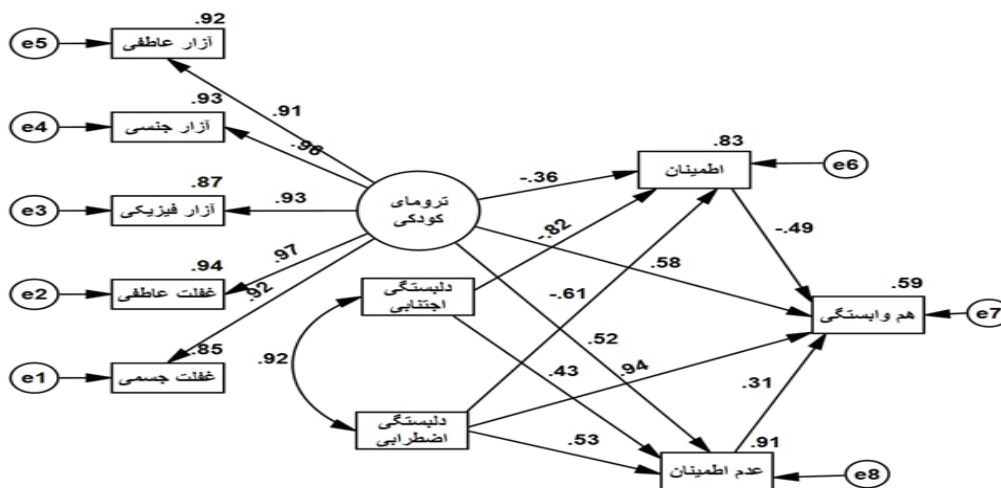
جدول ۳. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱- هم وابستگی	۱										
۲- آزار عاطفی	۰/۴۲**	۱									
۳- آزار جنسی	۰/۵۹**	۰/۵۱**	۱								
۴- آزار فیزیکی	۰/۴۲**	۰/۶۹**	۰/۳۶**	۱							
۵- غفلت عاطفی	۰/۴۱**	۰/۶۳**	۰/۵۶**	۰/۶۷**	۱						
۶- غفلت جسمی	۰/۳۴**	۰/۴۳**	۰/۵۴**	۰/۶۲**	۰/۵۰**	۱					
۷- نمره کل تروما	۰/۵۰**	۰/۶۹**	۰/۵۷**	۰/۶۵**	۰/۶۶**	۰/۵۷**	۱				
۸- دلبستگی اجتنابی	۰/۶۸**	۰/۴۵**	۰/۵۵**	۰/۴۲**	۰/۳۸**	۰/۴۸**	۰/۴۶**	۱			
۹- دلبستگی اضطرابی	۰/۶۲**	۰/۵۶**	۰/۷۶**	۰/۴۱**	۰/۳۹**	۰/۴۹**	۰/۴۵**	۰/۲۴**	۱		
۱۰- عدم اطمینان	۰/۶۸**	۰/۴۵**	۰/۴۱**	۰/۷۲**	۰/۵۶**	۰/۵۲**	۰/۷۰**	۰/۴۲**	۰/۵۲**	۱	
۱۱- اطمینان	۰/۳۴**	۰/۲۹**	۰/۳۰**	۰/۲۹**	۰/۲۶**	۰/۲۷**	۰/۲۹**	۰/۷۳**	۰/۶۷**	۰/۶۸**	۱

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

جدول ۳- ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. بین ترومای کودکی، دلبستگی اجتنابی، دلبستگی اضطرابی و عدم اطمینان (مولفه ذهنی سازی) با هم وابستگی ( $P < 0/01$ ) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بین اطمینان (مولفه ذهنی سازی) با هم وابستگی ( $P < 0/01$ ) رابطه منفی و معناداری وجود دارد. همان طور که در جدول

۲ نشان داده 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 مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد که نتایج آن در قالب شکل ۱ و جداول اثرات مستقیم و غیر مستقیم ارائه می‌شود.



شکل ۱. مدل اصلاح شده پژوهش



نقش میانجی ذهنی سازی (اطمینان و عدم اطمینان) برابر با ۰/۵۹ به دست آمد، این موضوع بیانگر آن است که ترومای کودکی و دل بستگی نایمن با میانجی ذهنی سازی (اطمینان و عدم اطمینان) در مجموع ۵۹ درصد از واریانس هم-وابستگی را تبیین می کنند. در ادامه شاخص های برازش مدل اصلاح شده در جدول ۴ نشان داده شده است.

شکل ۱. مدل اصلاح شده پژوهش را نشان می دهد که در مدل بالا، مسیر دل بستگی اجتنابی به هم وابستگی به دلیل معنادار نبودن حذف و لذا مدل اصلاح شد. در مدل اصلاح شده مجموع مجذور هم بستگی های چندگانه ( $R^2$ ) یا واریانس تبیین شده برای هم وابستگی براساس ترومای کودکی و دل بستگی نایمن (اجتنابی و اضطرابی) با

جدول ۴: شاخص های برازندگی مدل اصلاح شده پژوهش

نوع شاخص	شاخص ها	مقدار به دست آمده	مقدار قابل قبول
شاخص های مطلق	CMIN	۸۴/۵۵	-
	درجه آزادی (DF)	۲۹	-
	سطح معناداری (P)	۰/۰۰۱	بیشتر از ۰/۰۵
	نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی $X^2/df$ یا CMIN/df	۲/۹۱	کمتر از ۳
شاخص های نسبی	خطای ریشه ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA)	۰/۰۶	کمتر از ۰/۰۸
	شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE)	۰/۰۰۱	کمتر از ۰/۰۵
	شاخص برازش مقایسه ای (CFI)	۰/۴۱	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازندگی افزایشی (IFI)	۰/۹۲	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۵	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازش هنجار شده (NFI)	۰/۹۶	بیشتر از ۰/۹۰

اساس جدول ۴- مشاهده می شود مقدار شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE) ۰/۰۰۱ و شاخص RMSEA برابر ۰/۰۶ می باشد که براساس مدل کلاین نشان دهنده برازش مدل است. در ادامه نتایج جدول ۵ و ۶ اثرات مستقیم و میانجی متغیرهای پژوهش را نشان می دهد و براساس آن می توان به تایید یا رد اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش در هم وابستگی 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 ۴- استفاده شده است. همچنین 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

جدول ۵: ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مدل اصلاح شده پژوهش

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب استاندارد	ضریب غیراستاندارد	خطای استاندارد	t	P
ترومای کودکی	هم وابستگی	۰/۵۸	۰/۴۱	۰/۱۳	۶/۰۵	۰/۰۰۱
دل بستگی اضطرابی	هم وابستگی	۰/۹۴	۰/۸۱	۰/۱۱	۹/۸۵	۰/۰۰۱
دل بستگی اجتنابی	هم وابستگی	-	-	-	-	-
اطمینان	هم وابستگی	-۰/۴۹	-۰/۵۹	۰/۱۲	-۵/۷۳	۰/۰۰۱
عدم اطمینان	هم وابستگی	۰/۳۱	۰/۴۲	۰/۱۳	۲/۴۹	۰/۰۰۲

کودکی ( $P=۰/۰۰۱$ ) دل بستگی اضطرابی ( $P=۰/۰۰۱$ )، ذهنی سازی (مولفه اطمینان) ( $P=۰/۰۰۱$ ) و ذهنی سازی (مولفه عدم اطمینان) ( $P=۰/۰۰۲$ ) بر هم وابستگی معنادار بود. در ادامه جهت بررسی رابطه غیرمستقیم مدل اصلاح شده از

با توجه به جدول ۵ 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 توجه به جدول ۴ می توان مشاهده کرد که مسیر مستقیم ترومای

جدول ۶ ارائه شده است.

روش بوت استروپ استفاده شده است. نتایج روش بوت استروپ برای بررسی مسیرهای واسطه ای غیرمستقیم در

جدول ۶: بررسی روابط غیرمستقیم متغیرها در مدل اصلاح شده پژوهش

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	ضریب غیراستاندارد	حد پایین	حد بالا	معناداری
ترومای کودکی	اطمینان	هم وابستگی	-۰/۵۶	-۰/۱۴	-۰/۲۷	۰/۰۰۱
ترومای کودکی	عدم اطمینان	هم وابستگی	۰/۵۱	۰/۵۱	۰/۸۱	۰/۰۰۱
دلستگی اضطرابی	اطمینان	هم وابستگی	-۰/۳۹	-۰/۲۳	-۰/۵۳	۰/۰۰۱
دلستگی اضطرابی	عدم اطمینان	هم وابستگی	۰/۴۲	۰/۵۶	۰/۹۰	۰/۰۰۱

مسئله حل نشده را دوباره بیدار کند (۱۳). بنابراین رویدادهای بعدی زندگی مانند اعتیاد همسران می تواند آسیب های دوران کودکی مانند انواع سوءاستفاده های جسمی، عاطفی و جنسی را فعال نماید. همچنین طبق یافته های اسپینازولا (Spinazzola) و همکاران (۱۴) انواع تروماهای دوران کودکی از جمله سوءاستفاده جسمی، روانی و هیجانی در دوران کودکی نشان دهنده نقص در رابطه دلستگی میان مراقبت کننده و کودک از طریق عدم وجود وابستگی احساسی و غفلت هیجانی و یا اعمال آشکار سوءاستفاده کلامی و احساسی است که باعث اختلالات روان شناختی کودک و مانع از توسعه بهنجار ظرفیت های اساسی مانند احساسات خودکارآمدی، خودکفایی و افزایش ظرفیت ذهنی سازی و تنظیم هیجان می شود (۱۴). از سویی دیگر، افراد علی رغم تجربیات آسیبزا در صورت اکتساب ظرفیت بالای روان شناختی و درک و بینش نسبت به فرایندهای ذهنی خود و خودکنترلی بر فرایندهای درونی بجای تمرکز بیش از حد بر روی نیازها و رفتارهای دیگران روی خود تمرکز می کنند و توانایی رشد خود مستقل را در روابط صمیمانه دارند و می توانند در روابط عمیق، آرامش و راحتی خود را حفظ کنند لذا افزایش ظرفیت ذهنی سازی باعث کاهش میزان هم وابستگی آنها می شود.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که سبک دلستگی اجتنابی به صورت مستقیم بر روی هم وابستگی تاثیر ندارد ولی به صورت غیرمستقیم از طریق ذهنی سازی بر هم وابستگی تاثیر می گذارد. افزودن بر این، سبک دلستگی اضطرابی هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم از طریق ذهنی سازی بر هم وابستگی تاثیر می گذارد. این یافته به صورت مستقیم و غیرمستقیم با پژوهش های آنکل و کاباکسی (۲۲)، لویتن (Luyten) و همکاران (۲۸)، هونفلدت (Hünefeldt) و همکاران (۴۶) همسو

برای تعیین اثر غیرمستقیم از روش بوت استروپ با ۲۰۰۰ بار فرآیند نمونه گیری استفاده گردید که با توجه به جدول ۶ می توان مشاهده کرد که اثر غیرمستقیم ترومای کودکی بر هم وابستگی از طریق نقش میانجی اطمینان معنی دار است ( $P=۰/۰۰۱$ ). اثر غیرمستقیم ترومای کودکی بر هم وابستگی از طریق نقش میانجی عدم اطمینان معنی دار است ( $P=۰/۰۰۱$ ). اثر غیرمستقیم دلستگی اضطرابی بر هم وابستگی از طریق نقش میانجی اطمینان معنی دار است ( $P=۰/۰۰۱$ ). اثر غیرمستقیم متغیر دلستگی اضطرابی بر هم وابستگی از طریق نقش میانجی عدم اطمینان معنی دار است ( $P=۰/۰۰۱$ ).

## بحث

یافته های پژوهش نشان داد که تجربه ترومای کودکی هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم با میانجی گری ذهنی سازی بر هم وابستگی همسران مصرف کنندگان مواد تحت درمان نگهدارنده تاثیر دارد. در راستای یافته های پژوهش حاضر کارسون و بکر (۱۲) در پژوهشی نشان دادند که دانشجویان دختر دارای سابقه ی سوءاستفاده ی جنسی در کودکی در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معناداری در نمرات هم وابستگی داشتند. آتشلویس (Autenshlyus) (۴۵) در پژوهشی بر روی ۲۰۰ زن بین ۲۳ تا ۳۰ سال نشان داد که هم وابستگی بالا با نشانه های اختلال استرس پس از سانحه ارتباط دارد و این افراد نشانه های بیشتری در مقایسه با افرادی که هم وابستگی پایینی دارند، نشان دادند. در تبیین این یافته ها می توان به تئوری عمل معوق فروید اشاره کرد که در آن یک رویداد ثانویه، ترومای اولیه را که از حافظه سرکوب شده است، دوباره فعال می نماید در واقع یک رویداد ثانویه در زندگی بیمار می تواند باعث فعال سازی آسیب های اولیه وی شود و یک تعارض یا

است. در تبیین این یافته ها می توان گفت ظرفیت ذهنی سازی که یک کارکرد بازتابی تلقی می شود، توانایی درک حالات ذهنی خود و دیگران است که از طریق روابط بین فردی در دوران کودکی به خصوص روابط دلبستگی به دست می آید و زیربنای رفتارهای آشکار است (۲۷). براساس یافته ها و نظریه فوناگی سبک های دلبستگی مضطرب، اجتنابی و آشفته، سطوح پایین تری از ذهنی سازی را نشان می دهند. به ویژه، آنها ناتوانی بیشتری در جهت دادن توجه به عناصر هیجانی، و تمایل بیشتری برای قضاوت منفی تجربه هیجانی خود نشان می دهند، در نتیجه با احساس شرم و آشفتهگی هیجانی بیشتر واکنش نشان می دهند و در شناسایی واضح هیجانات مشکلات بیشتری دارند (۴۷). همچنین، شواهد پژوهشی نشان می دهد، والدین با سطوح ذهنی سازی کافی حساسیت بیشتری در تعامل با فرزندان خود نشان می دهند، در حالی که والدینی که شاخص های ذهنی سازی پایین تری دارند، تمایل بیشتری به تربیت فرزندان خود به شیوه ای غیرحساس و پرورش سبک های دلبستگی نایمن و نقص ذهنی سازی در نسل های بعدی نشان می دهند (۴۸). از سویی دیگر، بزرگسالان دوسوگرا در روابط عاطفی خود با دیگران انحصارگر و وابسته بوده، دائمائنگران طرد و رها شدن از سوی دیگران هستند و با وابستگی شدید به دیگری سعی در کاهش اضطراب جدایی خود دارند. بزرگسالان دارای سبک دلبستگی نایمن (اجتنابی) به دیگران اعتماد ندارند و همیشه یک نوع فاصله ی هیجانی را از دیگران حفظ می کنند و اغلب تنها و متخاصم هستند. خصومت زیاد آن ها، محصول نیاز دلبستگی ناکام شده، همراه با انتظار طرد از سوی دیگران است (۴۹). از سویی دیگر هنگامی که دو نفر در یک ارتباط وابسته به یکدیگر قرار می گیرند هر یک بر دیگری قدرت برآوردن سلامتی و نیازهای رفاهی اش را می دهند ولی هنگامی که دو نفر به یکدیگر هم وابسته می شوند هر یک به دیگری قدرتی را می دهند که حس اعتماد به نفس دیگری را تحت کنترل قرار می دهد. فرد وابسته به دیگران تکیه کرده و از توانایی فکر و اندیشه خود استفاده نمی کند. او بدون فکر در تمامی امور زندگی از دیگران تقلید کرده و از آن ها فرمان برداری می کند. این زوجین نمی توانند بدون توجه به سلامت و نیازهای اساسی خود به طور مسئولانه ای تنها به زوج و مراقبت از او مشغول شود (۵۰). بر روی احساسات خود سرپوش می گذارد و خواست های خود را مطرح نمی کند، زیرا

تنها به احساس و خواست های فرد دیگر توجه دارد. بدین ترتیب با توجه به موارد بیان شده می توان عنوان داشت از آنجایی که زوجین وابسته عزت نفس پایینی دارند، ترس از تنهایی زیادی دارند، احساس نایمنی شدیدی را تجربه می نمایند، از هویت مستقلی برخوردار نمی باشند، تنفر از اقتدارطلبی داشته و خودناارزنده سازی، انگیزه پایین و بدبینی به آینده از دیگر ویژگی های آن ها است، می توان انتظار داشت که این افراد مستعد احساس گرفتاری بیشتر در رابطه با همسر باشند (۵۰).

### نتیجه گیری

به طور کلی یافته های پژوهش حاضر نشان داد که تجربه ترومای کودکی و سبک دلبستگی اضطرابی به صورت مستقیم و غیرمستقیم از طریق ذهنی سازی بر هم وابستگی همسران مصرف کنندگان مواد تحت درمان نگهدارنده تاثیر دارد. بنابراین می توان گفت افراد علی رغم تجربیات آسیبزا و سبک دلبستگی نایمن در صورت اکتساب ظرفیت بالای روان شناختی و درک و بینش نسبت به فرایندهای ذهنی خود و خودکنترلی بر فرایندهای درونی بجای تمرکز بیش از حد بر روی نیازها و رفتارهای دیگران روی خود تمرکز می کنند و توانایی رشد خود مستقل را در روابط صمیمانه دارند و می توانند در روابط عمیق، آرامش و راحتی خود را حفظ کنند بنابراین ظرفیت بالای ذهنی سازی باعث کاهش میزان هم وابستگی می شود. لذا پیشنهاد می شود به درمان های مبتنی بر تنظیم هیجان و ذهنی سازی با هدف کاهش هم وابستگی توجه ویژه ای شود. پیشنهاد می شود سایر متغیرهای روان شناختی از قبیل متغیرهای شناختی، هیجانی و شخصیتی مرتبط با هم وابستگی مورد بررسی قرار گیرد. در زمینه محدودیت های این پژوهش می توان به مقطعی بودن اشاره کرد، از آنجایی که مطالعه مبتنی بر همبستگی است، بنابراین نتیجه گیری و استنباط از این مطالعه نیز باید براساس روابط همبستگی صورت گیرد نه براساس روابط علت و معلولی؛ همچنین در پژوهش حاضر از مقیاس های خودگزارشی استفاده شده است. این پژوهش بر روی همسران مصرف کنندگان مواد تحت درمان نگهدارنده شهر قزوین انجام شده است و از تعمیم آن به سایر جمعیت ها باید احتیاط کرد و در نهایت متخصصان می توانند از یافته های این پژوهش در آسیب شناسی، ارزیابی و کار بالینی بر روی گروه های در معرض خطر هم

### تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

### References

1. Gururaj G, Girish N, Benegal V, Chandra V, Pandav R. Burden and socioeconomic impact of alcohol, The Bangalore Study. World Health Organization, South East Asia Regional office, New Delhi. 2006.
2. Mannelli P. The burden of caring: drug users & their families. Indian Journal of Medical Research. 2013 Apr 1;137(4):636-8.
3. Salonia G, Mahajan R, Mahajan NS. Codependency and coping strategies in the spouses of substance abusers. Scholars Journal of Applied Medical Sciences. 2021 Jul;7:1130-8. <https://doi.org/10.36347/sjams.2021.v09i07.002>
4. Atadokht A. Depression and suicidal ideation of women with addicted spouse in Parsabad border town based on perceived stress and alexithymia. Counseling Culture and Psychotherapy. 2020 Sep 22;11(43):217-36.
5. Chang SH. Testing a model of codependency for college students in Taiwan based on Bowen's concept of differentiation. International Journal of Psychology. 2018 Apr;53(2):107-16. <https://doi.org/10.1002/ijop.12271>
6. Fuller JA, Warner RM. Family stressors as predictors of codependency. Genetic Social and General Psychology Monographs. 2000 Feb 1;126(1):5-24.
7. Kazemi Rezaei SA, Khoshsorour S, Nouri R. The discriminative role of metacognitive beliefs, difficulty in emotion regulation, and codependency in obese women. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2019 Sep 10;22(4):86-97. [Persian]. <https://doi.org/10.32598/JAMS.22.4.80>
8. Mann CL. Managing exchange rates: Achievement of global re-balancing or evidence of global co-dependency?. Business Economics. 2004 Jul 1;39(3):20-9.
9. Ramírez-Amaro M, Martínez-Torres J, Bogarín EL. Factores familiares asociados a codependencia en enfermeras de un hospital de Cancún, Quintana Roo, México.

وابستگی، مصرف کننده مواد و جمعیت عمومی استفاده کنند.

### سپاسگزاری

از تمامی افرادی که در این پژوهش همکاری داشته‌اند،

- Atención Primaria. 2014 May 1;46(5):254-60. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.12.010>
10. Gotham HJ, Sher KJ. Do codependent traits involve more than basic dimensions of personality and psychopathology?. Journal of studies on alcohol. 1996 Jan;57(1):34-9. <https://doi.org/10.15288/jsa.1996.57.34>
  11. Qin Q, Jiang Y, Mei X, Zhu Y, Li H, Li S, Chen K, Zhang C, Wang X, Bai H, Zhang J. The effect of childhood trauma on depression in college students: A moderated mediation model. Journal of Affective Disorders. 2024 Feb 23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.02.067>
  12. Carson AT, Baker RC. Psychological correlates of codependency in women. International journal of the addictions. 1994 Jan 1;29(3):395-407. <https://doi.org/10.3109/10826089409047388>
  13. Eickhoff FW. On Nachträglichkeit: The modernity of an old concept. The International Journal of Psychoanalysis. 2006 Dec 1; 87(6):1453-69. <https://doi.org/10.1516/EKAH-8UH6-85C4-GM22>
  14. Spinazzola J, Van der Kolk B, Ford JD. When nowhere is safe: Interpersonal trauma and attachment adversity as antecedents of posttraumatic stress disorder and developmental trauma disorder. Journal of traumatic stress. 2018 Oct; 31(5):631-42. <https://doi.org/10.1002/jts.22320>
  15. Bowlby J. Attachment and Loss. London: Hogarth Press; 1980, vol 3.
  16. Bruce E, Ahnlund AE, Svennberg E. Swedish neonatal nurses' experiences of enhancing attachment to children born prematurely. Journal of Neonatal Nursing. 2022 Oct 1; 28(5):344-8. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2021.09.006>
  17. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. Journal of personality and social psychology. 1991 Aug;61(2):226. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.61.2.226>
  18. Bowlby J. Attachment and Loss: Separation, Vol. 2 New York, NY: Basic Books [Google Scholar].

- 1973.
19. Gasiorowska A, Folwarczny M, Otterbring T. Anxious and status signaling: Examining the link between attachment style and status consumption and the mediating role of materialistic values. *Personality and Individual Differences*. 2022 May 1; 190:111503. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111503>
  20. Ciocca G, Pelligrini F, Mollaioli D, Limoncin E, Sansone A, Colonnello E, Jannini EA, Fontanesi L. Hypersexual behavior and attachment styles in a non-clinical sample: The mediation role of depression and post-traumatic stress symptoms. *Journal of Affective Disorders*. 2021 Oct 1; 293:399-405. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.064>
  21. Khodabakhsh M. Attachment styles as predictors of empathy in nursing students. *Journal of medical ethics and history of medicine*. 2012; 5. [Persian].
  22. Ançel G, Kabakçi E. Psychometric properties of the Turkish form of codependency assessment tool. *Archives of psychiatric nursing*. 2009 Dec 1; 23(6):441-53. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2008.10.004>
  23. Bowlby J. Attachment and loss: retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*. 1982; 52(4):664. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x>
  24. Ruppel EK, Curran MA. Relational sacrifices in romantic relationships: Satisfaction and the moderating role of attachment. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2012; 29(4):508-29. <https://doi.org/10.1177/0265407511431190>
  25. Bateman AW, Fonagy P, editors. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Pub; 2019 Apr 18.
  26. Bateman A, Fonagy P. Mentalization-based treatment for borderline and antisocial personality disorder. In *Contemporary psychodynamic psychotherapy* 2019 Jan 1 (pp. 133-148). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813373-6.00009-X>
  27. Bateman AW, Fonagy PE. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Publishing, Inc.; 2012.
  28. Luyten P, Mayes LC, Nijssens L, Fonagy P. The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. *PloS one*. 2017 May 4; 12(5):e0176218. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176218>
  29. Tahmasebiashtiani E, Vatankhah Amjad F, Soleimani H. The effectiveness of mentalization-based therapy on insecure attachment, fear of intimacy and suicidal ideation in people with major depressive disorder. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2022 Jul 10; 10(2):85-97. [Persian].
  30. Castelli GL. Las polaridades de la Mentalización en la práctica clínica The polarities of Mentalization in clinical practice. [The polarities of mentalization in clinical practice]. *Clinica e Investigación Relacional*, 5, 295-315.
  31. Savov S, Atanassov N. Deficits of affect mentalization in patients with drug addiction: Theoretical and clinical aspects. *International Scholarly Research Notices*. 2013; 2013. <https://doi.org/10.1155/2013/250751>
  32. Cosenza M, Ciccarelli M, Nigro G. The steamy mirror of adolescent gamblers: Mentalization, impulsivity, and time horizon. *Addictive Behaviors*. 2019 Feb 1; 89:156-62. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.10.002>
  33. Herrero-Fernández D, Parada-Fernández P, Rodríguez-Arcos I, Amaya-Carrillo L, González-Sáez ME, Rubio-González M. The mediation effect of mentalization in the relationship between attachment and aggression on the road. *Transportation research part F: traffic psychology and behaviour*. 2022 Apr 1; 86:345-55. <https://doi.org/10.1016/j.trf.2022.03.009>
  34. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford publications; 2015.
  35. 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)
  36. Shafiei M, Rezaee F, Sadeghi M. Model of Contrast Avoidance of Generalized Anxiety Disorder in People with Symptoms of Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Psychology*. 2021 Jun; 1(97):98. [Persian].
  37. Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkins A, Lee YW, Warren F, Howard S, Ghinai R, Fearon P, Lowyck B. Development and validation

- of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. *PLoS One*. 2016 Jul 8; 11(7):e0158678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>
38. Drogar, E., Fathi-Ashtiani, A., ashrafi, E. Validation and Reliability of the Persian Version of the Mentalization Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 2020; 12(1): 1-12. [Persian].
  39. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*. 1987 Mar; 52(3):511. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.52.3.511>
  40. Besharat M. Standardization of adult attachment scale. Tehran University, 2005. [Persian].
  41. Collins NL, Read S. Cognitive representations of attachment: the structure and function of attachment models. *Attachment processes in adulthood: Advances in personal relationships*. London: Kingsley. 1994.
  42. Divandari H. The young schema questionnaire-short form (SQ-SF): investigation psychometric properties and factor structure between students in Islamic Azad University, Kashmar Branch. *Educational researches*. 2009 Oct 23; 5(20):1-29. [Persian].
  43. Fischer JL, Spann L. Measuring codependency. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 1991; 8(1):87-100. [https://doi.org/10.1300/J020V08N01\\_06](https://doi.org/10.1300/J020V08N01_06)
  44. Ashraf, M H. Codependency and Validating Spann-Fischer in The Women of Mashhad. *Research on Addiction*. 2010;4(15):49-62. [Persian].
  45. Autenshlyus YB. Codependence and post-traumatic stress disorders. *International Journal of Psychophysiology*. 2008;3(69):287. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2008.05.260>
  46. Hünefeldt T, Laghi F, Ortu F, Belardinelli MO. The relationship between ‘theory of mind’ and attachment-related anxiety and avoidance in Italian adolescents. *Journal of adolescence*. 2013 Jun 1;36(3):613-21. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.03.012>
  47. Pérez MA, Botella L. Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de psicoterapia*. 2006 Jul 1;17(66/67):77-120. <https://doi.org/10.33898/rdp.v17i66/67.907>
  48. Ensink K, Borelli JL, Roy J, Normandin L, Slade A, Fonagy P. Costs of not getting to know you: Lower levels of parental reflective functioning confer risk for maternal insensitivity and insecure infant attachment. *Infancy*. 2019 Mar;24(2):210-27 <https://doi.org/10.1111/infa.12263>
  49. Feeney JA, Noller P. Attachment style and verbal descriptions of romantic partners. *Journal of Social and Personal Relationships*. 1991;8(2):187-215. <https://doi.org/10.1177/0265407591082003>
  50. Broozi A, Mohammadi FS, Fraghani A. The effect of spouse-specific dependency on entrapment and couple burnout in married students. *Family Pathology, Counseling and Enrichment Journal*. 2018;3(2):1-20 [Persian].