Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN) Original Article

July-August 2026, Volume 14, Issue 3 10.22034/ijpn.14.3.29

The Relationship Between Childhood Trauma and Substance Use Tendency and Suicidal Thoughts in Young Adults: The Mediating Role of Alexithymia

Shayesteh Hariri[1*], Najmeh Sadat Hamed Shamaei[2], Azam Beheshtinia[3], Somayeh Rouzban[4]

1. MS.c in Cilinical Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Alborz, Iran.
2. Department Of Psychology ,Qe.c., Islamic Azad University, Qeshm, Iran.
3. MS.c in Rehabilitation Counseling, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
4. MS.c in Clinical Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Alborz, Iran.

Corresponding Author: Shayesteh Hariri, MS.c in Cilinical Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Alborz, Iran.
E-mail: Shayesteh.hariri@gmail.com

Received: 2026/07/30 Accepted: 2026/09/1

Abstract

Introduction: Today, the increasing spread of drug use and suicidal thoughts has been raised as a serious threat to the health of society. This study aims to determine the mediating role of alexithymia in the relationship between childhood trauma, substance use tendency, and suicidal thoughts in young adults.

Methods: The research method was descriptive-correlational. The statistical population in this study included all young adults referring to clinics and psychological service centers in Tehran in 2025, from which 250 individuals were selected using convenience sampling. Participants completed the questionnaire on childhood trauma, the addiction potential scale, Beck's suicidal ideation scale, and the Toronto Alexithymia Scale. Data analysis was performed using structural equation modeling with SPSS 24 and AMOS 26 software.

Results: The results showed that the research model has a good fit. The indirect effect of childhood trauma on substance use tendency through the mediating role of alexithymia is significant ($P<0.05$, $b= 0.65$), and the indirect effect of childhood trauma on suicidal thoughts through the mediating role of alexithymia is significant ($P<0.05$, $b = 0.63$). The results also showed that the research variables explained a total of 46% of the variance in substance use tendency and 49% of the variance in suicidal thoughts.

Conclusions: Considering the impact of childhood trauma and alexithymia on suicidal thoughts and substance use tendency in young adults, it is suggested that educational workshops be considered to increase awareness about emotion regulation and management and to teach scientific strategies to improve emotion management for individuals exposed to traumatic events.

Keywords: Childhood Trauma, Substance Use Tendency, Suicidal Thoughts, Alexithymia, Young Adults.

نشریه روان پرستاری مقاله پژوهشی

مرداد و شهریور ۱۴۰۵، دوره ۱۴، شماره ۳

10.22034/ijpn.14.3.29

رابطه ترومای کودکی با گرایش به اعتیاد و افکار خودکشی در بزرگسالان جوان: نقش میانجی ناگویی هیجانی

شایسته حریری[1*]، نجمه سادات حامد شماعی[2]، اعظم بهشتی نیا[3]، سمیه روزبان[4]

۱. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، البرز، ایران.
۲.گروه روانشناسی ، واحدقشم، دانشگاه آزاد اسلامی، قشم، ایران.
۳. کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۴. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، البرز، ایران.

نویسنده مسئول: شایسته حریری، کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، البرز، ایران.
ایمیل: Shayesteh.hariri@gmail.com

تاریخ دریافت : ۱۴۰۵/۵/۸ تاریخ پذیرش : ۱۴۰۵/۶/۱۰

چکیده

مقدمه: امروزه گسترش روزافزون مصرف مواد و افکار خودکشی به عنوان خطر جدی برای سلامت جامعه مطرح شده است. هدف این پژوهش تعیین نقش میانجی ناگویی هیجانی در ارتباط بین ترومای کودکی با گرایش به اعتیاد و افکار خودکشی در بزرگسالان جوان است.

روش کار: روش پژوهش توصیفی – همبستگی بود. جامعه آماری در این مطالعه شامل کلیه بزرگسالان جوان مراجعه کننده به کلینیک ها و مراکز خدمات روان شناختی شهر تهران در سال ۱۴۰۴ بود که از بین آنها ۲۵۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. شرکت کنندگان پرسشنامه های ترومای دوران کودکی، مقیاس آمادگی به اعتیاد، مقیاس افکار خودکشی بک و مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو را تکمیل کردند. تحلیل داده ها با استفاده از روش مدل سازی معادلات ساختاری با نرم افزار SPSS-24 و AMOS-26 انجام شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که مدل پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار است. اثر غیرمستقیم ترومای کودکی بر گرایش به اعتیاد از طریق نقش میانجی ناگویی هیجانی معنی دار (P<۰/۰۵، b=۰/۶۵) و اثر غیرمستقیم ترومای کودکی بر افکار خودکشی از طریق نقش میانجی ناگویی هیجانی معنی دار است (P<۰/۰۵، b=۰/۶۳). نتایج همچنین نشان داد که متغیرهای پژوهش در مجموع ۴۶ درصد از واریانس گرایش به اعتیاد و ۴۹ درصد از واریانس افکار خودکشی را تبیین کردند.

نتیجه گیری: با توجه به تاثیر ترومای کودکی و ناگویی هیجانی بر افکار خودکشی و گرایش به مصرف مواد در بزرگسالان جوان، پیشنهاد می شود کارگاه های آموزشی با هدف افزایش آگاهی در مورد تنظیم و مدیریت هیجان و آموزش راهکارهای علمی به منظور بهبود مدیریت هیجان برای افراد در معرض رویدادهای تروماتیک در نظر گرفته شود.

کلیدواژه ها: ترومای کودکی، گرایش به اعتیاد، افکار خودکشی، ناگویی هیجانی، بزرگسالان جوان.

مقدمه

تحولات اجتماعی سال های اخیر در ایران از جمله به تاخیر افتادن ازدواج، تعویق سن فرزندآوری، افزایش سنوات تحصیل و شغل پایدار، ایران را به پایگاه مستعدی برای تجربه تحولی ظهور بزرگسالی با ویژگی های متفاوت از نوجوانی و بزرگسالی تبدیل کرده است (۱). وجود این عوامل جامعه شناختی می تواند فشار روان شناختی مضاعفی بر جوانان وارد نموده و زمینه ساز رفتارهای پرخطر در آنان شود. با این حال، علاوه بر تمرکز بیرونی در گرایش به رفتارهای پرخطر، وجود برخی ویژگی های هیجانی و صفات

شخصیتی در جوانان می تواند زمینه ساز برخی رفتارهای پرخطر ازجمله گرایش به مصرف مواد باشد (۲). گرایش به مصرف مواد (substance use tendency) یکی از مهمترین اختلالات روانی- اجتماعی است که فرد را از لحاظ جسمانی و روانی دچار اختلال می کند (۳). اعتیاد، ابتلای همه جانبه فرد به ماده یا داروی مخدر است، به طوری که او را از نظر جسمی و روانی به خود وابسته می کند (۴) گرایش به مصرف مواد، یه عنوان الگوی مصرفی نابجایی است که پیامدهای متعدد و نامطلوبی را از جمله گرایش به مصرف در موقعیت های نامناسب و مشکلات متعدد اجتماعی شغلی و قانونی را به همراه دارد. تلاش برای درک، پیشگیری و درمان گرایش به مصرف مواد با این سوال شروع می شود که چرا افراد به ویژه جوانان، مواد مصرف می کنند؟ فرایند اعتیاد عمیقا تحت تاثیر جنبه های بیولوژیکی، روان شناختی و محیط اجتماعی است که فرد در آن رشد می کند. به عبارت دیگر، عوامل متعددی در آمادگی برای گرایش به اعتیاد نقش دارند که می تواند منجر به سوءمصرف و اعتیاد شود (۵).

از سوی دیگر، خودکشی (Suicide) یک مشکل جدی بهداشت عمومی در سرتاسر جهان است (۶). کامینگز و کامینگز (Cummings and Cummings) (۷) خودکشی را یک فرآیند سه مرحله‌ای می‌دانند آنها پیشنهاد می کنند که مرحله ۱ مرحله «ایده پردازی» است، که طی آن فرد بیشتر و بیشتر به خودکشی فکر می کند. مرحله ۲ مرحله «برنامه ریزی» است که طی آن فرد شروع به تدوین یک برنامه خاص برای خودکشی می کند، افراد در این مرحله نیاز اساسی به مراقبت روان شناختی موثر دارند. مرحله۳ «خودکشی» زمانی شروع می شود که فرد تصمیم می گیرد به زندگی خود پایان دهد (۷). به عبارت دیگر، خودکشی طیف وسیعی از رفتارها و افکار مرتبط با خودکشی، مانند خودکشی کامل، اقدام به خودکشی و افکار خودکشی را شامل می شود (۸). بنابراین، شناسایی عوامل خطر کلیدی و اجرای مداخلات به موقع برای پیشگیری از گرایش به مصرف مواد و افکار خودکشی در بزرگسالان جوان ضروری است. شواهد پژوهشی نشان می دهد عواملی اعم از قرار گرفتن در معرض خودکشی در میان بستگان یا دوستان، اضطراب اجتماعی، افسردگی و ترومای کودکی (Childhood Trauma) از عوامل خطر افکار خودکشی و گرایش به اعتیاد می باشند (۹).

تجربیات مثبت و محیط های حمایتی در اوایل دوران کودکی می تواند به طور قابل توجهی بر رشد مهارت های شناختی، اجتماعی و عاطفی تاثیر بگذارد. فراهم کردن پایه ای محکم از مهارت های اجتماعی و عاطفی و شرایط زندگی حمایتی برای حفظ و ارتقای سلامت روان همه افراد مهم است (۱۰). نبود این تجربیات مثبت و حمایتی می تواند نقش مهمی در سبب شناسی اختلالات روانی در بزرگسالی داشته باشد (۱۱). ترومای دوران کودکی به اشکال مختلف سوءاستفاده و غفلت که افراد در دوران کودکی تجربه می‌کنند (مانند سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جنسی، غفلت جسمی یا غفلت عاطفی) اشاره دارد (۱۲). در سال‌های اخیر، ترومای دوران کودکی به تدریج به یک مشکل جهانی تبدیل شده است. یک نظرسنجی توسط سازمان بهداشت جهانی نشان داد که بیش از یک سوم جمعیت، ترومای دوران کودکی را تجربه کرده‌اند (۱۳). ترومای کودکی با پیامدهای منفی از جمله اختلال در تنظیم هیجان و شناخت اجتماعی و سوء مصرف مواد همراه است (۱۱). به عبارتی دیگر فضای عاطفی سرد، بی تفاوت و بسته بین اعضای خانواده و تجارب ناسازگار دوران کودکی به ایجاد رفتارهای مخاطره آمیز و استفاده از مواد مخدر منجر می شود. نتایج پژوهش ها نشان داده که تجارب آسیب زای دوران کودکی خطر اعتیاد دارویی و مصرف مداوم دارو، الکل و مواد مخدر را در بزرگسالی افزایش می دهد (۱۴). در این راستا، یافته های مطالعات بررسی عوامل شناختی، رفتاری، هیجانی و عصبی بیولوژیکی نشان می دهد که آسیب های اولیه زندگی بر توسعه سیستم های عصبی بیولوژیکی تأثیر می گذارد که به نوبه خود بر عملکرد روانشناختی آینده تأثیر منفی می گذارد و منجر به الگوهای شناختی و رفتاری ناسازگار می شود که احتمال رفتار خودکشی را افزایش می دهد (۱۵). بنابراین، افزایش خطر اقدام به خودکشی در بزرگسالی به عنوان یکی از پیامدهای تروماهای دوران کودکی و نوجوانی شناخته می شود. ارتباط میان ناملایمات و ترومای کودکی و افزایش خطر افکار و رفتار خودکشی هم در جمعیت عمومی و هم در جمعیت بالینی دیده می شود (۱۶).

بنابراین، ترومای کودکی روی گرایش به اعتیاد و افکار خودکشی تاثیر می گذارد. با این حال به نظر می رسد اثر ترومای کودکی بر گرایش به اعتیاد و افکار خودکشی یک اثر مستقیم نیست بلکه مکانیزم های واسطه ای این اثر را میانجی گری می کند. یکی از متغیرهای احتمالی برای میانجی گری این رابطه ناگویی هیجانی می تواند باشد (۱۷،۱۸). ناگویی هیجانی (Alexithymia) با سه ویژگی

اصلی مشخص می شود، از جمله دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر بیرونی (عینی) (۱۹). افرادی که آسیب های دوران کودکی را تجربه می کنند، در شناسایی و بیان احساسات خود مشکل بیشتری دارند (۲۰). سوء استفاده عاطفی و بی توجهی، شناسایی و ابراز احساسات را برای افراد دشوار می کند، در نتیجه راهبردهای ناسازگاری مانند مصرف مواد و افکار خودکشی افزایش می یابد (۲۲،۲۱). ناگویی هیجانی می تواند زنگ خطری برای افراد و به ویژه جوانان تلقی شود و نشان داده شده است که سوء مصرف الکل و سایر مشکلات اعتیاد با ناگویی هیجانی مرتبط است (۲۳). به عنوان مثال، در مطالعه ای نشان داده شد که افراد مصرف کننده مواد، در درک چهره های هیجانی دچار اختلال بودند (۲۴). در مطالعه ای دیگر (۲۵) سه گروه مصرف کننده مواد (تنباکو، حشیش و الکل) را با هم مقایسه کردند و دریافتند که مصرف کنندگان الکل نسبت به مصرف کنندگان حشیش، سیگاری ها و افراد کنترل به طور قابل توجهی سطح ناگویی هیجانی بیشتری داشتند. در این راستا، افراد با ناگویی هیجانی به دلیل ناتوانی در شناسایی و شناخت احساسات دیگران، همچنین ناتوانی در بیان و توصیف احساسات خود متقاعبا باعث شکاف و فاصله‌گیری عاطفی، عدم بیان خواسته و احساسات درونی خود در نتیجه موجبات بسیاری از مشکلات روان‌شناختی گوناگون ازجمله افسردگی و افکار خودکشی را فراهم می آورد به عبارتی این مولفه عاملی خطرساز برای بسیاری از اختلال‌های روان‌پزشکی است (۲۶).

به طور کلی شواهد پژوهشی فراوان و حمایت های نظری قابل توجه حاکی از آن است که تروماهای کودکی مشکلات گسترده ای مانند افکار خودکشی و گرایش به مصرف مواد را به دنبال دارد. اما ترومای کودکی به تنهایی منجر به این پیامدهای آسیب زا نمی شود، بلکه نحوه واکنش افراد به حوادث آسیب زا اهمیت ویژه ای دارد؛ از سویی دیگر، امروزه گسترش روزافزون مصرف مواد و افکار خودکشی به عنوان خطر جدی برای سلامت جامعه مطرح شده است و از آنها در میان جوانان به عنوان بلای خانمان سوز و رویدادی نگران کننده در دنیا یاد شده است. لذا با توجه به میزان بالای شیوع مصرف مواد و افکار خودکشی و معدود تحقیقاتی که در زمینه مکانیسم های میانجی موثر بر فرایندهای هیجانی و شخصیتی زیرساز آنها وجود دارد؛ شناخت مولفه های شخصیتی و هیجانی زمینه ساز گرایش به مصرف مواد و افکار خودکشی درمیان جوانان از حساسیت بالایی برخوردار است. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه ترومای کودکی با گرایش به مصرف مواد و افکار خودکشی با میانجی گری ناگویی هیجانی در بزرگسالان جوان انجام شد.

روش کار

روش پژوهش توصیفی – همبستگی بود. جامعه آماری در این مطالعه شامل کلیه بزرگسالان جوان مراجعه کننده به کلینیک ها و مراکز خدمات روان شناختی شهر تهران در سه ماهۀ آخر سال ۱۴۰۴ بود که از بین آنها ۲۵۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. بنا به نظر کلاین (Kline) برای مدل یابی معادلات ساختاری حداقل حجم نمونه ۲۰۰ نفر قابل دفاع است (۲۷). ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، دامنه سنی بین ۱۸ تا ۴۰ سال و سواد خواندن و نوشتن و آگاهی از اهداف پژوهش بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: بیماری جسمی و روانی تاثیرگذار بر نتایج پژوهش، تکمیل ناقص پرسشنامه¬های پژوهش و عدم تمایل برای ادامه پژوهش بود. نحوه دسترسی به گروه نمونه به این صورت بود که پژوهشگر پس از اخذ مجوزهای لازم و هماهنگی های مورد نیاز با کلینیک ها و مراکز خدمات روان شناختی شهر تهران جهت اجرای پژوهش در این مراکز حضور یافت. با توجه به معیارهای ورود و خروج اعضای گروه نمونه، از بین افرادی که جهت شرکت در مطالعۀ حاضر اعلام آمادگی و رضایت کرده بودند و شرایط شرکت در پژوهش را داشتند، فرایند جمع آوری داده ها انجام شد و اهداف و مزایای انجام چنین طرحی برای مسئولان و شرکت کنندگان کاملا توضیح داده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از تحلیل ضریب همبستگی پیرسون و روش مدل یابی معادلات ساختاری انجام شد. برای تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS-24 و AMOS-26 استفاده شد. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه های زیر استفاده شد.

۱-پرسشنامه ترومای دوران کودکی Questionnaire Childhood Trauma (CTQ): این مقیاس شامل ۲۸ سوال توسط برنشتاین (Bernstein) و همکاران در سال ۲۰۰۳ تهیه و تدوین شده است و پنج مولفه آزار عاطفی، آزار جنسی، آزار فیزیکی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی را اندازه گیری می‌کند. نمره‌گذاری پرسشنامه براساس یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرت انجام

می شود به این صورت که هرگز نمره ۱، گاه گاهی نمره ۲، غالبا نمره ۳، به کرات نمره ۴ و تقریبا همیشه نمره ۵ تعلق می‌گیرد. دامنه نمرات برای هر یک از زیر مقیاس¬ها ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ است. نمرات حاصل از پرسشنامه در دامنه ۲۵ تا ۳۶ ترومای کم، نمره ۴۱ تا ۵۱ ترومای کم تا متوسط، نمره ۵۶ تا ۶۸ ترومای متوسط تا شدید و نمره ۷۳ تا ۱۲۵ به عنوان ترومای خیلی شدید طبقه بندی می شود. سازندگان پرسشنامه آلفای کرونباخ را بررسی و ضرایب بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۵ گزارش کرده اند و روایی همزمان آن با مقیاس درجه بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ به دست آورده اند (۲۸). ویژگی های روان سنجی این پرسشنامه در ایران توسط ابراهیمی و همکاران (۲۹) مورد بررسی قرار گرفت. پایایی این ابزار در نمونه ایرانی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب الفای کرونباخ برای زیرمقیاس های پنج گانه در دامنه ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ گزارش شد.

۲-مقیاس آمادگی به اعتیاد (addiction potential scale (APS)): این مقیاس توسط وید و بوچر (Weed & Butcher) در سال ۱۹۹۲ به منظور ارزیابی میزان تمایل و گرایش به اعتیاد تدوین شده است (۳۰). این مقیاس دارای ۴۱ گویه است (۳۶ گویه اصلی و ۵ گویه دروغ سنج) که بر مبنای یک پیوستار لیکرتی ۴ درجه ای از کاملا مخافم (۰) تا کاملا موافقم (۳) نمره گذاری می شود. گویه های شماره ۶، ۱۲، ۱۵ و ۲۱ دارای نمره گذاری معکوس می باشند و حداقل نمره در این مقیاس برابر با صفر و حداکثر آن نیز برابر با ۱۰۸ خواهد بود و نمرات بالاتر به منزله آمادگی بیشتر فرد پاسخ دهنده برای اعتیاد می باشد و برعکس. این مقیاس از دو عامل کلی تشکیل شده است. در عامل اول (آمادگی فعال) بیشترین ماده ها به ترتیب مربوط به رفتارهای ضداجتماعی، میل به مصرف مواد، نگرش مثبت به مواد، افسردگی و هیجان خواهی است و عامل دوم (آمادگی منفعل) بیشترین ماده ها مربوط به عدم ابراز وجود و افسردگی می باشد. روایی محتوایی و صوری این مقیاس در بررسی روان سنجی در نسخه اولیه آن مورد تایید قرار گرفته است. همچنین، ضریب پایایی آن نیز با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شده. این مقیاس توسط زرگر و همکاران (۳۱) در جامعه ایرانی هنجاریابی شد. در جریان این مطالعات، این مقیاس دو گروه افراد وابسته و غیر وابسته مواد به خوبی از هم متمایز کرد. به علاوه، روایی همگرا نیز از طریق همبستگی این مقیاس با مقیاس ۲۵ ماده ای فهرست علائم بالینی ۰/۴۵ گزارش شد که مطلوب و معنی دار بود. پایایی این مقیاس نیز با روش آلفای کرونباخ محاسبه و در سطح ۰/۹۰ گزارش شد. همچنین، در پژوهش کامکار و همکاران (۳۲) نیز پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ بررسی و در سطح ۰/۸۶ گزارش شد.

۳-مقیاس افکار خودکشی بک (Beck Suicidal Ideation Scale): مقیاس افکار خودکشی بک یک ابزار خودسنجی ۱۹ سوالی است. در این مقیاس هر سوال دارای سه گزینه است. نمره گذاری پرسشنامه به روش لیکرت بوده و دامنه نمرات هر سوال صفر تا ۲ می باشد مجموع نمرات شخص در این مقیاس در دامنه صفر تا ۳۸ قرار دارد. سوالات این مقیاس در مورد فراوانی افکارخودکشی، احساس کنترل بر انفعال، مدت و تمایل به خودکشی به صورت فعال و میزان آمادگی فرد جهت اقدام به خودکشی را مورد سنجس قرار می¬دهد. مقیاس افکار خودکشی بک با آزمون¬های استاندارد شده بالینی و گرایش به خودکشی همبستگی بالایی دارد. ضرایب همبستگی آن برای بیماران بستری ۹۰/. و برای بیماران درمانگاهی ۹۴/. می باشد. مقیاس افکار خودکشی بک دارای پایایی بالایی بوده و با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضرایب ۸۷/. تا ۹۷/. به دست آمده است (۳۳). در ایران انیسی و همکاران (۳۴) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۹۵/. و همبستگی این ابزار را با پرسشنامه سلامت عمومی ضریب همبستگی ۰/۷۶ به عنوان شاخصی از روایی مناسب گزارش کردند.

٤-مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (Toronto Alexithymia Scale-20): پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو توسط باگبی (Bagby) و همکاران (۳۵) برای سنجش ناگویی هیجانی افراد طراحی شد و دارای ۲۰ سوال بود. این ابزار دارای سه مولفه دشواری در شناسایی احساسات ۷عبارت: (۱،۳،۶،۷،۹،۱۳،۱۴)، دشواری در توصیف احساسات ۵ عبارت: (۲،۴،۱۱،۱۲،۱۷) و تفکر عینی ۸ عبارت: (۵،۸،۱۰،۱۵،۱۶،۱۸،۱۹،۲۰) بود. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای است که از کاملا مخالف تا کاملا موافق (۱ تا ۵) سنجیده و بررسی می شود. همچنین عبارات ۴،۵،۱۰، ۱۸ و ۱۹ بصورت معکوس نمره گذاری می شوند. تفسیر نمره بدست آمده نیز به این صورت است که نمره هر یک از زیر مقیاس ها جمع زده و عدد بدست آمده، هر چه بیشتر باشد، نشان دهنده مشکل بیشتر می باشد حداقل و حداکثر نمره این مقیاس به ترتیب ۲۰ و ۱۰۰ می باشد. نمره کمتر از ۵۲: نارسایی هیجانی پایین، نمره ۶۰-۵۲: نارسایی هیجانی متوسط و نمره ۶۱ به بالا: نارسایی

هیجانی بالا تفسیر می شود. پایایی بازآزمایی پرسشنامه در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۷۰/. تا ۷۷/. برای ناگویی هیجانی کل به دست آمد و ابعاد آن تایید شد (۳۵) پارکر و همکاران (۳۶) روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی برای «مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو» در نمونه ۱۹۳۳ تن از افراد بزرگسال (۸۸۰ مرد و ۱۰۵۳ زن) ساکن در چند شهر کوچک و بزرگ در آنتاریوی کانادا، مورد سنجش قرار داده و نتایج ۳ عامل را تایید نمود. همچنین پایایی به روش همبستگی درونی با محاسبه ضرایب آلفای کرونباخ در جامعه فوق، سنجیده شد ولی ضرایب بدست آمده، گزارش نشده است. در پژوهش بشارت و همکاران (۳۷) روایی سازه «مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو» به روش تحلیل عاملی تاییدی سنجیده شده که نتایج وجود ۳ زیر مقیاس را در نسخه فارسی تایید نمود.

یافته ها

تعداد افراد شرکت کننده و پاسخ دهنده به سوالات پرسشنامه ها ۲۵۰ نفر بودند. ۱۴۶ نفر (۵۸/۴ درصد) مرد و ۱۰۴ نفر (۴۱/۶ درصد) زن بودند. ۴۴ نفر (۱۷/۶ درصد)، زیر دیپلم، ۶۱ نفر (۲۴/۴ درصد) دیپلم، ۴۲ نفر (۱۶/۸ درصد) فوق دیپلم، ۵۲ نفر (۲۰/۸۰ درصد) لیسانس و ۵۱ نفر (۲۰/۴ درصد) فوق لیسانس و بالاتر بودند. ۱۴۵ نفر (۵۸ درصد)، مجرد و ۱۰۵ نفر (۴۲ درصد) متاهل بودند. میانگین و انحراف معیار به ترتیب ۲۷/۲۸ و ۷/۰۳ بود.

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

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
گرایش به اعتیاد	۵۴/۲۸	۱۶/۱۷	-۰/۴۱	-۱/۶۹
افکار خودکشی	۲۶/۴۴	۵/۴۶	-۱/۱۱	-۰/۱۶
ترومای کودکی	۶۷/۳۹	۱۵/۲۰	-۱/۱۸	۰/۹۷
تاگویی هیجانی	۵۰/۰۳	۱۹/۷۲	-۰/۶۶	-۱/۴۵
نرمال بودن چندمتغیره (Multivariate)	ضریب مردیا: ۲/۶۳		نسبت بحرانی: ۲/۲۱	

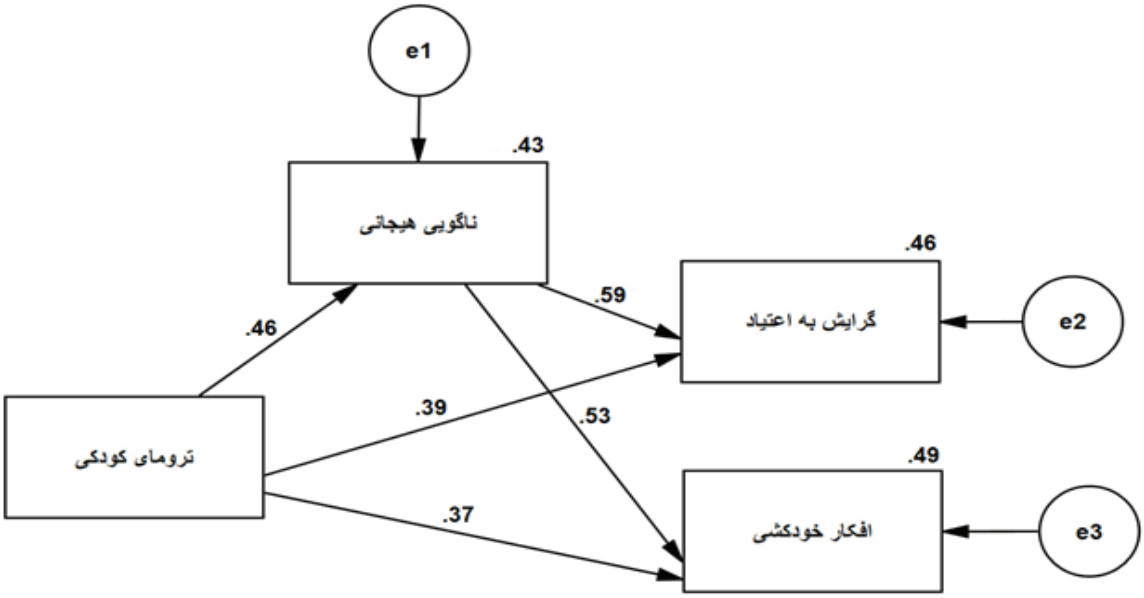
جدول ۱- میانگین و انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. تعداد افراد پاسخ دهنده به سوالات پرسشنامه ها ۲۵۰ نفر بودند. همچنین برای انجام معادلات ساختاری به شیوه پارامتریک، پیش فرض نرمال بودن داده ها و متغیرها لازم است. برای سنجش نرمال بودن تک متغیره داده ها از مقادیر «چولگی» و «کشیدگی» استفاده می شود که مقادیر آن باید در بازه ۲- تا ۲+ باشد که نشان دهنده نرمال بودن تک متغیره توزیع نمرات باشد. برای بررسی استقلال خطاها از آزمون دوربین واتسون استفاده شد که نتایج نشان داد که آماره‌های دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ است که نشان دهنده ی استقلال خطاها است. برای بررسی همخطی چندگانه از ضریب تحمل و تورم واریانس استفاده شد که نتایج نشان داد که هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگ تر از حد مجاز ۱۰ نمی‌باشند از آنجایی که وجود همخطی چندگانه در متغیرهای پیش بین مشاهده نشد، می‌توان از آزمون‌های پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون و مدل یابی معادلات ساختاری استفاده نمود. در جدول ۲ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش آمده است.

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴
۱- گرایش به اعتیاد	۱			
۲- افکار خودکشی	۰/۴۷**	۱		
۳- ترومای کودکی	۰/۵۲**	۰/۵۸**	۱	
۴- تاگویی هیجانی	۰/۵۶**	۰/۶۰**	۰/۵۱**	۱

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

جـدول ۲- ماتریـس همبسـتگی بیـن متغیرهـای پژوهـش را نشـان می‌دهـد. بیـن ترومـای کودکـی بـا گرایـش بـه اعتیـاد (P<۰/۰۱) رابطـه مثبـت و معنـاداری وجـود دارد. بیـن ترومـای کودکـی بـا افـکار خودکشـی (P<۰/۰۱) رابطـه مثبـت و معناداری وجـود دارد. بیـن ترومـای کودکـی با ناگویـی هیجانـی (P<۰/۰۱) رابطـه مثبـت و معنـاداری وجـود دارد. همـان طـور کـه در جـدول ۲ نشـان داده شـد، همبسـتگی بیـن متغیرهـا معنـادار اسـت از ایـن رو، امـکان بررسـی مـدل پژوهـش فراهـم گردیـد. در ادامـه بـرای بررسـی اثرهـای مسـتقیم و میانجـی از روش مـدل سـازی معـادلات سـاختاری اسـتفاده شـد کـه نتایـج آن در قالب شـکل ۱ و جـداول اثـرات مسـتقیم و غیـر مسـتقیم ارائـه مـی شـود.



شکل ۱. مدل نهایی پژوهش

شـکل ۱. مـدل نهایـی پژوهـش را نشـان مـی دهـد کـه در ایـن مـدل مجمـوع مجـذور همبسـتگی هـای چندگانـه (R^2) یـا واریانـس تبییـن شـده بـرای گرایـش بـه اعتیـاد بـر اسـاس ترومـای کودکـی بـا نقـش میانجـی ناگویـی هیجانـی خـود برابـر بـا ۰/۴۶ بـه بدسـت آمـد. مدل مجمـوع مجـذور همبسـتگی های چندگانـه (R^2) یـا واریانـس تبییـن شـده بـرای افـکار خودکشـی بـر اسـاس ترومـای کودکـی بـا نقـش میانجـی ناگویـی هیجانـی خـود برابـر بـا ۰/۴۹ بـه بدسـت آمـد. در ادامـه شـاخص هـای بـرازش مـدل پژوهـش در جـدول ۳ نشـان داده شـده اسـت.

جدول ۳. شاخص های برازندگی مدل پژوهش

نوع شاخص	شاخص ها	مقدار به دست آمده	مقدار قابل قبول
شاخص های مطلق	CMIN	۶/۶۴	–
	درجه آزادی (DF)	۳	–
	سطح معناداری (P)	۲/۲۱	بیشتر از ۰/۰۵
	نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی X^2/df یا CMIN/df	۱/۷۲	کمتر از ۳
	خطای ریشه ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA)	۰/۰۷	کمتر از ۰/۰۸
	شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE)	۰/۰۰۱	کمتر از ۰/۰۵
شاخص های نسبی	شاخص برازش مقایسه ای (CFI)	۰/۹۰	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازندگی افزایشی (IFI)	۰/۹۳	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۴	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازش هنجار شده (NFI)	۰/۹۳	بیشتر از ۰/۹۰

جهت آزمودن مدل مورد نظر در پژوهش حاضر، روش الگویابی معادلات ساختاری (SEM) اعمال گردیده است. برای بررسی برازندگی مدل از شاخص های آمده شده در جدول ۳- استفاده شده است. همچنین اگر شاخص‌های برازش هنجار شده (NFI)، شاخص برازش هنجار نشده (NNFI)، برازش مقایسه‌ای (CFI)، برازندگی افزایشی، (IFI)، نیکویی برازش (GFI) بزرگتر از ۰/۹۰ است بر برازش مناسب و مطلوب مدل دلالت دارند. همانگونه که بر اساس جدول ۳- مشاهده می شود مقدار شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE) ۰/۰۰۱ و شاخص RMSEA برابر ۰/۰۷ می باشد که بر اساس مدل کلاین نشان دهنده برازش مدل است. در ادامه نتایج جدول ۴ و ۵ اثرات مستقیم و میانجی متغیرهای پژوهش را نشان می دهد و بر اساس آن می توان به تایید یا رد اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش در ترس از صمیمیت پرداخت.

جدول ٤. شاخص های استاندارد و غیراستاندارد مدل پژوهش

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب استاندارد	ضریب غیراستاندارد	خطای استاندارد	t	P
ترومای کودکی	گرایش به اعتیاد	۰/۳۹	۰/۴۱	۰/۰۴	۹/۰۱	۰/۰۰۱
ترومای کودکی	افکار خودکشی	۰/۳۷	۰/۳۹	۰/۰۳	۸/۷۵	۰/۰۰۱
ترومای کودکی	ناگویی هیجانی	۰/۴۶	۰/۴۵	۰/۰۵	۱۰/۸۰	۰/۰۰۱
ناگویی هیجانی	گرایش به اعتیاد	۰/۵۹	۰/۵۷	۰/۰۸	۱۲/۲۱	۰/۰۰۱
ناگویی هیجانی	افکار خودکشی	۰/۵۳	۰/۵۵	۰/۰۷	۱۱/۲۳	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۴ در مواردی که آماره T خارج از بازه ی(۱/۹۶+ و ۱/۹۶-) قرار دارد یا سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ است دو متغیر با یکدیگر ارتباط معنادار دارند. با توجه به جدول ۴ می‌توان مشاهده کرد که مسیر مستقیم ترومای کودکی بر گرایش به خودکشی مثبت و معنادار بود (β = ۰/۳۹ ،T=۹/۰۱). مسیر مستقیم ترومای کودکی بر افکار خودکشی مثبت و معنادار بود (β =۰/۳۷ ،T=۸/۷۵). مسیر مستقیم ترومای کودکی بر ناگویی هیجانی مثبت و معنادار بود (β =۰/۴۶ ،T= ۱۰/۸۰). در ادامه جهت بررسی رابطه غیرمستقیم مدل پژوهش از روش بوت استروپ استفاده شده است. نتایج روش بوت استروپ برای بررسی مسیرهای میانجی (اثرات غیرمستقیم) در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. بررسی روابط غیرمستقیم متغیرها در مدل پژوهش

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	ضریب غیراستاندارد	حد پایین	حد بالا	معناداری
ترومای کودکی	ناگویی هیجانی	گرایش به اعتیاد	۰/۶۵	۰/۵۳	۰/۷۱	۰/۰۰۱
ترومای کودکی	ناگویی هیجانی	افکار خودکشی	۰/۶۳	۰/۴۱	۰/۴۹	۰/۰۰۱

برای تعیین اثر غیرمستقیم از روش بوت استروپ با ۲۰۰۰ بار فرآیند نمونه گیری استفاده گردید که با توجه به جدول ۵ می توان مشاهده کرد که اثر غیرمستقیم (نقش میانجی) متغیر ترومای کودکی بر گرایش به اعتیاد از طریق نقش میانجی ناگویی هیجانی معنی دار است (P<۰/۰۵، b=۰/۶۵). اثر غیرمستقیم (نقش میانجی) متغیر ترومای کودکی بر افکار خودکشی از طریق نقش میانجی ناگویی هیجانی معنی دار است (P<۰/۰۵، b=۰/۶۳).

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه ترومای کودکی با افکار خودکشی و گرایش به اعتیاد با توجه به نقش میانجی ناگویی هیجانی در بزرگسالان جوان انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ترومای کودکی هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم از طریق ناگویی هیجانی بر گرایش به اعتیاد در بزرگسالان جوان اثر دارد. این یافته با نتایج پژوهش های مسمن-مور، بوپتانی (Messman-Moore, Bhuptani) (۱۱)؛ ترکمن و همکاران (۱۴)؛ توربرگ (Thorberg) و همکاران (۲۳)؛ بولای و انیا (Bulai , Enea) (۲۵)؛ همسو می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت که به طور کلی یافته های این مطالعه نشان داد که ترومای دوران کودکی منجر به مشکل در شناسایی و بیان احساسات و گرایش به اعتیاد می شود. این یافته را می توان با تعامل ناسالم والد-کودک تبیین نمود. براساس نظریه دلبستگی، کودکان برای اجتناب از سرزنش و تعارض، احساسات واقعی خود را هنگام قرار

گرفتن در معرض یک محیط خانوادگی بد پنهان می کنند. علاوه بر این، سبک فرزندپروری سوءاستفاده گر و بی اعتنا باعث دلسردی یا منع ابراز عاطفی می شود و در دراز مدت، کودکان فرصت یادگیری و تقویت رفتارهای مبتنی بر ابراز عواطف را از دست می دهند (۱۹). همچنین، ناگویی هیجانی بر گرایش به اعتیاد در بزرگسالا جوان تاثیر می گذارد. در تبیین یافته های این مطالعه می توان به فرضیه ارایه شده توسط برروور (Brewer) و همکاران (۳۸) اشاره نمود. طبق این فرضیه ناگویی هیجانی نشان دهنده یک نقص وابسته به تحریک و انگیزه درونی (interoceptive) است که نه تنها شامل کمبود آگاهی از تغییرات درونی مرتبط با احساسات است بلکه شامل حالات درونی غیرعاطفی ازجمله نشانه های مصرف بیش از حد است. درواقع ناگویی هیجانی را نه تنها مرتبط با نقص در احساسات و عواطف می دانند بلکه توضیح می دهند که ارتباط ناگویی هیجانی با مصرف خطرناک مواد ممکن است به دلیل آگاهی ضعیف از نشانه های درونی مصرف بیش از حد باشد. در این راستا، می توان اظهار داشت که ویژگی¬های افراد مبتلا به ناگویی هیجانی ازجمله رابطه اجتماعی ضعیف، سبک دلبستگی ناایمن، مضطرب و اجتنابی، رفتار و روابط سرد و منزوی و به ویژه ناتوانی در شناسایی و بیان احساسات دردناک خویش از مهترین عوامل زمینه ساز گرایش افراد به مصرف مواد می باشد (۲۵) که یافته های این مطالعه نیز آن را تایید نموده است.

از دیگر نتایج پژوهش حاضر این بود که ترومای کودکی هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم از طریق ناگویی هیجانی بر افکار خودکشی بزرگسالان جوان تاثیر دارد. این یافته با نتایج پژوهش های برودسکی و استنلی (Brodsky , Stanley) (۱۵)؛ آلتر (Alter) و همکاران (۱۶)؛ خان و جافی (Khan, Jaffee) (۲۰) و محمودی، صابری و بشر دوست (۳۹) همسو می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت افراد با سابقه ترومای در دوران کودکی معمولا والدینی دارند که تجربیات هیجانی و ابراز هیجانی کودک (مانند خشم اضطراب و غم) را نوعی رویداد منفی قلمداد می کنند که باید از آن اجتناب کرد. در این صورت، والد نسبت به هیجان های کودک بی اعتنا می شود یا از آنها انتقاد می کند یا تحمل خود را در برابر آنها از دست می دهد. این دیدگاه هیجانی منفی، در تعاملات والدین به دیگران نیز منتقل می شوند. این سبک از مربیگری هیجانی باعث می شود که فرد طرحواره های هیجانی غیرانطباقی از قبیل کنترل ناپذیری، احساس گناه، بی حسی هیجانی، نشخوار فکری درباره هیجان منفی و... را گسترش دهد و این شرایط زمینه لازم را برای ناگویی هیجانی کودک فراهم می کند. والدین این کودکان دارای هوش هیجانی کمتری بوده و نمی دانند که در چه هنگام باید هیجان را ابراز کرد و در چه هنگام باید آن را مهار کرد و نمی دانند که هیجان های خود را چگونه پردازش و تنظیم کنند، همه این شرایط منجر به کاهش توانایی مقابله کارآمد در مواجهه با شرایط استرس زا و به دنبال آن افزایش احتمال ابتلا به اختلالات روانی مختلف می گردد. علاوه بر این، شواهد پژوهشی نشان می دهد که افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، اغلب از راهبردهای مقابله ای ناسازگار مانند انزوای اجتماعی، عدم درگیری رفتاری و بازداری هیجانی استفاده می کنند. بنابراین، فرض بر این است که افرادی که ناگویی هیجانی را تجربه می کنند، ممکن است به دلیل آگاهی ناقص و محدود از راه های جایگزین برای مقابله با هیجانات نامشخصی که تجربه می کنند، به سمت ایده پردازی و حتی رفتار خودکشی برآیند (۴۱-۴۰). از جمله محدودیت های پژوهش حاضر این بود که مطالعه حاضر 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 استفاده از پرسشنامه، محدود بودن جامعه و نمونه آماری و مقطعی بودن پژوهش از دیگر محدودیت های این پژوهش بود.

نتیجه گیری

به طور کلی یافته های پژوهش حاضر نشان داد که ترومای کودکی به صورت مستقیم و غیرمستقیم از طریق ناگویی هیجانی بر افکار خودکشی و گرایش به مصرف مواد در بزرگسالان جوان تاثیر دارد. با توجه به تاثیر ناگویی هیجانی بر افکار خودکشی و گرایش به مصرف مواد در افراد با سابقه ترومای، پیشنهاد می شود کارگاه های آموزشی با هدف افزایش آگاهی در مورد تنظیم و مدیریت هیجان و آموزش راهکارهای علمی به منظور بهبود مدیریت هیجان برای افراد در معرض رویدادهای تروماتیک در نظر گرفته شود. بنابراین درک بالینی بهتر از ناگویی هیجانی در آسیب شناسی افکار خودکشی و گرایش به مصرف مواد یک عنصر کلیدی در ارزیابی و کار بالینی با بزرگسالان جوان

مـی باشـد. همچنیـن پیشـنهاد مـی شـود سـایر متغیرهـای شـناختی، هیجانـی و شـخصیتی مرتبـط بـا افـکار خودکشـی و گرایـش بـه مصـرف مـواد مـورد بررسـی قـرار گیـرد.

سپاسگزاری

از تمامـی افـرادی کـه در ایـن پژوهـش مـا را یـاری کردنـد، کمـال تشـکر را داریـم.

تعارض منافع

نویسـندگان مقالـه حاضـر هیـچ گونـه تعـارض منافعـی را گـزارش نکـرده اند.

References

1. Hejazi E, Soleimany Z, Lari N. The end of adolescence, the beginning of adulthood: Formation of a new life stage of emerging adulthood. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ). 2019 Sep 10; 8(7):163-72. (Persian).
2. arsalandeh F, bagheri fard R, asgharinia F, Rajaeizadeh M. Formulation of A Model of Substance Use Tendency Based on Alexithymia And Impulsivity With The Mediation of Mentalization. IJPN 2024; 12 (4) :52-64. (Persian).
3. Ahmadi F, Sarafraz M R, kazemi rezaei A. The Diagnostic Role of Object Relations and Defensive Mechanisms in Patients with Opioid abuse, Stimulant Users and Normal Individuals. etiadpajohi 2020; 14 (55) :169-192. (Persian). https://doi.org/10.29252/etiadpajohi.14.55.169
4. Iqbal MN, Ijaz S. Exploring psychosocial determinants of quality of life in young adults with paternal substance use disorder in Pakistan: a phenomenological study. Journal of Substance Use. 2025 Mar 4;30(2):295-300. https://doi.org/10.1080/14659891.2024.2322154
5. Nawi AM, Ismail R, Ibrahim F, Hassan MR, Manaf MR, Amit N, Ibrahim N, Shafurdin NS. Risk and protective factors of drug abuse among adolescents: a systematic review. BMC public health. 2021 Dec; 21:1-5. https://doi.org/10.1186/s12889-021-11906-2
6. Li S, Luo H, Huang F, Wang Y, Yip PS. Associations between meaning in life and suicidal ideation in young people: A systematic review and meta-analysis. Children and youth services review. 2024 Mar 1; 158:107477. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2024.107477
7. kazemi rezaei A, Ramezan Saatchi L, Rahimi M, Moradi S. Predictors of suicidal behavior with emphasis on protective factors and risk factors among prisoners. IJPN 2023; 11 (3) :1-13. (Persian).
8. Ji Y, Liu ZZ, Jia CX, Liu X. Associations between somatic symptoms and suicidal behavior: a cohort study in Chinese adolescents. BMC psychology. 2025 Jul 15; 13(1):788. https://doi.org/10.1186/s40359-025-03113-0
9. Minkoff K, Bergman E, Beck AT, Beck R. Hopelessness, depression, and attempted suicide. American Journal of psychiatry. 1973 Apr;130(4):455-9. https://doi.org/10.1176/ajp.130.4.455
10. Iio M, Nagata M, Narita M. Factors associated with positive mental health in Japanese young adults with a history of chronic diseases during childhood: A qualitative study. Journal of Pediatric Nursing. 2024 Jan 27. https://doi.org/10.1037/e505222025-001
11. Messman-Moore TL, Bhuptani PH. A review of the long-term impact of child maltreatment on posttraumatic stress disorder and its comorbidities: An emotion dysregulation perspective. Clinical psychology: science and practice. 2017 Jun; 24(2):154. https://doi.org/10.1111/cpsp.12193
12. 12. Kazemi Rezaei S A, hashemi M, Niknam M, Hatamian P. The Relationship Between Childhood Trauma and Obsessive-Compulsive Symptoms :The Mediating Role of Thought-Action Fusion and Experiential Avoidance. Advances in Cognitive Sciences 2025; 27 (1) : 45-58. (Persian).
13. Liao S, Mo L, Wang L. The impact of childhood trauma on meaning in life among middle school students: the chain-mediating roles of social support and core self-evaluations. BMC psychology. 2025 Apr 22; 13(1):419. https://doi.org/10.1186/s40359-025-02746-5
14. Torkaman M, Davoodi A, Naziri G, Fath N. The relationship between childhood trauma and the tendency to abuse drugs according to the mediating role of cognitive flexibility and rumination in people with post-traumatic stress

disorder. Journal of Modern Psychological Researches. 2023 Feb 20;17(68):81-90. (Persian).
15. Brodsky BS, Stanley B. Adverse childhood experiences and suicidal behavior. Psychiatric ClinicsofNorthAmerica.2008Jun1;31(2):223-35. https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.02.002
16. Alter S, Wilson C, Sun S, Harris RE, Wang Z, Vitale A, Hazlett EA, Goodman M, Ge Y, Yehuda R, Galfalvy H. The association of childhood trauma with sleep disturbances and risk of suicide in US veterans. Journal of psychiatric research. 2021 Apr 1;136: 54-62. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.01.030
17. Kazemi-Rezaei SV, Kazemi-Rezaei SA. Prediction of tendency to addiction based on alexithymia and assertiveness in nursing students. Feyz Medical Sciences Journal. 2020 Apr 10;24(2):228-36. (Persian).
18. Tabatabaee S S, Soleimani H. Development of a Structural Model for Symptoms of Eating Disorders and Sleep Problems Based on Childhood Trauma With The Mediation of Alexithymia. IJPN 2024; 12 (4) :115-127
19. Pei C, Fan C, Luo H, Bai A, Ni S, Luo M, Huang J, Zhou Y, Huo L. Sleep problems in adolescents with depression: Role of childhood trauma, alexithymia, rumination, and self-esteem. Journal of Affective Disorders. 2023 Oct 1; 338:83-91. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.05.095
20. Khan AN, Jaffee SR. Alexithymia in individuals maltreated as children and adolescents: a meta-analysis. Journal of child psychology and psychiatry. 2022 Sep; 63(9):963-72. https://doi.org/10.1111/jcpp.13616
21. Adamowicz JL, Sirotiak Z, Thomas EB. Childhood maltreatment and somatic symptoms: Examining the role of specific types of childhood maltreatment and alexithymia. Psychological trauma: theory, research, practice, and policy. 2022 Jul 11.
22. babaei S, naseri manesh M, Abouzari F, karami S. The role of traumatic childhood experiences, mentalization and Alexithymia in predicting depression and suicidal thoughts in women suffering from the trauma of marital betrayal. IJPN 2023; 10 (6) :110-122. (Persian).
23. Thorberg FA, Young RM, Sullivan KA, Lyvers M. Alexithymia and alcohol use disorders: A critical review. Addictive behaviors. 2009 Mar 1;34(3):237-45. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.10.016
24. Hoshi R, Bisla J, Curran HV. The acute and sub-acute effects of 'ecstasy'(MDMA) on processing of facial expressions: preliminary findings. Drug and Alcohol Dependence. 2004 Dec 7; 76(3):297-304. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.06.006
25. Bulai I, Enea V. Dissociation and alexithymia in a Romanian sample of substance abuse patients. Journal of Substance Use. 2016 Nov 1; 21(6):646-51. https://doi.org/10.3109/14659891.2015.1130183
26. Fietz J, Valencia N, Silani G. Alexithymia and autistic traits as possible predictors for traits related to depression, anxiety, and stress: A multivariate statistical approach. Journal of evaluation in clinical practice. 2018 Aug; 24(4):901-8. https://doi.org/10.1111/jep.12961
27. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. New York: Guilford publications;2015.
28. 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
29. 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. (Persian).
30. Weed NC, Butcher JN. The MMPI-2: Development and research issues. Advances in psychological assessment. 1992:131-63. https://doi.org/10.1007/978-1-4757-9101-3_5
31. Zargar Y, Najarian B, Naami A. Investigating the relationship between personality traits (emotion-seeking, expression, psychological hardiness), religious atitude, and marital satisfaction with educational problems. Journal of Education and Psychology Chamran University. 2008; 3 (1): 99-120. (Persian).
32. kamkar S, Farrokhi N, Salimi Bajestani H, Mardani Rad M. Developing and Testing of the Causal Model of Students' Addiction Potential based on Distress Tolerance and Differentiation with the Mediating Role of Alexithymia.

etiadpajohi 2020; 14 (55) :29-46.(Persian). https://doi.org/10.29252/etiadpajohi.14.55.29
33. Beck A, Steer R. Manual for the beck scale for suicide ideation 5th ed. San Antonio psychological publication. 1991; 5:230-9.
34. Anisi, J., Fathi, A. A., Salimi, S., & Ahmadi, N. K. [Validity and reliability of Beck suicide scale ideation among soldiers]. Journal of Military Medicine. 2005: 7(1), 33-37. (Persian).
35. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. Journal of psychosomatic research. 1994 Jan 1; 38(1):23-32. https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1
36. Parker JD, Taylor GJ, Bagby RM. The 20-Item Toronto Alexithymia Scale: III. Reliability and factorial validity in a community population. Journal of psychosomatic research. 2003 Sep 1;55(3):269-75. https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00578-0
37. Besharat MA, Masoodi M, Gholamali Lavasani M. [Alexithymia and psychological and physical vulnerability (Persian)]. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2015; 9(34):47-56. (Persian).
38. Brewer R, Cook R, Bird G. Alexithymia: a general deficit of interoception. Royal Society open science. 2016 Oct 1; 3(10):150664. https://doi.org/10.1098/rsos.150664
39. Mahmoudi M, Saberi H, Bashardoust S. Predicting psychological distress based on childhood trauma with the mediating role of alexithymia. Advances in Cognitive Science. 2022 Oct 10;24(3):41-56. (Persian).
40. Narimani M, Jani S, Rezaei R. The role of alexithymia and mindfulness in predicting depression and anxiety in women with cancer. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2020;7(1):78-89. (Persian) https://doi.org/10.52547/shenakht.7.1.78
41. Hemming L, Taylor P, Haddock G, Shaw J, Pratt D. A systematic review and meta-analysis of the association between alexithymia and suicide ideation and behaviour. Journal of affective disorders. 2019 Jul 1;254:34-48. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.013