رویش روان شناسی، سال۱۵، شماره ۵، شماره پیاپی ۱۲۲، مرداد ۱۴۰۵
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),15(5), 2026

تدوین مدل رابطه ترومای کودکی و خودپنداره با نقش میانجی نیرومندی ایگو در زنان مبتلا به سوءمصرف مواد محرک

Modeling the Relationship Between Childhood Trauma and Self-Concept: The Mediating Role of Ego Strength among Women with Stimulant Substance Use Disorders

مائده فرشی جلالی
گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.
آذر کیامرثی (نویسنده مسئول)
گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.
بهمن اکبری
گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

Maedeh Farshi Jalali
Department of Psychology, Ra.C., Islamic Azad University, Rasht, Iran.
Azar Kiamarsi *
Department of Psychology, Ra.C., Islamic Azad University, Rasht, Iran. kiamarsi@iau.ac.ir
Bahman Akbari
Department of Psychology, Ra.C., Islamic Azad University, Rasht, Iran.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش میانجی نیرومندی ایگو در رابطه بین ترومای کودکی و خودپنداره زنان مبتلا به سوءمصرف مواد محرک انجام شد. روش پژوهش توصیفی-همبستگی از نوع مدلیابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به سوءمصرف مواد محرک دارای ترومای کودکی در سال ۱۴۰۴ بود که به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران مراجعه کردند. از بین آنها، تعداد ۲۸۹ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزارهای این پژوهش شامل پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ، برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳)، پرسشنامه خودپنداره (BSC، بک و همکاران، ۱۹۹۰) و مقیاس توانمندی ایگو (SES، مارکستروم، ۱۹۹۷) بودند. داده‌ها با استفاده از روش معادلات ساختاری تجزیه و تحلیل شدند. نتایج حاکی از برازش مناسب مدل بود. نتایج نشان داد که ضریب مسیر مستقیم ترومای کودکی به نیرومندی ایگو و خودپنداره منفی و معنادار است (p<۰/۰۰۱)؛ و ضریب مسیر مستقیم نیرومندی ایگو به خودپنداره مثبت و معنادار است (p<۰/۰۵). نتایج آزمون بوت استرپ برای مسیر غیرمستقیم نیز نشان داد که نیرومندی ایگو در رابطه بین ترومای کودکی و خوپنداره نقش میانجی داشت (p<۰/۰۵). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که ترومای دوران کودکی تأثیر منفی و معناداری بر خودپنداره‌ی زنان مبتلا به سوءمصرف مواد دارد و این رابطه تا حدی از طریق نیرومندی ایگو میانجی‌گری می‌شود

واژه‌های کلیدی: *ترومای کودکی، نیرومندی ایگو، خودپنداره، سوءمصرف مواد، زنان.*

Abstract

This study aimed to examine the mediating role of ego strength in the relationship between childhood trauma and self-concept among women with Stimulant use disorders. The research employed a descriptive–correlational design using structural equation modeling. The statistical population consisted of women with stimulant substance use disorders who had experienced childhood trauma and were referred to addiction treatment centers in Tehran in 2025. A total of 289 participants were selected through purposive sampling. The study instruments included the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein et al., 2003), the Beck Self-Concept Questionnaire (BSC; Beck et al., 1990), and the Ego Strength Scale (SES; Markstrom, 1997). Data were analyzed using structural equation modeling. The results indicated a good fit of the proposed model. The results revealed a significant negative direct path from childhood trauma to ego resiliency (p<0.001). Furthermore, the direct path from ego resiliency to self-concept was found to be statistically significant and positive (p<0.05). Finally, bootstrapping analysis indicated that ego resiliency significantly mediated the relationship between childhood trauma and self-concept (p<0.05). Therefore, it can be concluded that childhood trauma has a negative and significant impact on the self-esteem of women with substance misuse, and this relationship is partially mediated by ego strength.

Keywords: *Childhood Trauma, Ego Strength, Self-Concept, Substance Use Disorders, Women.*

نوع مقاله: پژوهشی | **دریافت:** اردیبهشت ۱۴۰۵ | **پذیرش:** خرداد ۱۴۰۵ | **ویرایش نهایی:** مرداد ۱۴۰۵

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-17]

[DOI: 10.29252/Rooyesh.15.5.195]

مقدمه

سوءمصرف مواد[1] یکی از چالش‌های مهم و روبه‌گسترش سلامت عمومی در سطح جهان محسوب می‌شود (کیم و چن[2]، ۲۰۲۶). بر اساس گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی[3] (۲۰۲۱)، حدود سه درصد از جمعیت جهان با این چالش دست‌به‌گریبان هستند. اگرچه شیوع جهانی سوءمصرف مواد همسو با رشد جمعیت تداوم یافته است، اما ماهیت مزمن و بازگشت‌پذیر وابستگی به مواد، در کنار تحمیل هزینه‌های سنگین اقتصادی و اجتماعی، نگرانی‌های فزاینده‌ای ایجاد کرده است (اوزر[4] و همکاران، ۲۰۲۴). مطالعات بین المللی نشان می‌دهد که مرگ‌ومیر ناشی از اختلال مصرف مواد در سطح جهانی، از ۱۹۹۰ تا ۲۰۲۱ روند افزایشی داشته است (آن[5] و همکاران، ۲۰۲۵). سوءمصرف مواد، نه به‌عنوان یک مسئله حاشیه‌ای، بلکه به‌عنوان یک بحران عودکننده که مستلزم مداخله‌ای نظام‌مند است، مطرح می‌شود (بوزارث[6]، ۲۰۲۳). این اختلال با ویژگی‌هایی همچون ولع شدید، رفتارهای اجباری و تداوم مصرف علی‌رغم آگاهی از پیامدهای مخرب جسمانی، روانی و اجتماعی تعریف می‌شود (کیم و چن[7]، ۲۰۲۶). پیامدهای عمیق این پدیده، از بیکاری و جرم‌خیزی تا نارساکنش‌نی نظام خانواده و فشار بر خدمات سلامت، گستره‌ای وسیع دارد (هندن[8]، ۲۰۲۳). در این میان، زنان با آسیب‌پذیری فزاینده‌ای مواجه‌اند؛ به‌گونه‌ای که علاوه بر فشارهای روانی–اجتماعی نظیر تروما، اضطراب و افسردگی، نقش‌های جنسیتی و انگ اجتماعی، فرایند کمک‌خواهی و دسترسی به درمان را با مانع مواجه می‌کند. همچنین مسئولیت‌های مراقبتی، وابستگی اقتصادی و پیچیدگی روابط عاطفی/جنسی می‌تواند به‌عنوان عوامل تشدیدکننده عمل کرده و احتمال ادامه یا بازگشت به مصرف را افزایش ده (شیمو و ایسلام[9] ، ۲۰۲۵).

خودپنداره[10]، به‌عنوان هسته مرکزی هویت، بازتابی از ارزیابی‌ها، باورها و ادراک فرد نسبت به توانمندی‌ها، ارزشمندی و ویژگی‌های شخصی خویش است و نقشی اساسی در سلامت روان، سازگاری اجتماعی و نحوه مواجهه فرد با چالش‌های زندگی ایفا می‌کند (اوغلو و هوکا اوغلو[11]، ۲۰۲۴). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خودپنداره مثبت با سلامت روان بهتر، تاب‌آوری بیشتر و رفتارهای سازگارانه همراه است، در حالی که خودپنداره منفی با مشکلات هیجانی، آسیب‌پذیری روان‌شناختی و گرایش به رفتارهای پرخطر از جمله سوءمصرف مواد ارتباط دارد (وندلر–بودیکرا[12] و همکاران، ۲۰۲۴؛ ژو[13] و همکاران، ۲۰۲۳). در میان زنان مبتلا به سوءمصرف مواد، اختلال در خودپنداره می‌تواند بر تعامل با درمان، انگیزش برای بهبودی و احتمال عود مصرف تأثیرگذار باشد (مومنه[14]و همکاران، ۲۰۲۳؛ ملامد[15]و همکاران، ۲۰۲۴). یکی از عوامل مهم مؤثر بر شکل‌گیری و تحول خودپنداره، تجارب آسیب‌زای دوران کودکی است. ترومای کودکی[16] که شامل انواع آزارهای جسمی، روانی، عاطفی و جنسی و نیز غفلت در دوران رشد می‌شود، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل خطر برای سلامت روان در بزرگسالی شناخته شده است (گرینمن[17] و همکاران، ۲۰۲۴). بر اساس شواهد پژوهشی، تروماهای دوران کودکی می‌توانند ساختار خودپنداره را تحت تأثیر قرار داده و زمینه شکل‌گیری باورهایی مبتنی بر بی‌ارزشی، ناتوانی، شرم و تردید نسبت به خود را فراهم سازند (شی[18] و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین، تجربیات آسیب‌زای کودکی منجر به مشکلات عمیقی در درک هویت و احساس ارزشمندی فرد می‌شود، زیرا کودک جهان را مکانی ناامن و خود را فردی ناتوان و آسیب‌پذیر ادراک می‌کند (گری[19] و همکاران، ۲۰۲۴). در همین راستا، مطالعات نشان داده‌اند که ترومای کودکی با کاهش وضوح، انسجام و ارزش‌گذاری مثبت نسبت به خود همراه بوده و تأثیر مستقیمی بر تضعیف خودپنداره افراد

1 . Substance abuse
2 . Kim & Chen
3 . World Health Organization (WHO)
4 . Özer
5 . An
6 . Bozarth
7 . Kim & Chen
8 . Henden
9 . Shimu & Islam
10 . Self-Concept
11 . Berberoğlu & Hocaoğlu
12 . Wendler-Bödicker
13 . Zhou
14 . Momeñe
15 . Melamed
16 . Childhood Trauma
17 . Greenman
18 . Xie
19 . Garay

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-17]
[DOI: 10.29252/Rooyesh.15.5.195]

دارد (نیا [1]و همکاران، ۲۰۲۳؛ کاسیانو[2] و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین، شواهد پژوهشی متعددی نشان می‌دهند که آسیب‌های روانی دوران کودکی با تاثیر گذاری بر مفهوم خود، زمینه‌ساز گرایش به مصرف مواد به‌عنوان راهکاری جبرانی برای مقابله با رنج‌های درونی می‌شوند (بارونسلی[3] و همکاران، ۲۰۲۵). با وجود تأیید رابطه میان ترومای کودکی و خودپنداره در پژوهش‌های مختلف، سازوکارهای روان‌شناختی تبیین‌کننده این ارتباط هنوز به‌طور کامل روشن نشده‌اند (کاسیانو و همکاران، ۲۰۲۵). به عبارت دیگر، مشخص نیست که تجارب تروماتیک دوران کودکی از طریق چه فرایندها و ظرفیت‌های روان‌شناختی به تضعیف خودپنداره در بزرگسالی منجر می‌شوند. ازاین‌رو، شناسایی متغیرهای میانجی می‌تواند در تبیین دقیق‌تر این رابطه و توسعه مدل‌های نظری مرتبط با آسیب‌شناسی روانی نقش مهمی ایفا کند.

در این میان، نیرومندی ایگو[4] به‌عنوان یکی از ظرفیت‌های بنیادین شخصیت، می‌تواند سازوکاری تبیین‌کننده در رابطه میان ترومای کودکی و خودپنداره باشد. نیرومندی ایگو به توانایی فرد در مدیریت تعارض‌های درونی، تنظیم هیجان‌ها، سازگاری با فشارهای محیطی و حفظ انسجام روان‌شناختی اشاره دارد و فرد را قادر می‌سازد تا با چالش‌های زندگی به شیوه‌ای مؤثر و انعطاف‌پذیر مواجه شود (کوییِنگ[5]، ۲۰۲۵). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افرادی که از نیرومندی ایگوی بالاتری برخوردارند، اعتمادبه‌نفس بیشتر، احساس خودکارآمدی بالاتر و نگرش مثبت‌تری نسبت به خود دارند (رانا[6] و همکاران، ۲۰۲۶). همچنین این ویژگی با کاهش خودانتقادی، کنترل بهتر اضطراب و استرس و افزایش پذیرش خود همراه است و در نتیجه می‌تواند زمینه شکل‌گیری خودپنداره‌ای مثبت و سالم را فراهم آورد (آکات[7] و هیسار، ۲۰۲۳). از سوی دیگر، شواهد حاکی از آن است که مواجهه با تجارب تروماتیک دوران کودکی می‌تواند رشد طبیعی ظرفیت‌های ایگو را مختل کرده و توانایی فرد را در مدیریت هیجان‌ها، مقابله با تنیدگی‌ها و حفظ انسجام روانی کاهش دهد (نیا و همکاران، ۲۰۲۳؛ شی و همکاران، ۲۰۲۴). در چنین شرایطی، کاهش نیرومندی ایگو ممکن است به تضعیف خودپنداره و شکل‌گیری نگرش‌های منفی نسبت به خویشتن منجر شود. بنابراین، از منظر نظری و تجربی می‌توان انتظار داشت که ترومای کودکی از طریق تأثیرگذاری بر نیرومندی ایگو، خودپنداره افراد را تحت تأثیر قرار دهد.

در مجموع، پژوهش‌های پیشین، به طور مستقیم به بررسی سازوکارهای میانجی نیرومندی ایگو در رابطه بین ترومای کودکی و خودپنداره نپرداخته‌اند (بارونسلی و همکاران، ۲۰۲۵؛ کاسیانو و همکاران، ۲۰۲۵). این پژوهش با تمرکز بر «نیرومندی ایگو» به‌عنوان یک متغیر میانجی بالقوه، خلاء موجود در دانش نظری را پر می‌کند. نیرومندی ایگو، می‌تواند پلی میان تجارب تروماتیک کودکی و پیامدهای آن در حوزه خودپنداره باشد. درک این نقش میانجی، نه تنها به روشن شدن جنبه‌های نظری رابطه پیچیده میان تروما، ایگو و سوءمصرف مواد کمک می‌کند، بلکه مبنایی علمی برای طراحی مداخلات درمانی نوین و اثربخش فراهم می‌آورد. این رویکرد، درک عمیق‌تری از اتیولوژی سوءمصرف مواد در زنان ارائه داده و مبنای علمی مستحکمی برای طراحی مداخلات روان‌شناختی نوین فراهم می‌آورد. در نهایت، این تحقیق با ارائه شواهد تجربی معتبر، گامی مهم در جهت ارتقای سلامت روان جامعه و کاهش بار بیماری سوءمصرف مواد برداشته و مبنایی برای سیاست‌گذاری‌های بهداشت روان در سطح کلان فراهم خواهد آورد. بنابراین، پژوهش حاضر، با هدف تعیین نقش میانجی نیرومندی ایگو در رابطه بین ترومای کودکی و خودپنداره زنان مبتلا به سوءمصرف مواد محرک انجام شد.

روش

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-همبستگی و مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به سوءمصرف مواد محرک دارای ترومای کودکی بوده که برای درمان وابستگی خود در سال ۱۴۰۴ به مراکز ترک اعتیاد تحت پوشش بهزیستی در شهر تهران مراجعه نمودند. نمونه این پژوهش نیز ۲۸۹ نفر از جامعه مذکور، شامل کلینیک‌های تخصصی بستری و درمان سوءمصرف ویژه بانوان (بهبودگستران همگام و خانه دوست یاران) بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. جهت تعیین حجم نمونه با توجه مدل‌یابی معادلات ساختاری، که حداقل حجم نمونه ۲۰۰ نفر قابل دفاع است (کلاین[8]، ۲۰۲۳) و با توجه به ریزش احتمالی نمونه‌ها، ۳۰۰ پرسشنامه

1 . Nia
2 . Casiano
3 . Baroncelli
4 . Ego Strength
5 . Qiong
6 . Rana
7 . Acat
8 . Kline

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-17]
[DOI: 10.29252/Rooyesh.15.5.195]

توزیع شد. در نهایت ۲۸۹ پرسشنامه دارای شرایط مطالعه، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ملاک‌های ورود شامل سابقه ابتلا به سوءمصرف مواد محرک (کوکائین، ماریجوانا، مت‌آمفتامین، اکستازی و...)، عدم مصرف داروهای روانپزشکی و تجربه ترومای کودکی (نمره بالاتر از ۵۰ در پرسشنامه‌ی ترومای کودکی)، رضایت آگاهانه و سواد خواندن و نوشتن و ملاک خروج عدم تکمیل پرسشنامه بود. پروپوزال این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت به شماره IR.IAU.LIAU.REC.1404.155 تایید شده است. همچنین کلیه شرکت‌کنندگان به صورت شفاهی در مورد پژوهش اطلاعات دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت نمودند. اطمینان داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و صرفاً برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهند گرفت. به منظور حفظ حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد و پرسشنامه‌ها صرفاً کدگذاری شدند. نتایج تحقیق به تمامی شرکت‌کنندگان علاقمند ارائه گردید. برای اطمینان از روند کار، کلیه پرسشنامه‌ها تحت نظارت پژوهشگر اجرا شد. تمام مراحل تحقیق با رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان و با رعایت اصول اخلاقی پژوهش، نظیر انجام مطالعه با حداقل آسیب و بیشینه‌سازی منافع برای شرکت‌کنندگان، صورت گرفت. در نهایت، جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل معادلات ساختاری و نرم افزارهای SPSS نسخه ۲۶ و Amos نسخه ۲۴ در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه ترومای دوران کودکی[1] (CTQ): پرسشنامه ترومای دوران کودکی توسط برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) به منظور سنجش آسیب‌ها و ترومای دوران کودکی توسعه داده شده است. این پرسشنامه پنج مولفه از بد رفتاری شامل سوء استفاده جنسی[2]، سوء استفاده جسمی[3]، سوء استفاده عاطفی[4]، و غفلت عاطفی[5] و جسمی[6] را مورد سنجش قرار می‌دهد. پرسشنامه دارای ۲۸ سوال است که ۲۵ سوال آن برای سنجش مولفه های اصلی و ۳ سوال آن برای تشخیص افرادی که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند به‌کار می‌رود. قبل از نمره‌گذاری مولفه‌های پرسشنامه ابتدا باید نمره‌گذاری سوال های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸، ۲، و ۲۶ معکوس شود. نمره‌گذاری این پرسشنامه براساس طیف پنج درجه‌ای از هرگز (۱)، تا همیشه (۵) انجام می‌شود. نمرات بالا در پرسشنامه نشان دهنده تروما یا آسیب بیشتر و نمرات کمتر نشانه آسیب یا ترومای دوران کودکی کمتر است. دامنه نمرات برای هر یک از زیر مقیاس‌ها ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ است. در پژوهش برنستاین و همکاران (۲۰۰۳)، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه بر روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد سوء استفاده عاطفی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده جنسی، و غفلت عاطفی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۹۵، ۰/۸۹، و ۰/۷۸ و روایی همزمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران ابراهیمی و همکاران (۱۴۰۲)، علاوه بر ترجمه و اعتباریابی شاخص کلی روایی محتوای این پرسشنامه را ۰/۸۴ و نسبت روایی محتوایی آن را ۰/۸۰ گزارش کردند. همچنین پایایی پرسشنامه را به شیوه همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مولفه‌های پنجگانه آن گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر میزان پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های سوء استفاده جنسی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده عاطفی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۹۵، ۰/۸۹، و ۰/۷۸ محاسبه شد.

مقیاس توانمندی ایگو[7] (ESS): مقیاس روانشناختی توانمندی ایگو توسط مارکستروم[8] و همکاران در سال ۱۹۹۷ ساخته شده است. این مقیاس هشت نقطه توانمندی ایگو شامل امید، خواسته، هدف، شایستگی، وفاداری، عشق، مراقبت و خرد را می‌سنجد و دارای ۶۴ سؤال است. عبارات پرسشنامه بر روی مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت به‌صورت کاملاً با من مطابق است (نمره ۵) تا اصلاً با من مطابق نیست (نمره ۱) نمره‌گذاری شده است. نمره فرد در این پرسشنامه از حاصل جمع نمره فرد در سوالات به دست می‌آید و بالاترین نمره ۳۲۰ و پایین‌ترین نمره ۶۴ می‌باشد. نمره بالا در این آزمون به معنی سطح بالای قدرت ایگو است. مارکستروم و همکاران (۱۹۹۷)، روایی صوری، محتوا و سازه این پرسشنامه را تائید نمودند. علاوه بر این، روایی همزمان پرسشنامه را با پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ ۰/۵۵ محاسبه نمودند. همچنین پایایی آن را به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۱ گزارش نمودند. در پژوهش مهردادی

1 . Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)
2 . Sexual abuse
3 . Physical abuse
4 . Emotional abuse
5 . Emotional neglect
6 . Physical neglect
7 . Ego Strength Scale
8 . Markstrom

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-17]
[DOI: 10.29252/Rooyesh.15.5.195]

و همکاران (۱۴۰۰)، روایی سازه به روش تحلیل عامل تاییدی مقیاس روانشناختی توانمندی ایگو را بررسی و ۸ عامل تأیید شد. در مطالعه حاضر پایایی این پرسشنامه، به روش همسانی درونی با محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

سیاهه خودپنداره بک[1] (BSCI): این سیاهه توسط بک و همکاران (۱۹۹۰) به منظور بررسی خودپنداره طراحی شده است. این آزمون دارای ۲۵ گویه بوده که ۵ مؤلفه توانایی ذهنی، جذابیت فیزیکی، مسائل اخلاقی، کفایت کاری و مهارت‌های اجتماعی را مورد سنجش قرار می‌دهد. سیاهه بر روی یک طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم ۱ تا کاملاً موافقم ۵ قرار دارد. حداقل نمرات ۲۵ و حداکثر نمرات ۱۲۵ می‌باشد که نمرات بالاتر نشان از خودپنداره مثبت فرد و نمرات پایین نشان از خودپنداره منفی او است. بک و همکاران (۱۹۹۰)، شاخص روایی محتوایی ابزار را ۰/۸۸ و میزان پایایی را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش کردند. روانسنجی این سیاهه در ایران توسط هومن و ده‌آبادی (۱۳۹۲) بر روی نمونه‌ای ۴۸۰ نفری بررسی شد. نتایج نشان‌دهنده روایی مطلوب این ابزار بود؛ به‌طوری‌که ضریب همبستگی نمره کل پرسشنامه با پرسشنامه رضایت از خود ۰/۴۴ گزارش شد. همچنین، پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد. در پژوهش حاضر میزان پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۶ محاسبه شد.

یافته ها

در پژوهش حاضر ۲۸۹ نفر در طیف سنی ۲۱ - ۴۰ با میانگین و انحراف معیار سنی به ترتیب برابر با ۳۴/۴۵ و ۳/۶۷ شرکت کردند. شرکت کنندگان پژوهش به ترتیب ۵۸ نفر (۲۰/۱) زیردیپلم، ۱۰۲ نفر (۳۵/۳) دیپلم، ۸۱ نفر (۰/۲۸) فوق دیپلم، ۴۳ نفر (۱۴/۹) کارشناسی، ۵ نفر (۱/۷) کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. همچنین میانگین طول مدت اعتیاد ۶/۵۱ سال با انحراف معیار ۱/۸۲ بود. جدول ۱ ماتریس همبستگی و شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱. ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

	۱	۲	۳	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
۱- خودپنداره	۱			۶۱/۳۷	۹/۸۳	-۰/۷۳	۱/۶۰
۲- نیرومندی ایگو	۰/۳۵**	۱		۱۴۸/۳۳	۱۵/۰۷	۰/۵۲	۰/۸۶
۳- ترومای کودکی	-۰/۳۲**	-۰/۳۵**	۱	۶۴/۴۰	۹/۵۴	-۰/۴۱	۱/۸۷

**P ‹۰/۰۱

همان‌طور که در جدول ۱ دیده می‌شود، میانگین و انحراف معیار خودپنداره به ترتیب برابر با ۶۱/۳۷ و ۹/۸۳، میانگین و انحراف معیار نیرومندی ایگو به ترتیب برابر با ۱۴۸/۳۳ و ۱۵/۰۷ و میانگین و انحراف معیار ترومای کودکی به ترتیب برابر با ۶۴/۴۰ و ۹/۵۴ است. همچنین میان نیرومندی ایگو و خودپنداره با ضریب ۰/۳۵ همبستگی مثبت و معنادار در سطح ۰/۰۱ وجود دارد، میان ترومای کودکی و خودپنداره با ضریب ۰/۳۲- همبستگی منفی و معنادار در سطح ۰/۰۱ وجود دارد و میان ترومای کودکی و نیرومندی ایگو با ضریب ۰/۳۵- همبستگی منفی و معنادار در سطح ۰/۰۱ وجود دارد؛ بنابراین بین متغیرهای پژوهش ارتباط خطی و معنادار وجود داشت. مقدار کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش با توجه به یافته‌های جدول ۱، در دامنه ۲- و ۲ و از توزیع نرمال برخوردار بود.

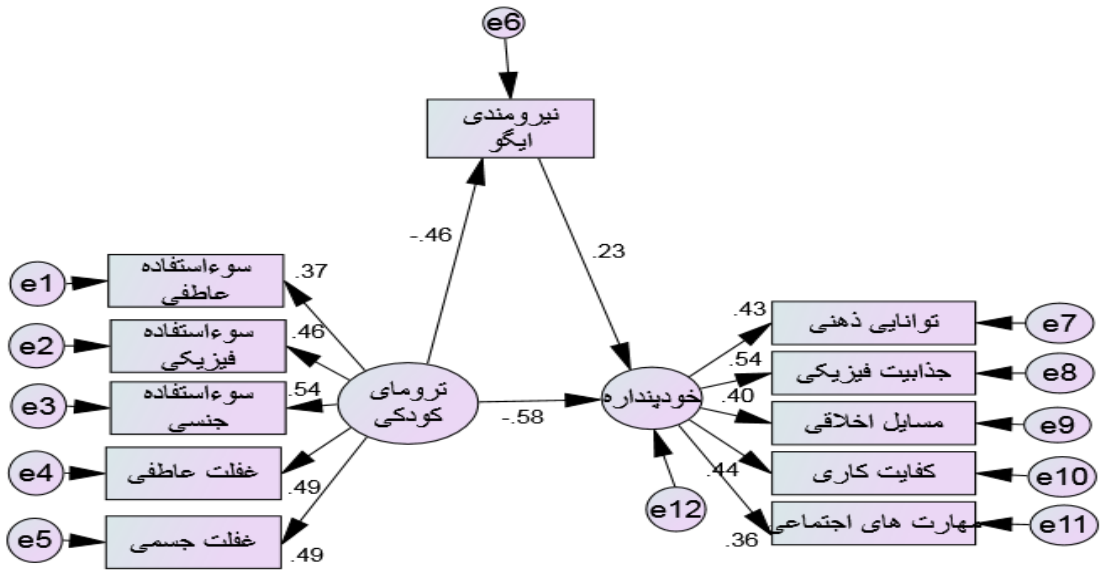
همچنین همخطی چندگانه با استفاده آماره تحمل[2] بررسی شد و نتایج نشان داد که این مقادیر در پژوهش حاضر ۰/۸۷ و بزرگتر از ۰/۱۰ هستند، بنابراین بین متغیرهای پژوهش همخطی چندگانه وجود ندارد. آزمون دوربین-واتسون نیز ۱/۶۱ گزارش شد که در دامنه ۱/۵ و ۲/۵ قرار دارد و پیش فرض استقلال منابع خطا معتبر گزارش شد. در شکل ۱ مدل برازش‌شده پژوهش ارائه شده است.

1 . Beck Self-Concept Inventory

2. Tolerance

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-17]

[DOI: 10.29252/Rooyesh.15.5.195]



شکل ۱. مدل نهایی پژوهش حاضر به همراه ضرایب استاندارد مسیرها

در شکل ۱، مدل ساختاری پژوهش در تبیین نقش میانجی نیرومندی ایگو در رابطه بین ترومای کودکی و خودپنداره نشان داده شده است. نتایج مدل حاکی از وجود رابطه مستقیم بین ترومای کودکی، نیرومندی ایگو و خودپنداره است. همچنین، الگوی مسیرها بیانگر آن است که نیرومندی ایگو در ارتباط بین ترومای کودکی و خودپنداره نقش میانجی دارد و می‌تواند نقش تجارب آسیب‌زای دوران کودکی بر خودپنداره را تبیین کند. جدول ۲ نیز ضرایب استاندارد مسیرها و نتایج آزمون روابط بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲. ضریب مسیر مستقیم متغیرهای پژوهش

مسیر			ضریب استاندارد	ضریب غیراستاندارد	تی	معناداری
ترومای کودکی	خودپنداره		-۰/۵۸	-۰/۶۰	-۳/۵۷	۰/۰۰۱
ترومای کودکی	نیرومندی ایگو		-۰/۴۶	-۵/۰۶	-۴/۸۱	۰/۰۰۱
نیرومندی ایگو	خودپنداره		۰/۲۳	۰/۰۲	۲/۳۶	۰/۰۱۸

باتوجه به مندرجات جدول ۲ ضریب مسیر مستقیم ترومای کودکی به خودپنداره (p<۰/۰۰۱، β= -۰/۵۸)، منفی و معنادار است. همچنین، ضریب مسیر مستقیم ترومای کودکی به نیرومندی ایگو (p<۰/۰۰۱، β= -۰/۴۶)، منفی و معنادار است. افزون بر این، ضریب مسیر مستقیم نیرومندی ایگو به خودپنداره (p<۰/۰۵، β= ۰/۲۳)، مثبت و معنادار است. جدول ۳ مسیرهای غیرمستقیم مدل را نشان می‌دهد.

جدول ۳. ضریب مسیر غیر مستقیم مدل

مسیر			اندازه استاندارد	حد پایین	حد بالا	معناداری
ترومای کودکی	نیرومندی ایگو	خودپنداره	-۰/۱۱	-۰/۲۰	-۰/۰۳	۰/۰۱۲

نتایج به‌دست‌آمده از روش بوت‌استرپ در جدول ۳ نشان داد که مسیر غیرمستقیم نیرومندی ایگو در رابطه بین ترومای کودکی و خودپنداره با ضریب استاندارد شده ۰/۱۱-، حد پایین ۰/۲۰- و حد بالای ۰/۰۳- در سطح ۰/۰۵ معنادار است. بنابراین، ترومای کودکی با خودپنداره از طریق نقش میانجی نیرومندی ایگو دارای رابطه غیرمستقیم معنادار در زنان مبتلا به سوءمصرف مواد است. جدول ۴ نیز شاخص‌های برازش مدل را نشان می‌دهد.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-17]
[DOI: 10.29252/Rooyesh.15.5.195]

جدول ۴. شاخص‌های برازش مدل

مدل	X^2	df	X^2/df	GFI	AGFI	CFI	IFI	TLI	RMSEA
مدل پژوهش	۵۳/۱۷	۴۲	۱/۲۶	۰/۹۶	۰/۹۵	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

جدول ۴ نشان می‌دهد که شاخص X^2/df که نسبتی از مجذور خی بر درجه آزادی است، برابر با ۱/۲۶ محاسبه شده است و در دامنه ۱ تا ۵ قرار دارد و نشانگر برازندگی معتبر مدل است. همچنین جدول فوق نشانگر آن است که شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش اصلاح‌شده (AGFI)، شاخص برازش تطبیقی (CFI)، شاخص برازش فزاینده (IFI) و شاخص توکرلوییس (TLI) بالاتر از ۰/۹۰ گزارش شده‌اند که بیانگر آن هستند مدل پژوهش از برازش معتبری برخوردار بود. همچنین ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) نیز ۰/۰۳ و کمتر از ۰/۰۸ شده است و نشانگر برازش خوب مدل بود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تدوین مدل رابطه ترومای کودکی و خودپنداره با نقش میانجی نیرومندی ایگو در زنان مبتلا به سوءمصرف مواد صورت گرفته است. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که رابطه مستقیم و معناداری بین ترومای کودکی و خودپنداره وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های کاسیانو و همکاران (۲۰۲۵)، ملامد و همکاران (۲۰۲۴)، شی و همکاران (۲۰۲۴) و مومنه و همکاران (۲۰۲۳) همسو است. در تبیین این رابطه می‌توان بیان کرد که ترومای دوران کودکی از طریق ایجاد اختلال در شکل‌گیری هویت اولیه و سازمان‌دهی شناختی ـ هیجانی فرد، زمینه شکل‌گیری خودپنداره منفی را فراهم می‌کند. شواهد نشان می‌دهد مواجهه با سوءاستفاده، غفلت یا اختلال در کارکرد خانواده در دوران رشد، می‌تواند انسجام خود و شکل‌گیری هویت ایمن را مختل کرده و به ارزیابی منفی از خویشتن منجر شود (شی و همکاران، ۲۰۲۴). مطابق نظریه‌های تروما و نظام خود، تجارب نامطلوب اولیه در قالب طرحواره‌ها و باورهای بنیادین فرد درباره ارزشمندی، ایمنی و اعتماد ادغام می‌شوند و تروماهای مکرر یا شدید می‌توانند پیام‌های درونی بی‌ارزشی، نقص یا آسیب‌پذیری را به بخشی پایدار از خودپنداره تبدیل کنند (ملامد و همکاران، ۲۰۲۴). به‌عبارت دیگر، ترومای کودکی با ایجاد اختلال در فرآیندهای شناختی و هیجانی مرتبط با خود، از جمله انسجام خود، خودارزیابی و پردازش اطلاعات خودارجاعی، موجب شکل‌گیری برداشت‌های منفی پایدار از خود می‌شود (کاسیانو و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین این تجارب با اختلال در تنظیم هیجان و تغییر در سازوکارهای عصبی مرتبط با پردازش خود، گرایش فرد به تفسیر منفی رویدادها و درونی‌سازی شکست‌ها را افزایش می‌دهند. در ادامه این چرخه، خودپنداره منفی می‌تواند به‌عنوان یک عامل آسیب‌پذیرکننده، فرد را به سمت استفاده از مواد به‌عنوان راهبرد مقابله‌ای ناسازگار سوق دهد. این امر چرخه‌ای معیوب ایجاد می‌کند که در آن مصرف مواد به تشدید احساس شرم، گناه و ناکامی و در نتیجه تضعیف بیشتر خودپنداره منجر می‌شود (نیا و همکاران، ۲۰۲۳). از سوی دیگر، در زنان، هم‌زمانی تجربه تروما با انگ جنسیتی، سرزنش اجتماعی و موانع مضاعف در مسیر درمان و بهبودی، می‌تواند اثرات مستقیم ترومای کودکی بر خودپنداره را تشدید و پایداری آن را افزایش دهد (مومنه و همکاران، ۲۰۲۳). در مجموع، می‌توان نتیجه گرفت که ترومای دوران کودکی نه‌تنها از طریق سازوکارهای شناختی، هیجانی و عصبی بر شکل‌گیری خودپنداره اثر می‌گذارد، بلکه با ایجاد چرخه‌های بازخوردی منفی، به تداوم و تشدید خودپنداره منفی در زنان مبتلا به سوءمصرف مواد منجر می‌شود.

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که نیرومندی ایگو در ارتباط بین ترومای کودکی و خودپنداره نقش میانجی دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های بارونسلی و همکاران (۲۰۲۵)، لوتنر و پیدفورت-مارین (۲۰۲۳)، آکات و هیسار (۲۰۲۳) و ارشادی‌مقدم و همکاران (۱۴۰۳) همسو است. از نظر نظری، قدرت ایگو مفهومی چندوجهی است که خودکنترلی، خودکارآمدی و تاب‌آوری را شامل می‌شود و به‌عنوان ظرفیت فرد برای مقاومت روانی، تنظیم رفتار و حفظ کارکرد مؤثر در مواجهه با فشارهای محیطی در نظر گرفته می‌شود (لوتنر و پیدفورت-مارین، ۲۰۲۳). بنابراین، تجربه ترومای کودکی به تدریج منابع روانی لازم برای حفظ این ظرفیت‌ها را کاهش داده و خودپنداره فرد از مسیر تضعیف قدرت ایگو دچار افت می‌شود. ترومای اولیه می‌تواند رشد و سازمان‌یافتگی مدارهای خودتنظیمی را مختل کند؛ به‌گونه‌ای که نقش نواحی تنظیم‌کننده هیجان، به‌ویژه مسیرهای مرتبط با قشر پیش‌پیشانی و سیستم‌های لیمبیک، دچار اختلال شود. نتیجه آن، واکنش‌پذیری بیشتر نسبت به محرک‌های تهدیدکننده، کاهش کنترل تکانه‌ها و افزایش مشکلات مدیریت استرس و

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-17]
[DOI: 10.29252/Rooyesh.15.5.195]

نوسانات هیجانی است. علاوه بر این، با توجه به تفاوت‌های جنسیتی در تجربه‌ها، انتظارهای اجتماعی و فشارهای جنسیتی، اثرات ناشی از ترومای کودکی از مسیر اختلال در خودتنظیمی می‌تواند در زنان شدت بیشتری داشته باشد؛ به‌طوری که نوسانات هیجانی، احساس درماندگی و دشواری در سازگاری برجسته‌تر می‌شوند (آکات و هیسار، ۲۰۲۳). از منظر عاطفی، ترومای کودکی اغلب به شکل‌گیری «شرم درونی‌شده» منجر می‌شود؛ شرمی که نه صرفاً یک احساس گذرا، بلکه به‌صورت باور و داوری مداوم درباره ارزشمندی خود تثبیت شده و طرحواره‌های منفی از خود را فعال یا تقویت می‌کند. در چنین شرایطی، فرد به جای اعتماد به توانایی‌های خود برای حل مسائل و تحمل هیجان‌های دشوار، خود را ناتوان، معیوب یا بی‌ارزش می‌بیند؛ در نتیجه خودکارآمدی کاهش یافته و قدرت ایگو تضعیف می‌شود (ارشادی‌مقدم و همکاران، ۱۴۰۳). به نظر می رسد، آسیب‌های روانی دوران کودکی با شکل‌دهی باورهای منفی درباره خود، ادراک فرد از ارزشمندی و کفایت را تضعیف کرده و زمینه‌ساز گرایش به مصرف مواد به‌عنوان راهبرد جبرانی برای مقابله با رنج‌های درونی می‌شوند (بارونسلی و همکاران، ۲۰۲۵). علاوه بر این، آسیب‌های رابطه‌ای اولیه و شکل‌گیری دلبستگی ناایمن، که معمولاً ناشی از ناکارآمدی مراقبت‌گر اصلی و فقدان امنیت روانی است، رشد یک نظام خودی منسجم و آرامش‌بخش را مختل می‌کند. در نبود دلبستگی ایمن، فرد کمتر قادر است به منابع درونی و بیرونی برای تنظیم هیجان اتکا کند؛ بنابراین در مواجهه با فشارهای زندگی، پاسخ‌های غیرکارآمد تشدید شده و خودپنداره منفی تقویت می‌شود.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر مسیر اثرگذاری ترومای کودکی بر خودپنداره زنان مصرف‌کننده مواد را با تمرکز بر نقش میانجی قدرت ایگو روشن می‌سازد: ترومای اولیه از طریق اختلال در خودتنظیمی، تشدید اثر در بافت جنسیتی، افزایش شرم درونی‌شده و طرحواره‌های منفی از خود، و نیز آسیب‌های رابطه‌ای اولیه و دلبستگی ناایمن، قدرت ایگو را تضعیف کرده و به شکل‌گیری یا تشدید خودپنداره منفی می‌انجامد. بنابراین، مداخلات درمانی که بر ترمیم ظرفیت‌های قدرت ایگو، اصلاح طرحواره‌های منفی و بهبود دلبستگی تمرکز دارند، می‌توانند پیامدهای آسیب‌زای ترومای کودکی را کاهش داده و مسیر بهبود خودپنداره را تسهیل کنند. به طور خلاصه، ترکیب این عوامل مسیر مشخصی را از ترومای کودکی به خودپنداره منفی ایجاد می‌کند و نشان می‌دهد که توجه درمانی به تقویت قدرت ایگو و ترمیم عواطف و باورهای منفی، نقش کلیدی در کاهش اثرات آسیب‌های دوران کودکی دارد.

این پژوهش، به دلیل نمونه‌گیری هدفمند از زنان ۲۰ تا ۴۵ ساله در تهران و اتکای آن به داده‌های خودگزارشی، برای تعمیم نتایج به سایر جمعیت‌ها نیازمند احتیاط است و همچنین احتمال سوگیری پاسخ‌دهندگان باید مدنظر قرار گیرد. ازاین‌رو، پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با روش‌های تصادفی، پوشش دادن دامنه‌های سنی و جغرافیایی گسترده‌تر و به‌کارگیری ابزارهای ترکیبی (مانند مصاحبه یا ابزارهای عصب‌شناختی) تکمیل شوند. در بعد کاربردی نیز ضروری است در برنامه‌های درمانی ترک اعتیاد، به جای تمرکز صرف بر میزان مصرف، بر تقویت عوامل محافظتی مانند نیرومندی ایگو و خودپنداره تأکید شود و کارگاه‌های آموزشیِ مرتبط با مقابله با پیامدهای ترومای کودکی در ساختارهای درمانی نهادینه گردد تا به شکل مؤثر از عود مجدد پیشگیری شود.

منابع

ابراهیمی، گ؛ غضنفری، ا؛ مشهدی زاده، ش و رحیمی، س. (۱۴۰۲). رابطه ترومای دوران کودکی با افکار خودکشی با توجه به نقش واسطه‌ای طرحواره‌های ناسازگار اولیه. *نشریه روان پرستاری*، ۱۱(۱)، ۹۴-۱۰۵. https://doi:10.22034/IJPN.11.1.94

https://doi:10.22123/chj.2022.277960.1700

ارشادی مقدم، ف؛ میرزاحسینی، ح؛ شریفی راد، غ. (۱۴۰۳). میانجی توانمندی ایگو در رابطه تروما با حالات تجزیه‌ای و مسخ شخصیت، *رویش روان شناسی، ۱۳ (۲)*، ۱۷۰-۱۵۹. http://frooyesh.ir/article-1-5010-fa.html

مهردادی، ش؛ حسنی، ف؛ کشاورزی ارشدی، ف.، صالحی، م؛ و سپاه منصور، م. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش مهارتهای زندگی بر قدرت ایگو، خلق و خو و افکارخودکشی در بین دختران اقدام کننده به خودکشی استان ایلام. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد،۶۴ (۳)، ۳۴۱۰-۳۴۲۲. http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-6988-fa.html

هومن، ح و و ده آبادی، س. (۱۳۹۲). ویژگی‌های روانسنجی خودپنداره و رابطه آن با سازگاری اجتماعی در دانش آموزان دبیرستانی شهرستان سبزوار. *تحقیقات روانشناختی*، ۵ (۱۸)، ۶۹-۸۴. https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1020464/

Acat, Ö., & Hisar, K. M. (2023). Childhood Traumas, Ego Defense Mechanisms And Happiness Levels in Students Of A Medical School. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 34-46..DOI:https://doi.org/10.51123/jgehes.2023.73

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-17]

[DOI: 10.29252/Rooyesh.15.5.195]

An, J., Wang, Q., Bai, Z., Du, X., Yu, D., & Mo, X. (2025). Global burden and trend of substance use disorders, self-harm, and interpersonal violence from 1990 to 2021, with projection to 2040. *BMC Public Health*, *25*(1), 1632.doi: 10.1016/j.eclinm.2024.102985.

Baroncelli, C. M. C., Lodder, P., van der Lee, M., & Bachrach, N. (2025). The role of enmeshment and undeveloped self, subjugation and self-sacrifice in childhood trauma and attachment related problems: The relationship with self-concept clarity. Acta psychologica, 254, 104839. https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2025.104839

Beck, A. T., Steer, R. A., Epstein, N., & Brown, G. (1990). Beck Self-Concept Test. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *2*(2), 191–197.DOI: 10.1037//0022-006x.56.6.893.

Berberoğlu, Z., & Hocaoğlu, Ç. (2024). The Relationship Between Childhood Trauma and Body Image, Self-Esteem and Eating Attitudes in Patients undergoing Bariatric Surgery. *Turkish Journal of Psychiatry*, *35*(2), 116. http://doi: 10.5080/u26831

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., … & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, *27*(2), 169–190.https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0

Bozarth, M. A. (2023). Drug addiction as a psychobiological process. In *Addiction controversies* (pp. 112–134). CRC Press.doi: 10.5812/ijhrba.16712.

Casiano, N., Oquendo, J. J., & Casiano, N. (2025). Childhood Trauma, Substance Use, and Stigma: Pathways of Risk and Practices for Building Resilience. *J Ment Health Soc Behav*, *7*(2), 202. DOI:10.33790/jmhsb1100202.

Garay, B., Lasarte, G., Corres-Medrano, I., & Santamaría-Goicuria, I. (2024). Why should educators receive training in childhood trauma? *Trends in Psychology*, *32*(2), 307–334.https://doi.org/10.1007/s43076-022-00223-1

Greenman, P. S., Renzi, A., Monaco, S., Luciani, F., & Di Trani, M. (2024). How does trauma make you sick? The role of attachment in explaining somatic symptoms of survivors of childhood trauma. In *Healthcare*, 12 (2), 203. doi: 10.3390/healthcare12020203.

Henden, E. (2023). Addiction and autonomy: Why emotional dysregulation in addiction impairs autonomy and why it matters. *Frontiers in Psychology*, *14*, 1081810.doi: 10.3389/fpsyg.2023.1081810.

Kim, B., & Chen, Y. H. (2026). Toward Trauma-Informed and Equitable Approaches to Substance Abuse: A Meta-Umbrella Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 15248380251408395. https://doi.org/10.1177/15248380251408395

Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications. https://books.google.com/books

Leutner, S., & Piedfort-Marin, O. (2021). The concept of ego state: From historical background to future perspectives. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(4), 100184.https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100184

Momeñe, J., Estévez, A., Griffiths, M. D., Macia, P., Herrero, M., Olave, L., & Iruarrizaga, I. (2023). Childhood trauma and body dissatisfaction among young adult women: the mediating role of self-criticism. *Current Psychology*, *42*(28), 24837–24844. https://doi.org/10.1007/s12144-022-03495-z

Markstrom, C. A., Sabino, V. M., Turner, B. J., & Berman, R. C. (1997). The psychosocial inventory of ego strengths: Development and validation of a new Eriksonian measure. *Journal of youth and adolescence*, *26*(6), 705-732.https://doi.org/10.1023/A:1022348709532

Melamed, D. M., Botting, J., Lofthouse, K., Pass, L., & Meiser-Stedman, R. (2024). The relationship between negative self-concept, trauma, and maltreatment in children and adolescents: a meta-analysis. *Clinical child and family psychology review*, *27*(1), 220-234.http://doi: 10.1007/s10567-024-00472-9.

Nia, A. B., Weleff, J., Fogelman, N., Nourbakhsh, S., & Sinha, R. (2023). Regular cannabis use is associated with history of childhood and lifetime trauma in a non-clinical community sample. *Journal of Psychiatric Research*, *159*, 159–164.doi: 10.1016/j.jpsychires.

Özer, D., Şahin Altun, Ö., Kayaoğlu, K., & Tanrıkulu, A. B. (2025). Evaluation of metacognition, difficulties in emotion regulation and addiction severity levels of individuals diagnosed with substance use disorder. *Journal of Substance Use*, *30*(3), 498-504.http://doi:10.5080/u26831

Qiong, L. (2025). Ego. In *The ECPH Encyclopedia of Psychology* (pp. 453-453). Singapore: Springer Nature Singaporehttps://doi.org/10.1007/978-981-97-7874.

Rana, A. M. K., Rehman, A., Akbar, G., Abbas, S. G., & Kiani, S. (2026). Peer Comparison Anxiety and Academic Self-Concept among Secondary and Undergraduate Students: A Quantitative Study of EGO, Mindset, Resilience, and Procrastination. *Research Consortium Archive*, *4*(1), 1133-1151. https://doi.org/10.0000/698.

Sutherland, B. D., Fallah-Sohy, N., Kopera, M., Jakubczyk, A., Sutherland, M. T., & Trucco, E. M. (2022). Alexithymia mediates the association between childhood trauma and adolescent E-cigarette use. *Drug and Alcohol Dependence*, *236*, 109500. DOI:10.1016/j

Wendler-Bödicker, C., Kische, H., Voss, C., & Beesdo-Baum, K. (2024). The association between childhood maltreatment and body (dis) satisfaction in adolescents and young adults from the general population. *Journal of Trauma & Dissociation*, *25*(1), 113-128.https://doi.org/10.1080/15299732.2023.2231927

Xie, Y., Shen, Y., & Wu, J. (2024). Cumulative childhood trauma and mobile phone addiction among Chinese college students: role of self-esteem and self-concept clarity as serial mediators. *Current Psychology*, *43*(6), 5355–5363.DOI:10.1007/s12144-023-04734-7

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-17]

[DOI: 10.29252/Rooyesh.15.5.195]

Zhou, J., Zou, F., & Gong, X. (2024). 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*, *53*(10), 2363–2377.https://doi.org/10.1007/s10964-024-02015-5

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-17]

[DOI: 10.29252/Rooyesh.15.5.195]