

مدل‌یابی روابط ساختاری طرحواره، سبک‌های دلبستگی با آمادگی به اعتیاد با واسطه‌گری راهبردهای مقابله‌ای استرس، تنظیم شناختی هیجان و احساس تنهایی در معتادان در حال ترک اعتیاد به مواد مخدر

حسن شعبانی^۱، بهرام میرزاییان^۲، علیرضا سنگانی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۳/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۷/۱۹

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف مدل‌یابی روابط ساختاری طرحواره، سبک‌های دلبستگی با آمادگی به اعتیاد با واسطه‌گری راهبردهای مقابله‌ای استرس، تنظیم شناختی هیجان و احساس تنهایی در معتادان در حال ترک اعتیاد به مواد مخدر انجام شد. **روش:** روش تحقیق توصیفی-همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. جامعه‌ی تحقیق عبارت بودند از: معتادان در حال بهبودی استان گلستان در سال ۱۳۹۵. به روش نمونه‌گیری لوهلین (۲۰۰۴)، ۳۰۰ نفر از معتادان در حال بهبودی به عنوان نمونه انتخاب شدند. از پرسش‌نامه‌های، آمادگی به اعتیاد، سبک‌های دلبستگی هازن و شیور، راهبردهای مقابله با استرس اندلر و پارکر، تنظیم شناختی هیجان گرانفسکی، کرایج و اسپینهاون، احساس تنهایی راسل، طرحواره یانگ فرم کوتاه استفاده شد. **یافته‌ها:** به طور کلی پنج متغیر توانستند ۷۴ درصد از متغیر آمادگی به اعتیاد را تبیین نمایند. **نتیجه‌گیری:** با توجه به قدرت پیش‌بینی‌کنندگی متغیرها می‌توان از نتایج در مداخلات و آموزش‌ها در کلینیک‌های ترک اعتیاد استفاده نمود.

کلیدواژه‌ها: طرحواره، سبک‌های دلبستگی، آمادگی به اعتیاد، راهبردهای مقابله‌ای استرس، تنظیم شناختی هیجان، احساس تنهایی

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، ایران

۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران

مقدمه

اعتیاد یک مسئله بزرگ بهداشتی و بیماری اجتماعی و دارای جنبه‌های متعدد اقتصادی، سیاسی، فرهنگی، روانی، اخلاقی و حقوقی است، که از مصرف غیرطبیعی و غیرمجاز برخی مواد مانند الکل، تریاک، حشیش و... ناشی می‌شود و باعث وابستگی روانی یا فیزیولوژیک فرد مبتلا (معتاد) به این مواد می‌شود و در عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی تأثیرات نامطلوب بر جای می‌گذارد (آنجلیس^۱، ۲۰۱۵). منظور از واژه اعتیاد که معادل واژه علمی وابستگی است، حالتی از مصرف عنوان شده که فرد علاوه بر مشکلات یاد شده، به مرحله‌ای رسیده باشد که قطع مصرف به لحاظ روانی یا جسمی بسیار مشکل شده باشد (ناستی‌زایی، هزاره مقدم و ملازهی، ۱۳۸۹). همچنین آمادگی به اعتیاد به این معنا است که این امر آمادگی آسیب‌پذیری در مقابل سوءمصرف مواد را ارزیابی می‌کند، اعم از اینکه در حال حاضر سوءمصرف مواد داشته یا نداشته باشد (قدیمی، کرمی و یزدان‌بخش، ۱۳۹۳). با همه‌ی تلاش‌هایی که در زمینه‌ی ترک اعتیاد انجام می‌شود، آمارهای بازگشت به اعتیاد یا عود در معتادان ترک کرده بسیار نگران‌کننده است (ساویج^۲، ۲۰۱۶). احتمال بازگشت به مواد مخدر را در خوشبینانه‌ترین شکل تا ۵۰ درصد پیش‌بینی کرده‌اند. به نظر مارلات و گوردون^۳ (۱۹۸۵) این احتمال تا ۹۰ درصد نیز معتبر است (به نقل از اسنو و اندرسون^۴، ۲۰۰۰). بیشتر سوءمصرف‌کنندگان مواد پس از سم‌زدایی و ورود به درمان‌های توانبخشی، طی ۹۰ روز پس از شروع به درمان، مجدداً به مصرف مواد می‌پردازند (مک‌کی، فرنکلین، پاتاپیس و لینچ^۵، ۲۰۰۶). به طور کلی عوامل عود اعتیاد را می‌توان در قالب عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی و جغرافیایی و اقتصادی طبقه‌بندی کرد (ژیا^۶، ۲۰۱۵). یکی از عواملی که ارتباط نزدیکی با سوءمصرف مواد دارد، راهبردهای مقابله با استرس می‌باشد. مقابله یا کنار آمدن به روش‌ها و اقدامات شناختی و رفتاری اطلاق می‌شود که فرد برای تسلط یافتن، کاستن یا تحمل کردن خواسته‌های

1. Angelis
2. Savage
3. Marlatt, & Gordon
4. Snow, & Anderson

5. McKay, Franklin, Patapis, & Lynch
6. Xia

درونی یا بیرونی ناشی از تعاملات پر استرس پیش می‌گیرد (حبیبی و عاشوری، ۱۳۹۳). براساس این تعریف، مقابله فرایندی است که دائماً در حال تغییر است؛ مقابله به طور خودکار انجام نمی‌شود، بلکه الگوی آموخته شده‌ای است برای پاسخ‌گویی به موقعیت‌های تنش‌زا؛ و این که مقابله نیازمند تلاش فرد برای مواجهه با استرس است (والنتینو^۱، ۲۰۱۰). به نظر ایندلر و پارکر^۲ (۱۹۹۰) نیز راهبردهای مقابله‌ای را می‌توان به سه دسته تقسیم کرد: راهبرد تکلیف‌مدار: این راهبرد مستلزم حصول اطلاعات دربارهٔ موقعیت تنش‌زا و پیامدهای احتمالی آن است (هلیم و صبری^۳، ۲۰۱۳). راهبرد هیجان‌مدار: این راهبرد مستلزم یافتن روش‌هایی برای کنترل هیجان‌ها و تلاش برای امیدوار بودن به هنگام مواجهه با موفقیت‌های تنش‌زا است (زارعی و اسدی، ۱۳۹۰). راهبرد اجتناب‌مدار: این راهبرد مستلزم انکار یا کوچک شمردن موقعیت‌های تنش‌زاست (جینگ، فنگان و فنگ^۴، ۲۰۱۴).

از دیگر عوامل اساسی در برخورد هوشمندانه با عوامل استرس‌زا که به طور فعالانه با راهبردهای مقابله هم‌آمیزی دارد، تنظیم شناختی هیجانی می‌باشد (استینر و فونیس^۵، ۲۰۱۳). تنظیم شناختی هیجانی بر به کار گماشتن افکار و رفتارهایی که در هیجان‌های آدمی تأثیرگذارند، دلالت دارد و منظور از تنظیم شناختی هیجان نحوه‌ی پردازش شناختی فرد در هنگام مواجهه با وقایع ناگوار و استرس‌زا می‌باشد (تانگ^۶، ۲۰۱۶). به عقیده‌ی محققان افراد در مواجهه با شرایط استرس‌زا از استراتژی‌های متنوعی استفاده می‌کنند (طیب‌نیا و همکاران، ۲۰۱۴). از جمله‌ی این استراتژی‌ها، نشخوار فکری، سرزنش خود، سرزنش دیگران، تلقی فاجعه‌آمیز و تمرکز مجدد مثبت، توسعه‌ی چشم‌انداز، ارزیابی مثبت، پذیرش و برنامه‌ریزی کردن است (شیفمن، دانبر، اسکول و تیندل^۷، ۲۰۱۲). نتایج پژوهش وو^۸ (۲۰۱۵)؛ ناکاجیما و العبسی^۹ (۲۰۱۲)؛ بشارت، نوربخش، رستمی و فراهانی، (۱۳۹۱)؛ کیانی، قاسمی و پورعباس، (۱۳۹۰)؛ رنجبر توتوئی، خانجانی و میرزاییگی،

1. Valentino
2. Indler, & Parker
3. Halim, & Sabri
4. Jing, Fenglan, & Feng
5. Steiner, & Van Waes

6. Tang
7. Shiffman, Dunbar, Scholl, & Tindle
8. Wu
9. Nakajima, & Al'absi

(۱۳۹۴)؛ نشان می‌دهند که ظرفیت افراد در تنظیم مؤثر هیجان‌ها بر شادمانی روان‌شناختی، جسمانی و بین فردی تأثیر می‌گذارد و دلالت بر شیوه دستکاری شناختی اطلاعات ورودی فراخوانده شده دارد. همچنین نتایج پژوهش‌های بسیاری همچون بشرپور (۱۳۹۲)، بشارت و همکاران (۱۳۹۱)، وو (۲۰۱۵)، استاینر و فن ویس^۱ (۲۰۱۳) نشان می‌دهد که تنظیم شناختی هیجان با آمادگی و استعداد به اعتیاد رابطه دارد. از طرف دیگر روان‌بنه‌های اورگانیزم‌ها به مثابه‌ی نسخه‌های نرم‌افزاری از رفتارها می‌باشند که به مدد کسب تجربه و یا بیش تغییر می‌نمایند (پرزاندیو^۲، ۲۰۱۵)، طرحواره‌های ناسازگار، الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته‌اند و در مسیر زندگی تکرار می‌شوند و رفتارهای ناسازگار در پاسخ به این طرحواره‌ها به وجود می‌آیند (کار، هاید، نیومن، ویدینگ هریری^۳، ۲۰۱۳). طرحواره‌های ناسازگار به علت ارضا نشدن نیازهای بنیادینی، همچون دلبستگی ایمن به دیگران، خودگردانی، آزادی در بیان نیازها و هیجان‌های سالم، خودانگیختگی و محدودیت‌های واقع‌بینانه است. طبق دیدگاه یانگ طرحواره‌های ناسازگار اولیه ممکن است، هسته‌ی اصلی اختلال شخصیت، مشکلات شناختی خفیف‌تر و بسیاری از اختلالات مزمن مانند سوء‌مصرف مواد باشد. به طور کلی طرحواره‌های ناسازگار اولیه تحت عنوان ساختارهای پردازش اطلاعات، مفهوم سازی شده‌اند که در اوایل زندگی شکل گرفته و محصول خلق و خو و محیط فرد هستند (گارلند^۴، ۲۰۱۶). از سوی دیگر پژوهش‌ها نشان از رابطه سبک‌های دلبستگی با سوء‌مصرف مواد دارند (امیر و آشنا، ۱۳۹۴؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۱). از نقطه نظر دلبستگی سوء‌مصرف مواد را می‌توان به عنوان یک راهبرد غیرفعال مصنوعی و به عنوان تلاشی برای مقابله با دلبستگی نایمن، کاهش آشفتگی هیجانی و تعدیل روابط بین فردی ادراک کرد (شیندلر، توماسیوس، ساک، جمین هارت، و کاستنر^۵، ۲۰۰۷). دلبستگی عبارت است از برقراری پیوند عاطفی عمیق با افرادی خاص در زندگی که تعامل

1. Steiner, & Van Waes
2. Perez-Dandieu
3. Carre, Hyde, Neumann, Viding, & Hariri

4. Garland
5. Schindler, Thomasius, Sack, Gemeinhardt, & Kustner

با آن‌ها باعث احساس شعف و نشاط شود و وجود آن‌ها به هنگام تنش مایه آرامش باشد. شکل‌گیری دلبستگی تدریجی است. در همین راستا اینزورث اثبات کرد دلبستگی به کاهش اضطراب کمک می‌کند (گرینفیلد، بلواستار، هانسن و کارپنتر، ۲۰۱۵). آنچه اینزورث تأثیر پایه‌ای ایمنی می‌نامد، فرد را قادر می‌سازد تا شخص مورد دلبستگی را ترک کند و در محیط پیرامون خود به جستجو بپردازد (ویدکایند، ۲۰۱۳). سه معیار اصلی تعریف‌کننده یک رابطه‌ی دلبستگی را در دوره طفولیت "جستجوی همجواری"، "تأثیر پایگاه ایمنی بخش"، و "اعتراض جدایی" دانسته‌اند (لبری و سسومز، ۲۰۱۲). به طور کلی دلبستگی را می‌توان جو هیجانی حاکم بر روابط افراد تعریف کرد (ویدکایند، و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین یکی از مسائل مطرح شده در حوزه‌ی اعتیاد، احساس تنهایی ناشی از طردهای اجتماعی و حذف محیط حامی به سبب انتخاب و ادامه این رفتارهای مخاطره‌آمیز می‌باشد (ویکتور، بورهالت و مارتین، ۲۰۱۲). احساس تنهایی برداشت ذهنی فرد از کمبود یا فقدان روابط رضایت‌بخش اجتماعی است و حاصل محروم ماندن از نیاز اساسی بشر به صمیمیت است (دوریان، الیزابت و امی، ۲۰۱۴). احساس تنهایی، پاسخی به فقدان یک رابطه‌ی مثبت رضایت‌بخش با سایرین است، و سالیوان، این حالت را حاصل محروم بودن از نیاز اساسی بشر به صمیمیت می‌داند این حالت احساس محرومیت از روابط اجتماعی است (جیونگ، ۲۰۱۶). همان‌طور که اشاره شد پژوهش‌های مختلفی به طور جداگانه به نقش متغیرهای پژوهش در آمادگی به اعتیاد اشاره دارند، با این حال رابطه‌ی مستقیم و غیر مستقیم این عوامل با آمادگی به اعتیاد کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است. اما با مطالعه این پژوهش‌ها، می‌توان برنامه‌های مداخلاتی و درمانی مناسب‌تر ایجاد نمود. در نهایت سوال اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا متغیرهای پژوهش در مدل توان پیش‌بین آمادگی به اعتیاد در افراد معتاد در حال ترک دارا می‌باشد؟

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر با توجه به هدف از نوع تحقیقات بنیادی و از لحاظ شیوه گردآوری داده‌ها به صورت مقطعی و تحلیل آن‌ها به روش توصیفی و از نوع طرح‌های همبستگی و روش مدل‌یابی معادلات ساختاری، به طور خاص معادلات رگرسیون ساختاری (آمیخته‌ای از تحلیل مسیر و تحلیل عاملی) می‌باشد. که رویکرد مبتنی بر کواریانس براساس نرم‌افزار Amos می‌باشد. این رویکرد به تخمین ضرایب مسیرها، بارهای عاملی با استفاده از به حداقل رساندن تفاوت بین ماتریس کواریانس مبتنی بر نمونه و ماتریس کواریانس مبتنی بر مدل پرداخته است. در این مطالعه جامعه‌ای از تمامی معتادان در حال بهبودی ۱ تا ۱۲ ماه، در بازه سنی ۱۸ تا ۵۵ سال، مددجو در ۲۸ مرکز اقامتی میان مدت در استان گلستان تحت مطالعه قرار گرفتند. این تعداد انتخاب نمونه به روش نمونه‌گیری لوهلین^۱ (۲۰۰۴)، به ازای هر متغیر مکنون بین ۳۰ تا ۵۰ نمونه اتخاذ گردید، که در مجموع با توجه به تعداد متغیرهای مکنون ۳۰۰ نفر از معتادان در حال بهبودی به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابتدا از بین ۲۸ مرکز سطح استان به صورت تصادفی ساده ۱۰ مرکز انتخاب و سپس به صورت طبقه‌ای نسبی (با توجه به تعداد افراد در مراکز شهرهای استان)، نمونه در نهایت به طور تصادفی انتخاب شد.

ابزار

۱- مقیاس آمادگی به اعتیاد: توسط وید و بوچر، مک کنا، بن پوراس^۲ (۱۹۹۲) ساخته شد. نسخه‌ی مورد استفاده مقیاس ایرانی آمادگی به اعتیاد است که توسط زرگر و همکاران (۱۳۸۵)، ساخته شد (زرگر، نجاریان و نعمی، ۱۳۸۷). دارای ۳۶ گویه و ۵ گویه دروغ سنج می‌باشد. نمره گذاری هر سوال بر روی یک پیوستار از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۳ (کاملاً موافقم) می‌باشد. سوالات ۶، ۱۲، ۱۵، ۲۱ معکوس نمره گذاری می‌شوند. سوالات ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۱ و ۳۳ دروغ‌سنج می‌باشند. امتیاز کلی مجموع امتیازات تک تک سوالات

1. Loehlin

2. Weed, Butcher, Mckenna, & Ben-Porath

(به غیر از سوالات دروغ سنج) می‌باشد. دامنه‌ی نمره از ۰ تا ۱۰۸ بوده و نمرات بالاتر به منزله آمادگی بیشتر فرد پاسخ‌دهنده برای اعتیاد می‌باشند. در پژوهش زرگر و همکاران (۱۳۸۷) روایی ملاکی، با تفکیک دو گروه معتاد و غیرمعتاد مناسب گزارش شد. روایی سازه مقیاس از طریق همبسته کردن آن با مقیاس ۲۵ گویه‌ای فهرست علائم بالینی ۰/۴۵ معتادار به دست آمد. اعتبار مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

۲- مقیاس سبک‌های دلبستگی بزرگسالان: با استفاده از مواد آزمون دلبستگی هازن و شیور^۱ (۱۹۸۷) ساخته شده و در مورد دانشجویان دانشگاه تهران هنجاریابی شده است. دارای ۱۵ سوال و سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دو سوگرا می‌باشد. پاسخ‌دهی در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم ۱ تا کاملاً موافقم ۵) انجام می‌شود. سوالات مربوط به سبک اجتنابی ۱ تا ۵، سبک ایمن ۶ تا ۱۰، و سبک دو سوگرا ۱۱ تا ۱۵ می‌باشد. حداقل و حداکثر نمره در خرده‌مقیاس‌ها ۵ و ۲۵ می‌باشد. در پژوهش بشارت (۱۳۷۹) ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های ایمن، اجتنابی و دو سوگرا در مورد یک نمونه دانشجویی (۱۴۸۰ نفر شامل ۸۶۰ دختر و ۶۲۰ پسر) به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۴، و ۰/۸۵ (برای دانشجویان دختر ۰/۸۶، ۰/۸۳، ۰/۸۴ و برای دانشجویان پسر ۰/۸۴، ۰/۸۵، و ۰/۸۶) گزارش شد. ضرایب توافق کندال (روایی) برای سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دو سوگرا به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۶۱ و ۰/۷۵ گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ در خرده‌مقیاس‌های ایمن، اجتنابی و دو سوگرا به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۱، و ۰/۷۸ به دست آمد.

۳- مقیاس احساس تنهایی: توسط راسل و پیلوا و کورتونا^۲ در سال ۱۹۸۰ ساخته شد که شامل ۲۰ گویه (۱۰ منفی و ۱۰ مثبت) می‌باشد. نمره‌دهی به این صورت است که هرگز امتیاز (۱)، به ندرت امتیاز (۲)، گاهی امتیاز (۳) و همیشه امتیاز (۴) می‌گیرد. امتیاز سوالات ۱، ۵، ۶، ۹، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۹، و ۲۰ برعکس است. نمره بالاتر بیانگر شدت بیشتر تنهایی است. اعتبار آن ۰/۷۸ گزارش شد. اعتبار بازآزمایی توسط راسل، پیلوا و فرگوسن

(۱۹۷۸) ۰/۸۹ گزارش شد. اولین بار توسط شکرکن و میردردی‌کوند (۱۳۸۶) ترجمه و پس از اجرای مقدماتی روایی‌یابی شد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

۴- پرسش‌نامه راهبردهای مقابله با استرس اندلر و پارکر^۱: توسط اندلر و پارکر (۱۹۹۰) تهیه شده و به وسیله اکبرزاده (۱۳۷۶) ترجمه شده است. دارای ۴۸ گویه بوده و نمره‌دهی به این صورت است که هرگز (۱) تا همیشه (۵) می‌باشد. رفتارهای مقابله‌ای (مسئله‌مدار، اجتنابی و هیجان‌مدار) را مورد سنجش قرار می‌دهد (اندلر و پارکر، ۱۹۹۰؛ به نقل از حاجت بیگی، ۱۳۷۹). سوالات ۱، ۲، ۶، ۱۰، ۱۵، ۲۱، ۲۴، ۲۷، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۷، راهبرد مسئله‌مدار سوالات ۵، ۷، ۸، ۱۳، ۱۴، ۱۷، ۱۹، ۲۲، ۲۵، ۲۶، ۲۸، ۳۰، ۳۸، ۳۹، ۴۴، ۴۵ راهبرد هیجان‌مدار و سوالات ۳، ۴، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۳، ۲۹، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۷، ۴۰، ۴۸ راهبرد اجتنابی را مورد سنجش قرار می‌دهند. قریشی‌راد (۱۳۸۹) در ایران روایی همزمان این مقیاس را با مقیاس بیلینگز و موس با ضریب همبستگی ۰/۶۲ برای مسئله‌مدار و ۰/۴۰ برای هیجان‌مدار به دست آورد و اعتبار این آزمون با روش آلفای کرونباخ در خرده‌مقیاس‌های مسئله‌مدار ۰/۸۱، هیجان‌مدار ۰/۷۸ و اجتناب‌مدار ۰/۷۲ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۷ و در ابعاد مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتناب‌مدار به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۹، ۰/۸۳ به دست آمد.

۵- پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان: توسط گرانفسکی، کرایج و اسپینهاون^۲ (۲۰۰۱) تدوین شده و دارای ۳۶ گویه است. نمره‌دهی بر اساس طیف پنج تایی هرگز تا همیشه است. دارای هفت خرده‌مقیاس سرزنش خود، سرزنش دیگران، فاجعه‌آمیز کردن، نشخوار فکری، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، پذیرش، تمرکز مثبت و ارزیابی مثبت می‌باشد. سوالات ۱، ۲، ۴، سرزنش خود؛ ۵، ۶، ۷، ۸ پذیرش؛ ۳، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، نشخوارگری؛ ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، تمرکز مثبت و ارزیابی مثبت؛ ۷، ۱۵، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی؛ ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، فاجعه‌آمیز کردن؛ و ۳۴، ۳۵ سرزنش دیگران را مورد سنجش قرار می‌دهند. فرم فارسی آن توسط سامانی و صادقی (۱۳۸۹) مورد اعتباریابی قرار گرفت. ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس‌ها به وسیله گرانفسکی

1. Endler & Parker

2. Garnefski, Kraaij, & Spinhoven

و همکاران (۲۰۰۲) در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۶ و برای خرده مقیاس ها بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۵ به دست آمد.

۶- پرسش نامه طرحواره های ناسازگار اولیه (فرم کوتاه): توسط یانگ و براون^۱ (۱۹۹۴) برای ارزیابی ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه با ۷۵ سوال ساخته شد. طرحواره ها عبارتند از: رهاشدگی/بی ثباتی، ۶ تا ۱۱؛ بی اعتمادی/بدرفتاری، ۱۱ تا ۱۵؛ انزوای اجتماعی/بیگانگی، ۱۶ تا ۲۰؛ نقص/شرم، ۲۱ تا ۲۵؛ محرومیت هیجانی، ۱ تا ۵؛ وابستگی/بی کفایتی، ۳۱ تا ۳۵؛ آسیب پذیری نسبت به بیماری، ۳۶ تا ۴۰؛ خود تحول نیافته/گرفتار، ۴۱ تا ۴۵؛ شکست، ۲۶ تا ۳۰؛ استحقاق/بزرگ منشی، ۶۶ تا ۷۰؛ خود کنترلی ناکافی، ۷۱ تا ۷۵؛ اطاعت، ۴۶ تا ۵۰؛ فداکاری، ۵۱ تا ۵۵؛ بازداری هیجانی، ۵۶ تا ۶۰؛ معیارهای سرسختانه/بیش انتقادی، ۶۱ تا ۶۵. پژوهش یانگ و لانگ (۱۹۹۸) ساختار عاملی و روایی سازه این مقیاس را تایید کرد (نقل از شهامت، ثابتی و رضوانی، ۱۳۸۹). اعتبار این پرسش نامه براساس آلفای کرونباخ در مورد ۱۵ خرده مقیاس بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۳ گزارش شده است و نتایج بازآزمایی با ۱۵ روز فاصله بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۶ گزارش شده است. دارای اعتبار صوری و محتوایی مطلوبی است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس ها بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ به دست آمد.

یافته ها

نتایج همبستگی معناداری بین خرده مقیاس های متغیرهای طرحواره های ناسازگار، و سبک های دلبستگی با آمادگی به اعتیاد با واسطه گری راهبردهای مقابله ای استرس، تنظیم شناختی هیجان و احساس تنهایی را نشان داد. بین آمادگی به اعتیاد با خرده مقیاس های طرحواره های ناسازگار، خرده مقیاس های تنظیم شناختی هیجان و تنهایی همبستگی مستقیم در سطح ۰/۰۱ و ۰/۰۵ وجود داشت. صرفاً در خرده مقیاس فداکاری در متغیر طرحواره رابطه منفی با آمادگی به اعتیاد مشاهده شد. راهبرد مقابله ای هیجان مدار، رابطه مثبت با آمادگی به اعتیاد داشت و راهبرد مقابله ای اجتنابی رابطه ی منفی با آمادگی به اعتیاد داشت. سبک دلبستگی ایمن رابطه منفی با آمادگی به اعتیاد داشت؛ سبک های دلبستگی

دوسوگرا و اجتنابی رابطه با آمادگی به اعتیاد نداشت. پس از بررسی روابط به دست آمده، پیش فرض‌های آماری پژوهش از جمله، کشیدگی و چولگی و نرمال بودن داده‌ها با بررسی آزمون جعبه‌ای، سپس با آزمون فاصله ماهالونویس داده‌های پرت اصلاح و در نهایت آزمون کلموگروف اسمیرونف مورد تایید واقع گردید. سپس طراحی مدل اولیه و مدل اندازه‌گیری بررسی شد و سپس در مدل ساختاری برازش‌ها پس از سه گام اصلاح مطلوب گردید.

جدول ۱: شاخص‌های برازش حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها و متغیرها پس از سه مرحله تصحیح

نام آزمون	توضیحات	مقادیر قابل قبول	مقدار به دست آمده
χ^2/df	کای اسکورنسبی	< 3	۲/۰۱۱
RMSEA	ریشه میانگین توان دوم خطای تقریب	< 0.1	۰/۰۳۲
GFI	شاخص برازندگی تعدیل یافته	> 0.9	۰/۹۳۴
NFI	شاخص برازش نرم	> 0.9	۰/۹۴۲
CFI	شاخص برازش مقایسه‌ای	> 0.9	۰/۹۶۱
DF	۳۹۴		

مقدار RMSEA برابر با ۰/۰۳۲ و کمتر از ۰/۱ است که نشان‌دهنده مناسب بودن میانگین مجذور خطاهای مدل است. مقدار مجذور خی به درجه آزادی بین ۱ تا ۳ می‌باشد. میزان شاخص‌های GFI، CFI و NFI نیز بیشتر از ۰/۹ می‌باشد که نشان‌دهنده مناسب بودن مدل است.

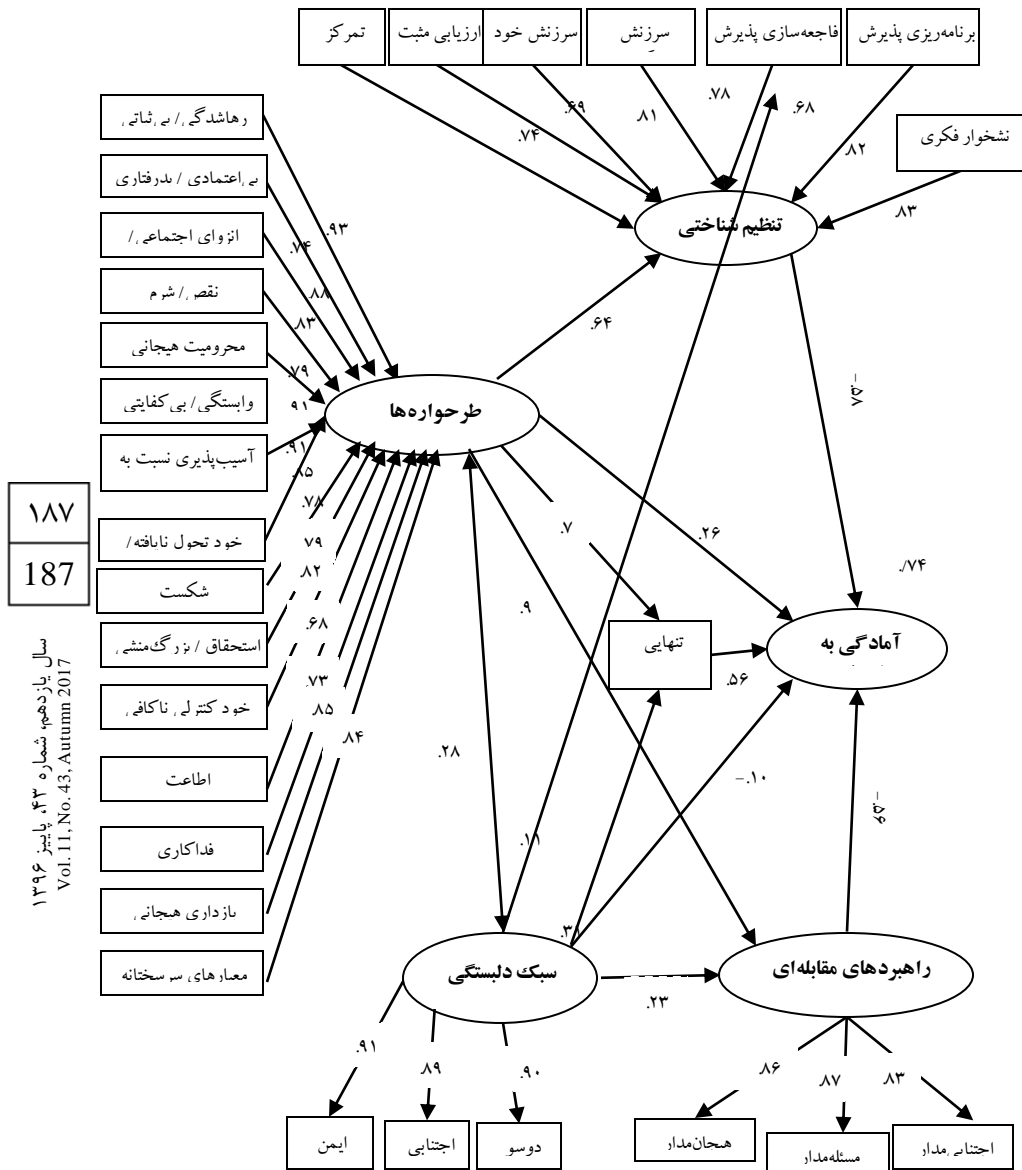
جدول ۲: اطلاعات مربوط به برآورد مستقیم مدل

متغیرها	مقدار	حد پایین	حد بالا	معناداری
طرحواره بر آمادگی به اعتیاد	۰/۲۶	-۰/۴۵۷	۰/۵۵۶	۰/۰۰۰۵
دلبستگی بر آمادگی به اعتیاد	-۰/۱۰	-۰/۲۰	۰/۲۵۷	۰/۰۰۰۵
تنهایی بر آمادگی به اعتیاد	۰/۵۲	۰/۲۰	۰/۶۰	۰/۰۰۰۵
راهبرد بر آمادگی به اعتیاد	۰/۴۲	۰/۱۰	۰/۳۱	۰/۰۰۰۵
تنظیم بر آمادگی به اعتیاد	۰/۳۱	۰/۱۱	۰/۳۸	۰/۰۰۰۵

با توجه به جدول فوق تمامی متغیرها اثر مستقیم معناداری را بر روی آمادگی بر اعتیاد دارا می‌باشند.

جدول ۳: برآورد غیرمستقیم مدل با استفاده از روش تخمینی بوت استراپ

متغیرها	مقدار	حد پایین	حد بالا	معناداری
طرحواره بر آمادگی به اعتیاد با واسطه گری تنهایی، راهبرد و تنظیم شناختی هیجان	-۰/۵۸	-۰/۶۸	۰/۲۱	۰/۰۰۱
دلبستگی بر آمادگی به اعتیاد با واسطه گری تنهایی، راهبرد و تنظیم شناختی هیجان	-۰/۵۶	-۰/۶۲	۰/۱۰	۰/۰۰۰۵



شکل ۱: مدل ساختاری آزمون شده به همراه آماره‌های پیش‌بینی استاندارد شده

متغیرهای طرحواره، سبک‌های دلبستگی، تنهایی، راهبردهای مقابله‌ای و تنظیم شناختی هیجان بر آمادگی به اعتیاد اثر مستقیم دارند و مسیر غیرمستقیم طرحواره بر آمادگی به اعتیاد با واسطه‌گری تنهایی، راهبرد و تنظیم شناختی هیجان، همچنین مسیر دلبستگی بر آمادگی به اعتیاد با واسطه‌گری تنهایی، راهبرد و تنظیم شناختی هیجان معنادار می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش گویای آن است که متغیرهای طرحواره، سبک‌های دلبستگی، تنهایی، راهبردهای مقابله‌ای و تنظیم شناختی هیجان بر آمادگی به اعتیاد اثر مستقیم معنادار دارند و به طور کلی پنج متغیر توان پیش‌بینی ۷۴ درصد از متغیر آمادگی به اعتیاد را دارا می‌باشند. به طور کلی نتایج مدل روابط ساختاری نشان داد که مدل آمادگی به اعتیاد از برازش مناسبی برخوردار است. در تبیین نتایج این قسمت از پژوهش می‌توان گفت عنوان آمادگی به اعتیاد به این معنا است که این امر آمادگی یا آسیب‌پذیری در مقابل سوء مصرف مواد را ارزیابی می‌کند، اعم از این که فرد در حال حاضر سوء مصرف داشته یا نداشته باشد. یافته‌های جدید بالینی نشان می‌دهد که در شکل‌گیری اعتیاد، زمینه‌های رشدی ناسالم و آمادگی به اعتیاد، نقش اساسی ایفا می‌کند. نظریه استعداد اعتیاد بیان می‌کند برخی از افراد مستعد اعتیاد هستند و اگر در معرض آن قرار بگیرند مبتلا می‌شوند؛ در حالی که اگر کسی استعداد نداشته باشد معتاد نمی‌شود (قدیمی، کرمی و یزدان‌بخش، ۱۳۹۳). یافته‌های این پژوهش تائیدی بر نظریه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ و مدل درمان شناختی رفتاری طرحواره محور هستند. در این نظریه فرض بر این است که رفتارهایی مانند اعتیاد به منظور کاهش هیجان‌های منفی ناشی از فعالیت طرحواره‌های ناسازگار به وجود می‌آیند. مارالات و جورج^۱ (۱۹۸۴) نیز در یک بررسی روی ۳۱۱ بیمار معتاد به این نتیجه رسیدند که ۳۲ درصد بازگشت‌ها مربوط به حالت‌های هیجانی منفی می‌باشد. در واقع اکثر پژوهش‌ها از این نظر حمایت کرده‌اند که در افراد در دوره پرهیز هیجان منفی محرک قوی برای فعال‌سازی آمادگی به اعتیاد می‌باشد (محمدخانی، صادقی و فرزاد، ۱۳۹۰). شماری از

پژوهش‌ها مانند یارمحمدی واصل، علیپور، بسطامی، ذوالفقاری‌نیا، و بزاززاده، (۱۳۹۴)، گراتز و رومر^۱، (۲۰۰۴)؛ بشرپور، (۱۳۹۲)، نشان داده‌اند که دشواری در تنظیم هیجان با طیف وسیعی از اختلالات از جمله سوءمصرف مواد در ارتباط است. طبق نظر اوربک (۲۰۰۷) افرادی که راهبردهای تنظیم هیجان ضعیف را فراگرفته‌اند ممکن است بیش از دیگران مستعد استفاده از رفتارهای پرخطر به عنوان ابزاری برای تسکین هیجان منفی باشند (نقل از اسماعیلی‌نسب، اندامی خشک، آزرمی، و ثمرخی، ۱۳۹۳). حتی بر اساس نظریه خود درمانی خانتزیان نیز می‌توان به این مهم توجه نمود. این نظریه بر این فرض استوار است که افراد بسیاری به خاطر تحمل پریشانی پایین و اختلال در تنظیم هیجان به اعتیاد روی می‌آورند و در واقع اعتیاد به مواد مخدر در حکم ابزاری برای تعدیل عواطف استرس‌زا می‌باشد (خانتزیان، ۱۹۹۷، و ۱۹۹۳؛ سوه، روفیتز و رابینز، ۲۰۰۸؛ نقل از عزیزی، میرزایی و شمس، ۱۳۸۹). طبق نظریه پدیدارشناسی شناختی، ناراحتی‌های روان‌شناختی لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴)، مقابله تلاشی رفتاری و شناختی است و بر اساس این نظریه مقابله شامل دو فرایند است. ارزیابی موقعیت و به کارگیری راهبرد مقابله‌ای مناسب. نکته مهم این است که شخصیت ما بر ارزیابی موقعیت و در نتیجه انتخاب راهبرد مقابله‌ای تاثیر می‌گذارد. طرحواره‌های ناسازگار نیز که زیربنای مشکلات و اختلالات شخصیت هستند تحت موقعیت‌های استرس‌زا و شرایط خاص فعال می‌شوند (بهادری خسروشاهی و خانجانی، ۱۳۹۲)، و به عنوان الگویی برای پردازش تجارب و رویدادها عمل می‌کنند و فرد تجربیات خود را بر اساس آن‌ها تفسیر می‌کند (زارعی و اسدی، ۱۳۹۰). همینطور از نقطه نظر دلبستگی سوءمصرف مواد را می‌توان به عنوان یک راهبرد غیر فعال مصنوعی و به عنوان تلاش برای مقابله با دلبستگی ناایمن، کاهش آشفتگی هیجانی و تعدیل روابط بین فردی ادراک کرد (شیندلر و همکاران، ۲۰۰۷). در نهایت یکی از مسائل مطرح شده در حوزه‌ی اعتیاد، احساس تنهایی ناشی از طردهای اجتماعی و حذف محیط حامی به سبب انتخاب و ادامه این رفتارهای مخاطره‌آمیز می‌باشد. هنگامی که انسان از لحاظ عاطفی و اجتماعی حامی کمتری دارد، احساس تنهایی از لحاظ روان‌شناختی بر او مستولی می‌گردد

(ویکتور، بولهارت و مارتین، ۲۰۱۲). بر اساس یافته‌های هایلن و کرون (۱۹۹۲) میان احساس تنهایی و مشکلات روانی و اجتماعی مانند الکلیسم، خودکشی، اضطراب و اعتیاد، کمبود اعتماد به نفس، استنادهای منفی، بزهکاری، افت و شکست تحصیلی رابطه دارد. همینطور احساس تنهایی به عنوان یکی از نشانه‌های افسردگی و گرایش لغزش گونه افراد به اعتیاد است (وودهوس، دیکاس و کسیدی، ۲۰۱۲). مدل این پژوهش مبتنی بر نظریه زیستی-روانی-اجتماعی می‌باشد. می‌توان تقریباً تمامی این مولفه‌ها را در این مدل مورد بررسی قرار داد. به لحاظ زیستی در رویکرد طرحواره، بحث خلق و خو وجود دارد که یک عامل زیستی می‌باشد. نظریه دلبستگی نیز اساس زیستی با عنوان «سیستم‌های کنترل رفتاری» دارد و به لحاظ روانی عواملی مانند طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های دلبستگی، تنظیم شناختی هیجان، تنهایی و راهبردهای مقابله‌ای را می‌توان نام برد. همینطور به لحاظ اجتماعی تنهایی و راهبردهای مقابله در برابر استرس را می‌توان جزء مسائل اجتماعی قرار داد. می‌بینیم که حتی طرحواره‌ها و سبک‌های دلبستگی نیز در اثر تعاملات اولیه در بستر خانواده که یک نهاد اجتماعی می‌باشد شکل می‌گیرد و به تبع بسیاری از مسائل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و ... بر روی خانواده تأثیرگذار می‌باشد. در واقع مدل زیستی-روانی-اجتماعی از نظریه سیستم‌ها برگرفته شده و می‌توانیم جامعیت و گستردگی متغیرهای مورد بررسی را در این مدل ببینیم. از طرف دیگر زمانی یک مدل را می‌توان ارائه نمود که پژوهش‌های بسیاری در خصوص تأیید ارتباط متغیرهای آن با هم صورت پذیرفته باشد. با توجه به انبوهی از مقالات و پژوهش‌های داخلی و خارجی در سال‌های اخیر در رابطه با این پنج متغیر، تأیید مدل با این درصد قابل تصور بود. در ادامه بررسی نهایی مدل، ۲۸ درصد از آمادگی به اعتیاد توسط دیگر متغیرهای خارج از پژوهش تبیین می‌گردد. شعبانی و سنگانی (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان «بررسی عوامل موثر بر عود اعتیاد به مواد مخدر از دیدگاه مددکاران مراکز اقامتی میان مدت در استان گلستان» به این نتیجه رسید که عوامل خانوادگی، شغلی، اجتماعی، روانی، تحصیلی، اقتصادی و جسمی به ترتیب بیشترین تأثیر را در عود اعتیاد دارند. شاطریان، منتی، کسانی، و منتی (۱۳۹۳) نیز در

بررسی عوامل مرتبط با عود در معتادان دریافتند که مصرف سیگار، میزان تحصیلات، سابقه ترک اعتیاد، معاشرت با دوستان معتاد، سابقه اعتیاد در خانواده، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل و تعداد افراد خانوار جزء عوامل موثر بر عود و بازگشت به اعتیاد می‌باشند. بنابراین می‌توان عواملی همچون میزان تحصیلات، بیماری‌های جسمی، وضعیت اقتصادی و شغلی، ارتباط با دوستان معتاد و سابقه ترک اعتیاد و ... را به عنوان متغیرهای خارج از پژوهش در نظر گرفت.

منابع

- اسماعیلی‌نسب، مریم؛ اندامی خشک، علیرضا؛ آزرمی، هاله؛ و ثمررخی، امیر (۱۳۹۳). نقش پیش‌بینی‌کنندگی دشواری در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در اعتیاد پذیری دانشجویان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۸(۲۹)، ۴۹-۶۳.
- بهادری خسروشاهی، جعفر؛ هاشمی نصرت آباد، تورج (۱۳۹۰). رابطه سبک‌های دلبستگی، راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روانی با اعتیاد به اینترنت. *روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*، ۳۰(۸)، ۱۷۷-۱۸۸.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۷۹). *ساخت و هنجاریابی مقیاس دلبستگی بزرگسال*. طرح پژوهش درون‌دانشگاهی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.
- بشارت، محمدعلی؛ نوربخش، سیده نجمه؛ رستمی، رضا؛ فراهانی، حجت اله (۱۳۹۱). نقش تعدیل‌کننده خودتنظیم‌گری در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و شدت اختلال‌های مصرف مواد. *مجله روانشناسی بالینی*، ۴(۳)، ۲۱-۳۲.
- بشریور، سجاد (۱۳۹۲). ارتباط نظم‌جویی شناختی هیجان و کنترل هوشمند با شدت وابستگی و ولع مصرف در افراد با وابستگی به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۷(۲۸)، ۱۴۶-۱۳۲.
- حبیبی، مجتبی؛ عاشوری، احمد (۱۳۹۳). رابطه راهبردهای مقابله با تنش و سلامت روان با نگرش به اعتیاد نوجوانان. *مجله پژوهش‌های علوم رفتاری*، ۲(۱۲)، ۱۸۳-۱۷۴.
- رنجبر توئئی، علی اصغر؛ خانجانی، نرگس؛ میرزاییگی، محمدرضا (۱۳۹۴). بررسی وضعیت هوش هیجانی در افراد وابسته به مصرف مواد مخدر مراجعه‌کننده به مراکز درمان سوءمصرف مواد دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. *مجله پژوهش‌های سلامت محور*، ۱(۳)، ۱۷۷-۱۷۸.
- زارعی، سلمان؛ و اسدی، زهرا (۱۳۹۰). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله با استرس در نوجوانان معتاد و بهنجار. *اعتیاد پژوهی*، ۵(۲۰)، ۱۰۴-۸۷.
- زرگر، یدالله؛ نجاریان، بهمن؛ نعای، عبدالزهرا (۱۳۸۷). بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی (هیجان‌خواهی، ابراز وجود، سرسختی روانشناختی)، نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی به اعتیاد به مواد مخدر. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۱(۳)، ۹۹-۱۲۰.

سامانی، سیامک؛ صادقی، لادن (۱۳۸۹). بررسی اعتبار و روایی مقیاس تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی. *مجله روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۱، ۶۲-۵۱.

شعبانی، حسن؛ سنگانی، علیرضا (۱۳۹۵). *بررسی عوامل موثر بر اعتیاد به مواد مخدر از دیدگاه مددکاران مراکز اقامتی میان مدت در استان گلستان*. طرح پژوهشی شورای مبارزه با مواد مخدر در استان گلستان. شاطریان، محسن؛ منتی، رستم؛ کسانی، عزیز؛ و منتی، والیه (۱۳۹۲). عوامل مرتبط با عود اعتیاد در بیماران مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر ایلام. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۶(۲۲)، ۱۶۵-۱۷۳.

شکر کن، حسین؛ میردریگوند، فضل‌الله (۱۳۷۶). *بررسی رابطه احساس تنهایی با عملکرد تحصیلی، اضطراب، افسردگی و عزت نفس در دانش آموزان پس مدارس راهنمایی شهرستان پلدختر*. پایان نامه کارشناسی ارشد منتشر نشده، دانشگاه شهید چمران اهواز.

شهمت، فاطمه؛ ثابتی، علیرضا؛ رضوانی، سمانه (۱۳۸۹). بررسی سبک‌های فرزندپروری و طرحواره‌های ناسازگار اولیه. *مطالعات تربیتی و روان‌شناسی*، ۱۱(۲)، ۲۵۴-۲۳۹.

قدیمی، آزاده؛ کرمی، جهانگیر؛ یزدانبخش، کامران (۱۳۹۳). رابطه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و باورهای فراشناخت با استعداد اعتیاد. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۷(۲)، ۷۳-۶۳.

قریشی راد، فخرالسادات (۱۳۸۹). اعتباریابی مقیاس مقابله با موقعیت‌های استرس‌زای اندلر و پارکر. *مجله علوم رفتاری*، ۴(۱)، ۷-۱.

عزیزی، علیرضا؛ میرزایی، آزاده؛ شمس، جمال (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی به میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *مجله پژوهشی حکیم*، ۱۱(۱)، ۱۸-۱۳.

کیانی، احمدرضا؛ قاسمی، نظامالدین؛ پورعباس، علی (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف کنندگان شیشه. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۶(۲۴)، ۳۶-۲۸.

محمدخانی، شهرام؛ صادقی، نگار؛ فرزاد، ولی‌اله (۱۳۹۰). مدل روابط علی هیجان منفی، باورهای مرکزی، باورهای مرتبط با مواد، عقاید و سوسه‌انگیز و تنظیم هیجان با بازگشت به مصرف مواد. *پژوهش‌های نوین روانشناختی (روانشناسی دانشگاه تبریز)*، ۲۳(۶)، ۱۸۱-۱۵۵.

ناستیزی، ناصر؛ هزاره مقدم، مهدیه؛ ملازهی، اسماء (۱۳۸۹). عوامل مؤثر بر عود اعتیاد در معتادان خودمعرف به مراکز ترک اعتیاد شهر زاهدان. *مجله پرستاری و مامایی ارومیه*، ۸(۳)، ۱۷۴-۱۶۹.

یارمحمدی واصل، مسیب؛ علیپور، فرشید؛ بسطامی، مالک؛ ذوالفقاری‌نیا، منیره؛ بزازاده، نیلوفر (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای نظم‌جویی شناختی هیجان در رابطه بین سیستم‌های مغزی رفتاری و تکانشگری با ولع مصرف در اعتیاد به مواد محرک. *فصلنامه علمی تخصصی عصب روان‌شناسی*، ۱(۲)، ۶۶-۵۲.

Angelis, D. (2015). Factors affecting repeated cessations of injecting drug use and relapses during the entire injecting career among the Edinburgh Addiction Cohort. *Journal of Drug and Alcohol Dependence*, 151, 76-83.

Carre, J., Hyde, L., Neumann, C., Viding, E., & Hariri, A. (2013). The neural signatures of distinct psychopathic traits. *Journal of Social Neuroscience*, 8(2), 122-135.

- Dorian, A. L., Elizabeth, D. B., & Ameer, B. P. (2014). Loneliness and Suicidal Ideation in Drug-Using College Students. *Journal of Suicide and Life-Threatening Behavior*, DOI: 10.1111/sltb.12095.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of personality and social psychology*, 58(5), 844.
- Garland, E. L. (2016). Restructuring reward processing with Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement: novel therapeutic mechanisms to remediate hedonic dysregulation in addiction, stress, and pain. Special Issue: *Advances in Meditation Research*, 1373, 25–37.
- Carnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Journal of Personality and Individual differences*, 30(8), 1311-1327.
- Gilliland, R., Blue Star, J., Hansen, B., Carpenter, B. (2015). Relationship attachment styles in a sample of hypersexual patients. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(6), 581 - 592.
- Halim, A. M. H., Sabri F. (2013). Relationship between defense mechanisms and coping styles among relapsing addicts. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 1829 – 1837.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*, 52(3), 511.
- Jeong, E. J. (2016). A Study of Digital Game Addiction from Aggression, Loneliness and Depression Perspectives. *Hawaii International Conference on System Sciences (HICSS)*, 49, 3769 – 3780.
- Jing, C., Fenglan, W., & Feng, J. (2014). The Relationship between Coping-style and Self-acceptance among 239 Female Addicts. *Chinese Journal of Social Medicine*, Category Index Dio: 669.68; 926.8.
- Labrie, J. W., Sessoms, A. E. (2012). Parents still matter: The role of parental attachment in risky drinking among college students. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 21(1), 91–104.
- Loehlin, J. C., (2004). *Latent Variable Models*, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- McKay, J., Franklin, T., Patapis, N & Lynch, K. (2006). Conceptual, methodological, and analytical issues in the study of relapse. *Clinical Psychology Review*, 26(2), 109-127.
- Nakajima, M., Al'absi, M. (2012). Predictors of risk for smoking relapse in men and women: a prospective examination. *Psychology Addiction Behaviour*, 26, 633–637. 10.1037/a0027280.
- Perez-Dandieu, B. (2015). *The impact of eye movement desensitization and reprocessing and schema therapy on addiction severity among a sample of French women suffering from PTSD and SUD*. *Laboratoire Psychologie, Santé et Qualité de Vie*, Université de Bordeaux, Bordeaux, France, 146, e68–e69.
- Russell, D., Peplau, A., & Cutrano, C. E. (1980). Concurrent and discriminant validity evidence for the UCLA Loneliness Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 475.
- Savage, E. H. (2016). *Facilitator perceptions of mobile Access for social support in addiction relapse prevention*. Dissertations & Thesis Capella University.
- Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P. M., Gemeinhardt, B., & Kustner, U. (2007). Insecure family bases and adolescent drug abuse: A new approach to family

- patterns of attachment. *Journal of Attachment & human Development*, 9(2), 111-126.
- Shiffman S., Dunbar M. S., Scholl S. M., & Tindle H. A. (2012). Smoking motives of daily and non-daily smokers: A profile analysis. *Journal of Drug Alcohol Depend.* 126, 362–368. 10.1016/j.drugalcdep.2012.05.037.
- Snow, D., & Anderson, C. (2000). Exploring the factors influencing relapse and recovery among drug and alcohol addicted women. Psychiatric Mental Health Nurse Practitioner Program. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 38(7), 8-19
- Steiner, H., Van Waes, V. (2013). Addiction-related gene regulation: Risks of exposure to cognitive enhancers vs. other psychostimulants. *Journal of Progress in Neurobiology*, 100, 60–80.
- Tabibnia, G., Creswell, J. D., Kraynak, T., Westbrook, C., Julson, E., & Tindle, H. A. (2014). Common prefrontal regions activate during self-control of craving, emotion, and motor impulses in smokers. *Journal of Clinical Psychology Science*, 2, 611–619. 10.1177/2167702614522037.
- Tang, Y. Y. (2016). Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. *Journal of Drug and Alcohol Dependence*, 163(1), 13–18.
- Valentino, R. J. (2010). Corticotropin-releasing factor in the dorsal raphe nucleus: Linking stress coping and addiction. *Brain Research, Neuropeptides in Stress and Addiction*, 1314(16), 29–37.
- Victor, C. R., Burholt, V., Martin, W. (2012). Loneliness and ethnic minority elders in Great Britain: an exploratory study. *Journal of Cross Cult Gerontol*, 27, 65-78. 10.1007/s10823-012-9161-6.
- Wedekind, D., Bandelow, B., Heitmann, S., Havemann-Reinecke, U., Engel, KR., & Huether, G. (2013). Attachment style, anxiety coping, and personality-styles in withdrawn alcohol addicted inpatients. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 8(1), DOI: 10.1186/1747-597X-8-1.
- Weed, N., Butcher, N. J., Mckenna, T., & Ben-Porath, Y. (1992). New measures for assessing alcohol and other drug problems with MMPI-2, APS & AAS. *Journal of Personality Assessment*, 58, 389-404.
- Woodhouse S. S., Dykas, M. J., & Cassidy, J. (2012). Loneliness and peer relations in adolescence. *Social Development*, 21, 273-293, DOI:10.1111/j.1467-9507.2011.00611.x.
- Wu, L. (2015). Emotion regulation in heavy smokers: experiential, expressive and physiological consequences of cognitive reappraisal. *Frontiers of psychology*, Published online 2015 Oct 13. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.01555.
- Young, J. E., & Brown, G. (1994). Young schema questionnaire. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*, 63-76.