



رابطه افسردگی و انعطاف پذیری شناختی با رفتارهای اعتیادی با واسطه گری شرم و گناه

عزت ا... احمدی^۱، فاطمه قربانی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۵/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۱/۲۸

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی شرم و گناه در رابطه افسردگی و انعطاف پذیری شناختی با رفتارهای اعتیادی بود. **روش:** روش پژوهش حاضر همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. جامعه آماری دانشجویان دانشگاه شهید مدنی آذربایجان بودند که با روش نمونه گیری تصادفی منظم به تعداد ۲۱۱ نفر انتخاب شدند. در این پژوهش از پرسش نامه های مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی لویبند و لویبند (۱۹۹۵)، پرسش نامه انعطاف پذیری شناختی دنیس و واندروال (۲۰۱۰)، پرسش نامه گرایش به اعتیاد وید و بوچر (۱۹۹۲)، مقیاس آمادگی شرم و گناه کوهن و همکاران (۲۰۱۱) و شاخص شدت قمار مشکل - سازه‌الگراس (۲۰۰۹) استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که شرم و گناه در ارتباط با افسردگی و انعطاف پذیری شناختی، رابطه‌ی منفی با رفتارهای اعتیادی دارد ($p < ۰/۰۰۱$). ضرایب مسیر مستقیم بین افسردگی و شرمساری ($p < ۰/۰۰۱$)، بین انعطاف پذیری شناختی و شرمساری ($p < ۰/۰۰۱$) و بین شرمساری و اعتیاد ($p < ۰/۰۰۱$) معنادار بودند. همچنین ضرایب مسیر غیرمستقیم بین افسردگی و شرمساری ($p < ۰/۰۰۱$)، بین انعطاف پذیری شناختی و شرمساری ($p < ۰/۰۰۱$) و بین شرمساری و اعتیاد ($p < ۰/۰۰۱$) معنادار به دست آمد. **نتیجه گیری:** یافته‌ها نشان داد که شرم و گناه تأثیر منفی بر رفتارهای اعتیادی دارد و افراد دارای این هیجانات به احتمال کم‌تری دارای رفتارهای اعتیادی می‌شوند.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، انعطاف پذیری شناختی، رفتارهای اعتیادی، شرم و گناه

۱. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران، پست الکترونیکی:

amiraliahmad91@yahoo.com

۲. کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر یا اختلال مصرف مواد، یک بیماری مغزی پیچیده است که شامل تغییرات درازمدت می‌باشد که منجر به جستجوی مواد مخدر، ولع مصرف و احتمال بالای عود می‌شود (نوگوارا، مرینه و بفورد^۱، ۲۰۱۸). گاهی اوقات پیشرفت سیستماتیک از استفاده از یک دارو به استفاده از داروی دیگر است و ممکن است یک رفتار اعتیادآور را جایگزین دیگری کند (هایلت، استفانسن و لفرور^۲، ۲۰۰۴). مصرف مواد یکی از معضلات عمده‌ی زیستی، روانی و اجتماعی است (فولادوند، برجعلی، حسین ثابت و دلاور، ۱۳۹۵). علاوه بر این، مصرف الکل و قمار در بین جوانان رایج است؛ بر این اساس درک مسیرهای مربوط به این اختلالات در جوانان مهم است. فرضیه خود-درمانی^۳ بیان می‌کند افرادی که افسردگی را تجربه می‌کنند، ممکن است با استفاده از الکل یا قمار به صورت موقت از احساسات دردناک فرار کنند. با حمایت از فرضیه‌ی خوددرمانی، ادبیات نشان می‌دهد که افسردگی همبستگی مثبتی با قمار و استفاده از الکل دارد (بیلویسیوس، سینگل، بریستو، فووت، الری^۴ و همکاران، ۲۰۱۸). در این راستا، افسردگی یکی از رایج‌ترین شرایط همراه با قمار است و تحقیقات تجربی، عموماً از مفهوم ارتباط قابل توجه بین افسردگی و قمار حمایت می‌کنند (چورچیل و فاول^۵، ۲۰۱۷).

افسردگی عمیق یکی از پرهزینه‌ترین اختلالات مغزی در اروپاست؛ زیرا این امر بار عظیمی برای بیماران، خانواده‌ها و سیستم مراقبت بهداشتی دارد (فوساتی^۶، ۲۰۱۸). همچنین محققان و متخصصین بالینی معتقدند که شناخت نقش حیاتی در شروع و حفظ اختلال افسردگی دارد (لمولت و گوتلیب^۷، ۲۰۱۸). نقص شناختی در معتادان به مواد مخدر، عمدتاً در زمینه عدم توانایی تغییر در پاسخ به محرک‌هایی است که قبلاً همراه با پاداش یا دارو بوده است. توانایی تغییر رفتارهای سازنده بین محرک و محیط که

1. Nogueira, Merienne, & Befort
2. Haylett, Stephenson, & Lefever
3. self-medication
4. Bilevicius, Single, Bristow, Foot,
& Ellery

5. Churchill, & Favvel
6. Fossati
7. LeMoult, & Gotlib

انعطاف‌پذیری شناختی نامیده می‌شود، یک جزء کلیدی از عملکرد اجرایی است و برای بررسی اختلال شناختی در اعتیاد استفاده می‌شود (اورتگا، تراسی، گولد و پاریک، ۲۰۱۲). اسپيرو و جنگ^۲ در سال ۱۹۹۰، انعطاف‌پذیری شناختی را به عنوان توانایی بازهم‌گذاری^۳ عناصر گوناگون دانش به طور سازگار و متناسب با نیازی خاص برای یک موقعیت حل مسئله یا درک یک مسئله تعریف کردند (امینی ماسوله، بافنده قراملکی و احمدی، ۱۳۹۵). براین اساس، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد انعطاف‌پذیری شناختی با بهزیستی روانی و آسیب‌پذیری در طیف گسترده‌ای از اختلالات شامل افسردگی، اضطراب و ناراحتی عمومی رابطه دارد (فاضلی، احتشام‌زاده و هاشمی شیخ شبانی، ۱۳۹۳). تحقیقات نشان می‌دهد انعطاف‌پذیری شناختی اهمیت قابل توجهی در ارزیابی قماربازان دارد (لپینک، رِدِن، چامبرلین و گرانت^۴، ۲۰۱۶). افراد مبتلا به اختلال قمار، در فرآیندهای شناختی متعددی تفاوت نشان می‌دهند. در کل، در هریک از حوزه‌های مختلف شناختی، افراد با مشکلات قمار در عامل انعطاف‌پذیری شناختی نسبت به افراد بدون اعتیاد، عملکرد پایین‌تری دارند (پوتنزا^۵، ۲۰۱۴).

۲۸۱

281

قمار به عنوان یک رفتار مخاطره‌آمیز، براساس ترکیبی از مهارت و شانس یا هردو، که در آن چیز باارزشی را می‌توان برنده شد یا از دست داد، تعریف شده است (سارتی، تری‌ونتی^۶، ۲۰۱۶). استفاده از قمار برای از بین بردن حالت‌های احساسی منفی مانند افسردگی و اضطراب، ممکن است عامل خطر قابل توجهی برای توسعه‌ی این مشکل باشد (ریزآنو^۷، ۲۰۱۳). اختلالات قمار و افسردگی اختلالات روان‌پزشکی هستند که با اختلالات قابل توجه در عملکرد و کیفیت زندگی همراه است. در مجموع، درحالی که شواهد وجود دارد که افسردگی و قمار معمولاً با هم رخ می‌دهند، مکانیسم این رابطه به طور کامل توضیح داده نشده است (اسکلوتر، کیم، پوول، هودگینز، ام سی گراس^۸ و همکاران،

1. Ortega, Tracy, Gould, & Parikh
2. Spiro, & Jehng
3. reassembly
4. Leppink, Redden, Chamberlain, & Grant

5. Potenza
6. Sarti, & Triventi
7. Rizeanu
8. Schluter, Kim, Poole, Hodgins, & McGrath

۲۰۱۹). در واقع، پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تنها گناه را در تعریف افسردگی مشخص کرده است. با این حال، پژوهش‌ها نشان داده‌اند به جای ارتباط بین گناه و افسردگی، ارتباط قوی‌تری بین شرم و افسردگی وجود دارد. بنابراین، بررسی شرم به عنوان میانجی خاص در مسیر افسردگی به اعتیاد نه تنها جدید است، بلکه توسط تئوری‌ها و پژوهش‌ها پشتیبانی هم می‌شود (بیلویسیوس و همکاران، ۲۰۱۸).

شرم با احساسات شدید فرومایگی، بی‌ارزشی و شرمساری مشخص می‌شود و برای تجربه‌ی افسردگی، اساسی است (بیلویسیوس و همکاران، ۲۰۱۸). شرم‌آور بودن^۱ به تمایل به تجربه شرم در شرایط مختلف اشاره دارد که شامل ارزیابی منفی خود، احساس عدم کفایت و بی‌کفایتی و خودآگاهی می‌باشد (پارتر، زلکوویتز و کوله^۲، ۲۰۱۸). اگرچه فرض شده است که شرم نقش مهمی به عنوان یک میانجی و ناظر مشکلات سلامت روانی است، تا همین اواخر به طور سیستماتیک یا تجربی، مطالعه نشده بود (ریزوی^۳، ۲۰۱۰). تحقیقات در ارتباط با شرمساری، به‌طور قانع‌کننده‌ای نشان می‌دهد افرادی که اغلب شرم را تجربه می‌کنند، مستعد ابتلا به احساس ناتوانی، اضطراب، کاهش همدلی، خجالت، بی‌اعتمادی بین‌فردی و افسردگی هستند (هوگی^۴، ۲۰۱۳). مطالعات گوناگون نشان می‌دهد احساس گناه نسبت به رفتارهای ضداجتماعی و مخاطره‌آمیز، معکوس است. درحالی‌که هیچ شواهدی وجود ندارد که بتواند طبیعت تطبیقی شرم را تأیید کند (تانگ نی، استاویگک و ماشیک^۵، ۲۰۰۷).

علیرغم این ارتباطات مستند، باید فهمید که چرا افسردگی خطر ابتلا به مشروبات الکلی و قمار را افزایش می‌دهد. در خلق افسرده، افراد دارای خودارزشمندی^۶ کم‌تر و خود انتقادگری بیش‌تری هستند که هردو، عنصر اصلی پاسخ شرم هستند؛ شرم، به نوبه‌ی خود، ممکن است رفتارهای اعتیادآور را تا حدودی از طریق مقابله یا تقویت منفی ارتقا دهد. این یک زنجیره‌ی بالقوه بین افسردگی، شرم و قمار را نشان می‌دهد. با این حال، چگونگی ارتباط شرم با مشکلات قمار کم‌تر شناخته شده است. تحقیقات قبلی این رابطه

1. shame proneness
2. Porter, Zerkowitz, & Cole
3. Rizvi

4. Hooge
5. Tangney, Stuewing, & Mashek
6. self-worth

را بررسی کرده؛ با این حال، توجه کم‌تری به نقش واسطه‌گری شرم در مسیرهای افسردگی به سمت قمار شده است. با توجه به روابط تثبیت شده بین افسردگی، اعتیاد و شرم، تعیین این که چگونه این سازه‌ها در کنار هم قرار می‌گیرند، مهم است تا بتواند مسیر افسردگی به اعتیاد را بهتر بشناساند (یلویسیوس و همکاران، ۲۰۱۸).

با توجه به مطالعات اندکی که در زمینه موضوع پژوهش حاضر وجود دارد و نبود سابقه‌ی انجام چنین پژوهشی در ایران، این پژوهش دارای نوآوری می‌باشد. بنابراین یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌تواند دید جدیدی نسبت به رابطه‌ی افسردگی و آمادگی به اعتیاد ایجاد کند. در این راستا، تعیین اینکه چگونه این ساختارها با هم به فهم بهتر مسیر اعتیاد کمک می‌کنند، مهم است. با توجه به نکات ذکر شده، سوالی که می‌توان مطرح نمود این است که آیا افسردگی و انعطاف‌پذیری شناختی با در نظر گرفتن احساس شرم و گناه، بر رفتارهای اعتیادی تأثیر دارد؟

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر همبستگی و از نوع معادلات ساختاری است. جامعه آماری عبارت بود از: دانشجویان مشغول به تحصیل دانشگاه شهید مدنی آذربایجان ساکن خوابگاه دانشجویی در سال تحصیلی ۹۸-۹۷. به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی چند مرحله‌ای نمونه‌گیری به عمل آمد. به این صورت که از چهار خوابگاه، به صورت تصادفی دو خوابگاه و از هر خوابگاه یک ساختمان انتخاب شد. دانشجویان ساکن در ساختمان‌های انتخاب شده به صورت تصادفی به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند. لازم به ذکر است پس از توضیح پژوهش برای نمونه‌ی مورد نظر و کسب رضایت برای شرکت در پژوهش، پرسش‌نامه‌ها بدون نام و با رعایت اصول اخلاقی (عدم انتشار مشخصات افراد و محرمانه ماندن پاسخ‌ها) در میان نمونه‌ی انتخاب شده اجرا شد. با توجه به این که حداقل حجم نمونه لازم در معادلات ساختاری ۲۰۰ نمونه توصیه شده (حیبی و عدن‌ور، ۱۳۹۶) ۲۳۰ نفره عنوان نمونه انتخاب شد. پس از بررسی پرسش‌نامه‌ها، ۱۹ پرسش‌نامه مخدوش کنار گذاشته شد و در نهایت ۲۱۱ نفر (۱۲۱ دختر و ۹۰ پسر) پرسش‌نامه‌ها را تکمیل نمودند.

ابزار

۱- فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی^۱: این مقیاس در سال ۱۹۹۵ توسط لوبوند و لوبوند^۲ معرفی شد که دارای ۲۱ سوال و سه خرده‌مقیاس می‌باشد. مقیاس افسردگی شامل سوالاتی می‌شود که نشانه‌ها را به طور مشخص می‌سنجد و با حالت خلقی ملال، همبستگی دارد. مقیاس اضطراب با نشانه‌های برانگیختگی، حمله‌های پانیک و ترس همبستگی دارد و مقیاس استرس شامل سوالاتی است که فشار، بی‌قراری و تمایل به بیش‌فعالی در فعالیت‌های استرس‌زا را اندازه می‌گیرد. لوبوند و لوبوند (۱۹۹۵) آلفای کرونباخ این آزمون را برای خرده‌مقیاس افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۳ و برای استرس برابر ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. در ایران نیز صاحبی و همکاران (نقل از خوشنویسان و افروز، ۱۳۹۰) میزان آلفای کرونباخ این آزمون را برای افسردگی ۰/۷۷، اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند. سوالات ۳، ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷، و ۲۱ عامل افسردگی؛ سوالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۵، ۱۹، و ۲۰ اضطراب؛ و سوالات ۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴، و ۱۸ استرس را مورد سنجش قرار می‌دهند. نمره‌گذاری آن براساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت (۰=اصلاً، ۱=کم، ۲=زیاد و ۳=خیلی زیاد) می‌باشد. در پژوهش حاضر ضریب آلفا برای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۴ و ۰/۸۶ به دست آمد.

۲- پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی^۳: این پرسش‌نامه توسط دنیس و وندروال^۴ در سال ۲۰۱۰ ساخته شد که ابزاری خودگزارشی می‌باشد. شامل ۲۰ سوال می‌باشد و برای سنجش نوعی انعطاف‌پذیری شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می‌رود. نمره‌گذاری براساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت بوده و تلاش دارد تا سه جنبه از انعطاف‌پذیری شناختی را بسنجد: الف) میل به درک موقعیت‌های سخت به عنوان موقعیت‌های قابل کنترل (ادراک کنترل‌پذیری)، ب) توانایی درک چندین توجیه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار انسان‌ها (ادراک توجیه رفتار) و ج) توانایی ایجاد چندین راه‌حل جایگزین برای موقعیت‌های

1. Depression, Anxiety and Stress Scale-21 Items (DASS-21)
2. Lovibond, & Lovibond

3- Cognitive Flexibility Inventory (CFI)
4- Dennis & Vander Wal

سخت (ادراک گزینه‌های مختلف). در کار بالینی و غیربالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی-رفتاری افسردگی و سایر بیماری‌های روانی به کار می‌رود. دنیس و وندروال آلفای کرونباخ را برای کل این مقیاس، ادراک کنترل‌پذیری و ادراک گزینه‌های مختلف به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۴ و ۰/۹۱ به دست آوردند. در ایران شاره، فرمانی و سلطانی ضریب آلفای کل را ۰/۹۰ و خرده مقیاس‌های ادراک کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار را به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹ و ۰/۵۵ گزارش نمودند (تقی‌زاده و فرمانی، ۱۳۹۲). براساس بررسی‌های شاره، فرمانی و سلطانی (۲۰۱۴) سوالات ۳، ۵، ۶، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰ و ادراک گزینه‌های مختلف، سوالات ۱، ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۵، ۱۷ ادراک کنترل‌پذیری و سوالات ۸ و ۱۰ ادراک توجیه رفتار را مورد سنجش قرار می‌دهند. در پژوهش حاضر ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس‌های ادراک گزینه‌های مختلف، ادراک کنترل‌پذیری و ادراک توجیه رفتار به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۷۴ و ۰/۶۴ به دست آمد.

۲۸۵

285

۳- پرسش‌نامه گرایش به اعتیاد^۱: این پرسش‌نامه توسط وید و بوچر^۲ در سال ۱۹۹۲ ساخته شده و در ایران توسط زرگر هنجاریابی شده است. دارای ۴۱ گویه (که ۵ گویه از آن دروغ‌سنج است) است. نمره‌گذاری از ۰ (کاملاً مخالفم) تا ۳ (کاملاً موافقم) می‌باشد. سوالات ۶، ۱۲، ۱۵، و ۲۱ معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسش‌نامه باید مجموع امتیازات تک‌تک سوالات (به غیر از مقیاس دروغ‌سنج) را با هم جمع نمود. سوالات ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۱، و ۳۳ دروغ‌سنج هستند. این نمره دامنه‌ای از ۰ تا ۱۰۸ را خواهد داشت. نمرات بالاتر بیانگر آمادگی بیش‌تر فرد پاسخ‌دهنده برای اعتیاد است. ضریب آلفای کل ۰/۹۰ گزارش شده است (محمدخانی، یگانه و کریم‌پور، ۱۳۹۴). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کل ۰/۹۵ به دست آمد.

۴-مقیاس آمادگی شرم و گناه^۱: این مقیاس توسط کوهن، ولف، پنتر و اینسکو^۲ در سال ۲۰۱۱ ساخته شده و دارای ۱۶ گویه برای سنجش دو بعد شرم و گناه است. در این مقیاس داستان‌هایی در مورد موقعیت‌هایی که افراد در زندگی روزمره با آن‌ها مواجه می‌شوند و واکنش‌های آن‌ها به این موقعیت‌ها ارائه و سپس از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود خود را در آن موقعیت تصور کنند و میزان احتمال واکنش خود را در این شرایط روی مقیاس ۵ درجه‌ای از به ندرت=۱ تا خیلی زیاد=۵ مشخص کنند. تحلیل عاملی توسط سازندگان نشان می‌دهد که احساس گناه دارای دو زیرمقیاس ارزیابی منفی شامل سوال‌های ۱، ۹، ۱۴، و ۱۶ و انجام اعمال جبرانی به دنبال تخلف فرد شامل سوال‌های ۲، ۵، ۱۱، ۱۵ است؛ احساس شرم متشکل از زیرمقیاس‌های خودارزیابی منفی شامل سوال‌های ۳، ۶، ۱۰، ۱۳ و رفتار کناره‌جویانه به دنبال افشای عمومی تخلف شامل سوال‌های ۴، ۷، ۸، ۱۲ است. کوهن و همکاران در سال ۲۰۱۱، ضرایب آلفای مطلوبی بین ۰/۶۱ تا ۰/۷۱ را برای خرده‌مقیاس‌ها گزارش نمودند. جوکار و کمالی در سال ۱۳۹۴ ضریب آلفا را برای احساس گناه و شرم ۰/۸۳ و ۰/۵۱ گزارش کرده‌اند (نقل از هاشمی، درتاج، سعدی‌پور و اسدزاده، ۱۳۹۶). در پژوهش حاضر ضریب آلفا برای مقیاس گناه ۰/۷۳ و مقیاس شرم ۰/۴۸ به دست آمد.

۵- شاخص شدت قمار مشکل‌ساز^۳: توسط هالگراوس^۴ در سال ۲۰۰۹ ساخته شد. ابزاری ۹ سوالی است که برای اندازه‌گیری شیوع قمار مشکل‌ساز در جامعه و شناخت انواع قمار مشکل‌ساز در جمعیت عمومی ساخته شده است. در نمونه ۳۱۲۰ نفری در کانادا اعتباریابی شده و قمار مشکل‌ساز را در دوازده ماه گذشته می‌سنجد. نتایج مطالعه ضریب آلفای کل نمونه را بین ۰/۵۳ و ۰/۷۰ گزارش کردند (نقل از: معارف‌وند، و همکاران، ۱۳۹۶). گویه‌های ۱، تا ۴ رفتارهای قماربازانه و ۵ تا ۹ عواقب ناگوار قمار را ارزیابی می‌کنند. نمره‌گذاری روی مقیاس ۴ گزینه‌ای (۰=هرگز، ۱=گاهی، ۲=بیش‌تر اوقات و ۳= تقریباً همیشه) می‌باشد (هالگراوس، ۲۰۰۹). در ایران توسط احمدی و قربانی (زیر چاپ)

1- Guilt and Shame Proneness Scale
2-Cohen, Wolf, Panter&Insko

3. Problem Gambling Severity Index (PGSI)
4. Holtgraves

بر روی دانشجویان ایرانی هنجاریابی شده و ضریب آلفا برای مؤلفه‌ی رفتارهای قماربازانه و عواقب قمار، و کل به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۷۷ و ۰/۷۹ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای رفتارهای قماربازانه و عواقب قمار به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۷۷ به دست آمد.

یافته‌ها

نمونه‌ی پژوهش حاضر شامل ۱۲۱ دختر و ۹۰ پسر بود که دارای سن ۱۹ تا ۲۵ سال بودند. شرکت کنندگان دانشجویان مقطع کارشناسی بودند که در رشته‌های مختلف مشغول به تحصیل بودند. تعداد ۲۳ پسر، و ۵۶ دختر متأهل بودند. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف- استاندارد	متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف- استاندارد
افسردگی	۲۱۱	۵/۷۴	۴/۸۴	ادراک توجیه رفتار	۲۱۱	۶/۴۵	۲/۹۲
اضطراب	۲۱۱	۴/۹۵	۴/۲۲	شرم	۲۱۱	۲۷/۳۰	۴/۵
استرس	۲۱۱	۷/۳۲	۴/۹۳	قمار	۲۱۱	۴/۲۶	۴/۷۳
ادراک گزینه‌ها	۲۱۱	۳۸/۱۴	۱۲/۸۲	گرایش به اعتیاد	۲۱۱	۳۷/۶۱	۲۰/۴۳
ادراک کنترل‌پذیری	۲۱۱	۲۲/۴۶	۷/۷۷	-	-	-	-

پیش فرض‌های معادلات ساختاری یعنی نرمال بودن متغیرها، بررسی مقادیر پرت و ... تأیید شد.

جدول ۲: الگوی ساختاری مسیرهای مستقیم و ضرایب استاندارد مدل پیشنهادی

رابطه متغیرها	β	R^2	معناداری
افسردگی \leftarrow شرمساری	-۰/۲۰	-۴/۱۹	۰/۰۰۰۵
انعطاف‌پذیری شناختی \leftarrow شرمساری	۰/۱۲	۴/۷۹	۰/۰۰۰۵
شرمساری \leftarrow رفتارهای اعتیادی	-۸/۰۰۷	-۵/۶۷	۰/۰۰۰۵

طبق جدول ۲، افسردگی با بتای $-0/20$ ، $4/19$ درصد از واریانس شرمساری را پیش‌بینی می‌کند. انعطاف‌پذیری شناختی با بتای $0/12$ ، میزان $4/79$ درصد از واریانس شرمساری را پیش‌بینی می‌کند. همچنین شرمساری با بتای $-8/007$ ، میزان $5/67$ درصد از رفتارهای اعتیادی پیش‌بینی می‌کند. در مدل پیشنهادی، برای نشان دادن برازندگی الگو، شاخص نیکویی برازش^۱، شاخص نیکویی برازش انطباقی^۲، شاخص برازش مقایسه‌ای^۳، شاخص برازش نرم شده^۴ و ریشه دوم میانگین مجذورات خطای تقریب^۵ مورد بررسی قرار گرفت. نتایج به دست آمده در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳: شاخص‌های برازش مدل نهایی

مجدور کای بر	نیکویی	نیکویی	برازش	برازش نرم	ریشه دوم میانگین مجذورات
درجه آزادی	برازش	برازش انطباقی	مقایسه‌ای	شده	خطای تقریب
۲/۴۷	۰/۹۴	۰/۸۹	۰/۹۵	۰/۹۳	۰/۰۸

باتوجه به مقادیر جدول ۳، شاخص‌های برازندگی نشان دهنده‌ی برازش مطلوب الگو می‌باشد. در جدول ۴، بارهای عاملی و ضرایب مسیر غیرمستقیم مدل اصلاح شده گزارش شده است.

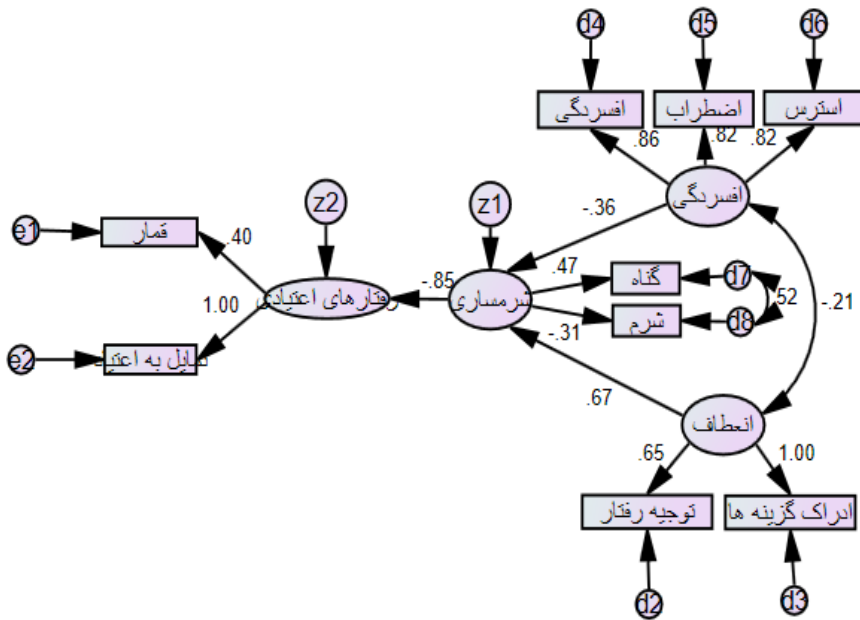
جدول ۴: الگوی ساختاری مسیرهای غیرمستقیم و ضرایب استاندارد در مدل اصلاح شده

معناداری	β	رابطه متغیرها
۰/۰۰۰۵	$-0/36$	افسردگی \leftarrow شرمساری
۰/۰۰۰۵	$0/67$	انعطاف‌پذیری شناختی \leftarrow شرمساری
۰/۰۰۰۵	$-0/85$	شرمساری \leftarrow رفتارهای اعتیادی

در مدل اصلاحی مؤلفه‌ی کنترل‌پذیری مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی به دلیل بار عاملی کم حذف شد. نمودار اصلاحی در حالت ضرایب مسیر استاندارد در زیر ارائه شده است.

1. GFI
2. AGFI
3. CFI

4. NFI
5. RMSEA



شکل ۱: مدل اصلاحی در حالت ضرایب مسیر استاندارد

برطبق مدل اصلاحی، متغیر میانجی شرم و گناه تأثیر منفی بر رفتارهای اعتیادی دارد. بر طبق این مدل، ضرایب مسیر غیرمستقیم بین افسردگی و شرمساری ($\beta = -0.36$)، بین انعطاف پذیری شناختی و شرمساری ($\beta = 0.67$) و بین شرمساری و اعتیاد ($\beta = -0.85$) معنادار می‌باشد. با توجه به این که افسردگی یکی از دلایل گرایش افراد به سمت رفتارهای اعتیادی می‌باشد، براساس نتایج این تحقیق می‌توان گفت افرادی که دارای افسردگی بوده و همچنین احساس شرم و گناه را تجربه می‌کنند به احتمال کم‌تری به رفتارهای اعتیادی روی می‌آورند و احساس شرم و گناه به عنوان میانجی کنترل‌کننده بین افسردگی و رفتارهای اعتیادی عمل می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی الگوی ساختاری افسردگی و انعطاف‌پذیری شناختی در رفتارهای اعتیادی با واسطه‌گری شرم و گناه انجام شد. بررسی‌ها نشان داد که بین افسردگی و انعطاف‌پذیری شناختی با رفتارهای اعتیادی با واسطه‌گری شرم و گناه رابطه‌ی

منفی وجود دارد که با یافته‌های رودریگوز، یانگ، نیبورز، کامبل و لو^۱ (۲۰۱۵)، سعیدی، قربانی، سرفراز و شریفیان (۱۳۹۲) و تریبی، رایس، کوکر، پیاکوک و برونو^۲ (۲۰۱۸) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که احساس گناه با وجود این که دردناک است به هویت اصلی فرد خدش‌های وارد نمی‌کند و افراد در حین تجربه گناه، تمایل دارند همدلی معطوف به بیرون نشان دهند و معمولاً با جبران آن چه که اتفاق افتاده، همراه است. مطالعات زیادی نشان می‌دهد که احساس گناه یک هیجان اخلاقی انطباقی است به ویژه زمانی که رفتارهای اجتماعی و سازگاری بین‌شخصی در نظر گرفته می‌شوند. تحقیقات نشان داده تمایل به تجربه گناه اساساً با نشانه‌های روانی بی‌ارتباط است (سعیدی و همکاران، ۱۳۹۲). تحقیقات نشان داده افرادی که گناه را تجربه می‌کنند، بر رفتارهای مشکل‌آفرین خود و نتایج زیان‌باری که برای خود و دیگران دارد، تمرکز می‌کنند. تمرکز روی عواقب منفی اشتباهات خود، باعث می‌شود فرد گناهکار تمایل داشته باشد تا از رفتار ضعیف خود درس بگیرد؛ اصلاحاتی را انجام دهد و رفتار خود را اصلاح کند تا از اشتباه مکرر جلوگیری کند (تریبی و همکاران، ۲۰۱۸).

براساس نتایج پژوهش حاضر، بین شرم و رفتارهای اعتیادی نیز رابطه منفی وجود دارد که با یافته‌های اعتماد، جوکار، راهیما و فخاری (۱۳۹۲) همسو می‌باشد. با این که برخی تحقیقات نشان‌دهنده‌ی رابطه مثبت بین شرم و رفتارهای مخرب است ولی تحقیقات دیگر یافته‌های متفاوتی را نشان می‌دهند. در تبیین این یافته می‌توان ذکر کرد گرچه تحقیقات پیشین بخش اساسی تمایز‌گذاری میان شرم و احساس گناه را از منظر سازگاری و ناسازگاری این دو هیجان بررسی کرده بودند و در نهایت شرم را به عنوان یک هیجان یکسره ناسازگار تلقی کرده‌اند، نظریاتی نیز وجود دارد که با این نوع تعریف از شرم مخالف است. در این میان برخی محققان به جنبه‌های مثبت شرم اشاره داشته‌اند. پژوهش‌گران با تأکید بر این که هسته‌ی اصلی شرم قابل رؤیت شدن و در معرض قرار گرفتن است، معتقدند شرم می‌تواند از در معرض قرار گرفتن شدید زمانی که آسیب‌پذیر

1. Rodriguez, Young, Neighbors, Cambell, & Lu

2. Treeby, Rice, Cocker, Peacock, & Bruno

هستیم ما را حمایت کند. محققان معتقدند که یکی از جنبه‌های مثبت شرم عبارتست از مانعی برای محافظت از بخش‌هایی از شخص که پنهان مانده‌اند. برخی دیگر از محققان نیز در این زمینه عنوان کرده‌اند که در فرهنگ شرقی که واجد جمع‌گرایی می‌باشد، کارکرد شرم عموماً سازگارانه است (اعتماد و همکاران، ۱۳۹۲). کسار،^۱ و همکاران (۲۰۱۸) معتقدند که شرم و گناه احساسات خودآگاه منفی هستند که ناشی از شکست‌ها و خطاهای مربوط به خود می‌باشد. علیرغم شباهت‌های فراوان، این دو احساس در مسیرهای خود، متفاوت هستند. در حالی که گناه شامل انتقاد از خود نسبت به یک اقدام شخصی خاص است و با ضروری که ممکن است به دیگران وارد کند، همراه است. شرم مربوط به ارزیابی منفی از خود، با تمایل بعدی برای پنهان کردن یا فرار از یک وضعیت بد است.

یافته دیگر نشان می‌دهد که بین انعطاف‌پذیری شناختی و احساس شرم و گناه رابطه مثبت وجود دارد که با یافته‌های عباسی، حسینی و گلستانه (۱۳۹۴) و اعتماد، جوکار و راهیما (۱۳۹۴) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که بین فعالیت نظام بازداری یا مؤلفه‌های آن و مستعد بودن به شرم و گناه رابطه مثبت وجود دارد. هیجان‌های خودآگاه شرم و گناه به لحاظ اسناد علی تمایز ظریفی دارند؛ گرچه در هر دو موقعیت اسنادهای درونی رخ می‌دهد، در احساس گناه این اسنادها انعطاف‌پذیر و قابل مهار هستند؛ اما در احساس شرم غیرقابل مهار و بادوام هستند (عباسی و همکاران، ۱۳۹۴). از این منظر، احساس شرم را می‌توان یک حالت عاطفی در نظر گرفت که از عوامل شناختی از جمله اسنادهای به کار رفته درباره «خود» ناشی می‌شود. از سوی دیگر احساس گناه با تعمیم راه‌حل‌های مثبت برای مسائل بین‌فردی و خودکارآمدی، خودتنظیمی و سازگاری روان‌شناختی دارای همبستگی مثبت است (اعتماد و همکاران، ۱۳۹۴).

جستجوی تازگی یکی ویژگی شخصیتی اصلی است که باعث حساسیت به اعتیاد به مواد می‌شود. فعالیت دوپامین در انعطاف‌پذیری شناختی، یک استراتژی شناختی مهم برای مهار تحریک‌پذیری و رفتار اجباری در جستجوی مواد، کمک می‌کند (لی یانگ^۲، و

1. Cesare

2. Liang

همکاران، ۲۰۱۷). براند^۱ و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند که در فراتحلیل اخیر فعالیت مغز مربوط به واکنش^۲ در مطالعات fMRI با نمونه‌ای از بیماران مبتلا به رفتارهای اعتیادی در مقایسه با افراد کنترل، جسم پستی^۳ در افراد دارای اعتیاد در مقایسه با افراد بدون اعتیاد، در هنگام تقابل با شرایط مربوط به اعتیاد فعال‌تر بود. مطالعات fMRI نشان داد که اتصالات گسترده بین ساختارهای فرونتال-جسم مخطط^۴ در انعطاف‌پذیری رفتاری نقش دارد. این مدارها به طور گسترده با شبکه‌های کارکردی درگیر در تنظیم هیجانات مرتبط هستند تغییرات در اتصالات بین ساختارهای خاص درگیر در مدارهای فرونتال-جسم مخطط در توضیح اختلال تنظیم عواطف در اختلالات مصرف مواد مهم به نظر می‌رسد.

گناه و شرم عواطفی هستند که با شناختی که در ارتباط با تجارب تأسف آور و توجه به تغییر رفتار وجود دارد، همراه هستند. شرم و گناه به عنوان هیجانات منفی، اخلاقی و خودآگاهانه می‌باشند. در حالت خلقی افسرده، افراد خود را کم ارزش احساس می‌کنند و بیش‌تر از خود انتقاد می‌کنند که هر کدام از آن‌ها عناصر کلیدی احساس شرم هستند. افسردگی اختلالی رایج و دردآفرین می‌باشد که ویژگی آن فقدان انعطاف‌پذیری در زمینه‌های مختلف است. افراد افسرده اغلب اوقات محیط خود را غیرقابل تغییر می‌بینند؛ در نتیجه، بیماران افسرده وضعیت خود را ناامیدکننده در نظر می‌گیرند و عادت‌های رفتاری آن‌ها اغلب دچار فروپاشی می‌شود (تقی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۲).

این نکته نیز آشکار است که مصرف مواد یکی از معضلات عمده زیستی، روانی و اجتماعی است و جهان در دهه‌ی اخیر با آمار حیرت‌آور شیوع مصرف مواد مواجه بوده است (فولادوند، برجعلی، حسین‌ثابت و دلاور، ۱۳۹۵). در ایران، سوءمصرف مواد یکی از مهم‌ترین مسایل بهداشتی، درمانی، اجتماعی و فرهنگی به شمار می‌رود به گونه‌ای که بیش از ۹۰ درصد مردم نسبت به مصرف مواد در جامعه، ابراز نگرانی جدی کرده‌اند (بهرامی‌نژاد، بیرانوند، زارع و ارنواز، ۱۳۹۶). عبدالملکی، فرید، حبیبی‌کلیر، هاشمی و قدوسی‌نژاد (۱۳۹۵) در بررسی‌های خود نشان دادند که پژوهش‌های اخیر بر عوامل

1. Brand
2. cue-reactivity-related brain activity

3. dorsal striatum
4. frontal-striatal structure

خطر ساز و سبب شناسی چند گانه متمرکز شده اند. اگر چه بر عامل های اجتماعی در گرایش به مواد تأکید بسیار می شود، اما سوء مصرف می تواند با فرآیندهای روان شناختی نیز مرتبط باشد.

یکی از عوامل زمینه ساز در آمادگی به اعتیاد در افراد مختلف، سلامت روان می باشد. بنابه تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت روان عبارتست از: قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب. با توجه به اهمیت سلامت روانی در پیش بینی و پیشگیری بسیاری اختلالات، توجه به این حیطه از اهمیت بالایی برخوردار است. همچنین تسهیل کمک رسانی برای رسیدن افراد به سلامت روانی، یک استراتژی مؤثر در کاهش خطر ابتلا به اعتیاد می باشد. علاوه بر این، مطالعات مختلف نشان داده که میان صفات شخصیتی افراد و اعتیاد به مواد مخدر یا آسیب پذیری نسبت به مواد نیز رابطه وجود دارد. این صفات و ویژگی های شخصیتی می توانند زمینه ساز گرایش به مصرف مواد باشند. در این راستا، نتایج تحقیقات نشان داده افراد دارای شخصیت ضد اجتماعی، پر خاشگر-منفعل و مضطرب در معرض خطر بیش تری برای ابتلا به سوء مصرف مواد هستند (سهرابی، مام شریفی، رافضی و اعظمی، ۱۳۹۷). افراد با گرایش به احساس گناه، به نقش خود در موقعیت های بین فردی آگاهی دارند و در این مورد، احساس تعهد و مسئولیت می کنند. به این ترتیب، گناه مولد احساس تنش و پشیمانی است که اغلب به اعمال جبرانی مانند اعتراف، عذرخواهی یا اصلاح کردن منجر شود. همچنین در رابطه با شرم، پژوهش ها نشان می دهند ترس افراد شرمگین در ارائه ی تصویری مطلوب از خود موجب اجتناب از تعامل های اجتماعی شده و به این ترتیب یادگیری شیوه ی صحیح ابراز خود به دیگران را با مشکل روبه رو می سازد. پژوهش گران معتقدند ترس از شکست، انگیزه ای اجتنابی است و آنچه موجب ترس و اجتناب از شکست می شود، احساس شرم است. این نکته نیز آشکار شده که احساس گناه، منجر به تجربه عواطف سازنده می شود. بنابراین، احساس گناه می تواند با افزایش فعالیت در موقعیت های پیشرفت، مانع در گیر شدن فرد در اسنادها و رفتارهای غیر مولد شود. نکته ی دیگری که باید به آن اشاره کرد، وجود رابطه ی منفی بین احساس

گناه و رفتارهای خودشکن است. رفتار خودشکن به عملی عمدی اطلاق می‌شود که بر اعمال و بهزیستی افراد اثر منفی دارد. افرادی که این نوع رفتار را انجام می‌دهند، معمولاً در جستجوی پیامدهای مثبت‌اند؛ اما پیگیری این پیامدها موجب ایجاد پیامد منفی می‌شود (محمدی، جوکار و حسین چاری، ۱۳۹۲).

با توجه به موارد ذکر شده، پژوهش حاضر نشان داد افرادی که دچار حالت‌های احساسی شرم و گناه می‌باشند، کم‌تر احتمال دارد که گرایش به رفتارهای اعتیادی داشته‌باشند. عوامل فوق می‌توانند به عنوان یک میانجی کنترل‌کننده در افراد دچار افسردگی عمل کنند و از گرایش افراد دچار افسردگی به رفتارهای اعتیادی جلوگیری کند. بنابراین افرادی که این هیجانات را تجربه می‌کنند نسبت به کسانی که فاقد این هیجانات می‌باشند به احتمال کم‌تری به سمت رفتارهای اعتیادی گرایش پیدا می‌کنند. از نتایج پژوهش حاضر می‌توان در تشخیص ویژگی‌های افراد آسیب‌پذیر به رفتارهای اعتیادی استفاده کرد. با شناسایی افراد مستعد و انجام راهکارهای پیشگیرانه می‌توان از حرکت افراد به سمت رفتارهای اعتیادی جلوگیری کرد و در نتیجه باعث کاهش ابتلای افراد مستعد، به رفتارهای اعتیادی شد. با توجه به این که جامعه آماری پژوهش تنها شامل دانشجویان دانشگاه شهید مدنی آذربایجان در سال تحصیلی ۹۸-۹۷ می‌باشد، باعث محدود شدن تعمیم‌پذیری نتایج می‌شود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی در جوامع آماری با شرایط سنی و تحصیلی دیگر انجام شود.

منابع

- اعتماد، جلیل؛ جوکار، بهرام؛ راهیما، سمیرا؛ و فخاری، نرگس (۱۳۹۲). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس شرم در دانشجویان دانشگاه شیراز و علوم پزشکی شیراز. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۱۳(۴)، ۶۸-۴۵.
- اعتماد، جلیل؛ جوکار، بهرام؛ و راهیما، سمیرا (۱۳۹۴). پیش‌بینی شادکامی بر مبنای احساس شرم و گناه: بررسی نقش تعدیل‌گری جنسیت. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۱۱(۲)، ۸۵-۶۷.
- بهرامی‌نژاد، عاطفه؛ بیرانوند، افسانه؛ زارع، سودابه؛ و ارنواز، معصومه (۱۳۹۶). بررسی ارتباط بین هوش هیجانی و گرایش به اعتیاد در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان. *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، ۱۹(۴)، ۱۲۰-۱۱۳.

تقی‌زاده، محمداحسان؛ و فرمانی، اعظم (۱۳۹۲). بررسی نقش انعطاف‌پذیری شناختی در پیش‌بینی نومیدی و تاب‌آوری در دانشجویان. *فصلنامه روان‌شناسی شناختی*، ۱(۲)، ۶۷-۷۵.

حبیبی، آرش و عدن‌ور، مریم (۱۳۹۶). *مدل‌یابی معادلات ساختاری و تحلیل عاملی با LIZREL*. ناشر: سازمان انتشارات جهاد دانشگاهی، ویرایش ششم، چاپ اول.

خوشنویسان، زهرا؛ و افروز، غلامعلی (۱۳۹۰). رابطه خودکارآمدی با افسردگی، اضطراب و استرس. *مجله اندیشه و رفتار*، ۵(۲۰)، ۷۳-۸۰.

سعیدی، ضحی؛ قربانی، نیما؛ رضا سرفراز، مهدی؛ و شریفیان، محمدحسین (۱۳۹۲). اثر القای شفقت خود و حرمت خود بر میزان تجربه شرم و گناه. *فصلنامه روان‌شناسی معاصر*، ۸(۱)، ۹۱-۱۰۲.

سهرابی، فرامرز؛ مام شریفی، پیمان؛ رافضی، زهره و اعظمی، یوسف (۱۳۹۷). پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد براساس سلامت روان، حمایت اجتماعی و ابعاد شخصیتی روان‌رنجورخوبی و توافق‌پذیری. *نشریه روان پرستاری*، ۲(۶)، ۶۶-۵۸.

عباسی، نرجس؛ سادات حسینی، فریده؛ و گلستانه، سید موسی (۱۳۹۵). نقش سبک‌های اسنادی در هیجان‌های خودآگاه شرم و گناه در دانش‌آموزان. *مجله مطالعات آموزش و یادگیری*، ۸(۲)، ۱۸-۱.

عبدالملکی، سالار؛ فرید، ابوالفضل؛ حبیبی کلیر، رامین؛ هاشمی، سیدمرتضی؛ و قدوسی‌نژاد، آیت (۱۳۹۵). بررسی رابطه جو عاطفی خانواده و کنترل عواطف با گرایش به اعتیاد. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱۲(۴۸)، ۶۶۲-۶۴۹.

فاضلی، مژگان؛ احتشام‌زاده، پروین؛ و هاشمی شیخ‌شبابی، سیداسماعیل (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر انعطاف‌پذیری شناختی افراد افسرده. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۹(۳۴)، ۹۱-۲۷.

فولادوند، خدیجه؛ برجعلی، احمد؛ حسین صابت، فریده؛ و دلاور، علی (۱۳۹۵). نقش افسردگی، روابط خانواده و خودکارآمدی در پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد در نوجوانان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۱۰(۳)، ۸۰-۷۰.

محمدخانی، شهرام؛ یگانه، طیبه؛ و کریم‌پور، کبری (۱۳۹۴). نقش جهت‌گیری‌های مذهبی و خودمهارگری در پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد به مواد مخدر. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۷(۳)، ۲۴۹-۲۵۹.

محمدی، زهره؛ جوکار، بهرام و حسین چاری، مسعود (۱۳۹۲). پیش‌بینی رفتارهای خودشکن توسط جهت‌گیری هدف: نقش واسطه‌گری احساسات شرم و گناه. *روانشناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۱۱(۴۱)، ۱۰۲-۸۳.

معارف‌وند، معصومه؛ مردانه جبه‌دار، مارال؛ رفیع‌منش، حسین؛ محمدی، ایوب؛ مرشدی، زهره؛ و عجمی، میلاد (۱۳۹۶). طراحی و اعتباریابی پرسش‌نامه غربال‌گری اعتیاد به قمار در میان مبتلایان به اختلال مصرف مواد. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۳(۶)، ۴۹-۴۱.

هاشمی، سعداله؛ درتاج، فریبرز؛ سعدی‌پور، اسماعیل؛ و اسدزاده، حسن (۱۳۹۶). الگوی ساختاری احساسات شرم و گناه بر اساس شیوه‌های فرزندپروری والدین: نقش واسطه‌ای سبک‌های دلبستگی. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی کاربردی*، ۴(۴۴)، ۴۹۳-۴۷۵.

References

- Bilevicius, E., Single, A., Bristow, L. A., Foot, M., Ellery, M., Keough, M. T., & Johnson, E. A. (2018). Shame mediates the relationship between depression and addictive behaviors. *Journal of Addictive Behaviors*, 82, 94-100.
- Brand, M., Wegmann, E., Stark, R., Muller, A., Wolfling, K., Robbins, T., & Potenza, M. (2019). The interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) model for addictive behaviors: Update, generalization to addictive behaviors beyond internet-use disorders, and specification of process character of addictive behaviors. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 104, 1-10.
- Cesare, C., Alessandro, P., Valentino, Z., Barbara, D., Olivia, R., Patrizia, T., Gianluca, C., Enrico, M., & Francesco, P. (2018). Negative social emotions and cognition: Shame, guilt and working memory impairment. *Acta Psychologica*, 188, 9-15.
- Churchill, S., & Favvell, L. (2017). The impact of gambling on depression: New evidence from England and Scotland. *Journal of Economic Modelling*, Xxx, 1-9.
- Fossati, P. (2018). Is major depression a cognitive disorder? *Revue Neurologique*, Xxx, 1-4.
- Haylett, S. A., Stephenson, G. M., & Lefever, R. M. (2004). Covariation in addictive behaviors: A study of addictive orientations using the shorter PROMIS Questionnaire. *Journal of Addictive Behavior*, 29, 61-71.
- Holtgraves, T. (2009). Evaluating the problem gambling severity Index. *Journal of Gambling Behavior*, 25, 105-120.
- Hooge, I. (2013). Moral emotions and prosocially behavioral: It may be time to change our view of shame and guilt. *Psychology of Emotions*, 2, 255-276.
- LeMoult, J., & Gotlib, I. H. (2018). Depression: A cognitive perspective. *Clinical Psychology Review*, Xxx, 1-16.
- Leppink, E. W., Redden, S. A., Chamberlain, S. R., & Grant, J. E. (2016). Cognitive flexibility correlates with gambling severity in young adults. *Journal of Psychiatric Research*, 81, 9-15.

- Liang, Ch., Ho, P., Yen, Ch., Chen, Ch., Kuo, Sh., Huang, Ch., ... & Huang, S. (2016). The relationship between the striatal dopamine transporter and novelty seeking and cognitive flexibility in opioid dependence. *Neuro-psycho-pharmacology & Biological Psychiatry*, 74, 36-42.
- Nogueira, D., Merienne, K., & Befort, K. (2018). Neuro-epigenetics and addictive behaviors: Where do we stand? *Neuroscience and Bio Behavioral Reviews*, 106, 58-72. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2018.08.018.
- Ortega, L. A., Tracy, B. A., Gould, T. J., & Parikh, V. (2012). Effect of chronic low-and high-dose nicotine on cognitive flexibility in c57BL/6Jmice. *Behavioral Brain research*, 238, 134-145.
- Porter, A. C., Zerkowicz, R. L., & Cole, D. A. (2018). The unique associations of self-criticism and shame-proneness to symptoms of disordered eating and depression. *Eating Behaviors*, 29, 64-67.
- Potenza, M. N. (2014). The neural bases of cognitive processes in gambling disorder. *Trends in Cognitive Science*, 8(18), 429-438.
- Rizeanu, S. (2013). Pathological gambling and depression. *Journal of Procadia-Social and Behavioral Science*, 78, 501-505.
- Rizvi, S. L. (2010). Development and Preliminary validation of a new measure to assess shame: the shame Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 438-447.
- Rodriguez, L. M., Young, C. M., Neighbors, C., Cambell, M. T., & Lu, Q. (2015). Evaluating guilt and shame in an expressive writing alcohol intervention. *Journal of Alcohol*, 49, 491-498.
- Sarti, S., & Triventi, M. (2016). The role of social and cognitive factors in individual gambling: An empirical study on college students. *Journal of Social Science Research*, Xxx, 1-19.
- Schluter, M. G., Kim, H. S., Poole, J. C., Hodgins, D. C., McGrath, D. S., Dobson, K. S., & Taveres, H. (2019). Gambling-related cognitive distortions mediate the relationship between depression and disordered gambling severity. *Journal of Addictive Behaviors*, 90, 318-323.
- Shareh, H., Farmani, A., & Soltani, E. (2014). Investigating the reliability and validity of the cognitive flexibility Inventory (CFI-I) among Iranian university students. *Clinical Psychology*, 2(1), 43-50.
- Tangency, J., Stuewig, J., & Mashek, D. J. (2007). Moral emotion and moral behavior. *Journal of Annual Review of Psychology*, 58, 345-372.
- Treeby, M., Rice, S., Peacock, A., & Bruno, R. (2018). Guilt-proneness is associated with the use of protective behavioral strategies during episodes of alcohol use. *Addictive Behaviors*, 79, 120-123.