

نقش تعدیل کننده خودتنظیم گری در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و شدت اختلال‌های مصرف مواد

تاریخ دریافت: ۹۰/۱۲/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۱/۶/۲۱

محمدعلی بشارت*، سیده نجمه نوریخس**، رضا رستمی***، حجت اله فراهانی****

چکیده

مقدمه: نقص و نارسایی در مکانیسم‌های تنظیم هیجان‌ها و شناخت‌ها، سیستم‌های پردازشی را تحت تأثیر قرار می‌دهند و فرد را با مشکلات جدی سلامت و اختلال‌های روان‌شناختی مواجه می‌سازند. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تعدیل کننده خودتنظیم گری در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و شدت اختلال‌های مصرف مواد انجام شد.

روش: این پژوهش یک پژوهش اکتشافی از نوع طرح‌های همبستگی است. جامعه آماری پژوهش، مردان مبتلا به اختلال‌های مصرف مواد مراجعه کننده به چهار مرکز درمان مصرف مواد در تهران بودند. نمونه این پژوهش شامل ۱۲۲ بیمار مرد بود که به روش هدفمند و بر حسب مراجعات متوالی به مراکز درمانی انتخاب شدند. از شرکت کنندگان خواسته شد مقیاس سبک‌های دلبستگی بزرگسال، مقیاس خودتنظیم گری و شاخص شدت اعتیاد را تکمیل کنند. داده‌های پژوهش با استفاده از روش‌ها و شاخص‌های آماری شامل فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره سلسله مراتبی تعدیلی مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که سبک دلبستگی ایمن با خودتنظیم گری رابطه مثبت و با شدت اختلال‌های مصرف مواد رابطه منفی دارد و سبک‌های دلبستگی ناایمن (اجتنابی و دوسوگرا) با خودتنظیم گری رابطه منفی و با شدت اختلال‌های مصرف مواد رابطه مثبت داشتند. نتایج پژوهش همچنین نشان داد که خودتنظیم گری رابطه بین سبک‌های دلبستگی و شدت اختلال‌های مصرف مواد را تعدیل می‌کند.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که خودتنظیم گری شدت اختلال‌های مصرف مواد را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: تنظیم هیجان، تنظیم شناخت، پیوند عاطفی، اعتیاد

besharat@ut.ac.ir

najme2007@gmail.com

rezaros@gmail.com

icphaf@yahoo.com

* نویسنده مسئول: استاد، گروه روان‌شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران

** دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه تهران، تهران، ایران

*** دانشیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران

**** دکتری روان‌سنجی

مقدمه

افراد دوسوگرا اشتیاق زیادی برای صمیمیت دارند، در عین حال ترس از طرد را تجربه می‌کنند. دوسوگراها نسبت به افراد ایمن و اجتنابی، از اعتماد به خود کمتری برخوردارند. این ویژگی‌های آسیب‌زای دلبستگی‌های نایمن زمینه را برای پیدایش و یا تداوم مشکلات و اختلال‌های روان‌شناختی فراهم می‌سازند [۹]. پژوهش‌ها رابطه سبک دلبستگی نایمن بزرگسالان و مشکلات روان‌شناختی شامل ضعیف بودن حرمت خود^{۱۰} [۹، ۱۰]، صفات هیجانی منفی [۱۱]، اختلال‌های خوردن [۱۲]، علائم افسردگی [۹] و اضطراب [۱۳] را نشان داده‌اند. شواهدی از تحقیقات طولی نقش پیش‌بینی‌کننده سبک دلبستگی نایمن را در شروع علائم روان‌پزشکی در نمونه‌های پرخطر نشان می‌دهند [۱۴]. مطالعات نشان می‌دهند که سبک دلبستگی نایمن، به ویژه اجتنابی، در بیماران وابسته به الکل شایع است [۱۵]. کسل، واردل و رابرتس^{۱۱} [۱۶] بر اهمیت سبک‌های دلبستگی بزرگسال به عنوان عامل خطر برای مصرف مواد در دانشجویان تأکید کرده‌اند. پژوهش برنان و شیور^{۱۲} [۱۷] برای اولین بار رابطه سبک دلبستگی نایمن را با مصرف بیشتر الکل و نوشیدن الکل به منظور مقابله با استرس نشان داد. مراجعان تحت درمان برای اعتیاد به الکل، هروئین، آمفتامین/کوکائین و سوء مصرف حشیش، میزان بیشتری از دلبستگی نایمن و ترس از صمیمیت و میزان کمتر دلبستگی ایمن را در مقایسه با گروه کنترل دارند [۱۸]. پژوهش دسکاتر و تلن^{۱۳} [۱۹] نشان داد که ترس از صمیمیت عامل خطری برای مشکلات هیجانی شامل آنهایی که با سوء مصرف مواد همبسته‌اند، به شمار می‌رود. طبق یافته‌های ذکر شده، بین سبک‌های دلبستگی در بزرگسالان و اختلال مصرف مواد رابطه وجود دارد. اما آیا این رابطه یک رابطه خطی ساده است یا عوامل دیگری در این رابطه نقش تعدیل‌کننده دارند؟ طبق شواهد موجود [۲۰، ۲۱]، به نظر می‌رسد متغیرهای روان‌شناختی متعدد مثل خودتنظیم‌گری^{۱۴} در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و اختلال‌های مصرف مواد نقش تعدیل‌کننده داشته باشند.

متغیرهای متعدد بر پدیدآیی، تداوم و درمان اختلال‌های مصرف مواد^۱ تأثیر می‌گذارند. بازنگری پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و خانوادگی با سوء مصرف مواد مرتبط هستند [۱، ۲]. پژوهش‌ها بر نقش بنیادین متغیرهای مربوط به کنش وری خانوادگی در زمینه پیشگیری و پدیدآیی اختلال‌های مصرف مواد تأکید کرده‌اند [۱، ۲، ۳]. مطالعات رابطه اختلال‌های مصرف مواد را با کیفیت روابط خانوادگی، فزون‌حمایت‌گری والدین و وضعیت اقتصادی اجتماعی خانواده نشان داده‌اند [۲، ۳، ۴]. یافته‌های بالینی مصرف بیشتر مواد را بین اعضا خانواده‌هایی که فاقد روابط صمیمی والدین-فرزندان بوده و پیوندهای ایمن را تجربه نکرده‌اند تأیید می‌کنند [۳، ۴، ۵]. به عقیده کوک^۲ [۶] دلبستگی^۳ ضعیف در دوران اولیه کودکی باعث قرار گرفتن کودک در خطر مصرف مواد می‌شود. دلبستگی پیوند عاطفی پایداری است که ویژگی آن جوارجویی^۴ با شخصی خاص در زمانی ویژه است [۷]. در این چارچوب، تعاملات مکرر با مراقبین اولیه به باورها، قواعد، انتظارات، طرز فکر و رفتار شکل می‌دهند. هازن^۵ و شیور^۶ [۸]، با بازنگری مطالعات دلبستگی کودک به منظور تعریف فرایند دلبستگی بزرگسالان، سه سبک دلبستگی را مشخص کردند: ایمن^۷، اجتنابی^۸ و دوسوگرا^۹. اشخاص ایمن به راحتی روابط نزدیک برقرار می‌کنند. تنش‌های پیرامونی را به خوبی تحمل کرده و قدرت بیان هیجان‌های خود را دارند و در شرایط درماندگی به حمایت اطرافیان تکیه می‌کنند. در این افراد خصومت و اضطراب کمتر و انعطاف‌پذیری بیشتری دیده می‌شود و از هماهنگی بیشتر با واقعیت برخوردارند. افراد اجتنابی در مورد صمیمیت و تعهد نگرانند. آنها تمایلی به مشارکت در روابط نزدیک ندارند و ترجیح می‌دهند به دیگران وابسته نشوند و نیاز به دلبستگی را تحت فشار استقلال و کنترل انکار می‌کنند.

1- substance use disorders

2- Cook

3- attachment

4- proximity seeking

5- Hazan

6- Shaver

7- secure

8- avoidant

9- ambivalent

10- self-esteem

11- Kassel, Wardle & Roberts

12- Brennan & Shaver

13- Descutner & Thelen

14- self-regulation

عوامل استرس‌زا، مصرف الکل کمتری نسبت به افراد با خودتنظیم گری پایین تر نشان می‌دهند [۳۳، ۳۴]. عوامل استرس‌زا ممکن است منابع درونی خودتنظیم گری را تضعیف کنند [۳۴، ۳۵] و باعث درماندگی بیشتر در چنین موقعیت‌هایی شوند [۳۶، ۳۷]. به نظر بامیستر^{۱۳} و همکاران [۳۲] ویژگی‌های خودتنظیم گری هم پیشایند و هم پیامد مصرف الکل هستند. ضعف خودتنظیم گری فرد را در مقابل سوء مصرف مواد آسیب پذیر می‌کند و متقابلاً، سوء مصرف مواد می‌تواند عملکرد خودتنظیم گری را با اختلال مواجه می‌سازد. با استناد به شواهد پژوهشی پیش گفته، پژوهش حاضر هدفی دوگانه را دنبال می‌کند: بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی و خودتنظیم گری با شدت اختلال‌های مصرف مواد؛ و بررسی نقش تعدیل کننده خودتنظیم گری در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و شدت اختلال‌های مصرف مواد. بر این اساس، سؤال کلی پژوهش این است که آیا فراسوی رابطه ساده بین متغیرهای پژوهش، خودتنظیم گری می‌تواند رابطه بین سبک‌های دلبستگی و شدت اختلال‌های مصرف مواد را تعدیل کند؟

روش

طرح پژوهش: این پژوهش یک پژوهش اکتشافی از نوع طرح‌های همبستگی است.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش، مردان مبتلا به اختلال‌های مصرف مواد مراجعه کننده به چهار مرکز درمان مصرف مواد در تهران، شامل کلینیک درمان مصرف مواد شهرداری منطقه ۸، شهرداری منطقه ۱۲، شهرداری منطقه ۱۷ و مرکز درمان مصرف مواد شمیر بود که در فاصله زمانی تیر ۸۹ تا آبان ۸۹ به این مراکز مراجعه کرده بودند. نمونه این پژوهش شامل ۱۲۲ بیمار مرد بود که به روش هدفمند و بر حسب مراجعات متوالی^{۱۴} به مراکز فوق در دوره زمانی ذکر شده انتخاب شدند. ملاک‌هایی جهت ورود آزمودنی‌ها به نمونه در نظر گرفته شد که عبارتند از ابتلا به اختلال مصرف مواد، داشتن حداقل ۱۷ و حداکثر ۶۵ سال سن، توانایی خواندن و نوشتن، نداشتن اختلال یا اختلال‌های همبود دیگر بر اساس خود گزارش دهی بیماران و اطلاعات ثبت شده در پرونده بیماران و نداشتن

خودتنظیم گری به تلاش‌های خود برای تغییر موقعیت شامل افکار، هیجان‌ها، تکان‌ها، امیال، رفتارها و فرایندهای هیجانی گفته می‌شود [۲۲]. خودتنظیم گری سازه‌ای چند بعدی^۱ است و فرایندهای شناختی^۲، انگیزشی-عاطفی^۳، اجتماعی^۴ و فیزیولوژیکی^۵ تأثیر گذار بر کنترل فعال اعمال اعمال هدفمند را شامل می‌شود [۲۳، ۲۴، ۲۵]. اهمیت خودتنظیم گری در کنش‌وری‌های روان‌شناختی و تحول بهنجار و همچنین پیدایش مشکلات سازگاری در پژوهش‌های مختلف تأیید شده است [۲۰، ۲۱، ۲۴، ۲۵، ۲۶]. یافته‌های این پژوهش‌ها، رابطه خودتنظیم گری با خودپیروی^۶، شایستگی اجتماعی^۷، همدلی^۸، مشکلات درونی سازی^۹ و برونی سازی^{۱۰}، و اختلال‌های مصرف مواد را تأیید کرده‌اند. رابطه بین بعضی جنبه‌های خودتنظیم گری و انواع رفتارهای پر خطر گزارش شده است [۲۷]. پژوهش نواک و کلایتون^{۱۱} [۲۸] نشان داد که مشکلات خودتنظیم گری با ضعف در کنترل مصرف مواد و الکل رابطه دارد [۲۹]. بر عکس، در بین افراد مصرف کننده مواد، کسانی که مهارت بیشتری در خودتنظیم گری دارند، بهتر می‌توانند مصرفشان را کاهش دهند [۲۸]. گاه افراد داروی خاصی را به دلیل تأثیر تسکین بخش یا هیجان انگیز آن مصرف می‌کنند که بدون آن دارو دستیابی به آرامش یا حفظ هیجان خاص ممکن نیست [۲۳]. نتایج پژوهش کول، لوگان و والکر^{۱۲} [۳۰] در مورد افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد، نشان داد که اشخاص با محرومیت اجتماعی بیشتر، ادراک کنترل بر زندگی خود پایین تر و خودتنظیم گری پایین تر، استرس بیشتری را ادراک می‌کنند. افراد با خودتنظیم گری بالاتر، در مواجهه با شرایط استرس‌زا، بهتر خود را از درماندگی‌های روان‌شناختی حفظ می‌کنند [۳۱]. برای مثال، افراد با خودتنظیم گری بالاتر هنگام مواجهه با

- 1- multidimensional
- 2- cognitive
- 3- motivational-affective
- 4- social
- 5- physiological
- 6- autonomy
- 7- social competence
- 8- empathy
- 9- internalizing
- 10- externalizing
- 11- Novak & Clayton
- 12- Cole, Logan & Walker

13- Baumeister

14- consecutive referrals

ترتیب ۰/۸۰، ۰/۶۱ و ۰/۵۷ محاسبه شد. روایی همزمان^۵ مقیاس دلبستگی بزرگسال از طریق اجرای همزمان "مقیاس مشکلات بین شخصی"^۶ و "مقیاس حرمت خود کوپر اسمیت"^۷ در مورد یک نمونه ۳۰۰ نفری از آزمودنیها ارزیابی شد. نتایج به دست آمده، روایی مقیاس دلبستگی بزرگسال را تأیید کرد. نتایج تحلیل عوامل نیز با تعیین سه عامل سبک دلبستگی ایمن، سبک دلبستگی اجتنابی و سبک دلبستگی دوسوگرا، روایی سازه^۸ مقیاس دلبستگی بزرگسال را مورد تأیید قرار داد [۳۹، ۴۰].

۲- مقیاس خود تنظیم گری^۹: مقیاس خود تنظیم گری یک یک آزمون ۲۵ سوالی است و خود تنظیم گری را در پنج زمینه عملکرد مثبت^{۱۰}، مهارپذیری^{۱۱}، آشکار سازی احساسات و نیازها^{۱۲}، قاطعیت^{۱۳} و بهزیستی طلبی^{۱۴} در اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می‌سنجد [۴۱]. حداقل نمره آزمودنی در این مقیاس ۲۵ و حداکثر آن ۱۲۵ است. نمره بالاتر نشان دهنده سطوح بالاتر خود تنظیم گری و مهارت‌های مرتبط با این سازه است. در اعتباریابی فرم فارسی این مقیاس برای نمونه‌های دانش آموزی (n=۸۲۷)، ضریب آلفای کرونباخ ماده‌های آزمون برای کل آزمودنیها ۰/۹۳، برای آزمودنیهای پسر ۰/۹۱ و برای آزمودنیهای دختر ۰/۹۲ بود که نشانه همسانی درونی بالای مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنیها (۷۷ دختر، ۶۳ پسر) در دو نوبت با فاصله دو هفته برای کل آزمودنیها $r = 0.86$ ، برای آزمودنیهای پسر $r = 0.84$ و برای آزمودنیهای دختر $r = 0.88$ محاسبه شد که نشانه پایایی بازآزمایی خوب مقیاس است [۴۲]. روایی^{۱۵} مقیاس خود تنظیم گری از طریق محاسبه ضریب همبستگی بین نمره خود تنظیم گری آزمودنیها با مقیاس سلامت روانی^{۱۶} [۴۳] و مقیاس درجه‌بندی حرمت خود^۱

سابقه ضربه به سر که مستلزم بستری شدن بوده باشد. تعداد نمونه در پژوهش‌هایی که نقش تعدیل کننده را بررسی می‌کنند باید حداقل ۱۰۰ نفر باشد [۳۸]. بر این اساس، و با در نظر گرفتن معیارهای ذکر شده، ۱۲۲ بیمار مرد در پژوهش حاضر شرکت کردند. میانگین سنی آزمودنیها ۳۲/۵ سال با دامنه ۱۹ تا ۶۳ سال و انحراف معیار ۸/۲۱ بود.

ابزار:

۱- مقیاس دلبستگی بزرگسال^۱: مقیاس دلبستگی بزرگسال، که با استفاده از مواد آزمون دلبستگی هازن و شیور [۸] ساخته و در مورد نمونه‌هایی از جمعیت‌های ایرانی هنجاریابی شده است [۳۹، ۴۰]، یک آزمون ۱۵ سوالی است و سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا را در اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرت (خیلی کم = ۱، کم = ۲، متوسط = ۳، زیاد = ۴، خیلی زیاد = ۵) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیرمقیاس‌های آزمون به ترتیب ۵ و ۲۵ است. ضرایب آلفای کرونباخ پرسش‌های زیر مقیاس‌های ایمن، اجتنابی و دوسوگرا در مورد یک نمونه دانشجویی (n = ۱۴۸; ۸۶۰ دختر، ۶۲۰ پسر) برای کل آزمودنیها به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۴، ۰/۸۵، برای دانشجویان دختر ۰/۸۶، ۰/۸۳، ۰/۸۴ و برای دانشجویان پسر ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ به دست آمد که نشانه همسانی درونی^۲ خوب خوب مقیاس دلبستگی بزرگسال است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های یک نمونه ۳۰۰ نفری از آزمودنیها در دو نوبت با فاصله چهار هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی^۳ محاسبه شد. این ضرایب در مورد سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا برای کل آزمودنیها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۳، ۰/۸۴، برای دانشجویان دختر ۰/۸۶، ۰/۸۲، ۰/۸۵ و برای دانشجویان پسر ۰/۸۸، ۰/۸۳ و ۰/۸۳ به دست آمد که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است. روایی محتوایی^۴ مقیاس دلبستگی بزرگسال با سنجش ضرایب همبستگی بین نمره‌های پانزده نفر از متخصصان روان‌شناسی بررسی شد. ضرایب توافق کندال برای سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا به

- 5- concurrent validity
- 6- Inventory of Interpersonal Problems
- 7- Coopersmith Self-Esteef Inventory
- 8- construct validity
- 9- Self-Regulation Inventory
- 10- positive actions
- 11- controllability
- 12- expression of feelings and needs
- 13- assertiveness
- 14- well-being seeking
- 15- validity
- 16- Mental Health Inventory

- 1- Adult Attachment Inventory
- 2- internal consistency
- 3- test-retest reliability
- 4- content validity

دلبستگی اجتنابی ۰/۴۲- است. همچنین میزان همبستگی بین شدت اختلال‌های مصرف مواد با دلبستگی ایمن ۰/۴۱-، با دلبستگی دوسوگرا ۰/۳۶+، با دلبستگی اجتنابی ۰/۴۰+ و با متغیر خودتنظیم گری ۰/۴۳- است. تمام همبستگی‌های ذکر شده در سطح $p < 0.001$ معنادار هستند.

جدول (۱) ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیر	خودتنظیم گری	شدت اختلال‌های مصرف مواد
دلبستگی ایمن	۰/۴۲*	-۰/۴۱*
دلبستگی دوسوگرا	-۰/۳۹*	۰/۳۶*
دلبستگی اجتنابی	-۰/۴۲*	۰/۴۰*
خودتنظیم گری	-	-۰/۴۳*

* $P < 0.001$

نتایج تحلیل رگرسیون به منظور بررسی اثر تعدیل کننده خودتنظیم گری در رابطه بین سبک دلبستگی ایمن و شدت اختلال‌های مصرف مواد در جدول ۲ نشان داده شده است. مقایسه نتایج تحلیل رگرسیون در مدل ۱ و ۲ نشان می‌دهد که خودتنظیم گری باعث افزایش R^2 به میزان ۰/۳۶۷ شده که این میزان معنادار است ($R^2 = 0.367$ ، $\Delta F = 48/350$ ، $P = 0.001$). این مدل نشان می‌دهد که ۳۶/۷ درصد از واریانس مشاهده شده در نمرات شدت اختلال‌های مصرف مواد توسط اثر تعدیل کننده خودتنظیم گری تبیین می‌شود. ضرایب استاندارد و غیر استاندارد تحلیل رگرسیون در مدل ۱ نشان می‌دهد که خودتنظیم گری ($\beta = 0.206$ ، $t = 7/133$) و دلبستگی ایمن ($\beta = -0.31$ ، $t = -3/42$) می‌توانند به صورت معنادار واریانس شدت اختلال‌های مصرف مواد را تبیین کنند. ضرایب رگرسیون در مدل ۲ نشان می‌دهد که خودتنظیم گری ($\beta = -1/775$ ، $t = -4/609$)، دلبستگی ایمن ($\beta = -0/521$ ، $t = -3/797$) و اثر تعدیل کننده خودتنظیم گری ($\beta = 2/036$ ، $t = 5/264$) به طور معنادار واریانس شدت اختلال‌های مصرف مواد را تبیین می‌کنند.

[۴۴] در مورد ۱۴۰ دانش آموز (۷۷ دختر، ۶۳ پسر) تأیید شد [۴۲].

۳- شاخص شدت اعتیاد (ASI)- شاخص شدت اعتیاد^۲ [۴۵، ۴۶] مصاحبه‌ای چند بعدی است که اطلاعاتی از جنبه‌های مختلف زندگی بیماران را که در مشکلات سوء مصرف مواد شرکت دارند، می‌سنجد. شاخص شدت اعتیاد وضعیت بیمار را در هفت زمینه شامل وضعیت‌های شغلی و مالی، پزشکی، خانوادگی و اجتماعی، قانونی، روان‌پزشکی، مصرف مواد و مصرف الکل می‌سنجد. در هر کدام از این زمینه‌ها فراوانی، شدت و مدت علائم و مشکلات در طول عمر و سی روز گذشته سنجیده می‌شود. چندین ویرایش از این ابزار ارائه شده که به زبان‌های مختلف ترجمه و اعتباریابی شده‌اند، که در میان آنها ویرایش شاخص شدت اعتیاد لایت^۳ به دلیل کوتاه‌تر بودن، کاربرد بیشتری دارد [۴۵]. دامنه نمرات شاخص شدت اعتیاد بین ۰ تا ۱ است [۴۷]. مک‌لنلان^۴ و همکاران [۴۶] در پژوهشی روایی و پایایی شاخص شدت اعتیاد را آزمودند و آن را ابزاری معتبر با کاربرد پژوهشی و بالینی گسترده گزارش کردند.

روند اجرای پژوهش: بیماران که بر اساس معیارهای مورد نظر وارد پژوهش شدند، ابتدا با اهداف پژوهش به طور کلی آشنا شدند و با ذکر اهمیت نتایج پژوهش به مسئولیت آنها در دقت و درستی پاسخ‌ها اشاره شد. بعد از موافقت، پرسشنامه‌های خودتنظیم گری، سبک‌های دلبستگی و شاخص شدت اعتیاد را در یک مجموعه، به صورت انفرادی تکمیل کردند. سعی شد تا جایی که امکان داشت هیچ یک از سوالات بی‌پاسخ نماند. همچنین سه مورد به علت تکمیل نکردن پرسشنامه‌ها از پژوهش کنار گذاشته شدند.

یافته‌ها

قبل از انجام آزمون رگرسیون لازم است میزان همبستگی بین متغیرهای پژوهش محاسبه شود. جدول ۱ نتایج همبستگی پیرسون بین سبک‌های دلبستگی، خودتنظیم گری و شدت اختلال‌های مصرف مواد را نشان می‌دهد. طبق جدول میزان همبستگی بین خودتنظیم گری با سبک دلبستگی ایمن ۰/۴۲+، با دلبستگی دوسوگرا ۰/۳۹-، با

- 1- Self-Esteem Rating Scale
- 2- Addiction Severity Index
- 3- ASI-Lite
- 4- McLellan

جدول ۲) نتایج تحلیل رگرسیون و ضرایب استاندارد و غیر استاندارد بر اساس مدل ۱ و ۲

مدل	R	R ² تعدیل شده	ΔR^2	ΔF	P
۱	۰/۳۰۹	۰/۰۹۵	۰/۰۸۴	۲/۶۵۷	۰/۰۷۴
۲	۰/۶۸۱	۰/۴۶۰	۰/۳۶۷	۴۸/۳۵۰	۰/۰۰۱
مدل	B	SEB	β	t	P
۱- ثابت	۱۳/۸۴۰	۱/۹۴۰	-	۷/۱۳۳	۰/۰۰۱
خودتنظیم گری	-۰/۰۵۶	۰/۰۲۵	-۰/۲۰۶	-۲/۲۷۶	۰/۰۲۵
دلستگی ایمن	-۰/۰۷۲	۰/۰۳۱	-۰/۳۱	-۳/۴۲	۰/۰۰۱
۲- ثابت	۲۲/۶۶۱	۲/۴۲۵	-	۹/۳۴۳	۰/۰۰۱
خودتنظیم گری	-۰/۴۸۴	۰/۱۰۵	-۱/۷۷۵	-۴/۶۰۹	۰/۰۰۱
دلستگی ایمن	-۰/۷۰۴	۰/۱۸۵	-۰/۵۲۱	-۳/۷۹۷	۰/۰۰۱
اثر تعدیل کننده خودتنظیم گری	۰/۰۴۹	۰/۰۰۹	۲/۰۳۶	۵/۲۶۴	۰/۰۰۱

مدل ۱- متغیرهای پیش بین: خودتنظیم گری و دلستگی ایمن

مدل ۲- متغیرهای پیش بین: خودتنظیم گری و دلستگی ایمن و اثر تعدیل کننده خودتنظیم گری در تبیین شدت اختلال‌های مصرف مواد

ضرایب استاندارد و غیر استاندارد تحلیل رگرسیون در مدل ۱ نشان می‌دهد که خودتنظیم گری ($t=۳/۰۵۸$, $\beta=۰/۲۷۹$) و دلستگی دوسوگرا ($t=۴/۶۸$, $\beta=۰/۲۹۰$) می‌توانند به صورت معنادار واریانس شدت اختلال‌های مصرف مواد را تبیین کنند. ضرایب رگرسیون در مدل ۲ نشان می‌دهد که خودتنظیم گری ($t=-۱۳/۴۴۳$, $\beta=-۱/۳۶۵$)، دلستگی دوسوگرا ($t=-۱۲/۲۴۲$, $\beta=-۰/۸۵۴$) و اثر تعدیل کننده خودتنظیم گری ($t=۱۸/۲۸۴$, $\beta=۱/۸۶۹$) به طور معنادار واریانس شدت اختلال‌های مصرف مواد را تبیین می‌کند.

نتایج تحلیل رگرسیون به منظور بررسی اثر تعدیل کننده خودتنظیم گری در تبیین واریانس شدت اختلال‌های مصرف مواد در جدول ۳ نشان داده شده است. مقایسه نتایج تحلیل رگرسیون در مدل ۱ و ۲ نشان می‌دهد که خودتنظیم گری باعث افزایش R^2 به میزان ۰/۱۰۶ شده که این میزان معنادار است ($\Delta F=۳۳۲/۹۷۶$, $\Delta R^2=۰/۱۰۶$). این مدل نشان می‌دهد که ۱۰/۶ درصد از واریانس مشاهده شده در نمرات شدت اختلال‌های مصرف مواد توسط اثر تعدیل کننده خودتنظیم گری تبیین می‌شود.

جدول ۳) نتایج تحلیل رگرسیون و ضرایب استاندارد و غیر استاندارد بر اساس مدل ۱ و ۲

مدل	R	R ² تعدیل شده	ΔR^2	ΔF	P
۱	۰/۲۷۱	۰/۰۵۸	۰/۰۷۳	۴/۶۹۹	۰/۰۱۱
۲	۰/۴۲۳	۰/۱۷۴	۰/۱۰۶	۳۳۲/۹۷۶	۰/۰۰۱
مدل	B	SEB	β	t	P
۱- ثابت	۱۲/۶۷۲	۲/۱۲۲	-	۵/۹۷۲	۰/۰۰۱
خودتنظیم گری	-۰/۰۸۵	۰/۰۲۸	-۰/۲۷۹	-۳/۰۵۸	۰/۰۰۳
دلستگی دوسوگرا	-۰/۱۱۲	۰/۰۲۴	۰/۲۹۰	۴/۶۸	۰/۰۰۱
۲- ثابت	۲۱/۵۷۶	۲/۱۹۴	-	۱۸/۰۶۷	۰/۰۰۱
خودتنظیم گری	-۰/۴۱۸	۰/۰۳۱	-۱/۳۶۵	-۱۳/۴۴۳	۰/۰۰۱
دلستگی دوسوگرا	۱/۲۲۶	۰/۱۰۰	۰/۸۵۴	۱۲/۲۴۲	۰/۰۰۱
اثر تعدیل کننده خودتنظیم گری	۰/۰۸۲	۰/۰۰۴	۱/۸۶۹	۱۸/۲۸۴	۰/۰۰۱

مدل ۱- متغیرهای پیش بین: خودتنظیم گری و دلستگی دوسوگرا

مدل ۲- متغیرهای پیش بین: خودتنظیم گری و دلستگی دوسوگرا و اثر تعدیل کننده خودتنظیم گری در تبیین شدت اختلال‌های مصرف مواد

۱ نشان می‌دهد که خودتنظیم گری ($\beta = -0/269$)، $t = -3/046$) و دل‌بستگی اجتنابی ($\beta = 0/271$)، $t = 2/73$) می‌توانند به صورت معنادار واریانس شدت اختلال‌های مصرف مواد را تبیین کند. ضرایب رگرسیون در مدل ۲ نشان می‌دهد که خودتنظیم گری ($\beta = -1/804$)، $t = -3/588$)، دل‌بستگی اجتنابی ($\beta = 0/302$)، $t = 2/204$) و اثر تعدیل کننده خودتنظیم گری ($\beta = -1/607$)، $t = -3/098$) به طور معنادار واریانس شدت اختلال‌های مصرف مواد را تبیین می‌کند.

نتایج تحلیل رگرسیون به منظور بررسی اثر تعدیل کننده خودتنظیم گری در تبیین واریانس شدت اختلال‌های مصرف مواد در جدول ۴ نشان داده شده است. مقایسه نتایج تحلیل رگرسیون در مدل ۱ و ۲ نشان می‌دهد که خودتنظیم گری باعث افزایش R^2 به میزان ۰/۰۷۰ شده که این میزان معنادار است ($\Delta R^2 = 0/070$ ، $\Delta F = 9/597$ ، $P = 0/002$). این مدل نشان می‌دهد که ۷ درصد از واریانس مشاهده شده در نمرات شدت اختلال‌های مصرف مواد توسط اثر تعدیل کننده خودتنظیم گری تبیین می‌شود. ضرایب استاندارد و غیر استاندارد تحلیل رگرسیون در مدل

جدول ۴) نتایج تحلیل رگرسیون و ضرایب استاندارد و غیر استاندارد بر اساس مدل ۱ و ۲

مدل	R	R ² تعدیل شده	ΔR^2	ΔF	P
۱	۰/۲۶۹	۰/۰۵۷	۰/۰۷۳	۴/۶۵۸	۰/۰۱۱
۲	۰/۳۷۷	۰/۱۲۱	۰/۰۷۰	۹/۵۹۷	۰/۰۰۲
مدل	B	SEB	β	t	P
۱- ثابت	۱۵/۱۳۷	۱/۶۸۰	-	۹/۰۰۵	۰/۰۰۱
خودتنظیم گری	-۰/۰۸۲	۰/۰۲۷	-۰/۲۶۹	-۳/۰۴۶	۰/۰۰۳
دل‌بستگی اجتنابی	۰/۰۴۱	۰/۰۱۵	۰/۲۷۱	۲/۷۳	۰/۰۲۰
۲- ثابت	۷/۹۴۷	۲/۸۲۹	-	۲/۸۰۹	۰/۰۰۶
خودتنظیم گری	-۰/۵۴۹	۰/۱۵۳	-۱/۸۰۴	-۳/۵۸۸	۰/۰۰۱
دل‌بستگی اجتنابی	۰/۳۹۹	۰/۱۸۱	۰/۳۰۲	۲/۲۰۴	۰/۰۲۹
اثر تعدیل کننده خودتنظیم گری	-۰/۰۲۹	۰/۰۰۹	-۱/۶۰۷	-۳/۰۹۸	۰/۰۰۲

مدل ۱- متغیرهای پیش بین: خودتنظیم گری و دل‌بستگی اجتنابی

مدل ۲- متغیرهای پیش بین: خودتنظیم گری و دل‌بستگی اجتنابی و اثر تعدیل کننده خودتنظیم گری در تبیین شدت اختلال‌های مصرف مواد

بر عهده دارند) به حالت‌های هیجانی کودک، شکل می‌گیرد [۷، ۵۲، ۵۳]. شواهد نشان می‌دهند که نوزادان پس از سه ماهگی نسبت به دریافت نشانه‌های بیرونی از جمله پاسخ‌های چهره‌ای و آوایی مراقب، حساسیت و سوگیری پیدا می‌کنند. این نشانه‌ها نقشی مهم در آموزش تنظیم درماندگی‌های نوزاد بازی می‌کنند [۵۴]. کودکان ایمن پاسخدهی بهینه و منسجم از مراقب اولیه تجربه می‌کنند و می‌آموزند که ابراز متعادل هیجان‌ها پیامدهای مثبت دارد. بر این اساس، حساسیت و پاسخدهی مادرانه، که در عین حال از مقولات دل‌بستگی ایمن محسوب می‌شوند [۷، ۵۵، ۵۶]، از طریق تشکیل و استقرار سبک دل‌بستگی ایمن در کودک، امکانات لازم را برای تنظیم عواطف و شناخت‌ها در اختیار وی قرار می‌دهند. این توانمندی‌ها، رابطه مثبت

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که سبک دل‌بستگی ایمن با خودتنظیم گری رابطه مثبت و با شدت اختلال‌های مصرف مواد رابطه منفی معنادار دارد و سبک‌های دل‌بستگی نایمن (اجتنابی و دوسوگرا) برعکس با خودتنظیم گری رابطه منفی و با اختلال‌های مصرف مواد رابطه مثبت معنادار دارند. نتایج این پژوهش همچنین نشان داد که بین خودتنظیم گری و شدت اختلال‌های مصرف مواد رابطه منفی معنادار وجود دارد. این نتایج که با یافته‌های پژوهش‌های قبلی [۲، ۳، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۱] مطابقت دارند، بر حسب احتمالات زیر تبیین می‌شوند: روش تنظیم عواطف و رابطه با دیگران بر حسب حساسیت و پاسخدهی مادر (یا کسانی که مراقبت اولیه از کودک را

خود را به شیوه‌ای سازنده تعدیل نمایند [۵۰]. بر این اساس، می‌توان احساس خودارزشمندی و خودکارآمدی را به عنوان یکی از مکانیسم‌های تأثیر گذار بر کاهش شدت ابتلا به سوء مصرف مواد در نظر گرفت. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که خودتنظیم‌گری و شدت اختلال‌های مصرف مواد رابطه منفی دارند. در تبیین این یافته می‌توان دو تبیین مطرح کرد. یکی این که افرادی که خودتنظیم‌گری پایینی دارند توانایی کمتری برای کنترل مصرفشان دارند. دوم این که افراد در تلاش برای تنظیم عواطف خود به مصرف الکل روی می‌آورند. هر دو فرضیه حمایت‌های قابل توجهی کسب کرده‌اند. مطالعات مختلف نشان می‌دهند که مصرف الکل در بین افراد دارای خودتنظیم‌گری پایین بیشتر است. همچنین مطالعات نشان داده‌اند که افراد با مهارت‌های خودتنظیم‌گری پایین الکل بیشتری نسبت به افراد با مهارت‌های بالاتر خودتنظیم‌گری مصرف می‌کنند [۵۷]. مطالعات رابطه افزایش مصرف الکل را با خود مهارگری^۲ ضعیف نشان داده‌اند [۵۷]. یافته‌های پژوهشی [۳۳] نشان داده‌اند که افزایش مصرف الکل با تفاوت‌های فردی در خود مهارگری یا فقدان خود مهارگری رابطه دارد. موقعیت‌ها نیز می‌توانند با کاهش ادراک خود مهارگری باعث افزایش مصرف الکل شوند. محیط‌هایی که خود مهارگری را پرورش می‌دهند (نظیر نظارت نزدیک و مستمر والدین، قوانین واضح تعریف شده برای رفتار، پاداش مناسب والدین به رفتارهای خوب، مهارت‌های بازدارنده قوی و باور عمیق به دستورات اخلاقی) خطر وابستگی و سوء مصرف الکل را کاهش می‌دهند. به عکس، محیط‌هایی که نوشیدن را مجاز می‌دانند احتمال سوء مصرف را بالا می‌برند. بر این اساس، افرادی که خود مهارگری ضعیفی دارند، کارآمدی کمی برای اجتناب از مصرف مواد دارند و همین‌طور موقعیت‌هایی که فقدان کنترل را القا می‌کنند، احتمالاً به مصرف بیشتر الکل می‌انجامد [۵۷]. بر حسب تبیین دوم، یعنی مصرف الکل برای تنظیم عواطف، ممکن است مصرف الکل شیوه‌ای برای تنظیم تجربه‌های هیجانی و اجتماعی باشد. افراد ممکن است برای اجتناب از عاطفه منفی و افزایش تجربه‌های مثبت الکل بنوشند [۵۷]. مصرف الکل با

سبک دلبستگی ایمن با خودتنظیم‌گری راه، که به تلاش‌های خود برای تغییر موقعیت شامل افکار، هیجان‌ها، تکانه‌ها، امیال، رفتارها و فرایندهای هیجانی گفته می‌شود [۲۰، ۲۱]، تبیین می‌کند. از سوی دیگر، مراقبت نابسند و ضعف و ناتوانی در حساسیت و پاسخدهی مادرانه به الگوی رفتار دلبستگی نایمن (اجتنابی و دوسوگرا) منتهی می‌شود و مانع تحول مهارت‌های مؤثر تنظیم عواطف و شناخت‌ها می‌گردد. اختلال خودتنظیم‌گری؛ نارسایی و نقص در مجموعه توانمندی‌های لازم برای تنظیم و کنترل تکانه‌ها، سابق‌ها، انگیزه‌ها، افکار و اعمالی که مسئول طراحی و اجرای رفتار هستند، در افراد نایمن محصول این مراقبت نابسند محسوب می‌شود. با توجه به تأثیرات مثبت یا منفی سبک‌های دلبستگی ایمن و نایمن بر خودتنظیم‌گری [۷، ۵۵، ۵۶]، می‌توان رابطه سبک‌های دلبستگی با شدت اختلال‌های مصرف مواد را نیز توجیه کرد. بی‌توجهی مادر نسبت به نیازهای فرزند باعث می‌شود خود تنظیم‌گری با موفقیت انجام نشود و ساختارهای روانی مرتبط با کنترل درونی رفتار شکل نگیرند. در نتیجه، این افراد به امور و اشیای بیرونی وابستگی پیدا می‌کنند و مصرف مواد یکی از شیوه‌های جبران کمبودهای درونی آنها محسوب می‌شود. اشخاص دارای دلبستگی ایمن از جلب حمایت‌های اجتماعی برای مقابله با استرس‌های هیجانی استفاده می‌کنند، در حالی که اشخاص دارای دلبستگی نایمن از روش‌های دیگر مانند سوء مصرف الکل یا دارو برای مقابله با این موقعیت‌ها کمک می‌گیرند [۱۶، ۱۷، ۴۹، ۵۱]. احتمالاً جستجوی حمایت‌های اجتماعی هنگام مواجهه با استرس‌های هیجانی در افراد ایمن خطر ابتلا به اختلال‌های مصرف مواد را کاهش می‌دهد [۳]. اشخاص نایمن، نگرش‌های منفی در مورد کارآمدی خودشان دارند که به حرمت خود آنها آسیب می‌رساند. حرمت خود ضعیف زمینه ساز مصرف بیشتر مواد می‌شود؛ اقدامی که می‌تواند برای تعدیل استرس و کاهش عواطف منفی صورت گیرد [۱۶]. اشخاص دارای سبک دلبستگی ایمن، بر عکس، تجسمی مثبت و حمایتگر از نگاره دلبستگی^۱ دارند. این تجسم مثبت، احساس خودارزشمندی و خودکارآمدی را افزایش می‌دهد و به فرد کمک می‌کند تا عواطف منفی

2- self-control

1- attachment figure

اختلال مصرف مواد در مقایسه با تأثیر ۱۰/۶ درصدی سبک دلبستگی دوسوگرا و تأثیر ۷ درصدی سبک دلبستگی اجتنابی مؤید این تبیین است. در شرایطی که سبک دلبستگی نایمن باشد، خودتنظیم گری تحت تأثیر ویژگی‌های این سبک از دلبستگی مثل عدم توانایی فرد برای تنظیم عواطف و هیجان‌ها، افزایش می‌یابد و اثر تعدیل کننده آن در رابطه بین سبک دلبستگی نایمن و شدت اختلال مصرف مواد نیز کمتر می‌شود. نارسایی خودتنظیم گری از طریق خودتنظیم گری کاذب و خودتنظیم گری ناقص ممکن است منجر به افزایش شدت اختلال‌های مصرف مواد شود. ممکن است ضعف در خودتنظیم گری در زمینه ضعف یا فقدان خودمهارگری باعث افزایش مصرف مواد و افزایش مشکلات مربوط به مصرف مواد شود [۵۷]. ضعف در خودتنظیم گری احتمالاً افزایش مصرف مواد را به منظور تنظیم عواطف و اجتناب از عواطف منفی به دنبال دارد. استفاده از داروها برای تأثیر تسکین بخش یا هیجان انگیز آنها تأیید شده است [۲۳] طبق آنچه قبلاً ذکر شد، ضعف در خودتنظیم گری ممکن است باعث افزایش ادراک استرس شود و احتمالاً از این طریق شدت ابتلا به اختلال‌های مصرف مواد را باعث شود، در حالی که خودتنظیم گری بالا می‌تواند درماندگی روان‌شناختی را هنگام مواجهه با عوامل استرس‌زا کاهش دهد و احتمالاً بر این اساس کاهش شدت ابتلا به اختلال‌های مصرف مواد را توجیه کند. جامعه آماری این پژوهش که به چهار مرکز درمان مصرف مواد در تهران محدود می‌شود؛ نمونه مورد مطالعه پژوهش که تنها مردان دارای اختلال‌های مصرف مواد بودند؛ و داوطلب بودن شرکت کنندگان در پژوهش، محدودیت‌های این پژوهش محسوب می‌شوند. بر این اساس، لازم است در تعمیم نتایج به کل جمعیت بیماران مبتلا به اختلال‌های مصرف مواد، احتیاط شود. بر اساس یافته‌های این پژوهش، افزایش مهارت‌های مراقبتی در روابط خانوادگی (مخصوصاً رابطه والدین - کودک) با هدف شکل‌گیری دلبستگی ایمن و مهارت‌های هیجانی، تنظیم‌گری، مهارگری و مدیریت هیجان و رفتار از طریق تهیه بسته‌های آموزشی پیشنهاد می‌شود. عمل به این پیشنهاد می‌تواند در سطح پیشگیری مؤثر واقع شود. تدارک فنون مناسب در برنامه‌های درمانی

انتظارات ناشی از الکل مرتبط است و این انتظارات با مصرف الکل تقویت می‌شود [۵۸]. شخصی که انتظارات مثبت نسبت به الکل دارد، میزان بیشتری الکل مصرف می‌کند که ممکن است منجر به وابستگی شود [۵۹]. پس علاوه بر این که مصرف الکل ناشی از نقص یا فقدان خود مهارگری است، ممکن است تلاشی عمدی برای تنظیم تجارب شخصی باشد [۵۷]. شواهد نشان می‌دهند که مصرف مزمن مواد مختلف با نارسا کنش وری شناختی^۱ در کرتکس پیشانی به خصوص ناتوانی در بازداری رفتارهای قوی جستجوی مواد همراه است [۶۰]. مصرف حاد و مزمن کوکائین [۶۱]، مصرف مزمن مواد افیونی [۶۲] و مصرف الکل [۶۳] بر ناحیه کرتکس پیش پیشانی (PFC) تأثیر می‌گذارد. PFC به عنوان ناحیه اصلی مغز که مسئول رفتارهای خودتنظیم گری است، شناخته می‌شود [۲۱]. مطالعه ورجو- گارسیا^۲ و همکاران [۶۴] نشان داد که شدت مصرف مواد اعتیاد آور مختلف با نشانگان رفتاری متفاوتی که در ارتباط با کرتکس پیش پیشانی است، همراه است. این نشانگان رفتاری شامل بی‌حسی، بازداری زدایی و نارسا کنش وری اجرایی^۳ است. مصرف شدید حشیش با بی‌حسی و نارساکنش وری اجرایی همراه است، اما مصرف شدید کوکائین بر بازداری زدایی رفتار بیشتر مؤثر است. بر این اساس، ممکن است ضعف خودتنظیم گری در افراد دارای اختلال‌های شدیدتر مصرف مواد، پیامد مصرف مواد باشد [۲۲]. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که خودتنظیم گری رابطه بین سبک‌های دلبستگی و شدت اختلال‌های مصرف مواد را تعدیل می‌کند. نقش تعدیل کننده خودتنظیم گری که بر حسب نوع سبک دلبستگی تضعیف یا تقویت می‌شود و شدت ابتلا به اختلال‌های مصرف مواد را کاهش یا افزایش می‌دهد، به شرح زیر تبیین می‌شود: در شرایطی که دلبستگی ایمن باشد، خودتنظیم گری تحت تأثیر ویژگی‌های این سبک از دلبستگی مثل توانمندی فرد برای تنظیم عواطف و هیجان‌ها، افزایش می‌یابد و اثر تعدیل کننده آن در رابطه بین سبک دلبستگی ایمن و شدت اختلال مصرف مواد نیز بیشتر می‌شود. تأثیر ۳۶/۷ درصدی خودتنظیم گری در رابطه بین سبک دلبستگی ایمن و شدت

1- cognitive dysfunction

2- Verdejo-Garcia

3- consecutive dysfunction

16- Kassel JD, Wardle M, Roberts JB. Adult attachment security and college student substance use. *Addict Behav.* 2007; 32(6): 1164-1176.

17- Brennan KA, Shaver PR. Dimensions of adult attachment, affect regulation, and romantic relationship functioning. *Pers Soc Psychol Bull.* 1995; 21: 267-283.

18- Thorberg FA, Lyvers M. Attachment, fear of intimacy and differentiation of self among clients in substance disorder treatment facilities. *Addict Behav.* 2006; 31(4): 732-737.

19- Descutner CJ, Thelen MH. Development and validation of a fear-of-intimacy scale. *J Consult Clin Psychol.* 1991; 3: 218-225.

20- Vohs KD, Baumeister RF. Understanding self-regulation: an introduction. In Baumeister RF, Vohs KD. (Eds.). *Handbook of Self-regulation: Research, theory, and applications.* New York: The Guilford Press; 2004. p. 1-9.

21- Banfield JF, Wyland CL, Macrae CN, Munte TF, Heatherton TF. The cognitive neuroscience of self-regulation. In Baumeister RF, Vohs KD. (Eds.). *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications.* New York: The Guilford Press; 2004. p. 62-83.

22- Besharat MA, Ghalebani M, Rahiminejad A, Ghorbani N. Examination and comparison of alexithymia and self-regulation in patients with substance abuse disorder and normal individuals. *J Psychol Scienc.* 2009; 32(3): 433-455. [Persian].

23- Rasheed AHE. Alexithymia in Egyptian substance abuser. *Subst Abus.* 2001; 22(1): 11-21.

24- Rothbart MK, Ahadi SA, Hershey KL, Fisher P. Investigations of temperament at three to seven years: The Children's Behavior Questionnaire. *Child Dev.* 2001; 72(5): 1394-1408.

25- Calkins SD, Howse RB. Individual differences in self-regulation: Implications for childhood adjustment. In Philippot P, Feldman RS. (Eds.). *The regulation of emotion.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 2004. p. 307-332.

26- Lieberman D, Giesbrecht GF, Muller U. Cognitive and emotional aspects of self-regulation in preschoolers. *Cog Dev.* 2007; 22: 511-529.

27- Schwebel DC, Severson J, Ball KK, Rizzo M. Individual difference factors in risky driving: The roles of anger/ hostility, conscientiousness, and sensation-seeking. *Accid Anal Prev.* 2006; 38(4): 801-810.

28- Novak SP, Clayton RR. The influence of school environment and self-regulation on transitions between stages of cigarette smoking: a multilevel analysis. *Health Psychol.* 2001; 20(3): 196-207.

29- Aubrey LA, Brown JM, Miller WA. (1994). Psychometric properties of the self-regulation questionnaire (SRQ). (Abstract). *Alcoholism: Clin Exper Res.* 2001; 18: 429.

30- Cole J, Logan TK, Walker R. Social exclusion, personal control, self-regulation, and stress among

برای آموزش و افزایش این مهارت‌ها نیز می‌تواند باعث تقویت نتایج درمان بیماران مبتلا به اختلال‌های مصرف مواد شود.

منابع

1- Newcomb MD, Richardson MA. Substance use disorders. In Hersen RT, Ammerman (Eds.). *Advanced Abnormal Child Psychology,* New Jersey: Lawrence Erlbaum Associated Publishers; 2000.

2- Besharat MA, Mirzamani M, Pourhosein R. The role of family variables in the development of substance use disorders. *Andeshesh va Raftar.* 2002; 7(3): 46-52. [Persian].

3- Besharat MA, Ghafouri B, Rostami R. A comparative study of attachment styles in persons with or without substance use disorders. *Research in Medicine.* 2007; 31(3): 265-271. [Persian].

4- Jessor R, Jessor SL. *Problem behavior And psychosocial development.* New York: Academic Press; 1997.

5- Kandal DB. Drug and drinking behavior among youth. *Ann Rev Sociol.* 1988; 6: 235-285.

6- Cook D. Shame, attachment, and addictions: Implications for family therapists. *Contemp Fam Ther.* 1991; 13: 405-419.

7- Bowlby J. *Attachment and loss: Volume 1.* New York, NY: Basic Books, Inc; 1969.

8- Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol.* 1987; 52: 511-524.

9- Besharat MA. Therapeutic foundations of attachment theory. *Psychol Rooyesh.* 2012; 1(1): 15-38. [Persian].

10- Gamble SA, Roberts JE. Adolescents' perceptions of primary caregivers and cognitive style: The roles of attachment security and gender. *Cog Ther Res.* 2005; 29: 123-141.

11- Magai C, Distel N, Liker R. Emotion socialisation, attachment, and patterns of adult emotional traits. *Cog Emot.* 1995; 9: 461-481.

12- Cole-Detke H, Kobak R. Attachment processes in eating disorder and depression. *J Consult Clin Psychol.* 1996; 64(2): 282-290.

13- Warren SL, Huston L, Egeland B, Sroufe LA. Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997; 36(5): 637-644.

14- Bifulco AJ, Kwon J-H JC, Moran PM, Bunn A, Beer N. Adult Attachment Style as mediator between childhood neglect/ abuse and adult depression and anxiety. *Social Psychiatry Psych Epidemiol.* 2006; 127: 1-11.

15- Vungkhanching M, Sher KJ, Jackson KM, Parra GR. Relation of attachment style to family history of alcoholism and alcohol use disorders in early adulthood. *Drug Alcohol Depend.* 2004; 75(1): 47-53.

- and validity in three centers. *J Nerv Ment Dis.* 1985; 173: 412-423.
- 47- McGahan PL, Griffith JA, Parente R, McLellan AT. *Addiction Severity Index, composite scores manual.* Philadelphia, The University of Pennsylvania, Veterans Administration Centre for Studies of Addiction; 1986.
- 48- Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. *Affect regulation, metallization, and the development of the self.* New York: Other Press; 2002.
- 49- Caspers KM, Cadoret RJ, Langbehn D, Yucuis R, Troutman B. Contributions of attachment style and perceived social support to lifetime use of illicit substances. *Addict Behav.* 2005; 30(5): 1007-1011.
- 50- Cassidy J, Shaver PR. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical application.* New York: Guilford Press; 1999.
- 51- McNally AM, Palfai TP, Levine RV, Moore BM. Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults the meditational role of coping motives. *Addict Behav.* 2003; 28(6): 1115-1127.
- 52- Bretherton I. Attachment theory: retrospect and prospect. In I. retherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research.* Monog Society Res Child Dev. 1985; 299: 3-35.
- 53- Tennant C. Parental loss in childhood: It's effect in adult life. *Arch Gen Psychiatry.* 1988; 45(11): 1045-1050.
- 54- Gergely G, Watson JS. The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: the development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *Int J Psychoanal.* 1996; 77(1): 1-31.
- 55- Bowlby J. *A secure base: clinical applications of attachment theory.* New York: Basic Books; 1988.
- 56- Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation.* Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1978.
- 57- Baumeister RF, Vohs KD. *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications.* New York: Guilford Press. 2004; 62-83.
- 58- Connor JP, Young RM, Williams RJ, Ricciardelli LA. Drinking restraint versus alcohol expectancies: Which is the better indicator of alcohol problems? *J Stud Alcohol.* 2000; 61(2): 352-359.
- 59- Young RM, Oei TPS. *Drinking Expectancy Profile: Test Manual.* Herston, Queensland, Australia: Department of Psychiatry, University of Queensland, Royal Brisbane Hospital; 1996.
- 60- Feil J, Sheppard D, Fitzgerald PB, Yücel M, Lubman DI, Bradshaw JH. Addiction, compulsive drug seeking, and the role of frontostriatal mechanisms in regulating inhibitory control. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews.* 2010; 35: 248-275.
- substance abuse treatment clients. *Drug Alcohol Depend.* 2011; 113(1): 13-20.
- 31- Muraven M, Baumeister RF. Self-regulation and depletion of limited resources: Does self-control resemble a muscle? *Psychol Bull.* 2000; 126(2): 247-259.
- 32- Baumeister RF, Heatherton T, Tice DM. *Losing Control: How and Why People Fail at Self-regulation.* Academic Press, Inc: San Diego. 1994.
- 33- Wills TA, Sandy JM, Yaeger AM. Moderators of the relation between substance use level and problems: test of a self-regulation model in middle adolescence. *Abn Psychol.* 2002; 111: 3-21.
- 34- Pearlin L. The sociological study of stress. *J Health Society Behav.* 1989; 30: 241-256.
- 35- Lepore SJ, Evans GW. Coping with multiple stressors in the environment. In Zeidner M, Endler N. (Eds.). *Handbook of Coping: Theory, Research, and Application.* New York: Wiley. 1996; 350-377.
- 36- Ennis N, Hobfoll SE, Schroder KE. Money doesn't talk, it swears: how economic stress and resistance resources impact inner-city women's depressive mood. *Am. J Commun Psychol.* 2000; 28: 149-173.
- 37- Gottlieb B. Conceptual and measurement issues in the study of coping with chronic stress. In Gottlieb BH. (Ed.). *Coping with Chronic Stress.* New York: Plenum Press. 1997. p. 3-40.
- 38- Farahani H, Oraizi HR. *Advanced methods in behavioral research.* Esfahan: Jahad Daneshgahi; 2005. [Persian].
- 39- Besharat MA. *Development and validation of the Adult Attachment Inventory.* Unpublished research report. Tehran: University of Tehran; 2005. [Persian].
- 40- Besharat MA. *Development and validation of Adult Attachment Inventory.* *Procedia-Social Behav Scienc.* 2011; 30: 475-479.
- 41- Ibanez MI, Ruiperez MA, Moya J, Marques MJ, Ortet G. A short version of the Self-Regulation Inventory (SRI-S). *Pers Ind Diff.* 2005; 39: 1055-1059.
- 42- Besharat MA. Psychometric properties of a short version of the Self-Regulation Inventory in a sample of Iranian population. *Res Clin Psychol Counsel.* 2011; 1(2): 53-70. [Persian].
- 43- Besharat MA. Reliability and Validity of the Mental Health Inventory. *Daneshvar Raftar.* 2006; 16(6): 11-16. [Persian].
- 44- Nugent WR, Thomas J. Validation of the Self-Esteem Rating Scale. *Res Social Work Pract.* 1993; 3: 191-207.
- 45- McLellan AT, Alterman AI, Cacciola J, Metzger D, O'Brien CP. A new measure of substance abuse treatment: initial studies of the treatment services review. *J Nerv Ment Dis.* 1992; 180: 101-110.
- 46- McLellan AT, Luborsky L, Cacciola J. New data from the addiction severity index: reliability

- 61- Garavan H, Kaufman JN, Hester R. Acute effects of cocaine on the neurobiology of cognitive control. *Philos. Trans R Soc Biol Sci.* 2008; 363: 3267-3276.
- 62- Verdejo-Garcia AJ, Perales JC, Pérez-Garcia M. Cognitive impulsivity in cocaine and heroin polysubstance abusers. *Addict Behav.* 2007; 2: 950-966.
- 63- Sullivan EV, Harding AJ, Pentney R, Dlugos C, Martin PR, Parks MH, et al. Disruption of frontocerebellar circuitry and function in alcoholism. *Alcohol: Clin Exp Res.* 2003; 7: 301-309.
- 64- Verdejo-Garcia A, Bechara A, Recknor EC, Perez-Garcia M. Executive dysfunction in substance dependent individuals during drug use and abstinence: an examination of the behavioral, cognitive and emotional correlates of addiction. *J Int Neuropsychol Soc.* 2006; 12: 405-415.

Archive of SID