

رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و سرسختی روانشناختی در میزان ولع مصرف کنندگان مت آمفتامین: نقش میانجی گری تنظیم شناختی هیجان

زهره خیرآبادی^۱، سعید امدادی^۲، الهه حاتمی^۳، امید امانی^۴

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، شاهرود، ایران. (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور واحد نوشهر، مازندران، ایران.

^۳ دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی بجنورد، بجنورد، ایران.

^۴ دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی و سلامت، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده

این پژوهش با هدف تعیین رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و سرسختی روانشناختی در میزان ولع مصرف کنندگان مت آمفتامین: نقش میانجی گری تنظیم شناختی هیجان در سال ۴۰۰-۱۳۹۹ انجام گرفت. روش پژوهش توصیفی همبستگی بود. حجم نمونه شامل ۱۰۰ نفر از مراجعه کنندگان مرکز اقامتی ترک اعتیاد شهر تهران بودند که به صورت دردسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ (۱۹۹۸)، پرسشنامه سرسختی روانشناختی کوباسا و مددی (۱۹۸۲)، پرسشنامه کوتاه ولع مصرف مواد مخدر سوموزا و همکاران (۱۹۹۵) و پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان CERQ-P گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) جمع آوری شدند و با روش آماری ماتریس همبستگی و تحلیل مسیر با نرم افزار SPSS-25 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته ها: نتیجه ماتریس همبستگی نشان داد طرحواره های ناسازگار اولیه به صورت مثبت، سرسختی روانشناختی و تنظیم شناختی هیجان به صورت منفی با ولع مصرف رابطه دارند. نتایج ماتریس همبستگی نشان داد رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و سرسختی روانشناختی با ولع مصرف توسط تنظیم شناختی هیجان واسطه می شود، یعنی تنظیم هیجان رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و ولع مصرف را کاهش می دهد، همچنین تنظیم شناختی هیجان زمینه را برای افزایش سرسختی روانشناختی و کاهش ولع مصرف فراهم می کند. بنابراین با توجه به رابطه بین متغیرهای پیشنهاد می شود توجه ویژه ای به تنظیم شناختی هیجان در مراکز ترک اعتیاد شود.

واژه های کلیدی: طرحواره های ناسازگار اولیه، سرسختی روانشناختی، ولع مصرف، تنظیم شناختی هیجان

۱. مقدمه

اعتیاد نوعی ناهنجاری با علائم بالینی، رفتاری و شناختی است که توسط عوامل اجتماعی و روانشناختی از یک سو و عوامل بیولوژیکی و دارویی از سوی دیگر ایجاد می شود. (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).^۱

طبق گزارش دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرایم سازمان ملل (۲۰۱۵)، حدود ۲۴۳ میلیون نفر، یا ۵٪ از جمعیت جهان بین ۱۵ تا ۶۴ سال، در سال ۲۰۱۲ مواد مخدر مصرف کرده اند. در همین حال، تعداد افراد معتاد به مواد مخدر ۲۷ میلیون نفر، حدود ۶ درصد از جمعیت بزرگسال جهان، یا ۱ در هر ۲۰۰ نفر بوده است.

یافته ها نشان می دهد اعتیاد به مواد مخدر طی چهار دهه گذشته در ایران نوسان داشته است، در سال ۲۰۱۱ اعلام شد که در میان جمعیت تخمینی ۱۵ تا ۶۴ سال ۱ میلیون و ۳۲۵ هزار نفر است (مهدورمگویی، ۲۰۱۷).^۲

در این میان مت آمفتامین یک روانگردان تحریک کننده قدرتمند است که در حال حاضر هیچ درمان دارویی تایید شده ای برای اعتیاد به مت آمفتامین موجود نیست، آسیب های روانی - اجتماعی بالایی در بر دارد (مورلی، کورنیش، فینگلد، وود و هابر، ۲۰۱۷). یک مانع عمده برای درمان اعتیاد به مواد مخدر، از جمله مت آمفتامین، عود در دوران ترک است (هانت، برنت و برنچ، ۱۹۷۱؛ سنهام و هیلچ، ۲۰۱۱).^۳ که اغلب در اثر تماس مجدد با علائم مرتبط با مواد مخدر ایجاد می شود (اوبراین، چیلدریس، مک لکن و اهرمن، ۱۹۹۲).^۴

از این رو ولع مصرف مواد مخدر یکی از مولفه های اصلی اعتیاد است و به رفتار مصرف مواد مخدر و ایجاد عود در افرادی که اقدام به ترک کرده اند منجر می شود (هارتز، فردریک-اسبورن و گالووی، ۲۰۰۱). ولع مصرف نشان دهنده یک شرایط پیچیده است که شامل جنبه های عاطفی و شناختی همراه با حالات رفتاری و فیزیولوژیکی است (تیفانی، ۱۹۹۰؛ کالبرتسون و همکاران، ۲۰۱۰).^۵

در این میان اعتقاد بر این است که سوء مصرف مواد مخدر یکی از راهکارهای مقابله ای است که فرد برای جلوگیری از اثرات منفی طرحواره های ناسازگار اولیه که فعال شده اند، استفاده می کند (ریسو، دوتوایت، استین و یانگ، ۲۰۰۷). طرحواره های ناسازگار اولیه نوعی اعتقاد است که مردم نسبت به خود، دیگران و محیط هایی دارند که معمولاً ناشی از عدم رضایت در مورد نیازهای اساسی، به ویژه نیازهای عاطفی در دوران کودکی است (ژانگ و هی، ۲۰۱۰). طرحواره های ناسازگار اولیه نظریه پردازی شده است که در طول عمر ادامه می یابد، فراگیر و بسیار مقاوم در برابر تغییر هستند و اغلب باعث ایجاد تأثیرات منفی بالا، الگوهای رفتاری خود شکننده می شوند و در تأمین نیازهای اساسی فرد برای ایجاد، خودمختاری و بیان خود اختلال ایجاد می کنند (یانگ، کلووسکو و ویشار، ۲۰۰۷). یانگ (۱۹۹۹) ابتدا ۱۶ طرحواره ناسازگار اولیه ارائه داد. از این زمان به بعد، بسیاری از تحقیقات طرحواره های ناسازگار اولیه را با ایده پردازی های فعلی طرحواره های ناسازگار اولیه متشکل از ۱۸ طرحواره بالقوه مورد بررسی قرار داده اند. هجده طرحواره ناسازگار اولیه تحت پنج حوزه مجزا قرار دارند که عبارتند از: قطع ارتباط و عدم پذیرش (طرحواره های محرومیت عاطفی، ترک، عدم اعتماد، سوء مصرف مواد مخدر، انزوای اجتماعی، نقص) اختلال در استقلال و عملکرد (طرحواره های شکست، وابستگی، آسیب پذیری و محاصره)؛ محدودیت های ضعیف (طرحواره های استحقاق و عدم کنترل کافی در خود)، جهت گیری دیگر (طرحواره های انقیاد، ایثار، و تأیید جستجو) و خشونت بیش از حد و مهار

^۱American Psychiatric Association

^۲Morley, K. C., Cornish, J. L., Faingold, A., Wood, K., & Haber, P. S

^۳Hunt, W. A., Barnett, L. W., & Branch, L. G

^۴Sinha, R., Shaham, Y., & Heilig, M

^۵O'Brien, C. P., Childress, A. R., McLellan, A. T., & Ehrman, R

^۶Hartz, D. T., Frederick-Osborne, S. L., & Galloway, G. P

^۷Tiffany, S. T

^۸Culbertson, C., et al

^۹Riso, L. P., du Toit, P. L., Stein, D. J., & Young, J. E

^{۱۰}Zhang, D., & He, H.

^{۱۱}Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E

(طرحواره های مهار عاطفی، استانداردهای غیرقابل تحمل، منفی / بدبینی و تنبیه) (یانگ، کلوکو و ویشار، ۲۰۰۷). با توجه به آسیب رسانی طرحواره های ناسازگار اولیه، بال مفهوم سازی طرحواره های ناسازگار اولیه را به عنوان عوامل خطر برای مشکلات بهداشت روانی که توسط یانگ مطرح شده بود گسترش داده و ارتباط طرحواره ها با سوء مصرف مواد مخدر را توصیف کرده است. بال پیشنهاد کرد که طرحواره های ناسازگار اولیه می توانند زمینه ساز توسعه، نگهداری و ولع مصرف مواد مخدر باشند، زیرا هم طرحواره های ناسازگار اولیه و هم مصرف مواد از مشکلات مزمن و پایدار هستند. علاوه بر این، بال فرض کرد که استفاده از مواد ممکن است مکانیسمی باشد که از طریق آن افراد سعی می کنند از باورها و احساسات منفی مرتبط با طرحواره های ناسازگار اولیه جلوگیری کنند (بال، ۲۰۰۷). از این رو طرح های ناسازگار ممکن است باورهای غیر منطقی را به عنوان زیرساخت شناختی ایجاد کند. (یانگ، ۱۹۹۹). بنابراین طرحواره های ناسازگار اولیه بر نحوه درک افراد از خود و جهان اطراف تأثیر می گذارد. از آنجا که طرحواره ها هسته اصلی خودپنداره را تشکیل می دهند، وجود طرحواره های ناسازگار می تواند افراد را در برابر طیف وسیعی از عملکردها و مشکلات آسیب پذیر کند (یانگ، کلوکو و ویشار، ۲۰۰۷). از طرف دیگر یکی از صفات شخصیتی که در ارتباط با اعتیاد به مواد مخدر مورد بررسی قرار گرفته است، سرسختی روانشناختی است، که اخیراً توسط کولاق، ایرل و سیویل (۲۰۰۲) تعریف شده است. این محققان تعریفی از سرسختی روانشناختی بر اساس مفهوم روانشناختی مستقر موسوم به "شخصیت سرسخت" ایجاد کردند که اولین بار توسط کوباسا (۱۹۷۹) ارائه شد.^۴

سرسختی روانشناختی از سه مولفه اصلی تشکیل شده است: کنترل «احساس توانایی و عملکرد مانند اینکه شرایط زندگی مختلفی را کنترل کنند»، تعهد «تمایل به درگیر کردن و نه فاصله گرفتن از هر کاری که انجام می دهد» و چالش «توانایی درک اینکه تغییرات در زندگی روزمره طبیعی است» (هورسبورگ، شرمر، وسالکا و ورون، ۲۰۰۹). سرسختی الگوی^۵ شخصیتی نگرش ها و استراتژی ها است که به افراد کمک می کند شرایط استرس زا را از بلایای احتمالی به فرصت هایی برای رشد تبدیل کنند. برای انجام این کار، نگرش های سرسختی روانشناختی تعهد، کنترل و چالش، شجاعت لازم است و باید از استراتژی های سرسختی مقابله با حل مسئله، تعاملات حمایتی اجتماعی و خودمراقبتی مفید کار استفاده کرد (مددی، ۲۰۱۵).^۶ بنابراین، افرادی که سرسختی روانشناختی بالایی دارند اغلب دارای ویژگی های خاصی مانند هوش بالا، عدم سوء مصرف مواد و بزهکاری، استقلال، همدلی، تعهد به کار و روابط خوب با اطرافیان هستند، یعنی سرسختی روانشناختی مکانیسم دفاعی را برای پیشگیری از اعتیاد ایجاد می کند، زیرا این افراد نسبت به زندگی خود دارای تعهد هستند و استرس های روزمره را به صورت مطلوبی مورد بررسی قرار می دهند (ایسیکسون، ۲۰۰۲). در این میان از بین چندین عامل مرتبط با سوء مصرف مواد مخدر، می توان به نقش غالب مشکلات عاطفی و عدم توانایی در کنترل و تنظیم هیجانات اشاره کرد.

تنظیم هیجانی به عنوان یکی از متغیرهای روانشناختی مورد توجه بسیاری از محققان قرار گرفته است. این شواهد حاکی از آن است که تنظیم هیجان مربوط به موفقیت یا شکست در حوزه های مختلف زندگی است (جاکوبس و همکاران، ۲۰۰۸).^۸ تنظیم هیجان به استراتژی هایی گفته می شود که می توانند بر روی اینکه کدام احساسات بوجود می آیند و چه زمانی، چه مدت بروز می کنند و چگونه این احساسات تجربه و بیان می شوند، تأثیر بگذارند (گروس، ۲۰۱۳).^۱ بنابراین علائم بالینی اصلی اعتیاد شامل انگیزه افزایش یافته برای مصرف دارو (ولع مصرف)، اختلال در کنترل خود (تکانشگری و اجباری بودن)، عدم تنظیم شناختی هیجان (خلق و خوی منفی) و افزایش واکنش استرس است افراد با ناتوانی در تنظیم شناختی هیجانات اغلب برای فرار یا تنظیم دقیق احساسات خود به پرخوری یا گرایش به مواد مخدر و الکل روی می آورند (منین و فراچ، ۲۰۰۷).

^۴Ball, S. A^۵Clough, P., Earle, K., & Sewell, D^۶Kobasa, S. C^۷Horsburgh, V. A., Schermer, J. A., Veselka, L., & Vernon, P. A.^۸Maddi, S. R^۹Isaacson, B^{۱۰}Jacobs, M., et al^{۱۱}Gross, J. J^{۱۲}Mennin, D., & Farach, F

بنابراین، بررسی تنظیم هیجانات می تواند در روابط بین فردی افراد معتاد، نقشی تاثیر گذاری داشته باشد، واکنش پذیری و راهبردهای تنظیم هیجان منفی، احتمال سوء مصرف مواد را بالا می برد.

از این رو در حالی که درک موانع اعتیاد مهم است، شناسایی عوامل موثر در پتانسیل اعتیاد نیز به همان اندازه مهم است همانطور که اعتیاد به مواد مخدر در حال حاضر یک مشکل شایع رو به گسترش در دنیا است. (لی و همکاران ، ۲۰۱۳). لذا زمینه را برای بررسی عوامل مرتبط با مواد فراهم کرده است همانطور که خسروانی، سیدسروئی و علوانی (۲۰۱۶) رابطه بین طرحواره های ناسازگار، سیستم بازدارندگی رفتاری، سیستم رویکرد رفتاری و سبک های دفاعی در سوء مصرف کنندگان مواد مخدر طبیعی را مورد بررسی قرار دادند که نتایج نشان داد طرحواره های ناسازگار اولیه با سبک دفاع روان رنجور و نابالغ دارای همبستگی مثبت بودند، سیستم مهار رفتار و سیستم رویکرد رفتاری افراد معتاد در ارتباط با سبک های دفاعی نابالغ بودند، شوری، استورات و اندرسون (۲۰۱۲) در بررسی رابطه طرحواره های ناسازگار اولیه و ولع مصرف در افراد معتاد نشان دادند تمام ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه در سطوح مختلف در میان بیماران وابسته به مواد مخدر زن و مرد تأیید شده است و عدم کنترل کافی در رفتار این افراد علت شایع ولع مصرف در افراد وابسته به مواد مخدر می باشد شن، لیو، لی، زانگ و زو (۲۰۱۲) در بررسی خلق و خوی منفی با ولع مصرف مواد مخدر زن مت آمفتامین که در سم زدایی اجباری، نشان دادند رابطه مثبت بالایی بین هیجانات منفی و ولع مصرف وجود دارد، مزیح و همکاران (۲۰۰۷) در بررسی هیجانی وابستگی به مواد مخدر نشان دادند بین ولع مصرف و ناتوانی در خودتنظیمی رابطه مثبت معناداری وجود دارد، بارتون، هایستاد، اید و برویک (۲۰۱۲) در بررسی سرسختی روانشناختی و سبک مقابله ای به عنوان عوامل خطر/ انعطاف پذیری برای سوء مصرف الکل، نشان دادند سرسختی روانشناختی پایین و کنار آمدن با اجتناب زیاد پیش بینی کننده قابل توجهی در مورد سوء مصرف الکل است. بنابراین با توجه به مبانی نظری و تجربی موجود می توان گفت؛ اعتیاد به مواد مخدر در سطح جامعه روز به روز افزایش یافته و نادیده گرفتن مشکلات وابسته به مصرف مواد در بین مصرف کنندگان، زمینه ساز آنومی های اجتماعی در سطح خرد و کلان است، لذا عدم توجه به مصرف کنندگان، جرائم و بزه کاری های وابسته به مواد مخدر افزایش خواهد یافت که این خود نیازمند بررسی عوامل روانی - اجتماعی وابسته به مواد مخدر است، از این رو مورد بررسی قرار دادن طرحواره های ناسازگار اولیه که تجارب نامطلوب دروان کودکی را در بر دارد و عوامل شخصیتی مانند سرسختی روانشناختی و ناتوانی در تنظیم هیجان در گرایش به مصرف مواد مخدر، می تواند اطلاعات کاربردی را در اختیار مشاوران و مددکاران ترک اعتیاد قرار دهد، بنابراین ضرورت دیده شد تا در این مطالعه رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و سرسختی روانشناختی در میزان ولع مصرف کنندگان مت آمفتامین: نقش میانجی گری تنظیم شناختی هیجان مورد بررسی قرار گیرد.

^۱Lee, W. C., et al

^۲Shorey, R. C., Stuart, G. L., & Anderson, S.

^۳Shen, W., Liu, Y., Li, L., Zhang, Y., & Zhou, W

^۴Mezzich, A. C., et al

^۵Bartone, P. T., Hystad, S. W., Eid, J., & Brevik, J. I

روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی - همبستگی بود. جامعه آماری شامل مردان ۲۰ تا ۶۰ سال مراجعه کننده به دو مرکز اقامتی ترک اعتیاد شهر تهران در سال ۱۳۹۹-۴۰۰ بودند که به صورت در دسترس ۱۰۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. پس از جمع آوری داده ها با روش آماری ماتریس همبستگی و تحلیل مسیر با نرم افزار SPSS-25 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار سنجش

پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ: این پرسشنامه توسط یانگ (۱۹۹۸) ساخته شد که دارای ۷۵ ماده می باشد. این پرسشنامه در طیف لیکرت کاملاً نادرست (۱) تا کاملاً درست (۶) نمره گذاری می شود. که ۵ حوزه طرحواره ای در کل ۱۵ طرحواره را در بر می گیرد. در هر طرحواره نمره ای بین ۵ تا ۳۰ به دست می آید نمره بالا نشان دهنده طرحواره غیر انطباقی برای فرد است (یانگ و همکاران، ۱۳۸۶). اعتبار این مقیاس به وسیله ی آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۶ و برای تمام خرده مقیاس ها بالاتر از ۰/۸۰ گزارش شد (والر، مهیر و هنیان، ۲۰۰۱). در ایران توسط آهنگی و همکاران (۱۳۸۶) همسانی^۲ درونی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ در زنان ۰/۹۷ و در مردان ۰/۹۸ گزارش کردند. در پژوهش موردی و آگیلار-وفایی (۱۳۸۷) اعتبار این مقیاس در دامنه ۹۰ تا ۶۰ به دست آمد، که توانایی تشخیص دو گروه زنان مورد بررسی (زنان سالم و زنان مبتلا به اختلال خوردن) را دارد و دقت در طبقه بندی آزمودنی ها ۰/۸۷ گزارش شد که نشان می دهد روایی تشخیصی این مقیاس است.

پرسشنامه سرسختی روانشناختی: آزمون سرسختی توسط کوباسا و مددی (۱۹۸۲) ساخته شده که دارای ۲۰ سوال ۴ گزینه ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات و اغلب اوقات) تشکیل شده است که دارای سه مولفه است. این آزمون توسط زارع و امین پور (۱۳۹۰) بر روی دانشجویان دانشگاه پیام نور مورد هنجاریابی قرار گرفت نتایج آلفای کرونباخ برای تعهد ۰/۸۴، کنترل ۰/۸۲ و مبارزه جویی ۰/۷۵ و نمره کل ۰/۹۱ گزارش شد. کوباسا، مدی و کاهن (۱۹۸۲) اعتبار ۳ خرده مقیاس ها را، به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۱، ۰/۷۰٪ گزارش کردند. در پژوهش مدی و همکاران در سال ۲۰۰۲ همسانی درونی برای خرده مقیاس ها به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۵، ۰/۷۱٪ و برای کل مقیاس ۰/۸۸ بدست آمده است. همبستگی این پرسشنامه با مقیاس تجدیدنظر شده سرسختی ۴۶ سوالی را ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ گزارش شده است (هال، وان ترور و ویرانی، ۱۹۸۷) کوباسا و مدی در سال ۱۹۹۲ این مقیاس را دارای روایی سازه مناسبی میدانند. به نقل از (جمهوری، ۱۳۸۰) نشان میدهد که مولفه های سرسختی روانشناختی هریک به ترتیب از ضریب پایایی ۰/۷۰، ۰/۵۲، ۰/۵۲٪ برخوردارند و این ضرایب برای کل صفت سرسختی ۰/۷۵ محاسبه شده است.

پرسشنامه کوتاه ولع مصرف مواد مخدر: پرسشنامه کوتاه ولع مصرف مواد توسط سوموزا و همکاران (۱۹۹۵) ساخته شد که دارای ۸ گویه است و در طیف لیکرت ۵ نقطه ای از نه اصلاً (۰) تا خیلی زیاد (۴) نمره گذاری می شود. نمرات سوالات ۲-۳-۴-۶-۷-۸ با هم جمع می شود نمره ولع مصرف به دست می آید. این آزمون همبستگی بالایی با مقیاس های شدت اعتیاد نشان داده و ضریب آلفای کرونباخ آن نیز ۰/۸۸ گزارش شده است (سوموزا و همکاران، ۱۹۹۵). در مطالعه حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ پایایی این ابزار ۰/۸۴ گزارش شد.

پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان (CERQ-P): پرسشنامه پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان (CERQ-P) توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) ساخته شده که دارای ۳۶ گویه و ۹ خرده مقیاس است و در طیف لیکرت ۵ نقطه ای هرگز=۱ تا همیشه=۵ نمره گذاری می شود. نمره هر راهبرد از طریق جمع نمرات داده شده به هر یک از عبارات تشکیل

^۲Waller, G., Meyer, C., & Ohanian, V.^۳Kobasa, s.c., Maddi, S. R^۴Somoza, E., et al^۵Garnefski, N., et al

دهنده آن راهبرد به دست می آید و می تواند در دامنه ای از ۴ تا ۲۰ قرار بگیرد و جمع کل نمرات در دامنه ای از ۳۶ تا ۱۸۰ قرار می گیرد. گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در سه بار آزمون به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۹۳ گزارش کردند. هنجاریابی این پرسشنامه در ایران بر اساس روش های همسانی درونی (با دامنه ۰/۷۶ تا ۰/۹۲) و بازآزمایی (با دامنه همبستگی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷) و روایی پرسشنامه از طریق تحلیل مولفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین خرده مقیاس ها (با دامنه همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷) و روایی ملاکی مطلوب گزارش شد (حسینی، ۲۰۱۰). پس از جمع آوری داده ها با روش آماری ماتریس همبستگی و تحلیل مسیر با نرم افزار SPSS-25 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها

در این مطالعه ۱۰۰ نفر به روش در دسترس به پرسشنامه ها پاسخ دادند، نتایج جمعیت شناختی نشان داد از نظر جنسیت همه شرکت کنندگان مرد بودند که از این تعداد ۵۱ نفر متأهل (۰/۵۱) و ۴۹ نفر نیز مجرد (۰/۴۹) بودند. محدوده سنی شرکت کنندگان نیز بین ۲۰ تا ۵۰ سال بود که در حدود ۰/۷۵ شرکت کنندگان در محدوده سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، ۰/۵۳ از آزمونی ها بی سواد، ۰/۴۲ دارای مدت مصرف ۶ تا ۱۰ ساله و ۰/۵۲ از شرکت کنندگان نیز به روش تزریقی مصرف می کردند. در ادامه در جدول ۱ یافته های توصیفی متغیرها مورد پژوهش آورده شد.

جدول ۱. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه نمونه

متغیر کل	خرده مقیاس	میانگین	انحراف استاندارد
ولع مصرف	نمره کل	۱۵/۹۴	۴/۳۴
	تمایل و قصد مصرف	۱۷/۷۱	۵/۸۷
	میل مصرف مواد	۲۱/۱۹	۴/۸۷
	لذت و شدت فقدان کنترل	۲۱/۸۲	۳/۵۴
سرسختی روانشناختی	نمره کل	۴۷/۱۵	۱۶/۷۸
	تعهد	۲۲/۷۷	۶/۶۵
	کنترل	۱۷/۱۴	۵/۹۸
	مبارزه جویی	۱۰/۴۲	۳/۳۴
نظم جویی	نمره کل	۸۵/۵۱	۳۹/۰۳
	ملامت خویش	۱۳/۶۴	۴/۵۴
	پذیرش	۱۳/۷۶	۴/۹۰

۴/۲۱	۱۳/۲۱	نشخوارگری	
۴/۰۸	۱۳/۷۶	تمرکز مجدد مثبت	
۴/۵۰	۱۳/۹۸	تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	
۴/۴۴	۱۳/۰۹	ارزیابی مجدد مثبت	
۴/۳۴	۱۳/۵۴	دیدگاه گیری	
۴/۶۵	۱۰/۶۱	فاجعه سازی	
۴/۲۱	۱۲/۵۸	ملامت دیگران	
۷/۴۶	۱۹/۱۱	محرومیت هیجانی	
۷/۲۵	۱۷/۵۶	رهاشدگی	
۶/۲۷	۱۸/۶۴	بی اعتمادی	
۶/۷۵	۱۸/۶۶	انزوای اجتماعی	
۷/۱۲	۱۷/۵۴	نقص و شرم	
۶/۷۸	۱۷/۸۷	شکست	
۶/۶۷	۱۷/۳۲	وابستگی	طرحواره ناسازگار یانگ
۶/۰۴	۱۷/۷۸	آسیب پذیری در برابر بیماری	
۶/۴۴	۱۵/۷۰	خوشتن تحول یافته	
۶/۳۰	۱۷/۳۱	اطاعت	
۶/۴۳	۱۷/۷۱	ایثارگری	
۶/۱۸	۱۷/۲۴	بازداری هیجانی	
۵/۵۹	۱۷/۰۶	معیارهای سرسختانه	
۵/۷۳	۱۸/۸۲	استحقاق	
۶/۱۲	۱۸/۷۴	خوشتن داری	

جدول ۱ نشان می دهد میانگین نمرات متغیرها در افراد مورد بررسی در سطح متوسطی قرار دارد. در ادامه در جدول ۲ ماتریس همبستگی بین متغیرها آورده شد.

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرها

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱. محرومیت هیجانی	۱											
۲. رهاشدگی	۰/۰۵۱	۱										
۳. بی اعتمادی	۰/۰۱۸	۰/۰۳۳	۱									
۴. انزوای اجتماعی	۰/۰۸۰	۰/۰۹۵	۰/۰۵۱	۱								
۵. نقص و شرم	۰/۱۰۱	۰/۰۷۹	۰/۰۷۹	۰/۰۵۹	۱							
۶. شکست	۰/۱۷۶	۰/۰۹۹	۰/۰۹۴	۰/۰۹۲	۰/۰۵۵	۱						
۷. وابستگی	۰/۰۹۸	۰/۰۳۰	۰/۰۳۷	۰/۰۴۳	۰/۰۳۸	۰/۲۱۸	۱					
۸. آسیب پذیری در برابر بیماری	۰/۰۶۵	-۰/۲۳۳	۰/۰۵۴	۰/۰۵۹	۰/۰۵۱	۰/۰۵۵	۰/۲۱۸	۱				
۹. خویشتن تحول یافته	۰/۰۴۳	۰/۰۸۴	۰/۰۹۳	۰/۰۶۹	۰/۲۲۰	۰/۰۵۲	۰/۰۸۳	۰/۰۶۹	۱			
۱۰. اطاعت	۰/۰۳۲	۰/۱۹۱	۰/۱۵۹	۰/۲۱۱	۰/۰۹۸	۰/۰۶۷	۰/۰۹۵	۰/۰۹۹	۰/۰۹۰	۱		
۱۱. ایثارگری	۰/۰۲۱	۰/۰۵۷	۰/۲۵۵	۰/۰۸۷	۰/۰۶۳	۰/۰۷۸	۰/۰۳۳	۰/۰۸۰	۰/۰۹۲	۰/۰۹۶	۱	
۱۲. بازداری هیجانی	۰/۰۳۴	۰/۲۲۷	۰/۱۰۱	۰/۰۷۹	۰/۰۷۹	۰/۰۵۹	۰/۰۹۹	۰/۰۶۷	۰/۰۴۵	۰/۰۹۴	۰/۰۷۲	۱
۱۳. معیارهای سرسختانه	۰/۰۶۵	۰/۰۷۶	۰/۰۷۳	۰/۰۸۳	۰/۰۹۱	۰/۰۷۶	۰/۰۷۶	۰/۰۲۲	۰/۰۹۳	۰/۰۴۳	۰/۱۲۱	۰/۰۴۴
۱۴. استحقاق	۰/۰۱۱	۰/۰۶۰	۰/۰۶۸	۰/۰۶۲	۰/۰۶۸	۰/۱۰۱	۰/۰۷۹	۰/۰۷۹	۰/۰۵۹	۰/۰۱۰	۰/۰۱۱	۰/۰۱۶
۱۵. خویشتن داری	۰/۱۱۱	۰/۰۷۹	۰/۰۷۹	۰/۰۵۹	۰/۰۹۹	۰/۰۶۷	۰/۰۴۵	۰/۰۵۹	۰/۰۵۲	۰/۰۵۵	۰/۲۰۸	۰/۰۲۹
۱۶. ولع مصرف	۰/۰۱۲	۰/۱۶۵	-۰/۲۱۳	۰/۱۴۱	۰/۱۸۶	۰/۱۰۸	۰/۱۰۱	۰/۰۷۹	۰/۰۷۹	۰/۰۵۹	۰/۰۹۱	۰/۰۷۶
۱۷. تمایل و قصد مصرف	۰/۱۰۸	۰/۰۷۳	۰/۰۸۳	۰/۰۹۱	۰/۰۷۶	۰/۰۷۶	۰/۰۲۲	۰/۰۹۳	۰/۰۴۳	۰/۰۹۰	۰/۰۹۴	۰/۰۹۸
۱۸. میل مصرف مواد	۰/۰۳۲	۰/۲۳۸	۰/۰۵۶	۰/۰۸۳	۰/۰۹۱	۰/۰۱۲	۰/۰۱۳	۰/۰۲۶	۰/۰۹۵	۰/۰۳۲	۰/۰۷۶	۰/۰۷۶
۱۹. لذت و شدت فقدان کنترل	۰/۱۰۹	۰/۱۸۱	۰/۱۶۶	۰/۱۲۳	۰/۰۸۳	۰/۰۷۶	۰/۰۷۶	۰/۰۲۲	۰/۰۹۳	۰/۰۴۳	۰/۱۲۱	۰/۰۴۴
۲۰. سرسختی روانشناختی	۰/۱۱۱	۰/۰۴۳	۰/۰۴۴	۰/۰۸۷	۰/۰۶۵	۰/۱۷۱	۰/۰۸۸	۰/۰۵۶	۰/۰۵۴	۰/۰۵۱	۰/۰۵۶	۰/۰۵۹
۲۱. تعهد	۰/۰۷۶	۰/۰۷۶	۰/۰۲۲	۰/۰۹۳	۰/۰۴۳	۰/۱۲۱	۰/۰۴۴	۰/۰۷۶	۰/۰۲۲	۰/۰۹۳	-۰/۲۵۱	۰/۱۰۸
۲۲. کنترل	۰/۰۹۰	۰/۰۲۳	۰/۰۸۷	۰/۰۳۷	۰/۰۷۹	۰/۰۹۹	۰/۰۹۳	۰/۰۲۳	۰/۰۸۷	۰/۰۳۷	۰/۰۷۹	۰/۱۸۱

۰/۰۷۶	۰/۰۷۶	۰/۰۳۲	۰/۰۶۵	۰/۰۸۳	-۰/۲۰۹	۰/۱۶۱	۰/۰۳۰	۰/۰۸۳	۰/۰۵۶	۰/۰۹۸	۰/۲۶۹	۲۳. مبارزه جویی
۰/۰۱۷	۰/۰۲۲	۰/۰۸۷	۰/۰۴۳	۰/۰۴۷	۰/۲۵۱	۰/۱۲۰	۰/۰۴۳	۰/۰۴۷	۰/۰۳۳	۰/۰۵۴	۰/۰۶۵	۲۴. نظم جویی
۰/۰۸۳	۰/۱۲۱	۰/۰۵۶	۰/۱۱۱	۰/۰۹۲	۰/۱۱۱	۰/۱۶۵	۰/۰۹۰	۰/۰۹۲	۰/۰۳۲	۰/۲۴۰	۰/۰۶۶	۲۵. ملامت خویش
۰/۰۴۷	۰/۰۱۱	۰/۰۳۳	۰/۰۵۴	۰/۰۹۸	۰/۱۲۱	۰/۲۰۸	۰/۰۵۰	۰/۰۴۸	۰/۰۳۲	۰/۰۹۹	۰/۰۳۳	۲۶. پذیرش
۰/۰۹۲	۰/۱۶۵	۰/۰۳۲	۰/۰۵۳	۰/۰۳۹	۰/۱۲۸	۰/۰۵۹	۰/۰۵۳	۰/۰۳۹	۰/۰۸۸	۰/۰۳۷	۰/۲۹۹	۲۷. نشخوارگری
۰/۰۹۳	۰/۰۵۸	۰/۱۲۶	۰/۱۶۱	۰/۰۲۲	۰/۳۹۳	۰/۰۳۰	۰/۰۳۷	۰/۰۹۹	۰/۰۶۵	۰/۰۹۲	۰/۲۳۶	۲۸. تمرکز مجدد مثبت
۰/۰۰۸	۰/۰۳۹	۰/۰۸۸	۰/۰۳۷	۰/۰۷۹	۰/۰۵۹	۰/۲۰۹	۰/۰۸۲	۰/۰۹۳	۰/۰۹۴	۰/۰۸۱	۰/۰۹۹	۲۹. تمرکز مجدد بر برنامه ریزی
۰/۰۵۹	۰/۰۵۳	۰/۰۳۹	۰/۰۸۸	۰/۰۳۷	۰/۰۸۰	۰/۰۴۸	۰/۰۹۳	۰/۰۵۸	۰/۱۲۶	۰/۱۶۱	۰/۰۲۲	۳۰. ارزیابی مجدد مثبت
-۰/۲۵۱	۰/۰۲۰	۰/۰۹۹	۰/۰۶۵	-۰/۲۳۱	۰/۰۴۴	۰/۰۲۷	۰/۰۰۸	۰/۰۳۹	۰/۰۸۸	۰/۰۳۷	۰/۰۷۹	۳۱. دیدگاه گیری
۰/۰۶۶	۰/۰۵۴	-۰/۲۹۶	۰/۰۹۳	۰/۰۵۸	۰/۰۱۱	۰/۰۹۵	۰/۰۲۰	۰/۰۹۹	۰/۰۶۵	۰/۰۹۲	۰/۰۳۴	۳۲. فاجعه سازی
۰/۱۳۵	۰/۰۲۸	۰/۰۹۳	-۰/۲۱۶	۰/۱۲۳	-۰/۲۱۵	۰/۱۶۰	۰/۰۱۲	۰/۰۹۳	۰/۰۹۴	۰/۰۸۱	۰/۱۵۴	۳۳. ملامت دیگران

جدول ۲ نتایج آزمون همبستگی نشان می‌دهد همبستگی بین محرومیت هیجانی با مبارزه جویی، نشخوارگری و تمرکز مجدد مثبت رابطه معنی دار مثبت وجود دارد. بین رها شدگی با آسیب پذیری در برابر بیماری، بازداري هیجانی، میل به مصرف مواد و ملامت خویش رابطه وجود دارد. بین بی اعتمادی با ایثارگری و ولع مصرف رابطه معنی دار وجود دارد. بین انزوای اجتماعی با اطاعت رابطه وجود دارد. در ادامه در جدول ۳ شاخص‌های نیکویی برازش مدل آورده شده است.

جدول ۳. شاخص های نیکویی برازش مدل

CFI	AGFI	GFI	RMSEA	CMIN/df	P	Df	CMIN
۰/۶۰۷	۰/۶۲۸	۰/۹۶۷	۰/۰۴۵	۱/۲۰۲	P> ۰/۰۲۳	۲۱۳	۲۵۶/۰۵۵

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد مدل از برازش مناسبی برخوردار است. در ادامه در جدول ۴ مسیر مستقیم و غیر مستقیم متغیرها در مدل تحلیل مسیر آورده شده است.

جدول ۴ اثر مستقیم و غیرمستقیم متغیرها در مدل تحلیل مسیر

مسیرها	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
بر روی ولع مصرف مواد	****	****	****
محرومیت هیجانی(ed)	۰/۰۸۹	-۰/۰۱۲	۰/۰۷۷

رهاشدگی(ab)	-۰/۰۸۱	۰/۰۱۱	-۰/۰۷۰
بی اعتمادی(ma)	-۰/۲۳۹	۰/۰۰۱	*۰/۲۳۸
انزوای اجتماعی(si)	-۰/۱۲۵	۰/۰۱۷	*-۰/۱۰۸
نقص و شرم(ds)	۰/۱۰۸	-۰/۰۱۳	۰/۰۹۵
شکست(fa)	-۰/۰۳۹	-۰/۰۱۰	-۰/۰۴۹
وابستگی(di)	۰/۲۸۰	-۰/۰۵۲	*۰/۲۲۸
آسیب پذیری(vh)	-۰/۰۹۷	۰/۰۱۸	-۰/۰۷۹
خویشتن تحول یافته(em)	-۰/۰۰۷	-۰/۰۲۷	-۰/۰۳۴
اطاعت(sb)	۰/۰۱۳	۰/۰۱۲	۰/۰۲۵
ایثارگری(ss)	۰/۱۳۴	۰/۰۰۷	*۰/۱۴۱
بازداری هیجانی(ei)	-۰/۰۳۱	۰/۰۲۱	-۰/۰۱۰
معیارهای سرسختانه(us)	-۰/۰۶۵	-۰/۰۰۳	-۰/۰۶۷
استحقاق(et)	-۰/۰۳۶	۰/۰۰۰	-۰/۰۳۶
خویشتن داری(is)	۰/۰۵۹	-۰/۰۱۴	۰/۰۴۵
تعهد	۰/۲۲۴	-۰/۰۲۳	*۰/۲۰۱
کنترل	۰/۰۱۸	-۰/۰۲۰	-۰/۰۰۳
مبارزه جویی	-۰/۰۱۷	-۰/۰۶۱	-۰/۰۷۸
ملامت دیگران	۰/۱۱۳	-	*۰/۱۱۳
فاجعه سازی	۰/۱۰۰	-	۰/۱۰۰
دیدگاه گیری	-۰/۰۸۵	-	-۰/۰۸۵
ارزیابی مجدد مثبت	-۰/۰۰۸	-	-۰/۰۰۸
ارزیابی مجدد برنامه ریزی	-۰/۰۳۰	-	-۰/۰۳۰
تمرکز مجدد مثبت	-۰/۰۵۵	-	-۰/۰۵۵
نشخوارگری	۰/۰۴۵	-	۰/۰۴۵

پذیرش	۰/۱۰۶	-	*۰/۱۰۶
ملاطت خویش	-۰/۱۳۳	-	*-۰/۱۳۳
بر روی میل به مصرف مواد	*****	*****	*****
محرومیت هیجانی(ed)	۰/۱۷۷	-۰/۰۱۵	*۰/۱۶۲
رهاشدگی(ab)	۰/۱۷۷	۰/۰۹۰	*۰/۲۶۷
بی اعتمادی(ma)	۰/۱۴۸	۰/۰۲۰	*۰/۱۶۸
انزوای اجتماعی(si)	-۰/۰۵۸	۰/۰۶۲	۰/۰۰۴
نقص و شرم(ds)	۰/۰۰۴	-۰/۰۳۰	-۰/۰۲۶
شکست(fa)	۰/۱۰۵	۰/۰۶۵	*۰/۱۷۰
وابستگی(di)	-۰/۲۹۷	۰/۰۴۰	*-۰/۲۵۶
آسیب پذیری(vh)	۰/۰۷۵	-۰/۰۴۸	۰/۰۲۷
خویشتن تحول یافته(em)	-۰/۰۴۰	-۰/۰۲۴	-۰/۰۶۴
اطاعت(sb)	-۰/۰۸۸	-۰/۰۷۹	*-۰/۱۶۷
ایثارگری(ss)	-۰/۰۹۰	۰/۰۶۴	۰/۰۲۶
بازداری هیجانی(ei)	۰/۱۵۸	-۰/۰۲۷	*۰/۱۳۱
معیارهای سرسختانه(us)	۰/۱۷۲	-۰/۰۱۷	*۰/۱۵۵
استحقاق(et)	۰/۱۲۷	-۰/۰۰۵	*۰/۱۲۲
خویشتن داری(is)	-۰/۰۹۷	۰/۰۳۴	-۰/۰۶۳
تعهد	-۰/۱۵۶	۰/۰۶۷	-۰/۰۹۰
کنترل	۰/۲۳۹	-۰/۰۲۱	*۰/۲۱۷
مبارزه جویی	-۰/۱۴۱	۰/۲۴۰	۰/۰۹۹
ملاطت دیگران	۰/۲۰۷	-	۰/۲۰۷
فاجعه سازی	۰/۰۷۴	-	۰/۰۷۴
دیدگاه گیری	۰/۲۷۴	-	*۰/۲۷۴

ارزیابی مجدد مثبت	۰/۰۵۸	-	۰/۰۵۸
ارزیابی مجدد برنامه ریزی	۰/۲۲۲	-	*۰/۲۲۲
تمرکز مجدد مثبت	۰/۱۵۴	-	*۰/۱۵۴
نشوارگری	-۰/۱۶۷	-	*-۰/۱۶۷
پذیرش	۰/۰۸۴	-	۰/۰۸۴
ملاطت خویش	۰/۱۹۷	-	*۰/۱۹۷
بر روی تمایل و قصد به مصرف مواد	*****	*****	*****
محرومیت هیجانی(ed)	۰/۰۶۴	۰/۰۰۸	۰/۰۵۶
رهاشدگی(ab)	۰/۰۸۵	-۰/۰۱۳	۰/۰۹۸
بی اعتمادی(ma)	۰/۰۳۳	۰/۰۳۸	-۰/۰۰۵
انزوای اجتماعی(si)	۰/۰۹۰	۰/۰۰۹	۰/۰۸۲
نقص و شرم(ds)	-۰/۰۲۱	-۰/۰۱۵	-۰/۰۰۶
شکست(fa)	۰/۰۴۱	۰/۰۱۹	۰/۰۲۲
وابستگی(di)	۰/۰۶۷	۰/۰۰۱	۰/۰۶۶
آسیب پذیری(vh)	۰/۰۱۲	-۰/۰۲۵	۰/۰۳۶
خویشتن تحول یافته(em)	-۰/۰۳۲	-۰/۰۳۱	۰/۰۰۰
اطاعت(sb)	-۰/۰۳۳	۰/۰۰۴	-۰/۰۳۷
ایثارگری(ss)	۰/۰۷۲	۰/۰۰۷	۰/۰۶۵
بازداری هیجانی(ei)	-۰/۰۵۵	-۰/۰۱۵	-۰/۰۴۰
معیارهای سرسختانه(us)	*۰/۱۶۳	-۰/۰۳۲	۰/۱۹۵
استحقاق(et)	۰/۰۱۱	۰/۰۲۰	-۰/۰۰۹
خویشتن داری(is)	-۰/۰۴۸	-۰/۰۴۸	۰/۰۰۰
تعهد	*۰/۱۰۲	-۰/۰۴۱	۰/۱۴۴
کنترل	۰/۰۳۴	-۰/۰۰۸	۰/۰۴۲

مبارزه جویی	۰/۳۶۷	-۰/۰۸۵	*۰/۲۸۲
ملاطمت دیگران	-۰/۰۲۴	-	-۰/۰۲۴
فاجعه سازی	۰/۱۳۱	-	*۰/۱۳۱
دیدگاه گیری	۰/۰۴۲	-	۰/۰۴۲
ارزیابی مجدد مثبت	-۰/۰۳۱	-	-۰/۰۳۱
ارزیابی مجدد برنامه ریزی	۰/۰۸۴	-	۰/۰۸۴
تمرکز مجدد مثبت	۰/۰۳۲	-	۰/۰۳۲
نشخوارگری	۰/۱۷۰	-	*۰/۱۷۰
پذیرش	۰/۱۹۵	-	*۰/۱۹۵
ملاطمت خویش	-۰/۲۷۰	-	*-۰/۲۷۰
بر روی لذت و شدت فقدان کنترل	*****	*****	*****
محرومیت هیجانی(ed)	۰/۱۳۹	-۰/۰۸۴	۰/۰۵۵
رهاشدگی(ab)	-۰/۰۰۶	۰/۰۱۰	۰/۰۰۴
بی اعتمادی(ma)	۰/۱۱۲	۰/۰۵۱	۰۰/۰۶۰
انزوای اجتماعی(si)	۰/۱۲۷	۰/۰۴۸	-۰/۰۷۹
نقص و شرم(ds)	-۰/۰۴۸	۰/۰۳۳	-۰/۰۱۵
شکست(fa)	۰/۰۵۷	۰/۰۷۷	*۰/۱۳۴
وابستگی(di)	-۰/۰۵۷	۰/۰۱۶	-۰/۰۴۱
آسیب پذیری(vh)	۰/۲۰۲	-۰/۰۷۹	*۰/۱۲۳
خویشتن تحول یافته(em)	۰/۰۶۶	۰/۰۲۳	۰/۰۸۹
اطاعت(sb)	-۰/۱۴۱	۰/۰۲۵	*-۰/۱۱۶
ایثارگری(ss)	-۰/۱۱۲	۰/۰۲۴	-۰/۰۸۸
بازداری هیجانی(ei)	۰/۲۱۰	-۰/۰۴۰	*۰/۱۷۰
معیارهای سرسختانه(us)	-۰/۰۷۰	-۰/۰۹۳	*-۰/۱۶۳

استحقاق (et)	۰/۱۱۸	-۰/۰۴۲	۰/۰۷۶
خویشتن داری (IS)	۰/۰۲۷	-۰/۰۱۲	۰/۰۱۵
تعهد	۰/۰۴۷	۰/۰۳۵	۰/۰۸۲
کنترل	۰/۱۰۸	-۰/۰۲۴	۰/۰۸۴
مبارزه جویی	-۰/۰۹۶	۰/۱۵۳	۰/۰۵۷
ملاطمت دیگران	-۰/۰۲۵	-	-۰/۰۲۵
فاجعه سازی	-۰/۲۵۸	-	*-۰/۲۵۸
دیدگاه گیری	۰/۲۳۲	-	*۰/۲۳۲
ارزیابی مجدد مثبت	۰/۱۸۶	-	*۰/۱۸۶
ارزیابی مجدد برنامه ریزی	۰/۱۳۳	-	*۰/۱۳۳
تمرکز مجدد مثبت	۰/۰۲۰	-	۰/۰۲۰
نشخوارگری	۰/۲۰۰	-	*۰/۲۰۰
پذیرش	۰/۵۴۴	-	*۰/۵۴۴
ملاطمت خویش	-۰/۰۲۶	-	-۰/۰۲۶

*p<۰/۰۵

جدول ۴ نشان می‌دهد اثر کل طرحواره بی‌اعتمادی، انزوای اجتماعی، وابستگی، ایثارگری و مقیاس تعهد سرسختی روانشناختی بر ولع مصرف مواد تاثیر معنی‌دار دارد. اثر کل محرومیت هیجانی، رهاسدگی، بی‌اعتمادی، شکست، وابستگی، اطاعت، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، استحقاق و مقیاس کنترل سرسختی روانشناختی بر میل به مصرف مواد معنی‌دار می‌باشد. اثر کل طرحواره استحقاق و مقیاس تعهد و مبارزه جویی از سرسختی روانشناختی بر تمایل و قصد به مصرف مواد معنی‌دار می‌باشد. همچنین اثر کل طرحواره شکست، آسیب پذیری، اطاعت، بازداری هیجانی و معیارهای سرسختانه بر روی لذت و شدت فقدان کنترل معنی‌دار می‌باشد

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سرسختی روانشناختی در میزان ولع مصرف کنندگان مت‌آمفتامین: نقش میانجی‌گری تنظیم شناختی هیجان دو مرکز اقامتی ترک اعتیاد شهر تهران در سال ۱۳۹۹-۴۰۰ انجام گرفت.

نتایج ماتریس همبستگی نشان داد مولفه های ناسازگار اولیه به صورت مثبت، مولفه های سرسختی روانشناختی به صورت منفی و نظم جویی شناختی هیجان به صورت منفی با ولع مصرف رابطه داشتند، همچنین نتایج تحلیل مسیر نشان داد تنظیم شناختی هیجان رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و ولع مصرف را به صورت منفی واسطه کند، یعنی با افزایش میزان نظم بخشی شناختی هیجان رابطه طرحواره های ناسازگار اولیه و ولع مصرف کاهش می یابد، همچنین نتایج نشان داد سرسختی روانشناختی به صورت مستقیم و غیر مستقیم و با رابطه ای منفی بر ولع مصرف تاثیر دارد، و این رابطه توسط تنظیم شناختی هیجان افزایش می یابد یعنی با افزایش نظم جویی هیجان میزان سرسختی افزایش یافته و زمینه را برای کاهش ولع مصرف فراهم می کند.

نتایج به دست آمده در این مطالعه همسو است با مطالعات انجام گرفته توسط؛ چوپیان لنگرودی و زربخش (۱۳۹۷) در مطالعه خود نشان دادند متغیرهای سرسختی روانشناختی و تنظیم هیجانی و مؤلفه مهار جسمانی از متغیر راهبردهای مقابله-ای با گرایش به اعتیاد، رابطه معنادار دارند و دو متغیر سرسختی و تنظیم هیجان سازگاران به ترتیب توانسته اند ۲/۴ و ۲/۳ درصد از گرایش به اعتیاد را تبیین کنند، باجد و نیکمنش (۲۰۱۳) در بررسی نقش طرحواره های ناسازگار اولیه در پتانسیل اعتیاد در جوانان نشان دادند بین طرح های ناسازگار اولیه قطع ارتباط / عدم پذیرش، اختلال در استقلال / عملکرد، محدودیت های مختل شده، دیگر کارگردانی و بیش از حد هوشیاری با پتانسیل اعتیاد رابطه مثبت معنادار مشاهده شد، زیبایی، شاکری نسب و میرازی (۱۳۹۹) در بررسی رابط طرحواره های ناسازگار اولیه و باورهای غیر منطقی با گرایش به سوء مصرف مواد مخدر به این نتیجه رسیدند طرحواره های ناسازگار اولیه و باورهای غیر منطقی با گرایش به سوء مصرف مواد مخدر در جوانان رابطه وجود دارد، رضوی، سلطانی نژاد و رفیعی (۲۰۱۲) در مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه بین مردان سالم و معتاد به این نتیجه رسیدند طرحواره های ناسازگار اولیه الگوهای عاطفی و شناختی آسیب های روانی هستند که در اوایل زندگی ایجاد می شوند و در طول چرخه زندگی تکرار می شوند. افراد معتاد نسبت به افراد سالم از طرحواره های ناسازگار اولیه بالاتر برخوردار بودند، فیشر، براون، آرون، استرانگ و ماشک (۲۰۱۳) نشان دادند تنظیم منفی هیجانات زمینه را برای ولع مصرف فراهم می کند، نوراله، میکایلی و عیسی زادگان (۱۳۹۶) در مطالعه خود نشان دادند ضرایب استاندارد مسیر مشکلات تنظیم هیجان به ولع مصرف، مسیر مشکلات تنظیم هیجان به افسردگی، مسیر عواطف منفی با ولع مصرف، مسیر عواطف منفی به افسردگی و مسیر افسردگی به ولع مصرف در سطح آماری معنادار بود، یارمحمدی اصل، علی پور، بسطامی، ذولفقاری نیا و بزاززاده (۱۳۹۴) در بررسی نقش واسطه ای نظم جویی شناختی هیجان در رابطه بین سیستم های مغزی رفتاری و تکانشگری با ولع مصرف در اعتیاد به مواد محرک، نتایج تحلیل رگرسیون به شیوه ای متوالی مطابق با مراحل پیشنهادی بارون و کنی نشان داد که راهبردهای ناسازگاران نظم جویی هیجانی می تواند به صورت معناداری نقش واسطه ای در میان سیستم فعال ساز رفتاری و تکانشگری با ولع مصرف ایفا نماید. زیرا راهبردهای ناسازگاران نظم جویی هیجان یکی از عوامل تشدیدکننده مشکلات مربوط به ولع مصرف در افراد مصرف کننده مواد محرک است، در تبیین این فرض می توان گفت؛ مصرف کنندگان مواد برای کاهش حالات عاطفی منفی خود معمولاً در مصرف مواد دچار ولع می شوند زیرا بر این باورند که حالات عاطفی منفی آنها را کاهش می دهد، از این رو مصرف مواد را به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجانی برای کاهش حالات هیجانی تنش زا مورد استفاده قرار می دهند که این خود می تواند طرحواره های ناسازگار اولیه را فعال کند و ولع مصرف را در بر داشته باشد (بون-

^۳Fisher, H. E., Brown, L. L., Aron, A., Strong, G., & Mashek, D

میلر و زوولینسکی (۲۰۰۸). از طرف دیگر حالات هیجانی مثبت می تواند افکار مثبت را در افراد مشرف کننده فعال کند و زمینه را برای کنترل حالات عاطفی فراهم کند که از این طریق می تواند ولع مصرف را کاهش دهد. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد تنظیم شناختی هیجان توانسته است رابطه بین سرسختی روانشناختی و ولع مصرف را واسطه کند، زرگر، نجاریان و نعمی (۱۳۸۷) نشان دادند افراد هیجان خواه بالا، سرسختی روانشناختی پایین و نگرش مذهبی پایین، آمادگی به اعتیاد بالاتری داشتند، محسن زاده و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند نمرات معتادان از هر سه متغیر سلامت معنوی (سلامت دینی و سلامت وجودی)، سرسختی خانواده و رضایت خانواده نسبت به افراد غیر معتاد کمتر بود، در تبیین این فرض می توان گفت؛ افراد دارای ویژگی سرسختی روانشناختی در حل مساله به صورت کارآمد عمل می کنند و استرس های بین فردی را به خوبی حل و فصل می کنند و از آن به عنوان یک منبع تاب آوری و انطباق پذیری در برابر مشکلات عمل می کنند، این افراد مشکلات زندگی را به صورت قابل درک و همراه با تنوع و گوناگونی در نظر می گیرند که این خود می تواند در تنظیم هیجانات این افراد تاثیر گذار باشد اما افراد با سرسختی روانشناختی پایین نسبت به اتفاقات زندگی احساس بیگانگی و ناتوانی دارند که این منجر به عدم خودکنترلی می شود (مروس و همکاران، ۲۰۰۵). از این رو زمانی که افراد در تنظیم هیجانات منفی خود ناتوان هستند، در برخورد با مشکلات به صورت هیجانی برخورد کرده و برای کاهش این هیجانات به مصرف مواد مخدر گرایش پیدا می کند که این می تواند منجر به ولع مصرف شود.

این مطالعه هسان دیگر مطالعات دارای محدودیت های بود، اولین محدودیت عدم تعمیم نتایج به دیگر جامعه آماری، جمع آوری داده ها با استفاده از پرسشنامه خودگزارشی بود، لذا تا چه حد شرکت کنندگان بدون سوگیری و با رعایت اصول اخلاقی پاسخ داده باشند جای بحث است، هر چند پژوهشگر با ارائه توضیحات کامل سعی در کنترل این عوامل داشت. از این رو پیشنهاد می شود این مطالعه در دیگر مراکز ترک اعتیاد با حجم نمونه بزرگتر انجام گیرد تا قابلیت تعمیم را داشته باشد، همچنین پیشنهاد می شود در مراکز ترک اعتیاد از مداخلات تنظمی هیجان برای این قشر از جامعه مورد استفاده قرار گیرد تا در صورت ترک مواد توانایی مدیریت هیجانات خود را داشته باشند.

منابع

- آهی، ق.، محمدفر، م. ع.، و بشارت، م. ع. (۱۳۸۶). پایایی و اعتبار فرم کوتاه پرسشنامه طر حوراهای یانگ. مجله روانشناسی و علوم تربیتی، ۳۷ (۳)، ۲۰-۵.
- چوپچیان لنگرودی، س. ه.، و زربخش، م. ح. (۱۳۹۷). رابطه ی میان سرسختی روانشناختی، سبک های مقابله ای و تنظیم هیجانی با گرایش به اعتیاد در دانش آموزان. خانواده پژوهشی، ۱۵ (۳-۴)، ۴۹-۳۱.
- زارع، ح.، و امین پور، ح. (۱۳۹۰). آزمون های روان شناختی. تهران: آبیژ.
- زرگر، ی.، نجاریان، ب.، و نعمی، ع. ا. (۱۳۸۷). بررسی رابطه ویژگی های شخصیتی (هیجان خواهی، ابراز وجود، سرسختی روانشناختی)، نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی اعتیاد به مواد مخدر در کارکنان یک شرکت صنعتی در اهواز. مجله علوم تربیتی و روانشناسی، ۱۵ (۱)، ۹۹-۱۲۰.

۲Bonn-Miller, M. O., & Zvolensky, M. J.

۳Mrus, J. M., et al

زیبایی، م.، شاکری نسب، م.، و میرازی، س. ح. (۱۳۹۹). رابطه طرحواره های ناسازگار اولیه و باورهای غیر منطقی با گرایش به سوء مصرف مواد مخدر در مردان جوان بستری در کمپ های ترک اعتیاد شهرستان بجنورد. فصلنامه دانش انتظامی خراسان شمالی، ۷ (۲۷)، ۸۳-۱۱۱.

خلیل زاده، ن.، میکاییلی منیع، ف.، و عیسی زادگان، ع. (۱۳۹۶). رابطه مشکلات تنظیم هیجان و عاطفه منفی با ولع مصرف با توجه به میانجی گری افسردگی. اعتیاد پژوهشی، ۱۱ (۴۲)، ۱۹۷-۲۱۲.

یانگ، ج.، کلسکو، ژ. ویشار، م. (۱۳۸۶). طرحواره درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی)، (ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز)، تهران: ارجمند. {تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۱}.

یارمحمدی اصل، م.، علی پور، ف.، بسطامی، م.، ذولفقاری نیا، م. و بزاززاده، ن. (۱۳۹۴). نقش واسطه ای نظم جویی شناختی هیجان در رابطه بین سیستم های مغزی رفتاری و تکانشگری با ولع مصرف در اعتیاد به مواد محرک. فصلنامه عصب روانشناسی، ۱ (۲-۲)، ۶۷-۵۱.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.

Ball, S. A. (2007). Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients. *Journal of personality disorders*, 21(3), 305-321.

Bartone, P. T., Hystad, S. W., Eid, J., & Brevik, J. I. (2012). Psychological hardiness and coping style as risk/resilience factors for alcohol abuse. *Military medicine*, 177(5), 517-524.

Bonn-Miller, M. O., & Zvolensky, M. J. (2009). An evaluation of the nature of marijuana use and its motives among young adult active users. *American Journal on Addictions*, 18(5), 409-416.

Bojed, F. B., & Nikmanesh, Z. (2013). Role of early maladaptive schemas on addiction potential in youth. *International journal of high risk behaviors & addiction*, 2(2), 72.

Clough, P., Earle, K., & Sewell, D. (2002). Mental toughness: The concept and its measurement. *Solutions in sport psychology*, 32-43.

Culbertson, C., Nicolas, S., Zaharovits, I., London, E. D., Richard De La Garza, I. I., Brody, A. L., & Newton, T. F. (2010). Methamphetamine craving induced in an online virtual reality environment. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 96(4), 454-460.

Fisher, H. E., Brown, L. L., Aron, A., Strong, G., & Mashek, D. (2010). Reward, addiction, and emotion regulation systems associated with rejection in love. *Journal of neurophysiology*, 104(1), 51-60.

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*, 30(8), 1311-1327.

Gross, J. J. (Ed.). (2013). *Handbook of emotion regulation*. Guilford publications.

Hartz, D. T., Frederick-Osborne, S. L., & Galloway, G. P. (2001). Craving predicts use during treatment for methamphetamine dependence: a prospective, repeated-measures, within-subject analysis. *Drug and alcohol dependence*, 63(3), 269-276.

Hasani, J. (2010). The psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). *Journal of clinical psychology*, 2(3), 73-84.

Horsburgh, V. A., Schermer, J. A., Veselka, L., & Vernon, P. A. (2009). A behavioural genetic study of mental toughness and personality. *Personality and individual differences*, 46(2), 100-105.

Hunt, W. A., Barnett, L. W., & Branch, L. G. (1971). Relapse rates in addiction programs. *Journal of clinical psychology*.

Isaacson, B. (2002). Characteristics and enhancement of resiliency in young people.

Jacobs, M., Snow, J., Geraci, M., Vythilingam, M., Blair, R. J. R., Charney, D. S., ... & Blair, K. S. (2008). Association between level of emotional intelligence and severity of anxiety in generalized social phobia. *Journal of anxiety disorders*, 22(8), 1487-1495.

Khosravani, V., Seidisarouei, M., & Alvani, A. (2016). Early maladaptive schemas, behavioral inhibition system, behavioral approach system, and defense styles in natural drug abusers. *Polish Annals of Medicine*, 23(1), 6-14.

Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of personality and social psychology*, 37(1), 1.

- Kobasa, S. C., Maddi, S. R. (1992). Early experience in hardiness development. *Consulting Psychology journal and research*, 51(2), pp106-116
- Lee, W. C., Lin, H. L., Kuo, L. C., Chen, C. W., Cheng, Y. C., Lin, T. Y., ... & Chan, H. M. (2013). Early predictors of narcotics-dependent patients in the emergency department. *The Kaohsiung journal of medical sciences*, 29(6), 319-324.
- Maddi, S. R. (2015). Hardiness. *The Encyclopedia of Adulthood and Aging*, 1-4.
- Mahdvmogoui, H. M. (2017). Comparison of personality traits and initial maladaptive schemas of addicts and non-addicts. *way*, 4(2), 74-79.
- Mezzich, A. C., Tarter, R. E., Feske, U., Kirisci, L., McNamee, R. L., & Day, B. S. (2007). Assessment of risk for substance use disorder consequent to consumption of illegal drugs: Psychometric validation of the neurobehavior disinhibition trait. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(4), 508.
- Mennin, D., & Farach, F. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4), 329-352.
- Mohsenzadeh, F., GhasemiJobaneh, R., Dargahi, S., & Nikoo, S. J. (2018). Spiritual Health, Family Hardiness and Family Satisfaction: A Comparison between Addicts and Non-addicts. *Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat*, 4(4), 33-43.
- Morley, K. C., Cornish, J. L., Faingold, A., Wood, K., & Haber, P. S. (2017). Pharmacotherapeutic agents in the treatment of methamphetamine dependence. *Expert opinion on investigational drugs*, 26(5), 563-578.
- Mrus, J. M., Williams, P. L., Tsevat, J., Cohn, S. E., & Wu, A. W. (2005). Gender differences in health-related quality of life in patients with HIV/AIDS. *Quality of life Research*, 14(2), 479-491.
- O'BRIEN, C. P., Childress, A. R., McLELLAN, A. T., & Ehrman, R. (1992). Classical Conditioning in Drug-Dependent Humans a. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 654(1), 400-415.
- Razavi, V., Soltaninezhad, A., & Rafiee, A. (2012). Comparing of early maladaptive schemas between healthy and addicted men. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 14(9), 60-3.
- Riso, L. P., du Toit, P. L., Stein, D. J., & Young, J. E. (2007). Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide (pp. xi-240). *American Psychological Association*.
- Shen, W., Liu, Y., Li, L., Zhang, Y., & Zhou, W. (2012). Negative moods correlate with craving in female methamphetamine users enrolled in compulsory detoxification. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 7(1), 1-8.
- Shorey, R. C., Stuart, G. L., & Anderson, S. (2012). The early maladaptive schemas of an opioid-dependent sample of treatment seeking young adults: A descriptive investigation. *Journal of substance abuse treatment*, 42(3), 271-278.
- Sinha, R., Shaham, Y., & Heilig, M. (2011). Translational and reverse translational research on the role of stress in drug craving and relapse. *Psychopharmacology*, 218(1), 69-82.
- Somoza, E., Dyrenforth, S., Goldsmith, J., Mezinskas, J., & Cohen, M. (1995, May). In search of a universal drug craving scale. In *annual meeting of the American Psychiatric Association*, Miami, FL (pp. 20-25).
- Tiffany, S. T. (1990). A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological review*, 97(2), 147.
- Waller, G., Meyer, C., & Ohanian, V. (2001). Psychometric properties of the long and short versions of the Young Schema Questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison women. *Cognitive Therapy and Research*, 25(2), 137-147.
- World Drug Report. (2015). *United Nations Office on Drugs and Crime (UNOD)*.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2007). *Schema therapy. La terapia cognitivo-comportamentale integrata per i disturbi della personalità*. Eclipsi.
- Zhang, D., & He, H. (2010). Personality traits and life satisfaction: A Chinese case study. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 38(8), 1119-1123.