

بررسی رابطه بین سبک های دلبستگی، اعتیاد و نیمرخ روانی افراد معتاد در مقایسه با افراد غیر معتاد (در مراکز خود معرف استان بوشهر)

دکتر علیرضا جزایری^۱

محمود دهقانی^۲

چکیده

تاکید بر روی عوامل موثر در وابستگی مواد و عود مکرر، احتمالاً بیش از هر چیز معطوف به شکل گیری الگوهای دیرپای شخصیتی است و این الگوهای شخصیتی نیز شدیداً متأثر از جهت گیری تحولی شخصیت هستند. همچنین، پژوهش‌های مختلف نشان داده است که دلبستگی به عنوان یک عامل تحولی نقشی تعیین کننده در شکل‌دهی الگوهای شخصیتی دارد. از این رو، پژوهش حاضر از یک سوء رابطه بین سبک‌های دلبستگی را با وابستگی مواد مورد بررسی قرار می‌دهد و از سوی دیگر به بررسی رابطه بین دلبستگی و اعتیاد با نیمرخ روانی می‌پردازد. جامعه آماری این پژوهش عبارت است از تمامی مراجعان مرد ۲۰ تا ۳۵ ساله که در سه ماهه تابستان ۱۳۸۱ برای ترک اعتیاد به مراکز خود معرف در استان بوشهر مراجعه کرده‌اند. گروه نمونه صد نفر از این جامعه آماری را تشکیل می‌دهد و گروه مقایسه نیز شامل صد نفر دیگر بدون هیچ گونه سابقه سوء مصرف مواد است، که بر اساس متغیرهای کنترل هم‌تا می‌شوند. ابزارهای این پژوهش، آزمون چند محوری بالینی میلیون-۲ و پرسشنامه دلبستگی بزرگسال بشارت است. پایایی و اعتبار رضایت بخشی در ادبیات پژوهشی مربوط به این ابزارها گزارش شده است. روش‌های آماری به کار رفته، شامل آزمون آماری خی دو و تحلیل نیمرخ است. آزمون خی دو برای مقایسه توزیع فراوانی افراد بر اساس سبک دلبستگی در سطح $P < 0.05$ معنادار به دست آمد. همچنین، نتایج تحلیل نیمرخ برای بررسی اثر اعتیاد و سبک دلبستگی بر نیمرخ روانی گروه‌ها در سطح $P < 0.01$ معنادار است. به طور خلاصه این پژوهش نشان می‌دهد که بین سبک دلبستگی و اعتیاد و همچنین بین دلبستگی و اعتیاد با نیمرخ روانی رابطه وجود دارد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

کلید واژگان: دلبستگی، وابستگی به مواد، نیمرخ روانی

^۱ - عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

^۲ - کارشناس ارشد روان شناسی

مقدمه:

امروزه دولت‌ها هزینه‌های گزافی برای مبارزه با سوء مصرف مواد متحمل هستند. این پدیده به عنوان یک معضل فردی- اجتماعی کانون توجه متخصصان در حوزه‌های مختلف قرار گرفته است، بی‌شک اهمیت ایجاد راهبردهای پیشگیری و درمان موثر سال‌ها است که بر همگان روشن است. تاکید بر روی عوامل موثر در وابستگی به مواد و عود مکرر، بیش از هر چیز معطوف به شکل‌گیری الگوهای دیر پای شخصیتی است و این الگوی شخصیتی شدیداً متأثر از جهت‌گیری تحولی شخصیت است (کارلسون^۱، ۱۹۹۵). بازنگری ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و خانوادگی متعددی با سوء مصرف مواد مرتبط هستند (کار^۲، ۱۹۹۹). پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که دلبستگی در شکل‌گیری الگوهای شخصیتی، تعیین‌کننده مهمی است. در این چهارچوب بعضی از پژوهشگران اهمیت کنش سازمانی سیستم دلبستگی را در یکپارچه کردن مولفه‌های عاطفی، انگیزشی، شناختی و رفتاری مورد تاکید قرار داده‌اند. همچنین، شواهد علمی حاکی از آن است بین دلبستگی با آسیب‌شناسی روانی در دوره کودکی، نوجوانی و بزرگسالی رابطه وجود دارد. برای مثال شیور و همکاران رابطه معناداری بین سبک‌های دلبستگی با اختلالات خلقی، اضطرابی، شخصیت و سوء مصرف مواد گزارش کرده‌اند (کالیدی^۳، ۱۹۹۹). روان‌شناسی تحولی پیوند عاطفه‌ای را که بین نوزاد و مادر پدید می‌آید دلبستگی می‌نامد. بالبی معتقد است که دلبستگی در طول زمان دارای ثبات است و نقش مهمی در بهداشت روانی افراد دارد (بالبی^۴، ۱۹۶۹). دلبستگی ایمن زمانی شکل می‌گیرد که کودک نگاره دلبستگی خود را پاسخ‌گو، پذیرا و در دسترس بیابد. وقتی کودک نگاره دلبستگی خود را پاسخگو، مسؤولیت‌پذیر و در دسترس تجربه نکند سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی پدید می‌آید و زمانی که نگاره دلبستگی کودک نقشی بی‌ثبات و غیر قابل پیش‌بینی در قبال او اتخاذ می‌کند، دلبستگی ناایمن دوسوگرا شکل می‌گیرد. راهبردهای کودکانی که سبک دلبستگی ناایمن دارند برای غلبه بر عواطف منفی‌ای که تجربه می‌کنند در طیفی از کوشش‌ها برای پیشینه یا کمینه

1- Carlson

2- Carr

3- Casidy

4- Bowlby

کردن نیازهای دلبستگی قرار می‌گیرد. هر دوی این راهبردها ممکن است کودکان را در معرض خطر بیشتر آسیب‌پذیری روانی قرار دهند. چرا که افراد ناایمن احتمالاً رویدادها و عواطف منفی بیشتری نسبت به افراد ایمن تجربه می‌کنند. (کاسیدی، ۱۹۹۹) از سوی دیگر دوزیر و همکاران نقش راهبردهای جبرانی کودکان ناایمن را به عنوان یک عامل خطر در سلامت روانی برجسته می‌سازد، لیزوفرانز بر نقش تجارب سخت و آسیب‌زای ابتدای زندگی و قوت گرفتن احتمال سوء مصرف مواد در این افراد تاکید می‌کند (لانیسون^۱، ۱۹۹۷) و بک نیز نقش تعیین‌کننده تجارب مرتبط با دوره کودکی را در شکل‌گیری عقاید هسته‌ای و راهبردهای جبرانی، که احتمالاً مهم‌ترین نقش را در سوء مصرف مواد بازی می‌کنند، آشکار ساخته است. (بک، ۱۹۹۶) به علاوه مارلت در یک بررسی برای تعیین و طبقه‌بندی عوامل ایجادکننده عود مکرر در معتادان به این نتیجه رسید که تجربه و رویارویی با عواطف و رویدادهای منفی مهم‌ترین نقش را در عود مکرر بازی می‌کنند. (مارلات^۲، ۱۹۸۵). به نظر می‌رسد که افراد ناایمن برای فرونشانی عواطف منفی و رویدادهای آسیب‌زایی که تجربه می‌کنند احتمالاً بیش از افراد ایمن از سوء مصرف مواد به عنوان یک نوع مکانیزم خود درمانی استفاده می‌کنند. مطالعات متعددی رابطه بین سوء مصرف مواد و دیگر اختلالات روانپزشکی را مورد بررسی قرار داده‌است. یافته‌های این پژوهش‌ها همگی نشان‌دهنده هم‌پوشی گسترده بین سوء مصرف مواد و اختلالات روانپزشکی است (استابای^۳، ۱۹۹۱). بیماری توام به تشخیص دو یا چند اختلال روانپزشکی در یک فرد اطلاق می‌شود. در یک تحقیق پیمایشی گزارش شده‌است که ۷۶ درصد از مردها و ۶۵ درصد از زن‌هایی که تشخیص وابستگی مواد را دریافت کرده‌اند، یک تشخیص روانپزشکی دیگر نیز داشته‌اند. شایع‌ترین اختلالات روانی توام در این تحقیق اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اختلالات خلقی و اضطرابی گزارش شده است (انجمن روانپزشکان آمریکا^۴، ۱۹۹۴). مک‌کن و همکاران نیز بر افراستگی مقیاس ضد اجتماعی و مرزی را در سوء مصرف‌کنندگان مواد گزارش کرده‌اند. علاوه بر این در مطالعاتی که توسط رونساولیل و همکاران (۱۹۸۲) هسل بروک (۱۹۸۵)، وودی (۱۹۹۱) و پیتز

^۱ -Lowinson

^۲ -Marlatt

^۳ -Staby

^۴ -American Psychiatric Association (APA)

(۱۹۸۵) بر روی سوء مصرف کنندگان مواد صورت گرفته، نشان دهنده همراهی سوء مصرف مواد با اختلالات روانپزشکی است. (استابای و پتس^۱، ۱۹۸۵). مطالعاتی که توسط ارشدی (۱۳۷۸)، هژیر (۱۳۷۶) و رضایی (۱۳۷۹) انجام گرفته از یافته‌های فوق حمایت می‌کند. به طور خلاصه نتایج متعدد تحقیقات بر روی سوء مصرف کنندگان مواد از یک سو نشان دهنده الگوهای شخصیتی نابهنجار آنها است و از سوی دیگر پیش آگهی بهبودی و درمان آنها شدیداً وابسته به این الگوهای شخصیتی و اختلالات توام با سوء مصرف مواد است. این داده‌ها بیانگر آنند که افراد واجد تشخیص سوء مصرف مواد یا وابستگی مواد، از آن نوع مداخلات درمانی بیشتر سود خواهند برد که الگوهای رفتاری نابهنجار و اختلالات توام را در مفهوم پردازی، فرمول بندی و طرح درمان در نظر داشته باشند. در این پژوهش از طرفی به بررسی نقش سبک‌های دلبستگی به عنوان یک عامل تحولی در گرایش به مصرف مواد پرداخته می‌شود و از طرف دیگر رابطه بین سبک‌های دلبستگی و وابستگی مواد با نیمرخ روانی افراد معتاد مورد بررسی قرار می‌گیرد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع کاربردی است و از نظر نحوه گردآوری داده‌ها این طرح از نوع غیر آزمایشی، علی-مقایسه‌ای است.

جامعه آماری این پژوهش عبارتند از افرادی (مذکر) که در تابستان ۸۱ برای ترک اعتیاد به مراکز خود معرف در استان بوشهر مراجعه کرده‌اند، فقط افرادی جزء این جامعه آماری پذیرفته شدند که در طیف سنی ۲۰ تا ۳۵ قرار داشتند، حداقل تحصیلات آنها دوم راهنمایی باشد، مدت وابستگی آنها بین ۲ تا ۷ سال بوده است و حداقل یک هفته از مرحله سم زدایی آنها گذشته باشد. روش نمونه‌گیری از نوع نمونه‌گیری در دسترس است. تعداد نمونه یک گروه صد نفری از این جامعه آماری است و گروه مقایسه نیز شامل صد نفر بدون هیچ‌گونه سابقه وابستگی یا سوء مصرف مواد است که بر اساس متغیرهای کنترل سن، جنس و تحصیلات هتما و انتخاب می‌شوند.

ابزارهای به کار رفته در این پژوهش آزمون چند محوری بالینی میلون-۲ (MCMI-II) و پرسشنامه دلبستگی بزرگسال است. MCMI-II توسط تتودور میلون، روان‌شناس بالینی و شخصیت ساخته شده است. نسخه اول آن در سال ۱۹۹۷ تهیه شد و فرم تجدید نظر شده آن در سال ۱۹۸۷ منتشر شده است. MCMI-II شامل ۲۲ مقیاس بالینی و یک عامل تعدیل کننده (X)، یک مقیاس اعتبار (V)، و دو مقیاس سنجش گرایش پاسخ (Y و Z) است. MCMI-II توسط خواجه موگهی (۱۳۷۲)، براهنی و مهرابی هنجاریابی مقدماتی شده است. پرسشنامه سبک دلبستگی بزرگسال نیز توسط بشارت تهیه شده است. این پرسشنامه، دلبستگی را در سه سطح ایمن، نایمن اجتنابی و نایمن دو سوگرا مشخص می‌کند. همسانی درونی مواد و ضریب پایایی این پرسشنامه رضایت‌بخش گزارش شده است. ابزارهای پژوهش توسط روان‌شناس مراکز خود معرف، به شکل انفرادی و در حضور آزمونگر اجرا و به کار گرفته شد.

روش‌های آماری به کار رفته، آزمون آماری خی دو و تحلیل نیمرخ است. برای مقایسه توزیع فراوانی افراد بر اساس سبک‌های دلبستگی گروه معتاد با گروه غیر معتاد از آزمون خی دو استفاده شد و برای آزمون معناداری تفاوت نیمرخ روانی گروه‌ها از تحلیل نیمرخ استفاده شده است. تحلیل نیمرخ شکل خاصی از تحلیل چند متغیری است که برای مقایسه نیمرخ‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد (تاباچینک^۱، ۱۹۸۹). لازم به ذکر است وقتی که مقایسه نیمرخ گروه معتاد با گروه غیر معتاد مدنظر است مقیاس وابستگی الکلی و وابستگی دارویی در تحلیل نیمرخ حذف می‌شوند. این امر به دلیل تفاوت مسلم گروه معتاد با گروه غیر معتاد در این مقیاس‌ها است.

یافته‌ها

برای تحلیل داده‌های مربوط به جدول شماره ۱ از آزمون آماری خی دو استفاده شد. تفاوت بین فراوانی سبک‌های دلبستگی در گروه معتاد با گروه غیر معتاد با درجه آزادی ۲ و ارزش ۷/۵۸ در سطح $P < 0.05$ معنادار است.

^۱ - Tabachnik

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی افراد بر اساس گروه و سبک دلبستگی

کل	ناایمن		ایمن	سبک دلبستگی / گروه
	دو سوگرا	اجتنابی		
۹۹	۱۷	۲۲	۶۰	غیر معتاد
۹۸	۲۴	۲۸	۴۶	معتاد
۱۹۷	۴۱	۵۰	۱۰۶	کل

جدول شماره ۲ نشان می دهد که تفاوت بین نیمرخ روانی افراد معتاد با افراد غیر معتاد در سطح $P < 0/01$ معنادار است و نمودار شماره یک نیز برافراستگی نیمرخ گروه معتاد را نشان می دهد. در این نمودار علامت (*) نشان دهنده تفاوت معنادار در آن مقیاس بین افراد معتاد با غیر معتاد است.

جدول شماره ۲- خلاصه تحلیل واریانس چند متغیری (تحلیل نیمرخ) افراد معتاد در مقایسه با افراد غیر معتاد در آزمون میلیون - ۲

منبع	مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معناداری
گروه ها	۷۷۶۹۱/۷۴	۱	۷۷۶۹۱/۷۴	۱۳۴/۸	۰/۰۱
خطا	۱۱۳۳۸۰/۰۱	۱۹۵	۵۷۶/۳۰		

خلاصه تحلیل واریانس چند متغیری (تحلیل نیمرخ) برای مقایسه نیمرخ روانی افراد معتاد در سبک های دلبستگی مختلف ($P < 0/01$ و $F(2, 95) = 5/89$) معنادار بود. جدول شماره ۳ نشان می دهد که تنها تفاوت بین نیمرخ افراد ایمن با نیمرخ افراد ناایمن دوسوگرا معنادار است.

جدول شماره ۳- خلاصه تحلیل آزمون توکی برای مقایسه نیمرخ افراد معتاد دارای سبک دلبستگی ایمن، نایمن اجتنابی و نایمن دوسوگرا در آزمون میلون - ۲

شاخص	سبک دلبستگی (I)	سبک دلبستگی (J)	تفاوت میانگین	خطای انحراف	معناداری
			(I-J)	استاندارد	
توکی HSD	ایمن	اجتنابی	-۱/۴۴	۱/۱۹	۰/۴۵
	دوسوگرا	دوسوگرا	-۴/۲۹*	۱/۲۵	۰/۰۱
		اجتنابی	۲/۸۵	۱/۳۸	۰/۱

همچنین تحلیل واریانس چند متغیری (تحلیل نیمرخ) برای مقایسه نیمرخ روانی افراد غیر معتاد در سبک های دلبستگی مختلف ($P(۰/۰۱) = ۱۲/۲۶$ و $F(۲, ۹۶) = ۲$) معنادار بود. جدول شماره ۴ نشان می دهد که تفاوت بین نیمرخ افراد ایمن با نیمرخ افراد نایمن اجتنابی و دو سوگرا معنادار است.

جدول شماره ۴- خلاصه آزمون توکی برای مقایسه نیمرخ افراد غیر معتاد دارای سبک دلبستگی ایمن، نایمن اجتنابی و نایمن دوسوگرا در آزمون میلون - ۲

شاخص	سبک دلبستگی (I)	سبک دلبستگی (J)	تفاوت میانگین	خطای انحراف	معناداری
			(I-J)	استاندارد	
توکی HSD	ایمن	اجتنابی	-۴/۲۹*	۱/۱۷	۰/۰۱
	دوسوگرا	دوسوگرا	-۵/۲۶*	۱/۲۹	۰/۰۱
		دوسوگرا	-۰/۸۷	۱/۵۲	۰/۸۴

چنان که در جداول شماره ۶- ۷ و ۸ نشان داده می شود تحلیل واریانس چند متغیری (تحلیل نیمرخ) برای مقایسه نیمرخ روانی افراد معتاد با نیمرخ روانی افراد غیر معتاد در هر سه سبک دلبستگی ایمن، نایمن اجتنابی و نایمن دوسوگرا در سطح $P(۰/۰۱)$ معنادار است و مقایسه نیمرخها برافراستگی نیمرخ روانی افراد معتاد را در هر سه سبک نسبت به افراد غیرمعتاد نشان داد.

جدول شماره ۵- خلاصه تحلیل واریانس چند متغیری (تحلیل نیمرخ) افراد معتاد و غیر معتاد دارای سبک دلبستگی ایمن در آزمون میلون - ۲

منبع	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	معناداری
گروه ها	۴۴۷۷۹/۳۵	۱	۴۴۷۷۹/۳۵	۷۵/۹۹	۰/۰۱
خطا	۶۱۲۸۱/۱۵	۱۰۴	۵۸۹/۲۴		

جدول شماره ۶- خلاصه تحلیل واریانس چند متغیری (تحلیل نیمرخ) افراد معتاد و غیر معتاد دارای سبک دلبستگی نایمن اجتنابی در آزمون میلون - ۲

منبع	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	معناداری
گروه ها	۹۹۲۹/۸۸	۱	۹۹۲۹/۸۸	۳۰/۷۳	۰/۰۱
خطا	۱۵۵۱۱/۷۳	۴۸	۳۲۳/۱۶		

جدول شماره ۷- خلاصه تحلیل واریانس چند متغیری (تحلیل نیمرخ) افراد معتاد و غیر معتاد دارای سبک دلبستگی نایمن دوسوگرا در آزمون میلون - ۲

منبع	مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	معناداری
گروه ها	۱۳۵۸۵/۹۹	۱	۱۳۵۸۵/۹۷	۳۰/۸	۰/۰۱
خطا	۱۷۱۹۱/۲۲	۳۹	۴۴۰/۸		

بحث و نتیجه گیری

فراوانی بیشتر افراد دارای سبک دلبستگی نایمن در گروه معتاد با پژوهش‌های گزارش شده در این زمینه همخوان است (کاسیدی، ۱۹۹۹). این یافته از نتایج پژوهش‌هایی که رابطه بین دلبستگی و آسیب‌شناسی روانی را مورد بررسی قرار داده‌است حمایت می‌کند (لانیسون، ۱۹۹۷). به علاوه به نظر می‌رسد که این یافته با مطالعات دو زیر و همکاران، با مدل پیشگیری و درمان لیز و فرانز (۵) و با مفهوم پردازی شناختی اعتیاد که توسط جودیس اس‌بک ارائه شده‌است (بک،

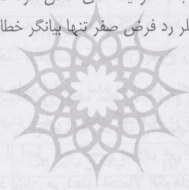
۱۹۹۶) در یک راستا باشند. دو زیر نقش راهبردهای جبرانی کودکان نایمن را به عنوان یک عامل خطر در سلامت روانی برجسته ساخته است، لیزوفرانز بر نقش تجارب سخت و آسیب زای ابتدای زندگی در شکل‌گیری عقاید هسته‌ای، عواطف منفی و قوت گرفتن احتمال سوء مصرف مواد تأکید می‌کند و بک نیز بر نقش تعیین‌کننده تجارب مرتبط با دوره کودکی در شکل‌گیری عقاید هسته‌ای و راهبردهای جبرانی که احتمالاً مهم‌ترین نقش را در سوء مصرف بازی می‌کنند، آشکار ساخته است.

احتمال همراهی تجربه عواطف منفی، مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف، مکانیزهای رشد نیافته، سبک شناختی معیوب، تعارض درون روانی و بین شخصی با سبک دلبستگی نایمن بیشتر است (شریفی نژاد و گلی نژاد، ۸۰-۱۳۷۹) و این عوامل ممکن است احتمال سوء مصرف مواد را افزایش دهند. به نظر می‌رسد که مشکلات ذکر شده در افراد نایمن آنها را بیشتر از افراد ایمن در معرض خطر سوء مصرف مواد به عنوان یک مکانیزم خود درمانی جهت تعدیل و فرونشانی عواطف و تجارب منفی قرار دهد. برافراستگی معنادار نیمرخ روانی افراد معتاد نسبت به نیمرخ روانی افراد غیر معتاد نیز با یافته‌های گزارش شده در این زمینه همخوان است (استابای، ۱۹۹۱). مرور ادبیات پژوهشی در این زمینه نشان می‌دهد که افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد با اختلالات روانی به احتمال زیاد از اصل هم‌کنشی پیروی می‌کنند. یعنی افرادی که سوء مصرف مواد را در سنین نوجوانی از خود نشان می‌دهند، احتمالاً الگوهای رفتاری نابهنجاری دارند. که با شروع سوء مصرف مواد شدت می‌یابند و شدت یافته چنین الگوهایی نیز رفتار سوء مصرف مواد را تشدید می‌کند و در نهایت، این چرخه معیوب که بی‌شک عوامل متعدد دیگری نیز در آن دخیل هستند ممکن است منجر به بروز سندرم‌های بالینی و اختلالات شخصیتی شوند.

معنادار نشدن تفاوت مقیاس وسواسی می‌تواند تبیین خوبی برای فقدان رفتارهای مراقبتی در این افراد باشد. هر چند که این نکته تا اندازه‌ای باید محتاطانه در نظر گرفته شود. چرا که مقیاس وسواسی به شکل واضحی با رفتارهای بهداشتی وابسته نیست. اما، عدم تفاوت بین گروه معتاد و غیر معتاد در مقیاس وابسته هر چند با برافراستگی مقیاس ضد اجتماعی سازگار است، ولی با برافراستگی مقیاس مرزی سازگار نیست. این امر احتمالاً با همگن نبودن و پیچیدگی وضعیت سوء مصرف‌کنندگان مواد قابل توجیه است. بالا بودن مقیاس فاش‌گویی (X) و بد جلوه دهی

(Z) در افراد معتاد می تواند نشان دهنده نوعی فریاد برای کمک باشد، زیرا آنها در محیط های بالینی تست شده اند.

معنادار شدن تفاوت نیمرخ روانی افراد ایمن با افراد نایمن هم در گروه معتاد و هم در گروه غیر معتاد نشان دهنده تاثیر سبک های دلبستگی بر نیمرخ روانی افراد است. هر چند در این میان تنها تفاوت بین نیمرخ روانی اجتنابی با دو سوگرا در گروه معتاد معنادار نبود. این امر احتمالاً به دلیل تاثیر اعتیاد بر نیمرخ روانی در گروه معتاد است. نیمرخ روانی افراد معتاد و غیرمعتاد در سبک های دلبستگی مشابه تفاوت معناداری را نشان می دهد و این تفاوت ناشی از اثر اعتیاد بر نیمرخ روانی در زمانی است که تاثیر دلبستگی کنترل شده است. در نهایت، هر چند رابطه ای بین دلبستگی با وابستگی مواد و همچنین رابطه ای بین دلبستگی و اعتیاد با نیمرخ روانی افراد در این پژوهش در نمونه ای محدود و با ابزار هایی با محدودیت های خاص خود انجام گرفته است و مهم تر از همه این که به گفته کروسکال و ماسترلر رد فرض صفر تنها بیانگر خطا پذیری تئوری ها است.



ژویشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

سال جامع علوم انسانی

منابع

- ۱- بک. آ. تی. (۱۹۹۶). "درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدر"، ترجمه گودرزی. م. (۱۳۸۰) شیراز، راهگشا.
- ۲- ارشدی، مهرشاد. (۱۳۷۸). "اختلالات همراه با سوء مصرف در نوجوانان"، پایان نامه کارشناسی ارشد، استاد راهنما دکتر جزایری. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- ۳- هژیر، فرهاد. (۱۳۷۶). "بررسی رابطه اختلالات شخصیت ضد اجتماعی و مرزی با اعتیاد به مواد مخدر"، پایان نامه کارشناسی ارشد، استاد راهنما دکتر جزایری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- ۴- رضایی دوگاهه، ابراهیم. (۱۳۷۹). "بررسی نیمرخ روانی افراد معتاد با استفاده از MMPI-2"، پایان نامه کارشناسی ارشد، استاد راهنما دکتر جزایری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- ۵- خواجه موگهی، ناهید. (۱۳۷۲). "آماده سازی مقدماتی فرم فارسی پرسشنامه بالینی چند محوری میلون- ۲ (MCMI-II)". پایان نامه کارشناسی ارشد. استاد راهنما دکتر براهنی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- ۶- شریفی، ماندانا. (۱۳۷۹). "بررسی رابطه بین سبک‌های دلبستگی و انواع مکانیزم‌های دفاعی"، پایان نامه کارشناسی ارشد. استاد راهنما دکتر بشارت، دانشگاه تهران.
- ۷- گلی نژاد، محمد. (۱۳۸۰). "بررسی رابطه بین سبک‌های دلبستگی و مشکلات بین شخصی دانشجویان ساکن در خوابگاه‌های دانشگاه تهران"، پایان نامه کارشناسی ارشد، استاد راهنما دکتر بشارت، دانشگاه تهران.

References

1. Carlson, E. A & Sroufe, L. A. (1995). "Contribution of Attachment Theory To Developmental" New York: Wiley.
2. Carr, A. (1999). "The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. A Contextual Approach". London. Routledge.
3. Casidy. J. & Shaver, P. R. (1999). "Hand book of Attachment, Theory. Research and Clinical Application London". Routledge.
4. Bowlby. J. (1969), "Attachment and Loss". Vol.L. London. Hogarth.
5. Lowinson, J. H; Millman, R. B & Longrod, J. G. (1997). "Substance Abuse : A comprehensive Textbook". New York. Williams & Williams.

6. Marlatt, G. A. & Gordon. J. R. (1985). **"Relapse Prevention: Maintenance Strategies In The Treatment of Addictive Behaviors"**. New York. Guilford.
7. American Psychiatric Association. (1994) **"Synopsis of Psychiatry, behavioral Sciences, Clinical Psychology"** (7 th ed). Washington, DC: Author.
8. Pitts, W. M; Gustin, Q. L; Mitchell, C & Snyder, S. (1985). **"MMPI Critical Item Characteristics of The DSM-III Borderline Personality Disorder"**. J Nerv.Ment Dis.173:628- 631.
9. Tabachink, B. G & Fidell, L. S. (1989). **"Using Multivariate Statistics"** (3 th ed). California. Harer Collins.



ژوئیه ۱۳۸۷ شماره ۱ فصلنامه علمی-پژوهشی

رتال جامع علوم انسانی

References
 Carlson, E. A. & Sroufe, L. A. (1992). "Contribution of Attachment Theory to Developmental Psychology". New York: Wiley.
 Cicchetti, D. (1997). "The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A Contextual Approach". London: Routledge.
 Cicchetti, D. & Smeke, T. E. (1990). "Handbook of Attachment Theory, Research and Clinical Application". London: Routledge.
 Bowlby, J. (1969). "Attachment and Loss", Vol. I. London: Hogarth.
 Bowlby, J., Milner, K. B. & Longue, J. G. (1957). "Substance Abuse: A comprehensive Textbook". New York: Williams & Wilkins.