

بررسی نقش پیش‌بین ناگویی طبیعی و حمایت اجتماعی ادراک شده
در نتایج درمان دارویی، درمان انگیزشی و درمان ترکیبی
(دارویی - انگیزشی) سوء مصرف مواد

**Predicting role of alexithymia and perceived social support
in medicinal, motivational and combined
(medicinal-motivational) treatment of substance abuse**

M.A. Besharat, Ph.D.

دکتر محمدعلی بشارت*

M. Hayeri, M.A.

مهسا حایری**

A. Moghadamzade, Ph.D.

دکتر علی مقدم‌زاده***

چکیده

اختلال سوء مصرف مواد یکی از شایع‌ترین و مزمن‌ترین اختلالاتی است که بار زیادی را بر فرد و جامعه تحمیل می‌کند. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی ناگویی طبیعی و حمایت اجتماعی ادراک شده در نتایج درمان دارویی، درمان انگیزشی و درمان ترکیبی دارویی - انگیزشی سوء مصرف مواد طراحی و اجرا گردید. روش این پژوهش توصیفی و از نمونه طرح‌های همبستگی است. بدین منظور ۱۸۰ نفر سوء مصرف‌کننده مواد به صورت در

*. استاد گروه روانشناسی، دانشگاه تهران

** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران (نویسنده مسؤل)

*** استادیار گروه روش‌ها و برنامه‌ریزی آموزشی دانشگاه تهران.

بررسی نقش پیش‌بین ناگویی طبیعی و حمایت اجتماعی ادراک شده در نتایج درمان دارویی، درمان انگیزشی و... دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه درمان دارویی، مشاوره انگیزشی و درمان ترکیبی دارویی- انگیزشی قرار گرفتند. افراد آزمودنی پیش از درمان پرسشنامه‌های مربوط به مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS-12) و مقیاس ناگویی طبیعی تورنتو (TAS-20) را تکمیل کردند. پس از پایان دوره درمانی تعداد افراد باقی مانده هر گروه درمانی به ترتیب ۴۵، ۳۹ و ۴۳ نفر بود. داده‌های پژوهش با استفاده از شاخص‌ها و روش‌های آمار توصیفی و استنباطی شامل میانگین، انحراف استاندارد، همبستگی و تحلیل رگرسیون مورد بررسی قرار گرفتند. در بررسی پیش‌بینی‌پذیری نتایج درمان براساس ناگویی طبیعی، نتایج حاکی از امکان پیش‌بینی‌پذیری نتایج درمان بر اساس مداخله دارویی بود و ناگویی طبیعی نتایج درمان‌های انگیزشی و ترکیبی را پس از سه و شش ماه نتوانست پیش‌بینی کند ($p < 0/05$). همچنین نتایج حاکی از سهم بودن حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش‌بینی نتایج هر سه درمان انگیزشی، دارویی و ترکیبی پس از سه و شش ماه بود ($p < 0/05$). نتایج پژوهش حاضر نشان داد ناگویی طبیعی و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش‌بینی نتایج درمانی سوء مصرف مواد تأثیر گذارند. توجه به این متغیرها می‌تواند در پیشگیری، تشخیص و درمان سوء مصرف مواد مؤثر باشد.

واژه-کلیدها: ناگویی طبیعی، حمایت اجتماعی ادراک شده، مصاحبه انگیزشی، سوء مصرف مواد.

Abstract

Substance use disorder is one of the most common and chronic disorders that causes a great burden for the patient and the society. The aim of present study was to examine the predicting role of alexithymia and perceived social support in medicinal, motivational and combined (medicinal-motivational) treatment of substance use disorder. One hundred and eighty substance abuser was selected conveniently and was assigned to three groups of medicinal, motivational and combined (medicinal-motivational) treatment randomly. Participants were asked to complete The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (PSSS-12) and Toronto alexithymia scale (TAS-20) before treatment. After treatment forty five, thirty nine and forty five participants was remain in

بررسی نقش پیش‌بین ناگویی طبیعی و حمایت اجتماعی ادراک شده در نتایج درمان دارویی، درمان انگیزشی و...

each groups, respectively. Method of the both descriptive and inferential statistics including means, standard deviations, correlation and regression analysis. Result show that alexithymia can predict medicinal treatment whereas cannot predict motivational and combined treatment after three and six months. Also perceived social support can predict medicinal, motivational and combined (medicinal-motivational) treatment after three and six months. Considering these variable can be effective in preventing, diagnosis and treatment of addiction.

Keywords: alexithymia, perceived social support, motivational interview, substance abuse

Contact information: mahsa_ha@yahoo

مقدمه

طبق پنج‌مین مجموعه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5¹) سوء مصرف مواد عبارت است از الگوی غیرانطباقی مصرف مواد که از طریق پیامدهای نامطلوب عودکننده و قابل ملاحظه مرتبط با استعمال مکرر مواد ظاهر می‌شود. ویژگی اصلی اختلال مصرف یک ماده، مجموعه‌ای از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است که نشان‌دهنده تداوم مصرف ماده از سوی فرد به‌رغم مشکلات چشمگیر مرتبط با ماده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). برآوردهای انجام شده توسط سازمان ملل متحد نشان می‌دهند که ۱۶۲ میلیون تا ۳۲۴ میلیون (۳/۵ تا ۷ درصد از کل جمعیت) از افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله یک ماده غیرقانونی را مصرف کرده‌اند این در حالی است که ۱۸۳ هزار مرگ مرتبط با مصرف مواد گزارش شده است (جیانگ، وو و ژائو، ۲۰۱۷). خطر اعتیاد به مواد افیونی حاصل تعامل پیچیده میان عوامل ژنتیک، محیطی و تأثیرات داروشناختی این مواد است. مطالعات صورت گرفته بر دوقلوها نشان می‌دهند که ژنتیک عامل مهمی در ابتلا به اعتیاد است. از دیگر سو، عوامل محیطی همانند دسترسی به مواد، گروه همسالان، عوامل تشنگر روانشناختی، یادگیری اولیه، حالات مزاجی و راهبردهای کنار آمدن آموخته شده بر خطر ابتلا به اعتیاد تأثیر می‌گذارند (سادوک، سادوک و روئیز، ۲۰۱۵).

متغیرهای متعددی بر پدیدایی، شدت، تداوم و درمان اختلال‌های سوء مصرف مواد تأثیر

بررسی نقش پیش‌بین ناگویی طبیعی و حمایت اجتماعی ادراک شده در نتایج درمان دارویی، درمان انگیزشی و... می‌گذارند. در پژوهش‌های بالینی دسته‌ای از متغیرها به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین در زمینه اختلال‌های مصرف مواد بررسی شده‌اند. این متغیرها شامل عوامل ژنتیک (بارلو و دوران، ۲۰۱۵)، عوامل جمعیت‌شناختی (کر، یی، گرینفیلد، ویلیامز، لوئی و همکاران ۲۰۱۷)، وجود اختلالات روانی متفاوت (گودوین و استین، ۲۰۱۳)، عوامل اجتماعی (کیپری، ویلسون، اتی، شیران، میلر و همکاران، ۲۰۱۶) و تفاوت‌های فردی (کولدر، فرنداک، لنگور، رید، هاوک و همکاران، ۲۰۱۷) است. ناگویی طبیعی^۲، از جمله خصوصیات روانی-شخصیتی است که پژوهش‌های مختلف رابطه آن را با سوء مصرف مواد نشان داده است (توربرگ، یانگ، لیور، سالیوان، هاسکینگ و همکاران، ۲۰۱۷؛ دورارد، بونگنر، فانب، ادل، کورکوس و همکاران، ۲۰۱۷؛ قربانی، خسروانی، شریفی و جماعتی، ۲۰۱۷؛ لومیننت، کوردویل، فانینی، دیماری، ۲۰۱۶؛ موری، ییپ، نیچ، هانکل، کارول و همکاران، ۲۰۱۶).

ناگویی طبیعی به نارسایی در تجربه، بیان و تنظیم هیجان‌ها اطلاق می‌شود. امروزه ناگویی طبیعی را ترکیبی از چهار بعد می‌دانند. نارسایی در بیان احساسات و تمایز قائل شدن بین احساسات و ادراکات بدنی برانگیختگی هیجانی؛ نارسایی در توضیح دادن احساسات به دیگران؛ فرایندهای تصویری محدود؛ سبک شناختی یا جهت‌گیری بیرونی محرک وابسته (کیفر، تیلر، پارکر و بگی، ۲۰۱۷). ناگویی طبیعی عامل خطری برای اختلال‌های روانی و جسمی به‌شمار می‌رود (بگی و همکاران، ۲۰۱۷). پژوهش‌های بسیاری حاکی از رابطه معنادار میان ناگویی طبیعی و مصرف مواد در بزرگسالان است، به گونه‌ای که در میان ۳۹ تا ۶۷/۵ درصد از بزرگسالان مصرف‌کننده، ناگویی طبیعی نیز دیده می‌شود (اورن، سینار، اورن، یوموت، کان و همکاران، ۲۰۱۵). در پژوهشی نشان داده شد که در زنان مصرف‌کننده الکل، ناگویی طبیعی به‌عنوان یک متغیر واسطه‌ای عمل می‌کند. در این پژوهش رابطه میان ولع مصرف و افسردگی به واسطه نمره بالاتر این افراد در ناتوانی در بیان احساسات خود قابل تبیین بود (لومیننت و همکاران، ۲۰۱۶). دورارد و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهش خود نشان دادند که ۳۵/۳ درصد از مصرف‌کنندگان حشیش مبتلا به ناگویی هیجان هستند و عناصر تشخیص و توصیف هیجان در ترکیب با اضطراب صفت می‌تواند پیش‌بین خوبی برای عضویت در گروه مصرف‌کنندگان باشد. نتایج پژوهش توربرگ و همکاران (۲۰۱۷) بر روی افراد وابسته به الکل

بررسی نقش پیش‌بین ناگویی طبیعی و حمایت اجتماعی ادراک شده در نتایج درمان دارویی، درمان انگیزشی و... حاکی از آن است که افراد مبتلا به ناگویی طبیعی از الکل انتظار تغییر حالات عاطفی منفی و ابراز وجود و در نتیجه افزایش مهارت اجتماعی را دارند. قربانی و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی ناگویی طبیعی، تنظیم هیجان، دشواری تنظیم هیجان، عواطف مثبت و منفی و خطر خودکشی را در افراد وابسته به الکل بررسی کردند. نتایج پژوهش آنها حاکی از آن است که افراد وابسته به الکل میانگین بالاتری را در ناگویی هیجان، دشواری تنظیم هیجان، زیرمقیاس فرونشانی، عواطف منفی و افکار خودکشی نسبت به افراد نرمال دارند. همچنین عاطفه منفی، مدت زمان مصرف الکل، تفکر بیرون‌گرا^۳ و شدت مصرف الکل، تلاش‌های خودکشی در طول عمر را پیش‌بینی کرد. در این پژوهش ناگویی طبیعی به‌عنوان یک عامل خطر برای مصرف الکل نشان داده شد. از سوی دیگر، افراد با ناگویی طبیعی بالا، دارای مشکلات بیشتری در برقراری روابط بین‌فردی پایدار هستند و حمایت اجتماعی پایین‌تری دارند که منجر به بیماری‌های روانی و جسمانی می‌شود. این یافته‌ها از رابطه میان ناگویی طبیعی، انزوای اجتماعی و فقدان حمایت اجتماعی ادراک شده حمایت می‌کنند (تراک، هانمن، جانوویتز، ولزک، ناک و همکاران، ۲۰۱۷).

حمایت اجتماعی ادراک شده مجموعه اطلاعاتی است که فرد را به این باور می‌رساند که در یک شبکه ارتباطی مورد توجه و علاقه دیگران است و از سوی آنها با ارزش شمرده می‌شود. روابط، منبع حمایت اجتماعی نیستند، مگر آن که فرد آنها را به‌عنوان منبعی در دسترس یا مناسب برای رفع نیازهای خود ادراک کند. بنابراین، ادراک فرد از حمایت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و منبع مؤثری برای کنار آمدن با فشارها و مسائل زندگی است (ساراسون و همکاران، ۱۹۸۷؛ نقل از نوتبوم، بیکمن، گلزانگ و پنیکس، ۲۰۱۷). حمایت اجتماعی از سه مؤلفه حمایت از جانب خانواده، دوستان و دیگر افراد مهم تشکیل شده است و تصور می‌شود که هر یک از این مؤلفه‌ها، رابطه‌ای متفاوت از دیگر مؤلفه‌ها با اعتیاد دارند. به‌عنوان مثال، حمایت اجتماعی بالا از جانب دوستان، در فرد بزرگسال با کاهش اعتیاد همراه است، اما در نوجوانان به افزایش خطر می‌انجامد. یا حمایت اجتماعی بالا از جانب خانواده‌ای که پدر یا مادر سابقه اعتیاد دارند، به افزایش احتمال اعتیاد فرزند منتهی می‌شود (اللهیاری، کاظمی، حیدری و پیکان حیدری، ۱۳۹۲)، اما حمایت اجتماعی بالا از جانب خانواده‌ای که

بررسی نقش پیش‌بین ناگویی طبیعی و حمایت اجتماعی ادراک شده در نتایج درمان دارویی، درمان انگیزشی و... سابقه اعتیاد ندارد، با کاهش احتمال ابتلای فرزند و در صورت ابتلا با افزایش احتمال درمان موفق همبسته است (حبیبی، درحراج، کلی، شاهمیری، ملکیان و همکاران، ۲۰۱۷).

تحقیقات نشان داده‌اند افرادی که تاریخچه خانوادگی سو مصرف الکل دارند، حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان محافظی در برابر سوء مصرف مواد عمل کند. روابط خانوادگی نزدیک و حمایت‌کننده با مصرف کمتر مواد و الکل رابطه دارد (بشارت، ۱۳۸۶؛ بیرتل، وود و کمپا، ۲۰۱۷؛ استودر، بگیو، دوپویس، موهلر - کو، دپین و همکاران، ۲۰۱۷). اگرچه حمایت اجتماعی به طور کلی یک شاخصه مثبت اجتماعی است، در ارتباط با افرادی که با مشکل اعتیاد دست و پنجه نرم می‌کنند پیچیده‌تر و چندبعدی است (تامپسون، ۲۰۱۷). حمایت‌های اجتماعی مصرف مواد را از طریق فراهم کردن شرایطی برای خرید مواد همانند پول و یا فراهم کردن مکانی برای مصرف، تسهیل می‌کنند. اگرچه حمایت‌ها می‌توانند سبب ارتقای خودکارآمدی مرتبط با پرهیز نیز شوند و به مصرف‌کنندگان کمک کند که وضعیت ترک را حفظ کنند و با فراهم کردن فرصت‌هایی، به جامعه بازگردند (پانیانکو، گالوپ، کرینگتون و کولوزی، ۲۰۱۶).

نگاهی گذرا به متغیرهای این پژوهش نشان‌دهنده وجود ارتباطی چندبعدی میان آنهاست. ناگویی طبیعی که ناتوانی فرد در بیان هیجان‌ها و عواطف است و می‌تواند ناشی از فقدان وجود محیطی حمایت‌گر و نه طرد‌کننده باشد در ارتباط باشد به گونه‌ای که فرد بتواند بدون ترس و اضطراب فرصت بروز و بیان احساسات خود را داشته باشد. در نگاهی کلی، به‌نظر می‌رسد فقدان حمایت کافی برای افراد در کنار ناتوانی در بروز هیجان‌ها به گونه‌ای صحیح در نهایت منجر به استفاده از راه‌حل‌هایی تکانشی هم چون مصرف مواد برای تسکین تنش و فشارهای درونی و بیرونی می‌گردد. با توجه به آنچه که بیان شد، بسیاری از متخصصان حوزه اعتیاد درصدد یافتن آگاهی بیشتر از نحوه درمان موثر و ماندگار این بیماری و نحوه اثرگذاری عوامل مذکور بر آن هستند. سوء مصرف مواد به واسطه لغزش و عودهای مکرر در درمان، بیماری مزمنی محسوب می‌شود. این بیماری تأثیرات منفی و ناخوشایندی را بر ابعاد مختلف زندگی معتادان، خانواده‌هایشان و جامعه می‌گذارد. لذا درمان آن از اهمیت بسزایی برخوردار بوده و هست (کینگ، سینسکی - نیوین و بلووز، ۲۰۱۶). طی سال‌های گذشته روش‌های مختلفی در

بررسی نقش پیش‌بین ناگویی طبیعی و حمایت اجتماعی ادراک شده در نتایج درمان دارویی، درمان انگیزشی و... درمان اعتیاد معرفی شده‌اند که در قالب درمان‌های دارویی و غیردارویی قرار گرفته‌اند. درمان‌های دارویی با توجه به نوع ماده مصرفی برای بیمار تجویز می‌شود. متادون، بوپرورنفین و نالتروکسون از جمله سه داروی تایید شده توسط انجمن دارو و غذای امریکا است که برای درمان طولانی مدت اعتیاد به کار می‌رود. متادون در مقایسه با دو داروی دیگر به مدت طولانی تری مورد استفاده قرار گرفته است و شواهد پژوهشی بسیاری از اثربخشی آن حمایت کرده‌اند و مطالعات دربارهٔ اثربخشی نالتروکسون همچنان ادامه دارد (بارت، ۲۰۱۲).

با توجه به چنین مانعی بر سر راه درمان اعتیاد و جلوگیری از عود مکرر آن و ضرورت ایجاد انگیزه در بیماران، مصاحبه انگیزشی^۴ نخستین بار در سال ۱۹۸۳ توسط میلر و به‌طور ویژه جهت کار با مصرف‌کنندگان الکل معرفی شد. میلر و رولنیک (۲۰۱۳) مصاحبه انگیزشی را روشی مراجع محور و رهنمودی تعریف کرده‌اند که از طریق کشف و رفع تردید، انگیزه درونی را جهت تغییر افزایش می‌دهد. میلر به‌جای آن که انگیزه را یک صفت شخصیتی بداند آن را به‌عنوان یک حالت آمادگی برای تغییر معرفی می‌کند (جیانگ و همکاران، ۲۰۱۷). هدف اصلی مصاحبه انگیزشی، تسهیل تغییر رفتار از طریق کمک به بیمار است تا تردیدهای خود را در خصوص تغییر رفتار شناسایی کرده و آنها را حل نماید. پژوهش‌های متعددی کاربرد مصاحبه انگیزشی را در حوزه‌های مختلفی از جمله مصرف سیگار، مصرف الکل و سوء مصرف مواد نشان داده‌اند (تاگر، دامیکو، اوینگ، مایل و پدرسن، ۲۰۱۷؛ ماسون، شوماخر، بیر و مارتینو، ۲۰۱۶). مصاحبه انگیزشی مبتنی بر اصول بالینی است که عبارتند از نشان دادن همدلی^۵، آشکار کردن ناهمخوانی^۶، اجتناب از بحث^۷، کنسار آمدن با مقاومت^۸ و حمایت از خودکارآمدی^۹. سبک همدلانه مبنای این مصاحبه است و نگرش زیربنایی باید پذیرش این امر باشد که تردید امری طبیعی است و تکلیف درمانگر این است که ناهمخوانی میان رفتار فعلی بیمار و اهداف وی را برجسته نماید و بر شدت آن بیفزاید، به گونه‌ای که بیمار در این گفت‌وگو وارد شده و تغییر را آغاز کند (میلر و رولنیک، ۲۰۱۳). با توجه به این که هر دو روش درمانی (انگیزشی و دارویی) دارای اثرات مثبت بر روند بهبود وابستگی به مواد است، شناخت دقیق تقابل متغیرهای پیش‌بین ذکر شده با این روش‌ها سبب می‌گردد که برنامه‌های درمانی متناسب با ویژگی‌های هر فرد طراحی شود تا میزان اثربخشی افزایش و احتمال عود و مصرف مجدد

بررسی نقش پیش‌بین ناگویی طبیعی و حمایت اجتماعی ادراک شده در نتایج درمان دارویی، درمان انگیزشی و... کاهش یابد. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی ناگویی طبیعی و حمایت اجتماعی ادراک شده در اثربخشی درمان دارویی، درمان انگیزشی و درمان ترکیبی دارویی-انگیزشی در بهبود معتادان طراحی گردیده است. فرضیه‌های پژوهش بدین صورت آزمون می‌شوند: فرضیه اول) ناگویی طبیعی نتایج درمان دارویی، انگیزشی و دارویی-انگیزشی اعتیاد را پیش‌بینی می‌کند؛ فرضیه دوم) حمایت اجتماعی ادراک شده نتایج درمان دارویی، انگیزشی و دارویی-انگیزشی اعتیاد را پیش‌بینی می‌کند.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: پژوهش حاضر از نوع همبستگی و توصیفی است. جامعه آماری پژوهش حاضر تمام افراد معتاد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر یزد بودند. از میان مراکز موجود، سه مرکز به صورت نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و از میان افراد مراجعه‌کننده، ۱۸۰ معتاد مصرف‌کننده مواد افیونی (در قالب سه گروه ۶۰ نفری) به شیوه نمونه‌گیری دردسترس و پس از اخذ رضایت از بیماران انتخاب شدند. پس از اتمام دوره درمانی تعداد افراد باقی‌مانده در گروه درمان دارویی ۴۵ نفر (۳۵/۲ درصد)، گروه درمان انگیزشی ۳۹ نفر (۳۰/۵ درصد) و گروه درمان ترکیبی ۴۳ نفر (۳۳/۶ درصد) نفر بود. میانگین سن افراد در گروه درمان دارویی، انگیزشی و ترکیبی به ترتیب ۳۸/۶۶، ۳۶/۸۷ و ۳۸/۱۳ و انحراف استاندارد آنها به ترتیب ۵/۵۱، ۵/۱۸ و ۵/۵۵ بود. معیارهای ورود شامل سواد خواندن و نوشتن، نداشتن اختلال پسیکوزی مانند اسکیزوفرنی یا اختلالات وابسته به آن، نداشتن عقب‌ماندگی ذهنی، تمایل بیمار برای شرکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌ها بود. عدم تمایل بیمار برای ادامه پژوهش یا شرایط پیشامدی حاد برای بیمار به گونه‌ای که قادر به شرکت در پژوهش نباشد، معیارهای خروج پژوهش حاضر بودند. افراد شرکت‌کننده در گروه درمان دارویی دو نوبت در هفته برای دریافت متادون مصرفی خود به کلینیک مراجعه می‌کردند. اعضای گروه درمان دارویی-انگیزشی علاوه بر داروی خود، ۲۰ تا ۳۰ دقیقه مشاوره انگیزشی نیز دریافت می‌کردند. در گروه درمان انگیزشی، مراجعین دو مرتبه در هفته و هر بار به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه با استفاده از فنون مصاحبه، تشویق و ترغیب می‌شدند تا طبق دستور پزشک میزان و نحوه

بررسی نقش پیش‌بین ناگویی طبیعی و حمایت اجتماعی ادراک شده در نتایج درمان دارویی، درمان انگیزشی و... مصرف خود را کاهش دهند تا به مرور موفق به ترک کامل مواد شوند. و پزشک معالج افراد سه ماه و شش ماه پس از آغاز درمان، افراد را به لحاظ بهبود فیزیکی، بهبود در روابط خانوادگی و روابط اجتماعی، وضعیت کاری و درسی بررسی و از یک تا ۱۰ امتیازدهی کرد.

ابزار پژوهش:

مقیاس ناگویی طبیعی تورنتو: مقیاس ناگویی طبیعی تورنتو (TAS-20؛ بگبی، پارکر و تیلور، ۱۹۹۴) یک آزمون ۲۰ سؤالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات^۱، دشواری در توصیف احساسات^{۱۱}، و تفکر عینی^{۱۲} را در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. یک نمره کل نیز از جمع نمره‌های سه زیرمقیاس برای ناگویی طبیعی کلی محاسبه می‌شود. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس ناگویی طبیعی تورنتو-۲۰ در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است (پارکر، تیلور و بگبی، ۲۰۰۱، ۲۰۰۳؛ پالمر، گیگانس، مانوکا و استاف، ۲۰۰۴؛ پندی، مندال، تیلور و پارکر، ۱۹۹۶؛ تیلور و بگبی، ۲۰۰۰). در نسخه فارسی مقیاس ناگویی طبیعی تورنتو-۲۰ (FTAS-20؛ بشارت، ۲۰۰۷)، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل، و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی^{۱۳} خوب مقیاس است. قابلیت اعتماد باز آزمایی^{۱۴} مقیاس ناگویی طبیعی تورنتو-۲۰ در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از $r = 0/70$ تا $r = 0/77$ برای ناگویی طبیعی کل و زیرمقیاس‌های مختلف تأیید شد. درستی آزمایی^{۱۵} همزمان مقیاس ناگویی طبیعی تورنتو-۲۰ بر حسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، رواندستی و درماندگی روانشناختی بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس ناگویی طبیعی کل با هوش هیجانی^{۱۶} ($r = -0/70, p < 0/001$)، رواندستی^{۱۷} ($p < 0/001$)، و درماندگی روانشناختی^{۱۸} ($r = 0/44, p < 0/001$) همبستگی معنادار وجود دارد. ضرایب همبستگی بین زیرمقیاس‌های ناگویی طبیعی و متغیرهای فوق نیز معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی تأییدی^{۱۹} نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر عینی را در نسخه فارسی مقیاس ناگویی طبیعی تورنتو-۲۰ تأیید

بررسی نقش پیش‌بین ناگویی طبیعی و حمایت اجتماعی ادراک شده در نتایج درمان دارویی، درمان انگیزشی و...

کردند (بشارت، ۱۳۹۲، ۲۰۰۷).

مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده: مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده یک ابزار ۱۲ گویه‌ای است و حمایت اجتماعی را از سه منبع خانواده، اجتماع و دوستان در اندازه‌های ۷ درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) می‌سنجد (زیمت، دالم، زیمت و فارلی، ۱۹۸۸). حداقل و حداکثر نمره فرد در کل مقیاس به ترتیب ۱۲ و ۸۴؛ و در هر یک از زیرمقیاس‌های حمایت خانوادگی، اجتماعی و دوستان به ترتیب ۴ و ۲۸ محاسبه می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده حمایت اجتماعی ادراک شده بیشتر است. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده در پژوهش‌های خارجی مورد تأیید قرار گرفته است (برای مثال، استنلی، بک و زب، ۱۹۹۸؛ براور، امسلی، کید، لاجنر و سیدات، ۲۰۰۸؛ چو، ۲۰۰۰؛ دالم، زیمت و والکر، ۱۹۹۱؛ زیمت و همکاران، ۱۹۸۸). در بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس در نمونه‌هایی از دانشجویان و جمعیت عمومی ایرانی ($n = 742$ ؛ ۳۱۱ دانشجوی ۴۳۱ عمومی)، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و گویه‌های سه زیرمقیاس حمایت اجتماعی خانوادگی، اجتماعی و دوستان به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۹ محاسبه شد. این ضرایب همسانی درونی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده را تأیید می‌کنند (بشارت، ۱۳۸۶). ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از شرکت‌کنندگان (۷۴ زن، ۶۳ مرد) در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای کل مقیاس و سه زیرمقیاس حمایت اجتماعی خانوادگی، اجتماعی و دوستان به ترتیب $r = 0/86$ ، $r = 0/78$ ، $r = 0/69$ و $r = 0/75$ محاسبه شد. این ضرایب که در سطح $p < 0/01$ معنادار بودند، قابلیت اعتماد بازآزمایی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده را تأیید می‌کنند (بشارت، ۱۳۸۶). درستی آزمایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده از طریق اجرای همزمان مقیاس سلامت روانی (MHI؛ بشارت، ۱۳۸۵)، مقیاس همدلی عاطفی (مهرابیان و اپستین، ۱۹۷۲) و فهرست عواطف مثبت و منفی (PANAS؛ واتسون، کلارک و تلگن، ۱۹۸۸) در مورد نمونه‌های مختلف از دو گروه دانشجویان و جمعیت عمومی محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت. ضرایب همبستگی حمایت اجتماعی ادراک شده با رواندستی ۰/۵۷، با همدلی عاطفی ۰/۵۳، با عاطفه مثبت ۰/۴۹، با درماندگی روانشناختی

بررسی نقش پیش‌بین ناگویی طبیعی و حمایت اجتماعی ادراک شده در نتایج درمان دارویی، درمان انگیزشی و...
 ۰/۵۱- و با عاطفه منفی ۰/۵۵- به دست آمد. این ضرایب در سطح $p < 0/001$ معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی نیز با تعیین سه عامل (حمایت اجتماعی خانوادگی، اجتماعی و دوستان)، درستی آزمایشی سازه مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده را مورد تأیید قرار داد (بشارت، ۱۳۸۶).

داده‌ها و یافته‌ها

یافته‌های توصیفی مربوط به میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در جدول شماره (۱) گزارش شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

ترکیبی		انگیزشی		دارویی		متغیر
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۵/۷۱	۶۲/۷۲	۵/۷۰	۶۲/۶۶	۵/۸۸	۶۳/۱۱	نمره کل ناگویی طبیعی
۴/۷۶	۴۳/۶۴	۴/۷۹	۴۳/۶۴	۴/۹۳	۴۲/۶۴	نمره کل حمایت اجتماعی ادراک شده

قبل از اجرای آزمون رگرسیون پیش‌فرض‌های آن شامل نرمال بودن شکل توزیع نمرات متغیر ملاک، بررسی باقیمانده‌ها از نظر همپراشی، بررسی وجود هم خطی (به‌وسیله آزمون تلورانس و VIF) و استقلال خطاها با استفاده از آزمون دوربین- واتسون بررسی شد و پیش‌فرض‌های استفاده از رگرسیون رعایت شد. تحلیل رگرسیون تک‌متغیره با روش ورود برای پیش‌بینی نتیجه درمان بعد از سه ماه و شش ماه از طریق ناگویی طبیعی انجام شد. با توجه به مقدار ضریب تعیین (R^2)، این عوامل حدود ۱۷ درصد از واریانس نتیجه درمان بعد از سه ماه را تبیین کردند ($p < 0/001$). همچنین، این مقدار در مدت شش ماه نزدیک به ۱۸ درصد بود ($p < 0/001$). در ادامه، تحلیل رگرسیون مورد ارزیابی قرار گرفت. جدول شماره (۲)

بررسی نقش پیش‌بین ناگویی طبعی و حمایت اجتماعی ادراک شده در نتایج درمان دارویی، درمان انگیزشی ... نتایج تحلیل رگرسیون تک‌متغیره را برای نتیجه درمان نشان می‌دهد. مقادیر بتا و سطح معناداری نشان می‌دهد ناگویی هیجانی در نتیجه درمان دارویی بعد از سه ماه سهیم است ($p < 0/01$). این متغیر مطابق ($Beta = 0/406$) با افزایش یک انحراف استاندارد کاهش را در متغیر ملاک پیش‌بینی می‌کند. به علاوه، ناگویی هیجانی در نتیجه درمان دارویی بعد از شش ماه سهیم است ($p < 0/05$). این متغیر مطابق ($Beta = 0/420$) با افزایش یک انحراف استاندارد کاهش را در متغیر ملاک پیش‌بینی می‌کند.

جدول ۲: تحلیل رگرسیون تک‌متغیره برای نتیجه درمان دارویی بعد از سه ماه و شش ماه توسط ناگویی هیجانی

P	t	ضرایب استاندارد نشده		شاخص	ارزیابی
		ضرایب استاندارد شده Beta	خطای معیار B		
0/001	5/72		1/62	9/30	سه ماه
0/006	-2/91	-0/406	0/26	0/75	
0/001	6/04		1/90	11/51	شش ماه
0/004	-3/03	-0/420	0/30	-0/91	

تحلیل رگرسیون تک‌متغیره با روش ورود برای پیش‌بینی نتیجه درمان از طریق حمایت اجتماعی ادراک شده انجام شد. با توجه به مقدار ضریب تعیین (R^2)، این عوامل حدود ۱۹ درصد از واریانس نتیجه درمان بعد از سه ماه را تبیین کردند ($p < 0/05$). همچنین، این مقدار برای نتیجه درمان بعد از شش ماه ۲۰ درصد بود ($p < 0/05$).

در ادامه، تحلیل رگرسیون مورد ارزیابی قرار گرفت. جدول شماره (۳) نتایج تحلیل رگرسیون تک‌متغیره را برای نتیجه درمان نشان می‌دهد. مقادیر بتا و سطح معناداری نشان می‌دهد حمایت اجتماعی ادراک شده در نتیجه درمان دارویی بعد از سه ماه و شش ماه سهیم است ($P < 0/05$). این متغیر مطابق ($Beta = 0/440$) با افزایش یک انحراف استاندارد افزایش را در متغیر ملاک پیش‌بینی می‌کند. همچنین، این متغیر مطابق ($Beta = 0/450$) با افزایش یک انحراف استاندارد افزایش را در متغیر ملاک (درمان بعد از شش ماه) پیش‌بینی می‌کند.

بررسی نقش پیش‌بین ناگویی طبیعی و حمایت اجتماعی ادراک شده در نتایج درمان دارویی، درمان انگیزشی و...

جدول ۳: تحلیل رگرسیون تک‌متغیره برای نتیجه درمان دارویی بعد از سه ماه و شش ماه توسط حمایت اجتماعی ادراک شده

P	t	ضرایب استاندارد شده		شاخص	ارزیابی
		Beta	B		
۰/۷۱۹	۰/۳۶۳		۱/۲۹	۰/۴۶۸	سه ماه
۰/۰۰۲	۳/۲۱	۰/۴۴۰	۰/۰۳۰	۰/۰۹۷	حمایت اجتماعی ادراک شده
۰/۶۰۲	۰/۵۲۶		۱/۵۱	۰/۷۹۶	شش ماه
۰/۰۰۲	۳/۳۰۱	۰/۴۵۰	۰/۰۳۵	۰/۱۱۷	حمایت اجتماعی ادراک شده

تحلیل رگرسیون تک‌متغیره با روش ورود برای پیش‌بینی نتیجه درمان بعد از سه ماه و شش ماه از طریق ناگویی هیجانی انجام شد. با توجه به مقدار ضریب تعیین (R^2)، این عوامل حدود ۶ درصد از واریانس نتیجه درمان بعد از سه ماه را تبیین کردند. به علاوه این نتیجه برای ارزیابی ۶ ماه حدود ۷ درصد بود. جدول شماره (۶)، نتایج تحلیل رگرسیون و ضریب تعیین برای نتیجه درمان را توسط ناگویی هیجانی نشان می‌دهد. در ادامه، تحلیل رگرسیون مورد ارزیابی قرار گرفت. جدول شماره (۴) نتایج تحلیل رگرسیون تک‌متغیره را برای نتیجه درمان بعد از سه ماه نشان می‌دهد. مقادیر بتا و سطح معناداری نشان می‌دهد ناگویی هیجانی در نتیجه درمان انگیزشی بعد از سه ماه و شش ماه سهم نیست و نتایج در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ معنی‌دار نشد.

جدول ۴: تحلیل رگرسیون تک‌متغیره برای نتیجه درمان انگیزشی بعد از سه ماه توسط ناگویی هیجانی

P	T	ضرایب استاندارد شده		شاخص	ارزیابی
		Beta	B		
۰/۰۰۱	۳/۶۱		۲/۱۵	۷/۷۸	سه ماه
۰/۱۳۱	-۱/۵۴	۰/۲۴۶	۰/۰۳۴	-۰/۰۵۳	ناگویی هیجانی
۰/۰۰۱	۳/۶۰		۲/۹۴	۱۰/۶۰	شش ماه
۰/۰۹۸	-۱/۶۹۹	-۰/۲۶۹	۰/۰۴۷	۰/۰۷۹	ناگویی هیجانی

بررسی نقش پیش‌بین ناگویی طبیعی و حمایت اجتماعی ادراک شده در نتایج درمان دارویی، درمان انگیزشی و...

تحلیل رگرسیون تک متغیره با روش ورود برای پیش‌بینی نتیجه درمان بعد از سه ماه و شش ماه از طریق حمایت اجتماعی ادراک شده انجام شد. با توجه به مقدار ضریب تعیین (R^2)، این عوامل حدود ۳۰ درصد از واریانس نتیجه درمانی بعد از سه ماه را تبیین کردند ($P < 0/01$). همچنین، این مقدار برای ارزیابی بعد از شش ماه ۲۴ درصد بود ($P < 0/01$). جدول شماره (۸)، نتایج تحلیل رگرسیون و ضریب تعیین برای نتیجه درمان بعد از سه ماه و شش ماه را نشان می‌دهد.

در ادامه، تحلیل رگرسیون مورد ارزیابی قرار گرفت. جدول شماره (۵) نتایج تحلیل رگرسیون تک متغیره را برای نتیجه درمان نشان می‌دهد. مقادیر بتا و سطح معناداری نشان می‌دهد حمایت اجتماعی ادراک شده در نتیجه درمان انگیزشی بعد از سه ماه سهیم است ($P < 0/01$). این متغیر مطابق ($Beta = 0/538$) با افزایش یک انحراف استاندارد افزایش را در متغیر ملاک پیش‌بینی می‌کند. همچنین، در این جدول مشخص است که این عامل ۰/۴۹۶ درصد از یک انحراف استاندارد نتیجه درمان بعد از شش ماه را می‌تواند پیش‌بینی کند ($P < 0/01$).

جدول ۵: تحلیل رگرسیون تک متغیره برای نتیجه درمان انگیزشی بعد از سه ماه و شش ماه توسط حمایت اجتماعی ادراک شده

P	t	ضرایب استاندارد نشده		شاخص	ارزیابی
		Beta	خطای معیار		
۰/۳۳۴	-۰/۹۷۸		۱/۵۵	-۱/۵۱	سه ماه
۰/۰۰۱	۳/۸۸	۰/۵۳۸	۰/۰۳۵	۰/۱۹۷	
۰/۳۷۷	-۰/۸۹۴		۲/۲۰	-۱/۹۶	شش ماه
۰/۰۰۱	۳/۴۷	۰/۴۹۶	۰/۰۵	۰/۱۷۴	

تحلیل رگرسیون تک متغیره با روش ورود برای پیش‌بینی نتیجه درمان بعد از سه ماه و شش ماه از طریق ناگویی هیجانی انجام شد. با توجه به مقدار ضریب تعیین (R^2)، این عوامل حدود ۵ درصد از واریانس درمانی ترکیبی بعد از سه ماه را تبیین کردند. به علاوه

بررسی نقش پیش‌بین ناگویی طبیعی و حمایت اجتماعی ادراک شده در نتایج درمان دارویی، درمان انگیزشی و...

این نتیجه برای ارزیابی ۶ ماه ۵/۵ درصد بود. جدول شماره (۱۰)، نتایج تحلیل رگرسیون و ضریب تعیین برای نتیجه درمانی ترکیبی را توسط ناگویی هیجانی نشان می‌دهد. در ادامه، تحلیل رگرسیون مورد ارزیابی قرار گرفت. جدول شماره (۶) نتایج تحلیل رگرسیون تک‌متغیره را برای نتیجه درمان ترکیبی بعد از سه ماه و شش ماه نشان می‌دهد. مقادیر بتا و سطح معناداری نشان می‌دهد ناگویی هیجانی در نتیجه درمان ترکیبی بعد از سه ماه و شش ماه سهیم نیست و نتایج در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ معنی‌دار نشد.

جدول ۶: تحلیل رگرسیون تک‌متغیره برای نتیجه درمان ترکیبی بعد از سه ماه و شش ماه توسط ناگویی هیجانی

p	t	ضرایب استاندارد شده	ضرایب استاندارد نشده		شاخص	ارزیابی
		Beta	خطای معیار	B		
۰/۰۰۱	۴/۱۶		۱/۸۴	۷/۶۸	مقدار ثابت	سه ماه
۰/۱۲۰	-۱/۵۸	-۰/۲۴۱	۰/۰۲۹	۰/۰۴۷	ناگویی هیجانی	
۰/۰۰۱	۴/۸۳		۲/۰۱	۹/۷۲	مقدار ثابت	شش ماه
۰/۱۳۲	-۱/۵۳	۰/۲۳۳	۰/۰۳۲	-۰/۰۴۹	ناگویی هیجانی	

تحلیل رگرسیون تک‌متغیره با روش ورود برای پیش‌بینی نتیجه درمان بعد از سه ماه و شش ماه از طریق حمایت اجتماعی ادراک شده انجام شد. با توجه به مقدار ضریب تعیین (R^2)، این عوامل حدود ۲۰ درصد از واریانس نتیجه درمانی ترکیبی بعد از سه ماه را تبیین کردند ($p < ۰/۰۱$). همچنین، این مقدار برای ارزیابی بعد از شش ماه ۲۲ درصد بود ($p < ۰/۰۱$). در ادامه، تحلیل رگرسیون مورد ارزیابی قرار گرفت. جدول شماره (۷) نتایج تحلیل رگرسیون تک‌متغیره را برای نتیجه درمان ترکیبی نشان می‌دهد. مقادیر بتا و سطح معناداری نشان می‌دهد حمایت اجتماعی ادراک شده در نتیجه درمان ترکیبی بعد از سه ماه سهیم است ($P < ۰/۰۵$). این متغیر مطابق ($Beta = ۰/۴۴۹$) با افزایش یک انحراف استاندارد افزایش را در متغیر ملاک پیش‌بینی می‌کند. همچنین، در این جدول مشخص است که این عامل ۰/۴۸۲ درصد از یک انحراف استاندارد نتیجه درمان بعد از شش ماه را می‌تواند پیش‌بینی کند.

بررسی نقش پیش‌بین ناگویی طبیعی و حمایت اجتماعی ادراک شده در نتایج درمان دارویی، درمان انگیزشی و...

جدول ۲: تحلیل رگرسیون تک متغیره برای نتیجه درمان ترکیبی بعد از سه ماه و شش ماه توسط حمایت اجتماعی ادراک شده

P	t	ضرایب استاندارد شده	ضرایب استاندارد نشده		شاخص	ارزیابی
		Beta	خطای معیار	B		
۰/۸۷۷	۰/۱۵۶		۱/۴۲	۰/۲۲۱	مقدار ثابت	سه ماه
۰/۰۰۳	۳/۲۲	۰/۴۴۹	۰/۰۳۲	۰/۱۰۴	حمایت اجتماعی ادراک شده	
۰/۳۸۶	۰/۸۷۶		۱/۵۱	۱/۳۲	مقدار ثابت	شش ماه
۰/۰۰۱	۳/۵۲	۰/۴۸۲	۰/۰۳۵	۰/۱۲۲	حمایت اجتماعی ادراک شده	

بحث و نتیجه‌گیری

در بررسی پیش‌بینی‌پذیری نتایج درمان براساس ناگویی هیجانی، نتایج حاکی از امکان پیش‌بینی‌پذیری نتایج درمان به مداخله دارویی بعد از سه ماه و شش ماه بود و ناگویی هیجانی نتایج درمان‌های انگیزشی و ترکیبی را پس از سه و شش ماه نتوانست پیش‌بینی کند. ناگویی هیجانی به نارسایی در تجربه، بیان و تنظیم هیجان‌ها اطلاق می‌شود. امروزه ناگویی هیجانی را ترکیبی از چهار بعد می‌دانند. نارسایی در بیان احساسات و تمایز قائل شدن بین احساسات و ادراکات بدنی برانگیختگی هیجانی؛ نارسایی در توضیح دادن احساسات به دیگران؛ فرایندهای تصویری محدود؛ سبک شناختی یا جهت‌گیری بیرونی محرک وابسته (تیلور و همکاران، ۱۹۹۶). تیلور و همکاران (۱۹۹۶) معتقدند افراد مبتلا به ناگویی هیجانی ممکن است در تلاش برای رهایی از احساسات منفی خود از طریق اعمالی چون خوردن، مصرف داروهای محرک و رفتارهای بی‌اختیار واکنش نشان دهند. آن‌ها معتقدند نقص در خودتنظیم‌گری هیجان‌ها همبندی ناگویی هیجانی را با اختلال خوردن، سوء مصرف مواد، رفتارهای تکانشی، برون‌ریزی و قمار مرضی تبیین می‌کند (لومینت و همکاران، ۲۰۱۶). پژوهش‌ها مؤید این نکته است که در ناگویی هیجانی تمایل افراد به مصرف مواد به‌عنوان راهی برای ابراز هیجانی است و تجربیات کودکی در رابطه با والدین زمینه‌ساز بروز آن است (ایورن و همکاران، ۲۰۱۵).

بررسی نقش پیش‌بین ناگویی طبعی و حمایت اجتماعی ادراک شده در نتایج درمان دارویی، درمان انگیزشی و... افراد دارای ناگویی هیجانی از الکل و مواد مخدر به‌عنوان مکانیسم مقابله با استرس یا بهبود عملکرد بین‌فردی استفاده می‌کنند. مصرف الکل ارتباط هیجانی و کلامی آنها را تسهیل می‌کند و تجربه خوشایند مصرف در نهایت به وابستگی به آن منتهی می‌شود (قربانی و همکاران، ۲۰۱۷). در همین راستا تحقیقات نشان داده که میان راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی رابطه منفی و بین راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی رابطه مثبت معنادار وجود دارد (بشارت و همکاران، ۱۳۹۲).

تحقیقات نشان داد که ناگویی هیجانی نتایج درمان دارویی افسردگی اساسی، الکلیسم، اختلالات روانپزشکی ترکیبی (پروبوست و همکاران، ۲۰۱۷؛ کوئیلیتی و همکاران، ۲۰۱۷) را به شکل منفی پیش‌بینی می‌کند. نتیجه پژوهش حاضر نیز با یافته‌های پیشین مطابق است. برای تبیین یافته‌ها می‌توان به این نکته اشاره نمود هنگامی که این افراد تحت درمان دارویی اعتیاد قرار دارند، با توجه به این که درمانی برای ناگویی هیجانی انجام نمی‌گیرد، تجربه احساسات منفی و ناتوانمندی در شناسایی و تنظیم هیجان‌ها هم چنین مشکل در ایجاد ارتباط کلامی و عاطفی در روابط بین‌فردی نتیجه درمان را به شکل منفی تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. طبق تحقیقات پروبوست و همکاران (۲۰۱۷)، ناگویی هیجانی موجب ضعیف شدن نتیجه درمان در هر دو شکل روان‌پویشی سنتی و درمان‌های حمایتی می‌شود. به‌نظر می‌رسد عکس‌العمل منفی درمانگر نسبت به بیماران ناگو هیجان موجب می‌گردد این افراد هیجان مثبت کمتری را در درمان تجربه کنند. به همین علت ناگویی هیجانی به‌عنوان یک عامل مخرب در انواع روان‌درمانگری در نظر گرفته می‌شود و عکس‌العمل درمانگر به بیمار ناگو هیجان تأثیر درمان را به میزان نصف تا یک سوم کاهش می‌دهد (کوئیلیتی و همکاران، ۲۰۱۷). از دیگر سو در بیشتر روان‌درمانگری‌ها این تصور وجود که افراد به برخی از احساسات خود دسترسی دارند، بنابراین، بیمارانی که قادر به شناسایی، افتراق، و بیان احساسات خود و ارائه آن به درمانگران نیستند با یک چالش دشوار رو به رو خواهند شد و درمان‌هایی از این دست گزینه مناسبی برای افراد ناگویا هیجان نیستند (اگرونیچک و همکاران، ۲۰۱۱). با این حال، نظر به ماهیت درمان انگیزشی که مبتنی بر اصول بالینی نشان دادن همدلی، آشکار کردن ناهمخوانی، اجتناب از بحث، کنار آمدن با مقاومت و حمایت از خودکارآمدی و تمرکز بر تسهیل تغییر رفتار بیمار از طریق شناسایی و حل تردیدها

بررسی نقش پیش‌بین ناگویی طبعی و حمایت اجتماعی ادراک شده در نتایج درمان دارویی، درمان انگیزشی و... است (میلر و رولنیک، ۲۰۱۳)، احتمال می‌رود این عوامل تاثیر ناگویی هیجان بر درمان را تعدیل کرده‌اند از این رو نتایج درمان انگیزشی و درمان ترکیبی دارویی - انگیزشی بر اساس این متغیر قابل پیش‌بینی نبود.

بررسی پیش‌بینی‌پذیری نتایج درمان براساس حمایت اجتماعی ادراک شده حاکی از سهم بودن حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش‌بینی نتایج هر سه درمان انگیزشی، دارویی و ترکیبی پس از سه و شش ماه بود. نتایج این تحقیق با یافته‌های حبیبی و همکاران (۲۰۱۷)، بیرتل و همکاران (۲۰۱۷)، تامپسون (۲۰۱۷) و پانیانکو و همکاران (۲۰۱۶)، مبنی بر اهمیت حمایت اجتماعی ادراک شده جهت ارتقا بهبودی در معتادین همخوان است. حمایت اجتماعی از سه مؤلفه حمایت از جانب خانواده، دوستان و دیگر افراد مهم تشکیل شده است (حبیبی و همکاران، ۲۰۱۷) و تصور می‌شود که هر یک از این مؤلفه‌ها، رابطه‌ای متفاوت از دیگر مؤلفه‌ها با اعتیاد دارند. به‌عنوان مثال، حمایت اجتماعی بالا از جانب دوستان، در فرد بزرگسال با کاهش اعتیاد همراه است، اما در نوجوانان به افزایش خطر می‌انجامد. یا حمایت اجتماعی بالا از جانب خانواده‌ای که پدر یا مادر سابقه اعتیاد دارند، به افزایش احتمال اعتیاد فرزند منتهی می‌شود (اللهیار و همکاران، ۱۳۹۲)، اما حمایت اجتماعی بالا از جانب خانواده‌ای که سابقه اعتیاد ندارد، با کاهش احتمال ابتلای فرزند و در صورت ابتلا با افزایش احتمال درمان موفق همبسته است. نکته مهمی که درباره حمایت اجتماعی وجود دارد، ادراک فرد از آن است. به این معنی که درک فرد از محیط خویش از میزان حمایت تعیین‌کننده‌تر است، هر چند که واقعیت وجود حمایت اجتماعی نیز مهم است (بیرتل و همکاران، ۲۰۱۷). چنان‌چه پژوهش‌ها نشان داده‌اند حمایت اجتماعی ادراک شده از یک سو بر سلامت جسمانی و روانی موثر است و با کاهش آشفتگی روانی، کاهش اضطراب، افسردگی و افزایش بهزیستی روانی افراد را به همراه دارد (پانیانکو و همکاران، ۲۰۱۶) و از سوی دیگر به‌عنوان یک شاخصه مثبت اجتماعی از طریق افزایش خودکارآمدی و حرمت خود، همچنین با فراهم آوردن فرصت بازگشت به جامعه می‌تواند نقش مؤثری را جهت اثربخشی درمان‌های اعتیاد و جلوگیری از بازگشت به مصرف مواد ایفا کند (تامپسون، ۲۰۱۷). دوبکین و همکاران (۲۰۰۲) در مطالعه خود به‌منظور بررسی نقش حمایت اجتماعی کاربردی در ماندگاری و نتایج درمان سوءمصرف کنندگان مواد نشان

بررسی نقش پیش‌بین ناگویی طبعی و حمایت اجتماعی ادراک شده در نتایج درمان دارویی، درمان انگیزشی و... دادند که حمایت اجتماعی بالا یک پیش‌بینی‌کننده مثبت در ماندگاری درمان مصرف و یک پیش‌بینی‌کننده متوسط در کاهش مصرف الکل است. مطالعه صورت گرفته درخصوص اثر حمایت اجتماعی بر عود در سوء مصرف کنندگان الکل، مواد مخدر و سیگار نشان داد حمایت ساختاری بیشتر و پشتیبانی زوج تجربه شده جهت پرهیز از مصرف مجدد، پیش‌بینی‌کننده ریسک کمتر بازگشت هستند. تعامل بین ویژگی‌های مزاجی (هیجان خواهی، نوروزگرایی / اضطراب) و حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه با مصرف مواد نشان می‌دهد که هیجان خواهی و نوروزگرایی / اضطراب به شکل مثبتی با بیشتر پیامدهای مصرف مواد رابطه دارند. همچنین حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی دوستان رابطه‌ای مثبت و معناداری با بیشتر پیامدهای مصرف الکل و حشیش و رابطه‌ای منفی و معنادار با مصرف مواد سخت (موادی که منجر به وابستگی فیزیکی می‌شوند) دارد. در صورتی که حمایت اجتماعی ادراک شده از جانب دیگران مهم، با بیشتر پیامدهای الکل و حشیش رابطه منفی و معنادار دارد. رابطه بین هیجان خواهی با حجم الکل مصرفی، اختلال مصرف الکل و مصرف دیگر مواد غیرقانونی به استثناء حشیش، در افرادی که سطوح بالای حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی دوستان را گزارش می‌کردند قوی است. رابطه بین هیجان خواهی و مصرف گهگاه الکل در افراد با حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی دیگران مهم ضعیف بود. در واقع حمایت از جانب دوستان می‌تواند یک عامل خطر و حمایت از جانب دیگران مهم یک عامل بازدارنده در مصرف مواد باشد (استودر و همکاران، ۲۰۱۷). نتیجه پژوهش حسینی المدنی و همکاران (۱۳۹۲) در سه گروه از افراد معتاد، غیرمعتاد و بهبودیافته نیز نشان داد حمایت اجتماعی ادراک شده نقش مهمی در پیشگیری و درمان اعتیاد دارد.

به‌طور خلاصه یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده از جمله عوامل مؤثر در پیش‌بینی نتایج درمان دارویی و روانشناختی اعتیاد هستند. یافته‌های پژوهش حاضر فرضیه‌های دیگری را نیز مطرح می‌سازد. ۱- با توجه به نقش عوامل روانشناختی مؤثر در بروز اعتیاد، برنامه‌های پیشگیری یا آگاهی بخشی باید تقویت‌کننده کدامیک از جنبه‌های فردی باشد؟ ۲- نظر به اینکه آمادگی زیست‌شناختی نیز در بروز اعتیاد تأثیرگذار است، شروع آموزش‌های همگانی و آگاهی بخشی و تقویت منابع

بررسی نقش پیش‌بین ناگویی طبیعی و حمایت اجتماعی ادراک شده در نتایج درمان دارویی، درمان انگیزشی و...

روانشناختی افراد در چه سنی بیشترین تأثیر را خواهد داشت؟ ۳- نظر به حمایت اجتماعی ادراک شده که رابطه دو سویه بین فرد، خانواده و جامعه است، آیا اهمیت آموزش والدین مقدم بر آموزش خود افراد نیست؟ ۴- آیا مداخلات روانشناختی به تنهایی، مانند درمان دارویی بر مدارهای مغزی تأثیر گذارند؟ ۵- با توجه به این که ویژگی‌های روانشناختی پایه‌های زیستی دارند، تقویت کدام ویژگی تغییر زیستی ایجاد می‌کند؟

در مجموع نتایج پژوهش حاضر می‌تواند رهنمون پژوهش‌های جدیدتر به منظور گسترش دانش روانشناختی در زمینه عوامل مؤثر بر درمان اعتیاد به مواد گردد و به گسترش تبیین‌های روانشناختی این اختلال کمک کند. علاوه بر این، در سطح عملی و به خصوص بالینی، نتایج پژوهش کنونی می‌تواند به متخصصان بالینی به خصوص روانشناسان سلامت در حوزه پیشگیری از اختلال وابستگی به مواد، مدیریت و کاهش شدت مصرف و درمان کمک کند و از هزینه‌های تحمیل شده به افراد، خانواده‌های آنها، جامعه و سیستم بهداشت و درمان بکاهد. طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی است، بنابراین نمی‌توان روابط علی بین متغیرها برقرار کرد و در تفسیر یافته‌های پژوهش باید احتیاط نمود. روش نمونه‌گیری و محدود شدن اجرای پژوهش به سه مرکز ترک اعتیاد خصوصی در شهر یزد از جمله محدودیت‌های پژوهش کنونی است که بر اساس آن تعمیم یافته‌ها باید با احتیاط صورت گیرد. با توجه به طرح پژوهش حاضر که از نوع همبستگی است و نظر به دوسویه بودن برخی روابط پیشنهاد می‌شود، در مطالعات بعدی از طرح‌های علی-مقایسه‌ای استفاده شود.

پی‌نوشت‌ها:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1- Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorder | 2- alexithymia |
| 3- externally oriented thinking | 4- motivational interview |
| 5- express empathy | 6- develop discrepancy |
| 7- avoid argumentation | 8- roll with resistance |
| 9- support self-efficacy | 10- difficulty identifying feelings |
| 11- difficulty describing feelings | 12- externally oriented thinking |
| 13- internal consistency | 14- test-retest reliability |
| 15- concurrent validity | 16- emotional intelligence |
| 17- psychological well-being | 18- psychological distress |

بررسی نقش پیش‌بین ناگویی طبیعی و حمایت اجتماعی ادراک شده در نتایج درمان دارویی، درمان انگیزشی و...

19- confirmatory factor analysis
21- discriminant
23- The Emotional Empathy Scale

20- convergent
22- Mental Health Inventory
24- Positive and Negative Affect
Schedule

منابع و مآخذ فارسی:

الهیاری، عباسعلی؛ کاظمی، محمود؛ حیدری، سعید؛ پیکان حیرتی، حبیبه. (۱۳۹۲). سبک‌های دلبستگی و صفات شخصیتی در معتادان به مواد مخدر. فصلنامه روانشناسی سلامت، ۲، ۵۰-۶۰.

بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۵). پایایی و اعتباریابی مقیاس سلامت روانی (MHI). فصلنامه دانشور رفتار، ۱۶، ۱۱-۱۶.

بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۶). آسیب‌شناسی خانوادگی اعتیاد. تازه‌های روان‌درمانی، ۴۳، ۲۵-۴۰.

بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۶). ویژگی‌های روانسنجی و ساختار عامل مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده. گزارش پژوهش. دانشگاه تهران

بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۲). مقیاس ناگویی طبیعی تورنتو: پرسشنامه، روش اجرا و نمره‌گذاری (نسخه فارسی). روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، ۳۷، ۹۲-۹۰.

بشارت، محمدعلی؛ زاهدی تجربی، کمیل؛ و نوربالا، احمدعلی. (۱۳۹۲). مقایسه ناگویایی طبیعی و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران جسمانی‌سازی، بیماران اضطرابی و افراد عادی. روان‌شناسی معاصر، ۳۵، ۱۳-۳.

حسینی‌المدنی، س.، احدی، ح.، کریمی، ی.، بهرامی، ه. و معاضدیان، آ. (۱۳۹۱). مقایسه تاب‌آوری، سبک‌های هویتی، معنویت و حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد معتاد، غیرمعتاد و بهبودیافته. اعتیاد پژوهی، ۶، ۴۷-۴۶.

منابع و مآخذ خارجی:

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

بررسی نقش پیش‌بین ناگویی طبیعی و حمایت اجتماعی ادراک شده در نتایج درمان دارویی، درمان انگیزشی و...

- Bagby, R.M., Parker, J.D.A., & Taylor, G.J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research, 38*, 23-32.
- Barlow, D.H., & Durand, V.M. (2015). *Abnormal psychology: An integrative approach* (7th ed.). Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning.
- Bart, G. (2012). Maintenance Medication for Opiate Addiction: The Foundation of Recovery. *J Addict Dis, 31*, 207-225.
- Besharat, M.A. (2007a). Reliability and factorial validity of a Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports, 101*, 209-220.
- Birtela, M.D., Wood, L., & Kempac, N.J. (2017). Stigma and social support in substance abuse: Implications for mental health and well-being. *Psychiatry Research, 252*, 1-8.
- Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M., Lochner, C., & Seedat, S. (2008). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive Psychiatry, 49*, 195-201.
- Chou, K.L. (2000). Assessing Chinese adolescents' social support: The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Personality and Individual Differences, 28*, 299-307.
- Colder, C.R., Frndak, S., Lengua, L.J., Read, J.P., Hawk Jr., L.W., & Wieczorek, W.F. (2017). Internalizing and Externalizing Problem Behavior: a Test of a Latent Variable Interaction Predicting a Two-Part Growth Model of Adolescent Substance Use. *Journal of Abnormal Child Psychology, 20*, 1-12.
- Dhalem, N.W., Zimet, G.D., & Walker, R.R. (1991). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: A confirmation study. *Journal of Clinical Psychology, 47*, 756-761.
- Dobkin, P.L., Civita, M.D., Paraherakis, A., & Gill, K. (2002). The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction, 97*, 347-356.
- Dorard, G., Bungener, C., Phanb, O., Edel, Y., Corcos, M., & Berthoz, S. (2017). Is alexithymia related to cannabis use disorder? Results from a case-control study in outpatient adolescent cannabis abusers. *Journal of Psychosomatic Research. 95*, 74-80.
- Evren, C., Cinar, O., Evren, B., Umut, G., Can, Y., & Bozkurt, M. (2015). Relationship Between Alexithymia and Aggression in a Sample of Men with Substance Dependence. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni, 25*, 209-320.
- Ghorbania, F., Khosravani, B., Sharifi Bastan, F., & Jamaati Ardakani, R. (2017). The alexithymia, emotion regulation, emotion regulation difficulties, positive and negative affects, and suicidal risk in alcohol-dependent outpatients. *Psychiatry Research, 252*, 223-230.

بررسی نقش پیش‌بین ناگویی طبیعی و حمایت اجتماعی ادراک شده در نتایج درمان دارویی، درمان انگیزشی و ...

- Goodwin, R.D., & Stein, D.J. (2013). Anxiety disorders and drug dependence: Evidence on sequence and specificity among adults. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67, 167-173.
- Habibi, M., Darharaj, M., Kelly, A.B., Shahmiri, H., Malekianjabali, M., & Kheirolomoom, S.L. (2017). Drug Use in Soldiers: Family and Peer Contextual Associations. *Substance use and misuse*, 10, 1-7.
- Jiang, S., Wu, L., & Gao, X. (2017). Beyond face-to-face individual counseling: A systematic review on alternative modes of motivational interviewing in substance abuse treatment and prevention. *Addictive Behaviors*, 73, 216-235.
- Keefer, K.V., Taylor, G.J., Parker, J.D.A., & Bagby, R.M. (2017). Taxometric Analysis of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: Further Evidence That Alexithymia Is a Dimensional Construct. *Assessment*, 1, 1-12.
- Kerr, W.C., Ye, Y., Greenfield, T.K., Williams, E., Lui, C.K., Li, L., & Lown, A. E. (2017). Changes in heavy drinking following onset of health problems in a U.S. general population sample. *Preventive Medicine*, 95, 47-51.
- King, J.B., Sainski-Nguyen, A.M., & Bellows, B.K. (2016). Office-Based Buprenorphine Versus Clinic-Based Methadone: A Cost-Effectiveness Analysis. *Journal of pain & palliative care pharmacotherapy*, 30, 55-65.
- Kypri, K., Wilson, A., Attia, A., Sheeran, P., Miller, P., & McCambridge, K. (2016). Social Desirability Bias in the Reporting of Alcohol Consumption: A Randomized Trial. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 77(3), 526-531.
- Luminet, O., Cordovil de Sousa Uva, M., Fantini, C., & deTimary, P. (2016). The association between depression and craving in alcohol dependency is moderated by gender and by alexithymia factors. *Psychiatry Research*, 239, 28-38.
- Madson, M.B., Schumacher, J.A., Baer, J.S., & Martino, S. (2016). Motivational Interviewing for Substance Use: Mapping Out the Next Generation of Research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 65, 1-5.
- Mehrabian, A., & Epstein, N. (1972). A Measure of Emotional Empathy. *Journal of Personality*, 40, 525-543.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change*. New York: The Guilford Press.
- Morie, K.P., Yip, S.W., Nich, C., Hunkele, K., Carroll, K.M., & Potenza, M.N. (2016). Alexithymia and Addiction: A Review and Preliminary Data Suggesting Neurobiological Links to Reward/Loss Processing. *Current Addiction Reports*, 3, 239-248.
- Noteboom, A., Beekman, A.T.F., Vogelzangs, N., & Penninx, B.W.J.H. (2017). Personality and social support as predictors of first and recurrent episodes of depression. *Journal of Affective Disorders*, 190, 156- 161.

بررسی نقش پیش‌بین ناگویی طبیعی و حمایت اجتماعی ادراک شده در نتایج درمان دارویی، درمان انگیزشی و...

- Palmer, B. R., Gignac, G., Manocha, R., & Syough, C. (2004). A psychometric evaluation of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test Version 2.0. *Intelligence*, 33, 285-305.
- Pandey, R., Mandal, M.K., Taylor, G.J., & Parker, J.D.A. (1996). Cross-cultural alexithymia: Development and validation of a Hindi translation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 173-176.
- Panebianco, D., Gallupe, O., Carrington, P.J., & Colozzi, I. (2016). Personal support networks, social capital, and risk of relapse among individuals treated for substance use issues. *International Journal of Drug Policy*, 27, 146-153.
- Parker, J.D.A., Taylor, G.J., & Bagby, R.M. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 30, 107-115.
- Parker, J.D.A., Taylor, G.J., & Bagby, R.M. (2003). The 20-item Toronto Alexithymia Scale-III. Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 269-275.
- Probst, T., Sattel, H., Henningsen, P., Gündel, H., & Lahmann, C. (2017). Alexithymia as a Moderator of Treatment Outcomes in a Randomized Controlled Trial on Brief Psychodynamic Interpersonal Psychotherapy for Patients with Multisomatoform Disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86, 57-59.
- Quilty, L.C., Taylor, G.J., McBride, C., & Bagby, R.M. (2017). Relationships among alexithymia, therapeutic alliance, and psychotherapy outcome in major depressive disorder. *Psychiatry Research*, 254, 75-79.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (Eleventh edition.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Stanley, M.A., Beck, J.G., & Zebb, B.J. (1998). Psychometric properties of the MSPSS in older adults. *Aging and Mental Health*, 2, 186-193.
- Studer, J., Baggio, S., Dupuis, M., Mohler-Kuo, M., Daeppen, J.B., & Gmel, G. (2017). Substance Use in Young Swiss Men: The Interplay of Perceived Social Support and Dispositional Characteristics. *Journal Substance Use & Misuse*, 52, 798-810.
- Taylor, G.J., & Bagby, M. (2000). An overview of the alexithymia construct. In R. Bar-On & J.D.A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence* San Francisco: Jossey-Bass.
- Taylor, G.J., Parker, J.D., Bagby, R.M., & Bourke, M.P. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 561-568.

بررسی نقش پیش‌بین ناگویی طبیعی و حمایت اجتماعی ادراک شده در نتایج درمان دارویی، درمان انگیزشی و ...

- Terock, J., Hannemann, A., Janowitz, D., Völzke, H., Nauck, M., Freyberger, H., Wallaschofski, H., & Jörgen Grabe, H. (2017). Living alone and activation of the renin-angiotensin-aldosterone-system: Differential effects depending on alexithymic personality features. *Journal of Psychosomatic Research, 96*, 42-48.
- Thompson, W.E. (2017). Social Support, Religious Involvement and Alcohol Use among Students at a Conservative Religious University. *Behavioral sciences, 7*, 34, 1-12.
- Thorberg, F.A., Young, R.M., Lyvers, M., Sullivan, K.A., Hasking, P., London, E., Tyssen, R., Connor, J., & Feeney, G. (2017). Alexithymia in relation to alcohol expectancies in alcohol-dependent outpatients. *Psychiatry Research, 236*, 88-86.
- Tucker, J.S., D'Amico, E.J., Ewing, B.A., Miles, J.N.V., & Pedersen, E.P. (2017). A group-based motivational interviewing brief intervention to reduce substance use and sexual risk behavior among homeless young adults. *Journal of Substance Abuse Treatment, 76*, 20-27.
- Watson, D., Clarke, L.A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of personality and Social Psychology, 54*, 1063-1070.
- Zimet, D.G., Dahlem, N.W., Zimet, G.D., & Farley, K.G. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment, 25*, 30-41.