

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال نهم شماره ۳۳ بهار ۱۳۹۳

نقش تعدیل‌کننده ناگویی هیجانی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و شدت اختلال‌های مصرف مواد

محمدعلی بشارت^۱

سیده نجمه نوربخش^۲

رضا رستمی^۳

چکیده

نقص و نارسایی در مکانیسم‌های تنظیم عواطف و هیجان‌ها، سیستم‌های پردازشی را تحت تأثیر قرار داده مشکلات جدی سلامت و اختلال‌های روانشناختی می‌گردند. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تعدیل‌کننده ناگویی هیجانی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و شدت اختلال‌های مصرف مواد انجام شد. در این راستا، صدوبیست و دو بیمار مرد مبتلا به اختلال‌های مصرف مواد در این پژوهش شرکت کردند. از شرکت‌کنندگان خواسته شد مقیاس سبک‌های دلبستگی بزرگسال (AAI)، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20) و شاخص شدت اعتیاد (ASI) را تکمیل کنند. داده‌های پژوهش با استفاده از روش‌های توصیفی آماری و تحلیل رگرسیون چندمتغیره سلسله مراتبی تعدیلی مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج پژوهش نشان داد که سبک دلبستگی ایمن با ناگویی هیجانی و شدت اختلال‌های مصرف مواد رابطه منفی داشت و سبک‌های دلبستگی نایمن (اجتنابی و دوسوگرا) با ناگویی هیجانی و شدت اختلال‌های مصرف مواد رابطه مثبت داشتند. نتایج پژوهش همچنین نشان داد که ناگویی هیجانی رابطه بین سبک‌های دلبستگی و شدت اختلال‌های مصرف مواد را تعدیل می‌کند. در نتیجه نقش تعدیل‌کننده ناگویی هیجانی را می‌توان بر حسب مکانیسم‌های متنوعی چون ایجاد فاصله از هیجان‌های منفی، خود درمانی و تسهیل روابط کلامی و هیجانی تبیین نمود.

واژگان کلیدی: ناگویی هیجانی، دلبستگی، اختلال مصرف مواد، اعتیاد.

Email: besharat@ut.ac.ir

۱- استاد دانشگاه تهران (نویسنده مسئول)

۲- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران

۳- دانشیار دانشگاه تهران

مقدمه

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین درماندگی‌های روانی و مصرف مواد رابطه‌ای تنگاتنگ وجود دارد (کسل، استرود و پارونیس، ۲۰۰۳). دلایلی برای پذیرش نقش احتمالی نایمی دلبستگی^۱ در فرایند شکل‌گیری اختلال مصرف مواد وجود دارد (بشارت، غفوری و رستمی ۱۳۸۶؛ بشارت، میرزمانی و پورحسین، ۱۳۸۰). گروهی از نظریه پردازان، به خصوص آنهایی که دارای جهت‌گیری روان‌پویایی هستند، معتقدند که دلبستگی ضعیف در دوران اولیه کودکی باعث قرار گرفتن کودک در خطر مصرف مواد می‌شود (کوک، ۱۹۹۱). به نظر والانت (۱۹۹۵) افراد آسیب‌پذیر نسبت به مصرف الکل و مواد، متحمل غفلت در نیازهای دلبستگی‌شان شده‌اند که با مصرف الکل و مواد آن را به صورت مصنوعی جبران می‌کنند. دلبستگی ناایمن احتمالاً از طریق تنظیم عاطفه منفی (برای مثال مصرف مواد به منظور کاهش درماندگی هیجانی) به سوءمصرف مواد منجر می‌شود (کاسپرس، کادورت، لنگین، یوکویس و تروتمن، ۲۰۰۵؛ مکنالی، پالفی، لوین و مور، ۲۰۰۳). مکنالی و همکاران (۲۰۰۳) مدلی فرایندی را در رابطه بین سبک‌های دلبستگی بزرگسال و مصرف مواد (به ویژه الکل) بررسی کردند و نشان دادند که انگیزه مقابله با استرس (نوشیدن به منظور کاهش درماندگی هیجانی) در رابطه بین سبک دلبستگی و مصرف الکل نقش واسطه‌ای دارد.

پیوند عاطفی بین نوزاد و مادر، دلبستگی نامیده می‌شود (بالبی، ۱۹۶۹). بالبی (۱۹۶۹) معتقد است که رفتار جوارجویی^۲ آغاز شده در دوران اولیه نوزادی به وسیله سیستم رفتاری دلبستگی^۳ تنظیم می‌شود. این رفتار، عملکردی است برای به دست آوردن مراقبت و حمایت از فردی قوی‌تر و داناتر که نگاره دلبستگی^۴ نامیده می‌شود. هازن و شیور (۱۹۸۷)، مطالعات دلبستگی کودک را به منظور تعریف فرایند دلبستگی بزرگسالان مورد بازنگری قرار دادند و سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی^۵ و دوسوگرا^۶ را مشخص کردند.

1- attachment
3- attachment behavioral system
5- avoidant

2- proximity
4- attachment figure
6- ambivalence

اشخاص ایمن به راحتی روابط نزدیک برقرار می‌کنند و به‌عنوان افرادی تعریف می‌شوند که دارای قابلیت اعتماد به دیگران هستند و اضطراب جدایی کمتری را تجربه می‌کنند. افراد اجتناب‌گر در مورد صمیمیت و تعهد نگرانند. افراد دوسوگرا اشتیاق زیادی برای صمیمیت دارند، در عین حال ترس از طرد را تجربه می‌کنند.

یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که سبک دلبستگی نایمن، مخصوصاً اجتنابی، در بیماران وابسته به الکل شایع است (وانخانچینگ، شر، جکسون و پارا، ۲۰۰۴). طبق یافته‌های ذکر شده، بین سبک‌های دلبستگی در بزرگسالان و اختلال مصرف مواد رابطه وجود دارد. اما آیا این رابطه یک رابطه خطی ساده است یا عوامل دیگری در این رابطه نقش تعدیل‌کننده دارند؟ طبق شواهد موجود، به نظر می‌رسد متغیرهای روانشناختی متعدد مثل ناگویی هیجانی^۱ در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و اختلال‌های مصرف مواد نقش تعدیل‌کننده داشته باشند.

ناگویی هیجانی (سیفنوس، ۱۹۷۳؛ نمیا و سیفنوس، ۱۹۷۰)، به نارسایی در تجربه، بیان و تنظیم هیجان‌ها اطلاق می‌شود. ناگویی هیجانی، با نقص و نارسایی در چهار بعد به این شرح مشخص می‌شود: نارسایی در بیان احساسات و تمایز قائل شدن بین احساسات و ادراکات بدنی برانگیختگی هیجانی؛ نارسایی در توضیح دادن احساسات به دیگران؛ فرایندهای تجسمی محدود؛ سبک شناختی عینی با جهت‌گیری بیرونی - محرک محور^۲ (تیلور، بگی و پارکر، ۱۹۹۷).

ناگویی هیجانی عامل خطری برای اختلال‌های روانی و جسمی به‌شمار می‌رود (بشارت، الف، ۱۳۸۷؛ ب؛ تیلور و همکاران، ۱۹۹۷). بین ناگویی هیجانی و مشکلات بین شخصی رابطه وجود دارد (بشارت، الف؛ مگانک، وانپول و دسمت، ۲۰۰۸). مطالعات پیشین، رابطه ناگویی هیجانی را با سبک‌های بین شخصی سرد و اجتنابی نشان داده‌اند (وانپول، دسمت، مگانک و بوگارتس، ۲۰۰۷). ناگویی هیجانی با مصرف بیشتر الکل و اختلال‌های مصرف الکل مرتبط است (بیرت، ساندور، وایدا و بیرت، ۲۰۰۸؛ توربرگ، یونگ،

1- Alexithymia

2- stimulus-bound, externally orientated cognitive style

سولیون و لیورس، ۲۰۰۹؛ دریک و وانهل، ۲۰۰۶). بین ۴۵ تا ۶۷ درصد مصرف‌کنندگان الکل، دارای علائم ناگویی هیجانی شناخته شده‌اند (اورن، سار، اورن، سمیز، دالبوداک و همکاران، ۲۰۰۸؛ لواس، فریماکس، اوتمنی، لسرکل و دالاهوس، ۱۹۹۷). بعضی شواهد نشان داده‌اند که ناگویی هیجانی نتایج درمان اختلال مصرف الکل را به صورت منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد (زیولکوسکی، گراس و ریباکوسکی^۱، ۱۹۹۵؛ لواس و همکاران، ۱۹۹۷). مطالعه‌ای در مورد مردان وابسته به مواد در مصر نشان داد که اشخاصی که چند ماده مصرف می‌کنند از افرادی که تنها یک ماده مصرف می‌کنند، ناگو هیجان‌ترند (رشید، ۲۰۰۱). همچنین نتایج چند پژوهش رابطه مثبت ناگویی هیجانی و شدت اختلال مصرف الکل را تأیید کرده‌اند (سرو و هالسترم، ۱۹۹۷؛ هاویلند، شاو، کامینگز و مک مورای، ۱۹۸۸).

از سوی دیگر، بین سبک‌های دلبستگی و ناگویی هیجانی نیز رابطه وجود دارد. پژوهش‌های انجام شده در زمینه رابطه سبک‌های دلبستگی و نارسایی هیجانی نشان داده‌اند که ویژگی‌های مربوط به نارسایی هیجانی در سبک‌های دلبستگی ناایمن بیشتر است (بشارت، ۱۳۸۸ ب؛ تروسی، دارجنیو، پراچو و پتی، ۲۰۰۱؛ فناگی، گرگلی، جوریست و تارگت، ۲۰۰۲؛ کویمن، ولینگا، اسپینه‌اون، درایر، تریزبرگر و رویمان، ۲۰۰۴؛ مونته‌باروچی، کدیسپوتی، بالدارو و روسی، ۲۰۰۴). برناب و جیمز (۱۹۹۴) عوامل خانوادگی مرتبط با نارسایی هیجانی را بررسی کردند. نتایج آن پژوهش نشان داد که کودکانی که در محیط‌هایی بزرگ شده‌اند که از نظر جسمانی و هیجانی ناآرام و ناامن بوده و از آشکارسازی هیجان‌ها ممانعت به عمل می‌آمده، مقابله موفق با حالت‌های هیجانی‌شان را یاد نمی‌گیرند و در نتیجه از تجربه هیجان‌ها ناراحت می‌شوند. این دشواری‌ها و فقدان سرمشق‌های مناسب برای ابراز هیجان ممکن است به نگرانی و دوسوگرایی در ابراز احساسات منتهی شود. فوکونیشی و همکاران (۱۹۹۹) گزارش کردند که در مطالعه دانشجویان دارای تجربه مراقبت مادری ضعیف، آزمودنی‌ها، مخصوصاً در زمینه دشواری

1- Ziolkowski, Gruss & Rybakowski

ابراز احساسات، ویژگی‌های نارسایی هیجانی نشان دادند. کرامر و لودر (۱۹۹۵) معتقدند که دلبستگی نایمن می‌تواند فراگیری چگونه احساس کردن را با شکست مواجه کند و زمینه را برای ابتلا به نارسایی هیجانی هموار سازد. بشارت (۱۳۸۸ب) نشاد داد که بین سبک دلبستگی ایمن با نارسایی هیجانی و مولفه‌های آن رابطه منفی معنادار و بین سبک‌های دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا با نارسایی هیجانی و مولفه‌های آن رابطه مثبت معنادار وجود دارد. نتایج این پژوهش نشات داد که سبک دلبستگی اجتنابی می‌تواند تغییرات مربوط به "دشواری در توصیف احساسات" را تبیین کند، در حالی که سبک دلبستگی دوسوگرا توانست تغییرات مربوط به "دشواری در شناسایی احساسات" و "تفکر عینی" را پیش بینی کند.

با استناد به شواهد پژوهشی پیش گفته، پژوهش حاضر هدفی دوگانه را دنبال می‌کند: بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی و نارسایی هیجانی با شدت اختلال‌های مصرف مواد؛ و بررسی نقش تعدیل‌کننده ناگویی هیجانی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و شدت اختلال‌های مصرف مواد. با توجه به ملاحظات نظری و یافته‌های پژوهشی موجود در زمینه موضوع مورد بررسی، فرضیه‌های این پژوهش به شرح زیر بررسی شدند: ۱- سبک دلبستگی ایمن با ناگویی هیجانی و شدت اختلال‌های مصرف مواد رابطه منفی دارد؛ ۲- سبک‌های دلبستگی نایمن (اجتنابی و دوسوگرا) با ناگویی هیجانی و شدت اختلال‌های مصرف مواد رابطه مثبت دارد؛ ۳- ناگویی هیجانی با شدت اختلال‌های مصرف مواد رابطه مثبت دارد؛ ۴- ناگویی هیجانی رابطه بین سبک‌های دلبستگی و شدت اختلال‌های مصرف مواد را تعدیل می‌کند.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: جامعه آماری پژوهش، مردان مبتلا به اختلال‌های مصرف مواد مراجعه‌کننده به چهار مرکز درمان مصرف مواد در تهران، شامل کلینیک درمان مصرف مواد شهرداری منطقه ۸، شهرداری منطقه ۱۲، شهرداری منطقه ۱۷ و مرکز درمان مصرف مواد شمیم بود که در فاصله زمانی تیر ۸۹ تا آبان ۸۹ به این

مراکز مراجعه کرده بودند. نمونه این پژوهش شامل ۱۲۲ بیمار مرد بود که به روش هدفمند و بر حسب مراجعات متوالی^۱ به مراکز فوق در دوره زمانی ذکر شده انتخاب شدند. ملاک‌هایی جهت ورود آزمودنی‌ها به نمونه در نظر گرفته شد که عبارتند از ابتلا به اختلال مصرف مواد، داشتن حداقل ۱۷ و حداکثر ۶۵ سال سن، توانایی خواندن و نوشتن، نداشتن اختلال یا اختلال‌های همبود دیگر بر اساس خود گزارش‌دهی بیماران و اطلاعات ثبت شده در پرونده بیماران و نداشتن سابقه ضربه به سر که مستلزم بستری شدن بوده باشد. تعداد نمونه در پژوهش‌هایی که نقش تعدیل‌کننده را بررسی می‌کنند باید حداقل ۱۰۰ نفر باشد (فراهانی و عربی، ۱۳۸۴). بر این اساس، و با در نظر گرفتن معیارهای ذکر شده، ۱۲۲ بیمار مرد در پژوهش حاضر شرکت کردند. میانگین سنی آزمودنی‌ها ۳۲/۵ سال با دامنه ۱۹ تا ۶۳ سال و انحراف معیار ۸/۲۱ بود. بیمارانی که بر اساس معیارهای مورد نظر وارد پژوهش شدند، پرسشنامه‌های پژوهش را در یک مجموعه، به صورت انفرادی تکمیل کردند.

ابزارهای سنجش

مقیاس دلبستگی بزرگسال (AAI): مقیاس دلبستگی بزرگسال^۲، که با استفاده از مواد آزمون دلبستگی هازن و شیور (۱۹۸۷) ساخته و در مورد نمونه‌هایی از جمعیت‌های ایرانی هنجاریابی شده است (بشارت، ۱۳۸۴: ۲۰۱۱)، یک آزمون ۱۵ سؤالی است و سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا را در اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرت (خیلی کم=۱، کم=۲، متوسط=۳، زیاد=۴، خیلی زیاد=۵) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیرمقیاس‌های آزمون به ترتیب ۵ و ۲۵ خواهد بود. ضرایب آلفای کرونباخ پرسش‌های زیرمقیاس‌های ایمن، اجتنابی و دوسوگرا در مورد یک نمونه دانشجویی ($n=148$; $\alpha=0.86$ دختر، ۶۲۰ پسر) برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۴، ۰/۸۵، برای دانشجویان دختر ۰/۸۶، ۰/۸۳، ۰/۸۴ و برای دانشجویان پسر ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی^۳ خوب مقیاس دلبستگی بزرگسال است. ضرایب همبستگی بین

1- consecutive referrals
3- internal consistency

2- Adult Attachment Inventory

نمره‌های یک نمونه ۳۰۰ نفری از آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله چهار هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی^۱ محاسبه شد. این ضرایب در مورد سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۳، ۰/۸۴، برای دانشجویان دختر ۰/۸۶، ۰/۸۲، ۰/۸۵ و برای دانشجویان پسر ۰/۸۸، ۰/۸۳ و ۰/۸۳ محاسبه شد که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس است. روایی محتوایی^۲ مقیاس دلبستگی بزرگسال با سنجش ضرایب همبستگی بین نمره‌های پانزده نفر از متخصصان روانشناسی مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب توافق کندال برای سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۶۱ و ۰/۵۷ محاسبه شد. روایی همزمان^۳ مقیاس دلبستگی بزرگسال از طریق اجرای همزمان مقیاس‌های "مشکلات بین شخصی" و "حرمت خود کوپر اسمیت" در مورد یک نمونه ۳۰۰ نفری از آزمودنی‌ها ارزیابی شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در سبک دلبستگی ایمن و زیر مقیاس‌های مشکلات بین شخص همبستگی منفی معنادار (از $r = -0.61$ تا $r = -0.83$) و با زیرمقیاس‌های حرمت خود همبستگی مثبت معنادار (از $r = 0.39$ تا $r = 0.41$) وجود دارد. بین نمره آزمودنی‌ها در سبک‌های دلبستگی ناایمن و زیرمقیاس‌های مشکلات بین شخص همبستگی مثبت معنادار (از $r = 0.26$ تا $r = 0.45$) و با زیرمقیاس‌های حرمت خود همبستگی منفی و اما غیرمعنادار به دست آمد. این نتایج نشان‌دهنده روایی کافی مقیاس دلبستگی بزرگسال است. نتایج تحلیل عوامل نیز با تعیین سه عامل سبک دلبستگی ایمن، سبک دلبستگی اجتنابی و سبک دلبستگی دوسوگرا، روایی سازه^۴ مقیاس دلبستگی بزرگسال را مورد تأیید قرار داد (بشارت، ۱۳۸۴: ۲۰۱۱).

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20): مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو^۵ (بگی، پرکر و تیلور، ۱۹۹۴) یک آزمون ۲۰ سؤالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات^۶، دشواری در توصیف احساسات^۷، و تفکر عینی^۸ را در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت

1- test-retest reliability

3- concurrent validity

5- Toronto Alexithymia Scale-20

7- difficulty describing feelings

2- content validity

4- construct validity

6- difficulty identifying feelings

8- externally oriented thinking

لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. یک نمره کل نیز از جمع نمره‌های سه زیرمقیاس برای ناگویی هیجانی کلی محاسبه می‌شود. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس ناگویی هیجانی 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 هیجانی تورنتو-۲۰ (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 خوب مقیاس است. پایایی باز آزمایی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ($r=0/70$ تا $r=0/77$) برای ناگویی هیجانی کل و زیرمقیاس‌های مختلف تأیید شد. روایی همزمان مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ بر حسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی^۱، بهزیستی روانشناختی^۲ و درماندگی روانشناختی^۳ بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس ناگویی هیجانی کل با هوش هیجانی ($r=-0/70, P<0/001$)، بهزیستی روانشناختی ($r=-0/68, P<0/001$) و درماندگی روانشناختی ($r=0/44, P<0/001$) همبستگی معنادار وجود دارد. ضرایب همبستگی بین زیرمقیاس‌های ناگویی هیجانی و متغیرهای فوق نیز معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی تاییدی^۴ نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر عینی را در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ تأیید کردند (بشارت، ۲۰۰۷).

شاخص شدت اعتیاد (ASI) - شاخص شدت اعتیاد^۵ (مکلان، آلترمن، کاسیولا، متگر و اوپراین، ۱۹۹۲؛ مکلان، لایورسکی و کاسیولا، ۱۹۸۵) مصاحبه‌ای چندبعدی است که

1- emotional intelligence
3- psychological distress
5- Addiction Severity Index

2- psychological well-being
4- exploratory factor analysis

اطلاعاتی از جنبه‌های مختلف زندگی بیماران را که در مشکلات سوءمصرف مواد شرکت دارند، می‌سنجد. شاخص شدت اعتیاد وضعیت بیمار را در هفت زمینه شامل وضعیت‌های شغلی و مالی، پزشکی، خانوادگی و اجتماعی، قانونی، روانپزشکی، مصرف مواد و مصرف الکل می‌سنجد. در هر کدام از این زمینه‌ها فراوانی، شدت و مدت علائم و مشکلات در طول عمر و سی روز گذشته سنجیده می‌شود. چندین ویرایش از این ابزار ارائه شده که به زبان‌های مختلف ترجمه و اعتباریابی شده‌اند، که در میان آنها ویرایش شاخص شدت اعتیاد لایت^۱ به دلیل کوتاه‌تر بودن، کاربرد بیشتری دارد (مکلان و همکاران، ۲۰۰۶). دامنه نمرات شاخص شدت اعتیاد بین ۰ تا ۱ است (مکلان، گریفیت، پرنه و مکلان، ۱۹۸۶). مکلان و همکاران (۱۹۸۵) در پژوهشی روایی و پایایی شاخص شدت اعتیاد را آزمودند و آن را ابزاری معتبر با کاربرد پژوهشی و بالینی گسترده گزارش کردند.

یافته‌ها

در جدول ۱ ماتریس همبستگی پیرسون بین سبک‌های دلبستگی، ناگویی هیجانی و شدت اختلال‌های مصرف مواد نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود روابط بین متغیرها معنا دارند. این نتایج، فرضیه‌های اول تا سوم پژوهش را تأیید می‌کنند.

جدول (۱) ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیر	ناگویی هیجانی	شدت اختلال‌های مصرف مواد
دلبستگی ایمن	**-.۳۶	*.۴۱
دلبستگی دوسوگرا	*.۴۴	*.۳۶
دلبستگی اجتنابی	*.۳۰	*.۴۰
ناگویی هیجانی	-	*.۳۴

*همبستگی در سطح $p < 0/05$ معنادار است. **همبستگی در سطح $p < 0/001$ معنادار است.

نتایج تحلیل رگرسیون به منظور بررسی اثر تعدیل کننده ناگویی هیجانی در رابطه بین سبک دلبستگی ایمن و شدت اختلال‌های مصرف مواد در جدول ۲ نشان داده شده

1- ASI-Lite

است. نتایج تحلیل رگرسیون در مدل ۱ نشان می‌دهد که رابطه ناگویی هیجانی و دلبستگی ایمن با شدت اختلال‌های مصرف مواد ۰/۲۵۹ است و ۵/۱ درصد از واریانس شدت اختلال‌های مصرف مواد را به‌طور معنادار تبیین می‌کند. مدل ۲ میزان رابطه ناگویی هیجانی، دلبستگی ایمن و شدت اختلال‌های مصرف مواد را پس از ورود اثر تعدیل‌کننده ناگویی هیجانی نشان می‌دهد. با مقایسه مدل ۱ و ۲ مشخص می‌شود که ناگویی هیجانی باعث افزایش R^2 به میزان ۰/۰۶۴ شده که این میزان معنادار است ($\Delta R^2=0/064$, $\Delta F=8/755$, $P=0/004$). این مدل نشان می‌دهد که ۶/۴ درصد از واریانس مشاهده شده در نمرات شدت اختلال‌های مصرف مواد توسط اثر تعدیل‌کننده ناگویی هیجانی تبیین می‌شود.

جدول (۲) نتایج تحلیل رگرسیون بر اساس مدل ۱ و ۲

مدل	R	R^2 تعدیل شده	ΔR^2	ΔF	P
۱	۰/۲۵۹	۰/۰۵۱	۰/۰۶۷	۴/۲۸۴	۰/۰۱۶
۲	۰/۳۶۳	۰/۱۱۰	۰/۰۶۴	۸/۷۵۵	۰/۰۰۴

مدل ۱- متغیرهای پیش‌بین: ناگویی هیجانی و دلبستگی ایمن

مدل ۲- متغیرهای پیش‌بین: ناگویی هیجانی و دلبستگی ایمن و اثر تعدیل‌کننده ناگویی هیجانی در تبیین شدت اختلال‌های مصرف مواد

جدول ۳ ضرایب استاندارد و غیراستاندارد تحلیل رگرسیون را بر اساس مدل ۱ و ۲ نشان می‌دهد. ضرایب رگرسیون در مدل ۱ نشان می‌دهد که ناگویی هیجانی ($\beta=0/262$, $t=2/919$) و دلبستگی ایمن ($\beta=-0/27$, $t=-3/90$) می‌توانند به صورت معنادار واریانس شدت اختلال‌های مصرف مواد را تبیین کنند. ضرایب رگرسیون در مدل ۲ نشان می‌دهد که ناگویی هیجانی ($\beta=0/343$, $\beta=0/543$) نمی‌تواند واریانس شدت اختلال‌های مصرف مواد را تبیین کند، اما دلبستگی ایمن ($\beta=-0/240$, $t=-4/16$) و اثر تعدیل‌کننده ناگویی هیجانی ($\beta=0/649$, $t=2/959$) به‌طور معنادار واریانس شدت

اختلال‌های مصرف مواد را تبیین می‌کند؛ یعنی با افزایش دلبستگی ایمن، شدت اختلال‌های مصرف مواد کاهش و با افزایش ناگویی هیجانی، شدت اختلال‌های مصرف مواد افزایش می‌یابد. میزان رابطه شدت اختلال‌های مصرف مواد و دلبستگی ایمن توسط ناگویی هیجانی تعدیل می‌گردد؛ یعنی میزان رابطه شدت اختلال‌های مصرف مواد و دلبستگی ایمن به صورت معناداری به میزان ناگویی هیجانی بستگی دارد.

جدول (۳) ضرایب استاندارد و غیراستاندارد تحلیل رگرسیون بر اساس مدل ۱ و ۲

مدل	B	SE	β	T	P
ثابت	۱۳/۳۱۶	۲/۰۵۴	—	۶/۴۸۳	۰/۰۰۱
ناگویی هیجانی	۰/۰۷۸	۰/۰۲۷	۰/۲۶۲	۲/۹۱۹	۰/۰۰۴
دلبستگی ایمن	-۰/۰۸۲	۰/۰۲۱	-۰/۲۷	-۳/۹۰۰	۰/۰۰۱
ثابت	۱۴/۱۲۱	۲/۰۰۹	—	۷/۰۳۰	۰/۰۰۱
ناگویی هیجانی	۰/۱۰۲	۰/۰۶۶	۰/۳۴۳	۱/۵۴۳	۰/۱۲۶
دلبستگی ایمن	-۰/۰۷۵	۰/۰۱۸	-۰/۲۴۰	-۴/۱۶	۰/۰۰۱
اثر تعدیل کننده ناگویی هیجانی	۰/۰۱۶	۰/۰۰۵	۰/۶۴۹	۲/۹۵۹	۰/۰۰۴

نتایج تحلیل رگرسیون به منظور بررسی اثر تعدیل کننده ناگویی هیجانی در رابطه بین سبک دلبستگی دوسوگرا و شدت اختلال‌های مصرف مواد در جدول ۴ نشان داده شده است. نتایج تحلیل رگرسیون در مدل ۱ نشان می‌دهد که رابطه ناگویی هیجانی و دلبستگی دوسوگرا با شدت اختلال‌های مصرف مواد ۰/۲۵۹ است و ۵/۱ درصد از واریانس نمرات شدت اختلال‌های مصرف مواد را به صورت معنادار تبیین می‌کند. مدل ۲ میزان رابطه بین ناگویی هیجانی، دلبستگی دوسوگرا و شدت اختلال‌های مصرف مواد را پس از ورود اثر تعدیل کننده ناگویی هیجانی نشان می‌دهد. با مقایسه مدل ۱ و ۲ مشخص می‌شود که ناگویی هیجانی سبب افزایش R^2 به میزان ۰/۲۴۷ درصد شده که این میزان معنادار است ($\Delta R^2=0/247$ ، $\Delta F=42/574$ ، $P=0/001$). این مدل نشان می‌دهد که ۲۴/۷ درصد از واریانس مشاهده شده در نمرات شدت اختلال‌های مصرف مواد توسط اثر تعدیل کننده ناگویی هیجانی تبیین می‌شود.

جدول (۴) نتایج تحلیل رگرسیون بر اساس مدل ۱ و ۲

مدل	R	R ² تعدیل شده	ΔR^2	ΔF	P
۱	۰/۲۵۹	۰/۰۵۱	۰/۰۶۷	۴/۲۸۴	۰/۰۱۶
۲	۰/۵۶۱	۰/۲۹۷	۰/۲۴۷	۴۲/۵۷۴	۰/۰۰۰

مدل ۱- متغیرهای پیش‌بین: ناگویی هیجانی و دل‌بستگی دوسوگرا

مدل ۲- متغیرهای پیش‌بین: ناگویی هیجانی و دل‌بستگی دوسوگرا و اثر تعدیل‌کننده

ناگویی هیجانی تبیین شدت اختلال‌های مصرف مواد

جدول ۵ ضرایب استاندارد و غیراستاندارد تحلیل رگرسیون بر اساس مدل ۱ و ۲ را نشان می‌دهد. ضرایب رگرسیون در مدل ۱ نشان می‌دهد که ناگویی هیجانی ($\beta=۰/۲۶۲$)، $t=۲/۹۱۹$ و دل‌بستگی دوسوگرا ($\beta=۰/۳۱$)، $t=۳/۱۷$ واریانس شدت اختلال‌های مصرف مواد را به صورت معنادار تبیین می‌کنند. ضرایب رگرسیون مدل ۲ نشان می‌دهد که ناگویی هیجانی ($\beta=۰/۵۳۳$)، $t=۳/۶۹۴$ ، دل‌بستگی دوسوگرا ($\beta=۰/۴۲۹$)، $t=۳/۹۷۴$ و همچنین اثر تعدیل‌کننده ناگویی هیجانی ($\beta=۰/۹۹۵$)، $t=۶/۵۲۵$ واریانس شدت اختلال‌های مصرف مواد را به صورت معنادار تبیین می‌کند؛ یعنی با افزایش ناگویی هیجانی شدت اختلال‌های مصرف مواد افزایش می‌یابد. با افزایش دل‌بستگی دوسوگرا نیز شدت اختلال‌های مصرف مواد افزایش می‌یابد. میزان رابطه شدت اختلال‌های مصرف مواد و دل‌بستگی دوسوگرا توسط ناگویی هیجانی تعدیل می‌شود.

جدول (۵) ضرایب استاندارد و غیراستاندارد تحلیل رگرسیون بر اساس مدل ۱ و ۲

مدل	B	SE	β	T	P
ثابت	۱۳/۳۱۶	۲/۰۵۴	—	۶/۴۸۳	۰/۰۰۱
ناگویی هیجانی	۰/۰۷۸	۰/۰۲۷	۰/۲۶۲	۲/۹۱۹	۰/۰۰۴
دل‌بستگی دوسوگرا	۰/۰۸۹	۰/۰۲۸	۰/۳۱	۳/۱۷	۰/۰۰۱
ثابت	۱۹/۵۳۸	۲/۰۰۹	—	۹/۷۲۶	۰/۰۰۱
ناگویی هیجانی	۰/۱۵۹	۰/۰۴۳	۰/۵۳۳	۳/۶۹۴	۰/۰۰۱
دل‌بستگی دوسوگرا	۰/۶۱۷	۰/۱۵۵	۰/۴۲۹	۳/۹۷۴	۰/۰۰۱
اثر تعدیل‌کننده ناگویی هیجانی	۰/۰۳۳	۰/۰۰۵	۰/۹۹۵	۶/۵۲۵	۰/۰۰۱

نتایج تحلیل رگرسیون به منظور بررسی اثر تعدیل کننده ناگویی هیجانی در رابطه بین سبک دلبستگی اجتنابی و شدت اختلال های مصرف مواد در جدول ۶ نشان داده شده است. نتایج تحلیل رگرسیون در مدل ۱ نشان می دهد که رابطه ناگویی هیجانی و سبک دلبستگی اجتنابی با شدت اختلال های مصرف مواد ۰/۲۵۵ است و ۴/۹ درصد از واریانس شدت اختلال های مصرف مواد را به طور معنادار تبیین می کند. مدل ۲ میزان رابطه ناگویی هیجانی، سبک دلبستگی اجتنابی و شدت اختلال های مصرف مواد را پس از ورود اثر تعدیل کننده ناگویی هیجانی نشان می دهد. با مقایسه مدل ۱ و ۲ مشخص می شود که ناگویی هیجانی باعث افزایش R^2 به میزان ۰/۱۶۸ شده که این میزان معنادار است ($\Delta R^2=0/168$ ، $\Delta F=25/855$ ، $P=0/001$). این مدل نشان می دهد که ۱۶/۸ درصد از واریانس مشاهده شده در نمرات شدت اختلال های مصرف مواد توسط اثر تعدیل کننده ناگویی هیجانی تبیین می شود.

جدول (۶) نتایج تحلیل رگرسیون بر اساس مدل ۱ و ۲

مدل	R	R^2 تعدیل شده	ΔR^2	ΔF	P
۱	۰/۲۵۵	۰/۰۴۹	۰/۰۶۵	۴/۱۳۰	۰/۰۱۸
۲	۰/۴۸۳	۰/۲۱۳	۰/۱۶۸	۲۵/۸۵۵	۰/۰۰۱

مدل ۱- متغیرهای پیش بین: ناگویی هیجانی و سبک دلبستگی اجتنابی

مدل ۲- متغیرهای پیش بین: ناگویی هیجانی و سبک دلبستگی اجتنابی و اثر تعدیل کننده ناگویی هیجانی در تبیین شدت اختلال های مصرف مواد

جدول ۷ ضرایب استاندارد و غیراستاندارد تحلیل رگرسیون را بر اساس مدل ۱ و ۲ نشان می دهد. ضرایب رگرسیون در مدل ۱ نشان می دهد که ناگویی هیجانی ($\beta=0/255$)، $t=2/867$ و دلبستگی اجتنابی ($\beta=0/29$ ، $t=4/57$) می توانند به صورت معنادار واریانس شدت اختلال های مصرف مواد را تبیین کنند. ضرایب رگرسیون در مدل ۲ نشان می دهد که ناگویی هیجانی ($\beta=3/792$ ، $t=5/415$)، دلبستگی اجتنابی ($\beta=0/618$ ، $t=4/046$) و اثر تعدیل کننده ناگویی هیجانی ($\beta=-3/678$ ، $t=-5/085$) به طور معنادار واریانس شدت

اختلال‌های مصرف مواد را تبیین می‌کند؛ یعنی با افزایش ناگویی شدت اختلال‌های افزایش می‌یابد. با افزایش دلبستگی اجتنابی نیز شدت اختلال‌های مصرف مواد افزایش می‌یابد. میزان رابطه شدت اختلال‌های مصرف مواد و دلبستگی اجتنابی توسط ناگویی هیجانی تعدیل می‌شود؛ یعنی میزان رابطه شدت اختلال‌های مصرف مواد و دلبستگی اجتنابی به صورت معناداری به میزان ناگویی هیجانی بستگی دارد. بر اساس نتایج تحلیل‌های رگرسیون، نقش تعدیل‌کننده ناگویی هیجانی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و شدت اختلال‌های مصرف مواد، یعنی فرضیه چهارم پژوهش، تأیید می‌شود.

جدول (۷) ضرایب استاندارد و غیراستاندارد تحلیل رگرسیون بر اساس مدل ۱ و ۲

مدل	B	SE	β	T	P
ثابت	۱۵/۳۷۹	۱/۶۷۳	—	۹/۱۹۴	۰/۰۰۱
ناگویی هیجانی	۰/۰۷۶	۰/۰۲۷	۰/۲۵۵	۲/۸۶۷	۰/۰۰۵
دلبستگی اجتنابی	۰/۰۶۴	۰/۰۱۴	۰/۲۹	۴/۵۷	۰/۰۰۱
ثابت	۰/۵۸۱	۳/۲۸۴	—	۰/۱۷۷	۰/۸۶۰
ناگویی هیجانی	۱/۱۳۲	۰/۲۰۹	۳/۷۹۲	۵/۴۱۵	۰/۰۰۱
دلبستگی اجتنابی	۰/۸۱۶	۰/۲۰۲	۰/۶۱۸	۴/۰۴۶	۰/۰۰۱
اثر تعدیل‌کننده ناگویی هیجانی	-۰/۰۶۴	۰/۰۱۳	-۳/۶۷۸	-۵/۰۸۵	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که سبک دلبستگی ایمن با ناگویی هیجانی و شدت اختلال‌های مصرف مواد رابطه منفی معنادار و سبک‌های دلبستگی نایمن (اجتنابی و دوسوگرا) با ناگویی هیجانی و شدت اختلال‌های مصرف مواد رابطه مثبت معنادار دارند. نتایج این پژوهش همچنین نشان داد که بین ناگویی هیجانی و شدت اختلال‌های مصرف مواد رابطه مثبت معنادار وجود دارد. این نتایج که به ترتیب فرضیه‌های اول تا سوم پژوهش را تأیید می‌کنند و با یافته‌های پژوهش‌های قبلی (بشارت، ۱۳۸۸؛ بشارت و همکاران، ۱۳۸۸، ۱۳۸۶؛ تروپسی و همکاران، ۲۰۰۱؛ توربرگ و لیورس، ۲۰۰۵؛ فناگی و همکاران، ۲۰۰۲؛ کاسپرس و همکاران، ۲۰۰۵؛ کسیدی و شیور، ۱۹۹۹؛ کویمین و همکاران، ۲۰۰۴؛

مکنالی و همکاران، ۲۰۰۳؛ مونتاباروچی و همکاران، ۲۰۰۴) مطابقت دارند، بر حسب احتمالات زیر تبیین می‌شوند:

حساسیت و پاسخدهی مادر (یا کسانی که مراقبت اولیه از کودک را بر عهده دارند) به حالت‌های هیجانی کودک، تعیین‌کننده اصلی یادگیری روش تنظیم عواطف و رابطه با دیگران است (بالبی، ۱۹۶۹؛ برترتون، ۱۹۸۵؛ تنانت، ۱۹۸۸). شواهد نشان می‌دهند که نوزادان پس از سه ماهگی نسبت به دریافت نشانه‌های بیرونی از جمله پاسخ‌های چهره‌ای و آوایی مراقب، حساسیت و سوگیری پیدا می‌کنند. این نشانه‌ها نقشی مهم در آموزش تنظیم درماندگی‌های نوزادبازی می‌کنند (گرگلی و واتسون، ۱۹۹۷). کودکان ایمن پاسخدهی بهینه و منسجم از مراقب اولیه تجربه می‌کنند و می‌آموزند که ابراز متعادل هیجان‌ها پیامدهای مثبت دارد. بر این اساس، حساسیت و پاسخدهی مادرانه، که در عین حال از مقومات دلبستگی ایمن محسوب می‌شوند (بالبی، ۱۹۶۹، ۱۹۸۸؛ اینسورث و همکاران، ۱۹۷۸)، از طریق تشکیل و استقرار سبک دلبستگی ایمن در کودک، امکانات لازم را برای تنظیم عواطف در اختیار وی قرار می‌دهند. این توانمندی‌ها، رابطه منفی سبک دلبستگی ایمن با ناگویی هیجانی را، که مشخصه اصلی آن نقص و ناتوانی در خود تنظیم‌گری هیجانی است (کریتلر، ۲۰۰۲)، تبیین می‌کند. از سوی دیگر، مراقبت نابسند و ضعف و ناتوانی در حساسیت و پاسخدهی مادرانه به الگوی رفتار دلبستگی ناایمن (اجتنابی و دوسوگرا) منتهی می‌شود و مانع تحول مهارت‌های مؤثر تنظیم عاطفه می‌گردد. نارسایی در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش و تنظیم هیجان‌ها در افراد ناایمن محصول این مراقبت نابسند محسوب می‌شود (بشارت، ۱۳۸۸ ب).

یافته‌های پژوهشی همچنین نشان داده‌اند که تجربه‌های کودکی با مراقبانی که هیجان‌هایشان را نشان نمی‌دهند و ابراز نمی‌کنند، یا کسانی که هیجان‌های در حال تحول و شکل‌گیری کودک را به رسمیت نمی‌شناسند و با هیجان‌های کودک خوب رفتار نمی‌کنند، می‌تواند تأثیری عمیق بر تنظیم عاطفه در مراحل بعدی زندگی داشته باشد (بگی و تیلور، ۱۹۹۷). نتایج پژوهش برنهام و جیمز (۱۹۹۴) نشان داد که کودکانی که در

محیط‌هایی بزرگ شده‌اند که از نظر جسمانی و هیجانی ناآرام و ناامن بوده و از آشکارسازی هیجان‌ها ممانعت به عمل آمده، مقابله موفق با حالت‌های هیجانی‌شان را یاد نمی‌گیرند و در نتیجه از تجربه هیجان‌ها ناراحت می‌شوند. این دشواری‌ها و فقدان سرمشق‌های مناسب برای ابراز هیجان ممکن است به نگرانی و دوسوگرایی در ابراز احساسات منتهی شود. پژوهش‌های انجام شده در مورد نوجوانان و بزرگسالان (روتبار و شیور، ۱۹۹۴؛ هیندی و شوارتز، ۱۹۹۴) نشان داده‌اند که افراد دارای سبک دلبستگی ایمن، سطوح پایین‌تری از عواطف منفی گزارش می‌کنند و روابط مستحکم با دیگران، کسانی که موقع درماندگی هیجانی برای دریافت حمایت به آنها مراجعه می‌کنند، برقرار می‌سازند. افراد دارای سبک دلبستگی ناایمن، در مقایسه با ایمن‌ها سطوح پایین‌تری از عواطف مثبت را تجربه می‌کنند و در توانایی خودتنظیم‌گری اضطراب، افسردگی و سایر عواطف منفی ناتوانی نشان می‌دهند (پارکر، ۱۹۸۲). مطابق این یافته‌ها، تجربه‌های هیجانی کودکی نقشی تعیین‌کننده در کنش‌وری یا نارسا کنش‌وری‌های هیجانی بازی می‌کنند. بستر اصلی این تأثیرگذاری، سبک دلبستگی فرد است که بر حسب آن تجربه‌ها شکل می‌گیرند و از طریق مدل‌های درون‌کاری درونی می‌شوند و استمرار می‌یابند (برمن و اسپرلینگ، ۱۹۹۴). به این ترتیب، سبک دلبستگی ایمن با کنش‌وری‌ها و توانمندی‌های هیجانی و سبک‌های دلبستگی ناایمن با نارساکنش‌وری‌ها و ناتوانایی‌های هیجانی در ارتباط قرار می‌گیرند.

در راستای تاثیرات مثبت یا منفی سبک‌های دلبستگی ایمن و ناایمن بر تنظیم عواطف و هیجان‌ها (بالبی، ۱۹۶۹؛ برترتون، ۱۹۸۵؛ تنانت، ۱۹۸۸)، می‌توان رابطه سبک‌های دلبستگی با شدت اختلال‌های مصرف مواد را نیز توجیه کرد. بی‌توجهی مادر نسبت به نیازهای فرزند باعث می‌شود خودتنظیم‌گری با موفقیت انجام نشود و ساختارهای روانی مرتبط با کنترل درونی رفتار شکل نگیرند. در نتیجه، این افراد به امور و اشیای بیرونی وابستگی پیدا می‌کنند و مصرف مواد یکی از شیوه‌های جبران کمبودهای درونی آنها محسوب می‌شود. اشخاص دارای دلبستگی ایمن از جلب حمایت‌های اجتماعی برای مقابله با استرس‌های هیجانی استفاده می‌کنند، در حالی که اشخاص دارای دلبستگی

ناایمن از روش‌های دیگر مانند سوء‌مصرف الکل یا دارو برای مقابله با این موقعیت‌ها کمک می‌گیرند (برنان و شیور، ۱۹۹۵؛ کاسپرس و همکاران، ۲۰۰۵؛ کسل، واردل و روبرتس، ۲۰۰۷؛ مکنالی و همکاران، ۲۰۰۳). احتمالاً جستجوی حمایت‌های اجتماعی هنگام مواجهه با استرس‌های هیجانی در افراد ایمن خطر ابتلا به اختلال‌های مصرف مواد را کاهش می‌دهد (بشارت و همکاران، ۱۳۸۶). اشخاص ناایمن، نگرش‌های منفی در مورد کارآمدی خودشان دارند که به حرمت خود آنها آسیب می‌رساند. حرمت خود ضعیف زمینه‌ساز مصرف بیشتر مواد می‌شود؛ اقدامی که می‌تواند برای تعدیل استرس و کاهش عواطف منفی صورت گیرد (کسل و همکاران، ۲۰۰۷). اشخاص دارای سبک دلبستگی ایمن، برعکس، تجسمی مثبت و حمایتگر از نگاره دلبستگی دارند. این تجسم مثبت، احساس خودارزشمندی و خودکارآمدی را افزایش می‌دهد و به فرد کمک می‌کند تا عواطف منفی خود را به شیوه‌ای سازنده تعدیل نمایند (کسیدی و شیور، ۱۹۹۹). براین اساس، می‌توان احساس خودارزشمندی و خودکارآمدی را به عنوان یکی از مکانیسم‌های تأثیرگذار بر کاهش شدت ابتلا به سوء مصرف مواد در نظر گرفت.

در خصوص رابطه ناگویی هیجانی و شدت اختلال‌های مصرف مواد، می‌توان این احتمال را مطرح کرد که مواد اعتیاد آور برای اجتناب از هیجان‌های منفی مصرف می‌شوند و به فرد کمک می‌کنند که از این طریق از هیجان‌های منفی فاصله بگیرد. بر همین اساس، کوک (۱۹۹۱) معتقد است از تجربه‌های قدرتمند تقویت‌کننده برای اعتیاد فرد آنهایی است که فرد را از موقعیت‌های هیجانی منفی دور می‌کنند. در همین راستا، جیمت (۱۹۹۴) به نقل از پیرهامبرت، بیدر، میلکوویچ، مازت، آمار و همکاران، ۲۰۰۲ نشان داد که مصرف مواد روانگردان، مانند خود درمانگری، با هدف کاهش اضطراب و افسردگی صورت می‌گیرد. ریباکوسکی و همکاران (۱۹۸۸) معتقدند که مصرف الکل می‌تواند راهی برای تسکین در موقعیت‌های استرس‌زا در افراد مبتلا به ناگویی هیجانی باشد و در نتیجه مصرف الکل ارتباط هیجانی و کلامی این افراد را تسهیل کند و تجربه خوشایند مصرف الکل در نهایت به وابستگی به این ماده منتهی شود (اوزان، ۲۰۰۳). تیلور و همکاران

(۱۹۹۷) 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، همایندی ناگویی هیجانی را با اختلال خوردن، سوءمصرف مواد، رفتارهای تکانشی، برون‌ریزی و قمار مرضی تبیین می‌کند (رز، ۲۰۰۲). از آنجا که افراد ناگوهیجان اغلب در موقعیت‌های اجتماعی احساس نامطلوبی دارند و مطالعات نشان می‌دهد که با افزایش ناگویی هیجانی مشکلات بین شخصی افزایش می‌یابد (بشارت، ۱۳۸۸ الف)، بعضی محققان معتقدند که این افراد از الکل و داروها برای مقابله با استرس و یا بهبود عملکرد بین شخصی استفاده می‌کنند که احتمالاً می‌تواند افزایش شدت اختلال‌های مصرف مواد در افراد ناگوهیجان را تبیین کند. رابطه بین ناگویی هیجانی و شدت اختلال مصرف مواد در پژوهش‌های پیشین نیز گزارش شده است (ازان، ۲۰۰۳؛ توربرگ و همکاران، ۲۰۱۱؛ سسرو و هالسترم، ۱۹۹۷؛ هاویلند و همکاران، ۱۹۹۱).

نتایج این پژوهش نشان داد که ناگویی هیجانی رابطه بین سبک‌های دلبستگی و شدت اختلال‌های مصرف مواد را تعدیل می‌کند. این نتایج، فرضیه چهارم پژوهش را تایید می‌کند. نقش تعدیل‌کننده ناگویی هیجانی که بر حسب نوع سبک دلبستگی تضعیف یا تقویت می‌شود و شدت ابتلا به اختلال‌های مصرف مواد را کاهش یا افزایش می‌دهد، به شرح زیر تبیین می‌شود: در شرایطی که دلبستگی ایمن باشد، ناگویی هیجانی تحت تأثیر ویژگی‌های این سبک از دلبستگی مثل توانمندی فرد برای خودتنظیم‌گری و تنظیم عواطف و هیجان‌ها، کاهش می‌یابد و اثر تعدیل‌کننده آن در رابطه بین سبک دلبستگی ایمن و شدت اختلال مصرف مواد نیز کمتر می‌شود. تأثیر ۶/۴ درصدی ناگویی هیجانی در رابطه بین سبک دلبستگی ایمن و شدت اختلال مصرف مواد در مقایسه با تأثیر ۲۴/۷ درصدی سبک دلبستگی دوسوگرا و تأثیر ۱۶/۸ درصدی سبک دلبستگی اجتنابی مؤید این تبیین است. در شرایطی که سبک دلبستگی نایمن باشد، ناگویی هیجانی تحت تأثیر ویژگی‌های این سبک از دلبستگی مثل ناتوانمندی فرد برای

خودتنظیم‌گری و تنظیم عواطف و هیجان‌ها، افزایش می‌یابد و اثر تعدیل‌کننده آن در رابطه بین سبک دلبستگی ناایمن و شدت اختلال مصرف مواد نیز بیشتر می‌شود.

مکانیسم‌های تأثیرگذاری ناگویی هیجانی را می‌توان بر اساس فرضیه خوددرمانی (کانزیان، ۱۹۸۵)، دوری از هیجان‌های منفی و تسهیل روابط کلامی و فردی (ریباکوسکی و همکاران، ۱۹۸۸) توضیح داد. طبق فرضیه خوددرمانی، مصرف مواد ابتدا با هدف خوددرمانگری درماندگی‌های روانشناختی صورت می‌گیرد و به تدریج خود به اختلال مصرف مواد تبدیل می‌شود. طبق فرضیه فاصله‌گیری از هیجان‌های منفی، مواد اعتیادآور برای اجتناب از هیجان‌های منفی مصرف می‌شوند و به فرد کمک می‌کنند که از این طریق از هیجان‌های منفی فاصله بگیرد، اما تأثیر تقویت‌کننده مصرف مواد همزمان با ایجاد فاصله از استرس‌ها وی را به اختلال مصرف مواد مبتلا می‌سازد (کوک، ۱۹۹۱). بر اساس فرضیه تسهیل روابط کلامی و عاطفی، مصرف مواد در موقعیت‌های استرس‌زا، فرد مبتلا به ناگویی هیجانی را به آرامش موقت می‌رساند تا در سایه این آرامش بتواند ارتباط هیجانی و کلامی برقرار کند. تجربه خوشایند مصرف مواد همزمان با آرامش و توانمندی برقراری روابط کلامی و عاطفی، در نهایت به وابستگی به این مواد منتهی شود (اوزان، ۲۰۰۳).

جامعه آماری این پژوهش که به چهار مرکز درمان مصرف مواد در تهران محدود می‌شود؛ نمونه مورد مطالعه پژوهش که تنها مردان دارای اختلال‌های مصرف مواد بودند؛ و داوطلب بودن شرکت‌کنندگان در پژوهش، محدودیت‌های این پژوهش محسوب می‌شوند. بر این اساس، لازم است در تعمیم نتایج به کل جمعیت بیماران مبتلا به اختلال‌های مصرف مواد، احتیاط شود.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۲/۰۵/۲۷
تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۲/۰۸/۲۰
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۱/۲۴

References

منابع

- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۴). *هنجاریابی مقیاس دلبستگی بزرگسال*، گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۷الف). *رابطه نارسایی هیجانی با اضطراب، افسردگی، درماندگی روانشناختی و بهزیستی روانشناختی*، *مجله روانشناسی دانشگاه تبریز*، ۱۰، ۱۷-۴۰.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۷ب). *نارسایی هیجانی و سبک‌های دفاعی، اصول بهداشت روانی*، ۳۹، ۱۹۰-۱۸۱.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۸الف). *ناگویی هیجانی و مشکلات بین شخصی*، *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*، ۳۵، ۱۴۶-۱۲۹.
- بشارت، محمد علی (۱۳۸۸ب). *سبک‌های دلبستگی و نارسایی هیجانی*، *پژوهش‌های روانشناختی*، ۲۴، ۶۳-۸۰.
- بشارت، محمدعلی؛ غفوری، بهاره و رستمی، رضا (۱۳۸۶). *مقایسه سبک‌های دلبستگی بیماران مبتلا به اختلال‌های مصرف مواد و افراد غیرمبتلا*، *پژوهش در پزشکی*، ۳۱، ۲۶۵-۲۷۱.
- بشارت، محمدعلی؛ میرزمانی، محمود؛ پورحسین، رضا (۱۳۸۰). *نقش متغیرهای خانوادگی در پدیدآیی اختلال‌های مصرف مواد*، *مجله اندیشه و رفتار*، ۳، ۴۶-۵۲.
- فراهانی، حجت‌اله؛ عریضی، حمیدرضا (۱۳۸۴). *روش‌های پیشرفته پژوهش در علوم انسانی*، اصفهان: جهاد دانشگاهی.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*, Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- 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.
- Bagby, R.M., & Taylor (1997). Affect Dysregulation and Alexithymia, In G.J. Taylor, R.M. Bagby, & J.D.A. Parker (Eds.), *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness* (pp. 26-45). Cambridge: University Press.
- Berenbaum, H., & James, T. (1994). Correlates and Retrospectively Reported Antecedents of Alexithymia, *Psychosomatic Medicine*, 56, 353-359.

-
- Besharat, M.A. (2007). Reliability and Factorial Validity of Farsi Version of the Toronto Alexithymia Scale with a Sample of Iranian Students, *Psychological Reports*, 101, 209-220.
- Besharat, M. A. (2011). Development and Validation of Adult Attachment Inventory, *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 30, 475-479.
- Birt, M., Sandor, V., Vaida, A., & Birt, M.E. (2008). Alexithymia, a Risk Factor in Alcohol Addiction? A Brief Research Report on Romanian Population, *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 8(2), 217-225.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Volume 1*. New York, NY: Basic Books, Inc.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*, New York: Basic Books.
- Berman, W.H., & Sperling, M.B. (1994). The Structure and Function of Adult Attachment, In M.B. Sperling, & W.H. Berman (Eds.), *Attachment in Adults: Clinical and Developmental Perspectives*, New York, London: The Guilford Press.
- Brennan, K.A., & Shaver, P.R. (1995). Dimensions of Adult Attachment, Affect Regulation, and Romantic Relationship Functioning, *Personality & Social Psychology Bulletin*, 21, 267-283.
- Bretherton, I. (1985). Attachment Theory: Retrospect and Prospect, In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing Points of Attachment Theory and Research, Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 1-2, Serial No. 299, 3-35.
- Caspers, K.M., Cadoret, R.J., Langbehn, D., Yucuis, R., & Troutman, B. (2005). Contributions of Attachment Style and Perceived Social Support to Lifetime Use of Illicit Substances, *Addictive Behaviors*, 30, 1007-1011.
- Cassidy, J., & Shaver, P.R. (1999). *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Application*, New York: Guilford Press.
- Cecero, J.J., & Holmstrom, R.W. (1997). Alexithymia and Affect Pathology among Adult Male Alcoholics, *Journal of Clinical Psychology*, 53(3), 201-208.
-

- Cook, D. (1991). Shame, Attachment, and Addictions: Implications for Family Therapists, *Contemporary Family Therapy*, 13, 405-419.
- De Rick, A., & Vanheule, S. (2006). The Relationship between Perceived Parenting, Adult Attachment Style, and Alexithymia in Alcoholic Inpatients, *Addictive Behaviors*, 31(7), 1265-1270.
- Evren, C., Sar, V., Evren, B., Semiz, U., Dalbudak, E., & Cakmak, D. (2008). Dissociation and Alexithymia among Men with Alcoholism, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(1), 40-47.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Metallization, and the Development of the Self*, New York: Other Press.
- Fukunishi, I., Sei, H., Morita, Y., & Rahe, R.H. (1999). Sympathetic Activity in Alexithymics with Mother's Low Care, *Journal of Psychosomatic Research*, 6, 579-589.
- Gergely, G., & Watson, J.S. (1996). The Social Biofeedback Theory of Parental Affect-mirroring: the Development of Emotional Self-awareness and Self-control in Infancy, *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 1-31.
- Haviland, M.G., Hendryx, M.S., Cummings, M.A., & Shaw, D.G. (1991). Multidimensionality and State Dependency of Alexithymia in Recently Sober Alcoholics, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(5), 284-290.
- Haviland, M.G., Shaw, D.G., Cummings, M.A., & MacMurray, J.P. (1988). Alexithymia: Subscales and Relationship to Depression, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 50, 164-173.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic Love Conceptualised as an Attachment Process, *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Hindy, C.G., & Schwarz, J.C. (1994). Anxious Romantic Attachment in Adult Relationships, In M.B. Sperling, & W.H. Berman (Eds.), *Attachment in Adults: Clinical and Developmental Perspectives*, New York, London: The Guilford Press.
- Kassel, J.D., Stroud, L.R., & Paronis, C.A. (2003). Smoking, Stress, and Negative Affect: Correlation, Causation, and Context across Stages of Smoking, *Psychological Bulletin*, 129(2), 270-304.

-
- Kassel, J.D., Wardle, M., & Roberts, J.B. (2007). Adult Attachment Security and College Student Substance Use, *Addictive Behaviors* 32 (2007) 1164-1176.
- Khantzian, E.J. (1985). The Self-medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus on Heroin and Cocaine Dependence, *Am J Psychiatry*, 142, 1259-1264.
- Kooiman, C.G., Vellinga, S., Spinhoven, P.H., Draijer, N., Trijsburg, R.W., & Rooijmans, H.G.M. (2004). Childhood Adversities as Risk Factors for Alexithymia and Other Aspects of Affect Dysregulation in Adulthood, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 107-116.
- Kraemer, S., & Loader, P. (1995). Passing Through Life: Alexithymia and Attachment Disorders, *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 937-941.
- Kreitler, S. (2002). The Psychosemantic Approach to Alexithymia, *Personality and Individual Differences*, 33, 393-407.
- Laos, G., Fremaux, D., Otmani, O., Lecercle, C., & Delahousse, J. (1997). Is Alexithymia a Negative Factor for Maintaining Abstinence? A Follow-up Study, *Compr Psychiatry*. 38, 296-299.
- McLellan, A.T., Alterman, A.I., Cacciola, J., Metzger, D., & O'Brien, C.P. (1992). A New Measure of Substance Abuse Treatment: Initial Studies of the Treatment Services Review, *J Nerv Mental Disorder*, 180, 101-110.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., & Cacciola, J. (1985). New Data from the Addiction Severity Index: Reliability and Validity in Three Centers, *J Nerv Mental Disorder*, 173, 412-423.
- McGahan, P.L., Griffith, J.A., Parente, R., & McLellan, A.T. (1986). *Addiction Severity Index, Composite Scores Manual*, Philadelphia, The University of Pennsylvania, Veterans Administration Centre for Studies of Addiction.
- McNally, A.M., Palfai, T.P., Levine, R.V., & Moore, B.M. (2003). Attachment Dimensions and Drinking-related Problems among Young Adults the Meditational Role of Coping Motives, *Addictive Behaviors*, 28, 1115-1127.
-

-
- Meganck, R., Vanheule, S., & Desmet, M. (2008). Factorial Validity and Measurement Invariance of the 20-item Toronto Alexithymia Scale in Clinical and Non-clinical Samples, *Assessment*, 15, 36-47.
- Montebarocci, O., Codispoti, M., Bruno Baldaro, B., & Rossi, N. (2004). Adult Attachment Style and Alexithymia, *Personality and Individual Differences*, 36, 499-507
- Nemiah, J.C., & Sifneos, P.E. (1970). Psychosomatic Illness: A Problem in Communication, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 18, 154-160.
- 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.
- Parker, G. (1982). Parental Representations and Affective Disorder: Examination for a Hereditary Link, *British Journal of Medical Psychology*, 55, 57-61.
- 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.
- Pierrehumbert, B., Bader, M., Miljkovitch, R., Mazet, P., Amar, M., & Halfon, O. (2002). Strategies of Emotion Regulation in Adolescents and Young Adults with Substance Dependence or Eating Disorders, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 384-394.
- Rasheed, A.H.E. (2001). Alexithymia in Egyptian Substance Abuser, *Association for Medical Education and Research in Substance Abuse*, 22, 1.
- Rothbard, J.C., & Shaver, P.R. (1994). Continuity of Attachment across the Life span. In M.B. Sperling, & W.H. Berman (Eds.), *Attachment in*
-

-
- Adults: Clinical and Developmental Perspectives*, New York, London: The Guilford Press.
- Rybakowski, J., Ziolkowski, M., Zasadzka, T., & Brzezinski, R. (1988). High Prevalence of Alexithymia in Male Patients with Alcohol Dependence, *Drug and Alcohol Dependence*, 21(2), 133-136.
- Sifneos, P.E. (1973). Prevalence of Alexithymic Characteristics in Psychosomatic Patients, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- 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* (pp. 263-276). San Francisco: Jossey-Bass.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., & Parker, J.D.A. (1997). *Disorders of Affect Regulation*, Cambridge: University Press.
- Tennant, C. (1988). Parental Loss in Childhood: It's Effect in Adult Life, *Archives of General Psychiatry*, 45, 1045-1050.
- Torberg, F.A. & Lyvers, M. (2005). Attachment, Fear, Intimacy and Differentiation of Self among Clients in Substance Disorder Treatment Facilities, *Journal of Addictive Behaviors*.
- Thorberg, F.A., Young, R.M., Sullivan, K.A., & Lyvers, M. (2009). Alexithymia and Alcohol Use Disorders: A critical Review, *Addictive Behaviors*, 34, 237-245.
- Thorberg, F.A., Young, R.M., Sullivan, K.A., Lyvers, M., Connor, P., & Feeney, G.F.X (2011). Alexithymia, Craving and Attachment in a Heavy Drinking Population, *Addictive Behaviors*, 36, 427-430.
- Troisi, A., D'Argenio, A., Peracchio, F., Petti, P. (2001). Insecure Attachment and Alexithymia in Young Men with Mood Symptoms, *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 189, 311-316.
- Uzun, O. (2003). Alexithymia in Male Alcoholics: Study in a Turkish Sample, *Comprehensive Psychiatry*, 44(4), 349-352.
- Vanheule, S., Desmet, M., Meganck, R., & Bogaerts, S. (2007). Alexithymia and Interpersonal Problems, *Journal of Clinical Psychology*, 63, 109-117.
-

- Vungkhanching, M., Sher, K.J., Jackson, K.M., & Parra, G.R. (2004). Relation of Attachment Style to Family History of Alcoholism and Alcohol Use Disorders in Early Adulthood, *Drug and Alcohol Dependence*, 75, 47-53.
- Walant, K.B. (1995). *Creating the Capacity for Attachment: Treating Addictions and the Alienated Self*, Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Ziolkowski, M., Gruss, T., & Rybakowski, J.K. (1995). Does Alexithymia in Male Alcoholics Constitute A Negative Factor for Maintaining Abstinence? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63(3), 169-173.

