

بررسی نقش حمایت اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان در پیشگیری از عود اعتیاد افراد مبتلا به اختلالات مواد

عیسی رزاقی^۱، ناصر صبحی قراملکی^۲، صیاد زادبونس^۳، سجاد وکیلی عباسعلیلو^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۴/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۲/۱۹

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش حمایت اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان در پیشگیری از عود اعتیاد افراد مبتلا به سوء مصرف مواد بود. **روش:** روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل افراد معتاد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اردبیل بودند. به روش نمونه گیری تصادفی ساده و براساس جدول مورگان تعداد ۱۵۰ نفر انتخاب و مقیاس های استاندارد حمایت اجتماعی، سنجش ولع مصرف لحظه ای، پیش بینی بازگشت و تنظیم شناختی هیجان در میان آن ها اجرا شد. **یافته ها:** نتایج نشان داد ابعاد حمایت اجتماعی قادر به پیش بینی ۲۷ درصد از واریانس شدت نیرومندی (میزان وسوسه) و ۲۱ درصد از واریانس احتمال مصرف بودند. همچنین ابعاد تنظیم شناختی هیجان قادر به پیش بینی ۲۵ درصد از واریانس شدت نیرومندی و ۳۰ درصد از واریانس احتمال مصرف بودند. **نتیجه گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده، لزوم بهره گیری از آن ها در جهت شناخت بهتر، درمان و مداخله، می تواند کمک موثری در پیشگیری و درمان سوء مصرف کنندگان نماید و راه گشای برنامه ریزان و روان درمانگران عرصه اعتیاد باشد.

کلید واژه ها: حمایت اجتماعی، احتمال مصرف و بازگشت اعتیاد، تنظیم شناختی هیجان

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران، پست الکترونیکی:

Issa.razzaghi@yahoo.com

۲. دانشیار گروه روان شناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۳. کارشناس ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۴. کارشناس ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه تبریز اردبیل، ایران، تبریز، ایران

مقدمه

بر اساس راهنمای تشخیصی اختلالات روانی^۱، ویژگی اصلی هر یک از اعتیادها و اختلالات مرتبط با مصرف مواد عبارت است از مجموعه‌ای از نشانگان شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک که نشان می‌دهند فرد، به رغم مشکلات مهمی که برایش به وجود می‌آید، به مصرف مواد ادامه می‌دهد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳). یکی از ویژگی‌های مهم اختلالات مصرف مواد، تغییر در مدارهای مغزی است که مدت‌ها بعد از ترک اعتیاد ادامه می‌یابد مخصوصاً در افرادی که اعتیاد شدید دارند. نشانه‌های این تغییرات مغزی را می‌توان در دو نوع رفتار مشاهده کرد: ۱) فرد بارها ترک اعتیاد می‌کند ولی دوباره مصرف را از سر می‌گیرد؛ و ۲) هربار در معرض محرک‌هایی قرار می‌گیرد که به نوعی با ماده اعتیادی در ارتباط هستند، به شدت هوس مصرف آن را می‌کند (گنجی، ۱۳۹۲).

از این رو، مسئله اعتیاد از جمله مسائلی است که همواره مورد توجه مسئولین و نیز خود مبتلایان به سوءمصرف مواد و خانواده‌های آن‌ها بوده است (میرزایی، و همکاران، ۱۳۸۹). در این بین، براساس مطالعات مختلف ترک جسمانی مواد مخدر چندان مشکل نیست، مشکل عمده در درمان معتادان، حتی با دوره‌های پاک‌ی طولانی مدت، میزان بالای عود آن‌ها است (یان و نابشیمایا^۳، ۲۰۰۹). عود عبارت است از مصرف مجدد یک دارو یا مواد مخدر و/یا یک رفتار مشکل‌دار به دنبال یک دوره از پرهیز (مایستو و کانرز^۴، ۲۰۰۶). در واقع عود و مصرف مجدد مواد، با پیامدهای منفی تری مانند احتمال مصرف زیاد مواد، وابستگی شدیدتر به مواد، استفاده از مواد مختلف، افزایش رفتارهای مجرمانه و تحمیل هزینه‌های اضافی بر شبکه‌های بهداشتی و درمانی ارتباط دارد (ویسر، وینستر، ورهاست و ریچنولد^۵، ۲۰۱۳).

براساس مطالعات هاشمی، فتوحی‌بناب، کریمی و بیرامی (۱۳۸۹) افراد مبتلا به اعتیاد، حمایت اجتماعی مناسبی را از محیط خود دریافت نمی‌کنند. پانیاکو، گالوپ، کارینگتون

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
2. American Psychiatric Association (APA)

3. Yan & Nabeshima
4. Maisto & Connors
5. Visser, Winter, Veenstra, Verhulst, Reijneveld

و کلوزی^۱ (۲۰۱۶)، نیز در پژوهش خود نشان دادند حمایت فردی و اجتماعی در پیشگیری از عود مصرف افراد معتاد تحت درمان نقش دارد. همچنین براساس پژوهش‌های سادرابا^۲ و همکاران (۲۰۱۵) و استکلر، ویتویتز و مارلات^۳ (۲۰۱۳) عود مصرف افراد مبتلا به اعتیاد، با عوامل مختلفی از جمله روابط بین فردی و سیستم حمایت اجتماعی مرتبط می‌باشد. فوزیا و نرش^۴ (۲۰۰۹) نیز در بررسی‌های خود نشان دادند که ارتباط مثبتی بین حمایت اجتماعی و میزان عود وجود دارد. برخی از پژوهشگران، حمایت اجتماعی را میزان برخورداری از محبت، همراهی، مراقبت، احترام، توجه و کمک دریافت شده توسط فرد از سوی افراد یا گروه‌های دیگر نظیر اعضای خانواده، دوستان و افراد مهم تعریف کرده‌اند (سادرابا و همکاران، ۲۰۱۵). بسیاری از پژوهشگران حمایت اجتماعی را مفهومی چندبعدی می‌دانند که هر دو بعد واقعی و تصویری را در بر می‌گیرد. حمایت اجتماعی یعنی این احساس که شخص مورد توجه دیگران است و دیگران برای او ارزش قائل‌اند و این که او متعلق به یک شبکه اجتماعی است (هاشمی، محمدزادگان، قاسم‌بگلو، ایرانی و وکیلی، ۱۳۹۳). بنابراین حمایت اجتماعی عبارت از معرفتی که باعث می‌شود فردی باور کند که مورد احترام و علاقه دیگران بوده، عنصری ارزشمند و دارای شأن به شمار آمده و به یک شبکه روابط و تعهدات متقابل تعلق دارد، در نظر گرفته می‌شود (دلپسند، ایار، خانی و محمدی، ۱۳۹۱).

در همین ارتباط، شواهد حاکی است اشخاصی که نمی‌توانند در مقابل اتفاقات روزانه پاسخ‌های هیجانی خود را تنظیم نمایند، آشفتگی بیشتری را تجربه می‌کنند. این آشفتگی می‌تواند منجر به سوء مصرف مواد به عنوان راهی برای کاهش هیجانات شود. سطح پایین تنظیم هیجان که ناشی از ناتوانی در مقابله موثر با هیجان‌ها و مدیریت آن‌ها است، در شروع مصرف مواد نقش دارد. کسانی که تنظیم هیجان پایینی دارند، برای مقابله با هیجان‌های منفی خود، معمولاً به سوی مصرف مواد کشیده می‌شوند (پارکر، تیلور، استابروک،

اسچل و وود^۱، ۲۰۱۰؛ آلدائو، نولن و اسچا وایزر^۲، ۲۰۱۰). تنظیم هیجان به اعمالی اطلاق می‌شود که به منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار می‌رود و شکل خاصی از خود تنظیمی است. همچنین تنظیم شناختی هیجان، تلاش سازمان یافته در جهت تنظیم افکار، احساسات و اعمال به منظور دستیابی به اهداف خاص است (مایبرگ^۳، ۲۰۱۱). در واقع تنظیم هیجانی شامل مجموعه وسیعی از فرآیندهای هشیار و ناهشیار، جسمانی، شناختی و رفتاری است (بوت، صنم، گلنار و یحیی، ۲۰۱۳). به طور کلی نظم‌جویی هیجان یکی از عوامل اساسی بهزیستی و کنش‌وری موفق بوده و نقش مهمی در سازگاری با وقایع تنیدگی‌زای زندگی ایفا می‌کند (گراس^۴، ۲۰۱۴). افراد دارای سوء مصرف مواد با عدم شناخت صحیح از عواطف و احساسات خویش توانایی اتخاذ رفتارهای صحیح، منطقی و مبتنی بر واقعیت را از دست می‌دهند. از سوی دیگر این افراد در به کار بردن درست هیجان‌ها نیز مشکل دارند (اسلام‌دوست، ۱۳۸۹). این افراد در توجه به اطلاعات هیجانی، ادراک صحیح آن‌ها، پردازش درست و مدیریت مطلوب هیجان‌ها در بطن روابط بین فردی با دشواری‌هایی مواجه هستند. این دشواری‌ها باعث می‌شود فرد در رویارویی با موفقیت‌های تنیدگی‌زای زندگی، توانایی تحلیل، تصمیم‌گیری و انتخاب رفتار صحیح را از دست داده و به سوی رفتارهای سازش نایافته کشیده شوند (خدایی، عبدالهی، فراهانی و رمضان، ۱۳۹۰).

در مجموع، دشواری در تنظیم هیجان‌ها یکی از مشکلات افراد سوء مصرف کننده مواد است و این مسئله منجر به شکست در مدیریت حالات عاطفی و هیجانی این افراد می‌شود. پژوهش‌های مختلفی ارتباط تنظیم شناختی هیجان و احتمال مصرف مواد (دوران، مک‌چارک و کوهن^۵، ۲۰۰۷)، مدیریت هیجان و مهار تکانش‌گری با مصرف کوکائین (فوکس، آکسورد، پالیوال، اسلیپر و سینها^۶، ۲۰۰۷)، آگاهی نسبت به هیجان‌ات و مشکلات مربوط به کنترل با وابستگی به مواد (اژه‌ای، غلامعلی لواسانی و آرمی، ۱۳۹۴؛ جانفزا و

1 . Parker, Taylor, Eastabrook, Schell & Wood
2 . Aldao, Nolen & Schweizer
3 . Myberg

4 . Gross
5 . Doran, McCharque & Cohen
6 . Fox, Axelrod, Paliwal, Sleeper & Sinha

شیرازی، ۱۳۹۴؛ ابوالقاسمی، زاهد، الهه قلیلو و نریمانی، ۱۳۸۹؛ گلداسمیت، تان، اسمیت و هاوس^۱، ۲۰۰۹؛ فوکس، هونگ و سینها^۲، ۲۰۰۸ را نشان داده‌اند. همچنین امیت، شوال، زمیر-دیویسو میل^۳ (۲۰۱۴) نیز در پژوهشی نشان دادند که تنظیم شناختی هیجانات نقشی پایه‌ای در سوء مصرف مواد و وابستگی آن ایفا می‌کند.

بنابراین، پژوهش حاضر ضمن بررسی عوامل موثر در بروز اعتیاد و عود مصرف، در پی روشن کردن نقش عواملی نظیر حمایت اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان می‌باشد. طبق پژوهش‌های مختلف (دوران و همکاران، ۲۰۰۷؛ فوکس و همکاران، ۲۰۰۷؛ فوکس و همکاران، ۲۰۰۸؛ فوزیا و نرش، ۲۰۰۹؛ استکلر و همکاران، ۲۰۱۳؛ امیت و همکاران، ۲۰۱۴؛ پانیاکو و همکاران، ۲۰۱۶؛ هاشمی و همکاران، ۱۳۹۳ و اژه‌ای و همکاران، ۱۳۹۴)، ارتباط مصرف مواد و عود مصرف با متغیرهای حمایت اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان به طور جداگانه مورد بررسی قرار گرفته است. بنابراین ضرورت دارد در این پژوهش به نقش همزمان این دو سازه در ارتباط با عود مصرف پرداخته شود. لذا با در نظر گرفتن مطالب ذکر شده، پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش حمایت اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان در پیشگیری از عود اعتیاد افراد مبتلا به اعتیاد صورت گرفت.

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر به لحاظ هدف جزء پژوهش‌های کاربردی و از نظر روش، توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش، شامل افراد معتاد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اردبیل در فصل پاییز سال ۱۳۹۶ بود. با توجه به جامعه‌ی پژوهش و نوع مطالعه (توصیفی-همبستگی)، ابتدا لیست کلیه مراجعه کنندگان به مراکز یاد شده (به طور تخمینی مسئولین مراکز هر کدام تقریباً ۱۰۰ نفر بودند، که جمعاً ۳۰۰ نفر می‌شد)، تهیه شد. از بین افراد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد تعداد ۱۵۰ نفر از معتادان براساس جدول مورگان و به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند.

ابزار

۱- مقیاس حمایت اجتماعی^۱: توسط شربورن و استوارت^۲ (۱۹۹۱؛ نقل از تمنائی فر و منصوری نیک، ۱۳۹۳) معرفی شده است. نمره گذاری آن با طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (هیچ وقت = ۱، به ندرت = ۲، گاهی اوقات = ۳، اغلب = ۴، همیشه = ۵) می‌باشد. این آزمون دارای ۱۹ عبارت و ۵ خرده‌مقیاس است: حمایت ملموس، که کمک‌های مادی و رفتاری را می‌سنجد، حمایت هیجانی، که عاطفه مثبت، همدردی و تشویق به بیان احساسات را ارزیابی می‌کند، حمایت اطلاعاتی، که راهنمایی، اطلاع‌رسانی یا دادن بازخورد را می‌سنجد، مهربانی، که ابراز عشق و علاقه را می‌سنجد؛ تعامل اجتماعی مثبت، که پرداختن به فعالیت‌های تفریحی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. ضریب آلفا در دامنه‌ی ۰/۷۰ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. تمنائی فر و منصوری نیک (۱۳۹۳) ضمن به تائید رساندن روایی صوری و محتوایی این ابزار از دیدگاه متخصصان روان‌شناسی، ضریب آلفا را ۰/۹۷ گزارش نمودند.

۲- مقیاس پیش‌بینی بازگشت^۳: این مقیاس یک ابزار ۴۵ سوالی ارائه شده توسط رایت (۱۹۹۴؛ نقل از فیروزآبادی، ۱۳۸۷) می‌باشد که می‌توان از آن برای اندازه‌گیری میزان وسوسه (شدت نیرومندی) و احتمال مصرف مواد در افراد وابسته به مواد مخدر استفاده کرد. فیروزآبادی (۱۳۸۷) ضریب آلفا را برای میزان وسوسه ۰/۷۴ و برای احتمال مصرف ۰/۷۸ گزارش نموده است. کارشناسان با توجه به هدف، این مقیاس را دارای روایی محتوا دانسته‌اند (بک، رایت، نیمون و لیس^۴، ترجمه گودرزی، ۱۳۸۰).

۳- پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان: گارنفسکی، کرایجی و اسپینهوون^۵ (۲۰۰۱) این پرسش‌نامه را به منظور ارزیابی نحوه‌ی تفکر افراد بعد از تجربه رخداد‌های تهدیدکننده یا استرس‌زای زندگی ابداع کرده‌اند. دارای ۳۶ عبارت است که بر اساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت، در دامنه‌ی ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) قرار دارد. از نظر مفهومی ۹ خرده‌مقیاس متمایز

۲۵۰

250

سال چهاردهم، شماره ۵۵، بهار ۱۳۹۹
Vol. 14, No. 55, Spring 2020

1. Social Support Inventory
2. Sherborn & Stewart
3. relapse prediction scale

4. Beck, Write, Nimon & Liss
5. Garnefski, Kraaij, & Spinhoven

از هم را تشکیل می‌دهد: ۱- مقصر دانستن خود^۱، ۲- مقصر دانستن دیگران^۲، ۳- پذیرش^۳، ۴- توجه مجدد به برنامه‌ریزی^۴، ۵- تمرکز مثبت مجدد^۵، ۶- تمرکز بر تفکر^۶، ۷- باز ارزیابی مثبت^۷، ۸- در جای حقیقی خود قرار دادن^۸، ۹- مصیبت بار تلقی کردن^۹. نمره‌ی هر راهبرد از طریق جمع نمرات داده شده به هر یک از عبارات تشکیل دهنده‌ی آن راهبرد به دست می‌آید و می‌تواند در دامنه‌ای از ۴ تا ۲۰ قرار بگیرد. به جز این، راهبردهای مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران، تمرکز بر رفتار و مصیبت بار تلقی کردن، در جمع با یکدیگر، راهبردهای «منفی» تنظیم هیجان را تشکیل می‌دهند و راهبردهای پذیرش، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، توجه مثبت مجدد، باز ارزیابی مثبت و در جای حقیقی خود قرار دادن، بر روی هم راهبردهای «مثبت» تنظیم هیجان را نشان می‌دهند. از جمع کل نمرات ۳۶ عبارت نیز یک نمره‌ی کلی به دست می‌آید که بیانگر استفاده از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان است و می‌تواند در دامنه‌ی ۳۶ تا ۱۸۰ قرار گیرد. اعتبار کل راهبردهای «مثبت»، «منفی»، و «کل شناختی» با استفاده از ضریب آلفا به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ گزارش شده است (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). یوسفی (۱۳۸۲) ضریب آلفای کل تنظیم شناختی را ۰/۸۲ گزارش کرده است. روایی آن در مطالعه یوسفی از طریق همبستگی میان نمره راهبردهای منفی با نمرات مقیاس افسردگی و اضطراب بررسی شده و به ترتیب ضرایبی برابر ۰/۳۵ و ۰/۳۷ به دست آمده که هر دو در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بودند.

یافته‌ها

میزان ۶۸ درصد از شرکت‌کنندگان در دامنه سنی ۲۵ تا ۳۵ سال، و ۳۱ درصد نیز در دامنه سنی ۳۶ تا ۴۷ سال قرار داشتند. میانگین سنی ۳۲/۷۷ بود. میزان ۴۳ درصد از شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات سیکل، ۴۰ درصد زیر دیپلم و ۱۶ درصد دیپلم بودند.

2. self- blame
2. blaming others
3. acceptance
4. refocus on planning
5. positive refocusing

6. rumination or focus on thought
7. positive reappraisal
8. putting into perspective
9. catastrophizing

همچنین ۳۴ درصد مجرد و ۶۶ درصد نیز متأهل بودند. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی و نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف در متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	آماره Z	معناداری
حمایت ملموس	۱۰/۴۷	۲/۹۵	۰/۷۶۵	۰/۶۰۲
حمایت هیجانی	۱۰/۶۱	۲/۹۲	۰/۴۵۳	۰/۹۸۶
حمایت اطلاعاتی	۱۰/۳۴	۲/۹۴	۰/۷۹۲	۰/۵۵۷
مهربانی	۱۰/۷۰	۲/۸۱	۰/۷۴۴	۰/۶۲۱
تعامل اجتماعی مثبت	۱۰/۸۰	۳/۵۱	۰/۸۲۳	۰/۵۰۷
سرزنش خود	۱۲/۸۰	۴/۷۵	۱/۱۳۲	۰/۱۵۴
سرزنش دیگران	۱۲/۶۹	۴/۸۶	۰/۹۷۴	۰/۲۹۹
نشخوار ذهنی	۱۲/۱۶	۴/۸۱	۰/۹۲۴	۰/۳۶۰
فاجعه‌آمیز پنداری	۱۳/۱۳	۴/۶۹	۰/۸۸۳	۰/۴۱۷
پذیرش	۱۰/۰۷	۵/۱۵	۰/۷۸۵	۰/۵۶۸
توجه مثبت	۹/۱۹	۵/۱۲	۰/۹۷۰	۰/۳۰۳
تمرکز مثبت مجدد	۷/۹۶	۳/۶۸	۰/۶۸۸	۰/۷۳۲
بازارزیابی	۱۰/۵۹	۴/۸۴	۰/۹۷۱	۰/۳۰۳
اتخاذ دیدگاه	۹/۲۱	۴/۱۵	۰/۸۰۰	۰/۵۴۵
تنظیم هیجان کل	۱۰۰/۰۴	۱۱/۷۹	۰/۷۶۱	۰/۶۰۹
شدت نیرومندی	۹۶/۰۱	۱۴/۶۶	۱/۱۵۷	۰/۱۳۷
احتمال مصرف	۹۵/۳۳	۱۵/۵۵	۱/۲۴۴	۰/۰۹۱

همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود همه متغیرها دارای توزیع نرمال می‌باشند. ماتریس همبستگی حمایت اجتماعی و پیش‌بینی بازگشت در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: ماتریس همبستگی حمایت اجتماعی و پیش‌بینی بازگشت

مولفه‌ها	شدت	احتمال	مولفه‌ها	شدت	احتمال
حمایت ملموس	نیرومندی	مصرف	مهربانی	نیرومندی	مصرف
حمایت هیجانی	نیرومندی	مصرف	تعامل اجتماعی مثبت	نیرومندی	مصرف
حمایت اطلاعاتی	نیرومندی	مصرف	-	نیرومندی	مصرف

جدول ضرائب پیش‌بینی بازگشت بر اساس مولفه‌های حمایت اجتماعی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: ضرائب پیش‌بینی بازگشت بر اساس حمایت اجتماعی

متغیرها	متغیر ملاک	R ²	B	انحراف- استاندارد	C.R	معناداری
حمایت ملموس	شدت	۰/۱۵۰	۰/۲۸۲	۰/۲۸۲	-۲/۱۳۰	۰/۰۳۳
حمایت هیجانی	نیرومندی	۰/۲۷۰	۰/۲۸۵	۰/۲۸۵	-۳/۸۴۶	۰/۰۰۰۵
حمایت اطلاعاتی	نیرومندی	۰/۲۹۸	۰/۲۸۲	۰/۲۸۲	-۴/۲۵۰	۰/۰۰۰۵
مهربانی	نیرومندی	۰/۲۳۷	۰/۲۹۶	۰/۲۹۶	-۳/۳۸۳	۰/۰۰۰۵
تعلق اجتماعی مثبت	نیرومندی	۰/۱۶۰	۰/۲۶۹	۰/۲۶۹	-۲/۲۷۶	۰/۰۲۳
حمایت ملموس	احتمال	۰/۲۱۰	۰/۳۳۳	۰/۳۳۳	-۲/۸۸۹	۰/۰۰۴
حمایت هیجانی	احتمال	۰/۱۲۰	۰/۳۳۷	۰/۳۳۷	-۱/۶۵۶	۰/۰۹۸
حمایت اطلاعاتی	احتمال	۰/۱۲۷	۰/۳۳۴	۰/۳۳۴	-۱/۷۴۵	۰/۰۸۱
مهربانی	مصرف	۰/۳۶۶	۰/۳۵۰	۰/۳۵۰	-۵/۰۳۷	۰/۰۰۰۵
تعلق اجتماعی مثبت	مصرف	۰/۰۶۶	۰/۳۱۸	۰/۳۱۸	-۰/۹۱۱	۰/۳۶۲

ماتریس همبستگی تنظیم شناختی و پیش‌بینی بازگشت در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: ماتریس همبستگی تنظیم شناختی و پیش‌بینی بازگشت

مولفه‌ها	شدت	احتمال	مولفه‌ها	شدت	احتمال
سرزنش خود	نیرومندی	مصرف	پدیرش	نیرومندی	مصرف
سرزنش دیگران	نیرومندی	مصرف	توجه مثبت	نیرومندی	مصرف
نشخوار	نیرومندی	مصرف	تمرکز مثبت مجدد	نیرومندی	مصرف
فاجعه‌پنداری	نیرومندی	مصرف	بازارزیابی مثبت	نیرومندی	مصرف
اتخاذ دیدگاه	نیرومندی	مصرف	-	نیرومندی	مصرف

جدول ضرائب پیش‌بینی بازگشت بر اساس مولفه‌های تنظیم شناختی در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: ضرائب پیش‌بینی بازگشت بر اساس تنظیم شناختی

معناداری	C.R	انحراف- استاندارد	B	R ²	متغیر ملاک	متغیرها
۰/۸۶۱	۰/۱۷۵	۰/۱۶۶	۰/۰۱۲			سرزنش خود
۰/۰۴۱	۲/۰۳۹	۰/۱۶۲	۰/۱۴۴			سرزنش دیگران
۰/۰۰۸	۲/۶۴۷	۰/۱۶۴	۰/۱۸۷			نشخوار
۰/۰۰۰۵	۴/۰۴۰	۰/۱۶۸	۰/۲۸۶	۰/۲۵	شدت	فاجعه‌پنداری
۰/۰۱۱	-۲/۵۳۸	۰/۱۵۳	-۰/۱۸۰		نیرومندی	پذیرش
۰/۰۱۴	-۲/۴۶۳	۰/۱۵۳	-۰/۱۷۴			توجه مثبت
۰/۵۳۱	-۰/۶۲۷	۰/۲۱۴	-۰/۰۴۴			تمرکز مثبت مجدد
۰/۳۲۰	-۰/۹۹۴	۰/۱۶۳	-۰/۰۷۰			بازارزیابی مثبت
۰/۰۰۳	-۲/۹۹۴	۰/۱۸۹	-۰/۲۱۲			اتخاذ دیدگاه
۰/۰۰۰۵	۳/۴۲۹	۰/۱۶۲	۰/۲۳۵			سرزنش خود
۰/۰۰۰۵	۳/۷۶۳	۰/۱۵۸	۰/۲۵۷			سرزنش دیگران
۰/۶۲۲	۰/۴۹۳	۰/۱۶۰	۰/۰۳۴			نشخوار
۰/۰۰۴	۲/۸۵۸	۰/۱۶۴	۰/۱۹۶			فاجعه‌پنداری
۰/۰۰۰۵	-۴/۲۸۳	۰/۱۴۹	-۰/۲۹۳	۰/۳۰	احتمال	پذیرش
۰/۰۸۵	-۱/۷۲۲	۰/۱۵۰	-۰/۱۱۸		مصرف	توجه مثبت
۰/۸۷۸	-۰/۱۵۴	۰/۲۰۹	-۰/۰۱۱			تمرکز مثبت مجدد
۰/۰۷۹	-۱/۷۵۸	۰/۱۵۹	-۰/۱۲۰			بازارزیابی مثبت
۰/۰۱۶	-۲/۴۱۹	۰/۱۸۵	-۰/۱۶۶			اتخاذ دیدگاه

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین نقش حمایت اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان در پیشگیری از عود اعتیاد افراد مبتلا به اختلالات اعتیاد بود. براساس نتایج به دست آمده، از بین ابعاد حمایت اجتماعی، بعد حمایت ملموس و مهربانی قادر به پیش‌بینی منفی ابعاد شدت نیرومندی و احتمال مصرف بودند. ابعاد حمایت هیجانی، حمایت اطلاعاتی و تعامل

اجتماعی مثبت قادر به پیش‌بینی منفی شدت نیرومندی بودند. به طور کلی، ابعاد حمایت اجتماعی (حمایت ملموس، حمایت هیجانی، حمایت اطلاعاتی، مهربانی و تعلق اجتماعی مثبت) قادر به پیش‌بینی ۲۷ درصد از واریانس شدت نیرومندی و ۲۱ درصد از واریانس احتمال مصرف بودند. به عبارت دیگر، افزایش سطوح ابعاد حمایت ملموس، حمایت هیجانی، حمایت اطلاعاتی، مهربانی و تعلق اجتماعی مثبت منجر به کاهش احتمال بازگشت افراد نسبت به مواد مخدر شده و کاهش سطوح این عوامل منجر به افزایش احتمال بازگشت افراد نسبت به مصرف مواد مخدر می‌شود. این یافته با یافته‌های مطالعات هاشمی و همکاران (۱۳۹۳)، هاشمی و همکاران (۱۳۸۹) و یاری (۱۳۷۹) همسو می‌باشد. همچنین پانیاکو و همکاران (۲۰۱۶)، نشان دادند که حمایت فردی و اجتماعی در پیشگیری از عود و احتمال مصرف افراد معتاد تحت درمان نقش دارد. سادرا با و همکاران (۲۰۱۵) و کوپلو (۲۰۰۰) نیز نشان دادند که وجود ساختارها و شبکه‌های حمایتی در بازداری از عود اختلال سوء مصرف مواد، نقش مهمی ایفا می‌کند.

قطع زودرس درمان، مصرف مواد در طول درمان، پیروی نکردن از مقتضیات درمان و مخصوصاً وضعیت نامناسب حمایتی خانواده و ... از عوامل لغزش و بازگشت به سوی مصرف دوباره مواد می‌باشد (میرزایی و همکاران، ۱۳۸۹). در واقع، حمایت اجتماعی به عنوان یکی از مهمترین عوامل مقابله‌ای و به اصطلاح «ضربه گیر» در برابر رویدادهای منفی زندگی از جمله بازگشت دوباره به سوی اعتیاد می‌تواند باشد. زمانی که شخص به دلایل مختلف، سطح انگیزتگی بیشتری برای مصرف مواد احساس کند، وضعیت نامناسب حمایتی از هر نوعی که باشد، موجب گرایش بیشتر فرد به سوی مصرف مواد می‌شود و بالعکس. هر قدر فرد منابع حمایتی مختلفی در اختیار داشته باشد، احتمال وسوسه و مصرف کاهش پیدا می‌کند.

می‌توان گفت حمایت اجتماعی به عنوان ابزاری جهت مقابله مؤثر با حوادث منفی مختلف مطرح است. در واقع، افراد بر اساس روابط اجتماعی و نوع پیوندهایی که دارند از منابع حمایتی برای برطرف کردن نیازهای‌شان استفاده می‌کنند. هراندازه روابط اجتماعی گسترده‌تر باشد میزان دسترسی به منابع حمایتی بیشتر می‌شود و احتمالاً این منابع

حمایت اجتماعی می‌تواند حوادث منفی زندگی را کاهش داده و به‌مثابه چتر دفاعی در مقابل عوامل استرس‌زای زندگی اجتماعی عمل کند (دلپسند و همکاران، ۱۳۹۱). تحقیقات نشان داده‌اند، حمایت اجتماعی و استراتژی‌های مدارا، مانند سپر، تأثیر عوامل استرس‌زا را بر سازگاری خانواده و سلامت افراد خنثی می‌کند. افراد معتاد، از طرف دوستان و خانواده کمک‌های مادی و رفتاری مناسبی دریافت نمی‌کنند (حمایت ملموس نامناسب)، و از لحاظ همدردی، حمایتی دریافت نکرده و در بیان احساسات واقعی خودشان عملکرد نامناسبی داشته و مستعد عواطف منفی می‌باشند (حمایت هیجانی کم). چنین وضعیتی زمانی که باز خود مناسبی را از خانواده و اطرافیان به دنبال نداشته باشد، و خوب به آن‌ها اطلاع‌رسانی نشود (حمایت اطلاعاتی ضعیف)، عشق و علاقه خود نسبت به دوستان و خانواده را از دست می‌دهند و نمی‌توانند علائق خود را منتقل کنند (مهربانی نامناسب). بنابراین در پرداختن به فعالیت‌های تفریحی و اجتماعی مناسب (تعامل اجتماعی) ناکام می‌مانند و این ناکامی را ممکن است به صورت گرایش به مصرف دوباره مواد به نمایش بگذارند.

یافته‌ی دیگر نشان داد از بین ابعاد تنظیم شناختی هیجان، بعد سرزنش خود قادر به پیش‌بینی مثبت احتمال مصرف و نشخوار ذهنی قادر به پیش‌بینی مثبت شدت نیرومندی (میزان وسوسه) بود. همچنین سرزنش دیگران و فاجعه‌پنداری قادر به پیش‌بینی مثبت شدت نیرومندی (میزان وسوسه) و احتمال مصرف مواد بود. علاوه بر این، توجه مثبت قادر به پیش‌بینی منفی شدت نیرومندی (میزان وسوسه) و پذیرش و اتخاذ دیدگاه قادر به پیش‌بینی منفی شدت نیرومندی و احتمال مصرف بود. به طور کلی، ابعاد تنظیم شناختی هیجان قادر به پیش‌بینی ۲۵ درصد از واریانس شدت نیرومندی (میزان وسوسه) و ۳۰ درصد از واریانس احتمال مصرف بودند. به عبارت دیگر، افزایش یا کاهش سطوح مولفه‌های سرزنش خود و دیگران، نشخوار و فاجعه‌پنداری منجر به افزایش یا کاهش پیش‌بینی بازگشت افراد نسبت به مواد مخدر شده و همچنین افزایش سطوح مولفه‌های پذیرش، توجه مثبت و اتخاذ دیدگاه منجر به کاهش گرایش افراد نسبت به مصرف مواد

مخدر و کاهش سطوح مولفه‌های پذیرش، توجه مثبت و اتخاذ دیدگاه منجر به افزایش گرایش افراد نسبت به مصرف مواد مخدر می‌شود.

نتایج پژوهش‌های اژه‌ای و همکاران (۱۳۹۴)، جانفزا و شیرازی (۱۳۹۴)، ابولقاسمی و همکاران (۱۳۸۹)، حاجی‌علیزاده و همکاران (۱۳۸۸)، پورنقش‌تهرانی و حسن‌تاش (۲۰۱۱)، سادرایا (۲۰۱۵) امیت و همکاران (۲۰۱۴)، پارکر و همکاران (۲۰۰۸) و پارکر (۲۰۰۶) که نشان داده بودند تنظیم شناختی هیجانات در گرایش به مواد و احتمال مصرف آن اثرگذار است، با نتایج پژوهش حاضر همسو بود.

بازگشت یا عود اعتیاد به معنای برگشت معتاد به الگوهای رفتاری و باورهای مخرب و ناسالم قبل است (طیبی و همکاران، ۱۳۸۹). در این راستا، چاچارد، لوین، کوپرسینو، هیسمان و گرولیگ^۱ (۲۰۱۳) دریافتند افرادی بیشتر از راهبرد منفی تنظیم شناختی هیجان (مقصر دانستن خود و دیگران، نشخوار و فاجعه‌انگاری) بهره می‌برند، خودکنترلی پایینی دارند، در پیش‌بینی پیامدهای منفی بلندمدت رفتار خود مشکل دارند. بدین ترتیب پیامدهای رفتار اعتیادی خود را به میزان کمتری مورد بازبینی قرار می‌دهند و در واقع بیشتر از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان استفاده می‌کنند. برعکس، افراد دارای خودکنترلی بالا به دلیل این که به آسانی می‌توانند آینده سوءرفتارهای خود را خطرآفرین و هزینه‌بر تشخیص دهند، به میزان بیشتری احساس گناه کرده و برای درمان با انگیزه می‌شوند. در واقع بازگشت آن‌ها به مصرف دوباره کاهش می‌یابد.

در همین ارتباط، راجلین^۲ (۱۹۹۵) عقیده دارد که فرد با خودکنترلی بالا، از تعهد بیشتری برخوردار است و مثلاً متعهد می‌شود از نوشیدن مشروبات الکلی یا مصرف سایر مواد خودداری کند. بنابراین به نظر می‌رسد چنانچه افراد دارای خودکنترلی سطح بالاتر با خود داشته باشند که مواد مصرف نکنند راحت‌تر می‌توانند به تعهدات خود وفادار باقی بمانند. اما فرد دارای سطح خودکنترلی پایین احتمال دارد نسبت به تعهدات خود وفاداری

کمتری داشته باشد؛ و به راحتی تعهد خود نسبت به عدم مصرف مواد را زیر پا بگذارد و به مصرف مجدد روی آورد.

هنگامی که افراد برای مصرف مواد تحت فشار قرار می‌گیرند، اگر از مهارت‌های تنظیم شناختی مثبت هیجان برخوردار نباشند و دارای مدیریت ضعیف هیجان باشند، خطر سوء مصرف افزایش می‌یابد. برعکس مدیریت موثر هیجان‌ها خطر سوء مصرف یا عود مصرف را کاهش می‌دهد. در واقع توانایی استفاده از تنظیم شناختی مثبت هیجان و مدیریت هیجانی، باعث می‌شود فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند. همچنین افرادی که تنظیم هیجانی مثبت بالایی دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند. آن‌ها فشارهای ناخواسته دیگران را درک و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند. در نتیجه در برابر مصرف مجدد یا عود مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می‌دهند. در مقابل کسانی که تنظیم هیجانی مثبت پایینی دارند، برای مقابله با هیجان‌های منفی خود، اغلب به سوء مصرف مواد کشیده می‌شوند.

به طور خلاصه، با توجه به وجود ارتباط بین حمایت اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان با میزان وسوسه و احتمال مصرف و در واقع پیش‌بینی بازگشت اعتیاد، پیشنهاد می‌شود، مسئولین مراکز مربوطه و مشاوران، از نتایج این پژوهش بهره‌مند شوند. چرا که شناخت هرچه بیشتر افراد، زمینه درمان و مداخله مناسب را فراهم می‌آورد. در واقع شناخت این متغیرها می‌تواند کمک موثری در پیشگیری و درمان سوء مصرف کنندگان در حال ترک باشد. چرا که این معضل دلایل گوناگون دارد و درمان آن نیز باید درمانی همه جانبه باشد. از آنجا که اکثر سوء مصرف کنندگان مواد مخدر برای تغییر حالات خلقی خود مواد مصرف می‌کنند، بنابراین پیش‌آگهی تنظیم هیجانی که منجر به گرایش و مقاومت در بازتوانی نسبت به مواد است می‌تواند راه‌گشای برنامه‌ریزان و روان‌درمانگران عرصه اعتیاد باشد.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به محدود بودن جامعه آماری به جنس مذکر و تنها مراکز ترک اعتیاد شهر اردبیل که تحت درمان با نگهدارنده قرار داشتند، اشاره کرد. باید

در تعمیم نتایج به سایر گروه‌های اعتیادی و سایر مناطق جغرافیایی احتیاط لازم با توجه به فرهنگ شهر اردبیل صورت گیرد.

منابع

ابوالقاسمی، عباس، زاهد، عادل، اله قلیلو، کلثوم و نریمانی، محمد (۱۳۸۹). ارتباط بین راهبردهای تنظیم هیجان و رفتار بین فردی در سوء مصرف کنندگان مواد، *مجله اعتیاد پژوهی*، ۱۱، ۱۱۳-۹۹.

اژه‌ای، جواد، غلامعلی لواسانی، مسعود و ارمی، حسن (۱۳۹۴). مقایسه تنظیم هیجان، میان افراد دارای سوء مصرف مواد و عادی. *مجله روان‌شناسی*، ۱۹(۲)، ۱۴۶-۱۳۷.

اسلام دوست، سریا (۱۳۸۹). *اعتیاد، سبب شناسی درمان*. تهران: انتشارات پیام نور. بک، آرون تی.، رایت، فرد دی.، نیمون، کوری اف و لیس، بروس اس. (۱۳۸۰). *درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدر*. ترجمه محمد علی گودرزی، شیراز: انتشارات رهگشا.

تمنائی فر، محمدرضا، منصوری نیک، اعظم (۱۳۹۳). ارتباط ویژگی‌های شخصیتی، حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی با عملکرد تحصیلی دانشجویان. *فصلنامه پژوهش و برنامه‌ریزی در آموزش عالی*، ۷۱، ۱۶۶-۱۴۹.

جانفزا، منور و شیرازی، محمود (۱۳۹۴). نقش پیش‌بینی‌کنندگی دشواری‌های تنظیم هیجانی و خودکنترلی با استعداد به اعتیاد در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۹(۳۳)، ۶۹-۵۷. خدایی، علی، عبدالحی، محمدحسین، فراهانی، محمد نقی و رضانی، ولی اله (۱۳۹۰). پنج عامل شخصیت و هوش هیجانی در مردان معتاد و غیر معتاد. *مجله روان‌شناسی*، ۱۵(۵۷)، ۵۶-۴۱. دلپسند، کامل، ایار، علی، خانی، سعید و محمدی، پریخان (۱۳۹۱). حمایت اجتماعی و جرم: مطالعه تطبیقی جوانان مجرم و عادی شهر ایلام. *فصلنامه مطالعات و تحقیقات اجتماعی*، ۱(۲)، ۱۲۰-۸۹.

فیروزآبادی، عباس (۱۳۸۷). مقایسه اثربخشی تکنیک‌های هوشیاری فراگیر انفصالی و توجه برگردانی در کاهش وسوسه مصرف مواد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد. مشهد.

گنجی، مهدی (۱۳۹۲). *آسیب‌شناسی روانی براساس DSM-5*. تهران: نشر ساوالان. میرزایی، طیه، اووری، علی، حنیفی، نسرین، میری، سکیته، حقدوست اسکویی، سیده فاطمه و میرزایی خلیل‌آبادی، صدیقه (۱۳۸۹). عوامل مرتبط با عود اعتیاد از دیدگاه مبتلایان به

سوءمصرف مواد مخدر مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد شهر رفسنجان. نشریه پرستاری ایران، ۲۳(۶۷)، ۴۹-۵۸.

هاشمی، تورج، فتوحی بناب، سکینه، کریمی، حمیدرضا و بیرامی، منصور (۱۳۸۹). نقش باورهای غیرمنطقی، ادراکات خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در عود اختلال سوءمصرف مواد. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۴(۱۳)، ۷-۲۳.

هاشمی، تورج، محمدزادگان، رضا، قاسم بکلو، یونس، ایرانی، محمد امین و وکیلی، سجاد (۱۳۹۳). مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی در افراد وابسته به مواد و افراد سالم. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۷(۳۱)، ۱۳۲-۱۲۰.

یوسفی، فریده (۱۳۸۲). الگوی علی هوش عاطفی، رشد شناختی، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، و سلامت عمومی. رساله دکتری روان شناسی تربیتی. دانشگاه شیراز.

References

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-137.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th Ed. Washington. DC.
- Amit, B. H., Shoval, G., Zamir-Davis, R., Mell, H. (2014). P.6.d.001 Prevalence of cognitive impairments and emotional recognition bias in substance abuse or dependence currently in remission. *European Neuropsychopharmacology*, 24(2), 686-687.
- Butt, M. M., Sanam, F., Gulzar, S., Yahya, F. (2013). Cognitive emotional regulation and forgiveness. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*, 4(12), 769-792.
- Chauchard. E., Levin, K.H., Copersino, M. L., Heishman, S.J., Gorelick, D.A.(2013). Motivations to quit cannabis use in an adult non-treatment sample: are they related to relapse? *Addictive Behaviors*, 38(9), 2422-2427.
- Doran, N., McCharque, D., & Cohen, L. (2007). Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. *Addictive Behaviors*, 32, 90-98.
- Fauziah, I., & Naresh, K. (2009). The Influence of Community on Relapse Addiction to Drug use: Evidence from Malaysia. *European Journal of Social Sciences*, 11(3), 471- 476.
- Fox, H. C., Axelrod, S. R., Paliwal, P., Sleeper, J., & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and Alcohol Dependence*, 89, 298-301.

- Fox, H.C., Hong, K.A., & Sinha, R. (2008). Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinks. *Addictive Behavior*, 33, 388-394.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). "Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems". *Personality and Individual Differences*, 30, 1311- 1327.
- Goldsmith, A. A., Tran, G. Q., Smith, J. P., & Howe, S. R. (2009). Alcohol expectancies and drinking motives in college drinker. *Addictive Behavior*, 34, 505-513.
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. *Emotion Regulation*, 2(1), 3–20.
- Maisto, S. A. & Connors, G. J. (2006). Relapse in the addictive behaviors: integration and future directions. *Clinical Psychology Review*, 26(2), 22-29.
- Myberg, L. (2011). *Forgiveness as a mechanism of self-regulation: An ego depletion model*. Unpublished dissertation in psychology, University of Richmond.
- 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., Sastabrook, V., Schell, A., Wood, A. (2010). The 20-item Toronto Alexithymia Scale: III reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 269-275.
- Rachline, H. (1995). Self-control: beyond commitment. *Behavior and Brain Sciences*, 18(1), 109-159.
- Steckler, G., Witkiewitz, K. Marlatt, G. A. (2013). Principles of Addiction/ Chapter 13 Relapse and Lapse, *Comprehensive Addictive Behaviors and Disorders*, 1, 125-132.
- Sudraba, V., Millere, A., Deklava, L., Millere, E., Zumente, Z., Circenis, K., Millere, I. (2015). Stress coping strategies of Drug and Alcohol Addicted patients in Latvia. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 205, 632 – 636.
- Visser, L., Winter, A. F., Veenstra, R., Verhulst, F.C., Reijneveld, S.A. (2013). Alcohol use and abuse in young adulthood: Do self-control and parents' perceptions of friends during adolescence modify peer influence? The Trails study. *Addictive Behaviors*, 38(12), 2841-2846.
- Yan, Y., & Nabeshima, T. (2009). Mouse model of relapse to the abuse of drugs: procedural considerations and characterizations. *Behavioral Brain Research*, 2(1), 16-19.