

Research Article

Comparison of Impulsiveness, Ego strength, Alexithymia and Perceived Social Support in Addicts Who Continue Treatment and Those Who Quit

M. Haeri¹, M. Besharat^{2*}, M. Ahmadvand Shahverdi³ & F. Ramezani Moghadam Arani⁴

1. M.A. in Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. Email: mahsa_ha@yahoo.com
2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. Email: besharat@ut.ac.ir
3. M.A. Student in General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. Email: psy.mohammad@gmail.com
4. PhD in Health Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. Email: faride.r68@gmail.com

Abstract

Aim: Substance abuse is a maladaptive pattern of substance use through recurrent and significant adverse consequences related to the repeated use of substances appearing. Multiple variables affected on severity, duration and treatment of substance abuse disorders. In 2017, globally 271 million people were estimated to have used one or more illicit drugs. The aim of this causal-comparative study was the comparison of impulsiveness, ego strength, alexithymia and perceived social support in addicts who continued treatment and those who abandoned treatment. **Methods:** For this purpose, 180 participations referred to 3 drug rehabilitation center and after obtaining the consent and conveniently placed into three groups: medicinal, motivational and combined (medicinal-motivational) treatment randomly. Participations completed BIS (Barratt, 1994), Ego Strength Scale (Besharat, 2006), TAS-20 (Bagby, Parker & Taylor, 1994) and MSPSS (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1998) before and after the treatments. The number of people remained at the end of treatment were 45, 39 and 43 respectively in each group. For analyze the data non-parametric U Mann-Whitney test was used. **Results:** The results showed significant differences on impulsiveness, ego strength, alexithymia and perceived social support between Addicts Who Continued Treatment and Those Who Abandoned Treatment. **Conclusion:** Considering these variable can be effective in preventing, diagnosis and treatment of addiction.

Key words: *Ego Strength, Impulsiveness, Perceived Social Support, Substance Abuse, Alexithymia*

Citation: Haeri, M., Besharat, M., Ahmadvand Shahverdi, M., & Ramezani Moghadam Arani, F. (2022). Comparison of Impulsiveness, Ego strength, Alexithymia and Perceived Social Support in Addicts Who Continue Treatment and Those Who Quit. *Quarterly of Applied Psychology*, 16 (2):133-156.

مقایسهٔ تکانشوری، استحکام من، ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در معنادان ادامه‌دهنده و رهاکننده درمان

مهسا حائری^۱، محمدعلی بشارت^{۲*}، محمد احمدوند شاهرودی^۳ و فریده رضانی مقدم آرانی^۴

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. ایمیل: mahsa_ha@yahoo.com

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. ایمیل: besharat@ut.ac.ir

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. ایمیل: psy.mohammad@gmail.com

۴. دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. ایمیل: faride.r68@gmail.com

چکیده

هدف: سوءمصرف مواد عبارت است از الگوی غیرانطباقی مصرف مواد که از طریق پیامدهای نامطلوب عودکننده و قابل‌ملاحظه مرتبط با استعمال مکرر مواد ظاهر می‌شود. متغیرهای چندگانه بر شدت، مدت و درمان اختلالات سوءمصرف مواد تأثیر می‌گذارند. برآوردها در سال ۲۰۱۷ نشان داد که ۲۷۱ میلیون نفر در جهان از یک یا چند ماده مخدر استفاده کرده‌اند. پژوهش حاضر که از نوع علی-مقایسه‌ای بود، با هدف مقایسهٔ تکانشوری، استحکام من، ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در معنادان ادامه‌دهنده و رهاکنندهٔ درمان انجام شد. **روش:** بدین منظور، ۱۸۰ نفر از مراجع‌کنندگان به سه مرکز ترک اعتیاد، به صورت تصادفی در سه گروه درمان دارویی، مشاوره انگیزشی و درمان ترکیبی دارویی-انگیزشی قرار گرفتند. آزمودنی‌ها پیش از درمان، پرسشنامه‌های مربوط به مقیاس تکانشوری بارات (بارات، ۱۹۹۴)، مقیاس استحکام من (بشارت، ۱۳۸۶)، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (بگی، پارکر و تیلور، ۱۹۹۴) و مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده (زیمت، دالم، زیمت و فارلی، ۱۹۸۸) را تکمیل کردند. پس از پایان دورهٔ درمانی، تعداد افراد باقی‌مانده هر گروه درمانی به ترتیب ۴۵، ۳۹ و ۴۳ نفر بود. برای تحلیل داده‌ها از آزمون ناپارامتری یو-مان-ویتنی استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان‌دهندهٔ تفاوت معنادار در متغیرهای تکانشوری، استحکام من، ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده بین معنادان ادامه‌دهنده و رهاکننده درمان است. **نتیجه‌گیری:** توجه به این متغیرها می‌تواند در برنامه‌های پیشگیری، تشخیص و درمان سوءمصرف مواد مؤثر واقع شود.

کلید واژه‌ها: استحکام من، تکانشوری، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، سوءمصرف مواد، ناگویی هیجانی

مقدمه

اعتیاد نوعی بیماری مزمن و عودکننده است که با استفاده و جست‌وجوی اجباری مواد، بر خلاف پیامدهای زیان‌بخش آن مشخص می‌شود. اعتیاد به‌عنوان بیماری مغز قلمداد می‌شود، چراکه ساختار و نحوه کارکرد مغز را تغییر می‌دهد. این تغییرات مغزی می‌توانند مستمر باشند و به رفتارهای آسیب‌رسان و اغلب خودتخریب‌گرانه منجر شود (سادوک، سادوک و روئیز، ۲۰۱۵). انجمن روانپزشکی آمریکا در پنجمین نسخه تجدیدنظرشده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (طبقه‌های سوءمصرف ماده و وابستگی به ماده را جایگزین اختلال مصرف ماده کرده است. نشانه‌های مرتبط با اختلال مصرف ماده به چهار گروه عمده کنترل آسیب‌دیده، آسیب اجتماعی، مصرف خطرناک و معیار داروشناختی (تحمل و ترک) تقسیم می‌گردد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). برآوردهای انجام‌شده توسط سازمان ملل متحد نشان می‌دهد که ۱۶۲ میلیون تا ۳۲۴ میلیون نفر (۳/۵ تا ۷ درصد از کل جمعیت جهان) از افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله یک ماده غیرقانونی را مصرف کرده‌اند. متغیرهای متعددی بر پدیدایی، شدت، تداوم و درمان اختلال‌های سوءمصرف مواد تأثیر می‌گذارند. این متغیرها شامل عوامل جمعیت‌شناختی (کر، یای، گرینفیلد، ویلیامز، لویی، لی و همکاران، ۲۰۱۷)، وجود اختلالات روانی متفاوت (گودوین و استین، ۲۰۱۳)، تجارب ناخوشایند کودکی (زارس، نف، یودر، هولیرشون، چمبرس و چمبرس، ۲۰۱۹)، عوامل اجتماعی (کیپری، ویلسون، اتی، شیران، میلر و مک‌کمبریج، ۲۰۱۶) و تفاوت‌های فردی (کولدر، فرن‌داک، لنگور، رید، هاوک و ویکزورک، ۲۰۱۷) است. پژوهش‌ها همچنین رابطه متغیرهای روانشناختی از قبیل تکانشوری (کارلا، مارتینز-لوردو، ارتامندی، فرناندز-هرمیدا و پریکوت-والورد، ۲۰۱۷؛ لونگ، استایگر، هایدن، لوم، هال، منینگ و همکاران، ۲۰۱۷)، استحکام من (سینگ و آناد، ۲۰۱۵؛ پتروویچ، پرایسا و کوزاریچ، ۲۰۱۸؛ وونگ، نیگ، پاترلر، فیتزجرالد، جستر، گلس و همکاران، ۲۰۰۶)، ناگویی هیجانی (توربرگ، یانگ، لیور، سالیوان، هاسکینگ، لندن و همکاران، ۲۰۱۷؛ دورارد، بونگنر، فانب، ادل، کورکوس و برتوز، ۲۰۱۷) و حمایت اجتماعی ادراک‌شده (بیرتل، وود و کمپا، ۲۰۱۷؛ کاجانوجا، اسکین، کاروکیوی، کارلسون و کارلسون، ۲۰۱۹؛ چن، ۲۰۰۵) را با اختلالات اعتیادی و مرتبط با سوءمصرف مواد را نشان داده است.

تکانشوری از جمله مهم‌ترین عواملی است که موجب آسیب‌پذیری فرد در برابر مصرف مواد و مصرف مجدد پس از دوره پرهیز می‌شود. کاهش کنترل محرک یا تکانشوری ویژگی شاخص اعتیاد است (ماراز، اندو، ریگو، هارماتا، تاکاچ، زالکا و همکاران، ۲۰۱۶). فراتحلیل انجام‌شده توسط

¹. Diagnostical and Statistical manual of Mental disorder (DSM)

لونگ و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد که تکانشوری با سوگیری‌های توجه، حافظه و نگرش مرتبط با مصرف مواد رابطه مثبت و معنادار دارد. این نتایج همسو با نظریه‌های حساسیت‌زایی اعتیاد است و رابطه دوسویه بین تکانشوری و سوگیری‌های شناختی مرتبط با مصرف مواد را نشان می‌دهد. همچنین نقش پیش‌بین تکانشوری و سوگیری‌های شناختی را در رابطه با نتایج درمان تأیید می‌کند. میزان مشکلات مرتبط با مصرف مواد در مبتلایان به اختلال انفجاری متناوب بالاتر گزارش شده است. در این بیماران تکانشوری به‌عنوان مشخصه اصلی در نظر گرفته می‌شود و معمولاً قبل از مصرف ماده واقع می‌شود. همبودی اختلال انفجاری متناوب و مصرف مواد موجب تشدید این مشکلات نسبت به گروه‌های بدون همبودی است (کوکارو، فریدبرگ، فننینگ، گرانت، کینگ و لی، ۲۰۱۶). تکانشوری با مهار من و تاب‌آوری من به‌عنوان عوامل استحکام من رابطه دارد.

استحکام من عامل اصلی برای احساس هویت خود، تجربه خویشتن و جهان، به‌هم‌پیوستگی تجربیات و دیدگاه‌ها و درک واقعیت است (فردریک، ۲۰۱۳). قضاوت و واقعیت‌سنجی کافی، احساس واقعیت جهان و خود، قدرت تحمل ناکامی، مهار تکانه‌ها و توانایی لازم جهت مفهوم‌سازی و به‌کارگیری تفکر انتزاعی و توانایی به‌کارگیری مناسب دفاع‌های من، قدرت تحمل استرس، جست‌وجوی مشغولیت‌ها و علائق لذت‌بخش از مشخصه‌های من توانمند است. به‌طور کلی، استحکام من عاملی است که قوت یا ضعف فرد در آن می‌تواند پیش‌بینی‌کننده اعتیاد فرد به مواد افیونی هنگام مواجهه با اضطراب یا مشکلات محیطی باشد. از سوی دیگر، ضعف در استحکام من و تأخیر در بلوغ روانشناختی عامل مهمی در روند درمان افراد وابسته به مواد افیونی است (آبراموف، لانگ و ماتسون، کوتریل، بریج، عبدالرسول و همکاران، ۲۰۱۵). ناگویی هیجانی عامل خطری برای اختلال‌های روانی و جسمی به‌شمار می‌رود (کیفر، تیلور، پارکر و بگی، ۲۰۱۷). پژوهش‌های بسیاری حاکی از رابطه معنادار میان ناگویی هیجانی و مصرف مواد در بزرگسالان است، به‌گونه‌ای که در میان ۳۹ تا ۶۷/۵ درصد از بزرگسالان مصرف‌کننده، ناگویی هیجانی نیز دیده می‌شود (اورن، سینار، اورن، یوموت، کان و بوزکورت، ۲۰۱۵). از سوی دیگر، افراد با ناگویی هیجانی 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 هیجانی، انزوای اجتماعی و فقدان حمایت اجتماعی ادراک‌شده حمایت می‌کنند (تراک، هانمن، جانوویتز، ولزک، ناک، فری‌برگر و همکاران، ۲۰۱۷). تحقیقات نشان داده‌اند در افرادی که تاریخچه خانوادگی سوءمصرف الکل دارند، حمایت اجتماعی می‌تواند به‌عنوان محافظی

¹. incentive sensitization theory

در برابر سوء‌مصرف مواد عمل کند. روابط خانوادگی نزدیک و حمایت‌کننده با مصرف کمتر مواد و الکل رابطه دارد (بشارت، ۱۳۸۶؛ بیرتل و همکاران، ۲۰۱۷؛ استودر، بگیو، دوپویس، موهلر-کو، دیپن و جمل، ۲۰۱۷). اگرچه حمایت اجتماعی به‌طور کلی یک شاخصه مثبت اجتماعی است، در ارتباط با افرادی که با مشکل اعتیاد دست‌وپنجه 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 ارتقاء خودکارآمدی مرتبط با پرهیز نیز شوند و به مصرف‌کنندگان کمک کند که وضعیت ترک را حفظ کنند و با فراهم کردن برخی فرصت‌ها به جامعه بازگردند (پانیانکو، گالوپ، کرینگتون و کولوزی، ۲۰۱۶).

در حال حاضر اعتیاد و درمان آن، خط اول دفاع در مقابله با بیماری‌های روانی و رفتاری و یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامت عمومی در سراسر جهان به شمار می‌رود. با وجود خطرات و عوارض ناشی از اعتیاد، روزانه به شمار معتادان جامعه افزوده می‌شود. این امر بر اهمیت ایجاد راهبردهای مناسب در جهت پیشگیری و درمان اعتیاد می‌افزاید. با توجه به روش‌های مختلف درمان اعتیاد و ترک ناموفق عده کثیری از معتادان و بازگشت مجدد آنها به این رفتار ناسازگارانه، می‌توان اینگونه استنباط کرد که متغیرهای گوناگونی بر روند درمان اثر گذاشته و آن را برای گروهی از افراد بی‌نتیجه و برای گروه دیگر تأثیرگذار می‌سازد. بنابراین، به‌وسیله شناسایی و مطالعه تأثیر این متغیرها، پیش‌بینی نتایج درمان نیز امکان‌پذیر خواهد شد و می‌توان برای افرادی که مستعد رهاکردن درمان هستند تمهیدات به‌موقعی اندیشید.

در همین راستا، این پژوهش با تأکید بر اهمیت مطالعه عوامل روان‌شناختی مؤثر و پیش‌بینی‌کننده اثربخشی و تداوم درمان طراحی شده است و به تعیین نقش پیش‌بین متغیرهای تکانشوری، ناگویی هیجانی، استحکام من و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در سه گروه از معتادانی که تحت درمان دارویی، انگیزشی و درمان ترکیبی دارویی-انگیزشی قرار گرفته‌اند، پرداخته است. با توجه به آنچه ذکر شد، فرض‌های پژوهش بدین ترتیب آزمون می‌شوند: ۱. تکانشوری در معتادانی که درمان را ادامه دادند و آنهایی که رها کردند، متفاوت است؛ ۲. استحکام من در معتادانی که درمان را ادامه دادند و آنهایی که رها کردند، متفاوت است؛ ۳. ناگویی هیجانی در معتادانی که درمان را ادامه دادند و آنهایی که رها کردند، متفاوت است؛ ۴. حمایت اجتماعی در معتادانی که درمان را ادامه دادند و آنهایی که رها کردند، متفاوت است.

روش

جامعه آماری پژوهش حاضر، تمام افراد معتاد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر یزد بود. از میان مراکز موجود، سه مرکز به صورت نمونه گیری دردسترس انتخاب و از میان افراد مراجعه کننده، ۱۸۰ معتاد مصرف کننده مواد افیونی (در قالب سه گروه ۶۰ نفری) به شیوه نمونه گیری دردسترس و پس از اخذ رضایت از بیماران انتخاب شدند. پس از اتمام دوره درمانی، تعداد افراد باقی مانده 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) بود. میانگین سنی 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. با مراجعه به مطالعات گذشته، معیارهای ورود شامل سواد خواندن و نوشتن، نداشتن اختلال پسیکوزی مانند اسکیزوفرنی یا اختلالات وابسته به آن، نداشتن عقب ماندگی ذهنی و تمایل بیمار برای شرکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه ها انتخاب شدند. بر همین اساس، عدم تمایل بیمار برای ادامه پژوهش یا شرایط پیشامدی حاد برای بیمار به گونه ای که قادر به شرکت در پژوهش نباشد، معیارهای خروج این پژوهش بود. افراد شرکت کننده در گروه درمان دارویی دو نوبت در هفته برای دریافت متادون مصرفی خود به کلینیک مراجعه می کردند. اعضای گروه درمان دارویی-انگیزشی علاوه بر داروی خود، ۲۰ تا ۳۰ دقیقه مشاوره انگیزشی نیز دریافت می کردند. در گروه درمان انگیزشی، مراجعان دو مرتبه در هفته و هر بار به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه با استفاده از فنون مصاحبه، تشویق و ترغیب می شدند تا طبق دستور پزشک میزان و نحوه مصرف خود را کاهش دهند و به تدریج موفق به ترک کامل مواد شوند. پزشک معالج افراد ۳ ماه و ۶ 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 ۱ تا ۱۰ امتیازدهی کرد.

ابزار

۱. مقیاس تکانشوری بارات! مقیاس تکانشوری بارات (بارات، ۱۹۹۴) یک آزمون ۳۰ گویه ای است و شیوه های اندیشیدن و عمل کردن افراد را در اندازه های ۴ درجه ای لیکرت (از به ندرت/هرگز = ۱ تا تقریباً همیشه = ۴) بر حسب سه زیرمقیاس شامل بی برنامه گی، تکانشوری حرکتی و تکانشوری شناختی می سنجد. از مجموع نمره سه زیرمقیاس آزمون، نمره کل فرد محاسبه می شود که سطح کلی تکانشوری وی را تعیین می کند. ویژگی های روانسنجی این مقیاس، در

1. The Barrat Impulsiveness Scale

نمونه‌ای متشکل از ۷۴۴ نفر از جمعیت عمومی (۳۸۰ زن، ۳۶۴ مرد) و ۲۱۶ بیمار مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و خلقی (۱۲۳ زن، ۹۳ مرد) مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های بی‌برنامگی، تکانش‌وری حرکتی، تکانش‌وری شناختی و نمره کل تکانش‌وری به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۹۰، ۰/۷۹ و ۰/۹۱ برای جمعیت عمومی و ۰/۸۱، ۰/۸۳، ۰/۷۵ و ۰/۸۸ برای نمونه بیمار محاسبه شد که نشان‌دهنده همسانی درونی خوب مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های ۱۰۷ نفر از جمعیت عمومی پژوهش در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای زیرمقیاس‌های بی‌برنامگی، تکانش‌وری حرکتی، تکانش‌وری شناختی و نمره کل تکانش‌وری به ترتیب $r=0/73$ ، $r=0/78$ ، $r=0/80$ و $r=0/83$ محاسبه شد که در سطح $p<0/001$ معنادار بودند. این ضرایب نشانه پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس تکانش‌وری بارات است (بشارت، ۱۳۸۶). روایی سازه، همگرا و تشخیصی (افتراقی) مقیاس تکانش‌وری بارات از طریق اجرای همزمان مقیاس افسردگی بک؛ مقیاس اضطراب بک؛ فهرست عواطف مثبت و منفی ۳ و مقیاس سلامت روانی^۴ در مورد آزمودنی‌های دو گروه محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس تکانش‌وری بارات با عواطف مثبت و بهزیستی روانشناختی همبستگی منفی معنادار از ۰/۴۳ تا ۰/۵۷ ($p<0/001$) و با افسردگی، اضطراب، عواطف منفی و درماندگی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار از ۰/۴۸ تا ۰/۶۱ ($p<0/001$) وجود دارد. این نتایج، روایی همگرا و تشخیصی مقیاس تکانش‌وری بارات را تأیید می‌کنند (بشارت، ۱۳۸۶). نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نیز سه عامل را برای مقیاس تکانش‌وری بارات تأیید کرد (بشارت، ۱۳۸۶).

۲. مقیاس استحکام من. مقیاس استحکام من، یک ابزار ۲۵ گویه‌ای است که با اقتباس از ابزارهای سنجش مهار من، تاب‌آوری من، مکانیسم‌های دفاعی و راهبردهای مقابله‌ای برای اندازه‌گیری میزان توانمندی من در مهار و مدیریت موقعیت‌ها و شرایط دشوار زندگی ساخته و هنجاریابی شده است (بشارت، ۱۳۸۶). این مقیاس واکنش‌های فرد به موقعیت‌های دشوار زندگی را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای از ۱ (خیلی کم) تا ۵ (خیلی زیاد) بر حسب پنج زیرمقیاس مهار من، تاب‌آوری من، مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته، راهبردهای مقابله مسئله‌محور و راهبردهای مقابله هیجان‌محور مثبت می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در هر یک از زیرمقیاس‌های استحکام من به ترتیب ۵ و ۲۵ است. از مجموع نمره پنج زیرمقیاس آزمون، نمره کل فرد برای

1. Beck Depression Inventory

2. Beck Anxiety Scale

3. Positive and Negative Affect Schedule

4. Mental Health Inventory

5. Ego Strength Scale

استحکام من از ۲۵ تا ۱۲۵ محاسبه می‌شود. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس استحکام من در چندین پژوهش که طی سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۳ در نمونه‌های بیمار ($n=372$) و بهنجار ($n=1257$) انجام شده‌اند، مورد بررسی و تأیید قرار گرفته‌اند (بشارت، ۱۳۸۶). در این پژوهش‌ها، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های هر یک از زیرمقیاس‌های استحکام من برای مهار من از ۰/۷۳ تا ۰/۷۹، برای تاب‌آوری من از ۰/۸۰ تا ۰/۸۶، برای مکانسم‌های دفاعی رشدیافته از ۰/۷۰ تا ۰/۸۳، برای راهبردهای مقابله مسئله‌محور از ۰/۸۱ تا ۰/۹۰، برای راهبردهای مقابله هیجان‌محور مثبت از ۰/۶۹ تا ۰/۸۵ و برای نمره کل مقیاس استحکام من از ۰/۸۹ تا ۰/۹۳ به دست آمد. این ضرایب همسانی درونی مقیاس استحکام من را تأیید می‌کنند. پایایی بازآزمایی مقیاس استحکام من برای نمونه‌های بیمار ($n=122$) و بهنجار ($n=274$) در دو نوبت با فاصله‌های ۲ تا ۶ هفته برای مهار من از ۰/۶۵ تا ۰/۷۳، برای تاب‌آوری من از ۰/۷۰ تا ۰/۸۴، برای مکانسم‌های دفاعی رشدیافته از ۰/۷۳ تا ۰/۸۵، برای راهبردهای مقابله مسئله‌محور از ۰/۷۱ تا ۰/۷۸، برای راهبردهای مقابله هیجان‌محور مثبت از ۰/۶۷ تا ۰/۸۱ و برای نمره کل مقیاس استحکام من از ۰/۸۳ تا ۰/۸۸ به دست آمد. این ضرایب که همه در سطح $p < 0.001$ معنادار هستند، پایایی بازآزمایی مقیاس استحکام من را تأیید می‌کنند. روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) مقیاس استحکام من از طریق اجرای همزمان مقیاس سلامت روانی (MHI-28؛ بشارت، ۱۳۸۸)، مقیاس دشواری تنظیم هیجان^۱ (DERS؛ گرتز و رومر، ۲۰۰۴) و فهرست عواطف مثبت و منفی (PANAS؛ واتسون، کلارک و تلگن، ۱۹۸۸) در مورد نمونه‌های مختلف از دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت. این ضرایب در سطح $p < 0.001$ معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی نیز با تعیین پنج عامل (مهار من، تاب‌آوری من، مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته، راهبردهای مقابله مسئله‌محور و راهبردهای مقابله هیجان‌محور مثبت)، روایی سازه مقیاس استحکام من را مورد تأیید قرار داد (بشارت، ۱۳۸۶).

۳. **مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو**^۲: مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20؛ بگی، پارکر و تیلور، ۱۹۹۴) یک آزمون ۲۰ سؤالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی 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 هیجانی کلی محاسبه می‌شود. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است (پالمر، گیگانس، مانوکا و استاف، ۲۰۰۴؛

۱. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

۲. Toronto Alexithymia Scale

تیلور و بگی، ۲۰۰۰). در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی 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 خوب مقیاس است. پایایی بازآزمایی 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، بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی 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 تأییدی 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، ۱۳۹۲، ۲۰۰۷).

۴. مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده! مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده 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 ادراک‌شده بیشتر است. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده در پژوهش‌های خارجی مورد تأیید قرار گرفته است (چو، ۲۰۰۰؛ 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 ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۹ محاسبه شد. این ضرایب همسانی درونی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده 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

¹. Multidimensional Scale of Perceived Social Support

کل مقیاس و سه زیرمقیاس حمایت اجتماعی خانوادگی، اجتماعی و دوستان به ترتیب $t=0/86$ ، $t=0/78$ و $t=0/69$ محاسبه شد. این ضرایب که در سطح $p<0/001$ معنادار بودند، پایایی بازآزمایی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده را تأیید می‌کنند (بشارت، ۱۳۸۶). روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده از طریق اجرای همزمان مقیاس سلامت روانی^۱ (MHI؛ بشارت، ۱۳۸۵) 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 بهزیستی روانشناختی $0/57$ ، با همدلی عاطفی $0/53$ ، با عاطفه مثبت $0/49$ ، با درماندگی روانشناختی $-0/51$ و با عاطفه منفی $-0/55$ 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)، روایی سازه مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده را مورد تأیید قرار داد (بشارت، ۱۳۸۶).

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی مربوط به بیشینه، کمینه و میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در جدول ۱ گزارش شده است. همانگونه که در این جدول مشاهده می‌شود، میانگین کل نمره تکانشوری در افرادی که درمان را رها کرده‌اند $92/90$ است. این میانگین برای عامل بی‌برنامگی $36/92$ ، تکانشوری شناختی $25/35$ و حرکتی $30/62$ است. میانگین امتیازی در عامل حمایت اجتماعی $41/64$ و برای عامل ناگویی هیجانی $64/41$ است. در نهایت این میانگین برای استحکام من $55/30$ است.

جدول ۱. بیشینه، کمینه، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

عامل	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار
بی‌برنامگی	۲۶	۴۲	۳۶/۹۲	۲/۹۹
تکانشوری حرکتی	۲۱	۳۷	۳۰/۶۲	۳/۹۸
تکانشوری شناختی	۱۵	۲۹	۲۵/۳۵	۳/۲۵
نمره کل تکانشوری	۶۳	۱۰۶	۹۲/۹۰	۹/۶۲
حمایت اجتماعی	۳۰	۵۲	۴۱/۶۴	۴/۲۱

۱. Mental Health Inventory

ناگویی هیجانی	۵۷	۷۴	۶۴/۴۱	۶/۰۳
استحکام من	۴۸	۷۳	۵۵/۳۰	۵/۰۵

با توجه به نرمال نبودن داده‌های تکانشوری، حمایت اجتماعی، ناگویی هیجانی و استحکام من مربوط به گروهی که درمان را رها کرده‌اند و ادامه دادند، از آزمون ناپارامتریک یو مان-ویتنی استفاده شد. جدول ۲ نتایج این آزمون آماری را نشان می‌دهد.

جدول ۲. نتایج rank آزمون یو مان-ویتنی

عامل	گروه	میانگین rank	جمع rank
بی‌برنامگی	رها کرده	۱۵۴	۸۱۶۲/۰۰
	تکمیل کرده	۶۴	۸۱۲۸/۰۰
تکانشوری حرکتی	رها کرده	۱۵۰/۴۶	۷۹۷۴/۵۰
	تکمیل کرده	۶۵/۴۸	۸۳۱۵/۵۰
تکانشوری شناختی	رها کرده	۱۴۷/۲۵	۷۸۰۴/۵۰
	تکمیل کرده	۶۶/۸۱	۸۴۸۵/۵۰
نمره کل تکانشوری	رها کرده	۲۷/۰۰	۱۴۳۱/۰۰
	تکمیل کرده	۱۱۷/۰۰	۱۴۸۵۹/۰۰
ناگویی هیجانی	رها کرده	۹۹/۱۶	۵۲۵۵/۵۰
	تکمیل کرده	۸۶/۸۹	۱۱۰۳۳/۰۰
استحکام من	رها کرده	۵۸/۱۸	۳۰۳۸/۵۰
	تکمیل کرده	۱۰۳/۹۹	۱۳۲۳۵/۰۰
حمایت اجتماعی	رها کرده	۷۸/۷۸	۴۱۷۵/۵۰
	تکمیل کرده	۹۹/۳۹	۱۲۱۱۴/۵۰

میانگین rank متغیرها نشان می‌دهد تکانشوری و ناگویی هیجانی در گروهی که درمان را رها کرده‌اند از میانگین افرادی که درمان را ادامه داده‌اند بیشتر است. از سوی دیگر، میانگین rank متغیرهای استحکام من و حمایت اجتماعی در گروهی که درمان را رها کرده‌اند از میانگین افرادی که درمان را ادامه داده‌اند کمتر است. در ادامه پژوهش معنی‌داری آزمون یو مان-ویتنی بررسی شد (جدول ۳).

جدول ۳. نتایج آزمون یو مان-ویتنی برای نمرات عوامل پژوهش

متغیرها	شاخص	نمرات
	Mann-Whitney U	۰/۰۰۶
بی‌برنامگی	Z	-۱۰/۵۰۱
	Sig	۰/۰۰۱
	Mann-Whitney U	۱۸۷/۵۰۰
تکانشوری حرکتی	Z	-۹/۹۹۰
	Sig	۰/۰۰۱
	Mann-Whitney U	۳۵۷/۵۰۰
تکانشوری شناختی	Z	-۴/۴۵۹
	Sig	۰/۰۰۱
	Mann-Whitney U	۰/۰۰۱
نمره کل تکانشوری	Z	-۱۰/۵۶۷
	Sig	۰/۰۰۱
	Mann-Whitney U	۲۹۰۶/۵۰
ناگویی هیجانی	Z	-۶/۴۴۶
	Sig	۰/۰۰۱
	Mann-Whitney U	۱۶۵۲/۵۰
استحکام من	Z	-۵/۳۳۸
	Sig	۰/۰۰۱
	Mann-Whitney U	۲۷۴۴/۵۰
حمایت اجتماعی	Z	-۲/۹۹۵
	Sig	۰/۰۰۵

همانگونه که در جدول ۲ و ۳ مشاهده می‌شود تفاوت معناداری بین افرادی که درمان را رها کردند و افرادی که درمان را تا آخر ادامه دادند در متغیرهای تکانشوری، ناگویی هیجانی، استحکام من و حمایت اجتماعی وجود دارد. به عبارت دیگر، نمرات تکانشوری و ناگویی هیجانی در گروهی

که درمان را رها کردند بیشتر است. در مقابل، نمرات استحکام من و حمایت اجتماعی در گروهی که درمان را ادامه دادند بیشتر است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش مقایسهٔ تکانشوری، استحکام من، ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در معتادانی که درمان را ادامه دادند و آنهایی که آن را رها کردند بود. در رابطه با فرضیهٔ اول، نتایج پژوهش نشان داد که تکانشوری در معتادانی که درمان را رها کردند نسبت به آنهایی که آن را ادامه دادند بالاتر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (کارلا و همکاران، ۲۰۱۷؛ کوکارو و همکاران، ۲۰۱۶؛ لونگ و همکاران، ۲۰۱۷؛ مازا و همکاران، ۲۰۱۶) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که تکانشوری تمایل یا گرایش به واکنش سریع و بدون برنامه به محرک‌های درونی و بیرونی، بدون در نظر گرفتن پیامدهای منفی آن است. افرادی که تکانشوری بالایی دارند با تنزیل مؤخر پاداش مشخص می‌شوند. بدین معنا که افراد تکانشور، پاداش‌های کوچک‌تر و فوری را به پاداش‌های بزرگ‌تر و با تأخیر ترجیح می‌دهند (ترجیح لذت آنی به مصلحت آتی). همچنین پاداشی که در آینده و با گذشت زمان در انتظارشان باشد برای آنها چندان ارزشی ندارد (مازا و همکاران، ۲۰۱۷). با توجه به اینکه فرایند درمان و ترک اعتیاد در ابتدای امر کاری سخت و دشوار است و تقویت‌کننده نیست، فرد معتاد همچنان در چرخه معیوب کسب لذت آنی درگیر می‌شود و احتمال اینکه درمان را به سرانجام برساند کاهش پیدا می‌کند. بدین ترتیب تقویتی که با تأخیر (درمان موفق) اتفاق افتد برای آنها ارزش چندانی ندارد. در واقع معتادانی که تکانشوری بالایی دارند، نمی‌توانند ارضای فوری خود را به تأخیر اندازند تا به لذت حاصل از ترک موفق و پاداش‌ها و تشویق‌های احتمالی از سوی دیگران دست پیدا کنند. همچنین افراد تکانشور از مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف و روابط میان‌فردی مشکل‌ساز رنج می‌برند. این افراد برای تسکین دشواری‌های هیجانی خود نیاز به کاهش ناراحتی فوری دارند و برای اجتناب از علائم ناخوشایند ترک به هر چیزی که این تسکین فوری را فراهم کند روی می‌آورند. رابطهٔ درمانگر و بیمار نیز از جمله عناصری است که در افراد با تکانشوری بالا دچار آسیب است و این امر باعث بروز مشکلات ارتباطی بین فرد معتاد و درمانگر می‌گردد که خود منجر به ترک زود هنگام فرایند درمان می‌شود (کارلا و همکاران، ۲۰۱۷).

¹. delay discounting

نتایج پژوهش در رابطه با فرضیه دوم نشان داد که استحکام من در معتادانی که درمان را ادامه دادند در مقایسه با معتادانی که درمان را رها کردند بالاتر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (آبراموف و همکاران، ۲۰۱۷؛ سینگ و آناد، ۲۰۱۵؛ وونگ و همکاران، ۲۰۰۶) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت میزان استحکام من بر حسب مجموعه توانمندی‌های روانشناختی فرد برای حل تعارضات درون‌روانی و تعامل با محیط شامل مهار من، تاب‌آوری من، مکانیسم‌های دفاعی و راهبردهای مقابله‌ای تعیین می‌شود. هر یک از این ویژگی‌ها به فرد کمک می‌کند تا با مشکلات مقابله کند، به حل مسائل بپردازد، احساس یکپارچگی خود را حفظ نماید و فراتر از این‌ها به سطح بالاتری از رشد برسد (بشارت، ۱۳۹۵؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۲). در مجموع، وجود این ویژگی‌ها در فرد منجر به پختگی روانی-اجتماعی می‌شود که عامل محافظتی در برابر مصرف مواد و رفتارهای پرخطر است. استحکام من با مهارت‌های مقابله‌ای که به فرد کمک می‌کنند چالش‌های زندگی را مدیریت کنند، مرتبط است. این مهارت‌ها همچنین تلویحاتی در جهت بهبود و درمان معتادین دارند. برای مثال، امید منعکس‌کننده اعتماد و خوشبینی نسبت به زندگی، خود فرد و آینده اوست. در واقع می‌توان گفت وجود این ویژگی‌ها با ادامه روند درمان و ترک همبسته هستند (آبراموف و همکاران، ۲۰۱۵). مهار من به‌عنوان یکی از عناصر استحکام من به توانایی فرد در بازداری یا عملی‌سازی تکانه در مواجهه با تغییر شرایط محیطی اشاره دارد. پیوستار مهار من از کم‌مهارگری تا بیش‌مهارگری ادامه دارد. افراد کم‌مهارگر توانایی لازم برای به تأخیر انداختن ارضای نیازها را ندارند، سطوح بازداری رفتاری و مهار تعمدی (توانایی تمرکز یا تغییر توجه و کنترل تکانه‌ها و هیجان‌ها) آنها پایین است و برعکس، سطوح واکنش‌پذیری و تکانشوری آنها بالا است (بشارت، ۱۳۹۵). این عوامل می‌توانند فرد در حال ترک و تحت درمان را از وسوسه و ولع مصرف محافظت کنند.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که ناگویی هیجانی در معتادانی که درمان را رها کردند نسبت به آنهایی که آن را ادامه دادند بیشتر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (اورن و همکاران، ۲۰۱۵؛ تراک و همکاران، ۲۰۱۷؛ نوربرگ و همکاران، ۲۰۱۷؛ دورارد و همکاران، ۲۰۱۷) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد مبتلا به ناگویی هیجانی در تعبیر و شناسایی هیجان‌ات و احساسات خود مشکل دارند. آنها همچنین نشانه‌های جسمانی را سوءتعبیر می‌کنند و برای جبران نقایص خودآگاهی هیجانی به مصرف مواد روی می‌آورند (دورارد و همکاران، ۲۰۱۷). ناگویی هیجانی و مصرف مواد همپوشانی دارند و معتادانی که ناگویی هیجانی در آنها بالاتر است به احتمال کمتری درمان و ترک موفق داشته باشند، زیرا این افراد برای بالابردن تجارب هیجانی به مصرف ادامه می‌دهند. مکانیسم احتمالی در مشکلات افرادی که

همزمان به ناگویی هیجانی و مصرف مواد مبتلا هستند ممکن است، انتظار تجربه هیجان منفی تشدید یافته و بهبود روابط اجتماعی باشد. احتمالاً این افراد در منابع بیرونی به دنبال تحریک و تجربه هیجان خوشایند هستند و همین امر منجر به دشواری ترک و ادامه فرایند درمان در این افراد می‌شود (توربرگ و همکاران، ۲۰۱۷). از سوی دیگر، نظریه احساس‌نابینی^۱ مطرح می‌کند که ناگویی هیجانی به همراه فقر تجربه هشیار هیجاناتی که به وسیله محیط راه‌اندازی می‌شوند با نقص در کر تکس قدامی-کمر بندی مشخص می‌شود. سوء مصرف مواد ممکن است این کژکاری پردازش هیجانی را در افراد ناگوی هیجان به طور موقت کاهش دهد و توانایی آنها برای دسترسی به احساساتشان را افزایش دهد (لین و همکاران، ۱۹۹۷؛ نقل از توربرگ و همکاران، ۲۰۱۷). بدین ترتیب، معتادانی که علائم ناگویی هیجانی کمتری دارند با این دشواری‌های پردازش هیجانی مواجهه نیستند و فرایند درمان را بیشتر تاب می‌آورند (دورارد و همکاران، ۲۰۱۷).

در رابطه با فرضیه آخر نتایج نشان داد که میزان حمایت اجتماعی در گروهی که درمان را ادامه دادند نسبت به گروهی که درمان را رها کردند بیشتر است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های پیشین (استودر و همکاران، ۲۰۱۷؛ بشارت، ۱۳۸۶؛ پانپیانکو و همکاران، ۲۰۱۶؛ تامپسون، ۲۰۱۷؛ تراک و همکاران، ۲۰۱۷) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که شبکه‌های حمایت اجتماعی به عنوان سپری در مقابل فشار روانی عمل می‌کنند. اطمینان فرد معتاد از اینکه می‌تواند به منابع بیرونی تکیه کند منجر به این می‌شود که محیط بیرون را کمتر تهدیدکننده ارزیابی کند و سازگاری بیشتری را به دست آورد. همچنین کسب رضایت و خوشحالی دیگران مهم و به‌عنوان انگیزه‌ای برای فرد معتاد قلمداد می‌شود تا فرایند ترک و اقدامات درمانی را بیشتر پیگیری کند (استودر و همکاران، ۲۰۱۷). افرادی که حمایت اجتماعی ادراک‌شده بالایی دارند رفتار دوستان و خانواده خود را مثبت ارزیابی می‌کنند و آن را در جهت بهبود خود می‌دانند؛ از سوی دیگر، معتادانی که حمایت ادراک‌شده اجتماعی پایینی دارند ممکن است نیت دیگران را سوءتعبیر کنند و با بدبینی به آنها نگاه کنند. در واقع این افراد اعتماد بین‌فردی و گشودگی کمتری در روابط خود دارند، مواردی که با ترک زود هنگام درمان رابطه دارند (چن، ۲۰۰۵).

به‌طور خلاصه، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که تکانشوری، استحکام من، ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده در معتادانی که درمان را ادامه دادند و آنهایی که آن را رها کردند متفاوت است. میزان تکانشوری و ناگویی هیجانی در معتادانی که درمان را رها کردند نسبت به آنهایی که درمان را ادامه دادند بالاتر است و همچنین استحکام من و حمایت اجتماعی

۱. blindfeel theory

ادراک شده در معتادانی که درمان را ادامه دادند نسبت به آنهایی که آن را رها کردند بالاتر است. یافته‌های پژوهش حاضر فرضیه‌های دیگری را نیز مطرح می‌سازد: ۱. با توجه به نقش عوامل روانشناختی مؤثر در بروز اعتیاد، برنامه‌های پیشگیری یا آگاهی‌بخشی باید تقویت‌کننده کدام یک از جنبه‌های فردی باشد؟ ۲. نظر به اینکه آمادگی زیست‌شناختی نیز در بروز اعتیاد تأثیرگذار است، شروع آموزش‌های همگانی و آگاهی‌بخشی و تقویت منابع 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 به‌تنهایی، مانند درمان دارویی بر مدارهای مغزی تأثیرگذارند؟ 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 به‌منظور 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 به‌خصوص بالینی، نتایج پژوهش کنونی می‌تواند به متخصصان بالینی به‌ویژه 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 علی-مقایسه‌ای است، بنابراین نمی‌توان روابط علی بین متغیرها به‌مانند طرح‌های آزمایشی واقعی برقرار کرد و در تفسیر یافته‌های پژوهش باید احتیاط نمود. روش نمونه‌گیری و محدودشدن 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 علی-مقایسه‌ای است و نظر به مشکلاتی که در کنترل متغیرها در تحقیق علی-مقایسه‌ای وجود دارد، تفسیر نتایج این روش تحقیق باید با احتیاط انجام شود.

موازین اخلاقی

لازم به ذکر است که نویسنده اول مقاله به‌عنوان آزمونگر، هیچگونه مداخله‌ای جهت درمان مراجعان کلینیک‌های ترک اعتیاد انجام نداده است و تنها به‌وسیله پرسشنامه‌های مذکور، متغیرهای موردنظر را پیش از شروع درمان اندازه‌گیری نموده و نقش پیش‌بینی‌کننده آنها را در انواع درمان‌های اجراشده توسط متخصصان کلینیک موردسنجش قرار داده است. در این پژوهش پیش از اجرای آزمون درباره هدف تحقیق، کاربردهای آن و مسائل مربوط به رازداری توضیحات

لازم برای تمامی شرکت‌کنندگان ارائه شد. همچنین رضایت آنها از شرکت در پژوهش اخذ گردید و در صورت عدم تمایل به همکاری، امکان انصراف آنها از ادامه پژوهش در هر مرحله فراهم بود.

سپاسگزاری

در پایان از کلیه افرادی که در مراحل انجام این پژوهش همکاری داشته‌اند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۵). پایایی و اعتبار مقیاس سلامت روانی (MHI). *فصلنامه دانشور رفتار*، ۱۶، ۱۱-۱۶. [پیوند]

بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۶). آسیب‌شناسی خانوادگی اعتیاد. *تازه‌های روان‌درمانی*، ۴۰، ۲۵-۴۳. [پیوند]
بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۶). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس استحکام من. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران. [پیوند]

بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۶). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس تکانشوری بارات. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران. [پیوند]

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

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

بشارت، محمدعلی.، زهدی تجربی، کمیل. و نوربالا، احمدعلی. (۱۳۹۲). مقایسه ناگویایی طبعی و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران جسمانی‌سازی، بیماران اضطرابی و افراد عادی. *روان‌شناسی معاصر*، ۳۵، ۱۳-۳. [پیوند]

بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۵). ساخت و درست‌آزمایی مقیاس استحکام من: یک مطالعه مقدماتی. *مجله علوم روانشناختی*، ۶۰، ۴۶۷-۴۴۵. [پیوند]

Abramoff, B. A., Lange, H. L., Matson, S. C., Cottrill, C. B., Bridge, J. A., Abdel-Rasoul, M., & Bonny, A. E. (2015). Delayed Ego Strength Development in Opioid Dependent Adolescents and Young Adults. *Journal of Addiction*. [Link]

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. [\[Link\]](#)
- 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. [\[Link\]](#)
- Barratt, E. S. (1994). Impulsivity: Integrating cognitive, behavioral, biological, and environmental data. In W. B. McCown, J. L. Johnson, & M. B. Shure (Eds.). *The impulsive client: Theory, research and treatment*. Washington DC: American Psychological Association, 40; Pp: 39- 45. [\[Link\]](#)
- 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. [\[Link\]](#)
- 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. [\[Link\]](#)
- Carla, L-N., Martinez-Loredo, V., Artamendi, S. F., Fernández-Hermida, J-R., Pericot-Valverde, I., Weidberg-López, & Secades-Villa, R. (2017). Impulsivity, sensation seeking and substance use among adolescents: A longitudinal research. *Drug and Alcohol Dependence*, 171, 34-35. [\[Link\]](#)
- Chen, G. (2005). Social support, spiritual program and addiction recovery. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 50, 306-323. [\[Link\]](#)
- Chou, K. L. (2000). Assessing Chinese adolescents' social support: The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Personality and Individual Differences*, 28, 299-307. [\[Link\]](#)
- Coccaro, E. F., Fridberg, D. J., Fanning, J. R., Grant, J. E., King, A. C., & Lee, R. (2016). Substance use disorders: Relationship with intermittent explosive disorder and with aggression, anger, and impulsivity. *Journal of Psychiatric Research*, 81, 127-132. [\[Link\]](#)
- 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. [\[Link\]](#)
- 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. [\[Link\]](#)

- 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. [[Link](#)]
- Fredrick, C. (2013). The center core in ego state therapy and other hypnotically facilitated psychotherapies. *American journal of clinical hypnosis*, 56, 39-53. [[Link](#)]
- 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. [[Link](#)]
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 26, 41-54. [[Link](#)]
- Kajanoja, J., Scheinin, N. M., Karukivi, M., Karlsson, L., & Karlsson, H. (2019). Alcohol and tobacco use in men: the role of alexithymia and externally oriented thinking style. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 45(2), 199-207. [[Link](#)]
- 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. [[Link](#)]
- 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. [[Link](#)]
- 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. [[Link](#)]
- Leunga, D., Staigera, P. K., Haydena, M., Luma, J. A. G., Hall, K., Manning, V., & Verdejo-Garcia, A. (2017). Meta-analysis of the relationship between impulsivity and substance-related cognitive biases. *Drug and Alcohol Dependence*, 172, 21-33. [[Link](#)]
- Maraz, A., Andóc, B., Rigó, P., Harmatta, J., Takách, G., Zalka, Z., Boncz, I., Lackó, Z., Urbán, R., van den Brink, W., & Demetrovics, Z. (2016). The two-faceted nature of impulsivity in patients with borderline personality disorder and substance use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 163, 48-54. [[Link](#)]

- 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. [[Link](#)]
- 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. [[Link](#)]
- Petrović, Z. K., Peraica, T., & Kozarić-Kovačić, D. (2018). Comparison of ego strength between aggressive and non-aggressive alcoholics: a cross-sectional study. *Croatian medical journal*, 59(4), 156. [[Link](#)]
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (Eleventh edition.). Philadelphia: Wolters Kluwer. [[Link](#)]
- Singh, N., & Anand, A. (2015). Ego-Strength and Self-Concept among Adolescents: A Study on Gender Differences. *The International Journal of Indian Psychology*, 8, 46-54. [[Link](#)]
- 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. [[Link](#)]
- 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. [[Link](#)]
- 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. [[Link](#)]
- Thompson, W. E. (2017). Social Support, Religious Involvement and Alcohol Use among Students at a Conservative Religious University. *Behavioral sciences*, 7, 34, 1-12. [[Link](#)]
- 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. [[Link](#)]
- 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. [[Link](#)]
- Wong, M. M., Nigg, J. T., Puttler, L. I., Fitzgerald, H. E., Jester, J. M., Glass, J. M., Adams, K. M., Zucker, R. A. (2006). Behavioral control and resiliency

in the onset of alcohol and illicit drug use: A prospective study from preschool to adolescence. *Child Development*, 77, 1016-1033. [Link]

Zarse, E. M., Neff, M. R., Yoder, R., Hulvershorn, L., Chambers, J. E., & Chambers, R. A. (2019). The adverse childhood experiences questionnaire: two decades of research on childhood trauma as a primary cause of adult mental illness, addiction, and medical diseases. *Cogent Medicine*, 6(1), 1581447. [Link]

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. [Link]

مقیاس تکانشوری بارات

ردیف	گویه	تقریباً همیشه	اغلب	گاهگاه	هرگز
۱	کارهای خودم را با دقت برنامه ریزی می کنم.				
۲	من کارها را بدون فکر کردن انجام می دهم.				
۳	من سریع تصمیم می گیرم.				
۴	آدم بی خیالی هستم.				
۵	من بی توجه هستم.				
۶	افکار چالش برانگیزی دارم.				
۷	مسافرت های خودم را از قبل برنامه ریزی می کنم.				
۸	فردی خوبشتم دار هستم.				
۹	به راحتی می توانم روی چیزی تمرکز کنم.				
۱۰	به طور منظم پس انداز می کنم.				
۱۱	در طول تماشای نمایش یا سخنرانی ها دایما وول می خورم.				
۱۲	متفکری دقیق هستم.				
۱۳	امنیت شغلی برایم اهمیت دارد.				
۱۴	بدون فکر کردن حرف می زنم.				
۱۵	دوست دارم در مورد مسائل پیچیده فکر کنم.				
۱۶	دایما شغل خودم را تغییر می دهم.				
۱۷	تکانشی و نسنجیده رفتار می کنم.				
۱۸	موقع حل مسائل ذهنی زود خسته می شوم.				
۱۹	بدون تأمل عمل می کنم.				
۲۰	همیشه با تفکر عمل می کنم.				
۲۱	محل زندگیم را عوض می کنم.				
۲۲	بر اساس هوس آنی خرید می کنم.				

۲۳	در آن واحد فقط به یک مسئله می‌توانم فکر کنم.				
۲۴	تفریحات خودم را همواره تغییر می‌دهم.				
۲۵	بیش از درآمدی که دارم خرج می‌کنم.				
۲۶	هنگام فکر کردن افکار مزاحم دارم.				
۲۷	بیشتر به زمان حال علاقه دارم تا زمان آینده.				
۲۸	در تئاتر یا سخنرانی‌ها آرام و قرار ندارم.				
۲۹	معماها را دوست دارم.				
۳۰	آینده‌نگر هستم.				

مقیاس استحکام من

ردیف	گویه	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
۱	می‌توانم تا فرصتی مناسب به مشکلی که دارم فکر نکنم.					
۲	سعی می‌کنم برای حل مشکل چاره‌ای بیندیشم.					
۳	صبر و تحملم خوب است و زود از کوره در نمی‌روم.					
۴	احساساتم را کنترل می‌کنم تا در کارهایم دخالت نکنند.					
۵	خودم را فردی قوی و توانمند می‌دانم.					
۶	به‌عنوان اتفاقی که افتاده است آن را می‌پذیرم.					
۷	معمولاً جنبه مثبت یک موقعیت دشوار را در نظر می‌گیرم نه جنبه منفی و...					
۸	برای تمرکز بر حل مسئله، فعالیت‌های دیگر را کنار می‌گذارم.					
۹	سعی می‌کنم با دیدی مثبت به آن نگاه کنم.					
۱۰	با اطمینان کارها را شروع می‌کنم و از عهده انجامشان بر می‌آیم.					
۱۱	می‌توانم برای هر چیزی که پیش آید، چاره‌ای بیاندیشیم.					
۱۲	سعی می‌کنم از طریق مذهب و معنویت به آرامش پرسم.					
۱۳	قبل از هر اقدام و عملی می‌توانم در مورد جنبه‌های مختلف آن فکر کنم.					
۱۴	از هر اقدام شتاب‌زده‌ای خودداری می‌کنم.					
۱۵	احساساتم را با دیگران در میان می‌گذارم.					
۱۶	سختی‌ها و ناملایمات را با موفقیت پشت سر می‌گذارم.					
۱۷	برای بررسی و شناخت بهتر اوضاع با کسی مشورت می‌کنم.					
۱۸	از نظر دیگران فردی منطقی و قابل‌پیش‌بینی هستم.					
۱۹	اگر بتوانم غم و اندوه را قبل از موعد پیش‌بینی کنم تحملش برآیم آسان‌تر خواهد بود.					

۲۰	در مورد اقداماتی که باید انجام دهم به طور جدی فکر می‌کنم.				
۲۱	سعی می‌کنم نظر مساعد، همدلی و حمایت عاطفی دوستان و بستگان را جلب کنم.				
۲۲	وقتی به کاری سرگرم شوم افسردگی با اضطراب را احساس نمی‌کنم.				
۲۳	مقابله و چالش با استرس مرا قوی‌تر می‌کند.				
۲۴	می‌توانم احساسات و رفتارم را کنترل کنم.				
۲۵	اگر شکست بخورم به راحتی دلسرد نمی‌شوم.				

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو

ردیف	گویه	کاملاً مخالف	مخالف	بدون نظر	کاملاً موافق
۱	غالباً در مورد اینکه چه احساسی دارم، گیج می‌شوم.				
۲	برای من سخت است که واژه‌ای مناسب برای احساساتم پیدا کنم.				
۳	حس‌های بدنی‌ای دارم که حتی دکترها هم متوجه آن نمی‌شوند.				
۴	می‌توانم به راحتی احساساتم را توصیف کنم.				
۵	ترجیح می‌دهم به جای توصیف ساده مشکلات، آنها را تحلیل کنم.				
۶	وقتی ناراحت می‌شوم، نمی‌دانم غمگینم یا ترسیده‌ام یا عصبانی‌ام.				
۷	من غالباً از حس‌های موجود در بدنم حیرت‌زده می‌شوم.				
۸	ترجیح می‌دهم صرفاً شاهد وقایع باشم تا اینکه پی ببرم چرا اینطور شد.				
۹	احساساتی دارم که نمی‌توانم آنها را کاملاً شناسایی کنم.				
۱۰	آگاه‌بودن از احساسات لازم است.				
۱۱	برای من سخت است که شرح دهم چه احساسی نسبت به دیگران دارم.				
۱۲	دیگران از من می‌خواهند که احساساتم را بیشتر توضیح دهم.				
۱۳	نمی‌دانم چه چیزی درونم می‌گذرد.				
۱۴	غالباً نمی‌دانم چرا عصبی هستم.				
۱۵	ترجیح می‌دهم با دیگران درباره فعالیت‌های روزمره صحبت کنم تا احساسات آنها.				
۱۶	ترجیح می‌دهم فیلم‌های فکری (فهمیدنی) ببینم تا فیلم‌های مهیج.				
۱۷	برای من سخت است که احساسات عمیق شخصی‌ام را، حتی برای دوستان صمیمی، آشکار کنم.				
۱۸	می‌توانم حتی در مواقع سکوت، نسبت به کسی احساس نزدیکی کنم.				

۱۹	بررسی احساساتم را برای حل مشکلات شخصی مفید می‌دانم.			
۲۰	توجه به معنای پنهان یک فیلم یا نمایش، انسان را از جنبه‌های تفریحی و لذت بخش آن باز می‌دارد.			

مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده

ردیف	گویه	کاملاً مخالفم	مخالفم	تقریباً مخالفم	بدون نظر	موافقم	تقریباً موافقم	کاملاً موافقم
۱	فرد خاصی در زندگی من وجود دارد که موقع نیاز به من کمک می‌کند.							
۲	فرد خاصی در زندگی من وجود دارد که می‌توانم غم‌ها و شادی‌هایم را با وی در میان بگذارم.							
۳	خانواده‌ام واقعا سعی می‌کنند به من کمک کنند.							
۴	حمایت و پشتیبانی عاطفی مورد نیازم را از خانواده‌ام دریافت می‌کنم.							
۵	فرد خاصی در زندگی من وجود دارد که برای من واقعا منبع آرامش و آسایش است.							
۶	دوستانم واقعا سعی می‌کنند به من کمک کنند.							
۷	وقتی مشکلی پیش آید می‌توانم روی دوستانم حساب کنم.							
۸	می‌توانم راجع به مشکلاتم با خانواده‌ام صحبت کنم.							
۹	دوستانی دارم که می‌توانم غم‌ها و شادی‌هایم را با آنها در میان بگذارم.							
۱۰	فرد خاصی در زندگی من وجود دارد که احساساتم را درک می‌کند (برایش مهم است).							
۱۱	خانواده‌ام در تصمیم‌گیری‌ها به من کمک می‌کنند.							
۱۲	می‌توانم راجع به مشکلاتم با دوستانم صحبت کنم.							
