فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، سال دهم، شماره سی و نهم، پاییز ۱۳۹۵
Quarterly Journal of Research on Addiction, Vol. 10, No. 39, Autumn 2016

مقاله
پژوهشی
Research
Article

مقایسه نگرش‌های ناکارآمد، تحریف‌های شناختی و دشواری تنظیم هیجان در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد و افراد بهنجار

مسعود حجازی[۱]، سکینه آقایاری[۲]، علی جارچی[۳]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۵/۰۹

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسهٔ نگرش‌های ناکارآمد، تحریف‌های شناختی و دشواری تنظیم هیجان در افراد دارای سوءمصرف مواد با افراد بهنجار بود. **روش:** روش پژوهش، توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری عبارت بود از: مردان دارای سوءمصرف مواد از نوع تریاک و شیره که به یکی از کمپ‌های ترک اعتیاد شهرستان ماهنشان مراجعه کرده بودند. همچنین افراد بهنجار این شهرستان جامعه مقایسه را تشکیل داد. برای نمونه‌گیری تعداد ۹۰ نفر افراد دارای سوءمصرف مواد با توجه به ملاک‌های ورود و خروج از روش نمونه‌گیری هدفمند و تعداد ۹۰ نفر افراد عادی که از نظر سن و میزان تحصیلات با گروه دیگر همتا شده بودند بصورت در دسترس انتخاب شدند. سپس مقیاس‌های نگرش‌های ناکارآمد (DAS-40)، تحریف‌های شناختی و دشواری تنظیم هیجان در هر دو گروه اجرا شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که تفاوت دو گروه در هرسه متغیر معنادار است و افراد سوءمصرف کنندهٔ مواد دارای نمرات بالاتری در باورهای ناکارآمد، ناسازگاری و تحریف‌های شناختی می‌باشند. **نتیجه‌گیری:** این تفاوت‌ها در طراحی مداخلات بالینی برای درمان حائز اهمیت می‌باشند.

کلیدواژه‌ها: نگرش ناکارآمد، تحریف شناختی، دشواری تنظیم هیجان، سوءمصرف مواد

۱. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد واحد زنجان، زنجان، ایران، پست الکترونیک:Agayarisa1@gmail.com
۲. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد واحد زنجان، زنجان، ایران
۳. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد واحد زنجان، زنجان، ایران

مقدمه

در گسترهٔ متون روان‌شناسی به موضوع اعتیاد بسیار پرداخته شده است. سوءمصرف مواد، مشکل سلامتی جدی بسیاری از جوامع امروزی به خصوص کشورهای در حال توسعه است. بیماری، مرگ و صدمات ناشی از سوءمصرف مواد برای جامعه هزینه‌های هنگفتی دارد. عوارض هیجانی آن بر زندگی سوءمصرف‌کنندگان و خانواده‌های آنان قابل اندازه‌گیری نیست. گرایش روزافزون به مواد به عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم آسیب اجتماعی، با کاهش سن اعتیاد و مصرف آن به خصوص در میان جوانان اهمیت توجه به آن را بیشتر کرده است (کیامرثی و ابوالقاسمی، ۱۳۹۰). انسان‌ها به دلایل مختلفی همچون ناکامی، باورهای ناکارآمد، شناخت‌های نامعقولانه و تحریف شده، لذت‌جوئی، هیجان‌طلبی، ضعف در بازشناسی حالت‌های هیجانی و مشکلات اجتماعی گرایش به مصرف مواد را از خود نشان می‌دهند. یافته‌ها نشان داده، افراد مبتلا به سوءمصرف مواد در راهبردهای مقابله با استرس، کمال‌گرائی، و خودکارآمدی، ضعیف‌اند و معمولاً شیوه‌های حل‌مسأله نامناسب را انتخاب می‌کنند (رنجبرنوشری و همکاران، ۱۳۹۲). برخی ویژگی‌های فردی مانند عزت‌نفس پائین، هیجان‌طلبی و خلق افسرده بر نگرش‌های فرد نسبت به مواد اثر می‌گذارند (سوسمن، دنت و لو[1]، ۲۰۰۰). برخی پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که افراد دچار سوءمصرف مواد سطوح بالاتری از استرس (رحمانیان و حسنی، ۱۳۸۴)، اختلالات خلقی و حالات هیجانی (ریمو و اسکویت، ۱۹۹۸ به نقل از رحمانیان و حسنی، ۱۳۸۴) را نشان می‌دهند. ابعاد روان‌شناختی اعتیاد از دیدگاه‌های مختلف مانند دیدگاه سلیگمن (۱۹۹۰)، بک (۱۹۷۶)، لازاروس(۱۹۸۴) و الیس(۱۹۷۳) مورد بررسی قرار گرفته است. هرکدام از این نظریه‌پردازان جنبه‌ای از دلایل اعتیاد را بررسی کرده‌اند که ترکیب این سه دیدگاه شناخت بهتری از موضوع اعتیاد، ایجاد می‌کند؛ گرچه علل دیگری مانند موقعیت اجتماعی و اقتصادی هم دخیل می‌باشد. از مشخصات برجسته افراد مبتلا به سوءمصرف به مواد، مصرف مستمر مواد به رغم پیامدهای منفی آن چون شرایط جدی پزشکی، مشکلات قانونی، از دست دادن شغل، دوستان و پایگاه اجتماعی است. این

1. Sussman, Dent, & Leu

پدیده کاملاً شبیه به نتایج به دست آمده از بیماران دارای ضایعات قشر اوربیتوفرونتال است. به نظر می‌رسد که افراد هر دو گروه به پیامدهای آتی رفتارشان حساس نبوده و نشانه‌های خودتنظیمی و تصمیم‌گیری معیوبی را در زندگی واقعی نشان می‌دهند (بیچارا[1] و همکاران، ۲۰۰۱). مطابق با این مشاهدات، مدل‌های عصب‌شناختی اعتیاد نیز نقش قشر پیش‌پیشانی در ویژگی‌های از دست دادن کنترل و مصرف اجباری مواد در افراد با وابستگی به مواد را خاطر نشان می‌سازند (گلد اشتاین و ولکو[2]، ۲۰۰۲). از آنجایی که مصرف‌کنندگان دائمی مواد، گزارش می‌کنند که مصرف مواد بر تسکین حالات هیجانی و عاطفی منفی آن‌ها اثر مثبت دارد، بنابراین ممکن است مصرف مواد به عنوان یک راهبرد نظم‌جویی هیجانی برای کاهش حالات هیجانی آزارنده عمل کند (بارلو، آلن و چوآت[3]، ۲۰۰۴).

برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند، نگرش‌های ناکارآمد با پیامدهای روان‌شناختی در وابستگی به سوءمصرف مواد مطابقت دارد (حاجی علیزاده، بحرینیان، نظیری، و مدرس غروی، ۱۳۸۷). بر اساس نظریهٔ شناختی بک[4]، این نگرش‌های شناختی منفی (که عزت‌نفس پایین را نمایان می‌کند) اعتقادات انعطاف‌ناپذیر و غیرمنطقی (که به صورت نگرش‌های ناکارآمد اشاره دارد) هستند (بک، راش، شاو و امری[5]، ۱۹۷۹). نگرش‌های ناکارآمد باورها و روان‌بنه‌های جهت‌گیرانه‌ای می‌باشند که فرد نسبت به خود، اطراف، جهان و آینده دارد (آبلا و اسکیتچ،۲۰۰۷). این نگرش‌ها باعث سوءگیری ادراک و فهم فرد از رویدادها شده، عملکرد و احساسات فرد را تحت تأثیر قرار داده باعث رفتارهای خود تخدیر و آشفتگی‌های هیجانی می‌شود. بر پایه پژوهش‌های انجام شده توسط هولمن[6] (۲۰۰۴) تحت عنوان گزارشی از نسبت دارو و تأثیر آن بر احساس و هیجان، فرآیندهای اعتیاد تحت تأثیر باورها و نگرش‌های مبتلایان به سوءمصرف مواد می‌باشد. همچنین فرمانی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی تحت عنوان نگرش ناکارآمد و سبک‌های مقابله‌ای و رابطه آن در اقدام به خودکشی، نشان دادند که بین نگرش‌های ناکارآمد و سبک‌های مقابله‌ای در اقدام

سال دهم، شماره ۳۹، پاییز ۱۳۹۵
Vol. 10, No. 39, Autumn 2016

1. Bechara
2. Goldstein, Volkow
3. Barlow, Allen, & Choate
4. Beck
5. Rush, Shaw, & Emery
6. Holman

به خودکشـــی رابطه وجود دارد. حاجی علیزاده و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهشـــی با عنوان مقایسهٔ نگرش‌های نا کارآمد در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد و افراد عادی و پیامدهای روان‌شـــناختی آن، بـه این نتیجـه رسـیـدنـد که نگرش‌های ناکارآمد به عنوان یک عامل آسـیب‌پذیر، در گرایش به مصـرف مواد می‌باشـد و احتمال مصـرف مواد را نیز افزایش می‌دهد. از سـوی دیگر رنجبر نوشری، محمود علیلو، اسدی مجره، قدرتی، و نجار مبارکی (۱۳۹۱)، در تحقیقی تحت عنوان مقایســه راهبردهای مقابله با اســترس، کمال‌گرایی و خودکارآمدی در افراد مبتلا به اختلال مصـرف مواد و افراد بهنجار، نشـان دادند که بین راهبردهای مقابله با اسـترس دو گروه در خرده‌مقیاس‌های دوری‌جویی، خویشـتن‌داری، مسئوولیت‌پذیری، گریز-اجتناب و حل‌مسأله تفاوت وجود دارد. به علاوه، گروه مبتلا در مقیـاس کمال‌گرایی مثبت، دارای میانگین کمتر از گروه بهنجار بود. ســاعد، یعقوبی، روشــن، و ســلطانی (۱۳۸۹)، در تحقیقی دیگر تحت عنوان مقایســه باورهای فراشــناختی نـاکـارآمـد در بین افراد وابســته و غیروابســته به مواد، نشــان دادند که در ترکیب خطی متغیرهای وابسـته از نظر باورهای فراشـناختی مثبت، باورهای شـناختی منفی، عدم اطمینان شناختی، نیاز به کنترل فکر وخود آگاهی شناختی تفاوت وجود دارد.

از سـوی دیگر، بر اسـاس نظریهٔ شـناختی بک تصـور می‌شود که افکار منفی یا تفسیرهای تحریف شـده، از فعال‌شـدن باورهای منفی انباشـته شـده در حافظه بلندمدت، نشـأت می‌گیرد. طبق این نظریه، اختلال هیجانی با فعال‌شـدن سـاختارهای شناختی بدکنش رابطه دارد. نگرش‌ها و روان‌بنه‌ها را می‌توان سـاختارهایی برای بازیابی مفاهیم کلی ذخیره شـده در حافظه یا مجموعهٔ سـازمان یافته‌ای از اطلاعات، عقاید و فرض‌ها دانسـت که محتوای هر طرحواره از طریق تجربه‌های زندگی فردی سـاخته و پرداخته می‌شود، سازمان می‌یابد و در ادراک و ارزیابی اطلاعات جدید مورد اسـتفاده قرار می‌گیرد. نگرش‌ها از طریق پردازش اطلاعات، بر رفتار، عواطف و هیجانات تاثیر می‌گذارند و در جریان تفکر به تصـمـیـم‌گیری کمـک می‌کننـد و قـابـل انتظـارترین پیش‌بینی را فراهم می‌آورنـد. آهارونوویچ[1] و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهشـی با عنوان پیش‌بینی تحریف‌های شـناختی در

1. Aharonovich

درمـان بیمـاران بـا مصــرف کوکـائین، گزارش کردند که نارســایی‌های شــناختی در مصـرف‌کنندگان کوکائین و کانابیس با پاسـخ‌دهی ضـعیف آن‌ها به درمان‌های رفتاری همراه اســت. اســپادا و ولز[1] (۲۰۰۸) در پژوهشــی با عنوان اعتقادات فراشــناختی پیرامون اسـتفاده از الکل پایائی وگسـترش دو مطالعه موردی گزارش کردند، باورهای فراشـناختی در آسـیب‌پذیری نسـبت به اختلال به مواد نقش دارند و زمینه‌سـاز آسـیب‌پذیری افراد در وابسـتگی به مواد می‌باشـند. همچنین سـاعد و همکاران (۱۳۸۹)، در تحقیقی نشـان دادند باورهای فراشــناختی منفی در مورد نگرانی، افســردگی و ســرکوب فکر بیشــترین توان پیش‌بینی اختلال وابستگی به مواد را دارند.

همانگونه که ذکر شـد یکی از عوامل سـوءمصـرف مواد، مشـکل در تنظیم هیجان‌هاسـت. ناتوانی در تنظیم هیجانی، مکانیزم زیربنایی اختلال‌های خلقی و اضـطراب اسـت. با وجود نقش مثبت و سـازنده هیجان‌ها در زندگی بشر، بعد دیگری نیز برای آن‌ها وجود دارد که همان جنبهٔ مخرب هیجان‌ها در زندگی افراد اسـت. در واقع تنظیم هیجان به فرایندهایی اشـاره دارد که افراد توسـط آن هیجانات خود را تحت تأثیر قرار می‌دهند و طبق این فرایند، مشـخص می‌شـود که فرد چگونه هیجانات را تجربه و ابراز می‌کند. آلدائو، نولن هوکسـما، و شـوآیزر[2] (۲۰۱۰) در پژوهشـی ارتباط میان راهبردهای ناکارآمد در تنظیم هیجانی و آسیب‌شناسی روانی را بررسی کردند، نتایج نشان داد راهبردهایی مانند نشخوار ذهنی، سـرکوبی و اجتناب از حل‌مسأله بیشترین اندازه اثر را در اختلالات روانی و اعتیاد دارند. در تحقیقی دیگر، نشــان داده شــد، افرادی که مدیریت هیجانی مؤثری دارند خطر سـوءمصـرف مواد در آن‌ها کمتر اسـت و از راهبردهای مقابله‌ای در مواجهه با اسـرار بر مصرف مواد اعتیادآور، ا ستفاده می‌کنند. ترینیداد و جانسون[3] (۲۰۰۴) به این نتیجه رسیدند که کسـانی که دشواری‌های تنظیم هیجانی دارند جهت تنظیم و یا تعدیل هیجانات به سوی مصـرف ماده کشـیده می‌شـوند. همچنین، پارکر، تیلور، ایسـتابروک، شل، و وود[4] (۲۰۰۸) نشـان دادند که دشواری در تنظیم هیجان منجر به سوءمصرف مواد می‌شود. همچنین آن‌ها

1. Spada, & Wells
2. Aldau, Nolen-Hoeksema, & Schweizer
3. Trinidad, Jahnsone
4. Parker, Taylor, Eastabrook, Schell, & Wood

به این نتیجه رسیدند که افرادی که سطح پایین راهبردهای تنظیم هیجانی دارند گرایش به مصرف مواد آن‌ها ناشی از ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجان و مدیریت آن‌ها، به ویژه در شروع مصرف مواد می‌باشد. تحقیقات فاکس، هنگ، و شینهه[1] (۲۰۰۸) حاکی از آن است که افراد مصرف‌کننده و بیماران وابسته به الکل مشکلاتی در تنظیم هیجان و کنترل تکانه دارند. همچنین شیفمن[2] (۱۹۹۳) درتحقیقی تحت عنوان ارزیابی الگوها و انگیزش‌های استعمال دخانیات، نشان داد، افراد وابسته به مواد که به هیجانات منفی مثل اضطراب و افسردگی دچار می‌شوند بیشتر به مصرف مواد تمایل دارند. مزیچ[3] و همکاران (۲۰۰۷) در تحقیقی با عنوان ارزیابی خطر استفاد ازمواد، وعواقب مصرف داروهای غیرقانونی، نشان دادند که تنظیم ضعیف هیجان یک پیش‌زمینه مهم برای اختلالات مصرف مواد به حساب می‌آید. عزیزی، میرزایی و شمس (۱۳۸۹)، در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار، به این نتیجه رسیدند، افرادی که گرایش به مصرف سیگار دارند در شناسایی هیجانات‌شان دشواری بیشتری دارند تا در کنترل هیجانات. همچنین افراد وابسته به مواد در روند رشدی هیجانات متوقف شده و یا پس رفت می‌کنند. در تحقیقی دیگر زاهد، اله‌قلیلو، ابوالقاسمی، و نریمانی (۱۳۸۹)، نشان دادند، هنگامی که فرد برای مصرف مواد از سوی دیگران تحت فشار قرار می‌گیرد، مدیریت ضعیف هیجان‌ها خطر سوءمصرف مواد را افزایش می‌دهد. یافته‌های پژوهش حسنی و رحمانیان (۱۳۸۴)، نشان داد افراد دارای سوءمصرف مواد به نوعی در تنظیم هیجان دارای مشکل می‌باشند و هیجان بیشتری دارند، به تکرار و یکنواختی حساسیت بیشتری نشان می‌دهند، تمایل به سرکشی از هنجارهای اجتماعی دارند، در بعد بازداری‌زدایی دارای مشکل می‌باشند و به طورکلی هیجان‌طلبی در افراد دارای سوءمصرف مواد بالاتر است. همچنین بشرپور(۱۳۹۲)، نشان داد شدت وابستگی به مواد با ملالت خویشتن و ملالت دیگران رابطه مثبت دارد، ولع مصرف نیز با ملالت خویشتن، نشخوارگری، فاجعه‌سازی، کنترل توجه و کنترل هوشمند رابطه منفی و با ملالت دیگران

1. Fox, Hong, & Sinha
2 Shiffman
3. Mezzich

رابطه مثبت دارد. همچنین کیامرثی و ابوالقاسمی(۱۳۹۰)، در پژوهشی نشان دادند خودکارآمدی، هیجان‌خواهی و راهبردهای مقابله با استرس با استعداد سوءمصرف مواد در دانشجویان ارتباط دارد. از سوی دیگر نجاتی، شیری، و نوری (۱۳۹۱) نشان دادند که افراد مصرف‌کنندهٔ مواد از لحاظ توانائی ذهن‌خوانی و بازشناسی حالات هیجانی شادی، غم و خشم نسبت به افراد سالم توانمندی کمتری دارند.

با توجه به آنچه گفته شد سوءمصرف مواد یکی از اختلالات روانی است که علل و عوامل متعدد و متنوعی در پدیدآئی آن مؤثرند. پژوهش‌های اخیر بر عوامل خطرساز و سبب‌شناسی چندگانه متمرکز شده‌اند. اگرچه بر عامل‌های اجتماعی درگرایش به مواد تاکید بسیار می‌شود اما سوءمصرف می‌تواند با ویژگی‌های شخصیتی، باورها، تحریف‌های شناختی، نگرش‌های ناسازگار و ناکارآمد و دشواری تنظیم هیجانی نیز مرتبط باشد (گلانتز[1]، ۱۹۹۲). هدف از پژوهش حاضر مقایسه ابعاد مختلف نگرش‌های ناکارآمد، تحریف‌های شناختی و دشواری تنظیم هیجان در افراد سوءمصرف کننده مواد و افراد بهنجار در یک جمعیت ایرانی می‌باشد.

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه آماری عبارت بود از: مردان دارای سوءمصرف مواد از نوع تریاک و شیره که در سال ۹۴-۱۳۹۳به یکی از کمپ‌های ترک اعتیاد شهرستان ماهنشان مراجعه کرده بودند. همچنین جامعه مقایسه افراد بهنجار این شهرستان بودند. سوءمصرف کنندگان به صورت خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که ابتدا فهرستی از تمامی مراکز ترک اعتیاد تحت نظر بهزیستی و علوم پزشکی استان زنجان تهیه شد. سپس به صورت تصادفی از بین آنان مرکز ترک اعتیاد ماهنشان انتخاب شد و با مراجعه و جلب همکاری مسئولین مرکز و مراجعه کنندگان، پرسش‌نامه ها توسط سوءمصرف کنندگان تکمیل شد. ملاک‌های ورود عبارت

سال دهم، شماره ۳۹، پاییز ۱۳۹۵
Vol. 10, No. 39, Autumn 2016

1. Glantz

بودند از: مصرف دست کم دوبار مواد مخدر از نوع تریاک وشیره در شبانه روز برپایهٔ گزارش شخصی، و مصرف مواد بیش از یک سال. گروه بهنجار به صورت هدفمند، از میان کسانی که هیچ‌گونه مواد مخدر مصرف نکرده بودند، و ساکن شهرستان ماهنشان بودند انتخاب شدند.گروه های یاد شده بر پایه متغییر های سن، و سطح تحصیلات همتا سازی شدند. حجم نمونه‌های آماری بعد از ریزش نیز برای هر گروه ۹۰ نفر و در مجموع شامل ۱۸۰ نفر بود.

ابزار

۱.پرسش‌نامهٔ نگرش‌های ناکارآمد: این پرسش‌نامه توسط بک و وایزمن در سال ۱۹۸۷ باهدف سنجش نگرش‌های ناکارآمد و باورهای ناسازگارانه در بزرگسالان و بر اساس نظریه شناختی بک در مورد افسردگی و اضطراب تنظیم شده است. گویه‌ها باورها و نگرش‌هایی را اندازه‌گیری می‌کنند که شامل ملاک‌های به شدت غیرمنعطف جهت ارزیابی عملکرد شخصی و ارزشمندی خود بوده و ارزیابی فرض‌ها و عقاید زیربنایی‌ای که طرحواره‌ها را تشکیل می‌دهند، تدوین شده است. شامل ۴۰ گویه می‌باشد که افراد بر اساس مقیاس ۷ درجه ی لیکرت (از کاملاً موافق=۷ تا کاملاً مخالف=۱) به آن پاسخ می‌دهند (وایزمن و بک، ۱۹۷۸). در ایران ضریب اعتبار را از طریق بازآزمایی در فاصله ۶ هفته ای ۰/۹۰ گزارش نموده‌اند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ این آزمون را ۰/۷۵ به‌دست آورده‌اند. این پرسش‌نامه توسط یکه یزدان دوست (۱۳۷۷) ترجمه و مورد بازنگری قرار گرفته است و ضریب اعتبار آن در نمونه‌ای ۳۰ نفره ۰/۷۲ گزارش شد (سلیمانی، ۱۳۸۵). نتایج تحلیل عامل دو عامل را استخراج نمود. بنابراین دارای دو خرده‌مقیاس کمال‌گرایی و نیاز به تأیید اجتماعی است. ضریب آلفای کرونباخ آن در پژوهش‌های مختلف بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۲ گزارش شده است. همچنین ویسمن اعتبار حاصل از روش بازآزمایی این مقیاس در یک فاصله ۸ هفته ای بین ۰/۸۰ تا ۰/۸۴ گزارش شده است (صالح‌زاده، ۱۳۹۰). همبستگی معنادار نگرش‌های ناکارآمد با دیگر مقیاس‌های افسردگی از جمله آزمون افسردگی بک، حاکی از اعتبار همگرائی این آزمون است.

همچنین این مقیاس به خوبی افرادمبتلا به افسردگی را از افراد عادی متمایز می‌سازد که این مطلب حاکی از اعتبار افتراقی است (سلیمانی، ۱۳۸۵).

۲.پرسش‌نامه تحریف شناختی: این پرسش‌نامه توسط سالار(۱۳۸۷) ساخته شده است و شامل ۲۰ گویه است که به سنجش تحریف‌های شناختی مطرح شده توسط آلبرت الیس پرداخته و هر تفکر نا معقول تعداد ۲ گویه را به خود اختصاص می‌دهد. به این ترتیب عبارت شماره ۱ و ۲ مربوط به تفکر همه یا هیچ، شماره ۳ و ۴ مربوط به تعمیم مبالغه‌آمیز، شماره ۵ و ۶ مربوط به فیلترذهنی، شماره ۷ و ۸ مربوط به بی‌توجهی به امر مثبت، شماره ۹ و ۱۰ مربوط به نتیجه‌گیری شتابزده که در این مورد سؤال ۹ به ذهن‌خوانی و سؤال ۱۰ مربوط به تفکر اشتباه پیشگو می‌شود، شماره ۱۱ و ۱۴ مربوط به درشت‌بینی-ریزبینی شماره ۱۲ و ۱۳ مربوط به استدلال احساسی، شماره ۱۵ و ۱۶ مربوط به باید-نباید، شماره ۱۷ و ۱۸ مربوط به برچسب‌زدن و شماره ۱۹ و ۲۰ مربوط به شخصی‌سازی می‌باشند. نمره‌گذاری برای هر خرده‌مقیاس از ۱ الی ۵ است (گزینه کاملاً موافقم نمره ۱، موافقم نمره ۲، نظری ندارم نمره ۳، مخالفم نمره ۴، کاملاً مخالفم نمره ۵) و تنها سؤال شماره ۱ به صورت معکوس از ۵ الی ۱ نمره‌گذاری می‌شود. هر فردی که نمره بیشتری را کسب کند از تفکر مناسب‌تری برخوردار است و هر کس نمره کمتری را به خود اختصاص دهد از تحریف‌های شناختی بیشتری استفاده کرده است. هنجاریابی پرسش‌نامه طی تحقیقی بر روی جمعیت ۳۰۰ نفری (۱۵۱نفرزن، ۱۴۹نفرمرد) در شهر گرگان با ضریب اعتبار ۰/۷۲ برای زنان و ۰/۷۲۵برای مردان انجام شده است.

۳.پرسش‌نامهٔ دشواری تنظیم هیجان: تنظیم هیجانی به عنوان مقوله‌ای مشتمل بر آگاهی و درک هیجانات، پذیرش هیجانات، توانایی برای کنترل کردن رفتارهای تکانشی و رفتارکردن مطابق با اهداف مطلوب به منظور دستیابی به اهداف فردی و مطالبات موقعیتی تعریف می‌شود. مقیاس اولیه دشواری در تنظیم هیجان یک ابزار سنجش ۴۱ گویه‌ای خودگزارش‌دهی بود که برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجانی از لحاظ بالینی تدوین شد. گویه‌های این مقیاس با بهره‌مندی از متون تنظیم هیجان تدوین و انتخاب شد. البته ۵ گویه این مقیاس به دلیل همبستگی پایین و همچنین بار عاملی پایین حذف شدند، و

بنابراین تعداد گویه‌ها به ۳۶ عبارت کاهش یافت و دارای ۶ خرده‌مقیاس می‌باشد (گرتز و رومر[1]، ۲۰۰۴). خرده‌مقیاس‌های این مقیاس عبارتند از: ۱- عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی (عدم پذیرش)، ۲-دشواری‌های دست زدن به رفتار هدفمند (اهداف)، ۳-دشواری‌های کنترل تکانه (تکانه)، ۴-فقدان آگاهی هیجانی(آگاهی)، ۵-دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی (راهبردها)، ۶-فقدان شفافیت هیجانی (شفافیت). نتایج مربوط به بررسی اعتبار نشان می‌دهد که این مقیاس دارای همسانی درونی بالا برای کل مقیاس ۰/۹۳، خرده‌مقیاس عدم پذیرش ۰/۸۵، خرده‌مقیاس اهداف ۰/۸۹، خرده‌مقیاس تکانه ۰/۸۶، خرده‌مقیاس آگاهی ۰/۸۰، خرده‌مقیاس راهبردها ۰/۸۸، و خرده‌مقیاس شفافیت ۰/۸۴، می‌باشد. اعتبار بازآزمایی نیز برای کل مقیاس ۰/۸۸، برای خرده‌مقیاس عدم پذیرش ۰/۶۹، اهداف ۰/۶۹، تکانه ۰/۵۷، آگاهی ۰/۶۸، راهبردها ۰/۸۹، شفافیت ۰/۸۰ گزارش شده است. همچنین اعتبار همسانی درونی فرم ترجمه شده این مقیاس، طی یک مطالعه مقدماتی بر روی ۴۸ دانشجوی دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد (۳۱ زن و ۱۷ مرد)، مورد محاسبه قرار گرفت. نتایج این مطالعه همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس (۰/۸۶=آلفا) و همچنین برای خرده‌مقیاس‌ها؛ ۰/۷۵ برای عدم پذیرش، ۰/۷۴ برای اهداف، ۰/۷۶ برای تکانه، ۰/۶۳ برای آگاهی، ۰/۸۶ برای راهبردها، و ۰/۸۵ برای شفافیت در یک جمعیت ایرانی نشان داد (علوی، ۱۳۸۸).

یافته‌ها

تعداد ۶۸ نفر (۳۷/۸ ٪) از نمونه‌های انتخابی دارای تحصیلات متوسطه، ۷۸ نفر (۴۳/۳ ٪) دارای تحصیلات دیپلم، و ۳۴ نفر (۱۸/۹ ٪) دارای تحصیلات فوق‌دیپلم بودند. همچنین تعداد ۴۹ نفر (۲۷/۲ ٪) در بازه‌ی سنی ۲۵-۲۰ سال، تعداد ۶۵ نفر (۳۶/۱ ٪) در بازه‌ی سنی ۳۰-۲۵ سال، تعداد ۴۵ نفر (۲۵ ٪) در بازه‌ی سنی ۳۵-۳۰ سال، و ۲۱ نفر (۱۱/۷ ٪) در بازه‌ی ۴۰-۳۵ سال می‌باشند. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

1. Gratz, & Roemer

جدول۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف‌استاندارد
نگرش‌های ناکارآمد	سوءمصرف	۹۰	۱۲۷/۶۳	۲۶/۶۷
	بهنجار	۹۰	۱۰۷/۵۴	۱۲/۰۵
تحریف شناختی	سوءمصرف	۹۰	۷۸/۰۱	۶/۴۲
	بهنجار	۹۰	۷۵/۴۹	۶/۰۹
دشواری تنظیم هیجان	سوءمصرف	۹۰	۱۳۸/۹۴	۹/۹۷
	بهنجار	۹۰	۱۳۰/۶۷	۸/۶۴

برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای مورد مطالعه می‌بایستی از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شود. یکی از پیش‌فرض‌های این تحلیل برابری واریانس‌های خطاست نتایج آزمون لون حکایت از عدم برقراری این مفروضه در نگرش‌های ناکارآمد داشت (P<۰/۰۰۱). بنابراین از شاخص اثر پیلای به عنوان شاخص چندمتغیری استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که دو گروه در ترکیب خطی متغیرها تفاوت دارند (۰/۰۷۴=اثرپیلای, F=۴/۶۷, P<۰/۰۰۱). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک‌متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول۲: نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه‌آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری
نگرشهای ناکارآمد	۸۴/۳۰	۱	۸۴/۳	۶/۵۱	۰/۰۰۱
تحریف شناختی	۷۴/۱۰	۱	۷۴/۱	۳/۷۲	۰/۰۰۱
دشواری تنظیم هیجان	۷۹/۷	۱	۷۹/۷	۵/۹۴	۰/۰۰۱

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود در تمام متغیرها تفاوت معنادار بین دو گروه وجود دارد. با توجه به آماره‌های توصیفی می‌توان گفت در تمام متغیرها گروه سوءمصرف مواد نمرات بالاتری اخذ نموده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

بین نگرش ناکارآمد در افراد سوءمصرف کنندهٔ مواد با افراد بهنجار تفاوت وجود دارد. این یافته با نتایج یافته‌های حاجی‌پور (۱۳۸۱) و دنوف[1] (۱۹۸۷) ناهمسو می‌باشد. همچنین

1. Denof

درصد افرادی که نگرش‌های ناکارآمد دارند، در بین دو گروه، نشان داد که نسبت افراد با نگرش‌های ناکارآمد در بین افراد دارای سوءمصرف مواد، بیش از گروه سالم است که با یافته‌های حاجی علیزاده و همکاران (۱۳۸۷) و مارتینر (۱۹۹۴) همسو می‌باشد. به طور کلی، علت اختلالات هیجانی می تواند تفکرات ناکارآمد و تحریفات شناختی باشد و همچنین نگرش های ناکارآمد و عزت نفس پایین در دست زدن به برخی رفتارهای مخاطره‌آمیز نظیر اقدام به خودکشی رابطهٔ معناداری دارد که با پژوهش فرمانی و همکاران (۱۳۹۳)، همسو می‌باشد. نگرش‌های ناکارآمد، فرض‌ها و باورهای جهت‌گیرانه‌ای هستند که فرد نسبت به خود، جهان اطراف و آینده دارد (آبلا و اسکیتچ[1]، ۲۰۰۷). این نگرش‌ها موجب جهت‌گیری فهم و ادراک فرد از رویدادها شده احساسات و رفتارها را تحت تأثیر قرار می‌دهند و فرد را مستعد افسردگی و سایر آشفتگی‌های روان‌شناختی می‌کنند. در نظام درمانی بک تلاش می‌شود تا واکنش‌های فرآیند عاطفی و رفتار خودتخدیری را با اصلاح تفکر معیوب یا خطادار و عقاید ناسازگارانه‌ای که زیربنای این واکنش ها هستند، کاهش داد (بک، ۱۹۷۶؛ بک، راش، شاو، امری، ۱۹۷۹). نظریه‌های دیگری تأیید کنندهٔ این مطلب است که باورهای فرد در مورد مواد مخدر و همچنین عقاید فرد دربارهٔ هنجارهای اجتماعی، نقش تعیین‌کننده‌ای در مصرف مواد دارد و فاکتورهای شناختی و سیستم‌های عقیدتی در نوجوانانی که سوءمصرف مواد دارند، با نوجوانان گریزان از مواد، به میزان قابل ملاحظه‌ای با یکدیگر تفاوت دارند.

بین تحریف‌های شناختی در افراد دارای سوءمصرف مواد با افراد بهنجار تفاوت وجود دارد. تفاوت مشاهده شده در تمام خرده‌مقیاس‌های تحریف شناختی به استثنای تعمیم مبالغه‌آمیز و استدلال احساسی وجود دارد. با توجه به اینکه تحقیقات در زمینهٔ ارتباط بین تحریف‌های شناختی و اعتیاد کم است، آنچه که از بررسی مقالات گرفته شده، حاکی از وجود رابطه بین تحریفات شناختی و اعتیاد است. آهارونوویچ و همکاران (۲۰۰۶) تحریف‌ها و نارسائی شناختی را در سوءمصرف کنندگان کوکائین و کانابیس معنادار یافتند. در میان معتادان، مسائلی همچون تحریف‌های شناختی، سبک‌های شناختی و

1. Abela, & Skitch

اسـنادی مختل، مکانیسـم‌های دفاعی همانند انکار، عقلانی‌سـازی و سـرزنش کردن دیده شـده اسـت. براساس نظریه‌های شناختی، اساسی‌ترین دلیل فرد در مصرف مواد، انتظارات و برداشت‌هایی است که درباره مواد مخدر دارد.

بین دشـواری تنظیم هیجان در افراد سـوءمصـرف کنندهٔ مواد با افراد بهنجار تفاوت وجود دارد. توانایی مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شـود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصـرف مواد بالاسـت، از راهبردهای مقابله‌ای مناسـب اسـتفاده کند. اصـولاً افراد دارای تنظیم هیجانی بالا در پیش‌بینی خواسـته‌های دیگران توانایی بیشـتری دارند و فشارهای ناخواسته دیگران را درک و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در برابر مصـرف مواد مقاومت بیشـتری نشـان می‌دهند (ترینیداد و جانسـون، ۲۰۰۲). افرادی که تنظیم هیجانی پایینی دارند، برای مقابله با هیجان‌های منفی خود، اغلب به سـوءمصـرف مواد روی می آورند (ترینیداد، آنجر، چاو و جانسـون، ۲۰۰۴). نتایج مطالعه هولمن (۲۰۰۴)، نشـان داد که افراد دارای اختلات هیجانی، نمرات بالاتری در تکانشـگری و اسـتدلال شـناختی کسـب کردند. فاکس، هنگ و شـینهه[1] (۲۰۰۸) در پژوهشـی دریافتند که سوءمصرف‌کنندگان کوکائین در درک و تنظیم هیجانات و کنترل تکانشگری به‌ویژه در مراحل اولیه وابسـتگی دشـواری‌های زیادی دارند. خانتزیان[2] (۱۹۹۷) نیز براین باور اسـت که اختلال در تنظیم هیجانی این افراد و تحمل پایین از علل روی‌آوری به اعتیاد می‌باشد. بـه نظر می‌رسـد تحمـل پـایین این افراد آن‌ها را مجبور برای یافتن راهی فوری برای خلاصی از هیجانات می‌کند (سو و همکاران، ۲۰۰۸). کریستال[3] (۱۹۷۸) بر این باور است که افراد دارای وابسـتگی به مواد در روند رشـدی هیجانات متوقف شـده و یا پس رفت نموده‌اند. کریسـتال در پژوهش‌های خود مکررا به این موضوع اشاره نموده است. اختلال در کنترل تکانه این افراد همسـو با پژوهش‌هایی اسـت که حکایت از آن دارد که این بیماران بین هیجانات شدید خشم، رنجش و احساسات مبهم افسردگی و ناراحتی در تغییر و تناوب می‌باشـند. همچنین این پژوهش اختلال حوزه تحمل آشـفتگی خصوصاً در زمینه

1. Fox, Hong, & Sinha
2. Khantzian
3. Krystal

ارزیابی و جذب آشفتگی را نشان داد. نتایج این مطالعه تا حدی با معنای ضمنی پژوهش براون، لجوز، کاهلر، و استرانگ[1] (۲۰۰۲) در توافق می‌باشد. در پژوهش براون و همکاران (۲۰۰۲) مشخص شد که افرادی که دارای تحمل آشفتگی بالاتری می‌باشند، در زمینه ترک سیگار در یک برهه شش ماهه موفق‌تر بودند. به نظر می‌رسد هر چه تحمل آشفتگی افراد بالاتر باشد، به همان میزان تحمل این افراد برای تحمل هیجانات بدون روی‌آوری به مواد بیشتر است. هنگامی‌که فرد برای مصرف مواد تحت فشار قرار می‌گیرد، مدیریت ضعیف هیجان‌ها خطر سوءمصرف مواد را افزایش می‌دهد. بالعکس، مدیریت مؤثر هیجان‌ها خطر سوءمصرف مواد را کاهش می‌دهد. توانایی مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود که 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 کرده و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه، در مقابل مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می‌دهند (ترینیداد و جانسون، ۲۰۰۲). افرادی که تنظیم هیجانی مثبت پایینی دارند، برای مقابله با هیجان‌های منفی خود، عموماً به سوی مصرف مواد کشیده می‌شوند (ترینیداد و همکاران، ۲۰۰۴). از آنجایی که توانایی تنظیم هیجانی می‌تواند کیفیت روابط فرد را تعیین کند، افرادی که قادر به تنظیم هیجانات‌شان هستند، هیجانات خود و دیگران را بهتر درک می‌کنند و در نتیجه درک بهتری از افراد در وضعیت‌های گوناگون به دست می‌آورند و از مهارت‌های بین‌فردی و درون فردی توسعه یافته‌تری برخوردارند. بنابراین چنین افرادی نسبت به افرادی که دشواری در تنظیم هیجانی دارند روابط بهتری از خود نشان می‌دهند (لوپز و همکاران، ۲۰۰۴). افرادی که دشواری تنظیم دارند نمی‌توانند موقعیت هیجانی خود را مجددا به‌دست آورند، کمتر قادرند روابط خود را حفظ کرده و احساس می‌کنند که در الگوهای منفی ارتباط با دیگران قرار می‌گیرند و آن‌ها خارج از کنترل بودن را احساس می‌کنند (ابت، ۲۰۰۵).

سال دهم، شماره ۳۹، پاییز ۱۳۹۵
Vol. 10, No. 39, Autumn 2016

1. Brown, Lejuez, Kahler, & Strong

بطورکلی افراد سوءمصرف کنندهٔ مواد دارای نگرش‌های ناکارآمد، الگوهای ناسازگارانهٔ تفکر، آشفتگی‌های هیجانی و رفتارهای خود تخدیری هستند و به واسطهٔ داشتن همین خصوصیات روان‌شناختی، در مواجهه با موقعیت‌های زندگی، دچار احساسات و هیجانات منفی می‌شوند که این‌گونه هیجانات، مهم‌ترین محرک‌های سوءمصرف مواد و به دنبال آن وابستگی به مواد هستند. در مجموع باید اذعان داشت که فرآیندهای شناختی، از قبیل باورهای مرتبط با مواد، نگرش‌های ناکارآمد و... ، نقش بسیار مهمی در سوءمصرف و وابستگی به آن دارند. بنابراین، نتایج تحقیق حاضر، وجود نگرش‌های ناکارآمد، تحریف‌های شناختی و دشواری در تنظیم هیجان را در میان افراد سوءمصرف کنندهٔ مواد، بیشتر از افراد بهنجار نشان می‌دهد. نتایج این پژوهش، باید با رعایت محدودیت‌هایی از قبیل مقبولیت اجتماعی، جهت‌گیری در خود گزارشی، تأثیرات موقعیت و یادآوری ضعیف و خطاهایی در اندازه‌گیری خودگزارشی، در نظر گرفته شود. همچنین به دلیل عدم کنترل متغیرهای مزاحم، باید در زمینهٔ استنباط روابط علت و معلولی از یافته‌ها و تعمیم آن‌ها احتیاط شود. پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های آینده هر دو جنس مورد بررسی قرار گیرند.

منابع

بشر پور، سجاد (۱۳۹۲). ارتباط نظم‌جویی شناختی هیجان و کنترل هوشمند با شدت وابستگی و ولع مصرف در افراد با وابستگی به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، ۷(۲۸)*، ۴۶-۱۳۱.

حاجی‌پور، حسن (۱۳۸۱). *بررسی نگرش‌های ناکارآمد، میزان استرس و راهبردهای مقابله با استرس در معتادان به مواد افیونی جویای درمان در مقایسه با افراد غیر معتاد*. پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد، انسیتو روان‌پزشکی تهران.

حاجی علیزاده، کبری؛ بحرینیان، عبدالمجید؛ نظیری، قاسم؛ مدرس غروی، مرتضی (۱۳۸۷). مقایسهٔ نگرش‌های نا کارآمد در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد و افراد عادی و پیامدهای روان‌شناختی آن. فصلنامه *اعتیاد پژوهی*، ۲(۷)، ۷۸-۶۷.

رحمانیان، مهدیه؛ و حسنی، جعفر (۱۳۸۴). مقایسه هیجان‌طلبی در افراد سوءمصرف کننده مواد و افراد بهنجار. *فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۱(۳)*، ۴۵-۳۳۵.

رنجبر نوشری، فرزانه؛ محمود علیلو، مجید؛ اسدی مجره، سامره؛ قدرتی، یلدا؛ نجار مبارکی، سیده مهسا (۱۳۹۲). مقایسه راهبردهای مقابله با استرس، کمال‌گرایی و خودکارآمدی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد و افراد بهنجار. *فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۷(۲۵)، ۵۶-۳۹.*

زاهد، عادل؛ الهقلیلو، کلثوم؛ ابوالقاسمی، عباس؛ نریمانی، محمد (۱۳۸۹). ارتباط بین راهبردهای تنظیم هیجان و رفتار بین‌فردی در سوءمصرف کنندگان مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی،۳(۱۱)*، ۱۱۳-۹۹.

ساعد، امید؛ پوراحسان، سمیه؛ اصلانی، جلیل؛ زرگر، محمد (۱۳۹۰). نقش سرکوب فکر، عوامل فراشناختی و هیجانات منفی در پیش‌بینی اختلال وابستگی به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۵(۱۸)*، ۸۴-۶۹.

ساعد، امید؛ یعقوبی، حمید؛ روشن، رسول؛ سلطانی، مرضیه (۱۳۹۰). مقایسهٔ باورهای فراشناختی ناکارآمد در بین افراد وابسته و غیروابسته به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۵(۱۷)*، ۹۰-۷۵.

سالار، مریم (۱۳۸۷). *هنجاریابی مقدماتی پرسش‌نامه تحریف‌های شناختی*. پایان‌نامه کارشناسی روانشناسی عمومی. دانشگاه پیام نور واحد بهشهر.

سلیمانی، محمد (۱۳۸۵). *تأثیر روان‌درمانی بین‌فردی گروهی کوتاه مدت در کاهش علایم افسردگی دانشجویان و اثر این درمان بر سبک اسنادی و نگرش‌های ناکارآمد. پایان‌نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی*، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

صالح‌زاده، مریم؛ نجفی، محمدرضا؛ و ابراهیمی، امراله (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر نگرش ناکارآمد در بیماران مبتلا به صرع. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۱۹(۳)*، ۸۷-۳۷۷.

عزیزی، علیرضا؛ میرزایی، آزاده؛ و شمس، جمال (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *مجله پژوهشی حکیم،۱۳(۱)*، ۸-۱۱.

علوی، خدیجه (۱۳۸۸). *اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی در کاهش نشانه‌های افسردگی دانشجویان مشهد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.

فرمانی شهرضا، شیوا؛ معصومی نومندان، سیده سعیده؛ قائدنیای جهرمی، علی؛ تاج‌الدینی، امراه (۱۳۹۳). سبک‌های دلبستگی، سبک‌های مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا و افکار خودکشی بر اساس نگرش‌های ناکارآمد دانشجویان دانشگاه خوارزمی: مطالعه مقایسه‌ای. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی،۳(۱۱)*، ۴۴-۲۵.

کیامرثی، آذر؛ ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۰). ارتباط خودکارآمدی، هیجان‌خواهی و راهبردهای مقابله با استرس با استعداد سوءمصرف مواد در دانشجویان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۵(۲۰)*، ۲۴ -۷ .

نجاتی، وحید؛ شیری، اسماعیل؛ نوری، ژاله (۱۳۹۱). مقایسهٔ توانایی بازشناسی حالات هیجانی و ذهن‌خوانی در افراد مصرف‌کنندهٔ مواد افیونی و همتایان سالم. *فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۶(۲۱)*، ۳۰-۱۹.

Abbot, B. (2005). *Emotion Dysregulation and Re- Regulation: predictors of Relationship intimacy and Distress*, Doctoral Dissertation, Texas A& M University.

Abela, R.Z.; & Skitch, S.A. (2007). Dysfunctional attitudes, self-esteem, and hassles: cognitive vulnerability to depression in children of affectively ill parent. *Behavior research and therapy, 45,* 1127-40.

Aharonovich, E.; Hasin, D.S.; Brooks, A.C.; Liu, X.; Bisaga, A.; & Nunes, E.V. (2006). Cognitive deficits predict low treatment retention in cocaine dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence, 81*, 313–22.

Aldao, A.; Nolen-Hoeksema, S.; & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *30(2),* 217-37. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.11.004.

Barlow, D.H.; Allen, L.B.; & Choate, M.L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, *35*, 205–30.

Bechara, A.; Dolan, S.; Denburg, N.; Hindes, A.; Anderson, S.W.; & Nathan, P.E. (2001). Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers. *Neuropsychologia*, *39(4),* 376– 89.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: *intention Universities press.*

Beck, A.T.; Rush, A. j.; Shaw, B.; & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.

Brown, R.A.; Lejuez, C.W.; Kahler, C.W.; Strong, D.R. (2002). Distress tolerance and duration of past smoking cessation attempts. *Journal Abnormal Psychology*, *111(1),* 180-5.

Denoff, M.S. (1987). Irrational beliefs as predictors of adolescent drug abuse and running away. *Journal of clinical Psychology*, *43(3),* 412–23.

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*, 388-94.

Glantz, M.D. (1992). *Vulnerability to drug abuse: Introduction and overview*. Washington, DC: American Psychological Association.

Goldstein, R.Z.; Volkow, N.D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry, 159(10),* 1642–52. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.10.1642.

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 and Behavioral Assessment*, *26*, 41–54.

Holman, R.C. (2004). *Emotion and motive Effects on Drug Related cognition*. Handbook of addictive disorders a practical Guide to diagnosis and treatment. United States of America published John wiley & sons, Inehoboken, New Jersey.

Khantzian, E.J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications**.** *Harvard Review of Psychiatry*, *4(5),* 231−44. DOI: 10.3109/10673229709030550.

Krystal H. (1978). Self representation and the capacity for self-care. *Annual of Psychoanalysis*, *6*, 209- 46.

Lopes, P.N.; Brackett, M.A.; Nezlek, J.B.; Schütz, A.; Sellin, I.; & Salovey, P. (2004). Emotional intelligence and social interaction. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *30*, 1018-34.

Lazarus, R.S.; & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping.* New York: Springer.

Mezzich, A.C.; Tarter, R.E.; Feske, U.; Kirisci, L.; McNamee, R.L.; Day, BS. (2007). Assessment of risk for substance use disorder consequent to consumption of illegal drugs: Psychometric validation of the neuro-behavior disinhibition trait. *Psychology of Addictive Behaviors*, *21(4)*, 508−15**.**

Parker, J.D.; Taylor, R.N.; Eastabrook, j. M.; Schell, S.L.; Wood, L.M. (2008). Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, *45*, 174-80.

Shiffman, S. (1993). Assessing smoking patterns and motives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 732−42.

Sehligmman, M.E.P. (1990). *Learned optimism*. New York: knop.

Spada, M.M.; Wells, A. (2008). Meta Cognitive beliefs about alcohol use: Development and validation of two self-report scales. *Addictive behavior*, *33*, 515-27.

Suh, J.; Ruffins, S.; Robins, C.; Albanese, M.; Khantzian, E. (2008). Self-Medication Hypothesis: connecting affective experience and drug choice. *Psychoanalytic Psychology*, *25*, 518-32.

Sussman, S.; Dent, C.W.; & Leu, L. (2000). The one-year prospective prediction of substance abuse and dependence among high-risk adolescents. *Journal of Substance Abuse*, *12*, 373-86.

Trinidad, D.R.; Jahnsone, C.A. (2002). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and individual Differences*, *32*, 95-105.

Trinidad, D.R.; Unger, J.B.; Chou, C.; & Johnson, C.A. (2004). The protective association of emotional intelligence with psychosocial smoking risk factors for adolescents**.** *Personality and Individual Differences*, *36*, 945-54.

Weissman, A.; & Back, A.T. (1978). Development and validation of the dysfunctional attitudes scale. Paper presented at the meeting of the association for the *advancement of behavior therapy*, Chicago, IL.