

مقایسه نارسایی هیجانی و کنترل عواطف در سوءصرف کنندگان مواد و افراد سالم

محمد جواد بگیان کوله مرز^۱، محمد نریمانی^۲، ساناز سلطانی^۳، علیرضا مهرابی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۲/۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۲/۱۰

چکیده

هدف: هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه نارسایی هیجانی و کنترل عواطف در سوءصرف کنندگان مواد و افراد سالم بود. **روش:** این پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش را تمامی مراجعه کنندگان به مراکز ترک اعتیاد شهرستان نورآباد (دلفان) تشکیل می‌دادند. آزمودنی‌های پژوهش شامل ۵۰ نفر از معتادین تحت درمان و ۵۰ نفر از افراد سالم بودند که به روش همتا سازی (بر اساس سن، تحصیلات، پایگاه اجتماعی-اقتصادی و تعداد فرزندان) با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از بین مراکز درمانی انتخاب شدند. در این تحقیق از مقیاس نارسایی هیجانی و کنترل عواطف استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین دو گروه از افراد معتاد و غیر معتاد در نارسایی هیجانی و کنترل عواطف تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین، دشواری در شناسایی احساسات، افسردگی، اضطراب و خشم مهم‌ترین پیش‌بینی کننده‌های شدت اعتیاد بودند. **نتیجه‌گیری:** نتایج نشان می‌دهد که دشواری در بیان هیجانات و ناتوانی در کنترل عواطف منفی (خشم، افسردگی و اضطراب) از جمله عوامل خطر پذیر برای سوءصرف مواد هستند.

کلید واژه‌ها: نارسایی هیجانی، کنترل عواطف، اعتیاد

۱- نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه محقق اردبیلی پست الکترونیک:

Javadbagiyan@yahoo.com

۲- استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

۳- دانشجویی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی تبریز

۴- کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد واحد علوم تحقیقات نیشابور

مقدمه

سوءصرف مواد موضوعی است که مورد توجه روانشناسان بالینی و روانپزشکان قرار گرفته است؛ چرا که این مسئله دارای عواقب سوء و منفی بلندمدت در اشار مختلف جامعه است (کار^۱، ۱۹۹۹) اعتیاد یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است (گالانتر^۲، ۲۰۰۶). در زمینه وابستگی به مواد، عوامل گوناگون روان شناختی، اجتماعی، خانوادگی و زیست شناختی نقش دارند (مجید، کولدر و استروود^۳، ۲۰۰۹؛ فرانکویس، اوریاکومب و تیگنول^۴، ۲۰۰۰). اعتیاد وضعیتی است که در نتیجه مصرف پیاپی یک ماده طبیعی یا مصنوعی به وجود می‌آید، به طوری که شخص، از نظر جسمانی و روانی، به آن ماده وابسته می‌شود (عماری، شریفی، هاشمیان و میرزمانی، ۱۳۹۰). سوءصرف مواد و اعتیاد که به حق در میان مردم به بلای خانمان سوز شهرت یافته است، امروزه به یکی از دغدغه‌های بزرگ جوامع بشری تبدیل شده است (موسسه ملی اعتیاد^۵، ۲۰۰۷). رحمتی و طارمیان (۱۳۸۷) در مورد دانشجویان مصرف کننده مواد، شیوع مصرف سیگار را ۱۷/۸٪، قلیان ۳۰/۶٪، مشربات الکلی ۱۳/۷٪، حشیش ۲/۶٪، قرص اکس ۱/۸٪، تریاک ۴/۴٪، هروئین ۰/۸٪ و کراک ۱/۱٪ گزارش کرده‌اند.

یکی از متغیرهای مهم مربوط به مصرف کنندگان مواد کنترل عواطف^۶ است. مطالعات نشان داده است که رشد عاطفی نابسته، دشواری در سازمان دهی رفتار و داشتن هیجان‌های منفی از ویژگی‌های افرادی است که وابستگی دارویی دارند (داوس، کلارک و موس^۷، ۱۹۹۹). عواطف بخش مهم و اساسی زندگی انسان را تشکیل می‌دهند به گونه‌ای که تصویر زندگی بدون آن پنداری دشوار است. ویژگی‌ها و تغییرات عواطف، چگونگی ارتباط عاطفی و درک و تفسیر عواطف دیگران نقشی مهم در رشد و سازمان شخصیت، تحول اخلاقی و روابط اجتماعی، شکل گیری هویت و مفهوم خود دارد (لطف آبادی، ۱۳۷۹). همه انسان‌ها هیجان‌ها و عواطف را در زندگی خود تجربه می‌کنند و این کاملاً

۱۳۲
132

۱۳۶
۱۳۶
۱۳۷
۱۳۷
۱۳۸
۱۳۸
۱۳۹
۱۳۹
۱۴۰
۱۴۰
۱۴۱
۱۴۱
۱۴۲
۱۴۲

1 . Carr

2. Galanter

3 . Magid, Colder & Stroud

4 . Franques, Auriacombe & Tignol

5 . National Institute of Drug Abuse

6 . Affective Control

7 . Dawes, Clark & Moss

طبيعي است که در روياوري با موقعیت گوناگون هيجانها و عواطفی متفاوت از خود نشان دهنده، اما هيجانها و عواطف منفي شدید غير عادي است و نه تنها سازنده نیست، بلکه آثار مخرب و زيان باري نيز دارد(قديرى، ۱۳۸۴). افراط و تفریط هيجانها افراد را منجر به ناسازگاري، پرخاشگري، خشم، نفرت و اضطراب می کند که به صورت كنترل نشده، بهداشت روانی و عاطفی افراد را به گونه جدي تهدید می کند(احمدى، ۱۳۸۰). بهتر است به جای آن که از بروز هيجانها جلو گيري کним، آثار واکنشی آنها را کاهش داده تا فرصت کافی برای تصميم های بهتر، آينده نگری و خلاقیت داشته باشیم (شريفي درآمدی و آقایار، ۱۳۸۶). منظور از مهارت كنترل عواطف اين است که فرد يساموزد که چگونه عواطف خود را در موقعیت های گوناگون تشخيص دهد، و آن را ابراز و كنترل کند (گروس^۱، ۱۹۹۸). مهارت كنترل عواطف بر جنبه های مختلف زندگی فرد، تعاملات بین فردی، بهداشت روانی و سلامت فيزيكى و جسمی تأثير دارد (كورداو، ۲۰۰۵؛ به نقل از دان هام^۲، ۲۰۰۸). در واقع، مدیريت و كنترل عواطف موجب می شود افراد، واقع بین، نیک اندیش و درست کردار شوند و فردی مفید و کارآمد در پیشرفت جامعه به شمار آيند (شعاری نژاد ، ۱۳۸۶).

يکي ديگر از متغيرهای مهم مرتبط با مصرف مواد، نارسایي هيجانی يا آلكسی تاييميا^۳ است. آلكسی تاييميا به دشواری در خود نظم دهی هيجانی و به عبارت ديگر، به ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هيجانی و نظم دهی هيجانها نيز گفته می شود. اين افراد در بازشناسی، آشكارسازی، پردازش و نظم دهی هيجانها با دشواری هایي مواجه هستند و در تمایز احساسات درونی از احساسات بدنی مشکل دارند (بشارت، ۱۳۸۷؛ سورارت، ۱۳۸۷؛ کورتكاس و آلمان^۴، ۲۰۰۹). شيوع نارسایي هيجانی در جمعیت بزرگسالان مرد حدود ۹ تا ۱۷ درصد و در زنان ۵ تا ۱۰ درصد گزارش شده است (کوکون، کارونن و وايجولا^۵، ۲۰۰۹). مطالعات نشان داده اند که نارسایي هيجانی با بسياری از اختلالات مثل اختلال

1 . Gross

2 . Dunham

3 . alexithymia

4 . Swart, Kortekaas & Aleman

5 . Kokkonen, Karvonen & Veijola

اضطراب فرآگیر (شات، کاستونگای و بورکووس^۱، ۲۰۰۱)، اضطراب اجتماعی و هراس (فوکونیشی، کی، کوچی و وگان و تاکوبو^۲، ۱۹۹۷)، اختلالات خوردن (زوونویل-بدر، وان گوزن، کوهن کتنیس، وان البورگ و وان انگلند^۳، ۲۰۰۲)، سوءصرف مواد (سسرو و هولم استرون^۴، ۱۹۹۷) و خستگی (ایستوود، کاوالیر، فولمن و ایستوود^۵، ۲۰۰۷) ارتباط دارد. با توجه به نقایص شناختی و عاطفی چنین فرض می‌شود که ناگویی خلقی می‌تواند با شاخص‌های سلامت به طور کلی و با مشکلات جسمانی و پزشکی به طور خاص رابطه داشته باشد. این نکته نیز آشکار شده است که ناگویی خلقی، به ویژه مؤلفه‌ی دشواری در شناسایی احساسات، با ناتوانی در کنترل عواطف مثل افسردگی، اضطراب، خشم رابطه داشته باشد (پورسیلی، تلی پانی، میلو، سیلنتی و تادآرلو^۶، ۲۰۰۷). در مجموع به نظر می‌رسد کمتر پژوهشی مستقیماً به مقایسه نارسایی هیجانی و کنترل عواطف در سوءصرف کنندگان مواد پرداخته باشد. دو بی، پاندی و میشرا^۷ (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای نشان دادند که ناگویی خلقی با رفتارهای ناسالم از جمله اختلال‌های خوردن، سوءصرف مواد و دارو، وابستگی به الکل و قمار بازی رابطه دارد. افزون بر آن ناگویی خلقی با اضطراب، افسردگی عمدی، پر خاشگری، اختلالات درد و نابهنجاری جنسی رابطه دارد (دوبی، پاندی و میشرا، ۲۰۱۰). ویلز، واکارو و مک^۸ (۱۹۹۴) در پژوهشی نشان دادند که ویژگی‌های شخصیتی مانند جستجوی تازگی، فقر، خود کنترلی، خشم، وابستگی، تاریخچه‌ای از رویدادهای نامطلوب در زندگی و تحمل برای انحراف و عواطف منفی از جمله از ویژگی افرادی است که وابستگی دارویی دارند. کارور و شییر^۹ (۲۰۰۸) در مطالعه‌ای دریافتند که سوءصرف کنندگان، مواد را به خاطر تسکین اضطراب، نامیدی، تغییر خلق منفی و کاهش رفتارهای پر خاشگرگرانه مصرف می‌کنند. لرنر و ایکاری^{۱۰} (۱۹۸۴) در پژوهشی نشان دادند که خلق و خوی مشکل ساز در دوران کودکی با افزایش احتمال مصرف تباکو،

۱۳۴
134

۱۳۵
۱۳۵

- | | |
|---|--|
| 1 . Schut, Castonguay & Borkovec
3 . Zonnevijlle-Bender, van Goozen, Cohen-Kettenis, van Elburg & van Engeland
4 . Cecero & Holmstrom
6 . Porcelli, Tulipani, Maiello, Cilenti & Todarello
7 . Dubey, Pandey & Mishra
9 . Carver & Scheier | 2 . Fukunishi, Kikuchi, Wogan & Takubo
5 . Eastwood, Cavaliere, Fahlman & Eastwood
8 . Wills, Vaccaro & McNamara
10 . Lerner & Vicary |
|---|--|

مواد مخدر و الکل در نوجوانی و بزرگسالی ارتباط دارد. یی، لو و زونگ^۱ (۲۰۰۷) نیز نشان دادند نارسایی هیجانی با سبک های سازش نیافته نظم دهی هیجانات و عواطف منفی همبستگی مثبت و با رفتارهای سازش یافته همبستگی منفی دارد. همچنین افراد دارای نمره های پایین در این مقیاس از ابعاد مقابله ای منفی استفاده می کنند و میزان سوء مصرف مواد در آنها بالاتر است (دوبی و همکاران، ۲۰۱۰). گارنفسکی و گرایچ^۲ (۲۰۰۶) در مطالعه ای به این نتیجه رسیدند که افرادی که در بیان هیجانات خود مشکل دارند نسبت به سایر افراد بیشتر دچار افسردگی، اضطراب و عواطف منفی می شوند. ایپستین، بوت وین، دیاز، ویلیامز و گرافین (۲۰۰۷) در پژوهشی نشان دادند که نوجوانانی که سیگار، الکل، ماری جوانا و هروئین مصرف می کنند در مقایسه با همسالان خود بیشتر دچار عواطف منفی، رفتارهای ناسازگارانه و پرخاشگری می شوند. مک کالر، سوس مان، دین و کران (۲۰۰۸) در پژوهشی دریافتند که تعارض خانوادگی، اضطراب، افسردگی، نگرش ها و باورهای مثبت به مواد قوی ترین پیش بینی کننده مصرف مواد هستند. گرانا، مونز و ناواسا (۲۰۰۹) در پژوهشی دریافتند که افرادی که در روان رنجور خویی نمرات بالاتری می گیرند در مقایسه با همتایان خود دارای سوء مصرف مواد هستند. یوسفی، ریواس، کین و کالکینز^۳ (۲۰۱۰) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند افرادی که نمرات پایین در شاخص - های بهداشت روانی افسردگی، اضطراب و شکایت جسمانی به دست می آورند در مقایسه با همسالان خود بیشتر رو به مصرف مواد می آورند. آریا^۴ و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهشی نشان دادند افرادی که در مواجهه با رویدادهای فشارزای روانی، احساس غمگینی، پریشانی و راهبردهای تنظیم هیجانها واکنش نامناسب نشان می دهند نسبت با همسالان خود بیشتر رو به مصرف مواد می آورند. سینها^۵ (۲۰۱۱) در پژوهشی دریافت که مصرف کنند کان مواد نسبت به افراد عادی بیشتر دچار مشکلات روان شناختی مثل استرس، اضطراب، نامیدی، افکار خود کشی و افسردگی می شوند. پار کر، تیلور و استابور ک، شهل

و وود^۱ (۲۰۰۸) دریافتند که نارسایی در برقراری رابطه‌ی عاطفی با دیگران منجر به سوء-صرف مواد در افراد می‌شوند. مصرف مواد با افسردگی (باسم^۲ و همکاران، ۲۰۰۹)، آسیب-رفتارهای ضد اجتماعی و افسردگی (امبری، هانکینز، بیگلان و بولیس^۳، ۲۰۰۹)، آسیب-های سایکوز و اضطراب (پلادمن، فلیچر، مک کاتنی، پاری و لمبردو^۴، ۲۰۱۰) و خود-کنترلی پایین و افسردگی (اتن، پارکر، موگان، آرسنول و آنجلز^۵، ۲۰۱۰) مرتبط است. نتایج پژوهش کول، لوگان و والکر^۶ (۲۰۱۱) نیز نشان داد که خودکنترلی و کنترل شخصی با استرس دریافتی در سوءصرف مواد ارتباط منفی دارد.

در مجموع، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که هوش هیجانی که ارتباط تنگانگی با توانایی تنظیم هیجانی دارد، با مصرف مواد رابطه منفی دارد (رایلی و شوت^۷، ۲۰۰۳). همچنین، رشد عاطفی ناکافی، دشواری در سازمان‌دهی رفتار و هیجان (دیویس، استانکوی و روپرس^۸، ۱۹۹۹) و تجربه هیجانی منفی (سیگل و سنا^۹، ۱۹۹۷). از ویژگی افرادی است که وابستگی دارویی دارند. با توجه به رشد سریع معتادان، افزایش تعداد زندانیان جرایم مواد مخدر، گسترش بیماری ایدز، متلاشی شدن بسیاری از خانواده‌ها، صرف هزینه‌های گراف انسانی و مالی از عملده ترین مسایل مواد مخدر است انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسید (عماری و همکاران، ۱۳۹۰). از آنجا که به نظر می‌رسد که تنظیم عواطف و هیجانات، توانایی مضاععی برای خودداری از مصرف مواد، در افراد پدید می‌آورد و به کنترل وسوسه مصرف دوباره که نوعی کشمکش گرایش - پرهیز است، کمک می‌کند این امر بر بدیع بودن این پژوهش می‌افزاید (مهیر و سالووی^{۱۰}، ۱۹۹۷؛ پارکر و همکاران، ۲۰۰۸؛ آلدائو، نولن - هوکسیما و اسچو^{۱۱}، ۲۰۱۰). با توجه به نتایج تحقیقات گذشته و نقش متغیرهای نارسایی هیجانی و کنترل عواطف در آسیب شناسی و درمان سوءصرف کننده

۱۳۶
136

۱۳۹
۱۳۹
۸۷
۸۷
۲۰۱۴
۲۰۱۴
دیسمبر
دیسمبر
۱۳۹۰
۱۳۹۰
نوفمبر
نوفمبر
۲۰۰۳
۲۰۰۳
ژوئن
ژوئن
۱۹۹۷
۱۹۹۷
دسامبر
دسامبر
۱۹۹۹
۱۹۹۹

1. Parker, Taylor, Eastabrook, Schell, Wood
2. Bousman, Chernier, Ake, Letendre, Atkinson & Patterson
3. Embry, Hankins, Biglan & Boles 4. Pluddemann
5. Otten, Barker, Maughan, Arseneault Louise & Engels
6. Cole, Logan & Walker 7. Riley & Schutte
8. Davies, Stankov & Roberts 9. Siegle & Senna
10. Mayer & Salovey 11. Aldao, Nolen-Hoeksema & Schw

مواد، این پژوهش با هدف مقایسه ابعاد نارسانی هیجانی و کنترل عواطف در افراد سوء- مصرف کننده مواد و سالم و نقش این ابعاد در پیش‌بینی شدت اعتیاد انجام شد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش توصیفی و از نوع علی- مقایسه‌ای است که به صورت گذشته نگر صورت گرفته است. جامعه آماری این پژوهش را تمامی جوانان سوء‌صرف کننده تریاک، هروئین و کراک هروئین مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهرستان نورآباد دلفان در تابستان ۱۳۹۱ تشکیل می‌دادند. آزمودنی‌های پژوهش شامل ۵۰ نفر از سوء‌صرف کنندگان مواد و ۵۰ نفر از افراد سالم بودند که به شیوه همتاسازی (بر اساس سن، تعداد فرزندان، پایگاه اجتماعی اقتصادی و سطح تحصیلات) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود آزمودنی‌ها عبارت بودند از: ۱- دریافت رضایت نامه از بیماران برای شرکت در تحقیق، ۲- دامنه سنی ۲۰ تا ۳۵ سال، ۳- مدت زمان سوء‌صرف مواد بین ۲ تا ۵ سال، ۴- اعتیاد به تریاک، هروئین و کراک هروئین، ۵- فقدان بیماری روانی مزمن، ۶- فقدان بیماری جسمانی مزمن.

ابزار

۱- مقیاس ناگویی خلقی تورنتو^۱ (TAS-20): مقیاس ۲۰ ماده‌ای که توسط بگبی، پارکر و تیلور^۲ (۱۹۹۴) ساخته شده و ناگویی خلقی را در سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات (۷ ماده)، دشواری در توصیف احساسات (۵ ماده) و تفکر معطوف به بیرون (۸ ماده) می‌سنجد. طیف پاسخ‌دهی به سوالات طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ برای کاملاً مخالف تا ۵ به معنای کاملاً موافق است (بشارت، ۱۳۸۸). در نسخه فارسی، ضریب آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی ۸۵/۰ و برای سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر معطوف به بیرون به ترتیب ۸۲/۰، ۷۵/۰ و ۷۲/۰ کارash شده است که نشانه‌ی همسانی درونی خوب این مقیاس است (بشارت، ۲۰۰۷).

1. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

2. Bagby, Parker & Taylor

قربانی، بینگ، واتسون، دویسون و ماک (۲۰۰۲)؛ به نقل از شاهقلیان، مرادی و کافی، (۱۳۸۶) آلفای کرونباخ این مقیاس را در نمونه‌ی ایرانی برای دشواری در شناسایی احساسات ۰/۷۴، برای دشواری در توصیف احساسات ۰/۶۱ و برای تفکر معطوف به بیرون ۰/۵۰ به دست آوردند. شاهقلیان و همکاران (۱۳۸۶) اعتبار کل مقیاس را در نمونه‌ی ایرانی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۴ و برای زیر مقیاس‌های دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۰، دشواری در شناسایی احساسات ۰/۶۴ و تفکر معطوف به بیرون ۰/۵۲ به دست آوردند.

۲- مقیاس کنترل عواطف^۱: مقیاس کنترل عواطف، ابزاری برای سنجش میزان کنترل افراد بر عواطف خود است و شامل ۴۲ سوال با چهار زیر مقیاس فرعی با عنوانین خشم، خلق افسرده، اضطراب و عاطفه مثبت است. پاسخ سوالات در مقیاس هفت درجه‌ای از ۱ به معنای به شدت مخالف تا ۷ به معنای به شدت موافق است. تعداد ۱۲ سوال به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود. تعداد ۸ سوال مربوط به زیر مقیاس خشم، ۸ سوال مربوط به زیر مقیاس خلق افسرده، ۱۳ سوال مربوط به زیر مقیاس اضطراب و ۱۳ سوال مربوط به عاطفه مثبت است. اعتبار درونی و بازآزمایی آزمون به ترتیب برای نمره کل مقیاس ۰/۹۴، ۰/۹۱، ۰/۷۶، ۰/۷۳، ۰/۷۲ و برای زیر مقیاس‌های خشم ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۸۹، ۰/۸۶ و زیر مقیاس عاطفه مثبت ۰/۸۴ و ۰/۶۴ گزارش شده است (ولیامز، چامبلز و اهرنر، ۱۹۹۷). همچنین، اعتبار مقیاس توسط دهش (۱۳۸۸) مورد بررسی قرار گرفت که مقدار آلفای کرونباخ در مقیاس کنترل عواطف کل ۰/۸۴، و در زیر مقیاس‌های خشم ۰/۵۳، عاطفه مثبت ۰/۶۰، خلق افسرده ۰/۷۶ و اضطراب ۰/۶۴ گزارش شد.

۱۳۸
138

۱۳۸
۱۳۸
۰۲۰۱۴
دیپلم
۱۳۸۸
دشواری
۰۲۰۱۴

یافته‌ها

میانگین (انحراف استاندارد) سن گروه سوءصرف کننده مواد ۲۷/۱۷ (۴/۱۰) سال و گروه بهنجرار ۲۶/۱۱ (۳/۸۵) سال بود. در نمونه‌های مورد مطالعه در گروه سوءصرف

1. effective control scale

2. Williams, Chambliss & Ahrens

کننده مواد و (بهنجار) سطح تحصیلات به ترتیب برابر بود از ۳۶ (۴۵/۲۶) درصد دیپلم، ۲۲/۶ (۲۴/۳) درصد فوق دیپلم، ۴۱/۴ (۲۵/۴۹) درصد لیسانس و بالاتر بودند.

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی نارسایی هیجانی و کنترل عواطف به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	مولفه‌ها	بهنجار (انحراف- استاندارد میانگین)	سوء مصرف کننده (انحراف- استاندارد میانگین)
نارسایی	دشواری در توصیف احساسات	۱۹/۴۲±۳/۷۰	۲۴/۵۷±۴/۵۸
هیجانی	دشواری در شناسایی احساسات	۱۴/۷۶±۳/۰۵	۲۳/۵۵±۴/۸۳
کنترل	تمرکز بر تجارت بیرونی	۱۹/۶۳±۳/۰۲	۲۸/۸۴±۴/۰۳
عواطف	اسفردگی	۲۱/۵۹±۳/۳۹	۳۱/۵۴±۴/۷۶
	اضطراب	۳۳/۸۷±۳/۵۴	۴۶/۰۸±۴/۲۹
	عاطفه مثبت	۴۸/۷۴±۴/۹۲	۳۳/۵۶±۴/۱۶
	خشم	۲۲/۴۰±۳/۲۶	۳۳/۶۳±۴/۴۸

برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای مورد مطالعه می‌باشد از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شود. یکی از پیش شرط‌های این تحلیل برابری ماتریس کواریانس‌ها است. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این پیش‌شرط داشت ($F=1/290$, $P>0/05$). باکس $M=39/56$. همچنین، نتایج آزمون لون نیز حکایت از برابری واریانس‌های خط داشت. با توجه به برقراری پیش شرط‌ها نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری حکایت از تفاوت معنادار دو گروه داشت ($P<0/001$, $0/437$ =لامبای ویکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس یک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در مولفه‌های نارسایی هیجانی و کنترل عواطف

متغیرها	مولفه‌ها	میانگین مجددرات	آماره F	معناداری
نارسایی هیجانی	دشواری در توصیف احساسات	۷۲/۰۵	۳/۳۹۹	۰/۰۶۶
	دشواری در شناسایی احساسات	۳۸۰/۶۸	۱۵/۶۱۹	۰/۰۰۰۵
	تمرکز بر تجارت بیرونی	۶۳/۹۷	۶/۹۰۶	۰/۰۰۹
	اسفردگی	۵۲۱/۵۹	۲۶/۷۵۸	۰/۰۰۰۵
	اضطراب	۱۹۲/۸۵	۸/۷۹۴	۰/۰۰۳
	عاطفه مثبت	۱۲۰/۹۲	۵/۴۳۴	۰/۰۲
کنترل عواطف	خشم	۹۴/۶۳	۵/۲۷۸	۰/۰۱۷

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود تفاوت معناداری بین دو گروه در مولفه‌های دشواری در شناسایی احساسات ($P < 0.001$ ، تمرکز بر تجارت بیرونی ($P < 0.01$)، افسردگی ($P < 0.001$ ، اضطراب ($P < 0.05$ ، عاطفه مثبت ($P < 0.05$) و خشم ($P < 0.05$) وجود دارد.

برای پیش‌بینی شدت اعتیاد بر اساس مولفه‌های نارسایی هیجانی و کنترل عواطف از تحلیل رگرسیون به روش گام به گام استفاده شد. نتایج نشان داد که در گام اول دشواری در شناسایی احساسات وارد معادله شده و به تنها ۵۴٪ از واریانس شدت اعتیاد را تبیین کرده است. در گام دوم افسردگی وارد معادله شد که این دو متغیر مجموعاً ۷۳٪ از واریانس را تبیین کردند. در گام سوم اضطراب وارد معادله شده که سه متغیر مجموعاً ۷۴٪ از واریانس را تبیین کردند. در گام آخر خشم وارد معادله شده که مجموعاً میزان ۷۸٪ از واریانس تبیین شده است. ضرایب رگرسیون در گام آخر در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۳: تحلیل رگرسیون شدت اعتیاد بر اساس مولفه‌های نارسایی هیجانی و کنترل عواطف

آماره t	B	انحراف استاندارد	B	پیش‌بینی کننده‌ها
۳/۷۰۸	-۰/۲۱۹	-۰/۳۸۷	۱/۴۶۱	دشواری در شناسایی احساسات
۴/۶۶۲	-۰/۴۵۶	-۰/۱۰۷	-۰/۴۹۷	افسردگی
۱/۶۷۲	-۰/۱۵۲	-۰/۰۵۸۸	-۰/۰۹۸۳	اضطراب
۱/۶۶۰	-۰/۱۳۱	-۰/۰۴۳۸	-۰/۰۷۲۷	خشم

۱۴۰

140

۱۴۰
۱۳۹
۱۳۸
۱۳۷
۱۳۶
۱۳۵
۱۳۴
۱۳۳
۱۳۲
۱۳۱
۱۳۰
۱۲۹
۱۲۸
۱۲۷
۱۲۶
۱۲۵
۱۲۴
۱۲۳
۱۲۲
۱۲۱
۱۲۰
۱۱۹
۱۱۸
۱۱۷
۱۱۶
۱۱۵
۱۱۴
۱۱۳
۱۱۲
۱۱۱
۱۱۰
۱۰۹
۱۰۸
۱۰۷
۱۰۶
۱۰۵
۱۰۴
۱۰۳
۱۰۲
۱۰۱
۱۰۰
۹۹
۹۸
۹۷
۹۶
۹۵
۹۴
۹۳
۹۲
۹۱
۹۰
۸۹
۸۸
۸۷
۸۶
۸۵
۸۴
۸۳
۸۲
۸۱
۸۰
۷۹
۷۸
۷۷
۷۶
۷۵
۷۴
۷۳
۷۲
۷۱
۷۰
۶۹
۶۸
۶۷
۶۶
۶۵
۶۴
۶۳
۶۲
۶۱
۶۰
۵۹
۵۸
۵۷
۵۶
۵۵
۵۴
۵۳
۵۲
۵۱
۵۰
۴۹
۴۸
۴۷
۴۶
۴۵
۴۴
۴۳
۴۲
۴۱
۴۰
۳۹
۳۸
۳۷
۳۶
۳۵
۳۴
۳۳
۳۲
۳۱
۳۰
۲۹
۲۸
۲۷
۲۶
۲۵
۲۴
۲۳
۲۲
۲۱
۲۰
۱۹
۱۸
۱۷
۱۶
۱۵
۱۴
۱۳
۱۲
۱۱
۱۰
۹
۸
۷
۶
۵
۴
۳
۲
۱
۰

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه نارسایی هیجانی و کنترل عواطف و نقش این متغیرها در پیش‌بینی شدت اعتیاد در افراد مصرف کننده مواد و افراد سالم بود. نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمرات دشواری در توصیف احساسات، دشواری در شناسایی احساسات، تمرکز بر تجارت بیرونی در مصرف کننده مواد در مقایسه با افراد سالم به طور معناداری بیشتر است. این یافته‌ها در چارچوب پژوهش‌های دیگر (Trinidad و جانسون^۱؛ ۲۰۰۲؛ گارنفسکی و کراچ، ۲۰۰۶؛ یو و همکاران، ۲۰۰۷؛ پارکر و تیلور، ۲۰۰۸ و یوسفی و همکاران، ۲۰۱۰)

مبنی بر اینکه سوء مصرف کنندکان مواد از نارسایی هیجانی و عواطف منفی بیشتری برخوردارند همسو هستند. این نتایج نشان می دهد که ناتوانی در بیان و ابراز هیجانات در افراد مصرف کننده مواد ناشی از فقدان کفایت هیجانی، مهارت های هیجانی نامناسب و توانایی کم این افراد در حل تعارضات است (مایر، داوید، کارسو و سالوی^۱، ۱۹۹۹). به نظر می رسد که این افراد در مؤلفه های مدیریت هیجانی، تصمیم گیری، کنترل عواطف خود و دیگران و مهارت های اجتماعی توانایی کافی و مناسبی برای از میان برداشتن کمبودهای یاد شده و خودداری از مصرف مجدد ندارند. این نتیجه را می توان این گونه تبیین کرد که رشد عاطفی نابسنده، دشواری در ساماندهی رفتار و هیجان و داشتن عواطف منفی مانند خشم از ویژگی های افرادی است که مصرف مواد دارند (داویس و کلارک، ۱۹۹۹). توانایی و ابراز هیجانات مانع وسوسه مجدد می شود که نوعی کشمکش گرایش پرهیز است، به علاوه، عدم مدیریت هیجانها با توانایی ذهنی کمتر برای پردازش اطلاعات اجتماعی می شود. در واقع، این پردازش ضعیف می تواند باعث در ک کمتر از پیامدهای منفی و زیانبار مصرف مواد شود بنابراین فرد در برابر فشارهای روانی و اجتماعی برای جلوگیری از مصرف مواد شکست می خورد (مایر و سالوی، ۱۹۹۷). در تبیین این مسئله چنین می توان استدلال کرد که آلسکسی تایمیا یک ویژگی شناختی عاطفی است و فرد مبتلا به آن در تنظیم و فهم هیجان- های خود ناتوان است. زمانی که اطلاعات هیجانی نتوانند در فرآیند پردازش شناختی، ادراک و ارزش یابی گردد، افراد از نظر عاطفی و شناختی دچار آشتفتگی و درماندگی شده و این ناتوانی می تواند سازمان عواطف و شناخت های آنان را مختل سازد (بشارت، به نقل از مظاهری و افشار، ۱۳۸۹). این افراد به دلیل عدم آگاهی هیجانی و ناتوانی در پردازش شناختی احساسات خود، معمولاً قادر به شناسایی، در ک و یا توصیف هیجان های خویش نیستند و توانایی محدودی در سازگاری با شرایط تنش زا دارند. یکی از روش های کنترل تشن خصوصاً در مورد هیجان ها تخلیه نشدن آنها و احساسات منفی به صورت کلامی است، در نتیجه بر همین اساس جزء روانشناختی سیستم های ابراز هیجان و پریشانی روانی از جمله افسردگی و اضطراب افزایش می یابد. افرادی که توانایی شناخت احساسات خود را

دارند و حالت‌های هیجانی خود را به گونه‌ی ابراز می‌کنند بهتر می‌توانند با مشکلات زندگی رو به رو شوند و در سازگاری با محیط و دیگران موفق‌ترند؛ این افراد از سلامت روانی بیشتری نیز برخوردار خواهند بود. رویدادهای منفی و برانگیزende را به عنوان فرصتی برای چالش در نظر خواهند گرفت نه تهدید (موتان و جنگوز، ۲۰۰۷). اما افراد سالم به دلیل اعتماد به نفس بالا، از برقراری ارتباط با دیگران لذت برده و نوعی عاطفه مثبت در آنها ایجاد می‌شود و این امر باعث سلامت در تمام جنبه‌های عاطفی، روانی، اجتماعی و جسمی آن‌ها می‌شود.

همچنین، نتایج نشان داد که میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و خشم در مصرف کنندگان مواد در مقایسه با افراد سالم به طور معناداری بیشتر است. این یافته در راستای نتایج پژوهش‌های قبلی (ولز و همکاران، ۱۹۹۴؛ اپسین و همکاران، ۲۰۰۷؛ گرانا و همکاران، ۲۰۰۹ و آریا و همکاران، ۲۰۱۱) مبنی بر این که مصرف کنندگان مواد از افسردگی، اضطراب و پرخاشگری بیشتری برخوردارند همسو است. در زمینه تبیین این نتایج می‌توان بیان داشت یکی از مشخصه‌های جوانان تغیرات سریع و فراگیر، تقریباً در تمام ابعاد زندگی است که احتمالاً به فشار روانی بسیار زیادی منجر می‌شود. یک جوان مانند یک بزرگسال تجربه‌ی کافی برای رویارویی با احساسات ناشی از فشارهای روانی را ندارد؛ به همین علت، مواد مخدر را به عنوان داروی خودتجویزی در این شرایط فشارزا مصرف می‌کند. از طرفی، احتمالاً وابستگی به مواد مخدر به طور غیر مستقیم پاسخی است در مقابل ناتوانی در برخورد با موانع، شکست‌ها و ناکامی‌های زندگی که بر فرد وارد می‌آید و او را مضطرب یا افسرده می‌کند، افراد از این طریق سعی می‌کنند که دردها و مسایل درونی خود را که سبب تغییرات خلقی، بی‌علاقگی، بی‌لذتی و یکنواختی نسبت به امور شده، از طریق یک منبع بیرونی لذت بخش دردها و مسایل درونی خود را کم کرده و تسکین دهد. از سوی دیگر کودکانی و نوجوانانی که سرشت ویژه‌ای دارند، ممکن است وقتی در موقعیت حل مسئله‌ای قرار می‌گیرند، خشم و درماندگی بیشتری احساس کنند، از این رو، تمایل بیشتری داشته باشند تا از مواد برای کنار آمدن با چنین هیجان‌هایی استفاده کنند (فرانکن، ۱۳۸۴). بنابراین در

۱۴۲
142

۱۴۳
۱۴۲
۱۴۱
۱۴۰
۱۳۹
۱۳۸
۱۳۷
۱۳۶
۱۳۵

خصوص تبیین این نتایج شاید بتوان بیان داشت که چنین افرادی از مواد تنها برای کسب لذت استفاده نمی‌کنند، بلکه مواد را برای سرکوب و غلبه بر طغیان درونی خود به کار می‌برند. همچنین، این احتمال وجود دارد که رفتارهای پرخاشگرانه وی باعث شود، که از جانب دوستان و همتایان مثبت که در رویارویی با مشکلات و مسایل زندگی واکنشی معقولانه و خویشتن دارانه نشان می‌دهند، طرد شده و همین امر سبب پیوستن نوجوان به گروههای منحرف شود که این به خودی خود می‌تواند زمینه‌ی مساعدی را برای گرایش به مواد مخدر فراهم آورد. چنانچه فرد به علت مشکلات و مسائل خانوادگی یا اجتماعی با موانع رو به رو شود، این امر می‌تواند باعث خشم و پرخاشگری او شود. از آن جایی که از نظر فرهنگی و تربیتی در جامعه‌ی ما پرخاشگری و اعمال و رفتار خشونت آمیز عملی ناپسند تلقی می‌شود، این گونه افراد برای غلبه بر هیجانات و نیل به آرامش درونی، خود را نیازمند به دارویی مسکن می‌یابند و این اثر را در مواد مخدر می‌یابند.

نتایج این پژوهش نشان داد که نارسانی هیجانی و کنترل عواطف به طور معناداری شدت

۱۴۳

۱۴۳

پژوهش، شماره ۲۹، پیاپی ۸، سال ۱۳۹۳
Vol. 8, No. 29, Spring 2014

اعتداد را پیش‌بینی می‌کنند. نقش این متغیرها در پیش‌بینی شدت اعتیاد ۵۴ درصد بود که ۴۶ درصد دیگر مربوط به شرایط زیستی، اجتماعی و محیطی است. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های دیگر (مک کالر و همکاران، ۲۰۰۸ و پارکر و همکاران، ۲۰۰۸) مبنی بر این که دشواری در شناسایی احساسات، افسردگی، اضطراب و پرخاشگری در پیش‌بینی شدت اعتیاد بیشترین سهم را دارد همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که دیدگاه منحصر به فرد بودن افراد در مورد سوء مصرف مواد، عدم توجه والدین و ناتوانی آنها در بیان و ابراز درست هیجان‌ها باعث دور شدن فرد از محیط خانواده شد و این امر باعث می‌شود جوان یا نوجوان به محیط‌هایی پناه ببرد که میزان پذیرش و ابراز هیجانات با مشکلی رو به رو نشود (شریفی درآمدی و آقایار، ۱۳۸۶). هنگامی که فرد دچار اضطراب و تنش در خود شده، برای کاهش سطح این برانگیختگی نیازمند یک منبع بیرونی است تا او را از تنش‌ها رهایی بخشد؛ به همین منظور، فرد به جای برخورد مسئله مدار نسبت به مشکلات سعی در حل آن-ها به صورت هیجان مدار می‌کند، در صورتی که فرد فقط برای مدتی احساس لذت می‌کند و از این تنش‌ها رهایی می‌یابد. این چرخه لذت آنی و تسکین کوتاه مدت سبب گرایش

دوباره فرد نسبت به مواد می‌شود و یک دور باطل در او شکل می‌گیرد. با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان بیان کرد که از دلایل احتمال گرایش افراد به مصرف مواد، عواطف منفی و کاستی‌های زیاد در حوزه ابراز هیجانات است. همچنین، مصرف مواد به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای اجتنابی، منفی و ناکار آمد برای کاهش عواطف منفی و حل تعارضات بین فردی و مشکلات فردی است (کوپر، راسل، اسکینر و ویندل، ۱۹۹۲).

انتخاب بیماران از مراکز ترک اعتیاد شهرستان نورآباد (دلفان) و عدم کنترل نوع مواد از جمله محدودیت‌های این پژوهش بود. تلویحات مهم این مطالعه بیانگر اهمیت تحول مداخلات و روش‌های جدیدی است که سوءصرف کنندگان مواد باید برای کنار آمدن با عواطف منفی و ابراز هیجانات یاد بگیرند. همچنین، به منظور پیشگیری از سوءصرف مواد می‌توان نحوه واکنش به موقعیت‌های مختلف و چگونگی بیان هیجانات و کنترل عواطف را آموزش داد.

منابع

۱۴۴

144

۱۴۶-۱۴۵-۱۴۴-۱۴۳-۱۴۲-۱۴۱-۱۴۰-۱۳۹-۱۳۸-۱۳۷-۱۳۶-۱۳۵-۱۳۴-۱۳۳-۱۳۲-۱۳۱-۱۳۰-۱۲۹-۱۲۸-۱۲۷-۱۲۶-۱۲۵-۱۲۴-۱۲۳-۱۲۲-۱۲۱-۱۲۰-۱۱۹-۱۱۸-۱۱۷-۱۱۶-۱۱۵-۱۱۴-۱۱۳-۱۱۲-۱۱۱-۱۱۰-۱۰۹-۱۰۸-۱۰۷-۱۰۶-۱۰۵-۱۰۴-۱۰۳-۱۰۲-۱۰۱-۱۰۰-۹۹-۹۸-۹۷-۹۶-۹۵-۹۴-۹۳-۹۲-۹۱-۹۰-۸۹-۸۸-۸۷-۸۶-۸۵-۸۴-۸۳-۸۲-۸۱-۸۰-۷۹-۷۸-۷۷-۷۶-۷۵-۷۴-۷۳-۷۲-۷۱-۷۰-۶۹-۶۸-۶۷-۶۶-۶۵-۶۴-۶۳-۶۲-۶۱-۶۰-۵۹-۵۸-۵۷-۵۶-۵۵-۵۴-۵۳-۵۲-۵۱-۵۰-۴۹-۴۸-۴۷-۴۶-۴۵-۴۴-۴۳-۴۲-۴۱-۴۰-۳۹-۳۸-۳۷-۳۶-۳۵-۳۴-۳۳-۳۲-۳۱-۳۰-۲۹-۲۸-۲۷-۲۶-۲۵-۲۴-۲۳-۲۲-۲۱-۲۰-۱۹-۱۸-۱۷-۱۶-۱۵-۱۴-۱۳-۱۲-۱۱-۱۰-۹-۸-۷-۶-۵-۴-۳-۲-۱

احمدی، جمشید (۱۳۸۰). هیجان، احساس و ارتباط غیر کلامی. چاپ چهارم، شیراز: انتشارات راهگشا.
بشارت، محمد علی (۱۳۸۸). سبک‌های دلستگی و نارسایی هیجانی. فصلنامه پژوهش‌های روانشناسی،
۶۳-۸۰، (۴)، ۱۱۲-۱۱۳.

دلاور، علی (۱۳۹۰). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: انتشارات رشد.
دهش، زهرا (۱۳۸۸). تأثیر تلقیقی رفتاری و هیجان محور بر کنترل عواطف در نوجوانان دختر شهرکشکوئیه
رسانیان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
رحمتی، عباس؛ طارمیان، فرهاد (۱۳۸۷). شیوع شناسی مواد و عوامل خطرزا و محافظت کننده در دانشجویان.
چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. دانشگاه شیراز.

شاه قلیان مهناز؛ مرادی، علیرضا؛ کافی، سیدموسی (۱۳۸۶). رابطه آلکسی تیمیا با سبک‌های ابراز هیجان و
سلامت عمومی در دانشجویان. مجله روانپژوهی و روانشناسی بالینی ایران (انگلیشه و رفتار). ۱۳، (۳)، ۲۴۸-۲۳۸.

شریفی درآمدی، پرویز و آقایار، سیروس (۱۳۸۶). هوش هیجانی و بهبود رابطه با خود و دیگران. چاپ دوم،
اصفهان: سپاهان.

- شعاری نژاد ، علی اکبر(۱۳۸۶) روانشناسی رشد. چاپ پنجم، تهران: اطلاعات.
- umarí، حسن، شریفی، حسن پاشا، هاشمیان ، کیانوش، میر زمانی ، محمود (۱۳۹۰) بررسی تأثیر برنامه پیشگیری از اعتیاد «شادی» بر رفتارهای پر خطر نوجوانان در معرض خطر مصرف مواد مخدر تأثیر برنامه پیشگیری. *فصلنامه مطالعات اجتماعی*، ۴(۶)، ۶۳-۷۴.
- فرانکن، رابرت. ای (۱۳۸۴). انگیزش و هیجان. ترجمه‌ی حسن شمس اسفند آباد، غلامرضا محمودی و سوزان امامی پور، تهران: نشر نی.
- قدیری، محمد حسین(۱۳۸۴). مدیریت خشم. نشریه معرفت، ۱۴(۴)، ۱۰۶-۹۳.
- لطف آبادی، حسین(۱۳۷۹). روانشناسی رشد کاربردی نوجوانی و جوانی. چاپ سوم، تهران: سازمان ملی جوانان.
- ظاهری، مینا و افشار، حمید (۱۳۸۹). ارتباط آکسیتیمیا با افسردگی و اضطراب در بیماران روانپزشکی. *اصول بهداشت روانی*، ۱۲(۲)، ۴۷۹-۴۷۰.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schw (2010). Emotion-regulation Strategies across Psychopathology: A Meta-analytic Eeview, *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.

Arria, A. , Caldeira, K. , Grady, K. , Vincent, K.B. , Fitzell, D. Johnson, E and Wish, E.D. (2011). Drug exposur opportunities and use patterns among college student: *Results of a longitudinal prospective cohort study. Substance Abuse*, 29 (41), 19-38.

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.

Besharat, M. A. (2007). Reliability and factorial validity of farsi version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports*, 101, 209-222.

Bousman, C.A; Cherner, M; Ake. C; Letendre, S; Atkinson, J. H; Patterson, T. L. (2009). Negative Mood and Sexual Behavior Among Non-Monogamous Men Who Have Sex with Men in the Context of Methamphetamine and HIV. *Journal of Affective Disorders*, 119, 84-91.

Carr A. (1999).*The Handbook of Child & Adolescents Clinical Psychology*. London; Routledge

Carver, C. S. Scheier, M. F. (2008). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1257-1264.

Cecero, J. J., & Holmstrom, R. W. (1997). Alexithymia and affect pathology among adult male alcoholics. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 201-208.

Cole, J; Logan, T. K; Walker, R. (2011). Social exclusion, Personal control ,Self-regulation, and Stress among Substance Abuse Treatment Clients. *Drug and Alcohol Dependence*, 113, 13-20.

Cooper, M. L., Russel M, Skinner JB, Windle M. (1992). Development and Validitation of A Three-Dimensional Measure of Drinking Motives. *Psychological Assessment* . 491: 123-132.

Davies, M., Stankov, L., & Roberts, R.D. (1999). Emotional Intelligence: In Search of an Elusive Construct, *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 989-1015.

Dawes, M; Clark, D; Mass, H. (1999). Family and Peer Correlates of Behavioral Self-regulation in Boys at Risk for Substance use. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 25, 237-249.

- Dubey, A., Pandey, R., & Mishra, K. (2010). Role of emotion regulation difficulties and Positive/negative affectivity in explaining alexithymia-health relationship: An overview. *Indian Journal of Social Science Research*, 7, 20-31.
- Dunham , G . D.(2008). *Emotional Skill Falnes and Marital Satisfaction*. Unpublished Doctorral Dissertation . University of okran .
- Eastwood, J.D., Cavaliere, C., Fahlman, S.A., & Eastwood, A.E. (2007). A desire for desires: Boredom and its relation to alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 42, 1035–1045.
- Embry, D; Hankins, M; Biglan, A; Boles, S. (2009). Behavioral and Social Correlates of Methamphetamine Use in a Population – based Sample of Early and Later Adolescents, *Addictive Behaviors*, 34, 343-351.
- Epstien, J. A., Botvin, G. J., Diaz, T., Willams, C., & Griffin, k. (2007). Aggression, victimization, and problem behavior among inner-city minority adolescent. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 9, 51-66.
- Franques, P., Auriacombe, M., & Tignol, J. (2000). Addiction and personality. *Journal of Encephale*, 26, 68-78.
- Fukunishi, I., Kikuchi, M., Wogan, J., & Takubo, M. (1997). Secondary alexithymia as a state reaction in panic disorder and social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 166–170.
- Galanter, M. (2006). Innovations: Alcohol & drug abuse, spirituality in alcoholics anonymous. *Psychiatric Services*, 57, 307-309.
- Garnefski, N., Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire-development of a short 18-item (CERQ-short). *Personality and Individual Differencel*, 41, 1045-1053.
- Gerana, J. S. L., Munoz, J. J., Navasa, E. (2009). Normal and pathological personality characteristics in subtype druge addicts undergoing treatment. *Personality and Individual Diffrence*, 46 (4), 418-423.
- Gross, J.(1998).The Emerging Field of Emotion Regulation : An Integrative Review, *Review of General Psychology* , 2, 271-299.
- Kokkonen, P., Karvonen, J.T., Veijola, J., et al (2001). Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Comprehensive Psychiatry* , 42, 471–476.
- Lerner, J., Vicary, J. (1984). Difficult temperament and drug use: analysis from the New York Longitudinal Study. *Journal of Drug Education*, 14, 1–7.
- Magid, V., Colder, C. R., Stroud, L. R. (2009). Negative affect, stress and smoking in college students: Unique associations independent of alcohol and Marijuana use. *Addictive Behaviors*, 34 (11), 973-975.
- Mallinckrodt, B., & Wei, M. (2005). Attachment, social competencies, social support, and psychological distress. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 358–367.
- Mayer Jd, David R, Caruso DR, Salovey P. (1999). Emotional Intelligence Meets Traditional Standard For An Intelligence. *Personality and Individual Difference*. 27, 267-298.
- Mayer, J. D., Salovey, P. (1997). *What Is Emotional Intelligence?* In: Salovey P, Sluyter D(Eds). Emotional . Development and Emotional Intelligence: Implication for Educators. 1997. New York; Basic Books. 150-161.
- McCuller, W. J., Sussman, S., Dent, C. W., & Teran, L. (2008). Concurrent prediction of drug use among high-risk youth. *Addictive Behaviors*, 26 (1), 137-142.
- Motan, I, Genco, T. (2007). The relationship between the dimensions of alexithymia and the intensity of depression and anxiety.*Turk J Psychiatry*.18(4): 333-43.
- National Institute of Drug Abuse(NIDA). (2007). *Science-based prevention programs and principles*.
- Otten, R; Barker, E. D; Maughan, B; Arseneault Louise; Engels, R. C. M. E. (2010). Self-control And its Relation to Joint Developmental Trajectories of Cannabis Use and Depressive Mood symptoms. *Drug and Alcohol Dependence*, 3,201-208.

۱۴۶
146

۱۷۶۰۰۲۹۸۰۳۰۲۹۸۰۲۰۱۴
Vol. 8, No. 29, Spring 2014

- 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, 174-180.
- Pluddemann, A; Flisher, A; Mcketin, R; Parry, C; Lombard, C. (2010). Methamphetamine Use, Aggressive Behavior and other Mental Health Issues Among High-school Students in Cape Town, South Africa. *Drug and Alcohol Dependence*, 109, 14-19.
- Porcelli, P., Tulipani, C., Maiello, E., Cilenti, G., & Todarello, O. (2007). Coping and illness behavior correlates of pain experience in cancer patients. *psychosocial oncology*, 16 (7), 644-650.
- Riley, H., & Schutte, N.S. (2003). Low Emotional Intelligence a Predictors of Substance Use, *Journal of Drug Education*, 33, 391- 398.
- Schut, A.J., Castonguay, L.G., & Borkovec, T.D. (2001). Compulsive checkingbehaviours in generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 705–715.
- Siegle, L.J., & Senna, J.J. (1997), Juvenile Delinquency Theory, Practice and Law, Paol Alto: West Publishing Company.
- Sinha, D. (2011). How does increase risk of drug abuse and relapse? *Psychopharmacology*, 158, 343-359.
- Swart, M., Kortekaas, R., & Aleman, A. (2009). Dealing with feelings: Characterizations of trait alexithymia on emotion regulation strategies and cognitive-emotional processing. *Plos one* 4(6), 1-10.
- Trinidad DR, Johnson CA. (2002).The Association between Emotional Intelligence and Early Adolescent Tobacco and Alcohol Use. *Personality and Individual Differences*. 32(1), 95-105.
- Williams , K . E . Chambliss , D . L & Ahrens , A . H .(1997). Are emotion frightening? Anextension of the fear concept . *Behaviour Research and therapy*. 35, 239 – 245 .
- Wills, T., Vaccaro, D., McNamara, G. (1994). Novelty seeking, risk taking, and related constructs as predictors of adolescent substance use: an application of Cloninger's Theory. *Journal of Substance Abuse*, 6, 1–20.
- Yi, J. Y., Luo, Y. Z., & Zhong, M. T. (2007). Characteristics of affective priming effect in alexi-thymics. *Chinese Mental Health Journal*, 21 (5), 302-306.
- Yousefi, P. A., Reavis, R. D., Kean, S. P., Calkins, S. D. (2010). The role of emotion regulation in childrens early academic success, *Journal of school Psychology*, 24, 3-19.
- Zonnevijlle-Bender, M.J.S., van Goozen, S.H.M., Cohen-Kettenis, P.T., van Elburg, A., & van Engeland, H. (2002). Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functioning? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 11, 38–42.

۱۴۷
۱۴۷

سال هشتم، شماره ۲۹، پرتر، Vol. 8, No. 29, Spring 2014