

مقایسه نارسایی هیجانی و کنترل عواطف در سوءمصرف 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 سوءمصرف 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 سوء مصرف مواد هستند.

کلید واژه‌ها: نارسایی هیجانی، کنترل عواطف، اعتیاد

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

Javadbagiyani@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

سوء مصرف مواد موضوعی است که مورد توجه روان‌شناسان بالینی و روانپزشکان قرار گرفته است؛ چرا که این مسئله دارای عواقب سوء و منفی بلندمدت در اقصای 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 روان‌شناختی، اجتماعی، خانوادگی و زیست‌شناختی نقش دارند (مجید، کولدر و استرود^۳، ۲۰۰۹؛ فرانکوئیس، اوریاکومب و تیگنول^۴، ۲۰۰). 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). سوء مصرف 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٪، مشروبات 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 ناپسند، دشواری در سازمان دهی رفتار و داشتن هیجان-های 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، شکل‌گیری هویت و مفهوم خود دارد (لطف آبادی، ۱۳۷۹). همه انسان‌ها هیجان‌ها و عواطف را در زندگی خود تجربه می‌کنند و این کاملاً

1 . Carr
2. Galanter
4 . Franques, Auriacombe & Tignol
6 . Affective Control

3 . Magid, Colder & Stroud
5 . National Institute of Drug Abuse
7 . Dawes, Clark & Moss

طبیعی است که در رویارویی با موقعیت گوناگون هیجان‌ها و عواطفی متفاوت از خود نشان دهند، اما هیجان‌ها و عواطف منفی شدید غیر عادی است و نه تنها سازنده نیست، بلکه آثار مخرب و زیان باری نیز دارد (قدیری، ۱۳۸۴). افراط و تفریط هیجان‌ها افراد را منجر به ناسازگاری، پرخاشگری، خشم، نفرت و اضطراب می‌کند که به صورت کنترل نشده، بهداشت روانی و عاطفی افراد را به گونه جدی تهدید می‌کند (احمدی، ۱۳۸۰). بهتر است به جای آن که از بروز هیجان‌ها جلوگیری کنیم، آثار واکنشی آن‌ها را کاهش داده تا فرصت کافی برای تصمیم‌های بهتر، آینده‌نگری و خلاقیت داشته باشیم (شریفی در آمدی و آقاییار، ۱۳۸۶). منظور از مهارت کنترل عواطف این است که فرد بیاموزد که چگونه عواطف خود را در موقعیت‌های گوناگون تشخیص دهد، و آن را ابراز و کنترل کنند (گروس^۱، ۱۹۹۸). مهارت کنترل عواطف بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد، تعاملات بین فردی، بهداشت روانی و سلامت فیزیکی و جسمی تأثیر دارد (کورداد و، ۲۰۰۵؛ به نقل از دان‌هام^۲، ۲۰۰۸). در واقع، مدیریت و کنترل عواطف موجب می‌شود افراد، واقع بین، نیک اندیش و درست کردار شوند و فردی مفید و کارآمد در پیشرفت جامعه به شمار آیند (شعاری نژاد، ۱۳۸۶).

یکی دیگر از متغیرهای مهم مرتبط با مصرف مواد، نارسایی هیجانی یا آلکسی تایمیا^۳ است. آلکسی تایمیا به دشواری در خود نظم دهی هیجانی و به عبارت دیگر، به ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و نظم‌دهی هیجان‌ها نیز گفته می‌شود. این افراد در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش و نظم‌دهی هیجان‌ها با دشواری‌هایی مواجه هستند و در تمایز احساسات درونی از احساسات بدنی مشکل دارند (بشارت، ۱۳۸۷؛ سوارت، کورتکاس و آلمن^۴، ۲۰۰۹). شیوع نارسایی هیجانی در جمعیت بزرگسالان مرد حدود ۹ تا ۱۷ درصد و در زنان ۵ تا ۱۰ درصد گزارش شده است (کوکونن، کارونن و وایجولا^۵، ۲۰۰۱). مطالعات نشان داده‌اند که نارسایی هیجانی با بسیاری از اختلالات مثل اختلال

1 . Gross

2 . Dunham

3 . alexithymia

4 . Swart, Kortekaas & Aleman

5 . Kokkonen, Karvonen & Veijola

اضطراب فراگیر (شات، کاستونگای و بورکوس^۱، ۲۰۰۱)، اضطراب اجتماعی و هراس (فوکونیشی، کی، کوچی و وگان و تاکوبو^۲، ۱۹۹۷)، اختلالات خوردن (زونوویل-بندر، وان گوزن، کوهن کتنیس، وان البورگک و وان انگلند^۳، ۲۰۰۲)، سوءمصرف مواد (سرسو 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، به‌ویژه 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 مصرف کنندگان مواد پرداخته باشد. دو بی، پاندی و میشر^۷ (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای نشان دادند که ناگویی خلقی با رفتارهای ناسالم از جمله اختلال‌های خوردن، سوء مصرف مواد و دارو، وابستگی به الکل و قمار بازی رابطه دارد. افزون بر آن ناگویی خلقی با اضطراب، افسردگی عمده، پر خاشگیری، اختلالات درد و نابهنجاری جنسی رابطه دارد (دوبی، پاندی و میشر^۸، ۲۰۱۰). ویلز، واکارو و مک^۹ (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 شی^{۱۰} (۲۰۰۸) در مطالعه‌ای دریافتند که سوء مصرف کنندگان، مواد را به خاطر تسکین اضطراب، ناامیدی، تغییر خلق منفی و کاهش رفتارهای پر خاشگرانه مصرف می‌کنند. لرنر و ایکاری^{۱۱} (۱۹۸۴) در پژوهشی نشان دادند که خلق و خوی مشکل ساز در دوران کودکی با افزایش احتمال مصرف تنباکو،

1. Schut, Castonguay & Borkovec
2. Fukunishi, Kikuchi, Wogan & Takubo
3. Zonnevrijl-Bender, van Goozen, Cohen-Kettenis, van Elburg & van Engeland
4. Cecero & Holmstrom
5. Eastwood, Cavaliere, Fahlman & Eastwood
6. Porcelli, Tulipani, Maiello, Cilenti & Todarello
7. Dubey, Pandey & Mishra
8. Wills, Vaccaro & McNamara
9. Carver & Scheier
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 آن ها 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 گرافتین (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 پر خاشگری 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 ی مصرف مواد هستند. گرانا، مونز و ناواسا (۲۰۰۹) در پژوهشی دریافتند که افرادی که در روان رنجورخویی 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 کنندگان مواد نسبت به افراد عادی بیشتر دچار مشکلات روانشناختی مثل استرس، اضطراب، ناامیدی، افکار خودکشی و افسردگی می شوند. پارکر، تیلور و استابورک، شهل

1. Yi, Luo & Zhong.

3. Yousefi, Reavis, Kean, Calkins

2. Garnefski & Kraaij

4. Arria

5. Sinha

و وود^۱ (۲۰۰۸) دریافتند که نارسایی در برقراری رابطه‌ی عاطفی با دیگران منجر به سوء-مصرف مواد در افراد می‌شوند. مصرف مواد با افسردگی (باسمن^۲ و همکاران، ۲۰۰۹)، رفتارهای ضد اجتماعی و افسردگی (امبری، هانکینز، بیگلان و بولیس^۳، ۲۰۰۹)، آسیب-های سایکوز و اضطراب (پلادمن، فلیچر، مک کانتی، پاری و لمبردو^۴، ۲۰۱۰) و خود-کنترلی پایین و افسردگی (اتن، پارکر، موگان، آرسنولت 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 سوءمصرف مواد ارتباط منفی دارد.

در مجموع، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که هوش هیجانی که ارتباط تنگاتنگی 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 روبرتس^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 گزاف انسانی و مالی از عمده 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 مضاعفی برای خودداری از مصرف مواد، در افراد پدید می‌آورد و به کنترل و سوسه 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-هوکیسیما و اسچو^{۱۱}، ۲۰۱۰). با توجه به نتایج تحقیقات گذشته و نقش متغیرهای نارسایی هیجانی و کنترل عواطف در آسیب شناسی و درمان سوء مصرف کننده

1. Parker, Taylor, Eastabrook, Schell, Wood
2. Bousman, Cherner, 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 نارسایی 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 سوء مصرف 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 سوء مصرف 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 سوء مصرف 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 ۰/۸۵ و برای سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر معطوف به بیرون به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش شده است که نشانه‌ی همسانی درونی خوب این مقیاس است (بشارت، ۲۰۰۷).

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 عناوین 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 می شود. تعداد ۸ سوال مربوط به زیرمقیاس خشم، ۸ سوال مربوط به زیرمقیاس خلق افسرده، ۱۳ سوال مربوط به زیرمقیاس اضطراب و ۱۳ سوال مربوط به عاطفه مثبت است. اعتبار درونی و بازآزمایی آزمون به ترتیب برای نمره کل مقیاس ۰/۹۴، ۰/۷۸ و برای زیرمقیاس‌های خشم ۰/۷۲، ۰/۷۳، زیرمقیاس خلق افسرده ۰/۹۱، ۰/۷۶، زیرمقیاس اضطراب ۰/۸۹، ۰/۷۷ و زیرمقیاس عاطفه مثبت ۰/۸۴ و ۰/۶۴ گزارش شده است (ویلیامز، چامبلز و اهرنز^۲، ۱۹۹۷). همچنین، اعتبار مقیاس توسط دهش (۱۳۸۸) مورد بررسی قرار گرفت که مقدار آلفای کرونباخ در مقیاس کنترل عواطف کل ۰/۸۴، و در زیرمقیاس‌های خشم ۰/۵۳، عاطفه مثبت ۰/۶۰، خلق افسرده ۰/۷۶ و اضطراب ۰/۶۴ گزارش شد.

یافته‌ها

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

1. effective control scale

2. Williams, Chambless & Ahrens

کننده مواد و (بهنجار) سطح تحصیلات به ترتیب برابر بود از ۳۶ (۲۶/۴۵) درصد دیلم، ۲۲/۶ (۲۴/۳) درصد فوق دیلم، ۴۱/۴ (۴۹/۲۵) 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 $\pm$ میانگین)	سوء مصرف کننده (انحراف استاندارد $\pm$ میانگین)
نارسایی هیجانی	دشواری در توصیف احساسات	۱۹/۴۲ $\pm$ ۳/۷۰	۲۴/۵۷ $\pm$ ۴/۵۸
	دشواری در شناسایی احساسات	۱۴/۷۶ $\pm$ ۳/۰۵	۲۳/۵۵ $\pm$ ۴/۸۳
کنترل عواطف	تمرکز بر تجارب بیرونی	۱۹/۶۳ $\pm$ ۳/۰۲	۲۸/۸۴ $\pm$ ۴/۰۳
	افسردگی	۲۱/۵۹ $\pm$ ۳/۳۹	۳۱/۵۴ $\pm$ ۴/۷۶
کنترل عواطف	اضطراب	۳۳/۸۷ $\pm$ ۳/۵۴	۴۶/۰۸ $\pm$ ۴/۲۹
	عاطفه مثبت	۴۸/۷۴ $\pm$ ۴/۹۲	۳۳/۵۶ $\pm$ ۴/۱۶
	خشم	۲۲/۴۰ $\pm$ ۳/۲۶	۳۳/۶۳ $\pm$ ۴/۴۸

برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای مورد مطالعه می‌بایست از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شود. یکی از پیش شرط‌های این تحلیل برابری ماتریس کواریانس‌ها است. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این پیش شرط داشت ($F=1/290$, $P>0/05$). همچنین، نتایج آزمون لون نیز حکایت از برابری واریانس‌های خطا داشت. با توجه به برقراری پیش شرط‌ها نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری حکایت از تفاوت معنادار دو گروه داشت ($P<0/001$, $F=0/437$ ، لامبدای ویلکز). 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 مجزورات	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
کنترل عواطف	تمرکز بر تجارب بیرونی	۶۳/۹۷	۶/۹۰۶	۰/۰۰۹
	افسردگی	۵۲۱/۵۹	۲۶/۷۵۸	۰/۰۰۰۵
	اضطراب	۱۹۲/۸۵	۸/۷۹۴	۰/۰۰۳
	عاطفه مثبت	۱۲۰/۹۲	۵/۴۳۴	۰/۰۲
	خشم	۹۴/۶۳	۵/۲۷۸	۰/۰۱۷

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می شود تفاوت معناداری بین دو گروه در مولفه های دشواری در شناسایی احساسات ($P < 0/001$)، تمرکز بر تجارب بیرونی ($P < 0/01$)، افسردگی ($P < 0/001$)، اضطراب ($P < 0/01$)، عاطفه مثبت ($P < 0/05$)، و خشم ($P < 0/05$) وجود دارد.

برای پیش بینی شدت اعتیاد بر اساس مولفه های 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 تنهایی ۵۴/۷٪ 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 ۷۴/۷٪ از واریانس را تبیین کردند. در گام آخر خشم وارد معادله شده که مجموعاً میزان ۷۸/۱٪ از واریانس تبیین شده است. ضرایب رگرسیون در گام آخر در جدول زیر ارائه شده است.

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

پیش بینی کننده ها	B	انحراف استاندارد	B	آماره t
دشواری در شناسایی احساسات	۱/۴۶۱	۰/۳۸۷	۰/۲۱۹	۳/۷۰۸
افسردگی	۰/۴۹۷	۰/۱۰۷	۰/۴۵۶	۴/۶۶۲
اضطراب	-۰/۹۸۳	۰/۵۸۸	-۰/۱۵۲	۱/۶۷۲
خشم	-۰/۷۲۷	۰/۴۳۸	-۰/۱۳۱	۱/۶۶۰

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه نارسایی هیجانی و کنترل عواطف و نقش این متغیرها در پیش بینی 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 تجارب بیرونی در مصرف کننده مواد در مقایسه با افراد سالم به طور معناداری بیشتر است. این یافته ها در چارچوب پژوهش های دیگر (ترینیداد و جانسون، ۲۰۰۲؛ گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶؛ یو و همکاران، ۲۰۰۷؛ پارکر و تیلور، ۲۰۰۸ و یوسفی و همکاران، ۲۰۱۰)

مبنی بر اینکه سوء مصرف کنندگان مواد از نارسایی هیجانی و عواطف منفی بیشتری برخوردارند همسو هستند. این نتایج نشان می‌دهد که ناتوانی در بیان و ابراز هیجانات در افراد مصرف کننده مواد ناشی از فقدان کفایت هیجانی، مهارت‌های هیجانی نامناسب و توانایی کم این افراد در حل تعارضات است (مایر، داوید، کارسو و سالوی^۱، ۱۹۹۹). به نظر می‌رسد که این افراد در مؤلفه‌های مدیریت هیجانی، تصمیم‌گیری، کنترل عواطف خود و دیگران و مهارت‌های اجتماعی توانایی کافی و مناسبی برای از میان برداشتن کمبودهای یاد شده و خودداری از مصرف مجدد ندارند. این نتیجه را می‌توان این گونه تبیین کرد که رشد عاطفی نابسند، دشواری در سامان‌دهی رفتار و هیجان و داشتن عواطف منفی مانند خشم از ویژگی‌های افرادی است که مصرف مواد دارند (داوید و کلارک، ۱۹۹۹). توانایی و ابراز هیجانات مانع و سوسه مجدد می‌شود که نوعی کشمکش گرایش-پرهیز است، به علاوه، عدم مدیریت هیجان‌ها با توانایی ذهنی کمتر برای پردازش اطلاعات اجتماعی می‌شود. در واقع، این پردازش ضعیف می‌تواند باعث درک کمتر از پیامدهای منفی و زیانبار مصرف مواد شود بنابراین فرد در برابر فشارهای روانی و اجتماعی برای جلوگیری از مصرف مواد شکست می‌خورد (مایر و سالوی، ۱۹۹۷). در تبیین این مسئله چنین می‌توان استدلال کرد که آلکسی تایمیا یک ویژگی شناختی عاطفی است و فرد مبتلا به آن در تنظیم و فهم هیجان‌های خود ناتوان است. زمانی که اطلاعات هیجانی نتوانند در فرآیند پردازش شناختی، ادراک و ارزش‌یابی گردند، افراد از نظر عاطفی و شناختی دچار آشفتگی و درماندگی شده و این ناتوانی می‌تواند سازمان عواطف و شناخت‌های 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، درک و یا توصیف هیجان‌های خویش نیستند و توانایی محدودی در سازگاری با شرایط تنش‌زا دارند. یکی از روش‌های کنترل تنش خصوصاً در مورد هیجان‌ها تخلیه نشدن آن‌ها و احساسات منفی به صورت کلامی است، در نتیجه بر همین اساس جزء روانشناختی سیستم‌های ابراز هیجان و پریشانی روانی از جمله افسردگی و اضطراب افزایش می‌یابد. افرادی که توانایی شناخت احساسات خود را

دارند و حالت‌های هیجانی خود را به گونه‌ی موثری 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 برانگیزنده را به عنوان فرصتی برای چالش در نظر خواهند گرفت نه تهدید (موتان و جنگوز^۱، 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؛ ایپسین 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 تغییرات 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

خصوص تبیین این نتایج شاید بتوان بیان داشت که چنین افرادی از مواد تنها برای کسب لذت استفاده نمی کنند، بلکه مواد را برای سرکوب و غلبه بر طغیان درونی خود به کار می-برند. 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 می دهند، طرد شده و همین امر سبب پیوستن نوجوان به گروه های منحرف شود که این به خودی خود می تواند زمینه ی مساعدی را برای گرایش به مواد مخدر فراهم آورد. چنانچه فرد به علت مشکلات و مسائل خانوادگی یا اجتماعی با موانع روبه رو شود، این امر می تواند باعث خشم و پرخاشگری او شود. از آن جایی که از نظر فرهنگی و تربیتی در جامعه ی ما پرخاشگری و اعمال و رفتار خشونت آمیز عملی ناپسند تلقی می شود، این گونه افراد برای غلبه بر هیجانات و نیل به آرامش درونی، خود را نیازمند به دارویی مسکن می بینند و این اثر را در مواد مخدر می یابند.

نتایج این پژوهش نشان داد که نارسایی هیجانی و کنترل عواطف به طور معناداری شدت اعتیاد را پیش بینی می کنند. نقش این متغیرها در پیش بینی شدت اعتیاد ۵۴ درصد بود که ۴۶ درصد دیگر مربوط به شرایط زیستی، اجتماعی و محیطی است. این نتیجه با نتایج پژوهش های دیگر (مک کالر و همکاران، ۲۰۰۸ و پارکر و همکاران، ۲۰۰۸) مبنی بر این که دشواری در شناسایی احساسات، افسردگی، اضطراب و پرخاشگری در پیش بینی شدت اعتیاد بیشترین سهم را دارد همسو است. در تبیین این یافته ها می توان گفت که دیدگاه منحصر به فرد بودن افراد در مورد سوء مصرف مواد، عدم توجه والدین و ناتوانی آنها در بیان و ابراز درست هیجان ها باعث دور شدن فرد از محیط خانواده شد و این امر باعث می شود جوان یا نوجوان به محیط هایی پناه ببرد که میزان پذیرش و ابراز هیجانات با مشکلی روبه رو نشود (شریفی درآمدی و آقاییار، ۱۳۸۶). هنگامی که فرد دچار اضطراب و تنش درخود شده، برای کاهش سطح این برانگیختگی نیازمند یک منبع بیرونی است تا او را از تنش ها رهایی بخشد؛ به همین منظور، فرد به جای برخورد مسئله مدار نسبت به مشکلات سعی در حل آن-ها به صورت هیجان مدار می کند، در صورتی که فرد فقط برای مدتی احساس لذت می کند و از این تنش ها رهایی می یابد. این چرخه لذت آنی و تسکین کوتاه مدت سبب گرایش

دوباره فرد نسبت به مواد می شود و یک دور باطل در او شکل می گیرد. با توجه به نتایج این پژوهش می توان بیان کرد که از دلایل احتمال گرایش افراد به مصرف مواد، عواطف منفی و کاستی های زیاد در حوزه ابراز هیجانات است. همچنین، مصرف مواد به عنوان یک راهبرد مقابله ای اجتنابی، منفی و ناکارآمد برای کاهش عواطف منفی و حل تعارضات بین فردی و مشکلات فردی است (کوپر، راسل، اسکینر و ویندل^۱، ۱۹۹۲).

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

منابع

۱۴۴

144

احمدی، جمشید (۱۳۸۰). هیجان، احساس و ارتباط غیر کلامی. چاپ چهارم، شیراز: انتشارات راهگشا. بشارت، محمد علی (۱۳۸۸). سبک های دلبستگی و نارسایی هیجانی. فصلنامه پژوهش های روانشناختی، ۱۲ (۴)، ۸۰-۶۳.

دلاور، علی (۱۳۹۰). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: انتشارات رشد. دهش، زهرا (۱۳۸۸). تأثیر تلفیقی رفتاری و هیجان محور بر کنترل عواطف در نوجوانان دختر شهر کشکوئیه رفسنجان. 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 سبک های ابراز هیجان و سلامت عمومی در دانشجویان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار). ۱۳ (۳)، ۲۴۸-۲۳۸.

شریفی درآمدی، پرویز و آقاییار، 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.
- عماری، 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)، ۹۳-۱۰۶.
- لطف آبادی، حسین (۱۳۷۹). روانشناسی رشد کاربردی نوجوانی و جوانی. چاپ سوم، تهران: سازمان ملی جوانان.
- مظاهری، مینا و افشار، حمید (۱۳۸۹). ارتباط آلکسیثیمیا 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; Routedag
- 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 Validation 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 Falmes and Marital Satisfaction*. Unpublished Doctoral 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 Differences*, 41, 1045-1053.
- Gerana, J. S. L., Munoz, J. J., Navasa, E. (2009). Normal and pathological personality characteristics in subtype drug addicts undergoing treatment. *Personality and Individual Differences*, 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, Gencoz, 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.

- 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 checking behaviours 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. Chambless, D. L & Ahrens, A. H. (1997). Are emotion frightening? An extension 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.