

اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر ارزیابی مجدد و فرونشانی هیجانی سربازان با اختلال مصرف مواد افیونی

غلامرضا احمدی^{۱*}، فرامرز سهرابی^۲، احمد بر جعلی^۳

تاریخ پذیرش: ۹۷/۴/۶

تاریخ ارسال: ۹۷/۲/۳

چکیده

پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس بر ارزیابی مجدد و فرونشانی هیجانی سربازان با اختلال مصرف مواد افیونی انجام شد. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و به صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه انجام شده است. جامعه آماری پژوهش را کلیه سربازان با اختلال مصرف مواد افیونی تشکیل می‌دهند که در درمانگاه هوانیروز کرمان تحت درمان نگه‌دارنده متادون بودند. نمونه مورد مطالعه نیز متشکل از ۴۰ آزمودنی بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و سپس به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند. پس از تفکیک گروه‌ها، ابتدا پیش‌آزمون انجام گرفت و سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس را دریافت کرد؛ در پایان پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تحلیل شد. نتایج تحقیق نشان داد که آموزش تنظیم هیجان، افزایش ارزیابی مجدد و کاهش فرونشانی هیجانی را در پی داشته است؛ با توجه به یافته‌ها می‌توان گفت که آموزش تنظیم هیجان با افزایش راهبرد سازگارانه (ارزیابی مجدد) و کاهش راهبرد ناسازگارانه تنظیم تجارب هیجانی (فرونشانی)، می‌تواند زمینه را برای بهبود اختلال مصرف مواد افیونی فراهم سازد.

واژه‌های کلیدی: ارزیابی مجدد، تنظیم هیجان، سربازان فرونشانی

۱. * کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی. Gholamrezaahmadi10@yahoo.com

۲. استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی. asmar567@yahoo.com

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی. borjal@atu.ac.ir

مقدمه

امروزه پیامدهای ناخوشایند فردی، اجتماعی و قانونی اختلال‌های مصرف مواد بر شخصی پوشیده نیست. از نظر شیوع، اختلال‌های مرتبط با مواد در مقایسه با سایر مشکلات بالینی فراوانی بیشتری دارد؛ به طوری که بر اساس گزارش موسسه ملی سلامت روان^۱ میزان شیوع مادام‌العمر اختلال‌های مصرف مواد در جمعیت عمومی ایالات متحده آمریکا ۳/۳۵٪ گزارش شده است (کابر^۲، ۲۰۱۴؛ ص ۴۲۸) و یافته‌های تحقیق همزیستی ملی نشان می‌دهد که آمریکایی‌های ۱۵ تا ۵۴ سال، بیش از هر اختلال دیگری، با وابستگی به مواد درگیر هستند (هالجین و ویتبورن^۳، ۲۰۰۳؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۰) و افراد ۱۸ تا ۲۴ ساله، بیشترین شیوع مصرف را تقریباً در هر ماده‌ای دارند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۴، ۲۰۱۳). علی‌رغم شیوع بالای اختلال‌های مصرف مواد^۵، ماهیت پیچیده آنان سبب شده تا دیدگاه‌های آسیب‌شناسانه و در پی آن درمانی متعددی نیز به وجود آید. ولی با وجود تلاش‌های علمی مکرر برای دسترسی به درمان اختلال‌های مصرف مواد، درمان‌های محدودی، به‌ویژه در حیطه درمان‌های مؤثر دارویی حاصل شده است؛ بنابراین، درمان‌های روان‌شناختی بیشتری رایج هستند که باهدف کاهش مصرف مواد، آسیب‌های وابسته به آن و افزایش کارکرد روان‌شناختی بکار گرفته می‌شوند (کابر، ۲۰۱۴).

بر اساس گزارش‌های پژوهشی، یکی از عواملی که امروزه در آسیب‌شناسی طیف وسیعی از اختلالات، بیش‌ازپیش مورد توجه قرار گرفته و میانجی‌گری می‌کند، هیجان و به‌طور خاص مدیریت آن است؛ که به تنظیم هیجان^۶ معروف است (گراس^۷، ۲۰۱۵). برای مثال؛ نشانه‌هایی از نارسایی تنظیم هیجانی در بیش از نیمی از اختلالات محور یک و تمامی اختلالات محور دو مشاهده شده است (گراس، ۲۰۰۲؛ ۲۰۱۴). تنظیم هیجان به دامنه وسیعی از فرایندهای

1. national institute of mental health
2. Kober
3. Halgin & Whitbourne
4. american association of psychiatry
5. opioid use disorder
6. emotion regulation
7. Gross

زیستی، اجتماعی و رفتاری اطلاق می‌شود (گارنفسکی، کراچی و اسپین هون^۱، ۲۰۰۱) که افراد به وسیله آن‌ها به هیجان‌های که دارند، نحوه‌ی داشتن آن‌ها، چگونگی تجارب و تظاهر هیجان‌هایشان نفوذ کرده و به صورت خودکار یا کنترل‌شده و در یک سطح هوشیار تا ناهشیار بر آن‌ها تأثیر می‌گذارند (گراس، ۱۹۹۸؛ به نقل از فلیتچر، پارکر، بایس، پترسون و مک‌لور^۲، ۲۰۱۴). گزارش‌ها حاکی از آن است که راهبردهای نامناسب در تنظیم هیجان، یا دشواری در تنظیم هیجان، با دامنه وسیعی از اختلالات، از جمله با گرایش و پیش‌بینی پذیری اعتیاد در ارتباط است (اسماعیلی نسب، اندامی خشک، آزرمی و ثمر رخی، ۱۳۹۳). افراد دارای دشواری در تنظیم شخصی هیجان، به احتمال بیشتری در معرض انواع مختلف سوء مصرف مواد قرار دارند (ویلنس، مارتیلون، اندرسون، آبراهامسون و بیدرمن^۳، ۲۰۱۳). یافته‌های پژوهشی مبین این است که دانشجویان با راهبردهای تنظیم هیجان ناکارآمد به احتمال بیشتری مصرف سیگار را تجربه می‌کنند (بیرامی، موحدی و میناشیری، ۱۳۹۲)؛ و سوء مصرف کنندگان در دو سطح بالا و پایین، راهبردهای تنظیم هیجانی متفاوتی به کار می‌گیرند (برنت شاتز^۴، ۲۰۱۳). همچنین سوء مصرف کنندگان با واکنش پذیری بالا از راهبردهای تنظیم هیجان منفی بیشتری نسبت به سوء مصرف کنندگان با واکنش پذیری پایین استفاده می‌کنند (ابوالقاسمی، اله‌قلی‌لو، نریمانی و زاهد، ۱۳۸۹).

در کنار راهبردهای گوناگون تنظیم هیجان، فرونشانی^۵ و ارزیابی مجدد شناختی^۶، به عنوان راهبردهای متمرکز بر پاسخ و متمرکز بر پیش‌بینی^۷ شناخته می‌شوند که از راهبردهای رایج تنظیم هیجان هستند (گراس، ۱۹۹۸)، از این رو در مطالعه حاضر نیز مورد بررسی قرار می‌گیرند. ارزیابی مجدد یا باز ارزیابی شناختی به عنوان یکی از فن‌های تغییر شناختی است (گراس، ۲۰۱۵)، که باهدف تغییر معنای محیط، سعی در تغییر اثرات و پیامدهای هیجانی

1. Garnefski, Kraaij & Spinhoven
2. Fletcher, Parker, Bayes, Paterson & McClure
3. Wilens, Martelon, Anderson, Abrahamson & Biederman
4. Brent Schatz
5. suppression
6. cognitive reappraisal
7. antecedent and response-focused strategies

دارد (گراس و تامپسون^۱، ۲۰۰۷). گزارش‌های متعدد پژوهش‌گویی‌های آن است که استفاده از راهبرد ارزیابی مجدد به‌عنوان یکی از فاکتورهای شناخته‌می‌شود که با عوامل آسیب‌زای روانی رابطه معکوس و با بهزیستی روان‌شناختی رابطه مستقیم دارد (گراس، ۱۹۹۸؛ گراس و جان^۲، ۲۰۰۳؛ آکسندر و گراس^۳، ۲۰۰۵؛ مک‌ری، جاکوبس، ری، جان و گروس^۴، ۲۰۱۲؛ افتخاری، زولیر و ویجل^۵، ۲۰۰۹).

گزارش‌ها بیانگر آن است که استفاده از راهبرد ارزیابی مجدد نسبت به فرونشانی و پذیرش، در کاهش ولع مصرف، سطح عواطف منفی پایین، سوگیری توجه و افزایش پایداری تکلیف در افراد سیگاری نقش بیشتری دارد (ساز، سنتاگوتایی و هافمن^۶، ۲۰۱۲). همچنین یافته‌ها حاکی از آن است که ارزیابی مجدد از جمله عوامل مرتبط و پیش‌بینی‌کننده مصرف مشکل‌آفرین ماری‌جوآنا در مصرف‌کنندگان محسوب می‌شود (تایلر بودن، گراس، بابسون و بون-میلر^۷، ۲۰۱۳). فرونشانی به‌عنوان یک راهبرد ناسازگارانه تنظیم هیجان شناخته می‌شود که پس از فرایند تولید هیجان به کار گرفته می‌شود؛ فرونشانی نیز به‌صورت بازداری نشانه‌ها یا تظاهرات تجارب هیجانی تعریف می‌شود (گراس، ۲۰۰۲)؛ گزارش‌ها نشانگر آن است که دانشجویان سیگاری نسبت به دانشجویان غیر سیگاری به‌احتمال بیشتری از راهبرد فرونشانی استفاده می‌کنند (قاسم‌پور، ایل‌بیگی، حسن‌زاده و ناصری، ۱۳۹۰).

با توجه به یافته‌های پژوهشی فوق مبنی بر نقش اساسی تنظیم هیجان در اختلالات مصرف مواد، تلاش‌های نیز در زمینه تعیین اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر ابعاد گوناگونی از رفتارهای مرتبط با مواد صورت گرفته است. آموزش تنظیم هیجان را نیز به معنای کاهش یا کنترل هیجان‌های منفی و نحوه استفاده از هیجان‌های مثبت تعریف می‌کنند (مک‌درموت، تول، گراتز، داگترز و لجوز^۸، ۲۰۰۹؛ نقل از قان‌نیای جهرمی، حسنی، نوری، فرمانی، ۱۳۹۳).

1. Gross & Thompson
2. Gross & John
3. Ochsner & Gross
4. McRae, Jacobs, Ray, John & Gross
5. Eftekhari, Zoellner & Vigil
6. Szasz, Szentagotai, & Hofmann
7. Tyler Boden, Babson & Bonn-Miller
8. McDermott, Tull, Gratz, Daughters & Lejuez

گزارش‌های پژوهشی حاکی آن است که آموزش تنظیم هیجان در کاهش خشم و رفتارهای تکانش‌گری (اعظمی، سهرابی، برجعلی و چوپان، ۱۳۹۲؛ ۱۳۹۳)، علائم وسوسه و سوگیری توجه (جلالوند، محمدی و ملازاده، ۱۳۹۳؛ بابایی، حسنی و محمدخانی، ۱۳۹۱) و همچنین کاهش راهبردهای سازش‌نیافته و افزایش راهبردهای سازش‌یافته (فانندی‌ای جهرمی و همکاران، ۱۳۹۳) در افراد وابسته به مواد مؤثر واقع شده است؛ بنابراین می‌تواند به عنوان بخشی از مداخلات پیشگیری از عود در اختلال‌های مصرف مواد مطرح باشد.

آن‌گونه که پیش‌تر بیان شد، اختلال‌های مصرف مواد، از رایج‌ترین مشکلات و معضلات بالینی محسوب می‌شوند که نوجوانان و جوان‌ها به‌ویژه در جنس مذکر، آسیب‌پذیرترین قشر در مقابل آن محسوب می‌شوند. همچنین با در نظر گرفتن هرم جمعیتی ایران که بخش بزرگی از آن را جوانان تشکیل می‌دهد (میراحمدی‌زاده، نقشواریان، مقدمی، همتی، پارساپور، ۱۳۸۹)؛ شناسایی عوامل و موقعیت‌های که در فرایند پیشگیری، درمان و نگهداری این قشر نقش اساسی دارند، ضرورت پیدا می‌کند. یکی از موقعیت‌های که اکثر جوانان قشر مذکر جامعه در آن قرار می‌گیرند، خدمت‌سربازی است که به علل شرایط روانی و محیطی خاصی که حاکم می‌شود، ممکن است میزان آسیب‌پذیری جوانان را افزایش دهد. بر اساس مطالعات انجام شده در این زمینه، ۲۶/۸ درصد سربازان سیگاری گزارش شده‌اند (محتشم‌امیری، میرزمانی و رضوانی، ۱۳۸۴)؛ و ۳۰ درصد سربازان دارای اختلال مصرف مواد، دسترسی به مواد را در پادگان آسان بیان کرده و ۱۴ درصد نیز پادگان را نخستین مکان مصرف گزارش کرده‌اند (معلمی، بابایی و حسین‌زاده، ۱۳۹۱). در بررسی الگوی سوءمصرف مواد سربازان که در سال ۹۲ انجام شد، سربازان این دوره را پس از جمع دوستان، اولین مکان مشاهده و مصرف مواد گزارش کرده و ۲۴/۸ درصد سربازان نیز دسترسی به مواد در پادگان را راحت ارزیابی کرده‌اند (احمدی، کرمبخش، مهرآزمای، ثالثی و نجفی‌منش، ۱۳۹۲). آن‌چنان‌که گذشت تنظیم هیجان به‌عنوان یکی از عوامل اساسی در اختلال‌های مصرف مواد مطرح شده است؛ از طرفی کابر (۲۰۱۴) مصرف مواد را ابزاری برای تنظیم هیجان می‌داند و از نارسایی تنظیم هیجان به‌عنوان علتی احتمالی و یا پیامدی احتمالی برای اختلال‌های مصرف مواد یاد می‌کند.

بنابراین، همسو با گزارش‌ها و فرضیه‌های پژوهشی، شاید بتوان استنتاج کرد که گرایش جوانان به مصرف مواد در دوران سربازی، تلاشی در جهت تنظیم هیجان باشد؛ که می‌تواند ناشی از نارسایی احتمالی در راهبردهای تنظیم هیجان در این قشر باشد. گزارش‌های پژوهشی نیز گویای آن است که، سربازان معتاد، در تنظیم هیجان و کلیه زیر مقیاس‌های مربوطه پایین ارزیابی شده‌اند (معلمی و همکاران، ۱۳۹۱). در نتیجه، با توجه به گزارش‌های فوق و شیوع بالای مصرف مواد افیونی در بین سربازان و نقش اساسی که راهبردهای تنظیم هیجان در گرایش و درمان اختلال‌های مصرف مواد دارند؛ و با نظر به کمبود پژوهش‌های مداخله‌ای جامع در رابطه با متغیرهای پژوهش در قشر جوانان و به‌ویژه در سربازان با اختلال مصرف مواد افیونی، مسئله پژوهش حاضر این است که آیا آموزش تنظیم هیجان، افزایش ارزیابی مجدد و کاهش فرونشانی را در سربازان با اختلال مصرف مواد افیونی در پی خواهد داشت؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک تحقیق نیمه آزمایشی است. جامعه مورد مطالعه متشکل از تمامی سربازانی بودند که در سال ۱۳۹۴، در یکی از مراکز نظامی شهر کرمان مشغول به خدمت سربازی بودند؛ و بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) با اختلال مصرف مواد افیونی شناخته می‌شدند؛ و در درمانگاه متعلق به این مرکز نظامی تحت درمان نگه‌دارنده متادون قرار داشتند. یکی از شاخص‌های که در DSM-5 برای اختلال‌های مصرف مواد باید مورد لحاظ قرار گیرد که جامعه مورد پژوهش را نیز در برمی‌گیرد، شاخص «محیط کنترل‌شده» است؛ این شاخص برای افرادی صدق می‌کند که در محیط‌های باشند که دسترسی به مواد در آن محدود شده باشد. نمونه مورد مطالعه‌ی نیز متشکل از ۴۰ سرباز بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده بدون جایگزینی انتخاب شدند. برای شرکت در این دوره‌ی آموزشی، افراد شرکت‌کننده باید برخی از معیارها و توانمندی‌های را داشتند که جهت گذراندن این دوره الزامی بود. دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال مصرف مواد افیونی بر اساس DSM-5، داشتن توانایی خواندن و نوشتن (حداقل پنجم ابتدایی)، عدم اتمام

خدمت قبل از پایان کامل دوره آموزش و مرحله پیگیری (نیمه اول سال ۱۳۹۴)، داشتن رضایت آگاهانه برای ورود و خروج از دوره آموزشی، فقدان اختلال‌های روان‌شناختی یا جسمانی حاد در مرحله پذیرش یا در طول جلسات آموزشی و تعهد به پذیرش و احترام به قوانین مطرح در گروه از جمله ملاک‌های ورود و خروج از این برنامه بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها در مطالعه حاضر از پرسشنامه محقق ساخته متغیرهای جمعیت شناختی و پرسشنامه تنظیم هیجان استفاده شد.

پرسشنامه تنظیم هیجانی: این پرسشنامه توسط گراس و جان (۲۰۰۳) تهیه شده است. گویه‌های ۲، ۴، ۶، و ۹ برای خرده‌مقیاس فرونشانی و بقیه گویه‌ها خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد را می‌سازد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای، از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) هست. ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای فرونشانی ۰/۷۳؛ و اعتبار باز آزمایی بعد از سه ماه برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است. در ایران نیز کفایت‌های روان‌سنجی این مقیاس بر روی دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی مورد مطالعه قرار گرفته است که ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد، فرونشانی و همچنین کل مقیاس، به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۵۲، ۰/۷۱ گزارش شده است (قاسم‌پور، ایل‌بیگی و حسن‌زاده، ۱۳۹۱). یافته‌های مذکور با نتایج پرسشنامه گراس و جان و همچنین با ضریب آلفای کرونباخ مطرح در پژوهش داخلی دیگری همسان است (مشهدی، قاسم‌پور، اکبری، ایل‌بیگی و حسن‌زاده، ۱۳۹۲) که نشان از کفایت قابل قبول پرسشنامه مذکور در پژوهش‌های داخلی است.

روند اجرای تحقیق حاضر به این صورت بود که ابتدا از میان تمام اعضای جامعه (۶۷ نفر) که برای دریافت متادون به درمانگاه واحد نظامی مراجعه می‌کردند، به‌طور تصادفی ۴۰ سرباز انتخاب شد؛ روند نمونه‌گیری از طریق قرعه‌کشی بدون جایگزینی بود که با استفاده از شماره پرونده مراجعان انجام شد. به با توجه به اینکه ممکن بود در طول اجرای برنامه، سربازان به دلایلی از جمله مرخصی یا بیماری قادر به شرکت در جلسات نباشند؛ بنابراین تعداد افراد نمونه بیش از تعداد مطلوبی که معمولاً در مداخلات گروهی توصیه می‌شود، انتخاب شدند. در ابتدا، پس از تعیین افراد نمونه، یک جلسه توجهی جهت آشنایی شرکت‌کنندگان با جلسات، وظایف و قوانین اجرا شد؛ و پس از انتخاب و انتصاب تصادفی

شرکت‌کنندگان در دو گروه آزمایش و کنترل، در پایان جلسه پس از اظهار رضایت شرکت‌کنندگان زمان برگزاری جلسات برای گروه آزمایش تعیین شده و همچنین پرسشنامه‌های ذکر شده باهدف تهیه پیش‌آزمون توسط هردو گروه تکمیل شد. پس از تعیین زمان برگزاری جلسات برای گروه آزمایش، هر هفته یک جلسه آموزش تنظیم هیجان بر اساس مدل فرایندی گراس در مرکز مشاوره برای گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد.

آموزش مهارت‌های تنظیم فرایندی هیجان بر اساس مدل گراس یک الگوی پیشنهادی است که توسط آلن، مک‌کیو و بارلو^۱ (۲۰۰۸)، اعظمی (۱۳۹۰) و اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۰) تدوین شده (نقل از قانندنیای جهرمی و همکاران، ۱۳۹۳) و در پژوهش قانندنیای جهرمی نیز اعتبار یابی شده است. در جدول ۱ خلاصه‌ای از پروتکل آموزشی تنظیم هیجان گراس ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه‌ای از جلسات آموزشی راهبردهای تنظیم هیجان بر اساس مدل فرایندی گراس

جلسات	هدف	محتوا
جلسه اول: معرفی	گرم کردن	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر؛ بیان منطق و مراحل مداخله؛ آشنایی با هیجان و ضرورت تنظیم هیجان
جلسه دوم: انتخاب موقعیت	ارائه آموزش هیجانی	۱) هیجان‌های نرمال و مشکل‌آفرین (۲) خودآگاهی هیجانی از طریق آموزش موقعیت‌های برانگیزاننده هیجان
جلسه سوم: انتخاب موقعیت	ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های اعضا. انسان،	عملکرد هیجان‌ها در سازگاری انسان، نقش هیجان در ارتباط‌های
جلسه چهارم: اصلاح موقعیت	ایجاد تغییر در موقعیت‌های برانگیزاننده هیجان	آموزش راهبرد حل مسئله؛ آموزش مهارت‌های بین فردی (گفتگو، ابراز وجود و حل تعارض)
جلسه پنجم: گسترش توجه	تغییر توجه	آموزش متوقف کردن نشخوار و نگرانی.
جلسه ششم: ارزیابی شناختی	تغییر ارزیابی‌های شناختی	شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن بر حالت‌های هیجانی و آموزش راهبرد باز-ارزیابی (ارزیابی مجدد) می‌شود.

جلسات	هدف	محتوا
جلسه هفتم: تعدیل پاسخ	تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان.	شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبردهای بازداری و نقش آن در پیامدهای هیجانی، آموزش مواجهه، آموزش ابرار هیجان، اصلاح رفتار از طریق تقویت کننده‌های محیطی، آموزش آرمیدگی و تخلیه هیجانی.
جلسه هشتم: ارزیابی کاربرد	ارزیابی مجدد و رفع موانع زندگی واقعی و بررسی موانع استفاده از راهبردها هدف گرفته می‌شود.	ارزیابی میزان نیل به اهداف؛ کاربرد مهارت‌های آموخته شده در

پس از اتمام جلسات آموزشی، به منظور تهیه پس آزمون، ابزارهای تحقیق مجدداً توسط شرکت کنندگان هر دو گروه پاسخ داده شد. برای تحلیل داده‌های پژوهش، از شاخص‌های آمار توصیفی و همچنین به منظور تحلیل استنباطی داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد؛ که کلیه‌ی تحلیل‌های انجام شده توسط نسخه ۲۰ نرم‌افزار آماری SPSS انجام شد.

یافته‌های پژوهش

میانگین و انحراف استاندارد طول خدمت در افراد نمونه به ترتیب ۱۴/۵۰ و ۴/۸۷ است که این شاخص‌ها به ترتیب در گروه‌های آزمایش و (گواه) ۱۳/۹۰، ۴/۶۶؛ (۵/۱۱؛ ۱۵/۱۰) است. همچنین گزارش‌های شخصی بیانگر آن است که تمام افراد شرکت کننده به لحاظ سطح تحصیلات زیر دیپلم بودند که این سطح در بیش از نیمی از والدین افراد گروه‌های مورد مطالعه نیز صادق بود.

جدول ۲. الف: اطلاعات مرتبط با مصرف مواد

مواد	گروه‌ها	اولین ماده‌ای که مصرف آن مشاهده شده	اولین ماده‌ای که مصرف شده است.	ماده مصرفی در حال حاضر	روش مصرف	گروه‌ها
تریاک	آزمایش گواه	n=۱۷ (%/۸۵)	n=۱۷ (%/۸۵)	n=۱۵ (%/۷۵)	تدخین	n=۳ (%/۱۵)
شیره	آزمایش گواه	n=۱ (%/۵)	n=۱ (%/۵)	n=۴ (%/۲۰)	خوردن	n=۱۷ (%/۸۵)
هروئین	آزمایش گواه	n=۱ (%/۵)	n=۱ (%/۵)	n=۳ (%/۱۵)	تزیق	n=۱۶ (%/۸۰)
کراک	آزمایش گواه	n=۱ (%/۵)	n=۱ (%/۵)	n=۱ (%/۵)	شیاف	n=۱۶ (%/۸۰)

مواد	گروه‌ها	اولین ماده‌ای که مصرف آن مشاهده شده	اولین ماده‌ای که مصرف شده است.	ماده مصرفی در حال حاضر	روش مصرف	گروه‌ها
سایر مواد	آزمایش گواه	n=۱ (%۵)	n=۱ (%۵)	n=۱ (%۵)	سایر روش‌ها	----

جدول ۳. ب: اطلاعات مرتبط با مصرف مواد

مکان	گروه‌ها	اولین مکان مشاهده مصرف مواد	اولین مکان مصرف مواد	علل مصرف	کل آزمودنی‌ها	دفعات درمان
خانواده	آزمایش گواه	n=۱۰ (%۵۰)	n=۱۴ (%۷۰)	لذت	n=۹ (%۲۲/۵)	فقط یک‌بار n=۷ (%۱۷/۵)
دوستان و مهمانی	آزمایش گواه	n=۶ (%۳۰)	n=۴ (%۲۰)	فشار دوستان	n=۳ (%۷/۵)	بیش از یک‌بار n=۴ (%۱۰)
خدمت	آزمایش گواه	n=۴ (%۲۰)	n=۸ (%۴۰)	تسکین دردهای بدنی	n=۱ (%۲/۵)	تعداد مصرف در روز n=۳۴ (%۵۴/۸)
سربازی	آزمایش گواه	n=۳ (%۱۵)	n=۶ (%۳۰)	مشکلات خانوادگی	n=۱ (%۲/۵)	n=۱۵ (%۲۴/۲) دو بار
				مشکلات روانی	n=۲ (%۱۰)	n=۸ (%۲۰) سه بار
				تقویت قوای جنسی	n=۱ (%۲/۵)	

در کنار اطلاعات جمعیت شناختی و مصرفی فوق که نشان‌دهنده الگوی مصرف سربازان با اختلال مصرف مواد افیونی است، که همگی مبتنی بر گزارش شخصی شرکت‌کنندگان بودند؛ با نگاهی اجمالی بر فراوانی برخی از متغیرهای موجود در گروه‌های مورد مطالعه می‌توان گفت که هر یکی از گروه‌ها با توجه به متغیرهای مورد مطالعه تقریباً در شرایط یکسانی قرار داشتند که می‌تواند بر اعتبار درونی یافته‌ها مؤثر واقع شود.

با هدف تحلیل استنباطی داده‌های پژوهش، ابتدا پیش‌فرض‌های مرتبط با آمار پارامتریک و تحلیل کوواریانس مورد آزمون قرار گرفت؛ خروجی آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنف^۱ نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع در متغیرهای پژوهش بود (جدول ۴)؛ سطوح معناداری آزمون لوین نیز نشان از همسانی واریانس در متغیرهای وابسته است (جدول ۵)؛ خروجی نمودار پراکندگی که باهدف بررسی همگونی شیب رگرسیون انجام شد نیز تأییدکننده این پیش‌فرض بود؛ خروجی تحلیل کوواریانس نیز بیانگر آن است که با توجه به سطوح معنی‌داری ($P < 0/001$ ؛ $P < 0/001$) مقدار $F (23/14؛ 80/60)$ در پیش‌آزمون‌ها،

1. Kolmogorov-Smirnov

خطی بودن متغیر همپراش و متغیر مستقل تأیید می‌شود. بنابراین پس از تأیید پیش فرض‌های مربوطه، تحلیل کوواریانس تک متغیری باهدف پاسخ به مسئله تحقیق انجام شد.

جدول ۴. آزمون کولمونگروف-اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیر	سنجش	مقدار Z	P
ارزیابی مجدد	پیش آزمون	۰/۶۷	۰/۷۵
	پس آزمون	۱/۱۲	۰/۱۵
فرونشانی	پیش آزمون	۰/۷۹	۰/۵۴
	پس آزمون	۰/۷۱	۰/۶۹

جدول ۵. نتایج حاصل از آزمون لوین برای بررسی همسانی واریانس‌ها

متغیر	سنجش	آماره لوین	Df1	Df2	P
ارزیابی مجدد	پیش آزمون	۱/۰۶	۱	۳۸	۰/۳۰
	پس آزمون	۱/۸۳	۱	۳۸	۰/۱۸
فرونشانی	پیش آزمون	۲/۱۱	۱	۳۸	۰/۱۵
	پس آزمون	۰/۹۵	۱	۳۸	۰/۳۳

جدول ۶. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهشی بر اساس گروه‌ها

متغیر	سنجش	گروه گواه		گروه آزمایش	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ارزیابی مجدد	پیش آزمون	۱۳/۷۰	۲/۹۰	۱۸/۵۵	۳/۵۱
	پس آزمون	۱۳/۶۵	۲/۹۰	۳۰/۲۰	۳/۹۲
فرونشانی	پیش آزمون	۱۹/۴۵	۲/۸۱	۱۸/۶۰	۳/۷۱
	پس آزمون	۱۹/۳۰	۲/۶۹	۱۱/۳۰	۲/۱۰

جدول ۷. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس گروه‌ها بر فرونشانی هیجانی

منابع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	مجذورات	توان آماری
پیش آزمون	۱۴۸/۱۳	۱	۱۴۸/۱۳	۸۰/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱/۰۰۰
بین گروه‌ها	۳۷/۳۶	۱	۳۶/۳۷	۱۹/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۹۹

جدول ۸. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس گروه‌ها بر ارزیابی مجدد شناختی

منابع تغییر	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	F	P	مجدوراتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۱۸۱/۶۸	۱	۱۸۱/۶۸	۲۳/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۰/۹۹
بین گروه‌ها	۸۹/۸۸	۱	۸۹/۸۸	۱۱/۴۴	۰/۰۰۲	۰/۲۴	۰/۹۰

با توجه به نتایج می‌توان گفت که پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین گروه‌های مورد مطالعه با توان آماری بالا وجود داشت ($P < 0/001$; $F_{(۳۶, ۱)} = ۱۹/۷۸$)؛ بنابراین، با نظر به میانگین‌های دو گروه می‌توان گفت که آموزش تنظیم هیجان کاهش فرونشانی هیجانی را در گروه آزمایش موجب شده است.

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نیز بیانگر آن است که ($P < 0/002$) با تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌دار عامل بین آزمودنی‌های گروه وجود داشت؛ یعنی آموزش تنظیم هیجان افزایش معنادار ارزیابی مجدد شناختی را در پس‌آزمون گروه آزمایش به همراه داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر فرونشانی و ارزیابی مجدد شناختی سربازان با اختلال مصرف مواد افیونی انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیره گویای آن است که آموزش تنظیم هیجان افزایش راهبرد سازگارانه (ارزیابی مجدد) و کاهش راهبرد ناسازگارانه تنظیم هیجانی (فرونشانی) را در پی داشته است. جستجوی پیشینه پژوهشی نشان‌دهنده آن است که یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج حاصل از پژوهش‌های دیگر، از جمله پژوهش نادری، مرادی، حسینی و نوحی (۱۳۹۴)؛ لطفی، بختیاری، اصغر نژاد، فرید و امینی (۲۰۱۴)؛ مظاهری، دهقان‌زاده، افشار و محمدی (۲۰۱۴) و قائدنیای جهرمی و همکاران (۱۳۹۳) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که با تأکید آموزش تنظیم هیجان بر مهارت‌ها و تکنیک‌هایی از قبیل آشنایی با هیجان‌های بهنجار و مشکل‌آفرین، جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب و تغییر ارزیابی‌های شناختی، زمینه برای افزایش راهبردهای سازش یافته و کاهش راهبردهای آسیب‌زا فراهم می‌شود.

با توجه به نقش تنظیم هیجان در پیش‌بینی و آسیب‌شناسی طیف وسیعی از اختلالات، از جمله اختلال‌های مصرف مواد و با نظر به فراوانی واکنش‌های هیجانی در سربازان (حاجی‌امینی، زمانی، فتحی‌آشتیانی، عبادی، خمسه و قریشی، ۱۳۸۹) که ممکن است ناشی از راهبردهای پایین تنظیم هیجان در این قشر باشد (معلمی و همکاران، ۱۳۹۱)؛ می‌توان گفت که همسو با مدل کابر (۲۰۱۴)، مصرف مواد در افراد با اختلال مصرف، به ویژه در سربازان مصرف‌کننده، می‌تواند ناشی از راهبردهای پایین تنظیم هیجان باشد که مصرف مواد را سبب می‌شود. در مدل کابر (۲۰۱۴)، پس از آنکه ساختارهای مغزی (کرتکس پیش‌پیشانی) درگیر در تنظیم هیجان به علت مصرف طولانی‌مدت مواد کارکرد خود را از دست می‌دهند؛ مصرف مواد به‌عنوان روش جایگزینی برای راهبردهای شناختی تنظیم هیجان از سوی شخص مصرف‌کننده است مورد استفاده قرار می‌گیرد؛ در نتیجه نارسایی یا دشواری در تنظیم هیجان می‌تواند به‌عنوان علت و معلول احتمالی اختلال‌های مصرف مواد شناخته شود؛ بنابراین با آموزش راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان زمینه برای بهبود و عدم بازگشت در اختلال‌های مصرف مواد از طریق جایگزین کردن راهبردهای شناختی فراهم می‌شود.

یافته‌های ساز و همکاران (۲۰۱۲) نشانگر آن است که استفاده از راهبرد ارزیابی مجدد به‌عنوان یکی از راهبردهای تنظیم هیجان با کاهش ولع مصرف هم‌بند است. بشر پور (۱۳۹۲) نیز رابطه بین ولع مصرف با برخی از راهبردهای تنظیم هیجان (ملالت خویشتن، نشخوارگری، فاجعه‌سازی، کنترل توجه) را معنادار گزارش می‌کند؛ از طرفی یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که آموزش تنظیم هیجان افزایش راهبردهای سازگارانه و کاهش راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان را موجب می‌شود (قائدی‌نیای‌جهرمی و همکاران، ۱۳۹۳). یافته‌های محمدخانی، صادقی و فرزاد (۱۳۹۱) نیز به رابطه معنادار ولع مصرف با راهبردهای تنظیم هیجان اشاره کرده‌اند. سایر مطالعات نیز گویای آن است که آموزش تنظیم هیجان با کاهش معنی‌دار تکانش‌گری، خشم (اعظمی و همکاران، ۱۳۹۲؛ ۱۳۹۳)، نشانه‌های جسمانی، افسردگی، اضطراب و افزایش تحمل پریشانی، تنظیم هیجان (عزیزی، برجعلی و گلزاری، ۲۰۱۰) و کیفیت زندگی (عیسی‌زادگان و همکاران، ۱۳۹۳) در افراد با اختلال‌های مصرف مواد همراه بوده است.

همچنین دشواری یا راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان از عوامل پیش‌بینی کننده گرایش به اعتیاد در گروه‌های مختلف است (ویلنس و همکاران، ۲۰۱۳؛ اسماعیلی نسب و همکاران، ۱۳۹۳). از طرفی در مدل کابر (۲۰۱۴) ولع مصرف به‌عنوان یکی از عوامل اصلی عود و بازگشت محسوب می‌شود که تنظیم آن را حالتی از تنظیم هیجان می‌داند که به‌طور مستقیم مصرف مواد را کاهش می‌دهد. علاوه بر این در مدل کابر مصرف مواد به‌عنوان حالتی از تنظیم هیجان شناخته می‌شود که پس از مصرف مواد جایگزین راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان می‌شود؛ در نتیجه می‌توان گفت که با توجه به تأکید آموزش تنظیم هیجان بر اصلاح راهبردهای ناسازگارانه و هیجان‌های منفی که از موقعیت‌های مختلف ایجاد می‌شود؛ زمینه برای کاهش مستقیم و غیرمستقیم مصرف مواد از طریق مدیریت مؤثر هیجان‌ها فراهم می‌شود.

بنابراین، با توجه به اینکه درمان‌های دارویی محدودی در حیطه اختلال‌های مصرف مواد وجود دارد و اغلب درمان‌های موجود بر مداخلات روان‌شناختی متمرکز هستند؛ و با نظر به نقش اساسی که برای راهبردهای تنظیم هیجان در پیش‌بینی و درمان اختلال‌های مصرف مواد مطرح شده، و همچنین با نظر به فراوانی واکنش‌های هیجانی در سربازان، به‌عنوان یک نتیجه کاربردی، پیشنهاد می‌شود که مراکز نظامی باهدف ارتقای راهبردهای تنظیم هیجان، پیشگیری و بهبود اختلال‌های مصرف مواد در سربازان، دوره‌های بلندمدت آموزش تنظیم هیجان را در قالب گروهی یا فردی در نمونه‌های بالینی و عمومی اجرا کنند.

مطالعه حاضر با محدودیت‌های از قبیل، محدود بودن تعداد جلسات آموزشی، اتکای صرف به پرسشنامه و گزارش‌های شخصی، فقدان دیدگاه طیفی (خفیف، متوسط و شدید) به اختلال مصرف مواد افیونی بر اساس تعداد ملاک‌های تشخیصی DSM-5 و تمرکز صرف بر سربازان با اختلال مصرف مواد افیونی همراه بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی با افزایش تعداد جلسات آموزش تنظیم هیجان، استفاده از روش‌هایی مانند مصاحبه تشخیصی و به کار بردن دستگاه‌های ثبت فیزیولوژیکی به‌منظور طبقه‌بندی افراد با اختلال مصرف مواد، نتایج تعمیم‌پذیرتری را فراهم سازند.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس؛ اله قلی‌لو، کلثوم؛ نریمانی، محمد؛ زاهد، عادل. (۱۳۸۹). راهبردهای تنظیم هیجان در سوء مصرف کنندگان با واکنش‌پذیری بالا و پایین. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۲۰ (۷۷)، ۱۵-۲۲.
- احمدی، خدابخش؛ کرمبخش، علیرضا؛ مهرآزمای، علیرضا؛ ثالثی، محمود؛ نجفی‌منشی، زهرا. (۱۳۹۲). بررسی الگوی سوء مصرف مواد در سربازان. *مجله طب نظامی*، ۱۵ (۴)، ۲۴۳-۲۳۵.
- اسماعیلی نسب، مریم؛ اندامی خشک، علیرضا؛ آزر می، هاله؛ ثمر رخی، امیر. (۱۳۹۳). نقش پیش‌بینی‌کنندگی دشواری در تنظیم و تحمل‌پیشانی در اعتیاد‌پذیری دانشجویان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۸ (۲۹)، ۵۰-۶۳.
- اعظمی، یوسف؛ سهرابی، فرامرز؛ برجعلی، احمد؛ چوپان، حامد. (۱۳۹۱). آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس بر کاهش خشم در افراد وابسته به مواد مخدر. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۴ (۱۶)، ۵۳-۶۸.
- اعظمی، یوسف؛ سهرابی، فرامرز؛ برجعلی، احمد؛ چوپان، حامد. (۱۳۹۲). آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس بر کاهش تکانش‌گری در افراد وابسته به مواد مخدر. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۸ (۳۰)، ۱۲۷-۱۴۱.
- بابایی، زهرا؛ حسنی، جعفر؛ محمدخانی، شهرام. (۱۳۹۲). تأثیر آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک در وسوسه‌ی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد: مطالعه تک‌آزمودنی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۴ (۳)، ۳۳-۴۱.
- 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 سوء مصرف مواد*، ۷ (۲۸)، ۱۳۱-۱۴۶.

بیرامی، منصور. موحدی، یزدان. مینا شیری، عبدالخالق. (۱۳۹۲). مقایسه تنظیم شناختی هیجان در دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*. ۲۳ (۱۰۹)، ۱۵۶-۱۶۳.

جلالوند، محمد؛ محمدی، نوراله؛ ملازاده، جواد. (۱۳۹۳). اثربخشی مهارت‌های تنظیم هیجان مبتنی بر مدل فرایند گراس بر وسوسه و سوگیری توجه در افراد وابسته به مواد مخدر. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان شناختی*، ۸ (۲)، ۱-۱۱.

حاجی‌امینی، زهرا؛ زمانی، محمد؛ فتحی‌آشتیانی، علی؛ عبادی، عباس؛ خمسه، فریال؛ قریشی، حمید. (۱۳۸۹). عوامل شناختی مرتبط با واکنش‌های هیجانی سربازان. *مجله طب نظامی*، ۱۲ (۴)، ۲۱۱-۲۱۶.

عیسی‌زادگان، علی؛ میکائیلی منیع، فرزانه؛ قادرپور، سیران؛ شیخی، سیامک؛ کارگر، بهروز. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تنظیم آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان توأم با درمان متادون بر بهبود کیفیت زندگی مردان با سوء مصرف مواد. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۵ (۵)، ۴۲۵-۴۳۴.

قاسم‌پور، عبدالله؛ ایل‌بیگی، رضا؛ شهناز، حسن‌زاده. (۱۳۹۱). خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم هیجانی گراس و جان در یک نمونه ایرانی. *ششمین همایش بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه گیلان*، ۷۲۴-۷۲۲.

قاسم‌پور، عبدالله؛ ایل‌بیگی، رضا؛ شهناز، حسن‌زاده؛ ناصری، ابوذر. (۱۳۹۰). مقایسه تنظیم هیجان در دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری. *فصلنامه سلامت و روان‌شناسی*، ۱ (۳)، ۱۰۳-۱۱۶.

قائدنیای جهرمی، علی؛ حسنی، جعفر؛ نوری، ربابه؛ فرمانی شهرضا، شیوا. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش گروهی راهبردهای نظم‌جویی فرایندی هیجان در مقابله شناختی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۸ (۳۱)، ۷۱-۹۰.

محتشم‌امیری، زهرا؛ میرزمانی، شهرام؛ رضوانی، محمود. (۱۳۸۴). تعیین الگوی مصرف سیگار در سربازان نیروی نظامی و انتظامی استان گیلان. *مجله طب نظامی*، ۷ (۳)، ۱۹۳-۱۹۸.

محمدخانی، شهرام؛ صادقی، نگار؛ فرزاد، ولی‌الله. (۱۳۹۰). مدل روابط علی هیجان منفی، باورهای مرکزی، باورهای مرتبط با مواد، عقاید و سوسه‌انگیز و تنظیم هیجان با بازگشت به مصرف مواد. فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۶ (۲۳)، ۱۵۹-۱۸۴.

مشهدی، علی؛ قاسم‌زاده، عبدالله؛ اکبری، ابراهیم؛ ایل‌یگی، رضا؛ حسن‌زاده، شهزاد. (۱۳۹۲). نقش حساسیت اضطرابی و تنظیم هیجانی در پیش‌بینی اختلال اضطراب اجتماعی دانشجویان. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۴ (۲)، ۸۹-۹۹.

معلمی، صدیقه؛ بابایی، سمانه؛ حسین‌زاده، خیراله. (۱۳۹۱). بررسی میزان تنظیم هیجانی سربازان سوءمصرف‌کننده مواد و وضعیت مصرف مواد در پادگان. چکیده مقالات دومین همایش اعتیاد و آسیب‌های روانی و اجتماعی، دانشگاه خوارزمی فروردین ۹۱.

میراحمدی‌زاده، علی‌رضا؛ نقشوریان، مجتبی؛ مقدمی، محسن؛ همتی، عبدالرسول؛ پارساپور، رکسانا. (۱۳۸۹). تأثیر آموزش پیشگیری از سوءمصرف مواد بر آگاهی و نگرش سربازان. مجله طب نظامی، ۱۲ (۱)، ۳۳-۳۷.

نادری، یزدان؛ مرادی، علیرضا؛ حسنی، جعفر؛ نوحی، سیما. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر طرح‌واره‌های هیجانی (EST) در طرح‌واره‌های هیجانی (ES) و راهبردهای نظم‌جویی شناختی (CER) بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه (PTSD). طب‌جان‌باز، ۳ (۷)، ۱۴۵-۱۵۵.

هالچین، ریچاردپی و ویتبورن، سوزانگراس (۲۰۰۳). آسیب‌شناسی روانی (دیدگاه‌های روانی درباره اختلال‌های روانی) ج ۱. (ترجمه: سیدمحمدی، یحیی). (۱۳۹۲). تهران: نشر روان.

American Psychological Association (APA). (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5). Washington, DC: APA.

Azizi, A., Borjali, A., Golzari, M. (2010). The Effectiveness of Emotion Regulation Training and Cognitive Therapy on the Emotional and

- Addictional Problems of Substance Abusers. *Iran J Psychiatry*, (5) 2, 60-65.
- BrentSchatz, M. (2013). The Effects of Emotional Regulation Strategies on Substance Abuse Disorders in an Outpatient Population. *Dissertation in Doctor of Philosophy GeneralEducationalPsychology*, Walden University.
- Eftekhari, A., Zoellner, L. A., Vigil, S. S. (2009). Patterns of emotion regulation and psychopathology. *Anxiety Stress Coping*, 22 (5), 571-586.
- Fletcher, K., Parker, G., Bayes, A., Paterson, A., McClure, G. (2014). Emotion regulationstrategies in bipolar II disorder and borderline personality disorder: Differences and relationships with perceived parental style. *Journal of Affective Disorders*, (157), 52-59.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences forexperience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224- 237.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291.
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd Ed.) (pp. 3-20). New York, NY: Guilford.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26, 1-26. doi: 10.1080/1047840X.2014.940781.
- Gross J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Gross, J. J. & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York: Guilford Press.
- Kober, K. (2014). Emotion regulationin Substance Use Disorders.In J. J. Gross (Ed), *Handbook of emotion regulation* (2nd Ed.) (pp. 428-446). New York, NY: Guilford.
- Lotfi1, M., Bakhtiyari, M., Asgharnezhad Farid, A. A., Amini, M. (2014). The Effectiveness of Transdiagnostic Therapyon Emotion Regulation Strategiesof Patients with Emotional Disorders: A Randomized Clinical Trial. *Iranian Journal of Clinical Psychology* (IJCP), 2, 26-30.
- Mazaheri, M., Daghighzadeh, H., Afshar, H., Mohammadi, N. (2014). The Effectiveness of the Unified Protocol on Emotional Dysregulation and Cognitive Emotion Regulation Strategies in Patients with Psychosomatic Disorders. *InternationalJournal ofBody, Mind & Culture*, 1, (1), 73-82.

- McRae, K., Jacobs, S. E., Ray, R. D., John, O. P., & Gross, J. J. (2012). Individual differences in reappraisal ability: Links to reappraisal frequency, well-being, and cognitive control. *Journal of Research in Personality*, 7, 253-262.
- Ochsner, K., & Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends In Cognitive Sciences*, 9, 242-249.
- Szasz, P. L., Szentagotai, A., Hofmann, S. G. (2012). Effects of emotion regulation strategies on smoking craving, attentional bias, and task persistence. *Behaviour Research and Therapy*, 50 (2012), 333-340.
- Tyler Boden, M., Gross, J. J., Babson, K. A., Bonn-Miller, M. O. (2013). The interactive effects of emotional clarity and cognitive reappraisal on problematic cannabis use among medical cannabis users. *Addictive Behaviors*, 38, 1663-1668.
- Wilens, T. E., Martelon, M., Anderson, J., Shelley-Abrahamson, R., Biederman, J. (2013). Difficulties in emotional regulation and substance use disorders: A controlled family study of bipolar adolescents. *Drug Alcohol Dependence*, 132, 114-121.