

## اثربخشی آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرایندی هیجان بر سلامت روان، شفقت خود و وسوسه در معتادان

محمود برجلی<sup>۱</sup> / سجاد ناصری نیا\*<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۸/۹/۱۸

تاریخ ارسال: ۹۸/۸/۲۸

### چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی راهبردهای نظم‌جویی فرایندی هیجان در بهبود سلامت روان، شفقت خود و وسوسه در معتادان شهر خرم‌آباد بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل می‌باشد. نمونه مورد نظر شامل ۳۲ مرد از معتادان بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند. گروه آزمایش برنامه راهبردهای نظم‌جویی هیجان مبتنی بر مدل گراس را به مدت ده جلسه گروهی دریافت کردند در حالی که گروه کنترل تا پایان طرح هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)، مقیاس شفقت خود (SCS) و پرسشنامه سنجش وسوسه و برای تحلیل از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. یافته‌های پژوهش نشان داد آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرایندی هیجان موجب ارتقاء سلامت روان و شفقت خود و کاهش وسوسه در افراد گروه آزمایش شد؛ و در نهایت آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرایندی هیجان تلویحات کاربردی مفیدی در درمان و پیشگیری از عود اعتیاد دارد.

کلیدواژه‌ها: نظم‌جویی فرایندی هیجان، سلامت روان، شفقت خود، وسوسه، معتادان.

۱ - استادیار گروه روانشناسی بالینی دانشکده روانشناسی دانشگاه خوارزمی. [m\\_borjali@yahoo.com](mailto:m_borjali@yahoo.com)  
۲ - \* دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه خوارزمی (نویسنده مسئول). [m\\_borjali@yahoo.com](mailto:m_borjali@yahoo.com).

## مقدمه

یکی از موارد جدی تهدیدکننده سلامت که در سال‌های اخیر با توجه به تغییرات سریع اجتماعی، از سوی سازمان‌های بهداشتی، مجریان قانون و سیاست‌گذاران اجتماعی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مشکلات در جامعه مورد توجه قرار گرفته، شیوع اعتیاد و رفتارهای پرخطر در میان اقشار مختلف است (فتسیز و همکاران، ۲۰۱۵). از نظر شیوع، اختلال‌های مربوط به مواد در مقایسه با سایر مشکلات بالینی فراوانی بیشتری دارند؛ به‌طوری که بر اساس گزارش موسسه ملی سلامت روان<sup>۱</sup> میزان شیوع مادام‌العمر اختلال‌های مصرف مواد در جمعیت عمومی ایالات متحده آمریکا ۳/۳۵٪ گزارش شده است (کابر، ۲۰۱۴)<sup>۲</sup>؛ و یافته‌های تحقیق همزیستی ملی نشان می‌دهد که آمریکایی‌های ۱۵ تا ۴۵ ساله، بیش از هر اختلال دیگری، با وابستگی به مواد درگیر هستند (هالگین و ویتبورن، ۲۰۰۳)<sup>۳</sup>؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۰)؛ و افراد ۱۸ تا ۴۵ ساله، بیشترین شروع مصرف را تقریباً در هر ماده‌ای دارند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)<sup>۴</sup>. علی‌رغم شیوع بالای اختلال‌های مصرف مواد، ماهیت پیچیده آنان سبب شده تا دیدگاه‌های آسیب‌شناسانه و درمانی متعددی به وجود آید. ولی با وجود تلاش‌های مکرر برای دسترسی به درمان اختلال‌های مصرف مواد، درمان‌های محدودی حاصل شده است؛ بنابراین، درمان‌های روان‌شناختی بیشتری رایج هستند که با هدف کاهش مصرف مواد، آسیب‌های وابسته به آن و افزایش کارکرد روان‌شناختی به کار گرفته می‌شوند (کابر، ۲۰۱۴)<sup>۵</sup>. وابستگی به مواد منجر به آسیب قابل‌ملاحظه‌ای حوزه‌های مختلف از جمله سلامت روان<sup>۶</sup> می‌گردد، منظور از سلامت روان حالت موفقیت‌آمیز کارکرد روانی است که منجر به فعالیت‌های مؤثر، روابط رضایت‌بخش و مؤثر میان فردی، توانایی سازگاری با تغییرات و مقابله مؤثر و کارآمد با مشکلات و چالش‌های زندگی است. هرگونه مشکل و اختلالی در سلامت روان باعث تأثیرات منفی در تفکر، خلق، هیجان و رفتار فرد می‌شود و پریشانی و آشفتگی را با خود به همراه دارد. در نتیجه کارکرد فرد در زندگی روزمره در

<sup>۱</sup> Fatseas, M

<sup>۲</sup> National institute of mental health

<sup>۳</sup> Kober, K

<sup>۴</sup> Halgin, R., & whitbourne, S

<sup>۵</sup> American association of psychiatry

<sup>۶</sup> Opioid use disorder

<sup>۷</sup> Mental health

حوزه‌های مختلف خانوادگی، شغلی و اجتماعی مختل می‌شود (گلدمن و گروب، ۲۰۰۶). مطالعات مربوط به سلامت روان بیماران وابسته به مواد بیانگر آن است که این افراد تابلوی بالینی یکسانی نداشته و وابستگی به مواد عارضه شایعی در اختلالات روانی محسوب می‌شود. به‌طور کل، رابطه اعتیاد و اختلال روانی یک رابطه دوسویه است، یعنی اختلال‌های روانی مانند افسردگی و اضطراب می‌تواند زمینه‌ساز اعتیاد افراد شده و اعتیاد می‌تواند زمینه‌ای برای اختلالات روانی مانند افسردگی شود (امامی پور، شمس اسفندآباد، صدر السادات و نژاد نادری، ۱۳۸۷). در تحقیقی که توسط اسکات<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۲) انجام شد، حاکی از آن است که افراد وابسته به شیشه که برای مدت طولانی‌تری از این ماده استفاده می‌کنند، مشکلات روان‌شناختی بیشتری را گزارش می‌دهند و با افزایش مصرف شیشه، احتمال گزارش مربوط به مشکلات مربوط به نشانه‌های اختلال در سلامت روان در آن‌ها افزایش پیدا می‌کند. همچنین در بررسی اثر درمانی مداخلات مبتنی بر نظم‌جویی هیجان نشان داده شده که این درمان تأثیر مثبتی بر کاهش آسیب‌رساندن به خود و نشانه‌های ویژه اختلال شخصیت مرزی و همچنین بهبود سلامت عمومی دارد (گراتز و گاندerson، ۲۰۰۶). یکی از مواردی که سلامت روان را به خطر می‌اندازد استفاده از سبک‌های ناکارآمد نظم‌جویی هیجانی می‌باشد. به‌طوری که پژوهش‌ها نشان می‌دهد تفاوت‌های افراد در استفاده از سبک‌های مختلف نظم‌جویی هیجانی موجب پیامدهای عاطفی، شناختی و اجتماعی مختلفی می‌شود، چنان‌که استفاده از سبک‌های ارزیابی مجدد با هیجان‌های مثبت و عملکردهای فردی بهتر و سلامت روان بالا ارتباط دارد (گراس، ۲۰۰۱). از دیگر متغیرهایی که رابطه معکوس با وابستگی به مواد دارد شفقت خود<sup>۲</sup> می‌باشد. شفقت خود برای اولین بار توسط نف<sup>۳</sup> (۲۰۰۳ الف) به‌عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل مهرانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و به‌شیری در مقابل همانندسازی فراینده تعریف شده است. ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، مشخصه فردی است که بر خود شفقت دارد. مهرانی با خود و درک خود به‌جای قضاوت یا انتقاد از کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. اعتراف به این‌که همه انسان‌ها دارای نقص هستند، اشتباه می‌کنند و درگیر رفتارهای ناسالم می‌شوند، مشخصه

<sup>۱</sup>Goldman, H., & Grob, G

<sup>۲</sup>Scott, L

<sup>۳</sup>Gratz, K., & Ganderson, J

<sup>۴</sup>Self compation

<sup>۵</sup>Neff, K

اشتراکات انسانی است (سعیدی، قربانی، سرافراز و شریفیان، ۱۳۹۲). نف (۲۰۰۳ ب) در تحقیقی گزارش داده که شفقت خود به شدت رابطه معکوس با افسردگی، نشخوار فکری، تفکر سرکوب‌کننده، انتقاد از خود و پرخاشگری دارد. نف، پاتریک و رود<sup>۱</sup> (۲۰۰۷)، دریافته‌اند که افزایش شفقت خود منجر به کاهش افسردگی، نشخوار فکری و تفکر سرکوب‌کننده می‌شود. در پژوهشی که مویلر و کراکر<sup>۲</sup> (۲۰۰۹) در مورد رابطه شفقت خود و استعمال مواد مخدر و الکل انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که با کاهش شفقت خود احتمال مصرف مواد مخدر در دانشجویان کالج افزایش پیدا می‌کند. رندون<sup>۳</sup> (۲۰۰۷) اذعان داشت که بین مصرف مواد مخدر با شفقت خود، اعتمادبه‌نفس و ذهن آگاهی در ۳۰۰ دانشجوی روان‌شناسی همبستگی منفی وجود دارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد بین شفقت خود و نظم جویی هیجانات همبستگی مثبت وجود دارد. شفقت ورزی به خود نه تنها توانایی نگه‌داری و حفظ احساسات جریحه‌دار و فشارزا را دارد، بلکه توانایی روبرو شدن با شرایط سخت را نیز فراهم می‌سازد و با آغوش گرم به استقبال مسائل و رویدادهای فشارزا می‌رود (کرد و باباخانی، ۱۳۹۵).

از سوی دیگر، بزرگ‌ترین تهدید یک معتاد در حال بهبود و عامل اصلی عود، وسوسه<sup>۴</sup> است و اگر به‌طور دقیق کنترل و شناخته نشود برای فرد بسیار گیج‌کننده و آشفته ساز بوده و ممکن است مصرف مجدد مواد را در پی آورد (تاجری، ۱۳۹۰). وسوسه به عنوان مهم‌ترین عامل کلیدی و عامل تشخیصی جدیدی در تعریف اختلال‌های اعتیادی مشخص شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ لیومینت، دی سوزی او، فانتینی و دی تایماری، ۲۰۱۶). وسوسه میل یا اصرار شدید برای مصرف مواد است که در هرزمانی ممکن است رخ دهد، اما بیشتر احتمال دارد در محیطی که قبلاً مواد مخدر به‌دست آمده یا مصرف شده است (همان منبع)، یا در تماس با محرک‌ها و سرنخ‌هایی که با مصرف مواد مخدر در ارتباط هستند، رخ دهد (فتنیز و همکاران، ۲۰۱۵). وسوسه با عواطف و هیجانات رابطه دارد و دشواری در نظم جویی هیجان یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های قوی خطر ایجاد وسوسه است (سر و همکاران، ۲۰۱۵). بر اساس گزارش‌های پژوهشی، یکی از عواملی که امروزه در آسیب‌شناسی طیف

<sup>۱</sup>Neff, K., Kirkpatrick, K., & Rude, S

<sup>۲</sup>Moeller, S., & Crocker, J

<sup>۳</sup>Rendon, K

<sup>۴</sup>Craving

<sup>۵</sup>Serre, F

وسیع‌تری از اختلالات، بیش‌ازپیش مورد توجه قرار گرفته و میانجی‌گری می‌کند، هیجان و به‌طور خاص مدیریت آن است؛ که به نظم‌جویی هیجان معروف است (گراس، ۲۰۱۵). نظم‌جویی هیجان به دامنه وسیعی از فرایندهای زیستی، اجتماعی و رفتاری اطلاق می‌شود (گارنفسکی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۱)؛ که افراد به‌وسیله آن‌ها به هیجان‌هایی که دارند، نحوه داشتن آن‌ها، چگونگی تجارب و تظاهر هیجان‌هایشان نفوذ کرده و به‌صورت خودکار یا کنترل شده و در یک سطح هشیار تا ناهشیار بر آن‌ها تأثیر می‌گذارند (گراس، ۱۹۹۸)؛ به نقل از فیتچر و همکاران، ۲۰۱۴). گزارش‌ها حاکی از آن است که راهبردهای نامناسب در نظم‌جویی هیجان، یا دشواری در نظم‌جویی هیجان، با دامنه وسیعی از اختلالات، از جمله با گرایش و پیش‌بینی‌پذیری اعتیاد در ارتباط است (اسماعیلی نسب، اندامی خشک، آزرمی و ثمر رخی، ۱۳۹۳). در بررسی سبب‌شناسی سوء‌مصرف و بازگشت پس از درمان، محققان و نظریه‌پردازان مختلف، نقص در نظم‌جویی هیجان، تحمل پایین ناراحتی، اجتناب هیجانی، رفتارهای بدون تفکر و عادت‌ی، نشخوار فکری، سوگیری نسبت به نشانه‌های مواد، خودکارآمدی پایین، نقص در مهارت‌های مقابله‌ای و خطای معنوی را عنوان نموده‌اند (سر همکاران، ۲۰۱۵). افراد دارای دشواری در نظم‌جویی شخصی هیجان، به‌احتمال بیشتری در معرض انواع مختلف سوء‌مصرف مواد قرار دارند (ویلنس و همکاران، ۲۰۱۳). توانایی مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند (ترینیداد و جانسون، ۲۰۰۴). مدیریت مؤثر هیجان‌ها عبارت است از: ۱. تسکین و آرام ساختن خود به هنگام ناراحتی؛ ۲. اعمال خودکنترلی؛ ۳. مدیریت خشم؛ ۴. کنترل تکانه‌ها؛ ۵. ابراز هیجان‌ها در زمان و مکان مناسب؛ ۶. اجتناب از اضطراب، خشم و افسردگی مداوم؛ ۷. اداره کردن ناکامی‌ها و مشکلات اجتناب‌ناپذیر زندگی؛ ۸. جلوگیری از سایه افکندن هیجان‌های منفی بر روی قضاوت و توانایی حل مسئله؛ ۹. تحمل ناکامی و ۱۰. پذیرش و ارزش گذاشتن به خودمان (کلارک، ۲۰۰۷). یافته‌های پژوهشی مبین این است که دانشجویان با راهبردهای نظم‌جویی

<sup>۱</sup> Emotion regulation

<sup>۲</sup> Gross, J

<sup>۳</sup> Garnefski, N

<sup>۴</sup> Fletcher, K

<sup>۵</sup> Wilens, T

<sup>۶</sup> Trinidad, D., & Johnson, C

<sup>۷</sup> Clark, M

هیجان ناکارآمد به احتمال بیشتری مصرف سیگار را تجربه می کنند (بیرامی، موحدی و میناشیری، ۱۳۹۲)؛ و سوء مصرف کنندگان در دو سطح بالا و پایین، راهبردهای نظم جویی هیجانی متفاوتی به کار می گیرند (برنت شاتز، ۲۰۱۳). در مطالعه اکسلرد<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۱) که به بررسی نظم جویی هیجان و فراوانی سوء مصرف مواد در زنان مبتلا به سوء مصرف مواد و اختلال شخصیت مرزی دریافت کننده رفتار درمانی دیالکتیک پرداخته اند به این نتیجه رسیده اند که نظم جویی هیجان بهبود یافته نه تنها موجب بهبود خلق، بلکه با کاهش فراوانی سوء مصرف مواد مرتبط است. همچنین نتایج پژوهش ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۸۹)، نشان داده که سوء مصرف کنندگان با واکنش پذیری بالا از راهبردهای نظم جویی هیجان منفی بیشتری نسبت به سوء مصرف کنندگان با واکنش پذیری پایین استفاده می کنند. در مطالعه دیگری دیمف و کورنر<sup>۳</sup> (۲۰۰۷)، نشان داده اند که مصرف کنندگان مواد در نظم جویی هیجان نشان مشکل دارند و یا این که حالات هیجانی منفی شان سبب تسریع استفاده از مواد می گردد. در واقع مدیریت هیجانها به منزله فرایندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف او بر عهده دارد و هرگونه نقص در نظم جویی هیجانها می تواند فرد را در برابر اختلالات روانی آسیب پذیر سازد (گارنفسکی<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۳).

شواهد حاکی از آن است که ارتباط دوطرفه بین نقص در نظم جویی هیجان و مصرف مواد وجود دارد که موجب تشدید یکدیگر می شوند (شدر و لجویز، ۲۰۱۵)؛ بنابراین می توان گفت عدم توانایی مدیریت صحیح هیجانها و استفاده از راهبردهای سازش نایافته نظم جویی هیجان می تواند در گرایش افراد به سمت مصرف مواد نقش داشته باشد و پرداختن به این موضوع می تواند کمک کننده باشد. با توجه به گزارش های فوق و جمعیت قابل توجه معتادان در ایران و نقش اساسی راهبردهای نظم جویی هیجان در پیشگیری از عود و درمان اختلال های مواد؛ و با نظر به کمبود پژوهش های مداخله ای جامع در رابطه با متغیرهای پژوهش، این پژوهش درصدد پاسخ گویی به این سؤالات است که: (۱) آیا آموزش راهبردهای نظم جویی هیجان بر سلامت روان معتادان تأثیر دارد؟ (۲) آیا آموزش راهبردهای

<sup>۱</sup> Brent schatz, M

<sup>۲</sup> Axelrod, S

<sup>۳</sup> Dimeff, L., & Korner, K

<sup>۴</sup> Gamfesi, N

<sup>۵</sup> Shadur, J., & Lejuez, C

نظم‌جویی هیجان بر شفقت خود معنادار تأثیر دارد؟ (۳) آیا آموزش راهبردهای نظم‌جویی هیجان بر وسوسه معنادار تأثیر دارد؟

### روش پژوهش

پژوهش حاضر در قالب یک تحقیق نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون\_ پس‌آزمون\_ پیگیری با گروه کنترل انجام شد. هر دو گروه در طول اجرای برنامه درمانی ۳ بار به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه مورد ارزیابی قرار گرفتند. بر اساس امکانات محققین، تعداد ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس، مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج (ملاک‌های ورود: عدم مصرف داروی روان‌پزشکی در زمان تحقیق و رضایت‌مندی از شرکت در پژوهش؛ ملاک‌های خروج: غیبت بیش از دو جلسه، سایر مداخلات روان‌شناختی، مصرف داروهای روان‌پزشکی در زمان پژوهش) انتخاب شدند. سپس از ۴۰ نفر انتخاب‌شده، به صورت تصادفی ۲۰ نفر در گروه آزمایشی و ۲۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند که تا پایان اجرای پژوهش ۴ نفر از گروه آزمایشی و ۴ نفر از گروه کنترل از پژوهش خارج شدند. شایان ذکر است که به دلیل مسائل اخلاقی، رضایت آگاهانه از داوطلبان اخذ گردید و حق انصراف از پژوهش به آنان داده شد و اطمینان حاصل گردید که حریم شخصی آنان محفوظ می‌باشد.

مراجعاتی که واجد شرایط بودند، به شیوه در دسترس انتخاب شدند. پس از انتخاب، اطلاعاتی در مورد نوع درمان، نحوه حضور آن‌ها در جلسه، تعداد و زمان جلسات اعلام شد. جلسات هفته‌ای یک‌بار در کلینیک افق روشن، واقع در شهر خرم‌آباد برگزار شدند. هر جلسه ۹۰ دقیقه زمان نیاز داشت. در آغاز درمان ابتدا پیش‌آزمون به عمل آمد و شاخص‌های سلامت روان، شفقت خود و وسوسه ارزیابی گردید. سپس افراد به صورت گروهی تحت آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرایندی هیجان به مدت ده جلسه قرار گرفتند. برای کنترل عوامل تهدیدکننده روایی درونی پژوهش، یک گروه کنترل هم در نظر گرفته شد که درمان خاصی دریافت نمی‌کردند. در پایان جلسات، شاخص‌هایی که در پیش‌آزمون ارزیابی شده بودند مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین یک پیگیری یک ماهه نیز انجام شد. در نهایت داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss و آزمون آماری تحلیل و واریانس چند متغیری مورد تحلیل قرار گرفتند.

ابزار مورد استفاده در پژوهش حاضر از قرار زیر است:

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ). این پرسشنامه ۲۸ سؤالی از پرکاربردترین ابزارهای غربالگری سلامت روانی بوده و از روایی و اعتبار بالایی برخوردار است. این پرسشنامه نخستین بار در سال ۱۹۷۲ توسط گلدنبرگ تنظیم شده است و نمره برش آن ۲۲ است. این پرسشنامه دارای چهار زیرمقیاس نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، کارکرد اجتماعی و افسردگی و خیم است. در ایران حساسیت این آزمون بین ۸۳ تا ۸۸ درصد، ویژگی آن بین ۶۹ تا ۹۳/۸ درصد، کارایی آن ۷۶ درصد، ضریب اعتبار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ و میزان اشتباه کلی طبقه‌بندی ۲/۸ تا ۱۹ درصد گزارش شده است (حسن شاهی و احمدیان، ۱۳۸۳). در این ابزار افزایش نمره با بدتر شدن وضعیت سلامت روان همراه است. مقیاس شفقت خود (SCS). مقیاس شفقت خود (نف، ۲۰۰۳) شامل ۲۶ گویه است و پاسخ‌ها در آن در یک دامنه ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) قرار می‌گیرند. این مقیاس سه مؤلفه دو قطبی را در قالب شش زیرمقیاس مهربانی باخود در مقابل قضاوت خود (معکوس)، بهشیاری در مقابل همانندسازی افراطی (معکوس) و اشتراکات انسانی در مقابل انزوا (معکوس) اندازه‌گیری می‌کند. مطالعات، روایی همگرا (نف، پاتریک و رود، ۲۰۰۷)، روایی افتراقی<sup>۱</sup>، همسانی درونی و پایایی باز آزمایی<sup>۲</sup> مناسب این مقیاس را نشان داده‌اند (نف، ۲۰۰۳). در مطالعات ایرانی نیز همسانی درونی این مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۸۴ مناسب ارزیابی شده است (قربانی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۲).

پرسشنامه سنجش وسوسه. این پرسشنامه توسط فدردی، برعرفان و امین یزدی (۱۳۸۹) ساخته شد. این مقیاس خودسنجی که درباره میزان افکار و خیالات مربوط به مواد و وسوسه پس از ترک می‌باشد، شامل ۲۰ گویه است و پاسخ‌ها در آن در یک دامنه ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۵ قرار می‌گیرند. میزان اعتبار بر حسب آلفای کرونباخ (۰/۹۴) به دست آمد. برای سنجش روایی از پرسشنامه اطمینان موقعیتی<sup>۴</sup>، آنیس و گراهام<sup>۵</sup> (۱۹۸۸)  $(p=0/001)$ ،  $r=0/32$  و منفی، (۵۵/۰= $r$ ،  $p=0/001$ ) واتسون، کلارک و تلگان (۱۹۸۸) استفاده شد که جهت و اندازه همبستگی‌ها تأییدکننده روایی آن است.

<sup>۱</sup> Convergent validity

<sup>۲</sup> Discriminant validity

<sup>۳</sup> Test-Retest reliability

<sup>۴</sup> Ghorbani, N

<sup>۵</sup> Situational Confidence Questionnaire (SCQ)

<sup>۶</sup> Annis, H., & Graham, J

<sup>۷</sup> Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A



بسته کامل درمان آموزشی راهبردهای نظم‌جویی فرایندی هیجان مبتنی بر مدل گراس توسط قانندیای جهرمی، حسنی و حاتمی (۱۳۹۲)، اعتباریابی گردید. در جدول ۱ خلاصه‌ای از پروتکل آموزش نظم‌جویی هیجان گراس ارائه شده است.

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

جلسات	مراحل	محتوا	تکالیف
اول	معرفی	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر؛ بیان منطقی و مراحل مداخله؛ آشنایی با هیجان و ضرورت نظم‌جویی هیجان	چرا باید این مهارت‌ها را بیاموزیم؟ دیدگاه‌های درست در مورد هیجان‌ها کدام‌اند؟ مروری بر هیجان‌های اولیه و ثانویه؛ همه هیجان‌ها به ما کمک می‌کنند.
دوم	انتخاب موقعیت	ارائه آموزش هیجانی	۱) هیجان نرمال و هیجان مشکل‌آفرین (۲) خودآگاهی هیجانی: (آموزش و معرفی هیجان؛ شناسایی و نام‌گذاری و برچسب زدن به احساسات؛ تمایز میان هیجان‌های مختلف؛ شناسایی هیجان در حالت فیزیکی، شناختی و رفتاری؛ عوامل موفقیت در نظم‌جویی هیجان)
سوم	انتخاب موقعیت	ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های هیجانی اعضا	۱) شناخت تجربه‌های هیجانی خود (۲) شناسایی میزان آسیب‌پذیری هیجانی (۳) شناسایی راهبردهای خودنظم‌جویی (۴) پیامدهای شناختی واکنش‌های هیجانی (۵) پیامدهای فیزیولوژیکی واکنش‌های هیجانی (۶) پیامدهای رفتاری واکنش‌های هیجانی و رابطه این سه با هم.
چهارم	اصلاح موقعیت	ایجاد تغییر در موقعیت‌های برانگیزاننده هیجان	۱) جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب (۲) آموزش راهبرد حل مسئله (۳) آموزش مهارت‌های بین فردی (گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض)
پنجم	گسترش توجه	تغییر توجه	۱) متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی (۲) آموزش توجه.
ششم	ارزیابی شناختی	تغییر ارزیابی‌های شناختی	۱) شناسایی ارزیابی غلط و اثرات آن‌ها روی حالت‌های هیجانی (۲) آموزش راهبرد باز_ارزیابی.
هفتم	تعدیل پاسخ	تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان	۱) شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن (۲) مواجهه (۳) آموزش ابراز هیجان (۴) اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت‌کننده‌های محیطی (۵) آموزش تخلیه هیجانی و آرمیدگی.

هشتم	ارزیابی کاربرد	ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربرد	۱) ارزیابی میزان نیل به اهداف (۲) کاربرد مهارت آموخته شده در محیط‌های طبیعی خارج از جلسه (۳) بررسی و رفع موانع انجام تکالیف.
نهم	مرور	مرور و تمرین آموخته‌ها	تمرین مهارت‌های آموخته شده.
دهم	مرور	مرور و تمرین آموخته‌ها	تمرین مهارت‌های آموخته شده.

### یافته‌ها

راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان بر سلامت روان، شفقت ورزی و وسوسه مؤثر است. میانگین و انحراف معیار متغیرهای سلامت عمومی، شفقت ورزی و وسوسه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای سلامت عمومی، شفقت ورزی و وسوسه

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سلامت	آزمایش	۱۶	۴۷,۰۶۲	۴,۹۱	۴۱,۸۱۲	۳,۵۸	۴۱,۰۶۲	۲,۱۷۴
روان	گواه	۱۶	۴۸,۵۶۲	۵,۷۸	۴۵,۳۷۵	۶,۵۰	۴۷,۳۲۴	۴,۹۵
شفقت	آزمایش	۱۶	۵۶,۲۵۰	۱۶,۱۵	۱۰۰,۸۱۲	۱۴,۴۶	۹۹,۸۷۵	۱۵,۸۷
ورزی	گواه	۱۶	۵۳,۳۱۲	۱۲,۹۵	۵۳,۳۱۲	۸,۲۷	۵۱,۲۴۳	۱۰,۹۲
وسوسه	آزمایش	۱۶	۶۹,۴۳۷	۱۰,۶۸	۲۴,۱۲۵	۱۳,۵۳	۲۹,۱۲۵	۱۲,۸۸
	گواه	۱۶	۷۴,۴۳۷	۹,۵۷	۷۳,۱۲۵	۱۴,۰۲	۷۴,۹۹۳	۱۱,۶۵

جدول ۳ آزمون کولموگروف اسمیرنوف نمره‌های پس‌آزمون سلامت عمومی،

شفقت ورزی و وسوسه

متغیرها شاخص	سلامت عمومی	شفقت ورزی	وسوسه
Z	۱,۳۰۲	۱,۶۷۴	۱,۲۹۰
P	۰,۶۷	۰,۷۰	۰,۰۷۲
سطح معناداری	۰,۰۵	۰,۰۵	۰,۰۵۷

با توجه به نتایج جدول ۳ و سطوح معناداری به دست آمده هر یک از متغیرهای پژوهش که بزرگ‌تر از ۰,۰۵ می‌باشد، فرضیه صفر تأیید شده و داده‌های تمام متغیرها نرمال است و برای آزمون هر یک از متغیرها می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد.

جدول ۴ نتایج آزمون F لوین برای بررسی همگنی واریانس ها در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معنی داری
سلامت عمومی	۱۲,۲۲	۲	۴۵	۰,۰۶۲
شفقت ورزی	۱,۸۶۳	۲	۴۵	۰,۱۶۷
وسوسه	۰,۵۹۵	۲	۴۵	۰,۵۵۸

قبل از انجام تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) پیش فرض های آماری آن بررسی شد. سطح معنی داری در آزمون نرمال بودن از ۰,۰۵ بزرگ تر است لذا توزیع نمرات در متغیرهای مطالعه نرمال بود. سطح معناداری آزمون لوین بزرگ تر از ۰,۰۵ بود، بنابراین در متغیرهای مطالعه شرط تساوی واریانس های بین گروهی رعایت شده بود. سطح معنی داری اثر تعامل گروه و پیش آزمون بزرگ تر از پنج صدم می باشد بنابراین فرضیه همسانی شیب های رگرسیونی برای متغیرهای مطالعه پذیرفته می شود.

جدول ۵ نتایج آزمون لامبدای ویلکز در تحلیل واریانس چند متغیره متغیرهای وابسته سلامت عمومی، شفقت ورزی و وسوسه

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی خطا	درجه آزادی اثر	سطح معنی داری	مجذور اتا
لامبدای ویکلز	۰,۷۸۹	۹,۵۶۳	۸۸	۶	۰,۰۰۰	۰,۳۹۵

نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره پس آزمون متغیرهای وابسته نشان داد که آمار چند متغیره مربوطه یعنی لامبدای ویکلز در سطح ۰,۹۹ درصد معنی دار می باشد ( $p < 0.01$ ). نتایج آزمون لامبدای ویکلز نشان می دهد که بین گروه ها حداقل در یکی از متغیرهای سلامت روان، شفقت ورزی و وسوسه تفاوت معنادار وجود دارد ( $p < 0.01$ ).

جدول ۶ نتایج تحلیل واریانس چند متغیره اثرات گروه بر متغیرهای وابسته سلامت عمومی، شفقت ورزی و وسوسه

متغیر وابسته	SS	df	MS	F	معنی داری	مجذور اتا
سلامت عمومی	۱۶۹,۸۷۵	۲	۸۴,۹۳۸	۳,۹۸۵	۰,۰۲۷	۰,۱۵۰
شفقت ورزی	۱۳۷۵۹,۱۲۵	۲	۶۸۷۹,۵۶۳	۲۲,۹۶۲	۰,۰۰۰	۰,۵۰۵
وسوسه	۲۳۲۶۴,۰۰۰	۲	۱۱۶۳۲,۰۰۰	۵۲,۴۵۳	۰,۰۰۰	۰,۶۸۱

چنانچه در جدول شماره ۶ مشاهده می شود بین میانگین نمرات پس آزمون متغیرهای سلامت روان، شفقت ورزی و وسوسه با شاهد اثر پیش آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارتی می توان گفت که استفاده از درمان گروهی هیجان مدار به طور معنی داری موجب افزایش سلامت روان و شفقت ورزی و کاهش وسوسه مصرف در مرحله پس آزمون و پیگیری شده است، لذا می توان گفت که درمان گروهی هیجان مدار بر متغیرهای وابسته مؤثر است.

جدول ۷ نتایج آزمون تعقیبی بون فرونی برای متغیرهای سلامت عمومی، شفقت ورزی و وسوسه

متغیر وابسته	پیش آزمون - پس آزمون		پیگیری - پیش آزمون		پیگیری - پس آزمون	
	تفاوت میانگین	خطای معیار	تفاوت میانگین	خطای معیار	تفاوت میانگین	خطای معیار
سلامت عمومی	-۳,۵۶۳*	۱,۶۳	۴,۳۱۳*	۱,۶۳	-۰,۷۵۰	۱,۶۳
شفقت ورزی	-۳۶,۳۷۵*	۶,۱۱	۴۳,۶۲۵*	۶,۱۱	۰,۹۳۷	۶,۱۱
وسوسه	۴۹,۰۰*	۵,۲۶	-۴۰,۳۱۲*	۵,۲۶	۵,۰۰	۵,۲۶

$P < 0/05^*$

نتایج جدول ۷ نشان می دهد که تفاوت میانگین پس آزمون با پیش آزمون و آزمون پیگیری با پیش آزمون در همه متغیرهای وابسته (سلامت عمومی، شفقت ورزی و وسوسه) معنی دار می باشد. همچنین معنی دار نبودن تفاوت میانگین ها در مرحله پس آزمون و پیگیری نشان دهنده پایداری اثر مداخله در متغیرها در گروه آزمایش در مرحله پیگیری است.

## بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به منظور ارزیابی اثربخشی آموزش راهبردهای فرایندی نظم جویی هیجان بر سلامت روان، شفقت خود و وسوسه در معنادان انجام شد. نظم جویی هیجان عامل مهمی در شروع رفتار اعتیادی و تداوم اثرات سوء این رفتارها بر سلامت و دیگر حوزه‌های زندگی معنادان است. دشواری در نظم جویی هیجان‌ها یکی از مشکلات افراد سوء مصرف کننده مواد است و آموزش نحوه ابراز و مدیریت هیجان‌ها به این افراد می‌تواند در کاهش مشکلات آن‌ها مؤثر واقع گردد (اعظمی و همکاران، ۱۳۹۲). با توجه به نقش نظم جویی هیجان در پیش‌بینی و آسیب شناسی طیف وسیعی از اختلالات از جمله اختلال‌های مصرف مواد، ممکن است این عامل زمینه‌ساز این اختلال محسوب گردد (معلمی، بابایی و حسین زاده، ۱۳۹۱). مطالعات نشان می‌دهد نظم جویی هیجان موجب ارتقاء سلامت روان می‌گردد. از این رو، نتایج پژوهش حاضر با پژوهش (گراس، ۲۰۰۳؛ آبیاری و همکاران، ۱۳۹۵)، همسو است. نظم جویی هیجان ضعیف تأثیر منفی بر ابعاد مختلفی همچون سلامت روان، عملکرد اجتماعی و اقتصادی و در مجموع بهزیستی فرد و خانواده می‌گذارد (سارتوریوس<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). راهبردهای مناسب هیجان با هماهنگی کردن فرایندهای ذهنی، زیستی و انگیزشی موجب می‌شوند وضعیت فرد در ارتباط با محیط تثبیت شود و فرد را با پاسخ‌های ویژه و کارآمد مجهز کنند و در نهایت موجب بقای جسمانی و اجتماعی وی می‌گردند (گراس، ۲۰۰۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهد تفاوت‌های افراد در استفاده از راهبردهای مختلف نظم جویی هیجان موجب پیامدهای عاطفی، شناختی و اجتماعی مختلف می‌گردد، چنان‌که استفاده از راهبردهای سازگارانه با هیجان‌های مثبت، عملکردهای میان فردی و سلامت روان بالا رابطه دارد (گراس، ۲۰۰۳). از طرفی هیجان‌ها در ایجاد، حفظ و قطع روابط میان فردی نقش مهمی ایفا می‌کنند و این کار را با تنظیم فاصله بین افراد انجام می‌دهند، زیرا هیجان‌ها ما را به طرف هم می‌کشاند و یا از هم دور می‌کنند (لویسون<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹). همچنین یافته‌های این مطالعه ارتباط بین نظم جویی هیجان و شفقت ورزی به خود را نشان می‌دهد؛ این یافته همسو با یافته‌های پژوهشی است که شفقت ورزی به خود را سازه‌ای اساسی برای نظم جویی هیجان معرفی می‌کنند؛ زیرا شفقت ورزی به خود اساساً نوعی ذهن آگاهی است که به فرد اجازه

<sup>۱</sup> Sartorius, N

<sup>۲</sup> Levenson, R

می‌دهد دردآورترین هیجان‌های زندگی را درک کند و بپذیرد، بدون آن که به واسطه آن‌ها ریشه کن و سرخورده شود (نف و گرمر، ۲۰۱۷). بر همین اساس، این یافته با نتایج (نف و گرمر، ۲۰۱۷؛ کریمی و کرد ۱۳۹۶؛ کرد و باباخانی، ۱۳۹۵) سازگاری و همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان چنین استدلال کرد که نظم جویی هیجان بر ارتقاء شفقت خود اثرگذار می‌باشد. شفقت ورزی به خود در افزایش هیجان‌های مثبت و کاهش هیجان‌های منفی اثربخش بوده و بر تنظیم کارآمد هیجان‌ها مؤثر است (براون، پارک و گورین، ۲۰۱۶). این سازه به مثابه یک راهبرد نظم جویی هیجانی مؤثر عمل می‌کند و زمینه شکل‌گیری احساسات و عواطف مثبت بیشتری از قبیل مهرورزی را فراهم می‌سازد. همچنین شفقت خود را می‌توان به عنوان یک راهبرد نظم جویی هیجان در نظر گرفت که در آن از تجربه هیجان‌های آزاردهنده و نامطلوب جلوگیری نمی‌شود؛ بلکه تلاش می‌شود تا احساسات به صورتی مهربانانه موردپذیرش واقع گردد و هیجان و احساسات منفی به هیجان‌های مثبت تغییر وضعیت پیدا کند و فرد راه‌های جدیدی برای مقابله بیابد (رایاس، ۲۰۱۱). از دیگر یافته‌های این مطالعه رابطه بین نظم جویی هیجان و سوسه می‌باشد. یافته‌های پژوهشی حاضر با نتایج پژوهش (سر و همکاران، ۲۰۱۵؛ شدر و لجویز، ۲۰۱۵) همسو می‌باشد. یافته‌های ساز<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۲)، نشانگر آن است که استفاده از راهبرد ارزیابی مجدد به عنوان یکی از راهبردهای نظم جویی هیجان با کاهش سوسه همایند است. بشریور (۱۳۹۲)، نیز رابطه بین سوسه با برخی از راهبردهای نظم جویی هیجان (ملالت خویشتن، نشخوار گری، فاجعه سازی، کنترل توجه) را معنادار گزارش می‌کند. افراد مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد در توجه به اطلاعات هیجانی، ادراک صحیح آن‌ها، پردازش درست و مدیریت مطلوب هیجان‌ها در بطن روابط بین فردی با مشکل مواجه هستند. این مشکلات باعث می‌شود که فرد در رویارویی با موقعیت‌های استرس‌زای زندگی توانایی تحلیل، تصمیم‌گیری و انتخاب صحیح را از دست داده و به سوی رفتار سازش‌نا یافته کشیده شوند (اژه‌ای، لواسانی و ارمی، ۱۳۹۴). در مواردی که فرد معتاد باید درک و پذیرش هیجان، توانایی کنترل رفتار و رفتارهای تکانه‌ای را در هنگام تجربه هیجان‌های منفی نشان دهد، به علت عدم انعطاف‌پذیری

<sup>۱</sup>Neff, K., & Germer, C

<sup>۲</sup>Braun, T., Park, C., & Gorin, T

<sup>۳</sup>Reyes, D

<sup>۴</sup>Szasz, P

در استفاده از راهبردهای مناسب هیجانی و عدم پذیرش این هیجان‌ها، ممکن است برای فرار از این هیجان‌های ناخوشایند دچار وسوسه گردد؛ از این رو آموزش راهبردهای مناسب هیجانی نقش اساسی در مدیریت این هیجان‌ها و دوری از وسوسه دارد. برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که توانایی نظم جویی موفق هیجان با شماری از الگوهای سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی مرتبط است. برعکس، فرض بر این است که نارسایی در نظم جویی هیجان، مکانیسم زیربنایی بسیاری از اختلالات روانی می‌باشد. هیجان با هماهنگ کردن فرایندهای زیستی، ذهنی و انگیزشی موجب می‌شود که وضعیت فرد در ارتباط با محیط تثبیت شود و فرد را به پاسخ‌های ویژه و کارآمد مجهز می‌کند و در نهایت موجب بقای جسمانی و اجتماعی فرد می‌شود. آموزش نظم جویی هیجان با افزایش راهبردهای سازگارانه و کاهش راهبردهای ناسازگارانه تنظیم تجارب هیجانی، می‌تواند زمینه را برای بهبود اختلال مصرف مواد فراهم سازد (احمدی و همکاران، ۱۳۹۷). در مدل کابر (۲۰۱۴)، پس از آن که ساختارهای مغزی (کرتکس پیش پیشانی) درگیر در نظم جویی هیجان به علت مصرف طولانی مدت مواد کارکرد خود را از دست می‌دهند؛ مصرف مواد به‌عنوان روش جایگزینی برای راهبردهای نظم جویی هیجان از سوی شخص مصرف‌کننده مورد استفاده قرار می‌گیرد؛ در نتیجه نارسایی یا دشواری در نظم جویی هیجان می‌تواند به‌عنوان علت و معلول احتمالی اختلال‌های مصرف مواد شناخته شود؛ بنابراین با آموزش راهبردهای سازگارانه نظم جویی هیجان زمینه برای بهبود و عدم بازگشت در اختلال‌های مصرف مواد از طریق جایگزین کردن راهبردهای شناختی فراهم می‌شود.

بنابراین، با توجه به این که 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 راهبردهای نظم جویی هیجان در پیش‌بینی و درمان اختلال‌های مصرف مواد مطرح شده و همچنین با نظر به فراوانی واکنش‌های هیجانی در معتادان، به‌عنوان یک نتیجه کاربردی، پیشنهاد می‌شود که مراکز درمانی سوء مصرف مواد با هدف ارتقای راهبردهای نظم جویی هیجان، پیشگیری و بهبود اختلال‌های مصرف مواد، دوره‌های آموزش نظم جویی هیجان را در قالب گروهی یا فردی در نمونه‌های بالینی یا عمومی اجرا کنند. تضمین ایجاد و حتی تداوم امید به درمان و زندگی، نیازمند توجه به عوامل تهدیدکننده

زندگی معتادان می‌باشد؛ بنابراین به منظور تدوین برنامه‌های پیشگیری در سطح دوم و سوم، تداوم فرایند درمان نیازمند توجه به نظم جویی هیجان در زمینه‌های مختلف می‌باشد. مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی از جمله محدود بودن تعداد جلسات آموزشی، تک‌جنسی بودن آزمودنی‌ها (مرد)، فقدان اطلاعات صحیح روان‌پزشکی در مورد اختلال‌های روانی آن‌ها و اتکای صرف به پرسشنامه و گزارش‌های شخصی بود؛ لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی با افزایش تعداد جلسات آموزش نظم جویی هیجان، بررسی متغیرهایی از هر دو جنس، بررسی پیشینه دقیق روان‌پزشکی و استفاده از روش‌هایی مانند مصاحبه تشخیصی، نتایج تعمیم‌پذیری را فراهم سازند.



## منابع

- ابوالقاسمی، عباس؛ اله قلی لو، کلثوم؛ نریمانی، محمد؛ زاهد، عادل. (۱۳۸۹). راهبردهای تنظیم هیجان در سوء‌مصرف کنندگان با واکنش‌پذیری بالا و پایین. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، سال ۲۰، شماره ۷۷، صفحه ۲۲.
- احمدی، غلامرضا؛ سهرابی، فرامرز؛ برجعلی، احمد. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر ارزیابی معجدد و فرونشانی هیجانی سربازان با اختلال مصرف مواد افیونی. مجله فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، سال ۹، شماره ۳۴، صفحه ۱۹۱.
- اژه‌ای، جواد؛ لواسانی، مسعود؛ ارمی، حسن. (۱۳۹۴). مقایسه تنظیم هیجان میان افراد دارای سوء‌مصرف مواد و عادی. مجله روان‌شناسی، سال ۱۹، شماره ۲، صفحه ۱۳۷.
- اسماعیلی نسب، مریم؛ اندامی خشک، علیرضا؛ آزر می، هاله؛ ثمر رخی، امیر. (۱۳۹۳). نقش پیش‌بینی‌کنندگی دشواری در تنظیم و تحمل‌پذیری در اعتیاد‌پذیری دانشجویان. مجله اعتیاد‌پژوهی سوء‌مصرف مواد، سال ۸، شماره ۲۹، صفحه ۵۰.
- اعظمی، یوسف؛ سهرابی، فرامرز؛ برجعلی، احمد؛ چوپان، احمد. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس بر کاهش خشم در افراد وابسته به مواد مخدر. مجله فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، سال ۴، شماره ۱۶، صفحه ۵۳.
- امامی پور، سوزان؛ شمس اسفندآباد، حسن؛ صدرالسادات، سیدجلال؛ نژاد نادری، سمیرا. (۱۳۸۷). مقایسه اختلالات روانی و کیفیت زندگی در چهار گروه مردان مبتلا به ایدز، معتادان غیر مبتلا به ایدز، غیر معتاد مبتلا به ایدز و سالم. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، سال ۱، شماره ۱۰، صفحه ۶۹.
- آبیار، ذوالفقار؛ رحیمی، الهام؛ مرادپور، علیرضا؛ احمدی نصرآبادسغلی، سعید؛ زمانی، نرگس. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر سلامت روان مادران دارای فرزندان مبتلا به اختلالات روانی. فصلنامه پژوهش در سلامت، سال ۲، شماره ۱، صفحه ۲۳.
- بشرپور، سجاد. (۱۳۹۲). ارتباط نظم‌جویی شناختی هیجان و کنترل هوشمند با شدت وابستگی و ولع مصرف در افراد با وابستگی به مواد. مجله اعتیاد‌پژوهی، سال ۷، شماره ۲۸، صفحه ۱۳۱.

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

تاجری، بیوک. (۱۳۹۰). اعتیاد: سبب‌شناسی و درمان. چاپ اول، تهران: نشر اندیشه نو. حسن شاهی، محمد مهدی؛ احمدیان، کاظم. (۱۳۸۳). بررسی سلامت روان بیماران وابسته به مواد روان‌گردان. فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال ۲۳، شماره ۶، صفحه ۱۳۱. سعیدی، ضحی؛ قربانی، نیما؛ سرافراز، مهدی رضا؛ شریفیان، محمد حسین. (۱۳۹۲). اثرات‌تفکی شفتت خود و حرمت خود بر میزان تجربه شرم و گناه. مجله روانشناسی معاصر، سال ۸، شماره ۱، صفحه ۹۱.

صالحی فدردی، جواد؛ بر عرفان، زرین؛ امین یزدی، سید امیر. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش کنترل توجه بر کاهش تورش توجه به مواد و بهبود شاخص‌های درمانی معتادان تحت درمان سم زدایی. مجله مطالعات تربیتی و روان‌شناسی، سال ۱۱، شماره ۲، صفحه ۲۹.

قاندنیای جهرمی، علی. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش نظم‌جویی فرایندی هیجان بر اساس مدل گراس در مقابله شناختی، وسوسه، زود انگیزختگی و طرح‌واره‌های هیجانی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد: مطالعه تک‌آزمودنی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی.

کرد، بهمن؛ باباخانی، آرزو. (۱۳۹۵). نقش خود‌دلسوزی و ذهن آگاهی در پیش‌بینی استرس تحصیلی دانش‌آموزان دختر. مجله مطالعات روانشناسی تربیتی، سال ۱۳، شماره ۲۴، صفحه ۱۰۹.

کریمی، صبری؛ کرد، بهمن. (۱۳۹۶). پیش‌بینی تنظیم هیجانی بر اساس شفتت ورزشی به خود و تن‌انگاره دانشجویان. مجله مطالعات روان‌شناسی تربیتی، سال ۲، شماره ۸، صفحه ۲۰۷.

معلمی، صدیقه؛ بابایی، سمانه؛ حسین زاده، خیر اله. (۱۳۹۱). بررسی میزان تنظیم هیجانی سربازان سوء مصرف‌کننده مواد و وضعیت مصرف مواد در پادگان. چکیده مقالات دومین همایش اعتیاد و آسیب‌های روانی و اجتماعی، دانشگاه خوارزمی.

هالجین، ریچارد پی؛ ویتبورن، سوزانگراس. (۲۰۰۳). *آسیب‌شناسی روانی (دیدگاه‌های روانی درباره اختلال‌های روانی)*. ترجمه یحیی سید محمدی. (۱۳۹۰)، چاپ سوم، تهران: نشر روان.

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

Annis, H. M., & Graham, J. M. (1988). *Situational confidence questionnaire: User guide*. Unpublished Manuscript, Addiction Research Foundation, Toronto, Ontario.

Axelrod, S. R., Perepletchikova, F., Holtzman, K., & Sinha, R. (2011). *Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy*. The American Journal of drug and alcohol abuse, 34(1): 34-42.

Barent Schatz, M. (2013). *The effects of emotion regulation strategies on substance abuse disorders in an outpatient population*. Dissertation in Doctor of Philosophy General Educational Psychology, 30(5): 338-345.

Braun, T. D., Park, C. L., & Gorin, A. (2016). *Self-compassion, body image, and disordered eating: A review of the literature*. Body Image, 17, 117-131.

Clark, M., Hampson, S. E. (2001). *Implementing a psychological intervention to improve lifestyle self-management in patients with type 2 diabetes*. Patient Education and Counseling, 42(31): 245-256.

Dimeff, L. A., Korner, K. (2007). *Dialectical behavior therapy in clinical practice*. New York: Gilford press.

Eisenberg, N., Sadovsky, A., Spinrad, T. L., Fabets, R. A., Losoya, S. H., Valiente, C., & Shepard, S. A. (2005). *The relations of problem behavior status to children's negative emotionality, effortful control, and impulsivity: concurrent relations and prediction of change*. Developmental psychology, 41(1): 193-211.

Fatseas, M., Serre, F., Alexandere, J. M., Debrabant, R., Auriacombe, M. & Swendsen, J. (2015). *Craving and substance use among patients with alcohol, tobacco, cannabis or heroin addiction: a comparison of substance and person-specific cues*. Addiction, 110, 1035-1042.

Fletcher, K., Parker, G., Bayes, A., Paterson, A., MC Clure, G. (2014). *Emotion regulation strategies in bipolar II disorder and borderline*

- personality disorder: Defferences and relationships with perceived parental style.* Journal of Affective Disorders, (157):52-59.
- Furgus, s., & Zimer man, M. A. (2009). *Adolesent resilience: A framework for anerstanding healthy development in the face of risk.* Annual Review of Public Health, 26, 399-419.
- Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., Kommer, T. (2003). *Cognitive emotion regulation strategis and depressive symptoms: Differences between males and females.* Personality and Individual Differences, 25, 603-611.
- Garnenfski, N., Van- Der- Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Lederstee, J., Tein, E.O. (2001). *The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparson between a clinical sample.* European Journal Personality, 16, 403-420.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Zhuo, C., & Norballa, F. (2012). *Self-compassion in iranian muslims: Relationship with integrative self- knowledge, mental health, and religious orientation.* International Journal for The Psychology of Religion, 22, 106-118.
- Goldman, H., H. Grod, G. N. (2006). *Defining mental illness in mental health policy.* Health Aff (Millwood), 25(3): 737-749.
- Gratz, K. L., Ganderson J. G. (2006). *Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder.* Behaviour therapy. 37(1): 25-35.
- Gross, J. J., John, O. (2003). *Individual differences in two emotion regulation process: implications for affect, relationships, and well-being.* Journal personality society psychology, 85(2): 348-362.
- Gross, J.J. (2001). *Emotion regulation in adulthood: Timing is everything.* Current Direction in Psychological science, 10(6): 214-219.
- Gross, J.J. (2015). *Emotion regulation: current status and futur prospects.* Psychological Inquiry, 26, 1-26.
- Kober, K. (2014). *Emotion regulation Substance Disorders.* In J. J. Gross (Ed), Handbook of Emotion Regulation, 2, 428-446.
- Levenson, R. W. (1999). *The intrapersonal functions of emotion.* J of Cognitive and Emotion, 13(5): 481-504.
- Luminet, O., De sousa uva, M. C., Fantini, C. & De timary, P. (2016). *The association between depression and craving in alcohol dependency is moderated by gender and by alexithymia factors.* Psychiatry Research, ۲۳۹, ۲۸-۳۸.

- Moeller, S. J., & Crocker, J. (2009). *Drinking and desired self-image: path of self-image goals, coping motives, heavy episodic drinking, and alcohol problem*. *Psychology of Addictive Behaviour*, 23(2): 334-340.
- Neff, K. D. (2003a). *The development and validation of a scale to measure self-compassion*. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. D., & Germer, C. H. (2017). *Self-compassion and psychological wellbeing in J. Doherty (Ed) Oxford Handbook of Compassion Science, Chap. 27*. Oxford University Press.
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. (2007). *An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits*. *Journal of Research in Personality*, 41, 908-916.
- Neff, K. D. (2003B). *Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself*. *Self and Identity*, 2, 85-102.
- Rendon, K. P. (2007). *Understanding alcohol use in college students: A study of mindfulness, self-compassion and psychological symptoms*. Unpublished Doctoral Dissertation. University of Texas at Austin, TX, USA.
- Reyes, D. (2011). *Self-compassion: A concept Analysis*. *Journal of Holistic Nursing American Holistic Nurses Association*, 10(5): 1-9.
- Sartorius, N., Leff, J., Lopez, J., Ibor, M., & Oksha, A. (2005). *Family and mental Disorders: From burden to improvement*. UK: Wiley, Chichester.
- Scott, L., Roxburgh, A., Bruno, R., Matthews, A., Burns, L. (2012). *The impact of comorbid cannabis and methamphetamine use on mental health among regular ecstasy users*. *Addictive Behaviors*, 37(9): 1058-1062.
- Serre, F., Fatseas, M., Swendsen, J., & Auriacombe, M. (2015). *Ecological momentary assessment in the investigation of craving and substance use in daily life: A systematic review*. *Drug and Alcohol Dependence*, 148, 1-20.
- Shadur, J. M., & Lejuez, C. W. (2015). *Adolescent substance use and comorbid psychopathology: Emotion regulation deficits as a transdiagnostic risk factor*. *Current Addiction Reports*, 2(4): 354-363.
- 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: 333-340.
- Trinidad, D. R., Jonson, C. A. (2002). *The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use*. *Personality and Individual Differences*, 2(1): 95-105.

- Tzschentke, T. M. (2002). *Behavioral pharmacology of buprenorphine, with a focus on preclinical models of reward and addiction*. *Psychopharmacology*, 3(4): 161-166.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). *Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6): 1063-1070.
- Wilense, T. E., Martelon, M., Anderson, J., Shley Abrahamson, R., Biederman, J. (2013). *Difficulties in emotion regulation and substance use disorders: A controlled family study of bipolar adolescents*. *Drug Alcohol Dependence*, 132, 114-121.