

اثربخشی مهارت‌های تنظیم هیجان مبتنی بر مدل فرآیند گراس بر راهبردهای

تنظیم شناختی هیجان در افراد وابسته به مواد مخدر

نور اله محمدی^۱

محمد جلالوند^۲

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل فرآیند گراس بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد وابسته به مواد مخدر است. پژوهش حاضر از نوع طرح‌های آزمایشی است که از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش را کلیه افراد وابسته به مواد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر شیراز تشکیل می‌دهند. بدین منظور تعداد ۳۰ نفر از افراد وابسته به مواد با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند در دسترس انتخاب و با روش تصادفی در گروه‌های آزمایشی و کنترل معنادار جایگزین شدند. همچنین ۱۵ نفر افراد بهنجار نیز به عنوان گروه کنترل سالم برای مقایسه با افراد وابسته به مواد مخدر انتخاب گردید. پس از اجرای پژوهش برای تحلیل نتایج از آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی فیشر استفاده شد. یافته‌ها نشان دادند که آموزش تنظیم هیجان در استفاده مناسب تر از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در افراد وابسته به مواد مؤثر است، همچنین گروه کنترل سالم نسبت به گروه آزمایش و کنترل معنادار استفاده مناسب تری از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان را نشان دادند. به نظر می‌رسد مدیریت مؤثر هیجان‌ها باعث می‌شود، فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای شناختی مناسب جهت تنظیم هیجانات خود استفاده کرده و باعث کاهش میزان بازگشت به سمت مصرف مجدد مواد می‌گردد.

واژگان کلیدی: تنظیم هیجان، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، سوء مصرف مواد مخدر.

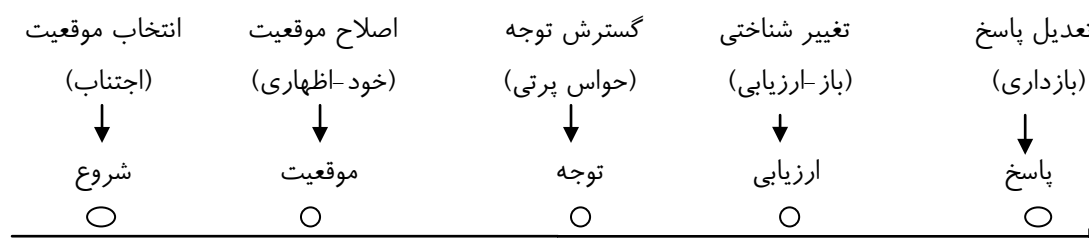
۱- استاد تمام گروه روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز، ایران.

۲- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز، ایران.

۱. مقدمه

مصرف طولانی مدت مواد مخدر با ایجاد اعتیاد نه تنها تأثیر سوء در وضعیت اقتصادی و اجتماعی شخص مصرف کننده مواد یا معتاد می گذارد، بلکه نقش تعیین کننده ای نیز روی روان و هیجانات افراد دارد (زاهد، قلی لو، ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۹). سوء مصرف کنندگان مواد در تنظیم هیجان و مدیریت آن ها مشکلات زیادی دارند (حقیقت و همکاران، ۲۰۱۴). از تنظیم هیجان به عنوان مقوله ای مشتمل بر (الف) آگاهی و درک هیجانات (ب) پذیرش هیجانات (ج) توانایی برای کنترل کردن رفتارهای تکانشی و رفتار کردن مطابق با اهداف مطلوب به منظور دستیابی به اهداف فردی و مطالبات موقعیتی یاد می شود (گراس^۱، ۲۰۱۴؛ گراتز و رومر^۲، ۲۰۰۴).

با توجه به این که رویکردهای متفاوتی در آموزش تنظیم هیجان مطرح شده است که از جمله می توان به درمان متمرکز بر هیجان، دلبستگی درمانی، درمان بینش مدار، رفتاردرمانی دیالکتیک، درمان شناختی-رفتاری، اشاره کرد. در این بین یکی از مدل های مطرح مدلی است که توسط گراس مطرح شده است (گراس و تامپسون^۳، ۲۰۰۷) (شکل ۱).



شکل ۱. پنج خانواده از فرآیندهای تنظیم هیجان مطابق با مدل کیفیت تولید هیجان (گراس و تامپسون، ۲۰۰۷)

این مدل شامل پنج مرحله (شروع، موقعیت، توجه، ارزیابی و پاسخ) است. به اعتقاد گراس هر مرحله از فرآیند تولید هیجان، یک هدف تنظیمی بالقوه دارد و مهارت های تنظیم کننده ی هیجان می توانند در نقاط مختلف این فرآیند اعمال شوند (گراس و تامپسون، ۲۰۰۷).

براساس مدل گراس تنظیم هیجان شامل همه ی راهبردهای آگاهانه و غیرآگاهانه ای است، که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کار برده می شود (گراس، ۲۰۱۵؛ ۲۰۰۲). از سوی دیگر آموزش تنظیم هیجان به معنای کاهش و کنترل هیجانات منفی و نحوه استفاده ی مثبت از هیجانات است (منین و فرسکو^۴، ۲۰۱۴؛ مکدرموت و همکاران^۵، ۲۰۰۹).

مفهوم کلی تنظیم شناختی هیجان، دلالت بر شیوه شناختی دستکاری ورود اطلاعات فراخوانده هیجان دارد (اکسندر و گراس^۶، ۲۰۰۸؛ ۲۰۰۵). به عبارت دیگر، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، به نحوه تفکر افراد پس از بروز یک تجربه منفی یا واقعه آسیب زا برای آنها اطلاق می گردد (دیورت، ماتوس و مارکوس، ۲۰۱۵). پژوهش های پیشین نه راهبرد

1. Gross
2. Gratz, & Roemer
3. Thompson
4. Mennin, & Fresco
5. McDermott, & al.
6. Ochsner, & Gross

تنظیم شناختی هیجان را به صورت مفهومی شناسایی کرده اند که عبارتند از؛ سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری، تلقی فاجعه آمیز، اتخاذ دیدگاه، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مثبت، پذیرش و برنامه ریزی کردن (گارنفسکی و کرایچ^۱، ۲۰۰۶a؛ ۲۰۰۶b؛ گارنفسکی، ون دن کومر، کرایچ، تیردس، لگرسیتی، انستین^۲، ۲۰۰۲؛ گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون^۳، ۲۰۰۱). شواهد نشان می‌دهد که راهبردهای شناختی مانند نشخوارگری، مقصر دانستن خود و فاجعه انگاری به صورت مثبت با جنبه های آسیب شناختی همبسته می باشد؛ ضمن اینکه، در راهبردهایی نظیر ارزیابی مجدد مثبت، این همبستگی منفی است (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۴).

مطابق با تاریخچه‌ی عمومی تنظیم هیجان (هافمن و همکاران^۴، ۲۰۱۰) و مطالعه‌ی پژوهش‌های اخیر تنظیم هیجان و دیگر رفتارهای اعتیادی (برکینگ و همکاران^۵، ۲۰۱۱) تجربه‌ی وسوسه‌ی مصرف مواد مخدر و خلق منفی همراه با ترک می‌تواند به دلیل تنظیم پایین راهبردهای شناختی هیجان باشد (سوساز، سزن تاگوتای و هافمن^۶، ۲۰۱۲؛ ویلوکس، کنراد و کاسل^۷، ۲۰۱۳). برکینگ در پژوهش خود به این نتیجه رسید. مشکلاتی در مهارت‌های تنظیم هیجان پیش بینی کننده مصرف الکل بعد از آموزش درمان شناختی رفتاری می باشد (برکینگ و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین نتایج مطالعه سوساز و همکاران نشان می‌دهد که آموزش راهبردهای تنظیم هیجان باعث هیجان منفی و وسوسه کمتر در برابر سیگار کشیدن می‌شود (سوساز و همکاران، ۲۰۱۲). با توجه به پردازش هیجانی مدل گراس هیجان را می‌توان با دستکاری ورودی سیستم و یا توسط پردازش خروجی سیستم دستکاری و هیجان را مربوط را تنظیم و مدیریت کرد (گراس، ۱۹۹۸). مصرف کنندگان مواد اغلب مصرف مواد را به مسکن بودن مواد نسبت می دهند، بنابراین هنگامی که فرد برای مصرف مواد تحت فشار قرار می گیرد، از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان نامناسب تری استفاده می کند. بنابراین فرض پژوهش حاضر بر آن است که مدیریت مؤثر هیجان‌ها باعث می‌شود، فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای شناختی مناسب جهت تنظیم هیجان خود استفاده کرده و همین مسئله باعث کاهش میزان بازگشت به سمت مصرف مجدد مواد می‌گردد. لذا با توجه به مطالب بالا هدف ما از این تحقیق آموزش تنظیم هیجان و بالا بردن مهارت‌های هیجانی و مقابله‌ای افراد سوء مصرف کننده‌ی مواد می‌باشد.

۲. روش پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع طرح‌های آزمایشی است که از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه پژوهش حاضر را کلیه مراجعین مبتلا به سوء مصرف مواد که جهت ترک اعتیاد به مراکز ترک اعتیاد تحت پوشش بهزیستی و کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر شیراز مراجعه کرده و تحت درمان با متادون قرار گرفته بودند تشکیل می‌دهد. یک گروه کنترل از افراد عادی نیز برای مقایسه با افراد سوء مصرف کننده مواد انتخاب شد. در پژوهش حاضر، جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند در دسترس استفاده شد و سپس آزمودنی‌ها در گروه‌ها جایگزین شدند. در این پژوهش تعداد ۳۰ نفر از افراد وابسته به مواد و ۱۵ نفر از افراد عادی به روش نمونه‌گیری هدفمند در دسترس انتخاب و در گروه‌های آزمایش (۱۵ نفر)، کنترل معناد (۱۵ نفر) و کنترل عادی (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

1. Garnefski, & Kraaij
2. Van Den Kommer, Teerds, Legerstee, & Onstein
3. Spinhoven
4. Hofmann, & et al.
5. Berking, & et al.
6. Szasz, Szentagotai, & Hofmann
7. Veilleux, Conrad, & Kassel

ملاک‌های ورود افراد سوءمصرف کننده مواد به برنامه آموزشی عبارت بودند: دارای ملاک‌های مربوط به اعتیاد یا وابستگی به مواد مخدر براساس معیارهای DSM-IV-TR باشند، حداقل ۲ ماه پرهیز کامل از مواد و استفاده مکرر از درمان نگه‌دارنده متادون که صحت پرهیز کامل توسط پرستار از طریق تست ادرار مشخص می‌شد، دارا بودن مدرک تحصیلی حداقل سیکل، داشتن سن بین ۲۰ تا ۴۵ سال، مرد بودن، براساس ارزیابی پزشکی و روانپزشکی، فرد دچار اختلالات شدید روانی هم چون روان‌پریشی، اختلال دو قطبی یا تجزیه‌ای نباشد که این مهم توسط روانپزشک مرکز اجتماع درمان مدار شیراز میسر گردید. همچنین افراد گروه کنترل عادی شامل افرادی می‌شدند که هیچ نوع ماده مخدری مصرف نمی‌کردند و ملاک‌های سوء مصرف مواد گروه آزمایشی و کنترل معتاد را دارا نبودند، این افراد به صورت تصادفی انتخاب گردیدند و بر اساس سن، سطح تحصیلات، جنسیت و وضعیت تأهل با دو گروه دیگر هم‌تاسازی شدند. همچنین قبل از تشکیل جلسات اهداف مطالعه برای افراد مورد پژوهش تشریح و رضایت‌نامه کتبی از آن‌ها اخذ گردید و این اطمینان داده شد که اطلاعات آنان به شکل محرمانه در نزد پژوهشگران باقی خواهد ماند. گروه مداخله به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش متغیر مستقل (پروتکل آموزش تنظیم هیجان مدل گراس) قرار گرفت (گراس، ۲۰۰۲) (جدول ۱). متغیر وابسته در این پژوهش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بود (گارفنسکی، ون دن کومر، کرایچ، تیردس، لگرسیتی، انستین، ۲۰۰۲). پس از اتمام دوره آموزش از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. محل تشکیل کلاس‌های گروه درمانی در مرکز اجتماع درمان‌مدار (MTC) شیراز بود.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ) که به وسیله گارفنسکی و همکاران (۲۰۰۱) تهیه شده و شامل ۹ مؤلفه متفاوت است استفاده شد. مؤلفه‌های این پرسشنامه مقصدانستن خود، مقصد دانستن دیگران، پذیرش، توجه مجدد به برنامه ریزی، توجه مثبت مجدد، نشخوار ذهنی، باز ارزیابی مثبت، اتخاذ دیدگاه، مصیبت بار تلقی کردن هستند. هر یک از زیر مقیاس‌های این پرسشنامه ۴ گزینه دارد. هر چه نمره کسب شده در هر مؤلفه بالاتر باشد، آن راهبرد توسط فرد بیشتر استفاده شده است (گارفنسکی و همکاران، ۲۰۰۱).

تحقیقات روی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان نشان داده‌اند که تمامی زیر مقیاس‌های این آزمون از همسانی درونی خوبی برخوردارند (گارفنسکی، کرایچ و اسپینهاون، ۲۰۰۲). اعتبار پرسشنامه در فرهنگ ایرانی را یوسفی (۱۳۸۲) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش کرده است. روایی پرسشنامه نیز از طریق همبستگی میان راهبردهای منفی با نمرات مقیاس افسردگی و اضطراب پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی بررسی شده و به ترتیب ضرایبی برابر ۰/۳۵ و ۰/۳۷ به دست آمده که هر دو ضریب در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنی دار هستند. پیوسته گر و حیدری (۱۳۸۷) ضریب اعتبار آلفای کرونباخ آن را برای نوجوانان غیر مراجعه کننده به مراکز روانپزشکی، بین ۰/۶۸ تا ۰/۷۹ و برای بیماران مراجعه کننده به مراکز روانپزشکی، بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس راهبردهای تنظیم هیجان منفی، ۰/۷۹ و خرده مقیاس راهبردهای تنظیم هیجان مثبت، ۰/۸۰ و کل مقیاس ۰/۷۶ به دست آمده است. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نسخه ۱۶ نرم‌افزار SPSS از میانگین، انحراف معیار و برای تعیین اثربخشی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل فرآیند گراس گروه‌های مورد مطالعه از تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی فیشر (LSD) استفاده شد. خلاصه محتوای جلسات گروه‌درمانی آموزش تنظیم هیجان مدل گراس به شرح زیر است (جدول ۱).

جدول ۱. خلاصه پروتکل آموزش تنظیم هیجان گراس (گراس، ۲۰۰۲)

جلسه اول: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، بیان منطق و مراحل مداخله و چارچوب و قواعد شرکت در گروه
جلسه دوم: شناخت هیجان و موقعیت‌های برانگیزاننده از طریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان‌ها و اثرات کوتاه مدت و درازمدت هیجان‌ها
جلسه سوم: ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های هیجانی اعضا
جلسه چهارم: ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان و آموزش مهارت‌های بین فردی (گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض)
جلسه پنجم: تغییر توجه و متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی
جلسه ششم: تغییر ارزیابی‌های شناختی و آموزش راهبرد باز ارزیابی
جلسه هفتم: تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان
جلسه هشتم: ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربرد

۳. یافته‌ها

میانگین سن آزمودنی‌های گروه آزمایشی ۳۳/۶۶، گروه کنترل معنادار ۳۱/۳۳ و گروه کنترل عادی ۲۸/۷۳ بود. از نظر سطح تحصیلات ۰/۲۲ آزمودنی‌ها سیکل، ۰/۴۸ دیپلم و ۰/۲۸ لیسانس و بالاتر بودند. همچنین از لحاظ وضعیت تأهل ۰/۴۶ درصد افراد گروه آزمایش مجرد، ۰/۴۰ متأهل و ۰/۱۳ مطلقه بودند، ۰/۶۰ افراد گروه کنترل معنادار مجرد، ۰/۲۶ متأهل و ۰/۱۳ مطلقه و ۰/۵۳ افراد گروه کنترل عادی مجرد و ۰/۴۶ متأهل بودند. از لحاظ نوع ماده مصرفی هم ۰/۳۶ آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل معنادار اپیوئیدها، ۰/۴۶ محرک‌ها، ۰/۰۳ کندسازها و ۰/۱۳ انواع توهم‌زها را مصرف می‌کردند.

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایشی، کنترل معنادار و کنترل عادی طی مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایشی، کنترل معناد و کنترل عادی

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
مقصر دانستن خود	آزمایشی	۱۴/۲۶	۱/۴۳	۱۱/۴۶	۱/۸۰
	کنترل معناد	۱۴/۰۰	۱/۱۹	۱۴/۰۰	۲/۰۷
	کنترل عادی	۸/۰۶	۱/۴۸	۷/۹۳	۱/۴۸
مقصر دانستن دیگران	آزمایشی	۱۲/۴۶	۲/۰۳	۱۱/۰۶	۲/۲۸
	کنترل معناد	۱۲/۷۳	۲/۱۵	۱۲/۶۰	۲/۴۴
	کنترل عادی	۸/۴۰	۱/۹۱	۸/۹۳	۱/۲۲
نشخوار فکری	آزمایشی	۱۲/۰۰	۲/۴۲	۱۱/۰۰	۱/۵۱
	کنترل معناد	۱۲/۵۳	۲/۹۷	۱۲/۸۶	۲/۲۹
	کنترل عادی	۱۰/۷۳	۲/۰۱	۹/۲۰	۱/۶۹
تلقی فاجعه آمیز	آزمایشی	۱۱/۸۶	۲/۹۲	۱۱/۴۰	۲/۱۳
	کنترل معناد	۱۲/۲۶	۳/۰۳	۱۲/۲۶	۲/۵۴
	کنترل عادی	۹/۵۳	۱/۸۰	۹/۲۶	۱/۶۲
پذیرش	آزمایشی	۱۰/۶۰	۲/۴۴	۱۲/۲۶	۲/۲۸
	کنترل معناد	۱۰/۶۶	۱/۷۱	۱۰/۶۰	۱/۸۴
	کنترل عادی	۱۴/۸۰	۱/۵۲	۱۵/۲۰	۱/۵۲
برنامه ریزی	آزمایشی	۱۰/۶۰	۲/۲۹	۱۱/۸۶	۲/۲۶
	کنترل معناد	۱۰/۶۶	۲/۲۸	۱۰/۶۰	۲/۱۳
	کنترل عادی	۱۴/۷۳	۱/۸۳	۱۴/۹۳	۱/۹۴
توجه مثبت مجدد	آزمایشی	۱۰/۵۰	۲/۲۹	۱۵/۰۰	۱/۸۵
	کنترل معناد	۱۱/۳۳	۲/۴۱	۱۱/۰۶	۲/۳۷
	کنترل عادی	۱۴/۶۷	۱/۸۳	۱۴/۹۳	۱/۹۴
باز ارزیابی	آزمایشی	۱۱/۷۳	۲/۱۸	۱۲/۶۶	۱/۷۵
	کنترل معناد	۹/۸۰	۲/۲۷	۱۰/۰۰	۱/۸۸
	کنترل عادی	۱۵/۳۳	۱/۷۵	۱۵/۹۳	۱/۳۸
اتخاذ دیدگاه	آزمایشی	۱۱/۶۶	۲/۲۸	۱۴/۰۰	۲/۳۹
	کنترل معناد	۱۰/۹۳	۲/۱۵	۱۰/۶۶	۲/۴۶
	کنترل عادی	۱۴/۸۶	۲/۰۳	۱۴/۴۶	۱/۷۶

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل معناد در مرحله پس‌آزمون در مؤلفه‌های مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران، نشخوار فکری، تلقی فاجعه‌آمیز کاهش یافته است، اما در بقیه مؤلفه‌ها شامل پذیرش، برنامه‌ریزی، توجه مثبت مجدد، باز ارزیابی و اتخاذ دیدگاه افزایش نشان می‌دهد.

برای بررسی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر اساس مدل گراس بر کاهش میزان تنظیم هیجان شناختی در افراد وابسته به مواد از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. در این آزمون، مؤلفه‌های تنظیم هیجان شناختی در پس‌آزمون به عنوان

متغیر وابسته و گروه (آزمایشی، کنترل معنادار و کنترل عادی) به عنوان متغیر مستقل و نمرات مؤلفه‌های تنظیم هیجان شناختی به دست آمده در پیش‌آزمون به عنوان متغیر کووریت استفاده می‌شود.

جهت استفاده از تحلیل کوواریانس و نشان دادن تساوی واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و همچنین یکسانی شیب رگرسیون، از آزمون F لون استفاده شد که سطح معناداری آزمون لون در مؤلفه مقصر دانستن خود ۰/۵۶، در مؤلفه مقصر دانستن دیگران ۰/۱۳، در مؤلفه نشخوار فکری ۰/۱۷، در مؤلفه تلقی فاجعه‌آمیز ۰/۲۵، در مؤلفه پذیرش ۰/۵۱، در مؤلفه برنامه ریزی ۰/۲۶، در مؤلفه توجه مثبت مجدد ۰/۱۱، در مؤلفه باز ارزیابی ۰/۶۹، در مؤلفه اتخاذ دیدگاه ۰/۲۴ بود، که عدم معناداری نتایج نشان دهنده همسانی واریانس گروه‌ها در مرحله پیش‌آزمون است.

در جدول ۳ اثرات بین‌گروهی نمرات مؤلفه‌های تنظیم هیجان شناختی در پس‌آزمون آمده است.

جدول ۳. آزمون اثرات بین‌گروهی نمرات مؤلفه‌های تنظیم هیجان شناختی در پس‌آزمون

متغیر	منبع واریانس	SS	df	MS	F	ضریب اتا	P
مقصر دانستن خود	گروه	۶۱/۷۵	۲	۳۰/۸۷	۱۰/۷۸	۰/۳۴	۰/۰۰۱
	خطا	۱۱۷/۴۲	۴۱	۲/۸۶			
	کل	۵۹۹۳/۰۰	۴۵				
مقصر دانستن دیگران	گروه	۲۰/۴۵	۲	۱۰/۲۲	۲/۸۷	۰/۱۲	۰/۰۶
	خطا	۱۴۵/۷۶	۴۱	۳/۵۵			
	کل	۵۵۹۳/۰۰	۴۵				
نشخوار فکری	گروه	۷۳/۷۰	۲	۳۶/۸۵	۱۱/۳۲	۰/۳۵	۰/۰۰۱
	خطا	۱۳۳/۳۸	۴۱	۳/۲۵			
	کل	۵۷۱۴/۰۰	۴۵				
تلقی فاجعه آمیز	گروه	۲۵/۰۱	۲	۱۲/۵۰	۳/۴۰	۰/۱۴	۰/۰۴
	خطا	۱۵۰/۶۶	۴۱	۳/۶۷			
	کل	۵۶۸۶/۰۰	۴۵				
پذیرش	گروه	۵۹/۳۰	۲	۲۹/۶۵	۸/۴۰	۰/۲۹	۰/۰۰۱
	خطا	۱۴۴/۶۰	۴۱	۳/۵۲			
	کل	۷۵۶۱/۰۰	۴۵				
برنامه ریزی	گروه	۳۴/۰۳	۲	۱۷/۰۱	۴/۵۱	۰/۱۸	۰/۰۱
	خطا	۱۵۴/۴۸	۴۱	۳/۷۶			
	کل	۷۳۳۱/۰۰	۴۵				
توجه مثبت مجدد	گروه	۱۳۵/۹۰	۲	۶۷/۹۵	۱۹/۸۶	۰/۴۹	۰/۰۰۱
	خطا	۱۴۰/۲۷	۴۱	۳/۴۲			
	کل	۸۷۳۷/۰۰	۴۵				
باز ارزیابی	گروه	۴۱/۵۱	۲	۲۰/۷۵	۱۰/۰۹	۰/۳۳	۰/۰۰۱
	خطا	۸۴/۳۴	۴۱	۲/۰۵			
	کل	۷۸۳۵/۰۰	۴۵				
اتخاذ دیدگاه	گروه	۷۰/۵۹	۲	۳۵/۲۴	۷/۹۳	۰/۲۷	۰/۰۰۱
	خطا	۱۸۲/۱۷	۴۱	۴/۴۴			
	کل	۷۹۹۵/۰۰	۴۵				

چنانچه از جدول فوق مشخص است، به جز مؤلفه مقصر دانستن دیگران در بقیه مؤلفه‌ها، بین گروه‌ها در پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود.

برای بررسی تفاوت گروه‌ها از آزمون حداقل تفاوت معنی‌داری فیشر (LSD) استفاده شده است که نتایج این آزمون در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. آزمون تعقیبی LSD نمرات مؤلفه‌های تنظیم هیجان شناختی در پس‌آزمون

مؤلفه‌های تنظیم هیجان شناختی	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری
مقصر دانستن خود	آزمایشی	کنترل معناد	-۲/۶۶	۰/۶۲	۰/۰۰۱
	آزمایشی	کنترل عادی	۰/۴۹	۱/۳۲	N.S
	کنترل معناد	کنترل عادی	۳/۱۵	۱/۲۸	۰/۰۰۱
مقصر دانستن دیگران	آزمایشی	کنترل معناد	-۲/۴۳	۰/۵۳	۰/۰۰۱
	آزمایشی	کنترل عادی	۰/۳۷	۰/۸۹	۰/۰۰۳
	کنترل معناد	کنترل عادی	۲/۴۷	۱/۰۳	۰/۰۰۱
نشخوار فکری	آزمایشی	کنترل معناد	-۱/۷۴	۰/۶۶	۰/۰۰۱
	آزمایشی	کنترل عادی	۱/۵۲	۰/۶۷	۰/۰۰۲
	کنترل معناد	کنترل عادی	۳/۲۷	۰/۶۸	۰/۰۰۱
تلقی فاجعه آمیز	آزمایشی	کنترل معناد	-۰/۷۱۸	۰/۷۰	N.S
	آزمایشی	کنترل عادی	۱/۲۶	۰/۷۴	N.S
	کنترل معناد	کنترل عادی	۱/۹۸	۰/۷۶	۰/۰۰۱
پذیرش	آزمایشی	کنترل معناد	۱/۶۸	۰/۶۸	۰/۰۰۱
	آزمایشی	کنترل عادی	-۱/۹۶	۰/۹۳	۰/۰۰۴
	کنترل معناد	کنترل عادی	-۳/۶۴	۰/۹۲	۰/۰۰۱
برنامه ریزی	آزمایشی	کنترل معناد	۱/۲۹	۰/۷۰	N.S
	آزمایشی	کنترل عادی	-۱/۳۴	۰/۹۱	N.S
	کنترل معناد	کنترل عادی	-۲/۶۳	۰/۹۰	۰/۰۰۶
توجه مثبت مجدد	آزمایشی	کنترل معناد	۴/۲۵	۰/۶۸	۰/۰۰۱
	آزمایشی	کنترل عادی	۱/۸۹	۰/۸۶	۰/۰۰۳
	کنترل معناد	کنترل عادی	-۲/۳۶	۰/۸۰	۰/۰۰۶
باز ارزیابی	آزمایشی	کنترل معناد	۱/۸۰	۰/۵۶	۰/۰۰۳
	آزمایشی	کنترل عادی	-۱/۶۷	۰/۶۴	۰/۰۰۱
	کنترل معناد	کنترل عادی	-۳/۴۸	۰/۷۸	۰/۰۰۱
اتخاذ دیدگاه	آزمایشی	کنترل معناد	۳/۰۶	۰/۷۷	۰/۰۰۱
	آزمایشی	کنترل عادی	۰/۷۱	۰/۹۰	N.S
	کنترل معناد	کنترل عادی	-۲/۳۴	۰/۹۷	۰/۰۰۲

همانطور که نتایج آزمون LSD در جدول ۴ نشان می‌دهد در مؤلفه مقصر دانستن خود بین دو گروه آزمایشی و کنترل معنادار، کنترل معنادار و کنترل عادی تفاوت معناداری وجود دارد ولی بین گروه آزمایشی و کنترل عادی تفاوت معناداری وجود ندارد. در مؤلفه مقصر دانستن دیگران، نشخوار فکری، پذیرش، توجه مثبت مجدد و باز ارزیابی بین هر سه گروه تفاوت معناداری وجود دارد. در مؤلفه تلقی فاجعه آمیز فقط بین گروه کنترل معنادار و کنترل عادی تفاوت معناداری وجود دارد ولی بین گروه آزمایشی و کنترل معنادار، آزمایشی و کنترل عادی تفاوت معناداری وجود ندارد. در مؤلفه برنامه‌ریزی فقط بین گروه کنترل معنادار و کنترل عادی تفاوت معناداری وجود دارد و بین گروه آزمایشی و کنترل معنادار، آزمایشی و کنترل عادی تفاوت معناداری وجود ندارد و در مؤلفه اتخاذ دیدگاه، بین هر دو گروه آزمایشی و کنترل معنادار، کنترل معنادار و کنترل عادی تفاوت معناداری وجود دارد ولی بین گروه آزمایشی و کنترل عادی تفاوت معناداری وجود ندارد.

۴. بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد وابسته به مواد مخدر بوده است. تحلیل نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که آموزش تنظیم هیجان در افراد وابسته به مواد تأثیر معناداری دارد و باعث افزایش نمرات مؤلفه‌های مثبت و کاهش نمرات مؤلفه‌های منفی در گروه آزمایشی شده است. این نتیجه همسو با یافته‌های ژاهو و همکاران^۱ (۲۰۱۲)، اکسلرود و همکاران^۲ (۲۰۱۱)، آلدائو، نولن هوکسما و اسپوچیزر^۳ (۲۰۱۰)، فوکیتو، جولیانو و تول^۴ (۲۰۱۰)، پارکر و همکاران^۵ (۲۰۰۸) و قربانی، محمدخانی و صرامی (۱۳۹۰) می‌باشد.

اصولاً در مدل‌های اختلالات مصرف مواد فرض می‌شود که اشخاصی که نمی‌توانند هیجان خود را درست تنظیم کنند ممکن است به اختلال مصرف مواد به عنوان راهی برای تخفیف هیجان‌ناشان روی آورند و تعداد زیادی از درمان‌هایی که برای اختلال‌های مصرف مواد توصیه می‌شود مشتمل بر کاستن از روش‌های ناسازگارانه تنظیم هیجان و افزودن بر روش‌های سازگارانه تنظیم هیجان است (آلدائو و همکاران، ۲۰۱۰). سطح پایین تنظیم هیجانی که ناشی از ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجان‌ها و مدیریت آنهاست در شروع مصرف مواد نقش دارد (پارکر و همکاران، ۲۰۰۸). در پژوهش ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۹۰) نیز که به بررسی راهبردهای تنظیم هیجان در سوء مصرف‌کنندگان مواد دارای واکنش‌پذیری بالا و پایین پرداخته‌اند به این نتیجه رسیده‌اند که سوء مصرف‌کنندگان مواد دارای واکنش‌پذیری بالا از راهبردهای تنظیم هیجان منفی و سوء مصرف‌کنندگان مواد دارای واکنش‌پذیری پایین از راهبردهای تنظیم هیجان مثبت بیشتری استفاده می‌کنند که نتایج این مطالعه بیان می‌کند واکنش‌پذیری و تکانشگری بالا و استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان منفی بیشتر، از عوامل خطرزا برای سوء مصرف مواد است.

یکی از تبیین‌های پژوهش حاضر این است که، تنظیم هیجان پایین، یکی از عوامل گرایش افراد به سمت رفتارهای پرخطر از جمله مصرف مواد مخدر است (ترینداد و همکاران^۶، ۲۰۰۴). توانایی مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند (مارلات و دونووان^۷، ۲۰۰۵).

1. Zhao, & et al.

2. Axelrod, & et al.

3. Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer

4. Fucito, Juliano, & Toll

5. Parker, & et al.

6. Trinidad, & et al.

7. Marlatt, & Donovan

افرادی که تنظیم هیجانی بالایی دارند، در پیش بینی خواسته های دیگران توانایی بیشتری دارند، آنها فشارهای ناخواسته همسالان را درک و هیجان های خود را بهتر مهار می کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می دهند (ترینداد و جانسون^۱، ۲۰۰۲) و در مقابل، کسانی که تنظیم هیجانی پایینی دارند، برای مقابله با هیجان های منفی خود، عموماً به سوی مصرف مواد کشیده می شوند (ترینداد و همکاران، ۲۰۰۴). از طرف دیگر مدیریت مطلوب هیجان ها و به کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان سپر محافظتی در برابر لغزش و بازگشت مجدد افراد به مصرف مواد می باشد. بنابراین می توان بیان کرد که اصولاً راهبردهای تنظیم هیجان از روش های اصلی افراد در هنگام مواجهه با استرس و وقایع اضطراب زا می باشد (خوری و همکاران^۲، ۲۰۱۵). از آنجا که هیجان ها از جمله عوامل سوق دهنده افراد به سوی مصرف مواد هستند، لذا افرادی که بتوانند راهبردهای تنظیم هیجان را در زندگی شان به کار ببرند، به همان میزان کمتر به سوی مصرف مواد گرایش پیدا می کنند. این بدان معنی است که، هنگامی که فرد برای مصرف مواد تحت فشار قرار می گیرد، مدیریت ضعیف هیجان ها خطر سوء مصرف را افزایش می دهد و بالعکس، مدیریت مؤثر هیجان ها خطر سوء مصرف مواد را کاهش می دهد.

نظریه ارزیابی هیجانانگیزی یکی از بانفوذترین نظریات در شکل گیری هیجان و تغییر آن می باشد (لازاروس^۳، ۱۹۹۱). در این نظریه فرض بر این است که هیجانانگیزی در مواجهه با محرک های محیطی و در تعامل بین محیط و شخص به وجود می آیند. نتیجه ای این هیجانانگیزی بستگی به این دارد، که شخص چگونه آن را ارزیابی می کند. این تعامل متشکل است؛ از هم اهداف فرد و هم ارزیابی های شناختی که فرد از موقعیت می کند (ایانا-آلینا^۴، ۲۰۱۲). بنابراین با استفاده از این نظریه می توان این گونه برداشت کرد که هیجانانگیزی قابل کنترل و تغییر می باشند و با توجه به اینکه مشکلات هیجانی در بسیاری از آسیب های روانی نقش دارند بنابراین با آموزش تنظیم هیجان می توان شدت آسیب این اختلالات را کاهش داد.

در این راستا اکسلرود و همکاران در مطالعه ای به بررسی تنظیم هیجان و فراوانی سوء مصرف مواد در زنان مبتلا به سوء مصرف مواد و اختلال شخصیت مرزی دریافت کننده رفتاردرمانی دیالکتیکی پرداخته اند و به این نتیجه رسیده اند که تنظیم هیجان بهبود یافته نه تنها موجب بهبود خلق بلکه همچنین با کاهش فراوانی سوء مصرف مواد مرتبط بود (اکسلرود و همکاران، ۲۰۱۱). در مطالعه ی دیگری، آلدو و همکاران که فراتحلیلی را بر راهبردهای تنظیم هیجان (پذیرش، اجتناب، حل مسئله، باز ارزیابی، نشخوار فکر و سرکوبی) در افراد دچار آسیب های روانی (اضطراب، افسردگی، اختلالات خوردن و اختلالات مرتبط با مواد) انجام داده اند به این نتیجه رسیدند که تکنیک های نشخوارگری به میزان زیاد، اجتناب، حل مسئله و سرکوبی به میزان متوسط و باز ارزیابی و پذیرش به میزان اندکی در افراد دچار آسیب های روانی (اضطراب، افسردگی، اختلالات خوردن و اختلالات مرتبط با مواد) مورد استفاده قرار می گیرد (آلدو و همکاران، ۲۰۱۰). مصرف کنندگان مواد در تنظیم هیجانانگیشان مشکل دارند و یا اینکه حالات هیجانی منفی شان سبب تسریع استفاده از مواد می گردد (دیمف و کورنر^۵، ۲۰۰۷). براساس مدل شناختی زنجیره اعتیاد، اغلب سیری تسلسلی دارد که از اضطراب یا خلق پایین شروع می شود و به خوددرمانی با مصرف الکل یا مواد منتهی می شود (محمدخانی، صادقی و فرزاد، ۱۳۹۰). به طور کلی، پژوهش های تجربی انجام گرفته در زمینه تنظیم هیجان نشان داده است که سوء مصرف کنندگانی که از راهبردهای تنظیم هیجان سازگارانه تری استفاده می کنند در دوره های درمان موفق تر هستند. برعکس افرادی که قادر

1. Johnson
2. Khoury, & et al.
3. Lazarus
4. Ioana-Alina
5. Dimeff, & Koerner

به کنترل هیجان های خود نیستند به احتمال زیاد به مصرف کننده دائمی مواد تبدیل می شوند (دوران، مک‌چارج و کوهن^۱، ۲۰۰۷).

تبیین دیگری که از این پژوهش می‌توان داشت، این است که یکی از دلایل احتمالی گرایش افراد به مصرف مواد، مشکلات و کاستی‌های وسیع در حوزه هیجان‌ات است. در واقع افراد برای رهایی از حالت‌های هیجانی آزاردهنده و توان فرسا و آسوده شدن، به مصرف مواد گرایش پیدا می‌کنند. به عبارت دیگر مصرف مواد را به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای اجتنابی، منفی و ناکارآمد برای کاهش مشکلات خود به کار می‌گیرند. پس می‌توان ادعان داشت که، نارسایی هیجانی افراد در رویارویی با حوادث تنش‌زا از عوامل مؤثر گرایش فرد به مواد مخدر است. این یافته با نتایج پژوهش پارکر، تیلور و بگی، مبنی بر این که دشواری در بازشناسی هیجان‌ها و نارسایی در برقراری رابطه عاطفی با دیگران و همچنین بکارگیری هیجان‌های منفی در موقعیت‌های استرس‌زا، منجر به سوء مصرف مواد در افراد می‌شود، همسو می‌باشد (پارکر، تیلور و بگی^۲، ۲۰۰۱).

از آنجا که تنظیم هیجان بخش مهمی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می‌دهد، تعجب آور نیست که آشفتگی در هیجان و تنظیم آن می‌تواند منجر به اضطراب و آسیب روانی شود (سیسلر و الاتونجی^۳، ۲۰۱۲). بر اساس تبیین‌هایی که از پژوهش حاضر می‌توان داشت، مبنی بر اینکه افراد سوء مصرف کننده مواد از راهبردهای منفی تنظیم هیجان شناختی بیشتری استفاده می‌کنند و برای مقابله با هیجان‌ات منفی و آزار دهنده خود به سوی مصرف مواد گرایش پیدا می‌کنند، می‌توان ادعان داشت که تمایل معمول افراد به استفاده از برخی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، با ابتلای آن‌ها به مشکلات هیجانی مرتبط است و این راهبردها می‌توانند پیش‌بینی کننده رفتارشان در موقعیت‌های پرخطر و گرایش آن‌ها به مصرف مواد باشد. در واقع، راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان پاسخ‌های شناختی به وقایع فراخواننده هیجان هستند که به صورت هشیار یا ناهشیار سعی در تعدیل شدت و یا نوع تجربه هیجانی یا خود واقعه دارند (بارق و ویلیامز^۴، ۲۰۰۷). بنابراین استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان به عنوان یکی از برنامه‌های درمانی جامع در پیشگیری از اعتیاد مطرح می‌باشد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: متأسفانه به علت مشکلات بسیاری که برای دسترسی به جامعه‌ی زنان مصرف‌کننده مواد در جامعه‌ی ایرانی وجود دارد، در مطالعه‌ی حاضر تنها از جامعه‌ی مردان استفاده گردید و برای تعمیم این نتایج به جامعه زنان باید با احتیاط عمل کرد. مدت زمان اجرای طرح آموزش کوتاه بود، به علت مشکلات متعدد، در مطالعه‌ی حاضر امکان پیگیری محقق نگردید این درحالی بود که ترجیح پژوهشگر حداقل دو ماه بود. پیشنهاد می‌شود این شیوه درمانی را در گروه‌های سنی متفاوت در کلینیک‌ها، زندان‌ها دادگاه‌ها و سایر نهادها اجرا و نتایج با هم مقایسه شوند. استفاده از پیگیری‌های بلندمدت برای بررسی ثبات نتایج حاصله تا بتوان با اطمینان بیشتری در مورد شیوه درمان نظر داد، بهتر است مشابه این پژوهش توسط محققان دیگر تکرار شود تا بدین وسیله تأثیر شخصیت و تجربه درمانگر در نتایج پژوهش نیز کنترل شود.

1. Doran, McChargue, & Cohen

2. Taylor, & Bagby

3. Cisler, J. M., & Olatunji

4. Bargh, & Williams

سپاسگزاری

بدین وسیله از همکاری مسئولین و پرسنل مرکز اجتماع درمان مدار (MTC) که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند تشکر و قدردانی نموده و اعلام می‌دارم که مطالعه حاضر حاصل پایان نامه دانشجویی مصوب در دانشگاه شیراز به شماره ۲۱۳۳۱۱۲ در مقطع کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی به راهنمایی آقای دکتر نوراله محمدی می‌باشد.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس؛ قلی‌لو، کلثوم‌اله؛ نریمانی، محمد و زاهد، عادل. (۱۳۹۰). راهبردهای تنظیم هیجان در سوء مصرف‌کنندگان مواد دارای واکنش‌پذیری بالا و پایین. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۲۰ (۷۷): ۱۵-۲۲.
- پیوسته گر، مهرانگیز؛ حیدری عبدی، احمد. (۱۳۸۷). مقایسه رابطه راهبردهای تنظیم شناختی عاطفی با علائم افسردگی نوجوانان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و دیگر نوجوانان. فصلنامه روانشناسی کاربردی، ۲ (۲): ۵۴۹-۵۶۳.
- زاهد، عادل؛ قلی‌لو، کلثوم‌اله؛ ابوالقاسمی، عباس و نریمانی، محمد. (۱۳۸۹). ارتباط بین راهبردهای تنظیم هیجان و رفتار بین فردی در سوء مصرف‌کنندگان مواد. اعتیاد پژوهی، ۸ (۱۱): ۹۹-۱۱۳.
- قربانی، طاهره؛ محمدخانی، شهرام و صرامی، غلامرضا. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر مهارت های مقابله ای و نگره دارنده درمان با متادون در بهبود راهبردهای تنظیم هیجان و پیشگیری از عود. فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد، ۵ (۱۷): ۶۰-۷۴.
- محمدخانی، شهرام؛ صادقی، نگار و فرزاد، ولی‌الله. (۱۳۹۰). مدل روابط علی هیجان منفی، باورهای مرکزی، باورهای مرتبط با مواد، عقاید وسوسه انگیز و تنظیم هیجان با بازگشت به مصرف مواد. فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی، ۶ (۶): ۱۵۹-۱۸۵.
- یوسفی، فریده. (۱۳۸۲). الگوی علی هوش عاطفی، رشد شناختی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سلامت عمومی. رساله دکترای روانشناسی تربیتی، دانشگاه شیراز.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237.
- 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*, 37(1), 37-42.
- Bargh, J. A., & Williams, L. E. (2007). The nonconscious regulation of emotion. *Handbook of emotion regulation*, 1, 429-445.
- Berking, M., Margraf, M., Ebert, D., Wupperman, P., Hofmann, S. G., & Junghanns, K. (2011). Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 307.
- Cisler, J. M., & Olatunji, B. O. (2012). Emotion regulation and anxiety disorders. *Current psychiatry reports*, 14(3), 182-187.
- Dimeff, L. A., & Koerner, K. E. (2007). *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*: Guilford Press.
- Doran, N., McChargue, D., & Cohen, L. (2007). Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. *Addictive Behaviors*, 32(1), 90-98.
- Duarte, A. C., Matos, A. P., & Marques, C. (2015). Cognitive Emotion Regulation Strategies and Depressive Symptoms: Gender's Moderating Effect. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 165, 275-283.
- Fucito, L. M., Juliano, L. M., & Toll, B. A. (2010). Cognitive reappraisal and expressive suppression emotion regulation strategies in cigarette smokers. *Nicotine & Tobacco Research*, 12(11), 1156-1161.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006a). Cognitive emotion regulation questionnaire-development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41(6), 1045-1053.

- **Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006b).** Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1659-1669.
- **Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001).** Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327.
- **Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2002).** CERQ. Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: A questionnaire measuring cognitive coping strategies. Leiderdorp, The Netherlands: DATEC.
- **Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., & van den Kommer, T. (2004).** Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 267-276.
- **Garnefski, N., Van Den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002).** The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non -clinical sample
403-420.
- **Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004).** Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- **Gross, J. J. (1998).** Antecedent-and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224.
- **Gross, J. J. (2002).** Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.
- **Gross, J. J. (2014).** Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. *Handbook of emotion regulation*, 2, 3-20.
- **Gross, J. J. (2015).** Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26.
- **Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007).** Emotion regulation: Conceptual foundations. *Handbook of Emotion Regulation*, 3, 24.
- **Haghiaght, R., Ghasemi, N., Rabiei, M., Zerehposh, A., & Kiani, A. (2014).** The Comparison of Attentional Bias and Difficulty of Emotional States Regulation and Their Correlation with Craving Severity in Drug Abuser Methamphetamines and Crack. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 16(10), 29-34.
- **Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010).** The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(2), 169.
- **Ioana-Alina, C. C. (2012).** Dysfunctional and Functional Beliefs in Emotional Regulation: Reappraisal and Acceptance Based Approaches Ph. D. Thesis. University Cluj-Napoca
- **Khoury, B., Lecomte, T., Comtois, G., & Nicole, L. (2015).** Third -wave strategies
regulation in early psychosis: a pilot study. *Early intervention in psychiatry*, 9(1), 76-83.
- **Lazarus, R. S. (1991).** Emotion and adaptation: Oxford University Press New York.
- **Marlatt, G. A., & Donovan, D. D. M. (2005).** Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors: Guilford Press.
- **Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2014).** Emotion regulation therapy. *Handbook of emotion regulation*, 2.
- **McDermott, M. J., Tull, M. T., Gratz, K. L., Daughters, S. B., & Lejuez, C. (2009).** The role of anxiety sensitivity and difficulties in emotion regulation in posttraumatic stress disorder among crack/cocaine dependent patients in residential substance abuse treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(5), 591-599.

- **Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2005).** The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(5), 242-249.
- **Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2008).** Cognitive emotion regulation insights from social cognitive and affective neuroscience. *Current Directions in Psychological Science*, 17(2), 153-158.
- **Parker, D.A., Taylor, G.J., & Bagby, R.M. (2001).** The relationship between emotion intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 30, 107-115.
- **Parker, J. D., Taylor, R. N., Eastbrook, 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(2), 174-180.
- **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(5), 333-340.
- **Trinidad, D. R., & Johnson, C. A. (2002).** The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences*, 32(1), 95-105.
- **Trinidad, D. R., Unger, J. B., Chou, C.-P., & Anderson Johnson, C. (2004).** The protective association of emotional intelligence with psychosocial smoking risk factors for adolescents. *Personality and Individual Differences*, 36(4), 945-954.
- **Veilleux, J. C., Conrad, M., & Kassel, J. D. (2013).** Cue-induced cigarette craving and mixed emotions: A role for positive affect in the craving process. *Addictive behaviors*, 38(4), 1881-1889.
- **Zhao, L.-Y., Tian, J., Wang, W., Qin, W., Shi, J., Li, Q., Wang, Y.-R. (2012).** The role of dorsal anterior cingulate cortex in the regulation of craving by reappraisal in smokers. *PloS one*, 7(8), e43598.