

دوره سوم، شماره ۴، پاییز ۱۳۹۵، صفحات ۳۰۷ تا ۳۱۸ http://ch.sbmu.ac.ir	سلامت اجتماعی مجله مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت	مقاله اصیل
--	--	---------------

بررسی راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان و طرحواره های هیجانی در مردان مبتلا به سوء مصرف مواد، ترک کرده و افراد بهنجار

علی قائدنیای جهرمی^۱، جعفر حسنی^{۲*}، شیوا فرمانی شهرضا^۳، فرشاد زارعی^۴

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
 ۲. دانشیار روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران
 ۳. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
 ۴. کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
- * نویسنده مسئول: جعفر حسنی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران

hasanimehr57@khu.ac.ir

تاریخ پذیرش: مرداد ۱۳۹۵

تاریخ دریافت: خرداد ۱۳۹۵

نحوه استناد به این مقاله:

Ghaednia Jahromi A, Hasani J, Farmani Shahreza S, Zarei F. The Assessment Of Cognitive Emotion Regulation Strategies And Emotional Schemas In Men With Substance Abuse, Abstinent And Normal Individuals. Community Health 2016; 3(4):307-18.

چکیده

زمینه و هدف: سوء مصرف مواد یک اختلال عود کننده مزمن است که نیاز به مدیریت درمان در طی زمان دارد. هدف مطالعه حاضر تعیین راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان و طرحواره های هیجانی در مردان مبتلا به سوء مصرف مواد، ترک کرده و افراد بهنجار بود.

روش و مواد: در قالب یک طرح علی مقایسه ای، ۳۰ نفر از مردان مبتلا به سوء مصرف مواد، ۳۰ نفر ترک کرده و ۳۰ نفر بهنجار به شیوه ای نمونه برداری در دسترس انتخاب شدند و پس از هم‌تاسازی بر اساس متغیرهای سن، سطح تحصیلات و نوع ماده مصرفی توسط پرسشنامه های نظم جویی شناختی هیجان و پرسشنامه های طرحواره های هیجانی مورد ارزیابی قرار گرفتند. با استفاده از نرم افزار SPSS-21 به منظور مقایسه ی سه گروه از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد.

یافته ها: میانگین نمرات افراد مبتلا به سوء مصرف مواد در راهبردهای سازش نیافته ی نظم جویی شناختی ملامت خویش ($P=0/0004$) و فاجعه سازی ($P=0/0008$) بیشتر از افراد ترک کرده و بهنجار بود و در راهبرد سازش نیافته ی نشخوارگری ($P<0/0007$) افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و ترک کرده نسبت به افراد بهنجار نمرات بیشتری کسب کردند. در راهبردهای سازش یافته تمرکز مجدد بر برنامه ریزی ($P=0/0005$) و ارزیابی مجدد مثبت ($P=0/0001$)، افراد بهنجار و ترک کرده نمرات بیشتری در مقایسه با افراد مبتلا به سوء مصرف مواد به دست آوردند. در طرحواره های هیجانی نشخوار ذهنی ($P=0/0008$)، سرزنش ($P=0/0008$) و دیدگاه ساده انگارانه نسبت به هیجان ها ($P=0/0009$)، افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و ترک کرده نمرات بیشتری نسبت به افراد بهنجار داشتند. در طرحواره های هیجانی گناه ($P=0/0006$) و غیرقابل کنترل بودن ($P=0/0008$) افراد مبتلا به سوء مصرف مواد نمرات بیشتری نسبت به افراد بهنجار به دست آوردند.

نتیجه گیری: مطالعه نشان داد که طرحواره های هیجانی و راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان ناکارآمد می توانند نقش محوری در شروع، نگه داشتن و بازگشت سوء مصرف ایفا نمایند.

واژگان کلیدی: هیجان، نظم جویی شناختی هیجان، طرحواره های هیجانی، سوء مصرف مواد

مقدمه

بلکه ناراحتی های زیادی را برای خانواده و جامعه ایجاد کرده و بار زیادی به آنها تحمیل می کند و این بیماری مانند هر اختلال مزمن دیگری نیاز به مدیریت درمان در

اختلال سوء مصرف مواد یک اختلال عود کننده مزمن است که نه تنها زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می دهد،

هیجان، یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی و سازماندهی رفتار سازش یافته و همچنین جلوگیری از بروز هیجان‌های منفی و رفتارهای سازش نایافته محسوب می‌شود (۹). بررسی متون روانشناختی، نشان می‌دهد که نظم‌جویی هیجان، عامل مهمی در تعیین سلامت و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است (۸ و ۹) به صورتی که رگه‌های نظم‌جویی ناکارآمد تجارب هیجانی، در تمام اختلال‌های روانشناختی قابل مشاهده است. بازنگری‌های اخیر نشان می‌دهند بدکارکردی هیجانی در تمام اختلال‌های محورا و بیشتر اختلال‌های محور بروز می‌کند (۱۰). سازه نظم‌جویی هیجان مفهوم پیچیده‌ای است که طیف وسیعی از فرایندهای زیستی، اجتماعی، رفتاری و همچنین فرایندهای شناختی هشیار و ناهشیار را در بر می‌گیرد (۱۱) و به توانایی فهم، تعدیل و ابراز تجارب هیجانی (۱۲) یا کاهش، حفظ و افزایش آن‌ها اشاره دارد (۱۳). بنابراین می‌توان گفت، نظم‌دهی هیجان، عاملی کلیدی و تعیین کننده در بهزیستی روانی و کارکرد اثربخش است (۱۴). که در سازگاری با رویدادهای تنش‌زای زندگی نقش اساسی ایفا می‌کند (۱۱ و ۱۵). یکی از متداول‌ترین راهبردها برای مدیریت و نظم‌جویی تجارب هیجانی و اطلاعات برانگیزاننده هیجان، استفاده از فرایندهای شناختی یا نظم‌جویی شناختی هیجان است (۱۶). راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بر جنبه شناختی مقابله تأکید دارند (۱۴). چگونگی ارزیابی سیستم شناختی فرد در مواجهه با حوادث منفی از اهمیت بالایی برخوردار است و سلامت روانی افراد حاصل تعامل راهبردهای نظم‌جویی شناختی تجارب هیجانی و ارزیابی درست از موقعیت‌های تنش‌زا می‌باشد (۱۵). اعتقاد بر این است که راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان به افراد کمک می‌کند تا برانگیختگی‌ها و هیجان‌های منفی را تنظیم نمایند (۱۸) و بهره‌گیری مطلوب از راهبردهای سازش‌یافته‌ی نظم‌جویی شناختی هیجان نظیر ارزیابی مجدد باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگارانه می‌شود (۱۹). به‌طور کلی یافته‌های پژوهشی متعددی بیان‌گر رابطه قوی راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان با اختلال‌های رفتاری (۱۹ و ۲۰) و آسیب‌شناسی روانی است (۱۴، ۱۸،

طی زمان دارد (۱ و ۲). بر اساس گزارش سازمان ملل در سال ۲۰۰۵، ایران بالاترین نسبت معتادان به هروئین و تریاک را در جهان دارد. بر اساس این گزارش در ایران از هر ۱۷ فرد یک نفر معتاد به این مواد است. علاوه بر این، ۲۰٪ از جمعیت ۶۰-۱۵ سال کشور به نحوی در سوء استفاده از مواد مخدر دست دارند (۳).

با وجود پیشرفت‌های به دست آمده در درمان این اختلال، بازگشت به دوره‌های سنگین و غیر قابل کنترل مصرف همچنان یک مشکل شایع است. بیشتر سوء مصرف کنندگان مواد پس از سم‌زدایی و ورود به درمان‌های توان‌بخشی، طی ۹۰ روز پس از شروع درمان مجدداً به مصرف مواد می‌پردازند (۴). به همین علت، امروزه در همه روش‌های درمانی، بر حفظ و نگهداری رفتار جدید (بهبودی) افراد تحت درمان، یا به عبارتی پیشگیری از عود تأکید می‌شود. یکی از راه‌های دستیابی به این هدف، بررسی عوامل زمینه‌ساز، تسریع کننده و تداوم بخش عود می‌باشد. زیرا تنها با شناخت علل ایجاد کننده یک پدیده، می‌توان در جهت حذف و کنترل آن اقدام کرد (۵).

یکی از علل ایجاد کننده و تداوم بخش اختلال سوء مصرف مواد راهبردهای نظم‌جویی هیجان است، یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که سوء مصرف مواد ناشی از سطح پایین راهبردهای نظم‌جویی هیجان مثبت و ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجان‌ها و مدیریت آن‌ها، به ویژه در شروع مصرف مواد است (۶). هنگامی که افراد برای مصرف مواد تحت فشار قرار می‌گیرند، مدیریت ضعیف هیجان‌های آن‌ها خطر سوء مصرف را افزایش می‌دهد. برعکس، مدیریت مؤثر هیجان‌ها خطر سوء مصرف مواد را کاهش می‌دهد. توانایی مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌های که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند (۷).

هرچند هیجان‌ها مبنای زیستی دارند، اما افراد قادرند بر شیوه‌هایی که این هیجان‌ها را ابراز می‌کنند، تأثیر بگذارند. این توانایی‌ها نظم‌جویی هیجان نامیده می‌شود و شامل فرایندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف وی بر عهده دارد (۸). بنابراین نظم‌جویی

در مورد طرح مناسب برای اقدام در ذهن دارند (۲۷). طرحواره‌های هیجانی شامل باورهایی در رابطه با منشأ هیجان‌ها، تفاوت‌ها، طول دوره، جهان شمولی، گناه، عدم کنترل، خطر، درک و فهم، نیاز به منطقی بودن و قانونمند بودن هیجان هستند (۲۹ و ۳۰). یکی از مزایای این مدل تلفیقی، تشخیص ارزش توجه و ابراز هیجانی در بافت معنایی است که فرد به هیجانات خود می‌دهد. پر واضح است که همه انسان‌ها خشم، اضطراب، ناراحتی، یا دیگر هیجانات را تجربه می‌کنند، اما تنها افراد کمی هستند که این هیجانات در آنها اختلالی شدید یا مزمن هیجانی و عاطفی ایجاد می‌کند. این‌ها همگی شاهدی بر این امرند که طرحواره‌های شناختی در مورد هیجانات ممکن است بر ایجاد و توسعه این اختلالات تأثیر گذارند (۲۷ و ۲۸). ارزش خاص الگوی طرحواره‌های هیجانی این است که مستقیماً مفهوم‌سازی و تدابیر بیمار در مورد هیجان‌های ناخوشایند را هدف‌گیری می‌کند (۲۷ و ۲۸). در مجموع، مطالعات نشان می‌دهند که راهبردهای نظم جویی هیجان و طرحواره‌های هیجانی با بسیاری از اختلال‌های روانی از جمله اضطراب، افسردگی، جنبه‌های فراشناختی نگرانی، سوء مصرف الکل، اختلال استرس پس از سانحه، ناسازگاری‌های زناشویی و اختلال‌های شخصیت مرتبط هستند (۲۸ و ۲۹) ولی بررسی نقش این سازه‌ها در سوء مصرف مواد در پیشینه پژوهشی مشاهده نمی‌شود. بنابراین با توجه به اهمیت این سازه‌ها در گستره‌های مختلف آسیب‌شناسی روانی، محتوای وسیع راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و طرحواره‌های هیجانی مطالعه حاضر با هدف تعیین راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و طرحواره‌های هیجانی در مردان مبتلا به سوء مصرف مواد، ترک کرده و بهنجار انجام شد.

روش و مواد

مطالعه حاضر با توجه به گروه‌ها و متغیرهای موجود در قالب طرح‌های علی مقایسه‌ای انجام شد. در این مطالعه سه گروه آزمودنی شامل مردان مبتلا به سوء مصرف مواد، ترک کرده و بهنجار شرکت داشتند. با عنایت به طرح مطالعه و وجود سه گروه مستقل، با استفاده از نرم افزار رایانه‌ای GPower حجم نمونه برای هر گروه ۳۰ نفر برآورد شد. ابتدا بر اساس شیوه نمونه‌گیری در دسترس

۲۱ و ۲۲). علاوه بر این، نتایج مطالعات نشان می‌دهند که نظم‌جویی مؤثر هیجان‌ها دارای پیامدهای مطلوب در بهداشت روانی، بهزیستی روانشناختی، سلامت جسمانی و روابط بین فردی می‌باشد (۲۳). نظم‌جویی هیجان یک انگیزه اساسی و مهم برای مصرف است. در واقع مصرف کنندگان مواد، اغلب دلیل مصرف خود را به مسکن بودن مواد نسبت می‌دهند (۷). Shiffman بیان کرد که مصرف دخانیات موقعی بیشتر می‌شود که افراد عصبانی، مضطرب، غمگین یا پریشان‌تر می‌شوند (۷). افرادی که از راهبردهای کارآمد نظم‌جویی هیجانی استفاده می‌کنند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند. آن‌ها فشارهای ناخواسته دیگران را درک و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می‌دهند (۲۴). در مقابل، کسانی که از راهبردهای ناکارآمد نظم‌جویی هیجان بهره می‌گیرند، برای مقابله با هیجان‌های منفی خود، اغلب به سوی مصرف مواد کشیده می‌شوند (۲۵). علاوه بر این، توانایی تنظیم هیجان منجر به حفظ خلق و راهبردهای بهبود خلق و خو می‌شود. افرادی که توانایی تنظیم هیجان‌های خودشان را ندارند، به احتمال بیشتری تحت تأثیر عوامل محیطی (نظیر سوء مصرف مواد) قرار می‌گیرند (۲۶).

از سوی دیگر، بسیاری از مطالعات نیز بر این نکته دلالت دارند که طرحواره‌های هیجانی با بسیاری از اختلال‌های روانی از جمله اضطراب، افسردگی، جنبه‌های فراشناختی نگرانی، سوء مصرف الکل، اختلال استرس پس از سانحه، ناسازگاری زناشویی و اختلال‌های شخصیت در ارتباطند (۲۷). Leahy بر مبنای مفهوم پردازش هیجانی و با الهام گرفتن از مدل فراشناختی هیجان‌ها، مدل طرحواره‌های هیجانی را ارائه نمود (۲۷ و ۲۸). بر اساس الگوی طرحواره‌های هیجانی افراد در چگونگی مفهوم‌پردازی تجارب هیجانی خود با یکدیگر متفاوت هستند. به عبارت بهتر، افراد طرحواره‌های متفاوتی در مورد هیجان‌های خود دارند. این طرحواره‌ها منعکس‌کننده شیوه‌هایی هستند که افراد بر اساس آن‌ها هیجان‌های خود را تجربه می‌کنند. همچنین این طرحواره‌ها دربرگیرنده باورهایی است که آن‌ها به مجرد برانگیخته شدن تجارب هیجانی ناخوشایند

وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است و دارای ۳۶ ماده می‌باشد. اجرای این پرسشنامه خیلی آسان است و برای افراد ۱۲ سال به بالا (هم افراد بهنجار و هم جمعیت‌های بالینی) قابل استفاده می‌باشد. پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان (CERQ) از نه خرده مقیاس تشکیل شده است که خرده مقیاس‌های مذکور نه راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند. از بین راهبردهای مذکور، ملامت خویش، نشخوارگری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران در طبقه راهبردهای سازش نیافته‌ی نظم‌جویی هیجان قرار می‌گیرند، درحالی‌که راهبردهای پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری به گروه راهبردهای سازش یافته تعلق دارند. دامنه نمرات مقیاس از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) می‌باشد. نمرات بالا در هر خرده مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر راهبرد مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع استرس‌زا و منفی می‌باشد.

فرم کوتاه نسخه فارسی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان (CERQ-P-short) در فرهنگ ایرانی توسط حسنی مورد هنجاریابی قرار گرفته است. فرم کوتاه نسخه فارسی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان با استفاده از حذف گام به گام ماده‌ها با بالاترین میزان آلفا، در صورت حذف ماده بر اساس نتایج، تجزیه و تحلیل اعتبار تدوین شد. روایی مقیاس به شیوه‌های تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین خرده مقیاس‌ها و روایی ملاکی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آلفای کرونباخ با دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۸۲ نشان داد که نه خرده مقیاس فرم کوتاه نسخه فارسی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان دارای اعتبار مطلوبی هستند. تحلیل مؤلفه اصلی ضمن تبیین ۷۵٪ واریانس، الگوی نه عاملی اصلی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان (CERQ) را مورد حمایت قرار داد. همچنین، همبستگی بین خرده مقیاس‌ها به نسبت بالا بود (۲۳).

۳۰ نفر از مردان مبتلا به سوء مصرف مواد ساکن در مراکز نگهداری سازمان بهزیستی استان تهران انتخاب شدند. در مرحله بعد از مراکز آموزشی استان تهران تعداد ۳۰ نفر از مردان ترک کرده که بر اساس متغیرهای سن، سطح تحصیلات، نوع ماده مصرفی با گروه اول مورد همتاسازی قرار گرفته بودند و همچنین تعداد ۳۰ نفر از افراد بهنجار از مراکز آموزشی استان تهران که بر اساس متغیرهای سن، سطح تحصیلات با گروه اول و دوم مورد همتاسازی قرار گرفته بودند، به عنوان گروه مقایسه انتخاب شدند. برای انتخاب مردان مبتلا به سوء مصرف ملاک‌های ورود عبارت بودند از: مصرف مواد مخدر افیونی (تریاک و شیره)، دارا بودن تشخیص اختلال سوء مصرف مواد بر اساس ملاک‌های DSM-IV-TR، محدوده‌ی سنی ۲۵-۵۰ سال، رضایت و موافقت شرکت کنندگان برای حضور در مطالعه و تحصیلات در حد خواندن و نوشتن. همچنین ملاک‌های خروج برای این گروه عبارت بودند از: وجود بیماری‌های جسمانی، وجود سایر اختلال‌های همایند و وجود انحرافات جنسی (به دلیل جایگزین لذت جنسی در نبود مواد مخدر). علاوه بر این، افراد بهنجار افرادی بودند که بر اساس گزارش شخصی و مصاحبه بالینی سابقه مراجعه به روانپزشک یا روانشناس را نداشتند و به اختلال روانشناختی خاصی مبتلا نبودند.

ابزارهای پژوهش

الف) پرسشنامه خصوصیات جمعیت‌شناختی و ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها

این پرسشنامه یک ابزار محقق ساخته بود که از طریق آن اطلاعات توصیفی، خصوصیات جمعیت شناختی و ملاک‌های ورودی آزمودنی‌ها مورد بررسی قرار می‌گرفت.

ب) فرم کوتاه نسخه فارسی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان (CERQ-P-SHORT)

پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان (CERQ) توسط Spinhoven & Garnefski, Kraaij (۲۲) در کشور هلند تدوین شده و دارای دو نسخه انگلیسی و هلندی است. پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان (CERQ) یک پرسشنامه چند بعدی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه کردن

ج) نسخه فارسی پرسشنامه طرحواره‌های هیجانی (ESS-P)

پرسشنامه طرحواره‌های هیجانی توسط Leahy بر مبنای مدل طرحواره های هیجانی خود، در سال ۲۰۰۲ به صورت یک مقیاس خودگزارشی تهیه شده است. این مقیاس دارای ۵۰ گویه است که با استفاده از یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرت نمره گذاری می شود. نسخه فارسی این مقیاس توسط خانزاده، ادریسی، محمدخانی و سعیدیان (۳۰) تهیه شده است. آن‌ها از طریق تحلیل عامل اکتشافی نشان دادند که از ۱۶ عامل استخراج شده از این مقیاس، ۱۲ عامل با طرحواره‌های هیجانی Leahy هماهنگ هستند (نشخوار ذهنی، گناه، ابراز احساسات، غیرقابل کنترل بودن، تایید طلبی از دیگران، قابل درک بودن، سرزنش، تلاش برای منطقی

بودن، دیدگاه ساده انگارانه نسبت به هیجان‌ها، ارزش‌های والاتر، پذیرش هیجان‌ها و توافق)، سه عامل به خاطر بارگزاری تنها یک گویه حذف شدند و یک عامل جدید به نام خودآگاهی هیجانی به مقیاس اضافه شد. این مطالعه نشان داد که اعتبار این مقیاس از طریق روش بازآزمایی در فاصله دو هفته برای کل مقیاس ۰/۷۸، و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه‌های بین ۰/۵۶ تا ۰/۷۱ است، همچنین ضریب همسانی درونی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲، و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۰/۵۹ تا ۰/۷۳، به دست آمد (۳۰).

یافته‌ها

در جدول شماره ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای سن و سطح تحصیلات آزمودنی‌های سه گروه درج شده است.

جدول شماره ۱- خصوصیات جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان در مطالعه

سن	سطح تحصیلات	تعداد	گروه
میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)		
۱۳/۳۰ (۲/۷)	۳۳/۳ (۵/۹)	۳۰	معتاد
۱۳/۰۳ (۲/۵)	۳۳/۶ (۵/۷)	۳۰	ترک کرده
۱۳/۴۳ (۲/۸)	۳۴/۲ (۵/۳)	۳۰	بهنجار

دارند. برای این منظور از تحلیل‌های واریانس یک راهه و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. در جدول شماره ۱ میانگین و انحراف استاندارد راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان، مقادیر F تحلیل‌های واریانس یک راهه و نتایج آزمون‌های تعقیبی توکی، قید شده است. داده‌های جدول شماره ۲ نشان می‌دهند که در راهبردهای سازش‌نیافته‌ی نظم‌جویی شناختی ملامت خویش و فاجعه‌سازی میانگین نمرات افراد مبتلا به سوء مصرف مواد بیشتر از افراد ترک کرده و بهنجار است و در راهبرد نشخوارگری افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و ترک کرده نسبت به افراد بهنجار نمرات بیشتری کسب کردند. همچنین در میان راهبردهای سازش‌یافته نظم‌جویی شناختی تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و ارزیابی مجدد مثبت افراد بهنجار و ترک کرده نمرات بیشتری در مقایسه با افراد مبتلا به سوء مصرف مواد به دست آوردند

بررسی داده‌های جدول شماره ۱ در متغیر سن و سطح تحصیلات نشان داد که در این متغیرها بین سه گروه تفاوت معنادار وجود ندارد.

به منظور مقایسه سه گروه آزمودنی در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان، ابتدا از تحلیل چند متغیری واریانس (MANOVA) استفاده شد. نتیجه آزمون M باکس ($P > 0/01$) $F(90, 20735/61) = 1/12$ نشان داد که ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها همسان است و می‌توان از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده نمود. نتیجه آزمون چند متغیری Wilks' Lambda ($P < 0/001$) $F(18, 158) = 6/84$ معنادار بود. معنادار بودن این آزمون نشان می‌دهد که در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بین سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد، ولی این معناداری مشخص نمی‌کند که گروه‌ها در کدام راهبردها با یکدیگر تفاوت

جدول شماره ۲- مقایسه گروه‌ها در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان

راهبرد	گروه	میانگین	انحراف معیار	F df=(۲, ۸۷)	آزمون تعقیبی توکی
ملاطمت خویش	۱. معتاد	۶/۱	۲/۱	***۱۱/۳	۱ > ۳
	۲. ترک کرده	۴/۹	۱/۵		۱ > ۲
	۳. بهنجار	۴/۱	۱/۴		
نشخوارگری	۱. معتاد	۶/۳	۱/۵۶	***۹/۳	۱ > ۳
	۲. ترک کرده	۶/۴	۱/۸		۲ > ۳
	۳. بهنجار	۴/۸	۱/۶		
فاجعه‌سازی	۱. معتاد	۶/۱	۱/۸	***۷/۹	۱ > ۳
	۲. ترک کرده	۴/۶	۱/۸		۱ > ۲
	۳. بهنجار	۴/۷	۱/۵		
ملاطمت دیگران	۱. معتاد	۴/۶	۱/۹	-/۸	---
	۲. ترک کرده	۵/۲	۲/۳		
	۳. بهنجار	۴/۶	۱/۶		
پذیرش	۱. معتاد	۵/۳	۱/۷	۲/۴	---
	۲. ترک کرده	۶/۲	۲/۲		
	۳. بهنجار	۵/۲	۱/۶		
تمرکز مجدد مثبت	۱. معتاد	۵/۴	۲/۱	۱/۲	---
	۲. ترک کرده	۴/۹	۲/۲		
	۳. بهنجار	۵/۸	۱/۹		
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۱. معتاد	۴/۷	۱/۵	***۱۰/۶	۳ > ۱
	۲. ترک کرده	۵/۹	۱/۷		۲ > ۱
	۳. بهنجار	۶/۸	۲/۱		
ارزیابی مجدد مثبت	۱. معتاد	۴/۸	۱/۵	***۱۵/۵	۳ > ۱
	۲. ترک کرده	۴/۷	۱/۵		۳ > ۲
	۳. بهنجار	۶/۷	۱/۷		
دیدگاه‌گیری	۱. معتاد	۴/۷	۱/۶	***۵/۶	۳ > ۱
	۲. ترک کرده	۵/۲	۲/۱		
	۳. بهنجار	۶/۲	۱/۶		

* =P<۰/۰۵ ** =P<۰/۰۱ *** =P<۰/۰۰۱

کدام طرحواره هیجانی با یکدیگر تفاوت دارند. برای این منظور از تحلیل‌های واریانس یک راهه و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. در جدول شماره ۳ میانگین و انحراف معیار طرحواره‌های هیجانی، مقادیر F تحلیل‌های واریانس یک راهه و نتایج آزمون‌های تعقیبی توکی، قید شده است.

داده‌های جدول شماره ۳ نشان می‌دهند که در طرحواره‌های هیجانی نشخوار ذهنی، سرزنش و دیدگاه ساده انگارانه نسبت به هیجانات افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و ترک کرده نمرات بیشتری نسبت به افراد بهنجار کسب کرده‌اند. در طرحواره‌های هیجانی گناه و غیرقابل کنترل بودن افراد مبتلا به سوء مصرف مواد نمرات بیشتری نسبت به افراد بهنجار به دست آوردند. همچنین، در

و در راهبرد دیدگاه‌گیری نمرات افراد بهنجار بیشتر از افراد مبتلا به سوء مصرف مواد است.

همچنین برای مقایسه سه گروه آزمودنی در طرحواره‌های هیجانی، ابتدا از تحلیل چند متغیری واریانس (MANOVA) استفاده شد. نتیجه آزمون M باکس ($F(182, 20062/03) = 0/97, P > 0/01$) نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها همسان است و می‌توان از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده نمود. نتیجه آزمون چند متغیری 'Wilks' Lambda ($F(26, 150) = 4/12, P < 0/001$) معنادار بود. معنادار بودن این آزمون نشان می‌دهد که در طرحواره‌های هیجانی بین سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد، ولی این معناداری مشخص نمی‌کند که گروه‌ها در

افراد بهنجار نمرات بیشتری از افراد ترک کرده داشتند و در نهایت، افراد در ابراز احساسات افراد بهنجار نمرات بیشتری از افراد مبتلا به سوء مصرف مواد داشتند.

راهبردهای ارزش‌های والاتر، پذیرش هیجان‌ات و توافق افراد بهنجار و ترک کرده در مقایسه با افراد مبتلا به سوء مصرف مواد نمرات بیشتری کسب نمودند و در طرحواره های هیجانی تاییدطلبی از دیگران و قابل درک بودن

جدول شماره ۳- مقایسه گروه‌ها در طرحواره‌های هیجانی

راهبرد	گروه	میانگین	انحراف معیار	F	df=(۲، ۸۷)	آزمون تعقیبی توکی
نشخوار ذهنی	۱. معتاد	۸/۱	۲/۹	***۹/۲		۱ > ۳
	۲. ترک کرده	۹/۱	۲/۵			۲ > ۳
	۳. بهنجار	۶/۱	۲/۹			
خودآگاهی هیجانی	۱. معتاد	۶/۱	۱/۸	۱/۵		---
	۲. ترک کرده	۵/۳	۱/۸			
	۳. بهنجار	۵/۹	۱/۶			
گناه	۱. معتاد	۶/۳	۲/۳	**۵/۳		۱ > ۳
	۲. ترک کرده	۵/۴	۲/۴			
	۳. بهنجار	۴/۴	۲/۱			
ابراز احساسات	۱. معتاد	۴/۱	۲/۱	**۴/۶		۳ > ۱
	۲. ترک کرده	۵/۱	۱/۸			
	۳. بهنجار	۵/۶	۱/۸			
غیرقابل کنترل بودن	۱. معتاد	۶/۱	۱/۷	**۴/۸		۱ > ۳
	۲. ترک کرده	۴/۹	۳/۱			
	۳. بهنجار	۴/۱	۲/۴			
تایید طلبی از دیگران	۱. معتاد	۳/۷	۱/۹	***۸/۲		۳ > ۲
	۲. ترک کرده	۲/۶	۲/۱			
	۳. بهنجار	۴/۶	۱/۷			
قابل درک بودن	۱. معتاد	۷/۳	۳/۰	*۳/۵		۳ > ۲
	۲. ترک کرده	۶/۸	۳/۲			
	۳. بهنجار	۸/۷	۲/۶			
سرزنش	۱. معتاد	۵/۰	۱/۹	***۹/۲		۱ > ۳
	۲. ترک کرده	۵/۴	۲/۱			۲ > ۳
	۳. بهنجار	۳/۴	۱/۶			
تلاش برای منطقی بودن	۱. معتاد	۱۱/۵	۳/۴	۲/۱		---
	۲. ترک کرده	۱۲/۳	۱/۷			
	۳. بهنجار	۱۰/۸	۲/۹			
دیدگاه ساده انگارانه نسبت به هیجان‌ات	۱. معتاد	۵/۹	۱/۵	***۸/۲		۱ > ۳
	۲. ترک کرده	۵/۵	۱/۹			۲ > ۳
	۳. بهنجار	۴/۲	۱/۵			
ارزش‌های والاتر	۱. معتاد	۶/۷	۲/۵	***۷/۷		۳ > ۱
	۲. ترک کرده	۷/۱	۱/۹			۳ > ۲
	۳. بهنجار	۸/۹	۲/۳			
پذیرش هیجان‌ات	۱. معتاد	۵/۹	۲/۴	***۸/۸		۳ > ۱
	۲. ترک کرده	۵/۰	۲/۷			۳ > ۲
	۳. بهنجار	۷/۷	۲/۴			
توافق	۱. معتاد	۴/۴	۲/۴	***۱۲/۳		۳ > ۱
	۲. ترک کرده	۴/۲	۱/۵			۳ > ۲
	۳. بهنجار	۶/۵	۱/۹			

* = P < .۰۵ ** = P < .۰۱ *** = P < .۰۰۱

بحث

مطالعه نشان داد راهبردهای ملامت خویش و فاجعه سازی (هر دو راهبرد سازش نیافته) در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد بیشتر استفاده می‌شود و استفاده از راهبرد نشخوارگری (راهبرد سازش نیافته) در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و ترک کرده بیشتر از افراد بهنجار بود. همچنین در راهبردهای تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و ارزیابی مجدد مثبت (هر دو راهبرد سازش یافته) افراد بهنجار و ترک کرده نمرات بیشتری در مقایسه با افراد مبتلا به سوء مصرف مواد به دست آوردند، در راهبرد دیدگاه‌گیری (راهبرد سازش یافته) نمرات افراد بهنجار بیشتر از افراد مبتلا به سوء مصرف مواد بود. در دیگر راهبردها تفاوت معناداری مشاهده نشد. این یافته‌ها در امتداد نتایج بررسی‌هایی هستند که بیانگر نظم‌جویی مشکل‌دار هیجان در الگوهای مختلف آسیب‌شناسی روانی نظیر اختلال مرتبط با مصرف مواد می‌باشند (۳۱ و ۳۲). همچنین این یافته‌ها در راستای فرضیه Golman (۳۳) مبنی بر پایین بودن هوش و توانمندی‌های نظم‌جویی هیجانی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد است. توانایی مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند. همچنین افرادی که از راهبردهای سازش‌یافته نظم‌جویی هیجان بهره می‌گیرند، در مدیریت خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند. آن‌ها فشارهای ناخواسته دیگران را خوب درک نموده و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می‌دهند (۳۴ و ۳۵). در مقابل، افرادی که از راهبردهای سازش نیافته استفاده می‌نمایند، در مقابله با هیجان‌های منفی خود، عموماً به سوی مصرف مواد کشیده می‌شوند (۲۵). بنابراین، همسو با یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت هنگامی که فرد برای مصرف مواد تحت فشار قرار می‌گیرد، مدیریت ضعیف هیجان‌ها خطر سوء مصرف را افزایش می‌دهد. بالعکس، مدیریت مؤثر هیجان‌ها خطر سوء مصرف مواد را کاهش می‌دهد. افزون بر موارد فوق، Gross نشان داد که تفاوت‌های فردی در استفاده از سبک‌های مختلف نظم‌جویی شناختی هیجان موجب پیامدهای عاطفی، شناختی و اجتماعی

مختلف می‌شود. به عنوان مثال، استفاده از سبک‌های ارزیابی مجدد با تجارب هیجانی مثبت و عملکردهای بین فردی بهتر و بهزیستی بالا ارتباط دارد (۱۸). در این زمینه، مشهدی، میردرقی و حسنی نشان دادند که بین علایم اضطراب و افسردگی و راهبردهای ملامت خویش، نشخوارگری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران رابطه مثبت وجود دارد، درحالی‌که این رابطه برای راهبردهای تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و پذیرش منفی است (۱۶). در مجموع پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد افرادی که از راهبردهای شناختی ضعیف مانند نشخوارگری، فاجعه‌سازی و ملامت‌خویش استفاده می‌کنند، نسبت به سایر افراد، در برابر مشکلات هیجانی آسیب‌پذیرتر هستند، درحالی‌که در افرادی که از راهبردهای مطلوب مانند ارزیابی مجدد مثبت استفاده می‌کنند، آسیب‌پذیری کمتر است (۲۲) و راهبردهای ملامت خویش، نشخوارگری، فاجعه‌سازی و ارزیابی مجدد مثبت از پیش‌بین کننده‌های قوی تجارب هیجانی منفی هستند (۳۶). بنابراین، یافته‌های مطالعه حاضر از این مفروضه حمایت می‌کند که افراد مبتلا به سوء مصرف مواد از راهبردهای ناسازگار در مواجهه با مشکلات زندگی و رویدادهای منفی استفاده می‌کنند و خطر بروز جنبه‌های مختلف آسیب‌شناسی در آن‌ها بالا است. همچنین یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که در طرحواره‌های هیجانی نشخوار ذهنی، سرزنش و دیدگاه ساده‌انگارانه نسبت به هیجان‌ات افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و ترک کرده نمرات بیشتری نسبت به افراد بهنجار کسب کرده‌اند. در طرحواره‌های هیجانی گناه و غیرقابل کنترل بودن افراد مبتلا به سوء مصرف مواد نمرات بیشتری نسبت به افراد بهنجار به دست آوردند. همچنین، در راهبردهای ارزش‌های والاتر، پذیرش هیجان‌ات و توافق افراد بهنجار و ترک کرده در مقایسه با افراد مبتلا به سوء مصرف مواد نمرات بیشتری کسب نمودند و در طرحواره‌های هیجانی تاییدطلبی از دیگران و قابل درک بودن افراد بهنجار نمرات بیشتری از افراد ترک کرده داشتند و در نهایت، افراد در ابراز احساسات فرد بهنجار نمرات بیشتری از افراد مبتلا به سوء مصرف مواد داشتند. در این زمینه می‌توان گفت افرادی که نسبت به هیجان‌های خود

تجارب هیجانی با شدت بیشتری اتفاق می‌افتد. البته ممکن است ناتوانی در نظم‌جویی هیجان ناشی از وجود باورها و نگرش‌های منفی افراد نسبت تجارب هیجانی خودشان باشد. بنابراین می‌توان با شناسایی و تعدیل طرحواره‌های هیجانی افراد، راهبردهای ناکارآمد نظم‌جویی هیجان را تغییر داد و از تداوم و پیشرفت اختلال‌های هیجانی جلوگیری کرد. یافته‌های مطالعه حاضر بیانگر سیمای هیجانی بدکارکرد در افراد مبتلا به سوء‌مصرف مواد بود. این نتایج می‌تواند تلویحات کاربردی زیادی در فرایند آموزش راهبردهای سازش‌یافته نظم‌جویی شناختی هیجان و تعدیل طرحواره‌های هیجانی به افراد مبتلا به سوء‌مصرف مواد به منظور مدیریت و کنترل بهتر تجارب هیجانی روزمره زندگی و هیجان‌های ناشی از رویدادهای تنیدگی‌زا داشته باشد. در نهایت، یادآور می‌شود که مطالعه حاضر به لحاظ استفاده از نمونه‌گیری در دسترس محدودیت داشته است. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی ضمن مرتفع نمودن محدودیت‌های مذکور به بررسی سایر جنبه‌های نظم‌جویی هیجان با استفاده از روش‌های پژوهشی مختلف و گروه‌های متفاوت پرداخته شود.

آگاهی دارند، راحت‌تر و بهتر می‌توانند تجارب هیجانی خود را بپذیرند. این عمل منجر به کنترل بهتر و ابراز منطقی‌تر هیجان‌ها می‌شود. این نکته در یافته‌های پژوهش حاضر مشهود است که پذیرش هیجان‌ها و ابراز احساسات افراد بهنجار بیشتر از افراد مبتلا به سوء مصرف مواد می‌باشد. در این راستا، مطالعات نشان می‌دهند که طرحواره‌های هیجانی مرتبط با اختلال‌های روانی است. به عنوان مثال خانزاده و همکاران (۳۰) بیان کردند که بین اضطراب و افسردگی با تأییدطلبی بیشتر از دیگران، کنترل کمتر بر هیجان‌ها، پذیرش، قابل درک بودن، آگاهی هیجانی و توافق کمتر در مورد مشابه بودن هیجان‌های خود با دیگران، احساس گناه، نشخوار ذهنی، سرزنش بیشتر خود، دیدگاه ساده‌انگارانه در مورد هیجان‌ها و نیز ارتباط دادن کمتر هیجان‌های خود با ارزش‌های والاتر ارتباط معناداری دارد. تمامی این نتایج همسو با پژوهش‌های قبلی (۳۷ و ۳۸) است.

نتیجه‌گیری

هرچه باورهای منفی نسبت به هیجان‌ها (طرحواره‌های هیجانی) بیشتر فعال شوند، بروز مشکلات در نظم‌جویی

REFERENCES

1. Daley AC, Marlatt GA, Lewinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG. Substance Abuse (A Comprehensive Textbook). 4th edit. Boston: Williams & Wilkin, 2005.
2. Termorshuizen F, Krol A, Prins M, Gekus R, van den Brink W, Van Ameijden E. Prediction of relapse to frequent heroin use and the role of methadone prescription: an analysis of the Amsterdam Cohort Study among drug users. Drug alcohol dependence, 2005. 79 (2), 231-240.
3. Rostami R, Hazratbadi M, Mohammadi F. Study of Pilot Diagnosis of APS, MAC-R, AAS. Psychol Res. 2007; 10(1-2): 11-28. (Full text in Persian)
4. McKay J, Franklin T, Patapis N, Lynch K. Conceptual, methodological, and analytical issues in the study of relapse. Clin Psychol Rev. 2006; 26(2), 109-127.
5. Porshahbaz A, Shamlo S, Jazayeri AR, Ghazi tabatabaai M. The structural relationship between risk and protective factors for drug use in adolescent psychiatric. J Soc Welfare Q. 2004; 19 (5), 49-54. (Full text in Persian)
6. Parker JD, Taylor RN, Eastabrook JM, Schell SL, Wood LM. Problem Gambling In Adolescence: Relationships with Internet Misuse, Gaming Abuse and Emotional Intelligence. Pers Individ Dif. 2008; 45: 174-180.
7. Abolghasemi A, Allah gholi lo K, Narimani M, Zahed A. Emotion regulation strategies in substance abuse consumers with high reactivity and low. Guilan Univ Med Sci. 2010; 20 (77). (Full text in Persian)
8. Thompson RA. Emotional regulation: A theme in search for definition. In N. A. Fox. Emotion Regulation: Behavioral and Biological Consideration. Monogr Soc Res child Dev. 1994; 59 (3), 25-52.
9. Cicchetti D, Ackerman BP, Izard CE. Emotions and Emotion regulation in developmental psychopathology. Dev Psychopathol. 1995; 7 (1), 1-10.

10. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2010; 30 (2), 217-37.
11. Gross JJ. Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiol.* 2002; 39 (3): 281-91.
12. Gross JJ. Emotion regulation: Past, present, future. *Cogn Emot.* 1999; 13 (5):551-73.
13. Germann F, Van-Der-Linden M, d'Acremont M, Zermatten A. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ): Confirmatory Factor Analysis and Psychometric Properties of the French Translation. *Eur J Psychol Assess.* 2006; 22 (2):126-31.
14. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life events. *J Youth Adolesc.* 2003; 10 (32):401-8.
15. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Pers Psychol Sci.* 2008; (3): 400-24.
16. Mashhadi A, Midoraghi F, Hasani J. [The role of cognitive emotion regulation strategies in internalizing disorders of children (Persian)]. *J Clin Psychol.* 2011; 3 (3): 29-39.
17. Garnefski N, Teerds J, Kraaij V, Legerstee J, Kommer T. Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. *Pers Individ Dif.* 2003; 25: 603-11.
18. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol.* 2003; 85 (2): 348-62.
19. Rottenberg J, Gross JJ. When emotion goes wrong: realizing the promise of affective science. *Clin Psychol Sci Pract.* 2007; 10 (2): 227-32.
20. Williams LE, Bargh JA. The nonconscious regulation of emotion. In: Gross JJ, Editor. *Handbook of emotion regulation.* New York: Guilford Press; 2007. p. 429-45.
21. Kraaij V, van EA, Garnefski N, Schroevers MJ, Lo-Fo-Wong D, van EP, et al. Effects of a cognitive behavioral self-help program and a computerized structured writing intervention on depressed mood for HIV-infected people: a pilot randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 2010; 80(2): 200-4.
22. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotion problems. *Pers Individ Dif.* 2001; 30: 1311-27.
23. Hasani J. [The assessment of reliability and validity of the short form of cognitive emotion regulation questionnaire (Persian)]. *Behav Sci Res.* 2011; 9 (4): 229-40.
24. Trinidad DR, Johnson CA. The Association between Emotional Intelligence and Early Adolescent Tobacco and Alcohol Use. *Pers Individ Dif.* 2002; 32(1) 95-105.
25. Trinidad DR, Unger Jb, Chou CO, Johnson A. The Protective Association of Emotional Intelligence with Psychosocial Smoking Risk Factors for Adolescent. *Pers Individ Dif.* 2004; 36, 945-954.
26. Janaabadi H. Emotional self-awareness and impulse control Rrsy relationship of emotional intelligence components addiction talented high school students. *J Educ Psychol.* 2008; (9), 1-12. (Full text in Persian)
27. Leahy RL. Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. In D. Sookman, & R. L. Leahy (Ed.), *Treatment resistant anxiety disorders.* (pp. 135-160). New York: Routledge. 2010.
28. Leahy RL. Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cogn Behav Pract.* 2007; 14, 36-45
29. Leahy RL. *Emotion regulation in cbt: An emotional schema therapy approach.* 2012.
30. Khanzade M, Edrisi F, mohamadkhani SH, Saidian M. [Scale factor structure and psychometric characteristics on students' emotional schemas. *J Psychol Stud.* In press.
31. Tice DM, Bratslavsky E, Baumeister RF. Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: If you feel bad, do it!. *J Pers Soc Psychol.* 2001; 80, 53-67.

-
32. Fox HC, Axelrod SR, Paliwal P, Sleeper J, Sinha R. Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug Alcohol Dependence*. 2007; 89, 298-301.
 33. Garnefski N, Kraaij V, van Etten M. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and internalizing and externalizing psychopathology. *J Adolesc*, 2005; 28, 619-31.
 34. Garnefski N, Koopman H, Kraaij V, ten Cate R. Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *J Adolesc*. 2009; 32, 449-54.
 35. Martin R, Dahlen ER. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Pers Individ Dif*. 2005; 39: 1249-60.
 36. Hashemi Z, Mahmood alilo M, Hashemi T. [Efficacy of cognitive therapy in major depressive disorder: a case report. *J Clin Psychol*. 2009; 2(3), 58-85. (Full text in Persian)
 37. Leahy RL, Napolitano LA, Tirch D. *Emotion Regulation in Psychotherapy: A Practitioner's Guide*, New York: Guilford press. 2011

Original Article

The Assessment Of Cognitive Emotion Regulation Strategies And Emotional Schemas In Men With Substance Abuse, Abstinent And Normal Individuals

Ali Ghaednia Jahromi¹, Jafar Hasani^{2*}, Shiva Farmani Shahreza³, Farshad Zarei⁴

1. Ph.D. Student of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
2. Associated Professor of Psychology, Clinical Psychology Department, Kharazmi University, Tehran, Iran.
3. Master of Family Counseling, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
4. Master of Rehabilitation Counseling, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

* **Corresponding Author:** Jafar Hasani; Clinical Psychology Department, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Email: hasanimehr57@khu.ac.ir

Received: 19 June 2016

Accepted: 25 July 2016

Published: 30 September 2016

How to cite this article:

Ghaednia Jahromi A, Hasani J, Farmani Shahreza S, Zarei F. The Assessment Of Cognitive Emotion Regulation Strategies And Emotional Schemas In Men With Substance Abuse, Abstinent And Normal Individuals. *Community Health* 2016; 3(4):307-18.

Abstract

Background and Objective: Substance abuse is a chronic recurring disorder who needs to manage therapy over time. The goal of current study was to assess the cognitive emotion regulation strategies and emotional schemas in men with substance abuse, abstinent and normal individuals.

Materials and Methods: In the form of a causal-comparative design, using available sampling method 30 men with substance abuse, 30 abstinent and 30 normal individuals were selected and after matching on the base of age, education and the substance they used were assessed via cognitive emotion regulation questionnaire and emotional schemas questionnaire. Multivariate analysis of variance was used to compare the three groups.

Results: In self-blame ($P=0.0004$) and catastrophizing ($P=0.0008$) maladaptive cognitive emotion regulation strategies, the scores of individuals with substance abuse were higher than abstinent and normal individuals and in rumination ($P=0.0007$) individuals with substance abuse and abstinent obtained higher score in comparison with normal individuals. In refocusing on planning ($P=0.0005$) and positive reappraisal ($P=0.00$) adaptive strategies, normal individuals and abstinent in comparison with individuals with substance abuse obtained higher scores. In mental rumination ($P=0.0008$), blame ($P=0.0008$) and simplistic view of emotions ($P=0.0009$) individuals with substance abuse, abstinent had higher scores in comparison with normal individuals. In guilt ($P=0.008$) and uncontrolled ($P=0.006$) emotional schemas, individuals with substance abuse in comparison with normal individuals obtained higher scores.

Conclusion: No effective emotional schemas and emotion regulation strategies can play a key role in substance abuse initiation, maintenance and relapse.

Keywords: Emotion, Cognitive emotion regulation, Emotional schemas, Substance abuse