

Research
Article

Evaluating the Diagnostic Role of Mentalization and Cognitive Emotion Regulation Strategies in Individuals with Substance Use Disorder, Smokers and Normal Individuals

Saeed Pirhadi¹, Jafar Hasani²

Received: 2024/11/10

Accepted: 2025/07/15

Abstract

Objective: This study investigated the diagnostic role of cognitive emotion regulation strategies and mentalizing ability in individuals with substance use disorder, smokers, and normal individuals. **Method:** This was a causal-comparative study in which a total of 246 individuals—82 in each of the three groups—were selected through convenience sampling with an age range of 20 to 60, in accordance with inclusion and exclusion criteria. Data were collected using the cognitive emotion regulation questionnaire-short form and the reflective functioning questionnaire. The data were analyzed using discriminant function analysis. **Results:** The results of the discriminant function, with the two variables of mentalization and cognitive emotion regulation strategies, were able to correctly classify and group 74.4% of individuals with substance use disorder, 48.8% of smokers, and 80.5% of normal individuals. Accordingly, 67.9% of all participants were correctly classified. **Conclusion:** The results demonstrate the role of how individuals utilize cognitive emotion regulation strategies and their level of mentalization ability as diagnostic variables in substance use disorder, and it is necessary to consider these factors in the planning of prevention and treatment for substance use disorder.

Keywords: Mentalization, Cognitive emotion regulation strategies, Substance use disorders

1. MA, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran. Iran.

2. Corresponding Author: Professor, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran. Iran. Email:hasanimehr57@khu.ac.ir

بررسی نقش تشخیصی ذهنی سازی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد، افراد سیگاری و افراد بهنجار

سعید پیرهادی^۱، جعفر حسینی^۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۸/۲۰

چکیده

هدف: این پژوهش به بررسی نقش تشخیصی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و توانایی ذهنی سازی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد، افراد سیگاری و افراد بهنجار پرداخت. **روش:** این پژوهش علی-مقایسه‌ای بود که طی آن تعداد ۲۴۶ نفر شامل سه گروه ۸۲ نفره در بازه سنی ۲۰ تا ۶۰ سال به روش نمونه-گیری در دسترس و با رعایت ملاک‌های ورود و خروج برگزیده شدند. به منظور گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های فرم کوتاه نظم‌جویی شناختی هیجان، و کارکرد تاملی استفاده گردید. داده‌ها با روش تحلیل تابع تشخیصی ارزیابی شد. **یافته‌ها:** نتایج تابع تشخیصی با دو متغیر ذهنی سازی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان توانست ۷۴/۴ درصد افراد مصرف کننده مواد و ۴۸/۸ درصد افراد سیگاری و ۸۰/۵ درصد افراد بهنجار را به درستی تفکیک و گروه‌بندی نماید. به این ترتیب، ۶۷/۹ درصد از کل شرکت کنندگان درست گروه‌بندی شدند. **نتیجه گیری:** نتایج به دست آمده نقش چگونگی بهره‌گیری از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سطح برخورداری از توانایی ذهنی سازی افراد، به عنوان متغیرهای تشخیصی، را در اختلال مصرف مواد نشان می‌دهد و لازم است در برنامه‌ریزی پیشگیری و درمان اختلال مصرف مواد به این عوامل توجه شود.

کلیدواژه‌ها: ذهنی سازی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، اختلالات مصرف مواد

۱. کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استاد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. پست الکترونیک:

hasanimehr57@khu.ac.ir

مقدمه

اعتیاد به مصرف مواد مخدر، محرک، توهم‌زا، داروهای روان‌گردان و الکل در شمار اعمال و رفتارهای پرخطری است که چالشی پرآسیب در سطوح رفتاری، شناختی، هیجانی و زیستی برای افراد و به صورت گسترده‌تر معضلی بزرگ و پیرامنه برای خانواده، محله، شهر، کشور و در سطح جهانی قلمداد می‌شود (ایگنازوسکی^۱، ۲۰۲۱). در کنار این مواد پرخطر و غیرقانونی، مصرف نیکوتین و سیگار به عنوان ماده‌ای قانونی که در افکار عمومی با خطر کمتری در قیاس با سایر مواد برآورد می‌شود حضور دارد که به مانند سایر کشورها در ایران نیز شیوع بالایی دارد، به گونه‌ای که نیکوتین و سیگار به لحاظ فراوانی مصرف در سطح جهانی پس از الکل در جایگاه دوم مصرف مواد قرار می‌گیرند (راهنمای تشخیصی و آماری برای اختلالات روانی-نسخه پنجم^۲، ۲۰۱۳).

اختلال مصرف مواد^۳ در برابر درمان بسیار مقاوم و عودکننده است و به طور کلی شیوع بالا، مزمن بودن و عودکنندگی از ویژگی‌های بارز اعتیاد است که تعامل عوامل گوناگون روانی، هیجانی و محیطی در ایجاد این ویژگی‌ها دخالت دارند (کایسا^۴ و همکاران، ۲۰۲۱). در میان این عوامل گوناگون، هیجانات اهمیت ویژه‌ای دارند. می‌دانیم که پردازش هیجان در مغز انسان از دو مسیر متفاوت می‌گذرد. یکی به تجربه درونی هیجان می‌پردازد که سیستم پردازش هیجانی نامیده می‌شود و دیگری به تنظیم و بیان هیجان می‌پردازد که سیستم پردازش عقلانی نام دارد. ساختارهای سیستم لیمبیک^۵ یا مغز هیجانی^۶ که مسئول پردازش هیجان‌ها هستند تکامل یافته‌ترند و سرعت پردازش بالایی دارند، ولی توانمندی استدلالی ندارند. در مقابل کورتکس جدید^۷ که سابقه تکاملی کمتری دارد و سیستم عقلانی^۸ مغز را در بر می‌گیرد، در مقایسه با سیستم لیمبیک ارزیابی و تامل درباره هیجانات و تکانه‌ها را با سرعت کمتری پردازش می‌کند (داماسیو^۹، ۲۰۰۳). برخورداری از سلامت روانی در گرو ایجاد یکپارچگی و عمل هماهنگ این دو بخش

1. Ignaszewski
2. diagnostic and statistical manual of mental disorders-5
3. substance use disorder
4. Kabisa

5. limbic system
6. emotional brain
7. new cortex
8. rational brain
9. Damasio

مهم مغز است. به دست آوردن توانایی ایجاد این هماهنگی موجب پاسخی متناسب و هماهنگ در مواجهه با هیجان‌ها در دو سطح جسمی و شناختی می‌گردد که نتیجه آن بیان رفتاری سالم و پالایش شده در پاسخ به هیجان‌هاست. اگر افراد این هماهنگی را کسب نکرده باشند، هیجان‌های خودشان را در سطح جسمی و ناهوشیارانه بروز می‌دهند و نتیجه آن رفتارهای بدون نظارت شناختی سیستم عقلانی مغز و همراه با آشفتگی خواهد بود. به این دلیل، افراد از راهبردهایی بهره می‌برند که به دو دسته راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان تقسیم می‌شود (سپهری، ۱۳۹۹). در واقع، به کارگیری راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان به نوعی توانایی اطلاق می‌شود که پاسخگویی افراد به خواسته‌های محیط پیرامون آنان را در دامنه مطلوبی از عواطف که به لحاظ اجتماعی قابل قبول و به میزان کافی منعطف باشد قرار می‌دهد و نیز امکان جلوگیری از واکنشهای خودکار و ناهوشیار را در مواقع لزوم برای افراد فراهم می‌کند (وندربلیند^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). ازسوی دیگر، استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان در حوزه‌های گوناگون از جمله رفتارهای اعتیادی تاثیرگذار است (لیهر^۲ و همکاران، ۲۰۱۵). شواهد نشان می‌دهد استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان در برابر حوادث روزانه موجب تجربه آشفتگی زیادی می‌شود که می‌تواند منجر به مصرف مواد به منظور کاهش آشفتگی شود (رزاقی، ۱۳۹۹). افراد درگیر حائلهای ناخوشایند هیجانی که از راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان بی‌بهره‌اند تمایل بیشتری به انجام رفتارهای تکانشی دارند. تکانشگری با ناتوانی در بازداری شناختی، ناتوانی در به تاخیر انداختن کامروایی، و نقص در تصمیم‌گیری و بی‌ثباتی هیجانی همراه است. در نتیجه، می‌توان تکانشگری را مفهومی دانست که عاملی مهم در لغزش و تسلیم در برابر وسوسه مصرف مواد محسوب می‌شود (گالیو و دیو^۳، ۲۰۰۸). تجربه هیجانات ناخوشایند و عدم توانایی تنظیم آنها با استفاده از راهبردهای سازگارانه به عنوان یک پیش‌بینی‌کننده رفتارهای اعتیادی و تداوم این رفتارها عمل می‌کند (استیوز^۴ و همکاران، ۲۰۱۷). راهبردهای ناسازگارانه تنظیم

هیجان زمینه بروز و استمرار آسیب های روانی را فراهم می کند که این امر شامل اختلال مصرف مواد نیز می شود (تول^۱ و همکاران، ۲۰۱۶).

عامل مهم دیگر تاثیر گزار در ابتلا و تداوم اختلال مصرف مواد ظرفیت ذهنی سازی^۲ است. این عامل ظرفیتی بنیادی در انسان است که توانمندی ادراک و تفسیر اعمال خود و دیگران را با لحاظ کردن حالت های درون ذهنی زمینه ساز آنها تبیین می کند. ذهنی سازی یا عملکرد بازتابی^۳ می تواند موجب افزایش ظرفیت تفکر و تنظیم هیجان افراد شود. ذهنی سازی یک فاکتور اساسی برای سازمان دهی به ایگو و کسب مهارت های تنظیم هیجان است (فوناگی و آلیسون^۴، ۲۰۱۴). تمرکز ذهنی سازی بر کمک به افراد است تا تجربه های ذهنی خودشان را به سطح هوشیار ذهن بیاورند و خودشان را دارای ماهیتی واحد و یکپارچه در نظر بگیرند (چوی-کاین^۵، ۲۰۲۲). این توانایی شامل یک فرایند ذهنی است که در خلال آن شخص به صورت ضمنی و صریح رفتارهای خود و دیگران را بر مبنای حالت های ذهنی عمدی مثل خواسته، نیاز و دلیل های معنی دار برای رفتارهای ابراز شده تبیین و تفسیر می کند (دیمیتروویچ^۶ و همکاران، ۲۰۱۸). این ظرفیت ذهنی که توانمندی برای درک حالتهای ذهنی خود و دیگران را فراهم می کند، عمدتا در دوران کودکی و به وسیله ارتباطات بین فردی به ویژه رابطه والد-فرزند و طی فرایند ایجاد سبک دلبستگی به دست می آید (سیمونسن^۷ و همکاران، ۲۰۲۲). سبک دلبستگی افراد علاوه بر تاثیر مستقیم در اتخاذ راهبردهای متفاوت تنظیم شناختی هیجان توسط افراد، در ایجاد و رشد متعادل یا نامتعادل ظرفیت ذهنی سازی نیز نقش بسیار مهمی دارد (هالواری^۸ و همکاران، ۲۰۱۹).

همانطور که از مرور ادبیات و سابقه پژوهش های قبلی مشهود است، رابطه قوی بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و ظرفیت ذهنی سازی افراد و تاثیر توانمندی در ابعاد مختلف زندگی مانند بهداشت و سلامت روانی و در نتیجه ادراک بهتر ماهیت و عواقب

1. Tull
2. mentalization
3. reflective functioning
4. Fonagy & Allison

5. Choi-Kain
6. Dimitrijević
7. Simonsen
8. Halvari

رفتارهای پرخطری مانند اعتیاد به مصرف انواع مواد دیده می‌شود. برآیند مطالب مطرح‌شده بیانگر این مطلب است که این دو عامل می‌توانند نقش تشخیصی در تفکیک افراد مبتلا و در معرض ابتلا به اختلال مصرف نیکوتین و مواد از افراد بهنجار داشته باشند. با بررسی وضعیت ذهنی‌سازی و چگونگی کاربرد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان افراد می‌توان افراد در معرض خطر ابتلای به اختلال را از دیگران تشخیص داد و از ابتلایشان پیشگیری نمود. از سوی دیگر، می‌توان با افزایش سطح آگاهی و بینش افراد مبتلا در درمان و پایداری بهبودی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد کوشید. با در نظر گرفتن مطالب فوق اهمیت انجام این پژوهش آشکار می‌شود. در این پژوهش تلاش شده است نقش تشخیصی ذهنی‌سازی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به اختلال مصرف انواع مواد شامل دو گروه سیگاری و گروه مصرف کنندگان انواع روانگردان و افراد بهنجار بررسی شود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر علی-مقیسه‌ای و به روش تحلیل تشخیصی بود. جامعه آماری پژوهش شامل شهروندان شهرستان فردیس بود. در محاسبه حجم نمونه با اندازه‌ی اثر $\alpha = 0/25$ و $\alpha = 0/05$ با بهره‌گیری از نرم‌افزار جی پاور تعداد ۱۳۵ نفر به دست آمد. بدین منظور که نمونه انتخاب شده جامعه واقعی را بهتر معرفی کند و بتوان با اطمینان بیشتری نتایج را تعمیم داد، پس از کنار گذاشتن پاسخ‌نامه‌های ناقص یا غیرقابل قبولی که ملاکهای ورود را تامین نمی‌کردند، حجم نمونه ۲۴۶ نفر شامل ۸۲ نفر گروه مصرف‌کننده مواد، ۸۲ نفر گروه سیگاری و ۸۲ نفر گروه بهنجار در نظر گرفته شد. زمان اجرای پژوهش بهار ۱۴۰۳ بود. تایید ابتلای بیماران به اختلال مصرف مواد و داشتن شرایط شرکت در پژوهش توسط کارشناسان مراکز ترک اعتیادی که افراد مصرف‌کننده تحت درمان در آن مراکز بستری بودند شامل یک نفر پزشک و یک نفر روانشناس بالینی انجام گردید. دو گروه دیگر به شکل مصاحبه حضوری افراد با پژوهشگر و به صورت غیر تصادفی در دسترس انتخاب شدند. ملاک ورود افراد شامل رضایت آگاهانه ورود به پژوهش، داشتن سواد خواندن و

نوشتن، عدم مصرف داروهای روانپزشکی در زمان پاسخگویی به پرسش‌نامه، داشتن سن ۲۰ تا ۶۰ سال بود. ملاک خروج افراد شامل نداشتن همکاری لازم و مناسب بود. پس از اجرا و جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها، داده‌ها توسط نرم افزار-اس پی اس اس ۲۶ تجزیه و تحلیل شد.

ابزار

۱- پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان^۲: این پرسش‌نامه ابزاری خودگزارشی است که توسط گارنفسکی^۳ و همکاران (۲۰۰۱) تهیه گردیده و نه خرده مقیاس شامل راهبردهای تنظیم هیجان سازگارانه یا ناسازگارانه که افراد در جمعیت‌های بالینی و غیربالینی هنگام قرارگرفتن در معرض تجربه حوادث یا موقعیت‌های منفی استفاده می‌کنند را در بر می‌گیرد. این مقیاس شامل ۳۶ سؤال است که هر سؤال در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از (۱ هرگز) تا (۵ همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌های بالا در هر یک از خرده‌مقیاسها نشانه استفاده بیشتر شخص از آن راهبرد برای مقابله با وقایع و تجارب منفی است. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان شامل راهبردهای ناسازگارانه (نشخوار فکری^۴، تلقی فاجعه‌آمیز^۵، سرزنش خود^۶ و سرزنش دیگران^۷) و راهبردهای سازگارانه (ارزیابی مثبت مجدد^۸، تمرکز مجدد مثبت^۹، پذیرش^{۱۰}، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی^{۱۱} و کم‌اهمیت‌شماری^{۱۲}) را در بر می‌گیرد. گارنفسکی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده‌مقیاسهای این پرسش‌نامه از ۰/۶۲ تا ۰/۸۰ گزارش کردند. فرم کوتاه این پرسش‌نامه یک نسخه ۱۸ گویه‌ای است که هر خرده‌مقیاس را با ۲ گویه می‌سنجد (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). نسخه فارسی فرم کوتاه این پرسش‌نامه که در این پژوهش استفاده شده در ایران توسط حسینی (۱۳۹۰) اعتبارسنجی شده است. نسخه فارسی این پرسش‌نامه نیز شامل هیجده گویه است و برای سنجش هر کدام از خرده‌مقیاس‌ها دو

1. SPSS-26
2. cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ)
3. Garnefski
4. rumination
5. catastrophizing
6. self-blame

7. other-blame
8. positive reappraisal
9. positive refocusing
10. acceptance
11. refocus on planning
12. putting into perspective

گویه در نظر گرفته شده است. پاسخگویی بر پایه مقیاس درجه بندی لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) انجام می‌شود. برای به دست آوردن نمره هر خرده‌مقیاس، مجموع نمرات دو گویه که عددی از ۲ تا ۱۰ خواهد بود، محاسبه می‌شود. نمرات بالاتر در این خرده مقیاس‌ها نشانگر استفاده بیشتر فرد از آن راهبردهای شناختی به منظور تنظیم هیجان‌هاست. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس بررسی شده و نتایج تحلیل عوامل اصلی از الگوی نه عاملی پرسش‌نامه حمایت و ۷۴٪ از تغییرات را تبیین نموده است و با ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ برای عوامل مختلف گزارش شده که پایایی ابزار را تایید می‌کند. روایی این مقیاس نیز مطلوب گزارش شده است (حسنی، ۱۳۹۰).

۲- پرسش‌نامه ذهنی‌سازی^۱: این پرسش‌نامه ابزاری خود توصیفی جهت سنجیدن ظرفیت ذهنی‌سازی است که توسط فوناگی و همکاران (۲۰۱۶) طی یک پژوهش سه مرحله‌ای ایجاد شده است و به ابزاری مناسب برای ارزیابی ظرفیت ذهنی در بزرگسالان تبدیل گردیده است. این ابزار امکان شناسایی دو بعد ارزیابی ذهنی اطمینان (یعنی اطمینان در مورد حالات ذهنی خود و دیگران) و عدم اطمینان (یعنی عدم اطمینان در مورد حالات ذهنی خود و دیگران) را فراهم می‌کند که منعکس‌کننده دو اختلال در عملکرد بازتابی است که در بسیاری از اختلالات روانی شایع است. بعد اطمینان یا هایپرمنتالیزیشن نشان‌دهنده ذهنی‌سازی بیش از حد و به عبارتی فراذهنی است که تمایل به ایجاد مدل‌های بیش از حد دقیق و قابل اعتماد از ذهن خود را دارد که بسیار فراتر از شواهد موجود است. در مقابل، بعد عدم اطمینان یا هیپومتالیزیشن تفکر عینی را منعکس می‌کند که با غیبت یا عدم تمایل به ایجاد مدل‌های ظریف و پیچیده‌تر از ذهن دیگران و یا خود مشخص می‌شود. این پرسش‌نامه بر روی جمعیت بالینی و نیز جمعیت غیربالینی بزرگسال هیجده سال و بالاتر قابل اجراست. روش نمره‌گذاری این پرسش‌نامه ۲۶ گویه‌ای به این شکل است که در آغاز برای عامل اطمینان پرسش‌ها مستقیماً در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) نمره‌دهی می‌شود. برای عامل عدم اطمینان نیز همان

گویه‌ها به شکل برعکس نمره‌دهی می‌گردد. سنجش این مقیاس به این شکل است که میانگین نتایج به دست آمده گروه‌ها هر چقدر به عدد ۵۶ نزدیکتر باشد مطلوب‌تر است و انحراف به هر سمت چه بالاتر یا پایین‌تر از این عدد نشان از عدم تعادل است. به این معنی که نمرات بالا در عامل اطمینان نشانگر افراط در ذهنی‌سازی و توجه بیش از حد فرد به انتزاعیات و محتوای ذهنی خود و دیگران و عدم توجه به واقعیات است. از سوی دیگر، نمرات پایین عامل عدم اطمینان نشانه تفکر عینی افراطی فرد است. فوناگی و همکاران (۲۰۱۶) ثبات درونی برای عوامل اطمینان را ۰/۶۳ و برای عدم اطمینان ۰/۶۷ گزارش نمودند. برای اعتبارسنجی با روش آزمون-بازآزمون با فاصله سه هفته، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ برای عامل عدم اطمینان و ۰/۷۵ برای عامل اطمینان گزارش شده است. در ایران، این پرسش‌نامه با نام پرسش‌نامه کارکرد تاملی و توسط دروگر و همکاران (۱۳۹۹) اعتباریابی و پایایی سنجی شده است. در بررسی مواد پرسش‌نامه مشخص شد که ۱۲ تا از سئوالات با نمره کل آزمون ضریب همبستگی ضعیفی دارد. این پرسش‌ها از پرسش‌نامه حذف شد و تعداد پرسش‌ها به ۱۴ ماده کاهش یافت. تحلیل عاملی تاییدی حاکی است که الگوی دو عاملی مقیاس از برازش مطلوبی برخوردار است. آلفای کرونباخ در عامل اطمینان ۰/۸۸ و در عامل عدم اطمینان ۰/۶۶ و برای کل مقیاس ۰/۸۵ گزارش شده است که پایایی قابل قبولی برای استفاده از مقیاس در جامعه ایرانی محسوب می‌شود. رابطه عامل اطمینان با سبک دوسوگرا و دلبستگی ایمن و اضطراب-افسردگی معنی‌دار بود که نشانه اعتبار همگرایی این عامل است و رابطه‌ی عامل عدم اطمینان با اضطراب-افسردگی، ذهن‌آگاهی و سبک دلبستگی دوری‌گزین و دوسوگرا معنی‌دار بود که نشانه اعتبار همگرایی است. بین دو عامل اطمینان و عدم اطمینان نیز همبستگی معنی‌دار و منفی وجود داشت. در کل، نسخه ۱۴ سئوالاتی پرسش‌نامه برای استفاده در جمعیت ایرانی پایا و معتبر است (دروگر و همکاران، ۱۳۹۹).

یافته‌ها

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی به تفکیک گروه‌ها

متغیر	گروه	مصرف مواد		سیگاری		بهنجار		آزمون خی
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
جنسیت	مرد	۴۲	۵۱/۲۲	۴۵	۵۴/۸۸	۴۳	۵۲/۴۴	۰/۲۳
	زن	۴۰	۴۸/۷۸	۳۷	۴۵/۱۲	۳۹	۴۷/۵۶	
سن	۲۰ تا ۳۰	۱۹	۲۱/۷	۱۱	۱۳/۴	۱۸	۲۱/۹	۰/۲۰
	۳۱ تا ۴۰	۲۵	۳۴/۸	۲۴	۲۹/۳	۲۰	۲۴/۴	
	۴۱ تا ۵۰	۲۱	۲۶/۱	۲۹	۳۵/۴	۲۶	۳۱/۷	
	۵۱ تا ۶۰	۱۷	۱۷/۴	۱۸	۲۱/۹	۱۸	۲۱/۹	
وضع تاهل	مجرد	۲۴	۲۹/۳	۱۶	۱۹/۵	۲۰	۲۴/۴	۰/۲۳
	متاهل	۴۵	۵۴/۹	۵۳	۶۴/۶	۵۰	۶۱	
	مطلقه	۱۳	۱۵/۹	۱۳	۱۵/۸	۱۲	۱۴/۶	
سطح تحصیلات	زیر سیکل	۱۵	۱۸/۳	۱۲	۱۴/۶	۱۴	۱۷/۱	۰/۲۵
	سیکل	۱۲	۱۴/۶	۱۲	۱۴/۶	۱۳	۱۵/۸	
	دیپلم	۱۹	۲۳/۲	۲۱	۲۵/۶	۲۰	۲۴/۴	
	فوق دیپلم	۱۵	۱۸/۳	۱۲	۱۴/۶	۹	۱۱	
	کارشناسی	۱۲	۱۴/۶	۱۷	۲۰/۷	۱۷	۲۰/۷	
	ارشد	۹	۱۱	۸	۹/۷	۹	۱۱	

بررسی هم‌تا بودن گروه‌ها نشان داد که با وجود تفاوت‌ها در متغیرهای جنسیتی، سن، وضعیت تاهل و میزان تحصیلات و بر اساس آزمون خی دو، در هیچ‌کدام از متغیرها تفاوت معنی‌داری از لحاظ عدم همگنی مشاهده نشد (جدول ۱).

جدول ۲: اطلاعات توصیفی متغیرها به تفکیک گروه‌ها

متغیرها		مصرف مواد		سیگاری		بهنجار	
		انحراف میانگین	انحراف استاندارد	انحراف میانگین	انحراف استاندارد	انحراف میانگین	انحراف استاندارد
راهبردهای سازگارانه	پذیرش	۶/۲۵	۲/۳۰	۵/۷۹	۲/۳۵	۵/۳۰	۲/۰۴
	تمرکز مجدد مثبت	۵/۰۸	۲/۰۱	۵/۰۷	۲/۲۵	۷/۰۴	۱/۵۱
	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۵/۲۳	۱/۸۱	۶/۲۸	۲/۲۰	۷/۵۸	۱/۷۶
هیجان	ارزیابی مجدد مثبت	۵/۰۸	۱/۹۴	۶/۱۸	۲/۳۰	۷/۸۰	۱/۷۸
	دیدگاه‌گیری	۵/۶۲	۱/۹۹	۶/۰۵	۲/۰۲	۷/۳۶	۱/۷۴
	ملامت خویش	۶/۸۳	۲/۳۲	۵/۵۸	۱/۷۳	۵/۲۰	۱/۸۱
ناسازگارانه	نشخوار‌گری	۷/۱۰	۱/۸۳	۵/۹۱	۱/۷۱	۴/۸۶	۱/۷۸
	فاجعه‌سازی	۶/۱۴	۲/۲۱	۵/۸۳	۲/۰۰	۴/۲۴	۱/۴۶
	ملامت دیگران	۶/۴۶	۱/۹۳	۵/۶۹	۲/۰۵	۴/۴۵	۱/۴۳
ذهنی‌سازی	اطمینان	۲/۶۲	۸/۰۵	۳/۹۱	۸/۸۳	۳۴/۸۴	۸/۶۹
	عدم اطمینان	۱/۶۵	۵/۴۷	۲/۵۶	۵/۷۲	۱۲/۱۱	۴/۳۵

بر اساس نتایج جدول ۲، نتایج نشان داد که میانگین نمره راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان در گروه مصرف‌کننده مواد نسبت به سیگاری و افراد بهنجار بیشتر بود، در حالی که میانگین نمره راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان در افراد بهنجار و سیگاری بیشتر از افراد مصرف‌کننده مواد بود. علاوه بر این، در مولفه‌های اطمینان و عدم اطمینان ذهنی‌سازی هم بین سه گروه تفاوت وجود داشت.

جدول ۳: مقایسه سه گروه مصرف‌کننده مواد، سیگاری و بهنجار با استفاده از تحلیل واریانس در متغیرهای پژوهش

متغیرها	F	آماره لوین (سطح معنی داری)	مجذور اتا
راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان	پذیرش	۳/۷۲	۰/۲۸
	تمرکز مجدد مثبت	۲۳/۶۳	۰/۳۸
	تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	۳۰/۴۸	۰/۲۰
	ارزیابی مجدد مثبت	۳۷/۶۲	۰/۲۴
راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان	دیدگاه‌گیری	۱۸/۲۵	۰/۵۸
	ملامت خویش	۱۵/۱۵	۰/۳۵
	نشخوارگری	۱۰۲/۲۲	۰/۴۳
	فاجعه‌سازی	۲۳/۱۳	۰/۱۳
ذهنی‌سازی	ملامت دیگران	۲۴/۹۹	۰/۱۱
	اطمینان	۱۴/۷۲	۰/۲۹
	عدم اطمینان	۱۸/۸۲	۰/۷۸

طبق نتایج تک متغیره در مقایسه متغیرها بین سه گروه، مفروضه همگنی واریانسها در تمام متغیرها رعایت شد. علاوه براین، در خیلی از متغیرها بین سه گروه اختلاف معنی‌دار وجود داشت ($p < 0/001$). بر این اساس، همه متغیرها می‌توانند جزئی از تابع تشخیصی باشند. پیش از پرداختن به نتایج آزمون تشخیص، مفروضه یکسانی ماتریس کوواریانس گروه‌ها ارزیابی شد. برای این منظور از آماره ام‌باکس استفاده شد. نتایج آزمون ($p = 0/13, F = 1/09$) حاکی از برقراری این مفروضه بود. در بررسی بیشتر به دنبال متغیرهای پیش‌بین با بیشترین ارتباط با تابع تشخیصی مورد نظر از روش گام به گام استفاده شد.

جدول ۴: نتایج تابع تشخیصی به روش گام به گام

مراحل ورود متغیر	متغیر	لامبدای ویلکز مرحله‌ای	سطح معنی داری	لامبدای ویلکز	F
۱	ارزیابی مجدد مثبت	---	۰/۰۰۱*	۰/۷۶	۳۷/۶۲
۲	ارزیابی مجدد مثبت	۰/۷۷	۰/۰۰۱*	۰/۶۲	۳۲/۸۷
	نشخوار گری	۰/۷۶	۰/۰۰۱*		
۳	ارزیابی مجدد مثبت	۰/۷۰	۰/۰۰۱*	۰/۵۶	۲۶/۹۰
	نشخوار گری	۰/۶۶	۰/۰۰۱*		
	عدم اطمینان	۰/۶۲	۰/۰۰۱*		
۴	ارزیابی مجدد مثبت	۰/۶۱	۰/۰۰۱*	۰/۵۲	۲۳/۳۷
	نشخوار گری	۰/۶۰	۰/۰۰۱*		
	عدم اطمینان	۰/۵۷	۰/۰۰۱*		
	تمرکز مجدد مثبت	۰/۵۶	۰/۰۰۱*		
۵	ارزیابی مجدد مثبت	۰/۵۵	۰/۰۰۱*	۰/۴۸	۲۱/۰۱
	نشخوار گری	۰/۵۴	۰/۰۰۱*		
	عدم اطمینان	۰/۵۳	۰/۰۰۱*		
	تمرکز مجدد مثبت	۰/۵۲	۰/۰۰۱*		
	ملاکت دیگران	۰/۵۲	۰/۰۰۱*		
۶	ارزیابی مجدد مثبت	۰/۵۰	۰/۰۰۱*	۰/۴۶	۱۸/۶۷
	نشخوار گری	۰/۵۱	۰/۰۰۱*		
	عدم اطمینان	۰/۵۱	۰/۰۰۱*		
	تمرکز مجدد مثبت	۰/۴۹	۰/۰۰۱*		
	ملاکت دیگران	۰/۵۰	۰/۰۰۱*		
	دیدگاه گیری	۰/۴۸	۰/۰۰۱*		
۷	ارزیابی مجدد مثبت	۰/۴۸	۰/۰۰۱*	۰/۴۵	۱۸/۸۱
	نشخوار گری	۰/۴۸	۰/۰۰۱*		
	عدم اطمینان	۰/۵۰	۰/۰۰۱*		
	تمرکز مجدد مثبت	۰/۴۷	۰/۰۰۱*		
	ملاکت دیگران	۰/۴۸	۰/۰۰۱*		
	دیدگاه گیری	۰/۴۷	۰/۰۰۱*		
	ملاکت خود	۰/۴۶	۰/۰۰۱*		

* $p \leq 0/001$.

جدول ۴ متغیرهایی که سهم معناداری در تابع تشخیص به روش گام به گام داشتند را به ترتیب اهمیت نشان می‌دهد. متغیرهای ارزیابی مجدد مثبت، نشخوارگری، ملامت دیگران، دیدگاه‌گیری، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، فاجعه‌سازی، پذیرش و اطمینان بیشترین میزان تأثیر را در این تابع تشخیص داشتند که منجر به تفکیک گروه‌ها شد. متغیرهای تمرکز مجدد مثبت، عدم اطمینان و ملامت خود نیز کمترین اهمیت را در تابع تشخیصی برای تفکیک گروه‌ها داشتند.

جدول ۵: نتایج ارزیابی ارزش ویژه و همبستگی کانونی تابع‌های تشخیصی

تابع تشخیصی	مقادیر ویژه	همبستگی کانونی	واریانس تبیین شده	لامبدای ویلکز	شاخص خی دو	درجه آزادی	سطح معنی داری
۱	۱/۰۶	۰/۷۲	۹۲/۲	۰/۴۵	۱۹۳/۵۱	۱۴	۰/۰۰۱**
۲	۰/۰۹	۰/۲۹	۷/۸	۰/۹۲	۲۰/۴۶	۶	۰/۰۰۲*

* $p < 0.01$. ** $p \leq 0.001$.

در جدول ۵ مقادیر ویژه نشان دهنده قدرت تبیین کنندگی هر تابع توسط متغیرها بود. در تابع تشخیص ۱، میزان واریانس تبیین شده ۹۲/۲ درصد بود که نشان از قدرت تشخیصی مناسب این تابع بر اساس متغیرهای پیش‌بین خود بود. همبستگی کانونی نیز ۰/۷۲ بود که قدرت ارتباطی مناسب بین متغیرهای این تابع تشخیصی را نشان داد. در تابع تشخیصی ۲ نیز اگرچه میزان همبستگی کانونی از تابع ۱ کمتر بود و واریانس تبیین کنندگی ۷/۸ درصدی را نشان داد، ولی این تبیین کنندگی ($p = 0.002$, $\lambda = 0.88$) = لامبدای ویلکز) در سطح ۰/۰۱ معنی دار بود. ضرایب همبستگی متغیرهای پیش‌بین وارد شده به مدل و تابع تشخیصی در جدول ۶ ارائه گردیده‌اند.

جدول ۶: نتایج ضرایب ماتریس ساختاری

ضرایب ساختاری		متغیر تشخیصی
تابع ۱	تابع ۲	
-۰/۵۴*	۰/۱۴	ارزیابی مجدد مثبت
۰/۵۳*	۰/۱۳	نشخوار گری
۰/۴۴*	-۰/۱۴	ملاطمت دیگران
-۰/۳۶*	۰/۳۲	دیدگاه گیری
-۰/۳۴*	۰/۲۱	تمرکز مجدد بر برنامه ریزی
۰/۳۰*	۰/۰۲	فاجعه سازی
۰/۲۸*	۰/۰۷	پذیرش
-۰/۲۵*	-۰/۱۵	اطمینان
-۰/۳۸	۰/۷۰*	تمرکز مجدد مثبت
۰/۳۴	۰/۶۰*	عدم اطمینان
۰/۳۲	۰/۳۹*	ملاطمت خود

* ارتباط بیشتر هر متغیر تشخیصی برای توابع ۱ و ۲

نتیجه نهایی تحلیل تشخیصی برای تفکیک گروه‌های سه گانه در جدول ۷ ارائه گردید. جدول ۷: فراوانی و درصد طبقه‌بندی واقعی با طبقه‌بندی پیش‌بینی شده با استفاده از توابع تشخیصی

گروه‌بندی پیش‌بینی شده بر اساس توابع تشخیصی			
مصرف کننده مواد	سیگاری	افراد بهنجار	کل
گروه‌بندی مصرف کننده مواد ۶۱ (۷۴/۴ درصد)	۱۸ (۲۲ درصد)	۳ (۳/۷ درصد)	۸۲
واقعی سیگاری ۲۲ (۲۶/۸ درصد)	۴۰ (۴۸/۸ درصد)	۲۰ (۲۴/۴ درصد)	۸۲
افراد بهنجار ۲ (۲/۴ درصد)	۱۴ (۱۷/۱ درصد)	۶۶ (۸۰/۵ درصد)	۸۲

بر اساس نتایج جدول ۷، قدرت پیش‌بینی صحیح تابع تشخیصی بر اساس متغیرهای مطالعه برای افراد مصرف کننده مواد ۷۴/۴ درصد، برای سیگاری ۴۸/۸ درصد و برای افراد بهنجار ۸۰/۵ درصد بود. به این ترتیب، ۶۷/۹ درصد از کل شرکت کنندگان درست گروه‌بندی شدند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی نقش تشخیصی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و توانایی ذهنی‌سازی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد، افراد سیگاری و افراد بهنجار بود. نتایج پژوهش نشان داد که مصرف‌کنندگان مواد و افراد سیگاری به ترتیب کمبودهایی در استفاده از راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان در قریب به اتفاق زیرمقیاس‌های پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان نشان دادند. تحلیل داده‌ها نشان داد که چگونگی بهره‌گیری از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد مصرف‌کننده مواد و افراد سیگاری تفاوت معنی‌داری داشت. همچنین، این مهارت‌ها در هر دو این گروه‌ها در مقایسه با گروه بهنجار نیز تفاوت معنی‌داری را نشان داد. می‌توان گفت که افراد گروه مصرف‌کننده از راهبردهای ناسازگارانه بیشتری نسبت به گروه سیگاری برای تنظیم هیجان خود بهره می‌برند. در مقابل، افراد بهنجار در موقعیت‌های هیجانی در مقایسه با گروه مصرف‌کننده مواد و گروه سیگاری از راهبردهای سازگارانه‌تری استفاده می‌کنند. با توجه به نتایج، میانگین تمامی راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان در گروه مصرف‌مواد نسبت به افراد گروه سیگاری و افراد بهنجار بیشتر است، در حالی که میانگین راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان، به استثنای عامل پذیرش، در افراد بهنجار و سیگاری بیشتر از افراد مصرف‌کننده مواد بود. بررسی این میانگین‌ها حاکی از این مطلب است که میانگین گروه سیگاری بین دو گروه دیگر قرار گرفته و در مقایسه با گروه مصرف‌کننده مواد نتایج بهتری را کسب نمودند، ولی در مقایسه با گروه بهنجار نتایج ضعیف‌تری را نشان دادند. در نهایت، با توجه به نتایج تحلیل تشخیصی می‌توان گفت تابع تشخیص ۱ که عمدتاً تابعی از ارزیابی مجدد مثبت، نشخوارگری، ملامت دیگران، دیدگاه‌گیری، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، فاجعه‌سازی و پذیرش است، گروه افراد مصرف‌کننده مواد را از دو گروه سیگاری و بهنجار به صورت کاملاً مشخص متمایز ساخت. تابع تشخیص ۲ نیز که عمدتاً تابعی از تمرکز مجدد مثبت و ملامت خود بود و تفاوت بین گروه سیگاری و بهنجار را نشان داد. بر این مبنای، از چگونگی به کار بردن راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

می توان عضویت افراد در هر کدام از گروه های سه گانه مصرف کننده مواد، سیگاری و بهنجار را پیش بینی نمود.

این نتایج همسو با نتایج پژوهش های پیشین که بیانگر همبستگی مثبت بین ناکارآمدی در تنظیم هیجان با رفتارهای اعتیاد آور هستند، بود. بر اساس نتایج پژوهش دی آگوستینو^۱ و همکاران (۲۰۱۷)، یک فرد می تواند احساسات خود را در چندین موقعیت تنظیم کند: در موقعیت های رویکردی و یا اجتنابی، نحوه تفکر در مورد تجربه و نحوه بیان احساسات خود. به علاوه، برخی از اشکال تنظیم هیجان مانند ارزیابی مجدد شناختی، ذهن آگاهی و پذیرش با رفاه بیشتر مرتبط هستند، در حالی که راهبردهای دیگر مانند سرکوب، با پیامدهای روانشناختی ضعیف تر مرتبط هستند. در این رابطه، لینهان^۲ (۱۹۹۳) معتقد است زمانی که فردی یک هیجان شدید را تجربه می کند برانگیختگی ناشی از آن ممکن است به یک خروجی نیاز داشته باشد، به ویژه اگر فرد برای کاهش شدت هیجان تلاش کند. در نتیجه، برخی افراد ممکن است استفاده از مواد را برای تنظیم احساسات منفی انتخاب کنند. در پژوهشی که توسط استلرن^۳ و همکاران (۲۰۲۳) انجام شد مشخص شد که افراد دارای اختلال مصرف مواد به طور قابل توجهی نمرات بالاتری در نمره کل و زیرمقیاس های مقیاس دشواری در تنظیم هیجان نسبت به افراد بدون اختلال مصرف مواد داشتند. نتایج پژوهش استلرن و همکاران به علاوه حاکی از این بود که هدف قرار دادن نقایص خاص راهبردهای تنظیم هیجان در درمان افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد ممکن است مفید باشد. این اقدام از طریق ارائه مهارت هایی بود که به افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد اجازه می دهد تا خود را از اقدام تکانشی بر روی هیجان ها باز بدارند. بنابراین، بدتنظمی هیجان ها در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد رایج است و رفع آن می تواند یک هدف مناسب برای درمان باشد. شواهدی وجود دارد که مداخلات رفتار درمانی دیالکتیکی^۴ که بر تنظیم سازگاران هیجان ها تاکید دارد را می توان برای بهبود تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد استفاده کرد. کاوچیولی^۵ و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند که پس

1. D'Agostino
2. Linehan
3. Stellern

4. dialectical behavior therapy (DBT)
5. Cavicchioli

از سه ماه آموزش مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیکی به افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد، نمرات آنها به طور قابل توجهی در مقیاس دشواری در تنظیم هیجان کاهش یافت. علاوه بر این، افرادی که نمرات کلی مقیاس دشواری در تنظیم هیجان کمتری داشتند، روزهای متوالی پرهیز بیشتری داشتند.

همچنین، یافته‌های این مطالعه نشان‌دهنده مشکلات عدم تعادل در ظرفیت ذهنی‌سازی در میان گروه مصرف‌کننده و گروه سیگاری در مقایسه با گروه بهنجار بود. نتایج نشان داد که گروه مصرف‌کننده مواد، گروه سیگاری، و گروه بهنجار در عامل عدم اطمینان و نبود تعادل در توانایی ذهنی‌سازی به ترتیب نمرات کمتری به دست آوردند. بنابراین، این تفاوت‌ها بیانگر قدرت تمایز سنجش توانایی ذهنی‌سازی برای تفکیک سه گروه مورد نظر پژوهش بود.

نتایج پژوهش‌های پیشین همسو با نتایج این پژوهش بود. در حال حاضر به دلیل نقشی که عوامل روانی-اجتماعی مانند روابط بین فردی ممکن است در تغییر اکتساب توانایی ذهنی‌سازی داشته باشند و با پیامدهایی مانند ایجاد اختلالات روانی همراه باشد، این توانایی در مطالعات بسیاری مورد توجه قرار گرفته است. در واقع، در میان افرادی که در معرض محیط‌های اجتماعی ناکارآمد یا رویدادهای آسیب‌زا هستند، به‌ویژه در اوایل دوران کودکی، رشد ظرفیت ذهنی‌سازی ممکن است مهار شود (بورللی^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). در نتیجه، چنین افرادی تفسیری عینی از محرک‌ها مبتنی بر بازنمایی رفتار دیگران بر حسب محتوای قابل مشاهده ارائه می‌کنند. ناتوانی در پردازش مولفه‌های شناختی و عاطفی تجربه اجتماعی می‌تواند منجر به علائم بیرونی مانند تکانشگری، بی‌توجهی، مشکلات بین فردی و بلوغ تحصیلی ضعیف و همچنین مصرف مواد و سایر انواع اعتیاد شود (لویتن و فوناگی^۲، ۲۰۱۸). این یافته‌ها به خوبی با مطالعاتی که اشاره کرده‌اند الگوهای دلبستگی ناایمن که باعث نقص و عدم تعادل در ظرفیت ذهنی‌سازی می‌شود و با مشغله با رفتارهای پرخطر همانند مصرف سیگار و مواد در نوجوانان همراه است، همسو

هستند (موناسیس^۱ و همکاران، ۲۰۱۷). بررسی‌های قبلی شواهدی را برای ارتباط بین دلبستگی ناایمن و انواع اختلالهای مصرف مواد نشان داده است. علاوه بر این، آنها شواهد طولی اولیه را برای دلبستگی ناایمن گزارش کرده‌اند که یک عامل خطر برای مصرف مواد بعدی است (انتراینر^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). مطالعه‌ای دیگر نشان داده است پردازش هیجان جزء اساسی ذهنی‌سازی است. نقص در قابلیت‌های بازنمایی و تعدیل هیجان در بیماران وابسته به مواد آشکار است (انسینک^۳ و همکاران، ۲۰۱۷).

این مطالعه نشان داد که مشکلات تنظیم شناختی هیجان و توانایی ذهنی‌سازی اعتیاد به مواد و سیگار را پیش‌بینی می‌کنند و می‌تواند برای تفکیک گروه‌های درگیر و یا در معرض خطر برای مواد مفید باشد. همچنین، این مطالعه شواهد جدیدی را برای تحقیقات آینده در مورد عوامل خطر و محافظتی درگیر در اعتیاد به مواد و سیگار ارائه می‌دهد. با این حال، این مطالعه بدون محدودیت نیست. در درجه اول، طراحی مقطعی تبیین علت و معلولی از نتایج را محدود می‌کند، برخلاف طرح طولی که ممکن است تصویر واضح‌تری از تأثیر زمانی هر متغیر ارائه دهد. علاوه بر این، این مطالعه بر معیارهای خود گزارش‌دهی تکیه داشت و بنابراین ممکن است در معرض سوگیری‌های شناخته شده (مانند سوگیری به یادآوردن و سوگیری مطلوبیت اجتماعی) قرار گرفته باشد. همچنین، باید در نظر داشت که عوامل نهفته مانند نوع دلبستگی پدیده‌های پیچیده‌ای هستند که نمایش آن‌ها توسط پرسش‌نامه‌های استاندارد دشوار است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی طراحی طولی مدنظر قرار گرفته و معیارهای خود گزارش‌دهی جایگزین شود و با استفاده از تکنیک‌های مکمل برای شناسایی و بررسی سازه‌هایی نظیر دلبستگی به غنی‌سازی نتایج مطالعات آینده کمک گردد.

منابع

حسنی، جعفر (۱۳۹۰). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه پرسش‌نامه نظم‌جویی شناختی هیجان. فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری، ۹(۴)، ۲۴۰-۲۲۹.

1. Monacis
2. Unterrainer

3. Ensink

دروگر، اللهه و فتحی‌آشتیانی، علی (۱۳۹۹). اعتباریابی و پایایی سنجی نسخه فارسی پرسشنامه ذهنی‌سازی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۱۲(۱)، ۱-۱۲.

رزاقی، عیسی؛ صبحی‌قراملکی، ناصر؛ زادیونس، صیاد و عباسعلیلو، سجاد و کیلی (۱۳۹۹). بررسی نقش حمایت اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان در پیشگیری از عود اعتیاد افراد مبتلا به اختلالات مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۵)، ۲۴۵-۲۶۲.

سپهری، مینا و کیانی، قمر (۱۳۹۹). رابطه تنظیم شناختی هیجان و گرایش به اعتیاد: نقش میانجی احساس تنهایی اجتماعی عاطفی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۶)، ۳۱۳-۳۳۸.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Borelli, J. L., Cohen, C., Pettit, C., Normandin, L., Target, M., Fonagy, P., & Ensink, K. (2019). Maternal and child sexual abuse history: An intergenerational exploration of children's adjustment and maternal trauma-reflective functioning. *Frontiers in Psychology*, 10, 1062.
- Cavicchioli, M., Movalli, M., Vassena, G., Ramella, P., Prudenziati, F., & Maffei, C. (2019). The therapeutic role of emotion regulation and coping strategies during a stand-alone DBT Skills training program for alcohol use disorder and concurrent substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 98, 106035.
- Choi-Kain, L. W. (2022). The Expanding Scope of Mentalization-Based Treatments. *American Journal of Psychotherapy*, 75(1), 2-3.
- D'Agostino, A., Covanti, S., Rossi Monti, M., & Starcevic, V. (2017). Reconsidering emotion dysregulation. *Psychiatric Quarterly*, 88(4), 807-825.
- Damasio, A. (2003). *Looking for Spinoza: joy sorrow and the feeling brain*. New York: Harcourt.
- Dimitrijević, A., Hanak, N., Altaras Dimitrijević, A., & Jolić Marjanović, Z. (2018). The Mentalization Scale (MentS): A self-report measure for the assessment of mentalizing capacity. *Journal of Personality Assessment*, 100(3), 268-280.
- Ensink, K., Bégin, M., Normandin, L., Godbout, N., & Fonagy, P. (2017). Mentalization and dissociation in the context of trauma: Implications for child psychopathology. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(1), 11-30.
- Estévez, A. N. A., Jauregui, P., Sánchez-Marcos, I., López-González, H., & Griffiths, M. D. (2017). Attachment and emotion regulation in substance addictions and behavioral addictions. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(4), 534-544.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372-380.
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y. W., Warren, F., Howard, S., ... & Lowyck, B. (2016). Development and validation of a self-report

- measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. *PloS One*, 11(7), e0158678.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327.
- Gullo, M. J., & Dawe, S. (2008). Impulsivity and adolescent substance use: Rashly dismissed as “all-bad”? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32(8), 1507-1518.
- Halvari, A. E. M., Halvari, H., & Deci, E. L. (2019). Dental anxiety, oral health-related quality of life, and general well-being: A self-determination theory perspective. *Journal of Applied Social Psychology*, 49(5), 295-306.
- Ignaszewski, M. J. (2021). The epidemiology of drug abuse. *The Journal of Clinical Pharmacology*, 61(2), S10-S17.
- Kabisa, E. B. (2021).. Determinants and prevalence of relapse among patients with substance use disorders: case of Icyizere Psychotherapeutic Centre. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16(1), 13.
- Leehr, E. J., Krohmer, K., Schag, K., Dresler, T., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2015). Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity-a systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 49, 125-134.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford press.
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2018). The stress–reward–mentalizing model of depression: An integrative developmental cascade approach to child and adolescent depressive disorder based on the Research Domain Criteria (RDoC) approach. *Clinical Psychology Review*, 64, 87-98.
- Monacis, L., de Palo, V., Griffiths, M. D., & Sinatra, M. (2017). Exploring individual differences in online addictions: The role of identity and attachment. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 15(4), 853-868.
- Simonsen, S., Popolo, R., Juul, S., Frandsen, F. W., Sørensen, P., & Dimaggio, G. (2022). Treating avoidant personality disorder with combined individual metacognitive interpersonal therapy and group mentalization-based treatment: a pilot study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 210(3), 163-171.
- Stellern, J., Xiao, K. B., Grennell, E., Sanches, M., Gowin, J. L., & Sloan, M. E. (2023). Emotion regulation in substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 118(1), 30-47.
- Tull, M. T., Gratz, K. L., McDermott, M. J., Bordieri, M. J., Daughters, S. B., & Lejuez, C. W. (2016). The role of emotion regulation difficulties in the relation between PTSD symptoms and the learned association between trauma-related and cocaine cues. *Substance Use & Misuse*, 51(10), 1318-1329.
- Unterrainer, H. F., Hiebler-Ragger, M., Rogen, L., & Kapfhammer, H. P. (2018). Sucht als Bindungsstörung [Addiction as an attachment disorder]. *Der Nervenarzt*, 89(9), 1043–1048.

Vanderlind, W. M.-S. (2020). Understanding positive emotion deficits in depression: From emotion preferences to emotion regulation. *Clinical Psychology Review*, 76, 101826.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی