

نقص عملکرد هیجانی و گرایش به سوءمصرف مواد: نقش مؤلفه‌های تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و هیجان‌خواهی

محمود نجفی^۱، محمدعلی محمدی‌فر^۲، معصومه عبداللهی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۲/۰۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۵/۲۵

چکیده

اعتیاد یا سوء مصرف مواد به‌عنوان معضلی فردی و اجتماعی، کانون توجه متخصصین در حوزه‌های مختلف قرار گرفته است. عوامل متعددی در شروع و تداوم مصرف مواد دخالت دارند. پژوهش‌های بسیاری به نقش هیجان‌ها در گرایش به سوء مصرف مواد اشاره می‌کنند. سطح پایین تنظیم هیجانی که ناشی از ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجان‌ها و مدیریت آنهاست در شروع مصرف مواد نقش دارد. دشواری در مدیریت هیجان‌ها، مشکل در تحمل پریشانی و تمایلات هیجان‌خواهانه، از مشکلات افراد سوء مصرف کننده مواد است و این مسئله منجر به شکست در مدیریت حالات عاطفی و هیجانی این افراد می‌شود. همچنین، اهمیت قابل ملاحظه تنظیم هیجانی در آسیب شناسی روانی این افراد برجسته نشده است. می‌توان بیان کرد که بررسی عوامل هیجانی مرتبط با گرایش افراد به اعتیاد اهمیت ویژه‌ای دارد و در حوزه پیشگیری از وابستگی به مواد، آموزش به افراد در زمینه بهبود تنظیم هیجان‌ها می‌تواند کمک کننده باشد. بنابراین پژوهش حاضر به بررسی نقش ناکندگی هیجانی در گرایش به سوء مصرف مواد می‌پردازد.

واژگان کلیدی: تنظیم هیجان، بی‌نظمی هیجانی، تحمل پریشانی، هیجان‌خواهی

۱. نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی دانشگاه سمنان، پست الکترونیک: m_najafi@semnan.ac.ir

۲. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه سمنان

۳. کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه سمنان

مقدمه

مصرف مواد و اعتیاد^۱ یکی از معضلات و نگرانی‌های عمده جهان امروز است. از آنجایی که مصرف مواد، اثرات بازدارنده بر رشد و شکوفایی جامعه دارد، تهدیدی جدی و نگران کننده است. وابستگی و سوء مصرف مواد به عنوان اختلالات مزمن و عود کننده با تأثیرات و پیش‌آیندهای زیستی، فرهنگی، روانی، اجتماعی، رفتاری در نظر گرفته می‌شود (والاس^۲، ۲۰۰۳؛ به نقل از نریمانی و پوراسماعیلی، ۱۳۹۰). اعتیاد به مواد به صورت انبوه متراکمی از پیامدهای منفی ناشی از مصرف مواد تعریف شده است که این پیامدها هر روز شدت پیدا می‌کنند و جهان با آمار حیرت‌آور شیوع مصرف مواد در دهه اخیر، بیشتر در جامعه و به ویژه در نوجوانان و جوانان مواجه بوده است (سوریزی، خلعبری، کیخای فرزانه و رئیسی فرد، ۲۰۱۱). با وجود عدم مقبولیت مصرف مواد افیونی از نظر اجتماعی، طبقات مختلف افراد با این مسئله به صورت جدی درگیر هستند. به طوری که سلامت فرد، خانواده و جامعه را به خطر می‌اندازد و همچنین موجب انحطاط روانی و اخلاقی فرد می‌شود. اگرچه از دیرباز در تمام جوامع بشری سوء مصرف مواد افیونی به عنوان عادت غیر اجتماعی و نامقبول تلقی شده است، اما با وجود عدم مقبولیت، طبقات مختلف اجتماع با این مسئله به صورت جدی درگیر هستند. اکنون مردان و زنان زیادی، به خصوص از سنین نوجوانی تا میانسالی مواد مخدر مصرف می‌کنند و به آن وابسته شده‌اند. این مشکل در میان جمعیت جوان و قشر تحصیل کرده جوامع از اهمیت بیشتری برخوردار است؛ زیرا اولاً این قشر از جمعیت کشور در واقع سرمایه‌های اصلی جامعه در تولید علم و فناوری بوده و به لحاظ منابع انسانی از پایه‌های بنیادین پیشرفت، ترقی و توانمندی هر جامعه‌ای محسوب می‌شوند؛ و ثانیاً دوران جوانی به دلیل ویژگی‌های خاص جسمانی و روانی آن از پرخطرترین دوره‌های تمایل و ابتلا به مصرف مواد محسوب می‌شود؛ بنابراین طبیعی است که اعتیاد بیشترین خسارت را از ناحیه تباهی نیروهای جوان،

فعال، کارآمد و بیشتر تحصیل کرده بر جوامع وارد می‌سازد (داو، گولو و لوکستون^۱، ۲۰۰۸). اهمیت ایجاد راهبردهای پیشگیری و درمان مؤثر، بی‌شک سال‌هاست که بر همگان روشن شده است. اما، با وجود تلاش‌های روزافزونی که در راستای پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد صورت می‌گیرد، ما همچنان شاهد انتشار آمارهای فزاینده‌ای از سوی سازمان بهداشت جهانی و انجمن روان‌پزشکی آمریکا در زمینه شیوع سوء مصرف مواد و مشکلات وابسته به آن هستیم (لویسون، میل‌مان، لانگ رود^۲، ۱۹۹۷). اعتماد به مواد مخدر نتیجه مصرف مکرر و مداوم ماده یا مواد تخدیرکننده و روان‌گردان تا حد گرفتاری شدید به آن است و فرد معتاد احساس می‌کند که نمی‌تواند یا نمی‌خواهد استفاده از این مواد را ترک و یا میزان آن را کم کند و در صورت ترک آن معمولاً دچار مسمومیت می‌شود. در پزشکی به جای اصطلاح اعتیاد، معمولاً کلمه وابستگی به مواد به کار می‌رود و معتاد کسی است که از نظر روانی و جسمی به یک ماده مخدر وابستگی پیدا می‌کند (ویلیامز و کلی^۳، ۲۰۰۵). پژوهش‌های انجام شده در زمینه اعتیاد، عوامل خطر ساز متعددی را برای این اختلال مطرح کرده‌اند که از میان آنها می‌توان به میزان بالای تعارض خانوادگی، مشکلات تحصیلی، بروز همزمان اختلالات روانی همچون افسردگی و اختلالات شخصیتی، مصرف مواد از سوی همسالان و والدین، تکانش‌گری و شروع زودرس مصرف سیگار، اشاره کرد (سادوک و سادوک^۴، ۲۰۰۷؛ ترجمه رفیعی و رضاعی، ۱۳۸۷). علاوه بر عوامل بیان شده، از میان عوامل متعددی که در رابطه با گرایش به سوء مصرف مواد وجود دارد، می‌توان به نقش برجسته مشکلات هیجانی و ناتوانی در کنترل و تنظیم هیجان‌ات به‌طور کلی به نقش ناکش‌وری هیجانی اشاره کرد. افرادی که در کنترل مهارت‌های هیجانی خود ناتوانند به احتمال زیاد به مصرف مواد اعتیاد آور روی می‌آورند. همچنین افرادی که تنوع طلب و تحرک‌جو هستند بیشتر به دنبال این مواد می‌روند. افراد معتاد در شناسایی هیجان‌ات خود و دیگران دچار مشکلاتی هستند که باعث می‌شود در برقراری ارتباط عاطفی مثبت، سازنده و هدایت‌گر با دیگران دچار

ناهنجاری‌هایی شوند که خود عامل گرایش آنها به مواد مخدر است (سوربرگ و لیورز^۱، ۲۰۰۵). در این میان کسانی که در دوره آموزش مهارت‌های هیجانی مشارکت دارند، در زمینه‌هایی مانند فشار همسالان، مصرف مواد مخدر و روی آوردن به دخانیات و سایر مواد اعتیادآور مقاومت بیشتری از خود نشان می‌دهند. کسب این توانایی عاطفی آنها را در مقابل فشارها و ناملايمات توانا می‌سازد (عزیزی، برجالی و گلزاری، ۲۰۱۰). در ادامه به نقش مؤلفه‌های نظم‌جویی هیجانی، تحمل پریشانی و هیجان‌خواهی در گرایش به سوء مصرف مواد پرداخته خواهد شد.

نظم‌جویی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان

تنظیم هیجان^۲ به‌عنوان یکی از متغیرهای روان‌شناختی، مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است (برای مثال گلمن^۳، ۱۹۹۵، شاته^۴ و همکاران، ۱۹۹۸، مایر، کاروسو و سالووی^۵، ۱۹۹۹، به‌نقل از زاهد و همکاران، ۱۳۸۹). تنظیم هیجان فرآیندی هدف‌مدار است که به‌منظور اثرگذاری بر شدت، مدت و نوع هیجان تجربه‌شده صورت می‌گیرد (گراس و تامپسون^۶، ۲۰۰۷). تنظیم هیجان به‌عنوان فرآیندهایی که از طریق آنها افراد هیجان‌تشان را برای پاسخ به توقعات محیطی هشیارانه و ناهشیارانه تعدیل می‌کنند، در نظر گرفته می‌شود (آلداو، نولن، هوکسما و سویزر^۷، ۲۰۱۰). هیجان‌ات نقش مهمی در جنبه‌های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای تنش‌زا ایفا می‌کنند. اصولاً، هیجان را می‌توان واکنش‌های زیست‌شناختی به موقعیت‌هایی دانست که آن را به‌عنوان یک فرصت مهم یا چالش‌برانگیز ارزیابی می‌کنیم و این واکنش‌های زیستی با پاسخی که به آن رویدادهای محیطی می‌دهیم، همراه می‌شوند (گارنفسکی^۸ و همکاران، ۲۰۰۲).

هرچند هیجان‌ها مبنای زیستی دارند، اما افراد قادرند بر شیوه‌هایی که این هیجان‌ها را ابراز می‌کنند، تأثیر بگذارند (تامپسون^۹، ۱۹۹۴، به‌نقل از حسنی و همکاران، ۱۳۹۳). بنابراین نظم‌جویی هیجان، یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی و سازماندهی رفتار

سازگاران و همچنین جلوگیری از بروز هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگارانه محسوب میشود (سیجی^۱ و همکاران، ۱۹۹۵). مطالعات نشان داده‌اند که سطح پایین تنظیم هیجانی که ناشی از ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجان‌ها و مدیریت آنهاست در شروع مصرف مواد نقش دارد (پارکر^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). توانایی مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند. مدیریت مؤثر هیجان‌ها، عبارت است از ۱- تسکین و آرام‌ساختن خود به هنگام ناراحتی، ۲- خودکنترلی، ۳- مدیریت خشم، ۴- کنترل تکانه‌ها، ۵- ابراز هیجان‌ها در زمان و مکان مناسب، ۶- اجتناب از اضطراب، خشم و افسردگی مداوم، ۷- اداره کردن ناکامی‌ها و مشکلات اجتناب‌ناپذیر زندگی، ۸- جلوگیری از سایه‌افکندن هیجان‌ها منفی بر روی قضاوت و توانایی حل مسئله، ۹- تحمل ناکامی و ۱۰- پذیرش و ارزش‌گذشتن به خود (کلارک^۳، ۲۰۰۱، به نقل از اعظمی و همکاران، ۱۳۹۳). به‌طور کلی معمولاً از شش روش تنظیم هیجان بحث می‌شود: پذیرش، اجتناب، حل مسئله، ارزیابی، نشخوار فکر (اشتغال فکر) و سرکوب. منظور از پذیرش که اغلب شکلی از ذهن‌آگاهی در نظر گرفته می‌شود، آگاهی بر هر یک از افکار به‌صورت ساده، بدون جزئیات و بدون قضاوت است. در این روش افکار، احساسات و حس‌ها همان‌گونه که هستند، پذیرفته می‌شوند. اجتناب، به اجتناب فعالانه و آگاهانه از موقعیت‌ها و تجارب اشاره دارد. حل مسئله شامل کوشش آگاهانه برای تغییر یک موقعیت تنش‌زا یا جلوگیری از پیامدهای آن است. ارزیابی مجدد، ایجاد تفسیرهای مثبت یا خنثی برای کاهش تنش منفی در موقعیت‌های تنش‌زا است. نشخوار فکر (اشتغال فکر) تمرکز بر افکار، هیجان‌ها و تجارب و همچنین علت‌ها و پیامدهای آنهاست. سرکوب شامل کوشش برای کاهش یا جلوگیری از ابراز هیجان یا تجربه ذهنی هیجان است (آلداو، هوکسما، ۲۰۱۰). هنگامی که فرد برای مصرف مواد از سوی همسالان تحت فشار قرار می‌گیرد، مدیریت مؤثر هیجان‌ها خطر سوء مصرف

را کاهش می دهد. توانایی مدیریت هیجان ها باعث می شود که فرد در موقعیت هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله ای مناسب استفاده کند. 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 (ترینیداد و جانسون^۱، ۲۰۰۲). در مقابل، کسانی که تنظیم هیجانی پایینی دارند، برای مقابله با هیجان های منفی خود، بیشتر به سوی مصرف مواد کشیده می شوند (آنگر^۲ و همکاران، ۲۰۰۴). تحقیقات متعددی در این زمینه انجام شده است. از جمله فرانکوس، اوریاکومب و تیگنول در مطالعه ای نوجویی هیجانی را (یکی از مؤلفه های تنظیم هیجانی) به عنوان عامل مستعد کننده سوء مصرف مواد معرفی کرده اند (فرانکوس^۳ و همکاران، ۲۰۰۰).

پارکر و همکاران نشان دادند که دشواری در بازشناسی هیجان ها و نارسایی در برقراری رابطه عاطفی با دیگران منجر به سوء مصرف مواد در افراد می شوند (پارکر و همکاران، ۲۰۰۸). پژوهش ها نشان داده اند افرادی که نمی توانند برانگیختگی های خود را کنترل کنند به احتمال زیاد مصرف کننده دائمی مواد می شوند. همچنین نوجوانانی که تنوع طلب و تحریک جو هستند، بیشتر به دنبال مواد می روند (دوران و همکاران، ۲۰۰۷). فوکس و همکاران در پژوهشی دریافتند که سوء مصرف کنندگان کوکائین در تنظیم، درک، مدیریت هیجان ها و کنترل تکانش گری به ویژه در مراحل اولیه وابستگی، دشواری های زیادی دارند (فوکس و همکاران، ۲۰۰۷). شکست در تنظیم هیجان، بی نظمی نامیده می شود. بی نظمی هیجان به عنوان روش های ناسازگارانه پاسخ به هیجان ها تعریف شده است که شامل پاسخ های فاقد پذیرش، دشواری در کنترل رفتارها در بستر پریشانی هیجانی و نقص در استفاده عملکردی از هیجان ها به عنوان اطلاعات است (گراتز و تول^۴، ۲۰۱۰). اختلالات و علائم جسمانی گوناگونی وجود دارد که به بی نظمی هیجان ارتباط دارند، بعضی از این موارد شامل: ۱- درد، ۲- مصرف دخانیات، ۳- گسیختن، ۴- اختلالات

خوردن و ۵- اعتیاد (مک‌لیم^۱، ۲۰۰۷، به نقل از اسماعیل نسب، ۱۳۹۳). شماری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که دشواری در تنظیم هیجان با طیف وسیعی از اختلالات از جمله سوء مصرف مواد، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال استرس پس از سانحه در ارتباط است (گراتز و رومر^۲، ۲۰۰۴). افرادی که راهبردهای تنظیم هیجان ضعیف را فرا گرفته‌اند ممکن است بیش از دیگران مستعد استفاده از رفتارهای پرخطر به‌عنوان ابزاری برای تسکین هیجان منفی باشند (اوربک و همکاران، ۲۰۰۷). افراد وابسته به کوکائین نقص‌های بارزی را در تنظیم هیجان نشان می‌دهند که با واکنش استرس بیشتر و کنترل تکانه کاهش یافته ارتباط دارد (فوکس و همکاران، ۲۰۱۱). نتایج پژوهش وردجو-گارسیا و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که مصرف کنندگان مواد، نمره‌های بالایی را در ابعادی از فوریت، فقدان دوراندیشی، فقدان پشتکار و هیجان‌خواهی به‌عنوان ابعاد تکانشگری کسب کردند (گارسیا و همکاران، ۲۰۰۸). نتایج مطالعه شریبر و همکاران نشان داده است که افراد دارای اختلال هیجانی، دارای نمرات بالاتری در تکانش‌گری، اجتناب آسیب‌زا، و استدلال شناختی بودند (شریبر^۳ و همکاران، ۲۰۱۲). به‌طور کلی، این مطالعه بالاترین رابطه را بین عدم تنظیم هیجان و تکانش‌گری نشان داده است و اشاره می‌کند که تنظیم هیجان ممکن است به‌عنوان یک عامل مهم در نظر گرفته شود زمانی که افراد را در معرض خطر بالای اعتیاد ارزیابی می‌کنند.

تحمل پریشانی

تحمل پریشانی^۴، از سازه‌های معمول برای پژوهش در زمینه بی‌نظمی عاطفی^۵ است. تحمل آشفتگی به توانایی تجربه و تحمل موقعیت‌های روان‌شناختی منفی اطلاق می‌گردد. آشفتگی ممکن است ماحصل فرآیندهای فیزیکی و شناختی باشد، ولی بازنمایی آن به‌صورت حالت هیجانی است که اغلب با تمایل به عمل جهت‌رهایی از تجربه هیجانی مشخص می‌شود (سیمونز و گاهر^۶، ۲۰۰۵). در حقیقت، تحمل پریشانی یک متغیر

تفاوت‌های فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره می‌کند (اسلیرینگ^۱ و همکاران، ۲۰۰۷). تحمل پریشانی به‌طور فزاینده‌ای، به‌عنوان یک ساختار مهمی در رشد بینشی جدید درباره شروع و ابقاء آسیب‌های روانی و همچنین پیشگیری و درمان مشاهده شده است (وُلن اسکای^۲ و همکاران، ۲۰۱۱). افراد با تحمل پریشانی پایین در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجانات منفی خود درگیر بی‌نظمی رفتاری می‌شوند و با پرداختن به برخی رفتارهای مخرب مانند مصرف مواد، در صدد تسکین درد هیجانی خود بر می‌آیند (کیوک^۳ و همکاران، ۲۰۱۰). یک راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور از قبیل مصرف الکل و سایر مواد ممکن است منتج به خلاصی سریع افراد از هیجانات منفی شود. این راهبرد، به‌خصوص برای کسانی که تحمل پریشانی پایینی دارند، شیوه‌ای مناسب به‌شمار می‌رود (لازاروس^۴، ۱۹۹۱، به‌نقل از عزیزی و همکاران، ۱۳۸۹). افراد دارای تحمل آشفتگی پایین، هیجان را غیرقابل تحمل می‌دانند و نمی‌توانند به آشفتگی و پریشانی‌شان رسیدگی کنند، این افراد وجود هیجان را نمی‌پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آشفتگی می‌کنند زیرا توانایی‌های مقابله‌ای خود با هیجانات را دست‌کم می‌گیرند. دیگر مشخصه عمده تنظیم هیجانی افراد با تحمل آشفتگی پایین، تلاش فراوان این افراد برای جلوگیری از هیجانات منفی و تسکین فوری هیجانات منفی تجربه‌شده است. لازم به ذکر است که اگر این افراد قادر به تسکین این هیجانات نباشند، تمام توجه‌شان جلب این هیجان آشفته‌کننده می‌شود و عملکردشان به‌طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). تحمل آشفتگی در پژوهش در زمینه تنظیم هیجانی سازه‌ای معمول است. برای مثال، رفتاردرمانی دیالکتیکی لینهان بر این اصل بنا شده است که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی دارای تحمل هیجانی پایینی هستند (لینهان^۵، ۱۹۹۳، به‌نقل از عزیزی و همکاران، ۱۳۸۹). یک راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور از قبیل مصرف الکل و سایر مواد ممکن است منتج به خلاصی سریع افراد از هیجانات منفی شود (لازاروس، ۱۹۹۱). این راهبرد، به‌خصوص برای کسانی که تحمل آشفتگی پایینی دارند،

شیوه‌ای مناسب به‌شمار می‌رود. استفاده مداوم از سیگار جهت کاهش حالات هیجانی منفی ممکن است به‌خاطر دشواری این افراد در تحمل هیجانات منفی باشد (براون^۱ و همکاران، ۲۰۰۲). در همین چهارچوب، یافته‌های پژوهش داگتس و همکاران بر روی ۳۰ نوجوان سفیدپوست و سیاه‌پوست آمریکایی حاکی از آن بود که تحمل پریشانی پایین، خطر ابتلا به مصرف الکل در میان سفیدپوستان، رفتارهای بزهکارانه در میان سیاه‌پوستان و نشانه‌های اختلالات درونی‌سازی در میان زنان را افزایش می‌دهد (داگتس^۲ و همکاران، ۲۰۰۹). نتایج پژوهش پوترا و همکاران نشان داد که تحمل پریشانی به‌عنوان یک واسطه در رابطه بین شدت علائم استرس پس از ضربه و استفاده از ماری جوانا به‌عنوان یک روش مقابله است (پوترا^۳ و همکاران، ۲۰۱۱). نتایج مطالعه برنز و همکاران که با هدف تعیین نقش واسطه‌ای تحمل پریشانی در تکانش‌گری و مصرف الکل انجام شد، نشان داد که تحمل پریشانی در این رابطه نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند و این افراد برای رهایی از استرس و پریشانی روان‌شناختی به مصرف الکل روی می‌آورند (برنز و همکاران، ۲۰۱۱). در پژوهش‌های داخلی نیز عزیزی و همکاران نشان دادند که بین وابستگی به سیگار، اختلال در تنظیم هیجانی و تحمل آشفتگی پایین رابطه وجود دارد (عزیزی و همکاران، ۱۳۸۹).

هیجان‌خواهی

هیجان‌خواهی^۴ یکی از ابعاد شخصیتی است که افراد به‌میزان متفاوتی از آن برخوردارند. برخی بسیار هیجان‌طلبند و برخی بسیار کم و تعدادی در میان این دو گروه قرار می‌گیرند (ممتاز، ۲۰۰۲، به نقل از خانجانی و همکاران، ۱۳۹۰). افراد هیجان‌خواه برای به‌دست آوردن سطح برانگیختگی بهینه دست به کارهای مختلفی می‌زنند. آنها با افراد مختلفی معاشرت می‌کنند، نه به‌دلیل این که بر دیگران تأثیر بگذارند، بلکه به‌دنبال تحریک هستند (بخشی‌پور و علیلو، ۲۰۰۸). فرد هیجان‌خواه همواره به‌دنبال تجربه‌های جدید است. مواد مخدر هم می‌تواند وسیله‌ای برای بالابردن سریع انگیزتگی باشد، در را به روی تجربه‌های جدید می‌گشایند، از رفتارهای مخاطره‌آمیز بازدارند و می‌کنند و وسیله‌ای

برای گریختن از یکنواختی و بی‌حوصلگی هستند (یانوویزکی^۱، ۲۰۰۵). زا کرمن^۲ بر این عقیده است که افراد زیاد هیجان‌خواه، بیشتر سیگار می‌کشند، الکل مصرف می‌کنند، با سرعت رانندگی می‌کنند، تصادف و محکومیت‌های بیشتری به‌خاطر رانندگی به‌هنگام مستی دارند، به فعالیت‌های جنسی زیاد می‌پردازند و بیشتر در معرض بیماری ایدز قرار دارند. زا کرمن دریافت که ۷۴ درصد از دانشجویانی که هیجان‌خواهی بالایی داشتند یک یا بیش از یک نوع مواد مخدر مصرف می‌کردند. این میزان در دانشجویان با هیجان‌خواهی پایین، ۳۲ درصد بود (زا کرمن، ۱۹۷۹، به‌نقل از خانجانی، ۱۳۹۰). در تحقیق دیگری مارتین^۳ و همکاران (۲۰۰۸) نیز با مقایسه رفتار هیجان‌خواهی، تکانش‌گری و انجام کارهای پرمخاطره‌آمیز در دو گروه از افراد با وابستگی شدید مواد و افراد عادی، بدین نتایج دست یافتند که هیجان‌خواهی و تکانش‌گری در مصرف مواد ارتباط مثبتی دارد (مارتین^۳ و همکاران، ۲۰۰۸). کراوفورد^۴ و همکاران با بررسی ۱۲۰۶ نفر دانش‌آموز آشکار ساختند که رشد هیجان‌خواهی در مدارس متوسط سهم مهمی در پیش‌بینی مصرف مواد، سیگار، الکل و ماری‌جوانا دارد و مرحله اولیه هیجان‌خواهی با مصرف سیگار در مدارس شروع می‌شود (کراوفورد^۴ و همکاران، ۲۰۰۳). تیچمن^۵ و همکاران در بررسی یک نمونه ۱۹۰۰ نفری از نوجوانان هیجان‌خواه ۱۴-۱۹ ساله به‌مدت ۱۲ ماه برای مصرف الکل و سوء مصرف مواد، نشان دادند که هیجان‌خواهی بیشتر از افسردگی و اضطراب در مصرف مواد تأثیر دارد و همچنین پی‌بردند که هیجان‌خواهی در میان شروع‌کنندگان همه مواد یکسان نیست (تیچمن^۵ و همکاران، ۱۹۸۹). همچنین دوم^۶ و همکاران در بررسی مقایسه‌ای انجام شده در رابطه با تکانش‌گری و هیجان‌خواهی در افراد تازه مصرف‌کننده الکل با ۶۸ نفر از افرادی که مدتی طولانی الکل مصرف می‌کردند، به این نتایج دست یافتند که افرادی که مصرف الکل را به تازگی شروع کرده‌اند نسبت به افرادی که مدتی طولانی الکل مصرف می‌کردند، تکانش‌گری بالا و هیجان‌خواهی زیادی داشتند (دوم^۶ و همکاران، ۲۰۰۶). یافته‌های بال، کارول و ساویل^۶ (۱۹۹۴) نشان داد که افراد زیاد

هیجان‌خواه، بیشتر از افراد کم‌هیجان‌خواه از داروهای غیرمجاز استفاده می‌کنند. همچنین اختلال روانی و مصرف بیش از یک نوع ماده مخدر که از نشانه‌های شدیدتر مصرف مواد مخدر هستند در آنها دیده می‌شود (ماجید^۱ و همکاران، ۲۰۰۷).

نظریه خوددرمانی خانتزیان

یکی از نظریه‌هایی که از بعد روان‌شناختی به ارتباط بین تنظیم هیجان و گرایش به مصرف مواد می‌پردازد، نظریه خوددرمانی^۲ خانتزیان^۳ (۱۹۹۷) است. خانتزیان با ارائه این نظریه، سایر ابعاد زیستی، فرهنگی و اجتماعی وابستگی به مواد را نادیده نگرفته است بلکه آن‌را کمکی به دیگر نظریه‌ها می‌داند. خانتزیان اعتقاد دارد، از آنجایی که مصرف‌کنندگان مواد، هیجانات منفی و بی‌قراری را غیرقابل تحمل و مستأصل‌کننده توصیف و نمی‌توانند این حالات هیجانی را بدون اتکا به مواد مدیریت کنند و از خواص جسمانی و روان‌شناختی مواد برای دستیابی به ثبات هیجانی استفاده می‌کنند. طبق این فرضیه، اعتیاد به مواد مخدر در حکم ابزاری برای تعدیل عواطف استرس‌زا است. این نظریه، بر این فهم استوار است که افراد بسیاری به‌خاطر تحمل پریشانی پایین و اختلال در تنظیم هیجانی، به اعتیاد روی می‌آورند (خانتزیان، ۱۹۹۷، به نقل از اسماعیلی‌نسب و همکاران، ۱۳۹۳). خانتزیان در فرضیه خوددرمانی به نقایص موجود در ایگوی این افراد و ناتوانی آنها برای تحمل عواطف اشاره می‌کند. وی اشاره می‌کند که این افراد با مصرف ماده ترجیحی‌شان تسکین می‌یابند و حالات عاطفی‌شان برای آنها قابل تحمل‌تر می‌شود. بیشتر وابستگان به مواد افیونی در پاسخ به این سؤال که هنگامی که برای اولین بار مواد را مصرف کردید چه احساسی داشتید، علاوه بر اذعان به احساس آرامش عمومی و بهبود سطح عاطفی‌شان، اشاره کردند که مواد، عاطفه شدید پرخاشگرانه آنها را تقلیل داد. به نظر می‌رسد همین اثر خوددرمانی نیز دلیل و بهانه مناسبی برای ادامه مصرف دارو و یا عود است (خانتزیان، ۱۹۹۷، به نقل از عزیزی و همکاران، ۱۳۸۹).

الگوهای درمانی مشکلات تنظیم هیجان

در برخی از رویکردهای درمانی، آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بخشی از مداخله در مشکلات هیجانی را به خود اختصاص داده است. از جمله، می توان به رفتاردرمانی دیالکتیک^۱ یا جدلی و الگوی تنظیم هیجان گراس^۲ اشاره کرد. در الگوی رفتاردرمانی دیالکتیک که توسط لینهان ارائه شده بر مهارت آموزی، پذیرش و اعتباربخشی هیجان تأکید شده است (لینهان، ۱۹۹۳). ابعاد مختلف این مهارت آموزی عبارتند از آموزش مهارت های اثربخشی بین فردی، ذهن آگاهی، تنظیم هیجان، افزایش تحمل ناکامی و مهارت های اعتباربخشی. در برخی از تحقیقات، اثربخشی این روش در درمان بی نظمی هیجانی نشان داده شده است (جایروند و همکاران، ۲۰۱۳؛ دیمف^۳ و لینهان، ۲۰۰۸). براساس الگوی گراس (۲۰۰۲)، تنظیم هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیر آگاهانه ای می شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کار برده می شود. بنابراین، الگوی فرایند تنظیم هیجان گراس شامل پنج مرحله بوده و هر مرحله شامل یک سری راهبردهای سازگار و یک سری راهبردهای ناسازگار است. به ویژه افراد دچار مشکلات هیجانی بیشتر از راهبردهای ناسازگار استفاده می کنند (مانند نشخوار فکری، نگرانی، اجتناب و...); لازمه مداخله در مشکلات هیجانی، اصلاح یا حذف راهبردهای ناسازگار و آموزش راهبردهای سازگارانه است. مراحل اصلاح راهبردهای تنظیم هیجان از طریق الگوی گراس عبارتند از: انتخاب موقعیت، اصلاح موقعیت، گسترش توجه، تغییر شناختی و تعدیل پاسخ (گراس، ۲۰۱۵). بررسی ها حاکی از اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر مبنای الگوی گراس در افراد مصرف کننده مواد بود (اعظمی و همکاران، ۲۰۱۴، زاس^۴ و همکاران، ۲۰۱۲).

بحث و نتیجه گیری

سوءمصرف و وابستگی به انواع مواد مخدر و پیامدهای ناشی از آن، به عنوان یک معضل اجتماعی بزرگ و نگران کننده در جهان به شمار می رود (کندلر^۵ و همکاران، ۲۰۱۲؛ به نقل از سیا و بارنس^۶، ۲۰۱۵). یکی از عواملی که در گرایش به سوءمصرف مواد توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده، نقش ناکشوری هیجانی و مدیریت نامناسب هیجان ها است. بررسی ها حاکی

از آن است که نقص عملکرد هیجانی اعم از سطح پایین تنظیم هیجانی مثبت افراد سوء مصرف کننده مواد (پارکر و همکاران، ۲۰۰۸) هیجان‌خواهی بالا (دونوهی^۱ و همکاران، ۱۹۹۹؛ سیلوا^۲ و همکاران، ۲۰۰۱) و تحمل پریشانی سطح پایین (کیسر^۳ و همکاران، ۲۰۱۲) که ناشی از ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجان‌ها و مدیریت آنهاست، در شروع مصرف مواد نقش دارد. این نتیجه به‌طور کلی هم‌سو با فرضیه خوددرمانی *خاتریان* است. *خاتریان* نیز بر این باور است که اختلال در تنظیم هیجانی این افراد و تحمل پایین از علل روی‌آوری به اعتیاد است. به‌نظر می‌رسد تحمل پایین این افراد آنها را مجبور برای یافتن راهی فوری برای خلاصی از هیجان‌ات می‌کند (*خاتریان*، ۱۹۹۷، به نقل از عزیزی، ۱۳۸۹). به‌نظر می‌رسد، مصرف الکل و سایر مواد، راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور است تا مسئله‌محور. مشخصه راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌محور تغییر هیجانی سریع است، در حالی که در برابر آن راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌محور بیشتر مستلزم استفاده از منابع شناختی و در نتیجه تغییرات هیجانی تدریجی‌تر است (لازاروس، ۱۹۹۱). در مجموع، یافته‌های پژوهشی حاکی از نقش مهم نقص عملکرد هیجانی در گرایش به ابتلا به سوء مصرف مواد است. این نتایج می‌تواند تلویحات کاربردی زیادی در فرایند آموزش راهبردهای تنظیم هیجان و تعدیل طرح‌واره‌های هیجانی به افراد مبتلا به سوء مصرف مواد به‌منظور مدیریت و کنترل بهتر تجارب هیجانی روزمره زندگی و هیجان‌های ناشی از رویدادهای تیندگی‌زا داشته باشد. با توجه به این که راهبردهای تنظیم هیجان بیشتر در کودکی آموخته و در پایان نوجوانی تقریباً به سبک خودکار شناختی فرد تبدیل شده و تقریباً تثبیت می‌شوند، بنابراین، پیشنهاد می‌شود که آموزش توقف استفاده از راهبردهای منفی و استفاده از راهبردهای مثبت و سازگارانه هیجانی در سنین کودکی و توسط والدین آغاز شده و از طریق آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان در مدارس تکمیل شود. این آموزش می‌تواند علاوه بر پیشگیری، در مداخله درمانی هم مؤثر واقع شود. در این راستا، به دست‌اندرکاران آموزش و پرورش پیشنهاد می‌شود آموزش هیجان و راهبردهای تنظیم هیجان به دانش‌آموزان و معلمان ابتدایی و راهنمایی را همانند بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته در زمره اهداف و برنامه‌های کاربردی خود قرار دهند و به برنامه‌ریزان آموزش دروس دانشگاهی پیشنهاد می‌شود در تعیین سرفصل‌های برخی از دروس رشته‌های مرتبط، تربیت کارشناسان متخصص در آموزش تنظیم هیجان را در زمره اهداف خود قرار دهند.

منابع

- اسماعیلی نسب، مریم؛ اندامی خشک، علیرضا؛ آزرمی، هاله؛ ثمررخی، امیر. (۱۳۹۳). نقش پیش‌بینی‌کنندگی دشواری در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در اعتیاد، *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۸ (۲۹)، ۴۹-۶۳.
- اعظمی، یوسف؛ سهرابی، فرامرز؛ برجلی، احمد؛ چوپان، حامد. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس بر کاهش تکانش‌گری در افراد وابسته به مواد مخدر، *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۸ (۳۰)، ۱۲۷-۱۴۰.
- حسنی، جعفر؛ تاج‌الدینی، امراه؛ فائذنیای جهرمی، علی؛ فرمانی شهرضا، شیوا. (۱۳۹۳). مقایسه راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و طرح‌واره‌های هیجانی در همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و افراد بهنجار، *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۶ (۱)، ۹۱-۱۰۲.
- خانجانی، زینب؛ فخرائی، نفیسه؛ بدری، رحیم. (۱۳۹۰). بررسی هیجان‌خواهی در افراد معتاد و عادی با توجه به جنسیت، *تحقیقات علوم رفتاری*، ۹ (۴)، ۲۸۷-۲۹۵.
- زاهد، عادل؛ اله قلیلو، کلثوم؛ ابوالقاسمی، عباس؛ نریمانی، محمد. (۱۳۸۹). ارتباط بین راهبردهای تنظیم هیجان و رفتار بین فردی در سوء مصرف کنندگان مواد، *اعتیاد پژوهی*، ۱۱ (۳)، ۹۹-۱۱۳.
- سادوک، ویرجینیا؛ سادوک، بنجامین. (۲۰۰۷). *خلاصه روان‌پزشکی علوم رفتاری روانپزشکی بالینی*. ترجمه حسن رفیعی، فرزین رضاعی. (۱۳۸۷). تهران: انتشارات ارجمند.
- عزیزی، علیرضا؛ میرزایی، آزاده؛ شمس، جمال. (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار، *مجله پژوهشی حکیم*، ۱ (۱۸، ۱۱-۱۳).
- نریمانی، محمد؛ پوراسماعیلی، اصغر. (۱۳۹۱). مقایسه ناگویی خلقی و هوش معنوی در افراد معتاد، افراد تحت درمان با متادون و افراد غیر معتاد، *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۶ (۲۲)، ۲۳-۹.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion- regulation strategies across psychopathology: A meta_ analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- Auerbach, R.P., Abela, J. R. Z., Ringo Ho, M. (2007). Responding to symptom of depression and anxiety: Emotion regulation, neurotism and engagement in risky behaviors. *Behavior research and therapy*, 45, 2182-2191.
- Azami, Y., Sohrabi, F., Borjali, A., Chopan, H. (2015). The Effectiveness of Teaching Emotional Regulation Based on Gross s Model in Reducing Impulsivity in Drug-Dependent People. *Research on Addiction Quarterly Journal of Drug Abuse*, 8(30), 109-120.
- Azizi, A., Borjali, A., Golzari, M.(2010). The Effectiveness of Emotion Regulation Training and Cognitive Therapy on the Emotional and Addictional Problems of Substance Abusers. *Iranian Journal of Psychiatry*, 5(2), 60° 65.
- Bakhshipour, R. A., Alilo, M. (2008). The investigate the comparative of personality traits in HIV and normal group. *Journal of Psychology*, 3(12), 1-12.
- Brown, R.A., Lejuez, C.W., Kahler, C.W., Strong DR. (2002). Distress tolerance and duration of past smoking cessation attempts. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 180-5.
- Cea, N.F., Barnes, G.E.(2015). The development of Addiction-Prone Personality traits in biological and adoptive families. *Personality and Individual Differences*, 82, 107° 113.
- Cicchetti, D., Ackerman, B.P., Izard, C.E. (1995). Emotions and Emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 7(1), 1-10.

- Crawford, A.M., Pentz, M.A., Chou, C.P, Li, C., Dwyer, J.H. (1989). Parallel developmental trajectories of sensation seeking and regular substance use in adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(3), 179-192.
- Daughters, S.B., Reynolds, E.K., MacPherson, L., Kahler, C.W., Danielson, C.K., Zvolensky, M., Lejuez, C.W. (2009). Distress tolerance and early adolescent externalizing and internalizing symptoms: The moderating role of gender and ethnicity. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 198-205.
- Dawe, S., Gullo, M.J., Loxton, N. J. (2008). Impulsivity and adolescent substance use: Rashly dismissed as all-bad? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 22, 1507° 1518.
- Dimeff, L.A., Linehan, M.M.(2008). Dialectical Behavior Therapy for Substance Abusers. *Addiction Science & Clinical Practice*, 4(2): 39° 47.
- Dom, G., Hulstijn, W., Sabbe, B. (2006). Differences in impulsivity and sensation seeking between early- and late-onset alcoholics. *Addictive Behaviors*, 31(2), 298-308.
- Donohew, R.L., Hoyle, R.H., Clayton, R.R., Skinner, W.F., Colon, S.E., Rice, R.E. (1999). Sensation seeking and drug use by adolescents and their friends: models for marijuana and alcohol. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 60(5), 622-631.
- Doran, N., Mc charque, D., Cohen, L. (2007). Implisivity and the reinforcing value of cigarette smoking. *Addictive Behaviors*, 32, 90-98.
- Fox, H.C., Bergquist, K.L., Casey, J., Hong, K.A. & Sinha, R. (2011). Selective cocainerelated difficulties in emotional intelligence: relationship to stress and impulse control. *American Journal Addictive*, 00, 151° 160.
- Franques, P., Auriacombe, M., Tignol, S. (2000). *Addiction and Personality*. Encephale, 26, 68-78.
- Garnefski, N., Van-Der-Kommer, T., Kraaij V., Teerds, J., Legerstee, J., Tein, E.O.(2002). The Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategiesand Emotional Problems: Comparison between a Clinical and a Non-Clinical Sample. *European Journal of Personality*, 16, 403-20.
- Gratz, K.L & Romer, 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.
- Gratz, K.L., Tull, M.T. (2010). The Relationship Between Emotion Dysregulation and Deliberate Self-Harm Among Inpatients with Substance Use Disorders. *Cognitive therapy and research*, 34, 544° 553.
- Gross, J.J., Thompson, R.A. (2007). *Emotion regulation: Conceptual foundations*. In JJ Gross(Ed.), Handbook of emotion regulation. New York, NY: Guilford Press.
- Gross, J.J. (2015). The Extended Process Model of Emotion Regulation: Elaborations, Applications, and Future Directions. *Psychological Inquiry*, 26, 130° 137.
- Jayervand, H., Ahadi, H., Mazaheri, M.M., Talebi, H & Manshaee, Q. (2013). Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy in Cognitive Emotion Regulation of Individuals with Attempted Suicide. *International Journal of Psychology and Behavioral Research*, 2(6), 297-302.
- Kaiser, A.J., Milich, R., Lynam, D.R., Charnigo, R.J. (2012). Negative Urgency, Distress Tolerance, and Substance Abuse Among College Students. *Addictive Behaviors*, 37(10), 1075° 1083.
- Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., & Schmidt, N.B. (2010). Anxiety Symptomatology: The Association with Distress Tolerance and Anxiety Sensitivity. *Behavior Therapy*, 41, 567° 574.
- Lazarus, R. (1991). Cognition and motivation in emotion. *American Psychologist*, 46, 352° 67.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Lowinson, J.H., Millman, R.B., & Longrod, G. (1997). *Substance abuse: A comprehensive textbook*. New York: Willams & Willams: Baltimore.
- Magid, V., Maclean, M.G., Colder, C.R. (2007). Differentiating between sensation seeking and impulsivity through their mediated relations with alcohol use and problems. *Addictive*

Behaviors, 32(10), 2046-61.

- Marshall-Berenz, E.C., Vujanovic, A.A., MacPherson, L. (2011). Impulsivity and alcohol use coping motives in a trauma-exposed sample: The mediating role of distress tolerance. *Personality and Individual Differences*, 50, 588-592.
- Martins, S., Storr, C., Alexandre, P., Chilcoat, H. (2008). Adolescent ecstasy and other drug use in the national survey of parents and youth: the role of sensation-seeking, parental monitoring and peer's drug use. *Addictive Behaviors*, 33(7), 919-930.
- O'Leigh, C., Ironson, G., Smits, J.A.J. (2007). Does Distress Tolerance Moderate the Impact of Major Life Events on Psychosocial Variables and Behaviors Important in the Management of HIV. *Behavior Therapy*, 38, 314-323.
- Parker, J.D., Taylor, R.N., Eastabrook, 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, 174-180.
- Pottera, C.M., Vujanovic, A.A., Marshall-Berenz, E.C., Bernstein, A., Bernstein, M.O. (2011). Posttraumatic stress and marijuana use coping motives: The mediating role of distress tolerance. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 437-443.
- Schreiber, L.R.N., Grant, J.E. & Odlaug, B. L. (2012). Emotion regulation and impulsivity in young adults. *Journal of Psychiatric Research*, 46, 651- 658.
- Silva, M.U., Harrington, N.G., Palmgreen, P.H., Donohew, L., Lorch, E.P. (2001). Drug use prevention for the high sensation seeker: the role of alternative activities. *Journal of Substance Use*, 36(3), 373-385.
- Simons, J.S, Gaher, R.M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and Validation of a Self-Report Measure. *Motivation and Emotion*, 29, 83-102.
- Sourizaei, M., Khalatbari, J., Keikhayfarzaneh, M.M., & Raisifard, R. (2011). The prevention of drug abuse, methods, challenges and researches. *Indian Journal of Science & Technology*, 4(8), 1000-1003.
- Szasz, P.L., Szentagotai, A & Hofmann, S.G. (2012). Effects of emotion regulation strategies on smoking craving, attentional bias, and task persistence. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 333-340.
- Teichman, M., Barnea, Z., Ravav, G. (1989). Personality and substance use among adolescents: a longitudinal study. *British journal of addiction*, 84(2), 181-190.
- Trinidad, D.R., Jahnsone, C.A. (2000). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and individual Differences*, 32, 95-105.
- Trinidad, D.R., Unger, J.B., Chou, C.O & Johnson, A. (2004). The protective association of emotional intelligence with psychosocial smoking risk factors for adolescent. *Personality and Individual Differences*, 36, 945-954.
- Verdejo ° Garcia, A., Bechara, A., Recknor, E.C. & Perez-Garcia, M. (2007). Negative emotion-driven impulsivity predicts substance dependence problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 11, 213-219.
- Williams, S.K., & Kelly, F.D. (2005). Relationships among involvement, attachment, and behavioral problems in adolescence: Examining father's influence. *Journal of Early Adolescence*, 25, 168-196.
- Yanovizky, I. (2005). Sensation seeking and adolescent drug use: The mediation role of association with deviant peers and pro-drug discussions. *Health Communication*, 17 (1), 67-89.
- Zvolensky, M.J., Bernstein, A., Vujanovic, A.A. (2011). *Distress tolerance: Theory, Research, and Clinical Application*, New York: Guilford Press.
- Thorberg, F.A., Lyvers, M. (2005). Negative mood regulation (NMR) expectancies, mood, and affect intensity among clients in substance disorder treatment facilities. *Addict Behavior*, 31, 811-820