

مقایسه راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و طرحواره‌های هیجانی در همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و افراد بهنجار

تاریخ دریافت: ۹۲/۹/۱۶

تاریخ پذیرش: ۹۳/۲/۱۶

جعفر حسینی*، امراه تاج الدینی**، علی قان‌دنیای جهرمی***، شیوا فرمانی شهرضا****

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر، بررسی راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و طرحواره‌های هیجانی در همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و بهنجار بود.

روش: ۳۰ نفر از همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با ۳۰ نفر از همسران افراد بهنجار مورد هم‌تاسازی قرار گرفتند. دو گروه شرکت‌کننده پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان و پرسشنامه طرحواره‌های هیجانی را تکمیل نمودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل چندمتغیری واریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در راهبردهای نظم‌جویی شناختی سازش‌نیافته ملامت خویش، نشخوارگری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران و در طرحواره‌های هیجانی نشخوار ذهنی، گناه، غیرقابل کنترل بودن، سرزنش و تلاش برای منطقی بودن، میانگین نمرات همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد بیشتر از همسران افراد بهنجار است. در راهبردهای نظم‌جویی شناختی سازش‌یافته، شامل تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری و در طرحواره‌های هیجانی ابراز احساسات، قابل درک بودن و پذیرش هیجانات، همسران افراد بهنجار نمرات بیشتری در مقایسه با همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد به دست آوردند.

نتیجه‌گیری: همسران مبتلایان به سوء مصرف مواد، برای مدیریت هیجان‌های برخاسته از موقعیت‌های تنش‌زا از طرحواره‌های هیجانی و راهبردهای نظم‌جویی شناختی نامناسبی استفاده می‌کنند؛ استفاده از این راهبردهای نامناسب می‌تواند آنها را در معرض مشکلات روانی و ناسازگاری‌های زناشویی قرار دهد.

واژه‌های کلیدی: هیجان، نظم‌جویی شناختی هیجان، طرحواره هیجانی، همسران مبتلا به سوء مصرف مواد

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

hasanimehr57@yahoo.com

emrahbest@yahoo.com

alighaednia@gmail.com

sh.farmani.shahreza@gmail.com

* نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

** کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

*** کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

**** دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

مقدمه

اختلال سوء مصرف مواد^۱ یک اختلال عود کننده مزمن می‌باشد که با مسائل زیادی در حوزه‌های پزشکی، روان-پزشکی، خانوادگی، شغلی، قانونی، مالی و معنوی همراه است. این اختلال نه تنها زندگی فرد را تحت الشعاع قرار می‌دهد، بلکه نواقص و ناراحتی‌های زیادی را برای خانواده و جامعه ایجاد کرده و بار زیادی به آنها تحمیل می‌کند. اعتیاد مانند هر اختلال مزمن دیگری نیاز به مدیریت درمان در طی زمان دارد [۲،۱]. این بیماری گسترش جهانی داشته و امروزه بخش بزرگی از مبتلایان به این بیماری را جوانان تشکیل می‌دهند که در بروز آن جریان‌های جاری و حاکم بر محیط خانواده، به ویژه روابط عاطفی میان زن و شوهر و فرزندان آنان نقش بسزایی دارد [۴،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 توان-بخشی، طی ۹۰ روز پس از شروع درمان، مجدداً به مصرف مواد رو می‌آورند [۵]؛ به عنوان مثال در پژوهشی که عود مصرف را در افراد با اختلالات روحی و سوءمصرف مواد بررسی کردند به این نتیجه دست یافتند که یک سوم از بیمارانی که به بهبودی کامل رسیده بودند، در طول یک سال و دو سوم از بیمارانی که به بهبودی کامل رسیده بودند، در طول دوره کامل پیگیری، عود بیماریشان را تجربه می‌کردند [۶]. طبق بررسی‌های گذشته، عوامل متعددی از جمله عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی در شروع، ادامه و بازگشت پس از درمان این اختلال مؤثر هستند [۷]. بخش جدیدی از بررسی‌ها به بررسی عوارض ناشی از پدیده سوء مصرف مواد و تأثیر اعتیاد فرد بر کسائی می‌پردازند که مستقیماً با این افراد در تماس هستند و تحت تأثیر قرار می‌گیرند. در این میان شاید بیش از همه همسر و فرزندان فرد معتاد آسیب می‌پذیرند. بررسی این موضوع از دو وجه قابل تأمل است: اولاً با شناخت این آسیب‌ها از آثار آنها پیشگیری می‌شود. ثانیاً این گروه می‌توانند در روند سم‌زدایی و ترک در کنار بیمار از او حمایت کنند و او را در ادامه این راه تشویق کنند [۴]. در مطالعه کاستن و

همکاران [به نقل از ۸]، پیش‌آگهی ترک افرادی که خانواده‌ها و همین‌طور همسران آنان از اعتیادشان آگاه بودند و در روند ترک مداخله و همکاری داشتند، بهتر از افرادی بود که خانواده آنها در جریان این مسأله نبودند.

افزون بر موارد فوق، مصرف مواد بر خلق فرد تأثیر می‌گذارد و افسردگی، اضطراب و بدبینی را افزایش می‌دهد. این عوارض فقط مربوط به مصرف کننده نیست؛ بلکه همسر وی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. بررسی‌ها نشان می‌دهد که همسران افراد مصرف کننده مواد، بیشتر در معرض ابتلای به اختلال‌های روانی هستند [۹]. همچنین مصرف مواد توسط یک فرد در خانواده، تأثیر عمیقی بر رفتار و دیگر لایه‌های زندگی وی و اطرافیان می‌گذارد [۱۰]، به عنوان مثال، رفتار موادجویانه، عصبانیت، احساس طرد و ناتوانی، باعث احساس گناه و افسردگی در همسر می‌شود و از نظر بسیاری از متخصصان بالینی، شیوع اختلال‌های روان‌تنی مثل کولیت و غیره در خانواده افراد معتاد بیشتر است [۴]. در مجموع، از بررسی متون در دسترس چنین برمی‌آید که در بیشتر تحقیقات به بررسی خود این افراد پرداخته‌اند و به مقوله همسران و خانواده این افراد کمتر توجه شده‌است [۱۱]. علاوه بر این، به نظر می‌رسد بررسی سیمای هیجانی خانواده‌های این افراد می‌تواند تلویحات کاربردی و بنیادی فراوانی داشته باشد.

نظم‌جویی هیجان^۲ فرآیندی هدف‌مدار است که به منظور اثرگذاری بر شدت، مدت و نوع هیجان تجربه شده صورت می‌گیرد [۱۲]. به عبارتی دیگر، نظم‌جویی هیجان فرآیندی است که افراد از طریق آن هیجان‌های خود را به صورت هشیار و ناهشیار تعدیل می‌کنند [۱۳]. هیجان‌ات نقش مهمی در جنبه‌های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای تنیدگی‌زا ایفا می‌کنند. اصولاً، هیجان را می‌توان واکنش‌های زیست‌شناختی به موقعیت‌هایی دانست که آن را به عنوان یک فرصت مهم یا چالش برانگیز ارزیابی می‌کنیم و این واکنش‌های زیستی با پاسخی که به آن رویدادهای محیطی می‌دهیم، همراه می‌شوند [۱۴]. هر چند هیجان‌ها مبنای زیستی دارند؛ اما افراد قادرند بر شیوه‌هایی که این هیجان‌ها را ابراز می‌کنند، تأثیر بگذارند [۱۵]. بنابراین نظم‌جویی هیجان، یک اصل اساسی

2- emotion regulation

1- substance abuse disorder

در شروع، ارزیابی و سازماندهی رفتار سازگاران و همچنین جلوگیری از بروز هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگاران محسوب می‌شود [۱۶]. بررسی متون روان‌شناختی، نشان می‌دهد که نظم‌جویی هیجان، عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است [۱۵، ۱۶، ۱۷].

علاوه بر این، بازنگری‌های اخیر نشان می‌دهند ناهماهنگی‌های هیجانی در تمام اختلال‌های محور I و بیشتر اختلال‌های محور II بروز می‌کند [۱۸]. هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجان‌ها می‌تواند فرد را در برابر اختلال‌های روانی چون افسردگی و اضطراب آسیب‌پذیر سازد [۱۹]. بنابراین می‌توان گفت که نظم‌جویی هیجان، عامل کلیدی و تعیین‌کننده‌ی بهزیستی روانی، کارکرد اثربخش، سازگاری با رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی و کیفیت زندگی است.

یکی از متداول‌ترین راهبردها برای مدیریت و نظم‌جویی تجارب هیجانی و اطلاعات برانگیزاننده هیجان، استفاده از فرایندهای شناختی است [۲۰]. راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بر جنبه‌ی شناختی مقابله تأکید دارند [۲۱]. 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 [۲۲]. گارنفسکی، کرایج و اسپینهاون^۱ با بازنگری ادبیات پژوهشی و نظری در زمینه‌های شناختی مقابله و نظم‌جویی هیجان، ۹ راهبرد شناختی ملامت خویش^۲، پذیرش^۳، نشخوارگری^۴، تمرکز مجدد مثبت^۵، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی^۶، ارزیابی مجدد مثبت^۷، دیدگاه‌گیری^۸، فاجعه‌سازی^۹ و ملامت دیگران^{۱۰} را مطرح نمودند [۲۵، ۲۴، ۲۳، ۲۲، ۲۱، ۱۴].

خویش، نشخوارگری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران در طبقه‌ی راهبردهای سازش‌نایافته نظم‌جویی هیجان قرار می‌گیرند، درحالی‌که راهبردهای پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری به گروه راهبردهای سازش‌یافته تعلق دارند. در مجموع، اعتقاد بر این است که راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان به افراد کمک می‌کند تا برانگیختگی‌ها و هیجان‌های منفی را تنظیم نمایند [۲۶، ۲۷، ۲۸]. بهره‌گیری مطلوب از راهبردهای سازگاران‌ی نظم‌جویی شناختی هیجان، نظیر ارزیابی مجدد باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگاران‌ی می‌شود [۲۹، ۳۰]. به‌طور کلی یافته‌های پژوهشی متعددی بیان‌گر رابطه‌ی قوی راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان با اختلال‌های رفتاری [۲۹، ۳۰، ۳۱] و آسیب‌شناسی روانی است [۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶].

از سوی دیگر، لیهی^{۱۱} (۲۰۰۲) بر مبنای مفهوم پردازش هیجانی و با الهام گرفتن از مدل فراشناختی هیجان‌ات، مدل طرحواره‌های هیجانی^{۱۲} را ارائه کرده است. بر اساس مدل طرحواره‌های هیجانی، ممکن است افراد در چگونگی مفهوم پردازی هیجان‌اتشان با یکدیگر متفاوت باشند و یا به عبارتی بهتر، افراد طرحواره‌های متفاوتی در مورد هیجان‌اتشان دارند. این طرحواره‌ها منعکس‌کننده‌ی شیوه‌هایی هستند که افراد هیجان‌ات خود را تجربه می‌کنند و باوربست که آنها به مجرد برانگیخته شدن هیجان‌ات ناخوشایند در مورد طرح مناسب برای اقدام یا چگونگی عمل کردن در هنگام برانگیخته شدن هیجان‌ات ناخوشایند در ذهن دارند [۳۷، ۳۸]. لیهی برای تفهیم بهتر این طرحواره‌ها، ۱۴ بعد یا طرحواره را مطرح می‌کند؛ این طرحواره‌ها عبارتند از: تأیید طلبی^{۱۳} (دیگران می‌فهمند که من چگونه احساس می‌کنم)، قابل درک بودن^{۱۴} (هیجان‌اتم برایم معنایی ندارند)، احساس گناه و شرم^{۱۵} (من نباید این احساسات را داشته باشم)، دیدگاه ساده‌نگرانانه در مورد هیجان‌ات^{۱۶} (من نباید هیجان‌اتی در هم

1- Garnefski, Kraaij, Spinhoven.

2- self-blame

3- acceptance

4- rumination

5- positive refocusing

6- refocus on planning

7- positive reappraisal

8- putting into perspective

9- catastrophizing

10- other-blame

11- Leahy

12- emotional schemas

13- validation by others

14- comprehensibility

15- guilt

16- simplistic view of emotions

پژوهش حاضر در پی بررسی راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و طرحواره‌های هیجانی در همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و همسران افراد بهنجار برآمده است.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نظر هدف، بنیادی، از منظر زمانی، گذشته‌نگر و به لحاظ شیوه گردآوری داده‌ها و عدم دستکاری متغیرهای موجود، به طرح‌های علی/مقایسه‌ای تعلق دارد.

آزمودنی‌ها: جامعه مورد مطالعه همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر ارومیه در بازه زمانی بهار و تابستان سال ۱۳۹۲ بودند. در این پژوهش دو گروه آزمودنی، شامل همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و همسران افراد بهنجار شرکت داشتند. با عنایت به طرح پژوهش، وجود دو گروه مستقل، روش آماری مورد استفاده و با استفاده از نرم‌افزار رایانه‌ای GPower حجم نمونه برای هر گروه ۳۰ نفر برآورد شد. برای انتخاب نمونه، ابتدا بر اساس شیوه نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰ نفر از همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر ارومیه انتخاب شدند. در مرحله بعد ۳۰ نفر از همسران افراد بهنجار که بر اساس متغیرهای سن و سطح تحصیلات با گروه اول مورد همسازی قرار گرفته بودند، به عنوان گروه مقایسه انتخاب شدند. ملاک‌های ورودی در انتخاب همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد عبارت بودند از: مصرف مواد مخدر افیونی توسط شوهر همسران به مدت دو سال؛ محدوده سنی ۲۵ تا ۴۰ سال؛ رضایت و موافقت شرکت کنندگان برای حضور در پژوهش و حداقل میزان تحصیلات دیپلم. همچنین، ملاک‌های خروجی عبارت بودند از: وجود بیماری‌های جسمانی، وجود سایر اختلال‌های هم‌ایند. علاوه بر این، افراد بهنجار افرادی بودند که براساس گزارش شخصی و مصاحبه بالینی، سابقه مراجعه به روان‌پزشک یا روان‌شناس نداشتند و به اختلال روان‌شناختی خاصی مبتلا نبودند.

ابزار

۱- پرسشنامه خصوصیات جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه یک ابزار محقق ساخته بود که از طریق آن اطلاعات

آمیخته داشته باشم)، ارزش‌های والاتر^۱ (احساسات منعکس‌کننده ارزش‌های والای من است)، کنترل^۲ (می-ترسم احساساتم از کنترل خارج شوند)، تلاش برای منطقی بودن^۳ (من باید فردی منطقی و عقلانی باشم نه فردی هیجانی)، طول دوره^۴ (هیجانانم برای مدتی طولانی ادامه خواهند یافت)، توافق^۵ (دیگران همان احساساتی را دارند که من تجربه می‌کنم)، پذیرش احساسات^۶ (من نمی‌توانم احساساتی را که دارم بپذیرم)، نشخوارگری (گوشه‌ای می-نشینم و به این فکر می‌کنم که چه احساسات بدی دارم)، ابراز هیجانان^۷ (نمی‌توانم به خودم اجازه‌ی گریه کردن بدهم)، سرزنش^۸ (دیگران باعث می‌شوند که در من این احساسات ایجاد شود) [۶]. از نظر لیبی هر یک از اختلالات اضطرابی دربردارنده‌ی طرحواره‌های هیجانی (تفاسیر و تدابیر) در مورد احساسات و هیجانان هستند و این طرحواره‌ها هستند که بسیاری از مبتلایان به اختلالات اضطرابی را نسبت به درمان‌های مرسوم مقاوم می‌سازد [۳۹]. بسیاری از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این طرحواره‌های هیجانی با بسیاری از اختلالات روانی از جمله اضطراب، افسردگی، جنبه‌های فراشناختی نگرانی، سوء مصرف الکل، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، ناسازگاری‌های زناشویی و اختلالات شخصیت در ارتباطند [۳۷، ۴۱، ۴۰، ۴۲، ۴۳].

در یک نگاه کلی می‌توان ادعان داشت که سوء مصرف مواد، مرتبط با مشکلات اساسی در فرایندهای نظم‌جویی هیجانی و طرحواره‌های هیجانی ناکارآمد می‌باشد و این مشکلات در اعضای خانواده افراد مبتلا به سوء مصرف مواد (به‌خصوص همسران آنها) نیز قابل مشاهده است. بنابراین، بروز راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان ناکارآمد و بهره‌گیری از طرحواره‌های هیجانی ناکارآمد می‌تواند زمینه‌ساز تشدید مشکلات آنها، ظهور اختلال‌های روانی و ناسازگاری‌های زناشویی شده و در نهایت منجر به عود مصرف در افراد در حال ترک شود. بر همین اساس،

- 1- higher values
- 2- control
- 3- demands for rationality
- 4- duration
- 5- consensus
- 6- acceptance of feelings
- 7- expression
- 8- blame

تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند. دامنه نمرات مقیاس از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) می‌باشد. هر خرده مقیاس شامل ۴ ماده است. نمره کل هر یک از خرده مقیاس‌ها، از طریق جمع کردن نمره ماده‌ها به دست می‌آید بنابراین دامنه نمرات هر خرده مقیاس بین ۴ تا ۲۰ خواهد بود. نمرات بالا در هر خرده مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر راهبرد مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع استرس‌زا و منفی می‌باشد [۴۵].

نسخه فارسی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان در فرهنگ ایرانی توسط حسنی [۴۶] مورد هنجاریابی قرار گرفته است. در این مطالعه، اعتبار مقیاس براساس روش‌های همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۲) و بازآزمایی (با دامنه همبستگی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷) و روایی پرسشنامه مذکور از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین خرده مقیاس‌ها (با دامنه همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷) و روایی ملاکی، مطلوب گزارش شده است [۴۶].

۴- نسخه فارسی پرسشنامه طرحواره‌های هیجانی (ESS-P): پرسشنامه طرحواره‌های هیجانی توسط لیهی بر مبنای مدل طرحواره‌های 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 درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. نسخه فارسی این مقیاس توسط خانزاده، ادریسی، محمدخانی و سعیدیان [۴۷] تهیه شده است. برای به کار بردن این مقیاس در جامعه ایران، از روش ترجمه مضاعف استفاده شد؛ در مرحله اول، ابتدا مقیاس توسط مؤلفان به فارسی ترجمه شد، سپس دو تن از اساتید روانشناسی و دو تن از اساتید زبان و ادبیات انگلیسی، دو نسخه فارسی و انگلیسی این مقیاس را هم از لحاظ مفهومی و هم از لحاظ نگارش تطابق دادند؛ در مرحله بعدی نسخه فارسی توسط یکی از دانشجویان دکتری زبان و ادبیات انگلیسی بازترجمه شد، و در آخر مشکلات و ناهماهنگی‌های موجود در نسخه ترجمه شده مقیاس تصحیح گردید. نتایج حاصل از تحلیل عامل اکتشافی نشان داد که از ۱۶ عامل استخراج شده از این مقیاس، ۱۲ عامل با طرحواره‌های هیجانی لیهی هماهنگ هستند (نشخوار ذهنی،

توصیفی، خصوصیات جمعیت‌شناختی و ملاک‌های ورودی آزمودنی‌ها مورد بررسی قرار می‌گرفت.

۲- مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I (SCID-I) : مصاحبه‌ی مزبور ابزار انعطاف پذیری است که توسط فرست و همکاران برای تشخیص‌گذاری اختلالات عمده‌ی محور I بر اساس DSM-IV تهیه شده است [۴۴]. ترن و اسمیت [به نقل از ۴۴] ضریب کاپای ۰/۶۰ را به عنوان ضریب اعتبار بین ارزیاب‌ها برای این مصاحبه گزارش کرده‌اند. شریفی و همکاران این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، بر روی یک نمونه‌ی ۲۹۹ نفری اجرا کردند [۴۴] که نتایج نشان دهنده‌ی توافق تشخیصی متوسط یا خوب (کاپای بالاتر از ۰/۶۰) برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی بود. علاوه بر این توافق کلی به دست آمده (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵) نیز رضایت بخش بود. این مصاحبه به منظور وجود اختلال‌های همایند در آزمودنی‌ها که جزء ملاک‌های خروجی بود، توسط روانشناس بالینی انجام گردید.

۳- پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان (CERQ-P): پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان (CERQ) توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپینه‌اوان [۲۱] در کشور هلند تدوین شده و دارای دو نسخه انگلیسی و هلندی است. پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان یک پرسشنامه چند بعدی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. برخلاف سایر پرسشنامه‌های مقابله‌ای که به صورت آشکار بین افکار فرد و اعمال واقعی وی تمایز قایل نمی‌شوند، این پرسشنامه افکار فرد را پس از مواجهه با یک تجربه منفی یا وقایع آسیب‌زا ارزیابی می‌کند. 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 دارای پایه تجربی و نظری محکمی بوده و از ۹ خرده مقیاس تشکیل شده است. خرده مقیاس‌های مذکور ۹ راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری،

همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، بر اساس شیوه نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰ نفر از همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد بر اساس ملاک‌های ورودی و خروجی انتخاب شدند و پرسشنامه‌های نظم‌جویی شناختی هیجان و طرحواره‌های هیجانی را تکمیل نمودند. در مرحله بعد ۳۰ نفر از همسران افراد بهنجار که بر اساس متغیرهای سن و سطح تحصیلات با گروه اول مورد هم‌تاسازی قرار گرفته بودند، به عنوان گروه مقایسه انتخاب شدند. قبل از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط شرکت‌کنندگان از آنها رضایت کتبی شرکت در پژوهش اخذ و هدف پژوهش بازگو می‌شد. تکمیل مقیاس‌ها در اتافی که شرایط مطلوب روان‌سنجی را دارا بود، انجام شد. در طول مدت پاسخ‌دهی پژوهشگر حضور فعال داشت تا از بروز پاسخ‌دهی، تصادفی جلوگیری نماید و به سؤال‌های احتمالی شرکت‌کنندگان پاسخ دهد. در پایان داده‌ها وارد نرم افزار SPSS-16 شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

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

گناه، ابراز احساسات، غیرقابل کنترل بودن، تأیید طلبی از دیگران، قابل درک بودن، سرزنش، تلاش برای منطقی بودن، دیدگاه ساده انگارانه نسبت به هیجانات، ارزشهای والاتر، پذیرش هیجانات، توافق). ۳ عامل به خاطر بارگزاری تنها یک گویه حذف شدند و یک عامل جدید به نام خودآگاهی هیجانی به مقیاس اضافه شد. همچنین همبستگی درونی بالای گویه‌ها مؤید روایی سازه این مقیاس است. نتایج حاصل از بررسی پایایی این مقیاس نشان داد که پایایی این مقیاس از طریق روش بازآزمایی در فاصله دو هفته برای کل مقیاس ۰/۷۸. و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه‌ای 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. به طور کلی نتایج به دست آمده از هر دو روش حاکی از پایایی قابل قبول این مقیاس می‌باشد [۴۷].

روند اجرای پژوهش: به منظور جمع‌آوری داده‌ها، پس از اخذ مجوز از معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، به مراکز ترک اعتیاد بزرگ امین، آراز، ساغلام و ارمغان حیات مراجعه و پس از اعلام آمادگی مسئولین مراکز و

جدول ۱) خصوصیات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها بر اساس سن و سطح تحصیلات

سن		سطح تحصیلات (سال)		تعداد	گروه
F	میانگین (انحراف استاندارد)	F	میانگین (انحراف استاندارد)		
۱/۶۳	۲۹/۲۳ (۵/۳۶)	۰/۰۱	۱۳/۶۳ (۲/۷۷)	۳۰	همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد
	۲۸/۳ (۵/۱۱)		۱۳/۶۶ (۲/۵۷)	۳۰	همسران افراد بهنجار

نمود. نتیجه آزمون چند متغیری لامبدای ویلکز^۲ (۰/۰۰۱) $P < ۰/۱۱ = F(۹, ۵۰) = ۶/۱۱$ معنادار بود. معنادار بودن این آزمون نشان می‌دهد که در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد، ولی این معناداری مشخص نمی‌کند که گروه‌ها در کدام راهبردها با یکدیگر تفاوت دارند. برای این منظور از تحلیل‌های واریانس یک راهه استفاده شد. در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و مقادیر F تحلیل‌های واریانس یک راهه قید شده است.

بررسی داده‌های جدول ۱ در متغیر سن و سطح تحصیلات نشان می‌دهد که در این متغیرها بین دو گروه تفاوت معنادار وجود ندارد و دو گروه با یکدیگر مورد هم‌تاسازی قرار گرفتند. به منظور مقایسه دو گروه آزمودنی در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان، ابتدا از تحلیل چندمتغیری واریانس (MANOVA) استفاده شد. نتیجه آزمون M باکس ($P > ۰/۰۱ = ۰/۶۸ = F(۴۵, ۱۱۰۵۱/۳۵) = ۴۵$) نشان داد که ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها همسان است و می‌توان از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده

2 - Wilks' Lambda

1- Multivariate Analysis of Variance (MANOVA)

جدول ۲) میانگین، انحراف استاندارد، نتایج تحلیل‌های واریانس یک راهه برای مقایسه گروه‌ها در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان

مجدور اتا [η ²]	F df= (۱، ۵۸)	انحراف استاندارد	میانگین	گروه	راهبرد
۰/۱۲	۷/۸۷**	۳/۴۳ ۴/۰۰۳	۱۰/۶ ۷/۹	همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد همسران افراد بهنجار	ملاطت خویش
۰/۲۱	۱۵/۳۶***	۳/۱۲ ۴/۴۶	۱۳/۷ ۹/۸	همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد همسران افراد بهنجار	نشخوارگری
۰/۱۳	۸/۸۹**	۲/۷۴ ۳/۰۴	۱۰/۶۶ ۸/۴۳	همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد همسران افراد بهنجار	فاجعه‌سازی
۰/۷۰	۴/۴۲*	۳/۷۴۴ ۳/۶۲	۱۰/۱ ۸/۱	همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد همسران افراد بهنجار	ملاطت دیگران
۰/۱۳	۹/۰۶**	۴/۱۴ ۲/۹۵	۹/۲ ۱۲	همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد همسران افراد بهنجار	پذیرش
۰/۰۸	۵/۴۸*	۴/۹۵ ۴/۰۳	۱۰/۰۶ ۱۲/۸	همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد همسران افراد بهنجار	تمرکز مجدد مثبت
۰/۱۳	۸/۴۲**	۵/۰۲ ۴/۰۹	۱۲ ۱۵/۴۳	همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد همسران افراد بهنجار	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی
۰/۱۳	۸/۲۱**	۴/۶۸ ۴/۲۱	۱۱/۲۶ ۱۴/۵۶	همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد همسران افراد بهنجار	ارزیابی مجدد مثبت
۰/۰۸	۴/۸۳*	۳/۰۵ ۳/۸۲	۱۱/۴۳ ۱۳/۴	همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد همسران افراد بهنجار	دیدگاه‌گیری

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$

بودن این آزمون نشان می‌دهد که در طرحواره‌های هیجانی بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد، ولی این معناداری مشخص نمی‌کند که گروه‌ها در کدام طرحواره هیجانی با یکدیگر تفاوت دارند. برای این منظور از تحلیل‌های واریانس یک راهه استفاده شد. در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد طرحواره‌های هیجانی و مقادیر F تحلیل‌های واریانس یک راهه قید شده است.

داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهند که در طرحواره‌های هیجانی نشخوار ذهنی، گناه، غیرقابل کنترل بودن، سرزنش، تلاش برای منطقی بودن همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد نمرات بیشتری نسبت به همسران افراد بهنجار کسب کرده‌اند. در طرحواره‌های هیجانی ابراز احساسات، قابل درک بودن و پذیرش هیجانات همسران افراد بهنجار نمرات بیشتری نسبت به افراد مبتلا به سوء مصرف به دست آوردند.

داده‌های جدول ۲ نشان می‌دهند که در راهبردهای سازش-نایافته نظم‌جویی شناختی ملاطت خویش، نشخوارگری، فاجعه‌سازی و ملاطت دیگران میانگین نمرات همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد بیشتر از همسران افراد بهنجار است. همچنین در راهبردهای سازش‌یافته نظم‌جویی شناختی تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری همسران افراد بهنجار نمرات بیشتری در مقایسه با همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد به دست آورده‌اند.

به منظور مقایسه دو گروه آزمودنی در طرحواره‌های هیجانی نیز از تحلیل چندمتغیری واریانس استفاده شد. نتیجه آزمون M باکس ($F(91, 10543/15) = 1/07; P > 0/01$) نشان داد که ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها همسان است و می‌توان از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده نمود. نتیجه آزمون چند متغیری لامبدای ویلکز ($F(1326, 46) = 4/88; P < 0/001$) معنادار بود. معنادار

جدول ۳) میانگین، انحراف استاندارد، نتایج تحلیل‌های واریانس یک راهه برای مقایسه گروه‌ها در طر حواره‌های هیجانی

راهبرد	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	F df= (۱، ۵۸)	مجذور اتا [η ^۲]
نشخوار ذهنی	همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد همسران افراد بهنجار	۷/۲۳ ۴/۷۶	۲/۸ ۲/۶۳	۱۲/۳۴**	۰/۱۸
خودآگاهی هیجانی	همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد همسران افراد بهنجار	۵/۹۶ ۵/۷۳	۱/۹۲ ۱/۸۷	۰/۲۲	۰/۰۰۴
گناه	همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد همسران افراد بهنجار	۶/۳۶ ۴/۳۳	۲/۵۹ ۲/۱۵	۱۰/۹۱**	۰/۱۵
ابراز احساسات	همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد همسران افراد بهنجار	۵/۰۳ ۶/۰۳	۲/۰۲ ۱/۶	۴/۴۸*	۰/۰۷
غیرقابل کنترل بودن	همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد همسران افراد بهنجار	۶/۴ ۴/۱	۲/۷۴ ۲/۸	۱۰**	۰/۱۴
تایید طلبی از دیگران	همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد همسران افراد بهنجار	۴/۴۳ ۳/۹۶	۲/۳۱ ۲/۲۹	۰/۶۱۴	۰/۰۱
قابل درک بودن	همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد همسران افراد بهنجار	۵/۵۶ ۸/۳	۲/۴۳ ۲/۴۶	۱۸/۶۹***	۰/۲۴
سرزنش	همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد همسران افراد بهنجار	۴/۸۶ ۳/۳۳	۲/۱۱ ۱/۸۴	۸/۹۶**	۰/۱۳
تلاش برای منطقی بودن	همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد همسران افراد بهنجار	۱۱/۴۳ ۷/۳۶	۲/۷۶ ۴/۴۴	۱۸/۱۱***	۰/۲۳
دیدگاه ساده انگارانه نسبت به هیجانات	همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد همسران افراد بهنجار	۳/۹ ۴/۲	۱/۶۴ ۱/۷۶	۰/۴۶۲	۰/۰۰۸
ارزش‌های والاتر	همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد همسران افراد بهنجار	۷/۶ ۸/۶۶	۲/۵۹ ۲/۹۵	۲/۲۱	۰/۰۳۷
پذیرش هیجانات	همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد همسران افراد بهنجار	۴/۷۶ ۶/۴۶	۲/۳۸ ۱/۸۷	۹/۴۲۳**	۰/۱۴
توافق	همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد همسران افراد بهنجار	۵/۳۶۶ ۶/۱۶	۲/۱ ۲/۰۸	۲/۱۸۲	۰/۰۳۶

بحث

شود که همسران افراد معتاد از وضعیت همسرشان آگاهی می‌یابند. در چنین شرایطی، همسران افراد معتاد دچار بدکار کردی در فرایندهای نظم‌جویی هیجان می‌شوند؛ امید به زندگی خود را از دست می‌دهند؛ بهزیستی روانی آنها دستخوش اغتشاشات می‌شود؛ مناسبات اجتماعی و کیفیت زندگی آنها مختل می‌شود و خلاصه اینکه غم، اندوه، احساس تنهایی، شرم و عدم امنیت روانی بر زندگی آنها استیلا می‌یابد [۴۸]. در این فرایند، راهبردهای نظم‌جویی هیجان نقش مهمی در سازگاری و کنار آمدن با چنین موقعیت‌های تنیدگی‌زا ایفا می‌کنند. توانایی مدیریت صحیح

هدف پژوهش حاضر بررسی راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و طر حواره‌های هیجانی در همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و همسران افراد بهنجار بود. یافته‌ها بیانگر استفاده بیشتر راهبردهای سازش‌نیافته نظم‌جویی هیجان و طر حواره‌های هیجانی ناکارآمد در همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد بود. باید توجه داشت که بدون تردید امروزه یکی از عواملی که بنیاد زندگی افراد را در هم می‌شکند و موجبات اختلافات خانوادگی را فراهم می‌سازد، اعتیاد می‌باشد. آسیب‌زایی وضعیت موجود زمانی بیشتر می‌

رویدادهای منفی بپردازد، و به جنبه‌های مثبت و فواید احتمالی که آن رویداد در دراز مدت برای وی به دنبال دارد، توجه کند؛ در نتیجه ناراحتی و تنیدگی کمتری را تجربه کرده و راحت‌تر با آن رویداد کنار بیاید.

با مد نظر قرار دادن یافته‌های مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی مطالعه حاضر در همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، نتایج سایر پژوهش‌ها نشان می‌دهند که هرچه باورهای منفی نسبت به هیجانات، یا همان طرحواره‌های هیجانی، بیشتر فعال شود، افراد در تنظیم هیجاناتشان نیز بیشتر با مشکل روبه رو می‌شوند؛ یعنی طرحواره‌های هیجانی مرتبط با اختلال‌های روانی است. به عنوان مثال خانزاده و همکاران [۴۷] بیان کردند که بین اضطراب و افسردگی با تأییدطلبی بیشتر از دیگران، کنترل کمتر بر هیجانات، پذیرش، قابل درک بودن و آگاهی هیجانی کمتر از هیجانات و همچنین توافق کمتر در مورد مشابه بودن هیجانات خود با دیگران، احساس گناه، نشخوار ذهنی و سرزنش بیشتر خود، دیدگاه ساده‌انگارانه‌تر در مورد هیجانات و نیز ارتباط دادن کمتر هیجانات خود با ارزش‌های والاتر ارتباط معناداری داشت. لیبی [۳۷] در پژوهش خود برای آزمون مدل طرحواره‌های هیجانی دریافت که طرحواره‌های هیجانی قابل درک بودن، احساس گناه، دیدگاه ساده‌انگارانه در مورد هیجانات، کنترل، توافق، پذیرش و نشخوارذهنی به‌طور معناداری با سیاهه‌های افسردگی و اضطراب بک همبستگی دارند؛ بنابراین می‌توان گفت که سوء مصرف مواد در یکی از اعضای خانواده می‌تواند به عنوان یکی از همبسته‌های اصلی طرحواره‌های هیجانی ناکارآمد قلمداد شود.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر سیمای هیجانی بدکارکرد در همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد بود. این نتایج می‌تواند تلویحات کاربردی زیادی در فرایند آموزش راهبردهای سازش‌یافته نظم‌جویی شناختی هیجان و تعدیل طرحواره‌های هیجانی به همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد به منظور مدیریت و کنترل بهتر تجارب هیجانی روزمره زندگی و هیجان‌های ناشی از رویدادهای تنیدگی‌زا داشته باشد. در نهایت، یادآور می‌شود که پژوهش حاضر به لحاظ استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، عدم بررسی سایر اعضای خانواده و زوجین محدودیت داشته

هیجان‌ها به هنگام رویارویی با رویدادهای محیطی تنیدگی‌زا، این امکان را برای افراد فراهم می‌کند تا از بروز هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگارانه جلوگیری کنند. راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان فرآیندهای شناختی هستند که افراد به منظور مدیریت رویدادهای هیجان‌آور و تنیدگی‌زا به کار می‌گیرند [۲۳]. به عبارتی، افکار و شناخت‌های فرد می‌توانند توانایی قابل ملاحظه‌ای در مدیریت و کنترل هیجانات و احساسات فرد به هنگام مواجهه با موقعیت‌های هیجان‌آور داشته باشند. متون پژوهشی نشان داده است افرادی که از راهبردهای شناختی ضعیف مانند نشخوارگری، فاجعه‌سازی و ملامت‌خویش استفاده می‌کنند، نسبت به سایر افراد، در برابر مشکلات هیجانی، بیشتر آسیب‌پذیر می‌باشند. درحالی‌که در افرادی که از راهبردهای مطلوب دیگر مانند ارزیابی مجدد مثبت استفاده می‌کنند، آسیب‌پذیری کمتر است [۲۴] و راهبردهای ملامت‌خویش، نشخوارگری، فاجعه‌سازی و ارزیابی مجدد مثبت از پیش‌بین‌کننده‌های قوی تجارب هیجانی منفی هستند [۵۰، ۴۹]. در این راستا، یافته‌های پژوهش حاضر نیز بیانگر وجود راهبردهای سازش‌یافته نظم‌جویی شناختی هیجان در همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد هستند.

همسو با یافته‌های پژوهش حاضر، گروس^۱ نشان داد که تفاوت‌های فردی در استفاده از سبک‌های مختلف نظم‌جویی شناختی هیجان موجب پیامدهای عاطفی، شناختی و اجتماعی مختلف می‌شود؛ چنان‌که استفاده از سبک‌های ارزیابی مجدد با تجارب هیجانی مثبت و عملکردهای میان فردی بهتر و بهزیستی بالا ارتباط دارد [۲۶]. نتایج سایر پژوهش‌ها نشان می‌دهند که راهبردهای سازش‌یافته نظم‌جویی شناختی هیجان با اختلال‌های روانی مرتبط است؛ به عنوان مثال مشهدی، میردرفی و حسنی [۴۹] بیان کردند که بین افسردگی و راهبردهای ملامت‌خود، نشخوارگری، فاجعه‌سازی و ملامت‌دیگران رابطه مثبت وجود دارد؛ در حالی که رابطه افسردگی با تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی و پذیرش منفی است. به اعتقاد آنها رابطه منفی راهبردهای سازش‌یافته با افسردگی به این دلیل است که استفاده از این راهبردها موجب می‌شود که فرد با نگاهی متفاوت به ارزیابی

partners attending a clinic for treatment of addiction. *J Ment Health*. 2005; 7(27):115-121. [Persian].

12- Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation: Conceptual foundations. In JJ Gross(Ed.), *Handbook of emotion regulation..* New York, NY: Guilford Press. 2007. p. 3-24.

13- Bargh JA, Williams LE. On the nonconscious of emotion regulation. In J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation.* New York: Guilford Pres; 2007. p. 429-445.

14- Garnefski N, Van-Der-Kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Tein EO. The Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Emotional Problems: Comparison between a Clinical and a Non-Clinical Sample. *Eur J Pers*. 2002; (16):403-20.

15- 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.

16- Cicchetti D, Ackerman BP, Izard CE. Emotions and Emotion regulation in developmental psychopathology. *Dev Psychopathol*. 1995; 7(1):1-10.

17- Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Rev Gen Psychol*. 1998; 2(3):271-99.

18- Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2010; 30(2):217-37.

19- 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.

20- Mashhadi A, Midoraghi F, Hasani J. The role of cognitive emotion regulation strategies in internalizing disorders of children. *J Clin Psychol*. 2011; 3(3):29-39. [Persian].

21- Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotion problems. *Pers Individ Dif*. 2001; (30): 1311-27.

22- 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.

23- Garnefski N, Boon S, Kraaij V. Relationships Between Cognitive Strategies of Adolescents and Depressive Symptomatology Across Different Types of Life Event. *J Youth Adolesc*. 2003; 32(6): 401-08.

24- Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: a comparative study of five

است. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی ضمن مرتفع نمودن محدودیت‌های مذکور به بررسی سایر جنبه‌های نظم‌جویی هیجان با استفاده از روش‌های پژوهشی مختلف و گروه‌های متفاوت پرداخته شود.

تشکر و قدردانی

از همکاری مراکز ترک اعتیاد بزرگ امین، آراز، ساغلام و ارمان حیات در ارومیه و افراد شرکت‌کننده در این مطالعه، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌شود.

منابع

1- Daley AC, Marlatt GA, Lewinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG. *Substance Abuse (A Comprehensive Textbook)*. 4th edit. Boston: Williams & Wilkin; 2005. p. 674-81.

2- Termorshuizen F, Krol A, Prins M, Geskus 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 and alcohol dependence*. 2005; 79(2):231-40.

3- Carr A. *The Handbook of Child & Adolescents Clinical Psychology*. London; Routedag. 1999.

4- Sadock BG, Sadock VA. *Comprehensive Text book off psychiatry*. Philadelphia: lippincott Williams and wilkins; 2005. p. 1137-1329.

5- 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.

6- Haiyi Xie, Gregory J. McHugo, Melinda B. Fox, Robert E. Drake. Substance Abuse Relapse in a Ten-Year Prospective Follow-up of Clients With Mental and Substance Use Disorders. *Psychiatric Services*. 2005; (56):1282-1287.

7- Porshahbaz A, Shamlo S, Jazayeri AR, Ghazi tabatabaii M. The structural relationship between risk and protective factors for drug use in adolescent psychiatric. *J Soc Welfare Q*. 2004; 19(5):49-54. [Persian].

8- Najafi k, Zarrabi H, Kafi M, Nazifi F. Compare the quality of life of spouses of addicted men with a control group. *J Med Fac Guilan Univ Med Sci*. 2005; 14 (55). [Persian].

9- Niolon R. Families and substance abuse. (serial online) 2005. Available from : http://www.psychpage.com/familygay_lesbian.htm/.

10- Farrell TJ, Choquette KA, Cutter Hs, Birchler GR. Sexual satisfaction and Dysfunction in marriage of male alcoholics: comparison with nonconflicted couples. *J stud alcohol*. 1997; 58(1): 91-9.

11- Erfanian taghvai M, Esmaili H, Salehpor H. Marital quality and quantity of drug users and their

- practicing clinician. London: Routledge; 2009. p. 187-204.
- 39- Leahy R L. Overcoming resistance in cognitive therapy. New York: Guilford Press. 2001.
- 40- Leahy RL. Emotional schemas in cognitive therapy. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Philadelphia, PA. 2001.
- 41- Leahy RL. Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cogn Behav Pract*. 2007; (14):36-45.
- 42- Leahy RL. Metacognition, emotional schemas and personality disorders. Paper presented at the European Association of Cognitive and Behavioral Psychotherapy, Prague, Czech Republic. 2003.
- 43- Leahy RL, Kaplan D. Emotional schemas and relationship adjustment. Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA. 2004.
- 44- Hashemi Z, Mahmood alilo M, Hashemi T. Efficacy of cognitive therapy in major depressive disorder: a case report. *J Clin Psycho*. 2009; 2(3): 58-85. [Persian].
- 45- Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: A questionnaire measuring cognitive coping strategies. Leiderdorp: The Netherlands: DATEC; 2002.
- 46- Hasani J. The Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire [CERQ]. *J Clin Psychol*. 2011; 2(3):73-83. [Persian].
- 47- Khanzade M, Edrisi F, mohamadkhani SH, Saidian M. Scale factor structure and psychometric characteristics on students' emotional schemas. *J Psycho Stud*. 2012; 11 (3): 91-119. [Persian].
- 48- Halfvrd K. Short-term couple therapy. Translation Tabrzi M, Kardani M, Jafari F, Tehran. Faravan. 2001. [Persian].
- 49- Mashhadi A, Midoraghi F, Hasani J. The role of cognitive emotion regulation strategies in internalizing disorders of children. *J Clin Psychol*. 2011; 3(3):29-39. [Persian].
- 50- Martin R, Dahlen ER. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Pers Individ Dif*. 2005; (39): 1249-60.
- specific samples. *Pers Ind Dif*. 2006;(40):1659-1669.
- 25- Hasani J, Azadfallah P, Rasolzadeh Tabatabaiee SK, Ashayeri H. The assessment of the cognitive emotion regulation according neuroticism and extraversion. *New adv cog sci*. 2008; 10(4):1-13. [Persian].
- 26- 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.
- 27- Kraaij V, Pruyboom E, Garnefski N. Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: A longitudinal study. *Aging Ment Health*. 2002; 4(6): 275-81.
- 28- Campbell-Sills L, Barlow DH. Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In: Gross JJ, Editor. *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press; 2007. p. 542-59.
- 29- Harvey A, Watkins E, Mansell W, Shafran R. *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: a transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press; 2004.
- 30- Rottenberg J, Gross JJ. When emotion goes wrong: realizing the promise of affective science. *Clin Psychol Sci Pract*. 2007; 10(2):227-32.
- 31- 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.
- 32- Gross JJ. Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiol*. 2002; 39(3):281-91.
- 33- 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.
- 34- Garnefski N, Teerds J, Kraaij V, Legerstee J, Van den Kommer T. Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: differences between males and females. *Pers Individ Dif*. 2004; 36(2):267-76.
- 35- Hasani J. The assessment of reliability and validity of the short form of cognitive emotion regulation questionnaire. *Behav sci res*. 2011; 9(4):229-40. [Persian].
- 36- Ryff CD, Singer B. The contours of positive human health. *Psychol Inq*. 1998; 9(1):1-28.
- 37- Leahy RL. Model of emotional schemas. *Cogn and Behav Pract*. 2002; (9):177-190.
- 38- Leahy RL. Resistance: An emotional schema therapy (EST) approach. In G. Simos (Ed.), *Cognitive behavior therapy: A guide for the*

The Assessments of Cognitive Emotion Regulation Strategies and Emotional Schemas in Spouses of People with Substance Abuse and Spouses of Normal People

Hasani, J. *Ph.D., Tajodini, E. M.A., Ghaedniyaie-Jahromi, A. M.A., Farmani-Shahreza, Sh. Master Student.

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to assess the cognitive emotion regulation strategies and emotional schemas in spouses of people with substance abuse and spouses of normal people.

Method: 30 spouses of patients with substance abuse selected by available sampling method and were matched with 30 spouses of normal people. Two groups completed cognitive emotion regulation questionnaire (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001) and emotional schemas questionnaire (Leahy, 2002). In order to analysis data Multivariate Analysis of Variance (MANOVA) was used.

Results: The results indicated that the mean of score of spouses of people with substance abuse in self-blame, rumination, catastrophizing and other blame maladaptive cognitive emotion regulation strategies and rumination, guilt, uncontrollable, blame and demands for rationality emotional schemas were more than spouses of normal people. In positive refocusing, refocus on planning, positive reappraisal and putting into perspective adaptive cognitive emotion regulation strategies and expression, acceptance of feeling and comprehensibility emotional schemas spouses of normal people acquired more scores than spouses of people with substance abuse.

Conclusion: Spouses of people with substance abuse in order to manage emotions come from stressful situations use from maladaptive cognitive emotion regulation strategies and emotional schemas. Using these maladaptive strategies can put them at risk of mental problems and marital conflicts.

Keywords: Emotion, Cognitive Emotion Regulation, Emotional Schema, Wives of People with Substance Abuse

*Correspondence E-mail:
hasanimehr57@yahoo.com

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی