

پیش‌بینی گرایش به مصرف سیگار، مشروبات الکلی، مواد مخدر و داروهای روان-گردان بر اساس متغیرهای بدتنظیمی هیجان و تجربه کودک آزاری در افراد دارای صفات شخصیت مرزی

مینا قنادی فرنود^۱، مجید محمود علیلو^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۸/۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۸/۷

چکیده

هدف: هدف این پژوهش، پیش‌بینی گرایش به مصرف سیگار، مواد مخدر، مشروبات الکلی و داروهای روان‌گردان بر اساس متغیرهای بدتنظیمی هیجان و تجربه کودک آزاری در افراد دارای صفات شخصیت مرزی بود. **روش:** روش پژوهش همبستگی در مقوله‌ی طرح‌های توصیفی است. از میان تمام دانشجویان کارشناسی پسر و دختر دانشگاه تبریز به روش خوشه‌ای تصادفی ۶۰۰ دانشجو انتخاب شدند. پرسشنامه‌های رفتارهای پرخطر (برنر، ۱۹۹۵)، بدتنظیمی هیجان (گراتز و رومر، ۲۰۰۴)، تجربه کودک آزاری (محمدخانی، ۱۳۸۱) و شخصیت مرزی (کلاریج و بروکر، ۱۹۸۴) در میان نمونه‌ی انتخابی اجرا شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد متغیرهای بدتنظیمی هیجان و تجربه کودک آزاری به درجات مختلف توانایی پیش‌بینی مصرف سیگار، مواد مخدر، مشروبات الکلی و داروهای روان‌گردان را دارا هستند. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش بیان‌گر نقش آسیب‌پذیری زیستی اولیه در زمینه تنظیم هیجان (بدتنظیمی هیجان) و محیط خانوادگی ناسالم و بی‌اعتبار ساز (تجربه کودک آزاری) در ابتلا به اختلال شخصیت مرزی و بروز رفتارهای پرخطر نظیر مصرف مواد و الکل است.

کلیدواژه‌ها: بدتنظیمی هیجان، تجربه کودک آزاری، صفات شخصیت مرزی، سوءمصرف مواد، الکل و سیگار

۱- نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه تبریز، پست الکترونیک: aysa.farnood@yahoo.com

۲- استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تبریز

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی جزء اختلال‌های «دسته B» است. اختلالات شخصیت «دسته B» با تکانشگری، خود ویرانگری، هیجان‌های ناپایدار و الگوی مختل دلبستگی تظاهر می‌یابد (نارود، میکلتون و دهل^۱، ۲۰۰۵). اختلال شخصیت مرزی یک اختلال روانی پیچیده و جدی است که با تغییر حالت‌های مزاجی شدید و سریع، تکانشگری و رفتارهای خودزنی، ترس از ترک و رهاشدگی، روابط ناپایدار و خود پنداره بی‌ثبات مشخص می‌شود (فیرست^۲ و همکاران، ۲۰۰۳؛ به نقل از وینگنفلد، اسپیتزر، رالکو و لائو^۳، ۲۰۱۰). بیماران مرزی به‌طور مکرر ناسازگاری‌های اولیه، چندگانه و مزمن و حتی تجارب آسیب‌زا مثل سوءاستفاده جسمی یا جنسی مکرر یا غفلت‌های هیجانی یا جسمی را گزارش می‌کنند (هرمن^۴، پری^۵ و واندرکولک^۶، ۱۹۸۹؛ اوگاتا^۷، ۱۹۹۰؛ زانارینی^۸ و همکاران ۱۹۹۷؛ به نقل از وینگنفلد و همکاران، ۲۰۱۰). به‌طور کلی اختلال شخصیت مرزی دارای یک الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط بین فردی، خودانگاره و عواطف، همراه با تکانشگری بارز است که از اوایل بزرگسالی شروع می‌شود. زمینه‌های بروز این اختلال متفاوت و با ویژگی‌های آشفتگی و حالت‌های هیجانی اضطراب، خشم، افسردگی و رفتارهای خطرناک مانند آسیب رساندن به خود و سوءمصرف مواد همراه است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۸۶). بر طبق مدل میلیون^۹ (۲۰۰۴)، افراد دارای نشانه‌های مرزی افرادی هستند که نمی‌توان تشخیص اختلال شخصیت مرزی را برای آن‌ها مطرح کرد، زیرا نمره این افراد در آزمون، کمتر از نقطه برش است، ولی با این وجود واجد تعدادی از ویژگی‌های این اختلال هستند. امروزه شیوع رفتارهای پرخطر^{۱۰} در جوانان به یکی از مهم‌ترین و گسترده‌ترین دل‌نگرانی‌های جوامع بشری تبدیل شده است. رفتار پرخطر به رفتارهایی گفته می‌شود که سلامت و بهزیستی خود فرد و سایر افراد جامعه را در معرض خطر قرار می‌دهد (ماهر، ۱۳۸۳). برخی از این رفتارها از جمله مصرف مواد مخدر، مصرف الکل و سوءمصرف مواد محرک علت تعداد زیادی

1 . Narud, Mykletun, Dahl

3 . Wingenfeld, Spitzer, Rullko & Lo'we

5. Perry

8. Zanarini

6 . Van der Kolk

9 . Millon

2 . First

4 . Herman

7 . Ogata

10 . High Risk Behaviors

مرگ و جراحات در نوجوانان بوده و اثرات منفی روی جوامع دارد. مصرف مواد و اعتیاد به عنوان یکی از مهم ترین آسیب های روانی- اجتماعی قرن حاضر، اقصاار مختلف جامعه به ویژه جوانان را همواره در معرض خطر قرار می دهد. ویژگی های دوران جوانی این قشر را در مقابل پدیده اعتیاد آسیب پذیر می کند. ارتباط مصرف مواد و رفتارهای اعتیاد آمیز با سایر انحراف ها و کز رفتاری ها بر دامنه آسیب زایی می افزاید.

میزان شیوع مصرف مواد مخدر در جوانان بالاتر از هر گروه سنی است و به ویژه در طی دهه های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ سوء مصرف مواد افزایش یافته و از سال ۱۹۹۲ شیوع مصرف داروهای ممنوعه در میان جوانان زیادتر شده است (اسنید، موریسکی، روترام، امین و مالوت^۱، ۲۰۰۲). بررسی های سال ۱۳۸۰ نشان داده است که ۳۷۶۱۰۰۰ نفر مصرف کننده مواد افیونی غیر قانونی وجود دارد که ۲۵۴۷۰۰۰ نفر وابستگی به مواد داشته اند (وزیران، ۱۳۸۴). پژوهش های اخیر بر عوامل خطر ساز و سبب شناسی چند گانه متمرکز شده اند.

اگرچه بر عوامل اجتماعی در گرایش به مواد تاکید بسیار می شود، اما سوء مصرف مواد و الکل می تواند با فرآیندهای زیستی و روانشناختی نیز مرتبط باشد (گلانتز^۲، ۱۹۹۲). تنظیم هیجان به عنوان یکی از متغیرهای روانشناختی، مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است (گلنم^۳، ۱۹۹۵؛ شاته^۴ و همکاران، ۱۹۹۸). شواهد زیادی نشان می دهند که تنظیم هیجانی با موفقیت یا عدم موفقیت در حوزه های مختلف زندگی مرتبط است (شاته، مالو، تورستنسون، بولار و روک^۵، ۲۰۰۷؛ جاکوبس و همکاران^۶، ۲۰۰۸). با این حال، پژوهش های اندکی به بررسی ارتباط تنظیم هیجانی با سوء مصرف مواد پرداخته اند (پارکر، تیلور، استابروک، شل و وود^۷، ۲۰۰۸). سطح پایین تنظیم هیجانی که ناشی از ناتوانی در مقابله موثر با هیجان ها و مدیریت آن ها است، در شروع مصرف مواد نقش دارد (گلنم، ۱۹۹۵؛ پارکر و همکاران، ۲۰۰۸). هنگامی که فرد برای مصرف مواد از سوی همسالان تحت فشار قرار می گیرد، مدیریت موثر هیجان ها خطر سوء مصرف را کاهش می دهد. توانایی مدیریت

1 . Sneed, Morisky, Rotheram, ebin & Malotte
3. Goleman
5 . Malon, Thorsteinson, Bhullar & Rooke
7 . Parker, Taylor, Eastabrook, Schell & Wood

2. Glantz
4 . Schutte
6. Jakobs

هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالا است، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند. افرادی که تنظیم هیجانی بالایی دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند. آن‌ها فشارهای ناخواسته همسالان را درک و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می‌دهند (ترینیداد و جانسون^۱، ۲۰۰۰). در مقابل، کسانی که تنظیم هیجانی پایینی دارند، برای مقابله با هیجان‌های منفی خود، به سوی مصرف مواد کشیده می‌شوند (ترینیداد، آنگر، چو، آزن و جانسون^۲، ۲۰۰۴). نتایج پژوهش تیچمن، بانه و راوون^۳ (۱۹۸۰) نشان داد که بین سوء مصرف مواد و هیجان‌طلبی رابطه مثبتی وجود دارد و تاثیر آن در گرایش به اعتیاد، بیشتر از اضطراب موقعیتی و خلق افسرده است. اکبری زردخانه، رستمی و زارعان (۱۳۸۶) در مطالعه‌ای روی دانشجویان دانشگاه تهران نشان دادند که بین نمره‌های هوش هیجانی، ادراک هیجانی و پذیرش اعتیاد رابطه منفی معناداری وجود دارد. بنابراین، سازه هوش هیجانی که تنظیم هیجانی یکی از مولفه‌های آن محسوب می‌شود، می‌تواند نقش متغیر میانجی نیرومندی بین مولفه‌های هیجانی و پذیرش اعتیاد داشته باشد. پارکر و همکاران (۲۰۰۸) نشان دادند که دشواری در بازشناسی هیجان‌ها و نارسایی در برقراری رابطه عاطفی با دیگران منجر به سوء مصرف مواد در افراد می‌شوند. آگاهی از حالت‌های هیجانی به‌طور وسیع با الکلیسم از طریق تسهیل در اجتناب از مصرف آن مرتبط است. هاسکینگ و اویی^۴ (۲۰۰۷) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آگاهی از حالت‌های هیجانی به‌طور وسیع با الکلیسم از طریق تسهیل مقابله اجتنابی مرتبط است. دوران، شارک و کوهن^۵ (۲۰۰۷) نقش بد تنظیمی هیجانی را در گرایش به مصرف الکل و ارتکاب خشونت در دانشجویان دختر و پسر بررسی کردند و دریافتند که هم مصرف الکل و هم گرایش به خشونت جسمی و جنسی با بد تنظیمی هیجان به ویژه در حیطة خطرجویی رابطه دارد. فضای عاصفی سرد، بی تفاوت و بسته بین اعضای خانواده و تجارب ناسازگار دوران کودکی به ایجاد رفتارهای مخاطره آمیز و استفاده از مواد مخدر منجر می‌شود (پیر مرادی، ۱۳۸۷). نتایج پژوهش داب^۶ و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد

1. Trinidad & Janson
4. Hasking & Oei

2. Unger, Chou & Azen
5. Doran Charque & Cohen

3. Tichman, Barnea & Ravon
6. Dube

که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی خطر اعتیاد دارویی و مصرف مداوم دارو، الکل و مواد مخدر را در بزرگسالی افزایش می‌دهد. شروع و ادامه مصرف مواد تحت تاثیر زمینه‌های رشد ناسالم است که بنیان آن در درون نظام خانواده و سپس در اجتماع ریخته می‌شود (زینالی، وحدت و عیسوی، ۱۳۸۷). مشخصه‌های خانوادگی ناکارآمد می‌توانند شدت ابتلا به اختلال‌های مصرف مواد افیونی و استعمال دخانیات را در معتادان پیش‌بینی کنند (بشارت، رنجبر نوشری و رستمی، ۱۳۸۷). مطالعه پژوهش‌های مرتبط با اثرات دراز مدت کودک آزاری نشان داده است که اکثر نوجوانان و بزرگسالانی که در کودکی دچار حوادث آزار دهنده شده‌اند، بیشتر از سایرین خود را الکلی، معتاد و استفاده‌کننده از داروهای غیرقانونی معرفی می‌کنند. چندین تبیین برای همبودی اختلالات شخصیت و سوءاستفاده از مواد پیشنهاد شده است. برای مثال، نشان داده شده است که این همپوشی به ندرت می‌تواند تصادفی باشد؛ چرا که یکی از جنبه‌های معیار تشخیص شخصیت مرزی می‌تواند شامل سوءاستفاده از مواد باشد که شاخص تکانشگری است. به هر حال، بین سوء مصرف مواد و اختلال شخصیت مرزی قوی گزارش شده است (اسکودال، گاندرسون و پفول، ۲۰۰۲). از آنجایی که متغیر بدتنظیمی هیجان، ماهیت تکراری هیجانات منفی و بازگشت تاخیری به حالت پایه را در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی توصیف می‌کند، طولانی شدن تجربه هیجان منفی ممکن است احتمال مصرف مواد را افزایش دهد. در واقع یک رابطه دوسویه بین اختلال شخصیت مرزی و مصرف مواد غیرقانونی وجود دارد. مصرف مواد مخدر و برخی مواد خاص مثل آمفتامین‌ها موجب تشدید علائم اختلال شخصیت مرزی می‌گردد. از سوی دیگر مصرف این مواد موجب بروز عادات تخریبی و از هم پاشیدن خودکنترلی فرد و در نتیجه باعث بروز تابلوی بالینی اختلال شخصیت مرزی می‌شود. زانارینی و فرانکنبورگ^۲ (۱۹۹۷) نوعی مدل چند عاملی را برای اختلال شخصیت مرزی پیشنهاد کرده‌اند و معتقدند که این اختلال از ترکیب پیچیده سه مولفه ناشی می‌شود: خلق و خوی ذاتی، تجربه‌های دردناک و چالش برانگیز کودکی و کژکاری‌های نورولوژیکی و بیوشیمیایی. به عقیده آن‌ها، مولفه آخر، احتمالاً نتیجه ترکیب تجربه‌های ویران‌ساز اولیه و آسیب‌پذیری‌های ذاتی

بیماران مرزی است. با عنایت به مطالب ذکر شده که به نوعی آسیب‌پذیری و نقص در تنظیم هیجان (پردازش هیجان، هیجان‌های مثبت و منفی، و کنترل تکانه) را در افراد دارای صفات شخصیت مرزی نشان می‌دهد، و نیز وجود میانجی و تعدیل‌کننده‌های هیجانی و عاطفی و تجربه کودک آزاری در این آسیب‌پذیری‌ها، لزوم انجام پژوهش جامع در این مورد ضروری است. روشن ساختن نقش تجارب آسیب‌زای دوران کودکی در شکل‌گیری اختلال شخصیت بزرگسالی می‌تواند به بینش‌های مفیدی از نظر مداخلات در سطح اول پیشگیری منجر گردد. با توجه به هزینه‌های بسیار بالای مبارزه با مواد مخدر، درمان و نگهداری معتادان و همچنین معایب مربوط به روش‌های درمان و سم‌زدایی، به نظر می‌رسد پیشگیری از سوءمصرف مواد بسیار مقرون به صرفه و کارآمدتر باشد. از این رو یکی از زمینه‌های مهم پژوهش در زمینه سوءمصرف مواد، شناسایی عوامل خطر و محافظت‌کننده گرایش به مصرف مواد است. به رغم مطالعات فراوان انجام شده درباره هیجان‌طلبی و تنظیم هیجان و تجربه کودک آزاری در تبیین و پیش‌بینی رفتارهای پرخطر نظیر مصرف سیگار، مواد مخدر و الکل، مطالعه‌ای که این مقوله‌ها را در ایران بررسی کرده باشد، یافت نشد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی مصرف سیگار، مواد مخدر، مشروبات الکلی و داروهای روان‌گردان بر اساس متغیرهای بدتنظیمی هیجان و تجربه کودک آزاری در افراد دارای نشانه‌های مرزی بود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع همبستگی در مقوله‌ی طرح‌های توصیفی است. جامعه مورد مطالعه را دانشجویان دوره‌ی کارشناسی دانشگاه تبریز اعم از دختر و پسر تشکیل می‌دادند. نمونه پژوهش حاضر با توجه به نیاز به غربال‌گری نمونه اولیه بر اساس نمره مقیاس شخصیت مرزی، ۶۰۰ نفر انتخاب شد. از آنجایی که بر اساس پژوهش‌های پیشین میزان شیوع صفات شخصیت مرزی از ۱۳ تا ۲۰ درصد (برنر و همکاران، ۱۹۹۵) برآورد شده است و همچنین با عنایت به تعداد متغیرها، لازم است برای نمونه نهایی غربال شده، تعداد آزمودنی به تعداد حداقل ۱۰۰ نفر برای تحلیل رگرسیون در دسترس باشد؛ بنابراین تعداد ۶۰۰ نفر آزمودنی

بر اساس این منطق انتخاب شد که با توجه به مخدوش یا ناقص بودن پرسشنامه‌ها تعداد ۹۶ عدد از آن‌ها کنار گذاشته شد و نمونه اولیه متشکل از ۵۰۴ دانشجو بود. با توجه به غربال‌گری نمونه اولیه بر اساس نمرات پرسشنامه شخصیت مرزی، تعداد نمونه نهایی به ۱۲۰ نفر کاهش یافت.

ابزار

۱- پرسشنامه سنجش رفتارهای پرخطر: این پرسشنامه با اقتباس از پرسشنامه رفتارهای پرخطر مرکز کنترل بیماری‌های آمریکا در سال ۱۹۸۹ طراحی شد. مبنای نظری که برنر و همکاران (۱۹۹۵) درباره این پرسشنامه به آن اشاره کرده‌اند، مجموعه رفتارهای مغایر با سلامت جسمانی است که خطر بیماری و مشکلات اجتماعی را افزایش داده و به میزان زیادی مرگ و میر نوجوانان و بزرگسالان را سبب می‌شود. فرم مورد استفاده در این پژوهش ۲۳ گویه دارد که با توجه به موضوع پژوهش، فقط گویه‌های مربوط به مصرف سیگار، مواد مخدر و داروهای روان‌گردان و الکل مورد استفاده قرار گرفتند. برنر و همکاران (۲۰۰۲) اعتبار این پرسشنامه را با روش بازآزمایی به فاصله ۲ هفته مناسب گزارش نمودند. همچنین ضریب کاپا برای همه گویه‌ها بین ۰/۲۳ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. بخشانی و همکاران (۱۳۸۶) اعتبار آن را با استفاده از بازآزمایی ۰/۸۵ به دست آوردند. در پژوهش دیگری مهرابی و همکاران (۱۳۸۹) اعتبار پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس با اجرا بر روی ۳۷۷ نفر ۰/۷۹ به دست آوردند. این پژوهشگران ضریب روایی تشخیصی ۰/۵۶ را برای این پرسشنامه گزارش نمودند. ضمن اینکه نقطه برش ۱۷/۴۴ (۱۷) با حساسیت ۰/۹۶ و ویژگی ۰/۷۶ و توان کل ۸۶/ گزارش شد.

۲- پرسشنامه بدتنظیمی هیجان: این پرسشنامه توسط گراتز و رومر، (۲۰۰۴)، نقل از امینیان، (۱۳۸۸) ساخته شده است. این پرسشنامه ۳۶ گویه چند بعدی خودگزارشی دارد که الگوهای تنظیم هیجانی افراد را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. از آزمودنی خواسته می‌شود که میزان موافقت خود با گویه‌های آزمون را که مربوط به احساسات وی در طول هفته گذشته است بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (تقریباً هرگز، گاهی اوقات، نیمی از

اوقات، بیشتر اوقات، تقریباً همیشه) بیان کند. گراتز اعتبار این پرسشنامه را ۰/۹۳ و اعتبار آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش کرده است. در پژوهش امینیان (۱۳۸۸) اعتبار آن با دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه شد که به ترتیب برابر ۰/۸۶ و ۰/۸۰ گزارش شد. برای بررسی روایی پرسشنامه، نمره آن با نمره پرسشنامه هیجان خواهی زا کرمن همبسته شد و مشخص شد همبستگی مثبت معنی داری بین آن‌ها وجود دارد که بیانگر برخورداری پرسشنامه تنظیم هیجانی از روایی همگرایی لازم بود.

۳- پرسشنامه خودگزارشی کودک آزاری: این پرسشنامه توسط محمدخانی (۱۳۸۱) تهیه و دارای ۳۸ گویه می‌باشد. این پرسشنامه دامنه‌ای از رفتار کودک آزاری، از آزار جنسی تا آزار عاطفی و جو منفی خانه، آزار جسمی و بی‌توجهی نسبت به کودک را مورد سنجش قرار می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شده که حاکی از همسانی درونی بالای آن است. نمره گذاری این مقیاس بر اساس طیف لیکرت از هرگز = ۰ تا همیشه = ۳ انجام می‌شود. همچنین گویه‌های ۱۵ تا ۲۵ که مربوط به زیر مقیاس غفلت و بی‌توجهی نسبت به کودک هستند به صورت وارونه نمره گذاری می‌شوند.

۴- پرسشنامه شخصیت مرزی: این پرسشنامه بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه سوم توسط کلاریج و بروکز (۱۹۸۴) ساخته شده و در سال ۲۰۰۱ مورد بررسی مجدد قرار گرفته است (راولینگ، کلاریج و فریمن، ۲۰۰۱). این پرسشنامه وضعیت‌های مربوط به اختلال شخصیت مرزی را توصیف می‌کند که الگوی رفتاری بی‌ثبات بین فردی از قبیل دوسوگرایی و مشکلات کنترل هیجانی را شامل می‌شود. می‌تواند ویژگی‌های مرزی را در افراد بهنجار و بر اساس مدل پیوستاری ویژگی‌های روانی بسنجد. محمدزاده و همکاران (۱۳۸۴) این مقیاس را با ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه چهارم تجدید نظر شده انطباق داده‌اند. شامل ۲۴ گویه است که به صورت بلی/خیر جواب داده می‌شوند. جواب بلی نمره یک و جواب خیر نمره صفر می‌گیرد. جکسون و کلاریج^۱ (۱۹۹۱) ضریب اعتبار بازآزمایی را

۰/۶۱ گزارش کرده‌اند. روایی همزمان آن با مقیاس‌های روان رنجورخویی و روان پریشی، به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۴۴ گزارش شده است (راولینگز، کلاریج و فریمن، ۲۰۰۱).

یافته‌ها

از مجموع ۶۰۰ نفر شرکت کننده در پژوهش، ۹۶ نفر از آن‌ها به دلیل ناقص یا مخدوش بودن پرسشنامه‌های تکمیل شده کنار گذاشته شدند. از ۵۰۴ نفر باقیمانده ۲۳۸ نفر معادل ۴۷/۲ درصد مرد و ۲۶۶ نفر معادل ۵۲/۸ درصد زن بودند که میانگین سنی شرکت کنندگان ۲۲/۳۰ سال با انحراف استاندارد ۴/۲۶ بود. همچنین تعداد ۸۹ نفر دانشجویان دانشکده فنی مهندسی، ۱۹۶ نفر علوم انسانی، ۹۱ نفر علوم پایه، و ۷۹ نفر علوم پزشکی بودند.

با توجه به عنوان تحقیق و با توجه به میانگین و انحراف استاندارد نمرات شخصیت مرزی تنها افرادی به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند که یک انحراف استاندارد نمرات‌شان بالاتر از میانگین در پرسشنامه شخصیت مرزی به دست آمده بود. بنابراین تعداد ۱۲۰ نفر به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند که تعداد ۴۵ نفر (۳۷/۵٪) دانشجویان دختر و تعداد ۷۵ نفر آن‌ها (۶۲/۵٪) دانشجویان پسر بودند. آماره‌های توصیفی مربوط به مشخصات جمعیت شناختی و متغیرهای مورد مطالعه گروه نمونه در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در گروه نمونه

متغیرها	تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد
سن	۱۲۰	۱۸	۲۸	۲۳/۵۲	۲/۴۲
مصرف سیگار	۱۲۰	۳	۱۷	۱۰/۲۷	۴/۲۵
مصرف الکل	۱۲۰	۳	۱۸	۱۱/۵۱	۲/۶۰
مصرف مواد مخدر و داروهای روان‌گردان	۱۲۰	۰	۲۰	۵/۹۷	۴/۳۹
بدتنظیمی هیجانی	۱۲۰	۹۰	۱۶۸	۱۳۵/۴۶	۱۳/۸۶
تجربه کودک‌آزایی	۱۲۰	۱۲	۱۰۰	۶۶/۶۹	۲۱/۱۲

برای پیش‌بینی گرایش به مصرف سیگار بر اساس متغیرهای بدتنظیمی هیجان و تجربه کودک آزاری از تحلیل رگرسیون به روش گام به گام استفاده شد. در گام اول تجربه کودک آزاری وارد معادله شد و $18/4\%$ از واریانس گرایش به مصرف سیگار را تبیین نمود. در گام دوم نیز بدتنظیمی هیجانی وارد معادله شد و این دو متغیر با هم $21/4\%$ از واریانس را تبیین نمودند. ضرائب رگرسیون در گام آخر در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۲: ضرائب رگرسیون گرایش به مصرف سیگار بر اساس تجربه کودک آزاری و بدتنظیمی هیجانی در گام آخر

متغیرها	B	β	آماره t	معناداری
مقدار ثابت	۲/۳۴	-	۴/۳۲۵	۰/۰۰۰۵
تجربه کودک آزاری	۰/۰۹	۰/۴۴	۵/۲۷۵	۰/۰۰۰۵
بدتنظیمی هیجان	۰/۰۷	۰/۲۰	۲/۶۵۴	۰/۰۱

برای پیش‌بینی گرایش به مصرف سیگار بر اساس متغیرهای بدتنظیمی هیجان و تجربه کودک آزاری از تحلیل رگرسیون به روش گام به گام استفاده شد. در گام اول تجربه کودک آزاری وارد معادله شد و $18/4\%$ از واریانس گرایش به مصرف سیگار را تبیین نمود. در گام دوم نیز بدتنظیمی هیجانی وارد معادله شد و این دو متغیر با هم $21/4\%$ از واریانس را تبیین نمودند. ضرائب رگرسیون در گام آخر در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۳: ضرائب رگرسیون گرایش به مصرف سیگار بر اساس تجربه کودک آزاری و بدتنظیمی هیجانی در گام آخر

متغیرها	B	β	آماره t	معناداری
مقدار ثابت	۲/۳۴	-	۴/۳۲۵	۰/۰۰۰۵
بدتنظیمی هیجان	۰/۰۹	۰/۴۴	۵/۲۷۵	۰/۰۰۰۵
تجربه کودک آزاری	۰/۰۷	۰/۲۰	۲/۶۵۴	۰/۰۱

برای پیش‌بینی گرایش به مصرف الکل بر اساس متغیرهای بدتنظیمی هیجان و تجربه کودک آزاری از تحلیل رگرسیون به روش گام به گام استفاده شد. در گام اول تجربه کودک آزاری وارد معادله شد و $16/1\%$ از واریانس گرایش به مصرف مواد مخدر و

روان گردان را تبیین نمود. در گام دوم نیز بدتنظیمی هیجانی وارد معادله شد و این دو متغیر با هم ۲۰٪ از واریانس را تبیین نمودند. ضرائب رگرسیون در گام آخر در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۴: ضرائب رگرسیون گرایش به مصرف الکل بر اساس تجربه کودک آزاری و بدتنظیمی هیجانی در گام آخر

متغیرها	B	β	آماره t	معناداری
مقدار ثابت	۲/۱۴	-	۳/۰۱۲	۰/۰۰۰۵
تجربه کودک آزاری	۰/۰۹	۰/۴۰	۴/۷۵۲	۰/۰۰۰۵
بدتنظیمی هیجان	۰/۰۵	۰/۱۶	۲/۸۲۹	۰/۰۰۰۵

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر پیش بینی گرایش به مصرف سیگار، مشروبات الکلی، مواد مخدر و داروهای روان گردان بر اساس متغیرهای بدتنظیمی هیجان و تجربه کودک آزاری در افراد دارای صفات شخصیت مرزی بود. نتایج نشان داد که هر دو متغیر تجربه بدتنظیمی هیجان و تجربه کودک آزاری در پیش بینی گرایش به مصرف سیگار، مواد مخدر و داروهای روان گردان و همچنین مشروبات الکلی نقش تعیین کننده دارند. این نتایج با یافته‌های سیدرز، فلوری و رینر^۱ (۲۰۰۹) مبنی بر بدتنظیمی هیجان و ماجراجویی در گرایش به مشروب خواری، مطالعه هارلی، اسپریچ، سافرن و جاکوب و فاوا^۲ (۲۰۰۹) و مک کولی و کالهن^۳ (۲۰۰۸) و پارت و نیومن^۴ (۱۹۹۲) دال بر رابطه بدتنظیمی هیجان بالا و فقدان بازداری بیشتر در گرایش به مصرف مواد و الکل، مطالعه رولیسون و شرمین^۵ (۲۰۰۲) و زاگرم، آیزنک و آیزنک^۶ (۱۹۸۷) در خصوص نقش هیجان خواهی در گرایش به مصرف مواد، الکل و سیگار، مطالعه رستمی، زارعی و ضمیری نژاد (۱۳۸۸) مبنی بر وجود تجربه کودک آزاری در معتادین به الکل و مطالعه پیر مرادی (۱۳۷۸) همخوانی دارد. تمامی این مطالعات بر نقش بدتنظیمی هیجان و تجربه کودک آزاری در

1 . Cydres, Flory & Rainer
3. McCauley & Calhon
5 . Rolison & Scherman

2 . Harley, Sprich, Safren, Jacobo & Fava
4 . Parent & Newman
6 . Zuckerman, Eysenck & Eysenck

بروز یک یا چند نوع از رفتارهای پرخطر از قبیل مصرف مواد، الکل و سیگار تاکید دارند. در مطالعه حاضر نیز وجود رابطه معنادار هر دو متغیر پیش بین با گرایش به مصرف سیگار، مواد مخدر و داروهای روان گردان و مصرف الکل تایید شد.

به نظر می‌رسد بدتنظیمی هیجانی همراه با تجربه کودک آزاری همان گونه که بانکروف و جانسن^۱ (۲۰۰۳) تصریح می‌کنند، از یک طرف خطر پذیری برای کسب لذت در دانشجویان را افزایش می‌دهد؛ به گونه‌ای که آن‌ها برای کسب لذت و رفع یکنواختی مشروب یا مواد مخدر مصرف می‌کنند و از سوی دیگر، آن‌ها خطرات و پیامدهای منفی گرایش به این گونه رفتارها را برای خود کم و ناچیز و خیلی پایین‌تر از میزان واقعی آن ارزیابی می‌کنند. مثلاً آن‌ها به رغم مصرف گاه‌گاهی مشروب و یا مواد مخدر یا درگیر شدن در رفتارهای جنسی پرخطر، پیامدها و خطرات آن را برای خود ناچیز قلمداد کرده و با افکاری غیر منطقی نظیر "با مصرف تفریحی که معتاد نمی‌شوم" یا "حالا مصرف می‌کنم تا بعد چه شود" خود را در قبال این خطرات قوی و مصون می‌پندارند.

مشخصه‌های خانوادگی ناکارآمد می‌توانند شدت ابتلا به اختلال‌های مصرف مواد افیونی و استعمال دخانیات را در معتادان پیش‌بینی کنند (بشارت و همکاران، ۱۳۸۷). خانواده به عنوان نخستین منبع تاثیرگذار در دوران کودکی و نوجوانی، بر تصمیم فرد در انجام رفتارهای مخاطره آمیز اثر تعیین کننده‌ای دارد. شیوه‌های فرزند پروری و اعتیاد والدین در بروز و ظهور رفتارهای مخاطره آمیز تاثیر دارند. رفتارهای خشونت آمیز والدین موجب خود کم بینی کودکان شده و رضایت از خویشتن را در آنان کاهش می‌دهد. این کودکان احتمال دارد با افرادی که از نظر عاطفی آن‌ها را حمایت می‌کنند و مواد نیز مصرف می‌کنند دوست شوند (امری و لومان^۲، ۱۹۸۸).

به‌طور کلی نتایج این پژوهش را با توجه به نظریه لینهان^۳ (۱۹۹۳) می‌توان این گونه تبیین کرد که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با نوعی آسیب پذیری زیستی اولیه در زمینه‌ی تنظیم هیجان متولد می‌شوند (آسیب پذیری هیجانی). این آسیب پذیری، با یک محیط خانوادگی ناسالم و والدینی بی‌کفایت همراه می‌شود (محیط بی‌اعتبار کننده). این

1 . Bancroft & Janssen

2. Emmerly & Laumman

3 . Linehan

محیط خانوادگی بی اعتبار ساز به گونه‌ای است که در آن احساسات و خواسته‌های فرد مورد مخالفت و بی احترامی قرار می‌گیرد. شکل افراطی یک محیط خانوادگی بی اعتبار ساز و بیمارگونه، سوءاستفاده جنسی و جسمی از کودک است. در نتیجه‌ی این همراهی، کودک، بسیاری از مهارت‌های لازم در زمینه‌ی تنظیم هیجان‌ها و روابط بین فردی را یاد نمی‌گیرد. محصول نهایی چنین وضعی، شکل‌گیری اختلال شخصیت مرزی و بروز رفتارهای تکانش‌گرانه و پرخطر است. لینهان رابطه میان فرد و محیط را دو طرفه می‌داند و معتقد است هر رفتاری، در هر مقطع زمانی، نتیجه تاثیرگذاری متقابل دو عنصر شخص و محیط پیرامون اوست، پدیده‌ای که در نظریه یادگیری اجتماعی، «جبرگرایی متقابل^۱» نامیده می‌شود. بسیاری از افرادی که با نوعی آسیب‌پذیری سرشتی اولیه نسبت به تنظیم هیجان‌ها متولد می‌شوند، به اختلال شخصیت مرزی مبتلا نمی‌شوند، چراکه نظریه لینهان به خوبی بیان می‌کند که علاوه بر آسیب‌پذیری هیجانی، یک محیط خانوادگی ویژه نیز برای شکل‌گیری صفات شخصیت مرزی لازم است.

۱۰۹

109

یکی از نتایج ضمنی پژوهش حاضر لزوم نظارت بر بهداشت روانی خانواده‌ها، به ویژه خانواده‌هایی است که به علت استرس بالای والدین و عواملی همچون فشار اقتصادی، اعتیاد والدین و یا بیماری روانی، خطر کودک‌آزاری بالاتری دارند. علاوه بر این، این نتایج بر ارائه آموزش الگوهای نظارتی همراه با بینش در جریان روابط صمیمانه توسط والدین اشاره دارد و از سوی دیگر بر برنامه‌های مداخله‌ای نظیر آموزش کنترل عواطف و هیجانات، شیوه‌های خلاقانه پر کردن اوقات فراغت، در نظر گرفتن رویکردهای گروهی برای انجام دادن فعالیت‌ها به نحوی تاکید دارد که به ارضای تنوع طلبی و هیجان‌خواهی دانشجویان منجر شود و البته بدیهی است که آموزش و آشنایی دانشجویان با انواع رفتارهای پرخطر و عوارض آن‌ها نیز ضروری است.

باید توجه داشت که افراد شرکت کننده در این پژوهش، ملاک‌های لازم برای تشخیص اختلال شخصیت مرزی را نداشتند و نمونه مورد مطالعه شامل افراد غیر بالینی بود که به صورت زیر آستانه‌ای نشانه‌هایی از اختلال شخصیت مرزی را داشتند. بنابراین، ممکن

است وضعیت مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی در زمینه بدتنظیمی هیجان و تجربه سوء رفتار، متفاوت با تجربه آزمودنی‌های مورد مطالعه باشد و البته تجربه سوء رفتار دوران کودکی، توسط پرسشنامه ارزیابی قرار گرفته است و احتمال دارد تصویر دقیقی از واقعیت نباشد و دوم اینکه به علت مسائل فرهنگی و شائبه احساس عدم امنیت در پاسخگویی صادقانه نسبت به برخی رفتارها، احتمال عدم پاسخگویی صادقانه نسبت به این موارد و تحریف نتایج دور از ذهن نیست. بالاخره اینکه در این پژوهش ابتلا به اختلالات محور اول کنترل نشده و احتمال دارد این موضوع نتایج به دست آمده را تحت تاثیر قرار دهد.

منابع

- اکبری زردخانه، سعید؛ رستمی، رضا و زارعان، مصطفی (۱۳۸۶). رابطه هوش هیجانی و مکانیزم‌های دفاعی با اعتیاد. *فصلنامه روان‌شناسی ایرانی*، ۱۵(۴)، ۱۹۳-۲۰۳.
- امینیان، مریم (۱۳۸۸). رابطه تنظیم هیجانی، فشارهای روانی زندگی و تصویر از بدن با اختلالات خوردن در زنان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱۳(۴)، ۶۵-۷۸.
- انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۳۸۶). *متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی*. ترجمه محمدرضا نیکخو و هامایاک آوادایس، تهران: انتشارات سخن.
- بخشانی، نورمحمد و لشکری پور، کبری (۱۳۸۶). شیوع رفتارهای پرخطر مرتبط با آسیب‌های عمدی و غیر عمدی در دانش آموزان دبیرستانی سیستان و بلوچستان. *طیّب شرق*، ۹(۳)، ۴۲-۲۵.
- بشارت، محمد علی؛ رنجبر نوشری، فرزانه و رستمی، رضا (۱۳۸۷). *مقایسه عملکرد خانواده بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد و خانواده افراد بهنجار*. *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۳۸(۳)، ۱۵۶-۱۳۷.
- پیر مرادی، سعید (۱۳۷۸). *اعتیاد به مواد مخدر در آینه روابط خانوادگی*، تهران: انتشارات همام.
- رستمی، رضا؛ زارعی، جمیله و ضمیری نژاد و سمیه (۱۳۸۸). *بررسی سابقه سوء استفاده در دوران کودکی معتادان مرد در مقایسه با جمعیت غیر معتاد*. چهارمین کنگره سراسری خانواده و سلامت جنسی، آبان ۱۳۸۸- تهران- ایران.
- زینالی، علی؛ وحدت، رقیه؛ عیسوی و محسن. (۱۳۸۷). *زمینه‌های مستعد کننده پیش‌اعتیادی معتادان بهبود یافته*. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۴(۱)، ۷۹-۷۱.
- ماهر، فرهاد (۱۳۸۳). *رفتارهای پرخطر در اوقات فراغت جوانان، روندها و الگوها*، *فصلنامه مطالعات جوانان*، ۶، ۱۴۳-۱۱۸.
- محرابی، حسینعلی؛ کجباف، محمدباقر و مجاهد، عزیزالله (۱۳۸۹). *پیش‌بینی رفتارهای پرخطر بر اساس هیجان خواهی و عوامل جمعیت شناختی در دانشجویان دانشگاه اصفهان*. *مطالعات روانشناختی*، ۶(۲)، ۲۵-۳۸.

محمد زاده، علی؛ گودرزی، محمدعلی؛ تقوی و محمدرضا (۱۳۸۴). بررسی ساختار عاملی، روایی، پایایی و هنجاریایی مقیاس شخصیت مرزی در دانشجویان دانشگاه شیراز. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، ۲۷(۷)، ۸۹-۷۵.

محمدخانی، پروانه؛ محمدی، محمدرضا؛ نظری، محمدعلی و صلواتی، مژگان (۱۳۸۱). شیوع کودک آزاری، شایع‌ترین الگوی آزار در دانش آموزان مدارس راهنمایی شهر تهران. طرح پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

وزیریان، محسن (۱۳۸۴). *راهنمای پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد (ویژه پزشکان)*. تهران: نشر سلیمان.

Bancroft, J., Janssen, E. (2003). Sexual Risk-Taking in Gay Men: The Relevance of Sexual Reusability, Mood, and Sensation Seeking. *Archives of Sexual Behavior*, 32 (6), 555-563.

Brener, N.D., Conins, J., Kannl, L. (1995). Reliability of the youth Risk Behavior survey questionnaire. *American Journal of epidemiology*, 141(6), 575-580.

Claridge, G., Broks, P. (1984). Schizotypy and hemisphere function: I. theoretical considerations and the measurement of schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 5, 633-648.

Cydras, M., Flory, K., Rainer, S. (2009). The role of personality dispositions to risky behavior in prediction first-year college drinking. *Journal of Addiction*, 104(2), 193-203.

Doran, N., Mc Charque, D., Cohen, L. (2007). Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. *Addictive Behaviors*, 32, 90-98.

Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Gile, W. H., Anda, R. F. (2003) "Childhood Abuse, Neglect, Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug, the adverse childhood experiences study". *Pediatrics*, 113 (3), 564-572.

Emmery, R., Laumman, L. (1988). An overview of the nature, causes and consequences of abusive family relationships toward differentiating maltreatment. *American Psychologist*, 49, 173-183.

Glantz, M. D. (1992). *Vulnerability to drug abuse: introduction and overview*, Washington Dc: American Psychological Association.

Golman, G., Schutte, N.S., Mayer, J. D., Karousou, M., Salovey, P. (1999). *What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (Eds), emotional development and emotional intelligence: Implication for educators*, NewYork: Basic Books.

Golman. (1995). *Emotional intelligence*, NewYork: Bantam Books.

Gratz, K.L., Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and deregulation: Development, factor structure and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology Behavior Assessment*, 26, 41-54.

Harley, R., Sprich, s., Safren, S., Jacobo, M., Fava, M. (2009). Treatment resistant depression of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. *Journal of mental disorders*, 196(2), 136-143.

Hasking, P.A., Oei, T.P. (2007). Alcohol expectancies, self-efficacy and coping in alcohol-dependent sample. *Addictive Behaviors*, 32(1), 99-113.

Jackson, M., Claridge, G. (1991). Reliability and validity of a psychotic trait questionnaire (STQ). *British Journal of Clinical Psychology*, 30,311-323.

Jakobs, M., Snow, K., geraci, M., Meena Vythilingam, M., Blair, R.j., Charney, D.S., pine, D.S. & Blair, K.S. (2008). Association between level of emotional intelligence and severity of anxiety in generalized social phobia. *Journal of anxiety disorder*, 87, 9-24.

Linehan, M.M., (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, New York: Guilford Press.

- McCauley, J.L., Calhon, K.S. (2008). Faulty perceptions? The impact of binge drinking history on college womens perceived rape resistance efficacy. *Addictive Behaviors*, 33(12), 1540-1550.
- Millon, T., (2004). *Personality Disorders in Modern Life*, New Jersey: Willy.
- Narud, K., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2005). Therapists' handling of patients with cluster B Personality disorders in individual psychotherapy. *Comprehensive psychiatry*, 46, 186-191.
- Parent, E.C., Newman, D.L. (1999). The role of sensation-seeking in alcohol use and risk-taking behavior among college women. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 44(2), 12-29.
- 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.
- Rawlings, D., Claridge, G., Freeman, J.L. (2001). Principal components analysis of the Schizotypa Personality Scale (STA) and the Borderline Personality Scale (STB). *Personality and Individual Differences*, 31, 409-419.
- Rolison, M. R & Scherman, A. (2002). Factors influencing adolescents' decisions to engage in risk-taking behavior. *Journal of Adolescence*, 37 (147), 585-597.
- Schutte, N. S., Malou, J. M., Thorsteinsson, E. B., Bhullar, N., & Rooke, S. E. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and helath. *Personality and individual Differences*. 42, 921-933.
- Schutte, N. S., Malou, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. L., Dornheim. L. (1998). Development and validation of the measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25, 167-177.
- Silk, K. R. (2000). Borderline personality disorder. Overview of biologic factors. *Psychiatric Clinics of North America*. 23(1), 61-75.
- Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Pfohl, B., (2002). The Borderline Diagnosis: Psychopathology, Comorbidity, Personality structure. *Biological Psychiatry*, 51,936-950.
- Sneed, C.D., Morisky, D.E., Rotheram, M.J., Ebin, V.J., Malotte, C.K. (2002). Patterns of adolescent alcohol, cigarette and marijuana use over a 6-month period. *Addictive Behaviors*, 26, 415-423.
- Teichman, M., Barnea, A., Ravon, G. (1980). Personality and substance use among adolescents: a longitudinal study. *British Journal of Addiction*, 84,181-190.
- Trinidad, D.R., Johnson, 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.
- Wingenfeld, K., Rullkoetter, N., Mensebach, C., Beblo, T., Mertens, M., Kreisel, S., et al. (2009). Neural Correlates of the Individual Emotional Stroop in Borderline Personality Disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 34 (4), 571-586.
- Wingenfeld, K., Spitzer, C., Rullkoetter, N., Lowe, B. (2010). Borderline personality disorder: Hypothalamus Pituitary Adrenal Axis and Findings from Neuroimaging Studies. *Psychoneuroendocrinology*, 35, 154-170.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of Personality disorder*, 11, 93-104.
- Zanarini, M.C., Laudate, C., Frankenburg, F.R., (2010). Predictors of Self-Mutilation in Patinets with Borderline Personality disorder, a 10- Year Follow-up Study. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 1-6.
- Zuckerman, M., Eysenck, S. & Eysenck, H. I. (1978). Sensation-seeking in England and America: Crosscultural, age, and sex comparisons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 139-149.