

تأثیر آموزش تنظیم عاطفه بر عواطف مثبت و منفی زنان مبتلا به اختلال مصرف متامفتامین

مریم غفاردوست^۱، بهزاد شالچی^{۲*}، حسن بافنده^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۶/۲۴ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۸/۲۹

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: اگرچه اختلال‌های عاطفی و مصرف مواد هم‌زمان با هم رخ می‌دهند، با این حال اغلب نقش اختلالات عاطفی در اعتیاد نادیده گرفته شده است. افراد با سایکوپاتولوژی عاطفی میزان بالایی از همبودی با اختلال مصرف مواد را نشان می‌دهند. یافته‌ها بیان کرده‌اند که سیستم‌های عاطفه مثبت و منفی ممکن است به صورت متفاوتی جنبه‌های مختلف مصرف مواد را میانجی‌گری کنند. پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی آموزش تنظیم عاطفه بر عواطف مثبت و منفی زنان مبتلا به اختلال مصرف متامفتامین انجام شد.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه‌ی پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد، حاضر در مرکز اقامتی میان‌مدت باغ فرشته بوده که با توجه به معیارهای ورود و خروج تعداد ۳۹ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و سپس به‌طور تصادفی در دو گروه تقسیم شدند و در نهایت گمارش این افراد به گروه گواه و آزمایش به‌صورت تصادفی صورت گرفت و مداخله روی گروه آزمایش اجرا شد. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرده و در فهرست انتظار قرار گرفت. داده‌های پژوهش توسط مقیاس عاطفه مثبت و عاطفه منفی جمع‌آوری شده و جهت تحلیل داده‌ها از روش آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس با نرم‌افزار آماری SPSS22 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشانگر این است که آموزش تنظیم عاطفه بر روی عواطف منفی تأثیر معنی‌داری نداشت ($p=0/61$). ولی این آموزش موجب افزایش معنی‌دار عواطف مثبت زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد شد ($p=0/03$).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج نشانگر این است که بدتنظیمی عاطفه یکی از عوامل خطرزا برای مصرف مواد می‌باشد. با توجه به اینکه این افراد بیشتر در معرض عواطف منفی و کم‌تر در معرض عواطف مثبت می‌باشند، در چنین موقعیت‌هایی احتمالاً برای تنظیم این حالت‌های عاطفی مواد را انتخاب می‌کنند. بنابراین آموزش تنظیم عاطفه می‌تواند شیوه‌ی درست تنظیم عواطف را به آن‌ها یاد داده و در کاهش مشکلات آن‌ها مؤثر واقع شود.

کلیدواژه‌ها: آموزش تنظیم عاطفه، عواطف، اختلال مصرف متامفتامین، زنان

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و هفتم، شماره دهم، ص ۸۹۲-۸۸۲ دی ۱۳۹۵

آدرس مکانی: ۳۵ کیلومتری جاده تبریز، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، تلفن: ۴۱۳۴۴۳۴۷۳

Email: Shalchi.b@gmail.com

مقدمه

هیجانان افراد نیز داشته باشد (۲). باوجود مواد مخدر متنوع متامفتامین دومین ماده‌ی مخدر غیرقانونی است که به‌طورمعمول در جهان مورد استفاده قرار گرفته و باوجود تلاش‌های اخیر ارگان‌های مربوطه برای مقابله، هنوز استفاده از آن در حال افزایش می‌باشد (۳). اگرچه اثرات اولیه متامفتامین ممکن است موجب افزایش توجه، اعتمادبه‌نفس و احساس سرخوشی شود، اما ادامه مصرف این ماده محرک ممکن است به‌مراتب خطرناک‌تر باشد (۴). گزارش شده

اختلال مصرف مواد^۴ (SUD) را باید یکی از بارزترین مشکلات زیستی - روانی دانست که می‌تواند به سهولت بنیان زندگی فردی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی یک فرد و جامعه را سست کرده و آن را در معرض فروپاشی قرار دهد (۱). مصرف طولانی‌مدت مواد مخدر نه‌تنها تأثیر سوء در وضعیت اقتصادی و اجتماعی شخص مصرف‌کننده دارد بلکه می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای بر روی روان و

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

^۲ استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

^۴ Substance Use Disorder

اما تحقیقات انجام شده بر روی حالت‌های عاطفی مثبت کم‌تر از عاطفه منفی است. باین‌حال تعدادی از مطالعات به شناسایی حالت‌های عاطفی مثبت به‌عنوان یک عامل مؤثر در روند اعتیاد و همچنین به‌عنوان یکی از مؤلفه‌هایی که اشخاص را در مقابل اعتیاد به مواد آسیب‌پذیر می‌کند، پرداخته‌اند. هر دو سطح بالا و پایین عاطفه مثبت ممکن است در اختلال‌های وابسته به مواد نقش داشته باشند (۱۳). یافته‌ها نشان می‌دهند که عواطف مثبت بالا در شروع و خطرپذیری نسبت به مصرف مواد و سطوح پایین آن در مراحل بعدی اعتیاد از نقشی مؤثر برخوردار می‌باشد (۱۳). افرادی که سطوح بالایی از عاطفه مثبت را در پاسخ به مدیریت دارو یا الکل تجربه می‌کنند ممکن است این مواد را به دلیل رسیدن به حس لذت مصرف کنند؛ اما در سطوح پایین عواطف مثبت ممکن است این افراد پاداش طبیعی (بی‌لذتی) مصرف فوری الکل را به‌عنوان وسیله-ای برای چنین نقصی جایگزین کنند (۱۳).

دشواری در تنظیم عواطف یکی از مشکلات افراد مصرف‌کننده مواد است و این مسئله باعث می‌شود این افراد در مدیریت حالات عاطفی و هیجانی با شکست روبه‌رو شوند (۲). بنابراین افرادی که درماندگی عاطفی و هیجانی بیشتری دارند، تمایل بیشتری هم به مصرف مواد مخدر و الکل دارند (۱۴). بر این اساس استفاده افراطی در نهایت منجر به ادامه و افزایش چنین عواطفی می‌شود، در نتیجه یک چرخه معیوبی تولید می‌شود که به ماهیت مزمن بودن و شدت وابستگی به مواد کمک می‌کند (۱۶). از آنجاکه هیجان‌ات منفی به‌عنوان یک ماشه‌چکان برای عود هستند (۱۷) در دسترس بودن مهارت‌های مؤثر تنظیم هیجانی باید به شخص در حفظ هوشیاری حتی در حضور چنین احساس‌هایی کمک کند (۱۸). مشکل در تنظیم هیجان می‌تواند منجر به اشکالاتی در تداوم یافتن درمان معتادین شود. بنابراین می‌توان گفت ابعاد زیربنایی تنظیم هیجان با عواملی که در تداوم درمان معتادین نقش دارد، ارتباط مفهومی روشنی دارند. به‌عنوان مثال درمان‌های اختلال مصرف مواد اغلب به شناسایی ماشه‌چکان‌های هیجانی که منجر به مصرف و تداخل با درمان می‌شوند، تأکید می‌کنند (۱۹)، چراکه رفتار انسان به دلایل انگیزه هیجانی برانگیخته می‌شود (۲۰). خانتزیان بر این باور است که افراد پرخاشگر برای تنظیم این حالات هیجانی از مواد افیونی و در مقابل افراد افسرده برای از بین بردن این نشانه‌ها از کوکائین استفاده می‌کنند (۲۱)، درواقع مصرف‌کنندگان مواد از خواص فیزیولوژیکی و روان‌شناختی مواد جهت تنظیم و تعدیل هیجان‌ات منفی‌شان و دست‌یابی به ثبات هیجانی استفاده می‌کنند (۲۲).

که این ماده اثرات نامطلوب عاطفی، همچون افسردگی، اضطراب و رفتار پرخاشگرانه و همچنین علائم روان‌پریشی همچون توهم و هذیان را موجب می‌شود (۴) درواقع وابستگی به متامفتامین توسط آسیب‌های عاطفی و شناختی و تحریک‌پذیری و واکنش هیجانی، کاهش مهار و میزان بالایی از تکانش‌گری و پرخاشگری مشخص می‌شود (۴).

از بین عوامل متعددی که در شروع و دوام اعتیاد دخیل‌اند، نقش انواع آسیب‌های روانی و مشکلات عاطفی مهم به نظر می‌رسد (۵). اشخاص مبتلا به آسیب‌های روانی - عاطفی مثل اختلال‌های اضطرابی و خلقی به میزان بالایی از همبندی این اختلالات با اختلال مصرف مواد رنج می‌برند (۶). برخی مطالعات بیانگر این است که اختلال‌های وابسته به مواد ممکن است عامل گسترش اختلال‌های عاطفی باشند (۷).

به لحاظ تئوری ساختار عواطف به روش‌های مختلفی تقسیم‌بندی شده اما یکی از بانفوذترین مدل‌ها، عواطف را دارای دو بعد اساسی می‌داند که تمام تجارب هیجانی را در برمی‌گیرد. این دو بعد عبارت از (۱) عواطف منفی^۱ و (۲) عواطف مثبت^۲ می‌باشند (۸). شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد عواطف مثبت و منفی دو بعد مستقل از هم هستند که به‌موجب آن کاهش در یکی لزوماً موجب افزایش دیگری نمی‌شود (۹). یافته‌ها نشان می‌دهند که سیستم عاطفه مثبت و منفی ممکن است به‌طور متفاوت جنبه‌های مختلف استفاده از مواد مخدر را میانجی‌گری کنند (۵).

تعداد قابل‌توجهی از شواهد تجربی و نظری نشان می‌دهند که عواطف منفی و اختلال‌های وابسته به مواد با یکدیگر در ارتباط هستند. معمولاً این ارتباط در قالب یک مدل دوبخشی مفهوم‌بندی شده است که در آن اشخاصی که سطوح بیشتری از عواطف منفی را تجربه می‌کنند در معرض خطر استفاده از مواد و الکل به‌عنوان یک مکانیسم مقابله‌ای^۳ هستند (به‌عنوان مثال استفاده برای بهبود خلق یا ذهن‌برگردانی از احساسات ناخوشایند) (۱۱، ۱۰). بخش دیگر مدل اشاره به این دارد که وقتی وابستگی جسمی به اعتیاد در فرد گسترش می‌یابد شخص عمدتاً به خاطر اجتناب از حالت‌های عاطفی منفی که با ترک مواد^۴ برانگیخته می‌شوند، به مصرف مواد مخدر روی می‌آورد (۵). در پژوهش‌ها به تکرار آمده است که عاطفه منفی به مصرف خودسرانه داروها و خودتجویزی کمک کرده و این داروها از طریق تسکین حالات عاطفی منفی تنها در ابتدای مصرف، در نهایت به سوءمصرف و اعتیاد منجر می‌شوند (۱۲).

³coping mechanism⁴withdrawal¹negative affect²positive affect

تمامی بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد می‌باشد که در سال ۱۳۹۴ به مرکز اقامتی میان‌مدت بانوان باغ فرشته شهر تبریز مراجعه کرده بودند. این افراد شامل ۶۳ نفر بودند که بعد از بررسی ملاک‌های ورود و خروج تعداد ۳۹ نفر مشمول ملاک‌ها بودند، به دلیل احتمال افت زیاد، همه‌ی ۳۹ نفر به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شده و به‌صورت کاملاً تصادفی به دو گروه تقسیم شدند و گمارش این افراد به گروه کنترل و گواه نیز به‌صورت تصادفی بود (۲۰ نفر گروه کنترل و ۱۹ نفر گروه گواه) که بعد اجرای دوره‌ی آموزشی تعداد ۴ نفر در گروه آزمایش و ۲ نفر در گروه کنترل ریزش داشت این ریزش به دلیل مرخص شدن و اتمام دوره‌ی درمان این افراد بود.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از اینکه شرکت‌کننده‌ها (۱) از مراجعه‌کنندگان به درمان بوده باشند، (۲) دارای تحصیلات سیکل به بالا باشند و (۳) حداقل به مدت ۲ سال بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 به اختلال مصرف متامفتامین دچار بوده باشند. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: (۱) ابتلا به بیماری‌های شدید روانی (همچون اختلالات شدید خلقی یا اختلالات اضطرابی و ... (۲) استفاده از هرگونه ماده‌ی مخدر حداقل به مدت ۲ هفته؛ (۳) استفاده از داروهایی که ممکن است شدیداً خلق را تحت تأثیر قرار دهند؛ بود.

دوره آموزشی موردنظر در ۹ جلسه دوساعته، روزهای فرد هفته، طی سه هفته توسط محقق اجرا گردید چون دوره‌ی درمان این افراد کوتاه بود امکان آموزش طولانی‌مدت و پیگیری امکان‌پذیر نبود. لازم به ذکر است که محقق آموزش‌های لازم را جهت آمادگی برای آموزش تنظیم عاطفه توسط استاد راهنما و استاد مشاور طی جلسات متعدد دریافت کرده و نحوه‌ی آموزش مورد تأیید اساتید قرار گرفت. ضمن اینکه گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. پروتکلی که در این پژوهش به‌کاررفته توسط برکینک در سال ۲۰۱۳ مطرح شده است که شامل آموزش ۷ مهارت تنظیم عاطفه می‌باشد. در جدول زیر خلاصه‌ای از محتوای جلسات آموزشی آورده شده است.

نقش تنظیم عواطف به‌عنوان انگیزه‌ای کلیدی و اولیه برای استفاده از مواد و عود آن در بسیاری از مدل‌ها ازجمله فرضیه خوددرمانی، مدل پیشگیری و مدل پردازش عاطفی، مورد تأکید قرار گرفته است. درواقع نقص تنظیم هیجان چه عامل خطری برای اختلال مصرف مواد باشد و چه نباشد، کسانی که اکنون از SUD رنج می‌برند اغلب چنین نقص‌هایی را نشان می‌دهند (۲۱). بنابراین افرادی که توانایی کافی برای تنظیم عواطف خود را ندارند نیازمند آموزش‌هایی هستند تا توانایی تنظیم هیجان‌ات را یاد بگیرند. پس ایجاد این توانایی‌ها نیازمند یک سری آموزش‌هایی است که ازجمله این آموزش‌ها، می‌توان آموزش تنظیم عاطفه را ذکر نمود.

آموزش تنظیم عاطفه^۱ برنامه‌ای است که به پرورش مهارت‌های تنظیم هیجان در افرادی که از اختلالات روانی رنج می‌برند، یا کسانی که در معرض چنین اختلالاتی هستند و یا برای افرادی که می‌خواهند چگونگی مقابله با هیجان‌ات چالش‌برانگیز در زندگی روزانه خود را یاد بگیرند، طراحی شده است (۲۳). برنامه آموزش تنظیم عاطفه درواقع با یاد دادن چگونگی تنظیم عواطف با استفاده از هفت مهارت، به سلامتی روانی افراد کمک می‌کند. استیویکز، بردزا، اسپلوج، کافی، گالیور، گادلسکی^۲ و همکاران (۲۴) در پژوهشی با عنوان آموزش تنظیم عاطفه برای اختلال‌های مصرف الکل دریافتند که آموزش تنظیم عاطفه (۱) موجب کاهش مصرف الکل (افزایش رضایت‌مندی و (۳) کاهش عواطف منفی شده است. باین‌حال پژوهشگران آن‌چنان‌که شایسته است نتوانسته‌اند به مبحث تنظیم عواطف افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد بپردازند. پژوهش حاضر بر آن است که با ارائه آموزش تنظیم عاطفه در میان زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد، تأثیر آن را بر عواطف منفی و مثبت آن‌ها مورد مطالعه قرار دهد؟

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس-آزمون با گروه گواه و جایگزینی تصادفی است. جامعه‌ی پژوهش،

خلاصه محتوای جلسات آموزشی دوره آموزش تنظیم عاطفه برای معنادین زن

معرفی آموزش تنظیم عاطفه و توضیح کلی مهارت‌هایی که طول آموزش یاد

خواهند گرفت. توضیحاتی در مورد هیجان‌های منفی، زمینه‌های تجربی و نظری مهارت-

های آموزش تنظیم عاطفه.

جلسه اول: مقدمه و آموزش روانی

آموزش مهارت آرام‌سازی عضلانی به شیوه آرام‌سازی پیش‌رونده عضلات و بازدم طولانی

به‌منظور کاهش برانگیختگی روان‌شناختی

جلسه دوم: آموزش آرام‌سازی عضلانی و

تنفس

² Stasiewicz, Bradizza, Schlauch, Coffey, Gulliver, Gudleski

¹ Affect Regulation Training

<p>معرفی آموزش تنظیم عاطفه و توضیح کلی مهارت‌هایی که طول آموزش یاد خواهند گرفت. توضیحاتی در مورد هیجان‌های منفی، زمینه‌های تجربی و نظری مهارت-های آموزش تنظیم عاطفه.</p>	<p>جلسه اول: مقدمه و آموزش روانی</p>
<p>توضیحاتی در مورد اهمیت تمرین و اینکه چگونه تمرین منظم بر مغز اثر می‌گذارد تا در ایجاد تغییرات مثبت در زندگی کمک کند.</p>	<p>جلسه سوم: اهمیت انجام منظم تمرینات</p>
<p>یاد دادن آگاهی از هیجان‌ها و پیشینه‌ی هیجان‌ها (احساس‌ها، شناخت‌ها، تکانه‌های انگیزشی)، همچنین برجسب زدن هیجان‌ها بدون قضاوت</p>	<p>جلسه چهارم: آگاهی بدون قضاوت</p>
<p>۵ گام برای ایجاد پذیرش و تحمل (۱) تعیین پذیرش به‌عنوان یک هدف (۲) ارائه‌ی دلیلی برای این هدف (۳) در نظر گرفتن هیجان‌ها به‌عنوان دوست که پیام‌های مهمی می‌دهد و واکنش درست را نشان می‌دهند (۴) آگاهی فرد از ظرفیت خود برای تحمل هیجان‌ها (۵) فهم اینکه هیجان‌ها دائمی نیستند.</p>	<p>جلسه پنجم: پذیرش و تحمل</p>
<p>تجسم خود در موقعیت‌های استرس‌زا. فعال کردن افکار همدلانه با خود. نزدیک شدن و تشویق و تسکین خود در صحنه تصور شده</p>	<p>جلسه ششم: خودحمایتی مشفقانه</p>
<p>درک نشانه‌های هیجان حاضر با استفاده از کاربرگ‌هایی که تحویل شرکت‌کنندگان داده می‌شود شامل: موقعیت عینی، نیازها، اهداف و انتظارات حاضر، ارزیابی شناختی، هیجان‌ها اولیه، هیجان‌ها ثانویه، گرایش‌های عملی و...</p>	<p>جلسه هفتم: تجزیه و تحلیل هیجان‌ها</p>
<p>تغییر کیفیت یا کمیت واکنش هیجانی با کمک ۵ گام طرح تغییر هیجان که بر اساس مدل حل مسئله عمومی شامل: (۱) تعیین هدف خاص و واقع‌بینانه از اینکه چه احساسی را می‌خواهید (۲) بارش مغزی راه‌های ممکن برای تغییر هیجان‌ها (۳) انتخاب یک راهبرد (۴) ایجاد نقشه‌ی راه (۵) ارزیابی پیشرفت، شامل تشویق تلاش‌های موفقیت‌آمیز و یا تغییر برنامه/هدف در صورت لزوم.</p>	<p>جلسه هشتم: تغییر هیجان‌ها</p>
<p>جمع‌بندی مطالب و تمرینات بیشتر برای کنار آمدن با حالت‌های عاطفی</p>	<p>جلسه نهم: جمع‌بندی</p>

ابتلا آن‌ها به بیماری‌های شدید روان‌شناختی از این ابزار (مصاحبه‌ی ساختاریافته) استفاده شده است.

۳) مقیاس عاطفه مثبت و عاطفه منفی^۲ (پاناس): مقیاس پاناس یک ابزار سنجش ۲۰ آیتمی است که برای سنجش دو بعد خلقی یعنی عاطفه منفی و عاطفه مثبت طراحی شده است (۲۶). هر خرده مقیاس دارای ۱۰ آیتم است. آیتم‌ها روی یک مقیاس پنج نقطه‌ای (۱=بسیار کم تا ۵=بسیار زیاد) رتبه‌بندی می‌شوند. پاناس از نظر ویژگی‌های روان‌سنجی (پایایی و روایی)، در حد مطلوبی قرار دارد (۲۶). بررسی پایایی با روش محاسبه ضرایب سازگاری درونی برای پاناس منفی ۰/۸۷ و برای پاناس مثبت ۰/۸۸ به‌دست آمده است. پایایی از راه باز آزمایی با فاصله هشت هفته برای پاناس منفی ۰/۷۱ و برای پاناس مثبت ۰/۶۸ گزارش شده است. روایی این ابزار به کمک محاسبه‌ی همبستگی میان پاناس منفی و پاناس مثبت با برخی ابزارهای پژوهش که سازه‌های مرتبط با این دو مقیاس را می‌سنجند

در تمام هر جلسه نیز تمریناتی به شرکت‌کنندگان داده می‌شد. هر جلسه آموزشی در طی دو ساعت، روزهای فرد در عرض ۳ هفته، جمعاً ۱۸ ساعت برگزار شد.

ابزارها:

۱) پرسشنامه جمعیت شناختی: از این ابزار برای ارزیابی میزان تحصیلات، سن، وضعیت تأهل، شغل و اطلاعات مربوط به مصرف مواد که توسط محققان تدوین گردیده بود، استفاده شد.
 ۲) مصاحبه کوتاه عصبی روان‌پزشکی بین‌المللی^۱: از مصاحبه کوتاه عصبی روان‌پزشکی بین‌المللی (۲۵) که با معیارهای تشخیصی DSM-5 نیز منطبق گردیده به‌منظور تشخیص افسردگی، پانیک، مصرف مواد، دیس تایمی، اضطراب منتشر، اضطراب اجتماعی و اختلال استرس پس از سانحه استفاده می‌شود. در پژوهش حاضر برای ارزیابی دقیق مشکلات روانی شرکت‌کنندگان و اطمینان از عدم

²Positive and Negative Affect Scale

¹Mini International Neuropsychiatric Interview

آزمایش ۲۲/۴ بود. از نظر مقطع تحصیلی گروه کنترل و آزمایش به ترتیب، ۳۸/۹ درصد و ۵۳/۳ درصد سیکل، ۳۸/۹ درصد و ۳۳/۳ درصد دیپلم، ۱۶/۷ و ۶/۷ درصد فوق دیپلم، صفر درصد و ۶/۷ درصد لیسانس و ۵/۶ درصد و صفر درصد آنان فوق لیسانس بودند. با توجه به اینکه از طریق آزمون لوین تفاوت معنی داری بین واریانس دو گروه آزمایش و کنترل (جدول ۱) و از طریق آزمون شاپیرو-ویلک تفاوت معنی داری بین واریانس نمونه و جامعه (جدول ۲) به دست نیامد، بنابراین برای تحلیل نتایج از آزمون کوواریانس استفاده شد.

مانند اضطراب، مناسب برآورد شده است. برای نمونه، همبستگی پاناس منفی با فهرست واری علائم هاپکینز^۱ (HSCL)، ۰/۷۲ و همبستگی پاناس مثبت با مقیاس اضطراب آشکار، ۰/۳۵- گزارش شده است (۲۶). در یک مطالعه در جمعیت ایرانی ضریب روایی ۰/۷۷ و ۰/۸۳ به ترتیب برای پاناس مثبت و پاناس منفی نشان داده شده است (۲۷).

یافته‌ها

میانگین سنی گروه کنترل ۳۱/۵۵ و گروه آزمایش ۲۸/۱۳ بود. میانگین سن شروع مصرف مواد در گروه کنترل ۲۲ و در گروه

جدول (۱): آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌ها

زمان آزمون	متغیر	df1	df2	آماره لون	sig
پیش آزمون	عواطف منفی	۱	۳۱	۱/۲۵	۰/۲۷
	عواطف مثبت	۱	۳۱	۰/۰۰۳	۰/۹۵
پس آزمون	عواطف منفی	۱	۳۱	۰/۰۰۶	۰/۹۴
	عواطف مثبت	۱	۳۱	۲/۳۸	۰/۱۳

جدول (۲): نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در بررسی نرمال بودن داده‌ها

زمان آزمون	متغیرها	آماره	سطح معنی داری
پیش آزمون	عواطف مثبت	۰/۹۵	۰/۱۵
	عواطف منفی	۰/۹۸	۰/۸۹
پس آزمون	عواطف مثبت	۰/۹۴	۰/۰۹
	عواطف منفی	۰/۹۷	۰/۷۱

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار گروه‌های آزمایش و گروه کنترل را طی مراحل پیش آزمون و پس آزمون را نشان می‌دهد.

جدول (۳): میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش آزمون Mean±SD	پس آزمون Mean±SD
عواطف منفی	گروه کنترل	۲۷/۵۵±۷/۷۳	۲۶/۱۶±۷/۷
	گروه آزمایش	۳۰/۷۳±۹/۲۸	۲۶/۸±۶/۳۴
عواطف مثبت	گروه کنترل	۳۸±۶/۸۱	۳۷/۵±۷/۹۷
	گروه آزمایش	۳۶/۱۳±۷/۲۷	۴۰/۴±۶/۵۶

¹Hopkins Symptom Check List

عواطف مثبت در گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p=0/03$).

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که پس از کنترل تأثیر پیش‌آزمون، بین میانگین نمرات عواطف منفی گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p=0/61$). پس آموزش تنظیم عاطفه نتوانست میزان عواطف منفی شرکت‌کنندگان در آزمایش را به‌طور معنی‌دار کاهش دهد؛ اما نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات

جدول (۴): خلاصه‌ی نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به مقایسه‌ی میانگین نمرات عواطف مثبت و عواطف منفی گروه‌های آزمایش و کنترل پس از اجرای آموزش

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
عواطف منفی	عضویت گروهی	۸/۴۱	۱	۸/۴۱	۰/۲۶	۰/۶۱	۰/۰۰۹
	پیش‌آزمون	۶۱۰/۹۹	۱	۶۱۰/۹۹	۱۹/۰۵	۰/۰۰۰	۰/۳۸
عواطف مثبت	عضویت گروهی	۱۴۳/۹۵	۱	۱۴۳/۹۵	۴/۷۸	۰/۰۳	۰/۱۳
	پیش‌آزمون	۷۸۱/۶۴	۱	۷۸۱/۶۴	۲۵/۹۸	۰/۰۰۰	۰/۴۶

می‌روند (۳۰). در واقع مصرف مواد، در اثر انگیزه نیاز به مدیریت تجربه‌های ناخوشایند است.

تفاوت‌های جنسیتی در زمینه اختلالات روانی یکی از زمینه‌هایی است که پژوهشگران توجه ویژه‌ای را به آن مبذول داشته‌اند. دلایل مصرف مواد بین دختران و پسران فرق می‌کند. شروع مصرف مواد در دختران اغلب یک ساز و کار انطباقی است، در حالی که پسران معمولاً از روی کنجکاوی مواد مصرف می‌کنند (۳۱). پسران خطرپذیر و هیجان طلب، زودتر به مصرف مواد مخدر روی می‌آورند، در حالی که دختران خجالتی، مضطرب، افسرده و مشکل‌دار برای غلبه بر این نقایص مواد الکلی مصرف می‌کنند تا به آن‌ها کمک کند بر تنیدگی‌های زندگی نوجوانی غلبه کنند (۳۱). نکته بسیار مهم این‌که در زنان عمدتاً اختلالات روانی و رفتاری قبل از آغاز مصرف بروز می‌کند و به عبارت دیگر این اختلالات روانی و رفتاری است که زنان را به سوی مصرف مواد مخدر و نهایتاً اختلال مصرف مواد سوق می‌دهد. در حالی که در مردان این‌گونه نیست و اساساً اختلالات بعد از گرایش به مصرف تجلی می‌نماید و این آموزش روی زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد صورت گرفت. این افراد زمان طولانی است که با عواطف منفی دست و پنجه نرم می‌کنند و کاهش عواطف منفی در این افراد کاری زمان‌بر می‌باشد و چون آموزش ارائه شده به آن‌ها طی ۱۸ ساعت در عرض ۳ هفته بود می‌توان نتیجه گرفت که یکی از دلایل عدم اثربخشی این آموزش بر عواطف منفی می‌تواند این باشد که یاد دادن مهارت‌های درست تنظیم عواطف بایستی تحت

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها حاکی از آن است که آموزش تنظیم عاطفه در قالب کوتاه‌مدت آن تأثیر معنی‌داری روی عواطف منفی زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد نداشته است. این یافته با یافته پژوهش استسیویکز، بردیزا، اسچلوچ، کافی، گالیور، گادلسکی^۱ و همکاران (۲۴)، تانگ، تانگ و پاسنر^۲ (۲۸) ناهمسو می‌باشد. احتمالاً دلیل این ناهمسویی متفاوت بودن نمونه‌ی آماری و کوتاه بودن مدت آموزش، به اضافه پیچیدگی شرایط زندگی و رویدادهای جاری در زندگی زنان معتاد می‌باشد.

با توجه به تحقیق میشل و همکاران (۲۹) افرادی که معمولاً در کودکی توانایی به تأخیر انداختن لذت را داشتند در بزرگسالی کم‌ترین احتمال مصرف کراک و کوکائین را نشان دادند. این مطالعه حکایت از اهمیت مهارت‌های تنظیم هیجان دارد. وقتی افراد توانایی تنظیم هیجانات خود را ندارند سطوح بالایی از استرس و هیجان‌های منفی را تجربه می‌کنند که این هیجانات منفی نهایتاً منجر به شروع مصرف مواد می‌شود (۲۹).

اکثر نظریه‌ها در این نکته توافق دارند که اعتیاد مبارزه با برخی از بی‌ثباتی‌های عاطفی است، در واقع عواطف یک جزء مهم از رفتار اعتیادی به حساب می‌آید (۱۳). تامکینز عواطف را مرکز سازمان شخصیتی فرد معرفی می‌کند، عواطف انگیزه رفتار افراد می‌باشند. با تجربه فزونی عواطف منفی، افراد برای دفع آن‌ها سراغ مصرف مواد

² Tang, Tang, Posner

¹ Stasiewicz, Bradizza, Schlauch, Coffey, Gulliver, Gudleski

شناسایی کردند و متوجه شدند این افراد به جهت انتظار به دست آوردن اثرات مثبت برانگیخته می‌شوند تا کاهش عواطف منفی. افرادی که سیستم پاداش مغزی آن‌ها فعال است بیشتر از افرادی که سیستم بازداری آن‌ها فعال است سراغ مواد می‌روند.

در مرحله اعتیاد و عود، بی‌لذتی یا ناتوانی در تجربه لذت، نشانه‌ای است که بارها اشخاص مبتلا به اختلال مصرف مواد آن را گزارش کرده‌اند. اشخاصی که دارای عاطفه مثبت پایین می‌باشند ممکن است مصرف مواد را به‌عنوان تحریک عواطف مثبت مصرف کنند. فرانکن، زیجلسترا و موریس (۳۴) نشان دادند که اشخاص درگیر در فعالیت‌های پرخطر در مقایسه با افرادی که درگیر فعالیت‌های کم‌خطر هستند سطوح بیشتر بی‌لذتی را نشان دادند. به‌طور مشابه شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد افرادی که به مدت طولانی مصرف‌کننده بودند فعالیت سیستم پاداش مغزی آن‌ها کاهش یافته بود.

درواقع بدتنظیمی عواطف عامل زمینه‌ای برای گسترش اختلال مصرف مواد می‌باشد. اگرچه در شروع اختلال مصرف مواد عواطف مثبت بالا نقش داشته اما در مراحل بعدی عواطف مثبت پایین در تداوم اعتیاد نقش مهمی داشته است. درواقع این افراد به دنبال جستجوی عاطفه مثبت سراغ مواد می‌روند.

اثربخشی آموزش تنظیم عاطفه بر عواطف مثبت را می‌توان این‌گونه توضیح داد که توانایی برخورد درست با هیجانات منفی (شامل پذیرش آن‌ها در صورت لزوم) ممکن است اثرات زیان‌آور این هیجانات بر هیجانات مثبت را پیشگیری کند. به‌علاوه، آموزش تنظیم عواطف شامل تمریناتی بود که هدفشان (۱) افزایش آگاهی و قدردانی از هیجانات مثبت (۲) درگیری عمدی در فعالیت‌های لذت-بخش بود که عواطف مثبت را برمی‌انگیخت. چنین تمریناتی ممکن است به افزایش عاطفه مثبت کمک کند.

در مجموع، مطالعه‌ی حاضر نشان می‌دهد که آموزش تنظیم عاطفه می‌تواند در بالا بردن عواطف مثبت افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد نقش داشته باشد و به آن‌ها در تنظیم کارآمد عواطف کمک کند.

ازجمله محدودیت‌های این پژوهش طول مدت اقامت اکثر این افراد در مراکز نگهداری بود. افراد ساکن حداکثر یک ماه در مرکز اقامت داشته و آموزش طولانی‌مدت آن‌ها امکان‌پذیر نبود. از این گذشته دسترسی به نمونه مطالعه شده در خارج از محدوده زمانی و مکانی مذکور بسیار دشوار به نظر می‌رسید. بر همین اساس پیشنهاد می‌گردد آموزش تنظیم عاطفه همراه با درمان دیگری برای زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد اجرا شود. تصور می‌شود اجرای این

آموزش طولانی‌مدت صورت گیرد. به‌طور خلاصه باید عدم اثربخشی آموزش تنظیم عاطفه بر عواطف منفی زنان معتاد را ناشی از وخامت حالات عاطفی آن‌ها، پیچیدگی مسائل شخصی، خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی آن‌ها، به اضافه محدودیت زمانی مداخله ارائه شده، دانست.

باور (۳۲) رابطه میان شناخت و هیجان را در قالب مدل شبکه‌ای توصیف کرده است. بر اساس این مدل تمام اطلاعات (مفاهیم، حوادث و هیجانات) در حافظه بلندمدت به‌صورت قابل توجهی از گره‌ها در یک شبکه ذخیره می‌شوند. انتقال و گسترش فعالیت گره‌ها به عواملی نظیر نزدیکی و مجاورت گره‌ها، قدرت فعالیت درونی و زمان سپری شده از فعالیت گره‌ها بستگی دارد (۳۲). برای مثال گره‌های مربوط به یکدیگر، با احتمال بالاتری نسبت به سایر گره‌های غیرمرتبط فعال می‌گردند. باور بیان می‌دارد که هر حادثه هیجانی، به‌وسیله یک گره اختصاصی در شبکه‌ی حافظه بلندمدت که به‌عنوان نقطه تمرکز برای همه‌ی جنبه‌های مربوط به هیجان عمل می‌کند ارائه می‌گردد، گره هیجانی دارای روابط نیرومندی با گره‌های حامل اطلاعات مربوط به یک حادثه و یا یک حالت خلقی خاص است (۳۲). دامنه وسیعی از اعمال شناختی (نظیر حافظه و توجه) که مستلزم دسترسی به اطلاعات از حافظه بلند مدت است - در صورتی که اطلاعات موردنظر با حالت خلقی حاضر هم خوانی داشته باشد - تسهیل می‌گردد. علاوه بر این، زمانی که یک شخص در یک حالت هیجانی (نظیر اضطراب) قرار دارد، گره هیجانی مربوط توسط محرک‌های داخلی یا خارجی هم خوان فعال می‌شود، سپس این فعالیت به گره‌های مرتبط تسری پیدا می‌کند (۳۲). تمرینات آموزش تنظیم عاطفه شامل تجسم صحنه‌هایی بود که عواطف منفی را برانگیخته می‌کردند. طبق مدل باور چون تجسم این صحنه‌ها باعث فراخوانی اطلاعات منفی می‌شد این افراد از تجسم کردن این صحنه‌ها اجتناب می‌کردند و این احتمالاً می‌تواند یکی دیگر از دلایل عدم اثربخش بودن آموزش بر روی عواطف منفی زنان مطالعه شده به حساب آید.

دیگر یافته‌ی این پژوهش مؤید اثربخشی آموزش تنظیم عاطفه در افزایش عواطف مثبت زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد بود. این یافته با پژوهش استسیویکز، بردزا، اسپلوچ، کافی، گالیور، و همکاران (۲۴) و تانگ، تانگ و پاسنر (۲۸) همسو می‌باشد. در شروع مصرف مواد، تحت شرایط عواطف مثبت خیلی بالا، تمایل افراد به درگیری در رفتارهای پرخطر افزایش می‌یابد. بدتنظیمی در پاسخ به حالت‌های عاطفی بالا به‌طور مستقیم بر رفتار اثر می‌گذارد. بچرا و داماسیو^۲ (۳۳) گروهی از افراد معتاد حساس به پاداش را

²Bechara & Damasio

¹ Stasiewicz, Bradizza, Schlauch, Coffey, Gulliver, Gudleski

کارآمد هیجان‌ها را یاد می‌دهد و به افراد کمک می‌کند که به جای استفاده از مواد مخدر، از شیوه‌های صحیح تسکین هیجان‌ها استفاده نمایند.

تشکر و قدردانی

از بیماران در حال بهبودی و مسئولین دلسوز مرکز اقامتی باغ فرشته تبریز به پاس همکاری صمیمانه آن‌ها در پژوهش و از دبیرخانه‌ی شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان آذربایجان - شرقی به‌عنوان حمایت‌کننده‌ی مالی و اجرایی این پژوهش تشکر می‌شود.

دوره، مخصوصاً در چارچوب بلند مدت آن به همراه ایجاد بستری برای پی‌گیری نتایج درمان در خارج از محدوده زمانی و مکانی اقامت در مراکز اقامتی میان‌مدت، نتایج مطلوبی را در پی داشته باشد.

بر اساس نتایج حاصل از پژوهش پیشنهاد می‌گردد آموزش تنظیم عاطفه به‌عنوان یک راهبرد پیشگیرانه برای جمعیت عمومی استفاده شده و این آموزش در سایر مراکز ترک اعتیاد اجرا شود، از آنجایی که مشکل بسیاری از مبتلایان به اختلال مصرف مواد بدتنظیمی هیجان‌ها منفی و مثبت می‌باشد، این آموزش تنظیم

References:

1. Nasetizaie N, Hezare mogadam M, Moulazemi A. Factors influencing to the relapse in self referred addicted to addiction centers in Zahedan. *J Urmia Nurs Midwifery* 2010; 3 (3): 174-69. (Pearsian)
2. Zahed A, Elahe gulelu K, Aboulgasemi A, Naremani M. The relationship between emotion regulation strategies and interpersonal behavior in drug abusers. *Res Addiction* 2010; 11: 113-99. (Persian)
3. Spence AL, Guerin GF, Goeders NE. The differential effects of alprazolam and oxazepam on methamphetamine self-administration in rats. *Drug Alcohol Depend* 2016;166:209-17.
4. GlgI Uhlmann A, Fouche JP, Koen N, Meintjes EM, Wilson D, Stein DJ. Fronto-temporal alterations and affect regulation in methamphetamine dependence with and without a history of psychosis. *Psychiatry Research: Neuroimaging* 2016 Feb 28;248: 30-8.
5. Wardle MC, Yates MC, Veilleux JC. The acute effects of nicotine on positive and negative affect in adolescent smokers. *J Abnorm Psychol* 2007;116(3): 543-53.
6. Merikangas KR, Dierker LC, Szatmari P. Psychopathology among offspring of parents with substance abuse and/or anxiety disorders: a high-risk study. *J Child Psychol Psychiatry* 1998;39(5): 711-20.
7. Schuckit MA. Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction* 2006;101 Suppl 1:76-88.
8. Depue RA, Collins PF. Neurobiology of the structure of personality: dopamine, facilitation of incentive motivation, and extraversion. *Behav Brain Sci* 1999;22(3):491-517-69.
9. Phan KL, Wager T, Taylor SF, Liberzon I. Functional neuroanatomy of emotion: a meta-analysis of emotion activation studies in PET and fMRI. *NeuroImage* 2002;16(2): 331-48.
10. McCollam JB, Burish TG, Maisto SA, Sobell MB. Alcohol's effects on physiological arousal and self-reported affect and sensations. *J Abnorm Psychol* 1980;89(2): 224-33.
11. Measelle JR, Stice E, Springer DW. A prospective test of the negative affect model of substance abuse: moderating effects of social support. *Psychol Addict Behav* 2006;20(3):225-33.
12. Baker TB, Piper ME, McCarthy DE, Majeskie MR, Fiore MC. Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement. *Psychol Rev* 2004;111(1):33-51.
13. Cheetham A, Allen NB, Yücel M, Lubman DI. The role of affective dysregulation in drug addiction. *Clin Psychol Rev* 2010;30(6):621-34.
14. Tschann JM, Adler NE, Irwin CE, Millstein SG, Turner RA, Kegeles SM. Initiation of substance use in early adolescence: the roles of pubertal timing

- and emotional distress. *Health Psychol* 1994;13(4):326-33.
15. Wupperman P, Marlatt GA, Cunningham A, Bowen S, Berking M, Mulvihill-Rivera N, et al. Mindfulness and modification therapy for behavioral dysregulation: results from a pilot study targeting alcohol use and aggression in women. *J Clin Psychol* 2012;68(1): 50-66.
 16. Witkiewitz K, Villarroel NA. Dynamic association between negative affect and alcohol lapses following alcohol treatment. *J Consult Clin Psychol* 2009;77(4): 633-44.
 17. Cooney NL, Litt MD, Morse PA, Bauer LO, Gaupp L. Alcohol cue reactivity, negative-mood reactivity, and relapse in treated alcoholic men. *J Abnorm Psychol* 1997;106(2): 243-50.
 18. Berking M, Margraf M, Ebert D, Wupperman P, Hofmann SG, Junghanns K. Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. *J Consult Clin Psychol* 2011; 79 (30): 307-18.
 19. Hopwood CJ, Schade N, Matusiewicz A, Daughters SB, Lejuez CW. Emotion regulation promotes persistence in a residential substance abuse treatment. *Subst Use Misuse* 2015;50(2):251-6.
 20. Westen D, Blagov PS, Harenski K, Kilts C, Hamann S. Neural bases of motivated reasoning: an fMRI study of emotional constraints on partisan political judgment in the 2004 U.S. Presidential election. *J Cogn Neurosci* 2006;18(11): 1958-48.
 21. Kober, H. Emotion regulation in substance use disorders. In Gross JJ, Editor. *Handbook of emotion regulation*. 2nd ed. New York, NY: Guilford; 2014. P. 428-46.
 22. Suh JJ, Ruffins S, Robins CE, Albanese MJ, Khantzian EJ. Self-medication hypothesis: Connecting affective experience and drug choice. *Psychoanalytic psychology* 2008;25(3): 518.
 23. Berking M, Whitley B. *Affect regulation training*. New York: Springer; 2014.
 24. Stasiewicz PR, Bradizza CM, Schlauch RC, Coffey SF, Gulliver SB, Gudleski GD, et al. Affect regulation training (ART) for alcohol use disorders: development of a novel intervention for negative affect drinkers. *J Subst Abuse Treat* 2013;45(5): 433-43.
 25. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 20:22-33-57.
 26. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *J Pers Soc Psychol* 1988;54(6): 1063-70.
 27. Kaviani H, Soleimani L, Sajjadi S, Nazari A. Phenomenology of real and imaginary autobiographical memory in healthy and depressed. *Advances in Cognitive Science* 2003; 5 (2): 15-9. (Persian)
 28. Tang YY, Tang R, Posner MI. Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. *Drug Alcohol Depend* 2016;163: S13-8.
 29. Mischel W, Ayduk O, Berman MG, Casey BJ, Gotlib IH, Jonides J, et al. "Willpower" over the life span: decomposing self-regulation. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2011;6(2):252-6.
 30. Tomkins SS. *Affect, imagery, consciousness*, Volume. I: The negative affects, anger and fear. New York: Springer Publishing Company; 1991.
 31. Romance S, Simin M. *Women's Mental Health: A look at the life cycle*. Translators: Mosavi V, Khoustro javid M, Kazemi H, Gourbani M; 2011: (11), 113-99. (Persian)

32. Khodayarifard M, Shokoohi- Yekta M. Diagnosis and treatment of psychological disorders of child and adolescent. Tehran: Yastoroon Publication; 2005. (Persian)
33. Bechara A, Damasio H. Decision-making and addiction (part I): impaired activation of somatic states in substance dependent individuals when pondering decisions with negative future consequences. *Neuropsychologia* 2002;40(10): 1675-89.
34. Franken IH, Zijlstra C, Muris P. Are nonpharmacological induced rewards related to anhedonia? A study among skydivers. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006;30(2): 297-300.

EFFECT OF AFFECT REGULATION TRAINING ON POSITIVE AND NEGATIVE AFFECTS IN WOMEN WITH METHAMPHETAMINE USE DISORDER

Maryam Gaffardoust¹, Behzad Shalchi^{2*}, Hasan Bafande Garamaleki³

Received: 15 Sep, 2016; Accepted: 20 Nov, 2016

Abstract

Background & Aims: Although affective disorders and substance use disorders (SUDs) frequently co-occur, the role of affective dysregulation in addiction is often overlooked. Individuals with affective psychopathology have been shown to demonstrate high rates of comorbid SUDs. These findings have suggested that the PA and NA systems may differentially mediate different aspects of substance use. The present study is an attempt to determine the effect of affect regulation training on positive and negative effects of women with methamphetamine use disorder.

Materials & Methods: The study is a semi-experimental one using a pretest-posttest scheme and a control group. The population was comprised of all women with substance use disorder in Baghe Fereshteh medium-term stays accommodations center; 39 of whom were selected as a sample based on inclusion and exclusion criteria. Then, they randomly were divided into two groups and randomly were assigned to experiment and control groups. The experiment group received intervention, but the control group didn't receive any intervention and were on the waiting list. The data were collected using the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). The data were analyzed through descriptive statistics and analysis of covariance using SPSS22.

Results: The findings revealed that affect regulation training has no significant impact on negative affects ($p=0.61$). This training, however, results in a significant increase in women's positive affects ($p=0.03$).

Conclusion: The findings also demonstrated that affect deregulation is one of dangerous factors for drug abuse. Considering the facts that drug abusers are more exposed to negative emotions and less to positive ones, in such situations they are likely to take drugs to control these emotional states. Hence, affect regulation training makes drug abusers conscious of the appropriate ways of affect regulation and helps to reduce their problem.

Keywords: Affect regulation training, Affective, Methamphetamine use disorder, Women

Address: Department of Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Faculty of Psychology and Education, Tabriz, Iran

Tel: +984134443473

E-mail: Shalchi.b@gmail.com

SOURCE: URMIA MED J 2016; 26(10): 892 ISSN: 1027-3727

¹ M.A. in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran (Corresponding Author)

³ Assistant Professor of Psychology, Faculty of Psychology and Education, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran