

مقایسه آلکسی تایمی، رفتار خودآسیبی و پردازش هیجانی در معتادین به مواد مخدر تک ماده ای و افراد بهنجار

شهین رضایی^{۱*} و دکتر رمضان حسن زاده^۲

۱ گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، ایران (نویسنده مسئول)

۲ گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، ایران

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه آلکسی تایمی، رفتار خودآسیبی و پردازش هیجانی در معتادین به مواد مخدر تک ماده ای و افراد بهنجار است. روش تحقیق پس رویدادی یا علی-مقایسه ای است. نمونه این پژوهش ۱۲۰ نفر معتاد به مواد مخدر تک ماده ای در مراکز ترک اعتیاد شهر گلوگاه در سال ۱۳۹۳ بود که به صورت نمونه گیری در دسترس از میان افراد سم زدایی شده انتخاب شدند. برای جمع آوری داده های پژوهش از مقیاس آلکسی تایمی تورنتو، مقیاس پردازش هیجانی، رفتار خودآسیبی و شاخص شدت اعتیاد استفاده شده است. داده های پژوهش با روش t مستقل تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که بین معتادین به مواد مخدر تک ماده ای و افراد بهنجار از نظر آلکسی تایمی، رفتار خودآسیبی و پردازش هیجانی تفاوت معناداری وجود دارد ($P \leq 0/01$).

واژه های کلیدی: آلکسی تایمی، رفتار خودآسیبی، پردازش هیجانی، معتادین به مواد مخدر

مقدمه

مصرف مواد و پیامدهای ناخوشایند آن از مهم‌ترین دغدغه‌های اجتماعی و یکی از ناگوارترین آسیب‌های اجتماعی حال حاضر است و مدت‌ها است که نظر متخصصین بهداشت روانی را به خود جلب کرده است. (ویکیپدیا، ۲۰۰۷). در DSM-IV-TR سوء مصرف مواد، الگوی مصرف غیرانطباقی مواد است که به مسائل مکرر و پیامدهای نامطلوب (مثلاً مصرف در موقعیت‌های خطرناک، و مسائل قانونی، اجتماعی و شغلی) منجر می‌گردد (پورافکاری، ۱۳۸۶). سوء مصرف مواد عبارتست از الگویی از مصرف ناسازگارانه مواد که با پیامدهای قابل توجه نامطلوب و عودکننده مرتبط با مصرف مکرر مواد مشخص می‌شود. برای آنکه یک ملاک با سوء مصرف مطابقت نماید، مشکلات مرتبط با مواد می‌بایست طی یک دوره ۱۲ ماهه به شکل مکرر رخ داده یا تداوم داشته باشد. شخص ممکن است در ایفای وظایف اصلی خود با شکست‌های مکرر روبه‌رو شود، مواد را به طور مکرر در موقعیت‌هایی مصرف کند که از نظر جسمانی خطرناک بوده و مشکلات قانونی ایجاد کند و به مشکلات مکرر اجتماعی و میان فردی منجر شود (به نقل از پور افکاری، ۱۳۸۶). تلاش برای درک، پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد و بیماری‌های روانی با این سؤال شروع می‌شود که چرا افراد مواد مصرف می‌کنند؟ پژوهش‌های اخیر بر عوامل خطر ساز و سبب‌شناسی چندگانه متمرکز شده‌اند. اگرچه بر عامل‌های اجتماعی در گرایش به مواد مخدر تأکید بسیار می‌شود، اما سوء مصرف مواد می‌تواند با فرایندهای زیستی و روان‌شناختی نیز ارتباط داشته باشد (لنگ و همکاران، ۱۹۹۸).

از جمله متغیرهای مرتبط و قابل مشاهده در افراد معتاد به مواد مخدر متغیر آکسی تایمی می‌باشد. آکسی تایمی به دشواری در خودتنظیمی و ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی گفته می‌شود (بگبی و تیلور، ۲۰۰۳). آکسی تایمی یک ویژگی چندبعدی بنا شده بر پایه فقر در تخیلات، مشکل در توضیح یا نامیدن احساسات، اشکال در تشخیص احساس‌هایی از حس‌های بدنی و احاطه بر حوادث و اتفاقات بیرونی می‌باشد. ویژگی‌های اصلی آکسی تایمی عبارتند از: ناتوانی در بازشناسی و توصیف کلامی هیجان‌های شخصی، فقر شدید تفکر نمادین که آشکارسازی بازخوردها، احساس، تمایل و سائق‌ها را محدود می‌کند (بشارت، ۲۰۰۸). پژوهش‌های انجام شده ارتباط آکسی تایمی و اعتیاد را مورد بررسی قرار داده‌اند. در یک زمینه‌یابی بزرگ از مردان میانسال فنلاندی، سولوف^۴ (۲۰۰۰) کشف کردند که آکسی تایمی با اعتیاد به مواد مخدر و الکل رابطه دارد. در پژوهشی ۵۷ درصد معتادان دارای آکسی تایمی بودند (پارکر و همکاران، ۲۰۰۸). شواهد پژوهشی حاکی است که آکسی تایمی نقش مهمی در پیدایش اعتیاد دارد (مارتین و همکاران، ۲۰۰۹).

از جمله متغیرهای دیگری که در معتادان قابل بررسی می‌باشد، رفتار خود آسیب‌زنی است. فعالیتی که به طور مستقیم یا غیرمستقیم بدون هیچ‌گونه قصد خودکشی روی فرد و توسط خودش اعمال می‌شود، پدیده‌ای است که هنوز یافته‌های زیادی در مورد علت بروز آن به دست نیامده است و مانند پازلی تکمیل نشده می‌ماند. اعمالی چون سوزاندن، بریدن و خودزنی از مشخصه‌های رفتار خود آسیب‌زنی است (ساکلیادیس^۵ و همکاران، ۲۰۱۰). رفتارهای خودآسیبی از اعمالی که به قصد خودکشی انجام می‌گیرد، از بیماری‌های روانی، عقب‌ماندگی‌های ذهنی و معلولیت‌های جسمی تفکیک داده می‌شود. شیوع رفتارهای خودآسیب‌زنی به شکل کوبیدن سر و بدن به اطراف در حدود ۲۱ تا ۴۴٪ و سوزاندن دست و پا و اعضای بدن حدود ۱۵ تا ۳۵٪ گزارش شده است (راچمن، ۱۹۸۰). نتایج پژوهشی حاکی است که در میان وابستگان به مواد مخدر و داروهای روان گردان و الکل حوادث آسیب‌زنی دوران کودکی و تروماهای خاص این دوران با فراوانی رفتارهای خودآسیب‌زنی ارتباط داشت (شر^۶، ۲۰۰۱). رفتارهای خودآسیب‌زنی به میزان زیاد در میان افرادی با ویژگی اعتیاد به دارو و مواد مخدر و الکل مشهود بود. الکل و مواد مخدر به عنوان یکی از عوامل مهم در بروز رفتارهای خودآسیب‌زنی و حتی خودکشی در میان نوجوانان و جوانان محسوب

1. substabce abuse

2. From Wikipedia

3. Diagnostic and Statictical Manual of Mental Disorder

4. Soloff

5. Sakelliadis et.al

3. Sher

می‌شود (فوا و کوزاک، ۱۹۸۶). استانلی^۸ (۲۰۱۰) در تحقیقی نشان داد گروهی که رفتار آسیب‌رسان بدون قصد خودکشی داشتند به‌طور مشخصی سطح آندورفین و متآنکفالین آنها در مقایسه با گروه بدون رفتار مخرب پایین بود. افسردگی، ناامیدی و آسیب‌های روانی در گروه دارای رفتار مخرب بسیار بیشتر بود.

یکی دیگر از متغیرهایی که در افراد معتاد به مواد مخدر مختل می‌گردد، پردازش هیجانی است. پردازش هیجانی برگشت به رفتار غیربیمارگونه بعد از کاهش اغتشاش عاطفی می‌باشد. قبل از استفاده از این مفهوم باید سه وضعیت مورد ملاحظه قرار گیرد: (۱) - باید شواهد اغتشاش عاطفی وجود داشته باشد، (۲) - باید شواهدی از کاهش اغتشاش عاطفی مشاهده گردد. (۳) - باید شواهدی از برگشت به رفتار عادی و غیربیمارگونه مشاهده شود (راچمن، ۱۹۸۰).

مطالعات فرض می‌کنند که پردازش هیجانی در دراز مدت منجر به بهبود بهزیستی فرد می‌شود (هانت^۹، ۱۹۹۸). از نظر راچمن (۱۹۸۰) چهار دسته عوامل وجود دارد که ممکن است به مشکلاتی در پردازش هیجانی منجر شود که عبارتند از: اجتناب شناختی، عدم تجربه خوگیری کوتاه‌مدت، افسردگی و عقاید بیش‌بها داده شده. شواهد پژوهش نشان می‌دهد که سطح پایین تنظیم هیجانی که ناشی از ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجان‌ها و مدیریت آنهاست، در شروع مصرف مواد نقش دارد (گلمن^{۱۰}، ۱۹۹۵. پارکر^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین شواهد حاکی است که فرایند پردازش هیجانی در افراد معتاد به الکل و مواد مخدر دچار آسیب می‌شود و این افراد از لحاظ تشخیص تظاهرات هیجانی چهره‌ای دچار مشکل هستند و هوش هیجانی پایین از ویژگی‌های این افراد است (شر، ۲۰۰۶). معتادین در استراتژی‌های خودتنظیمی، پردازش هیجانی و خودآگاهی ضعف اساسی دارند (شیلینگتون^{۱۲}، ۲۰۰۳).

با توجه به افزایش شیوع مصرف مواد به‌ویژه در نوجوانان و جوانان و صرف هزینه‌های هنگفت برای مبارزه با قاچاق و مصرف مواد و درمان آن در سال‌های اخیر و حساسیت موضوع، انجام پژوهش در این زمینه از اهمیت قابل ملاحظه‌ای برخوردار است. همچنین نتایج این پژوهش می‌تواند در زمینه آسیب‌شناسی اعتیاد و پیشگیری مورد استفاده قرار گیرد. تعداد پژوهش‌های کم در این زمینه و بررسی ترکیب سه متغیر با هم از ضرورت‌های دیگر انجام این پژوهش است. نتایج این پژوهش نیز می‌تواند راهگشای پژوهش‌های آتی باشد. لذا سوال اساسی تحقیق حاضر این است که آیا آلکسی تایمی، رفتارهای خود آسیب‌زنی و پردازش هیجانی در افراد معتاد به مواد مخدر تک‌ماده‌ای و بهنجار متفاوت است؟

روش

روش پژوهش انتخاب شده در این تحقیق پس‌رویدادی یا علی-مقایسه‌ای است. در این وضعیت آزمودنی‌ها معتاد (تک ماده‌ای) و بهنجار بودن به عنوان متغیر مستقل و الکسی تایمی، رفتار خودآسیب‌زنی و پردازش هیجانی به عنوان متغیر متغیر وابسته در نظر گرفته شده است.

جامعه آماری پژوهش حاضر را ۱۲۰۰ فرد معتاد به مواد مخدر در مراکز ترک اعتیاد شهر گلوگاه در سال ۱۳۹۳ تشکیل دادند که مرحله سم‌زدایی را پشت سر گذاشته باشند. نمونه این پژوهش ۱۲۰ نفر معتاد به مواد مخدر تک‌ماده‌ای در مراکز ترک اعتیاد شهر گلوگاه در سال ۱۳۹۳ بود که به صورت نمونه‌گیری در دسترس از میان افراد سم‌زدایی شده انتخاب شدند (هر گروه ۶۰ نفر) و گروه بهنجار از خانواده‌های معتادین فاقد اعتیاد به عنوان گروه مقایسه انتخاب شدند (دلاور، ۱۳۸۰). ملاک‌های ورود به تحقیق عبارتند از: معتاد به یک ماده از مواد اعتیادآور نظیر (شیشه، هرویین و تریاک، کراک و ...)، پشت سر گذاشتن مرحله سم‌زدایی، دامنه سنی ۴۵-۱۵ سال، دامنه تحصیلات راهنمایی تا لیسانس، فقدان عقب‌ماندگی ذهنی یا آسیب مغزی، فقدان بیماری مزمن روانی و جسمی.

در پژوهش حاضر جهت جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

4. Foa&Kozak
8. Stanley
9. Hunt
10. Golman
11. Parker
12. Shillington

مقیاس ناگویی خلقی (آلکسی تایمیا): مقیاس آلکسی تایمیا تورنتو مخصوص کودکان و نوجوانان از نسخه اصلی مقیاس آلکسی- تایمیا بزرگسالان (بگبی، پارکر، تیلور ۱۳، ۱۹۹۴) گرفته شده و توسط ریف، استروالد، میرام ۱۴ (۲۰۰۶) ساخته شده است. این پرسشنامه ۲۰ سؤال دارد که به صورت سه درجه‌ای (کاملاً، تا حدودی و به هیچ وجه) پاسخ داده می‌شود و سه عامل ناتوانی در شناسایی احساسات، ناتوانی در توصیف احساسات و سبک تفکر عینی را می‌سنجد. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۵ بدست آمده است. ضریب همبستگی خرده مقیاس‌های این آزمون با چک لیست نشانه‌های روانی در دامنه‌ای از ۰/۱۷ تا ۰/۴۸ گزارش شده است (ریف و همکاران، ۲۰۰۶). نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان‌دهنده همبستگی مثبت با آزمودنی‌ها در مقیاس ناگویی خلقیکل باهوش هیجانی ($P < 0/001$, $r = -0/80$)، بهزیستی روان‌شناختی ($P < 0/001$, $r = -0/78$) و درمان‌دگریران‌شناختی ($P < 0/001$, $r = -0/44$)، همبستگی معنادار وجود دارد (بشارت، ۲۰۰۷).

مقیاس رفتار خودآسیبی: این مقیاس توسط گرانز (۲۰۰۲) ساخته شده است و ۴۴ آیتم دارد. آزمودنی به این سوالات به صورت صحیح و غلط پاسخ می‌دهد. ضرایب آلفای کرونباخ و بازآزمایی آن به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۷۴ گزارش شده است. مقیاس پردازش هیجانی: مقیاس پردازش هیجانی (باکر و همکاران، ۲۰۰۷) یک مقیاس خودگزارشی ۳۸ آیتمی که برای اندازه‌گیری سبک‌های پردازش هیجانی استفاده می‌شود. هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) درجه‌بندی می‌شود. این مقیاس دارای ۸ مؤلفه (مزاحمت، سرکوب، فقدان آگاهی، عدم کنترل، جدایی، اجتناب‌ها، آشفتگی‌ها و عوامل بیرونی) می‌باشد. ضرایب آلفای کرونباخ و بازآزمایی این مقیاس به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۹ گزارش شده است. به منظور تعیین ضریب اعتبار، این مقیاس با تنظیم هیجان همبسته شد. نتایج نشان داد که بین این دو مقیاس همبستگی منفی معناداری وجود دارد ($r = 0/54$) (لطفی، ۱۳۸۹).

شاخص شدت اعتیاد: این شاخص توسط مک للان و همکاران (۱۹۸۰) تدوین شده است و ۲۸ ماده دارد. به این شاخص به صورت بله یا خیر جواب داده می‌شود. ضرایب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۷ بدست آمده است. ضریب اعتبار آن رضایت‌بخش گزارش شده است.

با تهیه معرفی‌نامه از طرف دانشگاه آزاد علوم تحقیقات ساری در مراکز ترک اعتیاد و مطب‌های شخصی پزشکان گلوگاه حضور یافته و آزمودنی‌ها مورد مصاحبه و آزمون قرار گرفت. در گردآوری اطلاعات مورد نیاز از پرسشنامه استفاده شد. بعد از تهیه فهرست اسامی افراد معتاد و افراد عادی، انتخاب آنها، و بیان هدف تحقیق برای آزمودنی‌های پژوهش، از آنها خواسته شد نظر خود را با دقت بیان کنند. اطلاعات به صورت فردی و در محل مراکز ترک اعتیاد، بیمارستان یا مطب‌های شخصی روانپزشکان و پزشکان جمع‌آوری شد. برای تحلیل داده‌های این پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی از قبیل میانگین و انحراف معیار به منظور توصیف داده‌های مورد نیاز همچنین از آزمون t مستقل به منظور مقایسه آلکسی تایمی، رفتار خودآسیبی و پردازش هیجانی میان معتادین به مواد مخدر تک‌ماده‌ای و افراد بهنجار، استفاده گردید.

نتایج

میانگین و انحراف معیار سنی در گروه معتادان به مواد مخدر تک ماده‌ای به ترتیب ۳۵/۲۱ و ۶/۹۶، و در گروه افراد بهنجار به ترتیب ۳۶/۱۰ و ۶/۷۷ می‌باشد.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای آلکسی‌تایمی، خودآسیبی و پردازش هیجانی در دو گروه

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
آلکسی‌تایمی	معتادین به مواد مخدر تک‌ماده‌ای	۴۰/۳۳	۵/۸۵
	افراد عادی	۲۴/۹۷	۲/۸۴
خود آسیبی	معتادین به مواد مخدر تک‌ماده‌ای	۲۵/۲۸	۴/۲۷
	افراد عادی	۱۴/۶۶	۲/۲۹
پردازش هیجانی	معتادین به مواد مخدر تک‌ماده‌ای	۶۰/۲۰	۱۱/۶۰
	افراد عادی	۳۸/۴۶	۵/۷۰

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود در افراد معتاد به مواد مخدر تک‌ماده‌ای میانگین (و انحراف معیار) نمرات آلکسی-تایمی به ترتیب ۴۰/۳۳ (و ۵/۸۵)، خودآسیبی ۲۵/۲۸ (و ۴/۲۷) و پردازش هیجانی ۶۰/۲۰ (و ۱۱/۶۰) می‌باشد. همچنین، در افراد عادی میانگین (و انحراف معیار) نمرات آلکسی‌تایمی ۲۴/۹۷ (و ۲/۸۴)، خودآسیبی ۱۴/۶۶ (و ۲/۲۹) و پردازش هیجانی ۳۸/۴۶ (و ۵/۷۰) است.

جدول ۲. t مستقل بین دو گروه معتادان مواد تک‌ماده‌ای و گروه عادی در آلکسی‌تایمی رفتار خودآسیبی، پردازش هیجانی

متغیر	آزمون لون جهت برابری واریانس		آزمون t مستقل برای میانگین‌ها		
	F	Si g	T	Df	Si g
آلکسی‌تایمی	۲۸/۸۶	۰/۲۳	۲۰/۴۲	۱۴۸	۰/۰۰۰
رفتار خودآسیبی	۱۸/۵۴	۰/۳۵	۱۸/۹۴	۱۴۸	۰/۰۰۰
پردازش هیجانی	۳۵/۰۸	۰/۰۷	۱۶/۵۶	۱۴۸	۰/۰۰۰

همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌گردد، آزمون لون ($F=28/86$) در ($P>0/5$) معنی‌دار نیست و این نشان دهنده این است که واریانس متغیر آلکسی‌تایمی در دو گروه برابر است. چون t محاسبه شده ($t=20/42$) با درجه آزادی $df=148$ و در سطح اطمینان ۹۹ درصد ($\alpha=0/1$) از t جدول بحرانی ($t=2/33$) بزرگتر است بنابراین، فرضیه صفر رد و فرضیه تحقیق تایید می‌شود. نتیجه می‌گیریم که فرضیه شماره یک یعنی «آلکسی‌تایمی بین افراد معتاد به مواد مخدر تک‌ماده‌ای و افراد بهنجار متفاوت است.» و در سطح ($P\leq 0/01$) مورد تایید قرار گرفت.

برای متغیر رفتار خودآسیبی، آزمون لون ($F=18/54$) در ($P>0/05$) معنی‌دار نیست و این نشان دهنده این است که واریانس متغیر رفتار خودآسیبی در دو گروه برابر است. چون t محاسبه شده ($t=18/94$) با درجه آزادی $df=148$ و در سطح اطمینان ۹۹ درصد ($\alpha=0/1$) از t جدول بحرانی ($t=2/33$) بزرگتر است بنابراین، فرضیه صفر رد و فرضیه تحقیق تایید می‌شود. نتیجه می‌گیریم که فرضیه شماره دو یعنی «رفتار خودآسیبی بین افراد معتاد به مواد مخدر تک‌ماده‌ای و افراد بهنجار متفاوت است.» و در سطح ($P\leq 0/01$) مورد تایید قرار گرفت.

همچنین در مورد پردازش هیجانی، آزمون لون ($F=35/08$) در ($P>0/05$) معنی‌دار نیست و این نشان دهنده این است که واریانس متغیر پردازش هیجانی در دو گروه برابر است. چون t محاسبه شده ($t=16/56$) با درجه آزادی $df=148$ و در سطح اطمینان ۹۹ درصد ($\alpha=0/1$) از t جدول بحرانی ($t=2/33$) بزرگتر است بنابراین، فرضیه صفر رد و فرضیه تحقیق تایید می‌شود. نتیجه می‌گیریم که فرضیه شماره سه یعنی «پردازش هیجانی بین افراد معتاد به مواد مخدر تک‌ماده‌ای و افراد بهنجار متفاوت است.» و در سطح ($P\leq 0/01$) مورد تایید قرار گرفت.

بحث و نتیجه گیری

براساس یافته‌های پژوهش، این فرضیه که آلکسی‌تایمی بین افراد معتاد به مواد مخدر تک‌ماده ای و افراد بهنجار متفاوت است. مورد تأیید قرار گرفت. این یافته در راستای نتایج پژوهش‌های دیگر (برای مثال بروک و تایلور، ۲۰۰۰؛ کورن ریچ و همکاران، ۲۰۰۳؛ گارسیا و همکاران، ۲۰۰۶) مبنی بر اینکه معتادین به انواع مواد مخدر، الکل و داروهای روان‌گردان و افراد بهنجار با یکدیگر در آلکسی‌تایمی تفاوت دارند، می‌باشد. در تبیین این یافته، می‌توان گفت که هوش هیجانی در افراد معتاد پایین می‌باشد و این خود عاملی در نقص شناختی این افراد می‌باشد. افراد وابسته به مواد در تشخیص تظاهرات هیجانی چهره، تصمیم‌گیری و استراتژی خودآگاهی و خودتنظیمی ضعف اساسی دارند. و میزان تحریک‌پذیری در این افراد نسبت به گروه بهنجار بالا می‌باشد (گارسیا و همکاران، ۲۰۰۶). از طرف دیگر، تاریخچه کودکی، تاریخچه خانوادگی، آسیب‌های ذهنی و روانی، الگوی زندگی، اعتیاد به سیگار، وابستگی به الکل، استفاده از مواد قاچاق، تاریخچه رفتارهای پرخطرگرانه، تحریک‌پذیری و عقاید خودکشی، جزو عواملی هستند که باعث خودآسیبی در معتادین به مواد مخدر و تفاوت آنها با گروه بهنجار می‌شود. این نتایج را اینگونه می‌توان تبیین کرد هنگامی که فرد برای مصرف مواد تحت فشار قرار می‌گیرد، مدیریت ضعیف هیجان‌ها خطر سوءمصرف را افزایش می‌دهد. بالعکس، مدیریت مؤثر هیجان‌ها خطر سوءمصرف مواد را کاهش می‌دهد. توانایی پردازش و مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می‌دهند (براون^{۱۵} و همکاران، ۲۰۰۸). در مقابل، کسانی که مدیریت ضعیفی دارند برای مقابله با هیجان‌های منفی خود، عموماً به سوی مصرف مواد کشیده می‌شوند (براون و همکاران، ۲۰۰۸). و در نهایت پردازش هیجانی آنها بیشتر دچار آسیب می‌شود. به علاوه هوش هیجانی پایین‌تر با توانایی ذهنی کمتر برای پردازش اطلاعات اجتماعی همراه است (بگبی و تایلور، ۲۰۰۳). این پردازش ضعیف می‌تواند باعث درک کمتر از پیامدهای منفی و زیان-بار مصرف مواد شود و بنابراین در برابر فشارهای روانی و اجتماعی برای مصرف مواد شکست می‌خورد. و در نهایت یکی از دلایل احتمالی گرایش افراد به مصرف مواد، مشکلات و کاستی‌های وسیع در حوزه هیجان‌هاست. نارسایی‌های هیجانی در رویارویی افراد با حوادث تنش‌زا از هسته‌های اساسی آسیب‌شناسی روانی است. همچنین دلیل احتمالی دیگر این است که آنها می‌خواهند از حالت‌های هیجانی آزار دهنده و توان‌فرسا آسوده شوند. به بیان دیگر، مصرف مواد راه عنوان یک راهبرد مقابله‌ای اجتنابی، منفی و ناکارآمد برای کاهش مشکلات خود به کار می‌گیرند (فاوازا، ۲۰۰۷). همچنین این فرضیه که پردازش هیجانی بین افراد معتاد به مواد مخدر تک‌ماده ای و افراد بهنجار متفاوت است. مورد تأیید قرار گرفت و با یافته‌های (کورن ریچ و همکاران، ۲۰۰۳؛ گارسیا و همکاران، ۲۰۰۶؛ گلن، ۱۹۹۵، پارکر و همکاران، ۲۰۰۳ و ۲۰۰۸) همسو می‌باشد. نتایج حاکی است که سطح پایین تنظیم هیجانی و مشکلات پردازش هیجانی در شروع مصرف مواد نقش دارد، همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، از نظر راجمن (۱۹۸۰) افرادی که پردازش هیجانی مختلی دارند، دارای مشکلاتی از قبیل روان‌نژندی، درون‌گرایی، بی‌خوابی، خستگی، ناشادی، ناتوانی در جهت دادن به تفکر سازنده، وجود وسواس فکری، رویاهای مغشوشکننده، افکار مزاحم ناخوشایند، رفتارهای مختل/ پریشانی و... می‌باشند. از طرف دیگر ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجانها و مدیریت آنها عاملی برای سطح پایین تنظیم هیجانی و شروع مصرف مواد می‌باشد (گلن، ۱۹۹۵؛ پارکر و همکاران، ۲۰۰۸). پس می‌توان بیان کرد افراد با ویژگی‌های بالا توانایی لازم را در تنظیم و مدیریت هیجان‌ها خود نداشته و این به عنوان عاملی مهم برای شروع مصرف مواد در آنها می‌باشد. این پردازش ضعیف می‌تواند باعث درک کمتر از پیامدهای منفی و زیانبار مصرف مواد شود و بنابراین در برابر فشارهای روانی و اجتماعی برای مصرف مواد شکست می‌خورد. این فرضیه که رفتار خودآسیبی بین افراد معتاد به مواد مخدر تک‌ماده ای و افراد بهنجار متفاوت است. مورد تأیید قرار گرفت و با یافته‌های (برای مثال بروک و تایلور، ۲۰۰۰؛ کورن ریچ و همکاران، ۲۰۰۳؛ گارسیا و همکاران، ۲۰۰۶) همسو می‌باشد. نتایج حاکی است که خودآسیبی سهم خیلی زیادی در پیش‌بینی شدت اعتیاد دارد. در تبیین این یافته باید گفت اکثر پژوهش‌های

انجام شده در این زمینه به بررسی رفتارهای خودآسیبی بعد از اعتیاد فرد پرداخته‌اند و نقش اعتیاد را بر رفتارهای خودآسیبی نشان داده‌اند (برای مثال بروک و تایلور، ۲۰۰۰). در واقع می‌توان گفت که اکثر پژوهش‌ها اعتیاد را دلیلی بر رفتارهای خودآسیبی می‌داند و این موضوع را یک معادله یک‌طرفه در نظر می‌گیرند. در واقع مشکلات روانی در والدین، اعتیاد به الکل و مواد مخدر در فرد و خانواده، شخصیت ضداجتماعی و پرخاشگر فرد به عنوان مهمترین عوامل و حوادث دوران کودکی به عنوان عامل غیرمستقیم خودآسیبی می‌باشند (ساکلیادیز، ۲۰۱۰). به طور کلی، با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته، همیشه عاملی مخرب باعث ایجاد رفتارهای خودآسیبی در فرد می‌شود و به همین دلیل نقش اعتیاد بر رفتار خودآسیبی خیلی بیشتر از نقش رفتار خودآسیبی بر اعتیاد می‌باشد (ساکلیادیز، ۲۰۱۰). در نهایت با در نظر گرفتن اینکها افراد وابسته به مواد، از لحاظ آلکسی-تایمیا و پردازش هیجانی مشکل دارند آموزش‌هایی در رابطه با افزایش مهارت‌های هیجانی در چهارچوب برنامه‌های مداخله‌ای موجود در زمینه‌ی درمان‌ها و آموزش‌هایی مبتنی بر پردازش شناختی، اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجانی می‌تواند باعث بهبود پردازش هیجانی، و حذف یا کاهش رفتار خودآسیبی در افراد معتاد شود. و یا از سوی دیگر، با دادن آموزش‌های لازم به افرادی که دچار ضعف در متغیرهای مورد بررسی هستند می‌توان از گرایش چنین افرادی به اعتیاد جلوگیری کرد.

منابع

- انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۰۰). DSM-IV.TR. متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. مترجمان: محمد رضا نیکخو، هامایاک آویداس یانس. ویرایش دوم، چاپ اول. تهران: انتشارات سخن.
- پور افکاری، نصرت الله. (۱۳۸۶). فرهنگ جامع روان‌شناسی- روان‌پزشکی. چاپ ششم، انتشارات شهرآب.
- لطفی، صدیقه. (۱۳۸۹). نقش قضاوت اجتماعی و پردازش هیجانی در پیش بینی واکنش پذیری زنان دارای فویباجتماعی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه محقق اردبیلی.
- Backer, R. (2007). Development of an Emotional processing. *Journal of psychosomatic research*, (62), 167-178.
- Bagby, R.M., Parker, J.D., & Taylor, G.J. (1994). The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale: Iitem Selection and Cross-validation of the Factor Structure. *Journal Psychosom Res*, 38(1), 23-32.
- Bagby, R.M., Parker, J.D.A., & Taylor, G.J. (2003). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Jurnal of psychosomatic Reserch*, (38), 23-32.
- Besharat, M.A. (2007). Reliability and factorial validity of Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports*, (101), 209-220.
- Besharat, M.A. (2008). Reliability and factorial validity of Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports*, 101, 209-220.
- Brown, G.L., Goodwin, F. K., & Ballenger, J. C. (2008). Childhood abuse history and substance use among men and women receiving detoxification services. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*. (30), 799- 821.
- Favazza, A.R., conterio, K. (۲۰۰۷). Female habitual self- mutilation. *Acta psychiatry neurolscand*. 79, 283-289.
- Foa, E.B., & Kozak, M.J. (1986). Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information. *Psychological Bulletin*, (99), 20 – 35.
- From Wikipedia, the free encyclopedia. Alexithymia. [cited 2007 Dec 01]. Available from: <http://en.wikipedia.org/wiki/Alexithymia>.

- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006 b). The Role of Intrusion, Avoidance, and Cognitive Coping Strategies more Than 50 Years After war. *Anxiety, Stress and Coping*, (19), 1-14.
- Garsia, R.M. (200۶). The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale: Iitem Selection and Cross-validation of the Factor Structure. *Journal Psychosom Res*, 38(1), 23-32.
- Golman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam books.
- Gratz , K.L., Conrad, S.D., & Romer, L. (2002). Risk factors for deliberate self- harm among college students. *Am J orthopsychiatry*. 72(1), 128-140.
- Honkullempi. (2009). from: <http://en.wikipedia.org/wiki/Alexithymia>.
- Hunt Melissa. (1998). The only way out isthrough: emotional processing andrecovery after a depressing life event. *Behaviour Research and Therapy*, (36), 361-384.
- Kornreich,C., Foisya, M., Philip,P., Danc, B., Tecco, J., Noe'la, X., Hessd,U., Pelca, I., &Verbancka, P. (2003). Impaired emotional facial expression recognition in alcoholics, opiate dependence subjects, methadone maintained subjects andmixed alcohol-opiate antecedents subjects compared with normalcontrols.*Psychiatry Research*. (119),251-260.
- Lang, P.J., Cathbert, B.N., &Bradly, M.M. (1998).Measuring in Therapy , Imagery, Activation and Feeling . *Behavior Therapy*, (29), 655-670.
- Madadi A.A., &Ghaeli, P. (2002).Effect of floxitin on alexithymia in patient with major depression disorder.[cited 2002 May 24, 25]. Available from: [http://www.iranpa.org/second congress of clinicalpsychology.htm](http://www.iranpa.org/second%20congress%20of%20clinical%20psychology.htm)
- Martin, E.S., Ewing, J.A., & Lesage, A.D. (2009). Is alexithymia a negative factor for maintaining abstinence? *Am J addict*, (38), 296-299.
- McLellan, A.T, Luborsky, L., Woody G.E., & O'Brien C.P. (1980).An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients.The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 168 (1):26-33.
- Parker, J.D.A., Taylor, G.J., Eastabrook, M.N., Schel& Wood.(2008). Executive functions and risky decision-making in patients with opiate dependence .*Drug and AlcoholDependence*.97.64-72
- Rachman, S.J. (1980). Emotional processing.*Behaviour Research and Therapy*, (18), 51- 60.
- Rieffe, C., Oosterveld, P., &Meerum, M. (2006). An Alexithymia Questionnaire for Children: Factorial and Concurrent Validation Results. *Personality and Individual Difference*, (40),123-1330.
- Sakelliadis, E.I., Papadodima, S.A., Sergeantanis, T.N., Giotakos, O., &Spiliopoulou, C.A. (2010). Self-injurious behavior among Greek male prisoners:Prevalence and risk factors.*European Psychiatry*. (25). 151-158.
- Schutte. M., Malou. E., Thorsteinsson.K.,Behullar.E., & rook. (2007). Specific respiratory patterns distinguish among human basic emotions.*Int. j. psychophysiol*, (11), 141-154.
- Sher, K.J. (2001). Characteristics of children of alcoholics: Putative risk factors, substance use and abuse, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 427-448.
- Sher, K.J., (2006). The tridimensional personality questionnaire: Reliability and validity studies and derivation of a short form. *Psychological Assessment*, 7(2), 195-208.
- Shillington, A. (2003). Beer and bong: Differential problems experienced by older adolescents using alcohol only compared to combined alcohol and marijuana use. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28(2), 379-397.

- Soloff, P.H. (2000). Serotonin, impulsivity, and alcohol use disorders in the older adolescent: A psychobiological study. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 24(11), 1609-1619.
- Stanley, B.A.B., Sher, a.b., Wilson, a.b., Ekman, R.C., Huang, Yung-y, a., & John, M.J. (2010). Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *Journal of Affective Disorders*, (124), 134-140.