

مقایسه تحمل پریشانی و عواطف مثبت و منفی بین افراد وابسته به مواد و عادی

مرتضی مقیسه^۱، عباس عبدالهی^۲

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه تحمل پریشانی و عواطف مثبت و منفی در افراد وابسته به مواد و عادی بود. این پژوهش یک مطالعه علی - مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش شامل همه افراد وابسته به مواد مراجعه کننده به مرکز حرفه آموزی و کار درمانی شهر سمنان بود. همچنین، جامعه آماری افراد عادی شامل همراهان و بستگان افراد وابسته به مواد بودند. به منظور انتخاب نمونه، ۸۰ نفر (۴۰ نفر فرد عادی، ۴۰ نفر فرد وابسته به مواد) به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسش نامه تحمل پریشانی و مقیاس عواطف مثبت و منفی را تکمیل کردند. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که بین افراد وابسته به مواد و عادی در مولفه‌های تحمل پریشانی و عواطف مثبت و منفی تفاوت معنی داری وجود دارد. بدین صورت که افراد وابسته به مواد در پرسش نامه تحمل پریشانی نمرات پایین تری در مقایسه با افراد عادی داشتند. همچنین افراد وابسته به مواد در مولفه عواطف منفی نمرات بالاتری نسبت به افراد عادی داشتند. در مجموع نتایج حاکی از آن بود که افراد وابسته به مواد دارای مشکلاتی در تنظیم هیجان هستند و از عواطف منفی رنج می‌برند. لذا این موضوع باید مورد توجه متخصصان وابستگی به مواد قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: تحمل پریشانی، عواطف مثبت و منفی، وابستگی به مواد.

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد سمنان، سمنان، ایران

۲. نویسنده مسئول: دکترای روانشناسی، مدرس دانشگاه الزهراء، تهران، ایران. پست الکترونیک:

abdollahi.abbas58@gmail.com

مقدمه

افراد وابسته به مواد عموماً از خودشان یا محیط‌شان یا هر دو عامل ناراحت و ناراضی هستند و در این حالت، آن‌ها ناگزیر هستند در جامعه در کنار افرادی باشند که درست در نقطه مقابل آن‌ها قرار دارند و توانسته‌اند خود را با محیط سازگار کنند و سازگاران به زندگی خود ادامه دهند. افراد وابسته به مواد در دنیایی توهمی زندگی می‌کنند که زندگی در آن نیازمند هیچ‌گونه تغییری در خود یا محیط نیست و تنها اقدامی که باید صورت گیرد این است که به موقع مواد در اختیارشان باشد و به وسیله آن بتوانند نیازشان را رفع کنند. این افراد عموماً احساسات ناخوشایندی از قبیل ناامنی، بی‌کفایتی، تفر و نفرت، تنهایی، افسردگی و اضطراب و تعارضات درون فردی را تجربه می‌کنند (گالانتر، ۲۰۰۶). در مجموع اکثر افراد وابسته به مواد با احساسات خود سر‌آشتی ندارند. فرد مبتلا به اعتیاد روند فکری و احساسی طبیعی ندارد و اعتقادات و احساسات او غیر واقعی و منحرف است. بنابراین هیچ‌گونه وسیله قابل اعتمادی برای ارزیابی خود ندارد و بیمار بنابر طبیعت اعتیاد که حالتی غیر عادی است با احساسات مجازی خود روزگار می‌گذراند و هیچ‌گونه شناختی از وجود و احساسات واقعی خود که در زیر شخصیت ظاهری‌اش پنهان شده است، ندارد. یکی از دلایل مهم سرباز زدن فرد وابسته به مواد از پذیرش احساسات واقعی خویش، نداشتن شناخت از شخصیت واقعی خود است (قدیری، ۱۳۹۴). افکار و احساسات افراد وابسته به مواد، همیشه با یکدیگر در تضاد هستند، این مشکل باعث می‌شود که آن‌ها حتی پس از ترک دراز مدت، در صورت حل نکردن این مشکلات، بار دیگر به مواد مخدر پناه ببرند و با مسخ احساسات و کند کردن افکار، آرامش پیدا کنند (احمدی، ۱۳۹۰). مصرف مداوم مواد مخدر و برگشت‌های مجدد آن بعد از ترک از جمله علائم وابستگی به مواد است که ناتوان‌کننده‌ترین حالتی است که در نتیجه مصرف مواد در افراد اتفاق می‌افتد. سوء مصرف مواد عبارت است از استفاده خطرناک از مواد غیر مجاز یا استفاده نادرست و نابجا از مواد دارویی. اعتیاد هم به حالتی گفته می‌شود که در آن افراد بدون توجه به عوارض ماده‌ای که مصرف می‌کنند، دائم به دنبال دستیابی به آن هستند.

شواهد نشان می‌دهند که سوء مصرف و سایر مشکلات مرتبط با دارو با تجربه عواطف منفی ارتباط دارند (عبدالملکی، فرید، حبیبی کلیر، هاشمی و قدوسی نژاد، ۱۳۹۵؛ خلیل زاده، میکائیلی منیع و عیسی زادگان، ۱۳۹۶؛ ارقبایی، سلیمانان و محمدی پور، ۱۳۹۷؛ مولر، تایت و بیرنه^۱، ۲۰۱۳؛ اسکلاچ، کوین-شاپیرو، استاسوویکر، مولنار و لانگ^۲، ۲۰۱۳؛ اسمیت و سیدرز^۳، ۲۰۱۶؛ ویز، تال، دیکسون-گاردن و گرتز^۴، ۲۰۱۸). اجتناب از حالات عاطفی منفی در افراد وابسته به مواد به عنوان یک عامل مهم برای ادامه مصرف مواد به حساب می‌آید، اما منظور از عاطفه منفی فقط حالات عاطفی منفی نیست، بلکه این واژه، سازه‌ای چند وجهی است که حالات هیجانی منفی (چون غمگینی، خشم و...) و ویژگی‌های شخصیتی باثباتی چون روا رنجوری را با تمام وجوه آن در بر می‌گیرد (زوولنسکی و لیرو^۵، ۲۰۱۰).

در چشم اندازی وسیع نسبت به عاطفه منفی، یک عامل مفید در بررسی علل مشکلات مصرف دارو می‌تواند چگونگی پاسخ‌دهی افراد به احساسات آشفته‌گی یا اصطلاحاً تحمل پریشانی باشد (قاسم زاده و عباسی، ۱۳۹۳). تحمل پریشانی، مفهومی است که در زمینه بدتنظیمی هیجانی مطرح می‌شود. تحمل پریشانی عبارت است از ظرفیت ادراک شده افراد برای مقاومت در برابر شرایط ناگوار. تحمل پریشانی به این امر اشاره دارد که در شرایط ناخوشایند، افراد تا چه حد می‌توانند در مسیر درستشان برای رسیدن به اهداف گام بردارند. از نظر سیمونز و گاهر^۶، تحمل پریشانی به حالتی اطلاق می‌شود که افراد بتوانند هیجانات منفی خود را درک کرده و در برابر آن‌ها تاب بیاورند. به بیان دیگر تحمل پریشانی به نوعی بیانگر تفاوت‌های فردی افراد در برخورد با هیجانات ناخوشایند خود است. افرادی که از سطوح پایین‌تر تحمل پریشانی برخوردار هستند، بر این باورند که هیجانات منفی غیر قابل تحمل است و آن‌ها نمی‌توانند بر آن فائق آیند، در این حالت این افراد با انکار هیجانات سعی بر این دارند تا بر این شرایط پیروز شوند و بتوانند از خود

1. Moller, Tait & Byrne
2. Schlauch, Gwynn-Shapiro, Stasiewicz, PMolnar & Lang
3. Smith & Cyders
4. Weiss, Tull, Dixon-Gordon & Gratz
5. Zvolensky & Leyro
6. Simons & Gaher

مراقبت کنند و دلیل چنین رفتاری این است که آن‌ها به توانمندی خود در برخورد با این شرایط ایمان ندارند. این افراد تا جایی که امکان دارد سعی می‌کنند که مانع تجربه هیجانات منفی از جانب خود شوند ولی در صورتی که موفق نشوند و هیجانات منفی اتفاق بیفتند، تلاش هر چه بیشتری برای تسریع تسکین آن می‌کنند و اگر در این امر نیز شکست بخورند، تماماً متمرکز بر این هیجان شده و دیگر کارکردهای آن‌ها مختل می‌شود (وولیتزکی-تیلور^۱ و همکاران، ۲۰۱۵؛ دقترس^۲ و همکاران، ۲۰۱۷؛ سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). پژوهش‌های زیادی نشان داده‌اند که تحمل پریشانی پایین، با اختلالات زیادی از جمله سوء مصرف مواد مرتبط است (شیخ الاسلامی، کیانی، احمدی و سلیمانی، ۱۳۹۵؛ طاهری فرد و ابوالقاسمی، ۱۳۹۶؛ لیرو، زوالنسکی و برنستین^۳، ۲۰۱۰؛ پوترا، ووجانویک، مارشال-برنز، برنستین و برنستین^۴، ۲۰۱۱؛ کیسر، میلچ، لینام و چارنیگو^۵، ۲۰۱۲؛ کرامر، ملیش، جفریز، آوالون و لوبرتو^۶، ۲۰۱۳).

به طور کلی با توجه به مطالب مطرح شده می‌توان گفت که اعتیاد به عنوان یک پدیده خانمان سوز به سرعت در حال پیشروی است و می‌تواند به معضلی تبدیل شود که سلامت جامعه را به خطر اندازد. با توجه به این که هزینه‌های درمان آن بالاست، بهترین راه برای مقابله با آن پیشگیری است. مقوله پیشگیری نیز منوط به شناسایی عوامل خطر و حمایتی مربوط به این پدیده است. بنابراین سوال اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا بین تحمل پریشانی و عواطف در افراد معتاد و عادی تفاوت وجود دارد؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه پژوهش شامل دو گروه بود. گروه اول افراد معتادی بودند که در سه ماهه سوم سال ۱۳۹۶ به مراکز کاردرمانی و اردوگاه حرفه‌آموزی شهر سمنان مراجعه نموده بودند. افراد

1. Wolitzky-Taylor
2. Daughters
3. Leyro, Zvolensky & Bernstein
4. Pottera, Vujanovic, Marshall-Berenz, Bernstein & Bernstein

5. Kaiser, Milich, Lynam & Charnigo
6. Kraemer, McLeish, Jeffries, Avallone & Luberto

گروه عادی نیز بر اساس ویژگی‌های عمومی گروه اول از بین جمعیت عادی انتخاب شدند و به عنوان گروه مقایسه در مطالعه شرکت داده شدند. حجم نهایی نمونه شامل ۸۰ نفر (۴۰ نفر معتاد و ۴۰ نفر عادی) بود که با شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند. ملاک‌های ورود عبارت بود از سن بین ۲۵ تا ۴۵ سال، دارا بودن حداقل تحصیلات راهنمایی، نداشتن اختلالات روانی بر اساس پرونده شخصی. ملاک‌های خروج عبارت بود از داشتن بیماری‌های جسمی بر اساس گزارش شخصی و پرونده.

ابزار

۱. مقیاس عاطفه مثبت و عاطفه منفی: این مقیاس ۲۰ ماده دارد که برای اندازه‌گیری دو بعد خلقی یعنی عاطفه مثبت و عاطفه منفی طراحی شده است (واتسون، کلارک و تلیجن، ۱۹۸۸). هر بعد به وسیله ۱۰ آیتم سنجیده می‌شود. نحوه پاسخدهی این مقیاس از نوع لیکرت بوده و در طیف (۱=بسیار کم تا ۵=بسیار زیاد) پاسخ داده می‌شود. واتسون و همکاران (۱۹۹۸) ضریب بازآزمایی با فاصله ۸ هفته را برای بعد عواطف مثبت ۰/۶۸ و برای بعد عاطفه منفی ۰/۷۱ گزارش کرده‌اند. استراند^۲ و همکاران (۲۰۰۶) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ را برای عاطفه منفی و ۰/۸۳ را برای عاطفه مثبت گزارش کرده‌اند.

۲. مقیاس تحمل پریشانی: این مقیاس توسط سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ تدوین شده است. عبارات این مقیاس تحمل پریشانی را بر اساس توانمندی‌های فرد برای تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم‌کننده برای تسکین پریشانی مورد سنجش قرار می‌دهند (عزیزی، ۱۳۸۹). این مقیاس دارای ۱۵ عبارت و چهار خرده مقیاس است. خرده مقیاس‌ها عبارتند از تحمل (تحمل پریشانی هیجانی)، جذب (جذب شدن به وسیله هیجانات منفی)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی) و تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی). نحوه پاسخدهی این مقیاس از نوع لیکرت بوده و در دامنه یک تا پنج پاسخ داده می‌شود. می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ برای تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای

کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش شده است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). شمس، عزیزی و میرزایی (۱۳۸۹) ضریب پایایی به روش بازآزمایی را برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خره مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۹، ۰/۷۷ و ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند.

یافته‌ها

در جدول ۱ آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

متغیر	افراد وابسته به مواد		افراد عادی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
عاطفه مثبت	۲۵/۴۰	۱۱/۱۱	۳۳/۴۵	۱۰/۷۴
عاطفه منفی	۳۱/۷۲	۱۰/۱۶	۲۳/۹۵	۱۰/۲۲
تحمل	۸/۳۲	۳/۴۵	۱۰/۳۲	۳/۶۴
جذب	۷/۹۷	۲/۹۴	۹/۹۵	۳/۷۸
ارزیابی	۱۳/۲۲	۴/۹۱	۱۹/۰۲	۵/۷۶
تنظیم	۷/۵۰	۷/۰۴	۱۰/۱۷	۴/۱۸

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین عواطف مثبت و منفی و مولفه‌های تحمل پریشانی (تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم) در دو گروه متفاوت است و میانگین عواطف مثبت و مولفه‌های تحمل پریشانی در گروه عادی بیشتر از گروه وابسته به مواد است. به منظور مقایسه عواطف مثبت و منفی در دو گروه از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. به منظور بررسی پیش فرض‌های تحلیل واریانس چند متغیری از آزمون ام. باکس جهت بررسی یکسانی ماتریس واریانس متغیرها در بین گروه‌ها ($P > 0.05$)، $F = 0.16$ ، $M = 0.50$ باکس) و همچنین از آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای متغیرهای عاطفه مثبت ($F = 1.82, P > 0.05$) و عاطفه منفی ($F = 1.93, P > 0.05$) در بین گروه‌ها استفاده شد. نتایج هیچ‌گونه تخطی از این مفروضه‌ها را نشان نداد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری جهت مقایسه عواطف در بین افراد وابسته به مواد و عادی نشان داد که بین دو گروه تفاوت وجود دارد ($F = 9.82, P = 0.001$)، $F = 0.79$ لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح جدول ۲ استفاده شد.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری
عاطفه مثبت	۱۲۹۶/۰۵۰	۱	۱۲۹۶/۰۵۰	۱۰/۸۴	۰/۰۰۱
عاطفه منفی	۱۲۰۹/۰۱	۱	۱۲۰۹/۰۱	۱۱/۶۳	۰/۰۰۱

با توجه به مقادیر به دست آمده‌ی آماره F و سطح معنی داری نمایش داده شده در جدول ۲ واضح است که میانگین نمرات عواطف در دو گروه تفاوت معناداری دارد. بدین صورت که میانگین نمرات عواطف مثبت در افراد عادی بیشتر است.

به منظور مقایسه تحمل پریشانی در دو گروه از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. به منظور بررسی پیش فرض‌های تحلیل واریانس چند متغیری از آزمون ام. باکس جهت بررسی یکسانی ماتریس واریانس متغیرها در بین گروه‌ها استفاده شد ($F=1/13, P>0/05, M=11/98$ باکس). همچنین از آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای متغیرها استفاده شد (تحمل ($F=0/739, P>0/05$), جذب ($F=2/53, P>0/05$), ارزیابی ($F=1/82, P>0/05$), و تنظیم ($F=0/15, P>0/05$)). نتایج هیچ گونه تخطی از این مفروضه‌ها را نشان نداد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری جهت مقایسه تحمل پریشانی در بین افراد وابسته به مواد و عادی نشان داد که بین دو گروه تفاوت وجود دارد ($F=8/03, P=0/001, \eta^2=0/70$ لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح جدول ۳ استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری
تحمل	۸۰/۰۰	۱	۸۰/۰۰	۶/۳۵	۰/۰۱۴
جذب	۸۷/۰۱	۱	۸۷/۰۱	۶/۷	۰/۰۱۱
ارزیابی	۶۷۲/۸۰	۱	۶۷۲/۸۰	۲۳/۴۷	۰/۰۰۱
تنظیم	۱۴۳/۱۱	۱	۱۴۳/۱۱	۸/۳۸	۰/۰۰۵

با توجه به مقادیر به دست آمده و سطح معنی داری نمایش داده شده در جدول ۳ واضح است که میانگین نمرات تحمل پریشانی در دو گروه تفاوت معناداری دارد. بدین صورت که میانگین نمرات مولفه‌های تحمل پریشانی در افراد عادی بیشتر است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه تحمل پریشانی و عواطف در افراد افراد وابسته به مواد و عادی بود. نتایج نشان داد که بین عواطف مثبت و منفی در افراد افراد وابسته به مواد و عادی تفاوت وجود دارد. میانگین نمرات عواطف منفی در افراد افراد وابسته به مواد بیشتر بود. این یافته، با یافته‌های عبدالملکی و همکاران (۱۳۹۵)؛ خلیل زاده و همکاران (۱۳۹۶)؛ ارقبایی و همکاران (۱۳۹۷)؛ مولر و همکاران (۲۰۱۳)؛ اسکلاچ و همکاران (۲۰۱۳)؛ اسمیت و سیدرز (۲۰۱۶)؛ ویز و همکاران (۲۰۱۸) همسو است. در تبیین این نتیجه باید گفت که یکی از عوامل موثر در گرایش به اعتیاد و ولع مصرف مواد عواطف است. عواطف می‌توانند بر فرایند تصمیم‌گیری و تفکر دست کم در شرایط و رویدادهای معین اثر بگذارد. غالباً احساسات منفی نظیر غم، خشم و اندوه و ترس بر فرایند تفکر و تصمیم‌گیری تاثیر دارند (قاسم زاده، ۱۳۹۴). افراد وابسته به مواد آگاهی کمتری نسبت به حالات هیجانی خود دارند و توانایی کمتری برای مقابله با عاطفه منفی دارند. در این زمینه نظریه خود درمانی بیان می‌کند که افراد برای برخورد با هیجانات ناخوشایند خود، مواد مصرف می‌کنند (دی پیرو، آنتونیتا بنزی و ماددو، ۲۰۱۵). عواطف منفی مکانیسم‌هایی هستند که افراد افراد وابسته به مواد برای رهایی از آن مواد مصرف می‌کنند و در نتیجه باعث وابستگی، زیاد شدن مصرف و عود می‌شوند. مصرف مواد و عواطف منفی دارای رابطه دوسویه هستند به این معنی که افراد برای رهایی از احساسات ناخوشایند مواد مصرف می‌کنند و مصرف مواد نیز در طولانی مدت باعث ایجاد و پایداری احساسات ناخوشایند می‌شود (مولر و همکاران، ۲۰۱۳؛ گارلند، بوئتیگر و هاوارد، ۲۰۱۱). افرادی که از نظر عواطف مثبت در سطح بالایی قرار دارند تمایل کمتری به اعتیاد دارند. مطمئناً افرادی که عاطفه مثبت بیشتری دارند در زندگی و در برخورد با شرایط گوناگون موفق‌تر و بهتر عمل می‌کنند و درست در نقطه مقابل این حالت، افرادی که از عاطفه منفی بیشتری برخوردار هستند، موفقیت کمتری داشته و در برخورد با شرایط دشوار به احتمال بیشتری

به سمت مصرف مواد می‌روند (کرمی و باقری، ۱۳۹۴). در شرایطی که افراد تحت فشار همسالان برای مصرف مواد قرار می‌گیرند، کنترل عواطف می‌تواند یاریگر آن‌ها در برخورد با این شرایط باشد. وقتی افراد بتوانند در این شرایط عواطف خود را مدیریت کنند، می‌توانند از راهبردهای سازگارانه‌تری برای برخورد با این شرایط بهره ببرند. افراد برخوردار از سطوح بالای مدیریت هیجانی به راحتی می‌توانند خواسته‌های افراد دیگر را پیش‌بینی کنند، به همین ترتیب بهتر می‌توانند فشار همسالان را تاب بیاورند و در برابر مصرف مواد مقاومت کنند (ترینیداد و جانسون، ۲۰۰۲). افرادی که توانایی تحمل بالایی در برابر تجربه آشفتگی داشته باشند، به راحتی می‌توانند احساسات آشفتگی و درماندگی خود را کنترل و مدیریت نمایند. افرادی که هنگام تجربه عاطفه منفی به احتمال کمتری به رفتارهای تکانه‌ای می‌پردازند، یعنی اضطراب منفی پایینی دارند و وابستگی کمتری به مواد از خود نشان می‌دهند. توانایی پایین برای تحمل عاطفه منفی و احتمال بالای بروز رفتارهای تکانه‌ای باعث می‌شود که این افراد برای برطرف کردن حالت هیجانی آزارنده به روش‌های ناسالمی چون مصرف مواد روی بیاورند که این امر می‌تواند به صورت یک چرخه معیوب به وابستگی بیشتر در آن‌ها منجر شود (خلیل‌زاده و همکاران، ۱۳۹۶).

در رابطه با مولفه‌های تحمل پریشانی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین مؤلفه‌های تحمل پریشانی در افراد وابسته به مواد و عادی تفاوت وجود دارد. بدین صورت که میانگین نمرات مولفه‌های تحمل پریشانی در بین افراد افراد وابسته به مواد کمتر است. این یافته با یافته‌های شیخ الاسلامی و همکاران (۱۳۹۵)؛ طاهری فرد و ابوالقاسمی (۱۳۹۶)؛ لیرو و همکاران (۲۰۱۰)؛ پوترا و همکاران (۲۰۱۱)؛ کیسر و همکاران (۲۰۱۲)؛ کرمی و همکاران (۲۰۱۳) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که تحمل پریشانی به حالتی اطلاق می‌شود که افراد بتوانند هیجانات منفی خود را درک کرده و در برابر آن‌ها تاب بیاورند (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). در حقیقت، تحمل پریشانی به نوعی بیانگر تفاوت‌های فردی افراد در برخورد با هیجانات ناخوشایند خود است (اسلیبرگ، آبرونسون و اسمیتر، ۲۰۰۷). تحمل پریشانی از جمله ساختارهایی است که به طرز چشمگیری برای

ایجاد و رشد دیدگاهی جدید نسبت به آسیب‌های روانی-اجتماعی و همین‌طور در زمینه پیشگیری و درمان مورد استفاده قرار می‌گیرد. افرادی که از سطوح پایین این عامل برخوردار هستند، اشتباهاً درگیری‌های رفتاری می‌شوند. آن‌ها با روی آوردن به مصرف مواد به دنبال تسکین درد هیجانی هستند که پیامدهای منفی زیادی دارد (کیوک، ریچاردی، تیمپانو، میچل و اسمیدت^۱، ۲۰۱۰؛ شمس و همکاران، ۱۳۸۹). افرادی که از سطوح پایین تر تحمل پریشانی برخوردار هستند، بر این باورند که هیجان‌ات منفی غیر قابل تحمل است و آن‌ها نمی‌توانند بر آن فائق آیند، در این حالت این افراد با انکار هیجان‌ات سعی بر این دارند تا بر این شرایط پیروز شوند و بتوانند از خود مراقبت کنند. دلیل چنین رفتاری این است که آن‌ها به توانمندی خود در برخورد با این شرایط ایمان ندارند (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). افرادی که از نظر برخورداری از تحمل آشفتگی در سطوح پایین تری قرار دارند، پاسخ‌های ناسازگارانه‌ای از قبیل نادیده گرفتن، عدم پذیرش توانایی خود و ... را در واکنش به شرایط استرس‌زا از خود نشان می‌دهند. از آنجایی که این افراد به دلیل عدم اعتماد به خود نمی‌توانند راهبردهای سازگارانه‌ای را در پاسخ به شرایط ناراحت‌کننده داشته باشند، ناگزیر پاسخ‌هایی مثل رفتارهای اجتنابی را از خود نشان می‌دهند (وولیتزکی-تیلور و همکاران، ۲۰۱۵). استفاده از راهبردهای هیجان‌مدار مانند استفاده از مواد و الکل به دلیل اینکه سریع‌الاث‌ر هستند اگرچه ممکن است این اثر کوتاه مدت باشد، راحت‌تر است چرا که باعث می‌شود مشقت و سختی تحمل هیجان منفی را به دوش نکشند (براون، لجویز، کاهلر و استرانگ^۲، ۲۰۰۲). از نظر افراد با تحمل پریشانی پایین، مصرف مواد یک راهکار موثر برای مقابله با حالات ناخوشایند و کنترل خلق خود است، به همین دلیل در برابر ترک مقاومت می‌کنند. این افراد این‌گونه تصور می‌کنند که در صورت ترک مواد، دچار مشکلات بیشتری می‌شوند (کرمر و همکاران، ۲۰۱۳). ترافتون و گیفورد فرض کرده‌اند که تحمل پریشانی: (۱) اشاره به توانمندی افراد در پاسخ ندادن به یک موقعیت تقویت منفی است در حالی که می‌توانند به آن پاسخ دهند (مثلاً،

1. Keough, Riccardi, Timpano, Mitchell & Schmidt

2. Brown, Lejuez, Kahler & Strong

رهایی از پریشانی، یک فرصت تقویت منفی را نشان می‌دهد، (۲) اشاره به کنترل خود افراد دارد در شرایطی که می‌توانند با پاسخدهی به تقویت و پاداش فوری دست یابند و (۳) ممکن است به عنوان یک جنبه تکانشگری در پاسخ به تقویت فوری فرض شود. این چشم‌انداز پیش‌بینی می‌کند که بنیادهای عصبی زیستی زیربنای یادگیری، پاداش و پاسخ، ممکن است واسطه تحمل پریشانی باشد (زاوالنسکی، ووجانوویک، برنستین و لیرو، ۲۰۱۰). زاوالنسکی، برنستین و ووجانوویک^۱ (۲۰۱۱) در مدل پیشنهادی خود فرض را بر این گذاشتند که تحمل آشفتگی، رفتاری است پاداش محور، به همین سبب تنوع در فرایندهای بنیادی رفتار پاداش محور، منجر به ایجاد تغییراتی در تحمل پریشانی می‌شود. موقعیت‌ها و فرصت‌هایی که پیش‌بینی می‌شود منجر به آسودگی خاطر بیشتری می‌شوند، باعث تحریک پاسخ‌های رفتاری شدیدتر می‌شوند. افراد در تلاش هستند تا به سرعت از موقعیت‌هایی که پریشانی زیادی ایجاد می‌کنند به سمت موقعیت‌هایی که دارای بار پریشانی کمتری هستند، فرار کنند. بنابراین برای تنظیم تحمل پریشانی، روش‌ها و فرایندهای درگیر در پیش‌بینی ارزش فرصت‌های تقویت منفی (مثلاً روش‌هایی که میزان آسایش خاطری که فرد با فرار از این موقعیت تجربه خواهد کرد را تعیین می‌کند)، باید مهم باشد. همچنین میزان در دسترس بودن فرصت‌ها بر چگونگی پاسخ افراد به یک فرصت تاثیر دارد. می‌توان این‌گونه بیان کرد که اگر یک فرصت گریز نادر بوده و به ندرت در دسترس باشد، افراد به احتمال بیشتری از این فرصت ارائه شده استفاده خواهند کرد و اگر فرصت گریز از یک موقعیت ناخوشایند دائم در دسترس افراد باشد، آن‌ها ممکن است برای استفاده فوری از آن احساس ضرورت نکنند. بنابراین در دسترس‌پذیری فرصت‌ها نیز عاملی است که برای تنظیم تحمل پریشانی مهم است. توانایی کنترل هشیارانه یا منع پاداش عاداتی و یا راحتی طلبی باید تحمل پریشانی را تغییر دهد. اگرچه انسان‌ها پاسخ‌های عاداتی را برای نشانه‌های تعیین‌کننده فرصت‌ها برای پاداش می‌آموزند، به طور کلی، آن‌ها توانایی مهار این عادت‌ها برای پذیرفتن یک واکنش جایگزین را دارند.

با اینحال در اینکه افراد چقدر خوب می‌توانند عادت‌ها را مهار کنند، تنوع فردی و محیطی قابل توجهی وجود دارد. توانایی ضعیف‌تر برای مهار عادت‌ها، احتمال بروز رفتارهای گریز را افزایش می‌دهد، حتی زمانی که احتمالات محیطی تحمل پریشانی را تسهیل کند (زاوالنسکی و همکاران، ۲۰۱۱، به نقل از فروزانفر، ۱۳۹۶).

یکی از محدودیت‌های این پژوهش، اجرای آن در مردان بود، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این موضوع در دو جنس بررسی شود. همچنین با توجه به اینکه سطوح عاطفه مثبت و مولفه‌های تحمل پریشانی در افراد افراد وابسته به مواد پایین‌تر از افراد عادی بود. بنابراین در نظر گرفتن این عوامل در برنامه‌های پیشگیری و درمان ضروری به نظر می‌رسد.

منابع

- احمدی، رضا (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی رفتار درمانی دیالکتیکی در پیشگیری از عود و بهبود مهارت‌های تنظیم هیجانی و تحمل آشفتگی افراد وابسته به مواد افیونی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبایی.
- ارقبایی، محمد؛ سلیمانان، علی اکبر و محمدی پور، محمد (۱۳۹۷). نقش جو عاطفی خانواده در گرایش به مصرف مواد: بررسی نقش میانجی عاطفه منفی. *اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۵)، ۷۰-۵۳.
- خلیل زاده، نوراله؛ میکائیلی منبع، فرزانه و عیسی زادگان، علی (۱۳۹۶). رابطه مشکلات تنظیم هیجانی و عاطفه منفی با ولع مصرف با توجه به میانجی‌گری افسردگی. *فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی*، ۱۱(۴۲)، ۱۹۷-۲۱۲.
- شمس، جمال؛ عزیزی، علیرضا و میرزایی، آزاده (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم*، ۱۳(۱)، ۱۸-۱۱.
- شیخ‌الاسلامی، علی؛ کیانی، احمدرضا؛ احمدی، شیلان و سلیمانی، اسماعیل (۱۳۹۵). پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد بر اساس سیستم‌های فعال‌ساز و بازدارنده رفتاری، انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل آشفتگی در دانش‌آموزان. *اعتیادپژوهی*، ۱۰(۳۹)، ۱۲۸-۱۰۹.
- طاهری فرد، مینا و ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۶). نقش ذهن آگاهی، تحمل آشفتگی و حافظه هیجانی در پیش‌بینی بازگشت و پیروی از درمان در سوء مصرف کنندگان مواد. *اعتیادپژوهی*، ۱۱(۴۳)، ۲۳۴-۲۱۱.
- عبدالملکی، سالار؛ فرید، ابوالفضل؛ حبیبی کلیر، رامین؛ هاشمی، مرتضی و قدوسی نژاد، آیت (۱۳۹۵). بررسی رابطه جو عاطفی خانواده و کنترل عواطف با گرایش به اعتیاد. *خانواده پژوهی*، ۱۲(۴۸)، ۶۶۲-۶۴۹.

عزیزی، علیرضا (۱۳۸۹). اثربخشی گروه درمانی رفتاردرمانی دیالکتیکی در پیشگیری از عود و بهبود مهارت‌های تنظیم هیجانی و تحمل آشفتگی افراد وابسته به مواد افیونی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.

فروزانفر، آزاده (۱۳۹۶). تحمل پریشانی: نظریه، مکانیسم و رابطه با آسیب‌شناسی روانی. *رویش روانشناسی*، ۲۶(۲)، ۲۳۹-۲۶۲.

قاسم‌زاده، ابوالفضل و عباسی، مهدی (۱۳۹۳). نقش عواطف مثبت و منفی در رضایت از زندگی دانشجویان. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۹(۳۵)، ۱۳۱-۱۴۹.

قاسم‌زاده، امید (۱۳۹۴). بررسی نقش عاطفه مثبت و امیدواری در پیش‌بینی بازگشت به اعتیاد افراد وابسته به مواد در شهر زاهدان. *فصلنامه دانش انتظامی سیستان و بلوچستان*، ۶(۸۵)، ۳۸-۲۷.

قدیری، علیرضا (۱۳۹۴). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *مجله پژوهشی حکیم*، ۱۱(۱۱)، ۱۳-۱۸.

کرمی، جهانگیر و باقری، اشکان (۱۳۹۴). رابطه تنیدگی ادراک شده، حمایت اجتماعی و عاطفه مثبت و عاطفه منفی با سطح اعتیادپذیری در دانشجویان. *دانش انتظامی کرمانشاه*، ۶(۲۱)، ۳۷-۲۷.

Brown, R. A., Lejuez, C. W., Kahler, C. W & Strong, D. R (2002). Distress tolerance and duration of past smoking cessation attempts. *Journal of Abnormal psychology*, 111(1), 180-188.

Daughters, S. B., Ross, T. J., Bell, R. P., Yi, J. Y., Ryan, J & Stein, E. A. (2017). Distress tolerance among substance users is associated with functional connectivity between prefrontal regions during a distress tolerance task. *Addiction biology*, 22(5), 1378-1390.

Di Pierro, R., Antonietta Benzi, I. M & Madeddu, F> (2015). Difficulties in emotion regulation among inpatients with substance use disorders: the mediating effect of mature defenses mechanisms. *Clinical neuropsychiatry*, 12(4), 83-89.

Galanter, K. L. (2006). The Relationship between Emotion Dysregulation and Deliberate Self-Harm Among Inpatients with Substance Use Disorders. *Cognitive therapy and research*, 34(6), 544-553.

Garland, E. L., Boettiger, H. A & Howard, M. O. (2011). Targeting cognitive-affective risk mechanisms in stress-precipitated alcohol dependence: An integrated, biopsychosocial model of automaticity, all stasis and addiction. *Medical Hypotheses*, 76(5), 745-775.

Kaiser, A. J., Milich, R., Lynam, D. R & Chamigo, R. J. (2012). Negative urgency, distress tolerance, and substance abuse among college students. *Addictive behaviors*, 37(10), 1075-1083.

Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A & Schmidt, N. B. (2010). Anxiety Symptomatology: The Association with Distress Tolerance and Anxiety Sensitivity. *Behavior Therapy*, 41(4), 567-574.

Kraemer, K. M., McLeish, A. C., Jeffries, E. R., Avallone, K. M & Luberto, C. M. (2013). Distress tolerance and perceived barriers to smoking cessation. *Substance abuse*, 34(3), 277-282.

- Leyro, T. M., Zvolensky, M. J & Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychological bulletin*, 136(4), 576-600.
- Moller, C. I., Tait, R. J & Byrne, D. G. (2013). Deliberate self-harm, substance use, and negative affect in nonclinical samples: a systematic review. *Substance Abuse*, 34(2), 188-207.
- O'Cleirigh, C., Ironson, G & Smits, J. A. (2007). Does distress tolerance moderate the impact of major life events on psychosocial variables and behaviors important in the management of HIV? *Behavior therapy*, 38(3), 314-323.
- Pottera, C. M., Vujanovic, A. A., Marshall-Berenz, E. C., Bernstein, A & Bernstein, M. O. (2011). Posttraumatic stress and marijuana use coping motives: The mediating role of distress tolerance. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(3), 437-443.
- Schlauch, R. C., Gwynn-Shapiro, D., Stasiewicz, P. R., Molnar, D. S & Lang, A. R. (2013). Affect and craving: Positive and negative affect are differentially associated with approach and avoidance inclinations. *Addictive Behaviors*, 38(4), 1970-1979.
- Simons, J & Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102.
- Smith, G. T & Cyders, M. A. (2016). Integrating affect and impulsivity: The role of positive and negative urgency in substance use risk. *Drug and alcohol dependence*, 163, 3-12.
- Strand, E. B., Zautra, A. J., Thoresen, M., Degård, S., Uhlig, T & Finset, A. (2006). Positive affect as a factor of resilience in the pain-negative affect relationship in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of psychosomatic research*, 60(5), 477-484.
- Trinidad, D. R & Johnson, C. A. (2002). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and individual differences*, 32(1), 95-100.
- Watson, D., Clark, L. A & Tellegen, A. (1998). Development and validation of brief measures, of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063-1072.
- Weiss, N. H., Tull, M. T., Dixon-Gordon, K & Gratz, K. L. (2018). Assessing the negative and positive emotion-dependent nature of risky behaviors among substance dependent patients. *Assessment*, 25(6), 702-715.
- Wolitzky-Taylor, K., Guillot, C. R., Pang, R. D., Kirkpatrick, M. G., Zvolensky, M. J., Buckner, J. D & Leventhal, A. M. (2015). Examination of anxiety sensitivity and distress tolerance as transdiagnostic mechanisms linking multiple anxiety pathologies to alcohol use problems in adolescents. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(3), 532-539.
- Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., Bernstein, A & Leyro, T. (2010). Distress tolerance: Theory, measurement, and relations to psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 19(6), 406-410.
- Zvolensky, M. J & Leyro, T. (2010). Distress tolerance: Theory, measurement, and relations to psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 19(6), 406-410.
- Zvolensky, M. J., Bernstein, A & Vujanovic, A. A (2011). *Distress tolerance: Theory, Research, and Clinical Application*. New York: Guilford Press.