

تدوین و آزمون مدل علی گرایش به اعتیاد دانشجویان بر اساس متغیرهای تحمل پریشانی و تمایز یافتگی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی

شبنم کامکار^۱، نورعلی فرخی^۲، حسین سلیمی بجستانی^۳، مژگان مردانی راد^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۱/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۲۷

چکیده

هدف: عوامل متعددی از جمله عوامل شخصیتی و اجتماعی، در گرایش به مصرف مواد مؤثرند. هدف پژوهش حاضر، بررسی مدل پیش‌بینی گرایش به اعتیاد دانشجویان بر اساس تحمل پریشانی و تمایز یافتگی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی بود. **روش:** روش پژوهش توصیفی و از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه‌ی آماری در این پژوهش شامل دانشجویان مقطع کارشناسی واحدهای دانشگاه آزاد در شهر تهران در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ (حدود ۴۷ هزار دانشجو) بودند. برای انتخاب نمونه مورد پژوهش از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی استفاده شد. به این صورت که از بین دانشجویان ۳۵۰ نفر در قالب ۱۵ کلاس به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل مقیاس گرایش به اعتیاد وید و بوچر (۱۹۹۲)، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (۱۹۹۴)، مقیاس تمایز یافتگی اسکورن و فریدلندر (۱۹۹۸) و مقیاس تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) بودند. برای تحلیل داده‌ها از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج آزمون مدل مفهومی نشان داد شاخص‌های برازش مدل پژوهش در وضعیت مطلوبی قرار دارد. تمایز یافتگی و تحمل پریشانی اثر مستقیم بر گرایش به اعتیاد داشتند ($P < 0/05$). همچنین فرضیه مطرح شده در ارتباط با وجود اثر غیرمستقیم تمایز یافتگی بر گرایش به اعتیاد دانشجویان به واسطه‌ی ناگویی هیجانی مورد تأیید بود ($P < 0/05$). ناگویی هیجانی در رابطه‌ی تحمل پریشانی با گرایش به اعتیاد نقش میانجی معنادار داشتند ($P < 0/05$). **نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش حاکی از برازش مناسب مدل مفهومی پژوهش بود. بر این اساس در کلینیک‌های درمان اعتیاد، برای کاهش سطح گرایش به اعتیاد توجه به پیشنهادها تحمل پریشانی و تمایز یافتگی ضروری است.

کلید واژه‌ها: گرایش به اعتیاد، تحمل پریشانی، تمایز یافتگی، ناگویی هیجانی

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، تهران، ایران، پست الکترونیکی:

shabnam_1352@yahoo.com

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۳. دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۴. استادیار گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، تهران، ایران

مقدمه

سوء مصرف مواد و اعتیاد، امروزه به یکی از دغدغه‌های بزرگ جوامع بشری تبدیل شده است. این پدیده خانمان سوز آثار مخرب جسمانی، روانی، خانوادگی، شغلی، مالی، اخلاقی، پیامدهای نامطلوب اجتماعی و همچنین از بین رفتن سرمایه‌های انسانی جوان و مغزهای متفکر را به دنبال دارد (محمدخانی، ۱۳۹۶). مصرف مواد یکی از موانع جدی در توسعه جوامع است. ارتباط مصرف مواد با سایر مشکلات و انحرافات اجتماعی مانند خشونت خانگی، کودک آزاری، طلاق و بیماری‌های واگیردار مانند ایدز و هپاتیت و درگیر شدن بیشتر جوانان نسبت به سایر قشرها بر دامنه آسیب‌زایی آن می‌افزاید (بورگ، مایرز^۲ و میلر^۳، ۲۰۱۱).

یکی از قشرهایی که مصرف مواد در بین آن‌ها رواج دارد، دانشجویان هستند. دانشجویان معمولاً در محدوده سنی ۲۴ - ۱۸ سال قرار می‌گیرند. بسیاری از آن‌ها بلافاصله پس از پایان دوره دبیرستان، تحصیلات دانشگاهی را آغاز کرده‌اند، همچنان که بسیاری نیز برای اولین بار از خانه و والدین دور شده‌اند. این سبک زندگی سبب می‌شود که دانشجویان بر حسب میزان سلامت‌شان با انواعی از تجربه‌های جدید روبه‌رو شوند و این در حالی است که از الگوی مناسبی بهره‌مند نیستند. عوامل بی‌شماری، از جمله عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی، در شروع، ادامه و بازگشت پس از درمان سوء مصرف مواد مؤثرند. بررسی‌های همه‌گیرشناسی حاکی از روند رو به افزایش مصرف سیگار، مشروبات الکلی و سایر مواد در بین دانشجویان است (محمدی نیکو، قربانی و محمدی نیکو، ۱۳۹۷). برآوردهای گزارش شده از تعداد معتادین و سوء مصرف کنندگان مواد مخدر در ایران، حاکی از حدود دو میلیون نفر معتاد است. میزان شیوع مصرف مواد در بین دانشجویان به ترتیب مربوط به مشروبات الکلی ۶۳۳/۰ درصد، سیگار و قلیان ۵۲۳/۰، حشیش ۴۵۵/۰ درصد، تریاک ۳۹۹/۰ درصد، قرص اکستازی ۲۸۸/۰ درصد و هروئین ۱۵۵/۰ درصد بوده است (فتحی، رضایی، موسوی فر و جلیز، ۱۳۹۶).

به نظر می‌رسد یکی از مولفه‌های مهم در گرایش افراد به اعتیاد، ناگویی هیجانی^۱ است (آقایار و شریفی در آمدی، ۱۳۹۴). آگاهی اشخاص از احساس‌های‌شان و توانایی بیان این احساس‌ها برای اشخاص دیگر در تسهیل تبادلات اجتماعی بسیار تاثیر گذار است (پانیسیا^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). آگاهی هیجانی ضعیف چندین دهه مورد مطالعه قرار گرفته و به عنوان ناگویی هیجانی شناخته شده است. اولین بار سیف‌نوس در سال ۱۹۳۷ اصطلاح ناگویی هیجانی را مطرح ساخت (نیکولو^۳ و همکاران، ۲۰۱۱). دشواری‌هایی در شناسایی احساس‌ها، در توصیف احساس‌ها، سبک تفکر برون‌مدار، ظرفیت تخیلی محدود، توانایی ضعیف در همدلی، تمایل شدید برای رفتار تکانشی و گرایش زیاد به توصیفات نامتمایز از تجربه‌های هیجانی از جمله ویژگی‌های ناگویی هیجانی هستند. از دیدگاه علوم شناختی، هیجان‌ها به عنوان دسته‌ای از طرح‌واره‌های مبتنی بر پذیرش اطلاعات شناخته می‌شوند که شامل فرایندها و تجسم‌های نمادین و غیر نمادین هستند. از جمله مسائلی که افراد معتاد با آن روبرو هستند، اشکالات جدی در مدیریت هیجانات است که علت این مشکلات ممکن است در بعضی از افراد، ناتوانی مزمن ناهشیاری هیجانی باشد. به طور کلی شواهد نشان می‌دهد که بسیاری از اشخاصی که به الکل یا دارو روی می‌آورند هیجانات خود را به خوبی درک نمی‌کنند و از تنظیم و تعدیل آن عاجزند (آقایار و شریفی در آمدی، ۱۳۹۴). بر حسب مدل آسیب‌پذیری-استرس، عوامل محیطی در تعامل با عوامل آسیب‌زایی که از قبل وجود دارند (مانند آسیب‌های زیستی و روان‌شناختی) باعث ایجاد اختلال‌های هیجانی می‌شوند. این نقص هیجانی یکی از عوامل خطر برای انواع اختلال‌های پزشکی و روان‌پزشکی است (آرلا^۴، ۲۰۰۶) و همچنین در گرایش افراد به انجام رفتارهای پر خطر موثر می‌باشد (میلر و التریفی و نگوس^۵، ۲۰۱۵). مولر، کوناوا، محمد و پرواز^۶ (۲۰۱۴) طی پژوهشی در زمینه عوامل کارکردی، ساختاری و هیجانی مرتبط با اعتیاد به

1. Alexithymia
2. Paniccia
3. Nicolo
4. Äärelä

5. Miller, Altarifi, & Negus
6. Moeller, Konova, Muhamad, & Parvaz

کوکائین، به این نتیجه دست یافتند که رابطه معناداری بین خودآگاهی هیجانی در افراد با میزان استفاده آن‌ها از کوکائین وجود دارد.

تحمل پریشانی^۱، از سازه‌های معمول برای پژوهش در زمینه بی‌نظمی عاطفی است (ولن اسکا، برنستین و جانویک^۲، ۲۰۱۱). تحمل پریشانی را توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی تعریف کرده‌اند (سیمونز و گاهر^۳، ۲۰۰۵). در حقیقت تحمل پریشانی یک متغیر تفاوت‌های فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره می‌کند (اسلیریگ، آیرونسون و اسمیتز^۴، ۲۰۰۷). تحمل پریشانی به طور فزاینده‌ای، به عنوان یک ساختار مهم در رشد بینشی جدید درباره شروع و ابقاء آسیب‌های روانی و همچنین پیشگیری و درمان مشاهده شده است (ولن اسکا، و همکاران، ۲۰۱۱). افراد با تحمل پریشانی پایین در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجانات منفی خود درگیر بی‌نظمی رفتاری می‌شوند و با پرداختن به برخی رفتارهای مخرب مانند مصرف مواد در صدد تسکین درد هیجانی خود بر می‌آیند (کیوک، ریکاردی، تیمپانو، اشمیت و میشل^۵، ۲۰۱۰). در همین چارچوب نتایج پژوهش پوترا، ووژانویچ، مارشال-برنز و برشتیند^۶ (۲۰۱۱) نیز نشان داد که تحمل پریشانی واسطه‌ای در رابطه بین شدت علائم استرس پس از ضربه و استفاده از ماریجوانا به عنوان یک روش مقابله است. نتایج مطالعه مارشال-برنز، ووژانویچ و مکفرسون^۷ (۲۰۱۱) که با هدف تعیین نقش واسطه‌ای تحمل پریشانی در تکانشگری و مصرف الکل انجام شد نشان داد که تحمل پریشانی در این رابطه نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند و این افراد برای رهایی از استرس و پریشانی روان‌شناختی به مصرف الکل روی می‌آورند. یافته‌های پژوهش مشاک، تری، داترز و کرلی^۸ (۲۰۱۷) نشان داد تحمل پریشانی پایین، پیش‌بینی‌کننده‌ی خوبی برای سوءمصرف مواد است؛ به عبارتی با

1. distress tolerance
2. Zvolensky, Bernstein, & Vujanovic
3. Simons, & Gaher
4. Ocleirigh, Ironson, & Smits
5. Keough, Riccardi, Timpano, Schmidt, & Mitchell

6. Pottera, Vujanovic, Marshall-Berenz, & Bernstein
7 MacPherson
8. Moschk, Terry, Daughters, & Carelli

کاهش متغیر تحمل پریشانی در افراد میزان سوء مصرف مواد در ایشان افزایش پیدا می کند. نتایج پژوهش هالزر، وم و ولفرت^۱ (۲۰۱۷) در زمینه بررسی نقش پیش بینی کنندگی تحمل پریشانی و واکنش های فیزیولوژیک در استفاده از الکل در زنان، نشان داد میزان تحمل پریشانی پایین با استفاده ی بیشتر از الکل در ارتباط است. همچنین یافته های پژوهش هالیدی، پدرسون و لونثال^۲ (۲۰۱۶) در زمینه بررسی نقش تحمل پریشانی در افسردگی، استرس پس از سانحه و سوء مصرف الکل نوجوانان نشان داد که تحمل پریشانی بر سوء مصرف الکل در نوجوانان تاثیر گذار است.

از سایر عواملی که با گرایش به اعتیاد افراد در ارتباط است، تمایز یافتگی^۳ ایشان می باشد (اکبری بورنگ، محتشمی نیا و سالاری فر، ۱۳۹۶). تمایز یافتگی، به توانایی افراد برای تمایز خود از خانواده اصلی شان در سطح عاطفی و عقلی اطلاق می شود (اسلام زاده، رشیدی و فکریان، ۱۳۹۵) که خود شامل توانایی درون فردی برای تمایز میان شیوه های فکر کردن و احساس کردن و توانایی میان فردی برای حفظ استقلال در عین صمیمیت قوی با افراد مهم زندگی می باشد (اسکورن و دندی^۴، ۲۰۰۴). در واقع هم آمیختگی با دیگران اشاره به از دست دادن استقلال خود و انحلال و هم آمیختگی در طی روابط صمیمانه با دیگران و به ویژه افراد مهم زندگی است. افرادی که تمایز یافتگی کمی نسبت به اعضای خود دارند، قادر نیستند احساس خود را از دیگران متمایز کنند و به راحتی با احساساتی که خانواده و اطرافیان به آن ها وارد می کنند، آشفته می شوند، و افرادی که از سطح مناسب تمایز یافتگی بهره مند هستند، خودر هبرند، و به احساسات و افکار خود واقفند. این در حالی است که افراد تمایز نایافته از لحاظ عاطفی به دیگران وابسته اند و به سختی برای خود فکر، احساس و عمل می کنند (پیرساقی، حاجی حسنی، فرح بخش و سلیمانی، ۱۳۹۱). بنابراین اگر افراد بیاموزند که کارکرد عقلانی و احساسی خود را از دیگران تفکیک دهند، در جهت تمایز یافتگی حرکت کرده اند (سلم^۵، ۲۰۰۲). افراد با تمایز یافتگی بالا به هیجانات خود واقفند و قادر به سنجش متفکرانه موقعیت ها هستند و

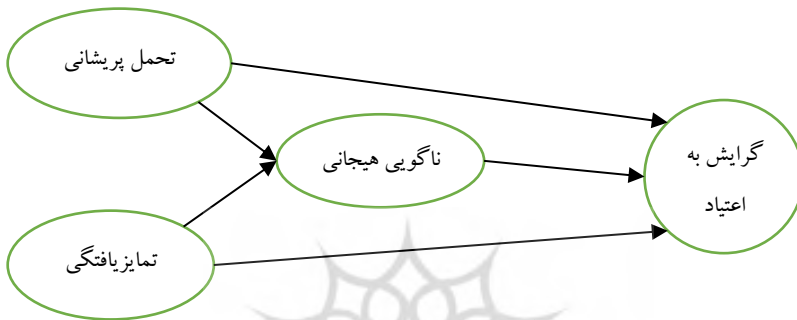
1. Holzhauser, Wemm, & Wulfert
2. Holliday, Pedersen, & Leventhal
3. differentiation

4. Skowron, & Dendy
5. Selm

توانایی رشد خود مستقل را دارند و این در حالی است که افراد کمتر تمایز یافته، یا به همجوشی با دیگران تمایل دارند یا به بریدگی عاطفی^۱ تن می دهند (اسکورون و دندی، ۲۰۰۴). روابط اولیه در محیط خانواده به شکل گیری سطوح بالا یا پایین تمایز یافتگی در افراد منجر می شود و این تجارب اولیه در روابط بعدی افراد اثر گذار است. خانواده علاوه بر تمایز یافتگی، بر خود شکوفایی هم اثر گذار است. طبق پژوهشی که توسط کیم^۲، و همکاران (۲۰۱۵) انجام شد معلوم شد، تمایز یافتگی کافی افراد در سیستم خانواده ارتباط مثبت و معناداری با عملکرد سالم و موفق آن‌ها در خانواده دارد و به دلیل آگاهی از توانایی‌های خود از خود کارآمدی و اعتماد به نفس بیشتری برخوردارند. در مقابل افراد تمایز نیافته که هویت تعریف شده‌ای برای خود ندارند، در تنش‌ها و مسائل بین فردی همراه با موج عاطفی حرکت می کنند و در نتیجه اضطراب مزمن بالایی را تجربه می کنند و مستعد بروز انواع بیماری‌های جسمانی و روان شناختی مثل بی ثباتی هیجانی، جسمانی کردن، اضطراب و الکلیسم هستند (چرچ^۳ و همکاران، ۲۰۱۸). نتایج پژوهش اکبری بورنگک، محتشمی نیا و سالاری فر (۱۳۹۶) نشان داد خود تمایز یافتگی و مولفه‌های جایگاه من و واکنش پذیری عاطفی و همچنین ناگویی هیجانی و مولفه دشواری در تشخیص احساسات، پیش بینی کننده گرایش به اعتیاد در دانشجویان بودند.

در مجموع باید گفت مشکلات ناشی از مواد تهدیدی جدی برای سلامت جامعه بوده و نقش عمده‌ای را در جرم و فساد به عهده دارد و مستقیم و غیرمستقیم هزینه‌های زیادی را به جامعه تحمیل می کند. پیامدهای اعتیاد، جامعه، فرد و خانواده را از نظر اقتصادی، اجتماعی، روانی و جسمی مورد تهدید قرار می دهد، به طوری که عوارض روانی و شخصیتی ناشی از اعتیاد به مواد مخدر، از جمله ضعف اراده، بی توجهی به مسئولیت‌های فردی، ضعف شخصیت، ضعف عاطفه، عصبی بودن، به هم خوردن تعادل روانی، شخصیت نامتعادل و متزلزل و ضعف اعتماد به نفس و... را به دنبال خواهد داشت. با توجه به این که اعتیاد به ویژه در دانشجویان، پیامدهای وخیمی در پی دارد و از سویی

دانشجویان در معرض خطر بیشتری برای کشیده شدن به سمت رفتارهای پر خطر از جمله اعتیاد قرار دارند، پژوهش حاضر در صدد پاسخ‌گویی به این سوال است که مدل پیش‌بینی گرایش به اعتیاد دانشجویان بر اساس متغیرهای تحمل پریشانی و تمایز یافتگی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی از برازش مطلوبی برخوردار است؟
بر اساس مرور پژوهش‌های انجام شده مدل مفهومی پژوهش به شکل زیر است:



شکل ۱: مدل مفهومی ارائه شده

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش با توجه به هدف آن از نوع تحقیقات کاربردی و از لحاظ شیوه گردآوری داده‌ها به روش توصیفی و از نوع طرح‌های همبستگی و روش مدل‌یابی معادلات ساختاری می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر دانشجویان مقطع کارشناسی واحدهای دانشگاه آزاد در شهر تهران در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ (حدود ۴۲ هزار دانشجوی) بودند. درباره حجم نمونه در پژوهش‌های مربوط به روش تحقیق همبستگی از نوع مدل معادلات ساختاری نظرات گوناگون وجود دارد، ولی همه بر این موضوع توافق دارند که مدل معادلات ساختاری با نمونه بزرگ قابل اجرا می‌باشد (تاباچنیک و فیدل، ۲۰۰۱). بومسما (۱۹۸۳، نقل از تاباچنیک و فیدل، ۲۰۰۱) حجم حدود ۲۰۰ نفر را برای برازش مدل کافی دانسته است. بر اساس اندازه اثر مورد انتظار و توزیع متغیرهای اندازه‌گیری شده و همچنین لحاظ کردن توان آزمون، به ازای هر پارامتر برآورد شده حداقل ۱۰ آزمودنی می‌تواند کافی باشد، به شرط این که اندازه برآورد اثر بزرگ باشد و متغیرهای اندازه‌گیری شده دارای توزیع نرمال باشند (تاباچنیک و فیدل، ۲۰۰۱). بنابراین حداقل نمونه پژوهش حاضر

با در نظر گرفتن تعداد پارامترهای برآورد شده در مدل حداقل ۳۲۰ نفر از دانشجویان بود (براساس ۳۲ پارامتر ثابت و تصادفی در مدل)، که با در نظر گرفتن ریزش‌های احتمالی ۳۵۰ دانشجو به عنوان نمونه ی پژوهش انتخاب شد.

روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی چند مرحله‌ای بود. بدین صورت که از میان واحدهای دانشگاه‌های آزاد در شهر تهران سه واحد دانشگاهی (تهران مرکز، تهران جنوب و تهران غرب) به تصادف انتخاب و سپس از هر دانشگاه دو دانشکده به تصادف انتخاب شدند. از هر دانشکده دو رشته تحصیلی به تصادف انتخاب و از هر رشته دو کلاس در دو ترم تحصیلی متفاوت انتخاب و در نهایت به طور تصادف پرسش‌نامه در میان ۳۵۰ دانشجو در ۱۵ کلاس توزیع شد.

ابزار

۱- پرسش‌نامه گرایش به اعتیاد: این پرسش‌نامه توسط وید و بوچر (۱۹۹۲) ساخته شد و تلاش‌هایی در جهت تعیین روایی آن در کشور ایران صورت گرفته است. این پرسش‌نامه، مقیاس ایرانی گرایش به اعتیاد است که با توجه به شرایط روانی - اجتماعی جامعه ایرانی توسط زرگر (۱۳۸۵)، ساخته شد (نقل از زرگر، نجاریان و نعیمی، ۱۳۸۷). این پرسش‌نامه از دو عامل تشکیل شده و دارای ۳۶ گویه به اضافه ۵ گویه ی دروغ سنج می‌باشد. این پرسش‌نامه ترکیبی از دو عامل آمادگی فعال و آمادگی منفعل می‌باشد. آمادگی فعال مربوط به رفتارهای ضد اجتماعی، میل به مصرف مواد، نگرش مثبت به مواد، افسردگی و هیجان‌خواهی می‌باشد و در عامل دوم (آمادگی منفعل) بیشترین گویه‌ها مربوط به عدم ابراز وجود و افسردگی می‌باشد. نمره‌گذاری هر سوال بر روی یک پیوستار از صفر (کاملاً درست) تا ۳ (کاملاً نادرست) می‌باشد. عامل دروغ سنج شامل سوالات ۶، ۱۲، ۱۵، ۲۱ و ۳۳ می‌باشد. برای به دست آوردن امتیاز کلی باید مجموع امتیازات تک تک سوالات (به غیر از مقیاس دروغ سنج) را با هم جمع نمود. این نمره دامنه‌ای از ۰ تا ۱۰۸ خواهد داشت و نقطه برش آن ۵۴ است. در پژوهش زرگر، نجاریان و نعیمی (۱۳۸۷) جهت محاسبه روایی این مقیاس از دو روش استفاده شد. در روایی ملاکی، پرسش‌نامه آمادگی به اعتیاد دو گروه معتاد و غیر معتاد را به خوبی از یکدیگر تمیز داده است. روایی سازه مقیاس از

طریق همبسته کردن آن با مقیاس ۲۵ گویه‌ای فهرست بالینی علائم بالینی ۰/۴۵ محاسبه شده که معنادار گزارش شده است. اعتبار مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش شد (زرگر، و همکاران، ۱۳۸۷)؛ در پژوهش حاضر نیز ۰/۸۶ به دست آمد.

۲- مقیاس ناگویی هیجانی: این مقیاس توسط بگی، پارکر و تایلر (۱۹۹۴) ساخته شده و یک آزمون ۲۰ سوالی است و سه خرده‌مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را شامل می‌شود. نمره‌گذاری پرسش‌نامه براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است که از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق سنجیده و بررسی می‌شود. روش نمره‌گذاری پرسش‌نامه به شیوه لیکرت است. به پاسخ «کاملاً مخالف» نمره ۱ و به پاسخ «کاملاً موافق» نمره ۵ تعلق می‌گیرد و حداقل نمره در آن ۲۰ و حداکثر ۱۰۰ است. نقطه برش آن ۶۰ است. گویه‌های ۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ نمره‌گذاری معکوس دارند. هر چه افراد نمرات‌شان در این خرده‌مقیاس‌ها بیشتر باشد نشان دهنده مشکل بیشتر در زمینه بیان و تشخیص احساسات می‌باشد. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو در پژوهش‌های متعدد بررسی و تایید شده است. در نسخه فارسی این مقیاس ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل ۰/۸۵ و سه خرده‌مقیاس دشواری در شناسایی احساسات ۰/۸۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵، و برای تفکر عینی ۰/۷۲ محاسبه شد. روایی همزمان هم برحسب همبستگی بین خرده‌مقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی و مورد تایید قرار گرفت. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

۳- مقیاس تحمل پریشانی^۱: این مقیاس، یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته شد. گویه‌های 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. دارای ۱۵ گویه و چهار خرده‌مقیاس به نام‌های تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌ات منفی، برآورد ذهنی پریشانی، و

تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی است. گویه‌های این مقیاس براساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند و حداقل نمره در آن ۱۵ و حداکثر ۷۵ است. نقطه برش ۴۵ می‌باشد. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالا است. ضرایب آلفا برای این خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷ و برای کل ۰/۸۲ به دست آمده است. همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت شش ماه ۰/۶۱ بود. همچنین مشخص شده که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است. این مقیاس با پذیرش خلق رابطه مثبت و با مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای استفاده از الکل و ماری جوانا و همچنین استفاده از آن‌ها برای بهبود رابطه منفی دارد (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). در پژوهش اندامی خشک (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ کل ۰/۸۶ به دست آمد. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شد.

۴- مقیاس تمایز یافتگی اسکورن و فریدلندر (۱۹۹۸): این مقیاس ۴۵ گویه‌ای، شامل ۴ خرده‌مقیاس واکنش‌پذیری عاطفی، جایگاه من، گریز عاطفی و هم‌آمیختگی با دیگران است. هدف آن سنجش میزان تمایز یافتگی افراد است. تعداد ۱۱ گویه خرده‌مقیاس واکنش‌پذیری عاطفی بازتاب دهنده درجه‌ای است که فرد به محرک محیطی یا حساسیت بیش از حد یا با تغییرپذیری عاطفی پاسخ می‌دهد. خرده‌مقیاس جایگاه من، شامل ۱۱ آیتم است که در کنار تعریف واضح حس خود، میزان وفاداری به عقاید شخصی را در زمانی که فرد مجبور به انجام خلاف عقاید خود است، مشخص می‌کند. خرده‌مقیاس ۱۲ گویه‌ای گریز عاطفی، نشان دهنده احساس ترس از صمیمیت و احساس آسیب‌پذیری بیش از حد در ارتباط با دیگران است. گویه‌های مرتبط با این خرده‌مقیاس نشان دهنده ترس از روابط صمیمانه، رفتارهای دفاعی مانند عملکرد بیش از حد، فاصله‌گیری، یا انکار می‌باشد. خرده‌مقیاس ۹ گویه‌ای هم‌آمیختگی با دیگران، نشان دهنده درگیری در روابط بیش از حد عاطفی با دیگران می‌باشد. این پرسش‌نامه با مقیاس لیکرت ۶ گزینه‌ای درجه‌بندی شده و حداقل نمره ۴۵ و حداکثر ۲۷۰ است. نقطه برش ۱۵۷ می‌باشد. در مجموع نمرات بالا در هر خرده‌مقیاس نشان دهنده سطح بالای خود تمایز یافتگی می‌باشد. ضریب آلفای گزارش شده توسط اسکورن و فریدلندر (۱۹۸۹) ۰/۸۸ گزارش شده و خرده‌مقیاس‌های

واکنش پذیری عاطفی با ضریب آلفای ۰/۸۴، جایگاه من ۰/۸۳، گریز عاطفی ۰/۸۲ و هم آمیختگی با دیگران ۰/۷۴ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه شد.

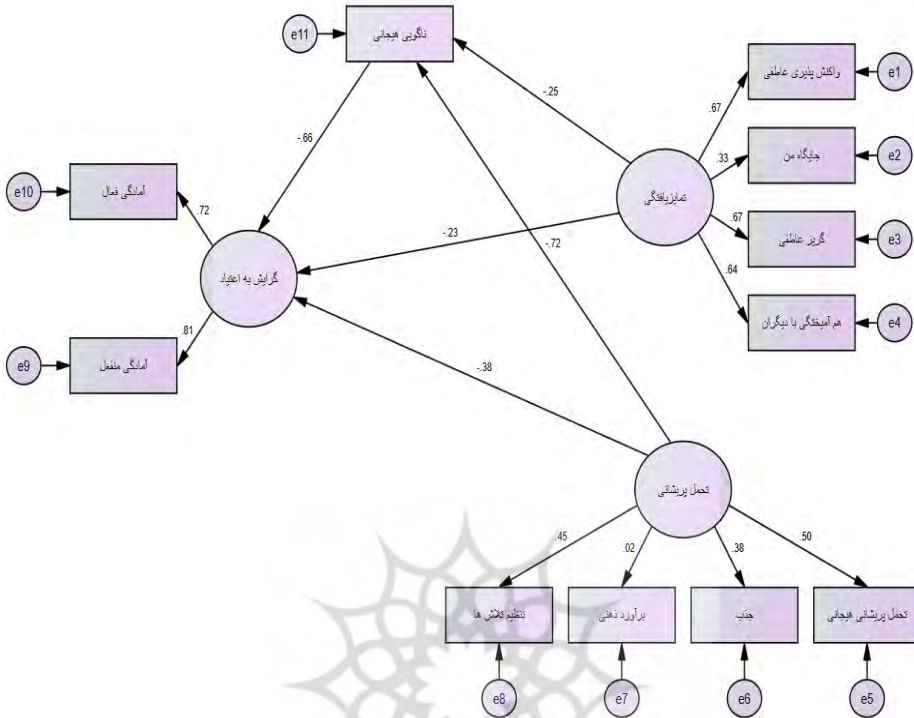
یافته‌ها

بیشتر افراد گروه نمونه را مردان رده‌ی سنی ۱۸ تا ۲۱ سال تشکیل می‌دادند. آماره‌های توصیفی متغیرها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی خرده‌مقیاس‌های پژوهش

مقیاس‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
تحمل پریشانی هیجانی	۳۴.۱۴	۶۳.۳	۸۵.۰-	۲۶.۰-
برآورد ذهنی	۱۱.۱۴	۵۳.۳	۷۲.۰-	۴۰.۰-
جذب	۰۲.۱۲	۹۰.۵	۰۳.۰-	۱۲.۱-
تنظیم تلاش‌ها	۹۴.۱۲	۶۴.۴	۵۰.۰-	۹۰.۰-
تحمل پریشانی	۴۰.۵۳	۶۹.۱۰	۳۷.۰-	۰۷.۰
واکنش پذیری عاطفی	۶۹.۳۱	۵۲.۶	۴۲.۰-	۸۵.۰-
جایگاه من	۱۸.۳۰	۰۷.۴	۷۳.۰-	۷۱.۰-
گریز عاطفی	۱۴.۳۱	۴۷.۶	۴۶.۰-	۷۸.۰-
آمیختگی با دیگران	۷۷.۲۹	۶۴.۵	۲۹.۰-	۹۷.۰-
تمایز یافتگی	۷۸.۱۲	۳۵.۱۶	۴۰.۰-	۶۳.۰-
ناگویی هیجانی	۰۲.۴۷	۲۶.۵	۱۵.۰-	۸۳.۰-
آمادگی فعال	۹۹.۲۴	۱۰.۴	۵۳.۱	۹۹.۱
آمادگی منفعل	۹۷.۲۷	۳۶.۵	۷۱.۰	۳۲.۰-
گرایش به اعتیاد	۹۶.۵۲	۵۳.۸	۰۴.۱	۴۳.۰

یکی از مفروضه‌های مدل‌سازی معادلات ساختاری نرمال بودن توزیع چند متغیری است. برای این منظور در نرم افزار AMOS از ضریب کشیدگی چند متغیری ماردیا استفاده می‌شود. مقدار ضریب ماردیا برای داده‌های پژوهش حاضر برابر با ۳/۸۰ به دست آمد که نشان می‌دهد مفروضه نرمال بودن چند متغیره برقرار است. در ادامه نتایج حاصل از اجرای مدل ساختاری پژوهش ارائه می‌شود.



شکل ۲: مدل در حالت ضرایب استاندارد شده

شاخص‌های برازش مدل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص‌های برازش مدل

مقادیر	مقدار	شاخص‌ها
حد مجاز	۱/۳۱	$\frac{\chi^2}{df}$
کمتر از ۳	۰/۰۵	ریشه میانگین خطای برآورد ^۱
کمتر از ۰/۱	۰/۹۷	^۲ برازندگی تعدیل یافته
بالاتر از ۰/۹	۰/۹۵	^۳ برازندگی نرم شده
بالاتر از ۰/۹	۰/۹۸	^۴ نیکویی برازش
بالاتر از ۰/۹	۰/۹۵	نیکویی برازش اصلاح شده

1. Root Mean Square Error Approximation
2. Comparative Fit Index

3. Normed Fit Index
4. Goodness of Fit Index

به طور کلی در کار با برنامه آموس هر یک از شاخص‌های به دست آمده به تنهایی دلیل برازندگی یا عدم برازندگی مدل نیستند و این شاخص‌ها را در کنار هم بایستی تفسیر نمود. مقدارهای به دست آمده برای این شاخص‌ها نشان می‌دهد که در مجموع الگو در جهت تبیین و برازش از وضعیت مناسبی برخوردار است. همچنین نتایج تحلیل مدل اندازه‌گیری نشان داد ساختار عاملی مقیاس‌های پژوهش مورد تایید است.

جدول ۳: ضرایب و معناداری اثرات مستقیم و غیرمستقیم بر گرایش به اعتیاد

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	نوع اثر	B	β	آماره t	معناداری
گرایش به اعتیاد	تمایز یافتگی	مستقیم	-۰/۲۷	-۰/۲۳	۳/۵۸	۰/۰۰۰۵
گرایش به اعتیاد	تمایز یافتگی	به واسطه‌ی ناگویی هیجانی	-۰/۴۴	-۰/۳۸	۵/۵۳	۰/۰۰۰۵
گرایش به اعتیاد	تحمل پریشانی	مستقیم	-۰/۵۱	-۰/۴۸	۶/۰۴	۰/۰۰۰۵
گرایش به اعتیاد	تحمل پریشانی	به واسطه‌ی ناگویی هیجانی	-۰/۱۸	-۰/۱۷	۲/۲۵	۰/۰۱

آنچه از نتایج جدول فوق برمی‌آید این است که عوامل تمایز یافتگی و تحمل پریشانی اثر مستقیم بر گرایش به اعتیاد داشته‌اند. همچنین فرضیه مطرح شده در ارتباط با وجود اثر غیرمستقیم تمایز یافتگی بر گرایش به اعتیاد دانشجویان به واسطه‌ی ناگویی هیجانی با ۹۵ درصد اطمینان مورد تأیید بوده است. ناگویی هیجانی در رابطه‌ی تحمل پریشانی با گرایش به اعتیاد نقش میانجی معنادار داشته‌اند ($P < ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاکی از برازش مناسب مدل مفهومی پژوهش بود. همسو با یافته‌های پژوهش حاضر گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۴) نشان می‌دهد از جمله مشکلات روانی-اجتماعی مرتبط با تمایز یافتگی ضعیف می‌توان به افسردگی، اضطراب، احساس حقارت، اعتماد به نفس پایین، مشکلات ارتباطی، احساس تنهایی، سوء مصرف مواد، فرار و اشاره کرد. همچنین یافته‌های پژوهش مشاک، و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد تحمل پریشانی پایین، پیش‌بینی‌کننده‌ی خوبی برای سوء مصرف مواد است؛ به عبارتی با کاهش متغیر تحمل پریشانی در افراد میزان سوء مصرف مواد در ایشان افزایش پیدا می‌کند.

در تبیین کل این مدل باید گفت به طور کلی زمانی که از سطح تمایزیافتگی پایین است، فرد در انتخاب هدف، برنامه‌ریزی برای رسیدن به هدف و کنترل احساسات خود، برانگیختگی خود و هماهنگی ساختن احساسات خود با دیگران و رشد مهارت های اجتماعی با مشکل مواجه است. تمایزیافتگی خود به فرد کمک می کند تا بتواند شناخت بیشتری نسبت به خود، خصوصیات، نیازها، خواسته‌ها، اهداف، نقاط ضعف، نقاط قوت، احساسات، ارزش و هویت خود داشته باشد و زمینه برای گرایش به اعتیاد کاهش یابد.

این یافته را در پژوهش حاضر می توان در چارچوب نظریه لینیچ و میزون (۲۰۱۱) تبیین نمود. بر این اساس تا آن حدی که افراد جنبه سختی از عقل پریشانی را داشته باشند که نتواند تجارب احساسی آزاردهنده مانند غم را عقل نمایند. استراتژی های غلبه بر اجتناب، رهایی، و سازگار ناپذیری می تواند حالت های احساسی منفی بزرگتری را در پی داشته باشد. سطوح بالاتری از عقل فشار انعطاف پذیری را تجربه می کند که می تواند منجر به تحمل طولانی مطلوب شود در حالی که اجتناب حساس به زمینه می تواند منجر به رفتار سازگار گونه‌ی نتایج مورد ارزش توسط شخص شود. بنابراین یافته‌های ترکیب یافته با توجه به سطوح پایین عقل پریشانی و آسیب پذیری آسیب شناسی روانی قابل انتظار خواهد بود.

تحمل پریشانی به طور فزاینده‌ای به عنوان یک ساختار مهم در رشد بینشی جدید درباره‌ی شروع و ابقاء آسیب‌های روانی و پیشگیری و درمان مشاهده شده است. در مطالعه‌ای با مصرف کنندگان و افراد دارای وابستگی به مواد مخدر عدم تحمل احساسات جسمانی و عاطفی به عنوان یک کلید برای شرح مکانیسم اساسی ابقاء و نگهداری مصرف مواد پیشنهاد شده است. در همین راستا پوترا و همکاران (۲۰۱۱) عقیده دارند که استفاده کنندگان ماری جوانا که در معرض تروما قرار گرفته‌اند؛ با افزایش شدت علائم استرس پس از ضربه، ممکن است از ماری جوانا به عنوان روشی برای مقابله با حالات خلقی منفی استفاده کنند. زیرا این افراد ظرفیت پایینی برای تحمل پریشانی هیجانی دارند. در مجموع این یافته‌ها حاکی از آن است که افراد با تحمل پریشانی پایین در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجان‌ات منفی خود درگیر بی‌نظمی رفتاری می‌شوند که گرایش به

اعتیاد یکی از نتایج آن می‌تواند باشد. زمانی که فرد از سطح خودآگاهی هیجانی و مسئولیت‌پذیری پایینی برخوردار است، در انتخاب هدف، برنامه‌ریزی برای رسیدن به هدف و کنترل احساسات خود، برانگیختگی خود و هماهنگی ساختن احساسات خود با دیگران و رشد مهارت‌های اجتماعی با مشکل مواجه است. خودآگاهی هیجانی به فرد کمک می‌کند تا بتواند شناخت بیشتری نسبت به خود، خصوصیات، نیازها، خواسته‌ها، اهداف، نقاط ضعف، نقاط قوت، احساسات، ارزش و هویت خود داشته باشد و زمینه برای کاهش گرایش به اعتیاد فراهم شود.

از سویی و در تبیین اثر تمایز یافتگی بر گرایش به اعتیاد باید گفت، از آنجایی که افراد تمایز نیافته، شدیداً عاطفی هستند و بیشتر انرژی‌شان را به سمت تجربه و شدت احساسات‌شان متوجه می‌سازند و هویت تعریف شده‌ای از خود ندارند و در نقش‌ها و مسائل بین شخصی موجود، همراه با موج عاطفی خانواده حرکت می‌کنند (اسکیان، ۱۳۸۴؛ نقل از آریامنش، ۱۳۹۲)؛ سطح بالاتری از اضطراب مزمن و نشانگان روان‌شناختی و جسمی از قبیل اضطراب، سردرد، افسردگی، سوء مصرف مواد و الکل و روان‌پریشی تجربه می‌کنند. از طرفی همین اضطراب زیادی را که در مورد ترک خانواده اصلی‌شان و پذیرش مسئولیت برای خودشان دارند آن‌ها را فاقد کفایت برای اداره زندگی و مراقبت از خودشان می‌سازد. در نتیجه این افراد قدرت سازگاری کمتری در برابر استرس دارند، که باعث ایجاد اضطراب پایدار درباره رویدادهای تنش‌زای آینده می‌شود به طوری که بالا بودن سطح اضطراب مزمن در این افراد، آن‌ها را بیشتر در خطر ابتلا به مشکلات روان‌شناختی و جسمی از جمله اعتیاد که به کارکرد جذب اضطراب مزمن کمک می‌کند، قرار می‌دهد.

افرادی که در خانواده خود درگیر فرد معتاد و مسائل و مشکلات مربوط هستند معمولاً تمایز یافتگی کمی از خانواده‌های خود دارند و هم چنین قادر نیستند فکر و احساس خود را از دیگران متمایز کنند، و به راحتی با احساسات و روابط نادرستی که در این خانواده‌ها وجود دارد و به آن‌ها تحمیل می‌شود دچار آشفتگی روانی که خود می‌تواند زمینه‌ای برای گرایش افراد به سوی اعتیاد باشد می‌شود.

در مجموع یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که افراد با تحمل پریشانی و تمایز یافتگی پایین در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجان‌نا منفی خود درگیر بی‌نظمی رفتاری می‌شوند که گرایش به اعتیاد یکی از نتایج آن می‌تواند باشد. کسانی که تحمل فشار را در حد بالایی دارا هستند، بحران‌ها و مشکلات را بهتر پشت سر می‌گذارند و کمتر دچار احساس ناامیدی و بی‌باوری می‌شوند. اضطراب اغلب زمانی مشکل‌ساز می‌شود که فرد قادر به کنترل و تحمل آن نباشد که خود تاثیر بیمارگونه‌ای بر کل عملکرد فرد دارد. مسائلی مانند عدم تمرکز، مردد بودن در تصمیم‌گیری و مشکلاتی مانند گرایش به اعتیاد را نتیجه می‌دهد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این نکته اشاره کرد که متغیر وضعیت تحصیلی و شرایط اقتصادی دانشجویان وارد مدل‌یابی نشده است. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی متغیر وضعیت تحصیلی و شرایط اقتصادی وارد پژوهش‌های مدل‌یابی گرایش به اعتیاد دانشجویان شود. از آنجائی که بخشی از مشکل گرایش به مصرف مواد در تمایز یافتگی و تحمل پریشانی ضعیف نهفته است و نتایج پژوهش حاضر نیز نشان دادند که این عوامل کمتر فرد را مستعد ابتلا به مصرف مواد می‌کند، به نظر می‌رسد ارتقاء مهارت‌های خودآگاهی گامی مهم در کاهش گرایش به اعتیاد خواهد بود. براین اساس آموزش مهارت‌های کنترل هیجانی مناسب در دانشجویان می‌تواند آن‌ها را در مقابل خطر اعتیاد مصونیت بیشتر دهد. همچنین در پی‌ریزی آموزش‌ها از آموزه‌های متناسب با فرهنگ ایرانی نیز بهره گرفته شود تا کارآمدی این روش بر روی جمعیت ایرانی افزایش یابد.

منابع

اسلام زاده، بابک؛ رشیدی، هاجر و فکریان، سمیه (۱۳۹۵). تعیین نقش میانجی‌گری خودکارآمدی عمومی در رابطه تمایز یافتگی خود و هویت اجتماعی دانشجویان. پژوهش‌های مشاوره، ۱۵(۵۷)، ۴۱-۵۷.

آقاپار، سیروس و شریفی درآمدی، پرویز (۱۳۹۴). هوش هیجانی: کاربرد هوش در قلمرو هیجان. انتشارات سپاهان.

اکبری بورنگ، محمد؛ محتشمی نیا، سمیه و سالاری فر، محمدحسین (۱۳۹۶). تبیین گرایش به اعتیاد بر اساس خود تمایز یافتگی و ناگویی خلقی در دانشجویان. فصلنامه علمی پژوهشی طب انتظامی، ۲۶(۲)، ۱۶۰-۱۵۱.

پیرساقی، فهمیه؛ حاجی حسنی، مهرداد؛ فرح بخش، کیومرث و سلیمانی، سمیه (۱۳۹۱). تعیین سهم تعارض زناشویی، خود تمایز سازی، منبع کنترل و استرس شغلی در پیش بینی فرسودگی شغلی. مجله روان شناسی صنعتی سازمانی دانشگاه گرمسار، ۳(۱۰)، ۲۳-۹.

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

فتحی، آیت الله؛ رضایی، نورمحمد؛ موسوی فر، بابک و جلیز، رباب (۱۳۹۶). بررسی نقش ارزش های دینی خانواده در گرایش به اعتیاد نوجوانان و جوانان شهر تبریز. پلیس زن، ۲۷، ۸۲-۶۸.
محمدی نیکو، اکرم؛ قربانی، علیرضا و محمدی نیکو، اعظم (۱۳۹۷). بررسی نقش عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی در گرایش به اعتیاد در زنان (مورد مطالعه: استان گلستان). فصلنامه علوم اجتماعی، ۴۲، ۵۶-۴۳.

References

- Äärelä J. (2006). Alexithymia behaves as a personality trait over a 5-year period in finnish general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(2), 275-278.
- Burg, S., Mayers, R. A., & Miller, L. J. (2011). *Spirituality, Religion and Healthy Development in Adolescents*. In B. B. B. Editors-in-Chief & J. P. Mitchell (Eds.). *Encyclopedia of Adolescence* (pp. 353-359). San Diego: Academic Press.
- Chamrathirong, A., Miller, B. A., Byrnes, H. F., Rhucharoenpornpanich, O., Cupp, P. K., Rosati, M. J., Chookhare, W. (2010). Spirituality within the family and the prevention of health risk behavior among adolescents in Bangkok, Thailand. *Social Science & Medicine*, 71(10), 1855-1863.
- Church, S., Bhatia, U., Velleman, R., Velleman, G., Orford, J., Rane, A., & Nadkarni, A. (2018). Coping strategies and support structures of addiction affected families: A qualitative study from Goa, India. *Families, Systems, & Health*, 36(2), 216-224.
- Holliday, S. B., Pedersen, E. R., & Leventhal, A. M. (2016). Depression, posttraumatic stress, and alcohol misuse in young adult veterans: The transdiagnostic role of distress tolerance. *Drug and Alcohol Dependence*, 161, 348-355.
- Holzauer, C.G., Wemm, S., & Wulfert, E. (2017). Distress tolerance and physiological reactivity to stress predict women's problematic alcohol use. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 25(3), 156-165.
- Keough, M. E., and Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., and Schmidt, N. B. (2010). Anxiety Symptomatology: The Association with Distress Tolerance and Anxiety Sensitivity. *Behavior Therapy*, 41, 567-574.

- Kim, H., Prouty, A. M., Smith, D. B., KO, M. J., Wetchler, J. L., & Oh, J. E. (2015). Differentiation and Healthy Family Functioning of Koreans in South Korea, South Koreans in the United States, and White Americans. *Journal of Marital and Family Therapy*, 41(1), 72-85.
- Marshall-Berenz, E. C., Vujanovic, A. A., MacPherson, L. (2011). Impulsivity and alcohol use coping motives in a trauma-exposed sample: The mediating role of distress tolerance. *Personality and Individual Differences*, 50, 588-592.
- Miller, L. L., Altarifi, A. A., & Negus, S. S. (2015). Effects of repeated morphine on intracranial self-stimulation in male rats in the absence or presence of a noxious pain stimulus. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 23(5), 405-414.
- Moeller, S., Konova, A., Muhamad, A., Parvaz, A., ET AL. (2014). Functional, Structural, and Emotional Correlates of Impaired Insight in Cocaine Addiction. *JAMA Psychiatry*, 71(1), 61-70.
- Moschk, T.M., Terry, D.R., Daughters, S.B., & Carelli, R.M. (2017). Low distress tolerance predicts heightened drug seeking and taking after extended abstinence from cocaine self-administration. *Addiction Biology*, DOI: 10.1111/adb.12488.
- Nicolo, G, Semerari A, lysaker PH, Dimaggio G, Conti I, D'Angerio S, Procacci M, Popolo R, Carcione A (2011). Alexithymia in personality disorders: correlations with symptoms and interpersonal functioning. *Psychiatry Research*, 190(1), 37-42. DOI: 10.1016/j.psychres.2010.07.046.
- Ocleirigh, C., Ironson, G., Smits, J. A. J. (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, 314-323.
- Paniccia, M.F., Gaudio, S., Puddu, A., DiTrani, M., Dakanalis, A., Gentile, S., & Ciommo, V.D. (2017). Alexithymia in parents and adolescents with generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology*, 22(3), 336-343. DOI: 10.1111/cp.12134.
- 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.
- Selm, L. J. (2002). A family system approach to treatment of addictive disorders: Confluence of two exiting constructs. Doctoral dissertation in La Salle University
- Simons, J. S., Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102.
- Simons, J.S., & Gaher, R.M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102.
- Skowron, E. A., Dendy, A. K. (2004). Differentiation of self and attachment in adulthood: relational correlates of effortful control. *Contemporary Family Therapy*, 26(3), 337-357. DOI: 10.1023/B:COFT.0000037919.63750.9d.
- Volensky, M. J., Bernstein, A., Vujanovic, A. A. (2011). *Distress tolerance: Theory, Research, and Clinical Application*, New York: Guilford Press.