

مقایسه دشواری‌های تنظیم هیجانی و پریشانی روانی در افراد معتاد و عادی

سمیرا رضایی^۱، محمود نجفی^۲

چکیده

پژوهش حاضر باهدف مقایسه دشواری‌های تنظیم هیجانی و پریشانی روانی در افراد معتاد و عادی انجام شد. روش پژوهش علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد خودمعرف جهت ترک اعتیاد شهرستان آرادان بودند که در زمستان سال ۱۳۹۵ به کلینیک ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند. جامعه آماری افراد عادی شامل همراهان و بستگان افراد معتاد بودند. نمونه‌ای به حجم ۱۲۰ نفر (۶۰ نفر عادی، ۶۰ نفر معتاد) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش پرسش‌نامه دشواری در تنظیم هیجان و مقیاس استرس، اضطراب و افسردگی لایبوند و لایبوند بود. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که بین مولفه‌های دشواری‌های تنظیم هیجانی (به جز فقدان آگاهی هیجانی) و استرس، اضطراب و افسردگی در افراد معتاد و عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بدین صورت که افراد معتاد در پرسش‌نامه دشواری‌های تنظیم هیجانی نمرات بالاتری داشتند. همچنین افراد معتاد در سه مولفه استرس، اضطراب و افسردگی نمرات بالاتری داشتند. در مجموع نتایج حاکی از آن بود که افراد معتاد دارای مشکلاتی در تنظیم هیجان هستند و از اضطراب، استرس و افسردگی رنج می‌برند. لذا این موضوع باید مورد توجه متخصصان اعتیاد قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: دشواری‌های تنظیم هیجانی، استرس، اضطراب، افسردگی، پریشانی روانی، اعتیاد

۱. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان، سمنان، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. پست الکترونیک:

مقدمه

سوء مصرف مواد یک پدیده اجتماعی و یک مشکل مربوط به سلامت در همه کشورها است. اعتیاد معضلی بسیار بزرگ است که با عواقب و پیامدهای فراوان و با آمار معتادین بالا دامن گیر جامعه شده است. خوشبختانه بشر نیز تا بدان جا که توانسته و این خطرات را درک کرده است به چاره اندیشی پرداخته است. در کشور ما نیز اقدامات گوناگون در سطح فردی، خانوادگی و اجتماعی صورت گرفته است. اقداماتی که امروزه جهت مبارزه با مواد مخدر صورت می‌گیرد متنوع و گسترده هستند از جمله این اقدامات شامل مبارزه با قاچاق مواد مخدر، آگاهی بخشی و واکسینه کردن افراد سالم جامعه خصوصاً کودکان و نوجوانان و جوانان و مبارزه با اعتیاد و یا به عبارتی ترک اعتیاد در فرد یا افراد است (سلطانی، ۱۳۸۷). پنجمین مجموعه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و ویژگی مهم اختلال سوء مصرف مواد را وجود یکی از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی می‌داند که افراد، با وجود مشکلات قابل توجه مرتبط با سوء مصرف، هنوز به مصرف آن ادامه می‌دهند. همچنین این مجموعه تشخیصی مطرح می‌کند که اختلال سوء مصرف مواد یک تغییر زیربنایی در مدارهای مغزی را به وجود می‌آورد که ممکن است بعد از سم‌زدایی هم این تغییرات باقی بمانند (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۱۳).

استرس، اضطراب و مقابله با آن یکی از اجزای دائم هر روز زندگی هستند. همه ما در هر لحظه با مواردی روبرو می‌شویم که ممکن است استرس‌زا باشند. این موارد شامل پریشانی‌های روزمره تا حوادث بزرگ زندگی می‌شوند و میزان استرس‌زا بودن هر یک از فردی به فرد دیگر فرق می‌کند. معمولاً استرس زمانی مضر خواهد بود که فرد آن را نسبت به زندگی خود خطرناک و تهدیدکننده تلقی نماید و در عین حال منابع مختلف رویارویی با آن را در اختیار نداشته باشد (پزشکیان، ۱۳۸۴). مطالعات مختلفی نشان داده‌اند که عوامل مربوط به سلامت نقش مهمی در پیش بینی گرایش به مواد دارند (کرافورد، ایزنبرگ و سراس، ۲۰۰۹؛ اسلامی و همکاران، ۲۰۱۰؛ بکر، کاری و یانگ؛ ۲۰۱۱؛ ملاتی، تساه، الیسا

و لوئیس^۱، ۲۰۱۱). نصیرزاده، اسلامی، شریفی راد و حسن زاده (۲۰۱۳) در پژوهشی تحت عنوان سلامت روان و سوء مصرف مواد به این نتیجه دست یافتند که استرس، اضطراب و افسردگی در افراد دارای سوء مصرف مواد بالاتر از گروه عادی بود. پریشانی روانی را در مجموع می توان با بسیاری از اختلالات مرتبط دانست. نکته مهم این است که افرادی که نمی توانند این پریشانی را تحمل و یا مدیریت و کنترل کنند بیشتر دچار مشکل می شوند. تحمل پریشانی توانایی فرد در تجربه و تحمل هیجانات منفی است (سیمونز و گاهر^۲، ۲۰۰۵). شواهد حاکی از ارتباط تحمل پریشانی با مصرف مواد و الکل است (داقتس و همکاران، ۲۰۰۹؛ اسماعیلی نسب، اندامی خشک، آزر می و ثمر رخی، ۱۳۹۳).

تنظیم هیجان بخش مهمی از زندگی هر فرد است. تنظیم هیجانی شامل فرایندهای درونی و بیرونی است که به منظور تعدیل هیجانات به کار گرفته می رود. همچنین تنظیم هیجانی در برگیرنده دامنه وسیعی از پاسخ های شناختی، هیجانی، رفتاری و فیزیولوژیک است. تنظیم هیجان به معنای تلاش افراد برای تأثیر گذاشتن روی نوع هیجان، چگونگی تجربه و بیان آن یا شدت فرایندهای رفتاری و یا جسمانی هیجانها است (گارنفسکی^۳ و کرایج^۴، ۲۰۰۶). تنظیم موثر و مناسب هیجانات، سازگاری مثبت را پیش بینی می کنند (گراس^۵، ۲۰۰۲). تنظیم هیجان با بهزیستی و سلامت روان بالا مرتبط است (گراس و تامپسون^۶، ۲۰۰۷). توانایی مدیریت هیجانها سبب می شود که فرد زمانی که خطر مصرف مواد بالاست، بتواند از راهبردهای مقابله ای مناسب استفاده کند. افراد دارای تنظیم هیجانی بالا توانایی بیشتری در پیش بینی درخواست های دیگران دارند. آنها استرس های ناخواسته دیگران را درک و هیجان های خود را بهتر کنترل می کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد بیشتر مقاومت می کنند (ترینداد و جانسون^۷، ۲۰۰۰). افرادی که دارای تنظیم هیجانی پایین تری هستند، در مقابله با هیجان های منفی خود، اغلب به سوی مصرف مواد تمایل پیدا می کنند. تنظیم هیجانی می تواند به افراد کمک کند که درک بهتری از پیامدهای

1. Mélanie, Tessa, Elisa & Louise
2. Simons & Gahr
3. Garnefski
4. Kraaij

5. Gross
6. Thompson
7. Trinidad & Johnson

منفی و مصرف مواد داشته باشند (ترینداد، آنگر، چو و جانسون^۱، ۲۰۰۴). مهارت‌های ضعیف تنظیم هیجان با سطح بالای مصرف الکل مرتبط است. در همین راستا فراتحلیلی از ۱۱۴ مطالعه در ارتباط با آسیب‌شناسی روانی و راهبردهای تنظیم هیجان نشان داد که نشخوارگری و سرکوب هیجان با اختلالات مصرف مواد مرتبط است (آلداوو، نولن-وکسیما، اشویز^۲، ۲۰۱۰). افراد دارای سوءمصرف مواد نسبت به افراد عادی اغلب مشکلاتی در تنظیم هیجان را گزارش کرده‌اند (بیرکینگ^۳ و همکاران، ۲۰۱۱؛ فوکس، آلرود، پالیوال، اسلیپر و سینها^۴، ۲۰۰۷). استفاده از داروها و الکل در اختلالات مربوط به مصرف مواد با تلاش در تنظیم و یا اجتناب از هیجانات منفی است (بیکر، پیپر، مک‌کارتی، ماجسکی و فیور^۵، ۲۰۰۴؛ واپرمن^۶ و همکاران، ۲۰۱۲).

مشکلات سلامت با گرایش به مصرف مواد مرتبط است و افراد در مقابله با استرس راهبردهای مقابله‌ای و تنظیم هیجانی متفاوتی را انتخاب می‌کنند. عدم مدیریت هیجان‌ها و به عبارتی دشواری در تنظیم هیجانی دارای پیامدهای منفی زیادی است که یکی از آن‌ها گرایش به مصرف مواد است. پژوهش‌ها کمتر به این موضوع پرداخته‌اند. بر این اساس سوال اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا بین پریشانی روانی و تنظیم هیجان در افراد معتاد و عادی تفاوت وجود دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

با توجه به هدف پژوهش مبنی بر مقایسه دشواری‌های تنظیم هیجان و پریشانی روانی در افراد معتاد و عادی پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد خود معرف جهت ترک اعتیاد شهرستان آرادان بودند که در زمستان سال ۱۳۹۵ به کلینیک ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند. تعداد ۶۰ نفر معتاد و ۶۰ نفر عادی به روش

1. Trinidad, Unger, Chou & Johnson
2. Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer
3. Berking

4. Fox, Axelrod, Paliwal, Sleeper, & Sinha
5. Baker, Piper, McCarthy, Majeskie, & Fiore
6. Wupperman

نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه عادی نیز شامل همراهان و بستگان آنان بودند. معیارهای ورود و خروج برای نمونه پژوهش در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد عبارت بودند از سابقه مصرف مواد حداقل به مدت ۱ سال، داشتن حداقل ۲۰ سال و حداکثر ۴۵ سال، داشتن حداقل سواد سیکل و موافقت برای شرکت در پژوهش. هر دو گروه از نظر سن و میزان تحصیلات با یکدیگر هم‌تاسازی شدند. برای انتخاب معنادان ابتدا بر اساس هماهنگی محقق با مرکز، معنادانی که برای اولین بار برای درمان به این مراکز مراجعه کرده بودند (پس از اخذ رضایت نامه) در مطالعه شرکت داده شدند و فرم مشخصات فردی و پرسشنامه‌های تحقیق برای آن‌ها تکمیل شد.

ابزار پژوهش

۱- پرسش‌نامه دشواری در تنظیم هیجان گرتز و رومر: برای سنجش بدتنظیمی هیجانی از مقیاس معرفی شده توسط گراتز و رومر در سال ۲۰۰۴ استفاده شد. این پرسش‌نامه دارای ۳۶ سوال و ۶ خرده مقیاس به نام‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری‌های دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی و دسترسی محدود به راهبردها است. نمرات بالاتر نشان دهنده بدتنظیمی هیجانی است. نتایج مربوط به بررسی پایایی این پرسشنامه نشان داده که این مقیاس دارای همسانی درونی بالا است (آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر با ۰/۹۳، خرده مقیاس عدم پذیرش، برابر با ۰/۸۵، خرده مقیاس اهداف، برابر با ۰/۸۹، خرده مقیاس تکانه، برابر با ۰/۸۶، خرده مقیاس آگاهی، برابر با ۰/۸۰، خرده مقیاس راهبردها، برابر با ۰/۸۸ و خرده مقیاس شفافیت، برابر با ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی برای نمرات کلی، برابر با ۰/۸۸ است). در رابطه با روایی این مقیاس نیز بررسی‌ها نشانگر روایی سازه و پیش بین مطلوب برای این مقیاس است (گرتز و رومر، ۲۰۰۴). در پژوهش امینیان (۱۳۸۸) پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۰ گزارش شده است (به نقل از اسماعیلی نسب و همکاران، ۱۳۹۳). همبستگی‌های درونی و همبستگی کلیه زیرمقیاس‌های این مقیاس با سیاهه‌های افسردگی و اضطراب بک نیز نشان از روایی سازه و ملاکی مطلوب این مقیاس است.

اعتبار این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، برای زیرمقیاس‌ها، بین ۰/۸۶ تا ۰/۸۸ و ضریب اعتبار بازآزمایی پس از یک هفته بازآزمون، برای زیرمقیاس‌ها، بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ در نوسان بود (خانزاده، سعیدیان، حسین چاری و ادیسی، ۱۳۹۱).

۲-مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21): این مقیاس توسط لاویبوند و لاویبوند، در سال ۱۹۹۵ منتشر شد. این مقیاس فرم کوتاه شده مقیاس اصلی ۴۲ سوالی است. کاربرد مهم این مقیاس اندازه‌گیری نشانه‌های اصلی افسردگی، اضطراب و استرس است. هر یک از سه خرده مقیاس شامل هفت سوال است. صاحبی، اصغری و سالاری (۱۳۸۴) قابلیت اعتماد این مقیاس از طریق همسانی درونی و اعتبار آن با استفاده از تحلیل عاملی و اعتبار ملاک با اجرای همزمان آزمون‌های افسردگی بک، اضطراب زانگ و استرس ادراک شده بررسی کرده‌اند. در کل ضرایب قابلیت اعتماد و اعتبار به دست آمده بسیار مناسب بود. همبستگی‌ها بین زیر مقیاس افسردگی با آزمون افسردگی بک ۰/۷۰، زیر مقیاس اضطراب با آزمون اضطراب زانگ ۰/۶۷ و زیر مقیاس استرس با آزمون استرس ادراک شده ۰/۴۹ بودند. براساس شواهد، این مقیاس واجد شرایط لازم برای کاربرد در پژوهش‌های روانشناختی و موقعیت‌های بالینی است. نجفی کلیانی، پورجم، جمشیدی، کریمی و نجفی کلیانی (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ را برای استرس ۰/۸۵، اضطراب ۰/۸۶ و افسردگی ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند. پایایی این مقیاس در ایران در یک نمونه جمعیت عمومی شهر مشهد برای افسردگی ۰/۷۰، اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ گزارش شده است. مرادی پناه میزان ثبات داخلی مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۹۴، اضطراب ۰/۹۲ و استرس ۰/۸۹ گزارش کرده است (به نقل از اسد زندی، سیاری، عبادی و سنایی‌نسب، ۱۳۹۰).

یافته‌ها

در جدول ۱ آماره‌های توصیفی استرس، اضطراب و افسردگی به تفکیک گروه‌ها ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی استرس، اضطراب و افسردگی به تفکیک گروه‌ها

متغیر	معتاد		عادی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
استرس	۱۴/۸۰	۵/۷۰	۷	۶/۰۶
اضطراب	۱۴/۲۰	۵/۸۵	۱۱/۸۰	۵/۷۵
افسردگی	۱۵/۱۵	۵/۵۵	۹/۷۵	۶/۶۴

همان طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات استرس، اضطراب و افسردگی در دو گروه متفاوت و در گروه معتاد بیشتر از افراد عادی است. در جدول شماره ۲ آماره‌های توصیفی مولفه‌های دشواری در تنظیم هیجان به تفکیک گروه‌ها ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی مولفه‌های دشواری در تنظیم هیجان به تفکیک گروه‌ها

متغیر	معتاد		عادی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۲۲/۲۸	۷/۸۴	۱۳/۵۵	۶/۱۲
دشواری در دست زدن به رفتار هدفمند	۱۹/۸۵	۶/۸۰	۱۲/۸۵	۳/۲۳
دشواری کنترل تکانه	۱۹/۷۶	۵/۲۹	۱۱/۵۱	۴/۹۷
فقدان آگاهی هیجانی	۱۵/۲۰	۷/۴۱	۱۳/۴۰	۷/۵۲
دسترسی محدود به راهبردها	۳۰/۶۳	۹/۷۸	۱۷/۱۰	۸/۰۷
فقدان شفافیت	۱۳/۵۸	۴/۶۰	۱۱/۴۵	۴/۱۵

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات تمامی مولفه‌های دشواری در تنظیم هیجان در افراد معتاد در مقایسه با افراد عادی بالاتر است. به منظور مقایسه استرس، اضطراب و افسردگی از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. پیش از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری باید مفروضه‌های این آزمون مورد بررسی قرار گیرند. به منظور بررسی پیش فرض‌های تحلیل واریانس چند متغیری از آزمون ام. باکس، جهت بررسی یکسانی ماتریس واریانس‌ها- کواریانس‌ها استفاده شد. نتایج آزمون ام باکس حکایت از برقراری این پیش فرض داشت ($M=7/82$, $F=1/26$, $P > /05$). همچنین از آزمون لون جهت سنجش برابری

واریانس‌های خطای متغیرها استفاده شد. نتایج آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای استرس، اضطراب و افسردگی در بین گروه‌ها در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای استرس، اضطراب و افسردگی در بین گروه‌ها

متغیر	آماره ی F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
استرس	۰/۰۱۴	۱	۱۱۸	۰/۹۰
اضطراب	۰/۱۶۵	۱	۱۱۸	۰/۶۸
افسردگی	۲/۷۳	۱	۱۱۸	۰/۱۰

با توجه به اطلاعات جدول ۳ سطح معناداری آماره F در متغیرهای استرس، اضطراب و افسردگی بزرگتر از ۰/۰۵ است در نتیجه فرض همسانی واریانس خطای متغیرها در بین گروه‌ها برقرار است. با توجه به نتایج آزمون ام باکس و لون استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری مجاز است. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری جهت مقایسه استرس، اضطراب و افسردگی در بین افراد معتاد و عادی حکایت از معناداری تفاوت نمرات در دو گروه داشت (۰/۰۱ < P, F= ۱۸/۴۵, = ۰/۶۷۷ لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوی تفاوت از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوی تفاوت در گروه‌ها

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی داری
استرس		۱۸۲۵/۲۰۰	۵۲/۶۸	۰/۰۰۰۵
گروه	اضطراب	۱۷۲/۸۰۰	۵/۱۲	۰/۰۲۵
	افسردگی	۸۷۴/۸۰۰	۲۳/۳۱	۰/۰۰۰۵

با توجه به مقادیر به دست آمده آماره F و سطح معنی داری نمایش داده شده در جدول شماره ۴ واضح است که میانگین نمرات استرس، اضطراب و افسردگی در دو گروه تفاوت معناداری دارد. بدین صورت که میانگین نمرات استرس، اضطراب و افسردگی در افراد معتاد بیشتر از افراد عادی است.

به منظور مقایسه مولفه‌های دشواری در تنظیم هیجانی از آزمون تحلیل واریانس چند

متغیری استفاده شد. پیش از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری باید مفروضه‌های این آزمون مورد بررسی قرار گیرند. به منظور بررسی پیش فرض‌های تحلیل واریانس چند متغیری از آزمون ام. باکس، جهت بررسی یکسانی ماتریس واریانس‌ها- کواریانس‌ها استفاده شد. نتایج نشان داد که این پیش فرض برقرار نیست. از آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای متغیرها استفاده شد. نتایج آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای متغیرها در بین گروه‌ها در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای متغیرها در بین گروه‌ها

متغیر	آماره ی F	سطح معناداری
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۳/۱۶	۰/۰۷۸
دشواری در دست زدن به رفتار هدفمند	۰/۱۰	۰/۷۵
دشواری کنترل تکانه	۰/۰۰۶	۰/۹۳
فقدان آگاهی هیجانی	۰/۰۳۱	۰/۸۶
دسترسی محدود به راهبردها	۲/۳۰	۰/۱۳
فقدان شفافیت	۰/۱۵۹	۰/۶۹

با توجه به برقراری پیش فرض سنجش برابری واریانس‌های خطای متغیرها تحلیل واریانس چند متغیری انجام شد. نتایج حکایت از معناداری تفاوت نمرات در دو گروه داشت ($F = 23/38, P < 0.01$, اثر پیلایی). برای بررسی الگوی تفاوت‌ها از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوی تفاوت در گروه‌ها

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معنی داری
گروه	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۲۲۸۸/۱۳۳	۴۶/۱۹۳	۰/۰۰۰۵
	دشواری در دست زدن به رفتار هدفمند	۱۴۷۰/۰۰۰	۵۱/۸۲۱	۰/۰۰۰۵
	دشواری کنترل تکانه	۲۰۴۱/۸۷۵	۷۷/۲۸۱	۰/۰۰۰۵
	فقدان آگاهی هیجانی	۹۷/۲۰۰	۱/۷۴۲	۰/۱۸۹
	دسترسی محدود به راهبردها	۵۴۹۴/۵۳۳	۶۸/۲۵	۰/۰۰۰۵
	فقدان شفافیت	۱۳۶/۵۳۳	۷/۰۹	۰/۰۰۹

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود میانگین نمرات مولفه‌های دشواری در

تنظیم هیجان (به جز فقدان آگاهی هیجانی) در دو گروه تفاوت معناداری دارد و با توجه به میانگین نمرات، این تفاوت بدین صورت است که میانگین نمرات دشواری در تنظیم هیجان در بین افراد معتاد بیشتر است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه دشواری‌های تنظیم هیجانی و پریشانی روانی در افراد معتاد و عادی بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین مولفه‌های دشواری‌های تنظیم هیجانی (به جز فقدان آگاهی) در افراد معتاد و عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بدین معنا که دشواری‌های تنظیم هیجانی در افراد معتاد به مراتب بیشتر از افراد عادی بود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های قبلی (بیرکینگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۱؛ فوکس، آلرود، پالیوال، اسلیپر و سینها^۲، ۲۰۰۷). همسو است. مهارت‌های تنظیم هیجان به شخص کمک می‌کند تا تعادل خود را حتی در موقعیت‌های مشکل‌زا حفظ کند (بیرکینگ^۳ و همکاران، ۲۰۱۱). شکست در تنظیم هیجان، بی‌نظمی نامیده می‌شود. بی‌نظمی هیجان به عنوان روش‌های ناسازگارانه پاسخ به هیجانات تعریف شده است و شامل پاسخ‌های فاقد پذیرش، مشکل داشتن در کنترل رفتارها و نقص در استفاده بهینه از هیجانات می‌شود (گراتز و رومر، ۲۰۰۴). دشواری در بازشناسی هیجان‌ها و نقص در برقراری رابطه عاطفی با دیگران منجر به سوء مصرف مواد در افراد می‌شود. فوکس، آکسلورد، پالیوال، اسلیپر و سینها (۲۰۰۷) به این نتیجه دست یافتند که سوء مصرف کنندگان مواد در مدیریت هیجانات و کنترل تکانشگری دارای مشکل هستند. افرادی که تنظیم هیجانی ضعیفی دارند بیشتر از دیگران در معرض رفتارهای پرخطر هستند و از مواد به عنوان تسکین دهنده هیجانات منفی خود استفاده می‌کنند. نقص در تنظیم هیجان پیامدهای منفی از جمله اعتیادپذیری را افزایش می‌دهد. اسماعیلی نسب و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که دشواری در تنظیم هیجان و مولفه‌های آن ۳۷/۵ درصد از اعتیاد پذیری را پیش‌بینی می‌کند

1. Berking
2. Fox, Axelrod, Paliwal, Sleeper, & Sinha

3. Berking

و در میان مولفه‌ها، شفافیت نقش قوی‌تری داشت. جانفزا و شیرازی (۱۳۹۴) نیز در پژوهشی دریافتند که بین دشواری دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی (ابعاد دشواری‌های تنظیم هیجانی) با استعداد به اعتیاد رابطه مثبت وجود دارد. این محققان پیشنهاد کرده‌اند که در کنار روش‌های معمول ترک آموزش، کنترل هیجانات و تکنیک‌های خودکنترلی به مراجعان می‌تواند در کاهش وابستگی نقش ایفا کند. هیجان‌های مثبت، خودتنظیمی را تسهیل می‌کنند و هیجان‌های منفی به خودتنظیمی آسیب می‌رسانند (مایرگ، ۲۰۱۱، به نقل از جانفزا و شیرازی، ۱۳۹۴). تنظیم هیجانی پایین باعث می‌شود که افراد به پیامد رفتارهای خود، کمتر بیندیشند. این افراد تلاش در ارضای فوری امیال خود دارند. چنین افرادی با مصرف مواد سعی در لذت بردن آنی دارند و به احتمال زیاد به راحتی تعهد خود نسبت به عدم مصرف مواد را زیر پا می‌گذارند. افرادی که مهارت‌های خود تنظیم‌گری هیجانی پایینی دارند قادر به کنترل مصرف مواد نیستند و برای تنظیم عواطف خود به مصرف مواد مخدر روی می‌آورند. مدیریت ضعیف هیجان، خطر سوءمصرف را افزایش می‌دهد. برعکس، مدیریت مؤثر هیجان‌ها خطر سوءمصرف مواد را کاهش می‌دهد. از طرفی توانایی مدیریت هیجان‌ها به فرد کمک می‌کند که فرد در موقعیت‌های فشارزا که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده نماید.

ناتوانی در تنظیم هیجانی، مکانیزم زیربنایی اختلال‌های خلقی و اضطراب است. با وجود نقش مثبت و سازنده هیجان‌ها در زندگی بشر، بعد دیگری نیز برای آن‌ها وجود دارد که همان جنبه مخرب هیجان‌ها در زندگی افراد است. در واقع تنظیم هیجان به فرایندهایی اشاره دارد که افراد توسط آن هیجانات خود را تحت تأثیر قرار می‌دهند و طبق این فرایند، مشخص می‌شود که فرد چگونه هیجانات را تجربه و ابراز می‌کند (حجازی، آقاییاری و جارچی، ۱۳۹۵). از آنجایی که توانایی تنظیم هیجانی می‌تواند کیفیت روابط فرد را تعیین کند، افرادی که قادر به تنظیم هیجان‌تشان هستند، هیجانات خود و دیگران را بهتر درک می‌کنند و در نتیجه درک بهتری از افراد در وضعیت‌های گوناگون به دست می‌آورند و از مهارت‌های بین‌فردی و درون‌فردی توسعه یافته‌تری

برخوردارند. بنابراین چنین افرادی نسبت به افرادی که دشواری در تنظیم هیجانی دارند روابط بهتری از خود نشان می‌دهند (لوپز و همکاران، ۲۰۰۴؛ به نقل از حجازی، آقاییاری و جارچی، ۱۳۹۵). افرادی که دشواری تنظیم دارند نمی‌توانند موقعیت هیجانی خود را مجدداً به دست آورند، کمتر قادرند روابط خود را حفظ کنند و خارج از کنترل بودن را احساس می‌کنند (ابت، ۲۰۰۵، به نقل از حجازی و همکاران، ۱۳۹۵).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین استرس، اضطراب و افسردگی در افراد معتاد و عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بدین صورت که افراد معتاد در استرس، اضطراب و افسردگی نمرات بالاتری گزارش کرده بودند. این نتیجه با یافته‌های قبلی (رائو^۱ و همکاران، ۲۰۰۰؛ لیبی^۲ و همکاران، ۲۰۰۵؛ روهده^۳ و همکاران، ۲۰۰۱؛ مارمورستین^۴، ۲۰۱۰) در خصوص ارتباط افسردگی با سوء مصرف مواد همسو است. نتایج پژوهش هانتلی^۵ (۲۰۱۵) نیز نشان داد که دانش‌آموزان افسرده در معرض خطر بالای وابستگی به مواد مخدر هستند. به عبارتی بین افسردگی و سوء مصرف مواد رابطه معنادار و قوی وجود داشت. همچنین نتایج این پژوهش با یافته‌های قبلی (کییز، مارتین و هاسین^۶، ۲۰۰۸؛ آگراوال، لینسکی، مادن، بوچولز و هیث^۷، ۲۰۰۷؛ فالک، یای و هیلتون^۸، ۲۰۰۸) در خصوص ارتباط وابستگی به مواد و اختلالات اضطرابی همسو است. پژوهش‌های مختلف وجود مشکلات روانشناختی گوناگون در افراد وابسته به مواد گزارش کرده‌اند برای مثال نشانه‌های اضطراب، افسردگی، پرخاشگری، استرس، شکایات جسمانی، حساسیت در روابط بین فردی با وابستگی به مصرف مواد مخدر رابطه دارند (به نقل از خاکباز، کرمی، شفیع آبادی، مال میر و فرهادی، ۱۳۹۲). اگر فرد در تنظیم هیجانات خود دچار مشکل باشد و مهارت‌های لازم را نداشته باشد، زمانی که در معرض استرس قرار می‌گیرد نمی‌تواند راهبردهای مقابله‌ای مناسبی را اتخاذ کند. در نتیجه قرار گرفتن در برابر انواع استرس‌ها، آسیب‌پذیری آن‌ها برای سوء مصرف مواد را افزایش می‌دهد. این افراد به این دلیل به مواد

1. Rao
2. Libby
3. Rohde
4. Marmorstein
5. Huntley

6. Agrawal, Lynskey, Madden,
Bucholz & Heath
7. Keyes, Martins & Hasin
8. Falk, Yi & Hilton

روی می آورند تا بتوانند نشانه‌های اضطرابی و افسردگی ناشی از یک رویداد استرس زا را کنترل کنند. برای این افراد مصرف مواد به عنوان نوعی پاسخ مقابله‌ای در مواجهه با استرس محسوب می شود. فرد مضطرب اغلب حالت بسیار پریشان و بیقرار دارد و نمی تواند به مدت طولانی آن وضعیت را تحمل نماید. از این رو برای تسلط بر اضطراب از روش‌های ناکارآمد هیجانی از جمله مصرف مواد استفاده می کند. افراد معتاد به علت گرفتار شدن در چرخه معیوب اعتیادی احتمالاً بیشتر از افراد عادی در معرض نشخوار فکری ناشی از اضطراب و فاجعه‌سازی به سبب افسردگی در اثر گرفتاری در شرایط بد جسمانی، روانی و اجتماعی هستند (مدنی فرد، نمایی و جعفرنیا، ۱۳۹۵).

نمونه پژوهش حاضر محدود به معتادان مراجعه کننده به شهر آرادان بودند و لذا در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می شود که متخصصین ترک اعتیاد در کنار روش‌های معمول ترک به آموزش کنترل هیجان‌ها و تکنیک‌های خودکنترلی به مراجعان خود به کاهش وابستگی به مواد در آن‌ها کمک نمایند. با توجه به سطوح بالای استرس، اضطراب و افسردگی در افراد معتاد پیشنهاد می شود مداخلاتی برای کاهش استرس، اضطراب و افسردگی در افراد معتاد انجام شود. همچنین پیشنهاد می شود که پژوهش‌های مداخله‌ای در قالب آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان برای افراد دارای سوء مصرف مواد انجام شود.

منابع

- اسد زندی، مینو؛ سیاری، رقیه؛ عبادی، عباس و سنایی نسب، هرمز (۱۳۹۰). میزان فراوانی افسردگی، اضطراب و استرس در پرستاران نظامی. *مجله طب نظامی*، ۱۳(۲)، ۱۰۸-۱۰۳.
- اسماعیلی نسب، مریم؛ اندامی خشک، علیرضا؛ آزرمی، هاله؛ ثمرخی، امیر (۱۳۹۳). نقش پیش بینی کنندگی دشواری در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در اعتیاد پذیری دانشجویان، *فصلنامه پژوهشی سوء مصرف مواد*، ۸(۲۹)، ۴۹-۶۷.
- انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۳۹۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی-ویرایش پنجم*. ترجمه فرزین رضاعی و همکاران. تهران: انتشارات ارجمند
- پزشکیان، کاظم (۱۳۸۴) بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۷۸-۷۹ دانشگاه علوم پزشکی مازندران، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۶(۲۳)، ۱۳۹-۱۳۱.

جانفزا، منور و شیرازی محمود (۱۳۹۴). نقش پیش‌بینی‌کنندگی دشواری‌های تنظیم هیجانی و خودکنترلی با استعداد به اعتیاد در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی*، ۳۳(۳)، ۵۷-۶۹

حجازی، مسعود؛ آقایی، سکینه و جارچی، علی (۱۳۹۵). مقایسه نگرش‌های ناکارآمد، تحریف‌های شناختی و دشواری تنظیم هیجان در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و افراد بهنجار. *فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی*، ۳۹(۱۰)، ۲۴۸-۲۳۱

خاکباز، حمید؛ کرمی، حوریه؛ شفیع‌آبادی، عبدال..، مالمیر، مرتضی و فرهادی، محمدحسن (۱۳۹۲). بررسی رابطه افسردگی، اضطراب، و استرس با ابزار پرخاشگری در افراد وابسته به مصرف مواد مخدر. *فصلنامه علمی پژوهشی توانبخشی*، ۱۴(۵)، ۲۰-۱۵

خانزاده، مصطفی؛ سعیدیان، محسن؛ حسین چاری، مسعود و ادیسی، فروغ (۱۳۹۱). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس دشواری در نظم‌بخشی هیجانی. *مجله علوم رفتاری*، ۶(۱)، ۸۷-۹۶

صاحبی، علی؛ اصغری، محمدجواد و سالاری، راضیه سادات (۱۳۸۴). اعتباریابی مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی برای جمعیت ایرانی. *فصلنامه روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*، ۱(۴)، ۲۹۹-۳۱۲

مدنی فرد، مهدی؛ نمایی، محمد مهدی؛ جعفرنیا، وحید (۱۳۹۵). مقایسه تنظیم شناختی هیجان و شیوه‌های حل مساله در افراد وابسته به مواد ایپوئیدی و افراد بهنجار. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۳(۳)، ۸۰-۶۹

نجفی کلیانی، مجید؛ پورجم، الهه؛ جمشیدی، ناهید؛ کریمی، شهناز و نجفی کلیانی، وحید (۱۳۹۲). بررسی استرس، اضطراب، افسردگی و خودپنداره دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی فسا در سال ۱۳۸۸. *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*، ۳(۳)، ۲۴۰-۲۳۵.

Agrawal, A., Lynskey, M. T., Madden, P. A., Bucholz, K. K., Heath, A. C. (2007). A latent class analysis of illicit drug abuse/dependence: Results from the National Epidemiological Survey on alcohol and related conditions. *Addiction*, 102(1), 94-104

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30 (2), 217-237.

Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R., & Fiore, M. C. (2004). Addiction motivation reformulated: An affective processing model of negative reinforcement. *Psychological Review*, 111 (1), 33-51.

Becker, S. J., Curry, J. F., Yang, C. (2011). Factors that influence trajectories of change in frequency of substance use and quality of life among

- adolescents receiving a brief intervention. *The Journal of Substance Abuse Treatment*, 41(3), 294-304.
- Berking, M., Margraf, M., Ebert, D., Wupperman, P., Hofmann, S. G., & Junghanns, K. (2011). Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral Therapy for alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79 (3), 307° 318.
- Cranford, J. A., Eisenberg, D., Serras, A. M. (2009). Substance use behaviors, mental health problems, and use of mental health services in a probability sample of college students. *Addictive Behaviors*, 34(2), 134° 145
- Daughters, S. (2009). Distress tolerance and early adolescent externalizing and internalizing symptoms: The moderating role of gender and ethnicity. *Behaviour Research and Therapy*, 47(8), 198-205.
- Eslami, A. A., Ghofranipour, F., GhobariBonab, B., Shojaei, Z. D., Amin shokravi, F., Ghazi Tabatabaie, M. (2010). Health problem behaviors in Iranian adolescents: a study of cross-cultural adaptation, reliability, and validity. *J Res Med Sci*, 15(3), 155° 166.
- Falk, D. E., Yi, H., Hilton, M. E. (2008). Age of onset and temporal sequencing of lifetime DSM-IV alcohol use disorders relative to comorbid mood and anxiety disorders. *Drug and Alcohol Dependence*. 94(1-3), 234° 245
- Fox, H. C., Axelrod, S. R., Paliwal, P., Sleeper, J., & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and Alcohol Dependence*, 89 (2-3), 298° 301.
- Fox, H. C., Axelrod, S. R., Paliwal, P., Sleeper, J., & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and Alcohol Dependence*, 89(2-3), 298-301
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual differences*, 40(8), 1659-1669.
- Gratz, K. L., & Romer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26 (1), 41-54.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). *Emotion Regulation: Conceptual Foundations*. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 3-24). New York: Guilford Press.
- Huntley, A. (2015). *The Relationship between Drug Use and Depressive Symptoms among High School Students*. Unpublished dissertation. University of Connecticut Graduate School.
- Keyes, K. M., Martins, S. S., Hasin, D. S. (2008). Past 12-month and lifetime comorbidity and poly-drug use of ecstasy users among young adults in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on

- Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, 97(1-2), 139° 149.
- Libby, A. M., Orton, H. D., Stover, S. K. and Riggs, P. D. (2005). What came first, major depression or substance use disorder? Clinical characteristics and substance use comparing teens in a treatment cohort. *Addictive Behaviors*, 30, 1649-1662
- Marmorstein, N. R., Iacono, W. G., and Malone, S. M. (2010). Longitudinal associations between depression and substance dependence from adolescence through early adulthood. *Drug and Alcohol Dependence*, 107(2-3), 154-160.
- Mélanie, G., Tessa, B., Elisa, R., Louise, R. (2011). Risk and protective factors for depression and substance use in an adolescent child welfare sample. *Children and Youth Services Review*, 33(11), 2127° 2137.
- Nasirzadeh, M., Eslami, A. A., Sharifirad, G., & Hasanzadeh, A. (2013). The mental health and substance abuse among youths aged 18 to 29: A comparative study. *Journal of Education and Health Promotion*, 2, 34. <http://doi.org/10.4103/2277-9531.11582>
- Rao, U., Daley, S.E. and Hammen C. (2000). Relationship between depression and substance use disorders in adolescent women during the transition to adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(2), 215-222.
- Rohde, P., Clarke, G. N., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R. and Kaufman, N. K. (2001). Impact of comorbidity on a cognitive-behavioral group treatment for adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(7), 795-802
- Simons, J. S., Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self report measure. *Motivation and Emotion*, 20 (9), 83-102.
- Trinidad, D.R., Jahnsone, C.A. (2000). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences*, 32(1), 95-105.
- Trinida, D. R., Unger, J. B., Chou, C. O., & Jphnson, A. (2004). The protective association of emotional intelligence with psychosocial smoking risk factors for adolescent. *Personality and Individual Differences*, 36(4), 945-954.
- Wupperman, P., Marlatt, G. A., Cunningham, A., Bown, S., Berking, M., Mulvihill-Rivera, N., & Easton, C. (2012). Mindfulness and modification therapy for behavior dysregulation: Results from a pilot study targeting alcohol use and aggression in women. *Journal of Clinical Psychology*, 68 (1), 50° 66