

## مقایسه ی میزان رفتارهای خود تخریب، باورهای غیرمنطقی و تحمل پریشانی هیجانی در مردان در حال بهبودی مواد افیونی و مواد محرک

پریا جنگی<sup>۱</sup>، ناهید رامک<sup>۲</sup>، علیرضا سنگانی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۳/۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۵/۱۲

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه ای رفتارهای خود تخریبی، باورهای غیرمنطقی و تحمل پریشانی هیجانی در مردان در حال بهبودی مواد افیونی و مواد محرک بود. **روش:** روش پژوهش علی مقایسه ای و جامعه آماری شامل افراد معتاد به مواد مخدر در حال بهبودی بود. تعداد ۵۱ نفر از در حال بهبودی از مواد افیونی و ۵۱ نفر در حال بهبودی از مواد محرک به روش خوشه ای تصادفی چند مرحله ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها عبارت بودند از: پرسش نامه های سنجش رفتارهای خود تخریب محمدیان (۱۳۸۸)، باورهای غیر منطقی جونز، و تحمل پریشانی هیجانی. **یافته ها:** نتایج حاکی از آن بود که بین باورهای غیرمنطقی و تحمل پریشانی هیجانی، و رفتارهای خود تخریب کلی در دو گروه مردان در حال بهبودی مواد افیونی و مواد محرک تفاوت وجود دارد. **نتیجه گیری:** با توجه به نتایج می توان گفت: باورهای ناسازگار و هیجانات کنترل نشده در گروه افراد در حال بهبودی مواد محرک بیشتر از افراد معتاد به مواد افیونی است. باورهای غیرمنطقی نقش مهمی در انتخاب و تداوم مکانیسم های مقابله ای ناسازگار و نهایتاً عود دارد. **کلید واژه ها:** رفتارهای خود تخریب، باورهای غیرمنطقی، تحمل پریشانی هیجانی، مواد محرک، مواد افیونی

۱. دکتری روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران
۲. کارشناس ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بندرگز، بندرگز، ایران
۳. دکتری روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، اهواز، ایران

## مقدمه

اعتیاد یکی از مشکلات اساسی جوامع امروزی بوده و کشورهای حوزه‌ی خاورمیانه به دلیل شرایط خاص جغرافیایی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی شرایط مستعدی را برای روی آوردن جوانان به اعتیاد دارا می‌باشند (برکینگ و ووپرمن<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). از طرفی دیگر بارلو و دوراند<sup>۲</sup> (۲۰۱۱) چنین عنوان نمودند که سوءاستفاده از مواد الگویی از استفاده مواد روان گردان می‌باشد که منجر به آشفتگی یا ضایعه مهمی در نقش‌های اجتماعی و شغلی و موقعیت‌های حساس می‌شود. استعمال این مواد، سبب برخی مشکلات روان‌شناختی از جمله کاهش کنترل تکانه، بروز رفتارهای غیرسازگارانه و حتی رفتارهای آسیب‌زا می‌شود (کیو و جانگ<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶). از لحاظ مفهومی رفتارهای خود تخریب عبارت است از هر نوع رفتاری که سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی فرد را به خطر بیاندازد و نهایتاً منجر به عدم سازگاری فرد با شرایط فعلی در محیط‌های تحصیلی، شغلی و خانوادگی می‌شود (لیندزی و هامپسون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲). گاهی اوقات رفتارهای خود تخریب با توجه به تقویت‌های محیطی یک عادت رفتاری بدل می‌شوند، به گونه‌ای که تشخیص آن‌ها برای فرد به عنوان یک رفتار آسیب‌زا دشوار می‌شود (کاشفی، ۱۳۹۲)، بنابراین خودتخریبی می‌تواند روشی برای تامین امنیت روانی بوده و به عنوان مکانیسم مقابله‌ای برای رویارویی با اضطراب، فشار، خواسته‌های اجتماعی و دیگر بحران‌های عاطفی و بین فردی باشد (دام، هالستیجن و ساب<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶). این رفتارها می‌تواند به صورت هوشیارانه یا ناهوشیارانه اتفاق افتد و فرد با آگاهی به آسیب‌زا بودن این رفتارها به انجامش مبادرت می‌ورزد (تونتی<sup>۶</sup>، و همکاران، ۲۰۱۰). از جانبی در شرایط حاد و پر فشار روانی کنترل این رفتارهای خود تخریب مشکل است. زیرا آن‌ها به طور نسبتاً وسیعی خارج از حوزه پزشکی و درمان‌های سنتی هستند و در مراحل ابتدایی با نشانه‌ها و علائم مرضی ناخوشایند همراه نیستند (لیندگارد، مولینز، نیگبورس و بلاینی<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰). در همین راستا برخی مطالعات نشان داده‌اند زمینه و

1. Berking, & Wupperman
2. Barlow, & Durand
3. Kim, & Jang
4. Lindzy & Hompson

5. Dom, Hulstijn, & Sabbe
6. Tonetti
7. Lindgren, Mullins, Neighbors, & Blayney

سبب این رفتارها را می‌توان در اهداف، شناخت‌ها و باورهای اساسی افراد جستجو نمود (هاینریش، بریدج و کارلیتز<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷). همچنین کاشفی (۱۳۹۴) در پژوهش خود نشان داد بین نمرات افراد معتاد در باورهای فراشناختی با رفتارهای خودتخریب همبستگی منفی وجود دارد. یعنی افرادی که باورهای آگاهانه نسبت به موقعیت خود دارا می‌باشند، کمتر احتمال گرایش و توسل به رفتارهای خودتخریب‌گر دارند (کوماسی، ساعدی، زکی، امیری و سلطانی، ۲۰۱۷). به طور مشخص باور غیرمنطقی، به معنی پذیرش یک اصل یا یک حقیقت در خصوص یک شی یا یک رویداد می‌باشد و دو ویژگی اصلی توقعات خشک و فلسفه‌های خود آشفته‌ساز را شامل می‌شود (لیت، کادن، کانوی و کابلا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). در مورد باورهای غیر منطقی تقسیم‌بندی‌های مختلفی وجود دارد و اما اغلب دسته‌بندی‌ها در خصوص باورهای غیرمنطقی شامل توقع از دیگران، انتظارات بیش از حد از خود، سرزنش کردن، واکنش با درماندگی به ناکامی، بی‌مسئولیتی عاطفی، نگرانی زیاد توأم با اضطراب، اجتناب از مشکل، باور غیرمنطقی وابستگی، درماندگی برای تغییر و کمال‌گرایی می‌باشد (دادخواهی و محمود فخره، ۱۳۹۴). بر اساس نظر برنارد<sup>۳</sup> (۱۹۸۹) باورهای غیرمنطقی هدف‌هایی هستند که به صورت تمایلات و قصدهایی ضروری در می‌آیند، به طوری که اگر برآورده نشوند، موجب پریشانی رفتاری و هیجانی می‌شود (دستغیب، و همکاران، ۱۳۹۳). در همین راستا لیت و همکاران (۲۰۰۳) در بررسی علل شروع اعتیاد و عود آن پس از درمان به عوامل مختلفی همچون پریشانی هیجانی و فقدان مهارت‌های مقابله‌ای و باورهای غیرعقلانی نامناسب اشاره کرده‌اند.

تحمل پریشانی مربوط به توان بررسی و کسب آگاهی از وضعیت فعلی هیجان‌ات و نگرش‌ها در موقعیت، بدون اقدام به تغییر یا کنترل هرگونه عامل محیطی که سبب‌ساز این پریشانی بوده، در نظر گرفته می‌شود (اسماعیلی‌نسب، اندامی خشک، آزر می و مررخ، ۱۳۹۳). مدیریت و تنظیم هیجان به عنوان فرآیندی که از طریق آن افراد هیجان‌های‌شان را برای پاسخ به توقعات محیطی هشیارانه و ناهشیارانه تعدیل می‌کنند، در نظر گرفته می‌شود

(ژوولنسکی، برنشتاین و ووجانویچ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). از طرفی دیگر به طور کلی عدم تحمل پریشانی هیجانی به عنوان مجموعه‌ای از علائم بیماری روانی، فیزیولوژی و رفتاری مانند اضطراب، واکنش‌های افسردگی، بی‌قراری، تنزل توانایی هوشی، اختلالات خواب، غیبت کاری و ... تعریف می‌شود (قاسم بروجردی، صفا، کرملو و مسجدی، ۱۳۹۳). همچنین سبب اعمال فشار بر اطرافیان فرد و ایجاد تنش در روابط زوجین، فرزندان و دوستان می‌شود (لی‌هی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). ابعاد متفاوت تحمل پریشانی هیجانی شامل بازدارندگی رفتاری یا پاسخ ندادن به فرصت‌های تقویت منفی می‌باشد (مارشال بنز، ووجانویچ و مک فرسون<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱). مطالعات و پژوهش‌ها حاکی از آن هستند که رهایی از پریشانی به طور منفی تقویت شده و می‌تواند به عنوان تمایل برای پاسخ به تقویت منفی آتی یا پاداش درک شود (داترز<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۷؛ کایسر، میلیچ، لینم و چارنیگو<sup>۵</sup>، ۲۰۱۲). مطابق با پژوهش‌های برکینگ، ویرتز، اسولدی و هافمن<sup>۶</sup>، (۲۰۱۴) و علیزاده، حسن‌زاده، محمود علیلو و پورشریفی (۱۳۹۳) افراد با پریشانی روانی بیشتر از نشانه‌های بیماری جسمی شکایت می‌کنند و فراوانی بیماری جسمی پیش‌بینی کننده قدرتمند وقوع آسیب در کارکرد جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی می‌باشد. موشاک، تری، داگتر و کارلی<sup>۷</sup> (۲۰۱۸)؛ الهای، لین، برین و آرمور<sup>۸</sup> (۲۰۱۸) نشان دادند تحمل پریشانی با باورهای منفی و رفتارهای تکانه‌ای و هیجان‌مدارانه رابطه دارد و افرادی که تحمل پریشانی آن‌ها بالاتر بود، بهتر می‌توانند با اضطراب ناشی از ترس کنار بیایند و سازگاری رفتاری بهتری را نشان دهند. نجفی، محمدی‌فر و عبدالهی (۱۳۹۴) نشان دادند دشواری در تحمل پریشانی و تمایلات هیجان‌خواهانه، از مشکلات افراد سوء‌مصرف کننده مواد است. این مسئله منجر به شکست در مدیریت حالات عاطفی و هیجانی این افراد می‌شود. مطالعه گیلومور<sup>۹</sup> و

1. Zvolensky, Bernstein, & Vujanovic  
2. Leahy  
3. Marshall-Berenz, Vujanovic, & MacPherson  
4. Daughters  
5. Kaiser, Milich, Lynam, & Chamigo

6. Berking, Wirtz, Svaldi, & Hofmann  
7. Moschak, Terry, Daughters, & Carelli  
8. Elhai, Levine, O'Brien, & Armour  
9. Gilmore

همکاران (۲۰۱۸) نشان داد افراد مصرف کننده‌ی مواد محرک در پاسخ‌های هیجانی، رفتارهای افراطی تر در قیاس با دیگر مصرف کنندگان انواع مواد افیونی نشان می‌دهند. با توجه به اهمیت بررسی اعتیاد در زمینه‌های متفاوت هیجانی و روان‌شناختی از یک سو و از جانبی دیگر گرایش روز افزون به مواد اعتیادآور و تنوع آن‌ها، این پژوهش در پی پاسخ به این سؤال است که آیا بین رفتارهای خود تخریب، باورهای غیرمنطقی و تحمل پریشانی هیجانی در مردان در حال بهبودی مواد افیونی و مواد محرک تفاوت وجود دارد؟

## روش

### جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

روش انجام این پژوهش توصیفی از نوع علی مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل افراد معتاد به مواد مخدر در حال بهبودی بود. تعداد ۵۱ نفر از معتادان در حال بهبودی مواد افیونی و ۵۱ نفر در حال بهبودی مواد محرک شهرستان گرگان در بهار ۱۳۹۷ به روش خوشه‌ای تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. به این صورت که ابتدا در گروه افراد در حال بهبودی مواد از ۸ مرکز اقامتی غیر دولتی شهر گرگان ۵ مرکز ابتدا به طور تصادفی ساده و سپس از ۵ مرکز دو گروه ۴۰ نفره انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: مستقر بودن در مراکز ترک اعتیاد در خصوص مواد محرک و افیونی، جنسیت مرد، بازه‌ی سنی ۲۰ تا ۵۵ ساله، متاهل، سطح سواد حداقل سیکل، ساکن شهر گرگان، عدم وجود اختلالات روان‌شناختی بارز به تشخیص روان‌پزشک مراکز بر اساس ملاک‌های DSMV. ملاک خروج عبارت بود از: تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها. پس از ارائه توضیحاتی به افراد در مورد هدف مطالعه و جلب اعتماد آن‌ها و دادن اطمینان به آنان از وجود شرایط لازم برای اجرای صحیح آزمون‌ها، اقدام به توزیع پرسش‌نامه‌ها شد.

## ابزارها

۱- پرسش‌نامه باورهای غیر منطقی<sup>۱</sup>: این پرسش‌نامه توسط جونز<sup>۲</sup> ساخته شد. دارای ۱۰۰ سوال بوده و از طریق این سوالات ۱۰ خرده‌مقیاس را بررسی می‌کند. هر ۱۰ سوال پرسش‌نامه یک خرده‌مقیاس را می‌سنجد. این خرده‌مقیاس‌ها عبارتند از: نیاز به تایید

دیگران (۱، ۱۱، ۲۱، ۳۱، ۴۱، ۵۱، ۶۱، ۷۱، ۸۱، ۹۱)، انتظار بالا از خود (۲، ۱۲، ۲۲، ۳۲، ۴۲، ۵۲، ۶۲، ۷۲، ۸۲، ۹۲)، تمایل به سرزنش (۳، ۱۳، ۲۳، ۳۳، ۴۳، ۵۳، ۶۳، ۷۳، ۸۳، ۹۳)، واکنش نسبت به ناکامی (۴، ۱۴، ۲۴، ۳۴، ۴۴، ۵۴، ۶۴، ۷۴، ۸۴، ۹۴)، بی مسئولیتی هیجانی (۵، ۱۵، ۲۵، ۳۵، ۴۵، ۵۵، ۶۵، ۷۵، ۸۵، ۹۵)، نگرانی زیاد توأم با اضطراب (۶، ۱۶، ۲۶، ۳۶، ۴۶، ۵۶، ۶۶، ۷۶، ۸۶، ۹۶)، اجتناب از مشکل (۷، ۱۷، ۲۷، ۳۷، ۴۷، ۵۷، ۶۷، ۷۷، ۸۷، ۹۷)، وابستگی (۸، ۱۸، ۲۸، ۳۸، ۴۸، ۵۸، ۶۸، ۷۸، ۸۸، ۹۸)، درماندگی نسبت به تغییر (۹، ۱۹، ۲۹، ۳۹، ۴۹، ۵۹، ۶۹، ۷۹، ۸۹، ۹۹) و کمال گرایی (۱۰، ۲۰، ۳۰، ۴۰، ۵۰، ۶۰، ۷۰، ۸۰، ۹۰).  
 ۱۰۰). ضریب آلفای کرونباخ کل ۰/۷۱ گزارش شده است. نمره گذاری بر اساس مقیاس لیکرت (کاملاً مخالفم، ۱؛ مخالفم، ۲؛ نه موافقم نه مخالفم، ۳؛ موافقم، ۴؛ کاملاً موافقم؛ ۵) می باشد. جونز (۱۹۶۹) اعتبار کل پرسش نامه را به روش باز آزمایی ۰/۹۲ و برای هر یک از خرده مقیاس ها از ۰/۶۶ تا ۰/۸۰ گزارش نموده است. کامکاری و عسگریان در پژوهشی تحت عنوان بررسی تفکرات غیرمنطقی در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران روایی پیشین و سازه را تایید و اعتبار آن را برآورد نموده اند. پرسش نامه بر روی یک گروه ۵۰۰ نفری اجرا شد و ضریب آلفای کل ۰/۹۷ و خرده مقیاس ها بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۹ به دست آمد (نقل از ساعتچی، کامکاری و عسگریان، ۱۳۸۹).

۲- مقیاس تحمل پریشانی هیجانی: این مقیاس، یک شاخص خودسنجی است که توسط سیمونز و گاهر، (۲۰۰۵) ساخته شد. دارای ۱۵ گویه و ۴ خرده مقیاس تحمل (عبارات ۵، ۱ و ۳)، جذب (عبارات ۱۵، ۴ و ۲)، ارزیابی (عبارات ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹، ۷ و ۶)، و تنظیم (عبارات ۱۴، ۱۳ و ۸) می باشد. نمره گذاری بر روی مقیاس پنج درجه ای لیکرت است (۱) کاملاً موافق (۲) اندکی موافق (۳) به یک اندازه موافق و مخالف (۴) اندکی مخالف، (۵) کاملاً مخالف. عبارت شماره ۶ به صورت معکوس نمره گذاری می شود. نمرات بالا در این مقیاس نشان گر تحمل پریشانی بالا است. دارای روایی ملاکی و همگرایی خوبی است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). ضرایب آلفای خرده مقیاس ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش شده است.

۳- سنجش رفتارهای خودتخریب: این پرسش‌نامه ۳۱ سوالی توسط آقامحمدیان، مردیان و با انصاف (۱۳۸۸) ساخته شده است. شوالات آن به صورت فهرستی از رفتارهای خود تخریب می‌باشد که ابتدا با بلی یا خیر نوع رفتار را مشخص می‌کند. اگر فرد آن نوع رفتار را داشت، در ۳ سطح میزان شدت رفتارها را به تصویر می‌کشد (کمی، زیاد و به شدت). شواهد مربوط به اعتبار و روایی از تحقیقی که بر روی ۸۷۳ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد صورت گرفته است. مقدار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش شده است.

### یافته‌ها

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

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	مواد تخریبی		مواد افیونی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
نیاز به تایید دیگران	۳۶/۴۶	۶/۵۲	۳۳/۳۲	۵/۱۳
انتظار بالا از خود	۳۵/۳۱	۷/۲۱	۳۵/۵۲	۵/۲۴
تمایل به سرزنش	۳۷/۱۲	۶/۹۱	۳۳/۶۹	۶/۵۲
واکنش نسبت به ناکامی	۳۷/۰۶	۵/۷۳	۳۶/۹۲	۶/۵۹
بی مسولیتی هیجانی	۳۷/۴۸	۷/۳۹	۳۳/۲۶	۳/۹۳
نگرانی زیاد توام با اضطراب	۳۶/۸۸	۶/۷۲	۳۴/۴۲	۵/۶۴
اجتناب از مشکل	۳۵/۷۱	۷/۴۲	۳۳/۳۹	۶/۱۴
وابستگی	۳۶/۵۴	۶/۴۲	۳۳/۸۷	۵/۳۳
درماندگی نسبت به تغییر	۳۵/۵۹	۷/۱۱	۳۵/۷۷	۶/۹۳
کمال‌گرایی	۳۵/۵۲	۶/۴۶	۳۵/۰۲	۶/۵۹
تحمل پریشانی هیجانی	۳۶/۲۱	۶/۱۴	۳۱/۳۹	۸/۸۶
جذب شدن به وسیله هیجان‌ات منفی	۱۷/۸۹	۲/۱۶	۱۶/۳۴	۲/۵۶
برآورد ذهنی پریشانی	۲۰/۳۴	۲/۹۳	۱۹/۹۶	۳/۲۳
تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی	۱۶/۴۱	۲/۵۲	۱۶/۳۶	۲/۱۷
رفتارهای خودتخریب	۱۷/۸۱	۲/۵۶	۱۶/۳۳	۲/۴۸

برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای مورد مطالعه می‌بایستی از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شود. اندازه کفایت نمونه‌گیری<sup>۱</sup> (KMO)  $0/803$  به دست آمد که نشان از سطح مناسب دارد. همچنین آزمون کرویت بارتلت<sup>۲</sup> در سطح  $(P < 0/001)$  معنادار به دست آمد که نشان می‌دهد، فرض کرویت رد می‌شود و همبستگی داده‌ها صفر نیست. لذا ماتریس همبستگی از کفایت لازم برای تحلیل برخوردار است. همچنین نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری مفروضه‌ی برابری ماتریس کواریانس‌ها داشت  $(0/05, > P=1/014, F=179/54, M=باکس)$ . برای بررسی برابری واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های خطا

معناداری	درجه آزادی درون گروهی	آماره F	متغیرها
0/087	100	3/153	نیاز به تایید دیگران
0/488	100	0/494	انتظار بالا از خود
0/120	100	2/566	تمایل به سرزنش
0/952	100	0/004	واکنش نسبت به ناکامی
0/291	100	1/159	بی‌مسئولیتی هیجانی
0/643	100	0/220	نگرانی زیاد توأم با اضطراب
0/829	100	0/048	اجتناب از مشکل
0/709	100	0/142	وابستگی
0/172	100	0/452	درماندگی نسبت به تغییر
0/135	100	2/372	کمال گرایی
0/929	100	0/008	تحمل پریشانی هیجانی
0/762	100	0/092	جذب شدن به وسیله هیجانات منفی
0/487	100	0/486	برآورد ذهنی پریشانی
0/305	100	1/064	تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی
0/511	100	0/435	رفتارهای خود تخریب

1. Kaiser Meyer Olkin (KMO)

2. Bartlet Test Sphericity (BTS)



همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می شود، شرط برابری واریانس های خطا در تمام متغیرها برقرار است. بنابراین تحلیل واریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج آن حکایت از تفاوت معنادار ترکیب خطی متغیرها در دو گروه داشت ( $F=0/87$ )=اندازه اثر  $0/001$ ،  $F < 4/321P=0/431$ ، لا مبدای 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 در متغیرهای مورد مطالعه**

متغیرها	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذورات	اتا توان آزمون
نیاز به تایید دیگران	۱۴۵/۵۴۱	۱۴۵/۵۴۱	۵/۸۵۷	۰/۰۰۸	۰/۱۹۳	۰/۹۳۳
انتظار بالا از خود	۷۸/۴۹۷	۷۸/۴۹۷	۲/۸۶۷	۰/۰۹۳	-	۰/۹۲۴
تمایل به سرزنش	۳۴۱/۴۲۵	۳۴۱/۴۲۵	۱۱/۴۲۱	۰/۰۰۱	-	۰/۸۷۵
واکنش نسبت به ناکامی	۹۹/۸۶۷	۹۹/۸۶۷	۳/۵۴۱	۰/۰۶۷	-	۰/۸۴۱
بی مسئولیتی هیجانی	۲۳۳/۶۷۴	۲۳۳/۶۷۴	۸/۴۳۱	۰/۰۰۴	۰/۱۸۴	۰/۸۷۰
نگرانی زیاد توام با اضطراب	۱۸۷/۰۱۴	۱۸۷/۰۱۴	۵/۵۵۴	۰/۰۱۱	۰/۱۶۷	۰/۸۲۲
اجتناب از مشکل	۱۷۱/۵۰۲	۱۷۱/۵۰۲	۴/۳۹۷	۰/۰۲۹	۰/۰۹۲	۰/۷۹۰
وابستگی	۲۸۴/۶۳۴	۲۸۴/۶۳۴	۸/۹۴۱	۰/۰۰۳	۰/۱۵۳	۰/۸۳۳
درماندگی نسبت به تغییر	۱۷/۳۱۱	۱۷/۳۱۱	۰/۴۳۲	۰/۶۲۲	-	۰/۸۴۷
کمال گرایی	۱۴/۲۹۷	۱۴/۲۹۷	۰/۷۵۴	۰/۴۸۶	-	۰/۸۱۲
تحمل	۵۲۴/۳۶۷	۵۲۴/۳۶۷	۱۱/۴۶۰	۰/۰۰۱	۰/۱۸۳	۰/۹۶۴
جذب شدن به وسیله هیجانات منفی	۲۶/۵۴۱	۲۶/۵۴۱	۴/۰۰۳	۰/۰۴۶	۰/۰۸۸	۰/۹۲۲
برآورد ذهنی پریشانی	۱۳/۳۳۴	۱۳/۳۳۴	۱/۳۴۷	۰/۲۴۹	-	۰/۹۸۶
تنظیم تلاش ها برای تسکین پریشانی	۸/۷۵۸	۸/۷۵۸	۰/۸۶۷	۰/۴۱۱	-	۰/۸۹۳
رفتارهای خود تخریب	۳۴/۸۶۷	۳۴/۸۶۷	۴/۹۳۴	۰/۰۲۸	۰/۰۹۳	۰/۹۵۴

## بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف مقایسه ی میزان رفتارهای خود تخریب، باورهای غیرمنطقی و تحمل پریشانی هیجانی در مردان در حال بهبودی مواد افیونی و مواد محرک انجام شد. نتایج حاصل تفاوت معناداری در دو گروه مورد مطالعه در رفتارهای خود تخریب، باورهای غیرمنطقی و تحمل پریشانی هیجانی نشان داد. همچنین، تحمل پریشانی هیجانی در گروه در حال بهبودی مواد افیونی میانگین و وضعیت بهتر و در تمامی خرده مقیاس های باورهای غیرمنطقی جز نیاز به تایید دیگران در گروه در حال بهبودی مواد افیونی میانگین و وضعیت بهتری را از جهت این افکار تخریب کننده شاهد هستیم. اما نسبت به رفتارهای خود تخریب در گروه افراد در حال بهبودی مواد افیونی شاهد نتایج مناسبی به تناسب گروه افراد در حال بهبودی مواد محرک نبودیم. می توان بیان نمود که امروزه هر فردی با توجه به شرایط بالقوه فردی، اجتماعی، جنسیتی و نژادی آمادگی ابتلا به اعتیاد را دارد. اما عوامل بازدارنده ی بسیاری از جمله باورهای منطقی، افزایش سطح تحمل و آستانه ی پذیرش هیجانی می توانند گرایش به این رفتارهای خود تخریب را کنترل نماید (بانکر، جفریس، ترلکی و اکر، ۲۰۱۶). باورهای غیر منطقی می توانند یکی از علل اصلی گرایش افراد به اعتیاد باشند و نقش خاصی در سازمان روانی و رفتاری آدمی دارند. تصورات کاملاً اشتباه فردی، فرهنگی، تربیتی و آموزشی درباره امور روزمره باعث به وجود آمدن باورهای غیر واقعی و غیر منطقی می شود (ساوا، ۲، ۲۰۰۹). اگر فرد در برخورد با رویدادهای زندگی توانایی شناسایی شیوه های رویارویی سالم را نداشته باشد در واکنش فعال نسبت به چالش های زندگی با دشواری روبرو خواهد شد و برای حل مشکلات زندگی خود به رفتارهای پرخطر و انحرافی پناه می برد (بویر، بلانک و ون دیچک، ۳، ۲۰۱۰). در نتیجه باورهای غیر منطقی به صورت میانجی عمل کرده و این زمینه را برای نگرش نسبت به مصرف مواد فراهم می نماید (کیم و جانگ، ۴، ۲۰۱۶). در پژوهش امین پور و احمدزاده (۱۳۹۰)؛ هایریش، و همکاران (۲۰۱۷)، نتایج به دست آمده نشان داد که نمره باوره های

غیر منطقی در افراد معتاد بیشتر از افراد عادی است. در پژوهش حافظی و محمودی (۱۳۹۰) نتایج نشان داد که باورهای غیر منطقی در معتادان ترک کننده مواد افیونی کمتر است و آن‌ها دارای سلامت عمومی بهتری هستند که با نتایج این تحقیق همسو می‌باشد. از آنجایی که نمرات بالا در پرسش‌نامه رفتارهای خود تخریبی نشانگر عدم توجه به سلامت می‌باشد و با توجه به اینکه مواد مخدر، پس از مدتی وابستگی ایجاد کرده و فرد را معتاد می‌کند؛ افراد معتاد در کنار مصرف مواد، انواع دیگر رفتارهای خود تخریب را از خود نشان می‌دهند (داترز، و همکاران، ۲۰۱۷). می‌توان این گونه بیان کرد که افراد معتاد روش‌های مثبت کنترل رفتار را در اختیار ندارند و از طریق روش‌های نامعقول مانند استعمال سیگار، مواد مخدر و داروهای روان گردان سعی در افزایش انگیزه خود دارند و نسبت به سلامت خود بی‌اهمیت هستند (سندمن و کمپ، ۲۰۱۱).

خانتریان (۱۹۹۷) اعتقاد دارد، از آنجایی که مصرف کنندگان مواد محرک، هیجانات منفی و بی‌قراری را غیر قابل تحمل و مستأصل کننده توصیف می‌کنند و نمی‌توانند این حالات هیجانی را بدون اتکا به استعمال مواد مخدر مدیریت کنند، از خواص فیزیولوژیکی و روان‌شناختی مواد برای دستیابی به ثبات هیجانی استفاده می‌کنند. مواد محرک طبق دیدگاه زیستی با توجه به وابستگی بدنی شدیدتر، رفتارهای وابسته در جهت دریافت این مواد که نوعی تقویت می‌باشد را به تناسب دیگر مواد افزایش می‌دهد (الهای، و همکاران، ۲۰۱۸). از طرفی این مواد محرک مانند آفتامین‌ها با توجه به ساختار موجود و مواد تشکیل دهنده‌ی آن اثرات و وابستگی به مواد را در همان مرتبه‌ی نخست ایجاد می‌نماید که این ماهیت مواد می‌تواند رفتارهای ناسازگارانه‌ی فرد را تحت تاثیر قرار دهد (کوژاک، دیویس، برون و گرابوسکی، ۲۰۱۷). از طرفی بر اساس دیدگاه رفتاری هنگامی که فرد موادی که مصرف می‌کند سبب شادابی و تحرک بیشتر می‌شود، اشتیاق مثبت فرد را در بر دارد. فرد مبتلا با توجه به این موضوع در وهله‌ی نخست به خود مواد و تاثیرات عمیق آن به شدت وابسته می‌شود. همچنین به روش‌هایی که می‌تواند این نیاز را

مرتفع سازد نیز وابسته می شود. روش هایی همانند ارتباط با خانواده و دوستان در جهت حمایت های مادی و معنوی. اما در خصوص مواد افیونی این تاثیرات کمتر دیده شده و به نظر می رسد که فرد استقلال رفتاری بیشتری را تجربه کند. با نگاهی به مبانی فیزیولوژیک که در موارد بسیاری نقش اساسی در مصرف مواد دارد می توان بیان داشت مصرف مواد محرک به اختلال در لوب فرونتال که بر عملکرد شناختی - اجتماعی و همین طور بر عملکرد اجرایی همانند حافظه، پردازش اطلاعات، تجسم فضایی، توجه و تمرکز و خودکنترلی تأثیر دارد مربوط می شود. در نتیجه اختلال بر توانایی کنترل یا مهار تکانه های پرخاشگرانه به وجود می آید، که در مواد محرک با مواد افیونی تاثیرپذیری متفاوتی را نشان می دهد (ژوولنسکی، و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین از نظر عصب شناختی پرخاشگری، عدم تنظیم و تحمل پریشانی در هیجانات به مدار پردازش هیجان به ویژه آمیگدال و قشر پیش پیشانی مربوط است. آمیگدال مربوط به بیان هیجان و قشر پیش پیشانی مربوط به پردازش هیجان است. افراد سوء مصرف کننده مواد محرک ناهنجاری در این سیستم را نشان می دهند (لی هی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). علاوه بر این یکی از مکانیزم های عصب شیمیایی که در بیان پاسخ های هیجانی تکانه ای وجود دارد مسیر انتقال دهنده ی عصبی سروتونرژیک است که در مواد محرک با مواد افیونی تاثیرپذیری متفاوتی را نشان می دهد. پیوند بین کاهش فعالیت سروتونرژیک و افزایش پرخاشگری در انسان و حیوان وجود دارد. مواد محرک بر مسیر سروتونرژیک در حیوانات اثر گذاشته و باعث کاهش تراکم ناقل سروتونین می شود (کایسر، و همکاران، ۲۰۱۲). در تبیین دیگر می توان گفت به دنبال افزایش طول مدت اعتیاد اثرات لذت بخش مواد اهمیت خود را از دست داده و از بین می رود. فرد حالت ملامت را تجربه می کند و فقط برای غلبه بر حالت خلقی منفی به مصرف بیشتر مواد رو می آورد. زیرا انگیزه تبدیل به مصرف می شود تا علائم ترک و خماری را کاهش دهد (داگتر<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۷) اثرات خوشایند مصرف مواد با تکرار مصرف مواد از بین می رود، حساسیت به لذت کاهش یافته و طبق نظریه انگیزه مخالف عصبی مصرف طولانی مدت

1. Leahy

2. Daughters

مواد کارکردهای شیمیایی - عصبی را مختل کرده که باعث انحراف از سیستم تعادل حیاتی می شود (کیم و مارش، آکوستا، گوارینو، و آپونت-ملندز، ۲۰۱۶). یکی از محدودیت‌ها، این است که پژوهش در یک شهر و با گروه محدودی انجام شده، بنابراین در تعمیم نتایج به سایر جوامع باید احتیاط کرد. با توجه به شدت مشکلات شناختی، هیجانی و رفتاری در افراد در حال بهبودی از مواد پیش‌نهاد می شود در زمینه‌ی درمان با روش‌های بهبود ساختار اساسی شناخت و تنظیم هیجانی مانند طرحواره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی توسط درمان‌گران و مشاوران اقدامات لازم در کلینیک‌ها انجام شود.

## منابع

- اسماعیلی نسب، مریم؛ اندامی خشک، علیرضا؛ آزرمی، هاله؛ و مرخی، امیر (۱۳۹۳). نقش پیش‌بینی‌کنندگی دشواری در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در اعتیادپذیری دانشجویان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۸ (۲۹)، ۶۳-۴۹.
- آقامحمدیان شهرباف، حمیدرضا؛ مرادیان، زهرا؛ بانصاف ارومیه، نگین (۱۳۸۸). بررسی رفتارهای خودتخریبی و علل آن‌ها در دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۲ (۲)، ۲۴-۵.
- امین‌پور، حسن؛ و احمدزاده، یاسین (۱۳۹۰). بررسی و مقایسه وضعیت باورهای غیرمنطقی در افراد معتاد و عادی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۵ (۱۷)، ۱۲۰-۱۰۷.
- برزگر بفرویی، کاظم؛ گنجی، زهرا؛ و شیرجهانی، اعظم (۱۳۹۵). مقایسه سلامت عمومی و باورهای غیرمنطقی معلمان مدارس استثنایی و عادی. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱ (۱۳۸)، ۱۳-۵.
- بلک، دونالد، و گرت، جان (۱۳۹۴). *راهنمایی آموزش و کاربر DSM\_5*. ترجمه عبدالرضا منصوری‌راد، تهران: انتشارات ارجمند.
- حافظی، فریبا؛ و ملک محمودی، مینا (۱۳۹۰). بررسی رابطه باورهای غیرمنطقی و سلامت عمومی در معتادان با بیش از یکسال سابقه ترک در جلسات NA و سایر معتادان شهرستان الیگودرز. *دانش انتظامی*، ۱ (۱)، ۳۴-۲۷.
- دادخواهی، سمیه؛ و محمود فخره، همین (۱۳۹۴). مقایسه کارکرد خانواده، باورهای غیرمنطقی و خودپنداره در جوانان معتاد و غیرمعتاد. *دوفصلنامه پژوهشنامه اسلامی زنان و خانواده*، ۴ (۳)، ۶۳-۷۶.

دستغیب، زهرا؛ نریمانی، محمد؛ قبادی داشدبی، کامل؛ حسینی، فاطمه؛ قارلی‌پور، ذبیح‌اله؛ ایمانزاد، معصومه، ... و قیطاس‌پود، کیمیا (۱۳۹۳). مقایسه باورهای غیرمنطقی و شادکامی در دانش‌آموزان تیزهوش با عادی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۲(۳)، ۲۷-۳۳.

ساعتچی، محمود؛ کامکاری، کامبیز، و عسگریان، مهناز (۱۳۸۹). *آزمون‌های روان‌شناختی*. تهران: نشر ویرایش.

شمس، جمال؛ عزیزی، علیرضا؛ و میرزایی، آزاده (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *مجله پژوهشی حکیم*، ۱۳(۱)، ۱۱-۱۸.

علیزاده، اصغر؛ حسن‌زاده، لیلا؛ محمود علیلو، مجید؛ و پورشریفی، حمید (۱۳۹۳). پیش‌بینی نگرانی بر اساس سیستم‌های فعال‌ساز و بازداری رفتاری، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و عدم تحمل بلا تکلیفی در دانشجویان. *مجله روان‌شناسی شناختی*، ۲(۳)، ۱-۱۱.

قاسم پروجردی، فاطمه؛ صفا، میترا؛ کرم‌لو، سمیرا؛ و مسجدی، محمد رضا (۱۳۹۳). اثر بخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر تحمل پریشانی و نگرش‌های ناکارآمد در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن روی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۸(۴)، ۱۷-۶.

کاشفی، طیبه (۱۳۹۲). رابطه باورهای فراشناختی و رفتارهای خود تخریب‌گرانه در افراد معتاد به مواد مخدر. *مجله تنبیه سلامت*، ۲(۱)، ۳۹-۴۵.

نجفی، محمود؛ محمدی‌فر، محمدعلی؛ و عبدالهی، معصومه (۱۳۹۴). نقص عملکرد هیجانی و گرایش به سوء‌مصرف مواد: نقش مؤلفه‌های تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و هیجان‌خواهی. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۲(۵)، ۶۸-۵۳.

## References

- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2011). *Abnormal psychology: An integrative approach*. Nelson Education.
- Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and health: state of the art. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 128-134. DOI: 10.1097/YCO.0b013e3283503669.
- Berking, M., Wirtz, C.M., Svaldi, J., & Hofmann, S.G. (2014). Emotion regulation predicts symptoms of depression over five years. *Behavior Research and Therapy*, 57, 13-20.
- Bernard, M. E. (1998). Validation of the general attitude and belief scale. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 16(3), 183-196.
- Boer, A., Blonk, R., Van Dijk, F. (2010). Irrational beliefs in employees with an adjustment, a depressive, or an anxiety disorder: A prospective cohort study, *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 28(2), 57-72. DOI: 10.1007/s10942-007-0075-0.
- Buckner, J. D., Jeffries, E. R., Terlecki, M. A., & Ecker, A. H. (2016). Distress tolerance among students referred for treatment following violation of campus cannabis use policy: Relations to use, problems, and motivation. *Behavior Modification*, 40(5), 663-677.

- 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.
- DiLorenzo, T. A., David, D., Montgomery, G. H. (2007). The interrelations between irrational cognitive processes and distress in stressful academic settings. *Personality and Individual Differences*, 42(4), 765-776.
- Dom, G., Hulstijn, W., Sabbe, B. (2006). Differences in impulsivity and sensation seeking between early and late-onset alcoholics. *Addictive Behaviors*, 31(2), 298-308.
- Elhai, J. D., Levine, J. C., O'Brien, K. D., & Armour, C. (2018). Distress tolerance and mindfulness mediate relations between depression and anxiety sensitivity with problematic smartphone use. *Computers in Human Behavior*, 84, 477-484.
- Gilmore, A. K., Jones, J. L., Moreland, A. D., Hahn, C. K., Brady, K. T., & Back, S. E. (2018). Gender moderates the association between distress tolerance and alcohol use among individuals with opioid use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 190, 9-12. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2018.05.016.
- Harnish, R. J., Bridges, K. R., & Karelitz, J. L. (2017). Compulsive buying: prevalence, irrational beliefs and purchasing. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 15(5), 993-1007.
- Jones, R. G. (1968). *A factored measure of Ellis' irrational belief system with personality and maladjustment correlates*. Doctoral dissertation, Texas Tech University.
- Kaiser, A. J., Milich, R., Lynam, D. R., Charnigo, R. J. (2012). Negative Urgency, Distress Tolerance, and Substance Abuse among College Students. *Addictive Behaviors*, 37(10), 1075-1083.
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231-244.
- Kim, S. B., & Jang, J. I. (2016). The Relationship between Adolescents Stress Coping Behavior and Gambling Addiction: Mediating effect of irrational belief of gambling. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, 17(4), 85-91.
- Kim, S. B., & Jang, J. I. (2016). The Relationship between Adolescents Stress Coping Behavior and Gambling Addiction: Mediating effect of irrational belief of gambling. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, 17(4), 85-91.
- Kim, S. J., Marsch, L. A., Acosta, M. C., Guarino, H., & Aponte-Melendez, Y. (2016). Can persons with a history of multiple addiction treatment episodes and chronic relapse benefit from technology-delivered behavior therapy? *Drug and Alcohol Dependence*, 54, 18-23. DOI: 10.1016/j.addbeh.2015.11.009.
- Koball, A. M., Himes, S. M., Sim, L., Clark, M. M., Collazo-Clavell, M. L., Mundi, M. ... & Grothe, K. B. (2016). Distress tolerance and psychological

- comorbidity in patients seeking bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 26(7), 1559-1564.
- Komasi, S., Saeidi, M., Zakiei, A., Amiri, M. M., & Soltani, B. (2017). Cognitive restructuring based on metaphor therapy to challenge the irrational beliefs of drug addicts undergoing buprenorphine treatment. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 6(1), e31450. DOI: 10.5812/ijhrba.31450.
- Kozak, A. T., Davis, J., Brown, R., & Grabowski, M. (2017). Are overeating and food addiction related to distress tolerance? An examination of residents with obesity from a US metropolitan area. *Obesity Research & Clinical Practice*, 11(3), 287-298.
- Leahy, R. L., Tirsch, D., & Napolitano, L. A. (2012). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford press.
- Lindzy, G. & Hompson, S. (2002). *Psychology, 3rd Edition*. Worth Publishers. New York.
- Litt, M. D., Kadden, R. M., Cooney, N. L., Kabela, E. (2003). Coping skills and treatment outcomes in cognitive behavioral group therapy for alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 118-128. DOI:10.1037//0022-006x.71.1.118.
- 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.
- Moschak, T. M., Terry, D. R., Daughters, S. B., & Carelli, R. M. (2018). Low distress tolerance predicts heightened drug seeking and taking after extended abstinence from cocaine self-administration. *Addiction Biology*, 23(1), 130-141.
- Sandman, C. A., & Kemp, A. S. (2011). Opioid antagonists may reverse endogenous opiate "dependence" in the treatment of self-injurious behavior. *Pharmaceuticals*, 4(2), 366-381.
- Sava, F. A. (2009). Maladaptive Schemas, Irrational Beliefs, and Their Relationship with the Five-Factor Personality Model. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 9(2), 135-147.
- 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.
- Zvolensky, M. J., Bernstein, A., & Vujanovic, A. A. (2011). *Distress tolerance: Theory, Research, and Clinical Application*, New York: Guilford Press.