

مقاله

پژوهشی

Research

Article

## 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 حوزه ی خاورمیانه به دلیل شرایط خاص جغرافیایی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی شرایط مستعدی را برای روی آوردن جوانان به اعتیاد دارا می باشند (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 می باشد که منجر به آشفتگی یا ضایعه مهمی در نقش های اجتماعی و شغلی و موقعیت های حساس می شود. استعمال این مواد، سبب برخی مشکلات روان شناختی از جمله کاهش کنترل تکانه، بروز رفتارهای غیرسازگارانه و حتی رفتارهای آسیبزا می شود (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 نهایتا منجر به عدم سازگاری فرد با شرایط فعلی در محیط های تحصیلی، شغلی و خانوادگی می شود (لیندزی و هامپسون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲). گاهی اوقات رفتارهای خود تخریب با توجه به تقویت های محیطی یک عادت رفتاری بدل می شوند، به گونه ای که تشخیص آن ها برای فرد به عنوان یک رفتار آسیبزا دشوار می شود (کاشفی، ۱۳۹۲)، بنابراین خود تخریبی می تواند روشی برای تامین امنیت روانی بوده و به عنوان مکانیسم مقابله ای برای رویارویی با اضطراب، فشار، خواسته های اجتماعی و دیگر بحران های عاطفی و بین فردی باشد (دام، هالستیجن و ساب<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶). این رفتارها می تواند به صورت هوشیارانه یا ناهوشیارانه اتفاق افتد و فرد با آگاهی به آسیبزا بودن این رفتارها به انجامش مبادرت می ورزد (تونتی<sup>۶</sup>، و همکاران، ۲۰۱۰). از جانبی در شرایط حاد و پرفشار روانی کنترل این رفتارهای خود تخریب مشکل است. زیرا آن ها به طور نسبتا وسیعی خارج از حوزه پزشکی و درمان های سنتی هستند و در مراحل ابتدایی با نشانه ها و علائم مرضی ناخوشایند همراه نیستند (لیندگارد، مولینز، نیگبورس و بلاینی<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰). در همین راستا برخی مطالعات نشان داده اند 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 می توان در اهداف، شناخت ها 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 می باشند، کمتر احتمال گرایش و توسل به رفتارهای خودتخریب گر 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 می باشد و دو ویژگی اصلی توقعات خشک و فلسفه های خود آشفته ساز را شامل می شود (لیت، کادن، کانوی و کابلا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). در مورد باورهای غیر منطقی تقسیم بندی های مختلفی وجود دارد و اما اغلب دسته بندی ها در خصوص باورهای غیر منطقی شامل توقع از دیگران، انتظارات بیش از حد از خود، سرزنش کردن، واکنش با درماندگی به ناکامی، بی مسئولیتی عاطفی، نگرانی زیاد توأم با اضطراب، اجتناب از مشکل، باور غیر منطقی وابستگی، درماندگی برای تغییر و کمال گرایی می باشد (دادخواهی و محمود فخره، ۱۳۹۴). بر اساس نظر برنارد<sup>۳</sup> (۱۹۸۹) باورهای غیر منطقی هدف هایی هستند که به صورت تمایلات و قصدهایی ضروری در می آیند، به طوری که اگر برآورده نشوند، موجب پریشانی رفتاری و هیجانی می شود (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 مهارت های مقابله ای و باورهای غیر عقلانی نامناسب اشاره کرده اند.

تحمل پریشانی مربوط به توان بررسی و کسب آگاهی از وضعیت فعلی هیجانانگیزها در موقعیت، بدون اقدام به تغییر یا کنترل هرگونه عامل محیطی که سبب ساز این پریشانی بوده، در نظر گرفته می شود (اسماعیلی نسب، اندامی خشک، آزر می و مررخ، ۱۳۹۳). مدیریت و تنظیم هیجان به عنوان فرآیندی که از طریق آن افراد هیجان های شان را برای پاسخ به توقعات محیطی هشیارانه و ناهشیارانه تعدیل می کنند، در نظر گرفته می شود

1. Harnish, Bridges, & Karelitz  
2. Litt, Kadden, Cooney, & Kabela

3. Bernard

(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 توام 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 مخالف، 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 پیش بین 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. شواالات 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 تحریکی		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  $(0/05, > P=0/14, F=179/54, M=باکس)$ . 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

متغیرها	آماره F	درجه آزادی درون گروهی	معناداری
نیاز به تایید دیگران	۳/۱۵۳	۱۰۰	۰/۰۸۷
انتظار بالا از خود	۰/۴۹۴	۱۰۰	۰/۴۸۸
تمایل به سرزنش	۲/۵۶۶	۱۰۰	۰/۱۲۰
واکنش نسبت به ناکامی	۰/۰۰۴	۱۰۰	۰/۹۵۲
بی‌مسئولیتی هیجانی	۱/۱۵۹	۱۰۰	۰/۲۹۱
نگرانی زیاد توأم با اضطراب	۰/۲۲۰	۱۰۰	۰/۶۴۳
اجتناب از مشکل	۰/۰۴۸	۱۰۰	۰/۸۲۹
وابستگی	۰/۱۴۲	۱۰۰	۰/۷۰۹
درماندگی نسبت به تغییر	۰/۴۵۲	۱۰۰	۰/۱۷۲
کمال‌گرایی	۲/۳۷۲	۱۰۰	۰/۱۳۵
تحمل پریشانی هیجانی	۰/۰۰۸	۱۰۰	۰/۹۲۹
جذب شدن به وسیله هیجانات منفی	۰/۰۹۲	۱۰۰	۰/۷۶۲
برآورد ذهنی پریشانی	۰/۴۸۶	۱۰۰	۰/۴۸۷
تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی	۱/۰۶۴	۱۰۰	۰/۳۰۵
رفتارهای خودتخریب	۰/۴۳۵	۱۰۰	۰/۵۱۱

1. Kaiser Meyer Olkin (KMO)

2. Bartlett 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،  $0/001$ ،  $F<0/321P=0/431$ ، 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	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 خودتخریب	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، 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، 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، ۲۰۱۶). در پژوهش امین پور و احمدزاده (۱۳۹۰)؛ هایریش، و همکاران (۲۰۱۷)، نتایج به دست آمده نشان داد که نمره باوره های

1. Buckner, Jeffries, Terlecki, & Ecker  
2. Sava

3. Boer, Blonk, & Van Dijk  
4. Kim, & Jang

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 انگیزتگی 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 برحالت 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 (۱۱)، 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؛ قارلی پور، ذبیح اله؛ ایمانزاد، معصومه، ... و قیطاس بود، کیمیا (۱۳۹۳). مقایسه باورهای غیرمنطقی و شادکامی در دانش آموزان تیزهوش با عادی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۲(۳)، ۲۷-۳۳.

ساعتچی، محمود؛ کامکاری، کامیز، و عسگریان، مهناز (۱۳۸۹). *آزمون های روان شناختی*. 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؛ حسن زاده، لیلا؛ محمود علیلو، مجید؛ و پورشریفی، حمید (۱۳۹۳). پیش بینی نگرانی بر اساس سیستم های فعال ساز و بازداری رفتاری، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و عدم تحمل بلا تکلیفی در دانشجویان. *مجله روان شناسی شناختی*، ۲(۳)، ۱-۱۱.

قاسم بروجردی، فاطمه؛ صفا، میترا؛ کرمو، سمیرا؛ و مسجدی، محمد رضا (۱۳۹۳). اثر بخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر تحمل پریشانی و نگرش های ناکارآمد در بیماران مبتلا به بیماری های مزمن روی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان شناختی*، ۸(۴)، ۱۷-۶.

کاشفی، طیه (۱۳۹۲). رابطه باورهای فراشناختی و رفتارهای خود تخریب گرانه در افراد معتاد به مواد مخدر. *مجله تنین سلامت*، ۲(۲)، ۳۹-۴۵.

نجفی، محمود؛ محمدی فر، محمد علی؛ و عبدالهی، معصومه (۱۳۹۴). نقص عملکرد هیجانی و گرایش به سوء مصرف مواد: نقش مؤلفه های تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و هیجان خواهی. *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.