



Comparative Study of Self-Destructive Behaviors, Irrational Beliefs, and Emotional Distress Tolerance in Two Male Groups of Recovering from Addiction to Narcotics and Stimulants

ARTICLE INFO

Article Type

Descriptive Study

Authors

Jangi P.¹ PhD,
Ramak N.² MSc,
Sangani A.R.^{*3} PhD

How to cite this article

Jangi P, Ramak N, Sangani A.R. Comparative Study of Self-Destructive Behaviors, Irrational Beliefs, and Emotional Distress Tolerance in Two Male Groups of Recovering from Addiction to Narcotics and Stimulants. Iranian Journal of Forensic Medicine. 2019;25(1):17-22.

¹Educational Psychology Department, Psychology Faculty, Science & Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

²Psychology Department, Psychology Faculty, Bandargaz Branch, Islamic Azad University, Bandargaz, Iran

³Psychology and Exceptional Children Education Department, Psychology Faculty, Science & Research Branch of Ahvaz, Ahvaz, Iran

*Correspondence

Address: Psychology Faculty, Science & Research Branch of Ahvaz, Triode of Airport, Ahvaz, Iran. Postal Code: 6134937333

Phone: +98 (61) 33348420

Fax: +98 (61) 33329200

sangany.psycho@gmail.com

Article History

Received: May 30, 2018

Accepted: December 01, 2018

ePublished: March 19, 2019

ABSTRACT

Aims The cognitive, emotional, and behavioral-related problems associated with addiction to narcotics in the dependence situation and even treatment is different, depending on the type of narcotics; therefore, the aim of this study was to compare self-destructive behaviors, irrational beliefs, and emotional distress tolerance in two male groups of recovering from addiction to narcotics and stimulants.

Instruments & Methods The research method was descriptive comparative or post-event. The statistical population included all recovered drug addicts in 8 residential centers of Gorgan in spring 2017, 40 of whom were recovering from addiction to the opioid, and 40 patients were recovering from addition to the stimulants. These persons were selected by two-stage cluster sampling method. The data collection instruments were Jones' Irrational Beliefs Test (IBT), Emotional Distress Tolerance Scale (DTS), and Self-Destructive Behavior Questionnaire. The data were analyzed by multivariate variance analysis, using SPSS 24 software.

Findings There was a significant difference among the need for receiving confirmation from others, the tendency to blame, emotional irresponsibility, high concern with anxiety, avoidance of the problem and dependence on the variables of irrational beliefs and subscales of tolerance and absorption to the negative emotions in the emotional distress tolerance, and self-destructive behaviors in the two groups of men recovering from the opioid and stimulant with 95% confidence interval ($p < 0.05$).

Conclusion Self-destructive behaviors, irrational beliefs, and emotional distress tolerance are in a better position in the men recovering from opioid compared with the men recovering from stimulants

Keywords Self-Destructive Behaviors; Irrational Beliefs; Emotional Distress Tolerance; Addiction

CITATION LINKS

[1] Emotion regulation and health: recent findings, current ... [2] Emotional dysfunction and tendency to substance ... [3] Study guide for ... [4] On the relationship between meta cognitive ... [5] Differences in impulsivity and sensation ... [6] Morningness-eveningness preference and ... [7] Do drinking motives mediate the association ... [8] Coping skills and treatment outcomes in cognitive ... [9] Comparison of family functioning, irrational beliefs ... [10] Comparing irrational beliefs and happiness ... [11] The predicting role of difficulties in emotion regulation ... [12] Distress tolerance: theory, research, and clinical ... [13] Effectiveness of mindfulness based on cognitive therapy ... [14] Emotion regulation in psychotherapy ... [15] Impulsivity and alcohol use coping motives in a ... [16] Negative urgency, distress tolerance, and substance abuse ... [17] Emotion regulation predicts symptoms of depression over ... [18] Predict of worry based on behavioral activation and ... [19] Low distress tolerance predicts heightened drug seeking ... [20] Psychological tests ... [21] The distress tolerance scale: development ... [22] Effectiveness of group dialectical behavior ... [23] Self-denial behaviors and their causes in ... [24] Distress tolerance among students referred ... [25] Maladaptive schemas, irrational beliefs, and their ... [26] Irrational beliefs in employees with an adjustment ... [27] The relationship between adolescents' stress ... [28] The study and comparison of irrational beliefs ... [29] The study of the relationship between irrational ... [30] Opioid antagonists may reverse endogenous ... [31] Distress tolerance among substance users ... [32] DSM-5 guidebook: the essential companion ... [33] The self-medication hypothesis of substance ... [34] Are overeating and food addiction related ... [35] Distress tolerance and psychological comorbidity ... [36] The interrelations between irrational cognitive ... [37] Correlation between distress tolerance and emotional regulation ... [38] Efficacy and dissemination of psychological ...

مقایسه میزان رفتارهای خودتخریب‌گرانه، باورهای غیرمنطقی و تحمل پریشانی هیجانی در دو گروه مردان در حال بهبودی مواد افیونی و محرک

پریا جنگی PhD

گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشکده روان‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

ناهید رامک MSc

گروه روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی، واحد بندرگز، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرگز، ایران

علیرضا سنگانی PhD

گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

چکیده

اهداف: دامنه بررسی مشکلات شناختی، هیجانی و رفتاری- اجتماعی مرتبط با اعتیاد در فرآیند وابستگی و حتی درمان با توجه به نوع مواد مصرفی در افراد سوءمصرف‌کننده متفاوت است. هدف پژوهش حاضر، مقایسه میزان رفتارهای خودتخریب‌گرانه، باورهای غیرمنطقی و تحمل پریشانی هیجانی در دو گروه مردان در حال بهبودی مواد افیونی و محرک بود.

ابزار و روش‌ها: این پژوهش توصیفی از نوع علی- مقایسه‌ای یا پس‌رویدادی در بین تمامی افراد معتاد به مواد مخدر در حال بهبودی در ۸ مرکز درمانی اقامتی شهرستان گرگان در بهار ۱۳۹۷ انجام شد. در مجموع تعداد ۴۰ فرد در حال بهبودی مواد افیونی و ۴۰ فرد در حال بهبودی مواد محرک به روش خوشه‌ای دومرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی جونز (IBT)، مقیاس تحمل پریشانی هیجانی (DTS) و پرسش‌نامه سنجش رفتارهای خودتخریب‌گرانه بود. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس چندمتغیره از طریق نرم‌افزار SPSS 24 مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بین نیاز به تایید دیگران، تمایل به سرزنش، بی‌مسئولیتی هیجانی، نگرانی زیاد توأم با اضطراب، اجتناب از مشکل و وابستگی از مقیاس باورهای غیرمنطقی، و تحمل و جذب شدن به وسیله هیجانات منفی از مقیاس تحمل پریشانی هیجانی، و رفتارهای خودتخریب‌گرانه کلی در دو گروه مردان در حال بهبودی مواد افیونی و مواد محرک تفاوت معنی‌داری با فاصله اطمینان ۹۵٪ مشاهده شد ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: رفتارهای خودتخریب‌گرانه، باورهای غیرمنطقی و تحمل پریشانی هیجانی در گروه مردان در حال بهبودی مواد افیونی نسبت به مردان در حال بهبودی مواد محرک در وضعیت بهتری است.

کلیدواژه‌ها: رفتارهای خودتخریب‌گرانه، باورهای غیرمنطقی، تحمل پریشانی هیجانی، اعتیاد

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۳/۰۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۹/۱۰

* نویسنده مسئول: sangany.psychology@gmail.com

مقدمه

اعتیاد یکی از مشکلات اساسی جوامع امروزی است و کشورهای حوزه خاورمیانه به دلیل شرایط خاص جغرافیایی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی شرایط مستعدی را برای روی آوردن جوانان به اعتیاد دارا هستند^[1]. طبق گزارش جهانی دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (UNODC) در سال ۲۰۱۷، حدود ۲۹/۵ میلیون نفر در جهان از اختلالات مصرف مواد رنج می‌برند و مواد افیونی (شامل تریاک و مشتقات آن) مضرترین نوع مواد بوده و عامل ۷۰٪ اثرات منفی بر سلامت مرتبط با اختلالات مصرف مواد در سراسر دنیا هستند. اختلالات مربوط به مصرف مواد محرک (شامل محرک‌های طبیعی از گیاهان نیکوتین، کافئین و کوکائین و محرک‌های شیمیایی شامل مت‌آمفتامین، اکستازی و دسته دارویی مانند متیل‌فنیدیت، دگزآمفتامین و مدافینیل) نیز از سهم

قابل ملاحظه‌ای در گسترش بیماری برخوردارند. همچنین به گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر در ایران در سال ۱۳۹۶ تعداد کل معتادان بیش از ۲/۵ میلیون نفر اعلام شده است.

در همین جهت با نگاهی گذرا در تعریف سوء استفاده از مواد، دوراند و همکاران چنین عنوان نمودند که سوء استفاده از مواد الگویی از استفاده مواد روان‌گردان است که منجر به آشفتگی یا ضایعه مهمی در نقش‌های اجتماعی و شغلی و موقعیت‌های حساس می‌شود. همچنین استعمال این مواد همزمان با ایجاد اختلال در ابعاد متفاوت زندگی فردی و اجتماعی، سبب برخی مشکلات روان‌شناختی از جمله کاهش کنترل تکانه، رفتارهای غیرسازگارانه و حتی رفتارهای آسیب‌زا به خود می‌شود^[2].

از لحاظ مفهومی رفتارهای خودتخریب عبارت است از هر نوع رفتاری که سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی فرد را به خطر بیندازد و نهایتاً منجر به عدم سازگاری فرد با شرایط فعلی در محیط‌های تحصیلی، شغلی و خانوادگی شود^[3]. در گاهی اوقات رفتارهای خودتخریب با توجه به تقویت‌های محیطی به یک عادت رفتاری بدل می‌شوند، به‌گونه‌ای که تشخیص آنها برای فرد به‌عنوان یک رفتار آسیب‌زا دشوار است^[4]. این موضوع نشان می‌دهد که خودتخریبی می‌تواند یک روش برای تامین امنیت روانی باشد و می‌تواند به‌عنوان مکانیزم مقابله‌ای برای رویارویی با اضطراب، فشار، خواسته‌های اجتماعی و دیگر بحران‌های عاطفی و بین‌فردی عمل کند^[5]. این رفتارها می‌تواند به‌صورت هوشیانه یا ناهوشیارانه اتفاق افتد و فرد با آگاهی به آسیب‌زا بودن این رفتارها به انجامش مبادرت می‌ورزد^[6]. از جانبی واقع‌بینانه، در شرایط حاد و پر فشار روانی کنترل این رفتارهای خودتخریب مشکل است، زیرا آنها به‌طور نسبتاً وسیعی خارج از حوزه پزشکی و درمان‌های سنتی هستند و در مراحل ابتدایی با نشانه‌ها و علائم مرضی ناخوشایند همراه نیستند^[7].

کاشفی^[4] در پژوهش خود نشان داد که بین نمرات افراد معتاد در باورهای فراشناختی با رفتارهای خودتخریب همبستگی منفی معنی‌داری وجود دارد که حاکی از این است که افرادی که باورهای آگاهانه نسبت به موقعیت خود دارند، کمتر احتمال گرایش و توسل به رفتارهای خودتخریب‌گر را دارا هستند^[8]. به‌طور مشخص باور غیرمنطقی، به معنی پذیرش یک اصل یا یک حقیقت در خصوص یک شیء یا یک رویداد است و دو ویژگی اصلی توقعات خشک و فلسفه‌های خودآشفته‌ساز را شامل می‌شود. در مورد باورهای غیرمنطقی تقسیم‌بندی‌های مختلفی وجود دارد و در یک نوع آن ۱۰ باور غیرمنطقی آمده است که عبارتند از: 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^[9]. براساس نظر برنارد باورهای غیرمنطقی هدف‌هایی هستند که به‌صورت تمایلات و قصدهایی ضروری در می‌آیند، به‌طوری که اگر برآورده نشوند موجب پریشانی رفتاری و هیجانی می‌شوند^[10]. لیت و همکاران^[8] در بررسی علل شروع اعتیاد و عود آن پس از درمان، به عوامل مختلفی همچون پریشانی هیجانی و فقدان مهارت‌های مقابله‌ای و همچنین 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 هر گونه عامل محیطی که سبب‌ساز این پریشانی بوده است، در نظر گرفته می‌شود^[11]. همچنین مدیریت و تنظیم هیجان

مستقر بودن در مراکز ترک اعتیاد در خصوص مواد محرک (F12) و افیونی (F11)، جنسیت مرد، بازه سنی ۲۰ تا ۵۵ سال، متاهل، سطح سواد حداقل سیکل، ساکن شهر گرگان، عدم وجود اختلالات روان‌شناختی بارز به تشخیص روان‌پزشک مراکز براساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی- ویرایش پنجم (DSMV) و معیارهای خروج شامل تکمیل ناقص ابزارها بود.

پس از ارایه توضیحاتی به افراد در مورد هدف مطالعه و جلب اعتماد آزمودنی‌ها و دادن اطمینان به آنان از وجود شرایط لازم برای اجرای صحیح آزمون‌ها، اقدام به توزیع پرسش‌نامه‌ها شد و همه آزمودنی‌ها در دو گروه توسط پرسش‌نامه‌ها مورد سنجش قرار گرفتند.

برای انجام پژوهش از پرسش‌نامه‌های زیر استفاده شد:

۱- **پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی جونز (IBT):** پرسش‌نامه استاندارد باورهای غیرمنطقی دارای ۱۰۰ سؤال بوده و از طریق این سؤالات ۱۰ خرده‌مقیاس را بررسی می‌کند. هر ۱۰ سؤال پرسش‌نامه معرف یک خرده‌مقیاس است. این خرده‌مقیاس‌ها شامل نیاز به تایید دیگران، انتظار بالا از خود، تمایل به سرزنش، واکنش نسبت به ناکامی، بی‌مسئولیتی هیجانی، نگرانی زیاد توام با اضطراب، اجتناب از مشکل، وابستگی، درماندگی نسبت به تغییر و کمال‌گرایی هستند. ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۷۱ است. در پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی جونز بالاترین نمره ۱۰۰ است و براساس مقیاس لیکرت (کاملاً مخالف با نمره یک، مخالف با نمره ۲، نه موافقم نه مخالف با نمره ۳، موافقم با نمره ۴، کاملاً موافقم با نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شود. ساعتی و همکاران در پژوهشی تحت عنوان بررسی تفکرات غیرمنطقی در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران روایی پیش‌بین و سازه را تایید و پایایی این پرسش‌نامه را برآورد نموده‌اند. پرسش‌نامه روی یک گروه ۵۰ نفری اجرا شد و اعتبار آن از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۷ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۹ به دست آمد^[20]. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۷۸، ۰/۸۲، ۰/۷۰، ۰/۸۱، ۰/۸۵، ۰/۷۹، ۰/۸۲ و ۰/۸۷ محاسبه شد.

۲- **مقیاس تحمل پریشانی هیجانی (DTS):** این مقیاس، یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر^[21] ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۵ ماده و چهار خرده‌مقیاس تحمل (عبارات ۱، ۳ و ۵)، جذب (عبارات ۲، ۴، و ۱۵)، ارزیابی (عبارات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲) و تنظیم (عبارات ۸، ۱۳ و ۱۴) است که روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای (با گزینه‌های کاملاً موافق، اندکی موافق، به یک اندازه موافق و مخالف، اندکی مخالف و کاملاً مخالف) نمره‌گذاری می‌شود. عبارت شماره ۶ در این مقیاس به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالا نشانگر تحمل پریشانی بالا است. این پرسش‌نامه دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است^[21]. برای تعیین پایایی آزمون، ضرایب آلفای خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمده است. در مطالعه علوی و همکاران^[22] پایایی همسانی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۷۱ برای کل مقیاس تایید شد و پایایی متوسطی را برای خرده‌مقیاس‌ها به‌صورت ۰/۵۴ برای خرده‌مقیاس تحمل، ۰/۴۲ برای خرده‌مقیاس جذب، ۰/۵۶ برای خرده‌مقیاس ارزیابی و ۰/۵۸ برای خرده‌مقیاس تنظیم نشان داد. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۵، ۰/۷۲ و ۰/۷۹ به دست آمد.

۳- **پرسش‌نامه سنجش رفتارهای خودتخریب‌گرانه:** این پرسش‌نامه

به‌عنوان فرآیندی که از طریق آن افراد هیجان‌هایشان را برای پاسخ به توقعات محیطی هشیارانه و ناهشیارانه تعدیل می‌کنند، در نظر گرفته می‌شود^[12]. از طرفی دیگر، به‌طور کلی عدم تحمل پریشانی هیجانی به‌عنوان مجموعه‌ای از علایم بیماری روانی، فیزیولوژی و رفتاری مانند اضطراب، واکنش‌های افسردگی، بی‌قراری، تنزل توانایی هوشی، اختلالات خواب، غیبت کاری و غیره تعریف می‌شود^[13]، همچنین سبب اعمال فشار بر اطرافیان فرد و ایجاد تنش در روابط زوجین، فرزندان و دوستان می‌شود^[14]. ابعاد متفاوت تحمل پریشانی هیجانی شامل بازدارندگی رفتاری یا پاسخ‌ندادن به فرصت‌های تقویت منفی است که یک نوع خاص از کنترل را نسبت به پاسخ فرصت‌های پاداش نشان می‌دهد^[15]. مطالعات و پژوهش‌ها حاکی از آن هستند که رهایی از پریشانی به‌طور منفی تقویت شده است و بنابراین می‌تواند به‌عنوان تمایل برای پاسخ به تقویت منفی آئی یا پاداش درک شود^[16].

مطابق با پژوهش‌های اخیر برکینگ و همکاران^[17] و علی‌زاده و همکاران^[18] افراد با پریشانی روانی بیشتر از نشانه‌های بیماری جسمی شکایت می‌کنند و فراوانی بیماری جسمی پیش‌بینی‌کننده قدرتمند وقوع آسیب در کارکرد جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی است. موشاک و همکاران^[19] نشان دادند تحمل پریشانی با باورهای منفی و رفتارهای تکانه‌ای رابطه دارد و افرادی که تحمل پریشانی آنها بالاتر است بهتر می‌توانند با اضطراب ناشی از ترس کنار بیایند. نجفی و همکاران^[2] نشان دادند که دشواری در تحمل پریشانی و تمایلات هیجان‌خواهانه، از مشکلات افراد سوءمصرف‌کننده مواد است و این مساله منجر به شکست در مدیریت حالات عاطفی و هیجانی این افراد می‌شود.

با توجه به اهمیت بررسی اعتیاد در زمینه‌های متفاوت هیجانی و روان‌شناختی از یک سو و از جانی دیگر گرایش‌های روزافزون به مواد اعتیادآور و تنوع آنها و مخاطرات فردی و اجتماعی بسیار، پژوهش حاضر با هدف مقایسه میزان رفتارهای خودتخریب‌گرانه، باورهای غیرمنطقی و تحمل پریشانی هیجانی در دو گروه مردان در حال بهبودی مواد افیونی و محرک انجام شد.

ابزار و روش‌ها

این پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای یا پس‌رویدادی است که در بین تمامی افراد معتاد به مواد مخدر در حال بهبودی در ۸ مرکز درمانی اقامتی شهرستان گرگان در بهار ۱۳۹۷ انجام شد. همچنین خط پایه درمانی در حیطه روان‌شناختی و عملکرد جسمانی نسبت به دوز داروهای درمانی توسط پزشکان و روان‌پزشکان مراکز در گروه‌بندی افراد در بازه‌های زمانی متفاوت انجام شده بود. در مجموع تعداد ۴۰ فرد در حال بهبودی مواد افیونی و ۴۰ فرد در حال بهبودی مواد محرک به روش خوشه‌ای دومرحله‌ای انتخاب شدند. به‌طور مشخص در مرحله نخست نمونه‌گیری، از ۸ مرکز اقامتی غیردولتی شهر گرگان ۵ مرکز به‌طور تصادفی ساده انتخاب شد و سپس از ۵ مرکز که لیست تمامی مراجعان آنان در دو گروه افراد در حال بهبودی مواد افیونی و محرک به ترتیب برابر با ۶۳۰ نفر و ۳۸۶ نفر بود، با توجه به آن که حداقل تعداد نمونه برای روش‌های علی-مقایسه‌ای ۱۵ نفر است با بیش‌برآورد و احتمال تعمیم بالاتر نتایج از دو گروه درمانی (با توجه به بازه زمانی مراجعه و میزان دوز داروی مصرفی توسط مراکز که پیش‌تر گروه‌بندی شده بودند) دو گروه ۴۰ نفره (۴۰ فرد در حال بهبودی مواد افیونی و ۴۰ فرد در حال بهبودی مواد محرک) به‌صورت خوشه‌ای گزینش شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل

در مجموع بین نیاز به تایید دیگران ($F=5/771$; $p=0/019$)، تمایل به سرزنش ($F=9/718$; $p=0/003$)، بی‌مسئولیتی هیجانی ($F=2/597$; $p=0/021$)، نگرانی زیاد توام با اضطراب ($F=5/119$)، اجتناب از مشکل ($F=4/328$; $p=0/041$) و وابستگی ($F=8/835$; $p=0/004$) از مقیاس باورهای غیرمنطقی، و تحمل ($F=13/362$; $p=0/001$) و جذب شدن به وسیله هیجانات منفی ($F=4/254$; $p=0/043$) از مقیاس تحمل پریشانی هیجانی، و رفتارهای خودتخریب‌گرانه کلی ($F=4/636$; $p=0/035$) در دو گروه مردان در حال بهبودی مواد افیونی و مواد محرک تفاوت معنی‌داری با فاصله اطمینان ۹۵٪ مشاهده شد.

بحث

این پژوهش با هدف مقایسه میزان رفتارهای خودتخریب‌گرانه، باورهای غیرمنطقی و تحمل پریشانی هیجانی در دو گروه مردان در حال بهبودی مواد افیونی و محرک انجام شد. نتایج حاصل از داده‌های پژوهش تفاوت معنی‌داری در دو گروه مورد مطالعه در رفتارهای خودتخریب‌گرانه، باورهای غیرمنطقی و تحمل پریشانی هیجانی نشان داد.

می‌توان 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 بسیاری از جمله باورهای منطقی، افزایش سطح تحمل و آستانه پذیرش هیجانی می‌توانند گرایش به این رفتارهای خودتخریب را کنترل نمایند^[24].

باورهای غیرمنطقی می‌توانند یکی از علل اصلی گرایش افراد به اعتیاد و مواد مخدر باشند که 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 غیرواقعی و غیرمنطقی می‌شود^[25]. اگر فرد در برخورد با رویدادهای زندگی توانایی شناسایی شیوه‌های رویارویی سالم را نداشته باشد در واکنش فعال نسبت به چالش‌های زندگی با دشواری روبه‌رو خواهد شد و برای حل مشکلات زندگی خود به رفتارهای پرخطر و انحرافی پناه می‌برد^[26]. در نتیجه باورهای غیرمنطقی به صورت میانجی عمل کرده و این زمینه را برای نگرش نسبت به مصرف مواد فراهم می‌نماید^[27]. در پژوهش امین‌پور و احمدزاده^[28] نتایج به دست آمده نشان داد که نمره باورهای غیرمنطقی در افراد معتاد بیشتر از افراد عادی است. پژوهش حافظی و ملک‌محمدی^[29] نشان داد که باورهای غیرمنطقی در معتادان ترک‌کننده مواد افیونی به تناسب دیگر مصرف‌کنندگان مواد محرک کمتر است و آنها دارای سلامت عمومی بهتر هستند که با نتایج این تحقیق همسو است. از آنجایی که نمرات بالا در پرسش‌نامه رفتارهای خودتخریبی نشانگر عدم توجه به سلامت است و با توجه به این که مواد مخدر، پس از مدتی وابستگی ایجاد کرده و فرد را معتاد می‌کند و افراد معتاد در کنار مصرف مواد، انواع دیگر رفتارهای خودتخریبی را از خود نشان می‌دهند می‌توان این گونه بیان کرد که افراد معتاد روش‌های مثبت کنترل رفتار را در اختیار ندارند و از طریق روش‌هایی مانند استعمال سیگار، مواد مخدر و داروهای روان‌گردان سعی در افزایش انگیزتگی خود دارند و نسبت به سلامتی خود بی‌اهمیت هستند^[30].

در تبیین این امر می‌توان چنین بیان نمود که به دنبال افزایش طول مدت اعتیاد، اثرات لذت‌بخش مواد، اهمیت خود را از دست می‌دهد و از بین می‌رود و فرد حالت ملالت را تجربه می‌کند و فقط برای غلبه بر حالت خلقی منفی به مصرف بیشتر مواد رو می‌آورد،

که توسط آفامحمدیان شعریاف و همکاران^[23] ساخته شده، شامل ۳۱ سؤال است. این مقیاس به صورت فهرستی از رفتارهای خودتخریب‌گرانه است که ابتدا با بلی یا خیر نوع رفتار را مشخص می‌کند، اگر آزمودنی آن نوع رفتار را داشت، در سه سطح (کمی، زیاد و به شدت) میزان شدت رفتارها را به تصویر می‌کشد. شواهد مربوط به اعتبار و روایی از تحقیقی که روی ۸۷۳ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد صورت گرفته به دست آمده و برای سنجش اعتبار پرسش‌نامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است. مقدار ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۳۶ است که این دلالت بر اعتبار مقیاس اندازه‌گیری قوی در این پرسش‌نامه دارد. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای رفتارهای خودتخریب‌گرانه ۰/۷۹ به دست آمد.

داده‌ها پس از جمع‌آوری، با استفاده از روش تحلیل واریانس چندمتغیره از طریق نرم‌افزار SPSS 24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. لازم به ذکر است که در ابتدا برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و برای بررسی همگنی واریانس‌ها آزمون باکس استفاده شد.

یافته‌ها

در گروه افراد در حال بهبودی از مواد افیونی، ۱۸ نفر در گروه سنی ۳۰-۲۰ ساله، ۱۳ نفر در گروه ۴۰-۳۱ ساله و ۹ نفر در گروه ۵۵-۴۱ ساله و در گروه افراد در حال بهبودی از مواد محرک، ۲۱ نفر در گروه سنی ۳۰-۲۰ ساله، ۱۴ نفر در گروه ۴۰-۳۱ ساله و ۵ نفر در گروه ۵۵-۴۱ ساله قرار داشتند. در مورد وضعیت تحصیلی، در گروه افراد در حال بهبودی ۲۸ نفر دارای مدرک سیکل، ۱۰ نفر دارای مدرک تحصیلی دیپلم و ۲ نفر دارای مدرک تحصیلی لیسانس بودند. در گروه افراد در حال بهبودی مواد محرک نیز ۳۲ نفر مدرک تحصیلی سیکل و ۸ نفر مدرک تحصیلی دیپلم داشتند. از لحاظ وضعیت شغلی نیز تمامی افراد در دو گروه فاقد شغل بودند.

حداقل در یکی از خرده‌مقیاس‌های رفتارهای خودتخریب، باورهای غیرمنطقی و تحمل پریشانی هیجانی در مردان در حال بهبودی مواد افیونی و مواد محرک تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($F=4/402$; $p<0/001$; جدول ۱).

جدول ۱) میانگین نمرات رفتارهای خودتخریب‌گرانه و خرده‌مقیاس‌های باورهای غیرمنطقی و تحمل پریشانی هیجانی در دو گروه (هر گروه ۴۰ نفر)

متغیرها	گروه مواد تحریکی	گروه مواد افیونی
باورهای غیرمنطقی		
نیاز به تایید دیگران	۳۷/۹۷±۶/۵۹	۳۴/۵۷±۵/۱۵
انتظار بالا از خود	۳۶/۷۷±۷/۶۲	۳۳/۹۴±۵/۰۳
تمایل به سرزنش	۳۸/۰۸±۶/۶۳	۳۳/۳۴±۶/۰۸
واکنش نسبت به ناکامی	۳۷/۶۰±۵/۹۰	۳۴/۷۰±۶/۴۲
بی‌مسئولیتی هیجانی	۳۷/۱۴±۷/۰۷	۳۳/۷۱±۴/۸۳
نگرانی زیاد توام با اضطراب	۳۷/۴۵±۶/۵۹	۳۴/۱۷±۵/۰۰
اجتناب از مشکل	۳۶/۶۲±۷/۲۹	۳۳/۱۴±۶/۷۱
وابستگی	۳۷/۹۱±۶/۲۵	۳۳/۶۸±۵/۶۳
درماندگی نسبت به تغییر	۳۶/۲۰±۷/۱۷	۳۵/۴۵±۶/۸۶
کمال‌گرایی	۳۵/۷۷±۶/۷۱	۳۴/۹۱±۶/۳۰
تحمل پریشانی هیجانی		
تحمل پریشانی هیجانی	۳۷/۴۸±۶/۰۷	۳۰/۷۷±۹/۰۱
جذب شدن به وسیله هیجانات منفی	۱۷/۴۰±۲/۰۴	۱۶/۲۸±۲/۴۵
برآورد ذهنی پریشانی	۲۰/۳۱±۲/۸۸	۱۹/۵۷±۳/۰۲
تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی	۱۶/۱۷±۲/۷۹	۱۶/۶۰±۲/۴۷
رفتارهای خودتخریب‌گرانه		
-	۱۷/۷۴±۲/۳۳	۱۶/۵۱±۲/۴۴

مقایسه میزان رفتارهای خودتخریب‌گرانه، باورهای غیرمنطقی و تحمل پریشانی هیجانی در... ۲۱
پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، تحقیقاتی با توجه به
روش‌های زمینه‌یابی در خصوص نقش متغیرهای هیجانی و
شناختی در رفتارهای خودتخریب‌گرانه با توجه به نوع مواد مصرفی
در افراد معتاد انجام شود.

این نتایج از پژوهش نشان‌دهنده سطح تأثیرات شناختی، هیجانی
و رفتاری متفاوت در افراد در حال بهبودی با توجه به نوع مواد
مصرفی و همچنین تبیین‌کننده سطح کمی، کیفی و نوع روش‌های
مداخله توسط درمانگران در درمان افراد معتاد با توجه به نوع مواد
مصرفی است. با توجه به شدت مشکلات شناختی، هیجانی و
رفتاری در افراد در حال بهبودی از مواد محرک به تناسب افراد در
حال بهبودی از مواد افیونی، در زمینه باورهای غیرمنطقی، سطح
پایین آستانه تحمل و رفتارهای خودتخریب در افراد در حال
بهبودی از مواد محرک، استفاده از روش‌های بهبود ساختار اساسی
شناخت و تنظیم هیجانی مانند طرحواره درمانی و شناخت‌درمانی
مبتنی بر ذهن‌آگاهی توسط درمانگران و مشاوران توصیه می‌شود.

نتیجه‌گیری

رفتارهای خودتخریب‌گرانه، باورهای غیرمنطقی و تحمل پریشانی
هیجانی در گروه مردان در حال بهبودی مواد افیونی نسبت به
مردان در حال بهبودی مواد محرک در وضعیت بهتری است.

تشکر و قدردانی: در خاتمه از مسئولان مراکز اقامتی میان‌مدت در
خصوص مجوزهای لازمه و همکاری‌های بهزیستی در جهت
موافقت‌نامه‌ها در خصوص جمع‌آوری نمونه‌ها و از تمامی
شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر با ما همکاری کرده و در
تکمیل پرسش‌نامه‌ها وقت گذاشته و دقت لازم به عمل آوردند،
تشکر و سپاسگزاری می‌کنیم.

تاییدیه اخلاقی: این پژوهش با کد
IR.IAU.AK.REC.1397.019 مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه
آزاد گرگان قرار گرفته است.

تعارض منافع: تعارض منافی وجود ندارد.

سهم نویسندگان: پریا جنگی (نویسنده اول)، نگارنده
مقدمه/نگارنده بحث (۳۰٪)؛ ناهید رامک (نویسنده دوم)،
پژوهشگر کمکی (۳۰٪)؛ علیرضا سنگانی (نویسنده سوم)،
روش‌شناس/تحلیلگر آماری (۴۰٪)

منابع مالی: نویسندگان هیچ گونه حمایت مالی از سازمانی دریافت
نموده‌اند و به‌طور مستقل پژوهش را به انجام رسانده‌اند.

منابع

- Berking M, Wupperman P. Emotion regulation and health: recent findings, current challenges, and future directions. *Curr Opin Psychiatry*. 2012;25(2):128-34.
- Najafi M, Mohammadifar MA, Abdollahi M. Emotional dysfunction and tendency to substance abuse: the role of emotion regulation, distress tolerance and sensation seeking. *Soc Health Addict*. 2015;2(5):53-68. [Persian]
- Rea C, Hockenbury DH, Hockenbury SE. Study guide for psychology. 6th Edition. New York: Worth Publishers; 2012.
- Kashefi T. On the relationship between meta cognitive beliefs and the self-destructive behavior among addicts. *J Torbat Heydariyeh Univ Med Sci*. 2013;1(2):39-45. [Persian]
- Dom G, Hulstijn W, Sabbe B. Differences in impulsivity and sensation seeking between early-and late-onset alcoholics. *Addict Behav*. 2006;31(2):298-308.

زیرا انگیزه تبدیل به مصرف می‌شود تا علایم ترک و خماری را
کاهش دهد^[31]. اثرات خوشایند مصرف مواد با تکرار مصرف مواد
از بین می‌رود، حساسیت به لذت کاهش یافته و طبق نظریه انگیزه
مخالف عصبی مصرف طولانی‌مدت مواد کارکردهای شیمیایی-
عصبی را مختل کرده که باعث انحراف از سیستم تعادل حیاتی
می‌شود^[32]. *خانتریان*^[33] اعتقاد دارد از آنجایی که مصرف‌کنندگان
مواد محرک، هیجانانگیز منفی و بی‌قراری را غیرقابل تحمل و
مستاصل‌کننده توصیف می‌کنند و نمی‌توانند این حالات هیجانی را
بدون اتکا به استعمال مواد مخدر مدیریت کنند، از خواص
فیزیولوژیک و روان‌شناختی مواد برای دستیابی به ثبات هیجانی
استفاده می‌کنند. افراد معتاد به مواد محرک طبق دیدگاه زیستی با
توجه به وابستگی بدنی شدیدتر احتمال رفتارهای وابسته‌گونه در
جهت دریافت این مواد که نوعی تقویت است را به تناسب دیگر
موادها افزایش می‌دهند. از طرفی این مواد محرک مانند
آمفتامین‌ها با توجه به ساختار موجود و مواد تشکیل‌دهنده آن
اثرات و وابستگی به خود مواد را در همان مرتبه نخست ایجاد
می‌نمایند که می‌تواند این ماهیت خود مواد رفتارهای ناسازگارانه
فرد را تحت تأثیر قرار دهد^[34]. از طرفی براساس دیدگاه رفتاری،
شادابی و تحرک بیشتر فرد با مصرف مواد، می‌تواند اشتیاق مثبت
او را منجر شود و فرد مبتلا با توجه به این موضوع در وهله نخست
به خود مواد به‌شدت وابسته می‌شود و به تأثیرات عمیق آن و
همچنین به روش‌هایی که می‌تواند این نیاز را مرتفع سازد نیز
وابسته می‌شود؛ روش‌هایی همانند ارتباط با خانواده و دوستان در
جهت حمایت‌های مادی و معنوی، اما در خصوص مواد افیونی این
تأثیرات کمتر دیده شده است و به نظر می‌رسد که فرد استقلال
رفتاری بیشتری را تجربه نموده است^[35].

با نگاهی به مبانی فیزیولوژیک که در موارد بسیاری نقش اساسی
در مصرف مواد ایجاد می‌کند می‌توان بیان داشت که مصرف مواد
محرک به اختلال در لوب فرونتال که بر عملکرد شناختی-
اجتماعی و همین‌طور بر عملکرد اجرایی همانند حافظه، پردازش
اطلاعات، تجسم فضایی، توجه و تمرکز و خودکنترلی تأثیر دارد
مربوط می‌شود و در نتیجه این عامل، اختلال در توانایی کنترل یا
مهار تکانه‌های پرخاشگرانه به وجود می‌آید که در مواد محرک با
مواد افیونی تأثیرپذیری متفاوتی را نشان می‌دهد^[36]. همچنین از
نظر عصب‌شناختی پرخاشگری، عدم تنظیم و تحمل پریشانی در
هیجانانگیز به مدار پردازش هیجان به‌ویژه آمیگدال و قشر
پیش‌پیشانی مربوط است و آمیگدال مربوط به بیان هیجان و قشر
پیش‌پیشانی مربوط به پردازش هیجان است که افراد
سوءمصرف‌کننده مواد محرک ناپهنجاری در این سیستم را نشان
می‌دهند^[37]. علاوه بر این یکی از مکانیزم‌های عصب شیمیایی که
در بیان پاسخ‌های هیجانی تکانه‌ای وجود دارد مسیر انتقال‌دهنده
عصبی سروتونرژیک است که در مواد محرک با مواد افیونی
تأثیرپذیری متفاوتی را نشان می‌دهد. یک 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 می‌شود^[38]. بر مبنای
این موضوعات، به نظر منطقی می‌رسد که تفاوت حاصله در این
پژوهش با منطقی‌های نظری از جمله دیدگاه زیستی همسو باشد.
از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که پژوهش در یک شهر
و با گروه محدودی انجام شده و نمونه این پژوهش شامل افراد
ساکن شهرستان گرگان بود، بنابراین در تعمیم نتایج به سایر
شهرستان‌های استان باید جوانب احتیاط را رعایت کرد.

- 23- Aghamohammadian Sherbaf HR, Moradian Z, Baensaf Urmieh N. Self-denial behaviors and their causes in Ferdowsi University students at Mashhad city. *Clin Psychol Couns Res*. 2013;2(2):5-24. [Persian]
- 24- Buckner JD, Jeffries ER, Terlecki MA, Ecker AH. Distress tolerance among students referred for treatment following violation of campus cannabis use policy: Relations to use, problems, and motivation. *Behav Modif*. 2016;40(5):663-77.
- 25- Sava FA. Maladaptive schemas, irrational beliefs, and their relationship with the five-factor personality model. *J Cogn Behav Psychother*. 2009;9(2):135-47.
- 26- Nieuwenhuijsen K, Verbeek JHAM, de Boer AGEM, Blonk RWB, van Dijk FJH. Irrational beliefs in employees with an adjustment, a depressive, or an anxiety disorder: A prospective cohort study. *J Ration Emot Cogn Behav Ther*. 2010;28(2):57-72.
- 27- Kim SB, Jang JI. The relationship between adolescents' stress coping behavior and gambling addiction: mediating effect of irrational belief of gambling. *J Korea Acad Ind Coop Soc*. 2016;17(4):85-91.
- 28- Aminpour H, Ahmadzadeh Y. The study and comparison of irrational beliefs in addicted and normal people. *J Res Addict*. 2011;5(17):107-20. [Persian]
- 29- Hafezi F, Malek Mahmoodi M. The study of the relationship between irrational beliefs and general health in addicts with more than one year of abortion in NA meetings and other addicts in Aligudarz town. *Milit Knowledge*. 2010;1(1):63-76. [Persian]
- 30- Sandman CA, Kemp AS. Opioid antagonists may reverse endogenous opiate "dependence" in the treatment of self-injurious behavior. *Pharmaceuticals*. 2011;4(2):366-81.
- 31- Daughters SB, Ross TJ, Bell RP, Yi JY, Ryan J, Stein EA. Distress tolerance among substance users is associated with functional connectivity between prefrontal regions during a distress tolerance task. *Addict Biol*. 2017;22(5):1378-90.
- 32- Black D, Grant J. DSM-5 guidebook: the essential companion to the Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Mansouri Rad, translator. 2nd Edition. Tehran: Arjmand; 2015. [Persian]
- 33- Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry*. 1997;4(5):231-44.
- 34- Kozak AT, Davis J, Brown R, Grabowski M. Are overeating and food addiction related to distress tolerance? An examination of residents with obesity from a US metropolitan area. *Obes Res Clin Pract*. 2017;11(3):287-98.
- 35- Koball AM, Himes SM, Sim L, Clark MM, Collazo-Clavell ML, Mundi M, et al. Distress tolerance and psychological comorbidity in patients seeking bariatric surgery. *Obes Surg*. 2016;26(7):1559-64.
- 36- DiLorenzo TA, David D, Montgomery GH. The interrelations between irrational cognitive processes and distress in stressful academic settings. *Pers Individ Dif*. 2007;42(4):765-76.
- 37- Shams J, Azizi AR, Mirzaei A. Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence. *Hakim Health Syst Res*. 2010;13(1):11-8. [Persian]
- 38- Barlow DH, Hofman SG. Efficacy and dissemination of psychological treatments. In *The science and practice of cognitive behaviour therapy*. Clark DM, Fairburn CG, editors. Oxford: Oxford University Press; 1997.
- 6- Tonetti L, Adan A, Caci H, De Pascalis V, Fabbri M, Natale V. Morningness-eveningness preference and sensation seeking. *Eur Psychiatry*. 2010;25(2):111-5.
- 7- Lindgren KP, Neighbors C, Blayney JA, Mullins PM, Kaysen D. Do drinking motives mediate the association between sexual assault and problem drinking? *Addict Behav*. 2012;37(3):323-6.
- 8- Litt MD, Kadden RM, Cooney NL, Kabela E. Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71(1):118-28.
- 9- Dadkhahi S, Mahmoud Fakheh H. Comparison of family functioning, irrational beliefs and self-concept in addicted and non-addicted youth. *J Islamic Res Women Fam*. 2015;3(1):63-76. [Persian]
- 10- Dastgheib Z, Narimani M, Ghobadi Dashedbi K, Hosseini F, Gharlipour Z, Imanzad M, et al. Comparing irrational beliefs and happiness in intelligent and normal students. *J Ilam Univ Med Sci*. 2014;22(3):27-33. [Persian]
- 11- Esmaeilinasab M, Andami Khoshk A, Azarmi H, Samar Rakhi A. The predicting role of difficulties in emotion regulation and distress tolerance in students' addiction potential. *Q J Res Addict*. 2014;8(29):49-63. [Persian]
- 12- Zvolensky MJ, Bernstein A, Vujanovic AA. Distress tolerance: theory, research, and clinical application. New York: Guilford Press; 2011.
- 13- Ghasem Boroujerdi F, Safa M, Karamloo S, Masjedi M. Effectiveness of mindfulness based on cognitive therapy, on distress tolerance and dysfunctional attitudes in patients with chronic obstructive pulmonary diseases. *J Res Psychol Health*. 2014;8(4):6-7. [Persian]
- 14- Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide. New York: Guilford Press; 2011.
- 15- Marshall-Berenz EC, Vujanovic AA, MacPherson L. Impulsivity and alcohol use coping motives in a trauma-exposed sample: The mediating role of distress tolerance. *Pers Individ Dif*. 2011;50(5):588-92.
- 16- Kaiser AJ, Milich R, Lynam DR, Charnigo RJ. Negative urgency, distress tolerance, and substance abuse among college students. *Addict Behav*. 2012;37(10):1075-83.
- 17- Berking M, Wirtz CM, Svaldi J, Hofmann SG. Emotion regulation predicts symptoms of depression over five years. *Behav Res Ther*. 2014;57:13-20.
- 18- Alizadeh A, Hasanzadeh L, Mahmoud Aliloo M, Poursharifi H. Predict of worry based on behavioral activation and inhibition systems (BAS/BIS), cognitive emotion regulation and intolerance of uncertainty in students. *J Cogn Psychol*. 2014;2(3):1-11. [Persian]
- 19- Moschak TM, Terry DR, Daughters SB, Carelli RM. Low distress tolerance predicts heightened drug seeking and taking after extended abstinence from cocaine self-administration. *Addict Biol*. 2018;23(1):130-41.
- 20- Saatchi M, Kamkari K, Askarian M, et al. Psychological tests. 2nd Edition. Tehran: Virayesh Publishing; 2011. [Persian]
- 21- Simons JS, Gaher RM. The distress tolerance scale: development and validation of a self-report measure. *Motiv Emot*. 2005;29(2):83-102.
- 22- Alavi K, Modarres Gharavi M, Amin Yazdi SA, Salehi Fadardi J. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. *J Fundam Ment Health*. 2011;13(50):35-124. [Persian]