

## روابط ساختاری خطرپذیری و دشواری در نظم‌بخشی هیجان با گرایش به عود اعتیاد در بیماران تحت درمان نگه‌دارنده با متادون: نقش میانجی تحمل آشفتگی و انعطاف‌پذیری شناختی

سجاد رضائی<sup>۱</sup>، امیر قربان‌پور لقمجانی<sup>۲</sup>، عامر فیضی لپوندانی<sup>۳</sup>، مهسا جهانگیرپور<sup>۴</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۰۲

### چکیده

**هدف:** هدف این پژوهش بررسی روابط ساختاری خطرپذیری و دشواری در نظم‌بخشی هیجان با گرایش به عود اعتیاد در بیماران تحت درمان نگه‌دارنده با متادون با توجه به نقش میانجی تحمل آشفتگی و انعطاف‌پذیری شناختی بود. **روش:** طرح پژوهش، توصیفی-همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل کلیه معتادان تحت درمان نگه‌دارنده با متادون شهر رشت در سال ۱۳۹۸ بودند. تعداد ۲۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری متوالی انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها از طریق آزمون‌های انعطاف‌پذیری شناختی، تحمل آشفتگی، دشواری در نظم‌بخشی هیجانی، خطرجویی و مقیاس کوتاه ولع مصرف مواد انجام شد. **یافته‌ها:** الگوی نهایی پس از اصلاح (یعنی حذف مسیر دشواری در نظم‌بخشی هیجان به سمت گرایش به عود اعتیاد) و آزاد کردن تعدادی از خطاهای کوواریانس برازش خوبی با داده‌ها داشت. نتایج نشان داد که ضرایب مسیر مستقیم بین خطرپذیری با انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل آشفتگی، منفی و معنی‌دار و با گرایش به عود اعتیاد، مثبت و معنی‌دار است. همچنین مسیر مستقیم بین دشواری در نظم‌بخشی هیجان با انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل آشفتگی، منفی و معنی‌دار بود. رابطه متغیرهای میانجی، یعنی انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل آشفتگی با گرایش به عود اعتیاد، منفی و معنی‌دار بود. مسیرهای غیرمستقیم خطرپذیری و دشواری در نظم‌بخشی هیجان به سوی گرایش به عود اعتیاد از طریق میانجی‌گری انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل آشفتگی معنی‌دار بودند. **نتیجه‌گیری:** رفتارهای خطرجویانه و توانایی اندک در تنظیم هیجانات شدید، ماشه‌چکان عوداعتیاد هستند و پیشنهاد می‌شود در برنامه درمانی معتادان تحت درمان مهارت‌های تقویت‌کننده کنترل رفتاری و تنظیم هیجان گنجانده شده و مداخلاتی برای بهبود انعطاف‌پذیری شناختی و افزایش تحمل آشفتگی طرح‌ریزی گردد.

**کلید واژه‌ها:** عود اعتیاد، خطرجویی، نظم‌بخشی هیجان، تحمل آشفتگی، انعطاف‌پذیری شناختی

۱. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. پست الکترونیک:

Rezaei\_Psy@hotmail.com

۲. استادیار، گروه مشاوره و علوم تربیتی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۴. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

## مقدمه

اعتیاد به مواد یک اختلال پایدار است که با رفتار تکانشی برای یافتن و مصرف مواد و اختلالات انگیزشی شدید و از دست دادن تسلط رفتاری همایند است (توکلیان و ابوالقاسمی، ۲۰۱۶). اعتیاد به موادمخدر، یکی از آسیب‌های اجتماعی و عامل تهدیدکننده‌ی سلامتی در قرن حاضر تلقی می‌شود. این اختلال رایج‌ترین مشکل روانپزشکی است که از برهم‌کنش عوامل ژنتیکی و محیطی مثل ناهنجاری‌های رشدی و وضعیت نامطلوب روانی-اجتماعی ناشی می‌شود (پیتس و رایلی، ۲۰۰۹). سوء مصرف مواد نه تنها بر سلامت و رفتار افراد اثرات جبران‌ناپذیری دارد، بلکه با هزینه‌های بالای اجتماعی همراه است و به توسعه و انسجام اجتماعی لطمه می‌زند (اوزیر و ایرامی، ۲۰۱۶). از جمله هزینه‌های اجتماعی مصرف مواد می‌توان به بیماری‌های ناشی از مصرف مواد و تحمیل هزینه‌های گزاف به سیستم مراقبت بهداشتی، افزایش جرم و جنایت، هزینه‌های مربوط به سیستم قضایی، اثرات مصرف مواد بر پیشرفت تحصیلی، بهره‌وری شغلی و هزینه‌های ناشی از آن بر جامعه اشاره کرد (ظهربیان و فیلیپسون، ۲۰۱۰).

نظر به اینکه برنامه‌های درمانی سوء مصرف مواد، هزینه مالی گزافی را بر دوش جوامع می‌گذارد (هاروپ و کاتالانو، ۲۰۱۶)، سبب‌شناسی و پیشگیری از عوامل اثرگذار بر گرایش به مواد ضرورت پیدا می‌کند (دنی و کانور، ۲۰۱۶). به همین دلیل، حجم زیادی از پژوهش‌ها در علوم رفتاری بر شناسایی متغیرهای روان‌شناختی اثرگذار بر پیشگیری عود اعتیاد و گرایش به سوء مصرف مواد تمرکز کرده‌اند، به این امید که شناسایی عوامل اثرگذار به راهبردهای مؤثری برای جلوگیری از سوء مصرف مواد منجر شود (مک کانل، میمتوویچ و رچاردسون، ۲۰۱۴). از این رو با شناخت نقص‌ها و مشکلات شخصیتی و روان‌شناختی این افراد می‌توان از یک سو به درمان آن‌ها بیشتر کمک کرد و از سوی دیگر به جای درمان صرف وابستگی، می‌توان با درمان اختلالات همبود و رفع نقایص

۱۶۸

168

سال شانزدهم، شماره ۳، بهار ۱۴۰۱  
Vol. 16, No. 63, Spring 2022

1. Pates & Riley
2. Ouzir & Errami
3. Zohrabian & Philipson
4. Harrop & Catalano

5. Denney & Connor
6. McConnell, Memetovic & Richardson

آن‌ها، از عود وابستگی و سوء مصرف مواد جلوگیری کرده و هزینه‌های انسانی و مالی ناشی از آن را کاهش داد. بنابراین با توجه به مشکلات فردی و اجتماعی ناشی از مصرف مواد، فهم عامل‌های خطری که الگوهای مختلف مصرف را پیش بینی می‌کنند، برای هدایت بهتر تلاش‌های پیشگیرانه و درمانی ضروری است. اگرچه عوامل متعددی ممکن است با شروع و حفظ مصرف مواد مرتبط باشد، اما اختلال در نظم‌دهی هیجانی (دیر، بنکس، زوپلسکی، مک‌اینتیر و لافورگ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶؛ داودی، عشرتی و زرگر، ۱۳۹۳) و خطرپذیری (ریسر<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۹، کریک، نیلسن، باتلمن و لافورگ<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵؛ مشمول حاجی آقا و ابوالقاسمی، ۱۳۹۵) از جمله عواملی هستند که در سال‌های اخیر حجم عظیمی از پژوهش‌های مرتبط با رفتارهای اعتیادی را به خود اختصاص داده‌اند و نقش آن‌ها در انواع مختلف این اختلال آسیب‌زا و پرخطر مورد توجه قرار گرفته است.

خطرپذیری رفتاری است که به موجب آن، فرد خود را در معرض آسیب جسمی، روانی و حتی مرگ قرار می‌دهد. پذیرش خطر به عنوان قرارداد خود در معرض یک آسیب یا صدمه و خطر تعریف شده است (موری و پارسونس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰). خطرپذیری علاوه بر این که انجام رفتارهای پرخطر را در برمی‌گیرد، به آسیب‌پذیری از سوی محیط و نزدیکان و نیز گرایش‌ها، تمایلات و باورهای نادرست و تهدیدکننده فرد در مورد رفتارهای پرخطر نیز اشاره دارد (احمدی، عسگری و توقیری، ۱۳۹۲). افراد دارای خطرپذیری بالا خود را بیشتر در معرض رفتارهای نابهنجار قرار می‌دهند. در این راستا اسکالیس<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۱۴) گزارش نمودند خطرپذیری افراد نقش موثری در تجربه‌ی مصرف مواد دارد. همچنین لی و پارک<sup>۶</sup> (۲۰۱۵) خاطر نشان ساختند بین خطرپذیری و مصرف مواد و سیگار رابطه مستقیم وجود دارد. لیندگرم، مولینز، نی بور و بلینی<sup>۷</sup> (۲۰۱۰) نیز نشان دادند که بین خطرپذیری با مصرف مواد (الکل، مواد مخدر و داروهای توهمز)

1. Dir, Banks, Zapolski, McIntyre & Hulvershorn  
2. Rieser  
3. Kreek, Nielsen, Butelman & LaForge

4. Moore & Parsons  
5. Scalese  
6. Lee & Park  
7. Lindgren, Mullins, Neighbors & Blayne

رابطه مستقیم وجود دارد. دوهرتی، اپل و مورفی<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) نیز به این نتیجه رسیدند که بین رفتارهای خطرپذیرانه با مصرف الکل، استعمال مواد مخدر، رفتار تهاجمی و رفتار نامشروع رابطه وجود دارد. از طرفی با توجه به نظریه سطح بهینه برانگیختگی<sup>۲</sup>، افراد خطرپذیر و هیجان‌طلب برای رسیدن به سطح برانگیختگی، به تجارب تازه و جدیدی نیاز دارند و ممکن است برخی از افراد سوء مصرف مواد را به عنوان یک تجربه جدید انتخاب کنند. مشخص شده است که نیاز به تجربه‌های نو و فرار از یکنواختی در افراد دارای خطرپذیری و هیجان‌خواهی بالا می‌تواند عامل موثری در گرایش به سوء مصرف مواد باشد (شولتز و شولتز<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶).

مطالعات نیز نشان داده‌اند که مصرف مواد می‌تواند باعث آسیب‌های نوروپسیکولوژیک از جمله آسیب به عملکردهای هیجانی و شناختی شود (وردیجو، بچرا، رکنور و گارسیا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). شواهد حاکی از آن است که مصرف مواد به عنوان یک رفتار آسیب‌زا، ناشی از نقص در کارکردهای اجرایی-هیجانی و مشکل در خودتنظیمی هیجان است (نیک‌منش، کاظمی و خسروی، ۲۰۱۵). زیرا هیجان‌خواهی زیاد و ناتوانی در تنظیم هیجانات منجر به رفتارهای پرخطر از جمله مصرف مواد خواهد شد. در این زمینه محققان (مدنی‌فرد، نمایی و جعفرنیا، ۱۳۹۵؛ نجفی، محمدی‌فر و عبدالحی، ۱۳۹۴) دریافتند که افراد وابسته به مصرف مواد از قابلیت تنظیم شناختی هیجان کمتری نسبت به افراد عادی برخوردارند و در مقایسه با افراد عادی کمتر از شیوه‌های سازنده در حل مساله استفاده می‌کنند.

منظور از تنظیم هیجان توانایی کنترل تجارب هیجانی و ابراز مناسب و انطباقی و به موقع هیجانات منفی است که از طریق تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و ارزیابی مثبت پدیده‌های پیش رو بر توان مقابله‌ای افراد و تاب‌آوری آن‌ها اثر می‌گذارد (مین، یو، لی و چائه<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳). ابراز مناسب هیجانات که ناشی از تنظیم درست آن می‌باشد پیامدهای موفقیت‌آمیزی برای سلامت روان افراد در پی دارد (کونولی و کونولی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹)؛ به‌طوری

1. Doherty, Appel & Murphy  
2. optimal level of arousal theory  
3. Schultz & Schultz

4. Verdejo-García, Bechara, Recknor  
& Perez-Garcia  
5. Min, Yu, Lee & Chae  
6. Conoley & Conoley

که وقتی فرد هیجان‌های مثبت را تجربه می‌کند می‌تواند احتمالات و امکانات هیجانی و رفتاری بیشتری را در نظر بگیرد. از آنجا که تنظیم هیجان نقش محوری در تحول بهنجار داشته و ضعف آن، عاملی مهم در ایجاد اختلال‌های روانی به شمار می‌رود، نظریه پردازان بر این باورند افرادی که قادر به مدیریت صحیح هیجان‌های خود در برابر رویدادهای روزمره نیستند، به میزان بیشتری نشانه‌های تشخیصی اختلالات روانی را نشان می‌دهند و کیفیت زندگی در این افراد اُفت قابل ملاحظه‌ای خواهد داشت (لوئیس و استیین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). در این زمینه مطالعات نشان داده‌اند که تنظیم شناختی هیجان یکی از تعیین کننده‌های تاب‌آوری افراد در مقابل فشارهای مختلف است (مستری، نانزلزانو، مولینرو و گایل<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷؛ باغ‌جاری، سعادت‌ی و اسماعیلی‌نسب، ۲۰۱۷؛ محمودی و قائمی، ۱۳۹۶). علاوه بر آن مشخص شده است سطوح پایین مهارت در تنظیم هیجان با خطر شروع زود هنگام مصرف مواد و مشکلات مربوط به آن (ویلز، پوکرل، ماری‌هاوس و فنستر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱)، خطر وابستگی به مواد (ویلز، سیمونز، سوسمن و نایت<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶)، حفظ اثرات درمان سوء مصرف مواد و سوء مصرف مواد در دانشجویان در ارتباط است. مطالعات طول‌عمر نیز آشکار ساخته‌اند که تنظیم هیجان قادر است رخداد مصرف مواد، سطوح سلامت روانی و جسمانی را به‌طور قابل ملاحظه‌ای پیش‌بینی کند (موفیت<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۱). تنظیم هیجان چند مولفه دارد از جمله: آگاهی و فهم هیجان‌ها، پذیرش هیجان‌ها، توانایی کنترل رفتارهای تکانشی و انجام رفتارها همسو با اهداف مطلوب و توانایی استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان مناسب با موقعیت (زارعی، مومنی و محمدخانی، ۲۰۱۸). راهبردهای تنظیم هیجان زمانی به کار برده می‌شوند که فرد رویدادهای هیجانی را به عنوان کمک کننده یا مخل دستیابی به اهداف ارزیابی کند (کالیا و نافت<sup>۶</sup>، ۲۰۲۰).

افراد دارای مشکل در تنظیم هیجان به گونه‌های مختلف به فشارها پاسخ می‌دهند و این پاسخگویی تابعی است از متغیرهای دیگر از جمله تحمل کم افراد در برابر آشفتگی که با

1. Lewis, & Stieben  
2. Mestre, Núñez-Lozano, Gómez-Molinero & Guil  
3. Wills, Pokhrel, Morehouse & Fenster

4. Wills, Simons, Sussman & Knight  
5. Moffitt  
6. Kalia & Knauff

تنظیم هیجان‌ات ارتباط دارد (پیارتی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵). طبق نظریه خود درمانی<sup>۲</sup>، اعتیاد به مواد مخدر در حکم ابزاری جهت تعدیل عواطف استرس‌زا است. مصرف‌کنندگان مواد هیجان‌ات منفی و بی‌قراری را غیر قابل تحمل و مستأصل‌کننده توصیف می‌نمایند و نمی‌توانند این حالات هیجانی را بدون اتکا به مواد مدیریت و تحمل نمایند؛ در نتیجه از خواص فیزیولوژیکی و روان‌شناختی مواد جهت تنظیم و تعدیل هیجان‌ات منفی‌شان و دستیابی به ثبات هیجان استفاده می‌نمایند. بنابراین اختلال در تنظیم هیجان این افراد در کنار تحمل آشفتگی پایین از علل روی آوردن به اعتیاد است. به نظر می‌رسد تحمل آشفتگی پایین این افراد، آن‌ها را مجبور به یافتن راهی فوری برای خلاصی از هیجان‌ات نامطلوب می‌کند. تحمل پریشانی اغلب به عنوان توانایی ادراک شده فرد برای تجربه و تحمل حالت‌های هیجانی منفی یا توانایی رفتاری در مداومت بر رفتار معطوف به هدف در زمان تجربه‌ی پیشانی عاطفی تعریف می‌شود (فروزانفر، ۱۳۹۶). تحمل آشفتگی که به معنای توانایی مدیریت اثربخش عواطف و هیجان‌ات منفی است از طریق ایجاد تاب‌آوری در برابر افسردگی، اضطراب و سوء مصرف مواد بر سلامت جسمانی و روانی اثرات سازنده برجای می‌گذارد. تحمل آشفتگی بالا قادر است از طریق ارتقای توان تصمیم‌گیری فرد برای تنظیم هیجان‌ات و بروز رفتارهای انطباقی هیجانی، از بروز مشکلات در سلامت روان پیشگیری نماید. در واقع توان بالای تحمل آشفتگی جلوی تنظیم غیرانطباقی هیجان را می‌گیرد و زمینه‌ساز رفتارهای تنظیم هیجان انطباقی خواهد شد (لارازابل کاریلو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹؛ هاشمی، سیافی و اندامی، ۱۳۹۸). افراد با تحمل بالای آشفتگی قادر هستند حالات روان‌شناختی منفی را تحمل نمایند، در حالی که افراد با تحمل پایین آشفتگی برای تسکین تجربیات آزاردهنده درونی گرایش دارند به رفتارهای جبرانی پردازند (سیمونز و گاهر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). پژوهش‌ها نشان داده است که سطوح بالای عدم تحمل آشفتگی با سطوح بالای مصرف مواد (شاکری و همکاران، ۲۰۲۰؛ براندون<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۳؛ اسماعیلی نسب، اندامی، آذرمی و ثمرخی، ۱۳۹۳؛ نجفی و همکاران، ۱۳۹۴)، خطر فزاینده ابتلا و رشد

1. Pearte  
2. Self-Medication Theory (SMH)  
3. Larrazabal Carrillo

4. Simons & Gaher  
5. Brandon

اختلالات مصرف مواد (زولنسکی، برنشتاین و ووجانویچ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱) و خطر فزاینده عود مصرف مواد (دوترز<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۵) مرتبط است. تحمل کم در برابر آشفته‌گی باعث می‌شود که افراد به طور تکانشی به دنبال لذت باشند و لذا به سمت رفتارهای پرخطر از جمله مصرف مواد مخدر حرکت کنند (پولتون و هستر<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰). در این زمینه محققان خاطرشان ساختند که دشواری در تنظیم هیجان و میزان تحمل پریشانی به طور مستقیمی بر خطرپذیری و گرایش به رفتار اعتیادی موثر است (اسلام‌پناه، مهدیان و جاجرمی، ۱۳۹۸). عامل دیگری که با تنظیم هیجانات ارتباط تنگاتنگی دارد انعطاف‌پذیری شناختی<sup>۴</sup> است (شباهنگ، بشارت، نیکوگفتار و باقری، ۱۳۹۸) که مشخص شده است سطوح آن در افراد وابسته به مواد بسیار کمتر از افراد بهنجار است (زندکریمی و رمضان، ۱۳۹۶). این سازه بر مصرف مواد و عود آن عاملی اثرگذار فرض است و می‌تواند تاثیر سایر عوامل اثرگذار بر مصرف مواد و عود اعتیاد را تعدیل نماید. انعطاف‌پذیری شناختی یکی از خصیصه‌های مهم روان‌شناختی است (روزا-آلکازار<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰) که بر طبق نظر برخی متخصصان زیربنای شکل‌گیری اعتیاد است (فیلیپس<sup>۶</sup>، ۲۰۱۱). انعطاف‌پذیری شناختی یک الگوی مفهومی بر اساس نظریه یادگیری شناختی است که به عنوان توانایی جمع‌آوری مجدد عناصر متنوع دانش برای متناسب کردن نیازهای یک موقعیت حل مسئله مشخص تعریف می‌شود (زندکریمی و یزدی، ۱۳۹۵). ضعف در کارکرد اجرایی (که جزئی از انعطاف‌پذیری شناختی است) سبب می‌شود که این افراد در مواجهه با موقعیت‌های پرخطر اقدام به رفتارهای کنترل نشده و پرمخاطره از جمله مصرف و سوءمصرف مواد داشته و همچنین در برخورد با یک مشکل در مسیر رسیدن به هدف، قادر به استفاده از شیوه‌های مختلف جهت حل آن مشکل نباشند. به عبارت دیگر انعطاف‌پذیری شناختی لازم جهت حل مسأله هنگام مواجهه با مشکل را نداشته باشند و در نتیجه به سمت مصرف مواد گرایش پیدا کنند (بورتون، پاکِنَهَم و براون<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰).

1. Zvolensky, Bernstein & Vujanovic  
2. Daughters  
3. Poulton & Hester  
4. cognitive flexibility

5. Rosa-Alcázar  
6. Phillips  
7. Burton, Pakenham & Brown

انعطاف‌پذیری شناختی این امکان را میسر می‌کند یک شخص بتواند به راحتی در موقعیت‌های جدید چشم اندازه‌ها و رویکردها را تغییر دهد. در واقع پردازش اطلاعات شناختی و انطباق با شرایط جدید برای این افراد راحت‌تر رقم می‌خورد (آریچی-اوزکان، چه کیچی، ارسلان<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹). انعطاف‌پذیری شناختی نقش مهمی در سازگاری افراد با تغییرات روزمره در محیط زندگی ایفا می‌کند (گابریس، تابری، آنیسمن و متسون<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸). افراد دارای انعطاف‌پذیری شناختی بالا قادرند تا راهبردهای پردازش شناختی را برای مواجهه با شرایط غیرمنتظره و جدید در محیط ارزیابی مجدد کنند و تغییر دهند (رام، چاندران، سادار و گوداپا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹؛ جانسون<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶). به‌طور کلی، توانایی تغییر آمیة‌های شناختی به منظور سازگاری با محرک‌های در حال تغییر محیطی، عنصر اصلی در تعاریف انعطاف‌پذیری شناختی است (دنيس و وندروال<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰) و افراد انعطاف‌پذیر قادرند برای رفع تقاضاهای محیطی و اهداف شخصی به‌طور انطباقی پاسخ‌های سازگارانه بدهند تا به بهزیستی روانی برسند (موریس و مانسل<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸). از طرفی مصرف مواد با آسیب‌هایی در عملکرد شناختی از جمله حل مسئله، برنامه‌ریزی، سازماندهی، یادگیری مطالب جدید، توانایی دیداری-فضایی، انعطاف‌پذیری شناختی و مهارت‌های به یادسپاری مرتبط دانسته شده است (ناجیت<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). به علاوه تحقیقات پیشین مبین این یافته بودند که مردان سیگاری از نظر کارکردهای شناختی اجرایی مغز در آزمون‌های ردیابی و فراخوانی اعداد ضعیف‌تر از مردان غیرسیگاری هستند (احمدی و بزازمنصف، ۱۳۹۴).

روی هم رفته به نظر می‌رسد خطرپذیری و دشواری در نظم‌بخشی هیجانات ارتباط نزدیکی با هم داشته باشد که این امر در گرایش به سمت مواد اثرگذار تلقی می‌شود. از طرفی رابطه بین متغیرهای پیش‌بین و وابسته در تمامی موارد رابطه‌ای خطی نیست و در این بین عوامل دیگری نیز نقش‌آفرینی می‌کنند. در این پژوهش باتوجه به مبانی نظری و پژوهشی بیان‌شده، فرضیه اصلی این است که متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل

1. Arici-Ozcan, Cekici & Arslan  
2. Gabrys, Tabri, Anisman & Matheson  
3. Ram, Chandran, Sadar & Gowdappa

4. Johnson  
5. Dennis & VanderWal  
6. Morris & Mansell  
7. Najt



آشفته‌گی می‌توانند در رابطه بین خطرپذیری، دشواری در نظم بخشی هیجان و گرایش به سمت مواد میانجی‌گری نموده و یا به بیان دیگر در برابر عوامل مخرب نظیر خطرپذیری و دشواری در نظم بخشی هیجان در گرایش به عود اعتیاد، نقشی محافظتی برای مصرف کنندگان مواد ایفا نمایند.

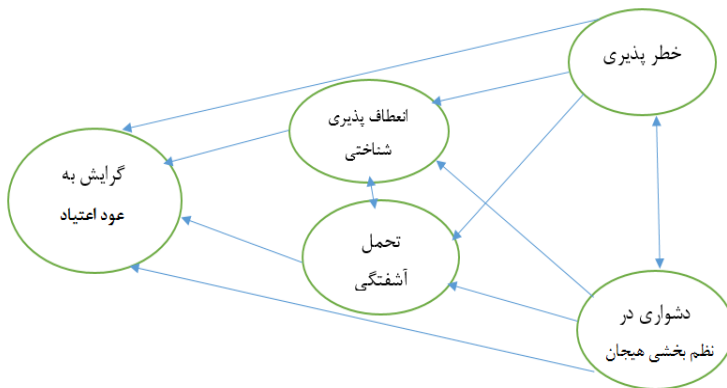
در مورد متغیر میانجی اول، مارشال-برنزارین، ووجانوویچ و مک‌فرسون<sup>۱</sup> (۲۰۱۱) در تحقیق خود نشان دادند که تحمل پریشانی در رابطه بین تکانشگری و مصرف الکل نقش میانجی ایفا می‌کند. همچنین پاتر<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهش خود نشان دادند که تحمل آشفته‌گی، نقش میانجی در رابطه بین شدت علائم استرس پس از سانحه و استفاده از ماری‌جوانا به عنوان یک روش مقابله‌ای دارد. علی، گین، دوترز و لخورز<sup>۳</sup> (۲۰۱۷) نیز نشان دادند که سطح بالاتر تحمل آشفته‌گی، شرایط بیرونی مطلوب، انگیزه درونی بالاتر و آمادگی بیشتر برای درمان، شاخص‌های مهمی در پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد است. سمکو، بیلسکی، لوئیس و لین-فلدنر<sup>۴</sup> (۲۰۱۶) گزارش نمودند که تحمل آشفته‌گی یک معیار آسیب‌پذیری عاطفی است که با انگیزه‌های مصرف ماری‌جوانا مرتبط است. عزیززی، میرزایی و شمس (۱۳۸۹) به این نتیجه رسیدند که بین تحمل آشفته‌گی و تنظیم هیجانی با وابستگی به سیگار به ترتیب همبستگی منفی و مثبت وجود دارد.

در رابطه با متغیر میانجی دوم، شیخ‌الاسلامی، کیانی، احمدی و سلیمانی (۱۳۹۵) دریافتند که بین سیستم بازدارنده‌ی رفتاری، انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل آشفته‌گی با گرایش به مصرف مواد رابطه‌ی منفی وجود دارد و انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل آشفته‌گی از جمله مهم‌ترین همبسته‌های گرایش به مصرف مواد مخدر هستند. همچنین مشخص شده است در دانش‌آموزان دارای سطوح بالاتر گرایش به اعتیاد، خطرپذیری و تحریف شناختی بیشتر دیده می‌شود (مشمول‌حاجی آقا و ابوالقاسمی، ۱۳۹۵) و سطوح کارکردهای شناختی اجرایی در گروه مردان غیرسیگاری بهتر از مردان سیگاری است (احمدی و بزازمنصف، ۱۳۹۴).

1. Marshall-Berenz Erin, Vujanovic Anka & Mac Pherson  
2. Potter

3. Ali, Green, Daughters & Lejuez  
4. Semcho, Bilsky, Lewis & Leen-Feldner

مطالعات پیشین تایید می‌کنند که مصرف مواد تعیین‌کننده‌های شناختی و هیجانی دارد (وردیجو-گارسیا و همکاران، ۲۰۰۶) که از میان آن‌ها نظم‌جویی هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی از جمله بهترین شاخص‌های تشخیصی افراد معتاد می‌باشد (شریفی، موسوی، حسنی، ۱۳۹۷). از این رو با توجه به پیشینه نظری و پژوهش‌های گذشته، مطالعه حاضر با هدف بررسی روابط ساختاری خطرپذیری و دشواری در نظم‌بخشی هیجان با گرایش به عود اعتیاد با توجه به نقش میانجی انعطاف‌پذیری شناختی و آشفته‌گی در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون انجام شد تا به این سوال پاسخ داده شود که آیا مدل مفهومی پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار است؟ شکل ۱ الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر را نشان می‌دهد.



شکل ۱: روابط ساختاری خطرپذیری و دشواری در نظم‌بخشی هیجان با گرایش به عود اعتیاد با میانجی‌گری تحمل آشفته‌گی و انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون

## روش

### جامعه‌ی آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی (معادلات ساختاری) است. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون در شهر رشت در سال ۱۳۹۸ بود که سابقه وابستگی به مصرف مواد داشتند. به منظور تعیین برازش روابط مدل ساختاری از معیار توصیه شده‌ی یک به ده<sup>۱</sup> پاسخ‌دهنده به ازای هر پارامتر آزاد (بنتلر و

چو<sup>۱</sup>، ۱۹۸۷) استفاده شد. با توجه مدل ساختاری پیشنهاد شده و وجود ۲۴ پارامترهای آزاد به ۲۴۰ نمونه نیاز است. اما به منظور مقابله با افت حجم نمونه و تکمیل ناقص سوالات از سوی شرکت کنندگان، ۲۰ بیمار به صورت افزوده نمونه گیری شدند که حجم نمونه نهایی ۲۶۰ نفر محاسبه شد. به منظور شروع نمونه گیری ابتدا تمامی مراکز دولتی و خصوصی تحت نظارت سازمان بهزیستی در شهر رشت لیست شدند و سپس به طور تصادفی دو مرکز از میان آن مراکز انتخاب شد. با هماهنگی با مدیر مرکز درمانی مختص متادون درمانی، از مددجویان واجد شرایط تحت درمان با متادون پس از کسب رضایت آگاهانه به صورت متوالی<sup>۲</sup> نمونه گیری به عمل آمد. به طور کلی معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد ذیل بود: دامنه سنی ۱۸ تا ۶۵ سال، داشتن سابقه وابستگی به مواد بر حسب ویراست پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی<sup>۳</sup>، طی نمودن درمان نگهدارنده با متادون حداقل به مدت ۳۰ روز، مستقر بودن در مرحله نگهدارنده درمان (یعنی دوز تثبیت متادون در آن‌ها یافت شده است)، عدم پیشینه بیماری طبی مزمن (براساس شرح حال بیمار) و نداشتن سوء مصرف همزمان مواد (بر اساس آزمایش ادرار). معیارهای خروج از مطالعه شامل مشاهده هرگونه علائم بازگیری<sup>۴</sup> ناشی از مواد (نشان‌دهنده تثبیت نبودن بیمار) و سوء مصرف مواد (به غیر از وابستگی به نیکوتین) است. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و مدلسازی معادلات ساختاری استفاده شد و در تمامی تجزیه و تحلیل‌های آماری از نسخه ۲۲ نرم افزار اس پی اس اس و ایموس استفاده گردید. همچنین برای آزمون معنی‌داری مسیرهای غیرمستقیم از تحلیل بوت‌استرپ در برنامه ماکرو پریچر و هاینز<sup>۵</sup> (۲۰۰۸) بهره برده شد.

1. Bentler & Chou  
2. consecutive  
3. Diagnostic and Statistical Manual  
of Mental Disorders, 5th Edition:  
DSM-5

4. withdrawal  
5. Preacher & Hayes

## ابزارها

۱- پرسشنامه‌ی انعطاف‌پذیری شناختی<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط دنیس و وندروال (۲۰۱۰) طراحی شده و یک ابزار خودگزارشی کوتاه ۲۰ گویه‌ای است که برای ارزیابی نوعی از انعطاف‌پذیری شناختی که برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمد لازم است، استفاده می‌شود. شیوه‌ی نمره‌گذاری آن براساس یک مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت است که به گویه‌ی بسیار مخالفم عدد ۱ و به گویه‌ی بسیار موافقم عدد ۷ تعلق می‌گیرد. حداکثر نمره ۱۴۰ و حداقل نمره ۲۰ است. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر است. مؤلفه‌های آن شامل: عامل ادراک شرایط مختلف، عامل ادراک کنترل‌پذیری و عامل ادراک توجیه رفتار می‌باشد. دنیس و وندروال (۲۰۱۰) نشان دادند که این پرسشنامه دارای ساختار عاملی، روایی همگرا و روایی همزمان مطلوبی است. آن‌ها دریافتند دو عامل ادراک شرایط مختلف و ادراک توجیه رفتار یک معنی دارند و عامل کنترل به عنوان خرده مقیاس دوم در نظر گرفته شد. روایی همگرای آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین<sup>۲</sup>، ۰/۷۵ برآورد شده است. این محققان ضریب آلفای کرونباخ را برای کل ابزار، ادراک کنترل‌پذیری و ادراک گزینه‌های مختلف به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۸۴ و با روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۷۷ گزارش نمودند (دنیس و وندروال، ۲۰۱۰). در ایران، ضریب پایایی بازآزمایی کل پرسشنامه را ۰/۷۱ و خرده مقیاس‌های ادراک کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار را به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۷۲ و ۰/۵۷ گزارش کرده‌اند. این پژوهشگران ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹ و ۰/۵۵ گزارش نموده‌اند (سلطانی، شاره، بحرینیان و فرمانی، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای تمام گویه‌های این ابزار ۰/۹۳ به دست آمد.

۲- پرسشنامه‌ی تحمل آشفتگی<sup>۳</sup>: شاخصی خودسنجی برای تحمل آشفتگی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) به منظور ارزیابی میزان تحمل آشفتگی ساخته شد.

این پرسشنامه دارای ۱۵ گویه است. شیوه‌ی نمره گذاری آن براساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت است که به گویه‌ی بسیار موافقم عدد ۱ و به گویه‌ی بسیار مخالفم عدد ۷ تعلق می‌گیرد و این نمره گذاری در سؤال ۷ معکوس می‌باشد. حداکثر نمره ۸۰ و حداقل نمره ۱۶ است. مؤلفه‌های آن شامل: تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم می‌باشد. گویه‌های این پرسشنامه، تحمل آشفتگی را براساس توانمندی‌های فرد برای تحمل آشفتگی هیجانی، ارزیابی ذهنی آشفتگی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم کننده برای تسکین آشفتگی می‌سنجد. نمرات بالا در این پرسشنامه نشانگر تحمل آشفتگی بالا است. ضرایب آلفا برای این خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ برآورد شده است. همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت شش ماه ۰/۶۱ بود. همچنین، مشخص شده که این مقیاس دارای اعتبار ملاکی و همگرایی اولیه مطلوبی است. نمرات این پرسشنامه با پذیرش خلق رابطه‌ی مثبت و با مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای استفاده از الکل و ماری‌جوانا و همچنین استفاده از آن‌ها برای بهبود، رابطه منفی دارد (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). در ایران عزیزی و همکاران (۱۳۸۹) میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۶۷ و پایایی بازآزمایی این پرسشنامه را نیز ۰/۷۹ گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای تمام گویه‌های این ابزار ۰/۸۵ به دست آمد.

۳- پرسشنامه دشواری در نظم‌بخشی هیجان<sup>۱</sup>: دارای ۳۶ گویه است که برای سنجش اختلال در تنظیم هیجانی توسط گراتز و رومر<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) طراحی شده است. این مقیاس دارای یک نمره کل و ۶ نمره اختصاصی مربوط به ابعاد مختلف دشواری در تنظیم هیجانی است. این خرده مقیاس‌ها عبارتند از: عدم پذیرش هیجانات، ناتوانی در به کارگیری رفتارهای متناسب هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی کم به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم شفافیت هیجانی. نحوه پاسخدهی به این پرسشنامه بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۵ (هرگز، گاهی اوقات، نیمی از اوقات،

بیشتر اوقات و همیشه) است. کسب نمرات پایین در این آزمون، نشان‌دهنده ضعف بیشتر در تنظیم هیجانی است (حیدری، احتشام‌زاده و حلاجانی، ۱۳۸۸). گراتز و رومر (۲۰۰۴) شاخص‌های روان‌سنجی این پرسشنامه را در ۴۷۹ نفر از دانشجویان ارزیابی کردند. این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ در نمره کل و ضریب آلفای کرونباخ بزرگ‌تر از ۰/۸۰ در همه خرده مقیاس‌ها همسانی درونی مطلوبی از خود نشان داد. پایایی بازآزمایی آن نیز در یک دوره زمانی ۸-۴ هفته‌ای مناسب گزارش شده است (گراتز و رومر، ۲۰۰۴). حیدری و همکاران (۱۳۸۸) اعتبار این پرسشنامه را با دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب برابر با ۰/۸۴ و ۰/۷۶ گزارش نمودند. اعتبار همزمان این ابزار نیز با استفاده از پرسشنامه هیجان‌خواهی زاکرمن مورد بررسی قرار گرفت که نتایج بیانگر همبستگی مثبت معنادار بود.

۴- پرسشنامه خطرپذیری<sup>۱</sup>: این ابزار توسط دی‌هان<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۱) ساخته شد و متشکل از ۱۸ سوال به صورت دوقوله‌ای (بله/خیر) است. این پرسشنامه دو زیرمقیاس دارد و هریک ۹ سوال دارد: الف) رفتار خطرپذیری که آلفای کرونباخ ۰/۸۰ برای آن گزارش شده است. ب) ارزیابی خطر با آلفای کرونباخ ۰/۵۷. نمرات بالاتر در خرده مقیاس رفتار خطرجویی به معنای درگیری بیشتر در خطرپذیری و نمرات بالاتر در خرده مقیاس ارزیابی خطر نشان‌دهنده توانایی کمتر در ادراک خطر است. در مطالعه دی‌هان و همکاران (۲۰۱۱) پایایی همسانی درونی و پایایی بازآزمایی این ابزار به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۹۴ گزارش شده است. اعتبار همزمان این ابزار از طریق همبستگی بالای نمرات آن با آزمون قماربازی کمبریج تایید گردید. نسخه فارسی این ابزار ابتدا از طریق فرآیند ترجمه و ترجمه معکوس آماده شد، سپس در یک پایلوت ۳۰ نفره از جمعیت معتادان تحت درمان، جهت تعیین پایایی بازآزمایی مجدداً از همان افراد پس از گذشت ۳ هفته (حین مراجعه مجدد جهت ویزیت) آزمون به عمل آمد. ضریب همبستگی پیرسون برای انعکاس

این بازآزمایی ۰/۷۴ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای تمام گویه‌های این ابزار ۰/۷۰ به دست آمد.

۵-مقیاس کوتاه ولع مصرف مواد<sup>۱</sup>: در این پژوهش برای سنجش سازه‌ی گرایش به عود اعتیاد از این مقیاس استفاده شد. این آزمون یک ابزار خود گزارشی ۸ آیتی است که توسط سوموزا، دیرنفورث، گلداسمیت، مزینسکی و کوهن<sup>۲</sup> (۱۹۹۵) ساخته شده و مدت، فراوانی و شدت ولع مصرف مواد را در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از اصلا (۰) تا خیلی زیاد (۴) اندازه می‌گیرد. دامنه نمره بین صفر تا ۳۲ در نوسان است و نمره بیشتر به معنای ولع مصرف مواد بیشتر است. این آزمون دارای اعتبار همزمان قابل قبولی بوده و ضریب همبستگی بالایی با مقیاس‌های شدت اعتیاد نشان داده است. پایایی همسانی درونی آن از طریق ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۸ گزارش شده است (رام و همکاران، ۲۰۱۹). در ایران، بشرپور و همکاران (۲۰۱۴) پایایی همسانی درونی آن را ۰/۷۸ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر پس از خارج کردن سوالات اول و پنجم که نوع وابستگی به یک ماده معین را می‌پرسد، ضریب آلفای کرونباخ برای ۶ گویه‌ی این ابزار ۰/۸۵ به دست آمد.

### یافته‌ها

در این مطالعه ۲۳۵ مرد (۹۰/۴ درصد) و ۲۵ زن (۹/۶ درصد) تحت درمان مشارکت داشتند. جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. قبل از تحلیل داده‌ها برای بررسی عدم وجود داده‌های پرت چندمتغیری، شاخص فاصله‌ی ماهالانوبیس<sup>۳</sup>، مورد ارزیابی قرار گرفت و سطوح معناداری کمتر از ۰/۰۵ حاکی از دور افتاده بودن داده‌های پرت در نظر گرفته شد. براساس این شاخص، ۱۲ داده پرت از تحلیل خارج شدند و داده‌های ۲۴۸ بیمار تحت درمان با درمان نگهدارنده با متادون تحلیل شدند. از میان داده‌های تحلیل شده ۲۲ نفر زن (۸/۹ درصد) و ۲۲۶ نفر مرد (۹۱/۱ درصد) بودند. از لحاظ وضعیت تأهل، ۴۴ نفر مجرد (۱۹/۸ درصد)، ۱۸۵ نفر متأهل (۷۴/۶ درصد) و ۱۴ نفر مطلقه (۵/۶ درصد) به آزمون‌ها پاسخ داده بودند. از میان بیماران ۱۲۸ نفر (۵۱/۶) پیشتر سابقه

1. Brief Substance Craving Scale  
2. Somoza, Dyrenforth, Goldsmith, Mezinskis & Cohen

3. Mahalanobis distance

ترک مواد داشتند و ۱۲۰ نفر (۴۸/۴ درصد) چنین سابقه‌ای نداشته و برای اولین بار درمان نگهدارنده با متادون را تجربه می‌کردند.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
سن بیمار حین درمان	۴۰/۲۶	۱۰/۵۹	۰/۳۵۳	-۰/۵۶۲
سال‌های تحصیلات	۹/۰۱	۳/۲۴	-۰/۰۹۰	-۰/۷۳۰
سال‌های مصرف	۱۱/۵۸	۸/۱۸	۰/۹۸۵	۰/۶۶۷
خطرپذیری	۸/۳۹	۳/۴۰	۰/۲۴۹	-۱/۱۲۳
دشواری در نظم‌بخشی هیجان	۹۷/۸۱	۲۲/۰۵	-۰/۰۲۸	-۰/۹۱۴
گرایش به عود اعتیاد	۲۲/۷۷	۳/۵۰	۱/۰۰۵	-۰/۲۸۸
تحمل آشفتگی	۴۳/۶۲	۹/۵۲	۰/۳۴۳	-۰/۴۴۲
انعطاف‌پذیری شناختی	۹۰/۳۵	۱۷/۲۹	-۰/۶۷۷	-۰/۶۴۰

به‌منظور ارزیابی نرمال بودن تک متغیری، وضعیت توزیع متغیرهای مشاهده‌شده در مدل یعنی مولفه‌های متغیرهای اصلی پژوهش با استفاده از شاخص‌های کجی و کشیدگی در جدول ۱ بررسی شد. براساس نظر کلاین<sup>۱</sup> (۲۰۱۶)، قدرمطلق مقدار کجی کوچکتر از ۳ و قدرمطلق مقدار کشیدگی کوچکتر از ۱۰، نشان از عدم وجود مشکل داده‌ها از نظر نرمال بودن تک متغیری می‌باشد. مطابق جدول ۱ که شاخص‌های کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در مدل ساختاری را نشان می‌دهد؛ مقدار قدرمطلق کجی برای هیچ کدام از متغیرها، بزرگتر از ۳ نیست. هم‌چنین، مقدار قدرمطلق کشیدگی برای هیچ کدام از متغیرها، بزرگتر از ۱۰ نیست. بنابراین براساس نظر کلاین (۲۰۱۶)، می‌توان گفت انجام این تحلیل از نظر نرمال بودن تک متغیری بلامانع است. جدول ۲ اطلاعات مربوط به همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.



جدول ۲: ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
۱. خطرپذیری	۱				
۲. دشواری در نظم‌بخشی هیجان	**۰/۳۱۷	۱			
۳. گرایش به عود اعتیاد	**۰/۲۵۶	**۰/۳۹۵	۱		
۴. تحمل آشفتگی	**۰/۴۲۹	**۰/۷۰۸	**۰/۳۸۵	۱	
۵. انعطاف‌پذیری شناختی	**۰/۲۵۹	**۰/۵۶۱	**۰/۲۶۹	**۰/۶۴۶	۱

\*\*  $P < ۰/۰۱$

با توجه به نتایج ماتریس همبستگی، بین گرایش به عود اعتیاد با خطرپذیری و دشواری در نظم‌بخشی هیجان، رابطه مثبت و معنادار و با تحمل آشفتگی و انعطاف‌پذیری شناختی، رابطه منفی معناداری وجود دارد ( $P < ۰/۰۱$ ). بین خطرپذیری با دشواری در نظم‌بخشی هیجان، رابطه مثبت معنادار و با تحمل آشفتگی و انعطاف‌پذیری شناختی، رابطه منفی و معنادار وجود دارد. بین دشواری در نظم‌بخشی هیجان با تحمل آشفتگی و انعطاف‌پذیری شناختی، رابطه منفی معنادار وجود دارد ( $P < ۰/۰۱$ ). بین تحمل آشفتگی و انعطاف‌پذیری شناختی، رابطه مثبت معنادار وجود دارد ( $P < ۰/۰۱$ ).

از روش بیشینه‌ای احتمال برای ارزیابی الگوی ساختاری و برازش آن با داده‌های گردآوری شده استفاده شد. در این پژوهش برای بررسی نرمال بودن چندمتغیره از ضریب کشیدگی استاندارد شده مردیا<sup>۱</sup> استفاده شد. این عدد در پژوهش حاضر ۸۲/۰۳ به دست آمد که کمتر از عدد ۶۲۴ است و از طریق فرمول  $p(p+2)$  محاسبه شده است. در این فرمول  $p$  مساوی است با تعداد متغیرهای موجود در مدل که در این پژوهش ۲۴ است (تتو و نویس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). برای تعیین برازش مدل پیشنهادی پژوهش از شاخص‌هایی که میرز، گامست و گارینو<sup>۳</sup> (۲۰۱۶) مطرح نموده‌اند، استفاده شد که مقادیر آن در جدول ۳ گزارش شده‌اند. با آزمون این مدل مقرر بود به این سوال پاسخ دهیم که آیا رابطه ساختاری خطرپذیری و دشواری در نظم‌بخشی هیجان با گرایش به عود اعتیاد از طریق میانجی‌گری

1. Mardia's normalized multivariate kurtosis value

2. Teo & Noyes

3. Meyers, Gamst & Guarino

تحمل آشفتگی و انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون برازش دارد؟

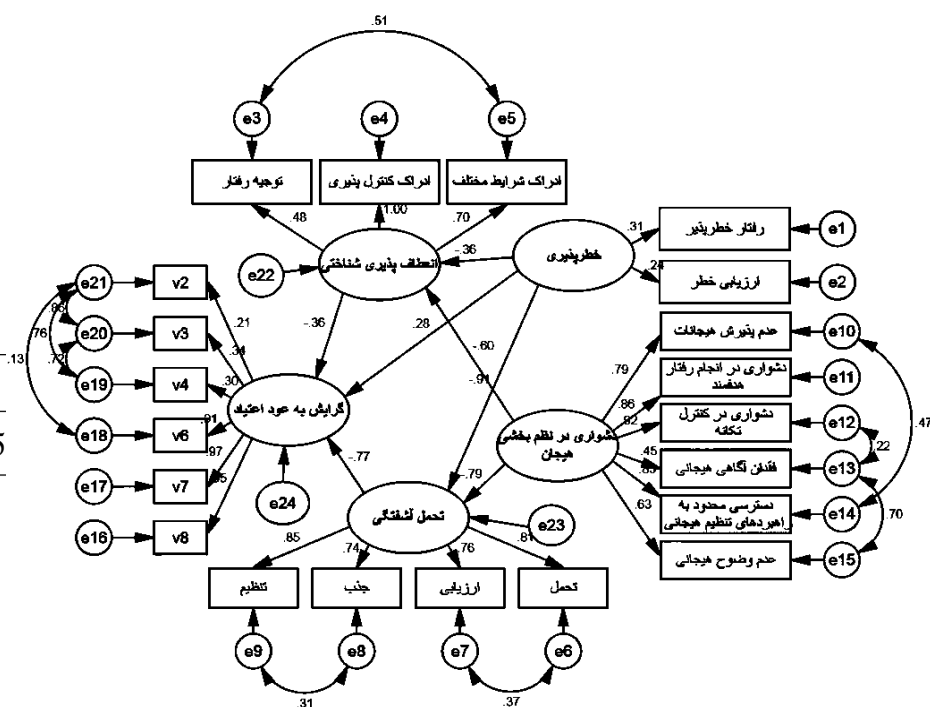
پیش از بررسی ضرایب ساختاری، برازش الگوی اولیه براساس شاخص‌های برازندگی معرفی شده ارزیابی شدند. با وجود اینکه مقادیر برخی شاخص‌های برازندگی نشان‌دهنده برازش قابل قبول الگوی پیشنهادی با داده‌ها می‌باشند، برای ارتقاء بیشتر برازندگی الگوی پیشنهادی، در گام بعدی تنها مسیر غیر معنی‌دار از مدل حذف (ارائه الگوی اصلاح شده اول) و تحلیل دیگری روی داده‌ها از طریق آزاد کردن تعدادی از خطاهای کوواریانس صورت گرفت و مدل نهایی ارائه شد (شکل ۲). شاخص‌های برازندگی این الگوها در جدول ۳ نشان داده شده‌اند.

جدول ۳: شاخص‌های برازندگی الگوی پیشنهادی، الگوی اصلاح شده اول و الگوی نهایی پژوهش

شاخص‌ها										الگوها
AIC	IFI	PCFI	CFI	PNFI	RMSEA	$\chi^2/df$	P-value	df	$\chi^2$	
۱۰۱۵/۷۰	۰/۸۵۳	۰/۶۱۱	۰/۸۰۱	۰/۵۸۹	۰/۹۰۳	۳/۸۳۹	۰/۰۰۰۱	۱۸۳	۷۰۲/۷۰۵	الگوی پیشنهادی
۹۴۶/۲۶	۰/۹۰۱	۰/۶۱۴	۰/۸۳۹	۰/۵۹۲	۰/۰۹۰	۳/۵۰۹	۰/۰۰۰۱	۱۸۴	۶۴۲/۱۸۴	الگوی اصلاح شده اول
۸۰۹/۷۳۲	۰/۹۲۵	۰/۷۴۱	۰/۹۱۵	۰/۷۱۵	۰/۰۷۲	۲/۸۲۸	۰/۰۰۰۱	۱۷۴	۵۱۷/۶۰۴	الگوی نهایی

جدول ۳ نشان می‌دهد، الگوی پیشنهادی از برازش نسبتاً خوبی برخوردار است اما برازش بهتر از طریق حذف ۱ مسیر غیر معنی‌دار (الگوی اصلاح شده اول یعنی حذف مسیر دشواری در نظم‌بخشی هیجان به سمت گرایش به عود اعتیاد) و آزاد کردن تعدادی از خطاهای کوواریانس (الگوی نهایی) حاصل شد. شاخص  $R^2$  میزان واریانس تبیین شده متغیرهای نهفته درون‌زا را نشان می‌دهد. ضریب تعیین متغیر گرایش به عود اعتیاد ۰/۳۳۲ می‌باشد که نشان می‌دهد تمامی متغیرهای برون‌زا و میانجی یعنی خطرپذیری، دشواری در نظم‌بخشی هیجان، انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل آشفتگی می‌توانند ۳۳ درصد از تغییرات گرایش به عود اعتیاد را در بیماران تحت درمان با متادون پیش‌بینی کنند که این

سال شانزدهم، شماره ۶۳، بهار ۱۴۰۱  
Vol. 16, No. 63, Spring 2022



شکل ۲: ضرایب استاندارد مدل پیشنهادی

نتایج حاصل از روابط مستقیم متغیرهای پژوهش در مدل پیشنهادی نشان می‌دهد که در کل نمونه تمامی ضرایب مسیر بین متغیرها به جز دشواری در نظم‌بخشی هیجان با گرایش به عود اعتیاد از لحاظ آماری معنی‌دار بودند. در مدل نهایی پژوهش رابطه بین متغیر خطرپذیری با انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل آشفتگی، منفی و معنی‌دار و با گرایش به عود اعتیاد، مثبت و معنی‌دار بود. هم‌چنین رابطه بین متغیر دشواری در نظم‌بخشی هیجان با انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل آشفتگی، منفی و معنی‌دار بود. رابطه متغیرهای میانجی؛

یعنی انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل آشفتگی با گرایش به عود اعتیاد، منفی و معنی‌دار بود. با استناد به جدول ۴ می‌توان ضرایب استاندارد کلیه مسیرها در الگوی نهایی را مشاهده کرد.

جدول ۴: ضرایب استاندارد مسیرهای الگوی نهایی

معناداری	نسبت بحرانی	خطای معیار	ضرایب استاندارد	مسیر
۰/۰۰۱	-۵/۴۴۰	۰/۰۷۱	-۰/۳۶۲	خطرپذیری → انعطاف‌پذیری شناختی
۰/۰۰۱	-۳/۶۴۵	۰/۰۶۱	۰/۲۸۰	خطرپذیری → گرایش به عود اعتیاد
۰/۰۰۱	-۱۰/۶۰۱	۰/۱۷۱	-۰/۹۱۲	خطرپذیری → تحمل آشفتگی
۰/۰۰۱	-۱۱/۶۵۳	۰/۰۳۴	-۰/۷۸۹	دشواری در نظم‌بخشی هیجان → تحمل آشفتگی
۰/۰۰۱	-۶/۵۲۴	۰/۰۲۵	-۰/۶۰۳	دشواری در نظم‌بخشی هیجان → انعطاف‌پذیری شناختی
۰/۰۰۱	-۵/۲۹۱	۰/۰۵۸	-۰/۷۷۳	تحمل آشفتگی → گرایش به عود اعتیاد
۰/۰۰۵	۲/۷۹۷	۰/۰۹۷	-۰/۳۶۵	انعطاف‌پذیری شناختی → گرایش به عود اعتیاد

بر اساس ضرایب استاندارد و مقادیر بحرانی ارائه شده در جدول ۴، همه‌ی مسیرهای مستقیم در مدل اصلاح شده‌ی نهایی معنی‌دار هستند ( $P < ۰/۰۰۱$ ). در ادامه برای تعیین معنی‌داری هریک از روابط میانجی و اثرات غیرمستقیم از تحلیل بوت‌استرپ در برنامه ماکرو<sup>۱</sup> پریچر و هایز (۲۰۰۸) روی نرم افزار اس پی اس ۲۲ استفاده شد. نتایج بوت‌استرپ در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل بوت‌استرپ برای مسیرهای غیر مستقیم

معناداری	شاخص‌ها					مسیرها
	حد بالا	حد پایین	خطا	سوگیری	بوت	
۰/۰۰۱	-۰/۰۳۷	-۰/۲۰۳	۰/۰۴۱	۰/۰۰۱	-۰/۱۰۴	خطرپذیری به گرایش به عود اعتیاد از طریق انعطاف‌پذیری
۰/۰۰۲	-۰/۴۰۰	-۰/۷۶۶	۰/۰۹۰	۰/۰۰۱	-۰/۵۵۶	خطرپذیری به گرایش به عود اعتیاد از طریق تحمل آشفتگی
۰/۰۰۱	-۰/۰۱۷	-۰/۰۸۰	۰/۰۱۶	۰/۰۰۱	-۰/۰۴۳	دشواری در نظم‌بخشی هیجان به گرایش به عود اعتیاد از طریق انعطاف‌پذیری
۰/۰۰۲	-۰/۰۹۰	-۰/۱۶۵	۰/۰۱۸	۰/۰۰۱	-۰/۱۲۱	دشواری در نظم‌بخشی هیجان به گرایش به عود اعتیاد از طریق تحمل آشفتگی

نتایج جدول ۵ حاکی از معناداری تمامی مسیرهای میانجی خطرپذیری و دشواری در نظم‌بخشی هیجان به سوی گرایش به عود اعتیاد از طریق میانجی‌گری انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل آشفتگی است. سطح اطمینان برای این فاصله اطمینان ۹۵٪ و تعداد نمونه‌گیری مجدد بوت استرپ ۲۰۰۰ است. با توجه به نتایج، این روابط میانجی‌گرانه معنی‌دار هستند.

### بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی روابط ساختاری خطرپذیری و دشواری در نظم‌بخشی هیجان با گرایش به عود اعتیاد با توجه به نقش میانجی تحمل آشفتگی و انعطاف‌پذیری شناختی انجام شد. یافته‌های مربوط به آزمون مدل نشان داد که مدل نهایی و اصلاح شده از برازش خوبی با داده‌ها برخوردار است و تحلیل بوت استرپ آشکار ساخت انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل آشفتگی در رابطه بین خطرپذیری با گرایش به عود اعتیاد نقش میانجی‌گرانه ایفا می‌کند.

در رابطه با اولین یافته تحقیق می‌توان گفت که شناخت یکی از قابلیت‌های انسان در مواجهه با شرایط دشوار است به طوری که استفاده منظم از ارزیابی‌های شناختی و تحلیل شرایط پیش‌رو به منظور پاسخگویی درست به آن باعث تقلیل استرس‌ها و فشارها می‌شود (کالیا و نافت، ۲۰۲۰). از طرفی انعطاف‌پذیری شناختی به طور مستقیم با توانایی تنظیم هیجان رابطه دارد (زارعی و همکاران، ۲۰۱۸). از این‌رو اگر افراد بتوانند از سطوح بالاتر مهارت انعطاف‌پذیری شناختی استفاده کنند قادر خواهند بود به سطوح بهینه‌ی تنظیم هیجان برسند و میزان ارتکاب به رفتارهای پرخطر را در خود کاهش دهند؛ زیرا همسو با نظریه هیجان‌خواهی زاکرمن، بین تنظیم هیجانات و ارتکاب به رفتارهای پرخطر رابطه‌ای نیرومند یافت شده است (شولتز و شولتز، ۲۰۱۶). تحقیقات نشان داده‌اند استفاده از برخی استراتژی‌های سازگارانه تنظیم هیجان همچون ارزیابی مجدد شناختی که در ذیل انعطاف‌پذیری شناختی می‌گنجد، در بسیاری از موقعیت‌های استرس‌زا علاوه بر کاستن از هیجان‌های منفی، می‌تواند باعث افزایش هیجان‌های مثبت گردد. تجربه هیجان‌های مثبت عامل موثری در دستیابی به تاب‌آوری معرفی شده است. در واقع می‌توان اینگونه

استدلال کرد که استفاده از استراتژی‌های سازگارانه از جمله انعطاف‌پذیری شناختی در بستر استرس ممکن است با حفظ سلامت روان و کاستن از هیجان‌های منفی و حتی افزایش هیجان‌های مثبت از طریق به کارگیری برخی از این استراتژی‌های کارآمد مانند ارزیابی مجدد مثبت، پیامدی همچون افزایش تاب‌آوری را به دنبال خواهد داشت (محمودی و قائمی، ۱۳۹۶). همچنین، افراد تاب‌آور از توان برنامه‌ریزی برای دستیابی به اهداف برخوردارند. نسبت به خود دیدگاه مثبت دارند. به توانایی‌های فردی خود اطمینان و اعتماد دارند. مهارت‌های گفتگو، جرأت‌مندی، آمادگی برای گوش دادن به دیگران و احترام گذاشتن به احساسات و عقاید دیگران را دارند. دارای نظم و ترتیب و ثبات و امنیت در زندگی فردی هستند. احساس توانمندی در رویارویی با مشکلات می‌کنند و با مشکلات به شیوه مسئله‌مدار روبه‌رو می‌شوند (محمدزاده و جهانداری، ۱۳۹۸). استفاده از این نوع راهبردهای سازگارانه ممکن است با کاستن از هیجان‌های منفی و در نتیجه بهبود عملکرد شناختی و هیجانی، موجبات افزایش تاب‌آوری و رویارویی بهتر فرد برای حل مشکل او را فراهم آورد. این نکته در تحقیقات باغجاری و همکاران (۲۰۱۷) نیز نشان داده شده است. در واقع تاب‌آوری رابطه میان تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی با استعداد به اعتیاد را میانجیگری می‌کند (هاشمی و همکاران، ۱۳۹۸). همسو با این مطالعات رام و همکاران (۲۰۱۶) گزارش نمودند که بین انعطاف‌پذیری شناختی بالا و کاهش ارتکاب رفتارهای تکانشی و پرخطر رابطه معکوس وجود دارد. به بیان دیگر رفتارهای پرخطر در بستر فشار و استرس، بروز و ظهور بیشتری دارند؛ بنابراین تصور می‌شود اگر افراد بتوانند از مهارت انعطاف‌پذیری شناختی خویش بیشتر استفاده کنند، تحلیل بهتری از موقعیت فشارزا خواهند داشت، در نتیجه پاسخ انطباقی‌تری به شرایط تهدیدکننده خواهند داد و در پاسخ به استرس موقعیتی کمتر از رفتارهای تکانشی و پرخطر استفاده خواهند کرد.

آن روی دیگر داستان از این قرار است که ارزیابی و تحلیل شناختی منفی از رویدادهای استرس‌زا با میزان کمتری از انعطاف‌پذیری شناختی همبسته است، در نتیجه عواطف منفی فرد افزایش یافته و پاسخ نامناسب‌تر و اغلب تکانشی‌تری به رویدادهای

استرس را خواهد داد (گابریس و همکاران، ۲۰۱۸). در این زمینه مداخله و آموزش‌های شناختی می‌تواند به ارتقای تحلیل افراد و بازسازی شناختی آن‌ها منجر شود و توان تصمیم‌گیری در موقعیت‌های تهدیدکننده و بازشناسی عواطف از شناخت‌ها را ارتقاء دهد. در نتیجه‌ی اجرای این مداخلات، پاسخگویی افراد به موقعیت‌های پرفشار تحت تاثیر قرار می‌گیرد و پیامدهای مفید خود را نشان می‌دهد (توکلین و ابوالقاسمی، ۲۰۱۶). در تفسیر بیشتر می‌توان گفت افراد دارای سطوح بالای انعطاف‌پذیری شناختی به دلیل کنترلی که بر شناخت‌های خود دارند، از شیوه‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار استفاده می‌کنند و لذا به گونه‌ای هیجانی و تکانشی به مسائل و چالش‌ها پاسخ نمی‌دهند (جانسون، ۲۰۱۶). در این زمینه ارتباط بین انعطاف‌پذیری شناختی پایین و ارتکاب به رفتارهای تکانشی و هیجانی در بسیاری از مطالعات مورد تایید قرار گرفته است (موریس و مانسل، ۲۰۱۸). علاوه بر آن افرادی که انعطاف‌پذیری شناختی بالایی داشته‌اند با احتمال کمتری پاسخ شناختی، هیجانی و رفتاری خود را بازداری نموده‌اند (روزا-آلکازار و همکاران، ۲۰۲۰). مدنی فرد و همکاران (۱۳۹۵) دریافتند که افراد معتاد از قابلیت تنظیم شناختی هیجان کمتری نسبت به افراد عادی برخوردارند و در مقایسه با آن‌ها کمتر از شیوه‌های سازنده در حل مساله استفاده می‌کنند. تحقیق زند کریمی و یزدی (۱۳۹۵) نیز نشان داد افرادی که از راهبردهای هیجان‌مدار برای مقابله با فشارها استفاده می‌کنند در کارکردهای شناختی حافظه کاری، انعطاف‌پذیری شناختی و حل مسئله ضعیف‌تر هستند. این یافته‌ها به‌طور نسبی نتایج مطالعه حاضر را تایید نموده و به همین دلیل می‌توان اینگونه نتیجه گرفت که انعطاف‌پذیری شناختی بالا می‌تواند استفاده از مقابله‌های مسئله‌مدار را در افراد تسهیل کند و متعاقباً رفتارهای پرخطر از جمله گرایش به مواد که غالباً هم به صورت تکانشی و هیجانی ظاهر می‌شود، کم‌تر خواهد شد.

در رابطه با دومین یافته اصلی مطالعه‌ی حاضر می‌توان گفت سطوح بالاتر توان تحمل آشفتگی در افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون می‌تواند از آن‌ها در برابر اثرات مخرب که دشواری در نظم‌بخشی هیجان بر گرایش به عود اعتیاد دارد، محافظت نماید. مطالعات گذشته بیان کرده‌اند که توانایی تحمل آشفتگی بالاتر با سطوح بالاتر انعطاف‌پذیری

شناختی همراه است. به همین منوال افرادی که از نظر شناختی منعطف‌ترند، دشواری کمتری در تنظیم هیجان دارند. از طرفی افرادی که سطوح کمتری از دشواری در تنظیم هیجان دارند، تاب‌آوری بیشتری برای مقابله با استرس‌های پیش‌رو دارند (آریچی-اوزکان و همکاران، ۲۰۱۹) که همین نکته می‌تواند آن‌ها را در برابر وسوسه مصرف مواد مقاوم‌تر نماید. این یافته یعنی افزایش تاب‌آوری فرد در اثر بالارفتن تنظیم هیجان در تحقیق مین و همکاران (۲۰۱۳)، باغ‌جاری و همکاران (۲۰۱۷) و رام و همکاران (۲۰۱۹) نیز تکرار شده است. مستری و همکاران (۲۰۱۷) نیز دریافتند تنظیم شناختی هیجان یکی از پیش‌بین‌های قوی تاب‌آوری است. تحقیق اسماعیلی نسب و همکاران (۱۳۹۳) نیز نشان داد که تحمل آشفته‌گی پایین در کنار دشواری در تنظیم هیجان در عود مصرف نقش مهمی دارد. اسلام پناه و همکاران (۱۳۹۸) نیز نشان دادند که تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی بر خطرپذیری اعتیاد تاثیر مستقیم دارد. شاکری و همکاران (۲۰۲۰) نیز نشان دادند که تحمل پریشانی در افراد مصرف‌کننده و غیر مصرف‌کننده مواد افیونی متفاوت است.

در رابطه با چگونگی اثرگذاری تنظیم هیجانات بر کاهش میل به مصرف مواد می‌توان از نظریه ساخت و گسترش که یکی از نظریات روان‌شناسی مثبت‌نگر است بهره جست (کونولی و کونولی، ۲۰۰۹). این نظریه با استمداد از چند فرضیه از جمله فرضیه‌های گسترش، ایجاد، ابطال، تاب‌آوری و بالندگی به بحث پیرامون هیجانات می‌پردازد. هیجانات اگر به موقع ابراز شوند، خزانه تفکر-عمل لحظه‌ای را گسترش می‌دهد، با گذشت زمان منابع تقویتی و شخصی گوناگونی ساخته و پرداخته می‌شوند. این منابع عبارتند از منابع جسمانی، اجتماعی، فکری، ذهنی و روان‌شناختی که از مؤلفه‌های منابع روان‌شناختی می‌توان به خوش‌بینی و تاب‌آوری اشاره نمود. هرچند هیجاناتی که به ایجاد این منابع منجر می‌شوند، موقتی‌اند اما منابع شخصی حاصل از آن‌ها پایدارند و افراد می‌توانند در موقعیت‌های مشکل‌سازِ آتی، از این منابع استفاده کنند. در واقع ابراز هیجانات به نحو مطلوب که خود ناشی از تنظیم شناختی است، نوعی مقابله‌ی هیجان‌مدار پنداشته می‌شود که می‌تواند میزان تحمل فرد و تاب‌آوری را افزایش دهد. در همین رابطه و درباره‌ی اثرات هیجانات مثبت، مطالعات پیشین نتایج جالب‌توجهی را ارائه نمودند. به عنوان مثال،



در یک تحقیق مشخص شد که ابراز هیجانات مثبت، روابط اجتماعی، رفتار سالم، توانایی مقابله و سیستم‌های ایمنی افراد را تسهیل می‌کند، استرس، تصادفات و نرخ خودکشی‌ها را کاهش می‌دهد و تعهد افراد را نسبت به ارزش‌ها و بالندگی شخصیت افزایش می‌دهد. همچنین مشخص شد عواطف مثبت که منجر به تاب‌آوری می‌شود از سوء مصرف مواد و مشکلات مرتبط با نوشیدن الکل جلوگیری می‌کند (کونولی و کونولی، ۲۰۰۹).

از این نتایج برداشت می‌شود که تحمل آشفتگی بر توانایی تنظیم هیجان سازنده دارند و تنظیم هیجان به بهبود ظرفیت تاب‌آوری افراد منجر می‌شود که در نتیجه آن افراد در برابر وسوسه مصرف مواد مقاومت بیشتری خواهند داشت و کمتر به مصرف مجدد روی خواهند آورد. در واقع می‌توان گفت عدم تحمل احساسات جسمانی و عاطفی منفی به عنوان یک کلید برای شرح مکانیسم اساسی ابقاء و نگهداری مصرف مواد پیشنهاد شده است. بنابراین تحمل پریشانی پایین به عنوان یکی از عوامل محوری برای پیدایش یا پیش‌بینی ابتلا به اعتیاد در نظر گرفته شده است. تحقیقات پیشین نشان داده‌اند زمانی که افراد در معرض استرس قرار می‌گیرند یکی از راهبردهای منفی که در این شرایط برای تنظیم هیجان‌های‌شان به کار می‌گیرند جستجوی لذت‌های آنی مانند مصرف مواد برای تغییر خلق‌شان است که این راهبرد ناکارآمد خصوصاً در افراد دارای تحمل پریشانی پایین مشهود است (اسلام‌پناه و همکاران، ۱۳۹۸). افرادی که از تحمل پریشانی پایینی برخوردار هستند، در یک تلاش برای مقابله با احساسات منفی، درگیر رفتارهای ناسازگار و منحرفانه می‌شوند و سعی می‌کنند با روی آوردن به رفتارهای مخرب مانند مصرف مواد مخدر، درد هیجانی خود را کاهش دهند. استراتژی مقابله مبتنی بر هیجان مانند مصرف الکل و مواد ممکن است باعث فرار سریع افراد از احساسات منفی‌شان شود، ولی به مرور خود می‌تواند باعث افزایش مشکلات افراد شود. اگرچه ممکن است این استراتژی برای افرادی که تحمل پریشانی پایینی دارند استراتژی مناسبی محسوب شود ولی در واقع اینگونه نیست و در نهایت وابستگی به مواد را به ارمغان خواهد آورد (شاکری و همکاران، ۲۰۲۰). به نظر می‌رسد افرادی که دارای تحمل پریشانی هیجانی پایینی هستند هنگام تجربه استرس شدید، ممکن است به سمت مصرف مواد روی آورند و در افراد وابسته به

مواد، در صورت تجربه استرس شدید مصرف مواد راهی برای تنظیم هیجانی و خلاصی از علائم درد جسمانی و هیجانی است. در حقیقت مصرف مواد نوعی تقویت منفی را در پی خواهد داشت که منجر به تکرار این رفتار خواهد شد (اسماعیلی نسب و همکاران، ۲۰۱۴). به بیان دیگر می‌توان اینگونه تشریح کرد که افراد دارای تحمل آشفتگی پایین، هیجان را غیرقابل تحمل می‌دانند و نمی‌توانند به آشفتگی و پریشانی خود رسیدگی کنند. این افراد وجود هیجان را نمی‌پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آشفتگی می‌کنند، زیرا توانایی‌های مقابله‌ای خود با هیجانات را دست کم می‌گیرند. تحمل پایین این افراد آن‌ها را مجبور برای یافتن راهی فوری برای خلاصی از هیجانات می‌کند (نجفی و همکاران، ۱۳۹۴) که همین امر در یک دور منفی و باطل منجر به عود مصرف مواد و برگشت فرد به سمت مصرف مجدد مواد می‌شود.

این مطالعه با محدودیت‌هایی همراه است. اگرچه تشخیص وابستگی به مواد برای همه شرکت‌کنندگان فراهم شده است، اما اثرات همزمان احتمالی مواد اعتیادآور غیراپیوئید یا مواد صنعتی در این مطالعه بررسی نشده است. داده‌ها و ارزیابی‌ها حاصل از پرسشنامه‌ها و اطلاعات خودگزارشی است و ممکن باعث سوگیری پاسخ شود. اکثریت شرکت‌کنندگان در مطالعه مرد هستند و توازن جنسیتی در نمونه‌ها وجود ندارد. نتایج این مطالعه حکایت می‌کند که میانجی‌گرهایی نظیر انعطاف‌پذیری شناختی و توان تحمل آشفتگی قادرند از گرایش به عود اعتیاد در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون در برابر آثار مخربی که خطرپذیری و دشواری در نظم‌بخشی هیجان با خود به همراه دارند، محافظت نمایند. در این راستا پیشنهاد می‌شود جهت پیشگیری از عود اعتیاد مداخلاتی در جهت تقویت توان تحمل آشفتگی و حفظ مداومت رفتار معطوف به هدف به‌ویژه در حین تجربه‌ی هیجانات آزارنده طراحی شود. براساس یافته‌های این مطالعه ضروریست آموزش‌های شناختی برای مجهز کردن فرد تحت درمان نگهدارنده با متادون به‌منظور تقویت توان حل مسأله در موقعیت‌های پرمخاطره (نظیر رفع شرایط منتهی به وسوسه مصرف دوباره مواد) در پروتکل‌های درمانی گنجانده شود.

## منابع

- احمدی ظهور سلطانی، محسن؛ عسگری، محمد و توقیری، امینه (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش عوامل خطر ساز و افزایش عوامل محافظت کننده سوء مصرف مواد در نوجوانان کانون اصلاح و تربیت. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۷ (۲۷)، ۱۶۰-۱۴۹.
- احمدی، عزت الله و بزاز منصف، فاطمه (۱۳۹۴). بررسی کارکردهای شناختی اجرایی مغز در مردهای سیگاری و غیر سیگاری شهر تبریز در سال ۱۳۹۳: یک گزارش کوتاه. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۴ (۹)، ۸۰۳-۸۱۰.
- اسلام پناه، محمدرضا؛ مهدیان، حسین؛ جاجرمی، محمود (۱۳۹۸). بررسی برازش مدل خطر پذیری نوجوانان ایرانی در زمینه اعتیاد با تأکید بر کارکرد خانواده و طرحواره‌های ناسازگار، تحمل پریشانی و تنظیم هیجان. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۳ (۵۴)، ۹۰-۶۷.
- اسماعیلی نسب، مریم؛ اندامی خشک، علیرضا؛ آزر می، هاله؛ ثمرخی، امیر. (۱۳۹۳). نقش پیش بینی کنندگی دشواری در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در اعتیاد پذیری دانشجویان. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۸ (۲۹)، ۴۹-۶۳.
- حیدری، علیرضا؛ احتشام زاده، پروین و حلاجانی، فاطمه (۱۳۸۸). رابطه تنظیم هیجانی، فراشناخت و خوش بینی با اضطراب امتحان دانشجویان. *یافته‌های نو در روان شناسی*، ۱۱ (۴)، ۱۹-۷.
- داودی، ایران؛ عشرتی، طیه و زرگر، بدالله (۱۳۹۳). بررسی روابط ساختاری برخی از عوامل روان شناختی خطرزا و محافظت کننده آمادگی اعتیاد. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۲ (۱)، ۹۹-۱۱۶.
- زند کرمی، غزال و رمضان، مریم (۱۳۹۶). مقایسه فراشناخت، انعطاف پذیری شناختی و توجه متمرکز در افراد وابسته به متامفتمین و افراد سالم. *مطالعات روانشناختی*، ۱۳ (۴)، ۷۵-۵۹.
- زند کرمی، غزال و یزدی، سیده منور (۱۳۹۵). مقایسه سطح حافظه کاری، انعطاف پذیری و حل مسئله دانشجویان در انتخاب راهبردهای مقابله با استرس هیجان مدار. *دوفصلنامه راهبردهای شناختی در یادگیری*، ۴ (۷)، ۷۰-۵۷.
- سلطانی، اسماعیل؛ شاره، حسین؛ بحرینیان، سید عبدالمجید و فرمانی، اعظم (۱۳۹۲). نقش واسطه‌ای انعطاف پذیری شناختی در ارتباط بین سبک‌های مقابله‌ای و تاب آوری با افسردگی. *پژوهنده*، ۱۸ (۲)، ۸۸-۹۶.
- شباهنگ، رضا؛ بشارت، محمد علی؛ نیکوگفتار، منصوره و باقری شیخانگفته، فرزین (۱۳۹۸). نقش انعطاف پذیری شناختی و مشکلات تنظیم هیجانی در پیش بینی پرستش افراد مشهور دانشجویان. *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، ۲۰ (۱)، ۲۵-۱۳.
- شریفی، پریسا؛ موسوی، سید علی محمد و حسنی، جعفر (۱۳۹۷). نقش تشخیصی مدل حساسیت به تقویت، راهبردهای فرآیندی نظم جویی هیجان و انعطاف پذیری شناختی در تشخیص افراد دارای اعتیاد به اینترنت. *فصلنامه روانشناسی شناختی*، ۶ (۲)، ۵۱-۶۰.

- شیخ الاسلامی، علی؛ کیانی، احمدرضا؛ احمدی، شیلان و سلیمانی، اسماعیل (۱۳۹۵). پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد براساس سیستم‌های فعال ساز و بازدارنده‌ی رفتاری، انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل آشفتگی در دانش‌آموزان. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۰ (۳۹)، ۱۰۹-۱۲۸.
- عزیزی، علیرضا؛ میرزایی، آزاده و شمس، جمال (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *مجله تحقیقات نظام سلامت (حکیم)*، ۱۳ (۱)، ۱۸-۱۱.
- فروزانفر، آزاده (۱۳۹۶). تحمل‌پیشانی: نظریه، مکانیسم و رابطه با آسیب‌شناسی روانی. *رویش روان‌شناسی*، ۶ (۲)، ۲۶۲-۲۳۹.
- محمدزاده، محسن؛ جهان‌داری، پیمان (۱۳۹۸). بررسی رابطه بین تاب‌آوری و تنظیم هیجانی با امید به زندگی در بین سربازان. *مجله علوم مراقبتی نظامی*، ۶ (۳)، ۲۰۴-۲۱۲.
- محمودی، کاووس؛ قائمی، فاطمه (۱۳۹۶). رابطه بین تنظیم شناختی هیجان با تاب‌آوری در مدیران هلال احمر. *پژوهش در نظام‌های آموزشی*، ۳۷، ۱۱۰-۹۳.
- مدنی‌فرد، مهدی؛ نمایی، محمد مهدی و جعفرنیا، وحید (۱۳۹۵). مقایسه تنظیم شناختی هیجان و شیوه‌های حل مساله در افراد وابسته به مواد اپیوئیدی و افراد بهنجار. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۳ (۳)، ۶۹-۸۰.
- مشمول حاجی آقا، صمد؛ ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۵). مقایسه خطرپذیری و تحریف شناختی در دانش‌آموزان با و بدون گرایش به اعتیاد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۰ (۴۰)، ۱۰۳-۱۱۲.
- نجفی، محمود؛ محمدی‌فر، محمدعلی؛ عبداللهی، معصومه (۱۳۹۴). نقص عملکرد هیجانی و گرایش به سوء مصرف مواد: نقش مولفه‌های تنظیم هیجان، تحمل‌پیشانی و هیجان‌خواهی. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۲ (۵)، ۶۸-۵۳.
- هاشمی، نظام؛ سیافی، سمانه؛ اندامی، علیرضا (۱۳۹۸). ارتباط راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و تحمل‌پیشانی با رضایت از زندگی دانشجویان مستعد اعتیاد: نقش میانجیگری تاب‌آوری. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۳ (۵۳)، ۱۷۶-۱۵۷.

## References

- Ali, B., Green, K. M., Daughters, S. B., & Lejuez, C. W. (2017). Distress tolerance interacts with circumstances, motivation, and readiness to predict substance abuse treatment retention. *Addictive behaviors*, 73, 99-104.
- Arici-Ozcan, N., Cekici, F., & Arslan, R. (2019). The Relationship between Resilience and Distress Tolerance in College Students: The Mediator Role of Cognitive Flexibility and Difficulties in Emotion Regulation. *International Journal of Educational Methodology*, 5(4), 525-533.
- Baghjari, F., Saadati, H., & Esmailinasab, M. (2017). The relationship between cognitive emotion-regulation strategies and resiliency in advanced patients with cancer. *International Journal of Cancer Management*, 10(10), e7443. doi: 10.5812/ijcm.7443.
- Basharpour, S., Khosravinia, D., Atadokht, A., Daneshvar, S., Narimani, M., & Massah, O. (2014). The role of self-compassion, cognitive self-control, and

- illness perception in predicting craving in people with substance dependency. *Practice in clinical psychology*, 2(3), 155-164.
- Bentler, P. M., & Chou, C. P. (1987). Practical issues in structural modeling. *Sociological methods & research*, 16(1), 78-117.
- Brandon, T. H., Herzog, T. A., Juliano, L. M., Irvin, J. E., Lazev, A. B., & Simmons, V. N. (2003). Pretreatment task persistence predicts smoking cessation outcome. *Journal of abnormal psychology*, 112(3), 448-456.
- Burton, N. W., Pakenham, K. I., & Brown, W. J. (2010). Feasibility and effectiveness of psychosocial resilience training: a pilot study of the READY program. *Psychology, health & medicine*, 15(3), 266-277.
- Conoley, C. W., & Conoley, J. C. (2009). *Positive psychology and family therapy: Creative techniques and practical tools for guiding change and enhancing growth*. John Wiley & Sons.
- Daughters, S. B., Lejuez, C. W., Bornoalova, M. A., Kahler, C. W., Strong, D. R., & Brown, R. A. (2005). Distress tolerance as a predictor of early treatment dropout in a residential substance abuse treatment facility. *Journal of abnormal psychology*, 114(4), 729-734.
- De Haan, L., Kuipers, E., Kuerten, Y., van Laar, M., Olivier, B., & Verster, J. C. (2011). The RT-18: a new screening tool to assess young adult risk-taking behavior. *International journal of general medicine*, 4, 575-584.
- Denney, A. S., & Connor, D. P. (2016). Serious juvenile offenders who have experienced emerging adulthood: Substance use and recidivism. *Children and youth services review*, 67, 11-19.
- Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive therapy and research*, 34(3), 241-253.
- Dir, A. L., Banks, D. E., Zapolski, T. C., McIntyre, E., & Hulvershorn, L. A. (2016). Negative urgency and emotion regulation predict positive smoking expectancies in non-smoking youth. *Addictive behaviors*, 58, 47-52.
- Doherty, E. A., Appel, M. A., & Murphy, C. E. (2004). *Risk-Taking Behavior in College Students as a Function of Personality, Social, and Cognitive Variables*. Poster presented at the meeting of the American Psychosomatic Society, Orlando, FL.
- Gabrys, R. L., Tabri, N., Anisman, H., & Matheson, K. (2018). Cognitive control and flexibility in the context of stress and depressive symptoms: The cognitive control and flexibility questionnaire. *Frontiers in Psychology*, 9, 2219. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02219>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- Harrop, E., & Catalano, R. F. (2016). Evidence-based prevention for adolescent substance use. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 25(3), 387-410.
- Johnson, B. T. (2016). *The relationship between cognitive flexibility, coping, and symptomatology in psychotherapy* (Master thesis). Retrieved from [http://epublications.marquette.edu/theses\\_open/354](http://epublications.marquette.edu/theses_open/354) [Link]

- Kalia, V., & Knauf, K. (2020). Emotion regulation strategies modulate the effect of adverse childhood experiences on perceived chronic stress with implications for cognitive flexibility. *Plos one*, 15(6), e0235412.
- Kline, R. (2016). Data preparation and psychometrics review. *Principles and practice of structural equation modeling (4th ed., pp. 64-96)*. New York, NY: Guilford.
- Kreek, M. J., Nielsen, D. A., Butelman, E. R., & LaForge, K. S. (2005). Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction. *Nature neuroscience*, 8(11), 1450-1457.
- Larrazabal Carrillo, M. A. (2019). Distress Tolerance Predicts Day-To-Day Emotion Regulation Behaviors. Master of Science (M.Sc.), William & Mary - Arts & Sciences. [Link]
- Lee, H., & Park, S. (2015). Association between risk-taking tendency and smoking behavior among male high school students in the Republic of Korea. *Journal of addictions nursing*, 26(3), 136-143.
- Lewis, M. D., & Stieben, J. (2004). Emotion regulation in the brain: Conceptual issues and directions for developmental research. *Child Development*, 75(2), 371-376.
- Lindgren, K. P., Mullins, P. M., Neighbors, C., & Blayney, J. A. (2010). Curiosity killed the cocktail? Curiosity, sensation seeking, and alcohol-related problems in college women. *Addictive behaviors*, 35(5), 513-516.
- 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(5), 588-592.
- McConnell, M. M., Memetovic, J., & Richardson, C. G. (2014). Coping style and substance use intention and behavior patterns in a cohort of BC adolescents. *Addictive behaviors*, 39(10), 1394-1397.
- Mestre, J. M., Núñez-Lozano, J. M., Gómez-Molinero, R., Zayas, A., & Guil, R. (2017). Emotion regulation ability and resilience in a sample of adolescents from a suburban area. *Frontiers in psychology*, 8, 1980. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01980>
- Meyers, L.S., Gamst, G., & Guarino, A.J. (2016). *Applied multivariate research: Design and interpretation*. SAGE Publications, Inc; Third edition
- Min, J. A., Yu, J. J., Lee, C. U., & Chae, J. H. (2013). Cognitive emotion regulation strategies contributing to resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Comprehensive psychiatry*, 54(8), 1190-1197.
- Moffitt, T. E., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., ... & Caspi, A. (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proceedings of the national Academy of Sciences*, 108(7), 2693-2698.
- Moore, S., & Parsons, J. E. F. R. E. Y. (2000). A research agenda for adolescent risk-taking: where do we go from here?. *Journal of adolescence*, 23(4), 371-376.
- Morris, L., & Mansell, W. (2018). A systematic review of the relationship between rigidity/flexibility and transdiagnostic cognitive and behavioral processes that maintain psychopathology. *Journal of Experimental Psychopathology*, 9(3), 2043808718779431.

- Najt, P., Perez, J., Sanches, M., Peluso, M. A., Glahn, D., & Soares, J. C. (2007). Impulsivity and bipolar disorder. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 17(5), 313–320.
- Nikmanesh, Z., Kazemi, Y., Khosravi, M. (2015). Role of Feeling of Loneliness and Emotion Regulation Difficulty on Drug Abuse. *Journal of Community Health Research*. 4(1), 55-64.
- Ouzir, M., & Errami, M. (2016). Etiological theories of addiction: A comprehensive update on neurobiological, genetic and behavioural vulnerability. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 148, 59-68.
- Pates, R., & Riley, D. (Eds.). (2009). *Interventions for amphetamine misuse*. John Wiley & Sons, 129-147.
- Pearte, C. (2015). *Temperament, emotion regulation, and distress tolerance as related correlates of psychological symptoms*. Thesis in Doctor of Philosophy (Ph.D.), University of Central Florida. [Link]
- Phillips, E. L. (2011). *Resilience, Mental Flexibility, and Cortisol Response to the Montreal Imaging Stress Task in Unemployed Men* (Doctoral dissertation). Michigan, University of Michigan. [Link]
- Potter, C. M., Vujanovic, A. A., Marshall-Berenz, E. C., Bernstein, A., & Bonn-Miller, M. O. (2011). Posttraumatic stress and marijuana use coping motives: The mediating role of distress tolerance. *Journal of anxiety disorders*, 25(3), 437-443.
- Poulton, A., & Hester, R. (2020). Transition to substance use disorders: impulsivity for reward and learning from reward. *Social cognitive and affective neuroscience*, 15(10), 1182-1191.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior research methods*, 40(3), 879-891.
- Ram, D., Chandran, S., Sadar, A., & Gowdappa, B. (2019). Correlation of cognitive resilience, cognitive flexibility and impulsivity in attempted suicide. *Indian journal of psychological medicine*, 41(4), 362-367.
- Rieser, N. M., Shaul, L., Blankers, M., Koeter, M. W., Schippers, G. M., & Goudriaan, A. E. (2019). The predictive value of impulsivity and risk-taking measures for substance use in substance dependent offenders. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 13, 192, 1-12.
- Rosa-Alcázar, Á., Olivares-Olivares, P. J., Martínez-Esparza, I. C., Parada-Navas, J. L., Rosa-Alcázar, A. I., & Olivares-Rodríguez, J. (2020). Cognitive flexibility and response inhibition in patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Generalized Anxiety Disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20(1), 20-28.
- Scalese, M., Curzio, O., Cutrupi, V., Bastiani, L., Gori, M., Denoth, F., & Molinaro, S. (2014). Links between psychotropic substance use and sensation seeking in a prevalence study: The role of some features of parenting style in a large sample of adolescents. *Journal of addiction*. <https://doi.org/10.1155/2014/962178>
- Schultz, D.P., & Schultz, S.E. (2016). *Theories of personality*. Cengage Learning.
- Semcho, S., Bilsky, S. A., Lewis, S. F., & Leen-Feldner, E. W. (2016). Distress tolerance predicts coping motives for marijuana use among treatment seeking young adults. *Addictive Behaviors*, 58, 85-89.

- Shakeri, J., Farnia, V., Davarinejad, O., Salemi, S., Golshani, S., Rahami, B., ... & Hookari, S. (2020). Distress tolerance in methamphetamine and opium abusers with non-drug abuser (A comparative analysis). *Clinical epidemiology and global health*, 8(2), 513-518.
- 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.
- Somoza, E., Dyrenforth, S., Goldsmith, J., Mezinskis, J., & Cohen, M. (1995, May). In search of a universal drug craving scale. In *annual meeting of the American Psychiatric Association, Miami, FL* (pp. 20-25).
- Tavakolian, E., & Abolghasemi, A. (2016). Effects of cognitive restructuring training on neurocognitive functions in opioid addicts. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 18(1), 14-21.
- Teo, T., & Noyes, J. (2014). Explaining the intention to use technology among pre-service teachers: a multi-group analysis of the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology. *Interactive Learning Environments*, 22(1), 51-66.
- Verdejo-García, A. J., López-Torrecillas, F., De Arcos, F. A., & Pérez-García, M. (2005). Differential effects of MDMA, cocaine, and cannabis use severity on distinctive components of the executive functions in polysubstance users: a multiple regression analysis. *Addictive behaviors*, 30(1), 89-101.
- Verdejo-García, A., Bechara, A., Recknor, E. C., & Perez-Garcia, M. (2006). Executive dysfunction in substance dependent individuals during drug use and abstinence: an examination of the behavioral, cognitive and emotional correlates of addiction. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 12(3), 405-415.
- Wills, T. A., Pokhrel, P., Morehouse, E., & Fenster, B. (2011). Behavioral and emotional regulation and adolescent substance use problems: a test of moderation effects in a dual-process model. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(2), 279.
- Wills, T. A., Simons, J. S., Sussman, S., & Knight, R. (2016). Emotional self-control and dysregulation: A dual-process analysis of pathways to externalizing/internalizing symptomatology and positive well-being in younger adolescents. *Drug and alcohol dependence*, 163, S37-S45.
- Zarei, M., Momeni, F., & Mohammadkhani, P. (2018). The mediating role of cognitive flexibility, shame and emotion dysregulation between neuroticism and depression. *Iranian Rehabilitation Journal*, 16(1), 61-68.
- Zohrabian, A., & Philipson, T. J. (2010). External Costs of Risky Health Behaviors Associated with Leading Actual Causes of Death in the U.S.: A Review of the Evidence and Implications for Future Research. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(6), 2460-2472.
- Zvolensky, M. J., Bernstein, A., & Vujanovic, A. A. (Eds.). (2011). *Distress tolerance: Theory, research, and clinical applications*. Guilford Press.