Comparison of alexithymia scale and stress coping strategies in addicts under methadone treatment and those without treatment programs

Mehdi Madanifard [1], **Mohamad Mehdi Namaei**[2]

Background and Aim: Emotional deficiency and applying various methods against alexithymia due to addiction, have rarely been studied. The present study aimed at comparing the indices of emotional deficiency and applying various methods against alexithymia in addicts under methadone treatment and those lacking such a treatment.

Materials and Methods: The current study was a causal-comparative (ex post facto) one using alexithymia and coping with stress scales. Patients under methadone (n=55) treatment and addicts without treatment programs (n=55) were selected through available sampling. Data analysis was performed using independent t-test and descriptive indicators at the significant level of $P \leq 0.05$.

Results: Mean scores of emotional deficiency in the addicts lacking a treatment programme and those under treatment with methadone was 127.80±5.2 and 98.1±3.9, respectively. Independent t-test showed that the mean difference in the overall scale and in the subscales of emotional deficiency and comparative variables was significant ($P < 0.001$).

Conclusion: It was found that patients under treatment with methadone have a better condition regarding their emotional feeling and apply more appropriate approaches against alexithymia.

Key Words: Addiction, Alexithymia, Stress coping Strategies.

Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2017; 24 (2): 126-135.

Received: April 4, 2017 ***Accepted: August 15, 2017***

[1]***Corresponding Author;*** *Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.*
Email: psy.madani@yahoo.com *Tel: +985136579580*
2 Department of Health Education, Iran University of Medical Sciences, Iran.

مقاله اصیل پژوهشی

بررسی نارسایی هیجانی و راهبردهای مقابله با فشار روانی در معتادان تحت درمان با متادون

مهدی مدنی‌فرد [1]، محمد مهدی نمایی [2]

چکیده

زمینه و هدف: نارسایی هیجانی و بکارگیری شیوه‌های مقابله با فشارهای روانی در زمینه اعتیاد، کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه شاخص نارسایی هیجانی و راهبردهای مقابله با فشار روانی در معتادان تحت درمان با متادون و معتادان بدون درمان صورت گرفته است.

روش تحقیق: این پژوهش، یک مطالعه تحلیلی و از نوع علی- مقایسه‌ای می‌باشد که روی 110 نفر، به‌صورت دو گروه 55 نفره: معتادان بدون درمان و تحت درمان، به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. وضعیت نارسایی هیجانی با مقیاس‌های الکسی تیمیا تورنتو (Toronto Alexithymia Scale–20: FTAS-20) و راهبردهای مقابله با فشار روانی (Coping Inventory for Stressful Situations: CISS) گردآوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها، با آزمون t مستقل در سطح معنی‌داری P≤0/05 صورت گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره کل نارسایی هیجانی در معتادان بدون درمان برابر با 127/8±5/2 و در افراد تحت درمان برابر با 98/1±3/9 بود. میانگین نمرات راهبردهای مقابله‌ای در افراد معتاد بدون درمان برابر با 66/2±4 و در افراد تحت درمان برابر با 83/9±6/2 بود. آزمون t مستقل نشان داد که تفاوت میانگین‌ها در مقیاس کلی و در خرده مقیاس‌های ناگویی هیجانی، معنادار است (P<0/001). همچنین، در ارتباط با مقیاس کلی و خرده مقیاس‌های متغیر راهبردهای مقابله‌ای تفاوت میانگین‌ها معنادار بود (P<0/001).

نتیجه‌گیری: معتادان تحت درمان با متادون از وضعیت هیجانی بهتری برخوردار شده و از راهبردهای بهتری برای مقابله با فشارهای روانی استفاده می کنند.

واژه‌های کلیدی: اعتیاد، راهبردهای مقابله با فشار روانی، نارسایی هیجانی.

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. 1396؛ 24 (2): 126-135.

دریافت: 1396/01/15 **پذیرش: 1396/05/24**

[1] **نویسنده مسؤول؛** دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

آدرس: مشهد- میدان پارک- دانشگاه فردوسی مشهد- دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی.

تلفن: 05136579580 پست الکترونیکی: psy.madani@yahoo.com

2گروه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر، یک بیماری روانی عودکننده و مزمن است به طوری که مطالعات، وجود مشکلات روان‌شناختی گوناگونی را در افراد معتاد گزارش کرده‌اند، چنان که نشانه‌های روان پریشی، اضطراب، افسردگی، پرخاشگری، ترس‌های مرضی، شکایات جسمانی و وسواس فکری-عملی، افکار پارانوئیدی و استرس از جمله مشکلاتی هستند که طی پژوهش‌های مختلف با وابستگی به مصرف مواد مخدر ارتباط داشته‌اند (1). مطالعات نشان داده‌اند که اعتیاد با شاخص‌های اجتماعی جوامع، به‌خصوص فشارهای روانی موجود در آن، مرتبط می‌باشد. در واقع وجود استرس‌ها و فشارهای اجتماعی، سلامت روانی انسان را به خطر می‌اندازد و می‌تواند او را به سمت اختلالات روانی و انجام رفتارهای پرخطری مانند: سوء مصرف مواد مخدر سوق دهد؛ بنابراین در صورتی که فرد راه صحیح مقابله با استرس‌ها را نیاموخته باشد و فاقد مهارت‌های مقابله با استرس باشد، دچار مشکلات جدی‌تری خواهد شد (2). مقابله، به‌عنوان یک فرآیند روان‌شناختی و عاملی که در ارتباط بین فشار روانی و اختلالات جسمی یا روانی میانجی‌گری می‌کند، مورد توجه بوده است و به عقیده Lazarus و Folkman (1984) شامل: کوشش‌های شناختی و رفتاری اشخاص برای حل و فصل شرایط استرس‌زا و در برگیرنده تلاش‌ها، اعم از کنش‌محور و درون‌روانی برای اداره و کنترل تقاضاهای محیطی، درونی و کشمکش میان آن‌ها است (3). پژوهش‌های متعددی مطرح کرده‌اند که ابعاد راهبردی مقابله‌ای برای پیش‌بینی سوء مصرف مواد، دفعات مصرف، تکمیل دوره درمان و فرآیند عود در میان معتادان اهمیت دارد (4). در مطالعه Wills و همکاران (2001)، نتایج بیانگر این بود که نوجوانان مصرف‌کننده مواد به جای استفاده از شیوه‌های مقابله‌ای سازگارانه حل مسأله، به روش‌های ناسازگارانه اجتنابی و هیجانی و معلق نگه‌داشتن موضوع روی می آورند (5). همچنین، خسروشاهی و خانجانی (1392) در مطالعه‌ای نشان دادند، دانشجویانی که گرایش به سوء مصرف مواد دارند، کمتر از راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار و بیشتر از راهبرد هیجان‌مدار و اجتنابی، استفاده می‌کنند (6). حاجی‌پور (1381) نیز در بررسی گروهی از معتادان به این نتیجه رسید که آنان در مقایسه با افراد سالم نگرش‌های ناکارآمد بیشتری داشته و از راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر هیجان و مهار جسمانی بیشتر استفاده می‌کنند (7). در پژوهشی دیگر، Litt و همکاران (2008) نشان دادند، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای با درجه بالایی از توانایی اجتناب از عود مصرف، در بین افراد وابسته به مواد رابطه داشته و افراد با مهارت‌های مقابله‌ای شناختی و رفتاری، موفقیت بالایی در فرآیند پیشگیری از مصرف مواد دارند (6). از میان عوامل مرتبط با اعتیاد و نقائص در راهبردهای مقابله‌ای مناسب، می‌توان به ناتوانی در کنترل و تنظیم هیجانات به‌طور کلی و نارسایی هیجانی (alexithymia) به‌طور خاص اشاره کرد. مفهوم ناگویی هیجانی بر پایه مشاهدات بیماران روان تنی استوار است و گمان می‌رود که این اختلال، یک نوع کمبود در پردازش شناختی و نظم‌دهی حالت‌های عاطفی را منعکس می‌کند (8). مطالعات بیان می‌کنند که نارسایی هیجانی با بسیاری از اختلالات مثل اضطراب اجتماعی، هراس و سوء مصرف مواد ارتباط دارد (9). در این راستا، از اختلالات روان‌شناختی مرتبط با ناگویی هیجان، اختلال سوء مصرف مواد توجه بیشتری را به خود جلب کرده است؛ به‌طوری که افراد با درماندگی عاطفی و هیجانی بالاتر، تمایل زیادی به مصرف مواد مخدر و الکل دارند. این مطلب نشان می‌دهد که چرا برخی افراد به مواد مخدر وابسته می‌شوند. آن‌ها اغلب اوقات گرفتار هیجانات و احساساتی هستند که گریزی از آن برای خود نمی‌یابند. آن‌ها آگاهی چندانی از عواطف خود نداشته و با احساس عدم کنترل بر زندگی احساسی خود هیچ تلاشی نمی‌کنند (10). شیوع نارسایی هیجانی در جمعیت بزرگسال مرد حدود 9 تا 17 درصد و در زنان 5 تا 10 درصد گزارش شده است (11). در مطالعه Color و Wilson (1994)،

بیماران وابسته به کوکائین نمرات بالاتری در مقیاس ناگویی هیجانی نسبت به گروه کنترل داشتند. همچنین، در مطالعات دیگری نتایج مبین آن است که بین هر سه زیرمؤلفه ناگویی هیجانی شامل: دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی در افراد معتاد با افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد (12).

Yi و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که نارسایی هیجانی با سبک‌های سازش‌نیافته نظم‌دهی هیجانات و عواطف منفی همبستگی مثبت و با رفتارهای سازش‌یافته همبستگی منفی دارد. همچنین، افراد دارای نمرات پایین در این مقیاس از راهبردهای مقابله‌ای منفی استفاده می‌کنند و میزان سوء مصرف مواد در آن‌ها بالاتر است. از این رو به‌نظر می‌رسد که تنظیم هیجانات و عواطف، در افراد توانایی مضاعفی برای خودداری از مصرف مواد پدید می‌آورد و به کنترل وسوسه مصرف دوباره که نوعی کشمکش گرایش–پرهیز است، کمک می‌کند (13). همچنین نارسایی هیجانی می‌تواند با شاخص‌های سلامت به‌طور کلی و با مشکلات جسمانی و فیزیکی به‌طور خاص رابطه داشته باشد. این نکته نیز آشکار شده که نارسایی هیجانی، به‌ویژه مؤلفه دشواری در شناسایی هیجانات با ناتوانی در کنترل عواطف مثل افسردگی، اضطراب و خشم رابطه داشته باشد (14). در همین راستا، Garnefski و Kraaij در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند افرادی که در بیان هیجانات خود مشکل دارند، در شناسایی صحیح هیجانات از چهره دیگران نیز مشکل دارند و ظرفیت آن‌ها برای همدردی با حالت‌های هیجانی دیگران محدود است؛ بنابراین نسبت به سایر افراد، بیشتر دچار افسردگی، اضطراب و عواطف منفی می‌شوند (15).

در مجموع، هر چند نارسایی در بیان هیجانات، راهبردهای برخورد با فشارهای روانی و سازماندهی رفتار از ویژگی افرادی است که وابستگی به مواد دارند؛ اما در بررسی‌های به‌عمل آمده در مطالعات گذشته، در این زمینه بررسی‌های کمی صورت گرفته است. با توجه به اهمیت کنترل هیجانات و راه‌های برخورد با فشارهای روانی و نقش آن‌ها در ابتلا به اعتیاد و ادامه مصرف مواد، ضرورت انجام مطالعات در این زمینه همچنان به شدت احساس می‌گردد؛ بنابراین، مطالعه حاضر با هدف مقایسه نارسایی هیجانی و راهبردهای مقابله با فشار روانی در بین افراد تحت درمان با متادون و معتادان بدون درمان انجام شده است.

روش تحقیق

پژوهش حاضر تحلیلی و از نوع علی- مقایسه‌ای است. جامعه آماری این مطالعه، شامل کلیه معتادان به ماده‌ی مخدر اپیوئیدی ساکن در شهر مشهد مراجعه‌کننده به مراکز درمان سوء مصرف مواد در سال 1395-1394 بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: گذشت حداقل 6 ماه از شروع درمان و تحت درمان بودن با متادون برای افراد تحت درمان، مذکربودن، دامنه سنی 30 تا50 سال، نداشتن بیماری جسمی قابل توجه، سابقه اعتیاد به مواد اپیوئیدی بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. تعداد آزمودنی‌ها با توجه به فرمول Havel (2001)، (n= 50+ 10k) که k تعداد متغیرهای بکار رفته در این پژوهش است و نیز پژوهش‌های مشابهی که اخیراً صورت گرفته بود، به‌صورت 110 نفر در دو گروه 55 نفره تحت درمان با متادون و بدون درمان، در نظر گرفته شدند. به‌منظور یکسان‌سازی شرایط مطالعه، پنج مرکز درمان اعتیاد در نقاط مختلف شهر مشهد انتخاب گردید که از مزایای انتخاب این مراکز، مراجعین زیاد و متنوع با سطح اجتماعی، درآمد و تحصیلات متفاوت آن‌ها بود. همچنین، به لحاظ رعایت ملاحظات اخلاقی؛ بعد از مطالعه و تکمیل رضایت‌نامه آگاهانه، کلیه فرآیند آزمون‌گیری در کلینیک‌ها به‌صورت فردی انجام شد و پس از پایان پژوهش، هر دو گروه تحت درمان و بدون درمان از نتایج پژوهش آگاه شدند. روش کار به این صورت بود که بعد از اخذ مجوز حضور در مراکز درمان اعتیاد، به‌منظور انتخاب آزمودنی‌ها، لیستی از معتادان تحت درمان و افراد مراجعه‌کننده در آغاز درمان تهیه

شد که پس از مصاحبه اولیه، تعداد 110 نفر در دو گروه 55 نفره تحت درمان با متادون و 55 نفره بدون درمان، شرایط حضور در پژوهش را دارا بودند و اطلاعات مربوط به آزمون‌ها را تکمیل کردند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های توصیفی و آزمون t مستقل در سطح معنی‌داری $P\leq0/05$ و نرم‌افزار SPSS 16 استفاده گردید.

برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد:پرسشنامه راهبردهای مقابله با فشار روانی (Coping Inventory for Stressful Situations: CISS): Endler و Parker (1990) این پرسشنامه را به‌منظور ارزیابی انواع روش‌های مقابله‌ای در موقعیت‌های استرس‌زا ساختند. این آزمون دارای 48 سؤال 5 گزینه‌ای لیکرتی است و سه زمینه اصلی رفتارهای مقابله‌ای را در نظر می‌گیرد: 1- مقابله مسأله‌مدار یا برخورد فعال با مسأله در جهت مدیریت و حل آن 2- مقابله هیجان‌مدار یا متمرکز بر پاسخ هیجانی به مسأله 3- مقابله اجتنابی یا فرار از مسأله. با توجه به اینکه به‌صورت لیکرت می‌باشد، حداکثر نمره هر ماده 5 و حداقل 1 است. ضریب اعتبار این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ در پژوهش قریشی 0/81 به‌دست آمده است (16). همچنین این پرسشنامه توسط بشر دوست (1374) ترجمه و آلفای کرونباخ 0/84 برای آن گزارش گردید. آن‌ها ضریب اعتبار برای هر یک از سبک‌های مسأله‌مدار و هیجان‌مدار و اجتنابی را به‌ترتیب 0/83، 0/80، 0/70 به‌دست آوردند (17). مطالعات قریشی (1376) و وقری (1379) نشان می‌دهد که همبستگی درونی آزمون 0/85 و همبستگی آن در ارتباط با متغیرهای متفاوت بین 0/45 تا 0/78 است که این خود معرف روا بودن آزمون است (18).

پرسشنامه الکسی تیمیا تورنتو (Toronto Alexithymia Scale–20: FTAS-20): این مقیاس در سال 1986 به‌وسیله Taylor ساخته شد و در سال 1994 توسط Bagbay و Parker تجدید نظر شد. این آزمون یک مقیاس 20 سؤالی است و سه زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساسات (شامل 7 ماده)، دشواری در توصیف احساسات (شامل 5 ماده) و تفکر عینی (شامل 8 ماده) را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره 1 (کاملاً مخالف) تا نمره 5 (کاملا موافق) می‌سنجد. یک نمره کلی برای آلکسی تیمیا محاسبه می‌شود. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است. Bagbay و همکاران (19) دریافتند که در پژوهش اعتباریابی آن‌ها، FTAS-20 واجد سه عامل ساختاری است که با سازه نارسایی هیجانی همخوانی داشت. در نسخه فارسی بشارت (1388)، مقیاس الکسی تیمیا ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل و سه زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به‌ترتیب 0/85، 0/82، 0/75، 0/72 محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. افشاری (20)، در یک نمونه 80 نفری از دانشجویان، پایایی این مقیاس را با استفاده از روش cronbach's alpha coefficient محاسبه نموده است. cronbach's alpha coefficient برای کل مقیاس 0/75، برای دشواری در تشخیص احساسات 0/72، دشواری در توصیف احساسات 0/72 و تفکر با جهت‌گیری خارجی 0/53 به‌دست آمد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سنی افراد در گروه معتادان بدون درمان 5/22±39/25 سال و در گروه معتادان تحت درمان 6/23±40/27 سال بود. (P=0/36). میانگین و انحراف استاندارد سنی کلیه افراد شرکت‌کننده در این پژوهش (هر دو گروه)، 5/77±39/76 سال بود. از میان معتادان تحت درمان، 37 نفر (67/3) متأهل و 18 نفر (32/7) مجرد و همچنین، در میان افراد معتاد بدون درمان 32 نفر (58/2) متأهل و 23 نفر (41/8) مجرد بودند. میانگین و انحراف معیار کلی نمرات گروه بدون درمان در شاخص نارسایی هیجانی 5/2±127/8 و در گروه تحت درمان 3/9±98/1 و همچنین میانگین و

انحراف معیار کلی نمرات در شاخص راهبردهای مقابله‌ای در گروه بدون درمان 66/2±4 و در گروه تحت درمان به‌صورت 83/9±6/2 بود.

با توجه به جدول 1، در بین دو گروه مورد مطالعه (معتاد و تحت درمان)، در خرده مقیاس‌های متغیر نارسایی هیجانی، میانگین نمرات به‌دست آمده در گروه معتادان از گروه تحت درمان بالاتر شد که نشان‌دهنده بالاتربودن نشانگان نارسایی هیجانی در این افراد بود. همچنین با توجه به جدول 1 در ارتباط با خرده مقیاس‌های متغیر راهبردهای مقابله‌ای، میانگین نمرات در گروه تحت درمان از گروه معتادان بالاتر می‌باشد و گویای این است که افراد تحت درمان بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای در هنگام روبه‌رو شدن با هیجانات استفاده می‌کنند.

به‌منظور بررسی این موضوع که آیا تفاوت بین میانگین کلی نمرات گروه‌های مورد مطالعه (معتاد و تحت درمان)، در مقیاس‌های متغیرهای نارسایی هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای از نظر آماری معنادار می‌باشد یا خیر، از آزمون t برای مقایسه میانگین کلی نمونه‌های مستقل، استفاده شد. براساس نتایج موجود در جدول 1، تفاوت میانگین کلی مقیاس نارسایی هیجانی در بین دو گروه تحت مطالعه معنادار می‌باشد (P<0/001). همچنین، نتایج به‌دست آمده بیانگر معناداربودن مقیاس راهبردهای مقابله‌ای بین دو گروه مورد مطالعه بود (P<0/001).

در ادامه، به‌منظور بررسی عملکرد گروه‌های مورد مطالعه در خرده مقیاس‌های نارسایی هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای از آزمون t برای مقایسه میانگین نمونه‌های مستقل، استفاده شد.

همان‌طور که جدول 1 نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمرات در خرده مقیاس‌های متغیر نارسایی هیجانی شامل: دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر با جهت‌گیری خارجی میانگین نمرات در گروه‌های مورد مطالعه (معتاد و تحت درمان)، از نظر آماری معنادار می‌باشد (P<0/001). لازم به توضیح است که تفاوت میانگین نمرات در خرده مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای شامل: راهبردهای مسأله‌مدار، راهبردهای هیجان‌مدار و راهبردهای اجتنابی گروه‌های مورد مطالعه (معتاد و تحت درمان) نیز از نظر آماری معنادار است (P<0/001).

جدول 1- مقایسه میانگین نمره کل و خرده مقیاس های نارسایی هیجانی و راهبردهای مقابله ای در دو گروه معتاد و تحت درمان

متغیّر	خرده مقیاس ها	گروه معتاد N=55 X±SD	گروه تحت درمان N=55 X±SD	سطح معنی‌داری آزمون t مستقل
نارسایی هیجانی	حیطه دشواری در شناسایی احساسات	40/8±3/30	35/8±2/47	<0/001
	حیطه دشواری در توصیف احساسات	40/38±5/75	32/67±1/81	<0/001
	حیطه تفکر با جهت‌گیری خارجی	45/29±2/66	30/44±2/27	<0/001
	نمره کل نارسایی هیجانی	127/8±5/2	98/1±3/9	<0/001
راهبردهای مقابله‌ای	حیطه مسأله‌مدار	21/71±3/48	26/95±6/12	<0/001
	حیطه هیجان‌مدار	21/95±2/45	28/56±1/84	<0/001
	حیطه اجتنابی	22/55±2/45	28/38±3/24	<0/001
	نمره کل راهبردهای مقابله‌ای	66/2±4	83/9±6/2	<0/001

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی نارسایی هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای در بین معتادان تحت درمان با نگهدارنده متادون و معتادان بدون درمان صورت گرفت. نتایج این پژوهش، بیانگر وجود تفاوت معنادار متغیرها در بین دو گروه مورد مطالعه بود. در مطالعه بگیان کوله مرز و همکاران (1393) که در ارتباط با مقایسه نارسایی هیجانی و کنترل عواطف در بین افراد معتاد تحت درمان و افراد سالم انجام شد، میانگین کل نمره نارسایی هیجانی افراد تحت درمان 4/48±25/65 بود. این اختلاف میانگین می‌تواند به این علت باشد که از نقطه نظر فرهنگی و اجتماعی و سهولت دسترسی به مواد، با توجه به نزدیکی به مرز افغانستان، نسبت به پژوهش بگیان کوله مرز و همکاران (1393) که در شهرستان نورآباد انجام شده، فراوانی و قدمت اعتیاد در محدوده پژوهشی حاضر بیشتر بوده است؛ بنابراین مشکلات بیشتر در نارسایی هیجانی در این مطالعه منطقی بود (21). در ارتباط با نارسایی هیجانی در افراد مصرف‌کننده مواد می‌توان ابراز داشت، این افراد به‌دلیل عدم کنترل و انطباق با احساسات و هیجانات، توانایی ضعیفی در بیان هیجانات و برخورد با مسائل و تصمیم‌گیری مناسب دارند. در واقع می‌توان این گونه تبیین داشت که این افراد دارای رشد ناکافی در عواطف و مدیریت مناسب در هیجانات و رفتار هستند و هنگامی که در شروع مصرف مواد تحت فشار دوستان، همسالان و غیره قرار می‌گیرند، توانایی لازم برای بازداری از مصرف دوباره را ندارند و کنترل ضعیف بر هیجانات آن‌ها، ریسک شروع مصرف مواد و آغاز چرخه رفتار اعتیادی را افزایش می‌دهد. در واقع یک فرد دچار نارسایی هیجانی در فرآیند پردازش شناختی هیجانات خود دچار اشکال است و به‌دلیل اینکه، اطلاعات هیجانی مورد پردازش و ادراک قرار نمی‌گیرند، افراد دچار آشفتگی عاطفی و درماندگی می‌شوند.

در این مطالعه، افراد معتاد بدون درمان نسبت به گروه تحت درمان نقایص بیشتری را در زیرمقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای نشان دادند. در همین ارتباط، مولایی یساولی و عبدی (1394)، افراد معتاد و عادی را در مقیاس‌های تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای با یکدیگر مورد مقایسه قرار دادند. در خرده مقیاس راهبردهای مسأله‌مدار تفاوت بین دو گروه معنی‌دار بود (P=0/002)؛ اما در زیرمقیاس‌های راهبردهای هیجان‌مدار و اجتنابی، تفاوت معنی‌داری بین این دو گروه مشاهده نشد (P=0/096) (22). در مطالعه حاضر، میانگین نمرات پایین‌تر در زیرمقیاس راهبردهای اجتنابی نشانگر وجود اختلال در کنش‌های شناختی معتادان همچون بازداری می‌باشد. این یافته با نتایج Omstesin و همکاران (2000) نیز همسو است. در مطالعه آن‌ها افراد با اختلالات سوء مصرف مواد در آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین عملکرد ضعیف و معناداری داشتند (P<0/05) و افراد معتاد در کنش‌های شناختی مشکلات بیشتری را در مقایسه با افراد عادی نشان دادند.(23) این مطالعات مطرح می‌کنند که نقص‌های موجود در عملکردهای شناختی افراد معتاد ناشی از آسیب قشر پیشانی مغز است. در همین راستا، محمدزادگان و همکاران (1393) به این نتیجه رسیدند که میانگین نمرات گروه معتادان با گروه تحت درمان با متادون و افراد عادی در متغیر کنش‌های شناختی تفاوت معناداری در سطح 0/05 دارد (24).

بر این اساس می‌توان گفت که مجموعه نارسایی‌های مرتبط با بد کارکردی قشر پیشانی برای مثال: نظم‌جویی شناختی، کنترل اجرایی و بازداری در افرادی که در معرض خطر بالای مصرف مواد هستند به چشم می‌خورد؛ به‌طوری که راهبردهای اجتنابی ضعیف می‌تواند یک پیش‌زمینه خطر مصرف مواد باشد و در هنگام دغدغه تهیه مواد و وسوسه مصرف، قدرت تصمیم‌گیری فرد را مختل می‌کند.

همچنین، یافته‌های این پژوهش نشان داد که افراد معتاد عملکرد ضعیف‌تری در خرده مقیاس راهبردهای هیجان‌مدار در هنگام مقابله با فشار روانی داشتند. این نتایج با یافته‌های O’cleirigh و همکاران (2007)، همخوان است. آن‌ها معتقد

هستند افرادی که سطوح بالایی از نقایص در هیجان را بروز می‌دهند بیش از دیگران احتمال دارد در رفتارهای پرخطری که متعاقباً به افسردگی یا اضطراب منجر می‌شود، درگیر شوند (25). در مطالعه آن‌ها که روی متغیرهای روانی و رفتاری مؤثر در مدیریت ایدز صورت گرفت، بین نقایص هیجانی و رفتارهای پرخطر رابطه معناداری وجود داشت ($P<0/01$). بر این اساس افراد دارای نقص در ابراز هیجان، احتمالاً بیشتر مستعد استفاده از رفتارهای پرخطر به‌عنوان ابزاری برای تسکین هیجانات منفی هستند؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که افراد بدون درمان به‌دلیل ماندن در چرخه معیوب اعتیاد احتمالاً بیشتر از افراد تحت درمان در معرض اضطراب و افسردگی در اثر گرفتاری در شرایط بد جسمانی، روانی و اجتماعی هستند.

پژوهش حاضر در مسیر اجرا با محدودیت‌های علمی و پژوهشی چندی روبه‌رو بوده است که از جمله: کنترل متغیر ماده مصرفی، شرایط سنی و جنسیت (به‌علت جمعیت ناکافی و در دسترس نبودن زنان داوطلب شرکت در پژوهش، فقط از افراد مذکر استفاده گردید) را می‌توان نام برد. از طرفی به‌دلیل انجام پژوهش در شهر مشهد در تعمیم نتایج در سایر شهرها باید با احتیاط عمل نمود.

پیشنهاد می‌گردد در مطالعات بعدی نمونه‌ای بزرگتر و با در نظر گرفتن عامل جنسیت انجام شود تا نتایج کامل‌تری با مطالعه و بررسی هر دو جنس حاصل شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به‌دست آمده و مطالعات انجام‌شده، هر دو گروه بدون درمان و افراد تحت درمان در متغیرهای نارسایی هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای دچار نقص می‌باشند. با این حال، گروه تحت درمان به‌واسطه استفاده از درمان‌های روان‌شناختی و جسمانی و بازگشت نسبی به شرایط سلامتی دارای مشکلات کمتری نسبت به گروه معتادان بدون درمان بودند؛ بنابراین با توجه به اکتسابی‌بودن بخش قابل توجهی از مهارت‌ها و قابلیت‌های تنظیم هیجانی و مقابله با استرس، پیشنهاد می‌گردد وزارت بهداشت و درمان و سازمان بهزیستی که متولیان برنامه‌ریزی و نظارت بر حوزه درمان اعتیاد در کشور می‌باشند، در برنامه‌های درمانی علاوه بر تجویز دارو، جایگاه ویژه‌ای برای مداخلات روان‌شناختی از جمله: تقویت و آموزش مهارت‌های مواجهه با استرس‌ها، وسوسه‌ها و مدیریت هیجانات مخرب در مراکز درمانی و همچنین تبلیغات آموزشی پیشگیرانه در جامعه لحاظ نمایند.

تقدیر و تشکر

این مقاله با اخذ مجوز از سازمان بهزیستی خراسان رضوی انجام شده است و دارای کد اخلاق Ir.bums.REC.1395.310 از دانشگاه علوم پزشکی بیرجند می‌باشد. بدین‌وسیله، از سازمان بهزیستی خراسان رضوی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، مدیریت و مسئولین فنی محترم مراکز درمان اعتیاد و همچنین تمامی افراد مراجعه‌کننده به مراکز درمانی که در این مطالعه همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع:

1- Heydari PA, Mahjub H, Rahimi A. Mental disorders in substance dependent individuals as compared to non-substance dependent people in Hamadan, Iran. Sci J Hamadan Univ Med Sci Health Serv. 2012; 18(3): 22-8. [Persian]

2- Rahimi C. (eds.) Coping with stress and risk drug use among students. Proceeding of the 5th Mental Health Seminar Students; 2010; May 23- 22, Iran, Tehran; 2010. [Persian]

3- Lazarus RS, Folkman S. Stress and coping process. New York: Springer; 1984.

4- Ball SA. Personality traits, problems, and disorders: clinical applications to substance use disorders. J Res Personal. 2005; 39(1): 84-102.

5- Wills TA, Sandy JM, Yeager AM. Time perspective and early-onset substance use: a model based on stress-coping theory. Psychol Addict Behav. 2001; 15(2): 118-25.

6- Khosroshahi JB, Khanjani Z. Relationship of coping strategies and self-efficacy with substance abuse tendency among students. Knowl Res Appl Psychol. 2013; 14(3): 80-90. [Persian]

7- Hajipour H. Check dysfunctional attitudes, stress, coping strategies seeks treatment in opioid drug users compared with non-addicts. [Master Thesis]. Tehran: Tehran Psychiatric Institute, School of Behavioral Sciences and Mental Health; 2002. [Persian]

8- Taylor GJ, Parker JD, Bagby RM. A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. Am J Psychiatry. 1990; 147(9): 1228-30.

9- Fukunishi I, Kikuchi M, Wogan J, Takubo M. Secondary alexithymia as a state reaction in panic disorder and social phobia. Compr Psychiatry. 1997; 38(3): 166-70.

10- Tschann JM, Adler NE, Irwin CE, Millstein SG, Turner RA, Kegeles SM. Initiation of substance use in early adolescence: the roles of pubertal timing and emotional distress. Health Psychol. 1994; 13(4): 326.

11- Schut AJ, Castonguay LG, Borkovec TD. Compulsive checking behaviors in generalized anxiety disorder. J Clin Psychol. 2001; 57(6): 705-15.

12- Ghaleban M. Review and compare alexithymia and self regulation in people with abuse. Materials and those without. [Master Thesis]. Tehran, Iran: Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran; 2008. [Persian]

13- Cecero JJ, Holmstrom RW. Alexithymia and affect pathology among adult male alcoholics. J Clin Psychol. 1997; 53(3): 201-8.

14- Dubey A, Pandey R, Mishra K. Role of emotion regulation difficulties and positive/negative affectivity in explaining alexithymia-health relationship: an overview. Indian J Soc Sci Res. 2010; 7(1): 20-31.

15- Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire-development of a short 18-item (CERQ-short). Personal Individ Differ. 2006; 41(6): 1045-53.

16- Roozen HG, de Waart R, van der Windt DA, van der Brink W, de Jong CA, Kerkbof AJ. A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. Eur Neuropsychopharmacol. 2006; 16(5): 311-23.

17- Hajatbeygi S. The relationship between self- efficacy and coping style and mental health in secondary school in Tehran. [Master Thesis]. Tehran, Iran: Azad University Branch of Tehran. (2000). [Persian]

18- Jafarnejad P, Farzad VE, Moradi AR, Shokri O. A study of the relationship between the big five factors of personality, coping styles and mental health in undergraduate students. J Psychol Educ. 2005; 35(1): 51-74. [Persian]

19- Bagbay RM, Parker JD, Taylor GJ. Twenty item alexithymia scale: item selection and across validation of the factor structure. J Psychosom Res.1994; 38(1): 23-32.

20- Afshari A. Personality traits, attachment styles, stressful events and Sex As predictors of alexithymia in undergraduate students martyr Chamran University. [Master Thesis]. Ahvaz, Iran: Clinical Psychology, University of Chamran Ahvaz; 2008. [Persian]

21- Bagyan Kouleh Marz M, Narimani M, Soltani S, Mehrabi A. The comparison of alexithymia and emotions control among substance abusers and healthy people. J Res Addict. 2014; 8(29): 131-47. [Persian]

22- Molaei Yasavoli H, Abdi M. The comparison of resiliency and coping strategies in individuals with drug addiction and normal. Quat J Soc. 2015; 4(1): 24-9. [Persian]

23- Ornstein TJ, Iddon JL, Baldacchino AM, Sahakian BJ, London M, Everitt BJ, et al. Profiles of cognitive dysfunction in chronic amphetamine and heroin abusers. Neuropsychopharmacology. 2000; 23(2): 113-26.

24- Bayrami M, Mohammadzadehgan R, Movahedi Y, Ghasem BY, Mohammadyari G, Tahmasebpoor M. On the comparison of cognitive function in substance abusers and addicts under methadone treatment with normal individuals. J Res Addict. 2015; 9(34): 23-36. [Persian]

25- O Cleirigh C, Ironson G, Smits JA. Does distress tolerance moderate the impact of major life events on psychosomatical variables and behaviors important in the management of HIV. Behav Ther. 2007; 38(3): 314-23.