

اثر تعاملی اجتناب تجربی و دشواری در تنظیم هیجان با تحمل پریشانی در پیش‌بینی ولع مصرف در معتادین بهبودیافته از مواد افیونی

The interactive effect of experiential avoidance and difficulty in emotion regulation with distress tolerance in predicting craving among recovered opioid-addicts

هادی فاضلی راد (نویسنده مسئول)^۱، ربابه نوری قاسم آبادی^۲، جعفر حسینی^۳

نویسنده مخاطب: هادی فاضلی راد
Hadi.faz71v@gmail.com

چکیده

ولع مصرف، توجه بسیاری از پژوهشگران را که عوامل مرتبط با سوء مصرف مواد را بررسی کرده‌اند، به خود جلب کرده است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر تعاملی اجتناب تجربی و دشواری در تنظیم هیجان با تحمل پریشانی در پیش‌بینی ولع مصرف در معتادین بهبودیافته از مواد افیونی انجام شده است. نمونه این پژوهش که در سال ۱۳۹۹ انجام شد، ۲۴۱ نفر از بیماران بهبودیافته از مواد افیونی بودند که در کمپ‌ها و مراکز اقامتی استان تهران و البرز بستری بودند. یافته‌ها نشان داد براساس نتایج آزمون رگرسیون سلسله‌مراتبی، متغیر تحمل پریشانی پیش‌بینی معنی‌داری از متغیر ولع مصرف ارائه داد و تحت تأثیر سطوح مختلف اجتناب تجربه‌گرایانه بود، اما این اثر تعاملی درباره سطوح مختلف دشواری در تنظیم هیجان مشاهده نشد. نقش تعدیل‌گری اجتناب تجربی اهمیت این متغیر را در بررسی عوامل مرتبط با ولع و مصرف مواد برجسته کرده است. یافته‌های این پژوهش اهمیت کاهش اجتناب تجربی را در درمان سوء مصرف مواد نشان می‌دهد که در نتیجه می‌تواند به کاهش ولع مصرف مواد منجر شود.

واژه‌های کلیدی: اجتناب تجربی - تحمل پریشانی - دشواری در تنظیم هیجان - ولع

۱- مقدمه

مصرف مواد مخدر در ایران چالشی جدی است. براساس گزارش دفتر سازمان ملل درباره مصرف مواد و جرم در ایران^۴ [۱] بیش از ۱ میلیون و ۳۲۵ هزار فرد وابسته به مواد افیونی در ایران وجود دارند. از پیامدهای منفی مواد افیونی می‌توان به مرگ‌ومیر بالا [۲] استفاده از این مواد برای خودکشی [۳] و لغزش و عود بالا (۶۰ و ۷۵ درصد لغزش در مدت‌زمان ۳ و ۱۲

^۱ - کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

^۲ - دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

^۳ - دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

ماه) بعد از ترک مواد اشاره کرد [۵،۴]. این امر سبب می‌شود که ولع مصرف در کانون مسئله اعتیاد و نظریه‌های مرتبط با مصرف مواد قرار بگیرد [۷،۶]. در این میان، درمان‌هایی که به‌منظور کاهش مصرف مواد طراحی شده‌اند، نویدبخش هستند، اما بیش از ۵۰ درصد بیماران طی ۶ ماه بعد از درمان [۸] و بیش از ۴۰ درصد در دوره ورود مجدد به درمان و بهبودی، دچار لغزش و عود مصرف می‌شوند [۹]. ممکن است عوامل فراوانی به‌عنوان پیش‌بین مطرح شوند که از میان آنها ولع مصرف یکی از مهم‌ترین پیش‌بین‌های عود است [۱۰].

ولع مصرف را می‌توان میل شدید و ناخواسته ذهنی - هیجانی و گونه‌ای از اجبار برای مصرف مواد در نظر گرفت، اما این اشتیاق شدید با تلاش برای کاهش مصرف، امکان تشدید دارد و همچنین با تغییرات سیستم عصبی خودمختار و فعال‌سازی شبکه‌های مغزی، گیرنده‌های عصبی و سیستم پاداش همراه است [۱۴،۱۳،۱۲،۱۱،۷]. برخی پژوهشگران به بررسی عوامل تأثیرگذار در ولع مصرف پرداخته و مشخص کرده‌اند که برخی عوامل افراد معتاد را در بازگشت به مصرف مواد آسیب‌پذیر می‌کند [۱۵،۱۶]. باید توجه داشت که قدرت و شدت ولع مصرف توسط خلق منفی، مانند استرس، اضطراب، افسردگی و حساسیت به اضطراب^۱ پیش‌بینی می‌شود [۱۷،۱۸]. همچنین براساس نتایج پژوهش پومبو^۲ و همکاران [۱۹] ویژگی‌های روان‌شناختی مانند خودانگاره ضعیف، روان‌رنجوری، خلق‌وخوی عاطفی سیکلوتیمیک، افسردگی و خصومت، پیش‌بینی‌کننده ولع مصرف الکل است. به‌طورکلی با توجه به پریشانی‌زایی متغیرهای مطرح‌شده می‌توان گفت واکنش فرد به آنها و تحمل پریشانی او عاملی مهم است.

تحمل پریشانی به توانایی رفتاری ادراکی یا واقعی برای مقاومت در مواجهه با محرک‌های آزاردهنده یا تهدیدآمیز گفته می‌شود [۲۰]. این مقوله سازه‌ای مهم در آسیب‌شناسی روانی و همچنین هسته مرکزی درمان DBT است؛ به همین دلیل این درمان در مصرف‌کنندگان مواد تأثیر فراوانی دارد [۲۱]. تحمل پریشانی با ولع مصرف حشیش هنگام تجربه آشفتگی هیجانی و احتمال بیشتر خروج از درمان همراه است [۲۳،۲۲]. همچنین مواجهه با سطوح بالای استرس و آشفتگی، با افزایش ولع مصرف مواد و الکل ارتباط دارد [۲۵،۲۴]. تجربه آشفتگی در دوره ترک مصرف به‌دلیل نشانه‌های ترک نیز می‌تواند پیش‌بینی‌کننده لغزش باشد [۲۶]. برخی افراد با وجود سطوح بالای عاطفی منفی و پریشانی، درگیر مصرف مواد یا لغزش پس از دوره پرهیز نمی‌شوند و با میل به مصرف مقابله می‌کنند؛ بنابراین افرادی که توانایی کمتری در تحمل پریشانی دارند، بیشتر ممکن است که با مصرف مواد و ولع مصرف مواجه شوند [۲۷]. اگرچه شواهد بیان‌کننده ارتباط تحمل پریشانی و ولع مصرف است، به نظر می‌رسد این ارتباط کاملاً مستقیم نباشد. همچنین با توجه به پیچیدگی‌های ولع مصرف، متغیرهای دیگری نیز در این باره تأثیرگذارند که در ادامه به آنها پرداخته شده است.

ترک مصرف با نشانه‌هایی مانند هیجان منفی، تنش عضلانی، افسردگی، استرس، اضطراب بالا، بی‌قراری و بی‌خوابی همراه است [۲۹،۲۸]. هیجان‌ات منفی و موقعیت‌های مرتبط با آن سبب افزایش ولع مصرف می‌شود [۱۶]. در این میان، افرادی که در تنظیم هیجان نقص دارند، در مواجهه با این وضعیت بیشتر ممکن است که با عود مصرف مواجه شوند [۳۰]. دشواری در تنظیم هیجان ساختاری چندوجهی است و شامل آگاه‌نبودن، درک و پذیرش هیجان‌ات، دسترس‌نداشتن به راهبردهای سازگاران، تمایل‌نداشتن به تجربه پریشانی هیجانی برای رسیدن به اهداف مطلوب و ناتوانی در رفتارهای هدفمند هنگام تجربه پریشانی می‌شود [۳۱]. دشواری در تنظیم هیجان با طیف وسیعی از اختلالات هیجانی، شامل اضطراب و افسردگی ارتباط دارد [۳۲]. افراد در معرض خطر اختلالات مصرف مواد، رفتارهای باثبات و تنظیم‌شده هیجانی اندکی در مقایسه با افرادی دارند که

1. Anxiety Sensivity
2. Pombo

کمتر در معرض خطر اعتیاد هستند [۳۳]. ناتوانی در مدیریت مناسب هیجان و استفاده از راهبردهای منفی تنظیم هیجان، پیش‌زمینه‌ای مهم برای شروع مصرف مواد و عود مصرف در دوره پرهیز است [۳۵،۳۴]. افراد وابسته به هروئین که سابقه‌ای از ترومای کودکی دارند و در تنظیم هیجان با مشکل مواجه هستند، ولع بیشتری برای مصرف هروئین دارند [۳۶]. عامل دیگر اجتناب از هیجان منفی است که اصلی‌ترین انگیزه سوءمصرف مواد به شمار می‌آید [۳۷]، زیرا فرد برای تسکین هیجانات منفی و اجتناب از این وضعیت، به مصرف مواد ولع پیدا می‌کند [۳۸].

اجتناب تجربی یکی از مؤلفه‌های اصلی درمان ACT است [۳۹] که نقش مهمی در ایجاد و تداوم مصرف مواد دارد. این مؤلفه به‌عنوان تمایل به اجتناب، گریز یا تغییر تجربه شخصی از وقایع درونی آزاردهنده (مانند افکار، احساسات، خاطرات) مفهوم‌سازی شده است. براساس اجتناب تجربی، افراد به‌منظور دوری از دامنه گسترده تجربه‌های درونی ناخوشایند مانند افکار، هیجان‌ها و ولع مصرف، به مصرف مواد روی می‌آورند [۴۰]. اگرچه راهبرد اجتناب در کوتاه‌مدت می‌تواند مؤثر باشد، در بلندمدت سبب افزایش تجربه‌های ناخوشایند می‌شود [۴۱]. اجتناب تجربی به دلیل ایجاد تقویت منفی و تسکین تجربه‌های آزاردهنده در افراد، بیش از سایر متغیرهای روان‌شناختی، سوءمصرف مواد و ولع مصرف را پیش‌بینی می‌کند [۴۲،۴۳،۴۴]. در مجموع می‌توان گفت، تحمل پریشانی کم، سبب افزایش اجتناب تجربی [۴۵،۴۶] و استفاده فراوان از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان [۴۷] و سبب افزایش ولع مصرف و خروج از درمان، به‌ویژه در افراد بهبودیافته می‌شود [۴۳،۲۳].

۲- روش

این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی و بنیادی-کاربردی و هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر تعاملی اجتناب تجربی و دشواری در تنظیم هیجان با تحمل پریشانی در پیش‌بینی ولع مصرف بوده است؛ بدین‌منظور ۲۴۱ نفر از افراد بهبودیافته ساکن در مراکز اقامتی درمانی شهر تهران و کرج در سال ۱۳۹۹ برای نمونه انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان جهت ورود به پژوهش می‌بایست حداقل ۱۸ ساله داشتند، تشخیص بالینی اعتیاد به مصرف مواد افیونی گرفته باشند و هنگام جمع‌آوری داده‌ها دوره حداقل سه‌ماهه بهبودی از مصرف مواد را گذرانده باشند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۳/۸۳ (انحراف استاندارد: ۱۹/۱۹) در دامنه ۱۸ تا ۷۵ سال بود. همه شرکت‌کنندگان تحصیل کرده و ۷۹ درصد آنها شاغل بودند. همچنین ۷۶ درصد مجرد و بقیه متأهل بودند. بیشتر افراد نمونه (۸۰ درصد) ترکیبی از مواد افیونی را مصرف کرده بودند.

۳- ابزار سنجش

مقیاس تحمل پریشانی^۱ (DTS): این مقیاس به‌وسیله سیمونز و گاهر [۲۰] ساخته شده است که شمس و همکاران [۴۷] آن را اعتباریابی کرده‌اند. این مقیاس یک ابزار خودگزارشی ۱۵ ماده‌ای با ۴ خرده‌مقیاس است که در آن از افراد خواسته می‌شود میزان موافقت یا مخالفت خود با جملات را در مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای، از کاملاً موافقم (۱) تا کاملاً مخالفم (۵) درجه‌بندی کنند. مؤلفه‌های این مقیاس عبارت است از: ۱. تحمل (برای مثال: ناراحتی و پریشانی برای من قابل تحمل نیست). ۲. ارزیابی (برای مثال: ناراحتی و پریشانی همیشه برای من امتحان بزرگی است). ۳. جذب (برای مثال: پریشانی من به حدی

¹-Distress Tolerance Scale

شدید است که کاملاً بر من مسلط می‌شود). ۴. تنظیم (برای مثال: زمانی که احساس پریشانی یا ناراحتی می‌کنم، فوراً باید راه‌حلی پیدا کنم). در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد.

فرم کوتاه مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی^۱ (DERS-16): این ابزار، مقیاسی ۱۶ سؤالی با ۵ خرده‌مقیاس در طیف لیکرت (۱ تا ۵) است که بجزوربرگ و همکاران [۴۹] آن را طراحی کرده‌اند. این ۵ خرده‌مقیاس عبارت‌اند از: ۱. عدم پذیرش هیجانات منفی، ۲. دشواری در انجام رفتار هدفمند هنگام پریشانی، ۳. دشواری در کنترل رفتارهای تکانه‌ای، ۴. دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، ۵. عدم وضوح هیجانی. نسخه فارسی این پرسشنامه را شهابی و همکاران [۵۰] تدوین کرده‌اند که از ویژگی‌های روان‌سنجی خوبی برخوردار است. در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

مقیاس پذیرش و عمل - نسخه دوم (AAQ-II)^۲: این پرسشنامه یک نسخه ۱۰ ماده‌ای از پرسشنامه اصلی (AAQ-I) است که بوند و همکاران [۵۱] آن را طراحی کرده‌اند و اعتباریابی آن توسط عباسی و همکاران [۵۲] صورت گرفته است. این پرسشنامه سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی مربوط است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده اجتناب تجربی بیشتر است. نمره‌گذاری این مقیاس به صورت لیکرت ۷ گزینه‌ای (۱ تا ۷) است. میزان آلفای کرونباخ ۰/۹۰ نیز در این پژوهش به دست آمد.

پرسشنامه ولع کنونی (DDQ)^۳: این پرسشنامه برای بررسی ولع مصرف در زمان حال ساخته شده است. فرانکن و همکاران [۵۳]، با اقتباس از پرسشنامه ولع مصرف الکل، پرسشنامه ولع مصرف هروئین را طراحی کردند. این پرسشنامه با محوریت ولع به‌منزله یک حالت انگیزشی طراحی شد که شامل ۱۴ عبارت است که به کمک مقیاس ۷ نقطه‌ای لیکرت (۱ = کاملاً مخالفم، ۲ = مخالفم، ۳ = نسبتاً مخالفم، ۴ = بینابین، ۵ = نسبتاً موافقم، ۶ = موافقم و ۷ = کاملاً موافقم) نمره‌گذاری شده و شامل ۳ خرده‌مقیاس قصد و تمایل، تقویت منفی و کنترل است. حسنی ابهریان و همکاران [۵۴] این پرسشنامه را برای مصرف‌کنندگان متامفتامین فارسی‌زبان هنجاریابی کردند. در این پژوهش نیز میزان آلفای کرونباخ ۰/۹۶ به دست آمد.

شرکت‌کنندگان از چهار مرکز اقامتی درمانی جداگانه که به افراد بهبودیافته اختصاص داده شده بود، گزینش شدند. سپس به‌طور جداگانه و به‌صورت داوطلبی به شرکت در پژوهش حاضر دعوت شدند. به‌منظور رعایت مسائل اخلاقی، بعد از توضیحات لازم درباره هدف و روش پژوهش، به شرکت‌کنندگان در پژوهش این اطمینان داده شد که اطلاعات آنها کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند. هیچ فرصتی برای آزمون آزمایشی یا تغییر پاسخ‌ها وجود نداشت. به‌منظور اطلاع از ملاک‌های ورود در پژوهش، به‌ویژه تشخیص اعتیاد به مواد افیونی در گذشته و سپری‌شدن حداقل سه ماه از دوره پاک، از پرونده‌های موجود در مراکز درمانی و اقامتی و مصاحبه تشخیصی بالینی روان‌شناس یا مددکار مرکز استفاده شد. عدم تمایل به شرکت در پژوهش و کامل نکردن پرسشنامه باعث حذف شرکت‌کنندگان از پژوهش میشد. بعد از اتمام پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها نیز ژتون‌هایی به شرکت‌کنندگان جهت قدردانی اهدا شد. همچنین تحلیل آماری داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ (SPSS Inc., Chicago, Ill., USA) صورت گرفت.

۴- یافته‌ها

^۱ -Brief Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale

^۲ . Acceptance and Action Questionnaire-II(AAQ-II)

^۳ . Desires for Drug Questionnaire

در رابطه با اثر تعدیل‌گری دشواری در تنظیم هیجان، از آزمون رگرسیون سلسله‌مراتبی استفاده شد؛ به گونه‌ای که در بلوک اول متغیرهای تحمل پریشانی و دشواری تنظیم هیجان وارد معادله رگرسیون شدند و در بلوک دوم متغیر تعاملی تحمل پریشانی × دشواری تنظیم هیجان وارد معادله رگرسیون شد. با توجه به جدول ۱، در بلوک اول متغیر تحمل پریشانی ($\beta = -0/609, T = -8/555$) پیش‌بینی معنی‌داری از متغیر ولع مصرف بیان کرده است، اما در بلوک دوم اثر تعاملی این متغیر در دشواری تنظیم هیجان نقش معنی‌داری در پیش‌بینی متغیر ولع مصرف ندارد ($\beta = -0/010, T = -0/085$)؛ از این رو می‌توان گفت این متغیر نقش تعدیل‌کننده‌ای در میان دو متغیر تحمل پریشانی و ولع مصرف ندارد. با توجه به شکل ۱ نیز رابطه متغیر تحمل پریشانی و ولع مصرف در هر سه سطح نمرات بالا، متوسط و پایین دشواری تنظیم هیجان یکسان بوده و نشان‌دهنده تأثیرنداشتن تعدیل‌کننده این متغیر است. همچنین درباره اثر تعدیل‌گری اجتناب تجربه‌گرایانه از آزمون رگرسیون سلسله‌مراتبی استفاده شد؛ به گونه‌ای که در بلوک اول متغیرهای تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌گرایانه وارد معادله رگرسیون شدند و در بلوک دوم متغیر تعاملی تحمل پریشانی × اجتناب تجربه‌گرایانه وارد معادله رگرسیون شد.

با توجه به جدول ۲، در بلوک اول متغیر تحمل پریشانی ($\beta = -0/500, T = -6/629$) پیش‌بینی معنی‌داری از متغیر ولع مصرف بیان کرده است. همچنین در بلوک دوم اثر تعاملی تحمل پریشانی در اجتناب تجربه‌گرایانه نقش معنی‌داری در پیش‌بینی متغیر ولع مصرف دارد ($\beta = -0/368, T = -2/910$)؛ بنابراین می‌توان گفت این متغیر نقش تعدیل‌کننده‌ای در میان دو متغیر تحمل پریشانی و ولع مصرف دارد. با توجه به شکل ۲، رابطه متغیر تحمل پریشانی و ولع مصرف در سه سطح نمرات بالا، متوسط و پایین اجتناب تجربه‌گرایانه متفاوت است؛ به طوری که در سطح پایین اجتناب تجربه‌ای رابطه تحمل پریشانی و ولع مصرف $-0/32$ ، در سطح متوسط $-0/56$ و در سطح بالای آن $-0/75$ است که اثر تعدیل‌کننده این متغیر را نشان می‌دهد.

جدول ۱. نقش تعدیل‌کننده متغیر دشواری تنظیم هیجان در رابطه میان تحمل پریشانی و ولع مصرف

بلوک	متغیر	R	R ²	F	B	β	T	P
اول	تحمل پریشانی	0/605	0/366	68/754***	-0/676	-0/609	-8/555	0/001
	دشواری تنظیم هیجان				-0/008	-0/006	-0/086	0/932
دوم	تحمل پریشانی	0/605	0/366	45/647***	-0/663	-0/598	-3/905	0/001
	دشواری تنظیم هیجان				0/007	0/006	0/036	0/972
	تحمل پریشانی × دشواری تنظیم هیجان				0/001	-0/01	-0/085	0/932

* $P < 0/05$, ** $P < 0/01$, *** $P < 0/001$

جدول ۲. نقش تعدیل‌کننده متغیر اجتناب تجربه‌گرایانه در رابطه میان تحمل پریشانی و ولع مصرف

بلوک	متغیر	R	R ²	F	b	β	T	P
اول	تحمل پریشانی	0/613	0/376	71/594***	-0/555	-0/5	-6/629	0/001
	اجتناب تجربه‌گرایانه				0/186	0/143	1/899	0/059
دوم	تحمل پریشانی	0/630	0/397	52/050***	-0/262	-0/236	-2/016	0/045

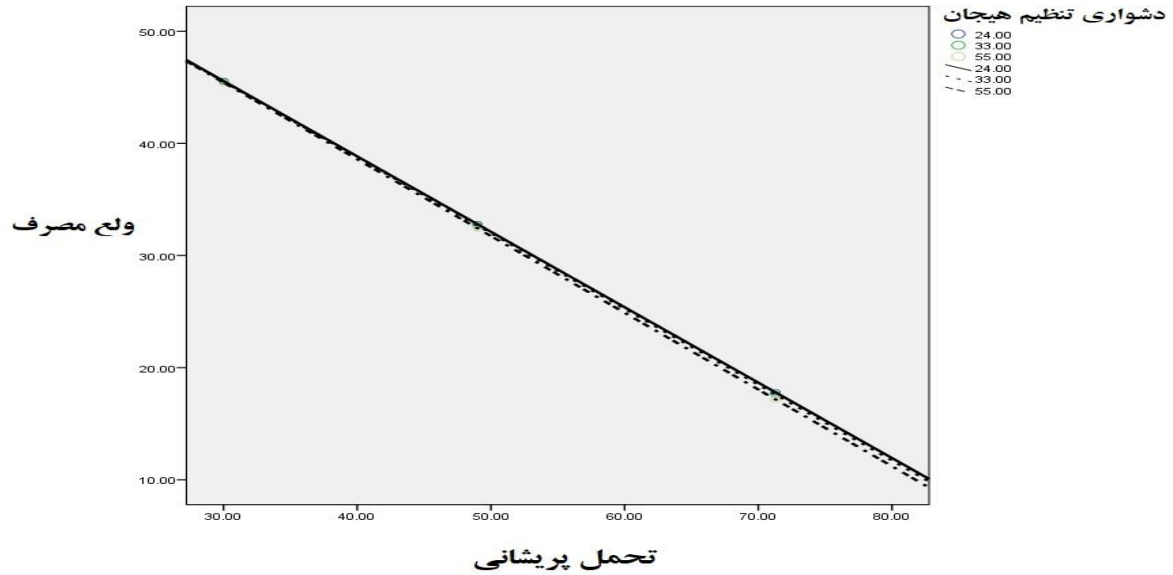
چهارمین همایش ملی روانشناسی و علوم رفتاری

۱۴۰۱/۱۰/۳۰

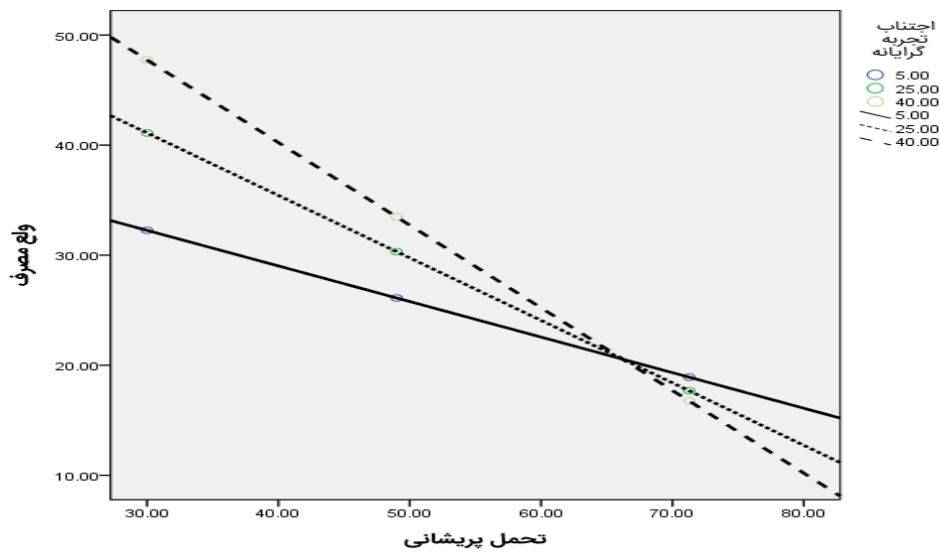
4TH NATIONAL CONFERENCE ON PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL SCIENCES

۰/۰۰۱	۳/۴۴۶	۰/۶۲۳	۰/۸۰۹	اجتناب تجربه‌گرایانه
۰/۰۰۴	-۲/۹۱	-۰/۳۶۸	-۰/۰۱۲	تحمل پریشانی × اجتناب تجربه‌گرایانه

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$



شکل ۱. رابطه متغیر تحمل پریشانی و ولع مصرف در سطوح دشواری تنظیم هیجان



شکل ۲. رابطه متغیر تحمل پریشانی و ولع مصرف در سطوح اجتناب تجربه‌گرایانه

۵- بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثر تعاملی اجتناب تجربی و دشواری در تنظیم هیجان با تحمل پریشانی در پیش‌بینی ولع مصرف انجام شد. براساس نتایج آزمون رگرسیون سلسله‌مراتبی، اثر تعاملی در میان دو متغیر دشواری در تنظیم هیجان و اجتناب تجربی منحصر به اجتناب تجربی بود. این یافته نشان می‌دهد که اجتناب تجربی [۳۹] می‌تواند در کاهش ولع مصرف در افراد بهبودیافته از مواد مؤثر باشد که این امر با نتایج پژوهش شوری و همکاران [۴۳] مطابقت دارد؛ چنانکه بعد از کنترل اجتناب تجربی رابطه میان تحمل پریشانی و ولع مصرف معنادار نبود.

براساس مدل پردازش عاطفی منفی [۳۷] که بر عاطفه منفی ایجادشده توسط نشانه‌های ترک تأکید دارد، تقویت منفی انگیزه اصلی برای مصرف است. براساس این نظریه دو سیستم پردازشی گرم و سرد [۵۵] در کنترل عاطفه نقش دارند. اگر میزان عاطفه منفی به دلیل حضور عوامل استرس‌زا زیاد باشد، فرد معتاد تحت تأثیر سیستم پردازش گرم قرار می‌گیرد؛ در نتیجه توجه او به عاطفه منفی و تهدیدهای درونی جلب می‌شود و ولع مصرف مواد در او افزایش می‌یابد. در این حالت عملکرد سیستم پردازشی سرد که فرد را در تنظیم عاطفه و مقابله با مصرف مواد یاری می‌کند، متوقف می‌شود. احتمالاً افراد در دوره ترک تحت تأثیر عاطفه منفی قرار می‌گیرند و برای کنترل آن، از راهبرد اجتناب از تجربه‌های ناخوشایند استفاده می‌کنند که این امر سبب ایجاد تقویت منفی می‌شود؛ زیرا اجتناب افکار، هیجان‌های منفی، افزایش ولع و به‌طور کلی نشانه‌های ناشی از ترک را تسکین می‌دهد. همچنین تفاوت تنظیم هیجان و اجتناب تجربی می‌تواند اهمیت اجتناب را برجسته کند؛ زیرا اجتناب تجربی تنها یک راهبرد هیجانی نیست، بلکه در این سازوکار فرد از تمام افکار، واکنش‌های فیزیولوژیکی، تمایلات، امیال و خاطرات اجتناب می‌کند [۵۶].

افزون بر آنچه مطرح شد، نمونه این پژوهش افرادی بودند که در کمپ و مراکز اقامتی به‌صورت گروهی زندگی می‌کردند. براساس پژوهش‌ها افرادی که زندگی گروهی را تجربه می‌کنند، به‌ویژه در فرهنگ‌های آسیایی که بر هنجارهای گروهی تأکید می‌شود، برخلاف فرهنگ غربی میل کمتری به ابراز هیجان داشته و تمایل بیشتری به اجتناب و سرکوب هیجان‌ها دارند [۵۷] که این سرکوب در فرهنگ آسیایی می‌تواند به دلیل حفظ هماهنگی و تناسب در گروه باشد [۵۸]. با توجه به خرده‌فرهنگ مراکز گروهی مانند کمپ، افراد به‌صورت گزینشی انتخاب می‌شوند و میل به نمایش تصویر خوب در آنان بسیار است. عدم کنترل مناسب رفتار و خطاهای افراد می‌تواند سبب اخراج آنها از مرکز شود؛ از این‌رو احتمالاً اجتناب تجربه‌گرایانه بهترین راهبردی است که فرد می‌تواند در چنین وضعیتی به کار بگیرد.

با وجود استفاده از نمونه دارای تشخیص سابقه اختلال سوءمصرف مواد، از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به مقطعی بودن طرح پژوهش اشاره کرد که قابلیت استنتاج علی ندارد و در استنباط نتایج نیز باید دقت شود. همچنین شرکت‌کنندگان در پژوهش ساکنان کمپ و مراکز اقامتی بودند. در این میان، مواردی مانند میل به نمایش تصویر خوب و سوگیری در پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها می‌تواند به خطاهای گزارش و اندازه‌گیری بینجامد. همچنین نمونه پژوهش تنها شامل مردان بود. براساس محدودیت‌ها و یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، از طرح طولی و مطالعات پیگیری برای بررسی بیشتر عوامل تأثیرگذار در ولع مصرف قبل از اقدام به ترک و بعد از دوره بهبودی و درمان استفاده شود. می‌توان این پژوهش را در مصرف‌کنندگان مواد دیگر مانند مواد محرک نیز انجام داد تا تأثیر ماده مصرفی مشخص شود. همچنین با توجه به منحصر بودن نمونه در جنسیت مرد، توصیه می‌شود این بررسی بر مصرف‌کنندگان خانم نیز صورت بگیرد تا

تفاوت‌های جنسیتی بیشتر مشخص شود. نتایج این پژوهش می‌تواند برای متصدیان و متخصصان درمان در حوزه اعتیاد تأثیرگذار و مفید باشد. همچنین با توجه به اهمیت متغیر اجتناب تجربی در این پژوهش، اهمیت درمان‌هایی مانند پذیرش و تعهد که بر کاهش اجتناب تجربه‌گرایانه تمرکز دارد، در مصرف‌کنندگان مواد بارز است.

مراجع

1. United Nations Office on Drugs and Crime (2021), Drug Prevention, Treatment, Available at: <https://www.unodc.org/islamicrepublicofiran/drug-prevention-treatment-and-hiv-aids.html>.
2. National Institute on Drug Abuse. Overdose Death Rates. Available at: <http://www.drugabuse.gov/related-topics/trends-statistics/overdose-death-rates>. Accessed September 21, 2015.
3. Substance Abuse and Mental Health Services Administration; Center for Behavioral Health Statistics and Quality, National Survey on Drug Use and Health, 2013 and 2014. Table 1.18A – Nonmedical Use of Pain Relievers in Lifetime, Past Year, and Past Month, by Detailed Age Category: Numbers in Thousands, 2013 and 2014. Available at: <http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHDetTabs2014/NSDUH-DetTabs2014.htm#tab1-18b>. Accessed October 9, 2015.
4. Smyth, B. P., Barry, J., Keenan, E., & Ducray, K. (2010). Lapse and relapse following inpatient treatment of opiate dependence. *Ir Med J*, 103(6), 176-9.
5. Robinson, M. J., Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2014). 10 Incentive Salience in Addiction and Over-Consumption. *The interdisciplinary science of consumption*, 185.
6. Skinner, M. D., & Aubin, H. J. (2010). Craving's place in addiction theory: contributions of the major models. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34, 606-623.
7. Tiffany, S. T., & Wray, J. M. (2012). The clinical significance of drug craving. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1248, 1.
8. McKay, J. R., & I, R. V. (2001). A review of temporal effects and outcome predictors in substance abuse treatment studies with long-term follow-ups: Preliminary results and methodological issues. *Evaluation review*, 25, 113-161.
9. Scott, C. K., Foss, M. A., & Dennis, M. L. (2005). Pathways in the relapse—treatment—recovery cycle over 3 years. *Journal of substance abuse treatment*, 28, S63-S72.
10. Fatseas, M., Serre, F., Alexandre, J. M., Debrabant, R., Auriacombe, M., & Swendsen, J. (2015). Craving and substance use among patients with alcohol, tobacco, cannabis or heroin addiction: A comparison of substance- and person-specific cues. *Addiction*, 110, 1035-1042.
11. Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3, 760-773.
12. Shmulewitz, D., Greene, E. R., & Hasin, D. (2015). Commonalities and differences across substance use disorders: phenomenological and epidemiological aspects. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39, 1878-1900.
13. Carter, B. L., & Tiffany, S. T. (1999). Meta-analysis of cue-reactivity in addiction research. *Addiction*, 94, 327-340.
14. Serre, F., Fatseas, M., Swendsen, J., & Auriacombe, M. (2015). Ecological momentary assessment in the investigation of craving and substance use in daily life: a systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 148, 1-20.
15. Avants, S. K., Margolin, A., Kosten, T. R., & Cooney, N. L. (1995). Differences between responders and nonresponders to cocaine cues in the laboratory. *Addictive Behaviors*, 20, 215-224.
16. Perkins, K. A., Karelitz, J. L., Giedgowd, G. E., & Conklin, C. A. (2013). Negative mood effects on craving to smoke in women versus men. *Addictive Behaviors*, 38, 1527-1531.

17. Kavanagh, D. J., May, J., & Andrade, J. (2009). Tests of the elaborated intrusion theory of craving and desire: Features of alcohol craving during treatment for an alcohol disorder. *British Journal of Clinical Psychology, 48*(3), 241-254.
18. McCaul, M. E., Hutton, H. E., Stephens, M. A. C., Xu, X., & Wand, G. S. (2017). Anxiety, anxiety sensitivity, and perceived stress as predictors of recent drinking, alcohol craving, and social stress response in heavy drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 41*, 836-845.
19. Pombo, S., Figueira, M. L., Walter, H., & Lesch, O. (2016). Motivational factors and negative affectivity as predictors of alcohol craving. *Psychiatry research, 243*, 53-60.
20. Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion, 29*, 83-102.
21. Linehan, M. M. (1993). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. *NIDA research monograph, 137*, 201-201.
22. Farris, S. G., Metrik, J., Bonn-Miller, M. O., Kahler, C. W., & Zvolensky, M. J. (2016). Anxiety sensitivity and distress intolerance as predictors of cannabis dependence symptoms, problems, and craving: The mediating role of coping motives. *Journal of studies on alcohol and drugs, 77*, 889-897.
23. Peraza, N., Smit, T., Garey, L., Manning, K., Buckner, J. D., & Zvolensky, M. J. (2019). Distress tolerance and cessation-related cannabis processes: The role of cannabis use coping motives. *Addictive behaviors, 90*, 164-170.
24. Sinha, R., Catapano, D., & O'Malley, S. (1999). Stress-induced craving and stress response in cocaine dependent individuals. *Psychopharmacology, 142*, 343-351.
۲۵. پورسید موسایی ف، موسوی و، کافی م. مقایسه و رابطه بین استرس با ولع مصرف در وابستگان به مواد افیونی و صنعتی . فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی. ۱۳۹۱؛ ۶ (۲۴): ۹-۲۶
26. Carroll, K. M., Power, M. E. D., Bryant, K. J., & Rounsaville, B. J. (1993). One-year follow-up status of treatment-seeking cocaine abusers: psychopathology and dependence severity as predictors of outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease.*
27. Zvolensky, M. J., Bernstein, A., & Vujanovic, A. A. (Eds.). (2011). *Distress tolerance: Theory, research, and clinical applications*. Guilford Press.
28. Kosten, T. R., & Baxter, L. E. (2019). Effective management of opioid withdrawal symptoms: A gateway to opioid dependence treatment. *The American journal on addictions, 28*, 55-62.
29. Baker, T. B., Japuntich, S. J., Hogle, J. M., McCarthy, D. E., & Curtin, J. J. (2006). Pharmacologic and behavioral withdrawal from addictive drugs. *Current Directions in Psychological Science, 15*(5), 232-236.
30. Bandura, A., Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Gerbino, M., & Pastorelli, C. (2003). Role of affective self-regulatory efficacy in diverse spheres of psychosocial functioning. *Child development, 74*, 769-782.
31. 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*, 41-54.
32. Schneider, R. L., Arch, J. J., Landy, L. N., & Hankin, B. L. (2018). The longitudinal effect of emotion regulation strategies on anxiety levels in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 47*, 978-991.
33. Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology, 2*, 271-299.
34. Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*, 217-237.
35. Garke, M. Å., Isacson, N. H., Sörman, K., Bjureberg, J., Hellner, C., Gratz, K. L., ... & Jayaram-Lindström, N. (2021). Emotion dysregulation across levels of substance use. *Psychiatry Research, 296*, 113662.
36. Ghorbani, F., Khosravani, V., Mohammadzadeh, A., & Shadnia, S. (2019). The role of emotion dysregulation in the relation of childhood trauma to heroin craving in individuals with heroin dependence. *Drug and Alcohol Dependence, 195*, 132-139.

37. Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R., & Fiore, M. C. (2004). Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement. *Psychological review*, *111*(1), 33.
38. Poulos, C. X., Hinson, R. E., & Siegel, S. (1981). The role of Pavlovian processes in drug tolerance and dependence: Implications for treatment. *Addictive Behaviors*, *6*, 205-211.
39. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
40. Zgierska, A., Rabago, D., Chawla, N., Kushner, K., Koehler, R., & Marlatt, A. (2009). Mindfulness meditation for substance use disorders: A systematic review. *Substance Abuse*, *30*(4), 266-294.
41. Wegner, D. M. (2011). Setting free the bears: escape from thought suppression. *American Psychologist*, *66*, 671.
42. Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., & Eifert, G. H. (2002). The relations of anxiety sensitivity, experiential avoidance, and alexithymic coping to young adults' motivations for drinking. *Behavior modification*, *26*, 274-296.
43. Shorey, R. C., Gawrysiak, M. J., Elmquist, J., Brem, M., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2017). Experiential avoidance, distress tolerance, and substance use cravings among adults in residential treatment for substance use disorders. *Journal of addictive diseases*, *36*, 151-157.
44. Farris, S. G., Zvolensky, M. J., & Schmidt, N. B. (2015). Smoking-specific experiential avoidance cognition: Explanatory relevance to pre-and post-cessation nicotine withdrawal, craving, and negative affect. *Addictive behaviors*, *44*, 58-64.
45. Brown, R. A., Lejuez, C. W., Strong, D. R., Kahler, C. W., Zvolensky, M. J., Carpenter, L. L., ... & Price, L. H. (2009). A prospective examination of distress tolerance and early smoking lapse in adult self-quitters. *Nicotine & Tobacco Research*, *11*, 493-502.
46. MacPherson, L., Magidson, J. F., Reynolds, E. K., Kahler, C. W., & Lejuez, C. W. (2010). Changes in sensation seeking and risk-taking propensity predict increases in alcohol use among early adolescents. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *34*, 1400-1408.
47. Jeffries, E. R., McLeish, A. C., Kraemer, K. M., Avallone, K. M., & Fleming, J. B. (2016). The role of distress tolerance in the use of specific emotion regulation strategies. *Behavior Modification*, *40*, 439-451.
48. Shams, J., Azizi, A., & Mirzaei, A. (2010). Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence. *Hakim Research Journal*, *13*, 11-18.
49. Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L. G., ... & Gratz, K. L. (2016). Development and validation of a brief version of the difficulties in emotion regulation scale: the DERS-16. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *38*(2), 284-296.
50. Shahabi, M., Hasani, J., & Bjureberg, J. (2020). Psychometric properties of the brief Persian version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (The DERS-16). *Assessment for Effective Intervention*, *45*(2), 135-143.
51. Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, *42*, 676-688.
۵۲. عباسی، الف، فتی، ل، مولودی، ر، ضرابی، ح. (۱۳۹۱). کفایت روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم. فصلنامه علمی - پژوهشی روشها و مدل‌های روانشناختی 3، (شماره ۱۰)، ۶۵-۸۰.
53. Franken, I. H., Hendriks, V. M., & van den Brink, W. (2002). Initial validation of two opiate craving questionnaires: the Obsessive Compulsive Drug Use Scale and the Desires for Drug Questionnaire. *Addictive Behaviors*, *27*, 675-685.
54. Hassani-Abharian P, Mokri A, Ganjgahi H, Oghabian MA, Ekhtiari H. Validation for Persian version of "desire for drug questionnaire" and "obsessive compulsive drug use scale" in heroin dependents. *Arch Iran Med*. 2016; 19: 659 – 665.
55. Metcalfe, J., & Mischel, W. (1999). A hot/cool-system analysis of delay of gratification: dynamics of willpower. *Psychological Review*, *106*, 3.

56. Kring, A. M., & Sloan, D. M. (Eds.). (2009). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. Guilford Press.
57. Kim, H. S., Sherman, D. K., & Taylor, S. E. (2008). Culture and social support. *American Psychologist*, 63, 518.
58. Matsumoto, D. (1990). Cultural similarities and differences in display rules. *Motivation and emotion*, 14(3), 195-214.

Abstract

Craving has fascinated many scholars concerned with exploring related factors to drug abuse. This research aimed to investigate the interaction effect of experiential avoidance and difficulties in emotion regulation with distress tolerance in predicting craving among recovered opioid-addicts. The sample comprised 241 patients hospitalized at addiction treatment centers in Tehran and Alborz provinces. Findings showed that craving was significantly predicted by distress tolerance that also was affected by different levels of experiential avoidance, but this interactive effect was not observed for different levels of difficulty in emotion regulation. The moderating role of experiential avoidance has underscored its importance in studying the related factors of craving and drug abuse. These findings offer preliminary support for the importance of decreasing experiential avoidance in substance use treatment, which may result in reduced substance use craving.

Keywords: experiential avoidance, distress tolerance, difficulties in emotion regulation, craving.

Hadi Fazeli Rad*

M.A in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Science, Kharazmi university, Tehran, Iran

hadi.fa71v@gmail.com

Robabeh Noury Ghasem Abadi

Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Science, Kharazmi university, Tehran, Iran

Jafar Hasani

Associate professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Science, Kharazmi university, Tehran, Iran