

## مقایسه کمال گرایی، عاطفه منفی و رفتارهای صدمه زننده به خود در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد و عادی

اکرم رضایی اغوعی<sup>۱</sup>، فرزاد تیموری<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بیرجند، بیرجند ایران.

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، نیشابور ایران.

نام نویسنده مسئول:

فرزاد تیموری

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۴/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۶/۲۶

### چکیده

اختلالات مصرف مواد فقط یک علت ندارد و عوامل گوناگونی در پیدایش این بیماری دخیل شناخته شده اند. کمال گرایی، عاطفه منفی و رفتارهای خود آسیب رسان به عنوان عوامل مخاطره آمیز فردی، زمینه ساز و تسریع کننده اختلالات مصرف مواد شناخته شده اند. هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه ای مبتلایان به اختلالات مصرف مواد و عادی از نظر ابعاد کمال گرایی، میزان عاطفه منفی و انجام یا عدم انجام رفتارهای خود آسیب رسان بود. برای این منظور ۱۲۲ مبتلا به اختلال مصرف مواد مراجعه کننده به کلینیک های شهر سرخس بر پایه ملاک های ارائه شده در نسخه پنجم برنامه ریزی شده از انجمن روانپزشکی آمریکا از طریق نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به همراه ۱۲۲ فرد عادی به عنوان مقایسه، پرسشنامه های مربوطه را کامل کردند. برای حصول اطمینان از واجد شرایط بودن از ملاک های نسخه پنجم برنامه ریزی شده از انجمن روانپزشکی استفاده شد و آنها به مقیاس کمال گرایی چند بعدی تهران (بشارت، ۱۳۸۶)، مقیاس عاطفه مثبت و منفی خلقی (واتسن، کلارک و تلگن، ۱۹۸۸)، مقیاس سیاهه اظهارات درباره رفتارهای خود آسیب رسان (کلانسکی و گلن، ۲۰۰۹) را پاسخ دادند. برای تحلیل داده های پژوهش از شاخص ها و روش های آماری توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد و ضریب همبستگی پیرسون) و استنباطی (آزمون واریانس چند متغیری استفاده شد نتایج پژوهش نشان داد که مبتلایان به اختلالات مصرف مواد در زیر مقیاس کمال گرایی خود مدار و افراد عادی در زیر مقیاس کمال گرایی جامعه مدار نمرات بیشتری کسب کردند و میزان عاطفه منفی و رفتارهای خود آسیب رسان در مبتلایان به اختلالات مصرف مواد بیشتر بود. همچنین در هر دو گروه بین عاطفه منفی و کمال گرایی جامعه مدار، بین عاطفه منفی و رفتارهای خود آسیب رسان و بین کمال گرایی جامعه مدار و رفتارهای خود آسیب رسان رابطه مثبت و معناداری مشاهده شد.

واژگان کلیدی: کمال گرایی، عاطفه منفی، رفتارهای صدمه زننده به خود، اعتیاد.

## مقدمه

اختلال مصرف مواد به مواد تغییر دهنده خلق و خو و رفتار از بارزترین آسیب های روانی-اجتماعی است که به راحتی می تواند بنیان زندگی فردی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی یک کشور را سست کند و پویایی های انسانی آن را به مخاطره اندازد و امکانات مادی و معنوی آن را تباہ سازد. هیچ عصری مانند عصر ما با خطر انحلال کانون خانوادگی و عوارض سوء ناشی از آن مواجه نشده، و این مسأله به عنوان یکی از مسائل محوری و اساسی زندگی بشر مورد توجه قرار گرفته است. سوء استفاده از مواد و وابستگی به آن اختلالی پیچیده است که با علل و آثار زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی همراه است. درهم پیچیدگی عوامل زیستی، روانی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی این گرفتاری و معضل را به یکی از پیچیده ترین مشکلات فردی، خانوادگی و اجتماعی تبدیل کرده است. (۱)

بر اساس دیدگاه های شناختی، رفتارهای اختلال مصرف موادی تحت تاثیر باورها و نگرش های افراد قرار دارد. سوء استفاده از مواد تغییرات سریع و معنی داری در رویدادهای شناختی مانند احساسات، افکار یا خاطرات به وجود می آورد (۲) معتقد می باشد رفتار انسان، تحت تاثیر انتظاراتی است که درباره ی پیامدهای رفتار کردن به روشهای معین و با آنچه عملاً روی می دهد دارد. رفتار را با ارزیابی های شناختی از چیزهایی که در گذشته روی داده اند و چیزهایی که احتمال دارد در آینده روی دهند، می توان شکل داد (۳)

بر اساس نتایج تحقیقات انجام شده باورهای فراشناختی نقش مهمی در اختلال مصرف مواد دارند. بر اساس نظریه پردازان های اخیر، فراشناخت یکی از عوامل مهم در توسعه و تداوم اختلالات روانشناختی می باشد، که در جریان سوء استفاده از مصرف مواد مختل می گردد و ممکن است بطور ویژه ای با تحلیل های شناختی افراد وابسته به مواد ارتباط داشته باشد. سوء استفاده از مواد تغییرات سریع معنا داری در رویدادهای شناختی، مانند احساسات، افکار یا خاطرات به وجود می آورد. مواد مختلف، ممکن است رویدادهای شناختی را مستقیماً (مثلاً ایجاد آرامش، ایجاد اجتناب، گریز از شناختهای دردناک و ایجاد آگاهی و توجه) و یا به طور غیر مستقیم (مثلاً احساس دل بستگی، بهت زدگی و ارزیابی های سرکوب شده) با تغییر باورها و نگرش ها در مورد اجتناب از رویدادهای شناختی تحت تاثیر قرار دهد. این تغییرات شناختی ممکن است حاصل تقویت کننده های مثبت و منفی نیرومندی از مصرف مواد باشند. بعلاوه استفاده از مواد نه تنها ممکن است باورها و انتظارات مثبتی را در مورد اثر مواد و روان گردان به وجود آورد، بلکه باعث به دست آوردن دانش و آگاهی درباره ی پیامدهای شناختی می شوند. عدم مصرف مواد هنگامی که تمایل به آن در فرد وجود دارد، ممکن است با باورهای اختصاصی و نگرش در مورد تاثیر رویدادهای شناختی مرتبط باشد (۳).

طبق نظر ولز در فرایند تحلیل اطلاعات، شناخت تحت تاثیر عوامل عاطفی و فراشناختی قرار می گیرد. بنابراین تغییرات احساسی و عاطفی ممکن است در ارزیابی ها و شناخت تغییر ایجاد کند و باعث بروز رفتارها و هیجان های خاصی گردد. در واقع هیجان ها داده های درونی هستند که بر انگیزه ها، رفتار و عملکرد تاثیر می گذارند و حتی ممکن است مقدم بر شناخت نیز باشند و بر دامنه ای از پردازش های شناختی که شامل سوگیری توجه، سوگیری حافظه، و قضاوت و ارزیابی و تصمیم گیری است تاثیر بگذارند (۴).

کمال گرایی از مدتها پیش به عنوان عامل خطر مهمی برای اختلالات روانی در نظر گرفته شده است (۷). تمایل به بی نقصی و کامل بودن باعث می شود فرد سرسختانه به دنبال بدن عالی باشد و برای رسیدن به آن برنامه ریزی افراطی کند و از خود انتظار غیر واقعی داشته باشد در مبتلایان به اختلال مصرف مواد، کمال گرایی در یک هماهنگی کامل با عزت نفس پایین و نارضایتی از بدن عمل می کند (۱۰). اشخاص مبتلا به اختلالات مصرف مواد حتی پس از بهبودی نیز در دراز مدت خصیصه های کمال گرایی را حفظ کرده اند که نشان می دهد کمال گرایی باید به عنوان صفت و خصیصه شخصیتی با دوام افرادی که برای مبتلا شدن به اختلال مصرف مواد آمادگی دارند شناخته شود (۹)

به نظر می رسد، افراد با ویژگی های شخصیتی آسیب زاء، تحت شرایط منفی و استرس زاء، سردرگمی، نگرانی، درماندگی و استرس بالایی را تجربه می کنند و عواطف منفی از خود نشان می دهند (۸). فرایندی که از طریق آن رویداد منفی استرس زا احتمال مصرف مواد را در فرد افزایش می دهد، تحت عنوان مدل عاطفه منفی استرس فرضیه سازی شده است (ویلز و شیفمن<sup>۱</sup>،

۱۹۸۵). بر اساس این مدل، عواطف منفی می‌توانند میانجی، رابطه بین رویداد منفی استرس‌زا و مصرف مواد باشند. به ویژه، افراد برای تسکین عاطفه منفی که به وسیله رویداد منفی استرس‌زا ایجاد شده است، مواد مصرف می‌کنند (۹). البته همه پژوهش‌ها از نقش میانجی‌گری عواطف منفی در مصرف مشکل‌زای مواد و رویداد منفی استرس‌زا حمایت نمی‌کنند. با این وجود، عواطف منفی که به عنوان اختلال درونی یا خلق افسرده عمل می‌کنند، در مطالعات روی نوجوانان و در جوامع دیگر به عنوان یک میانجی در نظر گرفته شده است (۴). یکی از دلایل احتمالی برای تبیین یافته‌های، متناقض، عدم توجه به مؤلفه‌های عواطف منفی است. عاطفه منفی یا خلق بد که درد هیجانی و اضطراب را منعکس می‌کند عامل خطر علیتی برای نارضایتی از بدن است. در واقع فردی که دارای عاطفه منفی است روی نقاط ضعف و کمبودهای خود تمرکز کرده و کاستی‌ها و نقایص خود را بزرگتر جلوه می‌دهد که به نظر می‌رسد این مورد درباره افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد مصداق داشته باشد. با توجه به اینکه اختلالات مصرف مواد در ۶۵ درصد موارد با افسردگی همراه است (۹) و عاطفه منفی نیز یکی از مشخصه‌های مبتلایان به افسردگی است (۸) می‌توان عاطفه منفی را یکی از ابعاد روانشناختی اختلالات مصرف مواد در نظر گرفت. در واقع عاطفه منفی و خلق بد موجب می‌شود بیماران به مصرف مواد بپردازند و این مصرف مواد در کوتاه مدت به آنها احساس آرامش می‌دهد. اگر چه این نظریه حمایت تجربی لازم را بدست نیاورده است، اما عاطفه منفی همچنان به عنوان موضوع نگران‌کننده ای در مورد مبتلایان به اختلالات مصرف مواد مطرح است

اختلالات مصرف مواد فقط یک علت ندارند و عوامل زیستی، اجتماعی و روان شناختی گوناگونی در پیدایش آنها دخیل شناخته شده‌اند. کمال‌گرایی، عاطفه منفی و رفتارهای خود آسیب‌رسان به عنوان عوامل مخاطره‌آمیز فردی، زمینه‌ساز و تسریع‌کننده اختلالات مصرف مواد شناخته شده‌اند پژوهش‌های گوناگونی به رابطه عاطفه منفی و دیگر متغیر مهم در اختلالات مصرف مواد یعنی کمال‌گرایی و رفتارهای صدمه‌زننده به خود اشاره کرده‌اند. با انجام این پژوهش می‌خواهیم تفاوت این سه عامل تأثیرگذار در اختلالات مصرف مواد را مشخص کنیم. سوال اصلی این پژوهش عبارت است از اینکه آیا بین افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد و عادی در کمال‌گرایی، عاطفه منفی و رفتارهای صدمه‌زننده به خود تفاوت معناداری وجود دارد؟

## اهداف پژوهش

- مقایسه کمال‌گرایی، عاطفه منفی و رفتارهای صدمه‌زننده به خود در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد و عادی

## فرضیه تحقیق

بین افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد و عادی در کمال‌گرایی، عاطفه منفی و رفتارهای صدمه‌زننده به خود تفاوت معناداری وجود دارد.

## روش اجرا

جهت اجرای پژوهش و گردآوری داده‌ها به کلینیک ترک اعتیاد سطح شهر سرخس رفته و ضمن مصاحبه با افراد آن دسته از افرادی را که مایل به شرکت در پژوهش بودند و ملاک‌های شرکت در پژوهش را (ملاک‌های کامل بیماری بر اساس کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا داشتند، انتخاب و ضمن مصاحبه از نامبردگان، از آنها خواسته شد تا پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل نمایند.

ملاحظات اخلاقی: ضمن مراعات اصول اخلاقی مانند احترام به اختیار و تصمیم افراد و جلب رضایت آگاهانه آنان و رازداری در قبال اطلاعات بدست آمده، افراد را از سودمندی و عدم ضرر رسانی تحقیق آگاه ساختیم.

## روش تحلیل داده‌ها

جهت پاسخگویی به این فرضیه از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. این تحلیل در ابتدا ترکیب خطی متغیرها را در میان گروه‌ها مقایسه می‌کند. بررسی چندمتغیره بودن با آزمون‌های متعددی صورت می‌گیرد. لامبدای ویلکز، معتبرترین آزمون چندمتغیره بوده و با توجه به تحقق مفروضات از اعتبار بالاتری برخوردار است. نتایج این تحلیل در جدول آورده شده است.

## نتایج آزمون چندمتغیره تحلیل واریانس تفاوت دو گروه مبتلا به اختلال مصرف مواد و عادی

منبع تغییرات	آزمون	ضرایب	F	درجات آزادی	درجات آزادی	سطح
عضویت گروهی	اثربیلابی	۰/۳۴	۴۱/۹۸	۳	۲۴۰	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۶۶	۴۱/۹۸	۳	۲۴۰	۰/۰۰۱
	اثر هاتلینگ	۰/۵۳	۴۱/۹۸	۳	۲۴۰	۰/۰۰۱
	بیشترین ریشه	۰/۵۳	۴۱/۹۸	۳	۲۴۰	۰/۰۰۱

همان‌گونه که در جدول نشان داده شده است آزمون چندمتغیره بودن نشان می‌دهد که ترکیب خطی متغیرها در بین گروه‌ها تفاوت معناداری دارد ( $P=0/001, F=41/98, Wilks' \Lambda=0/66$ ). در ادامه نتایج تحلیل واریانس جهت مقایسه تفاوت‌های بین گروهی در کمال‌گرایی، عاطفه منفی و رفتارهای آسیب‌زنده به خود در جدول آورده شده است.

## جدول تحلیل واریانس جهت بررسی تفاوت دو گروه مبتلا به اختلال مصرف مواد و عادی

متغیرها	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
کمال‌گرایی	۳۶۹۰/۹۹	۱	۳۶۹۰/۹۹	۴۰/۶۳	۰/۰۰۰۱
عاطفه منفی	۱۲۳۵/۲۵	۱	۱۲۳۵/۲۵	۶۶/۳۵	۰/۰۰۰۱
رفتارهای آسیب‌زنده به خود	۱۶۶۸/۲۱	۱	۱۶۶۸/۲۱	۲۰/۴۴	۰/۰۰۰۱

نتایج جدول گویای آن است که تفاوت دو گروه مبتلا به اختلال مصرف مواد و عادی در کمال‌گرایی، عاطفه منفی و رفتارهای آسیب‌زنده به خود معنادار است ( $P \leq 0/01$ ). مقایسه میانگین‌ها در جدول نشان می‌دهد که شرکت‌کنندگان گروه مبتلا به اختلال مصرف مواد میانگین بالاتری در کمال‌گرایی، عاطفه منفی و رفتارهای آسیب‌زنده به خود دارند. بر اساس آنچه ذکر شد فرضیه اصلی پژوهش حاضر تأیید می‌شود. بدین معنی که بین افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد و عادی در کمال‌گرایی، عاطفه منفی و رفتارهای صدمه‌زنده به خود تفاوت معناداری وجود دارد.

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج گویای آن است که تفاوت دو گروه مبتلا به اختلال مصرف مواد و عادی در کمال‌گرایی، عاطفه منفی و رفتارهای آسیب‌زنده به خود معنادار است. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که شرکت‌کنندگان گروه مبتلا به اختلال مصرف مواد میانگین بالاتری در کمال‌گرایی، عاطفه منفی و رفتارهای آسیب‌زنده به خود دارند. بر اساس فرضیه اصلی پژوهش حاضر تأیید می‌شود. بدین معنی که بین افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد و عادی در کمال‌گرایی، عاطفه منفی و رفتارهای صدمه‌زنده به خود تفاوت معناداری وجود دارد. یافته‌های فوق با نتایج تحقیقات کیتسانتاس و همکاران (۲۰۱۳) و استایس (۲۰۰۸) مطابقت دارد. میزان عاطفه منفی در مبتلایان به اختلال مصرف مواد از افراد عادی بیشتر بود که این داده‌ها با نتایج بدست آمده از تحقیقات ویچستروم (۲۰۱۰)، کوپر و فریبورن (۲۰۱۴) و هینز و ویلیامسون (۲۰۰۷) همسو و هم جهت است.

تحقیقات (۷ و ۲) نشان می‌دهد که تنظیم عاطفه از مهمترین علل انجام رفتارهای خود آسیب‌رسان می‌باشد و فرد برای کاهش خلق منفی و تبدیل آن به خلق مثبت دست به اینگونه رفتار می‌زند. در تبیین این موارد می‌توان گفت عاطفه منفی حالت بیرونی عوامل استرس‌زای درونی و مشغولیت‌های زجرآور است که به عنوان حالت خلقی بیزار کننده در نظر گرفته می‌شود

(۵۳). از نظر جانسون و کروگر<sup>۲</sup> (۹) عاطفه منفی شامل احساسات و هیجانات منفی مانند گناه، شرم، غمگینی، اضطراب، نگرانی و خشم است. عاطفه منفی بیانگر سیستم انگیزشی آزارنده است که تنبیه آن را برمی‌انگیزد. اصولاً عاطفه منفی برای خودش مبنای عصبی دارد- مسیرهایی که ناقل عصبی در آنها سروتونین و آدرنالین است و انتظار پیامدهای ناخوشایند این مسیرها را فعال می‌کند (۲). افراد با عاطفه منفی پایین در حالت آرامش و آرامیدگی به سرمی‌برند اما افراد دارای عاطفه منفی بالا حالتی از درد هیجانی و اضطراب را منعکس می‌کنند. افسردگی سطوح پایین و بدبینی بالا مشخص کننده افراد دارای عاطفه منفی است (۸۵). رفتارهای صدمه زنده به خود یک آسیب بالینی عمده است که می‌تواند نتایج ناگواری از صدمه و حتی مرگ را به دنبال داشته باشد (۹۲). رفتارهای صدمه زنده به خود در DSM-5<sup>۳</sup> به عنوان نشانه ای از اختلال شخصیت مرزی در نظر گرفته شده است با این حال بیماران با تشخیص های دیگر نیز ممکن است به آن دچار باشند مانند افسردگی، اختلال اضطرابی، سوء مصرف مواد، اختلال خوردن، اختلال استرس پس از سانحه، اسکیزوفرنی و اختلالات شخصیتی دیگر (۷۴). افراد به دلایل مختلفی دست به رفتارهای صدمه زنده به خود می‌زنند که برخی از آنها عبارتند از: ۱- پایان دادن و یا تسکین موقت احسان گنگی و سردرگمی، کاهش میل به خودکشی و آرام کردن احساس های فلج کننده و تنش زا ۲- حفظ کنترل و پرت کردن حواس از افکار یا خاطره های رنج آور ۳- خود تنبیهی، این افراد معتقدند که مستحق تنبیه هستند ۴- ابراز چیزهایی که فرد نمی‌تواند آنها را به زبان آورد به عنوان نمونه ابراز خشم، نشان دادن عمق رنج درونی یا جلب کمک و حمایت دیگران ۵- آلکسی تایمیا: ناتوانی در بیان احساس های درونی و عنوان دادن به آنهاست و در افراد مبتلا به رفتارهای صدمه زنده به خود شایع است (۹۶)

بنابراین می‌توان گفت عاطفه منفی عامل سببی و علیتی برای نارضایتی از شرایط و عامل نگه‌دارنده و توسعه دهنده اختلالات مصرف مواد محسوب می‌شود و با توجه به اثر مهم عاطفه منفی در اختلالات مصرف مواد باید توجه درمانگر بر کاهش این عامل و افزایش شاخص رضایتمندی از زندگی استوار باشد.

---

2 Crozier,

3 Diagnostic and statistical manual of mental disorders

## منابع و مراجع

- [۱] اتکینسون، اسمیت؛ بم، هکسما؛ اتکینسون. (۱۳۸۴). زمینه روانشناسی هیلگارد. ترجمه حسن رفیعی، ج ۱، انتشارات ارجمند.
- [۲] احمدوند، محمد علی (۱۳۷۷). اعتیاد (سبب شناسی و درمان آن). تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور و انتشارات صدر.
- [۳] انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۰۰). متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی چاپ چهارم، **DSM-IV-TR** (محمد رضا نیکخواه، هاما یاک آوادیس یانس)، تهران: انتشارات سخن.
- [۴] باچر، ج؛ مینکا، س. و هولی، ج. (۱۳۸۹). آسیب شناسی روانی (جلد دوم) (ترجمه ی یحیی سید محمدی). (چاپ دوم). تهران: ارسباران (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۷، ویراست سیزدهم).
- [۵] تویسرکانی راوری، م. (۱۳۸۷)، تأثیر آموزش مهارت های اجتماعی مبتنی بر قصه در کاهش نشانه های اختلال سلوک کودکان فصلنامه خانواده پژوهی، ۶۳-۶۴، ۴.
- [6] Afshari A, Khooshabi K, Pur Etemad H, Moradi SH. [Study of coping strategies and mental health in Mothers of Autism 2005;9(4):416-27. and irrational thinking. Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 9, 201, - 185
- [7] Claes, L., & Vandereycken, W. (2007). Self-injurious behavior: Differential diagnosis and functional differentiation. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 137-44.
- [8] Crozier, SH. & Tincani, M.J. (2005). "Using a Modified Social Story to Decrease Disruptive Behavior diagnosed with autistic spectrum disorder. *J Early Childhood Res* 2004;2(1):25-49.
- [۹] چهار محالی، ف، (۱۳۸۵)، بررسی اثربخشی قصه گویی در کاهش اختلالات رفتاری آشکار کودکان پیش دبستانی • پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان شناسی • دانشگاه علامه طباطبایی.
- [۱۰] رستمی، رضا؛ شاه محمدی، خدیجه. (۱۳۸۷). چگونه از آلوده شدن فرزندانمان به اعتیاد پیشگیری کنیم. تهران: نشر تبلور.
- [۱۱] سخاوت، جعفر. (۱۳۸۴). جامعه شناسی انحرافات اجتماعی. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور
- [12] Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117(6), 1939-1948.