

مقایسه تحمل ناکامی و نشخوار فکری در مردان وابسته و غیر وابسته به مواد

بهزاد ماله میر^۱، مریم عزتی بابی^{۲*}، صفورا کیوانلو^۳، مهسا جعفری^۴

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

^۲ دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

^۴ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

چکیده

مقدمه: اعتیاد اختلالی مزمن و بازگشت کننده است که تأثیرات عمیق اجتماعی، روان شناختی، جسمی و اقتصادی در پی دارد. با توجه به تأثیرات آن بر جامعه و افراد هدف پژوهش حاضر مقایسه تحمل ناکامی و نشخوار فکری در مردان وابسته و غیر وابسته به مواد بود. **روش کار:** پژوهش حاضر توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی بود. و با توجه به اهمیت این موضوع و نقش آن در گرایش افراد به اعتیاد نمونه ۶۰ نفری (۳۰ نفر فرد معتاد به مواد مخدر و ۳۰ نفر از افراد غیرمعتاد) از مراکز ترک اعتیاد شهر قزوین در سال ۱۳۹۸ بر اساس نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه های نشخوار فکری هوکسما و مارو و پرسشنامه تحمل ناکامی هرینگتون پاسخ دادند. داده های جمع آوری شده با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری تجزیه و تحلیل شدند. **نتایج:** نتایج نشان داد که نمره افراد وابسته در تحمل ناکامی به طور معناداری از گروه افراد غیر وابسته کمتر بود ($p = 0/001$). همچنین نتیجه دیگری که از یافته ها به دست آمد این بود که متغیر نشخوار فکری در افراد وابسته به طور معناداری بیشتر از افراد غیر وابسته بود ($p = 0/001$). **نتیجه گیری:** با توجه به شیوع بالای آسیب های اجتماعی نظیر پایین بودن سطح تحصیلات، بیکاری و متاثر شدن کانون خانواده در افراد متاهل، ضرورت مداخله هدفمند و برنامه ریزی جهت پیشگیری و کاهش عوارض این معضل ضرورت پیدا می کند.

واژه های کلیدی: تحمل ناکامی، نشخوار فکری، وابستگی به مواد.

۱. مقدمه

اعتیاد^۱ یک بیماری مغزی است که باعث بدکارکردی و تغییراتی در سیستم عصبی و مکانیسم پاسخ‌دهی به پاداش و لذت می‌شود. این پدیده به دلیل ماهیت پیش‌رونده‌اش در همه ابعاد زندگی، سلامت فرد، خانواده و جامعه را به خطر می‌اندازد و از آنجایی که اثرات بازدارنده‌ای بر رشد و خودشکوفایی دارد تهدیدی جدی و نگران‌کننده است. مطالعه بیماری‌ها نشان می‌دهد که اعتیاد در زمره ده بیماری اصلی است که بار عمده بیماری‌ها را در جهان تشکیل می‌دهد (۱). بر اساس تقسیم‌بندی DSM-IV (The Diagnostic and statistical manual of mental Disorders)، اختلالات مرتبط با مواد طیفی از مشکلات مربوط به استفاده و سوء استفاده از داروهایی مانند الکل، کوکائین، هرویین و مواد دیگری است که افراد برای تغییر در طرز تفکر، احساس و رفتار خود استفاده می‌کنند. این اختلالات به دو طبقه کلی سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد تقسیم می‌شوند. در سوء مصرف، استفاده از مواد بر کارکرد اجتماعی یا شغلی فرد تاثیر می‌گذارد ولی در وابستگی، واکنش‌های جسمانی تحمل مواد و نیاز به مواد بیشتر برای رسیدن به همان اثر اولیه یا نشانه‌های ترک نیز به علائم روان شناختی اضافه می‌شود (۲). سوء مصرف مواد مخدر تأثیر منفی بر تمامی ارکان جامعه می‌گذارد، ولی بیش از هر چیز آینده جوانان را تهدید می‌کند، بنابراین وجود برنامه‌های پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر و آگاه‌سازی جوانان بیش از پیش به نظر می‌رسد. لازم است در پیش‌گیری از این آفت جامعه هر چه سریع‌تر و حساب شده‌تر برنامه‌ریزی و اقدام شود و دگرگونی‌های سریع در نوع و الگوهای سوء مصرف مواد مخدر، بررسی‌های همه‌جانبه برای شناخت دقیق این پدیده را ضروری می‌سازد.

یکی از عواملی که می‌تواند باعث کشنده شدن به سمت اعتیاد باشد، تحمل ناکامی‌آلت. ناکامی را می‌توان چالشی دائمی در زندگی بشمار آورد، چالشی که از نظر روانشناسان دو معنای اساسی را شامل می‌شود: الف-حالت و وضعیت عاطفی: هرگاه مانعی در راه دستیابی به آرزوها، نیازها و فعالیت‌ها به وجود آید، حالت و وضعیت ناخوشایندی به انسان دست می‌دهد که به‌عنوان یک عامل ناکام‌کننده بشمار می‌آید. ب-مانع ایجادکننده حالت ناخوشایند که با توجه به آرزوها، نیازها و اهداف انسان‌ها، برای هرکسی می‌تواند متفاوت باشد (۳). تحمل ناکامی به قابلیت فرد در بروز مقاومت در کوشش، با وجود شکست زیاد و محیط خصومت‌آمیز، بدون اینکه در سازگاری روان‌شناختی مشکلی به وجود آید و به شیوه‌های ناپسند رفتاری عمل کند، اشاره دارد (۴). افراد با سطح تحمل ناکامی بالا، در بهزیستی روان‌شناختی نیز نمرات بیشتری را کسب می‌کنند، این افراد با مشکلات زندگی به‌خوبی کنار آمده و در زیر بار مشکلات خم نمی‌شوند و دوست دارند سریع به راه‌حل‌های عملی برسند و دارای انعطاف‌پذیری بیشتری نیز می‌باشند (۵). در این زمینه، برخی از پژوهشگران رابطه‌ی تحمل ناکامی و وابستگی به مواد را به طور وسیع مورد نظر قرار داده‌اند. در پژوهشی نشان داده شد که تحمل ناکامی پایین عاملی تأثیرگذار در گرایش به مصرف مواد مخدر و نوشیدنی‌های الکلی می‌باشد (پایناونگ، ۲۰۰۷). که این نتایج با یافته‌های (۸-۶) همسو بود. نتایج مطالعه‌ای دیگر نشان داد که فراگیری مهارت‌های مقابله با تحمل ناکامی در کاهش استعمال الکل و سیگار نقش بسیار موثری دارد (۹). همچنین، در پژوهشی مشخص شد که بین استعمال سیگار و شکست در ترک سیگار با تحمل ناکامی در افراد همبستگی منفی وجود دارد (۱۰).

^۱Addiction^۲Frustration tolerance

یکی از دلایل عدم انعطاف پذیری روان شناختی افراد وابسته به مواد آن است که در دام نشخوار فکری^۳ گرفتار می شوند (۱۱). نشخوار فکری یک روش تنظیم شناختی هیجانی ناپهنجار است که افراد در پاسخ به تجربه یک خلق منفی از خود بروز می دهند (۱۲). نشخوار فکری شامل افکار و رفتارهایی است که به طور مکرر توجه شخص را بر احساسات منفی و نیز بر ماهیت و مفاهیم ضمنی این احساسات از جمله دلایل مفاهیم و پیامدهای احساسات سوق می دهد (۱۳). این افکار به صورت غیرارادی وارد آگاهی شده و باعث انحراف توجه از موضوعات مورد نظر و اهداف می گردند (۱۴). نشخوار فکری به عنوان اشتغال دائمی به یک اندیشه یا موضوع و تفکر درباره آن شناخته می شود (۱۵). نشخوار فکری طبقه ای از افکار آگاهانه است که حول یک محور مشخص و معمولی می گردد و بدون آن که تقاضاهای محیطی فوری وابسته به آن ها باشد، این افکار تکرار می شوند. نشخوار فکری مجموعه ای از افکار منفعلانه هستند که جنبه تکراری دارند، برعل و نتایج علائم متمرکزند و مانع حل مسئله ناسازگارانه شده و به افزایش افکار منفی می انجامند (۱۶). یافته های پژوهشی بیان می کند که راهبردهای منفی نظم جویی هیجان هر یک به علت ماهیت ناسازگارانه خود منجر به تشدید هیجان های منفی می شوند و ممکن است در طول فرآیند تنظیم شناختی هیجان با نشخوار فکری تعامل و منجر به افزایش نشخوار فکری در بیماران تحت درمان نگه دارنده متادون شوند (۱۳) که این نتایج با یافته های (۲۰-۱۷ و ۹) همسو بود. سؤالی که این تحقیق در صدد پاسخ دادن به آن است، عبارت است از: آیا از نظر مقایسه تحمل ناکامی و نشخوار فکری در معتادان در حال بهبودی با افراد غیر معتاد تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش کار

با توجه به نوع موضوع، روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی-مقایسه ای بود. جامعه آماری این پژوهش شامل همه ی افراد عادی و معتادی است که در زمان اجرای تحقیق (زمستان ۱۳۹۸) در شهرستان قزوین سکونت داشته اند. از این جامعه بر اساس نمونه-گیری در دسترس ۶۰ نفر (۳۰ نفر مرد وابسته به مواد در حال بهبودی و ۳۰ نفر مرد غیر معتاد) در دامنه ی سنی ۵۰-۲۰ سال انتخاب شدند. روش انتخاب افراد نمونه به این شکل بود که پژوهشگران افراد معتادی را که به مراکز ترک اعتیاد در سطح شهرستان و انجمن های ترک اعتیاد مراجعه می کردند را شناسایی و بعد از کسب موافقت از آن ها پرسش نامه در اختیارشان قرار داده می شد و در حضور پژوهشگر پرسش نامه را تکمیل می کردند. برای آزمودنی های بی سواد پرسش نامه سؤال به سؤال خوانده می شد و پاسخ ها در پاسخ نامه ثبت می گردید. افراد عادی نیز به طور دردسترس و مطابق با ویژگی های نمونه افراد وابسته به مواد انتخاب شدند. پس از رعایت این موارد داده های به دست آمده با کمک نرم افزار spss24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار پژوهش

نشخوار فکری: پرسشنامه نشخوار فکری، پرسشنامه خود گزارشی است که در سال ۱۹۹۱ توسط هوکسما و مارو^۴ تدوین شد. این مقیاس خود گزارشی، دارای ۲۲ عبارت است که از پاسخ دهندگان خواسته می شود هر کدام را که نسبت به آن ها صدق می کند را از ۱ (هرگز) تا ۴ (همیشه) انتخاب کنند. نمرات می تواند بین ۲۲ تا ۸۸ متغیر باشد (۲۱). ترینور و همکاران (۲۰۰۳) اعتبار بازآزمایی را ۰/۶۷ و ضریب آلفای این مقیاس را ۰/۹۰ بیان کردند. در پژوهش لامینت (۲۰۰۴) همبستگی بازآزمایی ۰/۶۷، اندازه گیری شد و ضریب

^۳Rumination

^۴Hoeksema

آلفای کرونباخ در دامنه‌ای بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ برآورد شده است. در پژوهشی آلفای کرونباخ به‌دست آمده از نمونه ایرانی را ۰/۹۰ گزارش کرده است (۲۲).

تحمل ناکامی: هرینگتون^{۱۵} این مقیاس را با هدف بررسی میزان تحمل ناکامی فرد در برابر رسیدن به اهداف در سال ۲۰۰۵ طراحی کرد. این ابزار متشکل از ۳۵ سؤال در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است. همچنین پرسشنامه حاضر دارای ۴ زیر مقیاس عدم تحمل بی‌عدالتی، عدم تحمل اهداف پیشرفت، عدم تحمل عاطفی، عدم تحمل ناراحتی می‌باشد. در پژوهش هرینگتون ضریب آلفای کرونباخ اندازه‌گیری برابر با ۰/۸۵ به‌دست آمده است (۲۳). همچنین در پژوهش رحیمی و همکاران (۱۳۹۶) ضریب آلفای کرونباخ کل برابر با ۰/۸۴ به‌دست آمده است؛ و روایی همسانی درونی کل یک گزارش شد.

نتایج

آزمودنی‌ها شامل ۶۰ نفر (۳۰ نفر معتاد به مواد مخدر و ۳۰ نفر غیر معتاد) در محدوده‌ی سنی ۲۰ تا ۵۰ سال بودند. میانگین سنی افراد معتاد ۳۷/۵۳ سال و میانگین سنی افراد غیر معتاد ۲۹/۵ سال بود. همچنین (۳۰) ۱۸ نفر از افراد معتاد متأهل بودند و (۳۰) ۱۹ نفر از افراد غیر معتاد مجرد بودند.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی و آزمون کلموگروف اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته

آماره های توصیفی		کلموگروف اسمیرنف					متغیر	گروه
Sig	DF	S	M	Max	Min			
۰/۲۰	۳۰	۱۱/۰۴	۴۴/۷۰	۷۰	۲۲		نشخوار فکری	معتاد
۰/۰۷	۳۰	۱۰/۴۸	۴۲/۸۳	۶۴	۲۸		عادی	
۰/۲۴	۳۰	۲۵/۵۶	۱۰۷/۷۶	۱۷۵	۵۴		تحمل ناکامی	معتاد
۰/۲۰	۳۰	۲۸/۷۲	۸۸/۴۶	۱۶۲	۲۹		عادی	

^{۱۵}Harrington

جدول ۱ آماره های توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد و کمترین، بیشترین تعداد) نمرات آزمون نشخوار فکری و تحمل ناکامی آزمودنی های دارای اختلال اعتیاد و افراد عادی را در گروه های مورد مطالعه نشان می دهد. همان طور که در جدول شماره ۲ ملاحظه می گردد کمترین میانگین را در میان افراد دارای اختلال اعتیاد، متغیر تحمل ناکامی با میانگین (۲۵/۵۶) و انحراف استاندارد (۱۰۷/۷۶) و بیشترین آن متغیر نشخوار فکری با میانگین (۱۱/۰۴) و انحراف استاندارد (۴۴/۷۰) است. همچنین بیشترین میانگین را در میان افراد عادی متغیر تحمل ناکامی با داشتن میانگین (۲۸/۷۲) و انحراف استاندارد (۸۸/۴۶) و کمترین متغیر نشخوار فکری با میانگین (۱۰/۸۴) و انحراف استاندارد (۴۲/۸۳) است.

همچنین با توجه به اینکه تعداد نمونه هر گروه ۳۰ نفر بوده است. جهت ارزیابی نرمال بودن داده ها از آزمون کالموگروف اسمیرنوف استفاده شد. نتایج آزمون کالموگروف نشان داد که نمرات متغیرها، دارای توزیع نرمال بوده ($P > 0.05$) و برای سنجش فرضیه های پژوهش می توان از آزمون های پارامتریک استفاده کرد. قبل از استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری، جهت رعایت فرض های آن، از آزمون باکس و لوین ($F = 1.81, p = 0.93$) استفاده شد. این آزمون برای هیچ یک از متغیرها معنادار نبوده، در نتیجه استفاده از آزمون های پارامتریک بلامانع است. همچنین در نتایج آزمون های MANOVA برای متغیرها، اثر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته تقریباً معنادار بود ($F = 2.71, p = 0.053$ ، $F = 0.87$ ، لامبدای ویکلز). این معناداری بیانگر آن است که دو گروه در یک متغیر وابسته با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. با توجه به معنادار بودن اثر لامبدا ویکلز، به مقایسه ی گروه ها در سه متغیر پرداخته شد.

جدول شماره ۲: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه میانگین نمرات دو گروه در متغیرهای نشخوار فکری و تحمل ناکامی

متغیر وابسته	منبع	SS	DF	MS	F	P	ETA
نشخوار فکری	گروه	۱۵۵۶/۸۲	۱	۱۵۵۶/۸۲			
	خطا	۸۲۰/۲۰	۵۸	۱۷۰/۸۷	۹/۱۱	۰/۰۳	۰/۰۸
	کل	۲۲۱۳۹۹	۶۰				
تحمل ناکامی	گروه	۵۵۸۷/۳۵	۱	۵۵۸۷/۳۵			
	خطا	۵۸۴۲۸۸۶/۸۳	۵۸	۷۳۹/۴۲	۷/۵۵۶	۰/۰۰۸	۰/۱۱۵
	کل	۶۰۶۲۶۰۸۷	۶۰				

نتایج تحلیل واریانس در جدول ۲ نشان می دهد که تفاوت معناداری بین دو گروه در میانگین نمرات در متغیر تحمل ناکامی ($P = 0.008$) وجود دارد و نمرات نشان می دهد که میانگین متغیر تحمل ناکامی در افراد عادی و سالم به طور معناداری بیش از افراد با اختلال اعتیاد نمونه ی مورد پژوهش است. همچنین نتایج جدول نشان می دهد که تفاوت معنادار بین دو گروه افراد سالم و معتاد در

میانگین نمرات در متغیر نشخوار فکری ($P=0/03$) نیز وجود دارد و نمرات نشان می دهد که میانگین این مؤلفه در شرکت کنندگان معتاد به طور معناداری بیشتر از افراد سالم است.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش باهدف مقایسه تحمل ناکامی و نشخوار فکری در مردان وابسته وغیروابسته به مواد صورت گرفت. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین تحمل ناکامی در مردان معتاد با افراد غیر معتاد تفاوت معناداری دیده شد؛ یعنی اینکه افراد معتاد تحمل ناکامی کمتری نسبت به افراد غیر معتاد دارند. نتایج پژوهش حاضر با یافته های (۱۰-۶) همسو بود. پژوهش پایاننگ (۲۰۰۷) که بیان کرد تحمل ناکامی پایین عاملی تأثیرگذار در گرایش به مصرف مواد مخدر و نوشیدنی های الکلی می باشد و همچنین، در پژوهش کردستانی و همکاران (۱۳۹۶) نشان داد که عدم تحمل شکست و ناکامی از علل اصلی و مهم افراد در گرایش به سمت مواد مخدر می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت عامل اصلی در سلامت جسم و روان انسان از منظر بهداشت روانی، به کارگیری روش مقابله مناسب و منطقی با موقعیت ها و شرایط دشوار است (پاول و انرایت، ۲۰۱۰)؛ و با توجه به اینکه تحمل ناکامی به قابلیت فرد در برخورد منطقی و عقلانی با موقعیت ها و شرایط استرس زا گفته می شود. افرادی که تحمل ناکامی در آن ها پایین است رویدادها و موقعیت های ساده و جزئی را به گونه ای متفاوت، غیرمنطقی و بدتر از آنچه که هست تعبیر و تفسیر می کنند. این گونه افراد باورهای انعطاف ناپذیر، غیرمنطقی و غیرعقلانی زیادی نسبت به دیگران دارند. آلبرت الیس در نظریه ی خود می گوید افرادی که دارای سطح بالایی از سلامت روانی هستند، زمانی که با موقعیت هایی روبه رو می شوند که با اهداف و علایق آن ها در تناقض است، از فلسفه تحمل استفاده می کنند، همچنین این افراد، این گونه طرز برخورد را، وسیله و راه کار مناسبی برای رسیدن به خواسته هایشان می دانند. این افراد با شرایط و موقعیت های استرس زا به طرز منطقی برخورد می کنند و همچنین از انعطاف پذیری، سرسختی روان شناختی و تاب آوری بالاتری نسبت به دیگران برخوردارند. بر طبق این گفته ها، افراد معتاد زمانی که با این شرایط استرس زا روبه رو می شوند و دیگر نمی توانند آن را تحمل کنند، گرایش به سمت مصرف مواد را بهترین گزینه برای فراموشی این شرایط می دانند و این گزینه را پادزهری برای فراموشی ناکامی ها و شرایط رخ داده می دانند.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که نشخوار فکری در مردان معتاد بیشتر از افراد غیر معتاد است. در این راستا نتایج این پژوهش با یافته های پژوهشی (۲۰-۱۷ و ۹) همسو بود. ویلم، بیجتیر، لکس و ریس (۲۰۱۱) در پژوهش خود نشان دادند، نشخوار فکری منجر به افزایش رفتارهای تکانه ای مثل مصرف مواد می شود و افرادی که در معرض نشخوار فکری زیادی باشند، احتمال انجام این گونه رفتارهای تکانه ای در آن ها زیاد است. در تبیین این فرضیه می توان گفت امروزه هر انسانی بر اساس شرایط فردی، اجتماعی، اقتصادی، خانوادگی و جنسیتی که دارد، می تواند آمادگی مبتلا شدن به اعتیاد را داشته باشد. زمانی که نشخوار فکری در فرد بالا باشد، فرد فشار هیجانی ناشی از این افکار را بسیار بیشتر و شدیدتر از آنچه که هست، تجربه می کند و فرد برای کنترل و تقلیل این رنج هیجانی، دنبال پادزهری برای کاهش این فشارها می گردد. همچنین این افراد هنگام مواجهه شدن با این هیجانات نمی توانند به طور منطقی با آن ها برخورد کنند و هنگام رویارویی با آن دچار احساس تنش و اضطراب ناشی از این هیجانات منفی در ذهن خود می شوند. در چنین شرایطی فرد برای فرار و سرکوب این افکار فاجعه آمیز دنبال راه هایی هست که آن را کاهش یا سرکوب کند که در میان رفتن به سمت مواد مخدر را تنها پادزهر مناسبی برای تسکین این رنج و فشار هیجانی می داند. این پژوهش دارای محدودیت هایی نیز بود که به آن

اشاره می‌شود و می‌تواند نکاتی قابل توجه در پژوهش‌های آینده شود از جمله می‌توان به این مورد اشاره کرد که نقش عوامل اجتماعی، اقتصادی، خانوادگی و فرهنگی را مدنظر قرار نداده است، زیرا این احتمال وجود دارد که نتایج پژوهش از این عوامل ذکر شده تأثیر پذیرفته باشد. همچنین عدم کنترل مصرف دارو یا احتمال سوءمصرف و عدم کنترل بیماری‌های روحی و جسمی از محدودیت‌های دیگر تحقیق حاضر بود. همچنین پژوهش حاضر فقط محدود به افراد دارای سوءمصرف مواد در شهرستان قزوین بود و امکان مقایسه در سطح کل استان نبود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از تعداد نمونه‌های بیشتر و در سطح کل استان اجرا شود تا امکان تعمیم‌پذیری لازم را داشته باشد. همچنین می‌توان در پژوهش آتی نوع ماده مصرفی نیز در نظر گرفته شود. همچنین می‌توان برای به دست آوردن نتایج با تعمیم‌پذیری و اعتبار بیشتر پیشنهاد می‌شود از مصاحبه‌های بالینی ساختاریافته و مشاهده رفتار در کنار اجرای پرسشنامه استفاده شود؛ و همچنین می‌توان مشابه این پژوهش در مناطق جغرافیایی دیگر و فرهنگ‌های مختلف اجرا شود و نتایج با یکدیگر مقایسه شود.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران این مطالعه بر خود لازم می‌دانند تا از کلیه شرکت کننده در این پژوهش و تمام کسانی که در اجرا و انجام این پژوهش همکاری نمودند، سپاسگزاری نمایند.

References

1. Peernia B., Rezaei M., Mansour S., Ali A.S., Peerkhaefi A.R., Ali S. Psychological addiction outcomes, Anxiety relationship and induction of induced craving index in people treated with methadone containers with and without Anxiety symptoms. Journal of psychology and psychiatry shenakht. 2016; 3(2): 33-44.
۲. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). Washington: American Psychiatric Pub; 2013.
۳. Sahebi B., Leila S., Mansour & Mahnaz M. The effectiveness of emotion- based treatment on failure tolerance and marital adjustment of couples referred to the oil company counseling center, Journal of recent advances in behavioral sciences, 2019; 4(34): 59-83.
۴. Viscerini H., Sadeghi M & Moradzadeh S. Comparison of cognitive type D, psychological hardiness, tolerance of failure and perfectionism of coronary heart patients and normal people in Khorramabad, Journal of Sabzevar University of medical sciences, 2018;26(4): 477-486.
۵. Saremipour N., Beti S.P & Zomorodi S. The effectiveness of mindfulness training on increasing tolerance for failure and depression in women with addicted spouses, Addiction Quarterly, Counseling and psychotherapy, 2017; 7, 44-70.
۶. Shorey R.C., Gawrysiak M.J., Elmquis T.J., Brem M., Anderson S. and Stuart G.L. Experiential avoidance, distress tolerance, and substance use cravings among adults in residential treatment for substance use disorders. Journal of Addictive Diseases. 2017; 36(3):1-21.
۷. Peraza N., Smit T., Garey L., Manning K., Buckner J.D. and Zvolensky M.J. Distress tolerance and cessation-related cannabis processes: The role of cannabis use coping motives. Journal of addiction behavior. 2019; 90:164-170.
۸. Farris S.G., Metrik J., Bonn-Miller M. O., Kahler C. W. and Zvolensky M. J. 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. 2016; 77(6): 889-897.
۹. Gilmore A.K. Jones J.L. Moreland A.D. Hahn C.K. Brady K.T. and Back S.E. Gender moderates the association between distress tolerance and alcohol use among individuals with opioid use disorder. Journal Drug and Alcohol Dependence. 2018; 1(190): 9-12.
۱۰. Veilleux J.C. The relationship between distress tolerance and cigarette smoking: A systematic review and synthesis. Journal of Clinical Psychology Review, 2019; 7(1):78-89.
۱۱. Jahanghery M., Gholmohammadian M & Hojjat khah S.M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on rumination and psychological resilience in methadone addicts, Journal of Addiction research, 2017; 12(48): 169-184.

۱۲. Schut D. M. & Boelen P. A. The relative importance of rumination, experiential avoidance and mindfulness of predictors of depressive symptoms. *Journal of contextual behavioral science*, 2017; 6(1), 8-12.
۱۳. Aslanifar L., Sodagar SH & Bahrami M. The role of cognitive regulatory mediation in predicting rumination based on distress tolerance in patients receiving methadone maintenance therapy, *Journal of cognitive sciences*, 2019;31(2), 41-51.
۱۴. Akbari M & Sayyadpour Z. The role of emotional dysfunction and rumination in predicting life satisfaction of obese patients, *Transformational psychology: Iranian psychologists*, ۲۰۱۸; ۱۵(۵۷), ۵۹-۶۹.
۱۵. Sadok B, and Sadok V. The brief of psychiatry in human science and psychiatry. 2nd Ed. Translator: Poorafkari N. Tehran: Shahrab, 2002.(Persian)
۱۶. Nolen-hokesema S, and Davis CG. Thanks for sharing that; Ruminations and their support networks. *J Pers Soc Psychol*, 1999; 77: 801-814.
۱۷. Basharpour S. Relationship of emotional cognitive regulation and intelligent control with severity of dependence and craving in people with drug dependence. *Research on Addiction*.2014; 7(28):131-146. (Persian)
۱۸. Blume, A. W. Treating drug problems (Vol. 1). 2005; John Wiley & Sons.
۱۹. Chamani N & Sajjadian E. Causal relationship between anxiety, rumination, neglect, peer relationships and bullying with addiction readiness, *Addiction research Quarterly*, ۲۰۱۹;۱۳(۵۱), ۲۱۹-۲۴۰.
۲۰. Magidson JF, Linstead AR, Seitz-Brown CJ, Anderson KE, Lindberg B, Wilson A, et al. Rumination mediates the relationship between distress tolerance and depressive symptoms among substance users. *Cognitive Therapy and Research*. 2013; 37(3):456-465.
۲۱. Nolen-Hoeksema, S. Wisco, B. E. & Lyubomirsky, S. Rethinking rumination. *Perspectives Psychological Science*, 2008; 3(5), 400-424.
۲۲. Mahmood A.M., Bakhshipour R.A., Mansouri A., Farnam A & Fakhari A. Comparison of anxiety, obsessive-compulsive disorder and rumination in people with generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, major depressive disorder and normal people. *Psychological studies*, 2000; 7(4): 55-74.
۲۳. Harrington N The frustration discomfort scale: Development and psychometric properties. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, ۲۰۰۵; ۱۲(۵), ۳۷۴-۳۸۷.