

## اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افکار خودکشی و تکانشگری نوجوانان دارای اعتیاد به موادمخدر

محبوبه ناطقی<sup>۱</sup>، فرامرز سهرابی<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۵/۰۲

### چکیده

**هدف:** اعتیاد به موادمخدر به عنوان یک پدیده در هر کشوری اعم از توسعه یافته یا در حال توسعه رخ می دهد که به جهت پیامدهای حاصل از آن، این پدیده در مقوله آسیب های اجتماعی قرار داده می شود که خود زمینه ساز بسیاری از آسیب های دیگر است. پژوهش حاضر باهدف سنجش اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افکار خودکشی و تکانشگری در نوجوانان انجام شد. **روش:** جامعه پژوهش حاضر شامل مراجعه کنندگان به کمپ های ترک اعتیاد شهرستان تهران بود. جهت انتخاب نمونه با استفاده از روش غیر احتمالی در دسترس، ۳۰ نفر انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. پرسش نامه های تکانشگری و افکار خودکشی مورد استفاده قرار گرفت. درمان شناختی رفتاری برای افراد گروه آزمایش اعمال شد اما گروه گواه مداخله ای دریافت نکرد. پس آزمون نیز برای هر دو گروه اجرا شد. **یافته ها:** نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری، تکانشگری و افکار خودکشی نوجوانان دارای اعتیاد را به طور معناداری کاهش می دهد. **نتیجه گیری:** از این نوع درمان برای بهبود معتادان می توان بهره برد.

**کلید واژه ها:** افکار خودکشی، اعتیاد، تکانشگری، درمان شناختی رفتاری

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان شناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران،

پست الکترونیک: mnateghi44@yahoo.com

۲. استاد گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

## مقدمه

اگرچه برخی آسیب‌های اجتماعی همواره در طول تاریخ بشر وجود داشته‌اند، اما صنعتی شدن و تغییر ساختار زندگی انسان‌ها سبب شده که شاهد بروز شدید برخی از این آسیب‌ها باشیم. سوء مصرف مواد نیز که به بلای خانمان‌سوز شهرت یافته است، امروزه به یکی از معضلات بزرگ جوامع بشری تبدیل شده و کمتر کشوری را می‌توان یافت که به نوعی با این پدیده درگیر نباشد (استونس<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). کشور ایران یکی از کشورهای جهان است که به دلیل شرایط جغرافیایی، فرهنگی و سایر عوامل در معرض تهدید این پدیده قرار دارد. طبق گزارش دفتر پیشگیری از مصرف مواد و جرم سازمان ملل متحد در سال ۲۰۰۵، کشور ایران دارای بیشترین تعداد سوء مصرف کنندگان مواد افیونی به نسبت جمعیت در جهان است و بالاترین شیوع سوء مصرف با ۲/۸ درصد در بین افراد در ایران وجود دارد. سوء مصرف مواد و وابستگی به آن پدیده مزمن و عودکننده است که با صدمه‌های جدی جسمانی، مالی، خانوادگی و اجتماعی همراه است (محمدپور اصل فخاری، رستمی، قلی و حیدری، دستگیری، ۱۳۸۶). از جمله گروه‌هایی که در معرض ابتلا به این آسیب قرار دارند نوجوانان هستند.

اعتیاد و سوء مصرف موادمخدر یکی از موضوعات خاص مورد توجه روان‌شناسان بالینی و روان‌پزشکان است. چراکه این مسئله عواقب و اثرات منفی زیادی را برای جوامع در پی دارد (معظمی، ۱۳۸۸) و با مشکلات و پدیده‌های منفی زیادی از جمله خودکشی و خشونت در ارتباط است. گرایش به موادمخدر به خصوص اعتیاد، امروزه یکی از معضلات جدی و مهم جامعه بشری شده است. قابل توجه است معضل موادمخدر مربوط به یک جامعه یا یک کشور نیست. بلکه یک موضوع و معضل جهانی است، به طوری که جامعه شناسان اعتقاد دارند موضوع و مسئله موادمخدر در کنار بلاای طبیعی، امراض و بیماری‌ها و جنگ به عنوان چهار مسئله اساسی دنیای امروز و جامعه بشری هستند و جوامع مختلف و انسان‌ها را به چالش واداشته است. در گذشته فقط بزرگ سالان به اعتیاد گرایش داشتند و نوجوانان و جوانان به ندرت به آن روی می‌آوردند؛ اما بعدها هنگامی که مرفین، هروئین،

کو کائین به بازار آمد مواردی از اعتیاد جوانان مشاهده شد (معظمی، ۱۳۸۸). اعتیاد حالتی است که در اثر آن شخص به طور کامل نسبت به یک دارو یا ماده اعتیادآور دیگری معتاد و وابسته می شود (میلر و مویرز، ۲۰۱۵).

گرایش به مواد مخدر سبب می شود که معتاد ارزش های اخلاقی و هنجارهای جامعه را پاس ندارد و در نتیجه قوانین را زیر پا بگذارد. اعتیاد، بیماری پیچیده ای است که با ویژگی هایی همچون رفتارهای اجباری، وسوسه های مقاومت ناپذیر، رفتارهای جستجوگرانه مواد و مصرف مداوم آن حتی در شرایطی که پیامدهای منفی بسیاری برای فرد به همراه دارد، مشخص می شود. تداوم مصرف مواد در طی زمان و تأثیرات سمی طولانی مدت مصرف آن بر عملکرد مغز، منجر به دامنه وسیعی از بدکارکردی های رفتاری، روان شناختی، اجتماعی و فیزیولوژیکی شده که مانع از انجام رفتار و عملکرد طبیعی معتادان در خانواده، محیط کاری و در سطحی وسیع تر در جامعه می شود (سیم و وونگ، ۲۰۰۸).

۲۱۵

215

رفتارهای تکانشی که گاه رفتارهای مخاطره آمیز نیز خوانده می شوند، طیف وسیعی از اعمالی را شامل می شوند که روی آن ها تفکر کمی صورت گرفته، به صورت نابالغ با وقوع آنی، بدون توانایی در انجام تمرکز بر یک تکلیف خاص، در غیاب یک برنامه ریزی مناسب، رخ می دهند و از ریسک و خطرپذیری بالایی برخوردار هستند (سگال، مورال و استونز، ۲۰۱۴). تکانشگری به صورت یک بعد شناختی، مفهوم پردازی می شود. به این معنا که تکانشگری با عدم بازداری شناختی و روند تصمیم گیری کند و ناقص در افراد همراه است. تکانشگری یکی از وجه مشخصه های انواع اعتیاد است (بلین، مار، دالی، رابینز، و اوریت، ۲۰۰۸). عده ای از افراد در تمامی موقعیت ها به صورت تکانشگری عمل می کنند (وابسته به صفت) در حالی که عده ای دیگر در موقعیت های به خصوص به این شیوه عمل می نمایند همانند مواجه شدن با نشانه های ایجادکننده ولع مصرف (وابسته به موقعیت).

از بین رفتن روابط صمیمی خانوادگی، وضعیت معیشتی و بیکاری فرد معتاد نیز موجب ایجاد خصومت، پرخاشگری، خشونت و همسر آزاری و خودکشی می شود. سبک‌های مقابله‌ای معتادان در مقایسه با غیر معتادان نیز از مهم ترین عوامل تکانشی بودن آن‌ها و هیجانی عمل کردن آن‌هاست. چون افراد معتاد بیش از افراد غیر معتاد از سبک مقابله‌ای همسان مدارانه و تکانشی استفاده می کنند، لذا جهت گیری عقلانی و کارآمدی نسبت به مشکلات و مسائل ندارند و غالباً در برخورد با مشکلات و افراد از شیوه‌های ناکارآمد و اغلب پرخاشگرایانه استفاده می کنند (نات، ۲۰۱۲).

در دهه‌های اخیر میزان خودکشی به عنوان مشکل عمده بهداشتی در میان جوانان افزایش یافته است (رونالد، ۲۰۰۲) بر اساس شواهد یکی از دلایل افزایش میزان خودکشی، افزایش سوء مصرف مواد مخدر و روان گردان‌ها است (کرونلی، ۱۹۹۰). سوء مصرف مواد یکی از عوامل خطر مرتبط با خودکشی به شمار می آید (لیدل و همکاران، ۲۰۰۲)، حدود نیمی از خودکشی‌ها توسط افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد صورت می گیرد (سگال، و همکاران، ۲۰۱۴). سوء مصرف مواد از سال‌ها پیش به عنوان یکی از عمده موارد خطر ساز رفتارهای خودکشی گرا مطرح شده و در پژوهش‌های مختلف به اهمیت غربالگری و شناسایی معتادان در معرض خودکشی تأکید فراوان شده است (مورفی، ۱۹۸۸). مطالعات شیوع شناسی حاکی از ارتباط سوء مصرف مواد، الکل و به خصوص اعتیاد به سوء مصرف و وابستگی جسمی و روانی به چند ماده با افزایش احتمال افکار و رفتار خودکشی است و میزان شیوع رفتار خودکشی گرا در بین افراد معتاد بین ۱۷٪ (اسکو کیت، ۱۹۸۶) تا ۲۹٪ (وایتز، کادورت، و ویدمار، ۱۹۸۵) گزارش شده است. از طرفی مطالعات نشان داده است که اضطراب و افسردگی به اقدام به خودکشی ارتباط زیادی دارد (برونیچ<sup>۷</sup> و ویتجن<sup>۸</sup>، ۱۹۹۴). افراد اقدام کننده به خودکشی در مقایسه با افراد

1. Nutt  
2. Roland  
3. Krunly  
4. Liddle

5. Schuckit  
6. Whitters, Cadoret, & Widmer  
7. Bronisch  
8. Wittchen

عادی دارای سابقه سوء مصرف و وابستگی مواد هستند (اوبویل<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸؛ لی، گایدیش، پاگانو، تاجیما، و پاسالاکوا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵).

نوجوانان دارای اعتیاد روبه فزونی شده است، درمان‌های مختلف دارویی و غیر دارویی برای مشکلات ناشی از اعتیاد طراحی شده‌اند، اما نیاز است تا مشاوران و روان‌شناسان به درمان‌های غیر دارویی و روان‌شناختی برای حل مشکلات نوجوانان دارای اعتیاد بپردازند؛ یکی از درمان‌هایی که در مورد و اختلال‌های مختلف روان‌شناختی مؤثر بوده، درمان شناختی رفتاری است. چون سوء مصرف مواد به‌عنوان یک آسیب روانی و اجتماعی، خانواده‌های بسیاری را درگیر خود ساخته، لازم است از مدل توان‌بخشی مناسبی استفاده شود که در این مطالعه از روش درمان شناختی رفتاری گروهی استفاده شد. درمان گروهی نوعی درمان است که می‌تواند تعداد بیشتری از مراجعان را در زمان کمتری درمان کند. همچنین مزیت‌های درمان گروهی این است که اعضای گروه در نتیجه تعامل با یکدیگر و از طریق خود افشاگری، درجات حمایت همدلی از سوی دیگر اعضای گروه و همچنین احساس داشتن درد مشترک می‌توانند در مورد خود و مسائل‌شان به فهم و بینش عمیق‌تری دست یابند (م‌حی‌الدینی، ۱۳۹۱). درمان شناختی رفتاری یک روش درمانی است که هم به دنبال تغییر نگرش رفتارهایی است که از یادگیری‌های ناکافی و غلط به وجود آمده است و هم به دنبال تغییر نگرش، باور و اعتقادات غیرمنطقی است. روش درمان شناختی رفتاری بر این نظریه استوار است که عامل تعیین‌کننده رفتار انسان، طرز تفکر او درباره خود و نقش خود در جهان است (سادوک و سادوک<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). با توجه به تأثیر اعتیاد بر افکار خودکشی و رفتارهای تکانشگری و با توجه به افزایش نوجوانان دارای اعتیاد، محقق به دنبال تدارک پاسخ علمی به این سؤالات است که آیا درمان شناختی رفتاری بر کاهش افکار خودکشی نوجوانان دارای اعتیاد اثربخش است؟ آیا درمان شناختی رفتاری بر کاهش تکانشگری نوجوانان دارای اعتیاد اثربخش است؟

## روش

### جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

این پژوهش از نوع هدف کاربردی و از نوع داده‌ها، یک پژوهش کمی است. در این پژوهش از روش شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون<sup>۱</sup> پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. جامعه آماری این تحقیق، مراجعه‌کنندگان نوجوان به کمپ‌های ترک اعتیاد شهر تهران در سال ۱۳۹۵ بود. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد. جهت انتخاب نمونه ابتدا ۳ کمپ ترک اعتیاد انتخاب، و از میان مراجعه‌کنندگان به این کمپ‌ها ۳۰ نفر به‌عنوان افراد معتاد به موادمخدر انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: اعلام اعتیاد به موادمخدر توسط خود فرد، طول اعتیاد حداقل ۲ و حداکثر ۱۵ سال، داشتن سن بین ۱۵ تا ۲۲ سال، مصرف موادمخدر از نوع قرص‌های روان‌گردان، هروئین، مورفین و ماری‌جوانا.

### روند اجرا

روش اجرا بدین ترتیب بود که اول برای هر دو گروه (آزمایشی و گواه) پیش‌آزمون افکار خودکشی و تکانشگری اجرا شد. سپس جلسات درمان شناختی رفتاری برای گروه آزمایش اجرا شد (بسته درمانی در جدول ۱ ارائه شده است)، و بلافاصله بعد از اتمام مداخله، پس‌آزمون افکار خودکشی و تکانشگری برای هر دو گروه اجرا شد.

#### جدول ۱: بسته درمانی شناختی رفتاری به تفکیک جلسات

| جلسات | تکنیک‌های بکار رفته شده  |
|-------|--|
| اول   | بازخورد انگیزشی فردی: مضرات ادامه مصرف مواد و عدم تغییر - فواید ایجاد تغییر در مصرف مواد - فواید ادامه دادن مصرف مواد و عدم تغییر - مضرات ایجاد تغییر در مصرف مواد.            |
| دوم   | تعیین موقعیت‌های پرخطر - بین فردی و درون فردی - عوامل راه‌انداز (عواطف، افراد، مکان‌ها و اشیاء) - طرح‌های عملی برای مقابله با موقعیت‌های پرخطر                                 |
| سوم   | تعیین عوامل زمینه‌ساز برای سوء مصرف مواد، روش‌های برنامه‌ریزی برای مقابله با اشتیاق و میل برای مصرف مواد مانند: توقف فکر، تمرین ایجاد تعادل در تصمیم‌گیری، و به تأخیر انداختن. |
| چهارم | مقابله با تفکر منفی - رابطه تفکر و عاطفه - تعیین الگوهای تفکر منفی - مبارزه با افکار منفی و بازسازی شناختی.  |
| پنجم  | تصمیمات به‌ظاهر نامرتب - هوشیار کردن فرد نسبت به موقعیت‌های پرخطر - تحلیل کارکردی تفکر هنگام خطر کردن.   |
| ششم   | برنامه‌ریزی و پیش‌بینی وضعیت‌های اضطراری - پیش‌آمدن عوامل راه‌انداز غیرمنتظره یا موقعیت‌های پرخطر.   |

**جدول ۱: بسته درمانی شناختی رفتاری به تفکیک جلسات**

| جلسات | تکنیک‌های بکار رفته شده   |
|-------|---|
| هفتم  | مهارت‌های امتناع و مقابله با پی‌نهادهای مستقیم برای مصرف مواد- ایفای نقش برای تمرین پاسخ‌های جرأت‌ورزانه- انتقاد کردن و موردانتقاد واقع شدن ° پاسخ‌دهی جرأت‌ورزانه به انتقاد- مهارت‌های تنش‌زدایی- ایفای نقش.         |
| هشتم  | مدیریت خشم و مصرف مواد- تعیین علائم و نشانه‌های خشم ° مهارت‌های تنش‌زدایی- بازسازی شناختی درزمینه افکار برانگیزاننده.   |
| نهم   | بررسی کناره‌گیری از فعالیت‌های لذت‌بخش به‌عنوان نتیجه‌ای از مصرف مواد- تعیین فعالیت‌های لذت‌بخش به‌عنوان راه‌حل بدیل و سالم ° برنامه‌ریزی برای انجام فعالیت‌های لذت‌بخش- ایجاد تعهد نسبت به پرداختن به وقایع لذت‌بخش. |
| دهم   | ایجاد دوستی‌هایی که بر مصرف مواد متمرکز نیستند- قطع روابط خود با دوستان و آشنایان که آسیب‌زا هستند- قطع ارتباط با فروشندگان و مصرف‌کنندگان مواد- پیدا کردن گروهی متشکل از افراد حمایت‌کننده و تشکیل گروه‌های خودیاری. |

**ابزار**

۱- مقیاس اندیشه خودکشی: این مقیاس توسط محمدی فر، حبیبی و بشارت (۱۳۸۴) ساخته و هنجاریابی شده است. این مقیاس دارای ۳۸ گویه بوده که در طیف لیکرت از ۱ تا ۳ به معنای هرگز تا همیشه نمره‌گذاری می‌شود. نمره فرد بین ۳۸ تا ۱۱۴ متغیر خواهد بود. این مقیاس ۵ بعد احساس گناه و خود تخریب‌گری، ناامیدی و احساس حقارت، انزوای طلبی و فقدان رابطه، رکود ایستایی و افسردگی را می‌سنجد. اعتبار این مقیاس از طریق محاسبه آلفای کرونباخ برای نمره کل و ۵ خرده‌مقیاس به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۸۳، ۰/۸۴، ۰/۸۰، ۰/۷۳ و ۰/۷۲ گزارش شده است (محمدی فر و همکاران، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر اعتبار کل مقیاس از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد.

۲- مقیاس تکانشگری بارت (ویرایش یازدهم): این مقیاس که توسط ارنست بارت و همکاران در سال ۲۰۰۴؛ (نقل از عدالتی، ۱۳۸۶) ساخته شده، بر پایه نظریه شخصیتی بارت قرارداد که حاوی ۳۰ سؤال است و ۳ عامل (تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی‌برنامگی) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. سؤالات به‌صورت ۴ گزینه‌ای ((به‌ندرت تا تقریباً همیشه)) درجه‌بندی شده‌اند و بیشترین نمره ۱۲۰ می‌باشد. پاتون، استانفورد و بارت (۱۹۹۵) همسانی درونی برای نمره کل را بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۳ گزارش کردند. نادری و

حق شناس (۱۳۸۸) در پژوهشی برای نخستین بار در ایران به اعتباریابی مقیاس تکانشگری بارت با محاسبه همبستگی آن با مقیاس هیجان خواهی ذاکرمن در جامعه دانشجویی پرداختند. ضریب همبستگی ۰/۲۸ و ضریب اعتبار آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲ و به روش دونیمه کردن ۰/۶۰ به دست آمد. و همچنین روایی و اعتبار نسخه فارسی آن توسط اختیاری و همکاران (۱۳۷۸) انجام گرفته که نتایج پژوهش حاکی از روایی و اعتبار مطلوب آن است.

### یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها

| مؤلفه‌ها              | گروه‌ها | پیش‌آزمون |                  | پس‌آزمون |                  |
|-----------------------|---------|-----------|------------------|----------|------------------|
|                       |         | میانگین   | انحراف استاندارد | میانگین  | انحراف استاندارد |
| احساس گناه و خود      | آزمایش  | ۱۴/۱۸     | ۳۰/۲             | ۱۱/۱۲    | ۰۳/۲             |
| تخریب‌گری             | گواه    | ۱۵/۱۷     | ۳۰/۲             | ۲۹/۱۷    | ۰۱/۲             |
| نامیدی و احساس        | آزمایش  | ۱۹/۱۵     | ۲/۴              | ۱۵/۱۰    | ۲,۱۴             |
| حقارت                 | گواه    | ۱۹/۱۶     | ۴۱/۳             | ۲۳/۱۶    | ۱۳/۳             |
| انزوایی و فقدان رابطه | آزمایش  | ۱۰/۱۸     | ۳/۳              | ۷/۱۳     | ۲۰/۳             |
| گواه                  | گواه    | ۱۱/۱۷     | ۱۲/۳             | ۱۹/۱۷    | ۰۶/۳             |
| رکود ایستایی          | آزمایش  | ۹۰/۲۰     | ۲/۹۶             | ۶۳/۱۳    | ۳/۴۱             |
| گواه                  | گواه    | ۹۰/۲۱     | ۲/۲۰             | ۱۴/۲۱    | ۲/۲۰             |
| افسردگی               | آزمایش  | ۹۰/۱۹     | ۲/۹۶             | ۶۳/۱۳    | ۳/۱۲             |
| گواه                  | گواه    | ۹۰/۲۰     | ۲/۱۱             | ۰۶/۱۹    | ۲/۲۶             |
| نمره کل افکار خودکشی  | آزمایش  | ۹۰/۹۰     | ۱۳/۹۶            | ۶۹/۶۳    | ۱۷/۲۳            |
| گواه                  | گواه    | ۳۱/۹۰     | ۱۳/۲۰            | ۵۸/۸۹    | ۱۲/۶۳            |
| تکانشگری شناختی       | آزمایش  | ۰۳/۳۲     | ۳۰/۳             | ۱۲/۲۰    | ۷۸/۲             |
| گواه                  | گواه    | ۱۵/۳۰     | ۳۰/۲             | ۹۶/۳۰    | ۳۰/۳             |
| تکانشگری حرکتی        | آزمایش  | ۲۳/۲۹     | ۲/۴              | ۱۵/۱۸    | ۴,۲۵             |
| گواه                  | گواه    | ۱۹/۳۱     | ۴۱/۳             | ۲۶/۳۱    | ۴۱/۳             |
| بی‌برنامگی            | آزمایش  | ۱۰/۲۹     | ۳۲/۲             | ۷۲/۲۰    | ۸۵/۴             |
| گواه                  | گواه    | ۱۱/۲۶     | ۸۵/۲             | ۳۲/۲۶    | ۵۹/۳             |
| تکانشگری کل           | آزمایش  | ۰۲/۹۰     | ۹/۶۳             | ۵۱/۵۹    | ۱۱/۶۳            |
| گواه                  | گواه    | ۳/۸۹      | ۶۳/۸             | ۴۲/۹۰    | ۱۰/۶۷            |



برای بررسی فرضیه پژوهش می‌بایستی از تحلیل کواریانس چندمتغیری مانکوا استفاده شود. قبل از استفاده از آزمون مانکوا باید برخی از پیش فرض‌های مهم این آزمون مورد بررسی قرار گیرد. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف نشان داد در گروه آزمایش تکانشگری ( $Z=0/73, P>0/05$ ) و افکار خودکشی ( $Z=0/67, P>0/05$ ) دارای توزیع نرمال می‌باشند. همچنین در گروه گواه نیز تکانشگری ( $Z=0/65, P>0/05$ ) و افکار خودکشی ( $Z=0/82, P>0/05$ ) دارای توزیع نرمال می‌باشند. نتایج آزمون لون برای بررسی همسانی واریانس‌ها در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون لون برای بررسی همسانی واریانس‌های خطا در دو گروه

| متغیرها                    | آماره F | درجه آزادی | معناداری |
|----------------------------|---------|------------|----------|
| افکار خودکشی               | ۱/۸۴۵   | ۲۸         | ۰/۲۱۹    |
| تکانشگری                   | ۱/۲۲۵   | ۲۸         | ۰/۲۸۵    |
| احساس گناه و خود تخریب‌گری | ۱/۱۴۵   | ۲۸         | ۰/۳۲۶    |
| نامیدی و احساس حقارت       | ۱/۸۵۹   | ۲۸         | ۰/۱۱۱    |
| انزواطلبی و فقدان رابطه    | ۱/۱۴۹   | ۲۸         | ۰/۲۳۵    |
| رکود ایستایی               | ۱/۶۳۵   | ۲۸         | ۰/۶۳۵    |
| افسردگی                    | ۱/۷۴۵   | ۲۸         | ۰/۴۲۵    |
| تکانشگری شناختی            | ۱/۶۲۳   | ۲۸         | ۰/۳۲۶    |
| تکانشگری حرکتی             | ۱/۸۵۶   | ۲۸         | ۰/۴۱۵    |
| بی‌برنامگی                 | ۱/۱۵۷   | ۲۸         | ۰/۸۵۴    |

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود در تمام متغیرها شرط برابری واریانس‌های خطا برقرار است. نتایج بررسی برابری شیب رگرسیون در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج بررسی برابری شیب رگرسیون بین گروه‌ها و پیش‌آزمون

| متغیرها      | منبع                          | درجه آزادی | آماره F | معناداری |
|--------------|-------------------------------|------------|---------|----------|
| افکار خودکشی | کنش متقابل (گروه و پیش‌آزمون) | ۲۷         | ۴/۶۷    | ۰/۴۷     |
| تکانشگری     | کنش متقابل (گروه و پیش‌آزمون) | ۲۷         | ۲/۳۶    | ۰/۵۵     |

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود مفروضه همگنی شیب رگرسیون برقرار است. نتایج آزمون باکس نیز حکایت از همگنی ماتریس واریانس<sup>۰</sup> کواریانس در افکار خودکشی ( $M=9/85, F=1/12, P>0/05$ ) و تکانشگری ( $M=7/52, F=1/59, P>0/05$ ) داشت. بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری برای

مولفه‌های افکار خودکشی انجام شد و نتایج آن حکایت از معناداری تفاوت داشت (۰/۶۲۳=اندازه اثر,  $F=21/62, P<0/001$ ,  $\eta^2=0/35$ , لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

**جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت گروه‌ها در مولفه‌های افکار خودکشی**

| مولفه‌ها                   | میانگین مجذورات | آماره F | معناداری | مجذورات |
|----------------------------|-----------------|---------|----------|---------|
| احساس گناه و خود تخریب گری | ۱۹۸/۲۵          | ۵/۷۴۰   | ۰/۰۰۰۵   | ۰/۲۰۳   |
| نامیدی و احساس حقارت       | ۲۰۰/۴۱          | ۵/۸۹۰   | ۰/۰۰۰۵   | ۰/۲۶۹   |
| انزوایی و فقدان رابطه      | ۱۵۲/۸۵          | ۴/۸۴۰   | ۰/۰۰۰۵   | ۰/۱۹۸   |
| رکود ایتایی                | ۱۳۳/۷۴          | ۴/۱۹۰   | ۰/۰۰۰۵   | ۰/۱۳۶   |
| افسردگی                    | ۱۶۹/۸۵          | ۵/۳۶۰   | ۰/۰۰۰۵   | ۰/۲۵۳   |

همانگونه که در جدول ۵ مشاهده می شود در تمام مولفه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه به آمار توصیفی می توان گفت درمان شناختی رفتاری در کاهش نمرات مولفه‌های خودکشی موثر بوده است.

همچنین، تحلیل کواریانس چندمتغیری برای مولفه‌های تکانشگری انجام شد و نتایج آن حکایت از معناداری تفاوت داشت (۰/۷۵۲=اندازه اثر,  $F=26/74, P<0/001$ ,  $\eta^2=0/49$ , لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

**جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت گروه‌ها در مولفه‌های تکانشگری**

| مولفه‌ها        | میانگین مجذورات | آماره F | معناداری | مجذورات |
|-----------------|-----------------|---------|----------|---------|
| تکانشگری شناختی | ۶۰۱/۱۲          | ۶/۴۱۰   | ۰/۰۰۰۵   | ۰/۳۰۱   |
| تکانشگری حرکتی  | ۵۱۲/۳۵          | ۵/۷۵۰   | ۰/۰۰۰۵   | ۰/۲۸۹   |
| بی برنامه‌گی    | ۶۵۲/۱۳          | ۸/۰۲۰   | ۰/۰۰۰۵   | ۰/۳۵۲   |

همانگونه که در جدول ۶ مشاهده می شود در تمام مولفه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه به آمار توصیفی می توان گفت درمان شناختی رفتاری در کاهش نمرات مولفه‌های تکانشگری موثر بوده است.

## بحث و نتیجه گیری

اعتیاد به موادمخدر در هر کشوری اعم از توسعه یافته یا در حال توسعه رخ می دهد که به جهت پیامدهای حاصل از آن، در مقوله آسیب های اجتماعی قرار داده می شود که خود زمینه ساز بسیاری از آسیب های دیگر است. در راستای شناخت و درمان هر چه بیشتر عوامل مربوط به اعتیاد، پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افکار خودکشی و تکانشگری در نوجوانان مراجعه کننده به کمپ ترک اعتیاد شهر تهران انجام شد. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری در کاهش افکار خودکشی نوجوانان وابسته به موادمخدر اثربخش بوده است. نتایج این پژوهش با پژوهش های فدایی، عاشوری، هوشیاری و ایزانلو (۱۳۹۰)، کیخاونی، چتری پور، صیدخانی نهال (۱۳۹۱)، نیکو گفتار و عنافچه (۱۳۹۳)، خجسته مهر، رجبی، و ستوده (۱۳۸۹)، زیب، سوکو، جی، و فلچر<sup>۱</sup> (۲۰۱۶)، هنگز و ماگزینسکی<sup>۲</sup> (۲۰۱۲)، استنلی، مارکمن، و ویتون<sup>۳</sup> (۲۰۰۹)، همسو است. در تبیین این یافته ها می توان گفت که نوجوانی دوره ای پر استرس و پرفشار است. مسائل مربوط به بلوغ، استقلال، مسائل تحصیلی، ارتباطات عاطفی با جنس مخالف، ارتباط با همسالان، رسانه ها و بسیار از عوامل دیگر باعث سردرگمی و استرس بیشتر نوجوان می شود. این مسائل در بسیاری از نوجوانانی که به سمت اعتیاد کشیده شده اند به صورت حاد تأثیر گذار بوده است. افکار خودکشی در بین نوجوانان دارای اعتیاد به دلایل مختلف روان شناختی، فرهنگی و اقتصادی بیشتر از نوجوانان عادی است. تحقیقات متعددی نشان داده است که افکار خودکشی با اختلالات روان شناختی مثل افسردگی همبستگی بالایی دارند (کیخاونی، و همکاران، ۱۳۹۱؛ نیکوگفتار و عنافچه، ۱۳۹۳؛ زیب و همکاران، ۲۰۱۶). می توان گفت افرادی که از سلامت روانی کافی برخوردار هستند تلاش می کنند تا عقده های درونی خود را حل و فصل کنند و محیط خود را تا آنجا که ممکن است شکل دهند و تا جایی که ضرورت دارد با آن سازگار شوند. در واقع افراد سالم در برخورد با مشکلات به دنبال راه حل های منطقی هستند اما افراد افسرده چون انگیزه ای برای

زندگی ندارند هنگام رویارویی با مشکلات به دنبال راهی برای فرار هستند که با توجه به مطالعات در افراد افسرده راه فرار، خاتمه دادن به زندگی است و هر اقدامی برای این عمل از فکر درباره آن شروع می شود که طبق تحقیقات افسردگی عاملی قوی در پیش بینی فکر خودکشی و اقدام به خودکشی است. مرور پژوهش های انجام شده و پژوهش حاضر در مجموع نشان می دهد که در جاتی از آسیب و نقص در فرایند تصمیم گیری و افکار افراد وابسته به مواد وجود دارد. نقصی که ممکن است ناشی از پاره ای از صفات و گرایش های شخصیتی، آسیب های عصب شناختی، مصرف مواد، عدم دریافت آموزش های مناسب و کافی در زمینه مهارت های زندگی باشد. دیدگاه شناختی رفتاری به نوجوانان نشان می دهد افکار همیشه با احساسات و رفتار در ارتباط است. در نتیجه هر وقت نوجوان به هر شکل به سمت خودکشی پیش می رود، افکار یا اندیشه های خودکشی را تجربه خواهد کرد. نوجوان ارتباط بین افکار و احساسات خود را یاد می گیرد و بنابراین به طور بهتری می تواند این افکار را بشناسد و کنترل کند. بازسازی شناختی در طول درمان به بیمار کمک می کند تحریفات شناختی خود را بشناسد و این شناسایی به نوعی به او کمک می کند تا مسیر منتهی شدن به خودکشی را پیش بینی و کنترل کند.

۲۲۴

224

یکی دیگر از نتایج این پژوهش اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش تکانشگری نوجوانان دارای اعتیاد بود. تصمیم گیری مخاطره آمیز در حالت کلی به بروز مشکلاتی در فرآیند تصمیم گیری اشاره دارد که می تواند شخص را به اتخاذ تصمیماتی با پیامدهای منفی گاه غیر قابل جبران سوق دهد. تصمیم گیری مخاطره آمیز می تواند به دلایل مختلف و باریشه های متفاوت رخ دهد. از سویی می تواند به عنوان یک پیامد رفتاری مؤلفه تکانشگری در افرادی که نوجویی بالایی دارند (کلونینجر، ۲۰۰۰) در نظر گرفته شود و از سوی دیگر، می تواند ناشی از ضعف در مهارت تصمیم گیری و عدم بهره مندی از دانش و مهارت کافی در این حوزه باشد. برخی مطالعات نشان داده اند که آموزش مهارت های زندگی شامل مهارت تصمیم گیری می تواند میزان تصمیم گیری های تکانشی و مخاطره آمیز را در افراد مصرف کننده مواد و الکل کاهش دهد (وودز، ۲۰۰۲). اگرچه در گذشته،

مطالعات و فرآیند درمان بیشتر بر جنبه‌های اجباری و ولع در مصرف مواد متمرکز بودند، اما امروزه آشکار شده که تکانشگری نیز عامل مهمی در شروع و تداوم اختلال مصرف مواد به شمار می‌رود.

نتایج این پژوهش با پژوهش‌های حدادی، رستمی، رحیمی‌نژاد، و اکبری (۱۳۸۸)، نورافکن روحی (۱۳۸۸)، مگری و همکاران (۱۳۸۷)، اختیاری و همکاران (۱۳۸۷)، کیخاونی، چتری‌پور، صیدخانی نهال (۱۳۹۱)، نیکو گفتار و عنافچه (۱۳۹۳)، هنگز و ماکزینسکی<sup>۱</sup> (۲۰۱۲)، فیشر اسمیت و گرین<sup>۲</sup> (۲۰۰۸)، همسو است. فصل مشترک این پژوهش‌ها این بوده است که تکانشگری عامل مهم و معناداری است که هم متمایز کننده افراد دارای سو مصرف مواد و هم همبستگی بالایی با شدت اعتیاد دارد. در اکثر مطالعاتی که درباره رابطه تکانشگری و اعتیاد انجام شده در گروه بیماران سرپایی وابسته به مصرف کوکائین و مصرف کنندگان تفریحی مواد حتی پس از کنترل تأثیر، اختلال شخصیت ضداجتماعی بالا باقی می‌ماند (لاند و پولس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). تحقیقات مولر و همکاران (۲۰۰۲) نیز نشان داد که تکانش‌گری بالا افراد را در معرض خطر بیشتری برای مصرف تفریحی مواد قرار می‌دهد. برخی مطالعات بیان می‌کنند که بالا بودن تکانش‌گری می‌تواند نقش مهمی در آغاز مصرف مواد داشته باشد، و همین دلیل می‌تواند یکی از دلایل بالا بودن تکانشگری در نمونه‌های وابسته به مصرف مواد در این پژوهش باشد؛ رابطه بین تکانش‌گری و شکل‌گیری اختلالات مرتبط با مصرف مواد در مطالعه‌ای به این شکل نشان داد که افرادی در نوجوانی تکانش‌گر بودند به احتمال بیشتری در آینده، اقدام به مصرف مواد مخدر و الکل خواهند کرد (ماجک، بولت، و تنسیل<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱). درمان شناختی رفتاری می‌تواند باهدف قرار دادن علائم در نوجوانان دارای اعتیاد موجب تعدیل تکانش‌گری و اضطراب آن‌ها شود. کاربرد این درمان با تأکید بر مدت‌زمان طولانی درمان مؤثر است. احتمالاً تأثیر این گونه درمان‌ها بر روی علائم خلقی از جمله اضطراب بسیار بارزتر خواهد بود. می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری به دلیل ساز و کارهای نهفته در آن

1. Henges, & Marczinski  
2. Fisher, Smith, & Grin

3. Ieland, & Poules  
4. Majak, Boldt, & Tensil

مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده گری بدون داوری و خودداری از اجتناب تجربی می تواند، اثربخشی درمانی را افزایش دهد. بنابراین، افزایش انعطاف پذیری روان شناختی در درمان شناختی رفتاری و ایجاد تفکر مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند توانایی مقابله بیمار را در کنار آمدن با وسوسه و نشانه های ترک به عنوان شاخص اصلی تداوم مصرف در این بیماران را افزایش دهد (نریمانی، رجبی، و دلاور، ۱۳۹۲).

## منابع

اختیاری، حامد؛ صفایی، هومن؛ اسماعیلی، غلامرضا؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ عدالتی، هانیه و مکرری، آذرخش. (۱۳۸۷). روایی و پایایی نسخه های فارسی پرسش نامه های آیزنک، بارت، دیکمن و زاکرمن در تعیین رفتارهای مخاطره جویانه و تکانش گری. *مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران*، ۴(۳)، ۲۸۰-۲۶۹.

حدادی، روح الله؛ رستمی، رضا؛ رحیمی نژاد، عباس و اکبری، سعید (۱۳۸۸). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری کنترل تکانه بر کاهش تکانش گری، ولع مصرف و شدت اعتیاد در معتادان مصرف کننده کراک. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۳(۱۰)، ۲۱۰-۱۷۵.

خجسته مهر، رضا، رجبی، غلامرضا و ستوده، سید امید (۱۳۸۹). بررسی اثر درمان شناختی رفتاری گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش میزان خشنودی زناشویی در زنان. *فصلنامه مطالعات اجتماعی-روان شناختی زنان، زنان، ۸(۲۴)*، ۴۲-۲۵.

سموعی، راحله؛ ابراهیمی، امراله؛ موسوی، سیدغفور؛ حسن زاده، اکبر؛ رفیعی، سعید (۱۳۷۹). الگوی مقابله با استرس در معتادین خود معرف: مرکز اعتیاد اصفهان. *مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران*، ۶(۳-۲)، ۶۹-۶۳.

فدایی، زهرا؛ عاشوری، احمد؛ هوشیاری، زهرا؛ ایزانلو، بلال (۱۳۹۰). تحلیل مسیر منبع کنترل، نشانگان افسردگی و پیشرفت تحصیلی بر افکار خودکشی: نقش تعدیل کنندگی جنس. *اصول بهداشت روانی*، ۱۳(۲)، ۱۵۹-۱۴۸.

کیخاونی، ستار؛ چتری پور، فاطمه؛ صیدخانی نهال، علی (۱۳۹۲). مقایسه افکار خودکشی و افسردگی در افراد اقدام کننده به خودکشی و سالم در استان ایلام در سال ۹۱-۱۳۹۰. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۱(۱)، ۵۳-۴۷.

محمد پور اصل، اصغر؛ فخاری، علی؛ رستمی، فاطمه؛ قلی و حیدری، رضا؛ دستگیری، سعید (۱۳۸۶). بررسی اپیدمیولوژیک مصرف داروهای روان گردان و الکل در دانش آموزان دوم دبیرستان های پسرانه شهر تبریز. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، ۷(۴)، ۴۰۸-۴۰۰.

محمدی فر، محمد علی؛ حبیبی، مجتبی؛ بشارت، محمد علی (۱۳۸۴). ساخت و هنجاریابی مقیاس افکار خودکشی در بین دانشجویان. *مجله علوم روان شناختی*، ۴(۱۶)، ۳۴-۲۵.

محمی الدینی، حمید (۱۳۹۱). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری در بهبود علائم اختلال وسواسی اجباری و ارتقاء سلامت روان مبتلایان به این اختلال، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی بیرجند. معظمی، شهلا (۱۳۸۸). بزهکاری کودکان و نوجوانان، دادگستر، چاپ نخست، تهران.

مکری، آذرخش؛ اختیاری، حامد؛ عدالتی، هانیه؛ نادری، پریسا (۱۳۸۷). ارتباط شاخص های تکانشگری و رفتارهای مخاطره جویانه با شدت ولع مصرف در گروه های مختلف معتادان به مواد افیونب. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۱۴(۵۴)، ۲۶۸-۲۵۸.

نادری، فرح؛ و حق شناس، فریبا (۱۳۸۸). اعتباریابی مقیاس تکانشگری بارت (BIS-11) و رابطه تکانشگری و احساس تنهایی با میزان استفاده از تلفن همراه در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اهواز، پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

نریمانی، محمد؛ رجبی، سوران؛ و دلاور، سیما (۱۳۹۲). تاثیر آموزش نوروفیدبک بر کاهش علائم بیش فعالی و نقص در دانشجویان دختر. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۱۶(۲)، ۹۱-۱۰۳.

نورافکن روحی، نسیم (۱۳۸۸). مقایسه میزان نگهداری سطح توجه بین افراد معتاد به مواد محرک و معتاد به مواد مخدر و افراد سالم. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

نیکوگفتار، منصوره؛ عنافچه، شهلا (۱۳۹۳). مقایسه تکانشگری بین افراد مبتلا به ایدز، افراد دارای سوء مصرف مواد و همتایان سالم. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۸(۳۱)، ۴۴-۳۵.

- Belin, D., Mar, A. C., Dalley, J. W., Robbins, T. W., & Everitt, B. J. (2008). High impulsivity predicts the switch to compulsive cocaine-taking. *Science*, 320(5881), 1352-1355. DOI: 10.1126/science.1158136.
- Bronisch, T., & Wittchen, H. U. (1994). Suicidal ideation and suicide attempts: comorbidity with depression, anxiety disorders, and substance abuse disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 244(2), 93-98.
- Bronisch, T., & Wittchen, H. U. (1994). Suicidal ideation and suicide attempts: comorbidity with depression, anxiety disorders, and substance abuse disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 244(2), 93-98.
- Cloninger CR. (2000). Biology of personality dimensions. *Current Opinions in Psychiatry*, 13, 611-616
- Dafter, O. (2006). Neural mechanisms of addiction: the role of reward-related learning and memory. *Annual Review of Neuroscience*, 29, 565-598. DOI: 10.1146/annurev.neuro.29.051605.113009.
- Fisher, J., Smith, P. K., Green, P. (2008). Cyberbullying: Its nature and impact in secondary school pupils. *Journal of child psychology and psychiatry*, 49(4), 376-385.
- Henges, A. L., & Marczynski, C. A. (2012). Impulsivity and alcohol consumption in young social drinkers. *Addictive behaviors*, 37(2), 217-220.
- Krunly, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal inquiry. *American psychologist*, 45(5), 612-630.

- Le, T., Guydish, J., Pagano, A., Tajima, B., & Passalacqua, E. (2015). Smokers in addiction treatment see their risk of tobacco-related disease as lower than that of an average smoker. *Drug & Alcohol Dependence*, 146, e171. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2014.09.381.
- Ieland, S. M. M., & poules, M. (2005). Obsessive compulsive disorder among outpatient referrals to dermatologic clinics of Isfahan. *The Horizon of Medical Sciences*, 13(2), 52-56.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Quille, T. J., Dakof, G. A., Mills, D. S., Sakran, E., & Biaggi, H. (2002). Transporting a research-based adolescent drug treatment into practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(4), 231-243.
- Majak, P., Boldt, S., & Tensil, M. D. (2001). The use of drugs within the techno party scene in European metropolitan cities. *European addiction research*, 7(1), 2-23.
- Miller, W. R., & Moyers, T. B. (2015). The forest and the trees: relational and specific factors in addiction treatment. *Addiction*, 110(3), 401-413.
- Nutt, D. (2012). Drugs without the hot air: Minimizing the harms of legal and illegal drugs. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54(12), 1060-1061.
- Oboyl, L. (1998). Co-occurrence of abuse of different drugs in men: the role of drug-specific and shared vulnerabilities. *Archives of general psychiatry*, 55(11), 967-972.
- Sadouk, N., Sadouk, k (2007). Similar effect of cueing conditions on attentional and saccadic temporal dynamics. *Journal of vision*, 10(4), 21-21.
- Schuckit, M. A. (1986). Genetic and Clinical Implications of. *American Journal of Psychiatry*, 143(2), 140-147.
- Segal, B., Morral, A. R., & Stevens, S. J. (2014). Adolescent substance abuse treatment in the United States: Exemplary models from a national evaluation study. Routledge.
- Sim, T., & Wong (2008). Biological, clinical and population relevance of 95 loci for blood lipids. *Nature*, 466(7307), 707-713.
- Zeeb, F. D., Soko, A. D., Ji, X., & Fletcher, P. J. (2008). Low impulsive action, but not impulsive choice, predicts greater conditioned reinforcer salience and augmented nucleus accumbens dopamine release. *Neuropsychopharmacology*, 41(8), 2091-2100. DOI: 10.1038/npp.2016.9.
- Stanford, M.S., & Barratt, E.S. (2009). Impulsivity and the multi impulsive personality disorder. *Personality and Individual Differences*, 13(4), 831-834.
- Stanley, S. M., Markman, H. J., & Whitton, S. W. (2009). Communication, conflict, and commitment: Insights on the foundations of relationship success from a national survey. *Family process*, 41(4), 659-675.
- Stevens, L., Verdejo-García, A., Goudriaan, A. E., Roeyers, H., Dom, G., & Vanderplasschen, W. (2014). Impulsivity as a vulnerability factor for poor addiction treatment outcomes: a review of neurocognitive findings among individuals with substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47(1), 58-72.
- Whitters, A. C., Cadoret, R. J., & Widmer, R. B. (1985). Factors associated with suicide attempts in alcohol abusers. *Journal of affective disorders*, 9(1), 19-23.
- Woods, M. B. (2002). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal psychology*, 78, 107-126.