

وره انگیزشی نظام‌مند و درمان
شناختی - رفتاری در تغییر نگرش معتادین به مواد
مخدر (افیون)

محمود جاجرمی¹
قدسی احقر²
دکتر عبدالله شفیع آبادی³
دکتر رحمتا... نورانی پور⁴

چکیده

در تحقیق حاضر به اثر بخشی مشاوره انگیزشی نظام‌مند و درمان شناختی - رفتاری در تغییر نگرش معتادین به مواد مخدر (افیونی) در مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهرستان بجنورد پرداخته شده است.

حجم نمونه شامل 45 نفر از مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های ترک اعتیاد در شهرستان بجنورد است که به صورت تصادفی انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. تعداد مراحل درمان به 13 نفر و تعداد گروه آزمایشی درمان شناختی رفتاری به 14 نفر تقلیل پیدا کرد.

تحقیق حاضر از نوع پیش‌آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه نگرش سنج به مواد مخدر استفاده شده است. از تجزیه و تحلیل توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، نمودار و...) برای تحلیل داده‌ها و از آمار استنباطی (آزمون t گروه‌های مستقل، آزمون t گروه‌های همبسته، آزمون فریدمن، آزمون تحلیل واریانس و آزمون شفه) برای آزمون فرضیه‌های پژوهشی استفاده شده است.

نتایج نشان داد که: درمان شناختی رفتاری در ایجاد نگرش منفی نسبت به مواد افیونی مؤثر بوده است و مشاوره انگیزشی نظام‌مند نیز در ایجاد نگرش منفی

1 دانش‌آموخته دکتری رشته مشاوره از دانشگاه آزاد واحد علوم تحقیقات، برگرفته از پایان‌نامه دکتری
2 استادیار دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات تهران
3 استاد دانشگاه علامه طباطبائی تهران
4 استاد دانشگاه شهید بهشتی

مقایسه اثر بخشی مشاوره انگیزشی نظام مند و ...
نسبت به مواد افیونی مؤثر بوده است و نهایتاً انگیزه درمان شناختی رفتاری در ایجاد نگرش منفی نسبت به مواد افیونی مؤثر بوده است.

کلید واژه‌ها
مشاوره انگیزشی نظام مند، درمان شناختی رفتاری، نگرش، مواد مخدر (افیونی)

مقدمه

سوء مصرف و وابستگی به مواد مخدر یکی از مهمترین مشکلات روانی - اجتماعی است که می‌تواند آثار زیانباری بر فرد، خانواده، اجتماع و فرهنگ داشته باشد. و مانعی جدی برای رشد و تکامل انسان به شمار رود. سوء مصرف مواد و اعتیاد به مواد تغییر دهنده خلق و خو و رفتار آثار مخرب جسمانی (مثل بیماری‌های گوارشی، قلبی، تنفسی، عصبی، ایدز، مجروح شدن و در برخی موارد مرگ)، روانی (مثل استرس، اضطراب، دلهره، افسردگی، بی‌قراری، پریشانی، فراموشی)، خانوادگی (مانند اختلاف و کشمکش بین اعضای خانواده، ارتباط ناسالم با افراد خانواده، سوء استفاده و تجاوز جنسی، خیانت، دعوا و کتک‌کاری، طلاق و جدایی)، شغلی (مانند تأخیر و غیبت در محل کار، اخراج و بیکاری)، مالی (مثل بدهکاری، ورشکستگی، فقر و تنگدستی)، اجتماعی (مانند طرد، انزوا و گوشه‌گیری، از دست دادن دوستان، بی‌ارزشی، نداشتن احترام، تنهایی و بی‌کسی)، اخلاقی (مثل دروغ‌گویی، تهمت، زنا) دارد و باعث ارتکاب خلاف، جرم و جنایت (مثل تجاوز و سوء استفاده جنسی، تقلب، دزدی، رشوه‌خواری، کلاهبرداری و قتل عام) می‌شود (نورانی پور، 1383).

تحقیقات نشان می‌دهد که بین شروع مصرف مواد و نگرش‌های افراد درباره مواد، رابطه وجود دارد، نگرش‌های مثبت درباره مصرف مواد باعث می‌شود زمان شروع مصرف مواد تسریع شود. از طرف دیگر شروع مصرف مواد یک فرآیند رو به پیشرفت است. (دیوس و نیل، 2001) نگرش افراد معتاد آنها را به سوی

فصلنامه پژوهش‌های تربیتی

مصرف مجدد سوق می‌دهد و یا آنها را برای همیشه از مصرف منصرف می‌کند.

یکی از شیوه‌هایی که به معتاد کمک می‌کند تا به شناخت برسد، بررسی نوع نگرش و ایجاد نگرش منفی نسبت به اعتیاد است. به این منظور از دو روش درمانی برای تغییر نگرش استفاده گردید. مدل مشاوره انگیزشی نظام‌مند¹ تأکید دارد که نارضایتی و سرخوردگی ناشی از محرک‌های موجود در سایر زمینه‌های زندگی افراد، بستر اعتیاد است (کاکس و کلینگر، 1990) لذا مصرف مواد مخدر به ویژگی‌های اهداف جاری افراد و ساختار انگیزشی بستگی دارد، (کاکس و کلینگر، 2003) از لحاظ نظری انتظار می‌رود که معتادان به مواد مخدر اگر ببینند از سایر زمینه‌های زندگی رضایت عاطفی به دست می‌آورند، برای ترک مواد مخدر آمادگی بیشتری نشان می‌دهند، زیرا این لذت جای مصرف مواد مخدر را می‌گیرد (کاکس و کلینگر، 1990).

بر اساس مدل مشاوره‌ای انگیزشی نظام‌مند باید ساختار انگیزشی معتادان به مواد مخدر تغییر یابد. به طور کلی اهداف مراجع به آنها ساختار انگیزشی نامیده می‌شود (کاکس، 2002). این ساختار می‌تواند سازگارانه یا ناسازگارانه باشد و هدف اصلی مشاوره انگیزشی نظام‌مند بر درک، ارزیابی و مداخله انگیزشی بر اساس این تکنیک نظریه دغدغه‌های جاری است (کلینگر، 1996). دغدغه‌های جای یک حالت انگیزشی درونی در فرد است که به هنگام تلاش برای رسیدن به هدف شکل می‌گیرد. این حالت درونی در فرد است که به هنگام تلاش برای رسیدن به هدف شکل می‌گیرد. این حالت درونی تا وقتی که شخص به هدفش دست می‌یابد و یا از آن خلاص می‌شود ادامه می‌یابد و آن چه را که افراد به آن فکر کرده، بیاد می‌آورند و توجه می‌کنند و

¹ Systematic motivational counselling

مقایسه اثر بخشی مشاوره انگیزشی نظام مند و ...
یا حتی فعالیت‌هایی را که مشغول آن هستند را تعیین می‌کنند. (امونز، 1999).

مشاوره انگیزشی نظام مند از عناصری استفاده می‌کند که بر اساس نیمرخ انگیزشی خاص هر فرد انتخاب می‌شوند. مثلاً بعضی از افراد احساس می‌کنند که کنترل کمی برای دستیابی به هدف دارند، از نحوه دستیابی به هدف نیز اطلاع ندارند، نسبت به امکان موفقیت خود بدبین هستند و همچنین احساس می‌کنند که اهداف بلندمدت خیلی مهم هستند و خوشنودی بیشتری به دنبال دارند، و اعتقاد و تعهد آنها نسبت به این نوع از اهداف، بیشتر از اهداف متوسط است، مشاوره به فرد کمک می‌کند تا با به دست آوردن این هدف احساس رضایت خود را بیشتر کند. مثلاً به شخص کمک می‌کند تا محرک‌های جدید را پیدا کند و از پرداختن به آنها لذت ببرد و با تنظیم اهداف به شکل یک سلسله مراتب، دستیابی به آنها در دراز مدت تضمین شود. و یا اگر فرد اهداف غیرواقع‌بینانه‌ای دارد و در راه رسیدن به خواسته‌هایش بی‌ثمر است، مشاوره سعی می‌کند تا به او کمک کند تا اهدافی را که احتمال رسیدن به آنها وجود ندارد و رضایت عاطفی او را فراهم نمی‌کند، کنار بگذارد. (کاکس و کلیگر و بلانت، 1999).

این مدل به عوامل مؤثر بر انگیزه مصرف مواد مخدر از جمله متغیرهای بیولوژیکی، روانشناختی، محیطی و فرهنگی افراد نیز توجه دارد و معتقد است تأثیر این عوامل بر نوع انتظارات افراد از لحاظ مصرف یا عدم مصرف مواد مخدر، موجب ایجاد تغییراتی در عادات آنها می‌شود. در چارچوب این مدل عدم توازن بین پیامدهای منفی و مثبت مورد انتظار افراد از مصرف مواد ممکن است فرد را به مصرف مواد مخدر سوق دهد. ساختارهای انگیزشی نامناسب با برخی از جنبه‌های مصرف مواد مخدر ارتباط و نسبت دارند. مثلاً الگوی مصرف، آگاهی از مشکلات ناشی از مصرف، انگیزه تغییر و نحوه عملکرد بعد از درمان به

فصلنامه پژوهش‌های تربیتی

ساختارهای انگیزشی نامناسب مربوط می‌شوند (لئونوشتین¹، وبر²، هسی³، ولج⁴، 2001).

در این رویکرد به اهداف، پیگیری و تعهد نسبت به آن، تسهیل و تداخل و تضاد در اهداف، ارتباط اهداف با انگیزش، ارتباط اهداف با سلامت، شناسایی انگیزه تغییر معتادین، پرداخته می‌شود و جریان مشاوره از یک نظام مشخص تبعیت می‌کند.

فرآیند جلسات مشاوره انگیزشی نظام‌مند شامل سه مرحله کلی و یازده مرحله جزئی است که بایستی به طور منظم اجرا گردد. (کاکس و کلینگر، 1999).

رویکرد دیگری که در این تحقیق مورد بررسی قرار گرفت دیدگاه درمان شناختی رفتاری⁵ است. این رویکرد در زمینه اعتیاد کاربرد گسترده‌ای یافته است. این رویکرد ضمن توجه به تئوری‌های رفتاری (کلاسیک و عامل) از یادگیری شناختی اجتماعی استفاده می‌کند و بر تأثیر الگوسازی و نقش انتظارات شناختی در تعیین رفتار توجه می‌کند. از سوی دیگر اندیشه‌ها، طرح‌های شناختی، افکار، گرایش‌ها و اسنادها که بر عواطف انسان اثر می‌گذارند نیز که در دیدگاه‌های شناختی مورد توجه هستند، در درمان شناختی رفتاری اعتیاد به کار گرفته می‌شوند (کارول⁶، 1998).

تئوری شناختی رفتاری مجموعه‌ای یکپارچه از تئوری‌های رفتاری و شناختی است و اساس یک رویکرد جامع‌الشمول برای درمان ناهنجاری اعتیاد می‌باشد ولی دامنه شناختها در تئوری رفتاری - شناختی نسبت به گذشته و نسبت به انواع قدیمی‌تر تئوری‌های شناختی گسترده‌تر است و به مفاهیمی از جمله اسنادها، ستایشها، انتظارات خود کارآمدی و انتظارات از تأثیر مواد مخدر توجه دارد.

¹ loewenstein

² weber

³ Hsee

⁴ welch

⁵ Cogmtnive behavior therapy

⁶ carroll

مقایسه اثر بخشی مشاوره انگیزشی نظام مند و ...
در این رویکرد که فاکتورهای شناختی در کلیه تعاملات بین فرد و شرایط، نقش میانجی دارند و تلاش می‌کنند تا شخص جهت سازگاری مؤثر عمل کند (مک کی و دنووان، 1996).

نقش سبک‌های اسنادی در تئوری رفتاری - شناختی ناهنجاری اعتیاد یک نقش عمده است. باور معتادان به وجود مسأله اعتیاد و رویکرد آنها به سمت بهبودی در این ناهنجاری، ماهیت سبک‌های اسنادی اعتیاد را تشکیل می‌دهد. (دیویس¹، 1992) فقدان مشهود مهارت انطباقی در بین معتادان سهم بزرگی در انتظارات خودکارآمدی دارد. انتظارات خودکارآمدی ساختار کلیدی رویکرد شناختی - رفتاری است. منظور از انتظارات اعتقادات خودکارآمدی ساختارهای خود در انجام واکنش مناسب انطباقی با شرایط موجود است. انتظارات خودکارآمدی بر اساس میزان مهارت‌های انطباقی فرد و ارزیابی او از میزان نسبی موفقیت وی در پاسخگویی به شرایط خاص تعیین می‌شود. (باندورا، 1977) طبق این رویکرد سطح پائین خودکارآمدی با اعتیاد ارتباط دارد. و احتمال عود اعتیاد بعد از یک بار ترک آن را زیاد می‌کند (دیکلمنتی² و فیرهارست³، 1995).

چون فرد معتاد با اثر مثبت ماده مخدر تقویت می‌شود، لذا احتمال دارد، مجموعه‌ای از انتظارات شناختی او تأثیر قابل پیش‌بینی بر احساسات و رفتار او داشته باشد. فرد انتظار دارد اعتیاد به مواد مخدر، چند تأثیر مشخص داشته باشد. انتظارات در مورد پیامدها، پیش‌بینی‌هایی هستند که فرد در مورد اثرات یک ماده اعتیادزا یا فعالیت اعتیادآمیز دارد (بک و دیگران، ترجمه گودرزی، 1380).

¹ davis

² diclementi

³ fairhurst

فصلنامه پژوهش‌های تربیتی

درمان رفتاری - شناختی ترکیبی از تئوریهای رفتاری و شناختی است. درمان شناختی - رفتاری در چند روش با آنها اشتراك دارد. ولي از خيلي جهات با ساير درمان‌ها فرق مي‌کند. درمان شناختی رفتاری در مقايسه با شناخت درمانی، به شناسایی، درک و تغيير باورهاي بنيادي نسبت به خود و ارتباط فرد با ماده مخدر اهميت کمتری مي‌دهد. در عوض بر يادگيري و تمرين چند مهارت انطباقی که فقط تعدادی از آنها شناختی هستند تأکید مي‌کند. راهبردهاي رفتاری به خصوص در اوایل درمان خيلي مورد تأکید است. درمان شناختی - رفتاری سعی مي‌کند عملکرد و تفکرات مراجع را تغيير دهد (کارول، 1998).

درمان شناختی رفتاری با استفاده از فرآيندهاي يادگيري به افراد کمک مي‌کند تا مصرف ماده مخدر را کاهش دهند. درمان شناختی رفتاری به مراجع مي‌فهماند در چه شرايطی او احتمال دارد ماده مخدر مصرف کند. و راهی برای اجتناب از اين شرايط پيدا مي‌کند. تا به طور مؤثر بر شرايط، احساسات و رفتارهاي مرتبط با مصرف مواد مخدر چيرگي و انطباق يابد (کارل، 1998). درمان شناختی رفتاری برای دستیابی به اين اهداف از سه عنصر مهم استفاده مي‌کند: تحليل کاربردی به آموزش مهارت، و پيشگيري از عود اعتياد.

مراجع و درمانگر معمولاً در ابتدای کار از مصرف مواد مخدر يك تحليل کاربردی جامع به عمل مي‌آورند. در اين تحليل سعی مي‌شود سوابق و پیامدهاي رفتار اعتياد شناسایی شود تا به صورت فاکتورهاي محرک به خدمت گرفته شوند. سابقه مصرف مواد مخدر که ناشی از زمينه‌هاي محيطی، عاطفی و شناختی و قلمروهاي فیزیولوژیکی است شرح داده مي‌شود. تعداد و دامنه و تأثیر مهارتهای فردی انطباقی نیز در تحليل کاربردی خيلي اهميت داده مي‌شود ولي از لحاظ سنجش، توانایی‌ها، مهارتهای انطباقی مراجع نیز مهم است (کارول، 1998).

مقایسه اثر بخشی مشاوره انگیزشی نظام مند و ...
آموزش مهارت‌های انطباقی محور درمان شناختی رفتاری است. یعنی شرایط پرخطر از طرف مراجع و شرایطی که مراجع را به مصرف مواد مخدر می‌کشاند شناسایی می‌شود تا راه مؤثرتری برای انطباق با آنها پیدا کند. مثلاً درمانگر مهارت‌های رفتاری خاص را که فقط در زمینه روابط فردی لازم است به او می‌آموزد. به عنوان مثال به مراجع می‌آموزد در یک محیط اجتماعی از قبول پیشنهاد و خوردن مشروب خودداری کند. آموختن شیوه ارتباط یافتن با افرادی که ماده مخدر مصرف نمی‌کنند، یک نمونه دیگر است (کارول، 1998).

سومین عنصر درمان شناختی رفتاری پیشگیری از برگشت اعتیاد¹ است. گرچه مدل‌های متفاوتی از برگشت اعتیاد وجود دارد (دنووان² و چینی³، 1985). ولی دو موردی که در مدل‌های شناختی رفتاری جا داده شده‌اند، نمونه‌هایی است که آنیس و دیویس و مارلت و گوردون ارائه کرده‌اند. (آنیس⁴ و دیویس⁵، 1988، مارلت⁶ و گوردون⁷، 1985).

در این عنصر درمانی به طور مستقیم به موارد شناختی که در فرآیند برگشت اعتیاد وجود دارد، پرداخته می‌شود تا خودکارآمدی مثبت‌تری پیدا کند. و تحت نظارت درمانگر، کاری که قبلاً از انجامش عاجز بوده انجام دهد. روند اسناد و حالات روحی بعد از بازگشت به اعتیاد به چالش گرفته می‌شود. جریان بازگشت به اعتیاد آموزش داده می‌شود و سعی می‌شود از طریق برنامه‌ریزی احتمال بازگشت مجدد کاهش یافته و از آثار زیانبار آن اجتناب شود.

¹ Relapse

² Donovan

³ Chaney

⁴ Annis

⁵ Davis

⁶ Marllat

⁷ Gordon

فصلنامه پژوهش‌های تربیتی

این رویکرد از فنون متعددی در جریان درمان استفاده می‌کند از قبیل آموزش مهارت‌های فردی، مدیریت عصبانیت، شناخت و اصلاح عقاید مرتبط با دارو، یادداشت روزانه فکر، تحلیل مزایا و معایب، فعالیت‌های خوشایند، فن آرامش بخشی، تصمیم‌گیری، حل مسأله، برنامه‌ریزی برای شرایط اضطراری، ایفای نقش، جرأت آموزی، چگونگی برخورد با سرزنش روابط صمیمانه و نزدیک، تقویت شبکه اجتماعی.

روش

پژوهش حاضر نوعی تحقیق کاربردی است و از نوع پژوهش‌های آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل محسوب می‌شود که در آن دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل به شمار می‌رود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران معتاد به مواد مخدر (افیونی) مراجعه کننده برای درمان به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهرستان بجنورد در سال 85-86 می‌شود.

حجم نمونه بر اساس فرمول 45 نفر تعیین گردید که به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس به سه گروه مساوی 15 نفره تقسیم و به صورت تصادفی نیز جایگین شده و در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل قرار گرفتند. تعداد گروه آزمایشی مشاور انگیزش نظام‌مند در جریان مراحل درمان به 13 نفر و تعداد گروه درمان شناختی رفتاری به 14 نفر تقلیل پیدا کرد. ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش از پرسشنامه نگرش سنج مواد مخدر که توسط دلاور و همکارانش (1383) تهیه شده است استفاده شد. این پرسشنامه دارای 40 سؤال 5 گزینه‌ای بر اساس مقیاس لیکرت و در سه مؤلفه (نگرش نسبت به اثرات استفاده، نگرش نسبت به خطرات استفاده و نگرش نسبت به مواد مخدر) تنظیم شده است که ضریب آلفای آن از مقیاس نگرش نسبت به اثرات استفاده از مواد مخدر و مقیاس نگرش نسبت به خطرات

مقایسه اثر چرخش مشاوره انگیزشی نظام مند و ...
 استفاده از مواد مخدر بالاتر از 90 و در مقیاس نگرش نسبت به مواد مخدر بالاتر از 81 بوده است. در این پژوهش نیز به منظور تعیین ضریب پایانی ابتدا 30 نفر از بیماران معتاد به صورت تصادفی انتخاب و پرسشنامه بر روی آنان اجرا شد و سپس با استفاده از روش آلفای کرانباخ و روش بازآزمایی ضریب پایانی به شرح زیر به دست آمد.

روش بازآزمایی	ضریب آلفای	روش مؤلفه
0/88	0/91	اثرات استفاده از مواد مخدر
0/90	0/89	مصرف مواد مخدر
0/96	0/92	مضرات استفاده از مواد مخدر

روایی پرسشنامه از طریق تحلیل مؤلفه‌های اصلی و به روش چرخش واریماکس و ابلیمین مستقیم به دست آمده است. نتایج چرخش واریماکس نشان داد که این سه عامل روی هم 44/27 درصد از واریانس کل پرسشنامه را تعیین می‌کنند. از این مقدار 18/7 درصد واریانس را مؤلفه اول (نگرش نسبت به اثرات مواد مخدر)، 17/41 درصد واریانس را مؤلفه دوم (نگرش نسبت به مصرف مواد مخدر)، 8/15 درصد واریانس را مؤلفه سوم (نگرش نسبت به خطرات مواد مخدر) تعیین می‌کند. همچنین نتایج چرخش ابلیمین مستقیم نیز نشان داد که ارزش ویژه مؤلفه اول 9/39، مؤلفه دوم 9/20، و مؤلفه سوم نیز 4/99 است (دلاور و همکاران، 1383).

فصلنامه پژوهش‌های تربیتی

این پژوهش در سه مرحله به شرح زیر اجرا گردید:

- 1- یک هفته قبل از اجرای روش مشاوره گروهی (انگیزشی نظام‌مند و درمان شناختی رفتاری) از گروه‌های آزمایشی و گروه گواه پیش‌آزمون به عمل آمد.
- 2- گروه‌های آزمایشی در معرض انجام روش مشاوره گروهی قرار گرفتند. یک گروه به روش درمان شناختی رفتاری و یک گروه به روش مشاوره انگیزشی نظام‌مند، در طول این مدت بر روی گروه کنترل هیچ مشاوره‌ای اعمال نشد.
- 3- یک هفته بعد از پایان مشاوره برای گروه‌های آزمایشی، بر روی گروه‌های آزمایشی و کنترل، پس‌آزمون اجرا گردید.

دو نفر از گروه مشاوره انگیزشی نظام‌مند و یک نفر از گروه درمان شناختی رفتاری از پی‌گیری جلسات خودداری نمودند.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (فراوانی، درصدها، میانگین، ...) استفاده شد و جهت آزمون فرضیه‌های پژوهش از آمار استنباطی آزمون T برای مقایسه میانگین‌ها، تجزیه و تحلیل واریانس، آزمون تعقیبی شفه و آزمون فریدمن استفاده گردیده است.

یافته‌ها

در این پژوهش سه فرضیه در مورد کارآیی دو روش مشاوره‌ای در کاهش نگرش مثبتبه مواد مخدر (افیونی) مورد بررسی قرار گرفت. قبل از انجام مداخله نگرش آزمون‌ها در سه مؤلفه نگرش سنجی (اثرات استفاده از مواد مخدر، تمایل به مصرف مواد مخدر و خطرات استفاده از مواد مخدر) نیز مورد توجه قرار گرفتند.

مقایسه اثر بخشی مشاوره انگیزشی نظام مند و ...
 جدول شماره 1: توزیع فراوانی و درصد پاسخ آزمودنی‌ها در رابطه با اثرات استفاده از مواد مخدر در مرحله پیش از آزمون (21 سؤال)

گزینه‌ها	کاملاً موافق		موافق		نظری ندارم		مخالفت		کاملاً مخالف		بدون پاسخ		جمع	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
فراوانی آزمون	0	0	29	69	60	14/3	1	2/40	0	6	14/3	42	100	پیش آزمون

در رابطه با اثرات استفاده از مواد مخدر 69 درصد نگرش مثبت و موافق، 14/3 درصد بدون نظر و 2/40 درصد نیز نگرش منفی دارند. در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که نگرش اکثر آزمودنی‌های قبل از انجام مداخله نسبت به اثرات استفاده از مواد مخدر مثبت بوده است.

جدول شماره 2: توزیع فراوانی و درصد پاسخ آزمودنی‌ها در رابطه با تمایل به

مصرف مواد مخدر در مرحله پیش از آزمون (10 سؤال)

گزینه‌ها	کاملاً موافق		موافق		نظری ندارم		مخالفت		کاملاً مخالف		بدون پاسخ		جمع		
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
فراوانی آزمون	0	0	13	31	19	69	0	0	0	0	0	0	42	100	پیش آزمون

در رابطه با تمایل مصرف مواد مخدر، 69 درصد بدون نظر بوده و 31 درصد موافق با مصرف مواد مخدر بوده‌اند. بنابراین میل به مصرف مواد مخدر در کمتر از یک سوم آزمودنی‌ها وجود داشته است.

فصلنامه پژوهش‌های تربیتی

جدول شماره 3: توزیع فراوانی و درصد پاسخ آزمودنیها در رابطه با خطرات مصرف مواد مخدر (10 سؤال)

گزینه‌ها	کاملاً موافق		موافق		نظری ندارم		مخالف		کاملاً مخالف		بدون پاسخ		جمع
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
فراوانی آزمون	0	0	11	26/2	61	0	0	0	0	5	11/9	42	100
پیش آزمون	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

داده‌های جدول نشان می‌دهد که 0/61 از آزمودنیها در رابطه با خطرات استفاده از مواد مخدر بدون نظر و 26/2 درصد آنان نگرش منفی نداشته‌اند و خطرات مواد مخدر را جدی و مهم ندانسته‌اند بنابراین آگاهی آنها نسبت به خطرات مواد مخدر کافی نبوده است. برای این که مشخص شود آزمودنیها در کدام يك از مؤلفه‌های نگرش به مواد مخدر بیشترین مشکل را دارند از آزمون فریدمن استفاده گردید.

جدول شماره 4: محاسبات آزمون فریدمن مربوط به اولویت بندی مؤلفه‌های مورد سنجش و پیش‌آزمون

آزمون فریدمن محاسبه شده	میانگین			تعداد	کل آزمودنیها
	خطرات استفاده از مواد مخدر	تمایل به مصرف مواد مخدر	اثرات استفاده از مواد مخدر		
30/407	1/61	1/70	2/69	42	7000

چون آزمون فریدمن محاسبه شده از آزمون فریدمن جدول با خطاپذیری 0/01 بزرگتر است می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت میانگین نمرات آزمودنیها در سه مؤلفه (اثرات، خطرات، تمایل به مواد مخدر) از نظر آماری و با احتمال 99 درصد معنی‌دار است. و با توجه به میانگین نمرات این

مقایسه اثر بخشی مشاوره انگیزشی نظام مند و ...
 مؤلفه‌ها می‌توان نتیجه گرفت که به ترتیب اثرات استفاده از مواد مخدر، تمایل به مصرف مواد مخدر و در نهایت خطرات استفاده از مواد مخدر مؤلفه‌هایی هستند که در آنها آزمودنیها نگرش نادرستی دارند.

به منظور آزمایش این فرضیه که درمان شناختی رفتاری در تغییر نگرش معتادین به مواد مخدر مؤثر است از آزمون t مستقل استفاده گردید.

جدول شماره 5: آزمون t مستقل در مورد تفاوت نگرش در گروه‌های درمانی شناختی رفتاری و کنترل از طریق مقایسه میانگین نمرات در پیش و پس آزمون

شاخص آماری گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد میانگین	T	درجه آزادی	سطح معنی داری
درمان شناختی رفتاری	14	1/8	0/18490	0/4942	-34/954	27	0/000
کنترل	15	-0/117	0/761	0/01965			

چون قدر مطلق t محاسبه شده (-34/954) از t بحرانی جدول در سطح 0/01 (2/47) بزرگتر است نتیجه می‌شود که تفاوت موجود با احتمال 99 درصد معنی دار است. لذا باتوجه به تفاوت میانگین در هر دو گروه می‌توان نتیجه گرفت که بیشترین تغییر نگرش در گروه درمان شناختی رفتاری اتفاق افتاده است. بنابراین فرضیه پژوهشی تأیید می‌شود و نتیجه می‌گیریم که درمان شناختی رفتاری در تغییر نگرش معتادین به مواد افیونی مؤثر است. به منظور آزمایش این فرضیه که مشاوره انگیزشی نظام مند در تغییر معتادین به مواد مخدر مؤثر است نیز از آزمون t مستقل استفاده شد.

فصلنامه پژوهش‌های تربیتی

جدول شماره 6: آزمون t مستقل در مورد تفاوت نگرش در گروه‌های مشاوره انگیزشی نظام‌مند و کنترل از طریق مقایسه میانگین نمرات در پیش و پس آزمون

شاخص آماری گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد میانگین	خطای استاندارد تفاوت‌ها	F	سطح معنیداری
درمان شناختی رفتاری	13	5161/1	34574/0	09589/0	09149/0	16/445	0/001
کنترل	15	0117/-0	01965/0	01965/0			

چون t محاسبه شده (16/445) از t بحرانی جدول در سطح 0/01 بزرگتر است نتیجه می‌شود که تفاوت موجود در میانگین تفاوت نمرات در پیش و پس آزمون در دو گروه با احتمال 99 درصد معنی دار است. لذا با توجه به میانگین تفاوت در هر دو گروه می‌توان نتیجه گرفت که بیشترین تغییر نگرش در گروه مشاوره انگیزشی نظام‌مند اتفاق افتاده است. بنابراین فرضیه پژوهشی تأیید می‌شود و نتیجه می‌گیریم که مشاوره انگیزشی نظام‌مند در تغییر نگرش معتادین به مواد افیونی مؤثر است. برای آزمون این فرضیه که میزان اثربخشی درمان شناختی رفتاری و مشاوره انگیزشی نظام‌مند در تغییر نگرش معتادین به مواد افیونی متفاوت است از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه استفاده گردید.

مقایسه اثر بخشی مشاوره انگیزشی نظام مند و ...

جدول شماره 7: آزمون تحلیل واریانس یک طرفه در مورد تفاوت نگرش در پیش و پس آزمون در 3 گروه (کنترل، درمان شناختی رفتاری و مشاوره انگیزشی نظام مند)

شاخص آماری	درجه آزادی	مجموع مجزورات	میانگین مجزورات	f	سطح معنی داری
منبع تغییر					
بین گروهی	2	27/338	13/669	271/999	0/000
درون گروهی	39	19/96	2/05		
جمع	41	47/298			

چون f محاسبه شده از f بحرانی جدول در سطح 0/01 بزرگتر است. بنابراین فرض صفر رد می شود و می توان نتیجه گرفت که با احتمال 99 درصد تفاوت بین میانگین نمرات آزمودنیها در گروه های آزمایشی (درمان شناختی رفتاری و مشاوره انگیزشی نظام مند) و گروه کنترل از نظر آماری تفاوت معنی داری وجود دارد. به منظور تعیین معنی داری تفاوت بین میانگین سه گروه از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد.

جدول شماره 8: آزمون شفه در مورد مقایسه نگرش بین گروه ها در پس آزمون

سطح معنی داری	کنترل	مشاوره انگیزشی نظام مند	درمان شناختی رفتاری	گروه ها	
				میانگین	گروه ها
0/001	3/47	2/0385	1/853	میانگین	درمان شناختی رفتاری
				0	1/853
0/001		0		/0385 2	مشاوره انگیزشی نظام مند
0/001	0			3/47	کنترل

همان طور که ملاحظه می شود میانگین نمرات نگرش در گروه آزمایشی اول که مشاوره با رویکرد شناختی رفتاری دریافت کرده اند به طور معنی داری پایین تر از میانگین نمرات نگرش گروه آزمایشی

فصلنامه پژوهش‌های تربیتی

دوم است که مشاهده با رویکرد مشاوره انگیزشی دوم دریافت کرده‌اند. میانگین نمرات نگرش هر دو گروه از گروه کنترل پایین‌تر است. بنابراین نتیجه می‌گیریم که فرضیه سوم پژوهشی مبنی بر این که میزان اثربخشی درمان شناختی رفتاری و مشاوره انگیزشی نظام‌مند متفاوت است، تأیید می‌گردد.

نتیجه‌گیری

شیوه‌های مختلفی در روان‌درمانی و مشاوره اعتیاد وجود دارد. در این پژوهش دو روش برای تغییر نگرش معتادین به مواد افیونی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که:

الف: نگرش آزمودنی‌ها در هر سه مؤلفه (نگرش در مورد اثرات استفاده از مواد مخدر، تمایل به استفاده از مواد مخدر و خطرات استفاده از مواد مخدر) متفاوت است. در مرحله پیش‌آزمون مشخص شد که بیشتر آزمودنی‌ها در مورد اثرات استفاده از مواد مخدر آگاهی کمی دارند (جدول شماره 1). حدود یک سوم آنان هنوز تمایل به مصرف مواد مخدر دارند (جدول شماره 2) و از خطرات مصرف مواد مخدر آگاهی کافی ندارند. (جدول شماره 3) و در واقع نگرش مثبتی نسبت به مواد مخدر دارند. جدا از علت‌هایی که در تکوین این نگرش‌ها وجود دارد، نگرش‌ها می‌توانند چه به صورت مستقیم و چه به صورت غیر مستقیم بر رفتار اثر بگذارند (کریمی، 1379). تفکر و نوع نگرش افراد معتاد آنها با به سوی مصرف مجدد سوق می‌دهد و یا آنها را برای همیشه از مصرف منصرف می‌کند. در این تحقیق مشخص شد که نگرش معتادین به مواد مخدر توسط دو روش درمان رفتاری شناختی و مشاوره انگیزشی نظام‌مند تغییر یافته است.

نتایج نشان داد که درمان رفتاری شناختی توانسته است که نگرش معتادین به مواد افیونی را تغییر داده و نگرش مثبت آنها را کاهش دهد. این رویکرد هم از اصول تئوری رفتاری و هم از اصول

مقایسه اثر بخشی مشاوره انگیزشی نظام مند و ...
 تئوری شناختی در درمان اعتیاد استفاده می‌کند
 (مک کی و دنووان، 1991).

نتایج تحقیقات متعدد نشان می‌دهد که رویکرد رفتاری در درمان اعتیاد موثر بوده است. (هولدر و همکاران، 1991) از طرف دیگر تحقیقات حاکی از این است که شناخت درمانی نیز در مواجهه با اختلالات خوردن، سوء مصرف مواد، اختلالات تبدیلی، اختلالات اضطرابی و اختلالات هراسی مؤثر می‌باشد (بک، امري و گرینبرگ، 1985). به طور کلی ملاحظات رفتاری، شناختی و رفتاری - شناختی در مورد انواع معتادان و در چارچوب درمان‌های کوتاه مدت مؤثر بوده و قابل اجرا هستند (کارل، 1996).

در جریان درمان رفتاری - شناختی از انواع فنون رفتاری و شناختی می‌توان استفاده کرد. شاید گستردگی دید، و جامع الشمول بودن این دیدگاه و از طرفی اجرای آسان و همچنین قابل فهم بودن آن برای مراجعان از امتیازات این روش درمانی است. برای مثال آموزش خودکنترلی که فقط به خود معتاد توجه دارد، به معتاد کمک می‌کند تا خود معتاد یا به کمک درمانگر اعتیادش را کاهش داده یا متوقف کند (هستر، 1995). تحقیقات ون بیلسن و وایتهد (1994) نشان داده‌اند که آموزش خود کنترلی در مورد الکل و تریاک مؤثر است.

سبک‌های اسنادی افراد نیز می‌تواند در تحول مسائل عاطفی و رفتارهای اختلالی نقش داشته باشد. اسناد داخلی، عمومی و ثابت در مورد الکل، احتمالاً به یأس و شروع مجدد اعتیاد به الکل می‌شود و تبیین خارجی و خاص و ناپایدار احتمالاً به تلاش برای سازگاری با همین شرایط در آینده منجر می‌شوند (دیویس، 1992) سبک‌های تبیین نامناسب منجر به احساس افسردگی، بی‌ارزشی، ناامیدی، یأس خواهد شد و این احساسات توأم با این احتمال است که یک بار لغزش به برگشت کامل اعتیاد منجر شود. افراد وابسته به الکل، ماری جوانا، تریاک و سایر داروهای اعتیادآور سبک‌های تبیین نامناسبی دارند

فصلنامه پژوهش‌های تربیتی

که معمولاً منجر به نقض ترك اعتیاد می‌شود (التون و همکاران، 1994)

عقاید مرتبط با دارو و افکار خود کار در مصارف بعدی مواد مخدر مؤثرند. تحقیقات متعدد نشان داده است که افراد معتقد به اثر بسیار مثبت مواد مخدر، زمینه بیشتری برای اعتیاد دارند (براون، 1993، گلدمن و رادر، 1993). افرادی که به اثرات بسیار منفي اعتیاد باور دارند، احتمال کمتری دارد که معتاد شوند (جونز و مک ماهون، 1996).

بسیاری از افراد معتاد نمی‌توانند با وسوسه تعارف مواد مخدر توسط دیگران روبرو شوند لذا در درمان شناختی رفتاری از فن جرأت‌آموزی استفاده می‌شود. آموزش مهارت‌های ابراز وجود اجتماعی، تأثیرات زیادی بر روی سوء‌مصرف مواد دارند (ولاسکوئز و همکاران، ترجمه نورانی پور و قربانی، 1385).

سطح پایین خودکارآمدی با اعتیاد ارتباط دارد و احتمال عود اعتیاد بعد از يك بار ترك آن را زیاد می‌کند (دی‌کلمنتی و فیرهارست، 1995). خودکارآمدی، انتظاراتی است که فرد از توانایی‌هایش در مواجهه با شرایط دارد. تحقیقات ایوانز و دون (1995)، سولومون و آنیس (1990)، در مورد الكل، تحقیقات کون و همکاران (1998) و راندزبرانیت و همکاران (1997) در مورد کوکائین و تحقیقات استفنز و همکاران (1993)، در مورد ماری جوانا و پژوهش‌های رایلی و همکاران (1995) در مورد تریاک نشان داده است که میزان اعتیاد بیشتر افراد با سطح خودکارآمدی پایین ارتباط دارد.

این پژوهش با تحقیقات متعدد که حاکی از اثرگذار بودن درمان شناختی در تغییر نگرش معتادین است همخوانی دارد. از جمله، پژوهش‌های مک‌کی و دنووان (1991)، هولرر و همکاران (1991)، بک، امری و گرینبرگ، (1985) نشان می‌دهند که این

مقایسه اثر بخشی مشاوره انگیزشی نظام مند و ...
روش در ترك اعتیاد مؤثر است و رد پیشگیری از بازگشت نیز موفق بوده است (کارول، 1996).

نتایج نشان داد که مشاوره انگیزشی نظام مند توانسته است در تغییر نگرش معتادین به مواد افیونی مؤثر بوده و آن را کاهش دهد. بنا به نظر کاکس و کینگر (2003) کسانی که دارای ساختار انگیزشی ناسازگارانه هستند به نسبت کسانی که ساختار انگیزشی آنها ناسازگارانه است، بیشتر دچار اختلال و آشفتگی می‌شوند. بر اساس پژوهشهای کاکس و کینگر (2003) بین ساختار انگیزشی ناسازگارانه و گرایش به اعتیاد به مواد مخدر یا الكل، اختلالات شخصیتی و نارضایتی از شغل رابطه مثبت وجود دارد. افرادی که دارای ساختار انگیزشی سازگارانه هستند بیشتر به دنبال مشوق‌های مثبت و اهداف واقع‌بینانه هستند و به عکس افرادی که دارای ساختار انگیزشی ناسازگارانه هستند، بیشتر به دنبال اهداف منفی و غیرواقع بینانه هستند.

پژوهش کاکس و کینگر (2003) نشان می‌دهد که افرادی که ساختار انگیزشی ناسازگارانه دارند کمتر قادرند رفتار مصرف الكل خود را کنترل کنند، کمتر از زندگی احساس رضایت می‌کنند و انگیزه کمتری برای تغییر رفتار و درمان خود دارند.

هر گاه افراد اهداف و مشوق‌های مثبت و واقع‌بینانه را انتخاب نکنند رضایت هیجانی حاصل از کسب آن اهداف می‌تواند به سلامت منجر شده و به عکس هر گاه افراد اهداف و مشوق‌های منفی انتخاب نمایند هیجانات منفی ناشی از آن می‌تواند به بیماری و از جمله اعتیاد منجر شود (کاسیپو، گاردنر و برنتون، 1991). برخی از مطالعات رابطه بین عواطف منفی و مشکلات متنوع در زمینه سلامت جسمانی و روانی مانند وابستگی به الكل، افسردگی و رفتارهای مربوط به خودکشی تأیید نموده‌اند. (واتسن و کندال، 1989).

فصلنامه پژوهش‌های تربیتی

یکی از عواملی که باعث می‌شود افراد در تعقیب اهداف خود منفعل باشند، تعارض بین اهداف است که این باعث توقف رفتار و کاهش انگیزه این افراد در دستیابی به اهدافشان می‌گردد. تعارض بین اهداف به عنوان یک عامل آسیب‌زا موجب حفظ و تداوم اختلالات روانشناختی می‌گردد.

از خصوصیات دیگر ساختار انگیزشی ناسازگارانه، حداقل انتظار برای رسیدن به هدف و حداقل احساس رضایت و خرسندی از رسیدن به هدف می‌باشد. به اعتقاد مک‌نالتی¹ و کارنی² (2004) آن چه مردم انتظار دارند به دست آورند روی ارزیابی‌شان از آن چه به دست می‌آورند تأثیر دارد. چنانچه فرد معتادی معتقد باشد دست یافتن به یک هدف در زندگی مثلاً کار و درآمد، موجبات رضایت او را فراهم نمی‌کند، از انگیزه کمی برای تعقیب هدف خود برخوردار خواهد بود. زیرا وقتی فرد رضایت هیجانی به دست می‌آورد که انتظار داشته باشد یک مشوق را کسب می‌کند. (به نقل از سلیمانیان، 1384)

یکی دیگر از مشکلات عمده در بین معتادان عزت نفس پایین است، معتادان اغلب معیارهای بالایی برای خودشان قائلند و وقتی قادر نیستند به استاندارد بالا برسند به خود صدمه می‌زنند (کلینگر، 1977). در عین حال مشاوره انگیزشی نظام‌مند در تغییر نگرش معتادین به مواد مخدر تأیید شد. نتیجه این تحقیق با تحقیقات کاکس و کینگر، (2002)، کلینگر (1977)، من و همکاران (1998)، نیوکامب و هارلو (1986)، کاکس و کلینگر (1990)، کاکس و کلینگر (1986)، گلاسفر، کاکس و پریش، (2001) اسکروئر (2002)، کاکس و همکاران (2002)، الیوت اندروی، چرچ و ماری (2002)، همخوان است و آنان را تأیید کند.

¹ mcnulty

² krny

مقایسه اثربخشی مشاوره انگیزشی نظام مند و ...
نتایج این تحقیق نشان داد که درمان رفتاری شناختی توانسته است بیشتر از مشاوره انگیزشی نظام مند در تغییر نگرش معتادین به مواد مخدر مؤثر باشد نتیجه این تحقیق در راستای تحقیقات دیگر باز هم نشانگر قوت و کارآمدی درمانهای رفتاری شناختی نسبت به درمانهای دیگر است. اگر چه تحقیقی تاکنون به صورت مقایسه‌ای برای بررسی میزان اثربخشی این دو رویکرد صورت نگرفته است، اما تحقیقاتی وجود دارند که کارآمدی درمان شناختی رفتاری را نسبت به سایر روشهای درمانی تأیید نموده‌اند.

در متآنالیز اسمیت، کلاس و میلر (نقل از نور کراس و پروچاسکا ترجمه سید مجیدی، 1381) از 475 بررسی که شامل 2500 بیمار بود، درمان عقلانی عاطفی به میزان 0/68 و درمان شناختی رفتاری به میزان 1/13 تأثیر داشتند. یعنی بیماری که تحت درمان منطقی عقلانی قرار می‌گیرد، در پایان درمان، از 75 درصد افرادی که تحت درمان قرار نمی‌گیرند، بهتر می‌شود، در حالی که بیماری که تحت درمان رفتاری - شناختی قرار می‌گیرد از آنهایی که تحت درمان قرار نمی‌گیرند، 87 درصد بهتر می‌شود.

بر اساس متآنالیز ویس و همکاران (1995) از 150 بررسی در مورد کودکان و نوجوانان، مشخص شد که 38 گروه درمانی شامل (درمان شناختی / رفتاری - شناختی) میزان تأثیر 0/67 بوده است که از درمان‌های درمانجو مدار و بینش گرا بهتر عمل کرده‌اند.

میلر و برمن (1983) با بررسی 48 پژوهش درباره کارایی درمان‌های رفتاری - شناختی در درمان انواع اختلالات به این نتیجه رسیدند که درمانهای رفتاری شناختی از بی‌درمانی و درمان پلاسیبو برتر هستند (نورکراس و پروچاسکا، ترجمه سید مجیدی، 1381). شاید دلیل این مسأله وجود یک دیدگاه وسیع‌تر در مورد مشکلات و راه‌های درمان آن

فصلنامه پژوهش‌های تربیتی

می‌باشد. در واقع هم از اصول و فنون رویکردهای رفتاری و هم از اصول و فنون شناختی در بررسی و حل مشکلات استفاده می‌شود.

کتابنامه

- بك آرون. تي و همكاران، 1380، درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدر، ترجمه گودرزی، نشر راهگشاه، دلاور، علیزاده، ابراهیم، رضایی، علی‌نژاد، 1383، ساخت استاندارد سازی آزمون نگرش سنج به مواد مخدر و تعیین رابطه میان مولفه‌ها فردی و خانوادگی با آن برای دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر تهران، فصلنامه تعلیم و تربیت، سال بیستم، شماره 3.

- سلیمانیان، علی اکبر، 1384، اثربخشی مشاوره انگیزشی نظام‌مند بر کاهش آشفته‌گی زناشویی، پایان‌نامه دکتری، دانشگاه تربیت معلم.

- نورانی پور، رحمت ا...، 0383، بررسی علل تغییردهنده خلق و رفتار و روش‌های مؤثر کارآمد مشاوره اعتیاد. فصلنامه علمی پژوهشی سوء مصرف مواد (اعتیاد پژوهشی) سال دوم شماره ششم.

- Annis, H.M, and Davis, C.S, 1988. Self-efficacy and the prevention of alcoholic relapse: initial findings from a treatment trial. In: baker, T.B, and cannon, D.S eds. Assessment and treatment of addictive disorders, New York: praeger publishers, b, pp 88-112.

- Bandura, A 1977, self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological review, 84 (2).

-Beck, A,T, Wright, F,D: Newman L: and liese, B, 1993, cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilford press.

-Beck , A,T, Emery, G & Green berg R (1985) Anxiety disorder and phobias, A cog native perspective: new York : basic.

-Beck, A, T, (1976). Cognitive therapy and emotional dicorders New York: international universities press.

-Brown, S, A, 1993, Drug effect experimental and clinical psychopharmacology 1 (1-4): 55_ 67.

- مقايسه اثر بخش مشاوره انگيزشي نظام مند و ...
- Carroll, K, M, 1996, integrating psychotherapy and pharmacotherapy in substance abuse treatment In: Rutgers, F, Keller, D,S, and Morgenstern j eds treating substance abuse : theory and technique. New York: Guilford pressa.
 - Carroll, K, M, 1998, Therapy manuals for drug addiction manual 1: A cognitive _ Behavioral approach: treating cocaine addiction. Rockville, MD: national institute on drug abuse.
 - Cocioppo. J.T. Gordner . W.L & Bernston, G, G (199, the affect system has parallel and integrative processing components: from follows function journal of personality & social psychology, 76.839-855.
 - cox.w.M. & klinger. E. (1990). Incontive motivation affective and alchol use : a model in W.M. cox (Ed) why people drink: parameters of alcohol as rein forcer (pp.291-314) new york : American press.
 - cox, W.M & klinger. E (2002). Motivationalstruciure relationships with subslance use and processes of change: addictive behaviors 27.925.940.
 - cox, W. & klinger. E (2003). Hand book of motivational counseling : motivating people for change. Lon don : wiley.
 - cox, W.M klinger. E & blountj.p (1999). Systematic motivational counseling: treatment manual. unpublished mamuscript. University of wales . bangor. UK.
 - Davies. J. B. 1992, the Myth of addiction: An Application of the psychological theory of attribution to Illicit brug Use. Philadelphia: Harwood academic publishers.
 - Davison. G.C. neal. J. M (2002). Abnormal psychology john wiley sonsjnc.
 - diclemente, C.C and fairhurst. S,K 1995, self – efficacy and addictive behaviors, in: maddux, J, E, ed, self – efficacy Adaptation, and adjustment: theory, research, and application, new york: plenum press pp. 109-141.
 - Donovan, D,M, and chancy, E, F, 1985 Alcoholic relapse prevention and intervention models and methods.

- Elliot. A. j. & church. M.A (2002), client articulated avoidance goal in the therapy context journal of counseling psychology 49.243-254.
- Elliot. Anderwj, church, marcy, (2003), A motivational analysis defensive pessimism and self-handicapping journal of personality. 78 (3), 369-3.
- Immons, R,A (1999). The psychology of ultimate concerns: motivation and spirinality new york . NY, USA: cuilford press.
- Goldman. M.S . AND rather, B, c, 1993, Subslance abuse disorders: cognitive models and architecture, In: Kendall, P, c, and Dobson,. K, s, eds, psychopathology and cognitiong san Diego K,S Psychopathology and cognition san Diege, CA, Academic press. Pp 245-292.
- Hester R.K 1995. behavioral self-Control training In: Hester, R, K, AND Miller . W,R eds Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives, 2nd ed. Boston: Allyn and Bacon. Pp 149-159.
- Holder H. Longabaugh, R: Miller W.R: and Ruboins A.V 1991. The cost cost effectiveness of treatment for alcoholism : A firs approximation Journal of studies on Alcohol 52 (6): 517-540 and value and their multiplicative composite as predictors of post-treatment abstinence survivorship. Addiction 91 (1) : 89-99.
- Loewenstern, G, F, Weber, E, U, Hsee, C,K, & Welch. N. (2001) . risks feelings . psychological bulletin, 127, 267-289.
- Mackay P.W and Donovan D.M 1991, Cognitive and behavioral approaches to alcohol In: Frances, R, J, and Miller, S, I, eds Clinical Textbook of Addictive Disorders New York: Guilford press, pp 452-481.
- Man, F, & et, al , (1998), Motivational stricture of alcoholic and non alcoholic Czech men psychological repots, 82, 1091-1106.
- Marlatt, G,A, and Gordon, J, R, 1985, relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York, Guilford press.
- newcomb M.D & Hariow, L, L (1986), Life event and substance use among adolescents: Mediating effects of perceived Loss of

- مقايسه اثر بخش مشاوره انگيزشي نظام مند و ...
- control and meaning lessness in life. Journal of personality and social psychology, 51, 564-577.
- Rounds – Bryant, J, L, Flynn, P, M, Craighead, L, w, 1997, Relationship between self-efficacy perception and in – treatment drug use among regular cocaine users. American Journal of drug and Alcohol Abuse. 23 (3).
 - Ryan, R, m, Sheldon. K, m, KASSER, T & peck EL. (1996), all goal are not created equal: An organismic perspective on the nature of goal and their regulation. New york: Guilford.
 - Schafer. J, and Brown, S, A , 1991, Marijuana and cocaine effect expectancies and drug use patterns, Journal of consulting and clinical psychology 59 (4): 558-565.
 - Stephens , R, S, Curtin, L: Simpson, E, E: and Roffman, R, A, 1994, Testing the abstinecse violation effect construct with marijuana cessation , addictive behavior 19 (1): 23.
 - Walton. M, A: castro, F, G, and barrington, E, H, 1994, the role of attribution in abstinence, lapse, and relapse following substance abuse treatment. Addictive Behaviors 19 (3).
 - Watson, & kendall . P.c (1989) understanding anxiety and positive states. San diego. CA: Academic press.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی