

مقایسه نگرش های نا کارآمد در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و افراد عادی و پیامدهای روانشناختی آن

کبری حاجی علیزاده^۱، دکتر سید عبدالمجید بحرینیان^۲،
دکتر قاسم نظیری^۳، دکتر مرتضی مدرس غروی^۴

چکیده

طرح مساله: بر اساس تحقیقات انجام شده، فرآیندهای اعتیاد، تحت تأثیر باورها و نگرش های بیماران است. این پژوهش، با هدف بررسی نقش تحریفات شناختی و پیامدهای روانشناختی آن، در رفتار سوءمصرف مواد افراد مراجعه کننده به مراکز درمانی سوءمصرف مواد شهر بندرعباس و مقایسه آن با گروه عادی انجام شد.

روش: پژوهش حاضر یک طرح مورد - شاهدهی است که در آن یکصد نفر از افراد سوءمصرف کننده مواد، با یکصد نفر افراد عادی که با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و از نظر برخی متغیرهای جمعیت شناختی با یکدیگر تقریباً همتا شده بود مقایسه شدند. گردآوری داده ها به کمک پرسشنامه های اطلاعات زمینه ای، مصاحبه بالینی، پرسشنامه نگرش های ناکارآمد و پرسشنامه اضطراب، افسردگی، تنیدگی (DASS) انجام شد. داده های پژوهش با بهره گیری از شاخص های آمار توصیفی، آزمون t، آزمون خی دو و آنالیز واریانس، تحلیل شدند.

یافته ها: یافته ها نشان داد، افراد سوءمصرف کننده مواد، اضطراب، افسردگی و استرس بیشتری را تجربه کرده و از نظر شناختی نیز درصد بیشتری از آنها در مقایسه با گروه گواه، نگرش های ناکارآمد را نشان دادند.

نتایج: نتایج نشان می دهد که نگرش های ناکارآمد می تواند به عنوان یک عامل آسیب پذیر، احتمال گرایش به سوء مصرف مواد را افزایش دهد و در نتیجه شناخت درمانی برای این افراد مؤثر به نظر می رسد.

کلید واژه ها: نگرش های نا کارآمد، سوء مصرف مواد، اضطراب، افسردگی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۵/۸ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۱۰/۲۲

مقدمه

سوء مصرف و وابستگی مواد، یکی از معضلات و نگرانی های عمده جهان امروز است. از آنجایی که سوء مصرف مواد، اثرات بازدارنده بر رشد و شکوفایی جامعه دارد، تهدیدی

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی- نویسنده مسؤول - kh_alizadeh1359@yahoo.com

۲- دکترای تخصصی روانشناسی بالینی - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۳- دکترای تخصصی روانشناسی بالینی ، عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی - واحد علوم و تحقیقات فارس

۴- دکترای تخصصی روانشناسی بالینی ، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

جدی و نگران کننده است. وابستگی و سوء مصرف مواد بعنوان اختلالات مزمن و عود کننده با تأثیرات و پیش‌آیندهای زیستی، فرهنگی، روانی، اجتماعی، رفتاری و معنوی در نظر گرفته می‌شود (بروک و اسپیتز، ۲۰۰۲؛ والاس، ۲۰۰۳؛ به نقل از دباغی، ۱۳۸۰).

بر اساس تحقیقات و بررسی‌های انجام شده، فرآیندهای اعتیاد تحت تأثیر باورها و نگرش‌های بیماران است (هولمن^۱، ۲۰۰۴). برخی از مطالعات نشان داده که نگرش افراد با پاسخ‌های شناختی و عاطفی آنها مطابقت دارد (فرهودیان، ۱۳۸۱). مفهوم طرحواره‌های شناختی، به واسطه اهمیت که در تعبیر و تفسیر موقعیت‌های خاص دارد، در نظریه‌های شناختی، از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است. برحسب نظریه شناختی بک، این طرحواره‌ها شامل، طرحواره‌های شناختی منفی (که به صورت عزت نفس پایین نمایان می‌شود) و عقاید خشک و ثابت و غیر منطقی (که به نگرش‌های ناکارآمد اشاره دارد) است (بک، راش^۲، شاو^۳ و امری^۴، ۱۹۷۹). نگرش‌های ناکارآمد فرض‌ها و باورهای جهت‌گیرانه‌ای هستند که فرد نسبت به خود، جهان، اطراف و آینده دارد (آبلا^۵ و اسکیتچ^۶، ۲۰۰۷). این نگرش‌ها موجب جهت‌گیری فهم و ادراک فرد از رویدادها شده و احساسات و رفتارها را تحت تأثیر قرار می‌دهند و فرد را مستعد افسردگی و سایر آشفتگی‌های روانشناختی می‌کنند. درمان شناختی بک، یک نظام روان درمانی است که تلاش می‌کند تا واکنش‌های فرآیندهای عاطفی و رفتار خودتجدیری را با اصلاح تفکر معیوب یا خطادار و عقاید ناسازگارانه‌ای که زیربنای این واکنش‌ها هستند، کاهش دهد (بک^۶، راش^۷، شاو^۸ و امری^۹، ۱۹۷۹ به نقل از گودرزی، ۱۳۸۰). همچنین درمان‌های شناختی اعتیاد، بر کمک به بیمار، برای کسب مهارت‌های مقابله‌ای لازم به منظور مدیریت موقعیت‌های خطرناک و درمان اختلالات روانشناختی همراه، تمرکز دارند.

-
- 1 - Holman
 - 2 -Rush
 - 3 - shaw
 - 4 -Abela
 - 5 - Skitch
 - 6 - Beck
 - 7 - Rush
 - 8 - Shaw
 - 9 - Emery

مداخلات روانشناختی اخیر در اعتیاد، نظیر پیشگیری از عود (مارلات و گوردن، ۱۹۸۵)، یا مصاحبه انگیزشی (میلر، ۱۹۸۵)، ریشه در تئوری یادگیری اجتماعی دارند. این رویکردها بوسیله این تئوری که رفتارهای اعتیادی بوسیله سیستم باورهای سوگیرانه حفظ شده و هدف نهایی آنها بازسازی شناختی است، حمایت می‌شوند (مک کاسکر، ۲۰۰۱).

تعامل نگرش‌های ناکارآمد با وقوع حوادث منفی، در پیشگویی آغاز دوره افسردگی اساسی و یا افزایش علائم (نشانه‌های افسردگی)، در یک نمونه از دانش‌آموزان دبیرستان (وقتی که نگرش‌های ناکارآمد از آستانه خاصی تجاوز کند)، گزارش شده است (لویسنون، جونیر و رود، ۲۰۰۱).

فلنز و ایوانز (۱۹۸۸)، در مطالعه‌ای نشان دادند که سطوح بالایی از افسردگی، اضطراب و اعتماد به نفس پایین، با نگرش مثبت به مواد، رابطه دارند. عزت نفس بالا، به عنوان عاملی میانجی در رابطه بین نگرش‌های ناکارآمد، حوادث منفی زندگی و نشانه‌های افسردگی عمل می‌کند. محققین استدلال می‌کنند که نوجوانان با آسیب‌پذیری شناختی به افسردگی، چنانچه سطوح بالایی از عزت نفس را داشته باشند، قادر به حفظ خود و ارزیابی مثبت، متعاقب حوادث منفی زندگی هستند (سوتال و رابرت، ۲۰۰۲؛ آبل، ۲۰۰۲؛ متالسکای و همکاران، ۱۹۹۳).

چنانچه رابطه بین شناخت، باورهای غیر منطقی، اعتیاد و افسردگی را بپذیریم، این سوال مطرح می‌شود که آیا با سنجش نگرش‌های ناکارآمد و هیجانات، می‌توان در جهت درمان و پیشگیری از ابتلا به اعتیاد به موادمخدر گام برداشت؟

روش

پژوهش حاضر، از نوع کاربردی است و از نظر نحوه گردآوری داده‌ها، این طرح از نوع علی - مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش عبارتند از افرادی (مذکر) که طی ماه‌های خرداد تا مهر ۸۶، برای ترک اعتیاد به مراکز دولتی و خصوصی درمان سوء مصرف مواد شهر بندرعباس مراجعه کرده‌اند. به منظور انتخاب افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، ابتدا با استفاده از ملاک‌های DSM-IV، با آزمودنی‌ها مصاحبه به عمل آمد و افرادی که واجد ملاک‌های فوق نبودند از آزمایش کنار گذاشته شدند. پس از اطمینان در مورد

وجود ملاک‌های فوق، این افراد جزء جامعه آماری پذیرفته شدند. روش نمونه‌گیری از نوع نمونه‌گیری در دسترس است. یک گروه یکصد نفری برای این جامعه آماری و یک گروه مقایسه یکصد نفری نیز بدون هیچ گونه وابستگی یا سوء مصرف مواد، بر اساس متغیرهای کنترل سن، جنس و تحصیلات برابر یا تقریباً برابر همتا، انتخاب شدند. داده‌ها به کمک ابزارهای زیر گردآوری شدند:

۱- پرسشنامه مشخصات عمومی

این پرسشنامه به منظور تعیین مشخصات افراد و اخذ اطلاعاتی در زمینه سوابق آنان تهیه شده است. از آزمودنی‌ها خواسته شد تا اطلاعات شخصی خود شامل سن، تحصیلات، شغل و وضعیت تأهل را در پرسشنامه درج کنند. در مورد افراد سوء مصرف کننده مواد، اطلاعات دیگری درباره مقدار مصرف روزانه دارو (به گرم)، تعداد دفعات بازگشت و یا عود، نوع ماده مصرفی، سن، شروع اعتیاد و ... جمع‌آوری شد.

۲- مقیاس نگرش‌های ناکارآمد^۱

مقیاس نگرش‌های ناکارآمد توسط بک و وایسمن^۲ در سال (۱۹۷۸)، تنظیم شده است. این پرسشنامه براساس نظریه شناختی بک، در مورد افسردگی و اضطراب ساخته شده است. این مقیاس، باورها و نگرش‌هایی را اندازه‌گیری می‌کند که شامل ملاک‌های به شدت غیرمنعطف و کمال‌گرایانه، جهت ارزیابی عملکرد شخصی و ارزشمندی خویش است. مقیاس نگرش‌های نابسامان (وایسمن، بک، ۱۹۷۸)، مهمترین آزمون سبک‌شناختی در پژوهش‌های مراکز گوناگون ایالات متحده آمریکا، در زمینه درمان شناختی است (لیندزی و پاول، ۱۹۹۴).

پاسخ دهنده باید باور و نگرش خود را در مورد هر سؤال، بر مقیاسی که شامل موافقت کامل تا مخالفت کامل است، بر روی پاسخنامه تست، مشخص نماید. روش نمره‌گذاری DAS، به این شکل است که هر پاسخ، نمره‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۷ (کاملاً موافق) می‌گیرد. البته در مورد ماده‌های ۳۷، ۳۵، ۳۰، ۲۹، ۲۴، ۱۷، ۱۲، ۶، ۲ و ۴۰، نمره‌گذاری ماده‌ها، بر عکس سایر موارد می‌باشد. بنابراین نمره آزمودنی، از حداقل ۴۰ تا حداکثر ۲۸۰ خواهد بود. مطابق تحقیقات مختلف، میانگین نمرات به دست آمده برای افراد سالم، از ۱۱۹ تا ۱۲۸ گزارش شده است و نمرات بالاتر،

1 -Dysfunctional Attitude Scale

2 - Wisemen

آسیب‌پذیری در برابر افسردگی و داشتن تحریفات شناختی را نشان می‌دهد. در ضمن این ابزار برای تشخیص فرض‌هایی که عموماً در زیر بنای افکار مشخص فردی خاص قرار دارند، به‌وجود آمده است. به نظر بک، پایبند بودن به باورها و نگرش‌های ناکارآمد و پذیرفتن قواعد نادرست و انعطاف ناپذیر، موجب بالارفتن امکان ابتلا به ناراحتی‌های روانی بویژه اضطراب و افسردگی می‌شود.

۳- مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS)^۱

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS)، توسط لوبباند^۲ در سال ۱۹۹۵، با توجه به همپوشی افسردگی و اضطراب، به منظور تعریف و اندازه‌گیری سازه‌های اضطراب و افسردگی ساخته شده است. در واقع این مقیاس مجموعه‌ای از سه خرده مقیاس خودسنجی است که برای اندازه‌گیری حالت‌های هیجانی منفی، افسردگی، اضطراب و استرس طراحی شده است. (کاستلو^۳ و کامری^۴، ۱۹۶۷)

اعتبار و روایی این آزمون در پژوهش‌های متعدد مورد بررسی قرار گرفته است. از جمله این پژوهش‌ها، مطالعه‌ی هنجاریابی است که بر روی نمونه‌ی ایرانی انجام گرفته است (صاحبی و همکاران، ۱۳۸۰). در این مطالعه، اعتبار این مقیاس از طریق همسانی درونی و روایی آن با استفاده از تحلیل عاملی و روایی ملاک با اجرای همزمان آزمون‌های افسردگی بک، اضطراب زونگ و استرس ادراک شده، مورد بررسی قرار گرفته و نتایج آن اینگونه گزارش شده است. همسانی درونی مقیاس‌های DASS، با استفاده از آلفای کرونباخ، عبارت بودند از: مقیاس افسردگی ۰/۷۷، مقیاس اضطراب ۰/۷۹ و مقیاس استرس ۰/۷۸. همچنین به منظور بررسی روایی ملاک DASS، از اجرای همزمان پرسشنامه‌های افسردگی بک، اضطراب زونگ و استرس ادراک شده استفاده شد. همبستگی مقیاس افسردگی DASS با آزمون افسردگی بک ۰/۷۰، همبستگی مقیاس اضطراب آن با آزمون اضطراب زونگ ۰/۶۷ و همبستگی مقیاس استرس آن با آزمون استرس ادراک شده ۰/۴۹ بود که تمامی این همبستگی‌ها در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنادار هستند (صاحبی و همکاران ۱۳۸۰). در پژوهش حاضر نیز ضرایب آلفای کرونباخ،

1 -Depression Anxiety Stress Scales (DASS)

2 - Lovibond

3 - Costello

4 - comery

مقیاس افسردگی ۰/۸۱۲۴، مقیاس اضطراب ۰/۸۱۲۶ و مقیاس استرس ۰/۸۱۲۱ به دست آمد.

نتایج

داده‌ها به کمک آزمون تحلیل واریانس، آزمون خی دو، آزمون نسبت و آزمون t تحلیل شدند. از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی، میانگین سن افراد سوء مصرف کننده مواد و افراد عادی به ترتیب (۲۸.۷۸ و ۲۷.۴۶) بود. از لحاظ تحصیلات نیز دو گروه تقریباً هم‌تا شده بودند. آزمون خی دو، نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه وجود ندارد ($p=0.32$ ، $df=3$). آزمودنی‌های سوء مصرف کننده مواد که در این پژوهش شرکت داشتند، دارای خصوصیات زیر بودند: (۳۸٪) ترکیبی از مواد، (۴٪) هروئین، (۱۸٪) تریاک، (۴٪) نورجیزک، (۷٪) شیره و (۵٪) کراک. ۸۹ درصد دارای سوء مصرف مواد بین ۱ تا ۱۰ گرم، ۸۱ درصد بین صفر تا ۷ بار گزارش عود و ۸۲ درصد هنگام شروع مصرف مواد بین ۱۶ تا ۲۷ سال سن داشتند.

بررسی و مقایسه دو گروه سوء مصرف کننده مواد و افراد عادی، در ابعاد مختلف هیجانات، حاکی از تفاوت معنادار بین دو گروه در خرده مقیاس اضطراب بود و همچنین افراد سوء مصرف کننده مواد در دو مقیاس افسردگی و فشار روانی، نمرات بیشتری کسب کردند ولی تفاوت مشاهده شده، معنادار نبود (جدول ۱).

جدول ۱- نتایج آزمون t برای مقایسه هیجانات در دو گروه عادی و سوء مصرف کننده مواد

هیجانات	میانگین گروه سوء مصرف مواد	میانگین گروه عادی	درجه آزادی	t	سطح معناداری
استرس	۷.۷۷	۶.۷۷	۱۹۸	-۱.۵۹	۰.۱۱۳
اضطراب	۶.۱۶	۴.۵۹	۱۹۸	-۲.۷۲	۰.۰۰۷
افسردگی	۶.۰۴	۴.۸۱	۱۹۸	۱.۸۳	۰.۰۶۷

برای تعیین درصد افراد دارای تحریفات شناختی در دو گروه سوء مصرف کننده مواد و افراد عادی، از آزمون نسبت بهره گرفته شد (نقطه برش در تعیین نسبت نمره افراد در آزمون نگرش ناکارآمد بوده است). یافته‌ها گویای آن بود که نسبت ابتلا به

تحریف‌های شناختی در بین افراد دارای سوء مصرف مواد، به طور معناداری بیش از افراد سالم است (جدول ۲).

آزمون این فرضیه که بین نگرش‌های ناکارآمد افراد سوء مصرف کننده مواد و افراد عادی، تفاوت معناداری وجود دارد، یافته‌های پژوهش نشان داد که بین دو گروه یاد شده از نظر نگرش‌های ناکارآمد، تفاوت معناداری وجود ندارد (جدول ۳).

جدول ۲ - شاخص‌های آزمون نسبت مربوط به مقایسه نسبت ابتلا به تحریف‌های شناختی

شاخص‌ها گروه‌ها	تعداد	نسبت ابتلا	میانگین نسبت‌ها	مقدار Z محاسبه شده	مقدار Z مبین جدول	سطح معنادار بودن
سالم	۱۰۰	۰.۲۸	۰.۵۰	۶.۶۴۷	۳.۲۹	۰.۰۰۱
سوء مصرف مواد	۱۰۰	۰.۷۵				

جدول ۳ - نتایج آزمون t برای مقایسه نگرش‌های ناکارآمد در دو گروه عادی و سوء مصرف کننده مواد

گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	نمره t	سطح معناداری
سوء مصرف کننده	۱۰۶/۲۶	۶۱۸/۶۷۹	۱۹۸	-۱.۰۶۷	۰.۲۸۷
عادی	۱۰۲/۸۴	۴۰۹/۱۴۶			

بحث و نتیجه‌گیری

همانگونه که اشاره شد، پژوهش حاضر، به منظور بررسی متغیرهای شناختی و پیامدهای روانشناختی آن در افراد سوء مصرف کننده مواد و مقایسه آنها با گروه بهنجار انجام شده است. یافته‌های این پژوهش نشان داد که بررسی هیجانات (فشارروانی، اضطراب، افسردگی) در دو گروه سوء مصرف کننده مواد و بهنجار، حاکی از تفاوت معنادار بین دو گروه در خرده مقیاس اضطراب بود و همچنین افراد سوء مصرف کننده مواد در دو مقیاس افسردگی و فشار روانی، نمرات بیشتری کسب کردند ولی تفاوت مشاهده شده معنادار نبود.

اکثر تحقیقات پیشین، سطوح بالاتری از استرس (بلوم^۱ و مارلات^۲، ۲۰۰۰، گورمان^۳، ۱۹۸۸، هارویتز^۴ و دیویس^۵، ۱۹۹۴، شوال^۶ و گیانکولا^۷، ۲۰۰۱)، اختلالات اضطرابی (توریرگ^۸ و لیورز^۹، ۲۰۰۶ کامپتون^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۰، اسکویت^{۱۱} و همکاران، ۱۹۹۷، ویس^{۱۲} و روزنبرگ^{۱۳}، ۱۹۸۵) و اختلالات خلقی (ریمو^{۱۴} و اسکویت، ۱۹۹۸، سویندسن^{۱۵} و مریکانجاس^{۱۶}، ۲۰۰۰، توماسون^{۱۷} و واگلم^{۱۸}، ۱۹۹۵)، بین سوء مصرف کنندگان مواد در مقایسه با گروه کنترل، نشان دادند که با نتایج این پژوهش در بعد اضطراب همسو است.

اضطراب و همبستگی آن با وابستگی به مواد، در پژوهش‌های خانتزان^{۱۹} و همکاران (۱۹۷۴)، استفانز^{۲۰} و لوین^{۲۱} (۱۹۷۱)، آل نجار^{۲۲} و کلارک^{۲۳} (۱۹۹۷) و واگنر^{۲۴} (۲۰۰۱)، نشان داده که نتایج با یافته پژوهش حاضر در یک راستا قرار دارند. این محققین معتقدند که، اضطراب، افراد وابسته را وا می‌دارد تا در جهت فایق آمدن بر آن، مواد را مصرف نمایند. در واقع این افراد به جای مراجعه به روانپزشک، خود را با الکل و دیگر مواد درمان می‌کنند.

-
- 1 - Blume
 - 2- Marlatt
 - 3 - Gorman
 - 4 - Horowitz
 - 5 - Davies
 - 6 - Shoal
 - 7 - Giancola
 - 8 - Thorberg
 - 9 - Lyvers
 - 10- Compton
 - 11- Schuckit
 - 12 - Weiss
 - 13 - Rosenberg
 - 14 - Raimo
 - 15- Swendsen
 - 16 - Merikangas
 - 17 - Tomasson
 - 18 - Vaglum
 - 19 - Khantzian
 - 20 - Estefanz
 - 21 - levin
 - 22 - Al - najjar
 - 23- clark
 - 24 - Wagner

شماری از تئوری‌ها و مدل‌های مختلف، تبییناتی را در خصوص همراهی اختلالات سوءمصرف مواد و دیگر اختلالات محور I، بویژه اختلالات اضطرابی و خلقی ارائه کرده‌اند (دوریس^۱، ابمیر^۲ و شاجهان^۳، ۱۹۹۹، کوب^۴ و لموال^۵، ۱۹۹۷، ۲۰۰۱). به عنوان مثال، افرادی که از قبل یک اختلال محور I را دارند، ممکن است مصرف داروها و الکل را برای خوددرمانی و تنظیم کیفیت حالات هیجانی شروع کنند و همسو با این تبیین این است که الکل اغلب اوقات برای کاهش اضطراب یا نشانه‌های هراس استفاده می‌شود (کوشنر^۶ و همکاران، ۱۹۹۶، کوشنر، شر^۷ و بیتمن^۸، ۱۹۹۰).

سالوی و همکاران (۲۰۰۰)، ذکر می‌کنند، افراد مصرف‌کننده و سوء مصرف‌کننده مواد در پاسخ به یک حادثه تلخ، مواد مصرف می‌کنند، زیرا در پی آن هستند که مصرف مواد، حالت خلقی منفی آنها را تحت تأثیر قرار دهد.

در موافقت با نظر سالوی و همکاران، می‌توان گفت که افراد، الکل یا مواد مصرف می‌کنند، چون بر این باورند که الکل یا مواد می‌تواند احساسات منفی آنها را کاهش دهد، یا این حالات را تعدیل نماید. افراد افسرده مواد مصرف می‌کنند، زیرا به اثرات درمانی آن اعتقاد دارند و از این طریق خوددرمانی می‌کنند. کمبود انرژی، خلق پایین و خستگی در افراد افسرده، در کوتاه مدت می‌تواند بوسیله مصرف مواد از بین برود. مصرف مواد، خلق منفی بعدی در افراد مصرف‌کننده ایجاد می‌کند که این خود باعث تداوم در مصرف می‌شود.

در خصوص نگرش‌های ناکارآمد، نتایج این پژوهش حاکی از عدم وجود تفاوت معنادار بین دو گروه بوده و در کل با نتایج حاجی پور (۱۳۸۱) و دنوف^۹ (۱۹۸۷)، ناهمسو است. درصد افراد مبتلا به تحریف‌های شناختی (نگرش‌های ناکارآمد)، در بین دو گروه، نشان داد که نسبت افراد مبتلا به تحریف‌های شناختی در بین آزمودنی‌های دارای سوء مصرف مواد، بیش از آزمودنی‌های سالم است. به طور کلی، نتایج تحقیقات

1 - Doris
2 - Ebmeier
3 - Shajahan
4 - Kobb
5 - Lemoal
6 - Koshner
7 - Sher
8 - Beitman
9 - Denoff

متعدد حاکی از این است که علت اختلالات هیجانی می‌تواند تفکرات ناکارآمد و تحریفات شناختی باشد. با توجه به اینکه تحقیقات در زمینه ارتباط بین تحریفات شناختی و اعتیاد کم است، آنچه که از بررسی مقالات گرفته شده، حاکی از وجود رابطه بین تحریفات شناختی و اعتیاد است. در میان معتادان، مسایلی همچون تحریفات شناختی، سبک‌های شناختی و اسنادی مختل، مکانیسم‌های دفاعی همانند انکار، عقلانی‌سازی و سرزنش کردن دیده شده است. براساس نظریه‌های شناختی، اساسی‌ترین دلیل فرد در مصرف مواد، انتظارات و برداشت‌هایی است که درباره موادمخدر دارد. نظریه‌های دیگری تأیید کننده این مطلب است که باورهای فرد در مورد موادمخدر و همچنین عقاید او درباره هنجارهای اجتماعی، نقش تعیین کننده‌ای در مصرف مواد دارد و فاکتورهای شناختی و سیستم‌های عقیدتی در نوجوانانی که سوء مصرف مواد دارند، با نوجوانان گریزان از مواد، به میزان قابل ملاحظه‌ای با یکدیگر تفاوت دارند. همان‌طور که گفته شد افراد معتاد دارای نگرش‌های ناکارآمد بسیاری هستند و به‌واسطه داشتن همین نگرش‌ها، در مواجهه با موقعیت‌های زندگی، دچار احساسات و هیجانات منفی می‌شوند که این‌گونه هیجانات، مهم‌ترین محرک‌های سوء مصرف مواد و به دنبال آن وابستگی به مواد هستند. در مجموع باید اذعان داشت که فرآیندهای شناختی، از قبیل باورهای مرتبط با مواد، نگرش‌های ناکارآمد و ... نقش بسیار مهمی در سوء مصرف و وابستگی به آن دارند. بنابراین، نتایج تحقیق حاضر، وجود تحریفات شناختی را در میان معتادان به موادمخدر، بیشتر از افراد بهنجار نشان می‌دهد. نتایج این پژوهش، باید با رعایت محدودیت‌هایی از قبیل مقبولیت اجتماعی، جهت‌گیری در خود گزارشی، تأثیرات موقعیت و یادآوری ضعف و خطاهایی در اندازه‌گیری خودگزارشی، در نظر گرفته شود. همچنین به دلیل کم بودن شمار آزمودنی‌ها و عدم کنترل متغیرهای مزاحم، باید در زمینه استنباط روابط علت و معلولی از یافته‌ها و تعمیم آنها احتیاط شود. پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های آینده هر دو جنس مورد بررسی قرار گیرند.

سپاسگزاری

در اینجا از کلیه مسئولین و کارکنان مراکز سوء مصرف مواد دانشگاه و بهزیستی که امکان گردآوری داده‌ها را میسر کردند سپاسگزاری می‌شود.

منابع

- بک، آرون تی، رایت، فرددی. (۱۳۸۰). درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدر، ترجمه محمدعلی گودرزی، چاپ اول، انتشارات راهگشا، شیراز.
- پاول ولیندزی. (۱۳۷۷) اصول روانشناسی بالینی بزرگسالان. ترجمه هامایاک آواریس یانس و محمدرضا نیکخو، جلد اول. انتشارات بیکران، تهران.
- حاجی پور، حسن. (۱۳۸۱). بررسی نگرش‌های ناکارآمد، میزان استرس، راهبردهای مقابله با استرس در معتادان به مواد افیونی جویای درمان در مقایسه با افراد غیر معتاد. پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی تهران.
- دباغی، پرویز. (۱۳۸۵). اثر بخشی شناخت درمانی بر اساس تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی. پایان نامه دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- صاحبی، علی سالاری، راضیه السادات اصغری، محمد جواد. (۱۳۸۱). هنجاریابی آزمون افسردگی، اضطراب و استرس در جامعه ایران.
- فرهودیان، علی. تفاوت‌های فردی در ساختار نگرش. تازه‌های علوم شناختی، سال ۴.

References

- Abela, R.Z. & Skitch, S.A. (2007). *Dysfunctional attitudes, self-esteem, and hassles: cognitive vulnerability to depression in children of affectively ill parent*. Behavior research and therapy: 45, 1127 – 1140.
- Al – najjar, M; clark, D. D. (1996). *Self – Steem and trait anxiety in Relation to drug Misuse in kuwait*. Journal of substance use & Misuse, 31(7), 937- 943.
- Beck, A.T, Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Newyork: Guilford.
- Blume, A. W., Marlatt, G. A., & Schmalings, K. B. (2000). *Executive cognitive functioning and heavy drinking among college students*. Psychology of Addictive Behaviors: 14(3), 299– 302.
- Compton III, W. M., Cottler, L. B., Abdallah, A. B., Phelps, D. L., Spitznagel, E. L., & Horton, J. C. (2000). *Substance dependence and other psychiatric disorders among drug dependent subjects: Race and gender correlates*. American Journal on Addictions, 9(2), 113–125.
- Denoff – MS. (1987) *Irrational beliefs as predictors of adolescent drug abuse and running away*. Journal of clinical Psychology, 43/3, 412 – 423.
- Doris, A., Ebmeier, K., & Shajahan, P. (1999). *Depressive illness*. Lancet, 354, 1369–1375.
- Gorman, D. M. (1988). *Employment, stressful life events and the development of alcohol dependence*. Drug and Alcohol Dependence, 22, 151–159.
- Holman, R.C. (2004). *Emotion and motive Effects on Drug Related cognition. Handbook of addictive disorders A practical Guide to diagnosis and treatment*. United states of America published John wiley x sons, Inehoboken, Newjersey.
- Horowitz, A. V., & Davies, L. (1994). *Are emotional distress and alcohol problems differential outcomes to stress? An exploratory test*. Social Science, 73, 607–621.

- Koob, G. F., & LeMoal, M. (2001). *Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis*. *Neuropsychopharmacology*, 24(2), 97–129.
- Kushner, M. G., Mackenzie, T. B., Fiszdon, J., Valentiner, D. P., Foa, E., Anderson, N., et al. (1996). *The effects of alcohol consumption on laboratory-induced panic and state anxiety*. *Archives of General Psychiatry*, 53, 264–270.
- Kushner, M. G., Sher, K. J., & Beitman, B. D. (1990). *The relation between alcohol problems and the anxiety disorders*. *American Journal of Psychiatry*, 147, 685–695.
- Lewinshon, P. M., Joiner, T. E., & Rhode, P. (2001). *Evaluation of cognitive diathesis stress models in predicting major depressive disorder in adolescents*. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 203–215.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (2002). *Manual for the depression anxiety stress scales 2nd edition*. Sydney Psychology Foundation Monograph.
- Mccusker, G. C. (2001). *Cognitive biases and addiction: an evolution in theory and method*. *Addiction*, 96, 47–56.
- Metalsky, G. I., Joiner, T. E., Hardin, T. S., & Abramson, L. Y. (1993). *Depressive reactions to failure in a naturalistic setting: A test of the hopelessness and self-esteem theories of depression*. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 101–109.
- Raimo, E. B., & Schuckit, M. A. (1998). *Alcohol dependence and mood disorders*. *Addictive Behaviors*, 23(6), 933–946.
- Salovey, P., Rothman, A. J., Deweiler, J. B., & Stewart, W. T. (2000). *Emotional state and physical health*. *Journal of American psychological*. Vol. 55, No. 1, 110–121.
- Schuckit, M., Tipp, J., Bucholz, K., Nurnberger, J., Hesselbrock, V., Crowe, R., et al. (1997). *The life-time rates of three major mood disorders and four major anxiety disorders in alcoholics and controls*. *Addiction*, 92, 1289–1304.
- Shoal, G. D., & Giancola, P. R. (2001). *Cognition, negative affectivity and substance use in adolescent boys with and without a family history of a substance use disorder*. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(5), 675–687.
- Southall, D., & Roberts, J. E. (2002). *Attributional style and self-esteem in vulnerability to adolescent depressive symptoms following life stress: A 14-week prospective study*. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 563–579.
- Swendsen, J. D., & Merikangas, K. (2000). *The comorbidity of depression and substance use disorders*. *Clinical Psychology Review*, 20(2), 175–189.
- Thorberg, F. A., & Lyvers, M. T. (2006). *Negative Mood Regulation (NMR) expectancies, mood, and affect intensity among clients in substance disorder treatment facilities*. *Addictive Behaviors*, 31, 811–820.
- Tomasson, K., & Vaglum, P. (1995). *A nationwide representative sample of treatment seeking alcoholics: A study of psychiatric comorbidity*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(5), 378–385.
- Weiss, K., & Rosenberg, D. (1985). *Prevalence of anxiety disorders among alcoholics*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46, 3–5.