

## اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی و افسردگی افراد وابسته به شیشه

جواد خلعتیری<sup>۱</sup>، محمد جواد آقاچانی<sup>۲</sup>

### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی و افسردگی در افراد وابسته به شیشه بود. این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد وابسته به شیشه مراجعه کننده به مراکز درمان سوءمصرف مواد شهرستان رودسر در سال ۱۳۹۵ بودند. ۲۴ فرد وابسته به مصرف شیشه که کمترین نمره را در خودکارآمدی و بیشترین نمره را در افسردگی کسب کرده بودند، انتخاب و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش آموزش شناختی-رفتاری را طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کرد و گروه کنترل هیچ گونه آموزشی دریافت نکرد. گروه آزمایش و کنترل به پرسش‌نامه‌های خودکارآمدی و افسردگی پاسخ دادند. نتایج نشان داد که درمان-شناختی رفتاری به شکل معناداری منجر به کاهش افسردگی و افزایش خودکارآمدی در گروه آزمایش شد. در مجموع، نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری در افزایش خودکارآمدی و کاهش افسردگی اثربخش است و می‌توان از آن استفاده کرد.

**کلیدواژه‌ها:** درمان شناختی-رفتاری، شیشه، خودکارآمدی، افسردگی

۱. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

۲. نویسنده مسؤل: مربی، گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران. پست الکترونیک:

psy.aghajani@yahoo.com

## مقدمه

امروزه سوء مصرف مواد به یکی از دغدغه‌های بزرگ تبدیل شده است. علی‌رغم تمهیدات اتخاذ شده در ابعاد گوناگون از جمله تشدید قوانین، مجرم شمردن فرد معتاد، مجازات مجرمین، انسداد مرزهای شرقی، اقدامات پزشکی و درمانی و انجام طرح‌های پژوهشی مختلف برای شناخت علل این پدیده، همچنان بیش از گذشته شاهد افزایش آمار معتادان، کاهش متوسط سن اعتیاد، بالارفتن نرخ شیوع آن، هزینه‌های متعدد امنیتی، اقتصادی و اجتماعی اعتیاد در جامعه هستیم (شاه بهرامی و عزتی، ۱۳۸۹). علاوه بر این، تغییر الگوی مصرف مواد مخدر از انواع سنتی به مواد صنعتی و شیمیایی و استفاده از مواد محرک و روان‌گردان چند سالی است که به عنوان یک تهدید جدی در سطح کشور تلقی می‌شود. مخدرهای صنعتی در واقع ترکیبی از مخدرهای سنتی با مواد شیمیایی هستند که در میان آن‌ها می‌توان به مت‌آفتمین یا شیشه اشاره نمود. در حال حاضر مصرف این مواد به شدت در حال افزایش است. در واقع این نوع از اعتیاد مهم‌ترین چالش پیش روی نظام خدمات درمانی سوء مصرف مواد کشور به حساب می‌آید. مواد صنعتی مانند شیشه برخلاف مواد سنتی، از مرزهای جغرافیایی مشخصی وارد کشور نمی‌شود چرا که لابراتورهای کوچک خانگی به محل‌های ساخت و تولید این مواد تبدیل شده‌اند (محمدی، ۱۳۹۰). قیمت شیشه، در حال کاهش و مصرف آن رو به افزایش است. مواد ارزان و مجاز موجود در بازار مثل، الکل، بنزین، آستون، آمونیاک، نمک آشپزخانه، محلول‌های اسیدی بازکننده فاضلاب‌ها، قرص‌های سرماخوردگی و یا هر داروی دیگر دارای افدرین<sup>۱</sup> یا سودوافدرین<sup>۲</sup>، از مواد اولیه سازنده شیشه هستند که این امر خود باعث فراوانی تولید و در نتیجه افزایش مصرف این ماده شده است (سیه‌جانی، اورکی و زارع، ۱۳۹۲). مت‌آفتمین یا شیشه پس از مصرف، به سرعت وارد مغز شده و باعث ترشح یکباره انتقال‌دهنده‌های عصبی نوراپی‌نفرین، دوپامین و سروتونین می‌شود و بر عملکرد شیمیایی سیستم عصبی مثل مکانیسم تنظیم ضربان قلب، دمای بدن، فشار خون، اشتها، تمرکز، خلق و خو و هوشیاری اثر می‌گذارد. اگر چه گزارش کمی

درباره مرگ و میر ناشی از استعمال مستقیم شیشه در دست است، باید این نکته را مورد توجه قرار داد که این ماده بسیار اعتیادآور بوده و دوز بالای آن می تواند موجب آسیب های مهلکی در رگ های مغزی و در نهایت مرگ شود (شعاع کاظمی، ۱۳۹۰).

مصرف طولانی مدت ماده محرک شیشه اثرات مخربی مانند توهم، از دست دادن حافظه، رفتار خشن و پرخاشگرانه، به هم ریختگی خلق، از دست دادن وزن و اختلال در عملکرد جنسی برجای می گذارد (عاملی، ابوالمعالی و میرزایی، ۱۳۹۱). ترکیبات مت آمفتامینی با تأثیرات سمی خود، سبب توقف تولید گلبول های قرمز و بروز کم خونی می شود (حاتمی، محسنی، شیخزاده و نجاتی، ۱۳۹۲). راوسون، گونزالس و بریسن<sup>۱</sup> (۲۰۰۲) معتقدند که عواملی مانند پیگیری ضعیف درمان توسط بیماران، میزان بالای انصراف از درمان، پارانوئای شدید، عودهای زیاد، موارد فراوان روان پریشی، بی قراری مداوم و همچنین شدت ولع مصرف، از جمله موارد چالش برانگیز درمان مصرف کنندگان مواد محرک، در مقایسه با سایر مواد اعتیادآور است.

اختلالات خلقی، اصلی ترین اختلالات همراه با مصرف مواد هستند (سوئندسن<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). تمایل به خودکشی به عنوان یک نگرانی بزرگ است که باید مورد ارزیابی دقیقی قرار بگیرد چرا که خطری فوری در زندگی بیماران محسوب می شود (ویجای کومار<sup>۳</sup>، کومار و ویجای کومار، ۲۰۱۱). افسردگی می تواند در حین مصرف مواد و یا ترک آن رخ دهد. چرا که بیش از ۳۷٪ سوء مصرف کنندگان الکل و ۵۳٪ سوء مصرف کنندگان داروها، حداقل دچار یک نوع بیماری روانی جدی هستند. از سوی دیگر، افسردگی و سایر بیماری های روانی می توانند خطر ابتلاء به اعتیاد را افزایش دهند (کرمی کتکی و جعفری، ۱۳۸۷).

برای ارزیابی و درمان یک فرد معتاد باید دانست که آیا اختلالات همراه با اعتیاد به دلیل مصرف مواد به وجود آمده یا اینکه وجود همین اختلالات موجب گرایش فرد به مصرف مواد شده است. این دو موضع گیری به این دلیل اهمیت دارد که می تواند روند

درمان را به کلی تغییر دهد. برای مثال در مورد معتادی که از افسردگی رنج می‌برد، خود رفتارهای اعتیاد آمیز ممکن است در نتیجه افسردگی قبلی فرد باشد، در نتیجه باید ابتدا افسردگی او درمان گردد. از سوی دیگر، اگر افسردگی بعد از پیشرفت سوء مصرف مواد به وجود آمده باشد، باید به درمان سوء مصرف پرداخته شود. ترکیب اعتیاد و افسردگی، درمان را دشوار می‌سازد؛ زیرا وقتی که فردی احساس ناامیدی، غمگینی یا درماندگی می‌کند، مقابله با اعتیاد او کار دشواری است که نیاز به مداخلات چند جانبه و مداوم دارد. بر این اساس با توجه به ارتباط بین اعتیاد و افسردگی، آگاهی از احتمال تشخیص دوگانه و اتخاذ مداخلاتی که هر دو جنبه را پوشش دهد، می‌توان بهبودی افراد را تسهیل نمود (کرمی کتکی و جعفری، ۱۳۸۷).

افسردگی ممکن است نشانهٔ درماندگی معتادین باشد که این امر به عنوان مانعی برای انجام رفتارهای موثر برای مبارزه با اعتیاد و یا بهره‌گیری از منابع مقابله‌ای موجود در سوء مصرف کنندگان مواد محسوب می‌شود (سارا، رزماری، مارتین و روزنو، ۲۰۰۸). افسردگی در بیماران معتاد بسیار شایع و در بسیاری از موارد آن قدر شدید است که مشخصه‌های یک افسردگی اساسی را برآورد می‌کند (مک‌گاورن، فاکس، اکسی و درانک، ۲۰۰۶). بسیاری از درمان‌جویان دچار سوء مصرف مواد، الگوهای تفکر خاصی دارند که موجب تداوم اختلال آن‌ها می‌شود. این الگوهای تفکر را باورهای مرتبط با انتظارات، باورهای مرتبط با اجازه مصرف و باورهای فرد در زمینه مصرف مواد تشکیل می‌دهند (پورمحمد، یعقوبی، یوسفی، محمدزاده و نجفی، ۱۳۹۲). بر همین اساس، سطح خودکارآمدی شخصی می‌تواند تا حدود زیادی رفتار انسان را در رابطه با نگرش به سوء مصرف مواد هدایت کند. خودکارآمدی، به معنای قضاوت فرد در مورد توانایی خودش است که از آن به عنوان «باور به واژه من می‌توانم» یاد می‌کنند. بدیهی است که تفکر، احساسات و رفتار انسان در موقعیت‌هایی که به توانایی خود اطمینان دارد، متفاوت از رفتار وی در مواقعی است که در آن احساس عدم توانایی و یا فقدان

صلاحیت می‌کند. شخص دارای خودکارآمدی بالا، در انجام کارها امیدوارتر و موفق‌تر است. احساس خودکارآمدی این توانایی را به فرد می‌دهد که بر رفتارهایش کنترل و نظارت داشته باشد، آن‌ها را با معیارهای خودش بسنجد و در صورت لزوم خود را تقویت و یا تنبیه نماید تا به اهداف مورد نظر برسد (قرباغی، امیر تیموری و مقامی، ۱۳۹۰). خودکارآمدی، در تلاش و پیگیری اهداف مؤثر است و نحوه مواجهه با موانع و چالش‌ها را تعیین می‌کند. این ویژگی همچنین نقش مهمی در سازگاری روان‌شناختی، سلامت جسمانی، راهبردهای تغییر رفتار (رستمی و همکاران، ۱۳۸۹)، بهبود مسائل بالینی، مهارت‌های اجتماعی، ابراز وجود و بازداری یا پایداری رفتار در موقعیت‌های گوناگون دارد (یوسف‌زاده، یعقوبی و رشیدی، ۱۳۹۱).

امروزه متداول‌ترین شیوه درمان اعتیاد، تجویز قرص و یا متادون به بیماران است. متادون، یک ماده صنعتی است که از راه خوراکی قابل استفاده می‌باشد و موجب فرونشینی علائم ترک می‌شود. تأثیر متادون به گونه‌ای است که با تجویز ۲۰ تا ۸۰ میلی گرم آن در روز می‌توان بیمار را در وضعی ثابت نگه داشت (آقاجانی و خلعتبری، ۱۳۹۶). درمان نگهدارنده با متادون یک مداخله مؤثر و ایمن برای افراد وابسته به موادمخدر است. متادون، هم مشکلات مربوط به ترک را از بین می‌برد و هم دارای تأثیر مثبت بر جنبه‌های مختلف فردی و اجتماعی افراد است (روحانی، سالاریه، عابدی و خیرخواه، ۱۳۹۱). با وجود این، مرور مطالعات گذشته نشان می‌دهد که اثربخشی درمان‌های نگهدارنده دارویی بدون مداخله‌های روانی- اجتماعی به علت تأکید صرفاً دارویی، موفقیت چندانی نداشته است (دباغی، اصغر نژاد فرید، عاطف وحید و بوالهروی، ۱۳۸۷). علاوه بر این، درمان دارویی مستقلی برای مصرف‌کنندگان شیشه وجود ندارد و در مدیریت درمان می‌بایست بیشتر روی مداخلات روانی- اجتماعی و درمان شناختی- رفتاری تأکید شود (برایان، ۲۰۰۹). در سال‌های اخیر این نوع درمان پیشرفت زیادی کرده و روش‌هایی ایجاد شده است که به نحو وسیعی در درمان افسردگی، اضطراب، ترس، درد و اعتیاد کارایی دارد (کمرزین، زارع و بروکی، ۱۳۹۱).

درمان شناختی-رفتاری پیشرفت جدیدی در درمان‌ها به شمار می‌آید. این شیوه در مدت کوتاهی توانست علاقه متخصصان بالینی را به خود معطوف سازد. سه دلیل عمده، برای این علاقه وجود دارد. نخست آن که روش‌های شناختی-رفتاری برعکس سایر شکل‌های رفتار درمانی، به طور مستقیم با افکار و احساسات سر و کار دارد. دوم آن که شکاف موجود بین درمان رفتاری و روان‌درمانی‌های پویا را پر می‌کند. سوم آن که برعکس روان‌درمانی پویا، پایه‌های علمی و قابلیت بیشتری در ارزیابی فعالیت‌های بالینی از خود نشان می‌دهد (یعقوبی، سهرابی و محمدزاده، ۱۳۹۱). درمان شناختی-رفتاری در حقیقت ترکیبی از دو تئوری مختلف درمانی و دو الگوی متفاوت است. مدل رفتاری آن بر اساس نظریه‌های یادگیری و این ایده اصلی است که همه رفتارهای سازگار یا ناسازگار آموخته می‌شوند. پارادایم شناختی این روش درمانی نیز ادعا می‌کند که اختلالات روانی از تغییرات شناختی مثل اشتباهات خاص در پردازش اطلاعات به وجود می‌آید (جوکیک-بجیک<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). درمان شناختی-رفتاری تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است که طی آن به بیماران کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهند و برای تغییر آن‌ها نیز از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان‌یافته‌ای استفاده کنند (دهشیری، ۱۳۹۱).

استفاده از روش شناختی-رفتاری در درمان سوءمصرف مواد بر اساس سه بحث نظری انجام می‌گیرد که شامل مصاحبه انگیزشی، مدل شناختی و برنامه‌های پیشگیری از عود است. مصاحبه انگیزشی که برای ایجاد انگیزه و تعهد در بیمار نسبت به ترک مواد است، توسط میلر و رولنیک<sup>۲</sup> از سال ۱۹۸۰ در رابطه با بیمارانی که در برابر تغییر مقاوم بودند به اجرا در آمد. در این مرحله به استقلال بیمار احترام گذاشته می‌شود و طی آن انگیزه او به عنوان یک مفهوم قابل تغییر، تقویت می‌شود. مصاحبه انگیزشی دارای اصول مهمی است که عبارتند از: همدلی کردن، اجتناب از بحث مستقیم و رویارویی تضاد برانگیز با بیمار، شناساندن اهداف حقیقی زندگی به او و در نهایت ایجاد احساس خودکارآمدی در بیمار. مدل شناختی که در آن بیمار نسبت به شناسایی و تغییر افکار و اعتقادات آماده می‌شود،

نخستین بار مورد توجه بک<sup>۱</sup> قرار گرفت. افراد معتاد و الکلی باورهایی مربوط به فقدان عشق، درماندگی و ناامیدی دارند. آن‌ها همچنین در برابر خستگی و سرخوردگی‌های احتمالی آستانه تحمل بسیار پایینی دارند. برنامه پیشگیری از عود نیز به موقعیت‌های پرخطر توجه دارد و هدف از اجرای آن ترکیب مهارت‌های شناختی و رفتاری است که مقاومت فرد در برابر محرک‌های مخرب آینده را افزایش می‌دهد. عقیده بر این است که بسیاری از رفتارهای اعتیادی، به دلیل عادات ناسازگار فرد در هنگام مواجهه با استرس‌های محیطی ظاهر می‌شوند مثل زمانی که فرد عادت کرده است که در موقعیت‌های پرتنش، به مصرف سیگار یا نوشیدن الکل بپردازد. در این زمینه باید توجه کرد که عادت‌های فرد در اختیار کامل او قرار ندارند و فرایند تغییر آن‌ها در طول زمان میسر می‌شود (قربانی، محمدخانی و صرامی، ۱۳۹۱). از مزایای این روش درمانی، کوتاه مدت بودن و ایجاد هماهنگی بین شناخت و رفتار است.

در یک فراتحلیل مشخص شد که مداخلات شناختی- رفتاری نقش مؤثری در کاهش مصرف و اشتیاق بیماران و سهم عمده‌ای نیز در کاهش میزان عود دارد. استفاده از مداخلات شناختی- رفتاری در کاهش درماندگی ناشی از مصرف مواد و کاهش خطر بازگشت از طریق تغییر متغیرهای شناختی میانجی مصرف مواد مانند باورهای مرتبط با اعتیاد (قربانی و همکاران، ۱۳۹۱)، کاهش اشتیاق و بهبود نشانه‌های افسردگی و اضطراب معتادان (مؤمنی، مشتاق و پورشهباز، ۱۳۸۹)، بهبود مهارت‌های مقابله‌ای (عاشوری، ملازاده و محمدی، ۱۳۸۷) و افزایش خودکارآمدی (کمرزین و همکاران، ۱۳۹۱؛ خدایاری فرد، حجازی و حسینی‌نژاد، ۱۳۹۴؛ شریعتی، ایزدی خواه، مولوی و صالحی، ۱۳۹۲؛ عیسی زادگان، شیخی، حافظ نیا و کارگری، ۱۳۹۳) کاربرد دارد.

وجود اختلالاتی مانند افسردگی می‌تواند روند مقابله افراد با معضل سوء مصرف مواد و همچنین بهبودی نسبی جسمی و روانی آنان را به شکل قابل ملاحظه‌ای مختل کند. بعلاوه، باورهای ناکارآمد و احساس عدم توانایی در کنترل محیط و رفتارهای اعتیادآمیز می‌تواند نقش مهمی در شروع، دوام و حتی فرایند ترک اعتیاد افراد داشته باشد. بنابراین، هدف

درمان شناختی- رفتاری این است که در کنار افزایش انگیزه افراد نسبت به درمان، به آن‌ها آموزش دهد که اگر چه نمی‌توانند بر تمام جنبه‌های محیط تسلط داشته باشند اما می‌توانند چگونگی تعبیر و تفسیر و پرداختن به چیزهایی که در محیطشان وجود دارد را کنترل کنند. با توجه به آنچه ذکر شد سؤال اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا درمان شناختی- رفتاری بر افزایش خودکارآمدی و کاهش میزان افسردگی در افراد وابسته به شیشه موثر است؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. با کسب مجوز لازم از مسئولان فنی مراکز درمان سوءمصرف مواد شهرستان رودسر، سه مرکز به طور تصادفی انتخاب شد که جمعاً ۴۸ معتاد وابسته به شیشه داشت که به سؤالات سه بخشی اطلاعات فردی (سن، وضعیت تأهل و تحصیلات) و مقیاس خودکارآمدی شرر و پرسشنامه افسردگی بک پاسخ دادند. اعتیاد به مصرف شیشه، داشتن پرونده درمانی، دارا بودن حداقل تحصیلات سیکل، اعلام آمادگی برای دریافت خدمات روان‌شناختی در مرکز، توافق برای انجام تکالیف ارائه شده در گروه و توافق برای حضور مستمر در جلسات ملاک‌های ورود به پژوهش بودند. از میان ۴۸ نفر، ۲۴ نفر که دارای ملاک‌های ورود بودند انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه (۱۲ نفر به عنوان گروه آزمایش و ۱۲ نفر گروه کنترل) تقسیم شدند.

### ابزار

مقیاس خودکارآمدی عمومی: برای سنجش خودکارآمدی از پرسش‌نامه خودکارآمدی شرر و مادوکس<sup>۱</sup> (۱۹۸۲) استفاده شد. این مقیاس ۲۳ سؤال دارد که ۱۷ سؤال آن مربوط به خودکارآمدی عمومی و ۶ ماده دیگر مربوط به تجربیات خودکارآمدی در موقعیت‌های اجتماعی است. در این پژوهش از مقیاس ۱۷ ماده‌ای خودکارآمدی شرر



استفاده شده است. این مقیاس به صورت ۵ گزینه‌ای است و به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد. به این ترتیب بالاترین نمره در این مقیاس ۸۵ و پایین‌ترین نمره ۱۷ است. شرر و مادوکس (۱۹۸۲) میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. بر اساس بررسی‌های انجام شده بین نمرات خودکارآمدی و مقیاس کنترل‌درونی-بیرونی، همبستگی منفی و بین مقیاس شایستگی اجتماعی با خودکارآمدی همبستگی مثبت به دست آمده است (به نقل از خلعتبری، قربان‌شیرودی و شکرگزار، ۱۳۹۰). در پژوهش نجفی و فولادچنگ (۱۳۸۶) پایایی این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش شده است.

مقیاس افسردگی بک: مقیاس افسردگی بک اولین بار توسط بک، وارد و مندلسون در سال ۱۹۶۱ منتشر شد و شامل ۲۱ پرسش است. هر پرسش دارای چهار گزینه است و بین ۰ تا ۳ نمره به هر گزینه تعلق می‌گیرد. دامنه نمرات می‌تواند بین ۰ تا ۶۳ باشد که امتیاز بالا نشانه شدت بیشتر افسردگی است. نمرات برش استاندارد که توسط بک و همکاران (۱۹۶۱) پیشنهاد شده است به ترتیب عبارتند از: غیر افسرده (۰ تا ۹)، افسردگی خفیف تا متوسط (۱۰ تا ۱۸)، افسردگی متوسط تا شدید (۱۹ تا ۲۹) و افسردگی شدید (۳۰ تا ۶۳). این آزمون به صورت گروهی و فردی قابل اجرا است و به لحاظ زمانی محدودیتی ندارد. اجرای آن حدود ۵ دقیقه طول می‌کشد و برای افراد ۱۳ به بالا مناسب است (به نقل از یعقوبی، ۱۳۸۷). جعفرطباطبایی، احدی و خامسان (۱۳۹۲) در مطالعه خود نمره برش ۱۸ را برای این پرسش‌نامه پیشنهاد کرده‌اند. فتی، بیرشک و عاطف‌وحید (۱۳۸۲) ضریب آلفای ۰/۹۱ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند.

پس از اجرای پیش‌آزمون‌ها و جایگزین کردن آزمودنی‌ها به طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل، جلسات درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی به صورت ۱۲ جلسه در طی ۳ ماه و به صورت هفته‌ای ۱ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه اجرا شد. جلسات درمان با استفاده از الگوی شناختی-رفتاری اجرا شده در پژوهش خالدیان و محمدی‌فر (۱۳۹۴) با روش سخنرانی و بحث گروهی برای گروه آزمایش برگزار شد، درحالی که

گروه کنترل هیچ گونه آموزشی دریافت نکرد و تنها پیش‌آزمون و پس‌آزمون از آن‌ها به عمل آمد. شرح جلسات در جدول ۱ ارائه شده است. در پایان، هر دو گروه آزمایش و کنترل مجدداً به پرسش‌نامه‌های خودکارآمدی و افسردگی پاسخ دادند.

**جدول ۱: محتوای جلسات درمان شناختی-رفتاری گروهی**

جلسه	محتوا
اول	آماده‌سازی و تعیین اهداف، خوش‌آمدگویی، آشنایی با افراد گروه، معرفی مدل درمان شناختی رفتاری، اجرای پیش‌آزمون، آموزش بالا بردن انگیزه، مشخص کردن و جنگیدن با برانگیزاننده‌ها و شناسایی آن‌ها، درک میل، توصیف میل و مقابله با میل و اجتناب از نشانه‌ها.
دوم	آموزش تقویت انگیزه و تعهد بیمار نسبت به ترک مصرف مواد، نظریه شناختی افسردگی. تمرین: دسته-بندی باورها، شناسایی افکار خودآیند، شناسایی مقاومت‌های احتمالی در برابر درمان، روش‌های پیشگیری، تمرین آرمش، تعیین تکلیف برای جلسه آینده.
سوم	روشن‌سازی اهداف درمان، تزریق فکر، تمرین تزریق فکر، اولویت‌بندی سایر مسائل آماجی، بررسی و توجه به دوسوگرایی بیمار در رابطه با ترک مصرف مواد و تعیین تکلیف برای جلسه بعد.
چهارم	مرور تکلیف جلسه قبل، انواع باورها، تمرین: دسته‌بندی باورها، ارزیابی دسترس‌پذیری مواد، شناسایی عرضه‌کنندگان مواد (مقابله با دوستان و اعضای خانواده)، نحوه برخورد با عرضه‌کنندگان مواد، و تعیین تکلیف برای جلسه بعد.
پنجم	مرور تکلیف جلسه قبل، تهیه فهرست اصلی باورها، شروع فهرست اصلی باورها، نقش‌های شناختی، سخنرانی آموزشی، بحث در مورد شیوه‌های ارتباطی اعضا، آموزش مهارت‌های امتناع از مصرف مواد، ایفای نقش در جلسه درمان، مرور تفاوت بین پاسخ‌دهی انفعالی، پرخاشگرانه و جرات‌ورزانه، تعیین تکلیف برای هفته آینده.
ششم	مرور تکلیف جلسه قبل، تهیه فهرست از باورهایی که در تاریخ بشر و در زندگی خود شرکت‌کنندگان، تغییر کرده‌اند، آزمون باورها، تحلیل واقعیت، تمرین تحلیل عینی، تحلیل معیار، مدیریت اختلال افسردگی بدون اختلال وابستگی مواد، شناسایی و مقابله با افکار مرتبط با مواد و افسردگی، تعیین تکلیف برای هفته آینده.
هفتم	مرور تکلیف جلسه قبل، تحلیل سودمندی، تمرین تحلیل همسانی، آشنایی با مدل ABCD، تمرین عملی کار با مدل ABCD، ارائه گزارش، و تعیین تکلیف برای هفته آینده.
هشتم	مرور تکلیف جلسه قبل، تحلیل منطقی، تمرین: تحلیل منطقی، درک تصمیم‌های به ظاهر نامربوط، انکار، تردید، تصدیق و پذیرش، تمرین روی تصمیم‌گیری‌های سالم، و تکلیف برای جلسه بعد.
نهم	مرور تکلیف جلسه قبل، تهیه سلسله مراتب، شروع به ایجاد باورهای مخالف، تفسیر و شناسایی علائم اولیه اغتشاش، پیش‌بینی موقعیت‌های خطرآفرین، تدوین یک برنامه مقابله‌ای، تکلیف برای جلسه بعد.
دهم	مرور تکلیف جلسه قبل، تغییر ادراکی، تمرین تکمیل برگه‌های تغییر ادراکی، تمرین بازداری قشری اختیاری در یک گروه بزرگ، معرفی گام‌های اساسی مسله‌گشایی، تمرین مهارت‌های مسله‌گشایی (در

**جدول ۱: محتوای جلسات درمان شناختی-رفتاری گروهی**

جلسه	محتوا
	مورد افسردگی و مصرف مواد برای هر کدام یک مورد و چگونگی تعامل بین این دو اختلال)، تکلیف برای هفته آینده.
یازدهم	مرور تکلیف جلسه قبل، تمرین تنبیه خود- خودپاداش دهی، تدوین یک طرح نگهدارنده، شناسایی مسل(مسائل روانی اجتماعی)، تعیین اهداف(شناسایی و اولویت بندی)، شناسایی منابع (راه حل ها و امکانات لازم)، مشخص کردن برنامه (تهیه یک برنامه حمایتی عینی و گام های لازم جهت دستیابی به اهداف)، تعیین تکلیف برای هفته آینده.
دوازدهم	مرور تکلیف، مرور برنامه، برنامه ای برای پیگیری و ارزیابی پس از درمان، ارائه بازخورد در مورد پیشرفت، دریافت بازخورد از بیمار در مورد جنبه های موفق و ناموفق درمان، اجرای پس آزمون، و برنامه اختتامیه.

**یافته ها**

میانگین سن گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۳۱/۵ و ۲۹/۴ بود. در رابطه با وضعیت تأهل نتایج حاکی از آن که ۵۰ درصد از افراد گروه آزمایش مجرد، ۲۰ درصد متأهل و ۳۰ درصد باقی مانده متارکه کرده بودند. در گروه کنترل نیز ۵۰ درصد از افراد گروه آزمایش مجرد، ۳۰ درصد متأهل و ۲۰ درصد باقی مانده متارکه کرده بودند. همچنین در ارتباط با سطح تحصیلات، در گروه آزمایش ۶۰ درصد افراد دارای تحصیلات مقطع متوسطه، ۲۰ درصد فوق دیپلم و ۲۰ درصد کارشناسی بودند. در گروه کنترل نیز ۵۰ درصد افراد دارای تحصیلات مقطع متوسطه، ۳۰ درصد فوق دیپلم و ۲۰ درصد کارشناسی بودند.

**جدول ۲: آماره های توصیفی مقیاس باورهای خود کارآمدی و افسردگی به تفکیک گروه**

و نوع آزمون				
متغیرها	گروه	نوع آزمون	میانگین	انحراف استاندارد
خود کارآمدی	آزمایش	پیش آزمون	۴۱/۵۰	۱۳/۰۸
		پس آزمون	۴۹/۵۸	۱۳/۳۵
	کنترل	پیش آزمون	۳۷/۹۱	۶/۴۱
		پس آزمون	۳۸/۳۳	۸/۰۷
افسردگی	آزمایش	پیش آزمون	۳۵/۴۱	۱۱/۴۵
		پس آزمون	۱۶/۵۰	۸/۹۱
	کنترل	پیش آزمون	۳۵/۵۸	۱۵/۱۰
		پس آزمون	۳۵/۰۰	۸/۱۷

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین باورهای خودکارآمدی گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل افزایش داشته است. همچنین نتایج همین جدول حاکی از آن است که میانگین افسردگی گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش داشته است.

ابتدا برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد. آزمون لون نشان داد که برابری واریانس‌ها نیز رعایت شده است ( $F=0/170$  &  $p > 0/648$ ). همچنین برای بررسی فرض همگنی ماتریس کواریانس‌ها از آزمون ام باکس استفاده شد و نتایج حکایت از برقراری پیش فرض داشت ( $F=1/28, p=0/001$ ). برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد که نتایج حکایت از نرمال بودن توزیع‌ها داشت ( $p=0/001$ ). نتایج نشان داد که شرط یکسان بودن شیب خط رگرسیون برقرار بود. با توجه به برقراری پیش فرض‌ها تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد که نتایج حکایت از معناداری داشت ( $F=0/648$  = اندازه اثر،  $p=0/001$ ،  $F=17/48$ ،  $p=0/35$  = لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت

متغیرها	میانگین مجزورات	درجات آزادی	F	معنی داری	ضریب اتا
افسردگی	۹۵/۶۶	۱	۱۹/۳۹۴	۰/۰۲۵	۰/۳۶۵
خودکارآمدی	۱۵۴۱/۰۷۲	۱	۲۷/۰۸۷	۰/۰۰۱	۰/۵۷۵

جدول ۳ نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری در هر دو متغیر افسردگی و خودکارآمدی موثر بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی آموزش شناختی-رفتاری بر میزان خودکارآمدی و افسردگی افراد وابسته به شیشه انجام شد. با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که گروه درمانی شناختی-رفتاری در تغییر خودکارآمدی و سطح افسردگی افراد وابسته به شیشه مؤثر است. در واقع شرکت در جلسات درمان شناختی-رفتاری در افزایش

خودکارآمدی افراد وابسته به شیشه مؤثر بود. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های کم‌رزین و همکاران (۱۳۹۱)، خدایاری فرد و همکاران (۱۳۹۴)، شریعتی و همکاران (۱۳۹۲)، عیسی‌زادگان و همکاران (۱۳۹۳) همخوانی دارد. خودکارآمدی از تئوری شناخت اجتماعی مشتق شده است و به اعتقاد فرد نسبت به توانایی خود در انجام وظایف و مسئولیت‌های مختلف زندگی اشاره دارد. محققین، خودکارآمدی را یکی از غنی‌ترین منابع درون‌فردی می‌دانند که انسان را برای انجام تکالیف روزمره توانا می‌سازد و یک عامل پیش‌بینی‌کننده برای تغییر رفتارهای مربوط به سلامتی است (بهدانی، دستجردی و شریف‌زاده، ۱۳۹۱). افراد خودکارآمد، اغلب به طور فعالانه‌ای در برنامه‌های بهداشتی شرکت می‌کنند و آن را ادامه می‌دهند (رفیعی، ناصح و یادگاری، ۱۳۹۱). افراد خودکارآمد در انجام تکالیف استقامت زیادی دارند، فعالانه در جستجوی موفقیت‌های جدید هستند، از تفکر تحلیلی استفاده می‌کنند، از مشکلات هراسی ندارند، در کارهایشان تعهد و پایداری بالایی دارند و هرگاه که عقب‌نشینی لازم باشد با تسلط بر خود، این کار را انجام می‌دهند (بندورا، باربارانلی، کاپرارا، پاستورلی و ریجالیا، ۲۰۰۲). افرادی که خودکارآمدی پایینی دارند احساس می‌کنند که در کنترل رویدادهای زندگی خود در مانده هستند. آن‌ها به محض اینکه با مانعی روبرو می‌شوند، اگر تلاش‌های اولیه در برخورد با مشکلات بی نتیجه باشد سریعاً قطع امید می‌کنند (بیسشاپ، کینزمن، بکم و دگ، ۲۰۰۴).

اغلب وابستگان به مواد صنعتی و مخدرها به دلیل اینکه خود را به عنوان افرادی ناتوان ارزیابی می‌کنند، از احساس خودکارآمدی بسیار اندکی برخوردارند. آن‌ها به دلیل داشتن انتظارات ضعیف از خود، قادر به سازگاری و حل تعارض‌ها نیستند و هنگام برخورد با تنیدگی، به جای استفاده از راهبردهای مثبت حل مشکل، از رفتارهای ناکارآمدی مانند مصرف مواد استفاده می‌کنند (رنجبر، علیلو، اسدی، قدرتی و نجار، ۱۳۹۲). تکنیک‌های مورد استفاده در درمان شناختی-رفتاری مانند تجربه ابزار وجود، جراتمندی، آرمیدگی،

اتخاذ تصمیم، حل مشکلات، ارتباط با دیگران و مدیریت زمان به طور واضحی بر باورها و برداشت‌های افراد معتاد تأثیر می‌گذارد (دستجانی، رحمانی و تیزدست، ۱۳۹۲). درمان‌های روان‌شناختی بخصوص رویکرد شناختی-رفتاری با توجه به اینکه به بازسازی شناختی افراد می‌پردازد، رویکردی ایده‌آل محسوب می‌شود. اجرای مداخله‌های روان‌شناختی نه تنها پیامدهای عاطفی منفی افراد وابسته به مواد را تخفیف می‌دهد بلکه به افزایش سطح پایبندی به توصیه‌های درمانی هم کمک می‌کند. افزایش خودکارآمدی باعث می‌شود که افراد وابسته به مواد، احساس رضایت کنند که این به نوبه خود موجب افزایش شادکامی، بهزیستی روانی و کیفیت زندگی افراد می‌شود (عیسی‌زادگان و همکاران، ۱۳۹۳).

افراد معتاد از جمله کسانی هستند که اطمینان کمتری به توانایی خود در انجام رفتارهایی مانند پرهیز از مواد دارند. آن‌ها ممکن است در مرحله پیش‌تأملی یا ناآگاهی بمانند و از بابت احتمال تغییر، ناامید شوند. برای اینکه فرد وابسته به مصرف مواد از مرحله عزم و آمادگی برای درمان، به مرحله اقدام و بقای فرایند درمان برسد، لازم است که خودکارآمدی و اطمینان به خود در او تقویت شود. خودکارآمدی به نحوی پاسخ به این سؤال است که آیا من می‌توانم از عهده انجام کار برآیم یا خیر؟ (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۹۴).

هنگامی که سطح مشکلات زندگی افزایش می‌یابد فرد احتمالاً از مواد به عنوان راهی برای مقابله با طیف گسترده مشکلات خود بهره می‌گیرد. این وضع به چند دلیل رخ می‌دهد. ممکن است فرد قبلاً راهبردهای مؤثر مقابله با مشکلات را فرا نگرفته باشد و یا این احتمال وجود دارد که در گذشته این راهبردها را فرا گرفته باشد، ولی به دلیل کاربرد مداوم مواد به عنوان راهی برای رویارویی با مشکلات، این مهارت‌های فرد ضعیف شده باشد. همچنین ممکن است که این بیماران به علت درگیری درازمدت با سبک زندگی متکی به مصرف مواد که در آن بخش مهمی از وقت آنان صرف تهیه، مصرف و سپس بهبودی اثرات مواد می‌شود، راهبردهای مؤثر را فراموش کرده باشند (عاشوری و همکاران، ۱۳۸۷). درمان شناختی-رفتاری با تأکید بر مواردی مانند روشن‌سازی و

اولویت‌بندی اهداف، مقابله با افکار موافق با مصرف مواد، آموزش و تمرین فنون کنترل میل به مصرف، بررسی راهبردهای قطع ارتباط با عرضه‌کنندگان مواد، یادگیری و تمرین مهارت امتناع از مواد و مرور تفاوت بین پاسخ‌دهی انفعالی و پرخاشگرانه و جرأت‌ورزی، می‌تواند در افزایش خودکارآمدی و پذیرش مسولیت فرایند درمان توسط مراجع مؤثر باشد. با توجه به ویژگی‌های خاص درمان مبتنی بر فنون شناختی-رفتاری، به نظر قابل توجه است که این شیوه درمانی باعث افزایش خودکارآمدی در افراد وابسته به شیشه شود. در یک بررسی (رنجبر و همکاران، ۱۳۹۲) مشخص شد که خودکارآمدی و گرایش به مصرف مواد، به شکل متقابلی بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند. به این معنی که افراد با احساس خودکارآمدی پایین، گرایش بیشتری به مصرف مواد دارند و در مقابل، احساس خودکارآمدی پایین، احتمالاً یکی از نتایج مصرف مواد است.

نتایج پژوهش حاضر حاکی از اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر افسردگی بود. به این معنی که شرکت در جلسات درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش سطح افسردگی در افراد وابسته به شیشه مؤثر بوده است. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های عاشوری و همکاران (۱۳۸۷)، مؤمنی و همکاران (۱۳۸۹) و قربانی و همکاران (۱۳۹۱)، همخوانی دارد. به نظر می‌رسد که کاربرد درمان گروهی به شیوه شناختی-رفتاری، به لحاظ بالینی سودمند و اثربخش و از لحاظ اقتصادی مقرون به صرفه است (اولاتونجی، کسلر و دیسون، ۲۰۱۰؛ جوکیک-بجیک، ۲۰۱۰).

طبق مطالعات انجام شده در زمینه ارتباط افسردگی با گرایش به مصرف مواد، افسردگی نیز مانند خودکارآمدی پایین، با میزان تمایل افراد به اعتیاد رابطه دوسویه‌ای دارد. افراد دچار اعتیاد به دلایلی مانند طرد شدن، بروز مشکلات اقتصادی و همچنین سرکوب توانایی‌ها و احساس خودکارآمدی پایین، در مواقعی برخی از اختلالات خلقی را تجربه می‌کنند. همچنین، اخیراً این احتمال نیز قوت یافته است که افراد افسرده در مقایسه با دیگران به احتمال بیشتری به سمت مصرف مواد گرایش پیدا می‌کنند (کرمی کتکی و جعفری، ۱۳۸۷). شاید سوء مصرف مواد نوعی خود درمانی و احساسات لذت بخشی را

برای افراد افسرده به همراه دارد که این افراد در هیچ جای دیگری آن را نمی‌یابند. افسردگی در جامعه امروز، یک بیماری جدی و از شایع‌ترین اختلالات روانی به حساب می‌آید. این اختلال می‌تواند به طور بارزی موجب افت عملکرد بیمار در همه زمینه‌های شغلی، روابط اجتماعی و خانوادگی و همچنین موجب عدم احساس لذت و فشار عاطفی شود. گاهی بیماران افسرده به حدی از ناامیدی می‌رسند که به فکر سوء مصرف مواد و یا خودکشی می‌افتند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۲، ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷). بنابراین، شناخت، کنترل و درمان افسردگی می‌تواند یک اولویت اصلی در سلامت افراد جامعه باشد. درمان شناختی-رفتاری شامل یک بخش اساسی از دیدگاه بک است که در آن به شناخت و تغییر آن در مقابله با مشکلات روان‌شناختی تأکید ویژه‌ای می‌شود. طبق نظر بک، شناخت‌های نادرست علت عمده بیماری‌های روانی خصوصاً افسردگی است. بک باور دارد که هیجان‌ها و رفتار افراد تا حدود زیادی نتیجه نحوه تفکر و نظر آن‌ها درباره جهان اطرافشان است. افراد افسرده خود را مسؤل موقعیت‌های منفی و دشوار زندگی می‌دانند. آن‌ها مشکلات را اغراق‌آمیز جلوه می‌دهند، خود را مغلوب فشارها می‌دانند و ناتوان‌ترین و بازنده‌ترین فرد تصور می‌کنند (احمدی، احدی، مظاهری، دلاور و نجاریان، ۱۳۹۰). درمان شناختی-رفتاری، باورها و رفتارهای افراد را هدف تغییر قرار می‌دهد چرا که فرض می‌شود که باور و فرایندهای شناختی افراد تعیین می‌کند که آن‌ها در موقعیت‌های مختلف چه احساس و یا حالتی را تجربه کنند. در اینجا منظور از فرایندهای شناختی، اصول و قواعدی است که هر یک از ما در پردازش اطلاعات محیطی خود به کار می‌بریم. درمان شناختی-رفتاری در بُعد رفتاری به اصلاح رفتارهای قابل مشاهده فرد نظیر انزوا و کم‌جراتی می‌پردازد که به طور معمول به علائم افسردگی یا دیگر مشکلات روان‌شناختی منجر می‌شوند (بیک محمدی، ترخان و اکبری، ۱۳۹۱). در رویکرد درمانی شناختی رفتاری به افکار خودآیند منفی توجه ویژه‌ای می‌شود (اسمعیلی و همکاران، ۱۳۹۲). در مجموع، در شیوه درمان شناختی-رفتاری این باور وجود دارد که درمانگر با وجود اینکه نمی‌تواند شرایط زندگی بیمار را تغییر دهد، ولی شاید بتواند نگرش بیمار درباره رویدادهای زندگی و استرس‌های ناشی از آن را



تغییر دهد. بنابراین به بیمار کمک می‌کند تا در معیارهای آرمان‌گرایانه و شیوه‌های مقابله خود با رویدادها بازنگری کند، کمتر از خود انتقاد کند و راه‌حل‌های تازه‌ای برای مشکلات خود بیابد (سجادی‌نژاد، محمدی، تقوی و اشجع‌زاده، ۱۳۸۷). با توجه به این مطلب، در جلسات درمانی، افراد وابسته به شیشه یاد گرفتند که به افکار منفی که سبب بدتر شدن خلق آنان می‌شود توجهی نکنند. به این ترتیب آن‌ها توانستند از درگیر شدن در چرخه تفکر معیوب که عامل اصلی عود افسردگی است و باعث کاهش رفتار هدفمند و توانایی حل مسأله می‌شود، رهایی یابند.

از جمله تبیین‌های کلی اثربخشی جلسات شناختی-رفتاری بر باورهای خودکارآمدی و افسردگی افراد وابسته به شیشه، تغییر نگرش منفی موجود نسبت به خود و جهان، تقویت رفتارهای مقاومت فعالانه با مشکلات و همچنین شرکت در جلسات گروهی بود. وجود مؤلفه مهم فعال‌سازی رفتاری همراه با درمان‌های شناختی، عامل کاهش افسردگی در ابتدای درمان و نیز عامل تداوم‌دهنده اثرات این درمان‌ها در کاهش خلق افسرده بعد از درمان است. بنابراین، می‌توان استدلال کرد که توجه به هیجانات و نگرش‌های منفی راه‌انداز خلق افسرده، همراه با تقویت رفتارهای فعال و کارآمد فرد افسرده، منجر به افزایش خودکارآمدی و تغییر شناخت‌های ناکارآمد و در نهایت باعث تغییر خلق افسرده به خلق متعادل می‌شود (خدایی، خزاعی، کاظمی و علی‌آبادی، ۱۳۹۱). علاوه بر این، حضور منسجم در یک گروه آموزشی، موجب بهبود نگرش شخصی و روابط اجتماعی می‌شود. درک این نقطه نظر که ممکن است افراد دیگری نیز دچار مشکلات مشابهی باشند، به ایجاد یک خودپنداره مثبت در افراد کمک می‌کند. گروه می‌تواند شرایطی ایجاد کند که فرد دیدگاه خود را نسبت به خود و دیگران از نو تعریف کند. گروه باعث احساس امنیت می‌شود و موانع تبادل نظر و ارتباط با دیگران را کاهش می‌دهد (آقاجانی، تیزدست و میرهاشمی، ۱۳۹۵).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که شدت وابستگی و طول مدت وابستگی به شیشه افراد کنترل نشد. بعلاوه، این تحقیق روی مراجعه‌کنندگان مراکز درمان سوءمصرف مواد شهرستان رودسر انجام شد، لذا امکان تعمیم نتایج حاصله به سایر

شهرستان‌های کشور وجود ندارد. با عنایت به نتایج تحقیق، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده، روش‌های درمانی دیگری در کنترل افسردگی و افزایش خودکارآمدی افراد وابسته به شیشه انجام شود. انجام مطالعات مشابه روی نمونه‌های بزرگ‌تری از افراد وابسته به شیشه می‌تواند باعث رفع محدودیت‌های ناشی از تعداد نمونه باشد. پیشنهاد می‌شود که گروه درمانی شناختی-رفتاری به عنوان بخشی از برنامه‌های مراکز درمان سوءمصرف مواد مورد توجه قرار گیرد.

## منابع

احمدی، رضا؛ احدی، حسن، مظاهری، محمدهادی، دلاور، علی و نجاریان، بهمن (۱۳۹۰). تاثیر آموزش برنامه‌ریزی عصبی-کلامی بر افسردگی دانشجویان. یافته‌های نو در روانشناسی، ۶ (۱۸)، ۷۴ - ۵۹.

اسمعیلی، احمد؛ اسدینیا، سعید، عیسی‌زاده، افشین، امیرسرداری، لیلی، عیسی‌زادگان، علی و انصاری، بهجت (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی و بهبود سبک زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. مجله پزشکی ارومیه، ۲۴ (۲)، ۸۱۲-۸۲۲.

آقاجانی، محمدجواد و خلعتبری، جواد (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مثبت‌نگری بر اساس مفاهیم قرآنی بر عزت‌نفس و امید به زندگی زنان معتاد. فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده، ۱۱ (۳۷)، ۱۱۲-۹۳.

آقاجانی، محمدجواد؛ تیزدست، طاهر و میرهاشمی، سیدمهدی (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش سرسختی بر عزت‌نفس و سازگاری معتادین مرد. مجله پرستاری و مامایی جامع‌نگر، ۲۶ (۸۲)، ۹-۱. بهدانی، سوسن؛ دستجردی، رضا و شریف‌زاده، غلامرضا (۱۳۹۱). رابطه توکل به خدا و خودکارآمدی با سلامت روان بیماران دیابتی تیپ دو. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۱۹ (۳)، ۳۰۲-۳۱۱.

بیک محمدی، محبوبه؛ ترخان، مرتضی و اکبری، بهمن (۱۳۹۱). تأثیر آموزش گروهی شناختی رفتاری و مصون‌سازی در مقابل فشار روانی بر سازگاری اجتماعی و خودپنداره دانش‌آموزان دختر دبیرستانی. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۳ (۴)، ۴۱-۵۰. پورمحمد، وحیده؛ یعقوبی، حسن، یوسفی، رحیم، محمدزاده، علی، نجفی، محمود (۱۳۹۲). مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک زندگی در افراد وابسته به مواد و افراد عادی. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۷ (۲۷)، ۱۰۷-۱۲۳.

جعفر طباطبایی، تکتم سادات؛ احدی، حسن و خامسان، احمد (۱۳۹۲). تأثیر آموزش خوش بینی بر اضطراب و افسردگی دانشجویان. *مراقبت‌های نوین، فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، ۱۰ (۱۰)، ۳۴-۴۲.

حاتمی، حمیرا؛ محسنی، صفر، شیخ‌زاده، فرزاد و نجاتی، فرانک (۱۳۹۰). بررسی مقایسه‌ای اثرات تزریق درون صفاقی هروئین و شیشه بر تعداد سلول‌های خونی و لیپوپروتئین‌های سرمی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۱ (۲)، ۶۰-۶۷.

خالدیان، محمد و محمدعلی محمدی فر (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی شناختی-رفتاری و معنادرمانی بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در افراد معتاد به مواد مخدر. *اعتیادپژوهی*، ۳۶ (۹)، ۶۳۸۰.

خداپاری‌فرد، محمد؛ حجازی، الهه و حسینی‌نژاد، ناهید (۱۳۹۴). اثربخشی مشاوره شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و رضایت زناشویی زنان وابسته به سوء مصرف مواد دارای همسر و فرزند. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۶ (۲)، ۶۱-۷۵.

خدایی، سجاده؛ خزاعی، کلثوم، کاظمی، طویبی و علی‌آبادی، زهرا (۱۳۹۱). تأثیر گروه درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سکتة قلبی. *مجله مراقبت‌های نوین، فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، ۹ (۴)، ۳۶۴-۳۷۰.

خلعتبری، جواد و بازرگانیان، نگار (۱۳۹۰). مقایسه افسردگی، اضطراب و استرس در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر مبتلا و غیرمبتلا به ایدز و اچ ای وی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۲۰ (۷۸)، ۶۷-۸۳.

خلعتبری، جواد؛ قربان‌شیرودی، شهره و شکرگزار، معصومه (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی گروه درمانی به شیوه شناختی-رفتاری بر میزان خودکارآمدی بیماران وابسته به مواد. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۹ (۱۶۴)، ۳۰۰-۲۹۴.

دباغی، پرویز؛ اصغرنژادفرید، علی‌اصغر، عاطف وحید، محمد کاظم و بوالهروی، جعفر (۱۳۸۷). اثربخشی پیشگیری از عود بر پایه ذهن‌آگاهی در درمان وابستگی به مواد افیونی و سلامت‌روانی، *فصلنامه علمی سوء مصرف مواد*، ۷ (۲)، ۲۹-۴۴.

دستجانی، اکرم؛ رحمانی، محمدعلی و تیزدست، طاهر (۱۳۹۲). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر باورهای غیرمنطقی و کیفیت زندگی افراد وابسته به آمفتامین. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۷ (۲۶)، ۱۲۰-۱۲۹.

دهشیری، غلامرضا (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اضطراب و نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روانشناسی بالینی*، ۲۷ (۲)، ۱۹-۲۷.

رستمی، رضا؛ شاه‌محمدی، خدیجه، قائدی، غلامحسین، بشارت، محمدعلی، اکبری زردخانه، سعید، و نصرت‌آبادی، مسعود (۱۳۸۹). رابطه خودکارآمدی با هوش هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده در دانشجویان دانشگاه تهران. *افق دانش؛ فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد*، ۳ (۱۶)، ۴۶-۵۴.

رفیعی، فروغ؛ ناصح، لادن و یادگاری، محمدعلی (۱۳۹۱). ارتباط خودکارآمدی و کیفیت زندگی در بیماران دارای استومی. *نشریه مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۲۵ (۷۶)، ۶۴-۷۶.

رنجبر، فرزانه؛ محمودعلیلو، مجید، اسدی، سامره، قدرتی، یلدا و نجار، سیده مهسا (۱۳۹۲). مقایسه راهبرد های مقابله با استرس، کمال‌گرایی و خودکارآمدی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد و افراد بهنجار. *فصلنامه اعتیاد‌پژوهی*، ۷ (۲۵)، ۳۹-۵۵.

روحانی، صمد؛ سالاریه، ایرج، عابدی، صالح و خیرخواه، فرزانه (۱۳۹۱). بررسی تأثیر درمان نگهدارنده متادون بر کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد مخدر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۲ (۸۷)، ۴۷-۵۵.

سجادی نژاد، مرضیه؛ محمدی، نورا، تقوی، سید محمدرضا و اشجع‌زاده، ناهید (۱۳۸۷). تأثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری بر افسردگی و احساس ناتوانی ناشی از سردرد در بیماران مبتلا به میگرن و سردرد تنشی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۴ (۱۴)، ۴۱۱-۴۱۸.

سیه‌جانی، لیلی؛ اورکی، محمد و زارع، حسین (۱۳۹۲). طول مدت مصرف مت‌امفتامین و اختلالات توجه پایدار در سوءمصرف کنندگان مت‌امفتامین. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱ (۷)، ۵۳-۶۷.

شاه‌بهرامی، فرخ‌الله و عزتی، عزت‌الله (۱۳۸۹). هلال طلایی و تأثیر آن بر جغرافیای امنیتی مرزهای شرقی (بررسی تطبیقی ناهنجاری‌های اجتماعی استان‌های شرقی کشور). *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۶ (۴)، ۵۷-۷۲.

شریعی، محمدابراهیم؛ ایزدی‌خواه، زهرا، مولوی، حسین و صالحی، مهرداد (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی به شیوه شناختی‌رفتاری با درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر خودکارآمدی افراد معتاد. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱ (۴)، ۲۷۹-۲۸۸.

شعاع‌کاظمی، مهرانگیز (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین هوش هیجانی و عود در زنان مصرف‌کننده شیشه شهر تهران. *فصلنامه پژوهش اجتماعی*، ۱۰ (۴)، ۱۳۷-۱۵۱.

عاشوری، احمد؛ ملازاده، جواد و محمدی، نورالله (۱۳۸۷). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و پیشگیری از عود در افراد معتاد. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴ (۳)، ۲۸۱-۲۸۸.

- عاملی، طیه؛ ابوالمعالی، خدیجه و میرزایی، بهشته (۱۳۹۱). مقایسه حل تعارض و کیفیت زندگی معتادان به تریاک با معتادان به مواد محرک. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۶ (۲۴)، ۵۵-۶۸.
- عیسی زادگان، علی؛ شیخی، سیامک، حافظنیا، محمد و کارگری، بهروز (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی رفتاری و مداخلات دارویی بر افزایش خودکارآمدی و بهبود کیفیت زندگی مردان با سوء مصرف مواد. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۶ (۱)، ۷۴-۸۰.
- فتی، لادن؛ بیرشک، بهروز و عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۸۲). *ساختارهای معناگذاری، حالت‌های هیجانی، و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی*. رساله دکترا، چاپ نشده، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران، تهران: ایران.
- قرباغی، حسن؛ امیر تیموری، محمد حسن و مقامی، حمیدرضا (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین خلاقیت با خودکارآمدی رایانه‌ای در دانشجویان کارشناسی رشته تکنولوژی آموزشی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی. *مجله ابتکار و خلاقیت در علوم انسانی*، ۲ (۱)، ۱۵۱-۱۷۸.
- قربانی، طاهره؛ محمدخانی، شهرام و صرامی، غلامرضا (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان نگه‌دارنده با متادون در تغییر باورهای مرتبط با مواد و پیشگیری از عود. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۶ (۲۲)، ۲۳-۳۸.
- کمرزین، حمید؛ زارع، حسین و بروکی میلان، حسن (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر افزایش خودکارآمدی و بهبود علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۶ (۲۲)، ۷۵-۸۵.
- کاپلان، بنیامین و ویرجینیا، سادوک (۱۳۸۷). *خلاصه روان‌پزشکی*. ترجمه فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند.
- کرمی کتکی، سروناز و جعفری، مصطفی (۱۳۸۷). بررسی تاثیر آموزش شناختی رفتاری بر کاهش میزان افسردگی معتادین مقیم در مرکز اجتماع درمان مدار تهران. *اعتیاد پژوهی*، ۲ (۸)، ۵۵-۶۸.
- محمدی، کوروش (۱۳۹۰). *بررسی علل تغییر الگوی مصرف مواد مخدر از سنتی (کم خطر) به صنعتی (پرخطر) در ایران*. دومین همایش سراسری آسیب‌های اجتماعی و فرهنگی، ۷ (۲۷)، ۲۶-۵۳.
- مؤمنی، فرشته؛ مشتاق، نهاله و شهباز، عباس پور (۱۳۸۹). اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش اشتیاق و بهبود نشانه‌های افسردگی و اضطراب در معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۷ (۲۷)، ۸۳-۹۸.

نجفی، محمود و فولادچنگ، محبوبه (۱۳۸۶). بررسی رابطه خودکارآمدی و سلامت روان در دانش آموزان. *دانشور رفتار*، ۱۴ (۲۳)، ۴۹-۶۷.

یعقوبی، حسن؛ سهرابی، فرامرز و محمدزاده، علی (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و روان درمانی مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر کاهش اضطراب آشکار دانشجویان. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰ (۲)، ۹۹-۱۰۷.

یعقوبی، حمید (۱۳۸۷). غربالگری اختلالات روانی: جایگاه آزمون‌ها و نحوه تعیین نمره برش و اعتباریابی. *فصلنامه سلامت روان*، ۱ (۱)، ۳۹-۵۲.

یوسف‌زاده، محمدرضا؛ یعقوبی، ابوالقاسم. رشیدی، معصومه (۱۳۹۱). تأثیر آموزش مهارت‌های فراشناختی بر خودکارآمدی دانش آموزان دختر دوره متوسطه. *مجله روانشناسی مدرسه*، ۱ (۳)، ۱۱۸-۱۳۳.

- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G., Pastorelli, C. & Regalia, C. (2002). Sociocognitive: Self-regulatory mechanisms governing transgresses behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(1), 125-135.
- Bisschop, I., Knegsman, & D. Beekman, A. Deeg, D. (2004). Chronic diseases and depression: The modifying role of psychosocial resources. *Journal of Social Science and Medicine*, 59(4), 769-782.
- Brian, M. (2009). Methamphetamine -what primary care practitioners need to know? *Journal of primary health care*, 1(3), 170-176.
- Joki -Begi , N. (2010). Cognitive-Behavioral Therapy and Neuroscience: Towards Closer Integration. *Journal of Psychological Topics*, 19(2), 235-254.
- McGovern, P., Fox, S., Xie, H. & Dranke, R. (2007). A survey of clinical practices and readiness to adapt evidence-based practice: Dissemination research in an addiction treatment system. *Journal of substance abuse treatment*, 26(4), 305-312.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Deacon, B. J. (2010). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders: A Review of Meta-Analytic Findings. *Journal of Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 557-577.
- Rawson, R., Gonzales, Ra. & Brethen, P. (2002). Treatment of methamphetamine use disorders: an update. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(2), 145-50.
- Sara, L., Rosemarie, A., Martin, D. & Rohsenow, J. (2008). Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Journal of Addictive Behaviors*, 33(5), 675-688.
- Swendsen, J., Conway, KP. Degenhardt, L., Glantz, M., Jin, R., Merikangas, KR., Sampson. N. & Kessler. R. C. (2010). Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Journal of Addiction*, 105(6), 1117-1128.
- Vijavakumar, L., Kumar. M. S. & Vijavakumar, V. (2011). Substance use and suicide. *Journal of Current Opinion in Psychiatry*, 24(3), 197-202.