

اثربخشی درمانگری شناختی-رفتاری بر میزان وسوسه، نگرش و سازش‌پذیری معتادان به شیشه

بیوک تاجری^۱

دریافت مقاله: ۹۴/۰۱/۰۵؛ دریافت نسخه نهایی: ۹۴/۰۸/۲۷؛ پذیرش مقاله: ۹۴/۰۸/۳۰

چکیده

هدف: هدف پژوهش تعیین میزان اثربخشی درمانگری شناختی-رفتاری بر وسوسه، نگرش و سازش‌پذیری معتادان به شیشه بود. **روش:** روش پژوهش شبه‌آزمایشی و جامعه آماری ۶۲۵ معتاد تحت درمان در مراکز بهروزان و پاسارگاد بود. از بین آن‌ها ۳۶ بیمار با تشخیص وابستگی به شیشه پس از مصاحبه روان‌پزشک، اجرای آزمون مصاحبه بالینی ساخت‌یافته برای تشخیص اختلال‌های شخصیت و معیارهای ورود و خروج انتخاب و به‌صورت تصادفی به گروه آزمایشی و گواه اختصاص یافتند. همه آزمودنی‌ها، قبل از شروع درمان، ۹۰ روز پس از پایان درمان در مرحله پیگیری و آزمودنی‌های گروه آزمایش در جلسه ششم و دوازدهم با استفاده از فهرست ثبت روزانه وسوسه، پرسشنامه بهر هیجانی بار-آن (۱۹۹۷) و نگرش نسبت به مواد رایب، ۱۹۹۹ ارزیابی شدند. گروه آزمایش در ۱۲ جلسه دو ساعته هفتگی برنامه تدوین شده توسط قهاری ۱۳۸۷ را به‌صورت انفرادی دریافت کرد. داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها حاکی از وجود تفاوت معنادار بین میانگین‌ها در کلیه مراحل مداخله و بین مراحل خط پایه و پیگیری در گروه آزمایشی و گواه از نظر وسوسه، نگرش و سازش‌پذیری بود. **نتیجه‌گیری:** می‌توان درمانگری شناختی-رفتاری را روش موثر و مفیدی برای کاهش وسوسه، تغییر نگرش و افزایش سازش‌پذیری معتادان به شیشه و سایر مواد دانست.

کلیدواژه‌ها: اعتیاد، درمانگری شناختی-رفتاری، سازش‌پذیری، نگرش، وسوسه

مقدمه

بر طبق یافته‌های طرح ارزیابی سریع اعتیاد^۱ در سال ۱۳۸۷ در ایران، مصرف شیشه رو به افزایش بوده و به درصد بالایی رسیده است (نارنجی‌ها، نوری، اکبری‌ان، عزیزآبادی فراهانی و میرزمانی، ۱۳۸۹). مصرف شیشه علاوه بر مشکلات جسمانی به اختلال‌های روان‌پزشکی از جمله بروز اختلال‌های روان‌پریشی، تشدید اسکیزوفرنیا و نقایص شناختی (لاندکویست، ۲۰۰۵) و اختلال‌های خلقی و اضطرابی (بیکر، لی، کلایر، لوین، گرانت^۲ و همکاران، ۲۰۰۵؛ پرویزی‌فرد، ۱۳۸۶) منجر می‌شود. مصرف ماده پس از ۶۰ تا ۹۰ دقیقه اضطراب ممتدی را در پی دارد. آگاهی هوشیار و دقت روانی افزایش می‌یابد اما دنباله آن افسردگی است (جولیان، ۲۰۰۸).

در بررسی سبب‌شناسی سوءمصرف مواد و عود رفتارهای اعتیادی، پژوهشگران و نظریه‌پردازان مختلف به عواملی مانند رفتار بدون تفکر و عادت، نشخوار فکری، خودکارآمدی پایین، نقص مهارت‌های مقابله‌ای، خلاء معنوی، نقص در تنظیم هیجان، تحمل پایین ناراحتی، اجتناب هیجانی و سوگیری نسبت به نشانه‌های مواد اشاره کرده‌اند (دباغی، اصغرنژادفرید، عاطف‌وحید و بواله‌ری، ۱۳۸۷). زیوبن، کوهن، کریستین، گاووی، سالی‌ناردی^۳ و همکاران (۲۰۰۶) در بررسی یکی از نمونه‌های بزرگ به تعداد ۱۰۱۶ مصرف‌کنندگان شیشه، علائم روان‌شناختی همراه را مورد مطالعه قرار دادند. ۶۸ درصد زنان و ۵۰ درصد مردان احساس افسردگی و ۲۸ درصد زنان و ۱۳ درصد مردان حداقل یک‌بار اقدام به خودکشی را گزارش کردند. رابطه این دو ظاهراً دوسویه است. پژوهشگران مختلف از جمله سوسان (۲۰۰۸)؛ رل، استیتزر و پتری (۲۰۰۶) تاثیر درمانگری شناختی-رفتاری را در درمان انواع اعتیاد مورد تاکید قرار داده‌اند.

از سوی دیگر، بزرگ‌ترین تهدید یک بیمار در حال بهبودی و عامل اصلی عود، وسوسه است و اگر به‌طور دقیق کنترل و شناخته نشود برای فرد بسیار گیج‌کننده و آشفته‌ساز بوده و ممکن است مصرف مجدد مواد را در پی آورد. دهمین طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها^۴ نیز وسوسه را به‌عنوان اولین ملاک برای تشخیص وابستگی به مواد لحاظ کرده است (سادوک و سادوک، ۱۳۸۷). وسوسه‌ها با ایجاد سوگیری در توجه و انتخابی نمودن پردازش اطلاعات و از طریق ارتباط با نشانه‌ها و پردازش نسبتاً جذابانه‌تر اطلاعات مرتبط با آن‌ها، همچنین به‌وسیله افزایش حواس‌پرتی از عوامل برانگیزاننده و کاهش توانایی تمرکز کردن بر آن‌ها و تقویت آگاهی از حالت‌های درونی فرد و با کند کردن ادراک و گذشت زمان می‌تواند بر عود تأثیرگذار باشد (تاجری، احدی و

۱. rapid situation assesment
۲. Baker, Lee, Claire, Lewin & Grant
۳. Zweben, Cohen, Christian, Galloway & Salinardi
۴. Tenth international classification disease

اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری بر ...

جمهری، ۱۳۹۰). وسوسه مصرف در معتادان، ارتباط مستقیمی با ویژگی‌های تعیین کننده شدت اعتیاد، طول مدت آن و دیگر عوامل مرتبط با آن مانند سوءمصرف چند دارویی است و از آن‌ها تأثیر می‌پذیرد (ایلهان، دمیرباس و دوگان، ۲۰۰۶). یکی از اساسی‌ترین دلایل مصرف مواد، برداشت‌های فرد درباره مواد است. طبق رویکردهای تصمیم‌گیری عقلانی، احتمال دارد تصمیم‌های مصرف و سوءمصرف مواد در بین جوانان و نوجوانان بر مبنای ارزیابی عواقب مثبت و منفی مصرف و سوءمصرف مواد تصمیمی عقلانی باشد (فاری و بیت مارون، ۱۹۹۲؛ نقل از دباغی و همکاران، ۱۳۸۷). فرد با تمرکز بر صفت‌های مثبت خود، عملاً توجه خود را از عمل ضد نگرشی منحرف می‌کند یا آن را کم اهمیت جلوه می‌دهد. بنابراین اگر بعد از انجام یک عمل ناهمخوان، صفت‌های مثبت بیشتری در ذهن افراد وجود داشته باشد، نیاز کمتری به توجیه رفتار یا تغییر نگرش خواهد بود (منصوری‌سپهر، باقریان و حیدری، ۱۳۹۰). نگرش به مواد دارای مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری است و شامل باورهای هنجاری درباره شیوع مصرف مواد و پذیرش آن، برداشت فرد درباره سازگار بودن مصرف مواد با سبک زندگی، باورهای فرد درباره نتایج منفی مصرف مواد مخدر، الزام و مقید بودن به عدم استفاده از مواد مخدر، نگرش منفی به اعتیاد و معتاد، برخورد فعال با مسأله اعتیاد و اجتناب از مواد مخدر است (پورشهباز، ۱۳۸۴، نقل از تاجری و همکاران، ۱۳۹۱).

افراد مصرف کننده مواد کمتر قادر به تنظیم رویدادهای شناختی و روانی مختلف هستند و در پیگیری اهداف اختصاصی و مداخله دچار ضعف می‌شوند. تمایل قوی آن‌ها برای عدم کنترل خویشتن شاید بازتابی از باورهای شناختی مختل آن‌ها است؛ لذا وجود چنین باورهایی ممکن است بیانگر تفاوت‌هایی در مهارت‌های مقابله‌ای باشد. در واقع، آگاهی فرد نسبت به شناخت‌های خود می‌تواند پیامدهای رفتاری متفاوتی را برای وی به همراه داشته باشد (ربانی باوجدان، ربانی باوجدان، نیک‌آدین، کاویانی و خضری مقدم، ۱۳۹۱). فنون شناختی-رفتاری می‌تواند در مقابله با وسوسه و عود، افزایش خویشتن‌داری و تغییر نگرش مفید باشد. فراگیری فنون به بیماران کمک می‌کند در کوتاه مدت توجه خود را از افکار برانگیزاننده شیشه دور سازند و در دراز مدت نیز با این افکار به چالش برخیزند. همچنین یادگیری این فنون می‌تواند تعداد دفعه‌های لغزش را کاهش دهد و با افزایش خویشتن‌داری از عود جلوگیری به عمل آورد (تاجری و همکاران، ۱۳۹۱). این نوع مداخله‌ها در قیاس با رویکردهای دیگر درمانی با اجرای ساده، محدوده زمانی کوتاه‌تر و برنامه‌های نظام‌دار شناختی و رفتاری همراهند (کهرزائی، دانش و آزاد فلاح، ۱۳۹۰).

از سویی دیگر هوش هیجانی پایین را در آغاز اعتیاد به شیشه موثر دانسته‌اند (پارکر، تاپلر، ایستابروک، شل و وود، ۲۰۰۸). مؤلفه سازش‌پذیری جزء پنج مؤلفه هوش هیجانی محسوب می‌شود. هوش هیجانی پایین با رفتارهای مساله ساز درونی، سطوح پایین همدلی، ناتوانی در تنظیم خلق و خو، افسرده‌خویی، اعتیاد به الکل و مواد مخدر، انحراف‌های جنسی، دزدی و پرخاشگری

همراه است (آنتوناکیس، اشکنازی و داسبروک، ۲۰۰۹). افرادی که هوش هیجانی بالایی دارند، قدرت بیشتری نیز برای سازش‌پذیری با مسائل جدید دارند. ضعف در توان سازش‌پذیری به شکل ناتوانی در حل مساله فرد را بیشتر مستعد اعتیاد می‌کند و شیوه‌های سازش‌نا یافته موجب سازگاری پایین این افراد می‌شود و رابطه منفی هوش هیجانی و اعتیاد در این‌جا نمود پیدا می‌کند (اکبری‌زردخانه، رستمی و زارعان، ۱۳۸۷؛ بوشیرز، بوئری و هاربی، ۲۰۱۱). انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۱۰)، درمان‌های روانی-اجتماعی را از مؤلفه‌های اساسی هر نوع برنامه درمانی این مواد در نظر می‌گیرد. لذا، تدوین برنامه‌هایی برای درمان، کاهش و پیشگیری از مصرف مواد محرک ضروری است. در این پژوهش با هدف پاسخ به این سوال که آیا درمانگری شناختی-رفتاری دارای کارایی و کفایت لازم جهت کاهش وسوسه، تغییر نگرش و افزایش سازش‌پذیری در بین معتادان به سوءمصرف ماده شیشه است؟ یا خیر؛ فرضیه‌های زیر آزمون شد.

۱. درمانگری شناختی-رفتاری وسوسه معتادان را به مصرف شیشه کاهش می‌دهد.
۲. درمانگری شناختی-رفتاری در تغییر نگرش معتادان نسبت به مصرف مواد موثر است.
۳. درمانگری شناختی-رفتاری در افزایش سازش‌پذیری بیماران معتاد به مصرف شیشه موثر است.
۴. تاثیر درمانگری شناختی-رفتاری بر وسوسه، تغییر نگرش و سازش‌پذیری معتادان به مصرف شیشه در مرحله پیگیری پایدار می‌ماند.

روش

روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری ۳ ماهه و گروه گواه، و جامعه آماری ۶۲۵ بیمار معتاد مراجعه کننده به مرکز پاسارگاد و مرکز بهروزان شهر تهران بود. پس از مصاحبه روان‌پزشک با معتادان و اجرای پرسشنامه مصاحبه بالینی ساخت یافته برای رد اختلال‌های شخصیت در بیماران معتاد، به روش نمونه‌گیری در دسترس ۷۰ معتاد به مصرف شیشه انتخاب شد. معیارهای حذف آزمودنی‌ها شامل مبتلا نبودن به اختلال اسکیزوفرنیا و دیگر اختلال‌های روان‌پریشی و هذیانی و دوقطبی، عدم استفاده از دارویی برای درمان، فقدان اختلال شخصیت، و عدم استفاده از ماده دیگری به جز شیشه بود. با در نظر گرفتن معیارهای مذکور نهایتاً تعداد ۳۶ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه هر گروه ۱۸ نفر جایگزین شد.

ابزار پژوهش

۱. مصاحبه بالینی ساخت یافته برای اختلال‌های شخصیت. نسخه نهایی این آزمون که ابزاری برای مصاحبه تشخیصی نیمه ساخت یافته است، در سال ۱۹۹۷ توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا

به منظور سنجش اختلال‌های شخصیت بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۱ تدوین و منتشر شده است (نوروزی، ۱۳۸۴). این پرسشنامه ۱۱۹ پرسش دارد و در کمتر از ۲۰ دقیقه اجرا می‌شود. میزان تحصیلات لازم برای پاسخ‌دهی به آن حداقل ۸ کلاس است. آزمونگر با توجه به پرسش‌هایی که بیمار به آن‌ها پاسخ مثبت می‌دهد مصاحبه را جهت می‌دهد. پایایی و روایی بالای این آزمون در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است (انفرادی، ۱۳۸۹).

۲. پرسشنامه بهر هیجانی^۲. این آزمون توسط بار-آن در سال ۱۹۹۷ جهت سنجش هوش هیجانی ساخته شد و دارای ۱۳۳ سوال کوتاه است. این آزمون یک نمره کلی، پنج عامل مرکب، پانزده خرده مقیاس، یک مقیاس گمان مثبت، یک مقیاس گمان منفی و یک مقیاس برای شاخص ناهمسانی دارد (تیرگری، ۱۳۸۴). خودآگاهی هیجانی با سوال‌های ۶، ۲۱، ۳۶، ۵۱، ۶۶، ۸۸؛ ابراز وجود با سوال‌های ۱۵، ۳۰، ۴۵، ۶۰، ۷۵، ۹۰؛ عزت نفس با سوال‌های ۱۰، ۲۵، ۴۰، ۵۵، ۷۰، ۸۵؛ خودشکوفایی با سوال‌های ۵، ۲۰، ۳۵، ۵۰، ۶۵، ۸۰؛ استقلال با سوال‌های ۳، ۱۸، ۳۳، ۴۸، ۶۳، ۷۸؛ همدلی با سوال‌های ۱۴، ۲۹، ۴۴، ۵۹، ۷۴، ۸۹؛ مسئولیت‌پذیری اجتماعی با سوال‌های ۱۳، ۲۸، ۴۳، ۵۸، ۷۳، ۸۸؛ روابط بین فردی با سوال‌های ۸، ۲۳، ۳۸، ۵۳، ۶۸، ۸۳؛ حل مساله با سوال‌های ۱، ۱۶، ۳۱، ۴۶، ۶۱، ۷۶؛ واقع‌گرایی با سوال‌های ۷، ۲۲، ۳۷، ۵۲، ۶۷، ۸۲؛ انعطاف‌پذیری با سوال‌های ۱۲، ۲۷، ۴۲، ۵۷، ۷۲، ۸۷؛ تحمل فشار روانی با سوال‌های ۴، ۱۹، ۳۴، ۴۹، ۶۴، ۷۹؛ کنترل تکانش با سوال‌های ۱۱، ۲۶، ۴۱، ۵۶، ۷۱، ۸۶؛ خوش‌بینی با سوال‌های ۹، ۲۴، ۳۹، ۵۴، ۶۹، ۸۴؛ شادمانی با سوال‌های ۲، ۱۷، ۳۲، ۴۷، ۶۲، ۷۷؛ سنجیده می‌شود و نمره کل از جمع کل نمره‌ها به دست می‌آید. با این پرسشنامه می‌توان هوش هیجانی افراد از ۱۸ سال به بالا را سنجید، مشروط بر این که حداقل دیپلم داشته باشند. نمره بالای ۱۰۰ نشانه افراد باهوش از نظر هیجانی و نمره‌های پایین‌تر نشان‌گر نیاز به بهبودی مهارت‌های هیجانی است. پرسشنامه هوش هیجانی بار-آن یکی از معتبرترین آزمون‌های اندازه‌گیری هوش هیجانی و دارای روایی بالایی است. اعتبار آزمون هوش هیجانی در پژوهش‌های صورت گرفته با روش آزمون-بازآزمون بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ و با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ بوده است (بار-آن، ۱۹۹۷). روایی صوری و محتوایی بالایی برای این پرسشنامه گزارش شده و توسط متخصصان مختلف در طی پانزده سال اخیر بیش از ۴۰۰۰ مطالعه با این آزمون صورت گرفته است (تیرگری، ۱۳۸۴). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

۱. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

۲. emotional quetionet inventory

۳. پرسشنامه نگرش نسبت به مواد^۱. این پرسشنامه خودسنجی ۲۰ گزاره‌ای توسط رایت^۲ در سال ۱۹۹۹ با هدف اندازه‌گیری نگرش فرد نسبت به مصرف مواد تهیه شد. سوال‌های این پرسشنامه از ۱ = کاملاً مخالفم تا ۷ = کاملاً موافقم نمره‌گذاری می‌شود. رایت از پایایی و روایی بالای آزمون گزارش داده است (بک، رایت، نیومن و لیس، ۱۳۸۰). برای تعیین پایایی، این پرسشنامه ۲ بار و به فاصله ۳ هفته در مورد نمونه‌ای ۳۰ نفره متشکل از ۱۰ نفر معتاد به حشیش، ۱۰ نفر معتاد به آفتامین‌ها و ۱۰ نفر فرد عادی اجرا شد. ضریب پایایی به‌دست آمده برابر با ۰/۸۹ و همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ بود (قهاری، ۱۳۸۵). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ برآورد شد.

۴. فهرست ثبت روزانه وسوسه. این فهرست توسط قهاری (۱۳۸۵) ساخته شد. در این پژوهش از طریق خودسنجی در شروع هر جلسه درمانی دفعات وسوسه آزمودنی‌ها سنجیده شد.

۵. برنامه جلسه‌های درمانگری شناختی-رفتاری اعتیاد به شیشه. این بسته درمانی توسط قهاری در سال ۱۳۸۷ طراحی شد. پایایی آن ۰/۸۵ و روایی آن ۰/۹۱ برآورد شده است (تاجری و همکاران، ۱۳۹۱). این برنامه در پژوهش حاضر در ۱۲ جلسه دو ساعته هفتگی به‌شرح زیر اجرا شد.

جلسه اول. در این جلسه موضوع اصلی گرفتن شرح‌حال از آزمودنی و انجام مصاحبه انگیزشی در راستای افزایش انگیزه وی برای همکاری در درمان بود. ارتباط حرفه‌ای برقرار، و همراه با انگیزه‌سازی، سابقه شخصی دقیقی در مورد مصرف ماده از آن‌ها اخذ و در ادامه درباره منطق درمان توضیح داده شد تا آشنایی لازم با درمان به‌عمل آید.

جلسه دوم. عوامل پیشابند، میانجی و پسابند رفتار مصرف شناسایی و اهداف درمان همراه با حدود چهارچوب زمانی نسبی دستیابی به آن‌ها تنظیم و تعریف شد.

جلسه سوم. در این جلسه نحوه مهار وسوسه به آزمودنی آموزش داده شد و با آن‌ها کار شد. مفهوم و انواع وسوسه، کیفیت تجربه وسوسه، عوامل برانگیزاننده و موقعیت‌های خطرناک شناسایی و راهکارهای کنار آمدن و مقابله با وسوسه معرفی و تمرین شد.

جلسه چهارم. تقویت مهارت «نه گفتن» برنامه این جلسه بود. روش‌های امتناع از افراد فروشنده و معتادان دیگر آموزش داده شد. سبک‌های رفتاری جرأت‌مند، پرخاشگرانه و انفعالی بررسی و نحوه برخورد قاطعانه با افراد مشکل‌ساز تمرین شد. از برگه‌های یادآور نیز در این مسیر استفاده شد.

۱. beliefs abuse substance use

۲. Wright

اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری بر ...

جلسه پنجم، در این جلسه، ضمن تعریف ارتباط سالم و ناسالم، اجزای ارتباط کلامی و غیر کلامی، موانع ارتباط سالم، گوش دادن پویا، نحوه سوال پرسیدن مناسب، انتقادپذیری و انتقاد کردن و همچنین بیان هدف‌مند خواسته‌ها مطرح شد.

جلسه ششم، موضوع این جلسه مهار خشم بود. عوامل راه‌انداز خشم، سه مرحله خشم، نشانه‌های مختلف خشم، علائم سمپاتیک و پاراسمپاتیک تعریف، و راه‌کارهای کنار آمدن و مقابله با خشم همراه با تکالیف خشم روزانه ارائه و آموزش داده شد.

جلسه هفتم، ادامه بحث مهار خشم، افکار و نگرش‌های برانگیزاننده خشم، نحوه مقابله با تحریف‌های شناختی و مشکلات رفتاری خشم‌آور و در نهایت تمرین و ایفای نقش در این جلسه ارائه و آموزش داده شد.

جلسه هشتم، موضوع این جلسه افسردگی همراه با مصرف شیشه بود. علل ایجاد افسردگی، نشانه‌های آن، نقش باورها و افکار منفی، استفاده از راهکارهای مقابله شناختی و رفتاری با افسردگی طرح و آموزش داده شد.

جلسه نهم، آشنایی با نشانگان چهارگانه اضطراب، رابطه اضطراب با مصرف شیشه، شناسایی افکار اضطراب‌زا، به‌کار گرفتن راه‌کارهای شناختی و رفتاری برای مقابله با این افکار در این جلسه بررسی و آموزش داده شد.

جلسه دهم، در این جلسه مهارت حل مساله آموزش داده شد. انواع مقابله به همراه منطق آن معرفی، مراحل حل مساله به همراه بارش فکری توضیح داده شد و تمرین گردید.

جلسه یازدهم، این جلسه به موضوع آموزش عوامل شناختی مصرف شیشه اختصاص داده شد. موقعیت‌های خطر ساز در کنار برانگیزاننده‌های شناختی، نقش نگرش‌ها و باورها، راهکارهای مقابله سالم ارائه و آموزش داده و تمرین شد.

جلسه دوازدهم، جلسه‌های گذشته، مقابله سالم و پیشگیری از عود در این جلسه بررسی و آموزش داده شد. لغزش، عود، فرایند بهبودی و اثر نقض پرهیز بررسی و تمرین شد. تغییر سبک زندگی، ارتباط با درمان‌جویان در حال ترک و ارتباط با جلسه‌های معتادان گمنام نیز توصیه شد. **شیوه اجرا**، در این پژوهش ضمن راهنمایی و ارائه اطلاعات لازم، از بابت محرمانه ماندن اطلاعات به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد و از آن‌ها رضایت کتبی جهت شرکت در آزمون اخذ شد. درمان شناختی-رفتاری گروه آزمایشی در مرکز درمان اعتیاد به‌صورت انفرادی اجرا و ارزیابی روان‌شناختی از آن‌ها در جلسه ششم و دوازدهم نیز انجام شد. همچنین در طی چهار مرحله اندازه‌گیری آزمایش ادرار برای اندازه‌گیری میزان شیشه از آن‌ها به‌عمل آمد. از نتایج منفی آزمایش ادرار نیز به‌عنوان شاخصی برای ارزیابی میزان پرهیز استفاده شد. افزون بر این آزمودنی‌های گروه آزمایشی به‌طور روزانه مقاومت در برابر وسوسه و پرهیز را یادداشت کردند. ۹۰ روز پس از پایان درمان

در مرحله پیگیری نیز ارزیابی روان شناختی انجام شد. گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. ضمن توجیه و قدردانی از آزمودنی‌های دو گروه، طبق توافق در آغاز پژوهش، در انتها نیز در صورت تمایل آزمودنی به ادامه دادن روند معمول درمان، همکاری لازم با وی به عمل آمد. پس از اتمام پژوهش برای رعایت اصول اخلاقی، آزمودنی‌های گروه گواه نیز در صورت تمایل درمان شناختی-رفتاری را دریافت کردند.

یافته‌ها

بیشترین سطح تحصیلات آزمودنی‌ها لیسانس و بالاتر و برابر با ۶۶/۶۶ درصد بود، همچنین ۶۶/۶۶ درصد آزمودنی‌ها شاغل و مجرد بودند. در هر دو گروه میزان بالای سابقه مصرف مواد در خانواده دیده شد. ۷۸ درصد آزمودنی‌ها از شیوه مصرف دخانی استفاده می‌کردند، بیشترین آن‌ها از ۶ ماه کمتر دوره پرهیز داشتند و بیشترین طول مدت مصرف مواد آزمودنی‌ها بین ۶ تا ۱۲ ماه بود.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره‌های وسوسه، نگرش و سازش‌پذیری دو گروه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
وسوسه	آزمایش	۱۱/۳۴	۵/۸۷	۹/۰۸	۴/۹۲	۹/۰۲
	گواه	۱۱/۳۷	۴/۱۹	۱۲/۰۷	۴/۰۳	۱۴/۱۸
نگرش به مواد	آزمایش	۱۰۸/۲۰	۱۹/۵۷	۱۰۵	۱۷/۱۱	۱۰۴/۹۳
	گواه	۱۰۹/۳۶	۱۸/۳۴	۱۰۹/۱۱	۱۷/۹۲	۱۱۲
سازش‌پذیری	آزمایش	۶۸/۶۵	۹/۳۸	۷۹	۸/۱۱	۷۷
	گواه	۶۶/۸۸	۷/۶۵	۶۴	۸/۳۷	۵۹

بر اساس داده‌های جدول ۱ بین آزمودنی‌های شرکت‌کننده در دو گروه آزمایشی و گواه در مرحله پیش‌آزمون تفاوتی مشاهده نمی‌شود. اما در مرحله پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمره‌های وسوسه و نگرش به مواد گروه آزمایش کاهش و نمره‌های سازش‌پذیری آن‌ها افزایش نشان می‌دهد.

جدول ۲. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نمره‌های پس‌آزمون وسوسه، نگرش و سازش‌پذیری

متغیر	گروه	آماره	درجه آزادی	معنی داری
وسوسه	آزمایش	۰/۱۶	۱۷	۰/۳
	گواه	۰/۱۹	۱۷	۰/۰۷
نگرش	آزمایش	۰/۲۷۱	۱۷	۰/۱۱۹
	گواه	۰/۳۱	۱۷	۰/۱۸
سازش‌پذیری	آزمایش	۰/۲۲۴	۱۷	۰/۲۲
	گواه	۰/۱۷۳	۱۷	۰/۱۷

اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری بر ...

داده‌های جدول ۲ نشان می‌دهد نتایج آزمون لوین در هر سه متغیر معنی دار نیست، لذا در هر دو گروه توزیع نمره‌ها طبیعی است.

جدول ۳. نتایج آزمون لوین در نمره‌های پس آزمون وسوسه، نگرش و سازش‌پذیری

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معنی داری
وسوسه	۲/۴۵	۱	۳۴	۰/۳۱
نگرش	۵/۶۵۷	۱	۳۴	۰/۱۹
سازش‌پذیری	۳/۱۷	۱	۳۴	۰/۰۹

جدول ۳ نشان‌دهنده معنی‌دار نبودن نتایج آزمون لوین در هر سه متغیر است، لذا واریانس‌های سه گروه برابر است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های تاثیر درمانگری شناختی-رفتاری بر وسوسه، نگرش و سازش‌پذیری (تعداد = ۱۸ نفر در هر گروه)

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مجذور اتا
وسوسه	بین آزمودنی‌ها	۲۰۱۲/۹۰	۱۷	۱۱۷۸/۵۳	۳۴/۲۱**	۰/۳۶
	درون آزمودنی‌ها	۲۸۵۳/۰۰	۵۴	۵۲/۸۴	۱۱/۷۸*	۰/۲۲
	اثر درمان	۱۵۴۳/۰۶	۳	۴۹۸/۶۹	۷۸/۴۹**	۰/۴۳
نگرش	بین آزمودنی‌ها	۳۵۹۸/۷۲	۵۴	۲۱۸/۷۸	۴۱/۲۵*	۰/۳۷
	درون آزمودنی‌ها	۶۰۱۰/۰۳	۱۷	۱۱۰/۵۳	۱۷/۶۳*	۰/۲۸
	اثر درمان	۴۱۹۳/۵۳	۳	۱۳۹۶/۲۳	۴۲/۷۳**	۰/۵۱
سازش‌پذیری	بین آزمودنی‌ها	۹۶۵۰/۲۲	۱۷	۵۷۷/۷۸	۴۱/۹۳*	۰/۴۴
	درون آزمودنی‌ها	۴۹۷۰/۳۱	۵۴	۹۴/۴۵	۳۴/۲۸*	۰/۵۱
	اثر درمان	۴۷۶۸/۱۶	۳	۱۶۳۲/۳۰	۱۶/۴۲**	۰/۶۷

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

طبق یافته‌های جدول ۴ می‌توان نتیجه گرفت تفاوت میانگین‌ها پی از برداشتن اثر پیش‌آزمون معنادار، لذا درمان شناختی-رفتاری روش موثری برای کاهش وسوسه و تغییر نگرش و افزایش سازش‌پذیری بیماران معتاد گروه آزمایشی است.

جدول ۵. آزمون کرویت موخلی جهت بررسی برابری کوواریانس در متغیرها

آزمون موخلی	خی دو	درجه آزادی	معنی داری
۰/۶۳	۳/۳۷	۳	۰/۷۳
۰/۵۲	۴/۹۲۱	۳	۰/۴۲
۰/۵۶	۶/۶۶۱	۳	۰/۲۳

جدول ۵ نشان دهنده وجود فرض کرویت و مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس است. لذا می توان از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای سه مرحله پس آزمون، پیش آزمون و پیگیری استفاده کرد.

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی تاثیر درمانگری شناختی -

رفتاری بر وسوسه، نگرش و سازش پذیری در سه مرحله

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مجذورات
وسوسه	مفروضه کرویت	۱۴۱۱,۰۲	۳	۷۴۳/۵۲۵	۱۹/۵۳**
	گرین هاوس-گیرز	۱۴۱۱,۰۲	۲/۵۳	۸۳۱/۲۳۴	۱۹/۵۳**
	هایان فیلد	۱۴۱۱,۰۲	۲/۰۷	۸۸۲/۷۵۷	۱۹/۵۳**
	حد پایین	۱۴۱۱,۰۲	۱/۰۰	۱۴۱۱,۰۲	۱۹/۵۳**
نگرش	مفروضه کرویت	۵۱۱,۳۳	۳	۲۵۵/۸۳۲	۱۵/۴۱۲**
	گرین هاوس-گیرز	۵۱۱,۳۳	۱/۸۷	۴۴۱/۲۳	۱۵/۴۱۲**
	هایان فیلد	۵۱۱,۳۳	۱/۷۳	۴۷۹/۵۴۶	۱۵/۴۱۲**
	حد پایین	۵۱۱,۳۳	۱/۰۰	۱۱,۳۳	۱۵/۴۱۲**
سازش پذیری	مفروضه کرویت	۶۱۰,۲۲	۳	۳۰۶/۳۰۷	۱۲/۶۱**
	گرین هاوس-گیرز	۶۱۰,۲۲	۱/۹۱	۴۰۱/۴۲۲	۱۲/۶۱**
	هایان فیلد	۶۱۰,۲۲	۱/۸۲	۴۴۲/۰۰۳	۱۲/۶۱**
	حد پایین	۶۱۰,۲۲	۱/۰۰	۶۱۰,۲۲	۱۲/۶۱**

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

داده های جدول ۶ نشان می دهد تفاوت میانگین های وسوسه، نگرش و سازش پذیری گروه آزمایش در سه مرحله معنی داری است. بنابراین در ادامه از آزمون تعقیبی بون فرونی برای بررسی تفاوت میانگین ها استفاده شد.

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بون فرونی برای متغیرهای وسوسه، نگرش و سازش پذیری

متغیر وابسته	پس آزمون - پیش آزمون	پیش آزمون - پیگیری	پس آزمون - پیگیری	پس آزمون - پیش آزمون	پیش آزمون - پیگیری
وسوسه	تفاوت	خطای	تفاوت	خطای	تفاوت
	میانگین	معیار	میانگین	معیار	میانگین
نگرش	تفاوت	خطای	تفاوت	خطای	تفاوت
	میانگین	معیار	میانگین	معیار	میانگین
سازش پذیری	تفاوت	خطای	تفاوت	خطای	تفاوت
	میانگین	معیار	میانگین	معیار	میانگین

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

نتایج جدول ۷ نشان می دهد که تفاوت میانگین پس آزمون با پیش آزمون و آزمون پیگیری با پیش آزمون در هر سه متغیرهای وابسته معنی دار است. همچنین معنی دار نبودن تفاوت میانگین ها در آزمون پیگیری پس آزمون نشان دهنده پایداری اثر مداخله بر متغیرها در گروه آزمایش در

اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری بر ...

مرحله پیگیری است. بر طبق داده‌های جدول‌های بالا بین میانگین‌های دو گروه آزمایشی و گواه در مراحل مداخله تفاوت معنادار آماری مشاهده شد. لذا می‌توان نتیجه گرفت گروهی که از درمان شناختی-رفتاری دریافت کردند در مقایسه با گروهی که این مداخله را دریافت نکردند؛ کاهش معناداری در میزان وسوسه مصرف و نگرش منفی نسبت به ماده محرک شیشه نشان دادند. همچنین می‌توان نتیجه گرفت گروهی که از درمانگری شناختی-رفتاری برخوردار بودند در مقایسه با گروه گواه که درمانی دریافت نکردند، در سازش پذیری و کنترل خویشتن توانایی‌های بالاتری از خود نشان دادند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش حاکی از تاثیر درمانگری شناختی-رفتاری در کاهش میزان وسوسه مصرف در معتادان به شیشه بود. این یافته با یافته‌های دیگر از جمله راهستو، مونت، مارتین، میکالک و آبرامز (۲۰۰۴) و واکسمن (۲۰۰۹) همخوانی دارد. جزء مهمی از درمان مستلزم متوقف کردن فرایند وسوسه مصرف است. در فرایند اعتیاد دوسوگرایی و وسوسه افراد که از طریق فرایند شرطی-سازی عمل می‌کند نقش به‌سزایی در انکار یا پذیرش وجود اعتیاد در فرد دارد. در طول اعتیاد، برانگیزاننده‌ها، افکار و وسوسه می‌تواند یک‌جا ادامه یابد. زنجیره معمول اعتیاد به این صورت است که برانگیزاننده منجر به فکر مواد می‌شود، آن نیز به‌نوبه خود وسوسه را به‌دنبال می‌آورد و نهایتاً مصرف در پی آن صورت می‌گیرد.

یافته دیگر این پژوهش این بود که "درمانگری شناختی-رفتاری" نگرش معتادان نسبت به مواد را تغییر داد. به‌عبارت دیگر نمره‌های مربوط به نگرش افراد نسبت به شیشه پس از مشارکت در درمان به‌طور معناداری کاهش یافت. این یافته‌ها حاکی از تاثیر این مداخله در مولفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری نگرش است. بنابراین می‌توان گفت درمانگری شناختی-رفتاری بر باورهای غلط و شناخت غیرواقعبینانه معتادان نسبت به سوءمصرف مواد محرک تاثیر گذاشته و آن‌ها را تغییر داده است. بی‌تردید درمان همراه با آموزش مهارت‌های مقابله سالم با افزایش احساس خویشتنداری منجر به تقویت خودکارآمدی و خوداتکایی معتادان شده و تغییر معناداری را در تمایل به مصرف مواد و عوامل خطر ساز فردی مصرف مواد از قبیل خودپنداره، مهارت‌های اجتماعی، کانون مهار و نگرش نسبت به مصرف مواد ایجاد کرده است. این نتایج با یافته‌های پورشهباز (۱۳۸۳)؛ عسگری (۱۳۸۴)؛ تورک‌کاپار، کوسه، ایجه و مایریک (۲۰۰۸)؛ بوتوین و گریفین (۲۰۰۴) همخوانی دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت وقتی فرد قادر به عملی کردن پاسخی مقابله‌ای موثر در یک موقعیت پرخطر مانند نشان دادن رفتار جرات‌مند در ارتباط با فشارهای اجتماعی شود، احتمال عود نیز

کاهش می‌یابد. فردی که در موقعیت پرخطر به‌طور موفقیت‌آمیزی عمل می‌کند، احتمال بیشتری برای تجربه احساس تسلط یا ادراک کنترل خواهد داشت.

افزون بر این در پژوهش حاضر مقایسه‌ها نشان داد درمانگری شناختی-رفتاری در افزایش توانایی سازش‌پذیری افراد معتاد موثر است. این یافته هم‌راستا با یافته‌های پژوهشگران دیگر چون کرنیگ، دیویسون، نیل و جانسن (۲۰۰۹)؛ مک‌هاگ، هرونو و اتو (۲۰۱۰)؛ قهاری (۱۳۸۵) و تیرگری (۱۳۸۴) است. در تبیین این یافته می‌توان گفت آموزش مهارت‌ها، بهبود در توانایی‌های سازش‌پذیری معتادان را در پی دارد و آن نیز به‌نوبه خود، به افزایش خویش‌داری، خلق مثبت و تحمل فرد نسبت به استرس، تقویت روابط بین‌فردی و نیز کاهش لغزش و عود می‌انجامد. با توجه به این‌که هوش هیجانی مفهومی قابل یادگیری است و به‌وسیله بهبود مهارت‌های هیجانی قابل ارتقاء و افزایش است (قهاری، ۱۳۸۵). می‌توان با به‌کارگیری برنامه‌های بنیادی، به‌کارگیری راه‌کارهای ارتقاء هوش هیجانی در نظام آموزش و پرورش، مراکز بازپروری و مراکز درمان اعتیاد به پیشگیری از ابتلا به اعتیاد، بهبود و یا جلوگیری از عود مجدد اقدام نمود.

در نهایت پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اعضای نمونه متنوع‌تر و به‌تعداد بالاتر انتخاب، و نیز درمان شناختی-رفتاری با روش‌های درمانی دیگر مقایسه شود؛ تا بهترین روش برای درمان معتادان به شیشه مشخص شود. همچنین برای جهت صرفه‌جویی در هزینه‌ها و تعمیم بهتر یافته‌ها اجرای برنامه درمانی در چارچوب گروه درمانی شناختی-رفتاری توصیه می‌شود.

منابع

- اکبری زردخانه، سعید، رستمی، رضا، و زارعان، مصطفی. (۱۳۸۷). رابطه هوش هیجانی و مکانیزم‌های دفاعی با اعتیاد. *روان‌شناسان ایرانی*. ۴(۱۵): ۳۰۳-۲۹۳.
- انفرادی، سیده حامده. (۱۳۹۰). *رابطه بین راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، افسردگی و اضطراب در میان دانشجویان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی. انستیتو روان‌پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- بک، آرون، رایت، فرد، دی، نیومن، کوری، اف، و لیس، بروس. اس. (۱۳۸۰). *درمان شناختی/اعتیاد به مواد مخدر؛ آموزش مهارت‌های شناختی و عملی برای ترک اعتیاد*، ترجمه محمدعلی گودرزی، تهران، نشر راهگشا. (تاریخ انتشار به‌زبان اصلی، ۱۹۹۶).
- پروویزی‌فرد، علی‌اکبر. (۱۳۸۶). *همبودی اختلال‌های خلقی و اضطرابی در سوء مصرف‌کنندگان مواد افیونی جویای درمان و مقایسه آن با افراد بهنجار*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی. انستیتو روان‌پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری بر ...

پور شهباز، عباس. (۱۳۸۴). روابط ساختاری عوامل روان‌شناختی خطرزا و حفاظت‌کننده مصرف مواد مخدر در نوجوانان، *فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی*. ۵(۱۹): ۲۸-۳۵.

تاجری، بیوک، احدی، حسن، و جمهری، فرهاد. (۱۳۹۱). بررسی تاثیر درمان‌شناختی-رفتاری بر پرهیز، وسوسه، عود و تغییر نگرش معتادان به شیشه. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*. ۲(۷): ۱-۲۹.

تیرگری، عبدالحکیم. (۱۳۸۴). *رابطه ساختاری هوش هیجانی با سازگاری زناشویی و تدوین و کاربرد برنامه مداخله تقویت هوش هیجانی جهت کاهش ناسازگاری زناشویی*. پایان‌نامه دوره دکتری رشته روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

دباغی، پرویز، اصغرزادفرید، علی‌اصغر، عاطف‌وحید، محمدکاظم، و بوالهری، جعفر. (۱۳۸۷). اثربخشی پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی در درمان وابستگی به مواد افیونی و سلامت روانی. *اعتیادپژوهی*. ۲(۷): ۴۳-۵۹.

ربانی باوجدان، مزگان، ربانی باوجدان، مرجان، نیک آذین، امیر، کاویانی، ناهید، و خضری‌مقدم، انوشیروان. (۱۳۹۱). *رابطه باورهای خودکارآمدی و فراشناخت با راهبردهای مقابله در مردان سوءمصرف‌کننده مواد. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. ۶(۲۳): ۱۰۲-۸۵.

سادوک، بنیامین، و سادوک، ویرجینا. (۱۳۸۷). *خلاصه روان‌پزشکی و علوم رفتاری*. ترجمه نصرت‌الله پورافکاری. انتشارات شهراب. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۷).

عسگری، امین. (۱۳۸۴). *تاثیر نقش‌گذاری روانی (پسیکودرام) بر تغییر نگرش دانش‌آموزان دختر و پسر دبیرستان‌های شهر خرم‌آباد نسبت به اعتیاد در سال تحصیلی ۸۳-۸۴*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. رشته روان‌شناسی بالینی. دانشکده روان‌شناسی. دانشگاه علامه طباطبائی. تهران.

قهاری، شهربانو. (۱۳۸۵). *کارایی رویکرد شناختی-رفتاری در درمان سوءمصرف حشیش*. پایان‌نامه دکترای رشته روان‌شناسی بالینی. انستیتو روان‌پزشکی تهران. دانشگاه علوم پزشکی ایران.

کرینگ، آن، جانسن، شری، دیویسون، جرالده، و نیل، جان. (۱۳۹۳). *آسیب‌شناسی روانی*. ترجمه حمید شمسی‌پور، تهران، نشر ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۷).

کهرزائی، فرهاد، دانش، عصمت، و آزادفلاح، پرویز. (۱۳۹۰). *اثربخشی رفتار درمانگری شناختی در بهبود کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. ۵(۱۸): ۷-۲۳.

گودرزی، ناصر. (۱۳۸۵). *بررسی اثربخشی روش درمان فعال‌سازی رفتاری و قرارداد گروهی بر درمان اختلالات مصرف مواد افیونی*. رساله دکترای رشته روان‌شناسی سلامت. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.

منصوری‌سپهر، روح‌الله، باقریان، فاطمه، و حیدری، محمود. (۱۳۹۰). *ناهماهنگی شناختی و تغییر نگرش: نقش معیارهای مختلف در تعامل با عزت نفس. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. ۵(۱۷): ۱۰۱-۱۱۶.

نارنجی‌ها، هومن، نوری، رویا، اکبریان، مهدی، عزیزآبادی فراهانی، مهدی، و میرزمانی، محمود. (۱۳۸۹). تجربه طول زندگی بیش‌مصرف غیرکشنده داروها در میان معتادان ایرانی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی*. ۴(۱۵): ۳۳۳-۳۳۷.

نوروزی، نصرت‌الله. (۱۳۸۴). بررسی عامل دوگانه مقاومت و انتقال در بیماران با و بدون اختلال‌های شخصیت. پایان‌نامه دکترای رشته روان‌شناسی بالینی. انستیتو روان‌پزشکی تهران. دانشگاه علوم پزشکی ایران.

- Antonakis, J., Ashkanasy, N., & Dasborough, M. (2009). Does leadership need emotional intelligence? *The Leadership Quarterly*, 20 (2): 247° 261.
- American Psychological Association. (2010). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Ed.). Washington DC: A. P. A.
- Baker, A., Lee, N. K., Claire, M., Lewin, T. J., Grant, T., Pohlman, S., Saunders, J. B., Kay-Lambkin, F., Constable, P., Jenner, L., & Carr, V. J. (2005) Drug use patterns and mental health of regular amphetamine users during a reported heroin drought. *Addiction*, 9 (1): 875° 884.
- Bar-on, R. (1997). *Bar-on Emotional Quotient Inventory*, Toronto: Multi-Health system.
- Boshears P., Boeri M., Harbry L. (2011). *Addiction and sociality: Perspectives from methamphetamine users in suburban USA*. 19(4): 289-301.
- Botvin, G. J., & Griffin, K.W. (2004). Life Skill Training: empirical finding and future direction. *Journal of primary prevention*, 25(2): 211-218.
- Ilhan, I. O., Demirbas, H., & Dogan, Y. B. (2006). Validation study of the Turkish version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale for heavy drinking in a group of male patients. *Drug and Alcohol Review*, 25(2): 357-360.
- Julian, M. R. (2008). *A primer of drug action: a comprehensive guide to the actions, uses, and side effects of psychoactive drugs*. 11th. New York: John wiley & Sons.
- Lundquist, T. (2005). Cognitive consequences of Meta-Amphatamin use: Comparison with abuse of stimulants and heroin with regard to attention, memory and executive function. *Pharmacology of Biochemical Behavior*, 81(2): 319 - 330.
- McHugh, R. K., Hearon, B. A., & Otto, M. W. (2010). Cognitive -behavioral therapy for substance use disorders. *Addiction*, 99(2): 93-105.
- Parker, J. D., Taylor, R.N., Eastabrook, J. M., Schell, S. L., & Wood, L. M. (2008). Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. *Personality and individual Differences*, 45(2): 174-180.
- Rohsetow, D. J. Monti, P.M. Martin, R. A. Michalec, E., & Abrams, D. B. (2004). Brief coping skills treatment for cocaine abuser. 12 month substance use outcomes. *Journal of Consultant Clinical Psychology*, 63(3): 515-20.
- Roll, J., Stitzer, M., & Petry, N., (2006). Contingency management for the treatment of methamphetamine use disorders. *Am J Psychiatry*. 163:1993° 1999.

- Susan, R. (2008). Comorbidity of substance dependence and depression: Role of life stress and self-efficacy in sustaining abstinence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(1): 47-57.
- Turkcapar, H., Kose, S., Ince, A., & Myrick, H. (2008). Beliefs as predictors of relapse in alcohol dependence Turkish men. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(6): 848-51.
- Waxman, S. E., (2009). *A Systematic Review of Impulsivity in Eating Disorders. Impulsivity in Eating Disorders, Rev.* 17: 408° 425
- Zweben, J., Cohen, J., Christian, D., Galloway, G., Salinardi, M., & Parent, D. (2006). Psychiatric symptoms in methamphetamine users. *American Journal on Addictions*, 13(2): 181° 190.

عقاید مرتبط با مصرف مواد

در زیر فهرست برخی از عقاید رایج در مورد مصرف مواد آمده است. لطفا هر جمله را بخوانید و در مقابل درجه‌بندی کنید که با هر جمله تا چه اندازه موافق یا مخالف هستید.

سوال	کاملا مخالف	خیلی مخالف	کمی مخالف	خنثی	کمی موافق	خیلی موافق	کاملا موافق
۱. بدون مصرف مواد زندگی کسل کننده است.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۲. مصرف مواد تن‌ها راه بالا بردن خلاقیت و باروری من است.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۳. بدون مواد نمی‌توانم کار کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۴. مصرف مواد تن‌ها راه مقابله یا درد در زندگی‌ام است.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۵. من برای توقف مصرف آماده نیستم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۶. وسوسه باعث می‌شود دوباره مواد بکشم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۷. حتی اگر ترک کنم زندگی‌ام بهتر نخواهد شد.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۸. تنها راه مقابله با خشم و عصبانیت مصرف کردن است.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۹. اگر ترک کنم زندگی‌ام کسل کننده خواهد بود.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۰. من لیاقت ندارم با ترک مواد، بهبودی پیدا کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۱. به اندازه کافی توانایی ترک کردن ندارم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۲. بدون مصرف کردن نمی‌توانم آدم اجتماعی باشم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۳. مصرف مواد برام مشکلی ایجاد نمی‌کند.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۴. تا وقتی مصرف نکنم وسوسه‌های من از بین نمی‌رود.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۴. کس (دوست، اعضای خانواده) دیگری باعث مصرف مواد من شده است.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۵. اگر برای کسی مصرف کردن مشکل‌ساز است، علت اصلی‌اش ارثی است.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۶. بدون مواد نمی‌توانم آرامش داشته باشم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۷. داشتن مشکل مصرف به این معنی است که اصولا آدم بدی هستم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۸. بدون مصرف مواد نمی‌توانم اضطرابم را کنترل کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۹. اگر مواد را مصرف نکنم نمی‌توانم زندگی خود را با نشاط کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷

پرسشنامه بهر هیجانی بار-آن

ردیف	سوال	هرگز	بندرت	گاهی	معمولاً	همیشه
۱	به نظر من برای غلبه بر مشکلات باید گام به گام پیش رفت.	۰	۱	۲	۳	۴
۲	لذت بردن از زندگی برایم مشکل است.	۰	۱	۲	۳	۴
۳	شغلی را ترجیح می‌دهم که حتی الامکان، من تصمیم گیرنده باشم.	۰	۱	۲	۳	۴
۴	می‌توانم بدون تنش زیاد، با مشکلات مقابله کنم.	۰	۱	۲	۳	۴
۵	می‌توانم برای معنی دادن به زندگی تا حد امکان تلاش کنم.	۰	۱	۲	۳	۴
۶	نسبت به هیجان‌هایم آگاهی دارم.	۰	۱	۲	۳	۴
۷	سعی می‌کنم بدون خیال‌پردازی، واقعیت‌آموز را در نظر بگیرم.	۰	۱	۲	۳	۴
۸	به راحتی با دیگران دوست می‌شوم.	۰	۱	۲	۳	۴
۹	معتقدم توانایی تسلط بر شرایط دشوار را دارم.	۰	۱	۲	۳	۴
۱۰	بیشتر مواقع به خودم اطمینان دارم.	۰	۱	۲	۳	۴
۱۱	کنترل خشم برایم مشکل است.	۰	۱	۲	۳	۴
۱۲	شروع دوباره برایم سخت است.	۰	۱	۲	۳	۴
۱۳	کمک کردن به دیگران را دوست دارم.	۰	۱	۲	۳	۴
۱۴	بخوبی می‌توانم احساسات دیگران را درک کنم.	۰	۱	۲	۳	۴
۱۵	هنگامی که از دیگران خشمگین می‌شوم، نمی‌توانم با آن‌ها در این مورد بحث کنم.	۰	۱	۲	۳	۴
۱۶	هنگام رویارویی با یک موقعیت دشوار، دوست دارم تا حد ممکن در مورد آن اطلاعات جمع‌آوری کنم.	۰	۱	۲	۳	۴
۱۷	خندیدن برایم سخت است.	۰	۱	۲	۳	۴
۱۸	هنگام کار کردن با دیگران، بیشتر پیرو افکار آن‌ها هستم تا خودم.	۰	۱	۲	۳	۴
۱۹	نمی‌توانم به خوبی فشارها را تحمل کنم.	۰	۱	۲	۳	۴
۲۰	در چند سال گذشته کمتر کاری را به نتیجه رسانده‌ام.	۰	۱	۲	۳	۴
۲۱	به سختی می‌توانم احساسات عمیقم را با دیگران در میان بگذارم.	۰	۱	۲	۳	۴
۲۲	دیگران نمی‌فهمند که من چه فکری دارم.	۰	۱	۲	۳	۴
۲۳	به خوبی با دیگران همراهی می‌کنم.	۰	۱	۲	۳	۴
۲۴	به اغلب کارهایی که انجام می‌دهم خوش‌بین هستم.	۰	۱	۲	۳	۴
۲۵	برای خودم احترام قائل هستم.	۰	۱	۲	۳	۴
۲۶	عصبی بودنم مشکل ایجاد می‌کند.	۰	۱	۲	۳	۴
۲۷	به سختی می‌توانم فکرم را در مورد مسائل تغییر دهم.	۰	۱	۲	۳	۴
۲۸	کمک به دیگران مرا کسل نمی‌کند، به‌ویژه اگر شایستگی آن را داشته باشم.	۰	۱	۲	۳	۴
۲۹	دوستانم می‌توانند مسائل خصوصی خودشان را با من در میان بگذارند.	۰	۱	۲	۳	۴
۳۰	می‌توانم مخالفت‌م را با دیگران ابراز نمایم.	۰	۱	۲	۳	۴
۳۱	هنگام مواجهه با یک مشکل، اولین کاری که انجام می‌دهم دست نگه داشتن و فکر کردن است.	۰	۱	۲	۳	۴
۳۲	فرد با نشاطی هستم.	۰	۱	۲	۳	۴
۳۳	ترجیح می‌دهم دیگران برایم تصمیم بگیرند.	۰	۱	۲	۳	۴
۳۴	احساس می‌کنم کنترل اضطراب برایم مشکل است.	۰	۱	۲	۳	۴
۳۵	از کارهایی که انجام می‌دهم، راضی نیستم.	۰	۱	۲	۳	۴
۳۶	به سختی می‌فهمم چه احساسی دارم.	۰	۱	۲	۳	۴

۴	۳	۲	۱	۰	۳۷	تمایل دارم با آن چه در اطرافم می‌گذرد رو به رو نشوم و از برخورد با آن‌ها طفره می‌روم.
۴	۳	۲	۱	۰	۳۸	روابط صمیمی با دوستانم برای هردو طرفمان اهمیت دارد.
۴	۳	۲	۱	۰	۳۹	حتی در موقعیت‌های دشوار، معمولاً برای ادامه کار انگیزه دارم.
۴	۳	۲	۱	۰	۴۰	نمی‌توانم خودم را این‌طور که هستم بپذیرم.
۴	۳	۲	۱	۰	۴۱	دیگران به من می‌گویند هنگام بحث، آرام‌تر صحبت کنم.
۴	۳	۲	۱	۰	۴۲	به‌آسانی با شرایط جدید سازگار می‌شوم.
۴	۳	۲	۱	۰	۴۳	به کودک گمشده کمک می‌کنم، حتی اگر همان موقع جای دیگری کار داشته باشم.
۴	۳	۲	۱	۰	۴۴	به اتفاقی که برای دیگران می‌افتد، توجه دارم.
۴	۳	۲	۱	۰	۴۵	"نه گفتن" برایم مشکل است.
۴	۳	۲	۱	۰	۴۶	هنگام تلاش برای حل یک مشکل، راه‌حل‌های ممکن را در نظر می‌آورم، سپس بهترین را انتخاب می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۰	۴۷	از زندگی‌ام راضیم.
۴	۳	۲	۱	۰	۴۸	تصمیم‌گیری برایم مشکل است.
۴	۳	۲	۱	۰	۴۹	می‌دانم در شرایط دشوار چگونه آرامشم را حفظ کنم.
۴	۳	۲	۱	۰	۵۰	هیچ چیز در من علاقه ایجاد نمی‌کند.
۴	۳	۲	۱	۰	۵۱	از احساسی که دارم آگاهم.
۴	۳	۲	۱	۰	۵۲	در تصورات و خیال‌پردازی‌هایم غرق می‌شوم.
۴	۳	۲	۱	۰	۵۳	با دیگران رابطه خوبی دارم.
۴	۳	۲	۱	۰	۵۴	معمولاً انتظار دارم مشکلات به‌خوبی ختم شوند، هر چند گاهی چنین نمی‌شود.
۴	۳	۲	۱	۰	۵۵	از اندام و ظاهر خود راضی هستم.
۴	۳	۲	۱	۰	۵۶	کم صبر هستم.
۴	۳	۲	۱	۰	۵۷	می‌توانم عادات قبلی‌ام را تغییر دهم.
۴	۳	۲	۱	۰	۵۸	اگر لازم باشد با زیر پا گذاشتن قانون از موقعیتی فرار کنم، این کار را انجام می‌دهم.
۴	۳	۲	۱	۰	۵۹	نسبت به احساسات دیگران حساس هستم.
۴	۳	۲	۱	۰	۶۰	می‌توانم به‌راحتی افکارم را به دیگران بگویم.
۴	۳	۲	۱	۰	۶۱	هنگام حل مسائل، به‌سختی می‌توانم در مورد انتخاب بهترین راه‌حل تصمیم‌گیری کنم.
۴	۳	۲	۱	۰	۶۲	اهل شوخی هستم.
۴	۳	۲	۱	۰	۶۳	در انجام دادن کارها و امور مختلف به دیگران وابسته‌ام.
۴	۳	۲	۱	۰	۶۴	رویارویی با مسائل ناخوشایند برایم مشکل است.
۴	۳	۲	۱	۰	۶۵	حتی‌الامکان کارهایی را به عهده می‌گیرم که برایم لذت بخش هستند.
۴	۳	۲	۱	۰	۶۶	حتی هنگام آشفتنگی از آن چه در من اتفاق می‌افتد، آگاهم.
۴	۳	۲	۱	۰	۶۷	تمایل به مبالغه‌گویی دارم.
۴	۳	۲	۱	۰	۶۸	به‌نظر دیگران، من فردی اجتماعی هستم.
۴	۳	۲	۱	۰	۶۹	به توانایی‌ام برای مقابله با دشوارترین مسائل اطمینان دارم.
۴	۳	۲	۱	۰	۷۰	از شیوه نگرش و فکرم راضی هستم.
۴	۳	۲	۱	۰	۷۱	بدجوری خشمگین می‌شوم.
۴	۳	۲	۱	۰	۷۲	معمولاً ایجاد تغییر در زندگی روزانه برایم سخت است.
۴	۳	۲	۱	۰	۷۳	قادر هستم احترام به دیگران را حفظ کنم.
۴	۳	۲	۱	۰	۷۴	دیدن رنج دیگران برایم سخت است.
۴	۳	۲	۱	۰	۷۵	به‌نظر دیگران، من نمی‌توانم احساسات و افکارم را بروز دهم.

۴	۳	۲	۱	۰	۷۶	هنگام رو به رو شدن با شرایط دشوار سعی می‌کنم در مورد راه‌حل‌های ممکن فکر کنم.
۴	۳	۲	۱	۰	۷۷	افسرده هستم.
۴	۳	۲	۱	۰	۷۸	فکر می‌کنم من به دیگران بیشتر احتیاج دارم تا دیگران به من
۴	۳	۲	۱	۰	۷۹	مضطرب هستم.
۴	۳	۲	۱	۰	۸۰	در مورد آن چه می‌خواهم در زندگی انجام دهم، فکر مشخص و خوبی ندارم.
۴	۳	۲	۱	۰	۸۱	به‌سختی می‌توانم از امور برداشت صحیحی داشته باشم.
۴	۳	۲	۱	۰	۸۲	به‌سختی می‌توانم احساساتم را بیان کنم.
۴	۳	۲	۱	۰	۸۳	با دوستانم رابطه صمیمی برقرار می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۰	۸۴	قبل از شروع کارهای جدید معمولاً احساس می‌کنم شکست خواهیم خورد.
۴	۳	۲	۱	۰	۸۵	هنگام بررسی نقاط ضعف و قوت‌م باز هم در مورد خودم احساس خوبی دارم.
۴	۳	۲	۱	۰	۸۶	هنگام عصبانیت زود از کوره در می‌روم.
۴	۳	۲	۱	۰	۸۷	اگر مجبور به ترک وطنم باشم، سازگاری برایم دشوار خواهد بود.
۴	۳	۲	۱	۰	۸۸	به‌نظر من پایبندی یک شهروند به قانون مهم است.
۴	۳	۲	۱	۰	۸۹	از جریحه‌دار کردن احساسات دیگران خودداری می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۰	۹۰	مشکل می‌توانم از حق خودم دفاع کنم.

برگه ثبت روزانه وسوسه وب و همکاران، ۲۰۰۲

افکار		پرهیز		لغزش		شدت وسوسه		برانگیزاننده	زمان
بعد مصرف	قبل مصرف	نداشتم	داشتم	بلی	خیر	شدید	متوسط	کم	روز ساعت

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی