

بررسی تاثیر درمان شناختی رفتاری بر پرهیز، وسوسه، عود، و تغییر نگرش معتادین به شیشه

بیوک تاجری¹، حسن احدی²، فرهاد جمهری³

تاریخ وصول: 90/2/14 تاریخ پذیرش: 90/9/25

چکیده

زمینه: شیوع روز افزون مصرف ماده محرک شیشه و درمان موثر اعتیاد به این ماده، یکی از دغدغه‌های اصلی متخصصین این حوزه است.
هدف: پژوهش حاضر بررسی تاثیر درمان شناختی رفتاری بر میزان پرهیز، وسوسه، عود و تغییر نگرش معتادین به شیشه است.

روش: در این طرح شبه‌آزمایشی، 36 بیمار با تشخیص وابستگی به شیشه به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه قرار داده شدند. گروه آزمایش طی 12 جلسه دو ساعته به صورت انفرادی تحت درمان قرار گرفتند. آزمودنی‌های هر دو گروه توسط مصاحبه ساخت یافته شخصیت، پرسشنامه نگرش نسبت به مواد، قبل از شروع درمان (مرحله پایه)، جلسه ششم، دوازدهم و 90 روز پس از پایان درمان (پیگیری) مورد ارزیابی قرار گرفتند. از طریق خودسنجی در شروع هر جلسه درمانی دفعات لغزش، وسوسه و پرهیز سنجیده شد. گروه کنترل

1. دانشجوی دکترای روان‌شناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج (نویسنده مسئول) btajeri@yahoo.com

2. استاد دانشگاه علامه طباطبایی

3. استادیار دانشگاه علامه طباطبایی farhadjomehri@yahoo.com

در این مدت درمان روان‌شناختی دریافت نکرد. داده‌ها به کمک آزمون t همبسته، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و تحلیل واریانس دو طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: تفاوت معنادار بین میانگین‌ها در کلیه مراحل مداخله و بین مراحل خط پایه و پیگیری مشاهده شد و در آزمون فرضیه‌ها گروه آزمایشی پرهیز بیشتر، وسوسه و عود کمتر و تغییر نگرش نسبت به ماده محرک شیشه نشان دادند. پس فرضیه‌های تحقیق تأیید شد. بحث و نتیجه‌گیری: میزان پرهیز، وسوسه، لغزش و عود و نگرش مثبت گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل در تمام مراحل مداخله پایین‌تر بود، پس رویکرد شناختی رفتاری در درمان اعتیاد به شیشه مؤثر است.

واژگان کلیدی: درمان شناختی رفتاری، پرهیز، وسوسه، عود، نگرش

مقدمه

دفتر پیشگیری از جرم و کنترل مواد سازمان ملل¹ (2005) مصرف کنندگان موجود مواد را در بین جمعیت 15-64 ساله سراسر جهان، 200 میلیون نفر، یا 5% کل جمعیت جهان برآورد کرده است. وابستگی به شیشه در مناطق مختلف جهان قابل مشاهده است. بر طبق یافته‌های طرح ارزیابی سریع اعتیاد²، در سال 1387 در ایران، مصرف شیشه رو به افزایش بوده و به درصد بالایی از مصرف کنندگان رسیده است (نارنجی‌ها و همکاران، 1389).

اثر بخشی روان‌شناختی مقدار مصرف متوسط ماده شامل سرخوشی آبی، سرگیجه، افزایش هوشیاری و وراجی لاف‌زنانه توأم با اضطراب است. پس از 60 تا 90 دقیقه اضطراب ممتدی را در پی دارد. آگاهی هوشیار و دقت روانی افزایش می‌یابد، اما دنباله‌ی آن افسردگی است (جولیان³، 2008). مصرف شیشه علاوه بر مشکلات جسمانی به اختلالات روان‌پزشکی از جمله

1. United Nation Office for Drug Control (UNODCP)

2. Rapid Situation Assessment (RSA)

3. Julian

بروز سایکوز، تشدید اسکیزوفرنیا (آرسنال¹ و همکاران، 2003)، نقایص شناختی (لاندکوئیست²، 2005) و اختلالات خلقی و اضطرابی (بیکر³ و همکاران، 2005، پرویزی فرد، 1386) منجر می‌شود. اکثر معتادین در طی دوران اعتیاد بارها ترک می‌کنند، اما پس از طی مدتی مجدداً به سمت اعتیاد روی می‌آورند. پرداختن به مشکلات روانی معتادین از جمله ترمیم عزت نفس، اعتماد به نفس، مسئولیت‌پذیری و مشکلات اجتماعی و خانوادگی ارتباط مستقیم با ترک اعتیاد دارد (علی مددی، 1384). محققان نتیجه‌گیری کردند که سه چهارم افرادی که دوره درمان را کامل کرده‌اند در فاصله یکسال پس از تکمیل درمان، عود مجدد داشته‌اند (دالی⁴ و مارلات⁵، 2005). لذا، تدوین برنامه‌هایی برای درمان، کاهش و پیشگیری از مصرف آن ضروری است. درمان مواد محرک عمدتاً در سال‌های اخیر افزایش یافته و ارزیابی علمی درمان‌های شناختی رفتاری با استفاده از نمونه‌های تصادفی، در زمینه تداوم پرهیز دارویی ایمنی و کارایی این مداخله‌ها را ثابت کرده است (کای⁶ و همکاران، 2006). در حال حاضر انجمن روان پزشکی آمریکا⁷ (2000)، درمان‌های روانی اجتماعی را از مؤلفه‌های اساسی هر نوع برنامه‌ی درمانی این مواد در نظر می‌گیرد. درمان شناختی رفتاری با هدف پیشگیری از عود، کاهش وسوسه، تغییر نگرش مثبت و تقویت خویش‌داری افراد معتاد، می‌تواند روش مناسبی برای درمان اعتیاد باشد.

تحقیق تاجری (1389) نشان می‌دهد عوامل عمده مؤثر در عود شیشه عبارت‌اند از؛ عوامل فردی: ویژگی‌های فردی، نگرش و مهارت‌های اجتماعی و نحوه مقابله با مشکلات و فشارهای روانی اجتماعی، 2. عوامل بین فردی: محیط اجتماعی پیرامون، خانواده، دوستان نزدیک و

1. Arseneault
2. Lundquist
3. Baker
4. Dalley
5. Marlatt
6. Qi
7. American Psychiatry Association (APA)

خرده فرهنگ حاکم بر آن، 3. عوامل اجتماعی: موضوع‌هایی همانند محل سکونت، شرایط کار، داشتن مهارت‌های لازم برای استخدام، امکانات کارآموزی و اشتغال و دیدگاه کلی جامعه نسبت به فرد معتاد و 4. عوامل وضعیتی: موقعیت‌هایی که موجب گرایش مجدد بیمار به مصرف مواد می‌شود.

ویتکویتز¹، مارلات و والکر² (2005) موقعیت‌های عود رفتار اعتیادی را به هشت نوع تقسیم می‌کنند: 1- حالات هیجانی منفی³ 2- حالات هیجانی مثبت 3- آزمون کنترل شخصی مصرف 4- حالات فیزیکی منفی 5- وسوسه 6- تعارض بین فردی 7- فشار دیگران 8- خوشگذرانی با دیگران. محققان عوامل دیگری مانند، انتظارها، پیامدها، انگیزش، مقابله، خودکارآمدی و حمایت اجتماعی را نیز مهم می‌دانند. نگرش یا انتظارهای فرد از مواد و ارزیابی از کنترل موقعیت نقش مهمی در این مسئله دارد.

در بررسی سبب‌شناسی سوء مصرف مواد و عود رفتارهای اعتیادی، محققان 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، سوگیری نسبت به نشانه‌های مواد اشاره کرده‌اند (دباغی، 1386، مارلات، 1996، بلوم⁴، 2005).

در مطالعه‌ای مقدماتی بیکر⁵ و همکاران (2005) به بررسی تأثیر درمانی مصاحبه انگیزشی و درمان شناختی رفتاری در آزمایش کنترل شده تصادفی، 214 معتاد آمفتامین، نشان داد که افزایش معناداری در احتمال پرهیز از آمفتامین در بین افرادی که بیش از دو جلسه دریافت داشتند مشاهده شد. علاوه بر این تعداد جلسات دریافتی اثر بارزی بر کاهش شدت افسردگی این افراد داشت. این کاهش همراه با بهبود معنادار در سطح تغییر، مصرف قرص آرام‌بخش،

-
1. Witkiewitz
 2. Walker
 3. negative emotional state
 4. Blume
 5. Baker

سیگار، مصرف داروهای دیگر، رفتار تزریق، سطح فعالیت مجرمانه، پریشانی روانی و سطح افسردگی داشتند. محققان توصیه کردند که در درمان از رویکرد گام به گام استفاده شود. گام اول ارائه مداخله مؤثر با این افراد، تهیه سنجش ساختارمند از آمفتامین و مشکلات مربوطه، مواد خودیاری، بازیابی منظم مصرف آمفتامین و مضرات مربوطه است. برای افرادی که افسردگی و اضطراب دارند پیشنهاد می‌گردد دوره درمانی از آغاز درمان صورت گیرد.

راوسون¹ و همکاران (2004) در بررسی تحت عنوان "مقایسه مدیریت وابستگی و رویکردهای شناختی رفتاری در طی درمان نگهدارنده با متادون برای وابستگی به کوکائین" نمونه‌ای شامل 120 نفر در چهار وضعیت آزمایشی (مدیریت وابستگی، درمان شناختی رفتاری، ترکیب مدیریت و وابستگی و درمان شناختی رفتاری، درمان نگهدارنده معمولی به صورت تصادفی اختصاص دادند. دوره بررسی 16 هفته بود و چهار بار ارزیابی شدند. با اینکه اثر درمانی مدیریت وابستگی بارزتر بود، اما در برونداد طولانی‌مدت درمان شناختی رفتاری موفق‌تر بود. گروه‌های ترکیبی دو درمانه نیز نتیجه بهتر از آندو نشان ندادند.

در بررسی یکی از نمونه‌های بزرگ مصرف‌کنندگان شیشه (1016 نفر) زیوبن² و همکاران (2004) علائم روان‌شناختی همراه را مورد مطالعه قرار دادند، 68 درصد زنان و 50 درصد مردان احساس افسردگی و 28 درصد زنان و 13 درصد مردان حداقل یکبار اقدام به خودکشی را گزارش کردند. رابطه این دو ظاهراً دوسویه است. برخی مطالعات افسردگی را عامل خطر ساز مصرف شیشه دانسته‌اند. گرانت³ (1995) گزارش کرد که خطر اعتیاد به شیشه 6/19 برابر در افراد افسرده شدید بیشتر است. در مورد وابستگی به کلیه مواد، این خطر 8/89 برابر است.

بررسی کارایی درمان‌های مبتنی بر افزایش انگیزه و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر کاهش لغزش، عود و افزایش خویشن‌داری در مصرف‌کنندگان کوکائین مورد بررسی قرار

1. Rawson
2. Zweben
3. Grant

گرفته است. یافته‌های به دست آمده از 165 بیمار که تحت درمان با درمان انگیزه افزایی و آموزش مهارت‌های مقابله ای قرار گرفته بودند، نشان داد که هر دو نوع درمان در کاهش لغزش و عود مؤثر می‌باشند. اما انگیزه افزایی بیشتر برای بیماران با انگیزه پایین تر در مقایسه با بیماران با انگیزه بالا و آموزش مهارت‌های مقابله نیز در نمونه‌های زن در مقایسه با نمونه‌ها مؤثرتر بوده است و توانسته است مصرف مواد را در آنها کاهش دهد و از عود پیشگیری کند (راهستو¹ و همکاران، 2004).

محققان مختلف (آنتون² و همکاران، 2005، کارول³ و همکاران، 2006، مارلات و همکاران، 2004، بیکر و همکاران، 2004، سوسان، 2008، رعدی، 1384، گودرزی، 1385 و عرب، 1377) تاثیر درمانی درمان شناختی رفتاری را در درمان انواع اعتیاد مورد تاکید قرار داده اند.

دباغی (1386) نشان داد، روش درمان شناختی پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی در کاهش میزان عود، مدت باقی ماندن در درمان، اطاعت دارویی و بهبود علایم جسمانی، افسردگی، کارکرد اجتماعی مؤثرتر است. نتایج این پژوهش نشان داد که روش گروهی پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی، توانسته است به شکل مؤثری اثربخشی درمان وابستگی به مواد را افزایش دهد و در بهبود وضعیت سلامت روانی بیماران مؤثر باشد. این پژوهش نشان داد که مداخله های روانشناختی، بخش اجتناب ناپذیر درمان اعتیاد هستند. این روش ها باعث ایجاد انگیزه، افزایش حمایت اجتماعی و یادگیری مهارت های مقابله ای در برخورد با مشکلات ناشی از مصرف مواد می شود.

از سوی دیگر، بزرگترین تهدید یک بیمار در حال بهبودی و عامل اصلی عود، وسوسه است و اگر به طور دقیق کنترل و شناخته نشود برای فرد بسیار گنج کننده و آشفته ساز بوده و

1. Rohsetow

2. Anton

3. Carroll

ممکن است مصرف مجدد مواد را در پی آورد. دهمین طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها¹ نیز وسوسه را به عنوان اولین ملاک برای تشخیص وابستگی به مواد لحاظ کرده است (سادوک² و سادوک، 2007). وسوسه‌ها با ایجاد سوگیری در توجه و انتخابی نمودن پردازش اطلاعات، از طریق ارتباط با نشانه‌ها و پردازش نسبتاً جذابانه‌تر اطلاعات مرتبط با آنها، بوسیله افزایش حواس‌پرتهی از عوامل برانگیزاننده و کاهش توانایی تمرکز کردن بر آنها و تقویت آگاهی از حالات درونی فرد و با کند کردن ادراک و گذشت زمان می‌تواند عود را تحت‌تأثیر قرار دهد (تاجری، 1390). وسوسه‌ها تحت‌تأثیر دو عامل «برانگیزاننده‌ها و موقعیت‌های پرخطر» قرار دارند. بر انگیزاننده منجر به فکر مواد شده، آن نیز به نوبه خود وسوسه را به دنبال آورده و در نهایت مصرف را در پی دارد. در موقعیت‌های پرخطر و شرایط وسوسه‌انگیز که تداعی‌کننده تجربه مصرف است این عوامل ما را یاد مواد می‌اندازد و وسوسه عادت‌ی را فعال می‌کند. خودکارآمدی پایین نیز ارتباط نزدیکی با احتمال عود بیمار دارد. در واقع نیرومندترین خودکارآمدی به اعتقاد فرد به فکر مبنی بر اینکه می‌تواند از عهده یک رفتار دشوار برآید اشاره دارد. در صورت داشتن کارایی شخصی بالا ترس از شکست کاهش می‌یابد، شدت آرزوها افزایش یافته و توانایی حل مساله و تفکر تحلیلی بهبود می‌یابد (لان‌دین، 1383).

توانایی مقابله موثر فرد در روبرو شدن با موقعیت‌های پرخطر، برای تغییر دادن انتظارات مصرف مواد و خودکارآمدی بسیار مهم می‌باشد. ادراک خودکارآمدی فرایندی شناختی است که طی آن بیمار به توانایی خود جهت خودداری از مصرف مواد در موقعیت‌های پرخطر اعتماد دارد. چنین نگرشی در آغاز و حفظ تغییرات رفتاری نقش مهمی دارد. نگرش‌های ناکارآمد و نشخوارهای فکری با عود ارتباط نزدیکی دارد (بورلسون³ و کامینر⁴، 2005).

1. International Classified Deases
2. Sadock
3. Burleson
4. Kamminer

یادگیری مهارتها در طی درمان شناختی‌رفتاری می‌تواند تقویت و افزایش خودکارآمد پنداری را به دنبال داشته باشد. همچنین برای درگیر شدن در فعالیت مخاطره‌آمیز مثل سوء مصرف مواد گوناگون از تجزیه و تحلیل هزینه و سود ناشی می‌شود (جرارد¹، گیبونز²، بنتین³، هسلینگ⁴، 1996). بر طبق رویکردهای تصمیم عقلانی تصمیمات مصرف و سوء مصرف مواد احتمال دارد در بین جوانان و جوانان بر مبنای ارزیابی عواقب مثبت و منفی مصرف و سوء مصرف مواد، تصمیم عقلانی باشد (فاربی⁵، بیت مارون⁶، 1992).

اعتیاد تحت تأثیر باورها و نگرش‌های بیماران است (بک و همکاران، 1381). مصرف مواد تحت تأثیر نگرشی است که فرد به مواد دارند. شکل‌گیری نگرش مثبت یا منفی ناشی از ترکیب دانش، اطلاعات، باورها و عواطف نوجوانان درباره مواد از یک سو و میزان ارزشمندی است که برای آن قائل هستند (پور شهباز و دیگران، 1384). نگرش به مواد دارای مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری بوده 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 (پور شهباز، 1383).

نگرش‌های ناکارآمد می‌تواند به عنوان یک عامل آسیب‌پذیر، احتمال گرایش به سوء مصرف مواد را افزایش دهد و در نتیجه شناخت‌درمانی برای این افراد مؤثر به نظر می‌رسد. آموزش مهارت‌ها تغییر معناداری در تمایل نوجوانان به مصرف مواد و عوامل خطر ساز فردی مصرف مواد از قبیل خود پنداره، مهارت‌های خود کنترلی و مهارت‌های اجتماعی، کانون کنترل و نگرش نسبت به مصرف مواد ایجاد کرده است (محمد خانی، 1385).

-
1. Garrard
 2. Gibbons
 3. Ben thin
 4. Hassling
 5. Forby
 6. Byth-Maroon

محققان مختلف از جمله (اسکندری و کرمی، 1382، وزیریان و مستشاری، 1382 و رحمتی، 1383)، تأثیر درمانی روش درمان شناختی رفتاری را در تغییر نگرش معتادین مورد اشاره قرار داده‌اند.

مطالعه‌ای در زمینه کارایی درمان شناختی رفتاری با مدیریت وابستگی و درمان با نالترکسون به تنهایی، در بیماران وابسته به مواد افیونی، کارایی و برتری درمان شناختی رفتاری را بر مدیریت وابستگی و درمان با نالترکسون به تنهایی تایید کرده است (احمدخانی‌ها، قرایی‌پور و پناغی، 1385). تکنیک‌های رفتاری می‌تواند در مقابله با وسوسه و عود، افزایش خویشتن‌داری، تغییر نگرش مفید باشند. به علاوه آموزش مهارت‌ها نیز در این درمان جایگاه خاص خود را دارد و بیماران با فراگیری مهارت‌هایی نظیر مهارت امتناع از پذیرش مواد، حل مساله، کنترل خشم، ارتباط موثر و رفتارهای قاطعانه یاد می‌گیرند، در برابر وسوسه مقاومت کنند، از موقعیت‌های پرخطر اجتناب کنند و به افراد اصرار کننده «نه» بگویند. فراگیری تکنیک‌های شناختی نیز به بیماران کمک می‌کنند در کوتاه‌مدت توجه خود را از افکار برانگیزاننده شیشه دور سازند و در درازمدت نیز با این افکار به چالش برخیزد و در مجموع به کمک تکنیک‌های شناختی رفتاری دفعات لغزش را کاهش دهد و با افزایش خویشتن‌داری از عود جلوگیری به عمل آورد (کادن¹، 1383، کارول، 1381).

راوسون، ماری‌نلی²، آنجلین³ و همکاران (2004) از درمان مدل ماتریکس 16 هفته‌ای و درمان معمولی در مورد 978 فرد شیشه‌ای استفاده شد. درمان شناختی رفتاری در زمینه‌ی ماندن در درمان، حضور در جلسات، آزمایش‌های ادرار فاقد شیشه، و دوره‌های پرهیز مستمر از شیشه کارا تر بود.

1. Kadden
2. Marinelli
3. Anglin

محققان دیگر رل¹، استیتزر²، پتری³ و همکاران (2006) 113 نفر شیشه‌ای را به صورت تصادفی به دو حالت (درمان شناختی رفتاری 12 جلسه‌ای و درمان‌درمان شناختی رفتاری + مدیریت وابستگی) مقایسه کردند و تفاوتی در مدت زمان ماندن در درمان یا تعداد جلسات حضور یافته دو گروه مشاهده نکردند. در دوره‌های 3 ماهه و 6 ماهه نیز این افراد پرهیز بارز و آزمایش ادرار فاقد شیشه داشتند. در مطالعه‌ای دیگر شاپتاو⁴، ریبک⁵، پک⁶ و همکاران (2005)، 162 مرد همجنس‌باز تحت چهار وضعیت درمانی (درمان شناختی رفتاری، درمان شناختی رفتاری به همراه مدیریت وابستگی، مدیریت وابستگی و درمان شناختی رفتاری گروهی) به طور تصادفی اختصاص داده شدند و درمان شناختی رفتاری تأثیر درمانی بارزتری نشان داد. در مطالعه هابر⁷ و شاپتاو (1997) 500 بیمار شیشه‌ای و 224 بیمار کوکائینی بررسی شدند و هیچ تفاوت معناداری در کارایی درمان با مدل ماتریکس نشان ندادند. یافته مشابهی بوسيله کوپلند⁸ و سورنسون⁹ (2001) گزارش شد؛ اینها 83 شیشه‌ای را با 262 کوکائینی در مراکز درمان سرپایی، مقایسه کردند و این بررسی از نظر روزهای درمان، تعداد حضور در جلسات فردی و گروهی، تعداد آزمایش سالم و اتمام درمان، تفاوت معناداری مشاهده نکردند. هدف پژوهش حاضر، بررسی کارایی درمان شناختی رفتاری در افزایش پرهیز (خویش‌داری)، کاهش وسوسه، عود مصرف و تغییر نگرش معتادین می‌باشد و پژوهش حاضر به دنبال یافتن پاسخ به سوالات زیر است؛ آیا درمان شناختی رفتاری در کاهش میزان وسوسه و عود معتادین موثر است؟ آیا درمان شناختی رفتاری در حفظ پرهیز معتادین موثر است؟ آیا درمان شناختی رفتاری در تغییر نگرش معتادین موثر است؟

-
1. Roll
 2. Stitzer
 3. Petry
 4. Shoptaw
 5. Reback
 6. Peck
 7. Huber
 8. Copeland
 9. Sorensen

روش پژوهش

جامعه‌ی آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

در این طرح از میان جامعه‌ی آماری طرح یعنی بیماران مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران، پس از مصاحبه روان پزشکی و غربال بیماران با اجرای آزمون مصاحبه بالینی ساخت یافته برای اختلالات شخصیت، در مجموع 36 نفر انتخاب شده و بطور تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه جای داده شدند. هر دو گروه به عنوان خط پایه پرسشنامه‌ی نگرش نسبت به مواد را تکمیل کردند و از طریق خودسنجی در شروع هر جلسه درمانی دفعات لغزش، وسوسه و پرهیز آنها سنجیده شد. گروه آزمایشی هریک به صورت انفرادی در 12 جلسه درمانی شرکت کرد.

ابزار

مصاحبه بالینی ساخت یافته برای اختلالات شخصیت¹: این ابزار یک مصاحبه تشخیصی نیمه ساخت یافته است که برای سنجش 10 اختلال شخصیت محور دو بر اساس نسخه چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی² تدوین شده است. برای تشخیص اختلالات محور دو می توان از این آزمون به صورت مقوله‌ای یا ابعادی بهره گرفت. پرسشنامه دارای 119 پرسش است و در کمتر از 20 دقیقه اجرا می شود، میزان تحصیلات لازم برای پاسخ‌دهی به آن حداقل 8 کلاس است. آزماینده با توجه به پرسشهایی که بیمار به آنها پاسخ مثبت می دهد مصاحبه را جهت می دهد. پایایی و روایی بالای این آزمون در مطالعات مختلف نشان داده شده است (فرست³ و همکاران، 1997، سادوک و سادوک، 2007 و انفرادی، 1390).

1. Structural Clinical Interview For DSM-IV

2. DSM-IV

3. First

پرسشنامه نگرش نسبت به مواد: این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی 20 گزاره‌ای است که توسط رایت¹ تهیه شده است (گودرزی، 1380). قهاری (1385) از پایایی و روایی بالای آزمون گزارش داده‌اند.

فرم ثبت روزانه وسوسه، لغزش و پرهیز: در این پژوهش از طریق خودسنجی و آزمایش ادرار در شروع هر جلسه درمانی دفعات لغزش، وسوسه و پرهیز (خویشتن‌داری) آزمودنی‌ها سنجیده شد.

روش اجرا

آزمودنی‌ها ابتدا توسط مصاحبه روان‌پزشک غربال شدند و سپس با تکمیل پرسشنامه مصاحبه تشخیصی، وجود اختلالات شخصیت رد شد. بعد از این افراد به طور تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایشی گمارش شدند. هر دو گروه به عنوان خط پایه پرسشنامه نگرش نسبت به مواد و از طریق خودسنجی فرم ثبت روزانه وسوسه، لغزش و خویشتن‌داری را تکمیل کردند. آزمودنی‌های گروه آزمایشی پس از تکمیل پرسشنامه‌ها در مرحله خط پایه وارد طرح درمان شناختی‌رفتاری شدند. آنها به صورت انفرادی در طرح درمانی درمان شناختی رفتاری به مدت 12 جلسه تحت درمان قرار گرفتند. چهار بار، قبل از شروع درمان به عنوان خط پایه، در پایان هفته ششم، دوازدهم و سه ماه پس از آخرین جلسه درمان مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند. گروه کنترل پس از تکمیل پرسشنامه‌های خط پایه به مدت 3 ماه صرفاً در لیست انتظار برای درمان بود و از هیچ‌گونه درمان روان‌شناختی برخوردار نبود و پس از سه ماه (مرحله پیگیری) با پرسشنامه‌های مورد نظر مورد سنجش قرار گرفتند. از نظر اخلاقی در این پژوهش، ضمن ارائه اطلاعات مورد نظر از بابت محرمانه ماندن اطلاعات به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد. رضایت کتبی جهت شرکت در آزمون اخذ شد، در صورت تمایل به ادامه درمان روال معمول درمانی در مورد آنها پیگیری شد.

1. Wright

تحلیل داده‌ها

از آنجا که طرح پژوهش از نوع طرح شبه آزمایشی با اندازه‌گیری مکرر است برای بررسی تاثیر کارایی درمان شناختی رفتاری بر متغیرهای پژوهش، مداخله از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، تحلیل واریانس دو عاملی، آزمون t همبسته (مقایسه میانگین‌های گروه آزمایشی) و جهت حذف اثر تراکم خطای نوع اول در مقایسه‌های همزمان از تصحیح بن فرونی، استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

فرضیه اول؛ درمان شناختی رفتاری موجب افزایش پرهیز معنادین به شیشه می‌شود. جهت آزمون این فرضیه، تفاوت میانگین‌ها در چهار بار اندازه‌گیری با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر ترکیبی (جدول 1) تحلیل شد.

جدول 1: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر شاخص پرهیز

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
بین آزمودنی‌ها	1791/05	17	106/49		
درون آزمودنی‌ها	2281/19	54	43/11		
اثر درمان	1181/89	3	391/78	18/21	0/001
خطا یا باقی‌مانده	1096/44	51	30/49		
جمع کل	6350/57				

F مشاهده شده در سطح 0/001 ($P < 0/001$ و $F = 18/21$) معنادار است، پس فرض صفر رد شده و با 0/99 اطمینان نتیجه می‌گیریم که میانگین‌های مقایسه شده دارای تفاوت معنادار هستند. برای اینکه بتوانیم مشخص کنیم که آیا تفاوت بین میانگین‌های گروه آزمایشی در چهار بار اندازه‌گیری وجود دارد از آزمون t همبسته استفاده شد.

جدول 2: آزمون t همبسته جهت تعیین تفاوت بین میانگین‌های گروه آزمایشی در شاخص پرهیز

میانگین	تفاوت میانگین‌ها	انحراف معیار	t	درجه آزادی	سطح معناداری
پایه با جلسه ششم	-2/19	2/13	3/78	17	0/005
پایه با جلسه دوازدهم	-2/06	2/01	1/17	17	0/004
پایه با جلسه پیگیری	-3/000	2/04	1/07	17	0/003
پایه با جلسه ششم و دوازدهم	-3/05	2/38	2/23	17	0/005
پایه با جلسه ششم و پیگیری	-4/11	2/53	2/79	17	0/003
پایه با جلسه دوازدهم و پیگیری	-6/11	3/03	2/69	17	0/002

داده‌های جدول بالا نشان می‌دهد، بین جفت میانگین‌های گروه آزمایشی در چهار بار اندازه‌گیری به جز مرحله پایه با جلسه ششم تفاوت معنادار وجود دارد. تصحیح بون فرونی نیز برابر با 0/008 است در نتیجه تفاوت بین میانگین‌ها به جز مرحله پایه با جلسه ششم معنادار است. لذا می‌توان نتیجه گرفت که در مرحله پیگیری، گروهی که از درمان شناختی رفتاری برخوردار بودند، پرهیز بیشتری نسبت به ماده محرک شیشه نشان دادند.

جهت بررسی تفاوت بین دو گروه آزمایشی و کنترل تحلیل واریانس دو عاملی به عمل آمد. بعد از اطمینان از یکسانی واریانس‌ها، تحلیل واریانس دو عاملی به عمل آمد و نشانگر معنادار بودن تفاوت درون گروهی، بین گروهی و تعامل همان دو عامل است.

جدول 3: نتایج تحلیل واریانس دو عاملی شاخص پرهیز گروه‌ها

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
بین گروهی	16/05	34 و 1	16/05	9/23	0/001
درون گروهی	3/45	34 و 1	3/45	29/11	0/001
تعامل درون گروهی و برون گروهی	6/77	34 و 1	6/77	141/96	0/001
خطا یا باقی‌مانده	265/56	34	8/02		

بر طبق داده‌های جدول بالا بین میانگین‌های دو گروه آزمایشی و کنترل در مرحله پیگیری تفاوت معنادار آماری وجود دارد. لذا می‌توان نتیجه گرفت که در مرحله پیگیری گروهی که از درمان شناختی رفتاری برخوردار بودند، پرهیز بیشتری نسبت به ماده محرک شیشه نشان دادند. پس فرضیه اول تایید می‌شود.

فرضیه دوم؛ درمان شناختی رفتاری به کاهش وسوسه معنادین منجر می‌شود. برای تحلیل تفاوت میانگین‌ها در چهار بار اندازه‌گیری از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد و این نتایج بدست آمد.

جدول 4: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر شاخص وسوسه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
بین آزمودنی‌ها	2012/90	17	1178/53		
درون آزمودنی‌ها	2853/00	54	52/84		
اثر درمان	1543/06	3	498/69	78/49	0/001
خطا یا باقی مانده	320/23	51	6/28		
جمع کل	6529/19				

بر اساس یافته‌های جدول بالا، مقدار F مشاهده شده بزرگ‌تر از F جدول و در سطح 0/001 معنادار است، لذا فرض صفر رد می‌شود و با اطمینان 99% می‌توان نتیجه گرفت که بین میانگین‌های مورد مقایسه تفاوت معنادار وجود دارد. در ادامه از آزمون t همبسته جهت مشخص نمودن تفاوت بین جفت میانگین‌های گروه آزمایشی در چهار بار اندازه‌گیری استفاده شد.

جدول 5: آزمون تعقیبی t جهت تعیین تفاوت بین جفت میانگین‌ها در شاخص وسوسه طی چهار بار اندازه‌گیری

میانگین	تفاوت میانگین‌ها	انحراف معیار	t	درجه آزادی	سطح معناداری
پایه با جلسه ششم	8/59	4/14	4/37	17	0/003
پایه با جلسه دوازدهم	9/97	4/72	1/18	17	0/003
پایه با جلسه پیگیری	9/11	5/03	2/89	17	0/004
پایه با جلسه ششم و دوازدهم	6/92	4/50	3/58	17	0/005
پایه با جلسه ششم و پیگیری	5/82	5/77	2/17	17	0/002
پایه با جلسه دوازدهم و پیگیری	2/12	5/22	2/11	17	0/001

جدول بالا نشان می‌دهد بین میانگین‌های گروه آزمایشی در چهار بار اندازه‌گیری تفاوت آماری معناداری وجود دارد. همچنین تصحیح بون‌فرونی برای t همبسته برابر با 0/008 است که با توجه به کوچکتر بودن از P حاصله، تفاوت بین میانگین‌ها معنادار است. در بررسی تحلیل واریانس دو عاملی نتایج نشان دهنده معنادار بودن تفاوت درون گروهی، بین گروهی و تعامل بین گروهی و درون گروهی است که در جدول زیر دیده می‌شود.

جدول 6: نتایج تحلیل واریانس دو عاملی شاخص وسوسه گروه‌ها

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
بین گروهی	501/27	1 و 34	501/27	27/82	0/001
درون گروهی	127/97	1 و 34	127/97	8/58	0/001
تعامل درون گروهی و برون‌گروهی	470/71	1 و 34	470/71	106/35	0/001
خطا یا باقی‌مانده	147/98	34	147/98		

بر طبق داده‌های جدول بالا بین میانگین‌های دو گروه آزمایشی و کنترل در مرحله پیگیری تفاوت معنادار آماری وجود دارد. لذا می‌توان نتیجه گرفت که در مرحله پیگیری گروهی که از درمان شناختی رفتاری برخوردار بودند، کاهش معناداری در میزان وسوسه نسبت به ماده محرک شیشه نشان دادند. پس فرضیه دوم تایید می‌شود.

فرضیه سوم؛ درمان شناختی رفتاری در کاهش لغزش معتادین موثر است. جهت آزمون این فرضیه، برای تحلیل تفاوت میانگین‌ها در چهار بار اندازه‌گیری از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد و این نتایج به دست آمد.

جدول 7: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر شاخص لغزش

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
بین آزمودنی‌ها	4144/29	17	249/27		
درون آزمودنی‌ها	3822/94	54	70/48		
اثر درمان	2791/60	3	939/21	48/00	0/001
خطا یا باقی مانده	988/27	51	19/38		
جمع کل	11747/10				

بر اساس یافته‌های جدول بالا، مقدار F بزرگ‌تر از F جدول و در سطح 0/001 معنادار است، لذا فرض صفر رد شده و با اطمینان 99% می‌توان نتیجه گرفت که بین میانگین‌های مورد مقایسه تفاوت معنادار وجود دارد. در ادامه از آزمون t همبسته جهت مشخص نمودن تفاوت بین جفت میانگین‌های گروه آزمایشی در چهار بار اندازه‌گیری استفاده شد.

جدول 8: آزمون تعقیبی t جهت تعیین تفاوت بین جفت میانگین‌ها در شاخص لغزش طی چهار بار اندازه‌گیری

سطح معناداری	درجه آزادی	t	انحراف معیار	تفاوت میانگین‌ها	میانگین
0/003	17	3/99	0/92	10/41	پایه با جلسه ششم
0/004	17	6/65	0/95	9/22	پایه با جلسه دوازدهم
0/005	17	7/89	3/96	7/33	پایه با جلسه پیگیری
0/005	17	9/85	1	5/78	جلسه ششم و دوازدهم
0/003	17	10/76	0/85	2/91	جلسه ششم و پیگیری
0/001	17	11/22	0/59	0/78	جلسه دوازدهم و پیگیری

جدول بالا نشان می‌دهد بین میانگین‌های گروه آزمایشی در چهار بار اندازه‌گیری تفاوت آماری معناداری وجود دارد. همچنین تصحیح بون فرونی برای t همبسته برابر با 0/008 است که با توجه به کوچکتر بودن از P حاصله، تفاوت بین میانگین‌ها معنادار است. بررسی تحلیل واریانس دو عاملی نتایج نشان دهنده معنادار بودن تفاوت درون گروهی، بین گروهی و تعامل بین گروهی و درون گروهی است که در جدول زیر دیده می‌شود.

جدول 9: نتایج تحلیل واریانس دو عاملی شاخص لغزش گروه‌ها

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات
0/001	15/44	675/78	1 و 34	675/78	بین گروهی
0/001	49/66	231/41	1 و 34	231/41	درون گروهی
0/001	154/32	881/22	1 و 34	881/22	تعامل درون-گروهی و برون-گروهی
		99/02	34	99/02	خطا یا باقی مانده

بر طبق داده‌های جدول بالا بین میانگین‌های دو گروه آزمایشی و کنترل در مرحله پیگیری تفاوت معنادار آماری وجود دارد. بر اساس داده‌های جدول فوق و در پاسخ به فرضیه سوم، می‌توان نتیجه گرفت که در مرحله پیگیری گروهی که از درمان شناختی رفتاری برخوردار بودند در مقایسه با گروه کنترل، کاهش معناداری در میزان لغزش نسبت به ماده محرک شیشه نشان دادند. پس فرضیه سوم پژوهش تایید می‌شود.

فرضیه چهارم؛ درمان شناختی رفتاری در تغییر نگرش معتادین نسبت به مواد موثر است. برای تحلیل تفاوت میانگین‌ها در چهار بار اندازه‌گیری از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد و این نتایج بدست آمد.

جدول 10: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر شاخص نگرش معتادین نسبت به مواد

منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری
بین آزمودنی‌ها	6010/03	17	218/78		
درون آزمودنی‌ها	3598/72	54	110/53		
اثر درمان	4193/53	3	1396/23	42/73	0/001
خطا یا باقی مانده	1553/21	51	31/11		
جمع کل	15353/49	35			

بر اساس یافته‌های جدول بالا، مقدار F بزرگ‌تر از مقدار جدول و در سطح 0/001 معنادار است ($F=43/50$ و $P<0/001$)، لذا فرض صفر رد شده و با اطمینان 99% می‌توان نتیجه گرفت که بین میانگین‌های مورد مقایسه تفاوت معنادار وجود دارد. در ادامه از آزمون t همبسته جهت مشخص نمودن تفاوت بین جفت میانگین‌های گروه آزمایشی در چهار بار اندازه‌گیری استفاده شد.

جدول 11: آزمون تعقیبی t جهت تعیین تفاوت بین جفت میانگین‌ها در شاخص نگرش معتادین نسبت

به مواد

میانگین	تفاوت میانگین‌ها	انحراف معیار	t	درجه آزادی	سطح معناداری
پایه با جلسه ششم	23/44	9/76	10/21	17	0/005
پایه با جلسه دوازدهم	49/11	11/22	18/45	17	0/005
پایه با جلسه پیگیری	68/22	13/98	22/10	17	0/005
جلسه ششم و دوازدهم	25/32	10/11	10/33	17	0/005
جلسه ششم و پیگیری	50/21	18/25	11/19	17	0/001
جلسه دوازدهم و پیگیری	17/32	12/99	5/82	17	0/001

جدول بالا نشان می‌دهد بین میانگین‌های گروه آزمایشی در چهار بار اندازه‌گیری تفاوت آماری معناداری وجود دارد. همچنین تصحیح بون فرونی برای t همبسته برابر با 0/008 است که با توجه به کوچکتر بودن از P حاصله، تفاوت بین میانگین‌ها معنادار است. تحلیل واریانس دو عاملی نتایج نشان دهنده معنادار بودن تفاوت درون گروهی، بین گروهی و تعامل بین گروهی و درون گروهی است که در جدول زیر دیده می‌شود.

جدول 12: نتایج تحلیل واریانس دو عاملی شاخص نگرش معتادین بین گروهها

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
بین گروهی	5978/39	1,34	5978/39	46/70	0/001
درون گروهی	2150/13	1,34	2150/13	41/36	0/001
تعامل درون-گروهی و برون-گروهی	2342/71	1,34	2342/71	117/00	0/001
خطا یا باقی مانده	1079/03	36	1079/03		

بر طبق داده‌های جدول بالا بین میانگین‌های دو گروه آزمایشی و کنترل در مرحله پیگیری تفاوت معنادار آماری وجود دارد. بر اساس داده‌های جدول فوق و در پاسخ به فرضیه چهارم، می‌توان نتیجه گرفت که در مرحله پیگیری گروهی که از درمان شناختی رفتاری برخوردار بودند در مقایسه با گروه کنترل، نگرش منفی نسبت به ماده محرک شیشه نشان دادند. پس فرضیه چهارم پژوهش تایید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

برای آزمون فرضیه اول " تکنیکهای شناختی رفتاری موجب افزایش پرهیز معتادین به شیشه می‌شود." بررسی میانگین نمرات خویشتن‌داری گروه آزمایشی در طی چهار بار اندازه‌گیری (پایه، جلسه ششم، دوازدهم و پیگیری) حکایت از افزایش نمرات آزمودنی‌ها با افزایش جلسات درمانی داشته و میانگین نمرات نیز در مرحله پیگیری افزایش بارزی را نشان می‌دهد. لذا می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری در بالا بردن پرهیز (خویشتن‌داری) افراد مصرف‌کننده شیشه موثر است و این یافته با مطالعات دیگر از قبیل کارول و همکاران (2006)، لاندین (1383)، جرارد، گیبونز، بنتین، هسلینگ (1996)، فاربی، بیت مارون (1992) و راهستو و همکاران (2004) همخوانی دارد.

باورهای خودکارآمدی می‌توانند به افراد کمک کنند تا تلاش بیشتری به کار ببرند و پشتکار مورد نیاز برای موفقیت را تداوم بخشند و این امر به رشد پیوسته مهارت‌ها و کارآمدی شخصی منجر می‌شود. ترغیب کلامی یا قانع سازی کلامی (یعنی اینکه به افراد گفته می‌شود که آنها توانایی رسیدن به هر چیزی را که می‌خواهند به آن برسند را دارند) می‌تواند کارآیی شخص را افزایش دهد (لاندین 1383). درمان شناختی رفتاری می‌تواند در بهبود خویشتن‌داری و خودکارآمدی افراد موثر باشد. نگرش منفی و میل به مصرف به عنوان شاخص آمادگی برای شکست تفسیر می‌شوند. خلق مثبت نیز باورهای خودکارآمدی را افزایش می‌دهند و امکان کاهش وسوسه و لغزش را فراهم می‌آورند. (قهاری، 1385).

در آزمون فرضیه دوم "درمان شناختی رفتاری به کاهش وسوسه معتادین منجر می‌شود". نتیجه تحقیق از تاثیر درمانی و تایید فرضیه حکایت دارد. میانگین‌های گروه آزمایش با میانگین‌های گروه کنترل تفاوت معنادار نشان می‌دهد، لذا می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری در کاهش دادن میزان وسوسه موثر است و و این نتایج با یافته‌های دیگر از جمله (راهستو و همکاران، 2004، واکسمن، 2009 و بواله‌ری و همکاران، 1385) همخوانی دارد. جزء مهمی از درمان مستلزم متوقف کردن فرایند وسوسه 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، بر انگیزاننده‌ها، افکار و وسوسه می‌تواند یکجا ادامه یابد. زنجیره معمول اعتیاد به صورت زیر است برانگیزاننده منجر به فکر مواد شده، آن نیز به نوبه خود وسوسه را به دنبال آورده و در نهایت مصرف را در پی دارد (تاجری و همکاران، 1390).

فرضیه سوم عبارت اند از: "درمان شناختی رفتاری در کاهش لغزش معتادین مؤثر است". در این پژوهش بررسی نشان داد؛ تکنیک‌های شناختی رفتاری کاهش معنادری در میزان لغزش این افراد را در پی درد. دو گروه آزمایشی و کنترل از این نظر در مرحله پایه و پیگیری تفاوت معنادار نشان دادند. این یافته‌ها با نتایج راوسون و همکاران (2004)، رل و همکاران (2006)، شاپتاو و همکاران (2005) و کوپلند و سورنسون¹ (2001) در یک راستا است.

لغزش افراد ارتباط تنگاتنگی با میزان خویش‌داری و اثر نقض پرهیز مارلات دارد. آموزش مهارت‌های مقابله می‌تواند زمینه خویش‌داری بیشتر آزمودنی‌ها را در برابر وسوسه‌ها و در نتیجه کاهش میزان لغزش در پی دارد. از سوی دیگر، عود به مفهوم بازگشت به مرحله‌ی قبلی بوده و به معنای شکست نیست (ویتکوویتز، مارلات و والکر، 2005). درمان فرایندی تدریجی است و اگر ما مجموعه‌ای از تجارب موفق را کسب کنیم می‌توانیم تغییرات رفتاری ایجاد شده در مراجع را حفظ کنیم. در واقع، عود صرفاً با گرفتن مواد شروع نمی‌شود بلکه

1. Sorensen

فرایندی است که قبل از مصرف واقعی مواد شروع می‌شود و با شکست فرد در پیگیری اهداف بهبودی ایجاد می‌شود.

آزمون فرضیه چهارم "درمان شناختی رفتاری در تغییر نگرش معتادین نسبت به مواد موثر است" تایید فرضیه را در پی داشت. به عبارت دیگر، نمرات مربوط به نگرش افراد نسبت به شیشه پس از مشارکت در درمان به طور معناداری کاهش نشان داد. یافته‌های پژوهش حاضر نیز حاکی از تاثیر مداخله درمانی در مولفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری نگرش است. درمان می‌تواند بر باورهای غلط و شناخت غیر واقع بینانه معتادین نسبت به سوء مصرف مواد محرک تاثیر بگذارد و آنها را تغییر دهد. بی‌تردید کسب درمان همراه با آموزش مهارت‌های مقابله سالم، احساس خویشتن‌داری و خودکارآمدی و خوداتکایی را تقویت می‌کند. می‌توان نتیجه گرفت که تغییر معناداری در تمایل به مصرف مواد و عوامل خطر ساز فردی مصرف مواد از قبیل خود پنداره، مهارت‌های خودکنترلی، مهارت‌های اجتماعی، کانون کنترل و نگرش نسبت به مصرف مواد ایجاد شده است. نتایج با یافته‌های پور شهباز و دیگران (1384)، عسگری (1384)، رحمتی (1383)، بوتوین و گریفین (2004) و قهاری (1385) همخوانی دارد.

اگر فرد قادر به عملی کردن یک پاسخ مقابله‌ای موثر در یک موقعیت پرخطر (مانند نشان دادن رفتار جرات‌مند در ارتباط با فشارهای اجتماعی) باشد، احتمال عود کاهش می‌یابد. فردی که در موقعیت پرخطر به طور موفقیت‌آمیزی عمل می‌کند، احتمال بیشتری برای تجربه احساس تسلط یا ادراک کنترل خواهد داشت. تسلط موفق بر موقعیت مشکل‌زا نیز اغلب با انتظار توانایی مقابله موفق با رویداد چالش‌انگیز بعدی ارتباط دارد. در واقع، با احساس خویشتن‌داری یا خودکارآمدی، ادراک کنترل بالا رفته و احتمال عود کاهش می‌یابد. ناتوانی در مقابله مؤثر با وضعیت پراسترس و انتظار مثبت از اثرات مواد، احتمال لغزش اولیه پس از ترک را به شدت بالا می‌برد. موقعیت‌های پرخطر احساس خودکنترلی را مورد تهدید قرار داده و زمینه عود را فراهم می‌آورند. اینها همیشه منجر به عود نمی‌شوند زیرا که مصرف مجدد اکثر اوقات با نگرش

فرد به مواد و توانایی‌های مقابله یا مدیریت موقعیت تعدیل می‌شود (تورک کاپار و همکاران، 2008).

در نهایت با توجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌گردد در تدوین پروتکل درمانی ویژه ماده محرک شیشه، درمان شناختی رفتاری مورد توجه وزارت بهداشت و ستاد مبارزه با مواد مخدر قرار گیرد، با توجه به نقش بارز وسوسه در لغزش و عود معتادین، به ویژه در مورد ماده شیشه، متخصصین درگیر درمان اعتیاد، از درمان شناختی رفتاری و آموزش مهارت‌های شناختی رفتاری استفاده کنند، با درمان شناختی رفتاری، نگرش آزمودنی‌ها نسبت به شیشه تغییر کرد، از آنجا که تغییر نگرش نقش مهمی در حفظ پرهیز و خویشن داری دارد، پیشنهاد می‌گردد از این درمان برای افراد در حال ترک، بهره لازم گرفته شود. همچنین الگوی مداخله درمانی این پژوهش در قالب طرح‌های پژوهشی جامع برای سایر مواد و معتادین چند دارویی مورد آزمون قرار گیرد.

منابع فارسی

- احمدخانیها، حمیدرضا؛ غرایی‌پور، منوچهر؛ پناغی، لیلی. (1385). اثربخشی مدیریت وابستگی و درمان شناختی رفتاری در وابستگی به مواد افیونی. *مجله اندیشه و رفتار*، سال دوازدهم، شماره 1. 3-8.
- اسکندری، حسین، کرمی، ابوالفضل. (1382). همایش سراسری شناسایی علل و درمان مواد مخدر. دانشگاه علوم پزشکی زنجان. ص 32.
- انفرادی، سیده حامده. (1390). رابطه بین راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، افسردگی و اضطراب در میان دانشجویان: مقایسه نمونه‌های بالینی و غیربالینی. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- بختیاری، مریم. (1379). بررسی اختلال‌های روانی در مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روان پزشکی تهران.

بک، آرتی؛ فرد، دی‌مار؛ کوری، افن؛ بروس واس، ل. (2001). درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدر؛ آموزش مهارت‌های شناختی و عملی برای ترک اعتیاد، ترجمه محمد علی گودرزی، (1380). تهران؛ نشر راهگشا. ص 53، 62 و 73.

بوالهروی جعفر، طارمیان فرهاد، پیروی حمید و قاضی طباطبایی محمود. (1385). شیوع شناسی مصرف مواد در میان دانشجویان شهر تهران و بررسی عوامل خطر و حفاظت کننده. پروژه مشترک دفتر مشاوره دانشجویی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و جهاد دانشگاهی، 1-8. پرویزی فرد علی اکبر. (1386). همبودی اختلالات خلقی و اضطرابی در سوء مصرف کنندگان مواد افیونی جویای درمان و مقایسه آن با افراد بهنجار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی انستیتو روان‌پزشکی.

پور شهباز، عباس و دیگران (1384). روابط ساختاری عوامل روانشناختی خطرزا و حفاظت کننده مصرف مواد مخدر در نوجوانان، فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی. سال پنجم. شماره 19. 73-86.

پور شهباز، عباس. (1383). روابط ساختاری عوامل روانشناختی خطرزا و حفاظت کننده مصرف مواد مخدر در نوجوانان: مدلی برای پیشگیری اولیه و مداخله روانشناختی. پایان نامه دکتری روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

تاجری بیوک، احدی حسن و جمهری فرهاد. (1390). اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی- رفتاری بر نگرش، افسردگی و خلق عمومی معتادین به شیشه. روشها و مدل‌های روان‌شناختی. شماره 5، 85-106.

تاجری بیوک. (1390). اعتیاد: سبب شناسی و درمان. چاپ اول. تهران. انتشارات اندیشه نو. فصل مقابله با وسوسه.

دباغی، پرویز. (1386). اثربخشی شناخت درمانی بر اساس تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرح‌واره‌های مصنوعی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روان‌پزشکی تهران.

- رحمتی، عباس. (1383). تاثیر آموزش مهارت های مقابله ای به شیوه بحث گروهی بر نگرش دانش آموزان نسبت به سوء مصرف مواد مخدر. پایان نامه دکتری دانشگاه علامه طباطبایی.
- رعدی، منوچهر. (1380) بررسی اثر بخشی مشاوره گروهی به شیوه شناختی رفتاری بر کاهش بازگشت به اعتیاد در معتادین خود معرف سازمان بهزیستی استان کردستان در سال 80. فصلنامه شناخت، سال اول. شماره 2 و 3. 23-31.
- سادوک و سادوک؛ (2007). خلاصه روانپزشکی و علوم رفتاری. ترجمه؛ ن. پورافکاری (1387). انتشارات شهراب. تهران. فصل سوء مصرف مواد
- عرب مصطفی. (1381). تاثیر گروه درمانی شناختی در کاهش افسردگی، اضطراب و میزان عود معتاد خود معرف، خلاصه مقالات همایش سراسری اعتیاد و چالش ها و درمان ها، زنجان، صفحه 73.
- عسگری امین. (1384). تاثیر نقش گذاری روانی (پسیکودرام) بر تغییر نگرش دانش آموزان دختر و پسر نسبت به اعتیاد. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی.
- علی مددی عباس. (1384). درس نامه اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر مطابق با سر فصل ستاد انقلاب فرهنگی، تهران: جامعه نگر. ص 26-29.
- قهاری شهربانو. (1385). کارایی رویکرد شناختی رفتاری در درمان سوء مصرف حشیش. پایان نامه دکترای روان شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- کادن، م، رونالد (2004). درمان شناختی رفتاری وابستگی به مواد. ترجمه عباس بخشی پور رودسری. (1383). تهران: مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران.
- کارول، کاتلین (2002). راهنمای عملی درمان شناختی رفتاری سوء مصرف مواد. مترجمان: عباس بخشی پور رودسری و شهرام محمدخانی. (1381). تهران: انتشارات اسپند هنر. ص 44-73.
- گودرزی، ناصر. (1385). بررسی اثربخشی روش درمان فعال سازی رفتاری و قرارداد گروهی بر درمان اختلالات مصرف مواد افیونی. رساله دکترای روان شناسی سلامت. دانشگاه تهران. دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی.
- لاندین رابرت، ویلیام. (2001). نظریه ها و نظام های روان شناسی. ترجمه یحیی سید محمدی (1383). تهران: ویرایش.

محمد خانی، شهرام. (1385). مدل ساختاری مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر؛ ارزیابی اثر آموزش مهارت های زندگی بر عوامل... پایان نامه دکتری روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

نارنجی ها و همکاران. (1389). تجربه طول زندگی بیش مصرف غیر کشنده داروها در میان معتادین ایرانی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی. 15. (4). 333-327.
وزیربان محسن، مستشاری گلاره. (1381). راهنمای کاربردی درمان سوء مصرف کنندگان مواد. تهران: پرشکوه. ص 33-51.

منابع لاتین

- American Psychological Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Ed.). Washington DC: A. P. A.
- Anton. A. F., Moak. D. H., Latham. P. Waid. L. R., Myrick. H. Voronin. K. Thevosa. A. Wang. W. Wollson. R. (2005). Naltrexone combined with either cognitive behavioral or motivational enhancement therapy for Alcohol dependence. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25 (4), 349-57.
- Arseneault, L. Cannon, M. Poulton, R. Murray, R. Caspi, A. & Moffit, T. E. (2003). Amphetamin use in adolescence and risk for adult psychosis. Longitudinal prospective study. *British medical journal*, 325, 1212-23.
- 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*, 99, 875-884.
- Blume, A. W. (2005). Treating drug problems. New York: John Wiley.
- Burleson, J. A., & Kamminer, Y. (2005). Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in adolescent substance use disorders. *Addictive Behavior*, 30, 1751- 1764
- Botvin, G. J. Griffin, K. W. (2004). LIFE SKILL TRAINING: empirical finding and future direction. *Journal of primary prevention*, vol25, NO .2 , 211-218.
- Carrol. K. M, Easton. C. J. Nick. C, Hunkele. K. A., Neavins. T. M., Sinha. R. Ford. H. L. Vitolo. S.A., Doebtick. C. A. & Rounsaville. B. J. (2006). The use of contingency management and motivational skills building therapy to treat young adults with marijuana dependence. *Journal of consultant clinical psychology*, 14 (5), 955-66.
- Copeland A, Sorensen JL. Differences between methamphetamine users and cocaine users in treatment. *Drug Alcohol Depend*. 2001; 62:91-95.
- Dalley, D. C., & Marlatt, G. A. (2005). Relapse prevention. In J. H.

- First. M., B. Gibbon M. Spaitzer R. L. Williams J. B. & Benjamin L. S. (1997). Users guide for the structured clinical interview for DSM-IV Washington DC: American psychiatric press, INC.
- Furby, L. & Beyth-Maron, R. (1992). Risk taking in adolescence: a diction making perspective. *Development review*, vol, 4-12.1
- George, L. K., Blazer, D. G., Hughes, D. C., & Fowler, N. (1989). Social support and the outcome of major depression. *British Journal of Psychiatry*, 154, 478-485.
- Gerrard, M. Gibbons, F. X. Benthin, A. C., & Hessling, R. M. (1996). Longitudinal study of the reciprocal nature of risk behaviors and cognitions in adolescence: what you do shapes what you think and vice versa. *Health psychology*. Vol. 15. 349-344
- Grant, B. F. (1995). Comorbidity between DSM-IV drug use disorders and major depression: Results of a national survey of adults. *Journal of Substance Abuse*, 7(4), 481- 497.
- Huber A, Ling W, Shoptaw S, et al. Integrating treatments for methamphetamine abuse: a psychosocial perspective. *J Addict Dis*. (1997). 16:41-50.
- Julian M. Robert. (2008). A primer of drug action: a comprehensive guide to the actions, uses, and side effects of psychoactive drugs. 11th.
- Lundquist, T. (2005). Cognitive consequences of Meth amphetamin use: Comparison with abuse of stimulants and heroin with regard to attention, memory and executive function. *Pharmacology of Biochemical Behavior*, 81(2). 319-30.
- Qi, Y., et al. (2006). Australian Federal Police Seizures of Illicit Crystalline Methamphetamine and MDMA Toxicity. *AAPS Journal* 8: E337-E347.
- Rawson RA, Marinelli-Casey P, Anglin MD, et al. A multisite comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction*. 2004; 99:708-717.
- 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, et al. (2006). Contingency management for the treatment of methamphetamine use disorders. *Am J Psychiatry*. 163:1993-1999.
- Shoptaw S, Reback CJ, Peck JA, et al. (2005). Behavioral treatment approaches for methamphetamine dependence and HIV-related sexual risk behaviors among gay and bisexual men. *Drug Alcohol Depend*. 78:125-134.
- 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 a predictors of relapse in alcohol dependence Turkish men. *Journal of Studies on Alcohol*, 66 (6), 848-51.
- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (2005). Global illicit drug trends, New York: United Nations.

- Waxman, S. E., (2009).” A Systematic Review of Impulsivity in Eating Disorders.”
Impulsivity in Eating Disorders, Rev. 17pp 408–425
- Witkiewitz, K., Marlatt, A., & Walker, D. (2005). Mind-fulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders: The meditation tortoise wins the race. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 19, 229-221.
- Zweben, J., Cohen, J., Christian, D., Galloway, G., Salinardi, M., Parent, D., et al. (2004). Psychiatric symptoms in methamphetamine users. *American Journal on Addictions*, 13(2), 181–190.

Archive of SID