

تأثیر آموزش مهارت‌های شناختی-رفتاری بر مولفه‌های هوش هیجانی در معتادین به شیشه

تاریخ دریافت مقاله : ۹۲/۵/۹

تاریخ پذیرش مقاله : ۹۲/۵/۳۰

بیوک تاجری*

رضا گودرزی**

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های شناختی-رفتاری بر هوش هیجانی معتادین به شیشه بود. بدین منظور، در این طرح، ۳۶ بیمار با تشخیص وابستگی به شیشه به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه قرار داده شدند. گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه دو ساعته به صورت انفرادی تحت آموزش قرار گرفت. آزمودنی‌های هر دو گروه قبل از شروع درمان (مرحله پایه)، جلسه ششم، دوازدهم و ۹۰ روز پس از پایان درمان با استفاده از آزمون مصاحبه ساخت یافته شخصیت و پرسشنامه بهر هیجانی بار-آن، مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه کنترل در این مدت آموزش‌های مورد نظر را دریافت نکرد. داده‌ها با روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر ترکیبی و آزمون t همبسته، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد آموزش مهارت‌های شناختی-رفتاری در بهبود مولفه‌های هوش هیجانی و بالا بردن توانایی‌های سازش‌پذیری، خلق عمومی، درون‌فردی، بین‌فردی، تحمل استرس موثر است. نتایج بیانگر این است که آموزش مهارت‌های شناختی-رفتاری در افزایش هوش هیجانی موثر است.

واژه‌های کلیدی: مهارت‌های شناختی-رفتاری، هوش هیجانی، شیشه

مقدمه

نام شیشه به شکل دود کردنی مت‌آفتمین^۱ اطلاق می‌شود. مت‌آفتمین رایج دارای خلوص متفاوت و دارای

* btajeri@yahoo.com

* عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج. (نویسنده مسؤل)

** عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ملایر، گروه علوم تربیتی، ملایر، ایران

Rezagoodarzi55@yahoo.com

نیمه عمری طولانی است که نتیجه‌ی آن یک اثر دارویی شدید و پایدار می‌باشد (کای^۳ و همکاران، ۲۰۰۶). اعتیاد به شیشه می‌تواند ۱۱ نوع اختلال روانی را در پی آورد (سادوک^۴ و سادوک^۴، ۱۳۸۴). مصرف شیشه علاوه بر مشکلات جسمانی به اختلالات روان پزشکی از جمله بروز سایکوز و اختلالات خلقی و اضطرابی (لاکیوله^۵، ۲۰۰۵)، تشدید اسکیزوفرنیا (آرسنالت^۶ و همکاران، ۲۰۰۳)، نقایص شناختی (لاندکویست^۷، ۲۰۰۵) منجر می‌شود، این مواد موجب بالا رفتن خلق، هوشیاری و آگاهی می‌گردد (کرنینگ^۸ و همکاران، ۲۰۰۹). عوامل مختلف مانند پذیرفته شدن از طرف گروه و دوستان، هیجان‌خواهی و تنوع‌طلبی (مکه‌آگ^۹ و همکاران، ۲۰۱۰)، عدم کنترل زندگی عاطفی و بالغ نشان دادن خود (جسور^{۱۰}، ۱۹۸۹)، عدم کنترل تکانه‌ها (دوران^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۷)، ناآگاهی از عواطف (گلمن^{۱۲}، ۱۹۹۵)، مقابله با هیجان‌ات و عواطف منفی (ترینیداد^{۱۳}، انگر^{۱۴}، ۲۰۰۴) و هوش هیجانی پایین (پارکر^{۱۵} و همکاران، ۲۰۰۸) در آغاز اعتیاد به شیشه موثر دانسته شده‌اند. نتایج مطالعات همه‌گیرشناسی نشان می‌دهد مصرف این ماده در جهان در حال گسترش است (سیمونز^{۱۶} و همکاران، ۲۰۰۸). به گزارش سازمان ملل علی‌رغم تلاش‌های متعدد مصرف این ماده در حال افزایش است و اکثر مصرف‌کنندگان در آمریکا مردان ۱۸ تا ۲۵ ساله هستند (وینسلو^{۱۷} و همکاران، ۲۰۰۷). نتایج پژوهش «ارزیابی سریع وضعیت^{۱۸} سوءمصرف مواد در ایران» نشان داد مصرف این مواد در میان جمعیت جوان ایرانی و معتادین ترک کرده افزایش داشته است (نارنجی‌ها و همکاران، ۲۰۰۹). یکی از جنبه‌های فردی مهم در اعتیاد به شیشه توجه به هیجان‌ها و کاربرد مناسب آنها در روابط انسانی، درک احساسات خود و دیگران، خویشتنداری، همدلی با دیگران و استفاده مثبت از هیجان‌ها در تفکر و شناخت است که جملگی در هوش هیجانی متبلور است (چیریلو و همکاران، ۱۳۷۹). افرادی که دارای هوش هیجانی بالایی می‌باشند، قدرت بیشتری برای سازگاری با مسائل جدید روزانه دارند. ضعف در توان سازش‌پذیری به شکل ناتوانی در حل مسئله فرد را بیشتر مستعد اعتیاد می‌کند و شیوه‌های سازش‌یافته موجب سازگاری پایین این افراد می‌گردد و رابطه منفی بین هوش هیجانی و اعتیاد در اینجا نمودی پیدا می‌کند (اکبری زردخانه و همکاران، ۱۳۸۷). همچنین هوش هیجانی بالا با برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری، شناسایی احساسات مختلف، هماهنگ کردن احساسات و تاثیر آنها بر مغز و رفتار رابطه

^۲. Meth amphetamine

^۳. Qi

^۴. Sadock

^۵. Laqueille

^۶. Arseneault

^۷. Lundquist

^۸. Kring

^۹. McHugh

^{۱۰}. Jessor

^{۱۱}. Doran

^{۱۲}. Goleman

^{۱۳}. Trinidad

^{۱۴}. Unger

^{۱۵}. Parker

^{۱۶}. Simons

^{۱۷}. Winslow

^{۱۸}. Rapid Situation Assessment

معناداری دارد (هانسن^{۱۹} و بناچی^{۲۰}، ۲۰۰۹)، در مقابل، هوش هیجانی پایین با رفتارهای مسئله ساز درونی، سطوح پایین همدلی، ناتوانی در تنظیم خلق و خو، افسرده خویی، اعتیاد به الکل و مواد مخدر، انحرافات جنسی، دزدی و پرخاشگری همراه است (آنتوناکیس^{۲۱} و همکاران، ۲۰۰۹). افرادی که دارای هوش هیجانی بالاتری هستند، میزان انحرافلت اجتماعی مانند پرخاشگری و اعتیاد به الکل و مواد در آنان کمتر است (مانیول^{۲۲} و همکاران، ۲۰۰۹).

نظریه پردازان هوش هیجانی براین باورند که بین هوش هیجانی و قدرت مقابله با موقعیتهای مخاطره آمیز رابطه مثبت وجود دارد و بالا بودن هوش هیجانی را بعنوان یک عامل محافظت کننده مطرح نمودند (سالوی^{۲۳} و همکاران، ۲۰۰۰). افراد دارای آمادگی ابتلاء به مصرف مواد، قادر به فهم عواطف خود و دیگران نیستند و یا نمی توانند احساسات دیگران را همراهی کنند به سراغ مواد می روند. استرس های محیطی در جوانانی که هوش هیجانی پایینی دارند، آنها را در مقابل اختلالات سوء مصرف آسیب پذیر می کند (سیاروچی^{۲۴} و همکاران، ۲۰۰۲). بررسی بشیرز^{۲۵} و همکاران (۲۰۱۱) روی ۱۰۰ معتاد شیشه نشان دادند که این افراد از نظر جامعه پذیری در سطح پایینی بوده و در برابر فشار همسالان ضعیف تر عمل می کنند. محققین مختلف ارتباط متقابل هوش هیجانی پایین و اعتیاد به م واد را مورد تایید قرار داده اند (از جمله؛ مایر و همکاران، ۲۰۰۰، ترینیداد و جانسون^{۲۶}، ۲۰۰۲، هومر^{۲۷} و همکاران، ۲۰۰۸، ییپ^{۲۸} و مارتین^{۲۹}، ۲۰۰۶، بایومیستر^{۳۰}، ۲۰۰۳، آیوستین^{۳۱} و همکاران، ۲۰۰۵).

در مقابل هرچه سطح هوش هیجانی بالاتر باشد، میزان اختلالات رفتاری کاهش خواهد یافت (ترینیداد و همکاران، ۲۰۰۴، سج و برگ^{۳۲}، ۲۰۰۳، مایر و همکاران، ۲۰۰۰، لیا^{۳۳} و اتال^{۳۴}، ۲۰۰۴، پورشهباز، ۱۳۸۳، سالوی و دیگران، ۲۰۰۲، گانون^{۳۵} و همکاران، ۲۰۰۵، ناطق و میناکاری، ۱۳۸۷ و بشارت، ۱۳۸۴).

تحقیق انگلبرگ^{۳۶} و سج و برگ (۲۰۰۴) پیرامون رابطه هوش هیجانی و سازگاری اجتماعی نشان داد که در موقعیت های اجتماعی، پایین بودن هوش هیجانی به عنوان یک عامل خطرزا عمل می کند. گوهم^{۳۷} (۲۰۰۳) نشان داد که سطوح بالاتر هوش هیجانی موجب می شود افراد بیشتر بتوانند خلق و هیجانانشان را تنظیم کنند و افرادی که

^{۱۹}. Hansenne

^{۲۰}. Bianchi

^{۲۱}. Antonakis

^{۲۲}. Manuel

^{۲۳}. Salovey

^{۲۴}. Ciarrochi

^{۲۵}. Boshears

^{۲۶}. Jonson

^{۲۷}. Homer

^{۲۸}. Yip

^{۲۹}. Martin

^{۳۰}. Baumeister

^{۳۱}. Austin

^{۳۲}. Sjoberg

^{۳۳}. Liau

^{۳۴}. Etal

^{۳۵}. Gannon

^{۳۶}. Englberg

^{۳۷}. Gohm

هیجانان‌تشان را تحت کنترل درآورده بودند نیز رفتارهای پرخطر را نشان نمی‌دادند. می‌توان به افراد مهارت‌های هیجانی را آموزش داد و به معلومات آنها در این زمینه افزود (اکبرزاده، ۱۳۸۳). قسمتی از این ظرفیت، غریزی و قسمتی دیگر، حاصل آن چیزی است که از تجارب ناشی می‌شود و قسمت اخیر را می‌توان به وسیله کوشش، تمرین و تجربه ارتقا داد (مایر و همکاران، ۲۰۰۰). رویکرد شناختی-رفتاری یکی از راه‌هایی است که به کمک آن می‌توان مهارت‌های هوش هیجانی را افزایش داد و ضعف افراد در هوش هیجانی را جبران کرد (اکبرزاده، ۱۳۸۳). برخورداری از میزان بهینه‌ای از هوش هیجانی می‌تواند کارگشا بوده و باعث صرف کمترین هزینه روانی در رویارویی با وقایع منفی و کسب بیشترین نفع از وقایع مثبت در زندگی شود (پتریدس^{۳۸} و همکاران، ۲۰۰۴). بنابراین با ارائه تدابیر و راهکارهایی در زمینه افزایش هوش هیجانی می‌توان، از بسیاری آسیب‌های اجتماعی جلوگیری کرد.

از سوی دیگر، اکثر بیماران به دنبال مصرف دارو و برطرف شدن علائم، مجدداً به مصرف شیشه رو می‌آورند، بنابراین گنجانیدن آموزش‌های ویژه در طرح درمانی بیماران مصرف‌کننده شیشه از ضرورت‌ها به شمار می‌رود (دباغی، ۱۳۸۵). در این راستا، کارایی رویکرد شناختی-رفتاری در افزایش مهارت‌های مقابله، افزایش هوش هیجانی، درمان و پیشگیری از عود مواد، تایید شده است (دیاموند^{۳۹} و همکاران، ۲۰۰۲، دنیس^{۴۰} و همکاران، ۲۰۰۴، کاپلند^{۴۱} و همکاران، ۲۰۰۱، لی^{۴۲} و راوسون^{۴۳}، ۲۰۰۸، راوسون و همکاران، ۲۰۰۸، بیکر^{۴۴} و همکاران، ۲۰۱۰، بروک^{۴۵} و همکاران، ۲۰۱۰، احمدخانی‌ها و همکاران، ۱۳۸۵ و لاتیمر^{۴۶} و همکاران ۲۰۰۳ نقل از قهاری ۱۳۸۵).

نتایج یک مطالعه نشان داد کفایت هوش هیجانی‌نه تنها به کاهش مصرف تنباکو منجر شد بلکه ارتقا مهارت‌های بین‌فردی افراد آموزش دیده را در اخذ تصمیم درست در مقابله با شرایط پرخطر و امتناع از پذیرش مواد به دنبال دارد (سیاروچی و همکاران، ۲۰۰۳). یافته‌های به دست آمده از ۱۶۵ بیمار که تحت درمان با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای^{۴۷} قرار گرفته بودند، نشان داد آموزش مهارت‌های مقابله‌ای توانسته است مصرف مواد را در آنها کاهش دهد و از عود پیشگیری کند (راهستو^{۴۸} و همکاران، ۲۰۰۴).

آموزش مهارت‌ها در رویکرد شناختی-رفتاری جایگاه خاص خود را دارد و بیماران با فراگیری مهارت‌هایی نظیر مهارت امتناع از پذیرش شیشه، 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 (کادن^{۴۹}، ۱۳۸۳). فراگیری تکنیک‌های شناختی نیز به بیماران کمک می‌کنند در کوتاه‌مدت توجه خود را از افکار برانگیزاننده شیشه

^{۳۸}. Petrides

^{۳۹}. Diamond

^{۴۰}. Dennis

^{۴۱}. Copeland

^{۴۲}. Lee

^{۴۳}. Rawson

^{۴۴}. Baker

^{۴۵}. Brook

^{۴۶}. Latimer

^{۴۷}. Coping Skills Training

^{۴۸}. Rohsetow

^{۴۹}. Kadden

دور سازند و در درازمدت نیز با این افکار به چالش برخیزد و در مجموع به کمک تکنیک های شناخ بی-رفتاری دفعات لغزش را کاهش دهد و با افزایش خویشنداری از عود جلوگیری به عمل آورد (کارول^{۵۰}، ۱۳۸۱).

با توجه به مطالعات فوق آموزش مهارت های مقابله و بهبود هوش هیجانی در درمان اعتیاد به شیشه ضروری به نظر می رسد و در افزایش اثربخشی مداخله موثر است. در پژوهش حاضر کارایی مهارت های شناختی-رفتاری در افزایش هوش هیجانی در مصرف کنندگان شیشه در جامعه ایرانی مورد بررسی قرار گرفت و به این سوال پاسخ داده شد که آیا آموزش مهارت های مقابله ای در چارچوب درمان شناختی-رفتاری به ارتقاء مولفه های هوش هیجانی (توانایی های بین فردی، درون فردی، تحمل استرس، سازش پذیری و خلق عمومی) معتادین منجر می شود؟

روش تحقیق

طرح کلی پژوهش به روش آزمایشی با طرح اندازه گیری مکرر ترکیبی است. در این پژوهش آزمودنی ها ابتدا به منظور اطمینان از عدم وجود برخی اختلالات شخصیت توسط روان پزشک مورد مصاحبه قرار گرفتند. علاوه بر این از پرسشنامه مصاحبه بالینی ساخت یافته برای اختلالات شخصیت^{۵۱} نیز استفاده شد.

جامعه و نمونه آماری: جامعه آماری این طرح شامل کلیه معتادان به شیشه مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران است. از میان جامعه آماری، پس از غربال توسط روان پزشک و مصاحبه بالینی ساخت یافته در مجموع ۳۶ نفر به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل جای داده شدند.

ابزار پژوهش

مصاحبه بالینی ساخت یافته برای اختلالات شخصیت (SCID-II): این ابزار یک مصاحبه تشخیصی نیمه ساخت یافته است که برای سنجش اختلالات شخصیت محور ۲ بر اساس DSM-IV تدوین شده است. نسخه نهایی این آزمون در سال ۱۹۹۷ منتشر شده است. برای تشخیص اختلالات محور ۲ می توان از این آزمون به صورت مقوله ای یا ابعادی بهره گرفت. پرسشنامه دارای ۱۱۹ پرسش است و در کمتر از ۲۰ دقیقه اجرا می شود، میزان تحصيلات لازم برای پاسخ دهی به آن حداقل ۸ کلاس است. آزماینده با توجه به پاسخ مثبت بیمار به پرسش ها مصاحبه را جهت می دهد (فرست^{۵۲} و همکاران، ۱۹۹۷). پایایی و روایی بالای این آزمون در مطالعات مختلف نشان داده شده است (قهاری، ۱۳۸۵، انفرادی، ۱۳۸۹).

پرسشنامه بهر هیجانی (EQ-I): این آزمون توسط بار-ان^{۵۳} در سال ۱۹۹۷ جهت سنجش هوش هیجانی ساخته شد. این آزمون دارای یک نمره کلی، پنج عامل مرکب، پانزده خرده مقیاس، یک مقیاس گمان مثبت و یک شاخص ناهمسانی است و دارای ۱۳۳ سوال کوتاه است (تیرگری، ۱۳۸۴). پایایی و روایی بالای این آزمون در مطالعات مختلف نشان داده شده است (تیرگری، ۱۳۸۴، دهشیری، ۱۳۸۲). حداقل نمره کل آزمون برابر با ۹۰ و حداکثر نمره کل آن ۴۵۰ می باشد. اعتبار آزمون هوش هیجانی فرم اصلی با روش آزمون باز آزمون بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۶، با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ بوده است (بار-ان، ۱۹۹۷). سموعی (۱۳۸۲) اعتبار آزمون را با روش آلفای کرونباخ تا ۰/۹۲ و با روش زوج-فرد ۰/۸۸ گزارش نموده است. در این پژوهش نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ اعتبار آن برای کل آزمون ۰/۹۸ تا ۰/۹۵ بدست آمد.

^{۵۰}. Carroll

^{۵۱}. Structural Clinical Interview For DSM(SCID-II)

^{۵۲}. First

^{۵۳}. Bar-one

روش اجرای پژوهش

آزمودنی‌ها به طور تصادفی انتخاب شده، ابتدا توسط مصاحبه روان پزشکی غربال شدند، سپس با تکمیل پرسشنامه SCID-II وجود اختلالات شخصیت رد شد. بعد از این، افراد به طور تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایشی گمارش شدند. نمونه‌ها در مرحله خط پایه پرسشنامه هوش هیجانی بار-ان، را تکمیل کردند. آزمودنی‌های گروه آزمایشی پس از تکمیل پرسشنامه‌ها در مرحله خط پایه، وارد طرح درمان شناختی-رفتاری شدند. آنها به صورت انفرادی در طرح درمانی CBT به مدت ۱۲ جلسه تحت آموزش قرار گرفتند. جلسات با مروری بر تکالیف جلسه قبل شروع شده، با توجه به موضوع جلسه ابتدا منطق مهارت یا تکنیک خاص توضیح داده شده و هر مهارت به دقت و با ذکر مثال تشریح شد. آموزش با مشارکت فعال آزمودنی همراه با ایفای نقش صورت گرفت، در خاتمه تکالیفی در چارچوب موضوع جلسه برای منزل به مراجع داده شد. ه و در زمان کوتاهی به بحث و بازخوردها پرداخته شد. گروه کنترل پس از تکمیل پرسشنامه‌های خط پایه به مدت ۳ ماه از هیچ گونه مداخله روان شناختی برخوردار نبود. پس از سه ماه (مرحله پیگیری) مورد سنجش قرار گرفتند. ضمن ارائه اطلاعات مورد نظر، از بابت محرمانه ماندن اطلاعات به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد. رضایت کتبی نیز جهت شرکت در آزمون اخذ شد.

روش تجزیه و تحلیل آماری

از آنجا که طرح پژوهش از نوع آزمایشی با طرح اندازه‌گیری مکرر ترکیبی است (سرمد، ۱۳۸۸) از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون t همبسته (مقایسه میانگین‌های گروه آزمایشی) و جهت حذف اثر تراکم خطای نوع اول در مقایسه‌های همزمان از تصحیح بن فرونی^{۵۴}، استفاده شد.

یافته‌ها

فرضیه ۱: آموزش مهارت‌های شناختی-رفتاری در افزایش سازش‌پذیری بیماران معنادار به شیشه موثر است. برای تحلیل تفاوت میانگین‌ها در چهار بار اندازه‌گیری، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر ترکیبی استفاده شد و این نتایج به دست آمد.

جدول ۱: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر ترکیبی شاخص سازش‌پذیری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
بین آزمودنی‌ها	۹۶۵۰/۲۲	۱۷	۵۷۷/۷۸	۱۶/۴۲	۰/۰۱
درون آزمودنی‌ها	۴۹۷۰/۳۱	۵۴	۹۴/۴۵		
اثر درمان	۴۷۶۸/۱۶	۳	۱۶۳۲/۳۰		
خطا یا باقی‌مانده	۳۲۷/۱۵	۵۱	۸۹/۶۱		
جمع کل	۱۹۷۱۵/۸۴				

بر اساس یافته‌های جدول بالا، مقدار F مشاهده شده بزرگ‌تر از مقدار جدول و در سطح ۰/۰۱ معنادار است ($P < 0.01$ و $F = 16.42$)، لذا فرض صفر رد شده و با اطمینان ۹۹٪ می‌توان نتیجه گرفت که بین میانگین‌های مورد

^{۵۴}. Ben ferroni

مقایسه تفاوت معنادار وجود دارد. در ادامه جهت مشخص نمودن تفاوت بین جفت میانگین های گروه آزمایشی در چهار بار اندازه گیری، از آزمون t همبسته استفاده شد.

جدول ۲: آزمون t همبسته جهت تعیین تفاوت جفت میانگین های گروه آزمایشی در شاخص سازش پذیری

سطح معناداری	درجه آزادی	t	انحراف معیار	تفاوت میانگین ها	
۰/۰۱	۱۷	-۴/۸۲	۷/۷۲	-۹/۰۷	میانگین پایه با جلسه ششم
۰/۰۱	۱۷	-۳/۴۷	۲۰/۵۹	-۱۸/۲۲	میانگین پایه با جلسه دوازدهم
۰/۰۱	۱۷	-۱۹/۶۵	۶/۶۰	-۳۰/۶۳	میانگین پایه با جلسه پیگیری
۰/۰۱	۱۷	-۱/۶۵	۲۳/۷۳	-۱۰/۲۳	میانگین جلسه ششم و دوازدهم
۰/۰۱	۱۷	-۸/۴۳	۱۰/۴۹	-۲۳/۱۷	میانگین جلسه ششم و پیگیری
۰/۰۱	۱۷	-۲/۷۳	۲۱/۵۵	-۱۲/۷۶	میانگین جلسه دوازدهم و پیگیری

جدول بالا نشان می دهد بین میانگین های گروه آزمایشی در چهار بار اندازه گیری تفاوت آماری معناداری وجود دارد. همچنین برای حذف اثر تراکم خطای نوع اول که در مقایسه های همزمان دیده می شود (سرمد، ۱۳۸۸) از تصحیح بون فرونی استفاده شد که برای t همبسته سطح معناداری برابر با ۰/۰۸ است و با توجه به کوچکتر بودن از سطح معناداری و P حاصله، تفاوت بین میانگین ها معنادار است.

بر طبق داده های جداول بالا بین میانگین های دو گروه آزمایشی و کنترل در مرحله پیگیری در شاخص سازش پذیری هوش هیجانی تفاوت معنادار آماری وجود دارد و توانایی سازش پذیری گروه آزمایشی، پس از شرکت در مداخله افزایش نشان داده است. در پاسخ به فرضیه اول، می توان نتیجه گرفت که در مرحله پیگیری گروهی که از آموزش مهارت های شناختی-رفتاری برخوردار بودند در مقایسه با گروه کنترل که مداخله ای دریافت نکردند، توانایی های بالاتری از خود نشان دادند.

فرضیه ۲: آموزش مهارت های شناختی-رفتاری در افزایش خلق عمومی بیماران معتاد به شیشه موثر است. برای تحلیل تفاوت میانگین ها در چهار بار اندازه گیری از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر ترکیبی استفاده شد و نتایج زیر به دست آمد.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر ترکیبی مولفه خلق عمومی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
بین آزمودنی ها	۴۸۸۲/۲۳	۱۷	۲۸۰/۶۱	۴۱/۲۱	۰/۰۱
درون آزمودنی ها	۶۷۱۲/۴۹	۵۴	۱۲۳/۵۱		
اثر درمان	۴۷۲۹/۶۳	۳	۱۵۹۲/۸۳		
خطا یا باقی مانده	۱۷۹۳/۷۵	۵۱	۳۶/۴۳		
جمع کل	۱۸۱۱۸/۱				

بر اساس یافته های جدول بالا، مقدار F مشاهده شده بزرگتر از F جدول و در سطح ۰/۰۱ معنادار است. لذا

فرض صفر رد شده و با اطمینان ۹۹٪ 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. نتایج آزمون t همبسته جهت تعیین تفاوت بین جفت میانگین های گروه آزمایشی در شاخص خلق عمومی نشان داد که، بین میانگین‌های گروه آزمایشی در چهار بار اندازه‌گیری تفاوت آماری معناداری وجود دارد. همچنین تصحیح بون فرونی برای t همبسته برابر با ۰/۰۸ است که با توجه به کوچکتر بودن از سطح معناداری و P حاصله، تفاوت بین میانگین‌ها معنادار است. بر طبق داده‌های جدول بالا بین میانگین های دو گروه آزمایشی و کنترل در مرحله پیگیری در شاخص خلق عمومی هوش هیجانی، تفاوت معنادار آماری وجود دارد. یعنی خلق عمومی گروه آزمایشی، پس از شرکت در طرح افزایش نشان داده است.

فرضیه ۳: آموزش مهارت‌های شناختی-رفتاری در افزایش توانایی دروثردی بیماران معتاد به شیشه موثر است
 نتایج تحلیل تفاوت میانگین‌های آزمودنی‌ها در طی چهار بار اندازه‌گیری با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر ترکیبی نشان داد، مقدار F مشاهده شده بزرگ تر از F جدول و در سطح ۰/۰۱ معنادار است ($P < ۰/۰۱$) و $F = ۱۲۱/۳۹$ ، لذا فرض صفر رد شده و با اطمینان ۹۹٪ می‌توان نتیجه گرفت که بین میانگین های مورد مقایسه تفاوت معنادار وجود دارد.

در ادامه از آزمون t همبسته جهت مشخص نمودن تفاوت بین جفت میانگین های گروه آزمایشی در چهار بار اندازه‌گیری استفاده شد و نتایج نشان داد که با درجه آزادی ۱۷، مقادیر t حاصله در مورد تمامی میانگین‌ها (۶ مورد مقایسه مانند ترتیب ذکر شده در جدول ۲) از نظر توانایی روان فردی، در سطح ($P < ۰/۰۱$) معنادار است. لذا بین میانگین‌های گروه آزمایشی در چهار بار اندازه‌گیری تفاوت آماری معناداری وجود دارد. همچنین تصحیح بون فرونی برای t همبسته برابر با ۰/۰۸ است که با توجه به کوچکتر بودن از سطح معناداری مقایسه‌ها، تفاوت بین میانگین‌ها معنادار است.

بر طبق داده‌های جداول بالا، بین میانگین‌های دو گروه آزمایشی و کنترل در مرحله پیگیری، در شاخص درون - فردی هوش هیجانی تفاوت معنادار آماری وجود دارد. بر اساس داده‌های جدول فوق و در پاسخ به فرضیه سوم، می‌توان نتیجه گرفت که در مرحله پیگیری گروه ی که آموزش دیدند در مقایسه با گروه کنترل، توانایی‌های بالاتری از خود نشان دادند.

فرضیه ۴: آموزش مهارت‌های شناختی-رفتاری در افزایش توانایی بین فردی، بیماران معتاد به شیشه موثر است.

تفاوت میانگین‌ها در چهار بار اندازه‌گیری با آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر ترکیبی (مطابق جدول ۴) مورد تحلیل قرار گرفت.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر ترکیبی در شاخص بین فردی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
بین آزمودنی‌ها	۷۰۷۲/۵۹	۱۷	۴۱۴/۵۶	۳۴/۷۳	۰/۰۱
درون آزمودنی‌ها	۱۵۷۲/۲۱	۵۴	۳۱/۵۴		

اثر درمان	۱۰۹۷/۵۰	۳	۳۵۲/۷۰	
خطا یا باقی مانده	۵۰۳/۸۶	۵۱	۹/۸۷	
جمع کل	۱۰۲۴۶/۱۶			

بر اساس یافته‌های جدول بالا، F مشاهده شده بزرگ‌تر از F جدول و در سطح $0/01$ معنادار است ($P < 0/01$) و $F = 34/73$)، لذا فرض صفر رد شده و با اطمینان 99% می‌توان نتیجه گرفت که بین میانگین های مورد مقایسه تفاوت معنادار وجود دارد. در ادامه از آزمون t همبسته جهت مشخص نمودن تفاوت بین جفت میانگین های گروه آزمایشی (مقایسه بین میانگین ها)، در چهار بار اندازه‌گیری استفاده شد. نتایج نشان داد بین میانگین های گروه آزمایشی در چهار بار اندازه‌گیری تفاوت آماری معناداری وجود دارد. همچنین تصحیح بون فرونی (حذف اثر تراکم خطای نوع اول که در مقایسه‌های همزمان دیده می‌شود) برای t همبسته برابر با $0/08$ است که با توجه به کوچکتر بودن از P حاصله، تفاوت بین میانگین ها معنادار است.

داده‌ها بیان‌گر وجود تفاوت معنادار آماری بین میانگین های دو گروه آزمایشی و کنترل در مرحله پیگیری در شاخص بین فردی هوش هیجانی است. بر اساس داده‌های جدول فوق می‌توان نتیجه گرفت که در مرحله پیگیری گروهی که مداخله دریافت کردند در مقایسه با گروه کنترل (آموزش درک‌ظفت نکرد ه) توانایی بین فردی بالاتری از خود نشان دادند.

فرضیه ۵: آموزش مهارت‌های شناختی-رفتاری در افزایش تحمل استرس بیماران معنادار به شیشه موثر است.
برای تحلیل تفاوت میانگین ها در چهار بار اندازه‌گیری از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر ترکیبی استفاده شد. و نتایج نشان داد که F حاصل از مداخله درمانی برابر با $74/4$ است. از آنجاکه، مقدار F مشاهده شده بزرگ‌تر از F جدول و در سطح $0/01$ معنادار است. لذا فرض صفر رد شده و با اطمینان 99% می‌توان نتیجه گرفت که بین میانگین های مورد مقایسه تفاوت معنادار وجود دارد. در ادامه از آزمون t همبسته جهت مشخص نمودن تفاوت بین جفت میانگین های گروه آزمایشی در چهار بار اندازه‌گیری استفاده شد.

جدول ۵: آزمون t همبسته جهت تعیین تفاوت بین جفت میانگین های گروه آزمایشی در شاخص تحمل استرس

سطح معناداری	درجه آزادی	t	انحراف معیار	تفاوت میانگین ها	
0/01	17	-12/58	2/56	-7/65	میانگین پایه با جلسه ششم
0/01	17	-7/98	9/37	-15/87	میانگین پایه با جلسه دوازدهم
0/01	17	-9/82	9/81	-22/24	میانگین پایه با جلسه پیگیری
0/01	17	-2/98	9/32	-7/46	میانگین جلسه ششم و دوازدهم
0/01	17	-6/53	8/84	-13/29	میانگین جلسه ششم و پیگیری
0/01	17	-1/87	12/76	-7/35	میانگین جلسه دوازدهم و پیگیری

جدول بالا نشان می‌دهد بین میانگین های گروه آزمایشی در چهار بار اندازه‌گیری تفاوت آماری معناداری وجود دارد. همچنین تصحیح بون فرونی برای t همبسته برابر با $0/08$ است که با توجه به کوچکتر بودن از P حاصله، تفاوت بین میانگین ها معنادار است. پس بین میانگین های دو گروه آزمایشی و کنترل در مرحله پیگیری در شاخص تحمل استرس هوش هیجانی، تفاوت معنادار آماری وجود دارد. یعنی توانایی تحمل استرس گروه آزمایشی در

مقایسه با گروه کنترل، پس از شرکت در مداخله افزایش نشان داده است.

پس در آزمون فرضیه‌ها بر طبق داده‌های جداول بالا نتیجه می‌گیریم که دو گروه آزمایشی و کنترل در مرحله پیگیری، از نظر مهارت‌های سازش‌پذیری، خلق عمومی، درون‌فردی، بین‌فردی، تحمل استرس تفاوت معنادار دارند و آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، مهارت‌های بهتری کسب کردند. پس، آموزش مهارت‌ها در افزایش مولفه‌های هوش هیجانی و بالا بردن توانایی‌های سازش‌پذیری، خلق عمومی، درون‌فردی، بین‌فردی، تحمل استرس موثر است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی کارایی آموزش مهارت‌های شناختی-رفتاری در افزایش هوش هیجانی معتادین به شیشه به اجرا درآمد. در چارچوب بررسی و آزمون فرضیه نخست، مقایسه‌ها نشان داد آموزش مهارت‌ها در افزایش توانایی سازش‌پذیری این افراد موثر است که هم‌راستا با یافته‌های محققین دیگر (کرنینگ و همکاران، ۲۰۰۹، مک - هاگ و همکاران، ۲۰۱۰، دوران و همکاران، ۲۰۰۷، راهستو و همکاران، ۲۰۰۴، قهاری، ۱۳۸۵، بشارت، ۱۳۸۴ و تیرگری، ۱۳۸۴) است. می‌توان گفت آموزش مهارت‌ها بهبود در توانایی‌های سازش‌پذیری معتادین را در پی دارد و آن نیز به نوبه خود، به بالا بردن خویشتن‌داری، کاهش لغزش و عود، افزایش خلق و افزایش تحمل فرد نسبت به استرس و نیز تقویت روابط بین‌فردی می‌انجامد.

آزمون دومین فرضیه تحقیق نشان داد، تفاوت میانگین‌های گروه آزمایشی در چهار بار اندازه‌گیری و تفاوت بین میانگین‌های دو گروه آزمایشی و کنترل در مراحل پایه و پیگیری معنادار است. گروه آزمایشی خلق عمومی بهبود یافته‌ای داشتند. نتایج با یافته‌های (آنتوناکیس و همکاران، ۲۰۰۹، بروک و همکاران، ۲۰۱۰، گلمن، ۱۹۹۵، ترینیداد و انگر، ۲۰۰۴) هم‌راستا است. آموزش مهارت‌هایی چون رابطه همدلانه، خودگویی مثبت، هدف‌گذاری، مثبت‌اندیشی، آموزش مهارت حل مسئله و نیز دریافت حمایت اجتماعی در کنار ترک اعتیاد به شیشه منجر به بالا رفتن خلق عمومی و هوش هیجانی بیماران می‌گردد.

براساس آزمون سومین فرضیه "آموزش مهارت‌های شناختی-رفتاری در افزایش توانایی درون فردی بیماران معتاد به شیشه موثر است." تفاوت میانگین‌های گروه آزمایشی در چهار بار اندازه‌گیری و تفاوت بین میانگین‌های دو گروه آزمایشی و کنترل در مراحل پایه و پیگیری معنادار است. این یافته با یافته‌های (دباغی، ۱۳۸۵، قهاری، ۱۳۸۵، سیمونز و همکاران، ۲۰۰۸، پارکر و همکاران، ۲۰۰۸، جسور، ۱۹۸۹) در یک راستاست. به گروه آزمایشی مهارت‌های مقابله‌ای شامل مهارت‌های حل مسئله، کنترل خشم، ارتباط موثر، قاطعیت، مقابله با وسوسه و هیجانات منفی آموزش داده شد که آن نیز، به ارتقا توانایی درون فردی آزمودنی‌های گروه آزمایشی منجر شد.

آزمون چهارمین فرضیه تحقیق نیز نشان داد تفاوت میانگین‌ها معنادار است یافته فوق با مطالعات و نتیجه‌گیری‌های (آیوستین و همکاران، ۲۰۰۵، بشیرز و همکاران، ۲۰۱۱، راهستو و همکاران، ۲۰۰۴، یی‌پ و مارتین، ۲۰۰۶ و محمدی، ۱۳۸۴) همخوانی دارد. آموزش مهارت‌های مقابله‌ای از قبیل مهارت‌های حل مسئله، کنترل خشم، ارتباط موثر، قاطعیت، مقابله با وسوسه و هیجانات منفی منجر به ارتقا توانایی بین‌فردی آزمودنی‌های گروه آزمایشی شد. در واقع، پاسخ‌دهی جرات‌ورزانه، نه گفتن محکم و قاطع، تماس چشمی و نقش‌بازی نیز در ارتقا روابط بین‌فردی نقش مهمی دارد. باید گفت ضعف در توانایی‌های درون فردی و بین فردی از عوامل مهم اقدام به سوء مصرف مواد است، در عین حال خود ماده شیشه نقش مهمی در کاهش توانایی‌های درون فردی و بین فردی این افراد بازی می‌کند لذا این افراد مهارت‌های مقابله‌ای ضعیفی دارند و ضعف در مهارت‌ها، ممکن است دوباره فرد را به طرف مواد سوق دهد

طی آزمون آخرین فرضیه تحقیق " آموزش مهارت‌های شناختی-رفتاری در افزایش تحمل استرس بیماران معتاد به شیشه موثر است." نتایج نشان داد گروه آموزش دیده (گروه آزمایشی) نسبت گروه بدون آموزش توانایی بالایی در تحمل استرس داشتند، یعنی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، به ارتقا توانایی تحمل استرس آزمودنی های گروه آزمایشی منجر شد. ارتقا سطح تحمل استرس متعاقبا، افزایش پرهیز و کاهش میزان لغزش را در مصرف کنندگان در پی خواهد داشت (هانسن و بناچی، ۲۰۰۹، قهاری، ۱۳۸۵، بشارت، ۱۳۸۴). در واقع، آزمودنی یاد می گیرد قادر به مقابله با مشکلات روزمره همراه با حفظ پرهیز و تحمل مناسب استرس گردد. نتیجه این مسئله مقابله با موقعیت های خطرناک، امتناع از پذیرش و نه گفتن مناسب خواهد بود. این موضوع نقش محافظت کننده بودن این نوع آموزش را مورد تاکید قرار می دهد.

بنابراین می توان گفت که هوش هیجانی با مهارت‌های مقابله‌ای فعال و مؤثر ارتباط دارد و از این طریق بر ترک افراد تأثیر می گذارد. تنظیم هیجان‌ها به استفاده مثبت از هیجان‌ها در تسهیل تفکر و فرایند حل مسأله کمک می کند و به واکنش مؤثرتر در موقعیت‌های پرخطر انجامیده و به کاربرد بهینه و بهره‌جویی از هیجان‌ها کمک می کند. در واقع، تنظیم هیجان‌ها می تواند به مدیریت خوب هیجان‌ها کمک کند. مدیریت خوب هیجان‌ها به خودکنترلی منجر می شود و خودکنترلی از عوامل مؤثر بر تداوم پرهیز و مقابله با وسوسه است (محمدی، ۱۳۸۴). با توجه به اینکه هوش هیجانی مفهومی قابل یادگیری است و به وسیله بهبود مهارت‌های هیجانی قابل ارتقاء و افزایش است (پتریدس، فردریکسون و فیورن‌ها، ۲۰۰۴)، می توان با بکارگیری برنامه‌های بنیادی، بکارگیری راهکارهای ارتقاء هوش هیجانی در نظام آموزش و پرورش، مراکز بازپروری و درمان اعتیاد به پیشگیری از ابتلا به اعتیاد، بهبود و یا جلوگیری از عود مجدد اقدام نمود.

منابع

- احمدخانی‌ها حمیدرضا، غرای پور منوچهر، پناغی لیلی (۱۳۸۵). اثربخشی مدیریت وابستگی و درمان شناختی-رفتاری در وابستگی به مواد افیونی. *مجله اندیشه و رفتار*، سال دوازدهم، شماره ۱، بهار ۱۳۸۵.
- اکبرزاده نسرين (۱۳۸۳). *هوش هیجانی*. چاپ اول، تهران: انتشارات فارابی.
- اکبری زردخانه سعید، رستمی رضا و زارعان مصطفی (۱۳۸۷). رابطه هوش هیجانی و مکانیزم های دفاعی با اعتیاد. *روان‌شناسان ایرانی*. ۱۵. ۳۰۳-۲۹۳.
- انفرادی سیده حامده (۱۳۸۹). بررسی رابطه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با اضطراب و افسردگی در دانشجویان (مقایسه بین نمونه بالینی و غیربالینی). پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی انستیتو روان‌پزشکی.
- بشارت محمدعلی (۱۳۸۴). بررسی تاثیر هوش هیجانی بر کیفیت روابط اجتماعی. *فصلنامه مطالعات روانشناختی*، ش ۲ و ۳، ۸۴.
- پورشه‌باز عباس (۱۳۸۳). روابط ساختاری عوامل روانشناختی خطرزا و حفاظت‌کننده مصرف مواد مخدر در نوجوانان: مدلی برای پیشگیری اولیه و مداخله روانشناختی. پایان‌نامه دکتری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- تیرگری عبدالحکیم (۱۳۸۴). رابطه ساختاری هوش هیجانی با سازگاری زناشویی و کاربرد برنامه مداخله تقویت هوش هیجانی جهت کاهش ناسازگاری زناشویی. پایان‌نامه دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
- چیریلو استفانو، برنی روبرو، کامبازو جیانی و مازا روبرتو (۱۳۷۹). اعتیاد به مواد مخدر در آینه روابط خانوادگی، ترجمه: سعید پیر مرادی، چاپ دوم، اصفهان: نشر همام.
- دباغی پرویز (۱۳۸۵). اثربخشی شناخت درمانی بر اساس تفکر نظاره ای و فعال سازی طرحواره‌های مصنوعی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی ایران،
- دهشیری غلامرضا (۱۳۸۲). *هنجاریابی ساختار عاملی پرسشنامه بهر هیجانی بار* - ان بر روی دانشجویان دانشگاه‌های تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- زارعان مصطفی، اسداله پور امین و بخشی پور عباس (۱۳۸۷). رابطه هوش هیجانی و سبک‌های حل مسأله با سلامت عمومی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال سیزدهم، شماره ۲. ۱۷۲-۱۶۶.
- سادوک و سادوک؛ خلاصه روانپزشکی و علوم رفتاری (۲۰۰۷). ترجمه: نصرت‌الله پورافکاری، انتشارات شهراب، ۱۳۸۷.
- سموعی راحله (۱۳۸۲). *پرسشنامه هوش هیجانی بار* - ان (فرم ۹۰ سؤالی). مؤسسه علوم رفتاری سینا (روان تجهیز).
- سیاروچی ژوزف، فورگاس ژوزف و مایر جان (۲۰۰۳). هوش عاطفی در زندگی روزمره. ترجمه ی اصغر نوری امام‌زاده‌ای و حبیب‌الله نصیری (۱۳۸۳). اصفهان. نشر نوشته.
- سرمد زهره (۱۳۸۸). *آمار استنباطی: گزیده ای از تحلیلهای آماری تک متغیری*. چاپ سوم. سمت.
- علی‌زاده دربندی حسن (۱۳۸۵). تعیین کارایی آموزش مهارتهای هوش هیجانی بر تقویت هوش هیجانی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه با هوش‌بهر هیجانی پایین. پایان‌نامه کارشناسی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

- قهاری شهربانو (۱۳۸۵). کارایی رویکرد شناختی-رفتاری در درمان سوء مصرف حشیش . پایان نامه دکترای روان شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی تهران. انستیتو روان پزشکی تهران.
- کادن رونالد (۱۳۸۳). درمان شناختی-رفتاری وابستگی به مواد. ترجمه عباس بخشی پور رودسری . مرکز مشاوره دانشگاه تهران.
- کارول کاتلین (۱۳۸۱). راهنمای عملی درمان شناختی-رفتاری سوء مصرف مواد. مترجمان: عباس بخشی پور رودسری و شهرام محمدخانی. تهران: انتشارات اسپند هنر.
- محمدی مسعود (۱۳۸۴). بررسی عوامل موثر بر تاب آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد. پایان نامه دکتری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- نارنجی ها و همکاران. (۱۳۸۹). تجربه طول زندگی بیش مصرف غیر کشنده داروها در میان معتادین ایرانی . مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی. ۱۵ (۴). ۳۳۳-۳۲۷.
- ناطق ابراهیم و میناکاری محمود (۱۳۸۷). مقایسه هوش هیجانی در مردان معتاد به مواد افیونی و غیرمعتاد . فصلنامه اعتیاد پژوهی، سال دوم، ۸، ۱۲۱-۱۳۲.
- Antonakis, J, Ashkanasy, N & Dasborough, M. (2009). Does leadership need emotional intelligence? *The Leadership Quarterly*, 20, 247-261.
- Arseneault, L. Cannon, M. Poulton, R. Murray, R. Caspi, A. & Moffit, T. E. (2002). Amphetamin use in adolescence and risk for adult psychosis. Longitudinal prospective study. *British medical journal*, 325, 1212-23.
- Austin, E. I, Saklofske, D. H. & Egan, V. (2005). Personality, well-being & health correlates of trait emotional intelligence. *Personality & Individual Differences*, 38, 547 - 558 .
- Baker, A. L., Kavanagh, D. J., Kay-Lambkin, F. J., & et al. (2010). Randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for coexisting depression and alcohol problems: short-term outcome. *Addiction*. 105, 87-99.
- Bar-on, R. (1997). Bar-on Emotional Questient Inventory, Toronto: Multi-Health system.
- Baumeister, R. F. (2003): self - control comes in limited quantities, must be replenished. *clinical and Experimental Reserch: Florida state university*.
- Boshears Paul, Boeri Miriam, Harbry Liam. (2011). Addiction and sociality: Perspectives from methamphetamine users in suburban USA. 19, 289-301.
- Brook L. Henry, Arpi Minassian and William Perry. (2010). Effect of methamphetamine dependence on everyday functional ability. *Addictive Behaviors*. 35, 593-598.
- Cheng, W. S., Garfein, R. S., Semple, S. J., Strathdee, S. A., Zians, J. K., & Patterson, T. L. (2009). Differences in sexual risk behaviors among Corsi & Both male and female HIV seronegative heterosexual methamphetamine users. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 131, 292-6.
- Copelanp, J. Swift, W. & Ress, V. (2001). Clinical profile of participants in a brief intervention program for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20(1), 45-52.
- Dennis, M. Godley, S. H. Diamond, G. Times, F. M. Babor T. Donaldson, J. Liddle, H. Titus, J. C. Kaminer, Y. Webb, C. Hammilton, N. Funk, R. (2004) the Cannabis Youth Treatment study: Main findings from two randomized trails *Journal of Substance Abuse Treatment*. 27, 195-6.
- Diamond, G. Godley, S. H. Liddle, H. A. Sample, S. Webb, C. Times, F. M. Meyers, M. (2002). Five outpatient treatment for adolescent marijuana use: A

description of the Cannabis Youth Treatment interventions. *Addiction* 97, 70-83.

- Doran, N., Mcchague, D. Cohen, L. (2007). Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. *Addictive Behaviors*, 32, 90-98.

- **Englberg.E& Sjoberg.L(۲۰۰۴)**. Emotional intelligence, affected intensity and social adjustment. *Personality and Individual Differences*, ۳۷, ۵۳۳-۵۴۲

- Gannon, N & Ranzijn, R. (2005). Does emotional intelligence predict unique variance in life satisfaction beyond IQ and personality? *Personality and Individual Differences*. 38, 1353-1364.

- **George, W. Joe, Grace A. Rowan-Szal, Jack M. Greener, D. Dwayne Simpson and Jerry Vance. (2009)**. Male methamphetamine-user inmates in prison treatment: During-treatment outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 38, 2, 141-152.

- **Gohm.D.(۲۰۰۳)** Mood regulation and emotional intelligence: Individual differences. *Journal of personality and social psychology*. ۸۴, ۵۹۴ -۶۰۷.

- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York: Bantam books.

- **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.

- **Hansenne, M & Bianchi, J. (2009)**. Emotional intelligence and personality in major. *Psychiatry Research*. 166, 63-68.

- Homer, Bruce D. Solomon, Todd M. Moeller, Robert Mascia, W. DeRaleau, Amy Lauren and Halkitis. Perry N. Methamphetamine Abuse and Impairment of Social Functioning: A Review of the Underlying Neurophysiological Causes and Behavioral Implications. *Psychological Bulletin*. 2008, 134, No. 2, 301-310

- **Jessor, R. (1989)**. Adolescent development and behavioral health. In J.D. Matarazzo, S.M., J.A. Herd, N.E. Miller, S. M. Weiss (Eds.). *Behavioral health: A hand book of health enhancement and disease prevention*. New York: John wiley & sons.

- **Kring, A. M., Davison, G. C., Neale J. M., & Johnson, S. L., Abnormal Psychology. Shamsipour H. (2009)**. 1st Ed. Tehran: Arjomand Publication Company, 390-403.

- **Laqueille. X. (2005)**. Related induced and associate psychiatric disorders to cannabis, *Review practice*. 15 (1). 30-4.

- Lee, N. K, Rawson, R. A. A systematic review of cognitive and behavioral therapies for methamphetamine dependence. *Drug Alcohol Rev*. 2008;27:309-317.

- **Liau , A & Etal .(2003)**. The case for Emotional Literacy : the influence of emotional intelligence on problem behaviors in Malaysian Secondary school students . *Journal of moral Education* , 32 (1) , 51- 66.

- Lundquist, T. (2005). Cognitive consequences of Meth amphotamin use: Comparison with abuse of stimulants and heroin with regard to attention, memory and executive function *Pharmacology of Biochemical Behavior*, 81(2). 319-30.

- **Manuel, J, Saris, W, Boyatzis, R, Guillén, L, Serlavós, L. (2009)**. Effect of response scale on assessment of emotional intelligence competencies. *Personality and Individual Differences*. 46, 575-580.

- **Mayer, J.D, Salovey, P. & Caruso, D. (2004)**. Models of emotional intelligence. In J.R.Sternurg (Ed), *Handbook of Intelligence* . Cambridge, UK: Cambridge University Press, (396- 420).

- **McHugh, R. K., Hearon, B. A., & Otto, M. W. (2004)**. Cognitive -behavioral therapy for substance use disorders. *Addiction*, 99(2), 93-105.

- **Nida. (2008)**. Pharmacotherapy for methamphetamine dependence: A review of

the pathophysiology of methamphetamine addiction and the theoretical basis and efficacy of pharmacotherapeutic interventions. *Annals of Clinical Psychiatry*, 20, 145-155.

- **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, 174-180.

- **Petrides, K. v., Frederickson, N., & Furnham, A. (2004).** The role of trait emotional intelligence in academic performance and deviant behaviour at school. *Personality and Individual Differences*, 36,277-293.

- **Qi, Y., et al. (2006).** Australian Federal Police Seizures of Illicit Crystalline Methamphetamine and MDMA Toxicity. *AAPS Journal* 8: E337-E347.

- **Rawson, Richard A., Gonzales, Rachel. & Brethen Paul (2008).** Treatment of methamphetamine use disorders: an update. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 2, Pages 145-150

- **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.

- **Salovey.P. Bedell.B.T., Detwiller.J.B& Mayer.G.D (2000).** Coping Intelligently: Emotional intelligence and the coping process. In.C.R.(Eds),Coping: The psychology of what works .New York.Oxford university press.

- **Salovey.P, Stroud .L.R., Woolery.A& Epel.E.S (2002).** Perceived emotional intelligence, stress, creativity and symptom reports: Further exploration using trait Meta mood scale.*Psychology and Health*, 17, 611-627

- **Simmons, J. S. Gaher, R. M. Correia, C. J. & Bush, J. A. (2008).** Club drags use among college students. *Addictive Behavior*, 30(98). 1619-24.

- **Sjoberg, L. (2001).** Emotional intelligence and life Adjustment: Avalidation Study. Working paper series in Business Administration.

- **Trinidad, D., & Unger, J., Chou, P., Azen, S., Johnson, C. (2004).** Emotional intelligence and smoking risk factors in adolescents: interactions on smoking intentions. *Journal of Adolescent Health*, University of California. 34, 46-55.

- **Trinidad, D. R., Unger, J. B, Chou, C. P. Johnson, A. (2004).** The protective association of emotional intelligence with psychosocial smoking risk factors for adolescents. *Personality and individual Differences*, 36, 945-954.

- **Winslow, B. T., Voorhees, K. I., Pehlka. (2007).** Methamphetamine abuse. *American Family Physician*, 76(8),1169-74.

- **Yip, J & Martin, R. (2006).** Sense of humor, emotional intelligence, and Social competence. *Journal of Research in Personality*. 40, 1202-1208.