

اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی رفتاری بر نگرش، افسردگی

و خلق عمومی معتادین به شیشه

بیوک تاجری^۱، حسن احدی^۲، فرهاد جمهری^۳

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تبیین اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی رفتاری بر نگرش، افسردگی و خلق عمومی معتادین به شیشه می باشد. بدین منظور، در یک طرح آزمایشی با اندازه‌گیری مکرر، ۳۶ بیمار با تشخیص وابستگی به شیشه به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه قرار داده شدند. گروه آزمایشی طی ۱۲ جلسه دو ساعته به صورت انفرادی تحت درمان قرار گرفت. آزمودنی‌های هر دو گروه توسط مصاحبه ساخت‌یافته شخصیت (SCID)، پرسشنامه نگرش نسبت به مواد، افسردگی بک و پرسشنامه بهر هیجانی، قبل از شروع درمان (مرحله ارزیابی)، جلسه ششم، دوازدهم و ۹۰ روز پس از پایان درمان مورد ارزیابی قرار گرفت. گروه کنترل در این مدت درمان روان‌شناختی دریافت نکرد. داده‌ها به کمک آزمون t همبسته، روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آنالیز واریانس دو طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بر طبق داده‌ها و یافته‌ها، از نظر متغیرهای پژوهش بین میانگین‌های دو گروه آزمایشی و کنترل در مرحله پیگیری تفاوت معنادار آماری وجود دارد. یعنی، در مرحله پیگیری گروهی که از درمان شناختی رفتاری برخوردار بودند در مقایسه با گروه کنترل که درمانی دریافت نکردند، تغییر نگرش، افسردگی و خلق عمومی از خود نشان دادند و فرضیه‌های پژوهش تایید شد. نتایج نشان داد آموزش مهارت‌های شناختی رفتاری تغییر نگرش، کاهش افسردگی و بهبود خلق عمومی را در پی دارد.

واژه‌های کلیدی:

شیشه، مهارت‌های شناختی رفتاری، نگرش، افسردگی، خلق.

۱- دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج.

۲- استاد دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج.

۳- استادیار دانشگاه علامه طباطبائی.

نویسنده مسوول مقاله، btajeri@yahoo.com

مقدمه

به گزارش دفتر مصرف دارو و جرم سازمان ملل متحد^۱ (۲۰۰۸)، ۲۴/۹ میلیون آمفتامینی در جهان وجود دارد. این ماده جزء پرمصرف‌ترین مواد مصرفی در جهان و مصرف آن در حال گسترش است (سیمونز^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). نتایج پژوهش «ارزیابی سریع وضعیت^۳ سوء مصرف مواد در ایران» نشان می‌دهد، مصرف این مواد در میان جمعیت جوان ایرانی و معتادین ترک کرده افزایش داشته است (نارنجی‌ها و همکاران، ۱۳۸۸).

شیشه ماده محرک قوی روانی حرکتی و تقویت‌کننده مثبت رفتار است (ویجتانگا^۴ و همکاران، ۲۰۰۴). تغییرات آناتومیکی و تغییرات روانی پایدار در حین مصرف ماده، به دنبال قطع مصرف نیز گزارش شده‌اند (بویر^۵ و همکاران، ۲۰۰۷). به موازات افزایش میزان یا طول مصرف ماده، اثرات تشدید شده و به دنبال آن، افسردگی (لندن^۶ و همکاران، ۲۰۰۴، کال‌گیوری^۷ و بوتن‌هويز^۸، ۲۰۰۵)، اضطراب شدید (زوبن^۹ و همکاران، ۲۰۰۴)، خواب‌الودگی، انزوا، تعارض‌های بین‌فردی، وسوسه مواد و حتی روان‌پریشی آشکار می‌شود. اختلالات خلقی، افسردگی و پارانوئا در درصد بالایی از بیماران دیده می‌شود. در بین مواد مورد سوء مصرف مت‌آمفتامین، به طور قوی‌تری با افسردگی مرتبط است (ران‌ساویل^{۱۰}، ۲۰۰۴). اعتیاد به شیشه ۱۱ نوع اختلال روانی را در پی دارد (سادوک^{۱۱} و سادوک، ۱۳۸۷). جدی‌ترین علامت ترک شیشه، افسردگی (خلق ملالت‌بار) است که ممکن است با افکار یا رفتار خودکشی همراه باشد (باتکی^{۱۲} و هاریس^{۱۳}، ۲۰۰۴). ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR برای ترک آمفتامین، تصریح می‌کند که افسردگی برای تشخیص‌گذاری ضروری است. هنگامی که افسردگی به طور مستقیم به سوء مصرف مواد ارتباط داشته باشد و به طور مستقل وجود نداشته باشد، یک تشخیص دوگانه در نظر گرفته نشده بلکه به عنوان پیامد

1 . United Nations Office on Drug Use and Crime

2. Simons

3 . Rapid Situation Assessment

4 . Wijetunga

5. Bowyer

6. London

7. Caligiuri

8. Buitenhuis

9. Zweben

10 . Rounsaville

11 . Sadock

12 . Batki

13 . Harris

اعتیاد محسوب می‌گردد(تاجری، ۱۳۹۰). برخی محققان و صاحب نظران(هال^۱ و همکاران، ۱۹۹۶، خمایی، رستمی و کاظمی، ۱۳۸۸) افسردگی را هم یکی از علل گرایش به سوء مصرف و هم معلول و یکی از پیامدها و آثار سوء مصرف عنوان نموده‌اند. از طرفی، سوندسون^۲ (۱۹۹۸) عنوان کرده که وجود یک نوع اختلال، نظیر افسردگی، در معتادان به الکل و مواد ملاک تشخیصی مهمی برای انواع اختلالات دیگر خواهد بود. در مطالعه کسلر و همکاران (۱۹۹۶)، ۲۷/۱ درصد افراد دارای اختلال افسردگی و ۶۷/۸ درصد افراد اضطرابی، اختلال سوء مصرف مواد داشتند. مطالعه هانسن^۳ و همکاران(۲۰۰۴) نشان داد که ۴۰/۳ درصد آزمودنی‌ها، اعتیاد به الکل و ۴۱/۱۴ درصد اضطراب داشتند.

در ایران پرویزی فرد(۱۳۸۶) و رهبری(۱۳۸۵) ظهیرالدین، سیف الهی و ایرانپور(۱۳۸۶) و افقه و سمیعی(۱۳۷۶) در پژوهشی وجود علائم روانپزشکی و اختلال توام به میزان نسبتاً زیاد در آزمودنی‌های معتاد را نشان دادند و بر همبودی اختلالات خلقی و اضطرابی در افراد معتاد تاکید کردند. محققین دیگر نیز این مسئله را مورد تایید قرار داده‌اند. زیوبین^۴ و همکاران(۲۰۰۴)، گرانت^۵(۱۹۹۵)، کلاتز^۶، گلدسامت^۷ و یی^۸(۲۰۰۵)، سمپل^۹ و همکاران(۲۰۰۴)، کالچ-کالچ استین^{۱۰}(۲۰۰۰)، لاندن^{۱۱} و همکاران(۲۰۰۴)، بیکر و همکاران(۲۰۱۰)، لی^{۱۲} و راوسون^{۱۳}(۲۰۰۸)، بروس^{۱۴} و همکاران(۲۰۰۸)، بیکر و همکاران(۲۰۰۴)، جنر^{۱۵} و مک کتین^{۱۶}(۲۰۰۴)، لی^{۱۷} و دیگران(۲۰۰۵).

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

- 1 . Hall
- 2 . Swendsen
- 3 . Hansen
- 4 . Zweben
- 5 . Grant
- 6 . Clatts
- 7 . Goldsamt
- 8 . Yi
- 9 . Semple
- 10 . Kalechstein
- 11 . London
- 12 . Lee
- 13 . Rawson
- 14 . Bruce
- 15 . Jenner
- 16 . McKetin
- 17 . Lee

باشد (فاربی^۱، بیت مارون^۲، ۱۹۹۲). همچنین درگیر شدن در فعالیت مخاطره‌آمیز مثل سوء مصرف مواد گوناگون از تجزیه و تحلیل هزینه و سود ناشی می‌شود. اعتیاد تحت تأثیر باورها و نگرش‌های بیماران است (بک و همکاران، ۱۳۸۰). نگرش به مواد دارای مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری است. 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، ۱۳۸۴). نگرش مثبت می‌تواند به عنوان یک عامل آسیب‌پذیر، احتمال گرایش به مصرف مواد را افزایش دهد و آموزش مهارت‌ها تغییر معناداری در تمایل نوجوانان به مصرف مواد و عوامل خطر ساز فردی مصرف مواد ایجاد کرده است (محمد خانی، ۱۳۸۵). محققان مختلف از جمله (اسکندری و کرمی (۱۳۸۲)، وزیریان و مستشاری (۱۳۸۲) و رحمتی (۱۳۸۳)) تأثیر درمانی درمان شناختی رفتاری را در تغییر نگرش معتادین مورد اشاره قرار داده‌اند.

عاطفه منفی گرایش به تجربه خلق پایین و افسردگی، یک صفت مزاجی است که در مراحل تحول نسبتاً ثابت می‌ماند. از طریق تداعی عاطفه منفی و مصرف مواد، عاطفه منفی می‌تواند یک میل شرطی شده^۳ نسبت به مصرف را بر انگیزد و خطر عود را افزایش دهد. از سوی دیگر، به عنوان عنوان اجتناب هیجانی^۴، تداعی شرطی شده بین عاطفه منفی و مصرف مواد می‌تواند منجر به مصرف مواد برای اجتناب از عاطفه منفی شود. یکی دیگر از دلایل افزایش عود در اثر عاطفه منفی، فعال‌سازی شناخت‌های مرتبط با مواد پیوند خورده با عاطفه منفی در شبکه حافظه می‌باشد. تأثیر فعال‌سازی نشانه‌های عاطفه منفی بر شناخت‌های مربوط به مواد به سابقه مصرف و مزاج فرد بستگی دارد (پرویزی فرد، ۱۳۸۶).

از میان الگوهای مطرح در خصوص پیوستگی میان اعتیاد و اختلالات، گلانتز^۵، واینبرگ^۶ و مینر^۷ (۲۰۰۲) از الگوی چهارمی سخن رانده‌اند که الگوهای پیشین را به یکدیگر پیوند داده و برای برای هریک از موارد بروز بیماری‌های همراه تفسیری دارد. طبق این الگو، در برخی از افراد، سوء مصرف مواد و آسیب روانی خاص همراه یکدیگر رشد کرده و از طرفی، هریک گام‌های سبب شناختی دیگری را از طریق تعامل‌های چندگانه تشدید می‌کند (نقل از محسنی تبریزی، ۱۳۷۶).

1. Forby
2. Byth - Maron
3. conditional desire
4. emotional avoidance
5. Glantz
6. Weinberg
7. Miner

CBT در حال حاضر رویکرد درمانی عمده در وابستگی به مواد محرک و شیشه است. هدف رویکردهای شناختی، بیشتر تغییر رفتار اعتیادی از طریق تغییر در شناخت‌های نادرست مانند باورهای ناکارآمد نگهدارنده رفتار و یا از طریق بهبود شناخت‌های مثبت مثل خودکارآمدی یا انگیزش برای تغییر رفتار است (بک^۱ و همکاران، ۲۰۰۴). وانی‌گاراتن^۲ و همکاران (۲۰۰۵)، معتقدند که رویکردهای مرکب از فنون شناختی و رفتاری در کاهش یا حفظ پرهیز از اشکال مختلف مواد به تنهایی یا همراه با مداخلات دارویی در مطالعات بسیاری موثر شناخته شده است. مداخلات روان-شناختی اغلب با هدف کمک به تغییر دادن رفتار اعتیادی از قبیل CBT و مصاحبه انگیزشی درمان‌هایی هستند که مبتنی بر شواهد پژوهشی بوده و اصول زیربنایی مشخصی دارند (نقل از دباغی، ۲۰۰۸). تکنیکهای رفتاری می‌تواند در کاهش افسردگی مفید بوده و به علاوه آموزش مهارت‌ها نیز در این رویکرد جایگاه خاص خود را دارد و بیماران با فراگیری مهارت‌های امتناع از پذیرش شیشه، حل مساله، کنترل خشم، ارتباط موثر و رفتارهای قاطعانه، یاد می‌گیرند در برابر وسوسه مقاومت کرده، از موقعیتهای پرخطر اجتناب کنند و به افراد اصرار کننده «نه» بگویند (کادن، ۱۳۸۳). فراگیری تکنیکهای شناختی نیز به بیماران کمک می‌کند 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 با افزایش خویشتن‌داری از عود جلوگیری به عمل آورد (کارول، ۱۳۸۱). محققین دیگر نیز تاثیر درمانی آموزش مهارت‌های شناختی رفتاری را در اعتیاد نشان داده‌اند (از جمله؛ لیس^۳، بک^۴، و سیاتون^۵، ۲۰۰۲، امیری، ۱۳۸۶، رامو^۶ و همکاران، همکاران، ۲۰۰۵، نقل از دباغی، ۱۳۸۶، دوهروند^۷، ۱۹۹۸، احمدخانی‌ها، قرایی‌پور و پناغی، ۱۳۸۵، عرب، ۱۳۸۱).

راوسون^۸ و همکاران (۲۰۰۴) در بررسی تحت عنوان "مقایسه مدیریت وابستگی و رویکردهای رویکردهای شناختی رفتاری در طول درمان نگهدارنده با متادون برای وابستگی به کوکائین" نتیجه گرفتند، با اینکه اثر درمانی مدیریت وابستگی بارزتر بود اما در برونداد طولانی‌مدت CBT موفق‌تر بود. گروه‌های ترکیبی دو درمانه نیز به همین نتیجه رسیدند (لینگ^۹، راوسون و شاپتاو، ۲۰۰۶ و

1. Beck
2. Wanigaratne
3. Liese
4. Beck
5. Seaton
6. Ramo
7. Dohwend
8. Rawson
9. Ling

شاپتاو و ریبک، ۲۰۰۷). در مطالعه دیگر پک^۱ و همکاران (۲۰۰۵) درمان شناختی‌رفتاری تأثیر درمانی مثبتی در کاهش بارز مصرف مواد و علائم افسردگی به دنبال درمان در افراد همجنس‌باز وابسته به شیشه نشان داد.

در مطالعه‌ای گسترده، بیکر و همکاران (۲۰۰۵) به بررسی تأثیر درمانی مصاحبه‌انگیزی و CBT در آزمایش کنترل شده تصادفی ۲۱۴ معتاد آمفتامین اقدام کردند و نشان دادند که افزایش معناداری در احتمال پرهیز از آمفتامین در بین افرادی که بیش از دو جلسه دریافت داشتند مشاهده می‌شود. پژوهشگران توصیه کردند که برای افرادی که افسردگی دارند، دوره درمانی از آغاز درمان صورت گیرد.

به علت همکاری درمانی پایین و میزان بالای ریزش اثربخشی، درمان‌های دارویی بدون مداخله‌های روان‌شناختی ضعیف است. گنجاندن درمان غیردارویی در طرح درمانی بیماران مصرف‌کننده شیشه از ضرورت‌ها به شمار رفته و در این راستا، آموزش مهارت‌های شناختی‌رفتاری در تغییر نگرش و بهبود خلق و پیشگیری از عود انواع مواد تأیید شده است (از جمله دنیس^۲ و همکاران، ۲۰۰۴، کولپند^۳ و همکاران، ۲۰۰۱). در پژوهش حاضر اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی‌رفتاری در درمان مصرف‌کنندگان شیشه در جامعه ایرانی بررسی شد. این بررسی روی بزرگسالان مبتلا به سوء مصرف مواد در شهر تهران صورت گرفت و پژوهشگران به دنبال پاسخ به این سؤال بودند که آیا درمان شناختی‌رفتاری دارای اثربخشی لازم جهت تغییر نگرش، کاهش افسردگی و بهبود خلق در بین معتادین به شیشه هست یا خیر؟

روش پژوهش، جامعه‌ی آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری:

در این طرح آزمایشی، با اندازه‌گیری مکرر از میان جامعه‌ی آماری طرح، یعنی بیماران مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران در مجموع ۳۶ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شده و در دو گروه آزمایشی و گواه جای داده شدند. سپس هر دو گروه به عنوان خط پایه پرسشنامه‌های نگرش نسبت به مواد، افسردگی بک و پرسشنامه بهر هیجانی را تکمیل کردند. هر گروه آزمایشی به صورت انفرادی در ۱۲ جلسه درمانی شرکت کرده و 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.

1. Peck
2. Dennis
3. Copeland

ابزار پژوهش

مصاحبه بالینی ساخت یافته برای اختلالات شخصیت (SCID-II)^۱: این ابزار یک مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساخت یافته است که برای سنجش ۱۰ اختلال شخصیت محور II بر اساس DSM-IV تدوین شده است. برای تشخیص اختلالات محور II می‌توان از این آزمون به صورت مقوله‌ای یا ابعادی بهره گرفت. پرسشنامه دارای ۱۱۹ پرسش است و در کمتر از ۲۰ دقیقه اجرا می‌شود، میزان تحویلات لازم برای پاسخ‌دهی به آن حداقل ۸ کلاس است. آزماینده با توجه به پرسشهایی که بیمار به آنها پاسخ مثبت می‌دهد مصاحبه را جهت می‌دهد. پایایی و روایی بالای این آزمون در مطالعات مختلف نشان داده شده است (فرست^۲ و همکاران، ۱۹۹۷، سادوک و سادوک، ۱۳۸۷، نوروزی، ۱۳۸۴ و انفرادی، ۱۳۸۹).

پرسشنامه نگرش نسبت به مواد: این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی ۲۰ گزاره‌ای است که توسط رایت^۳ تهیه شده است (گودرزی، ۱۳۸۵). پایایی و روایی بالای این آزمون را گزارش کرده‌اند، قهاری (۱۳۸۵).

آزمون افسردگی بک: این ابزار خودسنجی شامل بیست و یک عبارت در مورد نشانه‌های نوعی بیماران افسرده است (گران، ۱۹۹۵) و هر یک بر حسب شدت وضعیت گزارش شده توسط بیمار از ۱ تا ۳ نمره گذاری می‌شوند. پایایی و روایی بالای این آزمون در مطالعات مختلف نشان داده شده است (بک، ۲۰۰۱، محمدی، ۱۳۸۹ و فریدونی، ۱۳۸۹).

پرسشنامه بهر هیجانی (EQ-I): این آزمون توسط بار-ان^۴ 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). اعتبار آزمون هوش هیجانی فرم اصلی در مطالعات صورت گرفته با روش آزمون باز آزمون بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۶، با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ بوده است (بار-ان، ۱۹۹۷). اعتبار آزمون را با روش آلفای کرونباخ تا ۰/۹۲ و با روش زوج فرد ۰/۸۸ گزارش شده است (سموعی، ۱۳۸۲). در این پژوهش نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ اعتبار آن برای کل آزمون ۰/۹۸ تا ۰/۹۵ بدست آمد.

روش اجرا: آزمودنی‌ها ابتدا توسط مصاحبه روان‌پزشک غربال گردیده و سپس با تکمیل پرسشنامه SCID-II وجود اختلالات شخصیت رد شد. سپس این افراد به طور تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایشی گمارش می‌شوند. همه نمونه‌ها در مرحله خط پایه پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند.

1. Structural Clinical Interview For DSM
2. First
3. Wright
4. Bar-one

آزمودنی‌های گروه آزمایشی پس از تکمیل پرسشنامه‌ها در مرحله خط پایه وارد طرح درمان شناختی‌رفتاری شده و به صورت انفرادی در طرح درمانی CBT به مدت ۱۲ جلسه تحت درمان قرار گرفتند. گروه کنترل پس از تکمیل پرسشنامه‌های خط پایه به مدت ۳ ماه صرفاً در لیست انتظار برای درمان بوده و از هیچ‌گونه درمان روان شناختی برخوردار نبود و پس از سه ماه (مرحله پیگیری) با پرسشنامه‌های مورد نظر مورد سنجش قرار گرفت. از آنجا که طرح پژوهش از نوع طرح آزمایشی با اندازه‌گیری مکرر است برای بررسی تاثیر تکنیک‌های شناختی‌رفتاری با در نظر گرفتن متغیرها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، تحلیل واریانس دو عاملی، آزمون t همبسته و تصحیح بون فرونی، استفاده شد. ضمن ارائه اطلاعات مورد نظر از بابت محرمانه ماندن اطلاعات به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد. رضایت کتبی جهت شرکت در آزمون اخذ شده و در صورت تمایل به ادامه درمان روال معمول درمانی در مورد آنها پیگیری شد.

تحلیل داده‌ها: از آنجا که طرح پژوهش از نوع طرح آزمایشی با اندازه‌گیری مکرر است، برای بررسی تاثیر درمان شناختی‌رفتاری بر متغیرهای پژوهش، از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، تحلیل واریانس، آزمون t همبسته و تصحیح بون فرونی استفاده شد.

یافته‌ها:

طرح کلی پژوهش حاضر به صورت آزمایشی با اندازه‌گیری مکرر است که به بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی‌رفتاری بر نگرش، افسردگی و خلق عمومی معتادین به شیشه می‌پردازد. برای پاسخ‌گویی به فرضیه‌های پژوهش علاوه بر آمار توصیفی از آزمون t، تحلیل واریانس و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در پژوهش حاضر تعداد ۳۶ معتاد آماده انتخاب و در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند (۱۸ نفر در گروه کنترل و ۱۸ نفر در گروه آزمایش). پس از جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از ابزارهای پژوهش، در این بخش به ترتیب فرضیه‌ها، نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها را ارائه می‌کنیم.

فرضیه اول: مهارت‌های شناختی رفتاری در تغییر نگرش معتادین نسبت به مواد موثر است.

جهت آزمون این فرضیه، میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی‌ها در شاخص نگرش نسبت به مواد در چهار بار اندازه‌گیری، محاسبه شد که در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات دو گروه در چهار بار اندازه‌گیری

مرحله پیگیری	جلسه دوازدهم		جلسه ششم		مرحله پایه		مرحله		
	کنترل	آزمایشی	کنترل	آزمایشی	کنترل	آزمایشی	شاخص	اندازه‌ها	
۱۰۷/۹۳	۳۷/۷۹	۱۰۶/۴۳	۵۵/۳۲	۱۱۱/۰۷	۸۳/۸۲	۱۱۰/۲۲	۱۰۸/۱۷	میانگین	نگرش
۳/۹۶	۳/۴۴	۴/۰۴	۵/۰۸	۴/۸۳	۵/۳۳	۴/۴۵	۴/۵۱	انحراف معیار	
۱۹/۷۳	۸/۶۵	۲۲/۰۲	۱۱/۸۷	۲۰/۸۲	۱۹/۳۳	۲۱/۰۰	۲۵/۰۵	میانگین	افسردگی
۲/۲۵	۲/۶۰	۳/۵۶	۲/۷۵	۲/۵۲	۲/۷۳	۲/۷۲	۲/۴۳	انحراف معیار	
۲۴/۷۳	۷۳/۷۷	۲۳/۵۱	۵۸/۳۸	۲۸/۴۳	۴۹/۸۸	۲۶/۸۷	۴۲/۳۳	میانگین	خلق عمومی
۴/۱۶	۴/۵۴	۴/۲۳	۸/۴۷	۵/۱۱	۷/۸۸	۴/۵۰	۵/۲۸	انحراف معیار	

برای تحلیل تفاوت میانگین‌ها در چهار مرحله اندازه‌گیری از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر ترکیبی استفاده شد و این نتایج به دست آمد.

جدول ۲: نتایج اندازه‌گیری مکرر ترکیبی برای نگرش معتادین

سطح معناداری	F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	منبع تغییرات
۰/۰۰۱	۳۲/۳۱	۲۱۸/۷۸	۵۴	۳۵۹۸/۷۲	بین آزمودنی‌ها
۰/۰۰۱	۷/۷۴	۱۱۰/۵۳	۱۷	۶۰۱۰/۰۳	درون آزمودنی‌ها
۰/۰۰۱	۴۲/۷۳	۱۳۹۶/۲۳	۳	۴۱۹۳/۵۳	اثر درمان
		۳۱/۱۱	۵۱	۱۵۵۳/۲۱	خطا یا باقی‌مانده
				۱۵۳۵۳/۴۹	جمع کل

بر اساس یافته‌های جدول بالا، مقادیر F معنادار است. در مورد اثر درمان، مقدار F بزرگ‌تر و در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است ($F=42/73$ و $P<0/001$). لذا فرض صفر رد شده و با اطمینان ۹۹٪ می‌توان نتیجه گرفت که بین میانگین‌های دو گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معنادار آماری وجود دارد. یعنی آموزش مهارت‌های شناختی رفتاری موجب تفاوت معنادار شده و نگرش آزمودنی‌هایی که از آموزش مهارت‌های شناختی رفتاری برخوردار شدند، تغییر کرده است. در ادامه از آزمون t همبسته، جهت مشخص نمودن تفاوت بین جفت میانگین‌ها در چهار بار اندازه‌گیری استفاده شد.

جدول ۳: آزمون مقابله t جهت تعیین تفاوت بین جفت میانگین‌ها در شاخص نگرش

سطح معناداری	درجه آزادی	T	انحراف معیار	میانگین	مقابله‌ها
۰/۰۰۵	۱۷	۱۰/۲۱	۹/۷۶	۲۳/۴۴	میانگین پایه با جلسه ششم
۰/۰۰۵	۱۷	۱۸/۴۵	۱۱/۲۲	۴۹/۱۱	میانگین پایه با جلسه دوازدهم
۰/۰۰۵	۱۷	۲۲/۱۰	۱۳/۹۸	۶۸/۲۲	میانگین پایه با جلسه پیگیری
۰/۰۰۵	۱۷	۱۰/۳۳	۱۰/۱۱	۲۵/۳۲	میانگین جلسه ششم و دوازدهم
۰/۰۰۱	۱۷	۱۱/۱۹	۱۸/۲۵	۵۰/۲۱	میانگین جلسه ششم و پیگیری
۰/۰۰۱	۱۷	۵/۸۲	۱۲/۹۹	۱۷/۳۲	میانگین جلسه دوازدهم و پیگیری

جدول بالا نشان می‌دهد بین میانگین‌ها در چهار بار اندازه‌گیری مکرر تفاوت آماری معنادار وجود دارد و مداخله در مراحل اندازه‌گیری تاثیر درمانی داشته است. 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.

بر اساس داده‌های جداول فوق و در پاسخ به فرضیه اول، می‌توان نتیجه گرفت گروهی که از آموزش شناختی رفتاری برخوردار بودند در مقایسه با گروه کنترل یا درمان ندیده، تغییر نگرش نسبت به ماده شیشه پیدا کرده و نگرش منفی نسبت به شیشه نشان دادند. پس فرضیه اول پژوهش تایید می‌شود.

فرضیه دوم: مهارت‌های شناختی رفتاری بر میزان کاهش افسردگی موثر است

جهت آزمون این فرضیه، ابتدا میانگین و انحراف استاندارد دو گروه در شاخص افسردگی در چهار مرحله اندازه‌گیری محاسبه شد که در جدول ۱ ارائه شده 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 ۴: نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر ترکیبی برای شاخص افسردگی

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری
بین آزمودنی‌ها	۱۵۲۲/۱۱	۱۷	۹۱/۷۱	۸/۹۱	۰/۰۰۱
درون آزمودنی‌ها	۱۴۵۹/۳۲	۵۴	۲۸/۶۷	۶/۷۴	۰/۰۰۱
اثر درمان	۵۸۳/۴۲	۳	۱۹۶/۱۴	۷/۸۶	۰/۰۰۱
خطا یا باقی‌مانده	۱۰۹۹/۰۷	۵۱	۲۲/۴۴		

بر اساس یافته‌های جدول شماره ۴ تمام مقادیر معنادار است. در مورد اثر درمان یا مداخله، مقدار F بزرگ‌تر و در سطح $0/001$ معنادار است ($P < 0/001$ و $F = 7/86$). لذا فرض صفر رد شده و با اطمینان ۹۹٪ می‌توان نتیجه گرفت که بین میانگین‌های مورد مقایسه تفاوت معنادار وجود دارد یعنی آموزش مهارت‌های شناختی رفتاری موجب تفاوت معنادار شده و میزان افسردگی گروه آزمایشی (آزمودنی‌هایی که مداخله را دریافت کردند). در مراحل مختلف مداخله کاهش نشان داده است.

در ادامه از آزمون t همبسته جهت مشخص نمودن تفاوت بین جفت میانگین‌ها در چهار بار اندازه‌گیری استفاده شد.

جدول ۵: آزمون مقابله ی t جهت تعیین تفاوت بین جفت میانگین‌ها در شاخص افسردگی

مقابله	میانگین	انحراف معیار	t	درجه آزادی	سطح معناداری
میانگین پایه با ج. ششم	۷/۲۱	۲/۰۲	۴/۷۹	۱۷	۰/۰۰۱
میانگین پایه با ج. دوازدهم	۸/۳۲	۲/۵۳	۱۴/۱۶	۱۷	۰/۰۰۱
میانگین پایه با ج. پیگیری	۱۳/۱۰	۳/۲۳	۱۷/۵۴	۱۷	۰/۰۰۱
میانگین ج. شش و دوازدهم	۷/۶۲	۲/۴۱	۱۲/۸۷	۱۷	۰/۰۰۱
میانگین ج. شش و پیگیری	۸/۸۱	۳/۱۵	۱۳/۷۲	۱۷	۰/۰۰۱
میانگین ج. دوازده و پیگیری	۳/۴۵	۲/۴۹	۵/۵۱	۱۷	۰/۰۰۱

جدول شماره ۵ نشان می‌دهد بین میانگین‌های مورد مقایسه در چهار بار اندازه‌گیری تفاوت آماری معناداری وجود دارد و مداخله در مراحل اندازه‌گیری تاثیر درمانی داشته است. همچنین تصحیح بونفرونی برای t همبسته برابر با ۰/۰۰۸ است که با توجه به کوچکتر بودن از P حاصله، تفاوت بین میانگین‌ها معنادار است.

بر اساس داده‌های جدول فوق و در پاسخ به فرضیه دوم، می‌توان نتیجه گرفت، گروهی که از آموزش مهارت‌های شناختی رفتاری شناختی رفتاری برخوردار بودند در مقایسه با گروه کنترل که مداخله‌ای دریافت نکردند، میزان افسردگی پایین‌تری نشان دادند. پس با توجه به این نتایج، فرضیه دوم پژوهش تایید می‌شود.

فرضیه سوم: مهارت‌های شناختی رفتاری در افزایش خلق عمومی معتادین به شیشه

موثر است.

جهت آزمون این فرضیه، ابتدا میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایشی در خلق عمومی در چهار مرحله اندازه‌گیری محاسبه شد که در جدول ۱ ارائه شده است. برای تحلیل تفاوت میانگین‌ها در چهاربار اندازه‌گیری از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر ترکیبی استفاده شد و این نتایج به دست آمد.

جدول ۶: نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر ترکیبی شاخص خلق عمومی

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری
بین آزمودنی‌ها	۴۸۸۲/۲۳	۱۷	۲۸۰/۶۱	۴۶/۴۹	۰/۰۰۱
درون آزمودنی‌ها	۶۷۱۲/۴۹	۵۴	۱۲۳/۵۱	۶/۷۳	۰/۰۰۱
اثر درمان	۴۷۲۹/۶۳	۳	۱۵۹۲/۸۳	۴۱/۲۱	۰/۰۰۱
خطا یا باقی‌مانده	۱۷۹۳/۷۵	۵۱	۳۶/۴۳		

جدول بالا نشان می‌دهد، مقادیر معنادار است. در مورد اثر درمان یا مداخله صورت گرفته مقدار F بزرگ‌تر ($F=۴۱/۲۱$) و در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. لذا فرض صفر رد شده و با اطمینان ۹۹٪ می‌توان نتیجه گرفت که بین میانگین‌های مورد مقایسه تفاوت معنادار وجود دارد. یعنی

آموزش مهارت‌های شناختی رفتاری موجب تفاوت معنادار شده و خلق عمومی آزمودنی‌های گروه آزمایشی پس از دریافت آموزش‌های شناختی رفتاری بهبود یافته است.

در ادامه از آزمون t همبسته جهت مشخص نمودن تفاوت بین جفت میانگین‌ها در چهار بار اندازه‌گیری استفاده شد. نتایج آزمون نشان داد که بین میانگین‌ها مورد مقایسه 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 و مداخله در مراحل اندازه‌گیری تاثیر درمانی داشته است.

طبق جدول بالا و یافته‌ها و در پاسخ به فرضیه سوم پژوهش، بین میانگین‌های دو گروه آزمایشی و کنترل در شاخص خلق عمومی تفاوت معنادار آماری وجود دارد. یعنی خلق عمومی گروه آزمایشی که از آموزش مهارت‌های شناختی رفتاری برخوردار بودند در مقایسه با گروه کنترل یا آموزش ندیده پس از شرکت در درمان افزایش نشان داده است. پس فرضیه سوم تایید شد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی رفتاری بر نگرش، افسردگی و خلق عمومی معتادین به شیشه به اجرا درآمد. آزمون فرضیه اول "مهارت‌های 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. کسب درمان همراه با آموزش مهارت‌های مقابله سالم، احساس پرهیز، 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 نگرش نسبت به مصرف مواد ایجاد شده است. نتایج با یافته‌های محققین دیگر (از جمله پور شهباز و دیگران ۱۳۸۴، بوتوین و گریفین، ۲۰۰۴ و قهاری، ۱۳۸۵) همراستا است.

با بررسی فرضیه دوم تحقیق، گروه آموزش دیده بعد از اتمام ۱۲ هفته مداخله، سطوح افسردگی کمتری را نسبت به گروه بدون مداخله نشان داد که این تفاوت از لحاظ آماری معنادار بود. این یافته با مطالعات هسی^۱ (۲۰۰۴)، الکین^۲ و همکاران (۱۹۸۹)، سایمونز^۳ و همکاران (۱۹۸۶)، کارول و همکاران (۲۰۰۶)، ثقه الاسلام، رضایی و عقیقی (۱۳۸۲)، زیوبن و همکاران (۲۰۰۴) همراستا

- 1 . Hesse
- 2 . Elkin
- 3 . Simons

است. بایستی در نظر گرفت که داشتن عاطفه منفی و خلق افسرده به مانند یک عامل برانگیزاننده قوی درونی می‌تواند زمینه وسوسه یا مصرف مواد را فراهم آورد. ضمن اینکه اغلب بیماران از این حالت شکایت کرده و ابراز می‌کنند در جهت مبارزه یا رفع حالت کسل‌کننده و نومیدانه پس از ترک، به مصرف اقدام کرده‌اند. در کنار افسردگی ناشی از مصرف مواد، با اختلال افسردگی پس از ترک مواد نیز روبرو هستیم (سادوک و سادوک، ۱۳۸۷). به عبارت دیگر رابطه دوسویه میان افسردگی و اعتیاد برقرار است (فریدمن و همکاران، ۲۰۰۴، هاردن، مورال و آرکسی، ۲۰۰۶ و کامینگر و همکاران، ۱۹۸۰). موقعیت‌های عاطفه منفی شامل هیجان‌های ناخوشایند مانند افسردگی، ناراحتی جسمانی و تعارض با دیگران از عوامل عمده عود بیماران است (ویتکوئیز و مارلات، ۲۰۰۵). استفاده از مهارت‌های مقابله سالم در پیشگیری و درمان این شرایط بسیار مفید فایده خواهد بود و زمینه مقابله سالم‌تر از مصرف مواد را امکان‌پذیر می‌کند. آموزش این راهکارها در کنترل برانگیزاننده‌های درونی نیز نقش بارزی داشته و محققان دیگری نیز بر این مسئله تاکید کرده‌اند (لیت و همکاران، ۲۰۰۵، ونگناس^۱ و همکاران، ۲۰۰۵ و شاپتاو و ریک، ۲۰۰۷). عوامل روانی اجتماعی مانند ننگ، فقر و انزوا به واسطه مصرف شیشه ممکن است زمینه افسردگی و خلق پایین را ایجاد کند. افسردگی نیز پتانسیلی برای مستعد کردن افراد به فقر، انزوا و مصرف مواد دارد. بهبود افسردگی و خلق کلی ممکن است در پی کاهش کوتاه‌مدت مصرف مواد حاصل شود. اما با این وجود، این کاهش لزوماً پایدار نمی‌باشد. بنابراین مداخلاتی ضرورت دارد تا عدم مصرف مواد را در بلندمدت ایجاد کند (گوردون^۲، ۲۰۰۸). درمان شناختی رفتاری با کاهش شدت افسردگی، موجب تقویت توانایی پرهیز کردن از مواد شده و در عین حال، کاهش مصرف مواد نیز به بهبودی افسردگی کمک کرده و متعاقباً الگوهای طبیعی خواب و بیداری و کاهش رویارویی با دیگر پیامدهای منفی سوءمصرف مواد را در پی دارد (فرسکو و همکاران، ۲۰۰۷، سوزان و همکاران، ۲۰۰۸). به تدریج با کاهش هیجانات منفی افراد راهکارهای مقابله با حوادث منفی و عوامل استرس‌زا را بهتر یاد می‌گیرند.

در آزمون سومین فرضیه تحقیق، تفاوت میانگین‌های گروه آزمایشی در چهار بار اندازه‌گیری و تفاوت بین میانگین‌های دو گروه آزمایشی و کنترل در مراحل پایه و پیگیری معنادار است. نتایج با یافته‌های (بروک و همکاران، ۲۰۱۰، گلن، ۱۹۹۵، ترینیداد، انگر، ۲۰۰۴، رضایی دوگاهه، ۱۳۷۹) هم‌راستا است. آموزش مهارت‌هایی چون رابطه همدلانه، خودگویی مثبت، هدف‌گذاری،

1 . Vangness

2 . Gordon

مثبت‌اندیشی، آموزش مهارت حل‌مسئله و نیز دریافت حمایت اجتماعی در کنار ترک اعتیاد به شیشه منجر به بالا رفتن خلق عمومی بیماران می‌گردد.

پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی اعضای نمونه متنوع‌تر و تعداد بالاتر انتخاب شوند. با مقایسه روش‌های درمانی دیگر درمان شناختی رفتاری و نیز خود این رویکرد با رویکردهای دیگر در یافتن بهترین مدل و انتخاب درمانی برای ماده شیشه تلاش گردد و در جهت صرفه‌جویی در هزینه‌ها و تعمیم بهتر یافته‌ها اجرای برنامه درمانی در چارچوب گروه‌درمانی شناختی رفتاری توصیه می‌شود.

منابع

- احمدخانیها، حمیدرضا؛ غرایبی‌پور، 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.
- اسکندری، حسین. کرمی، ابوالفضل (۱۳۸۲). بررسی نگرش معتادین شهر زنجان. همایش سراسری شناسایی علل و درمان مواد مخدر. دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و زنجان.
- افقه طاهری حمید رضا، سمیعی مرسته (۱۳۷۶). بررسی علل و عوامل شروع اعتیاد در سنین کودکی و نوجوانی. خلاصه مقالات سومین سمینار سراسری اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان، زنجان، صفحات ۲۳ تا ۲۵.
- امیری مهدی (۱۳۸۶). اثربخشی درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری در کاهش شدت علائم افسردگی و افزایش سلامت عمومی و کیفیت زندگی مددجویان مرکز اجتماع درمان‌مدار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. انستیتو روان‌پزشکی تهران
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۳۸۴). متن تجدیدنظرشده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (چاپ چهارم). ترجمه محمدرضا نیکخو و ماهایان آوادس‌یانس. تهران. انتشارات سخن.
- 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.
- بک، آرتی؛ فرد، دی‌مار؛ کوری، افن؛ بروس واس، ل. (۱۳۸۰). درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدر؛ آموزش مهارت‌های شناختی و عملی برای ترک اعتیاد، ترجمه محمد علی گودرزی، تهران؛ نشر راهگشا.
- پرویزی فرد علی‌اکبر (۱۳۸۶). همبودی اختلالات خلقی و اضطرابی در سوء مصرف‌کنندگان مواد افیونی جویای درمان و مقایسه آن با افراد بهنجار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- پور شهباز، عباس و دیگران (۱۳۸۴). روابط ساختاری عوامل روانشناختی خطرزا و حفاظت‌کننده مصرف مواد مخدر در نوجوانان، فصلنامه علمی- پژوهشی رفاه اجتماعی. سال پنجم. شماره ۱۹.
- تاجری بیوک (۱۳۹۰). اعتیاد سبب‌شناسی و درمان. چاپ اول. نشر اندیشه‌نو.
- 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 روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- ثقه الاسلام طاهره، رضایی امیدوار، عقیقی کبری (۱۳۸۲). تاثیر درمان شناختی رفتاری در کاهش میزان افسردگی مبتلایان به سوء مصرف مواد. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل. ۸، ۳۴-۴۲.

خمامی، ساناز، رستمی، رضا و کاظمی، رضا (۱۳۸۸). بررسی تاثیر تحریک مکرر مغناصیسی ترانس کرانیال بر اختلال افسردگی عمده ناشی از مصرف شیشه و ولع ناشی از آن. اعتیاد پژوهی. شماره ۶. ۱۸۴-۱۷۳.

دباغی، پرویز (۱۳۸۶). 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 (۱۳۸۳). تاثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به شیوه بحث گروهی بر نگرش دانش‌آموزان نسبت به سوء مصرف مواد مخدر. پایان‌نامه دکتری دانشگاه علامه طباطبایی.

رضایی دوگانه، ابراهیم (۱۳۷۹). بررسی نیمرخ روانی معتاد با استفاده از پرسشنامه شخصیتی مینه سوتا چند وجهی (MMPI-II). پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

رهبری بابک (۱۳۸۵) مقایسه نیمرخ روانی مصرف‌کنندگان مواد محرک و مواد افیونی و رابطه آن با گرایش‌های روان-آسیب‌شناختی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی واحد علوم و تحقیقات.

سادوک و سادوک (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی و علوم رفتاری ترجمه؛ نصرت‌الله پورافکاری، انتشارات شهراب، ۱۳۸۷.

سموعی، راحله (۱۳۸۲). پرسشنامه هوش هیجانی بار-ان (فرم ۹۰ سؤالی). مؤسسه سینا (روان تجهیز).

ظهورالدین علیرضا، سیف الهی معصومه و ایرانیپور چنگیز (۱۳۸۶). بررسی میزان اختلالات روانی در افراد وابسته به مواد مراجعه‌کننده به دو مرکز درمانی در سطح شهر تهران. پژوهش‌های پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی) دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی. دوره ۳۱، شماره ۳، صفحات ۲۷۳ تا ۲۷۸.

عرب مصطفی (۱۳۸۱). تاثیر گروه درمانی شناختی در کاهش افسردگی، اضطراب و میزان عود معتاد خود معرف. خلاصه مقالات همایش سراسری اعتیاد و چالش‌ها و درمان‌ها، زنجان، صفحه ۷۳.

عسگری امین (۱۳۸۴). تاثیر نقش‌گذاری روانی (پسیکودرام) بر تغییر نگرش دانش‌آموزان دختر و پسر دبیرستانهای شهر خرم‌آباد نسبت به اعتیاد در سال تحصیلی ۸۴-۱۳۸۳. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.

فیروزی سپیده (۱۳۸۹). بررسی انگ ادراک شده در بیماران HIV مثبت و ارتباط آن با شدت اضطراب و افسردگی و سطح کیفیت زندگی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی انستیتو روان‌پزشکی تهران.

فریدونی صمد (۱۳۸۹). بررسی مقایسه اثربخشی ترکیب درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی و دارو درمانی در بهبود علائم بیماران افسرده بستری. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی انستیتو روان‌پزشکی تهران.

قهاری شهربانو (۱۳۸۵). کارایی رویکرد شناختی رفتاری در درمان سوء مصرف حشیش. پایان‌نامه دکترای روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی تهران. انستیتو روان‌پزشکی تهران.

کادن، م، رونالد (۱۳۸۳). درمان شناختی رفتاری وابستگی به مواد. ترجمه عباس بخشی‌پور رودسری. تهران: مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران.

کارول، م، کاتلین (۱۳۸۱). راهنمای عملی درمان شناختی رفتاری سوء مصرف مواد. مترجمان: عباس بخشی‌پور رودسری و شهرام محمدخانی. تهران: انتشارات اسپند هنر.

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

محسنی تبریزی علیرضا، وثوقی منصور (۱۳۷۶). بررسی و ارزیابی وضعیت معتادان در مراکز بازپروری. مرکز بازپروری قرچک. تهران.

- محمد خانی، شهرام (۱۳۸۵). مدل ساختاری مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر؛ ارزیابی اثر آموزش مهارت‌های زندگی. پایان‌نامه دکتری روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- محمدی محبوبه (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش گروهی مهارت تنظیم هیجان بر زنان مبتلا به افسردگی اساسی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- نارنجی‌ها هومن، نوری رویا، اکبریان مهدی، عزیزآبادی فراهانی مهدی و میرزمانی محمود (۱۳۸۸). تجربه بیش‌مصرف غیرکشنده مواد در دوران زندگی در سوء‌مصرف‌کنندگان مواد در ایران. اندیشه و رفتار. ۱۵(۴). ۳۲۷-۳۳۳.
- نوروزی نصرت‌الله (۱۳۸۴). بررسی عامل دوگانه مقاومت و انتقال در بیماران با و بدون اختلالات شخصیت. پایان‌نامه دکترای روان‌شناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- وزیریان محسن، مستشاری گلاره (۱۳۸۱). راهنمای کاربردی درمان سوء مصرف کنندگان مواد. تهران: پرشکوه.
- Anton. A. F., Moak. H., Latham. P. Waid. 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.
- 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.
- Baker, A., Gowing, L., Lee, N. K. & Proudfoot, H. (2004) Psychosocial interventions. In: Baker, A., Lee, N. K. & Jenner, L., eds. *Models of Intervention and Care for Psychostimulant Users*, 2nd edn. National Drug Strategy Monograph Series no. 51, pp. 63-84. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing.
- Baker A, Lee N, Claire M, et al. (2005) Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction. *Addiction*. 100 (3). 367-378.
- Bar-on, R. (1997). *Bar-on Emotional Quotient Inventory*, Toronto: Multi-Health system.
- Batki, S. L., & Harris, D. S. (2004). Quantitative drug levels in stimulant psychosis: Relationship to symptom severity, catecholamines and hyperkinesia. *The American Journal on Addictions*, 13(5), 461-470.
- Beck, J. C. (۲۰۰۱). *Cognitive therapy: Basic and beyond*. New York: Guilford Press.
- Botvin, G. J., Griffin, K. W. (۲۰۰۴). LIFE SKILL TRAINING: empirical finding and future direction. *Journal of primary prevention*, vol ۲۵, NO. ۲, ۲۱۸-۲۱۱
- Bowyer, J. F., et al. (2007). A Threshold Neurotoxic Amphetamine Exposure Inhibits Parietal Cortex Expression of Synaptic-Plasticity-Related Genes. *Neuroscience*. 144: 66-76.
- Brook L. Henry, Arpi Minassian and William Perry. (2010). Effect of methamphetamine dependence on everyday functional ability. *Addictive Behaviors*. Volume 35, Issue 6, June 2010, Pages 593-598.
- Bruce D. Homer, Todd M. Solomon, Robert W. Moeller, Amy Mascia, Lauren DeRaleau, and Perry N. Halkitis. (2008). *Methamphetamine Abuse and Impairment of Social Functioning: A Review of the Underlying Neurophysiological Causes and Behavioral Implications*.

- Caligiuri, M. P., & Buitenhuis, C. (2005). Do preclinical findings of methamphetamine-induced motor abnormalities translate to an observable clinical phenotype? *Neuropsychopharmacology*, 30(12), 2125-2134.
- Chongde, L., & Wenxin, Z. (2004). A study on the relation of 'children's aggression to their theory-of-mind. *Psychological Science (China)*, 27(3), 540-544
- Clatts, M. C., Goldsamt, L. A., & Yi, H. (2005). Club drug use among young men who have sex with men in NYC: A preliminary epidemiological profile. *Substance Use & Misuse*, 40(9), 1317-1330.
- Cohen, J. B., Dickow, A., Horner, K., Zweben, J. E., Balabis, J., Vandersloot, D., et al. (2003). Abuse and violence history of men and women in treatment for methamphetamine dependence. *American Journal on Addictions*, 12(5), 377-385
- 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 (cyt) study: Main findings from two randomized trails. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 27(3). 195-6.
- Doheward .B.P.(1998). *Adversity Stress and Psychopathology*. Oxford: Oxford University Press
- 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.
- Friedman. A. S. Terras. A. Zhu. W. Mccallum. J (2004). Depression, negative self-image and suicidal attempts as effects of substance use and substance dependence. *Journal of Addiction Disorder*, 23(4). 55-71.
- Fresco, D. M., Segal, Z. V., Buis, M., Kennedy, S. (2007). Relationship of posttreatment decentering and cognitive reactivity ti relapse in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 75(3). 447-455.
- Furby , L . & Beyth-Maroon , R .(۱۹۹۲). Risk taking in adolescence: a diction making perspective. *Development review*, vol,۴-۱۲.۱
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York: Bantam books.
- 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.
- Hall, W., Hando, J., Darke, S., & Ross, J. (1996). Psychological morbidity and route of administration among amphetamine users in Sydney, Australia. *Addiction*, 91(1), 81-87.
- Hansen. P. Jorgensen. P. Guldbek. B. Solgard. (2004). Psychoactive substance use diagnosis among psychiatric inpatients. *Acta psychiatric Scandinavia*.
- Hesse. M (2004). Achieving abstinence by treating depression in the presence of substance use disorder. *Addictive Behaviour*, 29(6). 1137-41.
- Jenner, L. & McKetin, R. (2004) Prevalence and patterns of psychostimulant use. In: Baker, A., Lee, N. K. & Jenner, L., eds. *Models of Intervention and Care for*

- Psychostimulant Users, 2nd edn. National Drug Strategy Monograph. Series no. 51, pp. 13–34. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing.
- Kalechstein, A. D., Newton, T. F., Longshore, D., Anglin, M. D., van Gorp, W. G., & Gawin, F. H. (2000). Psychiatric comorbidity of methamphetamine dependence in a forensic sample. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 12, 480–484.
- Kessler, R., Nelson, C.B., McGonagle, K.A. (۱۹۹۶); the Epide Miolog of Coocuring Addictive and Mental Disorders; *American journal of Orthopsychiatry*, ۶۶(۱), ۱۷۳۱.
- Laqueille. X. (2005). Related induced and associate psychiatric disorders to cannabis, *Review practice*. 15 (1). 30-4.
- Lee, N. K., Rawson, R. A. (2008). A systematic review of cognitive and behavioral therapies for methamphetamine dependence. *Drug Alcohol Rev.* 27:309–317.
- Lee, L., Harkness, K. L., Sabbagh, M. A., & Jacobson, J. A. (2005). Mental state decoding abilities in clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 86, 247–258.
- Liese, B. C. Beck, A. T. & Septon, K. (2002). The cognitive therapy addictions grow. In D. W. Beck, H & L. pitz. (Eds). *The group therapy of substance abuse* (pp 37-55). New York. The How on the Medical Press.
- Ling Walter, Rawson Richard and Shoptaw Steve. (2006). Management of methamphet-amine abuse and dependence. *Current Psychiatry Reports* . Volume 8, Number 5, 345-354.
- Litt, M. D. Kadden R. M. Stephens, R. S. (2005). Coping and self-efficacy in marijuana treatment. Results from the marijuana treatment project. *Journal of Consuling and Clinical Psychology*, 73(6). 1015-25.
- London, E. D., Simon, S. L., Berman, S. M., Mandelkern, M. A., Lichtman, A. M., Bramen, J., et al. (2004). Mood disturbances and regional cerebral metabolic abnormalities in recently abstinent methamphetamine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 61(1), 73–84.
- Milani R. M, Parotte. A. C, Tunner. J. J, Fox. H. C. (2004). Gender differences in self-report anxiety, depression, and somatozation among ecstasy/MDMA polydrug users, alcohol/tobacco users and nondrug users. *Addictive Behaviour*, 29 (5). 965-71.
- National Institute on Drug Abuse. (2002). *Methamphetamine: Abuse and addiction*. Rockville, MD: National Clearinghouse on Alcohol and Drug Information.
- Peck, James A. Cathy J. Reback, Xiaowei Yang, Erin Rotheram-Fuller and Steven Shoptaw. (2005). Sustained reductions in drug use and depression symptoms from treatment for drug abuse in methamphetamine-dependent gay and bisexual men. *Journal of Urban Health*, Volume 82, Supplement 1, Pages i100-i108.
- Psychological Bulletin .134, 2, 301–310 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.

- Pollack. M. h. Penava. S. A. Bolton. E. Worthinton. J. Alleng. I. Farach. F. J. & Otto. M. W. (2002). A novel cognitive-behavioral approach for treatment resistant drug dependence. *Journal of substance abuse treatment*, 23 (4), 335-42.
- Rounsaville, B., J. (2004). Treatment of Cocaine Dependence and Depression. *Biological Psychiatry*. 56: 803-809.
- Semple, S. J., Patterson, T. L., & Grant, I. (2004). A comparison of injection and non-injection methamphetamine-using HIV positive men who have sex with men. *Drug and Alcohol Dependence*, 76(2), 203-212.
- Shoptaw, S. and Reback, C. J. (2007). Associations between Methamphetamine Use and HIV among Men Who Have Sex with Men: A Model for Guiding Public Policy. *Journal of Urban Health*, 83, 6, Pages 1151-1157.
- 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.
- Swendsen, J.D. (۱۹۹۸); "The Comorbidity of Alcoholism with Anxiety and Depressive Disorders in four Geographic Communities"; *Comprehensive Psychiatry*, ۳۹(۴), ۱۷۶-۱۸۴.
- Trinidad, D & Unger, J. (2004). Emotional intelligence and smoking risk factors in adolescents: interactions on smoking intentions. *Journal of Adolescent Health*, University of California. www.sciencedirect.com. United Nations Office on Drugs and Crime (2003) *Global Illicit Drug Trends 2003*. New York: United Nations.
- Wijetunga, M., et al. (2004). Acute Coronary Syndrome and Crystal Methamphetamine use: A Case Series. *Hawaii Medical Journal*. 63:8-13.
- Witkiewitz. K. Marlatt. A. Walker. D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders: The meditative tortoise wins the race. *Journal of cognitive psychotherapy*: 19 (3). 221-229.
- Zvolensky. M.J. Berstein. A. Marshall. E. Felder. M. T. (2006). Panic attacks, panic disorders and agoraphobia: Associations with substance abuse and dependence. *Current Psychiatry Report*, 8(4). 279-85.
- 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.