مدل روابط علّی هیجان منفی، باورهای مرکزی، باورهای مرتبط با مواد، عقاید وسوسه‌انگیز و تنظیم هیجان با بازگشت به مصرف مواد

شهرام محمدخانی[۱]
نگار صادقی[۲]
ولی‌الله فرزاد[۳]

چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی روابط مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای شناختی باورهای بنیادی، باورهای مرتبط با مواد، عقاید وسوسه‌انگیز، هیجان منفی و توانایی تنظیم هیجان با برگشت به مصرف مواد در قالب یک مدل علّی انجام شد. ۳۰۰ نفر از معتادان خود معرف به مراکز درمان اعتیاد شهرستان جهرم از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با استفاده از مقیاس‌های نگرش ناکارآمد، باورهای مرتبط با مواد، پرسشنامه افسردگی- اضطراب- استرس، پرسشنامه‌ی عقاید وسوسه‌انگیز، و خرده‌مقیاس تنظیم هیجان پرسشنامه هوش هیجانی شات مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل مسیر مورد بررسی قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که مدل فرضی بازگشت به مصرف مواد از برازش مناسبی برخوردار است و واریانس معناداری از بازگشت به مصرف مواد را تبیین می‌کند. بر اساس این مدل، مجموعه‌ای از متغیرهای شناختی شامل باورهای مرکزی، عقاید مرتبط با مواد و عقاید وسوسه‌انگیز و

۱ـ عضو هیئت علمی دانشگاه تربیت معلم تهران (نویسنده مسئول). Email:sh.mohammadkhani@gmail.com
۲ـ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی.
۳ـ دانشیار دانشگاه تربیت معلم تهران.

Archive of SID
www.SID.ir

راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه‌ی بین هیجان‌های منفی و بازگشت به مصرف مواد میانجی‌گری می‌کنند. استفاده از تکنیک‌های شناختی رفتاری برای شناسایی و تغییر باورهای مرکزی، باورهای مرتبط با مواد و آموزش راهبردهای انطباقی مقابله با وسوسه و تنظیم هیجان، باید بخش مهم برنامه‌ی درمان سوء مصرف مواد باشد.

واژگان کلیدی: باورهای مرکزی، باورهای مرتبط با مواد، وسوسه، هیجان منفی، تنظیم هیجان، بازگشت به مصرف مواد.

مقدمه

با وجود پیشرفت‌هایی که در درمان اعتیاد انجام گرفته، بازگشت دوره‌های سنگین و غیرقابل‌کنترل مصرف، همچنان به عنوان یک مشکل رایج باقی است (ویتکویتز و مارلات[1]، ۲۰۰۴). فهم پدیده «بازگشت[2]» و پیشگیری از آن بزرگ‌ترین چالشی است که متخصصان حوزه درمان اعتیاد با آن مواجه هستند (گرانت[3] و همکاران، ۲۰۰۶؛ اسکینر و آیوبین[4]، ۲۰۱۰) در یک پیگیری ۲ ساله نشان داده شد که بین ۲۵ تا ۵۰ درصد از شرکت‌کنندگان در دوره‌های درمانی، بازگشت می‌کنند (دنیس[5] و همکاران، ۲۰۰۳). با این وجود، معمولاً افراد به طور ناگهانی و بی‌دلیل، به مصرف مجدد مواد روی نمی‌آورند، بلکه به طور فعال درگیر مصرف مواد می‌شوند و نگرش‌ها، باورها، هدف‌ها و انتظاراتشان در این زمینه نقش مهمی دارند (بک، وایت، نیومن و لیس[6]، ۱۹۹۳). در زمینه بازگشت به مصرف مواد، بیشتر مدل‌های انگیزشی مورد بررسی قرار گرفته‌اند، و مطالعات کمتری در مورد مدل‌های شناختی صورت گرفته است، مدل‌هایی که می‌توانند نقش بالقوه‌ای در شکل‌گیری این پدیده داشته باشند (آدرین[7] و همکاران، ۲۰۰۹).

بر اساس مدل شناختی (بک و همکاران، ۱۹۹۳) زنجیره اعتیاد، اغلب سیری تسلسلی

1- Witkiewitz & Marlatt
2- Relapse
3- Grant
4- Skinner& Aubin
5- Dennis
6- Newman & Liesel
7- Adrienne

Archive of SID
www.SID.ir

دارد که از اضطراب یا خلق پایین شروع می‌شود و به خوددرمانی با مصرف الکل یا مواد منتهی می‌شود. یافته‌های پژوهشی بر اهمیت و نقش نشانه‌های افسردگی در مصرف مشکل‌ساز الکل در زنان دانشگاهی تأکید می‌کنند (هارل[1] و همکاران، ۲۰۰۹). بر اساس مدل شناختی بک، افرادی که باورهای مرکزی[2] خاصی در مورد خود دارند، در هنگام تجربه هیجانات منفی می‌توانند به سمت مواد کشیده شوند (بک، ۱۹۹۳).نگرش‌های ناکارآمد، فرض‌ها و باورهای سوگیرانه‌ای هستند که فرد نسبت به خود، جهان اطراف و آینده دارد، این نگرش‌ها موجب سوگیری ادراک فرد از رویدادها شده و احساسات و رفتارهای او را تحت تأثیر قرار می‌دهند و فرد را مستعد افسردگی[3] و سایر آشفتگی‌های روان‌شناختی می‌کنند (گولداسمیت و همکاران، ۲۰۰۹). بررسی‌ها نشان داده‌اند که فرآیندهای اعتیاد تحت تأثیر باورها و نگرش‌های فرد قرار دارند (روهنسو، ۲۰۰۴؛ اسکینر و آیوبین، ۲۰۱۰؛ تری-مک الرات، امری، اسزیپکا و جانسون[4] ۲۰۱۱).

از طرف دیگر اگرچه باورهای مرکزی، زمینه‌ساز باورهای مرتبط با مواد هستند، اما بلافاصله آشکار نمی‌شوند، مگر اینکه بیمار افسرده شود یا هیجان منفی را تجربه کند (بک، ۱۹۹۳). تعدادی از مطالعات اخیر، از این فرضیه‌ها حمایت کرده‌اند. برای نمونه مطالعات همبستگی نشان داده‌اند که نگرش‌های ناکارآمد و افکار خودآیند، ارتباط قوی‌تری با حالات هیجانی منفی دارند (رابرت و کاسل[5] ۱۹۹۶). همچنین مطالعات آزمایشگاهی نشان داده‌اند که افراد دارای سابقه افسردگی قبلی، در هنگام تجربه هیجانات منفی، طیف گسترده‌تری از نگرش‌های ناکارآمد را گزارش می‌دهند (میراندا[6] و همکاران، ۱۹۹۸). از طرف دیگر، اهمیت موقعیت‌های پرخطر مانند تجربه افسردگی و اضطراب در این است که ممکن است عقاید مرتبط با مواد را که به وسیله بیمار به خوبی آموخته شده‌اند، فعال سازند (بک، ۱۹۹۳). باورهای مرتبط با مواد[7] به دسته‌ای از عقاید اطلاق می‌شوند که بر محور لذت جویی، حل مسئله، تسکین و فرار متمرکز هستند.

1- Harll
2- Core Beliefs
3- Depression
4- Terry-McElrath, Emery, Szczypka& Johnston
5- Roberts & Kassel
6- Miranda
7- Addictive Beliefs

Archive of SID

www.SID.ir

محتوای این عقاید خاص بسته به نوع مواد مورد علاقه، متفاوت خواهد بود. بنابراین افرادی که هیجان منفی خود را به شکل اضطراب و افسردگی تجربه می‌کنند، ممکن است انتظاراتی از مصرف مواد داشته باشند، مبنی بر این که مواد باعث کاهش نگرانی و تنش ناشی از اضطراب می‌شود (گولداسمیت و همکاران، ۲۰۰۹).

با توجه به نقش خلق منفی (مانند افسردگی و اضطراب) در شروع و ادامه سوء مصرف بسیاری از مواد مانند هرویین، الکل و کوکایین، مطالعات مختلف اثبات کرده‌اند که القای خلق منفی می‌تواند سبب افزایش وسوسه مصرف گردد (چایلدرس[1] و همکاران، ۱۹۹۴). در فرآیند درمان معتادان، پس از رسیدن به حالت پرهیز[2]، میل شدیدی برای تجربه دوباره اثرات ماده روان گردان دیده می‌شود. این احساس ممکن است از چند ساعت پس از شروع درمان تا روزها و ماه‌ها پس از پایان آن دیده شود (آبرامز[3]، ۲۰۰۰). همچنین میزان توانایی القای وسوسه‌ی مصرف از طریق خلق منفی، می‌تواند احتمال بازگشت به اعتیاد را در میان الکلی‌ها پیش‌بینی کند (کونی[4] و همکاران، ۱۹۹۷). با این حال، تجربیات بالینی و مطالعات مختلف نشان داده‌اند که وسوسه‌ی مصرف می‌تواند تحت تأثیر عوامل مختلف قرار گیرد (آلترمن[5] و همکاران، ۱۹۹۰). علاوه بر نقش هیجان منفی و باورهای مرتبط با مواد در افزایش وسوسه، بسیاری از افراد مهارت‌های کنترل وسوسه را نیاموخته‌اند (بک، ۱۹۹۳؛ آلدائو، نولن–هوکسیما واسچو[6]، ۲۰۱۰). پژوهش‌ها نشان می‌دهند افرادی که نمی‌توانند برانگیختگی‌های خود را مهار کنند، به احتمال زیاد به مصرف‌کننده‌ی دایمی مواد تبدیل می‌شوند (دوران، مک چارجیو و کوهن[7]، ۲۰۰۷). همچنین بررسی‌ها نشان می‌دهند که مصرف مسئله‌ساز الکل با تلاش‌های ناسازگارانه، جهت کاهش علایم افسردگی (کانسچه[8] و همکاران، ۲۰۰۰) و تنظیم هیجانات منفی (کاسل[9] و همکاران، ۲۰۰۰) مرتـبط است. گلد اسمیت (۲۰۰۸) در یک مطالعه آزمایشی،

1- Childress
2- Abstinence
3 - Abrams
4- Cooney
5- Alterman
6- Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schw
7- Doran, Mcchargue & Cohen
8- Kuntsche
9- Kassel

Archive of SID
www.SID.ir

با دست‌کاری هیجانات نشان داد که افراد گرایش پیدا می‌کنند تا از الکل به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای[1] و تنظیم هیجان[2] استفاده کنند. تنظیم هیجان را می‌توان به صورت فرآیندهایی تعریف کرد که از طریق آن افراد می‌توانند بر اینکه چه هیجانی داشته باشند، چه وقت آن‌ها را داشته باشند و چگونه آن‌ها را تجربه و ابراز کنند، تأثیر بگذارند (گروس، ۱۹۹۸). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که هوش هیجانی که ارتباط تنگاتنگی با توانایی تنظیم هیجانی دارد، با مصرف مواد رابطه‌ی منفی دارد (رایلی و شوت[3]، ۲۰۰۳) همچنین رشد عاطفی ناکافی، دشواری در سازماندهی رفتار و هیجان (دیویس[4] و همکاران، ۱۹۹۹) و تجربه هیجان‌های منفی (سیگل و سنا[5]، ۱۹۹۷) از ویژگی افرادی است که وابستگی دارویی دارند. به نظر می‌رسد که تنظیم هیجانی، توانایی مضاعفی برای خودداری از مصرف دوباره مواد، در افراد پدید می‌آورد و به کنترل وسوسه مصرف دوباره که نوعی کشمکش گرایش- پرهیز است، کمک می‌کند (مه یر و سالووی[6]، ۱۹۹۷؛ پارکر[7] و همکاران، ۲۰۰۸؛ آلدائو، نولن - هوکسیما واسچو، ۲۰۱۰).

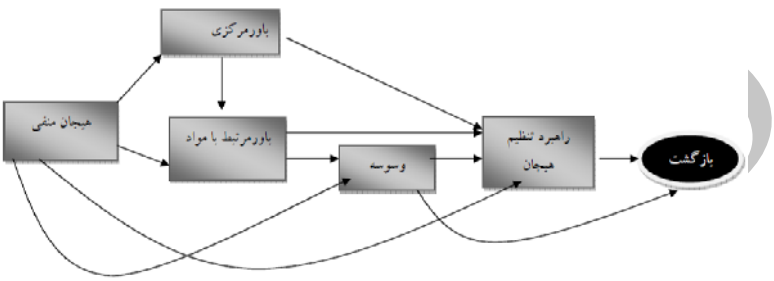
همان طور که اشاره شد پژوهش‌های مختلفی به طور مجزا نقش متغیرهایی مانند باورهای شناختی و هیجان‌های منفی را در برگشت به مصرف مواد، مورد بررسی قرار داده‌اند. با این حال رابطه‌ی مستقیم و غیرمستقیم این عوامل با مصرف مواد و بازگشت به آن، کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است. با توجه به این موارد، پژوهش حاضر به منظور بررسی روابط مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای شناختی مانند باورهای مرکزی، باورهای مرتبط با مواد، عقاید وسوسه انگیز، هیجان منفی و راهبردهای تنظیم هیجان با برگشت به مصرف مواد، در قالب یک مدل علّی (شکل ۱-۲) انجام شده است. سوالی اصلی که پژوهش حاضر این بود که آیا مدل پیشنهادی بازگشت به مصرف مواد در افراد معتاد از برازش کافی برخوردار است؟ و اینکه متغیرهای درون‌زا و برون‌زای مطرح شده در مدل چگونه به طور مستقیم و غیرمستقیم بر بازگشت به مصرف مواد تأثیر می‌گذارند و در کل

1- Coping Strategy
2- Emotion Regulation
3- Riley & Schutte
4- Dawes, Clark & Moss
5- Siegle & Senna
6- Mayer & Salovey
7- Parker

Archive of SID

www.SID.ir

چند درصد از واریانس بازگشت به مصرف مواد را تبیین می‌کنند؟



شکل (۱) مدل فرضی بازگشت به مصرف مواد

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

تحقیق حاضر، از نوع مطالعه همبستگی و مدل‌یابی است که به منظور بررسی روابط مستقیم و غیرمستقیم مجموعه‌ای از متغیرها انجام شده است. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل افراد معتادی بود که پس از یک یا چند دوره ترک اعتیاد، مجدداً به مصرف مواد بازگشته بودند و برای ترک دوباره به مرکز ترک اعتیاد شهرستان جهرم مراجعه نموده بودند. این افراد معتادانی بودند که برای درمان اعتیاد- شامل درمان نگه‌دارنده متادون و گروه درمانی، در طول تیر و مرداد ماه سال ۱۳۸۸، به مراکز ترک اعتیاد دولتی و غیردولتی شهرستان جهرم مراجعه کرده بودند. نمونه‌ی مورد مطالعه در پژوهش حاضر شامل ۳۰۰ نفر از معتادان خود معرف به مراکز درمان اعتیاد شهرستان جهرم بود که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. برای اجرای پژوهش پس از هماهنگی با مسئولان مراکز درمانی، از میان مراجعه‌کنندگان به مراکز ترک اعتیاد که پس از ترک مواد دوباره به مصرف روی آورده بودند و تمایل به همکاری داشتند، نمونه مورد نظر انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند.

Archive of SID
www.SID.ir

ابزارهای پژوهش

مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS):[1] مقیاس نگرش‌های ناکارآمد توسط وایزمن و بک (۱۹۷۸) طراحی شده است. این پرسشنامه براساس نظریه شناختی بک در مورد افسردگی و اضطراب ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۴۰ گویه می‌باشد که آزمودنی بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت به آن پاسخ می‌دهد و به منظور ارزیابی فرض‌ها و عقاید زیربنایی که طرحواره‌ها را تشکیل می‌دهند، تدوین گردیده است (وایزمن و بک، ۱۹۷۸). بررسی متعدد نشان می‌دهد که مقیاس نگرش‌های ناکارآمد از پایایی و روایی خوبی برخوردار است (بک و وایسمن، ۱۹۹۷).کاویانی و همکاران (۱۳۸۴) ضریب آلفای کرونباخ این آزمون را از طریق روش آزمون–آزمون مجدد ۰/۷۶ گزارش نموده‌اند. پایایی این آزمون در پژوهش مورد نظر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسشنامه باورهای مرتبط با مواد:[2] این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی است که باورهای مربوط به مواد را می‌سنجد و دارای ۲۰ ماده است که هر کدام در یک مقیاس ۷–۱ درجه‌ای (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) درجه‌بندی می‌شود (بک، ۱۹۹۳). ۲۰ ماده این پرسشنامه شامل عبارت‌هایی درباره‌ی پیامدهای مثبت و منفی مصرف مواد است که فرد نظرات خود را در طیف مذکور بیان می‌کنند. با توجه به اینکه این پرسشنامه در ایران استفاده نشده بود، ابتدا بر روی گروه کوچکی که ۳۰ نفر از افراد مراجعه‌کننده به مراکز درمان ترک اعتیاد بود، اجرا و همسانی درونی آن (۰/۸۲) محاسبه شد. پایایی این آزمون در اجرای نهایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS):[3] این مقیاس به منظور اندازه‌گیری سازه‌های افسردگی و اضطراب ساخته شده است (لویباند و لویباند، ۲۰۰۲). در واقع این مقیاس مجموعه‌ای از سه خرده‌مقیاس خودسنجی است که برای اندازه‌گیری حالت‌های هیجانی منفی، افسردگی، اضطراب و استرس طراحی شده است (کاستلو و کامری[4]، ۱۹۷۶).

1- Dysfunctional Attitude Scale
2- Drug Belief Questionnaire
3- Depression Anxiety Stress Scale
4- Costello & Comery

Archive of SID
www.SID.ir

اعتبار و روایی این آزمون در پژوهش‌های متعدد مورد بررسی قرار گرفته است (صاحبی و همکاران، ۱۳۸۴) اعتبار این مقیاس را از طریق همسانی درونی و روایی آن را با استفاده از تحلیل عاملی و روایی ملاک با اجرای هم‌زمان آزمون‌های افسردگی بک، اضطراب زونگ و استرس ادراک شده مورد بررسی قرار دادند و همسانی درونی مقیاس‌های DASS با آزمون افسردگی بک ۰/۷۰، همبستگی مقیاس اضطراب آن با آزمون اضطراب زونگ ۰/۶۷، و همبستگی مقیاس استرس آن با آزمون استرس ادراک شده ۰/۴۹ گزارش کردند. پایابی کلی این آزمون در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد و پایایی خرده مقیاس افسردگی ۰/۷۴، مقیاس اضطراب ۰/۷۷ و مقیاس استرس ۰/۷۰ به دست آمد.

پرسشنامه‌ی عقاید وسوسه‌انگیز (CBQ):[1] این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی است که عقاید مربوط به وسوسه‌ی مصرف مواد را می‌سنجد (بک، ۱۹۹۳) و دارای ۲۰ ماده است که هر کدام در یک مقیاس از ۱ تا ۷ درجه‌ای نمره گذاری می‌شود. پایابی این آزمون بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش شده است (بک، ۱۹۹۳). میرجعفری و همکاران (۱۳۸۴) ضریب همسانی درونی این آزمون را بر حسب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند. پایابی این آزمون در این پژوهش با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد.

خرده‌مقیاس تنظیم هیجان پرسشنامه هوش هیجانی: در این پژوهش از خرده‌مقیاس تنظیم هیجانی هوش هیجانی شات[2] (۱۹۹۸) که بر اساس الگوی اولیه هوش هیجانی مایر و سالووی (۱۹۹۰، به نقل از مایر و سالووی، ۱۹۹۷) ساخته شده است، برای سنجش توانایی تنظیم هیجان استفاده شد. مقیاس هوش هیجانی شات شامل سه مؤلفه تنظیم هیجان، ارزیابی و بیان هیجان و بهره‌برداری از هیجان است. خسرو جاوید (۱۳۸۱) پایایی مؤلفه تنظیم هیجان این آزمون را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش نمود (جاوید، ۱۳۸۱). پایابی مقیاس تنظیم هیجان در این پژوهش با استفاده از روش آلفای

1- Craving Beliefs Questionnaire
2- Schutte

Archive of SID
www.SID.ir

کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد.

بازگشت به مصرف مواد: از آنجایی که این پژوهش بر اساس مدل‌های شناختی بک (۱۹۹۳) انجام گرفته است و این مدل در تعریف بازگشت یک فرآیند و الگوی مصرف را در نظر می‌گیرند نه یک بار لغزش را، از این‌رو در این پژوهش ملاک بازگشت مدت زمانی است که فرد پس از ترک مواد و در دوره پرهیز دوباره به مصرف مستمر مواد می‌پردازد. با توجه به نکات مذکور و نیز با توجه به این مسئله که برای تحلیل داده‌ها در نمودار مسیر باید از متغیرهای فاصله‌ای استفاده شود، ملاک بازگشت افراد در این پژوهش، مدت زمان مصرف مواد پس از ترک و در دوره پرهیز بر اساس ماه می‌باشد. این متغیر بر اساسی سوالی که در قالب سوالات دموگرافیک گنجانیده شده بود، مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته‌ها

جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای درون‌زا و برون‌زای مورد مطالعه را نشان می‌دهد. متغیرهای باورهای مرکزی با میانگین (۱۶۹/۴۲)، باورهای مرتبط با مواد (۷۹/۸۸)، عقاید وسوسه‌انگیز (۹۰/۸) و تنظیم هیجان (۹۰/۴) متغیرهای درون‌زا و متغیر هیجان منفی (۳۱/۳۶) متغیر برون‌زای پژوهش می‌باشند.

جدول (۱) شاخص‌های توصیفی افراد مورد مطالعه در متغیرهای پژوهش

متغیرها	حجم نمونه	حداقل‌نمره	حداکثرنمره	میانگین	انحراف معیار
باورهای مرکزی	۳۰۰	۶۳	۲۵۹	۱۶۹/۲	۵۵/ ۹۱
باورهای مرتبط با مواد	۳۰۰	۲۰	۱۲۴	۷۹/۸۸	۲۹/۵۶
عقاید وسوسه‌انگیز	۳۰۰	۲۵	۱۲۹	۹۰/۸۰	۲۹/۶۵
راهبردهای تنظیم هیجان	۳۰۰	۴۷	۱۵۶	۹۰/۴۳	۳۵/۱۸
هیجان منفی	۳۰۰	۲	۶۳	۳۱/۳۶	۱۷/۹۲

www.SID.ir

با توجه به اینکه اساس تحلیل در برنامه‌ی لیزرل، بر مبنای ماتریس کوواریانس یا همبستگی بین متغیرهای نهفته و آشکار می‌باشد. جدول ۲ ماتریس همبستگی بین متغیرهای برون‌زا و درون‌زای پژوهش را نشان می‌دهد. همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌شود تقریباً همه داده‌ها همبستگی‌های دو به دو معناداری را نشان داده‌اند.

جدول (۲) ماتریس همبستگی متغیرهای نهفته پژوهش

متغیرهای نهفته	۱	۲	۳	٤	٥	٦
۱- بازگشت به مصرف مواد	۱					
۲- باورهای مرتبط با مواد	۰/۶۵**	۱				
۳- عقاید وسوسه‌انگیز	۰/۷۳**	۰/۹۳**	۱			
۴- باورهای مرکزی	۰/۷۷**	۰/۹۲**	۰/۹۲**	۱		
۵- هیجان منفی	۰/۹۱**	۰/۶۴**	۰/۷۳**	۰/۷۹**	۱	
۶- راهبردهای تنظیم هیجان	-۰/۷۴**	-۰/۸۶**	-۰/۹۱**	-۰/۸۸**	-۰/۷۳**	۱

ارزیابی مدل فرضی بازگشت به مصرف مواد

همان‌طور که شکل ۱ نشان می‌دهد مدل فرضی بازگشت به مصرف مواد شامل شش متغیر نهفته است که بر اساس آن مجموعه‌ای از متغیرهای شناختی شامل باورهای مرکزی، عقاید مرتبط با مصرف مواد و عقاید وسوسه‌انگیز و راهبردهای تنظیم هیجان (به عنوان متغیرهای درون‌زا) در رابطه بین هیجان‌های منفی (به عنوان متغیر برون‌زا) و بازگشت به مصرف مواد (به عنوان متغیر پیامد) میانجی‌گری می‌کنند. به منظور ارزیابی برازش کلی مدل از روش تحلیل مسیر استفاده شد که توسط نرم‌افزار لیزرل ۸/۵ انجام شد. تحلیل مسیر که نخستین بار توسط سوول وایت (۱۹۳۴) توسعه یافت، گسترش روش رگرسیون و در حقیقت کاربرد رگرسیون چندمتغیری در ارتباط با تدوین بارز مدل‌های علّی است و هدف آن به دست آوردن برآوردهای کمی روابط علّی بین مجموعه‌ای از متغیرهاست (هومن، ۱۳۸۵). این روش برای آزمون مدل‌های علّی به کار گرفته می‌شود و مستلزم تنظیم مدلی به صورت نمودارهای علّی است و در واقع علّیت را

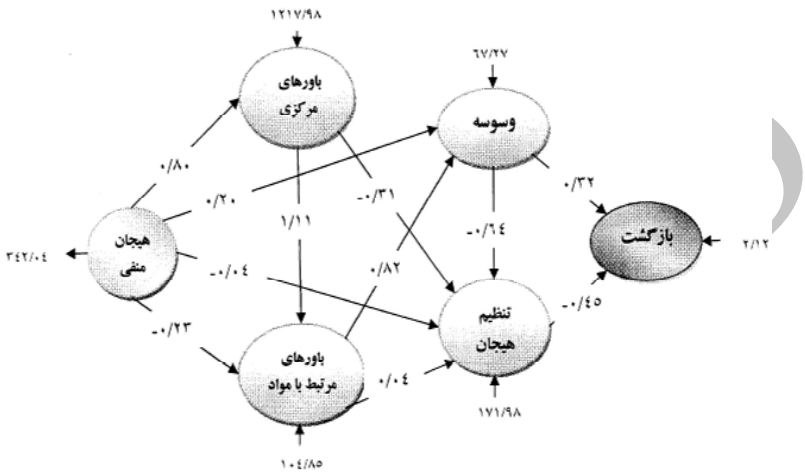
Archive of SID

www.SID.ir

نشان می‌دهد و به ما کمک می‌کند بدانیم چه می‌خواهیم بگوییم وانگهی تحلیل مسیر شکلی از تحلیل رگرسیون کاربردی است که در آن برای هدایت کردن مسئله با آزمون فرضیه‌های پیچیده، از نمودار مسیر استفاده می‌شود. این روش امکان آزمون روابط علّی بین دو یا چند متغیر را فراهم می‌آورد که ممکن است به صورت مستقل، وابسته، گسسته یا پیوسته، پنهان یا آشکارا و یا هر دو در یک معادله خطی به کار رود. برنامه لیزرل پس از ارائه‌ی الگوی اندازه‌گیری (ضرایب لامبدای X، Y، تتا دلتا و تتا اپسیلون) و الگوی ساختار کوواریانس (ضرایب بتا، گاما و سای)، به منظور پاسخ به این پرسش که آیا داده‌ها با مدل هماهنگی دارد، ۳۴ شاخص برازندگی را محاسبه می‌کند. هر یک از شاخص‌ها را به تنهایی نمی‌توان به عنوان دلیلی بر برازندگی دانست یا بر عکس، بلکه این شاخص‌ها را باید در کنار یکدیگر تفسیر کرد. در پژوهش حاضر برای ارزیابی برازش مدل با استفاده از تحلیل مسیر از مجموعه‌ای از شاخص‌ها از جمله RMSEA، GFI، AGFI استفاده شده است. جدول ۳ آماره های مربوط به نیکویی برازش مدل را نشان می‌دهد. با توجه به شاخص‌های مطرح شده به ویژه شاخص‌های (RMSEA=۰/۰۴)، (GFI=۰/۸۹) و (AGFI=۰/۸۳) مدل فرضی بررسی شده (شکل ۲) در این پژوهش با داده‌ها برازش مناسبی دارد. در نتیجه به طور معناداری می‌تواند بازگشت به مصرف مواد را پیش‌بینی کند.

Archive of SID

www.SID.ir



Chi-Square=114/61, Df=37, P-Value=0/0000, RMSEA=0/0401

شکل (۲) مدل نهایی

جدول (۳) آماره‌های مربوط به نیکویی برازش مدل

آماره برازش	χ	df	p	(RMSEA)	Standardized RMR	GFI	AGFI
ارزش	۱۱۴/۶۱	۳۷	<۰/۰۵	۰/۰۴۰	۰/۰۷۷	۰/۸۹	۰/۸۳

بررسی اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای نهفته

پس از تعیین برازش کلی مدل، مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرهای نهفته بر یکدیگر مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۴ اثر مستقیم متغیرهای نهفته درون‌زا بر دیگر متغیرهای نهفته درون‌زا را نشان می‌دهد. ارزش کمیت t نشان می‌دهد، مسیرهای فرض شده از متغیرهای نهفته درون‌زای مدل، بر دیگر متغیرهای نهفته درون‌زا معنی‌دار بوده و به همین دلیل فرضیه‌های متناظر با هر مسیر نیز مورد تأئید قرار می‌گیرد. فقط مسیری که از باورهای اعتیادی به راهبردهای تنظیم هیجان می‌رود تأیید نمی‌شود، چون میزان t

Archive
www.SID.ir

کمتر از ۱/۹۶ می‌باشد که معنی‌دار نمی‌باشد. بنابراین مسیرهای ترسیم شده در مدل مورد تأیید قرار می‌گیرد. جدول ۵ ضرایب مسیر و اثر مستقیم متغیر نهفته برون‌زا (هیجان منفی) بر متغیرهای نهفته درون‌زای پژوهش نشان می‌دهد. با توجه به ارزش کمیت t مسیرهای فرض شده از متغیرهای نهفته برون‌زای مدل (هیجان منفی) بر دیگر متغیرهای نهفته درون‌زا، معنی‌دار بوده (به جز ضریب مسیر هیجان منفی بر راهبردهای تنظیم هیجان) و به همین دلیل فرضیه‌های متناظر با هر مسیر نیز مورد تأئید قرار می‌گیرد. به طور خلاصه می‌توان گفت ضرایب مسیر متغیر نهفته برون‌زا بر متغیرهای نهفته درون‌زای توانایی تنظیم هیجان (۰/۰۴) منفی و غیر معنادار، بر باور مرکزی (۰/۸۰) مثبت و معنادار، بر باور اعتیادی (۰/۲۳-) منفی و معنادار و بر عقاید وسوسه‌انگیز (۰/۲۰) مثبت و معنادار می‌باشد.

جدول (٤) اثر مستقیم متغیرهای نهفته درون‌زا بر دیگر متغیرهای نهفته درون‌زا (β BETA)

جهت مسیر	برآورد پارامتر	پارامتر استاندارد شده	خطای استاندارد برآورد	t
از باور مرکزی بر	۰/ ۵۹	۱/۱۱	۰/۰۲	۳۳/۳۴
باور مرتبط با مواد	-۰/۱۹	-۰/۳۱	۰/۰۵	-۳/۷۹
راهبرد تنظیم هیجان	۰/۸۳	۰/۸۲	۰/۰۲	۳۸/۴۲
از باور مرتبط با مواد بر	۰/۰۵	۰/۰۴	۰/۱۱	۰/۴۵
عقاید وسوسه‌انگیز				
راهبرد تنظیم هیجان	-۰/۷۶	-۰/۶۴	۰/۱۰	-۷/۸۹
از عقاید وسوسه‌انگیز بر	۰/۰۲	۰/۳۲	۰/۰۱	۳/۲۱
راهبرد تنظیم هیجان	-۰/۰۳	-۰/۴۵	۰/۰۱	-۴/۴۹
بازگشت به مصرف				
از راهبرد تنظیم هیجان				
بربازگشت به مصرف				

Archive of SID

www.SID.ir

جدول (۵) اثر مستقیم متغیر نهفته برون‌زا بر متغیرهای نهفته درون‌زا (γ، GAMMA)

جهت مسیر	برآورد پارامتر	پارامتر استاندارد شده	خطای استاندارد برآورد	t
از هیجان منفی بر	۲/۴۹	۰/۸۰	۰/۱۱	۲۱/۹۹
باور مرکزی	−۰/۳۸	−۰/۲۳	۰/۰۵	−۶/۹۰
باور مرتبط با مواد	۰/۳۲	۰/۲۰	۰/۰۴	۹/۱۵
عقاید وسوسه انگیز	−۰/۰۸	−۰/۰۴	۰/۰۸	−۱/۰۲
راهبرد تنظیم هیجان				

جدول ۶ مقدار واریانس تبیین شده از متغیرهای نهفته درون‌زا توسط متغیرهای نهفته برون‌زا و درون‌زا را نشان می‌دهد. بیشترین مقدار واریانس تبیین شده توسط مدل برای متغیر وسوسه، حاصل ترکیب متغیرهای هیجان منفی و باورهای اعتیادی می‌باشد. پس از آن باور اعتیادی قرار دارد که هیجان منفی و باور مرکزی ۸۹ درصد از واریانس آن را تبیین می‌کنند و در درجه‌ی سوم راهبردهای تنظیم هیجان قرار دارد که ۸۷ درصد از واریانس آن توسط چهار متغیر هیجان منفی، باورهای مرکزی، باورهای اعتیادی و وسوسه تبیین می‌شود. همچنین ۵۷ درصد از واریانس متغیر وابسته نهایی پژوهش یعنی بازگشت به مصرف مواد توسط وسوسه و باورهای مرکزی تبیین می‌شود.

جدول (٦) مقدار واریانس تبیین شده از متغیرهای نهفته درون‌زا

متغیرهای پیش‌بینی‌کننده	متغیر پیش‌بینی‌شونده	R^2
وسوسه، راهبردهای تنظیم هیجان	بازگشت به مصرف	۰/۵۷
هیجان منفی	باورهای مرکزی	۰/۶۳
هیجان منفی، باور مرکزی	باور اعتیادی	۰/۸۹
هیجان منفی، باور اعتیادی	وسوسه	۰/۹۳
هیجان منفی، باور مرکزی، باور اعتیادی، وسوسه	راهبردهای تنظیم هیجان	۰/۸۷

Archive of SID
www.SID.ir

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور ارزیابی مدل‌شناختی بازگشت به مصرف مواد انجام شد. بر اساس مدل شناختی بک (۱۹۹۳) بازگشت به مواد یک فرآیند را سپری می‌کند و هر یک از بخش‌های این فرآیند می‌توانند سهم‌های متفاوتی در تسریع این فرآیند داشته باشند که با توجه به سهم هر یک می‌توان در پیشگیری از بازگشت قسمتی از چرخه این فرآیند را متوقف کرد تا از بازگشت به مواد جلوگیری به عمل آورد. این چرخه با یک محرک برانگیزاننده آغاز می‌شود و این محرک با تأثیر بر هر یک از قسمت‌های فرآیند سبب می‌شود که فرد به سمت بازگشت به مواد سوق یابد. در این پژوهش یک مدل فرضی شامل روابط علی بین متغیرهای هیجان منفی، باورهای مرکزی، باورهای مرتبط با مواد، عقاید وسوسه‌انگیز و راهبردهای تنظیم هیجان با بازگشت به مصرف مواد در میان معتادان ترک کرده شهرستان جهرم تدوین و مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که مدل فرضی بازگشت به مصرف مواد از برازش مناسبی برخوردار است و واریانس معناداری از بازگشت به مصرف مواد را تبیین می‌کند. بر اساس این نتایج مجموعه‌ای از متغیرهای شناختی شامل باورهای مرکزی، عقاید مرتبط با مواد و عقاید وسوسه انگیز و راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه بین هیجان‌های منفی و بازگشت به مصرف مواد میانجی‌گری می‌کنند. بر اساس این مدل تجربه هیجان‌های منفی مانند اضطراب و افسردگی و استرس، موجب فعال شدن باورهای مرکزی و باورهای اعتیادی می‌شود که در جای خود موجب برانگیخته شدن وسوسه‌ی مصرف مواد می‌شود و توانایی فرد در استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان می‌تواند اثر وسوسه بر مصرف مواد را تحت تأثیر قرار دهد. این نتایج با یافته‌های (ابیگیل و همکاران، ۲۰۰۹؛ سوتال و رابرت،۲۰۰۲؛ کونی و همکاران، ۱۹۹۷؛ پیپر و همکاران، ۲۰۰۴؛ بک، ۱۹۹۳؛ دوران، مک چارت و کوهن، ۲۰۰۷؛ بوت[1] و همکاران، ۲۰۰۵؛ آدرین و همکاران، ۲۰۰۹؛ مولیگان و مک کی[2]، ۲۰۰۱؛ مارلات و گـوردون، ۱۹۸۵؛ تری ـ مک الرات، امـری، اسزیپکا و جانسون، ۲۰۱۱؛

1- Bot
2- Mulligan & Mckay

Archive of SID
www.SID.ir

اسکینر و آیوبین، ۲۰۱۰؛ آلدائو، نولن–هوکسیما واسچو، ۲۰۱۰) هماهنگ است.بر اساس مدل شناختی هنـگامی که فرد هیجانات منفی چون افـسردگی را تجربه مـی‌کند، طرحواره‌ها و نگرش‌های ناکارآمدی که از قبل شکل گرفته‌اند، فعال می‌شوند (رابرت و همکاران، ۲۰۰۱؛ هامن، ۱۹۹۲؛ سگال و اینگرام، ۱۹۹۴؛ رابرتس و کاسل، ۱۹۹۶). نتیجه پژوهش حاضر همسو با یافته‌های این پژوهش‌ها نشان می‌دهد هیجان‌های منفی بر روی باورهای مرکزی تأثیر مستقیم دارد که در جای خود موجب فعال شدن باورهای اعتیادی می‌شود. در همین راستا، بک (۱۹۹۳) مصرف مواد ناشی از یک فرایند تصمیم‌گیری فعال می‌داند و سه مجموعه از باورها را با مصرف مواد مرتبط می‌داند: ۱ـ عقاید مرکزی (طرحواره‌ها)، ۲ـ عقاید اعتیادی (عقاید تسهیلی) و ۳ـ افکار خود آیند.

دومین مسیر که بیشترین معناداری را در مدل مورد بررسی نشان داد، تأثیر باورهای اعتیادی بر وسوسه می‌باشد. این نتیجه همسو با سایر مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که افرادی که نگرش‌های مثبت بیشتر و نگرش‌های منفی کمتری نسبت به مصرف مواد دارند، چه هنگام مصرف و چه پس از ترک مصرف، وسوسه بیشتری را احساس می‌کنند (روهنسو، ۲۰۰۴؛ مولیگان و مک کی، ۲۰۰۱؛ تری–مک الرات، امری، اسزیپکا و جانسون، ۲۰۱۱). افرادی که باورهای مرتبط با مواد (عقاید وسوسه انگیز) بیشتری دارند، پس از ترک مواد و در دوره‌ی پرهیز وسوسه بیشتری را تجربه می‌کنند (بک، ۱۹۹۳). یکی از دلایل این امر می‌تواند این باشد که این افراد در دوره‌ی ترک، وقتی که با فشار این دوره مواجه می‌شوند، شبکه عقاید ناکارآمد آنان درباره‌ی مواد فعال می‌شوند. در نتیجه نقاط مثبت مصرف مواد را پر رنگ‌تر و نقاط منفی آن را کم رنگ‌تر می بینند، در نتیجه وسوسه بیشتری را تجربه می‌کنند (بک، ۱۹۹۳؛ روهنسو، ۲۰۰۴).

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر این بود که تجربه هیجان‌های منفی به طور مستقیم و غیر مستقیم از طریق باورهای اعتیادی به فعال شدن عقاید وسوسه‌انگیز منجر می‌شود. این یافته با مدل شناختی بک (۱۹۹۳) درباره اعتیاد هماهنگ است. اکثر پژوهش‌ها از این نظر حمایت کرده‌اند که در افرادی که در دوره پرهیز به سر می‌برند،

Archive of SID
www.SID.ir

هیجان منفی محرکی قوی برای فعال‌سازی وسوسه مواد می‌باشد و حتی در پژوهشی با القاء خلق منفی توانستند میزان وسوسه را در معتادان افزایش دهند و میزان توانایی القاء وسوسه مصرف از طریق خلق منفی می‌تواند احتمال بازگشت به اعتیاد را در میان الکلی‌ها پیشگویی کند (کانی و همکاران، ۱۹۹۷). در همین راستا در مطالعات گسترده‌ای، مصرف‌کنندگان سیگار، عمده‌ترین و اصلی‌ترین دلیل تمایل خود به مصرف سیگار را عاطفه منفی گزارش کردند (پیپر و همکاران، ۲۰۰۴؛ ری-مک الرات، امری، اسزیپکا و جانسون، ۲۰۱۱). بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر هیجان منفی ۵۴ درصد از واریانس وسوسه را تبیین می‌کند که همسو با پژوهش‌های قبلی می‌باشد. افرادی که هیجان منفی را به شکل اضطراب و افسردگی تجربه می‌کنند، ممکن است انتظاراتی از مصرف الکل داشته باشند، مبنی بر اینکه که الکل باعث کاهش نگرانی و تنش ناشی از اضطراب می‌شود (گولداسمیت و همکاران، ۲۰۰۹). فلنز و ایوانز (۱۹۸۸؛ به نقل از حاجی علیزاده و همکاران، ۱۳۸۷) در مطالعه‌ای نشان دادند که سطوح بالایی از افسردگی، اضطراب و اعتماد به نفس پایین با نگرش مثبت به مواد رابطه دارند. به نظر می‌رسد که بیشتر از این که این رابطه، یک رابطه‌ی مستقیم باشد یک رابطه‌ی غیرمستقیم است و در این زمینه متغیرهای دیگری میانجی‌گری می‌کنند که فرد پس از تجربه هیجان منفی، باورهای اعتیادی را در خود پرورش می‌دهد. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر ۴۳ درصد از واریانس باور اعتیادی توسط هیجان منفی تبیین می‌شود. مقایسه ضریب بتای مذکور با اثرات کل و غیرمستقیم نیز موید این مطلب است که ارتباط هیجان منفی و باور اعتیادی به صورت غیرمستقیم معنادارتر است.

سومین مسیری که بیشترین معناداری را در این نمودار نشان می‌دهد، تأثیر وسوسه بر روی راهبردهای تنظیم هیجان می‌باشد که همسو با ادبیات پژوهش تأیید می‌کند که افرادی که وسوسه بیشتری را تجربه می‌کنند، قادر به کنترل راهبردهای خود نبوده و از راهبردهای اجتنابی بیشتر استفاده می‌کنند (کادن، ۲۰۰۲؛ بک و همکاران، ۱۹۹۳). وسوسه به عنوان هسته مرکزی پدیده‌ی بازگشت تلقی می‌شود که می‌تواند هم اثرات

www.SID.ir

مستقیمی داشته باشد و هم با تأثیر بر سایر متغیرها اثرات غیرمستقیم خود را اعمال کند هم چنان که هر وسوسه‌ای به بازگشت نمی‌انجامد. یافته‌ها نشان داده‌اند که وسوسه عامل مهمی در بازگشت به مصرف مواد است در ادبیات پژوهش مربوط به پیامدهای درمانی، وسوسه به عنوان یک مقیاس جانشین مورد استفاده قرار می‌گرفت به طوری که کاهش وسوسه به عنوان موفقیت در درمان در نظر گرفته می‌شد (اسملسون[1] و همکاران، ۲۰۰۲). بسیاری از مطالعات مربوط به افراد وابسته به کوکایین از ارتباط بین وسوسه و بازگشت به مصرف حمایت کرده‌اند (برنیچ و اشمیتز[2]، ۱۹۹۸؛ رابینز و اهرمان[3]، ۱۹۹۸؛ ویس و همکاران، ۱۹۹۷). همان‌طور که مدل بک (۱۹۹۳) و یافته‌های پژوهشی بیان می‌کنند، وسوسه‌ی شدید مواد می‌تواند راهبردهای تنظیم هیجان را تضعیف کند. تحقیقات نشان داده‌اند که افرادی که در دوره‌ی پرهیز وسوسه‌ی شدیدی را تجربه می‌کنند، قادر به کنترل احساسات و هیجانات خود نیستند و هر چه شدت وسوسه بیشتر باشد راهبردها ضعیف‌تر می‌شوند (دوران، مک چارت و کوهن، ۲۰۰۷). استفاده از راهبردهای ابزاری هم اکنون به عنوان یکی از برنامه‌های درمانی جامع در پیشگیری از بازگشت مطرح است که بک (۱۹۹۳) در مدل خود در مورد مصرف مواد آورده و مارلات (۱۹۸۵) آن را گسترش داده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که معتادانی که بهتر می‌توانند از راهبردهای مؤثر برای کنترل هیجاناتشان استفاده کنند، در دوره‌ی درمانی موفق‌ترند (دوران، مک چارجیو و کوهن، ۲۰۰۷) . همچنین مطالعات نشان می‌دهند که مصرف مواد برای مقابله و فرار از هیجان منفی، پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی‌تری برای مصرف افراطی الکل است (مور، ۲۰۰۵؛ ری-مک الرات، امری، اسزیپکا و جانسون، ۲۰۱۱). ضریب بتا و اثر کل بدست آمده ۰/۴۵- می‌باشد که نشان می‌دهد که راهبردهای تنظیم هیجان سهم قابل قبولی در بازگشت به مصرف مواد ایفا می‌کند و با نتایج سایر مطالعات هماهنگ می‌باشد.

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان دهد که برخلاف پیش‌بینی مدل شناختی (بک، ۱۹۹۳) هیجان منفی به طور مستقیم باعث فعال‌سازی راهبردهای تنظیم هیجان

1- Smelson
2- Bordnick & Schmitz
3- Robbins & Ehrman

www.SID.ir

نمی‌شود، بلکه به شیوه‌ی غیرمستقیم و از طریق تأثیرگذاری بر باورهای مرتبط با مواد و وسوسه به فعال‌سازی راهبردهای مقابله‌ای منجر می‌شود. یکی از دلایل آن می‌تواند این باشد که سبک‌های مقابله‌ای فرد معمولاً تثبیت شده است و فرد قبل از اینکه با هر گونه هیجان منفی مواجه شود شیوه‌های مقابله با آن را آموخته است که در موقع بروز هیجان منفی آن نوع خاص از مقابله را مورد استفاده قرار می‌دهد نه اینکه هیجان منفی باعث استفاده از نوع مقابله خاصی شود. بنابراین راهبردهای تنظیم هیجان بیشتر از آن که از هیجان منفی تأثیر بپذیرد، بر آن تأثیر می‌گذارد. بر اساس مدل پیشگیری از عود مارلات و گوردون (۱۹۸۵) موقعیت‌های برانگیزاننده بیرونی درونی (مانند هیجان منفی) با فعال کردن افکار خودآیند، وسوسه را فعال می‌کنند. تجربه وسوسه به علاوه افکار اتوماتیک باعث ایجاد ناهماهنگی بین باورهای مختلف فرد یا بین نیاز و خواسته او می‌گردد و عقاید تسهیلی برای حل این تعارض فعال می‌شوند. عقاید تسهیلی باعث تمرکز فرد بر دست‌یابی به مواد (راهبردهای ابزاری) می‌شود (کوئیمسیدیس[1] و همکاران، ۲۰۰۷).

به طور خلاصه، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بازگشت به مصرف مواد پس از ترک، پدیده‌ی پیچیده‌ای است که عوامل مختلف شناختی، عاطفی و رفتاری در آن دخیلند و مطابق الگوی پیشگیری از عود زمانی که فرد یک موقعیت پرخطر (مانند مواجهه با نشانه‌های بر انگیزاننده‌ی مصرف، فشار اجتماعی برای مصرف، حالت‌های هیجانی منفی) را تجربه می‌کند، در صورت وجود انتظارات پیامد مثبت بالا و خودکارآمدی پایین احتمال برگشت فرد به مصرف مواد، بیشتر خواهد بود. انتظار پیامد مثبت ممکن است به صورت باشد که مصرف الکل موجب کاهش موثر حالت هیجانی منفی مانند اضطراب یا افزایش اعتماد به نفس خواهد شد (به عنوان مثال «اگر الآن الکل مصرف کنم، احساس خوبی خواهم داشت»). بنابراین در این مدل احتمال برگشت به مصرف مواد به تعامل پیچیده بین این فرایندهای شناختی وابسته است.

بر اساس دیدگاه نیارا[2]، ۲۰۰۰ موقعیت‌های پرخطر مانند محرک‌های مرتبط با مواد یا

1- Kouimtsidis 2- Niaura

Archive of SID

www.SID.ir

عواطف مثبت یا منفی میل به مصرف مواد را افزایش مـی‌دهند که به نوبه‌ی خود موجب کاهش خودکارآمدی شده و در نتیجه منجر به مصرف مواد می‌شود. در این مدل مهارت‌های مقابله‌ای (توانایی فرد در واکنش مثبت به یک موقعیت پرخطر) در رابطه بین عوامل برانگیزاننده و خودکارآمدی میانجی‌گری می‌کنند. بر اساس مدل شناختی ارزیابی شده در این پژوهش، زمانی که افراد با برانگیزاننده‌های خاص که ممکن است شامل حالت‌های هیجانی[1] درونی (افسردگی، خستگی، خشم)، حالت‌های جسمانی (علایم ترک[2]، درد) یا موقعیت‌های بیرونی[3] (مکان‌ها یا موقعیت‌های مرتبط با مصرف) مواجه می‌شوند، بیشتر احتمال دارد که به مصرف مواد بپردازند. این نوع عوامل برانگیزاننده باورها را فعال می‌سازد که در جای خود به فرایندی را برمی‌انگیزد که به مصرف مواد منجر می‌شود. باورهای هسته‌ای اولین سطح از افکار هستند که فعال می‌شوند و بر نحوه‌ی تفکر فرد و نگرش او به جهان تأثیر می‌گذارند. این باورها به نوبه خود باورهای مرتبط با مواد (انتظارات مثبت از مصرف مواد) را فعال می‌سازند که به فعال شدن افکار اتوماتیک منجر می‌شود. افکار اتوماتیک هم وسوسه فعال می‌سازند و فرد را به طرف مصرف سوق می‌دهد. بنابراین برای پیشگیری از بازگشت باید همه این متغیرها هدف قرار گرفته و تعدیل شوند. ایجاد تغییر در باورهای مرکزی، عقاید مرتبط با مواد و آموزش راهبردهایی مقابله با وسوسه و تنظیم هیجان باید بخش مهم برنامه درمان سوء مصرف مواد باشد. با توجه به این یافته‌ها رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در پیشگیری از عود می‌تواند مفید واقع شود و لازم است در پژوهش‌های بعدی مورد بررسی قرار گیرد. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد علیرغم وجود تفاوت‌های فرهنگی بین جامعه ایران و سایر جوامع متغیرهای شناختی، هیجانی و رفتاری مشترکی وجود دارند که در تعامل با همدیگر موجب بازگشت به مصرف مواد در معتادن می‌شوند. با توجه به این یافته‌ها تکیه بر مدل‌های علمی در پیش‌بینی و کنترل بازگشت به مصرف مواد مفید خواهد بود.

1- internal emotional states
2- withdrawal symptoms
3- external circumstances

Archive of SID
www.SID.ir

پژوهش حاضر دارای برخی محدودیت‌ها است که به آن اشاره می‌شود. با توجه به این که داده‌ها از یک شهر استان فارس جمع‌آوری شده است، بنابراین در تعمیم آن با سایر مناطق باید احتیاط شود. استفاده از پرسشنامه‌های خودسنجی یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. همچنین تعداد زیاد پرسشنامه‌ها می‌تواند با ایجاد خستگی اعتبار پاسخ‌های تحت تأثیر قرار دهد هر چند در این پژوهش سعی شد با اجرای پرسشنامه‌ها در چند نوبت این موضوع کنترل شود.

تاریخ دریافت نسخه‌ی اولیه‌ی مقاله: ۱۳۸۹/۱۱/۲۴
تاریخ دریافت نسخه‌ی نهایی مقاله: ۱۳۹۰/۰۲/۳۰
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۰۵/۰۱

Archive of SID
www.SID.ir

منابع References

حاجی علیزاده، کبری؛ بحرینیان، سیدعبدالمجید؛ نظیری، قاسم؛ مدرس، مرتضی (۱۳۸۷)، مقایسه‌ی نگرش‌های ناکارآمد در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و افراد عادی و پیامدهای روانشناختی آن، **فصلنامه اعتیاد پژوهشی**، ۷.

خسرو جاوید، مهناز (۱۳۸۱)، **بررسی اعتبار و روایی سازه مقیاس هوش هیجانی شات در نوجوانان**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه تربیت مدرس.

رحمانیان، مهدیه؛ میرجعفری، سیداحمد؛ حسنی، جعفر (۱۳۸۵)، رابطه وسوسه مصرف مواد و سوگیری توجه: مقایسه افراد وابسته به مواد افیونی، مبتلا به عود و ترک کرده، **مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)**، ۱۲، ۲۱۶-۲۲۲.

صاحبی، علی؛ اصغری، محمدجواد؛ سالاری، راضیه (۱۳۸۴)، اعتباریابی مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (dass-21) برای جمعیت ایرانی، **فصلنامه روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی**، شماره ۴.

کاویانی، حسین؛ جواهری، فروزان؛ بحیرایی، هادی (۱۳۸۴)، اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب: پیگیری ۶۰ روزه، **تازه‌های علوم شناختی**، سال ۷، شماره ۱.

Abrams, D.B., & Niaura, R. S. (2000). Social Learning Theory, In K. E.L. H. T. Blane (Ed.), *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*, New York: Guilford Press.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schw (2010). Emotion-regulation Strategies Across Psychopathology: A Meta-analytic Eeview, *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.

Alterman, A.I., McKay, J.R., Mulvaney, F.D., Cnaan, A., Cacciola, J.S., Tourian, K.A., et al (1990). Baseline Prediction of 7-month Cocaine Abstinence for Cocaine Dependence Patients, *Drug and Alcohol Dependence, 59*, 215- 221.

Beck, A., Wright, F., Newman, C. & Liese, B. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*, New York: Guildford Press.

Bordnick, P.S., Schmitz, J.M. (1998). Cocaine Craving: an Evaluation Across Treatment Phases, *Journal of Substance Abuse, 10*, 9-17.

Archive of SID
www.SID.ir

Bot, S.M., Engels, R.C., Knibbe, R.A. (2005). The Effects of Alcohol Expectancies on Drinking Behavior in Peer Groups: Observations in a Naturalistic Setting, *Addiction, 100*, 1270-1279.

Childress, A.R., Ehrman, R., McLellan, A.T., MacRae, J., Natale, M., O'Brien, C.P. (1994). Can Induced Moods Trigger Drug-related Responses in Opiate Abuse Patients? *Journal of Substance Abuse Rreatment, 11*, 17-23.

Cicchetti, D., Ackerman, B.P., Izard, C.E. (1995). Emotions and Emotion Regulation in Developmental Psychopathology, *Development and Psychopathology, 7*, 1-10.

Cooney, N.L., Kadden, R. M., Litt, M.D., & Getter, H. (1997). Matching Alcoholics to Coping Skills or Interactional Therapies: Two-year Follow-Up Results, *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 598- 601.

Costello, C.G., & Comery, A.L. (1967). Scales for Measuring Depression and Anxiety, *The Journal of Psychology, 66*, 303-313.

Davies, M., Stankov, L., & Roberts, R.D. (1999). Emotional Intelligence: In Search of an Elusive Construct, *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 989-1015.

Dennis, M.L., Scott, C.K., & Funk, R. (2003). An Experimental Evaluation of Recovery Management Checkups (RMC) for People with Chronic Substance Abuse Disorder, *Evaluation and Program Planning 26*, 339-359.

Doran, N., McChargue, D., & Cohen, L. (2007). Impulsivity and the Reinforcing Value of Cigarette Smoking, *Addictive Behaviors, 32*, 90-98.

Goldsmith, A.A. (2008). Effects of Mood Induction on the Relationships between Generalized Anxiety and Alcohol-related Beliefs in Young Adult Drinkers, Unpublished Unpublished Doctoral Dissertation. University of Cincinnati.

Goldsmith, A.A., Tran, G.Q., Smith, J.P., & Howe, S.R. (2009). Alcohol expectancies and drinking motives in college drinker, *Addictive Behavior 34*, 505-513.

Archive of SID

www.SID.ir

Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Dufour, M.C., Compton, W., et al. (2006). Prevalence and Co-occurrence of Substance Use Disorders and Independent Mood and Anxiety Disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, *Archives of General Psychiatry, 61*, 807-816.

Gross, J.J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review, *Review of General Psychology, 2*, 271-299.

Hammen, C. (1992). Cognitive, Life Stress, and Interpersonal Approaches to a Developmental Psychopathology Model of Depression, *Development and Psychopathology, 4*, 189-206.

Harrell, Z.A.T., Slane, Jennifer. D., Klump, Kelly, L. (2009). Predictors of Alcohol Problems in College Women: The Role of Depressive Symptoms, Disordered Eating, and Family History of Alcoholism, *Addictive Behaviors, 34*, 252-257.

Heinz, A.J., Veilleux, J.C., & Kassel, J.D. (2009). The Role of Cognitive Structure in College Student Problem Drinking, *Addictive Behaviors, 34*, 212-218.

Kadden, R.M. (2002). *Cognitive-Behavior Therapy for Substance Dependence: Coping Skills Training*: University of Connecticut School of Medicine.

Kassel, J.D., & Shiffman, S. (2000). Attentional Mediation of Cigarette Smoking's Effect on Anxiety, *Health Psychology, 16*, 359-368.

Kouimtsidis, C., Reynolds, M., Drummond, C., Davis, P. (2007). *Cognitive-Behavioural Therapy in the Treatment of Addiction*, Chichester: John Wiley & Sons Ltd.

Kuntsche, E., Knibbe, R., Gmel, Gerhard, & Engels, R. (2006). Who Drinking and Why? A Reviewof Sociodemographic, Personality, and Contextual Issues Behind the Drinking Notives in Young People, *Addictive Behaviors, 31*, 1844-1857.

Lovibond, S.H., & Lovibond, P.F. (2002). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*, Sydney: Psychology Foundation.

Marlatt, G.A., and Gordon, J.R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*, New York: Guilford Press.

Archive of SID

www.SID.ir

Mayer, J.D., & Salovey, P. (1997). What Is Emotional Intelligence? In P. Salovey, and Sluyter, D.J. (Ed.), *Emotional Development and Emotional Intelligence*, New York: Basic Books.

Miranda, J., Gross, J., Persons, J.B., & Hahn, J. (1998). Mood Matters: Negative Mood Induction Activiates Dysfunc Tional Attitudes in Women Vulnerable to Depression, *Cognitive Therapy and Research, 22*, 363-376.

Moore, H.B. (2005). Effects of Emotional Intelligence Training on Incarcerated Adult Males Involved in Pre-release Programming Adult Males Involved in Pre-release Programming, Duquesne University.

Mulligan, M.E., & McKay, D. (2001). Hyperventilation, Anxiety Sensitivity and the Expectations for Alcohol Use: Subjective and Physiological Reactivity to Alcohol Cues, *Addictive Behaviors, 26*, 375-383.

Niaura, R.S. (2000). Cognitive Social Learning and Related Perspectives on Drug Craving, *Addiction 95*, 155-163.

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.

Piper, M.E., Piasecki, T.M., Federman, E.B., Bolt, D.M., Smith, S.S., Fiore, M.C., et al. (2004). A Multiple Motives Approach to Tobacco dependence: The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68), *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 139-154.

Riley, H., & Schutte, N.S. (2003). Low Emotional Intelligence a Predictors of Substance Use, *Journal of Drug Education, 33*, 391- 398.

Robbins, S.J., Ehrman, R.N. (1998). Cocaine Use Is Associated with Increased Craving in Outpatient Cocaine Abusers, *Experiments in Clinical Psychopharmacology, 6*, 217-224.

Roberts, J.E., & Kassel, J.D. (1996). Mood-state Dependence in Cognitive Vulnerability to Depression: The Roles of Positive and Negative Affect, *Cognitive Therapy and Research, 20*, 1-12.

Roberts, J.E., & Monroe, S.M. (2001). Vulnerable Self-esteem and Social Processes in Depression: Toward an Inter-personal Model of Self-esteem

Archive of SID

www.SID.ir

Regulation, In J.C.T. Joiner (Ed.), *The interactional nature of Depression: Advances in Interpersonal Approaches*, Washington, DC: American Psychological Association.

Rohsenow, D.J., Sirota, A.D., Martin, R.A., Monti, P.M. (2004), The Cocaine Effects Questionnaire for Patient Populations: Development and Psychometric Properties, *Addictive Behaviors, 29*, 537-553.

Sandler, I.N., Tein, J.Y., & West, S.G. (1994). Coping, Stress, and the psychological symptoms of children of divorce: A cross-sectional and longitudinal study. *Child Development, 65*, 1744-1763.

Schutte, N.S., Malouff, J.M., Hall, L.E., Haggerty, D.J., Cooper, J.T., Golden, C. J., et al. (1998). Development and Validation of a Measure of Emotional Intelligence, *Personality and Individual Differences, 25*, 167-177.

Segal, Z.V., & Ingram, R.E. (1994), Mood Priming and Construct Activation in Tests of Cognitive Vulnerability to Unipolar Depression, *Clinical Psychology Review, 14*, 663-695.

Siegle, L.J., & Senna, J.J. (1997), *Juvenile Delinquency Theory, Practice and Law*, Paol Alto: West Publishing Company.

Skinner, M., Aubin, H.J. (2010). Craving's Place in Addiction Theory: Contributions of the Major Models, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34, 606-23.

Smelson, D.A., Losonczy, M.F., Davis, C.W., Kaune, M.,Williams, J., Ziedonis, D. (2002). Risperidone Decreases Craving and Relapses in Idividuals with Shizophrenia and Cocaine Dependence,*Canadian Journal of Psychiatry, 47*, 671-75.

Terry-McElrath, Y.M., Emery, S., Szczypka, G., Johnston, L,D. (2011). Potential Exposure to Anti-drug Advertising and Drug-related Attitudes, Beliefs, and Behaviors among United States Youth, *Addictive Behaviors*, 36, 116-124.

Thompson, R.A. (1994). *Emotion Regulation: A Theme in Search of Definition, Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59.

Weiss, R., Griffin, M.L., Mazurik, C., Berkman, B., Gastfriend, D.R., Frank, A., Barber, J.P., Blaine, J., Salloum, I., Moras, K., 2003, (2003). The

Archive of SID

www.SID.ir

Relationship between Cocaine Craving, Psychosocial Treatment and Subsequent Cocaine Use, *American Journal of Psychiatry, 160*, 13201325.

Weissman, A.N., & Beck, A.T. (1978). *Development and Validation of the Dysfunctional Attitude Scale*, Paper Presented at the Annual Meeting of the Association for the Advanced Behavior Therapy.

Witkiewitz, K., & Marlatt, G.A. (2004). Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems: That Was Zen, This Is Tao, *American Psychologist, 59*, 224-235.

Archive of SID

www.SID.ir