

بهبود ناگویی هیجانی بیماران وابسته به مواد افیونی: اثر بخشی درمان شناختی رفتاری

دکتر رقیه شاهانی^۱، دکتر علی قدیمی^۲

۱- استادیار و عضو هیئت علمی گروه روانشناسی،

دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، البرز.

Email: (shahaniteach@gmail.com)

۲- استاد گروه روانشناسی،

دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، البرز.

Email: (Aliqadimi4@Gmail.com)

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری در بهبود ناگویی هیجانی بیماران وابسته به مواد

افیونی بود. طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با روش پیش آزمون، پس آزمون با یک گروه کنترل بود. از بین کلیه

بیماران وابسته به مواد افیونی در مراکز درمان سو مصرف مواد مروارید شهر تهران تعداد ۵۰ بیمار به روش نمونه

گیری در دسترس انتخاب و پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو را تکمیل کردند سپس ۳۶ بیمار را که ناگویی هیجانی

بیشتری داشتند به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در گروه ۱۸ نفری آزمایش و گواه قرار داده شدند. برای

گروه آزمایش، رفتاری در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای و به صورت هفتگی برگزار شد. سپس از دو گروه پس آزمون گرفته

و پرسشنامه باورهای غیر منطقی مجدداً بر روی آنان اجرا شد. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان

شناختی رفتاری موجب بهبود ناگهانی هیجانی بیماران وابسته به مواد شده است. یافته های این پژوهش میتواند

کاربرد های بالینی در پیشگیری و بهبود ناگویی هیجانی بیماران وابسته به مواد داشته باشد.

واژگان کلیدی: درمان شناختی- رفتاری، ناگویی هیجانی، وابستگی به مواد.

۱. مقدمه

درسال های اخیر سوء مصرف مواد مخدر در سراسر جهان افزایش یافته است، به طوری که در حال حاضر همه کشور

های جهان، هزینه های قابل توجهی را در نتیجه خسارت ناشی از سوء مصرف مواد متقبل میشوند (میسیا ۲۰۰۹) سوء

مصرف مواد مخدر هزینه های اجتماعی و اقتصادی گزافی از طریق اثرات مخرب خود بر سلامت افراد و افزایش جرم

و جنایت و مرگ و میر در جوامع تحمیل کرده است و در نتیجه به یک تهدید بزرگ برای جوامع تبدیل شده است (پیتر و

آلیسا، ۲۰۱۰). در ایران سوء مصرف مواد مخدر بخصوص در میان جوانان و نو جوانان سیر پیشرونده ای را طی می

کند و شمار قربانیان به مواد مخدر هرروز در ایران بیشتر و بیشتر می شود و آمار ها نشان می دهد که بیش از دو

میلیون نفر وابسته به مواد مخدر در ایران وجود دارد. به علاوه ۱۱ میلیون نفر از جمعیت کشور ایران با مشکل سوء

مصرف مواد خود و یا اطرافیان آنها دست به گریبان اند. سوء مصرف مواد مخدر در ایران باعث بروز مسائل

بهداشتی، روانی و اجتماعی عدیده ای چون خودکشی، دگرکشی، خشونت و انواع بیماری های جسمی و روانپزشکی

می شود. اعتیاد به مواد مخدر در ایران همچنین یک نابهنجاری با نشانه های بالینی و شناختی را در فرد به وجود می

آورد که فرد و جامعه را در گیر خود میکند(جلیلیان، میرزایی علویچه، آموئی، مطبق، حاتم زاده و وردی پور، ۱۳۹۲).

می توان گفت مصرف مزمن مواد مخدر موجب آسیب نواحی متعدد مغزی همچون قشر پیشانی و هیوکامپ شده و در

نتیجه باعث اختلال در کارکرد های شناختی میگردد(بیرامیری، محمدزادگان، موحدی، بکلو، محمد یاری و طهماسب

پور، ۱۳۹۴).

امروزه مصرف مواد به یک مشکل عمده اجتماعی بهداشتی در بسیاری از کشور های دنیا از جمله در کشور ایران

بتدیل شده است(قنبری زرنندی، محمد خانی و هاشمی نسب، ۱۳۹۵). در کشور ایران مصرف موادمخدر موجب بروز

اثرات جانبی از جمله مشکلات رفتاری، بی قراری، کم حوصلگی، افکار پارانوئیا، افسردگی و افزایش پرخاشگری، تغییر

رفتار اجتماعی و انزوای اجتماعی افراد مصرف کننده می شود(خرم آبادی، اسدی فرهادی، ۱۳۹۵). اعتیاد یک بیماری

جسمی، روحی و روانی به شمار می آید که به دلیل ماهیت پیشرونده اش در همه ابعاد زندگی سلامتی فرد، خانواده و

جامعه را به خطر می اندازد (لی موآل و کوچ، ۲۰۰۷). در واقع این مسئله یک مشکل بزرگ فردی اجتماعی است که علاوه بر عوارض جسمی و روانی آن برای افراد معتاد، سلامت جامعه را نیز از نظر اجتماعی و اقتصادی، سیاسی و فرهنگی مورد تایید و آسیب قرار می دهد. از دیدگاه روانشناختی افراد سوء مصرف کننده مواد یک ویژگی شخصیتی آسیب پذیر دارند. خصوصیات روانی شخصیتی معتادان به مواد مخدر صرفا ناشی از مواد مخدر نیست بلکه معتادان، قبل از اعتیاد دارای نارسایی های روانی و شخصیتی عدیده ای بوده اند که بعد از اعتیاد به صورت مخرب تری ظاهر و تشدید شده، لذا مشکل معتاد تنها مواد مخدر نیست، بلکه در اصل رابطه متقابل شخصیت او و اعتیاد مطرح است(حجتی، آلوستانی، آخوندزاده، حیدری، شریف نیا، ۱۳۹۰). بر اساس پژوهش ها پیامد های جسمی و روانی اعتیاد به مصرف مواد کاهش بینش شناختی در افراد مصرف کننده منجر میشود(بلین، بلین - رائوسنت، اوریت و دالی ۲۰۱۶). از جمله عواملی که در گرایش افراد به سمت سوء مصرف مواد و ادامه آن نقش دارد، ناگویی هیجانی است. ناگویی هیجانی، ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان ها می باشد(تیلور و بگی، ۲۰۰۰). به عبارتی ناگویی هیجانی متشکل از دشواری در شناسایی احساسات و تمایز بین احساسات و تهییج های بدنی مربوط به برانگیختگی هیجانی؛ دشواری در توصیف احساسات دیگران؛ قدرت تجسم محدود که بر حسب فقر خیال پردازی ها و سبک شناختی عینی، عمل گرا و واقعیت گرا شناخته میشود (استاسویچ، برادیزا، گودلسکی، کافی، اسپلاچ و

بایلی، ۲۰۱۲). افراد مبتلا به ناگویی هیجانی در شناسایی صحیح هیجان‌ها از چهره‌ی دیگران مشکل دارند و ظرفیت

آنها برای همدردی با حالت‌های هیجانی دیگران محدود است. ناگویی هیجانی میتواند تاثیر منفی بر تشدید علائم

اختلالات مختلف روانی بگذارد و می‌تواند با شدت بالا و نشانه‌های افسردگی همراه شود (سوسلاو، روفر، کریستینگ،

گوئنسر، ۲۰۱۶) بر این اساس پژوهش‌ها نشان داده‌اند که یکی از رویکردهای برجسته در شناسایی و درمان سوء

مصرف مواد مخدر، رویکرد شناختی، رفتاری است.

در این الگو چنین فرض می‌شود که تجربه و مشاهده الگوها، منجر به گسترش شبکه‌های توزیع در مغز افراد می

شود. در طول دوره زندگی، افکار و رفتارهایی که سازگارانه هستند، الگو برداری شده و شکل می‌گیرند. این گونه

روش‌های مقابله‌ای و رفتاری به زمینه یا بافتی که مورد استفاده قرار می‌گیرند، وابسته هستند (شاهرخی و

دوستی، ۱۳۹۳). هدف از درمان شناختی رفتاری، شناسایی و به چالش کشیدن رفتارها و افکار غیر منطقی برای

رساندن فرد به سلامت روانی کلی و از درمان‌های کوتاه مدت با اثر بخشی بالا است (ویلیامز ۲۰۱۳). در شیوه‌ی

درمان شناختی رفتاری به فرد آموزش دیده می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتار نا کارآمد خود را

تشخیص دهد و برای آن بخش‌های منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان یافته‌ای استفاده می‌شود. درمان شناختی

رفتاری آن را همزمان در نظر می‌گیرد (بادله، فتحی، آقا محیدیان شعرباف، بادله و استادی، ۱۳۹۲). در پژوه حاضر سوال

پژوهش این است که آیا آموزش درمان شناختی-رفتاری در بهبود ناگویی هیجانی بیماران وابسته به مواد افیونی موثر

است؟

۲. روش پژوهش

طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با روش پیش آزمون، پس آزمون با یک گروه کنترل بود. از بین کلیه بیماران وابسته به مواد افیونی در مرکز درمان سوء مصرف مواد مروارید در شهر تهران تعداد ۵۰ بیمار به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و پرسشنامه باور های غیر منطقی را تکمیل کردند. سپس ۳۶ بیماری که باور های غیر منطقی بیشتری داشتند به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در گروه ۱۸ نفری آزمایش و گواه قرار داده شدند. برای گروه آزمایش، آموزش شناختی رفتاری در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای و به صورت هفتگی برگزار شد. سپس از دو گروه پس آزمون گرفته و پرسشنامه ناگویی هیجانی مجدداً بر روی آنان اجرا شد.

جدول ۱- خلاصه جلسات شناختی رفتاری بر روی گروه آزمایش

جلسه	توضیحات
۱	اجرای پیش‌آزمون، معارفه و تعیین رهبر گروه، سپس به منظور آشنایی افراد با اهمیت درمان‌های غیر دارویی اعتیاد بویژه گروه درمانی، توضیحاتی در مورد مدل شناختی-رفتاری، تاثیرات درمان با این شیوه بر زندگی افراد تاثیرات دارو به تنهایی و ترکیب درمان‌های دارویی و غیر دارویی داده شد.
۲	در ابتدای جلسه به مرور مطالب بیان شده در جلسه قبل پرداخته شد و در خصوص سوالات افراد توضیحاتی داده شد. در ادامه به تاثیر باورهای نادرست و عدم شناخت صحیح هیجان‌ات در گرایش به مواد و به تبع آن وسوسه و ولع مصرف حتی پس از ترک مواد پرداخته شد. سپس توضیحاتی در خصوص روشن‌سازی و اولویت‌بندی اهداف، توجه به دو سوگرایی بیمار در مورد ترک، شناسایی و مقابله با افکار مرتبط با مواد داده شد.
۳	در ابتدای جلسه به مرور مطالب بیان شده در جلسه قبل پرداخته شد و در خصوص سوالات افراد توضیحاتی داده شد. سپس درک و تجربه بیمار از میل به مصرف و روش‌های برنامه‌ریزی مقابله با اشتیاق به مصرف و کاهش ولع مورد بحث قرار گرفت و مثل فکر، وسوسه و رفتار مصرف و شناسایی برانگیزاننده‌های درونی و بیرونی بررسی شد.
۴	در ابتدای جلسه مروری کلی بر مطالب ارائه شده و در جلسه قبل صورت گرفت و به سوالات افراد در خصوص تکالیف داده شده پاسخ داده شد. همچنین دو نفر از افراد از تجربه وسوسه و ولع خود طی هفته گذشته و کارایی تکنیک‌های آموزش داده شده در جلسه قبل صحبت کردند.
۵	در ابتدای جلسه مروری کلی بر مطالب ارائه شده و در جلسه قبل صورت گرفت و به سوالات افراد در خصوص تکنیک‌ها و تکالیف داده شده پاسخ داده شد. همچنین یکی از افراد گزارشی از فعالیت‌های هفته گذشته خود را که با توجه به مطالب آموزشی انجام گرفته بود در کلاس مطرح و از سایر شرکت‌کنندگان بازخور دریافت کرد.
۶	همانند جلسات قبل، در ابتدای جلسه مروری کلی بر مطالب ارائه شده و در جلسه قبل صورت گرفت و به سوالات افراد در خصوص تکنیک‌ها و تکالیف داده شده پاسخ داده شد. همچنین دو نفر از افراد موقعیت‌هایی را که در طول هفته برایشان پیش آمده و موفق به چالش با افکار و احساسات خود با تکنیک‌های آموزشی شده بودند در کلاس مطرح کردند و مورد تشویق سایر هم‌گروهی‌های خود قرار گرفتند.
۷	در ابتدای جلسه مروری کلی بر مطالب ارائه شده و در جلسه قبل صورت گرفت و به سوالات افراد در خصوص تکنیک‌ها و تکالیف داده شده پاسخ داده شد. همچنین یک نفر از افراد گزارشی از تکلیف خانگی جلسه قبل و موقیتی که موجب ناراحتی‌اش شده بود را در کلاس مطرح و افکار و تحریف‌های شناختی وی توسط افراد مورد ارزیابی قرار گرفت.
۸	در ابتدای جلسه مروری کلی بر مطالب ارائه شده و در جلسه قبل صورت گرفت و به سوالات افراد در خصوص تکنیک‌ها و تکالیف داده شده پاسخ داده شد. در ادامه موضوع آموزشی جلسه هشتم با هدف آموزش تکنیک تحلیل مزایا و معایب تغییر باور و پیامدهای مثبت و منفی حفظ یک باور ارائه گردید. طی آموزش این تکنیک از افراد خواسته شد تا یک فکر منفی را در ذهنشان فعال کنند و به تحلیل مزایا و معایب فکر یا مفروضه‌های خود بپردازند.
۹	در ابتدای جلسه مروری کلی بر مطالب ارائه شده و در جلسه قبل صورت گرفت و به سوالات افراد در خصوص تکنیک‌ها و تکالیف داده شده پاسخ داده شد. همچنین یکی از افراد سه تا از افکاری را که موجب بروز مشکلات در

فارسی پرسشنامه ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات،

دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵، و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی

درونی خوب مقیاس است (بشارت و گنجی، ۱۳۹۱). پایایی باز آزمایی در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۰/۷۰ تا

۰/۷۷ برای ناگویی هیجانی کل و زیر مقیاس های مختلف تایید شد. روایی هم زمان پرسشنامه ناگویی هیجانی بر

حسب همبستگی بین زیر مقیاس های این آزمون و مقیاس های هوش هیجانی، بهزیستی روانشناختی و درماندگی

روانشناختی بررسی و تایید شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی ها در پرسشنامه

ناگویی هیجانی با کل هوش هیجانی، بهزیستی روانشناختی درماندگی روانشناختی همبستگی معنادار وجود دارد

(بشارت افقی، آقایی، حبیب نژاد، پورنقد علی و گرانمایه پور، ۱۳۹۲). در پژوهش بشارت و گنجی (۱۳۹۱) ضرایب

آلفای کرونباخ زیر مقیاس های دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را به

ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۸۴ محاسبه شد.

در این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده از روش های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و

استنباطی تحلیلی کواریانس استفاده شده است و نرم افزار استفاده در این پژوهش SPSS نسخه ۲۳ بوده است.

ناگویی هیجانی	۶۷/۳۹	۹/۲۷	۵۴/۷۲	۸/۸۱	۶۱/۵۰	۸/۹۵	۶۰/۳۳	۹/۰۱
---------------	-------	------	-------	------	-------	------	-------	------

جدول ۱- میانگین و انحراف متغیر های پژوهش در پیش و پس آزمون به تفکیک گروه نشان می دهد که نمرات ناگویی هیجانی گروه آزمایش کاهش بیشتری نسبت به گروه کنترل نشان داده است.

جدول ۲- نتیجه آزمون شاپیرو-ویلک برای طبیعی بودن توزیع نمرات

متغیر	آزمون نرمال بودن		سطح معنا داری	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
ناگویی هیجانی	۰/۰۹۳	۰/۰۸۶	۰/۲۰۰	۰/۲۰۰

نتایج جدول ۲- نشان میدهد که سطح معنا داری در آزمون فوق الذکر از ۰/۰۵ بزرگتر است لذا توزیع نمرات در متغیر های پژوهش طبیعی است ($P > 0001$).

فرضیه: درمان شناختی رفتاری در بهبود ناگویی هیجانی در بیماران وابسته به مواد موثر است.

جدول ۳- نتایج کواریانس تک متغیره درمان شناختی رفتاری در بهبود ناگویی هیجانی در بیماران وابسته به مواد

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آمار F	معنی داری	اندازه اثر
پیش آزمون	۲۶۶۹/۳۷	۱	۲۶۶۹/۳۷	۲۹۱/۴۸**	۰/۰۰۱	۰/۹۸۹
گروه		۱	۱۰۴۱/۱۲	۱۱۳/۹۴**	۰/۰۰۳	۰/۹۷۲

خطا		۳۳	۰/۹۱۷	-	-	-
کل		۳۶	-	-	-	-

جدول ۳- نتایج آزمون آماری تحلیل کواریانس تک متغیره درمان شناختی رفتاری در بهبود ناگویی هیجانی در بیماران

وابسته به مواد را نشان می دهد که با کنترل نمرات پیش آزمون درمان شناختی رفتاری باعث تفاوت معنا داری بین

دو گروه آزمایش و کنترل بر بهبود ناگویی هیجانی گروه آزمایش شده است ($P < 0/001$) میزان تاثیر ۹۷/۲ بوده است.

بنابر این درمان شناختی رفتاری در بهبود ناگویی هیجانی در بیماران وابسته به مواد موثر بوده است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج آزمون تحلیل کواریانس نشان داد که درمان شناختی رفتاری موجب بهبود ناگویی هیجانی بیماران وابسته به مواد

شده است.

نتایج به دست آمده از این فرضیه با پژوهش های اوزر و ارکان (۲۰۱۵)، فلورین (۲۰۰۹)، چانگ و دوریلا (۱۹۹۶)، کاماتا

و ناگوشی (۱۹۹۵)، افشار (۱۳۹۳)، رحمتی پور (۱۳۹۳) و نریمانی و پور اسمعیلی (۱۳۹۳) همسو میباشد. در تبیین یافته

فوق می توان گفت، از آنجایی که افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، نشانه های بدنی انگیزتگی هیجانی را بد تفسیر می کنند،

درماندگی هیجانی را از طریق شکایت های بدنی نشان می دهند و در اقدامات درمانی نیز به دنبال درمان نشانه های

جسمانی هستند، به همین دلیل احتمال گرایش به مصرف مواد در آنها وجود دارد به طوری که مبتلایان به ناگویی

هیجانی احساس های نا متمایز دارند و این احساس ها همراه با یک برانگیختگی جسمانی است، اما به علت مشکل در تمایز، توصف و تنظیم احساس ها، برانگیختگی فعال باقی مانده و از بین نمی رود و این امر باعث اختلال در دستگاه عصبی و دستگاه ایمنی می شود. چنین برانگیختگی که همراه ناگویی هیجانی است، در نهایت باعث تولید علائم بیماری های جسمی و افسردگی و اضطراب (نریمانی و پوراسمعیلی، ۱۳۹۱) میشود و در نهایت ممکن است مصرف مواد به منظور کاهش این علائم و کاستن از میزان اضطراب و افسردگی فرد با ناگویی هیجانی بالا صورت می گیرد. افراد معتاد با ناگویی هیجانی بالا، هیجانهای کودکانه در سطح پیش کلامی با ظرفیت شناختی آسیب دیده دارند که این توانی باعث میشود در تفسیر افسردگی و اضطراب کارایی لازم را نداشته باشند؛ در نتیجه، تعارض فرد با محیط افزایش می یابد و شخص درماندگی و استرس در برابر هیجان ها را تجربه می کند. به منظور مقابله با تنیدگی و درماندگی و استرس در برابر هیجان ها روش های مقابله ای ناپخته همچون مصرف مواد را ادامه میدهند (نریمانی و پور اسمعیلی ۱۳۹۱). آموزش به شیوه شناختی رفتاری به این افراد کمک میکند تا هیجان های خود را به خوبی بشناسند. و قادر به تمایز افکار و احساسات خود شوند.

احتیاط در تعمیم نتایج به سایر گروه های جامعه بیماران وابسته به مواد افیونی، احتیاط در تعمیم نتایج به بیماران وابسته به مواد افیونی در شهر های دیگر. فقدان زمان کافی برای پیگیری نتایج پژوهش، تکیه بر داده های خود گزارش

دهی و احتمال تحریف واقعیت، عدم امکان کنترل شدت وابستگی و طول مدت اعتیاد افراد و مشابهت نداشتن آزمودنی

های دو گروه از نظر مشابهت آزمودنی های دو گروه از نظر نداشتن آزمودنی های دو گروه از نظر شرایط اقتصادی،

خانوادگی و اجتماعی از محدودیت های تحقیق بود. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی گروه درمانی شناختی

رفتاری در بهبود ناگویی هیجانی خانواده بیماران وابسته به مواد افیونی اجرا شود. پیشنهاد می شود برای دستیابی

به نتایج دقیق تر و تعمیم به جوامع دیگر، این پژوهش در جوامع شهر های دیگر به صورت دقیق تر با اجرای مرحله

پیگیری انجام شود. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی متغیر های تنظیم هیجانی طرحواره های شناختی و

طرحواره های هیجانی، باور های فراشناختی در بیماران وابسته به مواد مورد بررسی قرار گیرد. پیشنهاد میشود در

پژوهش های آتی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری در افراد وابسته به آمفامین بررسی و نتایج آن با بیماران وابسته

به مواد افیونی مقایسه شود. پیشنهاد میشود درمان های شناختی رفتاری در کلیه کلینیک ها و کمپ های ترک اعتیاد

به افراد وابسته به مواد افیونی و مواد محرک آموزش داده شود. مهارتهای ارتباطی در جلسات آموزش قبل از ازدواج،

آموزش خانواده، کارگاه های آموزشی مورد تاکید بیشتری قرار گیرد و اجرا شود. کارگاه های آموزشی شناختی،

رفتاری، برای خانواده های دارای بیمار وابسته به مواد با هدف بالا بردن سطح آگاهی و ارتقای سلامت روانی

اعضای خانواده برگزار شود. دوره های آموزشی مهارت های زندگی، تنظیم هیجانات، مقابله با خلق منفی و کنترل

اضطراب جهت افراد وابسته به مواد و به طور کلی همه افراد جامعه برگزار شود. در تدوین پروتکل درمانی ویژه مواد

افیونی درمانی شناختی رفتاری مورد توجه وزارت بهداشت و شتاد مبارزه با مواد مخدر قرار می گیرد.

منابع

۱. افشان، سارا (۱۳۹۳). رابطه سلامت معنوی با باور های غیر منطقی دانشجویانم کاشان، پایان نامه کارشناسی ارشد

روانشناسی تربیتی، دانشگاه کاشان.

۲. بادله، مرتضی؛ فتحی، مهدی؛ آقا محمدیان شعرباف، حمیدرضا؛ بادله، محمدنقی. (۱۳۹۲). "مقایسه میزان اثر

بخشی هیپوتراپی شناختی رفتاری گروهی و درمان شناختی رفتاری گروهی بر افزایش عزت نفس نوجوانان".

مجله اصول بهداشت روانی. ۱۵(۳)، ۲۰۴-۱۹۴

۳. بشارت محمدعلی؛ افقی، زهرا؛ آقایی ثابت، سیده سارا؛ حبیب نژاد؛ محمد؛ پورنقد علی، علی؛ گرانمایه پور، شیوا

(۱۳۹۲). نقش تعدیل کننده راهبرد های تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین ناگویی هیجانی و مشکلات بین

شخصی". تازه های علوم شناختی، ۱۵(۴)، ۵۲-۴۳.

۴. بشارت محمدعلی؛ گنجی، پویش. (۱۳۹۱). "نقش تعدیل کننده سبک های دلبستگی در رابطه بین ناگویی هیجانی و

رضایت زنا شویی". مجله اصول بهداشت روانی، ۱۴(۴)، ۳۳۵-۳۲۴.

۵. بیرامی، منصور؛ محمد زاد گان، رضا؛ موحدی، یزدان؛ بکلو، یونس؛ محمدیاری، قاسم، طهماسب پور، مالک (۱۳۹۴).

"بررسی عملکرد شناختی در معتادان سوء مصرف کننده مواد، معتادان تحت درمان با متادون و افراد بهنجار".

مجله اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد ۹(۳۴)، ۳۷-۲۳.

۶. جلیلیان، فرزاد؛ میرزایی علویچه، مهدی؛ آموئی، محمدرضا؛ مطلق، فاضل؛ حاتم زاده، ناصر؛ وردی پور،

حمیداله (۱۳۹۲) "بررسی میزان شیوع و الگوی سوء مصرف مواد در زندانیان شهر کرمانشاه". فصلنامه علمی و

پژوهشی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ۱۱(۲)، ۴۸-۴۱.

۷. حجتی، حمید؛ آلوستانی، سودابه؛ آخوندزاده، گلپهار؛ حیدری، بهروز؛ شریف نیا، سید حمید (۱۳۹۰). بررسی

بهداشت روانی و ارتباط آن با کیفیت زندگی معتادین. "مجله علمی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید

صدوقی یزد (ویژه نامه همایش رفتارهای پر خطر) ۱۸(۳)، ۲۱۴-۲۰۷.

۸. خرم آبادی یدالله؛ اسدی فرهادی، طاهره. (۱۳۹۵). "تاثیر موسیقی درمانی بر کاهش عود افسردگی و استرس

معتادین به مواد مخدر". فصلنامه علمی_پژوهشی اعتیاد پژوهی ۱۱(۳۸)، ۱۶۲-۱۵۱.

۹. رحمتی پور، زهرا. (۱۳۹۳). پیش بینی سبک حل مسئله بر اساس ویژگی های شخصیتی و تفکرات غیر منطقی، پایان

نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد تهران مرکزی.

۱۰. شاهرخی، مسلم؛ دوستی، سالار. (۱۳۹۳). "اثر بخشی رمان شناختی - رفتاری بر روی پرخاشگری قاطعیت و ولع مصرف مواد در افراد وابسته به شیشه شهرستان قرچک". فصلنامه دانش انتظامی شرق تهران. ۱(۳)، ۷۸ - ۶۱.
۱۱. قنبری زرنندی، زهرا؛ محمدخانی، شهرام؛ هاشمی نسب، محسن؛ (۱۳۹۵). "مدل ساختاری مصرف مواد در نوجوانان: نقش مستقیم و غیر مستقیم عوامل فردی، روانشناختی و خانوادگی و اجتماعی". فصلنامه علمی - پژوهشی اعتیاد پژوهی. ۱۱(۳۸)، ۱۰۲ - ۸۷.
۱۲. کریمی عبدالله. (۱۳۹۳). اثر بخشی رویکرد بازسازی شناختی بر باور های غیر منطقی و ناامیدی در افراد مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی.
۱۳. نریمانی، محمد؛ پور اسمعیل، اصغر. (۱۳۹۳). "مقایسه ناگویی هیجانی و هوش معنوی در افراد معتاد؛ افراد تحت درمان با متادون و افراد غیر معتاد"، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد. ۶(۲۲)، ۲۲ - ۷.
14. Bagby ,R.M, parker,J.D.A.,&taylor,G.J (1994).The twenty – item Toronto alexithymia scale: I item selection and cross – validation of the factor structure. J Psychosom Res. 38, 23 – 32.
15. Belin. D., Belin Rauscent, A., everitt, B. J.,& Dalley, J. W. (2016). In search of predictive endophenotypes in addiction: insights from preclinical research. Genes, Brain and Behavior, 15(1),74 – 88.
16. Camatta, C. D., & Nagoshi, C. T. (1995). Stress, depression, irrational beliefs, and alcohol use and problem in a college student sample. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 19(1), 142 – 146 .

17. Chang E. C., & D’Zurilla, T. J. (1996). Irrational beliefs as predictors of anxiety and depression in a collage population. *Personality and individual Differences*, 20(2), 215 – 219.
18. Florian, A. (2009). Maladaptive schemas, irrational beliefs, and their relationship With the five-factor personality model. *Journal of Cognitive and behavioral psychotherapies*, 9 (2), 135 – 147.
19. Le Moal , M., & kooh, G. F.(2007). Drug addiction: pathways to the disease and pathophysiological perspective. *Eur Neuropsychopharmacol*.17 (6 – 7),377-93
20. Maithya W. R. (2009).Drug Abuse in Secondary Schols in kenya: Developing a Program for prevention and intervention, ph.D unpublished dissertation, University of South Adrica.
21. Ozer, E. A., &Akgun, o. E. (2015). The effects of irrational beliefs on academic motivation and academic self-efficacy of candidate teachers of computer and instructional technologies education department. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 197,1287-1292.
22. parker, D. A., Taylor, G. J & Bagby, R. M. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia.,*personality and Individual Differences*, 30,107-115.
23. peter, N .,& Alicia, D. (2010). Extent and influence of Recreational Drug Use on Men and Women Aged 15 years and Older in south Africa. *African Journal of Drug & Alcohol Studies*, 9 (1), 33-48

24. Stasiewicz, R., Bradizza, M., Gudleski, D., Coffey, F., Schlauch, C. & Bailey, T. (2012). The relationship of alexithymia to emotional state dysregulation within an alcohol dependent treatment sample. *Addictive Behaviors* 37, 469-476.
25. Susie, T., Rufer, M., Kerstin, A., & Guenther, V. (2016). Predicting symptoms in major depression after inpatient treatment: The role of alexithymia. *European Psychiatry*, 33, S524.
26. Taylor, G.J., & Bar-On, R. (2000). An overview of the alexithymia construct. In: Bar-On, R., Parker, J.D.A. (editors). *The handbook of emotional intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass. 1(2), 263-76
27. Williams, H. (2013). Intensity Cognitive behavioral therapy for individuals who self-harm?. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*. 6, 164-174.