

Comparing Irrational Beliefs in Patients with Crystal Abuse Disorder and Ordinary People

Maryam Ghorbani. Ph.D.
Islamic Azad University, Khorasgan (Isfahan) Branch

Hamid Kazemi. Ph.D.
University of Isfahan

Tahere Ghorbani. M.A.
University of Tarbiat Moalem

مقایسه باورهای غیرمنطقی بیماران مبتلا به اختلال سوء مصرف شیشه و افراد عادی

مریم قربانی*
دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

حمید کاظمی
دانشگاه اصفهان

طاهره قربانی
کارشناس ارشد دانشگاه تربیت معلم تهران

Abstract

The purpose of this study was to comparing irrational beliefs in patients with crystal abuse disorder and ordinary people. So firstly, 36 subjects were selected from Isfahan psycho neurology clients by access sampling method. Control group consisted of 36 students and employee of Isfahan Payam Noor University that were selected by simple random method and matching criteria of age, gender and educational level. After selecting subjects, Jones irrational thought test was performed on them. The results were analyzed by ttest for independent groups, it was specified that the group misusing crystal has more irrational beliefs than control group. Also scores of sick group relative to control group is higher in subtests with anxiety about future (AO), avoiding from problems (PA), dependence (D), and disability relative to change (HC) ($P < 0.05$).

Key word: crystal user, irrational beliefs.

چکیده

هدف این پژوهش مقایسه باورهای غیرمنطقی در مصرف کنندگان شیشه و افراد عادی بود. به همین منظور ابتدا به روش نمونه گیری در دسترس از میان مراجعه کنندگان به مرکز جامع اعصاب و روان اصفهان ۳۶ بیمار مبتلا به سوء مصرف شیشه انتخاب شدند. گروه گواه شامل ۳۶ نفر از دانشجویان و کارمندان دانشگاه پیام نور اصفهان نیز به روش تصادفی ساده و براساس ملاک‌های سن، جنس و تحصیلات با گروه بیمار هم‌تاسازی شدند. پس از انتخاب آزمودنی‌ها، آزمون افکار غیرمنطقی جونز (IBT) در مورد هر دو گروه اجرا شد. نتایج با روش t گروه‌های مستقل تحلیل شد و مشخص گردید که گروه سوء مصرف کننده شیشه نسبت به گروه گواه باورهای غیرمنطقی بیشتری دارد. همچنین نمرات گروه بیمار نسبت به گروه گواه در خرده‌آزمون‌های نگرانی بیش از اندازه توأم با اضطراب در مورد آینده (AO)، اجتناب از مشکلات (PA)، وابستگی (D) و درماندگی نسبت به تغییر (HC) بیشتر بود ($P < 0.05$).

واژه‌های کلیدی: سوء مصرف کنندگان شیشه، باورهای غیرمنطقی.

* نویسنده مسؤول: اصفهان، خیابان آمادگاه، کلینیک پارسه (مرکز جامع پزشکی اعصاب و روان اصفهان).

پست الکترونیک (رایانامه): ghorbani_psy@yahoo.com

وصول ۹۰/۶/۱۷ پذیرش ۹۰/۹/۷

مقدمه

عوامل دخیل در شروع، ادامه و عود^{۲۰} در اختلال سوء مصرف مواد بسیار متنوع است و عوامل گوناگون فردی، خانوادگی و اجتماعی را شامل می‌شود. زمینه‌های پیش‌اقتیادی معتادان شامل (خصوصیات شخصیتی، روابط خانوادگی، شیوه زندگی، عقاید) به‌طور معناداری متفاوت از افراد سالم می‌باشد. لذا وجود زمینه و استعداد ویژه برای قبول و مصرف مواد مخدر ضروری است و لازم است، اقدامات پیشگیرانه از زمان کودکی و از درون نظام خانواده آغاز شود و در درمان بیماران معتاد علاوه بر جنبه جسمی به جنبه‌های روان‌شناختی و اجتماعی تخریب یافته، برای کسب بهبودی، توجه اکید شود (زینالی، وحدت و حامدینیا، ۱۳۸۶). در همین راستا، رویکردهای مختلفی به‌طور جداگانه به بررسی ابعاد گوناگون اختلال سوء مصرف پرداخته‌اند (ابو صالح، ۲۰۰۶؛ دولان، مارتین و راسنو^{۲۱}، ۲۰۰۸؛ کروکر و پارک^{۲۲}، ۲۰۰۴). تحقیقات نشان داده‌اند که یکی از رویکردهای مهم در شناسایی و درمان سوء مصرف مواد مخدر، رویکرد شناختی است. فرض اساسی نظریه‌های شناختی این است که افکار ناکارآمد^{۲۳} در نحوه تفسیر و ارزیابی فرد از واقعیت دخیل است و همچنین پاسخ‌های رفتاری که از تفسیرهای خاص ناشی می‌شود در تداوم اختلال سوء مصرف مواد نقش دارند (گودرزی، ۱۳۸۰). در مدل بک بیان می‌شود که باورهای هسته‌ای^{۲۴} (که بر تفکر و نگرش فرد از جهان اثر می‌گذارند)، در مواجهه با برانگیزاننده‌های معینی مثل حالات هیجانی منفی (افسردگی، خستگی و عصبانیت)، حالات فیزیکی (علائم ترک، درد) یا مسائل بیرونی (مکان‌های مرتبط با مصرف مواد) فعال می‌شوند. فعال شدن این باورها، موجب برانگیخته شدن باورهای مرتبط با مواد و افکار خودآیند می‌شود (بک، ۱۹۹۳؛ آپلبی، وارنر، ویتون و فراگر^{۲۵}، ۱۹۹۷).

مطابق با این دیدگاه، تفسیر افراد از موقعیت‌های خاص، احساس، انگیزش و اعمال آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. این

اختلالات سوء مصرف مواد از رایج‌ترین مشکلات روانپزشکی است که از تعامل عوامل ژنتیکی و محیطی مثل نابهنجاری‌های رشدی و وضعیت نامساعد روانی-اجتماعی ناشی می‌شود. این اختلالات می‌تواند در اثر مصرف الکل، مواد افیونی^۱، حشیش^۲، مت‌آمفتامین‌ها، کوکائین^۳ و غیره به‌وجود آمده و به شکل مستی^۴، وابستگی^۵ و سوء مصرف^۶ خود را نشان دهد. انجمن روانپزشکی آمریکا^۷ (۲۰۰۰) علائم وابستگی به مواد را شامل مجموعه‌ای از علائم فیزیولوژیکی، رفتاری و شناختی می‌داند که براساس آن فرد علی‌رغم داشتن اختلالات وابسته به مواد، مصرف آن را ادامه می‌دهد. در چنین مواردی الگویی از مصرف وجود دارد که معمولاً منجر به تحمل^۸، محرومیت^۹ و رفتار اجباری برای مصرف می‌شود. مطابق با این تعریف سوء مصرف مواد منجر به تخریب کارکردهای روانی یا جسمانی می‌شود، در حالی که وابستگی وقتی ایجاد می‌شود که فرد به‌صورت اجباری و غیرقابل کنترل به مصرف پرداخته و در صورت عدم مصرف علائم ترک^{۱۰} را نشان می‌دهد (ابو صالح^{۱۱}، ۲۰۰۶). در سالهای اخیر الگوی مصرف در ایرانیان به میزان زیادی تغییر یافته است و سوء مصرف‌کنندگان مواد به‌خصوص نسل جوان در پی تجربه مواد جدیدی مانند مت‌آمفتامین^{۱۲} و کراک^{۱۳} و هروئین^{۱۴} هستند. مت‌آمفتامین که کریستالیزه^{۱۵} آن در کشور ما با نام شیشه^{۱۶} رواج یافته است، یکی از موادی است که به‌شدت مورد سوء مصرف قرار گرفته است. فراوانی مصرف آن در کشور ما ۵/۲ درصد کل مصرف‌کنندگان است (نارنجی‌ها، رافعی و باغستانی، ۲۰۰۵). این ماده به‌شدت اعتیادآور است و بر سیستم دوپامینرژیک^{۱۷} مغز اثر می‌گذارد و بلافاصله پس از مصرف حالتی به نام فلاش^{۱۸} یا راش^{۱۹} (اوج لذت) در فرد ایجاد می‌شود (اختیاری، علم مهرجردی، ابهریان، نوری، فرنام و همکاران، ۱۳۸۹).

1. opiates
3. cocaine
5. dependency
7. American Psychology of Association
9. deprivation
11. Abu-Saleh
13. crack
15. cristae
17. copaminergic system
19. rush
21. Dolan, Martin & Rohsenow
23. dysfunctional attitudes
25. Appleby., Warner.,Whitton & Fragher

2. hashish
4. drunkenness
6. abuse
8. tolerance
10. withdrawal
12. methamphetamine
14. heroin
16. crystal
18. flash
- 20- relapse
22. Crocker & Park
24. core belief

(بندورا، ۱۹۹۷؛ گوردون، فلت، هویت و بلانکستین^۱، ۲۰۰۸). در نتیجه این افراد بیشتر به سمت رفتارهای سوء مصرف گرایش دارند. به عقیده آدلن، بیلینگ و والاش^۳ (۱۹۹۴) خودکارآمدی این افراد به دنبال اجتناب و کناره‌گیری از مصرف مواد کمتر می‌شود و پس از مصرف مواد خودکارآمدی‌شان افزایش می‌یابد. بنابراین در اثر وقوع این پدیده، نقش تقویت‌کنندگی سوء مصرف مواد نیز افزایش می‌یابد.

برخی روان‌شناسان بر این اعتقادند که باورهای غیرمنطقی موجب افزایش وقوع اختلالات نوروتیک و پسیکوتیک شده و این موضوع به تدریج سبب ناتوانی در رویارویی با مسائل زندگی می‌شود. سبک اجتنابی، موجب تشدید احساس ناتوانی و ناکارآمدی شده و به آرامی فرد را مستعد استفاده از این سبک جهت حل کلیه مسائل زندگی می‌کند (سپرانیو^۷، ۲۰۰۳). به اعتقاد بندورا (۱۹۸۸)، معیارهای شدید و افراطی برای ارزشیابی از خود به واکنش‌های نابهنجار و احساس بی‌ارزشی و بی‌هدفی می‌انجامد که این می‌تواند زمینه مصرف مواد مخدر را در فرد فراهم سازد (به نقل از توناتو^۲، ۲۰۰۸). به عبارت دیگر، یکی از روش‌های کوتاه‌مدت حل مسائل زندگی و به عبارت دیگر یکی از روش‌های فرار از موقعیت‌های استرس‌آمیز، مصرف مواد مخدر است که موقتاً فرد را از این‌گونه فشارها رها می‌کند.

برخی از تحقیقات نیز بر نقش عوامل دیگر درگیر در اختلال سوء مصرف مواد تأکید کرده‌اند که از آن جمله می‌توان اجتماع ستیزی اولیه، رفتار بزهکارانه، عملکرد تحصیلی پایین و فقدان تعهد آموزشی را ذکر کرد (بوید^۸، ۲۰۰۵).

با توجه به تغییر الگوی مصرف در کشورهای مختلف به خصوص کشور ما ایران و سوء مصرف مواد مت‌آفتمین و کراک هروئین (نارنجی‌ها، رافعی و باغستانی، ۲۰۰۵)، پژوهش حاضر در پی بررسی عوامل شناختی درگیر در سوء مصرف‌کنندگان این ماده می‌باشد. شفاف‌سازی این حیطه می‌تواند زمینه‌ای را جهت مطالعات بعدی فراهم آورد و در تکمیل فرایندهای درمانی مفید واقع شود.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه؛ پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای- طرح تحقیق دو گروهی از نوع گروه‌های مقایسه‌ای

تفسیرها در اغلب موارد با عقایدی که در این موقعیت‌ها فعال می‌شوند، شکل می‌گیرند و به میل برای مصرف منجر می‌شود. عقایدی که تحت شرایط پیش‌بینی شده خاصی فعال می‌شوند و احتمال دارد که مصرف مواد را افزایش دهند (بک و امری^۵، ۱۹۸۵). سطوح چندگانه‌ای از عقاید در زیربنای رفتار اعتیادی وجود دارد. مانند این عقیده که با ترک مواد فرد تنها می‌شود و لذا تنها راه اساسی برای فرار از این موقعیت مصرف مواد است. به نظر می‌رسد که این عقاید اعتیادی از عقاید اساسی و زیربنایی یا ترکیبی از آنها نشأت می‌گیرد (بک، ۱۹۹۳).

گرچه عقاید هسته‌ای زمینه‌ساز عقاید اعتیادی هستند ولی فوراً ظاهر نمی‌شوند. مگر اینکه بیمار افسرده شود. از طرف دیگر، این عقاید فرد موجب تغییر واکنش‌های او نسبت به احساسات بدنی مرتبط با اضطراب و هوس می‌شود. عقایدی مانند اینکه «من نمی‌توانم اضطراب را تحمل کنم». می‌تواند این عقیده را که «من باید برای تسکین خود مواد مصرف کنم» را تحریک می‌کند (گودرزی، ۱۳۸۰).

در همین راستا، توناتو^۲ (۲۰۰۸) و کالاش، مارتینز، وربوست، برجیس و پیر^۳ (۱۹۹۴) در دو تحقیق جداگانه نشان دادند که گروه سوء مصرف‌کننده مواد نسبت به گروه گواه، نمرات بالاتری در مقیاس نگرش‌های ناکارآمد و باورهای غیرمنطقی داشتند و در نتیجه انجام شناخت‌درمانی را برای این بیماران ضروری دانستند. همچنین، بخشی از تأثیر برنامه‌های آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در پیشگیری از سوء مصرف مواد به‌واسطه تأثیر این برنامه‌ها بر باورها و نگرش‌های مربوط به مواد عنوان شده است.

به اعتقاد بندورا^۴ (۱۹۸۲) معیارهای سخت برای ارزشیابی از خود سرانجام به واکنش‌های نابهنجار و احساس بی‌ارزشی و بی‌هدفی منجر می‌شود. متون تحقیقاتی نشان می‌دهد که پیامدهای آسیب‌شناختی مهم مانند اضطراب، افسردگی و اقدام به خودکشی در افراد کمال‌گرا وجود دارد (بشارت، ۲۰۰۳). وجود این اختلالات و احساس بی‌ارزشی و بی‌هدفی مداوم، خود می‌تواند زمینه‌ساز گرایش به مصرف مواد مخدر در فرد باشد. به عبارت دیگر، می‌توان گفت افراد کمال‌گرا هنگام روبه‌رو شدن با تجربه‌های ناکام‌کننده و شکست به جای آنکه از فعالیت‌های خودتنظیمی استفاده کنند، مرتباً خود را سرزنش می‌کنند و به این وسیله به دنبال کامل کردن خود هستند

1. Beck & Emery

3. Calache., Martinez., Verbulst., Bourgeois & Peyre

5. Gordon., Flett., Hewitt & Blankstein

7. Cipriano

2. Tonato

4. Bandura

6. Adlen., Bieling & Wallace

8. Boyd

همکاران، ۱۳۸۹). دوناپوش (۱۳۷۷)، به نقل از علیزاده صحرايي، خسروی و بشارت، (۱۳۸۹) به بررسی روایی آزمون با استفاده از دو روش روایی صوری و روایی همگرا پرداخته است و ضریب همبستگی آزمون با آزمون افسردگی بک ۰/۸۲ محاسبه شده است.

چک‌لیست نشانه‌های اختلالات روانی (SCL-90):^{۱۳} دراگویتس، لیپمن و کووی^{۱۴} (۱۹۷۳) این آزمون را برای نشان دادن جنبه‌های روان‌شناختی بیماران جسمی و روانی به‌کار بردند. این آزمون که ۹۰ سؤال برای ارزیابی نشانه‌های روانی بر پایه خودگزارشی دارد، به‌صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود و ۹ بعد شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانویید و روان‌پریشی را شامل می‌شود. یک نمونه از سؤالات این پرسشنامه بدین شرح است: «آیا فکری به سرتان می‌زند که مال خودتان نیست؟» این آزمون حالات فرد را از یک هفته قبل تا زمان حال مورد ارزشیابی قرار می‌دهد. پایایی این آزمون در پژوهش میرزایی (۱۳۵۹) برای تمام مقیاس‌ها به جز پرخاشگری، ترس مرضی و افکار پارانویید بیش از ۰/۸۰ گزارش شد.

روش اجرا و تحلیل

پس از انتخاب گروهها و انجام نمونه‌گیری، آزمودنی‌های هر دو گروه به روش خودگزارشی فردی، پرسشنامه افکار غیرمنطقی (IBT) را تکمیل کردند. برای تحلیل داده‌های به دست آمده از پژوهش، از روش آماری t گروه‌های مستقل استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌های مورد بررسی ارائه شده است.

تحلیل تفاوت میانگین‌ها نشان داد که دو گروه از لحاظ سن و تحصیلات تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند.

در جدول ۲ آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل IBT در گروه بیمار و گواه ارائه شده است.

با گروه بهنجار- است. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران سوء مصرف‌کننده شیشه که به مرکز جامع اعصاب و روان شهر اصفهان مراجعه کرده‌اند، تشکیل دادند. از میان مراجعه‌کنندگان به این مرکز، نمونه‌ای به حجم ۳۶ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردید. ملاک قرار گرفتن در گروه بیمار مصرف شیشه حداقل به مدت یک ماه و عدم مصرف سایر مواد بود. به‌منظور هم‌سازی گروه گواه از لحاظ متغیرهای سن، جنس و تحصیلات از بین دانشجویان و کارمندان دانشگاه پیام‌نور اصفهان ۳۶ نفر به عنوان گروه بهنجار به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. از افراد این گروه ابتدا ارزیابی روان‌شناختی به وسیله مصاحبه بالینی صورت گرفت و سپس جهت کنترل علائم اختلالات روانی در گروه گواه آزمون SCL-90 اجرا شد. ملاک ورود به گروه گواه نداشتن علائم اختلال بالینی براساس نمره فرد در آزمون SCL-90 بود. در این آزمون میانگین نمرات یک و بالاتر از آن حاکی از وجود حالت مرضی بود که در صورت مشاهده فرد از گروه گواه خارج می‌گردید.

ابزار سنجش

پرسشنامه افکار غیرمنطقی^۱ (IBT، جونز^۲، ۱۹۶۹): این آزمون که براساس نظریه ایس و برای ارزیابی افکار ناکارآمد ساخته شده است، ۱۰ فکر غیرمنطقی را بررسی می‌کند. در این پرسشنامه که شامل ۱۰۰ سؤال است، هر گزینه یک فکر غیرمنطقی را می‌سنجد. نمونه پرسش‌هایی که در این پرسشنامه مورد بررسی قرار می‌گیرد، عبارت است از: «برای من مهم است که مورد تأیید دیگران قرار گیرم» یا «من از کارهایی که نمی‌توانم خوب انجام دهم اجتناب می‌کنم».

خرده‌مقیاس‌های آزمون عبارت‌اند از: ۱- ضرورت تأیید و حمایت از جانب دیگران^۳ (DA)، ۲- انتظار بیش از حد از خود^۴ (HSE)، ۳- تمایل به سرزنش^۵ (BP)، ۴- واکنش به ناکامی^۶ (FR)، ۵- بی‌مسئولیتی عاطفی^۷ (EI)، ۶- نگرانی بیش از اندازه توأم با اضطراب در مورد آینده^۸ (AO)، ۷- اجتناب از مشکلات^۹ (PA)، ۸- وابستگی^{۱۰} (D)، ۹- درماندگی نسبت به تغییر^{۱۱} (HC) و ۱۰- کمال‌گرایی^{۱۲} (P). پایایی هر یک از خرده‌مقیاس‌های دهگانه از ۰/۶۶ تا ۰/۸۰ و میانگین پایایی همه خرده‌مقیاس‌ها ۰/۷۴ گزارش شده است (علیزاده صحرايي و

1. Irrational Believes Test (IBT)
3. demand for approval
5. blame proneness
7. emotional irresponsibility
9. problem avoidance
11. helplessness for chang
13. Symptom Check List-90 (SCL-90)

2. Jones
4. high self-expectation
6. frustration reactivity
8. anxious over concern
10. dependency
12. perfectionism
14. Derogatis, Lipman & Covi

جدول ۱- بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه بیمار و گواه

متغیر	گروه بیمار		گروه گواه		درجه آزادی	سطح معناداری
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد		
سن	۳۵	۱۰/۰۶	۳۴	۱۱/۸	۲۸	۰/۰۰۷
سطح تحصیلات	۱۲/۴	۳/۱	۱۱/۶	۳/۷	۲۸	۰/۶۸

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد گروه بیمار و گواه در آزمون IBT

شاخص آماری	گروه بیمار		گروه گواه	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
DA	۳۰/۴۲	۵/۱	۲۹/۱۴	۴/۷۲
HSE	۳۳/۴۸	۲/۲۹	۲۹/۷۳	۳/۵۰
BP	۲۸/۱۸	۳/۶	۲۹/۷۳	۳/۵۰
FR	۲۶/۵۷	۴/۱	۲۵/۶۸	۴/۲
EI	۲۴/۳۵	۵/۶۷	۲۴/۵۷	۵/۷
AO	۳۰/۳	۵/۸۹	۲۴/۲	۵/۴۵
PA	۳۰/۳۱	۶/۱۳	۲۵/۸۳	۶/۵۸
D	۲۹/۵۲	۶/۱۴	۲۵/۲۵	۵/۳۷
HC	۲۹/۳۰	۵/۲۸	۲۷/۳۴	۵/۴
P	۲۱/۱۰	۲/۸۸	۲۱/۴۳	۳/۴۳
کل	۲۹۱/۲	۲۶/۴۳	۲۸۰/۳	۲۳/۴۲

جدول ۳- نتایج بررسی معناداری تفاوت بین میانگین دو گروه در آزمون IBT

خرده مقیاس	t	معناداری
DA	۱/۶۴	۰/۴۸
HSE	۲/۰۲	۰/۲۰
BP	۱/۱۸	۰/۷۳
FR	۲/۳۷	۰/۲۱
EI	۲/۱۲	۰/۲
AO	۸/۴۶	۰/۰۰۱
PA	۳/۴	۰/۰۰۳
D	۳/۶	۰/۰۰۳
HC	۳/۵۹	۰/۰۲
P	۲/۱۸	۰/۴
کل	۵۹/۹۵	۰/۰۰۱

با روش‌های مختلف از حل آنها اجتناب می‌کند تا به این وسیله اضطراب خود را کاهش دهد. می‌توان گفت در افراد سوء مصرف‌کننده مواد، مصرف مواد مخدر یکی از راه‌های اصلی مقابله با اضطراب و شکست است. در نتیجه آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و حل مسأله به این بیماران یکی از مؤلفه‌های ضروری درمان است.

از سوی دیگر با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت مختل بودن نظام شناختی در افراد سوء مصرف‌کننده باعث مختل شدن رفتار خودتنظیمی در آنها شده که حاصل آن پیامدهای روان‌شناختی مختلف مانند اضطراب، افسردگی، استرس، خستگی و... است. به عبارت دیگر این افراد کمتر قادر به تنظیم رویدادهای شناختی و روانی مختلف هستند و در پیگیری اهداف خود دچار مشکل می‌گردند. تمایل قوی این افراد برای کنترل بیش از حد خود می‌تواند ریشه در باورهای غیرمنطقی آنها داشته باشد (تونانو، ۲۰۰۸).

همچنین، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که درماندگی نسبت به تغییر نیز به طور معناداری در گروه بیمار بیشتر از گروه عادی است. وجود این متغیر می‌تواند نشان‌دهنده ویژگی‌هایی مانند قاطعیت پایین در این افراد باشد (آپلی، وارنر، ویتون و فراگر، ۱۹۹۷). در واقع افرادی که این ویژگی شخصیتی را دارند، توان روبه‌رو شدن با مسائل چالشی را نداشته و در هنگام رویارویی با مشکلات به شدت به باورهای خود تکیه می‌کنند و انعطاف‌پذیری کافی جهت تغییر باورها و استراتژی‌های خود را ندارند (علیزاده صحرايي، خسروی و بشارت، ۱۳۸۹). همین مسأله خود می‌تواند منجر به مقاومت درمانی در این بیماران شود. به نظر می‌رسد آموزش مهارت‌های جرأت‌ورزی و تکنیک‌های جرأت‌مندی باعث کاهش احتمال عود در این بیماران می‌شود.

از دیگر سو، وجود وابستگی و درماندگی نسبت به تغییر، درمانگران را به این جهت رهنمون می‌کند که تمرکز درمان‌های روان‌شناختی نیز عمدتاً باید بر اصلاح حالات وابستگی در این بیماران باشد. عموماً وابستگی در این بیماران در نیاز به پذیرش توسط دیگران و ترس از تنهایی ریشه دارد. بنابراین، باید درمان‌هایی جهت افزایش سطح اعتماد به نفس و ایجاد مهارت‌های حل مسأله در این گروه مورد توجه قرار گیرد و راهکارهای مبارزه با این مشکلات به بیمار آموزش داده شود. به نظر می‌رسد که عقاید و افکار خودآیند مرتبط با داروها، مصرف آنها را تبیین می‌کند. در این راستا، نقش درمانگر ارزیابی، شناسایی و استخراج این عقاید است تا بتواند آنها را به چالش کشیده و با عقاید کنترل شده و منطقی جایگزین نماید.

چنانکه نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، نمرات گروه بیمار در تمامی خرده‌مقیاس‌ها بجز تمایل به سرزنش (BP) و بی‌مسئولیتی عاطفی (EI) و همچنین نمره کل پرسشنامه IBT بیشتر از گروه گواه است. به منظور بررسی معناداری تفاوت بین میانگین‌ها از آزمون t برای نمونه‌های مستقل استفاده شده است. نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

چنانکه جدول ۳ نشان می‌دهد، دو گروه در خرده‌آزمون‌های نگرانی بیش از اندازه توأم با اضطراب در مورد آینده (AO)، اجتناب از مشکلات (PA)، وابستگی (D) و درماندگی نسبت به تغییر (HC) با یکدیگر تفاوت معنادار دارند ($P < 0.05$). همچنین، تفاوت دو گروه در نمره کل پرسشنامه‌ی IBT معنادار است.

بحث

هدف از این پژوهش، مقایسه میزان باورهای غیرمنطقی در بیماران مبتلا به سوء مصرف شیشه و افراد عادی بود. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها، نشان داد که به‌طور کلی میزان باورهای غیرمنطقی در این بیماران بالاتر از گروه بهنجار است. همچنین، در خرده‌مقیاس‌های نگرانی بیش از اندازه توأم با اضطراب، اجتناب از مشکلات، وابستگی و درماندگی نسبت به تغییر، تفاوت مشاهده شده بین دو گروه معنادار بود. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های گوردون، فلت، هویت و بلانکستین، ۲۰۰۸؛ سپرانو، ۲۰۰۳؛ کالاش، مارتینز، وروبوست، برجیس و پیر، ۱۹۹۴؛ بک و همکاران، ۱۹۹۳؛ دولان، مارتین و راستو (۲۰۰۸) همسو می‌باشد. مطابق با نظریه عقلانی - عاطفی الیس (۱۹۷۰) می‌توان گفت که باورها و افکار فرد است که می‌تواند بر رفتار او تأثیر گذارد. به عبارت دیگر، این نوع باورهای فرد تعیین‌کننده رفتارهای اوست، نه حادثه فعال‌کننده یا همان اتفاقی که رخ داده است. باورهای منطقی منجر به پیامدهای عاطفی و رفتار منطقی در فرد شده و به حفظ سلامت روان فرد کمک می‌کند (گوردون، فلت، هویت و بلانکستین، ۲۰۰۸). برعکس وجود باورهای غیرمنطقی مانند اضطراب بیش از حد در مورد آینده و نگرانی در خصوص دسترسی به اهداف و نیز درماندگی نسبت به تغییرات ایجاد شده در زندگی، باعث تجربه مکرر سطوح بالای برانگیختگی می‌شود. این احساس برانگیختگی به دنبال احساس شکست و ناکامی در رسیدن به اهداف نیز به صورت مکرر توسط فرد تجربه می‌شود (کراکر و پارک، ۲۰۰۴؛ سپرانو، ۲۰۰۳). از طرف دیگر، احساس شکست مداوم موجب ناتوانی فرد در مواجهه با مشکلات شده، در نتیجه هنگام رویارویی با مشکلات و پذیرفتن مسئولیت، فرد احساس اضطراب کرده و

Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F., & Liese, B.S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.

Boyd, M.A. (2005). *Psychiatric nursing*. 3rd Ed. New York: Williams and Wilkins.

Besharat, M.A. (2003). Parental perfectionism and children test anxiety. *Psychological Report*, 93, 1049-1055.

Calache, J., Martinez, R., Verbust, S.J., Bourgeois, M., & Peyre, I. (1994). Dysfunctional Attitudes in depressed and non-depressed substance abuser. *European Psychiatry*, 9, 77-82

Cipriano, L.A. (2003). Psychoanalytic perspective on substance abuse. *Journal of Social Work Health Care*, 15 (3), 9- 46.

Crocker, J., & Park, L.E. (2004). The costly pursuit of self-Esteem. *Psychological Bulletin*, 130, 392 – 414.

Dolan, S.L., Martin, R.A., & Rohsenow, D.J. (2008). Self-efficacy for cocaine abstinence: pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addictive Behaviours*, 33 (5): 675-688.

Ellis, A. (1970). *Rational- Emotive therapy*. In four psychotherapies, Etd by Corsini, PP 167-206.

Gordon, L., Flett, P., Hewitt, K., & Blankstein, R. (2008). Demintion of perfectionism and irrational thinking. *Journal TOC*. York university.

Narenjiha, H., Rafiey, H., & Baghestani, A.H. (2005). Rapid situation assessment of drug abuse and drug dependence in Iran. *DARIUS Institute* (Draft Version, In Press).

Tonato, T. (2008). Metacognition and substance abuse. *Addictive Behavior*. 24(2), 167-174.

محدود بودن نمونه به یک مرکز درمانی در شهر اصفهان و استفاده از ابزارهای خودگزارشی از جمله محدودیت‌های این پژوهش است. انجام مطالعاتی با طیف جمعیتی متنوع و گسترده‌تر و نیز استفاده از سایر روش‌ها و طرح‌ها در مطالعات بعدی می‌تواند امکان تعمیم بیشتر نتایج را فراهم آورد.

منابع

اختیاری، ح. علم مهرجردی، ز. حسنی‌ابهریان، پ. نوری، م. فرنام، ر. و مکرری، ا. (۱۳۸۹). بررسی و ارزیابی واژه‌های القاکننده ولع مصرف در سوء مصرف‌کنندگان مت‌آفتمین فارسی زبان. *تازه‌های علوم شناختی*، سال ۱۲، شماره ۲، ص ۸۲ - ۶۹.

زینالی، ع. وحدت، ر. و حامدینیا، ص. (۱۳۸۶). بررسی زمینه‌های پیش‌اعتیادی معتادان و مقایسه آن با افراد سالم غیرمعتاد. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی*، ۱ (۳۳): ص ۱۶۸ - ۱۴۹.

علیزاده صحرايي، ا. خسروی، ز. و بشارت، م.ع. (۱۳۸۹). رابطه باورهای غیرمنطقی با کمال‌گرایی مثبت و منفی در دانش‌آموزان شهرستان نوشهر. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱ (۶).

گودرزی، م.ع. (۱۳۸۰). *درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدر*. چاپ اول. شیراز: انتشارات راهگشا.

میرزایی، ر. (۱۳۵۹). *ارزیابی و اعتبار آزمون SCL-90 در ایران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی و علوم رفتاری، دانشگاه تهران.

Abou-Saleh, M.T. (2006). Substance use disorder: recent advances in treatment and models of care. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 305-310.

Adlen, L.E., Bieling, P.J. & Wallace, S.T. (1994). Perfectionism in interpersonal context. *Cognitive Therapy and Research*. 50, 1003-1020.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.), Washington, DC: Author

Appleby, L., Warner, R., Whitton, A., Faragher, B. (1997). A controlled study of fluoxetine and cognitive behavioral counseling in the treatment of postnatal depression. *British Journal*. 314 (7085), 932-6.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*. 84, 191-215.

Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Education psychology*, 28 (2). 48-117

Beck, A.T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.