



## شیوه‌های مقابله‌ای و نگرش‌های ناسالم در معتادان به مواد مخدر و افراد سالم

دکتر حمید طوفانی<sup>۱\*</sup>، دکتر مریم جوانبخت<sup>۲\*\*</sup>

### چکیده

**هدف:** رویدادهای استرس زا، شیوه‌های مقابله‌ای و نگرش فرد به زندگی از عوامل مهم گرایش به وابستگی به مواد دانسته شده‌اند. هدف از انجام این پژوهش بررسی الگوی مقابله با استرس و نگرش‌های ناسالم در معتادین مراجعه کننده به مرکز بهزیستی مشهد و مقایسه آن با گروه گواه بوده است. **روش:** در این بررسی ۵۰ مرد معتاد به مواد مخدر که به روش تصادفی ساده انتخاب شده بودند با ۵۰ نفر از مردان سالم که از نظر سن، تحصیلات، شغل و وضعیت درآمد با گروه معتاد هم‌سازی شده بودند، مورد مقایسه قرار گرفتند. ابزارهای سنجش را در این بررسی پرسشنامه پاسخهای مقابله‌ای و مقیاس نگرش‌های ناسالم تشکیل داده‌اند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که در هنگام بروز مشکل، معتادین کمتر از آزمودنیهای گروه گواه از روشهای حل مسئله، ارزیابی شناختی و جلب حمایت اجتماعی بهره می‌گیرند. آنان بیشتر روشهای جسمانی کردن و مهار هیجانی را به کار می‌برند و دارای نگرش‌های ناسالم بیشتری نسبت به گروه گواه هستند. این بررسی نشان داد که شناخت درمانی و روشهای آموزش سازگاری می‌تواند در پیشگیری اولیه و ثانویه بیماران مؤثر باشد.

**کلید واژه:** معتادان، شیوه‌های مقابله‌ای، نگرش‌های ناسالم، حل مسئله، استرس

### مقدمه

تاریخی و اجتماعی یکی از قربانیان بزرگ کاربرد نابجای مواد مخدر در جهان به شمار می‌رود و با آن که طی بیست سال گذشته قربانیان زیادی در راه مبارزه با آن داده است و بخش عظیمی از سرمایه‌های ملی صرف پیشگیری و کنترل آن گردیده، دستاوردهای موجود کافی به نظر نمی‌رسد. بررسیهای انجام شده نشان می‌دهد که در کنار

به کار بردن نابجای مواد مخدر یکی از مشکلات بهداشتی، درمانی و اجتماعی جهان امروز به شمار می‌رود و می‌توان گفت که تمامی جوامع کم و بیش با آن درگیر می‌باشند. ایران به دلیل همسایگی با افغانستان که بزرگترین تولیدکننده تریاک در جهان است و به دلایل

\* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی مشهد، مشهد، بیمارستان ابن سینا.

\*\* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد، مشهد، بیمارستان شفا.

گردیده‌اند.

برخورد قهری با عرضه مواد مخدر در راستای مبارزه با آن یافتن راه کارهای مناسب برای کاهش تقاضا نیز کارساز است (مهریار، جزایری، ۱۳۷۷).

به طور کلی در میان عوامل مؤثر در روی آوری به اعتیاد، استرس‌های روانی اجتماعی به عنوان یکی از عوامل مهم شمرده شده و بر این مسئله تأکید شده که آنچه سلامت فردی و اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد خود استرس نیست بلکه الگوی مقابله با استرس است (ابراهیمی، موسوی، ۱۳۷۸).

یکی از مهمترین متغیرهای تعدیل‌کننده مقابله با استرس، حمایت اجتماعی است که کاهش آن، افزایش آسیب‌پذیری جسمی و روانشناختی فرد را به دنبال دارد. افزون بر آن نوع نگرش فرد به زندگی و برداشت او از رویدادها نیز در رفتار وی مؤثر است. چنانکه اپیکتتوس<sup>(۱)</sup> در قرن اول میلادی بیان نمود:

“انسانها نه بخاطر چیزها، بلکه بخاطر برداشتی که از آنها دارند بیمار می‌شوند” (ساراسون و ساراسون، ۱۳۷۷).

اندیشه اگر بازنگری و ارزیابی دوباره نشود، به ضد خود تبدیل می‌شود و به جای حل مشکل و رشد، ایستایی و رکود را در پی دارد. به بیان دیگر افکار غیر انطباقی علت بسیاری از رفتارهای غیر انطباقی مانند اعتیاد هستند (برنز<sup>(۲)</sup>، ۱۳۷۷).

بررسی‌های انجام شده توسط کالاج<sup>(۳)</sup> و همکاران (۱۹۹۴) نشان داد که گروه معتاد به میزان قابل توجهی نمرات DAS<sup>(۴)</sup> بالاتری نسبت به گروه گواه دارند و در نتیجه انجام شناخت درمانی را برای این بیماران لازم دانست.

دنوف<sup>(۵)</sup> (۱۹۸۷) نشان داد که عوامل شناختی و نظام باوری نوجوانانی که سوء مصرف مواد داشته‌اند نسبت به نوجوانانی که از مواد گریزان بوده‌اند به میزان چشمگیری متفاوت بوده است.

در بررسی کویرک<sup>(۶)</sup> (۱۹۹۸) بیشتر مصرف‌کنندگان مواد، دارای شیوه‌های مقابله‌ای غیر انطباقی گزارش

رابینسون<sup>(۷)</sup>، و والش<sup>(۸)</sup> (۱۹۹۴) گزارش نمودند نوجوانانی که پیوسته از مواد اعتیاد آور پرهیز نموده‌اند، راهکارهای مقابله‌ای بهتر و کاراتر و خودکفایی بیشتری نسبت به دیگران داشته‌اند و در نتیجه در موقعیتهای خطرناک میزان عود در آنان کمتر بوده است.

لویسنون<sup>(۹)</sup>، گوتلیب<sup>(۱۰)</sup> و سیلی<sup>(۱۱)</sup> (۱۹۹۵)، نداشتن مهارتهای مقابله‌ای کافی را یک عامل خطر مهم در شروع مصرف مواد در نوجوانان دانسته‌اند.

در بررسی ابراهیمی و موسوی (۱۳۷۸)، الگوی مقابله با استرس معتادین خود معرف با الگوی مقابله‌ای گروه گواه دارای تفاوت معنی دار گزارش گردیده است.

در این پژوهش شیوه‌های مقابله با استرس و نگرش معتادین به مواد مخدر به عنوان متغیرهای روانی - اجتماعی پیش آیند و مؤثر در بروز و عود اعتیاد مورد ارزیابی قرار گرفته است.

پرسشهای این پژوهش به شرح زیر بوده است:

- ۱- آیا میزان راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر حل مسئله در دو گروه معتاد و سالم تفاوت دارد؟
- ۲- آیا میزان راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر ارزیابی شناختی در دو گروه معتاد و سالم متفاوت است؟
- ۳- آیا در هنگام رویارویی با استرس میزان جلب حمایت اجتماعی در دو گروه متفاوت است؟
- ۴- آیا میزان راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر جسمانی کردن در دو گروه معتاد و سالم متفاوت است؟
- ۵- آیا میزان راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر مهار هیجانی در دو گروه متفاوت است؟ همچنین چندین متغیر

1-Epictetus	2-Burns
3-Calache	
4-Dysfunctional Attitude Scale	
5-Denoff	6-Quirk
7-Rabinson	8-Walsh
9-Lewinsohn	10-Gottlib
11-Secley	

عمده مرتبط با اعتیاد و آزمودنیها مورد بررسی قرار گرفت.

## روش

بررسی حاضر از نوع بررسیهای توصیفی - مقایسه‌ای است که در آن شیوه‌های مقابله با استرس و نگرشهای ناسالم در دو گروه معناد و غیر معناد مورد بررسی قرار گرفته است.

جامعه آماری پژوهش را جمعیت عمومی مردان شهر مشهد تشکیل داده‌اند. آزمودنیهای پژوهش شامل ۵۰ نفر از مردان معناد بوده است که از اواسط تیرماه ۱۳۷۸ تا اواسط مهرماه همان سال برای ترک اعتیاد به مرکز بهزیستی مشهد مراجعه کرده‌اند. ۵۰ نفر افراد سالم از جمعیت عمومی شهر مشهد که سابقه اعتیاد به مواد مخدر نداشته‌اند به عنوان گروه گواه انتخاب شدند.

شیوه نمونه‌گیری در گروه معناد روش تصادفی ساده بوده است که از میان مراجعه کنندگان به سازمان بهزیستی صورت گرفت. برای انتخاب نمونه محدودیت سنی وجود نداشت اما حداقل تحصیلات، پایان دوره ابتدایی و نداشتن هیچگونه بیماری جسمی مزمن و سابقه بستری در بیمارستان روانی و یا مراجعه به روانپزشک در نظر گرفته شده بود. در تمام موارد شرط انجام مصاحبه و پرکردن پرسشنامه‌ها، مناسب بودن حال بیمار از نظر وضعیت هوشیاری و آگاهی او بود؛ به طوری که با بیمارانی که در حالت نشئه بعد از مصرف مواد بوده و یا دچار نشانگان محرومیت و ناراحتی‌های جسمی - روانی ناشی از آن بودند مصاحبه صورت نمی‌گرفت.

پس از جلب اعتماد بیمار، پرسشنامه‌های CRI<sup>(۱)</sup> و DAS تکمیل می‌شد. در تمام موارد پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر خوانده می‌شد تا از پرکردن پاسخنانه از روی بی توجهی و یا بی اهمیت رد شدن از کنار مطالب در حد امکان جلوگیری شود. با وجود زیاد بودن پرسشها (بیش از ۷۰ پرسش) بیشتر آزمودنیها طی پرکردن پرسشنامه‌ها

به بیان درد دلها و برخی مشکلات خود می‌پرداختند که در نتیجه در مواردی مصاحبه ۲ تا ۲/۵ ساعت طول می‌کشید. گروهی نیز خواهان خدمات روانشناختی در زمینه مشکلات فردی و خانوادگی خود بودند که در حد امکان راهنمایی می‌شدند.

پس از اینکه ۵۰ نفر گروه معناد به طور کامل مورد ارزیابی قرار گرفتند گروه گواه با توجه به تناسب سن، تحصیلات، شغل و میزان درآمد با آنان، انتخاب شدند.

چون در گروه معناد کارگر، کارمند، راننده، دارای شغل آزاد و محصل وجود داشت، برای انتخاب گروه گواه به چند کارخانه واقع در حومه شهر مشهد، اداره کل جهاد سازندگی استان خراسان، چند آژانس تاکسی تلفنی مراجعه شد تا افراد سالمی که افزون بر شغل از نظر سن، تحصیلات و سطح درآمد نیز با گروه معناد همتا باشند مورد ارزیابی قرار گیرند. گفتنی است که یکی از شرطهای انتخاب گروه گواه، نکشیدن سیگار توسط آنان بود.

همه آزمودنیهای پژوهش مرد و در هر گروه ۴ نفر (۸٪) تحصیلات ابتدایی، ۱۳ نفر (۲۶٪) راهنمایی و ۱۹ نفر (۳۸٪) متوسطه و ۱۴ نفر (۲۸٪) تحصیلات عالی داشتند. گروهها از نظر شغل نیز همتاسازی شدند به صورتی که در هر گروه ۱۰ نفر (۲۰٪) کارمند، ۲۰ نفر (۴۰٪) کارگر، ۷ نفر (۱۴٪) شغل آزاد، ۷ نفر (۱۴٪) راننده و ۲ نفر (۴٪) محصل یا دانشجو بودند. ۴ نفر (۸٪) نیز بیکار بوده و هیچ شغلی نداشتند.

گروه معناد در دامنه سنی ۵۰-۱۷ سال با میانگین سنی ۲۸/۸ و انحراف معیار ۷/۱۶ و گروه گواه در دامنه سنی ۴۵-۱۷ سال با میانگین ۲۸/۳ و انحراف معیار ۶/۷۲ بود.

ابزار پژوهش به شرح زیر بود.

۱- پرسشنامه ویژگیهای جمعیت شناختی: این پرسشنامه برای گردآوری اطلاعاتی در زمینه ویژگیهای فردی و وضعیت گذشته آنان تهیه شده است.

۲- پرسشنامه پاسخهای مقابله‌ای:

بلینگز و موس (۱۹۸۱) این پرسشنامه را که دارای ۱۹ ماده است و در آن تجارب فشارزای گذشته و شیوه درگیری با رویدادهای یاد شده گنجانیده شده بود، برای ارزیابی پاسخهای مقابله‌ای تنظیم نمودند. پاسخهای مقابله‌ای با توجه به روایی صورتی<sup>(۱)</sup> به سه بخش شناختی فعال، رفتاری فعال و اجتنابی تقسیم شد.

در پژوهش حاضر از پرسشنامه ۳۲ ماده‌ای و ۴ گزینه‌ای که توسط دژکام و همکاران (۱۳۷۶) تنظیم گردیده استفاده شده است. در تنظیم دوباره ضریب پایایی ۰/۷۹ برای نمره کل از طریق بازآزمایی، برای مقابله مبتنی بر حل مسئله با سه ماده مقدار پایایی ۰/۹۰/۲=، برای مقابله مبتنی بر مهار هیجانی با ۱۱ ماده ۰/۶۵/۲= و مقابله مبتنی بر ارزیابی شناختی با ۵ ماده ۰/۶۹/۲=، برای مقابله مبتنی بر جسمانی کردن مشکلات با ۹ ماده ۰/۹۰/۲= و برای مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی با ۴ ماده ۰/۹۰/۲= بدست آمده است.

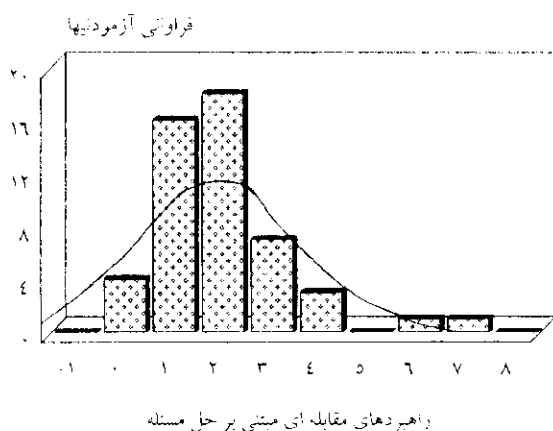
داده‌های پژوهش به کمک روش آماری t و ضریب همبستگی پیرسون در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

آزمون آماری t در دو گروه معتاد و گواه از نظر سنی تفاوت معنی داری را نشان نداد. درآمد گروه معتاد از ۲۰ هزار تومان تا حداکثر ۲۰۰ هزار تومان با میانگین ۶۵/۲ و انحراف معیار ۴۱/۶ بود. در گروه سالم دامنه میزان درآمد از ۳۰ تا ۱۰۰ هزار تومان با میانگین ۵۹/۷ و انحراف معیار ۲۱ بود. آزمون آماری t دو گروه را از نظر وضعیت درآمد دارای تفاوت معنی دار نشان نداد.

در پاسخ به پرسش اول و دوم پژوهش، یافته‌ها گویای آن هستند که افراد سالم راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر حل مسئله و ارزیابی شناختی را بیشتر از معتادان به کار می‌برند (نمودار ۱ و ۲) که این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود ( $P < 0/01$ ).

نمودار ۱- فراوانی روشهای حل مسأله در گروه معتاد و نمودار پرازش شده بهنجار



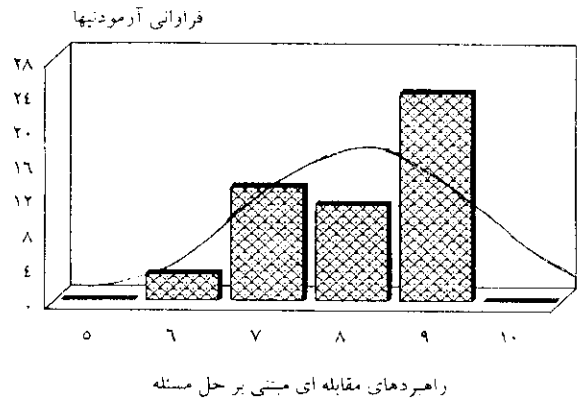
۳- مقیاس نگرشهای ناسالم: این مقیاس که ابزاری پژوهشی است، یک پرسشنامه خود سنجی است و دارای ۴۰ سؤال می‌باشد (وایسمن<sup>(۲)</sup> و بک<sup>(۳)</sup>، ۱۹۷۸). برای هر پرسش ۷ درجه در نظر گرفته شده است که هر درجه، میزان پای بندی و نگرش نامناسب فرد را نسبت به محتوای هر پرسش نشان می‌دهد و نمرات بالا (نمرات ۶ و ۷) در هر پرسش نشان دهنده نگرشهای ناسالم می‌باشد. این مقیاس از جمله مقیاسهای معتبر به شمار آمده و ویژگیهای روان سنجی آن رضایت بخش گزارش گردیده است. همسانی درونی بالا با ضریب آلفای ۰/۹۰ و ثبات کافی (۰/۷۳/۲=)، در طول شش هفته از ویژگیهای برجسته آن است (بلاک<sup>(۴)</sup> و هرسن<sup>(۵)</sup>، ۱۹۸۸).

پایایی این مقیاس با روش دو نیمه کردن و استفاده از فرمول تصحیح اسپیرمن - براون محاسبه گردید و ضریب پایایی ۰/۸۴ بدست آمد.

- 1-face validity
- 2-Weissman
- 3-Beck
- 4-Bellack
- 5-Hersen

## نمودار ۲- فراوانی روشهای حل مسأله در گروه گواه و

نمودار پرازش شده بهنجار



در پاسخ به پرسشهای سوم و چهارم، یافته‌های پژوهش نشان داد که هنگام برخورد با استرس جلب حمایت اجتماعی در گروه معنادار به طور معنی داری کمتر و جسمانی کردن بیشتر از گروه گواه است ( $P < 0/01$ ).

معنادار راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر مهار هیجانی را بیشتر از افراد سالم به کار می‌برند که این تفاوت نیز از نظر

آماري معنی دار بود ( $P < 0/01$ ). یافته‌های پژوهش در پاسخ به پرسش ششم نشان داد که نگرشهای گروه معنادار و گروه گواه تفاوت دارند، طوری که نگرشهای ناسالم در گروه معنادار به میزان چشمگیری بیشتر از گروه سالم است (۱۹۰ در برابر ۹۰) که در نمودار ۳ دیده می‌شود. همچنین این بررسی نشان داد که در گروه معنادار تحصیلات، وضعیت تأهل و شغل فرد رابطه‌ای با شیوه‌های مقابله‌ای و نگرشهای ناسالم آنها ندارد. این مسئله به دلیل آنکه شمار آزمودنیهای پژوهش در برخی گروهها کمتر از حدی بود که بتواند بیانگر کل افراد معنادار در آن گروه خاص باشد قابل توجیه است.

متغیرهای اصلی پژوهش، در معنادار ارتباطی با سن و طول مدت مصرف مواد نداشت و با میزان درآمد فرد نیز تغییری نمی‌کرد. شیوه‌های مقابله‌ای و نگرشهای ناسالم با نوع ماده مصرفی فرد معنادار ارتباطی نداشت. یافته‌های مربوط به همبستگی میان متغیرها در جدول ۱ نشان داده شده است.

نمودار ۳- میانگین نگرشهای ناسالم و میزان شیوه‌های مقابله در آزمودنیهای اصلی پژوهش به تفکیک دو گروه معنادار و گواه



به طور کلی یافته‌های پژوهش نشان داد که معنادان از راهبردهای مقابله‌ای حل مسئله، ارزیابی شناختی و جلب حمایت اجتماعی کمتر و از راهبردهای مقابله‌ای جسمانی کردن و مهار هیجانی بیشتر از افراد سالم استفاده می‌کنند. به بیان دیگر آنها به جای مقابله معطوف به مشکل که قصد آن از میان برداشتن مشکل و یا تعدیل آن است، مقابله هیجان مدار را به کار می‌گیرند که در این نوع مقابله، فرد بیشتر در پی آن است تا پیامدهای هیجانی عامل استرس‌زا را مهار کند. این افراد تحت تأثیر هیجانهای خویش قرار داشته و به جای تمرکز بر مشکلات، در مجموعه‌ای از رفتارها درگیر می‌شوند که در ابتدا جهت کاهش و یا حذف این واکنشهای هیجانی منفی طرح‌ریزی می‌شوند. چنین تلاشهایی در گروه معتاد اغلب منجر به عواطف منفی بیشتری شده و میزان آشفتگی آنها را افزایش می‌دهد. این امر با نتایج کوئیرک (۱۹۹۸)، روبینسون (۱۹۹۴)، لوینسون (۱۹۹۵)، ابراهیمی و موسوی (۱۳۷۸) همخوانی دارد.

یافته‌های پژوهش در پاسخ به پرسش ششم نشان داد که نگرشهای ناسالم در گروه معتاد به میزان چشمگیری بالاتر از گروه شاهد است. این مسئله نیز با نتایج کلاچ (۱۹۹۴) و دینوف (۱۹۸۷) همخوانی دارد. بالاتر بودن نگرشهای ناسالم در معنادان بر لزوم استفاده از شناخت درمانی در این بیماران تأکید می‌کند.

الگوی مقابله با استرس معنادین که یک روش ناسالم در کنار آمدن با شرایط فشارزا است باید به کمک آموزش مهارت‌های مقابله‌ای تصحیح شود. موتتی<sup>(۱)</sup> (۱۹۹۷) گزارش نمود سوء مصرف کنندگانی که تحت آموزش مهارت‌های مقابله‌ای قرار می‌گرفتند، مواد کمتری مصرف می‌کردند و طولانی‌ترین دوره مصرف مواد در آنها کوتاهتر از گروه گواه بود.

در بررسی دیگری کاستلانی<sup>(۲)</sup> (۱۹۹۷)، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای را یک درمان خوش خیم و مؤثر برای

غلبه بر استرس و در نتیجه پیشگیری از عود دانست.

چنی<sup>(۳)</sup> و همکارانش (۱۹۸۹) بیان کردند که سنگ بنای رفتار درمانی در مسائل مربوط به سوء مصرف مواد در "آموزش مهارت‌ها" گذاشته شده است، مانند مقاومت در برابر فشارهای اجتماعی، افزایش عزت نفس، آرام سازی و مقابله با استرس و ارتباطات بین فردی (گالاتر<sup>(۴)</sup>) و همکاران، (۱۹۹۴).

این بررسی نشان داد که شیوه‌های مقابله با استرس در معنادین و نگرشهای آنها ارتباطی با سن و طول مدت مصرف مواد نداشته است. این امر شاید به این علت باشد که طرحواره‌ها و ساختهای شناختی و همچنین شیوه‌های برخورد با استرس، از زمان کودکی آموخته شده و به تدریج تا اواخر نوجوانی در فرد شکل می‌گیرند. بنابراین با سن فرد یا طول مدت مصرف مواد ارتباطی ندارد.

یافته‌های پژوهش گویای آن است که وجود نگرشها و شیوه‌های ناسالم مقابله با استرس در هر فرد با هر طبقه اجتماعی و اقتصادی آسیب پذیری وی در برابر اعتیاد را به دنبال دارد.

این بررسی همچنین ارتباطی میان نگرشها و شیوه‌های ناسالم مقابله با استرس با نوع ماده مصرفی نشان نداد. یافته‌های پژوهش نشان دادند که با وجود نگرشهای سالمتر و کارآمدتر در فرد، حل مسئله، ارزیابی شناختی و جلب حمایت اجتماعی در هنگام بروز مشکل بیشتر و استفاده از مهار هیجانی و جسمانی کردن کمتر است.

داده‌های پژوهش به کمک پرسشنامه خودسنجی جمع‌آوری شده‌اند که همانند سایر پژوهشهای گذشته نگر پاسخ آزمودنیها دارای سوگیری بوده و از دقت کمتری برخوردارند، از این رو در تعمیم پذیری داده‌ها باید جانب احتیاط را در نظر داشت. محدودیت دیگر این پژوهش آن است که یافته‌های به دست آمده اختصاص به مردان دارد و به علت عدم حضور زنان در نمونه‌گیری، نتایج تنها در

جدول ۱- میزان همبستگی محاسبه شده میان شیوه‌های مقابله و حل مسئله در آزمودنیهای پژوهش

متغیرها	حل مسئله	ارزیابی شناختی	جلب حمایت اجتماعی	جسمانی کردن	مهار هیجانی	نگرشهای ناسالم
حل مسئله	۱	۰/۸۳**	۰/۴۹**	-۰/۶۶**	-۰/۵۲**	-۰/۸۹**
ارزیابی شناختی	۰/۸۳**	۱	۰/۴۵**	-۰/۶۲**	-۰/۵۲**	-۰/۸۲**
جلب حمایت اجتماعی	۰/۴۹**	۰/۴۵**	۱	-۰/۲۹*	-۰/۲۴*	-۰/۴۸**
جسمانی کردن	-۰/۶۶**	-۰/۶۳**	-۰/۲۹*	۱	۰/۶۸**	۰/۷۱**
مهار هیجانی	-۰/۵۲**	-۰/۵۲**	-۰/۲۴*	۰/۶۸**	۱	۰/۵۹**
نگرشهای ناسالم	-۰/۸۹**	-۰/۸۲**	-۰/۴۸**	۰/۷۱**	۰/۵۹**	۱

\* $p < 0.01$       \*\* $p < 0.001$

مورد مردان قابل تعمیم است.

پیشنهاد می‌شود برای کنترل بیشتر متغیرهایی که ممکن است پیش از ابتلاء در ایجاد اعتیاد مداخله کنند، پژوهشهای آینده نگر ضروری به نظر می‌رسد که می‌تواند نقش سبب شناختی این عوامل را روشن‌تر سازد. از جنبه کاربردی نتایج پژوهش را می‌توان در زمینه پیشگیری از اعتیاد توسط روانشناسان بالینی و روانپزشکان به کار گرفت و از بروز، تشدید یا خسارت‌های ناشی از این بیماری کاست.

## منابع

ابراهیمی، الف؛ موسوی، غ. (۱۳۷۸). بررسی الگوی مقابله با استرس در معتادین خود معرف مرکز تحقیقات و پیشگیری اعتیاد اصفهان و مقایسه با گروه کنترل. مقاله ارائه شده در چهارمین کنگره سراسری استرس. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران. تهران، ۲۸-۲۵ خرداد ماه.

برنز، د. (۱۳۷۷). روانشناسی افسردگی. ترجمه مهدی قراچه داغی. تهران: نشر دایره.

پاول، ت. ج.؛ انرایت، س. ج. (۱۳۷۸). کنترل اضطراب و فشارهای روانی. ترجمه مهرداد پڑهان. اصفهان: انتشارات غزل.

ساراسون، ای. جی؛ ساراسون، ب. ر. (۱۳۷۷). روانشناسی

مرضی. ترجمه دکتر بهمن نجاریان، دکتر محمد علی اصغری مقدم، محسن دهقانی. تهران: انتشارات رشد.

مهریار، الف. ه.، جزایری، م. (۱۳۷۷). اعتیاد: پیشگیری و درمان. تبریز: نشر روان پویا.

Bellack A. S., Hersen, M. (1988). *Behavioral assessment*. New York: Pergamon Press.

Calache, J., Martinez, R. Verhulst, S. J. Bourgeois, M. Peyre, F. (1994). Dysfunctional attitudes in depressed and non - depressed substance abusers. *European Psychiatry*, 9, 77-82.

Castellani, B. Wedge Worth, R. Wootton, E., & Rugle, L. (1997). A bi-directional theory of addiction: examining coping and the factors related to substance relapse. *Addictive Behaviors*, 22, 139-144.

Denoff, M. S. (1987). Irrational beliefs as predictors of adolescent drug abuse and running away. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 412-423.

Galanter, M. Kleber, H. D. (1994). Textbook of substance abuse treatment. Washington: *American Psychiatric Press*. Inc.

Lewinsohn, P. M.; Gotlib, I. H. Seeley, J. R. (1995). Adolescent Psychopathology: Specificity of Psycho-

social risk factors for depression and substance abuse in older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1221-1229.

Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Michalec, E. Martin, R. A. Abrams, D. B. (1997). Brief coping skills treatment for cocaine abuse: Substance use outcomes at three months. *Addiction*, 92, 1717-1728.

Quirk, S. W., & McCormick, R. A. (1998). Personality subtypes, coping styles, symptom correlates, and substances of choice among a cohort of substance abusers. *Assessment*, 5, 157-169.

Robinson, S. M. Walsh, J. (1994). Cognitive factors affecting abstinence among adolescent polysubstance abusers, *Psychological Reports*, 75, 579-589.