

Comparing the Effectiveness of Psychological Training Package on Substance Abuse Prevention and Cognitive-Behavioral Therapy on Resilience and Perceived Loneliness of Students Prone to Substance Abuse

Khazae R¹, *Manshaee Gh², Atashpoor SH², Golparvar M²

Author Address

1. PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran;

2. Associate Professor in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

*Corresponding Author Email: smanshaee@yahoo.com

Received: 2021 May 19; Accepted: 2021 July 16

Abstract

Background & Objectives: Substance use is one of the health, medical, and social problems of the world today. Currently, global drug use among adolescents is increasing. People prone to drug abuse become addicted when exposed to drugs, so it is necessary to identify the weak and aggravating factors of this process and provide solutions to prevent drug use. Recently, resilience has emerged as an important concept in health psychology. Resilience is an important protective factor in substance abuse and increases the ability to tolerate and adapt to life crises and overcome them. Another variable that affects people's tendency to use drugs is perceived loneliness. The constant feeling of loneliness is worrying. Thus, the present study was conducted to compare the effects of the psychological training package on substance abuse prevention and cognitive-behavioral therapy on the resilience and perceived loneliness of students prone to substance abuse.

Methods: The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest and follow-up design with a control group. From the students prone to substance abuse in the second secondary school of boys' schools in Isfahan City, Iran, in the first half of 2019, 45 students were purposefully selected and 15 students were assigned to the three groups (two experimental and one control group). The inclusion criteria were as follows: desire and satisfaction to participate in the research, obtaining a score of more than 80 on the Addiction Potential Scale (Weed et al., 1992), having physical health, lacking a history of drug and alcohol abuse, not suffering from acute or chronic mental disorders (confirmed by a psychiatrist or clinical psychologist), and not participating in parallel treatment during the research period. The exclusion criteria were non-cooperation and not doing the tasks presented in the sessions and absence of more than two sessions during the two interventions. The Connor-Davidson Resilience Scale (Connor & Davidson, 2003) and the Perceived Loneliness Questionnaire (Russell et al., 1980) were used to examine the dependent variables in the research stages. The first experimental group underwent 8 sessions of a psychological training package for substance abuse prevention and the second experimental group underwent 8 sessions of cognitive-behavioral therapy, and the control group did not receive any treatment. In the statistical analysis of the data, at the descriptive level, mean and standard deviation were used. Also, at the inferential level, the data were analyzed by the Chi-square test, analysis of variance with repeated measures, and Bonferroni post hoc test at a significance level of 0.05 by SPSS version 23 software.

Results: The results showed that the effect of time, the interaction effect of time and group, and the effect of group membership on variables of resilience and perceived loneliness were significant ($p < 0.05$). There was no significant difference between the scores of the variables of resilience and loneliness of the three groups (two experimental groups and one control group) in the pretest ($p > 0.05$). However, in the posttest and follow-up stages, a significant difference was observed between the scores of the control group with the psychological training group for substance abuse prevention, and the cognitive-behavioral therapy group ($p < 0.05$). Also, there was a significant difference between the resilience variable scores in the posttest and follow-up between the psychological training group for substance abuse prevention and the cognitive-behavioral therapy group ($p < 0.05$). However, no significant difference was observed between the variable scores of loneliness in the posttest and follow-up between the psychological training group for substance abuse prevention and the cognitive-behavioral therapy group ($p > 0.05$).

Conclusion: Based on the results of the present study, the effectiveness of the psychological training package for substance abuse prevention and cognitive-behavioral therapy is suggested as an effective interventions on the resilience and loneliness. But the effectiveness of the psychological training package for substance abuse prevention in the resilience variable is more than cognitive-behavioral therapy.

Keywords: Substance abuse, Resilience, Perceived loneliness, Psychological training package for substance abuse prevention, Cognitive-behavioral therapy.

مقایسه اثربخشی بسته آموزشی روان‌شناختی پیشگیری از سوء مصرف مواد و درمان شناختی- رفتاری بر تاب‌آوری و احساس تنهایی ادراک‌شده دانش‌آموزان مستعد سوء مصرف مواد

روح‌الله خزایی^۱، * غلامرضا منشئی^۲، سیدحمید آتش‌پور^۲، محسن گلپور^۲

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران؛

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

*رأباناامه نویسنده مسئول: smanshaee@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۹ اردیبهشت ۱۴۰۰؛ تاریخ پذیرش: ۲۵ تیر ۱۴۰۰

چکیده

مقدمه و هدف: افراد مستعد سوء مصرف مواد، اگر در معرض مواد مخدر قرار بگیرند، معتاد می‌شوند؛ بنابراین لازم است راهکارهایی برای پیشگیری از سوء مصرف مواد ارائه شود. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی بسته آموزشی روان‌شناختی پیشگیری از سوء مصرف مواد و درمان شناختی- رفتاری بر تاب‌آوری و احساس تنهایی ادراک‌شده دانش‌آموزان مستعد سوء مصرف مواد اجرا شد.

روش بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. از دانش‌آموزان مستعد سوء مصرف مواد دوره متوسطه دوم مدارس پسرانه شهر اصفهان در نیمه اول سال ۱۳۹۸، ۴۵ دانش‌آموز به‌صورت هدفمند وارد مطالعه شدند و به‌طور تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از مقیاس استعداد سوء مصرف مواد (وید و همکاران، ۱۹۹۲)، مقیاس تاب‌آوری کانر- دیویدسون (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) و پرسش‌نامه احساس تنهایی ادراک‌شده (راسل و همکاران، ۱۹۸۰) استفاده شد. صرفاً گروه آزمایش اول در هشت جلسه بسته آموزشی روان‌شناختی پیشگیری از سوء مصرف مواد و گروه آزمایش دوم در هشت جلسه درمان شناختی- رفتاری را دریافت کردند. داده‌ها از طریق آزمون خی‌دو، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شد.

یافته‌ها: اثر زمان، اثر متقابل زمان و گروه و اثر گروه بر متغیرهای تاب‌آوری و احساس تنهایی ادراک‌شده معنادار بود ($p < 0/05$). در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در نمرات متغیرهای مذکور بین گروه گواه با گروه‌های آزمایش تفاوت معناداری مشاهده شد ($p < 0/05$). در نمرات متغیر تاب‌آوری در پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌های آزمایش تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/05$)؛ اما در نمرات متغیر احساس تنهایی در پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌های آزمایش تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p > 0/05$). **نتیجه‌گیری:** باتوجه به یافته‌های پژوهش، درمان شناختی- رفتاری و بسته آموزشی روان‌شناختی پیشگیری از سوء مصرف مواد باعث بهبود تاب‌آوری و احساس تنهایی ادراک‌شده دانش‌آموزان مستعد سوء مصرف مواد می‌شوند؛ ولی اثربخشی بسته آموزشی روان‌شناختی پیشگیری از سوء مصرف مواد در متغیر تاب‌آوری بیشتر از درمان شناختی- رفتاری است. **کلیدواژه‌ها:** سوء مصرف مواد، تاب‌آوری، احساس تنهایی ادراک‌شده، بسته آموزشی روان‌شناختی پیشگیری از سوء مصرف مواد، درمان شناختی- رفتاری.

می‌دهد و مانع از درگیر شدن وی در رفتارهای پرخطری مانند سوءمصرف مواد می‌شود (۱۰)؛ بنابراین تلاش برای بهبود تاب‌آوری در نوجوانان مستعد سوءمصرف مواد می‌تواند در مسیر هدف این پژوهش کمک‌کننده باشد.

مداخلات روان‌شناختی متعددی در راستای کمک به افراد دارای سوءمصرف مواد پیشنهاد شده است؛ یکی از درمان‌های بسیار پرکاربرد و امیدوارکننده استفاده شده در این زمینه، درمان شناختی-رفتاری^۴ است (۱۱). شواهد زیادی از بررسی‌های کمی، اثربخشی این درمان را به منظور درمان اعتیاد مواد به مصرف الکل و مواد مخدر پشتیبانی می‌کنند (۱۲، ۱۳).

درمان شناختی-رفتاری فرض می‌کند که افراد مستعد سوءمصرف مواد با فراگیری مهارت‌های مقابله‌ای^۵، می‌توانند از روی‌آوری به راهبردهای ناکارآمد رفتاری مانند سوءمصرف مواد جلوگیری کنند. براساس این نظریه، عوامل شناختی عامل مهم حفظ رفتار به‌شمار می‌آید. مفروضه مهم این درمان آن است که انسان‌ها برحسب ادراک خود از وقایع مختلف به آن واکنش نشان می‌دهند و غلط‌بودن شناخت‌ها موجب مشکلات هیجانی در فرد می‌شود. به همین دلیل هدف درمان شناختی-رفتاری، اصلاح شناخت‌های معیوب است (۱۴).

در همین راستا محمدی و رامش دریافتند، درمان شناختی-رفتاری گروهی بر کاهش اعتیاد به اینترنت و احساس تنهایی پسران دانش‌آموز دبیرستانی مؤثر است (۱۵). عبدی زرین و مهدوی نشان دادند، درمان شناختی-رفتاری منجر به افزایش خودکارآمدی و تاب‌آوری معتادان مراجعه‌کننده به کمپ‌های ترک سوءمصرف مواد می‌شود (۱۶). قاسمی ثانی گزارش کرد، گروه درمانی شناختی-رفتاری بر افزایش تاب‌آوری و کاهش ترس از ارزیابی منفی معتادان اثرات مثبت دارد (۱۷). این یافته‌ها در مطالعات جویس و همکاران (۱۸) و یاماتو و همکاران (۱۹) نیز تأیید شد. جویس و همکاران نشان دادند، مداخلات شناختی-رفتاری بر افزایش تاب‌آوری افراد اثر می‌گذارد (۱۸). یاماتو و همکاران دریافتند، این درمان بر افزایش تاب‌آوری نوجوانان تأثیر دارد (۱۹). کال و همکاران طی دو مطالعه علاوهر تأیید اثر مثبت درمان شناختی-رفتاری بر احساس تنهایی، بر ماندگاری دوساله آن تأکید داشتند (۲۰، ۲۱)؛ بالین حال محققان درمان شناختی-رفتاری نتیجه گرفتند، سه‌چهارم افرادی که دوره درمانی را کامل نموده‌اند، در فاصله یک سال پس از درمان عود را تجربه کرده‌اند (۲۲)؛ بنابراین تدوین برنامه‌هایی نوین به‌منظور توجه صرف بر پیشگیری از مصرف مواد مخدر برای کاهش آمار سوءمصرف مواد در جامعه ضروری است که در پژوهش حاضر به آن توجه شد. پیشگیری از سوءمصرف مواد مسئله‌ای پیچیده و چندبُعدی به‌شمار می‌رود که اغلب به تلاش‌های مستمر و مراقبت‌های تخصصی نیاز دارد و مستلزم ارائه راهکارهایی مبتنی بر ویژگی‌های خاص این گروه است.

درمان‌هایی مثل درمان شناختی-رفتاری که تاکنون خط اول درمان‌های روان‌شناختی در زمینه اعتیاد به‌شمار می‌روند، دارای ضعف‌هایی

دوران نوجوانی، مرحله‌ای در زندگی انسان است که سال‌های پس از شروع بلوغ تا شروع بزرگسالی را در بر می‌گیرد. در این مرحله، تجربه‌های مهم‌تر و حساس‌تر عاطفی و اجتماعی و هیجانی زندگی افراد رخ می‌دهد (۱). تغییرات پویای بیولوژیک، روانی و رفتاری دوران نوجوانی است که به‌واسطه ایجاد تغییرات در مدار پاداش مغز، باعث آسیب‌پذیری بیشتر آنان درقبال سوءمصرف مواد می‌شود (۲). براساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۶، سوءمصرف مواد^۲ به‌عنوان الگوی غیرانطباقی مصرف یک ماده مخدر که به ناراحتی درخور توجه بالینی منجر می‌شود، تعریف می‌گردد و با علائمی مانند تحمل و محرومیت و ولع برای مصرف همراه است و باوجود داشتن عوارض فیزیولوژیک و روان‌شناختی و اجتماعی، فرد به مصرف آن ادامه می‌دهد (۳). پیش از آنکه فرد مصرف مواد را شروع کند، ابتدا باید بستری برای ظهورش فراهم شود. به این بستر و آمادگی حاصل از این زمینه، استعداد سوءمصرف مواد می‌گویند. سازه استعداد سوءمصرف مواد (آمادگی برای سوءمصرف مواد)، آمادگی یا آسیب‌پذیری درمقابل سوءمصرف مواد را ارزیابی می‌کند؛ صرف‌نظر از اینکه فرد در حال حاضر سوءمصرف مواد داشته یا نداشته باشد (۴)؛ بنابراین توجه به سازه‌های مرتبط با استعداد سوءمصرف مواد نوجوانان می‌تواند در پیشگیری از وقوع سوءمصرف مواد در این گروه و کاهش آمار شیوع سوءمصرف مواد در جامعه حائز اهمیت باشد (۵).

یکی از سازه‌های مرتبط با استعداد به اعتیاد در نوجوانان، احساس تنهایی ادراک‌شده^۳ است و می‌توان آن را به‌عنوان نارسایی و ضعف محسوس در روابط بین‌فردی تعریف کرد که به نارضایتی از روابط اجتماعی منجر می‌شود (۶). به‌عبارت‌دیگر تنهایی به‌عنوان احساس ناراحتی از انزوا و طرد توسط دیگران تعریف شده است (۷). احساس تنهایی ممکن است مداوم یا موقتی باشد. احساس تنهایی موقتی غالباً موقعیتی و تجربه‌ای عادی است؛ ولی احساس مداوم تنهایی، نگران‌کننده است. ادراک فقدان ارتباط با دیگران، احساس تعلق‌داشتن را ناکام می‌گذارد و می‌تواند پیامدهای زیان‌باری روی سلامت جسمی و روانی داشته باشد (۷). نتایج پژوهش جهان‌تغ نشان داد که احساس تنهایی، سهم درخور توجهی از گرایش فرد به سوءمصرف مواد را تبیین می‌کند؛ در نتیجه ارائه مداخلات روان‌شناختی در این زمینه باید مدنظر قرار گیرد (۸).

سازه تاب‌آوری^۴ نیز می‌تواند در استعداد نوجوان به سوءمصرف مواد اثرگذار باشد (۹). تاب‌آوری، عامل مهم حفاظت‌کننده در حوزه سوءمصرف مواد است و توانایی تحمل و سازگاری با بحران‌های زندگی و غلبه بر آن‌ها را افزایش می‌دهد. نظریه تاب‌آوری بیان می‌کند، همه افراد صرف‌نظر از وضعیت سلامت روان فعلی، می‌توانند با کمک و پشتیبانی‌های مؤثر، از ذهنی سالم و مهارت‌های تاب‌آوری بهره‌مند شوند و هرچند تمرکز صرف بر توسعه تاب‌آوری منجر به زندگی بدون خطر نمی‌شود، توانایی فرد را در حمایت از خود و ارزش‌هایش افزایش

4. Resilience

5. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

6. Coping skills

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)

2. Substance abuse

3. Perceived loneliness

هستند؛ برای مثال امکان عود و بازگشت افراد به مصرف مواد را پس از قطع درمان با خود به همراه دارند. در این درمان‌ها فقط بر جنبه‌های شناختی در درمان تأکید می‌شود؛ همچنین در زمینه اثربخشی بسته‌های جامع که دربرگیرنده عوامل روان‌شناختی، خانوادگی و اجتماعی باشد، کمبود پیشینه پژوهشی وجود دارد؛ از این رو در پژوهش حاضر سعی شد اثربخشی بسته آموزشی روان‌شناختی برای پیشگیری از مصرف مواد در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری به عنوان یکی از درمان‌های بسیار امیدوارکننده در راستای کمک به افراد مستعد یا وابسته به مواد مخدر تحلیل شود؛ بنابراین هدف از انجام این پژوهش، مقایسه اثربخشی بسته آموزشی روان‌شناختی پیشگیری از سوءمصرف مواد با درمان شناختی-رفتاری بر تاب‌آوری و احساس تنهایی ادراک‌شده دانش‌آموزان مستعد سوءمصرف مواد بود.

۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه و دوره پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش را دانش‌آموزان مستعد سوءمصرف مواد دوره متوسطه دوم مدارس پسرانه شهر اصفهان در نیمه اول سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از آنجا که حداقل حجم نمونه در مطالعات آزمایشی پانزده نفر در هر گروه است (۲۳)، از میان جامعه آماری مذکور، ۴۵ دانش‌آموز برپایه ملاک‌های ورود و خروج به صورت هدفمند وارد مطالعه شدند. سپس به روش تصادفی از طریق قرعه‌کشی در سه گروه درمان شناختی-رفتاری و آموزش روان‌شناختی پیشگیری از سوءمصرف مواد و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند؛ یعنی پانزده نفر درمان شناختی-رفتاری و پانزده نفر آموزش روان‌شناختی پیشگیری از سوءمصرف مواد را دریافت کردند و پانزده نفر در گروه گواه قرار گرفتند که هیچ مداخله‌ای برای آن‌ها ارائه نشد. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: تمایل و رضایت برای شرکت در پژوهش؛ کسب نمره بیشتر از ۸۰ در مقیاس استعداد سوءمصرف مواد^۱ (۲۴)؛ دارا بودن سلامت جسمانی؛ نداشتن سابقه سوءمصرف مواد مخدر و الکل؛ مبتلانی بودن به اختلالات روانی حاد یا مزمن (تأییدشده توسط توسط روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی)؛ شرکت نکردن در دوره درمانی موازی در طول زمان انجام پژوهش. معیارهای خروج، همکاری نکردن و انجام‌ندادن تکالیف ارائه‌شده در جلسات و غیبت بیش از دو جلسه در طول دو مداخله بود. اصول اخلاقی رازداری، استفاده از داده‌ها تنها در راستای اهداف پژوهش، آزادی و اختیار کامل شرکت‌کنندگان برای انصراف از ادامه شرکت در پژوهش و اطلاع‌رسانی دقیق در صورت درخواست شرکت‌کنندگان از نتایج همراه با آموزش گروه گواه پس از اتمام درمان دو گروه آزمایش بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش به کار رفت.

- مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون^۲: این مقیاس توسط کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹ تا ۱۹۹۱ حوزه تاب‌آوری تهیه شد (۲۵). تهیه‌کنندگان مقیاس باور داشتند که این

پرسش‌نامه به‌خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی است و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی استفاده شود. این مقیاس شامل ۲۵ عبارت است که براساس طیف لیکرت ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود. مؤلفه‌های این مقیاس عبارت است از: زیرمقیاس تصور از شایستگی فردی: ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۲۳، ۲۴، ۲۵؛ زیرمقیاس اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی: ۶، ۷، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۱۹، ۲۰؛ زیرمقیاس پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن: ۱، ۲، ۴، ۵، ۸؛ زیرمقیاس کنترل: ۱۳، ۲۱، ۲۲؛ زیرمقیاس تأثیرات معنوی: ۳، ۹ (۲۵). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش کانر و دیویدسون ۰/۸۹ گزارش شد. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش ابزارآزمایی در فاصله چهارهفته‌ای ۰/۸۹ به‌دست آمد (۲۵). نسخه فارسی این مقیاس توسط جوکار تهیه شد. ضریب پایایی بازآزمون برابر با ۸۹ درصد بود (۲۶).

- پرسش‌نامه احساس تنهایی^۳: این پرسش‌نامه توسط راسل و همکاران در سال ۱۹۸۰ ساخته شد که شامل بیست سؤال چهارگزینه‌ای، ده جمله منفی و ده جمله مثبت است (۲۷). در این پرسش‌نامه، هرگز امتیاز یک، به‌ندرت امتیاز دو، گاهی امتیاز سه و همیشه امتیاز چهار را دارد و امتیاز سؤالات ۱، ۵، ۶، ۹، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۹، ۲۰ معکوس است. به این معنا که هرگز امتیاز چهار، به‌ندرت امتیاز سه، گاهی امتیاز دو و همیشه امتیاز یک می‌گیرد. دامنه نمره‌ها بین بیست (حداقل) و هشتاد (حداکثر) و نمره میانگین، پنجاه است. نمره بیشتر از میانگین، بیانگر شدت بیشتر احساس تنهایی است. نتیجه مقیاس روی پیوستاری، از احساس تنهایی شدید تا ارتباطی اجتماعی مؤثر قرار می‌گیرد (۲۷). در پژوهش راسل و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه ۰/۸۴ گزارش شد (۲۷). حجتی و همکاران این پرسش‌نامه را به فارسی ترجمه کردند و آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۹ به‌دست آوردند (۲۸).

- مقیاس استعداد سوءمصرف مواد: این مقیاس توسط وید و همکاران در سال ۱۹۹۲ ساخته شد (۲۴). مقیاس از دو عامل تشکیل شده است و ۳۶ ماده به‌اضافه پنج ماده دروغ‌سنج دارد (درمجموع ۴۱ سؤال). این مقیاس ترکیبی از دو عامل استعداد فعال و استعداد منفعل است. استعداد فعال به رفتارهای ضداجتماعی، میل به مصرف مواد، نگرش مثبت به مواد، افسردگی و هیجان‌خواهی، مربوط می‌شود و در عامل دوم (استعداد منفعل) ماده‌های بیشتر مربوط به نبود ابزار وجود و افسردگی است. نمره‌گذاری هر سؤال روی پیوستاری از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۳ (کاملاً موافقم) است؛ البته این شیوه نمره‌گذاری در سؤالات ۱۲، ۱۵، ۲۱ و ۳۳ معکوس خواهد شد. این مقیاس دارای عامل دروغ‌سنج است که شامل سؤالات ۱۲، ۱۵، ۲۱ و ۳۳ می‌شود. برای به‌دست‌آوردن امتیاز کلی مقیاس باید مجموع امتیازات تک‌تک سؤالات (به‌غیر از عامل دروغ‌سنج) را باهم جمع کرد. این نمره دامنه‌ای از صفر تا ۱۰۸ خواهد داشت. نمرات بیشتر به‌منزله آمادگی بیشتر فرد پاسخ‌دهنده برای سوءمصرف مواد است و برعکس (۲۴). در ایران در پژوهش زرگر و همکاران، به‌منظور محاسبه روایی این

۳. Perceived Loneliness Questionnaire

۱. Addiction Potential Scale (APS)

۲. Connor-Davidson Resiliency Scale (CD-RISC)

شده بود و خدایاری فرد و عابدینی آن را ترجمه و برای جامعه ایرانی استفاده کردند، این بسته در پژوهش حاضر به کار رفت (۳۰). خلاصه محتوای جلسات درمان شناختی-رفتاری در جدول ۲ ارائه شده است. فرایند اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از گمارش تصادفی شرکت کنندگان در سه گروه، شامل دو گروه آزمایش و یک گروه گواه، در مرحله پیش آزمون، پرسش نامه احساس تنهایی (۲۷) و مقیاس تاب آوری کانر-دیویدسون (۲۵) اجرا شد. سپس گروه آزمایش اول در هشت جلسه نود دقیقه ای بسته آموزشی روان شناختی پیشگیری از سوء مصرف مواد و گروه آزمایش دوم در هشت جلسه نود دقیقه ای درمان شناختی-رفتاری را به صورت هفته ای یک جلسه توسط درمانگر مجرب در حوزه کار با نوجوانان دریافت کردند. برای گروه گواه تا پایان درمان دو گروه آزمایش، درمانی ارائه نشد. پس از پایان جلسات درمان، هر سه گروه در مراحل پس آزمون و پیگیری سه ماهه، مجدد به پرسش نامه های پژوهش پاسخ دادند.

مقیاس از دو روش استفاده شد. در روایی ملاکی، مقیاس استعداد سوء مصرف مواد دو گروه معتاد و غیرمعتاد را به خوبی از یکدیگر تمیز داد. روایی سازه مقیاس از طریق همبسته کردن آن با مقیاس ۲۵ ماده ای فهرست بالینی علائم بالینی ۰/۴۵ محاسبه شد که معنادار بود. اعتبار مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شد که در حد مطلوب است (۲۹).

- بسته آموزشی روان شناختی پیشگیری از سوء مصرف مواد: این بسته آموزشی برای اولین بار در این پژوهش متناسب با نیازها و شرایط نوجوانان مستعد سوء مصرف مواد تهیه و تدوین شد. ضریب توافق پنج داور، درباره محتوا، زمان، ساختار و کفایت درمانی بین ۰/۹ تا ۱ در نوسان بود. خلاصه محتوای جلسات بسته آموزشی روان شناختی پیشگیری از سوء مصرف مواد در جدول ۱ ارائه شده است.

- درمان شناختی-رفتاری: این درمان به کمک بسته درمانی بایلینگ و همکاران طراحی شد (۳۰). از آنجاکه اثربخشی این بسته قبلاً بررسی

جدول ۱. خلاصه جلسات بسته آموزشی روان شناختی پیشگیری از سوء مصرف مواد

جلسه	شرح اختصاری جلسات
اول	معرفی و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و درمانگر، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با قوانین کلی درمان، ارائه اطلاعات درباره سوء مصرف مواد و سیر ایجاد آن، ارائه اطلاعات مختصر از دستبندی مواد مخدر و پیامدهای آن ها، ارزیابی نگرش نوجوان و والد/والدین درباره مواد مخدر و مقایسه نگرش ها، آگاهی از اثرات نگرش درباره مواد مخدر، آگاهی از تأثیر اعتیاد والدین بر اعتیاد فرزندان، شناخت و چالش نگرش های مثبت درباره مواد مخدر، ارائه تکلیف خانگی.
دوم	بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل، آشنایی با شیوه های فرزندپروری، آگاهی از اثرات شیوه های ناکارآمد فرزندپروری در گرایش به اعتیاد، بررسی چرخه تعاملات والد-نوجوان، ارائه راهکارهایی برای اصلاح رفتار والدین با نوجوان، ارائه تکلیف خانگی.
سوم	آشنایی با هوش هیجانی، آشنایی با مؤلفه های هوش هیجانی، آشنایی با محاسن برخورداری از هوش هیجانی، توصیف خود، تعریف خود آگاهی، شناسایی شخصیت خود، شناسایی نیازهای خود، شناسایی هیجانات و افکار خود، ارائه تکلیف خانگی.
چهارم	بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل، بررسی تفاوت افکار، هیجانات و رفتار، انجام مصاحبه درباره من، شناخت ده باور شناختی ناکارآمد، شناسایی باورهای شناختی ناکارآمد، جایگزینی افکار مثبت با باور شناختی ناکارآمد، ارائه تکلیف خانگی.
پنجم	بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل، آموزش مهار و کنترل هیجانات، تعریف ابراز وجود، آموزش مهارت ابراز وجود، ارائه تکلیف خانگی.
ششم	بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل، توضیح درباره شیوه های مقابله ای، آموزش حل مسئله، ارائه تکلیف خانگی.
هفتم	بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل، آشنایی با تصمیم گیری و انواع آن (احساسی، تکانشی، اجتنابی، مطیعانه، منطقی)، آشنایی با مراحل تصمیم گیری، ارائه تکلیف خانگی.
هشتم	بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل، تمرین تصمیم گیری برای مقابله با فشار همتایان، توضیح موانع ارتباط، آشنایی با زبان غیرکلامی، آموزش مهارت های گوش کردن، معرفی و آموزش فرایندهای حل تعارض و برنامه ریزی برای حل تعارض و پیشگیری از آن، توسعه مهارت های ارتباطی کاربردی از طریق ایفای نقش، جمع بندی جلسات، تشکر و قدردانی.

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان شناختی-رفتاری

جلسه	شرح اختصاری جلسات
اول	معرفی افکار خودآیند، نظارت بر افکار و شناسایی افکار منفی متداول، ارائه تکلیف خانگی.
دوم	شناسایی تحرفات شناختی رایج، ارائه تکلیف خانگی.
سوم	ارزیابی شناختی، ارزیابی افکار، بازسازی شناختی و افکار متعادل، ارائه تکلیف خانگی.
چهارم	شناسایی باورهای هسته ای، به چالش کشیدن و ارزیابی باورهای هسته ای، ارائه تکلیف خانگی.
پنجم	کنترل افکار با استفاده از تجارب رفتاری، خاطرات مثبت، خودگویی مثبت و توقف فکر، ارائه تکلیف خانگی.
ششم	آگاهی از هیجانات و نظارت بر هیجانات، کنترل احساسات با استفاده از مدیریت هیجان، ریلکسیشن و کنترل تنفس، ارائه تکلیف خانگی.
هفتم	تغییر رفتار با استفاده از نظارت بر رفتارها، برنامه ریزی مجدد رفتاری، مواجهه و پرهیز از پاسخ، آموزش حل مشکل با گزینه های جایگزین و آموزش خوددستوری، ارائه تکلیف خانگی.
هشتم	معرفی افکار خودآیند، نظارت بر افکار و شناسایی افکار منفی متداول، ارائه تکلیف خانگی.

نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ صورت گرفت. سطح معناداری پذیرفتنی آزمون های آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته ها

سه گروه پژوهش از نظر سن از طریق آزمون خی دو مقایسه شدند و نتایج نشان داد، بین سه گروه از نظر توزیع سن تفاوت معناداری وجود نداشت ($p=0/960$) (جدول ۳).

در تحلیل آماری داده ها، در سطح توصیفی، میانگین و انحراف معیار به کار رفت؛ همچنین در سطح استنباطی پس از بررسی مقایسه آزمودنی ها از نظر توزیع سنی از طریق آزمون خی دو، نرمال بودن توزیع داده ها از طریق آزمون شاپیرو-ویلک، برابری واریانس های خطا از طریق آزمون لون، بررسی پیش فرض برابری ماتریس واریانس-کوواریانس از طریق آزمون ام باکس و بررسی یکنواختی کوواریانس ها از طریق آزمون کرویت ماچلی، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و سپس آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. تحلیل داده ها در

جدول ۳. مقایسه فراوانی گروه های پژوهش در توزیع سن

گروه	سال	فراوانی	درصد	مقدار	خی دو
بسته آموزشی روان شناختی پیشگیری از سوء مصرف مواد	۱۵	۴	۲۶/۷	۰/۱۸۲	۰/۹۶۰
	۱۶	۵	۳۳/۳		
	۱۷	۵	۳۳/۳		
	۱۸	۱	۶/۷		
درمان شناختی-رفتاری	۱۵	۳	۲۰	۰/۱۸۲	۰/۹۶۰
	۱۶	۴	۲۶/۷		
	۱۷	۵	۳۳/۳		
	۱۸	۳	۲۰		
گواه	۱۵	۳	۲۰	۰/۱۸۲	۰/۹۶۰
	۱۶	۴	۲۶/۷		
	۱۷	۵	۳۳/۳		
	۱۸	۳	۲۰		

کرویت ماچلی معنادار بود ($p<0/05$). به همین دلیل در قسمت نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر به جای ردیف رعایت پیش فرض کرویت از تصحیح گرین هاوس گیزر استفاده شد. در جدول ۴ میانگین و انحراف معیار متغیرهای تاب آوری و احساس تنهایی ادراک شده به تفکیک سه گروه و سه مرحله پژوهش ارائه شده است.

پیش از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، در راستای بررسی پیش فرض های آن، آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد، در سه مرحله پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری توزیع داده ها در متغیرهای احساس تنهایی و تاب آوری نرمال بود ($p>0/05$). نتایج آزمون لون مشخص کرد، برابری واریانس خطا بین سه گروه پژوهش در متغیرهای احساس تنهایی و تاب آوری برقرار بود ($p>0/05$)؛ اما آزمون

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار متغیرهای تاب آوری و احساس تنهایی ادراک شده در سه گروه پژوهش در سه مرحله زمانی

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
تاب آوری	بسته آموزشی پیشگیری از سوء مصرف	۵۰/۸۰	۱۰/۱۶	۶۴/۸۶	۸/۸۳	۸/۹۳
	درمان شناختی-رفتاری	۵۱/۷۳	۷/۰۶	۵۹/۲۰	۸/۶۹	۷/۳۵
	گواه	۵۱/۵۳	۵/۲۲	۵۲/۴۶	۴/۵۳	۴/۷۴
احساس تنهایی ادراک شده	بسته آموزشی پیشگیری از سوء مصرف	۵۱/۴۶	۲/۶۱	۴۵/۵۳	۵/۰۵	۵/۴۱
	درمان شناختی-رفتاری	۵۰/۳۳	۴/۶۵	۴۶/۰۰	۳/۷۰	۲/۵۵
	گواه	۴۹/۲۰	۴/۱۷	۴۹/۴۰	۳/۶۲	۳/۶۰

رفتاری) در مقایسه با گروه گواه بهبودی نشان داد. برای بررسی استنباطی داده ها و این موضوع که آیا این میزان از بهبودی از نظر آماری معنادار بوده است، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد.

باتوجه به جدول ۴، میانگین نمرات متغیرهای تاب آوری و احساس تنهایی ادراک شده در مراحل پس آزمون و پیگیری در هر دو گروه آزمایش (آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد و درمان شناختی-

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای تاب‌آوری و احساس تنهایی ادراک شده

اثر	شاخص آماری	F	مقدار احتمال	اندازه اثر	توان آماری
متغیر تاب‌آوری					
اثر زمان	اثر پیلایی	۳۵/۱۷۰	<۰/۰۰۱	۰/۶۳۲	۱/۰۰
اثر گروه	اثر پیلایی	۷/۳۳۲	۰/۰۰۷	۰/۴۵۱	۱/۰۰
اثر زمان×گروه	اثر پیلایی	۱۲/۳۷۶	<۰/۰۰۱	۰/۳۷۱	۱/۰۰
متغیر احساس تنهایی					
اثر زمان	اثر پیلایی	۲۸/۰۷۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۷۸	۱/۰۰
اثر گروه	اثر پیلایی	۵/۴۵۳	۰/۰۲۱	۰/۳۲۴	۰/۹۹۸
اثر زمان×گروه	اثر پیلایی	۸/۸۹۵	۰/۰۰۱	۰/۳۰۳	۰/۹۹۹

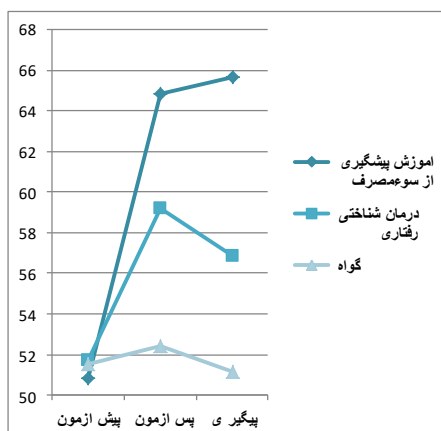
همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون تحلیل واریانس پس‌آزمون و پیگیری به‌صورت کلی با یکدیگر تفاوت معنادار داشتند و با اندازه‌گیری مکرر برای اثر زمان و اثر متقابل زمان و اثر عضویت گروهی بر متغیرهای تاب‌آوری و احساس تنهایی ادراک شده معنادار به‌دست آمد. به عبارت دیگر مراحل پژوهش شامل پیش‌آزمون و

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای عامل درون‌گروهی و تعامل عامل درون‌گروهی و عامل بین‌گروهی برای متغیرهای تاب‌آوری و احساس تنهایی ادراک شده

اثر	منبع	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
تاب‌آوری	زمان	۵۲/۵۶۹	<۰/۰۰۱	۰/۵۵۶
	گروه	۶/۵۶۶	۰/۰۰۳	۰/۲۳۸
	گروه*زمان	۱۹/۹۵۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۸۷
احساس تنهایی ادراک شده	زمان	۴۱/۱۷۰	<۰/۰۰۱	۰/۴۹۵
	گروه	۱/۱۱۱	۰/۰۵۱	۰/۲۳۲
	گروه*زمان	۱۴/۱۱۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۰۲

نمونه پژوهش معنادار بود؛ علاوه بر این مجذور اتا برای متغیرهای تاب‌آوری و احساس تنهایی ادراک شده در اثر تعامل زمان و گروه، به ترتیب برابر با ۴۸/۷ و ۴۰/۲ درصد بود. در ادامه نمودارهای مربوط به اثرات گروه و زمان (نمودار ۱ مربوط به نمرات متغیر تاب‌آوری و نمودار ۲ مربوط به نمرات متغیر احساس تنهایی ادراک شده) و نیز نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای هریک از متغیرهای پژوهش ارائه می‌شود.

با توجه به رعایت نشدن پیش‌فرض کرویت، نتایج مبتنی بر گرین‌هاوس‌گیزر در جدول ۶ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات متغیرهای تاب‌آوری و احساس تنهایی ادراک شده در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به‌طور کلی تفاوت معناداری وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$)؛ همچنین تعامل زمان و عضویت گروهی در متغیرهای تاب‌آوری و احساس تنهایی ادراک شده معنادار بود ($p < ۰/۰۰۱$). به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات متغیرهای تاب‌آوری و احساس تنهایی ادراک شده در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در کل



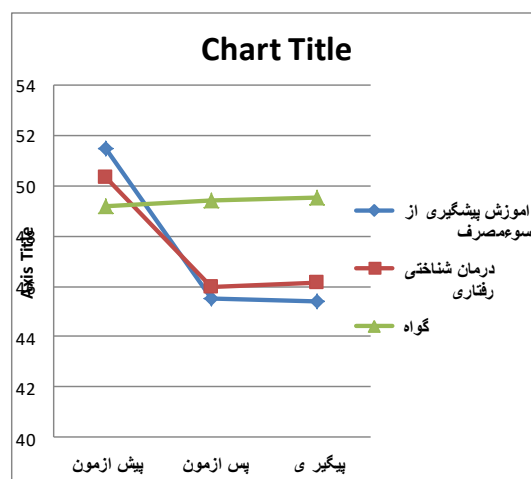
نمودار ۱. نمودار مربوط به نمرات متغیر تاب‌آوری در هریک از گروه‌های آزمایش و گروه گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی نمرات متغیر تاب‌آوری در سه گروه در سه مرحله

مرحله	مقایسه گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار احتمال	توان آماری
پیش‌آزمون	گواه	آموزش روان‌شناختی پیشگیری از سوءمصرف مواد	۰/۵۳۳	۲/۸۳۲	۰/۸۵۲
	درمان شناختی-رفتاری	درمان شناختی-رفتاری	۰/۴۰۰	۲/۸۳۲	۰/۸۸۸
پس‌آزمون	گواه	آموزش روان‌شناختی پیشگیری از سوءمصرف مواد	۱۳/۴۰۰	۲/۷۸۲	۰/۰۰۱
	درمان شناختی-رفتاری	درمان شناختی-رفتاری	۷/۷۳۳	۲/۷۸۰	۰/۰۰۸
پیگیری	گواه	آموزش پیشگیری از سوءمصرف مواد	۱۴/۵۳۳	۵/۵۱۱	<۰/۰۰۱
	درمان شناختی-رفتاری	درمان شناختی-رفتاری	۵/۷۳۳	۲/۱۷۳	۰/۰۳۵
	درمان شناختی-رفتاری	آموزش پیشگیری از سوءمصرف مواد	۸/۸۰۰	۲/۳۳۷	۰/۰۰۲

داشت ($p < 0/05$). نگاهی به نمودار ۱ نیز این مطالب را تأیید می‌کند؛ به‌طوری‌که بین میانگین نمرات گروه‌های مداخله (آموزش روان‌شناختی پیشگیری از سوءمصرف مواد و درمان شناختی-رفتاری) با گروه گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت چشمگیر وجود داشت. به‌علاوه این نمودار نشان داد، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، نمرات متغیر تاب‌آوری مربوط به گروه آموزش پیشگیری از سوءمصرف مواد بیشتر از گروه دریافت‌کننده درمان شناختی-رفتاری بود.

باتوجه به جدول ۷، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد، بین نمرات متغیر تاب‌آوری سه گروه در پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0/05$)؛ اما در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بین نمرات گروه گواه با گروه آموزش روان‌شناختی پیشگیری از سوءمصرف مواد و گروه درمان شناختی-رفتاری تفاوت معناداری مشاهده شد ($p < 0/05$). همچنین نتایج این جدول مشخص کرد، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، در نمرات متغیر تاب‌آوری بین گروه‌های آموزش روان‌شناختی پیشگیری از سوءمصرف مواد و درمان شناختی-رفتاری تفاوت معناداری وجود



نمودار ۲. نمودار مربوط به نمرات متغیر احساس تنهایی در هریک از گروه‌های آزمایش و گروه گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی نمرات متغیر احساس تنهایی ادراک‌شده در سه گروه در سه مرحله

مرحله	مقایسه گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار احتمال	توان آماری
پیش‌آزمون	گواه	آموزش پیشگیری از سوءمصرف مواد	۲/۲۶۷	۱/۴۲۹	۰/۱۲۰
	درمان شناختی-رفتاری	درمان شناختی-رفتاری	۱/۱۳۳	۱/۴۲۹	۰/۴۳۳
پس‌آزمون	گواه	آموزش روان‌شناختی پیشگیری از سوءمصرف مواد	۳/۸۷۶	۱/۵۲۶	۰/۰۱۵
	درمان شناختی-رفتاری	درمان شناختی-رفتاری	۳/۴۰۰	۱/۵۲۶	۰/۰۳۱
پیگیری	گواه	آموزش پیشگیری از سوءمصرف مواد	۴/۱۳۳	۱/۴۸۱	۰/۰۰۸
	درمان شناختی-رفتاری	درمان شناختی-رفتاری	۲/۴۰۰	۱/۴۸۱	۰/۰۴۹
	درمان شناختی-رفتاری	آموزش پیشگیری از سوءمصرف مواد	۱/۷۳۳	۱/۴۸۱	۰/۲۴۱

باتوجه به جدول ۸، در مرحله پیش‌آزمون تفاوت بین سه گروه در نمرات متغیر احساس تنهایی ادراک‌شده معنادار نبود ($p > 0/05$)؛ اما در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بین نمرات گروه آموزش روان‌شناختی پیشگیری از سوءمصرف مواد و درمان شناختی-رفتاری با گروه گواه تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/05$). همچنین نتایج مشخص کرد، در نمرات پیگیری و پس‌آزمون بین گروه آموزش روان‌شناختی پیگیری از سوءمصرف مواد با گروه درمان شناختی-رفتاری تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0/05$). نگاهی به نمودار ۲ نیز این مطالب را تأیید کرد؛ به‌طوری‌که بین میانگین نمرات گروه‌های مداخله (پیشگیری از سوءمصرف مواد و درمان شناختی-رفتاری) در مراحل پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه تفاوت چشمگیر وجود داشت. همچنین در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت نمرات مربوط به دو گروه مداخله جزئی بود.

۴ بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی بسته آموزشی روان‌شناختی پیشگیری از سوءمصرف مواد و درمان شناختی-رفتاری بر تاب‌آوری و احساس تنهایی ادراک‌شده دانش‌آموزان مستعد سوءمصرف مواد انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد، هم بسته آموزشی روان‌شناختی پیشگیری از سوءمصرف مواد و هم درمان شناختی-رفتاری بر بهبود تاب‌آوری و احساس تنهایی ادراک‌شده دانش‌آموزان مستعد سوءمصرف مواد دوره متوسطه دوم پسرانه شهر اصفهان تأثیر مثبت داشت؛ همچنین براساس نتایج، کارایی بسته آموزشی روان‌شناختی پیشگیری از سوءمصرف مواد در افزایش تاب‌آوری درمقایسه با درمان شناختی-رفتاری بیشتر بود.

باتوجه به آنکه بسته آموزشی روان‌شناختی پیشگیری از سوءمصرف مواد برای نخستین بار در پژوهش حاضر و با در نظر گرفتن مشکلات سه‌گانه (فردی-روان‌شناختی، اجتماعی و خانوادگی) نوجوانان مستعد به اعتیاد تنظیم شد، در مطالعات گذشته، پیشینه‌ای برای ارائه همسویی یا ناهمسویی اثرات آن بر تاب‌آوری و احساس تنهایی ادراک‌شده وجود نداشت که این موضوع به جنبه نوآوری پژوهش حاضر اشاره دارد؛ اما در راستای اثرات درمان شناختی-رفتاری بر تاب‌آوری، یافته‌های این بخش از تحقیق با نتایج مطالعات قاسمی ثانی (۱۷) و یاماتو و همکاران (۱۹) همخوان است. قاسمی ثانی نشان داد، این درمان به‌شیوه گروهی بر تاب‌آوری افراد دارای سوءمصرف مواد تأثیرگذار است (۱۷). یاماتو و همکاران دریافتند، این درمان بر تاب‌آوری نوجوانان تأثیر دارد (۱۹). در راستای اثرات درمان شناختی-رفتاری بر احساس تنهایی ادراک‌شده می‌توان یافته‌های این بخش از تحقیق را همسو با نتایج این مطالعات دانست: پژوهش محمدی و رامش مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر کاهش اعتیاد به اینترنت، احساس تنهایی و بهبود عملکرد تحصیلی در پسران دانش‌آموز دبیرستانی (۱۵)، پژوهش کال و همکاران مبنی بر تأثیر درمان شناختی-رفتاری اینترنتی بر کاهش احساس تنهایی (۲۰)، پژوهش کال و همکاران مبنی بر ماندگاری اثرات دوساله درمان شناختی-رفتاری اینترنتی بر کاهش احساس تنهایی (۲۱)، پژوهش اکبری و همکاران مبنی بر اثربخشی گروه‌درمانی به‌شیوه شناختی-رفتاری بر

کاهش احساس تنهایی و افزایش خودکارآمدی عمومی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی (۲۲)، پژوهش قاسم‌زاده و جانی مبنی بر اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر بهبود خودنظم‌دهی خشم و احساس تنهایی دانشجویان (۲۳).

در زمینه سازوکار اثر بسته آموزشی روان‌شناختی پیشگیری از سوءمصرف مواد بر تاب‌آوری دانش‌آموزان مستعد سوءمصرف مواد، طبق نظریه تاب‌آوری می‌توان گفت، بسته آموزشی روان‌شناختی پیشگیری از سوءمصرف مواد سعی کرد با تمرکز بر رشد درونی، سطوح تاب‌آوری را در نوجوانان مستعد سوءمصرف مواد افزایش دهد و توانایی آنان را در حمایت از خود و ارزش‌هایشان ارتقا بخشد؛ همچنین با فراهم آوردن مهارت‌هایی مبتنی بر عوامل ارتجاعی و محافظتی، نوجوانان بتوانند خود را در برابر فشارهای زندگی منفی مقاوم کنند و مانع از درگیر شدن آن‌ها در رفتارهای پرخطری مانند سوءمصرف مواد شود (۱۱). تمرکز بر رشد درونی در این بسته از طریق آموزش نیم‌رخ تاب‌آوری اعم از آموزش توانش اجتماعی (برای مثال آموزش مهارت‌های ارتباطی)، آموزش فرایند حل مسئله، آموزش خودگردانی و آموزش احساس هدفمندی و باور به آینده‌ای روشن انجام شد. از طرف دیگر توجه به افزایش ادراک هیجانی در بسته آموزشی روان‌شناختی پیشگیری از سوءمصرف مواد، نوجوانان را در درک و بیان هیجانات خود توانا کرد.

طبق نظر فیشر و همکاران، زمانی که نوجوانان توانایی تشخیص و ارزیابی هیجانات دیگران و نیز تفاوت‌های فردی در ادراک دقیق را کسب کردند و قادر به همدلی با هیجانات دیگران شدند، قابلیت مدیریت هیجانات و همچنین مهارت پردازش اطلاعات مربوط به احساسات و حالات خلقی خود و دیگران را به‌دست می‌آوردند و از این طریق خودمدیریتی بهتری را تجربه می‌کنند (۳۱)؛ بنابراین نوجوانان به‌کمک بسته آموزشی روان‌شناختی پیشگیری از سوءمصرف مواد، از طریق تقویت خودمدیریتی، توانایی اولویت‌دادن و به‌کارگرفتن تفکر شخصی برپایه احساسات در ارتباط با اشیا و وقایع و سایر افراد، توانایی بروز هیجانات واضح و فعال برای تسهیل قضاوت، تشخیص و تقویت حافظه مربوط به احساسات و همچنین توانایی استفاده از حالات هیجانی در جهت تسهیل مسئله‌گشایی و خلأیت را کسب کردند. همه این قابلیت‌ها نوجوانان را در جهت تاب‌آوری غنی‌تر هدایت می‌کند.

آموزش مهار و کنترل هیجانات طی بسته آموزشی روان‌شناختی پیشگیری از سوءمصرف مواد، موجب مهار واکنش‌های ذهنی ناکارآمد و کنترل هیجانات منفی و آموزش حل مسئله موجب اکتساب احساس کنترل بر زندگی و ارائه واکنش‌های سازگارانه از طریق انتخاب بهترین راه‌حل در موقعیت‌های استرس‌زا و ارزیابی پیامدها و نتایج تصمیمات خواهد شد. آشنایی با فرایند تصمیم‌گیری و نیز آموزش مهارت‌های ارتباطی کاربردی اعم از آشنایی با موانع ارتباط، آشنایی با زبان غیرکلامی و آموزش مهارت‌های گوش‌کردن توانست نوجوانان را در مسیر درست مقابله قرار دهد و آن‌ها شکست کمتری را در روابط بین‌فردی خود تجربه کنند و در نتیجه احساس تاب‌آوری بیشتری داشته باشند (۲۶).

در زمینه سازوکار اثر درمان شناختی-رفتاری بر تاب‌آوری دانش‌آموزان مستعد سوءمصرف مواد می‌توان براساس مبانی نظری بیان کرد، درمان شناختی-رفتاری با تأکید بر شناخت‌واره‌های کنترل‌کننده هیجانات و نقش مؤثر الگوهای فکری و هیجانی در رفتار، به دنبال آن است که با ایجاد سبکی سالم در تفکر، در محتوای شناختی و واکنش افراد به رویدادهای منفی تغییراتی به وجود آورد (۳۲). درمان شناختی-رفتاری بر شناسایی و تغییر دادن افکار منفی و عقاید ناسازگارانه تأکید می‌کند و بر این فرض استوار است که شناخت‌ها، هیجان‌ها و رفتارها به‌نحو چشمگیری بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند و رابطه علت و معلولی متقابل دارند؛ از این‌رو این درمان از طریق فن ثبت افکار خودکار و به‌چالش کشیدن افکار، نوجوانان را قادر ساخت تا شناخت‌واره‌های خود را بشناسند و آن‌ها را در حیطه توجه خود قرار دهند و بیاموزند که وقتی در معرض هجوم افکار خودآیند ناسازگار یا مخدوش قرار می‌گیرند، از آن‌ها آگاه باشند و از طریق بازسازی شناختی، شیوه تفکرات منطقی را جایگزین کنند (۳۳). به علاوه در درمان شناختی-رفتاری، درمانگر سعی کرد تفسیر نوجوانان را از استرسورهای زندگی، شیوه رفتار و نوع احساسشان تعیین کند و به آنان توضیح داد که چگونه با تغییر دادن تعبیر و تفسیر خود از واقعیت می‌توانند احساسات خویش را تا حدود زیادی تغییر دهند؛ بنابراین لازم است تا بر استرسورهای زندگی به‌صورت مثبت تمرکز کرده و آن‌ها را مجدد به‌صورت مثبت ارزیابی کنند و در نتیجه کاهش تحریف‌های شناختی، خود و دیگران را کمتر در معرض قضاوت و سرزنش قرار دهند. همچنین طبق نظر کاسلی و همکاران، نشخوار فکری یکی از عوامل تأثیرگذار بر انواع اعتیاد است (۳۴). طی درمان شناختی-رفتاری، افراد متوجه می‌شوند که چگونه الگوهای فکری مخرب یا مزاحمی (نشخوار فکری) را که دارای تأثیرات منفی بر رفتار هستند، شناسایی کنند. به‌تبع آن، کاهش نشخوار فکری سبب می‌شود تا نوجوانان افکار فاجعه‌آمیز خود درباره استرسورها را به‌چالش بکشند و با بررسی شواهد تأیید یا رد آن‌ها، از میزان فاجعه‌آمیز کردن آن‌ها بکاهند.

اما نکته شایان‌ذکر در راستای نتایج پژوهش حاضر مبنی بر کارایی بیشتر بسته آموزشی روان‌شناختی پیشگیری از سوءمصرف مواد در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری بر متغیر تاب‌آوری را می‌توان به در نظر گرفتن خانواده و گروه همسالان نسبت داد. به‌نظر می‌رسد آگاهی والدین از استعداد فرزندان به اعتیاد، تأثیر نگرش و شیوه برخوردشان در شکل‌گیری افکار و رفتارهای مختلف در نوجوان و نیز یادگیری شیوه برخورد درست با نوجوان، فضای خانه را برای پرورش سازه‌های مثبت روان‌شناختی همچون تاب‌آوری فراهم آورده است. همچنین آگاهی نوجوان از تأثیر فشار همسالان و یادگیری شیوه درست نه گفتن به آنان در موقعیت‌های چالش‌برانگیز، موفقیت‌هایی را با سبک اسناد درونی در نوجوان ایجاد کرده که بستر تقویت خودکارآمدی و خوش‌بینی و در نهایت تاب‌آوری شده است (۳۵).

در تبیین اثربخشی بسته آموزشی روان‌شناختی پیشگیری از سوءمصرف مواد بر کاهش احساس تنهایی ادراک‌شده دانش‌آموزان مستعد سوءمصرف مواد، می‌توان براساس مبانی نظری بیان کرد که احساس

تنهایی، با نیاز انسانی به صمیمیت در روابط میان‌فردی مرتبط است و از آگاهی دردناک از احساس دسترسی‌نداشتن به مناسبات نزدیک مطلوب با دیگران ناشی می‌شود. این احساس از نیاز به مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و کنار همسالان خود بودن، نشئت می‌گیرد؛ بنابراین از طریق ارتقای قابلیت نوجوان در روابط بین‌فردی با خانواده و همسالان می‌توان در جهت بهبود این سازه موفق عمل کرد (۷). در بسته روان‌شناختی پیشگیری از سوءمصرف مواد دو محور اصلاح روابط در خانواده و همچنین برقراری ارتباط مؤثر با همسالان مدنظر قرار گرفت. بر این اساس سعی شد، به‌وسیله بررسی انواع سبک‌های فرزندپروری، با شناسایی شیوه پرورش فرزند خود، والدین از عواقب آداب و پاسخ‌های معین در کنترل رفتار نوجوانان آگاه شوند. همچنین با بررسی چرخه تعاملات منفی والد-نوجوان، سعی شد تا با شناسایی هیجانات ناآشکار و بحث درباره پیامدهای منفی هریک از این هیجانات، از بروز هیجانات پنهان سازنده چرخه تعاملات مشکل‌آفرین پیشگیری شود.

سازوکار دیگر اثر بسته آموزشی روان‌شناختی پیشگیری از سوءمصرف مواد بر کاهش احساس تنهایی ادراک‌شده می‌تواند از طریق ارتقای هوش هیجانی در این گروه باشد. طبق نظر گاتمن^۱ توانایی به‌کارگیری هیجان‌ها به‌منظور کمک به حل مشکلات و داشتن زندگی موفق، به‌واسطه شناخت افکار، هیجانات و نیازهای خود و به‌تبع آن، شناخت بهتر دیگران و نیز یادگیری ایجاد تمیز میان افکار، هیجانات و افکار خود، موجب تسهیل برقراری تعامل دانش‌آموزان با دیگران (اعم از خانواده و همسالان) می‌شود (۳۶). نتایج پژوهش بهرامی‌نژاد و همکاران نشان داد، بین مؤلفه‌های هوش هیجانی و گرایش به اعتیاد ارتباط منفی وجود دارد (۳۷)؛ بنابراین افزایش هوش هیجانی که در این بسته مدنظر قرار گرفت، باعث بهبود روابط بین‌فردی و در نتیجه کاهش احساس تنهایی شد.

در زمینه سازوکار اثر درمان شناختی-رفتاری بر کاهش احساس تنهایی ادراک‌شده دانش‌آموزان پسر مستعد سوءمصرف مواد، براساس مبانی نظری می‌توان گفت، رویکرد مذکور بر این فرض استوار است که برای آگاه‌شدن از ماهیت واقعه‌ای هیجانی یا آشفستگی، تمرکز کردن روی محتوای شناختی و واکنش فرد به آن رویداد ناراحت‌کننده یا جریان افکار ضرورت دارد. هدف این است که با استفاده از افکار خودکار نوجوانان برای دستیابی به باورهای اصلی و بازسازی افکار و باورها، نحوه‌ای که آن‌ها فکر می‌کنند تغییر داده شود (۳۲). به این ترتیب طی درمان شناختی-رفتاری، تفسیر نوجوانان از موقعیت‌های چالش‌برانگیز، شیوه رفتار و نوع احساس آن‌ها شناسایی شد و به آنان توضیح داده شد که چگونه با تغییر دادن تعبیر و تفسیر خود از موقعیت می‌توانند هیجانات خویش را تا حدود زیادی تغییر دهند. با این تکنیک، نوجوانان سوءبرداشت‌های خود از دیگران را در موقعیت‌های مختلف، شناسایی کردند.

از آنجاکه به‌طور معمول، هر پژوهشی با محدودیت‌هایی روبه‌رو است، پژوهش حاضر نیز با محدودیت‌هایی مواجه بود. جامعه آماری این پژوهش به دانش‌آموزان مستعد سوءمصرف مواد شهر اصفهان محدود

^۱ Guttman

۶ تشکر و قدردانی

از همه افرادی که در این پژوهش ما را یاری کردند، کمال تشکر را داریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه دکتری رشته روان‌شناسی تربیتی دانشگاه آزاد واحد خوراسگان است که در شورای دانشگاه با کد ۳۲۱/۹۴ به تصویب رسید. در این پژوهش، رضایت شرکت‌کنندگان در پژوهش والدین آن‌ها دریافت شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند، هیچ‌گونه تضاد منافی در چاپ و انتشار این مقاله وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان همکار در این پژوهش به‌نوعی در اجرای آن به‌عنوان استاد راهنما یا مشاور همکاری داشتند.

شد؛ بنابراین، در تعمیم نتایج پژوهش به کل دانش‌آموزان مستعد سوءمصرف در سایر شهرها باید احتیاط کرد. ازجمله محدودیت‌های دیگر می‌توان به امکان‌نداشتن هم‌تاسازی گروه‌ها از لحاظ شدت استعداد به اعتیاد، وضعیت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی دانش‌آموزان اشاره کرد؛ بنابراین به پژوهشگران توصیه می‌شود، تحقیقات دیگری به‌منظور جبران محدودیت‌های پژوهش حاضر در این راستا انجام دهند.

۵ نتیجه‌گیری

براساس نتایج پژوهش حاضر، بسته آموزشی روان‌شناختی پیشگیری از سوءمصرف مواد و درمان شناختی-رفتاری، هر دو در افزایش تاب‌آوری و کاهش احساس تنهایی در نوجوانان مستعد سوءمصرف مواد تأثیر دارند؛ اما بسته آموزشی روان‌شناختی پیشگیری از سوءمصرف مواد دارای اثر بیشتری در افزایش تاب‌آوری درمقایسه با درمان شناختی-رفتاری است. با توجه به اینکه بسته تدوین‌شده در پژوهش حاضر به‌صورت آموزشی است، استفاده از آن به متخصصان در این زمینه توصیه می‌شود.

References

1. Ciranka S, Van Den Bos W. Social influence in adolescent decision-making: a formal framework. *Front Psychol*. 2019;10:1915. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01915>
2. Moradi Sh, Ghorbani R, Radbakhsh N. Attitudes toward drugs abuse and some related factors among Iranian high school students. *Koomesh*. 2018;20(2):325–35 [Persian] <http://koomeshjournal.semums.ac.ir/article-1-4162-en.html>
3. American Psychiatric Association, editor. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
4. Ghanbari Talab M, Fooladchang M. On the relationship of resiliency and subjective vitality with addiction potential among students. *Research on Addiction*. 2015;9(34):9–22. [Persian] <http://etiadpajohi.ir/article-1-270-en.html>
5. Rezaei P, Shakerian A. Pish bini gerayesh be soo'e masraf mavad mokhadder bar asase sabk haye hoviati va ehsase tanhaei ejtemaei-atefi dar daneshjooyan [Predicting the tendency to drug abuse based on identity styles and socio-emotional loneliness in students]. In: *The Second Conference on Science and Technology of Psychology, Educational Sciences and Sociology of Iran* [Internet]. Tehran; 2018. [Persian]
6. Tahmasian K, Anari A, Saleh Sedghpour B. Direct and indirect impact of social self-efficacy on adolescents' loneliness. *Journal of Behavioral Sciences*. 2009;3(2):93–7. [Persian]
7. DeWall CN, Pond RS. Loneliness and smoking: The costs of the desire to reconnect. *Self Identity*. 2011;10(3):375–85. <https://doi.org/10.1080/15298868.2010.524404>
8. Jahantigh F, Rabeteve javve ravani khanevade, raftare por khatar, ehsase tanhaei va estedade etiad daneshjooyan daneshgah Azad Eslami vahed Zahedan [Determining the relationship between family psychological atmosphere, risky behavior, loneliness and addiction talent of students of Islamic Azad University of Zahedan]. In: *First National Congress on The Prevention of Social Injuries* [Internet]. Zahedan, Iran; 2018. [Persian]
9. Rudzinski K, McDonough P, Gartner R, Strike C. Is there room for resilience? a scoping review and critique of substance use literature and its utilization of the concept of resilience. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2017;12(1):41. <https://doi.org/10.1186/s13011-017-0125-2>
10. Fenwick-Smith A, Dahlberg EE, Thompson SC. Systematic review of resilience-enhancing, universal, primary school-based mental health promotion programs. *BMC Psychol*. 2018;6(1):30. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0242-3>
11. Momeni F, Moshtagh Bidokhti N, Porshahbaz A. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on reduction of craving, depression and anxiety symptoms among the opiate abusers under MMT. *Research on Education*. 2009;3(11):83–98. [Persian] <http://etiadpajohi.ir/article-1-421-en.html>
12. Doostian Y, Dadkhah A, Bahmani B, Ahovan M, Azami Y. The effectiveness of cognitive-behavioral interventions in reducing relapse in opioid dependent patients. *Counseling Researches*. 2014;13(49):57–79. [Persian] <https://iran-counseling.ir/journal/article-1-87-fa.pdf>
13. Mollazadeh J, Ashouri A. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy in improve-ment of relapse prevention skills and mental health in the addicts. *Daneshvar Raftar*. 2009;16(43):1–12. [Persian]
14. Alavi Langroodi SK, Nikzad Moghadam M. Effectiveness of cognitive – behavioral therapy on the decreasing of relapse of addiction to Norcotic in the collegian students and its influence on the increasing of their achievement motivation. *Toloo-e-Behdasht*. 2015;14(1):1–11. [Persian] <http://tbj.ssu.ac.ir/article-1-1623-en.html>
15. Mohammadi S, Ramesh AR. Barrasiye asar bakhshiye darman shenakhti raftari gorouhi bar kaheshe etiyad be internet va ehsas tanhaei va behbood amalkard tahsili dar pesaran danesh amooz dabirestani [Evaluation of the effectiveness of group cognitive behavioral therapy on reducing Internet addiction and feelings of loneliness and improving academic performance

- in high school boys]. In: 5th National Conference on Recent Innovations in Psychology, Applications and Empowerment with a Focusing on Psychotherapy [Internet]. Tehran; 2019. [Persian]
16. Abdi Zarrin S, Mahdavi H. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in self-efficacy and resilience among addicts referring to Behshahr addiction treatment camps. *Research on Addiction*. 2019;12(49):39–56. [Persian] <http://etiadpajohi.ir/article-1-1874-en.html>
 17. Ghasemi Sani H. Asar bakhshiye gorouh darmani shenakhti raftari bar tabavari va tars az arzyabi manfi motadin behbood yafte markaz etiad Nedaye Omid Shahrestan Marand sale 1394 [The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on the resilience of fear of negative evaluation of addicts. Improved Nedaye Omid Addiction Center in Marand in 2015]. In: The Second International Conference on Humanities with Indigenous-Islamic Approach and Emphasis on New Research [Internet]. Behshahr, Iran; 2016. [Persian]
 18. Joyce S, Shand F, Lal TJ, Mott B, Bryant RA, Harvey SB. Resilience@work mindfulness program: results from a cluster randomized controlled trial with first responders. *J Med Internet Res*. 2019;21(2):e12894. <https://doi.org/10.2196/12894>
 19. Yamamoto T, Matsumoto Y, Bernard ME. Effects of the cognitive-behavioral You Can Do It! Education program on the resilience of Japanese elementary school students: a preliminary investigation. *Int J Educ Res*. 2017;86:50–8. <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2017.08.006>
 20. Käll A, Jägholm S, Hesser H, Andersson F, Mathaldi A, Norkvist BT, et al. Internet-based cognitive behavior therapy for loneliness: a pilot randomized controlled trial. *Behav Ther*. 2020;51(1):54–68. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.05.001>
 21. Käll A, Backlund U, Shafraan R, Andersson G. Lonesome no more? a two-year follow-up of internet-administered cognitive behavioral therapy for loneliness. *Internet Interventions*. 2020;19:100301. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2019.100301>
 22. Akbari B, Momeni Z, Ansari P, Sharafi MR. Asar bakhshi gorouh darmani be shive shenakhti raftari bar kaheshe ehsas tanhayi va afzayesh khodkaramadi omoomi bimiran mobtala be afsordegi asasi [The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on reducing loneliness and increasing general self-efficacy in patients with major depression]. In: The First Scientific Research Conference on Psychology, Educational Sciences and Increasing General Self-Efficacy in Patients with Major Depression [Internet]. Kerman, Iran; 2015. [Persian]
 23. Ghasemzadeh A, Jani S. The effectiveness of group cognitive-behavioral therapy with problem solving training on anger self-regulation and feeling of loneliness. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2013;8(29):67–76. [Persian] https://itbcp.riau.ac.ir/article_24.html
 24. Weed NC, Butcher JN, McKenna T, Ben-Porath YS. New measures for assessing alcohol and drug abuse with the MMPI-2: the APS and AAS. *J Pers Assess*. 1992;58(2):389–404. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5802_15
 25. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
 26. Jowkar B. Emotional intelligence, cognitive intelligence, resilience and life satisfaction. *Contemporary Psychology*. 2007;2(4):3–12.
 27. Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *J Pers Soc Psychol*. 1980;39(3):472–80. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.3.472>
 28. Hojati H, Sharif Nia S, Hosseinali Pur S, Nik Khah F, Asayesh H. The effect of reminiscence groups on loneliness and the need for belonging in elders. *Journal of Health and Care*. 2011;13(1):46–52. [Persian] <http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-85-en.html>
 29. Zargar Y, Najarian B, Naami AZ. Barrasiye rabeteye vizhegi haye shakhsiati (hayajan khahi, ebraz vojoud sarsakhti ravan shenakhti), negaresh mazhabi va rezayat zanashooei ba amadegi etiad be mavad mokhader dar karkonan yek sherkat sanati dar Ahvaz [Investigating the relationship between personality traits (emotion, expression, psychological stubbornness), religious attitude and marital satisfaction with drug addiction readiness in employees of an industrial company in Ahvaz]. *Journal of Educational Sciences and Psychology of Ahvaz*. 2008;15(1):99–120. [Persian]
 30. Bielling PJ, Maccabe PE, Antony MM. Cognitive-behavioral therapy in groups. Khodayarifard M, Abedini Y. (Persian translator). Tehran: Tehran University Pub; 2015.
 31. Fisher HE, Brown LL, Aron A, Strong G, Mashek D. Reward, addiction, and emotion regulation systems associated with rejection in love. *J Neurophysiol*. 2010;104(1):51–60. <https://doi.org/10.1152/jn.00784.2009>
 32. Gavița OA, David D, Bujoreanu S, Tiba A, Ionuțiu DR. The efficacy of a short cognitive-behavioral parent program in the treatment of externalizing behavior disorders in Romanian foster care children: Building parental emotion-regulation through unconditional self- and child-acceptance strategies. *Child Youth Serv Rev*. 2012;34(7):1290–7. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.03.001>
 33. Gumport NB, Williams JJ, Harvey AG. Learning cognitive behavior therapy. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2015;48:164–9. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.03.015>
 34. Caselli G, Ferretti C, Leoni M, Rebecchi D, Rovetto F, Spada MM. Rumination as a predictor of drinking behaviour in alcohol abusers: a prospective study: Rumination as a predictor of drinking behaviour. *Addiction*. 2010;105(6):1041–8. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02912.x>
 35. Hosseini F, Sanaei B, Pourhosein R, Kraskian A. Qualitative meta-analysis of scientific articles on “parent-adolescent interaction”. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*. 2017;6(3):63–94. [Persian] <http://frooyesh.ir/article-1-268-en.html>
 36. Gottman J, DeClaire J. Raising an emotionally intelligent child. New York: Simon & Schuster; 1997.
 37. Bahraminezhad A, Beiranvand A, Zare S, Arnavaz M. The relationship between emotional intelligence and addiction tendency in students of Lorestan University of medical sciences. *Yafte*. 2017;19(4):113–20. [Persian]