

تأثیر درمان فراشناختی بر آمادگی به اعتیاد و افکار خودکشی زنان آسیب پذیر

ماندانا خلیلی^۱، سعید احمدی^۲

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

^۲ کارشناسی روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد آبادان، دانشگاه پیام نور، آبادان، ایران.

نام نویسنده مسئول:

سعید احمدی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۲/۲۶

چکیده

هدف پژوهش حاضر تأثیر درمان فراشناختی بر آمادگی به اعتیاد و افکار خودکشی، زنان آسیب پذیر بود. روش پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان آسیب پذیر مراجعه کننده به مرکز کاهش آسیب زنان آسیب پذیر شهر آبادان بود که از این جامعه آماری نمونه ای به حجم ۳۰ نفر به روش تصادفی ساده انتخاب شد. سپس از میان این ۳۰ نفر، به شکل تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار داده شد. برای سنجش متغیرهای مورد مطالعه از مقیاس آمادگی به اعتیاد و مقیاس افکار خودکشی بک استفاده شد. یافته های پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. نتایج کواریانس مبنی بر اثر بخش بودن درمان فراشناختی بر آمادگی به اعتیاد و افکار خودکشی زنان آسیب پذیر بود.

واژگان کلیدی: درمان فراشناختی، آمادگی به اعتیاد، افکار خودکشی، زنان آسیب پذیر.

مقدمه

در سال‌های اخیر الگوهای جدیدی مانند رویکرد فراشناختی شکل گرفته و تحول بزرگی در روش‌های درمانی این اختلال ایجاد کرده است. رویکرد فراشناختی بر اساس نظریه‌ی بنیادی «الگوی کارکرد اجرایی خود نظم بخش» استوار است. این مدل دلیل آسیب پذیری به اختلالات هیجانی را الگوی توجه معطوف به خود افراطی، فعالیت باورهای فراشناختی ناسازگارانه و فرآیندهای بازتابی خاص می‌داند (ولز، ۲۰۰۵) این فرآیند هنگامی فعال می‌شود که فرد بین اهداف درونی خود و شرایط بیرونی احساس ناهماهنگی کند. در این شرایط راهبردهای خاصی چون جذب اطلاعات به درون باورها، سرکوب فکر، نشخوار فکری و نگرانی به منظور جلوگیری از ورود محرک‌های ناراحت کننده به هشیاری یا حل مشکلات ناشی از ناهماهنگی، نظارت بر حالت‌های جسمی - روانی و آمادگی در برابر خطر، به منظور کاهش این ناهماهنگی توسط کارکرد اجرایی خود نظم بخش به کار گرفته می‌شوند (ولز و پایاجور جیو، ۲۰۰۴).

یکی از تأثیرات درمان فراشناختی بر روی آمادگی اعتیاد افراد می باشد. اعتیاد^۱، مصرف تکراری مواد است، به صورتی که باعث شکست در کار، تحصیل، نقش‌های خانوادگی یا موقعیت‌های حساس مثل رانندگی با اتومبیل می‌شود یا مشکلات قانونی مربوط به مواد ایجاد می‌کند (فونتین^۲، ۲۰۰۷، به نقل از بهادری خسروشاهی و خانجانی، ۱۳۹۲). اعتیاد یک بیماری جسمی- روانی-اجتماعی-معنوی^۳ است که در شکل گیری آن چندین زمینه پیش اعتیادی نقش داشته و وابستگی و مصرف آن، آثار و پیامدهای بنیادین و نامطلوب روانی، اجتماعی، انسانی، اقتصادی، سیاسی، آموزشی و فرهنگی بر ساختار و کارکرد جامعه دارد (کلدی و مهدوی، ۱۳۸۲).

در حال حاضر سوء مصرف مواد^۴ یکی از مشکلات بزرگ رفتاری در جوامع بشری است و سازمان جهانی بهداشت^۵ از آن به عنوان رویدادی نگران کننده در دنیا یاد کرده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۳، به نقل از بریپی، ۱۳۹۴). دست کم ۳۵۰۰ سال است که انسان مواد مخدر مصرف می‌کند (سادوک^۶ و سادوک^۷، ۲۰۰۳، به نقل از بریپی، ۱۳۹۴). آمادگی به اعتیاد، به معنی تمایل شدید فرد به مصرف یک ماده مخدر می باشد به طوری که باعث می‌شود فرد مصرف مواد را به رفتارهای دیگر ترجیح دهد (زرگر، نجاریان و نعمی، ۱۳۸۷). با نگاهی واقع‌بینانه به مساله اعتیاد به مواد مخدر به راحتی درمی‌یابیم که مصرف مواد از قرن‌ها پیش وجود داشته است و اکنون نیز کشوری وجود ندارد که از گسترش مصرف مواد در امان مانده باشد. اعتیاد در حال حاضر نیز، با وجود پیشرفت‌های علمی و افزایش سطح شعور و آگاهی مردم، هم‌چنان در حال گسترش است و هر ساله افراد زیادی را در دام خود گرفتار می‌کند. اعتیاد تنها جنبه فردی و شخصی ندارد بلکه آسیب اجتماعی محسوب می‌شود و علاوه بر تهدید سلامت جسم و روان افراد در جنبه‌های اخلاقی، اجتماعی و اقتصادی جامعه نیز آثار زیان‌آور و جبران ناپذیر برجای می‌نهد (احمدوند، ۱۳۸۷). این پدیده به عنوان یک معضل فردی - اجتماعی کانون توجه متخصصان در حوزه‌های مختلف قرار گرفته است. عوامل متعددی در سبب شناسی سوء مصرف مواد موثر است که در تعامل با هم‌دیگر منجر به شروع مصرف و سپس اعتیاد می‌شود.

مرگی که ناشی از خودکشی عمدی و توسط خود شخص رخ می‌دهد، اقدامی آگاهانه در جهت نابودسازی خود می باشد. روشن‌ترین دلیل آن مشکلات پیچیده انسان نیازمندی است که برای رهایی از مشکلات خود، خودکشی را به عنوان بهترین راه حل انتخاب می‌کند. خودکشی عملی اتفاقی و بی معنی نیست بلکه راهی برای رها شدن از یک مشکل یا بحران است که شخص را به طور شدید رنج می‌دهد. خودکشی با نیازهای برآورده نشده، احساس یأس و درماندگی، تعارضهای دوگانه در زندگی و فشار روانی غیر قابل تحمل رابطه مستقیم دارد. به نظر میرسد خودکشی، یک اقدام فردی است که امکان دارد از کانب شخص سر بزند و در بروز آن عوامل اجتماعی نیز نقش اساسی دارند (امیر دیوانی، ۱۳۸۳). عواملی که باعث افزایش خطر خودکشی می‌گردد شامل: افکار خودکشی و یا برنامه ریزی در مورد اقدامات خودکشی، بیماری روانی فعال (همچون افسردگی شدید، سایکوز، اختلال

1. Papageorgiou

2. addiction

3. Fontain

4. Bio-psycho-socio-spiritual

5. substance abuse

6. The world health organization

7. Sadock

دو قطبی)، مصرف مواد مخدر یا الکل، سابقه قبلی از تلاش برای خودکشی و اختلال شدید در ارتباطات بین فردی است (واندا^۸، ۲۰۰۳).

تعدادی از تحقیقات نشان می دهد افرادی که دست به خودکشی میزنند دارای پنج مشخصه عمده می باشند: مشکلات عمده با همسر، وجود یک فرد جدید در زندگی (همسر دوم)، وجود بیماری در یکی از اعضای خانواده، وجود یک بیماری شدید جسمی در فرد، شکست عاطفی. همچنین افرادی که اقدام به خودکشی می کنند دارای سابقه مشکلات مزمن در ارتباط با ازدواج، فرزندان، شغل، مسایل مالی، مسایل بهداشتی و اعتیاد هستند. دو سوم از افراد متأهل دارای مشکلات زناشویی می باشند. به طور کلی مشکلات مزمن اجتماعی همچون اختلافات زناشویی، طلاق، بیکاری، خانواده های پر جمعیت، بدهی و سابقه زندان در میان افرادی که دست به خودکشی می زنند شایع است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۴).

تکنیک های فراشناختی: تکنیک های فراشناختی تکنیک هایی منطبق با مدل فراشناختی ولز است که در آن از روش رویارویی طولانی مدت و مکرر برای تغییر باورها و تقویت پردازش اطلاعات انطباقی به جای پردازش نامناسب استفاده می شود (ولز، ۲۰۰۹).

آمادگی به اعتیاد: آمادگی به اعتیاد به معنی تمایل شدید فرد به مصرف یک ماده مخدر می باشد، به طوری که باعث می شود فرد مصرف مواد را به رفتارهای دیگر ترجیح دهد. به عبارت دیگر، افرادی که در معرض عوامل خطر ساز قرار دارند و کمتر در معرض عوامل محافظت کننده از اعتیاد قرار دارند، بیش از دیگران در معرض اعتیاد هستند (زرگر، نجاریان و نعمی، ۱۳۸۷، به نقل از برنا، ۱۳۹۲).

افکار خودکشی: افکار خودکشی به عنوان حوزه ای از افکار، تصاویر و ایده ها در مورد اقدام به خودکشی یا تمایل به خانمه دادن به زندگی بدون اقدام به خودکشی است (بریچ، گلدستاین و برنت^۹، ۲۰۰۶) تعریف می شود.

زنان آسیب پذیر: زنان در معرض خطر زنانه هستند که خود یا همسرانشان معتاد بوده یا سابقه زندان دارند، و یا زنانه که به طور مکرر ازدواج موقت می کنند. رفتار جنسی این گروه از نظر انتقال HIV حداقل در ۱۹ درصد معتادان مرد تزریقی مثبت است (مرکز کنترل بیماری ها، ۲۰۰۹).

فرضیه های تحقیق :

فرضیه اول: درمان فراشناختی بر آمادگی به اعتیاد زنان آسیب پذیر تأثیر دارد.

فرضیه دوم: درمان فراشناختی بر افکار خودکشی زنان آسیب پذیر تأثیر دارد.

روش

پژوهش حاضر، از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون دو گروهی است. آزمودنی های دو گروه آزمایشی طی دو مرحله به صورت زیر مورد ارزیابی قرار گرفتند:

الف- انجام پیش آزمون قبل از شروع جلسات آموزش، ب- انجام پس آزمون بعد از جلسات آموزش

در این طرح دو گروه آزمایشی وجود دارد که به طور تصادفی انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. قبل از شروع جلسات درمان فراشناختی از هر دو گروه آزمایشی پیش آزمون آمادگی به اعتیاد و افکار خودکشی گرفته شد. سپس، هر دو گروه آزمایشی تحت درمان فراشناختی قرار گرفتند. پس از اتمام دوره درمانی بلافاصله از هر دو گروه پس آزمون آمادگی به اعتیاد و افکار خودکشی گرفته شد.

8. Wanda

9. Bridge, Goldstein & Brent

جامعه آماری تحقیق: جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان آسیب پذیر مراجعه کننده به مرکز کاهش آسیب زنان آسیب پذیر شهر آبادان تشکیل می دهد.

نمونه آماری و روش نمونه گیری: جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان آسیب پذیر مراجعه کننده به مرکز کاهش آسیب زنان آسیب پذیر شهر آبادان تشکیل می دهد که از این جامعه آماری نمونه ای به حجم ۳۰ نفر به شیوه نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری کنترل و آزمایش قرار داده شدند.

مقیاس آمادگی به اعتیاد

مقیاس ایرانی آمادگی به اعتیاد با توجه به شرایط روانی-اجتماعی جامعه ایرانی توسط زرگر (۱۳۸۵) ساخته شد. این مقیاس از دو عامل تشکیل شده و دارای ۳۶ ماده به اضافه ۵ ماده دروغ سنج می باشد. نمره گذاری هر سوال بر روی یک پیوستار از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۳ (کاملاً موافقم) می باشد. در عامل اول بیشترین ماده ها به ترتیب مربوط به رفتارهای ضد اجتماعی، میل به مصرف مواد، نگرش مثبت به مواد، افسردگی و هیجان خواهی می باشد (آمادگی فعال) و در عامل دوم بیشترین ماده ها مربوط به عدم ابراز وجود و افسردگی می باشند (آمادگی منفعل). پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شد که در حد مطلوب می باشد. همچنین، ضریب آلفا برای عامل اول (آمادگی فعال) ۰/۹۱ و برای عامل دوم (آمادگی منفعل) ۰/۷۵ می باشد. جهت محاسبه روایی این مقیاس از دو روش استفاده شد. در روایی ملاکی، مقیاس آمادگی به اعتیاد گروه معتاد و غیر معتاد را به خوبی از یکدیگر تمیز داده است. روایی سازه مقیاس از طریق همسته کردن آن با فهرست ۲۵ ماده ای فهرست علائم بالینی^{۱۰} ۰/۴۵ محاسبه شد است که در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ معنی دار بود (زرگر، ۱۳۸۵؛ زرگر و همکاران، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر پایایی مقیاس آمادگی به اعتیاد از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۱ بدست آمد.

مقیاس افکار خودکشی بک^{۱۱}

برای سنجش افکار خودکشی، مقیاس انگاره پردازی خودکشی بک و همکاران استفاده شد. این مقیاس توسط بک و همکاران (۱۹۷۹)، به نقل از انیسی، فتحی آشتیانی، سلیمی و احمدی، (۱۳۸۴) طراحی شد که حاوی ۱۹ پرسش سه گزینه‌ای است که برای اقدام به خودکشی و عوامل تشکیل دهنده آن، مانند آرزوی مرگ، تمایل به خودکشی فعال و غیرفعال، مدت و فراوانی خودکشی، میزان کنترل خود، عوامل بازدارنده و آمادگی خود برای اقدام به خودکشی خود ساخته شده است. پرسش ها دارای سه گزینه «هیچ»، «تا اندازه ای» و زیاد هستند. در این پرسشنامه پنج سؤال غربالگری نیز گنجانده شده است. در صورتی که پاسخ به این پرسش ها، پاسخ مثبت (۱ یا ۲) بدهد لازم است که ۱۴ پرسش باقی مانده را پاسخ دهد، در غیر این صورت نیازی به ادامه‌ی پاسخ گویی نیست. در مجموع نمرات مقیاس از صفر تا ۳۸ در نوسان است. بک (۱۹۷۹)، به نقل از انیسی، فتحی آشتیانی، سلیمی و احمدی، (۱۳۸۴)، ضریب پایایی و پایایی بین ارزیابان آن را به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۳ بر آورد کرده است. در مطالعه دانیتز^{۱۲} (۲۰۰۱) آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۹ و پایایی بین آزماینده ۰/۸۳ به دست آمده است. انیسی و همکاران (۱۳۸۴) پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ و روش دو نیمه کردن به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۸۸ به دست آوردند. در پژوهش سلاخ پور (۱۳۹۵) پایایی پرسشنامه افکار خودکشی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ بدست آمد. دالری، (۲۰۰۴) ۰/۶۹ گزارش کردند. انیسی و همکاران (۱۳۸۴) روایی همزمان مقیاس افکار خودکشی بک را با پرسشنامه‌ی سلامت عمومی برابر با ۰/۷۶ به دست آوردند. در پژوهش سلاخ پور (۱۳۹۵) روایی این پرسشنامه از طریق همبستگی هر سؤال با نمره‌ی کل بین ۰/۲۱ تا ۰/۵۱ به دست آمد که در سطح $p < 0.01$ معنی دار می باشد. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه افکار خودکشی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آمد.

¹⁰. Symptom Checklist-25 (SCL-25)

¹¹. Beck Suicidal Ideation Scale

¹². Danitz

روش تجزیه و تحلیل داده ها : برای تحلیل داده ها از آمار توصیفی (محاسبه میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس چند متغیری و تحلیل کواریانس یکراهه) استفاده شد. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS انجام گرفت.

یافته‌ها

یافته های پژوهش

یافته های توصیفی

آزمودنی‌های پژوهش حاضر شامل ۱۵ زن آسیب‌پذیر مراجعه کننده به مرکز کاهش آسیب زنان آسیب‌پذیر شهر آبادان بودند که ۱۵ نفر آن را گروه آزمایش و ۱۵ نفر آن را گروه کنترل تشکیل داده‌اند. جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار نمره‌های متغیرهای پژوهش حاضر را در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱ یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	شاخص‌های آماری	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
آمادگی به اعتیاد	میانگین	۵۹/۸۰	۴۷/۶۷	۵۸/۷۳	۵۳/۸۰
	انحراف معیار	۷/۵۷	۷/۲۷	۶/۸۹	۵/۱۷
افکار خودکشی	میانگین	۲۴/۴۰	۱۶/۰۰	۲۵/۲۰	۲۱/۶۷
	انحراف معیار	۴/۴۵	۴/۱۱	۴/۳۴	۳/۸۷

همانطور که نتایج مندرج در جدول شماره ۱ نشان می‌دهد، میانگین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای آمادگی به اعتیاد در گروه آزمایش به ترتیب (۵۹/۸۰ و ۴۷/۶۷)، و در گروه کنترل به ترتیب (۵۸/۷۳ و ۵۳/۸۰) و افکار خودکشی در گروه آزمایش به ترتیب (۲۴/۴۰ و ۱۶/۰۰)، و در گروه کنترل به ترتیب (۲۵/۲۰ و ۲۱/۶۷) می‌باشد.

یافته های استنباطی

فرضیه های تحقیق :

فرضیه اول : درمان فراشناختی بر آمادگی به اعتیاد زنان آسیب پذیر تأثیر دارد.

فرضیه دوم : درمان فراشناختی بر افکار خودکشی زنان آسیب پذیر تأثیر دارد.

جدول شماره ۲ نتایج آزمون لوین جهت برابری واریانس خطای متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون

متغیر وابسته	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	سطح معنی‌داری
آمادگی به اعتیاد	۱	۲۸	۰/۵۳۸	۰/۴۶۹
افکار خودکشی	۱	۲۸	۱/۹۸۴	۰/۱۷۰

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول شماره ۲ نشان می‌دهند، آزمون لوین در متغیر آمادگی به اعتیاد ($F=0/538$) و افکار خودکشی ($P>0/469$ و $F=1/984$ و $P>0/170$) و غیرمعنی‌دار می‌باشند. بنابراین واریانس خطای پس‌آزمون دو گروه

آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای آمادگی به اعتیاد و افکار خودکشی به طور معنی‌داری متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس‌ها در مرحله پس‌آزمون تأیید می‌شود.

جدول شماره ۳ نتایج همگنی شیب‌های رگرسیون بین متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون) و وابسته (پس‌آزمون) در سطوح عامل (گروه آزمایش و کنترل) در مرحله پس‌آزمون

شاخص آماری	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
آمادگی به اعتیاد	۱۳/۰۸۷	۱	۱۳/۰۸۷	۰/۶۴۴	۰/۴۳۰
افکار خودکشی	۱۸/۸۳۷	۱	۱۸/۸۳۷	۲/۱۶۰	۰/۱۵۴

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد، مقدار ضریب شیب رگرسیون بین متغیرهای کمکی (پیش-آزمون) و وابسته (پس‌آزمون) در سطوح عامل (گروه آزمایش و کنترل) در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای آمادگی به اعتیاد ($p > 0/430, F = 0/644$) و افکار خودکشی ($p > 0/154, F = 2/160$) و غیرمعنی‌دار است. با توجه به نتایج مندرج در جدول، در خطوط رگرسیون متغیر کمکی (پیش‌آزمون) و متغیر وابسته (پس‌آزمون) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایشی و کنترل) برابری حاکم است. بنابراین، مفروضه همگنی رگرسیون در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای آمادگی به اعتیاد و افکار خودکشی در سطوح عامل تأیید می‌شود.

جدول شماره ۴ نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

اثر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
گروه	آمادگی به اعتیاد	۳۳۵/۳۶۶	۱	۳۳۵/۳۶۶	۱۵/۵۵۲	۰/۰۰۱	۰/۳۸۴
	افکار خودکشی	۱۸۰/۶۳۳	۱	۱۸۰/۶۳۳	۲۲/۱۸۵	۰/۰۰۱	۰/۴۷۰

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول شماره ۴ نشان می‌دهند، تحلیل کوواریانس‌های یک‌راهه در متغیر آمادگی به اعتیاد ($F = 15/552$ و $P < 0/001$) و معنی‌دار می‌باشند. برای فهم چگونگی این تفاوت کافی است میانگین پس‌آزمون‌های گروه آزمایش و کنترل را از لحاظ متغیر وابسته مذکور با یکدیگر مقایسه کنیم. با توجه به نتایج مندرج در جدول شماره ۴ میانگین پس‌آزمون آمادگی به اعتیاد گروه آزمایش ۴۷/۶۷ و گروه کنترل ۵۳/۸۰ است که نشان می‌دهد با کنترل پیش‌آزمون، آمادگی به اعتیاد گروه آزمایش در پس‌آزمون با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری دارد. بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود.

تحلیل کوواریانس‌های یک‌راهه در متغیر افکار خودکشی ($F = 22/185$ و $P < 0/001$) و معنی‌دار می‌باشند. برای فهم چگونگی این تفاوت کافی است میانگین پس‌آزمون‌های گروه آزمایش و کنترل را از لحاظ متغیر وابسته مذکور با یکدیگر مقایسه کنیم. با توجه به نتایج مندرج در جدول شماره ۴ میانگین پس‌آزمون افکار خودکشی گروه آزمایش ۱۶/۰۰ و گروه کنترل ۲۱/۶۷ است که نشان می‌دهد با کنترل پیش‌آزمون، افکار خودکشی گروه آزمایش در پس‌آزمون با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری دارد. بنابراین فرضیه دوم پژوهش تأیید می‌شود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت درمان فراساختی بر آمادگی به اعتیاد و افکار خودکشی زنان آسیب‌پذیر شهر آبادان تأثیر دارد.

نتیجه‌گیری

فرضیه‌های تحقیق

فرضیه اول: درمان فراشناختی بر آمادگی به اعتیاد زنان آسیب پذیر تأثیر دارد.

بر اساس جدول شماره ۴ نتایج تحلیل‌های کواریانس یکراهه نشان می‌دهد که بین نمره‌های پس آزمون آمادگی به اعتیاد در گروه‌های آزمایشی و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین فرضیه ۱، پژوهشی مبنی بر اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش آمادگی به اعتیاد مؤثر است، تأیید می‌گردد. یافته‌های این تحقیق با یافته‌های پژوهش‌های پشم دوست و غفاری (۱۳۹۴)، سترگ، کاظمی و رئیسی (۱۳۹۲)، استیوان و آندرسما (۲۰۱۰) همسو است.

انتظارات فرد در مورد اثرات پاداش دهنده‌ی مواد، باور و نگرش در مورد مسئولیت رفتار و تقویت دریافتی از جمله عواملی هستند که موجب گرایش به مصرف و همچنین مصرف مجدد علی‌رغم بروز مشکلات می‌شوند. مصرف‌کنندگان مواد مخدر میزان بالایی از تحریف‌های شناختی و تفکرات ناکارآمد را به کار می‌برند. در این میان راهبردهای کنترلی فراشناختی پاسخی هستند که افراد در کنترل فعالیت‌های سیستم شناختی خود انجام می‌دهند. این راهبردها ممکن است راهبردهای تفکر را تشدید یا سرکوب کنند و ممکن است به سمت افزایش فرایندهای بازبینی جهت دهند. این فرآیندهای بازبینی می‌تواند شامل دوری از مصرف، که اهدش تمایل به مصرف باشد. علاوه بر این راهبردهای درمان فراشناختی تحت عنوان پاسخهای رفتاری و راهبردهای کنترل فکر مشخص شده‌اند. پویایی راهبردهای کنترل فکر به کار برده شده توسط افراد، فرایند بررسی دقیق و موشکافانه پیامدهای نگرانی و اضطراب را تشدید می‌کند. رفتارهای مقابله‌ای، شامل اجتناب، جست و جوی اطلاعات، توجه برگردانی، استفاده از الکل، مصرف مواد و غیره است. این رفتارها موجب تداوم ارزیابی‌ها و باورهای منفی در باره نگرانی میشوند زیرا با سپردن کنترل به دست عوامل خارجی، فرایند خودگردانی را مختل می‌کنند در این میان، اصل بنیادین درمان فراشناختی آن است که اختلالات (گرایش به مصرف مواد، عود و ...) با فعال شدن نوعی سبک تفکر ناسازگارانه، موسوم به سندرم شناختی توجهی، مرتبط است. سندرم-شناختی توجهی شامل نوعی سبک تفکر تکرار شونده. به صورت نگرانه‌ی یا نشخوار فکری متمرکز بر تهدید و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه (مانند فرونشانی فکر، مصرف مواد...) است. سبک پیامدهایی دارد که به حفظ و تداوم هیجان‌ها و تقویت افکار منفی منجر می‌شود (ولز، ۲۰۰۴، ترجمه محمدخانی، ۱۳۸۸). یک فرایند مهم در درمان فراشناختی، ناتوانی فرد در درگیر نشدن در فرایند نگرانی به هنگام فعال شدن آن است. این ناتوانی به صورت تفکر مداوم در باره نگرانی از مصرف مواد، به منظور مقابله با آن یا تلاش برای اطمینان دادن به خود از طریق خودگویی؛ آشکار می‌شود درمان فراشناختی با به کارگیری فنون آموزش توجه و فنون ذهن آگاهی گسلیده. موجب تغییر در نگرشهای افراد می‌گردد. هدف از طراحی فنون آموزش توجه، تدوین شیوه‌های برای تأثیر گذاشتن بر جنبه‌های مختلف سندرم شناختی توجهی و فراشناختی‌های برانگیزاننده آن است.

فرضیه دوم: درمان فراشناختی بر افکار خودکشی زنان آسیب پذیر تأثیر دارد.

بر اساس جدول شماره ۴ نتایج تحلیل‌های کواریانس یکراهه نشان می‌دهد که بین نمره‌های پس آزمون افکار خودکشی در گروه‌های آزمایشی و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین فرضیه ۱، پژوهشی مبنی بر اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش افکار خودکشی مؤثر است، تأیید می‌گردد. یافته‌های این تحقیق با یافته‌های پژوهش‌های رضایی و همکاران (۱۳۹۴)، تیزدل (۲۰۱۱) و نولن-هوکسیما و مارو (۲۰۰۸) همسو است.

در اندیشه خودکشی افکار ناامیدکننده پیرامون زندگی، ارزش بقا و باقی ماندن دائماً در حال تکرار شده است (دیک، ۱۹۹۳) که نوعی نشخوار فکری محسوب می‌گردد. همانطور که پژوهش‌ها نشان داده‌اند نشخوار فکری موجب تداوم اندیشه‌ی خودکشی پس از تجارب استرس‌زای زندگی می‌شود (ولز، ۲۰۰۴، ترجمه محمدخانی، ۱۳۸۸). درمان فراشناختی به عنوان نوعی درمان که بر فهم علل نشخوار فکری متمرکز است و در این راه از تکنیک‌هایی نظیر آموزش توجه استفاده می‌کند که سودمندی آن به لحاظ تجربی نشان داده شده (ولز و پایاجورجیو، ۲۰۰۴)، می‌تواند بر کاهش اندیشه خودکشی مؤثر و مفید واقع شود. در پژوهش حاضر به همان صورتیکه ولز درباره مقابله با اندیشه و رفتار خودکشی ذکر نموده است. ناامیدی به عنوان تظاهر آشکار نشخوار فکری درباره موضوعی که نمی‌توان آن را تغییر داد و بیمار درباره آن احساس ناتوانی می‌کند مفهوم سازی شد. استنباط می‌

شود که کاهش اندیشه خودکشی در شرکت کنندگان به تبع کاهش نشخوارهای فکری آنها بوده است. در خصوص اثربخشی درمان فراشناختی بر اندیشه خودکشی یافته های بسیار محدودی موجود است که می توان به پژوهش ولز و پاپاجورجیو (ولز و پاپاجورجیو، ۲۰۰۴، ولز و پاپاجورجیو، ۲۰۰۰) و ولز (ولز، ۲۰۰۵) اشاره نمود. یافته های پژوهش حاضر با این دو پژوهش که درمان فراشناختی را مؤثر بر اندیشه خودکشی بیماران افسرده بر شمرده اند همخوانی دارد اما نوع طرح پژوهشی در دو مطالعه متفاوت می باشد و در دو پژوهش مذکور از نمونه آماری بسیار اندکی استفاده شده است که امکان تعمیم آن را محدود می کند. در مطالعه ما و دو مطالعه قبلی از روشهای یکسانی برای کاهش اندیشه خودکشی استفاده شده است که می توان نتیجه گرفت فنون فراشناختی می تواند اندیشه خودکشی را تعدیل و کاهش دهد.

منابع و مراجع

- [۱] اتکینسون، ریتال، اتکینسون، ریچارد سی، اسمیت، ادواردال، بم، داریل ج و تولن-هوکسما سوزان (۲۰۰۰). زمینه روانشناسی هیلگارد (ویراست سیزدهم). ترجمه محمدتقی براهنی، بهروز بیرشک، مهرداد بیک، رضا زمانی، سعید شاملو، مهرناز شهر آرای، یوسف کریمی، نیسان گاهان، مهدی محی الدین و کیانوش هاشمیان (۱۳۸۴). تهران: انتشارات رشد.
- [۲] احمدوند، محمد علی (۱۳۸۷). اعتیاد، سبب شناسی و درمان آن، انتشارات دانشگاه پیام نور، تهران، چاپ سوم.
- [۳] امیر دیوانی ابوالفضل (۱۳۸۳). خودکشی جوانان و نوجوانان و انگیزه های آن. فصلنامه بهداشت و روان، ۱۱، ۴۵-۵۶.
- [۴] انیسی، جعفر، فتحی آشتیانی، علی، سلیمی، سید حسین و احمدی، خدابخش (۱۳۸۴). ارزیابی اعتبار و روایی مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI) در سربازان. طب نظامی، ۷(۱)، ۳۷-۳۳.
- [۵] برنا، محمدرضا (۱۳۹۳). بررسی ویژگی های شخصیتی، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، سبک های دل بستگی و سیستم های مغزی- رفتاری به عنوان پیش بین های آمادگی فعال و غیرفعال به اعتیاد و تکانشگری در دانشجویان مرد دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. پایان نامه دکتری، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- [۶] برنز، دیوید (۱۹۹۰). از حال بد به حال خوب. ترجمه مهدی قراچه داغی (۱۳۸۸). تهران: نشر آسیم.
- [۷] بریهی، هیفا (۱۳۹۴). طراحی و آزمودن الگویی از برخی پیشایندهای آمادگی به اعتیاد در کارکنان شرکت بهره برداری نفت و گاز آغاچاری. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان شناسی صنعتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی.
- [۸] بهادری خسروشاهی، جعفر و خانجانی، زینب (۱۳۹۲). ارتباط راهبردهای مقابله ای و خودکارآمدی با گرایش به سوء مصرف مواد در دانشجویان. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، سال چهارم، شماره ۳ (پیاپی ۵۳)، ۹۰-۸۰.
- [۹] بوچر، جیمز، مینکا، سوزان و هولی، جیل (۲۰۰۷). آسیب شناسی روانی (جلد دوم). ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۸۹). تهران: انتشارات ارسباران.
- [۱۰] پالمر، استفان، (۲۰۰۷). روان شناسی خودکشی: راهبردهای نوین در جهت کاهش و جلوگیری از خودکشی. ترجمه مرادیان، بهرام و میرحسینی، زینب السادات (۱۳۹۰). تهران، انتشارات آوای نور.
- [۱۱] پشم دوست، مریم و غفاری، عذار (۱۳۹۴). تحت عنوان اثربخشی درمان فراشناختی گروهی بر ترک اعتیاد و سنجش پایداری اثر آن. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۳۴، ۱۱۰-۱۰۰.
- [۱۲] پناغی، لیلی و غلامرضایی، مریم (۱۳۹۰). ارزیابی و مدیریت خودکشی، تهران، انتشارات ناردیس.
- [۱۳] تیلور، استیو، (۱۹۸۹). جامعه شناسی خودکشی، ترجمه ی ربانی، رسول، انصاری، ابراهیم؛ و کارشناس، مجید (۱۳۸۹). تهران، انتشارات آوای نور.
- [۱۴] چامپیون، لورنا، پاور، میک (۲۰۰۱). آسیب شناسی روانی بزرگسالان. ترجمه ی علی اکبر خسروی و هورا رهبری (۱۳۸۵). تهران: انتشارات آیز.
- [۱۵] دستغیب، عبدالحسین (۱۳۹۰). متن کامل گناهان کبیره. تهران: انتشارات ناس.
- [۱۶] دورکیم، امیل، (۱۸۹۷). خودکشی. ترجمه ی نادر سالارزاده امیری (۱۳۸۷). تهران، انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی.

- [۱۷] رضایی، مهدی (۱۳۹۱) تحت عنوان اثربخشی درمان فراشناختی بر روی بی خوابی و اندیشه خودکشی در زندانیان. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته رولن شناسی دانشگاه تبریز، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی.
- [۱۸] رضایی، مهدی، حاتمی، سید اسماعیل، حجت، سیدکاو، عین بیگی، الهه، طاهرپناه، محمد و منادی زیارت، حدیثه (۱۳۹۴). اثربخشی درمان فراشناختی بر اندیشه خودکشی بیماران افسرده تحت درمان دارویی. فصلنامه مطالعات روان شناسی بالینی، ۲۲، ۱۶۱-۱۵۱.
- [۱۹] رود، ام دیوید، جوین، توماس، و رجب، ام حسن (۲۰۰۱). مقابله با گرایش به خودکشی. ترجمه مهدی فروغان (۱۳۸۶). تهران، انتشارات رشد.
- [۲۰] زرگر، یدالله (۱۳۸۵). ساخت و اعتباریابی مقیاس ایرانی آمادگی به اعتیاد. دومین همایش انجمن روانشناسی ایران، تهران.
- [۲۱] زرگر، یدالله، نجاریان، بهمن و نعیمی، عبدالزهرا (۱۳۸۷). بررسی رابطه ویژگی های شخصیتی، نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی به اعتیاد. مجله علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، شماره ۱، سال ۳، ص ۹۹-۱۲۰.
- [۲۲] سادوک، بنیامین، جیمز، سادوک و آلکوت، ویرجینیا (۲۰۰۷). خلاصه روان پزشکی، علوم رفتاری/ روان پزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۸۸). جلد اول، تهران: انتشارات ارجمند.
- [۲۳] سترگ، صحرا؛ کاظمی، حمید و رئیس، زهره (۱۳۹۲). اثربخشی درمان فراشناختی بر عقاید و سوسه انگیز و باورهای مرتبط با مواد در بیماران وابسته به مواد صنعتی. فصلنامه علمی پژوهشی اعتیادپژوهی، ۷، ۱۶۲-۱۴۷.
- [۲۴] شاملو، سعید (۱۳۹۰). آسیب شناسی روانی. تهران: انتشارات رشد.
- [۲۵] شمس علیزاده، نرگس، افخم زاده، عبدالرحیم، محسن پور، بهزاد، صالحیان، بیان، شمس علیاده، نسیم (۱۳۹۰). قصد مرگ در اقدام کنندگان به خودکشی از طریق مسمومیت. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، سال بیست و یک، شماره هشتاد و یک، صص. ۶۷-۶۲.
- [۲۶] شولتز، دوان و شولتز، سیدنی الن (۲۰۰۵). نظریه های شخصیت. ترجمه ی یحیی سید محمدی ویراست هشتم. (۱۳۸۶).
- [۲۷] صرامی، حمید (۱۳۹۰). پیشگیری از اعتیاد در محیط های کاری، ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور.
- [۲۸] عشرتی، طیبه (۱۳۸۹). بررسی روابط ساختاری برخی از عوامل روان شناختی خطرزا و محافظت کننده آمادگی اعتیاد در دانش آموزان سال سوم دبیرستان های شهر مشهد. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- [۲۹] قلعه بندی، فرهاد (۱۳۷۹). روان پزشکی بالینی برای دانشجویان پزشکی و پزشکان عمومی. تهران: چاپ فرهنگ سازان.
- [۳۰] کلدی، علیرضا و مهدوی، رمضان (۱۳۸۲). بررسی منابع کنترل درونی و بیرونی در بازگشت مجدد به اعتیاد در اردوگاه کاردرمانی زنجان. فصلنامه رفاه اجتماعی، سال سوم، شماره ۹، ۳۰۷-۳۳۱.
- [۳۱] نریمانی، محمد و پوراسمعی، اصغر (۱۳۹۱). مقایسه ناگویی خلقی و هوش معنوی در افراد معتاد، افراد تحت درمان با متادون و افراد غیر معتاد. فصلنامه اعتیادپژوهی سوءمصرف مواد، سال ششم، شماره بیست و دوم، ۲۲-۷.
- [۳۲] ولز، آدریان (۲۰۰۴). کاربرد فراشناخت در تبیین و درمان اختلالات هیجانی، ترجمه رئوف آهو قلندری. تهران: انتشارات کنکاش.

- [33] Allman, J. M., Hakeem, A., Erwin, J. M., Nimchinsky, E., & Hof, P. (2001). The anterior cingulate cortex: the evolution of an interface between emotion and cognition. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 935, 107-117.
- [34] Ames, S. L., Zogg, J. B., & Stacy, A. W. (2002). Implicit cognition, sensation seeking, marijuana use, and driving behavior among drug offenders. *Personality and Individual Differences*, 33, 1055-1072.
- [35] Arnsten, A. F., Steere, J. C., & Hunt, R. D. (1996). The contribution of alpha 2 noradrenergic mechanisms of prefrontal cortical cognitive function: potential significance for attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53, 448-455.
- [36] Arnsten, A. F., Steere, J. C., Jentsch, D. J., & Li, B. M. (1998). Noradrenergic influences on prefrontal cortical cognitive function: Opposing actions at postjunctional alpha 1 versus alpha 2-adrenergic receptors. *Advances in Pharmacology*, 42, 764-767.
- [37] Barlow, D., & Durand, V. (2009). *Abnormal Psychology* (3rd Ed). Canada: Wardsworth Group.
- [38] Barrett, A., & Turner, R. (2006). Family structure and substance use problems in adolescence and early adulthood: Examining explanations for the relationship. *Addiction*, 101, 1, 109-120.
- [39] Beck, J. B., & Beck, A. T. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- [40] Berman, J. S., Jobes, D. A., & Silveira, M. M. (2006). *Adolescent suicide assessment and intervention*. Published American Psychological Association, www.Apa.Org/books.
- [41] Birnbaum, S., Gobeske, K. T., Auerbach, J., Taylor, J. R., & Arnsten, A. F. (1999). A role for norepinephrine in stress-induced cognitive deficits: Alpha-1-adrenoceptor mediation in the prefrontal cortex. *Biology Psychiatry*, 46, 1266-1274.
- [42] Brady, K. T., & Sinha, R. (2005). Co-occurring mental and substance use disorders: The neurobiological effects of chronic stress. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 8, 1483-1493.
- [43] Breslau, N., Davis, G., & Schultz, L. (2003). Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol and other drug disorders in persons who have experienced trauma. *Archives of General Psychiatry*, 60, 3, 289-294.
- [44] Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal for Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 372-409.
- [45] Brook, D. W., Brook, J. S., Zhang, C., Cohen, J. D., & Whiteman, M. (2002). Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders. *Archives of General Psychiatry*, 59, 1039-1044.
- [46] Bullough, B. V. (2011). Female Prostitution: Current Research and Changing Interpretations. *Annual Review of Sex Research* 1996;7(1):158-80.
- [47] Bullough, B. V. (2011). Female Prostitution: Current Research and Changing Interpretations. *Annual Review of Sex Research*; 7(1):158-80.
- [48] Capriles, N., Rodaros, D., Sorge, R. E., & Stewart, J. (2003). A role for the prefrontal cortex in stress- and cocaine-induced reinstatement of cocaine seeking in rats. *Psychopharmacology (Berl)*, 168, 66-74.
- [49] Chambers, R. A., Krystal, J. H., & Self, D. W. (2001). A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 50, 71-83.

- [50] Chassin, L., Presson, C. C., Sherman, S. J., & Kim, K. (2003). Historical changes in cigarette smoking and smoking-related beliefs after 2 decades in a midwestern community. *Health Psychology, 22*, 347-353.
- [51] Cherek, D. R., & Lane, S. D. (2000). Fenfluramine effects on impulsivity in a sample of adults with and without history of conduct disorder. *Psychopharmacology, 152*, 149-156.
- [52] Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 409-438.
- [53] Dyck, M.J. (1993). Positive and negative attitudes at suicide ideation. *Suicide Life Threat Behave. 30-73*.
- [54] Hoyert, D. L., Kochanek, K. D., & Murphy, S. L. (2004). *Final data for 2002*. National Vital Statistics Reports. 53(5).
- [55] Jurich, A. P. (2008). *Family therapy with suicidal adolescent*. Library of congress Cataloging-in-Publication Data. New York, NY 10016.
- [56] Kerns, J. G., Cohen, J. D., MacDonald, A. W., Cho, R. Y., Stenger, V. A., & Carter, C. S. (2004). Anterior cingulate conflict monitoring and adjustments in control. *Science (New York)*, 303, 1023-1026.
- [57] Kim, I. J., Zane, N. W. S., & Hong, S. (2002). Protective factors against substance use among Asian American youth: A test of the peer cluster theory. *Journal of Community Psychology, 30*, 565-584.
- [58] Lau, M. A., Segal, Z. V., & Williams, M. G. (2004). Teasdale's differential activation hypothesis: implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behavior. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 1001-1017.
- [59] Lioyd, D. A., & Turner, R. J. (2008). Cumulative life-time adversities and alcohol dependence in adolescence and young adulthood. *Drug and Alcohol Dependence, 93*, 217-226.
- [60] Marshall, S. W., Chapman, D., & Lando, J. (2005). The role of public health in mental health Promotion morbidity and mortality weekly report. Sep 2/2005 www. Find article. Com.
- [61] Matsumoto, K., Suzuki, W., & Tanaka, K. (2003). Neuronal correlates of goal based motor selection in the prefrontal cortex. *Science (New York)*, 301, 229-232.
- [62] Morton, E, Runyan, C. W., Moracoo, K. E., & Butts, J. (1998). Partner Homicide-Suicide Involving Female Homicide Victim: A Population-Based Study in North Carolina. *Violent Victims. 3(2): 91-106*.
- [63] Olincy, A., Ross, R. G., Young, D. A., Roath, M., & Freedman, R. (1998). Improvement in smooth pursuit eye movements after cigarette smoking in schizophrenic patients. *Neuropsychopharmacology, 18*, 175-185.
- [64] Pandina, R. J. (2006). Risk and protective factor models in adolescent drug use: Putting them to work for prevention. National Institutes of Health: *National Conference on Drug Abuse Prevention Research*.
- [65] Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001). Positive beliefs about depressive umination: development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior therapy, 32*, 13-26.
- [66] Parker, J .D .A., Taylor, R .N., Eastabrook, J. M., Schell, S. L., & Wood, L .M. (2008). Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. *Personality and Individual Differences, 15*, 174-180.

- [67] Reinecke, M. A. (2006). *Problem solving: A conceptual approach to suicidality and psychotherapy*. In T. E. (Ed). *Cognition and suicide: theory, research, and therapy*. 237-260. Washing, DC: American Psychological association.
- [68] Rudd, M. D. (1990). An integrative model of suicidal ideation suicide and life-threatening behavior, 20 (1), 16-30.
- [69] Sadock B. J., & Sadock, V. A. (2004). *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. London: Lippincott Co.
- [70] Sadock, B. J., & Sadock (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*. New York. Lippincott William & Wilkins.
- [71] Sawadi, H. (1999). Individual risk factors for adolescence substance use. *Drug and Alcohol Dependence*. 55, 209-224.
- [72] Seligman, M. E. P. (1990). *Learned optimism*. NY: Alfred A. Knopf.
- [73] Shoal, G. D., Giancola, P. R., & Kirillova, G. P. (2003). Salivary cortisol, personality, and aggressive behavior in adolescent boys: a 5-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1101-1107.
- [74] Sinha, R. (2008). Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1141, 105-130.
- [75] Sokero, P. (2006). *Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder*. Unpublished doctoral Dissertation, University of Helsinki.
- [76] Stanhope, M., & Lancaster, J. (2000). *Community public health Nursing*. 3 ed. Missouri: Mosby Company, USA.
- [77] Steven, J. & Ondersma, M. (2010). The impact of Meta cognitive therapy on substance abuse treatment retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 59, 167-175.
- [78] Tomer, J. F. (2001). Addiction are not rational: A socio-economic model of addictive behavior. *Journal of Socio-Economic*, 30, 3, 243-261.
- [79] Wanda, K. M. (2003). *Johnson's Psychiatric-Mental Health Nursing*. London: Lippincott Co.
- [80] Waschbusch, D. A., Pelham, W. E. J., Jennings, J. R., Greiner, A. R., Tarter, R.E., & Moss, H. B. (2002). Reactive aggression in boys with disruptive behavior disorders: Behavior, physiology, and affect. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 641-656.
- [81] Wells, A. (2005). Detached Mindfulness in Cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *Journal Ratio Emot Cogn Behav Ther*. 23(4)337-55.
- [82] Wells, A. (2005). Modeling metacognition in emotional disorder. *Behav Res Ther*; 34(11-12); 881-8.
- [83] Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 107-121.
- [84] Willemsen, A. M., Koot, H. M., Ferdinand, R. F., Goossens, F. A., & Schuengel, C. (2008). Change in psychopathology in referred children: The role of life events and perceived stress. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(11), 1175-118.
- [85] Ziedonis, D. M., & George, T. P. (1997). Schizophrenia and nicotine use: Report of a pilot smoking cessation program and review of neurobiological and clinical issues. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 247-254.