فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۲۲، شماره ۲۶، پاییز ۱۴۰۳

# اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر عدم تحمل ابهام، ناگویی خلقی و اضطراب در افراد مبتلابه سو مصرف مواد مخدر

بهاره وطن‌خواه[۱]، احمد روان[۲]

**چکیده**

پیش‌زمینه و هدف: سو مصرف مواد یک بیماری جسمی، روانی و اجتماعی است که باعث تغییر در عملکرد طبیعی مغز می‌شود و زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. با توجه به اهمیت موضوع، پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر عدم تحمل ابهام، ناگویی خلقی و اضطراب در افراد مبتلا سو مصرف مواد مخدر انجام شد. مواد و روش‌ها: روش پژوهش نیمه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود که همراه با یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه افرادی بود که در سال ۱۴۰۲ به مرکز ترک اعتیاد سلامت شهرستان جهرم مراجعه کرده و درحال درمان بودند. تعداد ۴۰ نفر به‌عنوان نمونه از این جامعه انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش (هر گروه ۲۰ نفر) تقسیم شدند. دو گروه پیش و پس از مداخله به پرسشنامه تحمل ابهام مک‌لین (MSTAT-II)، پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو (TAS-20) و مقیاس اضطراب لاویبوند (DASS-21) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-21 و آزمون تحلیل کواریانس تحلیل شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر متغیرهای تحمل ابهام (P=۰/۰۰۱)، دشواری در تشخیص احساسات (P=۰/۰۰۱)، جهت‌گیری خارجی (P=۰/۰۰۳) و اضطراب (P=۰/۰۰۱)، در مرحله پس‌آزمون تأثیر معنادار دارد. طبق این نتایج درمان شناختی رفتاری به‌طور معناداری باعث کاهش عدم تحمل ابهام، ناگویی خلقی و اضطراب شرکت‌کنندگان گروه آزمایش شد (p <۰/۰۰۱). نتیجه‌گیری: بنابراین می‌توان از روش درمان شناختی رفتاری در جهت کاهش اختلالات روان‌شناختی و درنتیجه افزایش سلامت روان‌شناختی افراد دچار سو مصرف مواد بهره برد.

**کلیدواژه‌ها:** سو مصرف مواد، درمان شناختی رفتاری، عدم تحمل ابهام، ناگویی خلقی، اضطراب

[۱] کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران
[۲] استادیار، گروه روانشناسی، واحد لار، دانشگاه آزاد اسلامی، لار، ایران (نویسنده مسئول)، Ahmadravan46@gmail.com

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23 ]

**مقدمه**

سو مصرف مواد مخدر یک بیماری جسمی، روانی و اجتماعی است که باعث تغییر در عملکرد طبیعی مغز، ولع مصرف، تحمل و خماری می‌شود و زندگی فرد را به‌شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. این بیماری رفاه فرد را به خطر می‌اندازد و او را از زندگی عادی و همزیستی سالم با جامعه دور می‌کند (دهاندا[1] و همکاران، ۲۰۲۴). پیامدهای سو مصرف مواد ممکن است شامل بیماری‌های مزمن مانند بیماری‌های قلبی، آسیب‌های کبدی و مشکلات تنفسی باشد(امینی و افشاری‌نیا، ۱۴۰۲). همچنین، سو مصرف مواد می‌تواند منجر به آسیب‌های عصبی و اختلالات شناختی شود که بر حافظه و تصمیم‌گیری تأثیر می‌گذارد. وابستگی فیزیکی به مواد مخدر می‌تواند باعث بروز علائم ترک شود که از خفیف تا شدید متغیر است و همچنین خطر مرگ زودرس و مشکلات بهداشتی را افزایش می‌دهد (هورن و همکاران[2]، ۲۰۲۳). سو مصرف مواد با اختلالات روان‌شناختی مختلف مانند عدم تحمل ابهام است و می‌تواند تغییرات رفتاری و نوسانات عاطفی را به همراه داشته باشد (ابراهیم‌زاده و سهرابی، ۱۴۰۰). عدم تحمل ابهام به‌عنوان یک عامل روان‌شناختی مهم در توسعه و تداوم اعتیاد به مواد مخدر شناخته می‌شود. افراد با توانایی پایین در مدیریت ابهام، ممکن است از راه‌های ناسالم مانند مصرف مواد برای مقابله با اضطراب و عدم قطعیت استفاده کنند (گارامی[3] و همکاران، ۲۰۱۷). قدرت تحمل ابهام عبارت است از پذیرفتن عدم قطعیت به‌عنوان بخشی از زندگی، توانایی ادامه حیات با دانشی ناقص درباره محیط و تمایل به آغاز فعالیتی مستقل بی‌آنکه شخص بداند آیا موفق خواهد شد یا خیر (کاپلو،لوک‌ترگلون و آدریان[4]، ۲۰۲۳). به‌طور مشخص افرادی که در برابر ابهام نابردبار هستند معتقدند که ابهام، استرس‌زا و پریشان کننده است، با توانایی کارکرد وی تداخل می‌کند و رویدادهای مبهم یا غیرمنتظره، ناعادلانه و منفی هستند و باید از آن‌ها اجتناب کرد (کوکرتز، استرگ و امیر[5]، ۲۰۱۷). این افراد در اغلب موارد در موقعیت‌های مبهم دچار اضطراب، استرس و درگیری ذهنی می‌شوند و در ارزیابی موقعیت‌های جدید ناکام می‌مانند. بااین‌حال افرادی که تحمل ابهام بالایی دارند، یک تکنیک مناسب و منطقی را برای اجتناب از موقعیت‌های مبهم کشف می‌کنند و دارای سبک‌شناختی مناسبی هستند که باعث می‌شود موقعیت‌های پیچیده و دشوار را عمیق‌تر درک کنند (کارا و لیودمیلا[6]، ۲۰۲۰). یک مطالعه نشان داد که افراد باتحمل ابهام پایین، بیشتر در معرض خطر اعتیاد قرار دارند و این به دلیل احساس تهدید و اضطراب در مواجهه با موقعیت‌های مبهم است (ابراهیم‌زاده و سهرابی، ۱۴۰۰).

علاوه بر این دیگر عاملی که ممکن است با سو مصرف مواد در ارتباط داشته باشد ناگویی خلقی است. ناگویی خلقی عبارت است از ناتوانی در شناسایی و بیان هیجان‌ها گفتار و افکار عینی وابسته به وقایع بیرونی و محدودیت در داشتن زندگی تخیلی (ارسلان‌ده و همکاران، ۱۴۰۳). امروزه نقش ناگویی خلقی در اختلالات مختلف بسیار موردتوجه قرارگرفته است. نقص در خیال‌پردازی‌ها، ناتوانی در تنظیم هیجان‌ها، ناتوانی در متمایز ساختن احساسات و تهییج‌های بدنی، تفکر واقعیت مدار و عمل‌گرا نیز از ویژگی‌های مهم افراد مبتلابه ناگویی هیجانی است (ابراهیم پور و همکاران، ۱۴۰۱). این افراد تهییج‌های بدنی بهنجار را بزرگ می‌کنند و درماندگی خلقی را از طریق شکایت‌های بدنی نشان می‌دهند و در اقدامات درمانی نیز به دنبال درمان نشانه‌های جسمانی هستند (ابراهیم پور و همکاران، ۱۴۰۱؛ اورسولینی[7]، ۲۰۲۰). در حوزه سبب‌شناسی، اختلال ناگویی خلقی، موردتوجه پژوهشگران قرارگرفته است. وقتی اطلاعات هـیجانی نتوانند در فرایند پردازش شناختی، ادراک و ارزشیابی شوند، فرد ازنظر عاطفی و شناختی دچار آشفتگی و درماندگی می‌شود. این ناتوانی، سازمان عواطف و شناخت‌های فرد را مختل می‌سازد (اورسولینی، ۲۰۲۰). ناگویی خلقی می‌تواند هم منجر به تمرکز،

[1] Dhanda
[2] Horn
[3] Garami
[4] Cuppello, Luke Treglown, Adrian
[5] Kuckertz, Strege, Amir
[6] Kara, Liudmila
[7] Orsolini

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23 ]

تقویت و سوءتعبیر از احساس‌های جسمانی شود که با برانگیختگی هیجانی همراه است و هم یک آمادگی برای پریشانی و یا حالت نامتمایز هیجانی‌های منفی ایجاد کند (هونکالامپی[1] و همکاران، ۲۰۲۲).

اضطراب و اعتیاد نیز به‌شدت به هم گره‌خورده‌اند، به‌طوری‌که هرکدام از این دو شرایط می‌تواند دیگری را تشدید کند و منجر به عواقب قابل‌توجهی برای افراد دچار اعتیاد شود (ماهر و لگ[2]، ۲۰۲۳). رابطه بین اضطراب و اعتیاد می‌تواند به شکل‌های مختلفی بروز کند، ازجمله خوددرمانی، افزایش آسیب‌پذیری در برابر اختلالات مصرف مواد و چالش‌های ناشی از تشخیص دوگانه (کاتز[3]، ۲۰۲۴). بسیاری از افرادی که از اضطراب رنج می‌برند، ممکن است به مواد مخدر به‌عنوان راهی برای خوددرمانی روی‌آورند. این رفتار معمولاً ناشی از تمایل به کاهش علائم اضطراب است، زیرا مواد می‌توانند به‌طور موقت آرامش یا حس آرامش را فراهم کنند (لی، زنگ و ژو[4]، ۲۰۲۳). بااین‌حال، این مکانیزم مقابله‌ای می‌تواند منجر به وابستگی شود، جایی که افراد به مواد برای مدیریت اضطراب خود وابسته می‌شوند و این چرخه معیوب می‌تواند هر دو وضعیت را بدتر کند (لوکاکا[5] و همکاران، ۲۰۲۲). وجود هم‌زمان اضطراب و اعتیاد، که به آن تشخیص دوگانه گفته می‌شود، چالش‌های درمانی خاصی را به همراه دارد (رایان[6] و همکاران، ۲۰۲۳). درمان مؤثر باید هر دو وضعیت را به‌طور هم‌زمان موردتوجه قرار دهد؛ در غیر این صورت، اضطراب درمان‌نشده می‌تواند منجر به عود در افرادی شود که در حال بهبودی از اعتیاد هستند (باربوسا، اسقورا و مورا[7]، ۲۰۲۰). همچنین سوءمصرف مواد می‌تواند شیمی مغز را تغییر دهد و بر بر انتقال‌دهنده‌های عصبی مؤثر بر تنظیم خلق‌وخو تأثیر بگذارد (عبدی زرین و مهدوی، ۱۳۹۷). این تغییر می‌تواند منجر به افزایش اضطراب در مراحل ترک و تغییرات طولانی‌مدت در عملکرد مغز شود که ممکن است افراد را به اختلالات اضطرابی مستعد کند (کاول[8] و همکاران، ۲۰۱۹).

اختلالات شناختی، خلقی و رفتاری می‌تواند زندگی روزمره فرد مبتلابه اعتیاد را تحت تأثیر قرار دهد و باعث انزوا و مشکلات فردی و اجتماعی بیشتر او شود (هورن و همکاران[9]، ۲۰۲۳؛ ارسلان‌ده و همکاران، ۱۴۰۳؛ ماهر و لگ، ۲۰۲۳). بنابراین برای مقابله با اعتیاد و پیامدهای روان‌شناختی آن، نیاز به رویکردی جامع شامل حمایت روانی، مداخلات اجتماعی و درمان‌های مؤثر وجود دارد تا بهبودی و کیفیت زندگی فرد بهبود یابد. یکی از مدل‌های مداخله روان‌شناختی در درمان اعتیاد و پیشگیری از عود، مدل درمان شناختی- رفتاری است. ارزیابی‌های زیادی در مورد اثربخشی و کارایی مداخلات شناختی در درمان اختلالات مصرف مواد انجام‌شده است که نتایج آن نشان می‌دهد کارایی این رویکرد درمانی است (حجت و همکاران، ۱۳۹۷؛ رانجه و ماتیاس[10]، ۲۰۱۲). اساس درک شناختی رفتاری از پدیده اعتیاد و عود آن تأکید بر نارسایی‌های شناختی و باورهای ناکارآمد فرد از یک‌سو و فقدان مهارت‌های رفتاری مناسب برای مواجهه با فشارهای درونی و بیرونی، دستیابی به احساسات شادی (یا فرار از احساسات عاطفی منفی). این مدل جامع از پدیده سوءمصرف مواد و درمان آن در ابتدا توسط دانشکده شناخت درمانی فیلادلفیا ایجاد شد (شمس و همکاران، ۲۰۲۱). برای درمان اختلالات شناختی و هیجانی بر اساس نگرش بیمار نسبت به خود، دنیا و آینده پیشنهاد شد و در دهه اخیر به الگویی غالب در درمان سوءمصرف مواد و پیشگیری از عود تبدیل‌شده است (جعفرنیا و همکاران، ۱۳۹۵). این مدل شامل مجموعه‌ای از روش‌های مداخله رفتاری و شناختی است که با استفاده از آن می‌توان شناخت‌های نادرست و ناکارآمد یک فرد معتاد را شناسایی و اصلاح کرد و با تغییر مهارت‌های سازگاری، تأثیرات مفیدی بر فرد داشت (شمس و همکاران، ۲۰۲۱).

میلیون‌ها نفر از اختلال سو مصرف مواد رنج می‌برند که اغلب همراه با سایر بیماری‌های روانی بروز می‌کند (دهاندا و همکاران، ۲۰۲۴؛ امینی و افشاری‌نیا، ۱۴۰۲) و هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی مختلفی را بر جامعه تحمیل می‌کند.

---

[1] Honkalampi
[2] Maher & Legg
[3] Cutts
[4] Li, Zeng, Zhou
[5] Lokala
[6] Ryan
[7] Barbosa, Asfora, Moura
[8] Kaul
[9] Horn
[10] Rangé, Mathias

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23 ]

افرادی که به اعتیاد دچار هستند، خسارات اقتصادی و فرهنگی قابل‌توجهی به خود و جامعه وارد می‌کنند. اعتیاد در حال حاضر به شکلی خطرناک و پیچیده در تمامی نقاط کشور گسترش‌یافته است و علاوه بر آسیب‌های جسمی، ممکن است اختلالات روانی جدی را به دنبال داشته باشد. عواقب این اختلالات عمیق است و نه‌تنها بر سلامت روان فرد بیمار تأثیر می‌گذارد بلکه بر کیفیت کلی زندگی اطرافیان و جامعه نیز به‌وضوح تأثیر می‌گذارد (ابراهیم‌زاده و سهرابی، ۱۴۰۰؛ عبدی زرین و مهدوی، ۱۳۹۷؛ اورسولینی، ۲۰۲۰). کاهش اثر تعامل بین اختلالات مختلف نیازمند رویکردهای درمانی جامع است که هم‌زمان اختلالات مختلف مرتبط با اعتیاد را برای شکستن چرخه وابستگی و ترویج بهبودی موردتوجه قرار دهد. درک این رابطه برای مداخلات مؤثر و حمایت از افرادی که تحت تأثیر قرارگرفته‌اند، بسیار حیاتی است. ازاین‌رو پژوهش حاضر سعی دارد تا با استفاده از رویکرد درمان شناختی-رفتاری، به افراد مبتلابه اعتیاد کمک کند تا تحریف‌های شناختی خود را اصلاح کنند و دانش جدید و منسجم‌تری درباره خود، جهان و آینده به دست آورند. بنابراین پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر عدم تحمل ابهام، ناگویی خلقی و اضطراب در افراد مبتلا سو مصرف مواد انجام شد که نتایج آن می‌تواند به خانواده‌ها، مشاوران، روان‌درمان گران و نهادهای مرتبط با افراد دچار اعتیاد کمک نماید.

**مواد و روش کار**

پژوهش حاضر از نوع روش نیمه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با پیگیری دوماهه همراه با یک گروه آزمایش و یک گروه گواه انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افرادی بود که در تابستان و پاییز سال ۱۴۰۲ به مرکز ترک اعتیاد سلامت در شهرستان جهرم مراجعه کرده و در حال درمان بودند. تعداد ۴۰ نفر به‌عنوان نمونه از این جامعه انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه گواه و آزمایش (هر گروه ۲۰ نفر) تقسیم شدند. گروه گواه افرادی را شامل می‌شود که تحت دریافت درمان معمولی بودند، درحالی‌که گروه آزمایش افرادی را شامل می‌شود که تحت دریافت درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند. ملاک ورود به مطالعه شامل محدوده‌ی سنی ۱۸ تا ۶۰ سال و عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن روانی و فیزیکی و ملاک خروج عدم تمایل به همکاری و نقص در تکمیل پرسشنامه‌ها بود. پس از اخذ رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان، ابتدا همه افراد وارد آزمون شده و پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. سپس گروه آزمایش تحت درمان قرار گرفتند. جلسات درمانی به‌صورت هفتگی و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه در مرکز ترک اعتیاد سلامت جهرم برگزار شد. پس از اتمام درمان، مجدداً پرسشنامه‌های پژوهش توسط هر دو گروه تکمیل و مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از نرم‌افزارspss نسخه ۲۱ استفاده شد و فرضیه‌های پژوهش با آزمون تحلیل کواریانس و اندازه‌گیری مکرر بررسی شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد.

**پرسشنامه تحمل ابهام مک‌لین[1] (MSTAT-II)[2]**: این پرسشنامه توسط مک‌لین ابتدا در سال ۱۹۹۳ طراحی شد که که شامل ۲۲ آیتم بود اما او بعدها در سال ۲۰۰۹ نسخه ۱۳ آیتمی آن را با عنوان پرسشنامه تحمل ابهام نوع دوم طراحی کرد. مک‌لین پایایی درونی مناسبی را برای هر دو فرم گزارش کرد. آلفای کرونباخ فرم ۱۳ آیتمی ۰/۸۲ بود که در پژوهش حاضر از این فرم استفاده شد. پاسخ‌های آزمودنی‌ها در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از بسیار مخالفم=۱ تا بسیار موافقم=۵ می‌باشد. دامنه نمرات پرسشنامه از ۱۳ تا ۶۵ است و نمره کمتر از ۳۰ بیانگر میزان پایین تحمل ابهام، ۳۱-۴۴ میزان متوسط تحمل ابهام و نمره بیشتر از ۴۵ بیانگر میزان بالای تحمل ابهام می‌باشد. مک‌لین ضریب اعتبار آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۶ و روایی صوری آن را با استفاده از نظرات خبرگان در این زمینه ۰/۷۸ گزارش کرد. همچنین در ایران در پژوهش عالی پور، عباسی و میردریکوند (۱۳۹۷) پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و روایی محتوایی آن ۰/۸۳ گزارش‌شده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد که حاکی از پایایی مطلوب آن است.

**پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو (TAS-20)[3]**: مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو توسط بگبی، پارکر و تیلور[1] (۱۹۹۴) ساخته‌شده و یک آزمون ۲۰ سؤالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات،

[1] McLain
[2] Multiple Stimulus Types Ambiguity Tolerance Scale–II (MSTAT–II)
[3] Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20)

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23 ]

تفکر عینی را شامل می‌شود. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است که از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۵) سنجیده و بررسی می‌شود. روایی هم‌زمان مقیاس ناگویی خلقی هم برحسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی و مورد تائید قرارگرفته است (بگبی و همکاران، ۱۹۹۴). همچنین در پژوهشی دیگر (بگبی، پارکر و تیلور، ۲۰۲۰) میزان پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش شد. روایی هم‌زمان ناگویی هیجانی تورنتو - ۲۰ برحسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی و مورد تائید قرار گرفت. در نسخهٔ فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو- ۲۰، نتایج تحلیل عاملی تأییدی وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر عینی را تائید کردند. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل ۰/۸۵ و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات ۸۲٪، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵ و برای تفکر عینی ۰/۷۲ گزارش گردید (بشارت و همکاران، ۱۳۹۶). در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل ۰/۷۹ و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات ۷۳٪، دشواری در توصیف احساسات ۰/۸۱ و برای تفکر عینی ۰/۷۷ به دست آمد.

**مقیاس اضطراب لاویبوند (DASS-21)**[۲]: نسخه اصلی این مقیاس دارای ۴۲ سؤال است که افسردگی، اضطراب و تنیدگی را می‌سنجد. بعدها، نسخه کوتاه شده این مقیاس به نام DASS-21 توسط لاویبوند و لاویبوند[۳] در سال ۱۹۹۵ ساخته شد. در این پژوهش فقط از مؤلفه اضطراب این پرسشنامه استفاده شد. هر سؤال شامل چهار گزینه است که به ترتیب امتیازات ۰ تا ۳ را دارند. امتیاز بیشتر به معنی شدت بیشتر مشکل است. برای سنجش اضطراب: اگر نمره بین ۰ تا ۷ باشد، به‌عنوان شدت نرمال، اگر نمره بین ۸ تا ۱۴ باشد، به‌عنوان شدت متوسط و اگر نمره بالای ۱۴ باشد، به‌عنوان شدت شدید اعلام می‌شود. روایی پرسشنامه DASS21، در بسیاری از مطالعات تائید شده است. مطالعه کوکر[۴] و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که این پرسشنامه در سنجش سطح اضطراب در دانشجویان، دارای روایی معتبری می‌باشد. در ایران در پژوهش رحیمی و همکاران (۱۳۸۵) گزارش‌شده است که همبستگی بین این مقیاس با مقیاس اضطراب بک و پرسشنامه اضطراب آیزنک بالا است. ارزش آلفای آن در یک نمونه در مشهد (n =۴۰۰) برای اضطراب ۰/۶۶ و برای استرس ۰/۷۶ گزارش‌شده است. که در آن همبستگی اضطراب با آزمون اضطراب آیزنک ۰/۷۵ بوده است (رحیمی و همکاران، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ بررسی شد و مقدار آن برابر با ۰/۷۴ به دست آمد که بیانگر پایایی مطلوب آن است.

**پروتکل درمانی شناختی- رفتاری:** درمان شناختی- رفتاری در پژوهش حاضر طی ۱۱ جلسه هفتگی و هر جلسه ۹۰ دقیقه در مرکز ترک اعتیاد سلامت شهرستان جهرم ارائه شد. در پژوهش حاضر از مدل درمانی راتگرز (نقل از ناکائو[۵] و همکاران، ۲۰۲۱) استفاده شد که هدف آن شناسایی، به چالش کشاندن و تغییر شناخت‌های منفی افرادی است که از اختلالات هیجانی، خلقی و شناختی رنج می‌برند. در جدول ۱ خلاصه جلسات آورده شده است.

**جدول (۱): خلاصه جلسات درمان شناختی- رفتاری**

| | | |
|---|---|---|
| **جلسه ۱** | **ارزیابی اولیه** | **-در این جلسه، مصاحبه و مشکلات بررسی می‌شود.**<br>**-ارزیابی تاریخچه و زمینه مشکلات خلقی، شناختی و هیجانی.** |
| **جلسه ۲** | آموزش مهارت‌های تنفسی و آرامش | -در این جلسه، به مهارت‌های تنفسی و آرامش پرداخته می‌شود.<br>-طریقه‌های تنفس عمیق، تکنیک‌های آرامش، و تمرین‌های تمرکز و توجه را فرا می‌گیرد. |

[1] Bagby, Parker, Taylor
[2] Depression Anxiety Stress Scales
[3] Lovibond & Lovibond
[4] Coker
[5] Nakao

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23 ]

| | | |
|---|---|---|
| **جلسه ۳** | مدیریت استرس | -در این جلسه، به مهارت‌های مدیریت استرس پرداخته می‌شود.<br>-استفاده از تکنیک‌های مدیریت زمان، تفکر مثبت، و راهبردهای کاهش استرس، با استرس روزمره |
| **جلسه ۴** | شناخت و تغییر افکار منفی | -در این جلسه، مهارت‌های شناخت و تغییر افکار منفی پرداخته می‌شود.<br>-شناسایی الگوهای منفی تفکر، تحلیل افکار شناخت و تغییر افکار منفی و نگرش‌های ناسالم، و جایگزینی آن‌ها با افکار مثبت و سازنده. |
| **جلسه ۵** | تعیین اهداف | -اهداف درمانی مشخص می‌گردد با کمک مراجع.<br>- آشنایی مراجع با برنامه‌های مربوط به بهبود سازه‌های شناختی و اضطراب، به دست آوردن مهارت‌های جدید، و تغییر رفتارهای ناسالم |
| **جلسه ۶** | مدیریت افکار منفی و خود انتقاد | -در این جلسه، آشنایی با راهبردهای مدیریت افکار منفی و خود انتقادی<br>-آموزش چگونه با استفاده از تکنیک‌های تغییر نگرش، معتقدانه‌های منفی را تغییر دهد و خود انتقاد را کاهش دهد. |
| **جلسه ۷** | راهبردهای حل مسئله | -در این جلسه، آموزش راهبردهای حل مسئله<br>-استفاده از مراحل تحلیل مسئله، تولید گزینه‌های ممکن، انتخاب بهترین گزینه، و برنامه‌ریزی برای اجرای آن آشنا می‌شود. |
| **جلسه ۸** | توانمندسازی روابط مثبت | -در این جلسه، آموزش راهبردهای توانمندسازی روابط مثبت.<br>-آشنایی با تشخیص الگوهای ناسالم در روابط، ارتباط اثربخش، تقویت مهارت‌های ارتباطی و حل مشکلات. |
| **جلسه ۹** | تثبیت تغییرات و پیشگیری از عود | -در این جلسه، آموزش راهبردهای تثبیت تغییرات و پیشگیری از عود<br>-آشنایی با شناسایی عوامل مؤثر در حفظ تغییرات، تدارک ابزارهای مشکلات زندگی، و پیشگیری از عود به مشکلات قبلی |
| **جلسه ۱۰** | مهارت‌های خود مراقبتی و بهبود روزمره | -در این جلسه، آموزش مهارت‌های خود مراقبتی و بهبود روزمره<br>-آشنایی توسعه مهارت‌های مدیریت زمان، مراقبت از خود، بهبود خواب و تغذیه، و فعالیت‌های روزمره سالم. |
| **جلسه ۱۱** | ارزیابی پایانی و تدوین برنامه برای آینده | -در جلسه پایانی، ارزیابی پایانی از پیشرفت مراجع.<br>-در مورد پیشرفت‌ها صحبت می‌شود و برنامه‌ای برای حفظ و بهبود وضعیت در آینده تدوین می‌گردد |

**یافته‌ها**

طبق نتایج، از میان شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ۴ نفر (۲۰٪) بین ۱۸ تا ۲۵ سال، ۵ نفر (۲۵٪) بین ۲۵ تا ۳۰ سال، ۵ نفر (۲۵٪) بین ۳۰ تا ۳۵ سال و ۶ نفر (۳۰٪) ۳۵ سال به بالا سن داشتند. میانگین و انحراف استاندارد سن این گروه به ترتیب برابر با ۳۲/۱۹ و ۳/۱۸ بود. همچنین در شرکت‌کنندگان گروه گواه ۳ نفر (۱۵٪) بین ۱۸ تا ۲۵ سال، ۶ نفر (۳۰٪) بین ۲۵ تا ۳۰ سال، ۵ نفر (۲۵٪) بین ۳۰ تا ۳۵ سال و ۶ نفر (۳۰٪) ۳۵ سال به بالا سن داشتند. میانگین و انحراف استاندارد سن این گروه به ترتیب برابر با ۳۳/۵۷ و ۴/۰۵ بود. در زمینه تحصیلات ۳۰٪ از کل شرکت‌کنندگان زیر دیپلم، ۴۰٪ دیپلم، ۲۰٪ فوق‌دیپلم و ۱۰٪ لیسانس داشتند. همچنین از منظر شغل ۲۵٪ از آزمودنی‌ها شغل آزاد، ۱۷/۵٪ کارمند، ۱۵٪ دانشجو، ۱۲/۵٪ کارگر و ۳۰٪ بیکار بودند. در ادامه آمار توصیفی و وضعیت نرمال بودن توزیع داده‌های متغیرهای پژوهش در جدول ۲ آورده شده است.

**جدول (۲): آمار توصیفی متغیرهای پژوهش**

| متغیر | گروه | مرحله | میانگین | انحراف معیار | کولموگروف-اسمیرنوف | سطح معنی‌داری |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **تحمل ابهام** | آزمایش | پیش‌آزمون | 27.21 | 2.50 | 0.76 | 0.63 |
| | | پس‌آزمون | 33.84 | 1.23 | 0.46 | 0.18 |
| | کنترل | پیش‌آزمون | 26.73 | 3.18 | 0.98 | 0.54 |
| | | پس‌آزمون | 27.19 | 2.77 | 0.39 | 0.61 |
| **دشواری در** | آزمایش | پیش‌آزمون | 18.23 | 2.93 | 0.36 | 0.86 |

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23 ]

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **تشخیص احساسات** | | پس‌آزمون | 13.86 | 1.28 | 0.86 | 0.58 |
| | کنترل | پیش‌آزمون | 18.12 | 1.85 | 0.38 | 0.53 |
| | | پس‌آزمون | 19.75 | 2.47 | 0.40 | 0.91 |
| **دشواری در توصیف احساسات** | آزمایش | پیش‌آزمون | 20.52 | 2.93 | 0.98 | 0.69 |
| | | پس‌آزمون | 15.35 | 1.28 | 0.52 | 0.85 |
| | کنترل | پیش‌آزمون | 21.78 | 1.85 | 0.84 | 0.91 |
| | | پس‌آزمون | 20.37 | 2.47 | 0.64 | 0.43 |
| **جهت‌گیری خارجی** | آزمایش | پیش‌آزمون | 17.50 | 2.93 | 0.38 | 0.78 |
| | | پس‌آزمون | 12.39 | 1.28 | 0.67 | 0.49 |
| | کنترل | پیش‌آزمون | 17.19 | 1.85 | 0.86 | 0.97 |
| | | پس‌آزمون | 17.74 | 2.47 | 0.40 | 0.56 |
| **اضطراب** | آزمایش | پیش‌آزمون | 21 | 2.93 | 0.37 | 0.99 |
| | | پس‌آزمون | 17.25 | 1.28 | 0.59 | 0.87 |
| | کنترل | پیش‌آزمون | 21.46 | 1.85 | 0.46 | 0.97 |
| | | پس‌آزمون | 20.12 | 2.47 | 0.48 | 0.93 |

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود سطح معنی‌داری به‌دست‌آمده در آزمون کولموگروف-اسمیرنوف همه متغیرها بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است ($p > ۰/۰۵$). به‌عبارت‌دیگر، توزیع هیچ‌یک از گروه داده‌هایی که در این جدول هستند، به شکل معنی‌داری از توزیع نرمال انحراف ندارد و پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها به شکل مناسبی برای متغیرها در دو گروه برقرار است. دیگر پیش‌فرض لازم جهت استفاده از آزمون‌های پارامتریک عدم هم خطی چندگانه بین متغیرهای پژوهش است. هم خطی متغیرهای این پژوهش با استفاده از آماره تحمل و آماره تورم واریانس بررسی شد و نتایج نشان داد که آماره تحمل به‌دست‌آمده برای متغیرهای پژوهش حاضر بیشتر از ۰/۱ (۰/۳۱ تا ۰/۷۸) و مقدار عامل واریانس تورم کوچک‌تر از ۱۰ (۲/۴۲ تا ۴/۵۹) بود که نشان‌دهنده عدم هم خطی بین متغیرها است. به‌منظور سنجش فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه درمان شناختی رفتاری بر عدم تحمل ابهام، ناگویی خلقی و اضطراب در افراد دچار سو مصرف مواد تأثیر دارد؛ از آزمون کوواریانس چند متغیره استفاده شد که نتایج حاصل از آن در جدول ۳ آورده شده است.

**جدول (۳): آزمون کوواریانس جهت بررسی فرضیه اصلی پژوهش**

| نوع آزمون | مقدار | آزمون F | سطح معناداری | اندازه اثر | توان آماری |
|---|---|---|---|---|---|
| **اثر پیلایی** | ۰/۶۲۷ | ۲۲/۴۳۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۸۳ | ۱/۰۰۰ |
| **لامبدای ویلکز** | ۰/۴۷۲ | ۲۲/۴۳۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۸۳ | ۱/۰۰۰ |
| **اثر هتلینگ** | ۲/۶۳۵ | ۲۲/۴۳۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۸۳ | ۱/۰۰۰ |
| **بزرگ‌ترین ریشه روی** | ۲/۶۳۵ | ۲۲/۴۳۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۸۳ | ۱/۰۰۰ |

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود سطح معناداری آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره کوچک‌تر از سطح معناداری می‌باشد ($p\leq ۰/۰۵$). بنابراین بین عدم تحمل ابهام، ناگویی خلقی و اضطراب دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد، به عبارتی درمان گروهش شناختی رفتاری بر عدم تحمل ابهام، ناگویی خلقی و اضطراب شرکت‌کنندگان تأثیرگذار بوده است.

**جدول (۴): اثرات بین گروهی تحلیل کوواریانس چندمتغیره در پس‌آزمون متغیرهای وابسته**

| متغیر | مجموع مجذورات | درجه آزادی (df) | میانگین مجذورات | مقدار F | سطح معناداری | توان آزمون |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **تحمل ابهام** | ۴۳۷/۹۷۱ | ۱ | ۴۳۷/۹۷۱ | ۳۶/۶۴۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۱۲ |

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23 ]

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **دشواری در تشخیص احساسات** | ۳۲۶/۳۵۳ | ۱ | ۳۲۶/۳۵۳ | ۲۵/۸۶۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۴۷ |
| **دشواری در توصیف احساسات** | ۱۲۸/۴۹۲ | ۱ | ۱۲۸/۴۹۲ | ۱۶/۶۴۹ | ۰/۰۹۵ | ۰/۱۲۸ |
| **جهت‌گیری خارجی** | ۲۴۶/۷۴۴ | ۱ | ۲۴۶/۷۴۴ | ۲۱/۵۷۸ | ۰/۰۰۳ | ۰/۵۶۱ |
| **اضطراب** | ۳۹۵/۵۶۱ | ۱ | ۳۹۵/۵۶۱ | ۳۲/۶۴۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۲۳ |

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود استفاده از درمان شناختی رفتاری بر متغیرهای تحمل ابهام (F=۳۶/۶۴۲، P=۰/۰۰۱)، دشواری در تشخیص احساسات (F=۲۵/۸۶۵، P=۰/۰۰۱)، جهت‌گیری خارجی (F=۲۱/۵۷۸، P=۰/۰۰۳) و اضطراب (F=۳۲/۶۴۲، P=۰/۰۰۱) در مرحله پس‌آزمون تأثیر معنادار دارد؛ و با توجه به آمار توصیفی متغیرها مشخص شد که درمان شناختی رفتاری باعث کاهش این متغیرها در پس‌آزمون گروه آزمایش‌شده است. در ادامه در جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش‌شده است.

**جدول (۵): آزمون طرح اندازه‌گیری مکرر برای نمره‌های متغیرها در دو گروه**

| متغیر | گروه | درجه آزادی | T | ضریب معنی‌داری | میانگین تفاضل |
|---|---|---|---|---|---|
| **عدم تحمل ابهام** | آزمایش | ۱۹ | ۱۲/۶۵ | ۰/۰۰ | -۳۶ |
| | کنترل | ۱۹ | ۷/۲۶ | ۰/۰۰ | -۷ |
| **دشواری در تشخیص احساسات** | آزمایش | ۱۹ | ۱۱/۳۷ | ۰/۰۰ | -۲۹ |
| | کنترل | ۱۹ | ۶/۷۲ | ۰/۰۰ | -۳ |
| **جهت‌گیری خارجی** | آزمایش | ۱۹ | ۱۲/۲۳ | ۰/۰۰ | -۴۳ |
| | کنترل | ۱۹ | ۸/۱۵ | ۰/۰۰ | -۶ |
| **اضطراب** | آزمایش | ۱۹ | ۱۱/۵۶ | ۰/۰۰ | -۵۲ |
| | کنترل | ۱۹ | ۸/۱۲ | ۰/۰۰ | -۳ |

همان‌طور که نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد مقادیر T در گروه آزمایش برای عدم تحمل ابهام برابر با ۱۲/۶۵، برای دشواری در تشخیص احساسات برابر با ۱۱/۳۷، برای جهت‌گیری خارجی برابر با ۱۲/۲۳ و برای اضطراب برابر با ۱۱/۵۶ است و با توجه به ضریب معنی‌داری برای این متغیرها (P=۰/۰۰)، بنابراین بین نمرات این متغیرها در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون اختلاف وجود دارد. همچنین با توجه به میانگین تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نتیجه می‌شود که مقدار نمره آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون بیشتر بوده است. بنابراین فرضیه پژوهش تائید شد.

**بحث و نتیجه گیری**

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر عدم تحمل ابهام، ناگویی خلقی و اضطراب در افراد مبتلا سو مصرف مواد مخدر بود. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری به‌طور معناداری باعث کاهش عدم تحمل ابهام، ناگویی خلقی و اضطراب شرکت‌کنندگان شد. این یافته از جهاتی با نتایج پژوهش‌های شمس و همکاران (۲۰۲۱)، عبدی زرین و مهدوی (۱۳۹۷)، حجت و همکاران (۱۳۹۷)، جعفرنیا و همکاران (۱۳۹۵)، لوکاکا و همکاران (۲۰۲۲) و رانجه و ماتیاس (۲۰۱۲) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که گروه‌درمانی شناختی رفتاری، با ارتقاء مهارت‌های مقابله‌ای فردی، بهبود انگیزشی و مدیریت خلق و رفتاری، به‌عنوان یکی از روش‌های مؤثر به‌منظور کاهش بسیاری از اختلالات روان‌شناختی در افراد مبتلابه اعتیاد به مواد مخدر می‌تواند عمل کند. یکی از هدف CBT این است که به افراد بیاموزد که چگونه نحوه تفسیر و واکنش به اتفاقات مختلف را تحت کنترل خود درآورند، حتی اگر نتوانند همه جنبه‌های دنیای اطراف خود را کنترل کنند و بدین ترتیب می‌تواند باعث افزایش تحمل ابهام در او شود. به‌عنوان‌مثال، فردی که از عدم اطمینان در مورد آینده می‌ترسد، ممکن است یاد بگیرد که این عدم اطمینان را به‌عنوان بخشی طبیعی از زندگی بپذیرد و به‌جای تلاش برای کنترل همه‌چیز، بر زمان حال تمرکز کند. این روش درمانی به بیمار کمک می‌کند تا با آگاهی از افکار منفی و

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23 ]

اغلب غیرواقعی که احساسات و خلق‌وخوی او را تضعیف می‌کنند، الگوهای فکری سالم‌تری را توسعه دهد. درمان شناختی رفتاری به‌واسطه‌ی بازسازی شناختی به افراد دچار سو مصرف مواد کمک می‌کند تا افکار منفی و غیرمنطقی خود را در مورد ابهام شناسایی و به چالش بکشند. فردی که مشکل سوءمصرف مواد دارد، ممکن است مهارت‌های مقابله‌ای جدیدی را تمرین کند و راه‌هایی را برای یا مقابله با موقعیت‌هایی که ممکن است باعث ایجاد عدم تحمل ابهام شوند، بیاموزد. همچنین تمرین ذهن آگاهی در جلسات شناختی رفتاری، می‌تواند به فرد کمک کند تا اضطراب خود را کاهش دهد و با ابهام راحت‌تر کنار بیاید. علاوه بر این درمان شناختی رفتاری می‌تواند به افراد کمک کند تا ناگویی خلقی خود را با افزایش آگاهی از احساسات خود و یادگیری راه‌های سالم برای بیان آن‌ها کاهش دهند. در طول درمان، افراد تشویق می‌شوند تا به احساسات خود توجه کنند، آن‌ها را نام‌گذاری کنند و در مورد آن‌ها با درمانگر خود صحبت کنند. شناسایی افکار، احساسات و موقعیت‌های منفی به بیمار کمک می‌کند. این شناسایی برای افرادی که با درون‌نگری مشکل دارند، دشوار است، اما صرف زمان برای شناسایی این افکار می‌تواند منجر به خودشناسی و ارائه بینش‌هایی شود که می‌تواند منجر به کاهش ناگویی خلقی افراد دچار سو مصرف مواد شود. در درمان شناختی رفتاری، اغلب به افراد مهارت‌های جدیدی آموزش داده می‌شود که می‌توانند در موقعیت‌های دنیای واقعی استفاده شوند که این مهارت‌ها شامل مهارت‌های مقابله‌ای، مهارت‌های حل مسئله و مهارت‌های ارتباطی است و این موارد می‌تواند به‌سلامت روان‌شناختی و کاهش اختلالاتی نظیر ناگویی خلقی فرد معتاد کمک کند. این موضوع باعث می‌شود که بیمار، هیجانی را تجربه کند که با هیجان آسیب‌زا ناسازگار است و بدین ترتیب از طریق درمان مناسب، درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا هیجانی را تجربه کند که برای او بهتر باشد و ناگویی خلقی کاهش یابد. به‌طورکلی، در درمان شناختی رفتاری گروهی برای اضطراب ناشی از اعتیاد به مواد مخدر، اهداف مختلفی شامل شناسایی و تغییر افکار منفی و الگوهای شناختی ناکارآمد که باعث ایجاد اضطراب می‌شوند؛ آموزش مهارت‌های مدیریت استرس و اضطراب برای کاهش تأثیر مواد مخدر بر روی روحیه؛ تقویت مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی برای بهبود روابط میان فردی و درنهایت توسعه استراتژی‌های مقابله مثبت با نگرشی سازنده و ایجاد تغییرات مثبت در رفتار را مدنظر قرار می‌دهد. در این جلسات، تکنیک‌های متنوعی ازجمله آموزش مهارت‌های مدیریت استرس، تفکر مثبت، ارتباط مؤثر و مدیریت اشتیاق‌ها (لوکاکا و همکاران، ۲۰۲۲) به کار می‌رود. در جلسات گروهی درمان شناختی رفتاری، افراد با مهارت‌های مدیریت اعتیاد و راهکارهای مؤثر برای مقابله با اهداف اعتیادی آشنا می‌شوند. آن‌ها یاد می‌گیرند که چگونه با موقعیت‌های دشوار و فراز و نشیب‌های زندگی مواجه شوند و راهکارهای مؤثری برای مدیریت استرس و ارتباطات بین فردی پیدا کنند. در یک گروه‌درمانی، افراد به تعهد و پیوستگی به فرآیند درمان تشویق می‌شوند. این تعهد و پیوستگی می‌تواند به شیوه‌های سازمان‌دهی شده درمان کمک کند و افراد را ترغیب به انجام تمرینات و کارهای خانگی مرتبط با درمان کند گروهی به افراد کمک می‌کند تا الگوهای منفی در ذهن و رفتار خود را شناسایی کنند و آن‌ها را تغییر دهند. افراد با روش‌های مبتنی بر شواهد آموزش می‌بینند که چگونه این الگوها را متوقف کنند و جایگزین الگوهای مثبت و سالم قرار دهند. افراد را در یادگیری مهارت‌های مدیریت خشم، استرس، ارتباطات بین فردی و مسائل دیگر تقویت می‌کند که همه این موارد به کاهش اضطراب کمک می‌کند.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی مانند انجام پژوهش تنها در یک مرکز و درنتیجه تعمیم‌پذیری کم نتایج و همچنین عدم تمایل برخی افراد برای شرکت در پژوهش بود. علاوه بر این انجام تحقیق دقیق و جامع در زمینه درمان اختلالات از اعتیاد به مواد مخدر، نیازمند زمان بیشتری می‌باشد که با محدودیت‌های زمانی تداخل داشته است. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در شهرهای دیگر نیز انجام شود. همچنین با توجه به نتایج به‌دست‌آمده پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده، برنامه‌های درمانی برای افرادی که هم‌زمان با اعتیاد به مواد مخدر از عدم تحمل ابهام، ناگویی خلقی و اضطراب رنج می‌برند، یکپارچه و یکجا ارائه شوند. این روش درمانی با ارائه حمایت گروهی، آموزش مهارت‌های مدیریت اضطراب و تغییر الگوهای منفی، فرصتی مناسب را برای بهبود روان‌شناختی و افزایش کیفیت زندگی افراد فراهم می‌کند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود این برنامه‌ها شامل درمان اعتیاد و درمان اختلالات روانی هم‌زمان باشند تا بهبودی کامل‌تر و پایدارتر برای افراد فراهم شود.

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23 ]

**ملاحظات اخلاقی**

تمامی اصول اخلاقی در این مطالعه رعایت شده است. از شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه دریافت شد. تمامی شرکت‌کنندگان از روند پژوهش مطلع بودند و اطلاعات آن‌ها به‌صورت محرمانه حفظ شد. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در رشته روانشناسی بالینی می‌باشد.

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23 ]

**منابع**


ابراهیم پور محمد، پادیاب عبدالخالق، احمدی صادق، صادقی میثم. (۱۴۰۱). پیش‌بینی اعتیاد پذیری به مواد دانش‌آموزان: نقش نگرانی، نشخوار فکری و ناگویی هیجانی. *تازه‌های علوم شناختی؛ ۲۴* (۱) :۶۹-۵۶.

ابراهیم‌زاده شهین، سهرابی فائزه. (۱۴۰۰). پیش‌بینی گرایش به اعتیاد بر اساس متغیرهای سرسختی روان‌شناختی و عدم تحمل ابهام در دانشجویان. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی؛ ۱۵* (۶۱) :۳۰۲-۲۸۳.

ارسلان‌ده فرشته، باقری فرد راحله، اصغری نیا فرشته، رجایی زاده منصوره سادات. (۱۴۰۳). تدوین مدل گرایش به مصرف مواد بر اساس ناگویی هیجانی و تکانش گری با میانجی‌گری ذهنی سازی. *روان پرستاری؛ ۱۲* (۴) :۶۴-۵۲.

بشارت، محمدعلی، خلیلی خضرآبادی، مهدیه، رضازاده، سید محمدرضا، و حسینی، سیده اسماء. (۱۳۹۶). نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین روان سازه‌های ناسازگار اولیه با ناگویی هیجانی. *فصلنامه علمی روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۸*(۲۹)، ۱۸۳-۲۰۶.

جعفرنیا، وحید، بادله، مرتضی، سیفی، حمید، حسنی، جعفر و مدنی‌فر، مهدی. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افسردگی و امید به زندگی بیماران مبتلابه هپاتیت ب. *مجله اصول بهداشت روانی، ۱۸*(۵)، ۲۷۲-۲۷۸.

حجت سید کاوه، حمیدی مهین، نظری کمال مینا، غنی فر محمدحسن. (۱۳۹۷). بررسی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در تنظیم هیجانی زنان زندانی مبتلابه اعتیاد استان خراسان شمالی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی؛ ۱۰* (۳) :۴۷-۴۱.

رحیمی، ابوالفضل، احمدی، فضل ا...، غلیاف محمود. (۱۳۸۵). بررسی تأثیر مدل مراقبت پیگیر بر میزان استرس. *پژوهش در پزشکی؛ ۳۰* (۴) :۳۶۹-۳۶۱.

عالی پور کبری، عباسی محمد، میردریکوند فضل‌اله. (۱۳۹۷). تأثیر آموزش راهبردهای وسعت‌بخشی تفکر بر بهزیستی ذهنی و تحمل ابهام دانش‌آموزان. *دوماهنامه علمی- پژوهشی راهبردهای آموزش در علوم پزشکی؛ ۱۱* (۱) :۸-۱.

عبدی زرین سهراب، مهدوی حسین. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی و تاب‌آوری معتادان مراجعه‌کننده به کمپ‌های ترک اعتیاد بهشهر. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی؛ ۱۲* (۴۹) :۵۶-۳۹.

Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.

Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (2020). Twenty-five years with the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 131, 109940.

Barbosa, L. N., Asfora, G. C., & Moura, M. C. (2020). Anxiety and depression and psychoactive substance abuse in university students. *SMAD: Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 16(1), 01-08.

Coker, A. O., Coker, O. O., & Sanni, D. (2018). Psychometric properties of the 21-item depression anxiety stress scale (DASS-21). *African Research Review*, 12(2), 135-142.

Cuppello, S., Treglown, L., & Furnham, A. (2023). Intelligence, personality and tolerance of ambiguity. *Journal of Intelligence*, 11(6), 102.

Cutts, T. (2024). Religiosity/spirituality, mental health, substance abuse: Implications for population health. In *Handbook on Religion and Health* (pp. 62-77). Edward Elgar Publishing.

Dhanda, A. D., Allgar, V., Bhala, N., Callaghan, L., Castro, J., Chokshi, S., Clements, A., Drummond, C., Forrest, E. H., Manning, L., & Parker, R. (2024). Breaking down barriers between liver, addiction, and mental health services for people with alcohol-related liver disease. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 9(10), 903-905.


[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23 ]

Garami, J., Haber, P., Myers, C. E., Allen, M. T., Misiak, B., Frydecka, D., Moustafa, A. A. (2017). Intolerance of uncertainty in opioid dependency—Relationship with trait anxiety and impulsivity. *PLoS One*, 12(7), e0181955.

Honkalampi, K., Jokela, M., Lehto, S. M., Kivimäki, M., & Virtanen, M. (2022). Association between alexithymia and substance use: A systematic review and meta-analysis. *Scandinavian Journal of Psychology*, 63(5), 427-438.

Horn, D. B., Vu, L., Porter, B. R., & Sarantopoulos, K. (2023). Responsible controlled substance and opioid prescribing. In *StatPearls [Internet]* (29). StatPearls Publishing.

Kara, Z., & Kruteleva, L. (2020). The relationship of ambiguity tolerance and personality traits of youth in a transitive society. In *E3S Web of Conferences*, 210, 19007.

Kaul, S., Gupta, A.K., Sarkar T., Ahsan S.K., & Singh N.P. (2019). Substance abuse and depression among auto-rickshaw drivers: A study from the national capital region of Delhi, India. *Indian Journal of Medical Specialities*, 10(3), 143-148.

Kuckertz J.M., Strege M.V., & Amir N. (2017). Intolerance for approach of ambiguity in social anxiety disorder. *Cognition and Emotion*, 31(4), 747-754.

Li Y., Zeng X., & Zhou H. (2023). Relationship between anxiety and drug abstention motivation in men with substance use disorders: A cross-sectional study of compulsory isolation rehabilitation in China. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 22(1), 189-212.

Lokala U., Lamy F., Daniulaityte R., Gaur M., Gyrard A., Thirunarayan K., Kursuncu U., & Sheth A. (2022). Drug abuse ontology to harness web-based data for substance use epidemiology research: Ontology development study. *JMIR Public Health and Surveillance*, 8(12), e24938.

Lovibond S.H., & Lovibond P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney: The Psychology Foundation of Australia Inc.

McLain D.L. (2009). Evidence of the properties of an ambiguity tolerance measure: The multiple stimulus types ambiguity tolerance scale–II (MSTAT–II). *Psychological Reports*, 105(3), 975-988.

Nakao M., Shirotsuki K., & Sugaya N.(2021). Cognitive–behavioral therapy for management of mental health and stress-related disorders: Recent advances in techniques and technologies.*BioPsychoSocial Medicine*, 15(1), 16.

Orsolini L. (2020). Unable to describe my feelings and emotions without an addiction: The interdependency between alexithymia and addictions.*Frontiers in Psychiatry*, 11:543346.

Rangé B.P.& Mathias A.C. (2012). Cognitive-behavior therapy for substance abuse: Standard and innovative strategies in cognitive behavior therapy.*Standard and Innovative Strategies in Cognitive Behavior Therapy*, 14:157-170.

Ryan E., Hore K., Power J.& Jackson T. (2023). The relationship between physician burnout and depression, anxiety, suicidality and substance abuse: A mixed methods systematic review.*Frontiers in Public Health*, 11:1133484.

Shams F., Wong J.S., Nikoo M., Outadi A., Moazen-Zadeh E., Kamel M.M,. Song M.J,. Jang K.L,. & Krausz R.M. (2021). Understanding eHealth cognitive behavioral therapy targeting substance use: Realist review.*Journal of Medical Internet Research*, 23(1):e20557.

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23 ]

# The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Intolerance of Ambiguity, Alexithymia and Anxiety in People with Substance Abus

Bahareh Vatankhah[1], Ahmad Ravan[2]

**Abstract**

Background & Aims: Substance abuse is a physical, psychological and social disease that changes the normal functioning of the brain and affects one's life. Due to the importance of the subject, the present study aimed to investigate the effectiveness of cognitive behavioral therapy on ambiguity intolerance, alexithymia and anxiety in people substance abuse. Materials & Methods: The research method was a semi-test with pre-test-post-test design that was accompanied by a experimental group and a control group. The statistical population included all those who went to the Jahrom Health Addiction Substance Abuse Center in 1402 and were treated. 40 people were selected as samples of this community and were randomly divided into two groups of control and experimentation (20 groups). The two groups responded to the McClene (MSTAT-II) questionnaire, the Toronto Alexithymia Questionnaire (TAS-20), and the Lavibond Anxiety Scale (DASS-21). Data were analyzed using SPSS-21 software and Quariance analysis test. Results: The results showed that cognitive behavioral therapy on ambiguity tolerance variables ($p = 0.001$), difficulty in detecting emotions ($p = 0.001$), external orientation ($p = 0.003$) and anxiety ($p = 0.001$ ), In the post -test phase it has a significant impact. According to these results, cognitive behavioral therapy significantly reduced ambiguity intolerance, alexithymia and anxiety of experimental participants ($P<0.001$). Conclusion: Therefore, cognitive behavioral therapy can be used to reduce psychological disorders and thus increase the psychological health of people with substance intake.

**KeyWords:** Substance Abuse, Cognitive Behavioral Therapy, Intolerance of Ambiguity, Alexithymia, Anxiety

[1] M.A., Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran

[2] Assistant Professor, Department of Psychology, Lar Branch, Islamic Azad University, Lar, Iran, (Corresponding Author), Ahmadravan46@gmail.com

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23 ]