فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۱، شماره ۱۵، زمستان سال ۱۴۰۰

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تکانشگری نوجوانان دارای اعتیاد به مواد مخدر

محبوبه ناطقی[۱]، فرامرز سهرابی

چکیده[۲]

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یک پدیده در هر کشوری اعم از توسعه یافته یا در حال توسعه رخ می‌دهد که به جهت پیامدهای حاصل از آن، این پدیده در مقوله آسیب های اجتماعی قرار داده می‌شود که خود زمینه‌ساز بسیاری از آسیب‌های دیگر است. این پژوهش با هدف سنجش اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تکانشگری نوجوانان دارای اعتیاد به مواد مخدر صورت گرفت. روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل مراجعه کنندگان نوجوان به کمپ‌های ترک اعتیاد شهر تهران بود. نمونه آماری این پژوهش ۳۰ نفر بودند که به صورت نمونه‌گیری غیراحتمالی از نوع دردسترس انتخاب شدند و سپس بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. پرسشنامه تکانشگری به عنوان پیش آزمون استفاده شد، سپس درمان شناختی رفتاری برای افراد گروه آزمایش اعمال شد اما برای گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت. در آخرین جلسه، پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. بدین ترتیب داده‌های لازم برای بررسی فرضیه‌های پژوهش جمع‌آوری شد و جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون آماری کوریانس استفاده شد. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری، تکانشگری نوجوانان دارای اعتیاد را بطور معنی‌داری کاهش داد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی رفتاری، تکانشگری، اعتیاد به مواد مخدر

مقدمه

[۱] کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، گروه روانشناسی، واحد علوم تحقیقات تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
[۲] استادیار گروه روانشناسی، واحد علوم تحقیقات تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسند مسئول)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر یکی از موضوعات خاص مورد توجه روان شناسان بالینی و روان‌پزشکان است. چرا که این مسئله عواقب و اثرات منفی زیادی را برای جوامع در پی دارد (ژو[1]، ۲۰۲۲). گرایش به مواد مخدر به خصوص اعتیاد، امروزه یکی از معضلات جدی و مهم جامعه بشری شده است. قابل توجه است معضل مواد مخدر مربوط به یک جامعه یا یک کشور نیست بلکه یک موضوع و معضل جهانی است، بطوری‌که جامعه شناسان اعتقاد دارند موضوع و مسأله مواد مخدر در کنار بلایای طبیعی، امراض و بیماری‌ها و جنگ به عنوان چهار مسئله اساسی دنیای امروز و جامعه بشری هستند بطوری‌که جوامع مختلف و انسان‌ها را به چالش واداشته است و مهم ترین موضوعی که در باب مواد مخدر می‌توان گفت موضوع اعتیاد می‌باشد که در گذشته فقط بزرگسالان به آن گرایش داشتند و نوجوانان و جوانان به ندرت به آن روی می‌آوردند؛ اما بعدها هنگامی که مرفین، هروئین ، کوکائین به بازار آمد مواردی از اعتیاد جوانان نیز مشاهد ه شد (معظمی، ۱۴۰۰). بیماری اعتیاد یک بیماری اصلی، مزمن و عصبی است که در اثر عواملی ژنتیکی، فیزیولوژیک و اجتماعی رشد و بروز پیدا می‌کند، به طوری که وجه مشخصه‌ی این بیماری اختلال در کنترل انجام عملی و یا احساس اجبار در انجام یک عمل مشخص، با وجود آگاهی نسبت به عواقب خطرناک آن باشد (تومبز و اسبورن[2]، ۲۰۱۹).

از طرفی، گرایش به مواد مخدر سبب می‌شود که معتاد ارزش‌های اخلاقی و هنجارهای جامعه را پاس ندارد و در نتیجه قوانین را زیر پا بگذارد. اعتیاد، بیماری پیچیده‌ای است که با ویژگی‌هایی همچون رفتارهای اجباری، وسوسه‌های مقاومت‌ناپذیر، رفتارهای جستجوگرانه مواد و مصرف مداوم آن حتی در شرایطی که پیامدهای منفی بسیاری برای فرد به همراه دارد، مشخص می‌شود. تداوم مصرف مواد در طی زمان و تأثیرات سمی طولانی‌مدت مصرف آن بر عملکرد مغز، منجر به دامنه وسیعی از بدکارکردی‌های رفتاری، روان‌شناختی، اجتماعی و فیزیولوژیکی شده که مانع از انجام رفتار و عملکرد طبیعی معتادان در خانواده، محیط‌کاری و در سطحی وسیع‌تر در جامعه می‌شود (سیم و وونگ[3]، ۲۰۰۸). در همین خصوص، مطالعات متعددی در مورد ارتباط تکانشگری و اختلال سوء مصرف مواد انجام گرفته که نشان می‌دهند رفتارهای تکانشی هم به عنوان یکی از عوامل مستعدکننده و تداوم دهنده این اختلال، در نظر گرفته شده است و هم گاهی تعیین کننده نوع مواد مصرفی معتادان می‌باشد مثل گرایش به مصرف محرک‌ها (سگال، مورال و استونز[4]، ۲۰۱۴). بررسی‌ها در زمینه سوء مصرف مواد نشان می دهد که میزان عود، رابطه مستقیمی با میزان و شدت تکانشگری دارد و افرادی با نمرات بالا در مقیاس تکانشگری فرجام مناسبی در ترک از مواد ندارند (سیم و وونگ، ۲۰۰۸).

رفتارهای تکانشی که گاه با عنوان رفتارهای مخاطره آمیز نیز خوانده می‌شود، طیف وسیعی از اعمالی را شامل می‌شوند که روی آن‌ها تفکر کمی صورت گرفته، به صورت نابالغ با وقوع آنی ، بدون توانایی در انجام تمرکز بر یک تکلیف خاص ، در غیاب یک برنامه ریزی مناسب ، رخ می‌دهند و از ریسک و خطرپذیری بالایی برخوردار هستند (سگال و همکاران، ۲۰۱۴). رفتارهای تکانشگری به عملکردهایی اطلاق می شوند که اگر چه با درجاتی از آسیب یا ضرر بالقوه همراهند ، احتمال دستیابی به انواعی از پاداش را نیز دارا می باشد. این رفتارها باید دارای سه ویژگی زیر باشند:

الف) انتخاب بین دو یا چند گزینه با پاداش احتمالی؛ ب) همراهی یکی از گزینه ها با احتمال رویداد عواقب و نتایج ناگوار؛ ج) نامعلوم بودن احتمال نتایج و عواقب ناگوار در زمان وقوع رفتار (اتلت[5] و همکاران، ۲۰۰۷؛ به نقل از قاسمی نظرآبادی و فروزنده، ۱۳۹۷). در واقع مشخص شده است که تکانشگری یکی از وجه مشخص‌های انواع اعتیاد است (بلین[6] و همکاران، ۲۰۰۸). عده ای از افراد در تمامی موقعیت‌ها به صورت تکانشگری عمل می‌کنند (وابسته به صفت) در حالی‌که عده‌ای دیگر در موقعیت‌های به خصوص به این شیوه عمل می‌نمایند همانند مواجه شدن با نشانه‌های ایجاد کننده ولع مصرف (وابسته به موقعیت) (استهل[7]

[1] Zhou
[2] Thombs, D. L., & Osborn, C. J
[3] Sim, T., & Wong
[4] Segal, B., Morral, A. R., & Stevens
[5] Otlet
[6] Belin
[7] Stahl

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

و همکاران، ۲۰۱۴). در همین راستا ون‌امریک-ون‌اورتمرسن[1] و همکاران (۲۰۱۹)، طی پژوهشی با عنوان «درمان شناختی رفتاری یکپارچه برای اختلال کم‌توجّهی- بیش‌فعالی در بیماران بزرگسال مبتلا به اختلال مصرف مواد: نتایج یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده» دریافتند که اختلال کم‌توجّهی- بیش‌فعالی اغلب با اختلالات مصرف مواد همراه است.همچنین درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم اختلال کم‌توجّهی- بیش‌فعالی در بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد موثر بود. درمان شناختی رفتاری یکپارچه منجر به بهبود قابل توجهی در علائم اختلال کم‌توجّهی- بیش‌فعالی در بیماران بزرگسال مبتلا به اختلال مصرف مواد شد. همچنین سپهری‌نسب و سهرابی (۱۳۹۳)، در پژوهشی با عنوان «اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر تکانش‌گری و سلامت روان‌شناختی معتادان تحت درمان نگه‌دارنده با متادون» نشان دادند که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری می‌تواند به‌عنوان یک روش مداخله‌ای مفید برای ارتقاء سلامت روان و کاهش تکانش‌گری معتادان تحت درمان نگه‌دارنده با متادون مؤثر باشد.

در این میان، با توجه به این موضوع که نوجوانان دارای اعتیاد رو به فزونی شده است، درمان های مختلف دارویی و غیر دارویی برای مشکلات ناشی از اعتیاد طراحی شده اند، اما نیاز است تا مشاوران و روانشناسان به درمان‌های غیردارویی و رواشناختی برای حل مشکلات نوجوانان دارای اعتیاد بپردازند؛ یکی از درمان‌هایی که در موارد و اختلال‌های مختلف روانشناختی موثر بوده، درمان شناختی رفتاری می‌باشد. به فرایندهای درمانی مبتنی بر نظریات رفتارگرایان مبنی بر اهمیت محرک-پاسخ در فرایند یادگیری و رشد آدمی، و نیز عقاید شناخت‌گرایان درباره ی تاثیر عوامل شناختی و ذهنی و باورها بر رفتار انسان درمان شناختی رفتاری گفته می‌شود (بک[2]، ۲۰۱۱). از طرف دیگر، چون سوءمصرف مواد به‌عنوان یک آسیب روانی و اجتماعی، خانواده‌های بسیاری را درگیر خود ساخته است، لازم است از مدل توان‌بخشی مناسبی استفاده شود که در این مطالعه از روش درمان شناختی رفتاری گروهی استفاده شد. درمان گروهی نوعی درمان است که می‌تواند تعداد بیشتری از مراجعان را در زمان کمتری درمان کند. همچنین مزیت‌های درمان گروهی این است که اعضای گروه در نتیجه تعامل با یکدیگر و از طریق خودافشاگری، دریافت حمایت همدلی از سوی دیگر اعضای گروه و همچنین احساس داشتن درد مشترک می‌توانند در مورد خود و مسائلشان به فهم و بینش عمیق‌تری دست یابند (محی‌الدین، صادقی، چراغی و زارع، ۱۳۹۲). درمان‌شناختی رفتاری یک روش درمانی است که هم بدنبال تغییر نگرش رفتارهایی می‌باشد که از یادگیری‌های ناکافی و غلط به وجود آمده است و هم به دنبال تغییر نگرش، باور و اعتقادات غیرمنطقی است. روش درمان شناختی رفتاری بر این نظریه استوار است که عامل تعیین‌کننده‌ی رفتار انسان، طرز تفکر او درباره‌ی خود و نقش خود در جهان است (سادوک و سادوک[3]، ۲۰۱۱؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۹). در همین خصوص محی‌الدینی و همکاران (۱۳۹۲)، در پژوهشی با عنوان "اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر بهبود فرایند خانواده در خانواده‌های افراد معتاد" نشان دادند که اثر معنی‌داری بین آزمودنی‌های دو گروه وجود داشت که حاکی از اثربخشی روش گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر بهبود فرایند خانواده در خانواده‌های افراد معتاد است.

در نهایت، با توجه به مطالب ذکر شده در زمینه‌ی تاثیر اعتیاد بر رفتارهای تکانشگری و با توجه به افزایش نوجوانان دارای اعتیاد به مواد مخدر، دغدغه‌ی اصلی پژوهشگر در این پژوهش پرداختن به این مسئله است که "آیا درمان شناختی رفتاری بر کاهش تکانشگری نوجوانان دارای اعتیاد به مواد مخدر اثربخش است؟".

روش‌شناسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل مراجعه کنندگان نوجوان به کمپ های ترک اعتیاد شهر تهران بود. نمونه آماری این پژوهش ۳۰ نفر بودند که به صورت نمونه‌گیری غیراحتمالی از نوع دردسترس انتخاب شدند و سپس بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند.

[1] van Emmerik-van Oortmerssen
[2] Beck
[3] Sadouk And Sadouk

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

معیارهای ورود به پژوهش: اعلام اعتیاد به مواد مخدر توسط خود فرد/ طول اعتیاد حداقل ۲ و حداکثر ۱۵ سال/ داشتن سن بین ۱۵ تا ۲۲ سال/ عدم بیماری‌های جسمانی و روانی/ مصرف‌کننده مواد مخدر از نوع قرص‌های روانگردان، هروئین، مورفین و ماری جوانا.

معیارهای خروج از پژوهش: سوء مصرف مواد/ رفتارها تکانشگرایانه.

روش اجرا:

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی می‌باشد که بیماران با مقیاس تکانشگری بارت[1] (BIS)، مورد سنجش و ارزیابی قرار می‌گیرند. بدین ترتیب که اول برای هر دو گروه (آزمایشی و کنترل) پیش‌آزمون تکانشگری اجرا شد، سپس جلسات درمان شناختی رفتاری برای گروه آزمایش اجرا شد (بسته درمانی در جدول ۱ آورده شده است) اما برای گروه کنترل، هیچگونه مداخله‌ای اعمال نخواهد شد بلافاصله بعد از اتمام مداخله آزمایشی برای گروه آزمایش، پس‌آزمون تکانشگری برای هر دو گروه اجرا شده، داده‌های لازم جمع‌آوری شد.

جدول ۱: خلاصه بسته درمانی شناختی رفتاری

جلسه	تکنیک‌های بکار رفته شده
اول	بازخورد انگیزشی فردی: مضرات ادامه مصرف مواد و عدم تغییر- فواید ایجاد تغییر در مصرف مواد -فواید ادامه دادن مصرف مواد و عدم تغییر- مضرات ایجاد تغییر در مصرف مواد
دوم	تعیین موقعیتهای پرخطر - بین فردی و درون فردی - عوامل راه انداز (عواطف، افراد، مکان ها و اشیاء)- طرحهای عملی برای مقابله با موقعیتهای پرخطر
سوم	تعیین عوامل زمینه‌ساز برای سوءمصرف مواد، روشهای برنامه‌ریزی برای مقابله با اشتیاق و میل برای مصرف مواد مانند: توقف فکر، تمرین ایجاد تعادل در تصمیم گیری، و به تاخیر انداختن
چهارم	مقابله با تفکر منفی- رابطه‌ی تفکر و عاطفه - تعیین الگوهای تفکر منفی - مبارزه با افکار منفی و بازسازی شناختی
پنجم	تصمیمات به ظاهر نامرتبط - هوشیار کردن فرد نسبت به موقعیت‌های پرخطر - تحلیل کارکردی تفکر هنگام خطر کردن
ششم	برنامه‌ریزی و پیش‌بینی وضعیت‌های اضطراری - پیش آمدن عوامل راه انداز غیر منتظره یا موقعیتهای پرخطر
هفتم	مهارتهای امتناع و مقابله با پی نهادهای مستقیم برای مصرف مواد - ایفای نقش برای تمرین پاسخ های جرأت‌ورزانه - انتقادکردن و مورد انتقاد واقع شدن – پاسخدهی جرأت‌ورزانه به انتقاد - مهارتهای تنش‌زدایی - ایفای نقش
هشتم	مدیریت خشم و مصرف مواد- تعیین علایم و نشانه های خشم – مهارتهای تنش‌زدایی -بازسازی شناختی در زمینه افکار برانگیزاننده.
نهم	بررسی کناره‌گیری از فعالیتهای لذتبخش به عنوان نتیجه‌ای از مصرف مواد - تعیین فعالیتهای لذتبخش به عنوان راه حل بدیل و سالم – برنامه‌ریزی برای انجام فعالیتهای لذتبخش- ایجاد تعهد نسبت به پرداختن به وقایع لذتبخش
دهم	ایجاد دوستیهایی که بر مصرف مواد متمرکز نیستند- قطع روابط خود با دوستان و آشنایان که آسیب‌زا هستند - قطع ارتباط با فروشندگان و مصرف‌کنندگان مواد - پیدا کردن گروهی متشکل از افراد حمایت کننده و تشکیل گروههای خودیار.

ابزار پژوهش

مقیاس تکانشگری بارت (BIS): این پرسشنامه (ویرایش یازدهم) که توسط ارنست بارت و همکاران در سال ۲۰۰۴؛ نقل از عدالتی، ۱۳۸۶) ساخته شده است، برپایه نظریه شخصیتی بارت قراردارد که حاوی ۳۰ سوال می‌باشد و ۳ عامل (تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی‌برنامگی) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. سئوالات به صورت ۴ گزینه ای "به ندرت تا تقریباً همیشه" درجه بندی شده اند و بیشترین نمره کسب شده ۱۲۰ خواهد بود. پاتون، استانفورد و بارت[2] (۱۹۹۵) پایایی درونی برای نمره کل آن از ۷۹/. تا ۸۳/. را گزارش کردند. نادری و حق‌شناس (۱۳۸۸)، در پژوهشی برای نخستین بار در ایران به اعتباریابی مقیاس تکانشگری بارت با محاسبه همبستگی آن با مقیاس هیجان خواهی ذاکرمن در جامعه دانشجویی پرداختند. ضریب همبستگی ۲۸/. و ضرایب پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۷۲/. و به روش دونیمه کردن ۶۰/. بدست آمد. همچنین روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه توسط اختیاری و همکاران (۱۳۷۸) انجام گرفته است که نتایج پژوهش حاکی از

[1] Barratt
[2] Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

روایی و پایایی مطلوب این پرسشنامه است. تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده از اجرای پرسشنامه از طریق نرم‌افزار spss21 در دو بخش توصیفی و استنباطی (آزمون تحلیل کواریانس) انجام پذیرفت.

یافته‌ها

آزمون فرضیه‌ی پژوهش: درمان شناختی رفتاری بر کاهش تکانشگری نوجوانان دارای اعتیاد اثربخش است.

بررسی این فرضیه نیز از تحلیل کواریانس برای تعدیل تفاوت های اولیه مربوط به تکانشگری استفاده شد.

جدول ۲: تحلیل کواریانس یک راهه برای بررسی فرضیه پژوهش (پس آزمون تکانشگری)

منبع واریانس	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	Sig	مربع ایتا
مدل تصحیح شده	۲۳۷۹.۰۹	۲	۱۱۸۹.۵۴	۱۷۰.۱۴	/۰۰۱	.۹۲۶
عرض از مبدا	۱۶۳.۳۲	۱	۱۶۳.۳۲	۲۳.۳۶	/۰۰۱	.۴۶۴
پیگیری	۵۸۴.۹۶	۱	۵۸۴.۹۶	۸۳.۶۶	/۰۰۱	.۷۵۶
گروه	۱۷۱۰.۷۸	۱	۱۷۱۰.۷۸	۱۵۹.۲۶	/۰۰۱	.۸۹۱
خطا	۱۸۸.۷۷	۲۷	۶.۹۹			
کل	۹۳۵۳۸.۰۰	۳۰				
کل تصحیح شده	۲۵۶۷.۸۶	۲۹				

با توجه به نتیجه تحلیل کواریانس که در جدول ۲ گزارش شده است معلوم است که بین دو گروه در نمرات پس آزمون تکانشگری از نظر آماری اختلاف معنی داری وجود دارد. چرا که اندازه آزمون F برای این تفاوت آماری در سطح ۱ درصد معنی‌دار است. با توجه به اندازه اثر ۰/۸۹ می توان این استنباط را کرد که متغیر مستقل این پژوهش(یعنی درمان شناختی رفتاری) تاثیر قدرتمندی بر کاهش تکانشگری نوجونان دارای اعتیاد می‌گذارد.

بحث و نتیجه‌گیری

تمامی تلاش‌هایی که در روند انجام یک کار پژوهشی صورت می‌گیرد، در واقع برای دستیابی به نتایج مطلوب و پیشنهادهایی برای پژوهش است. چرا که هدف از انجام پژوهش، یافتن راه‌حل برای مشکلاتی است که وجود دارد و دغدغه پژوهشگر بوده و باعث انجام پژوهش شده است. گاهی این مشکلات هر چند در ظاهر کوچک و ناچیز بوده ولی هزینه و انرژی زیادی در جامعه هدر داده و کارآیی و اثربخشی را کاهش می‌دهند و مانع رسیدن به نتایج مورد نظر و ارزشمند می‌گردند. از طریق پژوهش می‌توان این مشکلات و راه حل‌های رفع آن‌ها را پیش‌بینی و مهیا کرد و اقدامات مناسب را انجام داد تا در نهایت کارآیی و نتایج مثبت افزایش یابد. لذا این پژوهش با توجه به اهمیت موضوع، اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تکانشگری نوجوانان دارای اعتیاد به مواد مخدر را مورد بررسی قرار داد، که در ادامه براساس فرضیه‌های موجود در پژوهش به بحث و نتیجه‌گیری می‌پردازیم: یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که، که نوجوانان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش چشمگیری در نمرات تکانشگری داشتند. به عبارتی درمان شناختی رفتاری بر کاهش تکانشگری نوجوانان وابسته به مواد، اثربخش است. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش، ون‌امریک-ون‌اورتمرسن و همکاران (۲۰۱۹)، هنگز و ماکزینسکی[1] (۲۰۱۲)، سپهری نسب و سهرابی (۱۳۹۳)، نیکوگفتار و عنافچه (۱۳۹۳)، محی‌الدینی و همکاران (۱۳۹۲)، مکری و همکاران(۱۳۸۷)، همسو می‌باشد. فصل مشترک این پژوهش‌ها این بوده است که تکانشگری عامل مهم و معناداری است که هم متمایزکننده افراد دارای سو مصرف مواد و هم همبستگی بالایی با شدت اعتیاد دارد.

همچنین یافته‌ها چنین مطرح نمود که تصمیم‌گیری مخاطره‌آمیز در حالت کلی به بروز مشکلاتی در فرآیند تصمیم‌گیری اشاره دارد که می‌تواند شخص را به اتخاذ تصمیماتی با پیامدهای منفی گاه غیرقابل‌جبران سوق دهد. تصمیم‌گیری مخاطره‌آمیز می‌تواند به دلایل مختلف و با ریشه‌های متفاوت رخ دهد. از سویی می‌تواند به عنوان یک پیامد رفتاری مولفه تکانشگری در

[1] Henges, A. L., & Marczinski, C. A

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

افرادی که نوجویی بالایی دارند (اسکرینور[1]، ۲۰۲۱) در نظر گرفته شود و از سوی دیگر، می تواند ناشی از ضعف در مهارت تصمیم‌گیری و عدم بهره‌مندی از دانش و مهارت کافی در این حوزه باشد. برخی مطالعات نشان داده‌اند که آموزش مهارتهای زندگی شامل مهارت تصمیم گیری می‌تواند میزان تصمیم‌گیری‌های تکانشی و مخاطره‌آمیز را در افراد مصرف کننده مواد و الکل کاهش دهد (مارتین و پییر[2]، ۲۰۱۹). اگرچه در گذشته، مطالعات و فرآیند درمان بیشتر بر جنبه‌های اجباری و ولع در مصرف مواد متمرکز بودند، اما امروزه آشکار شده است که تکانشگری نیز عامل مهمی در شروع و تداوم اختلال مصرف مواد به شمار می‌رود به گونه‌ای که برخی مطالعات بیان می‌کنند که بالا بودن تکانشگری می‌تواند نقش مهمی در آغاز مصرف مواد داشته باشد (رضوانی‌فر، ۱۳۸۹). همین دلیل می‌تواند یکی از دلایل بالا بودن تکانشگری در نمونه‌های وابسته به مصرف مواد در این پژوهش باشد؛ رابطه بین تکانشگری و شکل‌گیری اختلالات مرتبط با مصرف مواد در مطالعه‌ای به این شکل نشان داد افرادی که در نوجوانی تکانشگری بودند به احتمال بیشتری در آینده، اقدام به مصرف مواد مخدر و الکل خواهند کرد (ماجک[3] و همکاران، ۲۰۰۱؛ به نقل از جبرائیلی، مرادی و حبیبی، ۱۳۹۹). اسلاتک و همکاران (۲۰۰۵) در مطالعه خود نشان دادند که شدت تکانشگری در افراد بصورت معنی‌داری توانایی پیش‌بینی رفتار قماربازی را در ارزیابی‌های بعدی دارد.

در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری می‌تواند با هدف قرار دادن علایم در نوجونان دارای اعتیاد موجب تعدیل تکانشگری و اضطراب آن ها شود. کاربرد این درمان با تاکید بر مدت زمان طولانی درمان موثر است. احتمالا تاثیر این گونه درمان‌ها بر روی علایم خلقی از جمله اضطراب بسیار بارزتر خواهد بود. می‌توان گفت که CBT به دلیل سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند، اثربخشی درمانی را افزایش دهد. بنابراین، افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی در درمان شناختی رفتاری و ایجاد تفکر مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند توانایی مقابله‌ی بیمار را در کنار آمدن با وسوسه و نشانه‌های ترک به عنوان شاخص اصلی تداوم مصرف در این بیماران را افزایش دهد (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۳).

بر اساس یافته‌های پژوهش پیشنهادهای زیر ارایه می‌شود:

- ✓ یافته های این پژوهش نشان داد که روش شناختی رفتاری باعث کاهش معنادار تکانشگری نوجوانان دارای اعتیاد شده است، لذا می‌توان گفت روش شناختی رفتاری، جزء روش‌های مؤثر، قابلیت کاربرد در مراکز درمانی و ترک اعتیاد دارد. بنابراین مشاوران و درمانگران می توانند برای بهزیستی روانشناختی افراد دارای اعتیاد، از روش طرحواره درمانی استفاده کنند.
- ✓ به موسسات آموزشی و دانشگاه ها پیشنهاد می شود، با توجه به اینکه روش شناختی رفتاری یک روش درمانی موثر و مفید است، شرایطی را فراهم کنند تا دانشجویان رشته مشاوره و روانشناسی این روش درمان را به منظور کمک به مراجعین یاد بگیرند و به کار ببرند.
- ✓ در مطالعات آتی پیشنهاد می‌شود، تکانشگری زنان و مردان دارای اعتیاد را مقایسه کنند.
- ✓ تاثیر مداخله‌های درمانی و آموزشی مختلف بر تصمیم‌گیری افراد وابسته به مواد را بررسی کنند.
- ✓ تحقیقات پیگیری با اهداف بررسی ماندگاری نتایج درمان و مقایسه‌ی روش های درمانی مختلف بر اساس نتایج بلندمدت را انجام دهند.
- ✓ میزان اثربخشی درمان شناختی رفتاری و سایر روش‌های درمانی در کاهش تکانشگری را مقایسه کنند.

منابع

[1] Scrivner
[2] Martin, G., & Pear, J
[3] Majak

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

جبرائیلی، هاشم؛ مرادی، علیرضا و حبیبی، مجتبی. (۱۳۹۹). نقش واسطه‌ای شاخص‌های مصرف مواد در رابطه بین تکانشگری صفت و اختلال در تنظیم هیجانی با تکانشگری حالت در مصرف کنندگان مزمن مت‌آمفتامین. *ارمغان دانش*، جلد ۲۵، شماره ۲، صص: ۲۴۰-۲۵۵.

رضوانی‌فر، علیرضا. (۱۳۸۹). بررسی و مقایسه تکانشگری، خطرپذیری و احساس‌جوئی در افراد مستعد به سوءمصرف مواد و عادی شهر تهران. *پایاننامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی*.

سادوک، جیمز؛ *سادوک*، آلکوت (۱۳۹۹). خلاصه روانپزشکی:علوم رفتاری- روانپزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۱۱).

سپهری‌نسب، زهرا؛ سهرابی، فرامرز. (۱۳۹۲). اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی– رفتاری بر سلامت روان‌شناختی و تکانش‌گری معتادان. *مجله روانشناسی کاربردی*، ۱۰(۳۷): ۳۶-۵۲.

عدالتی، هانیه؛ یزدی، بنی جمال (۱۳۸۶). *بررسی تاثیر درمان کنترل تکانه بر کاهش تکانشگری در دانشجویان تکانشی دانشگاه الزهرا*، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه الزهرا.

قاسمی نظرآبادی، مریم و فروزنده، الهام، (۱۳۹۷)، مروری بر انواع رویکردها، روش‌های سنجش تکانشگری و رفتارهای تکانشگرانه، *اولین کنگره بین المللی و پنجمین کنگره ملی آموزش و سلامت کودکان پیش از دبستان*، تهران.

محی‌الدینی، حمید؛ صادقی، زهرا؛ چراغی، زهرا؛ زارع، رحمان. (۱۳۹۲). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر بهبود فرایند خانواده در خانواده های افراد معتاد. *روش‌ها و مدلهای روانشناختی*، ۳(۱۲): ۱-۹.

معظمی، شهلا. (۱۴۰۰). *بزهکاری کودکان و نوجوانان*. تهران: دادگستر.

مکری، آذرخش؛ اختیاری، حامد، عدالتی، هانیه؛ نادری، پریسا. (۱۳۸۷). ارتباط شاخص‌های تکانشگری و رفتارهای مخاطره جویانه با شدت ولع مصرف در گروه‌های مختلف معتادان به مواد افیونی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. شماره۳. ۳۲۶-۳۳۶.

نادری، فرح و حق شناس، فریبا. (۱۳۸۸). اعتبار یابی مقیاس تکانشگری بارت (BIS-11) و رابطه تکانشگری و احساس تنهایی با میزان استفاده از تلفن همراه در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اهواز، *پایان نامه کارشناسی ارشد،رشته روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز*.

نریمانی، محمد؛ بگلیان کوله مرز، محمدجواد؛ باوندپوری، احمدرضا و بختی، مجتبی. (۱۳۹۳). اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی بر میزان ولع مصرف و دشواری در خود نظم بخشی هیجانی مصرف کنندگان شیشه. *مجله روان شناسی بالینی*، ۲(۴): ۱۰۱-۸۵.

نیکوگفتار، منصوره؛ عنافچه، شهلا. (۱۳۹۳). مقایسه تکانشگری بین افراد مبتلا به ایدز، افراد دارای سوئ مصرف مواد و همتایان سالم. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد*، ۸(۳۱): ۴۴-۳۵.

Barratt, E. S., Stanford, M. S., Kent, T. A., & Alan, F. (1997). Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. *Biological psychiatry*, *41*(10), 1045-1061.

Beck, J. S. (2011). Cognitive-behavioral therapy. *Clinical textbook of addictive disorders*, *491*, 474-501.

Belin, D., Mar, A. C., Dalley, J. W., Robbins, T. W., & Everitt, B. J. (2008). High impulsivity predicts the switch to compulsive cocaine-taking. *Science*, *320*(5881), 1352-1355.

Henges, A. L., & Marczinski, C. A. (2012). Impulsivity and alcohol consumption in young social drinkers. *Addictive behaviors*, *37*(2), 217-220.

Martin, G., & Pear, J. (2019). *Behavior modification: What it is and how to do it*. Routledge.

Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*, *51*(6), 768-774.

Scrivner, C. (2021). Curiosity: A behavioral biology perspective.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

Segal, B., Morral, A. R., & Stevens, S. J. (2014). *Adolescent substance abuse treatment in the United States: Exemplary models from a national evaluation study*. Routledge.

Sim, T., & Wong, D. (2008). Working with Chinese families in adolescent drug treatment. *Journal of Social Work Practice*, *22*(1), 103-118.

Stahl, C., Voss, A., Schmitz, F., Nuszbaum, M., Tüscher, O., Lieb, K., & Klauer, K. C. (2014). Behavioral components of impulsivity. *Journal of Experimental Psychology: General*, *143*(2), 850.

Thombs, D. L., & Osborn, C. J. (2019). Introduction to addictive behaviors.

van Emmerik-van Oortmerssen, K., Vedel, E., Kramer, F. J., Blankers, M., Dekker, J. J., van den Brink, W., & Schoevers, R. A. (2019). Integrated cognitive behavioral therapy for ADHD in adult substance use disorder patients: results of a randomized clinical trial. *Drug and alcohol dependence*, *197*, 28-36.

Zhou, Z. (2022, February). Drug Abuse and Adolescents' Cognitive Development. In *2021 International Conference on Education, Language and Art (ICELA 2021)* (pp. 590-595). Atlantis Press.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]