

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال دوازدهم شماره ۴۸ زمستان ۱۳۹۶

مقایسه زودانگیختگی و ولع مصرف در معتادان تحت درمان پرهیز مدار و معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون و بهبودیافتگان مراکز DIC

عبدالله برهانی^۱

علیرضا مرادی^۲

روژین میرانی^۳

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه زودانگیختگی و ولع مصرف در معتادان تحت درمان پرهیز مدار و معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون و بهبودیافتگان مراکز DIC بود. این پژوهش در قالب طرح علی مقایسه‌ای انجام شده است. نمونه مورد نظر شامل ۹۰ مرد بوده که در هر یک از سه گروه ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه زودانگیختگی بارت و پرسش‌نامه عقاید و سوسه‌آمیز بک استفاده شد. برای تحلیل یافته‌ها از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد نتایج نشان دادند که بین سه گروه بهبودیافتگان مراکز DIC و گروه درمان پرهیزمدار و تحت درمان نگهدارنده با متادون از نظر زودانگیختگی و سوسه تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج پژوهش حاضر در زمینه انتخاب درمان مناسب و برنامه‌های پیشگیری از عود می‌تواند حائز اهمیت باشد.

واژگان کلیدی: زودانگیختگی؛ سوسه؛ درمان پرهیزمدار؛ درمان نگهدارنده؛ DIC

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه خوارزمی تهران (نویسنده مسئول) Email: meysamborhani9@gmail.com

۲- استاد گروه روانشناسی دانشگاه خوارزمی تهران

۳- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه خوارزمی تهران

مقدمه

اختلال سوءمصرف مواد یک اختلال عودکننده مزمن است و با مسایل زیادی در حوزه‌های پزشکی، روان‌پزشکی، خانوادگی، شغلی، قانونی، مالی و معنوی همراه است. این اختلال نه تنها زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه نواقص و ناراحتی‌های زیادی را برای خانواده و جامعه ایجاد کرده و بار زیادی به آن‌ها تحمیل می‌کند. سوءمصرف مواد مانند هر اختلال مزمن دیگری نیاز به مدیریت درمان در طی زمان دارد (دالی^۱ و مارلات^۲، ۲۰۰۵؛ ترمورشوزن^۳، کرول^۴، پرینس^۵، گسگوس^۶، ون در بریک^۷ و ون امیجدن^۸، ۲۰۰۵). علاوه بر این، مطالعات گذشته نشان می‌دهد که اثربخشی درمان‌های نگهدارنده دارویی، بدون مداخله‌های روانی-اجتماعی، به‌علت اطاعت دارویی پایین و میزان بالای ریزش ضعیف است (بابایی، حسنی و محمدخانی، ۱۳۹۱). همچنین بررسی‌ها نشان می‌دهند ۲۰ درصد تا ۹۰ درصد معتادانی که تحت درمان قرار می‌گیرند، دچار بازگشت می‌شوند که با وجود پیشرفت‌های به‌دست آمده در درمان این اختلال، بازگشت به دوره‌های سنگین و غیرقابل کنترل مصرف همچنان یک مشکل شایع است (روزن^۹، وارث^{۱۰}، ویندت^{۱۱}، برینک^{۱۲}، یونگ^{۱۳} و کرکبوف^{۱۴}، ۲۰۰۶؛ به نقل از بابایی و همکاران، ۱۳۹۱). بیشتر سوءمصرف‌کنندگان مواد پس از سم‌زدایی و ورود به درمان‌های توان بخشی، طی ۹۰ روز پس از شروع درمان مجدداً به مصرف مواد می‌پردازد (مک‌کی^{۱۵}، فرانکلین^{۱۶}، پاتاپیس^{۱۷} و لینچ^{۱۸}، ۲۰۰۶). به همین علت، امروزه در همه روش‌های درمانی، بر حفظ و نگهداری رفتار (بهبودی) افراد تحت درمان، یا به عبارتی پیشگیری از عود^{۱۹}، تأکید می‌شود. یکی از راه‌های دست‌یابی به این هدف، بررسی عوامل زمینه‌ساز،

1- Daley
3- Termorshuzen
5- Prins
7- van den Brink
9- Roozen
11- Windt
13- Yong
15- McKay
17- Patapis
19- Relapse prevention

2- Marlatt
4- Krol
6- Geskus
8- Van Ameijden
10- Waart
12- Brink
14- Kerkbof
16- Franklin
18- Lynch

تسریع‌کننده و تداوم‌بخش عود می‌باشد؛ زیرا تنها با شناخت علل ایجادکننده یک پدیده می‌توان در جهت حذف و کنترل آن اقدام کرد. طبق بررسی‌های گذشته، عوامل متعدد از جمله عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی در شروع، ادامه و بازگشت پس از درمان این اختلال موثر هستند (پورشهباز، شاملو، جزایری و قاضی، ۱۳۸۴). در میان عوامل مؤثر در سوءمصرف مواد، وسوسه^۱ مصرف نقش مهم‌تری در پدیده بازگشت و حفظ موقعیت سوءمصرف و وابستگی به مواد دارد. وسوسه مصرف، یک میل غیرقابل کنترل برای مصرف مواد است، میلی که اگر برآورده نشود رنج‌های روان‌شناختی و بدنی فراوانی هم چون ضعف^۲، بی‌اشتهایی، اضطراب، بی‌خوابی، پرخاشگری و افسردگی را در پی دارد (انستیتو ملی سوءمصرف مواد^۳، ۱۹۹۶؛ آدولوراتو^۴، لگیو^۵، آبن اولی^۶ و گاسبارینی^۷، ۲۰۰۵). در فرآیند درمان معتادان، پس از رسیدن به حالت پرهیز، میل شدیدی برای تجربه دوباره اثرات ماده روان گردان دیده می‌شود. این احساس ممکن است از چند ساعت پس از شروع درمان تا روزها و ماه‌ها پس از پایان آن دیده شود. فراوانی و شدت وسوسه مصرف کم‌کم رو به کاهش می‌رود و به ندرت ناپدید می‌شود. این پدیده معمولاً به میزان زیادی، در نخستین ماه‌های سم‌زدایی گزارش می‌شود. سپس فراوانی و شدت آن، کاهش می‌یابد، اگرچه به ندرت ناپدید می‌شود (زیکلر^۸، ۲۰۰۵). بنابراین تشخیص و درمان این پدیده بالینی به‌عنوان، یکی از عوامل شکست درمان دارای اهمیت است (ابرامز^۹، ۲۰۰۰).

یکی از مولفه‌هایی که در گرایش به سوءمصرف مواد و کنترل سوءمصرف مواد و ناتوانی در کنترل وسوسه نقش دارد، زودانگیختگی می‌باشد، زودانگیختگی با شماری از آسیب‌های روانی در اجتماع در ارتباط می‌باشد که از جمله آن‌ها خشونت، رفتارهای ضداجتماعی، جرم و جنایت و بسیاری از موارد دیگر می‌باشد. همچنین بررسی‌ها نشان داده‌اند که

1- craving
3- National Institute on Drug Abuse
5- Leggio
7- Gasbarrini
9- Abrams

2- asthenia
4- Addolorato
6- Abenavoli
8- Zikler

زودانگیختگی یکی از مهم‌ترین عوامل خطر شخصیتی گرایش به مصرف مواد، به‌شمار می‌رود (ریب^۱، دیسچینگر^۲، کوفرا^۳ و رید^۴، ۲۰۰۶؛ مک‌کون^۵، ۲۰۰۹). زودانگیختگی دارای یک ساختار چند بعدی است که شامل ابعادی چون تأکید بر زمان حال، ناتوانی در به تأخیرافکندن پاداش، ناتوانی در بازداری، خطرپذیری، حس‌جویی، حساسیت به پاداش، بی‌حوصلگی، لذت‌جویی و ناتوانی در برنامه‌ریزی گزارش شده است (اختیاری، رضوان فرد و مکری، ۱۳۸۷). زودانگیختگی همچنین ممکن است به معنی عمل نمودن با کمترین تفکر نسبت به رفتارهای آینده یا عمل کردن بر پایه افکاری که بهترین گزینه فرد یا دیگران نمی‌باشند، در نظر گرفته شود (سوان^۶ و هولاندر^۷، ۲۰۰۲). زودانگیختگی طیف گسترده‌ای از رفتارهایی است که روی آن کمتر تفکر شده، به‌صورت رشد نیافته برای دستیابی به یک پاداش یا لذت بروز می‌کنند، از خطر بالایی برخوردارند و پیامدهای ناخواسته قابل توجهی را در پی دارند (اوندن، ۲۰۰۹؛ به نقل از اختیاری، رضوان فرد و مکری، ۱۳۸۷). همچنین تعریف زودانگیختگی از دیدگاه رفتارشناسی، دربرگیرنده سود کوتاه‌مدت هر چند کم‌ارزش در برابر، دستاوردهای بلندمدت ولی با ارزش‌تر می‌باشد (پتری^۸، ۲۰۱۰). زودانگیختگی هسته اصلی بسیاری از آسیب‌های اجتماعی مانند مصرف مواد، قماربازی بیمارگونه، اختلال‌های شخصیت و دست زدن به اقدامات پرخطرناحویانه است. این اختلال هر سال موجب از میان رفتن زمان و سرمایه در بسیاری از کشورها می‌شود (ارس^۹ و سانیستبن^{۱۰}، ۲۰۰۶؛ داو^{۱۱} و لوکستون^{۱۲}، ۲۰۰۴)؛ بنابراین توجه به این متغیر در درمان و برنامه‌ریزی‌های پس از درمان می‌تواند سبب پیشگیری از عود و مصرف مجدد مواد مخدر گردد. بنابراین آنچه گفته شد اعتیاد بیماری مزمن و عودکننده است که نیازمند برنامه‌ریزی بلندمدت و شناخت عوامل زمینه‌ساز مصرف مجدد به‌منظور پیشگیری از عود مکرر است. لذا لازم است که روش‌های مختلف درمان ضمن بررسی

1- Ryb

3- Kufera

5- McCown

7- Hollander

9- Arce

11- Dawe

2- Dischinger

4- Read

6- Swann

8- Petry

10- Santisteban

12- Loxton

و شناخت عوامل موثر بر عود مصرف مواد، به کنترل این عوامل بپردازند. از جمله مهم‌ترین عوامل می‌توان به زودانگیختگی و وسوسه اشاره کرد. با توجه به اینکه پژوهش‌های اندکی به مقایسه این دو متغیر در سه گروه مذکور پرداخته اند، لذا در این پژوهش به مقایسه این دو متغیر در سه گروه بیمار تحت درمان پرهیزمدار، تحت درمان نگهدارنده با متادون و بهبودیافتگان مراکز DIC پرداخته شده است.

روش، جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر در قالب طرح علی مقایسه‌ای صورت گرفت. این طرح از سه گروه تشکیل شده است گروه اول شامل ۳۰ نفر معتاد تحت درمان پرهیزمدار در کمپ‌های ترک اعتیاد بود. گروه دوم ۳۰ نفر معتاد تحت درمان نگهدارنده با متادون و گروه سوم شامل ۳۰ نفر از افراد بهبودیافته بود که در مراکز DIC مشغول به خدمت می‌باشند. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه بیماران تحت درمان به سه روش پرهیزمدار، نگهدارنده با متادون و DIC است که به مراکز درمانی شهر کرج مراجعه کرده‌اند که از بین آنها ۹۰ نفر مراجع مرد به روش نمونه‌گیری در دسترس، با تشخیص اصلی و اولیه وابستگی به مواد بر طبق ملاک‌های تشخیصی DSM.5، انتخاب شدند. سپس از ۹۰ نفر انتخاب شده ۳۰ نفر در هر گروه قرار گرفت.

ملاک‌های ورودی عبارتند از:

سن ۲۰-۴۵ سال

وجود معیارهای تشخیصی وابستگی به مواد افیونی براساس ملاک‌های DSM.5

عدم مصرف منظم داروهای ضدروانپریشی

عدم شرکت در برنامه‌های درمانی دیگر در زمان پژوهش

ملاک‌های خروج عبارتند از:

ابتلا به بیماری‌های روانپریشی، دوقطبی و تجزیه‌ای

دریافت برنامه‌های درمانی دیگر

سوء مصرف مواد محرک

ابزارهای پژوهشی

پرسشنامه عقاید وسوسه آمیز (CBQ): این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی است که عقاید مربوط به وسوسه مواد را می‌سنجد (بک، ۱۹۹۳) و دارای ۲۰ ماده است که هر کدام در یک مقیاس ۷-۱ درجه‌ای (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) درجه‌بندی می‌شوند. برای سنجش پایایی و روایی آن یک گروه ۳۰ نفره دارای ملاک‌های وابستگی به مواد افیونی، به کمک این پرسشنامه ارزیابی شدند. برای بررسی پایایی، محاسبه ضریب همسانی درونی بر حسب آلفای کرونباخ (۰/۸۴) و روش تنصیف^۱ (۰/۸۱) به کار برده شد. با توجه به بررسی‌های انجام‌شده در زمینه همبستگی میزان وسوسه و سوگیری توجه نسبت به محرک‌های مربوط مواد (مودل^۲، گلاسر^۳، سیر^۴ و مونتز^۵، ۱۹۹۲؛ اهرمن^۶، رابینس^۷، بروم ول^۸، لانک فرود^۹، مونتروسو^{۱۰} و ابیران^{۱۱}، ۲۰۰۲؛ فرانکن^{۱۲}، کرون^{۱۳}، وایرس^{۱۴} و جانسن^{۱۵}، ۲۰۰۰)، برای بررسی روایی این پرسشنامه ضریب همبستگی پیرسون (۰/۲۸-) بر روی ۳۰ نفر به کار برده شد (رحمانیان، میرجعفری و حسنی، ۱۳۸۴). رحمانیان و همکاران (۱۳۸۴) اعتبار این مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ (۰/۸۴) و روش تنصیف (۰/۸۱) گزارش کرده‌اند.

مقیاس زودانگیختگی بارت (BSI)^{۱۶}: ویرایش یازدهم این پرسش‌نامه توسط پروفیسور ارنست بارت ساخته شده است (بارت^{۱۷}، استانفورد^{۱۸}، کنت^{۱۹} و فلزویس^{۲۰}، ۲۰۰۴). این

1- Split_half
3- Glaser
5- Mountz
7- Robbins
9- Lankford
11- OBrien
13- Kroon
15- Jansen
17- Barratt
19- Kent

2- Modell
4- Cyr
6- Ehrman
8- Bromwell
10- Monterosso
12- Franken
14- Wiers
16- Barratt impulsivity scale
18- Stanford
20- Felthous

پرسش‌نامه دارای ۳۰ پرسش می‌باشد. پرسش‌ها به صورت چهارنمره‌ای (لیکرت) که از هرگز (۱) تا همیشه (۴) نمره‌گذاری می‌گردد. تدوین شده‌اند و بالاترین نمره آن ۱۲۰ است (پاتون^۱، استانفورد و بارت، ۱۹۹۵). به منظور اجتناب از آمودنی‌ها از ایجاد سبک پاسخ تعدادی از سوالات به گونه‌ای نوشته شده‌اند که فقدان تکانشگری را نشان می‌دهند و به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (سوالات ۱، ۷، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۰، ۲۹ و ۳۰).

این مقیاس بارت استنفرد و پاتون پایایی و روایی را در همه نمونه‌ها بالا گزارش کردند. همسانی درونی در نمونه مجرمان ۸۰/۰ برای دانشجویان لیسانس ۸۲/۰ و برای بیماران روان‌پزشکی ۸۳/۰ به دست آمده است. یافته‌های جاوید، محمدی و رحیمی (۱۳۹۱) در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی یازدهمین ویرایش مقیاس زودانگیختگی بارت، اعتبار کل پرسشنامه زودانگیختگی را از دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی مورد تحلیل قرار دادند که به ترتیب ۸۱/۰ و ۷۷/۰ به دست آمد. همچنین روایی همگرای این پرسشنامه با محاسبه ضریب همبستگی زیر مقیاس‌های این پرسش‌نامه با یکدیگر توسط جاوید و همکاران (۱۳۹۱) تأیید شد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی ارائه شده در جدول (۱) وضعیت افراد شرکت‌کننده در پژوهش را از نظر متغیر سن و تحصیلات نشان می‌دهد.

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها در متغیرهای سن و تحصیلات

متغیر	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار
سن	درمان پرهیزمدار	۳۰	۵۸/۳۲	۷۸/۲
	نگهدارنده با متادون	۳۰	۲۸/۳۵	۱۵/۳
	مراکز DIC	۳۰	۷۵/۳۴	۹۸/۲
تحصیلات	درمان پرهیزمدار	۳۰	۲۵/۷	۱۴/۲
	نگهدارنده با متادون	۳۰	۱۵/۸	۲/۵۱
	مراکز DIC	۳۰	۲۶/۸	۱۸/۳

1- Patton

جدول (۲) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد پژوهش را به تفکیک گروه نشان می‌دهد. اطلاعات گزارش شده در جدول (۲) نشان می‌دهد که در دو متغیر زودانگیختگی و وسوسه بالاترین میانگین مربوط به گروه تحت درمان پرهیزمدار و کمترین میانگین مربوط به گروه بهبودیافتگان DIC می‌باشد. به منظور آزمون معناداری تفاوت این میانگین‌ها از روش‌های آمار استنباطی تحلیل واریانس در ادامه استفاده خواهد شد.

جدول (۲) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد پژوهش

متغیر	گروه پرهیزمدار		گروه درمان نگهدارنده		گروه DIC
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
زودانگیختگی	۹۶/۹۴	۸۲/۹	۰۰/۸۴	۲۶/۷	۰۰/۷۴
وسوسه	۵۰/۱۰۴	۳۲/۷	۰۶/۸۴	۴/۸	۹۶/۷۳

به منظور بررسی معناداری تفاوت بین میانگین‌های سه گروه از روش تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده می‌شود به این منظور لازم است که مفروضه همگنی واریانس‌ها مورد بررسی قرار گیرد. جدول (۳) داده‌های مربوط به آزمون لوین را برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها نشان می‌دهد. با توجه به عدم معناداری آزمون لوین در هر دو متغیر می‌توان دریافت که شرط همگنی واریانس‌ها برقرار است و استفاده از روش تحلیل واریانس بلامانع می‌باشد.

جدول (۳) نتایج آزمون لوین برای مفروضه همگنی واریانس‌ها

متغیر	آماره لوین	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
زودانگیختگی	۸۹/۰	۲	۸۷	۴۱/۰
وسوسه	۰۵/۰	۲	۸۷	۹۴/۰

داده‌های جدول (۴) مربوط به بررسی معناداری تفاوت بین سه گروه از نظر متغیر زودانگیختگی و وسوسه می‌باشد. بنابر داده‌های گزارش شده در این جدول می‌توان نتیجه گرفت که بین این سه گروه تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول (۴) نتایج آزمون تحلیل واریانس یکراهه متغیر زودانگیختگی و وسوسه

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
زودانگیختگی	بین گروهی	۶۸/۶۵۹۸	۲	۳۴/۳۲۹۹	۴۶/۴۵	۰۰/۰
	درون گروهی	۹۶/۶۳۱۲	۸۷	۵۶/۷۲		
	کل	۶۵/۱۲۹۱۱	۸۹			
وسوسه	بین گروهی	۱۵/۱۴۵۱۸	۲	۰۷/۷۲۵۹	۳۹/۱۲۵	۰۰/۰
	درون گروهی	۳۳/۵۰۳۶	۸۷	۸۸/۵۷		
	کل	۴۸/۱۹۵۵۴	۸۹			

بر اساس داده‌های جدول فوق می‌توان استنباط کرد که بین سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد اما به‌منظور مشخص کردن این نکته که تفاوت بین کدام میانگین‌ها رخ داده است لازم است از آزمون تعقیبی استفاده شود که در جدول (۵) داده‌های مربوط به آزمون تعقیبی گزارش شده است.

جدول (۵) نتایج آزمون تعقیبی LSD به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها در متغیر زودانگیختگی

گروه	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
پرهیزمدار	درمان نگهدارنده	۹۶/۱۰	۱۹/۲	۰۰/۰
DIC		۹۶/۲۰	۱۹/۲	۰۰/۰
DIC	درمان نگهدارنده	۰۰/۱۰-	۱۹/۲	۰۰/۰

جدول (۶) نتایج آزمون تعقیبی LSD به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها در متغیر وسوسه

گروه	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
پرهیزمدار	درمان نگهدارنده	۴۳/۲۰	۹۶/۱	۰۰/۰
DIC		۵۳/۳۰	۹۶/۱	۰۰/۰
DIC	درمان نگهدارنده	۱۰/۱۰-	۹۶/۱	۰۰/۰

با توجه به داده‌های جدول (۵ و ۶) می‌توان دریافت که در هر دو متغیر تفاوت بین

میانگین‌ها در هر سه گروه معنادار بوده و در هر دو متغیر بیشترین میانگین مربوط به گروه پرهیزمدار و کمترین میانگین مربوط به گروه DIC می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور مقایسه زودانگیختگی و وسوسه در سه گروه معتادان تحت درمان پرهیزمدار، تحت درمان نگهدارنده با متادون و بهبودیافتگان مراکز DIC انجام شد. نتایج به دست آمده از این پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری بین سه گروه از نظر متغیرهای مورد بررسی وجود داشت و در هر دو متغیر بیشترین میانگین مربوط به گروه تحت درمان پرهیزمدار و کمترین میانگین مربوط به گروه بهبودیافتگان DIC می‌باشد (جدول ۵ و ۶). براساس مطالعات انجام شده در اعتیاد، یکی از مهم‌ترین عوامل مستعدکننده و تداوم‌دهنده که ارتباط آن با سوءمصرف مواد به طور گسترده‌ای مورد بررسی قرار گرفته است، زودانگیختگی می‌باشد که حتی یکی از موانع اصلی درمان در بهبودی بیماران محسوب می‌شود. رفتارهای تکانشی می‌توانند همانند یک راه‌انداز ظاهر شوند و منجر به شکل‌گیری ولع مصرف در بیماران و ناتوانی‌شان برای مقاومت در مقابل آن شوند و در آخر زمینه برگشت به مصرف مجدد مواد را فراهم سازند (آرون^۱، ۲۰۰۷). رفتارهای زودانگیخته جزء مهمی از رفتارهای روزانه همه ما را تشکیل می‌دهند. این رفتارها که گاه به عنوان رفتارهای مخاطره‌آمیز نیز خوانده می‌شوند، طیف وسیعی از اعمالی را شامل می‌شوند که روی آن‌ها تفکر کمی صورت گرفته، به صورت نابالغ بروز می‌یابند و از ریسک و خطرپذیری بالایی برخوردارند. می‌توان ادعا نمود که زودانگیختگی هسته اصلی بسیاری از آسیب‌های اجتماعی مثل: قماربازی‌های بیمارگون، سوءمصرف مواد، اختلالات شخصیت و دست زدن به اقدامات جنایتکارانه می‌باشد که همین امر به نوبه خود سالیانه موجب اتلاف زمان و سرمایه بیش از اندازه در کشورها می‌شود. وایت، لوت^۲ و دی‌ویت^۳ (۲۰۰۵) نشان دادند که میان ابعاد فوریت و هیجان‌خواهی این تقسیم‌بندی که براساس آن پرسشنامه ساخته شده با سوءمصرف الکل همبستگی

1- Aron
3- de Wit

2- Lott

وجود دارد. میلر^۱، بارنس^۲، سابو^۳، ملنیک^۴ و فارل^۵ (۲۰۰۲) نیز نشان دادند که هیجان خواهی مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده رفتارهای پرخطر جنسی، درگیری در اعمال بزهکارانه و مصرف دارو و الکل می‌باشد و فقدان قصد قبلی مهم‌ترین بعد زودانگیختگی است که به‌صورت با ثباتی با رفتارهای بیرونی‌سازی (اختلال شخصیت ضداجتماعی، سایکوپاتی و انواع مختلف اعمال بزهکارانه) رابطه دارد. در خصوص رابطه زودانگیختگی و اعتیاد دو سری نظریه ارائه شده است. در برخی نظریه‌ها زودانگیختگی محصول مواجهه مکرر با موادی است که می‌توانند اثرات و صدمات طولانی‌تری را در مغز ایجاد کنند. در نظریه‌های زودانگیختگی نوعی عامل آماده‌ساز برای گرایش به اختلالات مرتبط با مواد تلقی می‌شود و بنابراین به‌عنوان یک عامل آسیب‌پذیری شناسایی می‌شود. بررسی مروری وردجیو-گارسیا و همکاران (۲۰۰۸) بر روی ابزارهای خودگزارش‌دهی مرتبط با رفتارهای زودانگیختانه یعنی حس‌جویی (هیجان‌خواهی) و نوجویی نشان داده است که این ویژگی‌ها در افراد مصرف‌کننده مواد در مقایسه با گروه کنترل سالم بیشتر می‌باشد. بیشترین مطالعاتی که درباره زودانگیختگی و اعتیاد انجام شده مربوط به گروه مواد محرک (مانند آمفتامین و کوکائین) بوده است. در اکثر این مطالعات مشخص شد سطوح زودانگیختگی که با ابزاری به نام مقیاس زودانگیختگی بارات سنجیده شده بود (در گروه بیماران سرپایی وابسته به کوکائین) و مصرف‌کنندگان تفریحی مواد حتی پس از کنترل تأثیر اختلال شخصیت ضداجتماعی بالا باقی می‌ماند (لاند، ۲۰۰۵؛ به نقل از وردجیو گارسیا و همکاران، ۲۰۰۸).

نمرات بالا در زودانگیختگی بارات به صورت زودانگیختگی بالا افراد را در معرض خطر بیشتر برای مصرف تفریحی مواد قرار می‌دهد (مولر و همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از وردجیو-گارسیا و همکاران، ۲۰۰۸). وردجیو-گارسیا و همکاران (۲۰۰۸) در بررسی مروری خود در مورد رابطه بین زودانگیختگی و اعتیاد دریافتند که زودانگیختگی در مصرف‌کنندگان

1- Miller
3- Sabo
5- Farrell

2- Barnes
4- Melnick

مواد ممکن است در اثر مصرف شدید مواد تحت تأثیر قرار بگیرد. مصرف‌کنندگان اپیوئیدها در زمان‌های مصرف دارو و یا دریافت متادون زودانگیخته‌گتر می‌شوند، در حالی که مصرف زیاد کوکائین در مصرف‌کنندگان منظم آن مواد کنترل‌بازداری را در دوزهای پایین بالا می‌برد، با این حال این یافته باید یافته‌ای مستقل از مکانیسم‌های مرتبط با آسیب‌پذیری تلقی شود. همسو با نتایج پژوهش حاضر، به‌منظور بررسی تأثیر زودانگیختگی بر توانایی حفظ ترک سیگار، پژوهشی انجام شد که نتایج آن نشان داد، زودانگیختگی بالاتر، زمان کوتاه‌تر عود (بازگشت) را علی‌رغم کنترل موقعیت درمانی، وابستگی اولیه به نیکوتین و سن پیش‌بینی می‌کند. زودانگیختگی بیشتر، عود سریع‌تر به سیگار کشیدن را پیش‌بینی می‌نمود و همچنین نتایج نشان داد که زودانگیختگی در گروه پرهیزمدار بالاتر از گروه تحت درمان نگهدارنده بود (دوران^۱، اسپرینگ^۲، مک‌چارجو^۳، پرگادیا^۴ و ریچموند^۵، ۲۰۰۴). داfter^۶ (۲۰۰۶) مطالعه‌ای با هدف بررسی رابطه بین روش درمانی و زودانگیختگی در نمونه‌ای از ۱۲۰ مصرف‌کننده مرد دگر جنس‌گرا انجام داد که نتایج نشان داد افراد تحت درمان نگهدارنده با زودانگیختگی بالا داشتند، به احتمال بیشتر به مشروب‌خواری می‌پرداختند، شرکای جنسی بیشتری داشتند، در روابط جنسی دهانی بیشتری درگیر می‌شدند و نمرات بالاتری در آزمون افسردگی بک، در مقایسه با گروه زودانگیختگی پرهیزمدار داشتند که این نتایج با نتایج پژوهش حاضر ناهمسو می‌باشد. زودانگیختگی رابطه تنگاتنگی با متغیر وسوسه دارد. مرور مطالعات گذشته نشان می‌دهد که این دو متغیر از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده عود هستند. وسوسه مصرف، یک میل غیرقابل کنترل برای مصرف مواد است، میلی که اگر برآورده نشود رنج‌های روان‌شناختی و بدنی فراوانی همچون ضعف^۷، بی‌اشتهایی، اضطراب، بی‌خوابی، پرخاشگری و افسردگی را در پی دارد (انستیتو ملی سوءمصرف مواد^۸، ۱۹۹۶؛ آدولوراتو، لگیو، ابن‌اولی و گاسبارینی، ۲۰۰۵). سازمان بهداشت جهانی (به نقل از رحمانیان

1- Doran
3- McChargue
5- Richmond
7- asthenia

2- Spring
4- Pergadia
6- Dafters
8- National Institute on Drug Abuse

و همکاران، ۱۳۸۴) وسوسه را به‌عنوان زیر بنای شروع وابستگی به مواد، از دست دادن کنترل و عود دانسته است. وسوسه مصرف عموماً در رویارویی با نشانه‌های مرتبط با تجارب یا تخیلات فرد بیمار از شرایط مربوط به لذت مصرف پدید می‌آید (مکری، اختیاری، عدالتی، گنجگاهی و نادری، ۱۳۸۷).

بررسی‌ها نشان داده‌اند عوامل جمعیت شناختی مختلف مانند سن، جنسیت، میزان تحصیلات، نوع ماده مصرفی، روش مصرف و سابقه درمان‌های پیشین، می‌توانند بر شدت وسوسه مصرف و به‌دنبال آن موفقیت درمان تأثیر بگذارند. همچنین زنان مصرف کننده کوکائین نسبت به مردانی که همین ماده را مصرف می‌کنند، وسوسه مصرف بالاتر و تمایل بیشتر برای، مصرف در طول درمان، نشان می‌دهند (آلمان^۱، کارلس گدت^۲ و گاستفرند^۳، ۲۰۰۱). همسو با نتایج پژوهش حاضر گیندالینی^۴، والادا^۵، برین^۶ و لاران جیرا^۷ (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای با عنوان مقایسه وسوسه در افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون و افراد تحت درمان پرهیزمدار دریافتند که میزان وسوسه در افراد گروه پرهیزمدار بیشتر است که دلیل این مسأله را به مصرف داروی متادون نسبت داده‌اند. در تبیین تفاوت بین این سه گروه در متغیرهای مورد مطالعه می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که عامل اشتغال در مشاغل خدماتی مربوط به درمان اعتیاد می‌تواند به افراد بهبودیافته مراکز DIC کمک کند که وسوسه و زودانگیختگی را کنترل کرده و افراد تحت درمان نگه دارنده با متادون به‌علت اثرات مصرف دارو تا حد زیادی از نظر زیستی این متغیرها را تحت کنترل در آورده‌اند و این عوامل می‌تواند دلیل وضعیت مساعدتر در این دو گروه نسبت به گروه پرهیزمدار باشد. اثربخشی متادون به‌عنوان یک درمان دارویی در درمان سوء مصرف مواد مخدر موجب افزایش طول مدت پرهیز، بهبود وضعیت روانشناختی، سلامت و بهزیستی روانی، کاهش جرم‌های مرتبط با مصرف، کاهش رفتارهای پرخطر، کاهش وسوسه و زودانگیختگی می‌شود به‌همین دلیل افراد گروه

1- Elman
3- Gastfriend
5- Wallada
7- Laranjeira

2- Karlsgodt
4- Guindalini
6- Breen

درمان نگهدارنده با متادون در وسوسه و زودانگیختگی نمرات پایین‌تری نسبت به گروه پرهیزمدار نشان دادند ولیکن اثربخشی درمان‌های نگهدارنده دارویی بدون مداخلات روانی اجتماعی به‌علت اطاعت دارویی پایین و میزان بالای ریزش ضعیف می‌باشد و این می‌تواند دلیلی برای نمرات پایین گروه DIC نسبت به گروه متادون درمانی در متغیرهای مورد مطالعه باشد زیرا در مراکز DIC افراد بهبود یافته پس از طی دوره درمان، به‌طور منظم در برنامه‌های گروه درمانی که توسط روانشناسان برگزار می‌شود شرکت می‌کنند. از جمله محدودیت‌های این پژوهش دشواری در دسترسی به افراد و جلب مشارکت آنان در پژوهش، تحصیلات پایین افراد جامعه مورد نظر و دشواری در تکمیل پرسش‌نامه‌ها، عدم دسترسی به گروه زنان به‌منظور بررسی متغیر جنسیت بود. پیشنهاد می‌شود که به بررسی متغیر جنسیت در مقایسه بین گروه‌ها پرداخته شود.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۶/۰۳/۰۱
تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۶/۰۵/۰۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۷/۰۸

منابع

- اختیاری، حامد؛ رضوان فرد، مهرناز و آذرخش مکرری (۱۳۸۷). زودانگیزگی و ابزارهای گوناگون ارزیابی آن: بازبینی دیدگاه‌ها و بررسی‌های انجام شده، *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴ (۳): ۲۴۷-۲۵۷.
- بابایی، زهرا؛ حسنی، جعفر و شهرام محمدخانی (۱۳۹۱). تأثیر آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک در وسوسه افراد مبتلا به سوءمصرف مواد: مطالعه تک‌آزمودنی، *مجله روانشناسی بالینی*، سال چهارم، شماره ۳ (پیاپی ۱۵).
- پورشهباز، عباس؛ شملو، سعید؛ جزایری، علیرضا و محمود قاضی طباطبایی (۱۳۸۴). روابط ساختاری عوامل روانشناختی خطرزا و حفاظت‌کننده مصرف موادمخدر در نوجوانان، *فصلنامه علمی تحقیق رفاه*، ۱۹ (۴): ۴۹-۵۴.
- جاوید، محبوبه؛ محمدی، نوراله و چنگیز رحیمی (۱۳۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی یازدهمین ویرایش مقیاس تکانشگری بارت، *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۲ (۸): ۳۳-۲۳.
- رحمانیان، مهدیه؛ میرجعفری، سیداحمد و جعفر حسنی (۱۳۸۴). رابطه وسوسه مصرف مواد و سوگیری توجه: مقایسه افراد وابسته به مواد افیونی، *مبتلابه عود و ترک کرده؟*
- مکرری، آذرخش؛ اختیاری، حامد؛ عدالتی، حامد؛ گنجگاهی، حبیب و پریسا نادری (۱۳۸۷). ارتباط شاخص‌های تکانشگری و رفتارهای مخاطره‌جویانه با شدت ولع مصرف در گروه‌های مختلف معتادان به مواد افیونی، *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴ (۳): ۲۵۸-۲۶۸.
- Abrams, D.B. (2000). Transdisciplinary concept and measures of craving commentary and future direction. *Addiction*, 25, 237-246.
- Addolorato, G., Leggio, L., Abenavoli, L., Gasbarrini, G., & Alcoholism Treatment Study Group. (2005). Neurobiochemical and clinical aspects of craving in alcohol addiction: a review. *Addictive behaviors*, 30(6), 1209-1224.
- Aron, L. (2013). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*, Vol. 4, Routledge.
- Arce, E. & Santisteban, C. (2006). Impulsivity: a review, *Psicothema*, 18(2), 213-220.

- Bart, M., Head, J., & Stansfeld, S.(2009). Against is attachment Style a source of resilience health inequalities at work? *Social Science & Medicine*, 64, 765-775.
- Beck, A.T. (1993). Prisoners of hate: The cognitive basis of anger, hostility, and violence, *Behaviour Research and Therapy*, 40(3), 209-216.
- Daley, A.C., Marlatt, G.A., Lewinson, J.H., Ruiz,P., Millman,R.B., Langrod, J.G. (2005). *Substance abuse (A comprehensive textbook)*. 4th edit. Boston: Williams& Wilkin.
- Dawe, S., & Loxton, N.J. (2004). The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 28(3), 343-351.
- Dafters, R. I. (2006). Impulsivity, inhibition and negative priming in ecstasy users, *Addictive behaviors*, 31(8), 1436-1441.
- Doran, N., Spring, B., McChargue, D., Pergadia, M., & Richmond, M. (2004). Impulsivity and smoking relapse, *Nicotine & Tobacco Research*, 6(4), 641-647.
- Ehrman, R.N., Robbins, S.J., Bromwell, M.A., Lankford, M. E., Monterosso, J.R., & O'Brien, C.P. (2002). Comparing attentional bias to smoking cues in current smokers, former smokers, and non-smokers using a dot-probe task, *Drug and alcohol dependence*, 67(2), 185-191.
- Franken, I.H., Kroon, L.Y., Wiers, R.W., & Jansen, A. (2000). Selective cognitive processing of drug cues in heroin dependence, *Journal of Psychopharmacology*, 14(4), 395-400.
- Germann, F., Van-Der-Linden, M., d'Acremont, M., Zermatten, A. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ): Confirmatory Factor Analysis and Psychometric Properties of the French Translation, *Europa Journal Psychology Assessment*; 22(2), 126-31.
- Miller, E.D.(2003). Reconceptualizing the role of resilience in coping and therapy, *Journal of Loss and Trauma*,8, 239-246.
- McKay, J.R., Franklin, T.R., Patapis, N., & Lynch, K.G. (2006). Conceptual, methodological, and analytical issues in the study of relapse, *Clinical psychology review*, 26(2), 109-127.
- Modell, J.G., Glaser, F.B., Cyr, L., & Mountz, J.M. (1992). Obsessive and compulsive characteristics of craving for alcohol in alcohol abuse and

- dependence, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 16(2), 272-274.
- Petrides, K.V., & Furnham, A. (2010). Trait emotional intelligence: Psychometric investigation with reference to established trait taxonomies, *European Journal of Personality*, 15(6), 425-448.
- Petry, N.M., Bickel, W.K., & Arnett, M. (2010). Shortened time horizons and insensitivity to future consequences in heroin addicts, *Addiction*, 93(5), 729-738.
- Patton, D., Barnes, G.E., & Murray, R.P. (1995). Personality characteristics of smokers and ex-smokers, *Personality and Individual Differences*, 15, 653-664.
- Ryff CD, Singer B. (2006). The contours of positive human health, *Psychology Inquiry*; 9(1), 1-28.
- Suvan, D., Holander, J. (2002). Regular use of prescribed opiates: Association with common psychiatric disorders, *Pain*; 119: 95-103.
- Termorshuizen, F., Krol, A., Prins, M., Geskus, R., van den Brink, W., & Van Ameijden, E. (2005). Prediction of relapse to frequent heroin use and the role of methadone prescription: an analysis of the Amsterdam Cohort Study among drug users, *Drug and alcohol dependence*, 79(2), 231-240.
- Voigt, D.C., Lut, J.P., Divait, K.H., Anderson, J.W., Sopory, P., & Stephenson, M.T. (2005). Carver and White's (1994) BIS/BAS scales and their relationship to risky health behaviours, *Personality and Individual Differences*, 47(2), 89-93.
- Verdejo-García, A., & Pérez-García, M. (2008). Substance abusers' self-awareness of the neurobehavioral consequences of addiction, *Psychiatry research*, 158(2), 172-180.
- White, J., Campbell, L., Stewart, A.E., Davies, M., & Pilkington, L.R. (1997). The relationship of psychological birth order to career interests, *Individual Psychology*, 53(1), 89.
- Ziegler, J.C., & Goswami, U. (2005). Reading acquisition, developmental dyslexia, and skilled reading across languages: a psycholinguistic grain size theory, *Psychological bulletin*, 131(1), 3.