

تأثیر درمان فراشناختی بر افسردگی زنان آسیب پذیر

ماندانا خلیلی

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

نام نویسنده مسئول:

ماندانا خلیلی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۰۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۲/۲۶

چکیده

هدف پژوهش حاضر تأثیر درمان فراشناختی بر افسردگی، 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 آزمون افسردگی 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 افسردگی زنان آسیب پذیر بود.

واژگان کلیدی: درمان فراشناختی، افسردگی، زنان آسیب پذیر.

مقدمه

یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر و در معرض خطر زنانی هستند که خود یا همسرانشان معتاد بوده یا سابقه زندان دارند، و یا زنانی که به طور مکرر ازدواج موقت می‌کنند و یکی از انحرافات موجود در بین زنان آسیب‌پذیر تن‌فروشی می‌باشد. تن‌فروشی مهمترین آسیب اجتماعی ویژه زنان و دختران است که امروزه به دلیل رواج عقاید سهل‌گیر و اغماض‌گر نسبت به روابط جنسی، با وجود آگاهی از خطرات و زیان‌های بسیار آن، گسترش یافته و موجب انحطاط جوامع شده است (بلوگ^۱، ۲۰۱۱). با توجه به نکات ذکر شده و اهمیت موضوع، به مسائل در حال رخداد در این گروه پرخطر کمتر پرداخته شده است و این در حالی است که آموزش به آنان، یکی از راه‌های مهم در زمینه پیشگیری و کنترل رفتارهای پرخطر جنسی و عواقب ناشی از آن در جامعه می‌باشد. امروزه نیز با توجه به گسترش سیستم‌های بهداشتی و درمانی، باید به ارتقاء سلامت و بهداشت همگانی بر پیشگیری بیشتر از ارائه خدمات تأکید شود و در این میان، توجه به نیازهای آموزشی بهداشتی زنان به دلیل نقش حساس و آسیب‌پذیری که آن‌ها در اجتماع دارند، بایستی در درجه اول اهمیت قرار بگیرد (استنهاپ و لانکاستر^۲، ۲۰۰۰). سازمان جهانی بهداشت^۳ (۲۰۰۵) نیز بررسی نیازهای آموزشی زنان و دختران به ویژه در حوزه بهداشت و سلامت را به عنوان یک اولویت و اصل زیربنایی مشخص کرده است. یکی از درمان‌های مؤثر در این زمینه، درمان فراشناختی می‌باشد. پژوهش ولز^۴ و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که فراشناخت عامل مهمی در رشد و تداوم اختلال‌های روان‌شناختی است. درمان فراشناختی رویکرد جدیدی است که در درک و درمان اختلال‌های هیجانی، بسیار مؤثر است. درمان فراشناختی به طور اساسی به باورها، راهبردها و تجارب روان‌شناختی در بیمار می‌پردازد (ولز، ۲۰۰۹). این رویکرد درمانی در سال‌های اخیر در رابطه با بعضی از اختلال‌های روان‌شناختی به صورت موردی و گروهی بر روی نمونه‌های مختلف به کار گرفته شده است. اما بنا بر اطلاعات موجود، در ایران در زمینه تأثیر درمان فراشناختی گروهی بر اختلال افراد، تاکنون پژوهش‌های اندکی انجام گرفته است. بر این اساس هدف پژوهش حاضر مطالعه تأثیر درمان فراشناختی بر افسردگی زنان آسیب‌پذیر می‌باشد.

تکنیک‌های فراشناختی: تکنیک‌های فراشناختی تکنیک‌هایی 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 می‌شود (ولز، ۲۰۰۹).

افسردگی: افسردگی اختلالی است که فرد مبتلا به آن دارای علایمی از قبیل خلق پایین با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی و افکار مرگ و خودکشی است (کاپلان، به نقل از پور افکاری، ۱۳۷۸).

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

فرضیه تحقیق: درمان فراشناختی بر افسردگی زنان آسیب‌پذیر تأثیر دارد.

روش: پژوهش حاضر، از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون دو گروهی است. آزمودنی‌های دو گروه آزمایشی طی دو مرحله به صورت زیر مورد ارزیابی قرار گرفتند:

الف- انجام پیش‌آزمون قبل از شروع جلسات آموزش، ب- انجام پس‌آزمون 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 پیش‌آزمون افسردگی گرفته شد. سپس، هر دو گروه آزمایشی تحت درمان فراشناختی قرار گرفتند. پس از اتمام دوره‌ی درمانی بلافاصله از هر دو گروه پس‌آزمون افسردگی گرفته شد.

1. Bullough

2. Stanhope & Lancaster

3. Health Needs Assessment

4. Wells

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.

ابزار پژوهش

پرسشنامه افسردگی بک^۵

این پرسشنامه که شامل ۲۱ سؤال است، به منظور سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته شده است و ماده‌های آن اساساً بر مبنای مشاهده و تلخیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده‌اند. به عبارت دیگر، این مواد و وزن‌های آن‌ها به طور منطقی انتخاب شده‌اند. محتوای این پرسشنامه، به طور جامع نشانه‌شناسی افسردگی است، اما بیشتر بر محتوای شناختی تأکید دارد. پرسشنامه افسردگی بک از نوع آزمون‌های خودسنجی است و در پنج تا ده دقیقه تکمیل می‌شود. ماده‌های آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بی‌زاری و ... هستند. به این ترتیب که ۲ ماده از آن به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، ۲ ماده به رفتارهای آشکار، ۵ ماده به نشانه‌های جسمانی و ۱ ماده به نشانه‌شناسی میان‌فردی اختصاص یافته است. به این ترتیب این مقیاس، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است. به علت اهمیت این ابزار در تشخیص مداخله بالینی، پژوهش‌های روان‌سنجی فراوانی درباره ویژگی‌های روان‌سنجی آن انجام شده است. از مهمترین این پژوهش‌ها می‌توان به فراتحلیلی اشاره کرد که در سال ۱۹۸۸ توسط ای. تی. بک، استیر و گاربین انجام شد. بک و همکارانش با بررسی پژوهش‌هایی که از این ابزار استفاده کرده بودند دریافتند که ضریب اعتبار آن با استفاده از شیوه بازآزمایی، برحسب فاصله بین دفعات اجرا و نیز نوع جمعیت مورد آزمون از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ متغیر بوده است. بک و همکاران بار دیگر در سال ۱۹۹۶ ضریب اعتبار بازآزمایی آزمون در فاصله یک هفته‌ای را ۰/۹۳ به دست آوردند. در مورد روایی پرسشنامه افسردگی بک نیز پژوهش‌های مختلفی انجام شده است. میانگین همبستگی پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی همیلتون (HRSD)، مقیاس خودسنجی زونگ، مقیاس افسردگی MMPI، مقیاس صفات عاطفی چندگانه افسردگی و SCL-90، بیش از ۰/۶۰ است. در داخل کشور نیز پژوهش‌های مختلفی انجام گرفته است که به اندازه‌گیری ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار پرداخته‌اند. از بین این پژوهش‌ها می‌توان به پژوهش تشکری و مهریار در سال ۱۳۷۳ اشاره کرد که ضریب پایایی آن در ایران را ۰/۷۸ به دست آوردند. در پژوهش‌های دیگر از جمله پژوهش پرتوی در سال ۱۳۵۴، وهاب‌زاده در سال ۱۳۵۲ و چگینی در سال ۱۳۸۱، اعتبار پرسشنامه بک، بالا گزارش شده و از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ متغیر بوده است. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه افسردگی بک از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بدست آمد.

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.

5. Beck Depression Questionnaire

یافته‌ها

یافته‌های 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 متغیر پژوهش حاضر را در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱ یافته‌های توصیفی مربوط به افسردگی

متغیر	شاخص‌های آماری	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
افسردگی	میانگین	۳۲/۳۳	۲۰/۱۳	۳۲/۲۷	۳۰/۶۰
	انحراف معیار	۶/۰۷	۹/۵۴	۳/۶۹	۸/۲۱

همانطور که نتایج مندرج در جدول شماره ۱ نشان می‌دهد، میانگین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر افسردگی در گروه آزمایش به ترتیب (۳۲/۳۳ و ۲۰/۱۳)، و در گروه کنترل به ترتیب (۳۲/۲۷ و ۳۰/۶۰) می‌باشد.

یافته‌های استنباطی

فرضیه تحقیق: درمان فراشناختی بر افسردگی زنان آسیب‌پذیر تأثیر دارد.

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

متغیر وابسته	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	سطح معنیداری
افسردگی	۱	۲۸	۰/۲۱۵	۰/۶۴۷

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول شماره ۲ نشان می‌دهند، آزمون لوین در متغیر افسردگی ($F=0/215$ و $P>0/647$) و غیرمعنی‌دار می‌باشد. بنابراین واریانس خطای پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون در متغیر افسردگی به طور معنی‌داری متفاوت نیست و فرض همگنی واریانس‌ها در مرحله پس‌آزمون تأیید می‌شود. جدول شماره ۳ نتایج همگنی شیب‌های رگرسیون بین متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) و وابسته (پس‌آزمون‌ها) را در سطوح عامل (گروه آزمایش و گروه کنترل) در مرحله پس‌آزمون نشان می‌دهد.

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 مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	سطح معنیداری
افسردگی	۶۰/۳۴۷	۱	۶۰/۳۴۷	۱/۴۴۲	۰/۲۴۱

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد، مقدار ضریب شیب رگرسیون بین متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون) و وابسته (پس‌آزمون) در سطوح عامل (گروه آزمایش و کنترل) در مرحله پس‌آزمون در متغیر افسردگی ($F=1/442$ ، $P>0/241$) 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 متغیر افسردگی در سطوح عامل تأیید می‌شود.

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

اثر	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
گروه	افسردگی	۸۱۶/۲۳۶	۱	۸۱۶/۲۳۶	۱۸/۲۴۸	۰/۰۰۱	۰/۴۲۲

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول شماره ۴ نشان می‌دهند، تحلیل کوواریانس‌های یک‌راهه در متغیر افسردگی ($F=18/248$ 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 افسردگی گروه آزمایش ۲۰/۱۳ و گروه کنترل ۳۰/۶۰ است که نشان می‌دهد با کنترل پیش‌آزمون، افسردگی گروه آزمایش در پس‌آزمون با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری دارد. بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود و می‌توان نتیجه گرفت درمان فراشناختی بر افسردگی زنان آسیب‌پذیر شهر آبادان تأثیر دارد.

نتیجه‌گیری

فرضیه تحقیق: درمان فراشناختی بر افسردگی زنان آسیب‌پذیر تأثیر دارد.

بر اساس جدول شماره ۴ نتایج تحلیل‌های کواریانس یک‌راهه نشان می‌دهد که بین نمره‌های پس‌آزمون افسردگی در گروه‌های آزمایشی و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین فرضیه‌ی ۱، پژوهشی مبنی بر اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش افسردگی مؤثر است، تأیید می‌گردد. یافته‌های این تحقیق با یافته‌های پژوهش‌های یعقوبی عسکری‌آبادی (۱۳۹۲)، سالاری‌فر و پوراعتماد (۱۳۹۰)، یلماز، جنکوز و ولز (۲۰۰۷) و ولز و کینگ (۲۰۰۶) همسو است.

علیرغم کارآمدی نسبی اغلب شیوه‌های شناخت درمانی در کنترل و یا حداقل کاهش افسردگی، هنوز کاستی‌هایی وجود دارد و به تبع آن مدل‌های نظری جایگزین در حال شکل‌گیری هستند. گرچه قضاوت درباره اندازه‌ی اثر و کارآمدی روش‌های مختلف درمانی در چارچوب الگوی شناختی هنوز زود است، با این همه به نظر می‌رسد درمان فراشناختی افسردگی با توجه به تأکیدش بر رابطه متقابل نشخوارهای ذهنی افسردگی و فراشناخت (به ویژه عقاید مثبت و منفی درباره نشخوارها)، در مقایسه با سایر مدل‌های نظری در موقعیت بهتری قرار دارد. ولز به عنوان مشهورترین چهره در این حوزه تأکید دارد که تا زمانی که نشخوارهای ذهنی به صورت مستقیم مورد چالش قرار نگیرد و در این میان عقاید فراشناختی مربوط به آنها و به طور اخص عقاید فراشناختی منفی و عقاید فراشناختی مثبت تغییر نیابند، درمان افسردگی به صورت مؤثر پیش نخواهد رفت. در چارچوب نظرات فراشناختی ولز می‌توان استنباط کرد که تغییرات در خلق افسرده و اضطرابی، نتیجه تغییرات در نشخوارهای ذهنی و عقاید مربوط به آن است و با توجه به اینکه در پژوهش حاضر، نشخوارهای ذهنی و عقاید مثبت و منفی راجع به آن از یک سو و آموزش کنترل توجه از سوی دیگر هدف اصلی مداخله را تشکیل می‌داد بر این اساس می‌توان اظهار کرد که تغییرات در خلق به دنبال تغییرات در نشخوارها صورت پذیرفته است.

در تبیین اثر درمان فراشناختی در کاهش نشانه‌های افسردگی، پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۴) معتقد هستند درمان فراشناختی باید مقدمه درمان شناختی باشد و در آن باورهای مثبت و منفی درباره نشخوار فکری مورد چالش قرار گیرد. سپس از طریق تمرین توجه به بیمار آموزش داده می‌شود که نشخوار فکری را قطع کند و به دنبال آن درمان‌های رایج شناختی اجرا شود. به این ترتیب کارکرد اجرایی خود نظم‌بخش از کار می‌افتد و حتی در صورت وقوع مجدد افت خلق، احتمال ورود به دوره‌های افسردگی اساسی کاهش می‌یابد.

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] برنز، دیوید (۱۹۹۰). از حال بد به حال خوب. ترجمه مهدی قراچه داغی (۱۳۸۸). تهران: نشر آسیم.
- [۳] بشارت، محمدعلی (۱۳۸۰). ابعاد کمال گرایی در بیماران افسرده و مضطرب. مجله علوم روان شناختی، شماره ۳، صص. ۲۴۴-۲۴۸.
- [۴] بلاک برن، ایوی ام (۱۹۹۲). مقابله با افسردگی و شیوه های درمان آن. ترجمه گیتی شمس (۱۳۸۲). تهران: انتشارات رشد.
- [۵] بوچر، جیمز، مینکا، سوزان و هولی، جیل (۲۰۰۷). آسیب شناسی روانی (جلد دوم). ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۸۹). تهران: انتشارات ارسباران.
- [۶] چامپیون، لورنا، پاور، میک (۲۰۰۱). آسیب شناسی روانی بزرگسالان. ترجمه ی علی اکبر خسروی و هورا رهبری (۱۳۸۵). تهران: انتشارات آبیژ.
- [۷] دستغیب، عبدالحسین (۱۳۹۰). متن کامل گناهان کبیره. تهران: انتشارات ناس.
- [۸] رضایی، مهدی، حاتمی، سید اسماعیل، حجت، سیدکاوه، عین بیگی، الهه، طاهرپناه، محمد و منادی زیارت، حدیثه (۱۳۹۴). اثربخشی درمان
- [۹] شولتز، دوان و شولتز، سیدنی الن (۲۰۰۵). نظریه های شخصیت. ترجمه ی یحیی سید محمدی ویراست هشتم. (۱۳۸۶).
- [۱۰] ولز، آدریان (۲۰۰۴). کاربرد فراشناخت در تبیین و درمان اختلالات هیجانی، ترجمه رئوف آهو قلندری. تهران: انتشاران کنکاش.
- [۱۱] ولز، آدریان (۲۰۰۹). راهنمای فراشناخت درمانی برای اضطراب و افسردگی. ترجمه ی مهدی اکبری، ابوالفضل محمدی و زهرا اندوز (۱۳۹۱). تهران: انتشارات ارجمند.
- [۱۲] ولز، آدرین (۲۰۰۴). راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی. شهرام محمدخانی. تهران: انتشارات ورای دانش.
- [۱۳] یعقوبی عسکرآبادی، اسماعیل (۱۳۹۲). اثربخشی درمان فراشناختی بر علایم افسردگی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون شهر مشهد. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۱، ۱۷۴-۱۶۷.
- [14] 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.
- [15] 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.
- [16] 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.
- [17] 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.
- [18] Barlow, D., & Durand. V. (2009). *Abnormal Psychology* (3rd Ed). Canada: Wardsworth Group.
- [19] Beck, J. B., & Beck, A. T. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.

- [20] Birnbaum, S., Gobeske, K. T., Auerbach, J., Taylor, J. R., & Arnsten, A. F. (1999). A role for norepinephrine in stress-induced cognitive deficits: α_1 -adrenoceptor mediation in the prefrontal cortex. *Biology Psychiatry*, 46, 1266-1274.
- [21] 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.
- [22] 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.
- [23] 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.
- [24] Bullough, B. V. (2011). Female Prostitution: Current Research and Changing Interpretations. *Annual Review of Sex Research* 1996;7(1):158-80.
- [25] Bullough, B. V. (2011). Female Prostitution: Current Research and Changing Interpretations. *Annual Review of Sex Research*; 7(1):158-80.
- [26] 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.
- [27] Chambers, R. A., Krystal, J. H., & Self, D. W. (2001). A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 50, 71-83.
- [28] 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.
- [29] 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.
- [30] Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 409-438.
- [31] Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 293-319.
- [32] Health Needs Assessment. (2005). *A Practical Guide*. National Institute for Clinical Excellence.
- [33] Hoyert, D. L., Kochanek, K. D., & Murphy, S. L. (2004). *Final data for 2002*. National Vital Statistics Reports. 53(5).
- [34] 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.
- [35] 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.
- [36] Liloyd, 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.
- [37] 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.
- [38] Matsumoto, K., Suzuki, W., & Tanaka, K. (2003). Neuronal correlates of goal based motor selection in the prefrontal cortex. *Science (New York)*, 301, 229-232.
- [39] Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (2008). A prospective study of depression and post traumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal Personality Soc Psychol.* (61): 115-121.
- [40] 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.

- [41] 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*.
- [42] Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001). Positive beliefs about depressive rumination: development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior therapy*, 32, 13-26.
- [43] Papageorgiou, C., & Wells A. (2003). An Empirical Test of a Clinical Metacognitive Model of Rumination and depression. *Cogn Ther Res*. (27): 261-273.
- [44] 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.
- [45] Sadock B. J., & Sadock, V. A. (2004). *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. London: Lippincott Co.
- [46] Sadock, B. J., & Sadock (2000). *comprehensive textbook of psychiatry*. New York. Lippincott William & Wilkins.
- [47] Sawadi, H. (1999). Individual risk factors for adolescence substance use. *Drug and Alcohol Dependence*. 55, 209-224.
- [48] Seligman, M. E. P. (1990). *Learned optimism*. NY: Alfred A. Knopf.
- [49] 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.
- [50] Spruiell, S., Esposito-Smythers, C., Wolff, J., & Uhl, K. (2001). Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression and suicidality child and adolescent. *Psychiatric Clinics of North America*, 20, 191-204.
- [51] Stanhope, M., & Lancaster, J. (2000). *Community public health Nursing*. 3 ed. Missouri: Mosby Company, USA.
- [52] Steven, J. & Ondersma, M. (2010). The impact of Meta cognitive therapy on substance abuse treatment retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 59, 167-175.
- [53] Wanda, K. M. (2003). *Johnson's Psychiatric-Mental Health Nursing*. London: Lippincott Co.
- [54] 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.
- [55] Wells, A. (2005). Detached Mindfulness in Cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *Journal Ratio Emot Cogn Behav Ther*. 23(4)337-55.
- [56] Wells, A. (2005). Modeling metacognition in emotional disorder. *Behav Res Ther*; 34(11-12); 881-8.
- [57] 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.
- [58] Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- [59] Wells, A., & Matthews G. (1994). Attention and emotion: A clinical perspective. *UK: Hove Erlbaum*; 6: 23-28.
- [60] Wells, A., & Papageorgiou C. (2000). Treatment of Recurrent Major Depression With Attention Training. *Cogn Behav Pract*. (7)407-413.
- [61] Wells. A., Fisher, P., Samuel, M., & Trishnapatel. (2007). Chris and brew in. Meta-cognitive therapy in Recurrent and persistent Depression. *Cogn Ther Res*, 2: 100-108.
- [62] 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.
- [63] 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.