

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای و علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد

حسن بروکی میلان^۱، حمید کمرزرین^۲، حسین زارع^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۸/۲۰

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به منظور اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد مخدر انجام شد. **روش:** در یک پژوهش شبه‌آزمایشی ۹۰ نفر از بیماران وابسته به مواد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهرستان ارومیه با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی در دو گروه آزمایشی (۴۵ نفر) و گواه (۴۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه تحت درمان شناختی-رفتاری به سبک کارول قرار گرفت و گروه گواه فقط داروی متادون و دیگر داروهای فیزیکی دریافت کردند. همه آزمودنی‌ها در ابتدای پژوهش، در حین پژوهش (بعد از سه ماه) و سه ماه بعد از درمان (پیگیری) پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای را تکمیل کردند. همچنین از نظر میزان بهبودی علائم اعتیاد و روند درمان با استفاده از پرسشنامه نیمرخ اعتیاد مادزلی مورد سنجش قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج حکایت از اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و بقای آن داشت. **نتیجه‌گیری:** درمان شناختی-رفتاری در بهبود راهبردهای مقابله‌ای و بهبود سلامت روانی و جسمانی بیماران وابسته به مواد مخدر مؤثر است.

کلید واژه‌ها: بیماران وابسته به مواد، راهبردهای مقابله‌ای، درمان شناختی رفتاری

۱- نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، پست الکترونیک: brokimilan@gmail.com

۲- استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور

۳- دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور

مقدمه

در حال حاضر اختلال‌های مصرف مواد^۱ و پیامدهای ناخوشایند ناشی از آن یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامت عمومی در سراسر جهان به شمار می‌رود (دالی و مارلات^۲، ۲۰۰۵). برخی صفات شخصیتی، خطر سوء مصرف مواد را افزایش می‌دهند. اعتماد به نفس پایین، فقدان مهارت‌های اجتماعی و انطباقی و استفاده از روش‌های ناپخته برای مقابله با استرس‌های زندگی از جمله این ویژگی‌های خطر آفرین است (بخشی پور، علیلو و ایرانی، ۱۳۸۷). در دهه ۸۰ ساختاری که «مقابله» نام گرفت وارد ادبیات روان‌شناسی شد (جعفری، شهیدی و عابدین، ۱۳۸۸) و به عنوان عاملی که در ارتباط بین فشار روانی و اختلالات جسمی یا روانی میانجی‌گری می‌کند، مورد توجه بسیار بوده است. فولکمن و لازارس^۳ (۱۹۹۱) مقابله را تلاش‌های شناخت و رفتاری فرد برای غلبه بر تنیدگی و یا به حداقل رساندن اثر آن می‌دانند. مقابله با یک عامل، متغیر تعدیل‌گر مهم در رابطه بین وقایع تنیدگی‌زا و پیامدهایی همچون اضطراب و افسردگی در نظر گرفته می‌شود (ترمبلی و کینگ^۴، ۱۹۹۴). نداشتن مهارت‌های مقابله‌ای کافی، یک عامل خطر مهم در شروع مصرف مواد در نوجوانان است (طوفانی و جوانبخت، ۱۳۸۰). معتادان از سبک‌های مقابله‌ای متفاوتی استفاده می‌کنند و رایج‌ترین سبک مقابله، شیوه‌ی غیر مؤثر اجتناب رفتاری بوده است (سموعی، ۱۳۷۸). طوفانی و جوانبخت (۱۳۸۰) در پژوهشی گزارش کرده‌اند که معتادان از راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار، ارزیابی شناختی و جلب حمایت اجتماعی، کمتر و از راهبردهای مقابله جسمانی کردن و مهار هیجانی بیشتر استفاده می‌کنند. حاجی پور (۱۳۸۱) در بررسی خود روی گروهی از معتادان مواد افیونی نشان داد که آنان در مقایسه با افراد سالم نگرش‌های ناکارآمد بیشتری داشته و از راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر هیجان و مهار جسمانی بیشتر استفاده می‌کنند. نتایج تحقیقات نشان می‌دهند که به هنگام آموزش راهبردهای مقابله‌ای به بیماران دچار آسیب‌های روانی شدید، بازگشت و عود مجدد بیماری بسیار کندتر صورت می‌گیرد (کادن^۵، ۲۰۰۳). با

1. substance use disorders
4. Tremblay & King

2. Dalley & Marlatt
5. Kadden

3. Folkman & Lazarus

توجه به مدل پیشگیری از عود مارلات، نقص مهارت‌های مقابله‌ای کلی منجر به پایین آمدن خود کارآمدی شده و احتمال استفاده از مواد به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای در موقعیت‌های پرخطر را افزایش می‌دهد. به نظر کادن و همکاران (۱۹۸۹) بیماران با آسیب‌های روانی شدیدتر تحت درمان‌های مبتنی بر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، به دلیل ساختار خاص این نوع درمان‌ها و به دلیل اینکه اهداف آن‌ها به پیشگیری از بازگشت بیماری محدود است به نتایج بهتری دست می‌یابند. بر اساس این الگو، هدف اولیه درمان‌های پیشگیری از عود باید کمک به افراد برای ایجاد راهبردهای رفتاری و شناختی کارآمد برای مقابله با موقعیت‌های بین فردی و حالات عاطفی منفی باشد.

با توجه به بررسی‌های انجام شده، به نظر می‌رسد که ۲۰ تا ۹۰ درصد از معتادانی که تحت درمان قرار می‌گیرند، دچار عود می‌شوند (دباغی، اصغر نژاد و بوالهروی، ۱۳۸۷). مرور مطالعات گذشته نشان می‌دهد که اثربخشی درمان‌های نگهدارنده دارویی، بدون مداخله‌های روانی اجتماعی موفقیت چندانی ندارد (روزن^۱ و همکاران، ۲۰۰۶). لذا اهمیت مسئله از اینجا شروع می‌شود که مراکز بازپروری و کاهش آسیب، به درمان‌های روانشناختی برای تغییر نگرش سوءمصرف کنندگان مواد، نیاز ضروری داشته باشند، بنابراین، ضرورت توجه به درمان‌های شناختی رفتاری بیش از پیش احساس می‌گردد. چرا که یکی از الگوهای مداخله روانشناختی برجسته در درمان اعتیاد و پیشگیری از عود، الگوی درمانی شناختی-رفتاری است (میلر، ویلبورن و هتاما، ۲۰۰۳). اساس درمان شناختی-رفتاری در اعتیاد و عود آن مبتنی بر نارسایی‌های شناختی فرد از یک سو و کمبود مهارت‌های رفتاری مناسب برای مواجهه با فشارهای درونی و بیرونی و دست‌یابی به احساس شادکامی (یا فرار از احساسات عاطفی منفی) است (وزارت بهداشت، ۱۳۸۱). این مدل مجموعه‌ای از روش‌های مداخله رفتاری و شناختی را در بر می‌گیرد که با استفاده از آن‌ها می‌توان شناخت‌های غلط و ناکارآمد فرد معتاد را شناسایی و تصحیح و با تغییر مهارت‌های سازش، آثار سودمندی روی فرد گذاشته و کمبودهای موجود در گنجینه رفتاری و مهارت‌های اجتماعی او را به نحوی بازسازی و تقویت کرد که او

۱۴۵

145

مجبور نباشد در مواجهه با موقعیت‌های خطرآفرین یا بحرانی، به سوءمصرف مواد پناه ببرد (لیت^۱، کادن و کبلا-کورمیر^۲، ۲۰۰۹). در رابطه با تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی با رویکرد شناختی-رفتاری بر پیشگیری از بازگشت به مصرف معتادان، نتایج پژوهش شامحمدی قهساره، درویزه و پورشهریاری (۱۳۸۷) نشان داد که در گروه آزمایش، بازگشت به مصرف کمتری وجود دارد. پژوهش حاضر نیز با هدف بررسی اثربخشی این درمان بر بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و کاهش علائم اعتیاد انجام شده است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این طرح پژوهشی از نوع شبه‌آزمایشی و در چارچوب طرح‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری در این تحقیق شامل افراد معتادی بود که از دی ماه ۱۳۸۸ تا اسفند ۱۳۸۹ برای دریافت داروی نگهدارنده متادون به مراکز ترک اعتیاد شهرستان ارومیه مراجعه کرده بودند. از بین تمامی مراجعان، ۹۰ نفر به صورت تصادفی و با توجه به ملاک‌های ورود: طول اعتیاد حداقل ۲ و حداکثر ۱۵ سال، داشتن سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال، عدم بیماری‌های جسمانی و روانی انتخاب شدند.

ابزار

۱- پرسشنامه جمعیت شناختی: برای ارزیابی تحصیلات، سن، جنس، وضعیت مسکن، تاهل، محکومیت قضایی، سابقه مصرف مواد، نحوه مصرف، مقدار مصرف، نوع مصرف، و تعداد دفعات ترک از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد.

۲- نیمرخ اعتیاد مادزلی^۳: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۸ در موسسه مادزلی، برای ارزیابی پیامدهای درمان سوءمصرف مواد، رفتارهای پرخطر، سلامت جسمانی، سلامت روانی بیمار و عملکرد فردی و اجتماعی بیماران (معتادان) در انگلستان ساخته شد. روایی و اعتبار آن در نمونه‌های جمعیت اروپایی مورد تایید قرار گرفته است (مارسدن و همکاران، ۲۰۰۱). نتایج بازآزمایی حکایت از اعتبار پرسشنامه داشته است. ضریب آن ۰/۹۶ برای ۸

نوع ماده مصرفی و ۰/۷۷ برای رفتارهای پرخطر، علائم جسمانی و روانی و عملکرد فردی و اجتماعی گزارش شد.

۳- پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس: این پرسشنامه ۶۶ سوال دارد که بر اساس سیاهه‌ی راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن (۱۹۸۵) ساخته شده و دامنه‌ی وسیعی از افکار و اعمالی که افراد هنگام مواجهه با شرایط فشارزای درونی یا بیرونی به کار می‌برند را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت از ۰ تا ۳ است. این آزمون دارای ۸ خرده‌مقیاس مقابله‌ی مستقیم، فاصله گرفتن، خودکنترلی، طلب حمایت اجتماعی، پذیرش مسئولیت، گریز-اجتناب، حل مسئله برنامه‌ریزی شده و ارزیابی مجدد مثبت است. ۱۶ سوال این پرسشنامه انحرافی است و ۵۰ سوال دیگر شیوه‌ی مقابله‌ی فرد را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. اعتبار این پرسشنامه در نمونه‌ای متشکل از ۷۵۰ زوج میانسال آزمون شد و ضریب آلفای کرونباخ مقابله مستقیم، ۰/۷۰؛ فاصله گرفتن، ۰/۶۱؛ خودکنترلی، ۰/۷۱، طلب حمایت اجتماعی، ۰/۷۶؛ پذیرش مسئولیت، ۰/۶۶؛ گریز-اجتناب، ۰/۷۲؛ حل مسئله برنامه‌ریزی شده، ۰/۶۷ و ارزیابی مجدد مثبت، ۰/۷۹؛ گزارش شد. همچنین واحدی برای بررسی روایی همگرای پرسشنامه از پرسشنامه استرس لیونل استفاده نمود که نتایج حکایت از روایی پرسشنامه داشت. نتایج تحلیل عاملی نشان داد که پرسشنامه از ۱۰ عامل تشکیل شده است که خود نوعی از روایی سازه است.

روش اجرا

روش اجرا به این گونه بود که در ابتدا برای رعایت مسائل اخلاقی به هریک از بیماران کد شناسایی ارائه گردید و سپس محقق با مصاحبه با هریک از بیماران (معتادان) پرسشنامه نیمرخ اعتیاد مادزلی را پر نمود و بعد از اتمام مصاحبه اولیه و پر کردن پرسشنامه نیمرخ اعتیاد مادزلی به تمامی بیماران تحت آزمایش و کنترل پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای ارائه گردید و سپس آزمودنی‌های گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه تحت درمان شناختی-رفتاری قرار گرفتند و آزمودنی‌های گروه کنترل فقط داروی نگهدارنده متادون دریافت کردند.

۱۴۷

147

جدول ۱: محتوای درمان شناختی-رفتاری اجرا شده

جلسات	راهبردهای مورد استفاده
جلسه 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.
جلسه 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.
جلسه سوم	تعیین عوامل زمینه‌ساز برای سوء مصرف مواد، روش‌های برنامه‌ریزی برای مقابله با اشتیاق و میل برای مصرف مواد مانند: توقف فکر، تمرین ایجاد تعادل در تصمیم‌گیری، و به تاخیر انداختن.
جلسه چهارم	مقابله با تفکر منفی- رابطه‌ی تفکر و عاطفه - تعیین الگوهای تفکر منفی - مبارزه با افکار منفی و بازسازی شناختی
جلسه پنجم	تصمیمات به ظاهر نامرتب - هوشیار کردن فرد نسبت به موقعیت‌های پرخطر - تحلیل کارکردی تفکر هنگام خطر کردن
جلسه ششم	برنامه‌ریزی و پیش‌بینی وضعیت‌های اضطراری - پیش آمدن عوامل راه انداز غیر منتظره یا موقعیت‌های پرخطر.
جلسه هفتم	مهارت‌های امتناع و مقابله با پیشنهاد‌های مستقیم برای مصرف مواد - ایفای نقش برای تمرین پاسخ‌های جرأت‌ورزانه
جلسه هشتم	انتقاد کردن و مورد انتقاد واقع شدن - پاسخ‌دهی جرأت‌ورزانه به انتقاد - مهارت‌های تنش‌زدایی - ایفای نقش
جلسه نهم	مدیریت خشم و مصرف مواد- تعیین علایم و نشانه‌های خشم - مهارت‌های تنش‌زدایی -بازسازی شناختی در زمینه افکار برانگیزاننده خشم
جلسه دهم	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.
جلسه یازدهم	مهارت‌های حل مسئله - تعریف مسئله - ارائه راه حل‌های ممکن - انتخاب یک راه حل ممکن - ارزیابی راه حل به کار گرفته شده
جلسه دوازدهم	ایجاد دوستی‌هایی که بر مصرف مواد متمرکز نیستند- قطع روابط خود با دوستان و آشنایان که آسیب‌زا هستند - قطع ارتباط با فروشندگان و مصرف کنندگان مواد - پیدا کردن گروهی مشکل‌دو از افراد حمایت‌کننده و تشکیل گروه‌های خودیار.

یافته‌ها

تحلیل‌ها بر روی ۹۰ نفر در دو گروه آزمایش (۴۵ نفر) و گواه (۴۵ نفر) صورت گرفت.

آماره‌های توصیفی متغیر مورد مطالعه به تفکیک گروه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه

متغیرها	آزمون	گروه آزمایش		گروه گواه	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
نیمرخ اعتیاد مادزلی	پیش آزمون	۳۷/۹۸	۹/۹۶	۴۱/۴۲	۹/۰۹
	پس آزمون	۱۳/۳۶	۵/۹۴	۳۷/۲۴	۸/۰۲
	پیگیری	۱۲/۴۷	۵/۹۵	۴۰/۴۴	۵/۱۸
راهبردهای مقابله ای	پیش آزمون	۶/۵۸	۰/۷۰	۶/۴۸	۰/۶۲
	پس آزمون	۸/۲۳	۰/۶۳	۷/۱۸	۰/۷۵
	پیگیری	۸/۴۶	۰/۴۲	۷/۱۷	۰/۶۴

برای بررسی اثربخشی درمان و بقای آن از تحلیل کواریانس استفاده شد. یکی از پیش شرط‌های این تحلیل برابری واریانس‌های خطاست. برای بررسی این پیش شرط از آزمون لون استفاده شد. نتایج این تحلیل حکایت از برقراری این پیش شرط داشت ($p > 0.05$). نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری در جدول زیر ارائه شده است.

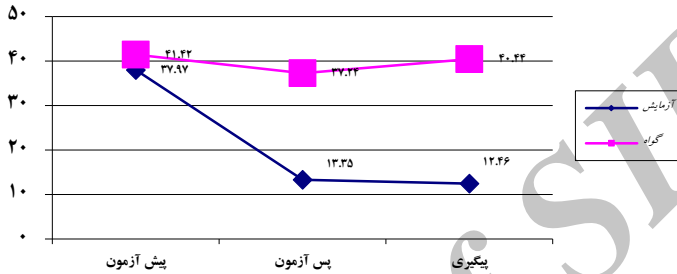
جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر راهبرد مقابله‌ای و نیمرخ اعتیاد مادزلی

متغیرها	نوع آزمون	درجه آزادی	F آماره	معناداری
نیمرخ اعتیاد مادزلی	پس آزمون	۱	۱۰۱/۴۲۰	۰/۰۰۰۵
	پیگیری	۱	۱۲۱/۲۰۱	۰/۰۰۰۵
راهبردهای مقابله‌ای	پس آزمون	۱	۴۴/۴۲۰	۰/۰۰۰۵
	پیگیری	۱	۶۰/۴۳۰	۰/۰۰۰۵

همانگونه که جدول فوق مشاهده می‌شود نمرات نیمرخ اعتیاد مادزلی هم در پس آزمون ($F = 101/420, p < 0.001$) و هم در پیگیری ($F = 121/201, p < 0.001$) تفاوت معناداری در دو گروه آزمایش و گواه وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل کواریانس در راهبردهای مقابله‌ای بیانگر تفاوت معنادار هم در پس آزمون ($F = 44/420, p < 0.001$) و هم در پیگیری ($F = 60/430, p < 0.001$) است. به بیان دیگر درمان شناختی-رفتاری توانسته

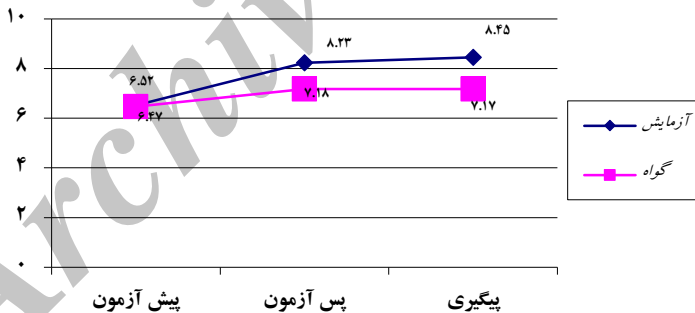
روی کاهش علائم اعتیاد افراد مؤثر و راهبردهای مقابله‌ای را افزایش و این تغییر پایدار مانده است.

نمودار مربوط به نیمرخ اعتیاد مادزلی به تفکیک گروه‌ها در نمودار زیر ارائه شده است.



نمودار ۱: نمودار نیمرخ اعتیاد مادزلی در دو گروه آزمایش و گواه به تفکیک نوع آزمون

نمودار مربوط به راهبردهای مقابله به تفکیک گروه‌ها در نمودار زیر ارائه شده است.



نمودار ۲: نمودار راهبردهای مقابله در دو گروه آزمایش و گواه به تفکیک نوع آزمون

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای و کاهش علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد بود. نتایج نشان داد که درمان

شناختی- رفتاری در بهبود راهبردهای مقابله‌ای و علائم اعتیاد و کاهش دوز دارویی بیماران وابسته به مواد مخدر تاثیر معناداری دارد. در این پژوهش فرض بر این بود که درمان شناختی رفتاری باعث بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و نیز باعث بهبود علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد می‌شود. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس نشان داد که بعد از انجام مداخله و پیگیری سه ماه، تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایش و کنترل (که در مرحله پیش آزمون تفاوت معناداری با هم نداشتند) در متغیر راهبردهای مقابله‌ای و علائم اعتیاد بوجود آمده است. این یافته با نتایج بدست آمده از پژوهش ملازاده و عاشوری (۱۳۸۸)، کارول^۱ و همکاران (۲۰۰۹)، خدایاری و همکاران (۲۰۰۹)، جعفری و همکاران (۱۳۸۸)، مارکوس و فورمیگونی^۲ (۲۰۰۱)، هیدز^۳ و همکاران (۲۰۱۰)، هانت، بکر، میچی و کواواناق^۴ (۲۰۰۹)، کالی^۵ و همکاران (۲۰۰۹)، رابرت لوئیز^۶ و همکاران (۲۰۰۹)، فیشر و اسکات^۷ (۱۹۹۶)، ین، وو، ین و کو^۸ (۲۰۰۴) همخوانی دارد. این یافته را می‌توان چنین تبیین کرد که آموزش تکالیفی همچون تحلیل کارکردی، مهارت آموزی، مقابله با میل مصرف، احساس تسلط و توانمندی را در افراد به وجود می‌آورد که در افزایش انگیزه درمان و یا حداقل ماندگاری در درمان و پرهیز از رفتارهای پرخطر مؤثر است. عوامل متعددی در علت شناسی سوء مصرف مواد مؤثر هستند که در تعامل با یکدیگر منجر به شروع مصرف و سپس اعتیاد می‌شوند و در این بین، برخی صفات شخصیتی، خطر سوء مصرف مواد را افزایش می‌دهند. اعتماد به نفس پایین، فقدان مهارت‌های اجتماعی و انطباقی و استفاده از روش‌های ناپخته برای مقابله با استرس‌های زندگی از جمله این ویژگی‌های خطر آفرین است (بخشی پور و همکاران، ۱۳۸۷). مقابله به عنوان عاملی که در ارتباط بین فشار روانی و اختلالات جسمی یا روانی میانجیگری می‌کند، مورد توجه بسیار بوده است. فولکمن و لازارس (۱۹۹۱) مقابله را تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد برای غلبه بر تنیدگی و یا به حداقل رساندن اثر آن می‌دانند. مقابله یکی از متغیرهایی است که می‌تواند سلامت رفتار را پیش بینی کند

۱۵۱

151

1. Carroll

4. Hunt , Baker , Michie & Kavanagh

6. Roberts-Lewis

2. Marques & Formigoni

7. Fisher & Scott

3. Hides

5. Kealey

8. Yen, Wu, Yen, & KO

(توئیتس^۱، ۱۹۹۵). نداشتن مهارت‌های مقابله‌ای کافی، یک عامل خطر مهم در شروع مصرف مواد در نوجوانان است (طوفانی و جوانبخت، ۱۳۸۰). معتادان از سبک‌های مقابله‌ای متفاوتی استفاده می‌کنند و رایج‌ترین سبک مقابله، شیوه غیر مؤثر اجتناب رفتاری بوده است (سموعی، ۱۳۷۸). طوفانی و جوانبخت (۱۳۸۰) در پی بررسی خود گزارش کرده‌اند که معتادان از راهبردهای مقابله مساله مدار، ارزیابی شناختی و جلب حمایت اجتماعی کمتر و از راهبردهای مقابله جسمانی کردن و مهار هیجانی بیشتر استفاده می‌کنند. در پژوهش حاضر و طبق یافته‌های بدست آمده آزمودنی‌ها در ابتدا به هنگام برخورد با مشکلات بیشتر به صورت مستقیم و آنی (هیجانی) و بدون توجه به پیامد، عمل می‌کردند اما در اثر اجرای درمان، با مشکلات به صورت منطقی برخورد نمودند. قبل از مداخله از مشکلات فاصله می‌گرفتند، مثلاً طوری رفتار می‌کردند که هیچ اتفاقی رخ نداده و مشکلی در زندگی ندارند اما پس از مداخله متوجه شدند که نباید از کنار مشکلات بوجود آمده به راحتی بگذرند بلکه باید مشکلات را بپذیرند و برای حل آن اقدام نمایند. قبل از مداخله بر رفتارهایشان چندان کنترل نداشتند، اما پس از مداخله یاد گرفتند که دنبال خط مشی‌های روشن باشند و سعی کردند بخش‌های روشن مسائل را ببینند و بر احساساتشان کنترل داشته باشند. قبل از مداخله کمتر به دنبال حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی بودند و بیشتر بر اساس فکر و باورهای خودشان عمل می‌کردند، اما پس از مداخله سعی نمودند از راهنمایی‌های اطرافیان سالم و نیز افراد بهبود یافته استفاده نمایند. قبل از مداخله انتظار داشتند در زندگی‌شان به یک مرتبه اتفاق خاصی بیفتد و یا اینکه بیشتر وقتشان در خواب و نشگی می‌گذشت اما پس از مداخله سعی کردند وارد اجتماع سالم شوند و به مردم نزدیک شوند. قبل از مداخله در خصوص مشکلات هیچ گونه طرح و برنامه‌ای نداشتند اما پس از مداخلات بسیار راغب بودند که برای بهبودی‌شان برنامه داشته باشند و به انجمن معتادین گمنام بپیوندند. قبل از مداخله هیچ انگیزه‌ای برای ادامه درمان نداشتند، اما پس از مداخله، سعی کردند برای زندگی دوباره‌شان راه جدیدی پیدا کنند.

به نظر می‌رسد که رمز موفقیت درمان شناختی- رفتاری این باشد که این درمان بر شناسایی خطاهای شناختی بیماران و سعی در آگاه کردن آن‌ها تأکید می‌کند. چرا که این روند شناسایی و آگاهی از افکار را به هیچ وجه با دارو درمانی نمی‌توان انجام داد و لازم است بر روی درمان‌های شناختی- رفتاری تأکید شود. بسیاری از بیماران که به دلیل مصرف مواد تحت درمان قرار می‌گیرند و از درمان شناختی- رفتاری استفاده کرده و دوره درمان را با موفقیت به پایان رسانده‌اند ممکن است در موقعیت‌های پرخطر دچار لغزش شده و دوباره به مصرف مواد روی آورند. لذا پیشنهاد می‌شود بعد از دوره درمان پیگیری و بازتوانی‌های لازم صورت گرفته و شرایطی توسط ارگان‌های ذیربط فراهم شود که بیمار بتواند با درمانگرش تماس دائمی داشته باشد. به همین دلیل باشگاه‌هایی توسط سازمان بهزیستی و دانشگاه علوم پزشکی تاسیس و توسط درمانگرانی مجرب مدیریت گردد تا بیمارانی که دوره بهبودی را با موفقیت گذرانده‌اند بتوانند بطور رایگان مراجعه و پذیرش شوند. روان‌شناسان هم در طول هفته جلساتی در موضوع‌های مختلف اعتیاد برگزار نمایند تا بیماران در موقعیت‌های خطر آفرین بتوانند از راهنمایی‌های روان‌شناسان- همانند آنچه که در NA (انجمن معتادان گمنام) اتفاق می‌افتد- برخوردار باشند. یکی از محدودیت‌های عمده پژوهش این بود که به علت پیچیدگی متغیرها امکان کنترل برخی متغیرها از جمله وضعیت رفاهی و معیشتی، حمایت خانوادگی و ... نبود. لذا پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده این مساله مد نظر قرار داده شود و عوامل تاثیر گذاری که ممکن است روی نتایج درمان بیماران تاثیر متفاوت بگذارد در نظر گرفته شود.

منابع

- بخشی پور رودسری، عباس؛ علیلو، مجید محمود؛ ایرانی، سید سجاد (۱۳۸۷). مقایسه ویژگی‌ها و اختلال‌های شخصیت و راهبردهای مقابله‌ای معتادان خودمعرف و گروه بهنجار. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۳، ۲۹۷-۲۸۷.
- جعفری، مصطفی؛ شهیدی، شهریار؛ عابدین، علیرضا (۱۳۸۸). مقایسه اثر بخشی درمان‌های فرانتزوری و شناختی- رفتاری بر بهبود خودکارآمدی پرهیز در نوجوانان پسر وابسته به مواد، *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱(۱)، ۱-۱۲.

حاجی پور، حسن (۱۳۸۱). بررسی نگرش‌های ناکارآمد، میزان استرس، راهبردهای مقابله با استرس در معتادان به مواد افیونی جویای درمان در مقایسه با افراد غیر معتاد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: انستیتو روانپزشکی تهران.

دباغی، پرویز؛ اصغر نژاد فرید، علی اصغر؛ عاطف وحید، محمد کاظم و بوالهروی، جعفر (۱۳۸۷). اثربخشی پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی در درمان وابستگی به مواد افیونی و سلامت روانی، فصلنامه علمی سوء مصرف مواد، ۲(۷)، ۴۴-۲۹.

سموعی، راحله (۱۳۷۸). شیوه‌های مقابله با فشار روانی در معتادان و غیرمعتادان و تعیین رابطه آن با عملکرد خانواده آن‌ها. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.

شامحمدی قهساره، اعظم؛ درویزه، زهرا؛ پورشهریاری، مه سیمما (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر افزایش سازگاری زناشویی همسران معتادان و پیشگیری از بازگشت معتادان مرد در شهر اصفهان. فصلنامه علمی سوء مصرف مواد، ۲(۷)، ۲۸-۳.

طوفانی، محمد؛ جوانبخت، مریم (۱۳۸۰). شیوه‌های مقابله و نگرش‌های ناسالم در معتادان به مواد مخدر و افراد سالم، مجله اندیشه و رفتار، ۷(۲و۱)، ۶۲-۵۵.

ملازاده، جواد؛ عاشوری، احمد (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری در پیشگیری از عود و بهبود سلامت روانی افراد معتاد. دانشور رفتار، ۱۶(۳۴)، ۱۲-۱.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۱). راهنمای کاربردی درمان سوء مصرف کنندگان مواد، ویرایش دوم. تهران: انتشارات پرشکوه.

Carroll, K. M., Ball, S.A., Martino, S., Nich, C., Babuscio, T. A., Rounsaville, B. J. (2009). Enduring effects of a computer-assisted training program for cognitive behavioral therapy: A 6-month follow-up of CBT4CBT. *Drug and Alcohol Dependence*, 100(1-2), 178-181.

Daley, D.C., & Marlatt, G.A. (2005). Relapse prevention. In J.H. Lowinson, P. Ruiz, R.B. Millman, & J.G. Langrod (Eds.), *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 772-785.

Fisher, M., Scott, S.R. (1996). Effectiveness study of two group models with substance abusing mentally ill (multi challenged) consumers. *Journal of Drug Education: Substance Abuse*, 52: 25-38.

Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1991). *Coping and emotion*. In A. Monat & R.S. Lazarus (Eds) *Stress and coping: An anthology* (3rd Ed) (pp. 207-227). New York: Columbia University Press.

Hides, L, Carroll, S., Catania, L., Cotton, S.M, Baker, A., Scaffidi, A. (2010). Outcomes of an integrated cognitive behaviour therapy (CBT) treatment program for co-occurring depression and substance misuse in young people, *Journal of Affective Disorders*, 121(1-2), 169-174.

Hunt, S.A., Baker, A.L., Michie, P.T., Kavanagh, D. J. (2009). Neurocognitive profiles of people with comorbid depression and alcohol use: Implications for psychological interventions. *Addictive Behaviors*, 34(10), 878-886.

- Kadden, R. M. (2003). *Cognitive-Behavior Therapy for Substance Dependence: coping skills training*. The Behavioral Health Recovery Management project. Department of Psychiatry, University of Connecticut School of Medicine.
- Kealey, K.A., Ludman, E.J., Marek, P.M., Mann, S.L., Bricker, J.B., Peterson, A.V. (2009). Design and implementation of an effective telephone counseling intervention for adolescent smoking cessation, *Journal of The National Cancer Institute*, 101(20): 1393-1405.
- Khodayari M. Abedini Y. Akbari S. Ghojari B. Sohrabi F. Younesi S. (2009). *Journal of Behavioral Sciences*, 2, (4), 283-290.
- Litt, M. D., Kadden, R.M., Kabela-Cormier, E. (2009). Individualized assessment and treatment program for alcohol dependence: Results of an initial study to train coping skills. *Addiction*, 104(11): 1837-1848.
- Marques, A.C., Formigoni, M.L. (2001). Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients, *Addiction*, 96, 835-46.
- Marsden J, Nizzoli U, Corbelli C, Margaron H, Torres MA, Prada De Castro L, et al. (2001). *Reliability of the Maudsley Addiction Profile (MAP-ERIT Version)* In Italy, Spain and Portugal for the evaluation of treatments. *Addiciones*, 13(2), 217-27.
- Miller, W. R., Wilbourne, P. L., & Hettema, J. (2003). What works? A summary of alcohol treatment outcome research. In R. K. Hester, & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (3rd ed., pp. 13-63). Boston.
- Roberts-Lewis, A.C., Parker, S., Welch, C., Wall, A., Wiggins, P. (2009). Evaluating the cognitive and behavioral outcomes of incarcerated adolescent females receiving substance abuse treatment: A pilot study, *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 18(2), 157-171.
- Roozen, H.G., Waart, R.D., Windt, D., Brink, W., Yong, C.A & Kerckhof, A. F. (2006). A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence, *European Neuropsychopharmacology*, 16, 311-323.
- Thoits, P.A. (1989). Social support as coping assistance, *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 54: 419-423.
- Tremblay, P.F & King, P. R. (1994). State and trait anxiety, coping styles and depression among psychiatric inpatients, *Canadian Journal of Behavioral Science*, 26: 505-519.
- Yen, C.F., Wu, H.Y., Yen, J.Y., KO, C.H. (2004). Effects of brief cognitive-behavioral interventions on confidence to resist the urges to use heroin and methamphetamine in relapse-related situations, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 788-791.