



INTERNATIONAL ASSOCIATION  
RAZI  
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄTSKLINIKUM  
FREIBURG

Philipps  
Universität  
Marburg

PSYCHOLOGISCHES INSTITUT  
FÜR KLINISCHE PSYCHOLOGIE  
UND PSYCHOSOMATISCHE  
PSYCHIATRIE  
Department of Psychosomatic  
Medicine & Psychotherapy

## چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی

اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری (CBT)، درمان نگهدارنده با متادون (MMT) و درمان نگهدارنده با بوپرونورفین (BMT) در بهبود باورهای خودکارآمدی و تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد

مریم قربانی<sup>۱</sup> - حمید کاظمی<sup>۲</sup> - طاهره قربانی<sup>۳</sup>

### چکیده

**مقدمه:** اختلال سوء مصرف مواد با ماهیت عودکننده و مزمن دامنه‌ی وسیعی از مداخلات روانی اجتماعی و دارو درمانی را به خود اختصاص داده است. امروزه ترکیبی از درمان‌های دارویی و روانشناختی با هدف درمان و پیشگیری از عود مجدد مصرف و به دنبال آن افزایش بهزیستی روانشناختی در این بیماران می باشد. یکی از مهم‌ترین راهبردهای پیشگیری از بازگشت، درمان‌های روانشناختی، برنامه‌های درمان‌های نگاه‌دارنده با داروهایی چون متادون، بوپرونورفین و درمان‌های حمایتی است. بر این اساس پژوهش حاضر به مقایسه میزان اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری (CBT) مبتنی بر مهارت آموزی، درمان‌های نگاه‌دارنده با بوپرونورفین (BMT) و متادون (MMT) در تغییر باورهای خودکارآمدی و تنظیم هیجان در پیشگیری از بازگشت مصرف در بیماران مبتلا به سوءمصرف صورت گرفته است.

**روش شناسی:** مطالعه حاضر، یک طرح نیمه آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون است. در این راستا، تعداد ۶۰ نفر از بیماران مبتلا به سوءمصرف مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه درمان شناختی رفتاری، درمان‌های نگاه‌دارنده با متادون و بوپرونورفین گمارده شدند. شرکت‌کنندگان قبل و بعد از پایان مداخله پرسش‌نامه‌های باورهای خودکارآمدی و تنظیم شناختی هیجان را تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس و روش‌های آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

<sup>۱</sup> . دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان

<sup>۲</sup> . استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه اصفهان

<sup>۳</sup> . کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه تربیت معلم تهران

**یافته ها:** یافته های به دست آمده نشان داد که درمان شناختی رفتاری در مقایسه با درمان نگهدارنده با متادون و درمان با بوپرونورفین به افزایش معنادار باورهای خودکارآمدی و تنظیم هیجان بیماران منجر شد ( $F=10/4$  و  $F=5/1$ ،  $p<0/001$ ). همچنین گروه درمان با بوپرونورفین تفاوت معناداری با گروه درمان نگهدارنده با متادون نشان دادند.

**بحث و نتیجه گیری:** درمان شناختی رفتاری با ایجاد تغییر در متغیرهای شناختی و رفتاری مرتبط با سوء مصرف مواد مانند باورهای خودکارآمدی و راهبردهای تنظیم هیجان خطر بازگشت به مصرف مواد را کاهش می دهد. بنابراین با توجه به این یافته ها، برنامه های درمان سوء مصرف مواد باید این متغیرهای میانجی عود و مصرف مجدد را هدف قرار دهند.

#### مقدمه

سوء مصرف مواد و اعتیاد، از مهم ترین معضلات جوامع بشری است. وابستگی به مواد، اختلال مزمن و عودکننده ای است که شروع و تداوم آن متأثر از تعامل عوامل مختلف ژنتیکی، روانی- اجتماعی و محیطی است. وابستگی وقتی ایجاد می شود که فرد به صورت اجباری و غیر قابل کنترل به مصرف مواد پرداخته و در صورت عدم مصرف علائم ترک را ظاهر می سازد (محمد تی ابو صالح<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). بر اساس مدل اعتیاد مارلات و گوردون (۱۹۸۵)، سوء مصرف مواد رفتاری اکتسابی- اجتماعی است که نشانه های پیشایند، پسایند و تقویت کننده ها آن را تحت تأثیر خود قرار می دهند. بین محرک- پاسخ، فرایندهای شناختی درونی مثل خودکارآمدی، باورهای مرتبط با مواد، عقاید و سوسه انگیز، تنظیم هیجان و انتظارات مثبت و منفی از مصرف مواد قرار دارند. بر طبق مدل شناختی سوء مصرف مواد، درمان موفقیت آمیز نتیجه ی کاهش انتظار پیامد مثبت، افزایش انتظار پیامد منفی از مصرف مواد و افزایش خودکارآمدی است (کویمتسید<sup>۲</sup>، رینالد<sup>۳</sup>، دروموند<sup>۴</sup>، داویس<sup>۵</sup> و تاریر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷). کوزلوف<sup>۷</sup> و روخلینا<sup>۸</sup> (۲۰۰۱) در بررسی ۱۰۰ سوء- مصرف کننده ی مرد و زن ۱۳ تا ۵۰ ساله نشان دادند که تمام این افراد دارای ویژگی های شخصیتی نابهنجار مانند تحریک پذیری بالا برای نشاط، اختلالات عاطفی پیشرونده مانند کج خلقی، افسردگی، بی تفاوتی و عاطفه ی لغزنده، علایق کاهش یافته، هیجان نابهنجار و

<sup>1</sup>- Mohammad T Aboue-saleh

<sup>2</sup>- Kouimtsid

<sup>3</sup>- Reynolds

<sup>4</sup>- Drummond

<sup>5</sup>- Davis

<sup>6</sup>- Tarrier

<sup>7</sup>- Kozlov

<sup>8</sup>- Rokhlina

اختلال کنترل تکانه هستند و افرادی که قادر به کنترل تکانه‌های خود نیستند به احتمال بیشتری مصرف کننده‌ی دائمی مواد می‌شوند (دوران<sup>۱</sup>، مک‌چارگ<sup>۲</sup> و کوهن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷).

در درمان شناختی-رفتاری، فعالیت اصلی شامل فنون شناختی با هدف توجه کردن به باورهای مرتبط با مواد و بررسی افکار خودآیندی است که در کشش‌ها و وسوسه‌ها نقش دارند و فنون رفتاری بر اعمالی تمرکز دارند که از نظر علی با فرایندهای شناختی در تعامل هستند (بک، رایت<sup>۴</sup>، نیومن<sup>۵</sup> و لیز<sup>۶</sup>، ۱۹۹۲؛ ترجمه‌ی گودرزی، ۱۳۸۰). در این درمان با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و چالشی باعث افزایش خودکارآمدی و بهبود مهارت فرد در تنظیم هیجان، کاهش وسوسه‌ها و تغییر باورهای مرتبط با مواد می‌شود. اصطلاح خودکارآمدی که بر نظریه‌ی شناختی-اجتماعی بندورا (۱۹۷۷) مبتنی است، به باور فرد در مورد این که چگونه به خوبی می‌تواند در تغییر مؤثر باشد، اطلاق می‌شود. در نظام شناختی-اجتماعی منظور از خودکارآمدی مفهومی است که به احساس شایستگی و کفایت شخصی در مورد انجام اعمالی که توان آن را در خود می‌بیند، دلالت دارد. از نظر بندورا شخصی که تحت درمان قرار می‌گیرد دو انتظار دارد: انتظار پیامد و انتظار کارایی (بندورا، ۱۹۹۳). از دیدگاه شناختی-رفتاری، انتظارات کارایی بر آغاز رفتارهای مقابله‌با مشکلات، تعمیم‌دهی و حفظ آنها تأثیر می‌گذارد. سطح انتظارات کارایی تعیین می‌کند که رفتارهای کنار آمدن در شرایط فشار تا چه مدت دوام خواهد داشت. بر این اساس نظریه‌ی کارایی شخصی پیش‌بینی می‌کند که درمان زمانی مؤثر خواهد بود که بتواند انتظارات معقول درمانجویان را از آن‌چه می‌توانند به دست آورند و تداوم بخشند، افزایش دهد (دولان<sup>۷</sup>، مارتین<sup>۸</sup> و روهسنو<sup>۹</sup>، ۲۰۰۸). در این دیدگاه رفتار آدمی نه تنها در کنترل عوامل بیرونی و محیطی نیست، بلکه فرایندهای شناختی نقش تعیین‌کننده در رفتار دارند. فرایندهای شناختی به‌عنوان بخشی از آسیب‌شناسی روانی موجب انتظارات و ادراکات نادرستی می‌گردد که فرد از کارآمدی خود دارد و این انتظارات می‌تواند به اضطراب و اجتناب‌های دفاعی از موقعیت‌های تهدیدکننده منجر شود (کویمتسید و همکاران، ۲۰۰۷). از سوی دیگر در بیماران مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد، هنگام روبرو شدن با یک موقعیت هیجانی، احساس مثبت و خوش بینی، به تنهایی برای کنترل هیجان‌ها کافی نیست. بلکه فرد نیاز دارد که در این لحظات بهترین کارکرد شناختی را نیز داشته باشد و باور کند که می‌تواند بر آن موقعیت مسلط شود، تا بتواند هیجان‌های خود را کنترل کند (گروس، ۱۹۹۹).

---

<sup>1</sup>- Doran

<sup>2</sup>- McChargue

<sup>3</sup>- Cohen

<sup>4</sup>- wright

<sup>5</sup>- Newman

<sup>6</sup>- Lize

<sup>7</sup>- Dolan

<sup>8</sup>- Martin

<sup>9</sup>- Rohsenow

تنظیم هیجان شامل ایجاد افکار و رفتارهایی است که به افراد آگاهی می‌دهد چه نوع هیجانی دارند، چه هنگام این هیجان در آن‌ها پدید می‌آید و چگونه باید آن را ابراز نمایند. تنظیم هیجان بیشتر در دو چارچوب مهم بررسی می‌شود: ۱. راهبردهای تنظیم هیجانی که پیش از رخداد حادثه (پیش از ایجاد هیجان و یا در آغاز بروز آن) فعال می‌شوند و از بروز هیجان‌های شدید پیشگیری می‌کنند. این راهبردها که پیش از بروز رخداد استرس زا فعال می‌شوند، باعث تعبیر و تفسیر موقعیت به نحوی می‌گردند که پاسخ‌های هیجانی مرتبط با آن موقعیت را کاهش دهند. این فرایند، *ارزیابی دوباره*<sup>۱</sup> نامیده می‌شود (بک، ۱۹۹۱). ۲. راهبردهایی که پس از بروز حادثه و یا پس از پیدایی هیجان فعال می‌شوند (این راهبردها نمی‌توانند از ایجاد هیجان‌های شدید پیشگیری کنند) (گروس، ۱۹۹۹).

پژوهش‌های زیادی نشان داده که افراد سوء‌مصرف‌کننده‌ای که دچار مشکلات روانشناختی مثل استرس، اضطراب، افسردگی و پرخاشگری می‌شوند، برای تسکین حالات هیجانی آزارنده از مواد استفاده می‌کنند (سینها، ۲۰۰۱). به بیان دیگر، این افراد مصرف مواد را به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای اجتنابی، منفی و ناکارآمد برای کاهش مشکلات خود به‌کار می‌برند. فردی که احساس کارآمدی زیادی در هنگام رویارویی با مشکلاتش نداشته باشد، نه تنها به سرعت دچار اضطراب و نگرانی می‌شود بلکه در هنگام ابتلا به چنین هیجانانی به سرعت دچار مشکل می‌شوند.

در تحقیقات مختلف از جمله بادر و مودی، ۲۰۰۵؛ نار-کینگ<sup>۲</sup>، رایت، پارسونز<sup>۳</sup>، فری<sup>۴</sup>، تمپلین<sup>۵</sup> و آندراسما<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶ به تاثیر خودکارآمدی به عنوان عامل پیش‌بینی‌کننده ترک سیگار و الکل اشاره شده است. همچنین، هسین<sup>۷</sup>، لیو<sup>۸</sup>، نانس<sup>۹</sup>، مک‌کولد<sup>۱۰</sup> و سامت<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۲؛ کویلو<sup>۱۲</sup>، برادی<sup>۱۳</sup> و سان<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۵؛ به نقش بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان در کاهش مصرف الکل و مواد اشاره کرده‌اند. از آنجا که در تحقیقات فوق به نقش تأثیر افزایش خودکارآمدی بر بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان اشاره نشده است، در تحقیق حاضر بررسی نقش درمان‌های مختلف بر این متغیر پرداخته شده است.

---

<sup>1</sup>- revaluation

<sup>2</sup>- Naar-King

<sup>3</sup>- Parsons

<sup>4</sup>- Frey

<sup>5</sup>- Templin

<sup>6</sup>- Ondersma

<sup>7</sup>- Hasin

<sup>8</sup>- Liu

<sup>9</sup>- Nunes

<sup>10</sup>- MacCloud

<sup>11</sup>- Samet

<sup>12</sup>- Quello

<sup>13</sup>- Brady

<sup>14</sup>- Sonne

## روش

پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی - پیش آزمون - پس آزمون است. جامعه‌ی پژوهش حاضر، شامل کلیه‌ی افرادی است که مبتلا به سوءمصرف مواد بوده و برای درمان وابستگی خود به مراکز ترک اعتیاد با متادون و مراکز سم‌زدایی در شهر اصفهان مراجعه کرده‌اند. در پژوهش حاضر، از میان مراکز ثبت شده در سازمان بهزیستی اصفهان یک مرکز درمان متادون و یک مرکز سم‌زدایی انتخاب شد. آن‌جا که تعداد مطلوب نمونه در گروه درمانی بین ۸ تا ۱۲ نفر بیان شده است، در پژوهش حاضر، نمونه شامل سه گروه ۲۵ نفره بود (که ۵ نفر ریزش داشت) که به‌طور تصادفی از بین جامعه انتخاب شدند. اعضای نمونه از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی مثل تعداد بازگشت‌های گذشته به مصرف مواد، سن، جنس، تحصیلات و طبقه‌ی اقتصادی-اجتماعی، که بر اساس پژوهش‌های انجام شده می‌تواند بر نتایج پژوهش اثر گذارند، با هم هم‌تا شدند.

## ابزار سنجش

**مصاحبه‌ی تشخیصی:** برای ایجاد رابطه‌ی درمانی اولیه، تشخیص و توجه افراد و جلب مشارکت آنها برای شرکت در جلسات گروه درمانی ابتدا یک مصاحبه‌ی تشخیصی بر اساس معیارهای DSM-IV انجام شد. هم‌چنین، این مصاحبه وسیله‌ای برای هم‌تاسازی سه گروه درمان شناختی-رفتاری (CBT)، درمان نگه‌دارنده با متادون (MMT) و گروه کنترل، بر اساس ملاک‌های ورود به درمان بود. **مقیاس خودکارآمدی عمومی شرور (GSES)<sup>۱</sup>:** این مقیاس که توسط شرر<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۸۲) ساخته شده شامل ۱۷ ماده است. پایایی این مقیاس در پژوهش کرامتی (۱۳۸۳) ۰/۸۵ و در پژوهش اعرابیان و همکاران (۱۳۸۳)، ۰/۹۱ به‌دست آمد (اعرابیان و همکاران، ۱۳۸۳). نجفی (۱۳۸۵) نیز مقیاس خودکارآمدی را بر ۳۰ آزمودنی اجرا کرد و با استفاده از روش آلفای کرونباخ پایایی آن را برابر ۰/۸۳ به‌دست آورد.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) ساخته شده است. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان شامل ۳۶ پرسش مدرج ۵ نمره ای (از همیشه تا هرگز) است که نه عامل دارد. این عوامل عبارتند از: سرزنش خود، سرزنش دیگران، فاجعه آمیز کردن، نشخوار فکری، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، پذیرش، تمرکز مجدد مثبت و ارزیابی مثبت. ضریب آلفا و اعتبار به شیوه بازآزمایی ۰/۹۱ گزارش شده است (سامانی و صادقی، ۱۳۸۹).

<sup>۱</sup> - General Self-Efficacy Scale

<sup>۲</sup> - Sheere

## یافته ها

همچنین، جهت بررسی یافته‌های پژوهش از تحلیل کواریانس استفاده شد. برای انجام تحلیل کواریانس یک طرفه، ابتدا پیش فرض تساوی واریانس‌ها، در بین نمرات سه گروه آزمودنی از طریق آزمون لوین بررسی شده است. نتایج این تحلیل ( $P = 0/02$ ،  $F = 2/4$ ) نشان می‌دهد که تفاوت معناداری در واریانس سه گروه مشاهده نمی‌شود و لذا شرط تساوی واریانس‌ها وجود دارد و می‌توان اطمینان حاصل کرد که پراکندگی نمرات در هر سه گروه آزمایش تقریباً یکسان است. در ابتدا مشخصات توصیفی سه گروه درمانی در متغیرهای تنظیم هیجان و خودکارآمدی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۱: مشخصات توصیفی در شاخص تنظیم هیجان و خودکارآمدی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سه گروه درمانی

	آمدی	کار	خود			هیجان	تنظیم		
حجم نمونه	انحراف استاندارد	میانگین گروه‌ها در پس‌آزمون	انحراف استاندارد	میانگین گروه‌ها در پیش-آزمون	انحراف استاندارد	میانگین گروه‌ها در پس‌آزمون	انحراف استاندارد	میانگین گروه‌ها در پیش-آزمون	شاخص‌های آماری گروه درمانی
۲۰	۳/۹۱	۴۵/۸	۴/۳۸	۳۰/۱	۶/۲۱	۷۱/۳	۲/۷۲	۴۹/۹	گروه درمان شناختی-رفتاری
۲۰	۲/۹۹	۳۸/۱	۳/۵۱	۳۱/۹	۵/۵۶	۶۲/۴	۳/۴۷	۵۰/۱	گروه درمان ننگه‌دارنده با متادون
۲۰	۳/۹۲	۳۵/۱	۵/۲۰	۳۲/۳	۴/۵۰	۶۳/۷	۲/۹۷	۴۹/۲	گروه درمان ننگه‌دارنده با بوپروپرون
۶۰	۳/۶۰	۳۹/۳۳	۴/۳۶	۳۱/۴۳	۵/۰۹	۶۵/۸	۳/۰۵	۴۹/۴	کل

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود، میانگین سه گروه مورد بررسی در مرحله‌ی پیش آزمون و پس آزمون با یکدیگر متفاوت است. از آنجا که در پژوهش حاضر از سه گروه برای نشان دادن اثر درمان استفاده شده و هر گروه نیز دارای نمره پیش آزمون و پس آزمون است، لذا برای کنترل اثر پیش آزمون و تعیین سهم آن در پس آزمون از آزمون تحلیل کواریانس یک طرفه استفاده شد.

جدول ۲- تحلیل کواریانس یک طرفه متغیرهای تنظیم هیجان و خودکارآمدی در پس آزمون سه گروه درمانی

متغیر	منبع تغییر	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
تنظیم هیجان	پیش آزمون	۱	۳۴۷/۳	۱۸/۲	۰/۰۱
	گروه	۲	۱۲۸۶/۳	۶۷/۲	۰/۰۰
خودکارآمدی	پیش آزمون	۱	۴۴۷/۶	۲۰/۱	۰/۰۰
	گروه	۲	۱۵۸۶/۲	۷۰/۲	۰/۰۰۲

نتایج تحلیل کواریانس یک طرفه، در مرحله‌ی پس آزمون نشان می‌دهد که با کنترل آماری متغیر پیش آزمون تفاوت معناداری بین میانگین‌های سه گروه در مرحله‌ی پس آزمون مشاهده شد و بهبود نمرات مربوط به متغیرهای تنظیم هیجان و خودکارآمدی در مرحله پس آزمون تحت تأثیر روان‌درمانی شناختی-رفتاری است و این تفاوت به لحاظ آماری معنادار است.

## بحث

به‌طور کلی یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری برای بهبود خودکارآمدی راهبردهای تنظیم هیجان افراد سوءمصرف کننده‌ی مواد مؤثرتر است. گروه آزمایشی که درمان شناختی-رفتاری دریافت کرده بودند، در مقایسه با گروه‌های دارودرمانی، در متغیر وابسته‌ی خودکارآمدی و تنظیم هیجان بهبود معنادارتر و پایدارتری نشان دادند.

نتایج حاصل از تحلیل کواریانس یک‌راهه (جدول ۲) نشان داد که بعد از انجام مداخله و پیگیری درمان، تفاوت معناداری بین گروه درمان شناختی-رفتاری، درمان نگه‌دارنده با متادون و بوپروپرونورفین، در متغیر تنظیم هیجان و خودکارآمدی به‌وجود آمده است. این یافته به این معناست که مداخله‌ی شناختی-رفتاری برای بهبود راهبردهای تنظیم هیجان و خودکارآمدی مؤثر است. نتایج حاصل از پژوهش حاضر، با یافته‌های فیشر و اسکات (۱۹۹۶)، مارکوس و فورمیگونی (۲۰۰۱)، اتو و همکاران (۲۰۰۴) و رسولی و همکاران (۱۳۸۸)

همسویی دارد. . همچنین، این یافته هم سو با مطالعات واشینگتون (۱۹۹۹)، گلدبرگ و همکاران (۲۰۰۰)، دیجسترا (۲۰۰۱)، ین چنگ و همکاران (۲۰۰۴) و وینکلی (۲۰۰۴) است که نتیجه گرفتند، رویکرد شناختی-رفتاری می تواند برای بهبود خودکارآمدی افراد سوء مصرف کننده مؤثر واقع شود (به نقل از فیگل<sup>۱</sup>، دان<sup>۲</sup>، بازان<sup>۳</sup> و لارانجریا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵).

پژوهشگران در بررسی علل شیوع سوء مصرف مواد و بازگشت به آن پس از درمان، به عوامل مختلفی هم چون تنیدگی و فقدان مهارت های مقابله ای مناسب، فقدان جرأت ورزی و وضعیت سلامت روانی، هم چنین وضعیت خلقی نامناسب به خصوص در همبودی با اختلال افسردگی اساسی اشاره کرده اند. برای مثال، بر اساس نظریه ی خود درمانی کانتزریان سوء مصرف مواد از جانب افراد معتاد نوعی خود درمانی دانسته می شود که برای رفع مشکلاتی مانند افسردگی از آن استفاده می کنند (گلنیش<sup>۵</sup>، ۱۹۹۷).

در مدل بک نیز، هیجان های منفی و ناتوانی در مدیریت مناسب آن ها یکی از برانگیزاننده های مهم برای از سرگیری سوء مصرف مواد عنوان شده است. پژوهش های تجربی انجام گرفته در این زمینه نشان داده است که سوء مصرف کنندگانی که از راهبردهای تنظیم هیجان بهتر استفاده می کنند، در دوره ی درمان موفق تر هستند. برعکس، افرادی که قادر به کنترل هیجان های خود نیستند، به احتمال زیاد مصرف کننده ی دائمی مواد می شوند (دوران و همکاران، ۲۰۰۷).

بنابراین، استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان هم اکنون به عنوان یکی از برنامه های درمانی جامع در پیشگیری از بازگشت مطرح است. با توجه به این که کوپر و همکاران (۱۹۹۵) نشان دادند که نوجوانانی که از نوشیدن به عنوان یک راهبرد مقابله ای برای هیجان های منفی مثل اضطراب و افسردگی استفاده می کنند، به مصرف افراطی الکل می پردازند و مشکلات بیشتری را در رابطه با مصرف متحمل می شوند، در نتیجه، آموزش راهبردهای مقابله ای شیوه ی مناسبی برای جایگزینی مصرف مواد است.

بر طبق نتایج پژوهش حاضر با وجود این که درمان های دارویی از جمله متادون در تنظیم هیجان فرد مؤثر هستند، درمان های شناختی-رفتاری اثربخشی بیشتری از دارو درمانی دارند.

می توان گفت که یادگیری رفتار جدید و مناسب برای مقابله با سوء مصرف مواد، احساس تسلط و توانمندی را در افراد به وجود می آورد. هم چنین به نظر می رسد مکانیسم مسئول برای موفقیت درمان شناختی-رفتاری، اکتساب و کاربرد مهارت های مقابله ای شناختی و رفتاری جدید باشد که کسب این مهارت ها منجر به موفقیت در برابر فشارهای درونی یا بیرونی برای مصرف گشته، انباشتگی موفقیت ها باور به خودکارآمدی را در افراد افزایش می دهد. مطابق با اظهار نظر مارک (۲۰۰۸) مؤثرترین درمان ها برای سوء مصرف مواد، آنهایی

---

<sup>1</sup>- Figlie

<sup>2</sup>- Dunn

<sup>3</sup>- Bazan

<sup>4</sup>- Laranjeira

<sup>5</sup>- Gornish



هستند که خودکارآمدی را افزایش می‌دهند. مهم‌تر این‌که، در این روش فرد موفقیت در پرهیز را به توانایی خود نسبت می‌دهد نه دارویی که به منظور جایگزینی مواد استفاده کرده است و این خود باعث افزایش احساس کارآمدی در فرد می‌شود.

## منابع

اعرابیان، اقدس؛ خداپناهی، محمدکریم؛ حیدری، محمود و صالح‌صدق‌پور، بهرام. (۱۳۸۲). بررسی رابطه‌ی باورهای خودکارآمدی بر سلامت روانی و موفقیت تحصیلی دانشجویان. *مجله‌ی روانشناسی*، شماره ۳۲، ۳۶۰-۳۷۱.

بک، آرون تی؛ رایت، فرد دی؛ نیومن، کوریوف و لیس، بروس اس. (۱۹۹۳). درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدر. ترجمه‌ی محمدعلی گودرزی (۱۳۸۰). شیراز: انتشارات راهگشا.

رسولی‌آزاد، مراد؛ قنبری‌هاشم‌آبادی، بهرام‌علی و طباطبایی، سید محمود. (۱۳۸۸). تاثیر گروه‌درمان با رویکرد شناختی-رفتاری بر مردان وابسته به مواد افیونی با همبودی اختلال افسردگی اساسی. *مجله‌ی علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی*، شماره‌ی ۳، ۱۹۵-۲۰۴.

نجفی، مشتاق. (۱۳۸۵). بررسی اثر خودکارآمدی ادراک‌شده و بازخورد بر عملکرد ریاضی دانش‌آموزان سال دوم ریاضی-فیزیک دبیرستان‌های پسرانه ناحیه ۲ شهر زنجان. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشکده‌ی علوم تربیتی دانشگاه تربیت معلم تهران

Abou-Saleh, M. T. (2006). Substance use disorder: recent advances in treatment and models of care. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 305-310.

Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Education psychology*, 28 (2). 48-117.

Badr, H. E., & Moody, P. M. (2005). Self-Efficacy: A Predictor for Smoking Cessation Contemplators in Kuwaiti Adults. *International journal of behavioural medicine*, 12,4, 273-277.

Dolan, S. L., Martin, R. A., & Rohsenow, D. J. (2008). Self-efficacy for cocaine abstinence: pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addictive Behaviours*, 33 (5): 675-688.

Doran, N., McChargue, D., & Cohen, L. (2007). Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. *Addictive Behaviours*, 32, 90-98.

- Kouimtsid, C. H., Reynolds, M., Drummond, C., Davis, P., & Tarrrier, N. (2007). *Cognitive–Behavioural Therapy in The Treatment of Addiction: A Treatment Planner for Clinicians*. New York: The Guilford press.
- Kozlov, A. A., & Rokhlina, M. L. (2001). Dependence of the formation of the addictive personality on the predisposing factors, *Neurology and Psychiatry*, 101, 16-20.
- Hasin D, Liu X, Nunes E, MacCloud S, Samet S. (2002). Effects of major depression on remission and relapse of substance dependence. *Arch Gen Psychiatry*, 59, 375-80.
- Figlie, N., Dunn, J., Bazan, J. L., Laranjeira, R. (2005). The Stages of Change Scale Among Brazilian Alcohol Dependents. *Addictive Disorders & Treatments*, 4 (4), 161-165.
- Gross, J. J. (1999). Emotion and emotion regulation. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds). *Handbook of personality: Theory and reaserch* (2<sup>nd</sup>. Ed.) (pp. 525-552). New York: Gilford press.
- Naar-King, S., Wright, K., Parsons, J. T., Frey, M., Templin, T., & Ondersma, S. (2006). Transtheoretical Model and substance use in HIV-positive youth. *AIDS Care*, 18 (7), 839-45.
- Marques, A. C., & Formigoni, M.L. (2001). Comparison of individual and group cognitive-behavioural therapy for alcohol and / or drug-dependent patients. *Addiction*, 96, 835-846.
- Otto, M. W., Powers, M. B., & Fischmann, D. (2005). *Clinical Psychology Review*, outcome research study at one year changes in substance use health and criminal behaviour after one year. London: Department of health, preference in rat. *Brain Research*, 965, 212-21.
- Scott, M. Y., & Stradling, S. G. (1999). Group cognitive therapy for depression progress clinical significant reliable change in community based setting. *Behavioural Psychotherapy*.60, 230-242.
- Washengton, O. (1999). Effects of cognitive and experimental group therapy on self-efficacy and perception of employ ability of chemical dependence womens. *Mental Health Nursing*, 2 (3), 181-198.
- Sinha, D. (2001). How does increase risk of drug abuse and relapse? *Psychopharmacology*, 158, 343-359.