

مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری مبتنی بر مهارت‌های مقابله‌ای و نگاه‌دارنده درمان با متادون در بهبود راهبردهای تنظیم هیجان و پیشگیری از عود^۱

طاهره قربانی^۱، شهرام محمدخانی^۲، غلامرضا صرامی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۰۶/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۱۰/۲۵

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی میزان اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری مبتنی بر مهارت‌های مقابله‌ای و درمان نگاه‌دارنده با متادون در بهبود راهبردهای تنظیم هیجان و پیشگیری از عود به مصرف مواد انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر یک طرح شبه آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. برای نمونه گیری ۴۵ نفر از افراد سوء مصرف‌کننده‌ی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی ترک اعتیاد انتخاب و بطور تصادفی در سه گروه درمان شناختی-رفتاری، درمان نگاه‌دارنده با متادون و گروه گواه گمارده شدند. شرکت‌کنندگان هر سه گروه قبل و پس از پایان مداخله پرسش‌نامه‌ی هوش هیجانی را تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با درمان نگاه‌دارنده با متادون و گروه کنترل به بهبود معنادار تنظیم هیجان افراد مصرف‌کننده‌ی مواد منجر شد، ولی تفاوت معناداری بین گروه درمان نگاه‌دارنده با متادون و گروه کنترل مشاهده نشد. همچنین میزان عود به مصرف مواد در افراد شرکت‌کننده در گروه درمان شناختی-رفتاری نسبت به گروه درمان نگاه‌دارنده با متادون و گروه کنترل به طور معناداری کمتر بود ولی تفاوت معناداری بین گروه دارودرمانی و گروه کنترل مشاهده نشد. **نتیجه‌گیری:** درمان شناختی-رفتاری درمان مؤثری است که می‌تواند متغیرهای رفتاری و شناختی مرتبط با سوء مصرف مواد مانند راهبردهای تنظیم هیجانی را تغییر دهد. بنابراین با توجه به این یافته‌ها، برنامه‌های درمان سوء مصرف مواد باید این متغیرهای میانجی مصرف را هدف قرار دهند.

کلید واژه‌ها: سوء مصرف مواد، گروه درمانی شناختی-رفتاری، درمان با متادون، تنظیم هیجان

۱. این پژوهش با حمایت مالی ستاد مبارزه با مواد مخدر انجام شده است.

۲. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه تربیت معلم، پست الکترونیک: ghorbani_190@yahoo.com

۳. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تربیت معلم

۴. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تربیت معلم

مقدمه

از آنجا که تنظیم هیجان بخش مهمی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می‌دهد، تعجب آور نیست که آشفتگی در هیجان و تنظیم آن می‌تواند منجر به اندوهگینی و حتی آسیب روانی شود (آمستادتر^۱، ۲۰۰۸). بازنگری در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانپزشکی^۲ نشان داد که بیش از ۵۰٪ از اختلالات محور یک و ۱۰۰٪ اختلالات محور دو دلالت بر نقص‌هایی در تنظیم هیجان دارد (گروس^۳ و لوینسون^۴، ۱۹۹۷). در هر حال تعدادی از معیارهای ویژه در بعضی از اختلالات به نقص در تنظیم هیجان باز می‌گردد (کرینگ^۵ و ورنر^۶، ۲۰۰۴). هدف بسیاری از بررسی‌های انجام شده در زمینه هیجان، تنظیم پیامدهای آن بر رفتار و شناخت است (گروس، ۱۹۹۹). هنگامی که فرد با یک موقعیت هیجانی روبرو می‌شود، احساس خوب و خوش‌بینی به تنهایی برای کنترل هیجان‌های وی کافی نیست، او نیاز دارد که در این لحظات بهترین کارکرد شناختی را نیز داشته باشد تا بتواند هیجان‌های خود را کنترل کند (داماسیو^۷، ۱۹۹۴).

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 (گروس، ۱۹۹۹) 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 و (۲) راهبردهایی که پس از بروز حادثه و یا پس از هیجان فعال می‌شوند (این راهبردها نمی‌توانند از ایجاد هیجان‌های شدید پیشگیری کنند).

راهبردهای تنظیم هیجانی که قبل از بروز رخداد استرس‌زا فعال می‌شوند، باعث تعبیر و تفسیر موقعیت به نحوی می‌گردند که پاسخ‌های هیجانی مرتبط با آن موقعیت را کاهش

1. Amstadter
2. DSM-IV-R
3. Gross
4. Levinson
5. Kring
6. Verner
7. Damasio

دهند. این فرایند، ارزیابی دوباره^۱ نامیده می‌شود (بک^۲، ۱۹۹۱). برای نمونه، وقتی فرد یک رویداد در حال وقوع را به جای این که یک تهدید به حساب آورد، به عنوان یک چالش ارزیابی می‌کند، واکنش هیجانی آرام‌تری را نشان خواهد داد (توماکا^۳، بلاسکوویچ^۴، کیبلر^۵ و ارنست^۶، ۱۹۹۷).

در همین راستا، پژوهش‌های زیادی نشان داده که افراد سوء مصرف کننده‌ای که دچار مشکلات روانشناختی مثل استرس، اضطراب و افسردگی می‌شوند، برای تسکین حالات هیجانی آزارنده از مواد استفاده می‌کنند (سینها^۷، ۲۰۰۱). به بیان دیگر، این افراد، مصرف مواد را به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای اجتنابی، منفی و ناکارآمد برای کاهش مشکلات خود به کار می‌برند. هم چنین، برخی از سوء مصرف کنندگان، مواد را به خاطر تسکین اضطراب و کاهش احساسات پرخاشگرانه مصرف می‌کنند (کارور^۸ و شی‌یر^۹، ۱۹۹۰). در سال‌های اخیر توجه خاصی به درمان روانشناختی اختلال افسردگی و اضطراب همراه اختلال مصرف مواد شده است. به اعتقاد پژوهشگران با وجود میزان بالای شیوع همبودی این اختلالات و تعامل آن‌ها با یکدیگر و نقش بازدارنده اختلال افسردگی و اضطراب در بهبود مصرف مواد، روان‌درمانی‌های ارائه شده برای مصرف مواد، اختلالات همراه را به ندرت در نظر گرفته‌اند و همین مسأله مداخله‌های انجام گرفته در حوزه‌ی اختلالات مصرف مواد را کم اثر ساخته و عود مکرر به مصرف را در این بیماران در پی داشته است (هسین^{۱۰}، لیو^{۱۱}، نانز^{۱۲}، مک کلود^{۱۳} و سامت^{۱۴}، ۲۰۰۲). در همین راستا، شواهد نشان داده‌اند که درمان اختلالات خلقی (عاطفی) و اختلالات اضطرابی می‌تواند سوء مصرف

مواد را کاهش دهد (کویلو^۱، برادی^۲، سان^۳، ۲۰۰۵). در این میان از بین رویکردهای روانی-اجتماعی که در زمینه‌ی درمان سوء مصرف مواد ارزشیابی شده‌اند، درمان‌های شناختی-رفتاری حمایت تجربی بسیار بالایی را به دست آورده‌اند (کارول^۴، ۲۰۰۲؛ ترجمه‌ی بخشی پور و محمد خانی، ۱۳۸۱). تحقیقات نشان می‌دهد که گروه درمانی شناختی-رفتاری و درمان نگه‌دارنده با متادون در درمان اختلالات افسردگی و اضطراب همبود با سوء مصرف مواد مؤثرند (قدسی^۵ و ماکسول^۶، ۱۹۹۰؛ اتو^۷، پاورز^۸ و فیشمن^۹، ۲۰۰۵؛ اسپادا^{۱۰}، نیک‌ویک^{۱۱}، مونتا^{۱۲} و ایرسون^{۱۳}، ۲۰۰۶؛ پورنقاش تهرانی، ۱۳۸۷؛ رسولی آزاد، قنبری هاشم‌آبادی و طباطبائی، ۱۳۸۸).

هم‌چنین، پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که راهبردهای درمان شناختی-رفتاری، مصرف مواد و مشکلات مرتبط با آن را در سوء مصرف کنندگان مواد کاهش داده است (دنیس^{۱۴} و همکاران، ۲۰۰۴؛ کمینر^{۱۵}، برلسن^{۱۶} و گلدبرگر^{۱۷}، ۲۰۰۱؛ والدرون^{۱۸}، اسلسنیک^{۱۹}، برادی^{۲۰}، ترنر^{۲۱} و پترسون^{۲۲}، ۲۰۰۲؛ عاشوری، ۱۳۸۷). اما علیرغم این که درمان‌های شناختی-رفتاری در پیشگیری از عود بسیار مورد توجه قرار گرفته، تحقیقات در نشان دادن یک تصویر سازگار از اثر بخشی آنها ناتوان است (راسون^{۲۳}، ابرت^{۲۴}، مک‌کان^{۲۵} و ماری‌نلی - کاسی^{۲۶}، ۱۹۹۳). کارول (۱۹۹۶) بیان می‌کند که با توجه به اینکه در مورد اثربخشی درمان پیشگیری از عود تردید وجود دارد، نیاز به ارزیابی تجربی این نوع مداخلات و بررسی متغیرهای میانجی تاثیر گذار بر نتایج درمانی احساس می‌شود

1. Quello
3. Sonne
5. Ghodse
7. Otto
9. Fishman
11. Nikcevic
13. Ireson
15. Kaminer
17. Goldberger
19. Slesnik
21. Turner
23. Rawson
25. Mc Can

2. Brady
4. Carroll
6. Maxwell
8. Powers
10. Spada
12. Moneta
14. Deniss
16. Bursleson
18. Waldron
20. Brody
22. Peterson
24. Obert
26. MarineliKasi

(به نقل از ایروین^۱، بوئرز^۲، دان^۳ و ونگ^۴، ۱۹۹۹). بنابراین، پژوهش حاضر به منظور بررسی و مقایسه اثربخشی درمان نگهدارنده با متادون و گروه درمانی شناختی-رفتاری مبتنی بر مهارت‌های مقابله‌ای، در ایجاد تغییرات شناختی و رفتاری میانجی مصرف مواد نظیر تنظیم هیجان و همچنین پرهیز از مصرف انجام شده است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه‌ی پژوهش حاضر شامل کلیه‌ی افرادی است که مبتلا به سوءمصرف مواد بوده و برای درمان وابستگی خود طی سه ماه (مهر تا آذر ماه ۱۳۸۸) 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. تعداد افراد مراجعه‌کننده به این مراکز، ۷۰۰ نفر بود. منظور از افراد سوءمصرف‌کننده، افرادی است که یک یا چند ماده را از راه‌های گوناگون، مانند خوردن، تزریق، تدخین و استنشاق، به صورت مداوم مصرف می‌کنند و این علائم سبب مراجعه‌ی آن‌ها و استمداد از مراکز درمانی فوق شده است. در پژوهش حاضر، افراد سوءمصرف‌کننده، حداقل یک ماده مانند شیر، تریاک و... را مصرف می‌کردند.

از آن‌جا که تعداد مطلوب نمونه در گروه درمانی بین ۸ تا ۱۲ نفر بیان شده است، در پژوهش حاضر، نمونه شامل سه گروه ۱۵ نفره بود که به‌طور تصادفی از بین جامعه انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری از نوع نمونه‌گیری داوطلبانه در دسترس بود. اعضای نمونه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مثل تعداد عودهای گذشته، سن، جنس، تحصیلات و طبقه‌ی اقتصادی-اجتماعی که بر اساس پژوهش‌های انجام شده می‌تواند

بر نتایج پژوهش اثر بگذارند، با هم همتا شدند. برای هم‌تاسازی سن ۱۸-۳۵ سال مورد بررسی قرار گرفت. افراد شرکت‌کننده در پژوهش را مردان حداقل دارای مدرک سیکل تشکیل می‌دادند و سه گروه از نظر مدرک تحصیلی، همتا شدند. هم‌چنین طبقه‌ی اقتصادی-اجتماعی بر اساس درآمد تعیین شد. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به سه گروه درمانی شامل این موارد بودند: ۱- مصاحبه‌ی بالینی ساختماند که توسط آزمایشگر انجام شد، ۲- سن (بین ۱۸ تا ۳۵ سال)، ۳- جنس (تنها مرد)، ۴- سطح تحصیلات (از راهنمایی تا لیسانس)، ۵- سابقه‌ی عود (از ۲ تا ۵ بار)، ۶- عدم وجود اختلال بالینی همزمان در محورهای اول، دوم و سوم، ۷- عدم وجود اختلال پزشکی در محور سوم.

ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از گروه مورد بررسی نیز شامل موارد زیر بود: ۱- در صورت وجود نشانگان شدید بالینی یا مشکلات موجود در محورهای اول، دوم و سوم (بر اساس پرونده‌ی روانپزشکی فرد)، ۲- عدم محرز شدن ملاک‌های ورود به درمان (سن، جنس، سطح تحصیلات، سابقه‌ی عود). هم‌چنین، اطلاعات جمعیت شناختی مرتبط با هر فرد در ابتدای ورود به چرخه‌ی درمان در پرونده‌ی روانپزشکی فرد درج شده است.

۶۴

64

ابزار

۱- مصاحبه‌ی تشخیصی: برای ایجاد رابطه‌ی درمانی اولیه، تشخیص، توجیه افراد و جلب مشارکت آنها برای شرکت در جلسات گروه درمانی، ابتدا یک مصاحبه‌ی تشخیصی بر اساس معیارهای راهنمای تشخیصی آماری نسخه‌ی چهارم انجام شد. هم‌چنین، این مصاحبه وسیله‌ای برای هم‌تاسازی سه گروه درمانی شناختی-رفتاری، درمان‌نگه‌دارنده با متادون و گروه گواه، بر اساس ملاک‌های ورود به درمان بود.

۲- خرده‌مقیاس تنظیم هیجان^۱ پرسشنامه‌ی هوش هیجانی: در این پژوهش از مقیاس هوش هیجانی- که توسط شات^۲ و همکاران در سال ۱۹۹۸ و بر اساس الگوی اولیه‌ی هوش

1. emotion regulation

2. Shutte

هیجانی مایر^۱ و سالووی^۲ (۱۹۹۰) ساخته شد- استفاده شده است. این مقیاس، شامل ۳۳ جمله‌ی توصیفی مانند «هنگامی که من دارای خلق مثبت (مانند شادی) هستم، حل مشکلات برای من آسان تر است»، می‌باشد. این مقیاس، شامل سه مؤلفه‌ی تنظیم هیجان، ارزیابی و بیان هیجان و بهره برداری از هیجان است، که در پژوهش حاضر، جهت مشخص نمودن میزان بهبود راهبردهای تنظیم هیجان، از مؤلفه‌ی تنظیم هیجان مقیاس هوش هیجانی استفاده شده است. در این پرسشنامه، آزمودنی درجه‌ی موافقت یا مخالفت خود را با هر جمله در یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف = ۱ تا کاملاً موافق = ۵، انتخاب می‌کند. در این پرسش نامه سوالات ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۲۰، ۲۳، ۲۶، ۲۷، ۳۰ و ۳۱ برای سنجش تنظیم هیجان طراحی شده است. سیاروچی^۳، دین^۴ و اندرسون^۵ (۲۰۰۰) اعتبار این ابزار را روی نوجوانان ۱۳ تا ۱۵ ساله ۰/۸۴ و برای خرده مقیاس‌های ارزیابی و ابراز هیجان، تنظیم هیجان و بهره برداری از هیجان به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۶ و ۰/۵۵ گزارش کردند (به نقل از جهانگیری، ۱۳۸۳). شات و همکاران (۱۹۹۸) بین نمره‌ی بالا در این مقیاس و نمره‌ی پایین در عاطفه‌ی منفی و نمره‌ی بالا در عاطفه‌ی مثبت، برون‌گرایی، گشاده‌رویی و همدلی رابطه نشان دادند. جاوید (۱۳۸۱) اعتبار مقیاس هوش هیجانی کل را بر پایه‌ی آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کرد و هم‌چنین همبستگی آن را با افسردگی ۰/۳۳ و اضطراب ۰/۲۵- گزارش داد. در پژوهش جهانگیری (۱۳۸۳) اعتبار محاسبه شده برای زیر مقیاس تنظیم هیجان ۰/۷۸ به دست آمد. صادقی (۱۳۸۸) اعتبار مؤلفه‌ی تنظیم هیجان این آزمون را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آورد.

۳- تست آزمایشگاهی برای تشخیص سریع: این تست، یک تست تشخیص کیفی است که برای تعیین مورفین در نمونه‌ی ادرار انسان، تشخیص پزشکی و سایر تشخیص‌های حرفه‌ای (فقط برای شرایط آزمایشگاهی) استفاده می‌شود. طبق اظهارات کارشناس آزمایشگاه، این

یک تست تشخیص سریع است که برای تعیین مورفین یا هر نوع ماده‌ی مخدر دیگر به کار می‌رود. این تست به صورت یک نوار باریک است که داخل آن مقداری مورفین به صورت فشرده و مصنوعی اضافه شده است. زمانی که نوار را داخل ادرار می‌زنیم در صورتی که فرد مواد مصرف کرده باشد، مورفین داخل ادرار با مورفین داخل نوار با هم رقابت می‌کنند و مورفین موجود در بدن انسان خودنمایی می‌کند. در نتیجه روی نوار یک خط دیده می‌شود که نشان‌دهنده‌ی وجود مورفین است. در موارد منفی که فاقد هرگونه مورفین است، دو خط دیده می‌شود.

روند اجرای جلسات: کاربرندی آزمایش در پژوهش حاضر، اجرای ۱۰ جلسه گروه درمانی شناختی-رفتاری و ۱۰ جلسه دارودرمانی است. درمان شناختی-رفتاری به صورت گروهی اجرا شد. طراحی فرایند درمان و جلسات درمانی به این صورت بود که در هر جلسه فرد مهارت‌های خاصی، مثل مهارت‌های مقابله با وسوسه و راهبردهای تنظیم هیجان را آموزش می‌دید. برای آموزش این مهارت‌ها، ابتدا در سه جلسه‌ی اول، آزمودنی‌ها با الگوی شناختی-رفتاری مصرف مواد، شامل شناسایی زنجیره‌ی رخداد‌های شناختی-رفتاری مرتبط با مصرف مواد (مثل شناخت موقعیت‌ها، احساسات، عقاید، افکار و اعمال خاص (رفتار)، پیشایندها و پیامدهای رفتار، موقعیت‌های برانگیزاننده و غیره) و روش‌های کاهش وسوسه آشنا شدند. در سه جلسه‌ی بعدی، آزمودنی‌ها با نحوه‌ی شناسایی افکار خودآیند منفی، خطاهای شناختی و آگاهی یافتن از عوامل شروع‌کننده و وسوسه‌انگیز و ارتباط آن با مصرف مواد در موقعیت‌های پرخطر، نحوه‌ی مقابله با استرس و روش‌های جایگزین برای مصرف مواد آشنا شدند. در ۴ جلسه‌ی آخر، روش‌های مقابله با خلق منفی و فقدان مواد، روش‌های کنترل خشم و غیره آموزش داده شد. هم‌چنین، در هر جلسه، تکالیفی به افراد داده شد تا مهارت‌های آموخته شده در جلسات درمانی، مورد تمرین و تکرار قرار گیرد.

جدول زیر گام‌های درمانی انجام شده در زمان برگزاری جلسه‌های درمان را نشان می‌دهد.

جدول ۱: گام‌های درمانی انجام شده در زمان برگزاری جلسه‌های درمان را نشان می‌دهد

| زمان بندی جلسات درمان | درمان شناختی-رفتاری | دارودرمانی | گروه کنترل |
|-----------------------------|---|--|------------|
| سه جلسه اول هفته ۱ الی ۳ | شناسایی زنجیره‌ی شناختی-رفتاری | شروع دارو درمانی | گردهمایی |
| سه جلسه دوم هفته ۴ الی ۶ | مقابله با وسوسه، استرس و افکار منفی | ادامه‌ی فرایند دارودرمانی | گردهمایی |
| چهار جلسه سوم هفته ۷ الی ۱۰ | آموزش مهارت‌های مقابله با وسوسه، خلق منفی و خشم | ادامه‌ی فرایند دارودرمانی + ارزیابی اثربخشی دارو | گردهمایی |

یافته‌ها

در ابتدا مشخصات توصیفی سه گروه در متغیر تنظیم هیجان در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیر تنظیم هیجان در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در

سه گروه درمانی

| شاخص‌های آماری گروه‌ها | میانگین پیش‌آزمون | انحراف استاندارد | میانگین پس‌آزمون | انحراف استاندارد | میانگین گروه‌ها در پیگیری | انحراف استاندارد |
|---------------------------------|-------------------|------------------|------------------|------------------|---------------------------|------------------|
| گروه درمان شناختی-رفتاری | ۳۰/۱ | ۴/۳۸ | ۴۵/۸ | ۳/۹۱ | ۴۸/۵ | ۲/۲۲ |
| گروه درمان نگه‌دارنده با متادون | ۳۱/۹ | ۳/۵۱ | ۳۸/۱ | ۲/۹۹ | ۴۰/۸ | ۳/۱۹ |
| گروه گواه | ۳۲/۳ | ۵/۲۰ | ۳۴/۱ | ۳/۸۲ | ۳۶/۷ | ۳/۱۲ |
| کل | ۳۱/۴۳ | ۴/۳۶ | ۳۹/۳۳ | ۳/۶۰ | ۴۲ | ۲/۸۴ |

از آنجا که در پژوهش حاضر از سه گروه آزمایش و گواه برای نشان دادن اثر درمان استفاده شده و هر گروه نیز دارای نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون است، لذا برای محاسبات می‌بایستی از تحلیل کواریانس استفاده شود. برای انجام تحلیل کواریانس، ابتدا پیش‌فرض

تساوی واریانس‌ها، در بین نمرات سه گروه آزمودنی از طریق آزمون لون بررسی شده است. نتایج این تحلیل نشان می‌دهد که تفاوت معناداری در واریانس سه گروه مشاهده نمی‌شود و لذا شرط تساوی واریانس‌ها وجود دارد و می‌توان اطمینان حاصل کرد که پراکنندگی نمرات در هر سه گروه یکسان است.

جدول ۳: تحلیل کواریانس در متغیر تنظیم هیجان

| منبع تغییر | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری |
|------------|------------|-----------------|------|--------------|
| پیش آزمون | ۱ | ۲۴/۳ | ۷/۲ | ۰/۰۱ |
| گروه | ۲ | ۲۳۱/۸ | ۶۸/۹ | ۰/۰۰ |

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

هم‌چنین، نتایج بررسی پیشگیری از عود در تحقیق حاضر در پیش آزمون و پس آزمون نشان داد که تفاوت معناداری در میزان عود در مرحله‌ی پس آزمون یا پایان درمان گروهی بین سه گروه وجود دارد. در مرحله‌ی پایان درمان گروهی، میزان عود در گروه درمانی شناختی-رفتاری ۲ نفر یا ۲۰٪، در گروه درمان نگه‌دارنده با متادون ۴ نفر یا ۴۰٪ و در گروه گواه ۷ نفر یا ۷۰٪ بود. در نتیجه، یافته‌ها نشان‌دهنده‌ی اثربخشی بیشتر گروه درمانی شناختی-رفتاری در پیشگیری از عود است.

جدول ۴: میزان عود در سه گروه مورد بررسی

| متغیر | گروه الف* | گروه ب** | گروه ج*** |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|
| | ۱۰ نفر | ۱۰ نفر | ۱۰ نفر |
| | فراوانی (%) | فراوانی (%) | فراوانی (%) |
| عود در پس آزمون | ۲ (۲۰٪) | ۴ (۴۰٪) | ۷ (۷۰٪) |

* گروه الف: گروه درمان شناختی-رفتاری، ** گروه ب: گروه درمان نگه‌دارنده با متادون، *** گروه ج: گروه گواه

بحث و نتیجه گیری

به طور کلی یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری برای بهبود راهبردهای تنظیم هیجان افراد سوءمصرف کننده‌ی مواد مؤثرتر است. گروه آزمایشی که درمان شناختی-رفتاری دریافت کرده بودند، در مقایسه با گروه دارودرمانی و گروه گواه که در لیست انتظار بودند، در متغیر وابسته‌ی تنظیم هیجان بهبود معنادار و پایدارتری نشان دادند. نتایج حاصل از پژوهش حاضر، با یافته‌های فیشر^۱ و اسکات^۲ (۱۹۹۶)، مارگوس^۳ و فورمیگونی^۴ (۲۰۰۱)، اتو و همکاران (۲۰۰۴) و رسولی و همکاران (۱۳۸۸) همخوانی دارد. پژوهشگران در بررسی علل شیوع سوءمصرف مواد و عود به آن پس از درمان، به عوامل مختلفی هم چون تنیدگی و نبود مهارت‌های مقابله‌ای مناسب، فقدان جرأت‌ورزی و وضعیت سلامت روانی، هم چنین وضعیت خلقی نامناسب به خصوص در همبودی با اختلال افسردگی اساسی اشاره کرده‌اند. برای مثال، بر اساس نظریه‌ی خود درمانی کانتزریان سوءمصرف مواد از جانب افراد معتاد نوعی خود درمانی دانسته می‌شود که برای رفع مشکلاتی مانند افسردگی از آن استفاده می‌کنند (گلنیش^۵، ۱۹۹۷).

در مدل بک نیز، هیجان‌ات منفی و ناتوانی در مدیریت مناسب آن‌ها یکی از محرک‌های مهم برای از سرگیری سوءمصرف مواد عنوان شده است. پژوهش‌های تجربی انجام گرفته در این زمینه نشان داده است که سوءمصرف کنندگانی که از راهبردهای تنظیم هیجان بهتر استفاده می‌کنند، در دوره‌ی درمان موفق‌تر هستند. برعکس، افرادی که قادر به کنترل هیجان‌ات خود نیستند، به احتمال زیاد مصرف کننده‌ی دائمی مواد می‌شوند (دوران^۶، مک^۷ چارگو^۷ و کوهن^۸، ۲۰۰۷).

بنابراین، استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان هم‌اکنون به‌عنوان یکی از برنامه‌های درمانی جامع در پیشگیری از عود مطرح می‌باشد. با توجه به این که کوپر^۱، فرون^۲، راسل^۳ و مودار^۴ (۱۹۹۵) نشان دادند که نوجوانانی که از نوشیدن به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای برای هیجانات منفی مثل اضطراب و افسردگی استفاده می‌کنند، به مصرف افراطی الکل می‌پردازند و مشکلات بیشتری را در رابطه با مصرف متحمل می‌شوند، در نتیجه، آموزش راهبردهای مقابله‌ای شیوه‌ی مناسبی برای جایگزینی مصرف مواد است.

بنابراین، بر طبق نتایج پژوهش حاضر با وجود این که درمان‌های دارویی از جمله متادون در تنظیم هیجان فرد مؤثر هستند، درمان‌های شناختی-رفتاری اثربخشی بیشتری از دارو درمانی دارند. به‌طور کلی یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری برای پیشگیری از عود در افراد سوء مصرف کننده‌ی مواد مفیدتر است. این یافته به این معناست که مداخله‌ی شناختی-رفتاری برای پیشگیری از عود مؤثرتر است. این نتایج با یافته‌های راسون و همکاران (۲۰۰۲) مارگوس و فارمیگونی (۲۰۰۱)، دنیس و همکاران (۲۰۰۴)، کمینر و همکاران (۲۰۰۱) والدرن و همکاران (۲۰۰۲)، مارس^۵ (۲۰۰۱)، مارک^۶، لیت^۷، کادن^۸، کابلا-کورمیر^۹ و نانسی^{۱۰} (۲۰۰۸)، گودرزی (۱۳۸۵) و محرابی، محرابی، نشاط دوست و مولوی (۱۳۸۴) هم‌سو است.

پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند که وقتی سطح مصرف مواد به درجه‌ای از شدت می‌رسد که فرد ناگزیر به درمان می‌شود، احتمالاً از مواد به‌عنوان راهی برای مقابله با طیف گسترده‌ای از مشکلات میان فردی بهره می‌برد. این وضع به چند دلیل رخ می‌دهد. ممکن است فرد در دوره‌ی نوجوانی راهبردهای مؤثر مقابله با مشکلات زندگی بزرگسالی را

1. Cooper
2. Frone
3. Russell
4. Mudar
5. Mars
6. Mark
7. Litt
8. Kadden
9. Kabela-Cormier
10. Nancy

فرا نگرفته باشد یا ممکن است در دوره‌ای این راهبردها را فرا گرفته باشد، ولی به دلیل کاربرد پی در پی مصرف مواد به عنوان راهی برای رویارویی با مشکلات، این مهارت‌ها ضعیف شده باشند. هم‌چنین، ممکن است این بیماران به علت درگیری درازمدت با سبک زندگی متکی به مصرف مواد که در آن بخش مهمی از وقت آنان صرف تهیه، مصرف و سپس بهبودی اثرات مواد می‌گردد، راهبردهای مؤثر را فراموش کرده باشند (کارول، ۲۰۰۲؛ ترجمه‌ی بخشی پور و محمدخانی، ۱۳۸۱).

از آن‌جا که مهارت‌های مقابله‌ای قابل آموزش و یادگیری است، در درمان شناختی-رفتاری بر این فرض نظریه‌ی یادگیری اجتماعی تأکید می‌شود که افراد سوء مصرف کننده‌ی مواد، نیازمند فراگیری مهارت‌های انطباقی و جایگزینی روش‌های سازگارانه‌ای برای مقابله با مشکلات‌شان و جستجوی لذت هستند (رهسنو^۱، سیروتا^۲، مارتین^۳ و مونت^۴، ۲۰۰۴). بنابراین، مداخله‌ی شناختی-رفتاری با آموزش مهارت‌های ضروری و مورد نیاز این افراد، زندگی بیماران را تغییر داده و زندگی بدون مواد را به آنها آموزش می‌دهد. هم‌چنین، در این رویکرد با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای توانایی فرد برای کنار آمدن با وسوسه و نشانه‌های ترک افزایش می‌یابد. از این رو درمان شناختی-رفتاری، درمانی مؤثر برای افراد مبتلا به سوء مصرف مواد محسوب می‌شود. امروزه گروه‌درمانی به‌عنوان درمان انتخابی اختلالات وابستگی به مواد (میلر^۵ و اسمیت^۶، ۱۹۹۷؛ خانتازیان^۷، ۱۹۹۹) دارای توان بالقوه برای حمایت و مواجهه‌ی بیمار با اختلال و به چالش کشیدن بینش اعضاء پیرامون مسایل فردی و شخصیتی است (خانتازیان، ۱۹۹۹).

اثر بخشی این مداخلات می‌تواند ناشی از شرکت در جلسات گروهی باشد که بیمار را در جهت رسیدن به یک پاکی بادوام کمک می‌کند و به او راهکارهای مناسبی برای مقابله با عوارض دوران ترک نظیر میل به مصرف مواد، تحریک‌پذیری، احساس پوچی و غیره

ارائه می‌کند. با وجود اثربخشی دارودرمانی در کاهش مصرف مواد، اثرات جانبی ناشی از داروها و ترک ناگهانی آن‌ها، فقدان جایگزینی راهکارها و مهارت‌های مناسب به‌جای مواد، لزوم ایجاد و توسعه‌ی روش‌های غیر دارویی مثل روش‌های روانشناختی به‌شدت احساس می‌شود و ضرورت دارد که سرمایه‌گذاری مناسبی برای این امر انجام شود. سرانجام، پژوهش حاضر نشان داد که مداخله‌های روانشناختی بخش اجتناب‌ناپذیر درمان سوءمصرف مواد هستند. این روش‌ها باعث ایجاد انگیزه، افزایش حمایت اجتماعی و یادگیری مهارت‌های مقابله‌ای در برخورد با مشکلات ناشی از مصرف مواد می‌شود.

منابع

- پورنقاش تهرانی، سید سعید (۱۳۸۷). مقایسه‌ی اثربخشی درمان نگه‌دارنده با متادون و درمان سم‌زدایی با متادون بر نشانه‌های اضطراب و افسردگی افراد وابسته به مواد مخدر. *مطالعات روانشناختی*، شماره‌ی ۲، دوره‌ی ۴، ۱۰۰-۸۱.
- جاوید، مهناز (۱۳۸۱). *بررسی اعتبار و روایی سازه مقیاس هوش هیجانی شوت در نوجوانان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه تربیت مدرس.
- جهانگیری، مالک (۱۳۸۳). *رابطه بین عملکرد خانواده و هوش هیجانی نوجوانان پایه‌های دوم و سوم راهنمایی شهر تهران (۸۳-۸۲)*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- رسولی آزاد، مراد؛ قنبری‌هاشم‌آبادی، بهرام‌علی؛ طباطبایی، سید محمود (۱۳۸۸). تأثیر گروه‌درمان با رویکرد شناختی-رفتاری بر مردان وابسته به مواد افیونی با همبودی اختلال افسردگی اساسی. *مجله‌ی علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی*، ۳، ۲۰۴-۱۹۵.
- صادقی، نگار (۱۳۸۸). *بررسی مدل علی هیجان منفی، عقاید هسته‌ای، باورهای مرتبط با مواد، وسوسه، تنظیم هیجان و بازگشت به مصرف مواد*. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- عاشوری، احمد؛ ملازاده، جواد؛ محمدی، نور... (۱۳۸۷). اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری در بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و پیشگیری از عود در افراد معتاد. *مجله‌ی روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۳، ۲۸۱-۲۸۸.
- کارول، کاتلین، ام (۱۳۸۱). *راهنمای عملی درمان شناختی-رفتاری سوءمصرف مواد*. ترجمه‌ی عباس بخشی پور رودسری و شهرام محمدخانی. تهران: انتشارات اسپند هنر.
- گودرزی، ناصر (۱۳۸۵). *بررسی اثر بخشی روش درمان فعال سازی رفتاری و قراردادی گروهی بر درمان اختلالات مصرف مواد افیونی*. پایان‌نامه دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه تهران.

محرابی، حسینعلی؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ مولوی، حسین (۱۳۸۴). بررسی اثربخشی گروه‌درمانی ساختاریافته و آموزش خانواده در کاهش عود بیماران وابسته به مواد شهر اصفهان. **مجله روانشناسی**، ۳۱، ۲۶۲-۲۷۸.

- Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. **Anxiety Disorders**, 22, 211-221.
- Baschnagel, J. S., Coffey, S. F., Schumacher, J. A., Drobles, D.J., & Saladin, M. E. (2008). Relationship between PTSD symptomatology and nicotine dependence severity in crime victims. **Addictive Behaviours**, 11, 1441-1447.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. **American Psychologist**, 46, 368-375.
- Carver, C. S. Scheier, M. F. (1990). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. **Journal of Personality and Social Psychology**, 51, 1257-1264.
- Cooper, M. L., Frone, M. R., Russell, M., & Mudar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: A motivational model of alcohol use. **Journal of Personality and Social Psychology**, 69, 990-1005.
- Damassio, A. R. (1994). **Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain**. New York. Grossett / Putnam.
- Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J., & et al. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials. **Journal of Substance Abuse Treatment**, 27, 197- 213.
- Doran, N., McChargue, D., & Cohen, L. (2007). Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. **Addictive Behaviours**, 32, 90-98.
- Fisher, M., Scott, S. R. (1996). Effectiveness study of two group models with substance abusing mentally ill (multi challenged) consumers. **J Alcohol Drug Educ**, 52, 25-38.
- Ghodse, H., Maxwell, D. (1990). **Substance Abuse and Dependency**. MC Millan press.
- Gollnisch, G. (1997). Multiple predictors of illicit drug use in methadone maintenance clients. **Addiction Behaviours**, 22, 353-366.
- Gross, J. J. (1999). **Emotion and emotion regulation**. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds). *Handbook of personality: Theory and reaserch* (2nd. Ed.) (pp. 525-552). New York: Gilford press.
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: the acute effects of inhibiting negative and positive emotion. **Journal of Abnormal Psychology**, 106, 95-103.
- 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.
- Ingram, A. E., Hayes, A., & Scott, W. (2000). Empirically supported treatments: A critical analysis. In C.R. Snyder R. E. Ingram (Eds.). **Handbook of psychological change**. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E., & Wang, M. C. (1999). Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic Review. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 67, 563-335.

- Kaminer, Y., Burlison, J. A., & Goldberger, R. (2001). Cognitive-behavioural coping skills and psychoeducation therapies for adolescent substance abuse. **J Nerv Ment Dis**, 190: 737-745.
- Khantazian, E. J. (1999). **Textbook of Substance Abuse Treatment**. 2th. Edition. Philadelphia: Brunner / Mazel Company.
- Kring, A. M., & Werner, K. H. (2004). **Emotion regulation and psychopathology**. In: P. Philippot & R. S. Feldman (Eds). The regulation of emotion (pp. 359-385). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Mark, D., Litt, Ronald, M., Kadden, E., Kabela-Cormier, & Nancy, M. P. (2008). Coping skill training and contingency management for marijuana dependence exploring mechanism of behaviour change. **Addiction**, 103 (4), 630-638.
- 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.
- Mars, K. (2001). Psychotherapeutic interventions for cannabis abuse. Studies / trials. Published. Friday, 21-Jul, 2006.
- Miller, N. S., & Smith D. E. (1997). **Manual of Therapeutic for Addictions**. New York: John Wiley Publication.
- Ogles, B. M., Lunner, K. M., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application and current practice. **Clinical Psychology Review**, 21, 421-446.
- 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, 212-221.
- Quello, B. S., Brady, T. K., & Sonne, C. S. (2005). Mood disorders and substance use disorder: A complex comorbidity. **Sci Pract Perspective**, 8-13.
- Rasown, A. A. (2002). A comparison of contingency management & cognitive behavioural approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence. **Archives of General Psychiatry**, 59, 817-824.
- Rohsenow, D. J., Sirota, A. D., Martin, R. A., Monti, P. M. (2004). The cocaine effects questionnaire for patient populations: development and psychometric properties. **Addiction behavior**, 29, 537-553.
- Sinha, D. (2001). How does increase risk of drug abuse and relapse? **Psychopharmacology**, 158, 343-359.
- Spada, M., Nikcevic, A. V., Moneta, G. B., & Ireson, J. (2006). Metacognition as a mediator of the effect of test anxiety on surface approach to studying. **Educational Psychology**, 26, 1-10.
- Tomaka, J., Blascovich, J., Kibler, J., & Ernest, J. M. (1997). Cognitive and physiological antecedents of threat and challenge appraisal. **Journal of Personality and Social Psychology**, 73, 63-72.
- Waldron, H. R., Slesnick, N., Brody, J. L., Turner, C. W., & Peterson, T. R. (2002). Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4-7- month assessments. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 69, 802-813.