

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر افزایش خود کارآمدی و بهبود علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد

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

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۰۱/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۰۲/۰۲

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به منظور اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر افزایش خود کارآمدی و بهبود علائم اعتیاد در بیماران وابسته به موادمخدر صورت گرفت. **روش:** به این منظور، ۹۰ نفر از بیماران وابسته به مواد که در سه مرکز ترک اعتیاد خصوصی فارابی ارومیه، مرکز گذری راه نو ارومیه و زندان مرکزی ارومیه تحت درمان متادون قرار داشتند با استفاده از نمونه گیری تصادفی در دو گروه آزمایشی (۴۵ نفر) و کنترل (۴۵ نفر) بررسی شدند. گروه مورد آزمایش به مدت ۱۲ جلسه تحت درمان شناختی-رفتاری به سبک کارول قرار گرفتند و گروه کنترل فقط داروی متادون و دیگر داروهای فیزیکی دریافت می کردند. همه آزمودنی‌ها در ابتدای پژوهش، در حین پژوهش (بعد از سه ماه) و سه ماه بعد از درمان (پیگیری) پرسشنامه خود کارآمدی را تکمیل کردند و از نظر میزان بهبودی علائم اعتیاد و روند درمان با استفاده از پرسشنامه نیمرخ اعتیاد مادزلی و توسط روان شناس مورد سنجش قرار گرفتند. **یافته‌ها:** آزمون تحلیل کواریانس حکایت از اثربخشی درمان و بقای آن در افزایش خود کارآمدی و کاهش نمرات نیمرخ مادزلی داشت. **نتیجه گیری:** درمان شناختی-رفتاری در افزایش خود کارآمدی و بهبود سلامت روانی و جسمانی بیماران وابسته به موادمخدر مؤثر است.

کلید واژه‌ها: درمان شناختی رفتاری، بیماران وابسته به مواد، خود کارآمدی

۱. نویسنده مسؤول: استادیار گروه روان‌شناسی عمومی دانشگاه پیام نور تهران. پست الکترونیک: hkamarzarin2002@yahoo.com

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی عمومی دانشگاه پیام نور تهران

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه پیام نور تهران

مقدمه

در حال حاضر اختلال‌های مصرف مواد^۱ و پیامدهای ناخوشایند ناشی از آن یکی از مهم ترین مشکلات سلامت عمومی در سراسر جهان به شمار می‌آید (دالی و مارلات^۲، ۲۰۰۵). اختلال‌های مصرف مواد یکی از عواملی است که به‌طور مستقیم و غیر مستقیم سبب اختلال در نظم و امنیت جامعه شده (ورنان کلمن^۳؛ ترجمه میرفخرایی، ۱۳۸۷) و هم از بعد شخصی و هم از بعد اجتماعی تأثیر عمیقی بر حوزه‌های حقوقی، اجتماعی، زیستی و مالی در جهان به‌جا گذاشته است. علاوه بر میلیون‌ها نفر که در جهان از این عارضه اجتماعی رنج می‌برند، آثار و تبعات آن، روی زندگی میلیون‌ها نفر دیگر نیز به‌طور غیر مستقیم تأثیر می‌گذارد (جنکینز^۴، ۲۰۰۹). براساس نظریه یادگیری اجتماعی بندورا، مصرف ماده‌ی مخدر ناشی از الگوگیری فرد از افرادی است که انتظارات مثبتی در زمینه مصرف مواد مخدر دارند. به عبارت دیگر، الگوهای موجود در محیط زندگی، فرد را به دلیل مصرف مواد تشویق و تقویت می‌کنند (لیف و استسی^۵، ۲۰۰۴). بسیاری از درمان‌جویان دچار سوءمصرف مواد، الگوهای تفکر خاصی دارند که موجب تداوم اختلال آن‌ها می‌شود و ممکن است مانع ایجاد تغییر شوند (بک، رایت، نیومن و لایز^۶، ۱۹۹۳). این الگوهای تفکر را باورهای مرتبط با انتظارات^۷، باورهای مرتبط با اجازه مصرف^۸، باورهای انتظار و باورهای فرد در زمینه‌ی مصرف مواد تشکیل می‌دهند. این باورها شامل افکار و ایده‌هایی درباره لذت‌طلبی، حل مسأله، برجسته بودن و فرار است که ممکن است در دوره‌ی کودکی فرد شکل گرفته باشند (بک و همکاران، ۱۹۹۳).

روش‌های درمانی متفاوتی برای درمان وابستگی به مواد وجود دارد. به نظر می‌رسد در حال حاضر بیشترین تأکید روی درمان‌های نگهدارنده باشد و در این روش‌ها از انواع داروهای مخدر و غیرمخدر استفاده می‌شود. مرور مطالعات گذشته نشان می‌دهد که اثربخشی درمادهای نگهدارنده دارویی، بدون مداخله‌های روانی اجتماعی، به علت تأکید

1. substance use disorders
4. Jenkins
7. expectation beliefs

2. Dalley & Marlatt
5. Leigh & Stacy
8. permission beliefs

3. Vernon Kolman
6. Beck, Wright, Newman & Liese

صرفاً دارویی موفقیت چندانی نداشته است. به نظر می‌رسد بسیاری از معتادانی که تحت درمان قرار می‌گیرند، دچار عود می‌شوند (دباغی، اصغرنژاد، عاطف وحید و بوالهبری، ۱۳۸۷). در دهه‌ی گذشته، برای آن دسته از بزرگسالانی که مبتلا به اختلال مصرف الکل و سایر داروها بودند روش‌های درمان و معالجه خاصی ارائه شده و به کار گرفته شده است که می‌توان آن‌ها را در چند بخش شامل درمان چند سیستمی و مداخلات مبتنی بر خانواده، درمان افزایش و تقویت انگیزشی، درمان رفتاری، و درمان شناختی-رفتاری تقسیم کرد. یکی از الگوهای مداخله‌ای روانشناختی برجسته در درمان اعتیاد و پیشگیری از عود در سال‌های اخیر الگوی درمانی شناختی-رفتاری است، که بر کمک به بیمار، برای کسب مهارت‌های مقابله‌ای لازم به‌منظور مدیریت موقعیت‌های خطرناک و درمان اختلالات روانشناختی همراه، تمرکز دارد. در مورد تأثیر و کارایی مداخله‌های شناختی-رفتاری در درمان اختلال‌های مصرف مواد، ارزشیابی‌های زیادی صورت گرفته که نتایج آن‌ها نشان دهنده کارایی این رویکرد درمانی است. در این تحقیقات، کارایی رویکرد شناخت-رفتاردرمان‌گری با رویکردهای بدیل و گروه کنترل مقایسه شده است (میلر، ویلبورن و هتاما^۱، ۲۰۰۳). در سال‌های اخیر این نوع درمان پیشرفت زیادی کرده است و روش‌هایی ایجاد شده است که به نحو وسیعی در درمان افسردگی، اضطراب، ترس، درد و اعتیاد کارایی دارد. نیک^۲ (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای برای چهار مورد بالینی معتادان مرد درمان شناختی-رفتاری را مؤثر گزارش کرده است. او نتیجه‌گیری می‌کند که یافته‌ها به‌طور آشکار نشان می‌دهند که رویکرد شناختی-رفتاری برای حل مشکلات اعتیاد و درماندگی مفید بوده است و می‌توان از آن در درمان اعتیاد استفاده کرد. نتایج پژوهش فیرو^۳ (۲۰۰۹) نیز در مورد میزان بهبودی اعتیاد به موادمخدر نشان داد که از بین انواع مدل‌های مختلف درمان، روش شناختی-رفتاری از بیشترین میزان تأثیر برخوردار بوده است. فرض بر این است که باورهای این افراد ناکارآمد هستند و این باورهای ناکارآمد در شروع، دوام و پایداری اعتیاد نیز نقش دارد، بنابراین هدف درمان شناختی-رفتاری آموزش این نکته به بیماران (معتادان) است که با وجود آن‌که نمی‌توانند بر تمام جنبه‌های دنیای پیرامون خود

کنترل داشته باشند اما می توانند چگونگی تعبیر و تفسیر و پرداختن به چیزهایی را که در محیطشان وجود دارند کنترل کنند. زیرا، در نظریه‌های شناختی، فرایندهای شناختی عامل اصلی نگهداری رفتار محسوب می شوند. با توجه به آنچه ذکر شد سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا درمان شناختی-رفتاری بر افزایش خود کارآمدی و بهبود علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد موثر است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر افزایش خود کارآمدی و بهبود علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد در شهرستان ارومیه طراحی شد. طرح مورد نظر، طرح پژوهشی شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. 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، مراکز گذری و زندان شهرستان ارومیه مراجعه کرده بودند. نمونه‌گیری در دو مرحله صورت گرفت؛ در ابتدا از بین مراکز تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی و سازمان بهزیستی یک مرکز خصوصی و سپس از بین دو مرکز گذری (مرکز کاهش آسیب‌های اجتماعی ناشی از اعتیاد) موجود در شهرستان ارومیه یک مرکز و از بین کلینیک مثلثی زندان مرکزی و کلینیک مثلثی مرکز مراقبت بعد از خروج زندانیان یک مرکز به صورت تصادفی انتخاب شدند. بدین ترتیب سه مرکز (خصوصی فارابی، مرکز گذری راه نو، کلینیک مثلثی زندان مرکزی) برای اجرای پژوهش انتخاب شدند. سپس از بین تمامی نمونه‌های آزمایش با توجه به ملاک‌ها -طول اعتیاد حداقل ۲ و حداکثر ۱۵ سال، داشتن سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال، عدم بیماری‌های جسمانی و روانی، نداشتن سرپناه برای گروه معتادان کارتن خواب، معتادان کارتن خواب حداقل ۶ ماه تحت پوشش مرکز گذری قرار داشته باشند- ۹۰ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه ۴۵ نفری تقسیم شدند.

ابزار

۱- نیم‌رخ اعتیاد مادزلی^۱: نیم‌رخ اعتیاد مادزلی در سال ۱۹۹۸ در موسسه مادزلی و توسط مارسدن^۲، استیوارت^۳، برای ارزیابی پیامدهای درمان سوء مصرف مواد، رفتارهای پرخطر، سلامت جسمانی، سلامت روانی بیمار و عملکرد فردی و اجتماعی بیماران (معتادان) در انگلستان ساخته شد. روایی و اعتبار آن بر روی نمونه‌های جمعیت اروپایی مورد تایید قرار گرفته است (مارسدن^۴ و همکاران، ۲۰۰۱). اعتبار آزمون و بازآزمایی آن خوب بوده و ضریب آن ۰/۹۶، به‌ازای ۸ نوع ماده مصرفی و ۰/۷۷ در زمینه سنجش رفتارهای پرخطر، علائم جسمانی، روانی و عملکرد فردی و اجتماعی به‌دست آمد و اعتبار درونی آن نیز مورد تایید قرار گرفته است. به‌طور کل یافته‌های پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که این ابزار برای ارزیابی پیامدهای درمان در بیماران وابسته به مواد مفید است (باربین^۵، ۲۰۰۳).

۲- مقیاس خودکار آمدی: در سال ۱۹۷۹ توسط شواتزر و جروسلم^۶، به منظور ارزیابی خودکارآمدی عمومی و اجتماعی ساخته شد، این پرسشنامه دارای ۱۰ عبارت است که همگی میزان خودکارآمدی عمومی را می‌سنجند. سازه‌ی خودکارآمدی ادراک شده نشان دهنده‌ی دید خوشبینانه‌ی فرد نسبت به خود است. این آزمون یک ابزار خود گزارشی مخصوص بزرگسالان (بالای ۱۲ سال) است و آزمودنی‌ها در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (اصلاً صحیح نیست تا حدودی کاملاً صحیح) میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر یک از عبارات آن را مشخص می‌سازند. اعتبار آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در کانادا ۰/۸۸، کاستاریکا ۰/۸۱، آلمان ۰/۸۱، بریتانیا ۰/۸۸، فرانسه ۰/۸۲، اسپانیا ۰/۸۴، ژاپن ۰/۹۱، اندونزی ۰/۷۹ و در هند ۰/۷۵ به دست آمده و نشان دهنده اعتبار درونی گزینه‌های این مقیاس در میان مردم کشورهای مختلف جهان است (رجبی، ۱۳۸۵). رجبی این آزمون را در ایران هنجاریابی و اعتبار آن را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش نمود. شواتزر، اشمیتز و تانگ^۷ (۲۰۰۰) ضریب روایی مقیاس خودکارآمدی عمومی با سبک اسنادی خوشبینانه را، در گروهی از دانشجویان ۰/۴۹ و با ادراک چالش در موقعیت‌های فشارزا ۰/۴۵ به دست آوردند. در پژوهش رجبی در خصوص روایی ایرانی این آزمون، ضرایب

روایی همگرا میان مقیاس خود کارآمدی عمومی و مقیاس عزت نفس روزنبرگ بر روی ۳۱۸ نفر ۰/۳۰ به دست آمد.

روش اجرا

در ابتدا در جهت رعایت مسائل اخلاقی به هریک از بیماران کد شناسایی ارائه شد و سپس محقق با مصاحبه با هریک از بیماران (معتادان) پرسشنامه نیمرخ اعتیاد مادزلی را پر کرد، و بعد از اتمام مصاحبه اولیه و پر کردن پرسشنامه نیمرخ اعتیاد مادزلی به تمامی بیماران پرسشنامه مقیاس خود کارآمدی ارائه شد و سپس بر روی گروه آزمایش درمان شناختی-رفتاری در طی ۱۲ جلسه ارائه گردید و گروه گواه فقط داروی نگهدارنده متادون دریافت کردند.

یافته‌ها

تحلیل‌ها بر روی ۹۰ نفر در دو گروه آزمایش (۴۵ نفر) و گواه (۴۵ نفر) صورت گرفت. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه در جدول ۱ ارائه شده است.

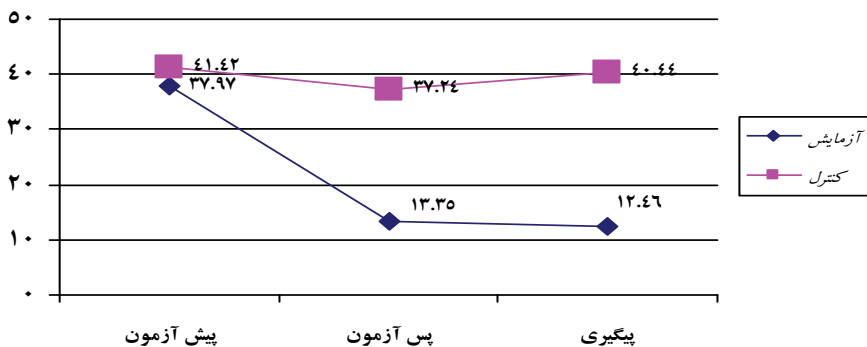
جدول شماره ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه و نوع آزمون

		نیمرخ اعتیاد مادزلی				خود کارآمدی			
نوع آزمون	گروه	میانگین	انحراف معیار	فرد	فرد	میانگین	انحراف معیار	فرد	فرد
پیش آزمون	آزمایش	۳۷/۹۸	۹/۹۶	۴۵	۴۵	۱۹/۹۳	۲/۱۶	۴۵	۴۵
	گواه	۴۱/۴۲	۹/۰۹	۴۵	۴۵	۱۹/۶۰	۲/۴۳	۴۵	۴۵
پس آزمون	آزمایش	۱۳/۳۶	۵/۹۴	۴۵	۴۵	۲۸/۶۰	۲/۱۴	۴۵	۴۵
	گواه	۳۷/۲۴	۸/۰۲	۴۵	۴۵	۲۲/۸۷	۲/۳۳	۴۵	۴۵
پیگیری	آزمایش	۱۲/۴۷	۵/۹۵	۴۵	۴۵	۳۰/۶۴	۲/۳۰	۴۵	۴۵
	گواه	۴۰/۴۴	۵/۱۸	۴۵	۴۵	۲۳/۳۳	۲/۹۶	۴۵	۴۵

همان گونه که جدول ۱ ارائه شده است، نمرات آزمودنی‌ها در نیمرخ اعتیاد مادزلی در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون کاهش داشته و بیانگر این است که از شدت علائم اعتیاد کاسته شده و روند بهبودی سیر صعودی را طی می‌کند، ولی در گروه

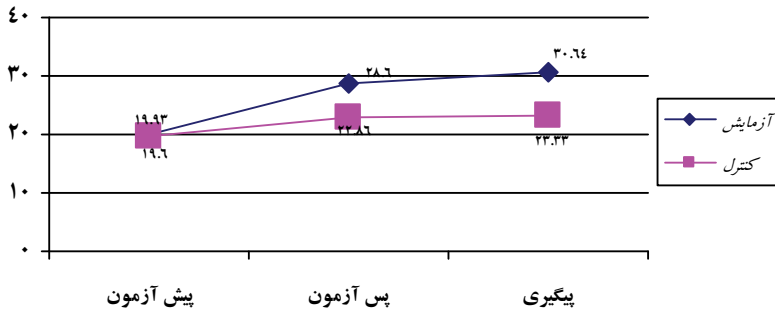
گواه این سیر صعودی کندتر است و همچنین نمرات آزمودنی‌ها در پرسشنامه خودکارآمدی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش داشته و بیانگر این است که بر میزان خودکارآمدی بیماران افزوده شده و گروه آزمایش توانسته است نسبت به گروه گواه از خودکارآمدی بهتری در طول درمان برخوردار باشد. برای بررسی اثربخشی درمان از تحلیل کواریانس استفاده شد. یکی از پیش‌شرط‌های این تحلیل برابری واریانس‌های خطاست. برای بررسی این پیش‌شرط از آزمون لون استفاده شد. نتایج این تحلیل حکایت از برقراری پیش‌شرط داشت ($P > 0/05$).

نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی اثربخشی درمان در کاهش نمرات نیمرخ اعتیاد مازولی نشان داد هم در پس‌آزمون ($F = 101/420, P < 0/001$)، و هم در پیگیری ($P < 0/001$)، تفاوت معناداری در دو گروه آزمایش و گواه وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل کواریانس در خودکارآمدی نشان داد درمان هم در پس‌آزمون ($P < 0/001$)، و هم در پیگیری ($F = 81/740, P < 0/001$) تفاوت معناداری در دو گروه آزمایش و گواه به وجود آورده است. به بیان دیگر درمان شناختی-رفتاری در کاهش نمرات نیمرخ اعتیاد مازولی و افزایش خودکارآمدی موثر بوده و هم این درمان پایدار مانده است.



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

نمودار به خوبی میزان بهبود علائم اعتیاد هر دو گروه را در سه مقطع زمانی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.



نمودار ۲: نمودار خود کارآمدی در دو گروه آزمایش و گواه به تفکیک نوع آزمون

نمودار ۲ به خوبی میزان بهبود نمرات خود کارآمدی افراد هر دو گروه را در سه مقطع زمانی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می دهد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش که با هدف اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر افزایش خود کارآمدی و کاهش علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد انجام شد، نشان داد که درمان شناختی-رفتاری در افزایش خود کارآمدی، بهبود علائم اعتیاد و کاهش دوز دارویی بیماران وابسته به مواد مخدر تأثیر معناداری دارد. همچنین، نتایج نشان داد که بعد از انجام مداخله و پیگیری سه ماه، تفاوت معنی داری بین گروه های آزمایشی و کنترل در متغیر خود کارآمدی و علائم اعتیاد به وجود آمده است. این بدان معنا است که درمان شناختی-رفتاری در افزایش خود کارآمدی و بهبود علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد مؤثر است، این یافته با نتایج به دست آمده از پژوهش ملازاده و عاشوری (۱۳۸۸)، کارول^۱ و همکاران (۲۰۰۹)، خدایاری و همکاران (۱۳۸۷)، جعفری، شهیدی و عابدین (۱۳۸۸)، مارکوسو فورمیگونی^۲ (۲۰۰۱)، کلی^۳ و همکاران (۲۰۰۹)، لوئیز^۴ و همکاران (۲۰۰۹)، نارکینگ و همکاران^۵ (۲۰۰۶)، فیشر و اسکات^۶ (۱۹۹۶)، یین^۷ و همکاران (۲۰۰۴) هم خوانی دارد. این یافته را می توان چنین

1. Carroll
4. Lewis
7. Yen

2. Marques & Formigoni
5. Naar-King

3. Kealey
6. Fisher & Scott

تبيين کرد که آموزش تکاليفی همچون تحليل کارکردی، مهارت آموزی، مقابله با ميل مصرف، احساس تسلط و توانمندی را در افراد به وجود می آورد 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 می شوند. در این باره و در زمینه علل اعتیاد و عود پس از درمان از دیدگاه روانشناختی، تحقیقات گوناگونی صورت گرفته است. یکی از این عوامل خودکارآمدی است که به سادگی می توان آن را اعتماد به نفس پایین نامید و یکی از عواملی است که باعث می شود فرد تصویر و تصویری را که از عملکرد خود به دست می آورد کم ارزیابی کند. بندورا^۱ (۱۹۹۷) خودکارآمدی را باور عمیق فرد به این که می تواند با موفقیت، رفتار خاص لازم را برای دستیابی به نتیجه‌ی مورد نظر انجام دهد تعریف می کند؛ بر این اساس، مفهوم خودکارآمدی، با رویکرد «من می توانم» در زندگی هم معناست و در واقع، باور «من می توانم»، پایه مفهوم خودکارآمدی را تشکیل می دهد. بنابراین، افزایش خودکارآمدی می تواند فرد را در برابر فشارهای محیطی مصون نگه دارد (بدر و مودی^۲، ۲۰۰۵؛ نارکینگ و همکاران، ۲۰۰۶). درمان شناختی-رفتاری اعتیاد باعث می شود تا بیمار ضمن برخورداری شدن از تصویری کارآمد از خود، مهارت‌های مقابله‌ای لازم را به منظور مدیریت موقعیت‌های خطر ساز کسب کند و این باور را داشته باشد که می تواند بر مصرف مواد کنترل داشته باشد. به نظر می رسد رمز موفقیت درمان شناختی-رفتاری این باشد که این درمان بر شناسایی خطاهای شناختی بیماران و سعی در آگاه کردن آن‌ها تاکید می کند. چرا که این روند شناسایی و آگاهی از افکار را به هیچ وجه با دارودرمانی نمی توان انجام داد و لازم است روی درمان‌های شناختی-رفتاری تأکید ویژه شود. بسیاری از بیمارانی که به دلیل مصرف مواد تحت درمان قرار می گیرند و از درمان شناختی-رفتاری استفاده کرده و دوره‌ی درمان را هم با موفقیت به پایان رسانده‌اند ممکن است در موقعیت‌های پرخطر دچار لغزش شده و دوباره به مصرف مواد روی آورند، لذا پیشنهاد می شود بعد از دوره‌ی درمان، پیگیری و باز توانی‌های لازم صورت گرفته و شرایطی توسط سازمان‌های

مربوطه فراهم شود که بیمار بتواند تماس دائمی با درمان‌گر داشته باشد و به همین دلیل مراکزی توسط سازمان بهزیستی، دانشگاه علوم پزشکی تأسیس و توسط درمان‌گرانی معرب مدیریت شود تا بیمارانی که دوره‌ی بهبودی را با موفقیت گذرانده‌اند بتوانند به‌طور رایگان مراجعه و پذیرش شوند و روان‌شناسان هم در طول هفته جلساتی در موضوع‌های مختلف اعتیاد برگزار کنند تا بیماران در موقعیت‌های خطر آفرین بتوانند از راهنمایی‌های روان‌شناسان استفاده کنند. یکی از محدودیت‌های عمده پژوهش این بود که به علت پیچیدگی متغیرها، امکان کنترل متغیرهایی که در سه حوزه مختلف (زنداد، خصوصی و بی سرپناه) ممکن است تأثیرگذار باشد، نبود. درنهایت، پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده این مسأله مد نظر قرار گیرد و عوامل تأثیرگذاری که ممکن است روی نتایج درمان بیماران تأثیر متفاوت بگذارد، در نظر گرفته شوند.

منابع

جعفری، مصطفی؛ شهیدی، شهریار و عابدین، علیرضا (۱۳۸۸). اثربخشی درمان‌های فرانظری و شناختی رفتاری بر بهبود خود کارآمدی پرهیز در نوجوانان وابسته به مواد. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۷(۱)، ۱-۱۲

خدایاری فرد، محمد؛ عابدینی، یاسمین؛ اکبری زردخانه، سعید؛ غباری بناب، باقر؛ سهرابی، فرامرز و یونسی، سیدجلال (۱۳۸۷). اثربخشی مداخلات شناختی-رفتاری بر سلامت روان شناختی زندانیان. *مجله علوم رفتاری*، ۲(۴)، ۲۸۳-۲۹۰

دباغی، پرویز؛ اصغرزاد فرید، علی اصغر؛ عاطف وحید، محمد کاظم و بوالهیری، 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

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

اوحدی ورنون، کلمن (۱۳۷۸). *اعتیاد چیست و معتاد کیست؟* ترجمه محمد رضا میرفخرایی. تهران: نشر

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

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York, NY: W. H. Freeman.

Barbieri, H, T. (2003). *Evaluation of the Maudsley Addiction Profile (MAP) for use with an American Substance Abuse Population*. PCOM Psychology Dissertations. Paper 8. www.Answered-Questions.com

- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York, NY: Guilford Press
- 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 six-month follow-up of CBT4CBT. *Drug and Alcohol Dependence, 100*, 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.
- Fierro, M. (2009). *Recovering From Substance Abuse: Support Groups For Gay And Lesbian Adults: A Grant Proposal*. Unpublished Thesis for Master of Science. California State University
- Fisher, M., Scott, S. R. (1996). Effectiveness study of two group models with substance abusing mentally ill (multi challenged) consumers. *Journal of Alcohol & Drug Education, 52*, 25-38.
- Jenkinse, S, S. (2009). *Informing Therapeutic Treatment and Practice: A Study of Recovery Histories of Non-recidivists*. Phd unpublished dissertation. Capella University
- 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
- 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, M. A., Prada, D., Castro, L, et al. (2001). Reliability of the Maudsley Addiction Profile (MAP-ERIT Version) In Italy, Spain and Portugal for the evaluation of treatments. *Addiccion, 13(2)*, 217-27
- Miller, W. R., Willbourne, P. L., & Hettema, J. E. (2003). What works? A summary of alcohol treatment outcome research. In: Hester, R.K., and Miller, W.R., Eds. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*, 3rd ed. Boston, MA: Allyn and Bacon, 13-63.
- Morris, L.W., Engle, W. B. (2006). Psychodiagnostic processes: Personality interventions and scale assessing various coping strategies and their effects on test performance and anxiety. *Journal of Clinical Psychology, 37(1)*, 167-71.
- 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.
- Nick J. (2006). Cognitive behavioural therapy for the homeless population: a case series pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 34*, 107-111
- 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.
- Schwarzer, R., Schmitz, G. S., & Tang, C. (2000). Teacher burnout in Hong Kong and Germany: A crosscultural validation of the Maslach Burnout Inventory. *Anxiety, Stress, and Coping, 13(3)*, 309-326
- 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. *Journal of Nervous & Mental Disease, 192(11)*, 788-91.