

دانش و پژوهش در روان‌شناسی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

شماره هفدهم - پاییز ۱۳۸۲

صص ۴۰ - ۲۱

## مقایسه اثربخشی درمانهای رفتاری، شناختی و گروه درمانی

### در درمان اعتیاد به مواد مخدر\*

ناصر سراج خرمی<sup>۱</sup> - علی اکبر سیف<sup>۲</sup>

#### چکیده

به منظور مقایسه اثربخشی روشهای درمانی و بررسی همبسته‌های روان‌شناختی (عزت نفس و مکان کنترل) در یک طرح آزمایشی ۶۴ بیمار که به مرکز درمان خود معرف شهرستان دزفول برای ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند، به طور تصادفی در ۸ گروه درمانی؛ شناخت درمانی، گروه درمانی، رفتاردرمانی، دارو + گروه درمانی، دارو + رفتاردرمانی، دارو + شناخت درمانی، دارو درمانی و دارو درمانی و دارو نما قرار گرفتند.

پیش از درمان و شش ماه پس از درمان از آزمودنیها به عنوان پیش آزمون و پس آزمون، آزمون عزت نفس کوپر اسمیت و آزمون مکان کنترل راتر به عمل آمد. از نمودار ستونی برای مقایسه تغییرات عزت نفس افراد موفق در درمان و ناموفق در درمان گروههای هشتگانه استفاده شد. در تجزیه و تحلیل

\*- این گزارش براساس رساله دکتری رشته روان‌شناسی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهیه شده است.

۱- دکتری روان‌شناسی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات.

۲- استاد دانشگاه علامه طباطبایی.

اطلاعات برای مقایسه اثربخشی روشهای درمانی از آزمون غیر پارامتریک Q کوکران بهره گرفته شد و برای مقایسه عزت نفس و مکان کنترل بیماران در ۸ گروه درمانی از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس یکطرفه و همچنین برای مقایسه میزان عزت نفس افراد ناموفق و افراد موفق در درمان از آزمون t مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد که بین اثربخشی روشهای مختلف درمان تفاوت معنی داری وجود ندارد. بین عزت نفس گروههای مختلف درمانی تفاوت معنی داری وجود نداشت، اما با ۹۹ درصد اطمینان عزت نفس افراد موفق از عزت نفس افراد ناموفق در درمان بالاتر بود. همچنین نتایج نشان داد که بین مکان کنترل بیماران در گروههای هشتگانه تفاوت معنی داری وجود ندارد. نتایج این پژوهش نشان می دهد گروههای شناخت درمانی، گروه درمانی، دارو + گروه درمانی و دارو + شناخت درمانی هر کدام ۵۰ درصد، رفتار درمانی ۳۷/۵ درصد، درمان ترکیبی دارو + رفتار درمانی ۶۲/۵ درصد و دارو درمانی ۲۵ درصد در درمان موفق بودند.

کلید واژه ها: رفتار درمانی، شناخت درمانی، گروه درمانی، اعتیاد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

#### مقدمه

درمان اعتیاد به مواد مخدر به دلایل متعددی موفقیت آمیز نبوده است. فرد معتاد از تأثیر مواد لذت می برد. چیزهای اندکی ممکن است جایگزین مواد شود و به اعتقاد بسیاری به عنوان یک شیوه زندگی در خرده فرهنگ معتاد شکل گرفته است (ورمسر، ۱۹۸۱؛ زوکر ۱۹۸۶). به علاوه تعداد زیادی از درمانها موفقیت محدودی داشته اند. عده زیادی احتمال موفقیت را به طور کلی برای معتادان به دارو به خصوص معتادان به هروئین در شیوه های رویارویی گروهی می بینند (میر و سالمون، ۱۹۸۸).

سوء مصرف دارو باید در زمینه های مشترک روانپزشکان، روان شناسان و دیگر کارکنان بخش بهداشت روانی درمان شود. انواع متعددی از روان درمانی در ناسازگارهای دیگر برای درمان اعتیاد به مواد مخدر به کار برده می شود. در این میان کارایی نسبی روانکاو، رفتار درمانی و درمانهای انسان گرایانه برای کمک به افراد در جهت شکستن و فرو ریختن وابستگی به داروها مشخص شده است (لیسکو<sup>۱</sup>، ۱۹۸۲). به تعبیر آروبل (۱۹۶۱) واکنشهای ترک اعتیاد چیزی بیش از رنج کشیدن از بیماری

آنفلوانزا نیست. اگر چه معتادان به هروئین زمانی که بستری می شوند و دیگر هروئین دریافت نمی کنند، نشانه های مرضی ترک را طی مدت یک یا دو هفته نشان می دهند. با وجود این اکثر کسانی که نیاز بدنی خود برای دارو را از دست داده اند، معمولاً پس از مرخص شدن، دوباره به آن روی می آورند از این رو به نظر می رسد معتادان به مواد مخدر هنگام ترک علاوه بر مشکلات بدنی از مشکلات و عوارض روان شناختی نیز رنج می برند که این امر لزوم اتخاذ یک روش درمانی روان شناختی مفید را برای این بیماران بیش از پیش مشخص می کند (آزاد، ۱۳۷۷).

یکی از متغیرهای مؤثر بر سوء مصرف مواد و اعتیاد احساس کنترل فرد می باشد سوء مصرف مواد با کنترل پایین یا از دست دادن کنترل ارتباط دارد. یعنی فرد احساس می کند بر موقعیت کنترلی ندارد و برای به دست آوردن آن به مواد مخدر پناه می برد به علاوه این افراد مهارت سازگاران را در زندگی از دست می دهند و بیشتر اسیر اضطراب، خشم و ناامیدی می شوند. افراد معتاد به مواد مخدر کنترل کافی ندارند بنابراین باید در روان درمانی این عامل را در زندگی آنان بهبود بخشید (ویلز، دوهمل و واکارو، ۱۹۹۵). پژوهشها نشان می دهد که رابطه معنی دار بین کاهش عزت نفس و مصرف داروها وجود دارد (تیلور و دوگلاس، ۱۹۹۲). بنابراین باید علاوه بر اتخاذ روش روان درمانی برتر و مفید و افزایش حس کنترل بیماران معتاد به مواد مخدر برای افزایش عزت نفس آنها نیز تدابیری اندیشید.

در چند دهه اخیر صدها پژوهش درباره روان درمانی و نتایج آن انجام گرفته است و نشان داده که برخی از این روشها در درمان اعتیاد موفق بوده اند (شاملو، ۱۳۷۸).

کپمن<sup>۱</sup> (۱۹۷۳) از درمان بیزاری آور برای معتادان به هروئین استفاده کرد که با بازگشت قابل ملاحظه ای همراه شد. سابل<sup>۲</sup> (۱۹۷۳) نیز از رویکرد خویشتن داری بهره گرفت و آنرا برای درمان روان شناختی معتادان پیشنهاد کرد. در سال ۱۹۷۶ گدی<sup>۳</sup> و لایبوند<sup>۴</sup> الگوی پیشگیری از بازگشت را برای جلوگیری از بازگشت اعتیاد به مواد مخدر پیشنهاد کردند (اولیهری<sup>۵</sup> و ویلسون<sup>۶</sup>، ۱۳۷۱).

1- Kepman

2- Sobell

3- Gaddy

4- Lavibond

5- O'Leary

6- Wilson

در دهه هشتاد و نود قرن بیستم از روش گروه‌درمانی برای درمان اعتیاد به مواد مخدر استفاده فراوانی شده است. کمپیل و پاگ<sup>۱</sup> (۱۹۹۳) در پژوهشی ۱۲ معتاد به مواد مخدر را در یک برنامه گروه‌درمانی قرار دادند که در این مطالعه ارزش درمانی ماراتون نسبت به گروهی که این درمان را دریافت نکرده بودند مورد تأیید قرار گرفت. همچنین واگنر<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۳) در پژوهشی ۲۲۰ بزرگسال معتاد به مواد مخدر و الکل را به شکل آزمایشی در دو گروه الکلی‌های گمنام و کوکائینی‌های گمنام قرار دادند، که پس از ۱۲ ماه مطالعه مشخص شد افراد معتاد به مواد مخدر که تحت گروه‌درمانی قرار گرفتند نسبت به افرادی که در گروه‌درمانی شرکت نکردند به شکل معنی‌داری رفتارهای مطلوب (نداشتن علائم مصرف مواد مخدر) نشان دادند.

لوی (۱۹۹۸) درمان بیزاری‌آور را از لحاظ اخلاقی به شدت مورد انتقاد قرار داده و آن را رد می‌کند، چراکه به زعم وی نتایج درمان در این شیوه بیشتر ناامیدکننده است و برای رفع عوارض ناشی از شرطی شدن بیزاری‌آور از حساسیت‌سازی نهان استفاده می‌شود. در این روش عملاً هیچ‌گونه محرک آزاردهنده‌ای ارائه نمی‌شود، صحنه‌های مورد استفاده در روش حساسیت‌سازی نهان طوری تنظیم می‌شوند که همراه با تجسم رفتاری که مراجعه‌کننده به قصد از بین بردن آن به درمانش روی آورده، حداکثر اضطراب ایجاد گردد، اما در بین صحنه‌ها، درمانگر می‌تواند از مراجعه‌کننده بخواهد تا از تقویت نهان برای نیرومند کردن افکار مربوط به فعالیت‌هایی که با رفتار مشکل‌آفرین ناهمسازند استفاده کند (سیف، ۱۳۷۷).

در نظریه‌های شناختی، فرایندهای شناختی عامل اصلی نگهداری رفتار محسوب می‌شوند. یکی از فرضهای اساسی شناخت درمانی این است که افراد برحسب ادراکاتی که از امور و رویدادها دارند به آنها واکنش نشان می‌دهند. دیگر اینکه شناخت‌های نادرست ممکن است منجر به اختلالات هیجانی در افراد شوند از این‌رو هدف عمده شناخت درمانی ایجاد تغییر و اصلاح در فرایندهای شناختی افراد است. بنابراین تغییرات مطلوب در رفتار مراجعان از راه تغییر الگوهای فکری، باورها و نگرش‌هایشان به دست می‌آید (سیف، ۱۳۷۷).

رویکرد شناخت درمانی به فرد خاصی منسوب نمی‌باشد. آلبرت آلیس<sup>۱</sup>، آرون بک<sup>۲</sup>، مایکن باوم<sup>۳</sup> در معرفی و گسترش این شیوه درمانی سهم عمده‌ای دارند. آنان اعتقاد دارند گفت‌وگوی درونی یا صحبت شخصی مراجعان نقش عمده‌ای در انجام رفتارشان ایفا می‌کند. در واقع رفتارها و هیجان‌ها نتیجه فرایندهای شناختی فرد محسوب می‌شوند (برامر و همکاران، ۱۹۹۳). در درمان عقلانی-عاطفی آلیس تلاش بر این است تا برخی باورهای غیرعقلانی محوری که در ابقای اختلالات روانی مؤثر می‌باشند تغییر یابند.

مطالعه‌ای که فیشر و اسکات<sup>۴</sup> (۱۹۹۶) از ژوئن تا سپتامبر ۱۹۹۴ انجام دادند تأثیر دو رویکرد درمانی - بیمار - بهبود و یک رویکرد شناختی - رفتاری را با یک گروه گواه که هیچ درمانی دریافت نمی‌کرد در میان مصرف‌کنندگان مواد مخدر که اختلال شخصیت داشتند مورد بررسی و مقایسه قرار دادند. در هر بخش ۱۹ نفر به‌عنوان بیمار بستری شدند. در این مطالعه مشخص شد که تفاوت‌های مثبت معنی‌داری بین دو گروه آزمایشی و گواه در متغیر وابسته روابط اجتماعی، خانوادگی وجود دارد. همچنین بیماران سرپایی که با رویکرد درمانی شناختی - رفتاری مواجه شدند به شکل معنی‌داری کاهش مصرف را نشان دادند و روابط اجتماعی و خانوادگی آنان بهبود یافت و کارکرد روان‌شناختی مؤثرتر و کارآمدتری به‌دست آوردند.

هر دو گروه آزمایشی در بخش بیماران سرپایی نسبت به گروه مقایسه در کاهش مصرف و بهبود روابط اجتماعی و خانوادگی برتری داشتند. گروه شناختی - رفتاری نسبت به دو گروه مقایسه و بیماری - بهبود در متغیرهای مستقل مصرف، روابط اجتماعی و خانوادگی و کارکرد روان‌شناختی وضعیت مناسب‌تری داشتند و پیش‌آگهی عدم بازگشت در گروه شناختی - رفتاری نیز بهتر ارزیابی شد.

پژوهشهایی در مورد روشهای درمان ترکیبی دارودرمانی - رفتاردرمانی و مقایسه آنها انجام گرفته است، از جمله الیسون (۱۹۹۸) داروی لوآلفامتادول (LAAM) به‌عنوان داروی جایگزین متادون برای درمان و سم‌زدایی تریاک و کوکائین مناسب است را همراه

با شیوه مدیریت وابستگی به عنوان یک روش درمانی مورد استفاده قرار داد. ۱۶۰ مرد و زن مصرف کننده کوکائین و وابسته به تریاک به شکل تصادفی در یک طرح آزمایش  $2 \times 2$  با مقدار کم LAAM (۹۹ میلی گرم در هفته) بدون شیوه مدیریت وابستگی، مقدار زیاد LAAM (۳۳۰ میلی گرم در هفته) همراه با شیوه مدیریت وابستگی، مقدار زیاد LAAM (۳۳۰ میلی گرم در هفته) بدون شیوه مدیریت وابستگی قرار گرفتند. نتایج کاهش قابل ملاحظه مصرف را در چهار گروه نشان داد. به علاوه در گروه با مقدار کم LAAM همراه با شیوه مدیریت وابستگی نسبت به سه گروه دیگر کاهش میزان مصرف مواد مخدر به شکل معنی داری بالاتر بود.

پژوهش دیگری که روزن بلوم و ماگورا انجام دادند بیماران وابسته به کوکائین به طور تصادفی با یک درمان شناختی-رفتاری با مدت زیاد و یا با مدت کم در دو گروه درمانی قرار گرفتند و از آزمون اندازه گیری مکرر برای ارزیابی میزان مصرف کوکائین بهره بردند. هر دو گروه درمانی کاهش کمی معنی داری در مصرف کوکائین طی دوره و پس از درمان نشان دادند. ظرف ۴۸ هفته پس از درمان در هر دو گروه میزان کوکائین در ادرار نسبت به خط شروع، کمتر بود.

نتایج نشان می دهد شرکت کنندگان در برنامه طولانی مدت بهبود بیشتری نشان دادند، با وجود این داده ها نشان می دهد که بین مدت درمان و نتایج رابطه خطی وجود ندارد و بهتر است به عنوان یک تعامل بین بیمار و عوامل درمانی تبیین شود (روزن بلوم و ماگورا، ۱۹۹۹).

با توجه به بازگشت اکثر معتادان بهبود یافته به مواد مخدر مطالعاتی انجام شده تا درمانهای مناسب که بازگشت پایین تری داشته باشند جایگزین شوند. یکی از این مطالعات را پولاک (۱۹۹۸) انجام داد که یک نوع درمان شناختی رفتاری با توجه به انگیزش درونی (موسوم به C.B.t-IC) به کار برده شد و ملاک ارزیابی کاهش در مصرف داروهای ممنوع در نظر گرفته شده است، در این نوع درمان بر مواجهه درونی و بازسازی شناختی برای افرادی که سوء مصرف دارو دارند تأکید می شود. این پژوهشگر در یک مطالعه ۳ ساله به این نتیجه رسید که این نوع درمان اگر چه بستگی به شرایط مختلف دارد اما نقش مناسبی در کاهش مصرف و اشتیاق به مصرف در بیماران وابسته به تریاک ایفا می کند. همچنین الگوی پیشگیری از بازگشت و مدیریت وابستگی برای

کاهش احتمال بازگشت به مواد مخدر استفاده زیادی دارد. در مطالعه‌ای که راوسون و ماتریکس (۱۹۹۸) بر روی ۱۸۰ معتاد به کوکائین انجام دادند کارآمدی دو روش پیشگیری از بازگشت و مدیریت وابستگی برای نگهداری معتادان، پس از ترک مشخص شد. از سوی دیگر پژوهشهای مقایسه‌ای دیگری نیز بین روشهای مختلف درمانی انجام شده است. در یک بررسی مقایسه‌ای بین روش مشاوره‌ای سنتی و درمان شناختی - رفتاری که برای یک گروه معتاد به هروئین که از متادون استفاده می‌کردند ( $n=50$ )، نتایج نشان می‌دهد در گروه شناختی رفتاری نسبت به گروه مشاوره سنتی بهبود بیشتر و معنی داری در سلامت، کاهش ملاکهای افسردگی، خودادراکی مثبت‌تر نشان داده شد (دزیاللدوسکیا، ۱۹۹۸). همچنین در پژوهش دیگری (لیدل<sup>۱</sup> و داکوف<sup>۲</sup> ۱۹۹۹) دو شیوه درمانی گروه درمانی و مداخلات آموزش خانوادگی برای نوجوانان معتاد به مواد مخدر به کار برده شد و نتایج آنها با هم مقایسه شد. شرکت‌کنندگان نوجوان مصرف‌کننده مواد مخدر تا ۱۶ سالگی بودند. و نتایج نشان داد نوجوانانی که مدل درمان مداخلات آموزش خانوادگی را دریافت کردند نسبت به گروه مقایسه (گروه درمانی) در ۱۲ ماه پیگیری بهبود بیشتری یافتند.

## روش

جامعه آماری در پژوهش حاضر کلیه معتادان به مواد مخدر هستند که برای ترک اعتیاد در ماههای اردیبهشت، خرداد و تیر سال ۷۹ به مرکز خود معرف در اداره بهزیستی شهرستان دزفول مراجعه کرده‌اند. تعداد مراجعه‌کنندگان برای ترک اعتیاد ۱۵۷ نفر بوده‌اند. از ۱۵۷ نفر مراجعه‌کننده برای ترک اعتیاد تا پایان تیرماه، ۸۰ نفر بار نخست اقدام به ترک نمودند. این ۸۰ نفر به شکل تصادفی به ۸ گروه ۱۰ نفری تقسیم شدند. شیوه کار به این صورت بود که پس از مراجعه بیماران و گرفتن شرح حال و مصاحبه اولیه، بیمارانی که برای بار نخست اقدام به ترک اعتیاد (ترياک) کرده بودند به شکل تصادفی به یکی از روشهای درمانی هشتگانه ملحق شدند (اسامی ۸ روش درمانی بر روی ۸ کارت نوشته شده بود و به روش تصادفی یکی از آنها انتخاب می‌شد). وزمانی که آزمودنیها به

۱۰ نفر رسید درمان آنها آغاز شد. که شیوه‌ها عبارت بودند از رفتاردرمانی، شناخت‌درمانی، گروه‌درمانی، دارو + رفتاردرمانی، دارو + شناخت‌درمانی، دارو + گروه‌درمانی، دارو درمانی و دارونما.

در رفتار درمانی از فنون حساسیت‌زدایی نهان<sup>۱</sup>، آموزش آرمیدگی<sup>۲</sup> و آموزش ابراز وجود<sup>۳</sup>، در درمان‌شناختی از روش درمان عقلانی - عاطفی الیس<sup>۴</sup> و توقف فکر ولپی<sup>۵</sup> و در گروه‌درمانی نیز از روش گروه‌روانی - آموزشی استفاده شد.

### درمان دارویی

در درمان دارویی موارد ذیل تجویز شدند:

- سم‌زدایی با کلونیدین: کلونیدین داروی ضد فشارخون است که تهوع، استفراغ، اسهال، کرامپ‌ها و تعریق ناشی از ترک اوبیوئیدها را از بین می‌برد و تأثیر ناچیزی در کاهش دردهای عضلانی، بی‌خوابی و ولع مصرف دارد. علاوه بر این اثر مسکن کلونیدین در کاهش علائم ترک کمک زیادی می‌کند.

- داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای: همزمان با شروع مصرف کلونیدین برای سم‌زدایی، درمان با آمی‌تریپتیلین نیز تجویز می‌شود. معمولاً دارو را به مقدار ۷۵ میلی‌گرم در روز تجویز می‌کنند و برحسب نیاز مقدار آنرا به تدریج تا ۱۵۰ میلی‌گرم افزایش می‌دهند. مصرف این دو دارو احتمال سقوط فشارخون ناشی از کلونیدین را کاهش می‌دهد و باعث تخفیف برخی از علائم دوره‌بازگیری (مانند اضطراب و بی‌خوابی) می‌شود.

- داروهای ضد درد غیرمخدر: در صورت بروز دردهای شدید عضلانی - استخوانی، به‌خصوص در طی دوره‌بازگیری از آسپرین به مقدار ۳۲۵ تا ۶۵۰ میلی‌گرم هر ۴ ساعت یا ایبوپروفن به مقدار ۲۰۰ تا ۸۰۰ میلی‌گرم ۳ تا ۴ بار در روز استفاده می‌شود.

- داروهای ضد حساسیت: در صورت بی‌قراری یا بی‌خوابی به‌خصوص در طی دوره‌بازگیری دیفن‌هیدرامین به مقدار ۲۵ تا ۵۰ میلی‌گرم هر ۴ تا ۶ ساعت یا ۵۰ میلی‌گرم برای درمان بی‌خوابی به هنگام خواب، یا هیدروکسی‌زین به مقدار ۲۵ تا ۱۰ میلی‌گرم ۳ تا ۴ بار در روز تجویز می‌شود.



در پژوهش حاضر برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روشهای آماری توصیفی و استنباطی استفاده شده است. و در سطح توصیفی از نمودار ستونی استفاده گردید. همچنین برای تعیین تفاوت بین گروههای درمانی در میزان عزت نفس و مکان کنترل آزمودنیها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس یکطرفه بهره گرفته شد. از آزمون غیرپارامتریک Q کوکران نیز برای تعیین تفاوت احتمالی بین میزان اثربخشی روشهای درمانی در هشت گروه درمانی استفاده شد. چون هدف مقایسه و بررسی همخوانی فراوانی یا نسبت افراد موفق و ناموفق در گروههای درمانی مختلف بوده است از این آزمون استفاده شده است. و از آزمون t مستقل نیز برای مقایسه بین میزان عزت نفس افراد موفق و ناموفق در درمان استفاده شد.

برای جمع‌آوری اطلاعات ابتدا از بیمارانی که برای ترک اعتیاد به مرکز خود معرف ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند، مصاحبه تشخیصی به عمل آمد، سپس فقط بیمارانی که معتاد به تریاک بودند و برای بار اول اقدام به ترک کرده بودند، گزینش شده و به شکل تصادفی به هشت گروه ۱۰ نفری تقسیم شدند. به تمام ۸۰ بیمار در ابتدای فرایند درمان دو پرسشنامه عزت نفس ۳۰ سؤالی کوپراسمیت و مکان کنترل راتر ارائه و نتایج آن به‌عنوان پیش‌آزمون در نظر گرفته شد. شش ماه پس از درمان نیز از تمام بیمارانی که مراجعه کرده بودند (به تعداد ۶۶ نفر) این دو آزمون به عمل آمد که نتایج این دو آزمون نیز به‌عنوان پس‌آزمون در نظر گرفته شد. برای به‌دست آوردن میزان اثربخشی روشهای درمانی نیز شش ماه پس از اتمام درمان آزمودنیها فراخوانده شدند که ۱۴ نفر به دلیل افت آزمودنیها در دسترس نبودند و در این شرایط وضعیت آنها از نظر درگیری با مواد مخدر بررسی شد. از آزمودنیهایی که بیان کردند مواد مخدر مصرف نمی‌کنند آزمایش ادرار به عمل آمد پس از مشخص شدن تعداد افرادی که بازگشت به مواد مخدر داشته و آنهایی که در حالت ترک کامل به‌سر می‌بردند، میزان اثربخشی درمانهای مختلف مشخص شد و همچنین سهم هر روش درمانی در ترک موفق (پایداری در ترک تا شش ماه) تعیین شد که ملاک موفقیت در درمان منفی شدن نتیجه آزمایش مرفین و اویوئید در ادرار آزمودنیها می‌باشد. بدیهی است آزمودنیهایی که خود اظهار می‌داشتند مواد مخدر مصرف کرده‌اند یا نتیجه آزمایش مرفین و اویوئید آنها مثبت می‌شد، نشان‌دهنده موفق نبودن آنها در ترک محسوب می‌شد.

## ابزار و وسایل سنجش

- آزمون عزت نفس کوپر اسمیت:<sup>۱</sup> به منظور برآورد میزان عزت نفس آزمودنیها در پیش آزمون (پیش از درمان) و پس آزمون (شش ماه پس از اتمام درمان) از آزمون عزت نفس ۳۰ سؤالی کوپر اسمیت استفاده شد. این آزمون دارای دو مقیاس ۵۸ سؤالی و ۳۰ سؤالی (فرم کوتاه) می باشد. آزمودنیها به صورت بلی، خیر و به صورت کتبی به آن پاسخ می دهند. در صورتی که جمله مورد نظر با وضعیت آزمودنیها مطابقت داشته باشد بلی و در صورت عدم مطابقت خیر را برمی گزینند. شیوه نمره گذاری این آزمون به صورت صفر و یک می باشد. آزمودنیهای دارای عزت نفس پایین تصویری افسرده و ناامید از خود نشان می دهند و در مدرسه یا محل کار تمایل دارند در حاشیه بمانند، بیشتر گوش فرا دهند تا اینکه عمل کنند به انتقاد حساس اند و کمرو هستند و با مشکلات درونی دلمشغولی دارند، در حالی که آزمودنیهای دارای عزت نفس بالا بر عکس گروه گفته شده می باشند. آزمون عزت نفس کوپر اسمیت به نحو گسترده ای در مطالعات مختلف اعتبار و پایایی کافی از خود نشان داده است.

جانسون، ردفیلد<sup>۲</sup>، میلر<sup>۳</sup> و سیمپسون<sup>۴</sup> (۱۹۸۳) از روش دو نیمه کردن پایایی ۰/۹ را گزارش کردند و کوپر اسمیت (۱۹۶۷) از طریق بازآزمایی ضریب پایایی ۰/۸۸ را پس از پنج هفته و ۰/۷ را پس از سه سال به دست آورده اند (پورمقدسیان، ۱۳۷۳). ابراهیمی قوام (۱۳۶۹) ضریب پایایی آزمون کوپر اسمیت را ۰/۸۲ گزارش نموده است. نیسی (۱۳۶۴) برای پرسشنامه کوتاه آزمون کوپر اسمیت ضریب پایایی را برای دانش آموزان پسر ۰/۹ و دختر ۰/۹۲ و همچنین از طریق همبسته کردن نمره های آزمونهای عزت نفس با معده های آخر سال، ضریب پایایی را برای دانش آموزان پسر ۰/۶۹ و دختر ۰/۷۱ گزارش نموده است. سپهری نیا در پژوهش دیگری (۱۳۷۶) با استفاده از روش دو نیمه کردن پایایی آزمون کوپر اسمیت را برای پسران ۰/۸۴ و برای دختران ۰/۸۹ به دست آورد.

- آزمون مکان کنترل راتر: به منظور ارزیابی مکان کنترل درونی - بیرونی آزمودنیهای معتاد به مواد مخدر از مقیاس راتر<sup>۵</sup> (۱۹۶۶) استفاده شد. راتر این مقیاس را برای ارزیابی مواد کنترل و سنجش ادراکات فرد از این منبع کنترل ساخت. این آزمون تفاوت های فردی را در

1- Coopersmith

2- Redfield

3- Miller

4- Simpson

5- Rotter

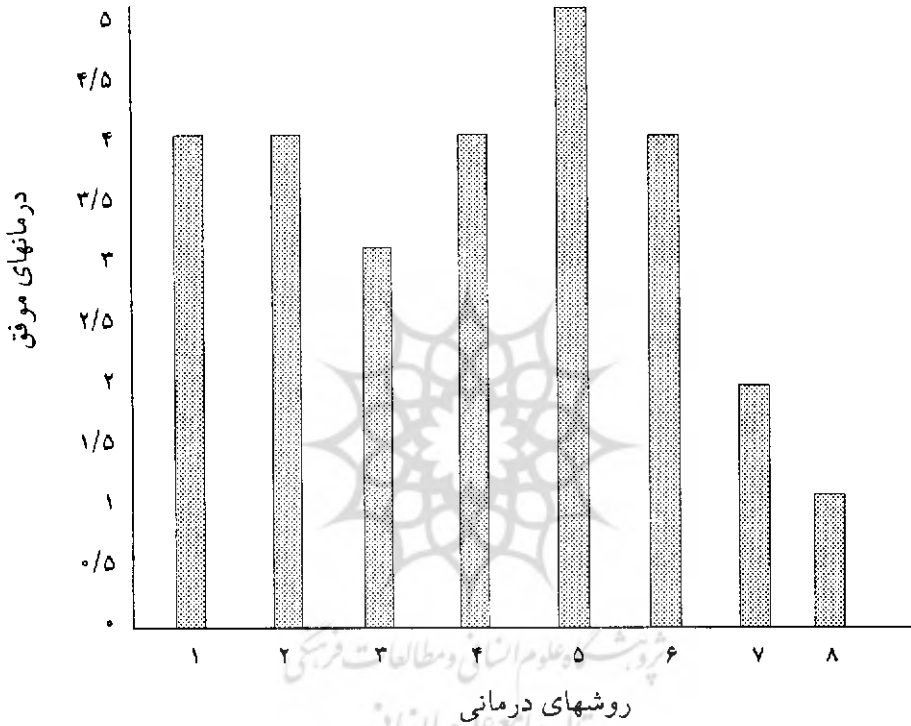
زمینه اسناد و تجارب ادراکی - شخصی آشکار می سازد. محتوای ماده های پرسشنامه با اعتقاد آزمودنی در رابطه با ماهیت دنیای پیرامون او مرتبط می باشد. عبارت ارائه شده در هر بند به صورت یک زوج می باشد. از میان این ۲۹ جفت عبارت، شش جفت جنبه خنثی دارند. برای آنکه آزمودنی متوجه خط مشی آزمون نشود این عبارتها در نظر گرفته شده است. در نمره گذاری پرسشنامه، امتیازی به شش عبارت خنثی تعلق نمی گیرد. نمره های این مقیاس نشان دهنده میزان منبع بیرونی کنترل در آزمون است.

پژوهشهای فراوانی در کشورهای مختلف برای پایایی و اعتبار این مقیاس انجام شده است. لیتون<sup>۱</sup> (۱۹۸۵) حد متوسط ضرایب پایایی این مقیاس را با روشهای دو نیمه کردن و کودر - ریچاردسون ۰/۷۰ گزارش داده است. همچنین ضریب پایایی این مقیاس با روش بازآزمایی در فواصل ۱ یا ۲ ماه نیز در همان سطح بوده است (ولی توری و سیف، ۱۳۷۴). جدول زیر شاخص های آماری درمانهای موفق و ناموفق را برای کلیه گروههای درمانی نشان می دهد.

جدول ۱- شاخص های آماری توصیفی درمان در گروهها

گروههای درمانی	تعداد درمان موفق	تعداد درمان ناموفق	درصد درمان موفق در گروه	درصد درمان ناموفق در گروه
شناخت درمانی	۴	۴	۵۰	۵۰
گروه درمانی	۴	۴	۵۰	۵۰
رفتار درمانی	۳	۵	۶۲/۵	۳۷/۵
دارو + گروه درمانی	۴	۴	۵۰	۵۰
دارو + رفتار درمانی	۵	۳	۳۷/۵	۶۲/۵
دارو + شناخت درمانی	۴	۴	۵۰	۵۰
دارو درمانی	۲	۶	۷۵	۲۵
دارونما	۱	۷	۷۸/۵	۱۲/۵
جمع	۲۷	۳۷	۶۴	

میانگین درصد درمانهای موفق در کل گروهها ۴۲ درصد و ناموفق ۵۸ درصد می باشد.



نمودار ۱- درمانهای موفق هشت گروه

نمودار شماره ۱ ستون عمودی میزان درمانهای موفق و ستون افقی ۸ روش درمانی را به ترتیب (شناخت درمانی، گروه درمانی، رفتار درمانی، دارو + گروه درمانی، دارو + رفتار درمانی، دارو + شناخت درمانی، دارو درمانی و دارونما) نشان می‌دهد. از میان روشهای درمانی بیشترین میزان فراوانی درمانهای موفق (۵ نفر) به روش درمان ترکیبی دارو + رفتار درمانی و کمترین میزان درمان موفق ۱۱ نفر به روش دارونما اختصاص دارد.

جدول ۲ نتایج آزمون Q کوکران را برای مقایسه اثربخشی روشهای مختلف درمانی نشان می‌دهد.

جدول ۲- نتایج آزمون Q کوکران

مجموع مجذور درمانهای موفق = ۱۰۳
Q = ۵/۶۸ محاسبه شده
DF = ۷
Q <sub>α0.05</sub> = ۱۴/۰۷
۶۴ = تعداد کل نمونه

اگر چه با توجه به جدول ۱ روش دارو + رفتاردرمانی بالاترین تعداد درمان موفق (از مجموع ۸ نفر، ۵ نفر) را به خود اختصاص می دهد، اما با توجه به نتایج آزمون Q کوکران در سطح ۰/۰۵ خطای برآورد، تفاوت معنی داری بین اثربخشی روشهای درمانی وجود ندارد.

جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس یکطرفه بین نمرات آزمون عزت نفس کوپر اسمیت در پیش آزمون و پس آزمون (پیش از درمان و شش ماه پس از درمان) ۸ گروه را نشان می دهد.

جدول ۳- خلاصه تجزیه و تحلیل واریانس نمرات عزت نفس

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F
بین گروهها	۱۶/۶۹	۷	۲/۳۸	۰/۷۸
درون گروهها	۱۷۰/۲۵	۵۶	۳/۰۴	
جمع	۱۸۶/۹۴	۶۳		

با توجه به این که F محاسبه شده ۰/۷۸ بوده و از F جدول در سطح ۰/۰۵ خطا ۳/۳۲ (α = ۰/۰۵) کوچک تر است بنابراین تفاوت معنی داری بین عزت نفس آزمودنیها در ۸ گروه درمانی (پیش از درمان و پس از درمان) ملاحظه نمی شود. یعنی با ۹۵ درصد اطمینان می توان نتیجه گرفت که تفاوتها معنی دار نمی باشد.

جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس یکطرفه را بین نمرات آزمون مکان کنترل راتر در پیش آزمون و پس آزمون (پیش از درمان و شش ماه پس از درمان) نشان می‌دهد.

جدول ۴- خلاصه تجزیه و تحلیل واریانس نمرات مکان کنترل

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F
بین گروهها	۸/۲۲	۷	۱/۱۷	۱/۲۱
درون گروهها	۵۴/۳۹	۵۶	۰/۹۷	
جمع	۶۲	۶۳		

با توجه به اینکه F محاسبه شده  $۱/۲۱$  بوده و از F جدول در سطح ۹۵ درصد اطمینان  $۳/۳۲$  ( $\alpha = ۰/۰۵$ ) کوچکتر است بنابراین تفاوت معنی داری بین نمرات آزمون مکان کنترل در پیش آزمون و پس آزمون ملاحظه نمی‌شود. بنابراین با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان نتیجه گرفت که بین نمرات آزمون مکان کنترل آزمودنیها در هشت گروه درمانی تفاوت معنی داری وجود ندارد.

جدول ۵ شاخصهای آماری (میانگین، تعداد نمونه، درجه آزادی و خطای استاندارد تفاوت بین دو میانگین) را در مقیاس عزت نفس بین دو گروه موفق و ناموفق در درمان (تفاضل نمرات عزت نفس پیش آزمون از پس آزمون) را نشان می‌دهد.

جدول ۵- شاخص آماری مقیاس عزت نفس در دو گروه موفق و ناموفق در درمان

میانگین تفاضل نمره عزت نفس	N	Df=۶۲
پیش آزمون از پس آزمون	(تعداد نمونه)	
۲/۹۶	۲۷	$T_M = ۶/۲۳$
۰/۸۱	۳۷	
جمع	۶۴	

با توجه به اینکه  $t$  محاسبه شده  $۶/۳۲$  بوده و از  $t$  جدول در سطح  $۰/۰۱$  ( $۲/۳۹$ ) بزرگتر می‌باشد بنابراین با  $۹۹$  درصد اطمینان می‌توان نتیجه گرفت که به شکل معنی‌داری میزان عزت نفس افراد موفق و ناموفق در درمان بالاتر و افراد موفق از عزت نفس بالاتری برخوردار می‌باشند.

### بحث و نتیجه‌گیری

مطالعات انجام شده پیشین به برتری درمان شناختی - رفتاری و گروه‌درمانی در درمان اعتیاد به مواد مخدر نسبت به درمانهای دیگر اذعان دارد (فیشرو اسکات، ۱۹۹۶؛ روزن بلوم و ماگورا، ۱۹۹۹؛ کمپیل و پاگ، ۱۹۹۳؛ واگنر و همکاران، ۱۹۹۳).

در پژوهش حاضر بالاترین میزان موفقیت درمان به درمان ترکیبی دارو + رفتاردرمانی ( $۶۲/۵$  درصد) و پس از آن نیز درمانهای گروهی و شناختی ( $۵۰$  درصد) در رتبه دوم اختصاص دارد. اگر چه تفاوت معنی‌داری بین میزان موفقیت در درمان در گروههای هشتگانه ملاحظه نشده است، اما در تحلیل نتایج باید در نظر داشت که فقدان معنی‌داری در بین این گروهها تا حدودی مربوط به تعداد کم هر گروه می‌باشد «برای اینکه یک آزمون با درجه آزادی کوچک معنی‌دار شود نسبت بالاتری لازم است (دلاور، ۱۳۷۵)».

در ابتدای درمان هشت گروه ۱۰ نفری برای پژوهش انتخاب شده بودند، اما پژوهشگران در زمان پس‌آزمون با افت زیاد آزمودنیها مواجه شدند (۱۴ نفر از آزمودنیها قابل دستیابی مجدد نبودند و به‌خاطر مساوی شدن گروهها دو نفر دیگر از آزمودنیها به‌طور تصادفی از گروهها خارج که تعداد آنان ۶۴ نفر، هر گروه ۸ نفر) شدند. نکته دیگر آزمونهای غیرپارامتری نسبت به آزمونهای پارامتری برای نشان دادن تفاوت معنی‌داری بین گروهها از توان کمتری برخوردارند. پژوهشگران در پژوهش حاضر با توجه به داشتن فراوانی (مقیاس اسمی) در ۸ گروه، ناگزیر به استفاده از آزمون غیرپارامتری Q کوکران بوده‌اند که معادل آزمون پارامتری ندارد (سی‌گل، ۱۳۷۲).

عدم موفقیت درمان افراد معتاد به مواد مخدر عوامل مختلفی دارد. صرف نظر از کمیت و کیفیت روشهای مختلف درمانی و تأثیرات روان‌شناختی آنها باید در نظر داشت علاوه بر نداشتن انگیزه کافی، مقاومت به درمان، حالت دفاعی و نداشتن توانایی در

برقراری ارتباط در معتادان به مواد مخدر، مرحله‌ای که معتاد به مواد مخدر در آن قرار دارد نیز یکی از عناصر مهم درمان محسوب می‌شود. پروچسکا و دیکلمنت<sup>۱</sup> (۱۹۸۲) اعتقاد دارند که همه افراد در دوره ترک اعتیاد از مراحل مشخصی می‌گذرند. این مراحل تغییر که تقریباً برای همه اختلال‌های اعتیادی وجود دارند شامل مراحل پیش‌انگاره‌ای (مرحله‌ای که شخص معتاد هیچ ایده، قصد، یا انگاره‌ای برای تغییر در آینده نزدیک ندارد)، انگاره‌ای: مرحله‌ای که در آن معتاد آگاه است که دارای مشکلی بوده و به نحو جدی برای رفع آن فکر می‌کند، ولی هنوز دست به عملی نزده است، آمادگی: مرحله‌ای که افراد تغییرات مختصری را در رفتار خود گزارش می‌دهند تا رفتار اعتیادآمیز را تعدیل کرده و قصد دارند در آینده بسیار نزدیک آنرا قطع نمایند، عمل: در این مرحله فرد رفتارها، تجربه‌ها، برخوردها و محیط خود را تغییر می‌دهد تا بتواند مشکل خود را حل کند، نگهداری: مرحله‌ای که در آن فرد تلاش می‌کند به وضع گذشته برنگردد و دستاوردهایی را که در مرحله عمل به دست آورده نگهداری کند. علاوه بر شیوه درمان و کیفیت آن، اینکه فرد در چه مرحله‌ای اقدام به ترک کرده عامل بسیار مهمی برای ترک موفق می‌باشد. نکته قابل تأمل این است که اغلب معتادان بار اول موفق به ترک اعتیاد نمی‌شوند به عنوان نمونه شاملو (۱۳۷۸) به نقل از ناکرس<sup>۲</sup> (۱۹۸۹) بیان می‌کند تعداد زیادی از افراد که اول هر سال تصمیم به ترک می‌گیرند به طور متوسط پنج سال این تصمیم را تکرار کرده تا بالاخره بتوانند برای حداقل شش ماه متوالی ترک کنند.

معتادانی که در مراحل مختلف قرار دارند از روان‌درمانی بهره‌یکسانی نمی‌برند. در پژوهشی که اکن (۱۹۸۸) انجام داد مشخص گردید که ۲۲ درصد از تمام معتادان در مرحله پیش‌انگاره‌ای، ۴۳ درصد در مرحله انگاره‌ای و ۷۶ درصد در مرحله عمل بودند، پس از شش ماه از آغاز درمان روان‌شناختی اعتیاد خود را به طور کامل ترک کرده بودند. بنابراین در پژوهش حاضر نتایج درمان در گروه‌های مختلف ممکن است صرف نظر از شیوه درمان و عوامل مطرح شده فوق متاثر از مرحله‌ای که معتادان در آن قرار داشتند نیز می‌باشد.

با توجه به اینکه در این پژوهش تمام آزمودنیها برای بار نخست اقدام به ترک کرده‌اند و این تجربه اول آنها محسوب می‌شود و نظر به اینکه در پژوهشهای انجام شده



ثابت شده است که معتادان به تریاک غالباً باید ۲ تا ۱۰ بار برای ترک اقدام کنند تا به ترک کامل (شش ماه) برسند (ناکرس، ۱۹۸۹) و همچنین اغلب افرادی که برای بار اول با فشار خانواده و اطرافیان به ترک اقدام می‌کنند در مرحله پیش‌انگاره‌ای بوده‌اند بنابراین نتایج به دست آمده رقم رضایت‌بخش تری نسبت به پژوهشهای گذشته (به عنوان نمونه اکن و همکاران، ۱۹۸۹) نشان می‌دهد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر ۶۲/۵ درصد (۵ نفر از ۸ نفر) افرادی که در گروه ترکیبی دارو + رفتاردرمانی قرار گرفته‌اند و همچنین در گروههای شناخت‌درمانی، گروه‌درمانی، درمان ترکیبی دارو + گروه‌درمانی و دارو + شناخت‌درمانی نیز ۵۰ درصد افراد (۴ نفر از ۸ نفر) پس از بازگشت شش ماه از ترک کماکان در حالت ترک باقی مانده‌اند نتیجه رضایت‌بخشی محسوب می‌شود که باز این درصد نسبت به رقم موفقیت‌آمیز درمان در پژوهش اکن (۱۹۸۹) که ۲۲ درصد موفقیت برای معتادان در مرحله پیش‌انگاره‌ای و ۴۳ درصد در مرحله انگاره‌ای می‌داند بالاتر است. همسو با پژوهشهای تیلور و دوگلاس ۱۹۹۲، روزن بلوم و ماگورا، ۱۹۹۹ در پژوهش کنونی افراد موفق در درمان اعتیاد نسبت به افراد ناموفق از عزت نفس بالاتری برخوردار بودند. بنابراین در صورتی که روان‌درمانی در بهبود وضعیت عزت نفس بیماران یاری‌دهنده باشد چه بسا مددجویان معتاد را تا حدی بهبود بخشد.

نتایج مطالعات انجام شده بر روی مکان کنترل افراد معتاد به مواد مخدر تا حدی متفاوت می‌باشد. در مطالعه‌ای که بنت<sup>۱</sup> و تولمن<sup>۲</sup> (۱۹۹۴) بر روی ۶۳ مرد بستری معتاد به الکل و مواد مخدر انجام داد بین مصرف مواد مخدر و مکان کنترل بیرونی رابطه مستقیمی دیده نشد، اما در پژوهش دیگری که به وسیله نورکو، پریم<sup>۳</sup> و لرنر (۱۹۹۵) انجام شد، بیماران معتادی که در یک گروه خودیاری قرار گرفتند تغییرات معنی‌داری در اعتقادشان به مکان کنترل از بیرونی به خود نشان دادند. در پژوهش حاضر با توجه به عدم معنی‌داری مکان کنترل در گروههای مختلف درمانی شواهدی دال بر وجود رابطه معنی‌داری از مکان کنترل بیرونی یا درونی اعتیاد به مواد مخدر دیده نشده است. بدیهی است پژوهشهای دیگر در این زمینه و در نمونه‌های مختلف معتادان به مواد مخدر (تریاک، هروئین، حشیش) ممکن است راهگشا باشد.

در پایان پیشنهاد می‌شود برای رسیدن به یک روش درمانی مطمئن و قاطع و مقایسه روشهای درمانی با یکدیگر در پژوهشهای آتی اثربخشی روشهای رفتاردرمانی، شناخت درمانی و گروه درمانی در ترک اعتیاد به مواد مخدر با نمونه‌های بزرگ ( $n > 30$ ) مورد مطالعه قرار گیرد.

## منابع

- آزاد، حسین. (۱۳۷۷)، آسیب‌شناسی روانی ۲، تهران، انتشارات بعثت.
- اولیهری، دانیل و ویلسون، گ، ترنس. رفتاردرمانی کاربرد و بازده، ترجمه نسرين پودات، علی اکبر سیف و میترا فیض، (۱۳۷۱)، تهران، انتشارات فردوس.
- برومندنسب، مسعود. (۱۳۷۳)، بررسی رابطه نگرشها و شیوه‌های فرزندپروری با جایگاه مهار و رابطه جایگاه مهار با عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پایه سوم راهنمایی شهرستان دزفول، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه شهید چمران.
- پورمقدسیان، عبدالمحمد. (۱۳۷۳)، مقایسه عزت نفس و مفهوم خودتحصیلی دانش‌آموزان مدارس عادی و دانش‌آموزان مدارس موسوم به تیزهوشان شهرستان دزفول، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبایی.
- دلاور، علی. (۱۳۷۵)، احتمالات و آمار کاربردی در روان‌شناسی و علوم تربیتی، تهران، انتشارات رشد.
- سپهری‌نیا، امیر. (۱۳۷۶)، تأثیر عزت نفس بر نگرش نسبت به تقلب و اقدام به آن در دانش‌آموزان دختر و پسر سال سوم راهنمایی شهرستان شوش، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- سی‌گل، سیدنی. آمار غیر پارامتری برای علوم تربیتی، ترجمه یوسف کریمی، (۱۳۷۲)، تهران، انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی.
- سیف، علی اکبر. (۱۳۷۷)، تغییر رفتار و رفتاردرمانی، نظریه‌ها و روشها، تهران، انتشارات آگاه.
- شاملو، سعید. (۱۳۷۸). «مراحل و فرایندهای بهبود افراد معتاد در روان‌درمانی»، فصلنامه علمی پژوهشی مددکاری اجتماعی، شماره ۱.
- قائمى، ناصر. (۱۳۷۵)، رابطه سبکهای رهبری مدیران با عملکرد شغلی و تعهد سازمانی زیردستان

با توجه به متغیرهای جایگاه مهار و ساختار تکلیف در کارکنان شرکت قند دزفول، پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

لوی، مایکل آی. نکات اساسی روان‌درمانی، ترجمه محمدتقی یاسمی و یحیی امامی، (۱۳۷۸)، تهران، انتشارات آذر مهر.

ولی نوری، ابوالفضل و علی اکبر سیف. (۱۳۷۴)، «روابط منبع کنترل درونی - بیرونی و الگوهای رفتاری تیپ A و تیپ B با افکار خودکشی»، پژوهشهای روان‌شناختی، تهران، دوره ۳، شماره ۳ و ۴.

BRAMMER, LAWRENCE M., ABREGO, PHILIP J. & SHOSTROM, EVERTT L. (1993). *Therapeutic Counseling and Psychotherapy*. Sixth Edition.

CAMPBELL, LINDA & PAGE, RICHARD. (1993). The Therapeutic Effects of group Process on the Behavioral Pattern of a Drug-Addicted group. *Journal of Drug & Alcohol Abuse*.

DZIALDOWSKI, A, LONDON M & TILBARY J. (1998). A Controlled Comparison of Cognitive behavioral and Traditional Counselling in an metha Done Tapering Programme. *Clinical Psychology & Psychotherapy* G. (4) 308-323.

DZIALDOWSKI, A, LONDON. (1999). A Cognitive Behavioral Intervention in the Context of Methadone Tapering Treatment for Opiate Addiction. *Clinical Psychology & Psychotherapy*.

ELLASON, JOAN-W & et al. (1998). Axis I and II Comorbidity and childhood Trauma History in Chemical Dependency. *Bulletin of the Menninger-Clinic*. Win Vol 60.

FISHER, MAURICE., SCOTT, SR. (1996). Effectiveness Study of two group Models With Substance Abusing Mentally ill (Multi Challenged) Consumers. *Journal of Alcohol & Drug Education*. (Win) Vol 52(3), 25-38.

JOHNSON, DOYLE. P. (1992). *Deviant Behavior*. (Jan-Mar), Vol 18(1), 75-85.

MEYER. A. & SALMON, J. (1988). *Abnormal Psychology*.

NURCO, NJ, PRINN & LERNER. (1995). Control as a key Concept in Understanding addiction. In *Journal. Issues-in-Psychoanalytic-Psychology*. Vol 17(1) 29-45.

- OCKENE. M. (1998). Effects of each Therapeutic Process on Addiction. *Indian Journal of Behavior*. (Oct) Vol 38(2), 81-93.
- POLLACK, MARK. (1998). C. B. T for Illicit drug Abuse in Methadone treated Patients Massachusetts General Hospital. *International Journal of the Addictions*. (Mar) Vol 27(3) 289-300.
- PROCHESCA. G. DICLEMENT. R. (1983). *Principle Steps in Psychotherapy for Addicts*.
- RAWSON, RICHARD, MATRIX. (1998). Behavioral/ Cognitive Behavioral Trial for Cocaine Abuse. *Center Behavioral/ Cognitive Behavioral Therapy*.
- ROSENBLUM, A. MAGURA, S, PALIJM. (1999). Enhanced Treatment Outcomes for Cocaine Using Methadone Patients. *Journal of Drug and Alcohol Dependence*. 54(3): 207-218.
- TAYLOR. DOUGLAS, N. (1992) *Psychological Reports*. (Dec) Vol 27(3), 281-288.
- WILLS, T. A DUHAMEL, K & VACCARO, D. (1995). Activity and mood Temperament as Prediction mediational Model. *Journal of Personality and Social Psychology*. (68) 901-916.
- WURMSER, B. & ZUCKER. (1986). *Abnormal Psychology*. Forth Edition.

وصول: ۸۲/۶/۸

پذیرش: ۸۲/۸/۲۷