

# مقایسه اثر بخشی درمان‌های فرانظری و شناختی - رفتاری بر بهبود خودکارآمدی پرهیز در نوجوانان پسر وابسته به مواد

مصطفی جعفری<sup>۱</sup>، شهریار شهیدی<sup>۲</sup>، علیرضا عابدین<sup>۳</sup>

## چکیده

**زمینه و هدف:** تعیین اثر بخشی درمان‌های روان شناختی بر پرهیز از مواد با در نظر گرفتن متغیرهای مهمی همچون باورهای خودکارآمدی افراد معتاد که ۰/۶۹ درصد واریانس مصرف ماری جوانا و ۰/۵۰ درصد واریانس مصرف الکل را پیش بینی می‌کند، بسیار مفید و روشنگر خواهد بود.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه که به روش آزمایشی طراحی شد با هدف مقایسه اثر بخشی دو مدل درمانی بر بهبود خودکارآمدی در پرهیز از مواد انجام گرفت. نمونه از میان نوجوانان مراجعه کننده به مراکز بهزیستی شهر تهران برای ترک اعتیاد بعد از غربالگری اولیه با استفاده از مقیاس سنجش تغییر دانشگاه رودآیلند (URICA) جهت تعیین مرحله تغییر (انگیزه) آزمودنی‌ها به تعداد ۴۵ نفر نوجوان معتاد خود معرف، که رضایت خود را جهت شرکت در دوره گروه درمانی اعلام نمودند، انتخاب و با استفاده از پرسش‌نامه خودکارآمدی پرهیز مواد (DASES)، به طور تصادفی در گروه‌های آزمایشی (مداخله شناختی - رفتاری، مداخله فرانظری) و گروه شاهد جایگزین شدند. ارزیابی مجدد نیز بلافاصله بعد از درمان و دو ماه پیگیری به عمل آمد. داده‌های به دست آمده با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره جهت مقایسه میانگین‌های سه گروه در سه موقعیت، مورد تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج به روشنی بیانگر اثر بخشی هر دو مدل درمانی بر افزایش خودکارآمدی پرهیز از مواد نوجوانان بود. همچنین نتایج مقایسه‌ای بیانگر اثر بخشی بیشتر و پایدارتر مدل فرانظری نسبت به مدل شناختی رفتاری هم در پس آزمون و هم پیگیری دو ماهه بر خودکارآمدی اختصاصی پرهیز بود.

**نتیجه گیری:** یافته‌های پژوهش اهمیت فرایند تغییر را مشخص کرد و نشان داد که چگونه درمان منطبق با مراحل تغییر می‌تواند برای ایجاد تغییر مثبت و مناسب در نوجوانان معتاد، مورد استفاده قرار گیرد. همچنین اهمیت تأکید بر نقش خود مراجعین و احساس خودکارآمدی آن‌ها در فرایند تغییر و ترک اعتیاد روشن شد.

**واژه‌های کلیدی:** درمان فرانظری، درمان شناختی - رفتاری، خودکارآمدی پرهیز از مواد، نوجوانان معتاد

نوع مقاله: تحقیقی

پدیرش مقاله: ۸۸/۱/۳۰

دریافت مقاله: ۸۷/۱۰/۱۵

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، کلینیک تخصصی خانواده و کودک، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)  
E-mail: Mostafajafari2007@gmail.com

۲- دانشیار روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳- استادیار روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

## مقدمه

اصطلاح خودکارآمدی (Self-efficacy) که بر نظریه شناختی- اجتماعی آلبرت بندورا (۱۹۷۷) مبتنی است به باور شخص در مورد این که چگونه به خوبی می‌تواند در تغییر (Change) موفق باشد، دلالت دارد. در نظام شناختی- اجتماعی منظور از خودکارآمدی مفهومی است که به احساسات شایستگی و کفایت شخص در مورد انجام اعمالی که توان آن را در خود می‌بیند، اشاره دارد. از نظر بندورا شخصی که تحت درمان قرار می‌گیرد دارای دو انتظار است؛ انتظار پیامد (Outcome expectancy)، برآورد شخص از این موضوع است که یک رفتار معین به پیامد مطلوبی خواهد انجامید و انتظار کارایی (Efficacy)، این اعتقاد است که او می‌تواند به طرز موفقیت آمیز، رفتاری را انجام دهد که پیامد مطلوب مورد هدف را تولید کند (۱).

از دیدگاه شناختی- رفتاری، انتظارات کارایی بر آغاز رفتارهای مقابله با مشکلات، تعمیم دهی و نگهداری آن‌ها تأثیر می‌گذارد. سطح انتظارات کارایی تعیین می‌کند که رفتارهای کنار آمدن در شرایط فشار تا چه مدت تداوم خواهند داشت. بر این اساس، نظریه کارایی شخصی پیش بینی می‌کند که درمان، زمانی مؤثر خواهد بود که بتواند انتظارات معقول درمانجویان را از آن چه می‌توانند به دست آورند و تداوم بخشند، افزایش دهد (۲).

خودکارآمدی اختصاصی (Specific Self-efficacy) یا موقعیتی به پافشاری برای انجام یک تکلیف ویژه در دست اجرا گفته می‌شود. فرض بر این است که خودکارآمدی اختصاصی بالا در موقعیت‌های پر خطر بهتر از خودکارآمدی کلی پیش بینی کننده پرهیز از مواد خواهد بود (۲). در این رابطه مطالعه Dolan و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که خودکارآمدی بالای بیماران در موقعیت‌های پر خطر مصرف کوکائین بیشتر از خودکارآمدی کلی با نتایج درمانی همبسته بود. بنابراین، خودکارآمدی برای موقعیت‌های اختصاصی وسوسه مصرف (همچون هیجانانگیزی، وسوسه‌های درونی و موقعیت‌های بین فردی همچون تعارض بین فردی، فشار

اجتماعی برای مصرف و ناتوانی در ابراز خود)، برای برنامه ریزی درمان بهتر خواهد بود و از طریق هدف قرار دادن موقعیت‌های اختصاصی می‌توان نتایج مطلوب‌تری به دست آورد (۲).

در رابطه با تأثیر خودکارآمدی بر ترک دخانیات، مطالعه‌ای با یک ماه پیگیری نشان داد که خودکارآمد پنداری، اولین عامل پیش بینی کننده ترک سیگار است (۳). در مطالعه‌ای دیگر بر روی ۶۴ جوان ۱۶ تا ۲۵ ساله، این نتیجه حاصل شد که خودکارآمدی معتادین می‌تواند ۴۷٪ درصد از واریانس مصرف الکل و ۶۹٪ درصد واریانس مصرف ماری جوانا را پیش بینی کند و می‌تواند در کسب حمایت‌های اجتماعی برای تغییر مؤثر باشد. بنابراین خودکارآمدی به عنوان تعیین کننده شناختی، باید برای بهبود اثر بخشی انواع برنامه‌های ترک سیگار و سایر مواد، مد نظر قرار گیرد (۴).

مدل فرانظری (TTM: Trans Theoretical Model)، نوع دیگری از مداخلات برای درمان اعتیاد است. این مدل بر این فرض استوار است که تغییر رفتار در طول زمان و با طی مراحل متوالی تفکر، ۱- مرحله پیش از تفکر (Pre contemplation)، ۲- مرحله تفکر برای تغییر (Contemplation)، ۳- مرحله آمادگی (Preparation)، ۴- مرحله عمل ( اقدام به ترک یا Action) و ۵- مرحله نگهداری (Maintenance) که در آن مراجع برای نگهداری دراز مدت تغییر به وجود آمده، تلاش می‌کند، میسر می‌شود (۵).

در رویکرد تغییر مرحله‌ای فرانظری، دو ساختار توازن تصمیم گیری (Decision balance) و خودکارآمدی، عوامل اصلی تأثیرگذار بر ترک و ماندن در ترک محسوب می‌شوند و خودکارآمدی (یعنی اعتماد مراجعان به توانایی خود در ایجاد تغییر)، عاملی کلیدی در تغییر موفقیت آمیز و نتیجه‌گیری از درمان به شمار می‌رود (۵). در این مدل، خودکارآمدی با بررسی میزان وسوسه مراجع به انجام رفتار مشکل ساز و میزان اعتماد به نفس او در خودداری از انجام آن رفتار در برابر وسوسه‌ها، ارزیابی شده است. پروچاسکا، دیکلمنتی و

کرده است. بنابراین، مؤثرترین روش‌ها برای کار با نوجوانان، روش‌های عملکرد مدار (Performance-Oriented) است، همچنین روش‌هایی که به نوجوانان کمک کنند تا ضرورت ایجاد تغییر در رفتارهایش را احساس کرده، از این طریق، انگیزه‌اش برای درمان را بالا ببرد (۱۰). همچنین بندورا معتقد است مهم‌ترین تغییر درمانبخش، افزایش سطح خودکارآمدی مراجع است که چنین تغییری از طریق مداخلات عملکرد مدار حاصل می‌شود (۲).

بنا بر شواهد فوق، تنوع پژوهش‌ها در دهه‌های اخیر درباره روان درمانی اعتیاد، گسترده بوده و نتایج نشان دهنده پراکندگی و گوناگونی اثر بخشی مداخلات اعتیاد است (۱۱). به طور مثال، در پروژه MATCH که به منظور مقایسه اثر بخشی سه روش (مصاحبه انگیزشی، شناختی± رفتاری و گروه‌های الکلی‌های گمنام) انجام گرفته بود، نتایج نشان داد که اثر بخشی درمان‌ها متفاوت بوده و همچنین هر یک از درمان‌ها در بعضی افراد، اثر بخشی بیشتری در مقایسه با دیگر افراد بزرگسال داشته است. لذا با توجه به شواهد ذکر شده که نشانگر تأثیرگذاری عوامل مختلف در نتیجه‌گیری از درمان‌های اعتیاد می‌باشد، سؤال اصلی مطالعات مرتبط با اعتیاد که کدام نوع درمان مؤثرتر بوده، کدام نوع مداخلات تأثیرات پایدارتری بر جای می‌گذارند، در مورد نوجوانان نیز مطرح است که بنا به فقدان مطالعات قبلی در رابطه با سؤال فوق و ضرورت دستیابی به راه حل مناسب در راستای حل مشکل اعتیاد نوجوانان وابسته به مواد، در پژوهش حاضر به بررسی اثر بخشی CBT و TTM بر خودکارآمد پنداری نوجوانان وابسته به مواد پرداخته شد. از آن جا که خودکارآمد پنداری به عنوان یک متغیر پیش بینی کننده برای نتیجه‌گیری از مداخلات روان شناختی فرض شده و جهت بهبود آن از مداخلات گوناگونی استفاده شده است، مطالعه حاضر با فرض متفاوت بودن اثر بخشی مدل‌های مختلف بر آن، صورت پذیرفت.

نارکراس (۱۹۹۲) معتقدند در چهارچوب مدل مراحل تغییر (Changing stage model)، یک مداخله منطبق با مراحل تغییر انگیزه باید طراحی شود تا انگیزه افراد معتاد را برای ترک، ارتقاء بخشد و به مراحل بالاتر انگیزه برای ترک برساند (۳). منظور از انگیزه، میزان احساس نیاز به تغییر فرد معتاد است و این که او تا چه درجه‌ای به مشکل خود پی برده، به فشارهای مثبت و منفی که برای تغییر وجود دارند، پاسخ می‌دهد (۶).

در یک مطالعه فراتحلیلی که به بازمینی مداخلاتی که با هدف افزایش خودکارآمدی در زمینه تغییر رفتارهای اعتیادی گروه‌های معتادین انجام گرفته بود، ۱۰ مطالعه دارای معیارهای لازم شناسایی شدند. نتایج نشان داد که از میان انواع مداخلات به کار رفته، هفت مطالعه تأثیرات مثبتی بر خودکارآمدی بیماران داشته بودند. چنین نتیجه‌گیری شد که خودکارآمدی می‌تواند با استفاده از روش‌های مداخله‌ای مختلف افزایش یابد (۷).

مطالعات انجام شده، مفید بودن مدل فرانظری در مورد رفتارهای مختلف همچون درمان مصرف کنندگان مشروبات الکلی (پروژه گروه تحقیقاتی MATCH، ۱۹۹۷)، پیشگیری از ابتلای نوجوانان به خوردن مشروبات الکلی (ورچ و همکاران، ۱۹۹۹)، استعمال دخانیات (پالونن و همکاران، ۱۹۹۴) مورد تأیید قرار دادند (۵).

از طرفی دیگر، درمان شناختی- رفتاری (Cognitive Behavioral Therapy) برای معتادین در مطالعات بالینی متعددی به کار رفته و شواهدی دال بر ثمر بخشی بالینی آن ارائه شده است (۸). همچنین سه مطالعه فراتحلیلی نیز مدل آموزش مهارت‌های مقابله‌ای را در مقایسه با دیگر درمان‌های الکل، به عنوان اولین درمان و یا دومین درمان مؤثر مطرح کرده‌اند (۹). ویژگی‌های فوق‌العاده درمانگری شناختی± رفتاری (از جمله ارتباطات صمیمانه همراه با تشریک مساعی، فعال بودن فرایند درمانی، هدفدار بودن آن، توجه به مشکل آموزش و توسعه مهارت‌های مقابله‌ای)، این است که بستر مطلوبی را برای توجه به مشکلات و مسایل نوجوانان فراهم

## مواد و روش‌ها

در این مطالعه، روش پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه شاهد بود که جهت بررسی اثر بخشی مداخلات مورد نظر در دو گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد تدوین شد. جامعه آماری در پژوهش حاضر عبارت بود از کلیه نوجوانان پسر که در اردیبهشت ماه سال ۱۳۸۷ به طور خود معرف برای درمان اعتیاد به دو مرکز ترک اعتیاد سازمان بهزیستی شهر تهران مراجعه کرده بودند. نمونه آماری پژوهش شامل ۴۵ نفر از نوجوانان (۱۵ تا ۱۹ ساله) معتاد شهر تهران بود که بر اساس غربالگری مرحله تغییر، از میان ۶۷ مراجعه کننده برای درمان انتخاب شدند و همه ۴۵ نفر در مرحله سوم یا آمادگی برای تغییر واقع بودند. بعد از مرحله غربالگری، ۴۵ نفر از افراد که برای شرکت در گروه درمانی رضایت داشتند، به طور تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه شاهد) جایگزین شدند. لازم به ذکر است که گروه‌های آزمایشی به طور جداگانه در دو مرکز تشکیل یافتند که یک گروه در مداخله شناختی- رفتاری (بر اساس مهارت‌های مقابله‌ای بسته آموزشی پروژه MATCH (۱۲) و کتاب راهنمای عملی درمان شناختی رفتاری سوء مصرف مواد Carooli، ترجمه عباس بخشی‌پور (۱۳) و گروه دیگر در مداخلات فرانظری (کتاب گروه درمانی معتادان، راهنمای شیوه درمانی مراحل تغییر (۵)) به طور تصادفی جایگزین شدند و به مدت ۱۲ جلسه، مداخله دریافت نمودند. همچنین هر سه گروه به طور همزمان دارو درمانی با متادون یا بوپره نروپین نیز دریافت می‌کردند که بر طبق برنامه درمانی، مراجعه روزانه به مرکز داشتند. نکته دیگر این که گروه شاهد تا پایان دوره درمانی تحت دارو درمانی بود و مداخلات روان شناختی دریافت نکرد، تا این که بعد از پس آزمون از هر سه گروه بنا به رعایت اصول اخلاقی و قولی که به آن‌ها داده شده بود، هشت جلسه مداخله گروهی نیز برای آن‌ها تشکیل شد.

## ابزارهای گردآوری اطلاعات

۱- مقیاس سنجش تغییر: این مقیاس که توسط دیکلمنتی و همکاران (۱۹۸۹) در دانشگاه URICA (University of Rhode Island Change

Assessment) ساخته شد، دارای ۳۲ آیتم با چهار خرده مقیاس (پیش از تأمل برای ترک، تأمل برای ترک، عمل به ترک و نگهداری) می‌باشد. در مطالعه بوزی و همکاران (۲۰۰۵) پایایی درونی آزمون با محاسبه آلفای کرونباخ در حدود ۰/۷۷ تا ۰/۷۹ گزارش شده است (۱۴).

در مطالعه مقدماتی که توسط مؤلف جهت بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس سنجش تغییر بر روی یک نمونه دانشجویان ایرانی انجام شد؛ روایی صوری آزمون از طریق نظر سنجی از روانشناسانی که تخصص اعتیاد داشتند، بررسی شد. برای محاسبه روایی درونی از روش دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ استفاده شد که به ترتیب مقادیر ۰/۷۶ و ۰/۸۲ به دست آمد. پایایی مقیاس نیز با استفاده از روش آزمون- باز آزمون بعد از گذشت دو هفته برای زیر مقیاس‌های پیش از تأمل، تأمل، عمل و نگهداری تغییر به ترتیب ۰/۳۸، ۰/۴۹، ۰/۵۷ و ۰/۶۸ درصد حاصل شد (۱۵).

۲- پرسش‌نامه سنجش میزان خودکارآمدی پرهیز از مواد (Drug Abstinence Self-Efficacy Scale -ASES): این پرسش‌نامه توسط مارتین گلن (۱۹۹۲) برای سنجش کارایی شخصی در سنین ۱۶ تا ۳۰ ساله ساخته شد و ۲۰ آیتم دارد که توانایی اجتناب از موقعیت‌های هیجانی، اجتماعی و سوگ برانگیزاننده مصرف را می‌سنجد. مؤلف این پرسش‌نامه، آلفای کرونباخ آن را در یک مطالعه (۱۹۹۵) در حدود ۰/۹۱ گزارش داده و روایی آن را در ارتباط با زیر گروه‌هایی از نمونه‌های مورد مطالعه، ارزیابی کرده و آن را برای سنجش خودکارآمدی پرهیز از مواد، معتبر گزارش کرده است (۱۶).

این پرسش‌نامه نیز توسط پژوهشگر، ترجمه و ویژگی‌های روان‌سنجی آن بر روی نمونه دانشجویان ایرانی محاسبه شد. در مطالعه مقدماتی که جهت بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خودکارآمدی پرهیز بر روی نمونه ایرانی انجام گردید، روایی آزمون از طریق نظر سنجی از روانشناسانی که در حیطه اعتیاد تخصص داشتند، محاسبه شد که با استفاده از روش دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ به ترتیب مقادیر ۰/۵۴ و ۰/۷۸ به دست آمد. همچنین پایایی مقیاس با استفاده از روش آزمون- باز آزمون بعد از گذشت دو هفته برای زیر مقیاس‌های

**یافته‌ها**

میانگین سنی گروه مورد مطالعه برابر با  $1/12 \pm 18/4$  بود که بیشترین فراوانی در سن ۱۸ سالگی بود. همچنین میانگین سال‌های سابقه مصرف برابر با  $0/9 \pm 28$  ماه بود که از لحاظ نوع ماده مصرفی، اکثریت افراد نمونه مورد مطالعه، مصرف کننده کراک و هروئین بودند.

موقعیت‌های هیجانی، اجتماعی و سوگ به ترتیب  $0/52$ ،  $0/61$  و  $0/49$  درصد به دست آمد. برای تحلیل داده‌های تحقیق، که سه گروه در سری‌های زمانی مختلف در متغیر خودکارآمدی مورد ارزیابی قرار گرفته بودند، از تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) و جهت محاسبه دقیق تفاوت‌های بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی LSD (روش کمترین تفاوت معنی‌دار فیشر) استفاده شد.

جدول ۱. توصیف میانگین‌های خودکارآمدی سه گروه در سه مرحله ارزیابی

N	انحراف معیار	میانگین			
۱۵	۴/۴۰	۴۶/۴۰	شناختی- رفتاری	پیش آزمون	خودکارآمدی در موقعیت‌های هیجانی
۱۵	۵/۶۷	۴۵/۶۶	فرانظری		
۱۵	۳/۶۴	۴۵/۱۳	شاهد		
۱۳	۴/۷۳	۵۵/۳۱	شناختی- رفتاری	پس آزمون	
۱۲	۵/۱۸	۵۳/۰۰	فرانظری		
۱۴	۴/۶۲	۴۸/۵۰	شاهد		
۱۳	۵/۱۶	۵۶/۷۶	شناختی- رفتاری	پیگیری	
۱۲	۵/۱۳	۶۲/۷۵	فرانظری		
۱۲	۵/۱۱	۴۹/۲۵	شاهد		
۱۵	۰/۸۱۶	۱۳/۳۳	شناختی- رفتاری	پیش آزمون	خودکارآمدی در موقعیت‌های اجتماعی
۱۵	۱/۷۵	۱۳/۲۶	فرانظری		
۱۵	۰/۸۶	۱۳/۲۰	شاهد		
۱۳	۱/۳۶	۱۶/۷۷	شناختی- رفتاری	پس آزمون	
۱۲	۱/۴۹	۱۵/۳۳	فرانظری		
۱۴	۱/۰۹	۱۴/۵۰	شاهد		
۱۳	۱/۰۴	۱۸/۳۸	شناختی- رفتاری	پیگیری	
۱۲	۰/۹۳۷	۱۸/۸۳	فرانظری		
۱۲	۰/۹۸۴	۱۴/۶۶	شاهد		
۱۵	۱/۷۸	۹/۸۰	شناختی- رفتاری	پیش آزمون	خودکارآمدی در موقعیت‌های سوگ
۱۵	۱/۱۶	۱۰/۰۶	فرانظری		
۱۵	۱/۳۵	۹/۸۶	شاهد		
۱۳	۱/۸۵	۱۳/۳۸	شناختی- رفتاری	پس آزمون	
۱۲	۰/۹۶۵	۱۲/۷۵	فرانظری		
۱۴	۱/۶۳	۱۱/۲۸	شاهد		
۱۳	۱/۳۹	۱۳/۴۶	شناختی- رفتاری	پیگیری	
۱۲	۰/۶۵۱	۱۴/۶۷	فرانظری		
۱۲	۱/۳۵	۱۱/۷۵	شاهد		

جدول ۲. آزمون MANCOVA برای مقایسه میانگین متغیرهای وابسته در پیش و پس آزمون

منبع تغییر	متغیر وابسته	df	مجدور میانگین‌ها	F	Sig.	Eta
عامل گروهی	خودکارآمدی اختصاصی در موقعیت‌های هیجانی	۲	۲۰۷/۰۵	۱۷/۷۳۵	۰/۰۰۱	۰/۵۱۱
	خودکارآمدی اختصاصی در موقعیت‌های اجتماعی	۲	۲۴/۸۳	۱۱/۷۳۰	<۰/۰۰۱	۰/۴۲۸
	خودکارآمدی اختصاصی در موقعیت‌های سوگ	۲	۱۴/۸۱	۱۱/۹۸۳	۰/۰۰۳	۰/۴۱۳

که این نتیجه بیانگر اثر بخشی مداخلات در گروه‌های آزمایشی می‌باشد. اثر مداخله که عامل گروهی بیانگر آن است، به وسیله مقدار Eta قابل مشاهده است که بیشترین مقدار اتا (Eta) یا ضریب تأثیر برای خودکارآمدی در موقعیت‌های هیجانی حاصل شده است.

در جدول شماره ۱ میانگین‌های گروه‌های مورد مطالعه در سه موقعیت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای متغیر خودکارآمدی پرهیز از مواد ملاحظه می‌شود. جدول ۲ بیانگر تفاوت معنی‌دار بین گروه‌ها در متغیر وابسته در پس آزمون نسبت به پیش آزمون است ( $P = ۰/۰۰۱$ )

جدول ۳. آزمون MANCOVA برای مقایسه میانگین متغیرهای وابسته بین پس آزمون و پیگیری

منبع تغییر	متغیر وابسته	df	مجدور میانگین‌ها	F	Sig.	Eta
عامل گروهی	خودکارآمدی اختصاصی موقعیت‌های هیجانی	۲	۳۲۱/۷۰	۸/۴۱	۰/۰۱	۰/۳۱۳
	خودکارآمدی اختصاصی موقعیت‌های اجتماعی	۲	۷۵/۹۱	۳۷/۵	۰/۰۱	۰/۵۹۹
	خودکارآمدی اختصاصی موقعیت‌های سوگ	۲	۳۸/۳۹	۲۶/۱۵	۰/۰۲	۰/۵۸۶

جدول ۴ نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه دو به دوی مقادیر خودکارآمدی بین گروه‌های مختلف در سه موقعیت بررسی شده را نشان می‌دهد. ملاحظه می‌شود که در تمامی موارد تفاوت آماری معنی‌داری بین گروه‌های مطالعه مشاهده شده است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها در مرحله پیگیری نسبت به پس آزمون وجود دارد. این اثر در عامل گروهی و مقدار اثر آن به وسیله ضریب Eta قابل مشاهده است، که بیانگر تداوم اثر مداخلات بین گروهی در فاصله پیگیری می‌باشد.

جدول ۴. آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه دو به دو مقادیر خودکارآمدی بین گروه‌ها در سه موقعیت

Sig. <sup>a</sup>	انحراف خطا	تفاوت میانگین (I-J)	(J) group	(I) group	متغیر وابسته
.۰/۰۰۳	۱/۶۵۲	۳/۶۵۴*	فرانظری		خودکارآمدی اختصاصی برای موقعیت‌های هیجانی در پس آزمون
< .۰/۰۰۱	۱/۵۱۰	۶/۹۶۲*	شاهد	شناختی - رفتاری	
.۰/۰۰۳	۱/۶۵۲	- ۳/۶۵۴*	شناختی - رفتاری		
.۰/۰۰۲	۱/۵۶۲	۳/۳۰۸*	شاهد	فرانظری	
.۰/۰۰۳	۱/۹۳۲	- ۶/۱۹۵*	فرانظری		خودکارآمدی اختصاصی برای موقعیت‌های اجتماعی در پس آزمون
.۰/۰۰۸	۲/۶۴۷	۴/۷۹۴	شاهد	شناختی - رفتاری	
.۰/۰۰۳	۱/۹۳۲	۶/۱۹۵*	شناختی - رفتاری		
< .۰/۰۰۱	۲/۰۹۲	۱۰/۹۸۹*	شاهد	فرانظری	
.۰/۰۱	۰/۴۱۷	۱/۱۲۰*	فرانظری		خودکارآمدی اختصاصی برای موقعیت‌های سوگ در پس آزمون
< .۰/۰۰۱	۰ ۳۸۱	۲/۰۱۷*	شاهد	شناختی - رفتاری	
.۰/۰۱	۰/۴۱۷	- ۱/۱۲۰*	شناختی - رفتاری		
.۰/۰۳	۰/۳۹۴	۰/۸۹۷*	شاهد	فرانظری	
.۰/۰۴	۰/۴۳۹	- ۰/۸۰۸	فرانظری		خودکارآمدی اختصاصی برای موقعیت‌های هیجانی در پیگیری
< .۰/۰۰۱	۰/۶۰۱	۳/۰۸۴*	شاهد	شناختی - رفتاری	
.۰/۰۴	۰/۴۳۹	۰/۸۰۸	شناختی - رفتاری		
< .۰/۰۰۱	۰/۴۷۵	۳/۸۹۲*	شاهد	فرانظری	
.۰/۰۴	۰/۶۹۰	۱/۳۲۱	فرانظری		خودکارآمدی اختصاصی برای موقعیت‌های اجتماعی در پیگیری
< .۰/۰۰۱	۰/۶۳۰	۲/۵۲۰*	شاهد	شناختی - رفتاری	
.۰/۰۴	۰/۶۹۰	- ۱/۳۲۱	شناختی - رفتاری		
.۰/۰۳	۰/۶۵۲	۱/۱۹۹	شاهد	فرانظری	
.۰/۰۰۲	۰/۴۳۰	- ۱/۴۲۰*	فرانظری		خودکارآمدی اختصاصی برای موقعیت‌های سوگ در پیگیری
.۰/۰۳	۰/۵۸۹	۱/۰۴۷	شاهد	شناختی - رفتاری	
.۰/۰۰۲	۰/۴۳۰	۱/۴۲۰*	شناختی - رفتاری		
< .۰/۰۰۱	۰/۴۶۶	۲/۴۶۷*	شاهد	فرانظری	

\* تفاوت بین میانگین‌ها در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است.  
 a: مقایسه چند گانه بر اساس حد میانگین‌های برآورد شده است.

**بحث و نتیجه‌گیری**

به طور خلاصه، نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو مداخله فرانظری و شناختی ± رفتاری برای بهبود خودکارآمدی پرهیز از مواد نوجوانان مفید و مؤثر هستند. گروه‌های آزمایشی که هر یک نوعی مداخله درمانی را دریافت کرده بودند، در مقایسه با گروه شاهد که در لیست انتظار بود و به غیر از دارو درمانی و سم زدایی، مداخله روان شناختی دریافت نکرده بود، در متغیر وابسته که شامل خودکارآمدی پرهیز از مواد در موقعیت‌های هیجانی، اجتماعی و سوگ بود، بهبودی معنی‌دار و پایدارتری را نشان دادند. همچنین تفاوت‌های معنی‌داری در اثر بخشی دو مدل درمانی بر متغیر مورد مطالعه در سه مرحله ارزیابی، دیده شد که بر اساس آن‌ها می‌توان گفت: مداخلات شناختی- رفتاری اثر بخشی سریع‌تر ولی ناپایدارتری نسبت به مداخلات مبتنی بر مدل فرانظری بر خودکارآمدی پرهیز از مواد معتادین دارد.

با توجه به نتایج به دست آمده، تشریح فرضیه و سؤال پژوهش حاضر به شرح ذیل می‌باشد:

فرض بر این بود که مداخلات مبتنی بر مدل‌های فرانظری و شناختی ± رفتاری باعث بهبودی در خودکارآمدی پرهیز در نوجوانان وابسته به مواد می‌شود. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که بعد از انجام مداخله و پیگیری دو ماهه، تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های آزمایشی و شاهد (که در مرحله پیش آزمون تفاوت معنی‌داری با هم نداشتند)، در متغیر خودکارآمدی پرهیز از مواد به وجود آمده بود. این یافته بدین معنی است که مداخلات فرانظری و شناختی ± رفتاری برای بهبود خودکارآمدی پرهیز از مواد نوجوانان معتاد مؤثر هستند. این یافته همسو با نتایج مطالعات Washington (۱۹۹۹)، Goldberg و همکاران (۲۰۰۰)، Digestra (۲۰۰۱)، Yen، Cheng و همکاران (۲۰۰۴) و Winkleby (۲۰۰۴) می‌باشد که نتیجه گرفتند رویکرد CBT می‌تواند برای بهبود خودکارآمدی افراد معتاد مؤثر واقع شود (۱۴). این نتیجه را بدین گونه می‌توان تبیین کرد که یادگیری، رفتار جدید و

مناسب برای مقابله با اعتیاد، احساس تسلط و توانمندی را در افراد به وجود می‌آورد. همچنین به نظر می‌رسد مکانیزم مسؤول برای موفقیت درمان CBT، اکتساب و کاربرد مهارت‌های مقابله‌ای شناختی و رفتاری جدید باشد که کسب مهارت‌های مقابله‌ای منجر به موفقیت در برابر فشارهای درونی یا بیرونی برای مصرف گشته، انباشتگی موفقیت‌ها، باور به خودکارآمدی را در افراد افزایش می‌دهد.

همچنین یافته پژوهش حاضر، همسو با نتایج مطالعات کاربرد TTM همچون اثر بخشی مدل فرایندی انگیزه بر میزان خودکارآمدی و سبک مقابله‌ای (۱۷) و تأثیر مداخلات بر آمادگی برای تغییر و خودکارآمدی ترک در زنان سیگاری (۱۸) می‌باشد. اگر چه تحقیقی که به طور مستقیم، مدل TTM را برای بهبود خودکارآمدی نوجوانان استفاده کرده باشد، یافت نشد اما همسانی یافته‌های فوق که بعضی از آن‌ها، خودکارآمدی معتادین را به عنوان متغیر وابسته برای تغییر مرحله‌ای مورد بررسی قرار دادند، مشاهده شد؛ این بدین معنی است که رویکرد فرانظری که تلفیقی از مداخلات انگیزشی، شناختی و رفتاری است، می‌تواند مدل مناسبی جهت بهبود خودکارآمدی افراد باشد.

در نتیجه می‌توان گفت که از هر دو روش مداخله‌ای فرانظری و شناختی- رفتاری جهت بهبود خودکارآمدی، که متغیر پیش بینی کننده مهمی برای موفقیت درمانی برای معتادین محسوب می‌شود، استفاده کرد.

در بررسی سؤال پژوهش، که در مورد مقایسه اثر بخشی دو مدل فرانظری و شناختی- رفتاری بر خودکارآمدی بود، نتایج بیانگر اثر بخشی متفاوت مدل‌های مذکور طی مداخلات و پیگیری می‌باشد. بدین شرح که ارزیابی بلافاصله پس از مداخله، نشان داد که گروه دریافت کننده CBT بهبودی بیشتری را در احساس خودکارآمدی برای پرهیز از مواد داشتند، اما مطالعه پیگیری دو ماهه نشان داد که گروه دریافت کننده TTM در طول مدت بعد از مداخله، بهبودی حاصل شده را به طور پایدار حفظ کرده، نسبت به گروه CBT نمرات بالاتری را در آزمون خودکارآمدی پنداری کسب

نتایج مطالعه‌ای که توسط دباغی و همکاران (۱۳۸۶) در ایران انجام شد، نشان داده است که تلفیقی از شناخت درمانی با درمان طرح‌واره‌های معنوی، مؤثرتر از رفتار درمانی شناختی صرف برای معتادین است، می‌تواند به عنوان منبع استنادی برای یافته تحقیق حاضر باشد که نشان داد درمان ترکیبی یا فرانظری، مؤثرتر از درمان اختصاصی و مسأله محور شناختی-رفتاری است (۲۰). همچنین در تبیین این نتیجه می‌توان به اظهار نظر مارک (۲۰۰۸) استناد کرد که می‌گوید "احتمال می‌رود مؤثرترین درمان‌ها برای اعتیاد به مواد، آنهایی باشند که خودکارآمدی را افزایش می‌دهند". از آن جا که رویکرد فرانظری به زمان‌بر و فرایندی بودن تغییر اعتقاد داشته، بر حل تردیدها توسط خود مراجعه کننده و مسؤلیت یا نقش او در فرایند تغییر و افزایش باور به خودکارآمدی تأکید دارد لذا می‌تواند با بهبود تصمیم‌گیری و خودکارآمدی از طریق فرایندهای ده گانه در طول مراحل پنجگانه، تغییرات پایدارتری را به بار آورد (۲۱).

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مداخلات صورت گرفته با رویکردهای فرانظری و شناختی-رفتاری بر بهبود خودکارآمدی پرهیز از مواد نوجوانان معتاد، اثر بخش هستند. همچنین یافته مهم این پژوهش شامل روشن شدن بعد زمانی پایداری نتایج مداخلات و چگونگی تغییر بود؛ بدین شرح که مطالعه پیگیری که به منظور ارزیابی فاصله زمانی تأثیرات و تغییرات به وجود آمده از مداخلات، انجام شده بود نشان داد که به طور کلی نتایج به دست آمده از مداخلات فرانظری برای خودکارآمدی، در طول دو ماه پیگیری نیز ادامه یافته و بیشتر شده بود. علاوه بر این در تحلیل دیگری که با هدف مقایسه اثربخشی نوع مداخلات بر خودکارآمدی انجام گرفت، یافته‌ها نشان داد که هم در کوتاه مدت و هم در دراز مدت، مدل TTM برای خودکارآمدی مؤثرتر از مدل CBT بود. این نتیجه شاید به چگونگی تبیین مدل فرانظری از فرایند تغییر و نقش خود مراجعین و احساس خودکارآمدی آنها مربوط باشد که اعتقاد دارد، تغییرات رفتاری در طول زمان و در طی مراحل متوالی حاصل می‌شود (۲۰). بنابراین نقش

کردند. این نتیجه را می‌توان چنین تبیین کرد که چون مدل فرانظری اعتقاد به تغییر مرحله‌ای در طول زمان داشته، از نظریه‌ها، رویکردها و تکنیک‌های مختلف برای ایجاد فرایندهای ده گانه تغییر استفاده می‌کند، تأثیر گذاری آن بر ساختار روانی افراد معتاد، از گستردگی و عمق بیشتری برخوردار می‌باشد و بنابراین انتظار است که خودکارآمدی فرد دریافت کننده درمان فرانظری، بهبودی بیشتری را نشان دهد. اگرچه در بررسی ادبیات پژوهش، هیچ مطالعه مستقیم و مشخصی یافت نشده است که به مقایسه اثربخشی کوتاه یا دراز مدت این دو نوع درمان در نوجوانان پرداخته باشد؛ اما بعضی مطالعات مشابه (همچون مطالعات گروه تحقیقاتی پروژه MATCH و مطالعه جاینچیل ۲۰۰۰) (۵) وجود دارد که یافته تحقیق حاضر همسو با نتایج مطالعات انجام شده در رابطه با اثر بخشی درمان اعتیاد با مدل انگیزشی (که قسمت عمده‌ای از مداخلات TTM را تشکیل می‌دهد) نسبت به رویکردهای دیگر، از لحاظ مقدار اثرگذاری و پایداری نتایج می‌باشد. همچنین مطالعه‌ای که به بررسی قدرت پیش بینی‌کنندگی کارایی شخصی نوجوانان معتاد برای نتایج درمانی، در ارتباط با نوع درمان پرداخته بود نتایج مشابهی را به دست داده است. فرضیه آنها این بود که آزمودنی‌هایی که درمان CBT دریافت کرده بودند در مقایسه با آنهایی که درمان آموزشی-روانشناختی (PET: Psycho-Educational Training) دریافت کرده بودند، سطوح بالایی از کارایی شخصی موقعیتی را نشان خواهند داد. تبیین فرضیه آنها این بود که مکانیزم مسؤول برای موفقیت درمان CBT و پیشگیری از بازگشت، اکتساب و کاربرد مهارت‌های مقابله‌ای است. اما یافته‌های آنها تأیید کننده این فرضیه نبود. به عبارت دیگر در تحلیل کارایی شخصی موقعیتی، درمان CBT امتیاز آشکاری نسبت به روش PET نشان نداد. یعنی در دوره‌های مختلف ارزیابی، جوانانی که CBT دریافت کرده بودند نسبت به افراد دریافت کننده PET، اطمینان به خود زیادتری برای مقابله با مصرف مواد نشان ندادند (۱۹).

مدل TTM که مدل مناسبی به نظر می‌رسد، می‌توان نتایج بهتری در درمان معتادین کسب کرد. اما از آن جا که در ارزیابی‌های نتیجه (output) مداخلات درمانی، ابزارهای استاندارد اندازه‌گیری و معیارهای سنجش موفقیت، متفاوت هستند. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی از متغیرها یا معیارهای دیگری که هدف آنها سنجش اثر بخشی یا موفقیت درمان می‌باشد، استفاده شود تا میزان دقیق تأثیرات مداخلاتی ارزیابی شده، بتوان موفقیت درمان را اندازه گیری نمود. همچنین همان گونه که پیشتر اشاره شد کارایی شخصی افراد به عنوان یک متغیر مهم در موفقیت‌های درمانی ذکر شده است. بنابراین در همراهی با پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که در مداخلات مربوط به اعتیاد، بهتر است بر بهبود باورهای خودکارآمدی معتادین تمرکز نموده، خود افراد را به عنوان منبع اصلی تغییر در نظر گیرند. نکته قابل توجه در این زمینه، محدودیت منابع و کمبود مطالعات مقایسه‌ای مدل‌های درمانی مختلف است که پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی به این مورد توجه کنند.

#### سیاسگزاری

بدین وسیله کمال سپاس و امتنان خود را از مساعدت بی‌شائبه سازمان بهزیستی شهر تهران ابراز می‌داریم.

باورهای خودکارآمدی مراجعین که بر طبق گفته Naar-King توانایی پیش بینی کنندگی حدود ۶۹ درصد از واریانس مصرف ماری جوانا و ۴۷ درصد از مصرف الکل را دارا بوده، روشن می‌شود و بهبود آن می‌تواند نتایج پایدارتر و ماندگارتری در فرایند تغییر و ترک مواد داشته باشد (۴).

از آن جا که در مدل فرانظری تغییر کردن از راه انتخاب، نقطه مقابل تغییر کردن از طریق ایجاد تغییرات در محرک‌های شرطی که پاسخ‌های ما را کنترل می‌کنند، می‌باشد؛ لذا از نظر تجربی افزایش انتخاب مستلزم آن است که فرد از گزینه‌های جدیدی همچون ایجاد هوشیارانه راه‌هایی برای زندگی، آگاه شود و در زمینه انتخاب مسیرهای زندگی یا تغییر خود، دست به انتخاب بزند (۲۲). در رویکرد فرانظری، مکانیسم فرضی برای تغییر درمانی، هماهنگ ساختن نظام اعتقادی فرد به صورت نزدیکتری با واقعیت زندگی اوست تا مسؤولیت زندگی و تغییرات مورد نظر را در آن بپذیرد. بنابراین نقش خود مراجعه کننده در قبول کردن امکان تغییر توسط خود او هدف درمان فرانظری است. کاربرد درمانی این مدل تبیینی این است که به اصلاح نظام اعتقادی و انگیزشی فرد اهمیت بیشتری داده شود، نه این که از او خواسته شود تا در مقابله با موقعیت‌های پر خطر از آنها اجتناب نماید؛ چون بسیاری از موقعیت‌ها اجتناب ناپذیرند. پس با ایجاد تغییرات انگیزشی، شناختی و رفتاری بر اساس

#### References

1. Bandura, A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Education psychology* 1993; 28(2): 117-48.
2. Dolan SL, Martin RA, Rohsenow DJ. Self-efficacy for cocaine abstinence: pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addict Behav* 2008; 33(5): 675-88.
3. Badr HE, Moody PM. Self-Efficacy: A Predictor for Smoking Cessation Contemplators in Kuwaiti Adults. *International journal of behavioral medicine* 2005; 12(4): 273-7.
4. Naar-King S, Wright K, Parsons JT, Frey M, Templin T, Ondersma S. Transtheoretical Model and substance use in HIV-positive youth. *AIDS Care* 2006; 18(7): 839-45.
5. Velasquez M, Maurer GG, Crouch C, DiClemente CC. *Group Treatment for Substance Abuse: A Stages-of-Change Therapy Manual*. 1<sup>st</sup> ed. Sarasota, FL: The Guilford Press; 2001.
6. Naderi Sh. *Addiction Treatment Comprehensive Booklet*. Tehran: Setad Press; 2008 [In Persian].
7. Hyde J, Hankins M, Deale A, Marteau TM. Interventions to increase self-efficacy in the context of addiction behaviours: a systematic literature review. *J Health Psychol* 2008; 13(5): 607-23.

8. French MT, Roebuck MC, Dennis ML, Godley SH, Liddle HA, Tims FM. Outpatient marijuana treatment for adolescents. Economic evaluation of a multisite field experiment. *Eval Rev* 2003; 27(4): 421-59.
9. Kadden RM. Cognitive-behavior therapy for substance Dependence: Coping Skills Training. Farmington, CT: University of Connecticut School Of Medicine Farmington; 1999.
10. Zarb J. Cognitive- Behavioral Assessment and Therapy with Adolescents. Trans. Afrooz GA. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Tehran University Press; 2002. [In Persian].
11. Seraj Khorrami N, Seif AA. Comparing Effectiveness of cognitive- behavioral and group therapy in opiate addicts. *Journal of Science and Research in Psychology* 2003; 17: 4-21.
12. Kadden R, Carroll KM, Donovan D, Cooney N, Monti P, Abrams D, et al. Cognitive-behavioral coping skills therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. Project MATCH Monograph Series, Vol 3. DHHS Publication No. 94-3724. Rockville, MD: NIAAA; 1994.
13. Carroll KM. Cognitive-Behavioral Therapy; *Encyclopedia of Drugs, Alcohol, and Addictive Behavior*. Trans. Bakhshi Poor A. Tehran: Spande Honar Press; 2001. [In Persian].
14. Figlie N, Dunn J, Bazan J L, Laranjeira R. The Stages of Change Scale Among Brazilian Alcohol Dependents. *Addictive Disorders & Treatments* 2005; 4(4): 161-5.
15. Jafari M. Comparing the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Trans-theoretical Model on improving abstinence self-efficacy in substance dependent adolescents. [Thesis]. Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 2008. [In Persian].
16. Martin GW, Wilkinson DA, Poulos CX. The Drug Avoidance Self-Efficacy Scale. *J Subst Abuse* 1995; 7(2): 151-63.
17. Burleson JA, Kaminer Y. Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in adolescent substance use disorders. *Addict Behav* 2005; 30(9): 1751-64.
18. Kelly JF, Myers MG, Brown SA. A multivariate process model of adolescent 12-step attendance and substance use outcome following inpatient treatment. *Psychol Addict Behav* 2000; 14(4): 376-89.
19. Warnecke RB, Morera O, Turner L, Mermelstein R, Johnson TP, Parsons J, et al. Changes in Self-Efficacy and Readiness for Smoking Cessation among Women with High School or Less Education. *Journal of Health and Social Behavior* 2001; 42(1): 97-110.
20. Dabbaqi P. Comparing effectiveness of cognitive group therapy and relapse prevention in opiate addicts. *Iranian Clinical Psychology and Psychiatry Journal* 2007; 13(4): 366-75.
21. Litt MD, Kadden RM, Kabela-Cormier E, Petry NM. Coping skills training and contingency management treatments for marijuana dependence: exploring mechanisms of behavior change. *Addiction* 2008; 103(4): 638-48. [In Persian].
22. Prochaska J, Norcross J. Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis. Trans. Seyed Mohammadi Y. Tehran: Roshd Press; 2006. [In Persian].

# Comparing the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Trans-theoretical Model on improving abstinence self-efficacy in substance dependent adolescents

Jafari M<sup>1</sup>, Shahidi Sh<sup>2</sup>, Abedin A<sup>3</sup>

## Abstract

**Background & aim:** Understanding the relative effectiveness of Different kinds of therapeutic methods on abstinence is very important, considering the fact that important variables such as self-efficacy beliefs in addicted adolescents, predicts the variance of marijuana and alcohol use up to 69 and 50 percent respectively. This study was aimed to compare the effectiveness of two different therapeutic models on improving the self-efficacy in abstinence from drug use in substance dependent adolescents.

**Method and materials:** This was an experimental study. The sample was selected from adolescents voluntarily referred to substance dependence treatment centers affiliated to Tehran Welfare Organization. Forty-five adolescents were selected after getting the informed consent forms and initial administration of 8 QYHUV RI 5 KRGH, VDDG&KDJ H\$ WHWP HOW 5 ,&\$ VFDIWR DWHV WHSDUWISDQW VV HRI FKDJ H P RWDNRQ 7 KH' UXJ \$ EWQHQFH6HD+HIIFD 4 XHWRODUH ' \$6(6 ZD VDP IQWIFG DVMZ DGDGQ they were allocated randomly to two experimental groups, namely the cognitive behavioral therapy (CBT) DQG WHWDQ+WRUHWDDP RGH 770 JURXS \$ WILG JURXS ZDVXHG DVDZ DWOJ QWFRWROJ URXS 7 KH experimental groups were assigned to a 12 session (twice weekly) treatment program in either CBT or TTM and were evaluated immediately afterward and after a two month follow up period. Data was analyzed using Multiple Analysis of Covariance through SPSS-16 software.

**Results:** Results clearly showed effectiveness of both methods on the self efficacy in drug use abstinence in adolescents. Furthermore, results showed that TTM was significantly more effective than CBT on general self efficacy, both immediately after the treatment and at the follow up evaluation.

**Conclusions:** Results of the present study reiterate the significance of the process of change in treatment of substance dependent adolescents. Selection and initiation of any therapeutic module, should be in DFRUGDQFHZ IX WHSDUWISDQW VV HRI FKDJ H SURFH

**Key Words:** 7 UQV+WRUHWDDP RGH &RJ QWYH%HKDMRU7 KHUS\ \$ EWQHQFH VHD ± HIIFD DGGIFWG adolescent.

**Type of article:** Research

Received: 19.04.2009

Accepted: 04.01.2009

1- Master in Child and Adolescent Clinical Psychology, Tehran, Iran. (Corresponding Author) E-mail: mostafajafari2007@gmail.com  
2- Associate Professor of psychology Shahid Beheshti, University of Medical Sciences, Tehran, Iran.  
3- Assistant Professor of Psychology, Shahid Beheshti, University of Medical Sciences, Tehran, Iran.