

## Comparing the effect of the training of cognitive behavioral coping skills and mindfulness based relapse prevention in reducing the psychological symptoms of people with substance dependency under methadone maintenance treatment

Sajjad Basharpour<sup>1</sup>, Fariba Maghsoud<sup>2</sup>, Fazeleh Heidari<sup>3</sup>

1-Associate Professor, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran (Corresponding Author). ORCID: 0000-0002-2920-2605 E-mail: basahrpoor\_sajjad@yahoo.com

2- MA in Psychology, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. ORCID: 0000-0002-3915-3800

3- PhD Student in Psychology, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabil, Ardabil, Iran. ORCID: 0000-0001-7501-5758

Received: 08/01/2019

Accepted: 11/03/2019

### Abstract

**Introduction:** Psychological interventions are the one of requirements for effective treatment of substance users during abstinence period.

**Aim:** The aim of this study was comparing the effectiveness of the training of cognitive behavioral coping skills and mindfulness based relapse prevention in reducing psychological symptoms of people with substance dependency under methadone maintenance treatment.

**Method:** This study was conducted via experimental method with a pretest-posttest design and a control group. People with substance dependency referring to Ardabil centers of addiction treatment in the second half of 2017 comprised statistical population. The sample was sixty people, selected by cluster sampling and was assigned randomly to three 20 member groups of cognitive-behavioral coping skills; mindfulness based relapse prevention and control group. SCL-90-R was used to gather data in two pretest and posttest stages. The collected data were analyzed by multivariate covariance and bonferrony posthoc test.

**Results:** The results showed that there are significant differences between the scores mean of three groups in the variables of somatic complaints, depression, aggression and psychosis. The results of boferrony test also showed that there are not significant differences between two experimental groups in somatic complaints, depression and aggression. But, the mindfulness-based relapse prevention alone was effective on reducing the psychosis.

**Conclusion:** The results of this study indicate that the using of cognitive-behavioral coping skills training and mindfulness-based relapse prevention can be useful psychological intervention for reducing psychological symptoms of people with substance dependency.

**Keywords:** Cognitive-behavioral coping skills, Mindfulness based relapse prevention, Psychological symptoms, Substance dependency

---

**How to cite this article :** Basharpour S, Maghsoud F, Heidari F. Comparing the effect of the training of cognitive behavioral coping skills and mindfulness based relapse prevention in reducing the psychological symptoms of people with substance dependency under methadone maintenance treatment. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2019; 6 (2): 102-115 .URL :<http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-313-fa.pdf>

## مقایسه‌ی تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله شناختی رفتاری و برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم روانشناختی افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون

سجاد بشرپور<sup>۱</sup>، فریا مقصود<sup>۲</sup>، فاضله حیدری<sup>۳</sup>

۱. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیل، اردبیل، ایران (مؤلف مسئول). ایمیل: basahrpoor\_sajjad@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه محقق اردبیل، اردبیل، ایران.

۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیل، اردبیل، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۱۲/۲۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۰/۱۸

### چکیده

**مقدمه:** مداخلات روان‌شناختی از جمله الزامات درمان کارآمد مصرف‌کنندگان مواد در دوره پرهیز می‌باشد.

**هدف:** هدف این مطالعه مقایسه تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ی شناختی-رفتاری و برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم روانشناختی افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون بود.

**روش:** این پژوهش به روش آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با گروه کنترل انجام گرفت. جامعه آماری شامل کلیه افراد وابسته به مواد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اردبیل در نیمه دوم سال ۱۳۹۴ بود. حجم نمونه شامل ۶۰ نفر بود که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب و به تصادف در سه گروه بیست نفری (دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از آزمون تجدیدنظر شده فهرست علائم روانی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بنفرونی تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که تفاوت آماری معنی‌داری بین میانگین نمرات پس‌آزمون سه گروه در متغیرهای شکایات جسمانی، افسردگی، پرخاشگری و روان‌پریشی وجود دارد؛ نتایج آزمون بنفرونی نیز نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های آزمایشی در متغیرهای شکایات جسمانی، افسردگی و پرخاشگری وجود ندارد. ولی برنامه‌ی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی به تنهایی در کاهش روان‌پریشی مؤثر بوده است.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که استفاده از روش‌های آموزش مهارت‌های مقابله شناختی رفتاری و پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند مداخله روان‌شناختی مفیدی برای کاهش علائم روان‌شناختی افراد وابسته به مواد باشد.

**کلید واژه‌ها:** مهارت‌های مقابله شناختی رفتاری، پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی، وابستگی به مواد

## مقدمه

شود (فرگوسن و هاروود<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۷؛ نیوکمپ و بنتلر<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۸).

یکی از مؤثرترین مداخلاتی که برای وابستگی به مواد وجود دارد، درمان‌های مبتنی بر مهارت‌های مقابله‌ای<sup>۱۲</sup> است (بودنی<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۷)، چرا که غالباً مصرف‌کنندگان مواد نقص‌هایی در مهارت‌های مقابله‌ای و اجتماعی از خود نشان می‌دهند (مارلات و گردون<sup>۱۴</sup>، ۱۹۸۰). فرایند مقابله به تلاش‌های شناختی و رفتاری شخص برای مدیریت شرایط در جهت تسلط، کاهش و تحمل استرس اشاره دارد و چنین تصور می‌شود که ناتوانی در مقابله‌ی سازگارانه با عوامل تنش‌زا نقش پررنگی در مصرف مشکل‌ساز مواد و الکل داشته باشد (لیت<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). مطالعات انجام شده روی فرایند مقابله طی ۲۰ سال اخیر نشان می‌دهد که اثرات منفی حوادث تنش‌زای زندگی را می‌توان با استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای مقتضی تعدیل نمود (بیوکایرتز<sup>۱۶</sup>، ۱۹۹۶؛ ساندر<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۰). همچنین آموزش مهارت‌های مقابله‌ی شناختی-رفتاری با کاهش سطوح استرس و ناامیدی (ارگونر-تکینالپ و آکوک<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۴) و آشفتگی (ریچتاریک و مک‌گیلیکودی<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۶) نیز همراه است. روس کالافل<sup>۲۰</sup> (۲۰۱۳) با آموزش مهارت‌های اجتماعی شناختی-رفتاری بر گروهی از بیماران سرپایی اسکیزوفرنی نشان دادند که آزمودنی‌های گروه

مطالعات همه‌گیرشناسی همایندی آشفتگی روانشناختی<sup>۱</sup> و مصرف مواد را شناسایی کرده‌اند (کانوی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). از سویی نیز بررسی‌های بلندمدت درباره‌ی سلامت روانی و مصرف مواد بسیار نادر بوده و اغلب نتایج متناقضی داشته‌اند (گرین<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). برخی از این مطالعات، نشان داده‌اند که شروع زودهنگام مصرف مواد، آشفتگی روانی بعدی را پیش‌بینی می‌کند؛ اما آشفتگی روانشناختی پیش‌بینی‌کننده‌ی مصرف مواد در آینده نیست (لوتار و کوشینگ<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷). این در حالی است که آشفتگی روانشناختی دوران بلوغ، مصرف مواد را پیش‌بینی می‌کند و در این خط سیر، مصرف مواد پیش‌بینی‌کننده‌ی آشفتگی روانشناختی بعدی است (مک‌گی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۰). در این رابطه تبیین اول این است که افراد به این دلیل به مصرف مواد روی می‌آورند تا علائم روانشناختی خود را تسکین دهند (سوه<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ سواندسن<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۰). استدلال دیگر این است که مصرف مواد منجر به آشفتگی روان‌شناختی می‌گردد (گران و همکاران، ۲۰۰۴؛ اسپچوکیت<sup>۸</sup> و همکاران، ۱۹۹۷)؛ همچنین مصرف مواد می‌تواند سبب علائم افسردگی و اضطراب شود (اسچوکیت و هسلبروک<sup>۹</sup>، ۱۹۹۴). بنابراین مصرف مواد می‌تواند در دراز مدت منجر به آشفتگی‌های روانشناختی

10. Fergusson & Horwood

11. Newcomb and Bentler

12. Copings skills

13. Budney

14. Marlatt & Gordon

15. Litt

16. Boekaerts

17. Sandler

18. Erguner-Tekinalp & Akkoc

19. Rychtarik & McGillicuddy

20. Rus-Calafell

1. psychological distress

2. Conway

3. Green

4. Luthar and Cushing

5. McGee

6. Suh

7. Swendsen

8. Schuckit

9. Hesselbrock

آزمایش بهبودی‌های معنی‌داری در علائم آسیب‌شناسی روانی، آشفتگی اجتماعی، شناخت اجتماعی، کناره‌گیری اجتماعی، ارتباط میان فردی و کیفیت زندگی در مقایسه با گروه کنترل داشتند. هانت<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۳) نیز به این نتیجه رسیدند که فراوانی و کیفیت استفاده از مهارت‌های شناختی‌رفتاری بر پیامدهای درمانی افسردگی نقش واسطه‌ای دارد و باعث اثربخشی بیشتر درمان افسردگی می‌گردد. کراتنماچر<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۴) با بررسی ارتباط راهبردهای مقابله‌ای با سلامت روانی در نوجوانان دارای والدین مبتلا به سرطان به این نتیجه رسیدند که بین میزان استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار و سلامت روانی این کودکان ارتباط مثبت وجود دارد. مک‌گیلوکودی، ریچتاریک، پاپاندوناتوس<sup>۳</sup> (۲۰۱۵) با مقایسه تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، برنامه تسهیل ۱۲ گامی و کنترل درمان تأخیری<sup>۴</sup> برای والدین دارای نوجوانان مبتلا به سوء مصرف مواد نشان دادند که آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، مهارت بیشتری در مقایسه با دو روش دیگر ایجاد می‌کند.

یافته‌های نورویبولژیکی از این فرض حمایت می‌کنند که مراقبه ذهن‌آگاهی نیز می‌تواند اجبار برای مصرف و تکانشوری افراد وابسته به مواد را کاهش دهد (مارلات، ۲۰۰۲). همانطوری که گراوس و فارمر<sup>۵</sup> (۱۹۹۴) مطرح کردند در زمینه اعتیادها، ذهن‌آگاهی به معنی آگاه شدن از عوامل برانگیزاننده و محرک ولع مصرف و انتخاب انجام کار دیگری است که می‌تواند ولع مصرف را بهبود بخشد یا از آن پیشگیری نماید. در این راستا پژوهش‌های

دو دهه اخیر مربوط به پیشگیری از عود به عنوان درمانی برای وابستگی به مواد با تکنیک‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی تلفیق شده‌اند و برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن-آگاهی<sup>۶</sup> را بوجود آورده‌اند. هدف این برنامه پیشگیری ایجاد آگاهی و پذیرش افکار، احساسات درونی و بیرونی از طریق تمرین‌های ذهن‌آگاهی و به کار گرفتن مهارت-های ذهن‌آگاهی به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای مؤثر در رویارویی با موقعیت‌های پرخطر است. باون و همکاران (۲۰۰۹) دریافتند افرادی که برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی را دریافت می‌کنند به دنبال درمان، سطح ولع مصرف کمتری گزارش می‌کنند. نتایج مطالعه ویتکیویتز و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد کاهش ولع مصرف به دنبال درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن-آگاهی تغییری است که در پذیرش، آگاهی و نگرش غیرداورانه ایجاد می‌شود. نتایج هیو<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۱۳) نیز نشان داد آزمودنی‌های معتاد دارای تحمل آشفتگی پایین که برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی دریافت کردند، نسبت به آزمودنی‌های دارای تحمل آشفتگی پایین که درمان معمولی مصرف مواد را دریافت کردند، کاهش معنی‌داری در پیامدهای منفی مربوط به مصرف مواد طی دوره پیگیری ۴ ماهه نشان دادند. گراو<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۱۵) با بررسی تأثیر پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی نشان دادند در آزمودنی‌هایی که این درمان را دریافت کرده بودند، مدت زمانی که برای تمرین‌های ذهن‌آگاهی صرف می‌کردند بعد از دوره درمانی افزایش یافته بود و این افزایش با مصرف پایین

1. Hundt

2. Krattenmacher

3. McGillicuddy

4. delayed treatment control

5. Groves and Farmer

6. Mindfulness based relapse prevention

7. Hsu

8. Grow

برای جمع آوری اطلاعات، ابتدا لیست تمامی مراکز ترک اعتیاد سرپایی شهر اردبیل که ۱۵ مرکز را شامل می‌شد، تهیه و سپس یک مرکز از بین آنها به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب و پس از مراجعه به مرکز مربوطه (مرکز ترک اعتیاد بامداد) تمامی پرونده‌های مراجعین آن مراکز در دسترس قرار گرفت. سپس از بین آنها تعداد ۶۰ پرونده به روش تصادفی ساده انتخاب و طی تماس تلفنی از آنها برای مشارکت در پژوهش دعوت به عمل آمد. در مرحله بعد اعضای نمونه در سه گروه آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری (۲۰=n)، گروه پیش‌گیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی (۲۰=n) و گروه کنترل (۲۰=n) به تصادف جایگزین شدند. سپس آزمون تجدیدنظر شده فهرست علائم روانی<sup>۱</sup> روی هر سه گروه به عنوان پیش-آزمون اجرا و در مرحله بعد مداخلات درمانی روی گروه‌های آزمایشی اجرا شد و در نهایت هر سه گروه به آزمون ذکر شده به عنوان پس‌آزمون پاسخ دادند. داده‌های بدست آمده نیز با استفاده از آزمون‌های تحلیل کوارینانس چند متغیری، یک متغیری و آزمون تعقیبی بنفرونی تجزیه و تحلیل شد.

### ابزار

**آزمون تجدیدنظر شده فهرست علائم روانی ۹۰ سؤالی:** این آزمون شامل ۹۰ سؤال برای ارزشیابی علائم روانی است که شدت نشانه‌ها و شکایت‌های معمول روانی را می‌سنجد. برای هر ماده پرسش‌نامه پنج گزینه هیچ (نمره صفر) تا به شدت (نمره چهار) وجود دارد که پاسخگو با در نظر گرفتن اینکه چه میزان این مشکل را در طول هفته گذشته تا به امروز تجربه کرده است گزینه مورد نظر خود

الکل و هر داروی دیگر و کاهش ولع مصرف در پیگیری‌های ۲ و ۴ ماهه همراه بود.

نتایج موجود نشان می‌دهند که اغلب افراد وابسته به مواد در مرحله مسمومیت‌زدایی آشفتگی روان شناختی بالایی تجربه می‌کنند که می‌تواند عامل مهمی در شکست پرهیز و عود اعتیاد به حساب بیاید. همچنین نتایج نشان می‌دهند که مهارت‌های شناختی رفتاری و آموزش برنامه‌ی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی با پیامدهای مثبت درمان اختلالات مصرف مواد در ارتباط است، بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری و برنامه‌ی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم روانشناختی افراد وابسته به مواد انجام گرفت؟

### روش

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه‌ی افراد وابسته به مواد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد سرپایی شهر اردبیل در نیمه دوم سال ۱۳۹۴ بود. حجم نمونه مورد بررسی ۶۰ نفر بود که به شیوه‌ی تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند و به تصادف در سه گروه ۲۰ نفری شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. عدم ابتلاء به بیماری‌های جسمانی، داشتن سطح سواد حداقل سوم راهنمایی، قرارداد داشتن در بازه ۶ ماهه درمان با متادون از ملاکهای ورود آزمودنی‌ها به مطالعه و غیبت بیش از سه جلسه در مداخلات و عدم تمایل برای همکاری در پژوهش نیز ملاکهای خروج آزمودنی‌ها از مطالعه حاضر بود. روش پژوهش در این بررسی از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون به همراه گروه کنترل بود.

<sup>۱</sup>. Symptom Checklist-90-Revised

مقابله ای شناختی رفتاری طراحی شده طی ۸ جلسه آموزش داده می‌شود. اجرای این برنامه آموزشی در طی ۴ هفته و در هر هفته ۲ جلسه یک ساعته به شرح زیر انجام می‌گیرد.

**جدول ۱ محتوای جلسات برنامه آموزش مهارت‌های مقابله شناختی**

<b>جلسه اول</b>	آشنایی و برقراری ارتباط، اجرای پیش آزمون، بیان توضیحاتی درباره هدف آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری
<b>جلسه دوم</b>	آموزش مهارت خودآگاهی
<b>جلسه سوم</b>	آموزش مهارت همدلی و چگونگی کاربرد آن در زندگی روزمره
<b>جلسه چهارم</b>	آموزش مهارت برقراری ارتباط مؤثر
<b>جلسه پنجم</b>	آموزش مهارت برقراری ارتباط بین فردی
<b>جلسه ششم</b>	آموزش مهارت‌های افزایش عزت نفس
<b>جلسه هفتم</b>	آموزش مهارت مدیریت بر هیجانات
<b>جلسه هشتم</b>	آموزش مهارت مدیریت استرس، کمک به شناسایی استرس، اثر استرس روی زندگی و فهمیدن اهمیت و مقابله با استرس

۲. برنامه پیش‌گیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی: برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی یک برنامه مداخله‌ای سرپایی، گروهی و دارای دستورالعمل می‌باشد که توسط باون و همکاران (۲۰۱۱) برای مصرف مشکل‌زای مواد ساخته و ارزیابی شده است. این برنامه تکنیک‌های سستی پیشگیری از عود شناختی رفتاری را با مراقبه ذهن آگاهی تلفیق می‌کند. هدف این برنامه افزایش آگاهی و پذیرش افکار، احساسات درونی و بیرونی از طریق تمرین مراقبه ذهن آگاهی و استفاده از این مهارت‌ها به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای در رویارویی با موقعیت‌های پرخطر برای عود می‌باشد

را مشخص می‌کند. این پرسشنامه دارای ۹ بعد و ۳ شاخص است. ابعاد ۹ گانه این آزمون عبارت‌اند از ۱. شکایت‌های جسمانی، ۲. وسواس- اجبار، ۳. حساسیت در روابط متقابل، ۴. افسردگی، ۵. اضطراب، ۶. پرخاشگری، ۷. ترس مرضی، ۸. افکار پارانوئیدی، ۹. روان‌پریشی. پایایی این آزمون به روش بازآزمایی بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. روایی آزمون نیز با انجام بررسی‌هایی که بر روی گروه‌های بیماران روانی، بیماران جسمی و افرادی که تحت شرایط پر فشار روانی بوده‌اند انجام شده رضایت بخش گزارش شده است (دراگوتیس<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۷۳). پایایی و روایی این آزمون در ایران قابل قبول بوده است. دراگوتیس و همکاران (۱۹۷۶) ضرایب همبستگی ابعاد مختلف این پرسشنامه را با پرسشنامه چند وجهی مینه سوتا از ۰/۳۶ تا ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند. یاراحمدی (۱۳۷۶) ضرایب اعتبار همزمان ۰/۲۷ تا ۰/۵۶ و رضایی (۱۳۷۶) از ۰/۳۸ تا ۰/۶۶ را بدست آوردند. ثبات درونی آن از ۰/۷۷ برای بعد روان پریشی تا ۰/۹۰ برای بعد افسردگی گزارش شده است. پایایی این آزمون به کمک بازآزمایی نیز از ۰/۸۰ برای بعد شکایت‌های جسمانی تا ۰/۹۰ برای افکار پارانوئیدی گزارش شده است (میرزایی، ۱۳۵۹). ضریب آلفای کرونباخ این آزمون در پژوهش حاضر نیز در دامنه‌ای از ۰/۶۹ برای ترس مرضی تا ۰/۸۶ برای افسردگی به دست آمد.

**مداخلات درمانی**

۱. آموزش مهارت‌های مقابله ای شناختی رفتاری: برنامه آموزش مهارت‌های مقابله ای شناختی-رفتاری که توسط ارگونر<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۴) با هدف ارتقای مهارت‌های

<sup>۱</sup>. Deragotis

<sup>۲</sup>. Erguner-Tekinalp & Akkok

بر ذهن آگاهی (۳۲ / ±۹) ۳۵/۹۰، و گروه کنترل (۸/۸۴) ± ۳۵/۳۰ سال بود. از لحاظ وضعیت اقتصادی-اجتماعی در گروه آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری ۷ نفر (۳۵ درصد) وضعیت خود را ضعیف، ۶ نفر (۳۰ درصد) متوسط، ۴ نفر (۲۰ درصد) خوب و ۳ نفر نیز عالی گزارش کردند. در گروه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن-آگاهی ۶ نفر (۳۰ درصد)، وضعیت خود را ضعیف، ۴ نفر (۲۰ درصد) متوسط، ۴ نفر (۲۰ درصد) خوب و ۵ نفر (۲۰) عالی گزارش کردند. در گروه کنترل نیز ۴ نفر (۲۰ درصد) وضعیت خود را ضعیف، ۸ نفر (۴۰ درصد) متوسط، ۳ نفر (۱۵ درصد) خوب و ۳ نفر (۱۵ درصد) نیز عالی گزارش کردند.

بر اساس ساختار برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۱</sup> و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۲</sup>، برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی نیز ۸ جلسه هفتگی گروه درمانی ۲ ساعته می‌باشد. گروه شرکت کنندگان درباره پیشگیری از عود با هم بحث کرده و تکنیک‌های ذهن آگاهی را تمرین می‌کنند. بحث‌های گروهی شامل موضوعاتی نظیر یادآوری تمایل به هدایت خودکار بودن<sup>۳</sup>، شناسایی محرک‌های برانگیزان عود، یادگیری آگاه بودن از لحظه حال، حضور ذهن داشتن در طول افکار و تجربیات خوشایند و ناخوشایند، ترویج یک نگرش پذیرش و کار روی موانع تمرین (باون، چاولا و کولینز<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱؛ ترجمه بشرپور، ۱۳۹۵).

#### جدول ۲ محتوای جلسات برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه اول	هدایت خودکار و عود
جلسه دوم	آگاهی از محرک‌های برانگیزان و ولع مصرف
جلسه سوم	ذهن آگاهی در زندگی روزمره
جلسه چهارم	ذهن آگاهی در موقعیت‌های پرخطر
جلسه پنجم	پذیرش و عمل ماهرانه
جلسه ششم	مشاهده افکار به عنوان افکار نه واقعیات
جلسه هفتم	خود مراقبتی و تعادل در سبک زندگی
جلسه هشتم	حمایت‌های اجتماعی و تمرین‌های مستمر

#### یافته‌ها

تعداد ۶۰ آزمودنی در سه گروه ۲۰ نفری در این مطالعه شرکت داشتند که میانگین (انحراف معیار) سنی آزمودنی‌های گروه آموزش مهارت‌های مقابله شناختی-رفتاری (۲۵ / ±۹) ۳۴/۶۵، گروه پیشگیری از عود مبتنی

<sup>۱</sup>. Mindfulness based stress reduction (MBRS)

<sup>۲</sup>. mindfulness based cognitive therapy (MBCT)

<sup>۳</sup>. automatic pilot

<sup>۴</sup>. Bowen, Chawla & Collins

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمرات سه گروه آزمودنی در خرده مقیاس‌ها و نمره کلی فهرست علایم ۹۰ سوالی

متغیر	شاخص آماری	آموزش مقابله شناختی رفتاری		برنامه‌ی پیشگیری از عود		کنترل
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
شکایات جسمانی	پیش آزمون	۲۸/۷۸	۹/۴۵	۲۸/۲۳	۱۱/۱۱	۲۴/۵۰
	پس آزمون	۱۵/۸۸	۲/۸۹	۱۳/۱۸	۲/۶۳	۲۸/۹۱
وسواس- اجبار	پیش آزمون	۲۵/۸۰	۹/۳۲	۲۷/۲۹	۱۰/۶۶	۲۲/۳۵
	پس آزمون	۲۰/۸۸	۱۲/۳۳	۲۰/۱۸	۶/۸۸	۲۳/۰۰
افسردگی	پیش آزمون	۳۰/۵۶	۱۰/۵۵	۳۷/۵۲	۱۳/۶۳	۲۶/۳۷
	پس آزمون	۱۱/۱۱	۴/۱۰	۷/۵۴	۲/۷۳	۳۹/۰۰
حساسیت در روابط بین فردی	پیش آزمون	۲۱/۹۳	۷/۵۱	۲۲/۸۵	۶/۸۷	۱۸/۳۳
	پس آزمون	۱۳/۴۴	۵/۴۵	۱۸/۴۰	۹/۵۴	۲۳/۱۶
اضطراب	پیش آزمون	۲۴/۶۸	۸/۷۹	۲۵/۴۷	۹/۴۹	۱۹/۴۴
	پس آزمون	۱۷/۴۴	۹/۹۶	۱۴/۲۷	۲/۶۸	۲۰/۷۵
پرخاشگری	پیش آزمون	۱۳/۷۵	۶/۲۰	۱۶/۷۲	۵/۹۵	۱۱/۸۰
	پس آزمون	۷/۱۱	۲/۱۴	۸/۰۰	۴/۳۸	۱۸/۴۱
توس مرضی	پیش آزمون	۱۴/۸۴	۴/۹۶	۱۵/۶۴	۵/۸۳	۱۱/۸۵
	پس آزمون	۱۴/۱۱	۹/۰۴	۱۳/۶۳	۶/۳۹	۱۴/۰۸
افکار پارانوییدی	پیش آزمون	۱۴/۸۸	۴/۹۸	۱۷/۰۵	۶/۴۳	۱۳/۳۵
	پس آزمون	۱۳/۰۰	۷/۲۴	۱۳/۴۵	۶/۰۷	۱۶/۵۰
روان پریشی	پیش آزمون	۲۶/۳۳	۸/۵۱	۲۶/۳۳	۸/۳۵	۱۹/۸۴
	پس آزمون	۲۲/۶۶	۱۰/۹۴	۲۱/۸۱	۹/۶۵	۱۸/۷۵
نمره کلی	پیش آزمون	۱۸۲/۷۷	۳۹/۰۴	۱۸۹/۸۷	۴۲/۷۹	۱۶۲/۸۵
	پس آزمون	۱۳۲/۸۵	۳۸/۳۰	۱۳۷/۷۵	۴۱/۱۶	۲۱۰/۴۰

نتایج جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمرات سه گروه در هر یک از خرده مقیاس‌های فهرست علایم ۹۰ سوالی و نمره کلی آن را نشان می‌دهد.

جدول ۴ نتایج آزمون‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری

نام آزمون	ارزش	فراوانی	معنی‌داری	مجدور انا
اثر پیلایی	۱/۲۰	۲/۲۰	۰/۰۳	۰/۶۰
لامبدای ویلکز	۰/۳۷	۳/۷۲	۰/۰۰۲	۰/۷۳
اثر هتلینگ	۹/۳۷	۵/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۸۲
بزرگترین ریشه‌روی	۸/۹۳	۱۲/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۸۹



این جدول مقدار لامبدای ویلکز نشان می‌دهد که ۳۷ درصد از تفاوت‌های بین سه گروه مربوط به اثر بخشی درمان است.

جدول ۴ نتایج آزمون‌های چند متغیری برای مقایسه میانگین نمرات سه گروه در هر یک از خرده مقیاس فهرست علائم ۹۰ سوالی را نشان می‌دهد. مطابق نتایج

جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره جهت تعیین اثربخشی آموزش‌های ارائه شده

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	فراوانی	معنی داری	میزان تأثیر	توان آماری
اثر پیش آزمون	شکایات جسمانی	۰/۰۶	۱	۰/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۰/۰۱	۰/۰۵
	وسواس	۲۸۵/۵۲	۱	۲۸۵/۵۲	۲/۸۷	۰/۱۰	۰/۱۲	۰/۳۶
	افسردگی	۱۸/۸۳	۱	۱۸/۸۳	۰/۴۹	۰/۴۹	۰/۰۲	۰/۱۰
	حساسیت	۲۳/۸۰	۱	۲۳/۸۰	۰/۳۲	۰/۵۷	۰/۰۱	۰/۰۸
	اضطراب	۶۳/۲۴	۱	۶۳/۲۴	۰/۸۵	۰/۳۶	۰/۰۴	۰/۱۴
	پرخاشگری	۶/۸۴	۱	۶/۸۴	۰/۲۲	۰/۶۴	۰/۰۱	۰/۰۷
	ترس مرضی	۶۵/۰۸	۱	۶۵/۰۸	۱/۰۹	۰/۳۰	۰/۰۵	۰/۱۷
	افکار پارانویا	۷/۳۴	۱	۷/۳۴	۰/۱۷	۰/۶۸	۰/۰۰۸	۰/۰۷
	روان پریشی	۲۴۳/۱۶	۱	۲۴۳/۱۶	۲/۹۸	۰/۰۹	۰/۱۳	۰/۳۷
	عضویت گروهی	شکایات جسمانی	۱۲۸۹/۴۲	۲	۶۴۴/۷۱	۱۰/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۱
وسواس		۵/۹۷	۲	۲/۹۸	۰/۰۳	۰/۹۷	۰/۰۰۳	۰/۰۵
افسردگی		۳۱۲۶/۳۹	۲	۱۵۶۳/۴۳	۴۰/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۱/۰۰
حساسیت		۲۵۷/۷۷	۲	۱۲۸/۸۸	۱/۷۶	۰/۱۹	۰/۱۵	۰/۳۲
اضطراب		۹۱/۳۶	۲	۴۵/۶۸	۰/۶۱	۰/۵۵	۰/۰۵	۰/۱۴
پرخاشگری		۳۹۲/۷۵	۲	۱۹۶/۳۷	۶/۴۷	۰/۰۰۷	۰/۳۹	۰/۸۵
ترس مرضی		۸/۴۵	۲	۴/۲۲	۰/۰۷	۰/۹۳	۰/۰۷	۰/۰۶
افکار پارانویا		۲۵/۱۰	۲	۱۲/۵۵	۰/۲۸	۰/۷۵	۰/۰۲	۰/۰۸
روان پریشی		۵۰۰/۳۰	۲	۲۵۰/۱۵	۳/۰۷	۰/۰۵	۰/۲۳	۰/۵۲

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که بعد از کنترل اثرات پیش افسردگی ( $F=40/83, P<0/001$ )، پرخاشگری آزمون، تفاوت معنی داری بین میانگین نمرات پس آزمون سه گروه در شکایات جسمانی ( $F=10/44, P<0/12$ )، ترس مرضی ( $F=6/47, P<0/007$ )، و روان پریشی ( $F=3/07, P<0/05$ ) وجود دارد.

جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه‌ی دو به دو میانگین گروه‌ها در متغیرهای مورد بررسی

متغیرها	گروه‌ها	پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی	کنترل
شکایات جسمانی	مهارت‌های مقابله شناختی رفتاری	۳/۰۵(p=1/۰۰)	-۱۵/۸۰(P< ۰/۰۰۶)*
	پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی	-	-۱۸/۸۵(P< ۰/۰۰۶)*
	کنترل	-	-

افسردگی	مهارت‌های مقابله شناختی رفتاری	۲/۴۱(P=۱/۰۰)	۲۶/۲۰(P<۰/۰۰۱)*
	پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی	-	۲۸/۶۱(P<۰/۰۰۱)*
	کنترل	-	-
پرخاشگری	مهارت‌های مقابله شناختی رفتاری	۰/۱۷(P=۱/۰۰)	۹/۸۹(P<۰/۰۰۱)*
	پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی	-	۹/۷۱(P<۰/۰۰۱)*
	کنترل	-	-
روان پریشی	مهارت‌های مقابله شناختی رفتاری	۱/۵۱(P=۱/۰۰)	۱۰/۱۱(P=۰/۰۸)
	پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی	-	۱۱/۶۳(P<۰/۰۵)*
	کنترل	-	-

داری وجود ندارد. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که برنامه‌ی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش روان پریشی مؤثر بوده است اما آموزش مهارت‌های شناختی-رفتاری در این زمینه تأثیر معنی‌داری نداشته است.

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ی شناختی-رفتاری در کاهش شکایات جسمانی، افسردگی و پرخاشگری تفاوت معنی‌داری با گروه کنترل دارند ولی در میزان اثربخشی این دو روش درمانی، تفاوت معنی-

جدول ۷ نتایج آزمون آنکوا برای مقایسه اثربخشی دو روش آموزشی بر کاهش نمره کلی آزمون فهرست علائم ۹۰ سوالی

نمره	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	فراوانی	سطح معنی‌داری	ضریب اتا
اثربخشی آزمون	۳۷۲۰/۲۰	۱	۳۷۲۰/۲۰	۲/۰۴	۰/۱۵	۰/۰۳
اثربخشی گروهی	۷۹۱۵۳/۸۶	۲	۳۹۵۷۶/۸۶	۲۱/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۴۳

با توجه به این که مطالعات نشان داده است بین آشفتگی روانشناختی و مصرف مواد همبندی وجود داشته و مصرف مواد می‌تواند سبب علائم افسردگی و اضطراب شود و از سویی دیگر از آنجا که نقش مؤثر راهبردهای مقابله‌ای و فرایند ذهن آگاهی در کاهش علائم روانشناختی و مصرف مواد به اثبات رسیده است، مطالعه حاضر با هدف مقایسه‌ی اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ی شناختی-رفتاری و برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم روانشناختی در افراد وابسته به مواد اجرا شد.

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که بعد از کنترل اثر پیش آزمون تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره کلی دو گروه در پس آزمون نمره کلی آزمون فهرست علائم ۹۰ سوالی وجود دارد ( $F=21/77, P<0/001$ ). نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه دو به دوی میانگین سه گروه نیز نشان داد که هر دو روش آموزش به یک میزان بر کاهش علائم روان شناختی افراد وابسته به مواد مؤثر بودند.

## بحث

مطالعات انجام شده همایندی علائم روانشناختی و مصرف مواد را مورد تأیید قرار داده (کانوی و همکاران، ۲۰۰۶؛ گران و همکاران، ۲۰۰۴) و نشان داده‌اند که مصرف مواد منجر به آشفتگی روانشناختی (گران و همکاران، ۲۰۰۴؛ اسچوکیت و همکاران، ۱۹۹۷) و ایجاد علائم افسردگی و اضطراب می‌شود (اسچوکیت و هسلبروک، ۱۹۹۴) و یافته‌ها نیز حاکی از این است که مصرف کنندگان مواد نقص‌هایی را در مهارت‌های مقابله‌ای و اجتماعی دارند (مارلات و گردون، ۱۹۸۰)، احتمالاً آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی-رفتاری به بیماران وابسته به مواد کمک می‌کند تا نقش سازنده‌تری در مدیریت شرایط دشوار و تسلط بر عوامل تنش‌زا ایفا نمایند. چنانکه لیت و همکاران (۲۰۱۲) نیز اشاره می‌کنند ناتوانی در مقابله‌ی سازگارانه با عوامل تنش‌زا نقش پررنگی در مصرف مشکل‌ساز مواد و الکل دارد، همچنین به اعتقاد ساندلر و همکاران (۲۰۰۰) می‌توان اثرات منفی حوادث تنش‌زای زندگی را با استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای مقتضی تعدیل نمود، چرا که راهبردهای مقابله‌ای یکی از مهم‌ترین عناصر سلامت روانشناختی بشمار می‌روند. در مجموع می‌توان گفت آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی-رفتاری دارای مؤلفه‌هایی همچون مهارت‌های خودآگاهی و افزایش عزت نفس است که از عناصر اصلی درمان‌های افسردگی بوده و به نظر می‌رسد که دیگر مؤلفه‌های آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مانند مهارت‌های مدیریت هیجانات، روابط بین فردی، مهارت‌های ارتباط نیز مؤثر بوده و می‌توانند بر شکایات فیزیکی و پرخاشگری تأثیر بگذارند.

با توجه به این که در فرایند ذهن آگاهی تأکید اصلی بر قرار داشتن در زمان حال و درک مشکلات و مسائل

نتایج نشان می‌دهد تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات پس آزمون گروه‌های آزمایشی (گروه آموزش مهارت-های مقابله‌ای شناختی-رفتاری و گروه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی) و گروه کنترل در شکایات جسمانی، افسردگی، پرخاشگری و روانپریشی و نمره کلی علایم روان شناختی وجود دارد. همچنین نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بنفرونی حاکی از این بود که گروه‌های آزمایشی در میزان اثربخشی بر کاهش شکایات جسمانی، افسردگی و پرخاشگری و نمره کلی علایم روان شناختی تفاوت معنی‌داری با یکدیگر ندارند. همچنین نتایج نشان داد که برنامه‌ی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش روان‌پریشی مؤثر بوده است اما آموزش مهارت‌های شناختی-رفتاری در این زمینه تأثیر معنی‌داری نداشته است. مکانسیم برنامه آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی-رفتاری به این صورت است که سطوح آگاهی افراد نسبت به مشکلات مرتبط با مسئله موجود، الگوی آن و راهبردهای مقابله با آن را افزایش می‌دهد که این فرایند از طریق توضیح روابط موجود بین افکار، احساسات و رفتار انجام می‌شود و در نهایت باعث دستیابی فرد به رویکرد حل مسئله‌ی انطباقی می‌گردد. یافته‌های بدست آمده با نتایج هانت و میگنوگنا (۲۰۱۳)، روسکالافل (۲۰۱۳)، کراتماچر و همکاران (۲۰۱۴)، مک‌گیلوکودی و همکاران (۲۰۱۵) مبنی بر اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری و نتایج باون و همکاران (۲۰۰۹)، هیو و همکاران (۲۰۱۳)، ویتکیویتز و همکاران (۲۰۱۳) و گراو و همکاران (۲۰۱۵) مبنی بر اثربخشی درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر پیامدهای منفی بالینی در درمان وابستگی به مواد همسو می‌باشد. با توجه به این که

حالی است که پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی با اثرگذاری بر علایم روان‌پریشی می‌تواند روش مداخله ترجیحی به حساب آید. در نهایت باید گفت اگر چه نتایج بدست آمده در این پژوهش در راستای نتایج مطالعات گذشته بود اما با این حال بیان چنین نتایجی مستلزم پژوهش‌های آتی بیشتری در این زمینه می‌باشد. چرا که پژوهش حاضر نیز مانند اغلب مطالعات آزمایشی با برخی محدودیت‌ها از جمله عدم همسانی مواد مصرف شده توسط افراد و انجام هر دو روش آزمایشی توسط یک نفر همراه بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی به کنترل ماده مصرفی افراد توجه نمایند و برای پرهیز از اثر پیشگویی خودکامبخش، آموزش‌های ارائه شده توسط افراد متفاوت انجام شود. نتایج این مطالعه لزوم بکارگیری روش‌های آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری و برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن-آگاهی را به عنوان روش‌های مکمل درمان دارویی در افراد تحت درمان وابستگی به مواد پیشنهاد می‌کند.

### سپاسگزاری

در پایان از تمام کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند، به ویژه مدیریت محترم مرکز ترک اعتیاد بامداد شهر اردبیل تشکر و قدردانی می‌نمایم.

### References

- Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G.A. (2011). Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: a clinician's guide. Translated by Sajjad Basharpour (1395), Ardabil: Publication of University of Mohaghwgh Ardabili.
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S.E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., & Marlatt, A. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for

بدون هرگونه تفسیر یا قضاوت است؛ در توصیف نقش فرایند ذهن آگاهی در کاهش علائم روانشناختی باید گفت ذهن آگاهی با سلامت روانی ارتباط داشته (نیل و همکاران، ۲۰۱۵)، می‌تواند سبب ارزیابی خوش‌خیم‌تر استرس شود (وینستین و همکاران، ۲۰۰۹) و تنظیم هیجان بهتری را به دنبال داشته باشد (گودال و همکاران، ۲۰۱۲). از این رو می‌توان گفت از آنجایی که ذهن آگاهی مهارتی شناختی است و فرایندی ارادی، غیرانفعالی و مبتنی بر پذیرش است (دیویس و همکاران، ۲۰۱۴) می‌تواند نقش مؤثری در کاهش علائم افسردگی بواسطه اصلاح خطاهای شناختی فرد داشته و با تقویت فرایند تنظیم هیجان کنترل پرخاشگری را به دنبال داشته باشد، همچنین ارزیابی ملایم‌تر عوامل تنش‌زا بواسطه فرایند ذهن آگاهی می‌تواند کاهش شکایات جسمانی فرد را منجر شود. در رابطه با کاهش علائم روان‌پریشی بواسطه برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی نیز باید گفت فرایند ذهن آگاهی با افزایش پذیرش و نگرش‌های غیرقضاوتی و کاهش افکار خودکار و واکنش‌پذیری هیجانی می‌تواند نقش پررنگی در این زمینه داشته باشد، چرا که پذیرش جنبه‌های غیرقابل قبول زندگی و آگاهی و کنترل صحیح افکار نادرست آشفستگی روانی کمتری را برای فرد وابسته به مواد به همراه خواهد داشت و همچنین کاهش عواطف منفی و سرکوب افکار باعث افزایش سلامت روانی فرد می‌گردد.

### نتیجه گیری

در مجموع نتایج بدست آمده از این مطالعه نشان داد که آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی-رفتاری و برنامه‌ی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم روانشناختی افراد وابسته به مواد تأثیر مثبتی دارند این در

- substance use disorders: A pilot efficacy trial. *Substance Abuse*, 30(4), 295-305.
- Conway, K.P., Compton, W., Stinson, F.S., & Grant, B.F. (2006). Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 247-257.
- Derogotis, K.R, Lipman, R.S, & Covi, L. (1973). SCL-90-R outpatients psychiatric rating scale preliminary report. *Psycho pharmacology Bullion*, 9, 13-27.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J., 1997. Early onset cannabis use and psychosocial adjustment in young adults. *Addiction* 92, 279-296.
- Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Dufour, M.C., Compton, W., Pickering, R.P., & Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61, 807-816.
- Green, K. M., Zebrak, K. A., Robertson, J. A., Fothergill, K. E., & Ensminger, M. E. (2012). Interrelationship of substance use and psychological distress over the life course among a cohort of urban African Americans. *Drug and Alcohol Dependence* 123 (2012) 239- 248.
- Groves, P., & Farmer, R. (1994). Buddhism and Addictions. *Addiction Research*, 2(2), 183-194.
- Grow, J. C. Collins, S.E. Harrop, E. N., Marlatt, G. A. (2015). Enactment of home practice following mindfulness-based relapse prevention and its association with substance-use outcomes. *Addictive Behaviors*, 40, 16-20.
- Hill, C. L., & Updegraff, J. A. (2012). Mindfulness and its relationship to emotional regulation. *Emotion*, 12(1), 81-90.
- Hundt, NE1, Mignogna, J, Underhill. C., & Cully, J.A. (2013). the relationship between use of CBT skills and depression treatment outcome: a theoretical and methodological review of the literature. *Behavior Therapy*, 44(1), 12-26.
- Krattenmacher, T., Kühne, F., Führer, D., Beierlein, V., Brähler, E., Resch, F., Klitzing, K., Flechtner, H.H., Bergelt, C., Romer, G., & Möller, B. (2013). Coping skills and mental health status in adolescents when a parent has cancer: A multicenter and multi-perspective study. *Journal of Psychosomatic Research* Volume, 74(3), 252-259.
- Litt, M.D., Kadden, R. M., & Tennen, H. (2012). The Nature of Coping in Treatment for Marijuana Dependence: Latent Structure and Validation of the Coping Strategies Scale. *Psychol Addict Behav.* 26(4): 791-800.
- Luthar, S.S., Cushing, G., 1997. Substance use and personal adjustment among disadvantaged teenagers: a six month prospective study. *Journal of Youth Adolescence*, 26, 353-372.
- Marlatt, G. A. (2002). Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 44-50.
- Marlatt, G.A. (1984). George WH. Relapse prevention: introduction and overview of the model. *British Journal of Addiction*, 79, 261-273.
- Marlatt, GA.; Gordon, JR. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. In: Davidson, PDS., editor. *Behavioral medicine: Changing health lifestyles*. New York: Brunner/Mazel; 410-452.
- McGee, R., Williams, S., Poulton, R., Moffitt, T., 2000. A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood. *Addiction*, 95, 491-503.
- McGillicuddy, N. B., Rychtarik, R. G., & Papandonatos, G. D. (2015). Skill training versus 12-step facilitation for parents of substance-abusing teens. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 50, 11-17.
- Newcomb, M.D., Bentler, P.M., 1988. Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults: a longitudinal study. *J. Abnorm. Psychol.* 97, 64-75.
- Nila, K., Holt, D.V., Ditzen, B., & Aguilar-Raab, C. (2016). Mindfulness-Based Stress Reduction

- (MBSR) enhances distress tolerance and resilience through changes in mindfulness. *Mental Health & Prevention*, S2212-6570(15)30017-9.
- Rus-Calafell, M., Gutiérrez-Maldonado, J. Ortega-Bravo, M., Ribas-Sabaté, J., & Caqueo-Úrizar, A. (2013). A brief cognitive-behavioural social skills training for stabilised outpatients with schizophrenia: A preliminary study. *Schizophrenia Research*, 143(2-3), 327-336.
- Rychtarik, R.G., & McGillicuddy, N.B. (2006). Preliminary Evaluation of a Coping Skills Training Program for Those with a Pathological-Gambling Partner. *Journal of Gamble Studies*, 22:165-178.
- Sandler, I. N., Braver, S., & Gensheimer, L. (2000). Stress theory, research and action. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 187-213). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Schuckit, M.A., Tipp, J.E., Bucholz, K.K., Numberger Jr., J.I., Hesselbrock, V.M., Crowe, R.R., Kramer, J. (1997). The life-time rates of three major mood disorder and four major anxiety disorder in alcoholics and controls. *Addiction* 92, 1289-1304.
- Schuckit, M.A., Hesselbrock, V. (1994). Alcohol dependence and anxiety disorders: what is the relationship? *Am. J. Psychiatry* 151, 1723-1734.
- Suh, J.J. Ruffins, S., Robins, C.E., Albanese, M.J., Khantzian, E.J. (2008). Self-medication hypothesis: connecting affective experience and drug choice. *Psychoanal. Psychol.* 25, 518-532.
- Swendsen, J.D., Tennen, H., Carney, M.A., Affleck, G., Willard, A., Hromi, A., 2000. Mood and alcohol consumption: an experience sampling test of self-medication hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 198-204.
- Teasdale, J. D., Segal, Z., & Williams, J. M. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behavior Research and Therapy*, 33(1), 25-39.
- Vieten, C., Astin, J. A., Buscemi, R., & Galloway, G. P. (2010). Development of an acceptance-based coping intervention for alcohol dependence relapse prevention. *Substance Abuse*, 31, 108-116.
- Witkiewitz K, Bowen S, Douglas, H., & Hsu, S. H. (2013). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Craving. *Addict Behav*; 38(2), 1563-1571.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., & Walker, D. D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 211-228.