

مقایسه اثربخشی مدل شناختی- رفتاری مارلات و معنادرمانی بر کاهش ولع و پیشگیری از بازگشت زنان وابسته به مواد

Comparing the effectiveness of Marlatt Cognitive Behavioral model and Logo-therapy on Craving and Relapse Prevention in females with substance dependency

Mandana Niknam

Mohamad Ebrahim Madahi

Abdolah Shafiabadi

ماندانا نیکنام*

محمدابراهیم مداحی**

عبداله شفیعی‌آبادی***

چکیده

Abstract

The purpose of current research was to compare the effectiveness of Marlatt cognitive behavioral model and logo-therapy on craving and relapse prevention in females with substance dependency. In a semi-experimental study, 45 women with diagnosis of substance dependency who were successfully detoxified in Tehran therapeutic community of women Center were divided in two experimental groups (each including 15 people) and one control group (including 15 people). They were selected by convenience sampling method. The experimental groups received specific trainings and treatments (Marlatt cognitive behavioral method 12 sessions in 12 weeks, logotherapy 10 sessions in 10 weeks), while the control group did not receive any training at the same time. All subjects were assessed through Gorsci (1989) relapse prevention scale and Franken and colleagues (2002) craving reduction scale and urine test. Results of multivariate and univariate covariance analysis showed that there is a significant difference between experimental and control groups in relapse prevention and craving in post-tests, while logo-therapy was not permanent in follow-ups. The results of chi square tests showed that there is a significant difference between the two groups regarding relapse. The results indicated that Marlatt cognitive-behavioral training and logo-therapy were effective in relapse prevention and craving reduction in females with substance dependency.

Key words: Marlatt cognitive behavioral model, logo-therapy, relapse prevention, craving, substance dependency

هدف از پژوهش حاضر مقایسه تاثیر درمان شناختی- رفتاری مارلات و معنادرمانی بر پیشگیری از بازگشت و کاهش ولع زنان وابسته به مواد بود. در یک پژوهش نیمه آزمایشی ۴۵ زن مصرف کننده مواد که دوره سم‌زدایی را با موفقیت در مرکز درمان اجتماع‌مدار بانوان تهران به پایان رسانده بودند، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر در هر گروه) و یک گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمایشی شناختی رفتاری به مدت ۱۲ هفته و گروه آزمایشی معنادرمانی به مدت ۱۰ هفته تحت درمان قرار گرفتند. گروه گواه در طول این مدت درمانی دریافت نکردند. آزمودنی‌ها توسط مقیاس پیشگیری از بازگشت گورسکی (۱۹۸۹) و مقیاس کاهش ولع فرانکن و همکاران (۲۰۰۲) و نیز آزمایش ادرار ارزیابی شدند. نتایج تجزیه و تحلیل کواریانس تک‌متغیری و چندمتغیری نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش در ولع مصرف و بازگشت به مواد در مرحله پس آزمون وجود دارد، ولی در مرحله پیگیری اثربخشی معنادرمانی ماندگار نبود. همچنین نتایج آزمون خی دو نشان داد که تفاوت معناداری در فراوانی بازگشت وجود دارد. نتایج نشان داد که درمان شناختی- رفتاری مارلات و معنادرمانی در کاهش ولع مصرف و پیشگیری از بازگشت زنان معتاد موثر است.

واژه‌های کلیدی: مدل شناختی- رفتاری مارلات، معنادرمانی، پیشگیری از بازگشت، ولع مصرف، وابستگی به مواد

email:m.niknam2008@yahoo.com

* نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی دانشگاه خاتم

** استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی دانشگاه شاهد

*** استاد گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی

Received: 5 May 2017 Accepted: 6 Aug 2017

دریافت: ۹۶/۲/۱۵ پذیرش: ۹۶/۵/۱۵

مقدمه

وابستگی به مصرف انواع مواد یک اختلال بسیار پیچیده جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است که ماهیتی عود کننده دارد (گانتز، ۱۹۹۲، به نقل از سهرابی، اعظمی و دوستیان، ۱۳۹۳). وقتی که فرد مصرف مواد مخدر را آغاز می‌نماید و به مصرف خود ادامه می‌دهد، بتدریج از نظر جسمانی نیز به ماده مورد مصرف وابسته می‌شود. بتدریج به موازات وابستگی جسمانی و اختلالات بدنی، فرد دچار مشکلات روانی خاصی شده و عملکرد اجتماعی او نیز دچار ناهنجاری می‌شود (بهراری، ۱۳۸۸). پیشگیری از بازگشت و کاهش ولع مصرف بعد از سم زدایی یکی از دغدغه‌های اصلی محققین و فعالان حوزه ترک اعتیاد است (یوبونت، ۱۹۷۹، به نقل از بهاری، ۱۳۸۸). میزان بالای بازگشت پس از درمان به ظاهر موفق، مشکل شایعی است که در بیشتر رویکردهای درمانی وابستگی دارویی رخ می‌نماید. این واقعیت به پدیدآیی انواع راهبردهای روان درمانی پیشگیری از بازگشت منجر شده است. امروزه یکی از رویکردهایی که توسط درمانگران مورد استفاده قرار می‌گیرد، رویکرد شناختی رفتاری است (شفیعی فرد، بشارت، بهرامی احسان و طاهری، ۱۳۹۴؛ حسینیان و نیکنام، ۱۳۸۹). بیشتر مطالعات انجام شده پیرامون اثربخشی رویکردهای مختلف روان‌درمانی در درمان اعتیاد بر رویکرد شناختی رفتاری به عنوان رویکردی موثر در درمان این بیماری اشاره نموده‌اند (مک گاورن و همکاران، ۲۰۰۹؛ اسماعیلی، طباطبایی، افروز، ۱۳۹۴؛ خدایاری فرد، حجازی و حسینی نژاد، ۱۳۹۴). همچنین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ولع مصرف در پژوهش‌های (هیدس و همکاران، ۲۰۱۰، ویتکویتز، بون، داگلاس و هسو، ۲۰۱۳؛ ویتکویتز، گرین فیلد و بوئن، ۲۰۱۳)، تایید شده است. مارلات و گوردون (۱۹۸۵) یک مدل شناختی رفتاری پیشگیری از عود را معرفی کرده‌اند که مبتنی بر دو محور عمده است: تشخیص نشانه‌های هشداردهنده و ایجاد مهارت‌های ضروری برای مقابله با موقعیت‌های پرخطر. در حقیقت چگونگی درک مراجع از توانایی‌هایش برای مقابله با موقعیت‌های پرخطره می‌تواند منجر به عدم لغزش شود. بازگشت تابعی از واکنش درمانجو به لغزش اولیه است. مطالعات چندی، از مدل شناختی رفتاری پیشگیری از بازگشت (رامو، مایرز و برون، ۲۰۰۷؛ کلدوی، برجلی، فلسفی نژاد و سهرابی، ۱۳۹۰) حمایت کرده‌اند. هریس (۲۰۱۵) با انجام یک مطالعه کیفی به بررسی اثربخشی رویکرد شناختی رفتاری مارلات در مراجعه کنندگان به یک مرکز اجتماع درمان مدار پرداخت. وی با استفاده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته و روش گروه متمرکز سعی کرد اثربخشی رویکرد را بررسی نماید. نهایتاً این رویکرد را اثربخش یافته و توصیه نموده که از این رویکرد برای درمان مراجعه کنندگان به مراکز اجتماع درمان مدار استفاده گردد. در پژوهش گراو، کالینز، هاروپ و مارلات (۲۰۱۵) با استفاده از استمرار تمرینات شناختی رفتاری مارلات نشان داد که تمرینات شناختی رفتاری در خلال زندگی روزمره توانایی مواجهه با موقعیت‌های پر خطر را افزایش داده و همچنین احتمال عود را کاهش می‌دهد. روش‌های روان‌درمانی که در درمان کلیه اختلالات وابسته به مواد مخدر به کار می‌روند، بسیار گسترده هستند. یکی از روش‌های روان‌درمانی که در اعتیاد کمتر مورد توجه قرار گرفته است، معنادرمانی است. در ادبیات علمی برنامه‌های درمانی اعتیاد سه الگوی بیماری، یادگیری اجتماعی و تلفیقی مطرح شده‌اند، الگوهای تلفیقی، همسو با مدل زیستی- روانی- اجتماعی (انگل، ۱۹۷۷، به نقل از سالماسی، ۲۰۰۲) هستند که یک دیدگاه کل نگر نسبت به درمان اعتیاد است. برای درک اهمیت معنا در درمان اعتیاد به مدل زیستی- روانی- اجتماعی- معنوی سالماسی (۲۰۰۲) اشاره می‌شود. سالماسی (۲۰۰۲) مدل زیستی- روانی- اجتماعی انگل در درمان را به مدل کلی‌تر زیستی-

مقایسه اثربخشی مدل شناختی- رفتاری مارلات و معنادرمانی بر کاهش ولع و ...

روانی- اجتماعی- معنوی توسعه داد. سالماسی (۲۰۰۲) نشان داد که داشتن معنا در افرادی که در شرایط بسیار دشوار و ناامید کننده مانند بیماری‌های صعب‌العلاج و اعتیاد قرار دارند، پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی آنان بوده است.

معنادرمانی شاخه‌ای مجزا در مکتب روان‌درمانی وجودی انسان گراست که توسط ویکتور فرانکل مطرح شده است. معنادرمانی بر روح انسان یا بعد معنوی او متمرکز شده و معنای وجود را تحت عنوان جستجوی انسان برای چیزی به نام معنا بررسی می‌کند که به زندگی مردم جهت می‌دهد و در ارتباط با هدف‌ها و ارزش‌های زندگی است (بریتبارت، گیسون، پایتو و برگ، ۲۰۰۴). معنادرمانی برای دوره‌های متفاوت زندگی از جمله دوره سخت افسردگی، در افراد سالمند (لی، ۲۰۰۶)، دردهای مزمن (ناگاتا، ۲۰۰۳)، شرایط خاص افراد الکلی (چو، ۲۰۰۸)؛ مارتین و همکاران (۲۰۱۱) و بیماران سرطانی (فایف، ۱۹۹۵) به کار رفته و برای ارتقای کیفیت زندگی (رضا پور میر صالح، ۱۳۹۴) این افراد مفید بوده است.

پژوهش چو (۲۰۰۸) نشان داد که معنادرمانی موجب بهبود معنای زندگی و سلامت روان در افراد الکلی کره جنوبی شده است. پژوهش جکوبسن (۲۰۰۸) نشان داد که داشتن هدف یا معنا در زندگی با سلامت روان همبستگی مثبت دارد، در حالی که با استفاده از الکل ارتباط معکوس دارد.

پرهامی و همکاران (۲۰۱۳) پژوهشی را با هدف بررسی رابطه معنویت و بازگشت به مصرف مواد در یک مرکز درمانی معنویت محور انجام دادند. نتایج نشان داد که سطح معنویت اولیه با عدم بازگشت رابطه مثبت داشته است. همچنین تحقیق آنان نشان داد که معنویت یک پیش‌بینی کننده عدم بازگشت است.

کرتزمان و همکاران (۲۰۱۲)، ۴۱ سیاهپوست و ۱۲۴ سفیدپوست مصرف کننده را با هدف بررسی زمینه‌های فرهنگی کمک کننده به ترک مصرف مواد، مورد بررسی قرار دادند. در تحقیق انجام شده، تحلیل رگرسیون با کنترل متغیرهای شدت مصرف، نژاد، مذهبی بودن و رفتارهای حین مصرف انجام شد. مصرف در طی درمان و ولع مصرف در طی یک برنامه ۱۲ گامی در ۱۲ هفته و ۱۲ هفته پس از درمان اندازه‌گیری شد. رابطه مشخصی میان سطح بالای مذهبی بودن با مصرف در دوره درمان و یا ولع در دوره ترک مشاهده نشد.

پافر، اسکالسی، و مید (۲۰۱۲) در پژوهشی رابطه مقابله مذهبی^۱ و مصرف مواد مخدر در یک برنامه ۱۲ هفته ای با مشارکت ۴۵ شرکت کننده را بررسی کردند. در پیش ارزیابی مشاهده شد که مقابله مذهبی بالاتر با مصرف کمتر رابطه داشته است. این محققین مقابله مذهبی را به مثبت و منفی تقسیم نمودند. در دوره درمان ۱۲ هفته‌ای مشخص شد افزایش در مقابله مثبت با افزایش مشارکت در برنامه درمان همراه است. نتایج نشان داد مقابله مذهبی مثبت می‌تواند به ترک مصرف مواد کمک نماید، در حالی که مقابله مذهبی منفی می‌تواند مانعی در درمان باشد.

مارتین و همکاران (۲۰۱۱) معتقدند که افزایش معنا در زندگی، با احتمال بالای درمان بیماران وابسته به کوکائین و الکل همراه می‌باشد و عود مصرف در ۶ ماه بعد می‌تواند با توجه به نداشتن معنا در زندگی فرد پیش-

^۱- Religious coping

بینی شود. پژوهش رئیسین، گلزاری و برجعلی (۱۳۹۰) نیز نشان داد که آموزش امید درمانی در کاهش میزان افسردگی و پیشگیری از عود در زنان درمان جوی وابسته به مواد مخدر موثر می‌باشد. همانطور که ذکر گردید، تحقیقات بسیاری اثربخشی درمان شناختی رفتاری در بهبود اعتیاد را گزارش کرده‌اند، اما علی‌رغم وجود ادبیات فراوان و پژوهش‌های گسترده‌ای که در زمینه اعتیاد و همبسته‌های آنان وجود دارد، پژوهش‌های بسیار اندکی به معنا درمانی پرداخته‌اند. این در حالی است که به طور کلی تحقیقات متعدد نقش مثبت معنویت را در سلامت روان مورد بررسی قرار داده‌اند و تحقیقاتی نیز در این رابطه وجود دارد که نتایج متناقضی (کرننرمان و همکاران، ۲۰۱۲) دارند که ضرورت انجام تحقیقات بیشتر را نشان می‌دهد با توجه به این مطلب که در روش روان‌درمانی ذکر شده سعی شده است که به مسائل بیماران از جنبه‌های مختلف به آسیب‌شناسی توجه شود، فهمیدن این موضوع که تاثیر کدام یک از این دو روش روان‌درمانی بر کاهش ولع و پیشگیری از بازگشت زنان معتاد موثر است، با انجام پژوهش حاضر میسر می‌گردد. بر این اساس، هدف از این پژوهش، بررسی اثربخشی و مقایسه روش درمان شناختی- رفتاری مارلات و معنا درمانی بر کاهش ولع و پیشگیری از بازگشت زنان معتاد می‌باشد.

روش

روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه معتادان زن سنین ۱۸ تا ۴۵ سال وابسته به انواع مواد که در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۴ به مرکز درمان اجتماع مدار بانوان شهر تهران (جمعیت خیریه تولد دوباره) مراجعه کرده بودند، تشکیل می‌دهد. با توجه به محدود بودن نمونه پژوهش و در بعضی اوقات عدم تمایل و همکاری زنان به دلایل متعدد اجتماعی و فرهنگی و ...، نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد. با راهنمایی‌های دفتر بین‌المللی مبارزه با مواد و جرائم (UNODC)^۱ نمونه پژوهش حاضر از مرکز درمان اجتماع مدار بانوان (TC)^۲ انتخاب شد. به این صورت که ۳۰ نفر بر اساس مصاحبه اولیه به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند.

مطالعات مشابه نشان می‌دهد که ریزش در این نوع مطالعات تقریباً ۳۰ تا ۵۰ درصد می‌باشد (والاش و همکاران، ۲۰۰۷). بنابراین، با توجه به پیش‌بینی افت و ریزش، برای ۳ گروه جهت انجام این پژوهش، ۴۵ نفر وابسته به مواد بر اساس مصاحبه کوتاه اولیه و ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش انتخاب شد. از این تعداد در پایان اجرا و دوره سه ماهه پیگیری در نهایت ۳۶ نفر باقی مانده (۱۱ نفر گروه شناختی- رفتاری، ۱۲ نفر معنا درمانی و ۱۳ نفر گروه کنترل) که از اطلاعات مربوط به آنها برای تعمیم یافته‌ها به جامعه آماری استفاده شد.

کلیه آزمودنی‌ها، پرسش‌نامه‌های پژوهشی را در سه نوبت، پیش از آغاز جلسات گروه، پس از جلسات گروهی و سه ماه پس از درمان (مرحله پیگیری) تکمیل کردند. گروه آزمایش شناختی رفتاری مارلات ۱۲ جلسه (۱۲ هفته)

^۱ - United Nation Office on Drugs and Crime

^۲ - Therapeutic Community

مقایسه اثربخشی مدل شناختی- رفتاری مارلات و معنادرمانی بر کاهش ولع و ...

و گروه معنادرمانی ۱۰ جلسه (۱۰ هفته) تحت آموزش مدل شناختی رفتاری مارلات قرار گرفتند و در این مدت در مورد گروه کنترل آموزش خاصی ارائه نشد.

ابزار

مقیاس هشدار دهنده عود اعتیاد (گورسکی، ۱۹۸۹): دارای ۳۷ سوال ۵ گزینه‌ای در ۴ خرده مقیاس (رفتار، نگرش، احساس و افکار) است که به منظور ثبت و اندازه‌گیری وضعیت روانی معتاد مورد استفاده قرار می‌گیرد. هر چه معتاد طی ترک بیشتر تحت تاثیر عوامل مختلف جسمانی، روانی و اجتماعی قرار گرفته و مجدداً به سوی مواد کشانده شود، علائم بیشتر از خود بروز خواهد داد. گورسکی (۱۹۸۹) اعتبار کلی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و برای زیر مقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۰، ۰/۷۸ و ۰/۸۵ گزارش کرده است. ضریب پایایی آزمون توسط اسعدی (۱۳۸۲) با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش شده است. برای محاسبه ضریب روایی مقیاس علاوه بر اینکه از نظر محتوایی توسط متخصصان بالینی مورد قضاوت بالینی قرار گرفته است، از طریق ضریب همبستگی پیرسون بین داده‌ای این مقیاس با داده‌های مربوط به پاک‌ی معتادان مورد مطالعه قرار گرفت و ضریب روایی (r = ۰/۷۲۷) محاسبه گردید که موید اعتبار بالای این مقیاس و اندازه‌گیری صفت مورد مطالعه یعنی عود اعتیاد است (اسعدی، ۱۳۸۲). در پژوهش حاضر نتایج حاصل از بررسی پایایی پرسشنامه نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس هشداردهنده عود برابر ۰/۸۴ و برای زیرمقیاس‌های آن به ترتیب، ۰/۸۲، ۰/۷۶، ۰/۸۰ و ۰/۷۸ می‌باشد.

پرسشنامه سنجش ولع مصرف لحظه‌ای مواد: پرسشنامه DDQ^۱ یا ولع مصرف لحظه‌ای مواد یک پرسشنامه ۱۴ سوالی است که توسط فرانکن، هندریکز و ون دن برنیک (۲۰۰۲) ساخته شده است. این پرسشنامه، مشتق پرسشنامه ولع مصرف الکل است که برای وابستگان به هروئین مورد استفاده قرار می‌گیرد، اما به علت توانایی سنجش کلی مواد بعدها در سنجش ولع سایر مواد به کار رفته است. این ابزار دارای ۳ زیر مقیاس، میل و قصد مصرف مواد، تقویت منفی و کنترل ادراک شده بر مصرف مواد است. این پرسشنامه بر اساس مقیاس ۷ تایی لیکرت (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) می‌باشد. فرانکن و همکاران اعتبار کلی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و برای زیرمقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۸۰ و ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند. در پژوهش محمدی (۱۳۸۹) مقدار آلفای کرونباخ کلی را ۰/۸۲ و زیر مقیاس‌های آن را به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر نتایج حاصل از بررسی پایایی پرسشنامه نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ولع مصرف برابر ۰/۸۲ و برای زیر مقیاس‌های آن ۰/۷۵، ۰/۸۰، ۰/۸۱ می‌باشد.

آزمایش‌آدرار: پاک بودن بیمار از مواد مخدر نشانه عدم بازگشت است. برای بررسی بازگشت در افراد شرکت کننده در پژوهش، از آزمایش ادرار (کیت‌های ویژه) که مواد موجود در ادرار را اندازه‌گیری می‌کند، استفاده شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

به‌منظور تجزیه و تحلیل، داده‌های پژوهش در دو بخش توصیفی و استنباطی مورد بررسی قرار گرفت.

^۱- Desire for drug questionnaire

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش

مراحل	مقیاس	تعداد	هشدار دهنده عود	میل به مصرف مصرف
پیش‌آزمون	گروه			
	کنترل	۱۳	۲/۴۵۰	۵/۰۳۵
	معمادرمانی	۱۲	۲/۶۹۶	۵/۲۰۰
پس‌آزمون	شناختی رفتاری مارلات	۱۱	۲/۵۶۳	۵/۴۹۲
	کنترل	۱۳	۲/۳۲۳	۵/۰۰۱
	معمادرمانی	۱۲	۳/۲۵۰	۳/۹۵۴
پس‌پیگیری	شناختی رفتاری مارلات	۱۱	۳/۶۸۱	۴/۰۴۴
	کنترل	۱۳	۲/۳۳۴	۴/۹۷۶
	معمادرمانی	۱۲	۲/۷۴۰	۴/۸۴۵
	شناختی رفتاری مارلات	۱۱	۳/۶۴۶	۴/۱۴۲

بررسی نتایج در دو دوره زمانی؛ بلافاصله بعد از درمان و مرحله پیگیری ارائه شده‌اند.

مرحله زمانی بلافاصله بعد از درمان

جهت استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری ابتدا همگنی ضرایب رگرسیون و همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس مورد بررسی قرار گرفته است. مقدار F لوین برای تعامل پیش‌آزمون هشدار دهنده عود و متغیر مستقل و پیش‌آزمون میل به مصرف و متغیر مستقل به ترتیب عبارت است از $۰/۳۱۱$ و $۳/۰۶۳$ با سطح معناداری $۰/۷۳۵$ و $۰/۰۷۰$ ، که حاکی از همگنی ضرایب رگرسیون است. همچنین مقدار آماره باکس عبارتست از $۱۹,۴۴$ با سطح معناداری $۰/۱۷۰$ که حاکی از همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس است.

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری

آزمون‌ها	مقادیر	F	معناداری (P)	مجذور اتا
اثر بیلابی	۰/۳۸۲	۳/۱۸۴	۰/۰۲۰	۰/۱۹۱
لامبدای ویلکس	۰/۶۳۷	۳/۲۹۱	۰/۰۱۸	۰/۲۰۲
اثر هتلینگ	۰/۵۴۱	۳/۳۸۴	۰/۰۱۶	۰/۲۱۳
بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۴۸۱	۶/۴۹۶	۰/۰۰۵	۰/۳۲۵

همان‌طور که مشاهده می‌گردد، هر چهار آماره چند متغیری مربوطه معنی‌دار می‌باشند. بدین ترتیب فرض صفر آماری رد و مشخص می‌گردد که ترکیب خطی دو متغیر وابسته هشدار دهنده عود و میل به مصرف پس از تعدیل تفاوت‌های دو متغیر کمکی (پیش‌آزمون‌های هشدار دهنده عود و میل به مصرف) از متغیر مستقل (دو روش مختلف درمان) تأثیر پذیرفته است. بنابراین، نتیجه می‌گیریم که تحلیل کوواریانس چند متغیری به‌طور کلی معنادار است.

مقایسه اثربخشی مدل شناختی- رفتاری مارلات و معنادرمانی بر کاهش ولع و ...

آزمون تک متغیری برای متغیر هشداردهنده عود

در ابتدا نتیجه آزمون تک متغیری (تحلیل کوواریانس) برای متغیر هشدار دهنده عود در جدول ذیل ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین نمرات پس از آزمون هشدار دهنده عود

منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری (P)	مجذور اتا
ثابت	۰/۴۱۸	۱	۰/۴۱۸	۷۹/۸۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۹۳۰
پیش آزمون هشدار دهنده عود	۲/۴۵۸	۱	۲/۴۵۸	۵۹/۳۱۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶۴
گروه‌ها	۰/۳۲۶	۲	۰/۱۶۳	۳/۹۳۸	۰/۰۳۰	۰/۲۰۸
خطا	۱/۲۴۳	۳۰	۰/۰۴۱			
کل	۵۱۸/۳۵۱	۳۶				

نتایج جدول بالا نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون هشدار دهنده عود به عنوان متغیر کمکی، تفاوت بین عملکرد دو گروه مداخله و کنترل در این متغیر معنی دار است. با در نظر گرفتن مجذور اتا می‌توان گفت ۲۱ درصد از این تغییرات ناشی از تأثیر متغیر مستقل (مداخله) می‌باشد. آزمون‌های تعقیبی شفه نشان می‌دهد گروه‌های آزمایش تحت هر دو روش تفاوت معنی‌داری با گروه کنترل دارند، ولی بین گروه‌های آزمایش معنادرمانی و شناختی رفتاری مارلات تفاوتی دیده نمی‌شود.

جدول ۴: معنی‌داری آزمون تعقیبی شفه برای مقایسه میانگین‌های هشدار دهنده عود بین گروه‌ها

کنترل	معنا درمانی	شناختی رفتاری مارلات
کنترل	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
معنادرمانی		۰/۱۳۵

آزمون تک متغیری برای میل به مصرف

نتیجه آزمون تک متغیری (تحلیل کوواریانس) نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون میل به مصرف به عنوان متغیر کمکی، تفاوت بین عملکرد گروه مداخله و کنترل معنی دار است.

جدول ۵: نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون میل به مصرف

منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری (P)	مجذور اتا
ثابت	۱/۱۸۲	۱	۱/۱۸۲	۹/۰۷۸	۰/۰۰۴	۰/۱۸۵
پیش‌آزمون						
هشدار دهنده	۶/۴۶۱	۱	۶/۴۶۱	۴۹/۶۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵۴
عود						
گروه‌ها	۱/۱۷۳	۳	۰/۳۹۱	۳/۰۰۳	۰/۰۴۲	۰/۵۴۰
خطا	۵/۲۰۶	۴۰	۰/۱۳۰			
کل	۴۹۳/۶۹۷	۴۸				

نتیجه تحلیل حاکی از آن است که اثر گروه معنادار بوده و بین گروه‌ها تفاوت وجود دارد. با در نظر گرفتن مجذور اتا می‌توان گفت حدود ۵۴ درصد از این تغییرات ناشی از تأثیر متغیر مستقل (مداخله) می‌باشد. نتیجه آزمون تعقیبی شفه نشان می‌دهد گروه‌های آزمایش تحت هر دو روش تفاوت معنی‌داری با گروه کنترل دارند، ولی بین گروه‌های آزمایشی معنادرمانی و شناختی رفتاری مارلات در متغیر میل به مصرف تفاوتی دیده نمی‌شود.

جدول ۶: آزمون تعقیبی شفه برای مقایسه میانگین‌های میل به مصرف بین گروه‌ها

کنترل (گروه ۱)	معنا درمانی	شناختی رفتاری مارلات
کنترل	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۱
معنادرمانی		۰/۹۸۲

مرحله پیگیری

آزمون تک متغیری برای متغیر هشداردهنده عود در مرحله پیگیری

جدول ۷: نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین نمرات پیگیری هشداردهنده عود

منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری (F)	مجذور اتا
ثابت	۰/۳۳۴	۱	۰/۳۳۴	۷/۸۰۴	۰/۰۰۸	۰/۱۶۳
پیش‌آزمون						
هشدار دهنده	۵/۳۳۶	۱	۵/۳۳۶	۱۲۴/۶۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۵۷
عود						
گروه‌ها	۱/۹۵۴	۳	۰/۶۵۱	۱۵/۲۱۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳۳
خطا	۱/۷۱۳	۴۰	۰/۰۴۳			
کل	۵۳۹/۳۶۷	۴۸				

مقایسه اثربخشی مدل شناختی- رفتاری مارلات و معنادرمانی بر کاهش ولع و ...

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون هشداردهنده عود به‌عنوان متغیر کمکی تفاوت بین عملکرد دو گروه مداخله و کنترل در این متغیر معنی‌دار است. با در نظر گرفتن مجذور اتا می‌توان گفت ۵۳ درصد از تغییرات ناشی از تأثیر متغیر مستقل (مداخله) می‌باشد. نتیجه آزمون تعقیبی شفه نشان می‌دهد معناداری در روش درمانی معنادرمانی پایدار نبوده است و این روش در مرحله پیگیری اثربخشی خود را از دست داده است، در حالی که روش درمانی شناختی رفتاری مارلات کماکان موثر بوده است.

جدول ۸: معنی داری آزمون تعقیبی شفه برای مقایسه میانگین‌های هشدار دهنده عود بین گروه‌ها

کنترل	معنا درمانی	شناختی رفتاری مارلات
-	۰/۱۶۹	۰/۰۰۰۱
۰/۱۶۹	-	۰/۰۰۰۱

آزمون تک متغیری برای متغیر میل به مصرف

جدول ۹: نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین نمرات پیگیری میل به مصرف

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری (F)	مجذور اتا
ثابت	۰/۶۹۶	۱	۰/۶۹۶	۴/۴۶۲	۰/۰۴۱	۰/۱۰۰
پیش‌آزمون میل به مصرف	۵/۷۶۴	۱	۵/۷۶۴	۳۶/۹۴۶	۰/۰۴۵	۰/۴۸۰
گروه‌ها	۰/۹۳۳	۳	۰/۳۱۱	۱/۹۹۴	۰/۰۱۳۰	۰/۵۵
خطا	۶/۲۴۰	۴۰	۰/۱۵۶			
کل	۵۷۲/۵۵۰	۴۸				

نتایج این جدول نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون میل به مصرف به‌عنوان متغیر کمکی تفاوت بین عملکرد دو گروه مداخله و کنترل در این متغیر معنی‌دار است. با در نظر گرفتن مجذور اتا می‌توان گفت ۵۵ درصد از تغییرات ناشی از تأثیر متغیر مستقل (مداخله) می‌باشد. نتیجه آزمون تعقیبی شفه نشان می‌دهد که این تفاوت بین کدامیک از گروه‌ها می‌باشد.

جدول ۱۰: آزمون تعقیبی شفه برای مقایسه میانگین‌های میل به مصرف بین گروه‌ها

کنترل (گروه ۱)	معدرمانی (گروه ۲)	شناختی رفتاری مارلات (گروه ۳)
-	۰/۹۴۵	۰/۰۰۶
۰/۹۴۵	-	۰/۰۲۹

همان‌طور که مشاهده می‌شود، معناداری در روش درمانی معنادرمانی پایدار نبوده است و این روش در مرحله پیگیری اثربخشی خود را از دست داده است، در حالی که روش درمانی شناختی رفتاری مارلات کماکان موثر بوده است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که اولاً آموزش شناختی رفتاری مارلات و معنادرمانی در کاهش ولع و پیشگیری از بازگشت زنان وابسته به مواد موثر بوده‌اند و ثانیاً میزان تأثیر آموزش شناختی رفتاری مارلات در مقایسه با معنادرمانی در کاهش ولع و پیشگیری از بازگشت زنان وابسته به مواد بیشتر می‌باشد و نتایج نشان داد که اثر مداخله شناختی رفتاری مارلات در مطالعه پیگیری که بعد از سه ماه انجام شد، ماندگار بود. اما در مورد معنادرمانی ماندگار نبود. با توجه به نتایج به دست آمده به تشریح هر یک از فرضیات پژوهش می‌پردازیم:

معدرمانی بر کاهش ولع به مصرف و پیشگیری از بازگشت زنان معتاد تأثیر دارد: فرض بر این بود که مداخله آموزش شناختی-رفتاری در کاهش ولع مصرف و پیشگیری از بازگشت زنان معتاد تأثیر مثبت دارد و نتایج پژوهش صحت این فرضیه را نشان داد که تأثیر مداخله شناختی رفتاری مارلات در مطالعه پیگیری که بعد از سه ماه انجام شد نیز ماندگار بود. این نتیجه با نتایج تحقیقات (هیدس و همکاران، ۲۰۱۰، ویتکوویتز، داناوان و بوئن، ۲۰۱۱؛ ویتکوویتز، بوئن، داگلاس و هسو، ۲۰۱۳؛ مک هیوگ، هیرون و اتو، ۲۰۱۰؛ اسکندری، سهرابی، دلاور و حشمتی، ۲۰۱۲؛ بلاجت، میشل، فاه و فالنی، ۲۰۱۴؛ هریس ۲۰۱۵؛ گراو، کالینز، هاروپ و مارلات، ۲۰۱۵) همسو می‌باشد. در تبیین تأیید این فرضیه می‌توان گفت که در واقع مدل شناختی رفتاری مارلات، نقش اصلی موقعیت‌های پرخطر و پاسخ وابستگان به مواد به این موقعیت را مورد تأیید قرار می‌دهد. افراد با دادن پاسخ‌های موثر کنار آمدن (برای مثال راهبرد رفتاری، مانند ترک موقعیت یا یک راهبرد شناختی مانند گفتگوی مثبت با خود)، مطمئن می‌شوند که می‌توانند با این موقعیت‌ها کنار آیند و بدین ترتیب احتمال عود کاهش می‌یابد. این بدان معنی است که افرادی که دارای مهارت‌های کنار آمدن موثر هستند، نسبت به افرادی که فاقد این مهارت‌ها هستند، کمتر در خطر عود قرار می‌گیرند. در مقابل افرادی که پاسخ‌های غیر موثر کنار آمدن را تجربه می‌کنند، تسلط‌شان بر موقعیت پایین خواهد آمد و معمولاً این انتظار آنها که مصرف مواد اثر مثبت خواهد داشت، منجر به لغزش می‌شود. این لغزش، در جای خود می‌تواند به احساس گناه و شکست (تأثیر پرهیز از تخلف) منجر شود و در نهایت تأثیر پرهیز از تخلف، تنها با نتایج مثبت انتظارات، می‌تواند احتمال عود را افزایش دهد. افرادی که در موقعیت پرخطر مصرف مواد قرار می‌گیرند، اغلب به انتظارات بالاتری از اثرات مثبت مواد اعتقاد دارند و در نتیجه ممکن است تنها به اثرات فوری

مصرف توجه کنند و پیامدهای منفی تأخیری مصرف مواد از جمله پیامدهای فردی، اجتماعی و اقتصادی را نادیده بگیرند و چون تمرکز اولیه فرد در این موقع بر رسیدن فوری به خشنودی خود (مانند کاهش استرس) است به رفتار اعتیادی و مصرف مواد دست می‌زنند، که رویکرد مارلات با استفاده از بازسازی شناختی، باورهای فرد راجع به پیامد انتظارات را به چالش می‌کشد و فرد را از این باورها آگاه می‌سازد و در نتیجه احتمال عود را کاهش می‌دهد. همچنین فرض بر این بود که معنادرمانی در کاهش ولع مصرف و پیشگیری از بازگشت زنان معتاد تأثیر مثبت دارد و نتایج پژوهش صحت این فرضیه را نشان داد. این نتیجه هماهنگ با پژوهش‌هایی است که به داشتن معنا در گروه‌های متفاوت برای افزایش سلامت روان (جکوبسون، ۲۰۰۸؛ هو، ۲۰۱۰) امید به زندگی بیماران (فایف، ۱۹۹۵) اشاره کرده‌اند. همچنین همسو با پژوهش‌ها (چو، ۲۰۰۸؛ پرهامی و همکاران، ۲۰۱۳؛ پافر، اسکالسی، و مید، ۲۰۱۲؛ مارتین و همکاران، ۲۰۱۱) در زمینه کاربرد معنویت در پیشگیری از بازگشت می‌باشد. نتایج این پژوهش نشان داد که به کارگیری معنادرمانی در این شرایط خاص می‌تواند بر کاهش ولع و بازگشت تأثیر بگذارد. این امر به دلیل دیدگاه فلسفی و بینش خاصی است که در معنادرمانی وجود دارد و به فرد کمک می‌کند تا در شرایط دشوار زندگی اعم از بحران‌های زندگی و یا بیماری‌های مزمن که فرد دچار رنج می‌شود نیز به دنبال معنایی برای زندگی خود باشد و امید به زندگی در وی افزایش یابد. در شرایط دشوار پس از ترک اعتیاد، هم احتمال بازگشت بیماری و هم احتمال عدم پذیرش فرد از سوی جامعه وجود دارد و این شرایط می‌تواند زمینه‌ساز دوره‌های سخت افسردگی و کاهش امید به زندگی شود و در نتیجه باعث بازگشت شود. می‌توان گفت در پژوهش حاضر معنادرمانی موجب بهبود معنای زندگی و افزایش امید در زندگی فرد شده و توانسته بر کاهش ولع و بازگشت افراد به اعتیاد تأثیر بگذارد. مانند پژوهش چو (۲۰۰۸) که نشان داد معنادرمانی می‌تواند موجب بهبود معنای زندگی و سلامت روان در افراد معتاد به الکل شود.

به طور کلی، داشتن معنا در زندگی باعث می‌شود، زندگی فرد تابع یک هدف شده و او برای تکمیل کارهایش هم از معنای شخصی (تمرکز بر یک چارچوب یا فلسفه زندگی) و هم از معنای ضمنی (شرکت در فعالیت‌ها و ارزش نهادن به نگرش سایر افراد) بهره‌گیر (ماسکارو و همکاران، ۲۰۰۴). بنابراین، معنادرمانی می‌تواند موجب افزایش امید به زندگی افراد گوناگون در رویارویی با شرایط دشوار شود. اما نکته مهمی که در یافته‌های پژوهش مشاهده می‌شود این است که تغییرات بدست آمده در مورد مدل شناختی رفتاری مارلات در مرحله پیگیری مشاهده می‌شود، ولی در مورد معنادرمانی ماندگار نبود. به عبارت دیگر، نتایج نشان داد که مداخله معنادرمانی باعث کاهش ولع و پیگیری از بازگشت شد، اما این نتیجه در مطالعه پیگیری که سه ماه بعد انجام شد، ماندگار نبود. این نتیجه با پژوهش کرنتمان و همکاران، ۲۰۱۲ همسو می‌باشد که رابطه مشخصی میان داشتن معنا با عدم مصرف در دوره درمان یا عدم ولع به مصرف در دوره ترک مشاهده نکردند. در تبیین دلایل احتمالی عدم پایداری اثر معنادرمانی می‌توان موارد زیر را برشمرد:

اگرچه معنادرمانی می‌تواند موجب افزایش امید به زندگی فرد در رویارویی با شرایط دشوار شود، اما افرادی که اعتیاد خود را ترک کرده‌اند، ممکن است به دلایل متعدد از جمله دیدگاه منفی جامعه نسبت به خود و عدم دریافت حمایت از طرف خانواده و اطرافیان، امید خود را دوباره از دست دهند. به عبارت دیگر، در شرایط دشوار پس از

ترک اعتیاد، هم احتمال بازگشت بیماری و هم احتمال عدم پذیرش فرد از سوی جامعه وجود دارد که این شرایط می‌تواند زمینه ساز کاهش امید در آنها و بازگشت مجدد شود.

تیبیین دیگری می‌توان بر اساس یافته‌های پافر، اسکالسکی و مید (۲۰۱۲) بیان کرد آنها موضوع معنویت را مستلزم بررسی دقیق‌تر می‌دانند و معنویت را به دو بخش مثبت و منفی تقسیم نمودند. استراتژی‌های مقابله معنوی مثبت فرد را قوی می‌سازد که اعتقاد فرد به اتصال به یک منبع قدرت بالاتر است، در حالی که مقابله معنوی منفی شامل باورهایی است که فرد احساس گناهکار بودن می‌کند و خود را مستوجب تنبیه می‌داند. این محققین مقابله معنوی مثبت را در عدم بازگشت تأثیر گذار و مقابله منفی را در عدم بازگشت بی‌تأثیر یافتند. پس از درمان فرد به دلایل مختلف که به آن اشاره شد، مانند سیر معمولی بهبودی و نگرش منفی جامعه، خانواده و عدم حمایت، فرد معتاد ممکن است دچار احساس گناه کند و در واقع مقابله معنوی منفی ایجاد می‌شود که می‌تواند شروع کننده مصرف مجدد مواد و ایجاد بازگشت شود.

در نهایت می‌توان گفت معنا درمانی در کنار سایر روش‌های درمانی مانند شناختی- رفتاری می‌تواند نتیجه بهتری داشته باشد، همانگونه که اسکولنبرگ و همکاران (۲۰۰۸) در زمینه بکارگیری عملی معنادرمانی در کار بالینی، پژوهشی انجام داده و در آن پس از اشاره به مفاهیم، اجرا و روش‌های ساختاری معنادرمانی، بر این نکته تأکید کردند که این روش می‌تواند با تکنیک‌های دیگری که متخصصان سلامت روان به طور مکرر استفاده می‌کنند، ترکیب شود. از نظر آنان، متخصصان سلامت روان می‌توانند صرفنظر از گرایش نظری خود از معنادرمانی برای مراجعان خود بهره گیرند.

بازگشت افراد وابسته به مواد معمولاً پس از یک سال و گاهی بیشتر اتفاق می‌افتد. در این پژوهش، به علت محدودیت زمانی و دیگر مشکلات اجرایی، دوره سه ماهه پیگیری به عنوان ملاک بازگشت استفاده شد. این مساله باید در تفسیر نتایج مربوط به اثربخشی روش‌های درمانی بر بازگشت مورد توجه قرار گیرد. نمونه مورد بررسی در این پژوهش بیماران خودمعرّف بودند که به مرکز درمان اجتماع مدار بانوان مراجعه کرده بودند، لذا این افراد نمی‌توانند معرف کامل جامعه زنان معتاد باشند. با توجه به مداخله عوامل متعدد و تأثیرگذار بر شکل‌گیری و عود و درمان اعتیاد (برای مثال، ویژگی‌های شخصیتی، اختلالات شخصیت، نوع ماده مصرفی، نوع و شدت مشکلات روانشناختی همزمان با اعتیاد) که در این پژوهش امکان بررسی آن‌ها فراهم نبود، لازم است در تعمیم نتایج به دست آمده احتیاط شود.

References

- Asadi, A (2003). The efectivness of attending in narcotics anonymous (NA) groups on relaps prevention in self introducing sustancedependants in Behzistidependant camps in Esfahan. MA thesis, Khorasganazad University. (Persian).
- Blodgett, J., Maisel, N.,Fuh, I.,Wilbourne, P.,& Finney, J. (2014) How effective is continuing care for substance use disorders? A Meta - analytic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(2): 87-97.
- Breitbart, W., Gibson, C. H., Poppito, S. N., & Berg, A. (2004).Psychotherapeuticinterventions at the end of life, *Journal of Personality and SocialPsychology*.34(4),p.122-130.

- Cho, S. (2008). Effects of logo-autobiography program on meaning in life and mental health in the wives of alcoholics. *Asian nursing research*, 2(2).129-139.
- Eskandari, H.,Sohrabi, F.,Delavar, Ali.,&Heshmati, R. (2012). Effectiveness of coping skills training in relapse prevention and resiliency enhancement in people with substance dependency. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 1376–1380.
- Esmaily, E., Tabatabaee, M. &Afrooz, GH. (2015). Effectiveness of mindfulness-based cognitive-behavioral therapy on cognitive - emotion regulation and attentional control among addicted individuals. *Applied Psychological Research*, (6)1, 211-241.
- FarshadBahari, (2009). Addiction: counselling and treatment (guide for behaviour change among addicts, Tehran: danjeh Press. (Persian).
- Fife, B.L. (1995). The measurement of meaning in illness. *Social Science & Medicine*, 40(8), 1021-1028.
- Franken, I. H., Hendricks, V.M. Van den Brink, W. (2002). Initial validation of two opiate craving questionnaires the Obsessive Compulsives Drug Use Scale and Desires for Drug Questionnaire. *Addiction Behaviors*, 27, 675- 685.
- Ghorbani, M. (2008). Relapse Prevention: An Overview of Marlatts Cognitive-Behavioral Model. *Research on Addiction*, 7(2), 91-114. (Persian).
- Gorski, T. T., (1989). *Passages through Recovery*. Center City, MN: Hazelden Press.
- 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
- Harris A.H. (2015). A qualitative study on the introduction of mindfulness based relapse prevention (MBRP) into a therapeutic community for substance abusers. Therapeutic Communities: The International, *Journal of Therapeutic Communities*, 36(2):111 – 123.
- Hides, L., Carroll, S., Catania, L., Cotton, S.M., Baker, A., Scaffidi, A., &Lubman, D.I., (2010). Outcomes of an integrated cognitive behaviour therapy (CBT) treatment program for co-occurring depression and substance misuse in young people. *Journal of Affective Disorders*. 121, 169–174.
- Hossenian, S. Niknam, M. (2011). The effect of cognitive behavioral training (CBT) on perfectionism in a non-clinical Population. *Applied Psychological Research*. 1(2), 13-28.
- Jacobsen, B. (2008). *Intervention to existential psychology: A psychology for the uniquehuman being and itsapplication in therapy*.England: wiely.
- Kaldavi, A., Borjali, A. Falsafinejad, M.R. &Sohrabi, F. (2012). The effectiveness of "Mindfulness Based Relapse Prevention (MBRP)" Model in relapse prevention and motivation in subjects with opiate substance dependency, *Journal of clinical Psychology*, 4 (12). 69-79. (Persian).

- KhodayariFard, M., Hejazi, E. &Hoseininezhad, N. (2015). The effectiveness of Acceptance and commitment consultation (ACT) on self-efficacy and marital satisfaction substance using married women with children. *Applied Psychological Research*. 6(2),61-75
- Krentzman, A.R., Pagano, M.E., Bradley, J.C, Battle, D., Andrade, F.H., Delva, J., & Robinson, E.A.R. (2012). "The Role of Religiousness on Substance-Use Disorder Treatment Outcomes: A Comparison between Black and White Adolescents. *Journal of the Society for Social Work and Research*3, 104-128
- Lee. C.H. (2006). Effects of Logotherapy with exercise onMeaning of life, ego integrity and ADL in the elderly. *TeahankanhoHakhoe chi*. Vol 36, No 5. 701 – 709.
- Marlatt, G. A., Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- Martin, Rosemarie A. MacKinnon, Selene. Johnson, Jennifer. Rohsenow, Damaris J.(2011). Purpose in life predicts reatment outcome among adult cocaine abusers intreatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40(2), 183-188.
- Mascaro, Nathan. Rosen, David H. Morey, Leslie C. (2004). The development, construct validity, and clinical utility of the spiritual meaning scale. *Personality and Individual Differences* .37(4).845-860.
- McGovern, M.P., Lambert-Harris, C., Acquilano, S., Xie, H., Alterman, A.I., & Weiss, R.D., (2009)" A cognitive behavioral therapy for co-occurring substance use and posttraumatic stress disorders" *Addictive Behaviors*. 34, 892–897
- McHugh, R.K., Hearon, B.A., & Otto, M.W. (2010). Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*. 33(3): 511.
- Mohammadi, f (2010). Event related potentials (ERPs) in heroin dependants confronting infusing pictures of craving before and after psychological coping skills training. MA thesis, Tehran University
- Nagata, K. (2003). A study of Logotherapy for clinic low backpain patient. *Psychiatry*. Vol 105.
- Parhami, I., Davtian, M., Collard, M., Lopez, J., & Fong, T.W., (2013). A Preliminary 6-Month Prospective Study Examining Selfreported Religious Preference, Religiosity/Spirituality, and Retention at a Jewish Residential Treatment Center for substance-related disorders. *Journal of Behavioral Health Service and Research*. 41(3): 390-401
- pourebrahim, T. Rasoli. R. (2008). Effects of Group Logotherapy on decreasing Depression and Increasing Meaning in life on older adult's resident in Sanatorium. *Journal of Applied Psychology*, 4(8), 673-685. (Persian).
- Puffer, E.S., Skalski, L.M., & Meade, C.S. (2012). Changes in Religious Coping and Relapse to Drug Use among Opioid-Dependent Patients Following Inpatient Detoxification. *Journal of Religious Health*. 51(4): 1226–1238.
- Raesian, A. S., Golzari, M., &Borjali , A. Effectiveness of Hope Therapy on Reducing Depressive Symptoms and Preventing of Relapse in Cure-Seeker

- Women with Dependency to Narcotic Drugs. (2011). *Research on Addiction*, (5)17, 21-40. (Persian).
- Ramo, D.E., Myers, M.G., Brown, S.A. (2007). Relapse Prevention for Adolescent Substance Abuse: Overview and Case Examples. In K. Witkiewitz and G. Alan Marlatt (Eds.), *Therapist's Guide to Evidence-Based Relapse Prevention*, (pg. 293-311).
- RezapourMirsaleh, Y. (2015). The Relationship between Belief in Manifestation of God in Marital Life and Marital Satisfaction: Investigate the Role of Religious Coping as a Mediator. *Applied Psychological Research*, 6(1), 173-192.
- Roosen, H.G. Waart, R.D. Windt, D., Brink, W., Yong, C. A. &Kerkbof, A. F. M. (2006). A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. *European Neuropsychopharmacology*. 16, 311-323.
- Schulenberg, S.E., Hutzell, R.R., Nassif, C. &Rogina, J.M. (2008). Logotherapy for clinical practice psychotherapy. *Theory/ Research/ Practice/ Training*, 45(4), 447-463.
- ShafieeFard, Y., Besharat, M.A., BahramiEhsan, H. &Taheri, A. (2016). Effectiveness of Group Cognitive – Behavioral Therapy on Quality of Life, Depression, Anxiety and Stress among Patients with chronic pain. *Applied Psychological Research*.
- Sohrabi, F., Aazami, Y. &Dostian, Y. (2014). Comparison of Early Maladaptive Schemas and Dysfunctional Attitudes in Normal and Drug-Dependent Individuals. *Applied Psychological Research*. 5(1), 59-72. 6(5),107-122.
- Sulmasy, D. (2002). A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life. *The Gerontologist* 42 (3): 24-33.
- Walach, H., Nord, E., Dietz-Waschkowski, B., &Kersig, S. (2007). Mindfulness based stress reduction as a method for personnel development: A pilot evaluation. *International Journal of Stress Management*, 14(2), 188-198.
- Witkiewitz KA, Bowen SW, Donovan DM. (2011). Moderating effects of a craving intervention on the relation between negative mood and heavy drinking following treatment for alcohol dependence. *J Consult Clinical Psychol*, 79(1):54-63.
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behaviors*, 38(2):1563–1571
- Witkiewitz, K., Greenfield, B., & Bowen, S. (2013). Mindfulness-based relapse prevention with racial and ethnic minority women. *Addictive Behaviors*, 38(12): 2821–2824.