

اثربخشی مداخله مبتنی بر درمان مثبت‌نگر بر بهبود سبک‌های مقابله‌ای و پیشگیری از بازگشت در افراد دارای تشخیص اختلال مصرف مواد

مریم کدیور^۱، فرهاد کهرآزنی^{۲*}، زهرا نیک‌منش^۳

۱- کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

۲- استادیار روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

۳- دانشیار روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

چکیده

هدف پژوهش بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر روان‌درمانی مثبت‌نگر بر بهبود سبک‌های مقابله‌ای و پیشگیری از بازگشت افراد دارای تشخیص اختلال مصرف مواد بود. طرح پژوهش یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون پیگیری یک ماهه با گروه کنترل بود. برای انجام پژوهش ابتدا از میان بیماران دارای اختلال مصرف مواد مراجعه‌کننده به مراکز درمانی ترک اعتیاد شهرستان زاهدان، ۳۱ نفر دارای تشخیص اختلال مصرف مواد به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۴ نفر) و گروه کنترل (۱۷ نفر) جایگزین شدند. هر دو گروه با استفاده از پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای بیلینگر و موس ارزیابی شدند. روان‌درمانی مثبت‌نگر در گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد. برای تحلیل داده‌ها از کواریانس چند متغیره و آزمون‌های دو استفاده شد. نتایج نشان داد که روان‌درمانی مثبت‌نگر، سبک‌های مقابله‌ای بیماران گروه آزمایش را در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری ارتقا داده بود. همچنین نتایج نشان داد روان‌درمانی مثبت‌نگر در پیشگیری از بازگشت موثر بوده است. نتایج پژوهش نشان داد که روان‌درمانی مثبت‌نگر می‌تواند به عنوان روشی کارآمد برای ارتقای سبک‌های مقابله‌ای و پیشگیری از بازگشت بیماران دارای اختلال مصرف مواد استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: درمان مثبت‌نگر، سبک‌های مقابله‌ای، پیشگیری از بازگشت، اختلال مصرف مواد.

مقدمه

اختلال مصرف مواد^۱، در اکثر جوامع یک مشکل سلامت عمومی محسوب می‌شود. این مشکل، یک اختلال چند عاملی سلامت است که اغلب سیری مزمن، عود کننده و فروکش کننده دارد. این اختلال، از جمله نگرانی‌های عمده در کشورهای جهان است. سازمان جهانی بهداشت، اصطلاح وابستگی دارویی را بجای واژه اعتیاد مطرح کرد. در کشور ایران، اختلالات مصرف مواد پس از سوانح و حوادث، بیماری‌های قلبی و عروقی و افسردگی در رده چهارم، قرار دارد (رستمی، احمدی، ۱۳۹۳).

نتایج مطالعه همه گیرشناسی دفتر کنترل مواد مخدر سازمان ملل در سال ۲۰۱۰، نشان داد که حدوداً بین ۱۵۳ تا ۳۰۰ میلیون نفر از افراد دامنه سنی ۱۵ تا ۶۴ ساله حداقل سابقه یک بار مصرف مواد را در طول سال گذشته داشتند و حدود ۱۵/۵ تا ۳۸/۶ میلیون نفر تشخیص اختلال مصرف مواد دریافت کردند. بر اساس گزارش این دفتر، افغانستان، ایران و پاکستان در مقایسه با سایر کشورهای جهان، بیشترین نسبت بیماران وابسته به مواد افیونی را داراست و همچنین این کشورها از لحاظ گرایش به مصرف مواد در بین کشورهای جهان دارای رتبه نخست می‌باشند (سازمان ملل، ۲۰۱۲).

ویراست چهارم^۲ راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی، برای اختلالات مرتبط با مواد دو طبقه مجزا ارائه داده بود: سوء مصرف مواد^۳، و وابستگی به مواد^۴. منظور از سوء مصرف: استفاده از یک ماده، به رغم عواقب منفی یا نامطلوب آن و سوء مصرف کننده مواد کسی بود که به علت استفاده زیاد از مواد، به طور

مکرر، اما متناوب (با فاصله زمانی نامنظم) به مشکلات مختلفی دچار می‌شد. منظور از وابستگی به مواد: ادامه مصرف ماده به رغم پیامدهای منفی آن و کسی که به مواد وابسته بود به طور پیوسته و اجباری به مصرف آن‌ها می‌پرداخت. اصطلاح وابستگی روانی زمانی به کار می‌رفت که افراد زندگی خود را طوری تغییر می‌دادند که استفاده مستمر و مداوم ماده تضمین می‌شد، فکر و ذکر فرد بر محور ماده و استفاده از آن قرار می‌گرفت و این موضوع باعث می‌شد که فعالیت‌های مهم زندگی، مانند تعهدات شغلی، اجتماعی، و خانوادگی مورد غفلت قرار گیرد. وابستگی جسمی (فیزیولوژیک) زمانی روی می‌داد که بدن، بعد از قرار گرفتن طولانی مدت در معرض یک ماده، با آن سازگار می‌شد و به تدریج قبول می‌کرد که حضور آن در بدن یک موضوع عادی و نرمال است. اما در پنجمین ویراست راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی، در طبقه بندی خود یک تغییر بسیار انقلابی یا رادیکال داده است، به این صورت که دو طبقه مستقل «سوء مصرف مواد» و «وابستگی به مواد» را حذف کرده و یک طبقه واحد به نام اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد را جایگزین آن‌ها کرده است. منطق پشت پرده ادغام این دو طبقه این است که احتمالاً گروه تحقیقاتی پنجمین ویراست راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی به این نتیجه رسید که بین سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد هیچ مرز مشخصی وجود ندارد و هر دو روی یک بعد قرار دارند (سادوک، سادوک، روئیز^۵، ۲۰۱۵، به نقل از رضاعی، ۱۳۹۵).

یکی از عوامل تاثیرگذار که ارزیابی آن در تبیین آمادگی به اختلال مصرف مواد منطقی به نظر می‌رسد، سبک‌های مقابله با تنیدگی است. فولکمن و لازاروس^۶

¹ substance use disorder

² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition (DSM-IV-TR)

³ substance abuse

⁴ substance dependence

⁵ Sadock, Sadock & Ruiz

⁶ Folkman & Lazarus

(۱۹۸۴)، به نقل از کهرازئی، آزادفلاح و اللهیاری، (۱۳۸۲)، سبک‌های مقابله‌ای را به عنوان تلاش‌های رفتاری و شناختی برای غلبه کردن بر یک عامل تنیدگی‌زا درونی و بیرونی (مسئله‌مدار) یا ایجاد تسکین هیجانی و عاطفی (هیجان‌مدار) تعریف کردند. معتقدند که سبک‌های مقابله با تنیدگی می‌توانند رویدادهای تنیدگی‌زا را تحت تاثیر قرار داده و نحوه چگونگی برخورد و مقابله با آن‌ها را تعیین کنند.

بررسی‌های متعدد نشان دادند که اختلال مصرف مواد اگر چه توسط متغیرهای متعددی قابل پیش‌بینی می‌باشد، لیکن نحوه مقابله فرد با شرایط تنیدگی‌زا، بیشتر از سایر عوامل تاثیرگذار می‌تواند در گرایش فرد به مصرف مواد موثر واقع شود (مک کانل، ممتویچ و ریچاردسن، ۲۰۱۴). پژوهش‌های زیادی ذکر کردند که سبک غالب افراد دچار اختلال مصرف مواد، سبک مقابله‌ای اجتنابی و هیجان‌مدار (سبک مقابله‌ای ناکارآمد) در مقایسه با سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار (سبک مقابله‌ای کارآمد) است. بنابراین استفاده بیشتر از چنین سبک مقابله‌ای سبب بازگشت احتمالی به مصرف مواد بعد از ترک می‌گردد (طوفانی و جوانبخت، ۱۳۸۰؛ شعاع کاظمی، ۱۳۸۴؛ دویی، آرورا، گوفا و کمار، ۲۰۱۰).

مک کانل، ممتویچ و ریچاردسن (۲۰۱۴) و ربادایر و ورسکان (۲۰۱۶) نشان دادند که افراد در بهره‌گیری از سبک‌های مقابله‌ای در رویارویی با فشارهای روانی زندگی توانایی زیادی ندارند و به دلیل استفاده بیشتر به سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد (اجتنابی و هیجان‌مدار)، در معرض اختلال مجدد مصرف مواد و الکل هستند. مایرز و بران^۱ (۱۹۹۶)، به نقل از جزایری، جعفری‌زاده و پورشهباز (۱۳۸۱)، معتقد هستند افراد دچار اختلال

مصرف مواد از سبک‌های مقابله‌ای نامناسب و شیوه‌های حل نامناسب استفاده می‌کنند که این امر می‌تواند احتمال بازگشت مجدد به سوی مصرف مواد را افزایش دهد. طوفانی و جوانبخت (۱۳۸۰) معتقدند که این افراد در مواجهه با تنیدگی و فشار روانی از شیوه‌های حل مساله غیرسازنده‌ای نظیر اجتناب، درماندگی و شیوه‌های هیجانی نامناسب استفاده می‌کنند. افراد دچار اختلال مصرف مواد به دلیل مشکلات در سبک‌های مقابله‌ای، به هنگام رویارویی با مشکل، کمتر از راهبردهای مسئله‌مدار، جلب حمایت اجتماعی و ارزیابی شناختی استفاده می‌کنند. آن‌ها در حل مشکلات و عدم انطباق با موقعیت‌های زندگی دچار چالش شده و به دلیل پایین بودن عزت نفس، احساس بی‌کفایتی می‌کنند (مرادی و بهرامی، ۱۳۹۰).

یکی دیگر از مهمترین نگرانی‌ها در خصوص درمان اختلال مصرف مواد، بازگشت به مصرف مواد مخدر بعد از دوره‌ای از قطع مصرف می‌باشد. بررسی‌های زیادی اشاره دارند که میزان بازگشت در این بیماران بسیار بالاست. تنها حدود ۲۰ تا ۵۰ درصد این افراد می‌توانند به قطع مصرف مواد بعد از یک سال ادامه دهند (فریدمن^۲، ۱۹۸۸؛ به نقل از امینی، امینی، افشار مقدم و آذر، ۱۳۷۹). مک کی، فرانکلین، پاتاپیس و لینچ، (۲۰۰۶)، معتقدند که اکثر افرادی که برای درمان اختلال مصرف مواد به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند، پس از دریافت خدمات درمانی لازم و ترخیص، دچار عود مصرف مواد می‌شوند. سگال، اسان، برنز و وینبرگر، (۲۰۱۷) گزارش کردند که تنها ۲۱ درصد مصرف‌کنندگان مواد بعد از ترک، قادرند که قطع مصرف را برای کمتر از ۱۰ سال ادامه دهند. صادقیه اهری، اعظمی، براک، امانی و صدیق (۱۳۸۳)

² Fridman

¹ Myers & Brown

ذکر کردند در صورت عدم بازگشت مجدد پس از یک ماه، میزان عود برای مدتی تا ۹۸ درصد کاهش می‌یابد. بنابراین عوامل دخیل در شروع و ادامه و عود در اختلال سوء مصرف مواد بسیار متنوع است. در واقع عوامل عود و بازگشت به مصرف مواد، همان عوامل مؤثر در اعتیاد بوده که می‌توان آن‌ها را در قالب عوامل فردی (فقر معنوی افسردگی، بیماری، لذت‌جویی، عدم اعتماد به نفس، استقلال طلبی، عدم رشد شخصیت و ناامیدی، تحصیلات پایین)، عوامل خانوادگی (اعتیاد یک یا چند نفر از اعضای خانواده، اختلافات خانوادگی، ضعف سرپرستی والدین، بیکاری والدین خصوصاً بیکاری پدر، کم سواد والدین)، عوامل اجتماعی (محیط مدرسه، دوستان ناباب، تفریحات ناسالم، بیکاری، عدم مقبولیت اجتماعی، فقر، رشد جمعیت، مهاجرت‌های بی‌رویه) و عوامل جغرافیایی و اقتصادی (سکونت در مسیرهای تردد مواد مخدر، سهولت دسترسی به مواد مخدر، فقر و بحران اقتصادی، بیکاری و فرار از مشکلات زندگی) ارائه نمود. (ناستی‌زایی، مقدم و ملازهی، ۱۳۸۹). پیش‌زمینه‌های عود اعتیاد در افراد دچار اختلال مصرف مواد شامل خصوصیات شخصیتی، روابط خانوادگی، شیوه زندگی، عقاید و کژکاری در تنظیم شناختی و هیجانی است که به‌طور معناداری متفاوت از افراد سالم است (هیمن، ۲۰۱۱).

امروزه با توجه به عواقب وخیم و ناخوشایند ناشی از اختلال مصرف مواد، وجود مشکلات جدی طبی، روانشناختی، اجتماعی در فرد مصرف‌کننده و گزارشات زیادی حاکی از فراوانی عود (بازگشت مجدد بعد از ترک)، ضرورت استفاده بیشتر از تخصص‌های مختلف (روان‌پزشکان، روان‌شناسان، مشاوران و مددکاران اجتماعی) را می‌طلبد. امروزه با

گسترش روزافزون رشته روان‌شناسی سلامت، روان‌شناسان می‌توانند نقش فعال‌تری در فرایند پیشگیری و درمانی این اختلال بر عهده گیرند. در چند دهه اخیر، پیشرفت‌های شایانی توجهی در گسترش مداخلات روانی اجتماعی برای بیماران دچار اختلال مصرف مواد صورت گرفته است (شعاع کاظمی، ۱۳۸۴؛ لارسکو و ویکر، یوسوبلی، اباگو و میچاد، ۲۰۱۵؛ فتسیس، هرمیک، سری، دبرانت، جان پیر و همکاران، ۲۰۱۷؛ زمستانی، یامچی، سهرابی، برجعلی، ۱۳۹۰). تعداد این مداخلات قابل توجه است و شاید بتوان گفت مداخله مبتنی بر درمان مثبت‌نگر با شعار توجه به استعدادها و توانمندی‌های انسان، دارای سودمندی بالقوه بیشتری در قیاس با سایر روش‌های به کار گرفته شده برای این بیماران است. چرا که این نوع مداخلات از پیچیدگی کمتری در قیاس با بسیاری از شیوه‌های درمانی برخوردار است که این امر اجرای آن را برای این بیماران ساده می‌کند، دوم آن که این نوع مداخلات در محدوده زمانی کوتاه‌تری قابل اجرا است (هپکو و لجویز^۱، ۲۰۰۸؛ به نقل از کهرزئی، دانش و آزاد فلاح، ۱۳۹۰).

توانمندی‌های منش و تجارب مثبت از قبیل رضایتمندی از زندگی جزء توجهات محوری روان‌شناسی مثبت‌گرا است (لوپز و اشنايدر، ۲۰۰۷). این نکته محرز است که سبک زندگی این بیماران به جهت تجربه تنیدگی‌ها و پریشانی‌های روزمره و دوره‌های بازگشت مکرری که اغلب افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد پس از ترک تجربه می‌کنند، مختل می‌شود. روان‌شناسی مثبت، تأکید بر بنا نهادن و گسترش هیجان‌های مثبت به منظور ایجاد سپری در برابر اختلال‌های روانی و افزایش بهزیستی و شادکامی

^۱ Hepko & Lejuez

افراد دارد (مک کالو و وایت ولت، ۲۰۰۲). این رویکرد معنا را در زندگی مراجعان به منظور تسکین آسیب‌شناسی روانی و تقویت شادی، افزایش می‌دهد (رشید، ۲۰۰۸).

تجربه هیجان‌های مثبتی که روان درمانی مثبت‌نگر بر آن تأکید دارد، اغلب توانایی بهتری در استفاده از توانمندی‌ها و سازگاری در مواجهه با مشکلات زندگی ایجاد می‌کند (فردریکسون، ۲۰۰۱). روزن، وارت، وینت، برانک، یانگ و همکاران، ۲۰۰۶، بر اساس بررسی چندین مطالعه نشان دادند که بیمارانی که فقط از درمان‌های نگهدارنده دارویی، به تنهایی بهره برده بودند آنچنان توفیقی در درمان حاصل نکردند و میزان عود در آن‌ها بسیار بالاتر از بیمارانی بود که در کنار مداخلات طبی، از مداخلات روانشناختی نیز بهره برده بودند.

لوسکیو، کمبل، پاولیکوبا، چن هو، واکر و همکاران (۲۰۱۷)، کیلوک، نیچ و کارول (۲۰۱۱)، لیت، کادن، کیلا کر میر و پتری (۲۰۰۸)، نشان دادند که روان درمانگری‌های مبتنی بر رویکرد شناختی‌رفتاری در ارتقای سبک‌های مقابله‌ای مؤثر هستند. ملازاده و عاشوری (۱۳۸۸)، شاه‌محمدی فهساره، درووزه و پورشهریاری (۱۳۸۷) معتقدند که روان درمانی مبتنی بر رفتار درمانگری شناختی کاهش عود و تسریع بهبودی در بیماران با تشخیص اختلال مصرف مواد مؤثر واقع شود. اولتیوس، وات، مکینون و استوارت (۲۰۱۵)، معتقدند که مداخلات مبتنی بر رفتار درمانگری شناختی می‌تواند سبب کاهش چشمگیر مصرف مشروبات الکلی در افراد با تشخیص مصرف مواد و الکل گردد. بنابراین با عنایت به این که کاربرد درمان‌های مختلف منجمله مداخلات روانی - اجتماعی می‌تواند گامی مهم در جهت کاهش بازگشت و بهبود

سبک‌های مقابله‌ای این بیماران تلقی شود لذا توجه مسئولین امر مبنی بر استفاده بیشتر از مداخلات روانشناختی مانند مداخلات مبتنی بر روان درمانی مثبت‌نگر به موازات درمان‌های طبی، گامی سازنده برای این بیماران بردارند. در راستای اهداف فوق، پژوهش به بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر درمان مثبت‌نگر بر بهبود سبک‌های مقابله‌ای و پیشگیری از بازگشت در افراد دچار اختلال مصرف مواد پرداخته است.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: پژوهش از نوع نیمه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل با پیگیری یک ماهه بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از بیماران دارای تشخیص اختلال مصرف مواد بودند که از جامعه آماری بیماران دچار اختلال مصرف مواد مراجعه‌کننده به مراکز درمانی ترک اعتیاد شهرستان زاهدان به شیوه در دسترس انتخاب شدند که از این میان ۱۴ نفر در گروه آزمایش و ۱۶ نفر در گروه کنترل به صورت تصادفی گمارده شدند. ملاک‌های ورود افراد شامل: تمامی آزمودنی‌های شرکت‌کننده از هر دو جنس بودند؛ تمامی آن‌ها از حداقل سطح تحصیلات در مقطع راهنمایی برخوردار بودند و در گروه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال قرار داشتند؛ تشخیص قطعی اختلال مصرف مواد بر طبق معیارهای تشخیصی پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، عدم سابقه اختلالات جسمانی و روانی شدید همچون روان پریشی، اختلال دوقطبی یا تجزیه‌ای؛ سپری کردن سم زدایی موفقیت‌آمیز بیش از یک هفته، عدم مصرف داروهای روان‌گردان و به‌طور همزمان و برای مدت طولانی به چند ماده

روش اجرا و تحلیل: با توجه به روش نمونه‌گیری در دسترس در این پژوهش، بعد از انتخاب نمونه و تکمیل پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای توسط دو گروه کنترل و آزمایش (گروه آزمایش ۱۴ نفر و گروه کنترل ۱۷ نفر)، از گروه کنترل خواسته شد در تاریخ تعیین شده پس از دو ماه حضور پیدا کنند. سپس گروه آزمایش جهت مشارکت در برنامه آموزشی فراخوانده شدند. به منظور توافق درباره اهداف، موضوع و روش اجرای گروهی، شرایط و زمان برگزاری جلسات با هریک از بیماران مصاحبه فردی انگیزشی (شرایط ورود به جلسات، مسئولیت‌پذیری، همکاری در حین جلسات و خارج از جلسات) انجام گرفت. افراد گروه آزمایش برای شرکت در جلسات درمانی (مداخله مبتنی بر درمان مثبت‌نگر)، به مدت یک ماه، هر هفته ۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، دعوت شدند و به اجرای مداخلات پرداخته شد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. شیوه درمانی مورد استفاده مداخله مبتنی بر درمان مثبت‌نگر است که دارای چهار مولفه لذت، تعهد، معنا و زندگی بر اساس پروتکل درمانی سلیگمن، رشید و پارکز (۲۰۰۶) طرح‌ریزی شد. پس از پایان پژوهش به منظور رعایت جوانب اخلاقی، برای اعضای گروه کنترل، مداخله مبتنی بر درمان مثبت‌نگر به صورت گروهی برگزار گردید.

وابستگی نداشته باشد، و مهم‌ترین ملاک‌های خروج نداشتن شرایط فوق‌الذکر و نداشتن سواد کافی برای درک و انجام تکالیف خانگی و غیبت بیش از دو جلسه بود.

ابزار سنجش: پرسشنامه‌ی راهبردهای مقابله‌ای بیلینگز و موس: این پرسشنامه، نحوه پاسخگویی افراد به حوادث استرس‌زا را می‌سنجد و شامل ۱۹ سوال بلی/خیر است که سه نوع مقابله رفتاری فعال، شناختی فعال و اجتماعی را می‌سنجد. بیلینگز و موس در سال ۱۹۸۴ در بررسی رفتارهای مقابله‌ای گروهی از بیماران افسرده ایتیم‌های پرسشنامه‌ی قبلی را به ۳۲ ماده افزایش دادند و به جای بلی/خیر از مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای استفاده نمودند. در این پرسشنامه‌ی جدید ۵ نوع راهبرد مقابله‌ای مشخص شد: ۵ ماده مربوط به مقابله متمرکز بر ارزیابی شناختی، ۳ ماده مربوط به مقابله متمرکز بر حل مساله، ۱۱ ماده مربوط به مقابله متمرکز بر هیجان، ۴ ماده مربوط به مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی و ۹ ماده مربوط به مقابله‌ی متمرکز بر مهار جسمانی یا جسمانی کردن مشکلات است. نمره‌گذاری ۴ درجه‌ای از صفر تا ۳ است. ضریب پایایی بازآزمایی آن ۰/۷۹ گزارش شده است و برای خرده مقیاس حل مساله ۰/۹۰، برای مقابله مبتنی بر مهار هیجانی ۰/۶۵، برای مقابله مبتنی بر ارزیابی شناختی ۰/۶۸، برای مقابله مبتنی بر جسمانی کردن مشکلات ۰/۹۰ و برای مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی ۰/۹۰ حاصل شده است. اعتبار همسانی درونی این پرسشنامه از ۰/۴۱ تا ۰/۶۶ گزارش شده است (فروزنده و دل‌آرام، ۱۳۸۲). با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ضریب پایایی این پرسشنامه برابر ۰/۸۷ ذکر شد و روایی این پرسشنامه با استفاده از شیوه تحلیل عامل برابر ۰/۸۹ بود.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمانی مداخلات مبتنی بر درمان مثبت‌نگر

جلسه	شرح جلسات
جلسه اول	معارفه، برقراری ارتباط اولیه، ارائه اطلاعات لازم درباره دوره آموزشی، اهداف و ویژگی‌ها و ارزیابی هدف گروه و مشارکت فعال در انجام تکالیف خانگی
جلسه دوم	ارائه مطالبی در خصوص نشاط و شادکامی و نقش آن در زندگی، شیوه‌های رسیدن به زندگی توام با شادکامی،
جلسه سوم	دادن اطلاعاتی درباره هیجان‌ات مثبت و منفی و نقش این هیجان‌ات بالاخص هیجان‌ات مثبت در شادکامی، ذکر نعمات و امور خوب در زندگی روزانه به عنوان امور مثبت.
جلسه چهارم	بحث درباره مثلث بهبودی و تعیین ارزیابی هدف‌های جدید در زندگی. ارزیابی اثرات نوشتن سه نعمت و یا امر خوب در زندگی، قصد و معنی داشتن در زندگی، بهره‌مندی از فن میراث فردی
جلسه پنجم	تاکید بر خاطرات خوب، حرکت به اصلاح ارتباطات بین فردی سالم، و اطلاعاتی در خصوص مثبت اجتماعی، و نقش آن در زندگی، آموزش فن قدردانی و سپاس
جلسه ششم	شناخت و تاکید بر نقاط قوت و توانمندی‌های فرد، آگاهی با دسته‌بندی نقاط قوت و توانمندی‌ها و فضائل اخلاقی، و استفاده از ظرفیت مثبت برای تغییر خود و ایجاد شرایط زندگی بهتر آموزش و استفاده از فن پاسخ‌دهی سازنده و فعال
جلسه هفتم	آشنایی کامل با فرآیندهای توانایی حل مسأله و تمرین و ممارست برای چگونگی حل مشکل سوء مصرف مواد،
جلسه هشتم	ارائه نکاتی درباره فرایند تغییر افزایش آگاهی با ایجاد تغییر، تفکر تأمل و آمادگی برای تغییر دادن مصرف مواد، تشخیص افکار ناسازگار و راه‌های مقابله با آن و مرور روش‌هایی که با آن می‌توان افکار ناسازگار را کنترل/ تأخیر انداخت.
جلسه نهم	کنترل ولع و وسوسه‌های مجدد برای لغزش و شناخت راه‌های جایگزین با توجه به تفاوت‌های فردی
جلسه دهم	بازخورد دوره آموزشی، برگزاری جشن شادی بحث درباره تغییرات و پیشرفت‌هایی ایجاد شده، هماهنگی در خصوص دوره پیگیری

آزمودنی‌ها زن و ۴۹/۹ درصد مرد بودند. در گروه کنترل ۵۲/۹ درصد آزمودنی‌ها زن و ۴۷/۱ درصد مرد بودند. میانگین سنی آزمودنی‌های گروه آزمایش، ۳۵/۷ سال و گروه کنترل، ۳۵/۳ سال بوده است. از لحاظ وضعیت تحصیلی، ۸۲/۹ درصد آزمودنی‌های گروه آزمایش و ۷۶/۵ درصد آزمودنی‌های گروه کنترل دارای تحصیلات دیپلم و ۱۷/۱ درصد آزمودنی‌های گروه آزمایش و ۲۳/۵ درصد آزمودنی‌های گروه کنترل دارای تحصیلات کارشناسی بودند.

ارزیابی پیش فرض‌های آماری حاکی از آن بود که توزیع نمرات دو گروه در متغیرهای وابسته نرمال است. همچنین، پیش فرض تساوی واریانس‌های نمرات دو گروه هم رعایت شده است و کوواریانس‌ها یا روابط بین متغیرهای وابسته در دو گروه هم مساوی است. لذا با توجه به رعایت این پیش فرض‌ها و همچنین،

پس از پایان جلسات، دو گروه مورد سنجش مجدد (پس آزمون) قرار گرفتند. پس از گذشت یک ماه از اتمام جلسات درمانی، دوره پیگیری صورت گرفت. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و پس از بررسی پیش فرض‌های مورد نیاز همچون نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها به منظور ارزیابی اثربخشی مداخله مبتنی بر درمان مثبت‌نگر در بهبود سبک‌های مقابله‌ای بیماران دچار اختلال مصرف مواد و کنترل اثر پیش‌آزمون از تحلیل کواریانس و جهت ارزیابی پیشگیری از بازگشت به سوی مصرف مواد مخدر، از آزمون مجذور کای استفاده شد.

یافته‌ها

با توجه به ویژگی‌های جمعیت شناختی، در هر دو گروه آزمایش و کنترل، در گروه آزمایش ۵۷/۱ درصد

گمارش تصادفی آزمودنی‌ها، علی‌رغم نامساوی بودن F جهت تحلیل داده‌ها وجود ندارد. حجم نمونه‌ها، محدودیتی در انجام آزمون پارامتریک

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس اثر مداخله بر سبک‌های مختلف مقابله‌ای در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مراحل	منابع تغییر	مجموعه مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	ضریب F	معنی‌داری	میزان اثر	توان آزمون
حل مسئله	پس آزمون	پیش آزمون	۰/۰۵۶	۱	۰/۰۵۶	۰/۱۱۸	۰/۷۳۳	۰/۰۰۴	۰/۰۶
		عضویت گروهی	۷۰/۸۶	۱	۷۰/۸۶	۱۴۸/۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴۲	۰/۹۹
پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون	۰/۲۱۲	۱	۰/۲۱۲	۰/۳۸	۰/۵۴۳	۰/۰۱۳	۰/۰۹۲
		عضویت گروهی	۳۰/۰۰۳	۱	۳۰/۰۰۳	۵۳/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵۷	۰/۹۹
ارزیابی شناختی	پس آزمون	پیش آزمون	۱/۴۰	۱	۱/۴۰	۱/۲۶	۰/۲۷۱	۰/۰۴۳	۰/۱۹
		عضویت گروهی	۷۱/۲۶	۱	۷۱/۲۶	۶۳/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۶۹۵	۰/۹۹
پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون	۰/۰۶۶	۱	۰/۰۶۶	۰/۰۵۸	۰/۸۱۲	۰/۰۰۲	۰/۰۵۶
		عضویت گروهی	۳۶/۶۹	۱	۳۶/۶۹	۳۲/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۵۳۳	۰/۹۹
حمایت اجتماعی	پس آزمون	پیش آزمون	۱۰۰/۱۸	۱	۱۰۰/۱۸	۱۰۸/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۷۹۵	۰/۹۹
		عضویت گروهی	۵/۱۶۷	۱	۵/۱۶۷	۶/۱۶	۰/۰۱۹	۰/۱۸۰	۰/۶۶۸
پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون	۲۰۱/۲۳	۱	۲۰۱/۲۳	۲۳۹/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۸۹۵	۰/۹۹
		عضویت گروهی	۱۳۶/۵۵	۱	۱۳۶/۵۵	۲۰/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۲۱	۰/۹۹
مهاری	پس آزمون	پیش آزمون	۵۸۰/۷۳	۱	۵۸۰/۷۳	۸۶/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۷۵۶	۰/۹۹
		عضویت گروهی	۳۶/۵۴	۱	۳۶/۵۴	۴/۸	۰/۰۳۷	۰/۱۴۷	۰/۵۶۴
پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون	۳۲۳/۲۳	۱	۳۲۳/۲۳	۴۳/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۶۱۱	۰/۹۹
		عضویت گروهی	۸۰/۱۳	۱	۸۰/۱۳	۸/۲۴	۰/۰۰۷	۰/۲۳۲	۰/۸۰
مهاری جسمانی	پس آزمون	پیش آزمون	۴۰۲/۱۹	۱	۴۰۲/۱۹	۴۲/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۶۰۲	۰/۹۹
		عضویت گروهی	۸۰/۸۳	۱	۸۰/۸۳	۱۴/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۳۳۴	۰/۹۵۱
	پیگیری	عضویت گروهی	۵۱۲/۹۴	۱	۵۱۲/۹۴	۸۹/۲	۰/۰۰۱	۰/۷۶۱	۰/۹۹

مداخله مذکور باعث ارتقای ۷۹/۵ درصدی سبک مقابله‌ای مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی شده است. ضمن این‌که با کنترل رابطه ۴۲/۱ درصدی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مهار هیجانی، مداخله مذکور باعث ارتقای ۷۵/۶ درصدی سبک مقابله‌ای مبتنی بر مهار هیجانی شده است. همچنین، با کنترل رابطه ۲۳/۲ درصدی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مهار جسمانی، مداخله مذکور باعث ارتقای ۶۰/۲ درصدی سبک مقابله‌ای مبتنی بر مهار جسمانی شده است. بنابراین مشخص شد که روان‌درمانی مبتنی بر درمان

نتایج تحلیل کوواریانس در مرحله پس‌آزمون، نشان داد که با کنترل رابطه نمره‌های پیش‌آزمون حل مساله با نمرات پس‌آزمون، مداخله روان‌درمانی مبتنی بر درمان مثبت‌نگر باعث ارتقای ۸۴/۲ درصدی سبک مقابله‌ای مبتنی بر حل مسئله، شده است. علاوه بر این، با کنترل رابطه نمرات پیش‌آزمون با نمرات پس‌آزمون ارزیابی شناختی، ارائه این مداخله باعث افزایش ۶۹/۵ درصدی سبک مقابله‌ای مبتنی بر ارزیابی شناختی، گردیده است. از سوی دیگر، با کنترل رابطه ۴۴/۵ درصدی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون حمایت اجتماعی،

مثبت‌نگر موجب بهبود سبک‌های مقابله‌ای در افراد با تشخیص اختلال مصرف مواد گردیده است ($p < 0/001$). همچنین توان آماری نزدیک به ۱ هم حاکی از دقت آماری بالا و کفایت حجم نمونه جهت ارزیابی سوالات‌های پژوهش بوده است.

همچنین به منظور بررسی اعتبار مداخله، پس از گذشت ۱ ماه از هر دو گروه پیگیری به عمل آمد. نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه سبک‌های مقابله‌ای مختلف گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری نیز در جدول (۲)، ارائه شده است. نتایج تحلیل کواریانس در مرحله پیگیری نیز نشان داد که با کنترل رابطه نمره‌های پیش‌آزمون حل مساله با نمرات پیگیری، مداخله روان‌درمانی مبتنی بر درمان مثبت‌نگر باعث ارتقای ۶۵/۷ درصدی سبک مقابله‌ای مبتنی بر حل مسئله، شده است. علاوه بر این، با کنترل رابطه نمرات پیش‌آزمون با نمرات پیگیری ارزیابی شناختی، ارائه این مداخله باعث افزایش ۵۳/۳ درصدی سبک

مقابله‌ای مبتنی بر ارزیابی شناختی، گردیده است. از سوی دیگر، با کنترل رابطه ۱۸ درصدی نمرات پیش‌آزمون و پیگیری حمایت اجتماعی، مداخله مذکور باعث ارتقای ۸۹/۵ درصدی سبک مقابله‌ای مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی شده است. ضمن این که با کنترل رابطه ۱۴/۷ درصدی نمرات پیش‌آزمون و پیگیری مهار هیجانی، مداخله مذکور باعث ارتقای ۶۱/۱ درصدی سبک مقابله‌ای مبتنی بر مهار هیجانی شده است. همچنین، با کنترل رابطه ۳۳/۴ درصدی نمرات پیش‌آزمون و پیگیری مهار جسمانی، مداخله مذکور باعث ارتقای ۷۶/۱ درصدی سبک مقابله‌ای مبتنی بر مهار جسمانی شده است. بنابراین توان آماری نزدیک به ۱ هم حاکی از دقت آماری بالا و کفایت حجم نمونه جهت ارزیابی سوالات‌های پژوهش بوده است. میانگین تعدیل شده دو گروه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در جدول (۴) ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین‌های تعدیل شده دو گروه در پنج تحلیل کوواریانس در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

زیر مقیاس‌ها	گروه	پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار		میانگین
حل مسئله	آزمایش	۵/۷۹	۰/۱۸۳	۴/۹۲۵	۰/۱۹۴
	کنترل	۲/۷۶	۰/۱۷۹	۲/۹۴۶	۰/۱۸۷
ارزیابی شناختی	آزمایش	۷/۹۲	۰/۲۷۸	۶/۸۰۲	۰/۲۷۷
	کنترل	۴/۸۸	۰/۲۶۹	۴/۶۲۳	۰/۲۶۸
جلب حمایت اجتماعی	آزمایش	۸/۹۶	۰/۲۵۳	۱۰/۳۴۷	۰/۲۴۱
	کنترل	۵/۲۲	۰/۲۴۴	۵/۰۴۹	۰/۲۳۳
مهار هیجانی	آزمایش	۱۸/۹۹	۰/۶۶۱	۲۰/۷۶	۰/۷۱۲
	کنترل	۲۷/۶۹	۰/۶۴۱	۲۷/۳۵	۰/۶۹۰
مهار جسمانی	آزمایش	۱۷/۰۷	۰/۸۲۹	۱۷/۸۸	۰/۶۴۵
	کنترل	۲۴/۸۶	۰/۸	۲۶/۶۷	۰/۶۲۳

همان‌طور که در جدول (۳) نشان می‌دهد در هر پنج متغیر، میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایش در

مرحله پس‌آزمون و پیگیری به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بوده است.

تحلیل کای اسکور (مجذور خی) برای مقایسه میزان بازگشت یا عدم بازگشت مجدد به مصرف مواد مخدر در مرحله پس آزمون و پیگیری در جدول (۴)، ارائه شده است.

برای آزمون این سوال که آیا مداخله مبتنی بر درمان مثبت‌نگر در پیشگیری از بازگشت در افراد دچار دارای تشخیص اختلال مصرف موثر است، همچنین به منظور بررسی اعتبار مداخله، پس از گذشت ۳۰ روز هر دو گروه آزمایش و کنترل، پیگیری به عمل آمد. نتایج

جدول ۴. آزمون خی دو مبنی بر بازگشت یا عدم بازگشت دو گروه در مرحله پس آزمون و پیگیری

مجذور خی (کای اسکور)		گروه		مراحل و شاخص‌ها			
سطح معناداری	درجه آزادی	مقدار	کنترل	آزمایش			
۰/۰۰۲	۱	۹/۱۴۲	۱۵	۴	فراوانی	بازگشت	مرحله پس آزمون
			۲	۱۰	فراوانی	عدم بازگشت	
			۱۷	۱۴		کل	
۰/۰۲۲	۱	۵/۲۱	۱۴	۵	فراوانی	بازگشت	مرحله پیگیری
			۳	۹	فراوانی	بازگشت	
			۱۷	۱۴		کل	

درمان مثبت‌نگر در بهبود سبک‌های مقابله‌ای (استفاده بیشتر از سبک‌های مقابله‌ای کارآمد نظیر، سبک‌های مقابله‌ای حل مسئله، ارزیابی شناختی و جلب حمایت اجتماعی و استفاده کمتر از سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد نظیر مقابله مبتنی بر مهار هیجانی و جسمانی) و نیز پیشگیری از بازگشت مجدد (عود) مصرف مواد مخدر مؤثر بوده است. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس نشان داد که بعد از انجام مداخله و پیگیری یک ماهه، تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های آزمایش و کنترل (که در مرحله پیش آزمون تفاوت معنی‌داری با هم نداشتند) در متغیر سبک‌های مقابله‌ای و پیگیری از بازگشت مجدد به سوی مصرف مجدد به وجود آمده است. این نتایج با نتایج بدست آمده از پژوهش‌های لوسکیو، کمبل، پاولیکوبا، چن هو، واکر و همکاران (۲۰۱۷)، اولتیوس، وات، مکینون و استوارت (۲۰۱۵)، کیلوک، نیچ و کارول (۲۰۱۱)، لیت، کادن، کیلا کرمر و پتری (۲۰۰۸)، روزن و همکاران (۲۰۰۶)،

نتایج نشان داد که در مرحله پس آزمون، بین فراوانی عدم بازگشت یا ماندن در بهبودی دو گروه، تفاوت معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۵$) و با توجه به فراوانی دو گروه می‌توان نتیجه گرفت که ارائه مداخله مبتنی بر درمان مثبت‌نگر باعث عدم بازگشت تا مرحله پس آزمون شده است. همچنین نتایج آزمون خی دو در مرحله پیگیری نیز نشان داد که بین فراوانی عدم بازگشت یا ماندن در بهبودی دو گروه در مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۵$) و با توجه به فراوانی دو گروه می‌توان نتیجه گرفت که ارائه مداخله مبتنی بر درمان مثبت‌نگر باعث عدم بازگشت تا مرحله پیگیری نیز شده است.

بحث

هدف پژوهش، بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر درمان مثبت‌نگر بر بهبود سبک‌های مقابله‌ای و پیشگیری از بازگشت در افراد دارای تشخیص اختلال مصرف مواد، بود. نتایج نشان داد که مداخله مبتنی بر

ملازاده و عاشوری (۱۳۸۸) و شاه‌محمدی فهساره، درویزه و پورشه‌ریاری (۱۳۸۷)، همخوانی دارد.

نقش تنیدگی در شروع، تداوم و بازگشت مجدد مصرف مواد مخدر پس از درمان، در بررسی‌های گوناگون مورد تأیید قرار گرفته است و بر این نکته نیز تأکید شده است که تنیدگی به خودی خود باعث شروع اعتیاد و یا عود پس از درمان نمی‌شود، بلکه نبود مهارت‌های مقابله‌ای مناسب در رویارویی با تنیدگی در این زمینه مؤثر است. به بیان دیگر مقابله به عنوان متغیری تعدیل‌گر در رابطه میان رویدادهای تنیدگی‌زا و پیامدهایی هم چون اعتیاد و یا عود عمل می‌کند و از سوی دیگر الگوی مقابله با تنیدگی معتادان یک روش ناسالم در کنار آمدن با شرایط فشارزاست (مک کانل، ممتویچ و ریچاردسن، ۲۰۱۴؛ طوفانی و جوانبخت، ۱۳۸۰؛ شعاع کاظمی، ۱۳۸۴؛ دویی، آرورا، گوفا و کمار، ۲۰۱۰؛ ربادایر و ورسکان، ۲۰۱۶؛ مایرز و بران، ۱۹۹۶، به نقل از جزایری، جعفری‌زاده و پورشهباز، ۱۳۸۲).

این یافته‌ها را می‌توان چنین تبیین کرد که مداخلات مبتنی بر درمان مثبت‌نگر، احساس تسلط و توانمندی را در افراد ایجاد می‌کند که در افزایش درمان و یا حداقل ماندگاری در درمان و پیشگیری از مصرف مجدد مواد مخدر مؤثر است. عواملی همچون فقدان مهارت‌های اجتماعی و انطباقی و استفاده از سبک‌های ناکارآمد برای مقابله با تنیدگی‌های ناشی از استرس‌ورهای زندگی از جمله این ویژگی‌های آسیب‌زا است. مداخله مبتنی بر روان‌درمانی مثبت‌نگر با گسترش هیجان‌های مثبت این افراد خزانه فکر - عمل را گسترش داد. تعداد زیادی منابع شخصی نیز به مرور زمان ایجاد شد این منابع شامل منابع جسمی (نظیر هماهنگی در بدن، سلامت قلبی عروقی، قدرت عضلانی)، منابع اجتماعی

(نظیر دوستی، مهارت‌های اجتماعی و موارد حمایتی)، منابع ذهنی (نظیر تاب‌آوری) است. اگر چه هیجان‌های مثبتی که منجر به ایجاد این منابع در شخص شدند گذرا بودند اما منابع شخصی بدست آمده از این فرآیند دائمی خواهد بود و فرد می‌تواند در شرایط خطرناک و سخت از آن‌ها استفاده کند. مداخله گروهی مبتنی بر روان‌درمانی مثبت‌نگر توانست نه تنها از طریق کاهش نشانگان منفی افراد دچار اختلال مصرف مواد بلکه به گونه‌ای مؤثر و مستقیم از طریق ایجاد هیجان‌های مثبت، توانمندی‌های منش، و معنا موجب بهبود سبک‌های مقابله‌ای شود. روان‌درمانی مثبت‌نگر از راه اثر گسترش‌دهنده خود باعث ساخت مهارت‌های مقابله مؤثر شد. بنابراین افراد دچار اختلال مرتبط با مصرف مواد شرکت‌کننده در گروه آزمایش توانستند از طریق تجربه هیجان‌های مثبت و فراگیری روش‌های حل مسئله و کنترل ولع و وسوسه در بیش‌تر موارد با ناملایمات و شداید زندگی بهتر مقابله کردند و صبر، گذشت و تحمل‌شان بیش‌تر شد.

مداخله مبتنی بر روان‌درمانی مثبت‌نگر با گسترش آگاهی از احساسات و هیجان‌ها از طریق مراحل افزایش آگاهی و تمرینات حل مسئله و کنترل ولع و وسوسه، برای مشاهده تجربه خوشایند و ناخوشایند، و پذیرش بدون داوری آنچه که وجود دارد در پیشگیری از بازگشت مجدد مؤثر بود. مداخله مثبت‌نگر برای مراجعان روش جدیدی از پردازش نشانه‌های موقعیتی و نظارت واکنش به امکانات محیطی را فراهم می‌کند. مشکلات میان فردی و روانی را کاهش می‌داد. عنصر اساسی مداخله روان‌درمانی مثبت‌نگر شامل آموزش مراجعان برای هدایت توجه‌شان به سمت هیجان‌های مثبت است. در نهایت آگاهی افزایش یافته و پذیرش افکار و حواس در

جزایری، ع.، جعفری‌زاده، ذ. و پورشهباز، ع. (۱۳۸۲). بررسی و مقایسه بین مولفه‌های شخصیتی و راهبردهای مقابله در معتادان به تریاک، فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۱(۲)، ۱۰-۳.

رستمی، ا.م.، و احمدی، س. (۱۳۹۳). روانشناسی اعتیاد بر اساس دی‌اس ام پنج، انتشارات علم، تهران.

زمستانی یامچی، م.، سهرابی، ف. و برجعلی، ا. (۱۳۹۰). تاثیر مداخلات روان‌درمانی حمایتی گروهی به شیوه IPT در کاهش علائم افسردگی بیماران مبتلا به اعتیاد، فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی، ۲(۸)، ۳۰-۱۷.

سادوک، ب. ج.، سادوک، و. آ. و روئیز، پ. (۱۳۹۵). خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری / روان‌پزشکی بالینی، ترجمه فرزین رضاعی. جلد دوم، انتشارات ارجمند. تهران.

شاه‌محمدی فهساری، ا.، درویزه، ز. و پور شهریاری، م. س. (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر افزایش سازگاری زناشویی همسران معتادان و پیشگیری از بازگشت معتادان مرد در شهر اصفهان، فصل‌نامه علمی سوء مصرف مواد، ۲(۷)، ۲۸-۳.

شعاع کاظمی، م. (۱۳۸۴). بررسی تاثیر درمان زیستی، روانی و اجتماعی بر مصرف‌کنندگان هروئین. پایان‌نامه دکتری رشته روانشناسی عمومی، دانشگاه الزهراء، تهران.

صادقیه اهری، س.، اعظمی، احد.، براک، منوچهر، امانی، ف. و صدیق، ا. (۱۳۸۳). علل موثر بر بازگشت به اعتیاد در بیماران مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد خود معرف وابسته به بهزیستی تهران، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی درمانی اردبیل، ۱۲، ۴۰-۳۵.

موقعیت‌های پرخطر منجر به روش‌های سازگارانه‌تر پاسخ به نشانه‌های موقعیتی و احتمال کاهش بازگشت خواهد شد. در واقع مداخله گروهی مبتنی بر روان‌درمانی مثبت‌نگر نه تنها می‌تواند منابع مثبت را ایجاد نماید، بلکه می‌تواند تأثیر متقابلی بر نشانگان منفی داشته و سدی برای بازگشت مجدد آن‌ها باشد.

به علت محدودیت‌های روش‌شناختی، نمونه مورد مطالعه این پژوهش را بیماران دچار اختلال مصرف مواد مخدر زاهدان تشکیل می‌دهند که از این جهت روائی بیرونی پژوهش را مورد تهدید قرار می‌دهد. اگرچه ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش از لحاظ شاخص‌های روان‌سنجی مورد تایید می‌باشند، استفاده از مقیاس‌هایی که مبانی فرهنگی متفاوتی دارند تا حدی روائی درونی پژوهش را متأثر می‌سازد. بنابراین در این راستا، پیشنهاد می‌شود چنین پژوهشی به روی نمونه‌هایی از دیگر شهرهای کشور انجام گیرد. همچنین اجرای پژوهش‌های دیگری بر روی جمعیت‌های مختلف از لحاظ سنی، جغرافیایی، نیز سودمندی قابل توجهی دارد.

منابع

امینی، ک.، امینی، د.، افشار مقدم، ف. و آذر، م. (۱۳۸۲). بررسی عوامل اجتماعی و محیطی مرتبط با بازگشت مجدد معتادان به مصرف مواد افیونی در مراجعین به مراکز دولتی ترک اعتیاد شهر همدان، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان، شماره ۴۵، ۴۵-۴۱.

انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۱۳۸۹) متن تجدید نظر شده چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ترجمه محمود رضا نیکخو و هامایام آوادیس یانس، انتشارات سخن، تهران.

- Indian Academy of Applied Psychology*, 36(1), 107-114.
- Fatséas, M., Hurmic, H., Serre, F., Debrabant, R., Jean-Pierre Daulouède, J.P., Denis, C., & Auriacombe, M. (2017). Addiction severity pattern associated with adult and childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in patients with addictions. *Psychiatry Research*, In Press.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Heyman, G. M. (2011). Received Wisdom Regarding the Roles of Craving and Dopamine in Addiction. A Response to Lewis's Critique of Addiction: A Disorder of Choice, *Perspectives on Psychological Science*, 6(2), 156-160.
- Larocque, G. D., Wecker, A.S., Usubelli, I., Aubague, S., & Michaud, p. (2015). Spouse-aided therapy for addiction. *Sexologies*, 24(4), 75-e77.
- Lévesque, A., Campbell, Aimee N.C., Pavlicova, M., Hu, Mei-Chen., Walker, R., McClure, Eein A., Ghitza, Udi E., Bailey, Ge., Stitzer, M. & Nunes Esward V. (2017). Coping strategies as a mediator of internet-delivered psychosocial treatment: Secondary analysis from a NIDA CTN multisite effectiveness trial, *Addictive Behaviors*, 65, 74-80.
- Litt, M.D., Kadden, R.M., Kabela-Cormier, E., & Petry, N.M. (2008). Individualized assessment and treatment program for alcohol dependence: results of an initial study to train coping skills. *Addiction*, 104(11), 1837-1838.
- Lopez, S. J., & Snyder, C. R. (2007). Positive psychology assessment: A handbook of models and measures. Washington DC: *American Psychological Association*.
- Kiluk, B. D., Nich, C. & Carroll, K.M. (2011). Relationship of cognitive function and the acquisition of coping skills in computer assisted treatment for substance use disorders, *Drug and Alcohol Dependence*, 114(2-3), 169-176.
- McConnell, M. M., Memetovic, J., & Richardson, C.G. (2014). Coping style and substance use intention and behavior patterns in a cohort of BC adolescents. *Addictive Behaviors*, 39(10), 1394-1397.
- طوفانی، م. و جوان بخت، م. (۱۳۸۰). شیوه‌های مقابله با فشار روانی در معتادان و رابطه آن با عملکرد خانواده. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد خوراسگان، خوراسگان.
- مرادی، ا. و بهرامی احسان، ه. (۱۳۹۰). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای و سبک‌های اسنادی بیماران وابسته به مواد افیونی و افراد سالم، *مجله توان بخشی*، ۱۲(۱)، ۱۸-۸.
- کهرآزنی، ف.، آزاد فلاح، پ. و اللهیاری، ع. (۱۳۸۲). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های حل مسئله در کاهش افسردگی دانش‌آموزان، *مجله روان‌شناسی*، ۷(۲)، ۱۴۲-۱۲۷.
- کهرآزنی، ف.، دانش، ع. و آزاد فلاح، پ. (۱۳۹۰). اثربخشی رفتار درمانگری شناختی در بهبود کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان، *فصل‌نامه روان‌شناسی کاربردی*، ۵(۲)، ۲۳-۷.
- ملازاده، ج. و عاشوری، ا. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری در پیشگیری از عود و بهبود سلامت روانی افراد معتاد. *دانشور رفتار*، ۱۶(۳۴)، ۱۲-۱.
- ناستی‌زایی، ن.، هزاره مقدم، م. و ملازهی، ا. (۱۳۸۹). عوامل مؤثر بر عود اعتیاد در معتادان خود معرف به مراکز ترک اعتیاد شهر زاهدان، *فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی*، ۸(۳)، ۱۷۴-۱۶۹.
- فروزنده، ن. و دل آرام، م. (۱۳۸۲). بررسی تاثیر رفتار درمانی شناختی بر روش‌های مقابله‌ای دانشجویان غیر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۵(۳)، ۳۷-۲۶.
- Dubey, C., Arora, M., Gupta, S., & Kumar, B. (2010). Five factor correlates: A Comparison of Substance abusers and None-Substance Abusers. *Journal of the*

- Seligman, M., E., P., Rashid, T., and Parks, A., C. (2006). Positive Psychotherapy. *American Psychologist*, 61 (1), 774-788.
- Ribadier, A., & Varescon, I. (2016). *Étude des styles défensifs, des défenses et des stratégies de coping au sein d'une population alcoolodépendante. L'Encéphale*, In Press, Available online.
- Rozen, H. G., Waart, R. D., Windt, D., Brink, W., Yong, C. A. & Kerkbof, A. F. (2006). A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence, *European Neuropsychopharmacology*, 16, 311-323.
- Segal, K.S., Esan, H., Burns, A. R., & Weinberger, A. H. (2017). Epidemiologic Research on the Relationship of Nicotine Dependence
- McCullough, M. E., & Witvliet, C. V. O. (2002). The psychology of forgiveness. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology*. NY: Oxford University Press.
- McKay, J., Franklin, T., Patapis, N., & Lynch, K. (2006). Conceptual, methodological, and analytical issues in the study of relapse. *Clinical Psychology Review*, 26(2), 109-127.
- Olthuis, J.V., Watt, M.C., Mackinnon, S.P. & Stewart, S.H. (2015). CBT for high anxiety sensitivity: Alcohol outcomes, *Addictive Behaviors*, 46, 19-24.
- Rashid, T. (2008). Positive Psychotherapy. In S. J. Lopez (Ed.), *the encyclopedia of positive psychology*. NY: Wiley-Blackwell.

The Effectiveness of Interventions based on Positive Psychotherapy on Improving Coping Styles, Relapse Prevention in Individuals with Substance Use Disorder

M. Kadivar¹, F. Kahrazei^{2*}, Z. Nikmanesh³

1- M. A. in General Psychology, Faculty of Psychology and Education Sciences, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran

2- Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran

3- Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran

Abstract

The aim of the study was to evaluate the effectiveness of interventions based on positive psychotherapy on improving coping styles, relapse prevention in individuals diagnosed with substance use disorder. The research design was quasi-experimental with pretest-posttest, a month Follow-up and control group. Thirty-one individuals with substance use disorder, who were admitted to addiction treatment centers in Zahedan city, were selected through purposeful sampling method and were randomly assigned to an experimental (14 persons) and control (17 persons) groups. Both groups were asked to respond to Coping Styles Questionnaire by Billings and Mouse, at the pretest stage. In later stages of research, the experimental group received an intervention based on positive psychotherapy for ten sessions each session 60 minutes. Data was analyzed using covariance and chi-square test. The results showed that intervention based on positive psychotherapy improved the coping styles and relapse prevention in the experimental group and the effect of the intervention was significant in post-test and follow-up stages. The result also showed that interventions based on positive psychotherapy could be used as an efficient technique to improve coping skills and relapse prevention in patients with substance use disorder.

Keywords: positive psychotherapy intervention, coping styles, relapse prevention, substance use disorder.

* farhd_kahraz@ped.usb.ac.ir