



نقش اتحاد درمانی و سبک های دلبستگی در ریزش از درمان مبتلایان به سوء مصرف مواد

جلیل باباپور خیرالدین^۱، حمید پورشریفی^۲، محسن سودمند^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۲/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۴/۰۸

چکیده

هدف: این پژوهش به منظور بررسی نقش اتحاد درمانی و سبک های دلبستگی در پیش بینی ریزش از درمان انجام شد. **روش:** روش توصیفی از نوع همبستگی بود. تعداد ۲۳۴ نفر از مردان مبتلا به سوء مصرف مواد که جهت ترک و دریافت درمان به کلینیک ها و مراکز درمانی شهر تهران مراجعه کرده بودند به صورت هدفمند انتخاب شده و در صورت داشتن ملاک های ورود، مورد مصاحبه قرار گرفته و سپس ابزارهای پژوهش، شامل پرسش نامه های فرم کوتاه اتحاد درمانی و دلبستگی بزرگسال را تکمیل کردند. **یافته ها:** تحلیل رگرسیون لجستیک نشان داد که اتحاد درمانی و سبک های دلبستگی قادرند بین افرادی که از درمان ریزش داشته اند و افرادی که به درمان ادامه داده اند تمیز قایل شود. **نتیجه گیری:** این یافته ها همسو با مطالعات پیشین حاکی از نقش متغیرهای مربوط به روابط بین فردی در ریزش بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد در ریزش از درمان است.

کلیدواژه ها: ریزش از درمان، اتحاد درمانی، دلبستگی، اعتیاد

۱. استاد گروه روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۲. دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۳. نویسنده مسئول: دکترای تخصصی روان شناسی عمومی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران، پست الکترونیک:

soudmand.mohsen@gmail.com

مقدمه

بسیاری از مراجعان بدون توافق و یا حتی اطلاع درمان گر و پیش از اتمام فرآیند درمان، مراکز خدمات روان شناختی را ترک می کنند (سوئیفت، گرین برگ، تامپکینز، و پارکین^۱، ۲۰۱۷؛ پولفورد، آدامز و شریدان^۲، ۲۰۰۸) که معمولاً از آن به عنوان ریزش^۳ یاد می شود و اکثر پژوهش گران آن را شکست در اتمام درمان تعریف کرده اند (برارسون، آرنویک، راندهندریکسن و داکرت^۴، ۲۰۱۳). پژوهش ها نشانگر این هستند که ریزش از درمان روان شناختی و روان پزشکی مسئله ای شایع و رایج است (گرین، پولن، دیکینسن، لینچ، و بنت^۵، ۲۰۰۲؛ ریس و براون^۶، ۱۹۹۹) که می تواند نتایج زیان باری برای بیماران و همچنین تأثیرات منفی بسیاری بر درمان گران، مراکز درمانی و برنامه های پژوهشی داشته باشد. پیامدهای ریزش برای بیمار بدین صورت است که نه تنها مشکل بیمار برطرف نمی شود، بلکه او را در معرض خطر بیشتر عود اختلال قرار داده، امید و اعتماد او را مبنی بر درمان پذیری مشکلاتش کاهش داده و احتمال بازگشت مجدد او به جلسات درمانی را پایین می آورد؛ علاوه بر این، ریزش درمانجو موجب القای احساس دردناک بی کفایتی و ناکارآمدی در متخصصان بالینی می شود (مینیکس^۷ و همکاران، ۲۰۰۵). ریزش یا امتناع از اتمام درمان مشکل جدی در حوزه روان درمانی و دارودرمانی است و افرادی که به ارائه این درمان ها می پردازند باید به طراحی راهبردهای اثربخش و قابل دفاعی برای کاهش این پدیده بپردازند (سوئیفت و همکاران، ۲۰۱۷).

در یک مطالعه فراتحلیل کلاسیک بر روی ۱۲۵ پژوهش در زمینه ریزش بیماران و ترک پیش از موعد روان درمانی، میزان ریزش از درمان از سوی بیماران ۴۷٪ گزارش شده است (بادوس، بالاگوئر و سالدانا^۸، ۲۰۰۷). مطالعه مولر و پکاریک^۹ (۲۰۰۰) نشان داد که بین ۱۳ تا ۲۰ درصد بیماران در کلینیک های خصوصی و ۴۰ تا ۵۰ درصد از بیماران

1. Swift, Greenberg, Tompkins, & Parkin
2. Adams, & Sheridan
3. Drop out
4. Brorson, Arnevik, Rand-Hendriksen, & Duckert

5. Green, Polen, Dickinson, Lynch, & Bennett
6. Reis, & Brown
7. Minnix
8. Bados, Balaguer, & Saldaña
9. Mueller, & Pekarik

مراجعه کننده به مراکز درمانی دولتی، بیش از دو جلسه به درمان ادامه نمی دهند. این در حالی است که ادبیات پژوهشی در این زمینه نشان می دهد که فقط ۵۰ درصد از کل بیماران در کمتر از ۸ جلسه، کاهش قابل ملاحظه علائم را نشان می دهند و ۷۵٪ آن ها پس از ۲۶ جلسه به چنین پیشرفتی نایل می شوند. مطالعات انجام شده اخیر در مراکز بهداشتی روانی در کشورهای مختلف میزان ریزش را بین ۲۴٪ تا ۶۶٪ نشان داده اند. اگرچه این رقم بین ۳۵٪ تا ۵۵٪ نیز نوسان داشته است (برگ هافر، اشمیدل، روداس، استینر، و اشمیتز، ۲۰۰۲؛ بادوس و همکاران، ۲۰۰۷).

در این میان، اختلال سوء مصرف مواد از جمله اختلالات روان شناختی است که با ریزش بالایی همراه است و داشتن اطلاعاتی در زمینه چرایی و چگونگی ریزش این بیماران بسیار کارگشا خواهد بود (فاج شویر^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). چنین اطلاعاتی نه تنها در تصمیم گیری های درمانی برای فعالیتهای اختصاصی بالینگران یاری رسان خواهد بود بلکه می تواند در تعیین عوامل پیش بین مرتبط با آمادگی برای تغییر و ریزش اولیه در برنامه های گروهی درمان یا درمان های یک به یک (۱:۱) موثر باشد. یکی از مزایای شناسایی بیمارانی که در معرض خطر ریزش زودهنگام قرار دارند این است که می توان با تعیین اولویت درمان (رج بندی)^۳ یا جایگزینی بیمار در برنامه های درمانی مناسب و یا هدفدار از استفاده از رویکرد "لباسی که به قامت همه می آید"^۴ ممانعت به عمل آورد (اوروین، گریسون موگرن، لو جاکویز و سانفیلد، ۱۹۹۹). هر چند توافقی در زمینه خصیصه های ویژه یک طرح درمانی که به طور معناداری حضور بیمار در درمان را بهبود ببخشد وجود ندارد اما برخی متغیرهای مربوط به بیمار و روابط بین فردی وی به ویژه با درمانگر می توانند در ریزش و یا تداوم درمان سهمیم باشند. برخی پژوهش ها نشان می دهند الگوی دلبستگی بیماران در میزان کناره گیری و ریزش بیماران از درمان نقش دارد (فاج شویر و همکاران، ۲۰۱۸). سبک های دلبستگی روش های مواجهه فرد با موقعیت های

1. Berghofer, Schmidl, Rudas, Steiner, & Schmitz
2. Fuchshuber
3. Triage

4. "One Size Fits All" Approach.
5. Orwin, Garrison-Mogren, Lou Jacobs, & Sonnefeld

استرس‌زا را تعیین می‌کنند که مطابق با نظر آینسورث^۱ و همکاران (۱۹۷۸) به سه سبک دلبستگی ایمن^۲، اجتنابی^۳ و دوسوگرا^۴ تقسیم می‌شود (کوباک و سیری^۵، ۱۹۸۸؛ به نقل از بشارت، غفوری، و رستمی، ۱۳۸۶). افراد ایمن ضمن تصدیق موقعیت به سادگی از دیگران کمک می‌گیرند، اجتنابی‌ها در تصدیق موقعیت و جستجوی کمک و حمایت با مشکل مواجه می‌شوند و نشان برجسته دوسوگراها حساسیت بیش از حد نسبت به عواطف منفی و نگاره‌های دلبستگی^۶ است به گونه‌ای که سدر راه خودپیروی آن‌ها می‌شود. بیمارانی با سبک دلبستگی ایمن خود را در روابط با کفایت دانسته و از دیگران انتظار پاسخ مثبت دارند (کریچفیلد، لوی، کلارکین و کرنبرگ^۷، ۲۰۰۸). کاسل، واردل و روبرتز^۸ (۲۰۰۷) معتقدند سبک دلبستگی بزرگسال از طریق تاثیر بر نگرش‌های ناکارآمد و عزت نفس افراد منجر به افزایش فراوانی مصرف مواد می‌شود. هر چند پژوهش‌های مرتبط اندکی وجود دارد که توانسته باشد سبک دلبستگی افراد و رابطه آن را با مصرف مواد و یا متغیرهای مربوط به ترک مصرف بسنجد اما مطالعات نشان داده‌اند افرادی که دلبستگی ناایمن دارند در آغاز و تداوم روان‌درمانی که نوعی راهبرد کمک‌طلبی نیز هست مشکلات جدی دارند (فولر، گروت و اولاندی^۹، ۲۰۱۳).

۱۷۶

176

متغیر دیگری که در زمینه ریزش از درمان می‌تواند نقش داشته باشد رابطه درمانگر-درمانجو است. اتحاد درمانی^{۱۰} در تمام مداخلات روان‌درمانی به عنوان یکی از ضروریات درمانی معرفی شده است (چنگ و لو^{۱۱}، ۲۰۱۸) و علی‌رغم وجود برخی مفهوم‌سازی‌های متفاوت، تاکید اصلی در تعریف این مفهوم، بر همکاری و اجماع مراجع/درمانگر در مورد اهداف و تکالیف درمانی (هورواث و بدی^{۱۲}، ۲۰۰۲) و وجود تعهد و پیوند هیجانی بین مراجع و درمانگر است (مارتین، گارسک و دایس^{۱۳}، ۲۰۰۰). مطالعات متعددی توافق

1. Ainsworth
2. Secure
3. Avoidant
4. Ambivalent
5. Kobak, & Sceery
6. Attachment figures
7. Critchfield, Levy, Clarkin, & Kernberg

8. Kassel, Wardle & Roberts
9. Fowler, Groat, & Ulanday
10. Therapeutic Alliance
11. Cheng, & Lo
12. Horvath, & Bedi
13. Martin, Garske, & Davis

بیمار و درمانگر را در راستای آن چه در درمان اتفاق می افتد بررسی کرده و دریافته اند که چشم اندازهای همگرا یا مشترک بین درمانگر و درمانجو منجر به نتایج درمانی بهتری می شود (کیولیگان، دنیس و شاگنسی^۱، ۲۰۰۰؛ ریس^۲ و براون، ۱۹۹۹).

مارتین، و همکاران (۲۰۰۰) معتقدند رابطه درمانگر-درمانجو و انتظارات بیماران از درمان و اتحاد درمانی، پیش بین مناسبی برای درجه بندی میزان کناره گیری یا نتایج درمانی است؛ البته انتظار مثبت به جای اینکه فرایند اصلی تغییر باشد، شرط لازم برای ادامه یافتن درمان است. به همین خاطر، برخی مطالعات نشانگر این هستند که عدم هماهنگی بین بیمار و درمانگر می تواند کناره گیری زود هنگام از درمان را پیش بینی کند و بخش مهمی از مطالعات نشان می دهند که بین ارتباط درمانی و انتظارات بیمار از درمان و ریزش ارتباط وجود داشته و این متغیرها پیش بین پایان نابهنگام جلسات درمانی هستند (برارسون و همکاران، ۲۰۱۳) و برخی پژوهش ها هم نشانگر این هستند که ارزیابی منفی اولیه درمانگر توسط بیمار نیز منجر به کناره گیری زود هنگام از درمان می شود (نوردهایم^۳ و همکاران، ۲۰۱۸). با توجه به اهمیت متغیرهای فوق در انواع مشکلات روان شناختی و درمان، هدف پژوهش حاضر بررسی نقش این دو متغیر در ریزش بیماران وابسته به مواد از درمان بود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

طرح پژوهش مطالعه حاضر از نوع طرح های همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی مصرف کنندگان مواد شهر تهران طی سالهای ۹۵-۱۳۹۴ بود که جهت ترک و دریافت درمان به یکی از مراکز درمانی سطح شهر تهران مراجعه کرده بودند؛ نمونه پژوهش ۳۰۰ نفر از بین جامعه مورد نظر بود که به روش نمونه گیری هدفمند از کلینیک های سطح شهر تهران انتخاب شده و با تشخیص درمانگر (از طریق مصاحبه بالینی ساختاریافته^۴)، تشکیل پرونده و مصاحبه اولیه و اخذ شرایط ورود به مطالعه در این تحقیق شرکت نمودند. از بین آن ها ۲۳۴ نفر مرد (میانگین سنی $34/92 \pm 7/86$) به صورت کامل

1. Kivligha, Dennis, & Shaughnessy
2. Reis
3. Nordheim

4. Structured Clinical Interview for
DSM Disorders (SCID)

در فرآیند پژوهش مشارکت نموده و حدود ۶۰ نفر به دلایلی چون عدم همکاری و عدم برگرداندن پرسش‌نامه‌ها از پژوهش کنار گذاشته شدند. ملاک‌های خروج شامل سن کمتر از ۱۸ سال، ابتلا به بیماری‌های عضوی شدید که حضور طبیعی بیمار در درمان را دچار مشکل می‌سازد و وابستگی به الکل بود. از ۲۳۴ نفر نمونه مورد مطالعه طی دو ماه اول ۱۳۴ نفر (۵۵/۵ درصد) درمان را ترک کرده بودند و بنابراین به عنوان گروه ریزش طبقه بندی شدند و ۱۰۴ نفر (۴۵/۵) به درمان ادامه داده بودند.

ابزارها

۱- پرسش‌نامه فرم کوتاه اتحاد درمانی^۱: مقیاس‌های اندازه‌گیری بسیاری برای سنجش اتحاد درمانی ساخته شده‌اند اما در این میان، پرسش‌نامه اتحاد درمانی (هورواث^۲ و گرین برگ^۳، ۱۹۸۶، ۱۹۸۹؛ مارتین^۴ و همکاران، ۲۰۰۰) است که بیشترین کاربرد و استفاده را داشته است. هورواث و گرین برگ (۱۹۸۹؛ هورواث، ۱۹۸۱) با به کارگیری یک رویکرد نظریه محور از مدل اتحاد بوردین^۵ (۱۹۷۹، ۱۹۸۰) برای ساخت این مقیاس استفاده کردند. هسته اصلی نظریه بوردین این است که اتحاد، یک ویژگی مرتبط با همکاری و گفتگو در ارتباط درمانی است که متشکل از سه جنبه است: ۱) توافق بین بیمار و درمانگر بر روی اهداف درمان؛ ۲) توافق بیمار و درمانگر در مورد اینکه تکالیف درمانی در راستای درمان مشکل بیمار خواهد بود؛ ۳) کیفیت تعهد بین فردی بین بیمار و درمانگر (رابرت، هچر و گیلاسپی^۶، ۲۰۰۶). پرسش‌نامه ۱۲ گویه‌ای اتحاد کاری، فرم کوتاه پرسش‌نامه اتحاد کاری است که همبستگی بالای ۰/۹۴ و ۰/۹۵ بین نمرات کل این دو پرسش‌نامه گزارش شده است. مقیاس تعهد بیشترین همبستگی (۰/۹۴، ۰/۹۱)، مقیاس هدف (۰/۸۶، ۰/۹۱) و مقیاس تکلیف (۰/۸۳، ۰/۸۷) همبستگی‌های بعدی را به خود اختصاص داده‌اند.

۲- مقیاس دلبستگی بزرگسال: این مقیاس که با استفاده از مواد آزمون دلبستگی هازن و شیور^۷ (۱۹۸۷) ساخته و در مورد دانشجویان دانشگاه تهران هنجاریابی شده است

1. Working Alliance Inventory/Short (WAI-S)
2. Horvath
3. Greenberg

4. Martin
5. Bordin's alliance model
6. Robert, Hatcher, & Gillasp
7. Hazan, & Shaver

(بشارت و همکاران، ۱۳۸۶) یک آزمون ۱۵ سؤالی است و سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دو سوگرا را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (خیلی کم=۱، تا خیلی زیاد=۵) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره در خرده‌مقیاس‌های آزمون به ترتیب ۵ و ۲۵ خواهد بود. ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های ایمن، اجتنابی و دو سوگرا در مورد یک نمونه دانشجویی (۱۴۸۰ نفر شامل ۸۶۰ دختر و ۶۲۰ پسر) به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۴، ۰/۸۵ محاسبه شد. ضرایب همبستگی بین نمره‌های یک نمونه ۳۰۰ نفری با فاصله‌ی چهار هفته برای سنجش اعتبار بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب در مورد سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دو سوگرا به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۳، ۰/۸۴ به دست آمد. روایی محتوایی مقیاس دلبستگی بزرگسال با سنجش ضرایب همبستگی بین نمره‌های پانزده نفر از متخصصان روان‌شناسی مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب توافق کندال برای سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتماعی و دو سوگرا به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۶۱، ۰/۵۷ محاسبه شد. روایی همزمان مقیاس دلبستگی بزرگسال از طریق اجرای همزمان "مقیاس مشکلات بین شخصی" و مقیاس "حرمت خود" کوپر اسمیت در مورد یک نمونه‌ی ۳۰۰ نفری ارزیابی شد. نتایج روایی مقیاس را تایید کرد. نتایج تحلیل عاملی با تعیین سه عامل روایی سازه‌ی مقیاس را مورد تأیید قرار داد (کاسیدی^۱ و شیور، ۱۹۹۹).

۳- مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور یک: یک مصاحبه نیمه ساختاریافته برای اختلالات محور یک است که توسط فرست، اسپیتزر و گیبون و ویلیامز^۲ (۱۹۹۷) برای تشخیص اختلالات تدوین شده است. مصاحبه حاضر دارای روایی و اعتبار خوبی برای تشخیص اختلال‌های روانی است (گراث - مارنات^۳، ۱۹۹۷). شریفی و همکاران (۱۳۸۳) توافق تشخیصی برای بیشتر تشخیص‌های خاص و کلی را متوسط تا خوب گزارش نمودند (کاپای بالاتر از ۰/۶۰). توافق کلی (کاپای مجموع) برای تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ بود.

روند اجرا

بیمارانی که به منظور درمان به مراکز ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند در صورت داشتن شرایط ورود و پس از تکمیل فرم رضایت آگاهانه وارد تحقیق شده و مصاحبه بالینی ساختار یافته با آنها انجام می گرفت و سپس این افراد پرسش نامه های پژوهش را تکمیل می کردند. قبل از پاسخ گویی به سوالات، توضیحاتی راجع به هدف اصلی تحقیق، نحوه تکمیل پرسش نامه ها، و ضرورت داشتن صداقت و حوصله در پاسخ گویی به سوالات به شرکت کنندگان ارائه شد.

یافته ها

آماره های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در گروه نمونه

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
اتحاد درمانی	۴۲/۳۸	۶/۶۸	۲۳۴
دلبستگی اجتنابی	۱۳/۶۱	۳/۷۸	۲۳۴
دلبستگی ایمن	۱۸/۷۳	۴/۵۰	۲۳۴
دلبستگی دوسوگرا	۱۵/۵۷	۴/۰۵	۲۳۴

به منظور ارزیابی رابطه اتحاد درمانی با ریزش از درمان و توانایی نمرات اتحاد درمانی در تمیز افرادی که درمان را ادامه داده و افرادی که ادامه نداده اند از تحلیل رگرسیون لجستیک استفاده شد که نتایج آن در جداول ذیل ارائه شده است.

جدول ۲: تحلیل رگرسیون لجستیک ریزش بر اساس اتحاد درمانی و عضویت گروهی پیش بینی شده

گروه	عدم ریزش	ریزش	عدم ریزش	ریزش	درصد صحیح	مجذور خی	درجه -	معناداری	R^2 کاکس	R^2 نگل -
عدم ریزش	۱۸	۲۴	۳۶/۳							
ریزش	۱۸	۱۱۲	۸۶/۲	۴/۰۱		۱	۰/۰۴	۰/۰۶	۰/۰۹	
کل	-	-	۶۴/۶							

ضرائب رگرسیون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: ضرائب رگرسیون ریزش بر اساس اتحاددرمانی

پیش‌بین	آماره B	ضریب والد	درجه آزادی	معناداری	نسبت احتمال
اتحاد درمانی	-۰/۰۴	۳/۲۴	۱	۰/۰۵	۱/۲۰

همانگونه که در جداول فوق مشاهده می‌شود اتحاددرمانی متغیر پیش‌بین معناداری برای پیش‌بینی ریزش می‌باشد. R^2 کاکس و اسنل و ناگل کرک نیز حاکی از این است که اتحاد درمانی حدود ۶ تا ۹ درصد از واریانس ریزش را تبیین کرده و ۶۴/۶ درصد افراد را به درستی در قالب ریزش و عدم ریزش طبقه‌بندی کرده است.

همچنین به منظور ارزیابی رابطه سبک‌های دل‌بستگی با ریزش از درمان و توانایی تمیز افرادی که درمان را ادامه داده و افرادی که ادامه نداده‌اند از تحلیل رگرسیون لجستیک استفاده شد که نتایج آن در جداول ذیل ارائه شده است.

جدول ۴: تحلیل رگرسیون لجستیک ریزش بر اساس سبک‌های دل‌بستگی و عضویت گروهی پیش‌بینی شده

گروه	عدم ریزش	ریزش	درصد	مجدور	درجه -	معناداری	R^2 کاکس	R^2 نگل -
عدم ریزش	۴۲	۶۲	۴۰/۴	صحيح	آزادی	و اسنل	کرک	
ریزش	۲۱	۱۰۹	۸۳/۸	۱۵/۱۱	۱	۰/۰۶	۰/۰۸	۰/۰۰۲
کل	-	-	۶۴/۵					

ضرائب رگرسیون در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: ضرائب رگرسیون ریزش بر اساس سبک‌های دل‌بستگی

پیش‌بین	آماره B	ضریب والد	درجه آزادی	معناداری	نسبت احتمال
اجتنابی	-۰/۰۴	۱/۸۸	۱	۰/۲۹	۰/۹۶
ایمن	-۰/۱۰	۹/۵۲	۱	۰/۰۰۲	۱/۱۱
دوسوگرا	۰/۰۴	۱/۶۰	۱	۰/۲۰	۰/۹۵

همانگونه که در جداول فوق مشاهده می‌شود سبک‌های دل‌بستگی متغیر پیش‌بین معناداری برای پیش‌بینی ریزش می‌باشند. R^2 کاکس و اسنل و ناگل کرک نیز حاکی از این است که اتحاد درمانی حدود ۶ تا ۸ درصد از واریانس ریزش را تبیین کرده و ۶۴/۵ درصد افراد را به درستی در قالب ریزش و عدم ریزش طبقه‌بندی کرده است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج به دست آمده نشان داد افرادی که اتحاد درمانی بالاتری داشتند ۱/۲ برابر کمتر احتمال ریزش از درمان دارند. این نتایج با یافته‌های سیمپسون (۱۹۷۹)، پولفورد و همکاران (۲۰۰۸)، برارسون و همکاران (۲۰۱۳)، باربر و همکاران (۱۹۹۹)، و هورواث و بدی (۲۰۰۲) همسو است. به اعتقاد سیمپسون (۱۹۷۹) در پیامدهای درمانی موفق (یعنی در آن‌هایی که مصرف مواد را کنار گذاشته یا به طرز چشمگیری کاهش داده‌اند) یک رابطه خطی رو به افزایش بین طول جلساتی که بیمار در درمان اعتیاد باقی می‌ماند و حضور بیش از سه ماه بیمار در درمان وجود دارد. اتحاد درمانی از طریق ایجاد توافق همدلانه بین مراجع و درمانگر کاربست مهمی در درمان دارد. همسو با نتایج پژوهش حاضر، مطالعه مروری متمرکز بر تحقیقات مرتبط با شناسایی عوامل خطر مرتبط با ریزش که در مجلات مختلف از سال ۱۹۹۲ تا ۲۰۱۳ چاپ شده‌اند نشان می‌دهد که اتحاد درمانی پایین عامل خطر بسیار مهمی در فرایند ریزش محسوب می‌شود (برارسون و همکاران، ۲۰۱۳). در انواع روان‌درمانی‌ها، حداقل ۱۰ درصد نتیجه‌ی روان‌درمانی - اینکه چرا بیماران در اثر روان‌درمانی بهبود می‌یابند - به رابطه درمانی مربوط می‌شود. به همین خاطر، عدم هماهنگی بین بیمار و درمانگر می‌تواند کناره‌گیری زود هنگام از درمان را پیش‌بینی کند (هوروات و بدی، ۲۰۰۲). روان‌درمانی بر اساس الگویی که یالوم (۱۹۷۵) ارائه می‌دهد عبارت است از برداشت موانع موجود بر سر راه شکل‌گیری روابط رضایت‌بخش. در این راستا تاکید یالوم همواره بر این نکته است که بیماران، جلسه درمانی را با نگاهی متفاوت نسبت به درمانگر می‌بینند و وظیفه درمانگر این است که تمرکزش بر رابطه در حال پیشرفت و آنچه در فضای میان درمانگر و درمانجو رخ می‌دهد را حفظ کند. آنچه در روان‌درمانی شفابخش است، اتفاقاتی است که در فضای میان درمانگر و بیمار می‌افتد (یالوم، براون و بلاچ، ۱۹۷۵؛ به نقل از جاسلسن، ۲، ۱۳۹۰). یکی از پایدارترین عوامل مرتبط با نتایج درمانی رضایت‌بخش در تمام انواع درمان اعتیادها اختتام درمان است (دالسبو^۳ و همکران، ۲۰۱۰).

شکست در اختتام درمان (یا همان ریزش) بسیار رایج است؛ هرچند ریزش مختص و منحصر به درمان اعتیاد نیست و در تمام اشکال روان‌درمانی به طور کلی دیده می‌شود (سوئیفت و همکاران، ۲۰۱۷). با توجه به اینکه تقریباً ۲۵ درصد بیماران حتی پس از یک جلسه و ۵۰ درصد پس از ۸ جلسه بهبود می‌یابند (هاوارد و همکاران، ۱۹۸۶؛ به نقل از برارسون و همکاران، ۲۰۱۳) متخصصان حوزه اعتیاد به این نتیجه رسیدند که حتی اگر بیماران پس از چند جلسه درمانی ریزش کنند هم نتایج مثبت درمانی به قوت خود باقی خواهد ماند و این خود تأکیدی است بر اهمیت جلوگیری از ریزش در بیماران و افزایش تعداد جلسات حضور بیمار در جریان درمان. بیمارانی که درمان اعتیاد را در سه ماه اول درمان ترک می‌کنند مطابق با برخی تحقیقات بهبودی معناداری را گزارش نمی‌کنند (سیمپسون، ۱۹۹۵).

یافته‌های مربوط به نقش دلبستگی در ریزش نشان داد که افراد دارای دلبستگی ایمن ۱/۱۱ برابر کمتر احتمال ریزش از درمان دارند. هرچند مطابق با نتایج، سبک‌های دلبستگی در کل در پیش‌بینی ریزش موفق عمل می‌کنند اما در مورد ارتباط سبک دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا نتایج ضعیف‌تری به دست آمد و فقط سبک دلبستگی ایمن بود که می‌توانست پیش‌بینی قابل دفاعی در مورد ریزش بیماران سوء‌مصرف کننده ارائه دهد. این پژوهش با یافته‌های تاسکا^۱ و همکاران (۲۰۰۴)، و کورفمچر، آدام، اوگاوا، و اگلند^۲ (۱۹۹۷) همسو است. چرا که مراجعینی که خودمختار بودند، در مقایسه با آن‌هایی که خودمختاری کمتری دارند، در فرایند درمان همکاری بیشتری دارند. مراجعانی که دارای حالت ذهنی خودمختار و ایمن‌اند منابع درونی‌ای دارند که این امکان را می‌دهد با رویکردی غیردفاعی و همکارانه به درمان بنگرند (کورفمچر و همکاران، ۱۹۹۷). همسو با پژوهش حاضر و مطابق با مالینکروت^۳ (۲۰۰۰؛ نقل از مالینکروت، ۲۰۰۵) دلبستگی نسبتاً ایمن به مراقبین در کودکی، رشد صلاحیت‌های اجتماعی مهم را که برای ایجاد و حفظ روابط نزدیک و حمایتی در بزرگسالی لازم است، تسهیل می‌کند. همچنین، وجود دلبستگی نایمن نه تنها

نیازهای بنیادی روان‌شناختی (مانند خودمختاری^۱، صلاحیت و کفایت^۲، و در ارتباط بودن^۳) را کمتر دست‌یافتنی می‌سازند، بلکه فرد را در معرض سطوح بالاتری از پریشانی قرار می‌دهند. افراد با دلبستگی ایمن عموماً خودشان را توانمند و شایسته محبت، و دیگران را قابل اعتماد و خوش‌نیت تجربه می‌کنند؛ بنابراین آن‌ها هم با استقلال متقابل و هم با وابستگی متقابل راحت هستند. سبک دلبستگی ایمن با تعهد بیشتر، اعتماد، صمیمیت، شور و شوق، رضایت، ثبات، و دوام در روابط مرتبط است (فینی^۴، ۲۰۰۲). اگرچه حالت ذهنی، در درجه اول به نحوه پردازش اطلاعات در اولین رابطه دلبستگی بستگی دارد، اما به نحوه برداشت رابطه‌های فعلی نیز ارتباط دارد. ارتباط میان حالت ذهنی فرد و روابط فعلی او شامل رابطه‌های همسالان، همشیرها، والد و مخصوصاً درمانگر نیز می‌شود.

تجربیات اولیه با مراقبان به تدریج منجر به تشکیل سیستمی از افکار، خاطرات، باورها، انتظارات و هیجان‌ها و رفتارهایی نسبت به «خود» و «دیگران» می‌شود. این سیستم «مدل‌های فعال درونی از روابط اجتماعی» نامیده می‌شود؛ که با گذشت زمان و تجربه گسترش پیدا می‌کند. مدل‌های فعال درونی، رفتارهای مرتبط با دلبستگی را در خود و نگاره(ها)ی دلبستگی تفسیر و پیش‌بینی می‌کنند. همچنان‌که این مدل‌ها با تغییرات محیطی و رشدی توسعه پیدا می‌کنند، این ظرفیت را دارند که منعکس‌کننده روابط دلبستگی گذشته و آینده افراد باشند (برترتون و مان‌هولند، ۱۹۹۹). مدل‌های فعال درونی که بخشی از «طرحواره‌های ارتباطی»^۵ محسوب می‌شوند (میکولینسر، گیلان و شیور، ۲۰۰۲)، کنشی مشابه با سایر ساختارهای شناختی، همچون نگرش‌ها، رفتارهای قالبی^۶، و صفات دارند و تابع اصول فعال‌سازی^۷ و قابلیت دسترسی هستند. به‌عنوان مثال، نوع «مدل خود» و «مدل دیگری» می‌تواند بر اساس این اصول، انتظارات خاصی برای فرد ایجاد نماید. «مدل خود» تعیین‌کننده حدود ارزش فرد برای خودش می‌باشد، و اینکه انتظار می‌رود دیگران نیز به گونه‌ای مثبت به وی پاسخ دهند. در این حالت شخص از خود می‌پرسد: «آیا من شخصی

1. autonomy
2. Competency
3. Relatedness
4. Feeney

5. Relational schemes
6. Stereotypes
7. activation

هستم که قابلیت و ارزش عشق و توجه را داشته باشد؟». در حالی که «مدل دیگری» حدودی را ارائه می کند که در آن از افراد دیگر انتظار می رود هنگام احتیاج، دردسترس و حامی آن‌ها باشند. در این حالت شخص از خود می پرسد: «آیا دیگری احتمالاً حمایتی را که نیاز دارم فراهم می سازد؟» (میکولینسر، گیلات و شیور، ۲۰۰۲). در نظر گرفتن وضعیت دلبستگی مراجعان و پیچیدگی های آن، در پاسخ افراد سوء مصرف کننده مواد به روان درمانی بسیار حایز اهمیت است (فاچ شوبر و همکاران، ۲۰۱۸؛ فانگی^۱ و همکاران، ۱۹۹۶).

در مورد رابطه دلبسته ایمن این تصور وجود دارد که برای فرد حسی از ایمنی، راحتی و پیش بینی پذیری را فراهم می آورد. تصور می شود که این پیوند رشد الگوهای فعال درونی را تسهیل می کند. بنابراین دلبستگی ایمن موجب تسهیل تنظیم عاطفه و سایر مهارت های مقابله ای می شود؛ که در نهایت به وابستگی کمتر نسبت به نگاره دلبستگی و اعتماد بیشتر به جنبه های درونی شده پیوند دلبستگی می انجامد (رایس، کانینگهام و یانگ^۲، ۱۹۹۷). در عین حال، علی رغم وجود شواهد مبنی بر تداوم سبک های دلبستگی، شواهدی وجود دارد که سبک ها دائمی نیستند. در شرایط فعلی، تداوم سبک دلبستگی در طول زمان و دلایل این تداوم هنوز مورد بحث است (فرالی^۳، ۲۰۰۰؛ تامپسون^۴، ۱۹۹۸). برخی شواهد نشان می دهد که فرد می تواند الگوهای چند گانه دلبستگی را دارا باشد. شاید یک فرد در ارتباط با مردان از یک الگو، و در ارتباط با زنان از الگوی دیگر، یا از الگوی در یک زمینه و از الگوی در زمینه دیگر استفاده کند (برمن و اسپرلینگ^۵، ۱۹۹۴).

چنین نتایجی می تواند حکایت از این داشته باشد که مبتلایان به سوء مصرف مواد احتمال دارد بر خلاف مراجعان روان درمانی در معنای عام، به نتایج مثبت کمتری در فاز ابتدایی درمان نایل شوند. کمک به بیماران سوء مصرف کننده برای ماندن در درمان از طریق در نظر گرفتن سبک های دلبستگی و ایجاد ارتباط و اتحاد درمانی موفق تلویحات کلینیکی بااهمیتی دارد. پیشنهاد می شود چنین پژوهش هایی بر روی جامعه زنان

1. Fonagy

2. Rice, Cunningham, & Young

3. Fraley

4. Thompson

5. Berman, & Sperling

سوء مصرف کننده و به همراه مطالعات همراه با پیگیری های چند ساله نیز انجام گردد تا ساز و کار ریزش از روان درمانی تبیین و تعمیم پذیری محکم تری نیز داشته باشد.

منابع

بشارت، محمدعلی؛ غفوری، بهاره و رستمی، رضا (۱۳۸۶). مقایسه ی سبک های دلبستگی بیماران مبتلا به اختلالات مصرف مواد و افراد غیر مبتلا. پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی). ۳۱(۳)، ۲۶۵-۲۷۱.

شریفی، ونداد؛ اسعدی، سید محمد؛ محمدی، محمدرضا؛ امینی، همایون؛ سمنانی، یوسف؛ شعبانی، امیر؛... و جلالی رودسری، محسن (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته تشخیص برای DSM-IV (SCID-I). فصلنامه تازه های علوم شناختی، ۶(۲-۱)، ۲۲-۱۰.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Association.

Bados, A., Balaguer, G., & Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of clinical psychology*, 63(6), 585-592.

Berghofer, G., Schmid, F., Rudas, S., Steiner, E., & Schmitz, M. (2002). Predictors of treatment discontinuity in outpatient mental health care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(6), 276-282.

Berman, W. H., & Sperling, M. B. (1994). The structure and function of adult attachment. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.). *Attachment in adult*. New York: Guilford Press.

Brorson, H. H., Arnevik, E. A., Rand-Hendriksen, K., Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33, 1010-1024.

Cassidy J, Shaver PR, editors. *Handbook of attachment: theory, research, and clinical application*. New York: Guilford Press, 1999.

Cheng, T. C., & Lo, C. C. (2018). A Longitudinal Analysis of Factors Associated with Therapeutic Alliances. *Community Mental Health Journal*, 54(6), 782-792. DOI: 10.1007/s10597-017-0229-1.

Critchfield, K. L., Levy, K. N., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2008). The relational context of aggression in borderline personality disorder: Using adult attachment style to predict forms of hostility. *Journal of Clinical Psychology*, 64(1), 67-82.

Feeney, J. A. (2002). Attachment, marital interaction, and relationship satisfaction: A diary study. *Personal Relationships*, 9(1), 39-55.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinical Version*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G. ... & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(1), 22-31.

- Fowler, J. C., Groat, M. & Ulanday, M. (2013). Attachment style and treatment completion among psychiatric inpatients with substance use disorders. *American Journal of Addiction*, 22(1), 14–17. DOI:10.1111/j.1521-0391.2013.00318.x.
- Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 330-365.
- Fuchshuber, J., Hiebler-Ragger, M., Ragger, K., Rinner, A., Kapfhammer, H. P., & Unterrainer, H. F. (2018). Increased attachment security is related to early therapy drop-out in substance use disorders. *BMC Research Notes*, 11, 141. DOI: 10.1186/s13104-018-3251-7.
- Tryon, G. Sh., Blackwell, S. C. & Hammel, E. F. (2007). A meta-analytic examination of client–therapist perspectives of the working alliance. *Psychotherapy Research*, 17(6), 629-642.
- Green, C. A., Polen, M. R., Dickinson, D. M., Lynch, F. L., & Bennett, M. D. (2002). Gender differences in predictors of initiation, retention, and completion in an HMO-based substance abuse treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(4), 285–295.
- Groth-Marnat, G. (1997). *Handbook of psychological assessment (9th. ed)*. New York: John Wiley & Sons.
- Hazan, C. & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 511- 542.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy?* American Psychological Association.
- Kivlighan Jr. D. M., & Shaughnessy, P. (2000). Patterns of working alliance development: A typology of client's working alliance ratings. *Journal of Counseling Psychology*, 47(3), 362-371. DOI: 10.1037/0022-0167.47.3.362.
- Kobak, R. R., Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, after regulation and representations of self and others. *Child Development*, 59(1), 135-146. DOI: 10.2307/1130395.
- Korfmacher, J. A. E., Ogawa, J. & Egeland, B. (1997). Adult Attachment: Implications for the Therapeutic Process in a Home Visitation Intervention. *Applied Developmental Science*.1, 43-52.
- Mallinckrodt, B. (2000) Attachment, Social Competencies, Social Support, and Interpersonal Process in Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 10, 239-266.
- Mallinckrodt, B., Porter, M. J., & Kivlighan Jr. D. M. (2005). Client Attachment to Therapist, Depth of In-Session Exploration, and Object Relations in Brief Psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(1), 85-100. DOI: 10.1037/0033-3204.42.1.85.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.

- Minnix, J. A., Reitzel, L. R., Repper, K. A., Burns, A. B., Williams, F., Lima, E. N., ... & Joiner, T. E. (2005). Total number of MMPI-2 clinical scale elevations predicts premature termination after controlling for intake symptom severity and personality disorder diagnosis. *Personality and Individual Differences*, 38(8), 1745-1755.
- Mueller, M., & Pekarik, G. (2000). Treatment duration prediction: Client accuracy and its relationship to dropout, outcome, and satisfaction. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 37(2), 117-123. DOI: 10.1037/h0087701.
- Nordheim, K., Walderhaug, E., Alstadius, S., Kern-Godal, A., Arnevik, E., & Duckert, F. (2018). Young adults' reasons for dropout from residential substance use disorder treatment. *Qualitative Social Work*, 17(1), 24-40.
- Orwin, R. G., Garrison-Mogren, R., Jacobs, M. L., & Sonnefeld, L. J. (1999). Retention of homeless clients in substance abuse treatment: Findings from the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Cooperative Agreement Program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17(1), 45-66.
- Pulford, J., Adams, P., & Sheridan, J. (2008). Therapist attitudes and beliefs relevant to client dropout revisited. *Community mental health journal*, 44(3), 181-186.
- Reis, B. F., & Brown, L. G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy*, 36, 123-136.
- Rice, K. G., Cunningham, T. J., & Young, M. B. (1997). Attachment to parents, social competence, and emotional well-being: A comparison of Black and White late adolescents. *Journal of Counseling Psychology*, 44(1), 89-101. DOI: 10.1037/0022-0167.44.1.89.
- Hatcher, R. L. & Gillaspay, J. A. (2006) Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory, *Psychotherapy Research*, 16(1), 12-25.
- Simpson, D. D. (1979). The relation of time spent in drug abuse treatment to post-treatment outcome. *The American Journal of Psychiatry*, 136(11), 1449-1453.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Rowan-Szal, G., & Greener, J. (1995). Client engagement and change during drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 7, 117-134.
- Swift, J. K., Greenberg, R. P., Tompkins, K. A., & Parkin, S. R. (2017). Treatment refusal and premature termination in psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination: A meta-analysis of head-to-head comparisons. *Psychotherapy*, 54(1), 47-57.
- Tasca, G. A., Taylor, D., Ritchie, K., Balfour, L. (2004). Attachment Predicts Treatment Completion in an Eating Disorders Partial Hospital Program Among Women With Anorexia Nervosa. *Journal of Personality Assessment*, 83(3), 201-212.
- Tyrrell, C. L., Dozier, M., Teague, G. B., & Fallot, R. D. (1999). Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders: The importance of attachment states of mind. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 725-733.
- Vogel, D. L., & Wei, M. (2005). Adult Attachment and Help-Seeking Intent: The Mediating Roles of Psychological Distress and Perceived Social Support. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 347-357. DOI: 10.1037/0022-0167.52.3.347.