

اثربخشی مداخلات روان‌شناختی بر پیشگیری از عود اعتیاد: فراتحلیل

مجتبی رجب‌پور^۱، محمد نریمانی^۲، نیلوفر میکائیلی^۳، نادر حاجلو^۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۴/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۵/۱۷

چکیده

هدف: پژوهش‌های مختلفی در خصوص اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی بر درمان اعتیاد و کاهش عوارض طولانی مدت آن انجام شده است. این مطالعه با هدف تجمیع و ترکیب نتایج مطالعات قبلی و برآورد میزان اثربخشی این درمان‌ها در پیشگیری از عود اعتیاد به روش فراتحلیل انجام شد. **روش:** این مطالعه به روش فراتحلیل بر روی مقالات منتشر شده در پایگاه‌های اطلاعاتی SID، Magiran و Irandoc بدون محدودیت زمانی انجام گرفت. پس از جستجو، غربالگری و ارزیابی کیفیت مقالات و اعمال معیارهای ورود و خروج پژوهش انجام گرفت. در جستجوی اولیه، تعداد ۴۲۹۲ مقاله استخراج شد که پس از حذف موارد تکراری و ارزیابی عنوان و چکیده، ۳۱ مقاله برگزیده شد. پس از بررسی متن کامل مقالات در نهایت تعداد ۱۹ مقاله شرایط لازم برای شرکت در فراتحلیل را دارا بودند. تحلیل آماری بر روی داده‌های حاصله با استفاده از نرم‌افزار STATA (نسخه ۱۱) انجام گرفت. برای تحلیل داده‌ها از Pooled RD نتایج استخراج شده و از فرمان metan در نرم‌افزار استفاده شد. **یافته‌ها:** در جستجوی اولیه، تعداد ۴۲۹۲ مقاله استخراج شد که پس از حذف موارد تکراری و ارزیابی عنوان و چکیده، ۳۱ مقاله برگزیده شد. پس از بررسی متن کامل مقالات در نهایت تعداد ۱۹ مقاله شرایط لازم برای شرکت در فراتحلیل را دارا بودند. فراتحلیل انجام شده بر روی مطالعات نشانگر اثربخشی معنادار درمان‌های روان‌شناختی بر پیشگیری از عود اعتیاد می‌باشد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی در پیشگیری از عود اعتیاد لازم است سیاست‌گذاران توجه بیشتری به این موضوع مبذول نموده و با ارائه آموزش‌های لازم به روان‌شناسان مراکز درمان اعتیاد، زمینه کاربست این تمرین‌ها را فراهم آورند.

کلید واژه‌ها: اعتیاد، درمان روان‌شناختی، پیشگیری از عود، فراتحلیل

۱. نویسنده مسئول: دکتری روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران؛ ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری،

پست الکترونیک: mj_rajabpour@yahoo.com

۲. استاد ممتاز گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۴. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان از مهم‌ترین چالش‌های امروز نظام بهداشت و سلامت جهان و بالتبع کشور ما ایران می‌باشد. اعتیاد به عنوان فرایندی پیچیده در مغز انسان ملاحظه می‌شود (گلداستاین، فانگ، روزنتال، و تاوارس^۱، ۲۰۰۷) که عوارض و پیامدهای زیان‌بار بسیاری در حوزه‌های جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی به همراه دارد. در ایران سالانه حدود سه هزار نفر به علت عوارض حاد یا مزمن ناشی از سوء مصرف مواد مخدر جان خود را از دست می‌دهند (افشار، ۱۳۹۵). دفتر مقابله با جرم و مواد ملل متحد (۲۰۰۵) تعداد مصرف‌کنندگان مواد در جهان را ۲۰۰ میلیون نفر برآورده کرده که درصد بالایی از کل جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند. همگام با سایر دگرگونی‌های مشهود در گذر تاریخی جوامع بشری، اعتیاد و رفتارهای اعتیادی نیز دچار دگرگونی شده و الگوهای مصرف و مواد مصرفی متنوع بروز و شیوع پیدا کرده است. تغییر بسیار سریع الگوی مصرف مواد سنتی به مواد اعتیادآور صنعتی از مصادیق تغییرات مذکور و از چالش‌های نگران‌کننده پیش روی نظام‌های بشری است (صرامی، قربانی و مینویی، ۱۳۹۲). در کشور ما نیز بنابر اذعان گزارشات رسمی و پژوهش‌های موجود سه دگرگونی عمده در سه دهه اخیر در این حوزه اتفاق افتاده است: تغییر سن شروع مصرف مواد و شیوع اعتیاد در کودکان و نوجوانان، تغییر سریع الگوی مصرف از مواد سنتی به مواد اعتیادآور صنعتی، و نیز گسترش شیوع اعتیاد مخصوصاً اعتیاد به مواد روان‌گردان در بین جنس مونث (نوری و همکاران، ۱۳۸۷؛ طارمیان، بوالهروی، و پیروی، ۱۳۸۹؛ صرامی، و همکاران، ۱۳۹۲؛ صرامی، قربانی و تقوی، ۱۳۹۲).

بررسی درمان‌های دارویی نگهدارنده صرف و بدون کاربست مداخلات روانی اجتماعی، نشان داده این درمان‌ها به تنهایی موفقیت چندانی کسب نکرده‌اند (لطفی کاشانی، مجتبایی، و علی مهدی، ۱۳۹۲؛ روزن^۲ و همکاران، ۲۰۰۶). بنابراین محرز گردیده همانند سایر اختلالات، اعتیاد نیز نیازمند مدیریت درمان در طی زمان است (دالی^۳ و

1. Goldstein, Fong, Rosenthal, & Tavares

2. Roozen
3. Daley

همکاران، ۲۰۰۵). درمان‌های مختلف اعتیاد هدف‌گذاری‌های متنوعی را مورد نظر قرار می‌دهند که عموماً حول سه محور اصلی متمرکز می‌شوند. این سه محور شامل قطع وابستگی جسمانی به مواد، قطع وابستگی روانی و نیز پیشگیری از عود مجدد آن می‌باشد. با وجود پیشرفت‌های علمی در درمان اعتیاد، لغزش و عود، کماکان یکی از چالش‌های اساسی در درمان اعتیاد است (ویکی ویتز و مارلات، ۲۰۰۴). عود به معنای ناتوانی و شکست در تداوم یک تغییر رفتاری و آغاز رفتار به دنبال یک دوره ترک آن عمل است (مارلات و گوردون^۱، ۱۹۸۵). نریمانی (۱۳۷۹) مهمترین علل عود اعتیاد را مواردی از قبیل عدم اشتغال معتادین، ناآگاهی از روش‌های مقابله با مشکلات، آلودگی محیط زندگی، اعتیاد دوستان، عدم برنامه‌ریزی برای اوقات فراغت، عدم شرکت در گروه‌های درمانی و اختلالات روانی مانند اضطراب و افسردگی بیان می‌کند. طرد از خانواده و اجتماع، احساس اجبار ذهنی به مصرف و مشاجرات خانوادگی نیز از سوی متخصصین به عنوان عوامل عود افراد می‌باشد (زینالی، ۱۳۸۹؛ شرق، شکیبی، نیساری و آلیلو، ۱۳۹۰). مک‌کی، فرنکلین، پاتاپیس و لینچ^۲ (۲۰۰۶) اذعان می‌کنند بیشتر سوء مصرف کنندگان مواد در طی ۹۰ روز از شروع درمان‌های توانبخشی و پس از طی دوره سم‌زدایی مجدداً به مصرف مواد روی می‌آورند.

متناسب با تحقیقاتی که به بررسی علل عود اعتیاد پرداخته‌اند، پژوهش‌های بسیاری نیز در زمینه اثربخشی درمان‌های مختلف روان‌شناختی بر پیشگیری از عود به عنوان چالش اساسی در درمان اعتیاد انجام شده است. به طور کلی، اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی متوسط و حتی متوسط به بالا گزارش شده است (داترا^۳، و همکاران، ۲۰۰۸). شواهد پژوهشی نشانگر آن است که رویکرد شناختی رفتاری نقش تعیین‌کننده‌ای در پیشگیری از عود اعتیاد هم به عنوان یک درمان منفرد و هم به عنوان بخشی از یک درمان التقاطی و ترکیبی دارد (مک‌هاف، هیرسون و اتو^۴، ۲۰۱۰). درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی که به درمان‌های موج سوم نیز معروفند با تمرکز بر مفاهیمی همچون پذیرش، خودآگاهی،

1. Marlatt, & Gordon
2. McKay, Franklin, Patapis, & Lynch

3. Dutra
4. McHugh, Hearon, & Otto

حضور در لحظه، اینجا و اکنون و مشاهده‌گری بدون قضاوت می‌توانند با کاهش نشانه‌های ترک، موجب افزایش اثربخشی درمان و پیشگیری از لغزش و عود بیمار گردد (ویکی ویتز، مارلات و واکر^۱، ۲۰۰۵؛ ویکی ویتز و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین ملازاده و عاشوری (۱۳۸۸) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری در پیشگیری از عود و بهبود سلامت روانی افراد معتاد پرداختند. نتایج حاصل از تحلیل یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی-رفتاری در وضعیت سلامت روانی و پیشگیری از عود در افراد معتاد موثر بوده است. ناصری و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی کارآمدی طرح‌واره‌درمانی دو وجهی در درمان مردان وابسته به مواد مخدر مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان دادند که شرکت‌کنندگان این پژوهش از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های مدارا نسبتاً مشابهی برخوردارند و این که درمان به‌طور معناداری، موجب کاهش وابستگی روان‌شناختی، مصرف مواد، رفتارهای پرخطر و بهبود سلامت جسمانی و روان‌شناختی و کنش فردی و اجتماعی شد. با وجود سال‌ها پژوهش در زمینه درمان اعتیاد و با وجود تدوین، اجرا و بررسی درمان‌های مختلف دارویی و غیردارویی، متأسفانه نتایج بالینی پژوهشی جامعی در زمینه میزان اثربخشی درمان‌های مختلف فراهم نشده و نمی‌توان با اطمینان از اثربخشی یک درمان و یا برتری یک رویکرد درمانی نسبت به رویکردی دیگر اظهار نظر نمود. در ایران نیز علیرغم حجم نسبتاً مناسب پژوهش در این زمینه، مطالعاتی جامع و فراگیر که نتایج مطالعات مختلف را ترکیب نماید انجام نشده است. حجم بالای پژوهش‌ها در زمینه اثربخشی درمان‌های مختلف اعتیاد و عدم وجود پژوهش‌هایی با محوریت ترکیب، تجمیع و مقایسه یافته‌های مطالعات اولیه منجر به سردرگمی بیماران، درمان‌گران و سیاست‌گذاران این حوزه می‌گردد. بنابراین لزوم انجام این مطالعات احساس می‌شود. با عنایت به موارد مذکور، هدف پژوهش حاضر ترکیب و فراتحلیل مطالعات موجود در زمینه اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی مختلف بر پیشگیری از عود اعتیاد در ایران است تا مشخص نماید میزان اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی مختلف بر پیشگیری از عود معتادین چقدر است.

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

مطالعه حاضر از نوع مطالعات فراتحلیل است. مهم‌ترین مزیت و برتری پژوهش‌های فراتحلیل را می‌توان ادغام نتایج مختلف دانست که بدین وسیله قدرت پژوهش را در راستای یافتن نتایج معنادار افزایش می‌دهند (تابع بردبار، ۱۳۹۲). فراتحلیل حاضر به بررسی اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی بر پیشگیری از عود اعتیاد در ایران پرداخته است. در این پژوهش منظور از درمان‌های روان‌شناختی تمامی مداخلات غیردارویی و مبتنی بر اصول روان‌شناسی مانند درمان رفتاری، شناختی-رفتاری، ذهن آگاهی و مداخلات آموزشی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش، پژوهش‌های ایرانی چاپ شده در منابع علمی داخلی در زمینه اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی بر پیشگیری از عود معتادان می‌باشد که صرف نظر از زمان انجام مطالعه، نوع ماده مصرفی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی معتادین مورد بررسی قرار گرفت.

در ابتدا با استفاده از کلیدواژه‌های مرتبط و با جستجو در پایگاه‌های علمی SID، Magiran، و Irandoc تعداد ۴۲۹۲ عنوان مقاله فارسی و انگلیسی مورد بررسی قرار گرفت. برای پیشگیری از حذف مقالات مرتبط به خاطر توان ناکافی پایگاه‌های علمی داخلی در جستجوی چندلایه، از کلیدواژه‌های مجزا برای جستجو استفاده شد و تمامی مقالاتی که در عنوان یا چکیده آن‌ها هر کدام از کلیدواژه‌های مورد نظر وجود داشت وارد لیست اولیه گردید. با مطالعه چکیده مقالات تعداد ۳۱ مقاله مرتبط باقیمانده و سایر مقالات نامرتب تشخیص‌گذاری شدند که پس مطالعه عمیق کل مقاله و با استفاده از فهرست ارزشیابی تعداد ۱۹ مقاله نهایی جهت انجام فراتحلیل انتخاب شدند. با توجه به این که برخی مقالات نتایج بیش از یک گروه آزمایش ارائه شده بود، در مجموع تعداد ۲۵ مطالعه مورد بررسی قرار گرفت. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: (۱) مداخله درمانی انجام شده بایستی روان‌شناختی بوده و یا دارای یک جزء روان‌شناختی باشد؛ (۲) تحقیقات به صورت آزمایشی و نیمه‌آزمایشی انجام گرفته و طرح پژوهش شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل (گواه) باشد؛ (۳) گروه هدف مداخله بایستی از گروه‌های مبتلا

به سوء مصرف مواد باشد؛ ۴) مطالعه در یکی از مجلات علمی پژوهشی به صورت آنلاین چاپ شده باشد؛ ۵) از تست تشخیصی آزمایش ادرار برای سنجش عود استفاده شده باشد. معیارهای خروج از پژوهش عبارت بودند از: عدم دسترسی به متن کامل مقاله، نقص داده‌های مورد نیاز جهت تحلیل آماری، غیر مرتبط بودن مقاله با موضوع پژوهش، عدم تعیین و سنجش پیشگیری از عود به عنوان متغیر وابسته و پژوهش‌های تک گروهی، مروری، رابطه‌ای، توصیفی و بدون گروه کنترل (گواه).



نمودار ۱: فلوجارت ورود مطالعات به فراتحلیل

پس از استخراج اطلاعات مورد نیاز از مقالات ارزشیابی شده، تحلیل آماری بر روی داده‌های حاصله با استفاده از نرم‌افزار STATA (نسخه ۱۱) انجام گرفت. برای تحلیل داده‌ها از Pooled RD نتایج استخراج شده و از فرمان metan در نرم‌افزار استفاده شد.

یافته‌ها

در ۱۹ مقاله مورد بررسی، تعداد ۸۳۷ نفر (۴۸۷ نفر در گروه آزمایش و ۳۵۰ نفر در گروه کنترل) مورد بررسی قرار گرفتند. تعداد شرکت کنندگان در پژوهش‌های مورد بررسی از ۱۱۲-۱۶ متغیر بود. به جز شرکت کنندگان یک مقاله که همه زن بودند، تمامی نمونه‌های مورد بررسی در سایر مقالات مرد بودند. اطلاعات توصیفی مقالات در جدول ۱ ارائه شده است.

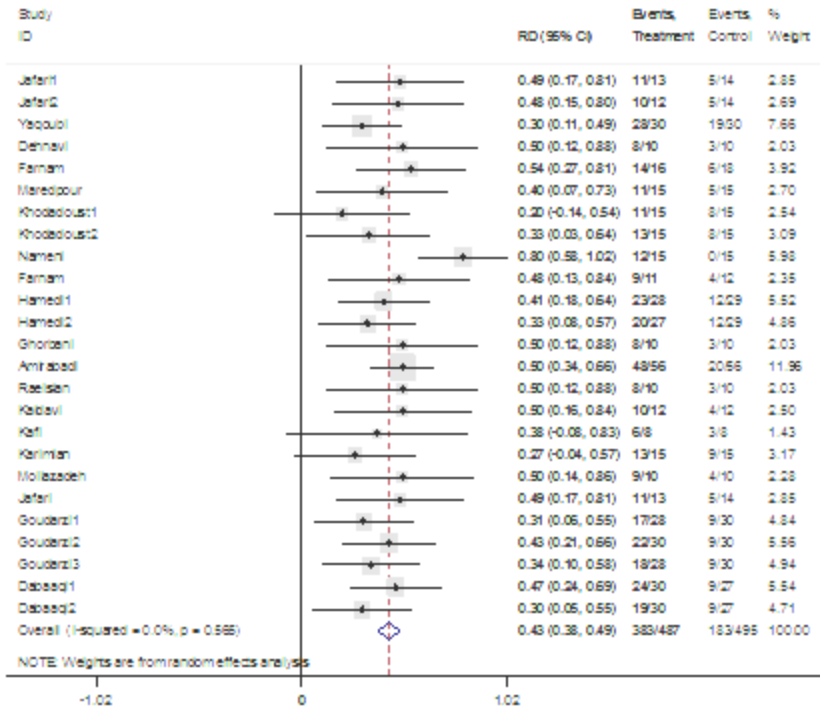
جدول ۱: اطلاعات توصیفی- پژوهشی مطالعات مورد پژوهش (مندرج در مقاله)

معناداری	آزمون آماری	حجم نمونه	الگوی مداخله (متغیر مستقل)	مؤلف (زمان پژوهش)
		۳۹ نفر (۱۳ آزمایش ۱،	آموزش مهارت‌های مقابله‌ای	جعفری و همکاران (۱۳۹۵)
$P < 0.01$	$X^2 = 7.34$	۱۲ آزمایش ۲، ۱۴	آموزش سبک زندگی	جعفری و همکاران (۱۳۹۵)
		(کنترل)		
$P > 0.05$	$X^2 = 0.07$	۶۰ مرد	پیشگیری از بازگشت بر پایه بر ذهن آگاهی	یعقوبی و همکاران (۱۳۹۵)
$P < 0.01$	$Z = 2.25$	۲۰ مرد	سایکودرام	دهنوی و همکاران (۱۳۹۴)
$P < 0.01$	$X^2 = 10.34$	۳۴ مرد (۱۶ آزمایش و ۱۸ گواه)	درمان مدل ماتریسی	فرنام (۱۳۹۴)
$P < 0.05$	$X^2 = 4.821$	۳۰ مرد	درمان پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی	ماردپور و همکاران (۱۳۹۳)
$P < 0.05$	$X^2 = 7.971$	۴۵ مرد (۱۵ آزمایش او ۱۵ آزمایش ۲)	مداخله شناختی رفتاری مارلات گروه‌درمانی مبتنی بر مراحل تغییر	خدادوست و همکاران (۱۳۹۳)
$P < 0.001$	$X^2 = 20.00$	۳۰ مرد	مداخله تلفیقی خانواده‌درمانی راه-حل مدار و ساختاری	نامنی و همکاران (۱۳۹۳)
$P < 0.05$	$X^2 = 3.90$	۲۳ مرد (۱۱ آزمایش و ۱۲ گواه)	درمان مدل ماتریسی	فرنام (۱۳۹۲)
$P < 0.01$	$X^2 = 7.61$	۸۴ مرد (۲۸ آزمایش ۱، ۲۷ آزمایش ۲، ۲۹ گواه)	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن-آگاهی	حامدی و همکاران (۱۳۹۲)
$P < 0.05$	$X^2 = 6.10$		مشاوره رفتاری و کاهش آسیب مصرف مواد	حامدی و همکاران (۱۳۹۲)
$P > 0.05$	$Z = -1$	۲۰ مرد	درمان شناختی رفتاری	قربانی و همکاران (۱۳۹۱)
$P < 0.001$	$X^2 = 29.34$	۱۱۲ مرد	درمان گروهی شناختی رفتاری	امیرآبادی و همکاران (۱۳۹۱)
$P < 0.01$	$Z = 2.25$	۲۰ زن	امیددرمانی مبتنی بر گام‌های برنامه امیددرمانی اسنایدر و همکاران	رئیسیان و همکاران (۱۳۹۰)
$P < 0.05$	$X^2 = 6.17$	۲۴ مرد	درمان پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی	کلدوی و همکاران (۱۳۹۰)
		۱۶ مرد	گروه درمانی تحلیل رفتار متقابل	کافی و همکاران (۱۳۹۰)
			اعلام نشده	

جدول ۱: اطلاعات توصیفی- پژوهشی مطالعات مورد پژوهش (مندرج در مقاله)

معناداری	آزمون آماری	حجم نمونه	الگوی مداخله (متغیر مستقل)	مؤلف (زمان پژوهش)
$P > 0/05$	$X^2=1/53$	۳۰ مرد	مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری	کریمیان (۱۳۹۰)
$P < 0/05$	$X^2=6/40$	۲۰ مرد	درمان شناختی رفتاری بر اساس الگوی کارول	ملازاده (۱۳۸۸)
$P < 0/01$	$X^2=6/68$	۲۷ مرد (۱۳ آزمایش، و ۱۴ گواه)	آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مبتنی بر مدل پیشگیری از عود مارلات و درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی	جعفری و همکاران (۱۳۸۸)
$P < 0/001$	$X^2=89/15$	۲۸ آزمایش ۱، ۳۰ آزمایش ۲، و ۳۰ آزمایش ۳، و ۳۰ گواه)	درمان فعال‌سازی رفتاری و قرارداد گروهی همراه با آموزش حمایت خانواده	گودرزی و بشارت (۱۳۸۸) ^۲
$P < 0/01$	$X^2=10/95$	۲۷ و ۳۰ آزمایش ۱، ۲، و ۳۰ گواه)	درمان شناختی رفتاری رفتاردرمانی شناختی پیشگیری از عود	دباغی و همکاران (۱۳۸۷)
$P < 0/01$	$X^2=10/95$	۲۷ و ۳۰ آزمایش ۱، ۲، و ۳۰ گواه)	درمان پیشگیری از عود بر پایه ذهن‌آگاهی	دباغی و همکاران (۱۳۸۷)

برای ارزیابی ناهمگنی نتایج مطالعات از آزمون خی دو (X^2) استفاده شد ($p > 0/05$, $df=24$ درجه آزادی، $Q=22/24$). با توجه به مقدار معناداری در سطح خطای ۵٪ معنادار نمی‌باشد و نتیجه می‌گیریم که نتایج مطالعات ناهمگن نیستند. مقدار عددی شاخص I^2 که صفر گزارش شده نیز مبین همگنی نتایج مطالعات می‌باشد. همچنین، آزمون T^2 این موضوع را تایید می‌کند. بر اساس این آزمون واریانس بین نتایج مطالعات کمتر از ۰/۰۰۱ است. برآورد فاصله اطمینان برای پیشگیری از عود در نمودار ۲ ارائه شده است.



نمودار ۲: برآورد فاصله اطمینان برای پیشگیری از عود

فرا تحلیل انجام شده بر اساس تفاوت خطر^۱ نشانگر اثربخشی معنادار درمان‌های روان‌شناختی بر کاهش عود اعتیاد می‌باشد ($Z=15/77, P<0/001$). همانگونه که در نمودار انباشت ملاحظه می‌شود تفاوت خطر برابر ۰/۴۳ می‌باشد و نشانگر آن است که میزان پیشگیری از عود در گروه آزمایش (درمان‌های روان‌شناختی) ۴۳٪ بیشتر است. به عبارت دیگر میزان عود در گروه آزمایش ۴۳٪ کمتر از گروه کنترل می‌باشد.

جدول ۲: آنالیز زیرگروه‌های وارد شده به فراتحلیل بر اساس نوع درمان

معداری	I^2 %	معداری در زیر گروه	I^2 در زیر گروه	شدت اثر	تعداد کار آزمایی	زیر گروه‌های درمانی
		۰/۰۰۱	۰/۰/۰	۰/۴۳(۰/۳۵-۰/۵۰)	۱۲	شناختی رفتاری
		۰/۰۰۱	۰/۰/۰	۰/۳۵(۰/۲۴-۰/۴۷)	۵	ذهن آگاهی
		۰/۰۰۱	۰/۰/۰	۰/۵۲(۰/۳۰-۰/۷۳)	۲	درمان ماتریس
		-	-	۰/۵۰(۰/۱۲-۰/۸۷)	۱	سایکودرام
۰/۰۰۱	۰/۵۵ %	-	-	۰/۲۰(۰/۱۳-۰/۵۳)	۱	درمان مبتنی بر مراحل تغییر
		-	-	۰/۸۰(۰/۵۸-۱/۰۲)	۱	خانواده درمانی
		-	-	۰/۵۰(۰/۱۲-۰/۸۷)	۱	امید درمانی
		-	-	۰/۳۷(-۰/۰۷-۰/۸۲)	۱	تحلیل رفتار متقابل

در مقایسه تأثیر شیوه‌های مختلف درمانی بر پیشگیری از عود، همانگونه که در جدول ۲ نشان داده شده، اندازه اثرهای متفاوتی گزارش شده است. اگر چه بالاترین اندازه اثر در خانواده درمانی مشاهده می‌شود ولی باید به این نکته توجه نمود که تنها یک مطالعه در این شیوه درمانی وارد فراتحلیل شده که با در نظر گرفتن تعداد پایین مطالعات انجام شده در برخی از زیر گروه‌های درمانی، نمی‌توان با تکیه بر اندازه اثرهای به دست آمده تفاوت بین روش‌های درمانی را مورد تحلیل قرار داد.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف بررسی میزان اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی بر پیشگیری از عود مصرف مواد در معتادین به روش فراتحلیل انجام شد تا از این طریق علاوه بر ترکیب یافته‌های مطالعات موجود، امکان نتیجه‌گیری دقیق‌تر در این زمینه فراهم گردد. نتایج نشانگر اثربخشی معنادار درمان‌های روان‌شناختی بر کاهش عود اعتیاد می‌باشد و از این منظر با یافته‌های سایر پژوهش‌گران در این زمینه همسو می‌باشد (پرندرگاست^۱، و همکاران، ۲۰۰۲؛ گیلفورد^۲ و همکاران، ۲۰۰۴؛ دوترا^۳ و همکاران، ۲۰۰۸؛ کاتز و تونر^۴،

۲۰۱۳). دوترا و همکاران (۲۰۰۸) مطالعه مروری بر روی ۳۴ مطالعه آزمایشی کنترل شده (متشکل از ۲۳۴۰ بیمار) انجام دادند تا اثربخشی درمان‌های روانی اجتماعی بر مصرف داروهای غیرقانونی را بررسی نمایند. به طور کلی، اندازه اثر متوسط ۰/۴۵ به دست آمد (d=۰/۴۵) در حالی که بیشترین اثربخشی در مورد سوء مصرف کانابیس (d=۰/۸۱)، اثربخشی متوسط برای سوء مصرف کوکائین (d=۰/۶۲) و کمترین اثربخشی در مورد مصرف چندگانه مواد (d=۰/۲۴) مشاهده گردید. این موضوع نشانگر آن است که هرچه اختلالات مصرف مواد شدیدتر و پیچیده‌تر باشد درمان آن نیز سخت‌تر خواهد بود. میزان بالای ریزش و نیمه‌کاره رها کردن درمان (۴۲٪) در گروه‌های آزمایش مصرف‌کننده کوکائین با نرخ اندازه اثر خوب آن (۰/۶۲) متناسب نبود. بیشترین اثربخشی در مورد درمان مدیریت وابستگی (۱۴ مطالعه) مشاهده شد (d=۰/۵۸). تعداد ۱۳ مطالعه در مورد درمان شناختی رفتاری بود که اندازه اثر پایینی را نشان داد (d=۰/۲۸). میانگین مدت درمان ۲۱ هفته بود.

مهارت‌های مقابله‌ای که معمولاً در درمان‌های شناختی-رفتاری آموزش داده می‌شوند، به بیماران می‌آموزند که چگونه از مصرف مواد امتناع ورزند. هر جلسه درمان شناختی رفتاری شامل تشریح منطق درمان، دستورالعمل مهارت‌ها و ایفای نقش همراه با بازخورد و تقویت است. مهارت‌های امتناع از مصرف، تشویق، انتقاد موثر، انتقاد‌پذیری، مهارت‌های گوش کردن، مهارت مکالمه و مهارت‌های حل مسئله و تعارض از مهمترین عناوین مورد بحث در جلسات می‌باشد (کمرزین، خالدیان، شوشتری، و احمدی‌مهر، ۲۰۱۳).

تمرین‌های ذهن آگاهی (برای مثال تنفس ذهن آگاه) با پیامدهای سلامت جسمانی و روانی بهتر همراه است (رایان و احمد، ۲۰۱۶). تکالیف ذهن آگاهی توجه بر زمان حال را تقویت می‌کنند، که به نوبه خود چرخه‌های فکری همراه با جستجوی مواد را قطع و دچار اختلال نموده و بنابراین راهبرد مقابله‌ای اخلاقانه‌ای را جایگزین می‌نماید؛ این موارد به طور کلی می‌تواند منجر به مدیریت رفتارهای اعتیادی شود (گارلند، فرولیگر و هوارد، ۲۰۱۳).

در حال حاضر، علاقمندی فزاینده‌ای به بررسی اثربخشی انواع مختلف مداخلات روان‌شناختی بر سوء‌مصرف مواد و عود در جهان و ایران به وجود آمده و پژوهش‌های مختلف در این زمینه انجام شده است. مطالعات مرور سیستماتیک مختلفی نیز در جهان انجام شده که از اثربخشی مداخلات روان‌شناختی در کمک به افراد معتاد حمایت می‌کند (کاتز و تونر، ۲۰۱۳). با این وجود، مرور پیشینه پژوهشی نشانگر آن است که این مطالعات بیشتر بر روی متغیرهای خاص و محدودی انجام شده و پیچیدگی‌های مرتبط با درمان‌های روانی اجتماعی اعتماد مورد بررسی دقیق قرار نگرفته که تا حدود زیادی ناشی از قلت مطالعات پایه‌ای است. از آنجایی که روز به روز بر تعداد مطالعاتی که نشانگر اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی بر سوء‌مصرف مواد است افزوده می‌شود، نیاز به انجام مطالعات تکمیلی و ترکیب یافته‌های این مطالعات احساس می‌شود که مطالعه حاضر در راستای پاسخ‌گویی به این نیاز انجام گرفت. با این حال، لازم است پژوهش‌های بیشتری در خصوص میزان و تداوم اثرات درمان‌های روان‌شناختی بر سایر عوارض سوء‌مصرف مواد در ایران انجام گیرد. ضمن این که، جای خالی مطالعات بررسی اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی بر سوء‌مصرف مواد با تاکید بر نقش جنسیت در پژوهش‌های اولیه و بالتبع در مطالعات نظام‌مدار و فراتحلیل احساس می‌گردد که پژوهش‌گران بایستی در این زمینه اهتمام ورزند.

پژوهش حاضر با توجه به روش تحقیق استفاده شده، با محدودیت‌های خاصی مواجه بوده که در ادامه به مهمترین آن‌ها اشاره می‌شود؛ با توجه به این که مرحله جستجو در این مطالعه فقط در پایگاه‌های فارسی زبان انجام شد سوگیری ناشی از زبان جستجو^۱ از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌باشد. همچنین اکثر مطالعاتی که شرایط ورود به پژوهش را احراز نمودند، اطلاعات توصیفی و جمعیت‌شناختی مرتبط شامل سن، جنس، سطح تحصیلات و... را گزارش نکرده بودند، بنابراین بررسی عمیق تر و کشف روابط بین انواع مداخلات درمانی و اثربخشی آن‌ها با ویژگی‌های شرکت‌کنندگان امکان‌پذیر نبود.

منابع

- افشار، پرویز (۱۳۹۵). مرگ سالانه ۳۰۰۰ ایرانی به دلیل اعتیاد/افزایش ۶۰ درصدی مرگ و میر معتادان در سال جاری. بازتابی شده از: http://www.dchq.ir/index.php?option=com_content&view=article&id=35797
- تابع بردبار، فریبا (۱۳۹۲). فراتحلیل اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری در درمان سوء مصرف مواد و سلامت عمومی افراد وابسته به مواد مخدر. فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۱۴(۱)، ۱-۱۲.
- شرق، علی؛ شکیبی، علی؛ نیساری، رقیه و آلیلو، لیلا (۱۳۹۰). بررسی عوامل مؤثر بر عود اعتیاد از دیدگاه معتادین مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد استان آذربایجان غربی. مجله پزشکی ارومیه، ۲۲(۲)، ۱۳۶-۱۲۹.
- زینالی، عالی (۱۳۸۹). زمینه‌های مستعد کننده پیش‌اعتیادی معتادان بهبود یافته. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱(۱۴)، ۴۴-۵۵.
- صرامی، حمید؛ قربانی، مجید و مینوئی محمود (۱۳۹۲). بررسی چهار دهه تحقیقات شیوع‌شناسی اعتیاد در ایران. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۷(۲۶)، ۲۹-۵۲.
- صرامی حمید؛ قربانی، مجید و تقوی، منصور (۱۳۹۲). بررسی دو دهه تحقیقات شیوع‌شناسی مصرف مواد در بین دانشجویان دانشگاه‌های ایران. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۷(۲۷)، ۹-۳۶.
- لطفی کاشانی، فرح؛ مجتبیایی، مینا و علی مهدی، منصور (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری، متادون درمانی و روش ترکیبی بر بهبود افسردگی معتادان تحت درمان. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۴(۵۴)، ۱۹-۲۶.
- ملازاده، جواد و عاشوری، احمد (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری در پیشگیری از عود و بهبود سلامت روانی افراد معتاد. مجله دانشور، ۱۶(۳۴)، ۱-۱۲.
- ناصری، اسماعیل (۱۳۹۳). کارآمدی طرحواره درمانی دو وجهی در درمان مردان وابسته به مواد مخدر مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی. پایان‌نامه دکتری، رشته روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
- نوری، رویا؛ صدیقیان، آمنه؛ رفیعی، حسن؛ نارنجیها، هومان؛ صرامی، حمید و باغستانی، احمد (۱۳۸۷). تحلیل روند اعتیاد در طی دودهمه اخیر (روند پدیده‌های مرتبط با اعتیاد در طی

سال‌های اجرای برنامه اول تا چهارم توسعه). مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد
دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

طارمیان، فرهاد؛ بوالهروی، جعفر و پیروی، حمید (۱۳۸۹). شیوع مصرف مواد در دانشجویان
دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران در سال تحصیلی ۸۹-۸۸. دفتر تحقیقات و آموزش ستاد
مبارزه با مواد مخدر.

نریمانی، محمد (۱۳۷۹). اعتیاد و روش‌های مقابله با آن. اردبیل: انتشارات شیخ صفی.

Daley, A. C., Marlatt, G. A., Lewinson, J. H., Ruiz, P., Millman, R. B., Langrod,
J. G. (2005). *Substance Abuse (A Comprehensive Textbook)*, 4th edit. Boston:
Williams & Wilkin.

Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S. L., Leyro, T. M., Powers, M. B., & Otto,
M. W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for
substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 179-187.
DOI: 10.1176/appi.ajp.2007.06111851.

Garland, E. L., Froeliger, B., Howard, M. O. (2013). Mindfulness training targets
neurocognitive mechanisms of addiction at the attention appraisal-emotion
interface. *Frontiers in Psychiatry*, 4. DOI: 10.3389/fpsy.2013.00173.

Gilford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M.
M., Rasmussen-Hall, M. L., Palm, K. M. (2004). Acceptance-based treatment
for smoking cessation. *Behavior Therapy*, 35, 689-705.

Goldstein, V., Fong, T., Rosenthal, R. and Tavares, H. (2007). A comparison of
craving and emotional states between pathological gamblers and alcoholics.
Addictive Behaviors, 32(8), 1555-1564.

Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh,
R. K. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in
women: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 86, 1-21.

Greenfield, S. F., Back, S. E., Lawson, K., & Brady, K. T. (2010). Substance
abuse in women. *The Psychiatric clinics of North America*, 33(2), 339-355.
DOI: 10.1016/j.psc.2010.01.004.

Katz, D., Toner, B. (2013). A systematic review of gender differences in the
effectiveness of mindfulness-based treatments for substance use disorders.
Mindfulness, 4(4), 318-331.

Rayan, A., Ahmad, M. (2016) Mindfulness-based Intervention: A Culturally
Adaptable Intervention in Clinical Psychology. *Clinical Psychiatry*, 2(3), 1-
2.

Kamarzarrin, H., khaledian, M., Shooshtari, M., & Ahmadimehr, Z. (2013). A
Study on efficiency of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on increasing
Self efficacy and improving addiction symptom among drug dependency
patients. *Technical Journal of Engineering and Applied Sciences*, 3(13),
1297-1304.

- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.) (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- McHugh, R. K., Hearon, B. A. & Otto, M. W. (2010). Cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 511–525. DOI: 10.1016/j.psc.2010.04.012.
- 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.
- Prendergast, M. L., Podus, D., Finney, J, Greenwell, L., Roll, J. (2006). Contingency management for the treatment of substance use disorders: A meta-analysis. *Addiction*, 10(11), 1546–1560.
- Roozen, H. G., Waart, R. D., Windt, D., Brink, W., Yong, C. A. & Kerckhof, A. F. (2006). A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. *European Neuropsychopharmacology*, 16(5), 311-323.
- Walitzer, K. S., Dearing, R. L. (2006). Gender differences in alcohol and substance use relapse. *Clinical Psychology Review*, 26(2), 128-148.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was Zen, this is Tao. *The American Psychologist*, 59(4), 224-235.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., & Walker, D. D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), 211-228.
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Harrop, E., Douglas, H., Enkema, M., & Hendrickson, C. (2014). Mindfulness-based treatment to prevent addictive behavior relapse: Theoretical models and hypothesized mechanisms of change. *Substance Use and Misuse*, 49, 513-524.
- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. (2005). *Global illicit drug trends*. New York: United Nations.

