

بررسی اثربخشی مداخله‌ی شناختی-رفتاری مارلات و گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر بر میزان بهبودی و پیشگیری از عود در بیماران مرد وابسته به کراک (هروئین فشرده)

ساناز خدادوست^۱، محمداورکی^۲، مهدی دهستانی^۳، شهره بیات^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۲/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۶/۱۰

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر و درمان شناختی-رفتاری مارلات بر میزان بهبودی و پیشگیری از عود بیماران وابسته به کراک (هروئین فشرده) در مقایسه با بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون بود. **روش:** در یک طرح آزمایشی، ۴۵ بیمار مرد، باتشخیص وابستگی به کراک (هروئین فشرده) برپایه‌ی معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری نسخه چهارم تجدید نظر شده، پس از سم‌زدایی به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایشی ۱ تحت ۱۶ جلسه‌ی ۱/۵ ساعته‌ی گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر قرار گرفت. گروه آزمایشی ۲ نیز تحت مداخله شناختی-رفتاری مارلات ۱۲ جلسه ۲ ساعته، قرار گرفت. گروه کنترل نیز تحت درمان نگهدارنده، قرار داشتند و هیچ نوع روان‌درمانی دریافت نکردند. آزمودنی‌ها به کمک بررسی پرونده، تست ادرار و مصاحبه ساختاریافته، پیش از آغاز درمان، پس از پایان جلسات آموزشی و در پایان مرحله پیگیری ۳ ماهه، ارزیابی شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد به‌کارگیری روش‌های روان‌درمانی به بهبودی و کاهش عود در بیماران تحت درمان نگهدارنده به متادون نقش موثری دارند. **نتیجه‌گیری:** مشکلات روانی و تعارضات موجود چه در دوره قبل از اعتیاد و چه به‌هنگام اعتیاد می‌تواند باعث گرایش مجدد افراد به مصرف مواد مخدر شوند، بنابراین به‌کارگیری روان‌درمانی می‌تواند در پیشگیری از عود نقش موثری داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر، مداخله شناختی-رفتاری مارلات، میزان بهبودی، پیشگیری از عود، کراک (هروئین فشرده)

۱- نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، پست الکترونیک: sanaz.khodadust@gmail.com

۲- استادیار دانشگاه پیام نور

۳- استادیار دانشگاه پیام نور

۴- کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی

مقدمه

اعتیاد به مواد به صورت انبوه متراکمی از پیامدهای منفی ناشی از مصرف مواد تعریف شده است که این پیامدها هر روز شدت پیدا می‌کنند (سوریزایی، خلعتبری، کیخای فرزانه و رئیسی فرد^۱، ۲۰۱۱)؛ درمان اختلالات همراه اعتیاد یکی از عوامل مهم در پیشگیری از عود است، میزان همبودی بالای افسردگی، اضطراب و هیجان‌های منفی (مثل خشم و شرم) در مصرف‌کنندگان مواد بر اساس نظریه «خودگردانی» موجب افزایش مصرف مواد برای کاستن از هیجان‌های منفی یا افزایش هیجان‌های مثبت می‌شود (سندرا، براون، آرون و رامو^۲، ۲۰۰۴). به عبارتی، یکی از علل شروع اعتیاد و عود، هیجان‌های منفی مانند عصبانیت، اضطراب، افسردگی و ناکامی است که اغلب به موقعیت‌های پرخطر بین فردی مربوط می‌شوند و با نرخ بالای عود، مرتبط هستند (مارلات و گوردون^۳، ۱۹۸۵). این حالت‌های هیجانی ممکن است به وسیله ادراکات اولیه بین فردی، از موقعیت‌های مشخص یا از طریق واکنش به رویدادهای محیطی به وجود آید. موقعیت‌های دیگری که فرد یا گروهی از افراد را دربر می‌گیرد (برای مثال، موقعیت‌های پرخطر بین فردی)، بویژه تضادهای بین فردی (بحث با اعضای خانواده)، اغلب در نتیجه هیجانات منفی است و می‌تواند باعث بروز عود اعتیاد شود. درواقع، حالت‌های هیجانی منفی بین فردی و موقعیت‌های متضاد بین فردی، به عنوان برانگیزنده‌های عود اعتیاد است (مارلات، بارت و دالی^۴، ۱۹۹۹). رفتار کنار آمدن فرد با یک موقعیت پرخطر، به طور خاص تعیین‌کننده نوعی بحران شبیه به عود است. بنابراین، کسی که می‌تواند به‌طور موثر، راهبردهای کنار آمدن را اجرا کند، به نسبت فردی که فاقد این مهارت‌ها است، کمتر در خطر عود قرار می‌گیرد. علاوه بر این، افرادی که به طور موفقیت آمیزی با موقعیت‌های پرخطر کنار می‌آیند از تجربه حس خود کارآمدی بالاتری برخوردارند. برعکس، افراد با خود کارآمدی پایین، خود را فاقد انگیزه یا توانایی لازم برای مقاومت در برابر یک موقعیت پرخطر مصرف الکل احساس می‌کنند (قربانی، ۱۳۸۷). مارلات و گوردون (۱۹۸۵) معتقدند که رازهای

- 1 . Sourizaei, Khalatbari, Kwikhayfarzaneh & Raisifard
- 2 .Sandra, Brown, urnod & Ramo
- 3 . Marlatt & Gordon
- 4 . Barrett & Daley

گذشته زندگی فرد، به شدت با خطر عود که متضمن درجه‌ای از تعادل بین تقاضاهای خارجی ادراک شده (مثلا بایدها) و فعالیت‌های لذت‌بخش یا ارضاکننده درونی (مثلا خواسته) است، در ارتباط است. شخصی که زندگی مملو از تقاضاهای متنوع است، فشار روانی دائمی را تجربه می‌کند و نه تنها می‌تواند حالات هیجانی منفی را به وجود آورد، بلکه میل او برای لذت بردن و عقلایی سازی این که حق دارد در مصرف زیاده روی کند افزایش می‌یابد. در غیاب فعالیت‌های لذتبخش مربوط به مصرف الکل، فرد نوشیدن را فقط به عنوان کسب لذت یا رهایی از درد انتخاب می‌کند؛ به همین دلیل، افراد معتاد تنها راه مقابله با این حالت‌های منفی را مصرف مجدد می‌دانند. بنابراین، باید به افراد معتاد برای یافتن راه‌هایی جهت مقابله با وسوسه‌ها و حالت‌های خلقی منفی کمک کرد. تمامی مدل‌های درمانی و پیشگیری از عود به اهمیت شناسایی عوامل مربوط به عود واقف هستند. شناخت عوامل خطر، بیمار را قادر می‌سازد تا از عود فاجعه آمیز به مصرف مواد جلوگیری کند، برای این منظور بایست با یک دیدگاه چندوجهی به درمان اعتیاد پرداخته شود. همچنین، عوامل خطر آفرین شناختی و نگرش‌های ناکارآمد به مواد مخدر مورد بررسی و آزمایش قرار گیرند.

بعضی از محققین اعتقاد دارند که سم زدایی به تنهایی نمی‌تواند به بیمار کمک کند، بلکه بیمار نیازمند مداخلات روان درمانی و انگیزشی است. درمان باید بر تقویت احساس کنترل و تسلط فرد، به‌ویژه از طریق برنامه‌ریزی برای فرصت‌ها و تمرین رفتارهای مقابله‌ای مناسب تمرکز کند (لوئیس، دانا، بلوینس، ۱۳۸۵). صرف نظر از این که مشکل چگونه شروع شده باشد افراد باید از طریق یادگیری فنون رفتاری، بیاموزند که مسئولیت حل مشکلات خود را به عهده بگیرند؛ بدون این که مجبور باشند خود را به علت شروع اعتیاد سرزنش کنند (مارلات و گوردون، ۱۹۸۵). پذیرش مسئولیت یکی از اولین گام‌های درمان بیماران معتاد است. نقطه قوت این نگرش این است که بیمار از همه توانایی خود برای ایجاد تغییرات در محیط زندگی‌اش استفاده می‌کند. مارلات و گوردون (۱۹۸۵) در تاکید بر این دیدگاه معتقدند که آسیب‌شناسی اعتیاد می‌تواند تحت تاثیر عواملی کاملاً متفاوت با عوامل مربوط به فرایند درمان و بهبودی به حساب آید. عنصر اساسی در هر

برنامه درمانی پیشگیری از عود است. رویکرد پیشگیری از عود دو محور اساسی را در بر می‌گیرد: اولین محور بر شناسایی و تحلیل کارکردی موقعیت‌های پرخطر که به مصرف مواد منجر می‌شود و همچنین بر استفاده از آموزش مهارت‌های سازگاری تمرکز دارد. فراگیری این مهارت‌ها به افراد کمک می‌کند تا با موقعیت‌های پرخطر مقابله کنند. دومین محور پیشگیری از عود عبارت است از افزایش درک و فهم مراجعان از الگوی مصرف مواد، که می‌تواند نقش مهمی را در جلوگیری از عود ایفا کند. در الگوی پیشگیری از عود به مقابله با عودهایی که اتفاق افتاده و به حداقل رساندن تاثیر منفی آن‌ها تاکید می‌شود. داشتن چنین دیدگاه‌هایی به مراجعان کمک می‌کند تا یاد بگیرند که عودها در تداوم بخشیدن به انگیزه‌های آنان برای رسیدن به اهداف بلندمدت موثر است، از این دیدگاه، بهبودی بیشتر به عنوان یک فرایند یادگیری مد نظر قرار می‌گیرد (مارلات، بلوم و پارکز^۱، ۲۰۰۴). اگر مراجعان در باتلاق منفی‌بافی نگرش‌های ناسالم بیافتند ممکن است از پذیرش این واقعیت که پیشگیری از بازگشت مستلزم سخت کوشی است سر باز زنند، غرق در ترحم‌جویی شوند و نسبت به کندی درمان اظهار بی‌صابری کنند. این شرایط موجب افسردگی، احساس خستگی مزمن، تنهایی، غمگینی، عصبانیت، احساس شرم و گناه می‌شود که غالباً زمینه ساز عود هستند (سورن سن^۲، ۲۰۰۵).

تاکنون چندین مدل مختلف شناختی-رفتاری در حوزه اعتیاد ایجاد شده است. نتایج یک بررسی نشان داد که مدیریت وابستگی همراه با رویکردهای تقویت جامعه یا رویکردهای پیشگیری از عود و پیشگیری از عود همراه با دارودرمانی در بیماران دارای اختلالات همزمان از موفق‌ترین درمان‌های موجود است. یکی از شایع‌ترین و موفق‌ترین درمان‌ها برای اختلالات مرتبط با اعتیاد در زمینه‌های مصرف الکل، کوکائین، مواد مخدر و دیگر اختلالات روانپزشکی درمان شناختی رفتاری است (مارلات و ویتکوئتز^۳، ۲۰۰۵). رویکرد فرانظری، بر اساس تحقیقات پروچاسکا، دیکامنته و نارکراس^۴ (۱۹۹۲) می‌باشد که مبتنی بر تئوری شناختی-اجتماعی باندورا است. این مدل شامل ۵ مرحله تغییر است

1. Blume & Parks

2. Sorensen

3. Witkiewitzm

4. Prochaska, Diclemente & Norcross

که عبارتند از: (۱) مرحله پیش از تامل: که مشکلی دیده نمی‌شود، (۲) تامل: که مشکلی دیده می‌شود و لزوم عمل مد نظر قرار می‌گیرد، (۳) آمادگی: که طرح‌های عینی برای عمل بلافاصله انجام شود، (۴) عمل: که جهت تغییر کاری انجام می‌شود، (۵) نگهداری: که برای حفظ تغییر اقداماتی انجام می‌شود. پروچاسکا و دیکلمن (۱۹۸۴) همچنین ۱۰ فرایند ویژه تغییرشناسایی کردند که اشخاص را قادر می‌سازد از یک مرحله به مرحله بعدی حرکت کنند. آن‌ها به عنوان موتور تغییر در نظر گرفته می‌شوند. این فرایندهای تغییر در دو گروه قرار می‌گیرند. گروه اول، فرایندهای تجربی هستند که بر فرایندهای فکری درونی تمرکز دارند و این که یک شخص موقعیت خود را چگونه می‌بیند. این فرایندها برای مراحل اولیه تغییر بیشترین تناسب را دارند. گروه دوم، فرایندهای رفتاری هستند که بر روی رفتار و عمل تمرکز دارند و برای مراحل بعدی تغییر مهم‌تر هستند. در رویکرد فرانظری، کفایت شخصی هم با بررسی و سنجش سطح وسوسه مراجع در درگیر شدن در یک رفتار مشکل‌زا و هم اطمینانش در پرهیز و امتناع از انجام آن رفتار، درمواجهه با وسوسه‌ها ارزیابی شده است. مطالعات با بیماران سوءمصرف کننده و وابسته به الکل نشان داده است که شرکت کنندگان نزدیک به مرحله عمل تغییر، اغوا و وسوسه کمتری نسبت به مصرف الکل دارند و اعتماد و اطمینان بالاتری در پرهیز از مصرف در مقایسه با بیماران در مراحل اولیه دارند. در یک پیگیری سه ساله آزمودنی‌هایی که اطمینان آن‌ها بیشتر از وسوسه آن‌ها بود به طرز معناداری کمتر احتمال داشت به مصرف الکل برگردند (به نقل از ولاسکوئز و کروچ، ۱۳۹۲). با توجه به این یافته‌ها، سوال اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا مداخله‌ی شناختی-رفتاری مارلات و گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر بر میزان بهبودی و پیشگیری از عود در بیماران مرد وابسته به کراک (هروئین فشرده) اثربخش است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این تحقیق از نظر هدف، یک تحقیق کاربردی است و از لحاظ ماهیت و روش یک طرح آزمایشی است. جامعه آماری عبارت بودند از: ۱۶۳ نفر بیمار مبتلا به اعتیاد که به کلینیک

درمان و ترک اعتیاد جمعیت آفتاب شهر تهران از تاریخ اول فروردین ماه تا اول تیرماه سال ۱۳۹۰ مراجعه کرده بودند. گروه نمونه ۴۵ نفر از مراجعین بودند که بر اساس روش نمونه-گیری هدفمند با توجه به ملاک‌های ورود انتخاب شدند. ملاک‌های ورود در این پژوهش عبارت بودند از (۱) پرهیز از مصرف مواد قبل از ورود به برنامه درمان حداقل به مدت ۱ هفته؛ (۲) تشخیص اولیه ملاک‌های وابستگی به مواد براساس ملاک‌های نسخه چهارم تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی؛ (۳) عدم مصرف منظم داروهای روان‌پریشی در هنگام ورود به برنامه درمان؛ (۴) داشتن حداقل سن ۱۸ سال و حداکثر ۶۰ سال؛ (۴) دارا بودن سطح تحصیلات حداقل ابتدایی؛ ملاک‌های خروج در این پژوهش عبارت بودند از: (۱) ابتلا به اختلالات روان‌پریشی یا اختلال دوقطبی؛ (۲) بیماری‌های طبی شدید که مانع شرکت درمان‌جو می‌شود؛ (۳) شرکت همزمان در برنامه‌های درمانی دیگر. تعداد ۴۵ نفر انتخابی به طور تصادفی به سه گروه ۱۵ نفری تقسیم شدند که در دو گروه از آن‌ها مداخله انجام شد و در گروه دیگر مداخله‌ای انجام نشد و به عنوان گروه گواه در نظر گرفته شد.

ابزار

۱- شاخص درمانی مواد افیونی: یک مصاحبه ساختار یافته برای ارزیابی جامع درمان مواد افیونی است. هدف اصلی تهیه این ابزار، فراهم کردن مجموعه‌ای از اندازه‌گیری-های استاندارد شده و جامع برای ارزیابی درمان مواد افیونی است. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد مشکلات مربوط به مصرف مواد افیونی نسبتاً مستقل‌اند و ابزار اندازه-گیری باید این عدم تجانس‌ها را در ساختار خود شامل شود (دباغی، ۱۳۸۵). شاخص درمانی مواد افیونی دارای ۵ بخش برای ارزیابی افراد وابسته به مواد مخدر و دیگر داروهای اعتیادآور است و به صورت مصاحبه با فرد معتاد توسط درمانگر تکمیل می-شود. در پژوهشی روی نمونه‌های ایرانی برای بررسی اعتبار این شاخص به فاصله یک هفته توسط ۳۰ نفر از معتادان تحت درمان تکمیل گردید که نتایج با استفاده از آلفای کرونباخ برای رفتارهای پرخطر تزریقی و جنسی ۰/۸۱، عملکرد اجتماعی ۰/۶۹؛

بزهکاری ۰/۵۳؛ سلامتی ۰/۷۱؛ سازگاری روانشناختی ۰/۷۵ به دست آمد. همچنین با استفاده از روش بازآزمایی به فاصله دوهفته برای مقیاس‌های مختلف به ترتیب برای مصرف مواد افیونی ۰/۸۴؛ برای رفتارهای پرخطر جنسی ۰/۸۵؛ برای عملکرد اجتماعی ۰/۸۱؛ بزهکاری ۰/۷۳ و وضعیت تندرستی ۰/۷۶ گزارش شد که همبستگی معناداری بود. همچنین برای بررسی اعتبار آن همزمان پرسش‌نامه توسط ۳۰ نفر از همسران معتادان تکمیل گردید. میزان همبستگی برای مقیاس‌های مصرف مواد افیونی ۰/۸۹؛ مقیاس رفتارهای پرخطر جنسی و تزریقی ۰/۸۳؛ عملکرد اجتماعی ۰/۹۱؛ و رفتارهای بزهکارانه ۰/۷۳ به دست آمد که همه آن‌ها معنادار بودند. همچنین برای بررسی صحت گزارش بیمار، میزان توافق نتایج ۴۰ نمونه ادرار و گزارش بیمار مورد بررسی قرار گرفت که میزان توافق ۰/۸۵ برای مصرف مواد افیونی به دست آمد (دباغی، ۱۳۸۵).

۲- تست ادرار: که توسط کیت‌های (مورفین، آمفتامین، حشیش) نشانگر اعتیاد تا ۳ ماه بعد از سم‌زدایی هفته‌ای یکبار و بعد از آن هر ۱۵ روز یک بار به صورت تصادفی و بدون اطلاع از بیماران گرفته می‌شد.

یافته‌ها

میزان ۶۶/۷ درصد از گروه مداخله مبتنی بر مراحل تغییر متاهل و ۳۳/۳ درصد مجرد بودند. در گروه مداخله مارلات ۶۰ درصد متاهل و ۴۰ درصد مجرد، ۴۶/۷ درصد گروه گواه متاهل و ۵۳/۳ درصد از آن‌ها مجرد بودند. از نظر سطح تحصیلات ۶۶/۷ درصد گروه مبتنی بر مراحل تغییر دیپلم و پایین‌تر، ۳۳/۳ درصد تحصیلات بالاتر داشتند. ۵۳/۳ درصد گروه مداخله مارلات دیپلم و پایین‌تر، ۴۶/۷ درصد تحصیلات بالاتر؛ و آزمودنی‌های گروه گواه ۶۰ درصد دیپلم و پایین‌تر و ۴۰ درصد آن‌ها تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند. همچنین، تعداد دفعات ترک قبلی بین (۲-۰)، ۷/۴۶٪ از گروه مداخله مبتنی بر مراحل تغییر، ۱۴۰٪ از گروه مارلات، ۷/۴۶٪ از گروه متادون درمانی را شامل می‌شد. همچنین ۴۰٪ از گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر، ۶۰٪ از گروه مارلات، ۵۳/۴٪ از گروه

متادون درمانی تعداد دفعات ترک قبلی (۵-۳) داشتند. تنها ۱۳/۳٪ از گروه گروه‌درمانی تعداد دفعات ترک قبلی (۸-۶) داشتند.

آماره‌های توصیفی شاخص درمانی مواد افیونی به تفکیک گروه‌ها و مراحل آزمون در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی شاخص درمانی مواد افیونی به تفکیک گروه‌ها و مراحل آزمون

گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیشگیری
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
گروه آزمایشی ۱	۲۹/۶۶	۴/۶۷	۲۲/۶۰	۲/۸۷	۲۳/۰۶
گروه آزمایشی ۲	۲۹/۴۷	۴/۷۵	۲۳/۶۰	۳/۲۵	۲۵/۳۳
گروه گواه	۳۱/۱۳	۴/۶۲	۲۹/۹۳	۳/۱۷	۳۲/۵۳

برای بررسی اثربخشی مداخلات از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثربخشی مداخلات

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری
گروه	۹۵۶/۸۶	۲	۴۷۸/۴۳	۲۳/۵۳۳	۰/۰۰۰۵
خطای گروه	۸۵۴/۱۰	۴۲	۲۰/۳۳		
زمان	۵۰۴/۵۲	۲	۲۵۲/۲۶	۳۴/۶۰۳	۰/۰۰۰۵
خطای زمان	۶۱۲/۰۹	۸۴	۷/۲۹		
تعامل زمان و گروه	۲۷۵/۴۱	۴	۶۸/۸۵	۹/۴۴۹	۰/۰۱۲

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود اثر گروه معنادار بوده است. به بیان دیگر مداخلات موثر بوده است. برای مقایسه‌های دو به دویی از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. نتایج آزمون تعقیبی نشان داد که تفاوت معناداری بین هر دو گروه آزمایشی با گروه گواه وجود دارد. لیکن تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایشی یافت نشد. به بیان دیگر، مداخلات اعمال شده باعث بهبودی در گروه‌های آزمایش شده است. برای بررسی تفاوت نسبت‌های عود در پس آزمون از آزمون مجذور خی دو متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۳: نتایج جدول متقاطع در پس آزمون برای بررسی اثربخشی مداخلات در میزان عود

نتیجه	گروه آزمایش ۱	گروه آزمایش ۲	گروه گواه	مجذور خی	معناداری
پرهیز	۱۴	۱۳	۸	۷/۹۷۱	۰/۰۱۹
عود	۱	۲	۷		

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می شود درصد کمتری از افراد گروه های آزمایشی مبتلا به عود شده اند و این تفاوت نسبت ها معنادار است ($P < 0/05$, $7/971$ = مجذور خی). برای بررسی تفاوت نسبت های عود در پیگیری از آزمون مجذور خی دو متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۴: نتایج جدول متقاطع در پیگیری برای بررسی بقای اثربخشی مداخلات در میزان عود

نتیجه	گروه آزمایش ۱	گروه آزمایش ۲	گروه گواه	مجذور خی	معناداری
پرهیز	۱۳	۱۱	۴	۱۲/۶۶۸	۰/۰۰۲
عود	۲	۴	۱۱		

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می شود درصد کمتری از افراد گروه های آزمایشی مبتلا به عود شده اند و این تفاوت نسبت ها معنادار است ($P < 0/01$, $12/668$ = مجذور خی).

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی روش گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر و درمان شناختی-رفتاری مارلات بر میزان بهبودی و پیشگیری از عود بیماران وابسته به کراک (هروئین فشرده) در مقایسه با بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون انجام شد. یافته های پژوهش نشان داد که آموزش دو مدل گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر و پیشگیری از عود مارلات در بهبودی و کاهش میزان عود افراد وابسته به کراک (هروئین فشرده) مؤثر بوده است. این نتایج با یافته های به دست آمده از تحقیق های سایر پژوهشگران (گلستانی، ۱۳۸۷؛ دباغی، ۱۳۸۵؛ گودرزی، ۱۳۸۷) همسو است. این تحقیقات نشان داده اند که دارو درمانی به تنهایی قادر به درمان کامل وابستگی افراد به مواد نبوده و مداخلات روانشناختی بخش مهمی از درمان افراد وابسته به مواد است. به عبارتی، میزان بازگشت نزد افرادی که این آموزش ها را دریافت کرده بودند نسبت به گروه گواه کاهش معناداری داشت. این یافته نشانگر اثربخش بودن مداخله های روان درمانی مبتنی بر آموزه های شناختی - رفتاری و افزایش احساس خود کارآمدی در درمانجویان است (اورکی، بیات و خدادوست، ۱۳۹۲؛ دباغی، ۱۳۸۵؛ رنجبرنوشری و همکاران، ۱۳۹۲). مداخله های مبتنی بر مراحل تغییر و پیشگیری از عود مارلات با آگاه سازی فعال درمانجویان نسبت به

کشش‌ها و امیال فردی و باورهای اشتباه در زمینه مصرف مواد و حالت‌های خلق منفی و شرایط استرس‌زا و نیز با جایگزینی راهبردهای حل مسئله کارآمد مانند ترک محلی که افراد مصرف‌کننده حضور دارند و شناخت عوامل خطر، بیمار را قادر می‌سازد تا از عود فاجعه‌آمیز به مصرف مواد مخدر جلوگیری کند. دو مداخله روان‌درمانی مورد بررسی در این پژوهش نسبت به یکدیگر در درمان و کاهش عود تفاوت معناداری را نسبت به یکدیگر نشان ندادند؛ دلیل آن می‌تواند این باشد که هر دوی این روش‌ها باعث ایجاد انگیزه، افزایش حمایت اجتماعی و یادگیری مهارت‌های مقابله‌ای در برخورد با مشکلات ناشی از مصرف مواد می‌شود.

از عوامل موثر دیگر بر پیشگیری از عود، تغییر شکل زندگی بیمار است. عدم تعادل میان خواسته‌ها، دوستان معتاد، نوع لذت بردن از زندگی، دوری از زندگی سالم از جمله عوامل سوق دهنده به سوی مصرف مواد هستند. مراجعان نیازمند اعمال تغییرات در شیوه زندگی خود هستند. بیمارانی که در ایجاد تغییرات مثبت در شیوه زندگی فردی خود با پرکردن خلاء به جای مانده از مواد مخدر با فعالیت‌های سالم و لذت بخش موفق بوده‌اند، شانس بیشتری برای ترک موفق داشته‌اند. آن‌ها در برنامه‌های تندرستی و ورزشی شرکت می‌کنند، از دوستان معتاد خود کناره‌گیری می‌کنند، از ذخیره کردن مواد در مکان‌های مختلف امتناع می‌ورزند و به کار و تفریح می‌پردازند (لوئیس، دانا و بلونیس، ۱۳۸۵؛ بیات، ۱۳۹۱). بالا رفتن خودکارآمدی در شرکت کنندگان می‌تواند یکی از نشانه‌های اثربخشی این شیوه باشد، چرا که بنابر نظر متخصصین یکی از ساز و کارهای بهبودی، خودکارآمدی است و هر چه فرد احساس خودکارآمدی بالاتری داشته باشد درمان او نیز با موفقیت بالاتری همراه است (اشمیت^۱، ۲۰۰۳) از طرف دیگر همان‌گونه که بندورا^۲ (۱۹۹۹) اظهار نظر کرده است افرادی می‌تواند بر وسوسه مصرف غلبه کنند که خود را در مواجهه با رویدادها تواناتر دیده و از قضاوت‌های خودکارآمدی بالایی برخوردار باشند.

منابع

اورکی، محمد؛ بیات، شهره؛ خدادوست، ساناز (۱۳۹۲). بررسی مقایسه اثربخشی مداخله شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی مارلات با اثربخشی مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در سلامت روان درمانجویان وابسته به کراک. فصلنامه علمی پژوهشی روان شناسی سلامت، ۱۱ (۲)، ۳۱-۲۰

بیات، شهره (۱۳۹۱). بررسی مقایسه اثربخشی مداخله شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی مارلات با اثربخشی مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبودی، سلامت روان و پیشگیری از عود درمانجویان وابسته به کراک. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، چاپ نشده، دانشگاه پیام نور تهران.

دباغی، پرویز (۱۳۸۵). اثربخشی شناخت درمانی بر اساس تفکر نظاره‌ای و فعال سازی طرح‌واره های معنوی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی. پایان‌نامه دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، چاپ نشده، انستیتو روان پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

رنجبرنوشی، فرزانه؛ محمودعلیلو، مجید؛ اسدی مجره، سامره؛ قدرتی، یلدا؛ نجار مبارکی، سیده مهسا (۱۳۹۲). مقایسه راهبردهای مقابله با استرس، کمال گرایی و خودکارآمدی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد و افراد بهنجار. فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد، ۷ (۲۵)، ۵۵-۴۱

قربانی، مجید (۱۳۸۷). پیشگیری از عود، فصلنامه اعتیاد پژوهی. ۲ (۷)، ۱۱۴-۹۲.

گلستانی، فاطمه (۱۳۸۷). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر در پیشگیری از عود در معتادان به مواد مخدر مرد شهر کرمان. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، مخدر مرد شهر کرمان روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.

گودرزی، ناصر (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری و قراردادی گروهی پر درمان بیماران وابسته به مواد افیونی. پایان‌نامه دکتری تخصصی روان شناسی، چاپ نشده، دانشگاه تهران.

لوئیس، جودی ت. آ. ک. دانا، روبرت، آ. بلوینس، گریگوری. (۱۳۸۵). مشاوره با معتادان: رویکرد انفرادی. ترجمه ابوالفضل خادمی و رسول روشن، تهران، انتشارات رشد

ولاسکوئز، م. کروج، د. (۱۳۹۲). گروه درمانی برای معتادان، مترجمان دکتر مصطفی نوکنی، دکتر حسین ضیاءالدینی، خاطره طوفانی، سید مهدی حسینی. تهران: انتشارات ارجمند.

Bandura, A. (1999). A sociocognitive analysis of substance abuse: An agentic perspective. *Psychological Science*, 10, 214-217.

Marlatt G.A & Witkiewitzm, K. (2005). *Relaps prevention for alcohol & drug prodems* (3th edition) New York, the Gilford press. (P1- 44).

Marlatt, G. A., Barrett, K., & Daley, D. C. (1999). *Relapse prevention*. In: M. Galanter, & H. D. Kleber. (eds.) *Textbook of substance abuse*

Marlatt, G.A & Gordon J.R. (1985). *Relaps prevention maintenance strategies in the treatment of Addictive behaviors* psychological Association, Guilford, New york.

- Marlatt, G.A, Blume, A.W & Parks G-A. (2004) integrative harm reduction therapy & traditional substance abuse treatment. *Journal of psychoactive Drage*, 33, 13-21.
- Prochaska, J. & DiClemente, C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, Ill., Dow Jones-Irwin
- Prochaska, J. O. (2004). Population treatment for addictions. *Current Directions in Psychological Science*, 13, 242-246.
- Prochaska, J. O.; DiClemente, C.; Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9, 1102-1114
- Sandra, S.R., Brown S. A., Urnod. M & Ramo, D, E. (2004). Context of relapse for substance dependen adults with and without co morbid psychiatric disorder, *Addictive Behaviours*, 29, 1707- 1724.
- Schemitt, M, M. (2003). *Effect of social support on substance abuse disorders*. Unpublished dissertation of PhD, University of Texas.
- Sorensen , J . L. (2005) druy abuse treatment thorygh collaborative . Alcoliccs : results of a place bo -controlled trial . *American Journal of psychiatry* 156(11), 1758-1764.
- Sourizaei, M., Khalatbari, J., Keikhayfarzaneh, M. M., & Raisifard, R. (2011). The prevevention of drug abuse, methods, challenges and research. *Indian Journal of Science& Technology*, 4(8), 1000-1003.