

## بررسی اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی مارلت روی بهبود و پیشگیری از بازگشت به مصرف مواد افیونی

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۸/۲۹

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۴/۶

محمد اورکی<sup>۱</sup>

لیلا مطبوعی<sup>۲</sup>

### چکیده:

**مقدمه:** بررسی اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی مارلت روی بهبود و پیشگیری از سوءمصرف مواد افیونی، هدف اصلی این پژوهش بود.

**روش:** در یک طرح آزمایشی با اندازه گیری مکرر، ۹۰ بیمار مرد با تشخیص وابستگی به مواد افیونی، پس از دوره سم زدایی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه بکار گمارده شدند. گروه اول به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی تحت درمان برنامه درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی مارلت قرار گرفتند، گروه دوم تحت نظر روانپزشک تنها داروی نالتراکسون دریافت کردند و گروه گواه هیچ نوع مداخله یا درمانی دریافت نکردند. آزمودنی‌ها توسط مصاحبه ساختاریافته شاخص مصرف مواد افیونی OTI و پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28، قبل از شروع درمان، پایان درمان و سه ماه پس از پایان درمان مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها به کمک روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و خی دو مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی مارلت در کاهش میزان بازگشت، افزایش اطاعت درمانی و مدت باقی ماندن در درمان و کاهش مصرف مواد افیونی، علائم جسمانی، اضطراب، بهبود عملکرد اجتماعی و وضعیت سلامت مؤثرتر است.

**نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد به کارگیری روش مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی مارلت به نحو قابل توجهی اثربخشی درمان را در بهبودی و پیشگیری از بازگشت مواد افیونی افزایش می‌دهد.  
**واژه‌های کلیدی:** الگوی مارلت، پیشگیری از بازگشت مارلت، مداخله شناختی رفتاری، نالتراکسون.

<sup>۱</sup> استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد روانشناسی

## The Effectiveness of Cognitive-Behavioral intervention according to marlatt's method on the Improvement and Relapse Prevention Of Opioid Use

Mohamad Oraki, Leyla Matbooei

### Abstract:

**Introduction:** The aim of this research was to evaluate the effectiveness of Cognitive-Behavioral intervention according to marlatt's method on the Improvement and Relapse Prevention of opioid use.

**Method:** 90 men Who were addicted to opium participated in the study and were randomly assigned to three groups following detoxification: 1- Cognitive behavior therapy according to marlatt's method. 2- Naltrexone alone. 3- No intervention or therapy. The experimental group received 12 weekly session each for 90 minutes, second experimental group took only naltrexone. In this study, The Opiate Treatment Index (OTI) and The General Health Were used, the end and three month later. Collected data were analyzed with using univariate analysis of Variance with repeated measures and Chi- square tests.

**Results:** Cognitive-Behavioral intervention according to marlatt's method decreases in drug use, somatic symptoms, anxiety, social dysfunctions and increase in health.

**Conclusion:** Cognitive-Behavioral intervention according to marlatt's method was significantly more effective than the other method in increasing, health and promoting of process of relapse prevention.

**Keywords:** Cognitive- Behavioral intervention, Marlatt's Relapse Prevention method, Naltrexone.

## مقدمه

یکی از جنبه‌های مهم سوءمصرف مواد که طی تلاش‌های بازدارنده مشخص شده بازگشت به مصرف مواد مخدر پس از دوره‌ای از قطع مصرف است. مطالعات زیادی شیوع بالای بازگشت به سوءمصرف مواد و درکنار آن آمار بالای بازگشت به مصرف مجدد مواد مخدر توسط معتادان پس از رهایی از زندان یا مراکز بازپروری را نشان می‌دهد. این موضوع مساله سوءمصرف مواد را پیچیده‌تر و دشوارتر ساخته و موقعیت این مراکز را در حاله‌ای از ابهام قرار داده است. در بررسی‌های انجام گرفته اکثر معتادین در مراکز بازپروری برای چندمین بار اقدام به ترک اعتیاد کرده‌اند و شاید دفعات ترک آنها آنقدر زیاد بوده که به طور مشخص به یاد نمی‌آورند (اورنگ، ۱۳۶۷). برخی از مطالعات نشان می‌دهد که حداقل ۲ نفر از ۳ بیماری که جهت قطع مصرف مواد افیونی اقدام کرده‌اند پس از شش ماه بازگشت داشته‌اند (کاپلان ۱۹۹۵). برخی محققان به این نتیجه رسیده‌اند که تنها ۲۰ تا ۵۰ درصد بیماران می‌توانند به قطع مصرف موثر بعد از یک سال ادامه دهند (فریدمن<sup>۱</sup> و هیچتر، ۱۹۸۸). از طرفی بالغ بر ۶۰٪ از فضای زندان‌های کشور را معتادان و مجرمین مواد مخدر اشغال نموده و انرژی زیادی را در بخش‌های گوناگون کشور مصروف خود ساخته و از نظر بهداشتی یکی از عوامل اصلی شیوع و بروز امراض مسری همچون ایدز، سل، هپاتیت ناشی از سوءمصرف مواد است که نه تنها سلامتی خود آنان بلکه سلامت کل جامعه را مورد تهدید جدی قرار داده است (نظری، ۱۳۷۸). بنابراین ضرورت دارد درمان‌های مقرون به صرفه تأیید شده از نظر تجربی رشد و توسعه یافته و مورد ارزیابی قرار گرفته و بکار برده شود.

پژوهش‌ها نشان می‌دهد در درمان و پیشگیری از بازگشت سوءمصرف مواد، حالت‌های هیجانی منفی و مثبت، میل و وسوسه از مهمترین عوامل خطر اصلی بازگشت می‌باشند (مارلت و ویتکویتز<sup>۲</sup> ۲۰۰۴)، در بررسی سبب شناسی سوءمصرف مواد و بازگشت رفتارهای اجباری محققان و نظریه‌پردازان مختلف، نقص در تنظیم هیجان، تحمل پایین ناراحتی، اجتناب هیجانی (هایز<sup>۳</sup> و فلدمن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴؛ خانتزیان<sup>۵</sup>، برهن<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵؛ لینهان<sup>۷</sup>، ۱۹۹۳)، رفتار بدون تفکر و عاداتی (تیفانی، ۱۹۹۹)، نشخوار فکری (تیزدل<sup>۸</sup>، ۱۹۹۹، ۲۰۰۴)، سوگیری نسبت به نشانه‌های مواد، خودکارآمدی پایین، نقص مهارت‌های مقابله‌ای (مارلت، ۱۹۹۶)، را پیشنهاد نموده‌اند. بنابراین در درمان و پیشگیری از بازگشت سوءمصرف مواد استفاده از روش‌هایی که بتوانند در این مشکلات موثر باشند ضروری است و به نظر می‌رسد می‌تواند اثربخشی درمان را افزایش دهد. نتایج پژوهش‌ها نشان

<sup>1</sup> Friedman

<sup>2</sup> Witkiewitz

<sup>3</sup> Hayes

<sup>4</sup> Feldman

<sup>5</sup> Khantizian

<sup>6</sup> Brehn

<sup>7</sup> Linehan

<sup>8</sup> Teasdal

می‌دهد در فرآیند درمان و بهبودی ۲۰٪ تا ۹۰٪ معنادانی که تحت درمان قرار می‌گیرند دچار بازگشت می‌شوند، بیشترین میزان بازگشت در ۹۰ روز پس از ترک گزارش شده است. با توجه به تعریف بازگشت، ماهیت برنامه درمان و زمان اندازه‌گیری، میزان بازگشت متفاوت گزارش شده است (میلر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵؛ پرسلین، زاک، مک ماین، ۲۰۰۲).

با توجه به این نتایج در حال حاضر کاهش میزان بازگشت یکی از چالش‌های اصلی درمانگران و بیماران در حوزه درمان مصرف مواد می‌باشد. اما روش‌های ابداع شده کمتر به مسئله هیجانانگیز بویژه هیجان‌هایی مثل خشم، شناخت و تأثیرات ایندو بر رفتار جستجو مواد و در نتیجه به کمک به فرد در جهت جلوگیری از بازگشت توجه کرده‌اند. یکی از روش‌های درمانی که اخیراً به این مسئله توجه ویژه‌ای داشته است، روش پیشگیری از بازگشت است که مارلت و همکاران (۱۹۸۵)، ابداع کرده‌اند این روش بر درمان شناختی رفتاری متکی است که بر یادگیری و حفظ مهارت‌های حل مسئله در اجتماع و مهارت‌های شناختی که باعث افزایش کنار آمدن مؤثر با موقعیت‌های مسئله آفرین و فشارآور می‌شوند، تأکید دارند. مارلت به عنوان مبدع برنامه شناختی رفتاری پیشگیری از بازگشت، بر پیشبینی موقعیت‌هایی که فرد را بعد از ترک در معرض خطر قرار می‌دهد تکیه کرده و فشارهای روانی ناشی از رویدادهای منفی زندگی، تعارض‌های بین فردی با خانواده و فشار ناشی از تأثیر اجتماع معنادین پیرامون شخص، مصرف مواد دیگر به عنوان محرک، احساسات و هیجانانگیز مثبت، اسباب و مکان‌های تداعی کننده مصرف مواد و همچنین هیجانانگیز منفی مانند خشم، اضطراب، افسردگی و ناکامی را به عنوان تعیین کننده‌های قوی بازگشت معرفی کرده است (نوروزی، ۱۳۸۵).

مفاهیم نظری این رویکرد درمانی (رویکرد شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی مارلت) از سی سال کار پژوهشی در زمینه روان‌درمانی در حوزه سوءمصرف مواد برآمده است که در این خصوص می‌توان به کارهای افرادی مثل آنیس، بندورا، بک، دیکلمنته، آلیس، ماهونی، مارلت، راجرز، اسکینر و اسپیلبرگر اشاره کرد (اورکی، ۱۳۹۰).

## فرضیه‌های پژوهش

- ۱- مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی مارلت در مقایسه با دارو درمانی تنها منجر به بهبودی بیشتری در وابستگان به مواد افیونی می‌شود.
- ۲- مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی مارلت در مقایسه با درمان‌های سنتی رایج (بدون دارو درمانی) منجر به بهبودی بیشتری در وابستگان به مواد افیونی می‌شود.
- ۳- مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی مارلت در مقایسه با دارو درمانی تنها و درمان‌های سنتی رایج (بدون دارو درمانی) به شکل مؤثرتری از بازگشت به مصرف مواد جلوگیری می‌کند.

<sup>1</sup> Miller

## روش

این پژوهش یک طرح آزمایشی با اندازه‌گیری‌های مکرر بود که در آن ۳ گروه آزمودنی در مقاطع زمانی مختلف مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند. جامعه پژوهش متشکل از ۱۸۰ بیمار مرد مراجعه کننده به یک مرکز درمانی سرپایی معتادان سازمان بهزیستی بود که بر اساس توصیه گرین (۱۹۹۰ به نقل از نوروزی؛ ۱۳۸۴) و با در نظر گرفتن اندازه اثر متوسط و همبستگی ۰/۵ بین اندازه‌های متوالی، اندازه نمونه برای هر گروه باید حداقل برابر ۱۳ نفر باشد. به دلیل میزان بالای ریزش در مطالعات مربوط به سوءمصرف مواد در این پژوهش در هر گروه ۳۰ نفر و جمعاً ۹۰ نفر از معتادان به روش تصادفی ساده از جامعه انتخاب شدند که پس از سم‌زدایی به صورت تصادفی منظم در دو گروه آزمایشی مداخله شناختی- رفتاری بهبود و پیشگیری از عود مارلت که طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به طور گروهی برگزار شد، درمان با نالتراکسون به تنهایی که تجویز آن روزانه ۵۰ میلی‌گرم به مدت ۱۲ جلسه انجام شد و گروهی که هیچ کدام از این درمانها را دریافت نکردند، جایگزین گردیدند. ملاک‌های شمول آزمودنی‌ها، تشخیص اولیه ملاک‌های وابستگی به مواد افیونی بر اساس DSM-IV، پرهیز از مصرف مواد قبل از ورود به برنامه درمان حداقل به مدت یک هفته، آزمایش منفی ادرار برای مواد افیونی، عدم مصرف منظم داروهای روان پریشی هنگام ورود به برنامه درمان، داشتن سن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۵۰ سال و دارا بودن سطح تحصیلات حداقل ابتدایی بود. ملاک‌های عدم شمول عبارت بود از ابتلا به اختلالات روان پریشی یا دوقطبی، بیماری‌های طبی شدید که مانع شرکت در درمان شود، شرکت همزمان در برنامه درمانی دیگر بودند و فرم رضایت آگاهانه جهت شرکت در درمان و همکاری جهت مرحله پیگیری. افراد با اطمینان از رعایت اصول محرمانه بودن اطلاعات شخصی‌شان از طریق کدگذاری با عنوان نمونه وارد درمان شدند. کلیه آزمودنی‌ها برای بررسی فرضیه‌های اصلی به تکمیل ابزارهای پژوهش (اطلاعات شخصی، شاخص درمان مواد افیونی OTI و پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28) در سه نوبت پیش از جلسات گروهی، پس از ۱۲ جلسه درمان گروهی و پس از ۳ ماه مرحله پیگیری پرداختند.

از نظر نوع ماده مصرفی، بیشترین ماده مصرفی در هر سه گروه کراک و هروئین می‌باشد. به ترتیب در گروه درمان شناختی رفتاری بر اساس الگوی مارلت ۱۶ نفر یا ۵۳٪، در گروه نالتراکسون، ۱۵ نفر یا ۵۰٪ و در گروه درمان سنتی، ۱۵ نفر یا ۵۰٪ نمونه مورد نظر مصرف کننده کراک و هروئین می‌باشند. مصرف تریاک با اندکی تفاوت ماده مصرفی بعدی در هر سه گروه می‌باشد. از نظر روش مصرف، بیشترین روش مصرف در نمونه مورد نظر در هر سه گروه روش تدخین می‌باشد. در گروه درمان شناختی رفتاری بر اساس الگوی مارلت ۲۱ نفر یا ۷۰٪، در گروه نالتراکسون، ۲۵ نفر یا ۸۳٪ و در گروه درمان سنتی، ۲۳ نفر یا ۷۷٪ اقدام به مصرف مواد می‌کنند. بقیه افراد به نسبت تقریباً مساوی در سه گروه از روش خوراکی و تزریقی استفاده می‌کنند. در گروه درمان شناختی رفتاری بر اساس الگوی مارلت ۴ نفر یا ۱۳٪، در گروه نالتراکسون، ۲ نفر یا ۷٪ و در گروه درمان سنتی، ۴ نفر یا ۱۳٪ به روش تزریقی و تعداد افراد نمونه که به روش خوراکی اقدام می‌کنند در سه گروه درمان شناختی رفتاری بر اساس الگوی مارلت ۵ نفر یا ۱۷٪، در گروه نالتراکسون، ۳ نفر یا ۱۰٪ و در گروه درمان سنتی، ۳ نفر یا ۱۰٪ برابر با

تعداد افراد تزریقی هستند. از نظر سابقه مصرف در اعضاء خانواده در هر سه گروه نسبت افرادی که سابقه مصرف در افراد خانواده ندارند نسبت به افرادی که سابقه مصرف در اعضاء خانواده دارند بیشتر می‌باشد. در گروه درمان شناختی رفتاری بر اساس الگوی مارلت ۱۸ نفر یا ۶۰٪، در گروه نالترکسون، ۱۸ نفر یا ۶۰٪ و در گروه درمان سنتی، ۱۶ نفر یا ۵۳٪ سابقه مصرف در اعضاء خانواده آنها وجود ندارد.

## ابزار پژوهش

**مصاحبه بالینی ساخت یافته برای محور I، DSM-IV (SCID-CV):** یکی از ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش بود. فرست و همکاران (۱۹۹۷) در مطالعاتی با توجه به گروه تشخیصی خاص، کاپای بسیار بالا بین ۰/۷ تا ۱ را برای این ابزار گزارش داده‌اند. در مطالعه کرنزلیر و همکاران<sup>۱</sup> (۱۹۹۵؛ به نقل از بختیاری، ۱۳۷۹) با استفاده از SCID برای سوءمصرف کنندگان مواد، پایایی این ابزار با استفاده از روش بازآزمایی در فاصله یک هفته برابر با ۰/۹۵ و در مقایسه با سایر مصاحبه‌های بالینی استاندارد بسیار بالا گزارش شده است.

**شاخص درمانی مواد افیونی (OTI):** یک مصاحبه ساختاریافته برای ارزیابی جامع درمان مواد افیونی است که توسط دیرکی و همکاران در سال ۱۹۹۱ تهیه شده است (نقل از دباغی، ۱۳۸۵). فرم کامل آن ۶ حوزه مستقل پیامد درمان را مورد ارزیابی قرار می‌دهد که ضرایب آلفای آن در یک نمونه ۵۰ نفری از مصرف کنندگان مواد افیونی برای مقیاس‌های رفتار خطرجویی HIV، ۰/۷۰، عملکرد اجتماعی، ۰/۵۷، بزهکاری، ۰/۳۸، سلامتی، ۰/۷۶ و سازگاری روان‌شناختی GHQ، ۰/۸۳، گزارش شده است (پایایی درونی). روایی همزمان برای مصرف مواد از ۰/۸۲ برای حشیش تا ۰/۹۶ برای آمفتامین‌ها، در رفتارهای تزریقی و جنسی از ۰/۷۶ تا ۱ برای سؤالات مختلف و در عملکرد اجتماعی از ۰/۸۶ تا ۰/۹۶، در بزهکاری از ۰/۷۶ تا ۰/۹۶، همبستگی بین نمره کل مقیاس سلامت و تعداد علائم و نشانه‌های شناسایی شده از طریق معاینه پزشکی ۰/۸۶ ( $p < ۰/۰۰۵$ ) و همبستگی بین نمره کل مقیاس سلامت و ارزیابی کلی سلامت توسط پزشک ۰/۶۹ ( $p < ۰/۰۰۵$ )، میزان توافق بین گزارش آزمودنی‌ها و تجزیه ادرار برای مواد مختلف از حداقل ۰/۷۶ برای آرام بخش‌ها تا حداکثر ۰/۹۸ برای باربیتورات‌ها گزارش شده است. یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) حساسیت این ابزار را در بهترین نقطه برش آن (۲۳) برابر با ۸۶/۵ درصد، روایی آن را برابر با ۰/۸۴ و ضریب پایایی بازآزمایی و آلفای کرونباخ را برابر ۰/۸۸ و ضریب همسانی درونی خرده‌آزمون‌ها را برابر ۰/۵ تا ۰/۸۱ به دست آورده‌اند.

**پرسشنامه سلامت عمومی 28-GHQ:** این پرسشنامه که توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ تدوین گردید، از جمله ابزارهای مناسب و مورد استفاده برای بررسی سلامت روانی فرد، جامعه و بررسی‌های جمعیت شناختی اختلالات روانشناختی می‌باشد. این پرسشنامه از جمله ابزارهای غربالگری اختلالات روانشناختی دارد که تأثیر بسزایی در پیشرفت پژوهش‌های علوم رفتاری و

<sup>1</sup> First et al.

روانپزشکی داشته است. فرم اولیه و اصلی این پرسشنامه مشتمل بر ۶۰ سوال می‌باشد که به بررسی وضعیت سلامت روانی فرد در یک ماه اخیر می‌پردازد. این پرسشنامه بطور مکرر مورد تجدید نظر قرار گرفته و بصورت فرم‌های کوتاه شده ۳۰ سؤالی، ۲۸ سؤالی و ۱۲ سؤالی مورد استفاده قرار می‌گیرد. نسخه‌های مختلف این پرسشنامه تا کنون دست کم به ۳۶ زبان دنیا ترجمه شده و بطور وسیع در کشورهای دنیا بکار برده شده است (هندرسن، ۱۹۹۰، به نقل از یعقوبی، ۱۳۷۴). فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی توسط گلدبرگ و هیلبر در سال ۱۹۷۳ تدوین یافته و سؤالی‌های آن بر اساس روش تحلیل عاملی فرم ۶۰ سؤالی اولیه استخراج شده است که در بر گیرنده ۴ مقیاس علایم جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است. مرور مطالعات انجام گرفته در زمینه اعتبار یابی پرسشنامه GHQ-28 در کشورهای مختلف دلالت بر این داشته که این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی به عنوان ابزار غربالگری اختلالات روانی در جامعه برخوردار است. ویلیامز گلدبرگ و ماری، ۱۹۸۹، (به نقل از یعقوبی؛ ۱۳۷۴)، در مروری بر ۴۳ مطالعه اعتباریابی GHQ، انجام شده در کشورهای مختلف جهان نتیجه گرفتند که تمام نسخه‌های GHQ از اعتبار و کارایی بالایی برخوردارند. یعقوبی و همکاران، ۱۳۷۴، حساسیت این ابزار را در بهترین نقطه برش آن (۲۳) برابر با ۸۶/۵٪ و ویژگی آنرا برابر ۸۴٪ و ضریب پایایی بازآزمایی و آلفای کرونباخ را برابر ۰/۸۸ و ضریب پایایی خرده آزمون‌ها را برابر ۰/۵۰ تا ۰/۸۱ گزارش نموده‌اند.

## یافته‌ها

با استفاده از داده‌های جمعیت شناختی در توزیع فراوانی و نتایج تحلیل واریانس و آزمون خی دو مقایسه متغیرهای سن (۰/۷) (بیشترین فراوانی در فاصله سنی ۱۸-۳۰)، وضعیت تأهل (۰/۷۲۵) (بیشترین فراوانی در گروه متأهل)، تحصیلات (۰/۶۳۳) (بیشترین فراوانی در سطح راهنمایی)، شغل (۰/۸۷۰) (بیشترین فراوانی در افراد شاغل)، سکونت (۷۰۲) (بیشترین فراوانی در ساکنین منزل استیجاری)، نوع مواد مصرفی (۰/۷۸۲) (بیشترین فراوانی در مصرف کراک و هروئین)، روش مصرف (۰/۷۵۹) (بیشترین فراوانی با روش تدخین) و سابقه مصرف در خانواده (۰/۸۳۳) (بیشترین فراوانی در گروهی که سابقه مصرف خانوادگی نداشتند)، مدت وابستگی (۰/۵۵۴) و تعداد دفعات ترک قبلی (۰/۸۷۱)، برای سه گروه در مرحله پیش آزمون نشان داد که با توجه به F‌های محاسبه شده ( $P>0.05$ ) تفاوت معنی‌داری در بین گروه‌ها وجود نداشته است.

در مقایسه میانگین متغیرهای شاخص درمان مواد افیونی در مرحله پیش آزمون گروه‌ها، بین میانگین‌های سه گروه در مقیاس‌های مصرف مواد (۰/۷۱۵)، رفتارهای پرخطر جنسی و تزریقی (۰/۱۸۰)، بزهکاری (۰/۶۰۵)، عملکرد اجتماعی (۰/۴۲۳) و تندرستی (۰/۷۸۰)، تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج واریانس مقایسه میانگین‌های مقیاس پرسشنامه سلامت عمومی در مرحله پیش آزمون نشان داد، متغیرهای شکایت بدنی (۰/۱۳۲)، اضطراب (۰/۹۱۱)، اختلال عملکرد اجتماعی (۰/۸۲۶)، افسردگی (۰/۵۵۵) و نمره کل سلامت روانی (۰/۶۷۸) ( $P>0.05$ ) که بین میانگین‌های سه گروه در

خرده مقیاس‌های سلامت عمومی تفاوت معناداری وجود ندارد. در مرحله پیگیری در گروه شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی مارلت یک نفر و در گروه درمان سنتی ۵ نفر به علت عدم دسترسی مورد سنجش قرار نگرفتند. نتایج آزمون آماری t استیوودنت نشان داده است در هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی تفاوت معناداری بین افرادی که مورد سنجش قرار نگرفته‌اند با افراد باقی مانده وجود نداشت.

### جدول ۱- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر از نمرات زیر مقیاس‌ها

#### در سه مرحله درمانی

شاخص	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
علائم جسمانی	گروه	۶/۱۰۱	۲	۳/۰۵۱	۱/۴۵	۰/۰۴*
	زمان	۸۹/۶۹	۲	۴۴/۸۵	۴۴/۸۶	۰/۰۰۱*
	زمان و گروه	۱۰۷/۴۷	۴	۲۶/۸۶	۲۶/۸۸	۰/۰۰۱*
اضطراب	گروه	۱۶۸/۲۵	۲	۸۴/۱۲	۷/۰۹	۰/۰۰۱*
	زمان	۲۲۱/۳۰	۲	۱۱۰/۶۵	۱۱۰/۹۲	۰/۰۰۱*
	زمان و گروه	۱۰۹/۴۵	۴	۲۷/۳۶	۲۷/۴۴۷	۰/۰۰۱*
اختلال در کارکرد اجتماعی	گروه	۱۰۶/۴۸	۲	۴۳/۲۴	۵/۱۳	۰/۰۰۸*
	زمان	۱۹۴/۹۴	۲	۹۷/۴۷	۱۶۰/۰۵	۰/۰۰۰*
	زمان و گروه	۴۱/۸۹	۴	۱۰/۴۷	۱۷/۱۹	۰/۰۰۰*
افسردگی	گروه	۸۳/۲۵	۲	۴۱/۶۲	۲/۰۱	۰/۰۵۹
	زمان	۵۷/۶۶	۲	۲۸/۸۳	۴۴/۷۷	۰/۰۰۰*
	زمان و گروه	۴۵/۴۳	۴	۱۱/۳۶	۱۷/۶۴	۰/۰۰۰*
مصرف مواد افیونی	گروه	۴۲/۹۲	۲	۲۱/۴۶	۸/۸۵	۰/۰۰۰*
	زمان	۳۶۶/۰۵	۲	۱۸۳/۰۲	۷۵۸/۸	۰/۰۰۰*
	زمان و گروه	۲/۴۱۵	۴	۰/۶۰۴	۲/۵۰	۰/۰۴۴*
رفتارهای پرخطر	گروه	۱۵/۳۲	۲	۷/۶۶	۰/۶۶۸	۰/۵۱۵
	زمان	۳۵۴/۳۸	۲	۱۷۷/۱۹	۳۳۴/۴۴	۰/۰۰۰*
	زمان و گروه	۱۴/۷۸	۴	۳/۶۹	۱/۴۴	۰/۲۴۱
بزهکاری	گروه	۰/۷۸۶	۲	۰/۳۹۳	۰/۱۵۸	۰/۸۵۴
	زمان	۲۲/۱۷	۲	۱۱/۰۸	۲/۰۷	۰/۳۴
	زمان و گروه	۱/۳۹۹	۴	۰/۳۵۰	۱/۹۲۸	۰/۱۰۸
عملکرد اجتماعی	گروه	۳۲/۴۶	۲	۱۶/۲۳	۳/۴۸	۰/۰۴۸*
	زمان	۱۴۲۳/۷۱	۲	۷۱۱/۸۵	۳۳۸/۹	۰/۰۰۰*
	زمان و گروه	۶۳/۴۱	۴	۱۵/۸۵	۷/۵۴	۰/۰۰۰*
تندرستی	گروه	۲۰۲/۶۷	۲	۱۰۱/۸۳	۱۷/۹۳	۰/۰۰۰*
	زمان	۷۶۶/۶۸	۲	۳۸۳/۳۴	۱۱۱/۲۱	۰/۰۰۰*
	زمان و گروه	۷۳/۲۶	۴	۱۸/۳۱	۵/۳۱۴	۰/۰۰۰*



نتایج تحلیل واریانس یکطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر (جدول ۱)، نشان می‌دهد: برای تعیین اثر گروه، مقدار Fهای محاسبه شده، کاربندی درمانی در شاخص علائم جسمانی (در سطح ۰/۰۵)، اضطراب (در سطح ۰/۰۱)، اختلال در کارکرد اجتماعی GHQ 28 (در سطح ۰/۰۰۸)، مصرف مواد افیونی OTI (در سطح ۰/۰۰۱)، عملکرد اجتماعی OTI (در سطح ۰/۰۵) و تندرستی (در سطح ۰/۰۵) در بین گروه‌های مختلف تفاوت معناداری ایجاد نموده است. با توجه به معنادار بودن اثر تعاملی زمان و گروه در زیرشاخص‌ها، می‌توان استنباط نمود که روش درمانی پژوهش در زمان‌های مختلف (پس آزمون و پیگیری) در بین گروه‌ها تفاوت بوجود آورده‌اند و با توجه به معنادار بودن اثر زمان می‌توان گفت تغییر نمرات در طول زمان در درون گروه‌ها حاصل شده است.

جدول ۲- مقایسه تفاوت میانگین سه گروه در شاخص‌های مصرف مواد افیونی و سلامت عمومی

گروه‌ها	متغیر	علائم اضطراب جسمانی	اختلال در کارکرد اجتماعی	مصرف مواد افیونی	رفتارهای پرخطر جنسی و تزریق	عملکرد تندرستی اجتماعی	ماندن در درمان	باقی
A-B	-۱/۲۷	-۰/۳۹	-۰/۸۴	-۰/۳۸	۰/۵۹	-۰/۳۵	-۰/۸۶	۲۹/۴۸
سطح معناداری	* ۰/۰۰۱	۰/۷۵۸	۰/۷۳۲	* ۰/۰۳۶	۰/۵۱۵	* ۰/۰۵	۰/۷۵۱	* ۰/۰۰۱
A-C	-۱/۲۷۱	-۱/۹۵	-۰/۵۸	-۱/۰۲۶	۰/۳۰	-۱/۴۲	-۱/۱۴	۵۱/۰۵۴
سطح معناداری	* ۰/۰۰۱	* ۰/۰۰۳	* ۰/۰۵	* ۰/۰۰	۰/۵۱۵	* ۰/۰۱۱	* ۰/۰۵	* ۰/۰۰۱
B-C	-۰/۰۰۳	-۱/۵۶	۱/۰۱	-۰/۶۳	-۰/۲۹	-۱/۰۷	-۱/۳۸	۲۱/۵۷
سطح معناداری	۰/۹۷۶	* ۰/۰۱۸	* ۰/۰۱	۰/۲۶	۰/۸۵۸	۰/۰۷	* ۰/۰۵	* ۰/۰۰۱

نتایج آزمون تعقیبی شفه (جدول ۲)، نشان می‌دهد در همه مقیاس‌های بالا روش مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی مارلت نسبت به گروه‌های درمان با نالترکسون و درمان سنتی اثربخشی بیشتری ایجاد نموده است.

کاربندی درمانی در شاخص افسردگی در سطح ( $P > 0.01$ ) معنادار نیست و در بین گروه‌های مختلف تفاوت معناداری ایجاد نکرده است. معنادار بودن اثر زمان و اثر تعامل گروه و زمان نشان می‌دهد بین گروه‌ها در زمان‌های مختلف اندازه‌گیری و در درون آزمودنی‌های گروه‌ها تفاوت معناداری ایجاد شده است و این تفاوت در گروه شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی مارلت نسبت به درمان با نالترکسون و گروه درمان سنتی بیشتر می‌باشد. در شاخص رفتارهای پرخطر جنسی و تزریقی، در سطح ( $P > 0.01$ )، معنادار نبودن اثر گروه و تعامل زمان و گروه نشان می‌دهد که تعامل معناداری در زمان‌های مختلف در درون گروه‌ها وجود ندارد و کاربندی‌های درمانی در نمرات درمانی مقیاس‌های پرخطر در بین گروه‌های درمانی تفاوت معناداری ایجاد نکرده است.

معنادار بودن اثر زمان مشخص می‌کند تفاوت معناداری در میزان اثربخشی درمان در آزمودنی‌های درون گروه‌ها در زمان‌های مختلف اندازه‌گیری وجود دارد و این تفاوت در گروه‌های شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی مارلت و درمان با نالترکسون نسبت به گروه درمان سنتی بیشتر است. در شاخص بزهکاری OTI، مقدارهای Fهای محاسبه شده برای تعیین میزان اثر گروه و اثر زمان نشان می‌دهد هیچ کدام از Fهای بدست آمده معنادار نیست و می‌توان استنباط نمود که کاربندی‌های درمانی در بین گروه‌ها و درون گروه‌ها تفاوت معناداری ایجاد نکرده است.

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل واریانس متغیر باقی ماندن در درمان در سه مرحله درمان

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری
باقی ماندن	بین گروهی	۳۵۶۵۳/۲۹	۲	۱۷۸۲۶/۶۴	۴۸/۴۸	۰/۰۰۱ *
در طول	درون گروهی	۲۹۷۸۴/۶۶	۸۱	۳۶۷/۷۱		
درمان	جمع	۶۵۴۳۷/۹۵	۸۳			

از نظر متغیر باقی ماندن در درمان (جدول ۳)، مقدار F محاسبه شده معنادار است ( $P \leq 0.01$ ). یعنی بین میانگین گروه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد و در جدول ۲، بین هر سه گروه شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی مارلت و درمان با نالترکسون و درمان سنتی تفاوت معناداری در سطح (۰/۰۰۱) وجود دارد. با توجه به نتایج جداول موجود می‌توان تحلیل نمود که فرضیه اول و دوم تا حدودی مورد قبول واقع شدند. بررسی فرضیه سوم در دو مرحله پس از آزمون و پیگیری با استفاده از آزمون آماری خی دو انجام شد. در مرحله پایان درمان از بین بیمارانی که امکان تماس با آنها وجود داشت، در گروه شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی مارلت میزان بازگشت، ۷ نفر یا ۲۳٪، در گروه درمان با نالترکسون، ۱۲ نفر یا ۴۰٪ و در گروه درمان سنتی، ۱۷ نفر یا ۶۷٪ می‌باشد.

جدول ۴- آزمون خی ۲ برای مقایسه میان بازگشت سه گروه در مرحله پایان درمان گروهی و

پیگیری

متغیر	٪۲	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
میزان بازگشت در مرحله پایان درمان	۷/۵۹۳	۲	۰/۰۲ *
میزان بازگشت در مرحله پیگیری	۹/۲۳۷	۲	۰/۰۱ *

با توجه به جدول ۴، از مقدار خی دو محاسبه شده ( $X^2=9.237$ )، در سطح ۰/۰۱ که معنادار است، می‌توان نتیجه گرفت بازگشت در گروه شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی مارلت در مرحله پایان درمان گروهی از گروه درمان با نالترکسون و گروه درمان سنتی کمتر می‌باشد. در مرحله پیگیری، در گروه شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی مارلت میزان بازگشت ۱۰ نفر یا ۳۴٪، در گروه درمان با نالترکسون، ۱۶ نفر یا ۵۳٪ و در گروه درمان سنتی، ۱۸ نفر یا ۷۲٪ می‌باشد.

مقدار خی دو محاسبه شده ( $X^2=7.593$ ) و ( $P < 0.05$ )، که در سطح  $0.05$  معنادار است، یعنی میزان بازگشت در گروه شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی مارلت در مرحله پیگیری از گروه‌های درمان با نالترکسون و درمان سنتی کمتر می‌باشد.

در پاسخ به فرضیه سوم با توجه به جداول می‌توان نتیجه گرفت که در مرحله پایان درمان و پیگیری، بین سه گروه از نظر میزان بازگشت تفاوت معناداری وجود دارد و میزان بازگشت با نوع مداخله و درمان رابطه دارد. با توجه به این نتایج فرضیه سوم پژوهش در مرحله پایان درمان گروهی و پیگیری تأیید می‌شود.

## بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد در گروه مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی مارلت تفاوت معناداری از نظر بهبودی چشمگیرتر نسبت به دو گروه دیگر وجود دارد، این یافته همخوان با یافته‌های سایر محققان نشان داد که مداخله روانشناختی بخش اصلی از درمان سوءمصرف مواد می‌باشد، همانطور که سایر محققان اشاره نمودند، مداخله‌های روانشناختی باعث یادگیری مهارت‌های مقابله مواجه شدن با مشکلات بدون استفاده از مصرف مواد در بیماران بهبود یافته، می‌شود (کارول، ۱۹۹۸؛ ویلدت<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ فئینی و همکاران، ۲۰۰۴). از دلایلی که می‌توان برتری و تمایز روش درمانی اصلی این پژوهش دانست، توجه زیاد به هیجانات منفی و پرداختن به آموزش مهارت‌هایی مثل مدیریت خشم است، چنانچه برخی از متخصصان ادعان داشته‌اند، عواطف منفی با گرایش به مصرف مجدد یا بازگشت رابطه مثبت دارد (کاشدن<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۵؛ اورکی، ۱۳۸۷).

یکی دیگر از دلایل اثربخشی این روش مداخله را می‌توان ایجاد تغییر سبک زندگی درمانجویان دانست. تجربه‌های بالینی و پژوهشی نشان داده که اگر همراه با مداخله درمانی نتوان سبک زندگی درمانجویان را تغییر داد پس از سم زدایی به دلیل ماهیت بازگشت کننده وابستگی به مواد دوباره به مصرف باز می‌گردند، بنابراین تغییر در سبک زندگی می‌تواند دوره پرهیز از مصرف مواد یا سایر مواد روانگردان را طولانیتر کند (کارول، ۲۰۰۶).

نتایج این مطالعه نشان داد روش مداخله روانشناختی به صورت معناداری باعث بهبود عملکرد اجتماعی، وضعیت سلامت و کاهش علائم روانشناختی بیمار می‌شود. از آنجا که تعداد زیادی از محققان در نظر گرفتن میزان بازگشت را به تنهایی به عنوان شاخص اثربخشی درمان کافی نمی‌داند و درمان و بهبودی را به عنوان قطع مصرف مواد نمی‌پذیرند، اعتیاد باعث تغییر در رفتار، تغییر و تضعیف عملکرد اجتماعی و وضعیت سلامتی فرد می‌شود که تغییر آنها نیازمند مداخله‌های مختلفی است و تنها با دارو درمانی امکان‌پذیر نیست که این یافته همخوان با سایر مطالعات انجام

<sup>1</sup> Wildt

<sup>2</sup> Kashdan

شده در این زمینه می‌باشد (کارول، ۱۹۹۶؛ آنتون<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹؛ وینکویتزو همکاران، ۲۰۰۵). این یافته‌ها نشان داد که این روش در کاهش معنادار علائم جسمانی، اضطراب، کاهش مصرف مواد و بهبود عملکرد اجتماعی مؤثرتر از دو روش دیگر بود. به نظر می‌رسد این تغییرات ناشی از مکانیزم عمل روش پیشگیری از بازگشت مارلت می‌باشد که مبتنی بر کنار آمدن با علائم جسمانی و وسوسه می‌باشد.

در معنادار نبودن کاهش نمرات رفتارهای پرخطر جنسی، تزریقی و بزهکاری، به علت تعداد کم معنادان تزریقی در گروه‌ها و افرادی که رفتارهای بزهکارانه داشته‌اند، تفاوت نمرات معنادار نمی‌باشد. اما توجه به فراوانی افراد نشان می‌دهد در پایان درمان هر سه گروه کاهش در افراد اقدام کننده به رفتارهای بزهکارانه و تزریق دیده می‌شود.

از جمله نتایج متفاوت و قابل تأمل این پژوهش عدم ایجاد تفاوت معنادار در نمرات افسردگی است. در تبیین این موضوع دلایلی را می‌توان استنباط نمود از جمله اینکه غمگینی و افسردگی به عنوان بخشی از فرآیند کنار گذاشتن یا کاهش مواد افیونی است که بصورت طبیعی در بالا بردن خلق و ایجاد آرامش و کاهش درد نقش دارند. با وجود اینکه در بسیاری از درمان‌های دارویی داروهای ضد افسردگی در فرآیند درمان به بیمار تجویز می‌گردد در روش مورد نظر در این پژوهش صرفاً مداخله روانشناختی برای بیماران اعمال گردیده و از هیچ نوع دارویی استفاده نشده است. مقایسه نمرات گروه شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی مارلت در سه مرحله با دو گروه دیگر بویژه در مرحله پیگیری کارایی تکنیک‌های شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی مارلت بر کاهش افسردگی مصرف کنندگان آشکار می‌گردد و این یافته با نتایج مطالعات دیگری که در راستای تأثیر درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی مصرف کنندگان مواد هماهنگ می‌باشد (هسی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴).

برای تبیین اثربخشی رویکرد شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی مارلت از طریق کاهش افسردگی بر میزان اثربخشی درمان می‌توان گفت که خلق ناخوشایند و افسرده می‌تواند به عنوان یک برانگیزاننده درونی، مصرف کنندگان را بسمت مصرف مجدد سوق دهد، کاهش علائم افسردگی بخاطر دریافت مداخلات روانی و احساس موفقیت در مقابله با ناراحتی‌ها و وسوسه مصرف مواد، منجر به تقویت توانایی در پرهیز از مواد می‌شود. از طرفی کاهش علائم افسردگی، طبیعی شدن الگوهای خواب و بیداری و کاهش رویارویی با سایر پیامدهای منفی سوءمصرف مواد را در پی دارد. (کارول، ۱۳۸۱). این یافته‌ها هم‌راستا با مطالعات تقفه‌الاسلام و همکاران، (۱۳۸۲) و جعفری، (۱۳۸۷) است که نشان دادند مداخلات روانشناختی از طریق کاهش افسردگی می‌تواند شناخت بیماران سوءمصرف کننده مواد را تغییر دهد.

علاوه بر این مکانیزم‌های عمل معرفی شده در مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی مارلت باعث می‌شوند بیماران در مقابله با عوامل خطر محیطی توانایی مقابله‌ای مناسب را کسب

<sup>1</sup> Anton

<sup>2</sup> Hesse

نمایند و با عدم استفاده از مواد به عنوان فرار از هیجان‌های منفی و ناراحتی بتوانند با آنها مقابله نمایند. در نظریه خود درمانی (خانتزبان و همکاران، ۲۰۰۵)، مصرف مواد به عنوان یک مکانیزم مقابله‌ای و جبرانی برای رهایی و کنترل ناراحتی و رنج در نظر گرفته می‌شود. در روش آزمایشی حاضر به عنوان یک مهارت، فرد یاد می‌گیرد عوامل ایجاد کننده فکر را شناسایی کرده و به هیجانان خود پاسخ مناسب دهد. نتایج مطالعات (کادن و همکاران، ۲۰۰۶؛ راهسنو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۴)، دلالت بر تأثیرگذاری شناسایی عوامل لغزش و آموزش روش‌های مقابله با آن در افزایش خویشن‌داری دارد، در روش مداخله حاضر آموزش مدیریت لغزش و افزایش پرهیز از مصرف مواد در نتایج پژوهش مخصوصاً در مرحله پیگیری آشکار است. مطالعات بسیاری حاکی از آنست که خلق مضطرب می‌تواند به عنوان برانگیزاننده عمل کند و فرد را به سوی مصرف مواد سوق دهد (زولنسکی و همکاران، ۲۰۰۶). مقایسه میانگین نمرات اضطراب گروه‌ها در سه مرحله پیش آزمون، پایان درمان و پیگیری حاکی از آنست که مداخله آزمایشی حاضر بر کاهش اضطراب مؤثر بوده این یافته با نتایج مطالعات دیگر در رابطه با تأثیر تکنیک‌های شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب مصرف‌کنندگان مواد منطبق و همسان می‌باشد (زولنسکی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۶؛ لاکویله<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). از آنجا که میزان بازگشت در گروه مداخله شناختی رفتاری بر اساس الگوی مارلت نسبت به گروه تحت درمان با داروی نالتراکسون و درمان با شیوه سنتی کمتر گزارش شده است، این نتیجه همگام با پژوهش‌های دیگر (مثل فئینی، کانر، یونگ و توکر، ۲۰۰۴؛ غفاری نژاد و همکاران، ۱۳۸۳؛ دباغی و همکاران، ۱۳۸۶؛ کارول، ۱۹۹۶؛ گودرزی، ۲۰۰۳)، که نشان دهنده رابطه بین نوع گروه درمانی و میزان بازگشت هستند، می‌باشد. تعداد کم، مذکر بودن و خودمعرف بودن آزمودنی‌ها با ویژگی‌های خاص فرهنگی و اجتماعی، دوره کوتاه مرحله پیگیری، عدم تمایز تحقیق روی نوع مواد مصرفی از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌باشد که باعث می‌شود دقت یافته‌های این پژوهش و تعمیم‌پذیری آن را کاهش دهد. از این رو پیشنهاد می‌شود برای بررسی قابلیت تعمیم‌پذیری این روش در کلینیک‌ها و شهرهای دیگر با آزمودنی‌های دو جنس و دوره‌های پیگیری طولانی‌تر مورد تحقیق قرار گیرد.

## سپاسگزاری

از همه شرکت کنندگان در این پژوهش، همچنین مسئولان و کارکنان کلینیک‌های ترک اعتیاد صمیمانه قدردانی می‌شود.

<sup>1</sup> Rohsenow

<sup>2</sup> Zvolensky

<sup>3</sup> Laqueille

## منابع

- اورکی، محمد. (۱۳۹۰). رابطه بین خشم، مهارت‌های مقابله‌ای، خودکارآمدی و میل به مصرف به مواد در گروهی از درمانجویان وابسته به مواد مخدر افیونی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، (۱۸) ۵، ۳۹-۵۴.
- اورنگ، جمیله (۱۳۶۷)، *پژوهش در زمینه اعتیاد*، چاپ اول، تهران: انتشارات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، ۱۲۶، ۵، ۲ و ۱۲۹.
- بختیاری، مریم. (۱۳۷۹). *بررسی اختلالات روانی در مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. انستیتو روان‌پزشکی ایران.
- تقفه‌الاسلام، طاهره؛ رضایی، امیدوار؛ عقیقی، کبری. (۱۳۸۲). تأثیر درمان شناختی رفتاری در کاهش میزان افسردگی مبتلایان به سوءمصرف مواد. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی. خدمات بهداشتی درمانی اردبیل*، ۱، ۳۴-۴۲.
- جعفری، مصطفی. (۱۳۸۷). بررسی تأثیر آموزش شناختی رفتاری بر کاهش میزان افسردگی معتادین مقیم در مرکز T.C تهران. *فصلنامه علمی سوءمصرف مواد، اعتیاد پژوهی. سال دوم*. (۸). زمستان (۱۳۸۷).
- دباغی، پرویز. (۱۳۸۵). *اثربخشی شناخت درمانی بر اساس تفکر نظاره‌ای و فعال سازی طرح‌واره‌های معنوی در پیشگیری از بازگشت مصرف مواد افیونی*. پایان‌نامه دکترای تخصصی روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی ایران. انستیتو روانپزشکی تهران.
- غفاری نژاد، علیرضا؛ ضیاءالدینی، حسن و شهسواری پور، آرش. (۱۳۸۴). درمان نگهدارنده با نالترکسون در بیماران وابسته به مواد افیونی و ارتباط آن با عوامل جمعیت شناختی و روان‌شناختی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، (۳) ۱۰، ۲۲۰-۲۲۶.
- کاپلان و سادوک. (۲۰۰۳)، *خلاصه روانپزشکی*، ترجمه رفیعی، انتشارات ذوقی.
- کارول، م. کاتلین. (۱۳۸۱). *راهنمای عملی درمان شناختی رفتاری سوءمصرف مواد*. مترجمان: عباس بخشی پور رودسری و شهرام محمدخانی. تهران: انتشارات اسپند هنر.
- گودرزی، ناصر. (۱۳۸۵). *بررسی اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری و قراردادی گروهی بیماران وابسته به مواد افیونی*. پایان‌نامه دکترای تخصصی روان‌شناسی، دانشگاه تهران.
- نظری، محمدعلی، (۱۳۷۸). *بررسی نقش تبلیغات در تغییر نگرش دانش‌آموزان نسبت به اعتیاد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- نوروزی جونیانی، سعید (۱۳۸۵)، *پیشگیری از بازگشت*. طرح تحقیقاتی / پروژه‌های فارسی. کتابخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- نوروزی، نصرت‌الله. ۱۳۸۴. *بررسی عامل دوگانه مقاومت و انتقال در بیماران با و بدون اختلالات شخصیت*. پایان‌نامه دکترای روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

یعقوبی، نورالله، ۱۳۷۴. بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه‌سرا. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران.

Anton, R. F., Moak T D., Waid, R. Latham, P. K. T Malcolm R. J. & Dais, J. K. (1999). Naltrexone and cognitive behavioral therapy for the treatment of out patient alcoholics: Results of a placebo- controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156 (11), 1758- 1764.

Bresline, F. C., Zack, M., & McMMain, S. (2002). An information- processing analysis of mindfulness in treatment of substance abuse. *Clinical Psychology Science Practice*, 9, 275- 299.

Caroll, K. M. (1996). Relaps prevention as a psychology treatment: A review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4, 46-54.

Caroll, K. M. (1998). *Therapy manual for drug addiction: A cognitive behavioral approach*. National Institute on Drug Abuse Press.

Caroll, K. M., Easton, C. J., Nich, C., Hunkele, K. A., Neavins T. M. Sinha, R., Ford, H. L., Vitilo, S. A., & Rounsaville, B. J. (2006). The use of contingency management and motivational skills building therapy to treat young Adults with marijuana dependence. *Journal of Consultant Clinical Psychology*, 74 (5), 955- 66.

Feeney, G. F. X., Connor, J. P., Yong, R. M. D. & Taker, J. (2004). Alcohol dependence: The impact of cognitive behavior therapy with or without naltrexone on subjective health status. Australian and New Zealand. *Journal of Psychiatry*, 38, 342- 348.

Friedman, D. and Michael Hechter (1988). "The Contribution of Rational choice Theory to Macro sociological Research", *Sociological Theory*, n. 6: pp. 201-218.

First, M. B., Gibbon, M., Spaitzer, R. L., Williams, J. B., & Benjamin, L. S. (1997). *Users guide for the structured clinical interview for DSM- IV*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

Hayes, A. M. ,& Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical psychology: Science and practice*. 11, 255- 262.

Hesse, M. (2004). Achieving abstinence by treating depression in the presence of substance- use disorders. *Addiction Behavior*, 29 (6), 1137- 47 Kadden, R. M., Litte, M. D., Kabela- cormier, E., & Petry, N. M. (2006). Abstinence rates following behavioral treatments for marijuana dependence. *Addictive Behavior*, 20.

Kaplan H, sadock B. (1995) "*comprehensive*" *Text Book of psychiatry*, 5th ed. Philadelphia: Lippincott co.pp. 839-40.

Khantizian, E. Y., Dodels, L., & Brehn, N. M. (2005). *Psychodynamics*. IN J. H. Lovinson., P. Ruiz., R. B. Milmanf., and J. g., Langrod (Eds.). Substance

abuse: A Comprehensive textbook (4 th ed., PP. 97- 106). New York: Williams & Wilkins.

Laqueille, X. (2005). Related, induced and associate Pchychiatry disorders to cannabis. *Reviwe Practice*, 15(1), 30- 4.

Linehan, M. M. (1993). Cognitive- behavioral treatment of borderline personality disorders. New York: Guilford Press.

Marlatt, G. H., Witkiewitz, K., Dillworth, T., Brown, S., Parks, G. A., MacPherson, L. M., Lonczak, H. S., Larimer, M. E., Blume, A. W., & Crutcher, R. (2004). *Vipassana meditation as a treatment for alcohol and drug use disorders*, In S. Hayes., M, Linehan., V, Follette (eds). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*. New York: Guildford Press.

Marlatt, G. A. (1996). Texonomy of high- risk situation for alcohol relapse: Evolution and development of a cognitive- behavioral model. *Addiction*, 94, 537- 549.

Marlatt, G. A., Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behavior*. New York: Guilford Press.

Miller, G. (2005). *Learning the Language of addiction counseling*. New York: Wiley.

Rosenow, D. J., Monti, P. M., Martin, R. A., Colbly, S. M., Myers, M. G., Gulliver, S. B., Brown, R. A., Mueller, T. I., & Abrams, D. B. (2004). Motivational enhancement and coping skills training for cocaine abusers: Effects on substance use outcomes. *Addiction*, 99(7), 862- 74.

Teasdal, J. D. (1999). Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology of psychotherapy*, 6, 146- 155.

Teasdal, J. D. (2004). *Mindfulness- based cognitive therapy*. In J. yiend (Eds.). *Cognitive, emotion and psychopathology: Theoretical, empirical and clinical disorders*, (PP. 279- 289). Cambridge University Press.

Tiffany, S. T. (1999). Cognitive Concept of craving. *Alcohol Research & Health*, 23(3), 215- 224.

Wildt, W. A., J., M, D., Schippers, G. M., Brik, W., Potgieter , A. s., & Dechers, F. (2002). Dose Psychosocial treatment enhance the efficacy of acamprosate in patients with alcohol problems, *Alcohol & Alcoholism*, 37(4), 375- 382.

Witkiewitz, K., Marlatt, A., Walker, D. (2005). Mindfulness- based relapse prevention for alcohol and substance use disorders: The meditative tortoise wins the race. *Journal of cognitive Pdychotherapy*. 19(3), 221- 229.

Zvolensky, M. J., Bernstein, A., Marshall, E., & Feldner, M. T. (2006). Panic attacks, panic disorders, and agoraphobia: Associations with substance abuse, and dependence. *Current Psychiatry Report*, 8(4), 279- 85.