

## بررسی اثربخشی آموزش خانواده به عنوان درمان مداخله‌ای مکمل، در کاهش عود بیماران وابسته به مواد

حسینعلی مهربانی\*، دکتر حمید طاهر نشاط دوست\*\*  
دکتر حسین مولوی\*\*

### چکیده

امروزه مسئله وابستگی به مواد مخدر به صورت یک مشکل جهانی درآمده است و عوارض ناشی از آن از جنبه‌های مختلف بر جامعه ضربه وارد می‌کند. «خانواده» به عنوان عنصر اصلی جامعه در پدید آئی و درمان این اختلال نقش به سزائی دارد. از جمله روشهای روان درمانی برای درمان اختلال وابستگی به مواد گروه درمانی و آموزش خانواده می‌باشد. بر این اساس در این پژوهش به بررسی تأثیر گروه درمانی با ساختار و آموزش خانواده در کاهش میزان تمایل به مصرف مواد و کاهش فراوانی عود در بیماران دارای تشخیص وابستگی به مواد افیونی مراجعه کننده به مرکز بازتوانی اعتیاد سازمان بهزیستی شهر اصفهان، پرداخته شد. روش پژوهشی مورد استفاده، روش شبه تجربی از نوع پس آزمون همراه با پیگیری ۲ ماهه بود. بدین منظور ۳ گروه ۱۴ نفره از بین بیماران فوق که سم‌زدائی را با موفقیت طی کرده بودند به صورت تصادفی انتخاب شدند. گروه اول به عنوان گروه آزمایش ۱، یک دوره ۸ جلسه‌ای گروه درمانی و همسران آنان نیز یک دوره ۸

\*\* عضو هیئت علمی گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

\* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

جلسه‌ای آموزش خانواده دریافت کردند. گروه دوم به عنوان گروه آزمایش ۲، صرفاً یک دوره گروه درمانی ۸ جلسه‌ای دریافت کرد و گروه سوم هم به عنوان گروه گواه از بین بیماران سم‌زدائی شده همان مرکز به صورت تصادفی انتخاب شدند ولی مداخلات مذکور را دریافت نکردند. برای سنجش میزان عود، از ابزار آزمایشگاهی رنگ سنجی نازک لایه (TLC) و برای سنجش میزان تمایل به مصرف مواد از مقیاس پیش‌بینی عود (RPS) استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره حاکی از آن بود که گروه درمانی همراه با آموزش خانواده و گروه درمانی بدون آموزش خانواده موجب کاهش معنادار تمایل به مصرف مواد در مرحله پس از آزمون می‌گردد ( $p=0/000$ )، ولی در مرحله پیگیری تأثیر معنی داری بر تمایل به مصرف مواد ندارد. همچنین نتایج پژوهش حاکی از آن بود که دو گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه تفاوت معنی داری در فراوانی عود در مرحله پس از آزمون نداشتند. در مرحله پیگیری دو ماهه، گروه آزمایش ۱ و ۲ کاهش معناداری را در فراوانی عود نسبت به گروه گواه نشان دادند ( $p=0/002$ )، ولی بین دو گروه آزمایشی نه در میزان تمایل مصرف مواد و نه در فراوانی عود در مراحل پس از آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد. نتایج نهائی پژوهش حاضر حاکی از آن است که مداخله گروه درمانی به عنوان یک مداخله روان‌شناختی، کارائی مؤثری در کاهش میزان عود این بیماران دارد، از سوی دیگر، اگرچه آموزش خانواده در ظاهر تأثیر معناداری بر کاهش عود ندارد، اما توانائی بالقوه و بالائی در کاهش «تندگی» اعضای خانواده این بیماران و همچنین راهنمایی آنان در چگونگی برخورد با بیمار در دوران پرتنش اولیه بهبودی داشته باشد.

**کلیدواژه‌ها:** گروه درمانی با ساختار، آموزش خانواده، اختلال وابستگی به مواد، عود.



#### ● مقدمه

امروزه مسئله وابستگی به «مواد» به صورت یک مشکل جهانی در آمده است و آمارهای منتشره حاکی از افزایش فزاینده مصرف این مواد در سطح جهانی می‌باشد و هیچ کشوری از آن در امان نیست (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۰). این معضل طبق آمار نیمه رسمی، در خوش‌بینانه‌ترین حالت در حدود دو میلیون نفر از کل جمعیت ایران را وابسته یا سوء مصرف‌کننده مواد ساخته است، کما این که هر ساله شاهد سیر صعودی تعداد این بیماران هستیم. مصرف مواد مخدر هر ساله باعث صرف هزینه‌های کلانی از درآمد جامعه، خانواده و افراد می‌شود و این مسئله صرف نظر از عوارض شدید آن بر جامعه، خانواده و عملکرد شغلی و وضعیت روان‌شناختی فرد است.

با توجه به همین مسائل است که امروزه راهبردهای مقابله‌ای و پیشگیری مختلفی در قبال

توزیع و مصرف مواد اتخاذ شده است و تلاش فراوانی در این زمینه صورت می‌گیرد. از سوی دیگر دانش روانشناسی امروز، به جنبه‌های روانشناختی مرتبط با این مسئله پرداخته و به مصرف مواد مخدر به عنوان یک مشکل مرتبط با فرد نظر دارد. براساس این دیدگاه پیش‌زمینه‌هایی برای مصرف مواد در ساختار شخصیتی و منش فرد وجود دارد که باعث «اعتیاد» او شده است و خانواده فرد، دوستان و محیط پیرامونی و نظام ارتباطی او می‌تواند به این آمادگی دامن زنند.

رویکردهای درمانی برای وابستگی به مواد، بسته به الگوی مصرف و فراهم بودن نظامهای حمایتی، روانی، اجتماعی و ویژگیهای خاص بیمار تفاوت می‌کند. در جریان درمان، تقسیم‌بندی‌های مختلفی برای اهداف درمانی وجود دارد؛ معمولاً این اهداف بر سه ایده تأکید دارند که در ابتدا «قطع وابستگی جسمی به مواد»، دوم «قطع وابستگی روانی و کاهش پیامدهای غیرجسمی ناشی از مصرف مواد و مشکلات وابسته بدان» می‌باشد و در نهایت «پیشگیری از عود مجدد بیماری» را شامل می‌شود (جالی و توکر، ۱۹۹۹).

در زمینه اختلال وابستگی به مواد، امروزه در تمامی روشهای درمانی پیشرفتهای قابل ملاحظه‌ای انجام گرفته است. روان درمانی گروهی، یک نوع درمان کاملاً پذیرفته شده روانشناختی است که برای تغییر در رفتار غیرانطباقی، تفکرات و احساسات افراد مبتلا به اختلالات هیجانی استفاده می‌شود (کاپلان و ساودک، ۲۰۰۰). درمان گروهی و روان درمانی گروهی نیز به دلیل مزایای خاص خود و کثرت این بیماران از اهمیت به سزایی برخوردار است و در روشهای درمانی کوتاه مدت و بلندمدت به فراخور نوع درمان کاربرد فراوانی دارد. (تامپز، ۱۹۹۹، نیوکامب، ۱۹۹۵ و هاوکینز، کاتالانو و میلر، ۱۹۹۲) براساس پژوهش‌های انجام شده غالب درمانهای مقطعی، علیرغم مزایای کوتاه مدتی که برای این بیماران فراهم می‌کنند، در نهایت منجر به از سرگیری میزان مصرف قبلی می‌شود (فینی و موس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۰؛ هوبارد<sup>۲</sup> و مارسن<sup>۴</sup> ۱۹۸۶؛ به نقل از جالی و توکر، ۱۹۹۹). این درحالی است که تأثیر درمانهای گروهی برای این بیماران در کاهش مصرف مواد، اصلاح رفتار و ایجاد تعادل در عوامل خطرزای مرتبط با مصرف مواد به خوبی ثابت شده است (بروک، ۲۰۰۱؛ میلر و اسمیت، ۱۹۹۷).

روشهای درمان گروهی برای بیماران وابسته به مواد، حتی در انواع مختلف خود، دارای کاربردهای مختلف است؛ از یک سو گروههای درمانی روان تحلیل‌گری بر پیگیری، شناخت و حل تعارضهای حل نشده و بحرانهای فردی ناهشیار که زمینه ساز اعتیاد شده تمرکز دارد، از سوی دیگر گروههای حمایتی بر جنبه حمایت و همدلی و راهنمایی بیمار تکیه دارد و گروههای درمانی بر مبنای آموزش مهارتهای اجتماعی و روشهای ابراز وجود، به برقراری ارتباط سالم و

مهارت سالم و مهارت نه گفتن تأکید دارد (مک کرادی و اپشتین، ۱۹۹۹). گروههای آموزشی به آموزش شیوه مقابله با «تیدگی»، روال ترک و پیامدهای آن و وسوسه و میل به مصرف، بیقراری و غیره تمرکز دارد (میلر و اسمیت، ۱۹۹۷).

از سوی دیگر چون غالباً بیمار وابسته به مواد، عضوی از نظام خانواده است و تأثیر و تأثرات متقابل با خانواده دارد، مطلوب آن است که در روشهای درمانی به این مسئله هم توجه شود که این مسئله هم به کاهش اثرات و عوارض مصرف مواد و تیدگیهای ایجاد شده در خانواده نظر دارد و هم بر آماده کردن خانواده به منظور کمک به بهبودی فرد بیمار و ارائه آموزشهای لازم به خانواده تأکید دارد.

امروزه شاهد هستیم که الگوهای مختلفی از رویکردهای خانواده درمانی علت سوء مصرف مواد را به وجود مشکلات خانوادگی، اشکال در روابط بین اعضاء و سایر علل نشأت گرفته از خانواده اسناد می دهند. بر همین اساس برخی روشهای درمانی نیز در فرایند درمان به کل خانواده نظر دارند (مک کرادی و اپشتین، ۱۹۹۹). یافته های پژوهشی نیز نقش بنیادین متغیرهای مربوط به کنش وری و رفتار خانوادگی را در بروز و پیشگیری از اختلالات مصرف مواد به وضوح نشان داده اند (نیوکامب، ۱۹۹۵). بر این اساس، گسستگی خانواده، وجود حوادث پر استرس در خانواده، نظارت معیوب و حمایت محدود والدین، مصرف مواد توسط عضوی از خانواده، تعارضات خانوادگی، اعتقادات مذهبی ضعیف و پایبندی پایین به سنتهای خانوادگی از عوامل مرتبط با مصرف مواد در خانواده می باشد (گورسکی، ۲۰۰۲؛ هاوکینز و کاتالانو و میلر، ۱۹۹۲؛ ظهیرالدین، ۱۳۸۱ و پاشائی، ۱۳۸۱).

از دید برخی از خانواده درمانگران، سوء مصرف مواد غالباً یک مشکل چند نسلی در خانواده است و بر این اساس، ارزیابی کامل فرد مصرف کننده و خانواده او در تعیین وسعت دامنه علل زیستی، روانی اجتماعی و مهمتر از همه مرزبندی های خانوادگی این اختلال ضروری است. با این حال خانواده درمانی به عنوان یک روش درمانی لازم و کافی نمی تواند برای درمان وابستگی به مواد مطرح باشد ولی به عنوان یک مداخله الحاقی می تواند با ارزش و حتی ضروری باشد (گورسکی، ۲۰۰۲؛ لوینسن و همکاران، ۱۹۹۷).

با عنایت به این مسائل است که امروزه در درمان وابستگی به مواد، راهبردهای مختلفی در نظر گرفته شده است که برخی از آنان بر برنامه های گروهی و برخی دیگر بر وارد کردن خانواده در فرایند درمان استوار است؛ لاش و پترسن (۲۰۰۱) در پژوهشی به مقایسه دو برنامه به منظور پیشگیری از عود در بیماران سوء مصرف کننده مواد پرداختند: گروه اول (۴۳ نفر) یک

برنامه درمانی فشرده را ظرف ۲۸ روزه دریافت کردند و گروه دوم (۳۸ نفر) علاوه بر شرکت در یک برنامه روان درمانگری مدون، در یک دوره گروه درمانی ۸ هفته‌ای هم به منظور کسب حمایت و تشویق اجتماعی شرکت کردند. نتایج نهایی حاکی از موفقیت ۶۹ درصدی گروه دوم در مقایسه با موفقیت ۴۹ درصدی گروه اول بود. از سوی دیگر روث (۱۹۹۷) نیز با انجام یک دوره گروه درمانی بر روی بیماران وابسته به موادی که دوره سم زدائی و درمان نگهدارنده با نالترکسون را طی کرده بودند، به یک موفقیت ۹۴ درصدی در تداوم بهبودی بیماران یافت. فورمن (۱۹۸۸) نیز با مقایسه گروه درمانی با ساختار و گروه درمانی بدون ساختار دریافت که هر دو نوع مداخله در کاهش مشکلات وابسته به مصرف مواد تأثیر معناداری دارد ولی گروه درمانی با ساختار باعث عملکرد بهتر، میل کمتر به مصرف مواد و تغییرات پایدارتر بعد از درمان می‌شود. در همین زمینه در ایران نیز عرب ورنوسفادرانی (۱۳۷۷) مشاهده کرد که گروه درمانی شناختی- مذهبی باعث کاهش معنادار میزان عود و افسردگی نسبت به گروه گواه می‌شود، ولی نسبت به گروه درمانی شناختی تفاوت خاصی در میزان عود نشان نمی‌دهد، بلکه صرفاً بر میزان اضطراب آنان تأثیر معنادار دارد. رعدی (۱۳۸۰) نیز مشاهده کرد که مشاوره شناختی رفتاری به شیوه گروهی باعث کاهش معنادار میزان عود در پس آزمون و پیگیری می‌شود. از سوی دیگر، لیدل و همکاران (۲۰۰۱) هم با جایگزینی ۱۸۲ بیمار نوجوان وابسته به مواد در ۳ گروه مداخله‌ای شامل «خانواده درمانی چندوجهی» (MDFT)، گروه درمانی نوجوانان و «مداخله چندجنبه‌ای آموزش خانواده» (MDFE) شاهد بهبودی قابل ملاحظه در وضعیت بیماران هر سه گروه بودند؛ در حالی که گروه دارای مداخله درمانی چندوجهی بهبودی معنادار بیشتری نسبت به سایر گروه‌ها نشان داد، همانطور که در کاهش مصرف مواد، تسهیل سازگاری اجتماعی و تداوم فرایندهای رشدی هم نتایج بهتری نشان دادند.

کلرسی (۱۹۸۸) نیز با درگیر کردن خانواده بیماران وابسته به هرئین و ارائه گروه درمانی برای خود بیماران، نتایج درمانی بهتری در تداوم بهبودی بیماران مشاهده کرد. کاتالانو و همکاران (۱۹۹۹) هم در یک پیگیری یک ساله نشان دادند که آموزش به والدین برای اداره منزل و حفظ ارتباط نزدیک با بیمار خانواده، احتمال بازگشت مجدد به مصرف مواد را کاهش می‌دهد. از آنجا که در کشور ما کوشش همواره در راستای کاهش عرضه مواد افیونی بوده و کمتر به کاهش تقاضا توجه شده است، امروزه مبارزه فرهنگی با اعتیاد و کاهش تقاضا در اولویت قرار گرفته است (مهریار و جزایری، ۱۳۷۷؛ احسان منش و کریمی، ۱۳۷۸). همچنین در ۵ سال گذشته با تغییر نگرش به اعتیاد و معتاد در ایران و تلقی آن از «جرم و مجرم» به سمت «بیمار و بیماری»

چشم انداز تازه‌ای به سوی این مسئله باز شده است. اما از همان ابتدا فقدان تجربه لازم جهت برخورد علمی و اصولی با آن حس شد، کما این که امروزه علیرغم گسترش کمی ارائه خدمات درمانی به این بیماران در سطح کشور، باز هم روش‌های درمانی تا رسیدن به سطح استاندارد برنامه‌های درمانی راه درازی پیش رو دارند.

بر این اساس، در پژوهش حاضر با توجه به پیشینه پژوهشی، محقق به بررسی اثربخشی «گروه درمانی با ساختار»<sup>۱</sup> و «آموزش خانواده»<sup>۲</sup> بر کاهش تمایل به مصرف مواد و فراوانی عود پرداخت. در این پژوهش، هدف بررسی تمایل به مصرف مواد با استفاده از یک ابزار اختصاصی، در کنار تعیین فراوانی عود بود، ضمن این که سعی بر آن بود که میزان تأثیر مداخلات گروه درمانی و آموزش خانواده به طور جداگانه در مراحل پس از آزمون و پیگیری، تعیین شود.

## ● روش

روش پژوهش مورد استفاده در این پژوهش، روش شبه تجربی و طرح تحقیق و از نوع دو گروه یا آزمون نهایی و پیگیری دوماهه می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش را بیماران وابسته به موادی که در دوره بهبودی اولیه قرار داشتند، تشکیل می‌دادند که به صورت خود معرف در بهار و تابستان سال ۱۳۸۱ به مرکز بازتوانی اعتیاد شهر اصفهان مراجعه کرده بودند و براساس ملاکهای DSM-IV و مصاحبه بالینی دارای اختلال وابستگی به مواد تشخیص داده شده بودند. ۳۰ نفر از آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی ۱۵ نفره - به عنوان گروه آزمایشی اول - و ۳۰ نفر نیز به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی ۱۵ نفره - به عنوان گروه آزمایشی دوم - و ۳۰ نفر دیگر نیز در دو گروه گواه ۱۵ نفره جای داده شدند. آزمودنی‌ها از لحاظ برخی متغیرها (نظیر سن، تحصیلات، تأهل، نداشتن اختلال شخصیت، نداشتن اختلال روانی دوم، سابقه حداقل دو ترک و سالن شهر اصفهان بودن) با یکدیگر هم‌تاسازی شدند. انتخاب سه گروه جداگانه برای نمونه‌های پژوهش براساس پیشینه پژوهش که حجم مطلوب نمونه را ۱۵ نفر عنوان کرده بود (کاپلان و سادوک، ۱۳۷۹ و ثنایی، ۱۳۷۵) و تجربه قبلی پژوهشگر مبنی بر وجود ریزش در خلال اجرای پژوهش و به ویژه در مرحله پیگیری صورت گرفته است. در نهایت پس از انجام آزمون‌های پیگیری و با توجه به ریزش مشاهده شده، تعداد دو گروه آزمایش و گروه گواه ۱۴ نفر در نظر گرفته شد که از آنان پس از آزمون و پیگیری به عمل آمده بود. این امر به این دلیل انجام شده که در نمونه‌های نامساوی و کمتر از ۴۰ نفر پیش فرض تساوی واریانس‌های نمرات ضروری است (مولوی، ۱۳۷۹).

ابزار پژوهش مورد استفاده جهت بررسی فراوانی عود، ابزار آزمایشگاهی «رنگ سنجی نازک لایه» (TLC)<sup>۱۱</sup> بود. نمره گذاری این آزمون بر حسب مثبت بودن جواب آزمایش یعنی مصرف مواد مخدر در ۷۲ ساعت گذشته، نمره صفر و بر حسب منفی بودن جواب آزمون یعنی مصرف نکردن مواد مخدر در ۷۲ ساعت گذشته، نمره یک بود. ضریب خطای این ابزار آزمایشگاهی ۰/۰۵ می باشد، یعنی در ۱۰۰ مورد اجرای این آزمون در ۵ مورد احتمال دست یابی به جواب منفی کاذب یا مثبت کاذب وجود دارد. (ملک پور، ۱۳۶۲).

همچنین به منظور بررسی میزان تمایل به مصرف مواد از «مقیاس پیش بینی عود یا بازگشت»<sup>۱۲</sup> (RPS) (بک و رایت، ۱۳۸۰) استفاده شد. این آزمون دارای دو خرده مقیاس ۴۷ ماده ای می باشد که هر ماده در بردارنده موقعیت ها یا حالت هائی است که برای یک فرد وابسته به مواد که در دوران ترک مواد قرار دارد، می تواند باعث ایجاد وسوسه و به تبع آن، میل به مصرف مواد گردد. آزمودنی براساس طیف لیکرت (با نمره گذاری ۴-۰) به این آزمون پاسخ می گوید. به منظور تأمین روائی، این پرسشنامه به سه متخصص - یک دکترای روانسنجی، دکترای روانشناسی و یک روانپزشک متخصص در امر اعتیاد - ارائه شد و نظر ایشان در مورد این آزمون و اهداف آن مورد بررسی قرار گرفت؛ نظر هر سه نفر حاکی از همخوانی محتوا و آیت های آزمون با اهداف در نظر گرفته شده برای آن بود. «اعتبار»<sup>۱۳</sup> محاسبه شده برای این مقیاس نیز توسط پژوهشگر با اجرا بر روی ۴۰ بیمار وابسته به مواد در دوره بهبودی اولیه و با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس «میزان وسوسه» ۰/۹۴ و برای خرده مقیاس «میزان میل» ۰/۹۷ محاسبه شد، همبستگی به دست آمده بین دو خرده مقیاس مذکور با استفاده از روش همبستگی پیرسن ( $r = 0/85$ ) نیز از لحاظ آماری، رابطه معناداری را نشان می داد ( $p = 0/001$ ).

برای اجرای پژوهش در ابتدا آزمودنی ها به شیوه تصادفی در گروه های آزمایشی و گروه گواه جای داده شدند. تمامی این آزمودنی ها قبلاً مرحله «سم زدائی» را با موفقیت به اتمام رسانده بودند. آزمودنی های گروه آزمایش اول در یک برنامه گروه درمانی که به صورت هفتگی - هر جلسه به مدت ۷۵ دقیقه به مدت هشت جلسه - شرکت کردند و همسران آنان هم به طور همزمان در یک دوره کلاس آموزشی ۹۰ دقیقه ای شرکت کردند. دوره گروه درمانی با ساختار شامل جلساتی با برنامه های کلی و مشخص به فراخور مسائلی که یک بیمار وابسته به مواد در دوران ترک با آن مواجه است - از جمله انگیزه در ترک و نحوه تقویت آن، ملزومات انگیزه مطلوب، عود و ماشه چکانهای آن، مقابله با هوس، شناخت و تنظیم افکار و احساسات و امثالهم - بود. محتوای کلاسهای آموزش خانواده نیز شامل مباحثی پیرامون روند اعتیاد و ترک، علائم کوتاه

مدت و بلندمدت ترک، نوع برخورد با بیمار در دوران ترک و نظیر آن بود. اما آزمودنی‌های گروه آزمایش دوم صرفاً در یک برنامه گروه درمانی هفتگی - هر جلسه به مدت ۷۵ دقیقه به مدت هشت جلسه - شرکت کردند و مداخله آموزش خانواده برای همسران آنان ارائه نشد. آزمودنی‌های گروه گواه هیچ یک از دو مداخله مذکور را دریافت نکردند. پس از پایان مداخلات درمانی از تمام آزمودنی‌ها، مجدداً آزمون «رنگ سنجی نازک لایه» و «مقیاس پیش بینی عود یا بازگشت» به عمل آمد و دو ماه بعد از آخرین جلسه گروه با تماس با آزمودنی‌ها، از آنان جهت انجام پیگیری دعوت به عمل آمد و در نهایت داده‌های بدست آمده از دو مرحله پژوهش با نرم‌افزار آماری SPSS-10 از طریق تحلیل واریانس چند متغیره و آزمون خی دو مورد تحلیل آماری قرار گرفت.

#### ● یافته‌ها

از مجموع ۳۰ نفر گروه آزمایش اول ۱۸ بیمار، و از مجموع ۳۰ نفر گروه آزمایش دوم ۱۶ بیمار و از ۳۰ نفر بیمار گواه، ۱۴ بیمار برای انجام آزمونهای پیگیری مراجعه کردند. براین اساس و به منظور برابری تعداد دو نمونه، ۴ آزمودنی گروه آزمایش اول و ۲ بیمار گروه آزمایشی دوم به طور تصادفی حذف شدند. این امر به این دلیل انجام شد که در نمونه‌های نامساوی و کمتر از ۴۰ نفر، تأیید پیش فرض تساوی واریانس‌های نمرات ضروری است (مولوی، ۱۳۷۹). میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در گروه‌های پژوهشی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات میزان وسوسه و میل آزمودنی‌های گروه‌های پژوهشی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری

عضویت گروهی	مرحله پژوهش		پس‌آزمون		پیگیری	
	متغیر وابسته	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
گروه آزمایشی (۱)	میزان وسوسه	۲۰/۸	۱۵/۳	۳۰	۲۰/۸	۲۰/۸
	میزان میل	۲۱/۵	۱۶/۵	۲۹/۷	۱۷/۷	۱۷/۷
گروه آزمایش (۲)	میزان وسوسه	۲۵/۶	۹/۵	۴۰/۲	۲۱/۸	۲۱/۸
	میزان میل	۲۲/۴	۹/۶	۳۶/۷	۱۸/۵	۱۸/۵
گروه گواه	میزان وسوسه	۵۰/۹	۱۴/۵	۴۸/۸	۱۹	۱۹
	میزان میل	۵۳/۴	۱۷/۴	۵۱/۹	۲۳/۱	۲۳/۱

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره مندرج در جدول ۲ تفاوت نمرات گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ و گروه گواه را نشان می‌دهد. در این تحلیل متغیرهای سن، میزان تحصیلات و سابقه اعتیاد



کنترل گردیده است؛ یعنی تأثیر آنها از روی نمرات پس آزمون «میزان وسوسه» و «میزان میل» برداشته شده و سپس میانگین نمرات باقیمانده دو گروه مقایسه گردیدند. این نتایج نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین نمرات باقیمانده «میزان وسوسه» و «میزان میل» ۳ گروه آزمایش ۱ و ۲ و گواه در مرحله پس آزمون در مجموع با یکدیگر معنادار می‌باشد ( $p < 0/05$ )؛ پس نتیجه گرفته می‌شود که مداخلات گروه درمانی همراه با آموزش خانواده و گروه درمانی صرف باعث کاهش معنادار «میزان وسوسه» و «میزان میل» آزمودنی‌های گروه آزمایش ۱ و ۲ نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون شده است. میزان تأثیر این مداخلات بر میزان وسوسه ۴۳٪ و بر میزان میل ۵۵٪ می‌باشد. توان آماری نیز حاکی از دقت آماری بسیار بالای این آزمون است. همچنین، نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین باقیمانده نمرات «میزان وسوسه» و «میزان میل» در بین گروه‌های آزمایشی ۱ و ۲ و گروه گواه در مرحله پیگیری معنادار نیست؛ لذا نتیجه گرفته می‌شود که مداخلات گروه درمانی همراه با آموزش خانواده و گروه درمانی صرف تأثیر معناداری بر میزان وسوسه و میل آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی نسبت به گروه گواه - البته با حذف تأثیر متغیرهای کنترل - در مرحله پیگیری ندارد.

جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس چند متغیره تفاوت نمرات میزان وسوسه و میل گروه‌های آزمایش و گواه

منبع تغییرات	مرحله	متغیر	میانگین مجدورات	درجه آزادی	F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
سابقه اعتیاد	پس آزمون	میزان وسوسه	۰/۰۴۷	۱	۰/۰۵۰	۰/۹۸۷	۰/۰۰۰	۰/۰۵
		میزان میل	۱۹۷	۱	۰/۰۷۷	۰/۳۸۲	۰/۰۲۱	۰/۱۴
	پیگیری	میزان وسوسه	۹۶/۵۱	۱	۰/۲۲۵	۰/۶۳۷	۰/۰۶	۰/۰۷
		میزان میل	۰/۰۱۴	۱	۱۰۴۶/۲۳	۰/۱۰۹	۰/۰۷	۰/۳۶
سن	پس آزمون	میزان وسوسه	۳۰/۸۳	۱	۰/۱۷۱	۰/۶۸۲	۰/۰۰۵	۰/۰۶۹
		میزان میل	۱۴/۴۶	۱	۰/۰۶۶	۰/۷۹۹	۰/۰۰۲	۰/۰۵۷
	پیگیری	میزان وسوسه	۱۳۲/۱۴	۱	۰/۳۱۱	۰/۵۸۱	۰/۰۰۹	۰/۰۸۴
		میزان میل	۴/۳۱	۱	۰/۰۱۱	۰/۹۱۷	۰/۰۰۰	۰/۰۵۱
میزان تحصیلات	پس آزمون	میزان وسوسه	۲۹۵/۰۲	۱	۱/۶۴	۰/۲۰۹	۰/۰۲۳	۰/۲۴
		میزان میل	۱۷۵/۳۰	۱	۰/۷۰	۰/۴۰۹	۰/۰۱۹	۰/۱۳
	پیگیری	میزان وسوسه	۲۱۵/۸۵	۱	۰/۵۱	۰/۴۸۱	۰/۰۱۴	۰/۱۱
		میزان میل	۳۸۹/۴۰	۱	۱/۰۱	۰/۳۲۲	۰/۰۲۷	۰/۱۶
عضویت گروهی	پس آزمون	میزان وسوسه	۳۵۶/۷۲	۲	۱۹/۷۵	۰/۰۰۰	۰/۵۲	۱/۰۰
		میزان میل	۵۱۴۷/۰۸	۲	۲۰/۵۰	۰/۰۰۰	۰/۵۳	۱/۰۰
	پیگیری	میزان وسوسه	۹۴۶/۹۱۱	۲	۲/۲۳	۰/۱۲۲	۰/۱۱	۰/۴۲
		میزان میل	۱۳۷۸/۳۷	۲	۳/۵۷	۰/۰۳۹	۰/۱۶	۰/۶۲

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که مداخلات گروه درمانی و آموزش خانواده باعث کاهش معنادار «میزان وسوسه» و «میزان میل» در گروه آزمایش ۱ نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون شده است ( $p < 0/05$ ). این مداخلات باعث کاهش ۵۱ درصدی میزان وسوسه و همچنین کاهش ۵۰ درصدی میزان میل آزمودنی‌های گروه آزمایش ۱ در مقایسه با گروه گواه شده است. توان آماری نیز بیانگر دقت آماری بالای این آزمون است. از سوی دیگر، ارائه مداخله گروه درمانی بدون آموزش خانواده نیز باعث کاهش ۵۸ درصدی «میزان وسوسه» و ۵۵ درصدی «میزان میل» آزمودنی‌های گروه آزمایش ۲ در مقایسه با گروه گواه در مرحله پس آزمون شده است ( $p < 0/05$ ). این در حالی است که دو گروه آزمایشی تفاوت معناداری را در کاهش «میزان وسوسه» و «میزان میل» در مرحله پس آزمون نشان ندادند. همچنین سایر نتایج حاصل از مقایسه‌های زوجی بیانگر آن است که گروه‌های آزمایشی در مرحله پیگیری تفاوت معناداری را در کاهش «میزان وسوسه» و «میزان میل» در مقایسه با گروه گواه و حتی در مقایسه با یکدیگر نشان ندادند.

جدول ۳- نتایج مقایسه‌های زوجی تفاوت میانگین نمرات باقیمانده میزان وسوسه و میل گروه‌های آزمایشی و گروه گواه

مراحل	عضویت گروهی	متغیر وابسته	میانگین مجدورات	درجه آزادی	F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
پس آزمون	گروه ۱ و ۳	میزان وسوسه	۵۶۲۴/۷۳	۱	۱۳/۶۵	۰/۰۰۰	۰/۵۱	۰/۹۹۶
		میزان میل	۷۵۳۸/۹۰	۱	۲۱/۸۹	۰/۰۰۰	۰/۵۰	۰/۹۹۴
	گروه ۲ و ۳	میزان وسوسه	۴۳۹۱/۶۵	۱	۳۱/۶۲	۰/۰۰۰	۰/۵۸	۱/۰۰
		میزان میل	۶۴۹۶/۰۵	۱	۲۸/۲۷	۰/۰۰۰	۰/۵۵	۰/۹۹۹
	گروه ۱ و ۲	میزان وسوسه	۵۱/۶۶	۱	۰/۳۱	۰/۵۸۵	۰/۱۳	۰/۰۸
		میزان میل	۲/۱۶	۱	۰/۰۱۱	۰/۹۲۰	۰/۰۰۰	۰/۰۵۱
پیگیری	گروه ۱ و ۳	میزان وسوسه	۲۱۴۷/۵۷	۱	۴/۸۷	۰/۰۳۷	۰/۱۷	۰/۵۶۲
		میزان میل	۲۶۹۴/۱۰	۱	۵/۷۰	۰/۲۶	۰/۲۰	۰/۶۳۰
	گروه ۲ و ۳	میزان وسوسه	۷۲۵/۶۲	۱	۲/۱۱	۰/۱۶۰	۰/۰۸	۰/۲۸۵
		میزان میل	۱۴۸۰/۹۰	۱	۴/۰۶	۰/۰۵۶	۰/۱۵	۰/۴۹۰
	گروه ۱ و ۲	میزان وسوسه	۲۲۸/۹۱	۱	۰/۴۶۱	۰/۵۰۴	۰/۲۰	۰/۱۰۰
		میزان میل	۱۳۱/۱۱	۱	۰/۳۸۲	۰/۵۴۲	۰/۱۶	۰/۰۹۱

جدول ۴ شامل فراوانی عود و پاکی در گروه‌های پژوهشی در مراحل پس آزمون و پیگیری می‌باشد؛ نتایج آزمون خی دو حاکی از عدم تفاوت معنادار بین فراوانی عود دو گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه در مرحله پس آزمون می‌باشد؛ لذا می‌توان گفت که گروه درمانی همراه با

و بدون مداخله آموزش خانواده تأثیر معناداری بر کاهش فراوانی عود در مرحله پس آزمون نداشته است، کما این که دو گروه آزمایشی نیز نسبت به همدیگر، تفاوت معناداری را در فراوانی عود نشان ندادند. اما در مرحله پیگیری، دو گروه آزمایشی کاهش معناداری را در فراوانی عود نسبت به گروه گواه نشان می دهند. ( $p < 0/05$ )؛ به عبارت دیگر، مداخلات گروه درمانی همراه با آموزش خانواده و بدون آموزش خانواده باعث کاهش معنادار فراوانی عود در مرحله پیگیری نسبت به گروه گواه شده است. در حالی که دو گروه آزمایشی نسبت به یکدیگر تفاوت معناداری را در فراوانی عود نشان نمی دهند.

جدول ۴- محاسبه مجذور خی دو بر مبنای فراوانی عود در گروه آزمایش و گواه

مرحله	گروه	پاک	عودی		ارزش	معناداری
پس آزمون	گروه ۱ و ۳	۸	۱۲	۶	۲/۸	۰/۰۹۴
	گروه ۲ و ۳	۸	۱۲	۶	۲/۸	۰/۰۹۴
	گروه ۱ و ۲	۱۲	۱۲	۲	۰/۰۰۰	۰/۷۰۲
پیگیری	گروه ۱ و ۳	۳	۱۱	۱۱	۹/۱۴	۰/۰۰۲
	گروه ۱ و ۲	۳	۹	۱۱	۵/۲۵	۰/۰۲۷
	گروه ۲ و ۱	۹	۱۱	۵	۰/۷۰	۰/۶۷۰

#### ● بحث

امروزه گروه درمانی به عنوان درمان انتخابی اختلالات وابستگی به مواد (میلر و اسمیت، ۱۹۹۷) دارای توان بالقوه‌ای برای حمایت و مواجهه بیمار با این اختلال و به چالش کشیدن بینش اعضا پیرامون مسائل فردی و شخصیتی می باشد (خانتازیان و همکاران، ۱۹۹۹).

در فرایند درمان اختلال وابستگی به مواد، دخیل کردن خانواده، باعث کسب نتایج درمانی بهتری می گردد و چه بسا که در مواردی هم کار با خانواده از ملزومات درمان این اختلال محسوب می شود (لویسن و همکاران، ۱۹۹۷).

□ نتایج این پژوهش همسو با یافته‌های پیشین (روث، ۱۹۹۷؛ فورمن، ۱۹۸۸؛ عرب، ۱۳۷۷؛ رعدی ۱۳۸۰ دویچ، ۱۹۹۹ و کاتالانو، ۱۹۹۹) مبنی بر تأثیر گروه درمانی و مداخلات خانواده در کاهش شدت اعتیاد و عود، نشان دهنده اثربخشی معنی دار گروه درمانی و آموزش خانواده بر تمایل به مصرف مواد در مرحله پس آزمون می باشد. البته این مداخلات در مرحله پیگیری تأثیر معناداری را نشان نداد. از این حیث، این نتایج با یافته‌های لاش و پترسن (۲۰۰۱) که یک دوره گروه درمانی ۸ جلسه‌ای را برای بیماران وابسته به مواد، به منظور ایجاد حمایت اجتماعی ارائه

گروه بودند، و در مرحله پیگیری بهبودی بیشتری در این بیماران نسبت به گروه کنترل مشاهده کردند همخوانی ندارد، شاید علت ناهماهنگی نتایج این پژوهش از تفاوت در اهداف درمانی می‌باشد؛ پژوهش لاش و پترسن ایجاد حمایت اجتماعی در جهت تداوم بهبودی را مدنظر داشت، برخلاف پژوهش حاضر که کاهش تمایل به مصرف مواد را در نظر داشت. این مسئله جدای از این نکته است که مشخص نیست آزمودنی‌های پژوهش لاش و پترسن را چه نوع بیمارانی - سرپائی یا بستری و داوطلب و یا غیر داوطلب بودن برای درمان - تشکیل می‌دادند، باشد. به علاوه، این مسئله می‌تواند ناشی از نوع ابزار مورد استفاده، نمونه‌های پژوهشی، عدم استفاده از ابزاری اختصاصی برای ارزیابی اثر مداخله آموزش خانواده و مهمتر از همه نبود جلسات درمانی پیگیری (هاوتون و ساسکوسکیس، ۱۳۷۹) در پژوهش حاضر باشد؛ عدم برگزاری جلسات یادآوری و قطع ناگهانی فرایند درمان قبل از انجام آزمونهای پیگیری، با هدف تحکیم اثرات درمان، باعث بازگشت علائم اختلال می‌گردد. اما از سوی دیگر، باید به این مسئله نیز توجه داشت که شاید مداخلات توأم با آموزش خانواده مدت زمان بیشتری را می‌طلبد تا بتواند اثربخشی خود را نشان دهد و شاید صرفاً دو ماه بعد از اتمام مداخلات، مدت زمان مطلوبی برای بروز تفاوت نسبت به گروه گواه نباشد. همچنین نباید از سعی در ایجاد برداشت خوب توسط آزمودنی‌های گروه گواه نیز در جریان تکمیل «مقیاس پیش بینی بازگشت» غافل بود.

□ نتایج این بررسی نشان داد که مداخلات گروه درمانی همراه با و بدون آموزش خانواده تأثیری بر فراوانی عود در مرحله پس از آزمون ندارد، از این حیث این یافته‌ها با بخشی از نتایج عرب (۱۳۷۷) هم خوانی دارد ولی با سایر مطالعات (روث، ۱۹۹۷؛ فورمن، ۱۹۸۸ و رعدی، ۱۳۸۰) همخوانی ندارد. دلیل این ناهمخوانی می‌تواند از اثر انگیزشی برای درمان ناشی شود به این معنا که آن مسائل و عللی که باعث اقدام به ترک بیمار وابسته به مواد می‌شود، حتی با گذشت ۲-۳ ماه از شروع درمان کماکان برای آزمودنی‌های گروه گواه هم به صورت عوامل انگیزشی باعث تداوم پاکی می‌شود. به علاوه این ناهمخوانی از خطای اندازه‌گیری آزمون «رنگ سنجی نازک لایه» که نمره‌گذاری آن بر مبنای صفر و یک بود، نیز ناشی می‌شود.

نتایج پژوهش حاضر با بررسی‌های دویچ (۱۹۹۹) که با مشاوره گروهی و اصلاح مهارت‌های والدین به نتایج مثبت در شکستن سیکل اعتیاد بیماران دست یافت، همخوانی ندارد. شاید علت این ناهمخوانی، یکسان نبودن نوع مداخلات دو پژوهش و عمیق‌تر و طولانی‌تر بودن نوع مداخلات درمانی مورد استفاده دویچ باشد.

□ به علاوه، در تبیین یافته‌های این پژوهش مبنی بر عدم تفاوت فراوانی عود گروه‌های

آزمایشی در مرحله پس آزمون نسبت به گروه گواه، باید به این نکته هم توجه داشت که اولاً جامعه آماری این پژوهش را معنادان خود معرف مراجعه کننده به یک مرکز بازتوانی تشکیل می دادند و قاعدتاً خود معرف بودن این بیماران می تواند بیانگر این مسئله باشد که بیماران گروه گواه هم دارای یک تمایل اولیه و انگیزشی اولیه برای ترک بوده اند و قاعدتاً صرف وجود این انگیزش یا اتفاقاتی که منجر به اقدام به ترک آنان شده، باعث تداوم پاکی آنان تا مرحله پس آزمون شده است. البته باید به این نکته توجه داشت که صرف گذشت دو ماه و اتمام مداخلات، مدت زمان مطلوبی برای بروز تأثیرات مداخلات ارائه شده نمی باشد. همچنین، از آن جا که بیماران گروه گواه هم بعضاً مانند بیماران گروه های آزمایشی به یک مرکز درمانی دولتی مراجعه کرده بودند، با سایر اعضاء تیم درمان مرکز مذکور تماس داشته اند و این مسئله باعث تأثیرگذاری بر فرایند درمان آنان شده است.

□ از دیگر نتایج این پژوهش، عدم تفاوت در عملکرد گروه های آزمایشی نسبت به یکدیگر بود؛ به عبارت دیگر این پژوهش نشان داد که ارائه یا عدم ارائه مداخله آموزش خانواده همراه با گروه درمانی، تأثیر معناداری بر میزان میل و میزان وسوسه و حتی فراوانی عود نشان نمی دهد. فی الواقع این مسئله بیانگر آن است که آموزش خانواده وقتی به عنوان یک مداخله مکمل ارائه می شود تأثیری بر پیامدهای درمانی ندارد؛ براساس آنچه که گذشت این امر می تواند از دو مسئله ناشی شود؛ اول این که وجود صرفاً یک آزمون پیگیری به فاصله دو ماه بعد از اتمام مداخلات نمی تواند ملاک خوبی برای بررسی اثربخشی مداخلات دارای آموزش خانواده باشد و چه بسا مدت زمان بیشتری نیاز است تا مداخلات ارائه شده برای اعضای خانواده اثر خود را نشان دهد. اما از سوی دیگر واقعیت این است که مداخله آموزش خانواده به هر حال باعث ایجاد تغییراتی در خانواده و حتی خود آزمودنی های گروه آزمایش اول می شود؛ اما چون در این پژوهش از ابزاری اختصاصی برای ارزیابی اثرات خاص این مداخله که مثلاً عملکرد خانواده این گروه را مورد ارزیابی قرار دهد، استفاده نشد تأثیر معناداری در عملکرد این گروه مشاهده نشد.

□ نتایج نهایی پژوهش حاضر حاکی از کاهش معنادار فراوانی عود در گروه آزمایش دارای مداخلات گروه درمانی و آموزش خانواده نسبت به گروه گواه در مرحله پیگیری می باشد، از این رو با نتایج مطالعات قبلی نظیر کاتالانو (۱۹۹۹)، دویچ (۱۹۹۹) و کلریسی (۱۹۸۸) هم خوانی دارد. اثربخشی این مداخلات می تواند ناشی از شرکت در جلسات گروه باشد که به بیمار در جهت دست یابی به یک پاکی با دوام کمک می کند، به او راهکارهای مناسب برای مقابله با عوارض دوران ترک نظیر میل به مصرف مواد، تحریک پذیری، احساس پوچی و غیره را ارائه می کند.

□ براساس نتایج این پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که مزایای گروه درمانی صرفاً صرفه جویی در وقت و انرژی، کاهش هزینه و ارائه درمان برای چند نفر در یک زمان نیست؛ گروه درمانی به دلیل ماهیت تعاملی خود و شرکت اعضاء در فرایند درمان یکدیگر و هم چنین بروز عوامل خاص درمان گروهی نظیر القاء امید، نوع دوستی، تجارب اصلاحی، بازخورد دادن و تغییر در احساس می‌تواند به تقویت انگیزش درمانی بیماران کمک کند و در نهایت منجر به تحکیم فرایند درمان گردد. همین مسائل باعث تمایز این نوع درمان از سایر درمانهای روان شناختی می‌شود. واقعیت این است که گروه درمانی زمانی که با آموزش خانواده همراه می‌شود، به این دلیل می‌تواند به تداوم فرایند بهبودی کمک کند که گروه درمانی به عنوان یک تقویت کننده انگیزش درونی به پاکی بیمار کمک می‌کند؛ چراکه از یک سو بر تقویت انگیزش استوار است و از سوی دیگر بر تغییر سبک زندگی و مقابله عملی با عوارض کوتاه مدت ترک نظیر افسردگی، خشم، اضطراب، وسوسه و میل به مصرف مواد تأکید دارد. ضمن اینکه ساختار گروه درمانی بر شناسایی و برخورد مؤثر با ماشه چکانهای لغزش و عود تأکید دارد. همچنین وجود عناصر درمانی نظیر احساس همدلی، القاء امید، نوع دوستی و ارائه اطلاعات پیرامون ماهیت وابستگی به مواد هم در تداوم پاکی بیمار دخیل است.

□ علاوه بر این، باید توجه داشت که ارائه مداخله آموزش خانواده، به همسران بیماران نیز خود باعث تحکیم فرایند درمان می‌گردد. این مهم از مسیرهای مختلفی حاصل می‌شود که شاید مهمترین آن عبارت باشند از این که:

۱. خانواده نیز در فرایند درمان بیمار مستقیماً درگیر شده و فعالانه عمل می‌کند.
  ۲. از خانواده در جریان تغییر بیمار حمایت می‌شود و همسر بیمار درمی‌یابد که تنها او درگیر این وضعیت نیست.
  ۳. همسر بیمار برای نحوه برخورد مطلوب با بیمار و باقیمانده علائم ترک، آموزش لازم فرا می‌گیرد.
  ۴. خانواده بیمار چگونگی افزایش مسئولیت پذیری بیمار در عین تشویق او به تداوم پاکی را یاد می‌گیرد.
  ۵. نهایتاً این که خانواده و خصوصاً همسر بیمار راهکارهای ارجاع مجدد بیمار به فرایند درمان را - در صورت بروز لغزش عود و بازگشت مجدد وی به مصرف مواد- را فرا می‌گیرد. از این رو پیشنهاد می‌شود که:
- الف. از آنجا که گروه درمانی با ساختار، مداخلاتی مدون و مشخص است، می‌تواند راهنمای

خوبی برای درمان‌گران این اختلال باشد و از مواجهه آنان با مشکلات انبوه که در هر جلسه از درمان‌های فردی (نظیر تداخل مشکلات مالی، خانوادگی، روانی و امثالهم) مطرح می‌شود، جلوگیری کند.

ب. استفاده از مداخلات آموزش خانواده، اطلاعات و راهبردهای مطلوبی را برای کاهش تنش بین بیمار و خانواده و کاستن از استرس فراهم می‌کند، به علاوه ارائه مداخله آموزش لزوماً به معنای امتیاز گرفتن از خانواده به نفع بیمار نمی‌باشد و چه بسا برخی از مباحث آن می‌تواند بر افزایش مسئولیت‌پذیری و آگاه‌سازی او به وظایفش به عنوان یک همسر، پدر و یا همکار باشد. ج. استفاده از برنامه‌های گروه درمانی مبتنی بر تغییر انگیزش برای بیماران وابسته به مواد می‌تواند پیامدهای درمانی مطلوبی را در تداوم بهبودی نشان دهد. این گروه‌های درمانی می‌تواند هم در زمان انتظار برای درمان اجرا شود، و هم می‌تواند بعد از اتمام سم‌زدایی مورد استفاده قرار گیرد.

□ در پایان، پژوهشگر بر خود لازم می‌داند که از همکاری مسئولان محترم «مرکز بازتوانی اعتیاد» شهر «اصفهان» و معاونت محترم پیشگیری «سازمان بهزیستی» این شهر تقدیر و تشکر فراوان داشته باشد.

#### یادداشت‌ها

- 1- Fieni
- 2- Moose
- 3- Huobard
- 4- Marson
- 5- Stress
- 6- Lowinson
- 7- Multi dimensional family therapy
- 8- Multi dimensional family education
- 9- Structured group therapy
- 10- Family psycho education
- 11- Thin Layer Chromatography
- 12- Relapse Prediction Scale
- 13- Reliability

#### منابع

- احسان منش، مجتبی؛ کریمی، کیسمی، عیسی. (۱۳۷۸). نگاهی به تاریخچه و برخی پژوهش‌های انجام گرفته پیرامون اعتیاد در ایران. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۳، ۵: ۶۲-۷۸.
- بک، آ. تی؛ رایت، اف. دی. (۱۳۸۰). درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدر: آموزش مهارت‌های شناختی و عملی برای ترک اعتیاد، ترجمه محمدعلی گودرزی، شیراز: نشر راهگشا.
- پاشانی، شهریار. (۱۳۸۱). عوامل مهم مخاطره‌انگیز و زمینه ساز اعتیاد. اولین همایش سراسری اعتیاد، چالش‌ها و درمان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان.

- ثنائی، باقر. (۱۳۷۵). روان درمانی و مشاوره گروهی. تهران: انتشارات چهر.
- رعدی، منوچهر. (۱۳۸۰). بررسی اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه شناختی- رفتاری بر کاهش بازگشت به اعتیاد در معتادان خود معرف سازمان بهزیستی استان کردستان. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه اصفهان.
- ستاد مبارزه با مواد مخدر، (۱۳۸۰). گزارش وضع اعتیاد در ایران. تهران: انتشارات شورای مبارزه با مواد مخدر.
- ظهيرالدین، علی رضا. (۱۳۸۱). مروری بر علل وابستگی به مواد در نوجوانان. اولین همایش سراسری اعتیاد، چالش‌ها و درمان. دانشگاه علوم پزشکی زنجان.
- عرب و رنو سفادرائی، مصطفی. (۱۳۷۸). بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی مذهبی بر کاهش میزان اضطراب و افسردگی معتادان خود معرف شهر یزد. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی (چاپ نشده). تهران: دانشگاه آزاد اسلامی: واحد رودهن.
- کاپلان. ه؛ سادوک، ب؛ گرب، ج. (۱۳۷۹). خلاصه روان پزشکی و علوم رفتاری - روان پزشکی بالینی. جلد دوم، ترجمه نصرت‌اله پورافکاری، تبریز: انتشارات شهر آب.
- ملک پور، اکبر. (۱۳۶۲). اصول بیوشیمی بالینی. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
- مولوی، حسین. (۱۳۷۹). راهنمای عملی SPSS-10 در علوم رفتاری. اصفهان: انتشارات مهر قائم.
- مهریار، امیر هوشنگ؛ جزایری، محمد علی. (۱۳۷۷). اعتیاد، پیشگیری و درمان، تهران: نشر روان پویا.
- هاوتون، ک؛ سالکوس کیس، ک. (۱۳۷۸). رفتار درمانی شناختی، جلد دوم، ترجمه حبیب‌اله قاسم‌زاده. تهران: انتشارات ارجمند.
- Brook, D. W. (2001). Introduction to the special issue on group therapy and substance abuse. *International Journal of Group Therapy*, 51, 2, 5-17.
- Catalano, R. F.; Gainy, R.; & Feleming, B. (1999). An experimental intervention with families in substance abusers. *Journal of Addictions*, 94, 241-254.
- Cleici, M. (1988). Involvement of families in group therapy of heroin Addicts. *The Journal of Drug and Alcohol Dependency*, 21, 3, 213-216.
- Deutsch, V. (1999). Working with the families to break the addiction cycle. *Journal of Addiction and Mental Health*, 20, 5.
- Forman, E. S. (1988). Treatment effectiveness for first time driving while intoxicated (DWS). Offenders: The 24 month follow-up study. *Dissertation Abstracts Internatonal*, 48, 7.
- Gorski, T. (2002). Cause of Addictions. *www. Treatment. org/tap 11 / 8*. chapter 3.
- Hawkins, J. D.; Catalano, R. F.; & Miller, J. Y. (1982). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescent and early adulthood. *Psychological Bullatin*, 112, 64.
- Jualie, A. & Toker, D. (1999). *Changing in Addictive Behaviors*. New York: The Guildford Press.



- Kaplan, H. J.; & Sadock B. J. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*. 7th. Edition. William & Williams.
- Khantazian, E. J.; & Golden, S. J. (1999). *Textbook of substance abuse treatment*. 2nd. Edition. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Lash, S. J.; & Paterson, G. E. (2001). Social reinforcement of substance abuse aftercare group therapy. *The Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 1.
- Liddle, H. A.; Dakof, G. A.; Parker, K.; Diamond, G. S.; Borrett, K.; & Lejeda, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent with drug abuse. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 4, 651-688.
- Lowinson, I.; Ruizpedro, M. A.; Robert B.; & Laogrod, J. G. (1997). *Substance Abuse*. Baltimore: Williams and Wilkins Company.
- McCra dy, H. J.; & Epestein, E. (2000). *Addictions: A comprehensive guide book*. New York: Oxford University Press.
- Miller, N. S.; & Smith D. E. (1997). *Manual of therapeutic for addiction*. New York: John Wiley.
- Newcomb, M. D. (1995). Identifying high risk youth: Prevalance and patterns of adolescent with drug abuse. *Social Scince and Medicine*, 35, 471-479.
- Roth, A. (1997). Naltrexone and group therapy for treatment of opiate abusing health care professionals. *The Journal of Substance Abuse Treatment*, 14, 1, 99-220.
- Thombs, L. D. (1999). *Introduction to addictive behaviour*. 2th. Edition. New York: The Guildford Press.