

## فرا تحلیل مداخلات روانی-اجتماعی<sup>۱</sup> اعتیاد<sup>۲</sup>

بهزاد خدري\* ، محمد زاهدی اصل\*\* ، ستار پروین\*\*\*

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۳/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۸/۱۶

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان اثرگذاری مداخلات صورت گرفته در حوزه اعتیاد و همچنین شناسایی اثرگذارترین مداخلات، با رویکرد مددکاری اجتماعی صورت گرفت. تحقیق حاضر با روش فراتحلیل انجام شده است. جمعیت آماری متشکل از کلیه تحقیقات انجام شده در حوزه مداخله اعتیاد (چاپ شده و معتبر) طی یک دهه گذشته در کشور بوده است که از منابع علمی همچون "پایگاه مجلات تخصصی نور"، "مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی" و "پورتال جامع علوم انسانی"، شناسایی شده‌اند. با توجه به معیارهای ورود، تعداد ۶۶ پژوهش انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند و به منظور به دست آوردن اندازه اثر از نرم افزار CMA2 استفاده شده است. نتایج نشان داد که مداخلات صورت گرفته با روش شناختی- رفتاری (۰/۵۷-) با اندازه اثر زیاد بیشترین تأثیر را در درمان اعتیاد دارند. همچنین گروه درمانی با اندازه اثر (۰/۵۲) بر طبق استانداردهای نظری در حد بالایی می‌باشد. درمان فراشناختی و سایر روش‌هایی همچون هیپنوتیزم درمانی و موسیقی درمانی با اندازه اثر (۰/۳۰) و (۰/۳۰) در سطح متوسط می‌باشند. در پایان پیشنهاد می‌گردد که درمانگران بر اساس مدل روشمند و علمی مبتنی بر آموزش، یادگیری، قادرسازی و پیگیری مداخله نمایند تا به بهترین شیوه رویکرد روانی- اجتماعی در درمان اعتیاد را عملیاتی نمایند.

واژه‌های کلیدی: اعتیاد، مداخله، فرا تحلیل، خانواده‌درمانی، رویکرد روانی- اجتماعی

### 1. Psychosocial Intervention

۲- این مقاله برگرفته از رساله دکتری مددکاری اجتماعی با عنوان طراحی مدل مداخله مددکاری اجتماعی در حوزه اعتیاد می‌باشد.

\* دکتری مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول).

behzad.khedri@gmail.com

zahediasl@atu.ac.ir

sparvin1359@gmail.com

\*\* استاد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

\*\*\* دانشیار مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

## بیان مسئله

امروزه اعتیاد مربوط به قشر خاصی نیست و گروه‌های مختلفی را درگیر خودش نموده است، افزایش آمار مصرف‌کنندگان مواد، پایین آمدن سن اعتیاد درگیر شدن قشر دانشجو در دام اعتیاد و زنانه شدن اعتیاد، همگی گواهی بر این ادعاست که قشرهای مختلفی در کشور ما با مسئله اعتیاد و مصرف مواد درگیر شده‌اند. همچنین نوع الگوی مصرف نیز در طی زمان و حتی مکان دچار تغییر و تحول گردیده است، برای مثال در برهه‌هایی از زمان مصرف مواد صنعتی و در برخی مواقع مصرف مواد سنتی افزایش می‌یابد. اینکه چه موادی و برحسب چه معیارهایی و در میان چه قشری مصرف می‌شود، بستگی به عوامل متعددی از جمله بافت اجتماعی و شرایط علی مختلف دارد. برای مثال در طی سال‌های ۷۷ تا ۸۲ در استان اردبیل مصرف حشیش، شیره و سایر مواد مصرفی، کاهش و مصرف هروئین و تریاک افزایش یافته است (عبدلی و همکاران، ۱۳۹۵). یا یافته‌های متعدد نشان می‌دهند که مصرف‌کنندگان کراک جوان‌ترین و مصرف‌کنندگان تریاک پیرترین معتادان را در میان مصرف‌کنندگان تشکیل می‌دهند (نداف و همکاران، ۱۳۸۷).

درمان اعتیاد در کشور ما، روندهای مختلفی را طی نموده است. این روند که همراه با پیشینه قضایی و امنیتی شروع و همچنین درمان در مراکز اجباری و تا سیاست‌گذاری نوین با تأکید بر پیشگیری و استفاده از روش‌های درمانی نوین در سازمان‌های مختلف از جمله سازمان بهزیستی، سازمان مبارزه با مواد مخدر و وزارت بهداشت ادامه داشته است. اما تمام اقدامات انجام شده نشان می‌دهد که روند افزایش سوءمصرف‌کنندگان مواد همواره صعودی بوده (نتایج مطالعات نداف و همکاران، ۱۳۸۷؛ مدنی، ۱۳۹۰؛ سهراب زاده، ۱۳۹۵) و بسیاری از سیاست‌گذاری‌ها در این عرصه ناکارآمد بوده‌اند.

مداخلات روانی-اجتماعی<sup>۱</sup> طیف وسیعی از درمان‌های فردی، خانوادگی، گروهی و اجتماعی را شامل می‌شود. تمامی انواع این درمان‌ها غالباً با مصاحبه انگیزشی شروع می‌شوند (Pandian & Antony, 2017). در مصاحبه‌های انگیزشی فرد مراحل نظیر پیش تأمل، تعمق، اراده کردن، عمل و نگهداری یا ثبات را طی می‌نماید (McQueen et al, 2005). در این مداخلات همدلی، پیشگیری از مجادله، مقاومت و آموزش راهبردهای مقابله و تقویت خودکارآمدی از عناصر مهم آموزش می‌باشند (Martino, 2007). مداخلاتی از قبیل مصاحبه‌های انگیزشی، درمان‌های شناختی-رفتاری (CBT)، مدیریت وابستگی<sup>۲</sup>، خانواده‌درمانی، درمان تحلیل رفتار متقابل، آموزش در حوزه سلامت<sup>۳</sup> و پیشگیری از عود<sup>۴</sup> در حوزه مداخلات روانی-اجتماعی طبقه‌بندی می‌شوند. این نوع مداخلات در درمان بسیاری از مواد مخدر و سایر مواد روانگردان و همچنین در درمان اعتیاد به الکل اثربخشی خود را نشان داده‌اند (Sonali, 2014, Vasilaki et al, 2006, Nadkarni et al, 2017).

بسیاری از فراتحلیل‌های صورت گرفته در حوزه درمان اعتیاد نشان می‌دهند که نوع درمان را بایستی با توجه به نوع ماده مصرفی و نوع گروه مخاطب انتخاب کرد و این امر در مداخلات روانی-اجتماعی رایج شده است (Powers et al, 2008). نکته اساسی مداخلات درمانی مربوط به حوزه سوءمصرف مواد، تفاوت در نگاه به فرآیند درمان بوده است. مداخله به هر طریقی صورت پذیرد بایستی متغیرهایی نظیر نوع ماده مصرفی، نوع درمان انتخابی، جنسیت و سن مصرف‌کننده و... را مورد توجه قرار دهد. برای مثال، تحقیقات پرندرگاست<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۶) نشان می‌دهد که

- 
1. Psychosocial intervention
  2. Contingency Managment
  3. Health education
  4. Relapse prevention
  5. Michael L. Prendergast, Deborah Podus, John M. Roll

مداخله از نوع مدیریت مورد<sup>۱</sup> بیشترین تأثیر را در پیشگیری از عود مجدد مصرف‌کنندگان افیونی ( $d=0/65$ ) و مصرف‌کنندگان هروئین ( $d=0/66$ ) دارد.

همچنین نتایج مطالعات فراتحلیل پاورس<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که زوج‌درمانی رفتاری<sup>۳</sup> بیشترین اندازه اثر را برای افراد الکلی دارد و در موارد دیگر همچون اعتیاد به مواد افیونی اثرگذاری بالایی به مانند الکل ندارد. در فراتحلیلی دیگر، مگیل و ری<sup>۴</sup> (۲۰۰۹) نشان دادند که در گروه‌های مصرفی که تعداد اعضایشان زیاد است و همچنین در گروه‌های مصرفی ماری جوانا درمان شناختی- رفتاری (CBT) بیشترین اثرگذاری و بازدهی را دارد. تحقیقات مؤید آن است که بسته به نوع ماده مصرفی و نوع گروه مصرفی، روش مداخله‌ای می‌تواند در کم و کیف مداخله تأثیرگذار باشد. بنابراین می‌توان فایده و اهمیت فراتحلیل در مداخلات درمانی با مصرف‌کنندگان مواد را دریافت، زیرا در مداخلات درمانی بعدی با سهولت بیشتری می‌توان نوع درمان را برای گروه هدف انتخاب نمود، این مطلب ضرورت و اهمیت انجام تحقیق در حوزه فراتحلیل مداخلات درمانی را آشکار می‌سازد.

علاوه بر درمان‌های دارویی، پژوهش‌ها نشان می‌دهد که روند مداخلات روانی- اجتماعی نیز در سال‌های اخیر روبه افزایش بوده است (محمودی و قادری، ۱۳۹۶؛ ثاقبی و داوران، ۱۳۹۶؛ هاشمی و همکاران، ۱۳۹۶ جهانگیر و همکاران، ۱۳۹۷؛ اورکی و همکاران، ۱۳۹۷). اما اثربخشی این نوع مداخلات روانی- اجتماعی و مسائلی همچون آشکار ساختن خطوط ربط منطقی بین پژوهش‌های موجود و بررسی میزان قوت آنها برای درمان پدیده اعتیاد و راههای مؤثر پیشگیری از عود سوءمصرف مواد، نیازسنجی سوءمصرف‌کنندگان مواد و بازخورد در این نوع مداخلات، راه برای نقد و بررسی را باز نگه می‌دارد. نکته دیگر اینکه، پژوهش‌هایی که به نقد و بررسی مطالعات شبه-آزمایشی

- 
1. Case Management
  2. Powers, Vedel, Emmelkamp
  3. Behavioral Couples Therapy (BCT)
  4. Molly Magill, Lara A. Ray

مداخلات حوزه اعتیاد) پردازند، اندک بوده و کمتر به میزان اثربخشی درمان‌های مختلف در حوزه اعتیاد پرداخته شده است. اهمیت این موضوع آنجاست که در فرآیند درمان و مداخلات صورت گرفته، عود به اعتیاد و بازگشت به این فرآیند به سهولت روی می‌دهد و همچنین بسیاری از روش‌های درمانی با توجه به شیوع روزافزون اعتیاد در کشور، ناکارآمدی خود را نشان داده‌اند.

در نهایت باید عنوان کنیم که طی چند دهه گذشته به دلایل متعددی که خود تحقیق علمی مستقلی را طلب می‌کند، میزان عرضه و تقاضای مواد به طور فزاینده‌ای در کشور افزایش یافته است که این خود منجر به تزايد میزان تحقیقات علمی در حوزه‌های مطالعاتی مرتبط با موضوع اعتیاد در چند دهه گذشته در کشور شد، به طوری که جامعه علمی با اطلاعات وسیع و انباشته‌های در باب ابعاد سبب شناختی<sup>۱</sup> و فراگیرشناختی<sup>۲</sup> مواجه گردیده است. با این وجود در کشور ما تاکنون پژوهشی در قالب هیأت تحقیقات تلفیقی و ترکیبی که چکیده، عصاره و ماحصل پژوهش‌های انجام یافته در حوزه درمان و مداخله سوءمصرف مواد را به گونه‌ای نظام‌مند و به شیوه‌های عملی فرا روی محققان قرار دهد، انجام نشده است. قابل ذکر است که، تحقیق در این حوزه، امکان تدوین برنامه‌ها و استراتژی‌های پیشگیرانه علم محور<sup>۳</sup> را مقدور ساخته و راه را برای طراحی الگوهای جامع کاربردی در حوزه درمان اعتیاد هموار می‌سازد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان اثرگذاری مداخلات صورت گرفته در حوزه اعتیاد و همچنین شناسایی اثرگذارترین مداخلات، با رویکرد مددکاری اجتماعی صورت می‌پذیرد.

## سؤالات پژوهش

اهداف مداخلات روانی-اجتماعی در کار با سوءمصرف‌کنندگان مواد چیست؟

1. Etiological
2. Epidemiological
3. Science – Based Drug Abuse Prevention Programs

اثر بخشی مداخلات روانی - اجتماعی بر حسب ابعاد سلامت سوء مصرف کنندگان مواد (متغیر وابسته) تا چه میزان است؟

اثر بخش ترین درمان های روانی - اجتماعی صورت گرفته در حوزه اعتیاد کدامند؟

اثر بخشی مداخلات روانی - اجتماعی در کدام نوع ماده مصرفی بیشتر است؟

### پیشینه تجربی پژوهش

زاهدی و پیلهوری (۱۳۹۵) در تحقیقی با عنوان فراتحلیلی بر مطالعات حوزه اعتیاد و خانواده در یک دوره ۱۳ ساله نتایج قابل ملاحظه ای را ارائه نموده اند که به نوعی تکمله ای بر کلیه تحقیقاتی است که به علت شناسی تأثیر خانواده بر اعتیاد پرداخته اند. نتایج این پژوهش نشان داد، متغیرهای انعطاف پذیری در خانواده، اختلافات خانوادگی و حضور والدین در خانه بیشترین تأثیر را بر اعتیاد دارند و از این میان انعطاف پذیری در خانواده و حضور والدین در خانه رابطه معکوسی با اعتیاد در خانواده دارند. متغیرهای حمایت خانواده، ارتباطات میان اعضای خانواده، خشونت جنسی، طلاق و فوت همسر، اختلافات خانوادگی، بی سوادگی، ناآگاهی خانواده، خشونت جسمانی، سبک فرزندپروری طرد کننده، سبک فرزندپروری سهل گیر، سبک فرزندپروری مستبد، سبک های فرزندپروری پذیرا، در گرایش و مبتلا شدن به اعتیاد دارای اندازه اثر متوسط بوده اند.

در ادامه علت شناسی اعتیاد سحابی و همکاران (۱۳۹۵) فراتحلیلی دیگر، اما با هدف نقد رویکردهای اعمالی در تحقیقات انجام شده پرداختند که نتایج آن به نوعی خلاءهای تحقیقات داخلی را آشکار می سازد. آنان دریافتند که پژوهش های بررسی شده از فقر منشاء یابی مسئله، تعاریف ناروشن و بی توجهی به وضعیت موجود و مستندسازی در طرح و بیان مسئله رنج می برند. در این پژوهش ها یا از نظریه استفاده نشده یا نظریه های غیرمرتبط را به کار گرفته اند؛ پیشنهاد می شود برای شناسایی علل مصرف

مواد مخدر، ارائه راهکار و پیشگیری از آن، به تحقیقات دقیق، جامع و جامعه‌شناختی نیاز می‌باشد.

صفری و همکاران (۱۳۹۳) پژوهشی با عنوان فرا تحلیل مقایسه عوامل فردی و محیطی مؤثر بر بازگشت مجدد به اعتیاد (در ایران) به انجام رساندند که به نوعی علت‌شناسی وقوع مسئله اعتیاد را از دو بُعد فردی و محیطی بررسی می‌نماید و طبقه‌بندی دیگری ارائه می‌دهد. نتایج این پژوهش حاکی از ارتباط بیشتر بین عوامل محیطی نسبت به عوامل فردی با بازگشت به اعتیاد در معتادان ترک کرده است. از میان عوامل فردی بیشترین اندازه اثر مربوط به وسوسه (وسوسه، بیان‌کننده احساس خواستن و گرایش به محرک خوشایند) بوده است. از میان عوامل محیطی گزینه توانایی تهیه مواد به عنوان یک علت بازگشت به مواد مخدر، از اندازه اثر بالایی برخوردار بود. این عوامل محیطی عبارتند از: دوست معتاد، مشاجرات خانوادگی، عوامل تداعی‌کننده و محیط آلوده.

سهراب‌زاده (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان فرا تحلیل مطالعات مربوط به علل گرایش به مصرف مواد مخدر (اعتیاد) در ایران موضوع حاضر را از دریچه جامعه‌شناسی و روانشناسی می‌نگرد. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که در بین عوامل جامعه‌شناختی، «بیکاری و مشکلات اقتصادی»، «در دسترس بودن مواد مخدر» و «نقش دوستان و همسالان و میزان عضویت در خرده‌فرهنگ بزهکاری» و در بین عوامل روان‌شناختی «کسب لذت»، «وسوسه مصرف» و «تسکین درد و بیماری جسمی و دردگریزی» دارای بیشترین میزان اندازه اثر بودند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که عوامل جامعه‌شناختی در گرایش افراد به مصرف مواد مخدر تأثیر بیشتری دارند. این امر بدین معنا است که در هر برنامه‌ای که هدف آن مقابله و مبارزه با مصرف مواد مخدر می‌باشد باید به متغیرهای محیطی و اجتماعی یادشده توجه کرد و در برنامه مورد نظر آنها را لحاظ نمود.

اسپادا<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۵) در فراتحلیلی بر مداخلات درمانی اعتیاد در کشور اسپانیا دریافتند که مداخلات مدیریت احتمالی یا مدیریت موارد در معرض خطر و همچنین مداخلات شناختی رفتاری بیشترین اثر را در درمان اعتیاد دارند. این تحقیق همچنین نشان داد که اندازه اثرگذاری غالب مداخلات درمانی در دراز مدت رو به کاهش است، بنابراین ضروری است که پیگیری و بازآموزی و همچنین برنامه‌های پیشگیرانه برای سوءمصرف کنندگان مواد تداوم داشته باشد. علاوه بر آن یافته‌های این تحقیق نشان داد که مصرف‌کنندگان مواد توهم زا در مقایسه با سایر معتادان بازخورد ضعیف‌تری را نسبت به درمان نشان می‌دهند.

لیزا دورتا<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۸) در فراتحلیلی بر مداخلات روانی - اجتماعی در حوزه اعتیاد در پایگاه‌های اطلاعاتی بین المللی<sup>۳</sup> دریافتند که مداخلات شناختی- رفتاری بیشترین تأثیر را در درمان سوءمصرف‌کنندگان مواد دارند. در مقابل درمان‌های رفتاری به علت به کارگیری مکانیزم تنبیه اثرگذاری کمتری از خود نشان می‌دهد. همچنین آنان دریافتند که مصرف‌کنندگان حشیش و کوکائین بیشترین تمایل را به درمان اعتیاد از خود نشان می‌دهند.

پرندرگاست<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۶)، در فراتحلیلی که در حوزه سوءمصرف‌کنندگان صورت پذیرفت دریافتند که مدیریت مورد و مراقبت‌های مداوم و به دنبال آن حمایت‌های اجتماعی و روانی در خانواده درمانی بیشترین اثرگذاری را در موارد مصرف مواد افیونی مانند تریاک و مشتقات آن دارد.

- 
1. Espada P et al
  2. Lissa D et al
  3. ISI, Scopus, Elsevier
  4. Michael L. Prendergast, Deborah Podus, John M. Roll



جدول ۱- خلاصه تحقیقات صورت گرفته در داخل و خارج

ردیف	پژوهشگران	نقاط قوت	نقاط ضعف
۱	سحابی و همکاران (۱۳۹۵)	توجه کافی به محتوای نظری و چارچوب‌های مفهومی تحقیقات پیشین و توجه به روش شناسی تحقیقات گذشته	عدم توجه به اندازه اثر و میزان تاثیرگذاری متغیرهای مربوطه در اعتیاد
۲	زاهدی و پیلهوری (۱۳۹۵)	دقت در توجه جامع به مؤلفه‌های فردی و اجتماعی در فرا تحلیل تحقیقات پیشین	فقدان توجه به پژوهش‌های روانشناختی در فرا تحلیل
۳	صفری و همکاران (۱۳۹۳)	موشکافی و تبیین علل شخصیتی و فردی در گرایش به اعتیاد	عدم توجه به خرده فرهنگ‌ها و عوامل اجتماعی در بررسی اعتیاد
۴	سهراب زاده (۱۳۹۵)	توجه کافی به عوامل ساختاری در بررسی اعتیاد	فقدان دیدگاه خردنگر در بررسی اعتیاد و عدم بررسی عوامل بین فردی در اعتیاد
۵	اسپادا و همکاران (۲۰۱۵)	توجه به نوع درمان و ماده مصرفی در تحقیقات پیشین صورت گرفته	فقدان ارائه راه حل برای معضل اعتیاد و تحقیقات آینده
۶	لیزا دورتا و همکاران (۲۰۰۸)	توجه به نوع درمان و الگوی مصرف در طبقات	نادیده گرفتن عوامل میانجی گر در فرایند مداخله

در اکثر تحقیقات انجام شده و مداخلات صورت گرفته، به نوع ماده مصرفی در مداخلات توجه نمی‌شود و همه سوءمصرف‌کنندگان به یک چشم نگریسته می‌شوند و حتی در بسیاری از فرا تحلیل‌های صورت گرفته داخلی به نوع درمان و نوع ماده

مصرفی اهمیتی داده نشده است که راه را برای انتخاب تحقیق جهت ورود به فراتحلیل دشوار می‌سازد. به عنوان مثال یکی از اصول مددکاری اجتماعی فردیت مددجو است و در نتیجه برنامه‌های مداخلاتی بایستی مبنی بر اصل فردیت باشد. مددجو یا مراجع از برخی جهات مانند سایر انسان‌هاست، ولی از بسیاری جهت دیگر شبیه به هیچ کس نیست و خصوصیات خاص خود را دارد، بنابراین، یک برنامه کمکی مددکاری که برای یک مددجو مفید است، نمی‌تواند برای مددجوی دیگر هم مفید باشد و باید برای مددجو دوم برنامه خاص مشکل او تهیه شود. نادیده گرفتن نوع ماده مصرفی در روند مداخله و پیروی از الگوهای از قبل دیکته شده برای درمان و آموزش، مثال بارزی از عدم رعایت این اصل است. قطعاً شخصی که اعتیاد به الکل دارد در فرایند درمان دارای نشانه‌ها و پیامدهای مختلفی است که با مصرف‌کننده کوکائین یا کراک متفاوت است و حتی می‌توان گفت که ماده مصرفی افراد برحسب طبقه اجتماعی آنها متفاوت است. پس الگوی درمانی و نوع مداخله، برای هر طیفی از مصرف‌کننده‌ها بایستی بر مبنای ویژگی‌های خاص آنها تهیه و اجرایی شود.

### مبانی نظری پژوهش

بیشترین مداخلاتی که در حوزه اعتیاد اجرایی می‌شود، در چارچوب رویکرد روانی- اجتماعی صورت می‌گیرد. در این چارچوب از نظریه‌های شناختی و رفتاری بهره گرفته می‌شود. زمانی که مداخلات دارویی نمی‌توانند کارایی خود را به صورت مؤثر نشان دهند، رویکرد روانی - اجتماعی به صورت رایج‌تری مورد استفاده قرار می‌گیرد. درمانگران معتقدند، زمانی که سومصرف‌کنندگان مواد، انگیزه برای درمان دارند و خود را مشتاق نشان می‌دهند، بهتر آن است که روند درمان را با دارو درمانی شروع و با رویکرد روانی - اجتماعی و مداخلات شناختی رفتاری به پایان برسانیم. همچنین، توصیه می‌شود زمانی که فرد در سرایشی سقوط و مصرف شدید قرار دارد بایستی با

درمان دارویی روند ترک خود را آغاز کند (Ritson, 2005, Hulse et al, 2003). مداخلات روانی- اجتماعی که در حوزه درمان اعتیاد از رویکردهای نظری پیروی می‌کنند به شش دسته طبقه‌بندی می‌شوند که در ادامه به آن‌ها می‌پردازیم.

### مداخلات کوتاه مدت<sup>۱</sup>

مداخلات کوتاه مدت که غالباً به دنبال ارائه راه‌حل فوری هستند، در مدت زمان کمی و در طول جلسه‌های ۳۰ دقیقه‌ای تا ۶۰ دقیقه‌ای صورت می‌پذیرند. به دلیل ماهیت این نوع مداخلات و شیوه اجرایی شدن آنها، هم برای معتادان سرپایی و هم برای معتادان در حال بستری مورد استفاده قرار می‌گیرد و معمولاً در گام‌های اولیه درمان، قبل شروع مداخلات بلند مدت درمانی مؤثر واقع می‌شوند (Shand et al, 2003). معمولاً مداخلات کوتاه مدت بعد از مرحله ارزیابی صورت گرفته و با توصیه‌هایی راجع به این که چگونه افراد می‌توانند آسیب‌های وابسته به مصرف مواد مخدر و الکل را کاهش بدهند شروع می‌گردد (Miller & Rose, 2009). بهترین و موثرترین مداخلات کوتاه مدت با مهارت‌های مشاوره درمانگر و تکنیک‌های مصاحبه‌های انگیزشی ترکیب می‌گردد تا بتواند بهترین کارایی را برای درمان داشته باشد (Kay-Lambkin et al, 2004).

این مداخلات بیشتر در قالب کارهای گروهی اجرایی می‌شود تا بیشترین تاثیرگذاری را در عمل نشان دهند. بعد از ارزیابی وضعیت سلامتی و میزان درگیر شدن فرد در اعتیاد، اهداف و قوانینی ذکر و سپس از افراد در مورد احساساتشان راجع به جلسات نظرخواهی خواهد شد و در ادامه تلاش درمانگر این است که با موضوعات مختلف، هم‌دلی بین اعضای گروه با یکدیگر و گروه و مددکاری اجتماعی را تسهیل نماید (Heather, 2002: 297-299). سپس از اعضا برای بیان کردن اهدافشان از درمان

به وسیله عبارات و واژه‌های مثبت و قابل دستیابی و عملیاتی درخواست همکاری می‌شود. (به عنوان مثال نتیجه‌ای که از این درمان می‌خواهید بگیرید چیست؟ به جای مشکلات چه چیزی را می‌خواهید جایگزین کنید؟ پس از رسیدن به این اهداف چه تغییراتی در زندگی شما ایجاد می‌شود؟)

در نهایت مسئولیت انتخاب تغییر، به سوءمصرف‌کننده مواد واگذار می‌شود و ارتباطات بین اعضای گروه توسعه می‌یابد. در نهایت مهارتهایی که یاد گرفته می‌شوند، بایستی به موقعیت‌های دیگر تعمیم داده شوند و آگاهی‌بخشی نسبت به واقعه‌گرا بودن در آینده و همچنین امیدواری به دستیابی به اهداف درمان و تقویت خودآرایی و باور به خود صورت می‌گیرد (Martin et al, 2005). مداخلات کوتاه مدت در ابتدا به صورت جدی برای مصرف‌کنندگان مشروبات الکلی مورد استفاده قرار گرفت، ولی در ادامه برای طیف وسیعی از سوءمصرف‌کنندگان مواد مورد استفاده قرار گرفت، که شواهد متعددی منافع و کارایی این روش‌ها در میان سوءمصرف‌کنندگان مواد را نشان داده‌اند (Baker et al, 2003).

### مصاحبه‌های انگیزشی<sup>۱</sup>

استراتژی‌های مصاحبه‌های انگیزشی به وسیله مارش و دیل<sup>۲</sup> و میلر و رولنیک<sup>۳</sup> در درمان با مصرف‌کنندگان الکل توسعه یافت. در حالی که این تکنیک‌ها در روند درمان بسیار مفید هستند ولی بایستی در روند کلیه مداخلات روانی- اجتماعی به صورت ترکیبی و در ضمن روش‌های دیگر به کار برده شوند ( Marsh et al, 2006; Miller et al, 2003). معمولاً این گونه مصاحبه‌ها ما بین ۱ تا ۴ جلسه به طول می‌انجامد. همچنین، در مرحله ارزیابی اولیه بسیار ثمربخش هستند (Carroll, 2004). مصاحبه‌های

---

1. motivational interviewes

2. Marsh & Dale

3 Miller & Rollnick

انگیزشی بر اساس مدل تغییر در درمان اعتیاد که به وسیله پروچاسکا و دیکلمته ابداع شد، مورد استفاده قرار می‌گیرد. این مدل پیشنهاد می‌کند که افراد در تصمیم‌گیری و اقدام برای تغییر یک رفتار خاص، ۵ مرحله از یک فرآیند را طی می‌کنند. این مراحل عبارت‌اند از: ۱- پیش تفکر ۲- تفکر ۳- آمادگی ۴- اقدام (عمل) ۵- دوام و نگهداری (Miller et al, 2003). عبور از این مراحل همیشه به صورت خطی نیست بلکه برخی اوقات امکان دارد افراد این پتانسیل را داشته باشند که از مراحل ابتدایی به مرحله عمل پرش داشته باشند.

هر یک از مراحل تغییر یادشده، در مصاحبه‌های انگیزشی یک سری از تکنیک‌های حرفه‌ای را برای اجرایی شدن می‌طلبد که خواسته‌ها و نیازها و نگرش‌های مراجعان را در یک امتداد قرار دهد (Ziedonis, 1997). هدف از مصاحبه‌های انگیزشی، افزایش مقاومت و حالت دفاعی در مقابل مصرف، ارتقا مدیریت رفتار و تشویق به تغییر رفتار است. مهم‌ترین ویژگی‌های مصاحبه‌های انگیزشی عبارت‌اند از: صحبت درباره پیامدهای مفید عدم استفاده از مواد مخدر و الکل، اهمیت نقش خود افراد در تغییر رفتارشان، بررسی نگرانی‌های افراد راجع به وضعیتشان و تقویت اعتماد به نفس در ایجاد تغییر (Segal, 2002).

### مدیریت احتمالی (موارد قریب الوقوع)<sup>۱</sup>

این نوع مدیریت به وسیله درمانگران روانی-اجتماعی در کارگاه‌های آموزشی، آموزش داده می‌شود و اغلب در کار با موارد مصرف الکل و مصرف مواد مخدر کاربرد دارد. این دیدگاه بر پایه قواعد رفتارگرایان، برای تقویت رفتارهای بازدارنده و پیشگیری کننده از مصرف مجدد مواد و الکل در زمان‌ها و موقعیت‌هایی که فرد به صورت غیر منتظره در موقعیت مصرف قرار می‌گیرد به کار می‌رود (McQuaid et al, 2006). برای

مثال مراجعان و مددجویان در این رویکرد درمانی فنون و مهارت‌هایی را آموزش می‌بینند تا در مقابل تحریک کننده‌ها و تقویت کننده‌های مصرف مجدد در موارد ناگهانی مثل گروه دوستان و کانون‌های مصرف از خود مقاومت نشان دهد و اصول درمانی خود را رها نکند (Higgins et al, 1999).

مطالعات و شواهد عینی بسیار زیادی درباره اثربخشی این نوع مدیریت احتمالی در تشویق مراجعان به پیشگیری و کاهش دادن احتمال مصرف مجدد وجود دارد. نکته مهم درباره این روند درمانی این است که بایستی استراتژی‌های درمانی آن در داخل سایر رویکردهای درمانی جا داده شود تا هم اثرگذاری آن بالا رود و هم آن که مددجو حس نماید که خودش صاحب اهداف این نوع مدیریت می‌باشد، یعنی اصل خود تصمیم‌گیری را در فرآیند درمان رعایت نموده باشیم. اغلب استراتژی‌ها و تکنیک‌هایی که در این نوع درمان به کار برده می‌شوند شامل خودباوری، خودکنترلی، خود کارآمدی، پرهیز از موقعیت مصرف، پرهیز از محیط آلوده و مشارکت در محیط‌های سالم می‌باشد (Petry, 2002).

### درمان رفتاری شناختی<sup>۱</sup>

درمان رفتاری شناختی به وسیله آرون بک در سال ۱۹۶۰ با ویژگی‌های ساختارمندی و محدودیت زمانی توسعه یافت. این نوع درمان رویکردهای رفتاری شامل خودنظارتی، برنامه ریزی رویدادهای خوشایند، با استراتژی‌های شناختی شامل سازگار نمودن عقاید و تصورات مددجویان راجع به دنیای خودشان را با هم ترکیب می‌کند (Beck et al, 1993). این دیدگاه به مددجویان آموزش می‌دهد که رویدادها و موقعیت‌ها علت رفتار و احساس ما نیستند بلکه این تفاسیر و افکار و شناخت‌های ما راجع به رویدادهاست که منجر به اقدامات و رفتارهای ما می‌شود. به صورت کلی

هدف درمان رفتاری شناختی این است که عقاید غلط و غیرکارآمد را که موجب شکل‌گیری رفتار انحرافی می‌شود با عقاید و رفتارهای مثبت راجع به خود شخص و دنیای او جایگزین کند (Persons et al, 2001). بیشترین یافته‌های تحقیقاتی راجع به اثربخشی مداخلات درمانی مربوط به حوزه الکل و مواد مخدر در تأیید رویکرد رفتاری شناختی بوده و موفقیت این روش بیشتر از سایر روش‌های درمانی بوده است (Copeland, 2004). علاوه بر آن مزیت‌های درمان رفتاری شناختی برعکس سایر روش‌های درمانی ممکن است ماندگاری بیشتری داشته و در سایر موقعیت‌های مشکل‌دار زندگی کاربرد داشته باشد (McLellan et al, 2004).

تکنیک‌هایی که در درمان رفتاری شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرند به دو دسته تقسیم می‌شوند: ۱- استراتژی‌های شناختی: این نوع استراتژی‌ها شامل تعیین کردن و از بین بردن افکار و نگرش‌های نادرست راجع به مواد و مصرف آن است. همچنین در وهله دوم تمام تصمیمات نامربوط و تحریک‌کننده‌ای را که منجر به عود مصرف می‌شوند را مشخص نموده و با آن‌ها به مبارزه می‌پردازیم. ۲- استراتژی‌های رفتاری: این نوع استراتژی‌ها حیطه وسیع‌تری را در بر می‌گیرند که عبارتند از: راهبردهای مقابله با امیال مصرف، راهنمایی و آموزش، تقویت فعالیت‌ها و رفتارهای مرتبط با نه گفتن به مصرف، مدیریت موارد قریب الوقوع، آموزش مهارت‌های خودتسکینی، آمادگی برای موقعیت‌های اضطراری و آموزش‌های مقابله با اود مجدد (Finney et al, 2002). از جمله تکنیک‌های خیلی مهم دیگری که در درمان رفتاری شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرند عبارت‌اند از: آموزش مهارت‌های اجتماعی (ارتباطات میان فردی مؤثر، مهارت‌های رد کردن و نه گفتن) و آموزش مهارت‌های حل مسئله (Yen et al, 2004).

### رویکرد روانپوشی و بین فردی<sup>۱</sup>

در مقابل رویکرد رفتاری- شناختی که بر ذهنیت و آگاهی تمرکز داشت، درمان‌های روانپوشی مددجو را تشویق می‌کنند که بر معانی و انگیزه‌های ناهشیاری که رفتار فرد بر آن متکی است، متمرکز شوند (Richmond, 2007). به صورت معمول جلسات درمان‌های روانپوشی، ۴۵ تا ۵۰ دقیقه (سه جلسه در هفته) زمان می‌برند. این جلسات حداقل تا ۱۶ جلسه ادامه یافته و در صورت ضرورت برای چند سال می‌تواند ادامه پیدا کند (Leichsenring, 2001). روند درمان در رویکرد روانپوشی بر اساس تمرکز بر رفتار بیانگر<sup>۲</sup> و رفتار حمایتی<sup>۳</sup> است. در رفتار بیانگر مددجویان تشویق می‌شوند که بینش و بصیرت خود را نسبت به احساسات دردناکی که در ناخودآگاهشان وجود دارد، افزایش دهند و این امر از طریق آوردن این احساسات به خودآگاهی امکان‌پذیر است، یعنی مددجویان بایستی با ترس، خشم، درد و... مواجه شوند. اما در رفتار حمایتی، بر تعدیل نمودن پریشانی و اندوه‌های اضطراری که مددجویان تجربه می‌نمایند تأکید می‌شود و این امر از طریق فراهم نمودن یک محیط ایمن (گروه یا خانواده و...) که مددجویان بتوانند مسائل خود را بیان و بررسی کنند، امکان‌پذیر است (Simplepsych, 2007).

یکی از درمان‌های رایج در رویکرد روانپوشی درمان بین فردی (IPT)<sup>۴</sup> است. این نوع درمان از سه مرحله تشکیل می‌شود: ۱- در مرحله اول که یک تا سه جلسه به طول می‌انجامد، ارزیابی و تشخیص وضعیت حال حاضر، عملکرد اجتماعی و الزامات نقشی و کارکردی مددجویان بررسی می‌شود. همچنین درمانگران در این مرحله تعیین می‌کنند که کدام یک از چهار مشکل بین فردی (سوگ یا اندوه<sup>۵</sup>، منازعات نقش بین فردی<sup>۶</sup>،

- 
1. Psychodynamic and Interpersonal Approach
  2. Expressive manner
  3. Supportive manner
  4. Interpersonal Therapy
  5. grief
  6. Interpersonal role disputes



تغییرات نقش<sup>۱</sup>، کمبودهای بین فردی<sup>۲</sup> بیشتر در مددجو دیده می‌شود؛ ۲- در مرحله دوم با تمرکز بر مشکلات تشخیص داده شده، درمانگران، مددجویان را در بررسی مشکلات ارتباطی و بین فردی یاری می‌دهند که روش رایج استفاده از تکنیک‌های حمایتی و فعال می‌باشد، این مرحله معمولاً ۷ تا ۱۴ جلسه به طول می‌انجامد و ۳- در مرحله سوم که دو جلسه پایانی درمان را در بر می‌گیرد، اعتماد و اطمینان به بینش جدید بدست آمده در روند درمان، افزایش و همچنین دستاوردهای درمانی تقویت می‌شوند (Leichsenring, 2005).

### خانواده‌درمانی<sup>۳</sup>

در رویکردهای خانواده‌درمانی تمرکز بر روابط بین اعضای خانواده و کنش متقابل بین آنها است. زوج یا زوج و دیگر اعضای خانواده بایستی در استراتژی‌های دستیابی برای تغییر و تعیین اهداف مشارکتی و همچنین حمایت‌های مادی و معنوی با مددجو همکاری داشته باشند. در این رویکرد تأکید می‌شود که اعضای خانواده ارتباطات صحیح و موثری با مددجو برقرار نمایند و از هر گونه سرزنش پرهیز کنند. همچنین اعضای خانواده بایستی در فرآیندهای درمان گروهی و دارو درمانی مشارکت نمایند. این مشارکت و حمایت خانواده باعث می‌شود که هم روند درمان تسریع و تسهیل شود و هم ثبات یا پایداری آن تضمین گردد (Shand et al, 2003). یکی از روش‌های درمانی برآمده از رویکرد خانواده‌درمانی در سال ۱۹۸۰، درمان کوتاه مدت راه حل محور بود. در این روش درمانی فرض بر این است که مددجو دارای انگیزه و خواهان تغییر است و درمان متمرکز بر کمک به مددجو برای ایجاد تغییرات با تأکید بر راه حل‌های متفاوت است (Gingerich et al, 2000).

- 
1. Role transitions
  2. Interpersonal deficits
  3. Family Therapy

همچنین در این روش درمانی مددجو به عنوان یک کارشناس مجرب در نظر گرفته می‌شود که دارای مهارت‌ها، بینش‌ها و راه‌حل‌هایی برای حل مشکلات و رسیدن به اهداف درمانی می‌باشد. این روش درمانی از شش اصل تبعیت می‌کند: همه افراد دارای قدرت، منابع و صلاحیت هستند - تغییر به صورت مداوم در زندگی روی می‌دهد - صحبت کردن راجع به راه حل بهتر از صحبت کردن راجع به مشکل است - مددجویان، کارشناسان زندگی خود هستند - تأکید بر حال و آینده است، نه گذشته - تغییرات کوچک لازمه تغییرات بزرگتر در زندگی هستند (Linton, 2005). در نهایت ذکر این نکته لازم است که در رویکرد خانواده‌درمانی بایستی روابط درون اعضای خانواده مورد توجه قرار گیرد و همچنین اعضاء خانواده در روند درمان و تعیین اهداف درمانی مشارکت داشته باشند، نکته مهم‌تر اینکه مشارکت هر یک از اعضای خانواده در روند درمان باید به صورت اختیاری باشد، در غیر اینصورت شاید نتیجه بخش نباشد و یا نتیجه‌ای معکوس عاید مددجو شود (Greene et al, 2006).

**در یک جمع‌بندی** باید اظهار نمود، سعی بر این شد، بر اساس معیارهای علمی به نظریات و الگوهای درمانی که در حوزه اعتیاد به کار برده می‌شوند، اشاره کنیم. همانطور که در آغاز بحث گفته شد، از رویکرد روانی - اجتماعی به عنوان رایج‌ترین و بنیادی‌ترین رویکرد درمانی در حوزه اعتیاد به مواد مخدر و الکل یاد می‌شود (انجمن روانپزشکی ایالات متحده آمریکا، ۲۰۰۶). در این رویکرد بر اساس نیاز مراجع از درمان‌های فردی و گروهی و خانوادگی استفاده می‌شود و نکته قابل تأمل فراهم نمودن یک لیست از درمان‌های این رویکرد برای ابتدای درمان سوءمصرف‌کنندگان است تا بتوانند امکان انتخاب نوع درمان را بر اساس مشارکت شخصی و خودتشخیصی داشته باشند، یعنی همان اصلی (خودتصمیم‌گیری و مشارکت) که در مددکاری اجتماعی مورد تأکید است و از طرفی دیگر مسئولیت‌پذیری برای گام‌های درمانی را تقبل نمایند.

## روش تحقیق

تحقیق حاضر با رویکرد کمی و با روش فراتحلیل صورت گرفته است. مفهوم فرا تحلیل، برای اولین بار در سال ۱۹۷۶ توسط گلاس مطرح شد. در واقع فرا تحلیل، یک اصطلاح کلی برای توصیف فنون آماری است که به پژوهشگر امکان می‌دهد، الگوی یافته‌های حاصل از انواع مطالعات منتشر شده را در مورد یک پرسش پژوهشی خاص تحلیل کند. هدف از کاربرد این روش همانا تجمیع تحقیقات انجام شده در باب اعتیاد با روش شبه آزمایشی است که به منظور انجام مداخلات درمانی طی چند دهه گذشته در کشور صورت پذیرفته است. در پژوهش حاضر جمعیت آماری متشکل از کلیه تحقیقات انجام شده در حوزه تحقیقات مداخله اعتیاد طی یک دهه گذشته (۱۳۸۷-۱۳۹۸) در کشور بوده است که از منابع علمی همچون "پایگاه مجلات تخصصی نور"، "مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی"، "پرتال جامع علوم انسانی"، کتابخانه دانشگاه علامه طباطبائی و دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و کتابخانه ملی ایران شناسایی شده‌اند.

بدین منظور با در نظر گرفتن ضوابط و ملازمات مورد تأکید در فراتحلیل، جهت استفاده و بهره‌برداری از تحقیقات و پژوهش‌های انجام شده در مجموع ۱۱۳ اثر تحقیقی در حوزه‌های مختلف اعم از مددکاری اجتماعی جامعه‌شناسی، روانشناسی، روانشناسی اجتماعی، و نظایر آن شناسایی و مطالعه شدند که با توجه به معیارهای ورود، تعداد ۶۶ پژوهش انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. معیارهای ورود تحقیقات به فراتحلیل عبارتند بودند از: تحقیقات بایستی مداخله‌ای باشند، بایستی به صورت شبه‌آزمایشی در قالب گروه کنترل و آزمایش انجام شده باشند، بررسی در قالب پژوهش گروهی باشد، تحقیقات از لحاظ روش‌شناختی مورد تأیید باشد، مداخلات مربوط به درمان اعتیاد باشد و گروه هدف مصرف‌کننده مواد باشد و در نهایت روایی و اعتبار آنها محرز شده باشد.

ابزار پژوهش، چک لیست تحلیل محتوا بوده که شامل نام پژوهشگر، جامعه آماری، روش نمونه‌گیری، حجم نمونه، جنسیت مشارکت‌کنندگان، نوع مداخله و تعداد جلسات آموزشی، بوده که در جدول شماره ۳ ارائه شده است. همچنین به منظور به دست آوردن اندازه اثر از نرم‌افزار CMA2 استفاده شده است. اندازه اثر، تفاوت معیار محاسبه شده میان، میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل است (گریم و یارنولد، ۱۹۹۵).<sup>۱</sup> یعنی یکی از ابزارهای کمی در فراتحلیل، برای جمع‌بندی و نتیجه‌گیری از تحقیقات پیشین در خصوص اثر متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته، ضریب اثر است. در فراتحلیل مقدار  $I^2$  (ضریب همبستگی) محاسبه شده به مثابه شاخصی برای اندازه‌گیری اندازه اثر است. ضریب اثر رقمی بین ۰ تا ۱ است و نحوه قضاوت در مورد آن به شکل کمتر از ۰/۱ (اثر کم)، بین ۰/۱ تا ۰/۳ (اثر متوسط) ۰/۵ و بالاتر (اثر زیاد) می‌باشد (مشفق، ۱۳۹۷). برای محاسبه آن باید نسبت تفاوت میانگین نمره‌های گروه آزمایش و کنترل بر واریانس مشترک کل نمره‌ها محاسبه شود. همچنین برای تعیین وجود یا عدم وجود متغیر تعدیل‌کننده، تحلیل تعدیلی با استفاده از فرمول‌های زیر صورت گرفت.

$$V_t = \frac{\sum N_i(\bar{r} - \bar{r})^2}{\sum N_i} \quad (SE, SEV) = \frac{(1 - I^2)^2}{N-1}$$

یک گام مهم و اساسی در هر فراتحلیل بررسی همگنی مطالعات است. بررسی همگنی و ناهمگنی مطالعات با استفاده از آزمون Q انجام می‌شود و معناداری این آزمون بیانگر دخالت متغیرهای تعدیل‌کننده‌ای مانند روش‌های پژوهش متفاوت، روش‌های آماری متفاوت، جنس نمونه‌های شرکت‌کننده در پژوهش، محل انجام پژوهش و... است که در این ناهمگنی نقش دارند.

جدول ۲- نتایج آزمون همگنی مطالعات

I	سطح معناداری	درجه آزادی	خطای استاندارد	Q	مدل
۸۸/۹۶	۰/۰۱	۱۰۱	۰/۰۱	۹۱۵/۰۶	اثرات ثابت

با توجه به نتایج جدول ۲، آماره Q بدست آمده (۹۱۵/۰۶) در سطح ۰/۰۱ معنادار است. بنابراین با احتمال ۹۹ درصد فرض صفر مبنی بر همگنی مطالعات رد شده است و نتیجه می‌گیریم که مطالعات مورد بررسی ناهمگن هستند. همچنین شاخص I نشان می‌دهد که ۸۸ درصد تغییرات کل مطالعات ناشی از ناهمگنی مطالعات است. این ناهمگنی بیانگر دخالت متغیرهای تعدیل‌کننده در اندازه اثر کل به دست آمده است. جنسیت، محل پژوهش، تعداد جلسات آموزشی و روش نمونه‌گیری از جمله متغیرهای تعدیل‌کننده‌ای هستند که در بررسی ناهمگنی مطالعات معنادار بودند. به نظر می‌رسد که نتیجه این ناهمگونی (علاوه بر متغیرهای تعدیل‌کننده)، ناشی از نوع روش‌های آموزش-درمانی باشد که توسط کارشناسان با دانش متفاوت اجرایی شده است.

جدول ۳- نتایج آزمون متغیرهای تعدیل‌کننده

متغیر	مقدار Q	SD	p-value
جنسیت	۷/۱۵	۰/۱۴	۰/۰۲
محل پژوهش	۹/۱۷	۰/۱۳	۰/۰۰۱
تعداد جلسات آموزشی	۲۱/۷۴	۰/۱۴	۰/۰۱
روش نمونه‌گیری	۱۸/۱۲	۰/۱۴	۰/۰۰۱

همچنین برای داشتن ضریب اثرهایی عاری از خطا، فرا تحلیل باید شامل تمام مطالعات انجام گرفته‌ای باشد که دارای اصول روایی و اعتبار هستند. برای بررسی سوگیری انتشار آزمون‌های متفاوتی در نرم‌افزار CMA2 وجود دارد که معمول‌ترین و

پرمکاربردترین آنها آزمون رگرسیون ایگر است. امتیاز این آزمون، قوی‌تر بودن آن نسبت به دیگر آزمون‌هاست و همچنین این روش می‌تواند شامل بیش از یک متغیر پیش‌بینی‌کننده باشد، علاوه بر این در این روش از ارزش‌های حقیقی اندازه اثر برای پیش‌بینی استفاده می‌شود (زاهدی اصل و پیله‌وری، ۱۳۹۴). چنانچه در جدول ۴ مشاهده می‌شود عدم معناداری آزمون T نشان دهنده عدم سوگیری در انتشار مطالعات است.

جدول ۴- نتایج آزمون رگرسیون ایگر

حد	حد	خطای	سطح	درجه	T مشاهده	B
بالا	پایین	استاندارد	معناداری	آزادی	شده	
۳/۱۴	-۰/۵۲	۰/۹۶	۰/۱۴	۱۰۰	۱/۵۳	۱/۴۴

فهرست تفصیلی پژوهش‌های مورد بررسی همراه با مولفه‌های چک لیست تحلیل محتوا و همچنین ابزارهای مورد استفاده و نوع مداخله صورت گرفته به شرح زیر است:

جدول ۵- فهرست پژوهش‌های شرکت کننده در مطالعه فراتحلیل

ردیف	نام پژوهشگر (سال پژوهش)	جنسیت	جامعه آماري	حجم نمونه	روش نمونه‌گیری	حوزه مطالعاتی	ابزار (متغیر وابسته)	تعداد جلسات آموزشی	نوع مداخله (الگوی درمانی)
۱	دباغی و همکاران (۱۳۸۷)	مرد	تهران	۹۰ نفر	تصادفی	روانشناسی	سلامت روانی	۱۲ (۲) ساعته)	آموزش شناختی - رفتاری (ذهن آگاهی)
۲	مؤمنی و همکاران (۱۳۸۹)	مرد	تهران	۳۶ نفر	تصادفی	روانشناسی	کاهش اشتیاق، افسردگی و اضطراب	۸ (۲) ساعته)	گروه‌درمانی شناختی - رفتاری
۳	زارعی و همکاران (۱۳۸۹)	مرد	کرمانشاه	۴۰ نفر	تصادفی	مشاوره	کاهش رفتار پرخطر	۶ (۱،۵) ساعته)	آموزش مهارت خودآگاهی
۴	اثنی‌عشران و همکاران (۱۳۹۷)	زن	اصفهان	۹۰ نفر	هدفمند	روانشناسی	تنظیم هیجانی و تحمل پیشانی	۱۰ (۲) ساعته)	رفتار درمانی دیالکتیک و روان‌نمایشگری
۵	جهانگیر و همکاران (۱۳۹۷)	مرد	تهران	۵۷ نفر	تصادفی	روانشناسی	افزایش ذهن آگاهی	۸ (۲) ساعته)	درمان شناختی (ذهن آگاهی)
۶	اورکی و همکاران (۱۳۹۷)	مرد	تهران	۴۴ نفر	تصادفی	روانشناسی	سبک‌های دل‌بستگی ناایمن	۱۰ (۱،۵) ساعته)	طرحواره درمانی
۷	قهساره و همکاران (۱۳۸۷)	زن	اصفهان	۳۰ نفر	تصادفی	روانشناسی	سازگاری زناشویی	۸	آموزش‌های مهارت‌های ارتباطی
۸	محمودی و قادری (۱۳۹۶)	مرد	تبریز	۵۰ نفر	در دسترس	روانشناسی	افسردگی، استرس و اضطراب	۸ (۱،۵) ساعته)	درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد
۹	کریمی و جعفری (۱۳۸۷)	مرد	تهران	۴۰ نفر	تصادفی	روانشناسی	افسردگی	۱۶ (۱،۵) ساعته)	آموزش شناختی رفتاری

۲۲۸ پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، سال ششم، شماره ۱۹، بهار ۱۳۹۸

آموزش مهارت‌های مقابله با استرس	۸ (۱) ساعته	سلامت روان	روانشناسی	در دسترس	۳۰ نفر	رشت	مرد	ثاقبی و داوران (۱۳۹۶)	۱۰
درمان گروهی فعال سازی رفتاری	۸ (۱) ساعته	سلامت روان	روانشناسی	تصادفی	۲۱ نفر	مشهد	مرد	امیری و همکاران (۱۳۸۸)	۱۱
گروه‌درمانی تحلیل رفتار متقابل	۸ (۲) ساعته	پیشگیری از عود	روانشناسی	هدفمند	۲۴ نفر	بجنورد	مرد	کافی و همکاران	۱۲
گروه‌درمانی شناختی رفتاری	۸ (۱) ساعته	کاهش تکانشگری و شتیاق مصرف	روانشناسی	تصادفی	۳۰ نفر	تهران	مرد	حدادی و همکاران (۱۳۸۸)	۱۳
آموزش فنون تصویرسازی ارتباطی	۸ (۱٫۵) ساعته	صمیمیت زناشویی	مشاوره	تصادفی	۲۴ زوج	تهران	مرد/زن	جهانی و همکاران (۱۳۸۹)	۱۴
هیپنوتیزم درمانی	۵ (۴۵) دقیقه	کاهش تکانشگری و ولع	روانشناسی	تصادفی	۴۰ نفر	اردبیل	مرد	هاشمی و همکاران (۱۳۹۶)	۱۵
آموزش مولفه‌های تاب‌آوری	۱۵	کاهش آسیب پذیری نسبت به اعتیاد	روانشناسی	تصادفی	۵۰ نفر	تهران	مرد	زرین کلک (۱۳۸۹)	۱۶
ارائه خدمات روانشناختی (بازتوانی)	۴ ماهه	افسردگی، اضطراب، عزت نفس	روانشناسی	هدفمند	۵۰ نفر	تهران	مرد	باوی و برنا (۱۳۸۷)	۱۷
خانواده درمانی سیستمی بوئن	۸ (۲) ساعته	ارتقا کارکرد خانواده	مشاوره	تصادفی	۴۰ نفر	تهران	مرد/زن	غفاری و همکاران (۱۳۸۸)	۱۸
درمان شناختی- رفتاری (ذهن آگاهی)	۸ (۱٫۵) ساعته	تنظیم هیجان	مشاوره	تصادفی	۳۰ نفر	تبریز	زن	صدری و همکاران (۱۳۹۶)	۱۹



فرا تحلیل مداخلات روانی-اجتماعی اعتیاد ۲۲۹

۲۰	حیدری و همکاران (۱۳۹۶)	مرد	لامرد	۳۰ نفر	تصادفی	مشاوره	عود اعتیاد	۸ (۱,۵) ساعته	گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر
۲۱	جلالی و قادری (۱۳۹۵)	مرد	مهاباد	۳۰ نفر	تصادفی	روانشناسی	بهبود علائم خلقی	۸ ۲) ساعته	واقعیت درمانی گروهی
۲۲	اکبری و همکاران (۱۳۹۵)	مرد	زیرکوه	۶۰ نفر	تصادفی	روانشناسی	خودکارآمدی و تاب آوری	۱۲ (۱,۵) ساعته	درمان شناختی و رفتاری
۲۳	کوثری و همکاران (۱۳۹۵)	مرد	تهران	۳۰ نفر	تصادفی	روانشناسی	کاهش ولع و لغزش	۲۵ (۱,۵) ساعته	مشاوره پیشگیری از رفتار پر خطر
۲۴	بشریپور (۱۳۹۵)	مرد	اردبیل	۶۰ نفر	خوشه‌ای	روانشناسی	بهبود اشتیاق درمان	۸ ۱) ساعته	مهارت مقابله شناختی - رفتاری (ذهن آگاهی)
۲۵	پیرنیا و همکاران (۱۳۹۵)	مرد	کرج	۶ نفر	تصادفی	روانشناسی	سلامت روان و شادکامی	۱۲ (۵۰) دقیقه	بهبودی درمانی
۲۶	سلیمانی و همکاران (۱۳۹۴)	مرد	نجف آباد	۳۰ نفر	تصادفی	روانشناسی	مقابله مسئله محور و هیجان مدار	۱۰ (۱,۵) ساعته	مدل فرافکنی درمان (تغییر مرحله به مرحله)
۲۷	یزدانیخس و همکاران (۱۳۹۵)	مرد	کرمانشاه	۴۵ نفر	تصادفی	روانشناسی	بهبودی روانی	۱۲ ۱) ساعته	الگوی لوینسون و ماتریکس
۲۸	زارع و ساکی (۱۳۹۴)	مرد	تهران	۳۰ نفر	هدفمند	روانشناسی	کاهش افکار ناکارآمد	۸ ۱) ساعته	برنامه مداخله فراشناختی و لز
۲۹	سلیمانی و بابایی (۱۳۹۴)	مرد	مراغه	۳۰ نفر	تصادفی	روانشناسی	اضطراب و امیدواری	۸ (۱,۵) ساعته	واقعیت درمانی گروهی (نظریه انتخاب)

۲۳۰ پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، سال ششم، شماره ۱۹، بهار ۱۳۹۸

۳۰	ندیمی (۱۳۹۴)	مرد	زاهد شهر	۲۸ نفر	تصادفی	روانشناسی	افزایش تحمل و بهبود تنظیم هیجان	۲۰ (۱) گروهی	رفتار درمانی دیالکتیکی
۳۱	نجفی و خراسانی (۱۳۹۴)	مرد	تهران	۲۴ نفر	تصادفی	روانشناسی	میزان پرخاشگری	۸ (۴۵) دقیقه	گروه درمانی شناختی- رفتاری
۳۲	خالدیان و محمدی فر (۱۳۹۴)	مرد	قروه	۳۰ نفر	تصادفی	روانشناسی	کاهش افسردگی	۱۰ (۱،۵) ساعته	گروه درمانی شناختی- رفتاری و معنا درمانی
۳۳	سلیمانی و صنوبر (۱۳۹۴)	مرد	اردبیل	۳۲ نفر	تصادفی	روانشناسی	کاهش اضطراب	۶ (۱،۵) ساعته	موسیقی درمانی
۳۴	پرزور و همکاران (۱۳۹۴)	مرد	اردبیل	۳۶ نفر	هدفمند	روانشناسی	کیفیت زندگی	۸ (۱) ساعته	روان درمانی مثبت گرا
۳۵	سپهری نسب و ثابت (۱۳۹۴)	مرد	تهران	۲۰ نفر	تصادفی	روانشناسی	سازگاری عاطفی و اجتماعی	۱۰ (۱،۵) ساعته	آموزش مدیریت استرس
۳۶	علی پور و همکاران (۱۳۹۴)	مرد	تهران	۲۷ نفر	هدفمند	روانشناسی	کارکردهای حافظه	۴ ماهه	درمان اجتماع مدار
۳۷	تیموری و همکاران (۱۳۹۴)	زن	مشهد	۳۰ نفر	هدفمند	روانشناسی	افسردگی و تشخوار فکری	۸ (۱) ساعته	شناخت درمانی (ذهن آگاهی)
۳۸	منجم و آقا یوسفی (۱۳۹۴)	مرد	تهران	۳۰ نفر	تصادفی	روانشناسی	عقاید و سوسه انگیز	۱۰ (۲) ساعته	روان درمانی گروهی تحلیل رفتار متقابل
۳۹	دهنوی و همکاران (۱۳۹۴)	مرد	کرمانشاه	۲۰ نفر	هدفمند	روانشناسی	افسردگی	۱۲ (۲) ساعته	سایکودرام

فرا تحلیل مداخلات روانی-اجتماعی اعتیاد ۲۳۱

۴۰	پشم دوست و غفاری (۱۳۹۴)	مرد	اردبیل	۵۰ نفر	تصادفی	روانشناسی	افکار اعتیاد و تمایل به تغییر (۱ ساعته)	۸	درمان فراشناختی گروهی
۴۱	ماردپور و همکاران (۱۳۹۳)	مرد	یاسوج	۳۰ نفر	تصادفی	روانشناسی	ولع مصرف و خودکنترلی (۱ ساعته)	۱۲	شناخت درمانی (ذهن آگاهی)
۴۲	بروکی و همکاران (۱۳۹۳)	مرد / زن	ارومیه	۹۰ نفر	تصادفی	روانشناسی	بهبود راهبرد مقابله (۱۲ ساعته)	۱,۵	درمان شناختی - رفتاری
۴۳	خدادوست و همکاران (۱۳۹۳)	مرد	تهران	۴۵ نفر	هدفمند	روانشناسی	پیشگیری از عود (۸ ساعته)	۱,۵	درمان شناختی رفتاری و گروه درمانی (مراحل تغییر)
۴۴	خالدیان و همکاران (۱۳۹۳)	مرد	قروه	۲۴ نفر	تصادفی	روانشناسی	کاهش افسردگی (۱ ساعته)	۱۲	گروه درمانی شناختی - رفتاری
۴۵	نوری پور و همکاران (۱۳۹۳)	مرد	قزوین	۲۴ نفر	تصادفی	مشاوره	عزت نفس و رضایت زناشویی (۸ ساعته)	۱,۵	آموزش مهارت های زندگی
۴۶	زارعی و همکاران (۱۳۹۳)	مرد	پاکدشت	۳۰ نفر	تصادفی	مشاوره	کیفیت زندگی (۲ ساعته)	۱۰	آموزش مدیریت استرس (CBT)
۴۷	سترگ و همکاران (۱۳۹۲)	مرد	اصفهان	۴۵ نفر	تصادفی	روانشناسی	کاهش عقاید وسوسه (۱ ساعته)	۸	درمان فراشناختی
۴۸	دستجانی و همکاران (۱۳۹۲)	مرد	اراک	۳۰ نفر	هدفمند	روانشناسی	کاهش باور غیر منطقی و کیفیت زندگی (۱۲ ساعته)	۱,۵	گروه درمانی شناختی - رفتاری
۴۹	حامدی و همکاران (۱۳۹۲)	مرد	تهران	۹۰ نفر	تصادفی	روانشناسی	پیشگیری از عود (۱ ساعته)	۸	ذهنی آگاهی و مشاوره کاهش آسیب

۲۳۲ پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، سال ششم، شماره ۱۹، بهار ۱۳۹۸

۵۰	مؤمنی و همکاران (۱۳۹۲)	مرد	تهران	۳۶ نفر	تصادفی	روانشناسی	بهبود کیفیت زندگی	۸ (۱,۵) ساعته	گروه‌درمانی شناختی- رفتاری
۵۱	دهقانی و همکاران (۱۳۹۲)	زن	اصفهان	۳۰	تصادفی	مشاوره	ارتقا عزت نفس و خودکارآمدی	۸ (۱,۵) ساعته	مصاحبه انگیزشی
۵۲	بیگی و همکاران (۱۳۹۱)	مرد	شاهرود	۶۴	تصادفی	روانشناسی	بهبود کیفیت زندگی	۸ ۲) ساعته	آموزش مهارت‌های زندگی
۵۳	بهرامی و همکاران (۱۳۹۱)	مرد	سنندج	۶۰	تصادفی	روانشناسی	کاهش نگرش مثبت نسبت به مواد	۱۰ (۱,۵) ساعته	آموزش مهارت حل مسئله (CBT)
۵۴	فرنام (۱۳۹۱)	مرد	زاهدان	۲۳	هدفمند	روانشناسی	پیشگیری از عود	۳۲ جلسه	مدل ماتریسی
۵۵	لک و همکاران (۱۳۹۱)	زن	تهران	۲۴	تصادفی	روانشناسی	کاهش اضطراب	۱۰ ۲) ساعته	آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری
۵۶	کمرزین و همکاران (۱۳۹۰)	مرد	ارومیه	۹۰	تصادفی	روانشناسی	افزایش خودکارآمدی	۱۲ جلسه	درمان شناختی- رفتاری
۵۷	قربانی و همکاران (۱۳۹۰)	مرد	اصفهان	۳۰	تصادفی	روانشناسی	مقابله با باورهای مرتبط با مواد افیونی	۱۰ جلسه	گروه‌درمانی شناختی- رفتاری
۵۸	کریمیان (۱۳۹۰)	مرد	اصفهان	۳۰	تصادفی	روانشناسی	پیشگیری از عود	۱۰ جلسه	آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری

۲۳۳ فراتحلیل مداخلات روانی-اجتماعی اعتیاد

۵۹	رئیسیان و همکاران (۱۳۹۰)	مرد	تهران	۲۰	تصادفی	روانشناسی	کاهش افسردگی	۶ جلسه	امید درمانی (آموزش شناختی رفتاری)
۶۰	گلستانی (۱۳۸۷)	مرد	کرمان	۳۰	تصادفی	روانشناسی	پیشگیری از عود	۱۴ جلسه مبتنی بر مراحل تغییر	گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر
۶۱	کریمی و جعفری (۱۳۸۷)	مرد	تهران	۴۰	تصادفی	روانشناسی	کاهش افسردگی	۱۶ (۱،۵) ساعته)	درمان شناختی- رفتاری
۶۲	ملازاده و همکاران (۱۳۸۸)	مرد	بجنورد	۲۴	تصادفی	روانشناسی	پیشگیری از عود	۸ ۲) ساعته)	گروه درمانی به روش تحلیل رفتار متقابل
۶۳	عصمت پناه (۱۳۸۸)	مرد	اصفهان	۶۰	تصادفی	روانشناسی	کاهش گرایش به مواد	۹ ۲) ساعته)	آموزش مهارت های زندگی
۶۴	جعفری و ساتی (۱۳۹۷)	مرد	رشت	۲۰	تصادفی	روانشناسی	کاهش ولع به مواد	۲۴ (۱) ساعته)	مداخله مبتنی بر الگوی ماتریکس
۶۵	قربانی و همکاران (۱۳۹۷)	مرد	اصفهان	۴۰	تصادفی	روانشناسی	پیشگیری از عود	۸ جلسه	ذهن آگاهی (شناختی- رفتاری)
۶۶	انصاری زاده و همکاران (۱۳۹۶)	مرد	تهران	۴۰	تصادفی	روانشناسی	کاهش اضطراب	۶ ۱) ساعته)	گروه درمانی رفتاری شناختی

## یافته‌ها

مراحل اجرای این فراتحلیل براساس مراحل فراتحلیل هویت و کرامت انجام گرفته و به شرح زیر است: ۱- تعریف متغیرهای پژوهش ۲- جست و جوی پایگاه‌های اطلاعاتی ۳- بررسی پژوهش‌ها ۴- محاسبه اندازه اثر برای هر مطالعه ۵- ترکیب اندازه اثر مطالعات ۶- معناداری مطالعات ترکیب یافته.

در یک نگاه کلی همانطور که فهرست پژوهش‌های شرکت‌کننده در فراتحلیل (جدول شماره ۵) حاضر نشان می‌دهد، تعداد ۹ مورد مداخله درمانی در جامعه زنان و ۵۷ مداخله در حوزه مردان صورت گرفته است. همچنین حجم نمونه‌ها به جز یک مورد مداخله بهزیستی درمانی در سال ۱۳۹۵ با ۶ نمونه، مابقی مداخلات از ۲۰ نفر مشارکت‌کننده تا ۹۰ نفر متغیر بوده است. از کل مداخلات صورت گرفته ۸ مورد توسط متخصصین حوزه مشاوره و ۵۸ مورد توسط متخصصین حوزه روانشناسی انجام شده است. همچنین بهبود سلامت روان، کاهش اختلالات روانشناختی و بالینی (افسردگی، اضطراب و...)، کاهش ولع، پیشگیری از عود مجدد به اعتیاد، ارتقاء عزت نفس و خودکارآمدی، تنظیم هیجانات و بهزیستی روانی و اجتماعی از رایج‌ترین ابزارها و یا به عبارتی مهمترین اهداف مداخلات صورت گرفته بودند، که طی یک دهه اخیر انجام شده است.

اما از مجموع ۶۶ مداخله صورت گرفته، که در تحقیق حاضر مورد بررسی قرار گرفت، ۳۰ مورد درمان شناختی- رفتاری (CBT) (شامل ذهن آگاهی، مهارت‌های زندگی، مدیریت استرس، مراحل تغییر، حل مسئله، خودآگاهی و...)، ۱۶ مورد گروه‌درمانی (تحلیل رفتار متقابل و...)، ۳ مورد مداخله با الگوی ماتریکس، ۲ مورد واقعیت درمانی، ۴ مورد درمان رفتاری (دیالکتیک گروهی، فعالسازی رفتار، روان‌نمایشگری، سایکودرام)، ۳ مورد درمان فرا شناختی، یک مورد خانواده‌درمانی، یک مورد درمان اجتماع مدار و ۶ مورد مداخله با روش‌های مختلف دیگر (هپنوتیزم درمانی، موسیقی درمانی، و...) صورت گرفته است.

## فرا تحلیل مداخلات روانی-اجتماعی اعتیاد ۲۳۵

همانطور که تحلیل مطالعات صورت گرفته (جدول ۶) نشان می‌دهد، بر طبق استانداردهای ارائه شده کوهن (۱۹۹۲) مداخلات صورت گرفته با رویکرد شناختی- رفتاری (۰/۵۷-) با اندازه اثر زیاد بیشترین تأثیر را در درمان اعتیاد دارند. خانواده‌درمانی با ضریب و درمان اجتماعی‌مدار نیز اندازه اثر بالایی داشته است، اما با توجه به اینکه تنها یک مورد مطالعه در این حیطه‌ها مورد بررسی قرار گرفته، نمی‌توان با اطمینان بالا بر آن صحنه گذاشت. همچنین گروه‌درمانی با اندازه اثر (۰/۵۲) بر طبق استانداردهای نظری در حد بالایی می‌باشد. درمان فراشناختی و سایر روش‌هایی همچون هیپنوتیزم درمانی و موسیقی‌درمانی با اندازه اثر (۰/۳۰) و (۰/۳۰) در سطح متوسط می‌باشند. در نهایت مداخلات صورت گرفته با الگوی ماتریکس، واقعیت‌درمانی و درمان رفتارگرایانه با اندازه اثرهای (۰/۱۶-)، (۰/۲۴) و (۰/۱۹-) پایین‌تر از سطح متوسط و کم ارزیابی می‌شوند.

جدول ۶- نتایج فرا تحلیل و آماره Z مربوط به مداخلات روانی-اجتماعی اعتیاد

SEV/V T	سطح معناداری	Z	CI %۹۵		تعداد مداخله (پژوهش )	نوع مداخله
			حد بالا	حد پایین		
۰/۲۱	۰/۰۰۱	۹/۱۷ -	۰/۶۹ -	۰/۴۵ -	۳۰	شناختی- رفتاری (CBT)
۰/۱۴	۰/۰۰۵	۲/۷۹ -	۰/۶۸ -	۰/۳۵ -	۱۶	گروه‌درمانی
۰/۲۵	۰/۰۰۱	۶/۶۴ -	۰/۲۰ -	۰/۱۱ -	۳	الگوی ماتریکس
۰/۲۹	۰/۰۰۱	۴/۲۳ -	۰/۳۵ -	۰/۱۳ -	۲	واقعیت‌درمانی
۰/۳۲	۰/۰۰۴	۲/۸۴ -	۰/۳۱ -	۰/۰۶ -	۴	درمان رفتاری

		-	-	-			
درمان فراشناختی	۳	۰/۳۰	۰/۱۳	۰/۴۶	۳/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۲۴
سایر روش‌ها	۸	-۰/۳۰	۰/۲۱	۰/۴۰	۵/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۳۳
	۶۶						

با وجود تجمیع میانگین اندازه اثر در جدول شماره ۶، می‌توان صورت دیگری از تحلیل اندازه اثر تفکیکی بر مبنای نوع مداخله و نوع هدف درمان، را تا جایی که ممکن است، ارائه داد. طبقه‌بندی کردن نوع مداخله درمانی همراه با نوع هدف مداخله در پژوهش‌های صورت گرفته به علت درهم‌ریختگی مبانی نظری و عملی مداخله توسط درمانگران و عدم بهره‌گیری از روش‌های واحد و علمی تا حدودی دشوار بوده که می‌توان گفت یکی از انتقادات وارده به مداخلات درمانی صورت گرفته می‌باشد. با وجود موانع و با توجه به تنوع و گستردگی متغیرهای وابسته در تحقیقات صورت گرفته، تحقیقات در چهار دسته هدف شامل پیشگیری از عود (۱۸ مطالعه)، کاهش اختلالات روانشناختی (افسردگی، اضطراب، اختلالات خلقی) (۱۲ مطالعه) ارتقاء سلامت روانی و ابعاد آن شامل بهزیستی، خودکارآمدی، عزت نفس و... (۱۵ مطالعه)، و ارتقاء کیفیت زندگی (۶ مطالعه) تقسیم‌بندی شده‌اند و تحقیقات با فراوانی یک مطالعه به علت فقدان قابلیت تجمیع اثربخشی از فرآیند اندازه‌گیری حذف گردیده‌اند.

نتایج نشان می‌دهد که مداخلات روانی-اجتماعی با روش شناختی-رفتاری، به ترتیب در حوزه‌های کاهش اختلالات روانشناختی (۰/۴۱)، ارتقاء کیفیت زندگی (۰/۶۷)، کاهش ولع و پیشگیری از عود (۰/۵۰) و ارتقاء سلامت روان و ابعاد آن (۰/۵۱) اثربخش بوده‌اند. همچنین درمان‌های گروهی و رفتارگرایانه در حوزه‌های یادشده به ترتیب با اندازه اثر ۰/۴۵، ۰/۴۱، ۰/۵۴ و ۰/۴۷ در حد متوسط ارزیابی می‌شوند. در نهایت مداخلات با الگوی ماتریکس و درمان‌های فراشناختی در پیشگیری از عود مجدد اعتیاد با اندازه اثر ۰/۳۶ و ۰/۶۱ متوسط و روبه بالا ارزیابی می‌شوند (جدول ۷).

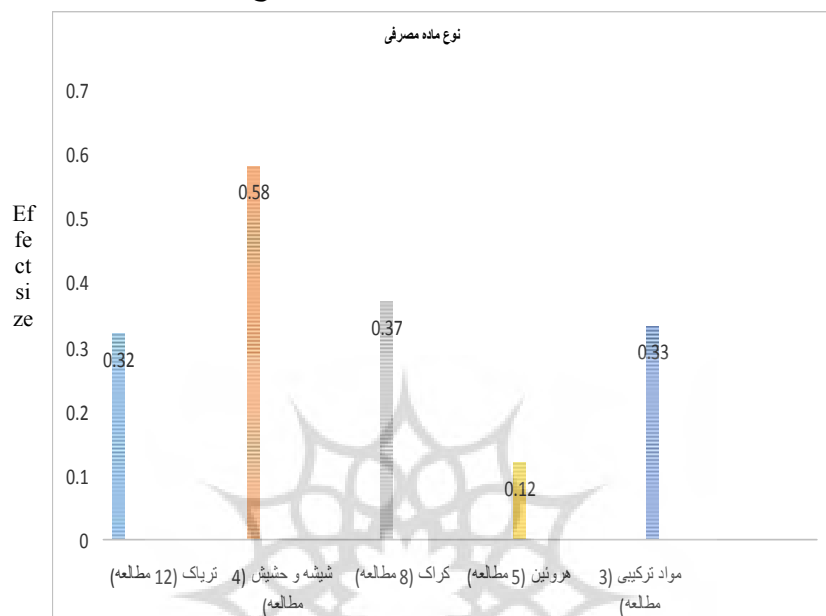


جدول ۷- میانگین اندازه اثر متغیرهای وابسته در مداخلات روانی-اجتماعی

متغیر وابسته نوع مداخله درمانی	ارتقاء سلامت روانی	پیشگیری از عود	کاهش اختلالات روانی	کیفیت زندگی
شناختی-رفتاری (CBT)	۰,۵۱	۰,۵۰۳	۰,۴۱	۰,۶۷
گروهی-رفتاری	۰,۴۵	۰,۴۱	۰,۵۴	۰,۴۷
الگوی ماتریکس	-	۰,۳۶	-	-
فراشناختی	-	۰,۶۱	-	-

همانطور که قبلاً گفته شد، ارزیابی نوع ماده مصرفی و نوع درمان بکارگرفته شده اهمیت بسیار بالایی در انتخاب روش‌های درمانی برای تحقیقات بعدی دارد. در بسیاری از مداخلات صورت گرفته که در فراتحلیل حاضر مورد بررسی قرار گرفت به نوع ماده مصرفی اشاره نشده بود. در مجموع تعداد ۳۲ مداخله به نوع ماده مصرفی اشاره کرده بودند که ضریب اثر مداخلات روانی-اجتماعی آن‌ها محاسبه گردید. همانطور که در نمودار شماره ۱ مشاهده می‌شود، در رتبه نخست، مداخلات روانی-اجتماعی بیشترین اثربخشی را در حوزه مصرف حشیش و شاهدانه، با ضریب اثر ۰/۵۸ دارد. در رتبه دوم کراک قرار دارد که مداخلات روانی-اجتماعی در درمان مصرف‌کنندگان این نوع ماده مصرفی، ضریب اثر ۰/۳۷ را دارد که متوسط ارزیابی می‌شود. در رتبه بعدی مداخلات روانی-اجتماعی برای مواد مصرفی ترکیبی (افرادی که اظهار نموده‌اند، تجربه مصرف انواع مواد را دارند) ضریب اثر ۰/۳۲ را نشان می‌دهد که متوسط ارزیابی می‌شود. به لحاظ آماری، بیشترین مداخلات در مورد افراد مصرف‌کننده تریاک صورت گرفته بوده که نتایج فراتحلیل نشان داد، مداخلات روانی-اجتماعی دارای ضریب اثر ۰/۳۲ می‌باشد که متوسط ارزیابی می‌شود. اما همانطور که در نمودار مشاهده می‌شود، مداخلات روانی-اجتماعی در نوع ماده مصرفی هروئین کمترین ضریب اثر (۰/۱۲) را دارد.

نمودار ۱- میانگین ضریب اثر مداخله بر اساس نوع ماده مصرفی



### بحث و نتیجه گیری

فرا تحلیل با یکپارچه کردن نتایج حاصل از تحقیقات مختلف که روی نمونه‌های متعدد اجرا شده‌اند، دیدگاه جامع‌تری از اثر مداخلات و آموزش‌های مختلف به دست می‌دهد. چنین یافته‌هایی در جوامعی چون جامعه ایران حاضر، که گوناگونی بیشتری دارد، مهم‌تر است، چرا که این گوناگونی محیط‌ها و جوامع آماری، تفاوت‌های بیشتری را به همراه دارد. بنابراین به ناچار بایستی اطلاعات متعددی را از نمونه‌های مختلف این جامعه، در دست داشت تا با یکپارچه کردن این اطلاعات، شباهت‌ها را بدست آورد و با تفاوت‌ها به طرز مناسبی برخورد کرد. بنابراین یک راه ارزشمند برای مشاهده کاستی‌ها، و کنار هم گذاشتن نتایج متفرقه از تحقیقات مختلف در طول یک دوره، استفاده از فرا تحلیل است که رویکردی آماری برای یکپارچه کردن نتایج مستقل است

که منجر به نتیجه‌گیری نهایی می‌شود که نگاه جامع و دقت بالایی را برای محققین و کارشناسان ارائه می‌دهد. یافته‌های کلی این فراتحلیل نشان داد که مداخلات روانی-اجتماعی صورت گرفته در حوزه اعتیاد به صورت کلی اثربخشی متوسط و کمتر از متوسط را نشان می‌دهند.

همانطور که در داده‌های توصیفی ذکر شد، بیشترین مداخلات در میان جامعه آماری مردان صورت پذیرفته و بیشتر درمانگرانی که اقدام به مداخله و درمان نموده‌اند در حیطه روانشناسی اقدام کرده‌اند. همچنین مهمترین اهداف مداخلات روانی-اجتماعی، شاخصه‌ها و ابعاد سلامت روانی شامل تمرکز بر کاهش اختلالات بالینی (استرس، اضطراب، افسردگی)، پیشگیری از عود و کاهش ولع مصرف، ارتقاء خودکارآمدی و عزت نفس، بهبود راهبردهای مقابله‌ای و مهارت‌های زندگی و همچنین تنظیم هیجانات و ارتقاء بهزیستی و کیفیت زندگی افراد سوءمصرف‌کننده بوده است. همچنین غالب مداخلات روانی-اجتماعی با رویکرد شناختی-رفتاری (CBT) عملیاتی شده که این نوع مداخلات همچنان که داده‌های تبیینی نیز نشان داد از موثرترین رویکردهای درمانی کار با سوءمصرف‌کنندگان مواد است.

در رتبه دوم، گروه درمانی با ۱۶ مورد پژوهش انجام‌شده، شایع‌ترین روش در مداخلات مورد بررسی است. همانطور که فراتحلیل مطالعات صورت گرفته نشان داد، بر طبق استانداردهای ارائه شده توسط کوهن (۱۹۹۲) مداخلات صورت گرفته با رویکرد شناختی-رفتاری (CBT) با اندازه اثر زیاد (۰/۵۷-) بیشترین تأثیر را در درمان اعتیاد دارند، که این یافته با نتایج پژوهش نریمانی و همکاران (۱۳۹۷) مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در پیشگیری از عود اعتیاد همخوانی دارد. همانطور که قبلاً در ادبیات نظری ذکر شد، موفقیت روش‌های شناختی-رفتاری (CBT) در حوزه سوءمصرف مواد در تحقیقات پیشین تثبیت شده است و ماندگاری این نوع مداخلات پایداری بیشتری را در افراد سوءمصرف‌کننده مواد نشان داده است و از آنجایی که افراد تلفیق استراتژی‌های شناختی و رفتاری را همزمان می‌آموزند، بهتر می‌توانند که

آموزشهای لازم را به موقعیت‌های مشابه انتقال و تعمیم دهند و درمانگران بایستی به صرف آموزش یک مهارت، بسنده نکنند (McLellan et al, 2004, Copeland, 2004).

پس ذکر این نکته ضروری است، که درمان‌های شناختی-رفتاری، زمانی اثربخشی لازم را دارند که از اصول درمانی حرفه‌ای پیروی نموده و ترکیبی چندگانه از آموزش‌های لازم (نه فقط یک آموزش خاص و تک بُعدی) ارائه گردد. نگاهی به مداخلات صورت گرفته در این تحقیق نشان می‌دهد که این دیدگاه ترکیبی و چندجانبه در بسیاری از پژوهش‌ها همچون پژوهش دباغی و همکاران (۱۳۸۷) تکیه فقط بر ذهن‌آگاهی مراجعین، زارعی و همکاران (۱۳۸۹) تأکید فقط بر خودآگاهی، ثاقبی و همکاران (۱۳۹۶) تکیه بر نحوه مقابله با استرس و یا پژوهش سپهری‌نسب و ثابت (۱۳۹۴) تکیه فقط بر بُعد مدیریت استرس، مورد غفلت واقع شده است.

خانواده‌درمانی و درمان اجتماعی‌مدار از جمله درمان‌های مؤثر در پیشگیری و درمان اعتیاد بوده که کمتر توسط درمانگران داخلی مورد استفاده قرار گرفته است. جای تأکید است که بر تعداد این نوع مداخلات با توجه به کارآمدی آنها افزوده شود. خانواده‌درمانی به عنوان ابزار قدرتمند مداخله در سوء مصرف‌کنندگان جوان و نوجوان در کشورهای توسعه یافته بکار می‌رود، خصوصاً زمانی که مشکلات مربوط به مواد با رفتارهای ضد اجتماعی، اختلافات درون خانوادگی والدین و فرزندان و همچنین روابط جنسی پرخطر آمیخته باشد. نتایج تحقیقات متعدد، اثربخشی این نوع مداخله را در کار با نوجوانان و جوانان تأیید می‌کنند (Rigter et al, 2012, Mchugh et al, 2010, Cooper et al, 2015). این رویکرد به علت دیدگاه سیستمی و پرهیز از نگاه ایزوله و فردگرایانه مورد تقدیر است و همچنین می‌تواند در منزل مراجع و هم در مراکز سرپایی مورد استفاده قرار گیرد.

از طرفی دیگر، درمان‌های اجتماعی‌مدار که با هدف ایجاد تغییرات بلند و تغییر سبک در طی مدت زمان ۶ الی ۲۴ ماهه صورت می‌گیرد، مبتنی بر آموزش مهارت‌های شغلی، ارتقاء تحصیلات، آموزش مهارت‌های زندگی در جامعه و گروه‌های اجتماعی و

کار گروهی است (Jhanjee, 2014). تحقیقات اسمیت و همکاران (Smith et al, 2006) بر روی هفت مداخله در حوزه اعتیاد با روش درمان اجتماع مدار نشان داد که افرادی که این نوع درمان را طی می‌کنند کمتر در اعمال مجرمانه مشارکت نموده و بیشتر درگیر فعالیت‌های اجتماعی و مشارکتی می‌شوند. آنچنان که مشاهده شد این نوع مداخله کمتر در کشور ما صورت گرفته و چه بسا طول دوره و محدودیت زمانی و امکانات و تسهیلات لازم می‌تواند مانعی برای بکارگیری این نوع مداخلات باشد.

همچنین گروه‌درمانی با اندازه اثر (۰/۵۲) بر طبق استانداردهای نظری در حد بالایی می‌باشد، همچنان که یافته‌های تجربی متعددی از آن پشتیبانی می‌کنند، خصوصاً زمانی که افراد با تجارب مشابه یا با ویژگی‌های مشابه شروع به فعالیت در جهت درمان و به اشتراک گذاشتن تجارب‌شان می‌نمایند (Copello, 2000). درمان فراشناختی و سایر روش‌هایی همچون هیپنوتیزم درمانی و موسیقی‌درمانی با اندازه اثر (۰/۳۰) و (۰/۳۰) در سطح متوسط می‌باشند. در نهایت مداخلات صورت گرفته با الگوی ماتریکس، واقعیت درمانی و درمان رفتارگرایانه با اندازه اثرهای (۰/۱۶-)، (۰/۲۴) و (۰/۱۹-) پایین‌تر از سطح متوسط و کم ارزیابی شدند. در تأیید نتایج این پژوهش، پژوهش‌های مختلفی به انجام رسیده که نشان می‌دهد رویکرد روانی-اجتماعی در درمان و پیشگیری از عود مجدد اعتیاد مؤثر است. برای مثال آیروین و همکاران در فراتحلیلی از پژوهش‌های مداخلات روانی-اجتماعی با هدف پیشگیری از عود<sup>۱</sup> دریافتند که این مداخلات با اندازه اثر بالا (۰/۷۶) مؤثر هستند و این رویکرد در پیشگیری از مصرف مجدد می‌تواند کمک شایانی به مددجویان و خانواده‌های آنان بکند.

همچنین نتایج نشان می‌دهد که مداخلات روانی-اجتماعی با روش شناختی-رفتاری، به ترتیب در حوزه‌های کاهش اختلالات روانشناختی (۰/۴۱)، ارتقاء کیفیت

زندگی (۰/۶۷)، کاهش ولع و پیشگیری از عود (۰/۵۰) و ارتقاء سلامت روان و ابعاد آن (۰/۵۱) اثربخش بوده‌اند. همچنین درمان‌های گروهی و رفتارگرایانه در حوزه‌های یادشده به ترتیب با اندازه اثر ۰/۴۵، ۰/۴۱، ۰/۵۴ و ۰/۴۷ در حد متوسط ارزیابی می‌شوند. در نهایت مداخلات با الگوی ماتریکس و درمان‌های فراشناختی در پیشگیری از عود مجدد اعتیاد با اندازه اثر ۰/۳۶ و ۰/۶۱ متوسط و رو به بالا ارزیابی می‌شوند. همانطور که تحقیقات خارجی در حوزه سلامت روان، کاهش ولع و پیشگیری سوءمصرف‌کنندگان مواد، نشان از اثربخشی مداخلات روانی-اجتماعی در این زمینه دارند (Barbui et al., 2020; Mullen, 2009; Smith, 2012; Jhanjee, 2014; Beyno et al; 2008).

یکی از نکات قابل توجه این فراتحلیل، توجه به بررسی اندازه اثر مداخلات درمانی در ارتباط با نوع ماده مصرفی بود. در ۳۲ مداخله مورد بررسی به نوع ماده مصرفی افراد اشاره شده بود که وارد فراتحلیل شد. این در حالی است که در پژوهش‌های خارجی اهمیت بسیاری به نوع ماده مصرفی می‌دهند و حتی درمانگران حوزه اعتیاد بر این باور هستند که مدل مداخلاتی برای درمان الکلی‌ها با مدل مداخلاتی برای مصرف‌کنندگان مواد مخدر بسیار متفاوت است، زیرا یافته‌های تجربی از این ادعا پشتیبانی می‌کنند. برای مثال دوترا<sup>۱</sup> و همکاران در فراتحلیل مطالعات درمانی اعتیاد دریافتند که مداخله با رویکرد روانی-اجتماعی برای مصرف‌کنندگان کوکائین دارای اندازه اثر بالا (۰/۶۲) و برای مصرف‌کنندگان حشیش دارای اندازه اثر بالا (۰/۸۱) و بالعکس برای مصرف‌کنندگان مشتقات افیونی با اندازه اثر (۰/۲۹) در حد متوسط می‌باشد (Dutra et al, 2008).

همچنان که در این پژوهش نیز مشاهده شد، مداخلات روانی-اجتماعی برای مصرف‌کنندگان حشیش و شیشه با ضریب اثر (۰/۵۸) بالا می‌باشد. بنابراین در نظر گرفتن نوع ماده مصرفی افراد در مداخلات درمانی بسیار مهم است که متأسفانه در

---

1. Dutra

غالب مداخلات، مغفول مانده است. همچنین این نوع رویکرد درمانی (روانی-اجتماعی) همچنان که مشاهده می‌شود دارای ضریب متوسط است که با نتایج غالب تحقیقات مشابه (Martin et al, 2005, Smyth et al, 2010, Rigter et al, 2012, Martino et al 2007) مغایر است که می‌توان این نوع ناهمسانی را به شیوه‌های متفاوت مداخله و نوع فرهنگ جوامع و خصوصاً امکانات و تسهیلات برای سوء مصرف‌کنندگان نسبت داد.

به صورت کلی پژوهش‌ها و مداخلات صورت گرفته در داخل کشور مؤید این است، که استفاده از الگوهای مداخله‌ای که برگرفته از رویکرد روانی-اجتماعی (Psychosocial approach) باشد، در ارتقاء بهزیستی روانی و اجتماعی و پیشگیری از مصرف و عود اعتیاد در کشور ما مؤثر بوده‌اند. تمرکز تک بُعدی بسیاری از مداخلات بر یک نوع آموزش درمانی از طرفی، و همچنین انتخاب یک متغیر وابسته (تمرکز بر ابعاد روانی سوء مصرف‌کنندگان و غفلت از ابعاد اجتماعی درمان) از طرف دیگر، و همچنین الگوها و تکالیف درمانگر، آنچنان که در ادبیات نظری مداخله بیان گردید، ما را به این پیشنهاد می‌رساند که استفاده همزمان و تلفیقی، یعنی التقاطی نمودن مدل‌های مختلف و در نظر گرفتن مسائلی از جمله نیازسنجی، انگیزش مراجعین، تغییر شناخت، تغییر رفتار و روابط، تمرکز بر افزایش مهارت‌های اجتماعی در سوء مصرف‌کنندگان مواد، در نظر گرفتن نوع ماده مصرفی در مداخلات، استفاده از استراتژی‌های مختلف درمان و پیشگیری، ویژگی‌های شخصیتی و... در مداخلات درمانی بایستی در دستور کار درمانگران این حوزه قرار گیرند.

مداخلات درمانی صورت گرفته در حوزه اعتیاد را می‌توان با اهداف مددکاری اجتماعی، تحلیل و تفسیر نمود. هدف از فرآیند مددکاری اجتماعی کمک به درک مددجو از ظرفیت‌ها، قابلیت‌ها و محدودیت‌های خود، ارتقاء بهزیستی روانی و اجتماعی مددجو و نهایتاً قادرسازی مددجو است، که این مهم از طریق ترکیب آموزش و یادگیری امکان پذیر است. آنچه که در مددکاری اجتماعی مورد تأکید است و به عنوان

هدف مطرح می‌شود، توانمندسازی<sup>۱</sup> و قادرسازی<sup>۲</sup> مددجویان است، که از طریق تلفیق و ترکیب آموزش و یادگیری حاصل می‌شود، زیرا فقط در این صورت است که مددجو توانایی حل مشکلات خود را در موقعیت‌های دیگر بدون حضور درمانگر دارد. الگوی پیشنهادی که در زیر ارائه می‌گردد برآمده از بررسی نقاط قوت و ضعف‌های مداخلات فراتحلیل شده و نیز بررسی مطالعات خارجی در این حوزه است.

با توجه به اینکه مداخلات شناختی-رفتاری (CBT) در ایران بیشترین اثربخشی را داشته‌اند، مبنای اصلی مداخله در اجرا، روش است، اما مدل پیشنهادی را می‌توان یک مدل تلفیقی-فرآیندی تلقی نمود که اجرای هر مرحله نیازمند گذر از مرحله قبلی است. در ابتدا ارزیابی کلی از وضعیت مصرف‌کننده با ارائه مشاوره‌های اولیه، جمع‌آوری اطلاعات و نیازسنجی صورت می‌گیرد، سپس بایستی بر مصاحبه‌های انگیزشی، تشویق و حمایت از مددجو و کم کردن از مقاومت مددجو متمرکز شد و در نهایت تلفیقی از روش‌های مختلف در رویکرد روانی-اجتماعی با تمرکز بر آموزش، یادگیری و قادرسازی و پیگیری وضعیت مددجو اجرایی می‌گردد. در نهایت، بایستی به مرحله قادر سازی اهمیت داد که فرایند رفت و برگشتی بین یادگیری و آموزش، و تعمیم این یادگیری به موقعیت‌های دیگر است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

- 
1. Enabling
  2. Empowerment





شکل ۱- مدل پیشنهادی مداخلات درمانی در حوزه اعتیاد

## منابع

- افضل‌ی، رسول؛ صرامی، حمید و ایرانخواه، احمد. (۱۳۹۷)، تحلیل محتوای مطالب رسانه‌های چاپی در امر کنترل و مقابله با مواد مخدر در ایران (روزنامه‌های اطلاعات و ایران)، *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، سال دوازدهم، شماره ۴۵: ۳۱-۵۲.
- آقابخش، حبیب. (۱۳۸۸)، *اعتیاد و آسیب‌شناسی خانواده، رویکرد مددکاری اجتماعی به مسائل و آسیب‌های جامعه*، تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی.
- حاجی‌ها، ضحی. (۱۳۹۵)، تجربه زیسته زنان معتاد در شهر تهران دستیابی به الگوی تبیینی، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی*، دانشگاه تهران.
- عبدلی، سلطان؛ احمدی، جواد و امانی ساری بگلو، جواد. (۱۳۹۵)، عوامل مؤثر بر سوء مصرف مواد مخدر جوانان در ایران: تحلیل نقشه‌های شناختی فازی مبتنی بر نظرات متخصصان، *فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیاد پژوهی*، سال دهم، شماره ۳۹: ۱۹۵-۲۱۲.
- نداف، علی؛ ماکویی، احمد و سیدین، مهتاب. (۱۳۸۷)، همبسته‌های وضعیت اعتیاد، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال هفتم، شماره ۲۹: ۱۶۹-۱۹۱.
- نریمانی، محمد؛ میکائیلی، نیلوفر و حاجلو، نادر. (۱۳۹۷)، اثربخشی مداخلات روانشناختی بر پیشگیری از اعتیاد: فرا تحلیل، *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، سال دوازدهم، شماره ۴۶: ۱۲۱-۱۳۵.
- American Psychiatric Association, AP. (2006). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders: Second edition*. American Journal of Psychiatry 2006; 163(8): pS1-s82.
- Baker, A., Kay-Lambkin, F., Lee, N.K. and Claire, M. (2003). *A Brief Cognitive Behavioral Intervention for Regular Amphetamine Users.*, Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing.
- Barbui, Corrado., Purgato, Marianna., Abdulmalik, Jibril O., Acarturk, Ceren., Eaton, Julian., Gastaldon, Chiara., Gureje, Oye., Hanlon, Charlotte., Jordans, Mark., Lund, Crick., Nosè, Michela., Ostuzzi, Giovanni., Papola, Davide., Tedeschi, Federico., Tol, Wietse., Turrini, Giulia., Patel, Vikram, and Thornicroft, Graham. (2020). *Efficacy of psychosocial interventions for mental health outcomes in low-income and middle-income countries: an umbrella review*. The Lancet Psychiatry. 7. 10.1016/S2215-0366(19)30511-5.

- Beck, A., Wright, F., Newman, Cory, and Liese, Bruce. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse: Theoretical rationale*. NIDA research monograph. 137. 123-46.
- Beynon, S., Soares-Weiser, K., Woolacott, N., Duffy, S., and Geddes, J. R. (2008). Psychosocial interventions for the prevention of relapse in bipolar disorder: systematic review of controlled trials, *The British journal of psychiatry: journal of mental science*, 192(1), 5-11.
- Blakeley, B, and Mc, Shane (2017). Single-Paper Meta-Analysis: Benefits for Study Summary, Theory Testing, and Replicability, *Journal of Consumer Research*, 43(6): 1048-1063
- Carroll, K.M. (2004). 'Behavioral Therapies for Co-occurring Substance Use and Mood Disorders'. *Biological Psychiatry*, 56(10): 778-784.
- Chalana, H., Kundal, T., Gupta, V, and SinghMalhari, A, (2016). Predictors of Relapse after Inpatient Opioid Detoxification during 1-Year Follow-Up, *Journal of Addiction*, 6: 1-7.
- Ching, C., Yu-Jhen, H., and Fu-CunY. (2007). A Study on Factors Affecting the Abstention of Drug Abuse in Private Rehabilitation Institutes in Taiwan—Operation Dawn Taiwan as an Example. *Flinders Journal of Law Reform*, 1-22.
- Cooper, K., Chatters, R., Kaltenthaler, E. and Wong, R. (2015) 'Psychological and psychosocial interventions for cannabis cessation in adults: A systematic review short report', *Health Technology Assessment* 19(56): 101-130.
- Copeland, J. (2004). 'Developments in the Treatment of Cannabis Use Disorder'. *Current Opinion in Psychiatry* 2004; 17(3):161-167.
- Copello, K. (2000). Social Role Negotiation Skills For substance abusing adolescents: A Group model. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11 (3), 197-204.
- Devaney, E. (2017). The emergence of the affected adult family member in drug policy discourse: A Foucauldian perspective, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 24(4), 359-367.
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, SL., Leyro, TM., Powers MB, and Otto MW. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 165(2):179-87.
- Finney, J.W. et al., (2002). *'Psychosocial Treatments for Alcohol Use Disorders', a Guide to Treatments That Work*, second edition, P.E. Nathan and J.M. Gorman, editors., Oxford University Press: New York.

- Gingerich, W.J. et al. (2000). 'Solution-Focused Brief Therapy: A Review of the Outcome Research'. *Family Process*, 39(4): 477-498.
- Gossop, M. et al. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric Properties of the SDS in Australian and English Samples of Heroin, Cocaine and Amphetamine Users', *Addiction journal*, 90: 607-614.
- Greene, G.J. et al. (2006). 'A Solution-Focused Approach to Case Management and Recovery with Consumers Who Have a Severe Mental Disability'. *Families in Society*, 87(3):339-350.
- Hakansson A, Hall'en E, (2014) "Predictors of dropout from inpatient opioid detoxification with buprenorphine: a chart review," *Journal of Addiction*, Article ID 965267.
- Heather, N. (2002). 'Effectiveness of Brief Interventions Proved Beyond Reasonable Doubt'. *Addiction*, 97:297-299.
- Higgins, S.T. et al. (1999). 'Contingency Management: Incentives for Sobriety'. *Alcohol Research and Health*, 23(2): 122-127.
- Hulse, G. et al. (2003). *Identifying Treatment Options, in Managing Alcohol and Other Drug Problems*, Oxford University Press: Melbourne, Australia.
- Irvin JE, Bowers CA, Dunn ME, Wang MC. (1999 0. Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review, *J Consult Clin Psychol*, 67(4):563-570.
- Jhanjee S. (2014). Evidence based psychosocial interventions in substance use. *Indian journal of psychological medicine*, 36(2): 112-118.
- Kay-Lambkin, F.J. et al. (2004) 'The 'Co-morbidity Roundabout': a Framework to Guide Assessment and Intervention Strategies and Engineer Change Among People With Co-morbid Problems'. *Drug and Alcohol Review*, 23(4):407-424.
- Leichsenring, F. (2001). Comparative Effects of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive- Behavioural Therapy in Depression: A Meta-Analytic Approach', *Clinical Psychology Review*, 21(3):401-419.
- Leichsenring, F. (2005). 'Are Psychodynamic and Psychoanalytic Therapies Effective? A Review of Empirical Data'. *International Journal of Psychoanalysis*, 86(3): 841-868.
- Linton, J.M. (2005). Mental Health Counselors and Substance Abuse Treatment: Advantages, Difficulties, and Practical Issues to Solution-Focused Interventions'. *Journal of Mental Health Counseling*, 27(4):297-310.
- Lohr KN. (2007). Emerging methods in comparative effectiveness and safety: Symposium overview and summary, *Medical Care*, 45(10):55-58.

- Magil, Molly and Ray, Lara A. (2009). Cognitive-Behavioral Treatment with Adult Alcohol and Illicit Drug Users: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials, *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70 (4): 516-527.
- Marsh, A. et al. (2006). *Addiction Counselling: Content and Process*, Melbourne: IP Communications.
- Martin, G. et al. (2005). The Adolescent Cannabis Check- Up: Feasibility of a Brief Intervention for Young Cannabis Users, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29 (3): 207-213.
- Martino SC, Collins RL, Ellickson PL, Schell TL, & McCaffrey D. (2007). Socio-environmental influences on adolescents' alcohol outcome expectancies, *Addiction*, 101:971-983.
- McHugh, R. K., Hearon, B. A. and Otto, M. W. (2010). Cognitive behavioral therapy for substance use disorders, *Psychiatric Clinics of North America* 33(3): 511-525.
- McLellan, A.T. et al. (2004). Contemporary Addiction Treatment: A Review of Systems Problems for Adults and Adolescents'. *Biological Psychiatry*, 56 (10): 764-770.
- McQuaid, F. et al. (2006). Contingency Management for Substance Misuse'. *British Journal of Psychiatry*, 190(3): 272.
- McQueen J, Howe TE, Allan L, Mains D. (2009). Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards, *Cochrane Database Syst Rev*, 3:CD005191. [PubMed: 19588369]
- Michael L. Prendergast, Deborah Podus, John M. Roll. (2006). Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta-analysis, *journal of addiction*, 101 (11): 46-60.
- Miller, W. R., & Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *The American psychologist*, 64(6), 527-537.
- Miller, W.R. et al. (2003). Motivational Interviewing in Drug Abuse Services: a Randomised Trial'. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3): 754-763.
- Mullen, A. (2009). Mental health nurses establishing psychosocial interventions within acute inpatient settings, *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(2): 83-9.
- Nadkarni A, Weobong B, Weiss HA, McCambridge J, Bhat B, Katti B et al. (2017). Counselling for Alcohol Problems (CAP), a lay counsellor-delivered brief psychological treatment for harmful drinking in men, in primary care in

- India: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 389(10065):186–95. [PubMed: 27988144]
- Pandian, Dhanasekara & Antony, Sojan (2017). *Psychosocial Interventions for Addiction Disorders*, <http://www.cadabams.org>.
  - Persons, J.B. et al. (2001). *Essential Components of Cognitive-Behaviour Therapy for Depression*, Washington: American Psychological Association.
  - Petry, N.M. (2002). Contingency Management in Addiction Treatment'. *Psychiatric Times*, 19(2).
  - 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.
  - Richmond, L. (2007). *A Guide to Psychology and its Practice*, [www.guidetopsychology.com](http://www.guidetopsychology.com).
  - Rieger, H., Henderson, C. E., Pelc, I. et al. (2012). Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: a randomised controlled trial in Western European outpatient settings, *Drug and Alcohol Dependence*, 130(1–3): 85–93.
  - Ritson, B. (2005). *Treatments', in ABC of Alcohol, fourth edition*, A. Paton and R. Touquet, editors, Blackwell Publishing: Carlton, Australia.
  - Segal, Z.V. et al. (2002). *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*, New York: the Guilford Press.
  - Shand, F. et al. (2003). *The Treatment of Alcohol Problems' Review of the Evidence*, Canberra: Australian Commonwealth Department of Health and Ageing.
  - Shand, F. et al. (2003). *The Treatment of Alcohol Problems: A Review of the Evidence*, Canberra: Australian Commonwealth Department of Health and Ageing.
  - Smith, G. (2012). *Psychological Interventions in Mental Health Nursing*. Berkshire: Open University Press.
  - Smith, LA., Gates, S., and Foxcroft, D. (2012). Therapeutic communities for substance related disorder. *Cochrane Database Syst Rev*, 25:CD005338. [PubMed]
  - Smyth, B. P., Barry, J., Keenan, E, and Ducray, K. (2010). Lapse and relapse following inpatient treatment of opiate dependence," *Irish Medical Journal*, 103 (6): 176–179.

- Snow, D., and Anderson, C. (2000). Exploring the factors influencing relapse and recovery among drug and alcohol addicted women. Psychiatric Mental Health Nurse Practitioner Program. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 38(7), 8-19.
- Sonali, Jhanjee. (2014). Evidence Based Psychosocial Interventions in Substance Use, *Indian J Psychol Med*, 36(2): 112-118.
- Stenbacka, M., Beck, O., Leifma, A., Romelsjö, A, and Helander, A. (2007). Problem drinking in relation to treatment outcome among opiate addicts in methadone maintenance treatment. *Drug Alcohol Review journal (APSAD)*, 26(1): 55-63.
- Vasilaki, EI., Hosier, SG, and Cox, WM. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: A meta-analytic review. *Alcohol journal*, 41:328-35. [PubMed: 16547122]
- Walitzer, K. S., and Dearing, R. L. (2006). Gender differences in alcohol and substance use relapse, *Clinical Psychology Review*, 26(2), 128-148.
- Yen, C. F., Wu, H. Y., Yen, J. Y., & Ko, C. H. (2004). Effects of brief cognitive-behavioral interventions on confidence to resist the urges to use heroin and methamphetamine in relapse-related situations. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(11), 788-791.
- Ziedonis, D. M., & Trudeau, K. (1997). *Motivation to quit using substances among individuals with schizophrenia: implications for a motivation-based treatment model*. Schizophrenia bulletin, 23(2), 229-238.