

اثربخشی مدل شناختی- رفتاری مارلات بر کاهش ولع و پیشگیری از بازگشت زنان وابسته به مواد

ماندانا نیکنام^۱، محمدابراهیم مداحی^{۲*}، عبدالله شفیع آبادی^۳

۱. دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.
۲. استادیار گروه روان شناسی بالینی دانشکده علوم انسانی دانشگاه شاهد، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
۳. استاد دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر اثربخشی آموزش شناختی- رفتاری مارلات را بر پیشگیری از بازگشت و کاهش ولع زنان وابسته به مواد، بررسی می کند.

روش: در یک پژوهش نیمه آزمایشی ۳۰ زن مصرف کننده مواد با تشخیص اختلال وابستگی به مواد مخدر که دوره سم زدایی را با موفقیت در مرکز درمان اجتماع مدار بانوان (TC) تهران به پایان رسانده بودند، با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمایشی به مدت ۱۲ هفته و هر هفته یک جلسه گروهی تحت آموزش قرار گرفتند. گروه گواه در طول این مدت هیچ درمانی دریافت نکردند. آزمودنی ها توسط مقیاس پیشگیری از بازگشت گورسکی (۱۹۸۹) و مقیاس کاهش ولع فرانکن و همکاران (۲۰۰۲) و نیز آزمایش ادرار پیش از شروع درمان، تصادفی در طی درمان، پس از درمان و پس از اتمام مرحله پیگیری سه ماهه، مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای تحلیل داده ها از آزمون های تجزیه و تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و خی دو استفاده شد.

نتایج: نتایج آزمون های تجزیه و تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه در ولع مصرف و بازگشت به مواد در مرحله پس آزمون و پیگیری وجود دارد. همچنین نتایج آزمون خی دو نشان داد که تفاوت معناداری بین فراوانی بازگشت وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری: نتایج نشان داد که درمان شناختی- رفتاری مارلات در کاهش ولع مصرف و پیشگیری از بازگشت زنان معتاد مؤثر است.

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۴، شماره ۱، پیاپی ۲۶
بهار و تابستان ۱۳۹۵
صص: ۱۷-۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۶/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۱/۱۸

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 14, No.1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 7-17

کلیدواژه ها: آموزش شناختی رفتاری مارلات، پیشگیری از بازگشت، ولع مصرف، وابستگی به مواد.

*Email: memadahi@yahoo.com

مقدمه

اعتیاد یک بیماری مزمن و پیش‌رونده با تأثیرات عمیق اجتماعی، روان‌شناختی، جسمی و اقتصادی است که از زمان‌های دور در جوامع مختلف بشری وجود داشته است و در حال حاضر نیز در حال گسترش است و هر ساله بر شمار قربانیان این بیماری افزوده می‌شود [۱]. آثار و نتایج منفی زبان‌بار و مخرب فردی، خانوادگی، اجتماعی، اخلاقی، معنوی و فرهنگی سوء‌مصرف، وابستگی و اعتیاد به مواد سبب شده است تا مسئله ترک مواد همواره مورد توجه مسئولین، خود مبتلایان به مصرف مواد و خانواده‌های آن‌ها قرار گیرد [۲].

اولین مطالعه رسمی اعتیاد در سال ۱۳۸۱ توسط وزارت بهداشت نشان داد که یک میلیون و سیصد هزار نفر معتاد در کشور وجود دارد [۳]. تعداد ۱۶ تا ۳۸ میلیون نفر از مصرف‌کنندگان مواد را در جهان زنان تشکیل می‌دهند و تعداد معتادان زن در ایران ۱۳۰ هزار نفر (۹/۵٪ معتادان کشور) است که روز به روز بر تعداد آن‌ها اضافه می‌شود [۴].

سم‌زدایی و درمان‌های نگهدارنده در سی سال گذشته به‌طور وسیع در درمان وابستگی به مواد مخدر به‌کاررفته است. علیرغم پیشرفت‌های قابل توجه در این زمینه، یافته‌ها از میزان بالای شکست در درمان‌ها و عود حتی با وجود موفقیت اولیه در سم‌زدایی حکایت می‌کنند [۵]. به‌طور نسبی تعداد بسیار کمی از بیماران وابسته به مواد مخدر بدون دریافت کمک‌های روان‌شناختی و اجتماعی توانسته‌اند به ترک پایدار برسند. ترک جسمانی مواد مخدر چندان دشوار نیست، مشکل عمده در درمان معتادان، حتی با دوره‌های پاک‌ی طولانی‌مدت، میزان بالای عود^۱ آن‌ها هست [۶] امینی، افشار و آذر [۷] میزان بازگشت به مصرف مواد را ۷۵ درصد و در ایران ۵۰ درصد ذکر کرده‌اند. میزان بالای بازگشت پس از درمان به‌ظاهر موفق، مشکل شایعی است که در بیشتر رویکردهای درمانی وابستگی دارویی رخ می‌نماید. از میان ابعاد گوناگون درگیر در فرایند اعتیاد پدیده ولع^۲ مصرف نقش مهمی در بازگشت مجدد بیمار پس از درمان و حفظ موقعیت سوء‌مصرف و وابستگی به مواد دارد. در فرآیند درمان بیماران، پس از رسیدن به حالت پرهیز، میل شدیدی برای تجربه دوباره اثرات مواد دیده می‌شود. این احساس ممکن است از چند ساعت پس از شروع درمان تا روزها و ماه‌ها پس از پایان آن دیده شود. فراوانی و شدت ولع مصرف کم‌کم روبه کاهش می‌رود اما به‌ندرت ناپدید می‌شود؛ بنابراین تشخیص و درمان این پدیده بالینی به‌عنوان یکی از عوامل شکست درمان دارای اهمیت است [۸]. از آنجاکه برخی افراد نسبت به نشانه‌های ایجادکننده ولع مصرف پاسخ بیشتری می‌دهند این موضوع می‌تواند آن‌ها را در زمینه بازگشت به مصرف دوباره مواد آسیب‌پذیر کند [۹].

پیشگیری از بازگشت (عود) و کاهش تمایل (ولع) مصرف بعد از سم‌زدایی از دغدغه‌های اصلی محققین و فعالان حوزه ترک اعتیاد است (یوبونت، ۱۹۷۹، به نقل از [۲]). این واقعیت به

پدیدآیی انواع راهبردهای روان‌درمانی پیشگیری از بازگشت منجر شده است. هم‌زمان با روش دارودرمانی، روش‌های روان‌درمانی مختلف نیز به‌کاررفته‌اند. یکی از پرکاربردترین رویکردهایی که توسط گروه درمانگران در درمان اعتیاد مورد استفاده قرار می‌گیرد رویکرد شناختی رفتاری است. بیشتر مطالعات انجام‌شده پیرامون اثربخشی رویکردهای مختلف روان‌درمانی در درمان اعتیاد بر رویکرد شناختی رفتاری به‌عنوان رویکردی مؤثر در درمان این بیماری اشاره نموده‌اند [۱۰]. همچنین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ولع مصرف در پژوهش‌های گروهی از محققین [۱۱] تأیید شده است.

مارلات و گوردون^۳ [۱۲] با معرفی یکی از مدل‌های شناختی رفتاری پیشگیری از عود، خدمت مهمی را به پیشینه علمی اعتیاد نمودند. این مدل مبتنی بر دو محور عمده است: تشخیص نشانه‌های هشداردهنده و ایجاد مهارت‌ها ضروری برای مقابله با موقعیت‌های پرخطر. در حقیقت چگونگی درک مراجع از توانایی‌هایش برای مقابله با موقعیت‌های پرخطر می‌تواند منجر به عدم لغزش شود. بازگشت تابعی از واکنش درمان‌جو به این لغزش اولیه است.

مارلات به دنبال استفاده از روش‌های رفتاری در درمان اعتیاد، با پی بردن به ناکارآمدی روش‌های محض رفتاری، به طرح مدلی رفتاری شناختی از فرایند بازگشت و به تبع آن، مداخلات رفتاری و شناختی برای پیشگیری از بازگشت پرداخت. او بر اساس پژوهش‌هایی، نشان داد که تعامل عوامل فردی، موقعیتی و فیزیولوژیکی خطر بازگشت را تعیین می‌کند [۱۳].

الگوی پیشگیری از بازگشت مارلات و گوردون به چند دلیل حائز اهمیت است. این روش مهیاکننده مداخله‌ای عملی و انعطاف‌پذیر است که می‌تواند به‌وسیله درمانگران مختلفی به کار رود. این روش می‌تواند با سایر روش‌های درمان تلفیق گردد. این روش مهیاکننده یک الگوی مفهومی ساده برای فهم سوء‌مصرف مواد و همچنین تبیین‌کننده یک الگوی نظری و مداخله‌ای ویژه است. این موارد باعث گردیده تا روش مارلات و گوردون یکی از راهبردهای اصلی درمان سوء‌مصرف مواد باشد. محورهای پیشگیری از بازگشت در روش مارلات و گوردون عبارت‌اند از: شناسایی و اجتناب از موقعیت‌های پرخطر، شناسایی زنجیره تصمیماتی که به مصرف مواد می‌انجامد، اصلاح شیوه زندگی و نهایتاً درس گرفتن از لغزش‌ها به‌منظور پیشگیری از بازگشت‌های آتی. این مدل پیشگیری از بازگشت راهبردهای مداخله‌ای خاص و عمومی را که درمانگر و مراجع در هر قدم از فرایند عود، با آن مواجه می‌شوند، یکپارچه می‌سازد.

مداخلات عمومی و خاص شامل شناسایی موقعیت‌های پرخطر برای هر مراجع و افزایش مهارت‌های آنان برای کنار آمدن با این موقعیت‌ها، افزایش خودکارآمدی مراجع، از بین بردن باورهای غلط درباره اثرات سوء‌مصرف، مدیریت لغزش‌ها و بازسازی ادراکات مراجع از فرایند بازگشت است. راهبردهای عمومی از جمله ایجاد

¹ Relaps

² Craving

³ Marlatt & Gordon

دسترس انتخاب شده بودند، رویکرد شناختی رفتاری مارلات به کار گرفته شد. نهایتاً این محقق رویکرد را اثربخش یافته و توصیه نموده که از این رویکرد برای درمان مراجعه‌کنندگان به مراکز اجتماع درمان مدار استفاده گردد.

در پژوهشی عاشوری و ملازاده [۱۹] به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری در پیشگیری از بازگشت و بهبود سلامت روانی افراد معتاد پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که بین دو گروه کنترل و آزمون در مراحل پس‌آزمون و پیگیری ازلحاظ وضعیت سلامت روانی، تفاوت معناداری دیده می‌شود و درمان شناختی- رفتاری در پیشگیری از عود در افراد معتاد مؤثر بوده است.

مؤمنی، مشتاق بیددختی و پورشهباز [۲۰] به بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش تمایل و بهبود نشانه‌های افسردگی و اضطراب در معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگره‌دارنده متادون پرداختند که نتایج حاکی از اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی در کاهش تمایل هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری هست؛ و می‌تواند به‌عنوان یک روش درمانی مؤثر مورد استفاده قرار گیرد.

کلدوی، برجعلی، فلسفی نژاد و سهرابی [۲۱] پژوهشی را با عنوان اثربخشی مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی در پیشگیری از بازگشت و انگیزش در افراد معتاد وابسته به مواد افیونی انجام دادند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری در انگیزش در مرحله پس‌آزمون وجود دارد و همچنین نتایج بررسی نشان داد که تفاوت معناداری بین فراوانی بازگشت در دو گروه وجود دارد.

با توجه به نقش محوری فرایندهای شناختی غیردقیق در نحوه مقابله با وسوسه و ایجاد بازگشت این انتظار می‌رود که مدل شناختی و رفتاری مارلات بتواند در کاهش وسوسه و پیشگیری از بازگشت زنان معتاد نقش ایفا نماید. علیرغم وجود ادبیات فراوان و پژوهش‌های گسترده‌ای که در زمینه اعتیاد و همبسته‌های آنان وجود دارد پژوهش‌های بسیار اندکی به نمونه زنان معتاد و پیشگیری از بازگشت آنان پرداخته‌اند. زنان معتاد، از گروه‌های شدیداً آسیب‌پذیر جامعه‌اند، لذا از جنبه‌های گوناگون از جمله خطر قرار گرفتن در معرض فحشا و تولد کودکان معتاد، لازم است مورد توجه قرار گیرند [۲۲]. از آنجاکه تاکنون تحقیقات بسیار اندکی در مورد زنان انجام شده است و با توجه به عوارض اجتماعی، فرهنگی، روان‌شناختی و فیزیکی متعاقب اعتیاد به‌خصوص برای جامعه زنان، محقق انجام پژوهش در این گروه نمونه را ضروری می‌داند و این گروه را به‌عنوان نمونه در پژوهش حاضر انتخاب کرده است.

تعادل در سبک زندگی مراجع و کمک به عدم مصرف مواد و کشف مسیر نقشه‌های عود می‌شود. در این راستا مطالعات چندی، از مدل شناختی رفتاری پیشگیری از بازگشت مارلات حمایت نظری و عملی کرده‌اند [۱۴].

ویتکویتز، داناوان، بون [۱۵] در تحقیق خود احساس منفی^۱ را به‌عنوان یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم بازگشت به مصرف مواد مورد بررسی قرار دادند. از آنجایی که این محققان در مرور سایر تحقیقات دریافته‌اند ولع در رابطه احساس منفی و مصرف مواد نقش واسطه دارد، بنابراین باهدف قرار دادن برنامه درمان روی ولع، این فرضیه را مطرح نمودند که به‌صورت بالقوه می‌توان رابطه احساس منفی و مصرف مواد را قطع نمود. این محققان در تحقیق خود از ترکیب دارودرمانی و مداخله شناختی- رفتاری استفاده نموده و مشخص نمودند که افراد تحت درمان به‌صورت معنی‌داری مصرف کمتری در طی دوره درمان داشتند و بسته درمان، ولع، احساس منفی و مصرف را تعدیل کرد.

ویتکویتز و بوئن [۱۶] در تحقیق خود به بررسی اثربخشی مدل پیشگیری از بازگشت مبتنی بر ذهن آگاهی (که یک مدل شناختی رفتاری است) در کاهش سوءمصرف مواد پرداختند. هدف اصلی تحقیق آنان بررسی رابطه بین نشانه‌های افسردگی، ولع و سوءمصرف مواد پس از اجرای برنامه پیشگیری از بازگشت مبتنی بر ذهن آگاهی بود. در این راستا ۱۴۶ نفر افراد بازگشت کرده انتخاب شده و در یک برنامه ۸ هفته‌ای در گروه‌های کنترل و آزمون دسته‌بندی شدند. تقریباً ۷۳ درصد از نمونه پس از بررسی در پیگیری ۴ ماهه بازگشت نکرده بودند. نتایج تحقیق نشان داد ولع در رابطه میان نشانه‌های افسردگی و سوءمصرف مواد نقش واسطه دارد. پیشگیری از بازگشت مبتنی بر ذهن آگاهی رابطه میان نشانه‌های افسردگی و ولع را تضعیف نمود. این نقش تعدیل گر در یک برنامه پیگیری ۴ ماهه تأیید شد.

ویتکویتز، بوئن، داگلاس و هسو [۱۷] با تمرکز روی مفهوم ولع به‌عنوان متغیر وابسته، سعی کردند تأثیر روش پیشگیری از بازگشت مبتنی بر خودآگاهی را بر آن بررسی کنند. پژوهش این محققان در امتداد پژوهش بون و همکاران، به نقل از [۱۷] است که در آن بون و همکارانش تأثیر پیشگیری مبتنی بر ذهن آگاهی را بر کاهش ولع دریافته‌اند. در تحقیق ویتکویتز و همکاران [۱۷] سعی شد که مکانیسم‌های این تأثیر مشخص شود. تحقیقات آن‌ها نشان داد که درواقع یک متغیر نهان که شامل متغیرهای پذیرش، آگاهی و عدم قضاوت است در رابطه درمان پیشگیری از بازگشت با ولع نقش واسطه دارد.

هریس^۲ [۱۸] با انجام یک مطالعه کیفی به بررسی اثربخشی رویکرد شناختی رفتاری مارلات در مراجعه‌کنندگان به یک مرکز اجتماع درمان مدار پرداخت. وی با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته و روش گروه متمرکز سعی کرد اثربخشی رویکرد را بررسی نماید. مراجعه‌کنندگان دریافت‌کننده متادون در دوره درمان بودند که در گروهی از آنان که به‌صورت داوطلب و در

^۱ Negative mood

^۲ Harris

شیوه اجرا

برای اجرای پژوهش ابتدا به مرکز ملی اعتیاد مراجعه شد و سپس با راهنمایی‌های دریافت شده از مرکز ملی اعتیاد، شرایط برای کسب همکاری با دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل متحد^۲ در ایران فراهم شد و از این دفتر جهت انجام پژوهش و یافتن نمونه موردنظر پژوهش درخواست همکاری شد. به دلیل عدم دسترسی آسان به زنان معتاد، پژوهش در تنها مرکز اختصاصی زنان وابسته به مواد یعنی مرکز درمان اجتماع مدار بانوان در تهران توسط پژوهشگران مقاله حاضر، در زمستان ۱۳۹۳ و بهار ۱۳۹۴ انجام شد؛ بدین صورت که ابتدا آمار کلیه افرادی را که در پاییز و زمستان ۱۳۹۳ و بهار ۱۳۹۴ به این مرکز مراجعه کردند را گرفته و ۳۰ نفر از آن‌ها که تمایل به همکاری و شرکت در پژوهش را داشتند بر اساس معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شدند سپس به صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند که در نهایت ۲۴ نفر (۱۱ نفر گروه آزمایش، ۱۳ نفر گروه کنترل) تا اتمام پژوهش باقی ماندند.

به منظور توافق درباره اهداف، موضوع، نحوه اجرا و زمان برگزاری جلسات با افراد شرکت کننده در یک جلسه مقدماتی بحث و گفتگو شد. سپس پروتکل ۱۲ جلسه‌ای شناختی- رفتاری مارلات که یک مدل پیشنهادی برای پیشگیری از بازگشت است و توسط مارلات و گوردون [۱۲] ارائه شد که تاکنون به عنوان یک مدل معتبر در پژوهش‌های مختلف مورد استفاده پژوهشگران قرار گرفته است [۲۶، ۲۵]. محتوی برنامه به صورت جلسات گروهی و به شیوه سخنرانی کوتاه، بحث گروهی، ایفای نقش و انجام تکالیف خانگی به اجرا درآمد. روش اجرای برنامه در قالب جلسات هفتگی بود که به مدت ۲ ساعت در هفته، برگزار شد؛ در این مدت در مورد گروه کنترل درمان روان‌شناختی خاصی ارائه نشد. کلیه شرکت‌کننده‌ها، پرسش‌نامه‌های پژوهشی را در سه نوبت، پیش از آغاز جلسات گروه، پس از پایان جلسات گروهی و سه ماه پس از درمان (در مرحله پیگیری) تکمیل کردند و به همین ترتیب نیز آزمایش ادرار انجام شد.

ملاحظات اخلاقی رعایت شده در پژوهش حاضر عبارت بود از: مراجعان از آزادی عدم مشارکت در پژوهش برخوردار بوده و به آن‌ها درباره اصول رازداری و محرمانه بودن هویتشان اطمینان داده شد. سعی شد تا مراجعان از هرگونه آسیب بدنی-روانی و یا اجتماعی ناشی از اجرای پژوهش مصون باشند. از تمامی مراجعان درباره شرکت در دوره درمان، رضایت‌نامه کتبی گرفته شد و نسبت به محرمانه بودن اطلاعات پرسشنامه‌ها صحبت شد. به لحاظ اخلاقی، نسبت به اقناع گروه کنترل به شرکت پایدار در پژوهش، از امکانات و تسهیلات مرکز مانند برنامه‌های مفرح و آموزش‌های هنری و فروش صنایع دستی آن‌ها استفاده شد. در جدول ۱ خلاصه‌ای از پروتکل درمانی آورده شده است.

بر این اساس در پژوهش حاضر تأثیر آموزش مدل شناختی- رفتاری مارلات بر کاهش ولع و پیشگیری از بازگشت زنان وابسته به مواد مورد بررسی قرار می‌گیرد و دو فرضیه به شرح زیر آزمون می‌شود:

۱. آموزش مدل شناختی رفتاری مارلات بر پیشگیری از بازگشت زنان معتاد تأثیر دارد.
۲. آموزش مدل شناختی رفتاری مارلات بر کاهش ولع به مصرف زنان معتاد تأثیر دارد.
۳. اثربخشی مدل شناختی رفتاری مارلات بر پیشگیری از بازگشت و کاهش ولع مصرف زنان وابسته به مواد در مرحله پیگیری ثابت دارد.

روش

روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه معتادان زن سنین ۱۸ تا ۴۵ سال وابسته به انواع مواد که در سال ۱۳۹۳-۱۳۹۴ به مرکز درمان اجتماع‌مدار^۱ بانوان شهر تهران مراجعه کرده بودند، تشکیل دادند. با توجه به محدود بودن نمونه پژوهش و بعضاً عدم تمایل و همکاری زنان به دلایل متعدد اجتماعی و فرهنگی، نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد. بر این اساس تعداد ۳۰ نفر بر اساس مصاحبه اولیه به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند.

مطالعات مشابه نشان می‌دهد که ریزش در این نوع مطالعات تقریباً ۳۰ تا ۵۰ درصد هست [۲۴، ۲۳]. بنابراین با توجه به پیش‌بینی افت و ریزش، برای ۲ گروه جهت انجام این پژوهش، ۳۰ نفر وابسته به مواد بر اساس مصاحبه کوتاه اولیه انتخاب شد. از این تعداد در پایان اجرا و دوره سه‌ماهه پیگیری در نهایت ۲۴ نفر باقی‌مانده (۱۱ نفر گروه آزمایش، ۱۳ نفر گروه کنترل) که از اطلاعات مربوط به آن‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری برای تعمیم یافته‌های جامعه آماری استفاده شده است.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن سن حداقل ۱۸ و حداکثر ۴۵ سال، جنسیت مؤنث، اتمام دوره سم‌زدایی بیش از یک هفته و آزمایش منفی ادرار برای مواد، ارجاع روان‌پزشک یا پزشک با توجه به تشخیص اصلی و اولیه وابستگی به مواد بر طبق معیارهای تشخیصی پنجمین ویراست تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، عدم مصرف داروهای ضد روان‌پریشی، نداشتن مشکلات جسمی و روان‌شناختی، عدم شرکت هم‌زمان در برنامه‌های دیگر درمانی در زمان پژوهش و داشتن سابقه حداقل یک‌بار بازگشت.

ملاک‌های خروج از پژوهش: ابتلا به اختلالات روان‌پریشی یا دوقطبی یا اختلال تجزیه‌ای، ابتلا به بیماری‌های جسمی شدید که مانع شرکت در درمان شوند، وابستگی بلندمدت به چند ماده به طور هم‌زمان، شرکت در برنامه‌های درمانی دیگر هم‌زمان با شرکت در این برنامه.

^۲ UNODC

^۱ Therapeutic Community (TC)

جدول ۱. خلاصه پروتکل درمانی

ردیف	موضوع جلسه	محتوی جلسه
۱	معرفی برنامه درمان	آشنایی، ایجاد اتحاد درمانی، توافق درباره اهداف درمان، بالا بردن انگیزه جهت درمان
۲	مدیریت بیماری	شناخت بیماری، شناخت بیمار، اصول بهبودی، نقشه تغییر
۳	تحلیل رفتار مصرف مواد	شناسایی و کنترل پیشایندها و پیامدهای مصرف مواد
۴	آشنایی با عوامل عود و هشداردهنده‌ها	عوامل عود، لغزش و هشداردهنده
۵	مدیریت فکر	شناسایی و کنترل افکار انتظاری، تسهیل‌کننده، اجازه دهنده و تحریف‌های شناختی و آموزش توقف فکر
۶	مدیریت وسوسه و میل	شناخت ماهیت وسوسه، علت‌های وسوسه و راه‌های مقابله با وسوسه
۷	مدیریت هیجان	آشنایی با هیجان‌های مثبت و منفی، مهارت کنترل اضطراب و افسردگی و راه‌های مقابله
۸	مدیریت مشکل و مهارت حل مسئله	آشنایی با مهارت حل مشکل
۹	تصمیمات به‌ظاهر نامربوط	شناخت تصمیمات نامربوط و سالم
۱۰	تغییر سبک زندگی	مقایسه سبک زندگی سالم و اعتیادی، برنامه‌ریزی
۱۱	مدیریت لغزش	آشنایی با عوامل لغزش، تخطی از پرهیز و راه‌های مقابله با آن
۱۲	مرور مطالب و جمع‌بندی	مرور مطالب و برنامه‌ریزی برای تداوم بهبودی، هماهنگی جلسه پیگیری، قدردانی و خداحافظی

ابزارهای پژوهش

الف) مقیاس هشداردهنده عود اعتیاد (گورسکی^۱ [۲۷]): دارای ۳۷ سؤال ۵ گزینه‌ای در ۴ خرده مقیاس (رفتار، نگرش، احساس و افکار) است که به‌منظور ثبت و اندازه‌گیری وضعیت روانی معتاد مورد استفاده قرار می‌گیرد. هر چه معتاد طی ترک بیشتر تحت تأثیر عوامل مختلف جسمانی، روانی و اجتماعی قرار گرفته و مجدداً به‌سوی مواد کشانده شود علائم بیشتر از خود بروز خواهد داد. تا جایی که در سؤالات انتهایی پرسشنامه علائم به‌گونه‌ای است که بیمار به‌طور کلی از اطرافیان بریده و در اثر استیصال شدید به مواد پناه برده است.

ضریب پایایی آزمون توسط اسعدی [۲۸] با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش شده است. برای محاسبه ضریب روایی مقیاس علاوه بر اینکه از نظر محتوایی توسط متخصصان بالینی مورد قضاوت بالینی قرار گرفته است از طریق ضریب همبستگی پیرسون بین داده‌های این مقیاس با داده‌های مربوط به پاک‌ی معتادان مورد مطالعه قرار گرفت و ضریب روایی (r = ۰/۷۲۷) محاسبه گردید که مؤید اعتبار بالای این مقیاس و اندازه‌گیری صفت مورد مطالعه یعنی عود اعتیاد است [۲۸]. در پژوهش حاضر نتایج حاصل از بررسی پایایی پرسشنامه نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس هشداردهنده عود برابر ۰/۸۴ هست.

ب) پرسشنامه سنجش ولع مصرف لحظه‌ای مواد: پرسشنامه ولع مصرف لحظه‌ای مواد^۲ یک پرسشنامه ۱۴ سؤالی است که توسط فرانکن، هندریکز و ون دن برنیک^۳ [۲۹] ساخته شده است. این پرسشنامه، مشتق پرسشنامه ولع مصرف الکلی است که برای وابستگان به هروئین مورد استفاده قرار می‌گیرد. اما به علت توانایی سنجش کلی مواد بعدها در سنجش ولع سایر مواد به‌کاررفته است. این ابزار دارای ۳ زیرمقیاس، میل و قصد مصرف مواد، تقویت منفی و کنترل ادراک شده بر مصرف مواد است. این پرسشنامه بر اساس مقیاس هفت‌تایی لیکرت (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) هست.

فرانکن و همکاران [۲۹] اعتبار کلی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و برای زیرمقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۸۰ و ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند در پژوهش محمدی [۳۰] مقدار آلفای کرونباخ کلی را ۰/۸۲ و زیرمقیاس‌های آن را به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر نتایج حاصل از بررسی پایایی پرسشنامه نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ولع مصرف برابر ۰/۸۲ هست.

ج) آزمایش ادرار: پاک بودن بیمار از مواد مخدر نشانه عدم بازگشت است. برای بررسی بازگشت در افراد شرکت‌کننده در پژوهش، از آزمایش ادرار (کیتهای ویژه) که مرفین موجود در

^۲ Desire for drug questionnaire

^۳ Franken, henrick & Van den Brink

^۱ Gorski

ادرار را اندازه‌گیری می‌کند، استفاده شد.

شاغل به تحصیل بوده، ۲۷ درصد شاغل و ۶/۳ درصد نیز دارای شغل پاره‌وقت بوده‌اند. ۶۸ درصد از شرکت‌کنندگان بین ۱ تا ۵ بار اقدام به ترک نموده‌اند و نزدیک به ۳۲ درصد بین ۶ تا ۱۰ بار اقدام به ترک داشته‌اند. اولین ماده مصرفی بیش از ۵۶ درصد شرکت‌کنندگان شیشه بوده است. ۳۴ درصد با تریاک شروع کرده‌اند و ۱۰ درصد با سایر مواد مثل حشیش و مورفین اعتیاد را تجربه کرده‌اند. اعتیاد به شیشه بیشترین (بیش از ۵۵ درصد) علت مراجعه به درمانگاه‌های ترک اعتیاد بوده است. افراد مصرف‌کننده تریاک ۱۸ درصد و افراد مصرف‌کننده هروئین ۲۶ درصد شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر بوده است. ۸ درصد از افراد حاضر در آزمایش قبلاً نتوانسته‌اند در اقدام به ترک خود بیش از ۱۲۰ روز پاکي را تجربه کنند، ۶ درصد بین ۹۰ تا ۱۲۰ روز، ۱۷ درصد ۶۰ تا ۹۰ روز، ۳۱ درصد بین ۳۰ تا ۶۰ روز و در نهایت ۳۷ درصد نتوانسته‌اند بیش از ۳۰ روز پاکي خود را حفظ کنند. جدول ذیل میانگین و انحراف معیار متغیرهای هشداردهنده عود و ولع مصرف در گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد.

نتایج

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش حاضر، اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌ها استخراج از طریق نرم‌افزار آماری «اس. پی. اس. اس.» در دو بخش روش‌های توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

توصیف داده‌ها

گروه سنی ۳۴-۳۰ و ۲۹-۲۵ هرکدام با فراوانی ۶ نفر و ۷ نفر (از مجموع ۲۴ نفر) بیشترین مراجعه‌کنندگان را تشکیل می‌دهند. ۷۵ درصد از نمونه در طیف جوان قرار گرفته‌اند. ۶۰ درصد از بیماران مجرد، ۲۵ درصد متأهل و ۱۴ درصد مطلقه بوده‌اند. از بین مراجعه‌کنندگان ۱۶ درصد تحصیلات زیر دیپلم، ۵۶ درصد تحصیلات دیپلم، ۲۸ درصد دارای مدرک کاردانی، کارشناسی و بالاتر بوده‌اند. بیشترین گروهی که به مراکز درمان اعتیاد مراجعه کرده‌اند را افراد بیکار با فراوانی ۴۵ درصد کل مراجعه‌کنندگان را تشکیل می‌دهد و این در حالی است که ۲۰ درصد مراجعین

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای هشداردهنده عود و ولع مصرف در گروه‌ها

مراحل	مقیاس گروه	تعداد	هشداردهنده عود		ولع مصرف	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	کنترل	۱۳	۲/۴۵۰	۰/۵۹۸	۴/۰۳۵	۰/۴۶۷
	شناختی رفتاری مارلات	۱۱	۲/۵۶۳	۰/۲۸۲	۴/۴۹۲	۰/۲۶۲
	کنترل	۱۳	۲/۲۲۳	۰/۵۷۰	۴/۰۰۱	۰/۴۲۵
پس آزمون	کنترل	۱۱	۳/۶۸۱	۰/۳۲۱	۳/۰۴۴	۰/۴۷۴
	شناختی رفتاری مارلات	۱۳	۲/۳۳۴	۰/۵۲۴	۳/۹۷۶	۰/۴۳۵
	کنترل	۱۱	۳/۶۴۶	۰/۳۹۷	۳/۱۴۲	۰/۴۶۸

جدول ۳. نتایج آزمون خی دو بین گروه‌های پژوهش

بازگشت گروه	عدم بازگشت		بازگشت		کل
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
شناختی رفتاری مارلات	۷	۶۴	۴	۳۶	۱۱
کنترل	۳	۲۳	۱۰	۷۷	۱۳

مقایسه نسبت گروه کنترل و گروه شناختی رفتاری مارلات: $\chi^2 = 34/19$, $df = 1$, $p < 0/05$ (*)

* $P < 0/01$

جدول ۴- نتایج آزمون کرویت موخلی بین گروه‌های پژوهش

متغیر وابسته	X^2	Df	W (موخلی)
هشداردهنده عود	۰/۹۲۰	۲	۰/۹۰۳
ولع مصرف	۲۱/۵۱۲	۲	۰/۱۸

* $P > 0/05$

نسبت بازگشت در گروه‌ها

نسبت بازگشت در گروه شناختی رفتاری مارلات ۳۶ درصد و در گروه کنترل ۷۳ درصد است.

تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

برای تحلیل واریانس با تأکید بر مطالعه‌ی درون آزمودنی‌ها (اندازه‌گیری‌های مکرر)، ابتدا یکسانی کوواریانس‌های متغیر

وابسته از طریق آزمون کرویت موخلی مورد بررسی قرار گرفت. در جدول ۴، نتایج آزمون کرویت موخلی ارائه شده است. با توجه به اینکه سطح معناداری مقدار محاسبه شده کرویت موخلی از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است، داده‌ها مفروض همگنی کوواریانس‌ها را زیر سؤال نبرده‌اند و می‌توان از تحلیل واریانس استفاده کرد.

معنادار است و این به معنی وجود تفاوت در گروه‌هاست. نتیجه انجام و مقایسه میانگین بین گروه کنترل و گروه شناختی رفتاری مارلات در شکل ۱ و ۲ مشاهده می‌شود.

در جدول ۵، خلاصه‌ی تحلیل واریانس نمرات ارائه شده است. همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، خلاصه‌ی تحلیل واریانس بیانگر آن است که اثر آموزش شناختی رفتاری مارلات بر نمرات متغیرهای هشداردهنده عود و کاهش تمایل

جدول ۵. خلاصه تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

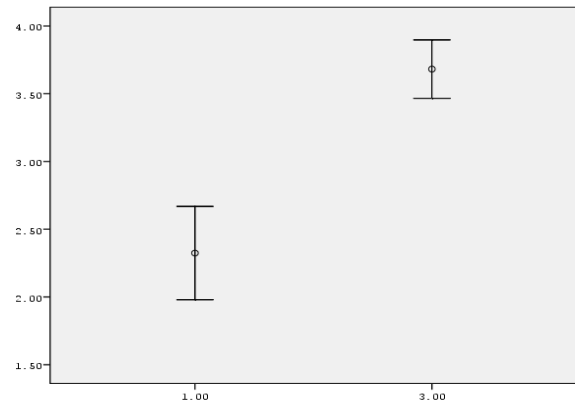
متغیر وابسته	Ss	df	Ms	F	Pes(%)
هشداردهنده عود	۳۵۸/۷۷۶	۱	۳۵۸/۷۷۶	۱۲۳۲/۲۷۷	۰/۹۹۲
	۲/۹۱۱	۱۰	۰/۲۹۱		
ولع مصرف	۴۱۸/۲۲۹	۱	۴۱۸/۲۲۹	۹۱۳/۲۹۶	۰/۱۶۷
	۴/۵۷۹	۱۰	۰/۴۵۸		

* $P < 0/01$

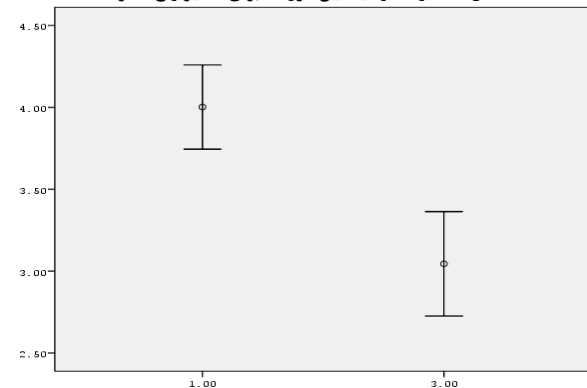
کنترل و گروه شناختی رفتاری مارلات در رابطه با متغیر وابسته ولع مصرف است. همچنین مقایسه میانگین گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نشان‌دهنده عدم تغییر معنی‌دار میانگین و در نتیجه پایداری نتایج آموزش شناختی رفتاری مارلات در رابطه با متغیرهای وابسته هشداردهنده عود ($P = 0/547$) و ولع مصرف ($P = 0/262$) است.

بررسی بیشتر میانگین‌ها که در شکل ۱ نیز قابل مشاهده است، نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار ($P < 0/01$) در میانگین گروه کنترل و گروه شناختی رفتاری مارلات در رابطه با متغیر هشداردهنده عود است.

شکل ۱. تفاوت در میانگین گروه‌ها برای متغیر هشداردهنده عود



شکل ۲. تفاوت در میانگین گروه‌ها برای متغیر ولع مصرف



بررسی بیشتر میانگین‌ها که در شکل ۲ نیز قابل مشاهده است، نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار ($P < 0/01$) در میانگین گروه

بحث و نتیجه‌گیری

به‌طور خلاصه نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش شناختی-رفتاری مارلات بر کاهش ولع مصرف و پیشگیری از بازگشت زنان معتاد تأثیر مثبت دارد. گروه آزمایش که مداخله آموزشی را دریافت کرده بودند، در مقایسه با گروه کنترل که مداخله آموزشی را دریافت نکرده بودند، در متغیرهای وابسته تغییرات معنی‌داری را تجربه کرده بودند، با توجه به نتایج به‌دست آمده به تشریح هر یک از فرضیات پژوهش می‌پردازیم:

فرض بر این بود که مداخله آموزشی شناختی-رفتاری در کاهش ولع مصرف تأثیر مثبت دارد و نتایج پژوهش صحت این فرضیه را نشان داد. این نتیجه با نتایج تحقیقات [۱۱، ۱۶، ۱۷، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵] همسو هست.

در تبیین تائید احتمالی این فرضیه می‌توان گفت که یکی از دلایل مهم کاهش میزان ولع مصرف در این گروه از بیماران، افزایش آگاهی بیماران نسبت به شرایط و نشانه‌های ایجادکننده ولع مصرف، آگاهی از واکنش‌های نادرست قبلی به این نشانه‌ها مثل واکنش سریع و عجولانه، بدون تفکر و بدون ارزیابی شرایط محیطی و یادگیری مقابله مؤثرتر با این نشانه‌ها هست.

رویکرد شناختی رفتاری مارلات با طبقه‌بندی و توجه خاصی که به موقعیت‌ها یا عواملی که می‌توانند در ایجاد فرایند عود دخیل باشند، به پیشگیری یا بروز کمتر عود بعد از کامل شدن درمان کمک می‌کند. یکی از ویژگی‌های مثبت رویکرد درمانی مارلات و گوردون [۱۲] که سایر رویکردها کمتر به آن پرداخته‌اند، تأکید بر مسئله هیجانات به‌ویژه هیجان‌هایی مثل

را به چالش می‌کشد و فرد را از این باورها آگاه می‌سازد و در نتیجه احتمال عود را کاهش می‌دهد. در واقع این رویکرد با تأکید بر کنترل هیجانات فرد همچون خشم، تکانشگری و اضطراب، همچنین با مدیریت لغزش و اشتیاق مصرف مواد و بازگشتی مهارت‌های کنار آمدن با موقعیت‌های پرخطر احتمال بازگشت فرد به مصرف مواد را کاهش می‌دهد.

یکی دیگر از دلایل اثربخشی این روش مداخله، ایجاد تغییر در سبک زندگی درمان‌جویان هست. تجربه‌های بالینی و پژوهشی نشان داده‌اند که اگر همراه با مداخله درمانی، نتوان سبک زندگی درمان‌جویان را تغییر داد، پس از مرحله سم‌زدایی به دلیل ماهیت بازگشت‌کننده، وابستگی به مواد، دوباره به مصرف مواد باز می‌گردند، بنابراین تغییر در سبک زندگی می‌تواند دوره پرهیز از مواد را طولانی‌تر کند [۴۲]. به نظر می‌رسد به‌کارگیری مدل شناختی رفتاری مارلات می‌تواند از طریق ایجاد تغییر در سبک زندگی زنان معتاد به آنان کمک کند تا بر موانع اجتماعی مانند نگرش فرهنگی و اجتماعی به اعتیاد زنان و همچنین موانع روانی، غلبه نمایند [۴۳]. موانع روانی که از طریق جذب ادراکات و نگرش‌های اجتماعی حاصل می‌شود و باعث می‌شود که زنان، اعتیاد را یک سقوط اخلاقی قلمداد کنند و به علت شر زیاد درباره رفتارهای ناشی از اعتیاد از درمان اجتناب کنند.

به‌طور کلی در این پژوهش نیز نتایج یافته‌های پیشین مبنی بر نقش مدل شناختی رفتاری مارلات در کاهش ولع و پیشگیری از بازگشت معتادان و از طرف دیگر پایداری و ثبات آن‌ها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مورد تأیید قرار گرفت. با توجه به بررسی پیشینه و تجربیات بالینی پژوهش‌های بیشتری لازم است تا از این نتیجه حمایت کند. با در نظر گرفتن لزوم توجه چندوجهی به درمان معتادان بالأخص اعتیاد زنان که مسائل اجتماعی و فرهنگی خاص خودشان را دارند، پیشنهاد می‌گردد که در برنامه‌های درمانی به والدین و همسران آن‌ها جهت تقویت تداوم و استمرار تغییرات، آموزش داده شود. بازگشت افراد وابسته به مواد معمولاً حتی پس از یک سال و گاهی بیشتر اتفاق می‌افتد. در این پژوهش به علت محدودیت زمانی و دیگر مشکلات اجرایی، دوره سه‌ماهه پیگیری به‌عنوان ملاک بازگشت استفاده شد. این مسئله باید در تفسیر نتایج مربوط به اثربخشی روش‌های درمانی بر بازگشت مورد توجه قرار گیرد.

نمونه مورد بررسی در این پژوهش بیماران خودمعرفی بودند که به مرکز درمان اجتماع مدار بانوان مراجعه کرده بودند، لذا این افراد نمی‌توانند معرف کامل جامعه زنان معتاد باشند. با توجه به مداخله عوامل متعدد و تأثیرگذار بر شکل‌گیری و عود و درمان اعتیاد (برای مثال، ویژگی‌های شخصیتی، اختلالات شخصیت، نوع ماده مصرفی، نوع و شدت مشکلات روان‌شناختی هم‌زمان با اعتیاد) که در این پژوهش امکان بررسی آن‌ها فراهم نبود، لازم است در تعمیم نتایج به‌دست‌آمده احتیاط شود.

تکانشگری، اضطراب، افسردگی و همچنین خشم و شناخت و تأثیر این هیجانات بر رفتار جستجوی مواد و در نتیجه کمک به فرد در جلوگیری از وسوسه هست.

بر اساس این رویکرد سبک زندگی نامتعادل افراد منجر به تقاضاهای خارجی ادراک‌شده (مثلاً بایدها) و فعالیت‌های لذت‌بخش یا ارضاکنده درونی (مثلاً خواسته‌ها) می‌شود، بنابراین زندگی فرد مملو از تقاضاهای متنوع می‌شود که در نتیجه این تقاضاها فشار روانی دائمی را تجربه می‌کند و نه تنها می‌تواند حالات هیجانی منفی (همچون خشم و پرخاشگری که به‌موجب آن‌ها موقعیت‌های پرخطر به وجود می‌آید) به وجود آورد، بلکه میل و وسوسه او برای لذت بردن و عقلانی سازی اینکه حق دارد در مصرف زیاده‌روی کند (مدیون مصرف مواد هستم)، افزایش می‌یابد. در غیاب فعالیت‌های لذت‌بخش مربوط به مصرف مواد، فرد مصرف مواد را فقط به‌عنوان کسب لذت یا رهایی از درد انتخاب می‌کند. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که مداخله آموزش شناختی-رفتاری مارلات بر پیشگیری از بازگشت معتادان زن مؤثر واقع شد و این نتیجه در مطالعه پیگیری که یک ماه بعد انجام شد نیز ماندگار بود. این نتیجه با نتایج تحقیقات [۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰] همسو هست.

در تبیین تأیید این فرضیه می‌توان گفت که در واقع مدل شناختی رفتاری مارلات، نقش اصلی موقعیت‌های پرخطر و پاسخ وابستگی به مواد به این موقعیت را مورد تأیید قرار می‌دهد. تحقیقات موجود نشان داده‌اند که کمبود مهارت‌های مقابله‌ای انطباقی و انتظارات مثبت درباره مواد به‌طور مستقل مصرف مواد را تشویق می‌کند [۴۱]. افراد با دادن پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر کنار آمدن (برای مثال راهبرد رفتاری، مانند ترک موقعیت یا یک راهبرد شناختی مانند گفتگوی مثبت با خود)، مطمئن می‌شوند که می‌توانند با این موقعیت‌ها کنار آیند و بدین ترتیب احتمال عود کاهش می‌یابد. این بدان معنی است که افرادی که دارای مهارت‌های کنار آمدن مؤثر هستند نسبت به افرادی که فاقد این مهارت‌ها هستند، کمتر در خطر عود قرار می‌گیرند. در مقابل افرادی که پاسخ‌های غیر مؤثر کنار آمدن را تجربه می‌کنند، تسلطشان بر موقعیت پایین خواهد آمد و با این انتظار که مصرف مواد اثر مثبت خواهد داشت (نتایج مثبت انتظار)، همراه است که می‌تواند منجر به لغزش اولیه شود.

این لغزش، در جای خود می‌تواند به احساس گناه و شکست (تأثیر پرهیز از تخلف) منجر شود و در نهایت تأثیر پرهیز از تخلف، تنها با نتایج مثبت انتظارات، می‌تواند احتمال عود را افزایش دهد. افرادی که در موقعیت پرخطر مصرف مواد قرار می‌گیرند، اغلب به انتظارات بالاتری از اثرات مثبت مواد اعتقاد دارند و در نتیجه ممکن است تنها به اثرات فوری مصرف توجه کنند و پیامدهای منفی تأخیری مصرف مواد از جمله پیامدهای فردی، اجتماعی و اقتصادی را نادیده بگیرند و چون تمرکز اولیه فرد در این موقع بر رسیدن فوری به خشنودی خود (مانند کاهش استرس) است به رفتار اعتیادی و مصرف مواد دست می‌زنند که رویکرد مارلات با استفاده از بازسازی شناختی، باورهای فرد راجع به پیامد انتظارات

منابع

11. Weingardt, K. Cucciare, M. Bellotti, C. & Pin Lai, W. (2009). "A randomized trial comparing two models of web-based training in cognitive-behavioral therapy for substance abuse counselors". *Journal of Substance Abuse Treatment* 37: pp. 219-227
12. Marlatt, G. & Gordon, J. (Eds). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
۱۳. نعمتی، فرشاد (۱۳۸۱). پیشگیری از بازگشت: معرفی مدل رفتاری - شناختی مارلات، فصلنامه اعتیادپژوهی. ۱ (۱).
۱۴. قربانی، مجید. (۱۳۹۲). پیشگیری از عود: مروری بر مدل رفتاری شناختی مارلات، فصلنامه اعتیاد پژوهی. ۲ (۷)، صص. ۹۱-۱۱۴.
15. Witkiewitz KA, Bowen SW, Donovan DM. (2011). Moderating effects of a craving intervention on the relation between negative mood and heavy drinking following treatment for alcohol dependence. *J Consult Clin Psychol*, 79(1):pp. 54-63
16. Witkiewitz, K. & Bowen, S. (2010). Depression, Craving and Substance Use Following a Randomized Trial of Mindfulness-Based Relapse Prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, pp. 362-374.
17. Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behaviors*, 38(2): pp. 1563-1571
18. Harris A.H. (2015). A qualitative study on the introduction of mindfulness based relapse prevention (MBRP) into a therapeutic community for substance abusers. *Therapeutic Communities: The International, Journal of Therapeutic Communities*, 36(2): pp. 111 - 123.
۱۹. عاشوری، احمد؛ ملازاده، جواد. (1388). اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری در پیشگیری از عود و بهبود سلامت روانی افراد معتاد، *روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار سابق)*، ۱ (۳۴)، صص. ۱-۱۲.
1. Tarabar A.F, Nelson L.S. (2003). The resurgence and abuse of heroin by children in the United States. *Current, Opinion, in Psychiatry*, 15(5): pp. 210-215.
۲. بهاری، فرشاد. (۱۳۸۸). اعتیاد، مشاوره و درمان. تهران: انتشارات دانژه.
۳. پورجعفر، مزدک. (۱۳۸۶). رهایی از اعتیاد. تهران: انتشارات طرح و نشر هامون.
۴. رحیمی موقر، آفرین؛ ملایری خواه لنگرودی، زهرا؛ دلبر پوراحمدی، شهناز؛ امین اسماعیلی، معصومه. (۱۳۹۰). بررسی کیفیتی نیازهای زنان برای درمان اعتیاد. *مجله‌ی روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال هفدهم، شماره ۲، صص. ۱۱۶-۱۲۵.
5. Galanter M, Kleber HD. (2008). *The American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment: American Psychiatric Pub*.
6. Yan, Y. & Nabeshima, T. (2009). *Mouse Model of Relapse to the Abuse of Drugs: Procedural Considerations and Characterizations*. *Behavioral Brain Research*, 196(1): pp. 1-10.
۷. امینی، کورش؛ امینی، داریوش؛ افشار مقدم، فاطمه؛ آذر، ماهیار. (۱۳۸۲). بررسی عوامل اجتماعی و محیطی مرتبط با بازگشت مجدد معتادان به مصرف مواد افیونی در مراجعین به مراکز دولتی ترک اعتیاد شهر همدان، *مجله دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، شماره ۵، صص. ۴۱-۴۷.
8. Abrams, D. B. (2000). Transdisciplinary concept and measures of craving commentary and future direction: *Journal of Addiction*, 25: pp. 237-246.
9. Avantz, K, S. Margolin, A. Kosten, T. R. & Coone, N. L. (1995). Differences between responders and non-responders to cocaine cues in laboratory. *Addictive behaviors*, 20, pp. 215-224.
10. McGovern, M.P. Lambert-Harris, C. Acquilano, S. Xie, H. Alterman, A.I. & Weiss, R.D. (2009). A cognitive behavioral therapy for co-occurring substance use and posttraumatic stress disorders". *Addictive Behaviors*. 34, pp. 892-897.

۲۸. اسعدی، علی (۱۳۸۲)، بررسی تأثیر شرکت در گروه‌های معتادان گمنام بر میزان عود اعتیاد در معتادان خودمعرکز ترک اعتیاد بهزیستی اصفهان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، واحد خوراسگان.
۲۹. Franken, I. H. Hendricks, V.M. Van den Brink, W. (2002). Initial validation of two opiate craving questionnaires the Obsessive Compulsives Drug Use Scale and Desires for Drug Questionnaire. *Addiction behaviors*, 27: pp. 675- 685.
۳۰. محمدی، فاطمه. (۱۳۸۹). پتانسیل‌های وابسته به رویداد EPRS در افراد وابسته به کراک هرورین در هنگام مواجهه با تصاویر القاکننده ولع قبل و بعد از درمان آموزش مهارت‌های مقابله‌ای روان‌شناختی. پایان‌نامه ارشد. دانشگاه تهران.
۳۱. Carroll, K.M. (1998). *A Cognitive-Behavioral Approach: treating cocaine addiction*. Therapy manuals for drug addiction, Rockville, MD: National Institute of Drug Abuse.
۳۲. Feeney, G.F.X. Connor, J.P, Young, R.Tucker, J.Mcpherson. (2006). "Improvement in measures of psychological distress amongst amphetamine misusers treated with brief cognitive-behavioural therapy (CBT). *Addictive behaviours*, 31(1): pp. 1833-1843
۳۳. Soroudi, N. Perez, G.K. Perez, Gonzales, J.S. Greer, J.A. Pollack, M.H. Otto, M.W. & Safren, S.A. (2008) CBT for Medication Adherence and Depression (CBT-AD) in HIV Infected Patients Receiving Methadone Maintenance Therapy, *Cognitive and Behavioral Practice*. 15: pp. 93-106.
۳۴. Hides, L. Carroll, S. Catania, L. Cotton, S.M. Baker, A. Scaffidi, A. & Lubman, D.I. (2010). Outcomes of an integrated cognitive behaviour therapy (CBT) treatment program for co-occurring depression and substance misuse in young people", *Journal of Affective Disorders*. 121: pp. 169-174.
۳۵. Witkiewitz, K., Greenfield, B., & Bowen, S. (2013). Mindfulness-based relapse prevention with racial and ethnic minority women. *Addictive Behaviors*, 38(12): pp. 2821-2824.
۲۰. مومنی، فرشته؛ مشتاق بیدختی، نهاله؛ پورشهباز، عباس. (۱۳۹۲). اثربخشی گروه‌درمانی با رویکرد شناختی - رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگره‌دارنده با متادون. اعتیاد پژوهی، ۲۷، صص. ۷۹-۹۲.
۲۱. کلدوی، علی؛ برجعلی، احمد؛ فلسفی نژاد، محمدرضا؛ سهرابی، فرامرز. (۱۳۹۰). اثربخش مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی در پیشگیری از بازگشت و انگیزش در افراد وابسته به مواد افیونی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۴، صص. ۶۹-۷۹.
۲۲. رئیسیان، اکرم سادات؛ گلزاری، محمود؛ برجعلی، احمد. (۱۳۹۰). اثربخشی امید درمانی بر کاهش میزان افسردگی و پیشگیری از عود زنان درمان‌جوی وابسته به مواد مخدر. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۵ (۱۷)، صص. ۲۱-۴۰.
۲۳. Deck, D. & Carlson, M. (2005). Retention in publicly funded methadone maintenance treatment in two Western States. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 32(1), pp. 43-60.
۲۴. Walach, H. Nord, E. Dietz-Waschkowski, B. & Kersig, S. (2007). Mindfulness based stress reduction as a method for personnel development: A pilot evaluation. *International Journal of Stress Management*, 14(2), pp. 188-198.
۲۵. دوستیان، یونس؛ شفیع‌آبادی، عبدالله؛ کلانتر کوشه، سید محمد و مساح، امید. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات برافزایش خودکارآمدی افراد وابسته به مواد افیونی. *مجله توان‌بخشی*، ویژه‌نامه مطالعات اعتیاد، ۴(۵)، صص. ۳۸-۴۸.
۲۶. خدادوست، ساناز. اورکی، محمد. دهستانی، مهدی و بیات شهره. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی مداخله‌ی شناختی-رفتاری مارلات گروه‌درمانی مبتنی بر مراحل تغییر بر میزان بهبودی و پیشگیری از عود در بیماران مرد وابسته به کراک (هروئین فشرده). *اعتیادپژوهی*، ۸(۲۹)، صص. ۱۱۹-۱۳۰.
۲۷. Gorski, T. T. (1989). *Passages through Recovery*. Center City, MN: Hazelden Press.

36. Witkiewitz, K. & Marlatt, G.A. (2004). Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems. *American Psychologist*, 59, 4, pp. 224-235.
37. Hyun M. S., Chung H. C., Lee Y. J. (2005). The Effect of Cognitive-Behavioral Group Therapy on the Self-Esteem, Depression, and Self-Efficacy of Runaway Adolescents in a Shelter in South Korea. *Applied Nursing Research*.18 (3): pp. 160-166.
38. Denis C, Lavie E, Fatseas M, Auriacombe M. (2006). Psychotherapeutic interventions for Cannabis Abuse and/or Dependence in Outpatient Settings. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.
39. McHugh R.K., Hearon B.A., Otto M.W. (2010). Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*. 33(3): pp. 511-525.
40. Blodgett, J., Maisel, N., Fuh, I., Wilbourne, P., & Finney, J. (2014). How effective is continuing care for substance use disorders? A meta-analytic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(2): pp. 87-97.
۴۱. داوودی، ایران. عشرتی، طیبه. زرگر، یداله و شیخ شبانی، اسماعیل. (۱۳۹۳). بررسی روابط ساختاری برخی از عوامل روان‌شناختی خطرزا و محافظت‌کننده آمادگی اعتیاد. *روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار سابق)*، ۱۰، صص. ۹۹-۱۱۶.
۴۲. کارول، کاتلین. (۲۰۰۲). راهنمای عملی درمان شناختی رفتاری سوءمصرف مواد. ترجمه محمدخانی، شهرام؛ رودسری، عباس. تهران: نشر اسپند سپهر
۴۳. بابا گل زاده، طیبه. (۱۳۸۶). بررسی علل گرایش زنان به اعتیاد و عوامل مؤثر بر گرایش مجدد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد حوزه علمی جامعه الزهرا بابل.

