

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



# رویکردهای روانشناختی در درمان اعتیاد

---





---

عنوان و نام پدیدآور :	رویکردهای روانشناختی در درمان اعتیاد/ تالیف محبوبه دادفر ... [و دیگران]؛ [برای] بیمارستان فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء، مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء.
مشخصات نشر :	تهران : میرماه، ۱۳۹۳.
مشخصات ظاهری :	۱۸۰ص: مصور (بخشی رنگی)، جدول.
شابک :	۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۱۰۲-۰ : ۱۱۵۰۰۰ ریال
وضعیت فهرست نویسی :	فیبیا
یادداشت :	تالیف محبوبه دادفر، دکتر محمدباقر صابری زفرقندی، پیرحسین کولیوند، دکتر هادی کاظمی.
یادداشت :	ص.ع. به انگلیسی: Mahboubeh Dadfar...[et al]. Psychological approaches to treatment of addiction
یادداشت :	کتابنامه:ص. ۱۶۶ - ۱۷۹.
موضوع :	اعتیاد -- درمان
موضوع :	اعتیاد -- جنبه‌های روان‌شناسی
شناسه افزوده :	دادفر، محبوبه، ۱۳۴۶ -
شناسه افزوده :	بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء (ص)
شناسه افزوده :	بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء (ص). مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء
رده بندی کنگره :	HV ۵۸۰۱/۹ ۱۳۹۳
رده بندی دیویی :	۶۱۶/۸۶۰۶
شماره کتابشناسی ملی :	۳۶۵۱۴۲۷

---

# رویکردهای روانشناختی در درمان اعتیاد

تألیف:

دکتر محمد باقر صابری زفرقندی

روانپزشک

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان

محبوبه دادفر

دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی

دانشگاه علوم پزشکی ایران - پردیس بین الملل

دکتر هادی کاظمی

عضو هیئت علمی دانشگاه شاهد

و رئیس مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا

پیر حسین کولیوند

معاون مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا



میراث

۱۳۹۳ شمسی



بیمارستان فوق تخصصی  
خاتم الانبیاء (ص)

## رویکردهای روانشناختی در درمان اعتیاد



مرکز  
تحقیقات  
علوم  
عصاب  
شفا

تألیف: محبوبه دادفر، دکتر محمدباقر صابری زفرقندی، پیرحسین کولیوند، دکتر هادی کاظمی

ناشر: میرماه

گرافیک جلد و متن: مهدیه ناظم زاده

لیتوگرافی و چاپ: قائم چاپ جوربند

صحافی: عطف

نوبت و سال انتشار: نخست/ ۱۳۹۳

شمارگان: ۵۰۰ نسخه

قیمت: ۱۱۵۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۱۰۲-۰

تمام حقوق اثر برای مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا محفوظ است.

خیابان ولیعصر (عج) - خیابان رشید یاسمی - بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ص)

تلفن: ۸۸۸۸۴۰۴۰

انتشارات میرماه: تخریش، دزاشیب، خیابان شهید رضانی، کوی شهید مرتضی عباسی، پلاک ۲، واحد ۲

تلفن: ۲-۲۲۷۲۲۹۰۱ و ۴-۲۲۷۵۹۲۰۳ فاکس: ۲۲۷۱۹۵۲۳

## پیشگفتار

اعتیاد یک بیماری پیچیده، مزمن و چند بُعدی است که با میل اجباری و غیر قابل مقاومت مصرف مواد، علی‌رغم عوارض منفی و همچنین عودهای مکرر، حتی پس از دوره‌های پرهیز طولانی، مشخص می‌شود. اگر به چالش‌های پیش روی بهداشت روان و اعتیاد به درستی پرداخته شود، جامعه از فواید آن در قالب اصلاح سیاست‌ها و عملکردها و کاهش خطاها بهره‌مند خواهد شد. در غیر این صورت تاثیر آن در توقف روند رو به رشد بهبود سلامت روان کشور دور از انتظار نخواهد بود (صابری زفرقندی، ۱۳۹۰).

برای تشخیص اعتیاد به مواد، روش‌های متفاوتی مانند روش‌های پاراکلینیکی (آزمایش مو و ادرار)، خودگزارش دهی، مصاحبه بالینی، و استفاده از اطلاع‌دهندگان کلیدی (یکی از روش‌های ارزیابی سریع موقعیت در زمینه سوء مصرف مواد) وجود دارد. در ایران بیان زاده، عاطف وحید، بوالهروی، نصراصفهانی، شاه محمدی، دادفر، بخشانی و کریمی کیسمی (۱۳۸۳) از روش اطلاع‌دهندگان کلیدی استفاده کردند و گزارش دادند که حساسیت، ویژگی و کارایی روش استفاده از افراد کلیدی (بهورزان) در شناسایی سوء مصرف کنندگان مواد به ترتیب ۹۵٪، ۹۹٪، و ۹۸٪ است. میزان شیوع سوء مصرف مواد در جمعیت بالای ۱۵ سال در منطقه هشتگرد و طالقان واقع در استان تهران ۳،۵۱٪ بود. شایعترین ماده مصرفی در سوء مصرف کنندگان شناسایی شده شامل تریاک ۹۴،۴٪، تریاک و حشیش ۱،۹٪، تریاک و هرویین ۱،۱٪ بود. رابطه بین ویژگی‌های جمعیت شناختی (سن، جنس، وضعیت تاهل و سطح تحصیلات) و سوء مصرف مواد از نظر آماری معنی‌دار بود به طوری که بیشترین سوء مصرف کنندگان شناسایی شده در گروه‌های سنی ۳۱-۵۰ سال ۵۵،۵٪؛ مردان ۹۶،۲٪؛ افراد متاهل ۸۹،۴٪؛ و گروه‌های تحصیلی بیسواد تا راهنمایی ۸۷٪ قرار داشتند. نتایج به دست آمده دلالت از این پژوهش بر این دارد که این روش می‌تواند جهت شناسایی سوء مصرف کنندگان مواد در مطالعات مشابه با اطمینان کافی و به گونه موفقیت‌آمیزی به کار برده شود.

با توجه به ابعاد متعدد و گسترده اعتیاد و سوء مصرف مواد و این حقیقت که حوزه‌های متعددی از زندگانی فرد را مختل می‌سازد، درمان آن بسیار مشکل و زمان بر است. یک درمان جامع و مؤثر اعتیاد باید بتواند به فرد کمک کند تا هم مصرف مواد را ترک کند و هم سبک زندگی عاری از مواد و عملکردی سازنده و مفید در قلمرو خانوادگی، شغلی و اجتماعی داشته باشد.

در پرتو بررسی‌های علمی و کار بالینی چند دهه اخیر، رویکردهای درمانی اثربخشی برای درمان سوءمصرف مواد و الکل معرفی شده‌اند. کارآیی این درمان‌ها تقریباً به اندازه سایر درمان‌های موجود برای بیماران مزمن است. علی‌رغم شواهد علمی به نفع اثربخشی درمان‌های اعتیاد، بسیاری معتقدند که این درمان‌ها مؤثر نیستند. این برداشت نادرست می‌تواند به دلیل انتظارات غیرواقعی و برداشت غلط از اعتیاد باشد. اکثر مردم اعتیاد را صرفاً مساوی با مصرف مواد تلقی می‌کنند، در حالیکه اعتیاد یک بیماری مزمن می‌باشد. هدف نهایی درمان یعنی پرهیز طولانی مدت از مصرف مواد، مستلزم دوره‌های متعدد و مداوم برنامه درمانی است.

بدون تردید تمامی درمان‌های موجود برای اعتیاد به یک اندازه مؤثر نیستند زیرا داروهای اعتیادآور متعدّدند و برنامه درمانی برای داروهای خاص می‌تواند متفاوت باشد. علاوه بر آن ویژگی‌های معتادان و همچنین اختلالات همراه و شدت اعتیاد می‌توانند بر اثربخشی درمان تأثیر بگذارند. لذا در نظر گرفتن این عوامل در انتخاب درمان ضروری است.

مؤلفین

۱۳۹۳ شمسی



## فهرست

۱۳	..... مفهوم درمان در مصرف مواد
۱۶	..... تأثیر ویژگی‌های معتادان بر اثربخشی درمان اعتیاد
۱۷	..... انطباق درمانی (MT)
۲۱	..... اصول اساسی درمان اعتیاد از نظر انستیتو سوء مصرف مواد (NIDA)
۲۴	..... رویکردهای روانشناختی در درمان اعتیاد
۲۷	..... اجتماع درمانی (TC)
۲۹	..... دیدگاه TC در درمان اعتیاد
۳۱	..... ساختار TC
۳۲	..... طرح مرحله‌ای در TC
۳۴	..... شواهد پژوهشی اثربخشی TC در درمان اعتیاد
۳۴	..... خانواده درمانی
۳۵	..... مراحل درمان در خانواده درمانی
۳۷	..... هم وابستگی
۳۸	..... دیدگاه سیستمی خانواده درمانی در درمان اعتیاد
۴۰	..... برنامه تقویت خانواده (SFP)
۴۱	..... شواهد پژوهشی اثربخشی خانواده درمانی در درمان اعتیاد
۴۶	..... گروه درمانی
۴۶	..... عوامل درمانی
۴۹	..... مکاتب گروه درمانی
۵۱	..... اهداف اختصاصی گروه درمانی معتادان
۵۳	..... شواهد پژوهشی اثربخشی گروه درمانی در درمان اعتیاد
۵۴	..... مصاحبه انگیزشی (MI)
۵۶	..... مراحل تغییر در رفتار اعتیادی
۶۳	..... تفاوت مصاحبه انگیزشی با رویکردهای انکار-مواجهه، آموزش مهارت و غیرمستقیم
۶۶	..... اصول مصاحبه انگیزشی
۷۰	..... ماهیت مصاحبه انگیزشی

- ۷۱ ..... راهبردهای مصاحبه انگیزشی کارآمد.....
- ۷۵ ..... محدودیت‌های مصاحبه انگیزشی.....
- ۷۶ ..... شواهد پژوهشی اثربخشی مصاحبه انگیزشی در درمان اعتیاد.....
- ۷۷ ..... درمان افزایش انگیزه (MET).....
- ۷۸ ..... مؤلفه‌های اساسی درمان افزایش انگیزه.....
- ۸۳ ..... شواهد پژوهشی اثربخشی درمان افزایش انگیزه در درمان اعتیاد.....
- ۸۴ ..... درمان شناختی رفتاری.....
- ۸۴ ..... آموزش مهارت‌های مقابله‌ای.....
- ۸۸ ..... روش‌های مقابله‌ای درمان شناختی رفتاری.....
- ..... شواهد پژوهشی اثربخشی درمان شناختی، رفتاری، شناختی رفتاری و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در درمان اعتیاد.....
- ۹۵ ..... باورها و انتظارات غیر منطقی در گرایش به اعتیاد.....
- ۹۵ ..... آموزش مهارت‌های زندگی.....
- ۱۱۳ ..... شواهد پژوهشی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی در درمان اعتیاد.....
- ۱۲۰ ..... آموزش مهارت‌های اجتماعی.....
- ۱۲۴ ..... شواهد پژوهشی اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی در درمان اعتیاد.....
- ۱۲۸ ..... روان درمانی فردی.....
- ۱۳۱ ..... روان درمانی روان پویایی.....
- ۱۳۳ ..... گروه خودیاری معتادان گمنام (NA).....
- ۱۳۶ ..... شواهد پژوهشی اثربخشی گروه خودیاری معتادان گمنام (NA) در درمان اعتیاد.....
- ۱۳۹ ..... درمان سرپایی بدون دارو.....
- ۱۴۰ ..... توانبخشی.....
- ۱۴۱ ..... شواهد پژوهشی اثربخشی توانبخشی در درمان اعتیاد.....
- ۱۴۱ ..... پیشگیری از عود.....
- ۱۴۳ ..... شواهد پژوهشی اثربخشی درمان شناختی رفتاری در پیشگیری از عود.....
- ۱۴۹ ..... آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در پیشگیری از عود.....
- ۱۵۰ ..... شواهد پژوهشی اثربخشی آموزشی مهارت‌های مقابله‌ای در پیشگیری از عود.....
- ۱۵۳ ..... شواهد پژوهشی اثربخشی آموزشی مهارت‌های مقابله‌ای در پیشگیری از عود.....

مروری بر درمان‌های روانشناختی مصرف و سوءمصرف مواد در محیط‌های اصلاحی،	
زندان‌ها و اثربخشی آنها.....	۱۵۵
TC زندان آمیتی کالیفرنیا.....	۱۵۹
برنامه کی - کریست دلاویر.....	۱۵۹
برنامه Stay'n out نیویورک.....	۱۵۹
دپارتمان اصلاحات اورگان.....	۱۶۰
مطالعه ارزشیابی بهبود درمان ملی (NTIES).....	۱۶۰
مشاوره پیشگیری از (HIV/ AIDS).....	۱۶۲
منابع.....	۱۶۶



## مفهوم درمان در مصرف مواد

تعاریف گوناگونی از درمان و مداخله در مصرف مواد ارائه شده است. یکی از مفاهیم ساده این است که فرد مصرف مواد را به طور کامل کنار گذارد. در چنین دیدگاهی درمان صرفاً عبارت است از عدم مصرف ماده مخدر، و شکست در درمان با مصرف مجدد یکسان تلقی می‌شود. طبق این دیدگاه موفقیت در کنترل اعتیاد در سطح کلان نیز با کاهش شیوع<sup>۱</sup> یعنی کاهش عده مصرف کنندگان مترادف است (مک کاون<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸).

بسیاری از درمان‌ها هر چند به قطع کامل مصرف منجر می‌شوند اما با کاهش عمده در میزان عوارض جسمی اعتیاد، جرم و جنایت، افت تحصیلی، شغلی و اقتصادی، نابسامانی‌های اجتماعی و خانوادگی مرتبط با اعتیاد همراه هستند. صرفاً غیر مؤثر دانستن این درمان‌ها بر این اساس که قطع مصرف و پرهیز کامل<sup>۳</sup> حاصل نشده است، غیر منطقی بنظر می‌رسد. گاهی منع کامل مصرف با صدمات جدی تر و عوارض مخرب تر روانی، جسمانی و اجتماعی همراه است (نادلمن<sup>۴</sup>، ۱۹۸۹).

بر این اساس با وجود تنوع تعاریف و دیدگاههای مرتبط با درمان به نظر می‌رسد که دو جریان عمده و نسبتاً مجزا مطرح باشد: ۱- جریانی که اولویت را به قطع مصرف و پرهیز کامل می‌دهد و آن را هدف مسلم و اولیه می‌پندارد. ۲- جریانی که در آن اولویت با کاهش عوارض مصرف، بهبودی سلامت جسمی، روانی و کارکرد اجتماعی معتادان است و بریدن کامل از ترکیبات شیمیایی در اولویت بعدی قرار می‌گیرد. برنامه درمان نگهدارنده با متادون

---

1 - prevalence reduction  
2 - Mac Coun  
3 - abstinence  
4 - Nadelman

آشکارا به دسته دوم تعلق دارد. در گروه دوم برنامه‌های متنوعی از درمان نگهدارنده با متادون در نظر گرفته می‌شود که در مرز بین دو گروه قرار داشته و مقداری به گروه اول نیز شباهت دارد، تا برنامه‌های بسیاری آزادتری مانند در اختیار قرار دادن بعضی از مواد مخدر به صورت کنترل شده، ایجاد مراکز بهداشتی جهت مصرف آنها و حتی فراهم ساختن ابزار آلات مصرف مانند سرنگ‌های یکبار مصرف و... اما آنچه در این برنامه‌ها مشترک است این است که اجازه وجود نوعی ماده مخدر در اجتماع به صورت کنترل شده وجود دارد. در برنامه اول تجویز هر نوع ماده مخدری برای مدت طولانی و مقاصدی غیر از سم زدایی زیر سؤال است و سیستم درمانی مجاز به ارائه آنها نیست (دوویکو<sup>۱</sup>، ۱۹۹۶؛ مک کاون، ۱۹۹۷؛ مک کاون و رویتز<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸). جدول شماره ۱ دو دیدگاه فوق را با یکدیگر مقایسه کرده است.

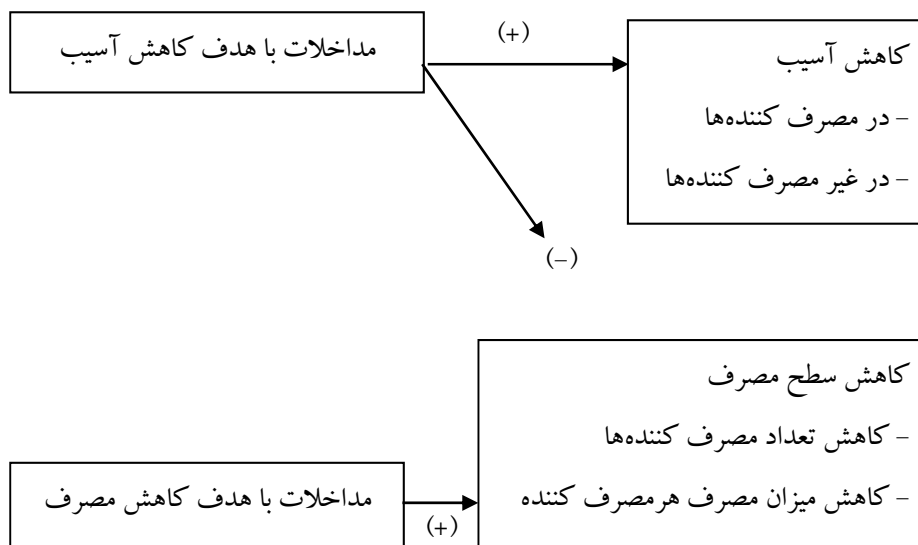
جدول ۱- مقایسه دو دیدگاه عمده در زمینه درمان مواد مخدر

دیدگاه پرهیز کامل	دیدگاه کاهش آسیب	هدف اصلی
قطع کامل مصرف هر گونه ماده مخدر	کاهش آسیب و عوارض ناشی از اعتیاد	نمونه برنامه‌ها
برنامه‌های سم زدایی به همراه درمان‌های غیر دارویی، گروه‌های خودیاری معتادان گمنام (NA) <sup>۳</sup> ، الکلی‌های گمنام (AA) <sup>۴</sup> و... برنامه‌های اینترنتی شامل بازداشت و اردوگاه‌های بازپروری، اجتماع درمانی (TC) <sup>۵</sup>	درمان نگهدارنده با متادون، مصرف کنترل شده بعضی مواد، آزادسازی مصرف مواد سبک‌تر و برنامه‌های کاهش آسیب	
بسیار مقابله کننده	تا حدی مقابله کننده، تأکید بیشتر بر عوارض است.	نگرشی به مصرف مواد مخدر
معمولاً وجود دارد.	لزوماً ندارد.	نیاز به برنامه سم‌زدایی
از چند هفته تا چند سال	چند سال و گاهی تا آخر عمر	طول مدت
نالترکسون	متادون، بوپرنورفین	داروهای مورد نیاز برای مصرف دراز مدت

مأخذ: مکری، ۱۳۷۸

- 1 - Doweiko
- 2 - Reuter
- 3 - Narcotic Anonymous (NA)
- 4 - Alcoholics Anonymous (AA)
- 5 - Therapeutic Community (TC)

کاهش مصرف با کاهش آسیب همراه است و برعکس. ممکن است چنین فرض شود که آمیزه‌ای از هر دو روش می‌تواند در اولویت قرار گیرد. در صورت اولویت دانستن کاهش آسیب، به نوعی حضور مصرف مواد مخدر در محافل و محیط جنبه قانونی و طبی می‌گیرد و در بهترین حالت، متادون که یک ماده اعتیادآور است قانونی می‌گردد و پذیرفته می‌شود که عده‌ای نمی‌توانند از مواد پرهیز کامل نمایند و لازم است سرانجام نوعی اعتیاد ولو به متادون به رسمیت شناخته شود. این نگرش بطور مستقیم و غیرمستقیم مصرف مواد را افزایش می‌دهد. در حالت مستقیم این پیام به جامعه صادر می‌شود که اعتیاد کاملاً درمان پذیر نیست و باید با آن به نوعی مصالحه و مدارا کرد و آن را به طور محدود و کنترل شده پذیرفت. در حالت غیرمستقیم، کاهش آسیب باعث حذف موارد وخیم و بحرانی اعتیاد از سطح جامعه می‌شود که خود در روی آوردن افراد به مواد مخدر اثر مثبت دارد (مک کاون، ۱۹۹۸؛ بهرنز<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۹). این اثرات در شکل شماره ۱ نشان داده شده است.



شکل ۱ - اثرات سیاستهای کاهش آسیب و کاهش مصرف. مأخذ: مک کاون، ۱۹۹۸؛ بهرنز و

همکاران، ۱۹۹۹

### تأثیر ویژگی‌های معتادان بر اثربخشی درمان اعتیاد

همانطور که قبلاً ذکر گردید ویژگی‌های معتادان به مواد مخدر می‌توانند بر اثربخشی درمان تأثیر بگذارند. از اواخر دهه ۷۰ دانشمندان به مطالعه ساختاری و منسجم صفات افتراقی و متمایز کننده معتادان به مواد مخدر روی آوردند. افراد معتاد با توجه به ابعاد گوناگونی چون نوع، بسامد مصرف، شدت رفتار مجرمانه، انگیزه و امکان دسترسی به مصرف مواد مخدر و شدت علائم روانی همراه به گروه‌های متعددی تقسیم شدند. مشخص شد که جنسیت و خاستگاه قومی معتادان بر میزان موفقیت برنامه درمانی تأثیر می‌گذارد. زنان در مقایسه با مردان مشکلات طبی بیشتری را تجربه می‌کنند، در حالیکه مردان بطور نسبی بیشتر مرتکب جرم و جنایت می‌شوند. یکی از طبقه بندی‌های معاصر متعلق به نورکو<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۹۷) است. نورکو برای دسته بندی معتادان، تجارب و رفتار دوره نوجوانی را مد نظر قرار داد. وی حوزه‌هایی چون ناپایداری خانواده، اختلال در کارکرد خانواده، رفتارهای نابهنجار در مدرسه، مشاجرات دوران تحصیل و نوجوانی، انحرافات رفتاری، ناپایداریهای روانی مانند افسردگی، اضطراب، احساس تنش و فوبی، پرخاشگری، ستیزه جویی، رفتارهای تکانه‌ای، وجود یا عدم حس تعلق اجتماعی و فعالیت‌های ساختاری جمعی، نداشتن تعلق به اهداف زندگی مثل مشکلات تحصیلی، عدم علاقه به مدرسه، نگرش منفی به نیازهای زندگی و زمان شروع مصرف مواد مخدر را مورد بررسی قرار داد. طبق دیدگاه نورکو و همکاران (۱۹۹۷) چهار گروه عمده به کمک متغیرهای فوق قابل تبیین است:

گروه اول، گروه نابهنجاریهای حاشیه‌ای یا مرزی<sup>۲</sup> هستند. در این گروه مشکلات روانی، رشدی و رفتاری تنها مختصری از مردم عادی بیشتر است، آسیب شناسی روانی اندک بوده و در بسیاری از حوزه‌ها با میانگین اجتماعی فاصله چندانی ندارند.

گروه دوم، صدمه دیدگان اجتماعی هستند که در آنها دو مسئله سابقه اختلال در کارکرد خانواده مانند فقدان حمایت عاطفی، رفاه و مراقبت در محیط خانواده، مشکلات روانی مانند افسردگی، اضطراب، فوبی‌ها و تنش‌های روانی برجسته هستند.

1 - Nurco

2 - marginal deviants



گروه سوم، سوء مصرف کنندگان زودرس هستند آنچه این گروه را از سایر معتادان متمایز می‌سازد، شروع زود هنگام مصرف مواد مخدر، رفتارهای نابهنجار دوره نوجوانی مثل فرار از مدرسه و میزان کمتر وجود حالات روانی مانند افسردگی و اضطراب است..

گروه چهارم، منحرفین رفتاری هستند که در این گروه سایر مسائل اخلاقی بسیار برجسته هستند و رفتارهای ضد اجتماعی مستقل از مواد مخدر به وفور مشاهده می‌شوند. در این گروه بر خلاف گروه سوم شروع مصرف مواد مخدر دیرتر بوده ولی مسائل اخلاقی و رفتاری بسیار شدیدتر است. خلاصه‌ای از برخی از طبقه‌بندی‌های دو دهه اخیر در مورد گونه شناسی معتادان به مواد مخدر در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

تقسیم بندی نورکو و همکاران (۱۹۹۷) و آیلند - گوسنسون و همکاران (۱۹۹۸) صرفاً به‌عنوان یک مورد از تقسیم‌بندی‌های معاصر مورد استفاده قرار می‌گیرد و اجزاء آن لزوماً قابل تعمیم به جوامع دیگر نیست. اما آنچه مهم است این است که گروه معتادان قابل دسته بندی به انواع مختلف هستند. ارزش این دسته‌بندی صرف نظر از معیارها و ملاک‌های مورد استفاده به مسئله "انطباق درمانی (MT)"<sup>۱</sup> باز می‌گردد.

### انطباق درمانی (MT)

انطباق درمانی به این معنی است که نه تنها افراد معتاد قابل دسته بندی به گروههای نسبتاً مجزا هستند بلکه این گروهها از نظر پیش آگهی و نوع پاسخ به درمان‌های مختلف نیز با یکدیگر تفاوت دارند. چه بسا یک نوع درمان در مورد گروهی بسیار مؤثر و بر عکس در گروهی دیگر مخرب یا بی‌اثر باشد. در مقابل این دیدگاه، دیدگاهی قرار دارد که معتقد است صرف نظر از زمینه سازهای اعتیاد، علل شروع و تداوم آن، شخصیت و صفات شخص معتاد و شیوه مصرف او، همه افراد معتاد سرانجام به الگو یا تابلوی واحدی می‌رسند که در چنین مرحله‌ای صحبت از انطباق درمانی بی معنی است. این عده برای تأیید فرضیه خود به پژوهش‌های زیادی اشاره دارند. به‌عنوان مثال در یک مطالعه فراتحلیلی گسترده در مورد عوامل مؤثر در عود و ادامه مصرف مواد مخدر بعد از سم زدایی مشخص گردید که اکثر عوامل و متغیرهای مورد ارزیابی نقش اندکی در پیش آگهی پرهیز از مصرف مواد و یا عود پس از سم‌زدایی داشتند.

جدول ۲- خلاصه‌ای از برخی طبقه بندی‌های معتادان به مواد مخدر

پژوهشگران	گونه شناسی	توصیف انواع
نورکو و شافر <sup>۱</sup> (۱۹۸۲)	با توجه به درآمد، کافی بودن درآمد و نوع شغل ۶ گونه توصیف شدند.	مجرمان موفق معتادان خیابانی معتادان شاغل معتادان محافظه کار دله دزدان -
کوهن <sup>۲</sup> (۱۹۸۷)	با توجه به زمینه‌های فرهنگی و نیمرخ روان شناختی ۹ گونه توصیف شدند.	معتادان طبیعی بیمار روحی و عاطفی مجرم حرفه‌ای معتادان لذت جو معتادانی که به اندازه کافی اجتماعی نشده‌اند. -
فاوپل <sup>۳</sup> (۱۹۸۷)	با توجه به ساختار زندگی و میزان در دسترس بودن مواد ۴ گونه توصیف شدند.	دلایان با ثبات (دسترسی به مواد بالا / سطح زندگی بالا) مصرف کننده تفننی (دسترسی به مواد کم / سطح زندگی بالا) دلایل بی خیال (دسترسی به مواد بالا / سطح زندگی پایین) دلایل خیابانی (دسترسی به مواد کم / سطح زندگی پایین)
کانکرینی <sup>۴</sup>	با توجه به مشکلات شخصیتی و خانوادگی معتادان به ۴ دسته تقسیم شدند.	معتاد صدمه دیده معتاد مبتلا به نوروز معتاد تبادلی <sup>۵</sup> معتاد ضد اجتماعی
اسویستر <sup>۶</sup> (۱۹۹۰)	با توجه به میزان فعالیت‌های مجرمانه و تاریخچه اعتیاد ۳ نوع مشخص شدند.	نوع I: مجرم شدید نوع II: مجرم سبک نوع III: معتاد مجرم اسبق با دوره اعتیاد کوتاه
نورکو و همکاران (۱۹۹۷)	بر اساس تجارب، افکار و رفتار دوران نوجوانی معتادان به مواد مخدر به ۴ دسته تقسیم شدند.	منحرفین رفتاری ناپهنجاریهای حاشیه‌ای صدمه دیدگان اجتماعی سوء مصرف کنندگان زودرس

مأخذ: نورکو و همکاران، ۱۹۹۷؛ آیلند - گوسنسون<sup>۷</sup> و همکاران، ۱۹۹۸

- 1 - Shaffer
- 2 - Cohen
- 3 - Faupel
- 4 - Concrini
- 5 - transactional
- 6 - Swierstra
- 7 - Eland-Goosensen

متغیرهایی چون سن، جنس، نژاد، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، مدت سوء مصرف مواد مخدر، سن شروع مصرف، سابقه رفتارهای مجرمانه و سابقه ارتکاب جرم و جنایت هیچ یک نقش معنی‌داری در تعیین پیش آگهی معتادان پس از سم زدایی نداشتند. مواردی که از نظر آماری به حد معنی دار بودن رسیدند مانند وضعیت اشتغال، سابقه ترک، طول مدت درمان، مصرف الکل، ابتلاء به افسردگی و رابطه با دوستان و گروه همسالان مصرف کننده مواد مخدر، اکثراً دارای ضریب همبستگی اندک (حدود ۰/۱) با پیش آگهی عود بودند و در این میان متغیر برجسته‌ای مشاهده نگردید (بریور<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۸).

در مطالعه دیگری در مورد درمان نگهدارنده با متادون مشخص شد که معتادانی که دچار اختلال شخصیت به‌ویژه ضد اجتماعی هستند در مقایسه با گروهی که دچار اختلال شخصیت نمی‌باشند از نظر پیش آگهی و پایبندی به درمان نگهدارنده تفاوتی نداشته و میزان سوء مصرف مواد غیر مجاز چه مخدر و چه غیر مخدر مثل کوکائین در جریان درمان یکسان است (کاسیولا<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۶).

در پژوهش دیگری بر روی ۱۸۳ معتاد مشخص گردید که با وجود اینکه اختلال شخصیت ضد اجتماعی با مصرف مواد مخدر در سنین پایین‌تر، استفاده از اشکال تزریقی مواد مخدر، سوء مصرف همزمان چند ماده مخدر، سابقه بازداشت بیشتر و در سنین پایین‌تر همراه است ولی پیش آگهی درمان در گروه دچار اختلال شخصیت ضد اجتماعی در مقایسه با گروه کنترل در برنامه‌های درمان با متادون یکسان است (دارکه<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۶).

یافته‌های فوق بر تلاش گروهی از پژوهشگران، برای دسته بندی و گونه شناسی معتادان، نقش منفی دارد. همانطور که در جدول شماره ۲ مشاهده گردید اساس بسیاری از طبقه بندیها، سن شروع مصرف، سابقه رفتارهای مجرمانه، مشکلات خانوادگی و ... بوده است که ظاهراً در پیش آگهی درمان مؤثر نیستند.

---

1 - Brewer  
2 - Cacciola  
3 - Darke

تعدادی از پژوهش‌ها نیز خلاف این یافته‌ها را نشان داده‌اند به‌عنوان مثال در برنامه درمانی با نالترکسون در معتادان خیابانی بعد از ۶ ماه تنها ۲۰-۱۰ درصد معتادان کماکان به مصرف نالترکسون ادامه دادند و بین ۹۰-۸۰ درصد درمان را رها کردند. اما همین برنامه در پزشکان معتاد با موفقیت ۷۴ درصدی بعد از ۶ ماه همراه بود (واشتون<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۸۴).

همین گروه پژوهشگران نشان دادند که برنامه نالترکسون در یک گروه تحصیلکرده متشکل از ۱۱۴ نفر دارای تحصیلات دانشگاهی و درآمد میانگین ۴۲۰۰۰ دلار در سال، با ۶۱ درصد موفقیت ۶ ماهه همراه است (واشتون و همکاران، ۱۹۸۴). درمان با نالترکسون در گروهی از معتادان که تحت نظارت قانونی بوده و قانون آنها را مکلف به پرهیز از مصرف مواد مخدر نموده بود نیز از موفقیت مشابهی برخوردار بود (کورنیش<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۷).

شواهد پژوهشی دیگری نیز وجود دارد که به موضوع انطباق افراد معتاد و نوع درمان آنها توجه نموده‌اند که از جمله می‌توان به پروژه MATCH<sup>۳</sup> (۱۹۹۷)؛ مک للان<sup>۴</sup> و همکاران (۱۹۹۷)؛ گاست فرند<sup>۵</sup> و مک للان (۱۹۹۷) اشاره نمود.

سوبل<sup>۶</sup>، سوبل، بوگاردیس<sup>۷</sup>، لئو<sup>۸</sup> و اسکینر<sup>۹</sup> (۱۹۹۲) افراد الکلیک را بررسی کردند تا ترجیح آنها را برای اهداف درمانی انتخاب شده توسط خود یا درمانگر (مثل ترک در مقابل نوشیدن الکل به صورت کنترل شده) تعیین نمایند. آنها دریافتند که بیشتر پاسخ دهنده‌ها، اهدافی را ترجیح دادند که خودشان تنظیم کرده بودند و اعتقاد داشتند که احتمال بیشتری وجود دارد که به آنها دست یابند. حتی احتمال بیشتری داشت که پاسخ دهندگان دارای مشکلات شدیدتر الکل نوشی، اهداف خود تنظیم شده را ترجیح دهند. پژوهشگران فوق نتیجه

---

1 - Washton  
2 - Cornish  
3 - Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity (MATCH)  
4 - McLellan  
5 - Gastfriend  
6 - Sobell  
7 - Bogardis  
8 - Leo  
9 - Skinner

## رویکردهای روانشناختی در درمان اعتیاد / ۲۱

گرفتند که اهداف درمانی باید به تناسب نیازها، مشکلات و پاسخ قبلی فرد به درمان تغییر پیدا کند.

بطور کلی یافته‌های فوق به صورت زیر قابل جمع بندی هستند:

۱- به نظر می‌رسد معتادان به دسته‌های نسبتاً مجزایی قابل تقسیم هستند که هر یک ویژگیهای خاص خود را دارند.

۲- بر اساس برخی یافته‌های معاصر دسته بندی معتادان می‌تواند ملاک قابل قبولی برای تعیین نوع درمان باشد؛ البته یافته‌های دیگر نیز این مسئله را مردود می‌شمارند.

### اصول اساسی درمان اعتیاد از نظر انستیتو سوء مصرف مواد (NIDA)<sup>۱</sup>

NIDA (۲۰۰۲) در درمان اعتیاد به چندین نکته اساسی تأکید کرده است که توجه به

آنها برای کارآمدی برنامه‌های درمانی اهمیت ویژه دارد:

۱- برای تمامی افراد وابسته به مواد تنها یک روش درمانی وجود ندارد، بلکه برنامه‌های درمانی متفاوت هستند. برای اینکه مداخله درمانی مؤثر واقع شود باید برای هر فرد روش درمانی متناسب با نیازها و ویژگی‌های انتخاب و اجرا شود.

۲- درمان باید به سهولت قابل دسترسی باشد.

۳- درمان نه فقط به شکل مصرف مواد بلکه باید به تمامی نیازهای فرد توجه کند. به عبارت دیگر برای اینکه درمان مؤثر واقع شود، لازم است علاوه بر موضوع سوء مصرف مواد به سایر مشکلات فرد از جمله مسایل روان‌شناختی، اجتماعی، شغلی و خانوادگی نیز در فرآیند درمان اهمیت داد.

۴- هر طرح درمانی و برنامه ریزی شده برای بیمار باید بطور دایم مورد ارزیابی قرار گیرد و با توجه به نیازهای فرد تعدیل شود. در جریان درمان ممکن است بیمار به خدمات درمانی گوناگونی نیاز پیدا کند. مثلاً علاوه بر روان درمانی به درمان دارویی و سایر خدمات

---

1 - National Institute on Drug Abuse (NIDA)

پزشکی، خانواده درمانی، بازتوانی شغلی، خدمات اجتماعی و قانونی نیاز داشته باشد (شکل شماره ۲).

۵- برای اینکه درمان مفید واقع شود باید بیمار در یک دوره درمانی با مدت زمان طولانی شرکت کند. طبق یافته‌های پژوهشی، بهبودی قابل ملاحظه سه ماه بعد از شروع درمان حاصل می‌شود. از آنجایی که اغلب افراد درمان را زودتر از موعد ترک می‌کنند، لازم است در برنامه درمانی راهبردهایی به کار گرفته شوند که بیماران را در درمان حفظ کنند.

۶- مشاوره فردی و گروهی یا سایر درمان‌های رفتاری از مؤلفه‌های اساسی درمان اعتیاد هستند. در برنامه درمانی لازم است به تقویت انگیزه، ایجاد مهارت برای مقاومت در مصرف مواد، جایگزینی فعالیت‌های جانشینی مفید و تقویت کننده به جای مصرف مواد و نیز بهبود و ارتقای توانایی حل مسئله توجه خاصی صورت گیرد. بطور کلی درمان رفتاری موجب تسهیل روابط بین فردی و افزایش عملکرد مناسب فرد در خانواده و جامعه می‌شود.

۷- برای تعداد زیادی از افراد وابسته به مواد کاربرد داروها یک عنصر مهم درمانی محسوب می‌شود و ترکیب آن با درمان‌های روانشناختی (رفتاری) باعث افزایش اثربخشی برنامه درمانی می‌گردد. متادون و لئو آلفا استیل متادون (LAAM) در سوء مصرف کنندگان هروئین و سایر مشتقات تریاک برای تثبیت زندگی آنها و کاهش مصرف غیرقانونی مواد مؤثر هستند. نالتراکسون دارویی مفید برای برخی افراد وابسته به مواد مخدر و وابستگی توأم با الککل است. برای سوء مصرف کننده‌های نیکوتینی، جانشین‌های نیکوتینی مثل آدامس و چسب می‌توانند مفید باشند.

۸- در درمان افراد وابسته به مواد که از اختلالات روانی دیگری نیز رنج می‌برند لازم است به هر دو اختلال توجه شود و راهبردهای درمانی مناسب انتخاب شوند.

۹- مسمومیت زدایی فقط اولین گام برای درمان محسوب می‌شود و به تنهایی نمی‌تواند موجب اثرات درمانی و تغییرات دراز مدت شود. به عبارت دیگر فرآیند مسمومیت زدایی، علائم جسمانی حاد ناشی از ترک مواد را کنترل می‌کند ولی به تنهایی نقش اندکی در کمک به بیماران برای پرهیز از مصرف مواد به صورت طولانی مدت دارند. برای سم زدایی و نیز

## رویکردهای روانشناختی در درمان اعتیاد / ۲۳

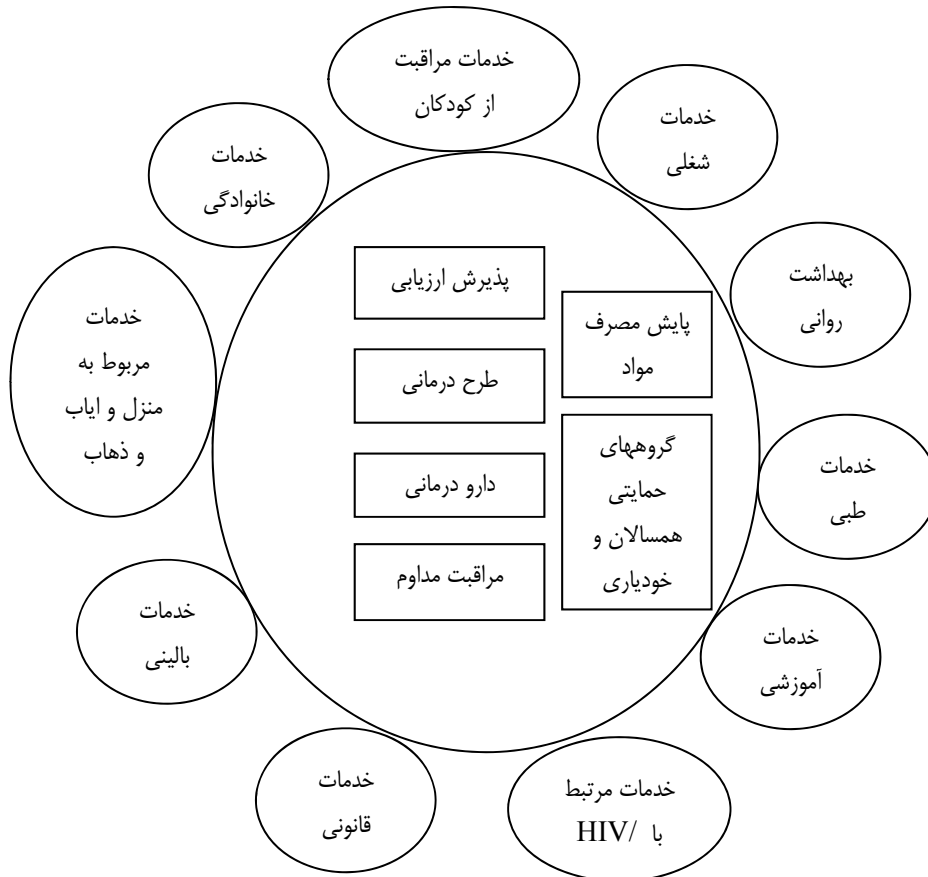
درمان نگهدارنده از چندین دارو مثل متادون، بوپرنورفین، کلونیدین، نالوکسان و نالتراکسون به تنهایی یا به صورت ترکیبی استفاده می‌شود.

۱۰- برای اینکه درمان مؤثر واقع شود لازم نیست که حتماً درمان به صورت داوطلبانه باشد. انگیزه قوی می‌تواند فرآیند درمان را تسهیل کند. اجبار و ترغیب شرکت در درمان از سوی خانواده، محیط کاری و یا سیستم قضایی می‌تواند در ورود به درمان، تداوم و موفقیت آن کمک کند.

۱۱- احتمال مصرف مواد در جریان درمان باید بطور مداوم مورد واریسی و پایش قرار بگیرد. معمولاً در دوره درمان لغزش‌هایی در جهت مصرف مواد رخ می‌دهند. بررسی عینی مصرف مواد و الکل در دوره درمان (انجام آزمایش ادرار) می‌تواند در مقاومت بیماران در برابر انگیزه‌های مصرف مواد سودمند باشد. علاوه بر آن با انجام چنین آزمایش‌هایی مصرف مواد در همان اوایل کار مشخص می‌شود و می‌توان بر اساس آن روش درمانی را تغییر داد یا اصلاح نمود. اطلاع دادن به بیماران در خصوص مثبت بودن نتیجه آزمایش در جریان درمان از اهمیت بالایی برخوردار است.

۱۲- در برنامه‌های درمانی باید به ارزیابی HIV/AIDS، هپاتیت C، B، D و T و سایر بیماری‌های عفونی پرداخته شود. برنامه درمانی باید شامل راهبردهای مشاوره‌ای برای کمک به بیماران باشد تا آن دسته از رفتارهایی را تغییر دهند که ممکن است خودشان یا دیگران را در معرض خطر قرار دهند. در حقیقت مشاوره به آنان کمک می‌کند تا از رفتارهای پرخطر اجتناب نمایند و در صورت ابتلاء به بیماری آن را بپذیرند.

۱۳- رهایی از اعتیاد فرآیندی طولانی مدت است و اغلب مستلزم چندین دوره درمانی می‌باشد. در حقیقت مانند سایر بیماری‌های مزمن ممکن است هم در جریان درمان و هم بعد از درمان موفقیت آمیز اعتیاد، دوره‌های عود مشاهده شوند. لذا ضروری است افراد وابسته به مواد برای رسیدن به پرهیز طولانی مدت و بهبود عملکرد در دوره‌های درمانی مختلف و طولانی مدت شرکت نمایند. همچنین برای تداوم دوره پرهیز، شرکت فعال بیماران در برنامه‌های خودیاری در جریان درمان و بعد از درمان مفید است.



شکل ۲- مؤلفه‌های یک برنامه درمانی جامع برای سوء مصرف مواد، مأخذ: (NIDA، ۲۰۰۲، ۱۹۹۹).

### رویکردهای روانشناختی در درمان اعتیاد

رویکردهای درمانی متفاوتی برای درمان اعتیاد وجود دارد. برنامه‌های درمانی می‌توانند به صورت درمان‌های دارویی، روانشناختی یا ترکیبی از هر دو باشند. بهترین برنامه درمانی ترکیبی از درمان‌های متفاوت همراه با سایر خدمات مختلف و با توجه به سن، فرهنگ، جنسیت، مسایل خانوادگی، شغلی و... انتخاب می‌شوند. بررسی مطالعاتی که در زمینه کارآیی و مؤثر بودن درمان‌های دارویی و غیر دارویی در ترک مصرف مواد مخدر انجام گرفته، اکثراً



نشان داده‌اند که به طور کلی درمان‌های دارویی هر چند موفقیت‌های چشمگیری در سم‌زدایی معتادان داشته‌اند اما نتوانسته‌اند به مدت طولانی از عود آنها جلوگیری کنند (کورتی<sup>۱</sup> و بال<sup>۲</sup>، ۱۹۸۷؛ راس<sup>۳</sup>، ۱۹۹۱؛ روناویل<sup>۴</sup>، ۱۹۹۵).

بررسی متون موجود در زمینه درمان اعتیاد نشان می‌دهد که ترکیب درمان‌های دارویی و درمان‌های غیر دارویی نتایج بهتری در درمان اعتیاد به مواد مخدر نشان داده‌اند (روناویل و کتلین<sup>۵</sup>، ۱۹۹۶؛ کلیبر<sup>۶</sup> و کاستن<sup>۷</sup>، ۱۹۸۴؛ روناویل، ۱۹۹۵؛ کورتی و بال، ۱۹۸۷؛ راس، ۱۹۹۱؛ انکن<sup>۸</sup>، بلاین<sup>۹</sup> و بورن<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۵؛ گرابوسکی<sup>۱۱</sup>، استیتزر<sup>۱۲</sup> و هنینگفیلد<sup>۱۳</sup>، ۱۹۸۴؛ دالی<sup>۱۴</sup>، مرسر<sup>۱۵</sup> و کارپنتر<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۲؛ بادنی<sup>۱۷</sup> و هیگینز<sup>۱۸</sup>، ۱۹۸۸؛ پرکینسون<sup>۱۹</sup>، ۱۹۹۷ و کارول<sup>۲۰</sup>، ۱۳۸۱).  
وودی<sup>۲۱</sup>، مک للان و لوبورسکی<sup>۲۲</sup> (۱۹۹۰) نشان دادند که ترکیب روان‌درمانی و مشاوره با درمان نگهدارنده با متادون، طول درمان پاک ماندن را افزایش می‌دهد. آنها نتیجه گرفتند که وابستگان به مواد مخدر که دارای یک تشخیص روانپزشکی نیز هستند حتماً به درمان نگهدارنده برای پاک بودن نیاز دارند. در یک بررسی دیگر، درمان با نالتراکسون همراه با مشاوره گروهی در مقایسه با هر یک از آنها به تنهایی، اثر بخشی خود را نشان داد (سمینار

- 
- 1 - Cortey
  - 2 - Ball
  - 3 - Ross
  - 4 - Rounsaville
  - 5 - Ketline
  - 6 - Kleber
  - 7 - Casten
  - 8 - Onken
  - 9 - Blaine
  - 10 - Boren
  - 11 - Grabowski
  - 12 - Stitzer
  - 13 - Henning field
  - 14 - Dalley
  - 15 - Mercer
  - 16 - Carpenter
  - 17 - Badney
  - 18 - Higgins
  - 19 - Perkinson
  - 20 - Carroll
  - 21 - Woody
  - 22 - Lubrosky

بررسی عملکرد طرح درمان نگهدارنده با نالترکسون در خراسان، ۱۳۸۰؛ به نقل از رعدی، (۱۳۸۱).

مک للان و همکاران (۱۹۹۱) گزارش کردند که سم زدایی استاندارد و "برنامه‌های ۲۸ روزه" (علیرغم هزینه بالای آنها) ناکافی هستند و به منظور کمک به بیماران وابسته به الکل و مواد، این درمانها باید همراه با درمان‌های سرپایی که بر تغییر نگرش و کسب مهارت‌ها تمرکز دارند، به کار گرفته شوند.

انستیتو ملی مطالعات سوء مصرف مواد (NIDA) (۱۹۹۹، ۲۰۰۰) که بیشتر از ۸۰ درصد از پژوهش‌های انجام شده در زمینه اعتیاد را مورد حمایت قرار داده، رویکرد درمانی تلفیقی (زیستی و روانشناختی) را به عنوان مؤثرترین روش درمان اعتیاد معرفی کرده است.

چندین رویکرد روانشناختی فردی و گروهی برای درمان افراد وابسته و سوء مصرف کنندگان مواد و الکل وجود دارد. TC، درمان بین فردی (IPT)<sup>۱</sup>، رویکرد تسهیل دوازده قدمی (TSF)<sup>۲</sup>، روان درمانی حمایتی<sup>۳</sup>، خانواده درمانی چند بعدی<sup>۴</sup>، درمان چند سیستمی<sup>۵</sup>، مشاوره دارویی<sup>۶</sup>، مصاحبه انگیزشی (MI)<sup>۷</sup>، درمان افزایش انگیزه (MET)<sup>۸</sup>، درمان سرپایی بدون دارو<sup>۹</sup>، روان درمانی فردی<sup>۱۰</sup>، روان درمانی روان پویشی<sup>۱۱</sup>، گروه درمانی<sup>۱۲</sup>، درمان شناختی - رفتاری (CBT)<sup>۱۳</sup>، درمان تقویت اجتماعی<sup>۱۴</sup> و توانبخشی<sup>۱۵</sup> از رایج‌ترین درمان‌های روانشناختی اعتیاد محسوب می‌شوند. از مجموعه درمان‌های ذکر شده به برخی از آنها در زیر می‌پردازیم.

- 
- 1 - Inter Personal Therapy (IPT)
  - 2 - Twelve Steps Facilitation (TSF)
  - 3 - supportive psychotherapy
  - 4 - multidimensional family therapy
  - 5 - multisystematic therapy
  - 6 - drug consulting
  - 7 - Motivational Interviewing (MI)
  - 8 - Motivational Enhancement Therapy (MET)
  - 9 - out patient free-drug treatment
  - 10 - individual psychotherapy
  - 11 - psychoanalytic psychotherapy
  - 12 - group therapy
  - 13 - Cognitive Behavioral Therapy (CBT)
  - 14 - social reinforcement
  - 15 - rehabilitation

### اجتماع درمانی (TC)

TC روش درمانی بسیار مؤثری برای درمان اعتیاد است. سابقه بهره‌گیری از این روش به حداقل ۴۶ سال قبل و رسمیت یافتن آن اولین بار به سال ۱۹۵۸ در کالیفرنیا باز می‌گردد. این مرکز توسط فردی به نام چارلز ا. دودریچ<sup>۱</sup> به وجود آمد. وی با طرح و برنامه و در واقع توانایی‌های ناشی از شخصیت قدرتمند خود توانست از یک جمع کوچک بازپروری معتادان به تریاک و هروئین، TC خاصی به نام سینانون<sup>۲</sup> را شکل دهد. قالب طرح شده‌ی وی با توجه به شخصیت تأثیر گذار خود او، اجتماعی با قوانین خشک و سخت و روابط طبقه بندی شده، قدرتی واضح بود. این اجتماع در دهه ۶۰ و ۷۰ گسترش یافته و شهرت پیدا کرد و از همان جا به ایجاد مراکز اجتماع درمانی دیگری نیز منجر گشت که البته بسیاری از مراکز بعدی با دید انتقادی سختی به سینانون نگاه کردند (اوبرین<sup>۳</sup> و دولین<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷).

عناصر اصلی درمانی در سینانون را در نگاهی پس‌نگرانه می‌توان چنین تشریح کرد:

#### الف - خانواده جایگزین<sup>۵</sup>

ایجاد خانواده‌ای گسترده برای کسانی که اکثریت آنها از خانواده‌های مختل و روابط آسیب‌شناختی داخل خانوادگی رنج می‌بردند. دودریچ این روند را چنین توصیف می‌کرد: فرد از نو در این خانواده به دنیا می‌آید و مراحل رشد تا بلوغ را به سرعت می‌گذارند. وی اعتقاد شدیدی داشت که ساختار خانوادگی اتوکراتیک (قدرت تک محوری) برای دوره بهبودی فرد معتاد الزامی است.

---

1 - Charles E. Dederich

2 - Synanon

3 - O'Brien

4 - Devlin

5 - substitute family

ب- رهبری فرهمند (کاریزماتیک)، شخصیت محکم و قابل اعتماد

قدرت و کلمات کوتاه رهبر در تعیین مسیر بهبودی و ایمان معتادان به وی، از مهمترین ابزارهای تغییرات رفتاری معتادان به شمار می‌رفت. در واقع بسیاری از تحلیل‌گران آن را درمان انتقالی<sup>۱</sup> نامیده‌اند.

ج- شکل دهی رفتار - سیستم پاداش

طبقه بندی سطوح اجتماعی داخل سینانون و افزایش سطح قدرت، مسئولیت و ارزش فرد در سیستم، ناشی از بهبودی وی و بروز مسئولیت پذیری و کنترل برخورد، در هر طبقه بالاتر از اجتماع، حقوق ویژه‌ای برای افراد ایجاد می‌کرد که در درجات پایین‌تر نداشتند.

د- شکل دهی رفتار - مدل ناهماهنگی<sup>۲</sup> و روش‌های ویژه

به‌عنوان اجزای مهمی از بازپروری بر خلاف گروه‌های (AA)، از رویارویی‌های شدید و استرس‌زا با معتاد، استفاده می‌کردند. برخی از روش‌های رایج شامل حمله<sup>۳</sup>، مواجهه<sup>۴</sup>، ناکامی<sup>۵</sup> و صندلی داغ<sup>۶</sup> بود. البته در روش صندلی داغ بر خلاف روش‌های قبلی از پله چهارم مراحل دوازده گانه (AA) الهام گرفته شده بود (دوویکو، ۱۹۹۶).

اولین مرکز TC غیرسینانون با ساختاری کمی متفاوت با نام دی تاپ لورج<sup>۷</sup> در سال ۱۹۶۳ در نیویورک ایجاد شد و توسط سه نفر به نامهای اوبرین، دیچ<sup>۸</sup> و کاسریل<sup>۹</sup> هدایت شد. افزایش آژانس‌های TC در اوایل دهه ۷۰ در آمریکا، به ایجاد مؤسسه‌های جوامع درمانی آمریکا (TCA)<sup>۱۰</sup> منجر شد و در همان دهه آژانس‌های مشابه در اروپا و خاور دور ایجاد شدند. گروه‌های جمعیتی ویژه TC در آمریکا شامل زنان، افراد ناقل AIDS، نوجوانان باردار،

1 - transference cure

2 - dissonance

3 - attack

4 - confrontation

5 - frustration

6 - hot seat

7 - Daytop lodge

8 - Ditch

9 - Casrill

10 - Therapeutic Communities of America (TCA)

بی‌خانمانها، بیماران غیر قابل درمان، سوء مصرف کنندگان مواد مخدر، مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه، زندانی‌ها در گروههای خاص و خانواده‌های معتادان می‌باشند. جمعیت معتاد مورد حمایت TCها در آمریکا تغییرات عمده‌ای نسبت به ۳۰ سال گذشته داشته است. تغییرات الگو و ماده مصرفی در این مدت از تریاک و هروئین به الکل، کوکائین و تحریک‌کننده‌ها، ساختار درونی TCها را تحت تأثیر قرار داده است (به نقل از فتحی پور مقدم، ۱۳۷۸).

### دیدگاه TC در درمان اعتیاد

TC از سایر روش‌های درمانی ترک اعتیاد به دو علت اساسی متمایز است: اول اینکه TC رویکردی نظام‌مند ارائه می‌دهد و دیدگاهی خاص نسبت به مفاهیم "اختلال"، "شخص"، "بهبودی" و "زندگی سالم" دارد. دوم اینکه اولین درمانگر و معلم در TC خود "اجتماع" است و محیط اجتماعی، هم گروهها و اعضای کادر درمانی را شامل می‌شود. اجتماع هم بافتی است که تغییر رفتاری در آن صورت می‌گیرد و هم ایجاد کننده تغییر رفتاری است (دی لئون<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵).

### الف - دیدگاه TC نسبت به ماهیت اختلال

TC سوء مصرف ماده را به عنوان یک اختلال کامل در شخص از جنبه‌های شناختی، رفتاری و خلقی، همراه با مشکلات طبی، تفکر بهم ریخته یا غیرواقع بینانه، سیستم ارزش‌گذاری‌های مختل یا از بین رفته و یا ضد اجتماعی می‌داند. "وابستگی فیزیولوژیک" پدیده‌ای ثانویه به کل شرایط مؤثر بر شخص تلقی می‌شود، بنابراین مشکل یا مسئله اصلی خود "شخص" است نه دارو. اعتیاد علامت است و نه ذات اختلال. در TC، سم‌زدایی شیمیایی، شرط وارد شدن به TC است و نه هدف آن. هدف توانبخشی، ایجاد شرایط زندگی بدون دارو است.

ب- دیدگاه TC نسبت به شخص

جدا از الگوهای مصرف دارو، اشخاص از ابعاد اختلال عملکرد روانی و نقایص اجتماعی تمایز داده می‌شوند. گروه بزرگی از مراجعان، هرگز سطح توانایی‌ها و عملکرد عادی اجتماعی را کسب نکرده‌اند و بیشتر اوقات آنها از بخش تضعیف شده اجتماعی هستند که مصرف مواد در آنجا واکنشی اجتماعی است و نه علامتی ناشی از یک اختلال روانی. در گروه دیگری از مراجعان، مصرف مواد به وضوح ناشی از یک آسیب شناسی روانی، اختلال شخصیت و امثال آن است. صرف نظر از اختلاف طبقه اجتماعی، معتادان شباهت‌هایی نیز با هم دارند. همه آنها مشکلاتی در فرآیند اجتماعی شدن، مهارت‌های عاطفی - شناختی و رشد روانی دارند که در رفتارهای غیر بالغانه، اعتماد به نفس ضعیف، اختلال منش و جنبه‌های ضد اجتماعی رفتاری خود را نشان می‌دهند. تظاهرات شایع دیگر شامل ظرفیت پایین در تحمل ناراحتی، ناتوانی در کنترل هیجانات، کنترل تکانه ضعیف، قضاوت و واقعیت‌سنجی مختل، دروغ‌گفتن‌ها، بازی دادن اطرافیان، اختلال در رفتارهای سازگاری، عدم مسئولیت‌پذیری شخصی و اجتماعی می‌باشند.

ج- دیدگاه TC نسبت به زندگی سالم

مفهوم زندگی سالم با ابراز صداقت در کلام و رفتار، مسئولیت‌پذیری، انکس، اقتصادی به خود و حس مسئولیت در مقابل گروه، خانواده و اجتماع تعریف می‌شود. TC به مراجع می‌آموزد که رشد شخصیتی، توانایی‌های اجتماعی و کمک به خود را از "اینجا و اکنون" آغاز کند و از گذشته فقط به عنوان درک چگونگی اختلال موجود رفتاری، کمک بگیرد.

د- دیدگاه TC نسبت به بهبودی

هدف درمان همه جانبه است. بهبودی فرآیندی رشدی است که مراحل پشت سر هم باعث تسریع و پیدایش پله بعدی تغییر است. روش درمان باید متوجه حفظ و نگهداری انگیزش باشد. درمان TC در قالب ارتباط با هم گروه و پرسنل، رژیم روزانه کاری، جلسه‌ها و

سمینارها، برنامه تفریحی، همگی به درگیری مختارانه فرد نیاز دارد. بهبودی فقط در قالب اینکه چه چیزی باید آموخته شود اتفاق نمی‌افتد بلکه چطور، در کجا و با چه کسی قابل آموزش است و همچنین آگاهانه انتخاب می‌شود. این فرض بر پایه نقش اجتماع به عنوان درمانگر و معلم است.

#### هـ اجتماع به عنوان روش

وجه مشخصه اصلی TC استفاده هدفمند از اجتماع، به عنوان اولین روش تسهیل تغییر روانی و اجتماعی به شرح زیر است:

- استفاده از بازتاب‌های رفتاری اعضاء گروه
- استفاده از مفهوم عضویت در گروه به عنوان نقش‌های مدل
- استفاده از فرمول‌های گروهی برای تغییرات فردی
- استفاده از هنجارها، ارزش‌های مشترک و ایجاد امنیت در اجتماع
- استفاده از ساختار و سیستم اجتماعی - شغلی و جایگاه خاص فرد در آن
- استفاده از امکان بیان آزاد حس درونی و سهم شدن آن در گروه

#### ساختار TC

اجتماع TC مرز مشخص و جدای از محیط دارد. برنامه‌های TC در فضای فیزیکی و جایگاه خاص اجرا می‌شوند و جدا از سایر برنامه‌های سازمانی و واحدهای دارودرمانی هستند. در شرایط پانسیون و یا زندان، مراجع بطور شبانه روزی تا چند ماه در اجتماع زندگی می‌کند قبل از آنکه به طور محدود اجازه ارتباط با دنیای خارج داشته باشد. در مراکز روزانه و غیر شبانه روزی، محیط TC، ۴-۸ ساعت در روز بوده و سپس الگوهای رفتاری هم در محیط خانواده و هم در گروهها کنترل می‌شوند (وکسلر<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵).

### طرح مرحله‌ای<sup>۱</sup> در TC

علت طرح برنامه سطح بندی شده برای بازپروری فرد معتاد و ترک سوء مصرف ماده آن است که اصولاً رفتار سوء مصرف به تدریج قابل تغییر است و در هر مرحله الگوهای رفتاری و مهارت‌های سالم آموخته شده جای پای محکمی برای فرد ایجاد می‌کند تا در جهت تغییر سایر رفتارها قدم بردارد. هدف پله‌های اولیه در "طرح مرحله‌ای" ایجاد وابستگی به TC، ساختار برنامه و پرسنل اجتماع است که در عین حال، در طی آن، تصویر قبلی فرد از خود و انتظارات منفی، شروع به کاهش می‌کند. ادامه درمان در مراحل بعدی، رفته رفته "فردی" تر شده و از استعدادهای فرد در جهت ایجاد اعتماد به نفس و ارائه تصویری جدید از خود، حمایت می‌شود. جزء دیگر از کل برنامه آشنا شدن و عادت کردن به برنامه "دوازده قدمی AA" می‌باشد. طرح کلی برنامه که در زیر توصیف می‌شود، در مراحل پیشرفته با نیازهای درمانی کاملاً فردی شده، ترکیب می‌شوند:

#### مرحله ۱: آشنایی<sup>۲</sup> (ماههای صفر الی ۳ برای اکثر ساکنین)

این مرحله خود را با اهداف برنامه، قوانین اجتماع، فرآیند گروه و اصطلاحات رایج در اجتماع آشنا می‌سازد، همچنین فرد با فعالیت دوازده قدمی (AA) آشنا می‌شود. در دو هفته اول از این مرحله ارزیابی‌های اولیه از فرد صورت می‌گیرد. این ارزیابی‌ها بطور غالب در جنبه‌های روان شناختی، توانایی‌های شغلی و تحصیلی است. آموزش مدرسه‌ای داخل اجتماع نیز در این مرحله برای فرد آغاز می‌شود.

#### مرحله ۲: درمان اولیه<sup>۳</sup> (ماههای ۳ الی ۱۲)

در این مرحله توجه به مقوله‌های کنترل فردی، الگوهای رفتاری، مسائل خانوادگی، تحصیلی، شغلی و شیوه سوء مصرف مواد مخدر متمرکز است. نوآوری و طرحهای خودجوش

---

1 - phase plan  
2 - orientation  
3 - primary treatment



در این مرحله باید بررسی شوند و مورد حمایت قرار گیرند. درک قدم‌های دوازده گانه (AA) در این مرحله بطور کامل مورد انتظار است.

مرحله ۳: مرحله پیش از ورود مجدد به جامعه<sup>۱</sup> (ماههای ۶ الی ۱۵)

این مرحله معطوف به فعالیت‌هایی است که هویت فردی را جهت بازگشت به زندگی عادی اجتماعی آماده می‌سازد. توجه خاص فرد و کادر مسئول به تأمین شبکه‌های حمایتی کاری، تحصیلی، خانوادگی و اجتماعی است. موضوع اضطراب جدایی و پسرقت به الگوهای رفتاری قدیمی در این مرحله مورد توجه است. همچنین ادامه کار با آموزه‌های دوازده گانه (AA) پیگیری می‌شود.

مرحله ۴: ورود مجدد<sup>۲</sup> (ماههای ۱۲ الی ۱۸)

هدف این مرحله ایجاد محیط حمایتی - مشاوره‌ای شغلی، تحصیلی و دوباره اجتماعی شدن مجدد فرد است. اکثر اوقات فرد برای یافتن محیط سالم و حمایتی در روابط اجتماعی صرف می‌شود. در این مرحله شرکت در گروه‌های درمانی و آموزه‌های دوازده گانه (AA) در خارج از اجتماع ادامه می‌یابد.

مرحله ۵: مرحله پس از دوره درمانی<sup>۳</sup> (تا ۶ ماه پس از ترخیص)

هدف این مرحله تثبیت و تداوم زندگی سالم بدون دارو است. در این دوره خانواده درمانی و گروه درمانی انتخابی ادامه می‌یابد و افراد حداقل در هر دو ماه یک آخر هفته را با اجتماع می‌گذرانند (بلیبرگ<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۴؛ NIDA، ۱۹۹۴؛ و کسلر، ۱۹۹۵؛ اوبرین و دولین، ۱۹۹۷؛ پرکینسون، ۱۹۹۷).

---

1 - pre re-entry  
2 - re-entry  
3 - after care  
4 - Bleiberg

### شواهد پژوهشی اثربخشی TC در درمان اعتیاد

برنامه TC برای مراجعانی که نسبت به سایر درمانها مقاوم هستند، بسیار مناسب است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مراجعانی که به مدت طولانی در TC مانده‌اند، پیش‌آگهی بهبودی‌شان بهتر است. ماندن شش ماه یا بیشتر در TC، پیش‌بینی کننده مثبتی برای آینده مبتنی بر پرهیز است (اوبرین و دولین، ۱۹۹۷؛ لووینسون<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۷).

تومبورو<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۸؛ به نقل از UNDCP، ۲۰۰۲) پیامدهای درمانی خوبی را در یک نمونه از معتادان استرالیایی که تحت درمان TC قرار داشتند گزارش نمودند.

مظهری، ابراهیمی و مختاری (۱۳۸۱) در بررسی میزان تأثیر مرکز TC اصفهان در درمان اعتیاد گزارش دادند که از مجموع ترخیص شدگان از مرکز TC ۵۱٪ بازگشت یا لغزش نداشتند، ۳۱٪ دچار لغزش شده‌اند و ۱۸٪ بازگشت داشته‌اند. بین رتبه‌ای که مقیمان در مرکز از طریق تیم درمان دریافت نمودند و میزان پاکی آنها رابطه معنی‌داری وجود داشت. میزان سازندگی کسانی که هروئین مصرف می‌کردند بیشتر از کسانی بود که الگوی مصرف آنها تریاک بود. بین شیوه مصرف مواد و میزان ماندگاری در مرکز TC رابطه معنی‌داری وجود داشت. ماندگاری کسانی که شیوه مصرف آنها تزریقی و خوردنی بود بیشتر از کسانی بود که از راه تدخین و انفیه مواد را مصرف می‌کردند. بین سطح تحصیلات و وضعیت مقیمان از لحاظ انصراف تبعید و ترخیص رابطه معنی‌داری وجود داشت.

### خانواده درمانی

خانواده اولین نهاد اجتماعی و از ارکان عمده و اساسی هر جامعه است که شالوده حیاتی زندگی فرد و کانون شکل‌گیری اندیشه، ارزش‌ها و روابط انسانی است. خانواده درمانی در درمان مشکلات معتادان به‌عنوان یک درمان فرعی با ارزش و در کنار روش‌های دیگر استفاده می‌شود. دیدگاه خانواده درمانی مبتنی بر این واقعیت است که انسان مجزا و منفک از سایرین

---

1 - Lowinson

2 - Toumbouro

## رویکردهای روانشناختی در درمان اعتیاد / ۳۵

نیست، عضوی است که با گروه اجتماعی در کنش و واکنش است، آنچه واقعیت محسوب می‌شود، بسته به عناصر داخلی و خارجی است (مینوچین<sup>۱</sup>، ۱۳۷۳).

### اهداف خانواده درمانی

اهداف خانواده درمانی عبارتند از موارد زیر:

- ۱- بهبود روابط و همبستگی خانوادگی برای ترغیب به درمان و پیشگیری از عود
- ۲- شناخت نگرش‌های فعلی بیمار در مورد مواد مخدر
- ۳- افزایش سازگاری اجتماعی و شغلی بیمار
- ۴- کاهش ارتباطات بیمار با همسالان مصرف کننده مواد
- ۵- حفظ روابط زناشویی (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۱).

### مراحل درمان در خانواده درمانی

مراحل درمان در خانواده درمانی عبارتند از:

#### ۱- تعریف مسئله و مذاکره برای قرارداد درمانی

در این مرحله سوء مصرف مواد به عنوان مشکل اصلی خانواده تعریف می‌شود و اهداف درمانی با اولویت اول به کمک سوء مصرف کننده مواد برای پرهیز، مشخص می‌شوند.

#### ۲- ایجاد زمینه برای زندگی بدون مواد

افراد خانواده به شرکت در برنامه‌های دوازده قدمی بستگان مانند (Nar-Anon) تشویق می‌شوند و یا تشکیل گروه‌های خودیاری همسران و مادران معتادان ایجاد می‌شود. پرداختن به فقدان‌ها و سوگ در این مرحله و مراحل بعد، بر روی تثبیت پرهیز از مصرف، بسیار مهم است.

### ۳- قطع مصرف

در گیر کردن تمام اعضای خانواده در فرآیند درمان می‌تواند برای مثال به صورت برقراری برنامه‌های ساعتی مراقبت و نظارت بیمار باشد. تلاش زیادی صرف پیشگیری از لغزش و شناسایی مواقع پرخطر قبل از وقوع آن می‌شود.

### ۴- ادامه بحران و پایدارسازی خانواده

در این مرحله به خانواده توضیح داده می‌شود که تغییر نیازمند زمان است و تغییر الگوهای ارتباطی درون خانواده الزامی است. در این مرحله به‌جز سعی در حل بحران می‌توان اعضای خانواده را به شرکت در گروه‌های خودیاری<sup>۱</sup> تشویق کرد.

### ۵- مرحله بازآرایی<sup>۲</sup> و بهبود

در این مرحله بر ایجاد ارتباطات بهتر درون خانواده تأکید می‌شود. به دنبال پاک‌سازی و پایداری معتاد سابق، درمان به تکوین یک رابطه زناشویی بهتر، ارتباط رضایت بخش والد - فرزندی و شاید مواجهه با عوامل دراز مدت مرتبط با هم وابستگی<sup>۳</sup> در خانواده می‌پردازد. به این فرآیند "بازآرایی خانواده" هم اطلاق می‌شود. در این مرحله تعادل و توازن نقش‌ها، حل مسائل قدرت و کنترل، تأکید بر ساختارهای مورد مباحثات در هر دو همسر، دستیابی به درجاتی از نزدیکی و تعلق که دلخواه آنهاست و مدیریت بحران در جهت حل سایر مشکلات، توصیه می‌گردد.

### ۶- خاتمه درمان

در این مرحله باید مشکلات جدی ساختاری و کارکردی که به تداوم مصرف مواد دامن زده‌اند، جای خود را به قواعد، نقش‌ها و الگوهای تعاملی جدید خانوادگی بدهند. درمان را زمانی می‌توان خاتمه یافته تلقی کرد که تغییر رفتار اعتیادی به وقوع پیوسته و برای مدت نسبتاً

---

1 - self-help  
2 - reorganization  
3 - co-dependency

طولانی حفظ شده باشد (استانتون<sup>۱</sup> و هیث<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷؛ به نقل از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۱).

در ادامه مبحث خانواده درمانی به هم وابستگی، دیدگاه سیستمی و برنامه تقویت خانواده (SFP)<sup>۳</sup> در درمان اعتیاد پرداخته می‌شود.

### هم وابستگی

هم وابستگی مفهوم بسیار مهمی در درمان وابستگی شیمیایی و یکی از مفاهیم بنیادین توانبخشی معتادان است. اهمیت آن به این لحاظ است که ادراک مردم را نسبت به نوع کمکی که به فرد وابسته به مواد شیمیایی ارائه می‌دهند، شکل می‌دهد و بر نوع درمانی که افراد معتاد دریافت می‌کنند اثر می‌گذارد. برخی معتقدند که هم وابستگی اشاره به نظام خانواده‌ای دارد که یکی از اعضای آن به مصرف موادی وابسته شده است و خانواده خود را در کنار این وابستگی سازمان داده و به این دلیل که تعادل حیاتی خانواده نیازمند به بقا وجودیش بوده است، همه اعضای خانواده به نوعی به مواد وابسته یا هم وابسته شده‌اند (والن<sup>۴</sup>، ۱۹۹۳).

بنابراین هر فرد آشنا و با اهمیت در زندگی فرد وابسته به مواد شیمیایی مثل همسر، والدین، فرزند و یا دوست که مشغولیت ذهنی فوق العاده‌ای با فرد وابسته به مواد شیمیایی داشته باشد و به او یا هدفی به لحاظ عاطفی، اجتماعی و بعضی اوقات جسمی وابسته باشد، هم‌وابسته نامیده می‌شود. سرانجام این وابستگی، وضعیت بیمار گونه‌ای را موجب می‌شود که بر روابط فرد هم وابسته با دیگران اثر می‌گذارد (گیلی لاند<sup>۵</sup> و جیمز<sup>۶</sup>، ۱۹۹۳).

طبق بررسی‌های به عمل آمده فرزندان خانواده‌های الکلی به عنوان آسیب پذیرترین اعضای خانواده که نیازهای درمانی خاصی داشته‌اند، آغازگر گسترش مفهوم هم وابستگی بوده‌اند. در ادبیات مربوط به دوازده قدم گروه‌های خودیاری دو واژه هم وابستگی و تواناساز<sup>۷</sup>

---

1 - Stanton  
2 - Heath  
3 - Strengthening Families Program (SFP)  
4 - Wallen  
5 - Gilliland  
6 - James  
7 - enabler

از اهمیت بسیاری برخوردار هستند بطوریکه این دو واژه را می‌توان انعکاسی از فرهنگ و آداب دوازده قدم و دریچه این آداب به جهان بیرون دانست (هارکنز<sup>۱</sup> و کوترل<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷). ویگشاید<sup>۳</sup> (۱۹۸۵) به پنج علامت درهم وابستگی اشاره می‌کند که عبارتند از: باورهای نادرست<sup>۴</sup>، وسواس‌های عملی<sup>۵</sup>، احساس‌های سرد و منجمد<sup>۶</sup>، خودکم‌ارزش‌انگاری<sup>۷</sup> و مشکلات پزشکی (به نقل از معصومیان، ۱۳۷۸).

در درمان هم وابستگی از گروه‌های خودیاری شامل گروه خانواده و آشنایان معتادان (Nar-Anon) یا (Al-Anon) همراه با اصول دوازده قدمی آنها، گروه هم وابستگان گمنام (CA)<sup>۸</sup> و گروه درمانی استفاده می‌شود (بیپکو<sup>۹</sup>، ۱۹۹۱؛ به نقل از لووینسون و همکاران، ۱۹۹۷).

#### دیدگاه سیستمی خانواده درمانی در درمان اعتیاد

یکی از نظریات خانواده درمانی دیدگاه سیستمی است. در این دیدگاه هر عنصری وابسته به محیط خود و سایر عناصر سیستمی است که خود جزئی از آن است. رفتار فرد تابعی از کل سیستم و رفتار سایر اعضاء و عناصر است. رفتار اعضای خانواده به گونه‌ای است که تعادل سیستم حفظ می‌شود. رفتار هر فرد در داخل سیستم نقش کارساز دارد و لازمه تعادل سیستم است، حتی اگر این رفتار نابهنجار باشد. این موضوع بدان معنی است که اگر رفتار عضوی از خانواده، غیرعادی است، همین رفتار غیرعادی، جزء لازم تعادل خانواده است. لذا درمان و یا هر عامل دیگری که این رفتار را تغییر دهد، خانواده با آن مقابله می‌کند تا مجدداً تعادل برقرار شود. به همین دلیل است که وقتی یک فرد معتاد پس از درمان نزد خانواده

---

1 - Harkness  
 2 - Cotrell  
 3 - Wegscheider  
 4 - delusion  
 5 - compulsions  
 6 - frozen  
 7 - low self-worth  
 8 - Codependents Anonymous (CA)  
 9 - Bepko

برمی‌گردد، بیماری او عود می‌کند. بنابراین نشانه‌های مرضی بیمار لازمه تعادل سیستم است (ثنایی ذاکر، ۱۳۷۳).

اعتیاد یک وسیله تنظیم کننده تعادل در زندگی زناشویی است که زن و شوهر را از توجه و پرداختن به مشکلات خویش باز می‌دارد. وقتی یک عضو خانواده به مواد مخدر معتاد است، این عامل مرکز ثقل کارکرد نظام خانواده می‌شود. بر اساس نظر کافمن مصرف مواد مخدر هم یک سیستم نگهدارنده و هم یک طرح نگهداشته شده است (کارلسون<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۳۷۸).

مصرف مواد مخدر "یک سیستم نگهدارنده" است. بدین معنی که روشی به خانواده ارائه می‌دهد تا از الگوی متعارف تعامل با این شیوه حمایت کند. در یک بررسی تعدادی زوج را که در میان آنها یک فرد معتاد به الکل وجود داشت، مورد مطالعه قرار دادند. نتایج نشان داد که در بیشتر موارد رفتارهای وابسته به الکل، به عنوان یک هدف نظامدار، از طریق کمک به خانواده برای مقابله با مشکلات زندگی روزانه، حداقل به طور موقت، به کار می‌رود. خواه این مشکلات درونی باشد یا بیرونی، افراد معتقد بودند که فقط زمانی می‌توانند با آن مقابله کنند که الکل در دسترس باشد. هنگامی که مشکلات پیدا می‌شود و تنش‌ها فزونی می‌یابد، مستی پاسخی است که به سیستم اجازه می‌دهد تا از نو ثباتی پیدا کند (استین<sup>۲</sup> و همکاران، بی تا؛ به نقل از کارلسون و همکاران، ۱۳۷۸).

افراد خانواده روش‌های همخوانی را برای انطباق با مواد مخدر موجود در درون سیستم پیش می‌گیرند و رفتارهایی را ادامه می‌دهند که مصرف مواد در بیمار شناخته شده، همچنان تداوم می‌یابد. به عنوان مثال اعضای خانواده، اغلب فرد معتاد را از انجام مسئولیت‌های عادی رها می‌سازند. این الگو به واحد خانواده اجازه می‌دهد که دست نخورده باقی بماند، همچنین اجازه می‌دهد و حتی تشویق می‌کند که مصرف مواد در نهایت شدت همچنان ادامه یابد (کارلسون و همکاران، ۱۳۷۸).

---

1 - Karlson  
2 - Stein

اعتیاد نشانگر مقطعی خاص در یک مدار ارتباطی است که با ماهیت نظم دهنده خویش، تعادل موجود در خانواده را استحکام بخشیده و بدین وسیله مانع جدایی زن و شوهر از یکدیگر خواهد گشت. زمانی که نارضایتی بین زوجین به وجود می آید، فرزند خانواده به عنوان تنظیم کننده روابط در پسخوراند سیستم خانوادگی عمل می نماید. لذا خانواده هم در پیدایش و هم در تداوم اعتیاد به مواد مخدر دارای نقش اساسی است. یعنی خانواده خود جزیی اساسی از این بیماری است و بدون آن، این بیماری اساساً بروز نمی کند. در صورت لحاظ نکردن خانواده فرد معتاد در فرآیند درمان، هر گونه اقدام درمانی باعث شکست درمان و بازگشت مجدد فرد معتاد به اعتیاد خواهد بود (چیریلو<sup>۱</sup>، ۱۳۷۹؛ مهدیزادگان و آتش پور، ۱۳۷۷).

#### برنامه تقویت خانواده (SFP)

SFP برنامه‌ای قوی و جامع برای ایجاد تغییر در خانواده‌ها و بر پایه جدیدترین پژوهش‌ها استوار می‌باشد. این برنامه از طرف NIDA به عنوان تنها برنامه مربوط به خانواده، در برنامه‌های انتقال تکنولوژی پیشگیری، منتشر شده است. SFP بر اساس تئوری سوء مصرف مواد مخدر و مدل اکولوژیکی - اجتماعی سوء مصرف مواد مخدر جدید به وسیله نوجوانان و جوانان طرح ریزی شده است. این مدل‌ها پیشنهاد می‌کنند که محیط خانواده یک عامل مهم در بازداشتن نوجوانان و جوانان از مصرف مواد مخدر و الکل است. بهبود روابط والدین و فرزندان مهمترین هدف هر برنامه پیشگیری و آموزشی است.

SFP نتایج مثبتی شامل کاهش استفاده و قصد استفاده از الکل، دخانیات و سایر مواد مخدر، داشته است. تأثیرات مثبت این برنامه در ایالت دیترویت، منطقه روستایی آلاباما، آفریقایی آمریکایی‌ها (سیاهپوستان)، پورتوریکویی‌ها (پرتغالی و اسپانیایی)، آسیایی اقیانوسیه‌ای، سرخپوستان آمریکایی و خانواده‌های روستایی کم درآمد گزارش شده است (NIDA، ۲۰۰۲).



### شواهد پژوهشی اثربخشی خانواده درمانی در درمان اعتیاد

متغیرهای گوناگونی بر شروع، تداوم و درمان مصرف مواد تأثیر می‌گذارند. در پژوهش‌های بالینی، متغیرهای چندی به منزله متغیرهای پیش‌بین در این زمینه بررسی شده‌اند و تأثیر آنها بر مصرف مواد تأیید شده است (نیوکامب<sup>۱</sup>، ۱۹۹۲؛ نیوکامب و ریچاردسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). لتیری<sup>۳</sup> (۱۹۸۵) این متغیرها را به چهار دسته تقسیم کرده است:

۱- محیط فرهنگی-اجتماعی

۲- عوامل بین شخصی (خانواده، مدرسه و همسالان)

۳- متغیرهای روانی-رفتار (شخصیت، بازخوردها و فعالیت‌ها) و

۴- تأثیرات زیستی-ژنتیکی (لتیری، ۱۹۸۵؛ نیوکامب، ۱۹۹۵؛ هاو کینز<sup>۴</sup>، کاتالانو<sup>۵</sup> و

میلر<sup>۶</sup>، ۱۹۹۲؛ به نقل از نیوکامب و ریچاردسون، ۲۰۰۰).

متغیرهای خانوادگی از طریق فرآیندهای اجتماعی شدن درون خانوادگی، سرمشق‌گیری و تقلید از رفتار والدین، تقویت اجتماعی، شیوه‌های کنترل اجتماعی و انضباطی والدین، بر آمادگی فرزندان برای مصرف مواد اثر می‌گذارند (نیوکامب و ریچاردسون، ۲۰۰۰). گسستگی خانواده، کیفیت روابط والدین-کودک، حمایت والدین، بازخوردها و محدودسازی‌های والدین در مورد مصرف مواد نیز از متغیرهای شناخته شده هستند (نیوکامب و بنتلر<sup>۷</sup>، ۱۹۸۸ a, b؛ جانسون<sup>۸</sup> و همکاران، ۱۹۹۰؛ به نقل از همان منبع).

هاو کینز و همکاران (۱۹۹۲) برای خانواده‌های افراد معتاد سه وضعیت قائل شده‌اند:

۱- مدیریت ضعیف، متناقض و ناپایدار خانواده

۲- درگیری‌های خانوادگی

۳- پیوندهای ضعیف خانوادگی (به نقل از نیوکامب و ریچاردسون، ۲۰۰۰).

---

1 - Newcomb  
2 - Richardson  
3 - Lettieri  
4 - Hawking  
5 - Catalano  
6 - Miller  
7 - Bentler  
8 - Johnson

اقتدارگرایی، انضباط متناقض و سست والدین، کیفیت ضعیف و نامناسب، تعامل والدین با فرزندان، آرزوها و انتظارات پایین برای فرزندان از ویژگی‌های مدیریت ضعیف خانوادگی به‌شمار می‌روند. تعارض خانوادگی نیز به شکل‌های متفاوت؛ ناهمسازی، درگیری‌های زناشویی و جدایی را افزایش داده، اعتماد شخصی و مهارت‌های اجتماعی فرزندان را کاهش می‌دهد و آنها را با خطر پناه بردن به مواد، در رویارویی با این استرس‌ها روبرو می‌سازد (ریچارسون، ۱۹۹۳؛ نیوکامب و هارلو<sup>۱</sup>، ۱۹۸۶؛ به نقل از بشارت، میرزمانی و پورحسین، ۱۳۸۰). روابط خانوادگی گرم، صمیمی و حمایتگر فرزندان را از افتادن به دام مواد دور می‌کنند (نیوکامب و ریچارسون، ۲۰۰۰).

بشارت و همکاران (۱۳۸۰) نقش متغیرهای خانوادگی را در شروع مصرف مواد مورد بررسی قرار دادند. آزمودنی‌ها شامل ۲۴ مرد معتاد به مواد مخدر بودند که طی یک دوره دو ساله به یک مطب خصوصی مراجعه کرده بودند. نتایج نشان داد که مصرف مواد با کیفیت روابط خانوادگی، حمایت افراطی والدین و وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانواده رابطه دارد. سایر پژوهشگران نیز معتقدند که اعتیاد به مواد مخدر و سوء مصرف داروها، ارتباط بسیار نزدیکی با رفتارها، ارزش‌ها و فرهنگ حاکم بر خانواده و الگوی خانوادگی رفتارهای متقابل در میان اعضای خانواده فرد معتاد دارد. روابط خانوادگی ضعیف نقش مهمی در ابتلاء افراد به سوء مصرف مواد ایفا کرده است (سووبانی<sup>۲</sup>، ۱۹۸۲؛ به نقل از گودرزی، زرنقاش و زرنقاش، ۱۳۸۳). پژوهش‌های متعدد نشان داده است که ادراک یک رابطه صمیمی و حمایت‌کننده از طرف خانواده با سطوح مصرف الکل یا مواد به‌طور معکوسی ارتباط دارد (لی<sup>۳</sup>، ۱۹۸۳؛ استریت<sup>۴</sup>، هالستد<sup>۵</sup> و پاسکال<sup>۶</sup>، ۱۹۷۴؛ به نقل از گودرزی، زرنقاش و زرنقاش، ۱۳۸۳). بر عکس، اگر تلقی فرد این باشد که یکی یا هر دو والدین، از سایر اعضای خانواده

---

1 - Harlow  
2 - Svobodny  
3 - Lee  
4 - Streit  
5 - Halsted  
6 - Pascale

جدا هستند، سطح مصرف دارو افزایش پیدا می‌کند (فریسن<sup>۱</sup>، ۱۹۸۳؛ به نقل از همان منبع). بطور کلی، نزدیکی یا دوری افراطی اعضای خانواده از هم با افزایش مصرف مواد مرتبط است. (بروک، لوکاف<sup>۲</sup> و وایت من<sup>۳</sup>، ۱۹۸۰؛ به نقل از همان منبع).

پژوهش‌های دیگری نشان داده‌اند که خانواده‌های افراد مبتلا به سوء مصرف مواد نسبت به خانواده‌های افراد سالم عدم انعطاف بیشتری را در تصمیم‌گیری و حل تعارض نشان می‌دهند (اسمارت<sup>۴</sup> و چیبوکاس<sup>۵</sup>، ۱۹۹۰؛ به نقل از گودرزی و همکاران، ۱۳۸۳). انطباق‌پذیری و انعطاف‌پذیری خانواده‌های افراد سالم بیشتر از خانواده‌های افراد معتاد به الکل یا مواد است (دنتون<sup>۶</sup>، ۱۹۹۴؛ به نقل از همان منبع). فقدان حمایت در خانواده نیز در شروع مصرف مواد در افراد مؤثر است (تولون<sup>۷</sup> و درموت<sup>۸</sup>، ۱۹۷۵؛ آدلر<sup>۹</sup> و لوتیکا<sup>۱۰</sup>، ۱۹۷۳؛ و کسلر<sup>۱۱</sup> و تام<sup>۱۲</sup>، ۱۹۷۳؛ به نقل از همان منبع). سطوح مصرف مواد و الکل در خانواده‌های دارای ساختار غیر منعطف که به سایر افراد امکان انحراف یا استقلال کمی می‌دهند بیشتر است و بر عکس در خانواده‌هایی که در برابر استرس انعطاف پذیرترند، سطوح مصرف مواد و الکل پایین‌تر است (کاتر<sup>۱۳</sup> و فیشر<sup>۱۴</sup>، ۱۹۸۰؛ کافمن، ۱۹۸۱؛ به نقل از همان منبع). محیط خانواده افراد سوء مصرف کننده مواد خصمانه (پندینا<sup>۱۵</sup> و شوله<sup>۱۶</sup>، ۱۹۸۳؛ به نقل از همان منبع)؛ فاقد درک (هامبرگ<sup>۱۷</sup>، کریمر<sup>۱۸</sup> و انکی<sup>۱۹</sup>، ۱۹۷۵؛ ریز<sup>۲۰</sup> و ویلبرن<sup>۱</sup>، ۱۹۸۳؛ به نقل از گودرزی و

- 
- 1 - Friesen
  - 2 - Lukoff
  - 3 - Whiteman
  - 4 - Smart
  - 5 - Chibucos
  - 6 - Denton
  - 7 - Tolone
  - 8 - Dermoth
  - 9 - Adler
  - 10 - Lotecka
  - 11 - Wechsler
  - 12 - Thum
  - 13 - Cutter
  - 14 - Fisher
  - 15 - Pendina
  - 16 - Schuele
  - 17 - Hamburg
  - 18 - Kraemer
  - 19 - Jahnke
  - 20 - Rees

همکاران، ۱۳۸۳) می‌باشد. چنین احساساتی ممکن است در کشیده شدن فرد به سوی اعتیاد مؤثر واقع شود.

میزان رابطه مثبت خانواده‌های افراد سوء مصرف کننده مواد کمتر از خانواده‌های افراد عادی است و در خانواده‌های افراد غیرمصرف کننده مواد آزادی بیان و همکاری بیشتر و مشارکت متوازن تری نسبت به خانواده‌های افراد سوء مصرف کننده مواد وجود دارد (گاتمن<sup>۲</sup>، ۱۹۷۸؛ به نقل از گودرزی و همکاران، ۱۳۸۳).

با توجه به رابطه تعامل خانواده و سوء مصرف مواد، می‌توان از رابطه بین افراد خانواده به عنوان یک عامل پیشگیری کننده سود جست و آموزش‌هایی را در مورد نحوه تعامل افراد خانواده با یکدیگر ارائه نمود.

هیث و استاتون (۱۹۹۸) نشان دادند که مشارکت خانواده در برنامه درمان و انجام خانواده درمانی یکی از عوامل اصلی در جلوگیری از بازگشت مجدد به مواد است. مطالعه دیگری در یک پیگیری یکساله نشان داد که آموزش به والدین برای اداره امور منزل و حفظ ارتباط نزدیک با خانواده، مصرف مجدد مواد والدین و حتی فرزندان خانواده را کاهش می‌دهد (کاتالانو، گینی<sup>۳</sup> و فلمینگ<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹) و بازگشت به خانواده می‌تواند از بازگشت به مواد پیشگیری نماید (بکایر<sup>۵</sup>، چلیدرس<sup>۶</sup> و گاریتی<sup>۷</sup>، ۱۹۹۳). اهمیت درگیر نمودن خانواده از این بابت است که برخوردهای خاص خانواده می‌تواند سبب تشدید مشکلات نیز گردد (دالی، مرسر، کارپنتر، ۲۰۰۲). خانواده‌های افراد معتاد در فشار و استرس شدیدی به سر می‌برند که به علت ناتوانی بیماران در انجام نقش‌ها و مسئولیت‌های خانوادگی، زناشویی، مالی و غیره است (پرکینسون، ۱۹۹۷؛ کارول، ۱۳۸۱؛ دالی، مرسر و کارپنتر، ۲۰۰۲).

---

1 - Wilborn  
2 - Gantman  
3 - Gainey  
4 - Fleming  
5 - Bekier  
6 - Childress  
7 - Gariti

هندریکس<sup>۱</sup> (۱۹۷۱؛ به نقل از لووینسون و همکاران، ۱۹۹۷) طی مطالعه خود به این نتیجه رسید که معتادانی که ۵/۵ ماه خانواده درمانی مرکب دریافت کرده بودند، دو برابر معتادان دیگر احتمال دارد که به درمان ادامه دهند. کافمن و کافمن (۱۹۷۷؛ به نقل از همان منبع) نیز میزان عود را در نوجوانان معتادی که در خانواده درمانی مرکب شرکت می‌کردند نصف افرادی که در این نوع درمان شرکت نمی‌کردند برآورد کرده است. ویدمن<sup>۲</sup> (۱۹۸۷؛ به نقل از همان منبع) نیز شواهدی را مبنی بر اینکه خانواده درمانی از تعداد افت نوجوانان از برنامه‌های اقامتی می‌کاهد، جمع‌آوری نموده است.

تعدادی از مطالعات کنترل شده کارآیی درمان‌هایی را که خانواده را نیز در روند درمان شرکت می‌دهند بررسی کرده‌اند. استانتول و تاد<sup>۳</sup> (۱۹۷۸؛ به نقل از لووینسون و همکاران، ۱۹۹۷) مطالعه کنترل شده‌ای در مورد درمان معتادان انجام دادند. در پیگیری که پس از یکسال انجام شد مشاهده گردید که گروه‌های خانواده درمانی در مقایسه با گروه‌هایی که خانواده درمانی نشده بودند، از نظر روزهای سپری شده بدون متادون، مواد مخدر غیر مجاز و ماری جوانا، تغییرات مطلوبی داشتند. با این حال کاهش میزان مصرف الکل یا افزایش کارکرد شغلی یا تحصیلی معنی‌دار نبود.

نتایج اولیه مطالعه NIDA در مورد ارزیابی جامع اثر خانواده درمانی، بیانگر اهمیت شرکت خانواده در درمان افراد معتاد به الکل و مواد است. این امر صحت ارزیابی را افزایش داده، احتمال مداخله موفق را بیشتر کرده و به بیمار کمک می‌کند که در طی درمان انگیزه خود را حفظ نماید (لووینسون و همکاران، ۱۹۹۷). در مطالعه‌ای که هیگینز و همکاران (۱۹۹۴) برای مشخص کردن عوامل پیش‌بینی‌کننده ترک کوکائین در یک درمان رفتاری سرپایی انجام دادند مشخص گردید که بهترین پیش‌بینی‌کننده ترک کوکائین، شرکت یکی از افراد مهم زندگی مراجع، در درمان می‌باشد. مینز<sup>۴</sup> و همکاران (۱۹۸۹) نیز متذکر شده‌اند که

---

1 - Hendrieks  
2 - Weidman  
3 - Tadd  
4 - Means

داشتن روابط فردی به جای زندگی تنها یا درگیر شدن در یک رابطه مشکل زا باعث ماندن مراجع در درمان می شود.

### گروه درمانی

گروه درمانی از روش های اساسی درمانی برای معتادان است. برخی معتقدند که گروه درمانی بهترین روش برای درمان معتادان است. در گروه درمانی فرد آگاهی های جدیدی نسبت به بیماری اش پیدا می کند، راه های پاک ماندن را یاد می گیرد و تغییر نگرش و طرز فکر، موجب تغییر رفتار وی می گردد. گروه تی<sup>۱</sup>، گروه رویارویی<sup>۲</sup>، گروه ماراتون<sup>۳</sup> و آموزش حساسیت<sup>۴</sup> از مدل های گروه درمانی هستند. انواع گروه درمانی براساس دیدگاه گروه سینانون شکل گرفته و رشد یافته اند. از دیدگاه این گروه مشکلات معتادان در یک بافت اجتماعی به وجود می آیند و تداوم می یابند. از این نظر احتمال دارد که مشکلات هیجانی و رفتاری فعلی معتادان تا حد زیادی متأثر از مشکلات بین فردی آنها باشد.

روش های مورد استفاده در گروه درمانی بسیار متنوع بوده و با توجه به ساختار درمان، درمانگر و بیمار انتخاب می شوند، بطور کلی هر گروهی دارای یک "صورت" و یک "هسته" است. "صورت" عبارت است از ظاهر، شکل، فنون و زبان خاصی که مختص یک مکتب درمانی است. "هسته" به تجربه ای که جزیی از ذات هر روند درمانی است اطلاق می گردد. به عبارت دیگر "هسته" یعنی مکانیزم بنیادین تغییر یا آنچه در یک فرد معتاد ایجاد تغییر یا بهبودی می نماید.

### عوامل درمانی

عوامل درمانی در درمان گروهی مبتنی بر طبقه بندی براون<sup>۵</sup> و یالوم<sup>۱</sup> (۱۹۷۷) و یالوم (۱۹۸۵) می باشند که در زیر به آنها اشاره می گردد:

- 
- 1 - T group
  - 2 - encounter group
  - 3 - Maraton group
  - 4 - sensitivity trainig
  - 5 - Brown

۱- نشر اطلاعات<sup>۲</sup>

علاوه بر درمانگر، سایر اعضای گروه نیز می‌توانند یکدیگر را راهنمایی و نصیحت کنند.

۲- القای امید<sup>۳</sup>

مشاهده افرادی که در حل مشکلاتشان موفق هستند، امیدوار کننده است.

۳- همگانی بودن<sup>۴</sup>

اعضای گروه با گوش دادن به صحبت‌های یکدیگر می‌فهمند که همگی آنها مشکلات، ترس‌ها و نگرانی‌های مشترکی دارند.

۴- نوعدوستی<sup>۵</sup>

در آغاز اعضای گروه احساس بی‌فایده بودن می‌کنند و دلسرد هستند اما به تدریج می‌فهمند که می‌توانند به یکدیگر کمک کنند و احساس ارزشمندی و کفایت بیشتری کنند.

۵- یادگیری روابط بین فردی<sup>۶</sup>

اعضای گروه در جریان تعامل با دیگران نحوه برقراری ارتباطات بین فردی، حساسیت نسبت به دیگران، حل و فصل اختلافات و تعارضات و ... را یاد می‌گیرند.

۶- رفتار تقلیدی<sup>۷</sup>

اعضای گروه با مشاهده و گوش دادن می‌توانند رفتارهای مفیدتری را یاد بگیرند. آنها این رفتارها را از یکدیگر فرا می‌گیرند.

---

1 - Yalom  
2 - imparting information  
3 -instillation of hope  
4 - universality  
5 - altruim  
6 - interpersonal relationship learning  
7 - imitative behavior

۷- تکرار اصلاحی خانواده اولیه<sup>۱</sup>

بافت گروه به مراجعان کمک می‌کند تا مشکلات خانوادگی خود را که در اثر اعتیاد به وجود آمده حل کنند.

۸- تخلیه هیجانی<sup>۲</sup>

یاد گرفتن نحوه ابراز صادقانه احساسات در گروه موجب می‌گردد تا یک نوع اعتماد و درک متقابل حکمفرما شود.

۹- انسجام گروه<sup>۳</sup>

به تدریج اعضای گروه به یک گروه منسجم کوچک تبدیل شده و به همین دلیل پذیرش گروهی، افزایش اعتماد به نفس و ارتقای عزت نفس صورت می‌گیرد.

۱۰- رشد مهارت‌های اجتماعی<sup>۴</sup>

یادگیری یا رشد مهارت‌های اجتماعی از عوامل مؤثر درمانی است که در هر نوع روان‌درمانی اتفاق می‌افتد.

۱۱- عوامل وجودی<sup>۵</sup>

تأثیرهای این عوامل در درمان عبارتند از:

- ۱- توجه به این موضوع که زندگی، گاهی ناعادلانه است.
- ۲- توجه به اینکه نهایتاً از بعضی ناراحتی‌ها و مشکلات زندگی و همچنین از مرگ نمی‌توان فرار کرد.
- ۳- توجه نمودن و رسیدن به این درک که هر چه فرد سعی در نزدیک شدن به دیگران داشته باشد در نهایت باید به تنهایی با مسائل زندگی روبرو شود.

---

1 - corrective recapitulation of the primary family group  
2 - abreaction  
3 - group cohesiveness  
4 - developing of socialization techniques  
5 - existential factors



۴- روبرو شدن با مسائل مربوط به زندگی و مرگ

۵- آموختن اینکه فرد نهایتاً باید مسئولیت روشی که برای زندگی انتخاب کرده است را بپذیرد، صرف نظر از اینکه دیگران چه راهنمایی‌ها و حمایت‌هایی از او نموده باشند. (وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۳۸۱).

### مکاتب گروه درمانی

رویکردهای گروهی برای درمان معتادان براساس مکاتب به کار گرفته شده، تنوع چشمگیری دارند که به برخی از آنها در زیر اشاره می‌شود:

#### ۱- گروه درمانی روانکاوانه<sup>۱</sup>

در این رویکرد به فرد معتاد کمک می‌شود تا نیروها و دفاع‌های ناهشیار خود را بیان کند، آنها را بشناسد و از این رهگذر سطح سازگاری خود را ارتقاء دهد. از طریق بیان احساسات و افکار بطور آزادانه و بدون آنکه معنایی در کار باشد، فرد معتاد انگیزه، مشکلات و مسائل خود را بیان می‌کند تا رهبر گروه آنها را تحلیل کرده و بدین ترتیب تحمل اضطراب اعضای گروه را افزایش دهد. افراد با مشاهده نحوه ارتباط دیگران و نحوه کنار آمدن آنها با مشکلات خود، داد و ستد و به یکدیگر کمک می‌کنند، مقاومت خود را در مقابل مواد مخدر و ترغیب سایر معتادان را افزایش می‌دهند. گروه دارای ۸ عضو است که هفته‌ای سه جلسه به مدت ۹۰ دقیقه یکدیگر را ملاقات می‌کنند. در این جلسات احساسات آزادانه بیان می‌شوند، رویاها گزارش و مقاومت‌های روانی در مقابل درمان، ترک و تداوم درمان تحلیل می‌شوند. روش‌های روانکاوانه که بر پایه حمایت و تعبیر تعارض‌های ناخودآگاه می‌باشند، می‌توانند مفید واقع شوند (اندز<sup>۲</sup>، پیچ<sup>۳</sup> و کاتزین<sup>۴</sup>، ۱۹۸۵؛ به نقل از بروک<sup>۵</sup>، ۱۹۹۶). مطابق با نظر باتلر<sup>۶</sup>

---

1 - psychoanalytic

2 - Endes

3 - Page

4 - Katzine

5 - Brook

6 - Batler

و فارمن<sup>۱</sup> (۱۹۸۳؛ به نقل از همان منبع) خود فهمی یا درک خود، پالایش روانی و یادگیری بین فردی در گروه درمانی بیماران سرپایی از جمله موارد با ارزش محسوب می‌شوند. درمان روانکاوانه به فهم متقابل رنج وابستگی، تحمل و تعدیل احساسهای دردناک، آموختن توانایی‌های روانشناختی برای مراقبت از خود و پذیرش واقعیتی به دور از فریبهای فکری دوره کودکی تأکید دارد. درمانگر با گوش فرا دادن به افراد معتاد از یگانگی در هر سرگذشت، بر اندوخته‌های نظری گذشته می‌افزاید (برهم<sup>۲</sup> و خانتزیان<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷؛ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۱).

## ۲- نمایش روانی<sup>۴</sup>

نمایش روانی شکلی از بازی نقش<sup>۵</sup> است که طی آن معتادان نقش‌هایی را ایفا می‌کنند، گویی در حال اجرای یک نمایش هستند. این عمل یک نوع تخلیه هیجانی و خودانگیختگی به همراه دارد که که میزان بینش معتادان و درک آنها از خودشان را افزایش می‌دهد. نمایش در مورد یکی از رویدادهای گذشته مربوط به ترغیب آنها به سمت مصرف مواد و یا رویدادی است که بیمار از وقوع آن در هراس است. نمایش روانی متشکل از یک معتاد، یک صحنه اجرا، یک درمانگر، چند فرد معتاد و کمک درمانگر به عنوان ایگوهای کمکی هستند. درمانگر به فرد معتاد نقشی را در زمینه زندگی‌اش می‌دهد و ایگوهای کمکی به حمایت از او می‌پردازند. آنچه فرد معتاد در این بازی نقش به‌دست می‌آورد، نوعی پاسخ همدلانه، درک شدن، احساس تخلیه هیجانی و واکسینه شدن در مقابل رویدادهای آسیب‌زا است.

## ۳- گروههای گشتالتی<sup>۶</sup>

هدف این گروهها ارتقای آگاهی فرد معتاد از زمان حال و قدردانی از حضورش در دنیا است. این مهم در گروه درمانی از طریق تمرکز بر هر عضو و در هر لحظه، به‌دست می‌آید.

---

1 - Farman  
2 - Brehm  
3 - Khantzian  
4 - psychodrame  
5 - role playing  
6 - Gestalt

رویکرد عمده آن "صندلی داغ" نام دارد. درمانگر توجه خود را بر یک فرد معتاد متمرکز می‌کند و از آن فرد می‌خواهد احساسات و رفتاری‌هایش را تجربه کند. از اعضا می‌خواهد نظر را در مورد فردی که بر "صندلی داغ" نشسته (یعنی مورد توجه و تمرکز قرار گرفته) بیان کنند. فرد معتاد احساسات و رفتاریهای خود را با دیگران بازگو کرده و شرایط گذشته خود را با زمان حال مورد مقایسه قرار می‌دهد.

#### ۴- رفتار درمانی گروهی

در این گروه‌ها هدف صرفه‌جویی در زمان و رسیدن به نتیجه است. گروه از معتادانی تشکیل می‌شود که اعتیاد مشابه و مسائل نزدیک به هم داشته باشند. در شروع درمان و پایان آن از معتادان ارزیابی‌هایی به عمل می‌آید تا پیشرفت آنها به صورت عینی انتقال داده شود. در حین درمان هر کدام از اعضا تقویت می‌شوند تا در جریان گروه درمانی، انگیزه بیشتری پیدا کنند. از الگوهای موفق نیز در ترک برای الگوگیری استفاده می‌شود. آموزش ابراز وجود نیز برای تقویت و جرأت "نه گفتن" به دوستان معتاد و مواد مخدر به کار گرفته می‌شود.

#### اهداف اختصاصی گروه درمانی معتادان

گروه درمانی معتادان علاوه بر اهداف کلی گروه درمانی، دارای اهداف اختصاصی زیر

می‌باشد:

۱- ترک مواد

۲- برقراری عملکرد با ثبات

۳- ممانعت از عود

۴- مشخص نمودن موضوعات روانشناختی

### ترک مواد

قطع مصرف مواد نخستین هدف درمان است. اصول جلسات گروهی و حمایتی که برای بیمار فراهم می‌شود باعث می‌شود تا بیمار کنترل بیشتری بر مصرف مواد داشته و نسبت به توانایی خود در تغییر موفقیت‌آمیز رفتارش احساس کفایت و خوش‌بینی بیشتری پیدا کند.

### برقراری عملکرد باثبات

پس از ترک مصرف مواد، درمان بر تثبیت عملکرد متمرکز می‌شود. مشکلات زندگی فرد معتاد و همچنین مشکلات ناشی از زمان اعتیاد وی ممکن است باعث دلسردی او شود، در با ارزش بودن تلاش و کوشش خود برای عدم مصرف مواد، دچار تردید گردد و وی را دچار بحران سازد. در چنین مواردی توصیه‌ها و حمایت اعضای گروه می‌توانند مفید شوند.

### ممانعت از عود

فرد معتاد در حین درمان چگونگی مقابله با مشکلات و ارائه پاسخ‌های سازگارانه به موقعیت‌های روزمره زندگی را یاد می‌گیرد. این آموزش‌ها مهمترین بخش پیشگیری از عود را تشکیل می‌دهد (واتسون<sup>۱</sup>، ۱۹۹۰؛ مونت<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۸۹؛ به نقل از لووینسون و همکاران، ۱۹۹۷).

### مشخص نمودن موضوعات روانشناختی

این مرحله از درمان علاوه بر مراحل قبلی، به طور اختصاصی بر موضوعات روان‌پویایی فرد تمرکز می‌کند و شامل شناخت و حل و فصل مشکلات طولانی مدتی است که ممکن است در اثر مصرف مواد و الکل مبهم و بدتر شده باشد (زوبن<sup>۳</sup>، ۱۹۸۶؛ به نقل از لووینسون و همکاران، ۱۹۹۷). هدف نهایی این مرحله علاوه بر کسب خودشناسی و بینش، ایجاد تغییرات عمیق، در الگوهای ناسازگارانه تفکر، احساس، رفتار و تعامل فرد اهداف نهایی درمان هستند.

---

1 - Watson  
2 - Monti  
3 - Zweben

### شواهد پژوهشی اثربخشی گروه درمانی در درمان اعتیاد

گروه درمانی با افراد معتاد موضوع بررسی‌های علمی زیادی بوده است (یالوم و همکاران، ۱۹۷۸؛ کاناس<sup>۱</sup>، ۱۹۸۲؛ کویر<sup>۲</sup>، ۱۹۸۷؛ گالانتر<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۱؛ به نقل از بروک، ۱۹۹۶).

پژوهش‌های به‌عمل آمده در مورد کارایی گروه درمانی مثبت بوده و نشان داده‌اند که از طریق گروه درمانی می‌توان فرآیند درمان معتادان را تسهیل نمود. گروه درمانی روشی زنده و پویا برای افزایش آگاهی از خود و فهم مردم از یکدیگر و کمک به همدیگر است (ارونسون<sup>۴</sup>، ۱۳۶۹؛ لیاقت، ۱۳۷۵).

راث<sup>۵</sup> و هوگانی<sup>۶</sup> (۱۹۹۸) در یک پژوهش با پیگیری ۵ ساله گزارش کردند که ترکیب نالترکسون و گروه درمانی می‌تواند باعث پاک ماندن وابستگان به مواد مخدر شود. این پژوهشگران درمان با نالترکسون را به مدت ۸ ماه و گروه درمانی را به مدت ۲۳ هفته یک جلسه‌ای ادامه دادند. این بررسی نشان داد که ۹۴ درصد نمونه‌ها پس از ۵ سال پاک و ۶۶ درصد آنها مشغول کار حرفه‌ای خود بوده‌اند.

روان درمانی گروهی نقش مهمی را در درمان نوجوانانی که سوء مصرف مواد مخدر دارند، ایفا می‌کند و به آنها کمک می‌نماید تا احساسات مخالف خود را به شیوه مثبت ابراز نمایند. گروه‌های مناسب برای درمان نوجوانان معتاد چندین نوع است. اغلب یک نوجوان ممکن است بطور همزمان در چندین نوع از این گروه‌ها شرکت کند. این گروه‌ها شامل گروه آموزشی، گروه دوازده قدمی، گروه پیشگیری از عود، گروه شغلی، گروه یادگیری مهارت حل مسئله، گروه آموزشی استفاده از اوقات فراغت، گروه دارویی، گروه بهداشتی، گروه خارج از خانواده، گروه فعال و ... می‌باشند (بروک، ۱۹۹۶).

---

1 - Kanas  
2 - Kevier  
3 - Galanter  
4 - Aronson  
5 - Roth  
6 - Hogani

اهداف درمانی روان درمانی گروهی نوجوانان معتاد پیچیده و چند بعدی است. این اهداف شامل آموزش ارزش خود و سایر مردم، کمک به یادگیری شیوه مفید و مسئولانه برقراری ارتباط با دیگران است (شاو<sup>۱</sup>، ۱۹۹۲؛ به نقل از بروک، ۱۹۹۶). کلمن<sup>۲</sup> (۱۹۷۸) با استفاده از گروه درمانی خواهر و برادران ۱۳-۷ ساله را با خواهر و برادران بزرگتری که سوء مصرف مواد داشتند، مورد بررسی قرار داد. نتایج چندان قاطع و گویا نبود (به نقل از همان منبع). واندرلیخ<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۷۴) یک برنامه درمان گروهی کوتاه مدت را با نوجوانانی که سوء مصرف مواد داشته و از دادگاه معرفی شده بودند، انجام داد. رافمن<sup>۴</sup> و رابولت<sup>۵</sup> (۱۹۸۵) بر نقش جهت گیری ویژه رهبر گروه تمرکز داشتند. بیرمنگام<sup>۶</sup> (۱۹۸۶) درمان گروهی کوتاه مدت را برای نوجوانانی که سوء مصرف مواد داشتند انجام داد. به طور کلی یافته‌های به دست آمده از مطالعات فوق نشان داد که روان درمانی گروهی باعث حمایت همسالان و کاهش انتقال‌های مضر در امر درمان می‌گردد (به نقل از همان منبع). در برخی از پژوهش‌ها روان‌درمانی گروهی به عنوان درمان انتخابی نوجوانان سوء مصرف کننده مواد مطرح شده است (بال و میک<sup>۷</sup>، ۱۹۷۹؛ هندرسون<sup>۸</sup> و آندرسون<sup>۹</sup>، ۱۹۸۹؛ به نقل از همان منبع).

### مصاحبه انگیزشی (MI)

مصاحبه انگیزشی اولین بار در سال ۱۹۸۳ توسط میلر معرفی شد. این فرآیند نسبتاً نوین بر توانایی‌های مشاوره‌ای تأکید می‌کند. در این نوع مصاحبه تلاش می‌شود تا نگرش بیمار بدون مواجهه، نسبت به فوائد و مضرات ادامه مصرف، تغییر یابد. این نحوه مصاحبه به خصوص در کسانی که یا در زمان مصاحبه هنوز آماده تغییر نیستند و یا درباره این تغییر دچار تردید و

---

1 - Shaw  
 2 - Kelman  
 3 - Vanderlikhe  
 4 - Rafman  
 5 - Rabult  
 6 - Biermengam  
 7 - Mike  
 8 - Henderson  
 9 - Anderson

دوسوگرایی<sup>۱</sup> هستند می تواند مؤثر باشد. هدف این شیوه مصاحبه بر طرف کردن تردید بیماران و تشویق آنها به بیان نگرانی ها و دلایل شخصی شان برای تغییر رفتار اعتیادی است. بیماران مبتلا به اعتیاد اغلب دچار مناقشه ای درونی در مورد مصرف موادشان هستند و اتخاذ تصمیم برای تغییر رفتار در مورد مصرف مواد برای آنها بسیار دشوار است. انگیزه افراد معتاد بیشتر از تصمیم شان در این زمینه بی ثبات است. ممکن است تصمیمی گرفته شود اما پیش از اجرا تغییر کند. مصاحبه انگیزشی یک سبک مشاوره ای مراجع محور<sup>۲</sup> و مستقیم است که با کمک به مراجعان برای حل تردیدها، تغییر رفتاری را در آنها به وجود می آورد (میلر، ۱۹۹۵؛ میلر و رول نیک<sup>۳</sup>، ۱۹۹۱، ۱۹۹۵). تمرکز این رویکرد بر کشف دلایل تغییر، توجه به باید و نبایدها و آزادی برای انتخاب درمان می باشد. این نحوه مصاحبه برای تغییر سایر رفتارها مانند رژیم غذایی، سیگار کشیدن، تشویق به ورزش و سایر موارد نیز مورد استفاده قرار می گیرد (میلر و هستر<sup>۴</sup>، ۱۹۸۰).

قطع زودرس درمان، مصرف مواد در طول درمان و عدم تبعیت از مقتضیات آن، برخی از ویژگی های معتادان است. لذا مقاومت، انکار و فقدان انگیزه از برجسته های است که درمانگران به معتادان می زنند (یان<sup>۵</sup>، و میلر، ۱۹۹۹؛ تامبز<sup>۶</sup>، ۱۹۹۹؛ به نقل از نوروزی جویانی، ۱۳۸۱). یافته های پژوهش ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد (RSA)<sup>۷</sup> در ایران (۱۳۷۹) نیز بیانگر میزان بالای بازگشت به اعتیاد و ناتوانی از حفظ تغییر در معتادان ایرانی است. ۷۶ درصد از افراد نمونه این پژوهش (N=۱۴۵۰) اقدام به درمان و بازگشت به اعتیاد داشته اند. دفعات اقدام به درمان به ترتیب یک بار تا دو بار (۵۲ درصد)؛ سه بار (۱۶ درصد)؛ چهار بار (۹ درصد) و پنج بار یا بیشتر (۲۳ درصد) بوده است. فقدان انگیزه برای تغییر یا انگیزه برای حفظ آن از جمله دلایل توجیه کننده این یافته ها است. به منظور مقابله با دشواریهای درمان و کاهش

---

1 - ambivalence  
2 - client- centered  
3 - Rollnick  
4 - Hester  
5 - Yane  
6 - Thombs  
7 - Rapid Situation Assessment (RSA)

ریزش مراجعان، رویکرد "مصاحبه انگیزشی" مناسب به نظر می‌رسد (یان و میلر، ۱۹۹۹؛ به نقل از نوروزی جوینانی، ۱۳۸۱).

### مراحل تغییر<sup>۱</sup> در رفتار اعتیادی

پروچاسکا<sup>۲</sup>، دی کلمنت<sup>۳</sup> و نورکراس<sup>۴</sup> (۱۹۹۲) الگویی شش مرحله‌ای را برای تغییر پیشنهاد کرده‌اند. این الگو ساختاری برای درک انگیزه مراجع فراهم می‌آورد. استفاده از این روش در مورد بیماری‌های مختلف یا مشکلات رفتاری که احتمال بازگشت پس از درمان در آنها وجود دارد نظیر وابستگی دارویی در درمان ایدز (برادلی - اسپرینگر<sup>۵</sup>، ۱۹۹۶)؛ ترک سیگار (دی کلمنت و همکاران، ۱۹۹۱؛ به نقل از پروچاسکا، دی کلمنت و نورکراس، ۱۹۹۲)؛ ترک اعتیاد به الکل یا مواد (دی کلمنت، ۱۹۹۱؛ به نقل از همان منبع)، کنترل وزن (پروچاسکا و دی کلمنت، ۱۹۸۵؛ به نقل از همان منبع) و ناراحتی‌های روانی (پروچاسکا و نورکراس، ۱۹۸۳؛ به نقل از همان منبع) مثبت ارزیابی شده است.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که الگوی مراحل تغییر به‌ویژه برای دسته‌بندی بیماران در برنامه‌های درمانی، بر اساس آمادگی آنها برای تغییر، نیز مفید بوده است. مطالعه انجام شده در این زمینه توسط قربانی (۱۳۸۱) بیانگر این است که نگرش معتادان ایرانی بر تأثیر کم رویکردهای درمانی و ناتوانی درمانگران در درمان اعتیاد تأکید دارد. این مسئله، به نوبه خود، مهمترین عامل فقدان انگیزه در معتادان از یک سو و رشد بدون مطالعه شبه گروههای درمان اعتیاد از سوی دیگر در ایران است. داشتن بصیرت درباره این عوامل می‌تواند در بالا بردن کیفیت درمان، درک بهتر انگیزه مراجع و استفاده بهینه از حمایت گروههای خودیار نظیر (NA)، کنگره ۶۰ و ... مؤثر باشد.

---

1 - stages of change  
2 - Prochaska  
3 - Di Clemente  
4 - Norcross  
5 - Bradly - Springer



پیشرفت بیمار در الگوی مراحل تغییر ممکن است به شکل خطی صورت نگیرد. بیمارانی که به سه مرحله آخر می‌رسند، اغلب بازگشتی به دو مرحله نخست دارند. پژوهش‌ها حکایت از این دارند که عود بیماری یا بازگشت به اعتیاد در بیشتر بیماران پس از یکی دو بار دیگر اتفاق نمی‌افتد (پروچاسکا، دی کلمنت و نورکراس، ۱۹۹۲). به عبارت دیگر، بیشتر اوقات، میزان بازگشت به اندازه‌ای نیست که بیماران به همان مرحله اول درمان باز گردند. بنظر می‌رسد که بسیاری از افراد در حین درمان اشتباهات خود را در می‌یابند و این خود سبب می‌شود که عود بیماری یا بازگشت به اعتیاد، پس از مدتی کمتر اتفاق بیفتد.

الگوی شش مرحله‌ای تغییر پروچاسکا، دی کلمنت و نورکراس (۱۹۹۲) عبارت است از:

#### ۱- مرحله غفلت و ناآگاهی یا پیش از تأمل<sup>۱</sup>

افراد در این مرحله هنوز تصمیم نگرفته‌اند که در آینده‌ای قابل پیش‌بینی برای تغییر رفتار خود اقدام کنند و هنوز رفتار خود را مشکل آفرین نمی‌دانند. آنها در این مرحله اعتیاد خود را انکار می‌کنند، در قبول آن مقاومت نشان می‌دهند و مصرف‌کنندگانی راضی هستند که راجع به مصرف‌شان نگرانی نشان نمی‌دهند. برای این گروه مزایا و جوانب مثبت مصرف مواد، بر جنبه‌های منفی آن غلبه دارد. این افراد یا مضر بودن رفتارشان را باور ندارند و یا آن را انکار می‌کنند. بعضی از افراد در این مرحله پیش از تصمیم‌گیری برای درمان، برای مشکل خویش به دلیل تراشی دست می‌زنند مثلاً می‌گویند: "تو که فقط یک بار زندگی می‌کنی تحمل درد و رنج چه حاصلی دارد؟".

در تخصص‌هایی که به نوعی به کار یاری‌رسانی مربوط می‌شوند این باور غلط در مورد درمان بیمارانی که در مرحله بی‌تصمیمی و نیندیشیدن به مشکل خود هستند وجود دارد که هر چه مشکل بهداشتی یا رفتاری فرد جدی‌تر می‌شود، برای کمک به او آموزش، درمان یا رویارویی با بیمار، نیز باید شدیدتر و جدی‌تر باشد. در واقع، کمک "بیشتر" برای بعضی از بیمارانی که در این مرحله قرار دارند، ممکن است عملاً زیانبار باشد و یا بطور کل ممکن است

---

1 - precontemplation

از هر کمکی به آنها غفلت شود. پژوهش‌هایی که درباره مداخلات کوتاه مدت درمانی صورت گرفته است، نشان می‌دهد که همین مداخلات درمانی اندک، به اندازه درمان‌های جدی و بسیار مداخله‌گرانه، نتیجه بخش بوده و از عدم ارائه خدمات درمانی مؤثرتر است (میلر و رول نیک، ۱۹۹۱؛ مؤسسه ملی سوء مصرف الکل و الکلیسم (NIAA)<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷؛ به نقل از قربانی، ۱۳۸۱). این مسئله به‌ویژه زمانی مصداق بیشتری پیدا می‌کند که هدف عمده مداخله درمانی کوتاه مدت، ایجاد انگیزه برای تعهد به تغییر و درمان در بیمار باشد.

در این مرحله، شاید بهترین اقدام، فعال ساختن برنامه‌های کاهش تقاضا با هدف آگاه ساختن معتادان از خطرات ناشی از رفتار نادرست‌شان باشد و این اقدام باید به صورت منسجم و سازمان یافته صورت گیرد.

## ۲- مرحله تفکر و تأمل<sup>۲</sup>

این مرحله، مرحله‌ای است که بسیاری از معتادان مدت‌های مدیدی در آن توقف می‌کنند. به طور گسترده به تحلیل سود و زیان<sup>۳</sup> اقدام به درمان خود دست می‌زنند. در این مرحله فرد معتاد تمایل به تغییر و اصلاح خود دارد، اما احساس تردید وی هر گونه اقدام برای درمان را به تأخیر می‌اندازد. دی کلمنت و پروچاسکا (۱۹۸۵) ۲۰۰ فرد سیگاری را که در این مرحله قرار داشتند به مدت ۲ سال تحت نظر قرار دادند و دریافتند که در طول این مدت نظر آنها درباره شروع به اصلاح رفتار، هیچ تغییری پیدا نکرده است (به نقل از پروچاسکا، دی کلمنت و نورکراس، ۱۹۹۲).

به عبارت دیگر افراد در این مرحله مایل به تغییر خود هستند، اما هنوز خود را متعهد و ملزم به این کار نمی‌بینند. آنها این عدم التزام را با رفتارهایی مانند پرس و جو کردن درباره راه‌های درمان، اما عمل نکردن به آنها، یا با تغییر زمان شروع جلسات درمان- فقط برای اینکه در جلسات حضور نیابند- نشان می‌دهند. دی کلمنت (۱۹۹۱)؛ به نقل از همان منبع) اظهار

1 - National Institute of Alcohol and Alcoholism (NIAA)

2 - contemplation

3 - risk- reward analysis

می‌دارد افرادی که در این مرحله قرار دارند اغلب دلایلی از این قبیل می‌آورند که مثلاً "الان وقت خوبی برای شروع برنامه درمان نیست".

چالش اصلی برای درمانگر اعتیادی آن است که فرد معتاد را برای حرکت به سوی مرحله بعد تشویق کند. برای این منظور، ابتدا اطلاعات ارائه شده باید از نظر شخصی با وضعیت فرد مرتبط باشد مثلاً برای علاقه‌مند کردن فرد معتاد به کوکائین، دادن اطلاعاتی درباره جمعیت (AA)، یا اینکه چگونه می‌توان برای مدتی طولانی پاک ماند، صحیح و مناسب نیست. دوم، باید مزیت‌های درمان یا تغییر رفتار را گوشزد کرد مثلاً باید به او گفت: "دیگر این قدر پول‌هایت را برای خریدن کوکائین هدر نده"، نه اینکه وی را از عواقب رفتارهایش ترساند مثلاً به او گفته شود که "به قلب یا ریه‌ات آسیب می‌رسانی یا سرانجام کارت به زندان ختم می‌شود". توجه به منافع که ترک اعتیاد در بردارد، می‌تواند مشوق خوبی برای فرد معتادی باشد که در این مرحله قرار دارد. بطور کلی، از پیام‌هایی که ترس معتاد را برمی‌انگیزد (ترفندهای هراس برانگیز)، باید اجتناب کرد، به این دلیل که خود کارآمدی<sup>۱</sup> او را به شدت کاهش می‌دهد. به عبارت دیگر، ترسانیدن فرد معتاد می‌تواند او را نسبت به اصلاح خویش بدبین کند و تلویحاً به او اینطور بفهماند که "دیگر برای ترک اعتیاد، خیلی دیر شده است".

### ۳- مرحله آمادگی<sup>۲</sup> یا مرحله تصمیم‌گیری برای تغییر رفتار

در این مرحله فرد معتاد تصمیم می‌گیرد در آینده‌ای نزدیک، رفتار اعتیادی خود را اصلاح کند. این تصمیم اغلب با تغییرات جزئی در رفتار نمایان می‌شود. فرد معتاد معمولاً برای مدتی کوتاه در این مرحله باقی می‌ماند. روبرو شدن با موانع ترک اعتیاد، ممکن است موجب بازگشت فرد معتاد به مرحله قبل شود. در این مرحله، مهمترین وظیفه درمانگر برای کمک به فرد معتاد آن است که او را تشویق کند تا برنامه‌ای واقع بینانه برای ورود به مرحله بعدی

---

1 - self- efficacy

2 - preparation or determination

تدارک ببیند، موانع ورود به مرحله بعدی را مشخص نماید و راه حل‌ها یا پاسخ‌های لازم برای آنها را از قبل تعیین کند.

#### ۴- مرحله عمل<sup>۱</sup>

مرحله عمل یا اقدام برای ترک عبارت است از "اجرای برنامه درمان". در این مرحله، فرد معتاد تلاش می‌کند که رفتار یا محیط خود را تغییر دهد تا بر مشکل اعتیادش فائق آید. افراد معتاد گاهی قبلاً در زندگی‌شان تغییر و اصلاح رفتار اعتیادی را شروع کرده‌اند و بهره‌گیری از درمان اعتیاد ممکن است فقط بخشی از تلاش‌هایشان برای ترک اعتیاد بوده باشد. در مطالعات مختلف معلوم شده است که معمولاً بعضی مراجعان روزها یا حتی هفته‌ها پیش از مراجعه برای درمان، خودشان مصرف دارو را کنار گذاشته‌اند (میس<sup>۲</sup>، سوبل و همکاران، ۱۹۹۵؛ به نقل از قربانی، ۱۳۸۱). به اعتقاد دی کلمنت (۱۹۹۱؛ به نقل از پروچاسکا، دی کلمنت و نورکراس، ۱۹۹۲)، اینها مراجعانی هستند که نظر مثبت درمانگر را نسبت به خود جلب می‌کنند. در واقع می‌توان آنها را "مراجعان بدون ایجاد دردسر<sup>۳</sup>" نامید و به طرز "معجزه آسا<sup>۴</sup>" مداوایشان کرد. افرادی که ترک اعتیاد را خودشان از پیش شروع کرده‌اند، اغلب به آن علت برای مشاوره مراجعه می‌کنند که:

۱- خود را در برابر همه متعهد سازند که قصد دارند اعتیادشان را ترک کنند،

۲- تأیید متخصصان و سایرین را برای برنامه ترک اعتیادشان کسب کنند،

۳- درصد برآمده‌اند تا دیگران از آنها حمایت کنند و اعتماد به نفس آنها را افزایش دهند و

۴- عده‌ای از بیرون روند ترک اعتیادشان را زیر نظر داشته باشند (دی کلمنت، ۱۹۹۱؛ به

نقل از همان منبع).

دی کلمنت (۱۹۹۱؛ به نقل از پروچاسکا، دی کلمنت و نورکراس، ۱۹۹۲) معتقد است

که وظایف درمانگران در قبال مراجعانی که خودشان مرحله عمل را شروع کرده‌اند، این است

---

1 - action

2 - Maisto

3 - easy clients

4 - miracle cures

## رویکردهای روانشناختی در درمان اعتیاد / ۶۱

که راه‌هایی را برای ارتقای خودکارآیی پیش رویشان بگذارند. مثلاً می‌توان آنها را با گروه‌هایی از هم سن و سال‌هایشان که حمایت‌کننده هستند، آشنا ساخت. در صورت امکان می‌توان موانعی اداری را که مانع از پیشرفت آنها می‌شود از سر راهشان برداشت. می‌توان افرادی که توانسته‌اند بین ۱ روز تا ۶ ماه رفتار خود را کنترل کنند (یعنی مواد مصرف نکرده‌اند) را در دسته معتادانی که مرحله عمل را شروع کرده‌اند قرار داد.

### ۵- مرحله ماندن در ترک یا نگهداری<sup>۱</sup>

در این مرحله فرد معتاد به تلاش خود برای جلوگیری از اعتیاد دوباره ادامه می‌دهد و سعی می‌کند تا موفقیت‌هایی را که در درمان داشته است، تثبیت کند. در این مرحله مهم‌ترین وظیفه درمانگر تهیه طرحی برای پیشگیری از بازگشت به اعتیاد است. این طرح با کمک فرد معتاد آماده می‌شود.

### ۶- مرحله عود<sup>۲</sup>

بسیاری از افرادی که تصمیم به قدم نهادن به مرحله عمل می‌گیرند، تغییر نظر می‌دهند و به مصرف قبلی خود برمی‌گردند. پس از عود آنها به یکی از مراحل قبلی باز می‌گردند. لذا در مرحله عمل باید احتمال "تأثیرات ناشی از نقض تعهد فرد معتاد به خودداری از مصرف مواد" را مدنظر قرار داد. این تأثیرات همان واکنش‌های هیجانی، منفی و شدید فرد معتاد مثل احساس ناکامی هستند که در بسیاری از افراد با یک بار "لغزش" و مصرف اندک مواد به وجود می‌آید. به این ترتیب فرد معتاد مصرف دوباره مواد را برای خود بیش از حد بزرگ می‌کند و موجب احساس یأس و ناامیدی در او می‌شود. این واکنش‌های هیجانی، به نوبه خود، به کاهش خودکارایی فرد معتاد منجر می‌شود و معمولاً به از سرگیری دوباره و شدیدتر مصرف مواد می‌انجامد. یکی از پیامدهای بسیار زیانبار "تأثیرات نقض خویشنداری" آن است که بسیاری از مراجعان، بدون احساس ناراحتی یا شرم، یا مصرف دوباره مشروب و مواد را پنهان می‌کنند و

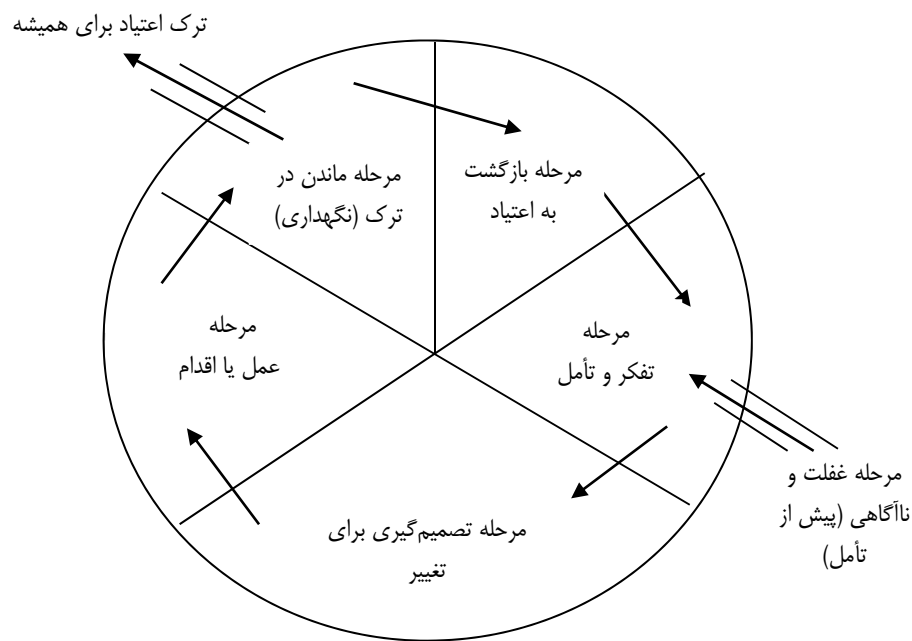
---

1 - maintenance

2 - relapse

3 - laps

یا حتی بدتر از آن فرآیند درمان را قطع می‌کنند. در برنامه پیشگیری از بازگشت به اعتیاد، باید به فرد معتاد آموخت که در صورت "لغزش" یا یک بار مصرف دوباره الکل یا مواد، چگونه واکنش نشان دهد و یا از چه راه‌هایی می‌تواند دوباره بهبودی خود را به دست آورد. در "چرخه تغییر"<sup>۱</sup> شکل شماره ۳ می‌بینید که چگونه افراد مراحل تغییر را دور می‌زنند. همانطور که دیده می‌شود مرحله اول که نشانگر مرحله ایستای غفلت و ناآگاهی (پیش از تأمل) درباره مشکل فرد است، در این چرخه گنجانیده نشده است. بیشتر معتادان پیش از موفق شدن در ترک نهایی اعتیاد، چندین بار این مراحل را پشت سر می‌گذارند (میلر و رول نیک، ۱۹۹۱).



شکل ۳- چرخه تغییر، مأخذ: پروچاسکا، دی کلمنت و نورکراس، ۱۹۹۲

راهبردهای مصاحبه انگیزشی بیشتر ترغیب کننده هستند تا اجباری و بیشتر حمایتی هستند تا جنجالی و پر سر و صدا. مشاور سعی می کند تا فضای مثبتی را برای تغییر مراجع ایجاد کند. در واقع هدف اصلی، افزایش انگیزه درونی مراجع است، تا جائیکه تغییر از درون فرد به وجود آید نه اینکه بطور سطحی از بیرون به او تحمیل شود. این رویکرد به معنای دقیق کاربردی است، زیرا در مصاحبه انگیزشی، این مراجع است که از حق خود برای تغییر دفاع می کند نه اینکه درمانگر او را به این کار وادار کند.

مصاحبه انگیزشی راهبردهای متفاوتی به کار می گیرد. برخی از این راهبردها از مشاوره مراجع محوری برای رسیدن به اهداف خود نشأت گرفته است. برخلاف برخی روش های تندتر (مستقیم تر)، مشاور ممکن است به هنگام انجام این نوع مشاوره، نسبتاً فعالیت کمی داشته باشد. با این حال مشاور در این روش مصاحبه، با درکی قوی از اهداف و راهبردهای روشن مهارت هایی برای پیگیری آن اهداف و درک درستی از زمان مداخله، با روش های ویژه در زمان های مؤثر، کار خود را ادامه می دهد.

تفاوت مصاحبه انگیزشی با رویکردهای انکار- مواجهه<sup>۱</sup>، آموزش مهارت<sup>۲</sup> و غیرمستقیم<sup>۳</sup>

رویکردهای انکار - مواجهه

تفاوت رویکردهای انکار- مواجهه و مصاحبه انگیزشی در جدول شماره ۳ آورده شده است.

---

1 - confrontation- denial approche  
2 - skill training approche  
3 - nondirective approche

جدول ۳- تفاوت رویکردهای انکار- مواجهه و مصاحبه انگیزشی

رویکرد مصاحبه انگیزشی	رویکرد انکار- مواجهه
<p>- در مصاحبه انگیزشی بر "برچسب زدن" با مراجع تأکید نمی‌شود. به نظر می‌رسد تأیید مشکل "الکلسم" یا دیگر برچسب‌ها برای بروز تغییر غیرضروری باشد.</p> <p>- در این رویکرد بر انتخاب شخص و پذیرش مسئولیت برای تصمیم گرفتن درباره رفتار آینده تأکید می‌شود.</p> <p>- درمانگر براساس ارزیابی عینی خود دست به هدایت و راهنمایی مراجع می‌زند، اما بر استنباط مراجع از مسائل خود نیز تأکید دارد.</p> <p>- به نظر می‌رسد مقاومت یک نوع رفتار بین فردی است که از رفتار درمانگر متأثر شده است.</p> <p>- در این روش مقاومت و بازتاب در مقابل هم قرار می‌گیرند.</p> <p>- براساس داده‌ها و قابلیت پذیرش آنها، بین درمانگر و مراجع درباره اهداف درمان و راهبردهای تغییر، توافق صورت می‌گیرد. درک محیط درونی مراجع و پذیرش اهداف نیز در این زمینه حیاتی است.</p>	<p>- تأکید جدی بر پذیرش مشکل توسط مراجع - صحنه گذاشتن بر تشخیص مشکل که به نظر می‌رسد برای تغییر ضروری است.</p> <p>- تأکید بر آسیب‌شناسی شخصیت است که انتخاب شخصی، قضاوت و کنترل را کاهش می‌دهد.</p> <p>- درمانگر سعی می‌کند با درکی که از نشانه‌های مشکل فرد دارد، مراجع را در پذیرش تشخیص متقاعد سازد.</p> <p>- به نظر می‌رسد مقاومت ناشی از انکار، یکی از ویژگی‌های شخصیتی مراجع است که در مواجهه به کار می‌رود.</p> <p>- در این رویکرد، مناقشه و مجازات با مقاومت در مقابل هم قرار می‌گیرند.</p> <p>- در این رویکرد اهداف درمان و راهبردهای تغییر توسط درمانگر برای مراجع تعیین شده است. به نظر می‌رسد مراجع ناتوان در تصمیم‌گیری است و یا آن را انکار می‌کند.</p>

### رویکردهای آموزش مهارت

این رویکرد بیشترین کاربرد را در درمان رفتاری-شناختی دارد. راهبردهای آموزش مهارت با این فرض که مراجع انگیزه تغییر دارد، آماده ورود به مرحله عمل می‌شود. در این رویکرد بر آموزش مراجع تأکید می‌شود یعنی اینکه مراجع باید "چگونه تغییر کردن" را یاد بگیرد نه "چرایی تغییر". رویکرد آموزش مهارت تا حد بالایی از رهنمود تجویزی<sup>۱</sup>، راهنمایی‌های خاص یاری‌رسانی، دستورالعمل‌ها، آموزش‌ها، تکالیف و تمرین‌ها استفاده

1 - prescriptive



## رویکردهای روانشناختی در درمان اعتیاد / ۶۵

می‌کند. با وجود این، مصاحبه انگیزشی می‌تواند نقش آماده‌سازی مراجع برای دریافت آموزش مهارت را ایفا کند. تفاوت رویکرد آموزش مهارت و مصاحبه انگیزشی در جدول شماره ۴ آورده شده است.

جدول ۴- تفاوت رویکردهای آموزش مهارت و مصاحبه انگیزشی

رویکرد مصاحبه انگیزشی	رویکردهای آموزش مهارت
<ul style="list-style-type: none"> <li>- در این روش، از اصول و راهبردهای خاص برای ایجاد انگیزه تغییر در مراجع استفاده می‌شود.</li> <li>- برداشت‌های مراجع از شرایط او بدون اینکه برچسبی به وی زده شود و یا از او انتقاد خاصی بشود، بررسی و به او منعکس می‌گردد.</li> <li>- راهبردهای تغییر که از طرف مراجع و دیگر افراد مهم به کار می‌رود، فراخوانده می‌شود.</li> <li>- مسئولیت روش‌های ایجاد تغییر به عهده مراجع است، نه اینکه از طریق آموزش، الگوسازی و یا فرایندهای دیگر انجام گیرد.</li> <li>- فرایندهای حل مسئله<sup>۱</sup> به طور معمول از طریق مراجع فراخوانده می‌شود.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- در این رویکرد، فرض بر این است که برای مراجع انگیزه ایجاد شود. در این روش راهبردها مستقیم نیستند و از ایجاد انگیزه استفاده می‌شود.</li> <li>- در این روش، تلاش‌هایی برای شناسایی و تغییر شرایط نامساعد صورت می‌گیرد.</li> <li>- در این روش راهبردهای مقابله‌ای خاص مشخص می‌شوند.</li> <li>- از طریق این رویکرد، الگوسازی و تجربه مستقیم رفتار مقابله‌ای آموزش داده می‌شود.</li> <li>- در رویکرد آموزش مهارت، راهبردهای حل مسئله‌ای خاص نیز به مراجع آموخته می‌شود.</li> </ul>

### رویکردهای غیر مستقیم

مصاحبه انگیزشی روشی است که به برخی از دیدگاهها و راهبردهای توصیف شده توسط کارل راجرز<sup>۲</sup> اضافه شده است. اما از چندین جهت با دو رویکرد سنتی پیروان راجرز، همانند سایر رویکردهای غیرمستقیم (مانند روش اصالت وجود<sup>۳</sup>) تفاوت دارد. با وجود این، روش مصاحبه انگیزشی می‌تواند کاملاً به عنوان رویکرد مراجع محوری، که یک روش نسبتاً غیر دستورات عملی است، توصیف شود. در این رویکرد مشاور به طور خاص هدف روشنی را دنبال می‌کند. مثلاً هدف تغییر مصرف مشروب و کاهش مسایل مرتبط با الکل را دنبال می‌کند

1 - problem- solving  
2 - Carl Rogers  
3 - existential

و بطور منظم راهبردهایی را برای رسیدن به آن هدف به کار می‌گیرد. هم‌چنین مشاور پس‌خوراند و مشورت‌های خود را ارائه می‌کند. در این رویکرد، بازنمایی همدلانه<sup>۱</sup> به طور انتخابی در تقویت موارد بدیهی مراجع، استفاده می‌شود. تفاوت بین رویکردهای غیرمستقیم و مصاحبه انگیزشی در جدول شماره ۵ آورده شده است.

جدول ۵ - تفاوت بین رویکردهای غیرمستقیم و مصاحبه انگیزشی

رویکرد غیر مستقیم	رویکرد مصاحبه انگیزشی
- پیروی از موضوعاتی که مراجع مشخص می‌کند و مشاوره مستقیم با او	- به طور منظم مراجع در جهت انگیزه تغییر راهنمایی می‌شود.
- مشاور از تحمیل توصیه‌ها و پس‌خوراندهای خود به مراجع اجتناب می‌کند.	- مشاور آنچه را که از توصیه‌ها و پس‌خوراندها استنباط کرده است به مراجع پیشنهاد می‌کند.
- از بازنمایی همدلانه به طور تصادفی استفاده می‌شود.	- از بازنمایی همدلانه بطور انتخابی استفاده می‌شود و در آن، فرایندهای بدیهی و آشکار در مراجع مورد توجه قرار می‌گیرد.
- تضادها و هیجانات مراجع در شرایط کنونی‌اش بررسی می‌شود.	- چگونگی ایجاد و رشد تفاوت در افزایش انگیزه تغییر در مراجع بررسی می‌شود.

### اصول مصاحبه انگیزشی

مصاحبه انگیزشی شامل پنج اصل است. این اصول عبارتند از:

- ۱- ابراز همدلی<sup>۲</sup>
- ۲- ایجاد اختلاف یا تعارض<sup>۳</sup> در وضعیت مراجع
- ۳- اجتناب از بحث و منافشه<sup>۴</sup>
- ۴- با مقاومت مراجع چرخیدن<sup>۵</sup>
- ۵- حمایت از خود کارآمدی<sup>۶</sup> مراجع

---

1 - empathic reflection  
 2 - express empathy  
 3 - develop discrepancy  
 4 - avoid argumentation  
 5 - roll with resistance  
 6 - support of self- efficacy

### اصل اول: ابراز همدلی

این روش یکی از ویژگی‌های قابل تعریف و ضروری مصاحبه انگیزشی است. ابراز همدلی، روشی است که تکنیک انعکاس گوش دادن<sup>۱</sup> را از ابتدا به کار می‌گیرد و در تمام فرآیند مصاحبه انگیزشی از آن بهره می‌برد. این اصل به طور اجمالی شامل مواردی از قبیل زیر می‌باشد:

(الف) شرایطی که موجب تسهیل تغییر فرد می‌شود،

(ب) به کارگیری کامل مهارت انعکاس گوش دادن اساس این اصل را تشکیل می‌دهد و

(ج) بروز احساس تردید و دو دلی، امری کاملاً طبیعی در روند درمان مصاحبه انگیزشی

محسوب می‌شود.

### اصل دوم: ایجاد اختلاف یا تعارض در وضعیت مراجع

در این اصل زمانی تغییر برای افراد ایجاد می‌شود که اختلاف بارزی بین رفتار کنونی فرد و اهداف آتی او دیده شود. در واقع این اختلاف به آگاهی و اطلاع از شرایط کنونی فرد با آنچه می‌خواهد به آن برسد، مربوط می‌شود. یعنی وضعیتی شبیه تعارض گرایش-اجتناب<sup>۲</sup> پیش می‌آید. در مصاحبه انگیزشی هدف آن است که فاصله بین دو سوی تعارض تا اندازه‌ای زیاد شود که مراجع مجبور به انتخاب یکی از دو تمایل گردد. این اصل بطور خلاصه شامل موارد زیر است:

(الف) اطلاع و آگاهی از پیامدهای ناشی از تغییرات اهمیت دارد،

(ب) اختلاف بین رفتار کنونی فرد با اهداف مهم او در زندگی، برای انگیزه تغییر مهم خواهد بود؛

(ج) مراجع از این طریق باید دلایلی برای تغییر خود پیدا کند.

---

1 - reflective listening

2 - approach- avoidance conflict

### اصل سوم: اجتناب از بحث و مناقشه

این روش که بیشتر به یک مواجهه ملایم<sup>۱</sup> شبیه است، موجب بروز واکنش مقاومت در مراجع می‌شود. هدف معمول مصاحبه انگیزشی اجتناب از رویکردهایی است که موجب بروز مقاومت در مراجع می‌شود. بنابراین مقاومت یک روش مقابله توسط مراجع است که درمانگر هنگام مواجهه با آن باید نوع و مسیر راهبردهای خود را تغییر دهد. برچسب زدن نیز بیشتر اوقات افزایش مقاومت را به همراه دارد. به طور کلی این اصل شامل موارد زیر می‌باشد:

(الف) بحث و مناقشه برخلاف محافظت و مراقبت از مراجع است،

(ب) محافظت کردن از مراجع باعث به وجود آمدن حالت دفاعی در وی می‌شود،

(ج) بروز واکنش مقاومت در مراجع نشانه‌ای است که براساس آن درمانگر باید راهبردهای درمانی خود را تغییر دهد و بالاخره؛

(د) برچسب زدن به مراجع، بدون توجه به آنکه مراجع از طریق "خودسنجی" پی به مشکلش ببرد، غیر ضروری است.

### اصل چهارم: با مقاومت مراجع چرخیدن

بی‌میلی و احساس تردید و دو دلی، مفاهیمی متضاد هم نیستند، اما باید توسط درمانگر پذیرفته و درک شوند. لذا مشاور نباید نظرها و اهداف جدیدی را جدا از آنچه مراجع پذیرفته است به او تحمیل کند. بلکه مراجع خود باید در جستجوی اطلاعات و دیدگاههای جدید باشد و پیشنهادهای توصیه‌های جدید را، خود مورد توجه قرار دهد. مشاور نباید سعی در متقاعد کردن مراجع داشته باشد. در مصاحبه انگیزشی، مشاور همگام با مراجع مشکل را در مسیر تغییر او بررسی می‌کند. کار او دنبال کردن هر ایده‌ای (با عبارت بله، اما...) است که معمولاً توسط مراجع نادیده گرفته می‌شود. این فرض مراجع که فردی ناتوان در حل مشکلات خود است، با پیدا کردن بینش و دست یافتن به ایده‌های مهم تغییر می‌یابد. به طور کلی اصل چهارم شامل موارد زیر است:

---

1 - soft confrontation

الف) واکنش به موقع و سریع به وضعیت مراجع می‌تواند به عنوان یک ویژگی خوب مورد استفاده باشد،

ب) برداشت‌ها و ادراکات مراجع از مشکل را می‌توان تغییر داد،

ج) برداشت‌ها و ادراکات جدید مراجع را باید از خود او بیرون کشید نه اینکه از بیرون به مراجع تحمیل شود؛ و

د) مراجع منابع و اطلاعات معتبری برای پاسخ دادن به مشکلش ندارد.

#### اصل پنجم: حمایت از خودکارآمدی مراجع

خودکارآمدی یکی از عناصر کلیدی در انگیزه تغییر است (بندورا<sup>۱</sup>، ۱۹۷۷، ۱۹۸۲؛ راجرز و میوبورن<sup>۲</sup>، ۱۹۷۶؛ به نقل از پروچاسکا، دی کلمنت و نورکراس، ۱۹۹۲). این اصل، پیش‌آگهی خوبی از نتایج درمان با رفتارهای اعتیادی را نشان داده است (کان دیوت<sup>۳</sup>، لیچتن استین<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۸۱، ۱۹۸۵؛ به نقل از همان منبع). خودکارآمدی اصطلاحی است که در آن درمانگران از امید و ایمان<sup>۵</sup> به عنوان عناصر مهم تغییر، طی دوره درمان، یاد می‌کنند (فرانک<sup>۶</sup>، ۱۹۷۳؛ میلر، ۱۹۸۵؛ شاپیرو<sup>۷</sup>، ۱۹۷۱؛ به نقل از همان منبع). درمانگر انتظارات خود را از شانس بهبودی مراجع می‌تواند با تأثیر نیرومند آن در بازدهی درمان بیان کند (لیک<sup>۸</sup> و کینگ<sup>۹</sup>، ۱۹۷۷؛ پارکر<sup>۱۰</sup> و ونیستد<sup>۱۱</sup> و ویلی<sup>۱۲</sup>، ۱۹۷۹؛ به نقل از همان منبع). هدف عمومی مصاحبه انگیزشی، کاهش درک مراجع از احساس ناتوانی خود در برابر رفع یا از عهده برآیی موانع و کسب موفقیت در تغییر است (میلر، ۱۹۸۳؛ به نقل از همان منبع).

---

1 - Bandura  
2 - Mewborn  
3 - Condiotte  
4 - Lichten Stein  
5 - faith  
6 - Frank  
7 - Shapiro  
8 - Leak  
9 - King  
10 - Parker  
11 - Winsted  
12 - Willi

دید گاههای متنوعی از خودکارآمدی مراجع حمایت می کنند. یکی از این دیدگاهها، بر مسئولیت پذیری مراجع تأکید دارد. در این زمینه نه تنها فرد می تواند تغییر کند بلکه باید این کار را انجام دهد. در این مورد، هیچ کس جز خود فرد نمی تواند به او کمک کند. لذا، مصاحبه انگیزشی با امیدی که درمانگر در آینده به مراجع می دهد، رشد نمی کند. درمانگر نباید این عبارت را به کار گیرد که "من می خواهم تو تغییر کنی"، مناسب تر این است که بگوید "اگر شما بخواهید، می توانم به شما کمک کنم تا خودتان را تغییر دهید". در این اصل ممکن است مراجع از طریق مشاهده موفقیت دیگران، به درمان خود و تغییر کردن ترغیب شود. به عنوان مثال تماس با مراجعانی که قبلاً درمان شده اند، می تواند به عنوان الگوی مورد توجه مراجع مفید باشد (زوبن<sup>۱</sup> و لی<sup>۲</sup>، ۱۹۸۱؛ به نقل از پروچاسکا، دی کلمنت و نورکراس، ۱۹۹۲). به طور خلاصه می توان گفت که این اصل شامل موارد زیر است:

- الف) اعتقاد به امکان تغییر، بر انگیزاننده ای مهم برای تغییر است
- ب) مسئولیت انتخاب و انجام تغییر به عهده مراجع است نه مشاور
- ج) امید داشتن در درمان، جایگزین مناسبی برای رویکردهای درمانی معتبر است.

### ماهیت مصاحبه انگیزشی

ماهیت مصاحبه انگیزشی با چند نکته کلیدی به شرح زیر توصیف می شود:

- ۱- انگیزه تغییر باید از طرف مراجع باشد نه اینکه از بیرون به او تحمیل شود.
- ۲- بیان و رفع احساس تردید، وظیفه مراجع است نه مشاور.
- ۳- متقاعد سازی مستقیم روشی مؤثر برای رفع احساس دو دلی نیست. متقاعد کردن از یکسو باعث افزایش مقاومت مراجع می شود و از سوی دیگر احتمال تغییر را کم می کند (میلر، بنفیلد<sup>۳</sup> و تونیگان<sup>۴</sup>، ۱۹۹۳؛ به نقل از قربانی، ۱۳۸۱؛ میلر و رول نیک، ۱۹۹۱).
- ۴- این سبک مشاوره به طور معمول آرام و مبتنی بر ایجاد حرکت در مراجع است.

---

1 - Zweben  
2 - Li  
3 - Benefield  
4 - Tonigan

۵- مشاور برای کمک به مراجع در بررسی و رفع احساس تردید، رهنمود انگیزشی ارائه می‌دهد.

۶- آمادگی برای تغییر یکی از ویژگی‌های مراجع نیست بلکه حاصل تعامل دائم‌التغییر بین فردی است.

۷- رابطه درمانی بیشتر شبیه به یک رابطه مبتنی بر همکاری یا همراهی است تا رابطه‌ای تخصصی و حرفه‌ای.

برخی رفتارهای خاص در ماهیت مصاحبه انگیزشی وجود دارند که درمانگر باید در این زمینه آموزش ببیند. این رفتارها شامل موارد زیر می‌باشند:

- سعی در درک چارچوب ذهنی مراجع به‌ویژه از طریق انعکاس گوش دادن

- تأیید کردن مراجع

- فراخوانی و تقویت انتخابی جملات خود انگیزشی مراجع که دال بر درک مسئله،

نگرانی، میل و توجه به تغییر و توانایی تغییر است.

- نظارت<sup>۱</sup> بر درجه آمادگی مراجع برای تغییر و اطمینان از اینکه در مراجع مقاومتی

ناشی از پیشرفتی ناگهانی ایجاد نشود.

- تأکید بر آزادی انتخاب و خود رهبری<sup>۲</sup> مراجع

### راهبردهای مصاحبه انگیزشی کارآمد

میلر (۱۹۹۵) هشت راهبرد انگیزشی عمومی را توصیف کرده است. این هشت راهبرد

که به طور خاص با رویکردهای کارآمد ترکیب شده‌اند، هشت عنصر اصلی رویکرد مصاحبه

انگیزشی کارآمد هستند که در زیر به آنها اشاره می‌شود:

---

1 - monitoring

2 - self- direction

### ۱- نصیحت کردن و راهنمایی کردن<sup>۱</sup>

نصیحت کردن عاملی است که موجب تغییر می‌شود. در واقع نصیحت و راهنمایی به‌موقع می‌تواند تغییر متفاوتی ایجاد کند. راهنمایی منظم و کوتاه مدت پزشک در افزایش احتمال اینکه بیماران مصرف موادشان را متوقف کنند یا الگوی مصرف‌شان را تغییر دهند، مؤثر بوده است (چلیک<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۸۵؛ الوی<sup>۳</sup>، ولز<sup>۴</sup> و بیرد<sup>۵</sup>، ۱۹۸۸، کریستنسن<sup>۶</sup> و همکاران، ۱۹۸۳؛ راسل<sup>۷</sup> و همکاران، ۱۹۶۸؛ والاس<sup>۸</sup> و همکاران، ۱۹۸۸؛ به نقل از میلر، ۱۹۹۵؛ میلر و رولنیک، ۱۹۹۱؛ ۱۹۹۵) و از ۶ تا ۷۸ درصد افزایش یافته است (چافتز<sup>۹</sup> و همکاران، ۱۹۲۴؛ چافتز، ۱۹۶۸؛ به نقل از همان منبع).

### ۲- رفع موانع<sup>۱۰</sup>

این راهبرد در جهت شناسایی و رفع موانع مهم تغییر، تلاش می‌کند. نتیجه یک مطالعه که در زمینه حضور بموقع مراجع در جلسات بعدی درمان صورت گرفته است، نشان داد که دوری منزل مراجع از مراکز درمانی، در به‌موقع و منظم حاضر شدن وی در جلسات درمان مؤثر است (پرو<sup>۱۱</sup>، کین<sup>۱۲</sup>، کرنل<sup>۱۳</sup> و فوی<sup>۱۴</sup>، ۱۹۷۹؛ به نقل از پروچاسکا، دی کلمنت و نورکراس، ۱۹۹۲). برای رفع موانع خاص هر گروه، ضروری است که به ویژگی هر طبقه توجه شود. برای مثال توجه به ویژگی رفتاری مردان در مقابل زنان، ویژگی‌های گروه‌های سنی مختلف نظیر جوانان و سالخوردگان و همچنین جمعیت‌های مختلف نژادی و مذهبی.

---

1 - giving advice  
2 - Chlick  
3 - Elvy  
4 - Wells  
5 - Baird  
6 - Kristenson  
7 - Russell  
8 - Wallace  
9 - Chafetz  
10 - removing barriers  
11 - Prou  
12 - Kine  
13 - Cornell  
14 - Foey



### ۳- فراهم آوردن شرایط انتخاب<sup>۱</sup>

برخی افراد تمایل دارند که به آنها دقیقاً گفته شود چه کاری انجام دهند و یا چه روند مشخصی را دنبال کنند. در واقع، وقتی که فردی احساس می‌کند آزادی وی تهدید و یا محدود شده است، واکنش مقاومت از خود نشان می‌دهد (برهم، ۱۹۶۶؛ برهم و برهم، ۱۹۸۱؛ به نقل از پروچاسکا، دی کلمنت و نورکراس، ۱۹۹۲). انگیزه واقعی تغییر از طریق درکی که فرد بطور آزادانه از روند مرحله عمل به دست می‌آورد، بدون توجه به اهمیت فشارها یا اجبارهای بیرونی، افزایش می‌یابد (دیزی<sup>۲</sup>، ۱۹۷۵؛ ۱۹۸۰؛ پارکر، ونیستد و ویلی، ۱۹۷۹؛ به نقل از همان منبع). در این راهبرد مشاور به افزایش انگیزه تغییر در مراجع علاقمند است و برای کمک به او اطلاع درستی از احساس آزدایش و در واقع مسئولیت‌پذیری او در شرایط انتخاب را ارائه می‌دهد.

### ۴- کاهش مطلوبیت<sup>۳</sup>

همانطور که قبلاً گفته شد در مرحله تفکر و تأمل، شخص ارزش منافع و هزینه‌های تغییر خود را در مقایسه با تداوم بخشیدن به شرایط قبل از تغییر بررسی می‌کند. با وجود این، لازم است بین عوامل مورد تأیید وضعیت کنونی و پذیرش تغییر تعادلی برقرار شود (جنیس<sup>۴</sup> و من<sup>۵</sup>، ۱۹۷۷؛ به نقل از پروچاسکا، دی کلمنت و نورکراس، ۱۹۹۲). راهبردهای انگیزشی در مرحله یاد شده، متضمن انتقال ارزش‌ها از وضعیت کنونی به وضعیت تعادل و افزایش این ارزش‌ها در جهت تغییر این وضعیت است. به صرف اینکه فرد برداشت مثبتی از رفتار خود پیدا کند، به این باور می‌رسد که تداوم آن رفتار موجب کسب پاداش می‌شود.

---

1 - providing choice  
2 - Deci  
3 - decreasing desirability  
4 - Janis  
5 - Man

#### ۵- تمرین همدلی کردن<sup>۱</sup>

مطالعات همبستگی و پژوهش‌های تجربی نشان داده‌اند که روش همدلانه با کاهش سطح مقاومت مراجع و همچنین طیف وسیعتری از پایداری تغییر رفتار در ارتباط است (میلر و ساروین<sup>۲</sup>، ۱۹۸۹؛ میلر، تایلور<sup>۳</sup>، و وست<sup>۴</sup>، ۱۹۸۰؛ پاترسون<sup>۵</sup> و فورگتیچ<sup>۶</sup>؛ ۱۹۸۵؛ والی<sup>۷</sup>، ۱۹۸۱؛ به نقل از پروچاسکا، دی کلمنت و نورکراس، ۱۹۹۲).

#### ۶- پسخوراند دادن<sup>۸</sup>

آگاهی کامل و روشن مراجع از وضعیت حاضر خود، یکی از عناصر انگیزشی مهم برای ایجاد تغییر است. بررسی‌های کلی به عمل آمده از معتادان به الکل نیز نشان داده است که چگونه الکل به آنها آسیب می‌رساند. نتایج پژوهش‌ها در این زمینه بر تغییرات بلند مدت ناشی از مصرف الکل صحنه می‌گذارند (کریستنسن و همکاران، ۱۹۸۳؛ میر و سویجن<sup>۹</sup>، ۱۹۸۹؛ به نقل از پروچاسکا، دی کلمنت و نورکراس، ۱۹۹۲). دادن پسخوراند به تنهایی برای سرعت بخشیدن به تغییر کافی نیست. در واقع، پسخوراند باید با معیار شخصی مقایسه شود، اگر فرد فاقد یک هدف یا معیار روشن باشد، ممکن است رویکرد "پسخوراند دادن" نتواند به وی کمک کند.

#### ۷- شفاف‌سازی اهداف<sup>۱۰</sup>

در این رویکرد فرد باید برداشت درست و پذیرفته شده‌ای از مشکل خود داشته باشد. به عبارت دیگر، ممکن است از رفتارهای ضداجتماعی که به طور معمول از طرف اجتماع طرد

---

1 - practicing empathy  
2 - Sarwine  
3 - Taylor  
4 - West  
5 - Patterson  
6 - Foregitch  
7 - Walley  
8 - providing feedback  
9 - Sowigen  
10 - clarifying goals

می‌شود به‌عنوان رفتاری طبیعی و حتی ستودنی در بین منحرفین یاد شود. در چنین شرایطی بدیهی است که سوء مصرف الکل و پیامدهای آن در بین مجموعه‌ای از دوستان الکلیک، امری طبیعی و بخشودنی می‌باشد. در این رویکرد، کمک به روشن کردن مجموعه‌ای از اهداف مراجع، موجب دستیابی راحت‌تر به تغییر می‌شود (لاک<sup>۱</sup>، شاوو<sup>۲</sup>، ساری<sup>۳</sup> و لاتام<sup>۴</sup>، ۱۹۸۱؛ به نقل از پروچاسکا، دی کلمنت و نور کراس، ۱۹۹۲). استفاده همزمان از شفاف‌سازی اهداف و پس‌خوراند دادن می‌تواند در ایجاد انگیزه تغییر مؤثر باشد.

#### ۸- یاری‌رسانی فعال<sup>۵</sup>

در این راهبرد دو موضوع عمومی یعنی "ابتکار عمل درمان‌گرا<sup>۶</sup>" و ابراز لطف و مهربانی کردن مطرح است. به عنوان مثال تلفن کردن به مراجع یا نوشتن یک نامه محبت‌آمیز ساده شانس ادامه مشاوره و تلاش برای تغییر مراجع را بیشتر می‌کند. در این راهبرد اولین هدف به کار گرفتن و نگهداشتن مراجع در فضای مشاوره است و پس از آن پذیرش مسئولیت تغییر، می‌تواند دلگرم‌کننده باشد.

#### محدودیت‌های مصاحبه انگیزشی

در حالی که کارآمدی مصاحبه انگیزشی بطور وسیع و در جمعیت‌های مختلف مورد مطالعه قرار گرفته و آشکار شده است که یکی از نوید بخش‌ترین رویکردهای مصاحبه‌ای با معتادان است، اما از لحاظ کاربردپذیری محدودیت‌هایی وجود دارد که لازم است مدنظر قرار گیرد.

نخست، نباید تصور شود که مصاحبه انگیزشی یک اکسیر شفابخش برای درمان جامع اعتیاد است. مصاحبه انگیزشی یک شیوه ارتباطی متمرکز بر دو سوگرایی است و یک راهبرد

---

1 - Lock  
2 - Show  
3 - Saari  
4 - Latham  
5 - therapeutic initiative  
6 - active helping

اولیه مناسب و کم هزینه است. مصاحبه انگیزشی در درجه اول به قصد کمک به افراد معتاد جهت رفع دوسوگرایی و تمایل به تغییر الگوهای مصرف مواد است. دوم، گرچه مصاحبه انگیزشی مهارتی آموختنی است اما تلاش همه اشخاص در زمینه فراگیری آن موفقیت‌آمیز نیست. مانند بسیاری از مداخلات بالینی، ممکن است بین یک رویکرد و ویژگی‌های شخصی درمانگر، افتراق و ناهمخوانی وجود داشته باشد. برخی درمانگران ممکن است حس کنند مصاحبه انگیزشی، انکار فرد معتاد را تقویت می‌کند و اینکه در این سبک ارتباطی، رسیدن به نتایج مثبت، وقت زیادی می‌گیرد، یا اینکه از وضعیت موجود حمایت می‌کند. درمانگرانی که از تکنیک مواجهه‌سازی برای مقابله با انکار و مقاومت افراد سوء مصرف کننده مواد استفاده می‌کنند ممکن است دریابند که مصاحبه انگیزشی با شیوه فعالیت بالینی آنها، تناسب ندارد.

#### شواهد پژوهشی اثربخشی مصاحبه انگیزشی در درمان اعتیاد

پژوهش‌های مربوط به تأثیر مصاحبه انگیزشی در درمان اعتیاد، کارآمدی این رویکرد را مورد تأیید قرار داده است. میلر، سوورین<sup>۱</sup> و کرک<sup>۲</sup> (۱۹۸۸)؛ به نقل از پروچاسکا، دی کلمنت و نورکراس، (۱۹۹۲)؛ میلر، بنفیلد و تونینگان (۱۹۹۳)؛ به نقل از قربانی، (۱۳۸۱)؛ هندمارکر<sup>۳</sup> (۱۹۹۳)؛ به نقل از نوروزی جوینانی، (۱۳۸۱)؛ به کاهش مصرف مواد؛ بین<sup>۴</sup>، میلر و بوروگزر<sup>۵</sup> (۱۹۹۳)؛ به نقل از همان منبع) به پیامدهای درمانی بهتر اشاره کرده‌اند. حتی یک برخورد کوتاه مدت در یک یا دو جلسه در اغلب اوقات منجر به تحریک مراجع برای تغییر رفتار اعتیادی می‌شود. سایر پیامدهای مثبت استفاده از این رویکرد شامل افزایش میزان پرهیز، سازگاری اجتماعی و ارجاع موفقیت‌آمیز به سایر درمان‌ها است (میلر و رول نیک، ۱۹۹۵).

---

1 - Souvrine  
2 - Cerk  
3 - Hend Marker  
4 - Bine  
5 - Brogse

شواهد پژوهشی دیگری نیز اثربخشی مصاحبه انگیزشی را در درمان افراد معتاد نشان داده‌اند (استنفنز<sup>۱</sup>، رافمن<sup>۲</sup> و سیمپسون<sup>۳</sup>، ۱۹۹۴؛ ساندرز<sup>۴</sup>، ویلکینسون<sup>۵</sup> و فیلیپس<sup>۶</sup>، ۱۹۹۵؛ استنفنز، رافمن و کورتین<sup>۷</sup>، ۲۰۰۰؛ کوپلند<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۱).

### درمان افزایش انگیزه\* (MET)

مصاحبه انگیزشی یک سبک تعامل بالینی است اما درمان افزایش انگیزه که از مصاحبه انگیزشی مشتق شده، موضوع یا موضوعاتی را برای گفتگو در فضای مصاحبه در اختیار می‌گذارد. درمان افزایش انگیزه یک مداخله درمانی سازمان یافته و کوتاه مدت، ۳ تا ۵ جلسه‌ای است که بیشتر روی دومین اصل مصاحبه انگیزشی یعنی ایجاد ناهماهنگی و تضاد متمرکز است.

بهتر است درمان افزایش انگیزه در کنار شیوه‌های درمانی دیگر استفاده شود. پژوهشگران درمان افزایش انگیزه را به همراه درمان‌های شناختی رفتاری به کار می‌گیرند. درمان افزایش انگیزه، در آغاز درمان و پس از مرحله ارزیابی مصرف، به کار گرفته می‌شود. شروع برنامه درمانی با درمان افزایش انگیزه، مزایای فراوانی در بردارد. نخست، درمان افزایش انگیزه به شکل‌گیری یک رابطه مثبت میان درمانگر و بیمار کمک می‌کند. شواهد نشان می‌دهد که رابطه درمانی مثبت، به پیامدهای مثبت درمانی منجر می‌شود. دوم، چون سوء مصرف مواد بیشتر روی توانایی‌ها و عملکردهای فرد معتاد تأثیر سوء می‌گذارد، بنابراین مفید

- 
- 1 - Stephens
  - 2 - Roffman
  - 3 - Simpson
  - 4 - Saunders
  - 5 - Wilkinson
  - 6 - Philips
  - 7 - Curtin
  - 8 - Copeland

\* در نگارش این قسمت از مطالب آموزشی عباس بخشی‌پور رودسری (۱۳۸۲) مربوط به طرح "بررسی نقش مداخلات دارویی و روانشناختی در کاهش مخاطرات ناشی از مصرف مواد مخدر و بهبود وضعیت روانی زندانیان معتاد" استفاده گردیده و سپس ویراستاری شده است.

است تمرکز اولیه مداخله، روی همین تأثیرات سوء گذاشته شود. از این جهت درمان افزایش انگیزه در مراحل اولیه درمان نقش محوری پیدا می کند.

### مؤلفه‌های اساسی درمان افزایش انگیزه

درمان افزایش انگیزه دارای سه مؤلفه اساسی است که عبارتند از:

۱- پسخوراند شخصی<sup>۱</sup>

۲- آشکارسازی ارزش‌ها<sup>۲</sup>، آموزش راهبرد اتخاذ تصمیم<sup>۳</sup> و سنجش پیامدهای مصرف متکی بر داده‌های عینی.

۳- خلاصه‌سازی<sup>۴</sup> و طراحی نقشه برای تغییر<sup>۵</sup>.

در یک برنامه درمانی تلفیقی (ترکیب درمان افزایش انگیزه با درمان شناختی رفتاری) دست کم سه جلسه به درمان افزایش انگیزه اختصاص داده می شود. لازم به تذکر است که ممکن است تشکیل جلسات اضافی ضرورت پیدا کند. در ذیل، مداخلات مبتنی بر درمان افزایش انگیزه، در درمان سوء مصرف ارایه می شود.

#### جلسه ۱: پسخوراند شخصی

در طول جلسه اول تلاش می شود درباره رفتارهای سوء مصرف مواد یا الکل فرد معتاد، پسخوراند ارائه شود. این پسخوراند بر اطلاعاتی مبتنی است که حین جلسه ارزیابی و قبل از اولین جلسه درمانی جمع آوری شده است.

هدف از ارائه پسخوراند، کمک به آشکارسازی تأثیراتی است که مصرف مواد بر زندگی شخص و نیز بر وجود شخص گذاشته است. در پایان جلسه ارزیابی مصرف اولیه، دو چیز لازم است برای معتادان مشخص شود. نخست، اگر افراد معتاد، خویشاوند نزدیکی دارند مانند همسر یا یک عضو دیگر خانواده که نسبت به تلاش‌های آنها نقش حمایتی ایفاء

---

1 - personal feedback  
2 - values clarification  
3 - decisional balance  
4 -recapitulation  
5 - change plan

می‌کنند، بسیار مفید است که این خویشاوند به همراه فرد معتاد در جلسات درمان شرکت کند. دوم، لازم است به فرد معتاد توضیح داده شود که نباید وقتی تحت تأثیر مواد یا الکل است در جلسات درمانی حاضر شود.

در طول جلسه پسخوراند، نتایج ارزیابی‌های به‌عمل آمده به فرد معتاد ارائه می‌شود. قبول پسخوراند اغلب از سوی فرد معتاد به دشواری صورت می‌گیرد. معمولاً فرد معتاد انتظار برخی نتایج را ندارد. برای نمونه، فرد ممکن است پس از اطلاع از این نکته که میزان مصرف هفتگی او بالاتر از حد افرادی است که تفننی مصرف می‌کنند اظهار دارد که "باور کردن این موضوع خیلی سخت است". زیرا معتقد است در مقایسه با خیلی از دوستانش، این میزان مشکلات کمتری برای او ایجاد کرده است. برعکس فرد ممکن است به‌سختی باور کند که مصرف کم او موجب این همه مشکلات جدی در زندگی او شده است. با استفاده از اصول مصاحبه انگیزشی، درمانگر می‌تواند به چنین اظهاراتی، پاسخ مناسب دهد. برای مثال، از طریق به‌کار گرفتن انعکاس‌های ساده‌ای چون "این مقدار مصرف بنظر می‌رسد برای شما بطور ترسناکی بالا است". لازم است با مقاومت فرد مدارا شود (چهارمین اصل مصاحبه انگیزشی) و گفتگویی بازتر با فرد تسهیل گردد. توجه به این نکته مهم است که هدف اولیه جلسه پسخوراند، بالابردن آگاهی فرد در زمینه میزان تأثیری است که مصرف مواد بر زندگی او گذاشته است. به‌هنگام مواجهه با مقاومت، درمانگر باید مرتب از انعکاس‌ها سود بجوید و به منظور تسهیل ارتباط پذیرنده‌تر، با مقاومت فرد معتاد "مدارا" کند.

در انتهای جلسه اول، پس از ارائه پسخوراند، خلاصه کردن آنچه طی جلسه بدان پرداخته شده، مفید است. پس از خلاصه‌سازی، پرسیدن این پرسش از فرد مفید است که تا جلسه بعدی مایل است در مسأله مصرف خود چه تغییری بدهد، آیا به تغییر دادن الگوی مصرف خود فکر می‌کند. اگر فرد تمایل دارد به تعهداتی در زمینه تغییر تن بدهد، لازم است روی انتخاب هدف منطقی و معقول، کمی وقت اختصاص داده شود. سرانجام، پس از اتمام

جلسه اول، درمانگر یک یادداشت پیگیری<sup>۱</sup> برای فرد می‌نویسد. در یادداشت این واقعیت انعکاس می‌یابد که درمانگر از اینکه فرد و خویشاوند نزدیک او، در صورت حضور، فرد در جلسه درمانی حاضر شدند، خوشحال است. علاوه بر این در برگه باید روی توانمندیهای فرد تأکید تأیید آمیز صورت گیرد و جدی بودن مشکل فرد انعکاس یابد. نکات برجسته مرور شوند، خوش بینی و امیدواری درمانگر نسبت به نتیجه درمان مشخص گردد و تاریخ جلسه بعدی درمان روی آن برگه، قید شود. نمونه‌ای فرضی از چنین برگه یادداشتی در زیر آمده است:

*”آقای احمدی عزیز*

*ماایم بدانید که من از حضور شما و برادران در این جلسه خوشحال شدم تصور می‌کنم خوب است که تصمیم گرفتید به مشکلاتی پردازید که مصرف هرویین برای شما ایجاد کرده است. شما کاملاً از تغییراتی که تاکنون به آن دست یافته‌اید، آگاه هستید. من وظایف آینده خودمان را بررسی کردم و مطمئن هستم که می‌توانیم برای مشکلات شما راه‌حلهایی بیابیم. جلسه بعدی روز چهارشنبه، هشتم دی ماه، ساعت ۴ بعدازظهر تشکیل می‌شود. موفق باشید.“*

**جلسه ۲: آشکارسازی ارزش‌ها و راهبرد اتخاذ تصمیم**

در آغاز جلسه دوم بهتر است نکات برجسته و اساسی جلسه اول خلاصه شوند. سپس موضوع آشکارسازی ارزش‌ها ارائه گردد. آشکارسازی ارزش‌ها، گامی بسیار اساسی در درمان معتادان است. برای این کار لازم است درمانگر فهرست دقیق و ملموسی از ارزش‌های فرد معتاد داشته باشد. بسیار مهم است که این کار به شکل غریب و اسرارآمیز انجام نگیرد. یک روش مفید برای دستیابی به ارزش‌های افراد معتاد استفاده از روش ”دسته‌بندی کارت<sup>۲</sup>“ ارزش‌ها است. حتی اگر شما دسته‌های کارت ارزش‌ها را در اختیار ندارید، ساخت آن آسان است. اگر نمی‌دانید چه چیزهایی را درون مجموعه ارزش‌ها بگنجانید از آنها پرسید که چه چیزهای خاصی در زندگی روزمره آنها هست که برای آنها اهمیت دارد، یا از مثال‌هایی

---

1 - follow-up note

2 - card sort



استفاده کنید که طی کار درمانی با افراد دارای مشکلات مشابه بدان دست یافته‌اید. مثال‌های زیر می‌تواند نمونه‌ای از ارزش‌های مورد توافق افراد باشد.

- ۱- حفظ احترام و خوشنامی،
- ۲- حفظ و ارتقای سلامت شخصی و خانوادگی،
- ۳- استقلال مالی،
- ۴- پایبندی به ارزش‌های معنوی و دینی،
- ۵- ارتقای کیفیت زندگی اجتماعی و فرهنگی،
- ۶- داشتن روابط صمیمی با دیگران و
- ۷- کمک به اشخاصی که مشکلاتی مانند من دارند.

وقتی فرد فهرست قابل قبولی از ارزش‌ها را به دست داد آن‌گاه نوبت این مسأله است که چرا این ارزش‌ها مهم هستند و چگونه مصرف مواد بر این ارزش‌ها تأثیر می‌گذارد. پس از اینکه روشن‌سازی ارزش‌ها پایان یافت آموزش راهبرد اتخاذ تصمیم و پیامد سنجی آغاز می‌شود. در این مرحله فرد دلایل موافق و مخالف آزادانه هزینه‌ها در برابر فواید مصرف را مقایسه می‌کند. لازم است درمانگر تمرین پیامد سنجی و اتخاذ تصمیم را ابتدا با تمرکز روی فواید مصرف مواد انجام دهد. از طریق بحث روی فواید مصرف مواد و الکل بیشتر احتمال دارد هزینه‌ها و مضرات مصرف را از فرد بیرون کشید. در نتیجه به کار بستن این روش، بیمار مبدل به فردی می‌شود که به جای طرفداری از مصرف در موضع مخالف مصرف قرار می‌گیرد (جدول شماره ۱۲).

همانطور که قبلاً اشاره شد با استفاده از فهرست ارزش‌های فرد می‌توان در ایجاد تضاد و ناهماهنگی بهره گرفت. برای مثال ممکن است یکی از ارزش‌های فرد ارضای نیازهای عاطفی اعضای خانواده باشد. در عین حال ممکن است همین فرد قبلاً گفته باشد که تا پاسی از شب با دوستان خود خوش می‌گذرانند، مشروب می‌نوشد و هر شب دیر به خانه می‌رسد. در چنین موردی، درمانگر می‌تواند با استفاده از انعکاس دو سویه بگوید:

”از یکسو برای مهم است نیازهای عاطفی خانواده و به ویژه فرزندان را رفع کنی اما از سوی دیگر تا دیر وقت با دوستان بودن و مشروب نوشیدن برای لذتبخش است.“  
چنین عبارتی فرد را متوجه تعارضات آشکاری می‌کند که این فعالیت‌های متعارض را برمی‌انگیزد.

### جلسه ۳: خلاصه‌سازی و طراحی نقشه تغییر

وقتی فرد تکالیف مربوط به دو جلسه اول را انجام داد، آنگاه اقدام بعدی، طراحی نقشه تغییر است. نقشه تغییر لازم است شش حیطه عام زیر را شامل شود (میلر و رول‌نیک، ۱۹۹۱):

- ۱- تغییراتی که می‌خواهم بدان دست یابم عبارتند از ...
  - ۲- مهم‌ترین دلایلی که می‌خواهم این تغییرات را ایجاد کنم عبارتند از ...
  - ۳- گام‌هایی که من برای این تغییرات برمی‌دارم عبارتند از ...
  - ۴- راه‌هایی که سایر افراد می‌توانند به من کمک کنند عبارتند از ...
  - ۵- می‌دانم نقش‌ها برای تغییر مؤثر واقع می‌شود اگر...
  - ۶- اموری که در راه اجرای نقش‌ها مزاحمت ایجاد می‌کنند عبارتند از ...
- با اینحال مفید است درمانگر قبل از پرداختن به نقشه تغییر، دلایلی که به واسطه آنها بیمار به این نقطه رسیده است را خلاصه کند. پس از تدوین نقشه تغییر یک گام دیگر باقی می‌ماند. از فرد خواسته می‌شود به تغییری که در نقشه، آنها را مشخص کرده، متعهد باشد. از طریق پیگیری این تعهد و همراه داشتن برگه تغییر، تمایل بیمار به تغییر معلوم می‌شود. نسخه‌ای از نقشه تغییر، نزد درمانگر است و یک نسخه آن در اختیار بیمار قرار می‌گیرد.

جدول ۶- برگه اتخاذ تصمیم درباره سوء مصرف مواد (ماتریس تصمیم‌گیری)

اگر به مصرف مواد ادامه دهم چه پیامدهایی در انتظار من است؟		
زیان‌های مصرف مواد	فواید مصرف مواد	
-۱	-۱	در کوتاه مدت
-۲	-۲	
-۳	-۳	
.	.	
.	.	در دراز مدت
.	.	
.	.	
.	.	

### شواهد پژوهشی اثربخشی درمان افزایش انگیزه در درمان اعتیاد

در یک بررسی الکی‌ها بطور تصادفی در دو گروه با دو سبک درمانی متفاوت قرار داده شدند. در گروه اول، درمان به شیوه مواجهه و رهنمودی صورت گرفت و در گروه دوم سعی شد انگیزه فرد معتاد افزایش یابد و وی بیشتر به اندیشیدن و تأمل کردن واداشته شود. مراجعانی که در گروه اول قرار داشتند مقاومت بیشتری نشان دادند، کمتر به مشکلات خود واقف و معترف بودند و کمتر سخن از ضرورت ترک اعتیاد بر زبان می‌آوردند. به‌علاوه، این واکنش‌ها نشانگر آن بودند که ترک اعتیاد و تغییر، برای مدتی طولانی دوام نخواهد یافت (میلر، بنفلید و تونیکان، ۱۹۹۳؛ به نقل از قربانی، ۱۳۸۱).

شواهد پژوهشی درمان افزایش انگیزه را در مشکل اعتیاد گزارش نموده‌اند (اسکوایرز<sup>۱</sup> و مویرز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰؛ سامپل<sup>۳</sup> و کادن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰؛ کادن، ۲۰۰۱؛ وب<sup>۲</sup>، اسکودر<sup>۳</sup>، کامینر<sup>۴</sup> و کادن،

1 - Squires  
2 - Moyers  
3 - Sampl

(۲۰۰۱). با توجه به یافته‌های فوق، به نظر می‌رسد که این رویکرد در درمان اعتیاد، یاری‌رسان مراجعان برای کسب و حفظ تغییر، افزایش پیامدهای درمانی و اخذ کمک از افراد حرفه‌ای است.

## درمان شناختی رفتاری \*

### آموزش مهارت‌های مقابله‌ای

در دیدگاه شناختی رفتاری، وابستگی به مواد و الکل، رفتارهای آموخته شده تلقی می‌شوند. این رفتارها از طریق تجربه کسب می‌شوند. به این معنا که اگر مصرف مواد یا الکل به طور مکرر نتایج مطلوب معینی مانند کاهش تنش یا وقوع احساسات خوشایند و غیره به دنبال داشته باشد مصرف مواد و الکل به شیوه برتر دستیابی به آن نتایج تبدیل می‌شود، به ویژه اگر شیوه‌های دیگر دستیابی به آن نتایج مطلوب وجود نداشته باشند. از این دیدگاه، وظایف اولیه درمان عبارتند از:

- ۱- شناسایی نیازهای خاصی که مواد و الکل برای ارضای آنها مصرف می‌شوند.
  - ۲- گسترش مهارت‌هایی که شیوه‌های جانشین ارضای آن نیازها را فراهم می‌سازند.
- در مدل شناختی رفتاری از هر دو نوع اساسی یادگیری، یعنی یادگیری از طریق همخوانی (شرطی سازی کلاسیک یا پاولفی) و یادگیری از طریق پیامدها (شرطی سازی کنشگر یا اسکینری) استفاده می‌شود. در یادگیری از طریق همخوانی، محرک‌هایی که در اصل خنثی هستند در نتیجه همخوانی‌های مکرر میان آن محرک‌ها و مصرف مواد یا الکل می‌توانند به برانگیزان‌هایی برای مصرف مواد یا الکل، یا برانگیزان‌هایی برای میل و ولع تبدیل

---

1 - Kadden  
2 - Web  
3 - Scudder  
4 - Kaminer

\* در نگارش بخش‌هایی از این قسمت از مطالب آموزشی عباس بخشی‌پور رودسری (۱۳۸۲) مربوط به طرح "بررسی نقش مداخلات دارویی و روانشناختی در کاهش مخاطرات ناشی از مصرف مواد مخدر و بهبود وضعیت روانی زندانیان معتاد" استفاده گردیده و سپس ویراستاری شده است.

شوند. برانگیزان‌ها می‌توانند بیرونی باشند مانند اشیای موجود در محیط شخصی، موقعیت‌ها و مکان‌ها، یا افراد خاص، مانند افرادی که شخص بطور مرتب با آنها مواد یا الکل مصرف کرده است. برانگیزان‌ها می‌توانند رویدادهای درونی مانند افکار، هیجانات، یا تغییرات فیزیولوژیکی باشند. همخوانی‌های میان این اشیاء، رویدادها، اشخاص، حالات و مصرف الکل یا مواد می‌توانند موجب تقویت شوند. در نتیجه تمایل به مصرف مواد و همزمان با تقویت تدریجی، این همخوانی‌ها، از سوی مجموعه وسیعی از محرک‌ها برانگیخته می‌شوند. این محرک‌ها قبلاً خنثی بودند اما به‌واسطه هم‌وقوعی‌های مکرر با مصرف مواد، به برانگیزان‌های بالقوه مبدل شده‌اند.

در یادگیری از طریق پیامدها، رفتار مصرف مواد و الکل به‌واسطه پیامدهایی که مصرف آنها به دنبال می‌آورد تحکیم و تقویت می‌شود. اگر بعد از مصرف ماده خاصی، شخص احساس کند که از لحاظ جنسی برانگیخته شده، یا در موقعیت‌های جمعی آسوده‌تر یا خوش‌تر شده، آنگاه مصرف آن ماده در آینده احتمالاً تکرار می‌شود زیرا رفتار مصرف، تقویت مثبت دریافت داشته است. اگر مصرف مواد، اضطراب، تنش، استرس، یا افسردگی را کاهش دهد باز احتمال مصرف بعدی آن افزایش می‌یابد ولی این بار به‌واسطه فرآیندی که تقویت منفی خوانده می‌شود.

در رویکرد آموزش مهارت‌های مقابله‌ای سعی نمی‌شود اثر برانگیزان‌های شرطی کاهش یابد یا با آنها مبارزه شود بلکه فرض بر این است که برانگیزان‌ها بخودی خود رخ می‌دهند، نمی‌توان جلوی وقوع این برانگیزان‌ها را گرفت. در نتیجه در این رویکرد تلاش می‌شود به شخص پاسخ‌های بدیل و جانشین در برابر برانگیزان‌ها آموزش داده شود طوری که بتواند به محض وقوع یک موقعیت برانگیزاننده میل به مصرف، به جای مصرف مواد یا الکل، به شیوه‌های مقابله‌ای مختلف دسترسی داشته باشد.

به‌طور خلاصه، اساس درمان شناختی رفتاری کمک به بیمار در شناسایی برانگیزاننده‌های مصرف مواد و انتخاب گام‌های لازم برای اجتناب یا مقابله با این برانگیزاننده‌ها است. آموزش مهارت‌های مقابله‌ای طی چندین جلسه صورت می‌گیرد. نمونه‌ای

از ساختار جلسات درمانی در جدول شماره ۷ آمده است (کارول، ۱۳۸۱). البته تعداد و نوع مهارت‌هایی که آموزش داده می‌شود بر مبنای نیازمندیهای بیماران می‌تواند تغییر پذیرد.

#### جدول ۷ - ساختار جلسات درمان شناختی رفتاری

<p>جلسه ۱) معرفی درمان شناختی رفتاری:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● گرفتن تاریخچه و برقراری رابطه</li><li>● بالا بردن انگیزه</li><li>● معرفی تحلیل کارکردی</li><li>● توافق درباره اهداف درمانی و قرارداد درمانی</li><li>● فراهم ساختن منطقی برای تکالیف برون جلسه‌ای</li></ul> <p>جلسه ۲) آموزش مقابله با میل به مصرف:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● درک درست میل</li><li>● توصیف میل</li><li>● شناسایی برانگیزان‌ها</li><li>● اجتناب از نشانه‌ها</li><li>● مقابله با میل</li></ul> <p>جلسه ۳) تقویت انگیزه و تعهد بیمار نسبت به ترک مصرف مواد:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● آشکارسازی و اولویت‌بندی اهداف</li><li>● توجه به دو سوگرایی بیمار در مورد ترک</li><li>● شناسایی و مقابله با افکار مرتبط با مواد</li></ul> <p>جلسه ۴) مهارت‌های امتناع از مواد و جرأت ورزی:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● ارزیابی دسترس‌پذیری مواد و گام‌های لازم برای کاهش آن</li><li>● بررسی راه‌های قطع رابطه با عرضه‌کنندگان مواد</li><li>● یادگیری و تمرین مهارت‌های امتناع از مواد</li><li>● بررسی تفاوت بین پاسخ انفعالی، پرخاشگرانه و جرأت‌مندانه</li></ul>
---

<p>جلسه ۵) تصمیم‌های به ظاهر نامربوط:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● درک تصمیم‌های به ظاهر نامربوط و ارتباطشان با موقعیت‌های خطر آفرین</li><li>● شناسایی نمونه‌هایی از تصمیم‌های به ظاهر نامربوط</li><li>● تمرین تصمیم‌گیری سالم</li></ul> <p>جلسه ۶) برنامه مقابله عمومی:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● پیش‌بینی موقعیت‌های خطر آفرین</li><li>● تدوین یک برنامه مقابله‌ای عمومی</li></ul> <p>جلسه ۷) آموزش راهبرد حل مسئله:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● معرفی گام‌های اساسی حل مسئله</li><li>● تمرین روی مهارت‌های حل مسئله درون جلسه</li></ul> <p>جلسه ۸) مدیریت موردی:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● مرور و به کار بستن مهارت‌های مسئله‌گشایی در مورد مسائل روانی-اجتماعی که مانع درمان می‌باشند.</li><li>● طراحی یک برنامه حمایتی عینی برای شناسایی مسائل روانی-اجتماعی</li><li>● بازنگری و حمایت از تلاش‌های بیمار در اجرای برنامه</li></ul> <p>جلسه ۹) آموزش کاهش خطر HIV:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● ارزیابی خطر عفونت HIV بیماران و ایجاد انگیزه برای تغییر رفتارهای خطر آفرین</li><li>● تعیین اهداف تغییر رفتاری</li><li>● حل مسئله به منظور موانع کاهش خطر</li><li>● ارائه رهنمودهای خاص برای کاهش خطر</li></ul> <p>جلسه ۱۰) ختم درمان:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● مرور دوباره برنامه و اهداف درمان</li><li>● ارائه بازخورد در مورد پیشرفت بیمار از دیدگاه درمانگر</li><li>● دریافت بازخورد از بیمار در مورد جنبه‌های موفق و ناموفق درمان</li></ul>
--

## روش‌های مقابله‌ای درمان شناختی رفتاری

نظر به اهمیت پاره‌ای از روش‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری، در زیر به معرفی آنها پرداخته می‌شود:

### تحلیل کارکردی<sup>۱</sup>

همانطور که پیش‌تر اشاره شد در درمان شناختی رفتاری سه گام اساسی برداشته می‌شود که عبارتند از: ۱- شناسایی<sup>۲</sup> موقعیت‌هایی که احتمال مصرف مواد در آنها زیاد است، ۲- اجتناب<sup>۳</sup> از این موقعیت‌ها در زمان مناسب، ۳- مقابله<sup>۴</sup> مؤثر با مسایل و رفتارهای مشکل آفرین مرتبط با سوء مصرف مواد. مناسب‌ترین تکنیک برای شناسایی موقعیت‌های خطر آفرین، "تحلیل کارکردی" است. در واقع تحلیل کارکردی اولین فنی است که به بیمار آموزش داده می‌شود. به دلیل مصرف مکرر، رفتار مصرف مواد به صورت فرآیندی خودکار درآمده است و بیمار تصور می‌کند هیچگونه کنترل و تسلطی بر رفتار خود ندارد. در تحلیل کارکردی نشان داده می‌شود که رفتار مصرف مواد به شکل ظریفی به بسیاری از شرایط و محرک‌ها وابسته است. به عبارت دیگر، به موجب قوانین یادگیری کلیه شرایط بیرونی و درونی که پیش از مصرف مواد و حین مصرف آن حضور داشته‌اند (پیشایندها و همایندهای رفتار) و نیز همه پیامدهایی که مصرف مواد به دنبال آورده (پسایندهای رفتار)، نقش محرک را در فراخوانی رفتار مصرف ایفاء می‌کنند. در واقع تجربه میل و ولع شدید چیزی جز قرار گرفتن در موقعیت‌ها یا حالاتی که قبلاً با مصرف مواد قرین بوده‌اند، نیست. محرک‌های برانگیزنده میل و رفتار مصرف، یا بیرونی هستند (مانند موقعیت‌ها، رویدادها، مکانها و اشخاص) و یا درونی (حالات، افکار، تصاویر ذهنی، احساسات، عواطف و هیجانات). اولین وظیفه بیمار، شناسایی کلیه محرک‌های بیرونی و درونی همبسته با مصرف مواد است که تحلیل کارکردی خواننده می‌شود. پس از شناسایی و تهیه فهرست محرک‌ها، به بیمار آموزش داده می‌شود از این

---

1 - functional analysis  
2 - recognition  
3 - avoidance  
4 - cope



محرک‌های برانگیزنده تا آنجا که می‌تواند اجتناب کند؛ اگر شرایط به گونه‌ای بود که اجتناب از آنها ممکن نبود، باید از طریق فنون مختلف با موقعیت مقابله کند.

در جلسه درمانی، پس از ارایه منطق تحلیل کارکردی، درمانگر به شکل زیر بیمار را و می‌دارد تا در چارچوب تحلیل کارکردی به مشکل سوء مصرف مواد خود بیندیشد:

”برای اینکه تصور روشنی از مسأله مصرف مواد شما پیدا کنیم اجازه بدهید تا روی مثالی کار کنیم. لطفاً درباره آخرین باری که مواد مصرف کردید، فکر کنید. کجا بودید و چه کاری انجام می‌دادید؟ قبل از اقدام به مصرف، چه اتفاقی افتاد؟ چه احساسی داشتید؟ اولین بار که حس کردید تمایل دارید مواد مصرف کنید، چه وقت بود؟ بلافاصله پس از مصرف چه احساسی داشتید؟ بعد چه تغییراتی صورت گرفت؟ پیامدهای مثبت مصرف مواد چه بود؟ پیامدهای منفی آن چه بود؟“

با استفاده از یک مثال ملموس و انتقال آن روی برگه تحلیل کارکردی<sup>۱</sup> (جدول شماره ۸) نحوه انجام تحلیل کارکردی به بیمار آموزش داده می‌شود. درمانگر به عنوان اولین تکلیف برون جلسه‌ای از بیمار می‌خواهد که تا جلسه بعد، با استفاده از برگه تحلیل کارکردی دست کم سه بار مصرف اخیر خود را تحلیل کند.

جدول ۸ - برگه تحلیل کارکردی

برانگیزان	افکار و احساسات	رفتار	پیامدهای مثبت	پیامدهای منفی
چه چیز مرا به مصرف سوق داد؟	چه فکری به ذهنم خطور کرد؟ چه احساسی داشتم؟	سپس چه کاری انجام دادم؟	چه چیز مثبتی رخ داد؟	چه چیز منفی‌ای رخ داد؟

مأخذ: کارول، ۱۳۸۱.

جلسه، بر تشخیص میل و برانگیزاننده‌های آن متمرکز است و دومین جلسه بر یادگیری و تمرین راهبردهای مقابله‌ای. درمانگر می‌تواند در جلسه، امور زیر را به بیمار خاطر نشان کند:

- میل به مصرف، پدیده‌ای طبیعی و شایع است. آن را نشانه شکست کوشش‌های خود تلقی نکنید بلکه سعی کنید با استفاده از آن بفهمید برانگیزان‌های میل شما چه چیزهای هستند.
- میل مانند موج دریا است؛ در یک نقطه به اوج می‌رسد، سپس فروکش می‌کند.

### مقابله با میل

برای بسیاری از سوء مصرف کنندگان مواد، میل به مصرف موضوع مشکل آفرینی است. به همین دلیل در اوایل درمان درباره این موضوع بحث می‌شود. غالباً هفته‌ها و حتی ماهها بعد از آغاز پرهیز از مصرف، دوره‌هایی از میل شدید به مواد از سوی بیماران گزارش می‌شود. این تجربه برای بیماران آشفته کننده است. اگر این مسئله درست فهمیده نشود و به نحو مؤثر با آن برخورد نگردد، می‌تواند به سوء مصرف مواد بینجامد.

بسته به جدی بودن مشکلی که تجربه میل برای بیمار ایجاد می‌کند، می‌توان یک یا دو جلسه به آموزش مقابله با میل اختصاص داد. وقتی دو جلسه برای موضوع میل در نظر گرفته می‌شود، اولین جلسه، بر تشخیص میل و برانگیزاننده‌های آن و دومین جلسه بر یادگیری و تمرین راهبردهای مقابله‌ای متمرکز است. درمانگر می‌تواند در جلسه، امور زیر را به بیمار خاطر نشان کند:

- میل به مصرف، پدیده‌ای طبیعی و شایع است. آن را نشانه شکست کوشش‌های خود تلقی نکنید بلکه سعی کنید با استفاده از آن بفهمید برانگیزان‌های میل شما چه چیزهایی هستند.
- میل مانند موج دریا است؛ در یک نقطه به اوج می‌رسد، سپس فروکش می‌کند.
- در صورت عدم مصرف، ولع و میل شما رو به ضعف می‌گذارد و از بین می‌رود.

انگیزه و میل تنها زمانی قویتر می‌شود که شما به آن تن دهید.

- شما می‌توانید از طریق اجتناب یا حذف نشانه‌هایی که میل را در شما برمی‌انگیزند، با

میل مقابله کنید.

راههای دیگر مقابله با میل عبارتند از:

- توجه خود را برای لحظاتی منحرف کنید (روش توجه برگردانی<sup>۱</sup>).
  - دربارهٔ میل خود با کسی که حمایت کننده است، صحبت کنید.
  - روی میل "سوار" شوید، با فراز و فرود آن موج همراه شوید (روش موج سواری).
  - پیامدهای منفی مصرف را مدنظر قرار دهید.
  - با خود درباره هوس و میل خود صحبت کنید.
- به منظور تهیه فهرستی از برانگیزانهای میل، تکلیف برون جلسه‌ای خودبازنگری<sup>۲</sup> (جدول شماره ۹) به بیمار محول می‌شود. از اطلاعات به دست آمده می‌توان برای آموزش اجتناب و مقابله بهره جست.

جدول ۹- برگه ثبت روزانه میل

زمان/ تاریخ	موقعیت، افکار و احساسات	شدت میل (۱-۱۰)	طول مدت میل	نحوه مقابله

مأخذ: کارول، ۱۳۸۱.

### شناسایی و مقابله با افکار مرتبط با مواد

- افکار مرتبط با مواد می‌توانند به از سرگیری دوبارهٔ مصرف مواد منجر شوند. افکار متداول مرتبط با مصرف مواد، شامل موارد زیر هستند:
- کنترل آزمایشی: "من می‌توانم به مهمانی بروم و مواد مصرف نکنم." یا "من می‌توانم دوستانی را که مواد مصرف می‌کنند، ببینم."
  - دم را غنیمت شمردن: "من شیفته سرخوشی هستم." یا "یک لحظه خوش بودن بهتر از یک عمر رنج کشیدن است."
  - شکست: "درمان‌های قبلی که تأثیری نداشتند، پس امیدی به بهبودی نیست."

1 - distraction  
2 - self-monitoring

- کسالت بار دیدن زندگی: "زندگی بدون مواد، لطفی ندارد."
  - موضع حق به جانب گرفتن: "من شایسته پاداش هستم."
  - یاری رساننده تلقی کردن مواد: "اگر مصرف نکنم چطور می‌توانم با مردم رابطه برقرار کنم." یا "بدون مصرف مواد نمی‌توانم خوب کار کنم."
  - فراز: "زندگی‌ام خیلی بد است، فقط به چند ساعت استراحت نیاز دارم."
- اجتناب از این افکار همیشه امکانپذیر نیست، اما یکی از راه‌های مؤثر برای اجتناب از این افکار، تمرکز روی اهداف کوتاه مدت و بلند مدت است. با این کار، افکار مثبت جانشین افکار دعوت کننده به مصرف مواد می‌شوند و شخص را از مصرف مواد باز می‌دارند. در یک تمرین درون جلسه‌ای از بیمار خواسته می‌شود اهداف فوری (هفته آینده)، اهداف کوتاه مدت (۳ ماه بعد) و اهداف بلند مدت (یک سال بعد) خود را یادداشت کند. این اهداف باید در حد امکان، عینی و ملموس باشند.

علاوه بر این، بیمار می‌تواند از راه‌های زیر با افکار مرتبط با مواد مقابله کند:

- فکر کردن و به یاد آوردن تجربه تلخ پایان آخرین دوره سرخوشی
- مبارزه و چالش با افکار خود (جدول شماره ۱۰)
- به یاد آوردن پیامدهای منفی مصرف مواد
- توجه برگردانی
- صحبت کردن درباره افکار

آموزش هر یک از فنون مقابله‌ای بالا طی یک یا دو جلسه درمانی صورت می‌گیرد.

#### جدول ۱۰- چالش با افکار مرتبط با مواد (روش دو ستونی)

هرگاه افکار مرتبط با مصرف مواد را تجربه کردید، بلافاصله آن را در یک ستون ثبت کنید، سپس در ستون دیگر فکر مثبت و مهارت‌های مقابله‌ای را بیاورید.	
فکر مثبت، مهارت مقابله‌ای مؤثر	فکر مرتبط با مواد

### مهارت‌های امتناع از مواد و جرأت‌ورزی

یک مسأله مهم برای بسیاری از سوء مصرف کنندگان مواد، کاهش دادن دسترسی به مواد و خودداری مؤثر از عرضه کنندگان مواد است. بیمارانی که در دوره ترک هستند، به دلیل تجربه میل به مواد و دوسوگرایی، وقتی مواد بطور مستقیم به آنان عرضه می‌شود، مقاومت‌شان شکسته می‌شود و دور جدیدی از مصرف به تدریج آغاز می‌شود. شبکه اجتماعی بسیاری از مصرف کنندگان مواد چنان محدود است که تنها با چند نفر که مواد مصرف می‌کنند، ارتباط دارند و قطع ارتباط با عرضه کنندگان مواد برای آنان به معنای انزوای اجتماعی است. همچنین بسیاری از بیماران از مهارت‌های جرأت‌ورزی، برای امتناع از عرضه کنندگان مواد، برخوردار نیستند. بنابراین، یک یا دو جلسه درمان لازم است تا به موضوع کاهش دسترس‌پذیری مواد، مهارت‌های امتناع و جرأت‌ورزی اختصاص داده شود. ارزیابی دسترس‌پذیری مواد و بررسی راه‌های قطع ارتباط با عرضه کنندگان مواد، یادگیری و تمرین مهارت‌های امتناع از مواد (جدول شماره ۱۱) و آموزش الگوهای جرأت‌ورزی (در مقابل الگوهای پرخاشگرانه و انفعالی)، اهداف جلسات را تشکیل می‌دهند.

#### جدول ۱۱- مهارت‌های امتناع از مواد

<p>توصیه‌هایی جهت برخورد با عرضه کنندگان مواد: ابتدا بگویید "نه". تماس چشمی مستقیم برقرار کنید. از شخص بخواهید تا تعارف و عرضه مواد را متوقف کند. از ایجاد محدودیت برای خود هراسان نشوید. درب منزل خود را به روی عرضه کنندگان مواد نگشایید. نه دست به پرخاشگری بزنید و نه انفعال نشان دهید، با جرأت‌مندی عمل کنید.</p>
--

مأخذ: کارول، ۱۳۸۱.

#### تصمیم‌های به ظاهر نامربوط

رویاریی با برخی از موقعیت‌های خطرآفرین که از سوی بیماران اموری فراتر از کنترل‌شان تجربه می‌شوند که در واقع ناشی از رفتارهایی است که خود بیماران انجام می‌دهند.

تصمیم‌های به ظاهر نامربوط به آن دسته از تصمیم‌ها، دلیل تراشی‌ها و ناچیز شمردن خطرات اشاره دارد که بیماران را به سوی موقعیت‌های خطر آفرین نزدیک می‌کند و یا درون آن موقعیت‌ها قرار می‌دهد، هر چند ممکن است ابتدا نامربوط با مصرف مواد تلقی شوند.

یکی از وظایف اصلی درمانگران این است که به بیماران آموزش دهند تا زنجیره تصمیم‌های نامربوط را شناسایی کنند و قبل از وقوع مصرف، این زنجیره‌ها را قطع کنند. با اینکه قطع این زنجیره در هر نقطه‌ای قبل از مصرف ممکن است، اما هر چه به سوی قسمت‌های انتهایی زنجیره حرکت می‌کنیم یعنی جایی که بیماران در موقعیت‌هایی قرار می‌گیرند که مواد حاضرند، این کار دشوارتر می‌شود. در نتیجه مطلوب آن است که به بیماران آموزش داده شود تا تصمیم‌ها را در نقطه آغاز وقوع‌شان شناسایی کنند، یعنی جایی که خطر مصرف، تمایل به مصرف و دسترسی به مواد پایین است. برای این کار به بیمار آموزش داده می‌شود که هر گاه تصمیمی می‌گیرند، چه تصمیم بزرگ و با اهمیت؛ و چه تصمیم کوچک و پیش پا افتاده، کارهای زیر را انجام دهند:

- همه انتخاب‌هایی را که دارند، در نظر بگیرند.
- پیامدهای مثبت و منفی هر انتخاب را مدنظر قرار دهند.
- تصمیمی را انتخاب کنند که خطر عود را به حداقل برساند.
- به افکار "خطر آفرین" توجه کنند؛ افکاری مانند "من مجبورم..." یا "من نمی‌توانم..." یا "در واقع مهم نیست اگر..." اینگونه افکار در واقع با کم خطر جلوه دادن برخی تصمیم‌ها، رفتارها و موقعیت‌ها که در نگاه اول ربطی به مصرف مواد ندارند، بیمار را به طرف لغزش و مصرف مواد می‌کشانند.

جدول شماره ۱۲ برای بازنگری تصمیم‌های به ظاهر نامربوط بسیار کمک کننده است و به‌عنوان تکلیف برون جلسه‌ای پس از آموزش به بیمار محول می‌شود.

جدول ۱۲- بازنگری تصمیم‌های روزانه

تصمیم‌هایی را که در طول روز با آن روبرو می‌شوید، چه بزرگ و با اهمیت باشند و چه کوچک و پیش پا افتاده، مورد بازنگری قرار دهید. راه حل‌های جانشین سالم و خطرآفرین را برای هر یک مورد توجه قرار دهید.		
تصمیم	راه حل جانشین سالم	راه حل جانشین خطرآفرین

مأخذ: کارول، ۱۳۸۱.

شواهد پژوهشی اثربخشی درمان شناختی، رفتاری، شناختی رفتاری و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در درمان اعتیاد

باورها و انتظارات غیر منطقی در گرایش به اعتیاد

یکی از جنبه‌های اعتیاد معنایی است که مصرف مواد برای افراد دارد. نگرش‌ها، باورها، اهداف و انتظارات افراد در اعتیاد و بازگشت معتادان پس از درمان نقش مهمی را بازی می‌کنند. از نظر بوهم<sup>۱</sup> (۱۹۹۹) باورهای متفاوتی در وقوع اعتیاد نقش بازی می‌کنند. این باورها به‌عنوان جزیی از اجزاء سیستم انسانی است که با مکانیزم‌های رفتاری، هیجانی و فیزیولوژیک رابطه نزدیک داشته و در بسیاری از شرایط عاملان پنهان گرایش به اعتیاد در افراد می‌باشند. اسپیگلر<sup>۲</sup> و گوورمونت<sup>۳</sup> (۱۹۹۸) در جمع‌بندی خود درباره شناخت و باورهایی که معمولاً در میان معتادان رایج است به چهار دسته باور اشاره می‌کنند:

۱- باورهای انتظاری

بر اساس این باورها، افراد انتظار کسب نتایج مثبت از مصرف مواد را دارند (مثل احساس کسب جرأت و شهامت در افراد کم جرأت یا کمرو و...).

1 - Bohm  
2 - Spiegler  
3 - Guerremont

## ۲- باورهای سوگرایانه

افراد تصور می‌کنند پس از مصرف مواد مخدر، ناراحتی و رنج آنها کاهش می‌یابد (مثل مصرف مواد برای غلبه بر افسردگی، اضطراب و...)

## ۳- باورهای تسهیل‌کننده

افراد تصور می‌کنند که با مصرف مواد راحت‌تر و ساده‌تر می‌توانند کارها و فعالیت‌ها را انجام دهند (مثل مصرف مواد مخدر در میان کارگران مشاغل سنگین و...).

## ۴- افکار خودکار

این افکار به تصاویر ذهنی کوتاه، تکراری و خودکار اطلاق می‌شود که غالباً نتیجه باورهای مذکور است و تمایل و اشتیاق مصرف مواد را در شخص تقویت می‌کند. ساراسون<sup>۱</sup> و ساراسون (۱۳۷۵) درباره اهمیت باور و انتظار افراد به برخی تحقیقات اشاره کرده‌اند و بیان می‌کنند که شواهدی در دست است که باور اشخاص راجع به غلظت الکل در یک نوشیدنی، صرفنظر از غلظت واقعی آن، نه تنها می‌تواند شاخص مهمی برای مصرف الکل باشد، بلکه می‌تواند برای رفتارها و حالات دیگری مثل افسردگی، تأخیر در ارضاء جنسی، اضطراب اجتماعی و پاسخ جنسی که در پی هر بار نوشیدن به وجود می‌آید و با آن همراه است نیز شاخص مهمی باشد.

نقش باور معتادان نسبت به خود نیز در قالب پژوهش‌های دیگری مورد بررسی قرار گرفته است. طی مطالعات بالینی انجام شده بر روی معتادانی که برای ترک به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند، بسیاری از آنها خودشان را به عنوان بیمارانی تلقی می‌کنند که باید توسط پزشکان درمان شوند (رابینسون<sup>۲</sup>، ۱۹۷۲). وی اشاره می‌کند که پذیرش نقش بیمار به عنوان یک باور و انتظار غیرمنطقی می‌تواند در درمان معتادان تداخل کند. چنین باوری بر این فرض

---

1 - Sarason

2 - Robinson



استوار است که فرد قادر به تلاش برای درمان خود نبوده و فقط با مداخله بیرونی می‌تواند درمان شود.

نادیده گرفتن باورهای ذکر شده در فرآیند درمان، می‌تواند منجر به بازگشت معتادان شود. مهریار و جزایری (۱۳۷۷) به پنج دلیل عمده نرخ بالای بازگشت درمان معتادان اشاره می‌کنند که دو دلیل اول آن به طیف باورها و شناخت توانایی‌های معتادان باز می‌گردد و شامل موارد زیر است:

- عدم تغییر نگرش و باورهای اساسی معتادان درباره مواد و منابع یا پیامدهای مثبت آن
  - عدم یادگیری روش‌های جدید مقابله با مسایل و مشکلات زندگی و پناه بردن به مواد به‌عنوان وسیله‌ای برای رفع یا فراموش کردن مسائل و مشکلات غیر قابل اجتناب زندگی.
- در یکی از پژوهش‌های مربوط به علل بازگشت معتادان پس از ترک، تعداد ۳۱۱ معتاد به هروئین، سیگار و الکل مورد بررسی قرار گرفتند. این افراد معتادانی بودند که پس از ترک دوباره مصرف مواد را شروع کرده بودند. از میان کل معتادان مورد بررسی ۷۵ درصد بازگشت آنها به اعتیاد با سه عامل تعارض بین فردی در خانواده و محل کار، حالت‌های هیجانی منفی مثل افسردگی، اضطراب و پایین بودن خلق و فشارهای اجتماعی مثل فشار دوستان و آشنایان قبلی افراد معتاد مربوط بود (کامینگز<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۸۰). بر خلاف یافته‌های فوق بک<sup>۲</sup> (به نقل از گلدامیت<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷) معتقد است که باور و انتظار معتادان مبنی بر استفاده از مواد مخدر، سیگار و الکل به عنوان شیوه مقابله ناکارآمد و موقتی برای غلبه بر مشکلات، باعث هوس و تمایل آنها به مصرف مواد و از دست دادن کنترل در شرایط دشوار زندگی می‌شود.
- در مسیر بازگشت معتادان پس از ترک غالباً دو نوع پاسخ هیجانی و شناختی روی می‌دهد، اولین پاسخ، تعارض و احساس گناه و دومین پاسخ، سرزنش خویش است (ساراسون و ساراسون، ۱۳۷۵).

---

1 - Cummings  
2 - Beck  
3 - Goldamit

درمانگرانی که بطور خواسته یا ناخواسته باورها و انتظارات فرد معتاد را در مورد مواد مخدر نادیده گیرند، باعث برانگیختن مقاومت و خصومت آنها می‌شوند و ممکن است در تلاش‌های خود برای کمک به معتادان برای زندگی بدون مواد با مشکل جدی روبرو شوند (گسپ<sup>۱</sup>، ۱۳۷۷).

وقتی افراد برای طرح و برنامه خود مسئولیت قبول می‌کنند و موفق می‌شوند، خوداثربخشی آنها افزایش می‌یابد. وقتی خوداثربخشی افراد افزایش پیدا می‌کند که باور اولیه آنها مبنی بر اینکه می‌توانند ترک کنند، تقویت شود (بندورا و جودن<sup>۲</sup>، ۱۹۹۱). موفقیت در از بین بردن اعتیاد با این باور شروع می‌شود که "من می‌توانم رفتار خود را کنترل کنم" و از این تصمیم شروع می‌شود که "من می‌خواهم رفتارهای خودم را کنترل کنم". در صورتیکه فرد معتاد چنین باوری نداشته باشد، نمی‌تواند رفتار خود را کنترل کند و اگر نخواهد که رفتارش عوض شود، متحول نخواهد شد (رابرت<sup>۳</sup>، ترشیور<sup>۴</sup>، ۱۹۹۴). سوء مصرف مواد با کنترل پایین یا از دست دادن کنترل ارتباط دارد. یعنی فرد احساس می‌کند بر موقعیت کنترل ندارد و برای به دست آوردن کنترل بر موقعیت به مواد مخدر پناه می‌برد. به علاوه این افراد مهارت‌های سازگاری را از دست داده و ناامیدی و خشم را بیشتر تجربه می‌کنند (ویلز<sup>۵</sup>، دوهمل<sup>۶</sup> و واکارو<sup>۷</sup>، ۱۹۹۵). از نظر سویست<sup>۸</sup> و رابرت (۱۹۹۷) وظیفه فرد معتاد در فرآیند درمان، رشد مهارت‌های اجتنابی روانی از مواد، رشد روش‌های سازگاری با استرس‌های مثبت و منفی، رشد عزت نفس و خودبستگی و همچنین درمان اختلال‌های روانپزشکی می‌باشد.

مواد خواهی<sup>۹</sup> (هوس) یکی از جنبه‌های اصلی وابستگی روانی در مواد مخدر و برخی دیگر از مواد اعتیادآور است. بیمار تحت درمان که در حال گذراندن نشانگان ترک مواد

---

1 - Gossop  
2 - Jouden  
3 - Robert  
4 - Treasure  
5 - Wills  
6 - Duhamel  
7 - Vaccaro  
8 - Swist  
9 - craving

است، دچار انواع افکار و تصاویر ذهنی در مورد مواد و نوع کشش درونی به سمت ماده مورد نظر می‌شود (وین‌ستین<sup>۱</sup>، فلدکلر<sup>۲</sup>، مالیزیا<sup>۳</sup> و باریلی<sup>۴</sup>، ۱۹۹۸). بطوریکه بیمار بر آن افکار و تصاویر تسلط ندارد و تمام ذهن وی مشغول ماده مورد نظر و مصرف فوری آن می‌گردد.

از سوی دیگر نشانه‌های محیطی نوعی ماشه فعال‌کننده این افکار و تصاویر ذهنی هستند (دیوید<sup>۵</sup>، ۱۹۹۸). منظور از نشانه‌های محیطی هر نوع ابزار به کار گرفته شده در مصرف ماده، مکان، زمان مصرف، گفتگو درباره ویژگی‌های ماده و وجود فرد معتاد در کنار بیمار است. معمولاً بیماران گزارش می‌دهند که این افکار و تصاویر غیرارادی است و تسلطی بر آنها ندارند. پژوهش‌ها در زمینه درمان اعتیاد، نوعی درمان نگهدارنده دارویی یا روانی را برای جلوگیری از بازگشت به مواد به کار برده‌اند. کاسوکیز<sup>۶</sup> و همکاران (۱۹۹۱)؛ به نقل از ناظر، صیادی و خالقی، (۱۳۸۱) نشان دادند که بیشترین میزان بازگشت در چند ماه پس از سم زدایی است و نشانه‌های مربوط به مواد باعث پیدایش رفتار مواد خواهی و بازگشت به مواد می‌گردند. در پژوهش آنها نیمی از بیماران دچار رفتار مواد خواهی شدند و نیمی از بیماران سم‌زدایی شده اعتیاد را در زمانهای مختلف در ۶ ماه پس از ترک شروع کردند. لینگ<sup>۷</sup> و واتر<sup>۸</sup>، کالینز<sup>۹</sup> و باتکی<sup>۹</sup> (۱۹۹۸)؛ به نقل از همان منبع) نشان دادند که بیماران سم‌زدایی شده نیاز به درمان نگهدارنده با LAAM و یا نالتراکسون دارند و فرض آنها این بود که اگر بیمار موفق به مهار رفتار موادخواهانه نشد، عمل خنثی‌سازی صورت گیرد.

واکنش به نشانه‌ها پدیده‌ای است که در معتادان به مواد مخدر مشاهده می‌شود. این پدیده در واقع نوعی واکنش شرطی شده به محرک‌های مرتبط با مواد مخدر است و حالات درونی (ذهنی) و بیرونی (عینی) را در بردارد. وسوسه یا هوس میلی شدید به مواد مخدر است

---

1 - Weinstein  
2 - Feldtkeler  
3 - Malizia  
4 - Bariley  
5 - David  
6 - Kasvikis  
7 - Ling-Water  
8 - Collins  
9 - Batki

و نقش عمده‌ای در عود و روی آوردن به مصرف مواد مخدر بعد از درمان دارد. علاوه بر وسوسه، بروز واکنشهای درونی دیگری مانند احساس علایم ترک، تغییر خلق، اضطراب، احساس سرخوشی مصرف مواد به هنگام مواجهه شدن با نشانه‌های مربوط به مواد مخدر نیز گزارش شده است. تغییرات فیزیولوژیکی در ضربان قلب، ترشح بزاق، تغییر در هدایت الکتریکی پوست و دمای بدن نیز مورد بررسی قرار گرفته‌اند. ماهیت دقیق رابطه بین علائم درونی و بیرونی هنوز به درستی تبیین نشده است. به‌علاوه هنوز دقیقاً معلوم نیست که پاسخ‌های شرطی شده بیشتر در جهت علائم آنتاگونیستی (علایم ترک) هستند یا آگونیستی (نشنگی مصرف). در هر حال تماس با نشانه‌های مصرف مواد مخدر در اشخاص معتاد باعث برانگیخته‌شدن علایم خاص می‌گردد. این مسئله در مورد الکل، مواد مخدر، کوکائین و نیکوتین نیز تأیید شده است و حتی مدتها بعد از انجام سم زدایی نیز مشاهده می‌گردد. تماس‌های مکرر با نشانه‌های مواد مخدر باعث کاهش تدریجی واکنش به آنها می‌شود و از این پدیده در جهت درمان و پیشگیری از عود استفاده می‌شود. در روشی به نام "درمان مواجهه سازی با نشانه‌ها" (CET)<sup>۱</sup> مواجهه سازیهای مکرر با نشانه‌های مواد مخدر به منظور کاهش واکنش به آنها صورت می‌گیرد (فرانکن<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۹).

پژوهشگران فوق طی پژوهشی با استفاده از روش CET در یک برنامه TC در هلند گروهی از معتادان را مورد بررسی قرار دادند. ۱۶ نفر مصرف کننده سابق مواد مخدر با میانگین سنی ۲۹/۵ سال که حدود ۱۲ ماه تحت درمان فشرده بودند به صورت سرپایی هدف مطالعه قرار گرفتند. به بیماران ۴ محرک نشان دهنده صحنه‌های مصرف مواد مخدر (۱۲ اسلاید و ۲ قطعه فیلم)، هر یک به مدت ۵ دقیقه، نشان داده شد. مجموعاً ۹ جلسه مواجهه‌سازی صورت گرفت. در اولین جلسه، جلسه نهم و ۶ هفته بعد از جلسه نهم نیز میزان وسوسه، علایم خلقی و علایم فیزیکی مرتبط با مصرف یا ترک مصرف مواد مخدر، به کمک پرسشنامه مورد سنجش قرار گرفتند. نتایج نشان دادند که مشاهده صحنه‌های مصرف مواد مخدر در مقایسه با

1 - Cue Exposure Treatment (CET)

2 - Franken

صحنه‌های خنثی (مناظر طبیعی) باعث افزایش معنی‌دار احساس وسوسه، خشم و افسردگی در معتادان حتی بعد از گذشت ۱۲ ماه می‌گردد. بعد از ۹ جلسه مواجهه‌سازی و حتی گذشت ۶ هفته بعد از پایان جلسات، کاهش معنی‌داری در پاسخ به نشانه‌های مصرف مواد مخدر مشاهده گردید. پژوهشگران فوق معتقدند که این کاهش پاسخ دهی می‌تواند در کاهش عود و حذف حالت پرهیز از مواد مخدر مؤثر باشد. در این راستا روش CET می‌تواند در درمان دراز مدت و نگهدارنده اعتیاد به مواد مخدر مورد استفاده قرار گیرد. مطالعات مشابهی در مورد کوکائین توسط سایر پژوهشگران صورت گرفته است که مطالعه حاضر نتایج آنها را به مواد مخدر تعمیم داده است (همان منبع).

اثر بخشی روش‌های رفتاری، آموزشی و روان‌درمانی در درمان اعتیاد بیشتر از درمان بینش‌گرا گزارش شده است (کافمن، ۱۹۹۱؛ به نقل از بیان زاده و بواله‌ری، ۱۳۷۹).  
راچمن<sup>۱</sup> و دوسیلو<sup>۲</sup> (۱۹۸۷؛ به نقل از هاوتون<sup>۳</sup>، سالکوس کیس<sup>۴</sup> و دیویوم<sup>۵</sup>، ۱۳۷۶) روش توقف افکار، را برای کنترل افکار، تصاویر ذهنی غیرارادی و وسواس‌گونه معرفی کردند. آنها معتقدند که نشانه‌های مربوط به مواد باعث فعال شدن افکار و تصاویر ذهنی موادخواهانه می‌شود و هرچه افکار بیشتر طول بکشد، افزایش بی‌قراری، عصبی شدن، بهانه‌گیری، پرخاشگری و پیدایش دوباره نشانه‌های ترک شدیدتر است. این وضعیت در نهایت، بی‌اختیار شدن بیمار را بدنبال دارد. بطوریکه به قصد پیدا کردن دوباره مواد مورد نظر و مصرف آن از منزل فرار می‌کند. کالینگتون<sup>۶</sup> و همکاران (۱۹۸۷؛ به نقل از همان منبع) نشان دادند که رویارویی علاوه بر آموزش بازسازی شناختی و توجه برگردانی، افکار منفی تولید کننده اضطراب و اضطراب فراگیر را کاهش می‌دهد.

ناظر، صیادی و خالقی (۱۳۸۱) در یک طرح تجربی ۶۰ آزمودنی را بطور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار دادند. گروه آزمایش طی ۳ هفته، هفته‌ای ۲ جلسه، هر جلسه ۳۵

---

1 - Rachman  
2 - Dositow  
3 - Howton  
4 - Salkovskis  
5 - Divyom  
6 - Calington

دقیقه به شکل گروهی، در برنامه آموزشی کنترل محیط، توجه بر گردانی و توقف افکار شرکت کردند. گروه گواه درمان سم‌زدایی با کلونیدین و درمان علامتی با داروهای روانپزشکی غیر مورفینی را به مدت ۲ هفته دریافت نمودند. برای گردآوری داده‌ها یک پرسشنامه ۳۰ سوالی مشخصات فردی و یک مقیاس روزنگار دفعات هجوم وسوسه و مدت زمان آن به کار برده شد. نتایج نشان داد که از ۳۰ نفر گروه آزمایش ۱۹ نفر پس از ۶ ماه پاک بودند. در حالیکه در گروه گواه از ۳۰ نفر ۴ نفر پاک بودند. میانگین تعداد افکار در روز، در ماه ششم، در گروه آزمایش ۰/۸۹ مرتبه و گروه گواه ۱/۱ مرتبه بوده که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود. مدت زمان افکار به دقیقه در ماه ششم در گروه آزمایشی ۵/۸ دقیقه در روز و برای گروه گواه ۳۸/۷ دقیقه بود که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بوده است. آموزش پاکسازی محیطی، توجه بر گردانی و توقف افکار توانست در گروه آزمایش افراد بیشتری را تا ۶ ماه پاک نگهدارد و مدت زمان وسوسه را کاهش دهد. اما در تعداد دفعات وسوسه در روز تفاوت معنی‌داری ایجاد نکرد ولی بطور کلی به کارگیری این روش، وسوسه و رفتار مواد خواهی را کاهش می‌دهد.

مارلات<sup>۱</sup> و گوردون<sup>۲</sup> (۱۹۸۵) مشاوره گروهی به شیوه شناختی رفتاری را در درمان سوء مصرف مواد و اختلالات مرتبط با آنها مؤثر می‌دانستند. به نظر آنها اعضای شرکت کننده در مشاوره گروهی در راه دستیابی به اهداف زیر تلاش می‌کنند:

- شکل‌دهی یک روش زندگی با ثبات بدون مصرف مواد
- ایجاد درک مناسبی از ویژگیهای هر فرد در فرآیند عود به منظور بهبودی طولانی مدت
- افزایش آگاهی از عوامل شروع کننده و استراتژیهای تطابقی لازم جهت برخورد مناسب با آنها و حل موقعیت‌های پرخطر با استفاده از مهارت حل مسئله

---

1 - Marlatt  
2 - Gordon

## رویکردهای روانشناختی در درمان اعتیاد / ۱۰۳

- دستیابی به کیفیتی از زندگی که در آن شخص بتواند بدون مصرف مواد به زندگی خود ادامه دهد.

مارلات و گوردون (۱۹۸۵)؛ لویونسون و همکاران (۱۹۹۷) مباحث مطرح در مشاوره گروهی به شیوه شناختی رفتاری را به صورت زیر ارائه داده‌اند:

۱. بحث درباره خطاهای شناختی و افکار خودکار منفی
۲. بحث درباره رفتارهای نامطلوب
۳. انجام تمرینات شناختی و رفتاری
۴. کنترل میل به مصرف و وسوسه
۵. شناسایی و اجتناب از موقعیت‌های پرخطر
۶. شناسایی زنجیره تصمیماتی که به مصرف مواد منجر می‌شود.
۷. تغییر و اصلاح شیوه زندگی
۸. عبرت گرفتن از لغزش‌ها به منظور پیشگیری از عودهای آتی
۹. افزایش کارآمدی شخصی
۱۰. مهارت‌های تطابقی و کسب توانایی حل مسئله

اورکی، بیات و خدادوست (۱۳۹۲) در یک پژوهش آزمایشی ۴۵ نفر از درمانجویان تحت پوشش مرکز ترک اعتیاد جمعیت آفتاب که دوران پس از سم زدایی را می‌گذراندند با اجرای مصاحبه و با در نظر گرفتن ملاک‌های شمول انتخاب کردند. سپس این تعداد به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری گمارده شدند. هر گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد آزمایش قرار گرفتند. گروه اول با استفاده از روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه دوم با استفاده از روش شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی مارلات درمان گروهی دریافت کردند و گروه کنترل در انتظار دریافت مداخله روانشناختی قرار گرفتند. ابزار پژوهش فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) بود. نتایج نشان داد که مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به مداخله شناختی رفتاری مارلات تاثیر بیشتری در میزان سلامت روان درمانجویان وابسته به کراک داشته است.

وودی و همکاران (۱۹۸۴؛ به نقل از NIDA، ۲۰۰۲) اثربخشی سه نوع درمان شامل مشاوره اعتیاد، روان درمانی حمایتی-بیانی<sup>۱</sup> و درمان شناختی رفتاری را بیشتر از ۶ ماه بررسی کردند. نتایج نشان داد که بیمارانی که درمان‌های حمایتی-بیانی و شناختی رفتاری را دریافت نمودند، بهبودی بیشتری را در مصرف مواد، بهداشت و رفتار مجرمانه گزارش کردند تا گروهی که مشاوره اعتیاد را دریافت نمودند. یافته‌ها همچنین نشان داد که بیمارانی که دو نوع روان درمانی دریافت کرده بودند سود بیشتری برده، داروهای تجویز شده کمتر و خود درمانی کمتری داشتند. زمانی که آزمودنی‌ها از نظر شدت وضعیت روانی به سه گروه تقسیم شدند، مشاهده شد که بیمارانی که شدت بیماریشان کم بود، با هر سه نوع درمانی واقعاً بهبود می‌یابند. بیمارانی که شدت بیماریشان متوسط بود، بهبودی اندکی را در گروه مشاوره اعتیاد و پیشرفتهای مهمی را در برنامه ترک با دو نوع روان درمانی نشان دادند. ایجاد روابط مثبت و استفاده از تکنیک‌های اختصاصی باعث شد که روان درمانگران نتایج بهتری بگیرند. در بین آزمودنی‌ها، افرادی که اختلال شخصیت ضداجتماعی داشتند از روان درمانی سودی نبردند. با این حال عده‌ای از این گروه که تشخیص اولیه افسردگی نیز داشتند، به طور واضحی از روان درمانی بهره بردند.

در مطالعه کریتس- کریستوف<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۹) بیماران وابسته به کوکائین را به مدت ۶ ماه بطور تصادفی در گروه مشاوره دوازده قدمی صرف یا یکی از سه شیوه مشاوره فردی (دوازده قدمی، روان درمانی شناختی یا روان درمانی حمایتی-بیانی) قرار دادند. نتایج نشان داد که کاهش در مصرف کوکائین در بین بیمارانی که هر دو مشاوره فردی و گروهی دوازده قدمی را دریافت نمودند، بیشتر بود. بیمارانی که درمان‌های شناختی دریافت نمودند پیامدهای درمانی مشابه با بیمارانی داشتند که فقط مشاوره گروهی دوازده قدمی را دریافت نموده بودند.

---

1 - supportive- expressive  
2 - Crits - Christoph



ارزیابی‌های بالینی شواهد چشمگیری را در زمینه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با ساختار، در مصرف کنندگان کوکائین در مقایسه با گروه کنترل که درمان را دریافت نکرده بودند، نشان داده‌اند (کارول، ۱۹۹۶). نتایج یک بررسی دیگر در زمینه کارآمدی درمان شناختی رفتاری، مشاوره دوازده قدمی و کوکائینی‌های گمنام (CA)<sup>۱</sup>، بر روی مصرف کنندگان کوکائین و کراک نشان داد که ۴۴ درصد از شرکت کنندگان در گروه شناختی رفتاری و ۳۲ درصد از شرکت کنندگان در گروه دوازده قدمی بهبودی را گزارش دادند (ماد-گریفین<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۸؛ به نقل از NIDA، ۲۰۰۲).

کارول (۱۹۹۶) بیشتر از ۲۴ پژوهش را که بر روی مصرف کنندگان توتون، الکل، کوکائین، حشیش، مواد مخدر و سایر مواد انجام گرفته، بازنگری کرده است. نتایج حاکی از آن است که شواهد محکمی برای کارآمدی درمان شناختی رفتاری در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل که درمان دریافت نداشته‌اند، برای همه گونه مواد به‌ویژه توتون وجود دارد. بهترین پژوهش‌های این زمینه، درمان شناختی رفتاری را با سایر درمان‌های فعال این حوزه مقایسه کرده‌اند (یعنی به جای پژوهش روی سنجش تأثیر درمان شناختی رفتاری در مقایسه با گروهی که درمان دریافت نکردند، این موضوع بررسی شد که آیا درمان شناختی رفتاری نسبت به سایر درمان‌های پرکاربرد، مؤثرتر است یا خیر). نتایج این بررسی‌ها ناپایدارتر از پژوهش‌های قبلی است. برخی مطالعات برتری درمان شناختی رفتاری را گزارش نمودند، اما برخی دیگر نشان داده‌اند که درمان شناختی رفتاری به اندازه سایر رویکردها مؤثر است. درمان شناختی رفتاری در کاهش میزان بازگشت، افزایش دوام تأثیرات، همسو شدن بیمار و درمان، به‌ویژه در مورد بیمارانی که میزان بالایی از آسیب‌شناسی روانی همزمان یا شدت وابستگی را نشان می‌دهند، نوید بخش‌تر است.

در زیر مطالعاتی که در واحد درمان سوء مصرف مواد دانشگاه ییل انجام گرفته، به

اجمال مرور می‌شود:

---

1 - Cocaine Anonymous (CA)

2 - Maude - Griffin

### درمان شناختی رفتاری و درمان بین فردی (IPT)

در اولین مطالعه کارول و همکاران (۱۹۹۱؛ به نقل از NIDA، ۲۰۰۲) مستقیماً درمان شناختی رفتاری را با یک روان درمانی فعال دیگر یعنی روان درمانی بین فردی مقایسه نمودند. در این مطالعه ۱۲ هفته‌ای سرپایی، ۴۲ آزمودنی که بر حسب معیارهای DSM-III وابسته به کوکائین تلقی می‌شدند، به طور تصادفی در دو گروه درمان شناختی رفتاری و درمان بین فردی قرار گرفتند. نسبت بیمارانی که درمان را تا انتها دنبال کردند، در درمان شناختی رفتاری بیشتر از درمان بین فردی بود (۶۸ درصد در برابر ۳۸ درصد). بیمارانی که سه هفته یا بیشتر از مواد پرهیز کردند، در درمان شناختی رفتاری بیشتر از درمان بین فردی بود (۵۷ درصد در برابر ۳۳ درصد) و نیز بیمارانی که پس از درمان، پرهیز پیوسته ۴ هفتگی یا بیشتر داشتند، در درمان شناختی رفتاری بالاتر بود (۴۳ درصد در برابر ۱۹ درصد). هرچند اندازه نمونه کوچک بود و تفاوت‌ها به سطح معنی‌دار نمی‌رسید، اما وقتی آزمودنی‌ها را بر مبنای شدت سوء مصرف کوکائین طبقه بندی کردند، بین دو گروه درمانی تفاوت معنی‌دار به دست آمد. برای مثال، در زیر گروههایی که مصرف بیشتری داشتند، آزمودنی‌های دریافت کننده درمان شناختی رفتاری در مقایسه با آزمودنی‌های دریافت کننده درمان بین فردی، بیشتر از مواد پرهیز می‌کردند (۵۴ درصد در برابر ۹ درصد). در زیر گروههای مصرف کننده پایین، نتایج برای دو گروه درمانی یکسان بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که سوء مصرف کنندگان سنگین‌تر، از ساختار و جنبه‌های رهنمودی درمان شناختی رفتاری بیشتر فایده می‌بردند، در درمان شناختی رفتاری روی یادگیری و تمرین راهبردهای خاص برای کسب کنترل و قطع مصرف کوکائین و سایر مواد بیشتر تأکید می‌شد. در مورد سوء مصرف کنندگان سبک‌تر، نوع خاص درمان، کمتر مهم بود.

### درمان شناختی رفتاری و مدیریت بالینی (CM)<sup>۱</sup>

مطالعه بعدی کارول و همکاران (۱۹۹۴؛ به نقل از کارول، ۱۳۸۱) هم روان درمانی و هم دارودرمانی را شامل می‌شد. درمان شناختی رفتاری با مدیریت بالینی (فاوست<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۸۷؛ به نقل از همان منبع) مقایسه شد. فرض بر این بود که درمان شناختی رفتاری به‌علاوه دیزی پرامین به ترتیب از مدیریت بالینی و دارونما مؤثرتر است. بعد از ۱۲ هفته درمان، آزمودنی‌ها در هر چهار گروه درمان شناختی رفتاری به‌علاوه دیزی پرامین، درمان شناختی رفتاری به‌علاوه دارونما، مدیریت بالینی به‌علاوه دیزی پرامین و مدیریت بالینی به‌علاوه دارونما، کاهش‌های معنی‌دار در مصرف کوکائین و نیز پیشرفت در چند حوزه از مشکلات را نشان دادند. اثرات معنی‌دار مستقیم برای دارو درمانی یا روان درمانی دیده نشد. نتایج نشان داد که شدت سوء مصرف پایه، به نحو متفاوتی با دو شکل از روان درمانی تعامل برقرار می‌کرد. بیمارانی که شدیداً به کوکائین وابسته بودند، بیشتر در درمان شناختی رفتاری باقی ماندند، دوره‌های پرهیز طولانی‌تری را تحمل کردند و تست مثبت کوکائین در ادرار آنها، پس از درمان با شیوه شناختی رفتاری در مقایسه با مدیریت بالینی، کمتر بود. سوء مصرف کنندگان سنگین‌تر کوکائین از ساختار، شرایط یا محتوای آموزشی درمان شناختی رفتاری بیشتر سود بردند. این مؤلفه‌ها به طور مشخص بر کاهش دستیابی به کوکائین و اجتناب از موقعیت‌های خطر آفرین متمرکز بودند. نتایج نشان داد که رویکردهای آزادگذارانه‌تر، روی افرادی با درجه وابستگی خفیف‌تر، می‌تواند مؤثر واقع شود.

### درمان شناختی رفتاری و علایم افسردگی

به‌واسطه اهمیت بالینی اختلالات عاطفی در میان افراد سوء مصرف کننده مواد به‌ویژه کوکائین، کارول و همکاران (۱۹۹۵؛ به نقل از کارول، ۱۳۸۱) نقش علایم افسردگی را در پاسخ به درمان‌های مطالعه شده ارزیابی نمودند. شواهد نشان داد که درمان شناختی رفتاری در کاهش مصرف کوکائین مؤثر بود. درمان شناختی رفتاری در مقایسه با مدیریت بالینی بهتر

---

1- Clinical Management (CM)

2 - Fawcett

توانست آزمودنی‌های افسرده را علاقمند به درمان باقی نگه دارد. هرچه آزمودنی‌ها، افسردگی یا ناراحتی عاطفی بیشتری تجربه می‌کردند، انگیزه آنها برای درمان، حضور در جلسات روان درمانی، توانایی‌های انجام و سود بردن از مهارت‌های مقابله‌ای بیشتر می‌شد. شواهدی از اینکه درمان شناختی رفتاری در مقایسه با مدیریت بالینی در کاهش علائم افسردگی مؤثرتر است، به دست نیامد. کاهش مصرف مواد و کاهش افسردگی در سرتاسر درمان، همبستگی بالایی با هم داشتند، هر چند جهت این تغییرات روشن نبود. آنها چنین نتیجه گرفتند که کاهش در علائم افسردگی، به دلیل کاهش ناراحتی، به کاهش مصرف مواد منجر می‌شود. در نتیجه بیماران بهتر می‌توانند از منابع مقابله‌ای خود استفاده کنند، روان درمانی را دنبال کنند یا به خوددرمانی علائم افسردگی از طریق مصرف مواد پایان دهند. از سوی دیگر کاهش مصرف مواد نیز از طریق کاهش افسردگی همبسته با ترک مواد، به بهبودی علائم افسردگی منجر می‌گردد و الگوهای طبیعی خواب و بیداری و کاهش رویارویی با سایر پیامدهای منفی سوء مصرف مواد شکل می‌گیرد.

### درمان شناختی رفتاری و الکسی تایمی

کارول و همکاران (۱۹۹۵؛ به نقل از کارول، ۱۳۸۱) در مطالعه مقایسه‌ای درمان شناختی رفتاری و مدیریت بالینی، میزان و اهمیت الکسی تایمی را در بین سوء مصرف کنندگان کوکائین ارزیابی نمودند. آنها بر مبنای پاسخ به مقیاس الکسی تایمی تورنتو<sup>۱</sup> (تایلور و همکاران، ۱۹۸۵؛ به نقل از همان منبع) دریافتند که ۳۹ درصد از سوء مصرف کنندگان کوکائین در دامنه الکسی تایمی قرار می‌گیرند. بیماران الکسی تایمیک از بیماران غیر الکسی تایمیک از لحاظ ماندن در درمان و نتیجه درمانی تفاوتی نداشتند، اما بیماران الکسی تایمیک به نحو متفاوتی به روان درمانی‌ها پاسخ می‌دادند. وقتی بیماران الکسی تایمیک از طریق مدیریت بالینی درمان می‌شدند، از لحاظ ادامه روند درمان و نتیجه درمانی بهتر بودند، در حالیکه بیماران غیر الکسی تایمیک از درمان شناختی رفتاری نتایج بهتری به دست آوردند. از

---

1 - Toronto Alexithymia Scale (TAS)

این یافته که سوء مصرف کنندگان کوکائین با نمرات بالا در الکسی تایمی به درمان شناختی رفتاری ضعیف تر پاسخ دادند، چند نتیجه به دست می آید. در درمان شناختی رفتاری از بیماران خواسته می شد هیجان برونی و حالات شناختی همبسته با مصرف مواد را شناسایی کنند و بیان دارند. یعنی تکلیفی که به طور خاص برای بیماران الکسی تایمیک دشوار است.

کارول و همکاران (۱۹۹۴؛ به نقل از کارول، ۱۳۸۱) در مطالعه مقایسه‌ای درمان شناختی رفتاری و مدیریت بالینی، پیگیری یکساله به عمل آوردند. میزان سوء مصرف مواد بیمارانی که درمان دریافت کرده بودند، کاهش اساسی یافت و یا در سطح ثابت باقی ماند. شواهدی برای اثرات تأخیری درمان شناختی رفتاری در مقایسه با مدیریت بالینی به دست آمد، حتی پس از حذف بیمارانی که غیر از درمان ارائه شده در پژوهش، درمان دیگری دریافت کرده بودند، باز اثرات تأخیری درمان شناختی رفتاری دیده شد. آزمودنی‌هایی که درمان شناختی رفتاری دریافت کرده بودند، در دوره پیگیری نیز کاهش سوء مصرف در آنها ادامه یافت، در حالیکه سوء مصرف کوکائین در گروه مدیریت بالینی، نسبتاً ثابت باقی ماند. این نتایج را می توان به آشکار شدن تأخیری اثرات خاص درمان شناختی رفتاری نسبت داد. در طول دوره فعال دریافت درمان شناختی رفتاری و مدیریت بالینی، آزمودنی‌ها در همه گروهها، مداخلات غیر اختصاصی متنوعی دریافت می داشتند، از جمله تست هفتگی ادرار، ارزیابی مکرر مصرف کوکائین، دریافت حمایت و تشویق از درمانگران و کارکنان پژوهشی و انتظارات مثبت برای اثرات درمانی.

### درمان شناختی رفتاری و سوء مصرف کنندگان الکل - کوکائین

کارول (۱۹۹۶؛ به نقل از کارول؛ ۱۳۸۱) درمان شناختی رفتاری را با دو درمان دیگر یعنی مدیریت بالینی و تسهیل دوازده قدمی (TSF) (نووینسکی<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۲؛ به نقل از همان منبع) مقایسه نمودند. تسهیل دوازده قدمی رویکردی فردی است که با مدل دوازده قدمی گروه (AA) منطبق است. این درمان هدف اولیه خود را بر مبنای درگیر ساختن طولانی مدت

بیمار با فعالیت‌های ممنوع دوستانه سنتی الکلیک‌ها یا وابستگان به کوکائینی‌های گمنام (CA) قرار می‌دهد. آنها علاوه بر درمان‌های فوق‌دی‌سولفیرام را نیز مورد بررسی قرار دادند. داده‌های اولیه حکایت از آن دارد که کاهش در مصرف الکل از طریق دی‌سولفیرام با کاهش در مصرف کوکائین همراه است (کارول و همکاران، ۱۹۹۳؛ به نقل از همان منبع). داده‌های اولیه این مطالعه همچنین نشان داد که دو شیوه روان‌درمانی فعال یعنی درمان شناختی رفتاری و تسهیل دوازده قدمی در مقایسه با مدیریت بالینی در حفظ پرهیز از کوکائین و نیز حفظ پرهیز از کوکائین و الکل مؤثرتر هستند. در روان‌درمانی فعال درصد تست منفی ادرار از جهت بررسی کوکائین بالاتر بود. همچنین درمان شناختی رفتاری و تسهیل دوازده قدمی در مقایسه با مدیریت بالینی، در سرتاسر دوره درمان باعث کاهش معنی‌دار در مصرف کوکائین شدند، مخصوصاً در مورد آزمودنی‌هایی که دست‌کم رویارویی حداقل با درمان دریافت کرده بودند. این یافته که درمان شناختی رفتاری و تسهیل دوازده قدمی در مقایسه با روان‌درمانی‌ای که عوامل مشترک را کنترل می‌کند، مؤثرتر هستند، نقش مهم مداخلات روانی - اجتماعی را در درمان وابستگی به کوکائین نشان می‌دهد. چون مدیریت بالینی جنبه‌های کلی و غیراختصاصی روان‌درمانی را کنترل می‌کند (از جمله رابطه حمایتی پزشک - بیمار). این یافته که درمان شناختی رفتاری از مدیریت بالینی در کاهش مصرف، مؤثرتر است با یافته‌های مطالعه پیشین که تفاوتی را بین درمان شناختی رفتاری و مدیریت بالینی نشان نداد (کارول و همکاران، ۱۹۹۴؛ به نقل از همان منبع) در تقابل قرار می‌گیرد. با این حال در آن مطالعه نیز در زیرگروه‌های با وابستگی شدیدتر به کوکائین، میان درمان شناختی رفتاری و مدیریت بالینی تفاوت دیده شد و درمان شناختی رفتاری مؤثرتر بود. در این مورد نیز وابستگی همزمان کوکائین و الکل با وابستگی شدیدتر به کوکائین و پیش‌آگهی ضعیف‌تر در مقایسه با وابستگی صرف به کوکائین همراه بود. با توجه به یافته‌های این دو مطالعه می‌توان گفت که گروه‌هایی که به کوکائین وابستگی شدیدتر داشتند از مؤلفه‌های فعال موجود در درمان شناختی رفتاری و تسهیل دوازده قدمی بیشتر نفع می‌بردند، در مقایسه با مدیریت بالینی که درمان حمایتی، کمتر سازمان‌یافته و رهنمودی است و بیماران در آن تکالیف برون‌جلسه‌ای

کمتری انجام می‌دهند. یافته‌ها نشان داد که میان دو نوع روان درمانی فعال یعنی تسهیل دوازده قدمی و درمان شناختی رفتاری از لحاظ نتیجه درمانی تفاوتی معنی‌دار وجود ندارد. این یافته حاکی از آن است که این دو شکل درمان تأثیر یکسانی روی جمعیت مورد مطالعه گذاشته‌اند. این نتیجه یکسان، علیرغم تفاوت‌های روشن در مبانی نظری این درمانها، مداخلات اختصاصی مورد استفاده، از سوی درمانگران (که آثار آن از سوی ارزیابان مستقل سنجیده شد و این ارزیابان در مورد اینکه چه بیماری چه درمانی دریافت داشته، بی اطلاع بودند) صورت گرفت و آزمودنی‌ها تغییرات رفتاری اختصاصی سازگار با مکانیزم‌های نظری مؤثر درمانها نشان دادند (یعنی تغییر در مهارت‌های مقابله‌ای در درمان شناختی رفتاری، درگیر شدن بیشتر در وظایف (AA) در تسهیل دوازده قدمی). این یافته با یافته‌های سایر پژوهش‌ها در نمونه افراد وابسته به کوکائین همسو است (ولز<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۴؛ کارول، ۱۹۹۶؛ به نقل از همان منبع، ۱۳۸۱).

پژوهش‌های متعددی اثربخشی درمان شناختی رفتاری در بیماران وابسته به الکل را با تمرکز بر آموزش مهارت‌های اجتماعی، کنترل استرس و خلق و آموزش ابراز وجود گزارش داده‌اند (میلر و همکاران، ۱۹۸۰؛ اوئی<sup>۲</sup> و جکسون<sup>۳</sup>، ۱۹۸۲؛ مونتی و همکاران، ۱۹۹۰؛ به نقل از NIDA، ۲۰۰۲). مطالعات دیگری نیز نتایج مطلوبی را در مورد تأثیر این شیوه‌ها در سوء مصرف کنندگان مواد نشان داده‌اند (هاو کینز، کاتالانو و ولز، ۱۹۸۶؛ پلات<sup>۴</sup> و مترگر<sup>۵</sup>، ۱۹۸۷؛ به نقل از همان منبع). در ایالات متحده چندین پروتکل درمان شناختی رفتاری، با تأکید بر درمان تقویت اجتماعی که عناصر رفتاری را مدنظر قرار می‌دهد، بر روی افراد وابسته به کوکائین انجام شده است و نتایج رضایت‌بخشی را گزارش نموده‌اند (هیگینز و همکاران، ۱۹۹۵؛ کیری<sup>۶</sup> و همکاران، ۱۹۹۸؛ مونتی و همکاران، ۱۹۹۷؛ به نقل از همان منبع).

---

1 - Wellze  
2 - Oei  
3 - Jakson  
4 - Platt  
5 - Metzger  
6 - Kirby

آنتوان<sup>۱</sup>، مواک<sup>۲</sup> و واید<sup>۳</sup> (۱۹۹۹) در پژوهشی نقش نالترکسون و درمان شناختی رفتاری را بطور جداگانه و ترکیب آن دو را در پاک ماندن وابستگان به الکل مورد بررسی قرار دادند و نشان دادند که نالترکسون برانگیختگی ناشی از الکل را کاهش می‌دهد. درمان شناختی رفتاری مقاومت در زمینه فکر کردن در مورد الکل را بالا می‌برد و هنگامی که هر دو درمان اجرا شود میزان تأثیر آنها افزایش می‌یابد.

لیوسکی<sup>۴</sup>، راکوئل<sup>۵</sup>، اسکروجز<sup>۶</sup> و اسکات<sup>۷</sup> (۱۹۹۷) پژوهشی را به منظور افزایش دادن مهارت‌های مقابله‌ای دانش‌آموزانی که در زمینه سوء مصرف مواد و رفتارهای نامناسب دیگر نیاز به پیشگیری داشتند، انجام دادند. آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به دانش‌آموزان از طریق گروهی توسط معلمان مشاور اجرا شد. جلسات به صورت گروهی، یک روز در هفته به مدت ۵۰ دقیقه، طی ۱۰ هفته، برگزار گردید. نتایج نشان داد که این شیوه در افزایش تفکر انتقادی، حل مسئله و... در پیشگیری از سوء مصرف مواد مؤثر بوده است. همچنین دانش‌آموزانی که با رویدادهای فشارزای بیشتری در زندگی روبرو بودند، نیاز به اجرای این قبیل برنامه‌ها را بیشتر احساس می‌کردند.

طاهریان و همکاران (۱۳۷۸) گزارش دادند که آموزش مهارت‌های شناختی رفتاری موجب افزایش ابراز وجود، افزایش پاسخ مهارت‌های مقابله‌ای در برابر استرس و افزایش احساس هویت در دانش‌آموزان می‌گردد.

---

1 - Anton  
2 - Moak  
3 - Waid  
4 - Lewski  
5 - Raquel  
6 - Scruggs  
7 - Scott



### آموزش مهارت‌های زندگی\*

برنامه آموزش مهارت‌های زندگی، مهارت‌های شناختی رفتاری را برای ایجاد اعتماد به نفس، مقاومت در برابر فشارهای تبلیغاتی، کنترل اضطراب، مهارت‌های ارتباطی کارآمد، ارتقای ارتباط بین فردی، ابراز وجود در به دست آوردن حقوق خود آموزش می‌دهد. این مهارت‌ها بطور اختصاصی برای مقابله با موقعیت‌های خطرآفرین سوء مصرف مواد و بطور کلی برای افزایش مهارت‌های مقابله‌ای و ارتقاء سطح بهداشت روانی تنظیم شده است. مبنای نظری رویکرد شناختی در آموزش مهارت‌های زندگی برای کاهش گرایش به مصرف مواد این است که مصرف مواد در نتیجه نقص یادگیری رفتارهای مناسب برای مقابله با تأثیرات اجتماع بر گرایش به مصرف می‌باشد. منبع این تأثیرات اجتماعی عبارتند از همسالان، اعضای خانواده و رسانه‌های جمعی. آسیب پذیری در برابر این تأثیرات، به واسطه شناخت‌های مرتبط با موقعیت‌های خاص، نگرش‌ها، انتظارات و مهارت‌های مقابله با القاء کنندگان مواد می‌باشد.

راهبردهای مقابله‌ای افراد مبتلا به مصرف مواد ناکارآمد هستند. افراد مبتلا به سوء مصرف مواد دارای سبک مقابله‌ای متمرکز بر هیجان، انکار و تکانش‌وری می‌باشند. برنامه آموزش مهارت‌های زندگی شامل راهبردها و آموزش‌هایی می‌باشد که بر متغیرهای فوق تأثیر می‌گذارند.

رز<sup>۱</sup> (۱۹۸۶؛ به نقل از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۱) اظهار می‌دارد که آموزش مهارت‌های زندگی روی رشد مهارت‌های شناختی، احساسی و سازگاری اجتماعی که جهت بهبود روابط فرد با دیگران یا سازگاری مؤثرتر با مشکلات یا موقعیت‌های مشکل‌زا ضروری است متمرکز می‌باشد.

مهارت‌های زندگی شامل موارد زیر هستند:

---

\* در نگارش بخشهایی از این قسمت از مطالب آموزشی ربابه قاسم آبادی نوری (۱۳۸۲) مربوط به طرح "بررسی نقش مداخلات دارویی و روانشناختی در کاهش مخاطرات ناشی از مصرف مواد مخدر و بهبود وضعیت روانی زندانیان معتاد" استفاده گردیده و سپس ویراستاری شده است.

۱. خودآگاهی و عزت نفس
۲. زندگی سالم
۳. حل مسئله
۴. مقابله
۵. قاطعیت

### عزت نفس

عزت نفس عبارت است از احساس ارزشمند بودن. این حس از مجموع افکار، احساسها، عواطف و تجربیات افراد در طول زندگی ناشی می‌شود. عزت نفس هنگامی به وجود می‌آید که نیازهای ابتدایی زندگی فرد به نحو مناسب ارضا شده باشند. افراد زمانی از عزت نفس زیاد بهره‌مند می‌شوند که بتوانند در چهار شرط متمایز احساسات مثبتی را تجربه کنند. این شرایط عبارتند از:

همبستگی: هنگامی که فرد از پیوندهای مهم زندگی خود راضی باشد.  
بی‌همتایی: این احساس هنگامی به وجود می‌آید که فرد بتواند صفات یا ویژگیهایی را که موجب تفاوت و تمایز او از دیگران می‌شود، بشناسد و به آنها احترام بگذارد.  
قدرت: احساس قدرت وقتی به وجود می‌آید که فرد بداند منابع، فرصت و قابلیت آن را دارد که بر شرایط زندگی خویش اثر بگذارد.  
الگوها: فرد به کمک الگوهای انسانی، فلسفی و عملیاتی، برای خویش شرایطی را فراهم می‌کند تا او را در استقرار ارزش‌های معنی‌دار، هدف‌ها، آرمان‌ها و معیارهای شخصی کمک کند (کلمز<sup>۱</sup>، کلارک<sup>۲</sup> و بین<sup>۳</sup> ۱۳۷۳).

---

1 - Clems  
2 - Clark  
3 - Bine

به عبارت دیگر عزت نفس عبارت است از شناسایی خود (خود پنداره<sup>۱</sup>) و ارزش گذاردن به آن (پوپ<sup>۲</sup>، مک هال<sup>۳</sup> و کریگ هدا<sup>۴</sup>، ۱۹۹۸). عوامل مؤثر در عزت نفس قوی عبارتند از موارد زیر:

۱. خودآگاهی و شناسایی از خود،
۲. ارزش گذاردن به هر آنچه که هست و
۳. باور به بی‌همتایی و بی‌نظیر بودن خود

### زندگی سالم

#### الف) عوامل جسمانی و فیزیولوژیک

برای اینکه فرد بتواند زندگی سالمی داشته باشد باید ابتدا به عوامل جسمانی و فیزیولوژیک توجه نماید. عوامل مؤثر در سلامت جسمانی عبارتند از خواب کافی، ورزش، تغذیه و استراحت کافی. زندگی سالم به معنی جسم سالم نیست، بلکه باید به عوامل روانی و معنوی نیز توجه کافی شود.

#### ب) عوامل روانی و معنوی

پژوهشگران دریافته‌اند که شخصیت‌هایی وجود دارند که در مقابل شدیدترین مشکلات و ناملایمات زندگی نیز مقاومت می‌کنند و آنها را شخصیت‌های "سرسخت" نامیده‌اند. این افراد دارای سه ویژگی اساسی به شرح زیر هستند:

۱. احساس تسلط و کنترل بر زندگی،
۲. داشتن تعهد و مسئولیت
۳. احساس پیش‌بینی حوادث و رویدادهای زندگی (تایلور، ۱۹۹۵).

---

1 - self- concept  
2 - Pope  
3 - Mc Hale  
4 - Carighead

علاوه بر این، فرانکل<sup>۱</sup> روانپزشک مشهور مسئله "معنی" را در زندگی انسان مطرح کرده است. او می‌گوید: "چنانچه انسان چرایی برای زندگی داشته باشد، با هر چگونگی می‌سازد" (فرانکل، ۱۳۷۱). او می‌گوید با دادن چیزی به این جهان (مثل خلق آثار هنری، تدوین کتاب و ...)، با گرفتن چیزی از جهان (لذت بردن از منظره غروب آفتاب، لذت بردن از طبیعت و ...) می‌توانیم برای زندگی خود معنایی پیدا کنیم. آموزش این دو بعد نیز باعث افزایش سلامت جسمانی، روانی و معنوی افراد می‌گردد.

### شناسایی موقعیت‌های پرخطر

علاوه بر موارد بالا، ضروری است افراد از موقعیت‌های پرخطر زندگی نیز آگاهی پیدا کنند. همچنین در رابطه با زندانیان معتاد آگاهی از بیماری ایدز ضروری است. موقعیت‌های پرخطر این بیماری عبارتند از موارد زیر:

۱- ناتوانی در حل مسئله

۲- ارتباطات اجتماعی ناسالم که شامل موارد زیر است:

الف) ناتوانی در مقاومت در برابر فشار جمع،

ب) ناتوانی در تشخیص موقعیت‌های خطرناک مثل ارتباط جنسی ناسالم و پرخطر،

ج) سعی در هم‌رنگ و همانند شدن با دیگران و

د) ناتوانی در تشخیص تفاوت و اختلاف به عنوان یک امر بدیهی و عادی

۳- استفاده از مقابله‌های ناکارآمد.

### حل مسئله

حل مسئله، رویکردی منظم و متوالی است که به فرد کمک می‌کند تا به طور مؤثری

مسائل زندگی خود را حل کند (سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۷۷).

این روش دارای چند مرحله بشرح زیر است:

۱. انتخاب رویکردی صحیح نسبت به مشکل: عدم سرزنش خود و عدم فاجعه‌آمیز تلقی کردن مشکل
۲. تعریف دقیق مشکل: مشکل باید بطور دقیق و اختصاصی تعریف شود.
۳. پیدا کردن راه حل‌های متعدد: با استفاده از بارش فکری و بدون سانسور، راه حل‌های متعدد چه مفید و چه غیرمفید؛ چه سالم و چه ناسالم فهرست می‌شوند.
۴. ارزیابی راه‌حل‌ها: هر یک از راه حل‌ها براساس پیامدهایی که برای خود، دیگران و جامعه دارند، ارزیابی می‌شوند.
۵. انتخاب راه حل‌های مفید: راه حل‌های مفید انتخاب و اولویت‌بندی می‌شوند.
۶. اجرای راه حل‌های مناسب، زمان‌بندی و برنامه‌ریزی مناسب جهت اجرای راه‌حل‌ها: یکی از اهداف اصلی حل مسئله، پیدا کردن مقابله‌های سالم و مفید است (تورپ<sup>۱</sup> و اولسون<sup>۲</sup>، ۱۹۹۰).

### مقابله

منظور از مقابله، تلاشی آگاهانه برای کنترل یا کاهش استرس و یا کوششی برای تحمل تهدیدی است که منجر به استرس می‌شود. مقابله راهبردهایی برای برخورد با تهدید است (لازاروس<sup>۳</sup> و فولکمن<sup>۴</sup>، ۱۹۸۰؛ نقل از دیویسون<sup>۵</sup> و نیل<sup>۶</sup>، ۱۹۹۴).

افرادی که راهبردهای مقابله‌ای مفیدتر و مؤثرتری در برابر استرس دارند، کمتر دچار رفتارهای آشفته شده و ناراحتی کمتری را تجربه می‌کنند و مقابله‌های مؤثر به عنوان سپری در مقابل تأثیرات استرس عمل کرده و مانع تجربه پریشانی و ناراحتی می‌شوند (رهد<sup>۷</sup>، لووینسون، تیلسون<sup>۸</sup> و سیلی<sup>۹</sup>، ۱۹۹۰).

---

1 - Thorpe  
2 - Olson  
3 - Lazarus  
4 - Folkman  
5 - Davison  
6 - Neale  
7 - Rohde  
8 - Tilson  
9 - Selley

راهبردهای مقابله‌ای دو دسته هستند:

۱- مقابله مسئله مدار

۲- مقابله هیجان مدار

هدف مقابله‌های مسئله مدار، حل مسئله و انجام دادن کاری است که منبع استرس را تغییر دهد. در حالیکه هدف مقابله هیجان مدار کاستن و کنترل ناراحتی و پریشانی همراه با استرس است (همان منبع).

راهبردهای مقابله‌ای را می‌توان به دو دسته دیگر نیز تقسیم کرد:

۱- مقابله‌های اجتنابی

۲- مقابله‌های رویارویی

در مقابله‌های اجتنابی فرد سعی می‌کند با دور شدن و فرار از موقعیت استرس آور، خود را آرام کند. در مقابله رویارویی فرد سعی می‌کند با منبع استرس و مشکلات روبرو شود، آنها را از میان ببرد و یا به حداقل برساند.

### قاطعیت

یکی از مهمترین مهارت‌های زندگی که در زمینه درمان اعتیاد و به‌خصوص پیشگیری از ایدز مطرح شده است، مهارت قاطعیت می‌باشد. منظور از قاطعیت، ایستادگی شخص بر نظرات خود، بیان افکار، احساسات و باورهای خود به‌صورت مستقیم، صادقانه و متناسب با موقعیت است، به‌طوری‌که به حقوق دیگران نیز احترام گذاشته شود.

اجزاء اساسی رفتار قاطعانه عبارتند از موارد زیر:

- بیان صادقانه و مستقیم افکار و احساسات
- رفتار پسندیده اجتماعی
- در نظر گرفتن حقوق، احساسات و آرامش دیگران

رفتارهای قاطعانه به صورت‌های مختلفی هستند:

- رد قاطعانه: فرد به صورتی اجتماع پسندانه، درخواست‌های تحمیلی دیگران را رد می‌کند و یا از آنها جلوگیری می‌کند.

- درخواست قاطعانه: فرد از دیگری می‌خواهد که کاری انجام دهد.
- بیان قاطعانه: بیان احساسات و نظرات شخصی
- عوامل شناختی: آشنایی فرد با حق و حقوق خود و اینکه اجازه رفتار قاطعانه را به خود بدهد.
- حالات غیر کلامی: در مشاوره رفتار قاطعانه، ابعاد غیر کلامی مانند تماس چشمی، حالات صورت و ژست و حالت بدن که فرد هنگام رفتار قاطعانه باید داشته باشد به او آموزش داده می‌شود. حالت بدن، صورت و چشم فرد باید حاکی از جدیت باشد.
- حالات فراگفتاری: علاوه بر رفتارهای غیر کلامی، لحن، تن صدا و روانی صحبت نیز باید حاکی از جدیت باشد.
- مهارت‌های تعاملی: گفتار قاطعانه عبارت است از گفتاری کوتاه، صریح و روشن بدون پوزش و دلیل تراشی. در مشاوره ساخت رفتار سالم، به افراد آموزش داده می‌شود که بدون توسل به دلیل‌های متعدد و بهانه، قاطعانه برخورد کنند (هارگی<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷).
- محتوی رفتار قاطعانه: به صورت‌های مختلفی فرد می‌تواند قاطعانه عمل نماید مانند نه گفتن، یک دلیل آوردن، مطرح کردن پیشنهادی دیگر، عوض کردن موضوع صحبت، شوخی کردن، تظاهر به اینکه فرد مقابل بهتر می‌داند و مطرح کردن یک گروه‌بندی دیگر.
- چنانچه شدت فشار بر فرد افزایش یابد و یا فرد تحت فشار شدیدی باشد از روش‌های دیگری به شرح زیر می‌توان استفاده کرد:
- روش صفحه خط افتاده، پافشاری و اصرار در رد و در نهایت دور شدن و اجتناب از موقعیت (لایترز کواست<sup>۲</sup>، ۱۹۹۲).

---

1 - Hargie

2 - Lions- Quest

- در مشاوره رفتار قاطعانه، مواردی که از رفتار قاطعانه استفاده نمی‌شود نیز آموخته می‌شود این موارد عبارتند از موارد زیر:
- هنگامی که فردی در شرایط نامطلوبی قرار گرفته است.
- هنگامی که با فرد بسیار حساسی روبرو هستید.
- هنگامی که دیگران می‌خواهند فرد را تحریک کنند و یا به امری وادار کنند (هارگی، ۱۹۹۷).

### روش‌های آموزش مهارت‌های زندگی

برای آموزش بهتر مهارت‌های زندگی از روش‌های زیر استفاده می‌شود:

۱. فعالیت در گروه‌های کوچک یا گروه‌های دوتایی جهت ایجاد فعالیت، مشارکت و تبادل نظر بیشتر میان افراد گروه.
۲. بارش فکری: در این روش نظرات بدون سانسور ارائه می‌شود و مشاور با نظرات افراد گروه بیشتر آشنا شده و بهتر می‌تواند آنها را اصلاح کند.
۳. ایفای نقش: این روش امکان یادگیری عملی مهارت‌ها را ایجاد می‌کند تا افراد در یک محیط امن بهتر بتوانند مهارت‌ها را بیاموزند.
۴. بحث و مناظره: بحث و مناظره این امکان را می‌دهد که افراد بدون خطر و تهدید ابعاد مختلف یک پدیده را بیشتر بررسی کنند و مشارکت بیشتری در جریان آموزش داشته باشند.

### شواهد پژوهشی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی در درمان اعتیاد

مرسر و وودی (۱۹۹۹) یکی از اهداف درمان اعتیاد را "ایجاد سبک زندگی سالم" می‌دانند که افزایش عزت نفس و معنویت را مورد تأکید قرار می‌دهد. در همین رابطه پرکینسون (۱۹۹۷) تأکید می‌کند که علاوه بر درمان‌های دارویی و روان‌شناختی؛ ضروری است تغییر در سبک زندگی بیمار نیز صورت گیرد. مصرف مواد مخدر، تغییرات خاصی در زندگی بیمار ایجاد می‌نماید. بطوری که بیشترین میزان وقت و ارتباط بیمار، صرف تهیه و



مصرف این مواد می‌شود و با قطع مصرف ضروری است فعالیت‌های دیگری جایگزین سبک زندگی قبلی شود. وی برای تغییر سبک زندگی فرد، مداخله در موارد زیر را مطرح می‌کند:

- فعالیت‌های اجتماعی و تفریحی
- مدیریت زمانی
- حل مسئله
- رضایت از کار
- مهارت‌های اجتماعی
- پیشگیری از آلودگی HIV/ AIDS

بادنی و هیگینز (۱۹۸۸) تغییر در ابعاد روابط خانوادگی، فعالیت‌های تفریحی، شبکه اجتماعی و اشتغال بیماران را ضروری می‌شمارند.

افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد در رویارویی با مسایل زندگی فاقد کفایت لازم هستند. بطوری که آنها پذیرای سوء مصرف مواد، اضطراب و افسردگی می‌شوند. مصرف کنندگان مواد فاقد مهارت‌های ارتباط مؤثر، ناتوان در بیان احساسات، ناپسندگی در تصمیم‌گیری و حل مسئله، نقص در ابراز وجود به‌طور مناسب، عدم آگاهی از احساسات خود و دیگران و دچار کمبود مهارت‌های مقابله با استرس می‌باشند. به همین لحاظ اثربخشی برنامه‌های پیشگیری از مصرف مواد مبتنی بر آموزش مهارت‌های زندگی مورد تأیید قرار گرفته است (بوتوین<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۰؛ بوتوین و همکاران، ۱۹۹۵؛ WHO<sup>۲</sup>، ۱۹۹۳). برنامه آموزش مهارت‌های زندگی بر نظریه شناخت اجتماعی (بندورا، ۱۹۷۷ و ۱۹۸۶) تکیه دارد. در این نظریه، رفتار از طریق عوامل فردی (خودکارآمدی، اهداف فردی، مهارت‌ها و آگاهی) و عوامل محیطی (مثل رسانه‌ها فشارهای اجتماعی و نهادها) هدایت می‌شود (مایباخ<sup>۳</sup> و کاتان<sup>۴</sup>، ۱۹۹۵). در نظریه شناخت اجتماعی، یادگیری فرآیندی فعال و مبتنی بر تجربه است که از راه

---

1 - Botwine  
2 - World Health Organization (WHO)  
3 - Maibakh  
4 - Katan

مشاهده آموخته می‌شود و در انجام یک رفتار داشتن مهارت و خودکارآمدی اهمیت اساسی دارد.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر شناخت اجتماعی برای پیشگیری از مصرف مواد در دانش آموزان (بوتوین و همکاران، ۱۹۹۰، ۱۹۹۵؛ دارن<sup>۱</sup> و مارچی<sup>۲</sup>، ۱۹۹۲) و سایر گروهها (راولد<sup>۳</sup>، ۱۹۹۳؛ لونتال<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۱؛ سیلوستری<sup>۵</sup> و فلامی<sup>۶</sup>، ۱۹۸۹) اثر مطلوب به بار می‌آورد. برنامه‌های مبتنی بر این رویکرد درصدد به کارگیری عوامل شناخت فردی برای آموزش مهارت‌های خویشتنداری و تغییر هنجارهای اجتماعی مرتبط با شیوع و مقبولیت مصرف مواد است.

ورچ<sup>۷</sup> و دی کلمنت (۱۹۹۴) معتقدند که مداخلات مبتنی بر شناخت اجتماعی باید از طریق هم‌کنشی عوامل فردی، محیطی و رفتاری، در سه سطح، صورت پذیرد:

الف) استفاده از رسانه‌ها برای ایجاد تغییر در آگاهی، دانش و انگیزه افراد

ب) اجرای بین فردی برای آموزش و مدل سازی مورد نیاز برای ایجاد تغییر رفتار

ج) استفاده از کانال‌های اجتماعی مثل فشارهای گروهی، همنوایی اجتماعی و نهادها

اجرای هماهنگ سه سطح بالا باعث افزایش تأثیر و پیروی بیشتر خواهد شد (بکر<sup>۸</sup> و همکاران، ۱۹۹۲). استفاده از افراد شاخص برای انتقال اطلاعات، احتمال متابعت و پیروی را افزایش می‌دهد (فیدلر<sup>۹</sup>، ۱۹۶۷). گروه دارای فشار همنوایی است (کرچفیلد<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۵؛ شاکتر<sup>۱۱</sup>، ۱۹۵۱). لذا از فشار همنوایی گروهی برای القاء ارزش‌های اتخاذ شده از طریق آموزش می‌توان استفاده کرد.

---

1 - Daren  
2 - Margy  
3 - Raweld  
4 - Lontal  
5 - Silostery  
6 - Felamy  
7 - Worche  
8 - Beker  
9 - Feilder  
10 - Kerchfeild  
11 - Shakhter

ارائه اطلاعات صحیح و مرتبط با زندگی روزمره به دانش آموزان، یاد دادن نحوه مواجهه و مقابله با موقعیت‌های دشوار و مشکل آفرین زندگی از طریق روش حل مسئله، آموزش شیوه‌های مقابله و کنار آمدن با فشارهای زندگی، ارائه مطالب مربوط به تصمیم‌گیری برای کمک به تسهیل و تقویت مهارت‌های مربوط به تفکر انتقادی، تصمیم‌گیری صحیح همراه با احساس مسئولیت، یاد دادن و تمرین روش‌های افزایش اعتماد به نفس و قاطعیت در موقعیت‌های اجتماعی، تشخیص موقعیت‌های خطرناک و اجتناب از آنها، آموزش مهارت‌های اجتنابی در برابر فشار همسالان و آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند به‌عنوان سازوکارهای مصون‌سازی در برابر گرایش به سوء مصرف مواد مخدر عمل کنند (ایوانز<sup>۱</sup> و برنت<sup>۲</sup>، ۱۹۹۲).

ارزیابی مطالعاتی که میزان اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی را در پیشگیری از مصرف سیگار، الکل و حشیش بررسی کرده‌اند حاکی از این است که این برنامه نقش مثبتی را در افزایش آگاهی بهداشتی، نگرش، ابراز وجود، اداره خود، کنترل شخصی و کاهش اضطراب اجتماعی دانش آموزان ایفا می‌کند (اصغر نژاد فرید، ۱۳۷۸).

در یک مطالعه (بوتوین و همکاران، ۱۹۸۰؛ به نقل از اصغر نژاد فرید، ۱۳۷۸). اثربخشی کوتاه مدت رویکرد آموزش مهارت‌های زندگی را در پیشگیری از مصرف سیگار در بین ۳۸۱ دانش آموز کلاس‌های هشتم، نهم و دهم، مورد بررسی قرار دادند. دانش آموزان یک آموزشگاه ۱۰ جلسه برنامه پیشگیری دریافت کردند در حالیکه دانش آموزان آموزشگاه دیگر نقش گروه کنترل را به عهده داشتند. این برنامه توسط کارشناسان بهداشتی به اجرا درآمد. نتایج برنامه نشان داد که تعداد سیگاری‌های جدید به میزان ۷۵ درصد کاهش پیدا کرد. نتایج پیگیری نشان داد که سه ماه پس از اجرای این برنامه، تعداد سیگاری‌ها در میان دانش آموزان شرکت کننده در برنامه فوق در مقایسه با گروه کنترل، ۶۷ درصد کمتر بود.

در پژوهشی دیگر توسط (بوتوین و همکاران، ۱۹۸۲؛ به نقل از اصغر نژاد فرید، ۱۳۷۸) دانش آموزان بزرگتر، نقش ارائه دهنده برنامه را داشتند. نتایج پس از آزمون نشان داد که تعداد

---

1 - Evans  
2 - Berent

سیگاری‌های جدید در گروه آزمایش بطور معنی‌دار کمتر بود. همچنین گروه آزمایش تغییرات معنی‌داری در متغیرهای واسطه‌ای مثل آگاهی درباره مصرف مواد، آگاهی درباره مسایل روانشناختی و آگاهی‌های تبلیغاتی، اضطراب اجتماعی، افسردگی و نفوذپذیری اجتماعی نشان دادند.

در یک بررسی دیگر بوتوین و همکاران (۱۹۹۰) از پنج گروه به‌شرح زیر استفاده کردند:

- گروهی که در آن برنامه توسط مربی اجرا می‌شد.
- گروهی که در آن آموزش از طریق همسالان صورت می‌گرفت.
- گروه تحت آموزش مربی همراه با جلسات تقویتی
- گروه تحت آموزش همسالان همراه با جلسات تقویتی
- گروه کنترل

همه گروه‌های آزمایشی کاهش معنی‌داری در مصرف مواد و متغیرهای واسطه‌ای (اضطراب، افسردگی و ترس اجتماعی) نشان دادند. گروه تحت آموزش همسالان در مقایسه با گروه‌های دیگر مصرف مواد کمتری را گزارش کردند.

### آموزش مهارت‌های اجتماعی

طی دهه‌های گذشته، چندین روش در آموزش روانی - تربیتی، با هدف پیشگیری از مصرف، سوء مصرف مواد و یا درمان آن تدوین شده است. این روش‌ها شامل آموزش مهارت‌های اجتماعی، خودکنترلی، حل مسئله و ... می‌باشند. منظور از مهارت‌های اجتماعی فرآیندی است که فرد از طریق آن مجموعه‌ای از رفتارهای اجتماعی معطوف به هدف، مرتبط با یکدیگر و متناسب با موقعیت را انجام می‌دهد. این رفتارها یاد گرفته شده و تحت کنترل فرد می‌باشند (هارگی، ساندرز<sup>۱</sup> و دیکسون<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵).

---

1 - Saunders

2 - Dickson

## منطق و چارچوب مفهومی آموزش مهارت‌های اجتماعی به‌منظور ایجاد روش‌های پیشگیری از اعتیاد

شناخت و دسته‌بندی عواملی که موجب گسترش سوء مصرف مواد می‌شود و استفاده از الگوهای جامع مفهومی در زمینه شروع به مصرف مواد نه تنها در زمینه فرمول‌بندی نظریه‌های مرتبط با علت‌شناسی اعتیاد، بلکه در زمینه روش‌های مؤثرتر پیشگیری نیز مفید هستند. در آموزش مهارت‌های اجتماعی بیشتر از نظریه یادگیری اجتماعی و نظریه رفتارهای مزاحم در زمینه عوامل دخیل در اعتیاد به سیگار، مواد مخدر و الکل استفاده شده است. بر مبنای این دو دیدگاه، اعتیاد عملی است که فرد در اجتماع آن را یاد می‌گیرد و از نظر کارکردی تبعات پیچیده‌ای در عوامل فردی و محیط اجتماعی به‌دنبال خواهد داشت. بر اساس دانش علت‌شناسی موجود، دو الگوی مفهومی وجود دارد. یکی از این مدل‌ها که در جهت تفسیر علل گرایش به مواد مخدر می‌باشند، به‌عنوان الگویی از رفتار مقابله با مشکلات تعریف شده است. در این الگو اعتقاد بر این است که بعضی از اشخاص به این دلیل به سیگار، الکل و مواد مخدر روی می‌آورند که بتوانند از این طریق به نوعی با شکست‌های زندگی کنار آمده و یا راه حلی برای دست یافتن به اهداف مورد علاقه خود، پیدا کنند. در واقع افرادی که از نظر تحصیلی موفقیت‌چندانی کسب نکرده‌اند ممکن است با هدف کسب شهرت، موقعیت اجتماعی یا اعتماد به نفس به مواد مخدر روی آورند. از طرف دیگر استفاده از سیگار، الکل و مواد مخدر ممکن است به‌عنوان روشی به‌منظور غلبه بر اضطراب، به‌خصوص اضطراب‌هایی که در موقعیت‌های اجتماعی پیش می‌آیند، قلمداد شوند. از این زاویه دید، انگیزه‌های درونی یا اجتماعی برای استفاده از مواد مخدر، علت قلمداد می‌شود. این اشخاص معمولاً در جستجوی مصرف‌کننده‌ها هستند و در شرایطی که احتمال مصرف مواد در آن زیاد است، حضور پیدا می‌کنند.

الگوی دوم که بر اساس علت‌شناسی موجود قابل ارائه است، الگوی تأثیرات اجتماعی است. بر اساس این تبیین، انگیزه‌های بین فردی در اعتیاد نقش دارد. در واقع فرد مکرراً با افرادی تماس پیدا می‌کند که از این مواد استفاده می‌کنند (مثلاً خواهر و برادران بزرگتر یا

افراد مهم زندگی، دوستان و یا در جشن‌ها). شکل دومی که حاکی از تأثیر گذاری جامعه است، حالت اغواکنندگی تبلیغات سیگار و مشروب است. مطالعات روانشناسی اجتماعی نشان داده‌اند که افراد در برابر نفوذ اجتماعی به روش‌های متفاوتی واکنش نشان می‌دهند و خصوصیات شخصیتی اثر تعیین کننده‌ای در این موقعیت‌ها دارند. به‌عنوان مثال افرادی که دارای اعتماد به نفس پایین و خودباوری ضعیف هستند، قادر به تصمیم‌گیری نیستند و یا احساس کنترل فردی در آنها ضعیف است، بیشتر تحت تأثیر تبلیغات قرار می‌گیرند. افرادی که بیشتر با معتادان در تماس هستند، احتمال دارد از آنها تقلید کنند، در نتیجه در معرض خطر بالاتری هستند. این اشخاص اگر از حیث نفوذ اجتماعی بیشتر تأثیرپذیر باشند احتمال بیشتری دارد که به مصرف سیگار، و الکل و مواد روی آورند. پنتز<sup>۱</sup> (بی‌تا)، به نقل از طاهریان و همکاران، (۱۳۷۸) معتقد است افرادی که احساس کفایت اجتماعی<sup>۲</sup> در آنها ضعیف است، برای فرار از اضطراب اجتماعی به مواد مخدر روی می‌آورند و آسیب‌پذیرتر هستند. کاپلان<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۸۴؛ به نقل از همان منبع) معتقدند که اگر فرد مکرراً در معرض ارزیابی‌های منفی و انتقادات دیگران قرار گیرد، خود را تحقیر می‌کند و عزت نفس پایین بر ارتباط فرد با مصرف‌کنندگان مواد تأثیر می‌گذارد. این مسئله می‌تواند به‌طور مستقیم و غیرمستقیم رفتارهای سوء مصرف مواد را ایجاد کند.

این الگوی نظری در پیشگیری از سوء مصرف مواد کمک بسیاری خواهد کرد. اولین فایده این الگو در برنامه‌های پیشگیری باید به گونه‌ای عمل کند که انگیزه افراد را به منظور درگیر شدن با این رفتارها کمک کند و نکته پیشگیرانه دوم این است که در صورت امکان افراد از تماس با اشخاصی که می‌توانند به‌عنوان الگوی غلط مطرح شوند، برحذر داشته شوند. نکته سوم در پیشگیری آن است که باید به فرد توانایی داد و ظرفیت او را در پاسخگویی قاطع در مقابل نفوذ اجتماعی استفاده از سیگار و مواد مخدر بالا برد و در نهایت برنامه پیشگیری باید میزان مستعد بودن فرد را در برابر تأثیرات اجتماعی کم کند. افرادی که انگیزه آنها از مصرف

---

1 - Pentz

2 - social competence

3 - Kaplan

سیگار، الکل یا مواد مخدر غلبه بر مشکلات است باید با کمک آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر، به آنها کمک نمود. به‌عنوان مثال می‌توان به افراد مهارت‌هایی را یاد داد تا از طریق آن بتوانند در صورتی که سیگار یا مواد مخدر به آنها تعارف شود، آن را رد کنند. البته ممکن است نتوان خطر روبرو شدن افراد با الگوهای معتاد را کم کرد ولی می‌توان آسیب‌پذیری کلی آنها را نسبت به نفوذ اجتماعی کاهش داد.

روش‌هایی که می‌تواند آسیب‌پذیری افراد را کم کند شامل افزایش اعتماد به نفس، کنترل خود و احساس خودبستگی است. می‌توان به افراد کمک نمود تا با اضطراب اجتماعی مقابله کنند. به کمک آموزش‌هایی که میزان کفایت فردی و اجتماعی فرد را بالا می‌برند می‌توان به عمل‌پذیری مبادرت کرد. به این ترتیب منطق نظری آموزش مهارت‌های اجتماعی، به منظور ایجاد روش‌های پیشگیری به ترتیب زیر است:

آموزش مهارت‌های اجتماعی با هدف کاهش انگیزه افراد، در رفتن به سمت مواد مخدر و کاهش میزان آسیب‌پذیری فرد در تعامل‌های اجتماعی، به‌عنوان یک روش به حساب می‌آید. علاوه بر این، مقاومت در برابر فشارهای گروهی به افراد یاد داده می‌شود تا در موقعیت‌هایی که نه گفتن ضروری است، فرد توانایی ابراز مخالفت را داشته باشد.

افراد باید یاد بگیرند که موقعیت‌هایی را که بیشتر در معرض خطر اعتیاد قرار می‌گیرند و احتمال دارد تحت فشار دیگران قرار گیرند، شناسایی نموده و در برابر آنها مقاومت نمایند.

باید درباره اثرات منفی الکل، سیگار و مواد مخدر اطلاعاتی در اختیار افراد قرار داد. باید سوء برداشت‌ها و برداشت‌های غلطی که در خصوص مصرف مواد وجود دارد اصلاح گردد. با دادن آگاهی به افراد در مورد این که برای مثال مصرف مواد موجب بی‌ثباتی اجتماعی در افراد شده، سیگار سیستم تنفسی را دچار مشکل نموده و جرم نیکوتین بر دندانها و انگشتان تأثیر می‌گذارد، می‌توان میزان پذیرش اجتماعی استفاده از سیگار و مواد مخدر را کاهش داد.

### روش‌های آموزش مهارت‌های اجتماعی

در آموزش مهارت‌های اجتماعی از روش‌های معمول آموزش و روش‌هایی که از درمان شناختی رفتاری مشتق شده است، استفاده می‌شود. بخشی از روش‌ها را می‌توان به صورت سخنرانی و بحث گروهی در گروه‌های کوچک ارائه نمود. البته تأکید بر ایجاد مهارت‌ها باعث شده تا پاره‌ای از برنامه‌ها به روش‌های تبدیل شناخت و رفتار متوسل شوند. به عنوان بخشی از برنامه "بهبود خود"، افراد اصول اساسی "تغییر خود" را یاد می‌گیرند که شامل: نزدیکی شدن موفقیت آمیز به آن و تشویق خود است.

افراد یاد می‌گیرند تا حالت‌های شخصی خود را زیر نظر بگیرند و عبارت‌های منفی را که با خود بیان می‌کنند به عبارت‌های مثبت تغییر دهند و از این طریق ساختار شناختی خود را تجدید بنا کنند. در کمک به افرادی که دچار اضطراب هستند یا ممکن است با موقعیت‌های اضطراب‌آفرین مواجه شوند روش‌های مختلف "مدیریت خود" را می‌توان یاد داد. این روش‌ها شامل آموزش تمرین آرامش عضلانی، مرور ذهنی، تنفس شکمی، استفاده از تصاویر ذهنی هدایت شده و همچنین آموزش‌های مختلف در زمینه تعامل‌های کلی اجتماعی می‌باشند. موضوعات متعددی در مهارت اجتماعی مطرح می‌باشند که از جمله می‌توان به مهارت‌های گفت و شنود کردن، ادای احترام کردن، حمایت از دیگران، آگاهی از خود، نحوه بیان عواطف، شریک شدن، مذاکره کردن با دیگران و... اشاره نمود (کارتلج<sup>۱</sup> و میلبرن<sup>۲</sup>، ۱۳۷۲).

### شواهد پژوهشی اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی در درمان اعتیاد

طی سالیان گذشته مطالعات مختلفی در زمینه اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی در درمان اعتیاد صورت گرفته است (چانی<sup>۳</sup>، او لری<sup>۴</sup> و مارلات، ۱۹۷۸؛ هولدر<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۷؛ به نقل از WHO، ۱۹۹۳).

---

1 - Kartelge  
2 - Millborn  
3 - Chaney  
4 - O'leary



- مؤسسه طب (IM)<sup>۲</sup>، یک کمیته ملی تحقیق علمی را مأمور کرد تا سیر جامع انتقادی از پیشینه مطالعاتی درمان مشکلات مربوط به الکل (۱۹۹۰) را انجام دهد. کمیته مذکور کشف کرد که مداخله‌های درمانی شامل دامنه گسترده‌ای از فعالیت‌ها از نظر محتوی، طول مدت، شدت، اهداف، موقعیت و جمعیت مورد هدف می‌باشند. ارزیابی کمیته این بود که "هیچ رویکرد یا شیوه درمانی واحدی بر سایر درمان‌ها برتری ندارد". نتیجه گیری‌های این کمیته که برای گسترش درمان اصولی مشکلات مربوط به الکل (۱۹۹۰) منتشر شد، شامل موارد زیر بود:
- هیچ رویکرد درمانی واحدی که برای همه افراد مبتلا به مشکلات الکلی مؤثر باشد، وجود ندارد.
  - پیش‌بینی شیوه درمانی مناسب و خاص می‌تواند به طور اساسی نتیجه درمان را بهبود بخشد.
  - مداخله‌های درمانی کوتاه مدت در مقایسه با عدم درمان، می‌توانند مؤثر باشند. آنها در مقایسه با درمان‌های گسترده‌تر هزینه کمتری لازم دارند.
  - درمان سایر مشکلات زندگی مربوط به الکل، می‌تواند پیامد درمان را در افراد مبتلا به مشکلات الکلی بهبود بخشد.
  - خصوصیات درمانگر، بخشی از نتیجه درمانی را تعیین می‌کند.
  - نتایج درمانی تا حدودی به وسیله عوامل مربوط به فرآیند درمان، عوامل سازگاران بعد از درمان، ویژگی‌های درمانجو، ویژگی‌های مشکلات آنها و تعامل بین عوامل فوق، تعیین می‌گردد.
  - افرادی که برای مشکلات مربوط به الکل درمان می‌شوند به طیفی از نتایج درمانی در رابطه با رفتار الکل نوشی و مشکلات مربوط به الکل دست می‌یابند و سیر نتایج درمانی آنها متفاوت است.

---

1 - Holder

2 - Institute of Medicine (IM)

- افرادی که به طور قابل ملاحظه‌ای سطح مصرف الکل خود را کاهش می‌دهند یا آنهايي که به طور کامل ترک می‌کنند، معمولاً از سایر زمینه‌های زندگی خود لذت می‌برند، به‌ویژه وقتی که زمان کاهش مصرف الکل، طولانی‌تر باشد.
  - یافته‌های مؤسسه طب (۱۹۹۰)، میلر و هستر (۱۹۸۶) مشخص می‌کنند که هنوز هم آشکارا نیاز عمیقی به مداخله‌های درمانی مؤثر برای الکلیسم وجود دارد.
- میلر و هستر (۱۹۸۹)؛ به نقل از بک و همکاران، (۱۳۸۰) از بررسی‌های خود نتیجه گرفتند که درمان الکلیسم به بهترین وجه با یک فرآیند دو مرحله‌ای میسر است که هر مرحله مداخله‌های درمانی متفاوتی را می‌طلبد. اولین مجموعه مداخله‌های درمانی باید بر تغییر رفتارهای الکل نوشی تا حد ترک یا ایجاد تعادل (یعنی آموزش رفتار خود کنترلی) تمرکز یابد. دومین مجموعه مداخله‌های درمانی باید بر نگهداری اعتدال در نوشیدن مشروبات الکلی (یعنی آموزش مهارت‌های اجتماعی به منظور افزایش اعتماد به نفس و ارتباط با افرادی که دارو مصرف نمی‌کنند) تمرکز یابد. با این حال آنها در بازنگری خود، رابطه ضعیف بین پژوهش‌های تجربی و رویکردهای سنتی درمان همراه با بستری شدن را گزارش می‌دهند. روش‌های درمانی تأیید شده توسط پژوهش‌های کنترل شده عبارتند از: درمان‌های انزجاری، آموزش رفتار خود کنترلی، تقویت گروهی، درمان زناشویی و خانوادگی، آموزش مهارت‌های اجتماعی و کنترل استرس. رویکردهای فعلی که به عنوان درمان استاندارد در برنامه‌های الکلیسم مورد استفاده است، عبارت است از (AA)، آموزش الکلیسم، استفاده از روش انزجاری با داروی دیسالوفرام، درمان گروهی و مشاوره فردی. آنها خاطر نشان می‌سازند که همپوشی کمی بین این دو فهرست وجود دارد و در برنامه‌های درمانی الکلیسم در ایالات متحده این گرایش وجود ندارد که از روش‌هایی استفاده شود که به وسیله مطالعات کنترل شده اعتباریابی شده‌اند. علاوه بر این آنها اشاره می‌کنند که درمان‌های سنتی همراه با بستری بسیار گران تمام می‌شوند، علیرغم شواهد آشکاری که برای بی تأثیر بودن کلی آنها وجود دارد.

### روان درمانی فردی\*

روان درمانی فردی با معتادان از همان اصول کلی روان درمانی تبعیت می‌کند و روش‌های آن با توجه رویکردهای مختلف روان درمانی متفاوت می‌باشد. با این حال شواهد بسیاری حاکی از موفقیت این برنامه‌ها در درمان معتادانی که آسیب‌شناسی روانی متوسط تا شدید دارند، وجود دارد. روان درمانی فردی، صرفنظر از گستردگی و تنوع آن، وظایف معینی را به عهده دارد که عبارتند از:

**تصمیم در مورد قطع مصرف مواد:** هدف تمام معتادان برای درمان، قطع مصرف دارو نمی‌باشد. بسیاری از آنان به هدف اینکه مصرف مواد مانند روزهای نخست لذتبخش است، وارد درمان می‌شوند (کامینگز، ۱۹۷۹؛ به نقل از لووینسون و همکاران، ۱۹۹۷). لذا روان‌درمانگر باید قبل از هر چیز انگیزه بیمار را برای درمان سنجیده و هدف خود و وی را از روان درمانی مشخص کند. برای اینکه فرد معتاد بتواند مواد را ترک کرده یا مصرف آن را کنترل کند و مشکل عود نیز نداشته باشد، باید اهداف درمانی خود را کاملاً بداند. البته در این مورد بحث‌هایی نیز مطرح است و این سؤال مطرح می‌شود که آیا همیشه باید هدف درمان ترک اعتیاد و عدم مصرف مواد باشد یا اینکه می‌توان به جای آن مصرف کنترل شده مواد را هدف درمان قرار داد (لووینسون و همکاران، ۱۹۹۷).

**آموزش مهارت‌های مقابله‌ای:** در طی درمان باید موقعیت‌هایی را که احتمال مصرف دارو در آنها بیشتر است مشخص نموده و به بیمار کمک کرد که این موقعیت‌ها را شناخته، از قبل پیش‌بینی کرده و راهبردهایی را برای مقابله با آنها تمرین کند. این امر احتمال عود را کاهش می‌دهد و در برخی از رویکردها هسته اصلی درمان را تشکیل داده است (مارالات و گوردون، ۱۹۸۵)، و در رویکردهای دیگر به میزان کمتری سازمان یافته می‌باشد (لوبورسکی، ۱۹۸۴؛ روزاویل و کلبر، ۱۹۸۵؛ به نقل از لووینسون و همکاران، ۱۹۹۷).

---

\* در نگارش این قسمت از گزارش "بررسی اثربخشی درمان اعتیاد" بیان‌زاده و بوآلهری (۱۳۷۹) استفاده گردیده و ویراستاری شده است.

**تغییر شرایط تقویت کننده<sup>۱</sup>:** در اعتیاد، رفتار مربوط به مصرف مواد به تدریج جزو بالاترین اولویت‌های فرد قرار گرفته و همین امر باعث می‌شود که وابستگی فرد به مصرف مواد شدت بیشتری پیدا کند. به تدریج مصرف مواد به صورت یک رفتار روزمره در آمده و لذا روابط و فعالیت‌هایی که قبلاً برای فرد لذتبخش بودند کاهش یافته یا قطع می‌شوند. بدین ترتیب به تدریج پاداش‌های قابل دسترس در زندگی روزمره محدود شده و فرد فقط از طریق مصرف مواد پاداش می‌گیرد. حال، پس از کاهش مصرف مواد در نتیجه درمان، فرد معتاد اوقات فراغت بیشتری پیدا کرده و در ضمن پاداش‌هایی را که از راه مصرف مواد حاصل می‌نمود از دست می‌دهد. پس یک درمان مناسب باید علاوه بر پرکردن وقت فرد، پاداش‌هایی را نیز جایگزین پاداش‌های حاصل از مصرف مواد کند (ادواردز<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۷۶، ۱۹۸۶، ۱۹۸۱؛ به نقل از لووینسون و همکاران، ۱۹۹۷).

**تقویت کنترل عواطف دردناک:** عواطف غمگین<sup>۳</sup> احتمال عود را در معتادان بهبود یافته افزایش می‌دهند (مارلات و همکاران، ۱۹۸۰؛ به نقل از لووینسون و همکاران، ۱۹۹۷)، تا جائیکه عده‌ای از درمانگران روان‌پویا (خانتریان، ۱۹۸۵؛ و ورمسر<sup>۴</sup>، ۱۹۷۹؛ به نقل از لووینسون و همکاران، ۱۹۹۷) شکست در تنظیم عواطف را فاکتوری زمینه‌ساز برای ایجاد مصرف و سواس گونه مواد می‌دانند. در یک ساختار درمانی حمایت شده، استفاده از تکنیک‌هایی که عواطف قوی فرد را برانگیخته و سپس او را قادر به مشخص کردن، متعادل نمودن و پاسخدهی مناسب به این عواطف کند، می‌تواند تسلط فرد بر روی عواطف غمگینانه خود را تقویت نماید.

**بهبود عملکرد بین فردی و افزایش حمایت‌های اجتماعی:** مصرف مواد نوعی پاداش برای فرد فراهم می‌نماید و پس از قطع مصرف آن، فرد یک منبع بالقوه پاداش را از دست می‌دهد. ایجاد روابط دوستانه و بین فردی صمیمانه می‌تواند پاداش‌هایی را برای فرد فراهم کند

---

1 - changing reinforcement contingencies  
2 - Edwards  
3 - dysphoric  
4 - Versmer

که جایگزین پاداش‌های سابق شود. از طرف دیگر خطر از دست دادن این روابط می‌تواند انگیزه فرد را در حفظ پرهیز از مواد تقویت کند.

چنانچه روان درمانی فردی به تنهایی مورد استفاده قرار گیرد، نمی‌تواند حمایت‌های اجتماعی مناسبی را برای بیمارانی که مورد حمایت افراد غیرمعتاد قرار ندارند فراهم کند، و این یکی از محدودیت‌های این نوع درمان است. در چنین شرایطی بهتر است به بیمار توصیه شود که با یک گروه خودیاری ارتباط برقرار کند. ارتباط با چنین گروهی در حین پیشرفت درمان، می‌تواند مانع عود شود. لووینسون و همکاران (۱۹۹۷) موقعیت‌هایی را که روان درمانی فردی مورد استفاده قرار می‌گیرد مشخص کرده‌اند. آنها روان درمانی فردی را به عنوان مقدمه‌ای برای درمان، درمانی که پس از ترک مواد ارائه می‌شود، به‌عنوان یک درمان فرعی، در مواردی که سایر روش‌ها موفق نشده‌اند و برای معتادانی که میزان وابستگی آنها خفیف یا متوسط است توصیه می‌کنند. بنظر می‌رسد که روان درمانی فردی باعث می‌شود که احتمال حفظ نتایج حاصله بیشتر شده و احتمال عود اعتیاد کاهش یابد.

### روان درمانی روان پویایی

از دیدگاه فروید<sup>۱</sup> و سایر معاصرین وی اعتیاد به نوعی، تمایلی واپس روانه<sup>۲</sup> و خود ارضایی غرایز قلمداد می‌شود. به مرور زمان نظریه پردازان روانکاوی اعتیاد را بیشتر نوعی واکنش پیشرو<sup>۳</sup> فرد معتاد برای کنار آمدن با نقصان‌هایی ارزیابی کردند که به دلایل گوناگون فردی، ارتباطی و اجتماعی، طی دوران رشد روانی او روی داده بود. برای مثال اعتیاد می‌تواند در برخی از افراد نوعی دفاع در برابر خطر تکه تکه شدن<sup>۴</sup>، به‌عنوان دفاع در برابر پس‌یکوز تلقی شود. خود معتادان نیز اغلب علت مصرف مواد خویش را تلاش برای غلبه بر احساس‌های منفی، خلاء و خردشدگی، هول، از دست دادن کنترل بر خود و رسیدن به حالت عادی، بهتر، عاری از هول و وحشت و تحت کنترل در آوردن اوضاع توصیف می‌کنند. بنابراین مصرف

---

1 - Freud

2 - regressive

3 - progressive

4 - fragmentation

مواد از دیدگاه این نظریه نوعی خود درمانی<sup>۱</sup> محسوب می‌شود. این نظریه پیشنهاد می‌کند که افراد با مسائل زمینه‌ای مختلف از داروهای روانگردان متفاوتی برای درمان خویش استفاده می‌کنند. مصرف اوبیوئیدها می‌تواند به واسطه خاصیت ضد درد، احساس‌های خشم را کم کند، داروهای خواب‌آور - ضد اضطراب می‌توانند باعث رفع تنش و هراس‌های ناشی از نزدیک شدن، وابستگی و تعلق به دیگران شوند. کوکائین و آمفتامین‌ها به علت خواص انرژی‌زایی و بالا بردن سطح فعالیت می‌توانند هم برای افراد کم انرژی و هم برای افراد پرنرژی جذاب باشند. این داروها می‌توانند به غلبه بر احساس‌های ضعف و خستگی ناشی از افسردگی و کسلی، یاری رسانند. افراد پر انرژی ممکن است برای افزایش احساس اعتماد به نفس و تحمل سرخوردگی و در عین حال افزایش وضعیت پر جنب و جوش و حس خودکفایی خویش به مصرف کوکائین روی بیاورند (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۱).

بر اساس نظریه‌های روانکاوی فرد معتاد قادر به حس هیجان‌های خویش نیست. برای بسیاری از سوء مصرف کنندگان مواد عواطف به صورت کلی، نامتمایز و پیش کلامی<sup>۲</sup> تجربه می‌شوند. تحمل عاطفی<sup>۳</sup> در ارتباط با معتادان موضوعی مهم است. تحمل عواطف، توانایی پاسخ به محرک است که در حالت عادی باید از طریق تجربه ذهنی احساس‌ها به بیداری عواطف منجر شود و نه اینکه به صورت عدم واکنش یا الگوی تخلیه واکنشی مثل رفتار تکانشی، اختلال جسمانی یا بی‌نظمی شخصی تظاهر کند. در افراد معتاد یا به واسطه عدم آرامش درونی یا به علت فقدان الگوهای آرامبخش مادرانه در دوره کودکی، فقدان توانایی تخیل و توانایی تجربه ذهنی عواطف و ظرفیت کلامی کردن<sup>۴</sup> عاطفه، توانایی تحمل عواطف کمتر از سایرین مشاهده می‌شود (همان منبع).

---

1 - self medication  
 2 - preverbal  
 3 - affect tolerance  
 4 - verbalization

علاوه بر دشواری در سازماندهی عاطفی، سوء مصرف کنندگان مواد ممکن است با سایر کارکردهای "خود"<sup>۱</sup> مانند حفظ وضعیت بهزیستی، اعتماد به نفس، دفاع در مقابل سلیقه‌ها و ارتباط‌های شیئی<sup>۲</sup> نیز مشکل داشته باشند.

مراحل درمان معتادان با استفاده از این روش عبارتند از موارد زیر:

- درمانگر در رابطه با عواطف ناشی از ترک، نقش مراقبت کننده را به عهده می‌گیرد.
- درمانگر به نیازهای بیمار برای در دست داشتن کنترل، محافظت، ارتباط و آسایش روحی توجه می‌کند.
- درمانگر با برقراری ارتباط همدلانه، مرور تاریخچه مصرف مواد، زمینه شروع مصرف، موقعیت‌های مصرف، الگو و چگونگی پیشرفت مصرف به بیمار کمک می‌کند تا دریابد که مصرف مواد منجر به تغییر در کدامیک از حالات درونی او می‌شده است.
- رفتار همراه با توجه و دلسوزی درمانگر بلافاصله یا به تدریج توسط بیمار درونی می‌شود و مجال تکوین هسته خودتنظیمی<sup>۳</sup> و کنترل بر مصرف را ایجاد می‌کند.
- درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا به خود تنظیمی درونی و یکپارچگی "خود" دست یابد. محیط درمان برای ابراز احساس‌های منفی، مکانی امن تلقی می‌شود. به تدریج کنترل تنش درونی، مشخص نمودن و اولویت‌بندی اهداف و کنار گذاشتن خطاهای تخیلی<sup>۴</sup> راجع به خویشتن و سایرین، اهدافی درمانی برای ترمیم نقصان‌های "خود" و افزایش اعتماد به نفس بیمار می‌شود. باز شدن دنیای درونی بیمار مورد تأکید قرار می‌گیرد. نقصان‌های "خود" در محیط درمان بازسازی و درک می‌شوند تا کارکردهای جدید بتوانند جایگزین کارکردهای ناکارآمد قبلی شوند.

بسیاری از سوء مصرف کنندگان مواد نیازهای خویش را به دل بستگی با افکار فریبنده بزرگ منشانه انکار می‌کنند و لذا خود را در انزوای کارکردی یا روحی نسبت به دیگران قرار

---

1 - ego  
2 - object relations  
3 - self- regulation  
4 - illusions

می‌دهند. طی فرآیند درمان این انزوا برعکس می‌شود. مسائل وابستگی و ترس از آن برای بیمار آشکار می‌شوند.

عواطف تعدیل می‌شود و بیمار می‌آموزد که چگونه با احساس‌هایش کنار بیاید و بتواند به خود آرامش درونی بدهد. در افراد معتاد بسیاری از عواطف به صورت جسمانی تجربه می‌شوند (تجاریبی که فرد مبتلا فکر می‌کرده تنها با مصرف مواد می‌تواند آنها را تسکین دهد)، درمانگر ناراحتی شدید همراه این نوع احساس‌ها را درک می‌کند و به بیمار کمک می‌کند تا این احساس‌ها را بطور مناسب سامان دهد. درمانگر همچنین بیمار را تشویق می‌کند تا احساس‌هایش را به کلام در آورده، آنها را نامگذاری کند و احساس‌هایش را غیر جسمانی<sup>۱</sup> نماید.

بیمار تخیل و تجربه ذهنی اتفاق‌های خوشایندی که می‌تواند رخ دهند را می‌آموزد. این موضوع به او کمک می‌کند تا عواطف و احساساتش را بهتر درک کند و بتواند از احساس نیازش به وابستگی به مواد به طرز بارزی بکاهد (برهم و خانزریان، ۱۹۹۷؛ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۱).

### گروه خودیاری معتادان گمنام (NA)

در سال ۱۹۳۹ گروه‌های خودیاری (AA) شکل گرفت. گروه‌های خودیاری (NA) و کوکائینی‌های گمنام (CA) به پیروی از آن ایجاد شدند. گروه‌های خودیاری گروه‌هایی هستند که توسط خود معتادان به منظور حمایت از یکدیگر، گفتگو، راهنمایی و ارائه راه حل به یکدیگر تشکیل می‌شوند. این گروه‌ها فاقد درمانگر بوده و خود معتادان آنها را اداره می‌کنند (لووینسون و همکاران، ۱۹۹۷).

روش کار این گروه‌ها معمولاً بر اساس مقابله و پذیرش حقایق با تأکید بر صراحت و صداقت است. در این گروه‌ها بر مسئولیت فرد معتاد در ارتباط با اعتیاد تأکید بسیار می‌شود. کسانی که انگیزه کافی برای ترک دارند، در سایه شبکه حمایتی این گروه‌ها، از شرکت در

---

1 - desomatization



آنها بسیار سود می‌برند. هر یک از اعضای گروه با کمک راهنما، کار کردن مرحله به مرحله روی قدم‌های دوازده گانه و در عین حال حمایت گروهی و با مرور مکرر عوارض دردناک مصرف مواد، سودمندی‌های ترک آن و ارائه پند و اندرزهای مستقیم توسط اعضاء، سعی در دستیابی به پاکی طولانی مدت می‌کنند. دوازده سنت این گروهها نمایانگر قواعد و اصول تشکیل این گروهها است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۱).

### قدم‌های دوازده گانه

قدم‌های دوازده گانه این گروهها عبارتند از:

۱. ما اقرار کردیم که در مقابل اعتیاد خود عاجز بودیم و اینکه زندگیمان آشفته گردیده بود.
۲. ما به این باور رسیدیم که نیرویی برتر از خودمان می‌تواند سلامت عقل را به ما بازگرداند.
۳. ما تصمیم گرفتیم که اراده و زندگی خود را به خداوند، بدانگونه که او را درک کردیم، بسپاریم.
۴. ما یک ترازنامه اخلاقی بی باکانه و جستجوگرانه از خود تهیه کردیم.
۵. ما ماهیت دقیق خطاهای خود را به خداوند، به خودمان و به یک انسان دیگر اقرار کردیم.
۶. ما کاملاً آماده شده‌ایم که خداوند تمام این نواقص شخصیتی ما را برطرف کند.
۷. ما با فروتنی از او خواستیم که کمبودهای اخلاقی ما را برطرف کند.
۸. ما فهرستی از تمام کسانی که آزار داده بودیم تهیه کردیم و خواستار آن شدیم که از تمام آنها جبران خسارت کنیم.
۹. ما بطور مستقیم در هر جا که امکان داشت از افرادی که به آنها آزار رسانیده بودیم جبران خسارت نمودیم مگر در مواردی که اجرای این امر به ایشان و یا دیگران زیان وارد می‌نمود.
۱۰. ما به تهیه ترازنامه شخصی خود ادامه دادیم و هرگاه در اشتباه بودیم سریعاً بدان اقرار نمودیم.

۱۱. ما از راه دعا و مراقبه، جویای بهتر نمودن رابطه آگاهانه خود با خداوند، بدانگونه که او را درک کردیم، شدیم و تنها برای آگاهی یافتن از اراده او در مورد ما و از آن قدرتی که آن را به انجام می‌رساند، دعا کردیم.
۱۲. ما با داشتن بیداری روحانی‌ای که در نتیجه این قدم‌هاست، سعی نمودیم این پیام را به کسانی که هنوز رنج می‌کشند (معتادان) برسانیم و این اصول را در تمام امور زندگی‌مان به اجرا درآوریم.

### سنت‌های دوازده گانه

سنت‌های دوازده گانه این گروه‌ها عبارتند از:

۱. منابع مشترک ما باید در رأس قرار گیرد، بهبودی شخصی به اتحاد معتادان گمنام بستگی دارد.
۲. در رابطه با هدف گروه ما، فقط یک مرجع نهایی وجود دارد - خداوندی مهربان که به گونه ممکن، خود را در وجدان گروه ما بیان می‌نماید - رهبران ما خدمتگزارانی مورد اعتماد می‌باشند، آنان حکومت نمی‌کنند.
۳. تنها لازمه عضویت تمایل به قطع مصرف می‌باشد.
۴. هر گروه باید مستقل باشد، به استثنای مواردی که بر گروه‌های دیگر و یا معتادان گمنام در کل اثر بگذارد.
۵. هر گروه فقط یک هدف اصلی دارد، رسانیدن پیام به معتادی که هنوز در رنج است.
۶. یک گروه معتادان گمنام هرگز نباید هیچ مؤسسه مرتبط یا سازمان انتفاعی خارجی را مورد تأیید قرار بدهد، در آنها سرمایه‌گذاری مالی کند و یا نام معتادان گمنام را به آنها عاریت بدهد، زیرا ممکن است مشکلات پولی، مالکیت و یا شهرت ما را از هدف اصلی خود منحرف سازد.
۷. هر گروه معتادان گمنام باید کاملاً متکی به خود باشد و کمک‌های مالی از خارج دریافت نکند.

۸. معتادان گمنام باید برای همیشه غیر حرفه‌ای باقی بمانند اما مراکز خدماتی ما می‌توانند کارمندان مخصوصی استخدام کنند.
۹. معتادان گمنام تحت این نام هرگز نباید سازماندهی شوند، اما می‌توانیم هیئت‌های خدماتی و کمیته‌هایی ایجاد کنیم که مستقیماً در برابر کسانی که به آنها خدمت می‌کنند مسئول باشند.
۱۰. معتادان گمنام هیچ عقیده‌ای در مورد موضوعات خارجی ندارند. بنابراین نام معتادان گمنام هرگز نباید به بحث‌های اجتماعی کشیده شود.
۱۱. خط مشی روابط عمومی ما بر اصل جاذبه است تا تبلیغ، ما همیشه نیاز داریم گمنامی شخصی را در سطح مطبوعات، رادیو و فیلم حفظ کنیم.
۱۲. گمنامی، اساس روحانی تمام سنت‌های ما بوده و همیشه به ما یادآوری می‌کند که اصول را به شخصیت‌ها ترجیح دهیم.

شواهد پژوهشی اثربخشی گروه خودیاری معتادان گمنام (NA) در درمان اعتیاد با توجه به اینکه در کشورهای غربی به ویژه در آمریکا، فقط معتادان می‌توانند در این گروه‌ها شرکت کنند، مطالعات و تحقیقات علمی و کنترل شده‌ای در مورد کارایی آنها انجام نشده است. اما گزارش‌های خود معتادان حاکی از سودمندی این گروه‌ها است. متخصصان و مشاوران نیز به سودمندی این گروه‌ها به عنوان یک روش در کنار روش‌های دیگر اذعان دارند. در یک مطالعه نظرخواهی از متخصصان و درمانگران معتادان در مورد سودمندی گروه‌های خودیاری، نتایج نشان داد که همه آنها معتقد بودند که بطور کلی گروه‌های خودیاری برای افراد با مشکل اعتیاد یا سوء مصرف مواد مخدر مفید هستند. از نظر آنها، مهمترین جنبه گروه‌های خودیاری ارائه حمایت‌های اجتماعی است. شرکت معتادان پس از بازگیری در این گروه‌ها می‌تواند در فرآیند درمان و کاهش عود نقش مثبتی را ایفا کند

(ووف<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۶؛ به نقل از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۱؛ مک کی<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۷؛ به نقل از NIDA، ۲۰۰۲).

اسعدی (۱۳۸۲) پژوهشی با هدف تأثیر گروه درمانی خودیار (NA) بر کاهش میزان عود اعتیاد معتادان خود معرف در مرکز ترک اعتیاد سرپایی بهزیستی اصفهان به صورت شبه تجربی انجام داد. نتایج نشان داد که شرکت معتادان خود معرف در گروه (NA)، موجب کاهش عود و اعتیاد آنان شد. میانگین روزهای پاکی (بهبودی) گروه تجربی نسبت به گروه کنترل به صورت معنی داری افزایش نشان داد. شرکت در گروه معتادان گمنام به میزان عود به اعتیاد گروه تجربی با توجه به عوامل دموگرافیک نظیر شغل، تحصیلات، نوع سکونت، نوع ماده مخدر مصرف شده و نحوه مصرف مواد مخدر تفاوت معنی دار نداشت.

#### درمان سرپایی بدون دارو

این شیوه درمان طیف گسترده‌ای از درمانها را در بر می‌گیرد که شامل رواندرمانی کاملاً تخصصی تا صحبت‌های غیررسمی با همتایان را در بر می‌گیرد. رویکردهایی مثل مشاوره فردی، گروهی یا خانوادگی، کار درمانی، درمان زناشویی، شناخت درمانی و حمایت گروهی همتایان را شامل می‌شود که برای پیشگیری از عود و مراقبت پس از ترخیص ضروری می‌باشند. مراقبت‌های پس از ترخیص شامل جلسات دوازده قدمی، مشاوره دوره‌ای فردی یا گروهی، آموزش بهبودی یا خودیاری و راهبردهای پیشگیری از عود و مشاوره شغلی می‌باشند (مک کافری<sup>۳</sup>، ۱۹۹۶؛ به نقل از بیان زاده و بوالهری، ۱۳۷۹).

این روش درمان برای سوء مصرف مواد می‌تواند سهم مهمی در درگیری و شرکت فرد معتاد در یک برنامه درمانی و پیامد آن داشته باشد (هسر<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۵؛ فیورنتین<sup>۵</sup> و آنجلین<sup>۶</sup>، ۱۹۹۶، ۱۹۹۷؛ به نقل از UNDCP، ۲۰۰۲). در یک مطالعه دیگر، درمان سرپایی

---

1 - Woff  
2 - McKay  
3 - Mc Cafri  
4 - Hser  
5 - Fiorentine  
6 - Anglin

بدون دارو با کاهش در مصرف مواد، رفتارهای مجرمانه، بهبود در بهزیستی و سلامت مراجعان همراه بود (سیمپسون و سلز<sup>۱</sup>، ۱۹۹۰؛ به نقل از همان منبع).

### توانبخشی

توانبخشی بخشی از فرآیند درمانی است که پس از تکمیل سم زدایی شروع می‌شود. در مرحله توانبخشی روی تخریب‌های روانی و روحانی افراد معتاد کار می‌شود و می‌تواند شامل درمان فردی، گروه درمانی، جلسات (NA)، جلسات (NAR-ANON) برای خانواده‌های معتادان، آموزش در مورد مواد مخدر و الکل باشد و هدف آن هدایت فرد معتاد و خانواده‌اش به ایجاد یک محیط اجتماعی حمایت کننده است. حمایت اجتماعی<sup>۲</sup> ترکیبی از سه عنصر عاطفه، تصدیق و یاری است. عاطفه شامل ابراز عشق و محبت است، تصدیق شامل آگاهی در رفتار و بازخوردهای مناسب می‌باشد و یاری شامل مساعدت مستقیم است. حمایت اجتماعی یک کمک دوجانبه است که باعث ایجاد تصور مثبت از خود، پذیرش خود، احساس عشق و ارزشمندی می‌گردد و به فرد فرصت شکوفایی و رشد می‌دهد تا حد وسیعی در حوزه وابستگی و سوء مصرف مواد مورد بررسی قرار گرفته است. وجود حمایت اجتماعی، داشتن روابط خانوادگی و منابع شخصی از عوامل مهم در پیامد درمان اعتیاد می‌باشد (مک للان و همکاران، ۱۹۸۰؛ لانگاباه<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۵؛ فینی<sup>۴</sup> و موس<sup>۵</sup>، ۱۹۸۴؛ مک کی و همکاران، ۱۹۹۴؛ به نقل از UNDCP، ۲۰۰۲).

### شواهد پژوهشی اثربخشی توانبخشی در درمان اعتیاد

ارزش درمانی توانبخشی بالا است و می‌تواند در بخش‌های سرپایی و بستری انجام گیرد. چون تغییر روانی و روحانی در طی جلسات نیازمند زمانی طولانی است، لذا درمان بیماری اعتیاد روند درمانی طولانی مدتی است که از آن به عنوان توانبخشی روانی و روحانی یاد

---

1 - Sells  
2 - social support  
3 - Longabaugh  
4 - Finney  
5 - Moos

می‌شود. مطالعات زیادی تفاوت در اثربخشی بین انواع متفاوت درمان‌های توانبخشی بستری و سرپایی / روزانه را بررسی کرده‌اند (UN<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). بسیاری از مطالعات در زمینه وابستگی به الکل بوده و اثرات مثبت را برای درمان و بطور کلی تعامل با محیط نشان داده‌اند (فینی، هان<sup>۲</sup> و موس، ۱۹۹۶؛ به نقل از UNDCP، ۲۰۰۲). مطالعات تجربی درمان بستری یا سرپایی برای وابستگی به کوکائین نیز نتایج مشابهی گزارش کرده‌اند و بهبود در مشکلات خانوادگی / اجتماعی، قانونی، بیکاری و روانپزشکی را نشان داده‌اند (کانگ<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۱؛ آلترمن<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۴؛ به نقل از همان منبع).

شواهد پژوهشی تأثیر مثبت برنامه‌های توانبخشی اقامتی<sup>۵</sup> را در درمان اعتیاد گزارش کرده‌اند (دی لئون و جین چیل<sup>۶</sup>، ۱۹۸۲؛ کوک<sup>۷</sup>، ۱۹۸۸؛ بنت<sup>۸</sup> و ریگی<sup>۹</sup>، ۱۹۹۰؛ گسپ و همکاران، ۱۹۹۷؛ به نقل از UNDCP، ۲۰۰۲). ارزیابی وسیعی از برنامه‌های توانبخشی اقامتی در ایالات متحده، کاهش در مصرف مواد را بعد از درمان نشان داد. این کاهش برای مصرف کنندگان کوکائین ۲۲ تا ۶۶ درصد، حشیش ۱۳ تا ۲۸ درصد و هروئین ۶ تا ۱۷ درصد بود (هیوبارد<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۱۹۹۷؛ به نقل از همان منبع). مراجعانی که درمان را به پایان رسانیدند همچنین قادر بودند که به شغل بهتری دسترسی پیدا کنند و اساساً کمتر احتمال داشت که رفتار مجرمانه از آنها سر بزند (دی لئون، وکسلر و جین چیل، ۱۹۸۲؛ به نقل از همان منبع).

عناصر مؤثر در مرحله توانبخشی و پیشگیری از عود در درمان اعتیاد شامل داشتن انگیزه برای درمان (سیمپسون، جوی<sup>۱۱</sup> و براون، ۱۹۹۹؛ به نقل از UNDCP، ۲۰۰۰) و داشتن شغل (سیمپسون و همکاران، ۱۹۸۶؛ هیوبارد و همکاران، ۱۹۸۹؛ دنیس<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۲؛ فرنچ<sup>۱۳</sup>

---

1 - United Nations  
 2 - Hahn  
 3 - Kang  
 4 - Alterman  
 5 - residential rehabilitation programmes  
 6 - Jainchill  
 7 - Cooke  
 8 - Bennett  
 9 - Rigby  
 10 - Hubbard  
 11 - Joe  
 12 - Dennis  
 13 - French

و همکاران، ۱۹۹۲؛ مک للان و همکاران، ۱۹۹۴ و پلات، ۱۹۹۵؛ به نقل از همان منبع) می‌باشند.

### پیشگیری از عود

عود از نظر لغوی به معنی بازگشت است. در اعتیاد، عود معادل بازگشت مجدد به مصرف مواد ذکر شده است. در طی مراحل درمان عود تنها به مصرف مواد اطلاق نمی‌شود. از نظر بالینی عود عبارت است از "هر گونه تغییر در رفتار، افکار و تصمیم فرد معتاد در حال درمان، مغایر با روند، شرایط و مراحل درمان". عود در طی مراحل درمان در سه جنبه روی می‌دهد که عبارتند از:

**عود جسمی:** فرد در حال سم‌زدایی به خاطر درد و یا ناراحتی زیاد اقدام به مصرف مواد می‌نماید.

**عود روانی:** فرد در اواخر سم‌زدایی و بعد از سم‌زدایی به خاطر وسوسه، افسردگی، افکار ناسالم مثل "یکبار مصرف می‌کنم دیگر مصرف نمی‌کنم" یا "سعی می‌کنم هفته‌ای یکبار یا ماهی یکبار مصرف کنم"، اقدام به مصرف مواد می‌نماید.

**عود روحانی:** فرد در طی مرحله بهبودی لغزش روحانی پیدا می‌کند مثل دریافت رشوه، دروغ‌گویی، فریب اطرافیان و ... به عبارت دیگر فرد به افکار، خصوصیات و اخلاقیات دوران مصرف بازگشت می‌کند. عود جسمانی و روانی فرد را به سمت مصرف مواد می‌کشاند ولی عود روحانی فرد را به پسرفت به مراحل قبلی (پسرفت در رشد روحانی) می‌کشاند نه مستقیماً به طرف مصرف مواد. اگر این لغزش‌ها ادامه یابد بالاخره فرد مواد نیز مصرف خواهد کرد. بنابراین یک رابطه منفی بین مدت پاک‌ی و عود وجود دارد. هر قدر مدت پاک‌ی بالا رود، احتمال عود پایین می‌آید (گالاتر و کلیبر، ۱۹۹۴).

از آنجائیکه اعتیاد به مواد یک بیماری مزمن و عود کننده است و عوامل مختلفی پس از اتمام درمان ممکن است که مصرف مواد را برانگیزانند، بنابراین بکارگیری راهبردهایی که از

عود پیشگیری نمایند ضروری است (چادرن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). مطالعات مختلف نشان داده است که میزان عود در بین معتادان به الکل و مواد مخدر بسیار بالا است (دالی و مارلات، ۱۹۹۷). میلر و هستر (۱۹۸۰) در بررسی ۵۰۰ گزارش پژوهشی در مورد نتایج و اثربخشی برنامه‌های ترک اعتیاد به این نتیجه رسیدند که سه چهارم افرادی که دوره درمان را کامل نموده بودند در فاصله یکسال پس از تکمیل درمان، عود مجدد داشته‌اند. کاتالانو و همکاران (۱۹۸۸)؛ به نقل از دالی و مارلات، ۱۹۹۷) میزان عود در بین مصرف کنندگان مواد مخدر را بین ۲۵ تا ۹۷ درصد گزارش کردند. هانت<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۷۱)؛ به نقل از همان منبع) نشان دادند که حدود ۶۵ تا ۷۰ درصد الکی‌ها، معتادان به مواد مخدر و مصرف کنندگان سیگار در فاصله یکسال پس از شروع درمان، عود داشته‌اند و بیشترین عودها در فاصله سه ماه بعد از تکمیل دوره درمان اتفاق می‌افتند.

مطالعات طولانی مدت بهبودی و عود دلالت بر آن دارند که همه بیماران بازگشت نمی‌کنند. تقریباً یک سوم آنها به دنبال اولین کوشش جدی زندگیشان به ترک پایداری می‌رسند. یک سوم دیگر دوره‌ای از عودهای گذرا دارند، اما نهایتاً به ترک بلند مدت دست پیدا نمی‌کنند. یک سوم باقیمانده نیز عودهای مزمی دارند که به مرگ ناشی از اعتیاد ختم می‌شود. در حدود نیمی از همه افراد مستعد به عود، در نهایت به ترک پایداری می‌رسند. بسیاری دیگر نیز علیرغم عودهای دوره‌ای به زندگی سالم و پایدارتر دست می‌یابند (به نقل از نعمتی، ۱۳۸۱).

تعدادی از مطالعات در بافت‌های ملی متفاوت نشان داده‌اند که مزمن بودن و شدت الگوی مصرف مواد افراد معتاد تا حدی زیادی با تکمیل ضعیف‌تر دوره درمان و عود سریع‌تر در مصرف مواد متعاقب درمان، همراه است (رونلدز- بریانت<sup>۳</sup>، کریستنسن و هیوبارد، ۱۹۹۹)؛

---

1 - Chadran

2 - Hant

3 - Rounds- Bryant



جوی، سیمپسون، کیرک<sup>۱</sup> و بروم<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹؛ سیمپسون و همکاران، ۱۹۹۹؛ به نقل از UNDCP، (۲۰۰۲).

### طبقه‌بندی سابقه بهبودی / عود

براساس درمان مبتنی بر پیشگیری از عود می‌توان افراد وابسته به مواد را طبق سابقه

بهبودی / عود بشرح زیر طبقه‌بندی کرد:

۱. مستعد به بهبودی<sup>۳</sup>
۲. مستعد به عود گذرا<sup>۴</sup>
۳. مستعد به عود مزمن<sup>۵</sup>

افراد مستعد به عود می‌توانند به سه زیر گروه متمایز تقسیم شوند:

**بیماران انتقالی<sup>۶</sup>:** بیمارانی که علیرغم گرایش به سوء مصرف مواد مخدر، اعتیاد خود را نمی‌پذیرند. این نقص معمولاً از ناتوانی بیمار برای درک دقیق واقعیت، که ناشی از اختلال شیمیایی و یا باورهای غلط او است، ریشه می‌گیرد.

**بیماران مستعد به عود بی‌ثبات<sup>۷</sup>:** بیمارانی که به آنها آموزش تشخیص و کنترل علائم محرومیت پس از ترک و مشغولیت‌های ذهنی مربوط به اعتیاد داده نشده است. درمان‌های ارائه شده، مهارت‌های لازم جهت متوقف کردن پیشرفت بیماری و مصرف مواد را برای بیماران فراهم نکرده و در نتیجه آنها از دنبال کردن برنامه بهبودی و نیز تغییر در سبک زندگی خود ناتوان هستند بنابراین، علیرغم همه کوشش‌هایشان، به‌زودی علائم بدکاری<sup>۸</sup> نشان می‌دهند که نهایتاً آنها را به مصرف مجدد مواد سوق می‌دهد.

---

1 - Kirk  
2 - Broome  
3 - recovery- prone  
4 - briefly relapse- prone  
5 - chronically relapse- prone  
6 - transite  
7 - unstabled relapse- prone  
8 - dysfunction

**بیماران مستعد به عود با ثبات<sup>۱</sup>:** بیمارانی که می‌پذیرند وابسته به مواد هستند و مایلند برای دستیابی به بهبودی و پاک ماندن، برنامه‌ای درمانی را دنبال کنند. این افراد همچنین کوشش‌های بلند مدتی در بازپروری روانشناختی، جسمی و تغییرات سبک زندگی خود در طول مدت ترک صورت می‌دهند. این بیماران نیز علیرغم تلاش‌هایشان، نهایتاً علایم بدکاری را نشان خواهند داد که ممکن است بالاخره ایشان را به سمت عود سوق دهد.

### عوامل مؤثر در عود

مارلات و بارت<sup>۲</sup> (۱۹۹۴) نشان دادند که تعامل عوامل فردی، موقعیتی و فیزیولوژیکی خطر عود را تعیین می‌کنند. در هر گروه از این عوامل، چندین مؤلفه ایفای نقش می‌کنند که بطور خلاصه در زیر به آنها اشاره می‌شود:

#### ۱- عوامل فردی

- حالات هیجانی منفی
- انگیزه ناکافی
- پاسخ دهی به درمان
- مهارت‌های مقابله‌ای که شامل مهارت‌های رفتاری، شناختی و عاطفی هستند و در سه مرحله مهارت‌های پیش‌بینی<sup>۳</sup>، مهارت‌های مقابله‌ای بلافصل<sup>۴</sup> و مهارت‌های ترمیم‌کننده<sup>۵</sup> قابل ارزیابی هستند.

#### ۲- عوامل فیزیولوژیکی

۳- عوامل محیطی و اجتماعی که شامل موارد زیر هستند:

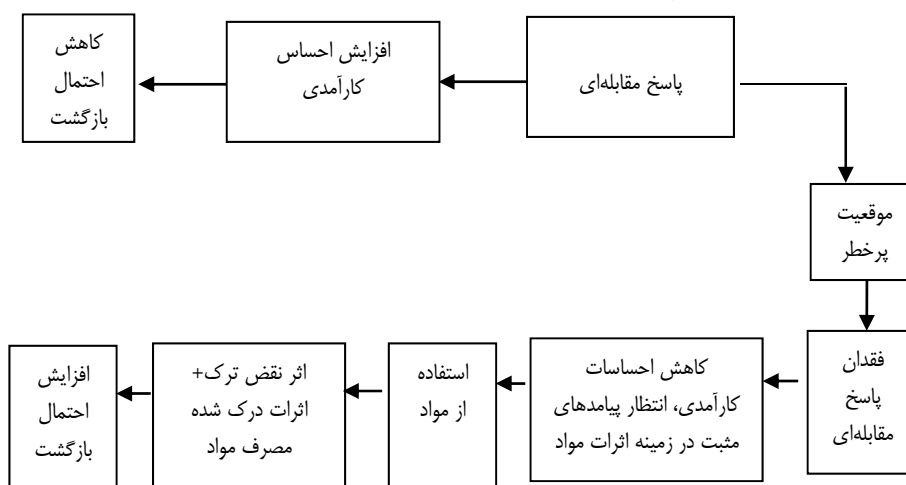
- تعامل‌های بین افراد (حمایت اجتماعی در مقابل تعارض‌های بین فردی)

---

1 - stablized relapse- prone  
2 - Barrett  
3 - anticipatory  
4 - immediate  
5 - restorative

- رویدادهای محیطی (فشار اجتماعی مستقیم یا غیرمستقیم از جانب دیگران و نشانه‌های موقعیت‌هایی که قبلاً با رفتار اعتیادی همراه بوده‌اند).

وجود ترکیبی از عوامل محرک و پیشایندهای لغزش و عود که ذکر شد، احتمال لغزش را افزایش می‌دهند. ممکن است این لغزش نهایتاً از طریق فرآیند "اثر نقض ترک (AVE)"<sup>۱</sup>، منجر به عود شوند. مارلات و بارت (۱۹۹۴) فرآیند کلی عود و پیشگیری از آن را در قالب یک شکل دو سویه توضیح می‌دهند (شکل ۴).



شکل ۴- الگوی فرآیند عود. مأخذ: مارلات و بارت، ۱۹۹۴.

#### تعیین کننده‌های عود

مارلات و بارت (۱۹۹۴) در تقسیم‌بندی تعیین کننده‌های عود دو طبقه کلی را به شرح زیر شناسایی و متمایز کرده‌اند:

#### ۱- تعیین کننده‌های فردی - محیطی:

عمده‌ترین تعیین کننده‌های این طبقه عبارت هستند از:

الف) مقابله با حالات هیجانی منفی که خود شامل ۴ مقوله به شرح زیر هستند:

- مقابله با ناکامی یا عصبانیت

1 - Abstinence Violation Effect (AVE)

- مقابله با افسردگی
- مقابله با اضطراب
- مقابله با سایر حالات هیجانی منفی

ب) مقابله با حالات جسمی و فیزیولوژیکی منفی که شامل موارد زیر است:

مقابله با حالات جسمی مربوط به مصرف قبلی مواد مثل درد ترک یا وسوسه مصرف مواد همراه با ترک، مقابله با لرزش دستها، زبان یا پلک زدن، مقابله با بیخوابی و ...  
مقابله با سایر حالات جسمی منفی که با مصرف قبلی مواد همراه نیست مثل مقابله با جراحی، خستگی، بیماری و ...

ج) افزایش حالات هیجانی مثبت مثل افزایش احساس لذت، شادمانی، رهایی، شنگولی، سرحال آمدن و ...

د) امتحان کنترل شخصی: استفاده از مواد به منظور سنجیدن توانایی فرد جهت استفاده کنترل شده یا تعدیل شده مثل "همین یکبار امتحان می‌کنم بینم چه می‌شود" یا در مواردی که اثرات درمان یا تعهد به ترک، آزمایش می‌شود مثل آزمایش قدرت اراده.

ه) ظهور وسوسه و میل مصرف: ظهور وسوسه‌ها در دو حالت روی می‌دهند:

- در حضور نشانه‌های مواد

- در عدم حضور نشانه‌های مواد: تلاش فرد برای تهیه مواد

## ۲- تعیین کننده‌های بین فردی:

تعیین کننده‌های بین فردی به طبقات زیر تقسیم شده‌اند:

الف) مقابله با تعارض بین فردی مثل ازدواج، الگوهای خانوادگی، روابط کارفرما و کارمند. این طبقه خود به چهار زیر گروه تقسیم می‌شود:

۱. مقابله با ناکامی یا خشم

۲. مقابله با افسردگی

۳. مقابله با اضطراب

۴. مقابله با سایر حالات هیجانی منفی

(ب) فشار اجتماعی که شامل موارد زیر است:

فشار اجتماعی مستقیم: مثل تماس مستقیم با فرد یا گروه دیگری که مصرف کننده را تحت فشار قرار می‌دهند یا مواد را برای او تهیه می‌کنند.

فشار اجتماعی غیرمستقیم: در این حالت فرد در پاسخ به مشاهده شخص دیگری که در حال مصرف مواد است یا برای مصرف کننده همچون الگوی مصرف مواد عمل می‌کند، به مصرف مجدد آن روی می‌آورد.

(ج) افزایش حالات هیجانی مثبت مثل احساس لذت، شادمانی، تهییج جنسی، رهایی و ...

#### شواهد پژوهشی اثربخشی درمان شناختی رفتاری در پیشگیری از عود

با توجه به عوامل و تعیین کننده‌های ذکر شده، راهبردهای متعددی برای پیشگیری از عود مورد توجه قرار گرفته‌اند. این راهبردها با استفاده از مدل‌های روانشناختی متفاوتی تهیه شده‌اند که از میان آنها مداخله درمانی شناختی رفتاری می‌باشد و کارایی بیشتر آن نیز در مطالعات علمی متعددی مورد ارزشیابی قرار گرفته است. این الگوی جامع از پدیده سوءمصرف مواد و درمان آن در دهه اخیر به صورت الگوی غالب در درمان سوء مصرف مواد (بک، رایت<sup>۱</sup>، نیومن<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۳۸۰؛ ویتکوویتز<sup>۳</sup> و مارلات، ۲۰۰۴) و پیشگیری از عود (وانیگارانت<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۰؛ چیوزی<sup>۵</sup>، ۱۹۹۱؛ کارول، ۱۹۹۶؛ دالی و مارلات، ۱۹۹۷؛ راوسون<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از ویتکوویتز و مارلات، ۲۰۰۴) در آمده است.

رعدی (۱۳۸۱) طی پژوهشی تجربی تعداد ۲۰ نفر از معتادان خود معرف مراجعه کننده به مرکز سرپایی بازتوانی معتادان بهزیستی کردستان و ۲۰ نفر از گروه کنترل را با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده تحت مشاوره شناختی- رفتاری گروهی با ساختار، طی ۱۰ جلسه،

---

1 - Wright  
2 - Newman  
3 - Witkiewitz  
4 - Wanigarant  
5 - Chiauzzi  
6 - Rowson

قرارداد. نتایج نشان داد که مشاوره گروهی با شیوه شناختی رفتاری با ساختار، در کاهش بازگشت معتادان به اعتیاد (عود)، در مقایسه با گروه کنترل مؤثر بوده است. عرب و نصیری (۱۳۸۱) نشان دادند که گروه درمانی شناختی-مذهبی و گروه درمانی شناختی باعث کاهش افسردگی، اضطراب و بازگشت دوباره به مواد در معتادان خود معرف می‌شود. نتایج حاکی از آن است که گروه درمانی شناختی-مذهبی اثر درمانی بیشتری داشته است.

### موضوع‌های کلیدی در پیشگیری از عود

موضوع‌های کلیدی در پیشگیری از عود شامل موارد زیر هستند:

- عوامل خطرزا
- عود یک فرآیند است و نه یک اتفاق
- چگونگی برخورد با ولع و نشانه‌های عود
- شبکه حمایتی-اجتماعی
- هیجان‌های منفی
- مشکلات روانپزشکی
- قرارداد برای زمان لغزش یا عود

### آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در پیشگیری از عود

مهمترین راهبرد برای پیشگیری از عود اجتناب کردن از موقعیت‌های پرخطر است. آموزش مهارت تصمیم‌گیری و کمک به مراجعین در فرآیند پیشگیری از عود از اهمیت به‌سزایی برخوردار است، زیرا اولاً تصمیم‌هایی را پیش‌بینی می‌کنند که نهایتاً منجر به موقعیت‌های پرخطر می‌شوند و ثانیاً از آنها اجتناب می‌ورزند. یکی دیگر از راهبردها برای اجتناب از موقعیت‌های پرخطر، بررسی سبک زندگی مراجعین و شناسایی فعالیت‌هایی است که آنان را در معرض خطر مصرف مواد قرار می‌دهند. آموزش برنامه‌ریزی و شروع

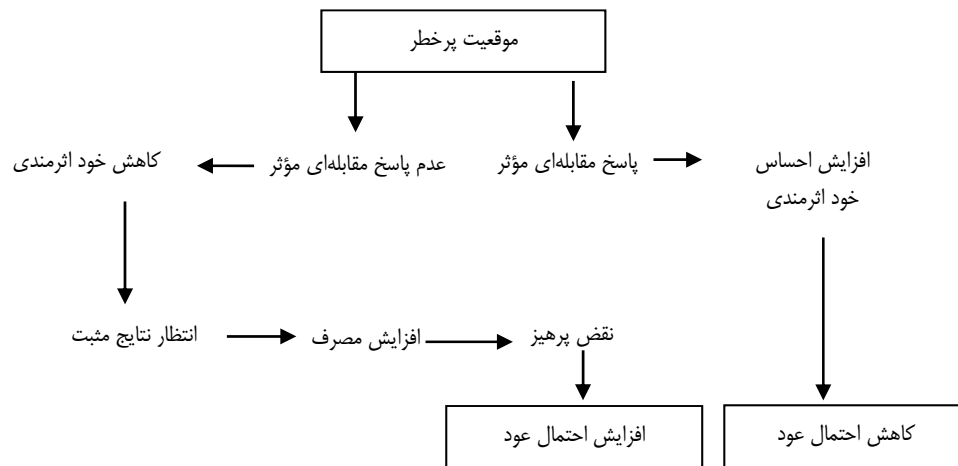
فعالیت‌هایی که با رفتار مصرف مواد در تضاد هستند، مهارت مفیدی برای مقابله با عود می‌باشند.

در هر صورت اگر به هر دلیلی اجتناب از موقعیت پرخطر مقدور نباشد، مقابله مؤثر با آن موقعیت می‌تواند از انتخاب مصرف مواد به‌عنوان یک پاسخ مقابله‌ای، پیشگیری نماید. اولین گام برای مقابله مؤثر با موقعیت پرخطر، شناسایی آن موقعیت است. لذا توانمند کردن مراجعین برای تشخیص موقعیت‌های پرخطر و ارزیابی افکار و احساسات یا نشانه‌های هشدار دهنده ضروری است. تشخیص موقعیت‌های پرخطر در مراحل ابتدایی و قبل از اینکه شدت یابند کنترل آنها را آسان‌تر می‌نماید. وقتی مراجعین در موقعیت پرخطر قرار می‌گیرند نقص در مهارت‌های مقابله‌ای یک عامل خطر اساسی برای آنها خواهد بود. زیرا تمایل به مصرف مواد در غیاب مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر، در حد بالایی است. بنابراین آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در مدل پیشگیری از عود بسیار اساسی است. آموزش راهبردهای شناسایی موقعیت‌های پرخطر و مهارت‌های مقابله‌ای به همان صورتی است که در فرآیند درمان داده می‌شوند.

معمولاً در دوره‌های پرهیز، وسوسه‌های مصرف بارها و بارها ظاهر می‌شوند و ممکن است لغزش‌هایی در جهت مصرف مواد نیز صورت گیرد. لغزش‌ها باید به‌عنوان تجربه و فرصتی در نظر گرفته شوند که در شناسایی موقعیت‌های برانگیزاننده و انتظارات بیماران از فواید احتمالی مصرف مواد، کمک می‌کنند و نه اینکه بیماران به دلیل چنین لغزش‌هایی مورد سرزنش قرار گیرند.

جهت پیشگیری از عود اهمیت دارد که مراجعین ترغیب شوند تا مشخص نمایند در موقعیت‌های پرخطر چه فعالیت‌هایی انجام می‌دهند، چه چیزهایی کمک‌کننده هستند و چه چیزهایی برای اینکه سودمند باشند، باید تغییر پیدا کنند. براساس این اطلاعات به بیماران کمک می‌شود برنامه‌ای را جهت تقویت فعالیت‌های سودمند و جبران ضعف‌ها به منظور مقابله با موقعیت‌های پرخطر طراحی نمایند. شناسایی احساس گناه، سرزنش خود و افکار خود آسیب‌زنی در موقعیت‌های پرخطر ضروری است زیرا تسلیم شدن در برابر این هیجانات افراد را در موقعیت پرخطر تداوم مصرف مواد قرار می‌دهد.

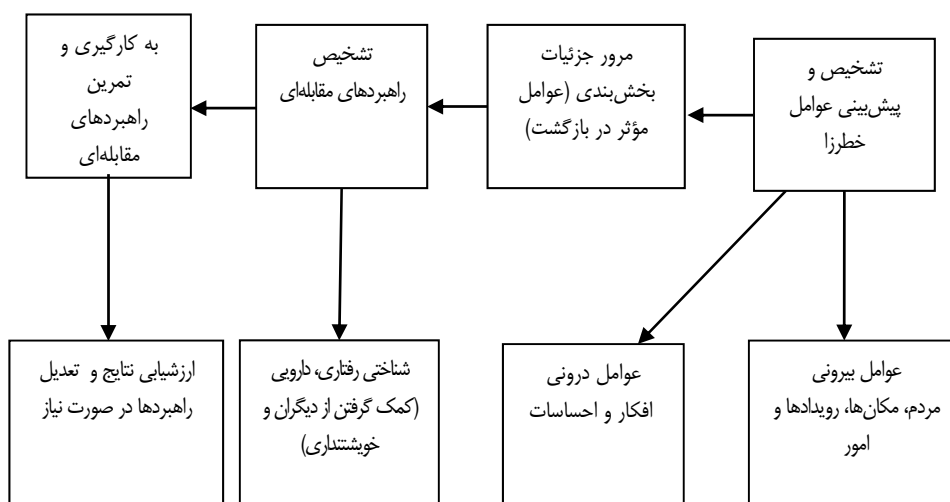
در مدل رفتاری شناختی، فقدان یا نقص مهارت‌های مقابله‌ای عامل خطر اساسی برای مصرف مواد محسوب می‌شود، زیرا موجب اتکاء فرد به مصرف مواد، به دلیل فقدان سایر راهبردهای مقابله‌ای مؤثر می‌شود (کادن، ۲۰۰۲). یک رویکرد درمانی مرتبط با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، راهبرد پیشگیری از عود است. این راهبرد درمانی روشی ارائه می‌دهد که اولاً فرد عوامل مختلف پیشاینده و پساینده مصرف مواد را شناسایی می‌کند که بر عود مصرف تأثیر می‌گذارند. ثانیاً مداخله‌هایی برای مقابله با این موقعیت‌های برانگیزاننده طراحی می‌شوند که احتمال عود بعدی را کاهش می‌دهند. اساساً رویکرد پیشگیری از عود، روش آموزش مهارت‌های مقابله‌ای را بطور قابل توجهی مورد استفاده قرار می‌دهد. آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در پیشگیری از عود تقریباً همان مداخلات درمانی است با این تفاوت که در پیشگیری از عود تمرکز اصلی بیشتر بر روی موقعیت‌هایی است که ممکن است عامل پرخطری برای عود باشند. مدل پیشگیری از عود که توسط مارلات و گوردون (۱۹۸۵) معرفی شده است رایج‌ترین روش پیشگیری از عود می‌باشد (شکل شماره ۵)



شکل ۵- مدل پیشگیری از عود، مارلات و گوردون، ۱۹۸۵، مأخذ: بخشانی، ۱۳۸۱.



تشخیص عوامل خطرزای عود و اتخاذ راهبردهای لازم برای مقابله با آن از عوامل مهم دخیل در فرآیند بهبودی، تشخیص عوامل خطرزا و دوره‌های بحرانی هستند. همانطور که قبلاً ذکر شد این عوامل در دو بخش بین فردی و فردی (درون فردی) می‌گنجند. ضمن آموزش به بیماران برای تشخیص این عوامل، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مثل آرام‌سازی، ابراز وجود و سایر روش‌ها از اهمیت بسیاری برخوردار است. این مهارت‌های تشخیصی و مقابله‌ای به همراه پایش مداوم وضعیت موجود و تعدیل راهبردهای به کار گرفته شده، عنصر اصلی حلقه مرکزی پیشگیری از عود را تشکیل می‌دهند. این فرآیند در شکل شماره ۶ نشان داده شده است.



شکل ۶- فرایند تشخیص نشانه‌های هشدار دهنده، مقابله با آن و ارزشیابی نتایج. مأخذ: مارلات و بارت، ۱۹۹۴.

شواهد پژوهشی اثربخشی آموزشی مهارت‌های مقابله‌ای در پیشگیری از عود نقص مهارت‌های مقابله‌ای، پیشایندها و پیامدهای مصرف مواد، عوامل مهمی در شروع و تداوم رفتار اعتیادی می‌باشند. به همین دلیل تلاش‌هایی برای بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به‌عنوان یک روش درمانی کاهش خطر و محدود ساختن رفتارهای اعتیادی انجام شده است. چندین پژوهش و نیز سه مطالعه فراتحلیلی، آموزش مهارت‌های

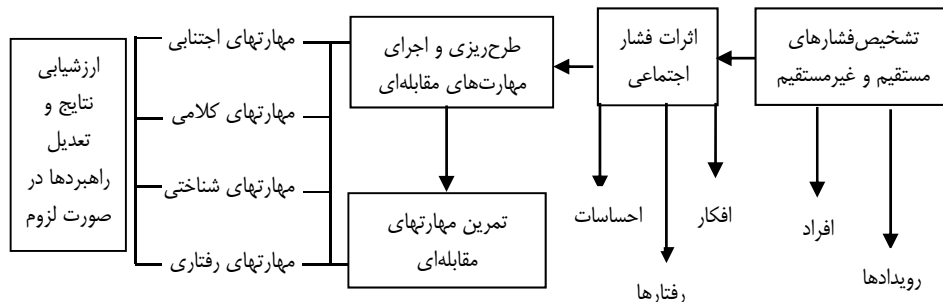
مقابله‌ای را به‌عنوان اولین یا دومین راهبرد مؤثر در مقایسه با روش‌های مختلف درمان مصرف الکل درجه‌بندی کرده‌اند. لانگاباه و مورگنسترن<sup>۱</sup>، (۱۹۹۹). مداخله‌های درمانی که بر پیشگیری از عود متمرکز بوده‌اند سودمندی این روش را در حفظ اثرات درمان در طول دوره پیگیری و نیز کاهش شدت دوره‌های عود نشان داده‌اند. نتایج یک مطالعه فراتحلیلی که اختصاصاً به نتیجه درمان پیشگیری از عود پرداخته است نشان می‌دهد که درمان پیشگیری از عود مفید بوده و تأثیر آن بر روی عملکرد روانشناختی، بیشتر از خود مصرف مواد بوده است (ایروین<sup>۲</sup>، باورز<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۹).

در بررسی دیگری نیز مشخص شد که از مجموعه عوامل پرخطر برای عود که توسط مارلات و گوردون (۱۹۸۵) معرفی شده بودند، هیجانانگ منفی به‌عنوان عوامل مهم و مؤثری در عود هستند. بنابراین با در نظر گرفتن یافته‌هایی که نشان می‌دهد توانایی مقابله با نتیجه درمان ارتباط دارد، برای کاهش خطر عود، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای با هیجانانگ منفی توصیه شده است (مارلات و بارت، ۱۹۹۴)..

تشخیص فشارهای اجتماعی برای مصرف مواد و مقابله با آن نیز می‌تواند فرآیند بازگشت را تسریع کنند. شکل شماره ۷ فرآیند کمک به بیماران برای درک و غلبه بر فشارهای اجتماعی را نشان می‌دهد.

---

1 - Morgenstern  
2 - Irvin  
3 - Bowers



شکل ۷- فرآیند کمک به بیماران برای درک و غلبه بر فشارهای اجتماعی، مأخذ: مارلات و بارت، ۱۹۹۴

### مروری بر درمان‌های روانشناختی مصرف و سوءمصرف مواد در محیط‌های اصلاحی، زندان‌ها و اثربخشی آنها

تعداد زیادی از مطالعات انجام شده شواهد محکمی را از پیامدهای مثبت برنامه‌های درمانی اصلاحی ارائه داده‌اند. مرور فراتحلیل‌ها و ادبیات تحقیق نتایج فوق را تأیید کرده و اصول برنامه‌های درمانی اصلاحی مؤثر را مشخص نموده‌اند (آندریوس<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۵؛ جندرو<sup>۲</sup>، ۱۹۹۶؛ جندرو و گوگین<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷؛ به نقل از پیترز<sup>۴</sup> و استین برگ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰).

یافته‌های به‌دست آمده از برنامه گزارش سوء مصرف مواد (DARP)<sup>۶</sup> و مطالعه آینده‌نگر پیامد درمان (TOPS)<sup>۷</sup> نشان می‌دهد که در نتیجه درمان، کاهش در سوء مصرف مواد موجب کاهش در فعالیت جرم خیزی نیز می‌شود (هیوبارد و همکاران، ۱۹۸۹؛ سیمسون، جوی و براسی<sup>۸</sup>، ۱۹۸۲؛ به نقل از پیترز و استین برگ، ۲۰۰۰).

1 - Andrews  
 2 - Gendreau  
 3 - Goggin  
 4 - Peters  
 5 - Steinberg  
 6 - Drug Abuse Reporting Programme (DARP)  
 7 - Treatment Outcome Prospective Study (TOPS)  
 8 - Bracy

انستیتو ملی اصلاحات (NIC)<sup>۱</sup> چندین خطوط راهنمای کلی را برای سرویس‌های درمانی سوء مصرف مواد که در زندان و سایر محیط‌های اصلاحی تهیه شده است، توصیف کرده است. در سال ۱۹۹۳، سرویس‌های پذیرش سوء مصرف مواد و بهداشت روانی مرکز درمان سوء مصرف مواد (CSAT)<sup>۲</sup> مجموعه‌ای از خطوط راهنما را برای برنامه‌های درمانی سوء مصرف مواد که از طریق پروژه بهبود گسترش یافته است را منتشر نمود (وکسلر، ۱۹۹۳؛ به نقل از پیترز و استین برگ، ۲۰۰۰).

اجزاء برنامه‌های درمانی اصلاحی توصیه شده توسط CSAT و NIC به شرح زیر است:

- رویکردهای ارزیابی و غربالگری استاندارد شده
- جور کردن سطوح یا انواع متفاوت خدمات درمانی
- طرح‌های درمانی فردی
- خدمات مدیریت مورد
- استفاده از رویکردهای شناختی رفتاری / یادگیری اجتماعی و خودیاری شامل مداخلاتی که بر عقاید و ارزش‌های مجرم تأکید دارند.
- خدمات پیشگیری از عود
- گروه‌های خودیاری (مثل AA و NA)
- استفاده از TC
- واحد درمانی مجزا
- آزمایش‌های دارویی
- تداوم خدمات شامل ارتباط برای Parole و خدمات درمانی TC
- ارزیابی برنامه

---

1 - National Institute on Corrections (NIC)

2 - Center For Substance Abuse Treatment (CSAT)

### آموزش مقطعی پرسنل (پیترز و استین برگ، ۲۰۰۰).

- از بین انواع متفاوت برنامه‌های درمانی گسترش یافته و آزمایش شده در محیط‌های اصلاحی، آنهایی که بر پایه یادگیری اجتماعی، مدل‌های شناختی رفتاری، آموزش مهارت‌ها و رویکردهای سیستم‌های خانواده قرار دارند، مؤثرترین روش‌های درمانی هستند. برنامه‌های درمانی بر پایه رویکردهای غیر مستقیم، مدل پزشکی و یا در ارتباط با تمرکز بر روی مجازات یا بازداشت، غیر مؤثر شناخته شده است. در مرور ادبیات درمانی اصلاحی، جندرو (۱۹۹۶)؛ به نقل از پیترز و استین برگ، (۲۰۰۰) هشت اصول کلیدی برنامه‌های مؤثر را مشخص کرده است:
۱. خدمات فشرده در اصل رفتاری هستند و باید از اقتصاد ژتونی، الگوگیری، مداخلات شناختی - رفتاری که برای تغییر شناخت، نگرش‌ها، ارزش‌ها و انتظارات متخلفین اختصاص یافته است استفاده شود، زیرا آنها رفتارهای ضد اجتماعی را حفظ می‌کنند.
  ۲. برنامه‌ها باید به نیازهای جرم‌زایی متخلفین در معرض خطر شامل سوء مصرف مواد، رفتارها و نگرش‌های ضد اجتماعی، ارتباط‌های همسالان و خودکنترلی معطوف شود. وسیله‌های سنجش ریسک خطر باید برای تعیین این نیازهای جرم‌زا فراهم شود.
  ۳. برنامه‌های درمانی باید چند مدلی باشند و خدمات ارائه شده باید مطابق با سبک یادگیری، ویژگی‌های شخصیتی متخلفین و خصوصیات شخصیتی مشاور/ درمانگر باشند.
  ۴. برنامه‌ها باید شامل مجموعه ساخت یافته‌ای از مشوق‌ها و ضمانت‌های اجرایی باشند. این سیستم باید توسعه یابد و توسط پرسنل با کنترل فزاینده رفتارهای ضد اجتماعی درون واحدهای درمانی و تقویت‌های مثبت خیلی زیاد و ضمانت‌های اجرایی منفی به نسبت ۱ به ۴ شباهت یابد.
  ۵. درمانگران یا مشاوران باید بر پایه مهارت‌های بین فردی و مشاوره‌ای مؤثر انتخاب شوند. پرسنل باید حداقل درجه لیسانس یا معادل آن را داشته باشند، در زمینه رفتار مجرمانه و درمان متخلفین آموزش دیده باشند، آموزش ضمن خدمت در استفاده از مداخلات رفتاری داشته باشند و کیفیت خدمات مشاوره‌ای توسط آنها باید بطور منظم کنترل شود.

۶. برنامه‌ها باید یک محیط درمانی پیش اجتماعی<sup>۱</sup> را ارائه نمایند تا تأثیرات منفی همسالان را کاهش دهد.

۷. راهبردهای پیشگیری از عود که مهارت‌های پیش بینی، اجتناب از موقعیت‌های مشکل دار و تمرین پاسخ‌های پیش اجتماعی برای این موقعیت‌ها را ارائه می‌دهد، استفاده شود. برای تقویت رفتارهای پیش اجتماعی باید به خانواده و دوستان آموزش داده شود و جلسات تقویت کننده باید برای بعد از ترخیص در جامعه فراهم شود.

۸. ارتباط و ارجاع برای دریافت خدمات اجتماعی باید وجود داشته باشد.

این اصول درمان اصلاحی مؤثر، چند جزء کلیدی از استانداردها و خطوط راهنمای حرفه‌ای را منعکس می‌کند که توسط ACA، CSAT، NCCHC و NIC گسترش یافته است و شامل نیاز به انطباق درمانی، آموزش پرسنل، مداخلات شناختی رفتاری، خدمات پیشگیری از عود، واحدهای درمانی مجزا، ارتباط و ارجاع به خدمات جامعه می‌باشد. گرچه این اصول همچنین با حوزه‌های جدیدی که با استانداردها و خطوط راهنما هماهنگ نیستند و یا اینکه بطور گسترده در برنامه‌های درمانی زندان، تکمیلی هستند، اشاره دارند. این حوزه‌های جدید شامل موارد زیر هستند:

۱- زندانیان مورد هدف با ریسک چشمگیر برای عود و بازگشت به تکرار جنایات

۲- استفاده از مداخلات شناختی-رفتاری

۳- تمرکز روی تفکر، ارزش‌ها، رفتارهای جرم خیز و موضوع کنترل تکانه

۴- حداقل تجهیزات آموزشی برای پرسنل، داشتن حداقل یک درجه دانشگاهی

یافته‌های به دست آمده از برنامه‌های درمانی اصلاحی سوء مصرف مواد در زندان،

اثربخشی این برنامه‌ها را در کاهش سوء مصرف مواد، عود و کاهش جرم متعاقب رهایی از

زندان نشان می‌دهند (فالکین<sup>۲</sup>، و کسلر و لیپتون<sup>۳</sup>، ۱۹۹۲؛ به نقل از پیترز و استین برگ، ۲۰۰۰).

در صفحات به تعدادی از برنامه‌های فوق اشاره می‌شود.

---

1 - prosocial

2 - Falkin

3 - Lipton

### TC زندان آمیتی کالیفرنیا<sup>۱</sup>

ارزیابی برنامه زندان آمیتی کالیفرنیا به پیامدهای مطلوب در ارتباط با شرکت در برنامه زندان اشاره دارد (لیتون، ۱۹۹۵، ۱۹۹۶؛ سیمپسون و همکاران، ۱۹۹۶؛ به نقل از پیترز و استین برگ، ۲۰۰۰). میزان توقیف مجدد، در طول دوره پیگیری یکساله، بعد از رهایی از زندان، برای افرادی که برنامه درمانی را تکمیل کردند ۴۳ درصد بود در مقایسه با ۶۳ درصد برای زندانیانی که در برنامه درمانی شرکت نداشتند. این میزان برای افرادی که برنامه درمانی را ترک کرده بودند ۵۰ درصد بود (لیتون، ۱۹۹۵؛ به نقل از همان منبع).

### برنامه کی - کریست دلاویر<sup>۲</sup>

در ارزشیابی برنامه‌های کی و کریست، پژوهشگران ۴ گروه را که در سطوح متغیر خدمات درمانی شرکت داشتند و شامل ۱- صرفاً برنامه کی، ۲- صرفاً برنامه کریست، ۳- ترکیب برنامه‌های کی - کریست و ۴- یک برنامه کنترلی آموزش پیشگیری از ایدز بودند را با یکدیگر مقایسه کردند.

پیگیری ۶ ماهه نتایج نشان داد که افرادی که صرفاً در برنامه کریست و برنامه ترکیبی کی کریست شرکت داشتند، در مقایسه با شرکت کنندگان در برنامه صرفاً کی و گروه کنترل، به‌طور معنی‌داری احتمال کمتری داشت که مواد مصرف کنند (مارتین<sup>۳</sup>، بوتزین<sup>۴</sup> و اینسیاردی<sup>۵</sup>، ۱۹۹۵؛ به نقل از پیترز و استین برگ، ۲۰۰۰). پیامدهای مثبت برنامه کریست و برنامه ترکیبی کی - کریست، بعد از کنترل اثرات گذشت زمان درمان، ادامه پیدا کرد.

### برنامه Stay'n out نیویورک

برنامه Stay'n out نیویورک، پیامدهای روش‌های درمانی مختلف شامل محیط درمانی، خدمات مشاوره کوتاه مدت، لیست انتظار و گروه کنترل درمان نشده را با یکدیگر مقایسه

1 - California's Amity Prison Therapeutic Community

2 - Delaware's Key-Crest Programme

3 - Martin

4 - Butzin

5 - Inciardi

کردند (وکسلر، فالکین و لیپتون، ۱۹۹۰؛ وکسلر، فالکین، لیپتون و روزن بلوم<sup>۱</sup>، ۱۹۹۲؛ به نقل از پیترز و استین برگ، ۲۰۰۰).

شرکت کنندگان در برنامه stay'n out به طور متوسط به مدت ۳ سال پیگیری شدند و با سایر گروهها مقایسه گردیدند. نتایج نشان داد که نتیجه درمان با این روش ۲۷ درصد در مقایسه با ۳۵ درصد در محیط درمانی؛ ۴۰ درصد در مشاوره گروهی یا فردی و ۴۱ درصد در گروه مقایسه درمان نشده بود. پیامدهای مثبت با افزایش زمان درمان بیش از یکسال ادامه داشت ولی بعد از این مدت، پیامدهای مثبت شروع به کاهش کرد.

### دپارتمان اصلاحات اورگان<sup>۲</sup>

ارزیابی برنامه بنیادی<sup>۳</sup> نشان داد که شرکت کنندگان در درمان، کاهش‌های معنی داری در توقیف مجدد و دوباره زندانی شدن در مقایسه با سایر گروههای زندانی پیدا کردند. فیلد<sup>۴</sup> (۱۹۸۹، ۱۹۹۲؛ به نقل از پیترز و استین برگ، ۲۰۰۰) دریافت که طی پیگیری، میزان‌های توقیف مجدد، رابطه معکوسی با زمان صرف شده در برنامه درمانی داشت.

### مطالعه ارزشیابی بهبود درمان ملی (NTIES)<sup>۵</sup>

مرکز درمان سوء مصرف مواد (۱۹۹۷؛ به نقل از VPDS<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲) برای تعیین دامنه برنامه درمان NTIES، یک بررسی انجام داد. داده‌های پیامد درمانی از بیش از ۴۴۱۱ نفر شامل ۷۰۹ نفر در نمونه اصلاحی که شامل ۵۶ درصد زندانی‌ها و ۴۴ درصد متخلفین از سایر محیط‌های دادگاهی جرم خیز بودند، به دست آمد. شرکت کنندگان در درمان اصلاحی بیشترین کاهش را در رفتارهای جرم خیز ۸۱ درصد کاهش در فروش دارو) و در توقیف‌ها (۶۶ درصد کاهش در توقیف‌های ناشی از داشتن مواد و ۷۶ درصد کاهش در کلیه توقیف‌ها) نشان دادند. در کلیه انواع درمان‌های آزمایش شده در مطالعه NTIES، در میان نمونه

1 - Rosen Blume

2 - Oregon Department of Correction

3 - cornerstone

4 - Field

5 - The National Treatment Improvement Evaluation Study

6 - Victorian Prison Drug Strategy (VPDS)



اصلاحی، مصرف مواد کاهش یافت و عملکرد جسمانی و بهداشت روانی افزایش نشان داد که در دوره پیگیری نیز ادامه داشت.

بطور کلی خدمات درمانی ارائه شده در زندان، برای الکل، مواد و داروهای دیگر، به طور مستقیم بر اساس نیازهای فردی زندانیان، در رابطه با سوء مصرف مواد و همچنین سایر نیازهای بهداشت عمومی و بهزیستی انجام شده است که از جمله می توان به برنامه های روانی - اجتماعی اشاره نمود که برای کمک به زندانیان در جهت رشد بهتر مکانیزم های دفاعی آنها و کاهش آسیب مرتبط با مواد می باشد. این برنامه ها شامل مهارت های اجتماعی، کنترل استرس، مقابله با افسردگی، کنترل خشم، پیشگیری از عود و سایر مهارت ها می باشد (VPDS، ۲۰۰۲).

بیان زاده، بوالهری، عاطف وحید، نوری قاسم آبادی، فتحعلی لواسانی، و کریمی کیسمی (۱۳۸۴) اثر دو درمان نگهدارنده متادون و درمان های مرسوم روانشناختی بر کاهش مصرف موادمخدر، شدت وابستگی به مواد، تزریق، تزریق مشترک، تزریق با وسایل غیراستریل، ارتباطات جنسی پرخطر و سلامت روان و رضایت زندانیان معتاد از درمان ها، در یک مطالعه مورد - شاهدی کمی و کیفی بررسی کردند و گزارش دادند که پس از ۶ ماه اجرای برنامه درمانی، در گروه آزمایش، تغییر معنی داری در مصرف مواد، تزریق مواد و استفاده اشتراکی از سرنگ صورت گرفت و شاخص های سلامت روان افزایش یافت ولی در زمینه رفتارهای پرخطر جنسی هیچ گونه تفاوتی در گروه ها دیده نشد. همچنین بیماران گروه درمان نگهدارنده متادون، به طور معنی داری بیش از گروه دیگر از خدمات دریافتی رضایت داشتند. آنها نتیجه گرفتند که ارائه مداخلات درمانی متادون، روانپزشکی و روانشناختی به معتادان در زندان ها، نه تنها مشکلی ایجاد نمی کند بلکه از بسیاری از مشکلات فعلی کاسته می شود و اقدامات فوق به کاهش آسیب در زندان کمک می کند.

در ایران چندین پژوهش بر روی برنامه های کاهش آسیب و درمان نگهدارنده متادون در خدمات مراقبت های بهداشتی انجام گرفته که نتایج مثبتی را به دنبال داشته است (رحیمی

موقر، خاستو، رزاقی و صابری زفرقندی، ۲۰۱۱، اسکندریه، نیک فرجام، ترجمان، ناصحی، جعفری و صابری زفرقندی، ۲۰۱۳، روشن پژوه، صابری زفرقندی، میر کاظمی، شفیعی و جمعه پور، ۲۰۱۴، صابری زفرقندی، روشن پژوه، میر کاظمی و بوالهروی، ۲۰۱۴).

### مشاوره پیشگیری از (HIV/ AIDS)

بررسی سرولوژیک ایدز در ایران که در سال ۱۳۷۶ توسط کمیته کشوری مبارزه با ایدز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شد، تعداد موارد مثبت در زنان روسپی در ندامتگاهها ۲۲ مورد، افراد مقیم در کانون اصلاح و تربیت ۲۲ مورد، معتادان در اردوگاهها ۲۸ مورد و زندانیان را ۳۱ مورد گزارش نمودند. موارد آلوده به ویروس AIDS در اعتیاد تزریقی ۶۹۵ مورد بودند. آمار معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۲) نیز نشان می‌دهد که تعداد موارد مثبت در اعتیاد تزریقی ۶۲/۸ درصد می‌باشد. با توجه به آمارهای فوق مشاوره پیشگیری از HIV/ AIDS ضروری به نظر می‌رسد.

مشاوره ساخت رفتار سالم جهت پیشگیری از HIV/ AIDS مؤثر است. رفتارهای سالم در زمینه پیشگیری از HIV/ AIDS عبارتند از موارد زیر:

- شناخت مفهوم زندگی سالم،
- برخورداری از عزت نفس مطلوب، خودشناسی و ارزش گذاردن به خود و دیگران،
- توانایی شناسایی موقعیت‌های پرخطر،
- توانایی مقابله سالم،
- برخورداری از مهارت‌های اجتماعی و به‌خصوص توانایی قاطعیت و
- توانایی حل مسئله (بیان‌زاده و نوری قاسم آبادی، ۱۳۸۲).

منظور از رفتارهای سالم، رفتارهایی هستند که به حفظ و ارتقاء سلامت افراد کمک می‌کنند. این رفتارها شامل تغذیه صحیح، خواب شبانه بین ۷-۸ ساعت، ورزش مرتب، عدم مصرف سیگار و الکل، تنظیم وزن بدن به گونه‌ای که بیشتر از ۱۰ درصد اضافه وزن وجود

نداشته باشد و توجه به ابعاد معنوی هستند (تایلور، ۱۹۹۸؛ به نقل از بیانزاده و نوری قاسم آبادی، ۱۳۸۲). عواملی که با سبک زندگی ناسالم رابطه دارند عبارتند از: مصرف سیگار، مواد و الکل، پرخوری، روابط جنسی پرخطر و پرداختن به کارهای خطرناک (کسیدی<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹؛ به نقل از همان منبع).

مشاوره پیشگیری از HIV/ AIDS نوعی رابطه مشاوره‌ای است که هدف آن تشخیص و به کارگیری روش‌های مناسب به منظور کاهش رفتارهای پرخطر و افزایش رفتارهای ایمن می‌باشد. رفتارهای جنسی و اشتراک در سرنگ و سوزن در معتادان تزریقی آلوده از رفتارهای پرخطر در ابتلاء به بیماری HIV/ AIDS می‌باشند (پرات<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵؛ WHO، ۱۹۹۵). بیماری AIDS واگیردار است ولی با پرهیز از رفتار پرخطر قابل پیشگیری است. خدمات مشاوره پیشگیری از AIDS را در محیط‌های گوناگون به صورت مشاوره فردی یا گروهی می‌توان ارائه نمود. هر دو روش مشاوره پیشگیری فردی و گروهی از چارچوب نسبتاً یکسانی برخوردار هستند و هدف هر دو بکارگیری مهارت‌ها و اصول مشاوره پیشگیری است تا به افراد کمک کنند تا از طریق انجام رفتار ایمن و یا اصلاح یا تغییرات رفتاری و بهبود ارتباط و افزایش توانایی به موقع "نه گفتن و احساس غرور از نه گفتن و انجام ندادن" خطر ابتلا به HIV را کاهش دهند (بیرشک و بخشانی، ۱۳۸۲).

### مشاوره انزجاری

ارتقاء سلامت نه تنها به حداکثر رساندن شیوه زندگی سالم، بلکه آگاه‌سازی افراد در مورد خطراتی که بالقوه در انتظار آنها است را نیز در برمی‌گیرد. یکی از روش‌های پیشگیری از رفتار پرخطر "مشاوره انزجاری" است. در روش‌های ایجاد انزجار یک محرک منجر کننده با رفتاری که در نظر است حذف شود، همراه می‌گردد. هدف نهایی تغییر رفتار، گرایش به رفتار اجتناب (انزجار) است. امروزه استفاده از تنبیه در پیشگیری از رفتار پرخطر ابزاری مؤثر شناخته می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تنبیه در واپس زدن رفتار پرخطر به همان اندازه

---

1 - Cassidy

2 - Pratt

مؤثر است که تقویت در تحکیم آن، کارآمدی این روش در مورد انحرافات جنسی و رفتار اعتیادی از سالها قبل شناخته شده است (تایلور، ۱۹۹۵).<sup>۱</sup>

در روش مشاوره انزجاری از طریق "شرطی سازی پنهان"<sup>۲</sup> مشاور با ایجاد تصاویر ذهنی انزجاری در مورد رفتار پرخطر در ذهن مراجع، اضطراب را برانگیخته و مراجع برای رهایی از این اضطراب راهی نمی‌یابد مگر دوری از رفتار پرخطر (کاتلا<sup>۳</sup>، ۱۹۸۵؛ کاتلا و کرنی<sup>۴</sup>، ۱۹۹۳؛ به نقل از عاطف وحید و فتی، ۱۳۸۲). مشاوره‌های کمکی می‌تواند اضطراب را منطقی نموده و استفاده از اصولی کلی مشاوره در زمینه برقراری ارتباط، پرسش، گوش دادن، احترام، توضیح و ... در این مورد بسیار مهم و مفید است.

روش شرطی سازی پنهان تنها راهبرد ایجاد اضطراب در مورد رفتار پرخطر نیست. روش‌های مبنی بر یادگیری نیابتی<sup>۵</sup> و الگوسازی (بندورا، ۱۹۹۷؛ به نقل از عاطف وحید و فتی، ۱۳۸۲) نیز در این مورد مطرح هستند. در این نظریه فرض بر این است که مشاهده الگوهایی که نسبت به رفتار خاصی نگرش، شناخت یا هیجان منفی داشته و از آن رفتار پرهیز می‌کنند، عامل پرهیز فرد از آن رفتارها می‌شود (بندورا، ۱۹۹۷؛ به نقل از همان منبع). هر دو روش شرطی سازی پنهان و یادگیری نیابتی و الگوسازی در مورد ایجاد انزجار و پرهیز از رفتار پرخطر به کار گرفته شده و کارآمدی خود را در مورد مصرف سیگار، مواد مخدر و همچنین انحرافات جنسی نشان داده‌اند (بلک<sup>۶</sup> و هرسن<sup>۷</sup>، ۱۹۸۵؛ مسترز<sup>۸</sup> و همکاران، ۱۹۸۵؛ والکر<sup>۹</sup> و همکاران، ۱۹۸۱؛ اسکات<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۱۹۸۹؛ به نقل از همان منبع؛ تایلور، ۱۹۹۵).

---

1 - aversive counselling  
 2 - covert conditioning  
 3 - Cautela  
 4 - Kearney  
 5 - Vicarious  
 6 - Bellack  
 7 - Hersen  
 8 - Masters  
 9 - Walker  
 10 - Scott

## رویکردهای روانشناختی در درمان اعتیاد / ۱۶۵

روش انزجار پنهان<sup>۱</sup> نوعی روش انزجاری است که در آن تصاویر ذهنی ساخته شده توسط مراجع یا مشاور به عنوان محرک انزجاری مورد استفاده قرار می‌گیرند. این روش حساس‌سازی پنهان نیز نامیده می‌شود. این روش در مورد سوء مصرف مواد، الکل و اختلالات جنسی کاربرد موفقیت‌آمیز داشته است (کاتلا، ۱۹۸۵؛ کاتلا و کیرنی، ۱۹۹۳؛ به نقل از عاطف وحید و فتی، ۱۳۸۲؛ تایلور، ۱۹۹۵).

---

1 - Covert aversion

## منابع

- ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران (۱۳۷۹). سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، تهران: انتشارات بینا.
- ارونسون، الیوت (۱۳۶۹). روانشناسی اجتماعی. ترجمه حسین شکرکن، تهران: انتشارات رشد.
- اسعدی، علی (۱۳۸۲). بررسی تأثیر شرکت در گروه‌های معتادان گمنام (NA) بر میزان عود اعتیاد در معتادان خود معرف مرکز ترک اعتیاد بهزیستی اصفهان. اعتیاد پژوهی، فصلنامه علمی - پژوهشی سوء مصرف مواد، سال اول، شماره ۲، ۷-۱۶۵.
- اصغرنژاد فرید، علی اصغر (۱۳۷۸). آموزشی مهارت‌های اجتماعی به منظور جلوگیری از سوء مصرف مواد. ژرفای تربیت، شماره ۱۱، ۱۱-۵.
- اورکی، محمد، بیات، شهره، خدادوست، ساناز (۱۳۹۲). بررسی مقایسه اثربخشی مداخله شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی مارلات با اثربخشی مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در سلامت روان درمانجویان وابسته به کراک. روانشناسی سلامت، ۱۱، ۲، ۲۲-۳۱.
- بخشانی، نور محمد (۱۳۸۱). راهنمای عملی پیشگیری و درمان اعتیاد: مدل رفتار شناختی. زاهدان: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی زاهدان.
- بشارت، محمدعلی؛ میرزمانی، محمود، پورحسین، رضا (۱۳۸۰). نقش متغیرهای خانوادگی در پدیدآیی اختلال کاربرد نابجای مواد. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هفتم، شماره ۳، ۳-۵۲-۴۶.
- بک، آرون تی؛ رایت، فرد دی نیومن، کوردی، اف و همکاران (۱۳۸۰). درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدر: آموزش مهارت‌های شناختی و عملی برای ترک اعتیاد. ترجمه محمد علی گودرزی. شیراز: انتشارات راهگشا.
- بیان زاده، سیداکبر، بوالهری، جعفر، عاطف وحید، محمد کاظم، نوری قاسم آبادی، ربابه، فتحعلی لواسانی، فهیمه، کریمی کیسمی، عیسی (۱۳۸۴). بررسی نقش مداخلات دارویی

## رویکردهای روانشناختی در درمان اعتیاد / ۱۶۷

و شناختی در کاهش آسیب ناشی از مصرف مواد در زندانیان معتاد. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، دوره ۱۴، شماره ۵۵، ۴۷-۵۸.

بیان زاده، سیداکبر، عاطف وحید، محمد کاظم، بوالهیری، جعفر، نصر اصفهانی، مهدی، شاه محمدی، داوود، دادفر، محبوبه، بخشانی، نورمحمد، کریمی کیسمی، عیسی (۱۳۸۳). بررسی مقدماتی شیوع سوء مصرف مواد در مناطق روستایی غرب استان تهران (هشتگرد و طالقان) با استفاده از افراد کلیدی. مجله حکیم، دوره هفتم، شماره اول، ۹-۱۷.

بیان زاده، سیداکبر؛ بوالهیری، جعفر (۱۳۷۹). بررسی اثربخشی درمان اعتیاد. گزارش ارسالی به سازمان بهداشت جهانی (تک نوشت). انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز همکاریهای سازمان جهانی بهداشت در بهداشت روان.

بیان زاده، سیداکبر؛ نوری قاسم آبادی، ربابه (۱۳۸۲). مشاوره ساخت رفتار سالم به منظور پیشگیری از ایدز در نوجوانان. تهران: واحد انتشارات انستیتو روانپزشکی تهران - مرکز همکاریهای مشترک سازمان جهانی بهداشت در بهداشت روان.

بیرشک، بهروز؛ بخشانی، نور محمد (۱۳۸۲). مشاوره جنسی و نه گفتن در مواقع حساس به منظور پیشگیری از ایدز در جوانان. تهران: واحد انتشارات انستیتو روانپزشکی تهران - مرکز همکاریهای مشترک سازمان جهانی بهداشت در بهداشت روان.

ثنایی ذاکر، باقر (۱۳۷۳). مقدمه‌ای بر دیدگاه سیستمی در روان درمانی خانواده در خانواده و خانواده درمانی. سالوادور مینوچین. تهران: انتشارات امیرکبیر.

چیریلو، استفانو (۱۳۷۹). اعتیاد به مواد مخدر در آینه روابط خانوادگی. ترجمه سعید پیرمرادی، اصفهان: نشر همام.

خدادوست، ساناز (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی مداخله شناختی - رفتاری مارلات با اثربخشی مداخله گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر بر میزان بهبود، اطاعت درمانی و پیشگیری از بازگشت روی بیماران مرد وابسته به کراک. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور، مرکز تهران.

دادفر، محبوبه، دادفر، فرشته (۱۳۹۰). رویکردهای درمانی اعتیاد. مقاله ارائه شده در پنجمین کنگره سالیانه پایه های زیستی اعتیاد. تهران دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۳-۱ تیر ماه. دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). درمان شناختی تحلیلی. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، غرابی، بنفشه، نوری قاسم آبادی، ربابه، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). درمان فراشناختی (MCT) اختلال وسواسی جبری: به انضمام راهنمای عملی درمان فراشناختی (MCT) برای بیماران. تهران: انتشارات میرماه.

دباغی، پرویز، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، عاطف وحید، محمد کاظم، بوالهروی، جعفر (۱۳۸۶). اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر پایه تفکر نظاره ای (ذهن آگاهی) و فعال سازی طرح واره های معنوی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی. فصلنامه اندیشه و رفتار، شماره ۴، ۳۷۵-۳۶۶.

رعدی، منوچهر (۱۳۸۱). بررسی اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه شناختی - رفتاری بر کاهش بازگشت به اعتیاد در معتادان خود معرف سازمان بهزیستی استان کردستان در سال ۱۳۸۰، فصلنامه شناخت، سال اول، شماره ۲ و ۳.

ساراسون، ا، ح؛ ساراسون، ب، آ (۱۳۷۵). روانشناسی مرضی. ترجمه بهمن نجاریان و همکاران، جلد دوم، تهران: انتشارات رشد.

صابری زفرقندی، محمدباقر (۱۳۹۰). برخی از چالش های بهداشت روان و اعتیاد در ایران. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۱۷، ۶۵، ۱۶۱-۱۵۷.

صابری زفرقندی، محمدباقر (۱۳۹۲). نخستین دوره آموزش مقدماتی درمان های غیردارویی سوء مصرف مواد ویژه روانشناسان. دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران.

صابری زفرقندی، محمدباقر (۱۳۹۲). دومین دوره آموزش مقدماتی درمان های غیردارویی سوء مصرف مواد ویژه روانشناسان. دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران.



## رویکردهای روانشناختی در درمان اعتیاد / ۱۶۹

صابری زفرقندی، محمدباقر (۱۳۹۲). سومین دوره آموزش مقدماتی درمان های غیردارویی سوء مصرف مواد ویژه روانشناسان. دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران.

صابری زفرقندی، محمدباقر. پاسخ ستاد مبارزه با مواد مخدر به کمیاب شدن "شریت تریاک" . ایسنا سلامت نیوز.

صابری زفرقندی، محمدباقر، دادفر، محبوبه، سالاریان، علی، قضایی پور ابرقویی، کاظمی، هادی (۱۳۹۳). شریت تریاک، تهران: انتشارات میرماه.

طارمیان، فرهاد (۱۳۷۸). سوء مصرف مواد مخدر در نوجوانان. وزارت آموزش و پرورش معاونت آموزشی، تهران: انتشارات تربیت.

طاهریان، محمد و همکاران (۱۳۷۸). طرح آموزشی- پرورشی مصون سازی روان شناختی دانش آموزان پسر و دختر مقطع متوسطه نواحی و مناطق شهرستان مشهد.

عاطف وحید، محمد کاظم؛ فتی، لادن (۱۳۸۲). مشاوره جهت ایجاد انزجار از اعتیاد تزریقی به منظور پیشگیری از ایدز در نوجوانان. تهران: واحد انتشارات انستیتو روانپزشکی تهران- مرکز همکاریهای مشترک سازمان جهانی بهداشت در بهداشت روان.

عرب، مصطفی؛ نصیری، حمید (۱۳۸۱). تأثیر گروه درمانی شناختی- مذهبی در کاهش افسردگی، اضطراب و میزان عود معتادین خود معرف. چکیده مقالات همایش سراسری اعتیاد، چالشها و درمانها. زنجان ۱۰-۸ آبان ماه.

فتحی پور مقدم، ناصر (۱۳۷۸). اجتماع درمانی. فصلنامه تازه های علوم شناختی، سال اول، شماره ۲، ۵۹-۵۳.

قربانی، مجید (۱۳۸۱). بررسی زمینه های کاربرد مصاحبه انگیزشی در درمان معتادان ایرانی. اعتیاد پژوهی، فصلنامه علمی- پژوهشی سوء مصرف مواد، سال اول، شماره ۱، ۶۶-۳۳. کارلسون، جان اسپری، لن، لويس جودیت (۱۳۷۸). خانواده درمانی. ترجمه شکوه نوابی نژاد، تهران: سازمان انجمن اولیاء و مربیان.

- کارول، کاتلین (۱۳۸۱). راهنمای عملی درمان شناختی - رفتاری سوء مصرف مواد. ترجمه عباس بخشی پور رودسری و شهرام محمدخانی. تهران: انتشارات اسپند هنر.
- گسپ، مایکل (۱۳۷۷). مشکلات مرتبط با داروها و الکل در اصول روانشناسی بالینی بزرگسالان. ویراستار رالی، جی، ئی، زی و جورس، پاول. ترجمه محمدرضا نیکخو و هامایک آودایس یانس، تهران: انتشارات چلچله.
- گلستانی، فاطمه (۱۳۸۷) اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر در پیشگیری از عود در معتادان به مواد مخدر مرد شهر کرمان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- گودرزی، محمدعلی؛ رزنقاش، مینا، رزنقاش، مریم (۱۳۸۳). مقایسه فهم افراد معتاد و غیرمعتاد از الگوهای انضباطی والدین خود. فصلنامه اندیشه و رفتار (زیر چاپ).
- لیافت، غلامعلی (۱۳۷۵). گروه درمانی معتادان. تهران: انتشارات رشد.
- مظهری، علیرضا؛ ابراهیمی، علی اکبر؛ مختاری، احمد (۱۳۸۱). بررسی میزان تأثیر مرکز اجتماع درمان مدار اصفهان در درمان اعتیاد. خلاصه مقالات دومین همایش سایکوفارماکولوژی و سومین همایش سراسری تازه‌های پزشکی و پیراپزشکی اصفهان. اصفهان ۲-۱ آبان ماه.
- معصومیان، حسام‌الدین (۱۳۷۸). هم وابستگی. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، سال اول، شماره ۲، ۴۲-۵۲.
- مکری، آذرخش (۱۳۷۸). بحثی پیرامون رویکردهای مناسب درمانی در سوء مصرف مواد مخدر. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، سال اول، شماره ۲، ۲۱-۱۱.
- مهدیزادگان، ایران؛ آتش‌پور، حمید (۱۳۷۷). تأثیر مشاوره گروهی با خانواده‌های معتادین در تغییر نگرش آنها نسبت به روند درمان و پیشگیری از بازگشت مجدد معتادین. مقاله ارائه شده در انجمن مشاوران ایران.
- مهریار، امیر هوشنگ؛ جزایری، مجتبی (۱۳۷۷). اعتیاد، پیشگیری و درمان. تبریز: انتشارات روان پویا.

مینوچین، سالوادور (۱۳۷۳). خانواده و خانواده درمانی. ترجمه و مقدمه باقر ثنایی ذاکر، تهران: انتشارات امیرکبیر.

ناظر، محمد؛ صیادی، احمدرضا؛ خالقی، عزت الله (۱۳۸۱). نقش آموزش کنترل محیط، توجه بردگردانی و توقف افکار در کاهش رفتار مواد خواهی در وابستگان به مواد مخدر. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هشتم، شماره ۲، ۴۹-۵۵.

نعمتی، فرشاد (۱۳۸۱). پیشگیری از بازگشت: معرفی مدل رفتاری شناختی مارلات. اعتیاد پژوهی، فصلنامه علمی- پژوهشی سوء مصرف مواد، سال اول، شماره ۱، ۸۷-۱۰۴.

نوروزی جوینانی، سعید (۱۳۸۱). مصاحبه انگیزشی رویکردی کارآمد برای کسب و حفظ تغییر. چکیده مقالات همایش سراسری اعتیاد، چالشها و درمانها، زنجان ۱۰-۸ آبان ماه. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۷۶). نگرشی پیرامون ایدز در ایران. معاونت امور بهداشتی، اداره کل مبارزه با بیماریهای واگیر.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۱). راهنمای کاربردی درمان سوء مصرف کنندگان مواد. تهران: انتشارات پرشکوه.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۲). نگرشی پیرامون ایدز در ایران. معاونت سلامت، مدیریت بیماریها.

هاوتون، پالام کیت؛ سالکوس کیس، جوان کرک، دیویوم، کلارک (۱۳۷۶). رفتار درمانی شناختی. ترجمه حبیب الله قاسم زاده، تهران: انتشارات ارجمند.

Anton, R. F., Moak, D.H., waid, R. (1999). Naltrexone and cognitive behavioral therapy for the treatment of patient alcoholics: Results of placebo controlled trial. American Journal of Psychiatry, 156, 1738-1764.

Bandura, A., & Jouden, F. J. (1991). Self- regulatory mechanisms governing the impact of social comparison on complex decision making. Journal of Pesrsonality and Social Psychology, 60, 941- 951.

Behrens, D. A., Caulkins, J. P., Tragler, Go, Haunschmied, J., L., Feichtinger, G. (1999). A dynamic model for treatment and drug control. Methematical Biosciences, 159, 1-20.

- Bekier, P. M., Childress, A. R., Gariti, P. (1993). Role reversals in families of substance misuser. *Journal of Addiction*, 28, 613- 630.
- Bleiberg, J. I., Devlin, P., Croan, J., Briscoe, R. (1994). Therapeutic communities. *International Journal of Addictions*, 29, 729-740.
- Bohm, D. (1994). *Thought as a system*. Routledge Company.
- Brehm, N. M., & Khantzian, E. J. (1997). Psychodynamics. In J. H. Lowinson, R. Ruiz, R. B. Millman, J. G. Langrod (Eds). *Substance abuse: A comprehensive textbook*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Brewer, D. D., Catalano, R. F., Haggerty, K., Gainey, R. R., Fleming, C. B. (1998). A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. *Addiction*, 93, 73-92.
- Brook, D. W. (1996). Adolescents who abuse substances. In P. Kymissis, D. A., Halper. A. *Group therapy with children an adolescents*.
- Budney, A. J., Higgins, S. T. (1988). *A community reinforcement plus vouchers approach: Treating cocaine addiction*. Maryland: National Institute on Drug Abuse (NIDA).
- Cacciola, J. S., Rutherford, M. J., Alterman, A. J., McKay, J. R., Snider, E. C. (1996). Personality disorders and treatment outcome in methadone maintenance patients. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 184, 234-239.
- Carroll, K. M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment approach: A review of controlled clinical trials. *Experimental Clinical Psychopharmacology*, 4, 46- 54.
- Carroll, K. M. (1999). *Behavioral and cognitive behavioral treatments in addictions: A comprehensive sion guidebook*. Oxford University Press.
- Catalano, R. F., Gainey, R. R., Fleming, C. B. (1999). An experimental intervention with families of substance abusers: One year follow up of the focus of families project. *Journal of Addiction*, 94, 241- 254.
- Chadran, U. S. (2000). *A primer on relapse prevention: Drug Advisory Programme*. Colombo Plan.
- Chiauzzi, E. J. (1991). *Preventing relapse in the addictions*. New York: Pergamon Press.
- Copeland, J., et al (2001). A randomised controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 55- 64.
- Copeland, J., et al (2001). A randomised controlled trial of brief interventions for cannabis problems among young offenders. *Drug and Alcohol Dependence*, 63, supplement 1, 32.

- Cornish, J. W., Metzger, D., Woody, G. E., Wilson, D., Mc Lellan, A. T., Vandergrift, B., O' Brien, C. P. (1997). Naltrexone pharmacotherapy for opioid dependent federal probationers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14, 529-534.
- Crits- Christoph, P. et al. (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence: Results from the NIDA collaborative cocaine treatment study. *Archives of General Psychiatry*, 56, 493-502.
- Cummings, C, Gordon, J. R., Marlat, G. A. (1980). Relapse prevention and prediction. In W. R. Miller, *The addictive behaviors*. Oxford: Pergamon Press.
- Dalley, D. C., Marlatt, G. A. (1997). Relapse prevention. In J. H., Lowinson, Ruiz, R.B. Millman, J. G. Langrod (Eds). *Substance abuse: A comprehensive textbook*. 3rd. ed. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Dalley, D. C., Mercer, D. & Carpenter, G. (2002). *Drug counseling for cocaine addiction: The collaborative cocaine treatment study model*. Maryland: National Institute on Drug Abuse (NIDA).
- Darke, S., Finlay, J. R., Kaye, S. Blatt, T. (1996). Anti-social personality disorder and response to methadone maintenance treatment. *Drug and Alcohol Review*, 15, 271-276.
- David, w. (1998). Neural substrates of drugs craving and relapse in drug addiction. *Annals of Medicine*, 30, 376- 389.
- Davison, G. G., & Neale, J. M. (1994). *Abnormal psychology* (sixth ed). New York: John Wiley and Sons Inc.
- Deleon, G. (1995). Residential therapeutic communities in the mainstream: Diversity and issues. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27, 3-15.
- Doweiko, H. E. (1996). *Concepts of chemical dependency*. Pacific Grove CA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Eland –Goossensen, M. A., Van De Goor, L. A. M., Benschop, A. J., Garretsen, H. F. L. (1998). Profiles of heroin addicts in different treatment conditions and in the community. *Journal of Psychoactive Drugs*, 30, 11-20.
- Eskandarieh, Sh., Nikfarjam, A., Tarjoman, T., Nasehi, A. A., Jafari, F., Saberi-Zafarghandi, M. B. (2013). Descriptive aspects of injection drug users in Iran's national harm reduction program by methadone maintenance treatment. *Iranian journal of public health*, 42, Issue 6, Pages 588.
- Evans, R. L., Berent, I. M., et al. (1992). *Legalization: For and against la salle III*: Open Drug Court Press.

- Franken, I. H. A., De Haan, H. A., Van Der Meer, C. W., Haffmans, P. M. J., Hendricks, V. A. (1999). Cue reactivity and effect of cue exposure in abstinent post-treatment drug users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16, 1, 81-85.
- Galanter, M., Kleber, H. D. (1994). *Textbook of substance abuse treatment*. Washington D. C: American Psychiatric Press Inc.
- Gilliland, B. E., James, R. K. (1993). *Crisis intervention strategies*. California: Brooks/ Cole Publishing.
- Gorski, T. T., & Miller, M. (1986). *Staying sober: A guide for relapse prevention*. Independence, MO: Herald House/Independence Press.
- Grabowski, J., Stitzer, M. L., Henningfield, J. E. (1984). *Behavioral Intervention techniques in drug abuse treatment*. Maryland: National Institute of Drug Abuse (NIDA).
- Hargi, O., Saunders, C., & Dickson, D. (1995). *Social skills in interpersonal communication*. (Third ed). London: Routledge.
- Hargie, O. (1997). *The handbook of communication skills*. (second ed). London: Routledge.
- Harkness, D., Cotrell, G. (1997). The social construction of co-dependency in the treatment of substance abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14, 473- 79.
- Heath, A. W., Stanton, M. B. (1998). Family based treatment: Stages and outcomes. In B. R. Frances (Eds). *Clinical textbook of addictive disorder*. (2nd ed). New York: The Guildford Press.
- Institute of Medicine (1990). *Broadening the base of treatment for alcohol problems*. Washington, D. C: National Academy Press.
- Irvin, J. E., Bowers, C. A., & et al (1999). Efficacy of relaps prevention: A meta analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 563- 570.
- Kadden, R. M. (2001). *Cognitive- behavior therapy for substance dependence: Coping skills training*. Bloomington: IL.
- Kadden, R. M. (2002). *Cognitive- behavior therapy for substance coping skills training*. University of Conecticute.
- Lewski, W., Raquel, A., Scruggs, M. Y., Scott, C. W (1997). Student groups conducted by teachers. *Specialistis in Groups Work*, 1, 43- 57.
- Lions- Quest (1992). *Skills for adolescence: Review curriculum*. A joint programme of Lions clubs international and Quest international.
- Longabaugh, r. & Morgenstern, J. (1999). Cognitive behavioral coping skills therapy for alcohol dependence: Current status and future directions. *Alcohol Research and Health*, 23, 78- 84.

- Lowinson, J. H., Ruiz, P., Millman, R. B., Langrod, J. G. (1997). Substance abuse: A comprehensive textbook. Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins.
- Mac Coun, R. J. (1998). Toward a psychology of harm reduction. *American Psychologist*, 53, 1199-1208.
- Mac Coun, R. J., Reuter, P. (1997). Interpreting dutch cannabis policy: Reasoning by analogy in the legalization debate. *Science*, 278, 47-52.
- Marlatt, G. A. (1998). Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high risk behaviors. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G. A., Barrett, K. (1994). Relapse prevention. In H. P., Kleber (Eds.). *The textbook of substance abuse*. Washington D. C: American Psychiatric Press Inc.
- Marlatt, G. A., Gordon, G.A. (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: The Guilford Press.
- Mc Lellan, A. t., et al. (1997). Problem- service “matching” in addiction treatment: A prospective study in four programs. *Archives of General Psychiatry*, 54, 730- 735.
- McLellan, A. T., O’Brien, C. P., Metzger, D., Alterman, A. I., Cornish, J., Urschel, H. (1991). How effective is substance abuse treatment- compared to what? In C. P. O’Brien & J. H. Jaffe (Eds.). *Understanding the addictive states*. (PP. 231-252). New York: Raven Press.
- Mercer, D. E., & Woody, G. E. (1999). Individual drug counseling: Maryland: National Institute on Drug Abuse (NIDA).
- Miller, W. R. & Hester, R. K. (1986). The effectiveness of alcoholism treatment: what research reveals. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.). *Treating addictive behaviors: Process of change* (pp. 12-174). New York: Plenum.
- Miller, W. R. (1995). Motivational enhancement therapy with drug abuser. National Institute on Drug Abuse (NIDA).
- Miller, W. R., & Hester, R. K. (1980). Treating the problem drinker: Modern approaches. In W. R. Miller (ed.). *The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity* (pp. 1--141). Oxford, England: Pergamon Press.
- Miller, W.R. (1995). Motivational enhancement therapy with drug abuser. National Institute on Drug Abuse (NIDA).
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (1995). What is motivational interviewing? Behavioral and Cognitive Psychotherapy, <http://www.mid-attc.org/>

- Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press.
- Nadelmann, E. (1989). Drug prohibition in the united states: Costs, consequences and alternatives. *Science*, 245, 939-947.
- Newcomb, M. D., & Richardson, M. A. (2000). Substance use disorders. In M. Hersen, R. T. Ammerman (Eds). *Advanced Abnormal Child Psychology*. New Jerssy: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Newcomb, M.D. (1992). Substance abuse and control in the United States: Ethical and legal issues. *Social Science and Medicine*, 35 , 471- 479.
- NIDA (1994). *Therapeutic community: Advances in research and applications*. Retrieved from the world wide web. <http://www.nida.nih.gov>.
- NIDA (1999). *Drug abuse prevention for the general population*. NIH Publication. 97-411.
- NIDA (2002). *Contemporary drug abuse treatment: A review of evidence base*. United Nations Office on Drugs and Crime. New York.
- NIDA (2002). *Therapy manual for drug addiction treatment*. NIH Publication. 99-418.
- Nurco, D. N., Hanlon, T. E. O'Grady, K. E., Kinlock, T. W. (1997). The early emergence of narcotic addict types. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23, 523-542.
- O' Brien, W., Devlin, C. I. (1997). The therapeutic community: In J. H. Lowinson, P., Ruiz, R. B., Millaman, J. G., Langrod (Eds). *Substance abuse: A comprehensive textbook*. (3rd ed). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Perkinson, R. R. (1997). *Chemical dependency counseling: A practical guide*. Thousand Oaks CA: Sage Publication Inc.
- Peters, R. H., Steinberg, M. L. (2000). Substance abuse treatment in us prisons. In *drug use and prisons*.
- Pope, S. E., Mc Hale, S. M., & Carighead, W. E. (1998). *Self- esteem enhancement with children and adolescents*. New York: Pergamon Press.
- Prochaska, J. O., Di Clemente, C. C., Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychology*. 47, 9, 1102- 1114.
- Project MATCH Research Group (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcoms. *Journal of Studies of Alcohol*, 58, 7- 29.



- Rahimi Movaghar, A., Khastoo, G., Razzaghi, E., Saberi-Zafarghandi, M. B., Noroozi, A. R. (2011). Compulsory methadone maintenance treatment of severe cases of drug addiction in a residential setting in Tehran, Iran (1): Process evaluation, Payesh,
- Roberts, G. G., & Treasure, D. C. (1994). Parental goal orientation and beliefs about the competitive, sports experience. *Journal and Applied Social Psychology*, 24, 631- 645.
- Robinson, D. (1972). The alcoholists addiction: Some implications of having lost control over the disease concept of alcoholism. *Quarterly Journal studies on alcohol*, 33, 1028- 42.
- Rohde, P., Lewinson, P. M., Tilson, M. & Selley, J. R. (1990). Dimensionality of coping and its relation to depression. *Journal of Personality and Social Psychology*. 58, 499- 511.
- Roshanpajouh, M. B., Saberi Zafarghandi, M. B., Mirkazemi, R., Shafi'ei, A., Jom'epoor, H. (2014). Evaluation of prevention and treatment services and harm reduction of addiction with an emphasis on HIV infection in Afghan refugees in Iran. *Journal of Rehabilitation*, 14, Issue 5, 117-122.
- Roth, A., Hogani, F.C. (1997). Naltrexone plus group therapy for treatment of opiate- abusing health- care professionals. *Journal Substance Abuse Treatment*, 14, 19- 22.
- Saberi Zafarghandi, M. B. Roshanpajouh, M., Mirkazemi, R., Bolhari, J. (2014). Challenges of integrating the drug demand reduction into primary health care services program in Iran: Report of a roundtable. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*, 19, 4, 329-326.
- Sampl, S. & kadden, R. M. (2000). Motivational ehancement therapy and coginive behavioral therapy for adolescent cannabis users:5 sessicons, cannabis youth treatment (CYT) series. V. 1. Rockville, MD: Center for cannabis substance abuse treatment. Substance abuse and mental health services administration.
- Saunders, B., Wilkinson, C., Philips, M. (1995). The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme. *Addiction*, 90, 415- 424.
- Sobell, M. B., Sobell, L. C., Bogardis, J., Leo, G. I. & Skinner, W. (1992). Problem drinkers' perceptions of whether treatment goals should be self-selected or therapist selected. *Behavior Therapy*, 23, 43-52.
- Spiegler, M., Guerremont, D.(1998). Contemporary behavior therapy. California: Brook/ Cole Publishing Company.

- Squires, D. D. & Moyers T. B. (2001). Motivational enhancement for dually diagnosed consumers. Bloomington: IL.
- Stephens, R. S., Roffman, R. A., Curtin. L. (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 898- 908.
- Stephens, R. S., Roffman, R. A., Simpson, E. E. (1994). Treating adult marijuana dependence: A test of the relapse prevention model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 62, 92- 99.
- Swist, B., Robert, M. (1997). Treatment of addictive disorders. In B. K. Miller, S. Novman (Eds). *Manual of therapeutic for addiction*. New York: Wiley, 123- 129.
- Taylor, S. E. (1995). *Health psychology*. (Third ed) NewYork: Mc Graw Hill.
- Thombs, D. (1999). *Introduction to addictive behaviour*. New York: The Guilford Press.
- Thorpe, G. L. & Olson, S. L. (1990). *Behavior Therapy: Concepts, procedures and applications*. Boston: Ally and Bacon.
- United Nations. (2003). *Drug abuse treatment and rehabilitation: A practical planning and implementation guide*. New York.
- Victorian prison drug strategy (2002). Office of the correctional services commissioner.
- Wallen, J. (1993). *Addiction in human development: Developmental Perspectives on addiction and recovery*. New York: The Haworth Press.
- Wanigaratne, S. et al. (1990). *Relaps prevention for addictive behaviors: A manual for therapists*. Oxford: Blackwell.
- Washton, A. M., Pottash, A. C., Gold, M. S. (1984). Naltrexone in addicted business executives and physicians. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 39-41.
- Webb, C., Scudder, M. Kaminer, Y., & kadden, R.M. (2001). The motivational enhancement therapy and cognitive behavioral therapy supplement: 7 sessions of cogintive behavioral therapy for adolescent cannabis users, cannabis youth treatment (CYT) series, V. 2. Rockville, MD: Center for cannabis substance abuse treatment. Substance abuse and mental health services administration.
- Weinstien, A., Feldtkeller, B., Malizia, W., & Bariley, N. (1998). Integrating the cognitive and physiological aspects for craving. *Journal of Psychopharmacology*, 12, 8- 31.
- Wexler, H. K. (1995). The success of therapeutic communities for substance abusers in American prisons. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27, 40-57.

- Wills, T. A., Duhamel, K. & Vaccaro, D. (1995). Activity and mood temperament as prediction mediational model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 901- 916.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A. (2004). Relaps prevention for alcohol and drug problems: That was zen, this is tao. *American Psychologist*, 59, 4, 224-235.
- Woody, G. E., Mc Lellan, N, Luborsky, B.C. (1990). Psychotherapy and counseling for methadone maintained opiate addicts results of research studies. *NIDA Research Monograph*, 104, 9-23.
- World Health Organization. (1995). *Counselling for HIV/ AIDS: Key to caring for policy makers, planners and implementers of counselling activities*. Geneva. WHO.
- World Health Organization. (1993). *Programme to substance abuse: Approaches to treatment of substance abuse*. Geneva. WHO.

# Psychological approaches to treatment of addiction

---



by:

**Mahboubeh Dadfar**

PhD student in clinical psychology,  
International Campus,  
Iran University of Medical Sciences

**Mohammad Bagher Saberi Zafarghandi MD**

Psychiatrist  
Faculty member of Iran University of Medical Sciences  
School of Mental Health & Behavioral Sciences

**Pir Hossein Kolivand**

Assistant of Shafa Neuroscience Research Center

**Hadi Kazemi MD**

Faculty of Shahed University and  
Director of Shafa Neuroscience Research Center Clinical