

## اثربخشی روش درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی بر درمان بیماران وابسته به مواد افیونی\*

### The effectiveness of group contracting and behavioral activation therapy on opioid substance use disorders

Nasser Goodarzi, Ph.D.

Mohammad Ali Besharat, Ph.D.

Reza Rostami, M.D.

Hadi Bahrami Ehsan, Ph.D.

Masoud Golamali Lavasani, Ph.D.

دکتر ناصر گودرزی\*\*

دکتر محمد علی بشارت\*\*\*

دکتر رضا رستمی\*\*\*

دکتر هادی بهرامی احسان\*\*\*

دکتر مسعود غلامعلی لواسانی\*\*\*

#### Abstract

The objective of the present study was to examine the effectiveness of group contracting and behavioral activation therapy (GCBAT) in the treatment of opioid use. In this clinical trial study, 120 patients with the diagnosis of opioid dependence based criteria were assigned randomly to four groups in methadone maintenance treatment: (A) Cognitive-Behavioral Therapy (CBT), (B) GCBAT, (C) GCBAT plus family support education (FSE) for this group family members, and (D) methadone alone. The two experimental groups (A and B) had 890 minutes weekly session of group therapy, the CBT group (A) had 12 two hours weekly session of group therapy and the methadone group (D) took methadone only. All participants completed the Mental Health Inventory (MHI) and Opioid Treatment Index (OTI) at baseline and again 5 months after group psychotherapy. Treatment data were analyzed by using univariate analysis of variance repeated measurements and chi-square test. Findings in the three experimental groups showed a decrease in drug use, social dysfunction, illegal behaviors, psychological distress and increase in health factors and psychological well-being. Results showed: GCBAT, GCBAT-FSE and CBT have superior from to methadone group in (MHI) and (OTI) scales. GCBAT-FSE superior from to GCBAT, CBT and methadone group in relapse prevention and remain on treatment after of relapse.

**Key words:** contracting and behavioral activation therapy, family support, opioid dependence treatment

#### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روش درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی بر درمان اختلالات مصرف مواد افیونی بود. در یک طرح آزمایشی صد و بیست بیمار مرد با تشخیص وابستگی به مواد افیونی (بر پایه معیارهای DSM-IV-TR) که برای درمان نگهدارنده با متادون مراجعه کرده بودند به صورت تصادفی به تساوی در سه گروه آزمایشی و یک گروه گواه در هر گروه ۳۰ نفر اختصاص داده شدند: (۱) گروه درمان با روش فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی همراه با متادون (۲) گروه درمان با روش فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی همراه با آموزش حمایت خانواده و متادون؛ (۳) گروه درمان با روش شناختی- رفتاری همراه با متادون؛ و (۴) گروه درمان با متادون. گروه‌های آزمایشی اول و دوم هشت جلسه و گروه آزمایشی سوم دوازده جلسه تحت روان‌درمانی گروهی قرار گرفتند. آزمودنی‌ها توسط مصاحبه ساختاریافته شاخص مصرف مواد افیونی (OTI) و پرسشنامه سلامت روانی (MHI) قبل از شروع درمان و پنج ماه پس از پایان درمان گروهی مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه گواه بدون هیچ درمان گروهی تنها داروی متادون دریافت کرد. داده‌ها به کمک روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر مورد تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که در هر سه گروه آزمایشی، شاخص‌های درمانی شامل بهبود عملکرد اجتماعی، کاهش رفتارهای بزهکارانه، بهبود تندرستی، افزایش بهزیستی روان‌شناختی، کاهش درماندگی روان‌شناختی از گروه دریافت‌کننده درمان با متادون تنها مؤثرتر بود. با توجه به یافته‌های پژوهش به نظر می‌آید به‌کارگیری روش درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی به نحو قابل توجهی اثربخشی درمان دارویی را در درمان بیماران وابسته به مواد افیونی افزایش می‌دهد.

**واژه‌های کلیدی:** فعال‌سازی رفتاری و قراردادی، حمایت خانوادگی، درمان وابستگی به مواد

\* این مقاله از رساله دکتری تخصصی مؤلف نخست در روانشناسی سلامت به راهنمایی دکتر محمدعلی بشارت و مشاورت سایر مؤلفان در دانشگاه تهران استخراج شده است.

nasser\_goodarzi@yahoo.com

\*\* عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ارتش،

\*\*\* عضو هیأت علمی دانشگاه تهران

فراوان یافت می‌شود و همین عامل می‌تواند موجب شکست فرایند درمان گردد (وودی و مرسر<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۳). در پژوهش‌های مربوط به عود، اختلالات خلقی، اضطراب و به‌طور کلی سلامت روانی بیمار قبل از شروع درمان به عنوان عوامل فردی اهمیت بیشتری دارند. این عوامل تحت عنوان همبودی<sup>۱۴</sup> اختلالات که موجب بازگشت علائم بیماری می‌شوند مورد توجه محققان هستند (پتری<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۸). افسردگی به عنوان شایع‌ترین اختلال همبود در اعتیاد مطرح است (والکر<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۴؛ وودی و مرسر، ۲۰۰۳).

به‌طور کلی مطالعات انجام شده در مورد مصرف‌کنندگان مواد طی چهل سال گذشته نشان می‌دهد آن دسته از روش‌های درمانی می‌توانند موجب بهبودی طولانی مدت شوند که انگیزش بیمار برای درمان را افزایش، از مشارکت بیمار در درمان استفاده کنند، به اختلالات روانشناختی و روانپزشکی همراه با اعتیاد توجه نمایند، شبکه حمایت خانوادگی بیمار را به خدمت گیرند، و رفتارهای روزانه بیمار را مورد توجه قرار دهند. یکی از روش‌هایی که دارای این خصوصیات است روش درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی<sup>۱۷</sup> (CBAT) است. این روش روان‌درمانی مبتنی بر مدل درمان شناختی - رفتاری و رویکرد غنی‌سازی انگیزشی است. روش درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی (CBAT) یک روش کاملاً ساختار یافته و متمرکز بر مشکلات جاری و فوری بیمار است. این روش به منظور افزایش دوره پرهیز از طریق گسترش تعاملات اجتماعی و مشارکت فرد در فعالیت‌های لذت‌بخش دور از مصرف مواد به‌کار بسته می‌شود. برنامه CBAT مبتنی بر پایه‌های شناختی و نارساکنش‌وری رفتاری بیمارانی است که دارای نشانه‌های افسردگی، اضطراب، و یأس هستند. همچنین، این روش بیشتر برای آن دسته از بیمارانی که در درمان‌های قبلی شکست خورده‌اند و همواره خود را سرزنش می‌کنند مورد استفاده قرار می‌گیرد (چاوارسکی<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۲). بیمار در برنامه CBAT یاد می‌گیرد به‌طور فعال سبک زندگی خود را تغییر دهد. این مدل درمانی از ترکیب یافته‌های روانشناسی شناختی و اجتماعی استفاده می‌کند.

چهارمین مجموعه بازنگری شده تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۱</sup> (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) اعتیاد<sup>۲</sup> را به عنوان الگوی غیرانطباقی مصرف یک ماده، که به ناراحتی قابل ملاحظه از نظر بالینی منجر می‌شود، تعریف می‌کند. اعتیاد با علائمی چون تحمل<sup>۴</sup>، محرومیت<sup>۵</sup>، و ولع<sup>۶</sup> برای مصرف همراه است و علی‌رغم داشتن عوارض فیزیولوژیک، روانشناختی و اجتماعی برای فرد، به مصرف آن ادامه می‌دهد. سم‌زدایی و درمان‌های نگهدارنده در سی سال گذشته به‌طور وسیع در درمان وابستگی به مواد به کار رفته است. علی‌رغم پیشرفت‌های قابل توجه در این زمینه، یافته‌ها از میزان بالای شکست در درمان‌ها و افزایش عود حتی با وجود موفقیت اولیه در سم‌زدایی حکایت می‌کنند (گالانتر، کلبیر، و هربرت<sup>۷</sup>، ۲۰۰۴).

بسیاری از مطالعات نشان می‌دهند که درمان‌های مبتنی بر داروهای آنتاگونیست و آگونیست موفقیت‌چندانی در ترک پایدار نداشته‌اند (بروم و جو، ۲۰۰۱، به نقل از کلی<sup>۸</sup>، ۲۰۰۲). به‌طور نسبی تعداد بسیار کمی از بیماران وابسته به مواد بدون دریافت کمک‌های روانشناختی و اجتماعی توانسته‌اند به ترک پایدار برسند. سم‌زدایی اولین مرحله درمان است و نباید انتظار داشته باشیم با استفاده از روش‌های دارویی به تنهایی به هدف نهایی درمان برسیم. یک درمان صحیح در طولانی مدت، افزایش سلامت روانی، ساماندهی اشتغال، کاهش رفتارهای بزهکارانه و توسعه روابط بین شخصی را شامل می‌شود (کارول<sup>۹</sup>، ۱۹۹۸).

ضرورت به‌کارگیری روان‌درمانی در درمان اعتیاد نشأت گرفته از مشاهدات بالینی است که نشان می‌دهند افراد معتاد علاوه بر اعتیاد به مشکلات روانشناختی و روانپزشکی مبتلا هستند. در این بیماران اختلالات همبودی با اعتیاد مانند افسردگی<sup>۱۰</sup>، اضطراب<sup>۱۱</sup>، یأس<sup>۱۲</sup>، و اختلال شخصیت ضد اجتماعی به‌طور

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)
2. American Psychiatric Association
3. addiction
4. tolerance
5. withdrawal
6. craving
7. Galanter, Kleber, & Herbert
8. Kelly, J.F.
9. Carroll, K.M.
10. depression
11. anxiety
12. demoraliz

13. Woody, G.E., & Mercer, G.

14. comorbidity

15. Petry, N.M.

16. Walker, M.

17. Contracting and Behavioral Activation Therapy

18. Chawarski, M.

کلینیک سیزده آبان) در سطح شهر تهران مراجعه کردند. داوطلبان شرکت در این پژوهش از بین ۳۲۰ نفر مرد مراجعه کننده به چهار کلینیک فوق‌الذکر به صورت تصادفی در چهار گروه ۳۰ نفری (سه گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. میانگین سن آزمودنی‌ها ۳۲/۷۲ (sd=۹/۲۲) و دامنه ۱۸-۴۵) بود. آزمودنی‌ها در یک کاربندی تحت چهار گروه، هر گروه شامل ۳۰ آزمودنی به شرح زیر روش‌های درمانی مختلف دریافت کردند: گروه (A) تحت درمان شناختی - رفتاری؛ گروه (B) تحت درمان با روش فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی؛ گروه (C) تحت درمان با روش فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی به اضافه آموزش حمایت خانواده؛ و گروه (D) فقط تحت درمان نگهدارنده با متادون قرار گرفتند. روش درمان شناختی - رفتاری بر اساس مدل پیشگیری از عود مارلات توسط یک دکتر روانشناس بالینی انجام شد. برای اجرای روش درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی، تغییراتی در دستورالعمل CBAT فردی چوارسکی به منظور انطباق با گروه درمانی به عمل آمد. همچنین آموزش حمایت خانواده توسط یک کارشناس ارشد روانشناسی بر اساس برنامه‌های ساختار یافته انجام شد. درمان دارویی با متادون برای کلیه گروه‌ها توسط یک روانپزشک انجام شد. پرسشنامه سلامت روان و پرسشنامه سنجش اثربخشی درمان موافق‌افزونی را کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش تکمیل کردند. پس از ۸ جلسه روان‌درمانی گروهی برای گروه‌های C و B که تحت درمان با GCBAT و دوازده جلسه روان‌درمانی گروهی برای گروه A که CBT دریافت کردند، دوره مداخله روانشناختی خاتمه پیدا کرد. بعد از ۵ ماه؛ پیگیری اثرهای متغیرهای مستقل و متغیر وابسته مجدداً اندازه‌گیری شدند.

#### ابزار سنجش

**مقیاس سلامت روانی:** مقیاس سلامت روانی<sup>۲</sup> (MHI)؛ ویت و ویر<sup>۳</sup>، (۱۹۸۳) یک آزمون ۳۴ سؤالی است که دو وضعیت بهزیستی روانشناختی<sup>۴</sup> و درماندگی روانشناختی<sup>۵</sup> را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. تعداد ماده‌های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب ۱۴ و ۲۰ و حداکثر نمره آزمودنی در این زیرمقیاس‌ها به ترتیب ۷۰ و ۱۰۰ خواهد بود. در فرم فارسی این مقیاس که در نمونه‌ای متشکل از یکصد و شصت دانشجوی

درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی به عنوان رویکردی جدید با محدودیت‌های زیر مواجه است: (۱) فقط برای بیماران دارای نشانه‌های افسردگی و اضطراب طرح شده است؛ (۲) به شکل انفرادی اجرا می‌شود که در یک دوره طولانی فقط تعداد محدودی بیمار را مورد درمان قرار می‌دهد؛ (۳) بنا بر اظهار چوارسکی (۲۰۰۲) درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی (CBAT) به عنوان یک پیش درمان برای ورود بیماران به درمان‌های جامع‌تر اجرا شده است. پژوهش حاضر گامی در جهت رفع بعضی از این محدودیت‌ها و اثربخشی بیشتر روش CBAT در درمان وابستگی به مواد است. هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روش درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی<sup>۱</sup> (GCBAT) بر درمان بیماران وابسته به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون بود. اهداف دیگر این پژوهش شامل؛ مشخص کردن کارایی روش درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی (CBAT) به شکل گروهی و فراهم نمودن یک روش روان‌درمانی کوتاه مدت و مقرون به صرفه به منظور ارائه خدمات به بیماران وابسته به مواد افیونی بود. فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر بررسی می‌شوند: (۱) روش GCBAT در بیماران وابسته به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون نسبت به بیمارانی که فقط متادون دریافت می‌کنند اثربخشی بیشتری دارد؛ (۲) روش GCBAT در بیماران وابسته به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون نسبت به بیمارانی که با روش درمان شناختی رفتاری (CBT) درمان می‌شوند اثربخشی بیشتری دارد؛ (۳) استفاده همزمان GCBAT به اضافه آموزش حمایت خانوادگی در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون نسبت به بیمارانی که فقط متادون دریافت می‌کنند اثربخشی بیشتری دارد؛ (۴) استفاده همزمان GCBAT به اضافه حمایت خانوادگی در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون نسبت به بیمارانی که با روش درمان شناختی - رفتاری (CBT) درمان می‌شوند اثربخشی بیشتری دارد.

#### روش

**جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش:** جامعه آماری این پژوهش همه بیماران وابسته به مواد بودند که به‌طور داوطلبانه در یک دوره یک ماهه به چهار مرکز ترک اعتیاد (کلینیک بهاران، کلینیک شهرداری منطقه ۱۲، کلینیک آتیه، و

2. Mental Health Inventory  
3. Veit, C.T., & Ware, J.E.  
4. psychological well-being  
5. psychological distress

1. Group CBAT

دانشگاه‌های تهران و علم و صنعت ایران در دو گروه بیمار (۸۰، n=۵۰ دختر و ۳۰ پسر) و بهنجار (۸۰، n=۵۰ دختر و ۳۰ پسر) اجرا شد، ضرایب آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی برای نمره آزمودنی‌های بهنجار به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۸ و برای نمره آزمودنی‌های بیمار به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۹ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی<sup>۱</sup> خوب مقیاس می‌باشند. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بهنجار (n=۳۰) در دو نوبت با فاصله دو هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی<sup>۲</sup> محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب (r=۰/۸۹، r=۰/۸۷، P<۰/۰۱) معنادار بودند. که نشانه پایایی<sup>۳</sup> بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس می‌باشند. روایی<sup>۴</sup> همزمان مقیاس سلامت روانی از طریق اجرای همزمان پرسشنامه سلامت عمومی<sup>۵</sup> (GHQ، گلدبرگ، ۱۹۷۲) در مورد همه آزمودنی‌های دو گروه محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کلی آزمودنی‌ها در پرسشنامه سلامت عمومی با زیر مقیاس بهزیستی روانشناختی همبستگی منفی معنادار (r=-۰/۸۵، P<۰/۰۰۱) و با زیرمقیاس درماندگی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار (r=۰/۸۶، P<۰/۰۰۱) وجود دارد. این نتایج روایی همزمان مقیاس سلامت روانی را تأیید می‌کنند. روایی تفکیکی مقیاس سلامت روانی از طریق مقایسه نمره‌های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه و مورد تأیید قرار گرفت (بشارت، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر نیز جهت بررسی پایایی مقیاس سلامت روانی، پرسشنامه سلامت روانی (MHI) توسط چهل نفر از معناتان تحت درمان تکمیل گردید که ضرایب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۹ به دست آمد.

دانشگاه‌های تهران و علم و صنعت ایران در دو گروه بیمار (۸۰، n=۵۰ دختر و ۳۰ پسر) و بهنجار (۸۰، n=۵۰ دختر و ۳۰ پسر) اجرا شد، ضرایب آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی برای نمره آزمودنی‌های بهنجار به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۸ و برای نمره آزمودنی‌های بیمار به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۹ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی<sup>۱</sup> خوب مقیاس می‌باشند. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بهنجار (n=۳۰) در دو نوبت با فاصله دو هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی<sup>۲</sup> محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب (r=۰/۸۹، r=۰/۸۷، P<۰/۰۱) معنادار بودند. که نشانه پایایی<sup>۳</sup> بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس می‌باشند. روایی<sup>۴</sup> همزمان مقیاس سلامت روانی از طریق اجرای همزمان پرسشنامه سلامت عمومی<sup>۵</sup> (GHQ، گلدبرگ، ۱۹۷۲) در مورد همه آزمودنی‌های دو گروه محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کلی آزمودنی‌ها در پرسشنامه سلامت عمومی با زیر مقیاس بهزیستی روانشناختی همبستگی منفی معنادار (r=-۰/۸۵، P<۰/۰۰۱) و با زیرمقیاس درماندگی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار (r=۰/۸۶، P<۰/۰۰۱) وجود دارد. این نتایج روایی همزمان مقیاس سلامت روانی را تأیید می‌کنند. روایی تفکیکی مقیاس سلامت روانی از طریق مقایسه نمره‌های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه و مورد تأیید قرار گرفت (بشارت، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر نیز جهت بررسی پایایی مقیاس سلامت روانی، پرسشنامه سلامت روانی (MHI) توسط چهل نفر از معناتان تحت درمان تکمیل گردید که ضرایب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۹ به دست آمد.

**شاخص درمانی مواد افیونی:** شاخص درمانی مواد افیونی<sup>۶</sup> (OTI) یک مصاحبه ساختار یافته<sup>۷</sup> برای ارزیابی جامع درمان مواد افیونی است که توسط دارک، وارد، هال، هیتز، و وردک<sup>۸</sup>

دارک و همکاران (۱۹۹۱) پایایی باز آزمایی OTI را برای ۵۰ آزمودنی به فاصله یک هفته گزارش نمودند. ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های رفتارهای پرخطر جنسی و تزیقی، عملکرد اجتماعی، بزهکاری و تندرستی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۸، ۰/۹۶ و ۰/۸۸ گزارش شده است. برای مصرف چندگانه مواد به علت این که ترکیب نمودن داده‌های مصرف مواد در یک نمره جداگانه مناسب نیست، ضریب آلفا محاسبه نشده است. همچنین برای به‌دست آوردن روایی OTI با شاخص شدت اعتیاد<sup>۹</sup> (ASI) در یک نمونه صد نفری مورد مقایسه قرار گرفت که در مقیاس‌های هم عرض مصرف مواد، رفتارهای پر خطر، عملکرد اجتماعی، بزهکاری، و تندرستی همبستگی پیرسون بین آنها به ترتیب r=۰/۷۰، r=۰/۵۷، r=۰/۵۴، r=۰/۴۳، و r=۰/۴۲ محاسبه شد که برای همه مقیاس‌ها مثبت و در سطح (P<۰/۰۵) معنادار گزارش شده است (دارک و همکاران ۱۹۹۱).

همچنین جهت بررسی روایی (OTI)، پرسشنامه همزمان توسط ۳۰ نفر از همسران معناتان تکمیل گردید، میزان همبستگی برای مقیاس‌های مصرف مواد افیونی r=۰/۸۹؛ مقیاس رفتار پرخطر جنسی و تزیقی r=۰/۸۳؛ عملکرد اجتماعی r=۰/۹۱؛ و رفتار بزهکارانه r=۰/۷۳ به‌دست آمد که همه نتایج معنادار بود (P<۰/۰۵).

1. internal consistency
2. test-retest
3. reliability
4. validity
5. General Health Questionnaire
6. Opioid Treatment Index
7. structured interview
8. Darke, S., Ward, G., Hall, W., Heather, N., & Wordak, A.

9. Addiction Severity Index

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمره‌های بیماران در متغیرهای شاخص درمان مواد افیونی و سلامت روانی در دو مرحله پیش‌آزمون و پیگیری

متغیر	شاخص	میانگین پیش‌آزمون	انحراف معیار پیش‌آزمون	میانگین پیگیری	انحراف معیار پیگیری
مصرف مواد فیوینی	گروه A	۳/۰۲	۰/۶۱	۰/۷۲	۱/۱۹
	گروه B	۲/۸۵	۱/۳۹	۰/۵۵	۰/۹۸
	گروه C	۳/۰۷	۱/۳۰	۰/۲۰	۰/۲۹
	گروه D	۲/۹۳	۱/۰۲	۲/۳۷	۱/۶۰
رفتارهای پرخطر جنسی و تزریقی	گروه A	۲/۲۶	۱/۵۷	۰/۹۳	۱/۱۶
	گروه B	۱/۸۶	۲/۹۰	۰/۴۳	۱/۳۰
	گروه C	۲/۱۷	۲/۱۶	۰/۲۸	۰/۶۰
	گروه D	۲/۴۶	۱/۵۷	۱/۸۳	۲/۰۱
بزهکاری	گروه A	۰/۶۰	۱/۴۷	۰/۴۶	۰/۴۴
	گروه B	۱/۲۶	۱/۳۳	۰/۲۳	۰/۶۷
	گروه C	۰/۶۴	۰/۸۲	۰/۲۱	۰/۴۹
	گروه D	۱/۴۶	۱/۶۳	۱	۰/۳۳
عملکرد اجتماعی	گروه A	۱۴/۰۳	۵/۹۱	۱۱/۲۳	۴/۱۹
	گروه B	۱۶/۸۳	۴/۷۴	۱۴/۸۰	۴/۴۱
	گروه C	۱۷/۴۲	۵/۹۶	۸/۵۳	۲/۸۳
	گروه D	۱۷/۶۳	۸/۵۴	۱۶/۳۳	۷/۴۴
تندرستی	گروه A	۱۴/۸۰	۵/۷۴	۹/۸۳	۳/۰۹
	گروه B	۱۵	۵/۴۲	۸/۳۶	۴/۹۷
	گروه C	۱۵/۱۷	۵/۶۳	۷/۵۷	۲/۴۲
	گروه D	۱۶/۴۶	۵/۹۳	۱۴/۹۶	۷/۱۳
درماندگی روانشناختی	گروه A	۶۲/۷۶	۱۴/۲۰	۴۶/۹۰	۱۸/۸۶
	گروه B	۷۰/۷۳	۱۰/۷۴	۵۲/۸۰	۱۳/۲۸
	گروه C	۶۵/۴۲	۷/۷۸	۵۲/۴۶	۸/۴۴
	گروه D	۷۰/۲۶	۱۶/۷۳	۶۸/۷۶	۱۷/۷۵
بهبودی روانشناختی	گروه A	۳۵/۳۶	۱۰/۷۷	۴۸/۸۳	۱۳/۳۴
	گروه B	۳۴/۹۰	۱۰/۹۵	۵۰/۸۰	۱۱/۳۲
	گروه C	۳۹/۲۸	۴/۲۸	۵۱/۴۲	۵/۴۸
	گروه D	۳۵/۷۳	۱۳/۸۶	۳۶/۴۰	۱۵/۱۹

فاصله یک هفته توسط ۳۰ نفر از معناداران تحت درمان اجرا شد. نتایج با استفاده از آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های رفتار پرخطر

در پژوهشی روی نمونه‌های ایرانی توسط دباجی (۱۳۸۵) جهت بررسی پایایی OTI، پرسشنامه شاخص درمانی مواد افیونی به

تزریقی و جنسی ۰/۸۱؛ عملکرد اجتماعی ۰/۶۹؛ بزهکاری ۰/۵۳؛ تندرستی ۰/۷۱؛ سازگاری روانشناختی ۰/۷۵ و با استفاده از روش بازآزمایی به فاصله دو هفته برای مقیاس‌های مختلف به ترتیب برای مصرف مواد افیونی  $t=0/84$ ؛ برای رفتارهای پرخطر جنسی  $t=0/85$ ؛ برای عملکرد اجتماعی  $t=0/81$ ؛ بزهکاری  $t=0/73$ ؛ و وضعیت تندرستی  $t=0/76$  محاسبه شد. این همبستگی‌ها برای همه زیر مقیاس‌ها مثبت و در سطح  $(p<0/01)$  معنادار بود. همچنین جهت بررسی روایی (OTI)، پرسشنامه همزمان توسط ۳۰ نفر از همسران معنادان تکمیل گردید، میزان همبستگی برای مقیاس‌های مصرف مواد افیونی  $t=0/89$ ؛ مقیاس رفتار پرخطر جنسی و تزریقی  $t=0/83$ ؛ عملکرد اجتماعی  $t=0/91$ ؛ و رفتار بزهکارانه  $t=0/73$  به دست آمد که همه نتایج معنادار بودند  $(P<0/05)$ .

همچنین جهت بررسی صحت گزارش بیمار، میزان توافق نتایج ۴۰ نمونه ادرار و گزارش بیمار مورد بررسی قرار گرفت که میزان توافق ۸۵ درصد برای مصرف مواد افیونی به دست آمد (دباغی، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر نیز جهت بررسی پایایی OTI، پرسشنامه شاخص درمانی مواد افیونی به فاصله یک هفته توسط ۳۵ نفر از معنادان تحت درمان تکمیل گردید که نتایج با استفاده از آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های رفتار پرخطر تزریقی و جنسی ۰/۸۱؛ عملکرد اجتماعی ۰/۷۳؛ بزهکاری ۰/۴۲ و تندرستی ۰/۷۶، و با استفاده از روش بازآزمایی برای مقیاس‌های مختلف به ترتیب برای مواد افیونی (تریاک، هروئین، و سایر مواد افیونی)  $t=0/82$ ؛ برای رفتارهای خطر جوی،  $t=0/80$ ؛ برای عملکرد اجتماعی  $t=0/77$ ؛ بزهکاری،  $t=0/75$ ؛ وضعیت تندرستی،  $t=0/76$ ؛ که این همبستگی‌ها برای همه خرده مقیاس‌ها مثبت و در سطح  $(P<0/05)$  معنادار بودند.

## یافته‌ها

جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات بیماران در متغیرهای

شاخص درمان مواد افیونی (OTI) و مقیاس سلامت روانی (MHI) در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد. جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر از نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون عامل‌های شاخص درمان مواد افیونی (OTI) و مقیاس سلامت روانی (MHI) را نشان می‌دهد. با توجه به جدول شماره ۲، مقدار  $F$  محاسبه شده برای تعیین میزان اثر عامل  $(F=1734)$  در سطح  $P<0/001$  معنادار است. این یافته بدان معنی است که کاربندی‌های درمانی در شاخص مصرف مواد افیونی در بین گروه‌های مختلف تفاوت معناداری ایجاد کرده است. از معنادار بودن تعامل تکرار آزمون  $(F=96/03)$  می‌توان استنباط نمود که میزان اثربخشی روش‌های درمانی در بهبود شاخص‌های درمان مواد افیونی و سلامت روانی در تکرارهای مختلف بدون توجه به عامل گروه معنادار است. یعنی اینکه در سه گروه (A) تحت درمان شناختی - رفتاری؛ گروه (B) تحت درمان با روش فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی و گروه (C) تحت درمان با روش فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی به اضافه آموزش حمایت خانواده در شاخص‌های درمان مواد افیونی و سلامت روانی بهبود حاصل شده است. از معنادار بودن تعامل تکرار آزمون و گروه  $(F=4/65)$  در سطح  $P<0/001$  می‌توان استنباط نمود که میزان اثربخشی روش‌های درمانی در بهبود مصرف مواد افیونی در زمان‌های مختلف در گروه‌ها تفاوت معناداری ایجاد کرده است. برای مشخص کردن اثر کاربندی درمان از آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه گروه‌ها استفاده شد. جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس میزان تأثیر درمان در گروه‌های مورد بررسی را نشان می‌دهد. همان‌طور که نتایج جدول ۳، نشان می‌دهد در مرحله پیش‌آزمون بین هیچ‌کدام از مقیاس‌های شاخص درمان مواد افیونی (OTI) و شاخص‌های مربوط به مقیاس سلامت روانی (MHI) در بین چهار گروه مورد بررسی تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر عامل‌های شاخص درمان مواد افیونی (OTI) و مقیاس سلامت روانی (MHI)

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجذور Eta	توان مشاهده شده
عامل	۷۷۲۵۷۲/۸۰	۶	۱۲۸۷۶۲/۱۳	۱۷۳۴	۰/۰۱	۰/۷۵	۰/۹۹
عامل در گروه	۹۶۲۶/۹۶	۱۸	۵۳۴/۸۳	۷/۲۰	۰/۰۱	۰/۱۷	۰/۹۸
خطای عامل	۷۹۴۲/۴۴	۱۱۲	۶۹/۶۷				
تکرار آزمون	۲۵۲۲/۸۵	۱	۲۵۲۲/۸۵	۹۶/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱
تعامل تکرار و گروه	۳۵۹/۰۳	۳	۱۱۹/۶۷	۴/۶۵	۰/۰۰۴	۰/۳۰	۱
خطای تکرار	۲۹۳۲/۶۸	۱۱۲	۲۵/۷۳				

جدول ۳- میزان تأثیر درمان (تفاوت میانگین‌ها) بر نمره مقیاس‌های مختلف مورد اندازه‌گیری

با روش HSD توکی

متغیر	گروه‌های مقایسه		پیش‌آزمون		پیگیری	
	تفاوت میانگین	سطح معناداری	تفاوت میانگین	سطح معناداری	تفاوت میانگین	سطح معناداری
مصرف مواد افیونی	A-B		-۰/۲۶	۰/۸۷	-۰/۱۹	۰/۸۳
	A-C		-۰/۴۵	۰/۲۹	-۰/۲۳	۰/۳۵
	B-C		-۰/۲۶	۰/۷۹	-۰/۰۴	۰/۶۹
	A-D		۰/۱۲	۰/۹۷	°-۰/۷۶	۰/۰۰۱
	D-B		-۰/۱۰	۰/۹۸	°۰/۹۵	۰/۰۰۱
	D-C		۰/۱۸	۰/۷۵	°۰/۹۹	۰/۰۰۱
رفتارهای پرخطر جنسی و تزریقی	A-B		۰/۴۰	۰/۸۲	-۰/۴۵	۰/۶۹
	A-C		۰/۱۰	۰/۵۸	۰/۳۷	۰/۸۱
	B-C		۰/۴۰	۰/۹۰	۰/۰۸	۰/۹۹
	A-D		۰/۲۰	۰/۹۸	۰/۵۵	۰/۵۸
	D-B		۰/۶۰	۰/۷۳	-۱/۰	۰/۴۱
	D-C		۰/۵۰	۰/۵۸	۰/۹۲	۰/۱۳
بزهکاری	A-B		-۰/۶۶	۰/۲۳	۰/۲۶	۰/۷۸
	A-C		-۰/۱۶	۰/۹۶	-۰/۰۶	۰/۹۸
	B-C		۰/۵۰	۰/۴۹	-۰/۳۲	۰/۶۹
	A-D		۰/۸۴	۰/۰۷	°-۰/۷۵	۰/۰۴
	D-B		۰/۲۰	۰/۹۴	۰/۴۸	۰/۳۳
	D-C		۰/۷۰	۰/۱۹	°۰/۸۰	۰/۰۳
عملکرد اجتماعی	A-B		-۲/۸۰	۰/۳۳	۱/۹۶	۰/۳۸
	A-C		-۳/۸۳	۰/۱۰	-۰/۳۴۸	۰/۹۹
	C-B		-۱/۰۳	۰/۹۲	-۱/۶۳	۰/۵۷
	A-D		۰/۳۶	۰/۹۲	°۴/۳۱	۰/۰۴
	D-B		۰/۸۰	۰/۹۶	۲/۳۵	۰/۲۳
	D-C		-۰/۲۳	۰/۹۹	°-۳/۹۶	۰/۰۱
تندرستی	A-B		-۲/۵۳	۰/۹۹	۰/۰۷	۰/۹۹
	A-C		-۲/۵۳	۰/۲۲	-۰/۸۹	۰/۸۹
	C-B		-۱/۲۰	۰/۳۴	-۰/۸۳	۰/۸۱
	D-A		۲/۶۳	۰/۱۹	-۳/۸۸	۰/۰۰۱
	D-B		۰/۱۰	۰/۹۹	°-۳/۹۵	۰/۰۰۱
	D-C		۲/۳۰	۰/۳۰	°-۴/۷۹	۰/۰۰۱
بهبودی روانشناختی	A-B		-۰/۴۶	۰/۹۹	۰/۷۵	۰/۹۹
	A-C		-۳/۵۳	۰/۵۲	۵/۹۰	۰/۰۸۱
	B-C		-۴/۰۰	۰/۴۱	-۲/۵۰	۰/۷۲۷
	A-D		۰/۳۶	۰/۹۹	°-۶/۰۳	۰/۰۰۱
	D-B		-۰/۸۳	۰/۹۸	°-۶/۸۸	۰/۰۲۵
	D-C		-۳/۱۶	۰/۶۱	°۹/۲۹	۰/۰۰۱
درماندگی روانشناختی	A-B		-۳/۲۳	۰/۷۶	-۴/۱۱	۰/۴۹
	A-C		۰/۴۷	۰/۴۹	۲/۸۲	۰/۷۷
	B-C		۷/۵۰	۰/۱۱	°-۱۴/۶۸	۰/۰۰۱
	A-D		۰/۴۶	۰/۹۹	°۷/۷۵	۰/۰۴
	D-B		۴/۲۶	۰/۵۷	°۱۰/۵۷	۰/۰۰۳
	D-C		-۳/۲۳	۰/۷۶	-۴/۱۱	۰/۴۹

## بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که روش درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی باعث بهبود عملکرد اجتماعی، تندرستی، بهزیستی روانشناختی و کاهش معنادار در میزان مصرف مواد، رفتارهای بزهکارانه و درماندگی روانشناختی می‌شود. یافته‌های این مطالعه با یافته‌های بسیاری که نشان داده‌اند مداخلات روانشناختی موجب بهبود علائم در بیماران وابسته به مواد مخدر می‌شوند (چاوارسکی، ۲۰۰۲؛ کارول و چارلا، ۲۰۰۰؛ مارلات، ۲۰۰۰؛ وودراف و لین، ۲۰۰۲) مطابقت دارد. چاوارسکی و شاتنفیلد<sup>۴</sup> (۲۰۰۲) دریافتند که میزان عود در بیماران وابسته به هروئین که تحت درمان متادون و روان‌درمانی با روش فعال‌سازی رفتاری و قراردادی به عنوان یک پیش‌درمان قرار داشتند، کمتر از گروهی بود که فقط تحت درمان با داروی بوپرنورفین بودند. همچنین چاوارسکی و شاتنفیلد (۲۰۰۲) به این نتیجه رسیدند که بیماران تحت درمان با روش CBAT نسبت به روش‌های دوازده‌گام و مصاحبه انگیزشی به میزان بیشتری مصرف مواد مخدر خود را کاهش دادند. همچنین در پژوهشی بهرامی، مگری، و طاهرخست (۱۳۸۵) که بر روی گروهی از معتادان ایرانی داشتند اثربخشی روش درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی را در کاهش عود و بهبود کلی بیماران براساس شاخص درمانی شدت اعتیاد تأیید کردند. اثربخشی روش درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی می‌تواند به دلایل مختلف باشد. یکی از عواملی که مؤثر بودن این روش را تبیین می‌کند مربوط به مداخله در سبک زندگی بیماران است. مهمترین هدف CBAT مداخله در سبک زندگی افراد معتاد به منظور افزایش بازتوانی و افزایش عملکرد روانشناختی آنها می‌باشد (چاوارسکی، ۲۰۰۲؛ چاوارسکی و شاتنفیلد، ۲۰۰۲). اگر مداخلات برای درمان اختلالات وابستگی به مواد نتواند سبک زندگی بیمار را تغییر دهند فرد پس از یک دوره سم‌زدایی، مجدداً به سوی مصرف مواد رو می‌آورد. تغییر سبک زندگی می‌تواند دوره پرهیز از مواد مخدر یا دیگر داروهای روان‌گردان را طولانی کند (کارول، ۲۰۰۰). تمرکز GCBAT بر روی چند محور عمده در زندگی روزانه بیمار مانند گسترش شبکه اجتماعی سالم، انجام ورزش منظم، انجام فعالیت‌های لذت‌بخش

اما در پایان مرحله پیگیری در گروه‌های دارای مداخلات روانشناختی (گروه A، گروه B، و گروه C) با گروه D یعنی گروه کنترل به غیر از نمره‌های مقیاس رفتارهای پرخطر جنسی و تزریقی تغییرات معناداری در همه مقیاس‌ها (مصرف مواد مخدر، رفتار بزهکارانه، تندرستی، عملکرد اجتماعی، بهزیستی روانشناختی، و درماندگی روانشناختی) ایجاد شده است. در مجموع بر اساس نتایج جداول ۲ و ۳ روش درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی با آموزش حمایت خانوادگی و بدون آموزش حمایت خانوادگی در کاهش مصرف مواد افیونی، علائم درماندگی روانشناختی، رفتارهای بزهکارانه و بهبود تندرستی، عملکرد اجتماعی و بهزیستی روانشناختی مؤثرتر از روش درمان نگهدارنده با متادون تنها بوده است. بنابراین، فرضیه اول پژوهش مبنی بر اثربخشی روش درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی تأیید می‌شود. از طرف دیگر بین روش‌های درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی به اضافه آموزش حمایت خانواده با روش درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی و درمان شناختی - رفتاری تفاوت معناداری در رابطه با مقیاس‌های شاخص درمان مواد افیونی و شاخص‌های مقیاس سلامت روانی مشاهده نمی‌شود. بنابراین فرضیه دوم و چهارم پژوهش مبنی بر اثربخشی روش درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی همراه با آموزش حمایت خانواده در مقایسه با روش درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی بدون آموزش حمایت خانواده و روش درمان شناختی - رفتاری تأیید نمی‌شود. بین اثر گروه B با گروه C و گروه A تفاوت معناداری وجود ندارد. اما بین سه گروه دارای مداخلات روانشناختی (گروه A، گروه B، و گروه C) با گروه D که فقط متادون دریافت کرده‌اند از نظر میزان کاهش مصرف مواد افیونی تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین می‌توان استنباط نمود روش‌های مداخلات روانشناختی در خصوص کاهش مصرف مواد افیونی اثربخشی یکسان داشته و با هم تفاوت ندارند، اما در هنگام مقایسه با گروهی که فقط متادون دریافت کرده‌اند اثربخشی بیشتری در کاهش مصرف مواد افیونی داشته‌اند. با توجه به معنادار بودن اثر تکرار آزمون مشخص می‌شود که در درون گروه‌ها در تکرارهای مختلف اندازه‌گیری تفاوت معناداری وجود دارد. بررسی روند تغییرات نشان می‌دهد این تغییرات در گروه‌های مداخله‌ای روانشناختی نسبت به گروهی که فقط متادون دریافت کرده‌اند بیشتر است.

1. Charla, N.

2- Marlatt, G.A.

3- Woudruff, B., & Lien, K.

4- Schpttenfeld, R.S.



به دور از دارو و مواد مخدر و قطع ارتباط با دوستان معتاد است. با توجه به این که این فعالیت‌ها در هر جلسه از طرف خود بیمار تعیین می‌شود و به صورت قراردادی بین بیمار و اعضای گروه و درمانگر منعقد می‌شود، می‌تواند تعهد بیمار را به درمان افزایش دهد. این تکالیف در نهایت به تغییر سبک زندگی بیمار منجر می‌شود. از طرفی چون مواد قرارداد یعنی همان رفتارهای مورد نظر برای تغییر سبک زندگی توسط خود فرد معتاد تعیین می‌گردد احساس خود کنترلی شخصی را افزایش می‌دهد؛ همان چیزی که فرد معتاد در جریان وابستگی‌اش به مواد مخدر از دست داده است (لوکفلد، گلداسکی و کلارک<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹). از دیگر عواملی که موفقیت CBAT را در مقایسه با درمان متادون صرف افزایش داده است، خودکارآمدی در افرادی است که وارد این برنامه درمانی شده‌اند. بورلسون و کامینر<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) عواملی مانند درگیر شدن در درمان، موفقیت‌های روزمره در درمان، و اتحاد درمانی را در افزایش خودکارآمدی مؤثر می‌دانند. در GCBAT بخشی از زمان جلسات درمانی صرف آموزش مهارت‌های مقابله‌ای می‌شود. بندورا (۱۹۹۹) معتقد است که افراد زمانی کارآمدی فردی ضعیفی دارند در مقابل وسوسه‌های مصرف مواد از توانایی کمتری برخوردارند و این در حالی است که رابطه آموزش مهارت‌های مقابله‌ای با افزایش خودکارآمدی طی تحقیقات فراوان تأیید شده است (بورلینگ، ۱۹۸۹؛ دیویس، ۱۹۸۸؛ دیکلمنته، ۱۹۸۸؛ زیف، ۱۹۸۹؛ رافمن، ۱۹۹۳؛ به نقل از شمیت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳).

یکی دیگر از یافته‌های این پژوهش که در حوزه اثربخشی روش‌های روان‌درمانی GCBAT و CBT حاصل شد، کاهش درماندگی روانشناختی است. این یافته با یافته‌های چاوارسکی (۲۰۰۲) و چاوارسکی و شاتنفیلد (۲۰۰۲) مطابقت می‌کند. یکی از اهداف اصلی GCBAT توجه به کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب است. در روش درمانی GCBAT بیمار درگیر فعالیت‌های کوچک روزمره، لذت بخش و پاداش دهنده می‌شود. یکی از مفروضه‌های این مدل درمانی این است که افسردگی فرد معتاد به علت قطع تقویت رفتارهای سالم و یا ناتوانی در به دست آوردن تقویت‌هایی که دسترسی به آنها برای وی مشکل است، به وجود می‌آید (دزیالوسکی و لندن<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹). بنابراین، GCBAT از طریق وارد کردن فرد در دامنه‌ای از فعالیت‌های کوچک و

پاداش دهنده موجب کاهش نشانه‌های افسردگی در فرد می‌شود، زیرا افسردگی زمانی حاصل می‌شود که تقویت مثبت دریافت نشود (هاپکو و کنت<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳). در همین راستا، لوینسون (۱۹۷۷) درمان فعال‌سازی رفتاری را برای افسردگی همراه با وابستگی به مواد مخدر به کار برده و موفقیت این روش را تأیید کرده است.

در این پژوهش، روش درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی به صورت گروهی مورد استفاده قرار گرفت. به نظر می‌آید یکی دیگر از علل اثربخشی این روش در بهبود وضعیت بیماران معتاد در پژوهش حاضر شرکت آنها در گروه‌های درمانی بوده است. گروه‌ها از طریق ساز و کارهای مختلف در بهبود وضعیت بیماران اثرگذار هستند. به‌عنوان مثال، درمان مناسب به موفقیت در روابط بین شخصی و کیفیت مهارت‌های اجتماعی بستگی دارد و این موضوعی است که در روان‌درمانی گروهی همواره مورد تأکید است (لوئیس، دانا و بلوینس<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵). همچنین احتمال کنار گذاردن «انکار» در حضور اعضای گروه به‌عنوان یک گام اساسی در پذیرش بیماری در گروه درمانی افزایش پیدا می‌کند (گودمن و جیکوبز، ۱۹۹۴).

اغلب درمانگران و محققان حوزه اعتیاد بر این باورند که درمان‌هایی از موفقیت بالا برخوردارند که بتوانند طیف وسیعی از زندگی بیمار را تحت پوشش قرار دهند. یکی دیگر از عوامل تبیین کننده تأثیر مثبت روش درمان فعال‌سازی رفتار و قراردادی گروهی استفاده از فرایندهای درمانی روش‌های دیگر است. در این روش، درمانگر از بیمار می‌خواهد که در جلسه‌های گروه‌های خودیاری‌رسان به صورت فعال شرکت کند. در راستای این هدف یکی از تکالیفی که در جلسه چهارم گروه درمانی از افراد شرکت‌کننده در درمان خواسته می‌شود شناسایی و شرکت در یک گروه معتادان گمنام است. اثربخشی این تکلیف با نتایج حاصله از تحقیقات دیگر مطابقت دارد (چاوارسکی، ۲۰۰۲؛ میلر، ۱۹۹۸؛ مک کلار، هامبریس، و استوارت، ۲۰۰۳؛ به نقل از مارلات، بلوم، و پارکس، ۲۰۰۴). مشاهدات بالینی نشان می‌دهد ورود به گروه‌های معتادان گمنام مبتنی بر همدلی، اهمیت یافتن قدرت معنوی و بیدارسازی معنوی است (مارلات، بلوم، و پارکس، ۲۰۰۴). به نظر می‌آید افرادی که در گروه‌های روان‌درمانی تحت برنامه GCBAT شرکت می‌کنند و پس از بهبودی نسبی وارد گروه‌های معتادان گمنام می‌شوند، اعتماد به نفس آنها افزایش می‌یابد. معمولاً افرادی که از جلسه چهارم روان‌درمانی به این

1- Lewkefeld, C., Godlaski, T.M., & Clark, J.J.

2. Burleson & Kaminer

3. Schemitt, M.M.

4. Dizialdowski, A., & London, M.

5. Hopko, D., & Kenneth, L.

6. Lewis, J.A., Danna, R., & Blevins, G.A.

گروه‌ها ملحق می‌شوند احساس خوبی دارند و احساس کنترل و کارآمدی بیشتری می‌کنند.

وابستگی به مواد موجب تأثیر سوء در وضعیت اقتصادی و اجتماعی شخص مصرف‌کننده می‌شود (اشمیت، ۲۰۰۳). اعتیاد چه به صورت مستقیم و چه به صورت غیر مستقیم از طریق وابستگی فرد به مصرف مواد موجب تزلزل بنیان‌های اخلاقی شخص می‌گردد و به تدریج موجب گرایش فرد معتاد به سوی بزهکاری و ارتکاب جرم می‌شود. اعتیاد به مواد شرایط را برای پدیدآیی آسیب و اضمحلال کانون خانواده فراهم می‌آورد و رفتارهایی چون تکدی و ولگردی را به دنبال دارد (رحمتی، ۱۳۷۸). با توجه به عوارض و پیامدهای منفی غیرقابل انکار وابستگی به مواد و از طرف دیگر وجود صدها هزار معتاد در کشور، هر رویکرد درمانی جدیدی که بتواند به درمان اعتیاد کمک کند در عمل موجب کاهش آسیب‌های اجتماعی، اقتصادی، بهداشتی و اخلاقی خواهد شد. روش درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی ابتکار چوارسکی (۲۰۰۲) برای درمان فردی بیماران معتاد طراحی و به کار گرفته شده است. یکی از پیامدهای مهم این پژوهش به‌کارگیری این روش درمانی به صورت گروهی بود. این تغییر در ساختار اجرایی روش درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی از طرفی روش درمانی با صرفه اقتصادی فراهم کرده است و از طرف دیگر از فرایندهای شفا بخش گروهی در درمان بیماران سود برده است. همچنین استفاده از روش گروهی توانسته در مدت کوتاهی تعداد بیشتری از افراد بیمار را با موفقیت تحت درمان قرار دهد.

پژوهش حاضر را می‌توان یک مطالعه مقدماتی ضروری و مؤثر در نظر گرفت که برای ارزیابی اثربخشی یک روش درمانی مناسب یعنی روش درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی صورت گرفته است. انجمن روانشناسی آمریکا (۱۹۹۳)؛ به نقل از دباغی، ۱۳۸۵) درمانی را اثربخش تلقی می‌کند که کارایی حداقل آن با درمان‌های مؤثر قبلی یا برتری آن در مقایسه با درمان‌های روانشناختی<sup>۱</sup> یا یک درمان دیگر اثبات شده باشد. چنانچه با احتیاط بپذیریم که این روش درمان یک روش درمانی جدید است، با توجه به یافته‌های فوق بسیار زود است که نتایج پژوهش حاضر را دال بر اثربخشی این نوع درمان تلقی کرد. هر چند که نتایج این پژوهش این ادعا را تأیید نموده است، برای نتیجه‌گیری نیاز به تکرار مطالعه‌های دیگر با گروه‌های مختلف می‌باشد. با

1. psychological placebo

توجه به مداخله عوامل متعدد و تأثیرگذار بر شکل‌گیری، عود و درمان اعتیاد (برای مثال، ویژگی‌های شخصیتی، اختلالات شخصیت، نوع ماده مصرفی، نوع و شدت مشکلات روانشناختی همبود) که در این پژوهش امکان بررسی آنها فراهم نبود، لازم است در تعمیم نتایج به دست آمده احتیاط شود.

## مراجع

بشارت، محمد علی (۱۳۸۴). *پایایی و روایی مقیاس سلامت روانی (MHI)*. فصلنامه دانشور رفتار، ۱۶، زیر چاپ.

بهرامی، مریم؛ مگری، آذرخش و طاهرنخست، حمیدرضا (۱۳۸۵). *مقایسه روش درمان فعال سازی رفتاری و قراردادی با روش پایش پزشکی در بیماران وابسته به مواد مخدر*. ارائه شده در ششمین کنگره انجمن علمی روانپزشکان ایران تهران ۱-۳ آذر.

دانا، روبرت؛ بلوینس، گرگوری و لوئیس، جویدیت (۱۹۹۸). *رویکرد انفرادی مشاوره با معتادان*. ترجمه رسول روشن و ابوالفضل خادمی. تهران: انتشارات رشد.

دباغی، پرویز (۱۳۸۵). *اثر بخشی شناخت درمانی بر اساس تفکر نظارهای و فعال سازی طرحواره‌های معنوی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی*. پایان‌نامه دکترای روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

رحمتی، محمدمهدی (۱۳۸۱). *عوامل مؤثر در شروع مصرف مواد مخدر*. فصلنامه اعتیاد پژوهی، شماره اول، ۱۵۱-۱۳۲.

- American Psychiatry of Association. (2000). *Dignostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)* Washington DC.
- Bandura, A. (1999). A socio cognitive analysis of substance abuse: An a gentic perspective. *Psychological Science, 10(3), 204-217*.
- Burlson, J. A., Kamminer, Y. (2005). Self efficacy as a protective treatment outcome in adolescent substance used disorders. *Journal of Addictive Behavior, 30(9), 175-1759*.
- Campbell, R. J. (1993). *Psychiatric Dictionary*. Oxford University press, Inc.
- Carroll, K. M. (1998). *A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction*. NIH Publication 98-4308. Rockville, MD: *National Institute on Drug Abuse*.
- Carroll, K. M., & Charla, N. (2000). A general system for evaluating therapist adherence and competence in psychotherapy research in the addiction. *Drug and Alchol Dpendece. 57(5), 225-238*.

- Chawarski, M. (2002). Unpublished Manual of Contracting and Behavioral Activation Therapy. *Yeal University*.
- Chawarski, M., & Schpttenfeld, R. S. (2002). Bupernorphine tablet versus liquid: efficacy of and Symptoms. *Journal of Substance Abuse, 1* 2(4), 307-312.
- Darke, S., Ward, J., Hall, W. Heather, N., & wordak, A. (1991).The opioid treatment Index (OTI) Manual. *National Drug and Alcohol Research Center*.
- Dizialdowski, A., & London, M. (1999). Practitioner report: A Cognitive behavioral intervention in the context of methadone tapering treatment. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy, 6*, 308-323.
- Goodmen, G., & Jacobs, M. K. (1994). The self help mutual-support group in a Fahiman (Eds), Group psychotherapy. Newyork: *John Wiley*.
- Galanter, M., & Kelebr, D., & Herbert, L. (2004). Textbook of substance abuse treatment. Third Edition. *American Psychitaric Publishing*, Washington DC. INC.S.
- Hopko, D., & Kenneth, L. (2003). Contemporary behavioral activation treatment for depression. *Journal of Clinical Psychology Review, 23*(5)699-717.
- Kelly, J. F. (2002). Self help for substance use disorders. *Journal of Clinical Psychology Review, 23*(5), 639-663.
- Lewinsohn, P. (1977). A behavioral approach to depression: *Contemporary Theory and Research*. Wily, New York.
- Leukefeld, C., Godlaski, T. M., & Clark, J. J. (1998). Structured behavioral out patient rural therapy (SBORT): *A treatment manual for substance abuse University of Kentucky Center on Drug and Alcohol Research*, Lexington, KY.
- Lewis, J. A., Danna, R., & Blevins, G. A. (2002). *Substance abuse conseling*. California: Broks/cole. Maisto, S. A., & Connors, G. (2005).Relapse in the addictive behavior. *Journal of Drug Abuse, 43* (2), 327-338.
- Marlatt, G. A., Blume A. W., & Parks. G. A., (2004) Integrating harm reduction therapy and traditional substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs, 33*, 13-21.
- Marlatt, G. A. (2000). Harm reduction for alcohol problems: Moving beyond the controlled drinking controversy. *Behavior Therapy, 24*, 461-504.
- Miller, W. R., & Rollnick. S. (2002). Motivational interviewing: *Preparing people to change addictive behavior*, The Guilford Press, New York.
- Miller, L. J. (1998). The formal treatment contract in the inpatient management of borderline personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry, 41*, 985-987.
- Petry, N. M. (1998). Shortened time horizons and insensivity to future consequences in heroin addicts. *Addiction, 93*(5) 729-738.
- Schemitt, M. M. (2003). Effect of social support on substance abuse disorders. *A Thesis for Ph.D of Conseling Psychology*, University of Texas.
- Vite, C. T., & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well- being general population. *Journal of consulting and Clinical Psychology, 51*,730-742.
- Walker, M. (2004). Relapse rating in addiction problems. *Prespective Medicen,19* (3), 449-457.
- Woody, G. E., Mercer, G. (2003). Psychotherapy of addictive disorder. *The American Journal of Addiction,12*(2), 520-526.
- Woodruff, B., & Lien, K. (2002). *A Qulitative Anlysis of Experience of chemically dependenc in women*. A Thesis dissertation submitted to the doctor of Counseling psychology, University of Texas.

