اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر کاهش عود در افراد وابسته به مواد افیونی

یونس دوستیان[۱]، اصغر دادخواه[۲]، بهمن بهمنی[۳]، مسعود آهوان[٤]، یوسف اعظمی[٥]

دریافت مقاله: ۹۱/۸/۱ پذیرش ۹۲/۹/۱۵

چکیده

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر کاهش عود در افراد وابسته به مواد افیونی انجام‌شده است. در یک طرح آزمایشی از نوع پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه کنترل، ۳۰ نفر از افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد خرم‌آباد، به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) بررسی شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه ۲ ساعته تحت درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات قرار گرفتند و گروه گواه درمان خاصی دریافت نکردند. همه شرکت‌کنندگان در آغاز پژوهش و پایان جلسات هفتگی، به‌وسیله آزمایش ادرار موردسنجش قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها، روش‌های آمار توصیفی و آزمون خی‌دو به‌کاربرده شد. نتایج نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل ازلحاظ میزان عود، از هفته چهارم درمان به بعد تفاوت معناداری وجود دارد، یعنی میزان عود درگروه کنترل از هفته چهارم به بعد به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود. با توجه به یافته‌ها می‌تواند چنین

۱- دانشجوی دکترای رشته مشاوره توان‌بخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، Email:(Dostian۲٤۳۸@yahoo.com)

۲- استاد گروه مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، asgaredu@gmail.com

۳- استادیار گروه مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، bbahmani٤۳@yahoo.com

٤- کارشناسی ارشد رشته مشاوره توان‌بخشی، دانشگاه علامه طباطبایی

۵- دانشجوی دکترای رشته روانشناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبایی

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-04]

نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بـر کـاهش عـود در افراد وابسته به مواد افیونی مؤثر است.

کلید واژگان: درمان شناختی- رفتاری، مدل مارلات، عود، وابستگی به مواد

مقدمه

امروزه مسئله مواد اعتیادآور از شایع‌ترین اختلالات مربوط به روان‌پزشکی در سراسر جهان است و به یکی از مهم‌ترین بحران‌های دنیای کنونی تبدیل‌شده است که سلامت، رفاه، ثبات سیاسی، اقتصادی و ساختار اجتماعی کشورهای مختلف جهان را تهدید می‌کند. دفتر مواد مخدر سازمان ملل متحد۱ (۲۰۰٤) شمار مصرف‌کنندگان مواد مخدر را در بین جمعیت ٦٤-۱۵ ساله سراسر جهان، ۲۰۸ میلیون نفر یا ۰/۰۵ کل جهان برآورد نموده است. در کشور ایران نیز این مسئله شکل مخاطره‌آمیز و کاملاً پیچیده‌ای به خود گرفته و روزبه‌روز در حال گسترش یافتن است. بر طبق سایت خبری پارسینه، مدیرکل سلامت روان وزارت بهداشت مهر (۱۳۹۱)، آخرین آمار تعداد معتادان کشور که مورد مایید ستاد مبارزه با مواد مخدر است، ۲ میلیون و تا ۲,۲ میلیون نفر تخمین زده‌شده که مصرف روزانه مواد مخدر دارند. با توجه به افزایش روزافزون اعتیاد و مشکلات ناشی از آن و همچنین ماهیت عودکننده آن، درمان اعتیاد در دنیا جزء موارد دشوار شناخته‌شده است.

مسئله ترک مواد مخدر ازجمله مسائلی است که همواره موردتوجه مسئولین و نیز خود مبتلایان به مصرف مواد و خانواده‌های آن‌ها بوده است (میرزایی و همکاران، ۱۳۸۹). ترک جسمانی مواد مخدر چندان مشکل نیست، مشکل عمده در درمان معتادان، حتی با دوره-های پاکی طولانی‌مدت، میزان بالای عود آن‌ها است (یان و نابشیما[۲]، ۲۰۰۹). عود عبارت است از مصرف مجدد یک دارو یا مواد مخدر و یا یک رفتار مشکل‌دار به دنبال یک‌دوره از پرهیز (مایستو و کانرز[۳]، ۲۰۰٦). مارلات[۱] (۱۹۸۵) عنصر اصلی درمان را پیش‌گیری از عود

۱.United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention
۲.Yan & Nabeshima
۳.Maisto & Connors

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-04]

می‌داند و معتقد است که هرگاه وسوسه[۲]، ولع[۳]، لغزش[٤] و نداشتن مهارت‌های مقابل‌های[٥] در کنار هم قرار گیرد ممکن است فرد را به‌سوی عود سوق دهد.

مارلات و گوردون[٦] (۱۹۸۵) احتمال بازگشت (عود) به مواد مخدر را در خوش‌بینانه‌ترین حالت تا ۰/۵۰ پیش‌بینی کرده‌اند و به نظر ایشان این احتمال تا ۰/۹۰ نیز متغیر است. همچنین امینی، امینی، افشار و آذر[۷] (۲۰۰٤) میزان بازگشت به مصرف مواد مخدر را ۷۵ درصد در جهان و در ایران ۵۰ درصد ذکر کرده است. با توجه به ین موارد در حال حاضر، پیشگیری از عود یکی از چالش‌های اصلی درمانگران و افراد وابسته به مواد است.

امروزه یکی از پرکاربردترین رویکردهایی که توسط گروه درمانگران در درمان اعتیاد مورداستفاده قرار می‌گیرد رویکرد شناختی رفتاری[۸] است (کارول[۹]،۲۰۰۲؛ ترجمه بخشی‌پور و محمدخانی، ۱۳۸۱). درمان شناختی رفتاری توسط محقق و دانشمند پیشگام آلبرت الیس[۱۰] (۲۰۰۱) و نیز آرون تی بک[۱۱] و همکارانش (۲۰۰۱) ابداع شد. به نظر درمانگران شناختی رفتاری اگر افراد تحت آموزش صحیح قرار گیرند و خطاهای شناختی‌شان را تشخیص داده و اصلاح کنند، زندگی پرثمر و رفتار مناسبی خواهند داشت (کری[۱۲]،۲۰۰۵؛ ترجمه شفیع‌آبادی و حسینی، ۱۳۸۸). پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری در بهبود اختلالات سوءمصرف مواد (مک هیوگ، هیرون و اوتو[۱۳]، ۲۰۱۰؛ کمرزرین، زارع و بروکی‌میلان،۱۳۹۰)، کاهش مصرف مواد (احمدخانی‌ها، قرائی پور و پناغی، ۱۳۸۵؛

۱. Marlatt
۲. temptation
۳. fondness
٤. slip
٥. Coping skills
٦. Marlatt &Gordon
۷. Amini, Amini, AFSHAR, & Azar
۸.Cognitive Behavioral therapy
۹.caroll
۱۰. Ellis
۱۱.Beck
۱۲. corey
۱۳.McHugh, Hearon & Otto

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-04]

دنیس، لاوی، فاتسیاز وایوریاکومبی[۱]، ۲۰۰٦)، کاهش میزان بازگشت (عاشوری و ملا زاده،۱۳۸۷) و بهبود کیفیت زندگی (مؤمنی، مشتاق بید دختی و پورشهباز،۱۳۸۹)، می‌باشند.

پایه‌ی اصلی الگوی درمانی پیشگیری از بازگشت مارلات، رویکرد شناختی- رفتاری برای درمان وابستگی به مواد است.این روش که توسط آلن مارلات و گوردون (۱۹۸۵) معرفی شد، مداخله‌های شناختی را با آموزش مهارت‌های رفتاری تلفیق نموده تا از بازگشت درمان‌جویان به مصرف مجدد مواد پیشگیری نماید (وتیکوتیز، مارلات و والکر[۲]، ۲۰۰۵). درواقع در این رویکرد وابستگی به مواد به‌مثابه‌ی نوعی بیماری مزمن در نظر گرفته می‌شود که با بازگشت‌های مکرر مواجه می‌شود (مایستو، کانرز و زیویاک[۳]، ۲۰۰۰). گر چه بازگشت مجدد تن‌ها مسئله سوءمصرف مواد نیست، اما برخی یافته‌ها نشان داده‌اند که چیزی قریب به ٦۰ درصد از افراد پس از یک‌دوره پرهیز دوباره به مصرف مواد بازگشت می‌کنند (گالانتر و کلبر[٤]، ۲۰۰۸).

یک جنبه‌ی اصلی این مدل، طبقه‌بندی دقیق عوامل یا موقعیت‌هایی است که می‌توانند در خطرناک شدن، یا کمک به ایجاد فرایند عود، دخیل باشند. درمجموع، عواملی که در مدل پیشگیری از عود شناسایی‌شده، در دوطبقه کلی تقسیم‌بندی شده است: ۱. تعیین‌کننده‌های بی‌واسطه (برای مثال، موقعیت‌های پرخطر، مهارت‌های کنار آمدن شخص، پیامد انتظارات و اثر پرهیز از تخلف). ۲. پیشایندهای پنهان (برای مثال، نامتعادلی‌های سبک زندگی، ولع‌ها و اشتیاق‌ها).

رویکردهای درمانی مبتنی بر مدل پیشگیری از عود، با ارزیابی ویژگی‌های هیجانی و محیطی موقعیت‌هایی که بالقوه با عود همراه می‌شوند (موقعیت‌های پرخطر[٥])، شروع می‌شود. درواقع، بعد از شناسایی این ویژگی‌ها، درمانگر همانند بررسی عوامل مربوط به سبک زندگی فرد الکلی درگذشته، روی تحلیل پاسخ‌های وی به موقعیت پرخطر سراینده کار می‌کند و

۱. Denis &Lavie
۲. Witkiewitz, Marlatt & Walker
۳. Maisto, Connors & Zywiak
٤. Galanter & Kleber
٥. High-risk situations

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-04]

موقعیت‌هایی را که احتمال مصرف الکل را بالا می‌برد، شناسایی می‌کند. بادی‌های برنجی آزمایش دقیق فرایند عود، درمانگر درباره‌ی نقاط ضعف راهبردهایی که بر ظرفیت رفتاری و شناختی مراجع متمرکز است می‌اندیشد و از این طریق خطر عود اعتیاد را کاهش می‌دهد (مارلات، ۱۹۸۵).

مدل رفتاری- شناختی فرایند عود، نقش اصلی موقعیت‌های پرخطر و پاسخ وابستگان به مواد به ین موقعیت‌ها را مورد مایید قرار می‌دهد. مردم با دادن پاسخ‌های مؤثر کنار آمدن، مطمئن می‌شوند که می‌توانند با این موقعیت‌ها کنار آیند (افزایش خود کارآمدی) و به ین وسیله احتمال عود کاهش می‌یابد. در مقابل، مردمی که پاسخ‌های غیر مؤثر کنار آمدن را تجربه می‌کنند، خود کارآمدی‌شان پایین خواهد آمد و با این انتظار که مصرف الکل اثر مثبت خواهد داشت (نتایج مثبت انتظارات) همراه است که می‌تواند منجر به لغزش اولیه شود.این لغزش، در جای خود می‌تواند به احساس گناه و شکست (تأثیر پرهیز از تخلف) منجر شود. تأثیر پرهیز از تخلف، تن‌ها با نتایج مثبت انتظارات، می‌تواند احتمال عود را افزایش دهد (مارلات و همکاران، ٢٠٠٤).

در این الگو آن‌گونه که دالی و مارلات (۲۰۰۳) عنوان نموده‌اند، راهکارهای مداخله‌ای پیشگیری از بازگشت عمدتاً در سه‌طبقه آموزش مهارت‌ها، بازسازی شناختی و ایجاد تعادل در سبک زندگی جای می‌گیرند که در یک برنامه گروهی شامل ۱۲ مبحث هفتگی گردآمده‌اند. اساس پیشگیری از بازگشت شناسایی و اصلاح نقایص مهارت‌های مقابل‌های، افزایش خود کارآمدی و چالش با نتایج مثبت مصرف مواد است. در این رویکرد بازگشت به‌واسطه نشانه‌های هشداردهنده که پیش از مصرف دوباره مواد ظاهر می‌شوند، قابل‌پیشگیری است (واشتون[۱]، ۱۹۹۱).این شیوه مداخله به افراد مصرف‌کننده می‌آموزد که نشانه‌های یاد داده‌شده را بازشناسی و مدیریت نمایند تا بتوانند مصرف مواد را در مراحل آغازین متوقف و بدین‌وسیله موجبات تسهیل در فرایند بهبودی را فراهم نمایند (ویتکوتیز، مارلات و والکر، ۲۰۰۵؛ مارلات و همکاران، ۲۰۰۲).

۱. Washton

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-04]

این شیوه درمانی با ارزیابی خطرهای بالقوه و موقعیت‌های خطرناک فردی، بین فردی، محیطی و فیزیولوژیکی بازگشت که می‌توانند بازگشت را به جلو اندازند، آغاز می‌گردد. پس از شناسایی بر انگیزاننده‌های بالقوه بازگشت و موقعیت‌های خطرناک، رویکردهای شناختی و رفتاری (از قبیل مداخله‌های اختصاصی و راهبردی خود مدیریتی) اجرا می-شوند، ازجمله ویژگی‌های اساسی این رویکرد دسته‌بندی دقیق عوامل خطرناک و تسریع‌کننده بازگشت است (ویتکیوویتز و وندرماس[۱]، ۲۰۰۷).

مارلات و گوردون (۱۹۸۵) معتقدند که تعیین‌کننده‌های بی‌واسطه (برای مثال، موقعیت‌های پرخطر، مهارت‌های کنار آمدن[۲]، پیامد انتظارات و تأثیر پرهیز از تخلف) و پیشایندهای پنهان (برای مثال، عوامل سبک زندگی و اشتیاق‌ها[۳] و ولع‌ها)، می‌توانند در عود اعتیاد سهیم باشند. همچنین، مدل پیشگیری از عود، راهبردهای مداخله‌ای عمومی و خاص بی‌شماری را که درمانگر و مراجع، در هر قدم از فرایند عود، با آن مواجه می‌شوند، یکپارچه می‌سازد. مداخلات خاص، شامل شناسایی موقعیت‌های پرخطر برای هر مراجع و افزایش مهارت‌های آنان برای کنار آمدن با این موقعیت‌ها، افزایش خود کارآمدی مراجع، از بین بردن باورهای غلط درباره‌ی اثرات الکل، مدیریت لغزش‌ها و بازسازی ادراکات مراجع از فرایند عود است. راهبردهای عمومی، ازجمله ایجاد تعادل در سبک زندگی مراجع و کمک به آن‌ها در جهت ایجاد علایق مثبت، باعث به‌کارگیری فنون کنترل محرک‌ها و فنون مدیریت اشتیاق به مصرف مواد و بسط دادن نقشه‌های مسیر عود می‌شود. در این چارچوب، مطالعات چندی، از مدل پیشگیری از عود حمایت نظری و عملی کرده است.

۱. Witkiewitz &van der Maas
۲. coping
۵. urges
۶. cravings
۷. self- efficacy
۳. enthusiasm

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-04]

در پژوهش جعفری، اسکندری، سهرابی و دلاور (۱۳۸۸) تحت عنوان بررسی اثربخشی آموزش جلای مات مقابل‌های و سبک زندگی مبتنی بر مدل شناختی- رفتاری مارلات در افزایش تاب‌آوری و پیشگیری از عود در افراد وابسته به مواد، ۳۹ نفر با تشخیص وابستگی به مواد افیونی که مرحله سم‌زدایی را به پایان رسانیده بودند و گروه کنترل که به مرکز جمعیت آفتاب مراجعه کرده بودند و به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل گمارده شدند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که هر دو آموزش مهارت‌های مقابل‌های و سبک زندگی در پیشگیری از عود و افزایش تاب‌آوری افراد تحت درمان مؤثر بودند. همچنین اورکی و مطبوعی (۱۳۸۹) طی پژوهشی باهدف اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری بر بهبود و پیشگیری از سوءمصرف مواد افیونی به ین نتیجه دست‌یافت که درمان شناختی رفتاری در کاهش میزان بازگشت، افزایش مدت باقی ماندن در درمان و کاهش مصرف مواد، علائم جسمانی، اضطراب، بهبود عملکرد اجتماعی و وضعیت سلامت مؤثر است.

وجه تمایز دیدگاه درمانی مارلات و گوردون (۱۹۸۵)این است که پیامد درمانی را در حالتی موردمطالعه قرار می‌دهد که در آن، فرد هم در پرهیز است و هم اعتیادش عود می‌کند، به‌بیان‌دیگر این مدل برخلاف دیگر مدل‌های درمانی، عود را شکست در درمان نمی‌داند و به عوامل دخیل در عود می‌پردازد. همچنین از دیگر خصوصیات مثبت این رویکرد، پرداختن به آموزش مهارت‌هایی مثل مدیریت خشم و تکانش گری است. به ین معنی که افراد وابسته به مواد در تحمل هیجاناتی مانند خشم، تنش و شرم یا حالت‌هایی مانند تن‌هایی مشکل‌دارند (خانتازیان و همکاران، ۲۰۰۵).

فرض اساسی در درمان‌های شناختی- رفتاری در رابطه با اعتیاد این است که سوءمصرف مواد درواقع ناشی از مشکلات مختلف در زندگی فرد و عدم توانایی او در برخورد صحیح با آن مشکلات است (کارول،۲۰۰۲؛ ترجمه بخشی‌پور و محمدخانی، ۱۳۸۱).این بدان معنی است که ناتوانی در رویارویی با عوامل استرس‌زا و نداشتن راهبردهای کنار آمدن مؤثر، پایه گسترش و روی آوردن به مواد است (مک کی، هینسون و

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-04]

وال[۱]، ۱۹۹۸)؛ بنابراین، مداخلات مؤثر در درمان سوءمصرف مواد به‌جای تمرکز بر عمل سوءمصرف به تن‌هایی، می‌بایست به طیف گسترده‌ای از رفتارهای دیگر نیز توجه نماید (اختیاری، ۱۳۸۸).

در پژوهشی مک هیوگ، هیرون و اوتو (۲۰۱۰)، به ارائه‌ی شواهد حمایتی‌ای برای استفاده از درمان شناختی- رفتاری در بهبود اختلالات سوءمصرف مواد پرداخته است و بر بکار گیری راهبردهای یادگیری، شناختی، انگیزشی و همچنین مهارت‌های مقابل‌های به‌عنوان یک عامل حمایت‌کننده در سراسر فرایند درمان و پیشگیری از عود مواد تأکید می‌کند. در پژوهشی دیگر قربانی، محمدخانی و صرامی (۱۳۹۰)، به مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری مبتنی بر مهارت‌های مقابل‌های و درمان نگه‌دارنده با متادون در بهبود عوامل شناختی و رفتاری مرتبط با مصرف مواد و پرهیز از مواد پرداختند. نتایج نشان داد که درمان شناختی- رفتاری در مقایسه با درمان نگه‌دارنده با متادون و گروه کنترل به کاهش معنادار باورهای مرتبط با مواد، عقاید وسوسه‌انگیز و افزایش معنادار خود کارآمدی و تنظیم هیجان افراد مصرف‌کننده مواد منجر شد.

در میان انواع مداخله‌ها برای مقابله با اعتیاد، موضوع درمان بسیار مورد مناقشه است و علی‌رغم صرف هزینه‌های سالانه بسیار بالا، آمار جهانی موفقیت شیوه‌های درمانی را ناچیز برآورد کرده‌اند. از میان علائم گوناگون عدم موفقیت شیوه‌ها می‌تواند به نگرش عمدتاً تک‌بعدی آن‌ها به علل وابستگی به مواد و تأکید این رویکردها به مبانی زیستی و درمان دارویی اشاره کرد. از دهه ۱۹۹۰ به بعد در مدت کوتاهی تعداد قابل‌توجهی روش‌های درمانی با رویکردهای روان‌شناختی‌تر و یا صرفاً روان‌شناختی ابداع و معرفی شدند. درمان-هایی مانند درمان با ازدیاد انگیزه، روان‌درمانی حمایتی خود ابراز گرانه، روان‌درمانی برای نوجوانان، خانواده‌درمانی چندبعدی برای نوجوانان، درمان چند سیستمی، رویکرد تقویتی جامعه همراه با دریافت رسید پاک بودن از دارو و مدل ماتریکسی (کادن[۲]، ۲۰۰۱)؛ اما

۱. Mckee, Hinson & Wall
۲. Kadden

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-04]

روش‌های ابداع‌شده کمتر به مسئله هیجانات به‌ویژه هیجان‌هایی مثل خشم، تکانش گری و تأثیر این دو بر رفتار جستجوی مواد و درنتیجه کمک به فرد در جلوگیری از بازگشت توجه کرده‌اند. یکی از روش‌های درمانی که به ین مسئله توجه ویژه‌ای داشته است، روش پیشگیری از بازگشت است که مارلات و گوردون (۱۹۸۵)، ابداع کرده‌اند.این روش در ابتدا برای الکلی‌ها طراحی شد و سپس برای مصرف‌کنندگان کوکائین و سایر مواد مخدر نیز گسترش یافت.این روش بر درمان شناختی- رفتاری متکی است که بر یادگیری و حفظ مهارت‌های حل مسئله در اجتماع و مهارت‌های شناختی که باعث افزایش کنار آمدن مؤثر با موقعیت‌های مشکل‌زا و فشار آور می‌شوند، تأکیددارند (مارلات و گوردون، ۱۹۸۵).

با توجه به بالا بودن آمار افراد وابسته به مواد در کشور و همچنین نیاز مبرم مراکز درمانی دخیل در حوزه اعتیاد به برنامه‌های روان‌درمانی در خصوص پیش‌گیری و کاهش مصرف مواد و با عنایت به کم بودن پژوهش‌های مربوط به مداخلات روان‌شناختی نظیر مداخله شناختی رفتاری و نقش آن در کاهش عود در افراد وابسته به مواد، پژوهش حاضر جهت پاسخ دادن به این سؤال که آیا مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر کاهش عود در افراد وابسته به مواد افیونی مؤثر است، انجام شد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر کاهش عود در افراد وابسته به مواد افیونی، به‌صورت آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون- پس-آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه پژوهش حاضر را کلیه معتادانی که در سال ۹۲-۱۳۹۱ به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهرستان خرم‌آباد مراجعه کرده‌اند، تشکیل می‌دهند که جمعیتی برابر ۵۰۲ نفر و دارای دامنه سنی تقریبی ۳۵-۲٤ می‌باشند. بدین ترتیب که ابتدا به‌صورت تصادفی تعداد ۳۰ نفر از افراد وابسته به مواد انتخاب و با همین روش درگروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند: ۱) گروه آزمایش ۱۵ نفر ۲) گروه کنترل ۱۵ نفر. ملاک‌های ورود افراد به

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-04]

برنامه آموزشی و یا خروج از برنامه عبارت بودند از: دارای سن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۵۰ سال، بر اساس ملاک‌های DSM-IV-TR واجد ملاک‌های وابستگی به مواد باشد، سطح تحصیلات بیمار حداقل راهنمایی باشد، دوره سم‌زدایی را گذرانده باشد، آزمایش ادرارش برای مواد افیونی منفی باشد، بر اساس ارزیابی پزشکی و روان‌پزشکی، فرد دچار اختلالات شدید روانی هم چون روان‌پریشی، اختلال دوقطبی یا تجزیه‌ای نباشد، بر اساس نظریه پزشکی، فرد بیماری جسمانی خاصی که مانع مشارکت در برنامه شود را نداشته باشد، در برنامه‌های درمانی دیگر همزمان شرکت نکند، بیش از ۳ جلسه غیبت نداشته باشد. برای بررسی عینی عود افراد شرکت‌کننده در پژوهش، آزمایش ادرار (کیت‌های ویژه) به‌کاربرده شد.

بسته آموزشی شامل خلاص‌های از محتوای ۱۲ جلسه درمان است.این برنامه توسط مارلات و گوردون (۱۹۸۵) تدوین‌شده است. هر جلسه شامل اطلاعات روانی- آموزشی در مورد عوامل منجر به عود، بازسازی شناختی، کنترل هیجانات و به‌کارگیری مهارت‌های کنار آمدن با موقعیت‌های پرخطر است. دربسته آموزشی، فرم‌ها و برگه‌هایی جهت تکمیل فعالیت‌های درون جلسه‌های به‌منظور افزایش سطح آگاهی شرکت‌کنندگان از هیجانات منجر به عود خود، فرایندهای ظریف پاسخ‌دهی به موقعیت‌های پرخطر و همچنین تمرین فن‌های کنترل تکانه و هیجاناتی همچون خشم در نمونه‌هایی از موقعیت‌های هیجان زا طراحی‌شده است. علاوه بر فعالیت‌های درون جلسه‌های، هر جلسه تکلیف خانگی را در بردارد که به افراد در کاربرد فن‌های تازه آموخته‌شده در موقعیت‌های پرخطر و شرایط استرس‌زای زندگی روزمره کمک می‌کند. به‌طورکلی مداخلات این رویکرد در راستای سه محور اصلی بازسازی شناختی، آموزش مهارت‌های مقابل‌های و تغییر سبک زندگی می‌باشند. در جدول شماره ۱ پروتکل درمانی پژوهش آورده شده است.

مراحل مختلف درمان شناختی- رفتاری بر اساس مدل مارلات در این پژوهش در ۱۲ جلسه ۱/۵ ساعته به‌صورت خلاصه به شرح زیر است:

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-04]

جدول شماره ۱: جلسات درمان شناختی- رفتاری پیشگیری از عود

جلسه	موضوع جلسه	محتوای جلسه
۱	معرفی برنامه	آشنایی، ایجاد رابطه، توافق درباره اهداف درمان، بالا بردن انگیزه
۲	مدیریت بیماری	شناخت بیماری، شناخت بیمار، اصول بهبودی، نقشه تغییر
۳	تحلیل رفتار مصرف مواد	شناسایی و کنترل پیشایندها و پیامدهای مصرف مواد
٤	آشنایی با عوامل عود و هشداردهنده‌ها	عوامل عود، لغزش، هشداردهنده
٥	مدیریت فکر	شناسایی و کنترل افکار انتظاری، تسهیل‌کننده، اجازه دهنده و تحریف‌های شناختی
٦	مدیریت وسوسه و میل	شناخت وسوسه و علائم آن، عوامل وسوسه و راه‌های مقابله با آن
۷	مدیریت مشکل و مهارت‌های حل مسئله	کنترل اضطراب، پرخاشگری و افسردگی و راه‌های مقابله
۸	مدیریت مشکل و مهارت حل مسئله	آشنایی با مراحل حل مشکل و راه‌های مقابله با آن مشکل
۹	تصمیم‌های به‌ظاهر نامربوط	شناخت تصمیم‌های نامربوط و سالم
۱۰	تغییر سبک زندگی و برنامه تغییر	سبک زندگی سالم و اعتیادی و برنامه‌ریزی
۱۱	مدیریت لغزش	آشنایی با عوامل لغزش، تخطی از پرهیز و راه‌های مقابله با آن
۱۲	جمع‌بندی جلسات	مرور مطالب و برنامه‌ریزی برای تداوم بهبودی

قبل از برگزاری جلسات و هر هفته بعد از اتمام جلسات، آزمایش ادرار برای هر دو گروه آزمایش و کنترل به عمل آمد.

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-04]

یافته‌ها

جدول ۲ به بررسی متغیرهای جمعیت شناختی شامل میانگین سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و وضعیت اشتغال در دو گروه آزمایش و کنترل می‌پردازد.

جدول ۲: یافته‌های جمعیت شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرهای جمعیت شناختی	گروه آزمایش	گروه کنترل
میانگین سن	۳٦,۳۳	۳۷,۳۳
وضعیت تأهل (متأهل)	۱۱	۱۳
زیر دیپلم	۱۱	۱۲
دیپلم	٤	۲
بالاتر از دیپلم	۰	۱
شاغل	۱۱	۱۲
بیکار	۳	۳
بازنشسته	۱	۰

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، دو گروه آزمایش و کنترل ازنظر متغیرهای جمعیت شناختی تفاوت زیادی باهم ندارند.

توزیع فراوانی و درصد متغیرهای نوع ماده مصرفی و روش مصرف در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: توزیع فراوانی و درصد متغیرهای نوع ماده مصرفی و روش مصرف

متغیرها		فراوانی	درصد
نوع ماده مصرفی	تریاک	١٤	٤٦,۷
	شیره	٦	۲۰,۰
	هروئین	٥	١٦,۷
	کراک	٥	١٦,۷
روش مصرف	تدخین	١٩	٦۳
	خوراکی	۹	۳۰,۳
	تزریق	۲	٦,۷

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-04]

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که فراوانی افرادی که تریاک مصرف می‌کنند درگروه‌های مورد آزمایش، بیشتر از افرادی است که هروئین و کراک مصرف می‌کنند، همچنین فراوانی روش مصرفی تدخین در هر دو گروه بیشتر از روش خوراکی و تزریق است.

به دلیل اینکه داده‌های جمع‌آوری‌شده در پژوهش حاضر جهت بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر پیشگیری از عود، مفروضه‌های آمار پارامتریک را نداشت، از آزمون خی دو استفاده شد. به دیگر بیان آزمون خی‌دو یکی از معروف‌ترین و درعین‌حال پرمصرف‌ترین روش‌های آماری در آمار غیر پارامتریک است و برای داده‌هایی بکاربرده می‌شود که مقیاس اندازه‌گیری آن‌ها اسمی یا ترکیبی است. داده‌های پژوهش حاضر اسمی است (دلاور، ۱۳۹۱).

جدول ٤: توزیع فراوانی عود درگروه آزمایش در هفته‌های مختلف

شاخص هفته	تعداد عود گروه‌ها آزمایش گواه		خی دو	درجه آزادی	معناداری
هفته ۱	٤	٥	۰/۳۲	۱	۰/۸۵
هفته ۲	٥	٤	۱/٤۳	۱	۰/۲۳۱
هفته ۳	٤	٦	۰/۸٤۰	۱	۰/۳٥۹
هفته ٤	۳	٥	٥/۸٥	۱	۰/۰۱٦
هفته ٥	۰	٤	۷/۸۳	۱	۰/۰۰۱
هفته ٦	۱	٥	٦/٦۷	۱	۰/۰۰۱
هفته ۷	۰	۳	٥/٤٥	۱	۰/۰۲
هفته ۸	۱	٤	٤/٥٦	۱	۰/۰۰۲
هفته ۹	۲	٦	٥/۷۸	۱	۰/۰۰۱
هفته ۱۰	۱	٥	٦/٦۷	۱	۰/۰۰۱
هفته ۱۱	۰	٤	۷/۸۳	۱	۰/۰۰۱
هفته ۱۲	۱	٦	٦/٦۸	۱	۰/۰۰۲

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-04]

همان‌گونه که از جدول ٤ نشان می‌دهد میزان عود درگروه آزمایش از هفته چهارم رو به کاهش است و تعداد عود کاهش‌یافته است. نتیجه آزمون خی دو نشان می‌دهد که درگروه آزمایش نسبت به گروه گواه در هفته‌ها میزان عود به‌طور معناداری کاهش‌یافته است.این یافته حاکی از آن است که مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات باعث کاهش عود در افراد وابسته به مواد افیونی شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر کاهش عود در افراد وابسته به مواد افیونی انجام شد. فرض پژوهش بهای ن بود که مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر کاهش عود در افراد وابسته به مواد افیونی تأثیر معناداری دارد. نتایج آزمون خی دو تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل ازلحاظ بازگشت به مصرف مواد در ۱۲ هفته جلسات درمانی نشان داد و بدین ترتیب فرضیه پژوهش مبنی براثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر کاهش عود در افراد وابسته به مواد افیونی، مورد مایید قرار گرفت.این یافته با پژوهش‌های، لاریمر و پالمر۱، (۱۹۹۹)، کوپلند، اسوایفت و ریز۲ (۲۰۰۱)، آندرسون و رامو۳ (۲۰۰٦)، تات و واو٤ (۲۰۰۸)، مک هیوگ، هیرون و اوتو (۲۰۱۰)، مبنی بااینکه رویکرد شناختی- رفتاری در درمان و پیشگیری از بازگشت مجدد به مصرف مواد مؤثر است، همسو است.

در تبیین این یافته می‌تواند بیان داشت که رویکرد شناختی- رفتاری مبتنی بر مدل مارلات با طبقه‌بندی دقیق عوامل یا موقعیت‌هایی است که می‌توانند در خطرناک شدن، یا کمک به ایجاد فرایند عود، دخیل باشند، مقدمات عود و ارزیابی‌های درمان آن را ارائه می-کند که می‌تواند به پیشگیری یا کمتر اتفاق افتادن آن بعد از کامل شدن درمان منجر شود.

۱. Larimer & Palmer
۲. Copeland, Swift & Rees
۳. Anderson, Ramo
٤. Tate &Wu

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-04]

درواقع مدل پیشگیری از عود، با ارزیابی ویژگی‌های هیجانی و محیطی موقعیت‌هایی که بالقوه با عود همراه می‌شوند، موقعیت‌های پرخطر را شناسایی می‌کند و بعد از شناسایی این موقعیت‌ها، درمانگر روی تحلیل پاسخ‌های بیمار به موقعیت‌های پرخطر سراینده کار می‌کند و موقعیت‌هایی را که احتمال مصرف مواد را بالا می‌برد، شناسایی می‌کند. درمانگر همچنین، بر اساس آزمایش دقیق فرایند عود، درباره‌ی نقاط ضعف راهبردهایی که بر ظرفیت رفتاری و شناختی مراجع متمرکز است می‌اندیشد و از این طریق خطر عود اعتیاد را کاهش می‌دهد.

به‌بیان‌دیگر مدل رفتاری- شناختی فرایند عود، نقش اصلی موقعیت‌های پرخطر و پاسخ وابستگان به مواد افیونی به ین موقعیت را مورد مایید قرار می‌دهد. افراد با دادن پاسخ‌های مؤثر کنار آمدن (برای مثال، راهبرد رفتاری، مانند ترک موقعیت یا یک راهبرد شناختی مانند گفتگوی مثبت با خود)، مطمئن می‌شوند که می‌توانند با این موقعیت‌ها کنار آیند و بدین ترتیب احتمال عود کاهش می‌یابد.این بدان معنی است که افرادی که دارای مهارت‌های کنار آمدن مؤثر هستند نسبت به افرادی که فاقد این مهارت‌ها هستند، کمتر درخطر عود قرار می‌گیرند. در مقابل، افرادی که پاسخ‌های غیر مؤثر کنار آمدن را تجربه می‌کنند، تسلطشان بر موقعیت پایین خواهد آمد و با این انتظار که مصرف مواد اثر مثبت خواهد داشت (نتایج مثبت انتظارات)، همراه است که می‌تواند منجر به لغزش اولیه شود.این لغزش، در جای خود می‌تواند به احساس گناه و شکست (تأثیر پرهیز از تخلف) منجر شود و درنهایت تأثیر پرهیز از تخلف، تن‌ها با نتایج مثبت انتظارات، می‌تواند احتمال عود را افزایش دهد. درواقع، افرادی که در موقعیت پرخطر مواد مصرف قرار می‌گیرند، اغلب به انتظارات بالاتری از اثرات مثبت مواد اعتقاددارند و درنتیجه ممکن است تن‌ها به اثرات مثبت فوری مصرف مواد توجه کنند و پیامدهای منفی تأخیری مصرف مواد ازجمله پیامدهای فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی را نادیده بگیرند. در چنین مواقعی، چون تمرکز اولیه فرد بر رسیدن فوری به خشنودی خود (مانند کاهش استرس) است، به رفتار

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-04]

اعتیادی و مصرف مواد دست بزنند که رویکرد مارلات با استفاده از بازسازی شناختی، باورهای فرد راجع به پیامد انتظارات را به چالش می‌کشد و فرد را از این باورها آگاه می-سازد و درنتیجه احتمال عود را کاهش می‌دهد.

از طرف دیگر مارلات و گوردون (۱۹۸۵)، نوع واکنش مصرف‌کننده‌ی مواد یا الکل به لغزش را توصیف کرده و آن را اثر تخلف از پرهیز نامیده که به نحوی بر هدایت لغزش به سمت عود تأثیرگذار است.این واکنش بر پاسخ هیجانی مصرف‌کننده‌ی مواد به لغزش اولیه و عللی که بر لغزش فرد دلالت دارد، متمرکز است. افرادی که لغزش خود را به شکست شخصی نسبت می‌دهند، احتمالاً احساس مقصر بودن و هیجانات منفی را تجربه می‌کنند که در جای خود می‌تواند به کاهش مصرف مواد (به‌عنوان تلاشی در جهت اجتناب یا رهایی از احساس مقصر بودن یا شکست)، منجر شود. علاوه بهای ن، کسانی که لغزش را به همیشگی بودن، همه‌گیر بودن و عوامل درونی و خارج از کنترل خود (برای مثال، من اراده ندارم و به‌هیچ‌وجه قادر به ترک مواد نیستم) نسبت می‌دهند، بیشتر به تلاش برای کنار گذاشتن پرهیز (و تجربه عود کامل) شبیه است تا افرادی که لغزش را به ناتوانی خود برای مقابله‌ی مؤثر با یک موقعیت پرخطر خاص ربط می‌دهند.

یکی دیگر از ویژگی‌های مثبت رویکرد درمانی مارلات و گوردن (۱۹۸۵) که سایر رویکردها کمتر به آن پرداخته‌اند، تأکید بر مسئله هیجانات به‌ویژه هیجان‌هایی مثل تکانش گری، اضطراب، افسردگی و همچنین خشم و شناخت و تأثیر این دو بر رفتار جستجوی مواد و درنتیجه کمک به فرد در جلوگیری از بازگشت است؛ بنابراین، می‌تواند گفت که برتری و تمایز روش درمانی پژوهش حاضر، پرداختن به آموزش مهارت‌ها مثل مدیریت خشم است. به ین معنی که افراد وابسته به مواد در تحمل هیجاناتی مانند خشم، تنش و شرم یا حالت‌هایی مانند تن‌هایی مشکل‌دارند (خانتازیان و دادس۱، ۲۰۰۵). درواقع این

۱. Khantzian &Dodes

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-04]

رویکرد با تأکید بر کنترل هیجانات فرد همچون خشم، تکانش گری و اضطراب، همچنین با مدیریت لغزش و اشتیاق مصرف مواد و به‌کارگیری مهارت‌های کنار آمدن با موقعیت‌های پرخطر احتمال بازگشت فرد به مصرف مواد را کاهش می‌دهد.

نتایج پژوهش‌های گذشته از این عقیده که درمان شناختی- رفتاری در پیشگیری از عود نقش دارد، حمایت کرده‌اند. به‌عنوان‌مثال، کارول۱ (۱۹۹٦) در پژوهش خود اثربخشی برنامه پیشگیری از عود را بیان کرده‌اند و به ین نتیجه دست‌یافته‌اند که درمان شناختی رفتاری پیشگیری از بازگشت و میزان بازگشت را به شکل معناداری کم کرد. به‌عبارت‌دیگر، درمان شناختی- رفتاری نه تن‌ها می‌تواند در کاهش بازگشت مؤثر باشد بلکه به افزایش پرهیز و خویشتن‌داری در فرد منتهی می‌شود. در پژوهشی دیگر لاریمر و پالمر (۱۹۹۹)، نشان دادند که برنامه‌های شناختی- رفتاری موجب رشد مهارت‌های مقابل‌های در افراد وابسته به مواد می‌شود و از بازگشت به مصرف مواد آن‌ها به شکل مؤثری پیشگیری می‌کند. کوپلند، اسوایفت و ریز (۲۰۰۱)، نیز ۲۹۹ مصرف‌کننده حشیش را در ٦ جلسه درمان شناختی- رفتاری شرکت دادند و نتایج حاکی از تأثیر مثبت درمان شناختی- رفتاری بر کاهش رفتار مصرف حشیش و افزایش خویشتن‌داری بوده است. در پژوهشی دیگر لیت، کادن و استفنز۲ (۲۰۰۵)، در مرحله پیگیری پژوهش خود (۱۵ ماه بعد) به ین نتیجه دست‌یافت‌اند که درمان شناختی رفتاری در پرهیز افراد از مصرف مجدد مؤثر است.

یکی دیگر از دلایل اثربخشی این روش مداخله،ایجاد تغییر در سبک زندگی درمان‌جویان است. تجربه‌های بالینی و پژوهشی نشان داده‌اند که اگر همراه با مداخله درمانی، نتوان سبک زندگی درمان‌جویان را تغییر داد، پس از مرحله سم‌زدایی به دلیل ماهیت بازگشت کننده، وابستگان به مواد، دوباره به مصرف مواد بازمی‌گردند، بنابراین تغییر در سبک زندگی می‌تواند دوره پرهیز از مصرف مواد را طولانی‌تر کند (کارول، ۲۰۰۲؛

۱.caroll
۲. Litt, Kadden & Stephens

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-04]

ترجمه بخشی پور و محمدخانی، ۱۳۸۱). درواقع اعتقاد این رویکرد بهای ن است که سبک زندگی نامتعادل افراد منجر به تقاضاهای خارجی ادراک‌شده (مثلاً بایدها) و فعالیت‌های لذت‌بخش یا ارضاکننده درونی (مثلاً خواسته‌ها) می‌شود، بنابراین زندگی فرد مملو از تقاضاهای متنوع می‌شود که درنتیجه این تقاضاها فشار روانی دائمی را تجربه می‌کند و نه تن‌ها می‌تواند حالات هیجانی منفی (همچون خشم و تکانش گری که به‌موجب آن‌ها موقعیت‌های پرخطر به وجود می‌آید) به وجود آورد، بلکه میل او برای لذت بردن و عقلایی سازی اینکه حق دارد در مصرف زیاده‌روی کند (مدیون مصرف مواد هستم)، افزایش می‌یابد. در غیاب فعالیت‌های لذت‌بخش مربوط به مصرف مواد، فرد مصرف مواد را فقط به‌عنوان کسب لذت یا رهایی از درد انتخاب می‌کند.

پژوهش‌های متعددی حاکی از مؤثر بودن تغییر سبک زندگی در درمان و پیشگیری از عود افراد وابسته به مواد است. به‌عنوان‌مثال کریمیان (۱۳۹۰) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر ارتقاء کیفیت زندگی و پیشگیری از عود مردان وابسته به مواد در مراکز اجتماع درمان‌مدار، به ین نتیجه دست‌یافت که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر ارتقاء کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد تأثیر دارد که این ارتقاء کیفیت در پیشگیری از عود مردان وابسته به مواد مؤثر بود. در پژوهش جعفری، اسکندری، سهرابی و دلاور (۱۳۸۸)، تحت عنوان بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابل‌های و سبک زندگی مبتنی بر مدل شناختی- رفتاری مارلات در افزایش تاب‌آوری و پیشگیری از عود در افراد وابسته به مواد، ۳۹ نفر با تشخیص وابستگی به مواد افیونی که مرحله سم‌زدایی را به پایان رسانیده بودند و گروه کنترل که به مرکز جمعیت آفتاب مراجعه کرده بودند و به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل گمارده شدند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که هر دو آموزش مهارت‌های مقابل‌های و سبک زندگی در پیشگیری از عود و افزایش تاب‌آوری افراد تحت درمان مؤثر بودند.

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-04]

با توجه به نتایج این پژوهش، مداخله شناختی رفتاری می‌تواند به‌عنوان شیوه روان‌درمانی انتخابی، در پیشگیری از عود افراد وابسته به مواد به کار گرفته شود. امید است نتایج پژوهش حاضر، درمانگران اعتیاد را به اهمیت دادن بیشتر به مسئله هیجانات، تغییر سبک زندگی و آموزش مهارت‌های مقابل‌های جهت درمان مؤثرتر، سریع‌تر و بدون بازگشت این اختلال تشویق کند.

پژوهش حاضر روی افراد وابسته به مواد افیونی انجام‌گرفته و تعمیم‌یافته‌های به‌دست‌آمده به وابستگان به سایر مواد با محدودیت روبرو است. با توجه به محدودیت‌های زمان و مکان اجرای پژوهش، امکان برگزاری جلسات یادآوری درمان و بررسی اثربخشی رویکرد درمانی در مراحل پیگیری فراهم نگردید. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده به‌منظور تداوم اثر درمان، جلسات یادآوری درمان بین پس‌آزمون و پیگیری و همچنین ارزیابی پیگیری در فاصله‌های زمانی ۳ ماه، ٦ ماه و ۱ سال، به عمل آید. همچنین با توجه به اینکه این پژوهش روی مردان وابسته به مواد انجام‌شده است برای تعمیم بهتر نتایج بهتر است پژوهش‌هایی هم روی زنان وابسته به مواد و گروه‌های دیگر انجام شود و اینکه با توجه به نقش مؤثر هیجانات در گرایش به مواد و همچنین عود به مصرف مجدد، پیشنهاد می‌گردد، درمانگران آموزش تنظیم هیجان را در جلسات درمانی سایر پژوهش‌های آینده در نظر داشته باشند.

منابع

– احمدخانی‌ها، حمیدرضا؛ قرانی پور، منوچهر و پناغی، لیلا. (۱۳۸۵). اثربخشی مدیریت وابستگی و درمان شناختی- رفتاری در وابستگی به مواد افیونی. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۲ (۱): ۸- ۳.

– اختیاری، حامد؛ بهزادی، آرین؛ صادقی، مریم؛ میر بها، هیلدا؛ نوروزی، لادن و علوی، امیرحسین (۱۳۸۹). *راهنمای شناخت و درمان اعتیاد در ایران*. چاپ دوم. تهران: ارجمند.

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-04]

– اورکی، محمد و مطبوعی، لیلا (۱۳۹۱). اثربخشی مداخله شناختی– رفتاری بر بهبود و پیشگیری از سوءمصرف مواد افیونی. *مجله پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، ۲ (٦): ۱۰٦– ۹۱.

– دلاور، علی (۱۳۹۱). آمار و احتمالات کاربردی در روانشناسی و علوم تربیتی. تهران: رشد.

– جعفری، عیسی؛ اسکندری، حسین؛ سهرابی، فرامرز و دلاور، علی (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابل‌های مبتنی بر مدل مارلات در پیشگیری از عود و افزایش تاب‌آوری در افراد وابسته به مواد. *مجله روانشناسی بالینی*، ۱(۳): ۸۷– ۷۷.

– عاشوری، احمد؛ ملازاده، جواد؛ محمدی، نوراله (۱۳۸۷). اثربخشی درمان گروهی شناختی– رفتاری در بهبود مهارت‌های مقابل‌های و پیشگیری از عود در افراد معتاد. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ١٤(۳): ۲۸۸– ۲۸۱.

– قربانی، طاهره؛ محمدخانی، شهرام و صرامی، غلامرضا (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی– رفتاری مبتنی بر مهارت‌های مقابله–ای و درمان نگه‌دارنده با متادون در بهبود عوامل شناختی و رفتاری مرتبط با مصرف مواد و پرهیز از مصرف مواد افراد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۵ (۱۷): ۷۳– ۵۹.

–کارول، ام. کاتلین (۲۰۰۲). *راهنمای عملی درمان شناختی رفتاری وابستگی به مواد*. ترجمه *عباس* بخشی پور رودسری و شهرام محمدخانی (۱۳۸۱). تهران: انتشارات اسپند هنر.

–کری، جرالد (۲۰۰۵). *نظریه و کاربست مشاوره و روان‌درمانی*. ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۹۰). تهران: ارسباران.

– کریمیان، نگار. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی– رفتاری بر پیشگیری از عود مردان وابسته به مواد در مراکز اجتماع درمان‌مدار شهر اصفهان. *مجله اعتیاد پژوهی*، ۵ (۲۰): ۸٦– ۷۳.

–کری، جرالد (۲۰۰۵). *مورد پژوهی در: مشاوره و روان‌درمانی*. ترجمه عبدالله شفیع‌آبادی و بیتا حسینی (۱۳۸۸). تهران: جنگل.

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-04]

– کمرزرین، حمید؛ زارع، حسین و بروکی میلان، حسن (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی– رفتاری برافزایش خود کارآمدی و بهبود علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد. *مجله اعتیاد پژوهی*، ٦ (۲۲): ۸۵– ۷۵.

– مؤمنی، فرشته؛ مشتاق بید دختی، نهاله و پورشهباز، عباس (۱۳۸۹). اثربخشی درمان شناختی– رفتاری گروهی بر کاهش میزان اشتیاق و بهبود نشانه‌های افسردگی و اضطراب در معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگه‌دارنده با متادون. *مجله اعتیاد پژوهی*، ۳ (۱۱): ۹۸– ۸۳

–میرزایی، طیبه؛ راوری، علی؛ حنیفی، نسرین؛ میری، سکینه؛ حق‌دوست اسکویی، سیده فاطمه و میرزایی خلیل‌آبادی، صدیقه (۱۳۸۹). عوامل مرتبط با عود اعتیاد از دیدگاه مبتلایان به سوءمصرف مواد مخدر مراجعه‌کننده به مرکز ترک اعتیاد شهر رفسنجان. *نشریه پرستاری ایران*، ۲۳ (٦۷): ۵۸– ٤۹.

Amini, K. Amini, D. AFSHAR, M. & Azar, M. (۲۰۰٤). A study on social and environmental factors which made addicts to relapse into drug abuse in hamedan. *Journal Of Zanjan University Of Medical Sciences And Health Services*, ۱۱(٤٥), ٤۱-٤۷.

Anderson, K. G. Ramo, D. E. & Brown, S. A. (۲۰۰٦). Life stress, coping and comorbid youth: An examination of the stress-vulnerability model for substance relapse. *Journal of psychoactive drugs*, ۳۸(۳), ۲٥٥-۲٦۲.

Carroll, K. M. (۱۹۹٦). Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, ٤, ٤٦-٥٤.

Copeland, J. Swift, W. & Rees, V. (۲۰۰۱). Clinical profile of participants in a brief intervention program for cannabis use disorder. *Journal of substance abuse treatment*, ۲۰(۱), ٤٥-٥۲.

Daley, D. Marlatt, G. & Spotts, C. (۲۰۰۳). Relapse prevention: Clinical models and intervention strategies. *Principles of addiction medicine* (۳rd ed. pp. ٤٦۷٤٨٥). Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine.

Denis, C. Lavie, E. Fatseas, M. & Auriacombe, M. (۲۰۰٦). Psychotherapeutic interventions for cannabis abuse and/or dependence in outpatient settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, ۳.

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-04]

Galanter, M. & Kleber, H. D. (۲۰۰۸). The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment: American Psychiatric Pub.

http://www.parsine.com/fa/news/۹۱۸۵۳/.

Kadden, R. M. (۲۰۰۱). Behavioral and cognitive-behavioral treatments for alcoholism: research opportunities. *Addictive behaviors*, ۲٦(٤), ٤۸۹.

Khantzian, E. Dodes, L. Brehm, N. Lowinson, J. Ruiz, P. Millman, R. et al. (۲۰۰٥). Psychodynamics. Substance abuse: a comprehensive textbook. ٤th ed. *Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.*

Larimer, M. E. & Palmer, R. S. (۱۹۹۹). Relapse prevention: An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol research and Health*, ۲۳(۲), ۱٥۱-۱٦۰.

Litt, M. D. Kadden, R. M. & Stephens, R. S. (۲۰۰٥). Coping and self-efficacy in marijuana treatment: Results from the Marijuana Treatment Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, ۷۳(٦), ۱۰۱٥.

Maisto, S. A. & Connors, G. J. (۲۰۰٦). Relapse in the addictive behaviors: integration and future directions. *Clinical Psychology Review*, ۲٦(۲), ۲۲۹.

Maisto, S. A. Connors, G. J. & Zywiak, W. H. (۲۰۰۰). Alcohol treatment changes in coping skills, self-efficacy, and levels of alcohol use and related problems ۱ year following treatment initiation. *Psychology of Addictive Behaviors*, ۱٤(۳), ۲٥۷.

Marlatt, G. Gordon. JR (Eds). (۱۹۸٥). *Relapse prevention*: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors.

Marlatt, G. A. & Witkiewitz, K. (۲۰۰۲*). Harm reduction approaches to alcohol use:* Health promotion, prevention, and treatment. Addictive behaviors, ۲۷(٦), ۸٦۷-۸۸٦.

Marlatt, G. A. Witkiewitz, K. Dillworth, T. M. Bowen, S. W. Parks, G. A. Macpherson, L. M. et al. (۲۰۰٤). *Vipassana meditation as a treatment for alcohol and drug use disorders.* Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition, ۲٦۱-۲۸۷.

McHugh, R. K. Hearon, B. A. & Otto, M. W. (۲۰۱۰). Cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. The *Psychiatric Clinics of North America*, ۳۳(۳), ٥۱۱.

Mckee, S. A. Hinson, R. E. & Wall, A. M. (۱۹۹۸). Alcohol outcome expectancies and coping styles as predictors of alcohol use in young adults. *Addictive Behaviors*, ۲۳, ۱۷-۲۲.

Programme, U. N. I. D. C. Control, U. N. O. f. D. Prevention, C. Drugs, U. N. O. o. & Crime. (۲۰۰٤). World drug report (Vol. ۱): *United Nations Office on Drugs and Crime.*

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-04]

Tate, S. R. Wu, J. McQuaid, J. R. Cummins, K. Shriver, C. Krenek, M. et al. (۲۰۰۸). Comorbidity of substance dependence and depression: Role of life stress and self-efficacy in sustaining abstinence. *Psychology of Addictive Behaviors*, ۲۲(۱), ٤۷.

Washton, A. M. (۱۹۹۱). *Cocaine addiction:* Treatment, recovery, and relapse prevention: WW Norton & Company.

Witkiewitz, K. Marlatt, G. A. & Walker, D. (۲۰۰٥). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, ۱۹(۳), ۲۱۱-۲۲۸.

Witkiewitz, K. van der Maas, H. L. Hufford, M. R. & Marlatt, G. A. (۲۰۰۷). Nonnormality and divergence in posttreatment alcohol use: Reexamining the Project MATCH data "another way". *Journal of abnormal psychology*, ۱۱٦(۲), ۳۷۸.

Yan, Y. & Nabeshima, T. (۲۰۰۹). Mouse model of relapse to the abuse of drugs: procedural considerations and characterizations. *Behavioural brain research*, ۱۹٦(۱), ۱-۱۰.

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-04]

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-04]