

# تأثیر درمان ترکیبی خانواده درمانی، گروه درمانی و متادون درمانی بر بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد

فایق یوسفی<sup>۱</sup>

مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

مدیر آراسته

دانشیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

علیرضا ناظمی

روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی کردستان

میترا بهرامی

کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان

پذیرش: ۹۴/۲/۵

دریافت: ۹۲/۸/۱۲

## چکیده

**هدف:** این مطالعه با هدف تأثیر درمان ترکیبی خانواده درمانی، گروه درمانی و متادون درمانی بر بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد در مرکز درمانی آموزشی و پزشکی قدس انجام شده است.

**روش:** در این مطالعه ده نفر بیمار تحت درمان متادون در مرکز آموزشی درمانی و پزشکی قدس به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه، مصاحبه بالینی توسط روانپزشک، خانواده درمانی و گروه درمانی توسط روانشناس بالینی بوده است.

**یافته‌ها:** نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان داده است که درمان ترکیبی خانواده درمانی، گروه درمانی و متادون درمانی بر درمان اعتیاد بیماران مبتلا به سوء استفاده از مواد تأثیر داشته است.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده از این مطالعه، برنامه‌ریزی و انجام روش‌های درمانی فوق برای درمان بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد در مراکز روانپزشکی پیشنهاد می‌شود.

**واژگان کلیدی:** سوء مصرف مواد، گروه درمانی، خانواده درمانی، متادون درمانی.

## مقدمه

امروزه اعتیاد و سوء مصرف مواد از جمله مهمترین مسائل و مشکلات زندگی انسان‌ها می‌باشند (نویدیان، دواجی و بشر دوست، ۲۰۰۲). وابستگی به مصرف مواد بر همه جنبه‌های زندگی تأثیر می‌گذارد که در نتیجه آن سلامت فرد، زندگی خانوادگی، شغلی و روابط اجتماعی فرد نیز مختل می‌شود (نویدیان و همکاران، ۲۰۰۲، احمدی و محمدی، ۲۰۰۲).

در خصوص علل و عوامل گرایش به اعتیاد نظریه‌ها و تئوری‌های مختلفی وجود دارد. یکی از این نظریه‌ها نظریه بی‌هنجاری است که ریشه این تئوری در نظریات امیل دورکیم است در این نظریه به تضعیف معیارها و هنجارهای اجتماعی تکیه دارد که علل اعتیاد را در سستی ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی - فرهنگی می‌پردازد (باوی، ۱۳۸۸).

تئوری دیگری که به عوامل سبب ساز اعتیاد پرداخته است، تئوری یادگیری است. نظریه یادگیری تغییر در انسان‌ها را به دلیل اهمیت محیط‌ها مطرح می‌کند. در این دیدگاه، رفتار محصول تعامل مداوم متغیرهای شخصی و اجتماعی است (اتکینسون، ۱۳۸۰).

اعتیاد اثرات مخرب زیادی بر زندگی افراد دارد که از جمله آن می‌توان به عوارض و پیامدهای اعتیاد بر خانواده، خشونت علیه زنان اشاره کرد. برای مثال، در مطالعه‌ای گزارش شده است که میزان خشونت علیه زنان در بین مردان معتاد نسبت به افراد غیرمعتاد بیشتر است (نوابخش و قجاوند، ۱۳۸۵).

در واقع، اثرات خانواده بر سلامت روانی و آسیب‌های روانشناختی اعضا خانواده و همچنین بر پویایی و روابط بین فردی و در نهایت بر درمان و عود مجدد اعتیاد انکارناپذیر است (جانکه و هاگدور، ۲۰۰۶؛ کافمن و یوشیوک، ۲۰۰۵؛ سوییز، تاترای، بروکارت و بریک، ۲۰۰۴).

از دیگر عوارض و مشکلات مرتبط با مواد وضعیت سلامت روانی است. طوری که براساس نتیجه مطالعه‌ای، بیماران معتاد نسبت به افراد غیرمعتاد از سلامت روانی کمتری

برخوردارند به عبارت دیگر، اعتیاد عامل خطر اختلالات روانپزشکی است (محمدزاده گان، بکلو، هاشمی، و کیلی، ایرانی، ۱۳۹۳).

براساس مطالعه هادیان، نوری و ملکپور (۲۰۱۰)، در کشور ایران هر روز ۵۰۰ نفر از جوانان معتاد می‌شوند. و سالانه حدود ۸ درصد به مصرف کنندگان مواد مخدر در کشور اضافه می‌شود. به دلیل شیوع بالای اعتیاد در کشور و به خصوص در بین جوانان پیدا کردن درمان مناسب برای اعتیاد بسیار ضروری می‌باشد. یکی از اقدامات اساسی برای ترک اعتیاد درمان آن است که به طریق گوناگونی صورت می‌گیرد. با توجه به اینکه اعتیاد بیماری چند بعدی است که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی فرد را درگیر می‌کند درمان این بیماری نیز پیچیده است و هنوز روش‌های کامل برای درمان این بیماری وجود ندارد (هادیان و همکاران، ۲۰۱۰).

البته از بین روش‌های درمانی، برای درمان اعتیاد، می‌توان به خانواده درمانی و گروه درمانی اشاره کرد (استفانو چیدلو، روبرتو برینی، جیانی کامپازو، روبرتو ماز، ترجمه پیرمرادی، ۱۹۹۸).

استفانو و همکاران (۱۹۹۸) مراحل سبب‌شناسی اعتیاد را به هفت مرحله (۱- خانواده؛ ۲- زوجین؛ ۳- رابطه مادر و فرزند در ایام کودکی؛ ۴- بلوغ؛ ۵- گرایش و ابراز علاقه به پدر؛ ۶- تماس با مواد مخدر؛ ۷- واکنش‌های رفتاری اطرافیان در برابر عارضه) تقسیم نموده است. بر همین اساس مراحل درمانی نیز جهت درمان اعتیاد در نظر گرفته شده است. «خانواده درمانی» یک روش سیستماتیک مداخله درمانی است که هدف آن رفع اختلالات پیچیده و مسائل عاطفی در گروه خانواده است (استفانو و همکاران، ۱۹۹۸). در همین رابطه می‌توان به تئوری‌های خانواده درمانی اشاره کرد.

مطابق تئوری‌های خانواده درمانی بوئن<sup>۱</sup> (۱۹۷۸)، هیلی<sup>۲</sup>، پالونن<sup>۳</sup> (۱۹۶۷) و مینوچین<sup>۴</sup> (۱۹۷۴)، کارکرد خانواده به هم وابسته است. به عبارت دیگر، فرد مشکلات خانواده را منعکس می‌کند و خانواده نیز به همین شکل، یعنی کل اعضای خانواده اثر متقابل روی هم دارند. بر این اساس، اعتیاد نیز از این قاعده مستثنی نیست طوری که عضو معتاد بر شبکه خانواده تأثیر می‌گذارد و نوع رابطه و تأثیر مثبت و یا منفی اعضای خانواده بر عضو معتاد نیز قابل توجه می‌باشد (گودن<sup>۵</sup>، هری<sup>۶</sup>، شنفلد<sup>۷</sup>، و کلی<sup>۸</sup>، ۲۰۰۶).

روان‌شناسان سیستمی خانواده، همانند مینوچین (۱۹۷۴) و هیلی (۱۹۷۶)، وجود سلسله مراتب روشن و صریح درون خانوادگی را از مسائل ضروری در کارآمدی خانواده می‌دانند که این سلسله مراتب نقش مهمی در کارکرد خانواده و تأثیرات متقابل اعضای خانواده دارد.

در واقع، این تأثیر و تأثر شبکه روابط خانوادگی یکی از عواملی است که منجر به هم پاشیدگی نظام خانواده می‌شود و فرسودگی زناشویی را سبب می‌شود (یوسفی و باقریان، ۱۳۹۰). همچنین، می‌توان به عوامل دیگری اشاره کرد که تعارض و فشار و استرس است (هاشمی، شیخ شبانی، ارشادی و بذرافکن، ۱۳۹۰). در یک مطالعه خاطر نشان شده است که مداخلات آموزشی روانی گروهی می‌تواند کارایی خانواده را بالا ببرد (مجردی کاهانی و بهرامعلی قنبری هاشم آبادی، ۱۳۹۰).

در همین رابطه، مطالعه‌های دیگری نشان داده است تعارضات و کشمکش‌های درون خانواده از طریق مداخله مشاوره‌ای کاهش می‌یابد و از هم پاشیدگی نظام خانواده و طلاق پیشگیری می‌کند (مرادی اسمعیلی، شفیع آبادی و کیامنش، ۱۳۹۱).

- 
1. Bowen
  2. Haley
  3. Palonen
  4. Minuchin
  5. Godden
  6. Herie
  7. Shenfeld
  8. Kelly

در مطالعات مختلف اثربخشی روش‌های مختلف درمان اعتیاد بررسی شده و نتایج متفاوتی از اثربخشی روش‌های درمانی به دست آمده است، به عنوان مثال، در مطالعه‌ای، مشخص شد که وجود عضو وابسته به مواد تأثیر عمیقی بر افت کارکرد خانواده و تعامل بین اعضا به نسبت خانواده فاقد عضو وابسته به مواد دارد (شفیع آبادی، نوایی نژاد، فلسفی نژاد و نجفلوی، ۱۳۹۰).

از دیگر مداخلات درمانی در درمان اعتیاد می‌توان به گروه درمانی اشاره کرد. نتایج مطالعات نشان داده است که گروه درمانی یکی از مؤثرترین روش‌های درمانی برای درمان اعتیاد است و گروه خاصی است که اعضاء آن به منظور درمان گرد هم جمع شده‌اند (جی هیلی ۱۹۷۶ و اسکندر<sup>۱</sup> ۲۰۰۴ و لیدل<sup>۲</sup> ۲۰۰۴) و شامل رویکردهای رفتاری، شناختی رفتاری و روان پویشی است (لیدل، ۲۰۰۴).

در همین خصوص، نتیجه مطالعه‌ای نشان داده است که درمان گروهی به روش شناختی رفتاری نسبت به روان‌درمانی فردی در درمان اعتیاد مؤثرتر بوده است (شرباما<sup>۳</sup>، کلویگا<sup>۴</sup>، اسپیگا<sup>۵</sup>، کراسوب<sup>۶</sup>، میگتا<sup>۷</sup>، فینکبرینرا<sup>۸</sup> و گاسپارب<sup>۹</sup>، ۲۰۰۵).

یکی از روش‌های دیگر برای درمان و کاهش و کنترل اعتیاد درمان با متادون است. متادون یک آگنوسیت خالص و طولانی اثر است که برگیرنده‌های  $\mu$  تأثیر می‌گذارد و علائم ترک را برطرف می‌نماید (دستجردی‌زاده، ابراهیمی دهشیری، خلاصه زاده و احسانی، ۱۳۸۸).

- 
1. Schenker
  2. Liddle
  4. Scherbauma
  5. Speckaa
  6. Krauseb
  7. Mergeta
  8. Finkbeinera
  9. Gastparb

در مطالعه‌ای دیگری، مشخص شده است که درمان با متادون موجب می‌شود که میزان بازگشت مجدد به زندان در بین بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد بطور معنی داری کاهش یابد (مکینچی<sup>۱</sup>، مکالین<sup>۲</sup>، میدلونی<sup>۳</sup>، شیلد<sup>۴</sup> و ریچ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵). در همین رابطه نتایج مطالعه دیگری نشان نشان داده است که ۵۱/۷٪ از بیماران معتاد تحت درمان با متادون حداقل یک اختلال روانپزشکی داشته‌اند (روزن، لیدنسی<sup>۷</sup> و رینولد<sup>۸</sup>، ۲۰۰۸).

هدف اصلی این مطالعه تعیین تأثیر درمان ترکیبی خانواده درمانی، گروه درمانی و متادون درمانی بر درمان اعتیاد بوده است.

### روش

در این مطالعه ۱۰ نفر بیمار مذکر با دامنه سنی ۲۵ تا ۳۸ سال تحت درمان متادون در مرکز آموزشی، درمانی و پزشکی قدس به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. بدین صورت که از بین تعداد ۴۰ نفر معتاد تحت درمان متادون، تعداد ۱۲ نفر از آنان برای شرکت در گروه درمانی به شکل تصادفی ساده از روی لیست موجود افراد و خواندن شماره‌های تصادفی توسط منشی بخش، افراد نمونه انتخاب شدند. در نهایت، دو نفر از نمونه‌ها که تمایل به شرکت در مطالعه نداشتند از مطالعه حذف گردیدند.

لازم به توضیح است معیار ورود به مطالعه بیمارانی بود که معتاد به یکی از مواد اعتیادآور بودند و به مرکز آموزشی، درمانی و پزشکی قدس تحت بررسی و درمان بودند و معیار خروج از این مطالعه کسانی بود که علاقه و رضایت برای شرکت در مطالعه نداشتند.

- 
1. Mckinjie
  2. Macalini
  3. Medluny
  4. Shield
  5. Rich
  7. Lindsey
  8. Reynolds

جلسات گروه درمانی براساس مطالعه گلستانی (۱۳۷۸) در ۷ هفته به مدت ۱۴ جلسه یعنی هفته‌ای دو جلسه تشکیل و اجرا شد و هر جلسه به مدت ۱/۵ ساعت طول می‌کشید (کاپلان و سادوک، ۱۹۳۳، ترجمه ارجمند، رضاعی و فغانی جدید، ۱۳۸۹).

تعداد اعضای گروه گروه ۱۰ بودند و پروتکل جلسات درمانی مطابق مطالعه فوق به شرح ذیل بوده است:

جلسه اول: در خصوص منطق جلسات گروه و مفهوم رویکرد انگیزش و هدف درمان بحث شد.

جلسه دوم: در خصوص ماشه چکان‌ها و اینکه مراجعان چگونه بتوانند از این ماشه چکان‌ها اجتناب کنند و یا آنها را تغییر بدهند بحث شد.

جلسه سوم: در خصوص موقعیت‌ها و شرایط استرس‌آمیز که می‌توانند فرد را به سوی مواد سوق بدهند و شیوه‌های مقابله با آنها بحث شد.

جلسه چهارم: در خصوص کارهای کوچک که منجر به تغییر رفتار در فرد می‌شوند ولی ممکن است مراجع آنها را نادیده و مهم نداند بحث شد.

جلسه پنجم: در مورد شیوه‌های رابطه مؤثر و همچنین کنترل خشم بحث شد.  
جلسه ششم: درمانگر اعضای گروه را به تفکر در خصوص شرایطی که به آنها پیشنهاد مواد داده می‌شود ولی پیشنهاد فوق را رد می‌کنند بحث شد. در واقع آموزش جرأت‌آموزی به آنان داده شد.

جلسه هفتم: در خصوص بارش فکری در مورد گرایش به مواد و اینکه چگونه بتوانند با این گرایش‌ها مقابله کنند بحث شد.

جلسه هشتم: در خصوص تعارضات و ناکامی‌ها که منجر به گرایش به مواد می‌شود و راه‌های برطرف کردن آن بحث شد.

جلسه نهم: در خصوص وسوسه‌های گرایش به مصرف و راه‌های مقابله با آنها بحث شد.

جلسه دهم: در زمینه فعالیت‌های قلب و عروق پس از مصرف مواد بحث شد.



جلسه یازدهم: در خصوص مرور جلسات قبلی و اینکه کدام یک از آنها بیشتر به آنان کمک کرده که به سوی مواد نروند بحث شد.

جلسه: دوازدهم: در زمینه لغزش‌های احتمالی و اینکه لغزش به معنی شکست نیست و دیگر اینکه راه‌های کاهش و جبران لغزش‌ها بحث شد.

جلسه سیزدهم: در خصوص نقش بازدارنده مصرف مواد توسط شبکه‌های حمایتی مانند دوستان، خانواده، مدرسه و غیره بحث شد.

جلسه چهاردهم: در زمینه مواردی که در گذشته به علت مصرف مواد مورد غفلت قرار گرفته‌اند و راه‌های جبران آنها بحث شد.

ابزار گردآوری اطلاعات: ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه، مصاحبه بالینی توسط روانپزشک، خانواده درمانی و گروه درمانی توسط روانشناس بالینی بوده است. به عبارت دیگر، بیمارانی که در مرکز آموزشی پزشکی و درمانی قدس از طریق مصاحبه بالینی متخصص روانپزشکی تشخیص داده شده بودند، تحت مطالعه قرار گرفتند.

در این مطالعه، تعداد ۶۴ جلسه خانواده درمانی انجام شد به این صورت که ۱۰ خانواده هر کدام ۸ جلسه در نظر گرفته شد که جمعاً ۸۰ جلسه می‌شد ولی در مرحله اجرا به علت عدم همکاری و یا غیبت تعدادی از خانواده‌ها برای شرکت در جلسات، ۶۴ جلسه براساس پروتکل (غفاری رفیعی و ثنایی ذاکر، ۱۳۸۸) ذیل تشکیل شد.

جلسه اول: آشنایی با اعضا خانواده و شناخت وضعیت دموگرافیک آنها.

جلسه دوم: ارزیابی ژنوگرافی اعضا و نقش الگوهای آنها.

جلسه سوم: بررسی تمایز یافتگی و جدایی افکار از رفتار و احساس اعضا خانواده نسبت به همدیگر.

جلسه چهارم: آشنا کردن اعضا نسبت به وابستگی و چگونگی بهبود آنها.

جلسه پنجم: آشنایی خانواده با مفاهیم مثلث سازی و نظام عاطفی خانواده هسته‌ای و

تأثیر آن‌ها در ایجاد و تداوم مشکل.

جلسه ششم: آشنایی خانواده با مفاهیم فرافکنی خانوادگی و گسلس عاطفی و تأثیر خانواده‌ها در مشکلات.

جلسه هفتم: آشنایی اعضاء با وضعیت همشیرها و فرآیند انتقال چند نسلی.

جلسه هشتم: مروری بر تمامی جلسات و وضعیت راهبردهای نهایی برای بهبود.

همچنین در طول مرحله درمان، ۸۰ جلسه معاینه روانپزشکی و ۷۲ جلسه مددکاری توسط مددکار اجتماعی انجام شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های این مطالعه، از آنجا که توزیع نرمال نداشتند، از آزمون آماری ویلکاکسون که آمار غیرپارامتریک است، برای مقایسه وضعیت روانشناختی و سوء مصرف مواد قبل و بعد نمونه‌های مورد مطالعه استفاده شد.

جدول ۱. توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک خانواده افراد مورد مطالعه

متغیرها	فراوانی	درصد
<b>سن</b>		
۲۵ سال	۳	۳۰
۲۷ سال	۲	۲۰
۳۰ سال	۳	۳۰
۳۸ سال	۲	۲۰
<b>تحصیلات</b>		
راهنمایی	۵	۵۰
دبیرستان	۴	۴۰
کارشناس	۱	۱۰
<b>شغل</b>		
بیکار	۵	۵۰
کارمند	۱	۱۰
شغل آزاد یا به شکل پاره وقت	۴	۴۰

<b>سابقه اعتیاد به سال</b>		
۲	۱	۱۰
۳	۱	۱۰
۴	۱	۱۰
۶	۲	۱۰
۷	۲	۲۰
۸	۱	۱۰
۱۵	۱	۱۰
۱۹	۱	۱۰
<b>سابقه زندانی بودن به سال</b>		
۱	۲	۲۰
۲	۲	۲۰
۳	۲	۲۰
۴	۱	۱۰
۵	۱	۱۰
۶	۱	۱۰
۸	۱	۱۰
<b>سابقه سرقت، جعل و کارهای خلاف قانون</b>		
یک بار	۴	۴۰
دو بار	۵	۵۰
سه بار	۱	۱۰
<b>سابقه روابط نامشروع</b>		
دارد	۷	۷
ندارد	۳	۳۰

آشنایی خانوادگی		
دارد	۷	۷۰
ندارد	۳	۳۰
	قبل از مداخله (تعداد و درصد)	بعد از مداخله (تعداد و درصد)
<b>اعتیاد</b>		
وجود	۱۰ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰٪)
ترک	۱ (۱۰)	۹ (۹۰)
<b>مشکلات روانشناختی (افسردگی و اضطراب)</b>		
وجود	۱۰ (۱۰۰)	۲ (۲۰)
درمان	۲ (۲۰)	۸ (۸۰)
<b>مشکلات خانوادگی</b>		
وجود	۷۰ (۷۰)	۳ (۳۰)
عدم	۳ (۳۰)	۷ (۷۰)

با توجه به نتایج به دست آمده از این مطالعه، بیشترین فراوانی سنی مربوط به سن ۲۵ و ۳۰ سال بود. ۵۰ درصد از افراد مورد مطالعه تحصیلات در حد راهنمایی داشتند و ۵۰ درصد افراد بیکار بودند (جدول ۱).

تمام بیماران تحت بررسی در بدو شروع درمان، علائمی به شکل غمگینی، یأس، ناامیدی، ترس و اضطراب، پرخاشگری و عصبانیت، مشکل خانوادگی، بیقراری، وسوسه شدن به مواد و

همچنین ۳/۳۳٪ از آنان مشکلات قانونی مانند سرقت، مشکلات اخلاقی و دزدی داشتند (جدول ۱).

لازم به توضیح است که پس از اتمام مرحله درمان، ۸۰٪ از علائم و عوارض مطرح شده برطرف گردید (جدول ۳) و از مجموع ۱۰ نفر تحت درمان فقط یک نفر از آنان بازگشت به مواد داشت که آن هم به علت تنش و درگیری شدید ناشی از مشکلات قانونی بود که برایش پیش آمد به طوری که با قرار ضمانت موقت از زندان آزاد گردید (جدول ۱).

جدول ۲. تاثیر ترکیب خانواده درمانی، گروه درمانی و متادون درمانی بر وابستگی به مواد افراد

مورد مطالعه با استفاده از روش ویلکاکسون

متغیر	تعداد	میانگین رتبه‌ها	جمع رتبه‌ها	Z	سطح معنی داری
ترکیب خانواده درمانی، گروه درمانی و متادون درمانی	۱۰	۲۵۰	۱۰	۲۰۰	≤.۰۴

همچنین نتایج نشان داد که روش درمانی ترکیبی خانواده درمانی، گروه درمانی و متادون درمانی بر درمان اعتیاد در معتادان شهرستان سنندج مؤثر بوده است (جدول ۲).

### نتیجه گیری

هدف از اجرای این مطالعه، تأثیر روش ترکیبی خانواده درمانی، گروه درمانی و متادون درمانی در درمان سوء مصرف مواد بوده است. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که این روش درمانی ترکیبی در درمان اعتیاد مؤثر بوده است. با توجه به نتایج به دست آمده، افراد مورد مطالعه قبل از مداخله نشانگان افسردگی و اضطراب را داشتند که بعد از دوره درمان، نشانگان فوق برطرف گردیدند که با نتایج به دست آمده از مطالعات دیگر همخوانی دارد (خیاطی پور و همکاران، ۱۳۸۹). لذا، به نظر می‌رسد که ارائه خدمات روانپزشکی و روانشناسی جهت کاهش علائم اختلالات روانپزشکی در درمان اعتیاد حائز اهمیت است. اعتیاد اعتماد به نفس و

مسئولیت‌پذیری و واقع‌نگری را در بین افراد مبتلا کاهش می‌دهد طوری که آنان خلاف موازین اخلاقی و قانونی حرکت خواهند کرد. و در بخش مربوط به نتایج به آن‌ها اشاره رفته است. با توجه به نتایج این مطالعه مقایسه روش‌های ترکیبی گروه درمانی، خانواده درمانی، با متادون به تنهایی، رابطه معنی‌دار وجود داشته است، به طوری که روش‌های ترکیبی در کنترل و بهبود اعتیاد مؤثرتر از روش متادون به تنهایی بوده است و روش درمانی ترکیبی گروه درمانی با خانواده درمانی در درمان اعتیاد اثربخش‌تر بوده است. مطالعات دیگری، تأثیر گروه درمانی و خانواده درمانی را بر روی درمان اعتیاد بررسی کرده‌اند که نتایج آنها مشابه یافته‌های حاصل از این مطالعه بوده است بدین صورت که در همه این مطالعات گروه درمانی و خانواده درمانی به عنوان روش‌های مؤثر در درمان اعتیاد بوده انداشنکیر و میایومک، ۲۰۰۴، ناتشا، سلسنیک و جیلان، ۲۰۰۵، جوهان، کاری، کارین و ویلس، ۲۰۰۱ و خیاطی پور و همکاران، ۱۳۸۹).

از سوی دیگر، با توجه به اینکه اعتیاد یک بیماری چند بعدی است لذا، به نظر می‌رسد که یک رویکرد درمانی چندوجهی و ترکیبی کارایی بیشتری در درمان اعتیاد داشته باشد. با توجه به این نکته که خانواده به عنوان یک سیستم مطرح است و اجزاء این سیستم بر یکدیگر تأثیر متقابل دارد بنابراین، بدون دخالت اعضاء خانواده و خانواده درمانی نمی‌توان انتظار داشت که بیمار معتاد درمان شود (بوئن، ۱۹۷۸؛ هیلی، پالونز، ۱۹۶۷ و مینوچین، ۱۹۷۴).

برای توجیه و تبیین تأثیر روش ترکیبی خانواده درمانی، گروه درمانی و متادون درمانی در درمان اعتیاد می‌توان به نقش این روش‌های درمانی اشاره کرد. مثلاً توزیع ساختار قدرت در نظام خانواده خیلی مهم است. در طول تاریخ این نقش‌ها تغییر کرده است، قدرت در خانواده گاه به مرد و گاهی به زن تفویض شده و پدرسالاری و مادرسالاری شکل گرفته است. در گذر زمان، پدر یا مادر نقش‌های متنوعی یافتند و به تبع آن، قدرتی عظیم را از آن خویش ساختند. توجه به این نقش‌ها و همچنین پویایی خانواده در فرایند درمان اعتیاد مهم و قابل توجه است. (ساروخانی، ۱۳۸۴). از طرف دیگر، همانطوری که در قسمت مقدمه این مقاله اشاره رفته است، به غیر از کارایی روش خانواده درمانی در درمان اعتیاد، گروه درمانی با رویکرد شناختی-

رفتاری نسبت به روان‌درمانی فردی تاثیر بهتری در درمان اعتیاد داشته است (شرباما و همکاران، ۲۰۰۵). به نظر می‌رسد که یکی از دلایل این اثر، این باشد که در گروه درمانی، گروه خاصی تحت درمان قرار می‌گیرند که اعضاء آن به منظور درمان گرد هم جمع شده‌اند و به کمک و هدایت گروه درمانگر و در راستای رسیدن به هدف و ترک اعتیاد بیماران گام‌های مؤثری برداشته می‌شود (جی هیلی، ۱۹۷۶، اسکندر ۲۰۰۴ و لیدل ۲۰۰۴).

نکته دیگری که حائز اهمیت است در درمان اعتیاد توجه به عامل زیستی است. در این راستا متادون درمانی جایگاه خاصی دارد چرا که متادون یک آگنوسیت خالص و طولانی اثر است که بر گیرنده‌های  $\mu$  تأثیر می‌گذارد و علائم ترک را برطرف می‌نماید (دستجردی زاده و همکاران، ۱۳۸۸). نتایج مطالعات نیز حاکی از این مسأله بوده است که این روش درمانی، بر درمان اعتیاد مؤثر بوده است (روزون و همکاران، ۲۰۰۸ و مکینجی و همکاران، ۲۰۰۵).

در پایان لازم است اشاره شود که این مطالعه محدودیت‌های نیز داشته است. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به این مورد اشاره کرد که به دلیل اینکه بعد از انجام این مطالعه پیگیری (Follow up) انجام نشد میزان بازگشت یا عود به اعتیاد در این افراد مورد بررسی قرار نگرفت و معلوم نشد که چند نفر بر درمان و ترک اعتیاد خود مانده و چند نفر عود داشته‌اند.

در نهایت، با توجه به اینکه نتایج به دست آمده از این مطالعه تأثیر مداخلات خانواده درمانی و گروه درمانی بر درمان و یا کاهش سوء مصرف مواد را تأیید کرده است لذا پیشنهاد می‌شود در مراکز و درمانگاه‌های روانپزشکی و روانشناسی برای درمان بیماران دارای سوء مصرف مواد از این مداخلات استفاده شود.

در پایان این پژوهش از ستاد مبارزه با مواد مخدر استان کردستان جهت تصویب این طرح تحقیقاتی تشکر و قدردانی می‌شود.

### منابع فارسی

استفانو چیدلو، روبرتو، برینی، جیانی کامپازو و روبرتو مازا. (۱۹۹۸). اعتیاد به مواد مخدر در آینه روابط خانوادگی، ترجمه سعید پیر مرادی. تهران: مؤسسه انتشارات همام.

اتکینسون ریتال. و همکاران. (۱۳۸۰). زمینه روانشناسی جلد دوم. ترجمه محمد تقی براهنی و همکاران. تهران: انتشاران رشد.

باوی ساسان. (۱۳۸۸). اعتیاد (انواع مواد، سبب شناسی، پیشگیری، درمان). اهواز: دانشگاه آزاد اسلامی.

جی هی لی. (۱۹۷۶). روان‌درمانی خانواده، ترجمه باقر ثنائی. تهران: انتشارات امیرکبیر.

حسن، آبادی و محدثی. (۱۳۸۸). اعتیاد زنان در گروه درمانی. مجله تازه‌های روان‌درمانی. ۱۳ ( ۴۹ و ۵۰).

خیاطی پور، عاطفه؛ قربان شیروودی، شهره و خلعتبری جواد. (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی درمان ترکیبی شناختی- رفتاری در گروه‌های اجتماع مدار و معتادان گمنام برگرایش به مصرف مواد افیونی، مجله علمی پزشکی، ۹، ۶).

دستجردی زاده، ابراهیمی دهشیری، خلاصه زاده و احسانی. (۱۳۸۸). بررسی تأثیر داروی متادون بر کاهش رفتارهای پرخطر. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، ۱۸(۳): ۲۱۵-۲۱۹.

غفاری، رفیعی و ثنائی ذاکر. (۱۳۸۸). اثربخشی خانواده درمانی سیستمی بوئن بر تمایزیافتگی و کارکرد خانواده‌های دارای فرزند معتاد. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، ۳ (۱۰): ۱۹-۲۹.



رسولی، آزاد، قنبری، هاشم، آبادی و طباطبایی (۱۳۸۸). تأثیر گروه درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر مردان وابسته به مواد افیونی با همبودی اختلال افسردگی اساسی. مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی. ۱۱(۳): ۲۰۴-۱۹۵.

ساروخانی، باقر (۱۳۸۴). زن، قدرت و خانواده: پژوهشی در جایگاه زن در هرم قدرت در خانواده. پژوهش زنان، ش ۱۲، ص ۲۹-۵۰.

شفیع آبادی، نوابی نژاد، فلسفی نژاد و نجفلوی (۱۳۹۰). مقایسه الگوی تعاملات خانوادگی دارای عضو وابسته به مواد و عادی و ارائه راهبردهای مداخله‌ای. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده. ۱(۸۲): ۲۸۳-۲۶۳.

مرادی، اسمعیلی، شفیع آبادی و کیامنش (۱۳۹۱). اثربخشی الگوی یکپارچه پیشگیری از طلاق بر کیفیت از زندگی و انصراف از طلاق زوجین در آستانه طلاق. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده. ۲(۴): ۵۱۸-۵۰۱.

مجرد کاهانی و قنبری هاشم آبادی (۱۳۹۰). ارزیابی اثربخشی مداخلات آموزشی روانی گروهی بر عملکرد خانواده بیماران مبتلا به اختلالات خلقی. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده. ۱(۳): ۳۳۳-۲۰۴.

کاپلان و سادوک (۱۹۳۳) دستنامه روان پزشکی بالینی [ترجمه ارجمند، رضاعی و فغانی جدید، ۱۳۸۹]. تهران: انتشارات ارجمند.

گلستانی فاطمه (۱۳۸۷). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر در پیشگیری از عود در معتادان به مواد مخدر مرد شهر کرمان. فصلنامه اعتیاد پژوهی ۲(۸): ۷۰-۸۳.

محمدزاده گان، بکلو، هاشمی، وکیلی، ایرانی (۱۳۹۳). مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی در افراد وابسته به مواد و افراد سالم. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۲(۸): ۵-۳۲.

نوابخش مهرداد و قجاوند کاظم (۱۳۸۵). بررسی عوامل مؤثر بر خشونت مردان معتاد علیه زنان باردار. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۸(۳۱): ۱۳۳-۱۱۹.

یوسفی ناصر و باقریان (۱۳۹۰). بررسی ملاک‌های همسرگزینی و فرسودگی زناشویی به عنوان متغیرهای پیشین زوجین متقاضی طلاق و مایل به ادامه زندگی مشترک. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده. ۱(۳): ۲۸۴-۳۰۱

هاشمی شیخ شبانی، ارشادی و بذرافکن. (۱۳۹۰). تحلیل ساختاری تعارض کار- خانواده با خشنودی شغلی و سلامت روانی. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده. ۱(۳): ۳۴۹-۳۶۵.

### منابع لاتین

- Ahmadi, J. and F. Motamed.(2002). *Treatment success rate among Iranian opioid dependents*. Addict Disord Their Treat. 13: 99-103.
- Afghah, S. and A.R. Khalilian.(1996). *Survey of factors related to opioid dependency in Mazandaran province*. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 6(12): 29-35.
- Bowen M.(1978). *Family Therapy in Clinical Practice*. New York, Jason Aronson.
- John. F. Curry and Karen. C. Wells.(2001). *Group And Family Cognitive Behavior Therapy For Adolescent Depression And Substance Abuse: A Case Study*. Cognitive and Behavioral Practice. 8: 367-376.
- Hadiyan Mobarake, R., A. Nuri, and M. Malekpur.(2010). *Psychodrama and Addiction*. Journal of news in sychotherapy (Hypnotism), 16((55-56)): 47-66.
- Herie, M., Godden, T., Shenfeld, J., and Kelly, C. (2007). *Addiction: An information guide*. Centre for Addiction and Mental Health, Canada.
- Hurley JR, Palonen DJ.(1967). *Marital satisfaction and child density among university parents*. Journal of Marriage and the Family 29:483-484, 1967.
- Junke, G.A., & Hagedorn, W.B. (2006). *Counseling addicted families: a integrated assessment and treatment model*. Routledge: Taylor & Francis group.
- Liddle.(2004). *Early intervention for adolescent substance abuse: Pretreatment to post treatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment*. Journal of Psychoactive Drugs 36(1): 49-63.
- Kaufman, E & Yoshioka.M. (2005). *Substance abuse treatment and family therapy: A treatment improvement protocol (TIP 39)*. Rockvill, MD20857.

- Natasha. Slesnick and Jillian. L. Prestopnik, Ecologically based family therapy outcome with substance Abusing runaway adolescents. Journal of Adolescence, 2005. 28 p. 277-298.
- Mckinjie M, Macalini G, Medluny C, Shield DC, Rich JG.(2005). Opiate replacement therapy at time of release from incarceration. J Opioid Manag.;1(3):147-51 5.
- Minuchin S.(1974). Families and Family Therapy. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Rosen , Lindsey Smith and C Reynolds III,M.D .(2008). The Prevalence of Mental and Physical Health Disorders Among Older Methadone Patients. American Journal of Geriatric Psychiatry. 16(6): 433-522.
- Schenker and M. Minayomc, The importance of family in drug abuse treatment: A literature review. Cad Saudi Publica, 2004. 20(3): p. 645-59.
- Soyes, V., Tatrai. H. Broekaert, E., & Bracke, R. (2004). The implementation of cintexual therapy in the therapeutic community for substance abuser: a case study. Journal of Family Therapy, 26, 286-305.
- Scherbauma, N., Kluwiga, J., Speckaa, M., Krauseb, D., Mergeta, B., Finkbeinera, T.,& Gastparb, M.,(2005).” Group Psychotherapy for Opiate Addicts in Methadone Maintenance Treatment – A Controlled Trial”. European Addiction Research.;11:pp163- 171.