



دانشگاه پیام نور - تهران جنوب

دانشکده علوم انسانی

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی

عنوان : بررسی اثربخشی مداخله ی شناختی - رفتاری مارلات با اثربخشی مداخله
گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییربر میزان بهبود، اطاعت درمانی و پیشگیری
از بازگشت روی بیماران مرد وابسته به کراک

استاد راهنما : دکتر محمد اورکی

استاد مشاور: دکتر مهدی دهستانی

پژوهشگر : ساناز خدادوست

شماره دانشجویی : ۸۷۰۰۰۱۳۷۶

سال ۱۳۹۱





جمهوری اسلامی ایران
وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

مجمع علوم انسانی



دانشگاه شهید بهشتی
دانشگاه پیام نور استان تهران
انتم علی ذلک انجز العاقبه والنسر

شماره
تاریخ
پیوست

تصویب نامه

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی گرایش عمومی
تحت عنوان:

بررسی اثر بخشی مداخله شناختی-رفتاری مبتنی بر مراحل تغییر با اثر بخشی الگوی مارلت بر میزان بهبود اطاعت دردهانی و پیشگیری از بازگشت روی بیماران وابسته به کراک

نام خانوادگی: خدادوست
شماره پروژه: ۶۶۹۸
تاریخ دفاع: ۹۱/۰۴/۲۹
نمره: ۱۹/۱۸
نام: سانا
شماره دانشجویی: ۸۷۰۰۰۱۳۷۶
ساعت: ۱۳-۱۴:۳۰
درجه ارزشیابی: عالی

هیات داوران:

داوران	نام	نام خانوادگی	کد استادی	مرتبۀ علمی	امضاء
راهنما	محمد	اورکی	۴۰۳۴۸۵	استاد	
راهنمای دوم	.	.	.	.	.
مشاور	مهدی	دهستانی	۴۰۱۲۰۷	استاد	
مشاور دوم	.	.	.	.	.
داور	احمد	علیپور	.	.	.
داور دوم	گیتی	همتی راد	.	استاد	

تهران، خیابان استاد نجات الهی
نرسیده به خیابان کریمخان زند
چهارراه سینده پلاک ۲۳۳
تلفن: ۸۸۸۰۱۰۹۰
دورنگار: ۸۸۸۹۰۵۳۶

WWW.TPNU.AC.IR
ensani@tpnu.ac.ir

به نام پروردگاری که آفرید، آفرید چونان شمایی را

*** تقدیم به مادر بزرگ و پدر بزرگم...

که هر چند در بین ما نیستند اما هنوز هم از صفای وجودشان خانه ما گرم صمیمیت و عشق است، روح

شان شاد، یادشان گرامی

*** و تقدیم به پدر و مادر عزیزم.....

که قشنگ ترین معجزه زندگی من هستند

*** تقدیم به خواهر و برادر گرامیم.....

که تنها وجودشان در کنار من باعث خوشبختی و مسرت است

سپاسگزاری

جا دارد در اینجا از استادان عزیز و گرانقدر جناب آقای دکتر محمد اورکی که با حوصله و درایت مرا در تمام مراحل انجام پروژه حاضرهمراهی کرده و با آرامش خطاهای مرا گوشزد و اصلاح نمودند؛ همچنین جناب آقای دکتر مهدی دهستانی که با دانش سرشارشان مرا مورد الطاف و راهنمایی خود قرار دادند تشکرو قدردانی نمایم.

از دوست عزیزو مهربانم آرزوآهنگی و خانواده محترمشان و همچنین خانم شهره بیات که همکاری با ایشان به هنگام انجام این پروژه باعث افتخار و خوشوقتی من شد سپاسگزارم. همچنین مراتب سپاس خود را به جناب آقایان دکتر شهرکی، مجید قربانی، دکتر ملیحی ذاکرینی، دکتر حاجی رسولی و تمام اساتیدی که در انجام این پروژه مرا کمک و همراهی نمودند، تقدیم می کنم.

در آخر جا دارد از پرسنل گرامی کلینیک ترک اعتیاد جمعیت آفتاب علی الخصوص سرکارخانم مشایخی و همچنین مسئولین محترم ستاد مبارزه با مواد مخدرتشکرکنم.

چکیده :

هدف : هدف این پژوهش بررسی اثربخشی مداخله‌ی شناختی - رفتاری مارلات با اثربخشی مداخله‌ی گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییربر میزان بهبود، اطاعت درمانی و پیشگیری از بازگشت روی بیماران مرد وابسته به کراک در مقایسه با بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون بود.

روش : در یک طرح آزمایشی، ۴۵ بیمار مرد، باتشخیص وابستگی به کراک بر پایه‌ی معیارهای DSM-IV-TR، پس از سم زدایی انتخاب و برحسب تصادف در دو گروه آزمایشی (گروهی با مداخله‌ی گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر و گروه دیگر با مداخله‌ی شناختی - رفتاری مارلات) و یک گروه در لیست انتظار جای داده شدند. برای گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر ۱۶ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای و در مجموع ۲۴ ساعت، برای گروه مداخله‌ی شناختی - رفتاری مارلات ۱۲ جلسه‌ی ۱۲۰ دقیقه‌ای و در مجموع ۲۴ ساعت، بصورت گروهی تحت درمان قرار گرفتند. آزمودنی‌ها به کمک مصاحبه ساختاریافته OTI و پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-۲۸، پیش از آغاز درمان، پس از پایان جلسات آموزشی و پایان مرحله پیگیری ۳ ماهه، پس از درمان گروهی ارزیابی شدند. داده‌ها به کمک روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون‌های دو تحلیل شدند.

یافته‌ها : نتایج نشان داد که هر دو روش گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر و مداخله‌ی شناختی - رفتاری مارلات در میزان بهبودی ($\text{sig} = 0/0001$)، افزایش پیشگیری از بازگشت ($\text{sig} = 0/0001$)، افزایش اطاعت درمانی و باقی ماندن در درمان ($\text{sig} = 0/0001$) در سطح معناداری ($P < 0/05$) در بیماران مرد وابسته به کراک از متادون درمانی به تنهایی اثربخش تر هستند.

نتایج : به نظرمی رسد بکارگیری گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر و مداخله‌ی شناختی - رفتاری مارلات نسبت به متادون درمانی تنها در میزان بهبودی، پیشگیری از بازگشت و اطاعت درمانی بیماران مرد وابسته به کراک موثرتر هستند.

کلید واژه‌ها : گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر، مداخله‌ی شناختی - رفتاری مارلات، میزان بهبودی، اطاعت درمانی، پیشگیری از بازگشت، وابستگی به کراک، درمان نگهدارنده متادون

۸	فصل اول
۹	مقدمه
۹	بیان مساله
۱۵	اهمیت و ضرورت تحقیق
۱۹	هدف های پژوهش
۲۰	فرضیه پژوهش
۲۰	متغیرهای پژوهش
۲۴	فصل دوم
۲۵	پیشینه نظری
۲۶	مقدمه
۲۶	مفهوم شناسی اختلالات مصرف مواد
۳۲	طبقه بندی مواد
۳۹	تنبیین های علت شناسی اختلالات مصرف مواد
۴۳	رویکرد های پیشگیری از اختلالات مصرف مواد
۴۵	مشکل اساسی در درمان اعتیاد
۴۹	مروری بر روان درمانی اختلالات وابسته به مواد
۵۱	سازوکارهای روان درمانی اختلالات مصرف مواد
۵۲	رویکردهای عمده روان درمانی معاصر
۶۹	پیشینه تجربی تحقیق
۷۶	فصل سوم
۷۷	طرح کلی پژوهش
۷۸	آزمودنی های پژوهش
۷۹	روش گردآوری اطلاعات
۷۹	ابزار پژوهش
۸۶	روش تحلیل داده ها
۸۷	رعایت ملاحظات اخلاقی
۸۹	فصل چهارم
۹۰	یافته های پژوهش
۹۱	داده های جمعیت شناختی
۹۶	یافته های اصلی
۹۸	آزمون فرضیه ها
۱۰۵	فصل پنجم
۱۰۶	بحث و نتیجه گیری
۱۰۸	محدودیت های پژوهش
۱۰۹	پیشنهادات
۱۰۹	پیشنهاد کاربردی
۱۰۶	منابع

فصل اول

۱- ۱ مقدمه

سابقه استعمال موادمخدر به قدمت زمانی که بشر به خواص طبی برخی از گیاهان روی آورد و متوجه تغییر احساسات و هیجانات پس از مصرف آن ها شد برمی گردد. بتدریج سوء مصرف مواد جزئی از اسلوب زندگی شد. برخی از مواد مثل مواد مخدر، الکل، سیگار، حشیش، کوکائین و... ماندگاری، مقبولیت و شیوع بیشتری پیدا کردند.

تقریباً همه مردم یک یا چند مشروب الکلی مصرف می کنند که بردستگاه عصبی مرکزی تأثیری گذارد، رنج جسمی و روانی را تسکین می دهد یا ایجاد وجد و سرخوشی می کند. با وجود پیامدهای زیانباری که مصرف چنین موادی برای بدن دارد، اثرات اولیه آن ها معمولاً خوشایند است و همین عاملی است که شاید ریشه اختلالات مربوط به مواد^۱ باشد.

امروزه بحران دیرپای اعتیاد موجب نگرانی جهانیان شده است. متأسفانه علی رغم تلاش فراوان جامعه علمی، هنوز درمان مناسبی که بتواند مانند درمان های فیزیولوژیکی مثرتر باشد شناخته نشده است، که البته علت این امر به سادگی قابل تبیین است، و آن این است که اعتیاد از جمله بیماری هایی است که در واقع بیان کننده وجود سه قطب، زیستی، روانی، اجتماعی است لذا برای درمان آن نیاز به درمان هایی است که بتواند این قسمت های مختلف را تحت الشعاع قرار دهد. ساده اندیشی است اگر تصور کنیم مبارزه با این سرطان اجتماعی بدون تسلط بر همه جوانب اعتیاد امکانپذیر است: تصور اغلب افراد وابسته به مواد و خانواده های آن ها از ترک مواد مخدر منحصربه سم زدایی است که درصد کمی از روند درمان را شامل می شود و از توانبخشی شناختی، رفتاری و هیجانی که مشکل اصلی چنین افرادی است غافلند، با توجه به این دیدگاه وجود منابع علمی در زمینه پیشگیری، شناخت و درمان اعتیاد (بخصوص با توجه به بازار مکاره ای که درمان اعتیاد به موادمخدر در کشور ما دارد) بسیار ضروری به نظر می رسد.

۲- بیان مساله

مساله موادمخدر یکی از مسائل مهم و جدی در سطح بین المللی است که از جنبه های مختلف اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فیزیولوژیک نگاه های مختلفی را به خود معطوف کرده است. متأسفانه امروزه بالغ بر ۶۰ درصد از فضای زندان های کشور، را معتادان و مجرمین مواد مخدر اشغال نموده و انرژی زیادی را از کشور (در بخش های گوناگون) مصروف خود ساخته اند و همین مساله در بروز ناامنی ها بی تأثیر نبوده و نیست. از نظر بهداشتی یکی از عوامل اصلی شیوع و بروز امراض مسری هم چون ایدز، سل، هپاتیت و غیره ناشی از سوء مصرف مواد است که نه تنها سلامتی خود آن ها بلکه سلامت کل جامعه را مورد تهدید جدی قرار داده است (نظری، ۱۳۷۸)؛ در خصوص فراوانی

^۱ Substance – related disorder

مصرف مواد مخدر و اعتیاد آور در جوامع و کشورهای مختلف آمارهای متفاوتی از طرف سازمان های مختلف ارائه شده است ولی آن چه مسلم است این است که شیوع واقعی مصرف این مواد، در جوامع مختلف مشخص نیست. جداسازی الکلونیدها ی مخدر فعال و عرضه سرنگ تزریقی باعث ترویج مواد مخدر در دنیا گردید. تاکنون چندین اپیدمی مصرف مواد مخدر در ایالات متحده آمریکا افتاده است که اولین آن ها بعد از جنگ های داخلی بود. تا حوالی دهه ۱۹۰۰ میلادی تعداد معتادان در آمریکا حدود ۴ هزار نفر بود، با این وجود این مسئله یک قضیه ی جدی به حساب می آمد و موجب تصویب قانونی برای مواد مخدر درست قبل از جنگ جهانی اول گردید. اپیدمی جدید مصرف مواد مخدر که از حدود سال ۱۹۶۴ آغاز گردیده تاکنون ادامه داشته و هر روز بر شدت آن افزوده شده است به طوری که مصرف بعضی از مواد مخدر نسبت به آن سال ۲۰ برابر شده است: آمار معتادان به مواد مخدر در انگلستان در سال ۲۰۰۰ میلادی ۱۲۰،۰۰۰ نفر گردیده است و بعبارتی مشکلات ابتلاء به مواد مخدر و اعتیاد به مواد مخدر در کشور انگلستان بسیار کمتر از آمریکا می باشد ولی همین تعداد مبتلا به اعتیاد، کانونی جهت انتشار ویروس ایدز/HIV در این کشور محسوب می شود. آنتی ژن هپاتیت (HBSAG) در ۱۰٪ بیماران معتاد یافت شده و بیوپسی کبد در ۲۵٪ معتادان غیر طبیعی می باشد. در سمینار بررسی مسائل مربوط به اعتیاد و مواد مخدر که در مرداد ماه ۱۳۶۱ در تهران برگزار شد، تعداد معتادان ایران قریب به ۱ میلیون نفر اعلام شد که سالانه رقمی افزون بر ۳۶۰ میلیارد تومان مواد مخدر مصرف می کردند. این در حالی است که بودجه دولت برای سال ۶۲ بالغ بر ۳۵۳ میلیارد تومان (در شرایط جنگ) پیشنهاد شده بود. در ایران بعد از انقلاب تعداد معتادان به بیش از ۲ برابر افزایش یافته است - تعداد معتادان در ایران در سال ۱۳۹۰ یک میلیون و ششصد هزار نفر برآورد شده است. جمهوری اسلامی ایران با داشتن ۱۵ همسایه، پس از کشورهای فدراتیو روسیه و چین بیشترین تعداد همسایگان خارجی را دارد. چنین موقعیتی در عین داشتن وجه مثبت متعدد، فضای سرزمینی ایران را برای ورود مواد مخدر به داخل و همچنین ترانزیت مواد به کشورهای دیگر مستعد کرده است. از همین روست که ایران همواره به عنوان مناسب ترین کشور جهت ترانزیت مواد، مورد توجه قاچاقچیان بوده است. با توجه به طولانی بودن مرزهای شرقی ایران با دو کشور افغانستان و پاکستان (نزدیک به ۲۰۰۰ کیلومتر) و وضعیت خاص توپوگرافی مرزی و نیز حاشیه ی مرزهای شرقی، کنترل آن را در جلوگیری از ورود کاروان های قاچاق مواد مخدر از سمت ایران با مشکل مواجه کرده است: بخش عمده ای از مواد مخدر کشور از طریق مرزهای شرقی، افغانستان و پاکستان وارد می شود. اگر به تولید مواد مخدر توجه کنیم، در سال ۱۳۵۹ تولید افغانستان حدود ۲۷۰ تن بوده است، اما در سال ۸۶ این رقم به ۸،۵۰۰ تن رسیده است یعنی بیش از ۳۱ برابر، بنا بر آمارهای رسمی از سال ۱۹۸۶ تا سال ۲۰۰۷ افغانستان بیش از ۵،۰۰۰، ۶۲ تن تریاک تولید کرده است. مطابق آمارهای رسمی از سال

۱۳۵۸ تا سال ۱۳۸۶: ۳،۵۸۹ تن مواد مخدر در کشور کشف شده است ۷۳۹، ۱۹ باند مواد مخدر متلاشی شده، ۹۶۷، ۱۶ عملیات مسلحانه علیه تجارت مواد مخدر صورت گرفته، ۶۹۸، ۲۱ قبضه سلاح از قاچاقچیان ضبط شده: ۱۶۶، ۵۴ خودرو، ۴۹۵، ۱۹ دستگاه موتورسیکلیت توقیف شده، ۷۵۰، ۵۷ نفر از اشرار کشته شده، ۳،۵۵۷ نفر از نیروهای امنیتی به شهادت رسیده و حدود ۴۱۵ میلیون نفر در ارتباط با جرایم مرتبط با تولید، قاچاق، توزیع و مصرف مواد مخدر دستگیر و روانه زندان شده اند.

مطالعه یک نمونه از آمارهای سال ۱۳۸۶ نشان می‌دهد که موضوع در حوزه‌ی مواد مخدر چقدر پیچیده است. کل تولید هروئین افغانستان در سال ۱۳۸۵ حدود ۴۰۰ تن بوده است که در سال ۸۶ به ۶۶۰ تن رسیده است: درده ماه اول سال ۸۶ مجموع کشفیات هروئین توسط نیروی انتظامی بیش از ۱۳ تن بوده است که نسبت به سال ۸۵ میزان ۴۹٪ افزایش داشته است اما نکته جالب توجه در نوع هروئین کشف شده نسبت به سال ۸۵ است: در حالی که ۶۰٪ از هروئین کشف شده سال ۸۵ از نوع خاکستری (یعنی نوع سبک تر)، ۴۰٪ از نوع هروئین خاکستری و کراک (یعنی نوع سنگین تر) بوده است این نسبت در سال ۸۶ به طرز چشم گیری با نسبت ۳۱ به ۶۹ تغییر کرده است (سایت خبری ناجا، ۹ / ۱۱ / ۱۳۸۶). یعنی هروئین سنگین تر و مخرب تر به طور چشم گیری افزایش یافته است، هم چنین در همین مدت بیش از ۳۴ کیلوگرم مواد شیمیایی از نوع شیشه کشف شده که نسبت به سال ۸۵: ۹۰٪ افزایش داشته است. گزارش ها نشان می‌دهد که تا سال ۱۳۵۰ معتادان ایرانی عمدتاً تریاکی بوده اند ولی از سال های ۱۳۵۴ شمسی به بعد هروئین تقریباً فرمانروای مطلق جهان اعتیاد در ایران بود. امروزه اعتیاد در ایران به سمت مصرف مواد نوین صنعتی مثل کراک، شیشه، اکستازی، مواد محرک از نوع آمفتامین ها پیش می‌رود: این آمار بطور جزئی نشان می‌دهد که نوعی تغییرالگوی مصرف در میان افراد مصرف کننده مواد مخدر نه بطور تدریجی بلکه سریع در حال شکل گیری است. مصرف مواد مخدر جدید و اغلب شیمیایی، در حال جایگزین شدن مواد مخدر سنتی و گیاهی است. این زنگ خطری برای جامعه ی ایران است که بخش عمده ایی از جمعیت آن را گروه های سنی جوان تشکیل می‌دهد.

مواد مخدر مصنوعی با توجه به مواردی چون تامین نیازها و علائق مختلف، آسان بودن تهیه مواد اولیه آن ها، کم بودن قیمت و هزینه تهیه، مقرون به صرفه بودن تولید آن ها در هر منطقه، تنوع و گوناگونی تولیدات یادشده و عدم آشنایی نیروهای مبارزه کننده با این تولیدات، عرصه ظهور یافته اند. اعتیاد دارای مضرات و عوارض فراوان جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی است، گرچه استعمال مواد مخدر قدمت تاریخی دارد، اما مسئله اعتیاد در حال حاضر صورتی متفاوت از سابقه تاریخی آن دارد. بدین جهت اعتیاد به مواد مخدر، ارتکاب به جرم است.

باتوجه به این که موادمخدر امروزه در میان جوانان در مقیاس وسیعی گسترش یافته و مصرف گروهی و تنوع طلبی یعنی استفاده از چندین ماده مخدر توأم در یک زمان رواج یافته و با همه-گیر شدن این بیماری که مصرف را از انحصار برخی طبقات خاص بیرون آورده و کلیه طبقات اجتماعی را شامل شده و نیز مخفی بودن پدیده اعتیاد، رونق گرفتن موادمخدر خطرناکتر، شکست کنترل و مبارزه بامواد مخدر، گسترش اعتیاد در میان زنان، گرایش افراد تحصیلکرده به استعمال موادمخدر، دشواری درمان معتادین و غیره، ابعاد مخرب این قضیه بیشتر روشن می گردد.

اعتیاد به موادمخدر تنها جنبه فردی و شخصی ندارد بلکه علاوه بر تهدید سلامت جسم و روان افراد بر روی جنبه های اخلاقی، اجتماعی و اقتصادی جامعه نیز اثرات زیان آور و غیرقابل جبرانی را وارد می سازد (احمدوند، ۱۳۷۷).

فرد بعد از معتاد شدن به موادمخدر برای تداوم حیات، به این مواد وابسته گردیده و ضمن انزوای کامل و خارج شدن از صحنه مبارزات حیاتی و اجتماعی، در فراگیری مهارت ها و کاربرد مناسب آن ها ناتوان گردیده و این خود به کاهش تولیدات فردی، خانوادگی و ملی می انجامد.

اعتیاد را یک پدیده مخرب اجتماعی خوانده اند زیرا عوارض نامطلوب آن تنها دامنگیر شخص معتاد نمی شود بلکه همه افرادی را که به گونه ای با آنان وابستگی و ارتباط نزدیک دارند، فرا می گیرد، مخصوصا که فرد معتاد مسئول اداره یک خانواده و در نقش همسریا پدر نیز باشد.

استعمال موادمخدر توسط یکی یا بیشتر از اعضای خانواده، سلامت کامل و مراحل رشد و نمو تمام اعضای خانواده و بخصوص کودکان و نوجوانان را در خطر انداخته و آنان را در ایفای نقش و سهم سازنده ای که در جامعه دارند محروم نماید: کودک در مدرسه و جامعه احساس سرخوردگی و یاس و تنهایی نموده، مشکلات شخصیتی دیگر مثل خودکم بینی، عدم اعتماد به دیگران در او بوجود آمده که فرد برای فرار از این موارد، موقتا به مواد مخدر روی می آورد.

از نظر سیاسی، افراد معتاد، به قوانین جامعه توجهی ندارند، در مواقع لزوم قادر به فعالیت در خدمات نظامی، سیاسی نیستند، افرادی بی تفاوت که به جریانات سیاسی مملکت کاری ندارند زیرا اسیر و برده مواد مخدرند و چون بین جرم و اعتیاد رابطه مستقیمی برقرار است لذا قانون شکن هستند و در موارد نیاز حتی به جنایت و قتل و سرقت نیز روی می آورند.

از جنبه اقتصادی، اعتیاد عوارض اقتصادی بسیاری برای شخص و نیز جامعه دارد، چنانچه اگر هر معتاد (بر اساس آمار سال ۱۳۶۱ ایران که تعداد معتادان را به یک میلیون نفر تخمین می زند) روزانه معادل ۲۰۰۰ ریال مواد مخدر مصرف کند برای ۰،۰۰۰، ۰،۰۰۰، ۱ نفر معتاد، در سال ۷۲۰ میلیارد ریال هزینه می شود که به اقتصاد کشور لطمه می زند لذا متوجه می شویم که خروج ارز از کشور برای خرید مواد مخدر و نیز خرید دارو برای درمان معتادین، امراض ناشی از مصرف مواد مخدر، ضربه های اقتصادی

هنگفتی به مملکت زده و وابستگی اقتصادی ایجاد خواهد نمود (شاکرمی، ۱۳۸۶)؛ همچنین، پژوهش دکتر مسعود حاجی رسولی با هدف بررسی تغییرات بوجود آمده در الگوی مصرف مواد رایج در بین جمعیت معتادان استان تهران که در سه ماهه ی اول سال ۸۹ صورت گرفت، حاکی از شیوع مصرف مواد اعتیادآور شیمیایی است که در طی سال های اخیر سوء مصرف آن ها رواج پیدا کرده است.

درا افزایش شیوع و سوء مصرف مواد مخدر عوامل متعددی دخیل هستند که تعامل این عوامل با یکدیگر منجر به شروع مصرف و سپس اعتیاد می گردد، یکی از موارد خطرناک در این حوزه اثرات لذت بخشی است که به نحوی با مصرف مواد ارتباط داشته اند و هم چنین روبروشدن با موقعیت هایی مانند بیکاری یا بروز حوادث ناگوار که به دلیل فقدان مهارت های لازم برای رویارویی و مقابله با آن ها، وارد فرایند عود می شوند.

جهت پیشگیری از فرایند عود لازم است به موارد زیر توجه گردد :

- شناسایی موقعیت های پرخطر و عواملی که منجر به بازگشت مصرف مواد می گردد
- افزایش ارتباط و آموزش های لازم به فرد ترک کرده
- حمایت از فرد و ترغیب وی به تداوم ترک
- پشتیبانی و حمایت قوی تر اجتماعی برای فرد ترک کرده
- مبارزه با عوامل شروع کننده فرایند عود و فعال نمودن مهارت های زندگی در فرد ترک کرده
- افزایش خودکارآمدی که راهبردی طراحی شده برای افزایش احساس تسلط^۱ مراجع و قادر شدن وی برای مواجهه با موقعیت های سخت بدون لغزش است
- بازسازی شناختی بویژه یک مولفه ی شاخص برای مداخلات کاهش اثر تخلف از پرهیز است که به چارچوب بندی مجدد ادراک مراجع از لغزش کمک می کند

علی رغم کوشش های فراوان جهت بکارگیری روش های مختلف سم زدایی، مطالعات نشان می دهد که بسیاری از بیماران قبل از کامل شدن مرحله سم زدایی درمان را رها می کنند: هم چنین در کسانی که مرحله سم زدایی را پشت سر گذاشته اند، میزان عود اعتیاد بالاست.

عوامل مختلفی در شکست درمان نقش دارد، ولی شاید مهم ترین این عوامل عدم توجه و درمان نکردن عوامل زمینه ساز و یا همراه اعتیاد است. عوامل و اختلالاتی نظیر اختلالات شخصیت، اختلالات خلقی، واکنش های سایکوتیک و اضطراب، از عوامل شایع شکست در درمان می باشد،

^۱ Mastery

مسئله‌ی دیگری که در درمان موفق باید مد نظر داشت عوامل فرهنگی، اجتماعی و سیاسی مرتبط با اعتیاد است.

مسئله‌ی سَم زدایی به تنهایی کفایت نمی‌کند و برنامه‌های بازتوانی و پیگیری، نقش اساسی در پیشگیری از عود اعتیاد دارد. « اعتیاد و اعتقاد به درمانگر و اقدامات درمانی » از جمله عوامل مهم در موفقیت یا شکست درمان است. جلب اعتماد، توجه و صرف وقت کافی، رازداری و رابطه صحیح پزشک - بیماری تواند از میزان شکست درمان بکاهد.

روش‌های مختلفی را در درمان کلینیکی بکاربرده اند که شامل برخوردهای فارماکولوژیک و دارویی متفاوت می‌باشد. بهتراست ضمن توجیه کامل بیمار، وی شخصا روش و نوع درمان را انتخاب نماید و پزشک معالج، او را در تنظیم دوز دارو شریک نماید.

درمان فارماکولوژیک کلینیکی اکثرا با استفاده از متادون جهت سَم زدایی و ادامه درمان با نالترکسون بکار می‌رود، اصول سَم زدایی در مورد همه‌ی داروها تقریبا یکسان است که عبارتست از جانشین نمودن دارویی که از نظر فارماکولوژیک نسبتا معادل داروی مورد مصرف بوده و ترجیحا خوراکی و طولانی اثر باشد. بیمار روی داروی اخیر تثبیت شده و سپس داروی جانشین شده بتدریج قطع می‌شود.

در گذشته معمولا معتادان در هنگام بیماری و مراجعه به مراکز درمانی توسط پزشک شناسایی شده و لزوم درمان مطرح می‌گردید، ولی در حال حاضر با توجه به همکاری وزارت بهداشت و درمان و سازمان بهزیستی و راه اندازی درمانگاه‌ها و مراکز درمانی تخصصی بیماران مستقما جهت ترک مراجعه می‌نمایند که این گام موثرتری در درمان آنها می‌باشد.

متاسفانه علی‌رغم تلاش فراوان جامعه علمی، هنوز درمان مناسبی که بتواند مانند درمان‌های فیزیولوژیکی برای اعتیاد متمرثمرباشد، شناخته نشده است، که البته علت این امر به سادگی قابل تبیین است و آن این است که اعتیاد از جمله بیماری‌هایی است که در واقع بیان‌کننده وجود یک بعد زیست‌شناختی، روانشناختی و اجتماعی است، لذا مداخله‌های درمانی که بتواند این ابعاد را تحت الشعاع قرار دهد قطعا مفید خواهد بود؛ اهمیت قضیه از آن جا تجلی می‌گردد که افراد معتاد در طی دوران اعتیاد بارها و بارها مبادرت به ترک نموده (ترک فیزیکی، که درد بدنی وجود دارد) اما پس از طی مدتی مجددا به سمت اعتیاد روی آورده اند این قضیه خود نشان می‌دهد که پرداختن به مشکلات روانی معتادان از جمله ترمیم عزت نفس، اعتماد به نفس، مسئولیت پذیری و... و همچنین مشکلات اجتماعی و خانوادگی آن‌ها ارتباط مستقیم با ترک اعتیاد دارد (علی مددی، ۱۳۸۴)؛ پس بهتراست درمانی اتخاذ شود که جنبه‌های روانی را نیز تحت تاثیر قرار دهد. گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر به

عنوان یک روش درمانی که هدف آن ضمن پیشگیری ازعود، تغییرشناخت و دیدگاه های افراد معتاد است و می تواند روش مناسبی باشد.

یکی دیگر از مداخله های پیشگیری ازعود^۱ مداخله رفتاری - شناختی مارلات است که می تواند به پیشگیری یا کمزراتفاق افتادن آن بعد از کامل شدن درمان منجر شود.

۳- ۱ اهمیت و ضرورت تحقیق

دربعضی از کشورها هزینه مصرف موادمخدر با بودجه کل آموزش و پرورش آن کشور برابری می نماید لذا از زمانی که مصرف موادمخدر و اعتیاد بوجود آمد از یک طرف توسط گروه های سازمان یافته ی بین المللی با انگیزه کسب سود غیرقانونی و از بین بردن نیروهای فعال صنعت و کشاورزی و از طرف دیگر تباهی تفکرو اندیشه ای که باید در راه کسب علم و ابتکار بکار رود به ویژه در کشورهای توسعه نیافته ترویج تجارت و جنگ موادمخدر به راه افتاد: اگرچه پدیده های اعتیاد و قاچاق موادمخدر طبیعی و مصنوعی در کشورهای در حال توسعه به ویژه ایران بی تاثیر از جریان های خارجی و روابط بین المللی نیست، ولی بخش عمده این عوامل مربوط به جریانات داخلی است زیرا اعتیاد، قاچاق مواد مخدر، قرص های روانگردان، فقر، بیکاری، فساد اقتصادی، تورم و تبعیض که مانند حلقه های زنجیر بهم متصل هستند، پروژه های داخلی می باشند و برآستی چه کسی پاسخگوی نوجوانان و نسلی است که بدلیل مصرف موادمخدر کارایی خود را در مدارس، دانشگاه ها و محیط کار و جامعه از دست داده است؟ (شاکرمی، ۱۳۸۶).

نتایج چندین مطالعه حاکی از آن است که درمان اعتیاد باعث کاهش مصرف مواد در حدود ۴۰ تا ۶۰ درصد و بویژه کاهش اعمال و رفتارهای جنایی در طول مدت درمان و بعد از آن می شود؛ هم چنین تحقیقات نشان می دهد که درمان با متادون باعث کاهش رفتارهای جنایی تا بیش از ۵۰٪ می شود؛ در واقع سم زدایی و درمان های نگهدارنده درسی سال گذشته به طور وسیع در درمان وابستگی به اعتیاد به کار، رفته است و این شکل از درمان با هدف حذف تدریجی مصرف غیرقانونی مواد افیونی و نیز افزایش عملکرد فرد و کاهش آسیب های اجتماعی ناشی از مصرف موادمخدر، مواد افیونی جایگزین نظیر متادون و بوپرنورفین به میزان کافی برای جلوگیری از ایجاد علائم ناخوشایند ترک بصورت قانونی و از طریق مراکز درمانی در اختیار فرد قرار داده می شود. نتایج مطالعات دین و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد که درمان های نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین نشانه های افسردگی را بهبود می بخشد و در این زمینه تفاوتی میان این دو نوع درمان وجود ندارد. در زمینه ی اضطراب اگرچه نتیجه برخی از تحقیقات به نفع درمان نگهدارنده با بوپرنورفین است، اما تجربه بالینی در کشور ما نشان

^۱ Relapse prevention (RP)

داده است که بیماران مبتلا به اضطراب در درمان نگهدارنده با متادون راحت تر هستند (فرنام، ۱۳۸۶). باید توجه داشت که میزان موفقیت در درمان، بستگی به گستردگی و ماهیت مشکلات کنونی بیمار در جریان درمان دارد. درمان اعتیاد به مواد، در کاهش مصرف مواد و نیز کاهش هزینه های بهداشتی و اجتماعی بسیار موثر و مقرون به صرفه است: در حقیقت درمان در مقایسه با سایر پیشنهادات جایگزین مثل عدم درمان اعتیاد یا زندانی کردن معتاد بسیار کم هزینه است. به عنوان مثال در حالی که هزینه متوسط درمان نگهدارنده با متادون برای هر فرد در آمریکا به مدت یک سال در حدود ۴،۷۰۰ دلار است، هزینه های زندانی ساختن هر فرد در یک سال در حدود ۴،۰۰۰ دلار است؛ در واقع بیشترین صرفه جویی در هزینه ها برای فرد و اجتماع، از کاستن قابل ملاحظه ی تعارضات بین فردی، بهبود در عملکرد، مولد بودن در محل کار و کاهش میزان تصادفات و آسیب های مربوط به مصرف مواد مخدر بدست می آید (قامت بلند، ۱۳۸۱: به نقل از ناصر گودرزی، ۱۳۸۵)؛ با این حال علی رغم پیشرفت های قابل توجه در این زمینه، یافته ها از میزان بالای شکست در درمان ها و بالابودن عود حتی با وجود موفقیت اولیه درسم زدایی حکایت می کنند (گالانتر و کلبر، ۲۰۰۴)، بسیاری از مطالعات نشان می دهند که درمان های مبتنی بر داروهای آنتاگونیست و آگونیست به تنهایی موفقیت چندانی در ترک پایدار نداشته است (بروم^۱ و جو^۲ همکاران، ۲۰۰۳).

از آن جایی که سوء مصرف مواد، اثرات بازدارنده بر رشد و شکوفایی جامعه دارد، تهدیدی جدی و نگران کننده است. وابستگی و سوء مصرف مواد بعنوان اختلالات مزمن و عود کننده با تاثیرات و پیش آیندهای زیستی، فرهنگی، روانی، اجتماعی، رفتاری و معنوی در نظر گرفته می شود (بروک و اسپیتز، ۲۰۰۲: والاس، ۲۰۰۳: به نقل از دباغی، ۱۳۸۰). لذا بکاربردن مداخلات درمانی ای که بتواند این ابعاد را نیز در نظر بگیرد می تواند در پیشگیری یا کاهش عود موثر باشد و نبایستی انتظار داشته باشیم با استفاده از روش های دارویی به تنهایی به هدف نهایی درمان برسیم، به طور نسبی تعداد کمی از بیماران وابسته به مواد مخدر بدون دریافت کمک های روانشناختی و اجتماعی توانسته اند به ترک پایدار برسند. سم زدایی اولین مرحله درمان است. یک درمان صحیح در طولانی مدت شامل سلامت روانی، ساماندهی به اشتغال، کاهش رفتارهای بزهکارانه و توسعه روابط بین شخصی را شامل می شود (کارول، ۱۹۹۸).

ضرورت بکارگیری روان درمانی در درمان اعتیاد نشات گرفته از مشاهدات بالینی است که نشان می دهد افراد معتاد علاوه بر اعتیاد دارای مشکلات روانپزشکی و روانشناختی هستند، در این بیماران اختلالات همزمان با اعتیاد مانند افسردگی^۳، اضطراب^۴، یاس^۱، و اختلال شخصیت ضد اجتماعی به

^۱ broome
^۲ Joe
^۳ Depression
^۴ anxiety

طور فراوان یافت می شود و همین عامل می تواند موجب شکست فرایند درمان شود (وودی و مرسر، ۲۰۰۱). رویکردهای روانشناختی جدید به درمان اعتیاد با در نظر گرفتن چند بعدی بودن مسئله اعتیاد مولفه های مختلف شناختی، هیجانی و رفتاری را دربر گرفته اند. روش های روان درمانی که در درمان کلیه ی اختلالات وابسته به مواد مخدر و دیگر داروها بکار می روند بسیار گسترده هستند. نمونه هایی از این روش ها عبارتند از مداخلات شناختی - رفتاری (CBT)، درمان های بین شخصی^۲ (IP)، مصاحبه ی انگیزشی^۳ (MI)، درمان غنی سازی انگیزشی^۴ (MET)، مدیریت بالینی^۵ موردی، شناخت درمانی، رویکرد تقویت اجتماعی، رویکرد روان تحلیل گری، درمان شبکه ای^۶، خانواده درمانی و دوازده گام حمایتی: این روش ها بطور اختصاصی و عمومی برای درمان وابستگی به مواد مخدر بکار می رود (گالانت و کلب، ۲۰۰۴).

درمان های مبتنی بر روان تحلیل گری بدلیل نامناسب بودن فنون درمانی، تاثیر اندک بر درمان سوء مصرف مواد داشته است. درمان های حمایتی و شبکه ای در مقابل متغیرهای محیطی ضعیف هستند، روش دوازده گام حمایتی به درمان وابستگی های الکلی اختصاص داشته و دارای رویکردی بیمارنگر نسبت به اعتیاد است و نه درمان قطعی: رویکرد روان درمانی فردی که یک روش مناسب برای درمان وابستگی به مواد محسوب می شود بر روش مقابله فردی استوار است، کمتر به پویایی های گروهی و اجتماعی اعتیاد توجه دارد و هزینه آن بالاست (کارول، ۲۰۰۰).

رویکردها مداخلات شناختی - رفتاری کوتاه مدت و متمرکز برای کمک به افراد مبتلا به سوء مصرف مواد است که بر این منطق زیربنایی استوار است که: عاطفه و رفتار فرد عمدتاً بر حسب شیوه ی ساخت یابی جهان از دیدگاه او تعیین می شود (بک و همکاران، ۱۹۷۹: به نقل از هاوتون، ۱۳۸۲)، این درمان در میان مداخلات موجود برای درمان سوء مصرف مواد، حمایت تجربی بالایی را کسب کرده است (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۹۹۵: سازمان ارزیابی عمومی، ۱۹۹۶، به نقل از کارول، ۱۳۸۱). یک امتیاز مداخلات شناختی - رفتاری این است که موضوعات روانشناختی، هیجانی و رفتاری که در عوامل منتهی به درماندگی درگیر هستند، مشخص گشته و فرمول بندی می شوند، که بر اساس آن ها مداخلات درمانی یا آموزشی صورت می گیرد (پرسون^۶، ۱۹۸۹). بواسطه اهمیت بالینی اختلالات عاطفی در میان افراد سوء مصرف کننده ی مواد، کارول و همکاران (۱۹۹۵) که از جمله درمانگران شناختی - رفتاری هستند به بررسی نقش علایم افسردگی در پاسخ به درمان های شناختی - رفتاری و مدیریت وابستگی اقدام نموده و نتیجه گرفتند که درمان شناختی - رفتاری

^۱ demoralize

^۲ Interpersonal therapy

^۳ Motivational Interview

^۴ Enhancement therapy motivational

^۵ Network therapy

^۶ persons

درمقایسه با مدیریت وابستگی بهتری می تواند معتادین افسرده را علاقه مند به درمان نگه دارد. همچنین یافته های آن ها نشان داد که کاهش افسردگی و مصرف مواد در سراسر درمان همبستگی بالایی با هم داشتند، هرچند جهت این رابطه مشخص نبود اما داده ها آن چنین می تواند تفسیر شود که کاهش درعلایم افسردگی از طریق کاهش درناراحتی، به کاهش مصرف مواد منجر می شود.

دیدگاه هایی که درمان را متمرکز بر یک بعد از زندگی بیمار می کنند توانای محدودی در تغییر زندگی فرد دارند: به همین دلیل لازم است اقدامات درمانی در زمینه های متعددی متمرکز شوند و از روش های ترکیبی استفاده کنند. زمانی که از روش های متعددی استفاده می شود انعطاف پذیری و پویایی در سطح بسیار زیادی افزایش پیدا می کند (مایستو، کانرز، ۲۰۰۵).

در مطالعه ای که بر روی افراد وابسته به کوکائین انجام شد ۴ گروه تحت بررسی واقع شدند: گروه اول، فقط مشاوره دارویی دریافت کردند: گروه دوم، علاوه بر متادون از روش درمانی شناختی - رفتاری گروهی سود بردند: گروه سوم، علاوه بر دریافت متادون و روش درمانی شناختی - رفتاری گروهی از رواندرمانی تخلیه ای حمایتی بصورت انفرادی هم استفاده کردند، نتایج مداخله ها پس از یک دوره ۶ ماهه، نه ماهه و دوازده ماهه بعد از اتمام درمان مورد پیگیری قرار گرفت. هدف این بررسی مقایسه چند روش رواندرمانی و مشخص کردن اثربخشی ترکیب این روش ها با هم دیگر شود نتایج نشان داد که ترکیب روش های مشاوره و دارودرمانی به صورت گروهی و انفرادی نتایج بهتری نسبت به رواندرمانی به تنهایی و یا دارو درمانی به تنهایی دارد. در خصوص مقایسه روش های رواندرمانی اعتیاد ۳ روش شناختی - رفتاری، مصاحبه انگیزشی و روش ۱۲ گام رابرای بیماران وابسته به الکل مورد مقایسه قرار داده شد. نتایج نشان داد ۶۰ تا ۸۰ درصد میزان نوشیدن الکل در افراد در طول یک پیگیری ۱ ساله کاهش پیدا کرد، پس از ۱۵ ماه از درمان ۴۰٪ بیماران که از روش ۱۲ گام استفاده کرده بودند، همچنان پاک بودند، هم چنین افرادی که تحت مداخله ی شناختی - رفتاری، مصاحبه انگیزشی قرار داشتند میزان بهبود آن ها ۳۶٪ بود (وودی و مرسر، ۲۰۰۱). در نهایت بررسی مطالعات انجام شده در خصوص رواندرمانی بیماران وابسته به مواد مخدر و الکل نشان داد که درمان های ترکیبی موثرتر از روش های مجزا است. در بررسی دیگری ترکیب روش های دارودرمانی و شناختی - رفتاری درمقایسه با هر یک از این روش ها به تنهایی در ۱۳۷۵ نفر بیمار وابسته به الکل مورد مطالعه قرار گرفت نتایج بدست آمده حاکی از اثربخشی بیشتر روش ترکیبی دارودرمانی و رواندرمانی بود (وودی، ۲۰۰۳).

مطالعات مختلفی که بر تعدادی از بیماران توسط پن ویل (۲۰۰۱) انجام شد، نشان داد بیماران که تحت چندین روش درمانی قرار گرفته بودند نسبت به گروهی از بیماران که فقط تحت مشاوره دارویی قرار داشتند بهبودی بیشتری پیدا کردند در این مطالعه یک گروه ترکیب مشاوره دارویی،

مداخله‌ی شناختی - رفتاری: گروه دیگر مشاوره دارویی و روان‌درمانی حمایتی تخلیه‌ی دریافت کردند و گروه سوم فقط مشاوره دارویی دریافت کردند: نتایج بدست آمده نشان داد گروه‌هایی که درمان ترکیبی دریافت کرده بودند نسبت به گروه سوم که فقط تحت مشاوره دارویی قرار داشتند بهبود بیشتری داشتند، همچنین این پژوهش‌ها نشان داد که مصاحبه انگیزشی اگرچه دارای کارآمدی است اما نسبت به روش‌های دیگر از اثربخشی کمتری برخوردار است (هورویتز، ۲۰۰۲).

مسئله مهم امروز در زمینه‌ی اعتیاد به مواد مخدر از یک طرف تعداد زیاد افراد نیازمند به درمان و از طرف دیگر فراوانی شیوع عود در کسانی است که دارای اعتیاد مزمن هستند. آرنولد عود را به عنوان بازگشت بیمار به سطح قبل از درمان تعریف می‌کند، عود همچنین به عنوان یک فرایند تعریف شده است و اعتیاد یک بیماری با عودهای مکرر است، بسیاری از معتادان قبل از ترک مستمر مواد مخدر ۸ - ۷ بار عود را تجربه می‌کنند. با شناسایی عواملی که منجر به عودهای قبلی شده‌اند می‌توان احتمال عود را کاهش داد.

باتوجه به این نتایج، انجام پژوهشی برای مشخص کردن روش درمانی که اثربخشی بیشتری را باتوجه به نیازهای فرد معتاد داشته باشد مفید به نظر می‌رسد.

۴-۱ هدف‌های پژوهش

هدف اصلی این پژوهش بررسی اثربخشی روش گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر و درمان شناختی - رفتاری مارلات بر درمان بیماران مرد وابسته به کراک تحت درمان نگهدارنده با متادون است: در راستای بررسی این هدف، هدف‌های جزئی‌تر پژوهش به شرح زیر دنبال می‌شود:

- بررسی اثربخشی روش گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر و درمان شناختی - رفتاری مارلات بر میزان بهبودی، پیشگیری از عود، اطاعت درمانی در بیماران مرد وابسته به کراک تحت درمان نگهدارنده با متادون

- بررسی اثربخشی روش گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر در میزان بهبودی و کاهش احتمال عود در بیماران مرد وابسته به کراک تحت درمان نگهدارنده با متادون

- بررسی اثربخشی روش درمان شناختی - رفتاری مارلات در میزان بهبودی، پیشگیری از عود، اطاعت درمانی در بیماران

- مشخص کردن کارایی روش درمان شناختی - رفتاری مارلات و گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر - فراهم نمودن روش روان درمانی کوتاه مدت و مقرون به صرفه به منظور ارائه خدمات به بیماران وابسته به کراک

۵- ۱ فرضیه پژوهش

- ۱- بین اثربخشی روش گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر و درمان شناختی - رفتاری مارلات و درمان نگهدارنده با متادون تنها بر میزان بهبودی بیماران مرد وابسته به کراک تفاوت وجود دارد.
- ۲- گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر و مداخله شناختی - رفتاری مارلات در پیشگیری از عود موثرتر از درمان نگهدارنده با متادون تنها عمل می کنند.
- ۳- بین اثربخشی روش گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر و درمان شناختی - رفتاری مارلات و درمان نگهدارنده با متادون از نظر اطاعت درمانی در بیماران وابسته به کراک تفاوت وجود دارد.

۶- ۱ متغیرهای پژوهش

در این پژوهش متغیرهای مختلفی مورد بررسی قرار گرفتند که عبارتند از :

متغیرهای مستقل :

مداخله شناختی - رفتاری مارلات، مداخله گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر

متغیرهای وابسته :

اطاعت درمانی، کاهش عود و بازگشت، میزان بهبودی

متغیر کنترل :

میزان تحصیلات، سن، جنس، درمان نگهدارنده MMT

۱- ۶- ۱ تعریف متغیرهای پژوهش

تعریف نظری مداخله شناختی - رفتاری مارلات:

مدل پیشگیری از عود مارلات و گوردون (۱۹۸۵)، مبتنی بر روان شناسی شناختی، اجتماعی بوده و از ترکیب مدل مفهومی عود و مجموعه ای از راهبردهای شناختی و رفتاری، برای پیشگیری یا محدود کردن فرایند عود بوجود آمده است.

یک جنبه ی اصلی این مدل، طبقه بندی دقیق عوام یا موقعیت هایی است که می توانند در خطرناک شدن یا کمک به ایجاد فرایند عود، دخیل باشند. در مجموع، عواملی که در مدل پیشگیری از عود شناسایی شده، در دو طبقه کلی تقسیم بندی شده است :

۱. تعیین کننده های بی واسطه (برای مثال، موقعیت های پرخطر، مهارت های کنار آمدن

شخص، پیامد انتظارات و اثر پرهیز از تخلف).

۲. پیشایندهای پنهان (برای مثال، نامتعادلی های سبک زندگی، ولع ها و اشتیاق ها)

رویکردهای درمانی مبتنی بر مدل پیشگیری از عود، با ارزیابی ویژگی های هیجانی و محیطی و موقعیت هایی که بالقوه با عود همراه می شوند (موقعیت های پرخطر)، شروع می شود.