

مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری، دارو درمانی و دارونما در کاهش اضطراب بیماران سوءمصرف مواد

مهدی انصاری‌زاده^۱، محمدحسین جواهری^۲، داود معینان^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۷/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۱/۱۰

چکیده

هدف: اعتیاد به مواد یکی از مهم‌ترین مشکلات عصر حاضر می‌باشد که گستره جهانی پیدا کرده است. این پژوهش با هدف بررسی و مقایسه سه روش درمانی (گروه درمانی شناختی-رفتاری، دارو درمانی و دارونما) در کاهش اضطراب بیماران سوءمصرف مواد انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر از تحقیقات شبه-تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۴۰ مرد معتاد که نمره بالایی در پرسش‌نامه اضطراب بک کسب کرده بودند و مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تشخیص داده شده بودند؛ انتخاب و به‌صورت تصادفی به چهار گروه (درمان شناختی رفتاری، دارو درمانی، دارونما) و گروه گواه تقسیم شدند. گروه آزمایش شناختی رفتاری طی ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان قرار گرفتند، گروه دارو درمانی تحت درمان دارویی سرتالین، گروه دارونما نیز تحت درمان کپسول دارونما و گروه گواه تحت هیچ برنامه آموزشی قرار نگرفت. **یافته‌ها:** نتایج به دست آمده از تحلیل کوواریانس حاکی از اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری در کاهش اضطراب در مقایسه با گروه‌های دارو درمانی و دارونما بود. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج فوق که نشان دهنده اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب است، می‌توان از این شیوه درمانی به‌عنوان یک درمان اثربخش استفاده نمود.

کلیدواژه‌ها: اضطراب، دارو درمانی، دارونما، شناختی-رفتاری، معتادان

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آشتیان، آشتیان، ایران، پست الکترونیکی:

Mehdi.ansari572@gmail.com

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آشتیان، آشتیان، ایران

۳. مدرس دانشگاه آزاد واحد آشتیان، آشتیان، ایران

مقدمه

اگرچه برخی آسیب‌های اجتماعی همواره در طول تاریخ بشر وجود داشته‌اند، اما صنعتی شدن و تغییر ساختار زندگی انسان‌ها سبب شده که شاهد بروز شدید برخی از این آسیب‌ها باشیم. سوء مصرف مواد نیز که به بالای خانمان سوز شهرت یافته است، امروزه به یکی از معضلات بزرگ جوامع بشری تبدیل شده و کمتر کشوری را می‌توان یافت که به‌نوعی با این پدیده درگیر نباشد (استونس^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). از این رو، روزانه تعداد زیادی بر شمار مبتلایان این مصیبت افزوده شده و بر این اساس عوارض آن که شامل اختلالات جسمی، روانی، خانوادگی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی می‌باشد باعث از بین رفتن مرزهای فرهنگی جامعه و به خطر افتادن سلامت روانی و اقتصادی بشر می‌گردد (اورکی و مطبوعی، ۱۳۹۱). کشور ما به دلایل متعدد فرهنگی و موقعیت جغرافیایی و هم‌جواری با دو کشور بزرگ تولیدکننده دارای شرایط کاملاً بحرانی و حساس می‌باشد و مبتلایان به اعتیاد هم‌روزه باعث ایجاد خسارات سنگین اقتصادی و فرهنگی به جامعه می‌گردند (سهرابی و ناطقی، ۱۳۹۶). اعتیاد به مواد با کاهش کیفیت زندگی، افزایش مرگ و میر، تقلیل در ارزش‌های اجتماعی و اخلاقی و افزایش رفتارهای مجرمانه، یکی از مهم‌ترین موضوعات مرتبط با سلامت به شمار می‌رود (هالینگارز^۲ و همکاران، ۲۰۱۰؛ مورتون، اسنودون، گاپولد و گایمر^۳، ۲۰۱۲). اختلالات روان‌پزشکی همراه با اعتیاد، تأثیرات مخربی را بر سلامت جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی، مسائل مربوط به ارتباطات اجتماعی و خانوادگی به همراه داشته است (آستالز^۴ و همکاران، ۲۰۰۹؛ رابرتز، رابرتز و اکسین^۵، ۲۰۰۷). افزون بر آن، اعتیاد و بیماری‌ها و اختلالات مزمن و طولانی‌مدت ناشی از آن، مانند هپاتیت و ایدز، قدرت تفکر، کار و خلاقیت را از مبتلایان گرفته و ضمن آسیب به اشتغال و خانواده آنان، کیفیت زندگی آن‌ها را کاهش داده است (باقری و سهرابی، ۱۳۹۶). برخی پژوهش‌ها حاکی از رابطه منفی و مستقیم سوء مصرف مواد با کیفیت زندگی و همپوشی بالای علائم

1. Stevens
2. Hollinghurst
3. Morton, Snowdon, Gopold, & Guymer

4. Astals
5. Roberts, Roberts, & Oxine

اختلالات روان‌شناختی چون اضطراب و استرس با اعتیاد است؛ طبق نظر لازاروس، فرد در رویارویی با یک رویداد بزرگ یا فشار روانی شدید با دو منبع استرس روبرو است، نخست خود موقعیت اضطراب‌آمیز بوده که ممکن است زندگی فرد و سلامتی وی را تهدید کند و باعث کاهش مراقبت فردی شود و دوم واکنش فرد به این موقعیت ممکن است به همان اندازه تهدیدکننده باشد. اضطراب شدید، آشفتگی و ناامیدی می‌تواند کنترل بر رفتار فرد را کاهش، داده و از توانایی او برای حل مسئله بکاهد و او را آماده اعتیاد و مصرف بیشتر مواد کند (پورسیدموسایی، موسوی و کافی، ۱۳۹۱). افزون بر آن، بنا به نظریه شناختی آرون بک قضاوت‌های افرادی که مستعد تجربه رویداد اضطراب‌زا هستند، جنبه افراطی و یک‌جانبه‌نگر دارند. این افراد علت وقوع رویدادهای اضطراب‌زا را به خود نسبت می‌دهند و خودشان را مسئول واقع می‌دانند و در رویارویی با وقایع تحریف‌های شناختی را به کار می‌برند و حساسیت‌های غیرمنطقی این افراد ساختار شناختی و عاطفی‌شان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (سلیمی، ۱۳۹۳). طبق این دیدگاه، مصرف مواد راه‌انداز زنجیره‌ای از عوامل از جمله محرک‌های فعال‌کننده می‌باشد؛ این محرک‌های فعال‌کننده درونی مثل حالت‌های خلقی و اضطراب سبب فعال‌شدن عقاید انتظاری می‌شود که پیش‌بینی‌کننده احساس اثربخشی مواد است. به این معنی که وقتی در حالت اضطراب مواد مصرف کنم شادترم و این عقاید فعال‌شده و سبب فراخوانی افکار خودآیند می‌شوند. این افکار به‌طور خودکار به ذهن فرد خطوط کرده و بیشتر در مورد خود عمل مصرف‌مواد است و بر جنبه‌های مثبت و لذت‌بخش مصرف‌مواد تأکید دارد. این افکار خودآیند سبب پیدایش وسوسه و به‌تبع آن ولع می‌گردد (پورسیدموسایی و همکاران، ۱۳۹۱).

بر اساس نظر گارلند، بوئیگر و هوارد^۱ (۲۰۱۱) اضطراب عاملی میانجی در فرایند وابستگی و عود مصرف قلمداد می‌شود؛ رویدادهای اضطراب‌زای زندگی، پیش‌بینی‌کننده مصرف سنگین کوکائین و سایر مواد مخدر می‌باشند. همچنین اضطراب می‌تواند ولع و عود مصرف را در افراد در حال ترک برانگیزد، در پژوهشی حیوانی، انواع اضطراب‌ها سبب افزایش رفتار، موادخواهی در موش‌ها شد (بانا، بک، دو و سی^۲،

1. Garland, Boettiger, Howard

2. Banna, Back, Do, See

۲۰۱۰). از این رو، مرور مطالعات گذشته نشان می‌دهد، اثربخشی درمان‌های نگهدارنده دارویی، بدون مداخله‌های روانی اجتماعی، به علت تأکید صرفاً دارویی موفقیت چندانی نداشته است (روزن^۱ و همکاران، ۲۰۰۶). به نظر می‌رسد در مراکز بازپروری و کاهش آسیب به درمان‌های روان‌شناختی جهت تغییر نگرش سوء مصرف کنندگان مواد، بیشتر نیاز باشد؛ لذا ضرورت توجه به درمان‌های روان‌شناختی و غیر دارویی بیش‌ازپیش احساس می‌شود (کمرزین، زارع و بروکی میلان، ۱۳۹۱). در چند دهه اخیر صدها پژوهش در مورد روان‌درمانی و نتایج آن انجام شده که نشان داده برخی از روش‌های روان‌درمانی در درمان اعتیاد موفق بوده‌اند؛ از جمله درمان‌های غیر دارویی می‌توان به روان‌درمانی فردی، گروه درمانی، خانواده‌درمانی، کار درمانی، ورزش درمانی، مراکز اجتماع درمان‌مدار و گروه‌های خودیار اشاره نمود (فلاح‌زاده، ۱۳۸۵). در حدود ۹۰ درصد درمان معتادان از نوع درمان غیر دارویی و یا به‌طور کلی درمان روانی است. اختلالاتی همچون اضطراب از مواردی است که به‌عنوان علت یا معلول اعتیاد به مواد مخدر برشمرده می‌شود و نقش مهمی در بازگشت مجدد معتاد ترک کرده ایفا می‌کنند که با استفاده از درمان‌های غیر دارویی می‌توان به کاهش بازگشت عود در این بیماران کمک کرد (ناطق و سهرابی، ۱۳۹۶).

یکی از درمان‌هایی که در مورد سوء مصرف مواد مؤثر بوده، درمان شناختی رفتاری است؛ این رویکرد یک روش درمانی است که علاوه بر تغییر نگرش به دنبال تغییر رفتارهایی است که از یادگیری‌های ناکافی و غلط به وجود آمده است و هم به دنبال تغییر نگرش، باور و اعتقادات غیرمنطقی است. روش درمان شناختی رفتاری بر این نظریه استوار است که عامل تعیین‌کننده رفتار انسان، طرز تفکر او درباره خود و نقش خود در جهان است (سادوک و سادوک^۲، ۲۰۰۷). درمان شناختی-رفتاری یک برنامه‌ی آموزشی روانی-اجتماعی است؛ فعالیت اصلی این نوع درمان یادگیری مهارت‌های جدید و به‌کارگیری این مهارت‌ها در جلسات درمان و در منزل به‌صورت تکلیف خانگی و در شرایط زندگی واقعی است. فنون شناختی، باورهای مرتبط با مواد و افکار خودآیندی را

که در کشش‌ها و هوس‌ها نقش دارند، مورد توجه قرار می‌دهند (ارب^۱، ۲۰۱۰). فنون رفتاری بر اعمال و رفتاری تمرکز دارند که از نظر علی با فرایندهای شناختی در تعامل هستند (بک و همکاران، ۱۹۹۳؛ به نقل از قربانی، محمدخانی و صرامی، ۱۳۹۱). در درمان شناختی-رفتاری، درمانگر به درمانجو کمک می‌کند تا از تجارب خود برای ارزیابی درستی یا نادرستی باورها و عقاید خود استفاده کند؛ هدف این درمان عبارت است از شناسایی و بازسازی باورهای غیرمنطقی و طرحواره‌های مربوط به خود، دیگران و جهان که در ایجاد آشفتگی‌های هیجانی و رفتارهای ناسازگارانه نقش اساسی دارند. همچنین این رویکرد به‌طور ذاتی، مشارکتی است و خودکارآمدی درمانجو را افزایش می‌دهد (نجفی و مرادزاده خراسانی، ۱۳۹۴). علاوه بر این، تقویت مهارت‌های مقابله‌ای و آموزش مهارت‌های درون فردی و مهارت‌های بین فردی و تقویت کنترل عواطف دردناک از قبیل اضطراب و خشم، تکالیف اساسی در این درمان هستند. در این دیدگاه آشنایی مراجعان با مهارت‌های حل مسئله به آن‌ها کمک می‌کند تا به همه‌ی جوانب موقعیت‌ها فکر کنند و در نظر داشته باشند که مراحل منجر به پاسخ‌دهی آن‌ها، بیشتر مبتنی بر غرایز، احساسات و هیجان‌ها می‌باشد. هنگامی که مراجعان موفقیت در حل مسئله را تجربه کنند خودکارآمدی آنان نیز افزایش خواهد یافت (شریعتی، ایزدی‌خواه، مولوی و صالحی، ۱۳۹۲). در سال‌های اخیر این نوع درمان پیشرفت زیادی کرده است و روش‌هایی ایجاد شده است که به نحو وسیعی در درمان اضطراب و اعتیاد کارایی دارد. نیک^۲ (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای برای چهار مورد بالینی معتادان مرد، درمان شناختی-رفتاری را مؤثر گزارش کرده است؛ یافته‌ها به‌طور آشکار نشان می‌دهند رویکرد شناختی-رفتاری برای حل مشکلات اعتیاد و درماندگی افراد مبتلا در کاهش اضطراب آن‌ها مفید بوده است. همچنین پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در بهبود اختلالات سوءمصرف مواد و اختلالات اضطرابی (مک هیوگ، هیرون و اوتو^۳، ۲۰۱۰؛ کمزین و همکاران، ۱۳۹۰)، کاهش اضطراب، استرس، پرخاشگری و سوءمصرف مواد (لک،

معاضدیان، حسینی المدنی، صداقت و عامری، ۱۳۹۱؛ حاج حسینی و هاشمی، ۱۳۹۴؛ احمدخانی‌ها، قرائی‌پور و پناغی، ۱۳۸۶؛ دنیس، لاوی، فاتسیاز و ایوریاکومی^۱، (۲۰۰۶)، کاهش میزان بازگشت (ملازاده و عاشوری، ۱۳۸۸) و بهبود کیفیت زندگی می‌باشد. اورکی و مطبوعی (۱۳۸۹) طی پژوهشی با هدف اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری بر بهبود و پیشگیری از سوء مصرف مواد افیونی به این نتیجه دست یافت درمان شناختی-رفتاری در کاهش میزان بازگشت، افزایش مدت باقی ماندن در درمان، کاهش مصرف مواد و بهبود عملکرد اجتماعی و کاهش اضطراب مؤثرتر از درمان دارویی است. علوی لنگرودی و نیکزاد مقدم (۱۳۹۴) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش عود اعتیاد به مواد مخدر در دانشجویان مضطرب پرداختند. یافته‌ها نشان داد درمان شناختی-رفتاری در کاهش میزان عود اعتیاد دانشجویان معتاد مضطرب مؤثر بوده و توانسته از بازگشت آن‌ها به مصرف مجدد مواد مخدر جلوگیری نماید. مک هیوگ و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی به ارائه‌ی شواهد حمایتی برای استفاده از درمان شناختی-رفتاری در بهبود اختلالات سوء مصرف مواد پرداختند و بر به کارگیری راهبردهای یادگیری، شناختی، انگیزشی و همچنین مهارت‌های مقابله‌ای در مواجهه با شرایط اضطراب‌زا به‌عنوان یک عامل حمایت‌کننده در سراسر فرآیند درمان و پیشگیری از عود مواد تأکید می‌کنند. قربانی و همکاران (۱۳۹۱) نشان دادند درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با درمان نگهدارنده با متادون و گروه کنترل به کاهش معنادار باورهای مرتبط با مواد، عقاید و سوسه‌انگیز، کاهش اضطراب و افزایش معنادار خودکارآمدی و تنظیم هیجان افراد مصرف‌کننده مواد منجر شد. نتایج پژوهش فیرو^۲ (۲۰۰۹) نیز در مورد میزان بهبودی اعتیاد به مواد مخدر نشان داد روش شناختی-رفتاری بیشترین میزان تأثیر را در استرس و اضطراب برخوردار بوده است. با توجه به نقش اضطراب در ترک اعتیاد و تأثیر رویکردهای شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب این پژوهش با هدف بررسی مقایسه سه

سبک درمانی (گروه درمانی شناختی-رفتاری، دارو درمانی و دارونما) در کاهش اضطراب مردان مبتلا به سوء مصرف مواد طراحی و اجرا شد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش را مردان در حال درمان سوء مصرف مواد در مناطق دو و یازده شهر تهران که به صورت تصادفی خوشه‌ای انتخاب شده بودند تشکیل می‌دهند که به منظور درمان، به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران در ۱۳۹۵ مراجعه نمودند. تعداد ۴۰ داوطلب که به صورت هدفمند انتخاب شده بودند به شکل تصادفی در چهار گروه آزمایش (گروه درمانی شناختی رفتار، دارو درمانی، دارونما) و کنترل قرار گرفتند. گمارش افراد در گروه‌ها نیز به گونه‌ی تصادفی و در هر گروه ۱۰ نفر بود. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش عبارت بودند از: بررسی پرونده بیماران و سابقه و روند درمانی آن‌ها، مصاحبه بالینی برای تشخیص اضطراب توسط روان‌شناس و تشخیص اضطراب فراگیر توسط روان‌پزشک مرکز و پرسش‌نامه اضطراب بک برای گزینش بیماران، دامنه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال و داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، تمایل بیمار به شرکت در پژوهش.

روند اجرا

شرکت کنندگان گروه درمان شناختی رفتاری به مدت ۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند و گروه تحت درمان دارویی با کپسول سرتالین با مصرف میانگین ۵۰ میلی‌گرم بر اساس نوع ماده مصرفی، مدت زمان مصرف و مقدار مصرف بر اساس نظر پزشک مربوطه بدون دخالت محقق تحت درمان دارویی قرار گرفتند. کپسول گروه دارونما دقیقاً مشابه گروه دارو درمانی تهیه و تجویز شده بود. گروه گواه هیچ‌گونه درمان دارویی و روان‌شناختی دریافت نکرد و در لیست انتظار درمان قرار گرفت. به منظور رعایت اصول اخلاقی در ابتدا توضیحاتی برای افراد درباره پژوهش مطرح و رضایت‌نامه‌ای برای اختیاری بودن شرکت در پژوهش به افراد و مراکز درمانی ارائه شد. شرح جلسات شناختی رفتاری به پیوست در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: بسته درمانی شناختی رفتاری به تفکیک جلسات

جلسات	محتوای جلسات
اول	آشنایی و ایجاد ارتباط، بیان انتظارات در فرایند درمان، تأکید بر محرمانه ماندن جلسات. بازخورد انگیزشی فردی: مضرات ادامه مصرف مواد و عدم تغییر -فواید ایجاد تغییر در مصرف مواد -فواید ادامه دادن مصرف مواد و عدم تغییر -مضرات ایجاد تغییر در مصرف مواد.
دوم	توضیح مدل تحلیل کارکردی رفتار، بیان باورها و ارزش‌های مطلق، توجه به علت مشکل‌سازی باورها، شناسایی افکار و فرض‌ها، تعیین موقعیت‌های پرخطر -بین فردی و درون فردی -عوامل راه‌انداز (عواطف، افراد، مکان‌ها و اشیاء -طرح‌های عملی برای مقابله با موقعیت‌های پرخطر، ارائه تکلیف.
سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارزیابی افکار و چالش با آن‌ها و بررسی دلایل اضطراب، معرفی 4 سبک توأم با خطا (افکارخودآیند منفی، باورهای مرکزی منفی، مثلث شناختی، خطای منطقی در اضطراب)، تعیین عوامل زمینه‌ساز برای سوء مصرف مواد، روش‌های برنامه‌ریزی برای مقابله با اشتیاق و میل برای مصرف مواد مانند توقف فکر، تمرین ایجاد تعداد در تصمیم‌گیری و به تأخیر انداختن و ارائه تکلیف خانگی.
چهارم	راه‌کارهای عملی برای پر کردن اوقات مراجع، جادو ثبات فعالیت روزانه و قطع ارتباط با شروع‌کننده‌های مصرف مواد. توضیح در خصوص باورهای غیرمنطقی مرتبط با مواد و ارائه تکلیف در خصوص شروع‌کننده‌های درونی و بیرونی. برنامه‌ریزی و پیش‌بینی وضعیت‌های اضطراری -پیش آمدن عوامل راه‌انداز غیرمنتظره یا موقعیت‌های پرخطر و ارائه تکلیف خانگی.
پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارزیابی نگرانی‌های و احساسات منفی، مهارت‌های امتناع و مقابله با پی‌نهادهای مستقیم برای مصرف مواد -ایفای نقش برای تمرین پاسخ‌های جرأت‌ورزانه -انتقاد کردن و موردانتقاد واقع شدن -پاسخ‌دهی جرأت‌ورزانه به انتقاد -مهارت‌های تنش‌زدایی -ایفای نقش. مدیریت اضطراب و مصرف مواد -تعیین علائم و نشانه‌های اضطراب-مهارت‌های تنش‌زدایی-بازسازی شناختی در زمینه افکار برانگیزاننده و ارائه تکلیف خانگی.
ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش آرم‌سازی، انجام عملی آرام‌سازی در کلاس و ارائه تکلیف در خصوص مرور روش آرام‌سازی در بیرون از جلسات درمانی، آموزش رفتارهایی مقابله‌ای با وسوسه، ایجاد دوستی‌هایی که بر مصرف مواد متمرکز نیستند -قطع روابط خود با دوستان و آشنایان که آسیب‌زا هستند- قطع ارتباط با فروشندگان و مصرف‌کنندگان مواد -پیدا کردن گروهی متشکل از افراد حمایت‌کننده و تشکیل گروه‌های خودیار.

ابزار

۱- پرسش‌نامه اضطراب بک: این پرسش‌نامه ۲۱ گویه دارد و شدت اضطراب نوجوانان و بزرگسالان را اندازه‌گیری می‌کند که توسط بک، راس، شاو و امری^۱ (۱۹۸۸) جهت بررسی و ارزیابی شدت علائم اضطراب تهیه شده است. هر یک از گویه‌ها یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی و هراس) را توصیف می‌کند. بر اساس ۰ تا ۳ نمره‌گذاری

1. Beck, Rush, Shaw, & Emery

می‌شود و حداکثر نمره‌ای که در آن به دست می‌آید ۶۳ بوده که نشان دهنده اضطراب شدید می‌باشد. نقطه برش پیشنهادی برای این پرسش‌نامه عبارت است از ۰ تا ۷ اضطراب جزئی، ۸ تا ۱۵ خفیف، ۱۶ تا ۲۵ متوسط، ۲۶ تا ۶۳ اضطراب شدید می‌باشد. بک و همکاران (۱۹۸۸) همسانی درونی این آزمون را ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند؛ همچنین اعتبار بازآزمایی ۰/۷۵ برآورد شده است. بک و استیر (۱۹۹۳) روایی محتوا، هم‌زمان و سازه را برای این آزمون بررسی کرده و کارایی بالایی را برای این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب تأیید نموده‌اند. اعتبار بازآزمایی در شهر زاهدان به فاصله سه هفته ۰/۷۰ گزارش شده است (بخشانی، ۱۳۸۱). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه آزمایش		گروه گواه	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سن	۲۵ تا ۳۰ سال	۴	۴	٪۴۰
	۳۱ تا ۳۵ سال	۵	۴	٪۴۰
وضعیت تأهل	۳۶ تا ۴۵ سال	۱	۲	٪۲۰
	متأهل	۶	۷	٪۷۰
تحصیلات	مجرد	۴	۳	٪۳۰
	زیر دیپلم	۳	۲	٪۲۰
وضعیت شغلی	دیپلم	۴	۳	٪۴۰
	کاردانی	۱	۳	٪۱۰
میزان مصرف	لیسانس	۲	۲	٪۲۰
	شاغل	۸	۹	٪۸۰
مدت زمان اعتیاد	بیکار	۲	۱	٪۱۰
	زیر ۱ گرم	۳	۲	٪۲۰
مدت زمان اعتیاد	۱-۲ گرم	۵	۴	٪۴۰
	۲ گرم و بالاتر	۲	۴	٪۲۰
مدت زمان اعتیاد	زیر ۵ سال	۴	۵	٪۴۰
	۵ تا ۱۰ سال	۴	۴	٪۴۰
مدت زمان اعتیاد	بالای ۱۰ سال	۲	۱	٪۱۰

آماره‌های توصیفی اضطراب به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی اضطراب به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
شناختی رفتاری	۲۹/۰۰	۱۰/۴۱	۱۴/۲۰	۵/۶۲
دارو درمانی	۳۲/۰۰	۵/۸۴	۲۵/۷۰	۶/۵۴
دارونما	۳۱/۴۰	۶/۳۶	۲۴/۷۰	۷/۹۸
گواه	۲۹/۷۰	۷/۲۸	۲۹/۶۰	۸/۲۲

برای بررسی اثربخشی مداخله‌ها می‌بایستی از تحلیل کواریانس استفاده شود. یکی از مفروضه‌های این تحلیل برابری واریانس متغیر است. نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این مفروضه داشت ($F=0/34, P>0/05$). مفروضه دیگر تحلیل نرمال بودن توزیع است. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف حکایت از برقراری این مفروضه داشت ($Z=0/49, P>0/05$). بنابراین تحلیل کواریانس تک متغیری انجام شد و نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی اثربخشی مداخله بر کاهش اضطراب

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذورات
اثر گروه	۲۰۵/۷۱	۳	۶۸/۵۷	۳/۴۵	۰/۰۲	۰/۲۲
خطا	۶۹۴/۹۲	۳۵	۱۹/۸۵	-	-	-
کل تصحیح شده	۲۲۸۰/۷۷	۳۹	-	-	-	-

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، مداخله بر کاهش نمرات اضطراب موثر بوده است ($F=3/45, P < 0/001$). برای بررسی الگوهای تفاوت از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. نتایج نشان داد که میانگین نمرات افراد در گروه درمانی شناختی رفتاری نسبت به روش درمانی دارویی و دارونما در اضطراب بیشتر کاهش داشته است. پس می‌توان چنین عنوان نمود که گروه درمانی شناختی رفتاری نسبت به روش درمانی دارویی و دارونما در کاهش اضطراب معتادان به مواد مخدر کارا تر است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه سه سبک درمانی (گروه درمانی شناختی-رفتاری، دارو درمانی و دارونما) در کاهش اضطراب مردان مبتلا سوءمصرف مواد بود. نتایج حاصل از یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که مداخله گروهی درمان شناختی-رفتاری نسبت به درمان دارویی و دارونما در کاهش و بهبود علائم اضطراب مؤثرتر می‌باشد که با نتایج پژوهش‌های وکا و همکاران (۲۰۱۵)، انجیدار و بایکارا (۲۰۱۵)، گارلند و همکاران (۲۰۱۱)، بانا و همکاران (۲۰۱۰)، مگ‌هاک و همکاران (۲۰۱۰)، علوی لنگرودی و نیکزاد مقدم (۱۳۹۴)، قربانی و همکاران (۱۳۹۱) و اورکی و مطبوعی (۱۳۸۹) همخوان است. از نظر بنیان‌های بیولوژیک، ساختار فعال‌کننده مواد جویی یا ولع مصرف از برانگیختگی ناشی از اضطراب در مدارهای مغزی متأثر می‌گردد. در مطالعه ارب (۲۰۱۰) نقش عامل آزادکننده کورتیکوتروپین و مسیرهای نورآدرنالین در مدار آمیگدال و فعل و انفعالات مستقیم و غیرمستقیم با سیستم دوپامینی مزو کورتیکال در ایجاد اضطراب در دوران پرهیز از کوکائین مورد بررسی قرار گرفت که نتایج مطالعه نشان داد میزان فعالیت نظام عصبی مذکور تبیین‌کننده ارتباط بین اضطراب و موادخواهی در طول فرایند پرهیز از مواد می‌باشد. همچنین قطع مصرف کوکائین می‌تواند به ایجاد حالات اضطراب و تنش در فرد منجر گردد و به واسطه رویارویی با استرسورهای محیطی سبب لغزش شود. با توجه به یافته‌ها همسو به نظر می‌رسد که تکنیک‌های شناختی رفتاری که روی شناسایی موقعیت‌ها و افزایش آگاهی نسبت به عوامل اضطراب‌زا توانسته در کاهش اضطراب اثرگذار باشد. همچنین مطالعات نشان داده که پدیده اشتیاق به مواد در این گروه‌ها عاملی پیچیده و چندبعدی بوده و به نظر می‌رسد که نقش خلق منفی بیمار و اضطراب در شروع و تداوم مصرف مواد مخدر مؤثر می‌باشد. بنابراین می‌توان با مداخلات روان‌شناختی به بیماران کمک نمود خلق افسرده و مضطرب را به خوبی مدیریت نمایند (مگ‌هاک و همکاران، ۲۰۱۰).

در بررسی‌های اولیه کارآمدی درمان شناختی-رفتاری و راهبردهای مربوط با آن بیشترین حمایت را در کاهش نگرانی و اضطراب این گروه از بیماران دریافت داشته‌اند؛

به‌طوری که بورکویک و روسیو (۲۰۰۱)، به نقل از هوپرت و ساندرسون، (۲۰۰۹) در فراتحلیلی که در مورد درمان‌های به کار گرفته شده برای اضطراب انجام دادند به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی-رفتاری برای درمان اضطراب مؤثرترین درمان در جهت درمان نشانه‌های اضطراب است و ترکیب درمان شناختی و رفتاری مؤثرتر از به‌کارگیری هر کدام از درمان‌ها به تنهایی می‌باشد (قربانی و همکاران، ۱۳۹۱). علاوه بر آن، مشخصه اصلی اختلال اضطراب نگرانی و ترسی است که بیش‌ازحد مورد انتظار است؛ نگرانی‌ها اغلب گسترده هستند، به صورتی که مسائل زندگی روزانه را در برمی‌گیرد و مرکز نگرانی در طی زمان تغییر می‌کند. برای فرد مضطرب کنترل اضطراب مشکل است و این موضوع می‌تواند به کاهش عملکرد اجتماعی و شغلی منجر شود (بیتران و همکاران، ۲۰۰۹). از این رو، بک (۲۰۰۳؛ به نقل از کوین و همکاران، ۲۰۰۹) عنوان کرد که ولع مصرف ریشه در باورهای نادرست در زمینه نیاز به مصرف مواد دارد و همچنین طبق مدل شناختی-رفتاری نقص در مهارت‌های مقابله‌ای به احساس خودکارآمدی کاهش یافته منجر شده و مصرف مواد یک راهبرد مقابله‌ای برای موقعیت‌های پرخطر و اضطراب‌زا تلقی می‌شود. نظریه‌های جدید تحلیل رفتارهای معتادان بر پایه تبدیل فرآیند تکانشی مصرف مواد به یک فرآیند جبری است. بر پایه این رویکرد جنبه‌های لذت‌بخش و پاداش مصرف مواد در سیر پیشرفت اعتیاد کاهش یافته و فرد معتاد درگیر فرآیند وسواسی-اجباری برای کاهش اضطراب ناشی از عدم مصرف مواد می‌گردد. استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و سختی هماهنگی و حضور در جلسات درمان از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. همچنین اجرای مطالعه روی نمونه مردان امکان تعمیم یافته‌ها را به نمونه زنان معتاد محدود می‌کند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی آموزش شناختی-رفتاری را بر سایر اختلالات روانی که همبندی بالایی با اعتیاد دارند نیز بررسی شود. همچنین آموزش گروهی شناختی-رفتاری در مقایسه با سایر درمان‌های رایج و همچنین درمان‌های ترکیبی روی بیماران معتاد که مبتلا به اختلالات اضطرابی نیز هستند اجرا شود.

منابع

احمدخانی‌ها، حمیدرضا؛ قرانی‌پور، منوچهر و پناغی، لیلا (۱۳۸۶). اثربخشی مدیریت وابستگی و درمان شناختی-رفتاری در وابستگی به مواد افیونی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۲(۱)، ۸-۳.

اورکی، محمد و مطبوعی، لیلا (۱۳۹۱). اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری بر بهبود و پیشگیری از سوء مصرف مواد افیونی. *مجله پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۲(۶)، ۱۰۶-۹۱.

باقری، مریم و سهرابی، فرامرز (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی روش‌های ترک اعتیاد، دارو درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر میزان سازگاری با همسر خانواده‌های داوطلبان ترک. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۱)، ۲۸۰-۲۶۵.

بخشانی، نورمحمد (۱۳۸۱). بررسی ابعاد شخصیت با رویدادهای اضطراب‌زا و حمایت اجتماعی در افراد افسرده: آزمون مدل شناختی افسردگی. پایان‌نامه دکترای روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران (مرکز تحقیقات بهداشت روان).

پورسیدموسایی، سیدفاطمه؛ موسوی، سید ولی اله و کافی، سید موسی (۱۳۹۱). مقایسه و رابطه بین استرس با ولع مصرف در وابستگان به مواد افیونی و صنعتی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۶(۲۴)، ۲۶-۹.

حاج حسینی، منصوره و هاشمی رامین (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی درمان دارویی متادون و انجمن معتادان گمنام بر اختلالات روان‌شناختی (اضطراب، افسردگی، استرس) و کیفیت زندگی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۹(۳۵)، ۱۳۶-۱۱۹.

سلیمی، مسعود (۱۳۹۳). سوء مصرف مواد و بیماری‌های روانی. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۱(۲)، ۴۰-۲۹.

سهرابی، فرامرز و ناطقی، محبوبه (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افکار خودکشی و تکانش گری نوجوانان دارای اعتیاد به مواد مخدر. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۲)، ۲۲۸-۲۱۳.

شریعتی، محمدابراهیم؛ ایزدی خواه، زهرا؛ مولوی، حسین و صالحی، مهرداد (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی به شیوه شناختی رفتاری با درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر خودکارآمدی افراد معتاد. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱(۴)، ۲۷۹-۲۸۸.

علوی لنگرودی، سید کاظم و نیکزاد مقدم، مریم (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش عود اعتیاد به مواد مخدر در دانشجویان و تأثیر آن بر افزایش انگیزش پیشرفت آنان. *دوماهنامه دانشکده بهداشت نیرد*، ۱۴(۱)، ۱-۱۱.

قربانی، طاهره؛ محمدخانی، شهرام و صرامی، غلامرضا (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری و درمان نگره‌دارنده با متادون در تغییر باورهای مرتبط با مواد و پیشگیری از عود. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۶(۲۲)، ۲۳-۳۸.

فلاح‌زاده، علی (۱۳۸۵). *پیشگیری از اعتیاد*. اهواز: انتشارات بهزیستی.

کمرزین، حمید؛ زارع، حسین و بروکی میلان، حسن (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افزایش خودکارآمدی و بهبود علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۶(۲۲)، ۷۵-۸۵.

لک، زهرا؛ معاضدیان، آمنه؛ حسینی‌المدنی، سید علی؛ صداقت، معصومه و عامری، سمیرا (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب معتادان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۶(۲۴)، ۶۹-۸۴.

ملازاده، جواد و عاشوری، احمد (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری در پیشگیری از عود و بهبود سلامت روانی افراد معتاد. *دانشور رفتار*، ۶(۳۴)، ۱-۱۲.

نجفی، محمود و مرادزاده خراسانی، سهیلا (۱۳۹۴). اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر پرخاشگری افراد معتاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۹(۳۶)، ۸۱-۹۴.

Astals, M., Díaz, L., Domingo, A., Santos, A., Bulbena, A., & Torrens, M. (2009). Impact of Co-Occurring Psychiatric Disorders on Retention in a Methadone Maintenance Program. *Journal Environmental Research and Public Health*, 6(11), 2822-2832.

Banna, K. M., Back, S. E., Do, P., See, R. E. (2010). Yohimbine stress potentates conditioned cue-induced reinstatement of heroin-seeking in rats. *Behavioral Brain Research*, 208, 144-148.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1988). *Cognitive therapy of depression*. New York (NY): Guilford

Beck, T.A & Steer, A.R. (1993). *Beck depression inventory*. New York: Harcourt brace joranvich, Inc.

Bitran, S., Barlow, D. H. & Spiegel, D. A. (2009). *Generalized anxiety disorder*. In *New Oxford Textbook of Psychiatry* (Eds M. G. Gelder, M. G. Andreasen, J. J. Lopez-Ibor & J. R. Geddes), pp. 729-739. New York: Oxford University Press.

- Covin, R., Ouimet, A. J. Seeds, P. M., Dozois, D. J. A. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(1), 108-116.
- Denis, C., Lavie, E., Fatseas, M., & Auriacombe, M. (2006). *Psychotherapeutic interventions for cannabis abuse and/or dependence in outpatient settings*. Cochrane Database of Systematic Reviews, the Cochrane Collaboration, Published by John Wiley & Sons, Ltd.
- Erb, S. (2010). Evaluation of the relationship between anxiety during withdrawal and stress induced reinstatement of cocaine seeking. *Progress in Neuro Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 34, 798-807.
- Fierro, M. (2009). *Recovering From Substans Abuse: Support Grops For Gay And Lesbian Adults: A Grant Proposal*. Unpublished Thesis for Master of Science. California State University.
- Garland, E. L., Boettiger, H. A., Howard, M. O. (2011). Targetig cognitive affective risk mechanisms in stress-precipitated alcohol dependence: An integrated, biopsychosocial model of automaticity, allostasis, and addiction. *Medical Hypotheses*, 76, 745-754.
- Huppert, D. J, Sanderson, W. C. (2009). *Psychotherapy for generalized anxiety disorder*: In Stein, D. Hollar, E. Rothbaum, B. O. Editor. Text book of anxiety disorders. American psychiatric publishing, Inc.
- Hollinghurst, S., Peters, T., Kaur, S., Wiles, N., Lewis, G., & Kessler, D. (2010). Cost-effectiveness of therapist delivered online cognitive behavioral therapy for depression. *British. The British Journal of Psychiatry*, 197(4), 297-304.
- McHugh, R. K., Hearon, B. A., Otto, M. W. (2010). Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *The Psychiatric Clinics of North America.*, 33(3), 511-525.
- Morton, J., Snowdon, S., Gopold, M., & Guymer, E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy Group Treatment for Symptoms of Borderline Personality Disorder: A Public Sector Pilot Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 527-544.
- Nik, J. (2006). Cognitive behavioural therapy for the homeless population: a case series pilot study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 34, 107-11.
- Roberts, R. E., Roberts, C. R., & Oxine, Y. (2007). Comorbidity of substance use disorder and other psychiatric disorder among adolescents: evidence from an epidemiologic survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 88(suppl1), S4- 13.
- Roozen, H. G., Waart, R. D., Windt, D., Brink, W., Yong, C. A. & Kerckhof, A. F. (2006). A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. *European Neuropsychopharmacology*, 16, 311-323.

- Öngider, N., Baykara, B. (2015). Efficacy of Cognitive Behavioral Group Therapy among Children with Anxiety Disorders, *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research*, 1, 26-37.
- Sadouk, N., Sadouk, k. (2007). Similar effect of cueing conditions on attentional and saccadic temporal dynamics. *Journal of vision*, 10(4), 21-27.
- Stevens, L., Verdejo-García, A., Goudriaan, A. E., Roeyers, H., Dom, G., & Vanderplasschen, W. (2014). Impulsivity as a vulnerability factor for poor addiction treatment outcomes: a review of neurocognitive findings among individuals with substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47(1), 58-72.
- Wecka, F., Gropalisb, M., Hillerc, W., Bleichhardt, G. (2015). Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for patients with hypochondriasis (health anxiety). *Journal of Anxiety Disorders*, 30, 1-7.