

اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری کنترل تکانه بر کاهش تکانشگری، ولع مصرف و شدت اعتیاد در معتادان مصرف کننده کراک

روح ا... حدادی^۱، رضا رستمی^۲، عباس رحیمی نژاد^۳، سعید اکبری زردخانه^۴

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری کنترل تکانه بر کاهش تکانشگری، ولع مصرف و شدت اعتیاد در معتادان مصرف کننده کراک بود. **روش:** در یک پژوهش نیمه آزمایشی ۳۰ نفر از معتادان مصرف کننده کراک که در یکی از مراکز ترک اعتیاد (تهران) دوره درمان نگهدارنده با داروی متادون را سپری می کردند، با اجرای مصاحبه اولیه و در نظر گرفتن معیارهای ورود انتخاب شدند. سپس این تعداد به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش هم از داروی متادون، و هم از درمان کنترل تکانه به شیوه گروهی به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بهره بردند. اما گروه کنترل تنها داروی متادون را استفاده کرده و مداخله دیگری را دریافت نکردند. همه شرکت کنندگان در پژوهش در مرحله پیش از مداخله و بلافاصله پس از آن، هر سه مقیاس تکانشگری بارت، ولع مصرف تیفانی و شاخص شدت اعتیاد را تکمیل کردند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس

۱. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه تهران. پست الکترونیکی: R_Hadadi200@yahoo.com

۲. دانشیار دانشگاه تهران

۳. استادیار دانشگاه تهران

۴. دانشجوی دکتری سنجش و اندازه گیری دانشگاه علامه طباطبائی

چند متغیره استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج گویای معنا داری تفاوت دو گروه در زیرمقیاس‌های تکانشگری، ولع مصرف و شدت اعتیاد (به غیر از زیرمقیاس وضعیت طبی، وضعیت شغلی، وضعیت حقوقی و وضعیت خانوادگی) بود. **نتیجه‌گیری:** می‌توان بیان کرد درمان گروهی کنترل تکانه بر کاهش تکانشگری، ولع مصرف و شدت اعتیاد در معتادان مصرف کننده کراک مؤثر بوده است.

کلیدواژه‌ها: زمان کنترل تکانه، تکانشگری، ولع مصرف، شدت اعتیاد، درمان نگهدارنده با متادون.

مقدمه

اعتیاد بیماری پیچیده‌ای است که با ویژگی‌هایی همچون رفتارهای اجباری، وسوسه‌های مقاومت ناپذیر، رفتارهای جستجوگرانه مواد و مصرف مداوم آن حتی در شرایطی که پیامدهای منفی بسیاری برای فرد به همراه دارد، مشخص می‌شود. تداوم مصرف مواد در طی زمان و تأثیرات سمی طولانی مدت مصرف آن بر عملکرد مغز، منجر به دامنه وسیعی از بدکار کردی‌های رفتاری، روانشناختی، اجتماعی و فیزیولوژیکی شده که مانع از انجام رفتار و عملکرد طبیعی معتادان در خانواده، محیط کاری و در سطحی وسیعتر در جامعه می‌شود (لشنر^۱، ۱۹۹۹). لذا درمان آن از اهمیت بالایی برخوردار بوده است. در طی سال‌های گذشته برنامه‌های درمانی مختلفی برای درمان اعتیاد معرفی شده‌اند اما همچنان شاهد عدم موفقیت برخی بیماران در این برنامه‌های درمانی هستیم. برنامه‌های درمانی در قالب درمان‌های دارویی و غیر دارویی ایفای نقش کرده‌اند. از جمله درمان‌های دارویی مؤثر در طی سال‌های گذشته و در حال حاضر، برنامه درمان نگهدارنده با داروی متادون و بوپره نورفین^۲ است. در مصرف کنندگان اپیوئیدها، درمان دارویی غالب، مصرف داروی متادون است که در اغلب کشورهای دنیا در حال اجرا می‌باشد و نتایج مطالعات نشان داده است، که این دارو جایگزین مناسبی بخصوص برای اپیوئیدها بوده و تأثیر مطلوبی بر کاهش مصرف مواد، ولع مصرف^۳، علائم ترک^۴، علائم روانپزشکی و رفتارهای خطرناک این بیماران در دوره درمان داشته

1. Leshner

2. Methadone and boprenorphin maintenance treatment (MMT&BMT)

3. craving

4. withdrawal

است (لشنر، ۱۹۹۹، کوران^۱ و همکاران، ۱۹۹۹؛ وودی و همکاران، ۱۹۸۳؛ نقل از شربام و همکاران^۲، ۲۰۰۵، موسلمین و کل، ۱۹۹۵؛ نقل از کوران و همکاران، ۱۹۹۹). با این حال برخی بیماران مصرف کننده اپیوئیدها همچون کراک و هروئین، در درمان نگهدارنده، با گذشت مدت زمانی از درمان، لغزش‌های متعددی را تجربه کرده و حتی ممکن است سراغ مواد دیگری همچون محرک‌ها بروند و زمینه عود در آنها رفته رفته فراهم شود (کوران و همکاران، ۱۹۹۹، شربام و همکاران، ۲۰۰۵؛ کانچلوف و واسیلف، ۲۰۰۳؛ نقل از مارمانی^۳، ۲۰۰۳). به عنوان مثال کوران و همکاران (۱۹۹۹) در پژوهش خود روی معتادان هروئین نشان دادند که افزایش دوز داروی تجویز شده متادون به معتادان هروئین در طولانی مدت بر کنترل رفتار مصرف مواد، تغییر خلق، شناخت و ولع یا میل به مصرف مواد موثر نبوده، چه بسا میل آنها را برای مصرف اپیوئیدها افزایش می‌دهد. پس می‌توان نتیجه گرفت که داروی متادون در درازمدت علائم محرومیت ایجاد می‌کند. به نظر می‌رسد اثربخش نبودن درمان نگهدارنده در میان این افراد تنها ناشی از تداوم مصرف داروی متادون طی زمان نیست بلکه عواملی نیز وجود دارند که مخل درمان بوده و اثربخشی این روش درمانی را بویژه در طولانی مدت تحت تأثیر قرار می‌دهند که در اغلب اوقات این عوامل و چگونگی تأثیراتشان بر نتایج درمان ناشناخته باقی مانده و حتی به فرض شناخت این عوامل، مداخلات درمانی مناسب برای کنترل این عوامل در کنار داروی متادون، کمتر صورت گرفته است. از مهمترین عوامل تأثیرگذار بر نتایج درمانی بیماران، که در پژوهش‌های مختلف به آنها اشاره شده است، ویژگی‌های شخصیتی و رفتاری مثل تکانشگری^۴، ولع مصرف و مولفه‌های شدت اعتیاد^۵ همچون مدت زمان مصرف مواد، نوع مواد مصرفی، پیامدهای ناشی از تداوم مصرف مواد و تعدد ترک‌های ناموفق می‌باشد (ورهیل، برینگ و گرینلینگر، ۱۹۹۹؛ اوانتر و همکاران، ۱۹۹۵؛ ابرامز، ۲۰۰۰؛ نقل از مکری، ۱۳۸۷؛ دوران^۶ و همکاران، ۲۰۰۴؛ پری^۷ و همکاران، ۲۰۰۵؛ مولر و

1. Curran
2. Scherbaum
3. Maremmanni
4. impulsivity
5. addiction severity
6. Doran
7. Perry

همکاران، ۲۰۰۱؛ نقل از واکسمن^۱، ۲۰۰۹؛ فاکس^۲ و همکاران، ۲۰۰۵). رفتارهای تکانشی که گاه با عنوان رفتارهای مخاطره‌آمیز نیز خوانده می‌شوند، طیف وسیعی از اعمالی را شامل می‌شوند که روی آنها تفکر کمی صورت گرفته، به صورت نابالغ با وقوع آنی، بدون توانایی در انجام تمرکز بر یک تکلیف خاص، در غیاب یک برنامه ریزی مناسب، رخ می‌دهند و از ریسک و خطرپذیری بالایی برخوردار هستند (مولر و همکاران، ۲۰۰۱؛ نقل از واکسمن، ۲۰۰۹). امروزه تکانشگری به صورت یک بعد شناختی، مفهوم پردازی می‌شود به این معنا که تکانشگری، با عدم بازداری شناختی و روند تصمیم‌گیری کند و ناقص در افراد همراه می‌باشد (گلو و دیو^۳، ۲۰۰۸). در واقع مشخص شده است که تکانشگری یکی از وجه مشخصه‌های انواع اعتیاد است (الوک و گریس، ۱۹۸۸؛ نقل از میرث^۴ و همکاران، ۲۰۰۹). عده‌ای از افراد در تمامی موقعیت‌ها به صورت تکانشگری تکانشگری عمل می‌کنند (وابسته به صفت) در حالیکه عده‌ای دیگر در موقعیت‌های بخصوص به این شیوه عمل می‌نمایند همانند مواجه شدن با نشانه‌های ایجادکننده ولع مصرف (وابسته به موقعیت) (دوقرتی^۵ و همکاران، ۲۰۰۴).

مرور مطالعات انجام شده در مورد تکانشگری نشان می‌دهد که رفتارهای تکانشی هسته اصلی بسیاری از اختلال‌های روانی از قبیل بیش‌فعالی - نقص توجه، اختلال سلوک، اختلال‌های کنترل تکانه، سوء مصرف مواد، بولمیا، رفتار خودکشی گرا، چند اختلال شخصیت را تشکیل می‌دهند (ری^۶ و همکاران، ۲۰۰۵؛ کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳؛ والدک و میلر، ۱۹۹۷؛ هلندر و اورس، ۲۰۰۱؛ نقل از عدالتی، ۱۳۸۶؛ کلرک و همکاران، ۱۹۹۷؛ نقل از هاکن^۷ و همکاران، ۲۰۰۳؛ اشمیت، ۲۰۰۴؛ ۲۰۰۴؛ نقل از دوقرتی، ۲۰۰۴؛ دوران، مک چارج و کوهن^۸، ۲۰۰۶؛ فوسوتی^۹ و همکاران، ۲۰۰۷).

-
1. Waxman
 2. Fox
 3. Glow&Daw
 4. Myrseth
 5. Dougherty
 6. Ray
 7. Hoaken
 8. Doran, McChargue & Cohen
 9. Fossodi

مطالعات متعددی در مورد ارتباط تکانشگری و اختلال سوء مصرف مواد انجام گرفته که نشان می‌دهند رفتارهای تکانشی هم به عنوان یکی از عوامل مستعد کننده و تداوم دهنده‌ی این اختلال، در نظر گرفته شده است و هم گاهی تعیین کننده نوع مصرفی معتادان می‌باشد مثل گرایش به مصرف محرک‌ها (والدک و میلر، ۱۹۹۷؛ هلندر و اورس، ۲۰۰۱؛ نقل از عدالتی، ۱۳۸۶، دوران و همکاران، ۲۰۰۴؛ هیاکی^۱ و همکاران، ۲۰۰۵؛ پری و همکاران، ۲۰۰۵؛ بورنوالووا^۲ و همکاران، ۲۰۰۵؛ لجویز^۳ و همکاران، ۲۰۰۵؛ دوران، مک چارج و کوهن، ۲۰۰۶؛ مگری و همکاران، ۱۳۸۷). بررسی‌ها در زمینه سوء مصرف مواد نشان می‌دهند که میزان عود، رابطه مستقیمی با میزان و شدت تکانشگری دارد و افرادی با نمرات بالا در مقیاس تکانشگری فرجام مناسبی در ترک از مواد ندارند (مولر و همکاران، ۲۰۰۱؛ نقل از دوقرتی و همکاران، ۲۰۰۴). همچنین پژوهشگران در بررسی جامع‌تر ابعاد مختلف اعتیاد، به یافته‌های ارزشمندی در خصوص همبستگی مثبت میان ولع مصرف (به عنوان عامل اساسی در پدیده بازگشت پس از درمان و حفظ موقعیت مصرف و وابستگی به مواد) و تکانشگری پی برده‌اند (پاول و همکاران، ۱۹۹۰؛ پاول، برادلی و گری، ۱۹۹۲؛ مک کاسکار و براون، ۱۹۹۱؛ ورهیل، برینگ و گرینلینگر، ۱۹۹۹؛ زیلبرمن و همکاران، ۲۰۰۳؛ نقل از مگری و همکاران، ۱۳۸۷؛ مگری و همکاران، ۱۳۸۷). این گروه در پژوهش‌های خود نشان دادند که تکانشگری می‌تواند بر ولع مصرف معتادان تأثیر گذاشته و مانع از رویارویی مناسب بیماران با نشانه‌های ایجاد کننده ولع مصرف در آنها شده و زمینه برگشت به مصرف مجدد مواد را فراهم سازند. لذا شدت تکانشگری می‌تواند یک مقیاس پیش بینی کننده برای میزان مقاومت افراد در طول مدت ترک یا سرعت عود مصرف آنها باشد (مولر و همکاران، ۲۰۰۱؛ نقل از واکسمن، ۲۰۰۹).

مطالعات مختلف نشان داده‌اند که ولع مصرف معتادان، نه تنها با تکانشگری بلکه با ویژگی‌های تعیین کننده شدت اعتیاد، طول مدت آن و عوامل دیگر مرتبط با آن مانند سوء مصرف چند دارو^۴

1. Hayaki
2. Lejuez
3. Bornovalova
4. poly drugs

(فاکس و همکاران، ۲۰۰۵؛ ایلهان، دمیرباس^۱، ۲۰۰۶؛ والتون - موس و مک کال^۲، ۲۰۰۶) نیز، ارتباط مستقیمی داشته و از آنها تأثیر می‌پذیرد. شاید بتوان شدت اعتیاد را مصرف طولانی مدت انواع مواد، افزایش مشکلات ناشی از مصرف و طی زمان؛ همچون بی‌کاری، طلاق، بازداشت، خودآسیب‌رسانی یا دیگر آزاری، طرد و نقص‌های رفتاری از جمله بی‌ثباتی در خلق، بی‌نظمی و عدم تعهد نسبت به شرایط کاری و خانوادگی، زیرپا گذاشتن حقوق دیگران، اختلال‌های روانی، تعدد ترک‌های ناموفق پیشین تعریف نمود.

با توجه به اهمیت ارتباط میان عواملی همچون ولع مصرف، تکانشگری، مولفه‌های شدت اعتیاد به عنوان عوامل تأثیرگذار بر نتایج درمانی و پیش‌بینی‌کننده‌های قوی، شکست و موفقیت در درمان، ضروری است تا به منظور کاهش لغزش بیماران و افزایش ماندگاری آنها در دوره پرهیز از مواد در برنامه‌های درمانی همچون درمان نگهدارنده، علاوه بر مصرف داروی متادون، از مداخلات درمانی دیگر همچون مداخلات غیر دارویی (روان‌درمانی^۳) به عنوان درمانی برای مهار یا کنترل این عوامل استفاده شود تا با مهار این عوامل در فرایند درمان، اثربخشی درمان نگهدارنده برای معتادان را افزایش داده و تقویت نمائیم. علی‌رغم آنکه تعداد زیادی از معتادان به مواد مخدر، تحت درمان نگهدارنده با متادون قرار دارند، اما مطالعات کمی در مورد اضافه شدن روان‌درمانی به این نوع روش درمانی صورت گرفته است (وودی و همکاران، ۱۹۸۳؛ نقل از شربام و همکاران، ۲۰۰۵).

بیشتر مطالعات انجام شده پیرامون اثربخشی رویکردهای مختلف روان‌درمانی در درمان اعتیاد بر رویکرد شناختی رفتاری به عنوان رویکردی موثر در درمان این بیماری اشاره نموده‌اند (امیت و همکاران، ۲۰۰۳؛ ترافتون و همکاران، ۲۰۰۶؛ موزر و همکاران، ۲۰۰۸؛ کاکویلا، ۲۰۰۹؛ نقل از مک گاورن^۴، ۲۰۰۹؛ وینگارت^۵ و همکاران، ۲۰۰۹). مطالعات نشان داده‌اند که الگوی شناختی رفتاری در درمان نگهدارنده به شیوه گروهی (روزنبلم و همکاران، ۱۹۹۵؛ نقل از شربام و همکاران، ۲۰۰۵؛

1. Ilhan & Demirbas
2. Walton-Moss & McCaul
3. psychotherapy
4. McGovern
5. Weingardt

راوسون^۱ و همکاران، ۲۰۰۲)، در مقایسه با شیوه فردی (رونزاولیل و همکاران، ۱۹۸۳، وودی و همکاران، ۱۹۸۳؛ نقل از شربام، ۲۰۰۵) بر کاهش مصرف مواد و علائم روانپزشکی، بیشتر مؤثر بوده است. همچنین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تکانشگری در پژوهش‌های (آزرین و نان، ۱۹۷۸ و ۱۹۷۳؛ راتنر، ۱۹۸۹؛ روزنهام و آیلون، ۱۹۸۱؛ اوپدیک و روتنبام، ۱۹۹۸؛ کرنال و فینچ، ۱۹۷۸؛ تیلور، ۱۹۶۳؛ روتبام و نینان، ۱۹۹۴؛ نقل از عدالتی، ۱۳۸۶) ولع مصرف (کارول^۲، ۱۹۹۸؛ فئینی^۳ و همکاران، ۲۰۰۶؛ موریت^۴ و همکاران، ۲۰۰۷؛ سرودی^۵ و همکاران، ۲۰۰۸؛ وینگارت و همکاران، ۲۰۰۹؛ هیدس^۶ و همکاران، ۲۰۱۰) و برای مولفه‌های شدت اعتیاد (رونزاولیل و همکاران، همکاران، ۱۹۸۳؛ وودی و همکاران، ۱۹۸۳؛ روزنبلوم و همکاران، ۱۹۹۵؛ نقل از شربام و همکاران، ۲۰۰۵؛ کامینر، بورلسون و گلدبرگر^۷، ۲۰۰۲؛ راوسون و همکاران، ۲۰۰۲؛ ژائومین^۸ و همکاران، ۲۰۰۵؛ کامینر و بورلسون، ۲۰۰۸) تأیید شده است.

با توجه به نیاز جدی مراکز درمانی اعتیاد به برنامه‌های روان درمانی و به ویژه گروه درمانی و اندک بودن پژوهش‌هایی که به بررسی اثربخشی روش‌های درمان گروهی، مبتنی بر الگوی شناختی - رفتاری در درمان سوء مصرف مواد پرداخته‌اند، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان گروهی کنترل تکانه بر تکانشگری، ولع مصرف و شدت اعتیاد افراد معتاد انجام شده است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

از آن جا که گروه کنترل با گروه آزمایش همتا شده و ملاک جایگزینی اعضای گروه کنترل به صورت تصادفی محض نبوده است، پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی^۹ است. جامعه آماری این

1. Rawson
2. Carroll
3. Feeney
4. Moritte
5. Soroudi
6. Hides
7. Kaminer & Burlson & Goldberger
8. Zhao min
9. quasi experimental

پژوهش عبارت بود از ۱۰۰ معتاد مصرف کننده کراک، که در یکی از مراکز درمانی شهر تهران از ابتدای تیر ۱۳۸۸ تحت درمان نگهدارنده با داروی متادون قرار گرفته بودند. نمونه مورد بررسی ۳۰ فرد معتاد بودند که با توجه به معیارهای ورود (همچون مصرف کراک به روش تدخینی، طول مدت مصرف حداقل به مدت ۶ ماه، تعدد ترک های ناموفق پیشین، گذشت بین ۲ تا ۳ ماه از فرایند درمان، مصرف داروی متادون، داشتن سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال، مرد بودن، عدم ابتلا به بیماری های بدنی و روانی جدی) و معیار همتاسازی (کسب نمرات بالاتر از نمره برش در مقیاس تکانشگری بارت) از بین این ۱۰۰ نفر، انتخاب شده و به طور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند. پس از تحلیل نمرات مقیاس تکانشگری بارت، نمره برش ۶۰ مناسب بود.

روش اجرا

گروه آزمایش در ۸ جلسه گروهی هفتگی ۶۰ دقیقه‌ای در درمان کنترل تکانه شرکت کردند. گروه کنترل نیز در ۸ جلسه شرکت کردند. ولی در این جلسات درمان خاصی ارائه نشد و افراد کنترل درباره اعتیاد خود با هم گفتگو می کردند. در نخستین جلسه هر دو گروه، پس از بیان قوانین کلی گروه و اهمیت گروه درمانی، به معرفی اعضای گروه و موضوع جلسه اول پرداخته شد. قبل از شروع جلسات گروهی محقق وضعیت آزمودنی های دو گروه را در مقیاس های تکانشگری، ولع مصرف و شدت اعتیاد در اختیار داشت و پس از ۸ جلسه گروه درمانی نیز دوباره این مقیاس ها تکمیل شدند. در ضمن به علت ریزش، ۳ آزمودنی از هر گروه، تحلیل ها روی ۱۲ آزمودنی باقی مانده در هر گروه انجام شد.

ابزار

برای گردآوری داده ها ابزارهای زیر به کار برده شد:

۱. پرسش نامه ویژگی های جمعیت شناختی: این پرسش نامه دربردارنده اطلاعاتی همچون سن، سطح تحصیلات، وضعیت سکونت، وضعیت تأهل، شغل، نوع ماده مصرفی، روش مصرف، طول مدت مصرف و سابقه درمان بود که توسط مصاحبه گر طی مصاحبه تکمیل می گردید.

۲. مقیاس تکانشگری بارت^۱: این پرسشنامه (ویرایش یازدهم) که توسط ارنست بارت و همکاران در سال ۲۰۰۴؛ (نقل از عدالتی، ۱۳۸۶) ساخته شده است، بر پایه نظریه شخصیتی بارت قرار دارد که حاوی ۳۰ سوال می باشد و ۳ عامل (تکانشگری شناختی^۲، تکانشگری حرکتی^۳ و بی برنامه‌گی^۴) را مورد ارزیابی قرار می دهد. سوالات به صورت ۴ گزینه‌ای از «به ندرت تا تقریباً همیشه» درجه بندی شده‌اند و بیشترین نمره کسب شده ۱۲۰ خواهد بود. روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه توسط اختیاری و همکاران (۱۳۸۷) انجام گرفته است که نتایج پژوهش حاکی از روایی و پایایی مطلوب این پرسشنامه است.

۳. شاخص شدت اعتیاد^۵: برای بررسی وضعیت بالینی بیماران، شاخص شدت اعتیاد، ویرایش پنجم (مک لیلان^۶ و همکاران، ۱۹۹۲) به کار برده شد. شاخص شدت اعتیاد یک مصاحبه نیمه ساختار یافته است که توسط پژوهشگران آموزش دیده، به صورت رو در رو با بیماران اجرا می شود این پرسش نامه مشکلات بیماران را در هر زمینه در طی ۳۰ روز گذشته، در سال گذشته و در طول عمر گردآوری می کند. این مقیاس در هر بخش، یک نمره کلی ترکیبی (۱-۰) می دهد و چگونگی وضعیت فرد در آن بخش را درجه بندی می کند. این مقیاس دارای ۱۱۶ پرسش می باشد. ۸ پرسش درباره وضعیت پزشکی، ۲۷ پرسش درباره وضعیت شغلی، ۲۴ پرسش در زمینه وضعیت مصرف مواد مخدر و الکل، ۲۷ پرسش پیرامون وضعیت حقوقی، ۲۳ پرسش در زمینه وضعیت خانوادگی و ۱۳ پرسش درباره وضعیت روانی بیمار است. ارزیابی پایایی و روایی نسخه فارسی به کار برده شده در این بررسی، توسط عاطف وحید و همکاران (در دست اجرا) و معاونت پژوهشی دانشگاه تهران و با همکاری مرکز ملی مطالعات اعتیاد و بودجه ستاد مبارزه با مواد مخدر انجام شده است (مکری و همکاران، ۱۳۸۷).

1. Barratt Impulsivity Scale (BIS 11)
2. Cognitive Impulsivity
3. Motor Impulsivity
4. Non planning
5. Addiction severity index(ASI)
6. McLellan

۴. مقیاس ولع مصرف تیفانی^۱: این ابزار اولین بار توسط موسسه ملی مطالعات سوء مصرف مواد، مرکز پژوهش‌های وابستگی به مواد در آمریکا، به وسیله تیفانی و همکاران (۱۹۹۳) طراحی و تدوین شد. این پرسشنامه شامل ۳۰ آیتم است که هر آیتم هفت حالت پاسخ‌دهی (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) دارد. نمره‌گذاری پاسخ‌ها از یک تا هفت است. پاسخ‌های کاملاً مخالف نمره یک و پاسخ‌های کاملاً موافق نمره هفت دریافت می‌کنند. مجموع نمرات فرد در این آیتم‌ها یک نمره کلی برای شدت ولع مصرف در افراد مصرف‌کننده گزارش می‌کند. پایایی این عامل ۰/۹۴ گزارش شده است (تیفانی و همکاران، ۱۹۹۳). ارزیابی پایایی و روایی نسخه فارسی به کار برده شده در این بررسی توسط رستمی و همکاران (دست‌نوشته) انجام شده است.

۵. درمان کنترل تکانه بر اساس تغییر زنجیره رفتار^۲: این روش درمانی که برگرفته از روش درمان کنترل تکانه پرکینسون (۱۹۹۷؛ به نقل از عدالتی، ۱۳۸۶) می‌باشد، بر پایه نظریه شناختی-رفتاری، قرار دارد. در طی ۸ جلسه «زنجیره رفتار» شامل «راه اندازه‌ها، افکار، احساسات، رفتارها، و پیامدها» به شرکت‌کننده‌ها آموزش داده می‌شود. طی هر جلسه به طور مبسوط به بخشی از این زنجیره و چگونگی تأثیر آن بر رفتار نهایی و پیامد پرداخته می‌شود. برای هر جلسه تکالیفی در رابطه با مسائل مطرح شده در جلسه در نظر گرفته شده است که شخص تا جلسه بعد با توجه به زندگی واقعی‌اش انجام می‌دهد. در هر جلسه، تکالیف جلسه قبل مرور می‌شوند و سپس مطالب جدید به شرکت‌کننده منتقل می‌شود.

در این پژوهش، علاوه بر استفاده از آماره‌های توصیفی، مانند میانگین و انحراف معیار، از تحلیل کواریانس چندمتغیره^۳ (مانکووا) و تحلیل واریانس تک متغیره^۴ (آنکووا) استفاده شده است. همچنین تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم افزار SPSS روی داده‌های مقیاس‌ها، قبل و بعد از آموزش کنترل تکانه، مقایسه می‌شود.

-
1. Tiffany Heroin Craving questionnaire
 2. behavior chain model
 3. Mancova
 4. Ancova

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی گروه نمونه در جدول ۱ ارائه شده است. همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود یافته‌ها گویای کاهش میزان میانگین زیرمقیاس‌های تکانشگری، ولع مصرف و شدت اعتیاد در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی تکانشگری، ولع مصرف، شدت اعتیاد و زیرمقیاس‌های مربوطه در پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	مراحل	آزمایش		کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
وضعیت طبی	پیش آزمون	۰/۱۹	۰/۱۲	۰/۱۷	۰/۱۴
	پس آزمون	۰/۱۰	۰/۱۴	۰/۰۷	۰/۰۹
وضعیت شغلی	پیش آزمون	۰/۶۲	۰/۲۳	۰/۵۳	۰/۲۷
	پس آزمون	۰/۵۹	۰/۲۰	۰/۴۹	۰/۳۱
وضعیت حقوقی	پیش آزمون	۰/۱۲	۰/۱۳	۰/۰۹	۰/۱۴
	پس آزمون	۰/۰۷	۰/۳۱	۰/۰۶	۰/۱۱
وضعیت خانوادگی	پیش آزمون	۰/۴۵	۰/۲۶	۰/۴۹	۰/۲۵
	پس آزمون	۰/۳۰	۰/۰۸	۰/۴۰	۰/۲۸
وضعیت روانی	پیش آزمون	۰/۴۴	۰/۰۸	۰/۴۶	۰/۱۱
	پس آزمون	۰/۱۸	۰/۱۵	۰/۳۱	۰/۰۹
وضعیت مصرف مواد	پیش آزمون	۰/۴۸	۰/۰۸	۰/۵۱	۰/۰۷
	پس آزمون	۰/۰۹	۰/۱۲	۰/۲۷	۰/۱۸

متغیر	مراحل	آزمایش		کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تکانشگری	پیش آزمون	۲۲	۴/۹۳	۲۰/۵۷	۴/۲۵
شناختی	پس آزمون	۱۲/۲۵	۲/۶۳	۱۹/۵۰	۲/۲۱
تکانشگری	پیش آزمون	۲۸/۹۰	۳/۵۷	۲۵/۷۵	۵/۲۹
حرکتی	پس آزمون	۱۴/۴۲	۲/۵۷	۲۰/۰۸	۲/۵۳
بی برنامگی	پیش آزمون	۳۰/۱۱	۲/۸۸	۲۹/۴۱	۳/۱۷
	پس آزمون	۱۹/۶۸	۳/۵۷	۲۲/۱۶	۲/۰۳
تکانشگری	پیش آزمون	۸۱/۳۳	۸/۷۰	۷۵/۷۵	۱۰/۳
کلی	پس آزمون	۵۳/۴۲	۹/۴۵	۶۳/۵۵	۴/۴۴
ولع مصرف	پیش آزمون	۳۶/۵۳	۶/۱۵	۳۳/۲۳	۲/۲۲
	پس آزمون	۲۰/۹۱	۲/۶۰	۲۶/۴۷	۳/۵۱

در ادامه برای بررسی اثربخشی مداخله بر کاهش تکانش‌گری از تحلیل کواریانس چند متغیره با حذف اثر پیش‌آزمون استفاده شد. البته لازم به ذکر است که قبل از انجام این تحلیل (آزمون لوین و M باکس)، مفروضه‌های آن مورد بررسی و از برقراری آنها اطمینان حاصل شد. یافته‌ها حاصل از این تحلیل در جدول ۲ ارائه شده است. این یافته‌ها نشان می‌دهند که عامل گروه یا مداخله انجام شده روی گروه آزمایش، در مورد تک تک زیرمقیاس‌های تکانشگری شناختی ($P < 0/001$) و ($F = 48/22$) تکانشگری حرکتی ($P < 0/001$ و $F = 34/05$) و بی‌برنامگی ($P < 0/01$ و $F = 11/33$) از لحاظ آماری در سطح $0/05$ معنی دار است. در نتیجه می‌توان گفت که متغیر مستقل باعث ایجاد تفاوت در این مقیاس‌ها بین دو گروه آزمایش و گواه شده است که در جهت تأیید یافته‌های جدول ۲، نتایج این جدول با نتایج جدول ۱ که اختلاف میانگین‌های بدست آمده از متغیر تکانشگری دو گروه، در پس آزمون را نشان می‌دهد، همخوان می‌باشد. لذا فرضیه محقق پیرامون تأثیر همزمان درمان کنترل تکانه به شیوه گروهی و دارودرمانی بر بهبود بیشتر تکانشگری در گروه آزمایش در

مقایسه با گروه گواه که تنها از دارودرمانی استفاده نموده و مداخله کنترل تکانه را دریافت نکرده بودند، ثابت شده و مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین اندازه اثر این مداخله بر زیرمقیاس‌های تکانشگری شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی به یک اندازه نبوده و به ترتیب برابر با ۰/۷۱، ۰/۶۴، ۰/۳۷ می‌باشد.

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره زیرمقیاس‌های تکانشگری

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	تکانشگری شناختی	۳۰۵/۴۷۶	۱	۳۰۵/۴۷۶	۴۸/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۷۱
	تکانشگری حرکتی	۲۰۴/۵۴۴	۱	۲۰۴/۵۴۴	۳۴/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۶۴
	بی‌برنامگی	۹۵/۶۵۳	۱	۹۵/۶۵۳	۱۱/۳۳	۰/۰۰۳	۰/۳۷

تحلیل داده‌های مربوط به تکانشگری کلی نیز که با استفاده از تحلیل کواریانس تک متغیره انجام شد نشان داد که در کل، مداخله مورد نظر بر گروه آزمایش، در مورد تکانشگری کلی ($F=۸۴/۳۴$ و $P<۰/۰۰۱$) معنادار است. اندازه اثر این مداخله بر تکانشگری کلی برابر با ۰/۸۰ بوده است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، عامل گروه یا مداخله انجام شده روی گروه آزمایش، در مورد ولع مصرف ($F=۲۷/۲۶$ و $P<۰/۰۰۱$) از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۵ معنی دار است. در نتیجه می‌توان گفت که متغیر مستقل باعث ایجاد تفاوت در این متغیر بین دو گروه آزمایش و گواه شده است که در نتایج جدول ۳، با نتایج جدول ۱، همخوان می‌باشد. لذا فرضیه محقق پیرامون تأثیر کاربرد همزمان درمان کنترل تکانه به شیوه گروهی و دارودرمانی بر بهبود ولع مصرف بیماران مصرف کننده کراک تدخینی نسبت به بیمارانی که تنها از دارودرمانی استفاده نموده اند، ثابت شده و مورد

تأیید قرار گرفته است. در ضمن اندازه اثر مداخله کنترل تکانه بر ولع مصرف ۰/۵۷ بوده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس تک متغیره ولع مصرف

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	ولع مصرف	۲۵۴/۴۹۰	۱	۲۵۴/۴۹۰	۲۷/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۵۷

پس از حصول اطمینان از برقراری مفروضه های تحلیل مانکوا در مورد شدت اعتیاد به نتایج اثر گروه یا مداخله بر متغیرهای آن توجه می کنیم. نتایج جدول ۴ نشان می دهد که عامل گروه یا مداخله انجام شده روی گروه آزمایش، در مورد برخی زیرمقیاسهای شدت اعتیاد، از جمله وضعیت روانی ($F=۵/۳۹$ و $P<۰/۰۵$) و وضعیت مصرف مواد ($F=۶/۴۹$ و $P<۰/۰۵$) از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۵ معنی دار بوده است اما در مورد زیرمقیاسهای وضعیت طبی ($F=۱/۳۵$ و $P>۰/۰۵$)، وضعیت شغلی ($F=۰/۰۱$ و $P>۰/۰۵$)، وضعیت حقوقی ($F=۰/۰۲$ و $P>۰/۰۵$) و وضعیت خانوادگی ($F=۰/۱۱$ و $P>۰/۰۵$) اثر مداخله معنی دار نبوده است و ارائه درمان باعث ایجاد تفاوت معنی دار بین دو گروه نشده است. البته عامل گروه یا مداخله مورد نظر بر این زیرمقیاسها تأثیر داشته است اما این تأثیر، تفاوت معنی داری را میان دو گروه ایجاد نکرده است. نتایج جدول ۴، با نتایج جدول ۱ همخوان می باشد. لذا فرضیه محقق پیرامون تأثیر کاربرد همزمان درمان کنترل تکانه به شیوه گروهی و داروی متادون بر بهبود بیشتر شدت اعتیاد بیماران مصرف کننده کراک تدخینی در مقایسه با بیمارانی که تنها از داروی متادون استفاده نموده و مداخله کنترل تکانه را دریافت نکرده بودند، تنها درباره زیرمقیاسهای وضعیت روانی و وضعیت مصرف مواد ثابت شده و مورد تأیید قرار می گیرد اما درباره زیرمقیاسهای وضعیت طبی، وضعیت شغلی، وضعیت حقوقی، وضعیت خانوادگی، مورد تأیید قرار نمی گیرد.

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می شود اندازه اثر مداخله کنترل تکانه بر زیرمقیاسهای شدت

اثر بخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری...

اعتیاد: وضعیت طبی، وضعیت شغلی، وضعیت حقوقی، وضعیت خانوادگی، وضعیت روانی و وضعیت مصرف مواد به ترتیب برابر با: ۰/۰۷، ۰/۰۰۲، ۰/۰۰۱، ۰/۰۰۷، ۰/۳۵ و ۰/۳۸ بوده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری زیرمقیاس‌های شاخص شدت اعتیاد

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	وضعیت طبی	۰/۰۱۵	۱	۰/۰۱۵	۱/۳۵	۰/۲۶	۰/۰۷
	وضعیت شغلی	۰/۰۰۱	۱	۰/۰۰۱	۰/۰۱	۰/۹۲	۰/۰۰۲
	وضعیت حقوقی	۰/۱۵۸	۱	۰/۱۵۸	۰/۰۲	۰/۹۶	۰/۰۰۱
	وضعیت خانوادگی	۰/۰۰۳	۱	۰/۰۰۳	۰/۱۱	۰/۷۳	۰/۰۰۷
	وضعیت روانی	۰/۰۷۴	۱	۰/۰۷۴	۳۹/۵	۰/۳۰	۰/۳۵
	وضعیت مصرف مواد	۰/۱۵	۱	۰/۱۵	۴۹/۶	۰/۰۲	۰/۳۸

در ضمن از ۳۰ بیمار، ۶ نفر در مرحله اجرای مداخله، گروه را ترک کردند که بدین ترتیب ۲۴ نفر در پژوهش باقی ماندند. از هر ۲۴ نفر، هفته‌ای یکبار بدون اعلام قبلی، تست ادرار توسط پرستار گرفته می‌شد که برای هر بیمار ۸ تست، و در مجموع برای ۲۴ بیمار ۱۹۲ تست گرفته شد. گزارش پرستار مرکز نشان می‌دهد نتایج تست مثبت ادرار برای ۳ بیمار در گروه آزمایش به صورت (بیمار اول ۲ بار و بیمار دوم ۳ بار لغزش و بیمار سوم ۱ بار) بوده است که در این گروه جمعاً ۶ مورد تست ادرار مثبت مشاهده شده است و برای گروه کنترل ۷ بیمار (بیمار اول ۲ بار، بیمار دوم ۴ بار، بیمار سوم ۳ بار، بیمار چهارم ۳ بار، بیمار پنجم ۱ بار، بیمار ششم ۷ بار، بیمار هفتم ۱۰ بار) که جمعاً ۲۸ مورد تست ادرار مثبت در این گروه در طی ۲ ماه مرحله مداخله، نیز مشاهده شده است. درصد لغزش‌ها یا تست مثبت از کل ۱۹۲ تست ادرار بین دو گروه در مرحله مداخله بدین ترتیب بود که

۳/۱۶ درصد لغزش یا تست مثبت، سهم گروه آزمایش در مرحله مداخله و برای گروه کنترل ۱۴/۵۶ درصد لغزش یا تست مثبت، در مرحله مداخله مشاهده شده است که اختلاف آنها ۱۱/۴ درصد می‌باشد. نتایج در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵: وضعیت تست ادرار در دو گروه آزمایش و گواه در مرحله مداخله بر اساس فراوانی / درصد

n=۱۹۲

شاخص	گروه آزمایش	گروه کنترل	کل
تست ادرار مثبت	۳/۱۶	۱۴/۵۶	۱۷/۷۲
	۶	۲۸	۳۴
تست ادرار منفی	۴۶/۸۸	۳۵/۴۱	۸۲/۲۸
	۹۰	۶۸	۱۵۸

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که گروه آزمایش که همزمان از داروی متادون و درمان کنترل تکانه بهره می‌بردند در مقایسه با گروه گواه که تنها از داروی متادون استفاده می‌کردند، در تعداد آزمایشات مثبت هم با یکدیگر متفاوت بوده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر همزمان درمان کنترل تکانه به شیوه گروهی با دارودرمانی بر تکانشگری، ولع مصرف و شدت اعتیاد بیماران مصرف‌کننده کراک تدخینی انجام شد. با توجه به یافته‌های به دست آمده از تحقیق حاضر می‌توان نتیجه گرفت که درمان کنترل تکانه به شیوه گروهی مبتنی بر الگوی شناختی-رفتاری در کنار دارو درمانی توانسته است تکانشگری را در بیماران مصرف‌کننده کراک تدخینی بیشتر از دارودرمانی به تنهایی، کاهش داده و بهبود بخشد. این یافته‌ها با یافته‌های آزرین و نان، (۱۹۷۸ و ۱۹۷۳)، راتنر (۱۹۸۹)، روزنیام و آیلون (۱۹۸۱)، اوپدیک و روتنبام (۱۹۹۸)، کوندال و فینچ (۱۹۷۸)، تیلور (۱۹۶۳)، روتبام و نینان (۱۹۹۴)؛ به نقل از عدالتی (۱۳۸۶) همسو است. در این پژوهش مشخص شد که میزان اثربخشی مداخله کنترل تکانه بر

زیرمقیاس‌های تکانشگری به یک اندازه نبوده و بر تکانشگری شناختی بیشترین تأثیر را داشته است که به نظر می‌رسد دلیل اول آن، آشنایی بیماران با الگوهای فکری آسیب‌رسانی است که می‌توانند، راه انداز هیجان‌ات منفی و رفتارهای تکانشی در آنها شده و زمینه لغزش یا برگشت مجدد به مصرف مواد را فراهم سازند. بعد از تکانشگری شناختی این مداخله بر تکانشگری حرکتی نیز تأثیر مطلوبی داشته که از دلایل اصلی آن، آشنایی و اصلاح الگوهای رفتاری آسیب‌رسانی است که می‌توانند منجر به ارزیابی منفی دیگران، عدم اعتماد اطرافیان و عدم همکاری در فرایند درمان، شوند. به اصطلاح ارزیابی که دیگران، از بیمار، در زندگی روزمره دارند برخلاف زمان مصرف، اهمیت پیدا می‌کند. کمترین تأثیر این مداخله نیز بر بی‌برنامگی است که به نظر می‌رسد دلیل اصلی آن عدم اطمینان از حمایت‌های آتی اطرافیان در زمینه‌های کاری، خانوادگی و اقتصادی... می‌باشد.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان کنترل‌تکانه به شیوه گروهی همراه با دارودرمانی توانسته است میزان ولع مصرف را در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل که تنها از دارودرمانی بهره می‌بردند، پس از مداخله، به طور معناداری کاهش داده و منجر به بهبودی بیشتر ولع مصرف در گروه آزمایش شود. این یافته نیز با یافته‌های پژوهش کارول (۱۹۹۸)، فینینی و همکاران (۲۰۰۶)، موریت و همکاران (۲۰۰۷)؛ سرودی و همکاران (۲۰۰۸)، وینگارت و همکاران، (۲۰۰۹)، هیدس و همکاران (۲۰۱۰) همسو می‌باشد. از دلایل مهم کاهش میزان ولع مصرف در این گروه از بیماران، افزایش آگاهی بیماران نسبت به شرایط و نشانه‌های ایجادکننده ولع مصرف، آگاهی از واکنش‌های نادرست قبلی به این نشانه‌ها مثل: واکنش سریع و عجولانه، بدون تفکر و بدون ارزیابی شرایط محیطی، و یادگیری مقابله موثرتر با این نشانه‌ها می‌باشد.

در مورد شدت اعتیاد نتایج پژوهش حاضر نشان داد هر دو روش روان‌درمانی همراه با دارودرمانی و دارودرمانی به تنهایی، بر تمامی زیرمقیاس‌های شدت اعتیاد تأثیر داشته و منجر به کاهش نمرات آنها شده اما این کاهش در مورد برخی زیرمقیاس‌ها معنی دار بوده و برای برخی دیگر معنی دار نبوده است. بدین ترتیب که درمان کنترل‌تکانه به شیوه گروهی در کنار دارودرمانی برای گروه آزمایش، توانسته است نمرات زیرمقیاس‌های وضعیت روانی و وضعیت مصرف مواد را

در این بیماران، به طور معنی داری کاهش داده و بهبود بخشید. در حالی که در مورد زیرمقیاس‌های وضعیت طبی، وضعیت شغلی، وضعیت حقوقی، وضعیت خانوادگی، کاهش نمرات معنی دار نبوده و بهبودی برای این زیرمقیاس‌ها ایجاد نشده است. نتایج پژوهش حاضر در مورد شدت اعتیاد، نتایج پژوهش پتری و همکاران (۲۰۰۱)، ژائومین و همکاران (۲۰۰۵)، کامینر، بورلسون و گلدبرگر^۱، (۲۰۰۲)، کامینر و بورلسون (۲۰۰۸)، را تنها در مورد زیرمقیاس‌های وضعیت روانی و وضعیت مصرف مواد تأیید می‌کند و با نتایج روزنیلوم و همکاران (۱۹۹۵)، نقل از شریام و همکاران، (۲۰۰۵)، راوسون و همکاران (۲۰۰۲) کاملاً همخوان می‌باشند.

اندازه اثر درمان کنترل تکانه بر تک تک زیرمقیاس‌های شدت اعتیاد به یک اندازه نبوده است. بدین ترتیب که بر زیرمقیاس‌های وضعیت مصرف مواد و وضعیت روانپزشکی بیشترین تأثیر و بر زیرمقیاس‌های وضعیت طبی، شغلی، حقوقی و خانوادگی کمترین تأثیر را داشته است. به نظر می‌رسد دلیل آنکه درمان کنترل تکانه در کنار داروی متادون بر زیرمقیاس وضعیت مصرف مواد بیشترین تأثیر را داشته است، این است که بیماران از عوامل راه انداز رفتار مصرف آگاهی یافته و در مورد پیامدهای لغزش و اهمیت اعتماد اطرافیان به آنها در زندگی آتی و تضاد میان زندگی کردن و مصرف مواد، بیشتر تأمل می‌کنند. اما در مورد وضعیت روانپزشکی بعد از وضعیت مصرف مواد، نیز بیشترین تأثیر مشاهده شد که دلیل اصلی آن آشنایی بیماران با افکار، احساسات و رفتارهای آسیب رسانی است که مانع از برقراری ارتباط سالم بیماران با اطرافیان شده و زمینه ابتلاء به اختلال‌های روانی و بدنبال آن، لغزش‌های متعدد و بازگشت مجدد به مصرف مواد، را فراهم می‌سازند. اما تأثیر درمان گروهی کنترل تکانه بر سایر زیرمقیاس‌های شدت اعتیاد ضعیف و جزئی بوده است. با وجود آنکه بیماران در دوره درمان نگهدارنده، مصرف مواد را متوقف ساخته و انتظار می‌رود تا مشکلات طبی ناشی از مصرف مواد در چنین شرایطی از بین برود با این حال مشاهده می‌شود که با وجود مصرف همزمان داروی متادون با درمان کنترل تکانه، کاهش معناداری در میانگین زیرمقیاس وضعیت طبی مشاهده نشده است که به نظر می‌رسد دلیل اصلی آن، عوارض

جانبی ناشی از مصرف داروی متادون است که با گذشت زمان در برخی بیماران ظاهر می‌شود. این عوارض عمدتاً مشکلات گوارشی و جنسی می‌باشند. اما به نظر می‌رسد تأثیر ضعیف بر زیرمقیاس وضعیت خانوادگی به این دلیل است که در درمان کنترل تکانه، مداخله‌ای روی خانواده بیماران صورت نگرفته است در حالی که خانواده به عنوان یکی از ارکان اصلی، در بهبودی بیماران محسوب می‌شوند. شکایت اصلی بیماران در جلسات روان‌درمانی به درمانگران، تداوم بی‌اعتمادی خانواده علی‌رغم تلاش‌های بیماران برای درمان می‌باشد. لذا تلاش‌های بیماران در درمان مثل پرهیز از مصرف مواد، مصرف منظم داروی متادون، حضور منظم در جلسات درمانی، همکاری با مرکز درمانی و آزمایشات منفی متعدد به تنهایی نمی‌توانند باعث بهسازی روابط آنها با خانواده‌هایشان شود و برگزاری جلسات روان‌آموزشی برای خانواده‌ها می‌تواند به بهسازی این روابط، حمایت از بیماران و اعتمادسازی در فرایند درمان کمک نمایند. عدم تأثیر این روش درمانی بر زیرمقیاس وضعیت شغلی این است که این افراد به دلیل داشتن سوابق ناگوار در گذشته مثل سابقه بازداشت و زندانی شدن، تعدد ترک‌های ناموفق پیشین، نقص‌های رفتاری از جمله بی‌ثباتی در خلق، بی‌نظمی و عدم تعهد نسبت به شرایط کاری و زیرپا گذاشتن حقوق دیگران، بیکاری و رفتارهای بزهکارانه، باعث شده‌اند تا اطرافیان، اعتماد کافی به آنها نداشته و همکاری لازم را در این خصوص نداشته باشند.

در ضمن، در این پژوهش اثر بخشی بیشتر کاربرد همزمان روان‌درمانی گروهی همراه با دارودرمانی نسبت به دارودرمانی به تنهایی، بر کاهش تکانشگری، ولع مصرف و شدت اعتیاد بیماران مصرف‌کننده کراک به روش تدخینی، در نتایج مربوط به تست‌های ادرار نیز ثابت شده است. همانطور که در متن اشاره شد، وجود رابطه میان تکانشگری، ولع مصرف و ویژگی‌های شدت اعتیاد در دوره درمان باعث می‌شود تا بیماران به تأثیرات مداخلات درمانی مقاوم شده و روش درمانی ارائه شده پاسخگوی نیازهای درمانی آنها نباشد. از این رو در مطالعه حاضر سعی شد در کنار دارودرمانی که در درازمدت ممکن است تأثیری زیادی بر این متغیرها نداشته باشد، از یک رویکرد غیر دارویی مناسبی استفاده شود تا بتوان به بیمارانی که از این مشکلات رنج می‌برند،

خدمات مناسب‌تری را ارائه نمود. البته در حوزه اعتیاد هیچ روشی هرگز نمی‌تواند به تنهایی در درمان کامل موفق شود. با در نظر گرفتن پیچیدگی ابعاد سلامت روان، رویکرد مناسب درمانی بایستی بتواند همزمان بر ابعاد مختلف اثرگذار بوده و مشکلات روش‌های درمانی گذشته را مانند برگشت پذیری و سطحی بودن را نداشته باشد. لذا در این پژوهش در کنار درمان با داروی متادون برای بیماران مصرف کننده کراک، استفاده از یک روان‌درمانی مناسب می‌توانست پاسخگوی اغلب نیازهای آنها در دوره درمان باشد که از میان رویکردهای روان‌درمانی مختلف و بر اساس مطالبی که در متن اشاره شد رویکرد شناختی- رفتاری انتخاب شد. این رویکرد درمانی برای این افراد مناسب است چرا که با زندگی روزمره و رفتارهای آنها در طی روز همخوانی دارد و حضور فعال گروه آزمایش در جلسات گروهی در این پژوهش نشان می‌دهد که بیماران توانسته‌اند با این روش درمانی ارتباط خوبی برقرار نموده و از آن احساس رضایت داشته باشند. ارائه تکالیف مناسب باعث شد آنها با مثال‌هایی از زندگی عادی خود روبرو شوند و نسبت به آنها آگاهی پیدا کنند. آنها در می‌یابند که چگونه خودشان با طی کردن مراحل درمان و بکارگیری یکسری از مهارت‌ها می‌توانند کنترل بیشتری بر افکار، رفتار و احساساتشان داشته و به یک نتیجه مثبت دست یافته و با تمرین آن مهارت‌ها در طی زمان، آنها را بصورت خودکار درآورند. هر چه این فرایند بیشتر اتفاق بیافتد، احتمال انجام رفتارهای تکانشی و خود آسیب رسان لغزش ناشی از وسوسه و اثرات طولانی مدت مصرف مواد در آینده کاهش می‌یابد.

نقص در کنترل تکانه، وجود میل به مصرف دوباره مواد و مشکلات خانوادگی، شغلی، روانی و اجتماعی ناشی از مصرف در طی سالیان سال، گاهی می‌توانند منجر به عدم موفقیت روش‌های درمانی بکاربرده شده در اعتیاد شود. به همین علت، نتایج مطالعه حاضر از این منظر که می‌تواند به این افراد، کمک‌شایانی کند، دارای اهمیت بوده و همچنین با استفاده از این روش درمانی می‌توان به بررسی سایر مشکلات مرتبط با اعتیاد نیز پرداخته شود. یکی از محدودیت‌های مهم این پژوهش آن بود که به دلیل محدودیت زمانی، دوره پیگیری استفاده نشد و از این رو پیشنهاد می‌شود تا در پژوهش‌های آینده دوره پیگیری نیز در نظر گرفته شود.

تقدیر و تشکر

از مدیریت و پرسنل محترم مرکز ترک اعتیاد آتیه واقع در منطقه ۱۲ تهران و کلیه کسانی که در گردآوری داده‌ها همکاری داشته‌اند، سپاسگزاری می‌شود.

منابع

- اختیاری، حامد؛ صفایی، هومن؛ اسماعیلی، غلامرضا؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ عدالتی، هانیه و مکرری، آذرخش. (۱۳۸۷). روایی و پایایی نسخه‌های فارسی پرسش‌نامه‌های آیزنک، بارت، دیکمن و زاگرمین در تعیین رفتارهای مخاطره‌جویانه و تکانشگری. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. شماره ۳.
- اختیاری، حامد؛ رضوان فرد، مهرناز و مکرری، آذرخش. (۱۳۸۷). تکانشگری و ابزارهای گوناگون ارزیابی آن: بازبینی دیدگاه‌ها و بررسی‌های انجام شده. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. شماره ۳.
- سادوک، بنیامین، و سادوک، ویرجینیا. (۲۰۰۳). *خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی*. (ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانیان). تهران: انتشارات ارجمند، جلد دوم، چاپ اول.
- مکرری، آذرخش؛ اختیاری، حامد؛ عدالتی، هانیه و نادری، پریسا. (۱۳۸۷). ارتباط شاخص‌های تکانشگری و رفتارهای مخاطره‌جویانه با شدت ولع مصرف در گروه‌های مختلف معتادان به مواد افیونی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. شماره ۳.
- مکرری، آذرخش؛ اختیاری، حامد؛ عدالتی، هانیه و گنجگاهی، حبیب. (۱۳۸۷). "ارتباطات میزان ولع مصرف با ابعاد مختلف شدت اعتیاد در معتادین تزریقی هروئین"، *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. شماره ۳.
- عدالتی، هانیه و یزدی، بنی جمالی. (۱۳۸۶). بررسی تأثیر درمان کنترل تکانه بر کاهش تکانشگری در دانشجویان تکانشی دانشگاه الزهراء. پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، تهران، دانشگاه الزهراء.

- Bornovalova, M., A., Daughters, S., B., Hernandez, G., D., Richards, J., B., & Lejuez, C., W. (2005). "Differences in impulsivity and risk-taking propensity between primary users of crack cocaine and primary users of heroin in a residential substance-use program". *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 13(4):311-8.
- Carroll, K.M., (1998). *A Cognitive-Behavioral Approach: treating cocaine addiction. Therapy manuals for drug addiction*, Rockville, MD: National Institute of Drug Abuse

- Curran, H., Bolton, J., Wanigaratne, S.H., Ciaron, S.(1999). "Additional methadone increases craving for heroin: a double-blind, placebocontrolled study of chronic opiate users receiving methadone substitution treatment" *Addiction*.94(5),pp 665-674
- Dawe, S., Gullo, M.J., Loxton, N.J.,(2008).Impulsivity and adolescent substance use: Rashly dismissed as "all-bad"? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 32 1507–1518.
- Doran, N., McChargue, D., & Cohen, L.(2006). "Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking". *Addictive Behaviors*, 32(1):90-8.
- Doran, N., Spring, B., McChargue, D., Pergadia, M., & Richmond, M.(2004). "Impulsivity and smoking relapse". *Nicotine and Tobacco Research*, 6(4):641-7.
- Dougherty, D.M., Mathias, Ch.W., Marsh, D.M. Moeller, F.G., Swann, A.C. (2004), "Suicidal behaviors and drug abuse: impulsivity and its assessment", *Drug and Alcohol Dependence* 76S S93–S105
- Feeney, G.F.X., Connor, J.P.,Young, R.,Tucker, J.,Mcperson. (2006)."improvement in measures of psychological distress amongst amphetamine misusers treated with brief cognitive-behavioural therapy(CBT)" *Addictive behaviours*, V.31,I.10,pp1833-1843
- Fossati, A., Barratt, E., S., Borroni, S., Villa, D., Grazioli, F., & Maffei,C.(2007b). "Impulsivity, aggressiveness, and DSM-IV personality disorders". *Psychiatry Research*, 15;149(1-3):157-67.
- Fox, H. C., Talih, M., Malison, R., Anderson, G. M., & Kreek, M. J. (2005). Frequency of recent cocaine and alcohol use affects craving and associated responses to stress and drug-related cues. *Psychoneuroendocrinology*,30, 880-891
- Hides, L., Carroll, S., Catania, L., Cotton, S.M., Baker, A., Scaffidi, A.,& Lubman, D.I., (2010)." Outcomes of an integrated cognitive behaviour therapy (CBT) treatment program for co-occurring depression and substance misuse in young people", *Journal of Affective Disorders*. V121;PP 169–174.
- Hoaken,P., Shaughnessy, V.,& Pihl,R.,(2003)." Executive Cognitive Functioning and Aggression: Is It an Issue of Impulsivity? *Aggressive behavior*, V 29, pp 15–30
- Hayaki, J., Stein, M., D., Lassar, J., A., Herman, D., S., & Anderson, B., J. (2005). "Adversity among drug users: relationship to impulsivity". *Drug Alcohol Depend*.4;78(1):65-71
- Ilhan, I. O., Demirbas, H., & Dogan, Y. B. (2006). Validation study of the Turkish version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale for heavy drinking in a group of male patients. *Drug and Alcohol Review*, v25,pp357-360
- Kaminer, Y., Burleson, J.A., (2008)."Does temperament moderate treatment response in adolescent substance use disorders? *European Child & Adolescent Psychiatry*, V 18, N 11,pp653-661
- Kaminer, Y., Burleson, J.A.,& Goldberger, R.(2002)."Cognitive-behavioral coping skills and psychoeducation therapies for adolescent substance abuse. *Journal of Psychiatry*. V 4, N 5,pp397-401.
- Lejuez, C., W., Bornovalova, M., A., Daughters, S., B., & Curtin, J.J.(2005). "Differences in impulsivity and sexual risk behavior among inner-city crack/cocaine users and heroin users". *Drug and Alcohol Dependence*, 77(2):169-75.
- Leshner, A. (1999).principles of drug addiction treatment:a research-based guide. National

Institute of health(NIH) publication NO.9..pp.3-33

Maremmani, I.,(2003). "heroin addiction and related clinical problems " *the official journal of Europad*, Vol. 5 • N. 3 •pp.13-36

McGovern, M.P., Lambert-Harris, C., Acquilano, S., Xie, H., Alterman, A.I., & Weiss, R.D.,(2009)" A cognitive behavioral therapy for co-occurring substance use and posttraumatic stress disorders" *Addictive Behaviors*. 34 , 892-897

McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H., & Argeriou, M.(1995). The Fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213.

Myrseth, H., Pallesen, S., a, Molde, H., Johnsen, B.H., Lørvik, I.M., (2009) " Personality factors as predictors of pathological gambling", *Personality and Individual Differences* 47,933-937

Perry, J., L., Larson, E., B., German, J., P., Madden, G., J., & Carroll, M., E.(2005). "Impulsivity (delay discounting) as a predictor of acquisition of IV cocaine self-administration in female rats". *Psychopharmacology (Berl)*, 178(2-3):193-201.

Rawson, A. A. (2002). A comparison of contingency management & cognitive behavioral approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59, 817-824.

Ray Li, C., S., Chen, S., H., Lin, W., H., & Yang, Y., Y.(2005)."Attentional blink in adolescents with varying levels of impulsivity". *Journal of Psychiatric Research*, 39(2):197-205.

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.

Soroudi, N., Perez, G.K. Perez, Gonzales, J.S., Greer, J.A., Pollack, M.H., Otto, M.W., & Safren, S.A., (2008)" CBT for Medication Adherence and Depression (CBT-AD) in HIV-Infected Patients Receiving Methadone Maintenance Therapy, *Cognitive and Behavioral Practice*. 15,pp93-106.

Tiffany, S., Drobos, D.,(1991). The development and initial validation of a questionnaire on smoking urges.*addiction* 86, 1467-1476.

Walton-Moss, B., & McCaul, M. E. (2006). Factors associated with lifetime history of drug treatment among substance dependent women. *Addictive Behaviors*, 31,246-53.

Waxman,S.E.,(2009)." A Systematic Review of Impulsivity in Eating Disorders." *Impulsivity in Eating Disorders*, Rev. 17pp408-425

Weingardt, K., Cucciare, M., Bellotti, C., & Pin Lai, W.,(2009)."A randomized trial comparing two models of web-based training in cognitive-behavioral therapy for substance abuse counselors". *Journal of Substance Abuse Treatment* 37 : 219-227

Zhao, M.L., Wang Z..C., Ding, X., Zhang, Y., Zhang M.Y.,(2005). The efficacy of a relapse prevention programme in the treatment of heroin dependence in China. Shanghai Mental Health Centre. *Advances in drug abuse research*. 2: 274-277.