مقاله
پژوهشی
Research

مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری و درمان نگه‌دارنده با متادون در تغییر باورهای مرتبط با مواد و پیشگیری از عود

طاهره قربانی[۱]، شهرام محمدخانی[۲]، غلامرضا صرامی[۳]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۰۸/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۱/۰۲

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری و درمان نگهدارنده با متادون در تغییر باورهای مرتبط با مواد در افراد مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد انجام شده است. **روش:** پژوهش حاضر یک طرح شبه آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود که در آن ۳۰ نفر از افراد سوءمصرف کننده مراجعه کننده به مراکز درمانی ترک اعتیاد انتخاب و در سه گروه‌درمان شناختی-رفتاری، درمان نگهدارنده با متادون و گروه گواه گمارده شدند. شرکت کنندگان هر سه گروه قبل و پس از پایان مداخله پرسشنامه باورهای مرتبط با مواد را تکمیل کردند. **یافته‌ها:** نتیجه‌ی پژوهش حاضر نشان داد که شرکت در هر دو گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه باعث تغییر معنادار باورها نسبت به مواد شد. **نتیجه‌گیری:** درمان شناختی-رفتاری با ایجاد تغییر در متغیرهای شناختی میانجی مصرف مواد مانند باورهای مرتبط با مواد خطر بازگشت به مصرف مواد را کاهش می‌دهد. بنابراین با توجه به این یافته‌ها برنامه‌های درمان سوءمصرف مواد باید این نوع متغیرهای میانجی را هدف قرار دهند.

کلید واژه‌ها: سوءمصرف مواد، درمان شناختی-رفتاری، درمان نگهدارنده با متادون، باورهای مرتبط با مواد

۱. نویسنده مسؤول: دستیار علمی گروه روان‌شناسی عمومی دانشگاه پیام نور سمیرم. پست الکترونیک: ghorbani_190@yahoo.com
۲. استادیار گروه روان‌شناسی تربیتی دانشگاه خوارزمی
۳. استادیار گروه روان‌شناسی تربیتی دانشگاه خوارزمی

مقدمه

سوءمصرف مواد، اختلال مزمن و عودکننده‌ای است که شروع و تداوم آن متأثر از تعامل عوامل مختلف ژنتیکی، روانی-اجتماعی و محیطی است. رویکردهای درمانی برای وابستگی به مواد، بسته به الگوی مصرف و فراهم بودن نظام‌های حمایتی روانی-اجتماعی و با توجه به ویژگی‌های خاص بیماران متفاوت است. در زمینه‌ی درمان تقسیم‌بندی‌های متفاوتی برای اهداف درمانی وجود دارد. معمولاً این اهداف بر سه ایده تاکید دارند:۱) قطع وابستگی جسمی به مواد، ۲) قطع وابستگی روانی و کاهش پیامدهای غیرجسمی ناشی از مصرف مواد و مشکلات وابسته به‌آن و ۳) پیشگیری از عود مجدد بیماری (جولیا و توکر[1]، ۱۹۹۹). طیف کاملی از روش‌های روان‌درمانی از جمله روان‌درمانی فردی، درمان شناختی-رفتاری، روان‌درمانی خانوادگی، گروه‌های حمایتی (مثل معتادان گمنام[2]) و آموزش مهارت‌های اجتماعی برای درمان اختلالات وابسته به مواد افیونی در موارد خاص مناسب است. از میان این رویکردها، درمان شناختی-رفتاری یک برنامه‌ی آموزش روانی- اجتماعی است. فعالیت اصلی این نوع درمان یادگیری مهارت‌های جدید و به کارگیری 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. فنون رفتاری بر اعمال و رفتاری تمرکز دارند که از نظر علّی با فرایندهای شناختی در تعامل هستند (بک، رایت، نیومن و لیس[3]، ۱۳۸۰). در درمان شناختی-رفتاری، درمانگر به درمان‌جو کمک می‌کند تا از تجارب خودش برای ارزیابی درستی یا نادرستی باورها و عقایدش استفاده کند (مهریار، ۱۳۷۷). یکی از مهم‌ترین مدل‌های شناختی-رفتاری پیشگیری از عود که قابلیت اجرای گروهی دارد، مدل آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مارلات است (مارلات و گوردن[4]، ۱۹۸۵؛ به نقل از کویستیمد، رینولدز، دراموند، داویس و تاریر[5]، ۲۰۰۷). مارلات مفهوم موقعیت‌های پر خطر را بیان کرد که شامل دو دسته‌ی عمده هستند. دسته‌ی اول، تعیین‌کننده‌های درون‌فردی مرتبط با عود مثل مسائل روانشناختی، جسمانی و محیطی

1. Jualie & Tuker 2. narcotic anonymous 3. Beck, Wright, Newman & Liese
4. Marlatt & Gordon 5. Kouimtsidis, Davis, Reynolds, Drummond & Tarrier

هستند و هیجان‌های منفی، مسائل جسمانی، وسوسه و هوس، هیجان مثبت و کنترل شخصی (خودکارآمدی) را شامل می‌شوند. دسته‌ی دوم شامل تعیین‌کننده‌های بین فردی از جمله تعارض با دیگران و فشار اجتماعی است.

علاوه بر درمان‌های روانشناختی، درمان‌های دارویی هم در درمان سوء مصرف مواد نقش مهمی دارند. از میان درمان‌های دارویی، متادون یک درمان بسیار پر کاربرد است. متادون یک ماده‌ی افیونی مصنوعی و یک آگونیست است که پس از مصرف باعث ایجاد سرخوشی، بی‌دردی و سایر اثرات مصرف مواد شبه افیونی می‌شود. این روش درمانی در سال ۱۹۶۵ توسط ونسال دول[1] و نیس وندر[2] معرفی شد. مصرف این دارو از راه دهانی است که مقدار ثابت آن مانع ایجاد سرخوشی شدید به‌وجود آمده از هروئین می‌شود (نیوکامب، بوچر، وایت و سوموگی[3]، ۲۰۰۴). درمان نگهدارنده با متادون فواید زیادی به‌همراه دارد از جمله این‌که مصرف مواد غیر قانونی را کاهش می‌دهد، زندگی مولّد را ممکن می‌سازد و به زندگی بیمار ثبات می‌بخشد و در آخر، رفتارهای پرخطر به‌ویژه تزریق مشترک را که همراه با خطر انتقال بیمارهایی همانند ایدز و هپاتیت است،کاهش می‌دهد. بنابراین، درمان نگهدارنده با متادون هم برای فرد و هم برای جامعه ثمربخش است. درمان نگهدارنده با متادون هرچند نوعی اعتیاد جسمانی به این دارو ارزیابی می‌شود، اما معادل اعتیاد تلقی نمی‌شود؛ زیرا فرد به سبب مصرف منظم این دارو از دور تسلسل یکنواخت «مصرف-نشئگی-خماری-جستجوی نوبت بعدی مواد-مصرف» رها می‌شود (مستشاری، ۱۳۸۰).

یک قسمت بسیار مهم در درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر مهارت‌های مقابله‌ای، مداخله در تعیین‌کننده‌های درون فردی مثل باورهای مرتبط با مواد است. باورهای مرتبط با مواد، به انتظارات فرد از مصرف مواد اطلاق می‌شود. این باورها در مدل یادگیری اجتماعی به عنوان یک اثر مهم در مورد این‌که فرد چه موقع و چرا مواد مصرف می‌کند، در نظر گرفته می‌شوند (جونز و مک موهان[4]، ۲۰۰۱). باورهای مرتبط با مواد افکاری هستند که از انتظارات مستقیم و غیرمستقیم مصرف یک ماده به‌وجود می‌آیند و به‌طور

1. Vansal Dole
2. Nisvander
3. Newcombe, Bochner, White & Somogyi
4. Jones & McMahon

کلی به دو دسته‌ی مثبت و منفی تقسیم می‌شوند (کویستیمد و همکاران، ۲۰۰۷). در واقع، انتظارات از مصرف مواد به عنوان عقاید فرد در مورد اثرات کوتاه‌مدت و نسبتاً آنی یک ماده اطلاق می‌شود که با اثرات بلند مدت آن ماده متفاوت است (جومی، برادلی، اندرسون، میشل و استین[1]، ۲۰۰۹). از دیدگاه یادگیری اجتماعی، انتظارات مثبت از مصرف مواد سبب ادامه‌ی مصرف و بازگشت به مصرف می‌شود، درحالی‌که انتظارات منفی از مصرف مواد جلوگیری می‌کنند (جونز و مک ماهون، ۲۰۰۱). در همین چارچوب، بر اساس نظر بک اکثر بیماران سوءمصرف‌کننده‌ی مواد دارای مجموعه‌ای از باورها و نگرش‌های مثبت نسبت به مواد هستند که وقتی تصمیم به توقف مصرف می‌گیرند، فعال می‌شوند. در این هنگام چون فرد تصور می‌کند قادر به کنترل تمایلات خود نیست، احتمال کمی وجود دارد که برای کنترل آن تلاش کند. از این دیدگاه، یک مانع عمده در ترک مصرف الکل یا مواد، شبکه‌ی عقاید ناکارآمدی است که بر محور داروها و الکل متمرکز است و نیز یکی از دلایلی که سبب می‌شود فرد سوءمصرف‌کننده‌ی مواد هم‌چنان تمایل قوی به مصرف مواد داشته باشد، این است که عقاید اساسی او نسبت به مزایا و معایب مواد، اساساً تغییر نکرده است (بک و همکاران، ۱۳۸۰). در مرور ادبیات پژوهش، تحقیقات نشان می‌دهند که بخشی از تأثیر برنامه‌های آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در پیشگیری از سوءمصرف مواد به‌واسطه‌ی تأثیر این برنامه‌ها بر باورها و نگرش‌های مربوط به مواد است. بنابراین، اصلاح نگرش و به چالش‌کشیدن باورهای مرتبط با مواد، از اهداف اساسی در شیوه‌های پیشگیری از عود است (باتوین، گریفین، پل و ماکیولاری[2]، ۲۰۰۳؛ مکی لوپ، ریابچنکو و لیزمن[3]، ۲۰۰۳؛ محمدخانی، جزایری، محمدخانی، رفیعی و طباطبایی، ۱۳۸۷؛ طارمیان و مهریار، ۱۳۸۷؛ رحمتی و اعتمادی، ۱۳۸۵؛ قربانی، ۱۳۸۰؛ اخلاقی بوزانی، ۱۳۷۵). به‌رغم این‌که درمان‌های پیشگیری از عود بر پایه کار مارلات و گوردون بسیار مورد توجه قرار گرفته، مطالعات در نشان دادن یک تصویر سازگار از اثربخشی این رویکرد شناختی-رفتاری در

1. Hayaki, Bradley, Anderson, Michael & Stein
2. Botvin, Griffin, Paul & Macaulay
3. Mackillop, Ryabchenko & Lisman

افراد مبتلا به سوءمصرف کننده‌ی مواد ناتوان است (راسون[1]، ۲۰۰۲). همچنین، تحقیقات انجام شده در ایران به بررسی نقش تغییر باورها به منظور پیشگیری از مصرف مواد در افراد غیر مبتلا پرداخته و به بررسی نقش درمان در تغییر این باورها و پیشگیری از عود نپرداخته است. از سوی دیگر، افرادی که در درمان قرار می‌گیرند حتی درمان‌های دارویی، نگرش آن‌ها نسبت به مواد تغییر می‌کند، اما این که آیا مصرف دارو باعث تغییر خود به خودی در باورهای فرد می‌شود و می‌تواند در پیشگیری موثر باشد سؤالی است که نیاز به بررسی بیشتر دارد. با توجه به این‌که در مورد اثربخشی درمان پیشگیری از عود تردید وجود دارد، نیاز به ارزیابی تجربی این نوع مداخلات و بررسی متغیرهای میانجی تأثیر گذار بر نتایج درمانی احساس می‌شود (ایروین، باور، دان و وانگ[2]، ۱۹۹۹؛ کوب[3]، ۲۰۰۰). بنابراین، پژوهش حاضر به منظور مقایسه اثربخشی درمان نگهدارنده با متادون و گروه‌درمانی شناختی-رفتاری مبتنی بر مهارت‌های مقابله‌ای، در ایجاد تغییرات شناختی میانجی مصرف مواد نظیر باورهای مرتبط با مواد و پیشگیری از عود انجام شده است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی دارای پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه است. در این پژوهش دو گروه‌درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای (الگوی مارلات) و درمان نگهدارنده با متادون به عنوان گروه آزمایش و یک گروه گواه مورد ارزیابی قرارگرفتند. لازم به ذکر است که گروه گواه در جلسات گردهمایی به شکل گروه‌های خودیاری شرکت می‌کردند. جامعه‌ی پژوهش حاضر، شامل کلیه‌ی افرادی است که مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد بوده و برای درمان وابستگی خود طی سه ماه (مهر تا آذر ماه ۱۳۸۸) به مراکز ترک اعتیاد با متادون و مراکز سم‌زدایی در شهر اصفهان مراجعه کرده‌اند. تعداد افراد مراجعه‌کننده به این مراکز، ۷۰۰ نفر بود. در پژوهش حاضر، افراد سوءمصرف‌کننده حداقل یک ماده (مثل شیره، تریاک و..) را مصرف می‌کردند. در پژوهش حاضر، نمونه شامل سه گروه ۱۵ نفره بود که به‌طور تصادفی از بین جامعه انتخاب

1. Rasown 2. Irvin, Bowers, Dunn & Wang 3. Koob

شدند. اعضای نمونه از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی از قبیل تعداد بازگشت‌های گذشته به مصرف مواد، سن، جنس، تحصیلات و طبقه‌ی اقتصادی-اجتماعی، که بر اساس پژوهش‌های انجام شده می‌تواند بر نتایج پژوهش اثر گذارند، با هم همتا شدند. برای همتاسازی سن ۳۵–۱۸ سال (میانگین ۲۶/۱۶) مورد بررسی قرارگرفت. افراد شرکت‌کننده در پژوهش را مردان حداقل دارای مدرک سیکل تشکیل دادند و سه گروه از نظر تحصیلات همتا شدند. همچنین، طبقه‌ی اقتصادی–اجتماعی بر اساس در آمد تعیین شد. انتخاب اولیه‌ی آزمودنی‌ها بر اساس نمونه‌گیری در دسترس بود. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به سه گروه‌درمان شامل موارد زیر بود: ۱-مصاحبه‌ی بالینی ساختمند که توسط آزمایشگر انجام شد، ۲-سن (بین ۱۸ تا ۳۵ سال)، ۳-جنس (تنها مرد)، ۴-سطح تحصیلات (از راهنمایی تا لیسانس)، ۵-سابقه‌ی بازگشت (از ۲ تا ۵ بار)، ۶-عدم وجود اختلال پزشکی در محور III، اما ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از گروه مورد بررسی نیز شامل موارد زیر بود: ۱-عدم محرز شدن ملاک‌های ورود به درمان (سن، جنس، سطح تحصیلات، سابقه‌ی بازگشت). همچنین، اطلاعات جمعیت شناختی مرتبط با هر فرد در ابتدای ورود به چرخه‌ی درمان در پرونده‌ی روانپزشکی فرد درج شده است. مشخصات گروه‌ها از نظر نوع و روش مصرف مواد در جدول زیر ارائه شده است.

سال ششم، شماره ۲۲، تابستان ۱۳۹۱
Vol. 6, No. 22, Summer 2012

جدول ۱: مشخصات توصیفی سه گروه در متغیر نوع ماده‌ی مصرفی و روش مصرف

متغیرها		گروه الف فراوانی (٪)	گروه ب فراوانی (٪)	گروه ج فراوانی (٪)
ماده‌ی مصرفی	تریاک و شیره	۶ (٪۶۰)	۴ (٪۴۰)	۴ (٪۴۰)
	هروئین	۳ (٪۳۰)	۶ (٪۶۰)	۴ (٪۴۰)
	سایر مواد افیونی	۱ (٪۱۰)	۰ (٪۰)	۲(٪۲۰)
روش مصرف	تدخین	۴ (٪۴۰)	۶ (٪۶۰)	۷ (٪۷۰)
	خوراکی	۴ (٪۴۰)	۳ (٪۳۰)	۲ (٪۲۰)
	تزریق	۲ (٪۲۰)	۱ (٪۱۰)	۱ (٪۱۰)

الف: گروه‌درمان شناختی-رفتاری، ب: گروه‌درمان نگهدارنده با متادون، ج: گروه گواه

نتایج جدول ۱، نشان می‌دهد که ۱۴ نفر از آزمودنی‌ها تریاک و شیره، ۱۳ نفر هروئین و ۳ نفر سایر موارد مواد افیونی را مصرف می‌کنند. از این میان، ۱۷ نفر به روش تدخین، ۹ نفر به روش خوراکی و ۴ نفر به روش تزریق به مصرف مواد می‌پردازند.

ابزار

۱-مصاحبه‌ی تشخیصی ساختمند: برای ایجاد رابطه‌ی درمانی اولیه، تشخیص و توجیه افراد و جلب مشارکت آن‌ها برای شرکت در جلسات گروه‌درمانی ابتدا یک مصاحبه‌ی تشخیصی ساختمند بر اساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (نسخه چهارم) انجام شد. هم‌چنین، این مصاحبه وسیله‌ای برای همتاسازی سه گروه‌درمان شناختی-رفتاری، درمان نگه‌دارنده با متادون و گروه گواه، بر اساس ملاک‌های ورود به درمان بود.

۲-پرسشنامه‌ی باورهای مرتبط با مواد[1]: این پرسشنامه، یک مقیاس خودسنجی است که باورهای مرتبط با مواد را می‌سنجد و دارای ۲۰ ماده است که هر کدام در یک مقیاس لیکرت هفت تایی (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) درجه بندی شده است. ۲۰ ماده‌ی این پرسشنامه، شامل عبارت‌هایی درباره‌ی پیامدهای مثبت و منفی مصرف مواد است. عبارت‌های مثبت، شامل آن مواردی است که اثرات مواد بر افزایش خلق دارد و نتایج مثبت مواد را نشان می‌دهد. عبارت‌های منفی آن ماده‌هایی است که به اثرات منفی مواد و این‌که این اثرات قابل اغماض هست یا نه، اشاره دارد. در نهایت، فرد درجه‌ی موافقت یا مخالفت خود را با این عبارت‌ها نشان می‌دهد. صادقی (۱۳۸۸) اعتبار این مقیاس در ایران را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کرده است.

۳-تست آزمایشگاهی برای تشخیص سریع: یک تست تشخیص کیفی است که برای تعیین مورفین در نمونه‌ی ادرار انسان، تشخیص پزشکی و سایر تشخیص‌های حرفه‌ای (فقط برای شرایط آزمایشگاهی) استفاده می‌شود. طبق اظهارات کارشناس آزمایشگاه، این تست یک روش تشخیص سریع است که برای تعیین مورفین یا هر نوع ماده‌ی مخدر دیگر به‌کار می‌رود. این تست به‌صورت یک نوار باریک است که داخل آن مقداری مورفین به

1. drug beliefs questionnaire

صورت فشرده و مصنوعی اضافه شده است. زمانی که نوار را داخل ادرار می‌گذاریم در صورتی که فرد مواد مصرف کرده باشد، مورفین داخل ادرار با مورفین داخل نوار با هم رقابت می‌کنند و مورفین موجود در بدن انسان خودنمایی می‌کند. در نتیجه، بر روی نوار یک خط دیده می‌شود که نشان‌دهنده‌ی وجود مورفین است. در موارد منفی که فاقد هرگونه مورفین است، دو خط دیده می‌شود.

روند اجرا: کاربندی آزمایش در پژوهش حاضر، اجرای ۱۰ جلسه گروه‌درمانی شناختی-رفتاری و ۱۰ جلسه دارودرمانی بود. درمان شناختی-رفتاری به صورت گروهی اجرا شد. طراحی فرایند درمان و جلسات درمانی به این صورت بود که در هر جلسه مهارت‌های خاصی، مثل مهارت‌های مقابله با وسوسه و راهبردهای تنظیم هیجان به فرد آموزش داده می‌شد. نحوه آموزش و محتوای آن به تفکیک جلسات در جدول زیر آمده است.

جدول۲: گام‌های درمانی انجام شده در طی جلسات درمان

زمان‌بندی جلسات درمان	درمان شناختی-رفتاری	دارودرمانی	گروه گواه
سه جلسه‌ی اول هفته ۱ الی ۳	شناسایی زنجیره‌ی شناختی-رفتاری	شروع دارو درمانی	گردهمایی
سه جلسه‌ی دوم هفته ۴ الی ۶	مقابله با وسوسه، استرس و افکار منفی	ادامه‌ی فرایند دارودرمانی	گردهمایی
چهار جلسه‌ی سوم هفته ۷ الی ۱۰	آموزش مهارت‌های مقابله با وسوسه، خلق منفی و خشم	ادامه‌ی فرایند دارودرمانی + ارزیابی اثربخشی دارو	گردهمایی

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی در شاخص باورهای مرتبط با مواد به تفکیک گروه و نوع آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول۳: آماره‌های توصیفی در شاخص باورهای مرتبط با مواد به تفکیک نوع آزمون و گروه‌درمانی

گروه‌ها	پیش آزمون	انحراف استاندارد	پس آزمون	انحراف استاندارد	تعداد
درمان شناختی-رفتاری	۵۲/۸	۲۲/۸۹	۲۹/۸۰	۱۰/۶۷	۱۰
درمان نگهدارنده با متادون	۵۱/۵۰	۲۰/۴۰	۴۱/۳۰	۹/۲۹	۱۰
گواه	۵۰/۴۰	۱۷/۱۲	۴۹/۳۰	۸/۹۰	۱۰

همچنین، جهت بررسی یافته‌های پژوهش از تحلیل کواریانس استفاده شد. برای انجام تحلیل کواریانس، ابتدا پیش فرض تساوی واریانس‌ها، در بین نمرات سه گروه آزمودنی از طریق آزمون لون بررسی شد. نتایج این تحلیل نشان داد که تفاوت معناداری در واریانس سه گروه مشاهده نمی‌شود و لذا شرط تساوی واریانس‌ها برقرار است.

جدول٤: نتایج تحلیل کواریانس باورهای مرتبط با مواد در پس آزمون سه گروه‌درمانی

منبع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F آماره	معناداری
گروه	۲	۱۲۸۶/۳	۶۷/۲۴۲	۰/۰۰۰۵

نتایج تحلیل کواریانس، در مرحله‌ی پس‌آزمون نشان می‌دهد که با کنترل آماری متغیر پیش‌آزمون تفاوت معناداری بین میانگین‌های سه گروه در مرحله‌ی پس آزمون وجود دارد. برای بررسی الگوهای تفاوت از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. نتایج نشان داد که هر دو گروه آزمایشی (درمان شناختی-رفتاری، و درمان نگهدارنده با متادون) نسبت به گروه گواه نمرات بالاتری داشتند. همچنین، گروه‌درمان شناختی-رفتاری نمرات بالاتری نسبت به گروه‌درمان نگهدارنده با متادون به دست آورد. بنابراین، نتایج نشان می‌دهد که آثار روان درمانگری شناختی-رفتاری در میزان کاهش باورهای مرتبط با مواد که از عوامل اصلی مصرف مواد است، بیش از درمان نگهدارنده با متادون و گروه گواه است. همچنین، نتایج بررسی پیشگیری از عود در تحقیق حاضر در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داد که تفاوت معناداری در میزان عود در مرحله‌ی پس‌آزمون یا پایان درمان گروهی بین سه گروه وجود دارد. در مرحله‌ی پایان درمان گروهی، میزان عود در گروه‌درمانی شناختی-رفتاری ۲ نفر (Z =-۱)، در گروه‌درمان نگه‌دارنده با متادون ۴ نفر (Z=۳/۸۴) و در گروه گواه ۷ نفر (Z = ۷/۸۵) بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی مداخله‌ی شناختی-رفتاری و درمان نگهدارنده با متادون در تغییر باورهای مرتبط با مواد و پیشگیری از عود بود. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس نشان داد که بعد از انجام مداخله، تفاوت معناداری بین گروه‌درمان شناختی-رفتاری، گروه‌درمان نگهدارنده با متادون و گروه گواه (که در مرحله‌ی پیش‌آزمون تفاوت معناداری نداشتند)، در کاهش باورهای مرتبط با مواد به‌وجود آمده است. این یافته‌ها به این معنی است که گروه‌درمانی شناختی-رفتاری، در کاهش باورهای مرتبط با مواد مؤثر است. این یافته‌ها با نتایج به دست آمده از مطالعات انجام شده هم‌خوانی دارد (مکی‌لوپ و همکاران، ۲۰۰۳؛ محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۷؛ طارمیان و همکاران، ۱۳۸۷؛ رحمتی و اعتمادی، ۱۳۸۵؛ قربانی، ۱۳۸۰؛ اخلاقی بوزانی، ۱۳۷۵). در این پژوهش‌ها مشخص شده است که آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و مهارت‌های زندگی باعث تغییر در نگرش مثبت نسبت به موادمخدر می‌شود.

به‌طور کلی، در نظریه‌ی شناختی-رفتاری فرض بر این است که سوءمصرف مواد هم تحت تأثیر باورها و انتظارات شناختی فرد از مصرف مواد قرار دارد و هم تابع ارزش عاطفی که فرد برای پیامدهای رفتار خود قائل است، قرار می‌گیرد. در نتیجه، مداخله‌ی آموزشی شرایطی را فراهم می‌کند که فرد در معرض انتظارات و احساسات متفاوتی در گروه قرار گرفته و در فرایند تقابل با سایر اعضای گروه به چالش کشیده شود. به‌عبارت دیگر، موقعیت مداخله‌ی آموزشی به دلیل این‌که شرایطی ایجاد کرده است تا نگرش‌ها و باورهای منفی نسبت به مصرف مواد بیش از اظهارات مثبت مورد تبادل قرارگیرد، توانسته است بر منفی‌سازی نگرش و انتظارات مرتبط با مواد تأثیر بگذارد. البته لازم به ذکر است که تغییر رفتار ناشی از ترک (از طریق سم زدایی یا دارودرمانی) می‌تواند باعث تغییر در نگرش افراد سوءمصرف‌کننده شود، اما این تغییرات در دو گروه دیگر معنادار نبود. از سوی دیگر، تأثیر جلسات آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر مبنای رویکرد شناختی-رفتاری می‌تواند این‌گونه تعبیر شود که مداخله‌ی آموزشی اولاً با دخل و تصرف در نظام شناختی افراد سوءمصرف کننده، ارزیابی درونی آن‌ها در قبال نیاز به مصرف مواد و یا توان مقابله

در برابر عوامل و پیام‌های ترغیب‌کننده را تغییر داده است و ثانیاً شناخت‌ها و نگرش‌های آنان را به‌طور مستقیم در معرض چالش و تغییر قرار می‌دهد (طارمیان و همکاران، ۱۳۸۷). همچنین، این نتایج با بعضی از دیدگاه‌ها و اصول نظری حاکم بر شکل‌گیری و تغییر نگرش‌ها همسویی دارد. برای مثال، اگر بپذیریم این پژوهش توانسته است نگرش عده‌ای از سوءمصرف کنندگان مواد را نسبت به اثرات مواد و سوءمصرف آن به شیوه‌ی گروهی و تحت نوعی مشارکت گروهی تغییر دهد، با نظر هاولند[1] که معتقد است شکل‌گیری نگرش تابع اصول یادگیری است، پس تغییر آن نیز از اصول و قواعد یادگیری تبعیت می‌کند، همسو است (جونز و مک ماهون، ۲۰۰۱). سرانجام، بر اساس نظر بک اکثر افراد سوءمصرف‌کننده‌ی مواد، دارای مجموعه‌ای از باورها و نگرش‌های مثبت نسبت به مواد هستند که وقتی تصمیم به توقف مصرف می‌گیرند، فعال می‌شوند. بنابراین، با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مناسب می‌توان از شروع چرخه‌ی مصرف جلوگیری‌کرده و فرد را برای مدت طولانی‌تری در پرهیز نگه داشت (کویستیمد و همکاران، ۲۰۰۷).

همچنین، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری برای پیشگیری از بازگشت در افراد سوءمصرف‌کننده‌ی مواد مفیدتر است. گروه آزمایشی که درمان شناختی-رفتاری دریافت کرده بودند، در مقایسه با گروه دارودرمانی و گروه گواه، در متغیر وابسته‌ی پیشگیری از عود، تفاوت معنادارتر و پایدارتری نشان دادند. در مرحله‌ی پایان درمان گروهی، میزان عود در گروه‌درمانی شناختی-رفتاری ۲ نفر (Z =-۱)، در گروه‌درمان نگهدارنده با متادون ۴ نفر (Z=۳/۸۴) و در گروه گواه ۷ نفر (Z = ۷/۸۵) بود. این نتایج با یافته‌های مارک، لیت، کادن، کابل-کورمییر و نانسی[2] (۲۰۰۸)، دنیس[3] و همکاران (۲۰۰۴)، والدرون، اسلسنیک، برودی، ترنز و پترسون[4] (۲۰۰۲)، راسون (۲۰۰۲)، مارکوس و فارمیگونی[5] (۲۰۰۱)، گودرزی (۱۳۸۵) و مهرابی، نشاط دوست و مولوی (۱۳۸۴) همسو است. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند وقتی سطح مصرف مواد به درجه‌ای از شدت می‌رسد که فرد ناگزیر به درمان می‌شود، احتمالاً از مواد به‌عنوان راهی برای مقابله با طیف گسترده‌ای از مشکلات میان فردی بهره می‌برد. این وضع به چند دلیل

1. Hawland 2. Mark, Litt, Kadden, Kabela-Cormier & Nancy 3. Dennis
4. Waldron, Slesnick, Brody, Turner & Peterson 5. Marques & Formigoni

رخ می‌دهد. ممکن است فرد در دوره‌ی نوجوانی راهبردهای مؤثر مقابله با مشکلات زندگی بزرگسالی را فرا نگرفته باشد یا ممکن است در دوره‌ای این راهبردها را فرا گرفته باشد، ولی به دلیل کاربرد پی‌درپی مصرف مواد به‌عنوان راهی برای رویارویی با مشکلات، این مهارت‌ها ضعیف شده باشند. همچنین، ممکن است این‌گونه بیماران به علت درگیری درازمدت با سبک زندگی متکی به مصرف مواد که در آن بخش مهمی از وقت آنان صرف تهیه، مصرف و سپس بهبودی اثرات مواد می‌شود، راهبردهای مؤثر را فراموش کرده باشند (کارول[1]، ۱۳۸۱). از آن‌جا که مهارت‌های مقابله‌ای قابل آموزش و یادگیری است، در درمان شناختی-رفتاری بر این فرض نظریه‌ی یادگیری اجتماعی تأکید می‌شود که افراد سوءمصرف‌کننده‌ی مواد، نیازمند فراگیری مهارت‌های انطباقی و جایگزینی روش‌های سازگارانه‌ای برای مقابله با مشکلات‌شان و جستجوی لذت هستند (راسنو، سیروتا، مارتین و مونتی[2]، ۲۰۰۴). بنابراین، مداخله‌ی شناختی-رفتاری با آموزش مهارت‌های ضروری و مورد نیاز این افراد، سبک زندگی بیماران را تغییر داده و سبک زندگی بدون مواد را به آن‌ها آموزش می‌دهد. همچنین، در این رویکرد با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، توانایی فرد برای کنارآمدن با وسوسه و نشانه‌های ترک افزایش می‌یابد. بنابراین، درمان شناختی-رفتاری، درمانی مؤثر برای افراد مبتلا به سوءمصرف مواد محسوب می‌شود.

امروزه گروه‌درمانی به‌عنوان درمان انتخابی اختلالات وابستگی به مواد دارای توان بالقوه برای حمایت و مواجهه‌ی بیمار با اختلال و به چالش کشیدن بینش اعضاء پیرامون مسائل فردی و شخصیتی است (خانتازیان و گلدن[3]، ۱۹۹۹). اثربخشی این مداخلات می‌تواند ناشی از شرکت در جلسات گروهی باشد که بیمار را در جهت رسیدن به یک پاکی با دوام کمک می‌کند و به او راهکارهای مناسبی برای مقابله با عوارض دوران ترک نظیر میل به مصرف مواد، تحریک‌پذیری، احساس پوچی و غیره ارائه می‌کند. در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان به مبانی نظری کارایی و اثربخشی روش‌های درمان اشاره کرد. اینگرام، هیس و اسکات[4] (۲۰۰۰) برای ارزیابی کارایی درمان‌های روانشناختی

1. Karrol
2. Rohsenow, Sirota, Martin & Monti
3. Khantazian & Golden
4. Ingram, Hayes & Scott

ملاک‌هایی را یادآور شده‌اند که در این قسمت به هر کدام از آن‌ها در ارتباط با پژوهش حاضر اشاره می‌شود:

۱) اندازه‌ی تغییر[1]: (میزان تغییر در علائمی که آماج اصلی درمان به‌شمار می‌روند): در پژوهش حاضر به بررسی میزان تغییر در متغیر باورهای مرتبط با مواد پرداخته شد. برای عینی‌سازی میزان بهبودی از فرمول درصد بهبودی (پیش‌آزمون - پس‌آزمون) یا پیش‌آزمون (ΔA=A0-A1/Ao) استفاده شد (اگلز، لونر و باستینل[2]، ۲۰۰۱). نتایج به‌دست آمده از تحلیل میزان بهبودی نشان داد که میزان بهبود در گروه شناختی-رفتاری ۴۸ درصد، در گروه‌درمان نگهدارنده با متادون ۱۹درصد و در گروه گواه ۱۴درصد بود. همچنین، میزان عود در گروه‌درمان شناختی-رفتاری ۲۰ درصد، در گروه‌درمان نگهدارنده با متادون ۳۰ درصد و در گروه گواه ۶۰ درصد نشان داده شد. در نتیجه، اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در کاهش باورهای مرتبط با مواد افراد سوءمصرف کننده‌ی مواد بیشتر از گروه‌درمان نگهدارنده با متادون در گروه گواه است. به عبارت دیگر، در مقایسه با ابتدای درمان، رویکرد شناختی-رفتاری در کاهش باورهای مرتبط با مواد تغییر قابل ملاحظه‌ای ایجاد کرده و از این طریق باعث حفظ فرد در پرهیز از مصرف مواد شده است.

۲) کلی بودن تغییر[3]: با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان نتیجه گرفت که در مجموع، درمان شناختی-رفتاری نسبت به درمان نگهدارنده با متادون و حفظ دستاوردهای آن مؤثرتر است. درمان شناختی-رفتاری علاوه بر کاهش بازگشت به مصرف مواد با ایجاد تغییر در متغیرهای میانجی، حوزه‌های کلی‌تری را تحت تأثیر قرار می‌دهد، در حالی‌که درمان متادون فقط بر بازگشت از مصرف مواد و کاهش وسوسه مؤثر است. درمان شناختی-رفتاری، دارای بخش‌هایی همچون تحلیل کارکردی، مهارت‌آموزی و پیشگیری از بازگشت است. در تحلیل کارکردی، فرد عوامل برانگیزاننده‌ی وسوسه و بازگشت را شناسایی می‌کند و با پرهیز از این عوامل، احتمال بازگشت به مصرف کاهش می‌یابد. در مهارت‌آموزی، به افراد کمک می‌شود تا عادت‌های گذشته‌ی مربوط به

1. magnitude of change 2. Ogles, Lunner & Bonesteel 3. generality of change

سوءمصرف مواد را ترک کرده و مهارت‌ها و عادت‌های سالم‌تری را فراگیرند. برای پیشگیری از بازگشت، به مراجع در زمینه‌ی شناسایی و برنامه‌ریزی مقابله با موقعیت‌های پرخطری که ممکن است در آینده رخ دهد، کمک شده و راهبردهای مقابله‌ای کارآمد کلی و همچنین مهارت‌های ویژه برای پرهیز از وسوسه به وی آموزش داده می‌شود. چنین آموزش‌هایی بهبود احساس خودکارآمدی و پرورش راهبردهای مهار خود در موقعیت‌های پرخطر را در پی دارند و سبب کاهش بازگشت می‌شوند (گلنیش[1]، ۱۹۹۷). نکته‌ی دیگری را که باید در تبیین این یافته‌ها در نظر داشت، بهبود سلامت روانی این افراد است، زیرا بر پایه‌ی نظریه‌ی خوددرمانی باشنگل، کافی، اسکوماچر، درابز و سالادین[2] (۲۰۰۸) سوءمصرف مواد از سوی افراد معتاد، نوعی خود درمانی دانسته می‌شود که برای رفع مشکلاتی همچون افسردگی به آن روی می‌آورند. همین مسائل باعث تمایز این نوع درمان از سایر درمان‌های روانشناختی می‌شود.

۳) ایمنی[3]: مقایسه‌ی نمره‌های آزمودنی‌ها در مرحله‌ی خط پایه و مرحله‌ی پیگیری در همه‌ی ابعاد نشان داد که آزمودنی‌ها به بهبودی قابل توجهی دست یافته‌اند، ولی هر کدام از آن‌ها به میزان معینی تغییرکرده‌اند. هر چند میزان تغییر در گروه‌درمان شناختی-رفتاری بیشتر از گروه‌درمان نگهدارنده با متادون بود، ولی هر دو روش بهبودی بیشتری نسبت به عدم درمان نشان دادند.

بنابراین، بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان نتیجه گرفت که مزایای گروه‌درمانی، صرفاً صرفه‌جویی در وقت و انرژی، کاهش هزینه و ارائه‌ی درمان برای چند نفر در یک زمان نیست؛ گروه‌درمانی به دلیل ماهیت تعاملی خود و شرکت اعضاء در فرایند درمان یکدیگر و همچنین بروز عوامل خاص گروه نظیر القاء امید، نوع‌دوستی، تجارب اصلاحی، بازخورد دادن و تغییر در احساس، می‌تواند به تقویت انگیزش درمانی بیماران کمک کند و در نهایت منجر به تحکیم فرایند درمان شود. سرانجام، پژوهش حاضر نشان داد که مداخله‌های روانشناختی، بخش اجتناب ناپذیر درمان سوءمصرف مواد هستند. این روش‌ها باعث ایجاد انگیزه، افزایش حمایت اجتماعی و یادگیری مهارت‌های مقابله‌ای در برخورد با مشکلات ناشی از مصرف مواد می‌شود.

1. Gollnisch 2. Baschnagel, Coffey, Schumacher, Drobes & Saladin 3. safety

منابع

اخلاقی بوزانی، سید ابوالقاسم (۱۳۷۵). *تأثیر آموزش و مشاوره‌ی گروهی بر تغییر نگرش معتادان نسبت به موادمخدر*. پایان‌نامه‌ی کارشناسی، چاپ نشده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.

بک، آرون تی؛ رایت، فرد دی؛ نیومن، کوریوف و لیس، بروس اس (۱۹۹۳). *درمان شناختی اعتیاد به موادمخدر*. ترجمه‌ی محمدعلی گودرزی (۱۳۸۰). شیراز: انتشارات راهگشا.

رحمتی، عباس و اعتمادی، احمد (۱۳۸۵). تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به روش بحث گروهی بر نگرش دانش‌آموزان نسبت به سوءمصرف مواد. *فصل‌نامه‌ی علمی-پژوهشی روان‌شناسی دانشگاه تبریز*،۴، ۱۴۱-۱۱۷.

صادقی، نگار (۱۳۸۸). *بررسی مدل علی هیجان منفی، عقاید هسته‌ای، باورهای مرتبط با مواد، وسوسه، تنظیم هیجان و بازگشت به مصرف مواد*. پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه تربیت معلم تهران.

طارمیان، فرهاد و مهریار، امیرهوشنگ (۱۳۸۷). اثربخشی برنامه‌ی آموزش مهارت‌های زندگی به منظور پیشگیری از مصرف موادمخدردر دانش‌آموزان دوره‌ی راهنمایی. *مجله‌ی علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ۶۵(۱۶)*، ۸۸-۷۷.

قربانی، بیژن (۱۳۸۰). *تأثیر روش‌های تغییر نگرش و ابراز وجود بر گرایش به عدم مصرف مواد در معتادان داوطلب استان اصفهان*. پایان‌نامه‌ی کارشناسی، چاپ نشده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.

کارول ، کاتلین، ام (۲۰۰۲). *راهنمای عملی درمان شناختی-رفتاری سوءمصرف مواد*. ترجمه‌ی عباس بخشی پور رودسری، شهرام محمدخانی (۱۳۸۱). تهران: انتشارات اسپند هنر.

گودرزی، ناصر (۱۳۸۵). *بررسی اثر بخشی روش درمان فعال سازی رفتاری و قراردادی گروهی بر درمان اختلالات مصرف مواد افیونی*. پایان نامه دکتری روان‌شناسی سلامت، چاپ نشده، دانشگاه تهران.

محمدخانی، شهرام؛ جزایری، علیرضا؛ محمدخانی، پروانه؛ رفیعی، حسن و طباطبائی، سید محمود (۱۳۸۷). اثر آموزش مهارت‌های زندگی بر عوامل خطرساز مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر. *مجله روان‌شناسی سلامت، ۷ (۲۹)*، ۱۵۰-۱۲۵.

مستشاری، گلاره (۱۳۸۰). *ارزیابی مقدماتی درمان نگهدارنده با متادون*. تهران، سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری.

مهرابی، حسینعلی؛ نشاط دوست، حمیدطاهر و مولوی، حسین (۱۳۸۴). بررسی اثربخشی گروه‌درمانی ساختاریافته و آموزش خانواده در کاهش عود بیماران وابسته به مواد شهر اصفهان. *مجله‌ی روان‌شناسی*، ۳۱، ۲۷۸-۲۶۲.

مهریار، امیرهوشنگ (۱۳۷۷). *افسردگی برداشت‌ها و درمان شناختی*. تهران: انتشارات رشد.

Baschnagel, J. S., Coffey, S. F., Schumacher, J. A., Drobes, D.J., & Saladin, M. E. (2008). Relationship between PTSD symptomatology and nicotine dependence severity in crime victims. *Addictive Behaviors, 11*, 1441-1447.

Botvin, G. J., Griffin, K. W., Paul, E., & Macaulay, A. P. (2003). Preventing Tobacco and Alcohol use Among Elementary School Students through Life Skills Training. *Journal Child & Adolescent Substance Abuse*. *11* (5), 290-299.

Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., & Donaldson, J. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *27*, 197– 213.

Gollnisch, G. (1997). Multiple predictors of illicit drug use in methadone maintenance clients. *Addiction Behaviors, 22*, 353-66.
Ingram, A. E., Hayes, A.,& Scott, W.(2000). Empirically supported treatments: A critical analysis. In C. R. Snyder R. E. Ingram (Eds.). *Handbook of psychological change.* New York: John Wiley & Sons, Inc.
Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E., & Wang, M. C. (1999). Efficacy of relapse prevention: A Meta – analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 67, 563 – 335.
Jones, B. T., & McMahon, J. (2001). Changes in alcohol expectancies during treatment relate to subsequent abstinence survivorship. *British Journal of Clinical Psychology*, *35*, 221−234.
Jualie, A. & Tuker, D. (1999). *Changing in Addictive Behavior*. New York: The Guilford press.
Jumi Hayaki., Bradley J. Anderson b, Michael D. Stein. (2009). Drug use expectancies among no abstinent community cocaine users. *Drug and Alcohol Dependence* , *94* , 109–115.
Khantazian, E. J. & Golden, S. J. (1999). *Textbook of Substance Abuse Treatment*. 2th. Edition. Philadelphia: Brunner/Mazel Company.
Koob, G. F. (2000). Animal models of craving for ethanol. *Addiction*, 95, 73−81.
Kouimtsid, C. H., Reynolds, M., Drummond, C., Davis, P., & Tarrier, N. (2007). *Cognitive–Behavioral Therapy in the Treatment of Addiction: A Treatment Planner for Clinicians.* New York: The Guilford press.
Kouimtsidis, C., Davis, P., Reynolds, M., Drummond, C., Tarrier, N. (2007). *Cognitive-Behavioural Therapy in the Treatment of Addiction: A Treatment Planner for Clinicians*, John Wiley and Sons Ltd, London.
Mackillop, J., Ryabchenko, K. A., & Lisman, S. (2003). Life Skills Training Outcome And Potential Mechanism In a Companity Implementation: A preliminary Investigation. *Journal Of Substance Use & Misuse*, *41*, 1921-1935.
Mark, D., Litt, Ronald, M., Kadden, E., Kabela-Cormier, & Nancy, M. P. (2008). Coping skill training and contingency management for marijuana dependence exploring mechanism of behavior change. *Addiction*, *103* (4), 630-638.
Marques, A. C., & Formigoni, M. L. (2001). Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. *Addiction*, *96*, 835-846
Newcombe, D. A., Bochner, F., White, J. M., & Somogyi, A. A. (2004). Evaluations of Levo-alpha acetylmethadol (LAAM) as an alternative treatment for methadone maintenance patients who regular experience withdrawal: a pharmacokinetic and pharmacodynamic analysis. *Drug and Alcohol dependence*, *76* (1), 63-72.
Ogles, B. M., Lunner, K.M., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application and current practice. *Clinical Psychology Review, 21*, 421-446.
Rasown, A. A. (2002). A comparison of contingency management & cognitive behavioural approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, *59*, 817-824.
Rohsenow, D.J., Sirota, A.D., Martin, R.A., Monti, P.M. (2004). The cocaine effects questionnaire for patient populations: development and psychometric properties**.** *Addiction behavior, 29*, 537–553.
Waldron, H. R., Slesnick, N., Brody, J. L., Turner, C. W., & Peterson, T. R. (2002). Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4-7-month assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*, 802-813.