

مقایسه اثربخشی داروهای ریسپردون و فلوکستین در ترکیب با گروه درمانی کنترل تکانه، بر بهبود تکانشگری و لغزش معتادان کراک هرویین تحت درمان نگهدارنده با متادون

روح‌الله حدادی^۱، حمیدرضا فتحی‌ناز^۲، مهدی کریمی^۳، سعید اکبری^۴، نفیسه سلطانی‌نژاد^۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۰/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۶/۲۰

چکیده

هدف: هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی داروهای ریسپردون و فلوکستین در ترکیب با گروه درمانی کنترل تکانه، بر بهبود تکانشگری و لغزش معتادان کراک هرویین تحت درمان نگهدارنده با متادون بود. **روش:** در یک پژوهش نیمه‌آزمایشی ۳۹ نفر از معتادان به کراک از بین تمامی معتادانی که در یکی از مراکز درمان نگهدارنده در سطح شهر تهران، خدمات درمانی دریافت می‌کردند، انتخاب شده و به‌طور تصادفی در سه گروه (۱۳ نفره) گمارده شدند. کاربندی گروه‌ها به این ترتیب بود که گروه اول از (ریسپردون ۱ میلی گرم روزانه-گروه درمانی کنترل تکانه، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان نگهدارنده با متادون) گروه دوم از (فلوکستین ۲۰ میلی گرم روزانه-گروه درمانی کنترل تکانه، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان نگهدارنده با متادون) و گروه سوم نیز از (گروه درمانی کنترل تکانه، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان نگهدارنده با متادون) بهره می‌بردند. همه شرکت‌کنندگان در پژوهش در مرحله پیش از مداخله و بلافاصله پس از اتمام آن و ۲ ماه مرحله پیگیری، مقیاس تکانشگری بارت را تکمیل کردند. از نظر مرفین و محرک، ادرار مورد بررسی قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل واریانس (مانکووا) استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که نمرات تکانشگری در پس‌آزمون اما نه پیگیری کاهش داشته و این کاهش بین گروه دوم با دو گروه دیگر، به لحاظ آماری معنادار بوده است. یافته‌ها هم‌چنین نشان دادند که میزان لغزش بین گروه‌ها تفاوت معناداری، در هیچ مرحله‌ای نداشتند. **نتیجه‌گیری:** ترکیب فلوکستین با متادون و گروه درمانی کنترل تکانه، در مقایسه با دو مداخله دیگر، اثربخشی بیشتری بر کاهش تکانشگری اما نه لغزش بیماران کراک، در کوتاه مدت دارد.

کلیدواژه‌ها: ریسپردون، فلوکستین، گروه درمانی کنترل تکانه، تکانشگری، لغزش، درمان نگهدارنده

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه تهران. پست الکترونیک: r_hadadi2000@yahoo.com

۲. پزشک عمومی

۳. روانپزشک

۴. دانشجوی دکتری روانسنجی دانشگاه علامه طباطبایی

۵. کارشناس روان‌شناسی بالینی دانشگاه تربیت معلم تهران

مقدمه

به نظر اغلب مردم، اعتیاد به واسطه لغزش و عودهای مکرر، بیماری مزمنی محسوب می‌شود. به دلیل تاثیرات منفی و ناخوشایند آن بر ابعاد مختلف زندگی معتادان، درمان آن همواره از اهمیت بالایی برخوردار بوده‌است. یکی از روش‌های درمان دارویی موفق در سال‌های اخیر، درمان نگهدارنده با داروی متادون و بوپره نورفین^۲ است (ارسیا، خوش دل، امن الهی و اکبرزاده، ۱۳۸۹). آنچه در درمان نگهدارنده اهمیت دارد آن است که در این روش درمانی به بیماران مصرف کننده مخدر به اندازه‌ای داروی متادون داده می‌شود که بیماران علائم ترک یا محرومیت نداشته و نیازی برای مصرف دوباره مواد در خود احساس نکنند، اما با وجود اثربخشی این روش درمانی، در پاره‌ای موارد، شاهد هستیم که با گذشت مدت زمانی از درمان، لغزش‌های متعددی از سوی برخی بیماران تجربه شده و زمینه عود در آنها فراهم می‌شود (شرباما^۳ و همکاران، ۲۰۰۵؛ لوین، اوانز، بروک، کالباگ و نانز^۴، ۲۰۰۶). در بررسی موانع احتمالی عدم موفقیت این بیماران، به ویژگی‌های شخصیتی و رفتاری دست یافتیم (میرث، پالسن، مالد، جانسنو لورویک^۵، ۲۰۰۹؛ دوران، مک چارج و کوهن^۶، ۲۰۰۶). یکی از مهم ترین این ویژگی‌های شخصیتی، تکانشگری است که رابطه‌اش با سوء مصرف مواد، به طور گسترده‌ای مورد بررسی قرار گرفته و بر نقش آن در شکل گیری و تداوم رفتارهای مشکل ساز و عود تاکید شده‌است (میرث و همکاران، ۲۰۰۹). مطالعات کریشنان سارین^۷ و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که هرچه میزان تکانشگری در افراد بالاتر باشد احتمال بازداري رفتار کمتر و به تبع آن رفتار لغزش یا عود بیشتر خواهد بود. در پژوهشی از مکرری، اختیاری، عدالتی و نادری (۱۳۸۷) نشان داده شد که معتادان کراک و هرویین بیشترین میزان تکانشگری، ولع مصرف و تخریب را در مقایسه با معتادان تریاک و شیره دارا هستند. نتایج تحقیق حدادی، رستمی، رحیمی نژاد و اکبری (۱۳۹۰) نیز نشان داد که درمان نگهدارنده با متادون به تنهایی تاثیر چندانی بر

1. relapse
2. Methadone and Boprenorphin Maintenance Treatment
3. Scherbauma
4. Levin, Evans, Brooks, Kalbag & Nunes
5. Myrseth, Pallesen, Molde, Johnsen & Lorvik
6. Doran, McChargue & Cohen
7. Krishnan-Sarin

کاهش تکانشگری بویژه در طولانی مدت ندارد. هم‌چنین اضافه شدن روان‌درمانی کنترل تکانه به متادون، کاهش بیشتری بر میزان تکانشگری و ولع بیماران داشته است، اما این اثربخشی تنها در کوتاه مدت تأیید شد. بر اساس مطالعات نورو-شیمیایی، رفتارهای تکانشی با بدتنظیمی انتقال دهنده‌های عصبی همچون، سروتونین، دوپامین و گیرنده‌های مربوط به آنها ارتباط دارند (راینسون^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). با شناخت چنین سازوکارهایی، روانپزشکان، برای مهار رفتارهای تکانشی، به تجویز داروهای روانپزشکی روی آورده‌اند (اختیاری، رضوان فرد و مکرری، ۱۳۸۷). در همین چارچوب مطالعه‌ی هاجینسون، راتر، نیارا، سوئیفت و پیک وورث^۲ (۲۰۰۴)؛ راسنو^۳ و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که داروی الانزایم توانسته است میل شدید به مصرف دوباره مواد و عواطف منفی ناشی از روبه روشن شدن با نشانه‌های مصرف را در بیماران تحت درمان کاهش دهد. نتایج متناقضی در این زمینه نیز در پژوهش کمپمن^۴ و همکاران (۲۰۰۳) به نقل از مکرری و همکاران (۱۳۹۰)؛ مکرری و همکاران (۱۳۹۰) مشاهده شد. مطالعه کروپیتسکی^۵ و همکاران (۲۰۰۶) نیز نشان داد که داروی نالتروکسان در مقایسه با فلوکستین^۶ تأثیر بیشتری بر کاهش رفتارهای تکانشی و پرخطر و عود داشته است. هم‌چنین، پژوهش وین استنلی، بیگلو، سیلورمن، جانسنو اشترن^۷ (۲۰۱۱) نیز تأثیر مطلوبی از کاربرد داروی فلوکستین بر کاهش میل به مصرف مواد مشاهده نکردند. اما نتایج پژوهش باتکی، واشبورن، دلوچی و جانز^۸ (۲۰۱۱) نشان داد که فلوکستین بر ماندگاری بیشتر بیماران در فرایند درمان موثرتر از پلاسبو است اما بر ولع مصرف تأثیری نداشته است. کاربرد همزمان متادون و روان‌درمانی کنترل تکانه و اثربخشی کوتاه مدت آن بر تکانشگری در مطالعه حدادی و همکاران (۱۳۹۰) از یک سو و کاربرد داروهای روانپزشکی مهارکننده رفتارهای تکانشی در مطالعات متعدد، از سوی دیگر، محقق را برانگیخت تا با اضافه کردن داروهای روانپزشکی، یک ترکیب درمانی جدید را برای کاهش تکانشگری و لغزش بیماران مورد

1. Robinson
2. Hutchison, Rutter, Niaura, Swift & Pickworth
3. Rohsenow
4. Kampman
5. Krupitsky
6. fluoxetine
7. Winstanley, Bigelow, Silverman, Johnson & Strain
8. Batki, Washburn, Delucchi & Jones

بررسی قرار دهد. بنابراین، هدف اصلی این پژوهش، پاسخ به این سوال بود که آیا اضافه شدن داروهای روانپزشکی مهارکننده رفتارهای تکانشی به گروه درمانی کنترل تکانه و درمان نگهدارنده با متادون می تواند تکانشگری و رفتار لغزش معنادان کراک هرویین را در گروه های بهره مند از این داروها، بیشتر کاهش دهد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

طرح حاضر از جمله طرح های پژوهشی شبه آزمایشی، با پیش آزمون و پس آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش، کلیه معنادان به کراک هرویین بودند که در بهار ۱۳۸۹ به کلینیک درمان اعتیاد واقع در منطقه ۸ تهران مراجعه کرده بودند. محقق به منظور انتخاب نمونه و اجرای پژوهش، پس از کسب موافقت از موسس مرکز درمانی، فهرستی از معنادان کراکی که تحت درمان نگهدارنده بوده و یا جدیداً پذیرش شده بودند، تهیه و در ادامه مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته (ASI) را با هدف تعیین معیارهای ورود با تک تک این افراد انجام داد. معیارهای ورود در این پژوهش عبارت بودند از: تشخیص وابستگی به موادمخدر برحسب معیارهای تشخیصی DSM-IV، داشتن تحصیلات مقطع راهنمایی به بالا، سن ۲۰ تا ۴۰ سال، نداشتن بیماری های جسمی و روانی جدی، تعدد ترک های ناموفق پیشین (بیش از یکبار)، مصرف دائم کراک هرویین ۶ ماه پیش از ورود به درمان، دریافت درمان نگهدارنده با متادون، مرد بودن، داشتن رضایت از شرکت در پژوهش. در مقابل معیارهای خروج شامل زن بودن، داشتن مشکل روانپزشکی جدی، مصرف کراک هرویین کمتر از ۶ ماه، دریافت درمان دارویی غیر از درمان نگهدارنده با متادون، وابستگی به الکل، نداشتن تلفن تماس برای پی گیری بودند. در این پژوهش مدت زمانی که این بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون بودند بین ۱ تا ۴ ماه بود پس از اجرای مصاحبه، ۴۱ نفر، شرایط حضور در پژوهش را دارا بودند که این تعداد به طور تصادفی به سه گروه ۱۳ نفره گمارده شدند و دو نفر باقیمانده از پژوهش حذف شدند. دلیل حذف این دو نفر آن بود که مدت زمان اجرای مداخلات، ترتیب بندی و محتوای آنها به گونه ای تنظیم شده بود که امکان اجرای مجدد مداخلات به هنگام ورود یکی از این

دونفر حتی پس از ریزش آزمودنی‌ها وجود نداشت. کاربردی گروه‌ها به این ترتیب بود که گروه اول (A) از ریسپریدون ۱ میلی گرم روزانه، گروه درمانی کنترل تکانه، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، درمان نگهدارنده با متادون، گروه دوم (B) از فلوکستین ۲۰ میلی گرم روزانه، گروه درمانی کنترل تکانه، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، درمان نگهدارنده با متادون و گروه سوم (C) نیز از گروه درمانی کنترل تکانه، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، درمان نگهدارنده با متادون بهره می‌بردند. مدت زمان انتخاب گروه نمونه، اجرای مداخلات و پیگیری هر کدام ۲ ماه طول کشید. سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در پژوهش در نظر گرفته شد. همه شرکت‌کنندگان در پژوهش در مرحله پیش‌آزمون و بلافاصله پس از اتمام مداخلات و ۲ ماه مرحله پی‌گیری، مقیاس تکانشگری بارت، را تکمیل کردند. رفتار لغزش آزمودنی‌های هر گروه نیز طی این مدت بر حسب نتایج تست ادرار مرفین و محرک، هفته‌ای یکبار بدون اعلام قبلی، کنترل می‌شد. به دنبال انتخاب آزمودنی‌های نمونه، محقق خانواده‌های آنها را در جریان گذاشته و اهداف طرح و چگونگی آن را به آنها توضیح داد. در این پژوهش دوز متادون مصرفی بیماران به اندازه‌ای بود که علایم محرومیت یا میل به مصرف آن ماده وجود نداشته باشند. با توجه به آن که برخی بیماران شرکت‌کننده در پژوهش تاکید داشتند که داروهای روانپزشکی، خواب‌آور نباشد، روانپزشک تصمیم گرفت تا داروها را با حداقل دوز تجویز کند. بدین ترتیب، با نظر روانپزشک، قرص ریسپریدون ۱ میلی گرم در طی ۳ روز اول نصف و از روز چهارم ۱ عدد کامل، به صورت مصرف خوراکی، شب‌ها تجویز شد و کپسول فلوکستین با دوز ۲۰ میلی گرم و روزی ۱ عدد مصرف خوراکی تجویز شد. به منظور اطمینان از مصرف داروها توسط بیماران، این داروها به یکی از اعضای خانواده بیماران سپرده شد و نحوه مصرف توضیح داده شد. قبل از تجویز داروها و شروع پژوهش و هر ماه یکبار نیز، تمامی آزمودنی‌ها، آزمایشات روتین مشتمل بر قند خون، چربی، عملکرد کبدی و کلیوی را انجام دادند. در این پژوهش به منظور ترغیب بیشتر بیماران برای شرکت در جلسات و مداخلات درمانی، اعلام شد که بخشی از هزینه ماهانه بیماران توسط محقق به مرکز پرداخت خواهد شد.

ابزار

۱- شاخص شدت اعتیاد^۱: برای بررسی وضعیت بالینی بیماران، شاخص شدت اعتیاد، ویرایش پنجم (مک لیلان^۲ و همکاران، ۱۹۹۲) به کار برده شد. این شاخص مصاحبه نیمه ساختاریافته است که توسط پژوهشگران آموزش دیده، به شکل 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 (۰-۱۰) می دهد و چگونگی وضعیت فرد در آن بخش را درجه بندی می کند. بدین ترتیب که اگر وضعیت های ذکر شده بیشتر از ۶ ماه زمان برده باشد نمره ی کامل و اگر کمتر از ۶ ماه باشد نمره ی صفر دریافت می شود. این مقیاس دارای ۱۱۶ پرسش است. تعداد ۸ پرسش درباره وضعیت پزشکی، ۲۱ 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.

۲- مقیاس تکانشگری بارت: این پرسش نامه (ویرایش یازدهم) که توسط بارت و همکاران (۲۰۰۴) (به نقل از عدالتی و بنی جمالی، ۱۳۸۶) ساخته شده است. این مقیاس بر پایه نظریه شخصیتی بارت قرار دارد که حاوی ۳۰ سوال است و ۳ عامل را مورد ارزیابی قرار می دهد که عبارتند از: الف) تکانشگری شناختی^۳: شامل گرفتن تصمیم های شناختی سریع است که شامل ۱۱ سوال است. ب) تکانشگری حرکتی^۴: شامل عمل کردن بدون فکر است که ۱۰ سوال دارد. ج) بی برنامه گی^۵: به صورت یک "جهت یابی آنی" یا "فقدان آینده نگری" مشخص می شود که شامل ۹ سوال است. سوالات به صورت ۴ گزینه ای از "به ندرت تا تقریباً همیشه" درجه بندی شده اند و بیشترین نمره کسب شده ۱۲۰ خواهد بود. مجموع نمرات فرد در این آیت م ها یک نمره کلی تکانشگری ارائه می دهد. در ایران در سال ۱۳۸۷ این پرسشنامه توسط اختیاری و همکاران ۱۳۸۷ ترجمه و معرفی شده است. در این پژوهش آلفای کرونباخ برای تکانشگری کلی ۰/۸۴ به دست آمد.

1. addiction severity index
4. motor impulsivity

2. Maclellan
5. non planning

3. cognitive impulsivity

۳-درمان کنترل تکانه مبتنی بر تغییر زنجیره رفتار^۱: این روش درمانی که برگرفته از روش درمان کنترل تکانه پرکینسون^۲ (۱۹۹۷) است، بر پایه نظریه شناختی-رفتاری قرار دارد. در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای "زنجیره رفتار" شامل «راه اندازها، افکار، احساسات، رفتارها و پیامدها» به شرکت کنندگان آموزش داده می‌شود. طی هر جلسه نیز به بخشی از این زنجیره و چگونگی تأثیر آن بر رفتار نهایی و پیامد آن پرداخته می‌شود. برای هر جلسه تکالیفی در نظر گرفته شده که شخص تا جلسه ی بعد با توجه به زندگی واقعی اش انجام می‌دهد. در هر جلسه، تکالیف جلسه‌ی قبل مرور و سپس مطالب جدید به شرکت کننده منتقل می‌شود. عدالتی و بنی جمالی (۱۳۸۶) و حدادی و همکاران (۱۳۹۰) این شیوه‌ی درمانی را در نمونه‌های ایرانی اجرا و اثربخشی آن را بر بهبود تکانشگری تأیید کرده‌اند.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت شناختی و اطلاعات مربوط به مصرف مواد به تفکیک گروه در جدول ۱ ارائه شده‌است. مقایسه یافته‌های جمعیت شناختی به دست آمده در سه گروه معنادان به کراک هرویین نشان داد که بین این سه گروه در این موارد تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی به تفکیک گروه

متغیرها/معیار	گروه اول	گروه دوم	گروه سوم
سن	۲۷/۱۳±۶/۹۶	۲۶/۲۳±۷/۸۲	۲۴/۲۶±۷/۲۳
تحصیلات	۷/۱۲±۴/۸۲	۷/۸۰±۴/۵۵	۶/۱۵±۴/۲۴
وضعیت شغلی	۳(٪۲۳/۰۷)	۵(٪۳۸)	۲(٪۱۵/۳۹)
وضعیت تاهل	۹(٪۶۹/۲۳)	۸(٪۶۳)	۱۱(٪۸۴/۶۱)
مجرد	۸(٪۶۲)	۱۰(٪۷۶)	۷(٪۵۴)
زیر یک گرم	۵(٪۳۸/۴۸)	۳(٪۲۳/۲۴)	۵(٪۳۸/۴۶)
میزان مصرف روزانه	۴(٪۳۰/۷۶)	۶(٪۴۶/٪)	۳(٪۲۳/۰۸)
بالای دو گرم	۴(٪۳۰/۷۶)	۴(٪۳۰/۷۶)	۵(٪۳۸/۴۶)
مدت زمان اعتیاد	۳/۱۱±۴/۲۵	۲/۸۹±۶/۱۳	۲/۷۶±۳/۸۴
مدت زمان درمان	۱/۱۶±۲/۰۴	۲/۵۶±۱/۱۱	۱/۱۲±۲/۳۴
بامتادون			

در این پژوهش دوز تجویز شده متادون برای بیماران بر حسب پروتکل آگونست‌ها که در مراکز درمان اعتیاد وجود دارد، انجام شد و این دوز به اندازه‌ای بود که بیمار وضعیت پایداری داشته باشد؛ پس، طبیعی بود که تفاوت بین میزان دوز مصرفی دارو میان بیماران وجود داشته باشد، اما این تفاوت در مطالعه قبلی حدادی و همکاران (۱۳۹۰) نشان داد که تاثیر چندانی بر میزان تکانشگری و رفتارهای برخاسته از آن نداشته است. در ادامه و به علت ریزش شرکت کنندگان، تحلیل‌ها بر روی ۱ شرکت کننده باقی مانده در هر گروه انجام شد. در پژوهش حاضر ۲ نفر به دلیل عوارض دارو از گروه اول و دوم، ۴ نفر به دلایل شاغل شدن، تداخل جلسات با برنامه‌های روزانه و بی میلی برای حضور در جلسات، از گروه‌ها خارج شدند. پس از حذف ۲ آزمودنی از هر گروه، نتایج پیش‌آزمون آزمودنی‌های باقی مانده سه گروه نیز دوباره با هم مقایسه شدند. در جدول زیر آماره‌های توصیفی به تفکیک گروه‌ها و مرحله آزمون ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی تکانشگری به تفکیک گروه و مرحله آزمون

گروه‌ها	گروه A (متادون، روان درمانی، داروی ریسپریدون)		گروه B (متادون، روان درمانی، داروی فلوکستین)		گروه C (متادون، روان درمانی)	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	۵۴/۳۶	۴/۸۲	۵۶/۲۷	۷/۱۴	۵۷/۸۱	۷/۲۶
پس‌آزمون	۴۱/۳۶	۳/۵۸	۲۹/۲۰	۲/۰۷	۴۶/۴۰	۳/۳۰
پی‌گیری	۴۷/۵۸	۷/۹۸	۴۴/۱۳	۹/۷۵	۵۰/۰۳	۳/۱۶

برای بررسی تفاوت نمرات تکانشگری کلی از تحلیل کواریانس به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس در نمرات پس‌آزمون تکانشگری

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
۱۱۸۲/۳۲	۲	۵۹۱/۱۶	۴۰/۴۲	۰/۰۰۰۵	۰/۷۵

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود تفاوت معناداری بین نمرات پس‌آزمون وجود دارد و این به معنای آن است که حداقل دو تا از گروه‌ها تفاوت معنادار دارند. برای بررسی بقای مداخله از تحلیل کواریانس در نمرات پیگیری به شرح زیر استفاده شد. نتایج

آزمون تعقیبی نشان داد که گروه دوم (بهره‌مندی هم زمان از داروی فلوکستین و متادون با گروه درمانی کنترل تکانه) تفاوت معناداری با دو گروه دیگر داشت و این حکایت از اثربخشی این درمان ترکیبی دارد. اما تفاوت معناداری بین دو گروه دیگر به دست نیامد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس در نمرات پیگیری تکانشگری

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
۱۲۹/۵۶	۲	۶۴/۲۸	۳/۴۱	۰/۰۶	-

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود تفاوت معناداری بین نمرات پیگیری وجود ندارد. یعنی بعد از اتمام درمان اثربخشی آن بقا پیدا نکرده است.

برای ارزیابی وضعیت لغزش بیماران، نتایج تست مثبت ادرارشان در مدت ۲ ماه اجرای مداخلات و ۲ ماه پس از آن انجام گرفت. برای هر بیماری ۸ تست در ماه گرفته شده بدین ترتیب برای مرحله اجرای مداخلات و دو ماه پس از آن جمعا ۱۷۶ تست برای هر گروه گرفته شد. این تعداد پس از ریزش ۲ آزمودنی از هر گروه بود. آماره‌های توصیفی مربوط به میزان عود به تفکیک گروه و مرحله آزمون در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۵: آماره‌های توصیفی تست ادرار مثبت به تفکیک گروه و مرحله آزمون

زمان	مرحله آزمون	گروه اول (درصد فراوانی)	گروه دوم (درصد فراوانی)	گروه سوم (درصد فراوانی)
یک هفته بعد	پس آزمون	۲(۱/۱۳)	۰	۱(۰/۵)
	پی‌گیری	۰	۱(۰/۵)	۱(۰/۵)
دو هفته بعد	پس آزمون	۱(۰/۵)	۱(۰/۵)	۱(۰/۵)
	پی‌گیری	۱(۰/۵)	۰	۰
سه هفته بعد	پس آزمون	۱(۰/۵)	۰	۲(۱/۱۳)
	پی‌گیری	۰	۱(۰/۵)	۱(۰/۵)
چهار هفته بعد	پس آزمون	۰	۰	۱(۰/۵)
	پی‌گیری	۱(۰/۵)	۲(۱/۱۳)	۳(۱/۷۰)
پنج هفته بعد	پس آزمون	۰	۰	۰
	پی‌گیری	۲(۱/۱۳)	۰	۱(۰/۵)
شش هفته بعد	پس آزمون	۱(۰/۵)	۱(۰/۵)	۱(۰/۵)
	پی‌گیری	۱(۰/۵)	۱(۰/۵)	۱(۰/۵)

زمان	مرحله آزمون	گروه اول (درصد فراوانی)	گروه دوم (درصد فراوانی)	گروه سوم (درصد فراوانی)
هفت هفته بعد	پس آزمون	۲(۱/۱۳)	۱(۰/۵)	۰
	پی گیری	۳(۱/۷۰)	۰	۲(۱/۱۳)
هشت هفته بعد	پس آزمون	۰	۱(۰/۵)	۲(۱/۱۳)
	پی گیری	۱(۰/۵)	۱(۰/۵)	۰

نتایج تحلیل معذور خی نشان داد که چه در مرحله پس آزمون و چه در پیگیری تفاوت معناداری بین گروه‌های سه گانه در فراوانی میزان عود به دست نیامد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین گروه‌هایی که از داروهای روانپزشکی مهارکننده رفتارهای تکانشی در کنار گروه درمانی کنترل تکانه و متادون بهره برده بودند (گروه آزمایش) و گروهی که از این داروها بهره‌مند نشده بود، (گروه گواه) به لحاظ میزان تکانشگری تفاوت معنادار وجود دارد. البته این تفاوت تنها در مرحله پس آزمون مشاهده شده و در مرحله پیگیری وجود نداشت. به این معنا که اضافه شدن داروهای روانپزشکی مکمل در کنار ترکیب درمانی اصلی در این بیماران می‌تواند در کوتاه مدت، به نحو موثری میزان تکانشگری را کاهش دهد، اما با گذشت زمان این میزان به نیمرخ‌های اولیه تکانشگری بازگشت داشته‌اند و اثربخشی کاهش یافته‌است. این یافته‌ها، نتایج پژوهش‌های کمپمن و همکاران (۲۰۰۳) به نقل از مگری و همکاران، (۱۳۹۰)؛ لوین و همکاران (۲۰۰۶)؛ کرویتسکی و همکاران (۲۰۰۶) را تایید می‌کند. هم‌چنین رفتار لغزش آزمودنی‌های هر سه گروه در هیچ یک از مراحل تفاوت معناداری با یکدیگر نداشته‌اند که این یافته با نتایج پژوهش‌های هاچینسون و همکاران (۲۰۰۴)؛ راسنو و همکاران (۲۰۰۸)؛ وین استلی و همکاران (۲۰۱۱)؛ باتکی و همکاران (۲۰۱۱)؛ لوین و همکاران (۲۰۰۶)؛ کرویتسکی و همکاران (۲۰۰۶)؛ کمپمن و همکاران (۲۰۰۳) نقل از مگری و همکاران، (۱۳۹۰)؛ مگری و همکاران (۱۳۹۰) همخوان نیست. در سطح مقایسه میانگین تک تک گروه‌ها با یکدیگر در مرحله پس آزمون نیز نشان داده شد که گروه‌ها به لحاظ تکانشگری تفاوت معنی‌داری با یکدیگر دارند بدین نحو که گروه دوم به دلیل بهره‌مندی هم زمان از داروی فلوکستین

همراه با متادون و روان‌درمانی کنترل تکانه، بهبودی بیشتری را بر تکانشگری نسبت به دو گروه دیگر داشته است. البته در مرحله پیگیری بین سه گروه از این نظر، تفاوتی مشاهده نشد و هر سه گروه به میانگین‌های قبلی خود به‌طور نسبی برگشت داشته‌اند که این برگشت برای گروه اول و سوم با شیب تند در مقایسه و برای گروه دوم با شیب کند صورت گرفته است. هم‌چنین مقایسه رفتار لغزش گروه‌ها نشان می‌دهد که بین میزان لغزش بیماران سه گروه در حین اجرای مداخلات و پس از آن اختلاف فاحشی مشاهده نشده است.

پژوهش حاضر از این منظر که از داروهای روانپزشکی در کنار روان‌درمانی برای مهار تکانشگری و لغزش بیماران بهره برده پژوهش جدیدی است که تا به حال در ایران انجام نشده است و در سایر کشورها نیز به ندرت این مورد در قالب پژوهش انجام شده است. لذا محقق برای مقایسه یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های مشابه با محدودیت مواجه بوده است. بیشتر پژوهش‌ها در دنیا کاربرد روان‌درمانی به تنهایی و یا داروها را به تنهایی روی این متغیرها در اعتیاد بررسی کرده‌اند. البته مطالعات دیگری نیز وجود دارند که تاثیر فلوکستین و ریسپریدون را بر اختلال‌های روانپزشکی همراه با اعتیاد بررسی کرده‌اند که به دلیل عدم ابتلاء بیماران به اختلال‌های همراه در پژوهش حاضر از یافته‌هایشان استفاده نشد. به هر حال، اگر بخواهیم به تنهایی تاثیر داروها را بر تکانشگری نشان دهیم می‌توان گفت که داروی فلوکستین اثربخشی بیشتری نسبت به ریسپریدون بر کاهش تکانشگری معتادان کراک هرویین دارد که با نتایج پژوهش‌های هاجینسون و همکاران (۲۰۰۴)؛ راسنو و همکاران (۲۰۰۸) در کوتاه مدت همخوان بوده و با نتایج پژوهش‌های وین استنلی و همکاران (۲۰۱۱)؛ باتکی و همکاران (۲۰۱۱)؛ کمپمن و همکاران (۲۰۰۳) به نقل از مگری و همکاران، (۱۳۹۰)؛ لوین و همکاران (۲۰۰۶)؛ کروپیتسکی و همکاران (۲۰۰۶) همخوان نیست. درمان اختصاصی برای تکانشگری از جمله حوزه‌هایی است که به تازگی مورد توجه پژوهشگران و متخصصان قرار گرفته است. وجود رابطه میان تکانشگری و رفتار لغزش در دوره درمان باعث می‌شود تا بیماران به تاثیرات مداخلات درمانی مقاوم شده و روش‌های درمانی ارائه شده پاسخگوی نیازهای درمانی آنها نباشد. به این ترتیب، در مطالعه حاضر سعی شد علاوه بر روان‌درمانی و متادون از داروهای روانپزشکی نیز به عنوان درمانی مکمل برای کاهش این متغیرها استفاده شود تا بتوان به بیمارانی که از این

مشکلات رنج می‌برند، خدمات مناسب تری را ارائه کرد. در تبیین اثربخشی بیشتر داروی فلوکستین بر کاهش رفتار تکانشگرانه گروه دوم نسبت به داروی ریسپریدون، باید به نقش پررنگ‌تر عملکرد سروتونین در راه‌اندازی و تداوم رفتارها و افکار تکانشگری در معتادان نسبت به انتقال دهنده‌های عصبی شیمیایی دیگری همچون دوپامین اشاره کرد. تکانشگری سازه‌ای شخصیتی با تظاهرات مختلف رفتاری است که بروز آن رفتارها در افراد مختلف می‌تواند نشان دهنده‌ی تکانشی بودن آنها باشد. رفتارهای تکانشی اشکال مختلفی دارند. مثل عدم مقاومت فرد در مقابل نشانه‌های محیطی و لغزش. نایج پژوهش حاضر اثربخشی داروهای روانپزشکی بر بهبود تکانشگری را تایید می‌کند در حالی که در مورد لغزش، یافته‌ها، متفاوت بودند و عدم اثربخشی این داروها را تایید کردند و این یافته‌ی متناقضی است. با وجود چنین یافته متناقضی و با توجه به آن که لغزش هم، نوعی رفتار تکانشگرانه است این سوال مطرح می‌شود که پس چرا لغزش بیماران کاهشی را نداشته است. یکی از تبیین‌های احتمالی می‌تواند در سطح رفتاری-نوروشیمیایی مطرح شود. با توجه به آنکه تکانشگری دامنه گسترده‌ای از رفتارهای مختلف با تظاهرات متنوع است، امکان دارد که مکانیزم شکل‌گیری، راه‌اندازی و پاسخ به درمانشان نسبت به یکدیگر متفاوت باشد. مثلاً ممکن است پرخاشگری به عنوان نوعی رفتار تکانشگرانه، ناشی از بدتنظیمی انتقال دهنده‌های عصبی شیمیایی دوپامینی باشد و یا آن که وسوسه یا لغزش عمدتاً ناشی از بدتنظیمی انتقال دهنده‌های عصبی شیمیایی سروتونین و یا ترکیبی از آنها باشد. به این ترتیب، این تنوع سبب‌شناسانه و پاسخ به درمان‌های مختلف به‌خوبی شناخته نشده‌اند. در تایید این تبیین می‌توان به پژوهش‌های گرا و همکاران (۲۰۰۶) به نقل از مگری و همکاران، (۱۳۹۰)؛ مگری و همکاران (۱۳۹۰) اشاره کرد. در این پژوهش‌ها آشکار شد که داروی الانزایین بیشترین تاثیر را بر رفتارهای خطرناک و پرخاشگرانه ناشی از تکانشگری دارد و در حالی که هیچ تاثیری بر لغزش بیماران یا مصرف مواد در آنها ندارد. تبیین دیگر می‌تواند این باشد که هر اختلال روانشناختی، تکانشگری خاص خود را دارد که متفاوت از تکانشگری صفت گونه‌ای است که تا به حال شناخته‌ایم. به عبارت دیگر، این نوع تکانشگری ویژگی‌های منحصر به فردی دارد که آن را از تکانشگری که در اختلال دیگر وجود دارد متمایز می‌کند. به طور طبیعی مکانیزم اثرگذاری و شیوه پاسخ به درمان در آنها

متفاوت خواهد بود. در همین چارچوب، دوقرتی، ماتياس، مارش، مولر و سوان^۱ (۲۰۰۴) در پژوهش خود نشان دادند که عده‌ای از افراد در تمامی موقعیت‌ها به صورت تکانشگری عمل می‌کنند (وابسته به صفت) در حالی که عده‌ای دیگر در موقعیت‌های خاصی به این شیوه عمل می‌کنند (وابسته به موقعیت). از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر کوتاه بودن زمان پیگیری، مشکلات مالی برای پیگیری طولانی مدت طرح پژوهش، ریزش آزمودنی‌ها و کم بودن نتایج پژوهش‌های مرتبط با موضوع بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی پیگیری طولانی مدت انجام شود.

منابع

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*، ۳، ۲۵۷-۲۴۷
ارسیا، تقوا؛ خوش‌دل، علیرضا؛ امن‌الهی، فرهاد و اکبرزاده، مهدی (۱۳۸۹). بررسی میزان آگاهی متخصصین قلب تهران از درمان‌های نگهدارنده با متادون و بوپروپرون. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۹، ۲۸۳-۲۸۲

حدادی، روح‌الله؛ رستمی، رضا؛ رحیمی نژاد، عباس و اکبری، سعید (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری کنترل تکانه بر کاهش تکانشگری، ولع مصرف و شدت اعتیاد در معتادان مصرف‌کننده کراک. *فصلنامه علمی سوء مصرف مواد*، ۱۰، ۱۷۵-۲۱۰
عدالتی، هانیه، یزدی، بنی جمالی (۱۳۸۶). *بررسی تاثیر درمان کنترل تکانه بر کاهش تکانشگری در دانشجویان تکانشی دانشگاه الزهراء*. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه الزهراء.

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*، ۳، ۲۶۸-۲۵۸

مکرری، آذرخش؛ اختیاری، حامد؛ عدالتی، هانیه و گنجگامی، حبیب (۱۳۸۷). ارتباطات میزان ولع مصرف با ابعاد مختلف شدت اعتیاد در معتادین تزریقی هروئین. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۳، ۲۸۰-۲۶۹

مکرری، آذرخش؛ شمس، جمال؛ باقری، امیرهوشنگ؛ صحرایی، هدایت؛ یعقوبی، محبوبه و اختیاری، حامد (۱۳۹۰). کارآزمایی بالینی جهت بررسی تاثیر الانزایم در درمان نگهدارنده وابستگی به مواد افیونی. *فصلنامه علمی سوء مصرف مواد*، ۱۰، ۱۹۲-۲۱۰

- Batki, S. L., Washburn, A. M., Delucchi, K., & Jones, R. T. (2011). A controlled trial of fluoxetine in crack cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence, 41*, 137-142
- Doran, N., McChargue, D., & Cohen, L. (2006). Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. *Addictive Behaviors, 32*, 80-90.
- Dougherty, D. M., Mathias, C. H. W., Marsh, D. M. Moeller, F. G., Swann, A. C. (2004). "Suicidal behaviors and drug abuse: impulsivity and its assessment". *Drug and Alcohol Dependence, 76*, 93-105
- Hutchinson, K. E., Rutter, M. C., Niaura, R., Swift, R. M., Pickworth, W. B. (2004). Olanzapine attenuates cue-elicited craving for tobacco. *Journal of Personality, 75*, 41-68
- Krishnan-Sarin, S., Reynolds, B., Duhig, A. M., Smith, A., Liss, T., McFetridge, A., Cavallo, D. A., Carroll, K. M., Potenza, M. N. (2007). Behavioral impulsivity predicts treatment outcome in a smoking cessation program for adolescent smokers. *Drug and Alcohol Dependence, 88*, 79-82
- Krupitsky, E. M., Zvartau, E. E., Masalov, D. V., Tsoy, M. V., Burakov, A. M., Egorova, V. Y., Didenko, T. Y., Romanova, T. N., Ivanova, E. B., Bepalov, A. Y., Verbitskaya, E. V., Neznanov, N. G., Grinenko, A. Y., O'Brien, C. P., Woody, G. E. (2006). Naltrexone with or without fluoxetine for preventing relapse to heroin addiction in St. Petersburg, Russia. *Journal of Substance Abuse Treatment, 31*, 319-328
- Levin, F. R., Evans, S. M., Brooks, D. J., Kalbag, A. S., Edward, F. G., Nunes, N. (2006). Treatment of methadone-maintained patients with adult ADHD: Double-blind comparison of methylphenidate, bupropion and placebo. *Drug and Alcohol Dependence, 81*, 137-148
- 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., Molde, H., Johnsen, B. H., Lorvik, I. M. (2009). Personality factors as predictors of pathological gambling. *Personality and Individual Differences, 47*, 933-937
- Perkinson, R. (1997). *Impulse control in Chemical dependency counseling: a practical guide*. SAGE Publication Inc, London, United Kingdom.
- Robinson, E. S. J., Eagle, D. M, Economidou, D., Theobald, D. E. H., Mar, A. C., Murphy, E. R., Robbins, T. W Dalley., J. W. (2009). Behavioral characterization of high impulsivity on the 5-choice serial reaction time task: Specific deficits in 'waiting' versus 'stopping'. *Behavioural Brain Research, 196*, 310-316
- Rohsenow, D. J., Tidey, J. W., Miranda, R., McGeary, J. E., Swift, R. M., Hutchison, K. E., Sirota, A. D., Monti, P. M. (2008). Olanzapine® Reduces Urge to Smoke and Nicotine Withdrawal Symptoms in Community Smokers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 16*, 215-222
- Scherbauma, N., Kluwiga, J., Speckaa, M., Krausea, D., Mergeta, B., Finkbeinera, T., & Gastparb, M. (2005). Group Psychotherapy for Opiate Addicts in Methadone Maintenance Treatment – A Controlled Trial, *European Addiction Research, 11*, 163-171.
- Winstanley, E. L., Bigelow, G. E., Silverman, K., Johnson, R. E., Strain, E. C. (2011). A randomized controlled trial of fluoxetine in the treatment of cocaine dependence among methadone-maintained patients. *Journal of Substance Abuse Treatment, 40*, 255-264.