

## اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری، درمان نگهدارنده با متادون و درمان به شیوه ی کنگره ی ۶۰ بر تغییر وضعیت روانی معتادان به کراک

دکتر فرح لطفی کاشانی<sup>۱</sup> و علی اکبر عسکری<sup>۲</sup>

هدف پژوهش حاضر، اثربخشی درمان های شناختی- رفتاری، درمان نگهدارنده با متادون و درمان به شیوه ی کنگره ۶۰ بر تغییر وضعیت روانی معتادان به کراک بود. بین منظور از بین داوطلبین درمان به مراکز درمان جمعیت آفتاب و مرکز بازپروری سازمان رفاه اجتماعی و آموزش شهروندی شهرداری، ۶۰ نفر انتخاب شدند و در چهار گروه درمان شناختی- رفتاری (۱۸ نفر) درمان نگهدارنده با متادون (۱۵ نفر)، درمان به شیوه ی کنگره ی ۶۰ (۱۲ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) کاربندی شدند. مقایسه ی نمرات آزمودنی ها قبل و بعد از مداخله، با پرسشنامه ی ویژگی های بنیادی شخصیت (BPI) نشان داد که درمان رفتاری- شناختی بر متغیرهای هیپوکندریا، افسردگی، مشکلات بین فردی، اضطراب و انحراف؛ درمان نگهدارنده با متادون، بر متغیرهای هیپوکندریا، انکار و اختلال تفکر و درمان با شیوه ی کنگره ی ۶۰ بر متغیرهای انکار، مشکلات بین فردی و بیگانگی اثربخش بوده است.

**واژه های کلیدی:** کراک، درمان شناختی رفتاری، درمان نگهدارنده با متادون، کنگره ی ۶۰

### مقدمه

وابستگی به مواد، همیشه به عنوان یک آسیب اجتماعی، بهداشتی، اقتصادی و فرهنگی با انسان همراه بوده است. طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) وابستگی به مواد، الگوی ناسازگارانه ی مصرف مواد است که به اختلال یا ناراحتی قابل توجه ی بالینی منجر شده و با نشانه هایی نظیر بروز تغییرات رفتاری ناسازگار توأم با عوارض فیزیولوژیایی و شناختی، عدم موفقیت برای قطع یا کنترل مصرف ماده، صرف زمان زیادی برای به دست آوردن ماده ی مورد نظر جهت مصرف و رهایی از عوارض آن، رها شدن یا کاهش فعالیت های اجتماعی، شغلی یا تفریحی به دلیل مصرف ماده، مصرف ماده در مقادیر بیشتر و با

۱. دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

۲. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

مدتی طولانی تر از آنچه که از قبل قصد آن وجود داشته است و ادامه ی مصرف، علیرغم آگاهی از مشکلات مداوم یا عود کننده ی جسمانی و روانی ناشی از مصرف ماده، همراه است. در سو مصرف مواد، تغییرات نورویولوژیک بوجود می آورد که منجر به رفتارهای غیرقابل کنترل برای مصرف مجدد می شود (کای<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۳).

درحال حاضر، درمان های گوناگون و متنوعی در سطح کشور برای مقابله با وابستگی به مواد اجرا می شود که گستره ی آنها از درمان های بسیار قدیمی و سنتی شروع می شود و به درمان های کاملا علمی ختم می شود. اولین اقدام در درمان، اعتبار زدایی است (سینگ و دبایش<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴) و بعد از آن اقدامات مختلف نگهدارنده، همانند استفاده از متادون و انواع مداخلات روان شناختی است. هر چند متادون مخدری با اثرات طولانی مدت است با این حال درمان نگهدارنده با متادون یک درمان شناخته شده برای درمان وابستگی به مواد اویوییدی است. درمان نگهدارنده با متادون (MMT) جهت کاهش آسیب های ناشی از سو مصرف مواد و بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا ، بکار می رود. هدف این درمان ، بازگرداندن بیمار به یک زندگی عادی، یاری به جذب مجدد وی در جامعه و نگاه داشتن بیمار در درمان است تا زمانی که از آن سود می برد (وزیریان، محسنی فرو مستشاری، ۱۳۸۴). یافته های پژوهشی ، تاثیر درمان با متادون را در ماندگاری درمان (کاپلان<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۹) کاهش استفاده از مواد غیر قانونی (استرین، بیگلو، لیسون<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۹) کاهش فعالیت های کيفری (متیک، برین، کیمبر<sup>۵</sup> و همکاران ، ۲۰۰۳؛ مارش<sup>۶</sup>، ۱۹۹۸) کاهش میزان HIV و انتقال آن (گوینگ، فرل، بورنمن<sup>۷</sup> و همکاران ۲۰۰۴) افزایش کارایی و ازدواج بهبود سلامت اجتماعی و قدرت تولید (پاورزوآنجلین<sup>۸</sup>، ۱۹۹۳) و بهبود سلامت عمومی (کوستن، رونساویل و کلب<sup>۹</sup>، ۱۹۸۷) در سومصرف کنندگان مواد نشان داده است.

شیوه ی درمان شناختی رفتاری (CBT) نیز به عنوان رویکردی هدفمند و کوتاه مدت، با تمرکز بر بازسازی شناختی و تغییر رفتار بیشتر بر ترک روانی مواد و جایگزین کردن رفتارها و تفکرات جدید و کارآمد به این رفتارها و تفکرات ناکارآمد قبلی فرد ، تاکید دارد. فرض بنیادی درمان شناختی - رفتاری این است که فرایند یادگیری ، نقش مهمی در ایجاد و تداوم وابستگی به مواد ایفا می کند. درمان شناختی- رفتاری با تکیه بر تحلیل کارکردی و مهارت آموزی، بیماران را در شناسایی

1. Kaye

2. Sing &amp; Debasish

3. Kaplan

4. Strain ; Bigelow &amp; Liebson

5. Mattick ; Breen &amp; Kimber

6. Marsch

7. Gowing ; Farrell &amp; Bornemann

8. Powers &amp; Anglin

9. Kosten ; Rounsaville &amp; Kleber

اجتناب و مقابله با مصرف کمک می کند. آموزش مهارت ها، از جایگاه ویژه ای در درمان شناختی- رفتاری برخوردار است. در این نوع درمان، افکار، انتظارات و رفتارهای مرتبط با مصرف مواد تغییر می کند و از مدیریت وابستگی که روش شبیه اقتصاد ژتونی است، بهره می گیرد (هالجین ویتبورن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). درمان شناختی- رفتاری در کاهش میزان بازگشت، افزایش دوام اثرات، همسو شدن بیمار و درمان، خصوصاً در مورد بیمارانی که حد بالایی از آسیب روانی همزمان با شدت وابستگی را نشان می دهند، نوید بخش است (کارول، ۱۹۹۸؛ مک هاگ، هرون و اتو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰؛ اسپوسیتو، اسمیتز<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۳).

درمان به شیوه ی کنگره ی ۶۰ (DST) نوعی درمان گروهی ابتکاری است که توسط دژ کام بنیانگذاری شده و بر جهان بینی خاص و اصل کمک به یک معتاد رها شده، تاکید دارد. روش درمان اعتیاد در کنگره ی ۶۰، تدریجی و پله ای است (سایت کنگره ی ۶۰). یافته های کنترل شده وسیعی در مورد این درمان وجود ندارد.

## روش

### جامعه ی آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه ی آماری این پژوهش، شامل معتادان به کراک است که خود را جهت درمان به مراکز درمانی شهر تهران معرفی کرده بودند. با توجه به هدف پژوهش مبنی بر مقایسه ی موفقیت شیوه های درمان شناختی- رفتاری، درمان نگهدارنده با متادون و درمان به شیوه ی کنگره ی ۶۰ در تغییر وضعیت روانی معتادان به کراک، سه مرکز که این درمان ها در آن ها انجام می شد، به صورت در دسترس انتخاب شدند و داوطلبین مراجعه کننده به آن ها به طور تصادفی انتخاب شده و در یک دوره ی چهار ماهه در فرایند درمان وارد شدند. این مراکز شامل با درمان نگهدارنده با متادون، مراکز درمانی جمعیت آفتاب و متقاضیان درمان سو مصرف مواد در طرح بازپروری سازمان رفاه اجتماعی و آموزش شهروندی شهرداری تهران بود. به این ترتیب چهار گروه پژوهشی برای گروه شناختی- رفتاری (۱۸ نفر)، درمان با متادون (۱۵ نفر) و درمان کنگره ی ۶۰ (۱۲ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) تشکیل شد. گروه کنترل، مانند گروه دریافت کننده ی درمان شناختی- رفتاری از

1. Halgin &amp; Whitbourne

2. McHugh; Hearon &amp; Otto

3. Eposito-Smythers

داوطلبان درمان در طرح بازپروری سازمان رفاه اجتماعی و آموزش شهروندی شهرداری بود که هنوز درمان خود را شروع نکرده و در لیست انتظار طرح فوق بود.

### ایزار

پرسشنامه ی مولفه های بنیادی شخصیت (BPI) جکسون و همکاران (۱۹۸۹): این پرسشنامه دارای ۱۲ مقیاس و ۲۴۰ ماده است که برای هر مقیاس، نمره ی مجزایی بدست می آید. مقیاس های مورد سنجش عبارتند از: هیپوکندریا، افسردگی، انکار، مشکلات بین فردی، بیگانگی، افکار گزند و آسیب، اضطراب، اختلال تفکر، بیان تکانه، درونگرایی اجتماعی، ناچیزانگاری خود و انحراف. سوالات آزمون به صورت درست و غلط پاسخ داده می شود. در ایران این تست در جامعه ای بالغ بر ۲۵۰۴ نفر (۱۲۳۵ مونث و ۱۲۶۹ مذکر) که به صورت خوشه ای از دانشگاه های آزاد اسلامی واقع در منطقه ۸ دانشگاه آزاد انتخاب شده بودند، اجرا و هنجار یابی شده است (لطفی کاشانی و وزیری، ۱۳۷۷). بررسی های انجام شده روی تک تک سوال های این پرسشنامه نشان می دهد که تمام سوالات مقیاس ها در هر سه حالت نمونه های مذکر، مونث و کل نمونه، از ضریب تشخیصی بالایی برخوردار است. با توجه به این که سوال ها همبستگی قابل قبولی نیز با نمره های ملاک نشان می دهد، در مجموع می توان گفت که سوالات مقیاس های BPI از قدرت تشخیصی کافی در جهت تفکیک افراد «دارا» و «ندار» هر یک از صفت ها برخوردار است. با توجه به این نکته که در هیچ یک از ۲۴۰ سوال مورد بررسی، ضریب تشخیص سوال از آلفای ۰/۰۵ بزرگتر نشده است، باید گفت که تمامی سوالات این پرسش نامه از قدرت تشخیصی بالایی برخوردارند. پایایی های محاسبه شده در نمونه ی ایرانی برای مقیاس های BPI با روش کودر-ریچاردسون معادل ۰/۷۹ و میانگین همبسته های محاسبه شده بین نمره های مقیاس های انتخابی BPI با مقیاس های مشابه در MMPI و SCL90، برابر ۰/۷۴ به دست آمده است (لطفی کاشانی و وزیری، ۱۳۷۷).

### شیوه ی اجرا

ابتدا وضعیت روانی هریک از آزمودنی ها توسط تست BPI، در ۱۲ متغیر به صورت پیش آزمون مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. سپس درمان CBT، توسط پژوهشگر به مدت ۴ ماه در ۱۶ جلسه روی ۱۲ نفر از سو مصرف کنندگان کراک در مراکز بازپروری شهرداری اجرا شد. درمان نگهدارنده با متادون، روی ۱۵ نفر از مراجعان سو مصرف کننده ی کراک به کلینیک های درمان

MMT در شهر تهران توسط پرسنل همان کلینیک ها ارایه شد و پژوهشگر هیچگونه نقش تعیین کننده ای در اجرای درمان مراجعین نداشت. درمان کنگره ی ۶۰ (روی ۱۸ نفر از مراجعان سو مصرف کننده کراک به مراکز درمانی جمعیت آفتاب (کنگره ۶۰) در تهران، توسط پرسنل دوره دیده در درمان DST ارایه شد و پژوهشگر هیچ گونه نقش تعیین کننده ای در اجرای درمان مراجعین نداشت.

### جدول ۱: اهداف درمان CBT به تفکیک جلسات

جلسات	اهداف درمان
۱	گرفتن تاریخچه، برقراری رابطه ی درمانی، بالا بردن انگیزه ی درمان به واسطه ی مصاحبه ی انگیزشی
۲	ارایه ی منطق درمان و معرفی تحلیل کارکردی
۳	درک تجربه ی بیمار از میل به مصرف، شناخت عوامل و نشانه های موثر در ایجاد میل به مصرف
۴	آموزش شیوه های مقابله با میل و وسوسه ی مصرف
۵	بازبینی و روشن سازی مجدد اهداف درمان، بررسی و توجه به دو سوگرایی بیمار درباره ی ترک مصرف مواد
۶	شناسایی و مقابله با افکار وسوسه کننده، بازبینی راهبردهای آموزش داده شده در جلسه ی چهارم
۷	ارزیابی دسترس پذیری مواد و گام های لازم برای کاهش آن، بررسی راهبردهای قطع ارتباط با عرضه کنندگان مواد، یادگیری و تمرین مهارت های امتناع از مواد، مرور تفاوت بین پاسخ دهی انفعالی، پرخاشگرانه و جرات ورزانه
۸	پیش بینی موقعیت های خطر آفرین آینده، تدوین یک برنامه ی مقابله ای عمومی
۹	معرفی و مرور گام های اساسی مسأله گشایی، تمرین مهارت های مسأله گشایی
۱۰ و ۱۱	فراهم ساختن فرصت برای افراد مهم جهت اطلاع یابی از درمان بیمار، شناسایی راهبردهای حمایت کننده ی این افراد
۱۲	مرور برنامه و اهداف درمان، ارایه ی بازخورد در مورد پیشرفت بیمار، هدف گذاری

### یافته ها

جهت بررسی داده ها در مورد اثربخشی درمان های CBT، MMT و DST بر تغییر وضعیت روانی معتادان به کراک، با توجه به محاسبه ی آزمون خطای لون جهت آزمون یکسانی واریانس ها و عدم تامین شرایط یکسانی واریانس ها که یکی از شروط اصلی جهت استفاده از آزمون های پارامتریک است از شیوه ی ناپارامتری کروسکال والیس، جهت مقایسه ی تفاوت واریانس های بین گروه ها و از آزمون ویل کاکسون جهت بررسی تفاوت های واریانس های درون گروهی استفاده شد. برای

توصیف یافته ها، ابتدا میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون متغیرهای مورد اندازه گیری (جدول ۲) و سپس این مولفه ها را در پس آزمون (جدول ۳) ارایه کرده ایم.

**جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون متغیرهای مورد اندازه گیری در گروه های درمانی**

پیش آزمون			پیش آزمون			
sd	میانگین	متغیر	sd	میانگین	متغیر	
۳/۵۱۴	۶/۶۶۷	اختلال تفکر	۱/۸۲۳	۱۳/۱۶۶	افسردگی	CBT
۲/۷۷۸	۶/۹۱۷		۱/۲۸۸	۱۵/۲۵۰		DST
۲/۷۶۳۱	۵/۹۳۳		۳/۲۵۱	۱۳		MMT
۳/۱۳۳	۷/۶۶۷		۲/۲۹۴	۱۲/۵۳۳		Control
۳/۴۱۰	۱۱/۱۱	بیان تکانه	۳/۵۹۵	۱۰/۸۸۹	هیپوکندریا	CBT
۱/۸۰۹	۱۱		۲/۳۸۶	۱۴/۳۳۳		DST
۲/۷۷۴	۱۱/۱۳۳		۲/۸۹۰	۱۰/۷۳۳		MMT
۲/۰۱۶	۱۰/۲۶۷		۲/۵۳۱	۱۰/۵۳۳		Control
۳/۲۵۸	۱۱/۸۳۳	اضطراب	۲/۴۲۲	۱۴/۱۱۱	مشکلات بین فردی	CBT
۲/۰۹۴	۱۲/۷۵		۲/۸۳۹	۱۴/۳۳۳		DST
۲/۴۳۹	۱۰/۹۳۳		۳/۱۶۲	۱۳		MMT
۲/۵۰۳	۱۱/۵۳۳		۲/۱۲۰	۱۲/۰۶۶		Control
۳/۰۹۷	۱۰/۲۲۲	درونگرایی اجتماعی	۳/۳۷۸	۷	انکار	CBT
۳/۸۹۵	۱۲/۴۱۶		۲/۵۳۴	۷/۶۶۶		DST
۳/۰۹۸	۱۱/۲		۲/۰۹۹	۵/۵۳۳		MMT
۲/۸۷۰	۱۱/۶۶۷		۲/۶۲۴	۸/۲		Control
۲/۷۸۹۵	۱۱/۳۸۸۹	ناچیز انگاری خود	۳/۶۹۱	۸/۷۲۲	بیگانگی	CBT
۱/۸۵۸۶	۱۴		۲/۷۱۲	۱۰/۹۱۷		DST
۴/۲۳۳	۱۰/۹۳۳۳		۳/۰۱۱	۸/۹۳۳		MMT
۲/۴۷۲	۱۱/۶		۳/۱۱۳	۱۰/۴۶۷		Control
۲/۴۶۸	۱۱/۲۷۷	انحراف	۲/۲۰۸	۹/۹۴۴	افکار گزند و آسیب	CBT
۳/۳۶۰	۹/۷۵		۲/۶۵۷	۹/۱۶۷		DST
۳/۰۴۴	۱۱/۵۳۳		۲/۹۲۴	۱۰/۵۳۳		MMT
۲/۶۳۶	۱۰/۶۶۷		۱/۷۶۷	۹/۵۳۳		Control

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد نمرات پس آزمون متغیرهای مورد اندازه گیری در گروه های درمانی

پس آزمون			پس آزمون			
sd	میانگین	متغیر	sd	میانگین	متغیر	
۳/۲۴۴	۷/۰۵۵	اختلال تفکر	۱/۸۲۲	۱۱/۴۴۴	افسردگی	CBT
۲/۰۸۱	۷/۱۶۶		۱/۶۵۱	۱۵		DST
۲/۸۹۸	۴/۴		۲/۷۹۷	۱۲/۶		MMT
۱/۹۲۲	۸/۸۶۷		۲/۲۵۰	۱۲/۹۳۳		Control
۳/۱۲۹	۱۰/۸۳۳	بیان نکانه	۳/۰۵۹	۱۰/۲۲۲	هیپو کندریا	CBT
۱/۷۸۳	۱۰/۵		۱/۸۵۸	۱۴		DST
۲/۴۴۵	۱۱/۱۳۳		۲/۶۵۸	۹/۰۶۷		MMT
۲/۰۳۰	۱۰/۴۶۷		۲/۲۳۱	۱۰/۵۳۳		Control
۲/۶۸۴۳۸	۱۰/۸۳۳	اضطراب	۱/۹۲۶	۱۲/۷۷۷	مشکلات بین فیدی	CBT
۱/۳۰۲	۱۲/۶۶۷		۲/۸۳۲	۱۱/۷۵۰		DST
۲/۲۵۰	۱۰/۹۳۳		۲/۵۵۹	۱۲/۵۳۳		MMT
۲/۲۴۲	۱۲/۲		۱/۵۹۷	۱۲/۸۶۷		Control
۲/۷۰۶	۹/۸۳۳	درونگرایی اجتماعی	۳/۱۴۸	۷/۱۶۶	انکار	CBT
۳/۲۵۰	۱۲/۲۵		۲/۷۴۸	۶/۸۶۶		DST
۲/۸۶۵	۱۱/۲۶۶		۲/۲۷۴	۶/۹۱۶		MMT
۲/۳۱۳	۱۱/۷۳۳		۲/۵۸۷	۸/۸۶۶		Control
۲/۶۲۷	۱۰/۷۷۸	ناجیز انگاری خود	۳/۰۳۸	۸/۰۵۵	بیگانگی	CBT
۲/۰۶۷۰۶	۱۴/۵		۲/۲۲۹	۱۱/۶۶۷		DST
۳/۵۰۹۱۷	۱۰/۸		۲/۷۲۲۴	۹/۴۶۷		MMT
۲/۵۳۵۴۶	۱۲		۲/۶۹۹۱	۱۱		Control
۲/۱۱۸	۱۰/۳۸۸	انحراف	۲/۲۵۲	۱۰/۳۸	افکار گزند و آسیب	CBT
۲/۹۲۷	۹/۵۸۳۳		۲/۱۴۶	۹/۶۶۶		DST
۳/۱۸۱	۹/۵۳۳		۲/۹۹۶	۱۰/۵۳۳		MMT
۲/۵۲۶	۱۱/۳۳۳		۲/۳۱۳	۱۰/۰۶۶		Control

جهت بررسی تفاوت داده های پیش آزمون و پس آزمون درون هر گروه درمانی از روش آماری ناپارامتری ویل کاکسون و بررسی میزان تفاوت تاثیر چهار گروه درمانی از روش آماری ناپارامتری ویل کاکسون به تفکیک هر خرده مقیاس استفاده شده و نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

**جدول ۴: نتایج حاصل از آزمون کروسکال والیس و ویلکاکسون در متغیرهای مورد اندازه گیری و گروه های درمانی**

Control		MMT		DST		CBT		متغیر		
Sig.	X <sup>2</sup>	Sig.	Z	Sig.	Z	Sig.	Z			
۰/۰۱۰	۱۱/۲۶	۰/۹۰	-۱/۱۲	۰/۰۰۱	-۳/۲۱	۰/۴۶۵	-۰/۷۳	۰/۰۳۵	-۲/۱۱	هیپو کندریا
۰/۰۰۱	۱۹/۴۳	۰/۲۳	-۱/۱۹	۰/۱۰۹	-۱/۶۰	۰/۵۸۷	-۰/۵۴	۰/۰۰۱	-۳/۵۸	افسردگی
۰/۰۱۶	۱۰/۲۵	۰/۱۵	-۱/۴۲	۰/۰۰۱	-۳/۴۴	۰/۰۰۷	-۲/۷۱	۰/۵۱۲	-۰/۶۶	انکار
۰/۸۷۵	۰/۶۹	۰/۰۶	-۱/۸۵	۰/۰۸۸	-۱/۷۰	۰/۰۰۲	-۳/۰۹	۰/۰۰۳	-۲/۹۳	مشکلات بین فردی
۰/۰۰۹	۱۱/۵۴	۰/۲۱	-۱/۲۴	۰/۱۲	-۱/۵۵	۰/۰۴	-۲/۰۷	۰/۰۷	-۱/۸۰	بیگانگی
۰/۷۶۶	۱/۱۵	۰/۱۶	-۱/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۲۲	-۱/۲۲	۰/۲۱	-۱/۲۵	افکار گزند و آسیب
۰/۱۳۸	۵/۵۱	۰/۱۳	-۱/۵۰	۰/۹۶	-۰/۰۴	۰/۹۲	-۰/۰۹	۰/۰۲۹	-۲/۱۶	اضطراب
۰/۰۰۱	۱۵/۶۱	۰/۱۱	-۲/۴۹	۰/۰۰۱	-۳/۵۱	۰/۴۳	-۰/۷۹	۰/۱۲	-۱/۵۴	اختلال تفکر
۰/۷۲۴	۱/۳۲۴	۰/۴۴	-۰/۷۷	۱/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۱۹	-۱/۳۱	۰/۵۴	-۰/۶۲	بیان تکانه
۰/۰۶۲	۷/۳۲۰	۰/۹۱	-۰/۱۲	۰/۷۴	-۰/۳۳	۰/۵۳	-۰/۶۳	۰/۳۲	-۱/۰۱	درونگرایی اجتماعی
۰/۰۰۲	۱۴/۶۶	۰/۴۸	-۰/۶۹	۰/۵۹	-۰/۵۳	۰/۰۸۳	-۱/۷۳	۰/۰۵	-۱/۹۴	ناچیزانگاری خود
۰/۲۸۵	۳/۷۹	۰/۱۱	-۱/۵۷	۰/۰۰۱	-۳/۷۱	۰/۵۹	-۰/۵۳	۰/۰۲	-۲/۳۸	انحراف

همانطور که در جدول ۴ ملاحظه می شود، میزان P به دست آمده از پیش آزمون و پس آزمون هر گروه درمانی توسط آزمون ناپارامتری ویل کاکسون برای درمان CBT ( $P = ۰/۰۳۵$ ) و درمان MMT ( $P = ۰/۰۰۱$ ) در مقیاس هیپو کندریا؛ برای درمان CBT ( $P = ۰/۰۰۱$ ) در مقیاس افسردگی؛ برای درمان DST ( $P = ۰/۰۰۷$ ) و درمان MMT ( $P = ۰/۰۰۱$ ) در مقیاس انکار؛ برای درمان DST ( $P = ۰/۰۰۲$ ) و درمان CBT ( $P = ۰/۰۰۳$ ) در مقیاس مشکلات بین فردی؛ برای درمان DST ( $P = ۰/۰۳۸$ ) در مقیاس بیگانگی؛ برای درمان CBT ( $P = ۰/۰۲۹$ ) در مقیاس اضطراب؛ برای درمان MMT ( $P = ۰/۰۰۱$ ) در مقیاس اختلال تفکر؛ برای درمان های MMT ( $P = ۰/۰۰۱$ ) و CBT ( $P = ۰/۰۱۷$ ) در مقیاس انحراف، در سطح ۰/۰۵ معنادار است.



یافته های جدول فوق در مقایسه ی نتایج چهار گروه درمانی با یکدیگر، توسط آزمون ناپارامتری کروسکال والیس، نشان می دهد که در مقیاس هیپوکندریا، اختلاف معناداری بین گروه MMT با سایر گروه ها ( $P = 0/01$ )؛ در مقیاس افسردگی، اختلاف معناداری بین گروه MMT، DST، با CBT و گروه کنترل با تمام گروه ها ( $P = 0/01$ )؛ در مقیاس انکار اختلاف معناداری بین گروه MMT و گروه کنترل با سایر گروه ها ( $P = 0/016$ )؛ در مقیاس بیگانگی، بین گروه های CBT و DST با سایر گروه ها ( $P = 0/009$ )؛ در مقیاس اختلال تفکر، اختلاف معناداری بین گروه های MMT و کنترل ( $P = 0/001$ )؛ در مقیاس ناچیزانگاری خود، اختلاف معناداری بین گروه های DST و کنترل با سایر گروه ها ( $P = 0/002$ ) وجود دارد.

### بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه ی اثربخشی درمان های شناختی- رفتاری، درمان با متادون و درمان کنگره ی ۶۰ بر تغییر وضعیت روانی معنادان به کراک بود. یافته های پژوهشی نشان داد که درمان شناختی - رفتاری بر متغیرهای هیپوکندریا، افسردگی، مشکلات بین فردی، اضطراب و انحراف، اثر بخش بوده است. این یافته با یافته ی کوری، ولز، لاجمن<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۶) در کاهش افسردگی سو مصرف کنندگان مواد مطابقت دارد. در کل، اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری در کاهش سو مصرف مواد در پژوهش های مک هاگ، هرون و اتو (۲۰۱۰) اسپوسیتو - اسمیتز، اسپیریتو و لاجنس (۲۰۰۳) مورد تایید قرار گرفته است. برقراری رابطه ی درمانی و همدلی، تاکید بر نقاط قوت مراجع، آموزش مهارت های جدید و شیوه های مقابله مانند توجه برگردانی، استفاده از خود گویی های مثبت، ایجاد اهداف کوتاه مدت و بلند مدت، مبارزه با افکار منفی و تعیین مجموعه ای از افکار مثبت، یادگیری و تمرین مهارت های مساله گشایی، افزایش حمایت های اجتماعی در زندگی و انجام فعالیت های لذت بخش، مواردی از فرایند درمان شناختی- رفتاری به کار گرفته شده است که می تواند اثرات درمان شناختی- رفتاری را در کاهش افسردگی و اضطراب تبیین کند.

با توجه به اینکه مقیاس هیپوکندریا در تست BPI، نگرانی های خاص یا اشتغال ذهنی در رابطه با ناراحتی های جسمی را مورد سنجش قرار می دهد، باید گفت که تاکید درمان CBT بر فونونی چون

1. Curry, Wells & Lochman

توجه گردانی و کاهش عوارض جسمانی مصرف ، باعث اثربخشی این درمان بر متغیر هیپوکندریا می شود. خرده مقیاس مشکلات بین فردی، سازگاری یا عدم سازگاری افراد در مورد روابط بین فردی و چگونگی روبرو شدن فرد با پیشنهاد، راهنمایی و انتقاد و درکل با نظم، قانون و مقررات را مورد سنجش قرار می دهد. با توجه به این موضوع ، می توان گفت که بخش هایی از درمان CBT که به آموزش تشخیص تفاوت بین پاسخ دهی انفعالی، پرخاشگرانه و جرات ورزانه، آموزش مهارت های پاسخ دهی سریع، محکم و بدون تردید "نه" گفتن با برقراری تماس چشمی، بازی نقش در رابطه با درخواست صریح و یادگیری مهارت های مساله گشایی و افزایش رفتارهای حمایتی اطرافیان می پردازد می تواند در کاهش مشکلات بین فردی بیماران نیز موثر واقع شود. در مورد اثربخشی مطلوب بر انحراف، می توان درمان CBT را به عنوان بخشی از یک درمان جامع برای سو مصرف مواد بکار گرفت.

متادون، نقش درمانی خود را در پژوهش های مختلفی نشان داده است (کای و همکاران، ۲۰۰۳؛ سینگ و دبایش، ۲۰۰۴؛ لاونتال<sup>۱</sup>، ۲۰۰؛ کرب<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۰). درمان MMT بر متغیر های هیپوکندریا، انکار و اختلال تفکر اثر بخش بوده است. اثربخشی داروی متادون بر خرده مقیاس هیپوکندریا با توجه به اینکه این دارو در طی درمان نگهدارنده از بروز علائم جسمانی ناشی از ترک مواد جلوگیری می کند و در واقع جایگزین مواد می شود، قابل توجه است. با کمک این دارو به راحتی می توان نگرانی های مفرط یا مشغولیت های ذهنی مرتبط با ناراحتی ها و علائم جسمانی را در سو مصرف کنندگان، کنترل کرد. درمان MMT بر خرده مقیاس اختلال تفکر نیز اثربخش بوده است، این خرده مقیاس ، کارآمدی شناختی جدی شامل مسایل مربوط به شنوایی، تحریف حس بینایی، مشکلات سازماندهی حافظه و حالات شبه رویا را مورد سنجش قرار می دهد . احتمالاً این ماده توانسته است کاهش و از بین بردن علائم ناشی از سو مصرف بر خرده مقیاس اختلال تفکر اثربخشی بیشتری داشته باشد.

درمان DST بر متغیرهای انکار، مشکلات بین فردی و بیگانگی اثربخش بوده است. در درمان DST با توجه به اینکه در دوره های آموزشی و کلاس های گروهی این درمان ، برخورد افشایی و قبول وضعیت کنونی فرد تاکید می شود، فرد به مرور زمان تحت تاثیر مشاهده ی خود افشایی دیگران از فرم دفاعی خود خارج شده (همان اتفاقی که در گروه درمانی هم بسیار مشاهده می شود) و سعی بر

1. Lawental

2. Krabe

مطرح کردن عواطف و هیجانات ناخوشایند خود می کند. بنابراین، نسبت به این عواطف و پاسخ های عاطفی خود بینش پیدا کرده، از سرکوب کردن آنها دست می کشد و می آموزد که چگونه و بدون ترس پاسخ های عاطفی خود را به محیط نشان دهد. درمان DST با توجه به گروهی بودن کلاس ها و دوره های آموزشی آن، خود به خود شرایط و محیطی را فراهم می کند که افراد با مشاهده ی یکدیگر (یادگیری مشاهده ای) و الگو برداری از رفتارهای مناسب یکدیگر، بر مهارت های ارتباطی خود بیافزایند و همچنین با تبعیت از قوانین خاص درمانی DST که با نظارت خاصی مورد اجرا قرار می گیرند، قانون پذیر، مسرولیت پذیر و در کل با محیط اجتماعی سازگارتر شوند.

### منابع

- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۰۰). متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (ویرایش چهارم). ترجمه ی محمد رضا نیکخو، هامایاک آوادیس یانس. (۱۳۸۱). تهران: سخن.
- جزایری، علیرضا؛ سلیمانی نیا، لیلا. (۱۳۸۷). کراک. تهران: دانژه.
- کارول، کاتلین، ام. (۱۹۹۸). راهنمای عملی درمان شناختی- رفتاری سو مصرف مواد. ترجمه ی عباس بخشی پور رودسری و شهرام محمد خانی. (۱۳۸۱). تهران: اسپند هنر.
- هالجین، ریچارد پی؛ ویتبورن، سوزان کراس. (۲۰۰۳). آسیب شناسی روانی (جلد دوم). ترجمه ی یحیی سید محمدی (۱۳۸۴). تهران: روان.
- وزیریان، محسن، محسنی فر، ستاره، مستشاری، گلاره. (۱۳۸۴). پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیسست (ویراست دوم). تهران. اداره پیشگیری و درمان سو مصرف مواد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- لطفی کاشانی، فرح؛ وزیری، شهرام. (۱۳۷۷). راهنمای پرسشنامه مولفه های بنیادی شخصیت. دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، معاونت پژوهشی.
- Curry, J.F., Wells, K.C., Lochman, J.E., Craighead, W.E., & Nagy, P.D.(2006). Cognitive- behavioral intervention for depressed, substance-abusing adolescents:development and pilot testing.*Amerian Journal of Addiction*, 15(1):126-30.

- Eposito-Smythers, C., Spirito, A., Uth, R., & LaChance, H.(2003). Cognitive-behavioral treatment for suicidal alcohol abusing adolescents: development and pilot testing. *Journal of American Academic Child and Adolescents Psychiatry*, 42(6):656-65.
- Gowing, L., Farrell, M., Bornemann, R., & Ali, R.(2004). Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.
- Kaplan, H.I., Freedman, A.M., & Sadock, B.J. (2009). *Comprehensive textbook of psychiatry*. 9th ed. University of Michigan: Williams & Wilkins, 1380-432.
- Kaye, A.D., Gevirtz, C., Bosscher, H.A., Duke, J.B., & et al. (2003). Ultra rapid opiate detoxification: A review. *Canadian Journal of Anesthesia*. 50,7, 663-71.
- Kosten, T.R., Rounsaville, B.J., & Kleber, H.D.(1987). Multidimensionality and prediction of treatment outcome in opioid addicts: a 2.5-year follow-up. *Comprehensive Psychiatry*, 28:3-13.
- Krabbe, P.F., Koning, J.P., Laheji, R.J., Van Cauter, V.M., & De Long, C.A. (2000). Rapid detoxification from opioid dependence under general anesthesia versus standard methadone tapering. *Journal of Addiction Biology*. 8, 351-8.
- Lawental, E. (2000). Ultra rapid opiate detoxification as compared to 30 day in patient detoxification program—a retrospective follow-up study. *Journal of Substance Abuse*. 11, 2, 173-81.
- Marsch, L.A.(1998). The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis. *Addiction*, 93(4):515-32.
- Mattick ,R.P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2003). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- McHugh, R.K., Hearon ,B.A., & Otto, M.W.(2004). Cognitive -behavioral therapy for substance use disorders. *Addiction*, 99(2): 93-105.
- Powers, K.I., & Anglin ,M.D.(1993). Cumulative versus stabilizing effects of methadone maintenance. *Evaluation Review*, 17(3):243-70.
- Singh J, Basu D. (2004). Ultrapid opioid *detoxification*: Current status and controversies. *Journal of Postgraduate Medicine*. 50, 3, 227-32.
- Strain, E.C., Bigelow, G.E., Liebson, I.A., & Stitzer, M.L.(1999). Moderate- vs high-dose methadone in the treatment of opioid dependence. A randomized trial. *JAMA*, 281:1000-05