

مداخلات روان‌شناختی در اعتیاد، یک مطالعه مقدماتی با مرور پیشینه در اثربخشی بهبودی درمانی بر ابعاد شدت اعتیاد در مصرف‌کنندگان محرک

بیژن پیرنیا^۱، شانیا حقیقت^۲، ندا محمدی‌نیا^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۸/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۸/۱۹

چکیده

هدف: مت‌آفتامین‌ها دسته‌ای از آمفتامین‌ها می‌باشند که از سرعت جذب و اثرگذاری بالایی برخوردار می‌باشند. مطالعه حاضر با هدف بررسی کارآمدی بهبودی درمانی بر ابعاد شاخص شدت اعتیاد در مصرف‌کنندگان فعال مت‌آفتامین انجام پذیرفت. **روش:** در یک کارآزمایی بالینی تصادفی در قالب مطالعه‌ای تک‌سایت، در خلال فروردین تا تیرماه ۱۳۹۵، از میان جامعه مردان مصرف‌کننده فعال مت‌آفتامین ساکن تهران، ۳۰ مصرف‌کننده به روش داوطلبانه انتخاب و از طریق نرم‌افزار آکسل آفیس به طور تصادفی در قالب دو گروه آزمایش و گواه تخصیص یافتند. درمان بهبودی طی مدت ۱۲ جلسه و به صورت جلسات یک‌ساعته هفتگی به گروه آزمایش ارائه شد. شاخص شدت اعتیاد همچنین آزمایش ادرار با آستانه مفروض سیصد نانوگرم در میلی‌لیتر دو بار در هفته در طی دوازده هفته به منظور ارزیابی میزان مصرف محرک به عمل آمد. **یافته‌ها:** نتایج نشان دهنده اثربخشی مداخله بهبودی درمانی بر دو مولفه وضعیت روانی و وضعیت مصرف شرکت‌کنندگان مطالعه داشت ($p < 0/01$). با این وجود نتایج ثانویه نشان داد که میزان مصرف بر اساس بررسی آزمایش ادرار کاهش معناداری را نشان نمی‌دهد ($p > 0/05$). **نتیجه‌گیری:** نتایج مذکور منعکس‌کننده دو یافته پژوهشی می‌باشد که یکی تأییدکننده کارآمدی مداخلات مبتنی بر درمان شناختی رفتاری است و دیگری وجود معایرت بین نتایج حاصل از آزمایشات بیولوژیک با داده‌های مبتنی بر خود گزارش‌دهی است.

کلیدواژه‌ها: بهبودی درمانی، مت‌آفتامین، اعتیاد، مقیاس شدت اعتیاد

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران، پست الکترونیکی:

b.pirmia@usc.ac.ir

۲. کارشناس ارشد خانواده‌درمانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه پیام نور واحد تهران جنوب، تهران، ایران

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر^۱ بیماری ویرانگر بوده که سبب تخریب عملکرد مغز و در پی آن آسیب‌های روان‌شناختی می‌شود (کریمیان، ۲۰۱۶). در ایران شاهد گذاری تدریجی از مواد سنتی به صنعتی هستیم. این گرایش به مصرف مواد صنعتی از دلایل گوناگونی همچون سهولت مصرف و اثرات خاص روانی این مواد نشأت می‌گیرد. مصرف محرک‌ها پدیده‌ای جدید در ایران به شمار می‌آید. با این وجود مطالعات جدید حاکی از میزان بالای مصرف محرک در ایران می‌باشد (معینی و همکاران، ۲۰۱۶). مت‌آفتامین‌ها دسته‌ای از محرک‌ها به شمار می‌آیند که از خانواده آمفتامین‌ها مشتق شده‌اند. به لحاظ ساختاری مت‌آفتامین‌ها از خاصیت چرب‌گرایی بالاتری نسبت به آمفتامین‌ها برخوردارند و این خصیصه به افزایش سرعت جذب و اثر گذاری این مواد منجر شده است. سوء مصرف محرک‌ها با آسیب‌های رفتاری و روان‌شناختی همراه می‌باشد (پیرنیا و همکاران، ۲۰۱۸). از نقطه نظر بیولوژیک، مصرف مت‌آفتامین با ایجاد تغییرات در سطح کورتیزول پلازما و متعاقب آن تغییرات روان‌شناختی همراه می‌باشد (پیرنیا، پیرنیا، آقاجان‌پور، مردان، و ظهیرالدین، ۲۰۱۸؛ پیرنیا و همکاران، ۲۰۱۶). ظهور پدیده اضطراب به موازات مصرف مزمن مت‌آفتامین‌ها اغلب با نشانگان ولع مصرف همراه می‌باشد که پیش‌آگهی درمان را در مددجویان با مخاطره روبرو می‌سازد (پیرنیا و همکاران، ۲۰۱۶). همچنین محرک‌ها به عنوان یک راه‌انداز رفتارهای جنسی پرخطر قلمداد می‌شوند که می‌توانند در یک چرخه معیوب به فرایند پرهیز از مصرف آسیب رسانده و فرد را در موقعیت‌های فردی و اجتماعی چالش‌زا قرار دهند (پیرنیا، منصور، رحمانی، و سلیمانی، ۲۰۱۵).

با وجود این که در سال‌های اخیر شاهد ظهور درمان‌های متنوعی در این حوزه بوده‌ایم؛ اما همچنان شاهد عدم موفقیت برخی برنامه‌های درمانی هستیم. بررسی‌ها نشان می‌دهد وضعیت اکثر معتادان به دنبال توقف درمان، عود نموده و دوباره مصرف مواد را آغاز می‌نمایند (مک‌لان، مک‌کی، فورمان، کاسیولا، و کمپ^۲، ۲۰۰۵). یکی از مولفه‌های

1. substance abuse

2. McLellan, McKay, Forman, Cacciola, & Kemp

حائز اهمیت در درمان اعتیاد، روان‌درمانی است که پیامدهای درمان را افزایش می‌دهد. دیرسون و هلن^۱ (۲۰۰۵) نشان دادند که تکنیک‌های شناختی‌رفتاری به تنهایی و یا همراه با دارودرمانی نقش مهمی در مدیریت اضطراب، افسردگی و ارتباط با اطرافیان داشته و باعث افزایش رضایت فرد از سطح زندگی خویش می‌شود.

یکی از انواع روان‌درمانی‌ها که می‌تواند در حوزه اعتیاد نقش به‌سزایی داشته باشد، درمان‌های معطوف به روان‌شناسی مثبت‌گرا و از آن جمله بهزیستی‌درمانی می‌باشد. بهزیستی‌درمانی یکی از درمان‌های نوین در عرصه روان‌شناسی مثبت‌گرا می‌باشد که از درمان شناختی‌رفتاری نشأت گرفته که در مطالعات مختلف چه به تنهایی و چه در قالب درمان مکمل به کار گرفته شده (فاوا، رافانلی، کازارو، کنتی، و گراندی^۲، ۱۹۹۸) و اثربخشی آن در درمان اختلالات عاطفی و خلقی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی (رافانلی، پارک و فاوا^۳، ۱۹۹۹) مورد تأیید قرار گرفته‌است. فاوا و همکاران (۱۹۹۸) کارآمدی درمان بهزیستی را در بیماران مبتلا به افسردگی مطلوب گزارش نمودند. همچنین رافانلی و همکاران (۱۹۹۹) اثربخشی بهزیستی‌درمانی را در قالب یک مطالعه مقدماتی بر روی نمونه‌ای مشتمل بر بیماران دارای نشانگان باقی‌مانده افسردگی ارزیابی و میزان اثربخشی این درمان را بالا گزارش نموده‌اند. در پژوهش معینی‌زاده و سالانگما (۲۰۱۰) استفاده از درمان بهزیستی در بهبود نشانگان افسردگی با موفقیت همراه بوده است.

از سوی دیگر مولفه شدت اعتیاد شاخصی تأثیرگذار بر فرایند شکل‌گیری و عود مصرف در بیماران وابسته به مواد به‌شمار می‌آید. این شاخص نقشی حائز اهمیت در تبیین فرایند عود مصرف به واسطه متغیرهای میانجی از قبیل شاخص ولع مصرف ایفا می‌نماید. شدت اعتیاد مفهومی چند بعدی و در بردارنده ابعادی همچون مصرف طولانی مدت مواد، افزایش پیامدهای مصرف از قبیل بازداشت، آسیب به خود و دیگران، بی‌ثباتی در خلق و بیماری‌های روانی می‌باشد. مطالعات نشان می‌دهد نمرات بالا در شاخص شدت اعتیاد با میزان ولع مصرف الکل بالاتر همراه می‌باشد (یون، کیم، تاراس، گرنت، و وسترمیر^۴،

۲۰۰۶؛ ایلهان، ایلهان، دمیرباس، و دوگان، ۲۰۰۶). از دگر سو نمرات وضعیت پزشکی و وضعیت مواد پیش‌بین‌های قوی در موفقیت درمان به شمار می‌آیند. با عنایت به آن‌چه از نظر گذشت و با توجه به شیوع چشمگیر مصرف مواد محرک و تاثیرات مخرب فردی، خانوادگی و اجتماعی آن و همچنین با در نظر گرفتن تاثیرات امیدبخش درمان‌های مثبت‌گرا از جمله بهزیستی درمانی در درمان اختلالات خلقی، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی بهزیستی درمانی بر میزان و شدت اعتیاد در زنان مصرف‌کننده مت‌آمفتامین انجام پذیرفت.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه می‌باشد. جامعه این پژوهش را مردان مصرف‌کننده فعال مت‌آمفتامین ساکن تهران در فروردین تا تیرماه ۱۳۹۵ تشکیل می‌دادند. از جامعه مذکور ۳۵ مرد به صورت داوطلب انتخاب شدند و و پس از احراز شرایط ورود به فرایند پژوهش وارد شدند. در اجرای این مطالعه یک پزشک، یک روان‌پزشک، یک روان‌شناس بالینی و یک پرستار مشارکت داشتند، ملاک‌های ورود در این پژوهش عبارت بودند از: (۱) دارا بودن دامنه سنی ۴۰-۱۸ سال، (۲) سابقه مصرف مت‌آمفتامین در محدوده زمانی ۵-۲ سال، (۳) دارا بودن حداقل سطح تحصیلات دیپلم، (۳) میزان دوز مصرف روزانه ۱/۵-۰/۵ گرم، همچنین ملاک‌های خروج عبارت بودند از: (۱) ابتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی، (۲) بهره‌گیری از درمان‌های دارویی و روان‌شناختی مکمل، (۳) دو هفته غیبت مستمر از حضور در جلسات درمان و (۴) سکونت در شهر تهران و حومه با انحراف ۳۰ کیلومتر از مرکز. شرکت‌کنندگان مدت زمانی ۱۴ روز قبل از تخصیص تصادفی مورد ارزیابی‌های پزشکی و روان‌شناختی قرار گرفتند و پس از آن وارد فاز ارزیابی خط پایه شدند. داده‌های پژوهش حاضر در خلال فروردین تا تیرماه ۱۳۹۵ با استفاده از مصاحبه بالینی و پرسش‌نامه‌های خودگزارشی

جمع‌آوری شدند. مدتی پس از آغاز فرایند پژوهش (بین هفته‌های دوم تا دهم) ۵ نفر به دلایل مختلف از جمله غیبت در جلسات درمانی از پژوهش خارج شدند. ۳۰ شرکت‌کننده، به طور تصادفی و با استفاده از نرم افزار اکسل آفیس در دو گروه (هر گروه ۱۵ نفر)، آزمایش و گواه تخصیص یافتند. پروتکل درمان بهزیستی به صورت گروهی به مدت ۱۲ جلسه و هر جلسه ۶۰ دقیقه (سه ماه، هفته‌ای یک جلسه، جلسه ابتدایی به مصاحبه بالینی و یک جلسه نهایی به جمع‌بندی و ختم درمان اختصاص یافت) اجرا شد (رایف، ۱۹۸۹). بهزیستی درمانی یک برنامه درمانی کوتاه‌مدت (هشت جلسه‌ای) سازمان یافته، رهنمودی و مسئله‌مدار است. در این درمان از خودنگری‌ها، خاطره‌نویسی منظم و تعاملات درمانجو و درمانگر برای افزایش بهزیستی روان‌شناختی درمانجو استفاده می‌شود. پس از گذشت دوازده جلسه درمانی شرکت‌کنندگان در پژوهش برای دومین بار و این بار در قالب پس‌آزمون، توسط پرسش‌نامه فوق‌الذکر مورد ارزیابی قرار گرفتند. پروتکل درمان بهزیستی در جدول ۱ ارائه شده است. رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان در این پژوهش اخذ شد و به امتناع افراد از قبول یا ادامه شرکت در مطالعه احترام گذاشته شد. تلاش شد انجام روش‌های تحقیق با موازین دینی و فرهنگی شرکت‌کنندگان مغایر نباشد و شرکت‌کنندگان در تمامی مراحل طراحی، اجرا و گزارش از بعد کرامت انسانی، احترام و تمامیت جسمانی و روانی مورد حفاظت قرار گرفتند تا انجام پژوهش خلل یا وقفه‌ای در روند مراقبت‌های پزشکی ایجاد ننماید. تمام مراحل پژوهش بر اساس آخرین نسخه از کنوانسیون هلسینکی صورت پذیرفت و پیش از آغاز فرایند پژوهش رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان اخذ شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی، پس از پایان فرایند درمان، ۴ جلسه درمان گروهی بهزیستی به افراد لیست انتظار ارائه شد.

جدول ۱: خلاصه‌ای از محتوی جلسات درمان بهزیستی بر اساس مدل ریف

جلسه	عنوان
اول	مصاحبه
دوم	تعریف فرایند برنامه آموزشی-درمانی و اهداف برای معتادان شرکت‌کننده در فرایند درمان/ارائه فرم‌ها و دفترچه خاطرات/ تصریح تعهدات دو جانبه در برنامه/ پیش‌آزمون.
سوم	در مورد چارچوب بهزیستی درمانی/ نقش درمانگر و مسئولیت‌های مراجع بحث می‌شود/ نقش فقدان هیجان‌ات مثبت در تداوم وابستگی به مواد مطرح می‌شود/ کاربرد معرفت‌یابی خود.
چهارم	بررسی تکالیف جلسه قبل/ شناسایی دوره‌های بهیاشی به کمک کشف هیجان‌ات مثبت/ ترغیب شخص به ثبت رویدادها در دفترچه خاطرات/ کاربرد رها شدن از کینه.
پنجم	بررسی تکالیف جلسه قبل/ خوش‌بینی و امید/ مراجعان هدایت می‌شوند به فکر کردن درباره زمانی که در یک کار مهم شکست می‌خورند/ سپس از مراجعان خواسته می‌شود که توجه کنند وقتی یک در بسته می‌شود چه درهای دیگری باز می‌شود/ کاربرد گشایش درهای جدید در زندگی.
ششم	بررسی تکالیف جلسه قبل/ پذیرش خود و نقش آن در آرامش روانی/ پذیرش تجارب ناکام‌کننده به جای انکار یا تلاش برای فراموشی آن‌ها/ کاربرد نامه امید.
هفتم	بررسی تکالیف جلسه قبل/ استفاده از مکان‌های عمومی در کشف استدلال‌های غیر منطقی/ هدف‌مندی و اکنش/ اهداف بلندمدت در جهت‌دهی به زندگی/ کاربرد موهبت‌ها.
هشتم	کاربرد موهبت‌ها/ بخشش به عنوان وسیله‌ای قدرتمند که می‌تواند خشم را به هیجان‌ات مثبت تبدیل نماید/ تسلط بر محیط به عنوان مولفه‌ای از سلامت روان/ کاربرد نامه بخشش.
نهم	بررسی تکالیف جلسه قبل/ رشد شخصی و بررسی میزان تحول شناختی اجتماعی و یادوره‌های رکود احتمالی/ نقش شناخت‌های ناکارآمد در ایجاد رکود/ کاربرد ثبت عواطف.
دهم	بررسی تکالیف جلسه قبل/ قدردانی به عنوان تشکر با دوام مورد بحث قرار می‌گیرد و خاطرات خوب و بد مجدداً با تأکید بر قدردانی برجسته می‌شوند/ مثال‌های عملی از تأثیر خوش‌بینی و بدبینی بر مصرف مواد و پرهیز از مصرف/ کاربرد قدردانی.
یازدهم	بررسی تکالیف قبل/ ارائه مولفه‌های خودمختاری و روابط مثبت با دیگران/ پیشرفت مرور شده/ جمع‌بندی صورت می‌گیرد/ پس‌آزمون.
دوازدهم	جدا شدن از گروه/ تعیین ملاقات‌های دوره‌ای با گروه آزمایش و ارائه نتایج پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها.

ابزار

۱- مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات^۱: یک مصاحبه بالینی است که برای تشخیص اختلال‌های محور یک بر اساس DSM-IV به کار می‌رود (پیرنیا و همکاران، ۲۰۱۸). ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID، ۰/۶۰ گزارش شده است (فیرست، اسپیتزر، گیبون، و ویلیامز^۲، ۱۹۹۶). توافق تشخیصی این ابزار به زبان فارسی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی با اعتبار بالاتر از ۰/۶۰ مطلوب بوده است. ضریب کاپا برای کل تشخیص‌های فعلی و تشخیص‌های طول عمر به ترتیب ۰/۵۲ و ۰/۵۵ به دست آمده است (شریفی و همکاران، ۲۰۰۹).

۲- پرسشنامه جمعیت‌شناختی: توسط پژوهشگر به منظور جمع‌آوری اطلاعات فردی نظیر سن، تحصیلات، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، سابقه بیماری، سابقه درمان و مدت زمان مصرف مواد تهیه و مورد استفاده قرار گرفت (حاج صادقی، یزدی روندی، و پیرنیا، ۲۰۱۸).

۳- تست مت‌آفتمین ادرار: با هدف بررسی متابولیک ادرار دو بار در هفته صورت گرفت. اعتبار نمونه ادرارها با توجه به درجه حرارت، کربناتین و پی اچ با آستانه ۳۰۰ نانوگرم مورد ارزیابی قرار گرفت (پیرنیا و همکاران، ۲۰۱۶).

۴- شاخص شدت اعتیاد: به منظور بررسی وضعیت بالینی بیماران در این پژوهش از ویرایش پنجم شاخص شدت اعتیاد که توسط مک لیلان^۳ و همکاران (۱۹۹۲) تهیه شده استفاده شد. این پرسش‌نامه فرمتی از مصاحبه‌ای نیمه ساختار یافته می‌باشد که توسط پژوهشگر آموزش دیده شده و به صورت رو در رو اجرا می‌شود. این پرسش‌نامه مشکلات بیماران را در ۷ زمینه طی سی روز گذشته، سال گذشته و طی عمر گردآوری می‌نماید و در هر بخش نمره کل ترکیبی (۰-۱) ارائه می‌دهد که بیانگر وضعیت فرد در حیطه مورد نظر می‌باشد. اگر وضعیت‌های ذکر شده بیشتر از ۶ ماه زمان برده باشد، نمره کامل و اگر کمتر از شش ماه باشد نمره صفر اخذ می‌شود. این ابزار دارای ۱۱۶ پرسش است که ۸

سوال در مورد وضعیت پزشکی، ۲۱ سوال در مورد وضعیت شغلی، ۲۴ سوال در مورد وضعیت مصرف مواد مخدر و الکل، ۲۷ سوال در مورد وضعیت حقوقی، ۲۳ سوال در مورد وضعیت خانوادگی و ۱۳ سوال در مورد وضعیت روانی بیمار مطرح می‌شود. این پرسش‌نامه شدت مصرف مواد و حوزه‌های مرتبط با آن را در دو چارچوب زمانی در طول عمر و وضعیت اخیر (۳۰ روز اخیر) مورد ارزیابی قرار می‌دهد. معمولاً از این ابزار جهت ارزیابی مصرف مواد در بدو ورود به درمان، در طول درمان و پس از آن استفاده می‌شود. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار حاکی از روایی و اعتبار بالای آن می‌باشد (مک‌للان و همکاران، ۱۹۹۲).

یافته‌ها

ارزیابی داده‌های جمعیت‌شناختی نشان داد، اکثریت شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش از سطح تحصیلات بالای دیپلم (آزمایش ۵۸٪، گواه ۶۷٪) برخوردارند. در شاخص سن اغلب افراد از شاخص سنی بالای ۱۸ سال (آزمایش ۶۷٪، گواه ۵۸٪) برخوردارند. از نظر مولفه‌ی وضعیت شغلی اکثریت افراد در گروه گواه فاقد شغل بودند. وضعیت شغلی در گروه آزمایش در دو مولفه شاغل و بیکار برابر بود. در شاخص وضعیت درآمد شرکت‌کنندگان در هر دو گروه از درآمد کمتر از یک میلیون تومان در ماه (آزمایش ۶۸٪، کنترل ۵۸٪) برخوردارند. نتایج آزمون مجذور خی همتابی گروه‌ها را نشان داد ($p > 0/05$). به منظور مقایسه دو گروه در شاخص شدت اعتیاد از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. با توجه به وجود مقیاس فاصله‌ای، نرمال بودن توزیع مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف نشان داد که توزیع نمرات در هر دو گروه نرمال می‌باشد ($p > 0/05$). نتایج آزمون همگنی شیب‌های رگرسیون همه متغیرها معنادار نبود ($p > 0/05$). همچنین نتایج آزمون لون گویای تساوی واریانس‌ها بود ($p > 0/05$). نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره در بررسی شاخص شدت اعتیاد در دو گروه پژوهش نشان داد که بین گروه‌ها در ترکیب خطی متغیرها تفاوت وجود دارد ($F = 8/22, P < 0/01, \eta^2 = 0/41$)، لاامبدای ویلکز). به منظور بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک‌متغیری به شرح جدول ۲ استفاده شد.

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در دو گروه

مؤلفه‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
وضعیت پزشکی	۱۷/۲۹	۱	۱۷/۲۹	۱/۱۲	۰/۰۶۹	۰/۳۴
وضعیت شغلی	۱۹/۱۲	۱	۱۹/۱۲	۲/۰۷	۰/۶۱	۰/۳۷
وضعیت حقوقی	۱۵/۲۱	۱	۱۵/۲۱	۱/۷۲	۰/۰۶۵	۰/۵۶
وضعیت خانوادگی	۱۹/۸۵	۱	۱۹/۸۵	۳/۰۲	۰/۰۵۸	۰/۴۱
وضعیت روانی	۴۶/۷۳	۱	۴۶/۷۳	۷/۵۹	*۰/۰۱	۰/۶۲
وضعیت مصرف مواد	۷۳/۲۹	۱	۷۳/۲۹	۹/۴۲	*۰/۰۱	۰/۳۹

همان طور که در یافته‌های جدول ۲ مشاهده می‌شود در دو خرده‌مقیاس وضعیت روانی و وضعیت مصرف مواد ($p < ۰/۰۱$) تفاوت معناداری بین نمرات دو گروه وجود دارد. این تفاوت نمرات منعکس‌کننده اثر مداخله بهزیستی درمانی بر شاخص شدت اعتیاد می‌باشد. به منظور بررسی نتایج آزمایشات ادراری در دوازده هفته مداخله از آزمون مجذور خی استفاده شد. نتایج آزمون نشان داد تفاوت معناداری بین نتایج مثبت ادراری در خلال دوازده هفته درمان بین دو گروه مشاهده نشد ($P > ۰/۰۵$, $۱/۲۳ =$ مجذور خی).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مداخله بهزیستی درمانی بر شاخص میزان مصرف و همچنین شدت مصرف در قالب مولفه‌های وضعیت روانی و وضعیت مصرف مواد اثربخشی معناداری ایفا نموده است. این نتایج با یافته‌های بورلسون و کامینر^۱ (۲۰۰۸)، کامینر و بورلسون (۲۰۰۲)، و پری، لارسون، جرمان، مادن، و کروت^۲ (۲۰۰۵) همسو می‌باشد که تغییر در دو مولفه وضعیت روانی و وضعیت مصرف مواد را گزارش نموده‌اند. تغییر در وضعیت روانی و مصرف مواد در گروه آزمایش بازتابی از کارآمدی فرایند درمان در کاهش مولفه‌های میانجی از قبیل اضطراب می‌باشد که می‌تواند در قالب تعدیل شاخص ولع مصرف به کاهش مصرف و بهبود علائم روان‌شناختی منجر شود.

1. Burlerson, & Kaminer

2. Perry, Larson, German, Madden, & Carroll

در مورد اثربخشی بهزیستی درمانی بر شاخص اضطراب چندین مطالعه با یافته‌های مشابه پژوهش حاضر انجام شده است. در این راستا، در پژوهش فاوا و همکاران (۲۰۰۴) مزایای افزودن بهزیستی درمانی به فرایند درمان شناختی رفتاری در کاهش نشانگان اضطراب فراگیر مورد کارآزمایی قرار گرفت. نتایج نشان داد که افزودن بهزیستی درمانی به درمان مرسوم شناختی رفتاری سبب بهبود نشانگان اضطراب فراگیر می‌شود که در پیگیری یک ساله نیز پایدار ماند. همچنین فاوا و تومبا (۲۰۰۹) در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که بهزیستی درمانی در افزایش رشد شخصی و انعطاف‌پذیری روانی و کاهش افسردگی و اضطراب اثربخش می‌باشد. نامسو با یافته‌های این تحقیق، فاوا و همکاران (۲۰۰۷) میزان اثربخشی بهزیستی درمانی بر کاهش نشانگان اختلالات اضطرابی را نامطلوب گزارش نمودند. البته توصیه نمودند که در این زمینه به مطالعات کنترل‌شده بیشتری نیازمند هستیم. همچنین در مطالعه ظریف، آقامحمدیان، موسوی‌فر، و موئینی‌زاده (۲۰۱۲) گروه تحت درمان بهزیستی تفاوت معناداری را در نمرات افسردگی و اضطراب نشان ندادند. یکی از دلایل عدم اثربخشی مطالعه مذکور کوتاه بودن دوره درمان بود که در قالب هشت جلسه‌هفتگی ارائه شد. در پژوهشی که معینی‌زاده و سالامگا (۲۰۱۰) بر روی نمونه‌ای ۴۰ نفری از شرکت‌کنندگان در سال ۲۰۱۰ انجام دادند، تفاوت معناداری بین نمرات قبل و بعد از درمان وجود داشت و بهزیستی درمانی از درمان شناختی رفتاری موثرتر بود. نتایج بیانگر امکان‌پذیری و مزایای بالینی افزودن بهزیستی درمانی به دیگر مجموعه تکنیک‌های درمان است. فاوا و همکاران (۱۹۹۸) بهزیستی درمانی را به عنوان رویکرد درمانی جدید برای نشانه‌های باقی مانده اختلالات خلقی (افسردگی اساسی، اختلال هراس همراه با گذرهاستی، ترس اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس اجباری) که به کمک روش‌های رفتاری یا دارویی با موفقیت درمان شده بودند به کار بردند.

در این راستا ادبیات پژوهشی گویای اثربخشی درمان‌های رفتاری بر کاهش مصرف و افزایش مدت پرهیز از محرک‌ها از جمله کوکائین می‌باشد. نتایج مطالعه هیجین و همکاران (۱۹۹۴) نشان داد درمان رفتاری مدیریت مشروط می‌تواند به افزایش دوره پرهیز از مصرف در مصرف‌کنندگان کوکائین منجر شود و طول مدت پرهیز تا پیگیری

6 ماهه ادامه یافت. همان گونه که ادبیات پژوهشی نشان می دهد، درمان های رفتاری از جمله مدیریت مشروط در اکثر مطالعات در قالب رویکردی مکمل مورد کار آزمایی قرار گرفته است. این رویکرد در مصرف کنندگان کوکائین، هروئین، متادون و الکل مورد ارزیابی قرار گرفته است. نتایج مطالعه مورفی و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که درمان مدیریت مشروط سرمایه گذاری عاقلانه ای جهت ترک محرک ها می باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان بهزیستی بر میزان و شدت مصرف مت آمفتامین در مردان مصرف کننده فعال انجام پذیرفت. نتایج نشان داد که بهزیستی درمانی بر دو شاخص وضعیت مصرف و وضعیت روانی اثربخشی معناداری ایفا نموده است. هر چند بر دیگر مولفه های مقیاس شدت مصرف نیز اثر گذار بوده است. ارزیابی آزمایش ادراکی گویای کاهش معنادار میزان مصرف نبود، این در حالی است که ارزیابی خود گزارش دهی افراد گویای کاهش مصرف مت آمفتامین بود.

این مطالعه در خلال فرایند اجرا با محدودیت هایی همراه بود. یکی از محدودیت های مطالعه حاضر عدم کنترل شیوه استعمال مت آمفتامین بود. مطالعات نشان می دهند که روش های استعمال در استفاده از مواد دارای اثرات هارش (مانند مت آمفتامین) نقش تعیین کننده ای ایفا می نمایند. از سوی دیگر میزان بهره مندی از مداخلات شناختی رفتاری با میزان تخریب شناختی مرتبط می باشد که کنترل میزان تخریب صرفا به واسطه سال های مصرف معیار پژوهشی کاملی محسوب نمی گردد و در این مطالعه صرفا سابقه مصرف مدنظر قرار گرفت. پیشنهاد می شود که در مطالعات آتی ارتباط میزان تخریب و اثر پذیری از درمان در قالب یک مطالعه مبتنی بر مدل سازی مورد بررسی قرار گیرد. همچنین انجام یک کار آزمایی کنترل شده در مورد اثربخشی بهزیستی درمانی در جامعه زنان مصرف کننده مت آمفتامین و مقایسه نتایج با یافته های مطالعه حاضر می تواند مسیر مناسبی برای پژوهش های آتی باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بهزیستی درمانی بر دو مولفه وضعیت روانی و مصرف مواد اثربخشی معناداری ایفا نموده است. همچنین شاهد مغایرت نتایج آزمایش ادراکی با نتایج خود گزارش دهی شرکت کنندگان در مورد میزان مصرف بودیم. این یافته ها همسو با

پیشینه پژوهشی گویای کارآمدی درمان‌های مثبت‌گرا در قالب رویکردهای شناختی رفتاری می‌باشد. این یافته‌ها می‌تواند در حوزه پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد کاربردی باشند.

منابع

- Burleson, J. A., & Kaminer, Y. (2008). Does temperament moderate treatment response in adolescent substance use disorders?. *Substance abuse*, 29(2), 89-95.
- Driessen, E., & Hollon, S. D. (2010). Cognitive behavioral therapy for mood disorders: efficacy, moderators and mediators. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 537-555.
- Fava, G. A., & Tomba, E. (2009). Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *Journal of personality*, 77(6), 1903-1934.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S., & Grandi, S. (1998). Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological medicine*, 28(02), 475-480.
- Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L., & Sirigatti, S. (2004). Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and psychosomatics*, 74(1), 26-30.
- Fava, G. A., Tomba, E., & Grandi, S. (2007). The road to recovery from depression—don't drive today with yesterday's map. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(5), 260-265.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1996). *Structured clinical interview for DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Haj Sadeghi, Z., Yazdi-Ravandi, S., & Pirnia, B. (2018). Compassion-Focused Therapy on Levels of Anxiety and Depression Among Women with Breast Cancer; A Randomized Pilot Trial. *International Journal of Cancer Management*, 11(11), e67019.
- Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K., Foerg, F. E., Donham, R., & Badger, G. J. (1994). Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Archives of general psychiatry*, 51(7), 568-576.
- Ilhan, I. O., 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*, 25(4), 357-360.
- Kaminer, Y., Burleson, J. A., & Goldberger, R. (2002). Cognitive-behavioral coping skills and psychoeducation therapies for adolescent substance abuse. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(11), 737-745.
- Karimian, M. (2016). Synergistic Effects of Social Isolation and Morphine Addiction on Reduced Neurogenesis and BDNF Levels and the Resultant

- Deficits in Cognition and Emotional State in Male Rats. *Current Molecular Pharmacology*, 9(4), 337-347.
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., ... & Argeriou, M. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of substance abuse treatment*, 9(3), 199-213.
- McLellan, A. T., McKay, J. R., Forman, R., Cacciola, J., & Kemp, J. (2005). Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*, 100(4), 447-458.
- Moeeni, M., Razaghi, E. M., Ponnet, K., Torabi, F., Shafiee, S. A., & Pashaei, T. (2016). Predictors of time to relapse in amphetamine-type substance users in the matrix treatment program in Iran: a Cox proportional hazard model application. *BMC psychiatry*, 16(1), 265.
- Moenizadeh, M., & Salagame, K. K. K. (2010). Well-being therapy (WBT) for depression. *International Journal of Psychological Studies*, 2(1), 107.
- Murphy, S. M., McDonell, M. G., McPherson, S., Srebnik, D., Angelo, F., Roll, J. M., & Ries, R. K. (2015). An economic evaluation of a contingency-management intervention for stimulant use among community mental health patients with serious mental illness. *Drug and alcohol dependence*, 153, 293-299.
- 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*, 178(2-3), 193-201.
- Pirnia, B., Givi, F., Roshan, R., Pirnia, K., & Soleimani, A. A. (2016). The cortisol level and its relationship with depression, stress and anxiety indices in chronic methamphetamine-dependent patients and normal individuals undergoing inguinal hernia surgery. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 30, 395-401.
- Pirnia, B., Mansour, S., Rahmani, S., & Soleimani, A. A. (2015). Sexual Behavior and Age Differences in Methamphetamine Dependent and Non-Dependent Men Who Have Sex with Men (MSM). *Practice in Clinical Psychology*, 3(4), 273-282.
- Pirnia, B., Pirnia, K., Aghajanoor, M., Mardan, F., & Zahiroddin, A. (2018). Relationship between function of hypothalamic-pituitary-adrenal axis and executive functions in chronic methamphetamine users: A cross-sectional study. *Asian Journal of Psychiatry*, 35, 113-114.
- Pirnia, B., Pirnia, K., Mohammadpour, S., Malekanmehr, P., Soleimani, A., Mahmoodi, Z., Zahiroddin, A. (2018). The effectiveness of acupuncture on HPA functional in depressed patients under methadone maintenance treatment, a randomized double-blind sham-controlled trial. *Asian Journal of Psychiatry*, 36, 62-63.
- Pirnia, B., Rezaei, M., Mansour, S., Soleimani, A. A., Pirkhaefi, A., & Soleimani, A. (2016). Addiction and Psychological Consequences, the Relationship between the Anxiety and Inductive Usage Craving Index in Individuals under the Treatment of Methadone Have and Lack Anxiety Symptoms, a Cross-

- Sectional Study. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 3(2), 33-43.
- Rafanelli, C., Park, S. K., & Fava, G. A. (1999). New psychotherapeutic approaches to residual symptoms and relapse prevention in unipolar depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(3), 194-201.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069-1074.
- Sharifi, V., Assadi, S. M., Mohammadi, M. R., Amini, H., Kaviani, H., Semnani, Y., ... & Seddigh, A. (2009). A persian translation of the structured clinical interview for diagnostic and statistical manual of mental disorders: psychometric properties. *Comprehensive psychiatry*, 50(1), 86-91.
- Yoon, G., Kim, S. W., Thuras, P., Grant, J. E., & Westermeyer, J. (2006). Alcohol craving in outpatients with alcohol dependence: rate and clinical correlates. *Journal of studies on alcohol*, 67(5), 770-777.
- Zarif, G. Y. H., Aghamohammadian, S. H., Mousavifar, N., & Moeenizadeh, M. (2012). The effectiveness of well-being therapy on stress, and psychological well-being in infertile women. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 15(2), 49-56.

