

بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان با متادون در کیفیت زندگی، مقابله با ولع و پریشانی روان‌شناختی افراد در حال پرهیز

امیرتورج پورنژدی^۱، جعفر حسنی^۲، شهرام محمدخانی^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: اختلالات مصرف مواد، یکی از مهم‌ترین مسایل حوزه سلامت روانی به حساب می‌آید که می‌تواند برای افراد مبتلا و خانواده و جامعه‌ای که این افراد در آن زندگی می‌کنند، موجب پیامدهای زیانباری گردد. هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان با متادون و درمان شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی، مقابله با ولع و پریشانی روان‌شناختی افراد در حال پرهیز از مواد مخدر بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش در چارچوب طرح‌های تجربی تک آزمودنی با استفاده از طرح خطوط پایه اجرا شد. بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش، ۴ نفر با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه متادون درمانی و درمان شناختی- رفتاری قرار گرفتند. افراد تحت درمان با متادون مطابق با تجویز پزشک، درمان خویش را دریافت نمودند و افراد گروه شناخت درمانی، تحت ۱۲ جلسه درمان شناختی- رفتاری اعتیاد قرار گرفتند. تمامی آزمودنی‌ها در فواصل معین پرسش‌نامه‌های کیفیت زندگی، عقاید و سوسه‌انگیز، پرسش‌نامه افسردگی Beck (Beck Depression Inventory یا BDI) و پرسش‌نامه اضطراب Beck (Beck Anxiety Inventor یا BAI) را تکمیل نمودند.

یافته‌ها: با در نظر گرفتن بازبینی دیداری نمودارها، اندازه اثر، شاخص‌های بهبودی و کاهش نمرات، درمان شناختی- رفتاری در افزایش کیفیت زندگی (اندازه اثر ۰/۹- در برابر ۰/۶۲-) و کاهش علائم افسردگی (اندازه اثر ۰/۹۲ در برابر ۰/۷۸) مؤثرتر از درمان با متادون بود، اما هر دو روش درمانی در کاهش ولع (اندازه اثر ۰/۸۴ در برابر ۰/۷۴) و علائم اضطراب (اندازه اثر ۰/۸۶ در برابر ۰/۸۷) به یک اندازه مؤثر به دست آمد.

نتیجه‌گیری: درمان شناختی- رفتاری از طریق اصلاح چارچوب تفکر موجب کاهش پریشانی‌های روان‌شناختی و ولع مصرف و همچنین، بهبود کیفیت زندگی می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی- رفتاری، درمان با متادون، کیفیت زندگی، ولع مصرف، پریشانی روان‌شناختی

ارجاع: پورنژدی امیرتورج، حسنی جعفر، محمدخانی شهرام، بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان با متادون در کیفیت زندگی، مقابله با ولع و پریشانی روان‌شناختی افراد در حال پرهیز. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۵؛ ۱۴ (۴): ۴۴۳-۴۳۴

پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۵/۲۷

دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۳/۱۹

پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-5 یا Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition) به این پدیده به صورت ابعادی نگریسته می‌شود (۵). اختلالات مصرف مواد و اعتیادی به وسیله ۱۱ علامت مشخص می‌شود که داشتن ۶ علامت یا بیشتر نشان دهنده اختلال مصرف مواد شدید، ۴ تا ۵ علامت نشان دهنده اختلال مصرف مواد متوسط و ۲ تا ۳ علامت نشان دهنده اختلال مصرف مواد خفیف می‌باشد (۶).

یکی از اساسی‌ترین مشکلات افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد، مسأله همبودی این بیماری با سایر بیماری‌های روان‌شناختی از جمله اضطراب و افسردگی است و پژوهش‌ها به طور متواتر این مسأله را نشان داده‌اند (۷). Eaton و همکاران عنوان نمودند که نباید مسأله همبودی را به عنوان یک استثنا در نظر گرفت، بلکه باید به آن به عنوان یک مسأله فراگیر و کلی نگاه

مقدمه

اختلالات مصرف مواد یکی از مهم‌ترین مسایل حوزه سلامت روانی به حساب می‌آید که می‌تواند برای افراد مبتلا و خانواده و جامعه‌ای که این افراد در آن زندگی می‌کنند، موجب پیامدهای زیانباری گردد (۱). اعتیاد را به عنوان اختلالی با عود مزمن که با رفتارهای تکانشی برای جستجوی مواد و ولع مصرف در نبود ماده تعریف کرده‌اند. فقدان کنترل برای ولع مصرف و رفتارهای مواد جویبی، از ویژگی‌های افراد دارای اعتیاد می‌باشد. اعتیاد با آسیب‌های جدی که در سطح فردی، خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی، رفتاری، شناختی، هیجانی و زیستی به فرد وارد می‌آورد، نیازمند توجه جدی می‌باشد (۲). اختلالات مصرف مواد به وسیله عودهای مکرر و همچنین، تلاش‌های چند باره برای درمان مشخص می‌شود (۳). Barlow و Durand بیان می‌کنند که اختلالات مصرف مواد به طور سالانه موجب اتلاف هزینه‌های چند صد میلیاردی می‌گردد (۴). در ویرایش

۱- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

نویسنده مسؤول: امیرتورج پورنژدی

Email: at.pournajdi.psy@gmail.com

اثربخش نیست. از سوی دیگر، پژوهش‌های زیادی از درمان‌های روانی- اجتماعی در اختلالات مصرف مواد حمایت می‌کند که یکی از این مداخلات درمان‌های شناختی- رفتاری است (۲۲، ۲۱). درمان شناختی- رفتاری رویکردی درمانی است که افراد را قادر می‌کند تا با استفاده از شناسایی موقعیت‌های خطرناک، عدم اجتناب از آن‌ها و مقابله با این موقعیت‌ها به تداوم درمان خویش ادامه دهند و از مواد پرهیز کنند (۲۳). Petitjean و همکاران نیز در پژوهشی نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری چه به صورت مجزا و چه به صورت ترکیب شده با قرارداد درمانی، موجب کاهش مصرف در طی دوره درمان می‌شود و این آثار تا ۶ ماه پس از درمان نیز باقی می‌ماند (۲۴). درمان شناختی- رفتاری از طریق ایجاد و پرورش انگیزش، افزایش مهارت‌های مقابله‌ای برای مدیریت موقعیت‌های مخاطره‌آمیز، تعدیل و اصلاح وابستگی به تقویت‌کننده‌ها، مدیریت پاسخ‌های هیجانی و ارتقای کنش‌وری اجتماعی می‌تواند موجب تداوم درمان افراد در حال پرهیز گردد (۲۵). بر خلاف پژوهش‌هایی که نشان دهنده وجود پربیشانی‌های روان‌شناختی و ولع مصرف در بیماران مصرف‌کننده مواد می‌باشد و همچنین، نقش کیفیت زندگی در تداوم پرهیز، تاکنون پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان با متادون در بهبود این متغیرها نپرداخته است. از این رو، هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان با متادون در کیفیت زندگی، ولع مصرف و پربیشانی‌های روان‌شناختی افراد در حال پرهیز بود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع مطالعه تجربی با طرح تک آزمودنی چند خط پایه‌ای بود. در این گونه طرح‌ها، شرایط آزمایشی به دقت کنترل می‌شود و متغیر مستقل به طور منظم در مورد آزمودنی اعمال می‌گردد. طرح‌های تجربی تک موردی نسبت به مطالعات موردی از نظر کنترل شرایط ناخواسته مناسب‌تر است. جامعه آماری پژوهش را کلیه متقاضیان ترک اعتیاد که در فاصله انجام پژوهش به مرکز ترک اعتیاد و کاهش آسیب‌های اجتماعی مهر تهران مراجعه کردند، تشکیل داد. پس از گزینش مراجعان به روش نمونه‌گیری در دسترس، ملاک‌هایی مانند مراجعه داوطلبانه، محدوده سنی ۱۶ تا ۶۵ سال، سطح تحصیلات حداقل دیپلم، عدم ابتلا به اختلالات سایکوتیک، عدم ابتلا به مشکلات طبی حاد و مزمن، عدم مصرف حداقل به مدت ۶ ماه و عدم مصرف مواد روان‌گردان توهم‌زا برای ورود به پژوهش در نظر گرفته شد. با توجه به خصوصیات شخصیتی افراد معتاد، تعهد به ادامه درمان حداقل به طور ضمنی کسب گردید. در زمان گزینش، افراد نهایی از بین کسانی انتخاب شدند که ماده اصلی مصرفی آن‌ها از نوع مواد افیون‌واره‌ای و مشتقات آن‌ها بود. پس از مشخص شدن ۴ نفر واجد شرایط، کلیه افراد نمونه پرسش‌نامه‌های افسردگی Beck Depression Inventory (یا BDI)، اضطراب Beck Anxiety Inventor (یا BAI)، ولع مصرف و کیفیت زندگی را تکمیل کردند. پس از این مرحله، ۲ مراجع در گروه درمان شناختی- درمانی و ۲ مراجع در گروه درمان با متادون درمان خود را آغاز نمودند. افراد گروه درمان با متادون بر حسب نوع و میزان ماده مصرفی با دستور پزشک شروع به مصرف متادون کردند. برای حصول اطمینان بیشتر از باقی ماندن افراد این گروه تا پایان مدت زمان پژوهش، از مشوق‌هایی همچون این که پس از اتمام دوره در صورت

کرد (۸). همبودی دیگر اختلالات با مصرف مواد از این جهت مهم است که می‌تواند موجب دشواری، پیچیده شدن درمان و ایجاد موانعی در تداوم درمان گردد (۹). جدای از بحث همبودی اختلالات اضطرابی و افسردگی با اختلالات مصرف مواد، دیگر پژوهشگران نشان دادند که بیماران وابسته به مواد سطح تحمل پربیشانی پایین‌تری نسبت به گروه بهنجار دارند و سطوح پربیشانی روان‌شناختی به ویژه اضطراب و افسردگی در آن‌ها بسیار بالاتر از جمعیت عادی می‌باشد. این پژوهشگران مداخلات مبتنی بر کاهش پربیشانی روان‌شناختی را به عنوان چاره‌ای برای تداوم درمان این بیماران توصیه می‌کنند (۱۰). دیگر مسأله تداوم بخش وابستگی به مواد و تهدیدکننده تداوم درمان، ولع مصرف است که در تعریف اعتیاد به آن اشاره شد. پژوهش‌ها مکرر نشان داده‌اند که ولع مصرف یکی از عوامل اصلی عود و لغزش در تداوم پرهیز از مواد است (۱۱). حال برای تعریف دقیقی از سازه ولع، مشاهده می‌شود که پژوهشگران آن را به عنوان تمایل یا اشتیاق ذهنی و ناخواسته برای مصرف مواد تعریف می‌کنند که در هنگام تلاش فرد برای پرهیز از مصرف مواد اتفاق می‌افتد (۱۲).

امروزه، علاوه بر پرهیز از مواد در معتادان به مواد مخدر، به پیامدهای انواع روش‌های درمانی اعتیاد نیز توجه شایانی می‌شود. یکی از مسایل مهمی که در دستور کار درمانگران قرار گرفته است، کیفیت زندگی افراد معتاد در حال بهبودی می‌باشد (۱۳). کیفیت زندگی شامل ادراک فرد از سلامت فیزیکی و وضعیت روان‌شناختی خویش است و بر اساس تجارب ذهنی افراد ارزیابی می‌شود (۱۴). رویکردهای سنتی برای ارزیابی پیامد درمان یا اثربخشی آن اغلب متمرکز بر علائم و نشانه‌های بیماری می‌باشد و کمتر به کیفیت زندگی و مفاهیم مرتبط با آن پرداخته‌اند. هرچند، تغییر در میزان علائم و نشانه‌های بیماری به طور حتم نشان دهنده تغییر در بهبودی فرد نیست (۱۳). برای درمان این اختلال باید ابتدا به عوامل ایجادکننده و تداوم‌بخش آن پرداخت. پژوهشگران تاکنون از دیدگاه‌های مختلفی به این اختلال نگریسته‌اند که این دیدگاه شامل عوامل اجتماعی- اقتصادی، روان‌شناختی و زیست‌شناختی می‌باشد (۱۵). درمان‌های موجود برای اختلالات مصرف مواد به دو دسته کلی درمان‌های زیستی و درمان‌های روان‌شناختی تقسیم می‌شود (۴). درمان نگهدارنده با استفاده از متادون که به عنوان جانشینی برای مواد افیونی و به ویژه هرویین مورد استفاده قرار می‌گیرد، تأثیرات نویدبخشی را در این حیطه نشان داده است (۱۶). از نظر پژوهشگران، بیمارانی که درمان نگهدارنده با متادون را دریافت می‌کنند، نسبت به دیگر درمان‌های زیستی (بوپرنورفین) ماندگاری بیشتری در درمان تجربه می‌کنند و این درمان باعث افزایش کارایی آن‌ها می‌شود (۱۷).

در پژوهش Auriacombe و همکاران در مورد پیامدهای درمان نگهدارنده متادون و بوپرنورفین، نشان داده شد که افراد تحت درمان متادون پس از ۱۰ سال پیگیری ریزش کمتری از درمان، بهبودی بیشتر و کیفیت زندگی بهتری را دارا بودند (۱۸). Amato و همکاران نیز نشان دادند که درمان نگهدارنده با متادون از طریق کاهش مصرف مواد غیر قانونی، رفتارهای پرخطر و اعمال جنایی باعث تداوم درمان می‌شود (۱۹). در پژوهش دیگری با بررسی نقش درمان با آگونیسست‌های مواد افیونی (از جمله متادون) بر کیفیت زندگی مربوط به سلامت افراد مصرف‌کننده مواد، نشان داده شد که این درمان در کوتاه مدت اندازه اثر متوسطی بر کیفیت زندگی دارد، اما با گذر زمان از اثر آن‌ها کاسته می‌شود (۲۰). بر خلاف این یافته‌های نویدبخش در مورد درمان‌های دارویی، برخی پژوهشگران اظهار می‌کنند که این درمان‌ها به اندازه کافی

مراجعه دوم درمان با متادون: س. ن. مراجع مرد ۲۹ ساله و متأهل بود. او تحصیلات دیپلم متوسطه داشت و به عنوان راننده آژانس مشغول به کار بود. اولین سابقه مصرف مربوط به ۱۹ سالگی و هم‌زمان با اولین رابطه جنسی مراجع بود و ماده مصرف اولیه حشیش و به منظور ایجاد تأخیر در انزال عنوان شد. مراجع از آن به بعد مصرف تفریحی را ادامه داده و از انواع مواد مصرف کرده است. به گفته خود، بیش از ۱۰ بار اقدام به ترک نمود که دو بار از طریق کمپ و یک بار از طریق انجمن‌های ۱۲ قدم و بقیه به صورت پراکنده بود. در ۳ سال گذشته مصرف اصلی او تریاک و ماری‌جوانا بود. همسر مراجع از اعتیاد او آگاهی داشت و او را به ترک تشویق می‌کند.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه عقاید و سوسه‌انگیزی: این پرسش‌نامه یک مقیاس خودسنجی است که عقاید مربوط به ولع مصرف مواد را می‌سنجد و دارای ۲۰ ماده می‌باشد که هر کدام در یک مقیاس ۷-۱ درجه‌ای (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) درجه‌بندی می‌شود. بر این اساس، دامنه نمرات فرد در این مقیاس بین ۲۰ تا ۱۴۰ قرار می‌گیرد. در پژوهشی، پایایی این آزمون بر اساس ضریب همبستگی α Cronbach، ۰/۸۴ گزارش شد (۲۶). رهمانیان و همکاران نیز ضریب همسانی درونی این آزمون را بر حسب ضریب α Cronbach، ۰/۸۴ بیان کردند و ضریب همبستگی حاصل از روش تصنیف بر اساس سؤالات زوج و فرد معادل ۰/۸۱ به دست آمد (۲۶). همچنین، روایی این مقیاس از طریق همبستگی با شاخص سوگیری توجه نسبت به محرک‌های مربوط به مواد محاسبه گردید و میزان آن برابر با ۰/۲۸- منفی بود که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار شد.

مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: این پرسش‌نامه از ۲۶ ماده تشکیل شده است که حوزه‌های مرتبط با بهداشت، سلامت روان، روابط اجتماعی و محیط را بررسی می‌کند. این پرسش‌نامه در ایران توسط ۵ نفر از متخصصان حوزه روان‌شناسی سلامت از زبان اصلی به فارسی ترجمه و مطابقت شده و پس از تحلیل عاملی چهار مؤلفه به شرح ملزومات زندگی، سلامت فیزیکی، روابط بین فردی و معنی‌دار بودن زندگی برای آن مشخص شده است. ضریب α Cronbach این پرسش‌نامه در زیرمؤلفه‌های ملزومات زندگی، معنی‌دار بودن زندگی، سلامت فیزیکی و روابط بین فردی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۰، ۰/۸۰ و ۰/۸۲ می‌باشد (۲۷). اعتبار و روایی این پرسش‌نامه در پژوهش‌های داخلی خوب ارزیابی شده است؛ به طوری که روایی تمایز این پرسش‌نامه با اختلاف امتیاز افراد سالم و بیمار در حیطه‌های مختلف با معنی‌دار بودن ضریب گروه پس از کنترل عوامل مخدوش‌کننده بالقوه با استفاده از رگرسیون خطی تأیید گردید (۲۸).

مقیاس BDI-II: این پرسش‌نامه، نسخه بازنگری شده BDI می‌باشد که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. این ویرایش در مقایسه با ویرایش اول بیشتر با DSM-IV (4th Edition) DSM-IV همخوان است و از ۲۱ سؤال تشکیل شده است و تمام عناصر افسردگی بر اساس نظریه شناختی را پوشش می‌دهد. نتایج پژوهش Beck و همکاران نشان داد که این پرسش‌نامه همسانی درونی بالایی دارد و با مقیاس درجه بندی افسردگی Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale یا HAM-D) همبستگی ۰/۷۱ دارد و پایایی بازآزمایی یک هفته‌ای آن ۰/۹۳ است. همسانی درونی این پرسش‌نامه نیز ۰/۹۱ است (۲۹).

تمایل می‌تواند از درمان‌های روان‌شناختی به صورت رایگان بهره ببرند، استفاده شد. افراد گروه درمان شناختی- رفتاری پس از مشخص شدن خط پایه از طریق پرسش‌نامه‌ها بر طبق پروتکل درمان، دو جلسه ارزیابی را در مدت زمان یک هفته گذراندند و سپس ۱۰ جلسه درمان شناختی- رفتاری دریافت کردند که بر طبق پروتکل هر هفته یک جلسه برگزار گردید. افراد این گروه در پایان جلسات چهارم، ششم، هشتم، دهم و دوازدهم اقدام به تکمیل کردن مجدد پرسش‌نامه‌ها نمودند. افراد گروه متادون درمانی نیز در فاصله‌های دو هفته‌ای به هنگام دریافت داروی خود به تکمیل کردن پرسش‌نامه‌ها اقدام کردند.

شرح حال مراجعان شرکت‌کننده در طرح در زیر آورده شده است.

مراجع اول درمان شناختی- رفتاری: س. ح. مرد ۳۱ ساله و دارای تحصیلات دیپلم فنی در رشته برق و صنعت بود. وی مجرد بود و با خانواده خود زندگی می‌کرد. در ۱۵ سالگی برای اولین بار با مواد مخدر آشنا شد و اولین مصرف ماده حشیش و فقط از روی کنجکاوی بود و سپس، چندین سال مصرف گاه‌گاه و پراکنده داشته است. در سال ۱۳۸۱ نسبت به مصرف هرویین اعتیاد کامل پیدا کرده بود و در همان سال به دلیل سوء مصرف مواد از محل کار خود اخراج شد. بعد از این واقعه، برای تهیه مواد به خلاف‌های جزئی مانند دزدی‌های کوچک و فروش مواد دست زده، اما سابقه کیفری نداشت. او مدتی نیز به مصرف کراک پرداخت، اما از ۵ سال قبل از مراجعه و شرکت در پژوهش، هرویین تنها ماده مصرفی بود. او تجربه بیش از ۱۰ بار ترک ناموفق شامل متادون، کمپ، گروه‌های خودیاری و... را داشت. انگیزه او از شرکت در درمان به تعبیر خودش احساس عقب ماندگی در زندگی و خستگی از وضعیت فعلی خود بود. وی در زمان شروع درمان با خانواده زندگی می‌کرد و از حمایت خوبی برخوردار بود.

مراجع دوم درمان شناختی- رفتاری: ا. ح. م. مراجع ۲۰ ساله، مجرد و دارای تحصیلات دیپلم تجربی بود. او در زمان مراجعه جهت درمان در حین خدمت سربازی بود و یک سال سابقه داشت. اولین سابقه مصرف او ۶ ماه قبل از آغاز سربازی و ماده مصرفی ماری‌جوانا (سیگاری) بود. سوء مصرف وی بعد از اتمام دوره آموزشی شروع شد. او علت گرایش خود را به مواد، شرایط سخت سربازی و پست‌های طولانی مدت بیان کرد. ماده اصلی مصرفی ماری‌جوانا و قرص ترامادول بود. از دو ماه قبل از مراجعه دچار حالت‌های اضطرابی شده بود و شب‌ها دچار حمله خواب می‌شد. همچنین، دچار مشکلات بین فردی و حالت‌های افسردگی شده بود. اعتماد به نفس او به شدت افت کرد و به انزواطلبی گرایش پیدا کرده بود. او در ابتدا انگیزه خاصی برای ترک نداشت، اما با آگاهی از این که حالات و مشکلات به وجود آمده مربوط به سوء مصرف وی می‌باشد، برای درمان و ترک مواد اعلام آمادگی نمود.

مراجع اول درمان با متادون: ع. ا. مراجع مرد ۲۳ ساله و مجرد بود. او به همراه خانواده زندگی می‌کرد. شغل نداشت و تحصیلاتش دیپلم بود. اولین سابقه مصرف در ۱۸ سالگی و به منظور تفریح با دوستان بود. از سن ۱۹ سالگی دچار اعتیاد به مصرف تریاک شد. همچنین، از ۱۷ سالگی روزانه یک پاکت سیگار می‌کشید. او یک بار سابقه ترک با کمپ داشت و به مدت ۱۰ ماه پاک بود، اما سوء مصرف مجدد عود کرده است. او دلیل مصرف دوباره را بی‌کاری و احساس تهی‌ذمی ذکر می‌کند. انگیزه وی برای ترک، رها شدن از حالت‌های ناراحت‌کننده‌ای همچون بی‌اشتهایی، خستگی و همچنین، پیدا کردن شغل مناسب عنوان شد. عملکرد فردی وی پایین و عملکرد اجتماعی او متوسط بود.

جدول ۱. جلسات گروه درمان شناختی

جلسات	محتوای جلسات
جلسات اول و دوم	غربالگری، ارزیابی اولیه و ارزیابی جامع، مشخص کردن الگوی کنونی مصرف مواد و مشکلات سبک زندگی مربوط به آن، تحلیل کارکردی و فرمول‌بندی موردی، معرفی روش درمان و کلیات درمان شناختی- رفتاری
سوم و چهارم	ایجاد و حفظ انگیزه برای تغییر، طراحی طرح کلی برای تغییرات مطلوب، شناسایی و مقابله با شرایط برانگیزاننده نظیر موقعیت‌های پرخطر، هیجانات و افکار، آشنایی با ماهیت ولع مصرف و روش‌های مقابله با آن
پنجم و ششم	ایجاد مهارت‌های نه گفتن و تقویت جرأت‌مندی، آشناسازی مراجع با پیوستار هیجانی انفعال- جرأت‌مندی و پرخاشگری، آموزش شناسایی موقعیت‌های احتمالی منجر به لغزش و شناسایی تصمیم‌های مخاطره‌آمیز و اجتناب از آنها
هفتم و هشتم	آموزش حل مسأله، آموزش نگرستن به حوزه‌های مشکل‌زای زندگی به عنوان مسأله
نهم و دهم	مقابله با خلق منفی، استفاده از تکنیک‌های مختلف درمان شناختی- رفتاری نظیر تکنیک ABC، شناسایی افکار خودآیند، چالش با افکار غیر منطقی، مقابله با احساس نگرانی، تنفس دیافراگمی
یازدهم و دوازدهم	فعال‌سازی رفتاری، تهیه برنامه جدید و جایگزین برای ساعات قبلی مصرف مواد، آموزش مهارت‌های پیشگیری از عود، پیش‌بینی راهکارهایی برای مواقعی که به اصطلاح اوضاع خراب می‌شود، حفظ ثبات و ختم درمان

Cohen's d = M1-M2/spooled where spooled = $\sqrt{\frac{(s_1^2 + s_2^2)}{2}}$
 در این فرمول با استفاده از MPI (Means percentage improvement) درصد بهبودی، MPR (Mean percentage reduction) درصد کاهش نمرات و Cohens d میزان تغییرپذیری نشان داده می‌شود.

یافته‌ها

در این بخش، ابتدا شاخص‌های توصیفی، شاخص‌های درصد بهبودی، درصد کاهش نمرات، تغییرپذیری و اندازه اثر ارایه می‌شود. سپس، از نمودارهای فراز و فرود متغیر وابسته استفاده می‌گردد.

جدول ۲ نمرات به دست آمده توسط مراجع اول شناخت درمانی را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، درمان شناختی- رفتاری بر روی تمامی متغیرهای مورد پژوهش مؤثر بود. این مراجع بیشترین درصد بهبودی را در متغیر افسردگی با درصد بهبودی ۱۱۰ درصد و اندازه اثر ۰/۹۲ کسب نمود که نشانگر اثربخشی بالای درمان شناختی- رفتاری در مؤلفه افسردگی مراجع بود. همچنین، اثربخشی درمان در مؤلفه اضطراب با میزان بهبودی ۱۰۳ درصد و اثربخشی ۰/۹۳، چشمگیر است. متغیر ولع نمرات مراجع ۵۶ درصد بهبودی با اندازه اثر ۰/۸۴ را نشان داد که مؤید کاهش ولع مراجع در پایان درمان بود. متغیر کیفیت زندگی نیز به میزان بهبودی ۴۰ درصد و اندازه اثر ۰/۹۰، افزایش مطلوب سطح رضایت از کیفیت زندگی در مراجع را نشان داد. البته، با توجه به این که نمرات آزمون کیفیت زندگی به موازات اثربخشی درمان افزایش یافت، نمرات این شاخص به صورت منفی گزارش گردید.

مقیاس BAI این پرسش‌نامه شامل ۲۱ سؤال است و همه گزینه‌ها چهار پاسخ از ۰ تا ۳ دارد که حاکی از افزایش شدت اضطراب می‌باشد. دامنه نمره‌ها از ۰ تا ۶۳ در نظر گرفته شد. این پرسش‌نامه بیشتر بر جنبه‌های فیزیولوژیک اضطراب تأکید دارد. Beck و Clark همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۵ گزارش کردند. این مقیاس گروه‌های تشخیصی مبتلا به اضطراب را از گروه‌های غیر مضطرب تفکیک می‌نماید. علاوه بر این، همبستگی متوسطی را با مقیاس درجه‌بندی اضطراب Hamilton (Hamilton anxiety rating scale یا HARS) نشان داد که برابر با ۰/۲۵ بود (۳۰). این مقیاس توسط کاویانی و موسوی در ایران هنجاریابی شد (۳۱). آزمون مورد نظر دارای روایی ($r = ۰/۷۲, P = ۰/۰۰۱$)، پایایی ($r = ۰/۰۰۱, P = ۰/۸۳$) و ثبات درونی (ضریب Cronbach's alpha برابر با ۰/۹۲) مناسبی است.

شرح جلسات گروه درمان شناختی- رفتاری به تفصیل در جدول ۱ آمده است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش حاضر، از روش تحلیل اندازه‌گیری‌های مکرر و تحلیل داده‌ها به کمک رسم نمودار استفاده شد. فراز و فرود متغیر وابسته در نمودار پایه دآوری میزان تغییر به شمار می‌آید. همچنین، از شاخص‌های درصد بهبودی، درصد کاهش نمرات، تغییرپذیری و اندازه اثر بر اساس فرمول‌های زیر استفاده شد:

$$MPI = \frac{[(\text{Baseline Mean-Treatment Phase Mean}) / \text{Treatment phase Mean}] \times 100$$

$$MPR = \frac{[(\text{Baseline Mean-Treatment Phase Mean}) / \text{Baseline Mean}] \times 100$$

جدول ۲. نمرات به دست آمده از آزمون‌ها توسط مراجع اول گروه درمان شناختی- رفتاری

مقیاس	خط پایه	میانگین مداخله ± انحراف معیار	درصد بهبودی MPI	درصد کاهش نمرات MPR	شاخص Cohen	اندازه اثر
کیفیت زندگی	۵۲	۱۱/۴۷ ع ۸۶/۰۰	۰/۴۰	۰/۶۵	۴/۱۷	۰/۹۰
افسردگی	۳۹	۵/۹۵ ع ۱۸/۶۰	۱/۱۰	۰/۵۲	۴/۷۸	۰/۹۲
اضطراب	۳۰	۴/۱۷ ع ۱۴/۸۰	۱/۰۳	۰/۵۱	۵/۰۱	۰/۹۳
ولع مصرف	۱۱۶	۱۸/۳۶ ع ۷۴/۴۰	۰/۵۶	۰/۳۶	۳/۱۹	۰/۸۴

MPI: Means percentage improvement; MPR: Mean percentage reduction

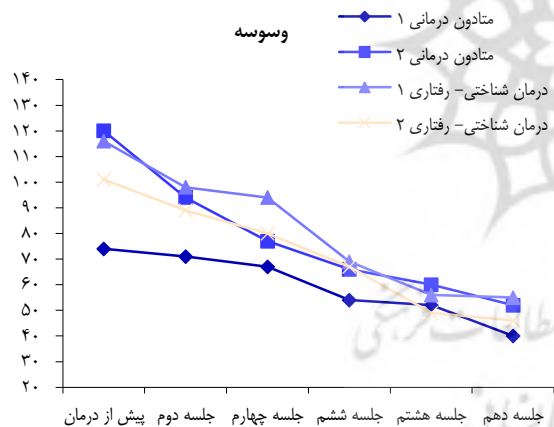
جدول ۳. نمرات به دست آمده از آزمون‌ها توسط مراجع دوم گروه درمان شناختی- رفتاری

مقیاس	خط پایه	میانگین مداخله \pm انحراف معیار	درصد بهبودی MPI	درصد کاهش نمرات MPR	شاخص Cohen	اندازه اثر
کیفیت زندگی	۵۴	$78/20 \pm 14/69$	-۰/۳۱	-۰/۴۵	-۲/۳۲	-۰/۷۶
افسردگی	۳۴	$17/00 \pm 5/93$	۱/۰۰	۰/۵۰	۳/۹۹	-۰/۸۹
اضطراب	۳۶	$19/80 \pm 6/80$	۰/۸۲	۰/۴۵	۳/۳۳	-۰/۸۶
ولع مصرف	۱۰۱	$66/20 \pm 16/82$	۰/۵۳	۰/۳۴	۲/۹۲	-۰/۸۲

MPI: Means percentage improvement; MPR: Mean percentage reduction

۹۴ درصد بهبودی و اندازه اثر $0/87$ بیشترین کاهش را نشان داد. همچنین، شاخص ولع مصرف با بهبودی 72 درصد کاهش قابل ملاحظه‌ای داشت. نتایج فوق، مؤید اثربخش بودن درمان با متادون بر دو مؤلفه ذکر شده بود. کمترین تأثیر درمان با متادون در این مراجع در شاخص کیفیت زندگی و شاخص افسردگی حاصل شد.

همان طور که در شکل ۱ مشاهده می‌شود و در توصیف نمرات مراجعان به آن اشاره شد، روند تغییرات نمرات در هر دو گروه درمان با متادون و شناخت درمانی در این متغیر کاهش بود که این امر اثربخشی هر دو درمان بر کاهش ولع مصرف مراجعان را نشان داد. بر خلاف تفاوت آشکار در خط پایه مراجعان در نهایت، هر دو درمان موجب کاهش چشمگیر میل و اشتیاق به مصرف مجدد در مراجعان شد.



شکل ۱. مقایسه نمرات کسب شده مراجعان دو گروه درمانی در مقیاس ولع مصرف

با توجه به جدول ۳، درمان شناختی رفتاری بر روی تمامی متغیرهای مورد پژوهش مؤثر بود. در این مراجع شاخص افسردگی با 100 درصد بهبودی و اندازه اثر $0/89$ بیشترین کاهش را نشان داد که بیانگر اثربخش بودن درمان است. همچنین، مؤلفه اضطراب با بهبودی 82 درصد و اثربخشی $0/86$ کاهش چشمگیری داشت. شاخص کیفیت زندگی با بهبودی 31 درصد و اندازه اثر $0/76$ نیز مؤید افزایش سطح رضایت مراجع از کیفیت زندگی خود در اثر درمان انجام شده بود. البته با توجه به این که نمرات آزمون کیفیت زندگی به موازات اثربخشی درمان افزایش یافت، نمرات این شاخص به صورت منفی گزارش شد. شاخص ولع مصرف با بهبودی 53 درصد و اندازه اثر $0/82$ کاهش مؤثری داشت و نشانگر اثربخشی درمان در این مؤلفه بود.

جدول ۴ نمرات به دست آمده توسط مراجع اول درمان با متادون را نشان می‌دهد. همان طور که مشاهده می‌شود، درمان با متادون بر روی تمامی متغیرهای مورد پژوهش مؤثر بود. در این مراجع، شاخص اضطراب با 55 درصد بهبودی و اندازه اثر $0/74$ بیشترین کاهش را نشان داد. کمترین تأثیر درمان با متادون در این مراجع در شاخص کیفیت زندگی با 13 درصد بهبودی و اندازه اثر $0/62$ مشهود بود. البته از آن جا که نمرات کیفیت زندگی به موازات اثربخش بودن درمان انتخابی افزایش یافت، عدد به دست آمده به صورت منفی گزارش گردید. این مراجع در مقایسه با سه مراجع دیگر در آخرین ارزیابی به عمل آمده، کمترین نمرات را در دو متغیر اضطراب و ولع کسب نمود. با این حال، توجه به این نکته ضروری است که نمرات خط پایه این مراجع نیز در مقایسه با سه مراجع دیگر پایین‌تر بود و این می‌تواند توجیهی بر دلیل پایین بودن نمرات در پایان کار باشد.

جدول ۵ نمرات به دست آمده توسط مراجع دوم تحت درمان با متادون را نشان می‌دهد که مانند مراجع اول تحت درمان با متادون بر روی تمامی متغیرهای مورد پژوهش این مراجع نیز مؤثر بود. از آن جا که نمرات کیفیت زندگی به موازات اثربخش بودن درمان انتخابی افزایش می‌یابد، عدد به دست آمده به صورت منفی گزارش گردید. در این مراجع شاخص اضطراب با

جدول ۴. نمرات به دست آمده آزمون‌ها توسط مراجع اول گروه درمان با متادون

مقیاس	خط پایه	میانگین مداخله \pm انحراف معیار	درصد بهبودی MPI	درصد کاهش نمرات MPR	شاخص Cohen	اندازه اثر
کیفیت زندگی	۵۰	$57/40 \pm 6/47$	-۰/۱۳	-۰/۱۵	-۱/۶	-۰/۶۲
افسردگی	۲۸	$21/40 \pm 3/61$	۰/۳۱	۰/۲۴	۲/۴۹	-۰/۷۸
اضطراب	۱۷	$11/00 \pm 2/96$	۰/۵۵	۰/۳۵	۲/۷۱	-۰/۸۰
ولع مصرف	۷۴	$56/80 \pm 11/12$	۰/۳۰	۰/۲۳	۲/۱۸	-۰/۷۴

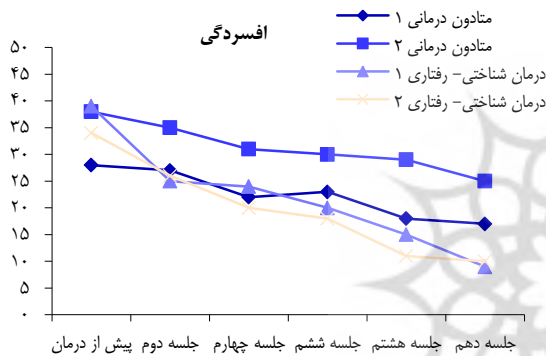
MPI: Means percentage improvement; MPR: Mean percentage reduction

جدول ۵. نمرات به دست آمده آزمون‌ها توسط مراجع دوم گروه متادون درمانی

مقیاس	خط پایه	میانگین مداخله ± انحراف معیار	درصد بهبودی MPI	درصد کاهش نمرات MPR	شاخص Cohen	اندازه اثر
کیفیت زندگی	۵۴	۶۶/۶۰ ± ۶/۰۲	-۰/۱۹	-۰/۲۳	-۲/۱۲	-۰/۸۲
افسردگی	۳۸	۳۰/۰۰ ± ۳/۲۲	-۰/۲۷	-۰/۲۱	۳/۳۵	۰/۸۶
اضطراب	۳۳	۱۷/۰۰ ± ۶/۲۲	-۰/۹۴	-۰/۴۸	۳/۵۹	۰/۸۷
ولع مصرف	۱۲۰	۶۹/۸۰ ± ۱۴/۶۰	-۰/۷۲	-۰/۴۲	۴/۸۵	۰/۹۲

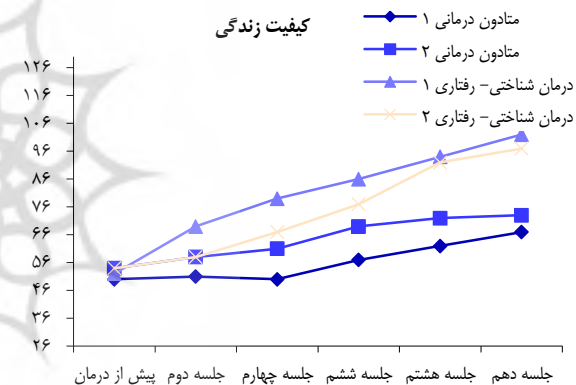
MPI: Means percentage improvement; MPR: Mean percentage reduction

پژوهش پایین‌تر به دست آمد، نتایج آزمون و خط روند نشان دهنده این موضوع بود که اثربخشی درمان برای سه مراجع دیگر که نمرات پایه بالاتر در خط پایه داشتند، بیشتر بود. نمره مراجع اول شناخت درمانی در جلسه ششم افزایش داشت که مربوط به مشاجرات خانوادگی با والدین و فامیل‌های نزدیک گزارش شد، اما این مراجع در جلسات بعدی موفق به حل این تعارض شد و نمره اضطراب وی دوباره روند کاهشی خود را از سر گرفت.



شکل ۳. مقایسه نمرات کسب شده مراجعان دو گروه درمانی در مقیاس افسردگی

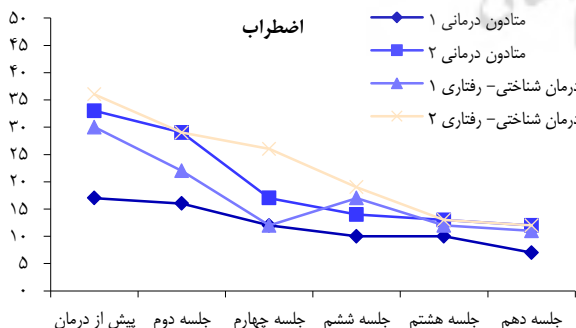
شکل ۲ روند تغییرات نمرات هر چهار مراجع را در طول مدت درمان در متغیر کیفیت زندگی نشان می‌دهد که روند افزایش نمرات در هر دو گروه درمان با متادون و شناخت درمانی در این متغیر افزایشی بود و اثربخشی هر دو درمان بر افزایش کیفیت زندگی مراجعان را نشان داد. با این حال، نکته مهم تفاوت اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در مقایسه با متادون درمانی در این مؤلفه بود. همان طور که به خوبی مشهود است، روند تغییرات دو مراجع گروه شناختی- درمانی نسبت به گروه درمان با متادون دارای افزایش چشمگیر و قابل مشاهده‌ای بود و در نهایت، این دو نفر در پایان درمان به سطح بالاتری از نمرات در مقیاس کیفیت زندگی دست یافتند.



شکل ۲. مقایسه نمرات کسب شده مراجعان دو گروه درمانی در مقیاس کیفیت زندگی

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان با متادون در کیفیت زندگی، ولع مصرف و پریشانی روان‌شناختی افراد در حال پرهیز بود.



شکل ۴. مقایسه نمرات کسب شده مراجعان دو گروه درمانی در مقیاس اضطراب

با توجه به شکل ۳، روند نمرات برای این متغیر برای هر چهار مراجع کاهشی بود و اثربخشی هر دو درمان بر متغیر افسردگی را نشان داد. با این حال، تفاوت اثربخشی درمان در دو گروه مورد پژوهش به طور کامل آشکار بود. نمرات هر دو مراجع گروه شناخت درمانی نسبت به خط پایه کاهش چشمگیری داشت و در آخر نمره نهایی آن‌ها در مقایسه با گروه درمان با متادون به طور معنی‌داری پایین‌تر بود.

در شکل ۴ روند نمرات برای این متغیر برای هر چهار مراجع کاهشی بود و نشان دهنده اثربخشی هر دو درمان بر متغیر اضطراب بود. بر خلاف تفاوت نمرات خط پایه، نمرات نهایی همه مراجعان کاهش چشمگیری داشت و به هم نزدیک شد. کمترین نمره به دست آمده مربوط به مراجع اول تحت درمان با متادون با خط پایه ۱۷، میانگین مداخله ۱۱ و نمره نهایی ۷ بود. با این حال، به دلیل این که نمره خط پایه این مراجع نسبت به سایر افراد شرکت کننده در

همکاران مدیریت استرس و مقابله با ولع مصرف را بخش اساسی درمان شناختی- رفتاری برای افراد معتاد می‌دانند. آن‌ها بیان می‌کنند که استرس و پریشانی‌های روان‌شناختی می‌تواند به عنوان پیشاینده ولع مصرف عمل کنند. بنابراین، در قدم اول ایجاد مهارت مدیریت استرس مورد توجه درمانگران است (۲۵). به طور کلی، مداخلات روان‌شناختی و به خصوص درمان شناختی- رفتاری از سه طریق می‌توانند مؤثر باشد: اول این که درمان می‌تواند از طریق کیفیت زندگی موجب بهبودی علائم افسردگی و اضطرابی گردد، دوم این که درمان می‌تواند به مراجعان کمک کند تا درک بهتری از بیماری‌های همبند داشته باشند و ارتباط بین علائم و پریشانی‌های روان‌شناختی خویش با لغزش را نیز بفهمند و در نهایت، به آن‌ها کمک می‌کند که مهارت‌های مقابله‌ای سازگارانه‌تری را بیاموزند و از آن برای مقابله با ولع مصرف، علائم اضطراب و افسردگی بهره گیرند (۳۶).

درمان‌های شناختی- رفتاری و درمان با متادون از جمله موفق‌ترین درمان‌های شناخته شده برای درمان سوء مصرف مواد مخدر می‌باشد. هر دوی این درمان‌ها از حمایت‌های تجربی خوبی برخوردار هستند و اثربخشی خود را به اثبات رسانده‌اند. اعتیاد به مواد مخدر امروزه از عوارض جدی گریبان گیر جامعه جهانی می‌باشد که معلول عوامل بسیاری می‌باشد و به دنبال آن، نتایج گوناگون نامطلوبی را بر زندگی فرد و اجتماع تحمیل می‌کند. با توجه به این که تناسب درمان با درمان‌جو از ابتدایی‌ترین و مهم‌ترین اصول روان‌شناسی بالینی می‌باشد، شایان اهمیت است که از یک سو تأثیرات درمان‌های مختلف بر مؤلفه‌های گوناگون اختلال سوء مصرف مواد مورد ارزیابی قرار گیرد و از سوی دیگر، با ارزیابی کامل مراجعان قبل از هر گونه مداخله، درمان مناسب برای مراجع انتخاب شود.

محدودیت‌ها

پژوهش حاضر نیز مانند هر مطالعه علمی دیگری خالی از محدودیت نیست. موردی که می‌توان به عنوان محدودیت به آن اشاره کرد، فقدان آزمون پیگیری برای سنجش ثبات در نتایج درمان می‌باشد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی از آزمایش‌های عصب روان‌شناختی برای پیشگیری از سوگیری ابزار خودگزارشی و همچنین، آزمون‌های پیگیری طولانی مدت برای سنجش تداوم نتایج درمان استفاده گردد.

سپاسگزاری

بدین وسیله، از شرکت کنندگان پژوهش، مسؤولان و کارکنان مرکز کاهش آسیب‌های اجتماعی پیام مهر و مسؤولان سایر مراکزی که نویسندگان را در اجرای این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

نتایج نشان داد که هم درمان شناختی- رفتاری و هم درمان با متادون، باعث کاهش ولع مصرف و پریشانی‌های روان‌شناختی و افزایش کیفیت زندگی افراد در حال پرهیز شد. در رابطه با نقش درمان با متادون در افزایش کیفیت زندگی، تحقیقاتی همسو با پژوهش حاضر صورت گرفته است. پژوهشگران بیان می‌کنند که درمان با متادون از طریق کاهش مصرف مواد غیر قانونی، رفتارهای پرخطر و اعمال جنایی، باعث تداوم درمان می‌شود. در پژوهش Maremmani و همکاران نیز مشاهده شد که افراد وابسته به مواد ۳ ماه پس از درمان نسبت به خط پایه علاوه بر کاهش مصرف مواد در شاخص‌های کیفیت زندگی، کیفیت سبک‌های مقابله‌ای و نمرات شغلی بهبود نشان دادند (۱۳). در رابطه با نقش درمان با متادون در کاهش پریشانی‌های روان‌شناختی و ولع مصرف نیز پژوهش Maremmani و همکاران (۱۳) همسو با نتایج پژوهش حاضر بود که افراد معتادی که تحت درمان با متادون قرار داشتند، پس از ۳ و ۱۲ ماه درمان، نسبت به خط پایه در شدت بیماری، بهبودی کلی، شاخص کارآمدی، علائم افسردگی، اضطراب، جسمانی‌سازی، و سواسی- جبری و علائم پریشانی بهبود یافتند (۱۳). در رابطه با تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی، پژوهش‌های زیادی بر تأثیر این درمان در کیفیت زندگی انواع بیماری‌های روان‌پریشکی صحه گذاشته‌اند (۳۲). در رابطه با تأثیر این درمان بر کمیت و کیفیت سبک‌های مقابله‌ای افراد وابسته به مواد به عنوان یکی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی نیز پژوهشگران نشان دادند که در پس‌آزمون و در پیگیری ۳ ماه پس از درمان، افراد تحت درمان شناختی- رفتاری تفاوت معنی‌داری را نسبت به افراد تحت درمان معمولی دارا بودند و کیفیت سبک‌های مقابله‌ای آن‌ها افزایش یافته بود (۳۳). در رابطه با نقش درمان شناختی- رفتاری در کاهش ولع مصرف و پریشانی‌های روان‌شناختی نیز پژوهش‌های زیادی انجام گرفته است و شاید کاهش این موارد را بتوان به نوعی جزء ماهیت این درمان دانست. از نظر Comer، درمانگرانی که به ارایه درمان شناختی- رفتاری می‌پردازند، به مراجعان کمک می‌کنند تا مهارت‌هایی را بیاموزند که در هنگام استرس، وسوسه و ولع مصرف به آن‌ها کمک کند (۱۵). برای مثال، در پژوهشی که Watkins و همکاران بر روی افراد وابسته به مواد دارای علائم شدید افسردگی انجام دادند، مشخص شد گروهی که تحت درمان شناختی- رفتاری قرار داشتند، نسبت به گروه تحت درمان معمولی کاهش معنی‌داری را در شدت علائم افسردگی و همچنین، کارکرد وضعیت روانی نشان دادند. آن‌ها نشان دادند که در پیگیری‌های ۳ و ۶ ماه پس از درمان نیز میزان علائم افسردگی به طور ثابتی پایین باقی ماند (۳۴).

مؤمنی و همکاران در پژوهش دیگری با ترکیب درمان نگهدارنده متادون و درمان شناختی- رفتاری، نشان دادند که این درمان به طور معنی‌داری موجب کاهش ولع مصرف، علائم اضطرابی و افسردگی می‌گردد (۳۵). Granillo

References

- Gabbard GO. Gabbard's treatments of psychiatric disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Pub; 2014. p. 57-8.
- Zhou Y, Zhou C, Li R. Sex differences in exercise and drug addiction: A mini review of animal studies. J Sport Health Sci 2014; 3(3): 163-9.
- Krenek M, Maisto SA. Life events and treatment outcomes among individuals with substance use disorders: a narrative review. Clin Psychol Rev 2013; 33(3): 470-83.
- Barlow DH, Durand VM. Abnormal psychology: An integrative approach. Boston, MA: Cengage Learning p. 584-5; 2014.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Pub; 2013.

6. Gowing LR, Ali RL, Allsop S, Marsden J, Turf EE, West R, et al. Global statistics on addictive behaviours: 2014 status report. *Addiction* 2015; 110(6): 904-19.
7. Lai HM, Cleary M, Sitharthan T, Hunt GE. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* 2015; 154: 1-13.
8. Eaton NR, Krueger RF, Markon KE, Keyes KM, Skodol AE, Wall M, et al. The structure and predictive validity of the internalizing disorders. *J Abnorm Psychol* 2013; 122(1): 86-92.
9. Mills K, Deady M, Teesson M, Sannibale C, Proudfoot H, Burns L, et al. Guidelines on the management of co-occurring mental health conditions in alcohol and other drug treatment settings: how useful are they?. *Ment Health Subst* 2012; 5(2): 160-72.
10. Ozdel K, Ekinci S. Distress intolerance in substance dependent patients. *Compr Psychiatry* 2014; 55(4): 960-5.
11. Serre F, Fatseas M, Swendsen J, Auriacombe M. Ecological momentary assessment in the investigation of craving and substance use in daily life: a systematic review. *Drug Alcohol Depend* 2015; 148: 1-20.
12. Weiss F. Neurobiology of craving, conditioned reward and relapse. *Curr Opin Pharmacol* 2005; 5(1): 9-19.
13. Maremmani I, Pani PP, Pacini M, Perugi G. Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin-addicted patients. *J Subst Abuse Treat* 2007; 33(1): 91-8.
14. Fujino H, Sumiyoshi C, Sumiyoshi T, Yasuda Y, Yamamori H, Ohi K, et al. Predicting employment status and subjective quality of life in patients with schizophrenia. *Schizophr Res Cogn* 2016; 3: 20-5.
15. Comer RJ. Loose-leaf version for fundamentals of abnormal psychology. 8th ed. London, UK: Worth Publishers; 2016.
16. Schwartz RP, Brooner RK, Montoya ID, Currens M, Hayes M. A 12-year follow-up of a methadone medical maintenance program. *Am J Addict* 1999; 8(4): 293-9.
17. Maas J, Barton G, Maskrey V, Pinto H, Holland R. Economic evaluation: a comparison of methadone versus buprenorphine for opiate substitution treatment. *Drug Alcohol Depend* 2013; 133(2): 494-501.
18. Auriacombe M, Denis CM, Beltran V, Alexandre J, Debrabant R, Serre F, et al. 10-years outcome of methadone- and buprenorphine-maintained patients. Mortality, quality of life and substance use. *Drug Alcohol Depend* 2014; 140: 139-50.
19. Amato L, Davoli M, Perucci CA, Ferri M, Faggiano F, Mattick RP. An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *J Subst Abuse Treat* 2005; 28(4): 321-9.
20. Nosyk B, Bray JW, Wittenberg E, Aden B, Eggman AA, Weiss RD, et al. Short term health-related quality of life improvement during opioid agonist treatment. *Drug Alcohol Depend* 2015; 157: 121-8.
21. Sofuoglu M, Kosten TR. Emerging pharmacological strategies in the fight against cocaine addiction. *Expert Opin Emerg Drugs* 2006; 11(1): 91-8.
22. Kadden R. Cognitive-behavioral coping skills therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. Collingdale, PA: DIANE Publishing; 1995.
23. Farronato NS, Dursteler-Macfarland KM, Wiesbeck GA, Petitjean SA. A systematic review comparing cognitive-behavioral therapy and contingency management for cocaine dependence. *J Addict Dis* 2013; 32(3): 274-87.
24. Petitjean SA, Dursteler-Macfarland KM, Krokarc MC, Strasser J, Mueller SE, Degen B, et al. A randomized, controlled trial of combined cognitive-behavioral therapy plus prize-based contingency management for cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend* 2014; 145: 94-100.
25. Granillo M, Perron B, Jarman C, Gutowski S. Cognitive behavioral therapy with substance use disorders: theory, evidence, and practice. In: Vaughn MG, Perron BE, Editors. *Social work practice in the addictions*. Berlin, Germany: Springer Science and Business Media; 2012. p. 110-2.
26. Rahmanian M, Mirjafari SA, Hasani J. The attentional bias to drug related stimuli in opiate dependent, relapsed, abstinent and normal individuals. *Journal of Psychology* 2006; 9(4): 413-28. [In Persian].
27. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med* 1998; 28(3): 551-8.
28. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2006; 4(4): 1-12. [In Persian].
29. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the beck depression inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
30. Beck AT, Clark DA. Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research* 2007; 1(1): 23-36.
31. Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran Univ Med J* 2008; 66(2): 136-40.
32. Hofmann SG, Wu JQ, Boettcher H. Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2014; 82(3): 375-91.
33. Kiluk BD, Nich C, Babuscio T, Carroll KM. Quality versus quantity: acquisition of coping skills following computerized cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. *Addiction* 2010; 105(12): 2120-7.

34. Watkins KE, Hunter SB, Hepner KA, Paddock SM, de la Cruz E, Zhou AJ, et al. An effectiveness trial of group cognitive behavioral therapy for patients with persistent depressive symptoms in substance abuse treatment. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68(6): 577-84.
35. Momeni F, Moshtagh N, Pourshahbaz A. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on craving, depression and anxiety among the opiate abusers under MMT. *Iran Rehabil J* 2010; 8(1): 19-23.
36. Hesse M. Integrated psychological treatment for substance use and co-morbid anxiety or depression vs. treatment for substance use alone. A systematic review of the published literature. *BMC Psychiatry* 2009; 9: 6.



An Investigation of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Methadone Treatment on Quality of Life, Cravings Management, and Psychological Distress in Individuals Abstaining from Drugs

Amir Touraj Pournajdi¹, Jafar Hasani², Shahram Mohammadkhani²

Original Article

Abstract

Aim and Background: Substance use disorder (SUD) is one of main issues in the field of mental health and can have negative consequences for patients as well as their families and the society in which they live. The purpose of this study was the investigation of the effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) and methadone treatment on quality of life (QOL), cravings management, and psychological distress in individuals abstaining from drugs.

Methods and Materials: This research was implemented using the multiple baseline experimental design within the framework of a single-subject research. Based on the study inclusion criteria, 4 patients were selected using convenience sampling and assigned to the CBT and methadone treatment groups. Individuals in the methadone treatment group received their medication in accordance to the prescription of a physician and those in the CBT group underwent 12 sessions of CBT for addiction. All participants completed the quality of life questionnaire, craving beliefs questionnaire, Beck Depression Inventory (BDI), and Beck Anxiety Inventory (BAI) at certain intervals.

Findings: Given the visual inspection of charts, effect size, indicators of improvement, and reduction in scores, CBT was more effective than methadone treatment in increasing QOL (effects size of -0.9 versus -0.62) and reducing depression symptoms (effect size of 0.92 versus 0.78). However, both treatment methods were equally effective in reducing craving (effect size of 0.84 versus 0.74) and anxiety symptoms (effect size of 0.86 versus 0.87).

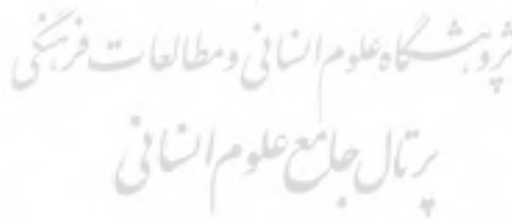
Conclusions: It can be concluded that CBT can decrease psychological distress and cravings and improve QOL through thinking structure modification.

Keywords: Cognitive behavioral therapy, Methadone treatment, Quality of life, Craving, Psychological distress

Citation: Pournajdi AT, Hasani J, Mohammadkhani S. An Investigation of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Methadone Treatment on Quality of Life, Cravings Management, and Psychological Distress in Individuals Abstaining from Drugs. *J Res Behav Sci* 2016; 14(4): 434-43.

Received: 05.06.2016

Accepted: 17.08.2016



1- Department of Clinical Psychology, School of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

2- Associate Professor, Department of Clinical Psychology, School of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

Corresponding Author: Amir Touraj Pournajdi, Email: at.pournajdi.psy@gmail.com