

مقایسه اثربخشی رویکردهای درمانی به درمان اعتیاد*
A comparison between effectiveness of psychotherapeutic
approaches to addiction treatment

Farhad Maher, Ph.D.
Faculty of Karaj Islamic Azad University,
Department of Psychology
Rezvan Mogadam
M.A in Psychology

زننده یاد دکتر فرهاد ماهر
رئیس و استادیار سابق دانشکده روان شناسی
دانشگاه آزاد اسلامی کرج
رضوان مقدم
کارشناس ارشد روان شناسی

Abstract: This research was conducted to compare effectiveness of psychotherapeutic approaches to treat drug addicted patients. To compare the effectiveness of different therapies, a Personal Biographic Questionnaire and Ratter's Locus of Control test were administered to a sample of 144 patients. Data analyzed using ANOVA and Chi square. The results have shown that therapies effectiveness is significantly different. The results also showed that personal Locus of control does not significantly interfere with therapy intervention approaches while the relationship between Personal Locus of Control (External-Internal) within each therapeutic groups and effectiveness of therapy procedure was significant. Finally, the research showed that the effectiveness of different treatments is not affected by the kind of drug used by patients.

چکیده: این پژوهش به منظور تعیین میزان اثربخشی رویکردهای مختلف درمانی بیماران معتاد به مواد مخدر انجام شده است. ابزارهای پژوهش پرسشنامه محقق ساخته زندگینامه شخصی و آزمون مکان کنترل راتر بود. نمونه پژوهش شامل ۱۴۴ نفر معتاد بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از تجزیه و تحلیل واریانس یک‌راهه و مربع خی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که درجه تاثیر رویکردهای درمانی متفاوت است. مداخله مکان کنترل در اثربخشی رویکردهای درمانی معنی‌دار نیست درحالی که ارتباط بین مکان کنترل شخصی (بیرونی-درونی) در بین گروه‌های درمانی و اثربخشی روش درمان معنی‌دار است. سرانجام، مشخص شد اثربخشی درمان‌های مختلف تحت تأثیر نوع داروی مصرفی معتادان قرار نمی‌گیرد.

Key words: addiction, effectiveness, therapeutic approaches,

کلید واژه‌ها: اثربخشی، اعتیاد، رویکردهای درمانی

مقدمه

در کنفرانس‌های ملی درمان اعتیاد به دارو: از پژوهش تا عمل ۲۰۰۵، ۲۰۰۶ و ۲۰۰۷، داده‌های حاصل از پژوهش‌های ارائه شده در باب اثربخشی روش‌های مختلف درمان، بازنمای نتایج ناهمخوان و گاه متناقض بود. شاید تنها وجه اشتراک پژوهش‌ها تأکید بر این دو نکته بود که: (۱) روش‌های روان‌درمانی همراه با دارودرمانی مؤثرتر از کاربرد هر یک به تنهایی است و (۲) روان‌درمانی اعم از رفتاری، شناختی، گروهی و جز آن در مقایسه با عدم درمان نشان‌دهنده آثار سودمند آن‌ها در ترک و ماندگاری ترک اعتیاد است. (کنفرانس ملی درمان ترک اعتیاد^۱، ۲۰۰۷). جدای از این دو نکته، کارول^۲ (موسسه ملی درمان دارو^۳، ۲۰۰۵) مدعی است که رفتار درمانی شناختی^۴ بیشترین کاربرد را در درمان اختلال‌های وابستگی به دارو دارد و در بسیاری مواقع نسبت به دیگر روش‌ها اثربخش‌تر است، چرا که رویکرد اساسی این روش بر پایه اصل اساسی بازشناسی، اجتناب و کنار آمدن است و بر حول محور تحلیل‌کنشی مصرف مواد یعنی درک و فهم مواد از طریق مؤلفه شناختی درمان و با توجه به پیشایندها^۵ و پیاپی‌های رفتار از طریق مؤلفه رفتاری درمان، سازماندهی می‌شود.

از دگر سو، استیتزر^۷ معتقد است که رفتار درمانی اگر با دارودرمانی ترکیب شود، نسبت به دیگر روش‌ها کارآمدی بیشتری دارد. او مدعی است دلیل این رجحان آن است که بیماران برای ترک مصرف مواد نیازمند انگیزه و مهارت بسیار می‌باشند. ارائه مشوق‌های وابسته برای ترک می‌تواند رفتار مصرف مواد را کاهش دهد. رونساولیل^۸ نیز مدعی شد که رفتار درمانی به ویژه همراه با دارودرمانی نسبت به دیگر روش‌ها اثربخشی بیشتری دارد. دیگر محققان که نتایج پژوهش خود را در کنفرانس‌های ملی درمان اعتیاد ارائه کردند به جنبه دیگری از کاربرد روش‌های مختلف درمان توجه کردند که از آن جمله می‌توان به اثربخشی روش‌های درمان در گروه‌های فرهنگی، سنی و یا هزینه بر بودن آن‌ها اشاره کرد. برای مثال، ساپوزنیک^۹ در مورد اثربخشی گروه درمانی/خانواده درمانی، دریافت که موفقیت این روش تابعی است از مشخصات و زمینه‌های فرهنگی - قومی، اما به طور کلی در درمان معتادان نوجوان اثربخشی بیشتری نسبت به دیگر روش‌ها دارد، و لئون^{۱۰} دریافت که جوامع درمانی^{۱۱} اگرچه اثربخشی کمتری نسبت به دیگر روش‌ها دارد، اما از آنجا که تحلیل هزینه-منفعت نشان‌دهنده رجحان منفعت آن به هزینه است، می‌تواند روش ترجیحی باشد (موسسه ملی درمان ترک اعتیاد، ۲۰۰۷).

در مطالعه‌ای، دیامو و لیدل^{۱۲} (۱۹۹۶) به رجحان گروه درمانی در مقایسه با دیگر روش‌های درمان اشاره کردند و دریافتند گروه درمانی برای نوجوانان موثرتر است. آدرین^{۱۳} و همکارانش (۱۹۹۶) نیز به اثربخش‌تر بودن رفتار درمانی پی بردند و اثربخشی آن را برای گروه‌های مختلف

سنی یکسان یافتند. در همه مطالعات پیش گفته دارو درمانی به عنوان یک متغیر مستقل همراه با روش‌های روان درمانی مورد استفاده قرار گرفته بود.

از بین ویژگی‌های متعدد شخصیتی تاثیر مکان کنترل درونی/ بیرونی افراد معتاد گاه به عنوان متغیر پیش بین و گاه به عنوان متغیر پیامد در فرایند درمان به دفعات مورد بررسی قرار گرفته است. (دین^{۱۴} و ادواردز^{۱۵}، ۱۹۹۰). هرگاه مکان کنترل به عنوان متغیر پیش بین در نظر گرفته شده اثر آن در فرایند درمان در ارتباط با شدت اعتیاد گزارش شده است (نت^{۱۶}، نورمن^{۱۷}، مورفی^{۱۸}، موره^{۱۹} و تودر- اسمیت^{۲۰}، ۱۹۹۸). برای مثال، هینز^{۲۱} و آلیف^{۲۲} (۱۹۹۱) دریافتند که مکان کنترل درونی، یک متغیر پیش بین در درمان اعتیاد است و خطر ابتلاء مجدد به مواد وابستگی دوباره معتادان خفیف را کاهش می‌دهد. از دگر سو، هرگاه مکان کنترل به عنوان متغیر پیامد بررسی شود، پژوهش‌ها دریافته‌اند که پس از درمان مؤثر، مکان کنترل از بیرونی به درونی گرایش می‌یابد (بنت و همکاران، ۱۹۹۸).

به طور کلی به نظر می‌رسد ناهم‌رایی در تبیین یافته‌های پژوهشی هنوز همچنان پا برجاست. بنابراین با تمسک به شواهد پژوهشی موجود نمی‌توان یک روش درمانی را به دیگر روش‌های ترک اعتیاد یا وابستگی به دارو ترجیح داد. لذا رفع این ناهم‌رایی هنوز درگرو پژوهش‌های بیشتری است که در آن متغیرهای مداخله‌گر به خوبی کنترل شده باشند.

برای مثال، یکی از متغیرهای مداخله‌گر در اثربخشی روش‌های درمان، نوع ماده مصرفی است. بررسی یافته‌های برخی مطالعات که به این متغیر توجه کرده‌اند، نشان می‌دهد که نوع ماده مصرفی یکی از عوامل مهم در اثربخشی روش ترک اعتیاد است. برای نمونه، هوپر، لینگ، شایپا گولاتی، پرتن و راوسو (۱۹۹۷) دریافتند که افراد الکلی به درمانگری رفتاری-شناختی همراه با دارو بهتر از روش‌های دیگر پاسخ می‌دهند و در فرا تحلیل موسسه ملی مربوط به مصرف نایجای دارو (۲۰۰۵) معلوم شد موثرترین روش درمان اعتیاد به حشیش و ماری جوانا، رفتار درمانی است.

با توجه به این مسئله، هدف پژوهش حاضر پاسخ به پرسشی قدیمی است که هنوز پاسخی درخور نیافته است: کدام روش درمانی مرسوم اثربخشی بیشتری در ترک اعتیاد دارد؟ به منظور پاسخ به این سؤال یک فرضیه اصلی و سه فرضیه فرعی که اثر مکان کنترل و نوع مواد مورد استفاده را به عنوان متغیرهای مداخله‌گر اندازه‌گیری می‌کنند، مورد آزمون قرار گرفتند.

فرضیه‌های پژوهش

۱. روش‌های درمان اعتیاد اثربخشی متفاوتی دارند.
۲. مکان کنترل در اثربخشی روش‌های درمان اعتیاد مداخله می‌کند.
۳. اثربخشی روش‌های درمان اعتیاد با نوع مکان کنترل (درونی-بیرونی) رابطه دارد.
۴. نوع ماده مصرفی با اثربخشی روش‌های درمان اعتیاد رابطه دارد.

روش پژوهش

جامعه پژوهش عبارت است از کلیه مردان و زنان مجرد و متأهل معتاد شهر تهران که برای ترک اعتیاد به مراکز خصوصی، دولتی و یا مؤسسات غیر دولتی (NGO) مراجعه کرده و با یکی از روش‌های رفتار درمانی-شناختی، شناخت درمانی، رفتار درمانی و گروه درمانی تحت درمان قرار گرفته‌اند.

در این پژوهش برای انتخاب افراد نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. به این ترتیب که با مراجعه به مراکز درمانی و با توجه به پرونده مراجعان، از بین کسانی که فرایند سم زدایی را طی کرده بودند و سپس با بهره‌گیری از یکی از روش‌های درمانی شناختی-رفتاری با ترک تدریجی، گروه درمانی، رفتار درمانی همراه با دارو و شناخت درمانی همراه با دارو، تحت درمان قرار گرفته بودند، افراد نمونه انتخاب و جهت پاسخگویی به پرسشنامه‌های پژوهش دعوت به همکاری شدند. تعداد افراد مورد بررسی شامل ۱۴۴ نفر شد که ۵۰ نفر از آنها به روش گروه درمانی، ۴۳ نفر با روش شناختی-رفتاری همراه با ترک تدریجی، ۲۵ نفر با روش رفتاری همراه با دارو درمانی و ۲۶ نفر با روش شناختی همراه دارو تحت درمان قرار گرفته بودند.

ابزار پژوهش

در این پژوهش، اطلاعات مورد نیاز با بهره‌گیری از دو پرسشنامه به‌دست آمد. پرسشنامه اول که ۳۱ سؤال دارد پرسشنامه‌ای است که به وسیله آن اطلاعات اساسی درباره زندگی خصوصی نمونه پژوهش از جمله نوع مواد مصرفی، مدت ترک، مدت پاک بودن، دفعات ترک، طول مدت مصرف، سن، جنس، تحصیلات، شغل و جز آن را گردآوری شد.

پرسشنامه دوم مقیاس مکان کنترل را تر است که به منظور اندازه‌گیری مکان کنترل آزمودنی‌ها به کار رفت. این مقیاس دارای ۲۹ سؤال یا گویه است که پاسخ به آن به صورت انتخابی-اجباری است. در هر گویه دو عبارت وجود دارد که آزمودنی پس از مطالعه یکی از آنها را که بیشتر قبول دارد، انتخاب می‌کند. محتوای عبارات پرسشنامه باور فرد را در رابطه با جهان

پیرامونی‌اش آشکار می‌کند. این مقیاس از معتبرترین آزمون‌های سنجش مکان کنترل است و از بین مقیاس‌های متعددی که برای اندازه‌گیری مکان کنترل تدوین شده، بیشترین کاربرد را در امور پژوهش داشته است. برای مثال، پردکیوک^{۲۳} در مطالعه خود در باب مکان کنترل دریافت که از ۱۹۱ پژوهش، ۶۹٪ از مقیاس مکان کنترل راتر استفاده کرده‌اند. به علاوه، این مقیاس در زمینه امور بالینی، اجتماعی و تربیتی نیز کاربرد وسیعی داشته است (آسکاناسی^{۲۴}، ۱۹۸۵).

در مجموع از ۲۹ گویه مقیاس مکان کنترل راتر به ۶ گویه آن نمره ای تعلق نمی‌گیرد و تنها به این دلیل در مقیاس جاسازی شده است که آزمودنی‌ها متوجه خط مشی آزمون نشوند. به ۲۳ گویه دیگر هر کدام یک نمره تعلق می‌گیرد. بنابراین نمرات مکان کنترل اشخاص در دامنه صفر تا ۲۳ در نوسان است. نمره بالاتر از ۱۵ مکان کنترل درونی و نمره پایین‌تر از ۱۵ مکان کنترل بیرونی را متمایز می‌کند. راتر ۱۹۷۲ در گزارش خود روایی تشخیصی این مقیاس را مطلوب و همبستگی ۰/۷۰ مقیاس را با مقیاس رضایت اجتماعی مارلو کرون^{۲۵} معنی‌دار و اعتبار این مقیاس را با روش دونیمه سازی برابر ۰/۷۰ گزارش کرده است (برومند نسب، ۱۳۷۳).

لیتون (۱۹۸۵) حد متوسط ضرایب پایانی این مقیاس را با روش‌های دونیمه سازی کودر ریچاردسون ۰/۷۳ گزارش داده است. در ایران تاکنون مطالعات زیادی با استفاده از این آزمون صورت گرفته است. در مطالعه بیابانگرد (۱۳۷۱) ضریب پایانی آزمون، به روش دونیمه‌سازی و کودر ریچاردسون بالای ۰/۷۰ گزارش کرده است. ابراهیمی قوام (۱۳۷۱) ضریب اعتبار آزمون به روش ثبت درونی با نمونه دانشجویی ۰/۶۵ و با نمونه دانش آموزی ۰/۷۳ گزارش شده است هم‌چنین در پژوهشی که توسط برومند نسب (۱۳۷۳) با نمونه‌ای از دانش‌آموزان صورت گرفت پایایی این مقیاس به روش دونیمه‌سازی و آلفای کرانباخ به ترتیب ۰/۴۷ و ۰/۵۰ گزارش شده است. قایمی (۱۳۷۵) پایایی مقیاس کنترل راتر را به دو روش دونیمه‌سازی و آلفای کرانباخ ۰/۵۷ و ۰/۴۶ محاسبه کرده است.

به علاوه برومند نسب نیز با نمونه‌ای از دانش‌آموزان پژوهشی را انجام داد که در آن همبستگی بین مقیاس راتر و مقیاس نوکی و استریکلند ۰/۴۶ بود. از آنجا که پرسشنامه مکان کنترل راتر قبلاً توسط محققان داخلی و خارجی هنجاریابی شده، لذا از اعتبار لازم برخوردار است. در عین حال ضریب آلفای کرانباخ پایایی آن توسط این پژوهشگران نیز محاسبه شد که برابر با ۶۸/۸۵ بود که نشان می‌دهد پرسشنامه مکان کنترل راتر در مورد بیماران وابسته به مواد مخدر نیز از اعتبار قابل قبولی برخوردار است.

یافته ها

بنابر فرضیه اول روش‌های درمان اعتیاد اثربخشی متفاوتی دارند. به منظور آزمون این فرضیه ابتدا میزان اثربخشی به شرح زیر نمره گذاری شد.

اصلاً	تا ۳ ماه	۳ تا ۶ ماه	۶ تا ۹ ماه	۹ تا ۱۲ ماه	بیش از ۱۲ ماه
صفر	۱	۲	۳	۴	۵

میانگین، انحراف معیار و واریانس حاصل از نمرات اثر روش درمانی در جدول شماره ۱ و نتایج تجزیه و تحلیل واریانس یک راهه در جدول شماره ۲ آمده است. همانطور که مشاهده می‌شود تفاوت بین گروه‌ها در سطح ۰/۰۵ و $F = ۴/۱۹۵$ معنادار است و نشان می‌دهد که تفاوت اثربخشی روش‌های درمانی مورد استفاده در بین گروه‌های چهارگانه درمان معنادار است. نتیجه آزمون تعقیبی توکی (جدول شماره ۳) نیز نشان می‌دهد اثربخشی روش رفتار-شناختی درمانی با ترک تدریجی در مقایسه با سایر روش‌ها در درمان معتادان ماندگاری بیشتری دارد. پس از آن گروه درمانی است و روش شناخت درمانی همراه با دارو درمانی در مرتبه سوم قرار دارد. رفتار درمانی همراه با دارو در مقایسه با سایر روش‌ها از کمترین اثر برخوردار است.

جدول ۱: شاخص‌های آماری تأثیر روش‌های درمانی مورد استفاده

پراکندگی	انحراف معیار	میانگین	اثر روش درمانی مورد استفاده
۲/۹۰۷	۱/۷۰۴۹۳	۴/۷۶۰۶	شناختی - رفتاری با ترک تدریجی
۲/۴۱۷	۱/۵۵۴۷۳	۳/۴۹۳۲	گروه درمانی
۲/۲۱۱	۱/۴۸۶۹۴	۲/۷۰۸۳	رفتاری + دارو
۲/۱۶۹	۱/۴۷۲۷۴	۳/۴۶۵۸	شناختی + دارو
۳/۰۱۵	۱/۷۳۶۳۱	۳/۸۳۶۲	کل

بنابر فرضیه دوم پژوهش مکان کنترل در اثربخشی روش‌های درمان اعتیاد مداخله می‌کند. نتایج آزمون این فرضیه در جداول ۴ (شاخص‌های آماری) و ۵ (تجزیه و تحلیل پراکندگی یک

راهه نمره کنترل در روش‌های درمانی مورد استفاده) منعکس شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، بین روش‌های درمانی مورد استفاده در بین گروه‌های چهارگانه از جهت مکان کنترل آزمودنی‌ها تفاوتی دیده نمی‌شود ($F = 2/516$, $p < 0/05$). بنابراین می‌توان گفت که رابطه بین مکان کنترل و اثربخشی روش‌های درمانی معنی‌دار نیست.

جدول ۲: نتایج تحلیل پراکندگی تأثیر روش‌های درمانی مورد استفاده

p	میزان F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منابع تغییر
0/007	4/195	10/740	3	32/221	بین گروهی
		2/560	140	358/418	درون گروهی
			143	390/639	جمع

جدول ۳: نتایج آزمون تعقیب توکی بر حسب گروه‌های چهارگانه

p	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین‌ها (I - J)	روش درمانی مورد استفاده (J)	روش درمانی مورد استفاده (I)
0/228	0/33240	0/6373	گروه درمانی	شناختی - رفتاری با ترک تدریجی
0/003	0/40418	1/42009 (*)	رفتاری + دارو	
0/310	0/39928	0/6923	شناختی + دارو	
0/192	0/39065	0/7827	رفتاری + دارو	گروه درمانی
0/999	0/38557	0/0551	شناختی + دارو	
0/192	0/39065	-0/7827	گروه درمانی	رفتاری + دارو
0/369	0/44819	-0/7277	شناختی + دارو	

جدول ۴: شاخص‌های آماری نمره کنترل در روش‌های درمانی مورد استفاده

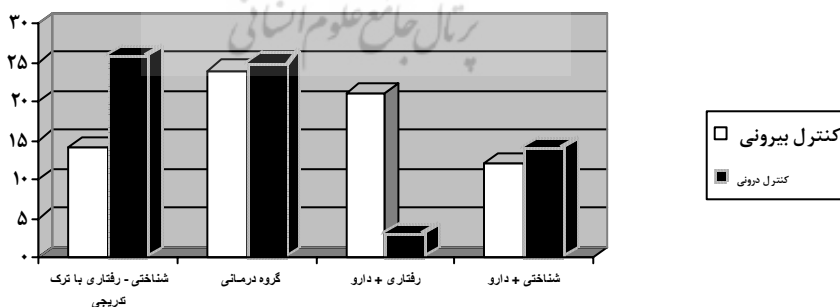
واریانس	انحراف معیار	میانگین	روش درمانی مورد استفاده
19/991	4/4710	13/9048	شناختی - رفتاری با ترک تدریجی
14/852	3/85380	13/2941	گروه درمانی
12/293	3/50619	11/2800	رفتاری + دارو
13/574	3/54596	13/5769	شناختی + دارو
16/005	4/00058	13/1736	کل

جدول ۵: نتیجه تحلیل واریانس نمره کنترل در روش‌های درمانی مورد استفاده

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	p
بین گروهی	۱۱۷/۰۶۶	۳	۳۹/۰۲۲	۲/۵۱۶	۰/۰۶۱
درون گروهی	۲۱۷۱/۵۹۳	۱۴۰	۱۵۰/۵۱۱		
جمع	۲۲۸۸/۶۶۰	۱۴۳			

همان‌طور که جدول ۶ نشان می‌دهد، در سطح توصیفی، گروه‌های درمانی، ۷۳ نفر (۵۰/۷٪) دارای کنترل بیرونی و ۷۱ نفر (۴۹/۳٪) دارای کنترل درونی بوده‌اند. نمودار شماره ۱ نشان می‌دهد در گروه رفتاردرمانی همراه با دارو، تعداد افراد دارای کنترل بیرونی بیشتر از تعداد افراد دارای کنترل درونی است (۱۴/۶٪ در برابر ۲/۸٪). در گروه رفتاردرمانی شناختی همراه با ترک تدریجی تعداد افراد دارای کنترل درونی بیشتر از تعداد افراد دارای کنترل بیرونی است (۱۸/۸٪ در برابر ۱۰/۴٪) و در دو گروه دیگر تعداد افراد برحسب نوع کنترل تفاوت چندانی ندارد (در گروه درمانی ۱۷/۴٪ کنترل بیرونی و ۱۸/۱٪ کنترل درونی و در شناخت درمانی همراه با دارو، ۸/۳٪ بیرونی در برابر ۹/۷٪ درونی).

نتایج مربوط به آزمون فرضیه ۳ با استفاده از خی دو چند متغیری نشان می‌دهد اثربخشی روش‌های درمان با نوع مکان کنترل (بیرونی / درونی) رابطه دارد. ($p < ۰/۰۵$ و $\chi^2 = ۱۵/۱۳۷$). بدین ترتیب که در افراد دارای مکان کنترل درونی روش رفتاری-شناختی همراه با ترک تدریجی بیشترین اثر را داشته است. پس از آن گروه درمانی اثر بیشتری در مقایسه با دو روش رفتاری همراه با دارو و شناختی همراه با دارو از جهت پایداری ترک داشته است.



نمودار ۱: توزیع فراوانی افراد نمونه به تفکیک و وضعیت مکان کنترل و روش درمانی گروه‌های آزمودنی

جدول ۶: توزیع فراوانی افراد نمونه مورد بررسی به تفکیک وضعیت مکان کنترل و روش درمانی گروه‌های آزمودنی

کل	وضعیت کنترل				
	کنترل درونی	کنترل بیرونی			
۴۲	۲۷	۱۵	تعداد	شناختی - رفتاری با ترک تدریجی	روش درمانی مورد استفاده
۲۹/۲	۱۸/۸	۱۰/۴	درصد		
۵۱	۲۶	۲۵	تعداد	گروه درمانی	
۳۵/۴	۱۸/۱	۱۷/۴	درصد		
۲۵	۴	۲۱	تعداد	رفتاری + دارو	
۱۷/۴	۲/۸	۱۴/۶	درصد		
۲۶	۱۴	۱۲	تعداد	شناختی + دارو	
۱۸/۱	۹/۷	۸/۳	درصد		
۱۴۴	۷۱	۷۳	تعداد	کل	
۱۰۰	۴۹/۳	۵۰/۷	درصد		

جدول ۷: فراوانی افراد نمونه براساس مکان کنترل (درونی - بیرونی) و روش‌های درمانی

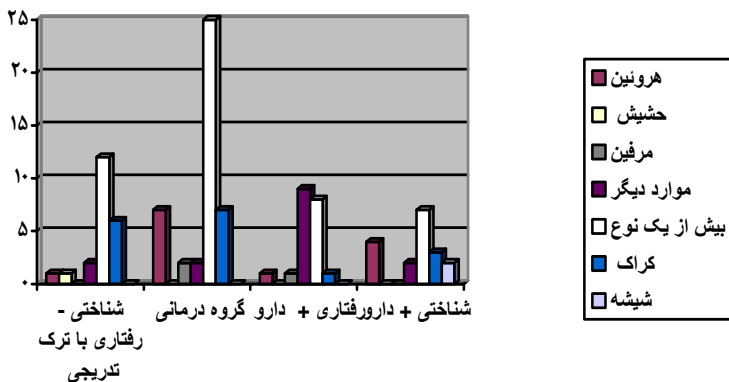
کل	وضعیت کنترل				
	کنترل درونی	کنترل بیرونی			
۴۲	۲۷	۱۵	تعداد	شناختی - رفتاری با ترک تدریجی	روش درمانی مورد استفاده
۲۹/۲	۱۸/۸	۱۰/۴	درصد		
۵۱	۲۶	۲۵	تعداد	گروه درمانی	
۳۵/۴	۱۸/۱	۱۷/۴	درصد		
۲۵	۴	۲۱	تعداد	رفتاری + دارو	
۱۷/۴	۲/۸	۱۴/۶	درصد		
۲۶	۱۴	۱۲	تعداد	شناختی + دارو	
۱۸/۱	۹/۷	۸/۳	درصد		
۱۴۴	۷۱	۷۳	تعداد	کل	
۱۰۰	۴۹/۳	۵۰/۷	درصد		

مقایسه اثربخشی رویکردهای درمانی به درمان اعتیاد

داده های مربوط به توزیع فراوانی افراد نمونه به تفکیک نوع ماده مصرفی در جدول شماره ۸ آمده است. طبق این داده ها از مجموع افراد نمونه ۳۹ نفر (۲۷/۵٪) تریاک، ۱۳ نفر (۹/۳٪) هروئین، یک نفر حشیش (۰/۷٪)، ۳ نفر (۲/۱٪) مورفین، ۱۵ نفر (۱۰/۶٪) دیگر مواد، ۱۷ نفر (۱۲٪) کراک، ۲ نفر (۱/۴٪) شیشه مصرف می کرده اند و ۵۲ نفر (۳۶/۶٪) نیز گزارش کرده اند که بیش از یک نوع مصرف داشته اند. توزیع این افراد در گروه های درمانی نیز در نمودار شماره ۲ و نتایج آزمون فرضیه ۴ مربوط به رابطه بین میزان اثربخشی روش درمان و نوع مواد مصرفی توسط آزمودنی ها در جداول ۹ و نیز نتایج آزمون خی دو مشخص می کند که رابطه متغیر نوع مواد مصرفی و اثربخشی روش های درمان معنی دار نیست ($p=0/135$ ، $32/84$ ، $\chi^2=$ به دیگر سخن اثربخشی روش های درمان تحت تأثیر نوع مواد مصرفی از سوی فرد وابسته قرار نمی گیرد.

جدول ۸: توزیع افراد نمونه به تفکیک نوع ماده مصرفی مواد مخدر و روش درمانی

کل	نوع ماده مصرفی							روش درمانی		
	شیشه	کراک	بیش از یک نوع	مواد دیگر	مورفین	حشیش	هروئین			تریاک
۴۲	۰	۶	۱۲	۲	۰	۱	۱	۲۰	تعداد	شناختی - رفتاری با ترک تدریجی
۲۹/۲	۰	۴/۲	۸/۵	۱/۴	۰	۰/۷	۰/۷	۱۴/۱	درصد	
۵۱	۰	۷	۲۵	۲	۲	۰	۷	۶	تعداد	گروه درمانی
۳۵/۴	۰	۴/۹	۱۷/۶	۱/۴	۱/۴	۰	۴/۹	۴/۲	درصد	
۲۵	۰	۱	۸	۹	۱	۰	۱	۵	تعداد	رفتاری + دارو
۱۷/۴	۰	۰/۷	۵/۶	۶/۳	۰/۷	۰	۰/۷	۳/۵	درصد	
۲۶	۲	۳	۷	۲	۰	۰	۴	۸	تعداد	شناختی + دارو
۱۸/۱	۱/۴	۲/۱	۴/۹	۱/۴	۰	۰	۲/۸	۵/۶	درصد	
۱۴۴	۲	۱۷	۵۲	۱۵	۳	۱	۱۳	۳۹	تعداد	جمع
۱۰۰	۱/۴	۱۲/۰	۳۶/۶	۱۰/۶	۲/۱	۰/۷	۹/۲	۲۷/۵	درصد	



نمودار ۲. توزیع فراوانی افراد نمونه به تفکیک نوع ماده مصرفی مواد مخدر روش‌های درمانی

جدول ۹: توزیع افراد نمونه بر اساس نوع ماده مصرفی و اثربخشی آن (مدت پاکی)

کل	اثربخشی						تعداد	درصد	نوع ماده مخدر مصرفی
	اصلاً	تا ۳ ماه	بین ۳ تا ۶ ماه	بین ۶ تا ۹ ماه	بین ۹ تا ۱۲ ماه	بالاتر از ۱۲ ماه			
۳۶	۱۰	۵	۲	۴	۱۰	۳۶	۲۸/۳۶	توریاک	نوع ماده مخدر مصرفی
۲۵/۵	۷/۱	۳/۵	۱/۴	۲/۸	۷/۱	۲۵/۵	۲۸/۲۵	توریاک	
۱۴	۰	۸	۱	۰	۱	۱۴	۵۷/۱۴	هروئین	
۹/۹	۰	۵/۷	۲/۸	۰/۷	۰/۷	۹/۹	۰/۹	هروئین	
۱	۱	۰	۰	۰	۰	۱	۱۰۰/۱	حشیش	
۰/۷	۰	۰	۰	۰	۰	۰/۷	۰/۷	حشیش	
۳	۰	۱	۲	۰	۰	۳	۳۳/۳	مرفین	
۲/۱	۰	۰/۷	۱/۴	۰	۰	۲/۱	۳۳/۲	مرفین	
۲۸	۶	۱۰	۳	۲	۱	۲۸	۴۳/۲۸	مواد دیگر	
۱۹/۹	۴/۳	۷/۱	۲/۱	۱/۴	۰/۷	۱۹/۹	۴۳/۱۹	مواد دیگر	
۵۹	۱۰	۲۴	۱۱	۲	۸	۵۹	۱۷/۵۹	بیش از یک نوع	
۴۱/۸	۷/۱	۱۷	۷/۸	۱/۴	۵/۷	۴۱/۸	۱۷/۴۱	بیش از یک نوع	
۱۴۱	۲۷	۴۸	۲۸	۸	۲۰	۱۴۱	۱۹/۱۴۱	کل	
۱۰۰	۱۹/۱	۳۴	۱۹/۹	۵/۷	۷/۱	۱۰۰	۱۴/۲	کل	

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش در باب اثربخشی روش‌های مختلف درمان بر ترک و ماندگاری ترک اعتیاد، بازنمای آمیزه‌ای از یافته‌های متناقض است. این تناقض‌ها عمدتاً تابع عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر مثل زمینه فرهنگی، شغلی، تحصیلات، درآمد و مانند اینهاست، و تا حدی نیز از سوگیری شخصی پژوهشگران تأثیر گرفته‌اند.

این یافته‌های ناهمسو، سرانجام برخی از متخصصان را ناگزیر از تدوین یک مدل ماتریسی برای درمان اعتیاد نمود (هوبر^{۲۶}، لینگ^{۲۷}، شاپتا^{۲۸}، و گولاتی^{۲۹}، برتن^{۳۰}، و راوسو^{۳۱}، ۱۹۹۷). اما واقعیت آن است که چون داروهای مخدر متنوع و خصوصیات بیماران متفاوت است درمان اعتیاد برای هر داروی خاص و هر فرد خاص می‌تواند متفاوت و آن اثربخشی نیز متفاوت باشد. به ویژه با توجه به تعدد مشکلات همراه با اعتیاد به مواد مخدر و شیوه‌های زندگی متفاوت افراد معتاد (فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و جز آن). رویکردهای درمانی متعددی برای ترک اعتیاد وجود دارد که هر یک می‌تواند با توجه به ویژگی‌های فرد درمانجو ثمربخش‌تر از دیگر روش‌ها باشد (GAO، ۱۹۹۶).

همچنین مدت زمان مصرف نیز یک عامل مهم در تأثیر و عدم تأثیر درمان محسوب می‌شود. فرضیه اول این پژوهش مبنی بر تفاوت در ثمربخشی روش‌های درمانی (شناختی، رفتاری، رفتاری-شناختی و گروه درمانی، نشان داد که رفتار درمانی شناختی با ترک تدریجی در مقایسه با ۳ روش دیگر ثمربخشی بیشتری داشته است. این یافته همسو با یافته‌هایی است که در پژوهش کارول (به نقل از NIDA، ۲۰۰۵)، و نتایج فراتحلیل کنفرانس ملی در باب درمان اعتیاد (۲۰۰۷) به دست آمده است.

آزمون فرضیه‌های دوم و سوم پژوهش، مبنی بر مداخله مکان کنترل در ثمربخشی هر یک از روش‌ها، بیانگر این بود که روش‌های درمانی مورد استفاده در گروه‌های چهارگانه از جهت مکان کنترل آزمودنی‌ها تفاوتی ندارند در حالیکه افراد دارای مکان کنترل بیرونی از رفتار درمانی شناختی بهره بیشتری می‌برند.

یافته‌های فرضیه‌های دو و سه با یافته‌های پژوهش ایروین^{۳۲}، براورز^{۳۳}، دان و وانگ^{۳۴} (۱۹۹۹) همسو است. در فرضیه چهارم پژوهش که رابطه بین نوع مواد مصرفی و اثربخشی روش‌های درمان آزمون شد، نتایج نشان داد که رابطه مشاهده شده بین این دو متغیر اگر چه مشهود است، ولی معنی‌دار نیست. نتایج آزمون این فرضیه با گزارش مؤسسه ملی مربوط به مصرف نابجای دارو (هوبر، لینگ، شاپتا، و گولاتی برتن و راوسو (۱۹۹۷) همخوان نیست. در این گزارش که با استفاده از روش فراتحلیل نتایج مطالعات متعدد تهیه شده، به رابطه معنی‌دار بین متغیرهای

مورد بحث اشاره شده است. به طور کلی با توجه به یافته‌های این پژوهش و مقایسه آن با یافته‌های دیگر پژوهش‌ها، اگرچه می‌توان گفت روش رفتاری - شناختی با ترک تدریجی اثربخشی بیشتری دارد، اما به لحاظ اثربخشی همه روش‌ها از یکسو و اینکه افراد معتاد اغلب از مشکلات متعدد دیگری نیز رنج می‌برند، شاید بهره‌گیری از یک مدل ماتریسی درمانی، اثربخشی بیشتری در درمان افراد معتاد داشته باشد. در این رویکرد روش‌های مختلف درمان برای پاسخگویی به ابتلائات گوناگونی که در اثر اعتیاد به وجود می‌آید به کار گرفته می‌شود (هوبر و همکاران، ۱۹۹۷؛ NIDA، ۲۰۰۵)، به ویژه آنکه معتادان پیشین مدام در معرض خطر فزاینده ابتلاء مجدد به مواد مخدر هستند. به عبارت دیگر، همان‌طور که ابرین و چارلز^{۳۵} (۱۹۹۴) ضمن مروری بر مقالات مربوط به درمان اعتیاد عنوان می‌کنند، هیچ تکنیک درمانی خاصی به تنهایی نمی‌تواند در درمان اختلال‌های وابستگی به مواد تأثیر زیادی داشته باشد، بلکه بهره‌گیری از ترکیبی از روش‌های مختلف شامل رویکردهای شناختی، رفتاری، گروه‌درمانی، و دارودرمانی است که بیشترین اثربخشی در درمان را به همراه دارد.

یادداشت‌ها

- | | | |
|--|---------------------------|--|
| 1. National Conference on drug addiction Treatment | 2. Carroll | 3. National institute on drug abuse (NIDA) |
| 4. Cognitive Behavior therapy | 5. Antecedents | 6. Consequences |
| 7. Stitzer | 8. Rounsaville | 9. Szapoczenik |
| 10. Leon | 11. Communities treatment | 12. Diamo & Liddell |
| 13. Azrin | 14. Dean | 15. Edvardz |
| 16. Bennett | 17. Norman | 18. Morphy |
| 19. Moore | 20. Todor-Smith | 21. Hens |
| 22. Aliffe | 23. Predkioc | 24. Ashkanasy |
| 25. MarlaW coron | 26. Huber | 27. ling |
| 28. Shoptaw | 29. Gulati | 30. Brethen |
| 31. Rawsow | 32. Irvin | 33. Brewers |
| 34. Dunn & Wang | 35. Obrein & Charles | |

منابع

ابراهیمی قوام، صغری. (۱۳۷۱). اندازه‌گیری روایی و اعتبار سه مفهوم منبع کنترل، عزت نفس، حمیت اجتماعی در دانشجویان دانشگاه تهران. پایان‌نامه، تهران، دانشگاه علامه طباطبایی. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی. برومند نسب، مسعود. (۱۹۷۳). بررسی نگرش‌ها و شیوه‌های فرزند پروری با جایگاه مهار، با عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پایه سوم راهنمایی شهرستان دزفول. پایان‌نامه. دانشگاه شهید چمران. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی

مقایسه اثربخشی رویکردهای درمانی به درمان اعتیاد

بیابانگرد، اسماعیل، (۱۳۷۱). بررسی رابطه منبع کنترل و عزت نفس و پیشرفت تحصیلی در دانش آموزان سال سوم دبیرستان در تهران. پایان نامه. تهران. دانشگاه علامه طباطبائی. دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی.
قائم، ناصر. (۱۳۷۵). رابطه سبک‌های رهبری مدیران با عملکرد شغلی و تعهد سازمانی زیردستان. پایان نامه. اهواز: دانشگاه آزاد اسلامی.

- Ashkanasy, N. M. (1985). Ratter's Internal-external scale: Conformity factor analysis and correlation with social Desirability for alternative scale format. *Journal of personality and social psychology* No. 48. 5, PP: 1328-1347.
- Azrin, N, H., Acierno, R., Cogan, E., Donabue, B., Besalel, V., & McMahan, P.T. (1996). *Follow up results of supportive versus Behavioral Therapy*. 34 (1):41-46.
- Bennett, P., Norman, P., Morphy, S., Moore, L., & Toder-Smith (1998). *Benefits about alcohol, health Locus of Control, value for health and Reported Consumption in represent*. Native Population Sample, Health Education Research, 13 (1), 25-32
- Dean, R. R., & Edwards. T. A. (1990). Health Locus of control Beliefs and alcohol – related Factors that may influence treatment outcomes. *Journal of substance abuse treatment*. 7 (3), 7-172.
- Diamo, G. S., and Liddell, H. a. (1996). Resolving a therapeutic impasse between Parents and adolescents in Multiple – Dimensional family Therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*. 64 (3): 481-488.
- General Accounting office (GAO). (1996) cocaine Treatment: *Early results from various approaches*. Washington. D. C. GAO.
- Haynes, F. & Ayliffe. G. (1991). *Locus of control as behavior: is high externality associated with substance Misuse*. British Journal as addiction. 86. 1111 – 1117.
- Huber, A., Ling, W., Shoptaw. S. G., Gulati v, Brethen, P., & Rawson .R. (1997). Integrating Treatment for Methamphetamine abuse: A psychosocial perspective, *Journal of addictive Disease*. 16: 41-50.
- Irvin, J. E., Brewers. C. A., Dunn, M. e., & Wang, M. c. (1999). Efficacy of relapse prevention: A Misanalysis review. *Journal of consulting and clinical Psycho logy*. 67 (4): 563-570.
- National conference on drug addiction Treatment: from Research to practice (2005) N. J. National Institute on drug abuse (NIDA).
- National conference on drug addiction Treatment: from Research to practice (2006) N. J. National Institute on drug abuse (NIDA).
- National conference on drug addiction Treatment: from Research to practice (2007) N. J. National Institute on drug abuse (NIDA).
- Obrein, charles. P. (1994). Document title overview. The treatment of drug dependence. Special issues. 51, 77-84.