

روان درمانی و اعتیاد؛ اثربخشی بهزیستی درمانی بر شاخص ولع مصرف در مردان وابسته به مت-

آمفتامین تحت درمان اقامتی کوتاه مدت، یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده

Psychotherapy and Addiction; Examining the Effectiveness of Well-being group therapy on Craving Index in Methamphetamine-dependent Men under Short-term residential treatment, a controlled randomized trial

Bijan Pirnia*

PhD Student of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, University of Science and Culture, Tehran, Iran. b.pirnia@usc.ac.ir

Parastoo Malekanmehr

PhD Student of Health Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

Shaniya Haghghat

PhD Student of Psychology, Department of Psychology, Tehran Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Paria Sadeghi

M.A in Psychology of Personality, Tehran Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

بیژن پیرنیا (نویسنده مسئول)

دانشجوی دکتری تخصصی روان شناسی بالینی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.

پرستو ملکان مهر

دانشجوی دکتری تخصصی روان شناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران.

شانیا حقیقت

دانشجوی دکتری روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

پریا صادقی

کارشناسی ارشد روان شناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

Abstract

Positive psychology is a branch of psychology that instead of focusing solely on psychopathology, emphasizing on the psychological potential is considered. Well-Being Therapy is one of the approaches derived from positive psychology. The present study was conducted with the aim of examining the effectiveness of well-being-therapy on Craving Index in substance – dependent (Methamphetamine) men. The present study was randomized trial that done in quasi-experimental with pre-test, post-test and control group. Among patient stimulants dependence who referred to Addiction Treatment Center in Karaj, six drug-dependent men who were eligible for the study, were selected randomly and by Excel software and randomly were assigned into experimental (3 individuals) and control (3 individuals) groups. After obtaining informed consent, clinical interview, participants were responded in the pre-test and post-test to the craving scale. Analysis of covariance were used to analyze the data by SPSS software in 22 versions. The results showed that well-being-therapy has not a significant effect on improving craving index ($p>0/05$). These results may reflect the specific nature of the psychological and biological damage is caused by methamphetamine use. The results of the present study can be beneficial in evaluating, treatment planning and direction for future studies in consumers of Methamphetamine.

Keywords: *Well-being therapy, Methamphetamine, Therapeutic community, Craving Index, Addiction*

چکیده

روان شناسی مثبت‌گرا شاخه‌ای از روان‌شناسی است که به جای تمرکز صرف بر آسیب‌شناسی روانی، تأکید بر پتانسیل‌های روان‌شناختی را مورد توجه قرار داده است. بهزیستی‌درمانی یکی از رویکردهای منبعث از روان‌شناسی مثبت‌گرا می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر بهزیستی‌درمانی بر شاخص ولع مصرف در مردان وابسته به مت‌آمفتامین انجام شد. مطالعه حاضر یک کارآزمایی تصادفی بود که در قالب طرحی نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل انجام شد. شش مرد واجد شرایط شرکت در پژوهش از بین بیماران وابسته به مواد محرک مراجعه‌کننده به کمپ ترک اعتیاد شهر کرج با استفاده از نمونه گیری تصادفی انتخاب و به کمک نرم افزار اکسل و به گونه‌ای تصادفی به دو گروه آزمایشی (۳ نفر) و گواه (۳ نفر) اختصاص داده شدند. پس از اخذ رضایت آگاهانه و انجام مصاحبه بالینی، شرکت‌کنندگان در دو برهه زمانی پیش و پس‌آزمون به شاخص تصویری ولع مصرف پاسخ دادند. گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه هفتگی تحت درمان انفرادی بهزیستی و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون کای اسکور و تحلیل کوواریانس تک‌متغیره در محیط نرم افزار اسپ‌اس‌اس ویرایش ۲۲ استفاده شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که بهزیستی‌درمانی تأثیر معنا داری بر بهبود شاخص ولع مصرف در وابستگان به مت-آمفتامین نداشته است ($p>0/05$). یافته‌های این پژوهش ناهمسو با پژوهش‌هایی است که اثر بخشی بهزیستی‌درمانی را در درمان شاخص‌های عاطفی و خلقی مورد تأیید قرار داده‌اند. این نتایج می‌تواند منعکس‌کننده ماهیت خاص آسیب‌شناسی روان‌شناختی و بیولوژیکی ناشی از مصرف مت‌آمفتامین باشد. این یافته‌ها می‌تواند در قالب ارزیابی، طرح‌ریزی مداخلات درمانی و مسیر پژوهش‌های آتی در مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین سودمند باشد.

واژه‌های کلیدی: *بهزیستی‌درمانی، مت‌آمفتامین، درمان اجتماع‌مدار، ولع مصرف، اعتیاد*

مقدمه

در حال حاضر اختلال‌های مصرف مواد^۱ و پیامدهای ناخوشایند آن از مهمترین مشکلات سلامت عمومی در جهان به شمار می‌رود (دالی و مارلات^۲، ۲۰۰۵) که آثار زیان‌بار آن خود فرد، خانواده و کل جامعه را متاثر می‌سازد. اعتیاد چهارمین بیماری در ایران است (نقوی، ۲۰۰۶) و میزان مصرف مت‌آفتامین بین سال‌های ۲۰۰۵-۲۰۰۸ رشدی ۱۵۰ برابری داشته است (رادفر و راسون^۳، ۲۰۱۴). مطالعه بیماری‌ها نشان می‌دهد که اعتیاد در زمره ده بیماری اصلی است که بار عمده بیماری‌ها را در جهان تشکیل می‌دهد (مادرز، برنارد، ایبورگ، اینو، مافت، شیبویا و کسو^۴، ۲۰۰۳) تداوم مصرف مواد در طی زمان و تاثیرات سمی طولانی مدت آن بر عملکرد طبیعی معتادان سبب ایجاد اختلال در خانواده، محیط کاری و در سطحی وسیع‌تر در جامعه می‌شود (لشنر^۵، ۱۹۹۹) لذا درمان اعتیاد از اهمیت بالایی بر خوردار است. آمار رو به فزونی اعتیاد در جهان، از جمله کشور ما حوزه اعتیاد را به یکی از اولویت‌های مجامع پژوهشی تبدیل کرده و علاقه زیادی را نسبت به درمان اعتیاد به عنوان یک راه‌حل به مشکلات بهداشتی و اجتماعی مربوط به آن به وجود آورده است (کیمبرلی و مک‌لن^۶، ۲۰۰۶).

با وجود اینکه در سال‌های اخیر شاهد ظهور درمان‌های متنوعی در این حوزه بوده‌ایم؛ اما همچنان ناظر عدم موفقیت برخی بیماران در این برنامه‌های درمانی (دارویی) هستیم و سوء مصرف مواد استمرار داشته و آمار عود همچنان بالاست (آدریان^۷، ۲۰۰۱) بررسی‌ها نشان می‌دهد که وضعیت اکثر معتادان به دنبال توقف درمان، عود کرده و به‌طور کلی حدود ۰/۶۰ - ۰/۵۰ در طی ۶ ماه پس از خاتمه درمان و ۰/۸۰ با فاصله ۱ سال پس از درمان، دوباره مصرف مواد را شروع می‌کنند (مک‌لن و همکاران، ۲۰۰۵).

یکی از مولفه‌های حائز اهمیت در درمان اعتیاد، روان‌درمانی است که پیامدهای مطلوب درمان را افزایش می‌دهد (باری^۸، ۱۹۹۹). یکی از انواع روان‌درمانی‌ها که می‌تواند در حوزه اعتیاد نقش به‌سزایی داشته باشد، درمان‌های معطوف به روانشناسی مثبت‌گرا و از آن جمله درمان بهزیستی است. بهزیستی‌درمانی^۹ (WBT) یکی از درمان‌های نوین در عرصه روانشناسی مثبت‌گرا می‌باشد که از درمان شناختی- رفتاری نشأت گرفته است (فاوا، رافانلی، کازارو، کونتی و گراتتی^{۱۰}، ۱۹۹۸) که در مطالعات مختلف چه به تنهایی و چه به‌همراه CBT به کار رفته (فاوا و همکاران، ۱۹۹۸) و اثربخشی آن در درمان اختلالات عاطفی و خلقی و افزایش بهزیستی‌روانشناختی (رافانلی، پارک و فاوا^{۱۱}، ۱۹۹۹) تایید شده است. بهزیستی‌درمانی یک برنامه درمانی کوتاه‌مدت (هشت الی دوازده جلسه)، سازمان یافته، رهنمودی^{۱۲} و مشکل‌مدار^{۱۳} است که بر مبنای الگوی بهزیستی‌روانشناختی ریف (رایف^{۱۴}، ۱۹۸۹) تدوین شده است که در آن از خودنگری‌ها^{۱۵}، خاطره-نویسی منظم و تعاملات درمانجو و درمانگر به‌منظور افزایش بهزیستی‌روانشناختی درمانجویان استفاده می‌شود (سلیگمن^{۱۶}، ۲۰۰۴). الگوی بهزیستی‌روانشناختی ریف (۱۹۸۹) دارای شش بعد است، شامل تسلط محیطی^{۱۷}، رشد شخصی^{۱۸}، هدفمندی زندگی^{۱۹}، خود-مختاری^{۲۰}، خودپذیری^{۲۱} و داشتن روابط مثبت با دیگران^{۲۲}. هدف درمان‌گران از به‌کار بردن بهزیستی‌درمانی، کمک به درمانجویان است تا از سطوح پائین کارکرد، در هر شش حیطه مورد نظر بهزیستی‌روانشناختی، به سطوح بالای آن برسند (فاوا و همکاران، ۱۹۹۸). درمان‌گران به درمانجویان کمک می‌کنند تا از سطح آسیب‌های کارکردی به سطح بهینه و مطلوب این کارکردها برسند و تجربه‌های بهزیستی را در

1 - Substance Use Disorders

2 - Dalley & Marlatt

3 - Radfar & Rawson

4 - Mathers, Bernard, Iburg, Inoue, Ma Fat, Shibuya & Xu

5 - Leshner

6 - Kimberly & McLellan

7 - Adrian

8 - Barry

9 - Well-Being Therapy

10 - Fava, Rafanelli, Cazzaro, Conti & Grandi

11 - Rafanelli, Park & Fava

12 - Directive

13 - Problem-oriented

14 - Ryff

15 - Self-Observations

16 - Seligman

17 - Environmental mastery

18 - Personal growth

19 - Purpose in life

20 - Autonomy

21 - Self-acceptance

22 - Positive relation with others

زندگی حال و گذشته‌شان پیدا کنند و این تجربه‌ها هرچقدر هم که کوتاه باشد قابل تامل است. پس از اینکه درمانجویان کاملاً از موارد بهزیستی در زندگی‌شان آگاهی یافتند، در مرحله بعدی درمان به آنها کمک می‌کنند که باورها و افکاری را که مزاحم تجربه بهزیستی آن‌هاست و نیز احساسات همراه با بهزیستی را شناسایی کنند (فاوا و همکاران، ۱۹۹۸). این مرحله از درمان به شناسایی افکار خودکار یا باورهای غیرمنطقی در شناخت درمانی معمول شبیه است (رافانلی و همکاران، ۱۹۹۹)، با این تفاوت که در بهزیستی درمانی، خودنگری درمانجو از افکارش بیشتر مبتنی بر بهزیستی است تا بر موارد ناراحتی و تنش (روئینی و فاوا، ۲۰۰۴). به‌طور کلی، روش‌های اصلی برای کمک به درمان‌جویان جهت غلبه بر نقایص موجود، در بهزیستی روان‌شناختی، عبارت‌اند از بازسازی شناختی افکار خودکار، زمان‌بندی فعالیت‌هایی که احساس تسلط و کنترل یا لذت تولید می‌کنند، آموزش جرات، جسارت و حل مسئله (روئینی و فاوا، ۲۰۰۴). بنابراین با توجه به شیوع چشمگیر مصرف مواد محرک و تأثیرات مخرب فردی، خانوادگی و اجتماعی آن و با در نظر گرفتن تأثیرات امید بخش درمان‌های مثبت گرا از جمله بهزیستی درمانی بر درمان اختلالات خلقی، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی بهزیستی درمانی بر شاخص ولع مصرف در مردان مصرف‌کننده مت‌آمفتامین انجام شد.

روش

پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه مردان وابسته به مت‌آمفتامین^۱ (شیشه) تشکیل دادند که طی دی ماه تا اسفند ماه ۹۲ به مرکز تی‌سی کرج مراجعه و تحت درمان بودند و بر اساس تشخیص روان‌پزشک معتمد در مرکز درمان و با انجام مصاحبه بالینی ساختار یافته^۲ توسط روان‌شناس بالینی، مبتلا به سوءمصرف مواد تشخیص داده شدند. از این جامعه آماری ۹ نفر (مرد) انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل اختصاص یافتند. طی مراحل درمان در گروه آزمایش ۲ نفر قبل از خاتمه پژوهش درمان را ترک نمودند. در گروه کنترل نیز ۱ نفر در پس‌آزمون شرکت نکرد که تعداد شرکت‌کنندگان نهایی در گروه آزمایش و گروه کنترل هر کدام به ۳ نفر کاهش یافت. مداخله درمان بهزیستی به صورت انفرادی به مدت ۱۲ جلسه و هر جلسه ۵۰ دقیقه (سه ماه، هفته‌ای یک جلسه، دو جلسه ابتدایی به مصاحبه بالینی و یک جلسه نهایی به جمع‌بندی و ختم درمان اختصاص یافت) اجرا شد. شرکت‌کنندگان گروه کنترل طی جلساتی که گروه آزمایش مداخله دریافت می‌نمود، با حضور در مرکز درمان فقط مورد معاینه طبی قرار گرفتند. به منظور رعایت اصول اخلاقی، پس از پایان پژوهش به گروه کنترل نیز پنج جلسه درمان بهزیستی ارائه شد. پس از اتمام جلسات درمان، کلیه شرکت‌کنندگان توسط مقیاس تصویری سنجش ولع مصرف مورد ارزیابی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: (۱) دامنه سنی ۲۰-۴۰ سال؛ (۲) سطح تحصیلات حداقل دیپلم؛ (۳) سابقه اعتیاد بین ۵-۱ سال؛ (۴) مقدار مصرف (بین ۵/۱ تا ۱ گرم در روز) و (۴) سکونت در شهر تهران و حومه آن با انحراف ۳۰ کیلومتر مربع. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: (۱) وابستگی هم‌زمان به مواد دیگر؛ (۲) عقب‌ماندگی یا اختلالات شدید روان‌پزشکی و (۳) بیماری‌های شدید جسمانی. همچنین به منظور اطمینان از تعهد آزمودنی‌ها نسبت به پرهیز از مصرف، ادرار شرکت‌کنندگان به مدت یک‌ماه به صورت دو بار در هفته و پس از آن هر ۱۵ روز یک‌بار به صورت تصادفی اخذ و بر اساس آستانه مفروض سیدنانوگرم در میلی‌لیتر تحلیل شد. علاوه‌براین، دو گروه از لحاظ سوابق تحصیلی، سنی، طبقه اجتماعی، سنوات و مقدار مصرف همگن شدند و اثر احتمالی متغیرهای مذکور بر متغیر وابسته حذف شد. در جدول ۱، محتوی درمان بهزیستی به ترتیب جلسات به‌طور خلاصه ارائه شده است.

جدول ۱- خلاصه‌ای از محتوی جلسات درمان بهزیستی

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	ت در مورد چهارچوب بهزیستی درمانی / نقش درمانگر و مسئولیت‌های مراجع بحث می‌شود / نقش فقدان هیجان‌ات مثبت در تداوم وابستگی به مواد مطرح می‌شود / کاربرد معرفی ثبت خود

1 - Ruini & Fava

2 - Methamphetamine

3 - Structured Clinical Interview for DSM-4

چهارم	بررسی تکالیف جلسه قبل / شناسایی دوره‌های بهباشی به کمک کشف هیجان‌ثابت / ترغیب شخص به ثبت رویدادها در دفترچه خاطرات / کاربرد رهاسدن از کینه
پنجم	بررسی تکالیف جلسه قبل / خوش بینی 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 تجرب ناکام‌کننده به جای انکار یا تلاش برای فراموشی آنها / کاربرد نامه امید
هفتم	بررسی تکالیف جلسه قبل / استفاده از مکان‌های عمومی در کشف استدلال‌های غیرمنطقی / هدف‌مندی واکنش اهداف بلند مدت در جهت‌دهی به زندگی / کاربرد موهبت‌ها
هشتم	کاربرد موهبت‌ها / بخشش به عنوان وسیله قدرتمندی که می‌تواند خشم را به هیجان‌ثابت تبدیل کند / تسلط بر محیط به عنوان مولفه‌ای از سلامت‌روان / کاربرد نامه بخشش
نهم	بررسی تکالیف جلسه قبل / رشد شخصی و بررسی میزان تحول‌شناختی اجتماعی و یا دوره‌های رکود احتمالی / نقش شناخت‌های ناکارآمد در ایجاد رکود / کاربرد ثبت عواطف
دهم	بررسی تکالیف جلسه قبل / قدردانی به‌عنوان تشکر بادوام مورد بحث قرار می‌گیرد و خاطرات خوب و بد مجدداً با تأکید بر قدردانی برجسته می‌شوند / مثال‌های عملی از تأثیر خوش بینی و بدبینی بر مصرف مواد و پرهیز از مصرف / کاربرد قدردانی
یازدهم	بررسی تکالیف جلسه قبل / ارائه مولفه‌های خودمختاری و روابط مثبت بادیگران / 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

در این مطالعه از چک‌لیست جمعیت‌شناختی، مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات DSM-4 (SCID) و شاخص تصویری ولع-مصرف استفاده شد.

۱- چک‌لیست جمعیت‌شناختی: این چک‌لیست 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.

۲- مصاحبه بالینی ساختاریافته: یک مصاحبه بالینی توسط متخصص بالینی مجرب است که برای تشخیص اختلال‌های محور یک بر اساس DSM-4 به کار می‌رود (فیرست، اسپیتزر، گیبون و ویلیامز^۱، ۲۰۰۲). ضریب پایایی بین‌ارزیاب‌ها برای SCID، ۰/۶۰ گزارش شده است (فیرست، اسپیتزر، گیبون و ویلیامز، ۲۰۰۲). توافق تشخیصی این ابزار به زبان فارسی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی با پایایی بالاتر از ۰/۶۰ مطلوب بوده است (شریفی، اسدی، محمدی، امینی، کاویانی، سمنانی و همکاران^۲، ۲۰۰۹). ضریب کاپا برای کل تشخیص‌های فعلی و تشخیص‌های طول عمر به ترتیب ۰/۵۲ و ۰/۵۵ به‌دست آمده است (شریفی، اسدی، محمدی، امینی، کاویانی، سمنانی و همکاران^۳، ۲۰۰۹).

۳- شاخص تصویری سنجش ولع مصرف: این ابزار با به‌کارگیری محرک‌های تصویری ایجادکننده ولع مصرف، میزان ولع را ارزیابی می‌نماید. این آزمون در بردارنده ۱۲ تصویر می‌باشد، نشانه‌های تصویری بنا به نوع ماده مصرفی متفاوت می‌باشد، همچنین دو تصویر (خودکار و باتری) از دوازده تصویر موجود، خنثی می‌باشند. اگر میانگین نمرات ایجادکننده ولع مصرف در دو تصویر از بیست بیشتر باشد، اشکال در پاسخ‌دهی تلقی شده و از تحلیل آماری حذف می‌شود. پس از ارائه تصاویر به بیمار از او خواسته می‌شود که میزان ولع فراخوانده شده در خود را بر روی پیوستاری از "به‌هیچ‌وجه" تا "خیلی زیاد" انتخاب نماید. این آزمون در سال ۱۳۸۷ توسط اختیاری و همکاران (اختیاری، عدالتی، بهزادی، صفایی، نوری و مکرری^۳، ۲۰۱۰) ساخته و کارایی آن تایید شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای مصرف‌کنندگان مت‌آفتامین ۰/۹۰ گزارش شده که بیانگر همسانی درونی بالای ابزار فوق می‌باشد.

1 - First, Spitzer, Gibbon & Williams

2 - Sharifi et al

3 - Ekhtiari, Edalati, Behzadi, Safaei, Noori & Mokri

۴- تست ادرار: این ارزیابی توسط کیت‌های (مت‌آمفتامین) نشانگر اعتیاد به مدت چهار هفته به صورت دوبر در هفته و پس از آن هر ۱۵ روز یکبار به صورت تصادفی گرفته می‌شود. اعتبار نمونه ادرارها با روش ایمنونوکروماتوگرافی با آستانه ۳۰۰ نانوگرم در شرایط آزمایشگاهی و توسط کیت حاوی ذرات متصل به آنتی‌بادی مونوکلونال ضد محرک و ترکیب پروتئین مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته ها

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از شاخص‌های میانگین، انحراف استاندارد، آزمون کای‌اسکوئر و آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغییره به کمک نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۲۲ تحلیل شدند که در جداول زیر نشان داده شده‌اند. قبل از انجام تحلیل‌های آماری، مفروضه‌های آزمون تحلیل کواریانس از جمله، نرمال بودن توزیع متغیر ولع مصرف و یکسانی واریانس‌ها توسط دو آزمون کالمگروف اسمیرنف و لون مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج آزمون کالمگروف اسمیرنف نشان داد که متغیر ولع مصرف از توزیع نرمال برخوردار می‌باشد ($p > 0/01$). همچنین یکسانی واریانس‌ها پس از بررسی توسط آزمون لون احراز شد ($p > 0/01$). توزیع جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲- توزیع ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

شاخص	ابعاد	گروه آزمایش (n=۳)	گروه کنترل (n=۳)
		N / %	N / %
وضعیت تاهل	مجرد	۱ (۳۳٪)	۱ (۳۳٪)
	متاهل	۲ (۶۷٪)	۱ (۳۳٪)
	جدا شده	۰ (۰٪)	۰ (۳۳٪)
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۱ (۳۳٪)	۰ (۰٪)**
	بالتر از دیپلم	۲ (۶۷٪)	۳ (۱۰۰٪)**
وضعیت شغلی	شاغل	۲ (۶۷٪)	۱ (۳۳٪)
	بیکار	۱ (۳۳٪)	۲ (۶۷٪)
درآمد ماهانه	> یک میلیون تومان	۱ (۳۳٪)	۲ (۶۷٪)
	< یک میلیون تومان	۲ (۶۷٪)	۱ (۳۳٪)
	۱۸-۲۵ سال	۳ (۱۰۰٪)**	۲ (۶۷٪)
سن (سال)	< ۲۵ سال	۰ (۰٪)	۱ (۳۳٪)
	کرد	۱ (۳۳٪)	۰ (۰٪)
قومیت	لر	۱ (۳۳٪)	۱ (۳۳٪)
	ترک	۱ (۳۳٪)	۲ (۶۷٪)
	فارس	۰ (۰٪)	۱ (۰۹٪)

* $p < .05$.

** $p < .01$.

جدول ۱ توزیع جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش را نشان می‌دهد. نتایج آزمون کای‌اسکوئر نشان داد که در شاخص تحصیلات شاهد تفاوت در توزیع متغیر مذکور در بعد درون‌گروهی می‌باشیم ($p < 0/01$)، همچنین تفاوت درون‌گروهی شاخص سن هم در گروه آزمایش معنادار می‌باشد ($p < 0/01$). هرچند در شاخص مذکور تفاوت معناداری در بعد بین‌گروهی مشاهده نشد ($p > 0/05$). توزیع نمرات ولع مصرف بر اساس میانگین و انحراف استاندارد در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد متغیر ولع مصرف در پیش آزمون و پس آزمون

شاخص	مرحله	گروه	میانگین و انحراف استاندارد	p-value
ولع مصرف	پیش آزمون	آزمایش	۳۵ (۴/۱۲)	۰/۰۵ >
		کنترل	۳۴ (۳/۵۹)	
	پس آزمون	آزمایش	۳۴ (۳/۴۹)	
		کنترل	۳۴ (۳/۷۴)	

همان طور که در یافته‌های جدول ۳ مشاهده می‌شود تفاوت میانگین و انحراف استاندارد نمرات شاخص ولع مصرف در دو گروه معنادار نمی‌باشد ($p < 0/05$). به منظور بررسی دقیق تفاوت دو گروه از آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیره استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل کواریانس به منظور مقایسه نمرات ولع مصرف در پس آزمون در دو گروه پژوهش

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	مجذور اتا
پیش آزمون	۱۰۲۲/۷۲	۱	۱۰۲۲/۷۲	۱/۱۲	۰/۹۷	۰/۱۴
گروه	۹۱۳/۱۴	۱	۹۱۳/۱۴	-	-	-
خطا	۱۳۷/۵۵	۵	۲۷/۵۱	-	-	-

گروه آزمایش و کنترل در متغیر ولع مصرف نشان می‌دهد که بین دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج ارائه شده در جداول فوق الذکر بیانگر آن است که درمان بهزیستی نتوانسته بر شاخص ولع مصرف اثربخشی معناداری ایفا نماید ($p > 0/05$).

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر در راستای تغییر نگاه از رویکرد مشکل مدار به رویکرد پرورش توانمندی‌ها صورت پذیرفت. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان بهزیستی بر بهبود شاخص ولع مصرف در بیماران وابسته به مواد تحت درمان اقامتی اجتماع مدار بود. نتایج نشان داد که درمان بهزیستی در بهبود شاخص مذکور در بیماران وابسته به مواد تأثیر معناداری نداشت ($p > 0/05$). یافته‌های این پژوهش ناهمسو با پژوهش‌های گذشته است که اثر بخشی بهزیستی درمانی را در درمان اختلالات عاطفی، خلقی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی مورد تایید قرار داده‌اند. ناهمسو با یافته‌های مطالعه حاضر، پیرنیا و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه ای به بررسی اثربخشی درمان مثبت گرا بر شاخص ولع مصرف پرداختند. نتایج نشان داد که درمان مثبت گرا اثربخشی معناداری بر شاخص ولع مصرف ایفا نموده است. در پژوهشی که فاوا و تومبا (۲۰۰۹) با عنوان افزایش بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری به کمک روش‌های روان‌درمانی (WBT) و با هدف بررسی میزان اثر بخشی بهزیستی درمانی انجام دادند، نشان داد که شکوفایی و انعطاف‌پذیری را می‌توان به واسطه مداخلات خاص که منجر به ارزیابی مثبت از خود، احساس رشد پایدار، اعتقاد به زندگی مثبت و معنادار، فرایند روابط مثبت با دیگران، توانایی مدیریت موثر زندگی و احساس خود تعیین‌گری، به وجود آورد، همچنین کاهش آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی و اضطراب به واسطه بهزیستی درمانی نشان داده شده است. در این راستا در مطالعه‌ای که معینی زاده و سالامگا^۱ (۲۰۱۰) با عنوان بهزیستی درمانی افسردگی بر روی نمونه ای مشتمل بر ۴۰ آزمودنی در سال ۲۰۱۰ انجام دادند، نشان داد که تفاوت معناداری بین نمرات قبل و بعد از درمان وجود داشت و بهزیستی-درمانی (WBT) از درمان شناختی رفتاری (CBT) موثرتر بوده است و نتایج بیانگر مزایای افزودن بهزیستی درمانی به دیگر رویکردهای درمانی است. فاوا، رافانلی، کازارو، کونتی و گرنیدی (۱۹۹۸) بهزیستی درمانی را به عنوان رویکرد درمانی جدید برای نشانه‌های باقی‌مانده

¹ - Moeenizadeh & Kumar

اختلالات خلقی (افسردگی اساسی، اختلال هراس همراه با موقعیت هراسی (آگورا فوبی)^۱، ترس اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس اجباری) به کار بردند. نتایج نشان داد که هم بهزیستی درمانی و هم درمان شناختی رفتاری با کاهش معنادار نشانه‌های باقی‌مانده همراه بودند. علاوه بر این گلیار یزدی، شعریاف، موسوی فر و معینی زاده (۱۳۹۰) نشان دادند که بهزیستی درمانی در کاهش استرس و افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور اثرگذار است. به منظور تبیین یافته‌های پژوهشی و درک چرایی عدم معناداری درمان بهزیستی بر شاخص ولع مصرف در افراد وابسته به مواد بر اساس بررسی پیشینه پژوهشی و تجربه بالینی محقق، تبیین‌های لازم به شرح زیر ارائه شده است:

(۱) مراحل زمانی اجرای آزمون‌ها

یکی از دلایل تبیین‌کننده عدم معناداری مداخله، زمان بندی اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون‌ها بوده است، بدین صورت که مداخله بهزیستی درمانی بر روی نمونه‌ای با سابقه ۱ ماه اقامت در مرکز اجرا شد که مصادف با مرحله ماه غسل می‌باشد و در این مرحله، پیش‌آزمون اجرا شد، در حالی که پایان فرایند درمان ۳ ماهه در مرحله دیوار بوده است، از این رو نمرات بالای پیش‌آزمون و نمرات نه چندان بالا در پس‌آزمون (عدم معناداری) قابل توجیه و درک می‌باشد.

جدول ۳- مقایسه ابعاد دو مرحله ماه غسل و دیوار

ابعاد	مرحله ماه غسل (۱۵-۴۵ روز)	مرحله دیوار (۴۵-۱۲۰ روز)
رفتاری	انرژی زیاد، رفتار بدون تمرکز	از دست دادن انرژی
شناختی	ناتوانی در اولویت‌بندی	دلیل تراشی برای عود
عاطفی	اعتماد به نفس بیش از حد یا احساس درمان شدن	عدم توان لذت‌بردن
ارتباطی	انکار اختلال اعتیاد	بی‌قراری، سرزنش و بی‌صبوری

(۲) فقدان باز نمودهای دیداری در پروتکل شناختی رفتاری

درمان‌های شناختی رفتاری که اغلب متکی بر قلم و کاغذ هستند کمتر می‌توانند با نیازهای مصرف‌کنندگان مت‌آفتامین منطبق باشند، از این رو کمبود جنبه‌های دیداری و تجسمی به شدت احساس می‌شود. بنابراین به علت آسیب حافظه کوتاه مدت در افراد وابسته به مت‌آفتامین، درمان‌های شناختی رفتاری و از جمله بهزیستی درمانی که بر کلمات متکی هستند و از تجسم و تصویرسازی ذهنی استفاده نمی‌کنند کمتر اثر بخش هستند (راسون، هوبر، مک کان، شاپ تا، فارابی، ریبر و لینگ^۲، ۲۰۰۲).

(۳) فردی بودن درمان در برابر درمان گروهی

تعامل با گروه همسان در مرکز درمانی می‌تواند با کارآمدی درمان مرتبط باشد (بارنت و اسویندل^۳، ۱۹۹۷). اسویندل و همکاران (۱۹۹۵)، ۴۶۶ بیمار را به طور تصادفی در دو برنامه درمان وابستگی به الکل وارد نمودند. برنامه درمانی اول، ارائه دهنده درمان جامع انفرادی و برنامه دوم، بر تعامل گروه هم‌سان متکی بود. نتایج نشان داد بیمارانی که وارد برنامه دوم شده بودند، برآیند درمانی بهتری را نشان دادند که بیانگر اهمیت بالقوه گروه هم‌سان در برنامه‌های درمان الکلیسم بود (نوروزی، ۱۳۸۹). گاهی درمان فردی بوده اما نوعی تعامل بین بیماران وجود دارد، آن‌ها کنار یکدیگر صدای هم را می‌شنوند و به گونه‌ای با یکدیگر تعامل دارند. درمان گروهی این مزیت را دارد که دیگران هم در گروه می‌توانند در مورد داشتن احساس بهتر سخن بگویند. تجربه و حمایت همسالان در فرایند درمان حائز اهمیت می‌باشد (راسون، ریچارد، ۲۰۱۴).

(۴) حجم کم نمونه

به دلیل حجم کم نمونه (سه نفر در هر گروه) و به تبع آن افزایش خطای اندازه‌گیری، معناداری یافته‌ها به تغییرات بسیار فاحش و چشمگیری نیاز دارد که این عامل نیز می‌تواند یکی از عوامل احتمالی عدم معناداری یافته‌ها باشد.

¹ - Agoraphobia

² - Rawson, Huber, McCann, Shoptaw, Farabee, Reiber & Ling

³ - Barnett, P. G., & Swindle

روان درمانی و اعتیاد؛ اثربخشی بهزیستی‌درمانی بر شاخص ولع مصرف درمردان وابسته به مت‌امفتامین تحت درمان اقامتی کوتاه‌مدت، یک کارآزمایی
 Psychotherapy and Addiction; Examining the Effectiveness of Well-being group therapy on Craving Index...

پژوهشی که از نظر گذشت، تلاشی بود در جهت بررسی اثربخشی درمان نوظهور بهزیستی در چارچوب روان‌شناسی مثبت‌گرا بر روی نمونه مصرف‌کنندگان مت‌امفتامین تحت درمان اقامتی اجتماع مدار در ایران. نتایج مطالعه نشان داد که این درمان اثربخشی معناداری بر شاخص ولع مصرف نداشته است ($p > 0/05$). در تبیین یافته‌های مذکور می‌توان به حجم پایین نمونه، مراحل زمانی ارزیابی و تقارن آن‌ها با وهله‌های شناخته شده دوران ترک، فقدان یاری جستن از شاخص‌های بصری در درمان‌های متداول رفتاری شناختی و نهایتاً فردی بودن درمان اشاره نمود.

یافته‌های این پژوهش با چندین محدودیت همراه بود. عمده‌ترین این محدودیت‌ها عبارت بودند از: (۱) با توجه به کوچک بودن حجم نمونه، یافته‌ها باید به عنوان نتایج اولیه تفسیر شوند و این وضعیت قدرت آماری به‌منظور تشخیص اثرات و قابلیت اطمینان را به‌طور قابل توجهی محدود می‌سازد، (۲) مقطعی بودن مطالعه مانع استنتاج کلی و پیش‌بینی جامع می‌گردد، (۳) استفاده از روش ارزیابی خود گزارشی غالباً تمایل به ایجاد تصویر مطلوب اجتماعی را به‌وجود می‌آورد، از این‌رو استفاده از روش‌های خود گزارش‌دهی با امکان سوگیری همراه می‌باشد، از این‌رو استفاده از روش‌های سنجش آزمایشگاهی در مطالعات آتی پیشنهاد می‌شود.

منابع

- گلبار یزدی، هانیبه؛ شریف، حمیدرضا؛ موسوی فرد، نهضت؛ معینی زاده، مجید (۱۳۹۰). اثربخشی درمان بهزیستی بر استرس و بهزیستی روان‌شناختی زنان ناباور. *مجله زنان و مامائی و نازائی ایران*. ۱۵(۲)، ۴۹-۵۶.
- عابدی، میرشاه‌جعفری، ابراهیم، لیاقتدار، & محمدجواد. (۲۰۰۶). هنجاریابی پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه‌های اصفهان. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۱۲(۲)، ۹۵-۱۰۰.
- نوروزی، علیرضا. (۱۳۸۹). *خدمات بستری در درمان اعتیاد (۱۶-۳۷)*. تهران: انتشارات ماه و مهر نو.
- Adrian, M. (2001). Do treatments and other interventions work? Some critical issues. *Substance use & misuse*, 36(13), 1759-1780.
- Argyle, M., & Crossland, J. (1987). The dimensions of positive emotions. *British Journal of Social Psychology*, 26(2), 127-137.
- Barnett, P. G., & Swindle, R. W. (1997). Cost-effectiveness of inpatient substance abuse treatment. *Health Services Research*, 32(5), 615.
- Barry, K. L. (1999). Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 34. Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment: Rockwell, MD.
- Daley, D.C., & Marlatt, G.A. (2005). *Relapse prevention*. In J.H. Lowinson, P. Ruiz, R.B. Millman, & J.G. Langrod (Eds.), *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 772-785.
- Ekhthari, H., Alam-Mehrjerd, Z., Nouri, M., George, S., & Mokri, A. (2010). Designing and evaluation of reliability and validity of visual cue-induced craving assessment task for methamphetamine smokers. *Basic and Clinical Neuroscience*, 1(4), 34-37.
- 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., & Tomba, E. (2009). Increasing Psychological Well-Being and Resilience by Psychotherapeutic Methods. *Journal of Personality*, 77(6), 1903-1934
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute; 2002. *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition (SCID-I/P)*.
- Hills, P., & Argyle, M. (2002). The Oxford Happiness Questionnaire: A compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 33(7), 1073-1082.
- Leshner, A. I. (1999). Science-based views of drug addiction and its treatment. *Jama*, 282(14), 1314-1316. Maddox, W. T. (2002). Toward a unified theory of decision criterion learning in perceptual categorization. *Journal of the experimental analysis of behavior*, 78(3), 567-595.
- Mathers, C. D., Bernard, C., Iburg, K. M., Inoue, M., Ma Fat, D., Shibuya, K., ... & Xu, H. (2003). *Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Geneva: World Health Organization.
- 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.
- Moeenizadeh M, Kumar K. *Well-being therapy (WBT) for depression*. *Int J Psycholl Stud* 2010;2(1):107-115.
- Naghavi, M. (2006). Transition in Health Status in the Islamic Republic of Iran. *Iranian Journal of Epidemiology*, 2(1), 45-57.

- Pirnia B, Mansour S, Hajsadeghi Z, Rahmani S, Pirkhaefi A, Soleimani A. *Comparing the Effectiveness of two treatments of Meta cognitive Therapy (MCT) and Positive-oriented Therapy (PPT) on index of Craving for Male Methamphetamine users*. *chj*. 2016; 10 (2) :42-51
- Radfar, S. R., & Rawson, R. A. (2014). Current research on methamphetamine: Epidemiology, medical and psychiatric effects, treatment, and harm reduction efforts. *Addiction and Health*, 6(3).
- 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.
- Rawson, R., Huber, A., McCann, M., Shoptaw, S., Farabee, D., Reiber, C., & Ling, W. (2002). A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches for cocaine dependent methadone maintained individuals. *Archives of General Psychiatry*, 59, 817-824.
- Ruini, C. H. I. A. R. A., & Fava, G. A. (2004). Clinical applications of well-being therapy. *Positive psychology in practice*, 371-387.
- 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.
- Sawyer Radloff, L., & Teri, L. (1986). Use of the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale with Older Adults. *Clinical Gerontologist*, 5(1-2), 119-136.
- Seligman, M. E. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Oxford University Press.
- Sharifi, V., Assadi, S. M., Mohammadi, M. R., Amini, H., Kaviani, H., Semnani, Y., ... & Jalali, M. (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.
- Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of general psychiatry*, 12(1), 63-70.





شپوهنگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی