

مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مدل ماتریکس با و بدون هیپنوتیزم بر وسوسه مصرف بیماران وابسته به متامفتامین

مهدی پوراصغر^۱، مصطفی رئیسی^۲، میثم کرد^۳

^۱ روانپزشک، هیات علمی و دانشیار دانشگاه علوم پزشکی مازندران (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری

^۳ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مدل ماتریکس با و بدون هیپنوتیزم بر ولع مصرف بیماران وابسته به متامفتامین انجام شده است. این تحقیق از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون است. در این پژوهش ۲۶ مرد وابسته به متامفتامین که به صورت غیر تصادفی از بین مراجعین در دسترس انتخاب شدند، به شکل تصادفی در دو گروه آزمایشی ۱۳ نفر قرار داده شدند. این افراد که حداقل ۱۸ ماه از سوءمصرفشان به این ماده می‌گذشت به مدت دو هفته تحت درمان بستری با داروهای روان‌پزشکی قرار گرفتند و پس از آن با معیارهای ورود به پژوهش تحت روان‌درمانی قرار گرفتند. در گروه آزمایشی ۱ درمان‌جویان به مدت ۲۴ جلسه تحت روان‌درمانی به شیوه شناختی - رفتاری مدل ماتریکس قرار گرفتند و گروه آزمایشی ۲ طی ۲۴ جلسه تحت روان‌درمانی ماتریکس هیپنوتیزمی قرار گرفتند. در هر دو گروه بیماران با پرسشنامه سنجش ولع مصرف مواد (DDQ) یک هفته قبل از شروع روان‌درمانی و همچنین بلافاصله بعد از پایان جلسات مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها به کمک روش آماری کوواریانس، کای دو و آزمون U مان - ویتنی برای هر دو گروه مستقل تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که درمان مدل ماتریکس به طور معناداری در کاهش وسوسه مصرف بیماران وابسته به متامفتامین تحت درمان موثر است همچنین درمان ماتریکس هیپنوتیزمی نیز به طور معناداری در کاهش وسوسه مصرف بیماران وابسته به متامفتامین تحت درمان موثر است و تفاوت متغیر وسوسه مصرف و مولفه‌های آن بین دو گروه معنادار می‌باشد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی - رفتاری مدل ماتریکس در کنترل ولع مصرف بیماران همزمان با افزوده شدن درمان هیپنوتیزمی افزایش می‌یابد.

واژه‌های کلیدی: ماتریکس، ولع مصرف، متامفتامین، هیپنوتیزم

مقدمه

امروزه تمام جوامع بشری به درجات مختلف گرفتار وابستگی و سوء مصرف مواد می‌باشند و جامعه ما نیز از این امر مستثنی نیست این مسئله تأثیر همه‌جانبه و تخریب‌کننده‌ای در تمام سطوح جامعه داشته است سوء مصرف مواد به کاهش عملکرد شغلی، تحصیلی، تصادفات، مسمومیت ضمن انجام وظیفه و غیبت از کار و جنایات می‌گردد. مطالعات نشان داده ۴۹٪ قتل‌ها، ۶۸٪ درگیری‌ها منجر به قتل ۵۰٪ از مرگ‌ومیرهای ناشی از سوانح رانندگی، ۲۰٪ دزدی‌ها، ۳۵٪ خودکشی‌ها، ۵۲٪ تجاوز به عنف، ۶۲٪ از دعوای رو درگیری‌ها، ۶۹٪ از غرق‌شدگی‌ها و بیش از ۵۰٪ از همسر آزاری‌ها با مصرف الکل و مواد مخدر ارتباط دارد (کاپور و همکاران، ۲۰۲۱).

اهداف درمانی بر سه مورد تأکید می‌کنند که در ابتدا قطع وابستگی جسمی به مواد، دوم قطع وابستگی روانی و کاهش پیامدهای غیر جسمی ناشی از مصرف مواد همچون اضطراب، افسردگی و بهبود کیفیت زندگی و در نهایت پیش‌گیری از عود مجدد بیماری را شامل می‌شود (جالی و توکر، ۱۹۹۹) از طرفی چندبعدی بودن پدیده ولع مصرف مواد، تغییرات آن در زمان‌های مختلف و تلقی متفاوت از ولع مصرف در میان افراد و فرهنگ‌های مختلف از جمله مهم‌ترین دشواری‌ها در تعریف ولع مصرف مواد برشمرده شده است (اختیاری، ۲۰۰۸؛ آبرامز، ۲۰۰۰).

مطالعه در مورد پدیده ولع مصرف از دهه ۹۰ مورد توجه بسیار قرار گرفته است و مطالعات متعددی پیرامون ولع مصرف در مورد الکل، کوکائین، هروئین و دیگر مواد مورد سوء مصرف در سال‌های اخیر انجام شده است. تجربیات بالینی و مطالعات مختلف نشان داده‌اند که ولع مصرف می‌تواند تحت تأثیر عوامل مختلف از قبیل شرایط اجتماعی، فشارهای روانی و اضطراب و افسردگی قرار گیرد (آلترمن و همکاران، ۱۹۹۰).

از طرفی تاکنون تعاریف گوناگونی هم از ولع مصرف مواد مطرح گردیده و این پدیده شناختی با رویکردهای متفاوتی مورد بررسی قرار گرفته است. پژوهشگران و متخصصین بالینی از این واژه در جایگاه‌های متفاوتی برای نشان دادن احساس دوست داشتن، خواستن، ضرورت، وسوسه، تمایل، احتیاج، قصد یا اجبار به استفاده از مواد، استفاده می‌کنند (اپلینگسین و همکاران، ۲۰۲۱). بسیاری از مراجع، ولع مصرف مواد را «تمایل برای مصرف مواد» تعریف می‌نمایند. بر این اساس وجود جزء «تجربه ذهنی» را تجربه فردی آگاهانه هسته اصلی این پدیده را تشکیل می‌دهد (نیارا و همکاران، ۱۹۹۸؛ کاسل و همکاران، ۱۹۹۲).

یا در تحلیلی از زیکلر برای ولع، پس از رسیدن به حالت پرهیز، میل شدیدی برای تجربه دوباره اثرات ماده مصرفی دیده می‌شود. این احساس ممکن است از چند ساعت پس از ترک تا چندین ماه پس از پایان درمان دیده شود. این پدیده معمولاً به میزان زیادی، در نخستین ماه‌های سم‌زدایی گزارش می‌شود. سپس فراوانی و شدت آن، کاهش می‌یابد، اگرچه به‌ندرت ناپدید می‌شود (زیکلر، ۲۰۰۵).

در سال‌های اخیر پیشرفت‌های زیادی در زمینه درمان اختلالات مصرف مواد ایجاد شده و گزارش‌های مختلف اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و برتری آن در مقایسه با عدم درمان، درمان دارویی به تنهایی یا درمان‌های غیراختصاصی و نیز اثربخشی حداقل برابر آن با سایر مداخلات روان‌شناختی در درمان اختلالات مختلف اعتیادی در جمعیت‌های مختلف ارائه

^۱Abrams

^۲Subjective experience

^۳Niaura et al

*Kassel

شده است. به عنوان مثال فراتحلیل ایروین و همکاران (۱۹۹۹) کارول و همکاران (۲۰۰۷) کادن (۲۰۰۲) نشان داده‌اند که مداخلات شناختی - رفتاری نقش مؤثری در کاهش مصرف و میزان اشتیاق تجربه شده بیمار داشته و سهم عمده‌ای در بهبود نشانگان روانی و کاهش میزان عود در بازگشت به مصرف مواد داشته‌اند (میلر و همکاران، ۲۰۰۶) درمان شناختی - رفتاری شیوه‌ای کوتاه‌مدت و متمرکز بوده که به مصرف‌کنندگان مواد کمک می‌کند تا موقعیت‌هایی را که در آن احتمال سوءمصرف مواد بالا می‌رود را شناسایی و در زمان‌های لازم از این موقعیت‌ها دوری کرده و در نهایت به شیوه مؤثری با طیف مشکلات و رفتارهای مساله دار مرتبط با مواد مقابله کنند (لائو و مک مین، ۲۰۰۵). در روش شناختی - رفتاری تکنیک‌های مختلفی به کار گرفته می‌شود. در این روش فنون رفتاری به‌طور عمده دربرگیرنده شیوه‌های اجتناب از موقعیت‌های محرک و یا تغییر پاسخ نسبت به چنین محرک‌ها و دادن پاسخ‌های تازه به آن می‌باشد. استفاده از تکنیک‌های آرامش عضلانی در هنگام اضطراب شدید به‌جای استفاده از مواد و ارائه تقویت‌های تازه و مناسب نیز از فنون دیگر درمان می‌باشد. با استفاده از تکنیک‌های شناختی نیز مراجع قادر می‌شوند که افکار منجر به مصرف مواد را شناسایی، افکار معیوب را تشخیص داده و بکوشند تا به جای آن افکار مناسبی را جایگزین کنند. با این فنون به مراجعه‌کنندگان آموزش داده می‌شود که روابط و موقعیت‌ها را با دید تازه‌ای بنگرند (کارول و رورزنایل، ۲۰۰۷).

مدل‌های شناختی - رفتاری می‌تواند اثربخشی درمان اعتیاد را افزایش دهد (اورکی و مطبوعی، ۱۳۹۱). در شیوه درمان شناختی رفتاری به درمان‌جو کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف‌شده و رفتار ناکارآمد خود را تشخیص دهد و برای آن بخش‌های منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان‌یافته‌ای وجود دارد. درمان شناختی رفتاری در بررسی خود بر عاطفه، شناخت و رفتار، متمرکز می‌شود و به این ترتیب، هر سه حوزه را هم‌زمان در نظر می‌گیرد. از جمله درمان‌های شناختی - رفتاری مدل درمانی ماتریسی است که در پیشگیری از بازگشت به اعتیاد و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر است. مدل ماتریسی برای درمان بیماران سرپایی و در پاسخ به تقاضای شدید برای خدمات درمانی سوءمصرف محرک‌ها بنیان نهاده شد (راوسن و همکاران، ۲۰۰۴). هدف این برنامه ایجاد مدلی برای بیماران سرپایی است و به نیازهای بیماران سوء مصرف‌کننده محرک‌ها پاسخگو بوده و در ضمن پروتکلی تکرارشونده و قابل ارزیابی است. کاربردهای مدل ماتریسی در حوزه‌های مختلف برای درمان وابستگی به کوکائین (راوسن، ابرت، مک کان و مان، ۱۹۸۶)، مصرف دارو و الکل، بهبود در شاخص‌های روان‌شناختی و کاهش رفتارهای پرخطر جنسی مرتبط با انتقال HIV (راوسن و همکاران، ۲۰۰۸، شاپ تاو، راوسن، مک کان و ابرت، ۱۹۹۴) درمان افراد وابسته به متامفتامین و کوکائین (هاپر و همکاران، ۱۹۹۷) و همچنین در افزایش کارآمدی درمان

۱rvin

۲kadden

۳Miller

۴Lao

۵Mcmain

۶Garroll

۷Rounsaille

۸Rawson

۹Rawson, Obert, McCann, and Mann

۱۰Huber

نالتروکسان برای افراد وابسته به مواد افیونی (راوسون و همکاران، ۲۰۰۸) به اثبات رسیده و این اثربخشی درمان، حمایت تجربی برای استفاده از این مدل را فراهم کرده است.

از طرفی پژوهش‌هایی از افزایش اثربخشی درمان‌های شناختی- رفتاری در فضای هیپنوتیزمی حکایت دارد چراکه هیپنوتراپی یکی از روش‌هایی است که توانایی کنترل علائم پس از ترک از جمله اضطراب و بی‌خوابی را دارد (ویلیکینسون، ۱۹۸۱) از سویی بررسی‌ها نشان داده‌اند که معتادان مواد را برای کاهش تنش، دستیابی به آرامش و بهتر کردن خلق به کار می‌برند (گلبر، گات، مایانو و کاون، ۱۹۹۶) و تأثیر خوب هیپنوتراپی در موارد پیش گفت ضرورت استفاده از هیپنوتراپی را برجسته می‌کند. لمر (۱۹۵۹) فیمستر و براون (۱۹۶۳) و کوتلا (۱۹۶۷) روش بی‌آزارسازی هیپنوتیزمی را به‌خوبی در درمان اعتیاد به کار گرفتند. کروپنیک و کلور (۱۹۹۴) دریافتند حالتی که افراد مصرف‌کننده در مصرف مواد تجربه می‌کنند چیزی شبیه به حالت هیپنوتیزمی است.

بنابراین بررسی هم‌افزایی هیپنوتیزم با مدل شناختی- رفتاری ماتریسی موضوع پژوهش تازه است. کریچ (۱۹۹۵) هیپنوتیزم را به عنوان یک درمان کمکی در درمان شناختی- رفتاری در ۱۷ مطالعه موردبررسی قرارداد و به این نتیجه رسید که گروهی که هیپنوتراپی شناختی- رفتاری را دریافت کرده بودند حدود ۷۰ درصد نسبت به مراجعینی که به‌تنهایی درمان شناختی- رفتاری دریافت کرده بودند بهبودی بیشتری نشان دادند. هیپنوتراپی شناختی- رفتاری ترکیب هیپنوتراپی با روش‌ها و مفاهیم درمان شناختی و رفتاری است. درمان‌های مبتنی بر هیپنوتیزم، قدرتی مضاعف را در روش‌های درمان شناختی- رفتاری ارائه می‌کنند. تعلیق تفکر انتقادی در حالت خلسه هیپنوتیزمی، بیمار را تلقین‌پذیرتر می‌کند تا بتواند گفتگوهای متقاعدکننده‌ی درمان شناختی- رفتاری را بپذیرد.

حال با توجه به پژوهش‌های تبیین، شیوع مصرف مت‌آفتمین در قشر جوان به‌سرعت رو به افزایش است و در حال حاضر یکی از مهم‌ترین مواد سوءمصرفی می‌باشد که باید در جهت جلوگیری از استعمال آن گام برداشت، لذا هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مدل ماتریکس با و بدون هیپنوتیزم بر ولع مصرف بیماران وابسته به متامفتمین بود.

روش

روش این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون بود. جامعه آماری ما شامل کلیه سوءمصرف کنندگانی مرد با محدوده سنی ۲۰ تا ۴۰ سال و تحصیلات حداقل سوم راهنمایی که جهت درمان به مرکز بستری گام کلینیک شهر قائم‌شهر مراجعه کردند. مراجعه‌کنندگان همگی دو هفته تحت درمان بستری با داروهای اعصاب و روان قرار داشتند و پس از پشت سر گذاشتن دوره سم زدایی وارد تحقیق شدند. از جامعه‌ی آماری، طبق پرونده پزشکی و مصاحبه اولیه تعداد ۴۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری غیر تصادفی انتخاب شدند. سپس بر اساس نمرات پیش‌آزمون پرسشنامه‌های ولع مصرف که واجد علائم ولع مصرف

^۱Wilkinson

^۲Gelber, Gath, Mayau, Cowen

^۳Emere

^۴Feamster, Brown

^۵Kirsch

(حداقل نمره ۴۲ در نمره کلی ولع مصرف است) بودند. در دو گروه ۱۳ نفر به شکل تصادفی قرار گرفتند... . معیارهای ورود شامل افراد همگی مرد، بین ۴۰- ۲۰ سال که طبق معیارهای DSM5 وابسته به مصرف شیشه بوده، در حال حاضر وابسته به سایر مواد نباشد، ۲ هفته قبل شروع درمان را تحت بستری با داروهای روان پزشکی بودند. در مصاحبه بالینی هیچ کدام تشخیص علائم سایکوتیک نداشته باشند و داروی آنتی سایکوتیک دریافت نکنند. تست ادرار در شروع درمان منفی باشد، همچنین نمره ولع مصرف آزمودنی ها طبق خود گزارش دهی بیشتر از ۴۲ را نشان دهد. هیچ کدام از بیماران همزمان تحت روان درمانی و مشاوره نبوده اند. و خانواده های بیماران طی دوره درمان بستری ۴ جلسه تحت آموزش و مشاوره قرار گرفتند. معیارهای خروج از بروز اختلالات سایکوتیک، عدم شرکت در جلسات بیش از دو بار، عدم تمایل مراجع به ادامه شرکت در پژوهش درمان جویان به مدت ۲۴ جلسه (هفته ای دو جلسه) و سه ماه تحت درمان قرار داشتند. هر جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه برای درمان جویان گروه ماتریکس و گروه ماتریکس با هیپنوتیزم بود. درمان جویان یک هفته قبل از شروع تحقیق چک لیست ها را پر کردند و در ادامه:

هفته ای یک جلسه در روز مشخص آزمون عدم اعتیاد به شیشه (مجموعاً ۱۲ آزمایش طی دوره درمان) سه آزمون ولع مواد DDQ پیش و پس آزمون و پیگیری درمان انجام شده و تمامی جلسات توسط یک درمانگر انجام شد. گروه آزمایش (ماتریکس): انجام آزمایش ادرار ۱۲ بار؛ مصاحبه (باز پاسخ و بسته پاسخ)؛ پرسشنامه ولع مصرف شیشه (DDQ) ۳ بار؛ جلسه روان درمانی به مدت ۶۰ تا ۴۵ دقیقه ماتریکس ۲۴ جلسه؛ گروه آزمایش ۲ (ماتریکس با هیپنوتیزم): انجام آزمایش ادرار ۱۲ بار مصاحبه (باز پاسخ و بسته پاسخ)؛ پرسشنامه ولع مصرف شیشه (DDQ) ۳ بار؛ جلسه روان درمانی به مدت ۴۵ تا ۶۰ دقیقه ماتریکس و هیپنوتیزم ۲۴ جلسه آزمایش عدم اعتیاد ۱۲ بار در بین شرکت کنندگان در هر دو گروه تعداد سه درمان جو از هر گروه از درمان خارج شدند. از این درمان جویان تنها پیش آزمون گرفته شد و به دلیل نبود نتیجه پس آزمون این درمان جویان و بی اعتبار شدن نتیجه گیری در SPSS نمرات پیش آزمون این افراد از بررسی آماری کنار گذاشته شد. دلایل و زمان خروج درمان جویان از گروه آزمایشی ۱: نفر اول: در جلسه دوم درمان به علت دوری مسافت تا مرکز درمان از ادامه درمان انصراف داد. . نفر دوم: علاقه به شرکت در درمان و پژوهش را به جهت اینکه روش ماتریسی او را به یاد مواد می اندازد در حالی که تمایل داشت هرگز راجع به بیماری اش با او صحبت نشود از دست داد و جلسه چهارم از درمان بیرون رفت. نفر سوم: این درمان جو که تا جلسه ۱۶ درمان پیش آمد ورود به شرایط شغلی جدیدش که بسیار هم برایش حائز اهمیت بود و با زمان درمانش تداخل داشت علت خروج از درمانش عنوان کرد.

دلایل و زمان خروج درمان جویان از گروه آزمایشی ۲: نفر اول: بعد از برگزاری جلسه توضیحات هیپنوتیزی و انجام عمیق سازی دیگر در جلسات شرکت نکرد و از دادن هرگونه توضیح هم اجتناب ورزید. نفر دوم: این درمان جو مشکلات عمده در امکان نشستن در جلسه به جهت بی قراری و بی حوصلگی را معیار خروجش از درمان در جلسه سوم عنوان کرد. این درمان جو در جلسه دوم جهت بررسی بالینی به روان پزشک ارجاع شد و روند درمان دارویی برای ایشان شروع شد. با این حال در جلسه بعد از امکان عدم حضور در ادامه سخن به میان آورد. نفر سوم: این درمان جو در جلسه ۸ درمان از تحقیق خارج شد. او دلیل خروجش از طرح را مسائل اقتصادی در تردد عنوان کرد. درمان جویانی که از طرح پژوهشی بیرون رفتن از جهت خروج از طرح بنا به مشخصات فوق نیز همبستگی داشتند و تفاوت معناداری در خروج این افراد ملاحظه نشد.

پرسشنامه سنجش مصرف مواد (DDQ): پرسشنامه سنجش مصرف مواد توسط فرانکن در سال ۲۰۰۲ جهت سنجش مصرف مواد تهیه شد. این پرسشنامه شامل ۱۴ سؤال است. این پرسشنامه مشتق از پرسشنامه میل به الکل است که برای وابستگان به هروئین مورد استفاده قرار می گیرد؛ اما به علت توانایی سنجش کلی مواد بعدها در سنجش ولع سایر مواد به کار رفت. این ابزار ولع کنونی را بررسی کرده و دارای ۳ زیر مقیاس میل و قصد مصرف مواد، تقویت منفی و کنترل ادراک شده بر مصرف مواد است. این پرسشنامه بر اساس مقیاس ۷ تایی لیکرت (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) می باشد. نمره گذاری پاسخ ها از یک تا هفت است. پاسخ های کاملاً مخالف نمره یک و پاسخ ها کاملاً موافق نمره هفت دریافت می کنند. فرانکن و همکاران (۲۰۰۲) اعتبار کلی این مقیاس را به روش آلفای کرباخ، ۰/۸۵ و برای زیر مقیاس های میل و قصد به مصرف مواد، تقویت

منفی و کنترل ادراک شده بر مصرف مواد، به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۰ و ۰/۷۵ گزارش کرده اند در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ کلی ۰/۸۲ و برای زیر مقیاس های میل و قصد به مصرف مواد تقویت منفی و کنترل ادراک شده بر مصرف مواد به ترتیب، ۰/۷۰، ۰/۸۲، ۰/۷۰ به دست آمد.

در این پژوهش کلیه داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS_21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در بررسی توصیفی داده ها شاخص های آماری مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون های تحلیل کوواریانس چند متغیره، تحلیل کوواریانس یک متغیره، آزمون کای دو و آزمون U مان - ویتنی استفاده گردیده است. سپس با بهره گیری از تکنیک های آماری و تصمیم گیری که با روش پژوهش و نوع متغیرها سازگاری دارند، داده های جمع آوری شده، تحلیل شدند.

یافته ها

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش دو گروه در پیش آزمون

گروه		آزمایش ۲		آزمایش ۱	
شاخص	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
نمره کل وسوسه مصرف		۸۰/۳۰	۹/۴۸۷	۷۹/۷۰	۱۱/۱۸۶
قصد و میل مصرف		۲۴/۶۰	۳/۵۰۲	۲۲/۷۰	۳/۹۴۵
تقویت منفی		۲۷/۲۰	۴/۹۸۴	۲۸	۴/۱۳۷
کنترل لذت		۲۸/۵۰	۴/۰۳۵	۲۹	۴/۸۵۳

همان گونه که در جدول ۱ ملاحظه می گردد، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش دو گروه در پیش آزمون نشان داده شده است. در مرحله پیش آزمون میانگین های متغیرهای پژوهش در دو گروه تقریباً باهم برابرند.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش دو گروه در پس آزمون

گروه		آزمایش ۲		آزمایش ۱	
شاخص	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
نمره کل وسوسه مصرف		۲۸/۱۰	۵/۳۰۱	۴۰/۴۰	۳/۸۳۶
قصد و میل مصرف		۹/۱۰	۱/۹۶۹	۱۲/۵۰	۱/۸۴۱
تقویت منفی		۹/۷۰	۲/۳۵۹	۱۳/۸۰	۱/۶۱۹
کنترل لذت		۹/۳۰	۲/۱۶۳	۱۴/۱۰	۱/۸۵۳

در جدول ۲، میانگین، انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در دو گروه نشان داده شده است. بین میانگین های متغیرهای پژوهش در دو گروه تفاوت وجود دارد که معناداری این تفاوت در بخش آمار استنباطی بررسی می گردد.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش دو گروه در آزمون پیگیری (۳ ماه بعد از پایان درمان)

شاخص	گروه		آزمایش ۲		آزمایش ۱	
	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	متغیر
نمره کل وسوسه مصرف	۳۰/۲۰	۶/۴۴۳	۴۲/۸۰	۵/۳۲۹	۲/۰۶۸	۱۳/۵۰
قصد و میل مصرف	۹/۶۰	۲/۱۱۹	۱۴/۹۰	۲/۲۳۴	۱۴/۲۰	۲/۵۵۸
تقویت منفی	۱۰/۵۰	۲/۶۳۵	۱۴/۲۰	۱/۸۷۴		
کنترل لذت	۱۰/۱۰	۲/۵۵۸	۱۴/۲۰	۱/۸۷۴		

در جدول ۳، میانگین، انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در دو گروه نشان داده شده است. بین میانگین های متغیرهای پژوهش در دو گروه تفاوت وجود دارد که معناداری این تفاوت در بخش آمار استنباطی بررسی می گردد.

جدول ۴: آزمون لون جهت بررسی یکسانی واریانس گروه ها

متغیر	آماره			
	Sig.	df ₂	df ₁	F
وسوسه مصرف	۰/۲۵۷	۱۸	۱	۱/۳۶۸
قصد و میل مصرف	۰/۴۲۸	۱۸	۱	۰/۶۵۸
تقویت منفی	۰/۴۵۱	۱۸	۱	۰/۵۹۴
کنترل لذت	۰/۱۸۵	۱۸	۱	۱/۹۰۲

همان گونه که از نتایج گزارش شده در جدول ۴ برمی آید آزمون لون نشان می دهد برای همه متغیرهای پژوهش، پیش فرض یکسانی واریانس گروه ها برقرار است و لذا می توان برای آزمون فرضیه های پژوهش، از نتایج تحلیل کوواریانس استفاده کرد.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره

آزمون-گروه	اندازه اثر	F	df ₁	df ₂	Sig.	مجذور اتای سهمی
------------	------------	---	-----------------	-----------------	------	-----------------

۰/۱۶۵۰	۰/۰۰۰۹	۱۲	۴	۵/۵۷۹	۰/۳۵۰	لامبدا ویلکز
۰/۱۶۵۰	۰/۰۰۰۹	۱۲	۴	۵/۵۷۹	۰/۱۶۵۰	اثر پیلای

مطابق جدول شماره ۵، تفاوت وسوسه‌های مصرف و مؤلفه‌های آن بین دو گروه ($F_{4,12} = 5.579$; $P = 0.009$) معنادار می‌باشد.

جدول ۶: نتایج آزمون تعامل بین گروه‌ها

منبع	متغیرها	مجموع مجذورها	Df	مجذور میانگین	F	Sig.	مجذور اتای سهمی
	وسوسه مصرف	۶۶۰/۷۴۹	۱	۶۶۰/۷۴۹	۲۳/۰۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۱۶۰۵
گروه	قصد و میل مصرف	۶۶/۱۷۴	۱	۶۶/۱۷۴	۱۶/۲۶۴	۰/۰۰۱	۰/۵۲۰
	تقویت منفی	۷۸/۰۲۱	۱	۷۸/۰۲۱	۱۴/۰۳۹	۰/۰۰۲	۰/۴۸۳
	کنترل لذت	۷۲/۳۳۲	۱	۷۲/۳۳۲	۱۶/۲۸۴	۰/۰۰۱	۰/۵۲۱
	وسوسه مصرف	۴۳۰/۸۴۰	۱۵	۲۸/۷۲۳			
خطا	قصد و میل مصرف	۶۱/۰۳۳	۱۵	۴/۰۶۹			
	تقویت منفی	۸۳/۳۶۱	۱۵	۵/۵۵۷			
	کنترل لذت	۶۶/۶۲۸	۱۵	۴/۴۴۲			

با توجه به جدول ۶ نتایج زیر به دست می‌آید: تفاوت نمره کل وسوسه مصرف در دو گروه ($F = 23.004$; $df = 1$) معنادار می‌باشد. تفاوت مؤلفه قصد و میل مصرف در دو گروه ($F = 16.264$; $df = 1$; $P = 0.001$) معنادار می‌باشد. تفاوت مؤلفه تقویت منفی در دو گروه ($F = 14.039$; $df = 1$; $P = 0.002$) معنادار می‌باشد. تفاوت مؤلفه کنترل لذت در دو گروه ($F = 16.284$; $df = 1$; $P = 0.001$) معنادار می‌باشد.

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مدل ماتریکس با و بدون هیپنوتیزم بر ولع مصرف بیماران وابسته به متامفتامین بود. نتایج این پژوهش با پژوهش فرنام (۱۳۹۱) که در پژوهش خود به این نتیجه دست یافت که مدل ماتریسی در پیشگیری از بازگشت و افزایش مهارت‌های مقابله ای موثر بود. عاشوری ملازاده و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهشی خود به این نتیجه دست یافت که درمان گروهی شناختی - رفتاری در بهبود سبک های مقابله ای و پیش گیری از عود افراد معتاد موثر است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که یکی از دلایل مهم کاهش میزان ولع مصرف در این گروه از بیماران، افزایش آگاهی بیماران نسبت به شرایط و نشانه‌های ایجادکننده ولع مصرف، آگاهی از واکنش‌های نادرست قبلی به این نشانه‌ها مثل واکنش سریع و عجولانه، بدون تفکر و بدون ارزیابی شرایط محیطی و یادگیری مقابله مؤثرتر با این نشانه‌ها هست. درمان شناختی - رفتاری مدل ماتریکس با و بدون هیپنوتیزم با طبقه‌بندی و توجه خاصی که به موقعیت‌ها یا عواملی که می‌توانند در ایجاد فرایند عود دخیل باشند، به پیشگیری یا بروز کمتر عود بعد از کامل شدن درمان کمک می‌کند. درمان شناختی - رفتاری مدل ماتریکس با و بدون هیپنوتیزم نقش اصلی موقعیت‌های پرخطر و پاسخ وابستگان به مواد به این موقعیت را مورد تأیید قرار می‌دهد. تحقیقات موجود نشان داده‌اند که کمبود مهارت‌های مقابله‌ای انطباقی و انتظارات مثبت درباره مواد به‌طور مستقل مصرف مواد را تشویق می‌کند (زیدی و همکاران، ۲۰۲۰) افراد با دادن پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر کنار آمدن را تجربه می‌کنند، تسلطشان بر موقعیت پایین خواهد آمد و با این انتظار که مصرف مواد اثر مثبت خواهد داشت (نتایج مثبت انتظار)، همراه است که می‌تواند منجر به لغزش اولیه شود. در حال حاضر انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۰۰)، درمان‌های روانی اجتماعی را از مؤلفه‌های اساسی هر نوع برنامه‌ی درمانی این مواد در نظر می‌گیرد. درمان شناختی رفتاری با هدف پیشگیری از عود، کاهش وسوسه، تغییر نگرش مثبت و تقویت خویشتن‌داری افراد معتاد، می‌تواند روش مناسبی برای درمان اعتیاد باشد. دونالدتوسی و همکارانش (ترجمه فتحی، ۲۰۰۸) چندین مطالعه‌ی کنترل‌شده‌ی چندعاملی را در خصوص مزایای هیپنوتراپی شناختی - رفتاری بر درمان شناختی - رفتاری به‌تنهایی برای طیف وسیعی از شرایط، به‌کاربردند. پژوهش‌ها از افزایش اثربخشی درمان‌های شناختی - رفتاری در فضای هیپنوتیزمی حکایت دارد چراکه هیپنوتراپی یکی از روش‌هایی است که توانایی کنترل علائم پس از ترک از جمله اضطراب و بی‌خوابی را دارد (ویلکینسون، ۱۹۸۱؛ اسمیت، ۱۹۹۰) از سویی بررسی‌ها نشان داده‌اند که معنادار مواد را برای کاهش تنش، دستیابی به آرامش و بهتر کردن خلق به کار می‌برند (گلبیر، گات، مایانو و کاون، ۱۹۹۶). درمان‌های مبتنی بر هیپنوتیزم، قدرتی مضاعف را در روش‌های درمان شناختی - رفتاری ارائه می‌کنند. تعلیق تفکر انتقادی در حالت هیپنوتیزمی، بیمار را تلقین‌پذیرتر می‌کند تا بتواند گفتگوهای متقاعدکننده‌ی درمان شناختی - رفتاری را بیشتر بپذیرد (بروس، استنلی و بلوم، ۲۰۰۱).

محدودیت این پژوهش شامل تعمیم نتایج در مورد زنان باید با احتیاط صورت گیرد به این دلیل که پژوهش حاضر بر روی تنها معنادان مرد اجرا شده است. تعمیم نتایج پژوهش با توجه به نوع ماده مصرفی، سن شروع، طول مدت مصرف، جنسیت و نوع اختلال همراه بایستی با احتیاط صورت گیرد. ابزار سنجش ولع که برگرفته از سنجش ولع هروئین می‌باشد، ممکن است ابزار دقیقی جهت سنجش ولع کلی آزمودنی‌ها در طول دوره مداخله نباشد چراکه این ابزار به دلیل تجربه درکی و حسی متفاوت درمان‌جویان از پدیده ولع مصرف و نبود نقطه برش در ارزیابی‌ها ابزار فاقد پایایی به نظر می‌رسد. پیشنهاد می‌شود که ابزارهای مناسب و معتبر برای سنجش ولع مصرف و میزان اعتیاد متناسب با فرهنگ جامعه کشورمان ساخته شود. بررسی جامع‌تر در چگونگی شکل‌گیری و تداوم اعتیاد به‌ویژه روان‌گردان‌ها در جوانان. استفاده از طرح‌های تحقیقی دوسویه کور که در آن‌هم آزمودنی‌ها و هم آزمایشگرها نسبت به جریان پژوهش آگاهی نداشته باشند. پیشنهاد می‌شود برای اثربخشی بیشتر در استفاده از روش هیپنوتراپی شناختی، این روش برای درمان‌جویانی که با تست‌های ارزیابی میزان هیپنوتیزم پذیری نمرات متوسط به بالا می‌گیرند استفاده شود.

تشکر و قدردانی

از تمامی بیماران وابسته به متامفتامین که در این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- دونالد، تی (۲۰۰۸). هیپنوتراپی شناختی، ترجمه فتحی، تهران، نشر بامشاد. ۵۰-۶۳.
- اورکی، محمد و مطبوعی، لیلا (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی مارلت روی بهبود و پیشگیری از بازگشت به مصرف مواد افیونی، پژوهش های روان شناسی اجتماعی. ۲ (۶). ۹۱-۱۰۶.
- Abrams, DB. (2000). *Transdisciplinary concepts and measures of craving: Commentary and feature directions*. *Addiction*; 95(Suppl 2): S237-S246.
- Alterman, A. L. Hall. J. G., Purtill, J. 1., Searles, J. S., Holahan, J. M., & McLellan, A.T. (1990). Heavy drinking and its correlates in young men. *Addictive Behaviors*, 15, 95-103.
- Bowers WA. Treatment of depressed in-patients: cognitive therapy plus medication, relaxation plus medication, and medication alone. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 73-78
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J. (2007). A vision of the next generation of Behavioral therapies research in the addictions. *Addiction*. 102, 50-862 .
- Cautela, J.R. (1967) Covert sensitization. *psychological reports*, 20, 459-468
- DSM-IV-TR. 4th Edition Text Revision. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000.
- Ekhtiari H. (2008). [Neuro cognitive basis of drug cravings; an overview to evaluation and intervention methods] Persian. *J Addict*; 1(3): 90-94
- Ellingsen, M. M., Clausen, T., Johannesen, S. L., Martinsen, E. W., & Hallgren, M. (2021). Effects of acute exercise on drug craving in adults with poly-substance use disorder. A randomized controlled trial. *Mental Health and Physical Activity*, 21, 100423.
- Feamster, J.H., & Brown, J.E. (1963). Hypnotic aversion to alcohol: Three-year follow-up of one patient. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 6, 164-186.
- Gelber, M., Gath, D., Mayau, R., & Cowen, P. (1996). *Oxford text book of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press
- Huber, A., Ling, W., Shoptaw, S., Gulati, V. Brethen, P. and Rawson, R. (1997). Integrating treatments for methamphetamine abuse: A psychosocial perspective. *Journal of Addictive Diseases*, 16, 41-50
- Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E. (1999). Efficacy of relapse prevention: a metaanalytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*. 67, 563-570 .
- Jualie, A. Toker, D. (1999). *Changing in addictive behavior*. New York: The Guilford press .

- Kadden, R. M. (2002). Cognitive-behavior therapy for substance dependence: Coping skills training. Retrieved June 28, 2002.
- Kapoor, V., Tomar, V., Bakhshi, P., Shukla, M., & Kumar, V. (2021). Perception, Attitude and Support of Society Towards Drug Abuse: Do Gender, Age and Education Matter?. *Journal of Health Management*, 23(2), 264-274.
- Kassel JD, Shiffman S.(1992).*What can hunger teach us about drugcraving?A comparative analysis of the two constructs*. *Adv Behav Res Ther*; 14(3): 141-167.
- Lau, M. A. & McMMain, S. F. (2005). Integrating mindfulness meditation with cognitive and behavioral therapies: the challenge of combining acceptance and change-based strategies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 863-869
- Lemere, F. (1959). Psychotherapy of alcoholics. *Journal of American Medical Association*,171, 266-267.
- Miller, W. R., Sorenson, J. L., Selzer, j. A., Brighman, G. S. (2006). Dissemination evidencebased practices in substance abuse treatment: A review with suggestion. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 25-39 .
- Niaura RS, Shadel WG, Abrams DB, et al.(1998). *Individual differences in cue reactivity among smokers trying to quit: Effects of gender and cue type*. *Addict Behav*, 23(2): 209-۲۲۴.
- Rawson, R. A., Obert, J. L. McCann, M. J. and Mann. A. J. (1986). Cocaine treatment. *CPDD NIDA Res. Monograph*, 67, 271-277
- Rawson, R., Marinelli-Casey, P., Anglin, D., Dickow, A., Frazier, Y., Gallagher, C. et al. (2004). A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction*, 99(6), 708-717.
- Wilkinson,j.b.(1981) hypnotherapy y in the psychosomatic approach to illness. *Journal of Royal Society of Medicine*74,525-530
- Wilkinson,j.b.(1981) hypnotherapy y in the psychosomatic approach to illness. *Journal of Royal Society of Medicine*74,525-530
- Zeidi, I. M., Divsalar, S., Morshedi, H., & Alizadeh, H. (2020). The effectiveness of group cognitive-behavioral therapy on general self-efficacy, self-control, and internet addiction prevalence among medical university students. *Social Health and Behavior*, 3(3), 93.
- Zikler,P. (2005). *Nicotin medication also reduces craving in cocaine addicts*. *NIDA Notes*, 15 (1). Available on: [www.drugabuse.gov/ NIDA_ Notes](http://www.drugabuse.gov/NIDA_Notes).