

مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مدل ماتریکس با و بدون هیپنوتیزم بر اضطراب و افسردگی 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 اضطراب و افسردگی 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 پس‌از 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 هم‌زمان قرار گرفتند. در هر دو گروه بیماران با پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه اضطراب اشپیل برگر 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 اضطراب و افسردگی بیماران وابسته به متامفتامین تحت درمان موثر است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی - رفتاری مدل ماتریکس در بهبود اضطراب و افسردگی بیماران هم‌زمان با افزوده شدن درمان هیپنوتیزمی افزایش می‌یابد.

واژه‌های کلیدی: ماتریکس، هیپنوتیزم، اضطراب، افسردگی، متامفتامین.

مقدمه

موضوع مواد مخدر یکی از مسائل مهم و جدی در سطح بین‌المللی است که از جنبه‌های مختلف اقتصادی اجتماعی سیاسی و فیزیولوژیک نگاه‌های مختلفی را به خود معطوف کرده است (کلدی، ۱۳۸۷) ارتباط مصرف مواد و رفتارهای اعتیاد آمیز با سایر انحراف‌ها و کژ رفتاری‌ها از یک سو و از سوی دیگر پیوند ناگسستنی آن با مشکلاتی نظیر انواع اختلالات روانی فرار از منزل پرخاشگری خشونت در رفتارهای اجتماعی دزدی و ارتکاب بزه افت و بی‌علاقگی به تحصیل اقدام به خودکشی و فحشا همه و همه اشاره به اهمیت توجه دوباره و عمیق به این مسئله دارد (بوالهروی و همکاران، ۱۳۸۵). تا قبل از این دانشمندان با رنج فراوان و در سایه‌هایی از افسانه‌های قدرتمند و باورهای اشتباه، به مطالعه ماهیت اعتیاد، می‌پرداختند و تصور می‌شد، افراد مبتلابه سوءمصرف مواد و اعتیاد، وجدانی معیوب داشته و فاقد قدرت اراده هستند. این دیدگاه‌ها، پاسخ جامعه را به سوءمصرف مواد شکل داده و اعتیاد را به‌عنوان یک شکست اخلاقی و نه یک مشکل بهداشتی و سلامتی، تحت درمان قرار دادند، به‌گونه‌ای که منجر به شکل‌گیری برخوردی تنبیهی به‌جای فعالیت‌های پیشگیرانه و درمانی شدند. امروزه در سایه تغییر اساسی در درک از اعتیاد دارویی، ما قادر به پاسخ مؤثرتری به این مشکل شده‌ایم (ریزینو، ۲۰۱۸). از سویی برخی از مطالعات نشان می‌دهد که حداقل ۲ نفر از ۳ بیماری که جهت قطع مصرف مواد اقدام کرده‌اند پس از شش ماه بازگشت داشته‌اند (لوسچار و همکاران، ۲۰۲۰) به همین منظور در حال حاضر درمان اعتیاد، خط اول دفاع در جنگ بر علیه بیماری‌های رفتاری، مانند ایدز و هپاتیت یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامت عمومی در سراسر جهان به شمار می‌رود (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۸).^۱

داروهایی که اخیراً برای درمان وابستگی به مت‌آمفتامین مورد مطالعه قرار گرفته‌اند شامل رسپردون، الانزپن، گاباپنتین، میرتازاپین، آتوموکستین، کارودیلول، کلونیدین، بوپروپیون، پرازوسین، توپیرامات، ریو استیمکیم، سرتالین، الپروزلام، کلونازپام، دپاکین، سیتالوپرام می‌باشند. اگرچه هنوز مستندات کافی برای تهیه پروتکل‌های درمان دارویی مت‌آمفتامین وجود ندارد، اما به نظر می‌رسد حداقلی از شواهد پژوهشی جهت ایجاد امیدهای جدی در مؤثر بودن داروهای معرفی شده وجود دارد (اختیاری، ۱۳۸۸).

از طرفی بیشتر معتادین نگرش ناسالمی نسبت به خود دارند. در بین معتادان اختلال‌های شخصیت ضداجتماعی، افسردگی و اضطراب شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی است. خصوصیات شخصیتی مرزی و ضداجتماعی، پارانوئید و اسکیزوتایپال، پرخاشگر- منفعل، وابسته، اجتنابی و اسکیزوئیدی در مردان معتاد شیوع دارد (جزایری و همکاران، ۱۳۸۳)؛ که این نیز در دلایل ولع و سرانجام عود قابل‌بررسی و کنترل است. اختلالات خلقی و در رأس آن افسردگی از جمله شایع‌ترین اختلالات محور اول همراه با اعتیاد براساس نسخه پنجم تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی - آماری اختلالات روانی می‌باشد. شیوع اختلال افسردگی اساسی در این افراد حدود ۶۰-۵۰ درصد و اختلال افسردگی جزئی نزدیک به ۱۰ درصد می‌باشد (محمدی و همکاران، ۲۰۲۰). افسردگی بیشتر از اختلال‌های روانی دیگر در بین معتادان رواج دارد و در بین اختلال‌های خلقی و اضطراب، افسردگی اساسی و اختلال اضطراب منتشر، شایع می‌باشد (پرویزی و همکاران، ۱۳۸۰). بیماران وابسته به متامفتامین از علائم ترکشان، کاهش خلق بوده (دیبر و کرویشانک، ۲۰۰۵) و مداخلات درمانی در هر مدلی باید با جهت‌گیری تخفیف علائم افسردگی همراه باشد چراکه علت عود بسیاری از بیماران گریز از علائم کاهش خلق می‌باشد. همچنین پژوهش‌ها نشان داده است که بین مصرف مواد و بهداشت روانی، انواع اختلال‌های و ناسازگاری‌ها رابطه وجود دارد. از جمله این پژوهش‌ها بیان می‌کنند که استرس به‌عنوان یکی از علل گرایش به مصرف مواد مخدر است، نیز بین استرس با ولع مصرف رابطه آماری مثبت و معنی‌داری وجود دارد (پورسید موسایی، موسوی و کافی، ۱۳۹۱). در تحقیقی از موسائی، موسوی و کافی (۱۳۹۱) با نام مقایسه و رابطه بین استرس با ولع مصرف در وابستگان به مواد افیونی و صنعتی مشخص شد که استرس

^۱Kaplan

می‌تواند عامل پیش‌بینی کننده مهمی برای میزان ولع‌مصرف در وابستگان به مواد باشد. از آنجاکه اعتیاد یک بیماری جسمی و روانی است و بیماری‌های جسمی و روانی، استرس‌هایی را به وجود می‌آورد که افراد به‌منظور کاهش این فشارها به استعمال مواد روی می‌آورند و ناتوانی در رویارویی با عوامل استرس‌زا و این باور که مصرف الکل و مواد نتایج مطلوبی را در پی خواهد داشت پایه گسترش و روی آوردن به مصرف مواد است و انواع استرس‌های اجتماعی، اقتصادی و روان‌شناختی در زمینه‌سازی و بروز اعتیاد نقش دارند (سموعی، ابراهیمی، حسن زاده و رفیعی، ۱۳۷۹) بنابراین اثر کاهش استرس در افزایش اثربخشی درمان اهمیت دارد.

از سویی مرور مطالعات گذشته نشان می‌دهد، اثربخشی درمان‌های نگهدارنده دارویی، بدون مداخله‌های روانی اجتماعی به علت اطاعت دارویی پایین و میزان بالای ریزش ضعیف می‌باشد (روزن^۳ و همکاران، ۲۰۰۸). از یک‌سو انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۰۰) درمان‌های روانی اجتماعی را از مؤلفه‌های اساسی هر نوع برنامه درمانی سوءمصرف مواد در نظرمی‌گیرد. چراکه وجوه روان‌شناختی از عوامل عمده در بازگشت بیماری اعتیاد محسوب شده و پژوهش‌ها نشان می‌دهد در درمان و پیشگیری از بازگشت سوءمصرف مواد، حالت‌های هیجانی منفی و مثبت، میل و وسوسه از مهم‌ترین عوامل خطر ساز بازگشت می‌باشند (مارلت و دونوان، ۲۰۰۵) که مستلزم ورود به درمان‌های روان‌شناختی جهت آماده‌سازی افراد برای مهار حالات یاد شده می‌باشد. در فرآیند درمان معتادان، پس از رسیدن به حالت پرهیز، میل شدیدی برای تجربه دوباره اثرات ماده روان‌گردان دیده می‌شود. این احساس ممکن است از چند ساعت پس از شروع درمان تا روزها و ماه‌ها پس از پایان آن دیده شود. تشخیص و درمان این پدیده بالینی به‌عنوان یکی از عوامل شکست درمان دارای اهمیت است (ابرامز، ۲۰۰۰؛ زیکلر، ۲۰۰۵) همچنین در بررسی سبب‌شناسی سوءمصرف مواد و بازگشت به رفتارهای اجباری محققان و نظریه‌پردازان مختلف، نقص در تنظیم هیجان، تحمل پایین ناراحتی، اجتناب هیجانی (هایز، لوما و باند، ۲۰۰۶) سوگیری نسبت به^۷ نشانه‌های مواد، خودکارآمدی پایین، نقص مهارت‌های مقابله‌ای (مارلت، ۱۹۸۵) را مؤثر می‌دانند. بنابراین در درمان و پیشگیری از بازگشت سوءمصرف مواد استفاده از روش‌هایی که بتوانند در این مشکلات مؤثر باشند ضروری است و به نظر می‌رسد بنا به پژوهش‌های انجام‌شده مدل‌های شناختی- رفتاری می‌تواند اثربخشی درمان را افزایش دهد (اورکی و مطبوعی، ۱۳۹۱). این در حالی است که برای وابستگی به مت‌آفتمین و هرگونه دیگر وابستگی به مواد (آنچنان که برای هیچ بیماری دیگر) درمان قطعی به مفهوم عدم بازگشت بیماری وجود ندارد اما با این حال در سال‌های اخیر ترکیبی از درمان‌های دارویی و روان‌درمانی برای درمان و در حقیقت کنترل وابستگی بیماران به کار گرفته‌شده است که ماتریکس و هیپنوتراپی از آن جمله‌اند. در سال‌های اخیر پیشرفت‌های زیادی در زمینه درمان اختلالات مصرف مواد ایجاد شده است که از جمله آن می‌توان به مواردی همچون مداخلات دارویی، روان‌شناختی و اجتماعی اشاره نمود. سوءمصرف مت‌آفتمین در درازمدت منجر به علائم اختلال روانی (افسردگی، اضطراب، پارانویید، وسواس و...) می‌شود و فرد برای رهایی از این علائم ممکن است به مصرف مجدد روی آورد. پرواضح است در چنین شرایطی کاهش میزان وسوسه که اولین پدیده مهم در عود بوده و علائم و نشانه‌های روانی نظیر اضطراب و افسردگی که نقش عمده‌ای در ولع یا وسوسه به مواد و بازگشت به سمت مصرف دارند از چالش‌های اصلی درمان‌های دارویی و غیر دارویی خواهد بود. با توجه به اینکه ولع و برخی از اختلال‌های از قبیل اضطراب و افسردگی در اثر تحریف‌های شناختی و برانگیزاننده‌های این بد شناختی‌ها بروز می‌کند و پژوهش‌های پیشین توانسته با رویکردهای درمانی

جدید به کنترل و درمان اضطراب و افسردگی این بیماران بپردازد، لذا هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مدل ماتریکس با و بدون هیپنوتیزم بر اضطراب و افسردگی بیماران وابسته به متامفتامین 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 سم‌زدایی 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 اسپیل برگر و بک که واجد علائم اضطراب و افسردگی (به ترتیب حداقل نمره ۴۲ در نمره کلی ۵۳ به بالا در اضطراب حالت و ۵۴ به بالا در اضطراب صفت که نشانگر اضطراب متوسط به بالا می‌باشد و نمره ۲۸ به بالا در پرسشنامه افسردگی بک که نشان‌دهنده افسردگی متوسط به بالا 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، ۲ هفته قبل شروع درمان تحت بستری جهت سم‌زدایی مصرف شیشه بودند. در مصاحبه بالینی هیچ‌کدام تشخیص علائم سایکوتیک نداشته باشند. تست ادرار در شروع درمان منفی باشد، همچنین نمره بک آزمودنی‌ها طبق خود گزارش دهی حداقل نشان‌دهنده افسردگی نمره بالای ۲۸ و تست اسپیل برگر آن‌ها نیز سطحی از اضطراب متوسط به بالا یعنی نمره بالای ۵۳ را نشان دهد. هیچ‌کدام از بیماران همزمان تحت روان‌درمانی و مشاوره نبوده‌اند. و خانواده‌های بیماران طی دوره درمان بستری ۴ جلسه تحت آموزش و مشاوره قرار گرفتند. معیارهای خروج از تحقیق: بروز اختلالات سایکوتیک، عدم شرکت در جلسات بیش از دو بار، عدم تمایل مراجع به ادامه شرکت در پژوهش. درمان‌جویان به مدت ۲۴ جلسه (هفته‌ای دو جلسه) و سه ماه تحت درمان قرار داشتند. هر جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه برای درمان‌جویان گروه ماتریکس و گروه ماتریکس با هیپنوتیزم بود. درمان‌جویان یک هفته قبل از شروع تحقیق چک‌لیست‌ها را پر کردند و در ادامه:

آزمون‌های اضطراب اسپیل برگر^۱ STAI، افسردگی بک پیش و پس‌آزمون و بعد از ۳ ماه پیگیری درمان؛ انجام گردید و جلسات درمانی برای هر دو گروه توسط یک درمانگر انجام شد. گروه آزمایش ۱ (ماتریکس): ۲۴ جلسه روان‌درمانی به مدت ۴۵ تا ۶۰ دقیقه ماتریکس ۲۴ جلسه؛ گروه آزمایش ۲ (ماتریکس با هیپنوتیزم): ۲۴ جلسه روان‌درمانی به مدت ۴۵ تا ۶۰ دقیقه ماتریکس و هیپنوتیزم ۲۴ جلسه. در هر دو گروه تعداد سه درمان‌جو از هر گروه در طی درمان از درمان خارج شدند. از این درمان‌جویان تنها پیش‌آزمون گرفته شد و به دلیل نبود نتیجه پس‌آزمون این درمان‌جویان و بی‌اعتبار شدن نتیجه‌گیری در SPSS نمرات پیش‌آزمون این افراد از بررسی آماری کنار گذاشته شد. دلایل و زمان خروج درمان‌جویان 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 می‌اندازد درحالی‌که تمایل داشت هرگز راجع به بیماری‌اش با او صحبت نشود از دست داد و جلسه چهارم از درمان بیرون رفت. نفر سوم: این درمان‌جو 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 درمان‌جویان از گروه آزمایشی ۲: نفر اول: بعد از برگزاری جلسه توضیحات هیپنوتیزمی و انجام عمیق سازی دیگر در جلسات شرکت نکرد و از دادن هرگونه توضیح هم اجتناب ورزید. نفر دوم: این درمان‌جو مشکلات عمده در

^۱Spielberger state- trait anxiety inventory

امکان نشستن در جلسه به جهت بی‌قراری و بی‌حوصلگی را معیار خروجش از درمان در جلسه سوم عنوان کرد. این درمان‌جو در جلسه دوم جهت بررسی بالینی به روان‌پزشک 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 درمان‌جو در جلسه ۸ درمان از تحقیق خارج شد. او دلیل خروجش از طرح را مسائل اقتصادی در تردد عنوان کرد. درمان‌جویانی 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 افسردگی بک: پرسشنامه افسردگی توسط بک و همکاران در سال ۱۹۹۶ جهت سنجش افسردگی تهیه شد. این ابزار شامل ۲۱ سؤال بود که آزمودنی یکی از چهار گزینه را که نشان‌دهنده شدت افسردگی است، انتخاب می‌کند. به هر سؤال نمره‌ای بین ۰ تا ۳ اختصاص یافته و کل پرسشنامه دامنه‌ای از نمرات ۰ تا ۶۳ خواهد داشت. نمره بین ۱۸ تا ۱ فاقد افسردگی یا کمترین حد، ۱۸-۲۸ افسردگی خفیف، ۲۹-۳۵ متوسط و نمره بین ۳۶-۶۳ افسردگی شدید می‌باشد. بک و همکاران بار دیگر در سال ۱۹۹۶ ضریب اعتبار باز آزمائی آزمون در فاصله یک‌هفته‌ای را ۰.۹۳٪ به دست آوردند. در مورد روایی پرسش‌نامه افسردگی بک نیز پژوهش‌های مختلفی انجام شده است. میانگین همبستگی پرسش‌نامه افسردگی بک با مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی همیلتون (HRSD)، مقیاس خود سنجی زونگ، مقیاس افسردگی MMPI، مقیاس صفات عاطفی چندگانه افسردگی و SCL-90، بیش از ۰.۶۰٪ است. در داخل کشور قاسمی و همکاران همسانی درونی بالایی (آلفای کرونباخ ۰/۸۷) و پایایی بازآزمون ($r=0/74$) را برای اعتباریابی این پرسشنامه به دست آوردند.

پرسشنامه اضطراب اشپیل برگر STAI: پرسشنامه حالت - صفت اشپیل برگر (STAI) این پرسشنامه شامل ۴۰ گزینه خود گزارشی است و اضطراب فراگیر را می‌سنجد. ۲۰ گزینه اول حالت و ۲۰ گزینه بعدی صفت اضطراب را می‌سنجد؛ یعنی به‌طور کلی شخص چه احساسی دارد. پرسشنامه حالت - صفت اشپیل برگر از میزان اعتبار و پایایی زیادی برخوردار است. سؤالات مربوط به اضطراب حالت در طیف لیکرت چهارگزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند که عبارت‌اند از: به هیچ وجه، گاهی، عموماً، خیلی زیاد؛ و سؤالات مربوط به اضطراب صفت نیز به همان صورت ۴ گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند که عبارت‌اند از: تقریباً هرگز، گاهی اوقات، بیشتر اوقات و تقریباً همیشه. آزمودنی باید احساس خود را درباره‌ی هر ماده با یک مقیاس ۴ درجه‌ای ارزیابی کند. شاخص‌های روان‌سنجی ضریب اعتبار این سیاهه از روش باز آزمایی بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۶ گزارش شده است. این سیاهه با سایر مقیاس‌های سنجش اضطراب مانند مقیاس اضطراب آشکار تیلمور همبستگی خوبی دارد که نشان‌گر روایی ملاکی این ابزار است. ضرایب همبستگی به‌دست‌آمده بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۵ گزارش شده است (شریفی، ۱۳۷۶) هنجاریابی سیاهه‌ی اضطراب حالت - صفت در ایران عبدلی (۱۳۸۴) در یک پژوهش اکتشافی - توصیفی به بررسی شاخص‌های روان‌سنجی و هنجاریابی سیاهه STAI در دانش آموزان مقطع دبیرستان شهر کرمانشاه پرداخته است. در این پژوهش، برای بررسی همسانی درونی از محاسبه‌ی ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده که بر اساس آن، ضرایب اعتبار قابل توجهی به‌دست‌آمده است.

در این پژوهش کلیه داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS_21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در بررسی توصیفی داده‌ها شاخص‌های آماری مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره، تحلیل کوواریانس یک متغیره، آزمون کای دو و آزمون U مان - ویتنی استفاده گردیده است. سپس با بهره‌گیری از تکنیک‌های آماری و تصمیم‌گیری که با روش پژوهش و نوع متغیرها سازگاری دارند، داده‌های جمع‌آوری شده، تحلیل شدند.

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

آزمایش ۱		آزمایش ۲		گروه
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	شاخص
۹/۶۳۶	۶۲/۲۰	۸/۶۱۸	۶۴/۴۰	متغیر
۹/۷۷۳	۶۲/۸۰	۱۰/۵۶۰	۶۱/۸۰	اضطراب حالت
۵/۲۹۶	۴۶/۶۰	۵/۵۸۲	۴۷/۶۰	اضطراب صفت
				افسردگی

همان‌گونه که در جدول ۱ ملاحظه می‌گردد، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش دو گروه در پیش‌آزمون نشان داده شده است. در مرحله پیش‌آزمون میانگین‌های متغیرهای پژوهش در دو گروه تقریباً باهم برابرند.

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

آزمایش ۱		آزمایش ۲		گروه
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	شاخص
۳/۶۸۸	۳۳/۴۰	۵/۰۷۸	۲۵/۳۰	متغیر
۳/۷۵۵	۳۵/۱۰	۲/۷۸۹	۲۴	اضطراب حالت
۳/۳۰۷	۱۴/۶۰	۲/۷۸۱	۱۳/۸۰	اضطراب صفت
				افسردگی

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

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

آزمایش ۱		آزمایش ۲		گروه
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	شاخص
۴/۴۹۷	۳۶	۴/۸۳۲	۲۷/۳۰	متغیر
				اضطراب حالت

۴/۳۷۳	۳۷/۳۰	۲/۹۹۸	۲۵/۹۰	اضطراب صفت
۲/۱۶۰	۱۵	۲/۵۸۲	۱۵	افسردگی

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: نتایج آزمون تعامل بین گروه ها

منبع	متغیرها	مجموع مجذورها	Df	مجدور میانگین	F	Sig.	مجدور اتای سهمی
گروه	اضطراب حالت	۴۵۹/۰۶۵	۱	۴۵۹/۰۶۵	۲۷/۸۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳۵
	اضطراب صفت	۵۷۸/۷۵۲	۱	۵۷۸/۷۵۲	۳۷/۳۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰۰
خطا	اضطراب حالت	۲۶۳/۷۰۳	۱۶	۱۶/۴۸۱			
	اضطراب صفت	۲۴۷/۹۸۱	۱۶	۱۵/۴۹۹			

با توجه به جدول ۴ نتایج زیر بدست می آید:

تفاوت اضطراب حالت در دو گروه ($F=27.854$; $df=1$; $P=0.0001$) معنادار می باشد.

تفاوت اضطراب صفت در دو گروه ($F=37.342$; $df=1$; $P=0.0001$) معنادار می باشد

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه

منبع	مجموع مجذورها	Df	میانگین مجذورها	F	Sig.	مجدور اتای سهمی
گروه	۰/۰۴۵	۱	۰/۰۴۵	۰/۰۰۸	۰/۹۳۰	۰/۰۰۰۱
خطا	۹۷/۱۱۸	۱۷	۵/۷۱۳			
کل	۴۶۰۲/۰۰۰	۲۰				

مطابق جدول ۵، تفاوت افسردگی در دو گروه ($F=0.008$; $df=1$; $P=0.930$) معنادار نمی باشد. به عبارت دیگر بین مدل ماتریکس و ماتریکس با هیپنوتیزم در کاهش افسردگی بیماران وابسته به متمماتمین تحت درمان تفاوت وجود ندارد.

بحث

هدف از انجام این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مدل ماتریکس با و بدون هیپنوتیزم بر اضطراب و افسردگی بیماران وابسته به متامفتامین بود. اگرچه تحقیقات کمی در بررسی اثر درمانی CBH در اضطراب بیماران وابسته به مواد انجام شده است اما این نتیجه با بخشی از یافته‌های پژوهش‌های بیدار و همکاران (۱۳۸۸) بادله، فتحی، آقا محمدیان و بادله (۱۳۹۲) هماهنگی دارد.

اگرچه پژوهش‌های کمی در این زمینه انجام شده اما تحقیقات حکایت از افزایش اثربخشی درمان‌های شناختی - رفتاری در تلفیق با هیپنوتراپی دارد. دریک فراتحلیل از کریچ، مونتگمری و سایپرستین (۱۹۹۵) نتایج از افزایش ۷۰ درصدی اثربخشی درمان‌های شناختی در نقاط با هیپنوتراپی CBH بر اختلالات اضطرابی حکایت دارد (کریچ، مونتگمری و سایپرستین، ۱۹۹۵). این یعنی بین درمان‌های شناختی - رفتاری و هیپنوتراپی شناختی - رفتاری تفاوت وجود دارد. در پژوهشی از ویلکینسون (۱۹۸۱) با عنوان اثر هیپنوتراپی بر علائم روان‌تنی بیماران وابسته به مواد آن را در کنترل علائم اضطراب و مشکلات خواب پس از درمان مؤثر گزارش می‌کند. همچنین در پژوهش دادگر (۱۳۹۳) که نشان می‌دهد هیپنوتراپی شناختی رفتاری می‌تواند منجر به کاهش اضطراب امتحان و پیشرفت تحصیلی در دانش آموزان شود. در تبیین نتایج به‌دست‌آمده باید گفت که وب و همکاران (۲۰۱۰)، تأثیر درمان ماتریکس را بر تسریع توقف مصرف نیکوتین در بین سیگاری‌های آمریکایی آفریقایی‌تبار مورد بررسی و پژوهش قراردادند. یافته‌ها حاکی از آن است هیپنوتیزم در درمان افسردگی و حالت‌های آن بسیار مؤثر بوده و نتایج بسیار خوبی هم حاصل شده است. هیپنوتیزم درمانی در از بین بردن و یا کاهش حالت‌های افسردگی مانند بی‌حالی و بی‌حوصلگی - بی‌خوابی - بدخوابی - کابوس شبانه - افکار خودکشی و حتی اقدام به خودکشی - پرخوری - کم‌خوری - ناامیدی - افکار خشم‌آلود - بدبینی - احساس ناامیدی - لذت نبردن از زندگی - کاهش تمایلات جنسی - کاهش اراده - و گوشه‌گیری - لذت نبردن از جمع ... بسیار مؤثر بوده است (شامیر و همکاران، ۲۰۱۷). هیپنوتیزم کمک می‌کند که فاکتور انتقادی ذهن در حالت تعلیق در آمده و درمان شناختی رفتاری با مقاومت کمتر مواجه شده و اثربخشی بیشتری بر اضطراب و افسردگی داشته باشد همچنین هیپنوتیزم خود با تلقیناتی در خصوص تقویت ایگو و تاب‌آوری و اعتماد بنفس می‌تواند در کنترل بیشتر این علائم تأثیر گذار باشد (کلبادی نژاد، جوانشیر، پوراصغر و آقای، ۱۴۰۰). محدودیت این پژوهش شامل تعمیم نتایج در مورد زنان باید با احتیاط صورت گیرد به این دلیل که پژوهش حاضر بر روی تنها معتادان 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. بررسی جامع‌تر در چگونگی شکل‌گیری و تداوم اعتیاد به ویژه روان‌گردان‌ها در جوانان. استفاده از طرح‌های تحقیقی دو سویه کور که در آن هم 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

تشکر و قدردانی

از تمامی دانش آموزان که در این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- اختیاری، حامد؛ بهزادی، آری؛ گنجگاهی، حبیب؛ مگری، آذرخش؛ عدالتی، هانیه؛ بختیاری، مرتضی؛ ربیعی، نغمه و عقابیان، محمدعلی (۱۳۸۷)، بررسی مناطق مغزی درگیر در ولع مصرف معتادان تزریقی هرویین به وسیله تصویربرداری مغزی عملکردی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴ (۳)، ۲۶۹-۲۸۰.
- 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، پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی. ۲ (۶) ۹۱،۹۱-۱۰۶.
- بادله؛ مرتضی، فتحی؛ مهدی، آقامحمدیان؛ حمیدرضا و بادله؛ محمدتقی (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی هیپنوتراپی شناختی رفتاری گروهی بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس نوجوانان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، ششمین کنگره بین‌المللی روانپزشکی کودک و نوجوان، پوستر مجله توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی. ۱۷-۲۴.
- بوالهروی، جعفر؛ طارمیان، فرهاد؛ پیروی، حمید و قاضی طباطبایی، محمود (۱۳۸۵)، شیوع شناسی مصرف مواد در میان دانشجویان شهر تهران و بررسی عوامل خطر و حفاظت کننده. نگاهی به مهمترین یافته‌های پژوهش. دفتر مشاوره دانشجویی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و جهاد دانشگاهی: ۸-۱.
- بیدار، مریم؛ قره‌چاهی، مریم؛ قابل، ناز محمد و حافظ، بهاره. (۱۳۸۸). بررسی کلینیکی موفقیت هیپنوتیزمی در ایجاد بی‌حسی موضعی در درمان ریشه دندان. *مجله علمی پزشکی*. ۸ (۳): ۳۳۷-۳۴۴.
- پرویزی فرد، علی اکبر؛ بیرشک، بهروز؛ عاطف وحید، محمدکاظم و شاکری، جلال (۱۳۸۰)، بررسی همبودی اختلالهای خلقی و اضطرابی در معتادان جویای درمان و افراد بهنجار. *مجله اندیشه و رفتار*. ۷ (۲) ۴۵،۴۵-۵۴.
- پورسیدموسایی، فاطمه؛ موسوی، ولی‌الله و کافی، موسی (۱۳۹۱)، مقایسه و رابطه بین استرس با ولع مصرف در وابستگان به مواد افیونی و صنعتی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*. ۶ (۲۴) ۹-۲۱.
- جزایری، علیرضا؛ هژیر، فرهاد؛ شهباز، عباس و رضایی، منصور (۱۳۸۳). رابطه اختلال‌های شخصیت ضد اجتماعی و مرزی با اعتیاد به مواد مخدر در مردان ۱۸ تا ۳۵ ساله کرمانشاه. *مجله اندیشه و رفتار*، ۱ (۷)، ۵۹-۴۹.
- سموعی، راحله. ابراهیمی، امرالله. موسوی، سید غفور. حسن زاده، اکبر و رفیعی سعید (۱۳۷۹)، الگوی مقابله با استرس در معتادین خود معرف به مراکز ترک اعتیاد اصفهان. *نشریه روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۲۲: ۲۳-۶۹.
- کلدی، علیرضا؛ رهگذر، مهدی؛ نوابخش، مهرداد و جمشیدی، مریم (۱۳۸۷)، میزان آگاهی دانش آموزان دبیرستانی منطقه ۹ تهران از اثرات قرص‌های جنون‌آور (اکس). *توانبخشی*. ۹ (۳ و ۴): ۶۸-۶۳.
- کلبادی نژاد، مهدیه؛ اسدی، جوانشیر؛ پوراصغر، مهدی؛ آقای، مهرداد (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر تاب‌آوری و کیفیت خواب زنان مبتلا به سندروم فیبرومیالژیا. *مجله رویش روانشناسی*، ۱۰ (۳) ۲۲-۳۴.

Abrams, DB. (2000). *Transdisciplinary concepts and measures of craving: Commentary and feature directions*. *Addiction*; 95(Suppl 2): S237-S246.

DSM-IV-TR. 4th Edition Text Revision. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000.

- Dyer, K. R & Cruickshank, C. C (2005) Depression and other psychological health problems among methamphetamine dependent patients in treatment: Implications for assessment and treatment outcome. *Australian Psychologist*, June 2005; 40(2):96 – 108
- Hayes, S., Luoma, J. B., & Bond, F. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Ilegn, M., Jain, A. & Trafton. (2008). The Effect Of Stress On Craving For Methadone Depends On The Timing Of Last Methadone Dose. *Journal of behavior research and therapy*, 46, 1170-1175
- Kaplan, Sadock, J (2008): *Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th Edition. United States. LIPPINCOTT WILLIAMS AND WILKINS.*
- Kirsch I, Montgomery G, Sapirstein G. Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63: 214-20
- Lüscher, C., Robbins, T. W., & Everitt, B. J. (2020). The transition to compulsion in addiction. *Nature Reviews Neuroscience*, 21(5), 247-263.
- Marlatt, G. A. & Donovan D. M. (2005). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: The Guilford Press.
- Mohammadi, M., Kazemina, M., Abdoli, N., Khaledipaveh, B., Shohaimi, S., Salari, N., & Hosseinian-Far, M. (2020). The effect of methadone on depression among addicts: a systematic review and meta-analysis. *Health and quality of life outcomes*, 18(1), 1-12.
- Marlatt, G. (1985). Cognitive factors in the relapse process. In: Marlatt, G., Gordon, J. (Eds.), *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. Guilford Press, New York, 128–200.
- Rawson, R., McCann, M.J., Shoptaw, S., Miotto, K., Frosch, D., Obert, J.L. and Ling, W. (2008). Naltrexone for opiate addiction: Evaluation of a manualized psychosocial protocol to enhance treatment response.
- Rizeanu, S. (2018). Cognitive-behavioral therapy for gambling addiction. *Cognitive Behavioral Therapy and Clinical Applications*, 61-81.
- Shamir Malik, Q. M., Rehman, A., Malik, S., & Fayyaz, M. (2017). Control of tobacco paan and naswaar addiction by hypnosis. *Country: Pakistan*, 13(3), 48-49.
- Wilkinson, J. B. (1981) hypnotherapy in the psychosomatic approach to illness. *Journal of Royal Society of Medicine* 74, 525-530
- Zikler, P. (2005). *Nicotin medication also reduces craving in cocaine addicts*. NIDA Notes, 15 (1). Available on: www.drugabuse.gov/NIDA_Notes.