

اثربخشی رفتار درمانی گروهی و گروه درمانی شناختی- رفتاری بر میزان لغزش و ماندگاری در درمان بیماران وابسته به مواد افیونی تحت درمان MMT

محمدعلی اصلی نژاد^۱؛ مهدی مشکی^{۲*}؛ محمدصادق علیمردانی^۳؛ جهانشیر توکلی زاده^۴

چکیده

زمینه: لغزش یکی از چالش‌های مهم در درمان وابستگی به مواد بوده که منجر به عود می‌گردد. هدف این پژوهش تعیین اثربخشی رفتار درمانی گروهی و گروه درمانی شناختی- رفتاری بر میزان لغزش و ماندگاری در درمان بیماران وابسته به مواد افیونی تحت درمان MMT بود.

روش‌ها: در یک طرح نیمه تجربی، از بین ۱۰۸ نفر بیمار مرد مراجعه‌کننده به کلینیک دولتی درمان نگره‌دارنده با متادون شهرستان گناباد بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش ۶۶ نفر انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. دو گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه یک‌ساعته هفتگی تحت درمان گروهی قرار گرفتند. گروه کنترل فقط مداخلات انفرادی روتین کلینیک را دریافت نمود. آزمودنی‌ها با شاخص مصرف مواد افیونی (OTI) و چک‌لیست میزان غیبت و لغزش، پیش از درمان، پس از درمان و پایان پیگیری ۶ ماهه ارزیابی شدند. داده‌ها با آزمون‌های تحلیل واریانس یک‌طرفه، t و خی دو تحلیل شد.

یافته‌ها: هر دو رویکرد رفتار درمانی گروهی و گروه درمانی شناختی- رفتاری نسبت به مداخلات انفرادی روتین در کاهش میزان لغزش در مرحله پس از درمان ($P=0/0001$)، پس از ۶ ماه پیگیری ($P=0/0001$) و ماندگاری در درمان ($P=0/0001$)، مؤثرتر بود. همچنین گروه درمانی شناختی- رفتاری در مقایسه با رفتار درمانی گروهی در کاهش میزان لغزش ($P=0/04$) و ماندگاری در درمان به‌طور معناداری تأثیر بیشتری داشت ($P=0/015$).

نتیجه‌گیری: به‌منظور اثربخشی بیشتر درمان MMT، همراه بودن آن با گروه درمانی شناختی رفتاری توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: گروه درمانی، متادون، لغزش، ماندگاری، وابستگی به مواد افیونی

«دریافت: ۱۳۹۱/۱/۱۴ پذیرش: ۱۳۹۱/۶/۲۱»

۱. واحد سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد

۲. گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد

۳. معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد

۴. مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد

* عهده‌دار مکاتبات: گناباد، دانشگاه علوم پزشکی، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، تلفن و نمابر: ۰۵۳۳-۷۲۲۹۰۲۵

Email: drmoshki@gmail.com

مقدمه

دارودرمانی را همراه درمان‌های روان‌شناختی پیگیری نکنند مصرف مجدد مواد را شروع خواهند کرد (۲). درمان نگره‌دارنده با متادون یک رویکرد شناخته‌شده جهت درمان وابستگی به مواد اویپوئیدی و به‌خصوص کاهش آسیب است. یکی از چالش‌های عمده در درمان نگره‌دارنده با متادون، لغزش و میزان ماندگاری بر درمان است (۳). از این‌رو برای این که بتوان به فرد وابسته به مواد کمک کرد،

وابستگی به مواد، یک بیماری پیچیده، مزمن و چندبعدی است و درمان آن بسیار مشکل و زمان‌بر است. در درمان وابستگی به مواد، درمان‌های غیردارویی نیز واجد اهمیت بسیار بالایی در حفظ دستاوردهای درمان دارویی می‌باشند (۱). براساس پژوهش‌های انجام‌شده، ۹۸ درصد افراد وابسته به مواد اگر در سال اول درمان،

فراهم کردن پیامدهای تقویت کننده، هنگامی که بیماران اهداف درمان را رعایت می کنند (پرهیز از مصرف مواد) و نیز با عدم ارایه آن پیامدهای مثبت یا با فراهم کردن پیامدهای تنبیه کننده وقتی که بیماران رفتارهای ناخوشایند نشان می دهند (مصرف مواد)، تغییرات رفتاری مثبت را در بیماران تقویت می کند (۶). ساکسون (Saxon) و همکارانشان، به نقل از نادری (۱۳۸۷)، نشان دادند که ۴۰ درصد از افرادی که تحت درمان نگاه دارنده با متادون، مواد مخدر نیز مصرف می کردند، بعد از عقد قرارداد نهایی در روش مدیریت وابستگی، مصرف موادشان را کم کردند یا کنار گذاشتند (۱).

همچنین از بین راه کارهای متعددی که برای پیشگیری از عود مورد توجه قرار گرفته، الگوی درمان شناختی رفتاری با استقبال بیشتر صاحب نظران روبرو شده است (۷). برخی مطالعات نشان داده اند که درمان گروهی شناختی- رفتاری در پیشگیری از عود در افراد وابسته به مواد مؤثر بوده است (۴ و ۸). راوسون (Rawson) (۲۰۰۲)، دو رویکرد روانی اجتماعی شامل مدیریت وابستگی و درمان شناختی- رفتاری را در درمان وابستگی به کوکائین مقایسه نمود و تأثیر مطلوب برنامه مدیریت وابستگی و درمان شناختی- رفتاری را نشان داد (۹).

برخی مطالعات نشان داده اند که برنامه مدیریت وابستگی، به سرعت مصرف مواد را کاهش می دهد اما اثرات آن پس از درمان کاهش می یابد، ولی درمان شناختی- رفتاری مصرف مواد را تا ماه ها پس از پایان درمان کاهش می دهد (۱۰ و ۱۱).

در پژوهشی دیگر گلستانی (۱۳۸۷)، اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر در جلوگیری از عود وابستگان به مواد مخدر مرد شهر کرمان را مورد تأیید قرار داد (۱۲). امینی فر و همکاران (۱۳۸۹) نیز در پژوهشی تأثیر مثبت گروه درمانی را در پیشگیری از لغزش در وابستگان به مواد مخدر و محرک تحت درمان نگاه دارنده دارویی (MMT) در مرکز درمان وابستگی به مواد امید نو کرج گزارش کرده اند (۱۳).

در کنار درمان دارویی و بعد از آن در مرحله توان بخشی، استفاده از فنون روان درمانی، ضرورتی دوجندان پیدا می کند (۴). براساس مطالعه مقدماتی انجام شده در کلینیک دولتی درمان نگاه دارنده با متادون شهرستان گناباد، میزان شیوع لغزش بیماران بیش از ۴۰ درصد بوده است (۵). از آن جا که لغزش بیماران تحت درمان نگاه دارنده با متادون موجب مشکلات عدیده ای از قبیل ادامه رفتارهای پرخطر و انتقال عفونت ها به جمعیت عمومی، مسمومیت، ارتباط با موادفروشان، عدم ماندگاری در درمان و دست نیافتن به اهداف درمانی می گردد، توجه به لغزش و کاهش آن به وسیله مداخلات روان شناختی ضروری است. در روان درمانی با توجه به الگوی نظری که روان شناسان به آن اعتقاد داشته و در به کارگیری آن راحت اند، از درمان های مختلفی استفاده می کنند که روان درمانی های انفرادی روان پویشی، درمان های شناختی، رفتاری، شناختی- رفتاری، خانواده درمانی و گروه درمانی از آن جمله هستند. گروه درمانگران نیز از رویکردهای مختلف استفاده می کنند (۱).

یک شیوه از مداخلات روان شناختی مورد استفاده در درمان وابستگی به مواد، رویکرد رفتاری است که می تواند میزان موفقیت در درمان نگاه دارنده را بالا ببرد (۱). یکی از تکنیک های رویکرد رفتاری، مدیریت وابستگی است. در مدیریت وابستگی، افراد برای انجام یا عدم انجام برخی رفتارها متعهد می شوند و پایبندی به تعهد، نتایج مثبت (مثلاً دریافت پول) و عدم پایبندی، نتایج منفی (مانند پرداخت جریمه) برایشان به دنبال خواهد داشت. مدیریت وابستگی به طور شایع در برنامه کنترل آزمایش ادرار استفاده می شود، به طوری که اگر نتایج ادرار مثبت باشد یا فرد حاضر به دادن نمونه ادرار نباشد نتایج منفی برای وی اعمال می شود. مدیریت وابستگی را می توان با سایر تکنیک های درمانی دیگر ترکیب نمود. در مدیریت وابستگی، بیماران براساس آزمایش منفی ادرار و یا شرکت در جلسات، امتیازهایی به دست می آورند (۱).

برخی بررسی ها نشان داده اند که مدیریت وابستگی با

شهرستان گناباد بود. معیارهای خروج از نمونه، ابتلا به اختلال‌های روانی محور I و مصرف داروهای ضد روانپریشی و ضدصرع در زمان ورود به پژوهش و عدم تمایل یا توانایی شرکت در جلسات گروه درمانی بود.

برای انتخاب نمونه، تمامی بیماران تحت درمان نگه‌دارنده با متادون مراجعه‌کننده به کلینیک دولتی درمان سوءمصرف مواد شهرستان گناباد در سال ۱۳۸۹ شامل ۱۰۸ نفر مورد غربالگری قرار گرفتند و از بین آنان تعداد ۶۹ نفر بر اساس ملاک‌های نمونه پژوهش انتخاب شدند. پس از غربالگری اولیه (بر اساس ملاک‌های انتخاب و حذف) هر فرد بیمار نسبت به اهداف پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات جمع‌آوری شده، توجیه و رضایت‌نامه از وی اخذ گردید. سپس آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در یکی از سه گروه درمانی شامل درمان MMT + رفتاردرمانی گروهی، درمان MMT + گروه درمانی شناختی- رفتاری و گروه کنترل قرار گرفتند. پس از مشخص شدن گروه‌ها دو نفر از گروه رفتاری و یک نفر از گروه شناختی- رفتاری، حاضر به ادامه همکاری و شرکت در جلسات نبودند که از پژوهش خارج گردیدند. پس از حذف این افراد، گروه درمان MMT + رفتاردرمانی گروهی ۲۱ نفر، گروه درمان MMT + گروه درمانی شناختی- رفتاری ۲۲ نفر و گروه کنترل ۲۳ نفر و جمع کل آزمودنی‌ها ۶۶ نفر بودند.

داده‌ها به کمک ابزارهای ذیل جمع‌آوری گردید:

۱- پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی که دارای پرسش‌هایی در زمینه سن، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، میزان تحصیلات، محل سکونت، سن هنگام نخستین مصرف، طول مدت مصرف، روش و مقدار مصرف قبل از شروع درمان بود.

۲- مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)) (SCID-I= Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I disorders) که مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است و توسط فرست (First)،

در سال‌های اخیر، برخی مطالعات در زمینه ماندگاری بر درمان MMT انجام شده است (۳ و ۱۶-۱۴) و رابطه طول ماندگاری در درمان با برخی از عوامل از جمله نوع ماده مصرفی و روش مصرف معنادار شده است. برخی مطالعات انجام‌شده در زمینه ماندگاری نشان داده‌اند که میزان ریزش در ۶ ماه اول درمان بیشتر است و اگر بیماری بیش از ۶ ماه روی درمان باقی بماند احتمال ماندگاری افزایش می‌یابد (۱۴ و ۱۷).

با توجه به اندک بودن پژوهش‌هایی که در زمینه اثربخشی مداخلات روان‌شناختی برای کاهش لغزش و ماندگاری در درمان بیماران مراکز درمان نگه‌دارنده با متادون صورت گرفته است و از طرفی با در نظر گرفتن گستردگی و تنوع درمان‌های روان‌شناختی موجود در درمان وابستگی به مواد، تصمیم گرفته شد دو رویکرد رفتاری و شناختی‌رفتاری را که کاربردپذیری بیشتری دارند (۱۸)، انتخاب نموده و اثربخشی آن‌ها را بر کاهش لغزش و ماندگاری در درمان بیماران وابسته به مواد افیونی (تریاک و هروئین) تحت درمان نگه‌دارنده با متادون مراجعه‌کننده به کلینیک دولتی درمان سوء مصرف مواد شهرستان گناباد تعیین و مقایسه نماییم.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه مداخله‌ای نیمه‌تجربی با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش، کلیه بیماران مرد وابسته به مواد افیونی (تریاک و هروئین) مراجعه‌کننده به کلینیک دولتی درمان سوءمصرف مواد شهرستان گناباد در سال ۱۳۸۹ بودند که شرایط قرار گرفتن تحت درمان نگه‌دارنده با متادون (براساس پروتکل درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۵) و شرایط ورود به مطالعه را داشتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن سن بین ۱۸-۴۸ سال، وجود معیارهای تشخیص وابستگی به مواد افیونی براساس نظر روانپزشک و مطابق با معیارهای DSM-IV، گذشتن حداقل ۳ ماه از قرار گرفتن تحت درمان نگه‌دارنده با متادون و سکونت در

آوردن میزان غیبت، تعداد موارد غیبت ثبت شده در پرونده‌ها بر اساس عدم حضور بیمار در کلینیک برای دریافت دارو محاسبه شد. همچنین برای به دست آوردن میزان لغزش از تعداد دفعات لغزش ثبت شده در پرونده‌ها بر اساس مثبت شدن مرفین تست ادرار در فاصله زمانی مورد نظر استفاده شد. میزان لغزش برای سه فاصله زمانی: ۱- از سه ماه قبل از برگزاری جلسات تا شروع جلسات، ۲- از زمان اتمام جلسات تا ۳ ماه بعد از آن و ۳- از سه ماه بعد از اتمام جلسات تا ۶ ماه بعد از آن محاسبه شد.

متغیر ماندگاری در درمان به عنوان خروج از درمان و قطع آن توسط بیمار تعریف شد و محاسبه آن بر اساس تعداد افراد خارج شده از درمان در هر گروه در زمان ۶ ماه بعد از اتمام جلسات صورت گرفت.

در این بررسی، پروتکل درمانی برای گروه آزمایشی درمان MMT + رفتاردرمانی گروهی بر پایه ساختار جلسات رفتار درمانی سوء مصرف مواد (میلر، ۱۹۸۵؛ ترجمه گروهی فرشی، ۱۳۸۴) و پروتکل درمانی برای گروه درمان MMT + گروه درمانی شناختی- رفتاری بر پایه راهنمای عملی درمان شناختی رفتاری سوء مصرف مواد (کارول، ۱۹۹۸؛ ترجمه بخشی پور رودسری و محمدخانی، ۱۳۸۱) تدوین شد (۲۲ و ۲۳) و هر دو پروتکل توسط سه نفر از متخصصین صاحب نظر تأیید گردید.

محور اصلی رفتاردرمانی گروهی در این مطالعه مدیریت وابستگی بوده و سایر تکنیک‌های رفتاری به کار برده شده در جهت افزایش احتمال موفقیت مدیریت وابستگی به کار برده شد. محتوی جلسات رفتاردرمانی شامل مواجهه‌سازی با یادآورها، حساسیت‌زدایی پنهان، تمرین آرمیدگی و مدیریت وابستگی برای دو رفتار هدف (عدم مصرف مواد و عدم غیبت) به وسیله ژتون بلافاصله بعد از نتیجه منفی آزمایش ادرار مشروط به عدم غیبت بین فاصله زمانی دو آزمایش بود. ژتون برگه‌ای بود که هر بیمار با دریافت آن از پرداخت نصف هزینه درمان در یک ماه معاف می‌شد. همچنین هسته اصلی درمان شناختی

اسپیتزر (Spitz) و گیبون (Gibbon) ۱۹۹۷، (به نقل از بختیاری، ۱۳۷۹) برای تشخیص‌های DSM-IV (انجمن روانپزشکی آمریکا (American Psychiatric Association)) (۲۰۰۰)، تدوین شده است. همچنین برای مصاحبه بالینی ضریب ۰/۶۰ به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها گزارش شده است (۱۹). بختیاری (۱۳۷۹) پایایی بازآزمایی این ابزار را ۰/۹۵ گزارش نموده است (۱۹). این مصاحبه برای تشخیص اختلال وابستگی به مواد افیونی و اختلال‌های روان‌پریشی و دوقطبی به کار برده شد. در پژوهش حاضر، ضریب پایایی آلفای کرانباخ در نمونه مورد بررسی ۰/۸۷ تعیین شد.

۳- مصاحبه ساختاریافته شاخص درمان مواد افیونی (OTI= Opioid Therapeutic Index structured interview) شاخص درمانی مواد افیونی یک مصاحبه ساختاریافته برای ارزیابی جامع درمان مواد افیونی است که توسط دارک (Darke)، وارد (Ward)، هال (Hal)، هیتز (Heather) و وداک (Wodak) (۱۹۹۱) تهیه شده است. فرم کامل آن شش حوزه پیامد درمان شامل مصرف مواد (drug use)، رفتارهای پرخطر (risk taking behavior)، عملکرد اجتماعی، بزهکاری، وضعیت سلامت یا تندرستی و سازگاری روانشناختی را ارزیابی می‌کند. پایایی بازآزمایی این ابزار برای مقیاس‌های گوناگون از ۰/۷۸-۰/۹۹ و پایایی درونی آن با استفاده از ضریب آلفای کرانباخ برای مقیاس‌های مختلف ۰/۵۳-۰/۸۳ گزارش شده است (۲۰). همچنین دباغی و همکاران (۱۳۸۶)، پایایی بازآزمایی پرسشنامه OTI را بر روی یک نمونه ۳۰ نفری با فاصله یک هفته برای مقیاس‌های مختلف ۰/۷۳-۰/۸۳ و روایی موازی این ابزار را برای مقیاس‌های مختلف آن از ۰/۷۳-۰/۹۱ گزارش نموده‌اند (۲۱). این ابزار برای تشخیص مصرف مواد افیونی به کار برده شد. در این پژوهش، ضریب پایایی آلفای کرانباخ در نمونه مورد بررسی ۰/۸۹ تعیین شد.

۴- چک لیست میزان لغزش و غیبت- برای به دست

درمان گروهی صورت گرفت. ارزیابی نتایج به صورت دوسوکور توسط فرد دیگری غیر از درمانگر که از نوع مداخله اطلاعی نداشت انجام شد. هر یک از اعضای سه گروه فقط در گروه خود قرار گرفته و مجاز به شرکت در جلسات مربوط به غیر از گروه خود نبودند.

تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 11.5 و آزمون‌های T مستقل، تحلیل واریانس یک‌طرفه و خی دو انجام شد.

یافته‌ها

میانگین سنی آزمودنی‌ها در گروه رفتاری ۳۱/۹۵ سال با انحراف معیار ۶/۹، گروه شناختی رفتاری ۳۴/۲۷ سال با انحراف معیار ۷/۲۸ و گروه کنترل ۳۲/۴۳ سال با انحراف معیار ۷/۲۳ و میانگین سنی کل افراد مورد مطالعه $32/9 \pm 7/1$ بود. آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه از نظر متغیر سن، تفاوت معناداری را بین سه گروه نشان نداد ($P=0/81$, $df=2$, $F=0/64$). همچنین سه گروه از نظر سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی تفاوت معناداری نداشتند (جدول ۱).

همچنین آزمون آماری خی دو تفاوت معناداری را بین گروه‌های درمانی از نظر متغیر نوع مواد مصرفی نشان نداد ($P=0/125$, $df=2$, $X2=0/265$) و شیوه مصرف مواد نشان نداد ($P=0/42$, $df=4$, $X2=0/912$). آزمون آماری تحلیل واریانس یک‌طرفه، تفاوت معناداری را از نظر میانگین مقدار مصرف قبل از شروع درمان بر حسب گرم ($P=0/698$, $df=2$, $F=0/362$)، میانگین سنی هنگام اولین مصرف ($P=0/838$, $df=2$, $F=0/178$) و میانگین مدت‌زمان مصرف قبل از شروع درمان بین سه گروه مختلف درمان نشان نداد ($P=0/356$, $df=2$, $F=0/05$).

آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه از نظر میزان لغزش بین دو گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله قبل از مداخله (از سه ماه قبل از برگزاری جلسات تا شروع جلسات) تفاوت معناداری نشان نداد ($P=0/91$)، اما بعد از مداخله (از زمان اتمام جلسات تا ۳ ماه بعد از آن)

رفتاری در این بررسی، کسب مهارت‌های مقابله‌ای بوده و سایر تکنیک‌های شناختی رفتاری در این محور قرار داشتند. محتوی جلسات گروه درمانی شناختی رفتاری شامل شناسایی موقعیت‌های خطرآفرین و برانگیزاننده‌های مصرف مواد، رویارویی با آن‌ها، علایم هشداردهنده عود، مدیریت هیجانات، مقابله با وسوسه، مدیریت لغزش، چالش با افکار ناکارآمد و پیامد آن‌ها، مشخص کردن زنجیره شناختی رفتاری رخداده‌ها و تأکید بر روی نقص‌ها و تحریف‌های شناختی از یک سو و از سوی دیگر کمبود مهارت‌های رفتاری مناسب برای مقابله با فشارهای درونی و بیرونی و دستیابی به احساس خوشی و شادکامی بود.

هرکدام از دو گروه آزمایشی طی ۱۲ جلسه یک‌ساعته به صورت هفتگی طی مدت سه ماه تحت درمان گروهی قرار گرفتند. در پایان هر جلسه متناسب با موضوع جلسه، تکالیفی برای تمرین در منزل داده می‌شد و بر انجام آن تأکید می‌گردید. از جلسه دوم به بعد در آغاز هر جلسه با افراد گروه‌ها در زمینه انجام تمرین‌ها در منزل و مشکلات احتمالی که موقع انجام تمرین با آن مواجه شده بودند گفتگو می‌شد. گروه کنترل بدون هیچ درمان گروهی، فقط مداخلات انفرادی معمول کلینیک را دریافت نمود. هدایت جلسات توسط یک نفر کارشناس ارشد روانشناسی بالینی که دوره آموزش نظری و عملی پیشرفته مداخلات غیردارویی درمان سوء مصرف مواد را طی کرده، گواهینامه‌های مربوطه را از اداره سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اخذ نموده و تجربه کار بالینی با بیماران وابسته به مواد را داشت، با همکاری یک نفر کارشناس روانشناسی باتجربه در درمان وابستگی به مواد صورت گرفت. بررسی آزمودنی‌های سه گروه به کمک مصاحبه ساختاریافته شاخص مصرف مواد افیونی (OTI)، چک‌لیست میزان غیبت و لغزش براساس مرفین تست ادرار، در سه مرحله قبل از آغاز جلسات گروهی، پایان جلسات گروهی و بیمارانی که امکان دسترسی به آن‌ها وجود داشت، پس از پایان مرحله پیگیری ۶ ماهه از

کنترل از دسترس خارج شده بودند، بنابراین ۱۴ نفر از گروه رفتاری، ۲۰ نفر از گروه شناختی رفتاری و ۸ نفر از گروه کنترل باقی مانده بودند که آزمون تحلیل واریانس یک طرفه از نظر ماندگاری در درمان بین گروه‌ها نیز تفاوت معناداری را نشان داد به گونه‌ای که ماندگاری در درمان دو گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بیشتر بود ($P=0/0001$) (جدول ۲).

($P=0/0001$) و پیگیری ۶ ماهه (از سه ماه بعد از اتمام جلسات تا ۶ ماه بعد از آن) ($P=0/0001$) تفاوت معناداری بین گروه‌ها دیده شد. به این معنی که میزان لغزش در دو گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کم‌تر بود. در مرحله پیگیری ۶ ماه بعد از مداخله، ۷ نفر از گروه رفتاری، ۲ نفر از گروه شناختی رفتاری و ۱۵ نفر از گروه

جدول ۱- مقایسه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در آزمودنی‌های سه گروه

درجه آزادی	سطح معناداری	گروه درمانی			متغیر	
		گواه (۲۳ نفر)	شناختی رفتاری (۲۲ نفر)	رفتاری (۲۱ نفر)	متغیر	وضعیت
۲	۰/۶۱*	۴(۴۰)	۲(۲۰)	۴(۴۰)	مجرد	وضعیت
		۱۹(۳۳/۹)	۲۰(۳۵/۷)	۱۷(۳۰/۴)	متاهل	تاهل
۶	۰/۴۸*	۷(۴۶/۷)	۲(۱۳/۳)	۶(۴۰)	بی سواد و ابتدایی	سطح تحصیلی
		۸(۳۴/۸)	۷(۳۰/۴)	۸(۳۴/۸)	راهنمایی و سیکل	
		۷(۳۱/۸)	۱۰(۴۵/۵)	۵(۲۲/۷)	دبیرستان و دیپلم	دانشگاهی
		۱(۱۶/۷)	۳(۵۰)	۲(۳۳/۳)		
۶	۰/۹۶*	۷(۴۱/۲)	۶(۳۵/۳)	۴(۲۳/۵)	بیکار	شغل
		۲(۲۸/۶)	۲(۲۸/۶)	۳(۴۲/۹)	کارگر و کشاورز	
		۱(۲۰)	۲(۴۰)	۲(۴۰)	کارمند	
۲	۰/۲۶*	۱۳(۳۵/۱)	۱۲(۳۲/۴)	۱۲(۳۲/۴)	آزاد و کسبه	محل سکونت
		۱۸(۳۴)	۲۰(۳۷/۷)	۱۵(۲۸/۳)	شهر	
		۵(۳۸/۵)	۲(۱۵/۴)	۶(۴۶/۲)	روستا	

* آزمون خی دو

جدول ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار متغیرهای لغزش قبل و بعد از مداخله و مرحله پیگیری ۶ ماه بعد از مداخله و ماندگاری در درمان سه گروه

سطح معناداری	F*	گروه درمانی			متغیر
		کل (۶۶ نفر)	گواه (۲۳ نفر)	شناختی رفتاری (۲۲ نفر)	
۰/۹۱	۰/۰۹۴	۲۱(۱/۳۰)	۳۰(۱/۳۹)	۱۳(۱/۲۰)	قبل از مداخله
۰/۰۰۰۱	۱۳/۹۸	۸۶(۱/۶۴)	۲(۲/۲)	۴(۰/۲۱)	لغزش بعد از مداخله
۰/۰۰۱	۷/۷۱۲	۳۰(۲/۱۵)	۵۶(۲/۸۴)	۳۶(۱/۰۹)	بعد از ۶ ماه از مداخله
۰/۰۰۰۱	۱۲	۶۵(۰/۴۸)	۳۴(۰/۴۸)	۹۵(۰/۲۱)	ماندگاری در درمان

* df=۴۱

مداخلات روانشناختی با استفاده از رفتار درمانی گروهی و یا گروه درمانی شناختی رفتاری بیشتر بود. این یافته بیانگر این است که مداخلات روانشناختی گروهی رفتاری و یا شناختی رفتاری، اثربخشی درمان نگاه‌دارنده با متادون را نسبت به درمان نگاه‌دارنده با متادون بدون مداخلات روانشناختی گروهی افزایش می‌دهد و موجب کاهش میزان لغزش بیماران وابسته به مواد تحت درمان می‌گردد. این یافته با نتایج بسیاری از مطالعات مشابه که نشان‌دهنده تأثیر مثبت مداخلات روانشناختی بر کاهش لغزش یا عود در افراد وابسته به مواد مخدر می‌باشند همسو است (۴، ۶، ۸، ۹، ۱۳-۱۱ و ۲۴). کاپلان و سادوک (۱۹۹۸)، ماهیت بیماری وابستگی به مواد را مزمین و عودکننده دانسته و اظهار می‌دارند عده زیادی از افرادی که مصرف مواد را ترک می‌کنند اندکی بعد از دوره درمان دچار لغزش یا عود می‌شوند (۲۵). از این رو برای این که بتوان به فرد وابسته به مواد کمک کرد، در کنار مرحله درمان و بعد از آن در مرحله توانبخشی، استفاده از فنون روان‌درمانی ضرورتی دوچندان پیدا می‌کند (۴). در درمان وابستگی به مواد، درمان‌های غیردارویی واجد اهمیت بسیار بالایی در حفظ دستاوردهای درمان دارویی می‌باشند (۱). براساس پژوهش‌های انجام‌شده، ۹۸ درصد افراد وابسته به مواد اگر در سال اول درمان، دارودرمانی را همراه درمان‌های روان‌شناختی پیگیری نکنند مصرف مجدد مواد را شروع خواهند کرد (۲). استفاده از مواد مخدر در درازمدت، تغییراتی در بخش‌های مربوط به داوری، تصمیم‌گیری، فراگیری، یادآوری و کنترل رفتار ایجاد می‌کند. در مجموع این تغییرات می‌توانند فرد وابسته به مواد را با وجود عواقب وخیم وابستگی به مواد به سوی مصرف گریزناپذیر مواد مخدر سوق دهند و موجب لغزش و روی آوردن مجدد او به وابستگی به مواد شوند (۲۶). به‌نظر می‌رسد مداخلات روانشناختی گروهی با استفاده از رویکردهای رفتاری و یا شناختی رفتاری می‌تواند به برگشت این تغییرات کمک کند و موجب بازداري مصرف مواد در فرد گردد.

آزمون T مستقل تفاوت آماری معناداری را از نظر میزان لغزش بین دو گروه درمان MMT توأم با گروه درمانی شناختی- رفتاری و درمان MMT توأم با رفتاردرمانی گروهی در مرحله بعد از مداخله (از زمان اتمام جلسات تا ۳ ماه بعد از آن) نشان داد ($P=0/04$)، به‌گونه‌ای که گروه درمان MMT توأم با گروه درمانی شناختی- رفتاری در مقایسه با گروه درمان MMT توأم با رفتاردرمانی گروهی از میزان لغزش کم‌تری برخوردار بودند. همچنین نتایج آزمون تفاوت آماری معناداری را بین دو گروه آزمایش از نظر میزان ماندگاری در درمان نشان داد به‌گونه‌ای که بیماران تحت درمان MMT توأم با گروه درمانی شناختی- رفتاری در مقایسه با بیماران تحت درمان MMT توأم با رفتار درمانی گروهی، ماندگاری بیشتری در درمان داشتند ($P=0/015$).

در این پژوهش بین متغیرهای جمعیت‌شناختی و متغیرهای لغزش و ماندگاری در درمان ارتباط آماری معناداری دیده نشد ($P>0/05$). همچنین ارتباط بین متغیرهای مقدار مصرف قبل از شروع درمان برحسب گرم، سن هنگام اولین مصرف و مدت‌زمان مصرف قبل از شروع درمان، روش مصرف و نوع ماده مصرفی و متغیرهای لغزش و ماندگاری در درمان مورد بررسی قرار گرفت که ارتباط معناداری یافت نشد ($P>0/05$).

بحث

این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی رفتار درمانی گروهی و گروه درمانی شناختی- رفتاری بر میزان لغزش و ماندگاری در درمان بیماران تحت درمان نگاه‌دارنده با متادون مراجعه‌کننده به کلینیک دولتی درمان سوء مصرف مواد شهرستان گناباد انجام شد.

داده‌های به‌دست‌آمده از این پژوهش نشان داد که میزان لغزش گروه تحت درمان نگاه‌دارنده با متادون بدون مداخلات روانشناختی گروهی در مرحله بعد از مداخله و در مرحله پیگیری ۶ ماهه به‌طور معناداری از میزان لغزش دو گروه تحت درمان نگاه‌دارنده با متادون همراه با

نقش مؤثرتر مدیریت وابستگی نسبت به درمان شناختی - رفتاری در کاهش شدت وابستگی به مواد و نرخ ریزش افراد وابسته به مواد، متفاوت است (۱۱). اما با یافته‌های اپستین، هاوکینز، کوی، آمبریچ و پرستون (۲۰۰۳)، که نشان دادند اثرات درمان شناختی - رفتاری نسبت به رویکرد رفتاری ماندگاری بیشتری دارد و مصرف مواد را تا ماه‌ها پس از پایان درمان کاهش می‌دهد، همسو می‌باشد (۱۰). از بین راه‌کارهای متعددی که برای پیشگیری از عود مورد توجه قرار گرفته، الگوی درمان شناختی رفتاری با استقبال بیشتر صاحب‌نظران روبرو شده است. پایه برداشت شناختی - رفتاری از پدیده وابستگی به مواد و عود آن، تأکید روی نارسایی‌ها و کژباوری‌های شناختی فرد از یک سو و کمبود مهارت‌های رفتاری مناسب برای رویارویی با فشارهای درونی و بیرونی و دستیابی به احساس شادکامی یا فرار از احساسات عاطفی منفی می‌باشد (۷). مراجع برای رویارویی با لغزش باید طرح‌هایی داشته باشد تا چنانچه یک بار لغزش رخ دهد، از راهبردهای سازگارانه‌ای برای خاتمه لغزش و پیشگیری از عود تمام‌عیار استفاده کند و برای دستیابی به این هدف می‌توان از الگوی درمان شناختی رفتاری بهره گرفت. گرچه در درمان وابستگی به مواد، استفاده از رویکرد رفتاری می‌تواند میزان موفقیت در درمان نگه‌دارنده را بالا ببرد (۱) اما با توجه به نتایج به نظر می‌رسد به کارگیری روش درمانی شناختی رفتاری در کاهش میزان لغزش و افزایش ماندگاری در درمان، از رویکرد رفتاری مؤثرتر بوده و ماندگاری تأثیرات آن در درازمدت بیشتر است.

در این پژوهش بین شدت وابستگی و طول ماندگاری در درمان، ارتباط معناداری دیده نشد که با نتایج کاپلان هماهنگ است (۱۴). اما با نتایج مطالعات حسینی و همکاران (۱۳۸۹)، که رابطه طول ماندگاری در درمان با نوع ماده مصرفی و روش مصرف را معنادار گزارش کرده‌اند همخوانی ندارد (۳). وجود این تفاوت‌ها را می‌توان ناشی از تفاوت در جمعیت نمونه و متفاوت بودن ملاک‌های پژوهش دانست. به‌عنوان مثال در این پژوهش،

ماندگاری در درمان به‌طور معناداری در دو گروه تحت درمان نگه‌دارنده با متادون همراه با مداخلات روانشناختی گروهی (رفتار درمانی گروهی و یا گروه درمانی شناختی رفتاری) از ماندگاری در درمان گروه تحت درمان نگه‌دارنده با متادون بدون مداخلات روانشناختی گروهی بیشتر بود. این یافته بیانگر تأثیر مثبت مداخلات روانشناختی گروهی رفتاری و یا شناختی رفتاری بر ماندگاری در درمان و کاهش ریزش بوده و با یافته‌های به‌دست‌آمده توسط خانی‌ها، قرائی‌پور و پناغی (۱۳۸۵) که نشان دادند مداخلات روانشناختی گروهی موجب افزایش میزان همکاری، کاهش سطح ریزش و افزایش ماندگاری در درمان افراد وابسته به مواد می‌گردد، هماهنگ است (۱۱). این موضوع مبین اهمیت مداخلات روانشناختی در درمان نگه‌دارنده با متادون و کاهش لغزش است.

نتایج این مطالعه نشان داد که میزان خروج از درمان در ۶ ماه پس از مداخله در گروه شناختی رفتاری (۵٪) کمتر از گروه رفتاری (۳۳٪) بوده است که این یافته تأثیر بیشتر گروه درمانی شناختی رفتاری را بر ماندگاری در درمان تا ۶ ماه بعد از مداخله نشان می‌دهد، این یافته با توجه به نتایج برخی مطالعات که نشان داده‌اند میزان ریزش در ۶ ماه اول درمان نگه‌دارنده با متادون بیشتر بوده و اگر بیماری بیش از ۶ ماه روی درمان باقی بماند احتمال ماندگاری افزایش می‌یابد (۱۴ و ۱۷)، اهمیت پیدا می‌کند، بنابراین در ادامه درمان نیز بیماران گروه درمانی شناختی رفتاری نسبت به بیماران گروه درمانی رفتاری به‌میزان بیشتری احتمال دارد در درمان باقی بمانند.

مقایسه دو گروه درمان رفتاری و شناختی رفتاری از نظر میزان لغزش نشان داد گروه شناختی رفتاری در مرحله بعد از مداخله از میزان لغزش کم‌تری نسبت به گروه رفتاری برخوردار بوده است که نشان‌دهنده کارایی بیشتر رویکرد شناختی رفتاری نسبت به رویکرد رفتاری در کاهش میزان لغزش می‌باشد. این نتایج با یافته‌های پژوهش خانی‌ها، قرائی‌پور و پناغی (۱۳۸۵)، مبنی بر

با توجه به محدود بودن تعداد نمونه‌های پژوهش و نیز انجام آن فقط در یک مرکز درمان نگه‌دارنده، پیشنهاد می‌شود انجام پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر و در چند مرکز درمان نگه‌دارنده همراه با مقایسه نتایج صورت گیرد تا نتایج از قابلیت تعمیم‌پذیری گسترده‌تری برخوردار گردد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل طرح تحقیقاتی مصوب مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گناباد (کد ۲۷۸/ت/پ) می‌باشد. همچنین نویسندگان از بیماران و کارکنان مرکز دولتی MMT که در این پژوهش شرکت و همکاری نمودند و بدون آنها انجام پژوهش میسر نبود، سپاسگزاری می‌کنند.

دامنه سنی نمونه‌ها بین ۱۸-۴۵ سال و ماده مورد سوءمصرف نمونه‌ها فقط تریاک و هروئین بوده است، درحالی‌که در مطالعه حسینی و همکاران (۱۳۸۹)، دامنه سنی نمونه‌ها بین ۱۸-۶۲ سال و ماده مورد سوءمصرف نمونه‌ها تریاک، هروئین، الکل، حشیش و کراک بوده است (۳).

نتیجه‌گیری

هر دو رویکرد درمانی رفتاری و شناختی رفتاری در کاهش میزان لغزش و افزایش ماندگاری در درمان بیماران از مداخلات انفرادی معمولی مؤثرتر است اما به نظر می‌رسد به کارگیری روش درمانی شناختی رفتاری به نوبه خود از رویکرد رفتاری مؤثرتر بوده و موجب لغزش کم‌تر و ماندگاری بیشتر در درمان می‌گردد بنابراین به منظور اثربخشی بیشتر درمان MMT، همراه بودن گروه درمانی شناختی رفتاری با آن توصیه می‌شود.

References

1. Naderi Sh, Bynazadeh M, Safatian S, Peyvandi AA. [Comprehensive package of addiction treatment (Persian)]. Tehran: Center of combing substance abuse. 2009; 24-58.
2. Hjiipour H, Rezaei Ansari AA. [Dysfunctional attitudes and predictive strategies of relapse (Persian)]. Mashhad: Depute of cultural and predictive of Welfare organization of Khorasan Razavi. 2008;15.
3. Hoseini F, Yaseni Ardakani SM, Ahmadieh MH, Vafainasab MR, Kholasezade G, Dastjerdi GH. [The survival rate on methadone maintenance treatment (Persian)]. Journal of Yazd University of Medical Sciences. 2010;18 (3):152-8.
4. Mollazadeh J, Ashouri A. [The effect of cognitive-behavioral group therapy in prevention of relapse and improvement of addicted person mental health (Persian)]. Journal of Daneshvar. 2010;16(34):1-11.
5. Aslinejhad MA, Alimardani MS. [Prevalence rate of Amphetamine drugs abuse in addict to opium patients under treatment of MMT. (Persian)]. Unpublished research project. Gonabadi University of Medical Sciences. 2010; 5.
6. Higgins ST, Petry NM. Contingency management. Alcohol Research & Health. 1999;23:122-7.
7. Vazyrianan M, Moustashari G. [Implicational guidance of treatment of substance abuse (Persian)]. Tehran: Salman Publication. 2006; 5-7.
8. Ashouri A, Mollazadeh J, Mohammadi N. [Effectuality of cognitive - behavioral group therapy in improvement of coping skills and prevention of relapse in addicted person (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2008; 14(3):281-8.
9. Rawson AA. A comparison of contingency management and cognitive behavioral approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence. Archives of General Psychiatry. 2002;59: 817-24.
10. Epstein DH, Hawkins WE, Covi L, Umbricht A, Preston KL. Cognitive behavioral therapy plus contingency management for cocaine use: Findings during treatment and across 12 month follow up. Psychology of Addictive Behavior. 2003;17:73-82.
11. Khaniha A, QaraniPour HR, Panaghi L. [Effectuality of contingency management and cognitive - behavioral therapy in substance dependency (opioid) (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2006;12(1):3-8.
12. Golestani F. [Effectiveness of group therapy based on stages changes in the prevention of relapse in addicted person (Persian)]. Quarterly journal of Etiad Paghohi. 2008; 2(8):83-104.

13. Aminifar F, Abdollahi Sani H, Barmous H, Iravani M, [The effect of group therapy in the prevention of slip in substance abusers in treatment center of addiction in Karaj (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2010;16:278-88.
14. Kaplan HI, Freedman AM, Sadock BJ. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 9th ed. University of Michigan: Williams & Wilkins. 2009; 1380-432.
15. Peles E, M Schreiber M, Adelson M. Factor's predicting retention in treatment: 10-year experience of a methadone maintenance treatment (MMT) clinic. *Drug and Alcohol Dependence*. 2006; 82(3):211-7.
16. Strang J, Tober G. *Methadone matters: evolving community methadone treatment of opiate addiction*. United Kingdom: Informa Health Care. 2003;254.
17. Murray JB. Effectiveness of methadone maintenance for heroin addiction. *Psycho Rep*. 1998; 83(1):295-302.
18. Bakhshipour Roudsari A. [Guidelines for prevention and treatment of substance abuse for clinical psychologists (Persian)]. Tehran: Salman Publications. 2005;12-7.
19. Bakhtiyari M. [Mental disorders in patients with body dimorphic disorder (Persian)]. MA Thesis, Tehran: Psychiatric Institute. 2000; 26-32.
20. Darke S, Ward J, Hall W, Heather N, Wodak A. *The Opioid Treatment Index (OTI) manual*. Sidney: National Drug and Alcohol Research Center. 1991;34-41.
21. Dabbaghi P. [Effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness and spirituality schema activation for preventing relapse of opioid abuse (Persian)]. PhD dissertation, Tehran Psychiatric Institute. 2007; 18-29.
22. Lewis JA, Dana R, Blevins GA. *Substance abuse counseling individual approach*. Gerrooci Farshi MT. (Persian translator). 2005;122-31.
23. Catllin CM. *Practical guide for prevention and treatment of substance abuse*. Bakhshipoor Roodsari A, MohammadKhani S (Persian translator). 2002; 56-68.
24. Nazer M, Sayadi AR, Khaleghi E. [The role of teaching of environmental control , divert attention and stop thinking on reduction of substance seeking in Addicted person (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2002;8(2):49-55.
25. Kaplan H, Sadock B. *Synopsis of Psychiatry*, 8th ed, New York: Williams and Wilkins. 1998;375-8.
26. Bakhshani NM, Lashkaripour K, Sadjadi SAR. A randomized effectiveness trial of methadone, TENS and methadone plus TENS in management of opiate withdrawal symptoms. *Journal of Pakistan Medical Association*. 2008; 58(12):667-71.