

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 می باشند و جامعه ما نیز از این امر مستثنی نیست این مسئله تأثیر همه جانبه و تخریب کننده ای 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 می گردد. مطالعات نشان داده ۴۹٪ قتل ها، ۶۸٪ درگیری ها منجر به قتل ۵۰٪ از مرگ ومیرهای ناشی از سوانح رانندگی، ۲۰٪ دزدی ها، ۳۵٪ خودکشی ها، ۵۲٪ تجاوز به عنف، ۶۲٪ از دعوای رو درگیری ها، ۶۹٪ از غرق شدگی ها و بیش از ۵۰٪ از همسر آزاری ها با مصرف الکل و مواد مخدر ارتباط دارد (کاپور و همکاران، ۲۰۲۱).

اهداف درمانی بر سه مورد تأکید می کنند 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 پیش گیری از عود مجدد بیماری را شامل می شود (جالی و توکر، ۱۹۹۹) از طرفی چندبعدی بودن پدیده ولع مصرف مواد، تغییرات آن در زمان های مختلف و تلقی متفاوت از ولع مصرف در میان افراد و فرهنگ های مختلف از جمله مهم ترین دشواری ها در تعریف ولع مصرف مواد بر شمرده 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 سال های اخیر انجام شده است. تجربیات بالینی و مطالعات مختلف نشان داده اند که ولع مصرف می تواند 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 جایگاه های متفاوتی برای نشان دادن احساس دوست داشتن، خواستن، ضرورت، وسوسه، تمایل، احتیاج، قصد یا اجبار به استفاده از مواد، استفاده می کنند (اپلینگسین و همکاران، ۲۰۲۱). بسیاری از مراجع، ولع مصرف مواد را «تمایل برای مصرف مواد» تعریف می نمایند. بر این اساس وجود جزء «تجربه ذهنی» را تجربه فردی آگاهانه هسته اصلی این پدیده را تشکیل می دهد (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 می شود. 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 ماه های سم زدایی گزارش می شود. سپس فراوانی و شدت آن، کاهش می یابد، اگرچه به ندرت ناپدید می شود (زیکلر، ۲۰۰۵).

در سال های اخیر پیشرفت های زیادی در زمینه ُ درمان اختلالات مصرف مواد ایجاد شده و گزارش های مختلف اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و برتری آن در مقایسه با عدم درمان، درمان دارویی به تنهایی یا درمان های غیر اختصاصی و نیز اثربخشی حداقل برابر آن با سایر مداخلات روان شناختی در درمان اختلالات مختلف اعتیادی در جمعیت های مختلف ارائه

^۱Abrams

^۲Subjective experience

^۳Niaura et al

^۴Kassel

شده است. به عنوان مثال فراتحلیل ایروین و همکاران (۱۹۹۹) کارول و همکاران (۲۰۰۷) کادن (۲۰۰۲) نشان داده اند که ^۶ مداخلات شناختی - رفتاری نقش مؤثری در کاهش مصرف و میزان اشتیاق تجربه شده بیمار داشته و سهم عمده ای در بهبود نشانگان روانی و کاهش میزان عود در بازگشت به مصرف مواد داشته اند (میلر و همکاران، ۲۰۰۶) درمان شناختی - رفتاری شیوه ای کوتاه مدت و متمرکز بوده که به مصرف کنندگان مواد کمک می کند تا موقعیت هایی را که در آن احتمال سوء مصرف مواد بالا می رود را شناسایی و در زمان های لازم از این موقعیت ها 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 تکنیک های مختلفی به کار گرفته می شود. در این روش فنون رفتاری به طور عمده دربرگیرنده شیوه های اجتناب از موقعیت های محرک و یا تغییر پاسخ نسبت به چنین محرک ها و دادن پاسخ های تازه به آن می باشد. استفاده از تکنیک های آرامش عضلانی در هنگام اضطراب شدید به جای استفاده از مواد و ارائه تقویت های تازه و مناسب نیز از فنون دیگر درمان می باشد. با استفاده از تکنیک های شناختی نیز مراجع قادر می شوند 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 مراجعه کنندگان آموزش داده می شود که روابط و موقعیت ها را با دید تازه ای بنگرند (کارول و ورونزانیل، ۲۰۰۷).

مدل های شناختی - رفتاری می تواند اثربخشی درمان اعتیاد را افزایش دهد (اورکی و مطبوعی، ۱۳۹۱). در شیوه درمان شناختی رفتاری به درمان جو کمک می شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتار ناکارآمد خود را تشخیص دهد و برای آن بخش های منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان یافته ای وجود دارد. درمان شناختی رفتاری در بررسی خود بر عاطفه، شناخت و رفتار، متمرکز می شود و به این ترتیب، هر سه حوزه را همزمان در نظر می گیرد. از جمله درمان های شناختی - رفتاری مدل درمانی ماتریسی است که در پیشگیری از بازگشت به اعتیاد و افزایش مهارت های مقابله ای مؤثر است. مدل ماتریسی برای درمان بیماران سرپایی و در پاسخ به تقاضای شدید برای خدمات درمانی سوء مصرف محرک ها بنیان نهاده شد (راوسن و همکاران، ۲۰۰۴). هدف این برنامه ایجاد مدلی برای بیماران سرپایی است و به نیازهای بیماران سوء مصرف کننده محرک ها پاسخگو بوده و در ضمن پروتکلی تکرارشونده و قابل ارزیابی است. کاربردهای مدل ماتریسی در حوزه های مختلف برای درمان وابستگی به کوکائین (راوسن، اُبرت، مک کان و مان، ۱۹۸۶)، مصرف دارو و الکل^۷، بهبود در شاخص های روان شناختی و کاهش رفتارهای پرخطر جنسی مرتبط با انتقال HIV (راوسن و همکاران، ۲۰۰۸، شاپ تاو، راوسن، مک کان و اُبرت، ۱۹۹۴) درمان افراد وابسته به متامفتامین و کوکائین (هاپر و همکاران، ۱۹۹۷) و همچنین در افزایش کارآمدی درمان^۸

^۶Irvin^۷Kadden^۸Miller^۹Lao^{۱۰}Mcmain^{۱۱}Garroll^{۱۲}Rounsaniile^{۱۳}Rawson^{۱۴}Rawson, Obert, McCann, and Mann^{۱۵}Huber

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 بیژارسازی 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

Wilkinson

Gelber, Gath, Mayau, Cowen

Emere

Feamster, Brown

Kirsch

(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 چکلیست 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 ۱ (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 درحالی 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

شاخص	گروه	آزمایش ۲		آزمایش ۱	
		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

شاخص	گروه	آزمایش ۲		آزمایش ۱	
		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	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
نمره کل وسوسه مصرف	۳۰/۲۰	۶/۴۴۳	۴۲/۸۰	۵/۳۲۹	
قصد و میل مصرف	۹/۶۰	۲/۱۱۹	۱۳/۵۰	۲/۰۶۸	
تقویت منفی	۱۰/۵۰	۲/۶۳۵	۱۴/۹۰	۲/۲۳۴	
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	F	df ₁	df ₂	Sig.
وسوسه مصرف	۱/۳۶۸	۱	۱۸	۰/۲۵۷	
قصد و میل مصرف	۰/۶۵۸	۱	۱۸	۰/۴۲۸	
تقویت منفی	۰/۵۹۴	۱	۱۸	۰/۴۵۱	
کنترل لذت	۱/۹۰۲	۱	۱۸	۰/۱۸۵	

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
------------	------------	---	-----------------	-----------------	------	-----------------

لامبدا ویلکز	۰/۳۵۰	۵/۵۷۹	۴	۱۲	۰/۰۰۹	۰/۶۵۰
اثر پیلای	۰/۶۵۰	۵/۵۷۹	۴	۱۲	۰/۰۰۹	۰/۶۵۰

مطابق جدول شماره ۵، تفاوت وسوسه های مصرف و مؤلفه های آن بین دو گروه ($F_{4,12}=5.579$; $P=0.009$) معنادار می باشد.

جدول ۶: نتایج آزمون تعامل بین گروه ها

منبع	متغیرها	مجموع مجذورها	Df	مجذور میانگین	F	Sig.	مجذور اتای سهمی
گروه	وسوسه مصرف	۶۶۰/۷۴۹	۱	۶۶۰/۷۴۹	۲۳/۰۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰۵
	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 می آید: تفاوت نمره کل وسوسه مصرف در دو گروه ($F=23.004$; $df=1$; $P=0.0001$) معنادار می باشد. تفاوت مؤلفه قصد و میل مصرف در دو گروه ($F=16.264$; $df=1$; $P=0.001$) معنادار می باشد. تفاوت مؤلفه تقویت منفی در دو گروه ($F=14.039$; $df=1$; $P=0.002$) معنادار می باشد. تفاوت مؤلفه کنترل لذت در دو گروه ($F=16.284$; $df=1$; $P=0.001$) معنادار می باشد.

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 مهارهای 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 می توان گفت که یکی از دلایل مهم کاهش میزان ولع مصرف در این گروه از بیماران، افزایش آگاهی بیماران نسبت به شرایط و نشانه های ایجادکننده ولع مصرف، آگاهی از واکنش های نادرست قبلی به این نشانه ها مثل واکنش سریع و عجولانه، بدون تفکر و بدون ارزیابی شرایط محیطی و یادگیری مقابله مؤثرتر با این نشانه ها هست. درمان شناختی - رفتاری مدل ماتریکس با و بدون هیپنوتیزم با طبقه بندی و توجه خاصی که به موقعیت ها یا عواملی که می توانند در ایجاد فرایند عود دخیل باشند، به پیشگیری یا بروز کمتر عود بعد از کامل شدن درمان کمک می کند. درمان شناختی - رفتاری مدل ماتریکس با و بدون هیپنوتیزم نقش اصلی موقعیت های پرخطر و پاسخ وابستگان به مواد به این موقعیت را مورد تأیید قرار می دهد. تحقیقات موجود نشان داده اند که کمبود مهارت های مقابله ای انطباقی و انتظارات مثبت درباره مواد به طور مستقل مصرف مواد را تشویق می کند (زیدی و همکاران، ۲۰۲۰) افراد با دادن پاسخ های مقابله ای مؤثر کنار آمدن را تجربه می کنند، تسلطشان بر موقعیت پایین خواهد آمد و با این انتظار که مصرف مواد اثر مثبت خواهد داشت (نتایج مثبت انتظار)، همراه است که می تواند منجر به لغزش اولیه شود. در حال حاضر انجمن روان پزشکی آمریکا (۲۰۰۰)، درمان های روانی اجتماعی را از مؤلفه های اساسی هر نوع برنامه ی درمانی این مواد در نظر می گیرد. درمان شناختی رفتاری با هدف پیشگیری از عود، کاهش وسوسه، تغییر نگرش مثبت و تقویت خویشن داری افراد معتاد، می تواند روش مناسبی برای درمان اعتیاد باشد. دونالد توسی و همکارانش (ترجمه فتحی، ۲۰۰۸) چندین مطالعه ی کنترل شده ی چندعاملی را در خصوص مزایای هیپنوتراپی شناختی - رفتاری بر درمان شناختی - رفتاری به تنهایی برای طیف وسیعی از شرایط، به کاربرند. پژوهش ها از افزایش اثربخشی درمان های شناختی - رفتاری در فضای هیپنوتیزمی حکایت دارد چراکه هیپنوتراپی یکی از روش هایی است که توانایی کنترل علائم پس از ترک از جمله اضطراب و بی خوابی را دارد (ویلکینسون، ۱۹۸۱؛ اسمیت، ۱۹۹۰) از سویی بررسی ها نشان داده اند که معنادار مواد را برای کاهش تنش، دستیابی به آرامش و بهتر کردن خلق به کار می برند (گلبرگات، مایانو و کاون، ۱۹۹۶). درمان های مبتنی بر هیپنوتیزم، قدرتی مضاعف را در روش های درمان شناختی - رفتاری ارائه می کنند. تعلیق تفکر انتقادی در حالت هیپنوتیزمی، بیمار را تلقین پذیرتر می کند تا بتواند گفتگوهای متقاعدکننده ی 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 معنادار 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 می باشد، ممکن است ابزار دقیقی جهت سنجش ولع کلی آزمودنی ها در طول دوره مداخله نباشد چراکه این ابزار به دلیل تجربه درکی و حسی متفاوت درمان جویان از پدیده ولع مصرف و نبود نقطه برش در ارزیابی ها ابزار فاقد پایایی به نظر می رسد. پیشنهاد می شود که ابزارهای مناسب و معتبر برای سنجش ولع مصرف و میزان اعتیاد متناسب با فرهنگ جامعه کشورمان ساخته شود. بررسی جامع تر در چگونگی شکل گیری و تداوم اعتیاد به ویژه روان گردان ها در جوانان. استفاده از طرح های تحقیقی دوسویه کور که در آن هم آزمودنی ها و هم آزمایشگرها نسبت به جریان پژوهش آگاهی نداشته باشند. پیشنهاد می شود برای اثربخشی بیشتر در استفاده از روش هیپنوتراپی شناختی، این روش برای درمان جویانی که با تست های ارزیابی میزان هیپنوتیزم پذیری نمرات متوسط به بالا می گیرند استفاده شود.

تشکر و قدردانی

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

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., Purtil, 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. & McMain, 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).