

بررسی اثربخشی درمان روان‌پویایی حمایتی - بیانگر در بهبود پیامد درمان اعتیاد به مواد افیونی

The effectiveness of supportive-expressive dynamic psychotherapy in improving the treatment outcome for drug dependency

Fahimeh Fathali Lavasani, Ph.D.

Mohammad. K. Atef Vahid, Ph.D.

Aliasghar Asgharnegad Farid, Ph.D.

Valialah Farzad, Ph.D.

دکتر فهیمه فتحعلی لواسانی*

دکتر محمد کاظم عاطف وحید*

دکتر علی اصغر نژاد فرید*

دکتر ولی... فرزاد**

Abstract

The aim of this research was to examine the effectiveness of supportive-expressive therapy in improving the maintenance treatment outcome for opioid dependency. For this purpose, a single case experimental design across subjects was used in which four opioid dependent subjects were assessed during baseline, intervention and follow-up phases. The assessment measures included Structured Clinical Interview for DSM (SCID; Spitzer, Williams, Gibbon & First, 1992) and (ASI; McLellan, Cacciola, Alterman, Rikoon & Carise, 2006) ANOVA and Polynominal contrasts were used to examine the effectiveness of professional psychotherapy in improving treatment outcome. The findings showed that supportive-expressive therapy significantly improved treatment outcome in the psychiatric and substance use status domains, but had no significant effects on employment and family/social status. Supportive-expressive psychotherapy is effective in improving the maintenance treatment outcome for addiction and therefore it is recommended that it should be integrated into the maintenance treatments of drug dependency.

Keywords: opioid dependency, buprenorphine maintenance treatment, supportive-expressive therapy, treatment outcome indices

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان روان‌پویایی حمایتی - بیانگر در بهبود پیامد درمان نگهدارنده اعتیاد به مواد افیونی بود. به این منظور در قالب یک طرح تک موردی تجربی از نوع خط پایه چندگانه بین آزمودنی‌ها، چهار آزمودنی که با تشخیص وابستگی به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با بوپرنورفین قرار داشتند، در سه مرحله خط پایه، درمان و پی‌گیری مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گیری شامل مصاحبه بالینی (SCID؛ اسپیتزر، ویلیامز، گیبون و فرست، ۱۹۹۲) و شاخص شدت اعتیاد (ASI؛ مک‌لنلان، کاکوئیل، آلترمن، ریکون و کاریز، ۲۰۰۶) بود و داده‌ها با استفاده از نمودار، تحلیل واریانس یک‌طرفه با مقادیر تکراری و تحلیل روند مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که درمان حمایتی - بیانگر اثربخشی نسبی در بهبود پیامد کلی درمان و اثربخشی اختصاصی در بهبود شاخص‌های وضعیت روانپزشکی و مصرف مواد داشته ولی تأثیر معناداری بر شاخص‌های وضعیت شغلی و خانوادگی/اجتماعی ندارد. بنابراین، نتایج فوق نشان می‌دهد که این درمان می‌تواند با موفقیت در برنامه‌های دارودرمانی اعتیاد ادغام شده و اثربخشی درمان را به‌ویژه در حوزه‌های وضعیت روانپزشکی و مصرف مواد بهبود بخشد.

واژه‌های کلیدی: اعتیاد به مواد افیونی، درمان نگهدارنده با بوپرنورفین، روان‌پویایی حمایتی - بیانگر، شاخص‌های پیامد درمان

lavasanif_f@yahoo.com

* عضو هیأت علمی انستیتو روانپزشکی تهران

** عضو هیأت علمی دانشگاه تربیت معلم

بنابراین به نظر می‌رسد که حوزه درمان باید و می‌تواند بهبود پیدا کند. برای این منظور، مدل‌های مفهومی جدید و مطالعات تجربی مرتبط با این مدل‌ها مورد نیاز است. روان‌درمانی یکی از مؤلفه‌های مهم درمان اعتیاد بوده و مطالعات حاکی از آن است که استفاده از آن‌ها پیامد درمان را در یک برنامه جامع درمان اعتیاد افزایش می‌دهد (باری^۷، ۱۹۹۹). استفاده از روان‌درمانی در برنامه‌های درمان دارویی اعتیاد نه تنها موجب تبعیت دارویی و ایجاد و حفظ انگیزه برای ادامه آن شده و بر تغییر سبک زندگی فرد و بهبود کارکرد اجتماعی وی اثر می‌گذارد بلکه برای درمان موفق معتادانی که علاوه بر وابستگی به مواد به سایر اختلالات روانپزشکی نیز مبتلا هستند، کاملاً ضروری است (کاکو، اسوانبرگ، کریک و هی‌لیگ^۸، ۲۰۰۳؛ روناویل، کارول و باک^۹، ۲۰۰۵). یکی از انواع روان‌درمانی‌ها که می‌تواند در برنامه‌های درمان اعتیاد، نقش مهمی داشته باشد، درمان‌های روان‌پویایی است. درمان حمایتی-بیانگر^{۱۰} یکی از انواع این درمان‌هاست که پشتوانه تجربی خوبی در بهبود پیامد درمان اعتیاد به مواد افیونی دارد.

این درمان در چارچوب روان‌شناسی ایگو قرار داشته ولی جهت‌گیری بین‌فردی دارد و بر نقش روابط و تعارض‌های ارتباطی در پدیدآیی انواع آسیب‌شناسی‌های روانی از جمله اعتیاد تأکید می‌کند. از این دیدگاه علایم و مشکلات روان‌شناختی بازتاب تعارض‌های روان‌شناختی زیربنایی است که ریشه در تجارب کودکی داشته و در الگوهای ارتباطی ناسازگار و تکراری بیمار آشکار می‌شود. این الگوهای ارتباطی براساس مفهوم مضمون مرکزی ارتباط تعارضی^{۱۱} فرموله می‌شود. CCRT که در مرکز مشکلات فرد قرار دارد شامل سه مولفه است: (۱) آرزو- چیزی که فرد آرزوی آن را داشته یا میل به آن دارد؛ (۲) پاسخ دیگران - پاسخ واقعی یا مورد انتظار دیگران به این آرزو؛ و (۳) پاسخ خود- تجارب جسمی، سبک شناختی، عواطف و اعمال. در این مدل علایم و مشکلات روان‌شناختی بیمار (جسمی، شناختی، هیجانی و رفتاری) پاسخ اصلی خود در واکنش به تعارض بین آرزو و پاسخ دیگران به این آرزو محسوب می‌شود. در این رویکرد، وابستگی به مواد نیز یک پاسخ علامتی از خود بوده که معمولاً پیامد ناکامی یک آرزوست که از پاسخ منفی دیگران ناشی شده

وابستگی به مواد یکی از مهم‌ترین معضلات بهداشتی، روانی، اجتماعی و قانونی جهان محسوب می‌شود که آثار زیان‌بار آن در ابعاد مختلف، خود، خانواده و کل جامعه را متأثر می‌سازد. مطالعه بارکلی بیماری‌ها نشان می‌دهد که اعتیاد در زمره ده بیماری اصلی است که بار عمده بیماری‌ها را در جهان تشکیل می‌دهد (ماترز، برنارد، ایبورگ، مافت، شیبویا و همکاران^۱، ۲۰۰۳) و پیامدهای طبی و اجتماعی آن مثل ابتلا و انتقال HIV/ایدز و جرایم و خشونت، بارکلی این پدیده را بیشتر نیز می‌کند (پزنیاک^۲، ۲۰۰۵). نتایج مطالعات همه‌گیرشناسی در ایران حاکی از آن است که کشور ما در منطقه مدیترانه شرقی یکی از بالاترین آمارهای سوء مصرف و وابستگی به مواد را داشته (سازمان جهانی بهداشت^۳، ۲۰۰۳)، و یک روند کلی رو به افزایش را نشان می‌دهد (رحیمی موقر، محمد و رزاقی، ۱۳۸۱).

آمار رو به افزایش اعتیاد در جهان - از جمله ایران - و پیامدهای منفی فراوان آن، حوزه درمان اعتیاد را در دهه‌های اخیر، به یکی از مهم‌ترین الویت‌های پژوهشی مجامع علمی تبدیل کرده و علاقه زیادی را نسبت به درمان اعتیاد به عنوان یک راه‌حل به مشکلات بهداشتی و اجتماعی مربوط به آن به‌وجود آورده است (کیمبرلی و مک‌للان^۴، ۲۰۰۶). از این رو، به‌ویژه در دو دهه اخیر، پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای در درمان اعتیاد حاصل شده که از آن جمله می‌توان به معرفی چهار داروی موثر برای درمان اعتیاد به مواد افیونی و معرفی و افزایش کاربرد درمان‌های شناختی رفتاری، درمان انگیزشی و خانواده‌درمانی سیستمی اشاره کرد. ولی علی‌رغم این پیشرفت‌ها، سوء مصرف مواد استمرار داشته و آمار عود هم‌چنان بالاست (آدریان و هیج^۵، ۲۰۰۱). بررسی‌ها نشان می‌دهند که اکثر معتادان به دنبال توقف درمان عود کرده و به‌طور کلی حدود ۵۰-۶۰٪ در طی ۶ ماه پس از خاتمه درمان و ۸۰٪ با فاصله ۱ سال پس از درمان، دوباره مصرف مواد را شروع می‌کنند (مک‌للان، مک‌کی، فرمن، کاکوئیللا و کمپ^۶، ۲۰۰۵).

1. Mathers, C., Bernard, C., Iburg, K., MA Fat, D., Shibuya, K., et al.
2. Poznyak, V.
3. World Health Organization
4. Kimberly, J., & McLellan, A.
5. Adrian, M., & Hyg, M.
6. McKay, J., Forman, R., Cacciola, J., & Kemp, J.

7. Barry, K. L.

8. Kako, Y., Svanberg, K., Kreek, M., & Heilig, M.

9. Rounsaville, B., Carrol, K., & Back, S.

10. supportive-expressive

11. Core Conflictual Relationship Theme (CCRT)

است. اگرچه با پیشرفت اعتیاد، مصرف مواد چیزی می‌شود که فرد آرزوی آن را دارد، آرزویی که شیوه زندگی وی را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (لوبورسکی، وودی، هل و ولکو^۱، ۱۹۹۵؛ مارک و فواد^۲، ۱۹۹۵). لوبورسکی و همکاران (۱۹۹۵) بر اساس مفهوم‌سازی فوق، درمان حمایتی- بیانگر را برای درمان اعتیاد انطباق دادند. ویژگی‌های اصلی این روش درمانی، استفاده از فنون حمایتی برای برقراری اتحاد کاری با بیمار (مؤلفه حمایتی) و تشویق بیمار برای بیان و فهم تعارض‌های ارتباطی اصلی است (مؤلفه بیانگر). هدف درمان، شناسایی معنا، کارکرد و پیامدهای سوء مصرف مواد بر اساس مضامین اصلی تعارض‌های ارتباطی (CCRT) و تغییر آن‌هاست. وقتی تعارض‌های اصلی، شناسایی، تفسیر و حل و فصل می‌گردد، بیمار ظرفیت شناسایی، پیش‌بینی، تغییر یا کنترل احساسات و رفتارهای خود را به دست آورده و بنابراین، الگوهای ارتباطی ناسازگار و مصرف مواد تغییر می‌کند. علاوه بر این، مفهوم CCRT به مراجعان کمک می‌کند تا با عود که یک بخش طبیعی از فرآیند بهبودی است، مقابله کنند. در مجموع، درمان موفق به تغییر مصرف مواد، تغییرات در الگوها و روابط بین‌فردی و تغییرات درون‌روانی می‌انجامد (لوبورسکی و همکاران، ۱۹۹۵؛ مارک و فواد، ۱۹۹۵).

بررسی ادبیات پژوهشی در این زمینه حاکی از آن است که این رویکرد درمانی، پیامد دارودرمانی اعتیاد را بهبود می‌بخشد. اولین مطالعه در مورد اثربخشی این درمان توسط وودی^۳ و همکاران در دهه ۸۰ انجام شد؛ در این پژوهش ۱۱۰ فرد وابسته به مواد افیونی که تحت درمان نگهدارنده با متادون قرار داشتند به دو گروه دارودرمانی و دارودرمانی به اضافه روان‌درمانی حمایتی- بیانگر تقسیم شدند و گروه دوم به مدت ۶ ماه درمان حمایتی- بیانگر را دریافت کردند. نتایج این مطالعه در انتهای دوره درمان نشان داد گروهی که علاوه بر دارودرمانی، درمان حمایتی- بیانگر را نیز دریافت کرده بودند بهبود بیشتری را در حوزه‌های مختلف مصرف مواد، اشتغال، رفتار غیرقانونی، روابط خانوادگی و سلامت روان داشتند و نتایج پی‌گیری نیز در ۶ و ۱۲ ماه بعد نیز نتایج مشابهی را ارائه داد (وودی، مک‌للان، لوبورسکی و ابرین^۴، ۱۹۹۰). وودی و همکاران (۱۹۹۵) در بررسی دیگری اثربخشی این درمان را در ۱۲۳ معتاد به مواد افیونی که تحت درمان نگهدارنده با متادون قرار داشتند مطالعه کرده و نتایج

نشان داد کسانی که علاوه بر درمان با متادون تحت درمان حمایتی- بیانگر نیز قرار داشتند در پایان دوره درمان، به دوز متادون کمتری نیاز داشتند و مصرف همزمان کوکابین نیز در آن‌ها کمتر بود. اما تفاوت اصلی در دوره پی‌گیری مشاهده شد. در پایان این دوره، گروهی که فقط متادون دریافت کرده بودند بخش اعظم بهبودهایی را که به دست آورده بودند از دست دادند ولی گروهی که علاوه بر متادون، درمان حمایتی- بیانگر را نیز دریافت کرده بودند آن را حفظ کرده و حتی میزان بهبودی آن‌ها افزایش یافته بود. همچنین جرنیر^۵ (۱۹۹۷) اثربخشی این درمان را در ۱۰۰ فرد وابسته به حشیش، بررسی کرد؛ نتایج در پایان دوره چهار ماهه درمان نشان داد نزدیک به ۷۰٪ گروهی که تحت درمان حمایتی- بیانگر قرار داشتند مصرف حشیش را ترک کرده بودند، ولی این رقم در گروه کنترل ۱۰٪ بود. علاوه بر این، این گروه در مقیاس سلامت روان، اضطراب و افسردگی نیز وضعیت بهتری داشتند (به نقل از باری، ۱۹۹۹). بنابراین، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درمان حمایتی- بیانگر پیامد درمان را در حوزه‌های مختلف مصرف مواد، اشتغال، روابط خانوادگی و سلامت روان‌شناختی بهبود بخشیده و با حفظ پیشرفت‌های درمانی ماه‌ها پس از خاتمه آن همراه است.

از آنجایی که از یک‌سو در ایران اکثر مداخلات درمانی در زمینه اعتیاد در حوزه‌های شناختی رفتاری بوده و از سوی دیگر یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که هماهنگی و تناسب نوع درمان با ویژگی‌های بیمار یکی از عوامل مهم در موفقیت درمان اعتیاد محسوب می‌شود (مک‌للان و همکاران، ۲۰۰۵)، لذا بررسی اثربخشی درمان‌های روان‌پویایی از جمله درمان حمایتی- بیانگر می‌تواند زمینه لازم را برای ادغام این نوع درمان‌ها در برنامه‌های درمان اعتیاد فراهم آورده و پیامد درمان را در گروهی از معتادان که برای درمان‌های روان‌پویایی مناسب هستند، بهبود بخشد.

پرسشی که در پژوهش حاضر مطرح می‌شود این است که آیا درمان حمایتی- بیانگر موجب بهبود پیامد شاخص‌های درمان در درمان نگهدارنده اعتیاد به مواد افیونی در معتادان ایرانی می‌شود. به بیان دیگر، در این پژوهش به بررسی فرضیه‌های زیر پرداخته می‌شود: (۱) درمان حمایتی- بیانگر موجب بهبود پیامد درمان نگهدارنده اعتیاد در وضعیت شغلی می‌شود؛ (۲) درمان حمایتی- بیانگر موجب بهبود پیامد درمان نگهدارنده اعتیاد در وضعیت

1. Luborsky, L., Woody, G., Hole, A., & Velleco, A.
2. Mark, D., & Faude, J.
3. Woody, G.
4. O' Brein, C.

5. Jernier, L.

خانوادگی/اجتماعی می‌شود؛ ۳) درمان حمایتی - بیانگر موجب بهبود پیامد درمان نگهدارنده اعتیاد در وضعیت روانپزشکی می‌شود؛ و ۴) درمان حمایتی - بیانگر موجب بهبود پیامد درمان نگهدارنده اعتیاد در وضعیت مصرف مواد می‌شود.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: طرح کلی پژوهش حاضر، طرح تک موردی تجربی از نوع خط پایه چندگانه بین آزمودنی‌ها بود. جامعه آماری این پژوهش را مردان وابسته به مواد افیونی تشکیل می‌دادند که به دو کلینیک خصوصی درمان اعتیاد در شهر تهران مراجعه و تحت درمان نگهدارنده با بوپرونورفین قرار داشتند. نمونه پژوهشی شامل چهار مرد وابسته به مواد افیونی بود که تحت درمان نگهدارنده با بوپرونورفین قرار داشته و نمونه‌گیری نیز بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس صورت گرفت. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: (۱) دامنه سنی ۲۰-۴۰ سال؛ (۲) حداقل تحصیلات دیپلم؛ (۳) سابقه اعتیاد بین ۱۰-۱ سال. ملاک‌های خروج نیز عبارت بود از: (۱) وابستگی همزمان به مواد دیگر؛ (۲) اختلالات شدید روانپزشکی؛ (۳) بیماری‌های شدید جسمی. روش اجرای پژوهش شامل سه مرحله خط پایه چندگانه، مداخله درمانی و پیگیری بود. در مرحله خط پایه، ابزارهای اندازه‌گیری برای هر آزمودنی اجرا شد و به این ترتیب اولین اندازه خط پایه به دست آمد. این اندازه‌گیری، قبل از هرگونه اقدام درمانی از جمله دارودرمانی صورت گرفت، سپس در حالی که آزمودنی‌ها تحت درمان نگهدارنده با بوپرونورفین قرار داشتند، ابزارهای اندازه‌گیری به فواصل ۱۵ روز اجرا شد. تعداد اندازه‌های خط پایه برای آزمودنی اول، چهار؛ آزمودنی دوم، پنج و آزمودنی‌های سوم و چهارم، شش اندازه بود. در مرحله مداخله، درمان SE به صورت متوالی با فواصل دو جلسه درمانی برای آزمودنی‌ها آغاز و سپس به مدت ۱۶ جلسه هفتگی (۴ ماه) اجرا شد. در این مرحله نیز ابزار ارزیابی به فواصل ۱۵ روز اجرا می‌شد. در مرحله پی‌گیری، پس از خاتمه درمان ابزار ارزیابی چهار بار به فواصل ۱۵ روز برای کلیه آزمودنی‌ها اجرا شد و به این ترتیب برای هر آزمودنی چهار اندازه پی‌گیری در یک مدت زمان دو ماهه به دست آمد. ارزیابی‌ها توسط درمان‌گر انجام شد. داده‌های پژوهشی به کمک تحلیل نموداری ترسیمی داده‌ها و آزمون‌های

آماري تحليل واريانس يك طرفه با مفادير تكراري و مقايسه‌هاي چندجمله‌اي يا تحليل روند، مورد تحليل قرار گرفت*.

ابزار سنجش

مصاحبه بالینی ساختار برای DSM^۱: مصاحبه بالینی ساختار برای DSM، SCID، یک مصاحبه بالینی ساختار است که در دهه ۹۰ توسط اسپیتزر^۲ و همکاران برای ارزیابی انواع مختلف اختلالات محور I و II طراحی شده است. تمامی حوزه‌های این مصاحبه بالینی مطابق با ملاک‌های اختصاصی DSM برای اختلالات مختلف است. این ابزار به دلیل جامعیت و انطباق با ملاک‌های DSM، معتبرتر از مقیاس‌های بالینی بوده و یک ارزیابی تشخیصی استاندارد و جامع در زمینه‌های پژوهشی، قانونی و بالینی است (اسپیتزر، ویلیامز، گیبون، فرست^۳، ۱۹۹۲). اعتبار این ابزار در دامنه‌ای از ۰/۸۱ تا ۰/۸۴ گزارش شده (کرازلر، کادن و بabor^۴، ۱۹۹۷) و در ایران، شریفی، اسعدی، محمدی، امینی، کاویانی و همکاران (۱۳۸۳) توافق تشخیصی متوسط تا خوب (کاپای بالاتر از ۰/۶) را برای آن گزارش دادند.

شاخص شدت اعتیاد^۵: شاخص شدت اعتیاد، ASI، یک مصاحبه بالینی/پژوهشی نیمه‌ساختار است که علاوه بر ارزیابی وضعیت مصرف الکل و مواد، شش حوزه دیگر شامل وضعیت طبی، اشتغال، خانوادگی/اجتماعی، قانونی، روانپزشکی و تاریخچه خانوادگی مصرف مواد و اختلالات روانپزشکی را نیز مورد ارزیابی قرار می‌دهد (مکلان، کاکوئیل، آلترمن، ریکون و کاریز^۶، ۲۰۰۶). ASI، شدت مصرف مواد و حوزه‌های مرتبط با آن را در دو چارچوب زمانی در طول عمر و وضعیت اخیر مورد ارزیابی قرار داده که وضعیت اخیر شامل سؤالاتی در مورد ۳۰ روز اخیر است. معمولاً از این ابزار برای ارزیابی مصرف مواد در بدو ورود به درمان، در طی و پس از درمان استفاده می‌شود. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار حاکی از پایایی و اعتبار بالای آن است (مکلان، کوشنر، متزگر، پیترز، اسمیت^۷ و همکاران،

* از آنجایی که در حوزه‌های وضعیت طبی و قانونی، نمرات دو آزمودنی در تمامی مراحل پژوهش صفر و دو آزمودنی دیگر فقط در اندازه اول مرحله خط پایه یک بود، لذا نتایج این دو حوزه ASI مورد بررسی قرار نگرفت.

1. Structured Clinical Interview for DSM (SCID)
2. Spitzer, R.
3. Williams, J., Gibbon, M., & First, M.
4. Kranzler, H., Kadden, R., & Babor, T.
5. Addiction Severity Index (ASI)
6. Alterman, A., Rikoon, S., & Carise, D.
7. Kushner, H., Peters, S., & Smith, I.

۱۹۹۲؛ لئون هارد، مولوی، گاست‌فرند و شوارتز، ۲۰۰۰). در پژوهش حاضر از نسخه تعدیل‌شده شاخص شدت اعتیاد استفاده شد که در معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی تعدیل یافته است تا منطبق با ویژگی‌های بوم شناختی کشور ایران باشد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نتایج آزمودنی‌ها در شاخص‌های مختلف پیامد درمان در سه مرحله خط پایه، درمان و پی‌گیری در جدول ۱ آمده است. نتایج این جدول نشان می‌دهد که میانگین کلیه شاخص‌های شدت اعتیاد در مراحل درمان نسبت به خط پایه کاهش یافته و این کاهش در مرحله پی‌گیری حفظ و حتی تقویت نیز شده است. در جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه با مقادیر تکراری برای شاخص‌های مختلف پیامد درمان آمده است. نتایج این جدول نشان می‌دهد که از بین شاخص‌های شدت اعتیاد، تفاوت میانگین‌های وضعیت شغلی ($F=5/87$ و $P<0/05$) و وضعیت

خانوادگی/اجتماعی ($F=2/28$ و $P<0/05$) در سه مرحله خط پایه، درمان و پی‌گیری معنادار نبوده و لذا فرضیه‌های اول و دوم پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان حمایتی-بیانگر در بهبود شاخص‌های وضعیت شغلی و خانوادگی/اجتماعی تأیید نمی‌شود. ولی تفاوت میانگین‌های دو شاخص دیگر ASI یعنی وضعیت روانپزشکی و مصرف مواد در مراحل خط پایه، درمان و پی‌گیری معنادار بوده ($P>0/01$ و $F=35/28$ ؛ $P<0/05$ و $F=6/15$) و لذا فرضیه‌های سوم و چهارم مبنی بر اثربخشی درمان حمایتی-بیانگر در بهبود شاخص‌های وضعیت روانپزشکی و مصرف مواد تأیید می‌گردد. نتایج آزمون تعقیبی توکی در وضعیت روانپزشکی نشان داد که فقط بین میانگین‌های مراحل خط پایه-پی‌گیری تفاوت معنادار وجود دارد ($P<0/05$) و تفاوت بین مراحل خط پایه-درمان و درمان-پی‌گیری معنادار نیست ($P>0/05$). نتایج آزمون تعقیبی توکی در وضعیت مصرف مواد نیز نشان داد که بین میانگین‌های مراحل خط پایه درمان ($P<0/01$) و خط پایه-پی‌گیری ($P<0/01$) تفاوت معنادار وجود داشته ولی تفاوت بین مراحل درمان-پی‌گیری معنادار نیست ($P>0/05$).

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار حوزه‌های شاخص شدت اعتیاد در مراحل مختلف ارزیابی

متغیر	خط پایه		مداخله		پی‌گیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
وضعیت شغلی	۳/۲۵	۰/۳	۲/۳۱	۰/۶	۲/۲۵	۰/۲۷
وضعیت خانوادگی/اجتماعی	۲/۶۲	۰/۱۶	۲/۳۷	۰/۱۲	۲	۰/۴
وضعیت روانپزشکی	۳/۱۲	۰/۲۳	۲/۵	۰/۲	۲/۲۵	۰/۳۶
وضعیت مصرف مواد	۲/۷۵	۰/۳	۲/۱۶	۰/۴۴	۱/۶۲	۰/۳۳

جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه با مقادیر تکراری برای حوزه‌های شاخص شدت اعتیاد

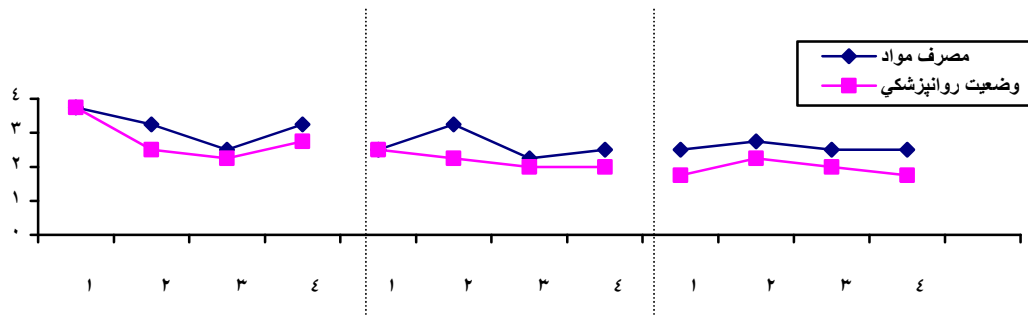
متغیر	میانگین مجزورها	df	F
وضعیت شغلی	۷/۲۱	۲	۵/۸۷
وضعیت خانوادگی/اجتماعی	۱/۵۸	۲	۲/۲۸
وضعیت روانپزشکی	۳/۲۵	۲	۶/۱۵*
وضعیت مصرف مواد	۷/۷۷	۲	۳۵/۲۸**

* $P<0/05$ ** $P<0/01$

1. Leonhard, C., Mulvey, K., Gastfriend, D., & Schwart, M.

در هر دو مقیاس وضعیت روانپزشکی و مصرف مواد یک روند خط معنادار وجود داشته ($F=244, P<0.01$ و $F=16/33, P<0.05$) و بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که میانگین نمرات این دو حوزه در طی زمان بهبود یافته و شکل این بهبود، یک کاهش خطی در طول زمان بوده است.

علاوه بر این، برای بررسی روند نتایج آزمودنی‌ها در دو شاخص وضعیت خانوادگی/اجتماعی و مصرف مواد از مقایسه‌های چندجمله‌ای یا تحلیل روند استفاده شد. در نمودار ۱، روند نمرات به صورت ترسیمی نشان داده شده و در جدول ۳ نتایج تحلیل روند آمده است. همان‌طور که نمودار ۱ و جدول ۳ نشان می‌دهد



نمودار ۱- روند میانگین نمرات آزمودنی‌ها در اندازه‌های مختلف وضعیت روانپزشکی و مصرف مواد

جدول ۳- نتایج تحلیل روند برای وضعیت مصرف مواد

متغیر	میانگین مجذورها خطی (درجه دوم)	df خطی (درجه دوم)	F خطی (درجه دوم)
وضعیت روانپزشکی	(0/37)6/12	(1)1	(0/55)16/33*
وضعیت مصرف مواد	(0/16)10/12	(1)1	(0/66)244**

* $P<0.05$ ** $P<0.01$

بحث

روانی- اجتماعی حاصل می‌شود (توبر و رایستریک^۱، ۲۰۰۷؛ رانزاویل و همکاران، ۲۰۰۵؛ سیز، دلوجیو، ماسون، روزن، کلارک^۲ و همکاران، ۲۰۰۰؛ مک للان و همکاران، ۱۹۹۳، ۱۹۹۸؛ وانسی گاراتنی، دیویس، پریس و بروچی^۳، ۲۰۰۵؛ وودی و همکاران، ۱۹۹۰، ۱۹۹۵، ۱۹۹۸؛ هسر، ایوانز، هوانگ و انگلین^۴، ۲۰۰۴). بنابراین، امروزه روان‌درمانی بخش مهمی از درمان وابستگی به مواد شده و به متخصصان بالینی فرصت می‌دهد تا پیامدهای مثبت درمان را در یک برنامه جامع درمان اعتیاد افزایش دهند.

هدف اصلی این پژوهش، بررسی نقش اضافه شدن درمان حمایتی- بیانگر به درمان نگهدارنده با بوپروپرونورفین در بهبود پیامد درمان اعتیاد به مواد افیونی بود. به‌طور کلی، یافته‌ها یک اثربخشی نسبی را در بهبود پیامد درمان نشان داد که تا دوره پی‌گیری دو ماهه نیز حفظ شده و حتی تقویت شده بود. این یافته با ادبیات پژوهشی در مورد اثربخشی درمان‌های روانی- اجتماعی در بهبود پیامد درمان‌های دارویی همخوانی دارد.

یافته‌های این پژوهش‌ها نشان می‌دهند که حتی قوی‌ترین و اثربخش‌ترین داروها مانند آنتاگونیست‌های مواد افیونی، نواقص و محدودیت‌هایی داشته و به تنهایی برای درمان اعتیاد کافی نیستند و بهترین پیامد با اضافه کردن درمان‌های

1. Tober, G., & Raistrick, D.
2. Sees, K., Delucchi, K., Masson, C., Rosen, A., Clark, H., et al.
3. Wanigaratne, S., Davis, P., Pryce, K., & Brotchie, J.
4. Hser, Y., Evans, E., Huang, D., & Anglin, D.

بررسی اثربخشی اختصاصی درمان حمایتی- بیانگر بر شاخص‌های مختلف پیامد درمان نشان داد که اگر چه یافته‌ها کاهش یک نمره‌ای را در شاخص‌های وضعیت شغلی و خانوادگی/اجتماعی نشان داد ولی این کاهش معنادار نبود و فرضیه‌های اول و دوم تأیید نشد. این یافته با نتایج مطالعات وودی و همکاران (۱۹۹۵، ۱۹۹۰) مغایرت دارد زیرا آنان بهبود وضعیت شغلی و خانوادگی/اجتماعی را با درمان حمایتی- بیانگر گزارش کردند. این تفاوت در یافته‌ها را می‌توان با موارد زیر تبیین کرد: در پژوهش وودی و همکاران، آزمودنی‌ها علاوه بر درمان حمایتی- بیانگر، امکان دسترسی به خدمات متعدد مشاوره شغلی و خانوادگی را داشته و در صورت نیاز، به چنین خدماتی ارجاع می‌شدند. از آنجا که ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که وجود انواع خدمات طبی/شغلی و اجتماعی با بهبود پیامد درمان در حوزه‌های فوق ارتباط دارد (لوچانسکی، براون، لنگه‌ی، استارک و کروپسکی^۱، ۲۰۰۰؛ مک للان و همکاران، ۱۹۹۳، ۱۹۹۷، ۱۹۹۸)، لذا می‌توان این تفاوت در پیامد درمان را در حوزه‌های فوق‌الذکر به عدم وجود چنین خدماتی در پژوهش حاضر نسبت داد؛ در تبیین دیگر، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که اگرچه تقریباً ۳ ماه کار درمانی برای ایجاد تغییرات لازم است، ولی تغییرات اصلی در رفتار فقط در کسانی که بیش از ۱۲ ماه در درمان باقی می‌مانند، دیده می‌شود (هوبارد^۲، ۲۰۰۵)، زیرا برای اینکه تغییرات حاصل از درمان در طی زمان حفظ شده و در سبک زندگی فرد ادغام شود و رفتار جدید، یک رفتار عاداتی گردد، یک سال درمان ضروری است (سیمپسون^۳، ۲۰۰۴). اگرچه لوپورسکی و همکاران (۱۹۹۵) طول متوسط درمان حمایتی- بیانگر را ۱۶ جلسه پیشنهاد می‌کنند ولی در پژوهش وودی و همکاران (۱۹۹۵، ۱۹۹۰)، بیماران تحت درمان ۶ ماهه قرار داشتند و محققان افزایش طول درمان تا ۴۰ جلسه را نیز پیشنهاد می‌کنند. بنابراین، طول درمان کوتاه در پژوهش حاضر ممکن است مانع از حل و فصل کافی مشکلات ارتباطی بیمار شده باشد. از سوی دیگر موقعیت زندگی و عوامل اجتماعی معمولاً با مؤلفه‌های بیمار، درمان‌گر و درمان، تعامل داشته و بر پیامد درمان اثر می‌گذارند (لوپورسکی و همکاران، ۱۹۹۵)؛ بنابراین ممکن است در پژوهش حاضر این عوامل بر پیامد درمان در حوزه‌های مذکور اثر گذاشته و مانع از اثربخشی درمان SE

شده باشد. نتایج فراتحلیل لیشسرنینگ، رابونگ و لیپینگ^۴ (۲۰۰۴) در مورد کارآمدی درمان‌های روان‌پویایی کوتاه‌مدت در اختلالات مختلف روانپزشکی نشان داد که اندازه اثر این درمان‌ها روی کارکرد اجتماعی کمتر از علائم روانپزشکی عمومی و مشکلات هدف می‌باشد.

بررسی اثربخشی درمان حمایتی- بیانگر بر وضعیت روانپزشکی و مصرف مواد نشان داد که درمان حمایتی- بیانگر موجب بهبود معنادار این شاخص‌ها شده و این بهبود به ویژه در مصرف مواد قابل ملاحظه است.

این یافته با ادبیات پژوهشی همخوانی دارد (وودی و همکاران، ۱۹۹۰، ۱۹۹۵). برای تبیین این اثربخشی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: (۱) جنبه‌های حمایتی و بیانگری (تفسیری) درمان موجب افزایش امید و انگیزه و تغییرات پاسخ‌های خود^۵ (RS) یعنی تغییرات هیجانی و رفتاری شده است و این تأییدی بر منطق و مفروضات این درمان می‌باشد؛ (۲) نتایج مطالعات وودی و همکاران (۱۹۹۵، ۱۹۹۰) نشان داد که درمان حمایتی- بیانگر بیشترین تأثیر را روی افراد با سطوح متوسط یا شدید علائم روانپزشکی داشت و کسانی که سطوح پایین شدت علائم روانپزشکی را نشان می‌دادند، از هر شرایط درمانی سود می‌برند، از آنجایی که آزمودنی‌های پژوهش حاضر نیز سطوح متوسط تا شدید علائم روانپزشکی را نشان می‌دادند، لذا اثربخشی درمان در بهبود وضعیت روانپزشکی می‌تواند قابل اسناد به شدت علائم آن‌ها باشد؛ (۳) در درمان حمایتی- بیانگر، هدف اصلی و نخست درمان، کاهش یا توقف مصرف مواد بوده و بخش اعظم کاربانی‌گری درمان، روی شناسایی و حل و فصل تعارض‌های ارتباطی مربوط به مصرف مواد متمرکز است، بنابراین می‌توان انتظار داشت که بیشترین تأثیر درمان روی شاخصی دیده شود که نقطه تمرکز درمان بوده و بیشترین کار درمانی روی آن انجام شده است؛ (۴) نتایج فراتحلیل لیشسرنینگ و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد که بالاترین اندازه‌های اثر درمان‌های روان‌پویایی به ترتیب روی مشکلات هدف و علائم روانپزشکی عمومی است و پژوهش حاضر نیز تأییدی بر این یافته بود.

به‌طور کلی، نتایج پژوهش حاضر اثربخشی نسبی درمان حمایتی- بیانگر را در بهبود پیامد درمان نگهدارنده اعتیاد به مواد افیونی و اثرات اختصاصی آن را در حوزه‌های وضعیت روانپزشکی و مصرف مواد نشان داد. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که

1. Luchansky, B., Brown, M., Longhi, D., Stark, K., & Krupski, A.
2. Hubbard, B.
3. Simpson, D.

4. Lichserning, F., Rabung, S., & Leibing, E.

5. Response from the Self

۵ نمره‌ای تقلیل داده شده است و این امر امکان درجه‌بندی دقیق تغییرپذیری را در حوزه‌های مختلف شدت اعتیاد محدود ساخت. علاوه بر این، درمان‌گر و ارزیاب یک نفر بودند و این امر ممکن است بر نتایج حاصل از اجرای ابزار اندازه‌گیری تأثیر گذاشته باشد. نکته دیگر این‌که، آمارها نشان می‌دهند، کسانی که به مراکز درمان اعتیاد مراجعه می‌کنند، تقریباً معادل ۲۰٪ جمعیت معتادان هستند (رانزاویل و همکاران، ۲۰۰۵) لذا یافته‌های پژوهش قابل تعمیم به آن دسته از بیمارانی است که درصدد درمان برمی‌آیند. افزون بر این، یافته‌ها فقط قابل تعمیم به بیمارانی است که ملاک‌های ورود به پژوهش را دارا بوده و برای افرادی که از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی، الگو و شدت مصرف مواد متفاوت از آزمودنی‌های پژوهش حاضر هستند، قابلیت تعمیم ندارد.

درمان‌های روان‌شناختی می‌تواند با موفقیت در برنامه‌های دارودرمانی اعتیاد ادغام شده و کارآمدی درمان را بهبود بخشد. اگرچه یافته‌ها، افزایش طول درمان و نیز وجود خدمات متنوع شغلی و خانوادگی را نیز جهت افزایش اثربخشی درمان‌های دارویی و روانی مورد تأکید قرار داد، در مجموع، بهترین پیامد درمان را می‌توان در یک برنامه‌های جامع درمان اعتیاد انتظار داشت که شامل برنامه‌های درمان دارویی/روان‌شناختی و خدمات طبی/اجتماعی/شغلی و قانونی است.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی نیز داشت. مهم‌ترین محدودیت مربوط به زمان بود که موجب شد پی‌گیری در یک دوره نسبتاً کوتاه دو ماهه انجام گیرد و بررسی ثبات نتایج در طی یک دوره استاندارد پی‌گیری ۶ ماهه امکان‌پذیر نباشد. همچنین در پژوهش حاضر از شاخص تعدیل شده شدت اعتیاد استفاده شد که در آن مقیاس ۱۰ نمره‌ای درجه‌بندی شدت اعتیاد، به یک مقیاس

مراجع

شریفی، ونداد؛ اسعدی، محمد؛ محمدی، محمدرضا؛ امینی، همایون؛ کویانی، حسین و همکاران (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته تشخیصی برای DSM-IV (SCID). *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۱ و ۲، ۱۰-۲۲.

رحیمی‌موقر، آفرین؛ محمد، کاظم؛ رزاقی، عمران‌محمد (۱۳۸۱). روند ۳۰ ساله وضعیت سوء مصرف مواد در ایران. *مجله پژوهشی حکیم*، ۳، ۱۷۱-۱۸۱.

Adrian, M., & Hyg, M. (2001). Do treatment and other intervention works? *Substance Use and Misuse*, 36, 1159-1180.

Barry, K. L. (1999). *Brief interventions and brief therapies for substance abuse*. Rockwell: Department of Health and Human Services Publication.

Hser, Y., Evans, E., Huang, D., & Anglin, D. (2004). Relationship between drug treatment services, retention and outcomes. *Psychiatric Services*, 55, 167-174.

Hubbard, B. (2005). Evaluation and outcome treatment. In J. H. Lowinson, P. Ruiz, R. Millman, & J. Langrod (Eds.). *Substance abuse: A comprehensive textbook* (pp. 786-804). Baltimore: William and Wilkins.

Kakko, J., Svanberg, K., Kreek, M., & Heilig, M. (2003). One-year retention and social function after buprenorphine-assisted relapse prevention treatment for heroin dependence in Sweden. *The Lancet*, 361, 662-668.

Kimberly, J., & McLellan, A. (2006). The business of addiction treatment: A research agenda. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 190-213.

Kranzler, H., Kadden, R., & Babor, T. (1997). Validity of the longitudinal, expert, all data procedure for psychiatric diagnosis in patients with psychoactive substance use disorders. *Drug & Alcohol Dependence*, 45, 859-68.

Leonhard, C., Mulvey, K., Gastfriend, D., & Shwartz, M. (2000). The addiction severity Index, A field study of internal consistency and validity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 129-135.

Lichsenring, F., Rabung, S., & Leibing, E. (2004). The efficacy of short-team psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. *Archieve General Psychiatry*, 61, 1208-1216.

Luborsky, L., Woody, G., Hole, A., & Velleco, A. (1995). Supportive-expressive dynamic psychotherapy for treatment of opiate drug dependence. In J. Barber, & P. Crits-Cristoph, (Eds.). *Dynamic therapies for psychiatric disorders* (pp. 131-160). Chicago: Basic Books, Harper Collins Publisher.

Luchansky, B., Brown, M., Longhi, D., Stark, K., & Krupski, A. (2000). Chemical dependency treatment and employment outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 60, 151-159.

- Mark, D., & Faude, J. (1995). Supportive-expressive therapy of cocaine abuse. In J. Barber, & P. Crits-Cristoph, (Eds.). *Dynamic therapies for psychiatric disorders* (pp. 294-330). Chicago: Basic Books, Harper Collins Publisher.
- Mathers, C., Bernard, C., Iburg, K., Inoue, M., Ma Fat, D., Shibuya, K., Stein, C., Tomijima, N., & Xu, H. (2003). *Burden of disease in 2002: Data source, methods, and requests*. Report: World Health Organization.
- McLellan, A., Arndt, I., Metzger, D., Woody, GE., & O'Brien, Ch. (1993). The effects of Psychosocial serviced in substance abuse treatment. *Journal of the American Medical Association, 269*, 1953-1959.
- McLellan, A., Cacciola, J., Alterman, A., Rikoon, S., & Carise, D. (2006). The addiction severity Index at 25: Origins, contributions and transitions. *American Journal of Addiction, 15*, 113-124.
- McLellan, A., Grisson, G., Zandis, D., Randall, M., Bnill, P., & O'Brien, C. P. (1997). Problem-service matching in addiction treatment. *Archives of General Psychiatry, 54*, 730-735.
- McLellan, A., Hugesan, T., Levin, M., & Gould, F. (1998). Supplemental social services improve outcomes in public addiction treatment. *Addiction, 93*, 1489-1499.
- McLellan, A., Kushner, H., Metzger, D., Peters, S., Smith, I., Graham, G., Pettinatti, H., & Ageriou, M. (1992). Fifth edition of the addiction severity index. *Journal of Substance Abuse Treatment, 9*, 199-213.
- McLellan, A. T., McKay, J., Forman, R., Cacciola, J., & Kemp. J. (2005). Reconsidering the evaluate of addiction treatment: From restropective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction, 100*, 447-458.
- Poznyak, V. (2005). The role of psychiatrists in prevention of psychoactive substance use and dependence. *World Psychiatry, 4*, 31-32.
- Rounsaville, B., Carroll, K., & Back, S. (2005). Individual psychotherapy. In J. h. Lowinson, P. Ruize, R. Millman, & J. Langrod (Eds.). *Substance abuse: A comprehensive texbook* (pp. 653-670). Baltimore: Lippincott William and Wilkins.
- Sees, K., Delucchi, K., Masson, C., Rosen, A., Clark, H., Robillard, H., Banys, P., & Hall, S. (2000). Methadone maintenance Vs 180-day psychosocially enriched detoxification for treatment of opioid dependence. *Journal of American Medical Association, 283*, 1303-1310.
- Simpson, D. (2004). A conceptual framework for drug treatment process and outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment, 21*, 99-121.
- Spitzer, R. Williams, j. Gibbon, M., & First, M. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). *Archive of General Psychiatry, 49*, 624-629
- Tober, G., & Raistrick, D. (2007). Psychosocial interventions. *Psychiatry, 6*, 1-4.
- Wanigaratne, S., Davis, P., Pryce, K., & Brotchie, J. (2005). *The effectiveness of psychological therapies on drug misusing clients*. Report: National Treatment Agency for Substance Misuse.
- Woody, G., McLellan, A., Luborsky, L., & O'Brien, Ch. (1990). Psychotherapy and counseling for methadone-maintained opiate addicts: Results of research studies. *NIDS Research Monoraph, 164*, 9-23.
- Woody, G., MCLellan, A., Luborsky, L., & O'Brien, Ch. (1995). Psychotherapy in community methadone programs: A validation study. *American Journal of Psychiatry, 152*, 1302-1308.
- Woody, G., McLellan, A., Luborsky, L., & O'Brien, Ch. (1998). Psychotherapy with opioid-dependent patients. *Psychiatric times, 15*, 1021-26.
- World Health Organization (2003). The world health report 2002: Reducing risks, promoting health life. Geneva: World Health Organization.