

The Effectiveness of Covert Sensitization along with Cognitive Behavior Therapy on the Reduction of Craving Power and Probable Use of Crack

Amir Keshavarzi. M.A.

Clinical Psychology. Islamic Azad University of Rodehen, Iran

Shahram Vaziri. Ph.D.

Academic member Islamic Azad University of Rodehen, Iran

Farah Lotfi Kashani. Ph.D.

Academic member Islamic Azad University of Rodehen, Iran

Abstract

The aim of this study was to investigate the effect of covert sensitization with cognitive behavior therapy on craving power and probable use of crack. This quasi-experimental research used all crack-addicted people who referred to Islamshahr drug abuse treatment centers in 2010 as the population. Using convenient sampling method, 30 crack addicts were selected and then randomly assigned into experimental and control group, 15 in each. All participants answered to Relapse Predication Scale (Wright, 2001) before and after the treatment. The experimental group received 12 sessions, 45 minutes each, of cognitive behavior therapy along with covert sensitization and the control group received only cognitive behavior therapy. To analyze the data, covariance was used. Results indicated that covert sensitization along with cognitive behavior therapy were associated with decreasing craving power; however, they were not effective upon relapse prevention ($P < 0.001$).

Keywords: cognitive behavior therapy, covert sensitization, craving power, probable use of crack.

تأثیر همراه سازی درمان حساس سازی پنهان با درمان شناختی رفتاری بر میزان قدرت میل و احتمال به مصرف کراک

امیر کشاورزی*

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران

شهرام وزیری

عضو هیأت علمی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران

فرح لطفی کاشانی

عضو هیأت علمی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران

چکیده

هدف این پژوهش بررسی تأثیر درمان حساس سازی پنهان با درمان شناختی - رفتاری بر میزان قدرت میل و احتمال به مصرف کراک بود. این پژوهش نیمه آزمایشی، از تمامی مراجعه کنندگان به مراکز درمانی مواد شهرستان اسلامشهر در سال ۱۳۸۹ بود که سوء مصرف کراک داشته‌اند به عنوان جامعه آماری استفاده کرد. ۳۰ نفر با روش انتخاب در دسترس به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر). پیش و پس از مداخلات، همه مراجعان به پرسشنامه مقیاس پیش‌بینی بازگشت RPS (رایت، ۲۰۰۱) پاسخ دادند. گروه آزمایش ۱۲ جلسه تحت درمان شناختی رفتاری به همراه حساس سازی پنهان قرار گرفت و گروه گواه فقط درمان شناختی رفتاری را دریافت کرد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون کوواریانس استفاده شد. نتایج نشان داد که حساس سازی پنهان با درمان شناختی - رفتاری در میزان میل به مصرف مؤثر و در احتمال بازگشت به مصرف بی تأثیر است ($P = 0/01$).

واژه‌های کلیدی: شناختی - رفتاری، حساس سازی درونی، قدرت میل، احتمال مصرف کراک.

مقدمه

(آیوستین، ساکلوفسک، اگان^{۱۵}، ۲۰۰۵) را نشان می‌دهند. در پژوهش‌های مختلف کارایی درمان شناختی رفتاری در درمان اختلالات روانپزشکی همبود با اعتیاد نیز به تأیید رسیده است (کری، ولز، لوچمن، کرایگید و ناگی^{۱۶}، ۲۰۰۱). با توجه به اهمیت ارتباط میان عواملی همچون میل و ولع مصرف، تکانشگری و مؤلفه‌های شدید اعتیاد به‌عنوان عوامل تأثیرگذار بر نتایج درمانی (دوران، اسپرینگ، مک‌چارگو و پرگادیا و ریچمند^{۱۷}، ۲۰۰۴؛ پری، لارسون، ژرمن، مادن و کارول^{۱۸}، ۲۰۰۵ و واکسمن^{۱۹}، ۲۰۰۹؛ فاکس و تالیه، مالیسون، اندرسون و کرک^{۲۰}، ۲۰۰۵) پیش‌بینی‌کننده‌های قوی شکست و موفقیت در درمان هستند و ضروری است به‌منظور کاهش لغزش بیماران و افزایش ماندگاری آنها در دوره پرهیز از مواد، در برنامه‌های درمانی همچون درمان نگهدارنده، علاوه بر مصرف داروی متادون، از مداخلات درمانی دیگر همچون مداخلات غیردارویی (روان‌درمانی) به‌عنوان درمانی برای مهار این عوامل استفاده شود، تا با مهار آنها در فرایند درمان، اثربخشی درمان نگهدارنده برای معتادان افزایش یابد و تقویت شود. تعداد زیادی از معتادان به مواد مخدر تحت درمان نگهدارنده با متادون قرار دارند، اما مطالعات کمی در مورد اضافه شدن روان‌درمانی به این نوع روش درمانی صورت گرفته است (اسچرباما، کلویگا، اسپکا و کراوسب^{۲۱}، ۲۰۰۵). بیشتر مطالعات انجام شده درباره اثربخشی رویکردهای مختلف روان‌درمانی در درمان اعتیاد، به رویکرد شناختی - رفتاری به‌عنوان رویکردی مؤثر در درمان این بیماری اشاره کرده‌اند (مک‌گاورن، لامبرت، آکوالیانو و آلترمن^{۲۲}، ۲۰۰۹؛ وینگارت، کسپار، بلوتی، پین‌لای^{۲۳}، ۲۰۰۹). فرض بنیادی این رویکرد آن است که فرایندهای یادگیری، نقش مهمی در ایجاد و تداوم اعتیاد و وابستگی به مواد ایفا می‌کند و لذا از همین اصول می‌توان برای کمک به افراد در کاهش مصرف مواد استفاده کرد. به‌عبارت ساده‌تر، درمان شناختی رفتاری در شناسایی،

اعتیاد به مواد مخدر عبارت است از مسمومیت تدریجی یا عادی به علت استعمال مداوم یک دارو اعم از طبیعی یا ترکیبی که به کاهش سلامتی فرد و کاهش عملکرد اجتماعی او منجر می‌شود (الری و استوارت^۱، ۲۰۰۷ و مک‌للان، لویس، آبرین، کلیبر^۲، ۲۰۰۰) و با ویژگی‌هایی همچون رفتارهای اجباری، وسوسه‌های مقاومت‌ناپذیر، رفتارهای جست‌وجوگرایانه مواد و مصرف مداوم آن حتی در شرایطی که پیامدهای منفی بسیاری برای فرد به همراه دارد، مشخص می‌شود. لشنر^۳ (۱۹۹۹؛ به نقل از کریموی، ۱۳۹۰). تداوم مصرف مواد در طی زمان و تأثیرات سمی طولانی‌مدت مصرف آن بر عملکرد مغز، منجر به دامنه وسیعی از بد کارکردهایی می‌شود که مانع از انجام رفتار و عملکرد طبیعی معتادان در خانواده، محیط کار و در سطح وسیع در جامعه می‌شود. تحقیقات مختلف نشان می‌دهد که شروع مصرف مواد با عوامل اجتماعی و محیطی (یانگ^۴، ۲۰۰۱) و در سطوح بالاتر با عوامل زیست‌شناختی و روانی همخوان هستند (گلانتز، پیکنس^۵، ۱۹۹۲). تقریباً مسلم است که بیش از یک راه به سوءمصرف مواد و اختلال‌های ناشی از مصرف آن منتهی می‌شود (کادرت، یاتیس، تروگتون و وودورد و استوارت^۶، ۱۹۹۵). یک زمینه‌یابی گسترده در زمینه بررسی بیماری توأم با تشخیص دوگانه نشان داد ۷۶ درصد مردان و ۶۵ درصد زنان دارای سوء مصرف یا وابسته به مصرف مواد به‌طور همزمان از یک مشکل روانپزشکی نیز رنج می‌برند (دی‌لیویرا^۷ و همکاران، ۲۰۰۹). مطالعات متعددی اختلالات شخصیت (فری و رحم^۸، ۲۰۰۲)، افسردگی و اختلالات اضطرابی (سارا، روسماری، مارتین، روسنوو^۹، ۲۰۰۸؛ اوسیلا، هپنر، مونوز، وو، واتکینز^{۱۰}، ۲۰۰۹؛ لانگاز، مالت، آپچوردسمون^{۱۱}، ۲۰۱۰؛ کوهن، اپستین، مک‌کاردی، جنسن و هانتز^{۱۲}، ۲۰۱۱؛ جانینا، گالوس، سوزا^{۱۳}، ۲۰۰۵؛ مبینی، مکیتوش و جگا^{۱۴}، ۲۰۱۳) و مشکلات جدی مؤلفه‌های هوش هیجانی

1. Ellery & Stewart
2. McLellan, Lewis, O'Brien & Kleber
3. Leshner
4. Young
5. Glantz & pickens
6. Cadort, Yates, Troughton, Woodworth & Stewart
7. De oliveira
8. Frei & Rehm
9. Sara , Rosemarie, Martin & Rohsenow
10. Osilla, Hepner, Munoz, Woo, Watkins
11. Langas, Malt & Opjordsmoen
12. Cohn, Epstein, McCrady, Jensen, Huntern
13. Janina, Gallus & Susa
14. Mobini, Makintosh, Gega
15. Austin, Saklofske & Egan
16. Curry, Wells, Lochman, Craighead, Nagy
17. Doran, Spring, McChargue, Pergadia & Richmond
18. Perry, Larson, German, Madden, Carroll
19. Waxman
20. Fox, Talih, Malison, Anderson, Kreek
21. Scherbauma, Kluwiga, Speckaa, Krauseb
22. McGovern, Lambert, Acquilano, Alterman
23. Weingardt, Cucciare, Bellotti & Pin Lai

پنهان نوعی روش درمان انزجاری است که در آن از تصویرهای ذهنی که درمانگر یا بیمار به عنوان محرک‌های انزجاری ایجاد کرده‌اند استفاده می‌شود. روش حساس سازی پنهان بر تصور پیامدها تکیه دارد و به همین دلیل، از شوک الکتریکی یا مواد شیمیایی به عنوان محرک‌های انزجاری استفاده نمی‌کند. این روش در چهارچوب هم شرطی کردن کلاسیک و هم شرطی کردن عامل به کار می‌رود، هر چند، در اغلب کاربردها، این روش را در چهارچوب عامل مورد استفاده قرار می‌دهند (بلاک، بی تا، ۱۳۸۴). این روش بر پایه نظریه رفتاردرمانی استوار است و معمولاً مراجع تحت نظارت و رهبری درمانگر قرار می‌گیرد. در ابتدا خود را در حال انجام رفتار هدف تصور می‌کند، وقتی مرحله تجسم ایجاد شد، مؤلفه‌های آزاردهنده به تصویر اضافه می‌شود و بعد از آن به مراجع آموزش داده می‌شود به تصاویر ذهنی خودش چند تصویر ناراحت کننده اضافه و تمرین کند. هدف در این روش، کاهش قدرت و فراوانی رفتار هدف در آینده است (کرنی، ۲۰۰۶). حساس سازی پنهان شباهت بسیار به روش عامل تبیبه دارد (بلاک، بی تا، ۱۳۸۴). با توجه به این روش، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثر بخشی همراه سازی درمان حساس سازی پنهان با درمان شناختی رفتاری بر میزان قدرت میل و احتمال به مصرف کراک است. میل به مصرف و قرار گرفتن در موقعیت‌های شرطی شده از عوامل مهم در شکست درمان است. از این رو ضرورت مهار و آموزش در رویارویی با این شرایط اهمیت دارد. بر این اساس فرضیه‌های پژوهش عبارت‌اند از:

- ۱- همراه سازی درمان حساس سازی پنهان با درمان شناختی - رفتاری در کاهش قدرت امیال مؤثر نیست و فرض خلاف آن یعنی همراه سازی درمان حساس سازی پنهان با درمان شناختی - رفتاری، قدرت امیال را کاهش می‌دهد.
- ۲- همراه سازی درمان حساس سازی پنهان با درمان شناختی - رفتاری در میزان احتمال به مصرف مؤثر است و فرض خلاف آن یعنی همراه سازی درمان حساس سازی پنهان با درمان شناختی - رفتاری احتمال به مصرف را کاهش می‌دهد.

روش پژوهش

روش پژوهش، جامعه آماری، نمونه: طرح این پژوهش از نوع شبه آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه است.

اجتناب و مقابله به بیماران کمک می‌کند، یعنی در شناسایی موقعیت‌هایی که احتمال مصرف مواد در آنها زیاد است و اجتناب از این موقعیت‌ها در زمان مناسب و مقابله مؤثر با مسائل و رفتارهای مشکل‌آفرین مرتبط با سوء مصرف مواد (کارول، بی تا، ۱۳۸۱).

کراکی که در ایران رایج است همان هروئین است که به صورت فشرده عرضه می‌شود (صحرائی، ادیب، ملازمانی، قشونی و امامی خوانساری، ۱۳۸۷) این ماده بسیار اعتیادآور و قدرت اعتیادآوری آن بیشتر از هروئین است. در واقع یکی از دلایل اعتیادآوری بسیار زیاد کراک در این است که خیلی زود به مغز می‌رسد (مرکز مشاوره دانشگاه تهران، ۱۳۸۶). مصرف کراک باعث احساس خارش، لذت، بی‌دردی و حالت خواب‌آلودگی می‌شود. با مصرف کراک، تنفس سطحی و ضعیف می‌شود و در صورت مصرف زیاد و مسمومیت، قطع تنفس ممکن است باعث مرگ مصرف‌کننده شود، اما نکته مهم این است که احساس ولع و نیاز شدید به مصرف کراک، ممکن است موجب شود بیمار وابسته برای رسیدن به آن به هر کاری دست بزند (اصولی، ۱۳۸۸). در بعد روانی رفتاردرمانگران در مورد وابستگی و اعتیاد دیدگاه خاصی دارند که در این رابطه می‌توان به نظریه رویارویی با نشانه که مبتنی بر نظریه شرطی شدن کلاسیک است، اشاره کرد. این نظریه، نشانه‌ها را عوامل مهمی در گسترش و حفظ رفتار اعتیادگرایانه می‌داند (دراموند، تیفانی، گلاتیر، رمینگتون، ۱۹۹۵). به خاطر فراوانی و تنوع شرایطی که در آن مواد مصرف شده است، دامنه‌ای از محرک‌ها با سوء مصرف مواد همراه می‌شوند. این محرک‌ها به عنوان نشانه‌ها یا برانگیزاننده‌های شرطی شده میل به مواد عمل می‌کنند (کارول، بی تا، ۱۳۸۱). تزچنتکی^۱ (۱۹۹۸) بر اهمیت کورتکس بطن پیش‌پیشانی، پالیدوم و آمیگدال و نقش مهم آن با جایگاه شرطی سازی تأکید کرده است. مصرف مواد برای نخستین بار ممکن است با ایجاد حالت عاطفی مثبت همراه شود. در این حالت تأثیرات تقویت‌کنندگی مثبت مواد برای ایجاد رفتار خود - اعمالی ضرورت دارد و این امر به این فرضیه منجر می‌گردد که تقویت مثبت، رمز وابستگی به مواد است (استوارت، ایکلبوم^۲، ۱۹۸۴).

درمان انزجاری نوعی روش رفتار درمانی است که در آن محرک منجرکننده با رفتار نامطلوب به منظور کاهش یا از بین بردن آن رفتار همراه می‌شود (هوارد^۳، ۲۰۰۱). حساس سازی

1. Drummond, Tiffany, Glautier & Remington
3. Stewart & Eikelbuom
5. Kearney

2. Tzschentke
4. Howard

- ۱- در مکانی هستم که قبلاً در آن کراک مصرف کرده‌ام.
- ۲- در کنار افرادی هستم که قبلاً با آنها کراک مصرف کرده‌ام.

روش اجرا و تحلیل

گروه آزمایش شامل ۱۵ بیمار مبتلا به اختلال سوءمصرف کراک بود که درمان شناختی - رفتاری را همراه با درمان حساس‌سازی پنهان دریافت کردند. گروه گواه شامل ۱۵ بیمار مبتلا به سوءمصرف کراک بود که تحت درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند، اما درمان حساس‌سازی پنهان در مورد آنها اعمال نشد. در مرحله پیش‌آزمون، پس از انتخاب گروه نمونه و توضیح در مورد مطالعه و تعیین اهداف و شیوه مداخله، از مراجعان خواسته شد به پرسشنامه مقیاس پیش‌بینی بازگشت پاسخ دهند. در مرحله بعد انجام مداخلات شروع شد. جلسات درمانی در ۱۲ جلسه هفتگی به مدت ۴۵ دقیقه و به صورت انفرادی انجام شد. در کل جلسه درمان، ۳۶ صحنه وجود دارد که ۲۴ صحنه را درمانگر توصیف می‌کند و ۱۲ صحنه را مراجع بدون توصیف درمانگر مجسم می‌کند. ۳۶ صحنه‌ای که در حساس‌سازی پنهان توصیف می‌شوند، متفاوت‌اند و شامل تأثیرات مخرب و محتمل مصرف کراک بر بدن می‌باشد. مراجع حساس‌سازی پنهان را بعد از مشخص شدن موقعیت‌های برانگیزان و تحریک‌کننده اجرا کرد. در این روش تصاویر را معمولاً آنقدر تکرار می‌کنند و به مراجع آموزش می‌دهند تا بتواند بدون کمک درمانگر در طی روز آن را انجام دهد و در موقعیت و محیط طبیعی به تمرین حساس‌سازی پنهان بپردازد. از مراجع خواسته می‌شود محرکی را که در او تمایل به مصرف ایجاد می‌کند، تصور کند. بلافاصله پس از تصور موقعیت، از مراجع خواسته می‌شود تا آن محرک را با تصویر آزارنده‌ای و با تمام جزئیات، همراه و تجسم کند و در طی روز به عمل حساس‌سازی پنهان بپردازد. پس از اتمام مداخلات درمانی، هر یک از مراجعان دوباره به ابزار پژوهش پاسخ دادند. برنامه جلسات عبارت بود از: **جلسه اول:** آشنایی و ایجاد ارتباط درمانی، بیان انتظارات در فرایند درمان، تأکید بر محرمانه بودن درمان، بررسی مهمترین دلایل ترک، توضیح و درمان حساس‌سازی پنهان؛ **جلسه دوم:** مصاحبه انگیزشی و توضیح درمان شناختی رفتاری، درمان حساس‌سازی پنهان؛ **جلسه سوم:** توضیح الگوی تحلیل کارکردی رفتار، بیان باورها و ارزش‌های مطلق، توجه به علت مشکل‌سازی این باورها، شناسایی افکار و فرض‌ها، ارائه تکلیف و درمان حساس‌سازی

جامعه مورد بررسی سوء مصرف‌کنندگان کراک بودند که بین ۱۷ تا ۴۵ سال داشتند و در سال ۱۳۸۹ به مراکز درمانی اسلامشهر مراجعه کرده بودند و تحت متادون درمانی قرار داشتند. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران ۳۰ نفر تعیین شد. با استفاده از روش انتخاب در دسترس، ۳۳ نفر از افرادی که آخرین ماده مصرفی آنها کراک بود مشخص شد و ۳۰ نفر وارد پژوهش گردیدند. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه گمارده شدند. گروه آزمایش درمان شناختی - رفتاری را همراه با درمان حساس‌سازی پنهان دریافت کردند و گروه گواه فقط تحت درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند و درمان حساس‌سازی پنهان در مورد آنها اعمال نشد. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل اختلالات عمده روانپزشکی و شرکت در هرگونه جلسات روان‌درمانی به‌طور همزمان بود که از طریق پرونده و مصاحبه از این بیماران مورد بررسی قرار گرفت.

ابزار پژوهش

مقیاس پیش‌بینی بازگشت (RPS): رایپ^۱ این مقیاس را در سال ۲۰۰۱ تهیه کرده است (بک، رایت، کوری و بروس^۳، ۲۰۰۱) و دارای ۴۲ سؤال به سبک لیکرت می‌باشد. شاهمیر (۱۳۸۸)، سامی (۲۰۱۴)، مهرابی (۲۰۰۴) و فیروز آبادی (۱۳۸۸) پایایی و روایی مناسب این آزمون را گزارش کرده‌اند. هر سؤال آزمون شامل یک موقعیت می‌شود که آزمودنی باید خود را در آن تصور کند و به دو قسمت این مقیاس پاسخ دهد:

الف) شدت نیرومندی به مصرف در موقعیت خاص

ب) احتمال به مصرف در آن موقعیت. این مقیاس را گودرزی ترجمه کرد و فیروزآبادی در سال ۱۳۸۸، آلفای کرونباخ آن را برای قسمت اول پرسشنامه که میل به مصرف مواد را می‌سنجد برابر با ۰/۵۸ و برای قسمت دوم که احتمال به مصرف و لغزش را می‌سنجد ۰/۶۳ محاسبه کرد. شاهمیر در سال ۱۳۸۹ نتایج ضریب پایایی در این آزمون را برای قدرت امیال برابر ۰/۹۴ و برای احتمال به مصرف ۰/۸۴ تعیین کرد. برای روایی آزمون نظر چند تن از متخصصان امر را در نظر گرفته است. روش نمره‌دهی آزمون به سبک لیکرت است و پاسخ به هر گزینه، نمره‌ای را به خود اختصاص می‌دهد: هیچ ۰، ضعیف ۱، متوسط ۲، قوی ۳، خیلی قوی ۴.

پرسش‌ها شامل موقعیت‌های شرطی شده‌ای است که اغلب در آن شرایط میل به مصرف و احتمال مصرف شدت پیدا می‌کند. نمونه‌ای از پرسش‌های آزمون به این شرح است:

تکلیف برای ثبت موقعیت‌های خطرآفرین و درمان حساس سازی پنهان؛ جلسه یازدهم: بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش فلش رو به پایین و ارائه تکلیف خانگی به منظور شناسایی فرض‌های ناکارآمد مرتبط با مواد و درمان حساس سازی پنهان؛ جلسه دوازدهم: بررسی تکالیف جلسه قبل، مرور فرم‌های ثبت افکار ناکارآمد، ارائه درمان حساس سازی پنهان و توضیح در خصوص پایان جلسه. برای آزمون فرضیه از نرم‌افزار SPSS21 استفاده گردید و در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد.

یافته‌ها

با نگاهی به میانگین‌ها می‌توان دریافت که میانگین گروه آزمایشی پس از اعمال روش حساس سازی پنهان به همراه درمان شناختی رفتاری نسبت به گروه گواه کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است که در جدول ۱ قابل مشاهده است. در جدول ۲ همانند قدرت امیال، میانگین گروه آزمایشی پس از اعمال روش حساس سازی پنهان به همراه درمان شناختی رفتاری نسبت به گروه گواه کاهش پیدا کرده است. نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۴ و ۵ ارائه شده است.

پنهان؛ جلسه چهارم: بررسی تکلیف جلسه قبل، ارزیابی افکار و چالش با آنها، معرفی چهار سبک توأم با خطا (افکار خودآیند منفی، باورهای منفی، مثلث شناختی، خطای منطقی) و ارائه تکلیف و درمان حساس سازی پنهان؛ جلسه پنجم: راهکارهای عملی برای پرکردن اوقات مراجع، جدول ثبت فعالیت‌های روزانه و قطع ارتباط با شروع‌کنندگان مصرف، ارائه تکلیف و درمان حساس سازی پنهان؛ جلسه ششم: بررسی تکلیف جلسه قبل، توضیح در خصوص باورهای غیرمنطقی مرتبط با مواد، ارائه تکلیف در خصوص شروع‌کننده‌های درونی و بیرونی و درمان حساس سازی پنهان؛ جلسه هفتم: بررسی تکالیف جلسه قبل، ارزیابی نگرانی‌ها و احساسات منفی، ارائه تکلیف و درمان حساس سازی پنهان؛ جلسه هشتم: بررسی تکالیف جلسه قبل، ارائه فهرست تحریف‌شناختی، توضیح در خصوص شناسایی تحریف‌های شناختی، ارائه تکلیف و درمان حساس سازی پنهان؛ جلسه نهم: بررسی تکالیف جلسه قبل، بررسی میزان وسوسه و صحبت درمورد آن، چالش با افکار و ارائه تکلیف و درمان حساس سازی پنهان؛ جلسه دهم: بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش رفتارهای مقابله‌ای با وسوسه و معرفی روش تمرکزیابی مجدد، ارائه

جدول ۱- شاخص آماری قدرت امیال گروههای آزمایشی و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

تعداد	میانگین	واریانس	انحراف معیار		
۱۵	۱۱۹/۶۶	۲۹۸/۸۱	۱۷/۲۸	پیش‌آزمون	گواه
۱۵	۶۳/۶۶	۴۷۲/۳۸	۲۱/۷۳	پس‌آزمون	
۱۵	۹۷/۳۲	۹۶۵/۸۸	۳۱/۰۷	پیش‌آزمون	آزمایش
۱۵	۶۰/۳۳	۱۱۴۷/۱۷	۳۳/۸۷	پس‌آزمون	

جدول ۲- شاخص آماری احتمال به مصرف گروههای آزمایشی و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

تعداد	میانگین	واریانس	انحراف معیار		
۱۵	۱۱۷/۸۷	۲۵۹/۹۸	۱۵/۸۴	پیش‌آزمون	گواه
۱۵	۴۹/۱۳	۷۸۰/۲۶	۲۷/۹۳	پس‌آزمون	
۱۵	۹۷/۳۲	۹۰۴/۰۶	۳۰/۰۶	پیش‌آزمون	آزمایش
۱۵	۴۶/۸	۷۴۸/۳۱	۲۷/۳۵	پس‌آزمون	

جدول ۳- همراه‌سازی درمان حساس‌سازی پنهان با درمان شناختی - رفتاری قدرت امیال

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر	توان آزمون
۱۱۲۷۲/۱۴	۱	۱۱۲۷۲/۱۴	۲۶/۶۹	۰/۰۱	۰/۶۹	۰/۹۸
۱۳۱۵/۷۸	۱	۱۳۱۵/۷۸	۳/۱۱	۰/۰۱	۰/۸۵	۰/۹۹

جدول ۴- همراه‌سازی درمان حساس‌سازی پنهان با درمان شناختی - رفتاری احتمال مصرف کراک

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	فراوانی	سطح معناداری	میزان تأثیر	توان آزمون
۱۰۹۲/۰۴	۱	۱۰۹۲/۰۴	۲/۶۳	۰/۰۱	۰/۸۴	۰/۸۹
۶۸۹/۶۸	۱	۶۸۹/۶۸	۰/۹۵	۰/۰۱	۰/۷۷	۰/۹۱

چنانکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود این تأثیر معنادار است ($P < 0/01$)، بنابراین فرضیه ۱ تأیید می‌گردد.

چنانکه در جدول ۴ مشاهده می‌شود این تأثیر معنادار نیست، بنابراین فرضیه ۲ تأیید نمی‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی درمان حساس‌سازی پنهان با درمان شناختی - رفتاری بر کاهش قدرت میل و احتمال به مصرف کراک انجام شد. تاکنون مطالعه مستقیمی در مورد اثربخشی درمان شناختی رفتاری به همراه حساس‌سازی پنهان صورت نگرفته است، اما از آنجایی که در درمان شناختی رفتاری ساز و کارهای زیربنایی تولید باورهای ناکارآمد را مورد توجه قرار می‌دهد، همچنین دو موضوعی که به تازگی در مبحث سوءمصرف مواد مورد توجه قرار گرفته که شامل عملکرد شناختی در طول درمان (آهارونوویچ، بروکس، نونس و هاسین^۱، ۲۰۰۸) و زبانی است که درمانجو با خود در طول درمان مورد استفاده قرار می‌دهد، به خصوص زبان، که نقش تعیین‌کننده در جهت توقف و تغییر رفتار سوءمصرف‌گرایانه مواد دارد (موریس، مارتین، کریستوفر، هوک و تونگان^۲، ۲۰۰۷)، در این پژوهش از درمان شناختی - رفتاری به منظور مهار و اصلاح گفت‌وگوهای درونی، الگوهای فکری اشتباه و خطاهای شناختی استفاده گردید که با نتایج کارول و همکاران^۳، (۲۰۰۴) همخوان است.

روش حساس‌سازی پنهان جزو رویکرد رفتاردرمانی است و از درمان‌های انزجاری محسوب می‌شود با توجه به این نکته که رفتار درمانگران در مبحث سوء مصرف مواد و اعتیاد، بر نقش تقویت‌های مثبت تأکید دارند و مصرف راحت کراک که نیاز به وسیله خاصی ندارد و در هر موقعیتی قابل استعمال است، همراه‌سازی محرک آزارنده یا تنبیه با این موقعیت‌ها و ایجاد کاهش علاقه و میل به مصرف نسبت به این ماده نقش مهمی در خاموش کردن موقعیت‌های شرطی شده دارد. در این پژوهش به منظور خاموش کردن موقعیت‌های شرطی شده، حساس‌سازی پنهان به عنوان عامل تنبیه به کار برده شد. مطابق تعاریف مختلف هرگاه محرکی در پی پاسخی بیاید و احتمال رخداد آن پاسخ کاهش یابد، آنگاه می‌گوییم که تنبیه رخ داده است. در این پژوهش فرض پایه بر آن بود که این روش می‌تواند در فرد مصرف‌کننده حالت انزجار ایجاد کند که در نهایت منجر به کاهش قدرت امیال می‌شود. در پژوهش‌ها نقش درمان انزجاری در از بین بردن محرک‌ها، تقویت‌های مثبت و برانگیزاننده‌های شرطی شده ثابت شده است. در این زمینه می‌توان به نتایج پژوهش‌های چوی و لی^۴ (۲۰۱۵)، بوردنیک، الیکینز، اورر، والترز و دیبر^۵ (۲۰۰۴)، میلر و داگر (۱۹۸۹)، مالتزکی (۱۹۷۴)، مارلات^۶ (۱۹۷۸) و ناکوی، اوچسنر، کوبر، کوریس، فینگ، وال و مورگنسترن^۷ (۲۰۱۵) اشاره نمود که با نتایج پژوهش انجام‌شده همخوان هستند. کاهش میل و

1. Aharonovich, Brooks, Nunes & Hasin

3. Carroll, et all

5. Bordnick, Elkins, Orr, Walters & Thyer

7. Naqvi, Ochsner, Kober, Kuerbis, Feng, Wall, Morgenstern

2. Moyers, Martin, Christopher, Houck, Tonigan

4. Choi, Lee

6. Marlatt

کریموی، ر. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی و میزان ولع مصرف مراجعین کلینیک ترک اعتیاد فردوس. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند. مرکز مشاوره دانشگاه تهران، (۱۳۸۶). *تارهای نهنان شرحی بر ماهیت، تأثیرات، عوارض و انواع مواد مخدر*. تهران: چاپ طرح و نقش.

Aharonovich, E., Brooks, A., Nunes, E., & Hasin, D. (2008). Cognitive deficits in marijuana users: Effects on motivational enhancement therapy plus cognitive behavioral therapy treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependence*; 95:279-283.

Austin, E.I., Saklofske, D.H., & Egan, V. (2005). Personality, well-being & health correlates of trait emotional intelligence. *Personality & Individual Differences*, 38(3), 547-558.

Bordnick, P., Elkins, R., Orr, E., Walters, P., & Bruce, A. (2004). Evaluating the relative effectiveness of three aversion therapies designed to reduce craving among cocaine abusers. *NIDA; Grant Number: 5R01DA005121-04*

Cadort, R., Yates, W., Troughton, E., Woodworth, G., & Stewart, M. (1995). Adoption study demonstration two genetic pathways to drug abuse. *Archives of General psychiatry*, 52,42-52.

Carroll, K.M., Fenton, L., Ball, S., Nich, C., Frankforter, T., Shi, J., & Rounsaville, B. (2004). Efficacy of Cognitive Behavioral therapy in cocaine-dependent outpatients: a randomized placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61(3): 264-272. doi:10.1001/archpsyc.61.3.264.

Choi, Yoon., J., & Lee, J. (2015). The effect of virtual covert sensitization on reducing alcohol craving in heavy social drinkers. 19(2). pp 111-117.

Cohn, A.M., Epstein, E.E., McCrady, B.S., Jensen, N., Hunter-Reel, D., & Green, K.E. (2011). Pretreatment clinical and risk correlates of substance use disorder patients with primary depression. *Journal of study Alcohol and Drugs*, 72(1):151-7.

Conway, John, B. (1977). Behavioral self-control of smoking through aversive conditioning and self-management. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol 45(3), 348-357.

Curry, J.F., Wells, K.C., Lochman, J.E., Craighead, W.E., & Nagy, P.D. (2001) Group and family Cognitive Behavior Therapy For Adolescent Depression and Substance abuse: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 367-376.

Daniel, C., & Dodd, C. (1990). Covert Sensitization Treatment in the Elimination of Alcohol-Related Crime in Incarcerated Young Offenders: A Study of Two Cases. *Journal of Offender Rehabilitation*. 16(1/2) 123-137.

وسوسه، یکی از مهمترین عوامل مؤثر در درمان و بهبود سوءمصرف مواد محسوب می‌شود. میل و وسوسه، علاقه‌مندی به تجربه تأثیرات قبلی مصرف مواد و میل بسیار قوی برای مصرف مجدد مواد است که فشار زیادی بر فکر فرد گذاشته و باعث تأثیر بر خلق و تغییر رفتار فرد می‌شود. با توجه به مشاهدات پژوهشگر کاهش وسوسه و میل به مصرف بر احتمال مصرف فرد تأثیر دارد.

با ترکیب دو مداخله درمانی قدرت امیال کاهش پیدا کرد و از آنجا که میل به مصرف نقش مهمی در حفظ، پرهیز و خویشتنداری دارد، پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی از این روش برای افراد در حال درمان و ترک بهره‌لازم گرفته شود. همچنین الگوی مداخله‌درمانی این پژوهش در قالب طرح‌های پژوهشی جامع برای سایر مواد و معتادان چند دارویی مورد آزمون قرار گیرد و در تدوین برنامه‌های درمانی ویژه مواد افیونی، درمان شناختی - رفتاری به همراه حساس‌سازی پنهان مورد توجه وزارت بهداشت و ستاد مبارزه با مواد مخدر قرار گیرد. محدودیت مهم این پژوهش ناتوانی در امکان پیگیری فرایند درمان بود.

منابع

اصولی، پ. (۱۳۸۸). افزایش آمار مصرف کراک. نشریه سلامت. شماره ۲۵۴، ۲۶ دی، ص ۳.

بلاک، آ؛ هرسن، م. (بی‌تا)، (۱۳۸۴). ترجمه ماهر، ف؛ ایزدی، س. تهران: رشد.

بک، آر.تی؛ فرد، دی.ام؛ کوری، اف.ن؛ بروس، واس، ل (۲۰۰۱). *درمان شناختی اعتیاد به مخدر؛ آموزش و مهارت‌های شناختی و عملی برای ترک اعتیاد؛ ترجمه محمدعلی گودرزی (۱۳۸۰)*. تهران: راهگشا.

شاهمیر، س. (۱۳۸۸). *مقایسه اثربخشی دو رویکرد درمانی شناختی - رفتاری و کنگره ۶۰ در کاهش میل و احتمال مصرف*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. رشته روان‌شناسی بالینی. دانشگاه آزاد واحد رودهن. صحرائی، ه؛ ادیب، م؛ ملازمانی، ع؛ قشونی، ح؛ امامی، خوانساری، ن. (۱۳۸۷). *شناخت اثرات روانی جسمی مواد اعتیادآور*. تهران: دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله.

کارول، ک. ام. (بی‌تا). *راهنمای عملی درمان شناختی - رفتاری سوء مصرف مواد*. ترجمه عباس بخشی‌پور رودسری، شهرام محمدخانی. (۱۳۸۱). تهران: اسپند هنر.

فیروزآبادی، ع؛ قنبری هاشم‌آبادی، ب؛ طباطبایی، س. (۱۳۸۸). اثربخشی تکنیک‌های هوشیاری فراگیر انفصالی و توجه برگردانی در میزان وسوسه مصرف مواد و احتمال لغزش در بیماران مرد وابسته به مواد مخدر. (۱۳۸۸). اصول بهداشت روان. ۳۰۱-۲۹۲، ۱۱(۴)

- De Oliveira, L.G., Barroso, L., Wagner, G., Ponce, J., Malbergier, A., & De Anderade S., During the study period, there was an increase in the use of illicit drugs, especially inhalants and amphetamines, among the medical students evaluated. Drug use (except that of marijuana and inhalants) was comparable between the genders, and academic year was an important influencing factor. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009; 31(3): 227-39.
- Vladimir; S., & De Andrade, A. (2009). Druge consumption among medical students in Sao Paulo, Brazil: influences of gender and academic year. *Revise brasileira de psiquiatria*, 31(3):227-39.
- Doran, N., Spring B., McChargue, D., Pergadia, M., & Richmond, M. (2004). "Impulsivity and smoking relapse". *Nicotine and Tobacco Research*, 6(4):641-7.
- Drummond, D.C., Tiffany, S., Glautier, S., & Remington, B. (1995). Cue exposure in understanding and treating addictive behaviors. In (Eds.) *Addictive behavior: Cue exposure therapy and Practice* (pp. 1-17).
- Ellery, M., & Stewart, S.H. (2007). Assessment of addictions in clinical and research settings. In Al'Absi (Ed.), *Stress and Addiction: Biological and Psychological Mechanisms* (pp. 285-300).
- Fox, H.C., Talih, M., Malison, R., Anderson, G.M., & Kreek, M.J. (2005). Frequency of recent cocaine and alcohol use affects craving and associated responses to stress and drug-related cues. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 880-891.
- Frei, A., & Rehm, J., (2002). The prevalence of psychiatric co-morbidity among opioid addicts. *Psychiatr prax.*; 29 (5)258-62.
- Glantz, M.D., & Pickens, R.W. (1992). A Vulnerability to drug abuse Introduction and overview. In (Eds), *Vulnerability to drug abuse* (PP.1-14). Washington, DC: *American Psychological association*.
- Hodgins, D.C., & Peden, N. (2008) Cognitive-behavioral treatment for impulse control disorders. *PMID*: 17713695.
- Howard, M. (2001). "Pharmacological Aversion Treatment of Alcohol Abuse." *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 27, no. 3: 561-585.
- Janina, G., Gallus, B., & Susa, R., (2005). Intention to change drinking behavior in general practice patients with problematic drink and comorbid depression or anxiety. *Alcohol & Alcoholism.* 40 (5), 394-400.
- Keamey, Albert J., (2006). A Primer of Covert Sensitization. *Cognitive Behavioral Practice* 13 (2006) 167-175.
- Kraft Tom, Kraft David .(2005). Covert sensitization revisited: six case studies. *British Society of Experimental & Clinical Hypnosis. Published by John Wiley & Sons, Ltd* 22(4): pp 202-209.
- Langas, A.M., Malt, U.F., & Opjordsmoen, S. (2010). Comorbid disorder in substance user from a single catchment area-a clinical study. *BMC Psychiatry*, 12:11:25.
- Leshner, A. (1999). principles of drug addiction treatment: a research-based guide. *National Institute of health (NIH) publication* No.9.pp.3-33.
- Maletzky, Barry M. (1974). Assisted Covert Sensitization for Drug abuse. *Substance Use & Misuse.* 9(3):411-429.
- Marlatt, G. Alan. (1978). Craving for alcohol, loss of Control and Relapse: A cognitive-behavioral analysis. *alcoholism NATO Conference Series.* 7, 271-314.
- McGovern, M.P., Lambert-Harris, C., Acquilano, S., Xie, H., Alterman, A.I., & Weiss, R.D., (2009), "A Cognitive Behavioral Therapy For co-occurring substance use and posttraumatic stress disorders". *Addictive Behaviors.* 34, 892-897.
- McLellan, A.T., Lewis, D.C., O'Brien, C.P., Kleber, H.D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness-Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA.*;284:1689-1695.
- Mehrabi, H.A, Neshatdoust, H.T., & Moulavi, H., (2004). Family training as a supplementary intervention to relapse reduction of out-patient addicts rehabilitation center. *Journal of Psychology.* V8. 3(31). 262-278.
- Miller, W., & Dougher, M., (1989). Covert Sensitization: Alternative Treatment *Procedures for Alcoholism.* 17(3)203-220.
- Mobini, S., Makintosh, B., Illingworth, Jo., Gega, L., Langdon, P., & Hoppitt, L., (2013). Effects of standard and explicit cognitive bias modification and computer-administered cognitive-behaviour therapy on cognitive biases and social anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.* 45(2014) 272-279.
- Moyers, TB., Martin, T., Christopher, P.J., Houck, J.M., Tonigan, S., Amrhein, P.C. (2007). Client Language as a Mediator of Motivational Interviewing Efficacy: Where Is the Evidence? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research.*; 31:40s-47s.
- Naqvi, V.H., Ochsner, K.N., Kober, H., Kuerbis, A., Feng, T., Wall, M., Morqenstern, J., (2015). *AlcoholClin Exp Res.* 39(2):343-9.
- Osilla, K.C., Hepner, K.A, Munoz, R.F, Woo, S, Watkins, K. (2009). Developing an integrated treatment for substance use and depression using cognitive-behavioral therapy. *J Subst Abuse Treat.*37(4):412-20.
- Perry, J.L., Larson, E.B., German, J.P., Madden, G.J., & Carroll, M.E.(2005). "Impulsivity (delay discounting) as a predictor of acquisition of IV cocaine selfadministration in female rats". *Psychopharmacology (Berl)*, 1789(2-3):193-201.

- Rachel, A, Freund., Michael, J, Dougher. (2011). Behavioral Techniques to Alter Sexual Arousal (From Handbook of Sex Offender Treatment, P 25-1-25-10, 2011, Barbara K. Schwartz, ed.-See *NCJ-243091*).
- Sara, L.D., Rosemarie, A. Martin, D., & Rohsenow, J. (2008). Self-efficacy for cocaine abstinence: pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addictive Behaviors*. 33, 675-688.
- Sami, S., Mahmoudi, S., & Karimiani, N., (2014). Desire of Athlete and Non-athlete Students to Drugs use. *European Addiction Research*. 2(4):49-54.
- Scherbauma, N., Kluwiga, J., Speckaa, M., Krauseb, D., Mergeta, B., Finkbeinera, T., & Gastparb, M. (2005). "Group Psychotherapy for Opiate Addicts in Methadone Maintenance Treatment-A Controlled Trial". *European Addiction Research.*; 11:pp163-171.
- Stewart, D., & Eikelboom, R. (1984). Role of unconditioned and conditioned drug effects in the self-administration of opiates and stimulants. *Psychological Review*, 91, 751-268.
- Tzschentke, T.M. (1998), Measuring reward with the conditioned place preference paradigm: a comprehensive review of drug effects, recent progress and new issues. *Prog Neurobiol*. 56 (6):613-72.
- Young, J. (2001). "Identity Community and social exclusion" in *Crime, Disorder and Community Safty*. edited by Roger Mathews and John pitts. London Routlege publication. 34, 892-897.
- Waxman, S.E., (2009). "A Systematic Review of Impulsivity in Eating Disorders." *Impulsivity in Eating Disorders*, Rev. 17. pp408-425
- Weingardt, K., Cucciare, M., Bellotti, C., & Pin Lai, W. (2009). "A randomized trial comparing two models of web-based training in Cognitive-Behavioral therapy for substance abuse counselors". *Journal of Substance Abuse Treatment* 37: 219-22.