

اثربخشی درمان شناختی رفتاری همراه با کاهش تدریجی مصرف بنزودیازپین بر اضطراب مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی: یک کارآزمایی بالینی تصادفی

فرزانه قربان پوراحمدسرگورابی^۱، شهنام ابوالقاسمی^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: بنزودیازپین‌ها، به طور شایع برای کنترل اضطراب در اختلال مصرف مواد افیونی تجویز و خود منجر به وابستگی دارویی می‌شوند. هدف از پژوهش حاضر، اثربخشی درمان شناختی- رفتاری همراه با کاهش تدریجی مصرف بنزودیازپین بر اضطراب مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی بود.

روش‌ها: مطالعه‌ی نیمه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی شده با دو گروه آزمایش و شاهد بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی مراجعه‌کننده به کلینیک ترک اعتیاد شهرستان نوشهر در سال ۱۴۰۲ بودند. حجم نمونه به تعداد ۳۰ نفر به روش هدفمند انتخاب شد و در گروه آزمایش (۱۵ نفر) درمان ترکیبی شناختی- رفتاری و کاهش تدریجی بنزودیازپین را دریافت کردند، در حالی که گروه گواه (۱۵ نفر) با کاهش تدریجی به تنهایی مدیریت شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه استاندارد اضطراب بک (BAI) (Beck Anxiety Inventory) (۱۹۸۸) است. روان‌درمانی شناختی رفتاری، در چارچوب طرح درمانی ویلدروموت (۲۰۰۸) شامل ۹ جلسه (هفته‌ای یک جلسه) به مدت ۹۰ دقیقه انجام گرفت. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون آنالیز واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

یافته‌ها: پس از چهار هفته از آغاز دوره‌ی درمان، میزان اضطراب به طور معنی‌داری کاهش یافت. اضطراب در پس‌آزمون و دوره‌ی پیگیری در مقایسه با ماه اول بهبود معنی‌داری داشت.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان‌دهنده‌ی تأثیر مثبت درمان شناختی- رفتاری به عنوان مکمل کاهش تدریجی مصرف بنزودیازپین در درمان اضطراب بیماران مبتلا به OUD (Opioid Use Disorder) بود.

واژگان کلیدی: اختلالات مرتبط با مواد افیونی؛ بنزودیازپین‌ها؛ داروهای ضد اضطراب؛ درمان جایگزین با مواد افیونی؛ درمان شناختی- رفتاری؛ متادون

ارجاع: قربان پوراحمدسرگورابی فرزانه، ابوالقاسمی شهنام. اثربخشی درمان شناختی رفتاری همراه با کاهش تدریجی مصرف بنزودیازپین بر اضطراب مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی: یک کارآزمایی بالینی تصادفی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۵؛ ۴۴ (۸۵۴): ۳۶۵-۳۵۸.

OUD هستند (۴). در افراد مبتلا به OUD، اضطراب و آسیب‌پذیری‌های مرتبط با اضطراب با میزان بالاتری از افکار خودکشی، شدت بیشتر OUD و ترس از ترک مواد افیونی همراه است (۵، ۶). اختلالات اضطرابی ممکن است با تقویت پاسخ‌های استرس و یادگیری ترس، حساسیت به سوءمصرف مواد افیونی را افزایش دهند. به عنوان مثال، ترک هروئین، یادگیری ترس را در هیپوکامپ افزایش می‌دهد که در حالت‌های اضطراب و ترک نقش دارند (۷). همپوشانی‌های ژنتیکی و نورویولوژیکی بین OUD و اختلالات مرتبط با اضطراب، مانند اختلال در تنظیم سیستم‌های دوپامین و سروتونین، در بروز همزمانی بیماری‌ها نقش دارند (۸). علاوه بر این، اضطراب با استفاده نادرست از

مقدمه

اختلال مصرف مواد افیونی (Opioid Use Disorder) OUD زیرمجموعه‌ای از اختلال مصرف مواد (Substance use disorder) SUD و یک اختلال مغزی مزمن و عودکننده است که با از دست دادن کنترل مصرف مواد افیونی و نقص در عملکرد شناختی، خلق و خو، درک درد و فعالیت خودمختار مشخص می‌شود. خطر مرگ در این افراد در مقایسه با جمعیت عمومی ده برابر بیشتر (۱) و در مقایسه با سایر SUDها با نرخ پایین‌تر بهبودی و نرخ‌های بالاتر استفاده از خدمات درمانی مرتبط است (۲، ۳). اختلالات اضطرابی از جمله شایع‌ترین تشخیص‌های همزمان با

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، مازندران، ایران

۲- دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد تنکابن، تنکابن، ایران

نویسنده‌ی مسؤؤل: شهنام ابوالقاسمی؛ دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد تنکابن، تنکابن، ایران

مواد استفاده می‌کند (۱۸). CBT به ویژه در کاهش علائم اضطراب با به چالش کشیدن تفکر فاجعه‌بار و ترویج مکانیسم‌های مقابله‌ای سازگار مؤثر است (۱۹).

کارآزمایی‌های بالینی به طور مداوم اثربخشی CBT را در کاهش علائم اضطراب در جمعیت‌های مختلف، از جمله افراد دارای بیماری‌های همراه، نشان می‌دهند (۲۰). سونی نشان داد استراتژی‌های کمکی، مانند درمان شناختی- رفتاری (CBT)، می‌تواند با پرداختن به اضطراب زمینه‌ای و بهبود مکانیسم‌های مقابله، موفقیت در کاهش تدریجی را افزایش دهند (۲۱).

Rossi و همکاران این رویکرد را در یک کارآزمایی تصادفی بیشتر تأیید کردند و نشان دادند که CBT یکپارچه به طور قابل توجهی در کاهش شدت اضطراب و وابستگی به مواد افیونی از درمان استاندارد بهتر عمل کرده است (۲۲).

نتایج مطالعه‌ی McHugh و همکاران از امکان‌سنجی و قابل قبول بودن پروتکل CBT برای اضطراب همزمان و OUD پشتیبانی می‌کند. با این حال، اثرات خاص این مداخلات بر اضطراب مربوط به اعتیاد به مواد افیونی هنوز مورد بررسی قرار نگرفته است (۹). بنابراین با توجه به آنچه مطرح شد، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سوال بود که آیا درمان شناختی- رفتاری همراه با کاهش تدریجی مصرف بنزودیازپین بر اضطراب مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی مؤثر است؟

روش‌ها

پژوهش حاضر از حیث هدف، کاربردی و از نظر روش پژوهش، نیمه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی شده و شاهددار غیر کور دارای ۲ کارآزمایی درمانی بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی که جهت درمان به کلینیک ترک اعتیاد آسایش شهرستان نوشهر در ۶ ماهه‌ی دوم سال ۱۴۰۲ مراجعه کرده‌اند. اعضای نمونه به تعداد ۳۰ نفر به روش هدفمند از افرادی که واجد شرایط بودند (نمره‌ی آزمون اضطراب آنان بالاتر از ۱۵ بود) بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. یک گروه (۱۵ نفر) درمان ترکیبی درمان شناختی- رفتاری و کاهش تدریجی بنزودیازپین را دریافت کردند، در حالی که گروه دیگر (۱۵ نفر) با کاهش تدریجی مصرف بنزودیازپین به تنهایی مدیریت شدند و در انتظار مداخله باقی ماندند. شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌ی اضطراب بک را در مقاطع زمانی پیش‌آزمون، آزمون میانی (یک ماه بعد) پس‌آزمون (هفته ۹) آزمون پیگیری (ماه ۳) تکمیل نمودند. برای تجزیه و تحلیل یافته‌های تحقیق از آزمون آماری واریانس مختلط (Mixed ANOVA) با طرح تکراری و برای بررسی تفاوت بین زمان‌های اندازه‌گیری از آزمون تعقیبی Bonferroni در سطح معنی‌داری ۰/۰۵

بنزودیازپین‌ها، که یک عامل خطر برای مصرف بیش از حد در افراد مبتلا به OUD است، مرتبط است (۹).

مطالعات متعددی نشان داده‌اند افرادی که همزمان از مواد افیونی و بنزودیازپین‌ها استفاده می‌کنند، در معرض خطر بیشتری برای مراجعه به اورژانس، بستری شدن در بیمارستان به دلیل فوریت‌های مرتبط با مواد مخدر و مرگ ناشی از مصرف بیش از حد مواد مخدر هستند (۱۰). تحقیقات اخیر بر نگرانی‌های بهداشتی اضافی مرتبط با مصرف بنزودیازپین‌ها، مانند زوال عقل، سرطان، ذات‌الریه، تمایل به خودکشی و وابستگی پایدار پیچیده تأکید کرده است (۴).

در میان افرادی که مواد افیونی تریق می‌کنند (PWIO)، انگیزه‌های استفاده از بنزودیازپین‌ها گسترده و پیچیده است (۱۱) که می‌توان در تنظیم عاطفه منفی (به عنوان مثال، برای مدیریت اضطراب)، تنظیم عاطفه مثبت (به عنوان مثال، به دست آوردن یا تقویت آن)، و انگیزه‌های جسمی پزشکی (به عنوان مثال، برای تنظیم خواب یا مدیریت علائم ترک) طبقه‌بندی کرد. استفاده از BZD برای تنظیم عاطفه‌ی منفی و همچنین انگیزه‌های جسمی- پزشکی به احتمال زیاد شبیه یک استراتژی مقابله‌ای ناسازگار است (۱۲، ۱۳).

سوء مصرف بنزودیازپین‌ها، به عنوان یک معضل سلامت عمومی به‌ویژه در بیماران تحت درمان با متادون مبتلا به اضطراب، خطر اوردوز و عود را به میزان قابل توجهی افزایش می‌دهد. با این حال، هیچ مطالعه‌ی اخیری برای ارزیابی میزان جدی بودن مشکل و عوامل مرتبط با سوء استفاده از BZD وجود ندارد (۱۴).

بنزودیازپین‌ها و متادون می‌توانند در سطح فارماکوکیتیک تداخل داشته و با تغییر متابولیسم متادون، منجر به افزایش یا کاهش غلظت پلاسمایی آن شوند. این فعل و انفعالات می‌تواند اثربخشی متادون در مدیریت درد را تحت تأثیر قرار دهد، اگرچه میزان و جهت این تأثیر در مطالعات موجود به طور دقیق مشخص نشده است (۱۵). تغییر در سطوح متادون ناشی از این تداخل می‌تواند منجر به تسکین ناکافی درد در صورت کاهش سطح، یا افزایش عوارض جانبی بدون بهبود کنترل درد در صورت افزایش سطح شود (۱۶). بنابراین، با توجه به پیچیده شدن راهبردهای مدیریت درد، نظارت دقیق و تنظیم دوز در بیماران دریافت‌کننده همزمان این داروها ضروری است (۱۷).

بروز همزمان OUD و اختلالات اضطرابی با علائم روانپزشکی شدیدتر و نتایج درمانی ضعیف‌تر مرتبط است و بر نیاز به مداخلات یکپارچه تأکید می‌کند. درمان شناختی رفتاری (CBT) یک رویکرد ساختاریافته و مبتنی بر شواهد است که افکار و رفتارهای ناسازگار را برای بهبود پیامدهای سلامت روان هدف قرار می‌دهد. این روش از تکنیک‌هایی مانند بازسازی شناختی، فعال‌سازی رفتاری و درمان مواجهه‌ای برای پرداختن به شرایطی مانند اضطراب و اختلالات مصرف

شد که بیانگر پایایی مطلوب ابزار است. به منظور بررسی روایی سازه، از تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش واریماکس استفاده شد. نتایج حاکی از آن بود که این پرسشنامه یک عامل اصلی را اندازه‌گیری می‌کند که ۵۴/۶ درصد از واریانس کل را تبیین می‌نماید. کلیه گویه‌های پرسشنامه دارای بار عاملی بالای ۰/۵ بودند که همگرایی درونی مطلوب سازه را تأیید می‌کند.

روش اجرای پژوهش

با اخذ مجوز از دانشگاه و هماهنگی با مرکز ترک اعتیاد آسایش در نوشهر، از بین افراد معتاد به مواد افیونی تحت درمان با نگهدارنده متادون، افراد مبتلا به اضطراب که بیش از ۳ ماه هر شب بنزودیازپین مصرف می‌کردند و از نظر مشخصات دموگرافیک، مدت زمان و دوز داروی بنزودیازپین مشابه بودند، با بررسی میزان دوز تجویزی داروی بنزودیازپین در پرونده درمانی آنها، توسط پزشک معالج خود معرفی شدند. و به طور تصادفی تحت درمان شناختی- رفتاری به علاوه کاهش تدریجی دارو (درمان ترکیبی) یا فقط کاهش تدریجی دارو قرار گرفتند. درمان شناختی- رفتاری توسط روانشناس بالینی (پژوهشگر تحقیق حاضر) در ۹ جلسه ساختاریافته گروهی به مدت هر جلسه ۹۰ دقیقه، به صورت هفته‌ای یک جلسه ارائه شد. مصرف بنزودیازپین، مورد ارزیابی قرار گرفت. کاهش تدریجی دوز دارو همزمان با شروع درمان شناختی- رفتاری آغاز شد و تحت نظارت ۱ نفر از ۳ پزشک مورد مطالعه، که با هر شرکت کننده به صورت هفتگی در یک دوره ۹ هفته‌ای ملاقات داشت، انجام شد. برنامه‌ی کاهش ۲۵ درصدی دوز در فواصل ۱ یا ۲ هفته‌ای بود. در هر ویزیت، پزشک علائم ترک را بررسی و بسته به علائم بیمار، دوز مشابه یا کمتر را تجویز کرد. پزشکان مجاز به ارائه مشاوره در مورد درمان های غیردارویی اضطراب نبودند. معیار اولیه پیامد کارآزمایی، قطع مصرف بنزودیازپین، بلافاصله پس از اتمام درمان و تا ۳ ماه بعد بود.

با رعایت اصول اخلاقی، اهداف پژوهش به صورت شفاف برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه کتبی از آنان اخذ گردید. این پژوهش توسط کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن با شناسه اخلاق IR.IAU.TON.REC.1403.128 به تصویب رسید و در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران (IRCT) با شماره‌ی IRCT20240821062830N1 ثبت شد.

پروتکل درمان شناختی رفتاری (CBT): پروتکل مداخله حاضر بر پایه مدل شناختی- رفتاری Knapp و Beck (۱۹۷۶) طراحی شد که بر نقش افکار و باورهای ناکارآمد در ایجاد و تداوم اختلالات روانشناختی تأکید دارد (۲۶). در چارچوب طرح درمانی پژوهش ویلدرموت (۲۰۰۸) مبنی بر اثربخشی پروتکل ساختاریافته گروهی در جمعیت بالینی مشابه بوده است (جدول ۱).

توسط نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۸ (IBM Corporation, Armonk, NY) استفاده شد.

ملاک ورود و خروج

ملاک‌های ورود شامل رضایت آگاهانه‌ی کتبی و قرار نگرفتن در وضعیت بحرانی (طلاق، فوت نزدیکان، بیماری یا بستری فرد یا اقوام درجه یک در بیمارستان)، مذکر بودن، مصرف روزانه‌ی بنزودیازپین برای ۳ ماه گذشته یا بیشتر، ناتوانی در خودداری از مصرف بنزودیازپین به دلیل اضطراب، نداشتن بیماری جسمانی سخت (مثل سرطان، ایدز، مالتیپل اسکلروزوز) و قرار نگرفتن در معرض آموزش‌های روانشناختی به صورت همزمان بود.

ملاک‌های خروج از پژوهش عبارتند از: وجود حادثه ناخوشایند در چند ماه اخیر، استفاده از یک ضد اضطراب غیر بنزودیازپینی، سوء مصرف الکل و غیبت بیش از دو جلسه در درمان بود. افرادی که دارای اختلال شناختی، مشکلات شدید روانی یا مشکلات جسمی احتمالاً مرتبط با اضطراب بودند یا بیش از ۳ نوشیدنی الکلی در روز مصرف می‌کردند، از مطالعه خارج شدند.

ابزار پژوهش:

پرسشنامه‌ی اضطراب بک (BAI (Beck Anxiety Inventory) (۱۹۹۸): سیاهه‌ی اضطراب بک، یک ابزار خودگزارشی ۲۱ آیتمی است که توسط Beck و همکاران در سال ۱۹۸۸ برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی طراحی شد. در این ابزار، شرکت‌کنندگان میزان تجربه هر یک از علائم را در طی هفته گذشته بر اساس یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای (از ۰ = اصلاً تا ۳ = شدید) ارزیابی کردند. دامنه‌ی نمره‌ی کل این پرسشنامه از ۰ تا ۶۳ متغیر است و کسب نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی شدت بیشتر علائم اضطرابی می‌باشد. نمرات ۰-۷ به عنوان اضطراب حداقل، ۸-۱۵ خفیف، ۱۶-۲۵ متوسط و ۲۶-۶۳ به عنوان اضطراب شدید تفسیر می‌گردد (۲۳).

در مطالعات مختلف، روایی و پایایی این پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفته است. Beck و همکاران در سال ۱۹۸۸ پایایی بازآزمایی را ۰/۷۵ و آلفای کرونباخ را ۰/۹۲ گزارش نمودند (۲۳).

همچنین در پژوهش Vøllestad و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد (۲۴). در مطالعه‌ی Beck و همکاران (۱۹۸۸)، روایی همگرای این پرسشنامه با مقیاس درجه‌بندی اضطراب همیلتون ۰/۵۱ و روایی واگرا با مقیاس درجه‌بندی افسردگی همیلتون ۰/۲۵ محاسبه شد (۲۳). در ایران، کاویانی و موسوی، پایایی و روایی نسخه‌ی فارسی پرسشنامه را تأیید کرده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی ۰/۸۳ را گزارش نمودند (۲۵). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه اضطراب بک ۰/۹۵۵ محاسبه

جدول ۱. پروتکل اجرایی درمان شناختی- رفتاری به شیوهی گروهی

جلسات	اهداف اصلی	مداخلات گروهی شناختی- رفتاری
اول	ایجاد ارتباط درمانی، تعیین قوانین، آشنایی با مدل زیستی- روانشناختی اضطراب	معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، مطرح کردن قوانین گروهی، آشنایی اعضای گروه با ماهیت بیماریشان و نقش عوامل روانشناختی در بروز و تشدید علائم، معرفی رویکرد درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس، بررسی انتظارات اعضا از شرکت در گروه و آموزش تکنیک تن آرامی در تمام جلسات درمانی آموزش.
دوم و سوم	آموزش شناسایی افکار خودآیند منفی و ارتباط با هیجانات	آموزش الگوی شناختی به بیماران، معرفی افکار خودآیند، ارائه برگه های ثبت افکار ناکارآمد، شناسایی افکار برانگیزاننده ی علائم بیماری و احساسات ناخوشایند، بررسی مشکلات احتمالی در ثبت افکار و شناسایی هیجانات و کمک به حل آنها.
چهارم و پنجم	آموزش چالش با شناخت های تحریف شده و بازسازی شناختی	چالش با افکار و باورهای غیرمنطقی، معرفی چالش ها به عنوان راهکارهایی برای به مبارزه طلبیدن افکار و باورهای غیرمنطقی و در نهایت تغییر دادن آنها، چالش عملی با افکار و باورهای غیرمنطقی که اعضای گروه در طول هفته یادداشت کرده اند و اجرای مدل ABC کریر.
ششم و هفتم	آموزش مهارت های مقابله ای (حل مسأله، ابراز وجود)	آموزش مدیریت استرس، حل مسأله، آموزش ابراز وجود و آموزش برنامه ریزی فعالیت ها، بحث راجع به شیوهی حل مسأله به عنوان روشی جهت مقابله با نگرانی، آموزش سه سبک رفتاری منفعلانه، جرأت ورزانه و پرخاشگرانه در موقعیت های ارتباطی برای تقویت ابراز وجود، آموزش تنظیم وقت و برنامه ریزی جهت انجام فعالیت ها.
هشتم	یکپارچه سازی آموخته ها و شناسایی باورهای زیربنایی	خلاصه کردن و جمع بندی مطالب هفت جلسه ی گذشته، معرفی چند کتاب به منظور آشنایی بیشتر با شناخت درمانی، توجه دادن بیماران به باورهای بنیادین و فرض های زیربنایی، گرفتن بازخورد از بیماران نسبت به جلسات درمانی.
نهم	پیشگیری از عود و تثبیت مهارت ها	پیشگیری از عود شامل: بررسی تکلیف جلسه قبل، برنامه ریزی برای پیشگیری از عود، بیان ضرورت تمرین مهارت های کسب شده در طول جلسات، ارزیابی پیشرفت کار و مهارت های کسب شده.

یافته ها

در گروه گواه (۲ نفر یا ۱۳/۳ درصد) گزارش شد و مصرف هروئین در هر دو گروه یکسان و کمترین میزان (۱ نفر یا ۶/۷ درصد) بود. نتایج آزمون Shapiro-Wilk نشان داد توزیع داده های متغیر اضطراب در هر دو گروه و کلیه مراحل اندازه گیری نرمال بوده است ($P \leq 0/0001$, $0/80Z \leq -1/29$). بر این اساس، مفروضه نرمال بودن داده ها برای اجرای آزمون های پارامتریک برقرار بود. برای بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری همراه با کاهش تدریجی مصرف بنزودیازپین بر اضطراب افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی از آزمون آنالیز واریانس دو راهه طرح تکراری و مقایسه ی بین گروهی از آزمون ۴ مستقل استفاده شد. مقدار میانگین و انحراف از معیار متغیر اضطراب در پیش آزمون، هفته ی ۴، ۹، ماه سوم در جدول ۲ ارائه شد.

برای بررسی مفروضه ی همگنی واریانس ها از آزمون Leven استفاده شد. نتایج نشان داد که در مرحله پیش آزمون (آماره Leven:

نتایج جمعیت شناسختی نشان داد که میانگین سنی در گروه آزمایش ۴۵/۶ سال با انحراف معیار ۷/۱۰ سال و در گروه گواه میانگین سنی ۴۶/۳ سال با انحراف معیار ۷/۶ سال بود. در گروه آزمایش ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) مجرد و ۱۰ نفر (۶۶/۷ درصد) متأهل بودند. در گروه گواه نیز ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) مجرد و ۱۱ نفر (۷۳/۳ درصد) متأهل بودند. نتایج نشان داد بیشتر شرکت کنندگان متأهل بودند. همچنین در هر دو گروه، بیشترین فراوانی مربوط به افراد دارای مدرک دیپلم است که ۴۶/۷ درصد از کل افراد را شامل می شود. در گروه آزمایش (۱۵ نفر)، بیشترین ماده مصرفی ترکیب شیره و تریاک با ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) بود و پس از آن تریاک خالص با ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) قرار داشت. در گروه گواه (۱۵ نفر)، تریاک خالص با ۶ نفر (۴۰ درصد) شایع ترین ماده بود و ترکیب شیره و تریاک با ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) در رده ی بعدی قرار گرفت. مصرف شیره ی خالص تنها

جدول ۲. مقادیر میانگین و انحراف از معیار (تعداد نمونه در گروه ۱۵ نفر)

گواه	آزمایش		میانگین	پیش آزمون
	انحراف معیار	میانگین		
۱/۹۰	۲۰/۲۷	۲/۷۸	۲۰/۸۰	پیش آزمون
۱/۷۶	۲۱/۴۷	۱/۵۹	۱۵/۶۰	آزمون میانی (هفته ۴)
۲/۷۴	۲۰/۴۰	۱/۸۸	۷/۶۰	پس آزمون (هفته ۹)
۲/۴۴	۲۰/۳۳	۲/۲۳	۷/۴۰	آزمون پیگیری (ماه ۳)

جدول ۳. نتایج آزمون آنالیز واریانس دو راهه طرح تکراری در متغیر اضطراب (تعداد نمونه در گروه ۱۵ نفر)

منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معنی داری	مجدور آتا جزئی
تعاملی	۳۳۶۰۰/۵۳	۱	۳۳۶۰۰/۵۳	۴۷۵۵/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۹۹
گروه	۱۸۰۹/۶۳	۱	۱۸۰۹/۶۳	۲۵۶/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰
خطا	۱۹۷/۸۳	۲۸	۷/۰۶	-	-	-

جدول ۴. نتایج آزمون t مستقل

عامل زمان	نتایج آزمون Leven		t	درجه آزادی	میانگین اختلاف	معنی داری
	آماره	معنی داری				
پیش آزمون	۱/۰۷	۰/۳۰	۰/۶۱	۲۸	۰/۵۳	۰/۵۴
آزمون میانی (هفته ۴)	۰/۰۵۱	۰/۸۲	-۹/۵۴	۲۸	-۵/۸۶	۰/۰۰۱
پس آزمون (هفته ۹)	۱/۳۸	۰/۲۴	-۱۴/۸۸	۲۸	-۱۲/۸۰	۰/۰۰۱
آزمون پیگیری (ماه سوم)	۰/۰۳	۰/۸۵	-۱۵/۱۵	۲۸	-۱۲/۹۳	۰/۰۰۱

جدول ۵. مقایسه‌ی کاهش و قطع دوز دارویی بنزودیازپین بین گروه‌های آزمایش و گواه

مقدار کاهش دارو	آزمون میانی (هفته ۴)	پس آزمون (هفته ۹)	آزمون پیگیری (ماه سوم)
قطع دارو	۰ (۰)	۶/۶۶ (۱)	۲۶/۶۶۶ (۴)
کاهش دوز $\geq 50\%$ درصد	۴۰ (۶)	۷۳/۳۳۳ (۱۱)	۷۳/۳۳۳ (۱۱)
قطع دارو	۰ (۰)	۰ (۰)	۶/۶۶ (۱)
کاهش دوز $\geq 50\%$ درصد	۶/۶۶ (۱)	۱۳/۳۳۳ (۲)	۱۳/۳۳۳ (۲)

هفته ۴ و هفته ۹ و ماه سوم در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه کاهش معنادار داشت. اما در پیش‌آزمون اختلاف معنی داری مشاهده نشد.

جدول ۵ به مقایسه‌ی کاهش و قطع دوز دارویی بنزودیازپین بین گروه‌های آزمایش و گواه می‌پردازد. در این جدول، نتایج آزمون‌های مختلف در زمان‌های مشخص (آزمون میانی، پس‌آزمون و آزمون پیگیری) برای هر گروه ارائه شده است.

در گروه آزمایش، افزایش قابل توجهی در درصد افرادی که دوز دارو را کاهش داده بودند، نشان‌دهنده‌ی اثربخشی مداخله است. در مقابل، عدم تغییرات معنادار در گروه گواه تأکید بر نیاز به مداخلات فعال برای بهبود وضعیت درمانی در این گروه دارد.

بحث

در پژوهش حاضر، تأثیر درمان شناختی- رفتاری همراه با کاهش تدریجی مصرف بنزودیازپین بر اضطراب مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که پس از چهار هفته از آغاز دوره‌ی درمان میزان اضطراب به طور معنی داری نسبت به پیش‌آزمون بهبود یافت ($P = 0/001$). اضطراب در هفته ۹ و ماه سوم در مقایسه با هفته چهارم بهبود معنی داری داشت. بنابراین نتایج این مطالعه نشان داد که درمان شناختی- رفتاری

درجه آزادی ۱ و ۲۸، سطح معنی داری: $0/054$)، آزمون میانی هفته چهارم (آماره Leven: $0/32$ ، سطح معنی داری: $0/057$)، پس‌آزمون هفته نهم (آماره Leven: $3/41$ ، سطح معنی داری: $0/07$) و آزمون پیگیری ماه سوم (آماره Leven: $3/70$ ، سطح معنی داری: $0/06$)، سطح معنی داری در تمام مراحل بیشتر از $0/05$ بود. این نتایج حاکی از آن است که واریانس‌ها تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند و فرض همگنی واریانس‌ها در تمام مراحل اندازه‌گیری برآورده می‌شود.

نتایج آزمون آنالیز واریانس دو راهه طرح تکراری (عامل زمان \times گروه) در جدول ۳ ارائه گردید. نتایج جدول ۳ نشان داد که اختلاف معنی دار بین گروه‌ها و در تعامل بین گروه و عامل زمان وجود داشت. برای بررسی اختلاف بین گروه‌ها از آزمون Bonferroni استفاده شد و نتایج آزمون تعقیبی Bonferroni در متغیر اضطراب نشان داد که بین نمرات گروه آزمایش و گواه در تمام مراحل زمانی (پیش‌آزمون با هفته ۴، ۹ و ماه ۳) تفاوت‌های معنی داری وجود دارد ($0/001 < P$). همچنین در گروه آزمایش، بین میانگین نمرات اضطراب در هفته ۴ با هفته ۹ و ماه ۳ نیز تفاوت معنی دار بود ($0/001 < P$). با این حال، بین میانگین نمرات اضطراب در هفته ۹ و ماه ۳ در گروه آزمایش اختلاف معنی داری مشاهده نشد ($P = 1$).

جهت محاسبه‌ی اختلاف بین دو گروه در عامل زمان از آزمون t مستقل استفاده شد و نتایج جدول ۴ نشان داد وضعیت اضطراب در

معرض محرک‌های اضطراب‌زای قرار می‌دهد. این روش با آموزش راهبردهای مقابله‌ای مانند تکنیک‌های آرام‌سازی، ذهن‌آگاهی و حل مسأله، موجب کاهش اضطراب می‌شود. با افزایش مشارکت در فعالیت‌های لذت‌بخش و معنادار، افراد می‌توانند با احساسات کناره‌گیری و اضطرابی که اغلب با OUD همراه است مبارزه کنند. بیماران یاد می‌گیرند که موقعیت‌های پرخطر برای عود را شناسایی کنند و بدون استفاده از مواد افیونی یا بنزودیازپین‌ها، برنامه‌هایی برای مقابله با هوس‌ها و اضطراب ایجاد کنند.

با وجود نتایج معنادار، نمونه تنها از مردان تشکیل شد که به دلیل نبود دسترسی به زنان، تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌کند. در نهایت، نبود پیگیری بلندمدت، ارزیابی پایداری اثرات درمانی و پیشگیری از عود را محدود ساخت. با توجه به یافته‌ها و محدودیت‌های حاضر، پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با نمونه‌های بزرگ‌تر و شامل هر دو جنس انجام شوند تا اثرات بین‌فردی و جنسیتی درمان بررسی شود. همچنین، گنجاندن عوامل شخصیتی و عوارض روان‌پزشکی می‌تواند درک عمیق‌تری از سازوکارهای مؤثر بر کاهش اضطراب فراهم کند.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد، CBT به عنوان یک مداخله‌ی قدرتمند برای معنادار به مواد افیونی عمل می‌کند که به دنبال کاهش مصرف بنزودیازپین خود هستند. تمرکز درمان بر پرداختن به مسائل اساسی، افزایش انطباق با کاهش، و ارائه راهبردهای مقابله‌ای طولانی‌مدت به اثربخشی آن کمک می‌کند. علاوه بر این، درمان شناختی- رفتاری یک چارچوب ملموس و عملی فراهم می‌کند که با تشویق بیمار به ایفای نقش فعال، این رویکرد هدف‌گرا انطباق با برنامه‌ی ترک دارو را افزایش داده و خطر عود زودرس را کاهش می‌دهد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه‌ی مقطع کارشناسی ارشد رشته‌ی روانشناسی بالینی با کد ۱۵۹۳۲۷۶۲۷۹۳۶۰۱۸۰۹۰۲۲۱۶۲۸۹۰۹۲۹ می‌باشد که در دانشگاه آزاد واحد تنکابن به تصویب رسیده است. بدین‌وسیله از زحمات تمامی شرکت‌کنندگان گرامی تقدیر و تشکر می‌شود.

همراه با کاهش تدریجی مصرف بنزودیازپین بر اضطراب در مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی تأثیر دارد. یافته‌های حاضر با نتایج پژوهش‌های Cronin-Golomb و همکاران (۲۰)، Soni و همکاران (۲۱) و Rossi و همکاران (۲۲) همسو بود که نشان داده‌اند مداخلات مبتنی بر CBT از طریق پرداختن به اضطراب‌های زمینه‌ای، موجب بهبود پیامدهای روان‌شناختی و کاهش وابستگی به مواد در جمعیت‌های دارای OUD می‌شوند. این هم‌سویی می‌تواند ناشی از تأکید مشترک همه مداخلات بر بازسازی شناختی، مواجهه‌درمانی تدریجی و آموزش راهبردهای حل مسأله باشد که هر سه به تقویت کنترل عاطفی و کاهش اضطراب منجر می‌شوند.

از سویی دیگر، پژوهش حاضر با نتایج Chen و همکاران (۱۴) تا حدی ناهمسو بود. در مطالعات آن‌ها، CBT به‌تنهایی در کاهش اضطراب شرکت‌کنندگان وابسته به مواد افیونی اثر قوی نشان نداد، که پژوهشگران آن را به عدم پیگیری طولانی‌مدت و نبود کاهش تدریجی دارویی نسبت داده‌اند. در پژوهش حاضر، ترکیب CBT با کاهش تدریجی مصرف بنزودیازپین احتمالاً باعث ثبات بیشتر در پاسخ اضطرابی و کاهش علائم ترک شده است، که می‌تواند عامل تفاوت در نتایج باشد (۱۴).

در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت که درمان شناختی- رفتاری شامل چندین مؤلفه است که در درمان اضطراب، به ویژه در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی مؤثر بوده است. سبک‌های مقابله‌ای که جزئی از درمان شناختی- رفتاری (CBT) است در کاهش نشانه‌های اضطراب در بیماران وابسته به تریاک و هروئین، که راهبردهای مقابله‌ای کارآمد را آموزش دیده بودند، اثربخش است. اجزای کلیدی عبارتند از بازسازی شناختی که شامل شناسایی و به چالش کشیدن الگوهای افکار منفی است که بیماران یاد می‌گیرند باورهای غیرمنطقی را دوباره قالب‌بندی کنند و آن‌ها را با افکار متعادل تر و واقع‌بینانه جایگزین کنند. این یافته را می‌توان با استفاده از مدل شناختی اضطراب بک توضیح داد که طبق آن، درمان از طریق شناسایی و بازسازی باورهای غیرمنطقی، افکار اضطراب‌آور را تعدیل می‌کند (۱۹). مواجهه‌درمانی، به عنوان یک مؤلفه‌ی کلیدی در CBT، افراد را به شیوه‌ای نظام‌مند و کنترل‌شده در

References

- Larney S, Tran LT, Leung J, Santo T, Jr., Santomauro D, Hickman M, et al. All-Cause and cause-specific mortality among people using extramedical opioids: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2020; 77(5): 493–502.
- Hoffman LA, Vilsaint CL, Kelly JF. Attitudes toward opioid use disorder pharmacotherapy among recovery community center attendees. *J Subst Abuse Treat* 2021; 131: 108464.
- Degenhardt L, Grebely J, Stone J, Hickman M, Vickerman P, Marshall BDL, et al. Global patterns of opioid use and dependence: harms to populations, interventions, and future action. *Lancet* 2019; 394(10208): 1560–79.

4. Brandt J, Bressi J, Lê ML, Neal D, Cadogan C, Witt-Doerring J, et al. Prescribing and deprescribing guidance for benzodiazepine and benzodiazepine receptor agonist use in adults with depression, anxiety, and insomnia: an international scoping review. *EClinicalMedicin* 2024; 70: 102507.
5. Archambault L, Jutras-Aswad D, Touré EH, Artunduaga AC, Roy S, Barbeau D, et al. Profiles of Patients with Opioid Use Disorders Presenting a History of Suicidal Ideations and Attempts. *Psychiatr Q* 2022; 93(2): 637–50.
6. Stathopoulou G, Gold AK, Hoyt DL, Milligan M, Hearon BA, Otto MW. Does anxiety sensitivity predict addiction severity in opioid use disorder? *Addict Behav* 2021; 112: 106644.
7. Parekh SV, Paniccia JE, Lebonville CL, Lysle DT. Dorsal hippocampal interleukin-1 signaling mediates heroin withdrawal-enhanced fear learning. *Psychopharmacology (Berl)* 2020; 237(12): 3653–64.
8. Holen B, Shadrin AA, Icick R, Filiz TT, Hindley G, Rødevand L, et al. Genome-wide analyses reveal novel opioid use disorder loci and genetic overlap with schizophrenia, bipolar disorder, and major depression. *Addict Biol* 2023; 28(6): e13282.
9. McHugh RK, Fitzmaurice GM, Votaw VR, Geyer RB, Ragnini K, Greenfield SF, et al. Cognitive behavioral therapy for anxiety and opioid use disorder: Development and pilot testing. *J Subst Use Addict Treat* 2024; 160: 209296.
10. Matheson C, Vucic C, Dumbrell J, Robertson R, Ritchie T, Duncan C, et al. Clinical outcomes of benzodiazepine prescribing for people receiving opioid agonist treatment: a systematic review of the evidence. *Pharmacy (Basel)* 2024; 12(5): 152.
11. Family HE, Vojt G, Poulter H, Bailey CP, Abdala Sheikh AP, Cavallo D, et al. A qualitative study of benzodiazepine/z-drug and opioid co-use patterns and overdose risk. *Harm Reduct J* 2025; 22(1): 24.
12. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry* 1997; 4(5): 231–44.
13. Meyer M, Gygli F, Westenberg JN, Schmid O, Strasser J, Lang UE, et al. Benzodiazepine use, quality of life and psychiatric symptom burden in oral and injectable opioid agonist treatment: a cross-sectional study. *Addict Sci Clin Pract* 2023; 18(1): 43.
14. Chen KW, Berger CC, Forde DP, D'Adamo C, Weintraub E, Gandhi D. Benzodiazepine use and misuse among patients in a methadone program. *BMC Psychiatry* 2011; 11: 90.
15. Arriaza N, Papuzinski C, Kirmayr M, Matta M, Aranda F, Stojanova J, et al. Efficacy of methadone for the management of postoperative pain in laparoscopic cholecystectomy: A randomized clinical trial. *Medwave* 2021; 21(2): e8135.
16. Boen C, Ridley J, Hawley P. Methadone for Pain Management in Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy: A Retrospective Review. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2024; 38(4): 345–54.
17. Vandse R, Vacaru A, Propp D, Graf J, Sran JK, Pillai P. Retrospective Study of the Safety and Efficacy of Intraoperative Methadone for Pain Management in Patients Undergoing Elective Intracranial Surgery. *World Neurosurg* 2023; 175: e969–e75.
18. Nakao M, Shirotaki K, Sugaya N. Cognitive-behavioral therapy for management of mental health and stress-related disorders: Recent advances in techniques and technologies. *Biopsychosoc Med* 2021; 15(1): 16.
19. Martin S. Using values in cognitive and behavioral therapy: A bridge back to philosophy. *J Eval Clin Pract* 2023; 29(7): 1189–95.
20. Cronin-Golomb A, McDaniels B, Mathur S, Pontone GM, Reynolds GO, Subramanian I. Using Principles of Cognitive Behavioral Therapy to Treat Anxiety in Parkinson's Disease. *Mov Disord Clin Pract* 2025; 12(7): 895–903.
21. Soni A, Thiyagarajan A, Reeve J. Feasibility and effectiveness of deprescribing benzodiazepines and Z-drugs: systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2023; 118(1): 7–16.
22. Rossi R, Cutter CJ, Beitel M, Covelli M, Fiellin DA, Kerns RD, et al. Stepped Care for Patients to Optimize Whole Recovery (SC-POWR): An Effectiveness Trial Evaluating a Stepped Care Model for Individuals With Opioid Use Disorder and Chronic Pain. *Subst Use Addict J* 2025; 46(1): 146–54.
23. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56(6): 893–7.
24. Vøllestad J, Sivertsen B, Nielsen GH. Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: evaluation in a randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2011; 49(4): 281–8.
25. Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI) [in Persian]. *Tehran Univ Med J* 2008; 66(2): 136–40.
26. Knapp P, Beck AT. [Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research]. [in Portuguese]. *Braz J Psychiatry* 2008; 30 Suppl 2: s54–64.

The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy Combined with Gradual Tapering of Benzodiazepine Use on Anxiety in Men with Opioid Use Disorder: A Randomized Clinical Trial

Farzaneh Ghorbanpour Ahmadsargourabi¹, Shahnam Abolghasemi²,

Original Article

Abstract

Background: Benzodiazepines are frequently prescribed for anxiety management in patients with Opioid Use Disorder (OUD); however, they often lead to subsequent pharmacological dependence themselves. The present study aimed to investigate the efficacy of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) combined with a structured benzodiazepine taper on anxiety levels in male patients with OUD.

Methods: This semi-experimental study employed a randomized controlled clinical trial design with both experimental and control groups. The statistical population consisted of all male patients with OUD seeking treatment at an addiction cessation clinic in Nowshahr County in 2022. A purposive sample of 30 individuals was selected and randomly assigned to either the experimental group (n = 15), which received combined CBT and a structured benzodiazepine taper, or the control group (n = 15), which was managed with tapering alone. The research instrument was the standardized Beck Anxiety Inventory (BAI) (1988). The cognitive behavioral therapy, based on the Wildermuth (2008) treatment protocol, comprised 9 weekly 90-minute sessions. Data analysis was performed using Mixed Model Analysis of Variance (Mixed ANOVA) with repeated measures.

Findings: A significant reduction in anxiety levels was observed by the fourth week of the treatment period. Furthermore, anxiety scores demonstrated significant improvement at the post-test and follow-up assessments compared to the first month.

Conclusion: The results indicate the beneficial effect of Cognitive Behavioral Therapy as an adjunct to a structured benzodiazepine taper for treating anxiety in patients with OUD.

Keywords: Anti-Anxiety Agents, Benzodiazepines, Cognitive Behavioral Therapy, Methadone, Opiate Substitution Treatment, Opioid-Related Disorders

Citation: Ghorbanpour Ahmadsargourabi F, Abolghasemi Sh. **The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy Combined with Gradual Tapering of Benzodiazepine Use on Anxiety in Men with Opioid Use Disorder: A Randomized Clinical Trial.** J Isfahan Med Sch 2026; 44(854): 358-65.

1- MSc, Department of Clinical Psychology, Tonkabon Azad University, Tonkabon, Iran

2- Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Tonkabon Azad University, Tonkabon, Iran

Corresponding Author: Shahnam Abolghasemi, Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Tonkabon Azad University, Tonkabon, Iran; Email: Sh.Abolghasemi@iau.ac.ir