

چالش ها و رهیافت های بالینی درمان خشم و اضطراب ناشی از ترک مت آمفتامین: بررسی انتقادی پژوهش ها با تمرکز بر دارونما و مداخلات مکمل

نازنین حقیقت بیان *

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد آیت الله آملی، آمل، ایران.

چکیده

سوء مصرف مت آمفتامین در سال های اخیر با رشد چشمگیر در سطح جهانی، پیامدهای روانشناختی عمده ای از جمله بروز خشم و اضطراب را در فرآیند ترک مصرف به همراه داشته است. علائم خشم و اضطراب نه تنها انگیزه و تاب آوری فرد در مواجهه با ترک را کاهش می دهند، بلکه یکی از مهم ترین عوامل بازگشت مجدد به مصرف نیز محسوب می شوند. این مقاله با هدف بررسی انتقادی چالش های بالینی و رهیافت های درمانی نوین در کنترل خشم و اضطراب ناشی از ترک مت آمفتامین، با تمرکز ویژه بر نقش دارونما و مداخلات مکمل، انجام شده است. مطالعات منتخب از پایگاه های معتبر بین المللی (PubMed, Scopus, SID, Google Scholar) طی ۱۵ سال اخیر با کلیدواژه های مرتبط با «خشم»، «اضطراب»، «مت آمفتامین»، «دارونما» و «مداخلات مکمل» جست و جو و مرور نظام مند شدند. مقالاتی وارد مطالعه شدند که دارای نمونه انسانی، طراحی کارآزمایی بالینی یا شبه آزمایی بوده و به صورت اختصاصی به نشانه های خشم و اضطراب در فرآیند ترک مت آمفتامین پرداخته بودند. تحلیل ادبیات پژوهشی نشان داد ابزارهای دارونما (Placebo) در برخی کارآزمایی ها اثر کوتاه مدت و معنادار بر کاهش اضطراب و خشم نشان داده اند، اما تأثیر آنها غالباً گذرا و وابسته به انتظارات بیماران است. در مقابل، رویکردهای مکمل همچون درمان های موج سوم (به ویژه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT))، مدل ماتریکس و ذهن آگاهی (و نیز گیاه درمانی با محوریت گیاهانی نظیر اسطوخودوس و سنبل الطیب، کاهش معناداری در علائم روانی نشان داده و موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران در مراحل ترک شده اند. با این حال، اختلاف در روش شناسی، حجم نمونه پایین و کمبود پیگیری های طولانی مدت، محدودیت عمده اکثر مطالعات محسوب می شود. درمان خشم و اضطراب در فرآیند ترک مت آمفتامین نیازمند رویکردی ترکیبی و چندوجهی است. استفاده صرف از دارونما، موفقیت کوتاه مدت دارد و مداخلات موج سوم و مکمل، رویکردهای امیدوارکننده ای برای مدیریت بلندمدت علائم روانی به حساب می آیند. آینده پژوهش ها باید بر استانداردسازی پروتکل ها، افزایش حجم نمونه و بررسی مکانیسم های زیستی و روانشناختی مداخلات تمرکز داشته باشد تا اثربخشی و قابلیت تعمیم آنها افزایش یابد.

واژگان کلیدی: موج سوم درمان، مت آمفتامین، پذیرش و تعهد، ماتریکس، فیتوتراپی

مقدمه

مت‌آمفتامین یکی از شایع‌ترین محرک‌های غیرقانونی با اثرات قوی بر سیستم عصبی مرکزی است که طی دهه‌های اخیر با موج افزایشی مصرف در جمعیت‌های جوان و میانسال، توجه بسیاری از پژوهشگران و بالینگران را به خود جلب کرده است (Truong Giang et al., ۲۰۲۵). گسترش مصرف این ماده تنها به کشورهای غربی یا جوامع صنعتی محدود نشده، بلکه به سرعت در کشورهای در حال توسعه، از جمله ایران، نیز رو به افزایش گذاشته است (Turan et al., ۲۰۲۳). جوانان به دلیل کنجکاوی، تأثیرپذیری از گروه همسال، و جست‌وجوی احساس سرخوشی فوری، آسیب‌پذیری بالایی در برابر مصرف مت‌آمفتامین دارند.

مت‌آمفتامین با مهار بازجذب و افزایش ترشح نوروترانسمیترهایی چون دوپامین، نوراپی‌نفرین و سروتونین، موجب بروز احساس انرژی، شادمانی کاذب و افزایش اعتماد به نفس در کوتاه‌مدت می‌گردد (Scott, ۲۰۲۴). اما مصرف مکرر و مزمن آن با طیفی از پیامدهای زیان‌بار جسمی و روانی از جمله تخریب سلول‌های عصبی، اختلالات شدید خلقی، کاهش مهارت‌های شناختی، و مهم‌تر از همه، وابستگی روانی و جسمی، همراه است. افرادی که مت‌آمفتامین مصرف می‌کنند، به مرور، نه تنها با اثرات ناخوشایند ترک همچون میل شدید به مصرف، بلکه با نشانه‌هایی چون حملات خشم، اضطراب حاد، بی‌قراری، افکار پارانوئیدی، و تحریک‌پذیری روانی روبرو می‌شوند که مدیریت آن‌ها در بستر بالینی، بسیار دشوار است (Su et al., ۲۰۱۷).

SYMPTOMS OF METHAMPHETAMINE ADDICTION



PHYSICAL:
Rapid weight loss, severe dental problems ("meth mouth"), and skin sores.



BEHAVIORAL:
Paranoia, aggression, and compulsive drug-seeking behaviors.



COGNITIVE & EMOTIONAL:
Memory loss, hallucinations, impaired decision-making, and anxiety.

شکل ۱. علائم شایع اعتیاد به مت‌آمفتامین شامل نشانه‌های جسمی (کاهش وزن شدید، مشکلات شدید دندان‌دانی و زخم‌های پوستی)، رفتاری (پارانویا، پرخاشگری و رفتارهای جست‌جوی اجباری مواد) و شناختی-عاطفی (اختلال حافظه، توهم، ضعف تصمیم‌گیری و اضطراب) است.

یکی از پیامدهای اساسی و شاید کمتر مورد توجه در درمان، شیوع بالای خشم و اضطراب در فرآیند ترک است. این دو نشانه‌ی روانی نه تنها باعث رنج‌پذیری بیمار و مقاومت وی در برابر درمان می‌شوند، بلکه می‌توانند منجر به ازسرگیری مصرف و افزایش خطر بروز رفتارهای پرخطر یا پرخطر گردند (Ru et al., ۲۰۱۹). شدت علائم خشم و اضطراب، به ویژه در هفته‌های اول ترک، به حدی بالاست که در صورت عدم مدیریت صحیح، میزان ریزش درمان به طور معناداری افزایش می‌یابد و کیفیت زندگی بیماران شدیداً افت می‌کند. در بسیاری از کشورها از جمله ایران، خدمات درمانی برای ترک سوءمصرف مت‌آمفتامین، عمدتاً بر سم‌زدایی جسمی و کاهش میل به مصرف متمرکز بوده و ابزارهای دارویی کلاسیکی مانند آنتی‌سایکوتیک‌ها، ضدافسردگی‌ها یا داروهای آرام‌بخش در دستور کار قرار گرفته است. اما چالش مهم آن‌جاست که علیرغم مداخلات موجود، درصد بالایی از بیماران از نظر روانشناختی بهبود مناسبی نمی‌یابند و با عود مجدد علائم، سرخورده و ناکام می‌شوند (Priedeman, ۲۰۲۳). این واقعیت نشان‌دهنده‌ی ضرورت توجه به ابعاد عاطفی و عملیاتی جدیدتر درمان است؛ به‌ویژه خشم و اضطراب که نقش محوری در پویایی روانی، ارتباطات فردی و انعطاف‌پذیری بیماران در مسیر درمان دارند.

در دهه اخیر، پژوهش‌های نوین بر معرفی درمان‌های مکمل و مبتنی بر شواهد همچون درمان‌های رفتاری، به‌ویژه موج سوم درمان‌ها (مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مدل ماتریکس)، تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و حتی مداخلات گیاه‌درمانی (فیتوتراپی) تأکید دارند. این رویافت‌ها با تمرکز بر تقویت قدرت پذیرش تجربه، افزایش آگاهی لحظه‌ای و فعال‌سازی منابع طبیعی بدن، امیدهای تازه‌ای را در مدیریت علائم خشم و اضطراب مطرح ساخته‌اند (Okonkwo, ۲۰۲۲). از سوی دیگر، نقش دارونما نیز در حوزه اعتیاد به‌ویژه در مطالعات کارآزمایی بالینی، همواره مورد توجه بوده است. برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که پاسخ مثبت بیماران به دارونما، به‌ویژه در علائم خفیف تا متوسط اضطراب و خشم، ناشی از قدرت ذهن در تعدیل انتظارات، می‌تواند تأثیرگذار باشد؛ اگرچه این اثر اغلب موقت و محدود گزارش شده است. بنابراین، هدف این مقاله، بررسی انتقادی ادبیات پژوهشی و تحلیل چالش‌های موجود در درمان خشم و اضطراب ترک مت‌آمفتامین با تکیه بر یافته‌های مربوط به دارونما و مداخلات مکمل است؛ تا بر پایه تبیین فرصت‌ها و خلأهای پژوهشی، راهکارهای عملی و زمینه‌های جدید برای ارتقای کیفیت خدمات و موفقیت درمانی بیماران فراهم آید.

۲. خشم و اضطراب در فرآیند ترک مت‌آمفتامین

۲.۱. تبیین عوارض روانشناختی

مصرف مزمن مت‌آمفتامین با اختلالات قابل توجهی در حوزه روان‌شناختی و رفتاری همراه است که بسیاری از این عوارض حتی پس از قطع مصرف نیز ادامه پیدا می‌کنند یا به صورت حادتر و برجسته‌تر نمایان می‌شوند. یکی از بارزترین پیامدهای قطع مصرف این ماده، بروز خشم انفجاری و اضطراب شدید است که ریشه در تغییرات عمیق نوروشیمیایی مغز دارد. در مصرف مکرر مت‌آمفتامین، سطوح دوپامین، نوراپی‌نفرین و سروتونین در ناحیه‌های مهم مغزی چون قشر پیش‌پیشانی، آمیگدالا و سیستم لیمبیک دستخوش تغییر می‌شود. این تغییرات، تعادل هیجانی و کارکرد ادراکی را به شدت مختل

می سازند (Nieto & Ray, ۲۰۲۲). با قطع مصرف، سطح دوپامین و سایر انتقال دهنده های عصبی به شدت کاهش می یابد و مغز به دلیل محرومیت ناگهانی، قادر به تنظیم خلق و هیجان به شکل عادی نیست.

این نوسان ناگهانی در میزان انتقال دهنده ها، تجربه هایی همچون احساس ناکامی شدید، عصبانیت نسبت به مسائل کوچک یا بی اهمیت، پرخاشگری کلامی و حتی رفتاری را تقویت می کند. همزمان، اضطراب به اشکال مختلفی مانند دل شوره مزمن، نگرانی بی دلیل، بی قراری بدنی، مشکل در تمرکز و حملات پانیک بروز می کند. برخی بیماران در طول دوران ترک، دچار مشکلات شدید خواب، کابوس های مکرر و افکار مزاحم می شوند که این موارد همگی زمینه ساز تشدید خشم و اضطراب است. مکانیسم های دفاعی روان شناختی مانند انکار، فرافکنی و برونه سازی (Externalization) در این مقطع فعال شده و اغلب فرد تلاش می کند علت تنش و تعارضات درونی را به شرایط بیرونی یا افراد دیگر نسبت دهد. همین امر روابط بین فردی را به شدت تحت تأثیر قرار می دهد و موجب ایجاد سوء تفاهم، تخریب پیوندهای عاطفی و تعارضات خانوادگی می شود (May, Aupperle & Stewart, ۲۰۲۰). در برخی موارد، تداخل خشم و اضطراب با علائم افسردگی و ناامیدی نیز گزارش شده که می تواند به رفتارهای پرخطر مانند خودآزاری یا حتی اقدام به خودکشی منجر شود. در کنار این نشانه ها، مشکلات شناختی مانند کاهش حافظه کاری، ناتوانی در کنترل تکانش ها و تصمیم گیری های غیرعقلانی تشدید می شود. مجموعه این عوامل باعث می شود که فرد نه تنها آشفتگی درونی عمیقی را تجربه کند، بلکه در مسیر درمان نیز انگیزه و امید خود را به سرعت از دست بدهد.

۲.۲. شیوع و اهمیت بالینی

خشم و اضطراب در سیر ترک مت آمفتامین نه تنها فراگیر، بلکه عمیقاً نگران کننده است و می تواند بر کیفیت زندگی فرد و اطرافیانش تأثیر بارزی داشته باشد. طبق یافته های بالینی، بیش از نیمی از افرادی که تجربه ترک مت آمفتامین را دارند، در جاتی از خشم و اضطراب متوسط تا شدید را در هفته های ابتدایی قطع مصرف گزارش می کنند. نقطه اوج این عوارض اغلب حوالی هفته نخست و دوم آشکار می شود؛ زمانی که بدن و مغز به طور همزمان در حال تلاش برای جبران خلأ شیمیایی ایجاد شده هستند. در این بین، حتی تماس جزئی با عوامل محرک بیرونی (مانند تعارضات خانوادگی، مواجهه با خاطرات مصرف یا اضطراب آینده نگر مرتبط با وضعیت شغلی و مالی) می تواند علائم را تشدید کند (Maes et al., ۲۰۲۴).

اهمیت بالینی مدیریت خشم و اضطراب ناشی از ترک، در این حقیقت نهفته است که این دو مولفه از عوامل اصلی در شکست درمان و برگشت سریع به الگوی مصرف قبلی هستند. بسیاری از بیماران به دلیل ناتوانی در کنترل احساسات منفی و فشارهای هیجانی، به دنبال راهی برای رهایی سریع برمی آیند و دوباره به مصرف بازمی گردند. حتی برخی افراد، صرفاً برای مقابله با اضطراب شدید یا حس عصبانیت، اقدام به جستجوی مواد می کنند؛ چرا که تنها راه تسکین موقت خود را برگشت به مصرف قبلی می دانند. این آسیب پذیری، سبب افزایش نرخ ریزش درمان و دشواری پیگیری روند بهبودی می شود (Kaviyani et al., ۲۰۲۳). تیم درمانگر نیز اغلب در مواجهه با برخوردهای خشن یا حالت های اضطرابی حاد بیماران دچار چالش جدی در برقراری ارتباط درمانی و تنظیم مداخلات می شود. علاوه بر این، بروز خشم و اضطراب در فرآیند ترک، بر روابط خانوادگی، شغلی و اجتماعی افراد تأثیر منفی قابل توجهی داشته و می تواند به بی ثباتی شغلی، فرار از مسئولیت های خانوادگی، افزایش جرائم یا بروز رفتارهای تهاجمی منجر شود.

در جمع بندی می توان گفت که نبود راهبردهای مؤثر برای کنترل خشم و اضطراب در فرآیند ترک مت آمفتامین، نه تنها به کند شدن یا متوقف شدن روند بهبودی بیماران منجر می شود، بلکه سلامت روانی - اجتماعی خانواده و جامعه را نیز در معرض آسیب قرار می دهد. پرداختن عمیق و علمی به این دو مؤلفه حیاتی، ضرورتی اجتناب ناپذیر در طراحی مداخلات کارآمد و سیاست گذاری های بالینی آینده تلقی می گردد.

PHYSICAL SYMPTOMS	BEHAVIORAL SYMPTOMS	PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS
Extreme weight loss	Intense cravings	Paranoia
Meth mouth	Compulsive drug-seeking behaviors	Hallucinations
Skin sores	Heightened aggression and hostility	Delusions
Poor hygiene	Erratic and hyperactive behavior	Mood swings
	Secrecy and withdrawal	Anxiety and panic attacks
		Cognitive impairment

شکل ۲. نمودار علائم شایع اعتیاد به مت آمفتامین در سه حوزه ی اصلی: جسمی (کاهش وزن شدید، دهان مت، زخم های پوستی، بهداشت ضعیف)، رفتاری (اشتیاق شدید، جستجوی اجباری ماده، پر خاشگری، رفتارهای غیرقابل پیش بینی و انزوا) و روان شناختی (پارانویا، توهم، هذیان، نوسانات خلق، اضطراب و اختلال شناختی). این نشانه ها درک بالینی چالش های مدیریت خشم و اضطراب در فرایند ترک مت آمفتامین را برجسته می کنند.

۳. چالش های درمانی در مدیریت خشم و اضطراب

مدیریت خشم و اضطراب ناشی از ترک مت آمفتامین به واسطه ویژگی های پیچیده زیستی، روانشناختی و اجتماعی مصرف کنندگان، با مشکلات و موانع متعدد بالینی مواجه است. این چالش ها، نه تنها تأثیر بالقوه درمان را کاهش داده و احتمال عود را بالا می برند، بلکه گاهی موجب ناامیدی بیماران و درمانگران می شوند. شناخت دقیق موانع روانشناختی و زیستی و همچنین پیچیدگی های ساختاری و کارکردی نظام درمانی، نخستین گام اساسی در طراحی و اجرای مداخلات اثربخش به شمار می آید.

۳.۱. موانع روانشناختی و زیستی

در بسیاری از افراد با سابقه مصرف مت آمفتامین، همبودی (Comorbidity) با اختلالات خلقی مانند افسردگی، اضطراب فراگیر، اختلالات شخصیت و حتی اختلالات پس از سانحه روانی (PTSD) وجود دارد که درمان را پیچیده تر می سازد. این همبودی ها گاه به شکل زیرپوستی و غیرقابل تشخیص آشکار می شوند و گاهی همزمان با شروع ترک، تابلوی واضح تری

به خود می گیرند. همین عامل موجب می شود که درمانگر به جای تمرکز بر علائم جدید خشم یا اضطراب، با لایه ای از اختلالات قبلی ترکیب شده مواجه شود که هر یک ممکن است نیازمند رویکرد درمانی تخصصی باشند (Jan et al., ۲۰۲۰).

از سوی دیگر، نابسامانی عملکرد سیستم های نوروترانسمیتری در مغز - به ویژه سیستم دوپامینرژیک، سروتونرژیک و نورآدرنرژیک - در طی سال های مصرف و پس از ترک، کنترل هیجانات منفی را دشوارتر می کند. کاهش سطح این انتقال دهنده ها در ترک ناگهانی، بستر مناسبی برای ایجاد نوسانات خلقی، طغیان ناگهانی خشم یا اضطراب شدید فراهم می کند. عوامل وراثتی و آمادگی ژنتیکی بعضی افراد در بروز این علائم نیز بی تأثیر نیست؛ به گونه ای که در برخی خانواده ها هم پوشانی اختلالات روانپزشکی و وابستگی به مواد مخدر یا رفتارهای پرخطر بیشتر مشاهده می شود. پیشینه آسیب های روانی یا هیجانی، همچون تجربه آزار یا بی توجهی در دوران کودکی، فقدان حمایت های عاطفی یا مواجهه با رویدادهای تلخ و استرس زای مداوم، احتمال بروز واکنش های شدید عاطفی، خشم یا اضطراب را در دوران ترک افزایش می دهد. برخی بیماران به دلیل عدم پردازش صحیح این زخم های روانی، هنگام قطع مصرف مواد با هجوم احساسات سرکوب شده و افکار منفی مواجه می شوند که تشخیص اصل موضوع اختلال را برای درمانگر دشوار می کند. در این وضعیت، تمایز میان علائم ترک و نشانه های اختلالات زمینه ای برای شناسایی و درمان هدفمند خشم و اضطراب ضروری است، اما در عمل به دلیل هم پوشانی و پیچیدگی علائم، این امر همیشه ممکن نیست (Jan, Alam & Khan, ۲۰۲۲).

۳.۲. پیچیدگی های بالینی

در عرصه عمل بالینی، بسیاری از پروتکل های رایج درمان اعتیاد عمدتاً بر فرآیند سم زدایی و مدیریت علائم جسمی و ولع (Craving) تمرکز دارند و درمان عمیق و هدفمند اختلالات عاطفی - هیجانی مانند خشم و اضطراب را اغلب به حاشیه می رانند. این بینش قالبی، سبب می شود بیماران پس از پایان مرحله سم زدایی، همچنان با تنش ها، نوسانات خلقی شدید و خطر بالای عود مواجه باشند. اهمیت این نکته زمانی بیشتر می شود که بدانیم پایش بلندمدت و مداخلات روانشناختی پس از ترک، اساساً یک ضرورت حیاتی است.

محدودیت دسترسی بیماران به درمان های مؤثر و چندوجهی چالش مهمی دیگر است. در مناطق محروم تر یا شهرهای کوچک، خدمات روان شناختی و روانپزشکی ویژه ترک مت آمفتامین غالباً وجود ندارد؛ اگر هم وجود داشته باشد، تعداد درمانگران آموزش دیده یا برخوردار از دانش تخصصی کافی نیست (Hellem, ۲۰۱۶). همین محدودیت منابع انسانی - چه به لحاظ کمیت و چه کیفیت تخصصی - بر طول دوره درمان، پیگیری منظم و اثربخشی مداخله ها سایه افکنده است. نبود پروتکل های استاندارد یا راهبردهای مبتنی بر شواهد برای مدیریت خشم و اضطراب در قالب برنامه های درمانی نیز دغدغه ای اساسی است. شیوه های مؤثر جدید نظیر درمان های موج سوم، درمان های گروهی، یا مداخلات مکمل همچنان برای بسیاری از درمانگران ناشناخته یا در دسترس نیست. اجرای این رویکردها نیازمند جریان منظم آموزش علمی، کارورزی بالینی، نظارت تخصصی و همکاری چندرشته ای است که در نظام سلامت فعلی عموم کشورها، ضعف آن محسوس است (Farmani et al., ۲۰۲۳).

پیچیدگی بالینی در درمان جمعیت های خاص مثل نوجوانان، زنان، یا افراد دارای سابقه اختلال دوقطبی و اسکیزوفرنیا نیز باید مد نظر قرار گیرد؛ چرا که این گروه ها غالباً به حمایت های اختصاصی، مداخلات چندبخشی و مراقبت پیگیرانه تر

نیاز دارند، در حالی که اغلب راهکارهای درمانی موجود برای جمعیت عمومی طراحی شده است. نگرش منفی به اختلالات روانشناختی و انگ اجتماعی نیز یک مانع اساسی در جستجو و تداوم درمان بیمار به شمار می‌رود (Ali et al., ۲۰۲۴). بیماران زیادی به دلیل ترس از طرد یا قضاوت اطرافیان، مشکلات خود را انکار کرده یا پیگیری درمان را متوقف می‌کنند؛ همین عامل، مدیریت طولانی مدت و موثر خشم و اضطراب را به چالشی دوچندان تبدیل می‌کند (Al-Hakeim et al., ۲۰۲۳). در مجموع می‌توان گفت غلبه بر این چالش‌ها تنها از رهگذر شناخت دقیق سطح موانع زیستی، روانشناختی و ساختاری، اصلاح سیاست‌گذاری‌های درمان اعتیاد، تربیت نیروهای متخصص و ارتقای آگاهی عمومی درباره ماهیت پدیده ترک و عوارض روانی آن امکان‌پذیر است؛ وگرنه هر راهکار درمانی به دلیل نبود زیرساخت مناسب محکوم به ناکامی خواهد بود.

۴. نگاهی انتقادی به پژوهش‌ها: دارونما (Placebo)

بررسی نقش و جایگاه دارونما در مطالعات مرتبط با درمان خشم و اضطراب ناشی از ترک مت‌آمفتامین، از اهمیت اساسی برخوردار است؛ چراکه این مداخله ظاهراً بی‌اثر، اغلب لایه‌های پنهانی ذهن و روان را هدف قرار می‌دهد و بازتاب‌دهنده پیچیدگی رفتار انسان در مواجهه با درمان است. شناخت دقیق تأثیرات دارونما نه تنها به بهبود طراحی مطالعات، بلکه به فهم عمیق‌تر سازوکارهای روانشناختی حاکم بر ترک مواد کمک می‌کند.

۴.۱. تعریف و نقش دارونما در مطالعات ترک وابستگی

دارونما یا پلاسبو، عموماً به ماده یا روشی اطلاق می‌شود که فاقد هرگونه اثر درمانی مادی مستقیم بر شرایط هدف است؛ با این حال، تلقین دریافت درمان در فرد دریافت‌کننده موجب می‌شود بخشی از علائم روانشناختی یا فیزیولوژیک به طور موقت بهبود یابد. در پژوهش‌های بالینی حیطه اعتیاد، از دارونما به منظور کنترل سوگیری‌ها، مقایسه اثربخشی داروها یا مداخلات جدید با حالت «بی‌درمانی» و شناسایی نقش انتظارات ذهنی بیمار در پاسخ به درمان استفاده می‌شود. کاربرد دارونما شاخص و الزامی است، زیرا بیماران اغلب در برخورد با درمانگران یا حتی صرف حضور در فرآیند درمان، دچار انتظارات مثبت می‌شوند؛ این انتظار می‌تواند خود موجب بهبود برخی نشانه‌ها گردد. در حوزه ترک مت‌آمفتامین، ایجاد گروه شاهد با دارونما، مبنای ارزیابی دقیق‌تر و علمی‌تر اثر داروها یا تکنیک‌های درمانی گوناگون است و امکان تفکیک «اثر ویژه درمان» از «اثر ناشی از انتظار ذهنی» را فراهم می‌آورد.

با این حال، پیچیدگی‌های روانشناختی بیماران وابسته به مت‌آمفتامین باعث می‌شود که پاسخ به دارونما در این جمعیت از الگوی ساده و قابل پیش‌بینی تبعیت نکند. بستر ذهنی، تجربیات قبلی، شخصیت، شدت علائم و حتی نحوه اطلاع‌رسانی به بیمار درباره احتمال دریافت دارونما، ابعاد پاسخ دارونما را به شدت متأثر می‌کند. برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که صرفاً حضور در فرآیند درمان و دریافت پشتیبانی، ولو اینکه واقعی نباشد، تا حدی می‌تواند موجبات تخفیف اضطراب و خشم‌ها را فراهم سازد (Afifi et al., ۲۰۲۵).

۴.۲. کارایی، محدودیت ها و یافته های بالینی

مطالعات مختلف، برخی شواهد قابل توجه از تأثیر مثبت دارونما در کاهش اضطراب، نگرانی و حتی خشم بیماران در دوران ترک مت آمفتامین ارائه داده اند؛ اگرچه این اثر اغلب زودگذر و محدود به دوره های اولیه درمان است. برای مثال، تغییرات محتاطانه در خلق یا کاهش ثانوی نشانه های هیجانی، زمانی رخ می دهد که بیمار نسبت به دریافت درمان امیدواری و انتظار بهبود دارد. از سوی دیگر، پاسخ به دارونما می تواند ابزاری باشد برای سنجش «اثر ذهن» بر جسم و نیز نمایانگر ظرفیت بالقوه روان آدمی در فائق آمدن بر بخشی از مشکلات کوتاه مدت. این مسأله، به ویژه در زمینه هایی که درمان های واقعی هنوز پاسخ قطعی نداده اند، اهمیت می یابد، اما مخالفان معتقدند محدود ماندن اثر دارونما می تواند باعث نادیده گرفتن پیچیدگی علائم و نیاز مبرم به درمان های جامع تر شود.

تکیه بیش از اندازه بر کنترل دارونما، گاهی به بروز ضعف هایی در طراحی مطالعات می انجامد. بخش زیادی از مطالعات بالینی، برای حصول اعتبار علمی بالا، سنجش دقیق کارایی دارو یا روش درمانی خود را، بر گروهی که دارونما دریافت می کنند مبتنی می سازد، اما همین امر اغلب منجر به ساده انگاری یا کم توجهی به بافت و زمینه روانشناختی بیماران می شود. در برخی موارد، تعامل پیچیده بین اثر دارونما و درمان های مکمل یا روان درمانی، آن چنان در هم تنیده است که حتی با تفکیک گروه ها نیز نمی توان اثربخشی صرف هر عامل را به دقت روشن کرد. افزون بر این، ویژگی های منحصر به فرد جمعیت بیماران وابسته به مت آمفتامین - چون بی ثباتی هیجانی، خلق افسرده، اعتماد پایین به درمانگران یا میل بالای به اثر فوری - موجب می شود که پاسخ به دارونما متغیر و غیرقابل پیش بینی باشد. این ویژگی ها ضرورت تدوین رویکردهای دقیق تر و تکمیل کننده تری را برای ارزیابی کارآمدی درمان ها آشکار می سازد (Hellem, ۲۰۱۶).

در آخر، یافته های موجود غالباً بیانگر این واقعیت اند که اگرچه دارونما می تواند برای مدت محدودی علائم خشم و اضطراب را در برخی بیماران کاهش دهد، اما اساس ثبات و پایداری درمان، نیازمند دخالت های روانشناختی هدفمند، برنامه های جامع و توجه به فردیت بیماران می باشد. پذیرش نقش موقت دارونما در کنار تاکید بر ضرورت درمان های مبتنی بر شواهد، بهترین نتیجه را برای بیماران در فرایند ترک مت آمفتامین به ارمغان خواهد آورد (Jan, Alam & Khan, ۲۰۲۲).



شکل ۳. اجزای اصلی رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT): این نمودار شش مؤلفه کلیدی انعطاف پذیری روان شناختی در مدل ACT را نشان می دهد: پذیرش (تمایل به تجربه افکار و احساسات دشوار)، گسلش شناختی (مشاهده افکار بدون درگیر شدن با آنها)، بودن در لحظه اکنون (تمرکز بر لحظه حاضر)، خود به عنوان زمینه (توجه به افکار به عنوان پدیده های گذرا)، شفاف سازی ارزش ها (شناسایی آنچه واقعاً مهم است)، و تعهد به عمل (اقدام هدفمند برای دنبال کردن ارزش های شخصی). این شش فرایند، مبنای مداخلات موج سوم، به ویژه در حوزه درمان مشکلات روان شناختی ناشی از مصرف مواد، از جمله مت آمفتامین هستند.

۵. مداخلات مکمل و جایگزین

۵.۱. انواع مداخلات (رفتاری، ذهن آگاهی، گیاه درمانی و ...)

در دهه های اخیر، همگام با افزایش شیوع سوء مصرف و وابستگی به مت آمفتامین و چالش های جدی در درمان پایدار این اختلال، توجه پژوهشگران و بالین گران به حوزه مداخلات مکمل و جایگزین معطوف شده است؛ به خصوص برای مدیریت خشم و اضطراب که از شایع ترین پیامدهای روانی ترک این ماده هستند. مداخلات مکمل عمدتاً به آن دسته از روش های درمانی اطلاق می شود که در کنار درمان های دارویی یا کلاسیک، تجربه می شوند و هدف آنها ارتقاء اثربخشی، افزایش تحمل، کاهش عود و بهبود کیفیت زندگی بیماران است.

رفتار درمانی شناختی (CBT) یکی از گسترده ترین و مورد مطالعه ترین مداخلات غیر دارویی در این حوزه است. CBT با ارائه تکنیک های بازسازی شناختی، آموزش مهارت های مقابله ای و مدیریت هیجانات، تلاش می کند تا افکار غیر منطقی و واکنش های هیجانی تند مانند خشم و اضطراب را کاهش دهد. مطالعات متعددی نشان داده اند که پیاده سازی منظم و هدفمند این رویکرد، می تواند به کاهش معنی دار شدت اضطراب و خشم در بیماران وابسته به مت آمفتامین منجر شود (Ali et al., ۲۰۲۴; Hellem, ۲۰۱۶).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و سایر درمان های موسوم به موج سوم، نیز جایگاه مهمی در مدیریت هیجانات منفی و افزایش انعطاف پذیری روانشناختی یافته اند. ACT با تاکید بر پذیرش افکار و احساسات ناخواسته، کاهش اجتناب هیجانی و افزایش تمرکز بر ارزش های فردی، بیماران را در مواجهه فعال و سالم با بحران ترک یاری می کند (Farmani et al., ۲۰۲۳). شواهد بالینی بیان می کنند که استفاده از ACT، نه تنها به کاهش پایدارتر نشانه های روانی کمک می کند، بلکه سطح رضایت از درمان و انگیزش برای تداوم آن را نیز افزایش می دهد. ذهن آگاهی (Mindfulness) و آموزش های مبتنی بر حضور در لحظه (MBCT و MBSR) نیز اخیراً در درمان وابستگی به مت آمفتامین به طور قابل توجهی مورد توجه قرار گرفته اند. این روش ها با یاد دادن مدیریت توجه، کاهش نشخوار فکری، تحمل ولع و نظارت بر احساسات، در بهبود کنترل خشم و کاهش اضطراب نقش مؤثری ایفا می کنند (Su et al., ۲۰۱۷; May et al., ۲۰۲۰). تمرین های منظم مدیتیشن، تنفس آگاهانه و مشاهده بدون قضاوت احساسات، از جمله تکنیک های کلیدی این رویکرد است که به کاهش شدت نشانه های روان پزشکی طی ترک کمک می کند.

گیاه درمانی (Phytotherapy) و آروماتراپی نیز به عنوان مکمل های طبیعی، در پژوهش های تجربی نوظهور جای خاصی پیدا کرده اند. مصرف عصاره برخی گیاهان مثل سنبل الطیب، بادرنجبویه و زعفران، یا استفاده از روغن های معطر آرام بخش، با هدف تعدیل پاسخ های اضطرابی و کاهش تنش عصبی بیماران به کار گرفته می شود (Jan et al., ۲۰۲۲; Farmani et al., ۲۰۲۳). بعضی مطالعات اولیه، بهبود خواب، کاهش تحریک پذیری، و تا حدی بهبود خلق را گزارش کرده اند؛ هرچند هنوز شواهد علمی این حوزه پراکنده و نیازمند آزمایش های کنترل شده گسترده تر است.

از دیگر رویکردهای مکمل می توان به آموزش مهارت های تنظیم هیجان، درمان های گروهی، روان درمانی های ساختار یافته و مداخلات خانوادگی اشاره نمود که هر کدام در زمینه بهبود حمایت اجتماعی، افزایش تاب آوری و کاهش عوامل خطر عود، نقش قابل توجهی دارند (Kaviyani et al., ۲۰۲۳; Ali et al., ۲۰۲۴). مداخلات مکمل، معمولاً به صورت فردی، گروهی یا ترکیبی ارائه می شوند و انتخاب آن ها باید با توجه به ویژگی های شخصیتی هر بیمار، سابقه اختلالات روان پزشکی و دسترسی به منابع درمانی صورت گیرد.

۵.۲. نتایج مطالعات و تجربه های بالینی

ارزیابی اثربخشی مداخلات مکمل در مدیریت خشم و اضطراب ترک مت آمفتامین، بر پایه مجموعه گسترده ای از پژوهش های کیفی، نیمه تجربی، کار آزمایی های بالینی تصادفی و تجربه های کلینیکی صورت پذیرفته است. یافته ها بوضوح حاکی از کاهش قابل توجه نشانه های عاطفی، بهبود مهارت های مواجهه، افزایش کیفیت زندگی و حتی کاهش نرخ عود در گروه هایی است که از مداخلات مکمل بهره برده اند (Hellem, ۲۰۱۶; Su et al., ۲۰۱۷; Farmani et al., ۲۰۲۳).

مطالعات تجربی، رضایت بیشتر بیماران از روند درمان، ارتقای اعتماد به نفس در مدیریت هیجان های دشوار و همچنین افزایش انگیزه تداوم درمان را از جمله دستاوردهای این رویکردها معرفی می کنند. برای مثال، شرکت در جلسات ذهن آگاهی یا آموزش نظم هیجانی، موجب شده بیماران نه تنها بتوانند شدت خشم و اضطراب ناشی از ترک را کنترل کنند، بلکه در مقابله با محرک های وسوسه انگیز و استرس زا نیز موفق تر باشند (Nieto & Ray, ۲۰۲۲; Jan et al., ۲۰۲۲).

علیرغم موفقیت های چشمگیر، همچنان برخی محدودیت ها باید مورد توجه قرار گیرد. اولاً تنوع در روش شناسی مطالعه ها، حجم نمونه نسبتاً کم، تفاوت در ابزارهای سنجش و اغلب نبود گروه کنترل استاندارد، قدرت تعمیم پذیری نتایج را محدود می کند (Hellem, ۲۰۱۶; Okonkwo, ۲۰۲۲). در برخی پژوهش ها، تاثیر میان مدت و بلندمدت مداخلات ارزیابی نشده است. همچنین شواهد متناقض درباره اثربخشی دائمی گیاه درمانی یا طب مکمل، نیازمند بررسی عمیق تر و مطالعات با اندازه نمونه و مدت پیگیری بالاتر است (Jan et al., ۲۰۲۰; Ali et al., ۲۰۲۴). تجربه های بالینی درمانگران نشان می دهد بهره گیری از بسته های ترکیبی مداخله ای، شامل درمان های موج سوم، آموزش مهارت های هیجانی، روان درمانی فردی و گروهی، به شرط ارزیابی و پایش مداوم بیماران، بالاترین اثربخشی را در بلندمدت رقم می زند (Farmani et al., ۲۰۲۳). همین تجارب حکایت از اهمیت حمایت خانواده، آموزش مستمر درمانگران و فرهنگ سازی گسترده پیرامون درمان های مکمل دارد. بنابراین مداخلات مکمل نه به عنوان جایگزینی کامل، بلکه به مثابه ابزاری توان افزا باید وارد بسته درمانی بیماران ترک مت آمفتامین شود. ترکیب هوشمندانه و اختصاصی این رویکردها، همراه با درمان های دارویی و روانشناختی استاندارد، افقی نو در کاهش علائم خشم و اضطراب، پیشگیری از بازگشت و ارتقای سلامت روان جامعه ترسیم می کند؛ هرچند پیش نیاز آن، اجرای پژوهش های قوی تر، تدوین پروتکل های بومی و افزایش دسترسی فراگیر به خدمات تخصصی است.

۶. تحلیل انتقادی پژوهش ها

۶.۱ قوی ترین شواهد پژوهشی و خلاها

بررسی عمیق پژوهش های دو دهه اخیر نشان می دهد مطالعات مربوط به درمان خشم و اضطراب ناشی از ترک مت آمفتامین با چالش ها و محدودیت های روش شناختی متعددی همراه بوده است. اگرچه مطالعات متعددی اثرگذاری برخی مداخلات روان شناختی و دارویی را بررسی کرده اند، اما شواهد منسجم و قابل تعمیمی در مورد اثربخشی قطعی آن ها، به ویژه در بازه زمانی طولانی مدت، همچنان کمیاب است (Hellem, ۲۰۱۶; Su et al., ۲۰۱۷).

پژوهش های پایه عمدتاً بر دو محور استوار بوده اند:

نخست، شواهد درباره اثربخشی محدود مداخلات دارویی و دارونما: مطالعات بالینی متعدد نشان داده اند که دارونماها، به واسطه تأثیر بر انتظارات بیماران نسبت به بهبود، می توانند در کوتاه مدت علائمی مانند اضطراب و خشم را تا حدی کاهش دهند (Mitchell et al., ۲۰۱۷). با این حال، این تأثیرات غالباً گذرا بوده و در غیاب مداخلات روان شناختی یا حمایت های اجتماعی، ثبات لازم را ندارند. فراتر از این، پژوهش هایی همچون Siefried و همکاران (۲۰۲۰) بر محدودیت داروهای ضد اضطراب و ضد افسردگی کلیشه ای برای بیماران در ترک مت آمفتامین تأکید دارند و اذعان کرده اند که غالب داروها تفاوت معنی داری با دارونما در کاهش این نشانه ها ندارند یا اثرشان بسیار کوتاه مدت است.

دوم، شواهد کلینیکی مربوط به مداخلات مکمل و موج سوم: برخلاف محدودیت های مداخلات دارویی، برخی پژوهش های بالینی کوچکتر ولی با طراحی دقیق نشان داده اند که رویکردهای درمان موج سوم از جمله ACT، آموزش ذهن آگاهی، مدل ماتریکس، و حتی گیاه درمانی، در کاهش علائم خشم و اضطراب طی ترک مت آمفتامین امیدبخش ظاهر شده اند (Farmani et al., ۲۰۲۳; Nieto & Ray, ۲۰۲۲). برای مثال، Farmani و همکاران (۲۰۲۳) اثر مثبت آموزش تنظیم هیجان بر مدیریت پرخاشگری و سبک های مقابله ای بیماران را با شواهد آماری قوی نشان داده اند. همچنین، مطالعات سو و همکاران (Su et al., ۲۰۱۷) و تروان و همکاران (Turan et al., ۲۰۲۳) سطح اضطراب بالای بیماران طی ترک حاد و تأثیر اهمیت بخش عوامل روانی-اجتماعی را برجسته می کنند.

با این حال، این دسته از پژوهش ها نیز با خلأهایی جدی دست و پنجه نرم می کنند:

- اول آن که اغلب مطالعات با حجم نمونه اندک و در برخی کشورها با تنوع جمعیتی کم انجام شده اند که امکان تعمیم نتایج را محدود می کند (Jan et al., ۲۰۲۰; Truong Giang et al., ۲۰۲۵).
- دوم، در بسیاری از پژوهش ها فاقد پیگیری طولانی مدت نتایج هستیم و تأثیر مداخلات تنها در بازه های چند هفته ای سنجیده شده، در حالی که تجربه بالینی و عود علائم گواه اهمیت بازه های شش تا دوازده ماهه و حتی بیشتر است (Kaviyani et al., ۲۰۲۳).
- سوم، شاخص های زیستی و نوروشیمیایی همراه با اقدامات روان درمانی کمتر در طراحی پژوهش ها ادغام شده اند؛ در حالی که مطالعات اخیر بر نقش تلفیق داده های بیولوژیک (مانند مارکرهای استرس اکسیداتیو، محور AGE-RAGE و هورمون های استرس) در تبیین پاسخ به درمان و درک عمیق تر مکانیسم های نوروبیولوژیک تأکید دارند (Al-Hakeim et al., ۲۰۲۳; Maes et al., ۲۰۲۴).
- چهارم، ناهمگونی ابزارها و معیارهای سنجش، عدم استانداردسازی پروتکل ها و تفاوت های فرهنگی-اجتماعی در تعریف و تجربه هیجان هایی چون خشم و اضطراب، مقایسه مطالعات را دشوار ساخته است (May et al., ۲۰۲۴).

در کنار این موارد، پژوهش های تجربی و مصاحبه ای (Kaviyani et al., ۲۰۲۳; Priedeman, ۲۰۲۳) نشان داده اند که بسیاری از عوامل کلیدی بازگشت، مستقیماً به ناتوانی در مدیریت خشم و اضطراب، فقدان حمایت اجتماعی و سبک های مقابله ای ناکارآمد مرتبط است؛ و این خلأها کمتر در مطالعات کمی به شکل نظام مند تحلیل شده اند.

۶.۲. پیشنهادهایی برای پژوهش های آتی

مرور انتقادی منابع فعلی نشان می دهد آینده پژوهی اثربخش در این حوزه، نیازمند اصلاحات جدی و برنامه ریزی مطالعاتی چندوجهی است. بر این مبنا، مهم ترین توصیه ها به شرح زیر پیشنهاد می شوند:

۱. استانداردسازی پروتکل های پژوهشی و ابزارها: به منظور افزایش مقایسه پذیری مطالعات، طراحی پروتکل های مشترک با معیارهای دقیق و ابزارهای سنجش معتبر بین المللی مانند DASS-۲۱، STAXI و پرسش نامه های خاص ترک مت آمفتامین پیشنهاد می شود (Su et al., ۲۰۱۷). تعریف دقیق متغیرها، سنجش خشم و اضطراب

- در چندین بازه‌ی زمانی (پیش، حین و پس از درمان) و ثبت خودگزارشی بیماران برای رصد تغییرات فردی اهمیت مضاعفی دارد.
۲. اجرای مطالعات با نمونه‌های بزرگ و چندمرکزی: جهت افزایش اعتبار و تعمیم نتایج، مطالعات باید با حجم نمونه‌های بالاتر، چندفرهنگی و در مراکز درمانی متنوع و در بسترهای بالینی متفاوت اجرا شود. مشارکت بیماران با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بازه‌های سنی گوناگون، نتایج را فراگیرتر و قابل‌استفاده‌تر در سطح ملی و منطقه‌ای خواهد کرد (Jan et al., ۲۰۲۰; Turan et al., ۲۰۲۳).
۳. بکارگیری رویکردهای ترکیبی و مقایسه‌ای: تمرکز بر تلفیق مداخلات مکمل (نظیر ترکیب ACT و گیاه‌درمانی، یا ادغام ذهن‌آگاهی و رفتاردرمانی شناختی) و بررسی اثرات هم‌افزای آن‌ها، می‌تواند راهگشای شیوه‌های نوین بالینی باشد (Farmani et al., ۲۰۲۳; Nieto & Ray, ۲۰۲۲). مقایسه مستقیم اثرات درمان‌های موج سوم، طب مکمل و داروهای کلاسیک بر طیف وسیعی از پیامدهای هیجانی و رفتاری، به طراحی درمان‌های فردمحور و اثربخش منجر خواهد شد.
۴. پیگیری طولانی‌مدت و ارزیابی ماندگاری اثرات: پیگیری بیماران در بازه‌های شش ماه تا یک سال، ارزیابی پایدار بودن تغییرات روانی و بررسی احتمال عود علائم را ممکن می‌سازد. ترکیب سنجش‌های بالینی، روان‌سنجی و زیستی در طول مدت درمان و پس از آن، شناسایی عوامل محافظ و خطرزا را تسهیل می‌کند (Kaviyani et al., ۲۰۲۳; Maes et al., ۲۰۲۴).
۵. تحلیل مکانیسم‌های زیستی و نوروشیمیایی: هم‌افزایی داده‌های زیستی (مانند آمار هورمون‌های استرس، مارکرهای التهابی، تغییرات محور AGE-RAGE یا سنجش استرس اکسیداتیو) با داده‌های روانپزشکی، به فهم سازوکارهای زیربنایی بروز و کاهش خشم و اضطراب و مداخله هدفمندتر کمک می‌کند (Al-Hakeim et al., ۲۰۲۴). همکاری پژوهشگران حوزه اعصاب، روان‌پزشکی و درمان‌های مکمل، افق تحلیل جامع‌تر را می‌گشاید.
۶. توجه به عوامل اجتماعی و فرهنگی: واکاوی نقش حمایت اجتماعی، وضعیت اقتصادی، باورهای فرهنگی و جنسیت در تجربه و مدیریت هیجانات، از حیث کیفی و کمی، منجر به پیشنهاد استراتژی‌های دقیق‌تر و قابل‌تطبيق با بستر فرهنگی جامعه ایرانی خواهد شد (Priedeman, ۲۰۲۳; Kaviyani et al., ۲۰۲۳).
- در مجموع، آینده پژوهش در حوزه خشم و اضطراب ترک مت‌آفتامین، وابسته به حرکت به سوی طراحی مطالعات چندوجهی، رویکردهای ترکیبی، پیگیری‌های دوره‌ای و ادغام تحلیل‌های زیستی و روانی-اجتماعی است. تنها از این طریق می‌توان چشم‌اندازی روشن و راهبردی بالینی برای حل این معضل پیچیده ترسیم کرد.

۷. نتیجه‌گیری

فرآیند ترک مت‌آفتامین را می‌توان مسیری پیچیده و پرفرازونشیب دانست که فرد مصرف‌کننده نه تنها با غلبه بر ولع جسمی، بلکه با موج عظیمی از آشفتگی‌های روانی مواجه می‌شود. در این میان، خشم و اضطراب به عنوان مهم‌ترین شایع‌ترین پیامدهای ترک، نقش پررنگی در تداوم یا شکست فرایند درمان ایفا می‌کنند. حضور فراگیر و گاه شدید این حالات عاطفی، همواره نقطه تمرکز مداخلات بالینی و پژوهش‌های روانشناختی بوده است. تحلیل شواهد تجربی و بالینی

نشان می دهد که راهبردهای درمانی سنتی - هرچند در مدیریت علائم جسمی و اولیه ترک موثر بوده اند - اما در پرداختن عمیق و ریشه ای به مسائل هیجانی، با چالش های جدی و بعضاً ناکارآمدی هایی مواجه اند. در همین راستا، استفاده از دارونما (Placebo) به عنوان یکی از ابزارهای رایج در کارآزمایی های بالینی، ضمن فرصت بخشی برای سنجش واقعی اثرات درمان های نوین، خود واجد محدودیت هایی جدی است. اگرچه مطالعات متعدد اثبات کرده اند که دارونما می تواند با تحریک امید و انتظار ذهنی فرد، در کوتاه مدت بهبود نسبی در وضعیت خلق و میزان خشم و اضطراب ایجاد کند، اما این اثر همواره موقت، شکننده و وابسته به زمینه های ذهنی-روانی و حمایتی است.

این یافته ها به وضوح نشان می دهند که اتکای صرف بر دارونما یا هر نوع مداخله ی تک بعدی، نه تنها پایداری موردنظر را به ارمغان نمی آورد، بلکه ممکن است تصویر نادرستی از مسیر درمان و میزان اثربخشی مداخلات ارائه کند. آنچه در عمل برای مدیریت پایدار و اثربخش خشم و اضطراب بیماران در حال ترک مت آمفتامین حیاتی است، رویکردی چندلایه و تلفیقی مبتنی بر نیازهای فردی هر بیمار است؛ رویکردی که مرزهای درمان را از روش های دارویی فراتر برده و عناصر متنوع روانشناختی، آموزشی، اجتماعی و حتی جسمانی را در بر می گیرد. پژوهش های پیشرو در سال های اخیر تاکید کرده اند که مداخلات موج سوم درمان، به ویژه درمان های مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و مدل ماتریکس، در کنار برنامه های ذهن آگاهی و تکنیک های فیتوترپی (گیاه درمانی)، می توانند به طرز معناداری در کاهش شدت علائم خشم و اضطراب و همچنین بالا بردن کیفیت زندگی بیماران مؤثر باشند. این مداخلات مکمل با تمرکز بر افزایش انعطاف پذیری روانشناختی، ارتقای مهارت های مقابله ای و تعدیل خودگفت وگویی های منفی، از منظر علمی و عملی افق های تازه ای در درمان مصرف کنندگان مت آمفتامین گشوده اند.

با این وجود، باید توجه داشت که ورود کامل و فراگیر این درمان ها به پروتکل های بالینی، مستلزم انجام مطالعات گسترده تر، عمیق تر و با نمونه های متنوع تر است تا اثربخشی و ایمنی آن ها به طور قطعی تایید گردد. از سوی دیگر، بهبود دسترسی بیماران به شبکه حمایتی، آموزش درمانگران به روش های بین رشته ای و ارتقاء آگاهی خانواده ها نیز در شکل گیری یک روند درمانی پایدار و پیشگیرانه نقشی بسزا دارد. بی توجهی به این لایه های روانی و اجتماعی می تواند فرایند درمان را سطحی، گذرا و آسیب پذیر کند و شانس عود را افزایش دهد.

لازم است نظام درمان اعتیاد از رویکرد سنتی و ایستا فاصله بگیرد و سیاست گذاری ها به سوی طراحی بسته های درمانی چندوجهی، منعطف و فردمحور سوق یابد. چنین رویکردی نه تنها شانس بازگشت و عود را کاهش می دهد، بلکه می تواند به ارتقای سلامت روان و بهزیستی پایدار افرادی که راه دشوار ترک مت آمفتامین را آغاز کرده اند، کمک نماید. آینده پژوهی و موفقیت بالینی در این عرصه، در گرو یکپارچگی پژوهش، آموزش، حمایت اجتماعی و درمان های جامع نگر است؛ مسیری که هرچند چالش برانگیز ولی امیدبخش و حیاتی به نظر می رسد.

منابع

Afifi, S. Y., Fekry, M., Almaghrabi, A. M., & Ali, M. I. (۲۰۲۵). Sexual dysfunction and serum prolactin level in a sample of patients with methamphetamine dependence in Eastern Province in Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Middle East Current Psychiatry*, ۳۲(۱), ۲۹.

- Al-Hakeim, H. K., Altufaili, M. F., Alhaideri, A. F., Almulla, A. F., Moustafa, S. R., & Maes, M. (۲۰۲۳). Increased AGE-RAGE axis stress in methamphetamine abuse and methamphetamine-induced psychosis: Associations with oxidative stress and increased atherogenicity. *Addiction Biology*, ۲۸(۱۰), e۱۳۳۳۳.
- Ali, M. I., Rashad, M. M., Alzain, N. M., Al-Awad, F. A., Alzaharani, M. A., Alshamarani, A. S., ... & Afifi, S. Y. (۲۰۲۴). Impulsiveness, suicide, and aggression in a sample of patients with disorders of methylamphetamine use. *Journal of Family and Community Medicine*, ۳۱(۳), ۲۵۷-۲۶۴.
- Farmani, F., Sehchek, S. G., Jahanshahloo, M., & Amirshahi, A. (۲۰۲۳). The Effectiveness of Emotional Regulation Training on Aggression and Coping Styles of Methamphetamine Substance Abusers. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, ۱۰(۲), ۱۸-۲۶.
- Hellem, T. L. (۲۰۱۶). A review of methamphetamine dependence and withdrawal treatment: a focus on anxiety outcomes. *Journal of substance abuse treatment*, ۷۱, ۱۶-۲۲.
- Jan, S. U. K., Alam, H., & Khan, A. (۲۰۲۲). Effects of Methamphetamine Withdrawal on the Psychological and Physiological Condition of Addicts. *Journal of Social Sciences Review*, ۲(۳), ۱۳۸-۱۴۴.
- Jan, S. U. K., Ali, A., Alam, H., Niqab, M., Shakoore, A., Begum, A., & Khan, A. (۲۰۲۰). Impact of methamphetamine on the psychological and physiological conditions of addicts in Khyber Pakhtunkhwa, Pakistan. *International Journal of Innovation, Creativity and Change*, ۱۴(۷), ۱۴۱۹-۳۰.
- Kaviyani, F., Khorrami, M., Heydari, H., & Namvar, M. (۲۰۲۳). Understanding the laps and relapse process: in-depth interviews with individual who use methamphetamine. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, ۱۸(۱), ۴۱.
- Maes, M., Altufaili, M. F., Alhaideri, A. F., Moustafa, S. R., Stoyanova, K., Niu, M., ... & Al-Hakeim, H. K. (۲۰۲۴). The General Neurocognitive Decline in Patients with Methamphetamine Use and Transient Methamphetamine-induced Psychosis is Primarily Determined by Oxidative and AGE-RAGE Stress. *Current Topics in Medicinal Chemistry*, ۲۴(۲۰), ۱۸۱۶-۱۸۲۸.
- May, A. C., Aupperle, R. L., & Stewart, J. L. (۲۰۲۰). Dark times: the role of negative reinforcement in methamphetamine addiction. *Frontiers in psychiatry*, ۱۱, ۱۱۴.
- Nieto, S. J., & Ray, L. A. (۲۰۲۲). Applying the Addictions Neuroclinical Assessment to derive neurofunctional domains in individuals who use methamphetamine. *Behavioural Brain Research*, ۴۲۷, ۱۱۳۸۷۶.
- Okonkwo, C. O. (۲۰۲۲). The Relevance Of Rational Emotive Behavioural Therapy On The Reduction Of Crystal Methamphetamine (Mkpuru Mmiri) Use Among The Youth In Nigeria. *International Journal For Psychotherapy In Africa*, ۷(۱).
- Priedeman, G. R. (۲۰۲۳). Gay Men's' Perspectives of What Factors Contribute to Long-term Sobriety From Crystal Methamphetamine Addiction (Doctoral dissertation, The Chicago School of Professional Psychology).
- Ru, Q., Xiong, Q., Zhou, M., Chen, L., Tian, X., Xiao, H., ... & Li, Y. (۲۰۱۹). Withdrawal from chronic treatment with methamphetamine induces anxiety and depression-like behavior in mice. *Psychiatry research*, ۲۷۱, ۴۷۶-۴۸۳.
- Scott, R. (۲۰۲۴). Methamphetamine dependence in Australia-why is 'ice'(crystal meth) so addictive?. *Psychiatry, psychology and law*, ۳۱(۴), ۶۷۱-۷۰۴.
- Su, H., Zhang, J., Ren, W., Xie, Y., Tao, J., Zhang, X., & He, J. (۲۰۱۷). Anxiety level and correlates in methamphetamine-dependent patients during acute withdrawal. *Medicine*, ۹۶(۱۵), e۶۴۳۴.
- Truong Giang, N., Bich Diep, N., Trang, N. T., Thanh Luan, P., Thi Hai Van, H., Van Dung, D., ... & Minh Giang, L. (۲۰۲۵). Exploring Nicotine Dependence Among People Using Methamphetamine During

Methadone Maintenance Treatment in Vietnam. Substance Use: Research and Treatment, ۱۹, ۲۹۷۶۸۳۵۷۲۵۱۳۴۷۸۱۹.

Turan, Ç., Önen, S., Bakırcı, G., Yerli, M. S., & Ünal, S. (۲۰۲۳). The relationship between social anxiety and anxiety sensitivity in young adults with methamphetamine use disorder. Genel Tıp Dergisi, ۳۳(۵), ۵۶۹-۵۷۵.