

اثر بخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش اشتیاق و بهبود نشانه‌های افسردگی و اضطراب در معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون

فرشته مؤمنی^۱، نهاله مشتاق بیدختی^۲، عباس پورشهباز^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۸/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۱۲/۱۴

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی بر کاهش اشتیاق و بهبود نشانه‌های افسردگی و اضطراب در معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون بود. **روش:** در این مطالعه تجربی تعداد ۳۶ نفر از معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون از بین کلیه معتادان به مواد افیونی مراجعه کننده به مرکز ملی مطالعات اعتیاد به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. در گروه آزمایشی درمان شناختی - رفتاری گروهی طی ۸ جلسه به صورت یک جلسه در هفته انجام شد. جلسات با محوریت مدیریت اشتیاق، خلق منفی و اضطراب اجراء شد. اطلاعات پژوهش از طریق پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی، مقیاس پیش بینی پذیری بازگشت برای سنجش اشتیاق، آزمون افسردگی بک و آزمون اضطراب جمع آوری شد. داده‌ها با استفاده از بک آزمون‌های آماری t مستقل و وابسته تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که نمرات پس آزمون و پیگیری شاخص اشتیاق کاهش داشته و این کاهش از نظر آماری معنا دار بوده است. همچنین در شاخص‌های افسردگی و اضطراب بک نیز در مرحله پس آزمون و پیگیری کاهش وجود داشته که از نظر آماری معنا دار بوده است. **نتیجه گیری:** با توجه به یافته‌ها می‌توان گفت درمان شناختی - رفتاری گروهی در کاهش اشتیاق هم در مرحله پس آزمون و هم در مرحله پیگیری تاثیر داشته، همچنین در کاهش علائم افسردگی و اضطراب هم در مرحله پس آزمون و هم پیگیری اثربخش بوده است و می‌تواند به عنوان یک روش مورد استفاده قرار گیرد.

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید بهشتی — پست الکترونیکی:

momenipsy@gmail.com

۲. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۳. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یکی از مشکلات بهداشتی، روانی و اجتماعی قرن حاضر شناخته شده است. بر اساس گزارش سالانه سازمان ملل متحد (۲۰۰۵)، تعداد مصرف کنندگان مواد موجود بین جمعیت ۴۴-۱۵ ساله سراسر دنیا، ۲۰۰ میلیون نفر یا به عبارتی ۵ درصد کل جمعیت می‌باشد که از این تعداد در حدود ۱۶ میلیون نفر یا به عبارتی ۰/۴ درصد جمعیت مصرف کننده مواد افیونی هستند (دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل متحد، ۲۰۰۵). در ایران مواد افیونی بیشترین مواد مصرفی می‌باشد (مکری، ۲۰۰۲).

سوء مصرف مواد و وابستگی به آن، آسیب‌های جدی اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و بهداشتی بر جوامع وارد می‌سازد که از آن جمله می‌توان به مواردی همچون بیماری‌های جسمانی و آلودگی مثل هیپاتیت، ایدز و بیماری‌های روانی - اجتماعی همچون ازدیاد جرائم مرتبط با اعتیاد مثل سرقت، قتل، خودسوزی، بیکاری، خشونت خانوادگی، کودک آزاری، افزایش آمار طلاق و افت تحصیلی فرزندان که والدین معتاد دارند اشاره نمود (وست^۱، ۲۰۰۶).

بنابراین با توجه به هزینه‌ها و آسیب‌های جدی فردی، اجتماعی و اقتصادی سوء مصرف مواد در سراسر دنیا، لازم است درمان مقرون به صرفه، مورد ارزیابی قرار گرفته در جهت درمان سوء مصرف مواد و اعتیاد به کار پرده شود (سازمان بهداشت جهانی^۲، ۲۰۰۶). در سال‌های اخیر پیشرفت‌های زیادی در زمینه درمان اختلالات مصرف مواد ایجاد شده است که از جمله آن می‌توان به مواردی همچون مداخلات دارویی، روان شناختی و اجتماعی اشاره نمود (مک کی^۳، ۲۰۰۷).

اهداف درمانی بر سه مورد تاکید می‌کنند که در ابتدا قطع وابستگی جسمی به مواد، دوم قطع وابستگی روانی و کاهش پیامدهای غیر جسمی ناشی از مصرف مواد همچون اضطراب، افسردگی و بهبود کیفیت زندگی و در نهایت پیش گیری از عود مجدد بیماری را شامل می‌شود (جالیه^۴ و

1. West
2. World Health Organization
3. McKay
4. Jualie

توکر^۱، (۱۹۹۹). در درمان اعتیاد به مواد افیونی درمان نگهدارنده با متادون^۲ به عنوان داروی نگهدارنده دراز مدت یکی از رویکردهای معتبر و شناخته شده در حفظ حالت پرهیز و جلوگیری از بازگشت پس از قطع مصرف مواد می باشد (گراسر^۳ و همکاران، ۲۰۰۶). متادون با جلوگیری از بروز علائم محرومیت و کاهش اشتیاق (وسوسه)^۴ برای مصرف و متوقف نمودن گیرنده های اوپیوئیدی در درمان اعتیاد به مواد افیونی موثر واقع می شود (فاگینو^۵ و همکاران، ۲۰۰۳). با این حال پژوهش های جدید نتایج ضد و نقیضی در مورد کاهش اشتیاق در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون گزارش نموده اند. مطالعات مختلف نشان داده است که حس اشتیاق به مصرف به عنوان پدیده مرکزی و عامل اصلی ادامه سوء مصرف و همچنین بازگشت به اعتیاد پس از دوره های درمانی شناخته می شود. اشتیاق به مصرف را می توان عامل ایجاد علائم ترک روانی و جسمانی دانست. بسیاری از مراجعان، اشتیاق به مصرف را تمایل برای مصرف مواد تعریف می نمایند. بعضی دیگر از آنها اشتیاق را یک وضعیت روان شناختی طلب مواد می دانند که انگیزه مصرف مواد را ایجاد می نماید (بادگر^۶ و همکاران، ۲۰۰۶). با وجود تفاوت ها در تعریف اشتیاق به مصرف مواد بسیاری از پژوهشگران عمده در این حوزه در هنگام به کار گیری این واژه مجموعه طیف گسترده پدیدار شناختی: ۱ - پیش بینی و انتظار اثرات مثبت تقویتی مواد؛ ۲ - قصد به انجام رفتار مصرف مواد؛ ۳ - تمایل درونی و فردی به مصرف مواد را مد نظر قرار می دهند (تیفانی^۷، ۱۹۹۹).

از طرفی، اعتیاد به مواد مخدر افیونی بیماری مزمنی است که در اغلب موارد با یک بیماری روان پزشکی دیگر همراه است. اختلالات خلقی و در راس آن افسردگی از جمله شایع ترین اختلالات محور اول همراه با اعتیاد بر اساس نسخه چهارم تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی - آماری

1. Toker
2. Methadone Maintenance Treatment
3. Grusser
4. Craving
5. Faggino
6. Badger
7. Tiffani

اختلالات روانی می‌باشد. شیوع اختلال افسردگی اساسی در این افراد حدود ۵۰-۶۰ درصد و اختلال افسردگی جزئی نزدیک به ۱۰ درصد می‌باشد (ایلگن^۱، جین^۲ و ترافتون^۳، ۲۰۰۸).

بلانچارد در سال ۲۰۰۰، ۸۷۲ بیمار تحت درمان با متادون را مورد مطالعه قرار داد و وجود اختلالات محور اول و دوم را در آن‌ها بررسی کرد. او نشان داد در صورتی که فرد معتاد به مواد افیونی به یکی از انواع اختلالات محور اول مبتلا باشد به درمان دارویی اختلال فوق و روان درمانی توأم با درمان نگهدارنده با متادون نیازمند است. ابتلای شخص بیمار به یکی از انواع اختلالات محور دوم تاثیر منفی بیشتری بر درمان خواهد داشت زیرا این بیماران درمان موثر کمتری دارند لذا به روان درمانی‌های خاص و روان درمانی شناختی - رفتاری و درمان روانپوشی توأم با درمان نگهدارنده با متادون نیاز دارند. افسردگی در بیماران معتاد بسیار شایع و در بسیاری از موارد آن قدر شدید است که مشخصه‌های یک افسردگی اساسی را برآورد می‌کند (مک گاورن^۴ و همکاران، ۲۰۰۶).

درمان شناختی - رفتاری شیوه‌ای کوتاه مدت و متمرکز بوده که به مصرف کنندگان مواد کمک می‌کند تا موقعیت‌هایی را که در آن احتمال سوء مصرف مواد بالا می‌رود را شناسایی و در زمان‌های لازم از این موقعیت‌ها دوری کرده و در نهایت به شیوه موثری با طیف مشکلات و رفتارهای مساله دار مرتبط با مواد مقابله کنند (لائو^۵ و مک مین^۶، ۲۰۰۵). در روش شناختی - رفتاری تکنیک‌های مختلفی به کار گرفته می‌شود. در این روش فنون رفتاری به طور عمده در برگیرنده شیوه‌های اجتناب از موقعیت‌های محرک و یا تغییر پاسخ نسبت به چنین محرک‌ها و دادن پاسخ‌های تازه به آن می‌باشد. استفاده از تکنیک‌های آرامش عضلانی در هنگام اضطراب شدید به جای استفاده از مواد و ارائه تقویت‌های تازه و مناسب نیز از فنون دیگر درمان می‌باشد. با استفاده از تکنیک‌های شناختی نیز مراجع قادر می‌شوند که افکار منجر به مصرف مواد را شناسایی، افکار معیوب را تشخیص داده و بکوشند تا به جای آن افکار مناسبی را جایگزین کنند. با

-
1. Ilgen
 2. Jain
 3. Trafton
 4. McGovern
 5. Lao
 6. Mcmain

اثر بخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش ...

این فنون به مراجعه کنندگان آموزش داده می شود که روابط و موقعیت ها را با دید تازه ای بنگرند (کارول^۱ و رونسانیل^۲، ۲۰۰۷).

در سال های اخیر پیشرفت های زیادی در زمینه درمان اختلالات مصرف مواد ایجاد شده و گزارشات مختلف اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و برتری آن در مقایسه با عدم درمان، درمان دارویی به تنهایی یا درمان های غیر اختصاصی و نیز اثر بخشی حداقل برابر آن با سایر مداخلات روان شناختی در درمان اختلالات مختلف اعتیادی در جمعیت های مختلف ارائه شده است. به عنوان مثال فراتحلیل ایروین^۳ و همکاران (۱۹۹۹)؛ کارول و همکاران (۲۰۰۱)؛ کادن^۴ (۲۰۰۲)؛ سیلوا^۵ و سرا^۶ (۲۰۰۴) نشان داده اند که مداخلات شناختی - رفتاری نقش مؤثری در کاهش مصرف و میزان اشتیاق تجربه شده بیمار داشته و سهم عمده ای در بهبود نشانگان روانی و کاهش میزان عود در بازگشت به مصرف مواد داشته اند (میلر^۷ و همکاران، ۲۰۰۶).

با توجه به آن که در حال حاضر کاهش میزان اشتیاق که اولین پدیده مهم در عود بوده و علائم و نشانه های روانی که نقش عمده ای در اشتیاق به مواد و بازگشت به سمت مصرف دارند از چالش های اصلی درمان های نگهدارنده با متادون و سایر رویکردهای روان درمانی می باشند، در پژوهش حاضر محقق بر آن است تا به بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر کاهش اشتیاق و بهبود علائم روانی معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون بپردازد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران معتاد به مواد افیونی شهر تهران تشکیل می دادند که به منظور ترک مصرف مواد، به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران در تابستان سال ۱۳۸۷ مراجعه نمودند.

1. Carroll
2. Rounsaville
3. Irvin
4. Kadden
5. Silva
6. Sera
7. Miller

نمونه‌های پژوهش شامل ۳۶ نفر از معتادان به مواد افیونی مراجعه کننده به مرکز ملی مطالعات اعتیاد بوده که به منظور ترک به این مرکز مراجعه و تحت درمان با متادون قرار گرفته بودند.

روش نمونه‌گیری، در دسترس بوده است. بدین صورت که ابتدا با مراجعه به مرکز، فهرستی از معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون تهیه شد و سپس به شماره تلفن مندرج در دفتر ثبت نام مراجعان، با آنها تماس گرفته شد و در مورد تشکیل جلسات گروه درمانی به شیوه شناختی - رفتاری با آنها صحبت شد. از افرادی که آمادگی خود را برای حضور در جلسات اعلام نمودند تعداد ۳۶ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۸ نفر) جایگزین شدند. در ادامه پس از کسب رضایت نامه کتبی، از بیماران گروه آزمایش برای شرکت در جلسات گروه درمانی دعوت به عمل آمد. در این پژوهش، در گروه آزمایش ۲ نفر به علت عدم شرکت به مدت بیش از سه جلسه متوالی و ۱ نفر نیز به علت عدم امکان حضور در جلسات در ساعات تعیین شده از ادامه پژوهش کنار گذاشته شدند. همچنین در گروه گواه نیز ۲ نفر به دلایلی نامشخص از ادامه درمان با متادون منصرف شدند، در نتیجه نتایج پژوهش با بررسی روی ۱۵ نفر از گروه آزمایش و ۱۶ نفر از گروه گواه به دست آمد.

ابزار

۱. مقیاس پیش بینی پذیری بازگشت: این مقیاس توسط رایت به منظور ارزیابی میزان احتمال برگشت به مواد در بیماران وابسته به مواد تهیه شده است (بک و همکاران، ۱۹۹۱)، ترجمه گودرزی، ۱۳۸۰). فرم اصلی این مقیاس دارای ۵۰ سؤال بوده که هر سؤال شامل موقعیت‌هایی است که معمولاً میل به مصرف کوکائین یا کراک را برمی‌انگیزد (بک و همکاران، ۱۹۹۱)، ترجمه گودرزی، ۱۳۸۰). مهرابی و همکاران (۱۳۸۳) این آزمون را متناسب با مواد افیونی مورد بازبینی قرار داده و ۴۷ سؤال از آن را گزینش نموده‌اند.

در مجموع بر اساس پاسخدهی آزمودنی به این آزمون می‌توان بر اساس نوع مقابله و میزان اشتیاق، احتمال بازگشت مجدد به مصرف مواد را پیش بینی نمود. پایایی اولیه این آزمون با اجرا

روی ۴۰ بیمار سم زدایی شده در خرده مقیاس میزان اشتیاق برابر با ۰/۹۴ در خرده مقیاس میزان میل ۰/۹۷ بوده است. با توجه به همبستگی بالا تک تک سوالات این آزمون با کل، هیچ سوالی حذف نشد. همچنین همبستگی بدست آمده بین نمرات قسمت اول و نمرات قسمت دوم این آزمون برابر با ۰/۸۵ گزارش شده است (مهرابی و همکاران، ۱۳۸۳).

۲. پرسشنامه افسردگی بک^۱: این پرسشنامه به عنوان یک ابزار خود گزارش دهی برای سنجش شناخت‌های وابسته به افسردگی به شکل گسترده‌ای به کار گرفته می‌شود و ۲۱ عبارت موجود در این پرسشنامه از مشاهده نشانه‌های نوعی بیماران افسرده به دست آمده است. این عبارت‌ها هر یک بر حسب شدت وضعیت گزارش شده توسط بیمار از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود (بک و استیر، ۱۹۸۴). فتی (۱۳۸۴) این پرسشنامه را روی یک نمونه ۹۴ نفری از نمونه‌های ایرانی به اجرا درآورده و ضریب آلفا را ۰/۹۱ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۴ گزارش نموده است. قاسم‌زاده و همکاران (۱۳۸۱) با ترجمه و اجرا روی ۱۲۵ دانشجوی ایرانی ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۸ و ضریب بازآزمایی را با فاصله دو هفته ۰/۷۳ گزارش نموده‌اند (به نقل از غرابی، ۱۳۸۲).

۳. پرسشنامه اضطراب بک^۲: آزمون اضطراب بک از ۲۱ گزینه تشکیل شده است و شدت اضطراب نوجوانان و بزرگسالان را اندازه گیری می‌کند. این آزمون توسط بک و همکاران (۱۹۸۸) جهت بررسی و ارزیابی شدت علائم اضطراب تهیه شده است. هر یک از ماده‌های این آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی و هراس) را توصیف می‌کند. این آزمون بر اساس ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود و حداکثر نمره‌ای که در آن به دست می‌آید ۶۳ بوده که نشان دهنده اضطراب شدید می‌باشد. بک و همکاران (۱۹۸۸) همسانی درونی این آزمون را ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. آنها همچنین پایایی آزمون را به روش پیش آزمون - پس آزمون ۰/۷۵ برآورد کرده‌اند. بک و استیر (۱۹۹۳) روایی محتوا، همزمان و سازه را برای این آزمون بررسی کرده و کارایی بالایی را برای این ابزار در اندازه گیری شدت اضطراب تایید نموده‌اند. پایایی این تست از طریق بازآزمایی در شهر

1. Beck Depression Inventory

2. Beck Anxiety Inventory

زاهدان محاسبه شده که همبستگی دو بار اجراء آزمون به فاصله سه هفته برابر ۰/۷۰ بوده است (بخشانی، ۱۳۸۱).

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت شناختی و اطلاعات مربوط به مصرف مواد در دو گروه در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی و ویژگی‌های مربوط به مصرف مواد در گروه‌های آزمایش و گواه

گروه گواه		گروه آزمایش		متغیرها	
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۴۳/۷۵	۷	۴۰	۶	۳۰-۴۰ سال	سن
۵۰	۸	۴۶/۷	۷	۴۰-۵۰ سال	
۶/۲۵	۱	۱۳/۳	۲	۵۰ به بالا	
۶۸/۷۵	۱۱	۸۰	۱۲	متاهل	وضعیت تاهل
۳۱/۲۵	۵	۲۰	۳	مجرد	
۶/۲۵	۱	۶/۷	۱	تا راهنمایی	تحصیلات
۵۶/۲۵	۹	۶۳/۳	۱۱	تا دیپلم	
۳۷/۵	۶	۳۰	۳	لیسانس به بالا	
۸۷/۵	۱۴	۹۳/۳	۱۴	شاغل	وضعیت شغلی
۱۲/۵	۲	۶/۷	۱	بیکار	
۴۳/۷۵	۷	۳۳/۳	۵	زیر ۱ گرم	میزان مصرف روزانه
۳۷/۵	۶	۴۶/۷	۷	۱-۲ گرم	
۱۸/۷۵	۳	۲۰	۳	۲ گرم و بالاتر	
۱۸/۷۵	۳	۲۶/۷	۴	۱ بار	دفعات مصرف روزانه
۲۵	۴	۱۳/۳	۲	۲ بار	
۵۶/۲۵	۹	۶۰	۹	۳ و بالاتر	
۳۱/۲۵	۵	۴۰	۶	زیر ۱۰ سال	مدت زمان اعتیاد
۴۳/۷۵	۷	۴۰	۶	۱۰-۱۵ سال	
۲۵	۴	۲۰	۳	۱۵ به بالا	
۴۳/۷۵	۷	۴۰	۶	زیر ۲ ماه	مدت زمان درمان با متادون
۵۶/۲۵	۹	۶۰	۹	۲ تا ۴ ماه	

اثر بخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش ...

با توجه به داده‌های حاصل از جدول ۱ مشاهده می‌شود که دو گروه از لحاظ ویژگی‌های جمعیت شناختی تقریباً همسان می‌باشند. همچنین این مطلب در شاخص‌های مربوط به مصرف مواد مانند میزان مصرف روزانه، دفعات مصرف روزانه، مدت زمان اعتیاد و مدت زمان درمان با متادون صادق است.

به منظور بررسی این که آیا بین میانگین متغیرهای وابسته (اشتیاق، افسردگی، اضطراب) در دو گروه قبل از مداخله تفاوت وجود داشته یا نه از آزمون تی برای دو گروه مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲: آزمون t برای بررسی تفاوت میانگین‌های دو گروه در پیش آزمون

سطح معناداری	df	t	گروه گواه		گروه آزمایش		متغیرها
			انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۷۷	۲۹	-۰/۲۹	۴۴/۹۴	۸۷/۱۸	۳۹/۶	۸۲/۷۳	اشتیاق
۰/۷۵	۲۹	-۰/۳۱	۱۳/۵۱	۳۲/۲۵	۱۵/۲۵	۳۰/۶۰	علائم و نشانه‌های افسردگی
۰/۷۹	۲۹	-۰/۲۶	۱۰/۷۵	۲۶/۰۰	۱۴/۲۱	۲۴/۸۰	علائم و نشانه‌های اضطراب

همان‌گونه که نتایج حاصل از جدول ۲ نشان می‌دهد بین میانگین متغیرهای وابسته در دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود و می‌توان گفت که این دو گروه از لحاظ متغیرهای فوق قبل از مداخله تفاوتی نداشته‌اند.

به منظور بررسی این که آیا مداخله شناختی - رفتاری گروهی در کاهش میزان اشتیاق، افسردگی و اضطراب در بیماران اثربخش بوده، از تحلیل t برای دو گروه مستقل استفاده شد. به این منظور ابتدا تفاضل نمرات پیش آزمون - پس آزمون در دو گروه محاسبه و سپس با استفاده از تحلیل t مستقل مقایسه شد. همچنین تفاضل نمرات پیش آزمون و پیگیری نیز در گروه‌ها محاسبه و سپس با استفاده

از تحلیل t مستقل نتایج مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۳ بیانگر نتایج حاصل از تحلیل نمرات شاخص اشتیاق می‌باشد.

جدول ۳: نتایج آزمون t مستقل برای بررسی معناداری نمرات افزوده در شاخص اشتیاق در مرحله پیش آزمون - پس آزمون و پیش آزمون - پیگیری

متغیرها	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	t	df	P
تفاضل نمرات پیش آزمون - پس آزمون	آزمایشی	-۵/۴۶	۱۰/۸۳	-۲/۲۸	۲۹	۰/۰۵
	گواه	-۱/۰۶	۸/۱۶			
تفاضل نمرات پیش آزمون - پیگیری	آزمایشی	-۵/۲۰	۱۵/۸۷	-۰/۳۸	۲۹	۰/۰۷
	گواه	-۳/۱۲	۱۴/۱۷			

نتایج جدول ۳ حاکی از آن است که تفاوت معناداری بین نمرات افزوده شرکت کنندگان در مراحل پیش آزمون - پس آزمون وجود دارد و نشانگر آن است که مداخله شناختی رفتاری گروهی در گروه آزمایشی تاثیر داشته است. اما با توجه آنکه در مرحله پیش آزمون - پس آزمون نتیجه معنادار نبوده می‌توان گفت که مداخله در دراز مدت در کاهش اشتیاق اثر بخش نبوده است. در جدول ۴ نتایج مربوط به آزمون t مستقل مربوط به نمرات افسردگی ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون t مستقل برای بررسی معناداری نمرات افزوده در افسردگی در مرحله پیش آزمون - پس آزمون و پیش آزمون - پیگیری

متغیرها	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	t	df	P
تفاضل نمرات پیش آزمون - پس آزمون	آزمایشی	-۶/۶۰	۵/۸۴	-۵/۹۱	۲۹	۰/۰۰۱
	گواه	۲/۸۱	۲/۴۵			
تفاضل نمرات پیش آزمون - پیگیری	آزمایشی	-۶/۰۶	۶/۶۹	-۴/۴۱	۲۹	۰/۰۱
	گواه	۲/۴۳	۳/۷۲			

همان گونه که در جدول ۴ نشان داده شده است میانگین نمرات گروه آزمایشی هم در مرحله پیش آزمون - پس آزمون و هم در مرحله پیش آزمون - پیگیری نسبت به گروه گواه تفاوت قابل ملاحظه‌ای داشته و گروه آزمایشی در هر دو مرحله میانگین کمتری نسبت به گروه گواه داشته است. به بیان دیگر نتایج نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین نمرات افزوده شرکت کنندگان در مراحل پیش آزمون - پس آزمون و در مرحله پیش آزمون - پیگیری وجود دارد و نشانگر آن است که درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم و نشانه‌های افسردگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون اثر بخش بوده است.

در جدول ۵ نتایج آزمون t مستقل مربوط به پرسشنامه اضطراب ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون t مستقل برای بررسی معناداری نمرات افزوده در اضطراب در مرحله پیش آزمون - پس آزمون و پیش آزمون - پیگیری

معناداری	درجه آزادی	t	انحراف استاندارد	میانگین	گروه	
۰/۰۰۱	۲۹	-۳/۷۳	۶/۸۱	-۵/۴۶	آزمایشی	تفاضل نمرات پیش آزمون - پس آزمون
			۵/۰۷	۲/۵۶	گواه	
۰/۰۱	۲۹	-۱/۶۹	۹/۲۵	-۳/۰۰	آزمایشی	تفاضل نمرات پیش آزمون - پیگیری
			۶/۸۱	۱/۷۵	گواه	

همان گونه که در جدول ۵ نشان داده شده میانگین نمرات گروه آزمایشی هم در مرحله پیش آزمون - پس آزمون و هم در مرحله پیش آزمون - پیگیری نسبت به گروه گواه تفاوت قابل ملاحظه‌ای داشته است و گروه آزمایشی در هر دو مرحله میانگین کمتری نسبت به گروه گواه داشته است. به بیان دیگر نتایج نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین نمرات افزوده شرکت کنندگان در مراحل پیش آزمون - پس آزمون و در مرحله پیش آزمون - پیگیری وجود دارد و نشانگر آن است که درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم و نشانه‌های اضطراب در معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون اثر بخش بوده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی بر کاهش اشتیاق و بهبود علائم روانی معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون بوده است. نتایج حاصل از یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که مداخله فوق همراه با درمان نگهدارنده با متادون نسبت به درمان نگهدارنده با متادون به تنهایی، در کاهش اشتیاق و بهبود علائم اضطراب و افسردگی مؤثرتر می‌باشد. یافته‌های به دست آمده با یافته‌های بسیاری که نشان داده اند مداخلات شناختی رفتاری موجب بهبود علائم روانی در وابستگان به مواد افیونی می‌شود، مطابقت دارد. به عنوان مثال کارول و همکاران (۲۰۰۱) نشان داده‌اند که مداخلات شناختی رفتاری جزء درمان‌هایی است که بیشترین میزان حمایت تجربی را دریافت نموده و بیشترین اثربخشی را داراست. پولاک^۱ و همکاران (۲۰۰۲) اثربخشی درمان رفتاری شناختی را بر کاهش اشتیاق بررسی نمودند. یافته‌های پژوهش آن‌ها نشان می‌دهد که درمان رفتاری شناختی با کمک به بیمار در شناخت عوامل برانگیزاننده درونی و بیرونی اشتیاق و به کار گیری شیوه‌های جایگزین به منظور مقابله با احساس اشتیاق به مصرف اثر بخشی نسبتاً خوبی داشته است. همچنین او دریافت که مداخله فوق در شکستن ارتباط بین خلق منفی و استفاده از مواد اثر بخش بوده است. با توجه به آن که تجارب بالینی و مطالعات مختلف نشان داده اند که اشتیاق به مصرف تحت تاثیر عوامل مختلفی از قبیل شرایط اجتماعی، فشارهای روانی و اضطراب قرار می‌گیرد، بنابراین به نظر می‌رسد که تکنیک‌های شناختی رفتاری که روی شناسایی موقعیت‌های برانگیزاننده اشتیاق به مصرف و افزایش آگاهی نسبت به عوامل و نشان دادن واکنش‌های کارکردی به جای استفاده از مواد تاکید دارد توانسته در کاهش اشتیاق اثر گذار باشد. همچنین مطالعات نشان داده که پدیده اشتیاق عاملی پیچیده و چند بعدی بوده و به نظر می‌رسد که نقش خلق منفی بیمار و اضطراب در شروع و تداوم مصرف مواد مخدر مؤثر می‌باشد. بنابراین می‌توان با مداخلات روان شناختی به بیماران کمک نمود خلق افسرده و مضطرب را به خوبی مدیریت نمایند.

برای تبیین اثربخشی رویکرد شناختی - رفتاری در کاهش افسردگی می‌توان گفت که خلق ناخوشایند و افسرده می‌تواند به عنوان یک برانگیزاننده درونی مصرف کنندگان را به سمت مصرف مجدد سوق دهد. با توجه به اینکه بسیاری از بیماران بر این باورند که به خاطر رها شدن از خلق ناخوشایند و افسرده بایستی به سمت مصرف روی آورند، انجام مداخلات در جهت اصلاح این عقیده و جایگزین نمودن عقاید کارآمدتر ضروری می‌باشد (پترسکی^۱ و همکاران، ۲۰۰۳).

از طرفی مطالعات بسیاری نشان داده اند که سوء مصرف مواد می‌تواند به بروز افسردگی در مصرف کنندگان منجر شود (وادورث^۲ و همکاران، ۲۰۰۶؛ هارد^۳ و همکاران، ۲۰۰۶؛ فریدمن و همکاران، ۲۰۰۴). در این راستا به نظر می‌رسد که آموزش مهارت‌های مقابله‌ای می‌تواند به فرد کمک کند تا به منظور مقابله با برانگیزاننده‌های درونی و به ویژه خلق منفی بر راهبرد سالمتری غیر از مصرف مواد روی آورد. نظریه بک در مورد اختلالات هیجانی متشکل از ۳ عنصر مهم است:

نخستین جزء، وجود افکار منفی خودآیند می‌باشد که به صورت خودکار به ذهن فرد رسیده و در اکثر موارد کاملاً درست و منطبق با واقعیت به نظر می‌رسند. این افکار باعث بروز آشفتگی در خلق شده و خود، افکار و تصاویر ذهنی دیگری را بر می‌انگیزد. جزء دوم وجود خطاهای شناختی منظم در تفکر فرد افسرده است. برخی از این خطاها عبارتند از: تعمیم بیش از حد، شخصی سازی و تفکر همه یا هیچ. جزء سوم عبارتست از وجود طرحواره‌های افسرده ساز. مدل درمان شناختی بر اساس رابطه بین افکار، احساسات و رفتار مبتنی است.

علائم و نشانه‌های افسردگی ناشی از تحریفات شناختی است. حلقه بازخوردی که در افسردگی وجود دارد به این صورت است که نشانگان فرد مبتلا از ایده‌ها و عقایدی که با آنها آغاز می‌شوند تغذیه کرده و از آنها حمایت می‌کنند. از طریق ارائه مدل شناختی می‌توان به افراد کمک کرد تا حلقه‌های این نظام بازخوردی را کوتاه تر کنند. آنها به علت نوع تفکرشان که ریشه در افسردگی دارد قادر به ابراز عواطف نیستند (بک و همکاران، ۱۹۷۹). این یافته همسو با نتایج مطالعات دیگر

1 . Petraski
2 . Wadworth
3 . Harder

مبتنی بر تأثیر تکنیک‌های شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب می‌باشد (زولسنکی^۱ و همکاران، ۲۰۰۶).

مطالعات بسیار حاکی از آن است که خلق مضطرب می‌تواند به عنوان یک برانگیزاننده عمل کرده و فرد را به سمت مصرف مواد سوق دهد. از طرفی مصرف مواد خصوصاً به بروز اضطراب در فرد منجر می‌شود. در تبیین کارایی درمان شناختی - رفتاری بر کاهش اضطراب در مصرف کنندگان می‌توان گفت درمان اضطراب به کمک تکنیک‌های شناختی - رفتاری سبب می‌شود که بیمار کمتر در معرض تجربه خلق ناخوشایند و مضطرب قرار گیرد. بنابراین درمان اضطراب می‌تواند به طور غیر مستقیم در کاهش مصرف اثربخش باشد.

منابع

- بخشانی، نورمحمد. (۱۳۸۱). بررسی ابعاد شخصیت با رویدادهای اضطراب‌زا و حمایت اجتماعی در افراد افسرده: آزمون مدل شناختی افسردگی. پایان نامه دکترای روانشناسی بالینی. انیستیتو روانپزشکی تهران. (مرکز تحقیقات بهداشت روان).
- بک، آ. ت.؛ رایت، ف.؛ دی نیومن، ک.؛ ف.؛ بروس، ل. (۱۳۸۰). درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدر: ترجمه گودرزی، محمدعلی. تهران، انتشارات راهگشا.
- غزایی، بنفشه. (۱۳۸۲). تعیین وضعیت‌های هویتی و ارتباط آن با سبک‌های هویتی و افسردگی در نوجوانان تهران. پایان نامه دکترای روانشناسی بالینی. انیستیتو روانپزشکی تهران (مرکز تحقیقات بهداشت روان).
- فتی، لادن؛ بیرشک، بهروز؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ استفان دابسون، ک. (۱۳۸۴). ساختارهای معناگذاری / طرحواره‌ها، حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چهارچوب مفهومی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۳، ۱۱، ۳۱۲-۳۲۶.
- مهرابی، حسینعلی؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ مولوی، حسین. (۱۳۸۳). بررسی اثر بخشی آموزش خانواده به عنوان درمان مداخله‌ای مکمل در کاهش عود بیماران وابسته به مواد. مجله روانشناسی، ۸، ۳، ۲۶۲-۲۷۸.

Badger, J., Bickel, W. K., Giordano, L. A., Jacobs, E. A., Loewenstein, G., Marsch, L. (2007). Altered states. The impact of immediate craving on the valuation of current and Future opioids. *Journal of Health Economics*, 26, 865-876 .

- Beck, A. T. & Streer, R. A. (1984). Beck Depression Inventory. *The Psychological Corporation: New York* .
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York (NY): Guilford
- Carroll, K. M., Ball, S. A., Nich, C. (2001). Targeting behavioral therapies to enhance naltrexone treatment of opioid dependence: *efficacy of contingency management and significant other involvement*. *Archives of General psychiatry*, 58, 755-761 .
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J. (2007). A vision of the next generation of Behavioral therapies research in the addictions. *Addiction*. 102, 50-862 .
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Versino, E., Lemma, P. (2003). *Methadone maintenance at different dosages for opioid dependent* *Cochrane Database* syst. Rev. 3 .
- Friedman, A. S., Teraras, A., Zhu, W., Mccallum, J. (2004). Depression, negative self image and suicidal attempts as effects of substance use and substance dependence. *Journal of addiction & disorder*, 23, 55-71 .
- Grusser, S. M., Thalemann, C. N., Platz, W., Golz, J., & Partecke, G. (2006). A new approach to preventing relapse in opiate addicts: *a psychometric evaluation*. *Biological Psychology*, 71, 231-235 .
- Harder, V. S., Morral, A. R., Arkesi, J. (2006). Marijuana use and depression among adults: testing for causal association. *Addiction*, 701, 1463-1472 .
- Ilegn, M., Jain, A. & Trafton. (2008). The Effect Of Stress On Craning For Methadone Depends On The Timing Of Last Methadone Dose. *Journal of behavior research and therapy*, 46, 1170-1175.
- Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E. (1999). Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*. 67, 563-570 .
- Jualie, A. Toker, D. (1999). *Changing in addictive behavior*. New York: The Guilford press .
- Kadden, R. M. (2002). Cognitive-behavior therapy for substance dependence: Coping skills training. Retrieved June 28, 2002.
- Lau, M. A. & McMain, S. F. (2005). Integrating mindfulness meditation with cognitive and behavioral therapies: the challenge of combining acceptance and change-based strategies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 863-869
- McGovern, M. P., Fox, S., Xie, H., Dranke, R. E. (2007). A survey of clinical practices and readiness to adapt evidence-based practice: Dissemination research in an addiction treatment system. *Journal of substance abuse treatment*, 26, 305-312 .
- Mckay, J. R. (2007). Lessons Learned from psychotherapy Research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 3, 83, 48-54.
- Miller, W. R., Sorenson, J. L., Selzer, j. A., Brigham, G. S. (2006). Dissemination evidence-based practices in substance abuse treatment: A review with suggestion. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 25-39 .
- Mokri. A. (2002). Brief overview of the status of drug in Iran: *Archives of Iranian Medicine*, 5, 184-190 .
- Petraski, I. L., Leslie, D., Rosenberg, R. (2003). Use of naltrexone in the treatment of alcoholism nationally in the department of veterans affairs. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27, 1780-1784 .

- Pollack, M. H., Penara, S. A. , Bolton, E. , Worthinger, J. J., Allen, G. L., Farach, F., Micheal, W. G. (2002). A novel cognitive behavioral approach for treatment resistant drug dependence. *Journal of substance abuse treatment*, 23, 335-342 .
- Tiffany, S. T. (1999). Cognitive concepts of craving. *Alcohol Research and Health*, 23, 3, 215-224 .
- UNDODC. (2005). World Drug Report 2005. New York: United nations publication .
- Wadworth, E. J. , Moss, S. C. , Simpson, S. A. , Smith, A. P. (2006). Cannabis use, cognitive performance and mood in sample of workers. *Journal of psychopharmacology*, 20, 1, 14-22
- West, R. (2006). *Theory of Addiction*, Blackwell publishing, oxford, 9-28 .
- World Health Organization (WHO) (2006). from <http://www.who.org/infobox/understand.html>
- Zolensky, M. J., Bernstein, A., Marshall, E., & Feldner, M. T. (2006). Panic attacks, pain disorder and agoraphobia: association with substance abuse and dependence. *Journal of current psychiatry report*, 8, 279-285 .

