

تأثیر گروه‌درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر مردان وابسته به مواد افیونی با همبودی اختلال افسردگی اساسی

*مراد رسولی آزاد^۱، دکتر بهرام‌علی قنبری هاشم‌آبادی^۲، دکتر سید محمود طباطبایی^۳

خلاصه

مقدمه: هدف از این پژوهش، رسیدن به راهنمای عملی گروه‌درمانی شناختی رفتاری برای همبودی اختلالات افسردگی اساسی و وابستگی به مواد افیونی و بررسی اثربخشی این راهنمای درمانی در جمعیت بالینی مورد نظر است.

روش کار: در این پژوهش نیمه تجربی تعداد ۳۰ آزمودنی مرد با روش نمونه‌گیری قضاوتی از چند مرکز ترک اعتیاد سطح مشهد جمع‌آوری شدند. تمام آزمودنی‌ها بر اساس ویرایش چهارم معیارهای کتابچه‌ی تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) دارای همبودی اختلال وابستگی مواد افیونی (شیره‌ی تریاک و کریستال) و افسردگی اساسی بودند و به صورت تصادفی در گروه‌های شاهد و آزمون قرار گرفتند (۱۵ نفر در هر گروه). برای ارزیابی از آزمون افسردگی بک II و تست مورفین در اول و آخر درمان استفاده شد. راهنمای درمانی ۱۲ جلسه‌ای در گروه آزمون اجرا شد و گروه شاهد مداخله‌ی شناختی رفتاری دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری مجذور خی و آزمون یومن ویتنی تحلیل شدند.

یافته‌ها: در گروه آزمون ۵ آزمودنی عود داشتند که نسبت به گروه شاهد که عود در هر ۱۵ آزمودنی مشاهده شد به طور معنی‌داری پایین‌تر بود ($P < 0.001$). میزان افسردگی گروه آزمون نیز در پس‌آزمون با میانگین رتبه‌ی ۸ نسبت به گروه شاهد با میانگین رتبه‌ی ۲۳، کاهش معنی‌داری نشان داد ($P < 0.001$).

نتیجه‌گیری: استفاده از روش گروه درمانی شناختی رفتاری در درمان مبتلایان به اختلال وابستگی به مواد افیونی همراه با اختلال افسردگی اساسی موثر می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: اختلال افسردگی اساسی، اختلال وابستگی به مواد افیونی، درمان شناختی رفتاری، گروه درمانی، همبودی

مقدمه

سوء مصرف مواد^۱ و هم‌چنین اعتیاد^۲، از غم‌انگیزترین معضلات جوامع امروزی می‌باشند. وابستگی به مواد^۳ اختلال مزمن و عودکننده‌ای است که شروع و تداوم آن متأثر از تعامل عوامل

*مؤلف مسئول: ایران، مشهد، دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، حوزه‌ی ریاست

تلفن تماس: ۰۵۱۱-۸۷۸۳۰۰۸

mrasoliazad@yahoo.com

تاریخ تایید: ۸۸/۳/۲۶

تاریخ وصول: ۸۷/۹/۲۵

^۱کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی

^۲دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی

^۳استاد گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، بیمارستان روان‌پزشکی ابن سینا

مختلف ژنتیکی، روانی، اجتماعی و محیطی می‌باشد. این بیماری همانند سایر بیماری‌های روانی از چندین عامل سرچشمه می‌گیرد که در هر فرد ممکن است گروه خاصی از آن‌ها بیشتر شرکت داشته باشند. بنا بر این اگر در درمان اعتیاد تنها یکی از عوامل مدنظر قرار گیرد و از سایر عوامل چشم‌پوشی شود، احتمال موفقیت در درمان به شدت کاهش خواهد یافت. از طرف دیگر وجود تقریباً دو میلیون معتاد به مواد افیونی در جامعه‌ی جوان ایران، پایین آمدن سن اعتیاد، شیوع خطرناک اعتیاد در بعضی از مراکز، مدارس و خوابگاه‌های دانشجویی و هم‌چنین وجود متجاوز از صد هزار زندانی مرتبط با اعتیاد در زندان‌های کشور، مسئله‌ی اعتیاد را از مرحله‌ی هشدار و زنگ خطر گذرانده و ضرورت تلاش سریع‌تر برای درمان این پدیده‌ی اجتماعی را طلب می‌کند (۱-۳).

^۱Substance abuse

^۲Addiction

^۳Substance Dependency

سوء مصرف کوکائین، بین دو گروه درمانی تفاوت معنی دار به دست آمد (۱۱).

فیشر^۱ و اسکات^۲ نیز در مطالعه‌ای تاثیر دو روی آورد درمانی بیمار بهبود و یک روی آورد شناختی رفتاری را در میان مصرف کنندگان مواد مخدر با اختلال شخصیت یک گروه شاهد که هیچ درمانی دریافت نمی کردند مورد مقایسه قرار دادند. در هر گروه ۱۹ بیمار قرار گرفت و نتایج مطالعه حاکی از آن بود که بیماران سرپایی تحت درمان با روی آورد درمانی شناختی رفتاری به شکل معنی داری کاهش مصرف داشتند و درضمن روابط اجتماعی و خانوادگی آنها بهبود یافته و کارکرد روان شناختی موثرتر و کارآمدتری به دست آوردند. علاوه بر این پیش آگهی عدم بازگشت نیز در گروه شناختی رفتاری بهتر ارزیابی شد (۱۲).

مارکوس^۳ و فورمیگونی^۴ نیز در مطالعه‌ای دو فرم انفرادی و گروهی درمان شناختی رفتاری برای بیماران وابسته به مواد را مورد بررسی و مقایسه قرار دادند. در این مطالعه بیماران به صورت تصادفی به دو گروه درمان انفرادی (۷۷ نفر) و درمان گروهی (۷۸ نفر) تقسیم شدند. نتایج نشان داد که علاوه بر کارا بودن این درمان‌ها، دو فرم درمان به نتایج مشابهی رسیده‌اند (۱۳). تحقیقات دیگر نیز به نتایج مشابهی دست یافته‌اند (۱۴، ۱۵).

بنا بر این از یک سو با توجه به میزان بالای همبودی اختلال افسردگی با وابستگی به مواد و از سوی دیگر مسایل و مشکلات همراه دارودرمانی از قبیل سوء مصرف داروی تجویزی، عدم رعایت وعده‌های مصرف دارو و عوارض و اثرات جانبی این داروها تلاش‌ها برای یافتن روان درمانی‌های کوتاه مدت و کارا به طور روزافزونی افزایش یافته است (۱۶) لذا با توجه به یافته‌های پیشین و با در نظر گرفتن این که اکثر پژوهش‌های انجام گرفته در داخل کشور اختلالات همراه وابستگی به مواد را کمتر مورد توجه قرار داده‌اند لزوم به کارگیری درمان شناختی رفتاری برای همبودی افسردگی با

در این میان، چند بعدی بودن سبب شناسی اختلال وابستگی به مواد و مسئله‌ی همبودی با اختلالات دیگر نیز از موانع دیگر مشکل ساز درمان بیماران وابسته به مواد می باشد به طوری که تحقیقات نشان داده‌اند بیش از ۷۰ درصد افراد وابسته به مواد علاوه بر مشکل مصرف مواد از اختلالاتی مانند اختلالات شخصیتی، جنسی، اضطرابی، افسردگی و اختلالات جسمی رنج می‌برند که در این میان وجود افسردگی بارزتر می باشد (۴، ۵).

در سال‌های اخیر توجه خاصی به درمان روان شناختی یکپارچه‌ی اختلال افسردگی همراه اختلال مصرف مواد شده است (۸-۶). به اعتقاد محققان با وجود نرخ شیوع بالای همبودی این دو اختلال و تعامل آنها با یکدیگر و نقش بازدارانه‌ی اختلال افسردگی در بهبود از مصرف مواد روان درمانی‌های ارایه شده برای مصرف مواد اختلالات خلقی همراه را به ندرت در نظر گرفته‌اند و همین مسئله مداخله‌های انجام گرفته در حوزه‌ی اختلالات مصرف مواد را کم اثر ساخته و عود مکرر را در این بیماران در پی داشته است (۴) در حالی که شواهد نشان داده‌اند درمان اختلالات خلقی (عاطفی) می‌تواند سوء مصرف مواد را کاهش دهد (۹). در این میان از بین رویکردهای روانی اجتماعی که در زمینه‌ی درمان سوء مصرف مواد ارزشیابی شده‌اند، درمان‌های شناختی رفتاری حمایت تجربی بسیار بالایی به دست آورده‌اند (۱۰، ۱۱). برای مثال، کارول و همکاران درمان شناختی رفتاری را با یک روان درمانی فعال دیگر یعنی روان درمانی بین فردی در بیماران کوکائینی مقایسه کردند (۱۱).

نسبت بیمارانی که درمان را تا انتها دنبال کردند در گروه درمان شناختی رفتاری بیشتر از روان درمانی بین فردی بود (۶۷٪ در برابر ۳۸٪)، بیمارانی که سه هفته یا بیشتر از مواد پرهیز کردند، در درمان شناختی رفتاری بیشتر از روان درمانی بین فردی بود (۵۷٪ در برابر ۳۳٪) و نیز بیمارانی که پس از درمان، پرهیز پیوسته‌ی ۴ هفته‌ی یا بیشتر داشتند در گروه درمان شناختی رفتاری بالاتر بود (۴۳٪ در برابر ۱۹٪). هر چند اندازه‌ی نمونه‌ی این مطالعه کوچک بود و تفاوت‌ها به سطح معنی دار نمی‌رسید، اما در طبقه‌بندی آزمودنی‌ها بر مبنای شدت

¹Fisher

²Scott

³Marques

⁴Formigoni

وابستگی به مواد در فرهنگ ایرانی بیش از پیش مشخص می‌شود.

بنا بر این پژوهش حاضر با در نظر گرفتن این پیش‌فرض که گروه‌درمانی با رویکرد شناختی رفتاری باعث کاهش معنی‌دار میزان عود و نشانه‌های افسردگی اساسی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد می‌شود به بررسی تأثیر درمان گروهی شناختی رفتاری در بین مصرف‌کنندگان مواد دارای همبودی با اختلال افسردگی و گروه شاهد پرداخته است.

روش کار

آزمودنی‌ها: جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر عبارت است از تمام بیماران مرد وابسته به مواد افیونی (شیره‌ی تریاک و کریستال) دارای همبودی اختلال افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به ۵ مرکز خود معرف زندگی، دانشگاه، یاس، شفا و نوید شهر مشهد بود که از نیمه‌ی شهریور تا نیمه‌ی آبان ماه ۱۳۸۵ تحت سم‌زدایی قرار گرفتند. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر مرد بود که در دو گروه ۱۵ نفری شامل گروه آزمون و گروه شاهد به طور تصادفی قرار گرفتند.

برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری قضاوتی^۱ (مبتنی بر قصد) استفاده شد. در این روش، نمونه‌گیری یعنی گزینش بخشی از جامعه که اعضای آن بر پایه‌ی داوری شخص پژوهنده مشخص می‌شود (۱۷) اعضای نمونه از بین افرادی انتخاب شده بودند که برای درمان وابستگی مواد افیونی (شیره‌ی تریاک و کریستال) در مدت مقرر به یکی از درمانگاه‌های معرفی شده‌ی ترک اعتیاد شهر مشهد مراجعه کرده و یا تحت درمان سم‌زدایی قرار گرفته بودند که روان‌پزشک درمانگاه بر اساس مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته بر مبنای DSM-IV^۲ آن‌ها را دارای افسردگی اساسی تشخیص می‌داد.

ویژگی‌های شمول برای انتخاب نمونه شامل جنس مرد، تسلط به زبان فارسی، حدود سنی بین ۲۰-۵۵ سال، دارا بودن ملاک‌های تشخیصی DSM-IV برای هر دو اختلال خلقی

(اختلال افسردگی اساسی) و اختلال وابستگی مواد (تریاک، شیره، کریستال)، طول اعتیاد حداقل ۲ و حداکثر ۲۰ سال، عدم تشخیص دیگر از محورهای I یا II اختلالات روانی، عدم دارا بودن مشکلات طبی یا قانونی تأثیرگذار بر روند بیماری فرد شرکت‌کننده، عدم دریافت داروهای روان‌پزشکی (اعم از بنزودیازپین‌ها، هر نوع داروی ضدافسردگی یا ضدجنون) برای مدت بیش از دو هفته قبل از شروع مداخله‌ی درمانی بودند. بیماران دارای شرایط فوق و مایل به همکاری در تحقیق با کسب رضایت‌نامه‌ی کتبی وارد شدند.

روش درمان: روش تحقیق حاضر از نوع نیمه تجربی (طرح گروه شاهد با پیش‌آزمون، پس‌آزمون) و کارآزمایی بالینی^۳ می‌باشد. هر ۳۰ نفر آزمودنی در شروع و طول دوره‌ی درمانی، تحت درمان سم‌زدایی با متادون بودند و هیچ‌کدام به درمان نگهدارنده با متادون^۴ (MMT) نرسیده بودند به این معنی که زمان مراجعه‌ی آن‌ها برای سم‌زدایی ۶ ماه و یا کمتر گذشته بود.

گروه آزمون به مدت ۱۲ جلسه‌ی هفتگی ۱/۵ ساعته هم‌زمان با سم‌زدایی تحت درمان گروهی شناختی رفتاری برای هر دو اختلال قرار گرفتند و گروه شاهد نیز بدون مداخله‌های شناختی رفتاری و مداخله برای اختلال افسردگی اساسی، طبق راهنمای عملی رایج برای گروه درمانی اختلال وابستگی مواد که توسط سازمان بهزیستی تهیه شده است و روان‌درمانی رایج اختلال وابستگی به مواد در مرکز TC^۵ مشهد و درمانگاه‌های ترک اعتیاد، در جلسات هفتگی شرکت کردند.

در هفته‌ی چهارم به علت غیبت اکثر افراد گروه، جلسه تشکیل نشد. در جلسات بعد هم افراد غایب زیادی وجود داشتند (در گروه آزمون این مشکل وجود نداشت و آزمودنی‌ها با غیبت کم و به طور مرتب در جلسات گروه شرکت می‌کردند). با وجود این گروه درمانی تا آخر ادامه یافت و در درمانگاه تست مرفین و پس‌آزمون و آزمون افسردگی بک (BDI-II)^۶ گرفته شد.

^۳Clinical Trail

^۴Methadone Maintenance Treatment (MMT)

^۵Therapeutic Community

^۶Beck Depression Inventory II (BDI-II)

^۱Judgmental Sampling (Purposive Sampling)

^۲Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 4th edition

جدول ۱- راهنمای عملی پژوهش و شرح جلسات گروهی درمانی در گروه آزمون

قوانین گروه	
جلسه اول	معرفی مدل درمان شناختی رفتاری بالا بردن انگیزه (امیدواری) دو بیماری بر علیه یک نفر است اما می توانی برنده شویی مشخص کردن و جنگیدن با برانگیزاننده ها درک میل، توصیف میل و مقابله با میل شناسایی برانگیزاننده ها اجتناب از نشانه ها
جلسه دوم	تقویت انگیزه و تعهد بیمار نسبت به ترک مصرف مواد روشن سازی اهداف درمان اولویت بندی سایر مسائل آماجی بررسی و توجه به دوسوگرایی بیمار در رابطه با ترک مصرف مواد
جلسه سوم	ارزیابی دسترس پذیری مواد شناسایی عرضه کنندگان مواد (مقابله با دوستان و اعضای خانواده) برخورد با عرضه کنندگان مواد
جلسه چهارم	بحث در مورد شیوه های ارتباطی اعضا آموزش مهارت های امتناع از مواد، ایفای نقش در جلسه درمان مرور تفاوت بین پاسخ دهی انفعالی، پرخاشگرانه و جرات ورزانه
جلسه پنجم	مدیریت اختلال افسردگی بدون اختلال وابستگی مواد شناسایی و مقابله با افکار مرتبط با مواد و افسردگی
جلسه ششم	آشنایی با مدل ABCD تمرین عملی (کار با مدل ABCD و ارزیابی گزارش)
جلسه هفتم	درک تصمیم های به ظاهر نامربوط انکار، تردید، تصدیق و پذیرش تمرین روی تصمیم گیری های سالم
جلسه هشتم	تفسیر علایم و شناسایی علایم اولیه اغتشاش پیش بینی موقعیت های خطر آفرین تدوین یک برنامه ی مقابله ای
جلسه نهم	معرفی گام های اساسی مسئله گشایی تمرین مهارت های مسئله گشایی (در مورد افسردگی و مصرف مواد برای هر کدام یک مورد و چگونگی تعامل بین این دو اختلال)
جلسه دهم	شناسایی مسئله (مسایل روانی اجتماعی) تعیین اهداف (شناسایی و اولویت بندی) شناسایی منابع (راه حل ها و امکانات لازم) مشخص کردن برنامه (تهیه ی یک برنامه ی حمایتی عینی و گام های لازم جهت دستیابی به اهداف)
جلسه یازدهم	مرور دوباره ی برنامه و اهداف درمان ارایه ی بازخورد در مورد پیشرفت دریافت بازخورد از بیمار در مورد جنبه های موفق و ناموفق درمان

در اولین جلسه پس از بیان قوانین کلی و اهمیت موارد عمومی گروه درمانی از افراد هر دو گروه، با استفاده از آزمون افسردگی بک^۱ و تست مرفین پیش آزمون به عمل آمد.

آزمون افسردگی بک پس از ۱۲ جلسه، گروه درمانی و تست مرفین در طول کارآزمایی بالینی در درمانگاه به صورت هفتگی و هنگام مراجعه برای گرفتن متادون از آزمودنی های هر دو گروه به عنوان پس آزمون گرفته شد. کسانی که تست آن ها در طول کارآزمایی بالینی (تست های هفتگی) مثبت شده به عنوان عود محسوب می شد، ولی اجازه داشتند که در جلسات شرکت کنند (در گروه شاهد نیز به همین ترتیب در صورت عود اجازه داشتند در جلسات شرکت کنند).

برای تحلیل داده های پیش آزمون پس آزمون تست افسردگی بک از آزمون یومن ویتنی^۲ استفاده شد. دلیل کاربرد این آزمون نداشتن مفروضات لازم هم جهت استفاده از آزمون پارامتری تی برای گروه های مستقل و هم مقیاس فاصله ای برای نمرات افسردگی بک است. در آخر برای میزان عود از آزمون خی دو استفاده شد. ساختار جلسات درمان با استفاده از تلفیق قسمت هایی از سه راهنمای درمانی ویس^۳ برای اختلال خلقی و مصرف مواد به طور هم زمان برای اختلال مصرف مواد و یعقوبی نصرآبادی برای اختلال افسردگی اساسی، ساخته شد که بیشترین پشتوانه ی تحقیقی را داشتند و اثر بخشی آن ها اثبات شده بود (۱۸، ۱۱، ۷). قسمت هایی از جلسات در جدول (۱) ذکر شده است.

ابزارهای پژوهش: آزمون افسردگی بک: این آزمون دارای ۲۱ ماده است که با هم فکری متخصصان بالینی در مورد نشانه های مرضی بیماران افسرده تدوین شده است. برتری این آزمون این است که برای اندازه گیری شدت افسردگی هم در جمعیت بالینی و هم در جمعیت بهنجار معتبر است (۱۹). آزمون افسردگی بک از هنگام تدوین تاکنون مورد ارزیابی روان سنجی گسترده ای قرار گرفته و در بیشتر پژوهش ها از جمله در پژوهش های انجام شده در ایران اعتبار و پایایی آن تایید شده است (۱۹).

^۱ Beck Depression Inventory

^۲ Mann Whitney

^۳ Weiss

نتایج

به منظور آرایه‌ی تصویر روشن‌تری از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌های مورد پژوهش، جدول (۲) میانگین و انحراف معیار سن و تحصیلات و مدت مصرف را برای دو گروه نشان می‌دهد. تحلیل تفاوت میانگین‌ها برای دو گروه مستقل نشان داد که میانگین سنی، مدت مصرف مواد و مدت تحصیل گروه‌ها از نظر آماری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری ندارند ($P > 0.05$).

جدول ۲- مقایسه‌ی تفاوت ویژگی‌های سنی، تحصیلی و طول

مدت مصرف گروه‌های شاهد و آزمون

متغیرها (سال)	گروه آزمون		گروه شاهد		درجه‌ی آزادی	معنی‌داری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
سن	۳۳	۱۰/۷	۳۲	۱۱/۰۶	۲۸	۰/۶۹
تحصیلات	۱۱/۱۳	۲/۹۲	۱۰/۲۰	۲/۲۴	۲۸	۰/۸۶
مدت مصرف مواد	۱۳/۲۶	۹/۲۶	۱۳/۱۳	۹/۰۷	۲۸	۰/۲۰

به منظور آرایه‌ی تصویر روشن‌تری از یافته‌های پژوهش در جدول (۳) یافته‌های توصیفی مربوط به متغیر افسردگی در پژوهش به تفکیک گروه آرایه شده است.

جدول ۳- میانه و مد دو گروه در مقیاس افسردگی بک

متغیر	گروه آزمون		گروه شاهد	
	میانه	مد	میانه	مد
پیش آزمون	۴۸	۴۶	۴۷	۴۳
پس آزمون	۲۶	۲۶	۴۸	۴۸

میزان تفاوت گروه‌ها در تست مرفین با استفاده از آزمون خی‌دو مورد تحلیل قرار گرفت که میزان عود در گروه آزمون در طول درمان ۵ نفر بود که در برابر هر ۱۵ نفر عود در گروه شاهد با مقدار خی دو ۱۵/۰۰ تفاوت معنی‌داری نشان داد یعنی گروه آزمون عود کمتری داشتند ($P < 0.001$).

برای بررسی تفاوت بین رتبه‌های گروه‌های دوگانه‌ی پژوهش، در مورد نشانه‌های افسردگی در گروه آزمون و گروه شاهد از آزمون یومن‌ویتنی استفاده شد. همان‌طور که در جدول (۴) مشاهده می‌شود در میانگین رتبه‌های دو گروه آزمون ۱۶/۰۷ و

این آزمون هم‌چنین توسط منصور و دادستان اعتباریابی شده است (۲۰). این آزمون در اول و آخر درمان (۲ بار) به صورت پیش آزمون پس آزمون انجام گرفت.

مصاحبه‌ی بالینی ساخت یافته^۱ (SCID): مصاحبه‌های ساختاریافته از اعتبار بیشتری برخوردارند اما افزایش ساخت‌یافتگی مصاحبه‌ها یکی از قوی‌ترین جنبه‌های آن‌ها یعنی انعطاف‌پذیری را تضعیف می‌کند. نتایج پژوهش‌ها و مطالعات نشانگر این است که مصاحبه‌ی حاضر دارای روایی و پایایی خوبی برای تشخیص اختلالات روانی است (۲۱). خصوصیات روان‌سنجی نسخه‌ی فارسی آن نیز در ایران توسط شریفی و همکاران، بررسی شده و نتیجه‌ی پایایی آزمون و آزمون مجدد^۲ آن در وابستگی اخیر به تریاک ۰/۸۴ و تشخیص طول عمر ۰/۹۲، هم‌چنین روایی آن از طریق ک، ۰/۵۹ با حساسیت ۰/۶۱ و اختصاصی بودن ۰/۹۶ تعیین شد.

نتیجه‌ی پایایی آزمون و آزمون مجدد برای اختلال افسردگی اساسی برای تشخیص طول عمر ۸۲/۶، حمله‌ی اخیر ۸۳ هم‌چنین روایی آن از طریق ک، ۰/۴۹ با حساسیت ۰/۶۴ و اختصاصی بودن ۰/۸۹، مشخص گردید که نشان دهنده‌ی خصوصیات روان‌سنجی مناسب برای جمعیت ایرانی است. تشخیص وابستگی به مواد افیونی و اختلال افسردگی اساسی اخیر و طول عمر در بیماران با این ابزار انجام شد که ترجمه‌ی فارسی آن از همین مولفین در دسترس است. این مصاحبه توسط روان‌پزشک مرکز به منظور گزینش بیماران و برای تشخیص اختلال وابستگی مواد افیونی (شیره‌ی تریاک و کریستال) و اختلال افسردگی اساسی و همبودی این اختلالات و هم‌چنین تشخیص دیگر اختلالات همراه این دو اختلال استفاده شد (۲۲).

آزمون سنجش مرفین در ادرار: در طول مطالعه به طور مرتب، جهت سنجش عود در طول درمان و بین جلسات درمانی هفته‌ای یک‌بار در درمانگاه در افراد مورد مطالعه بدون اطلاع قبلی از آزمون سنجش مرفین در ادرار توسط پرسنل درمانگاه استفاده شد.

^۱Structured Clinical Interview for DSM-IV

^۲Test-Retest Reliability

نتایج حاکی از آن است که درمان شناختی رفتاری کاهش معنی داری را در میزان عود گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد نشان داده است. این یافته با نتایج تحقیقات کاتلین^۱، فیشر و اسکات، مارکوس و فورمیگونی، انجمن روان پزشکی آمریکا، یین^۲ و همکاران و ویس و همکاران همسو است (۱۳-۱۰، ۲۳، ۱۵).

محققان در بررسی علل شروع اعتیاد و عود آن پس از درمان، به عوامل مختلفی هم چون تنیدگی و فقدان مهارت های مقابله ای مناسب، فقدان جرات ورزی و وضعیت سلامت روانی، هم چنین وضعیت خلقی نامناسب به خصوص در همبودی با اختلال افسردگی اساسی اشاره کرده اند (۶-۴، ۲۵-۲۳).

نقش افسردگی در شروع، تداوم و عود اعتیاد پس از درمان در مطالعات مختلفی مورد تایید قرار گرفته است (۲۶) و بر این نکته نیز تاکید شده است که باید در درمان وابستگی مواد به اختلال همبود از جمله افسردگی و اضطراب پرداخته شود. فقدان مداخله ای مناسب در اختلال همراه، احتمال عود وابستگی را بیشتر می کند به عبارت دیگر افسردگی به عنوان متغیری تعدیل گر در پیامدهایی هم چون اعتیاد و یا عود عمل می کند و از طرفی الگوی مقابله با افسردگی معتادین یک روش ناسالم در کنار آمدن با شرایط تنش زا است از این رو پرورش مهارت های مقابله ای با افسردگی و شناخت درمانی آن می تواند احتمال عود را کاهش دهد (۴).

یکی دیگر از مهارت هایی که می تواند توانایی های یک معتاد را در برابر پیشنهاد دیگران برای مصرف مجدد پس از بهبودی اش بالا ببرد مهارت جرات ورزی می باشد و به علت این که اغلب معتادان از جرات ورزی پایینی برخوردارند آموزش مهارت جرات ورزی نیز می تواند در کاهش عود موثر باشد. از طرفی درمان های شناختی رفتاری اعتیاد دارای مولفه هایی هم چون تحلیل کارکردی، مهارت آموزی و پیش گیری از عود می باشند.

در تحلیل کارکردی، فرد عوامل برانگیزاننده ی وسوسه و عود را شناسایی می کند و با دوری از این عوامل احتمال عود را

شاهد ۱۴/۹۳ در پیش آزمون با توجه به نمره ی Z و سطح معنی داری تفاوت معنی دار مشاهده نمی شود، اما با توجه به مقایسه ی رتبه های گروه شاهد ۲۳ و آزمون ۸ در پس آزمون با استفاده از آزمون یومن ویتنی، تفاوت رتبه های این دو گروه در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار شده است و آزمودنی های گروه آزمون نسبت به گروه شاهد در پس آزمون رتبه های کمتری داشته و نمرات آن ها کمتر شده است.

جدول ۴- آزمون یومن ویتنی برای مقایسه ی میزان افسردگی

گروه شاهد و آزمون در پیش آزمون و پس آزمون

معنی داری	مقدار Z	جمع رتبه ها	میانگین رتبه ها	رتبه ها
۰/۷۲۳	۰/۵۹۴	۲۴۱	۱۶/۰۷	آزمون
		۲۲۴	۱۴/۹۳	پیش آزمون
۰/۰۰۱	۴/۶۷۰	۱۲۰	۸	آزمون
		۲۳	۲۳	پس آزمون

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش نیمه تجربی تعداد ۳۰ آزمودنی مرد با روش نمونه گیری قضاوتی از چند مرکز ترک اعتیاد سطح مشهد جمع آوری شدند. تمام آزمودنی ها بر اساس ویرایش چهارم معیارهای کتابچه ی تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) دارای همبودی اختلال وابستگی مواد افیونی (شیره ی تریاک و کریستال) و افسردگی اساسی بودند و به صورت تصادفی در گروه های شاهد و آزمون قرار گرفتند (۱۵ نفر در هر گروه).

برای ارزیابی از مقیاس افسردگی بک II و تست مورفین در اول و آخر درمان استفاده شد. راهنمای درمانی ۱۲ جلسه ای در گروه آزمون اجرا شد و گروه شاهد مداخله ی شناختی رفتاری دریافت نکرد. داده ها با استفاده از آزمون های آماری مجذور خی و آزمون یومن ویتنی تحلیل شدند.

در گروه آزمون ۵ آزمودنی عود داشتند که نسبت به گروه شاهد که عود در هر ۱۵ آزمودنی مشاهده شد به طور معنی داری پایین تر بود ($P < ۰/۰۰۱$). میزان افسردگی گروه آزمون نیز در پس آزمون با میانگین رتبه ی ۸ نسبت به گروه شاهد با میانگین رتبه ی ۲۳، کاهش معنی داری نشان داد ($P < ۰/۰۰۱$).

^۱Catlin

^۲Yen

کاهش می‌دهد. در مهارت‌آموزی به فرد کمک می‌شود تا عادات قدیمی مرتبط با سوء مصرف مواد را ترک کرده و مهارت‌ها و عادات سالم‌تری را یاد بگیرد. در پیش‌گیری از عود به مراجع در شناسایی و برنامه‌ریزی مقابله با موقعیت‌های پرخطری که ممکن است در آینده رخ دهد کمک می‌شود و به فرد راهبردهای مقابله‌ای کارآمد کلی و هم‌چنین مهارت‌های خاص برای دوری از وسوسه آموزش داده می‌شود. چنین آموزش‌هایی باعث بهبود احساس خودکارآمدی و پرورش راهبردهای مهار خود در موقعیت‌های پرخطر و در نتیجه کاهش عود می‌شود (۲۷).

مسئله‌ی دیگری که باید در تبیین این یافته مد نظر قرار داد این است که براساس نظریه‌ی خوددرمانی کانتزلیان سوء مصرف مواد از سوی افراد معتاد نوعی خود درمانی دانسته می‌شود که افراد معتاد برای رفع مشکلاتی مانند افسردگی به مصرف این مواد روی می‌آورند (۲۶).

در مجموع می‌توان کاهش عود در اعضای گروه آزمون را به کسب مهارت‌های مقابله‌ای و مداخله در اختلال افسردگی اساسی همراه نسبت داد.

هم‌چنین آزمون یومن ویتنی نشان داد که میزان افسردگی اساسی در گروه آزمون در پس‌آزمون نسبت به موقعیت پیش‌آزمون در اثر مداخله‌ی شناختی رفتاری کاهش معنی‌دار و چشم‌گیری داشته است. این یافته با تحقیقات اپلی^۱ و همکاران، وارد^۲ و همکاران، فاوا^۳ و همکاران، فاوا رووینی^۴ و همکاران، رینیکه^۵ و همکاران، لام^۶ و همکاران، پارکر^۷ و کریستینسن^۸ و اوی^۹ و ویس^{۱۰} و همکاران همسو می‌باشد (۲۷-۳۵).

همان‌طور که پیشتر گفته شد افسردگی می‌تواند تاثیر مستقیم در ادامه و میزان مصرف داشته باشد و هم‌چنین احتمالاً اغلب

معتادین از مصرف مواد و وابستگی آن‌ها به عنوان راهی جهت مقابله با طیف وسیعی از اختلال خلقی و هم‌چنین برای رسیدن به حالتی خوشایندتر از حالات افسردگی و فرار از مشکلات بین فردی به وجود آمده و در نتیجه‌ی این اختلال، استفاده می‌کنند. این وضع به چند دلیل رخ می‌دهد زیرا ممکن است فرد مقابله با مشکلات زندگی بزرگسالی از جمله افسردگی را فرا نگرفته باشد یا ممکن است فرد در یک دوره‌ی زمانی این راهبردهای مقابله‌ای را فرا گرفته ولی به دلیل تکیه‌ی مکرر بر مصرف مواد به عنوان راهی جهت مقابله با مشکلات، این مهارت‌ها در وی تضعیف شده باشد. هم‌چنین ممکن است این بیماران به علت درگیری مزمن با سبک زندگی متکی به مصرف مواد که در آن بخش عمده‌ای از وقت آنان صرف تهیه، مصرف و سپس بهبودی از اثرات مواد می‌گردد، راهبردهای موثر را فراموش کرده باشند و یا این که توانایی فرد در استفاده از راهبردهای مقابله‌ای موثر در نتیجه‌ی سایر مشکلات از جمله مصرف مواد هم‌زمان با یک اختلال روان‌پزشکی که شایع‌ترین آن افسردگی اساسی است، تضعیف شده باشد (۱۱، ۳۶). هم‌چنین از این نکته نباید غافل شد که درمان وابستگی مواد نیز می‌تواند بر روی کاهش افسردگی تاثیر بگذارد هم‌چنان‌که از مطالعه‌ی حاضر می‌توان تاثیر متقابل این دو اختلال را دریافت.

از این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که استفاده از درمان شناختی رفتاری برای اختلالات همراه با وابستگی مواد همراه با مداخله در وابستگی مواد به طور هم‌زمان می‌تواند در کاهش میزان عود در حین سم‌زدایی، پایان سم‌زدایی و هم‌چنین در مرحله‌ی پی‌گیری بعد درمان موثر باشد و این مسئله با پژوهش‌های ویس و همکاران که اثر بخشی دارو درمانی را در اختلالات خلقی همبود با اختلال وابستگی مواد سنجیده‌اند (۶) و سادوک که اشاره می‌کند که مداخله‌ی درمانی یکپارچه یعنی به طور هم‌زمان در دو اختلال بهتر از مداخله در فقط یک اختلال یا در هر دو اختلال ولی به طور جداگانه و غیرهم‌زمان خواهد بود همسو است (۳۷).

ویس اشاره می‌کند که استفاده از دارودرمانی‌ها در این بیماران به طور عام روی درمان اختلال روان‌پزشکی همراه

¹Appleby²Ward³Fava⁴Ruini⁵Reinecke⁶Lam⁷Parker⁸Christensen⁹Oei¹⁰Weiss

متمرکز است به این امیدواری که درمان اختلال روان‌پزشکی همراه، نتایج اختلال مصرف مواد را بهبود خواهد داد (۳۶). روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد انجام گرفته است. از آقایان دکتر آقامحمدیان و دکتر حسن‌آبادی که از انتقادات گرانبهای ایشان در این مطالعه استفاده شده است نهایت قدردانی و تشکر را داریم.

همچنین از زحمات تمام افرادی که در اجرای این تحقیق ما را یاری نمودند از جمله مدیریت درمانگاه‌های درمان اختلالات وابسته به مواد خصوصی زندگی، دانشگاه، یاس، شفا و نوید شهر مشهد و روان‌شناسان و روان‌پزشکان این درمانگاه‌ها، نهایت تشکر را داریم.

تشخیص، مستلزم توجه خاص به هر دو اختلال است. **تشکر و قدردانی**

این مطالعه با منافع شخصی نویسندگان ارتباطی نداشته و با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشکده‌ی علوم تربیتی و

References

- Ahmadi J, Sharifi M, Mohagheghzadeh S, Dehbozorgi R, Farrashbandi H, Moosavinasab M, et al. Pattern of cocaine and heroin abuse in a sample of Iranian population. *Ger J Psychiatry* 2005; 8: 1-4.
- Mokri A. Brief overview of the status of drug abuse in Iran. *Arch Iranian Med* 2002; 5(3): 184-90.
- Ahmadi J, Hasani M. Prevalence of substance use among Iranian high school students. *Addict Behav* 2003; 28: 375-9.
- Hasin D, Liu X, Nunes E, MacCloud S, Samet S. Effects of major depression on remission and relapse of substance dependence. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 375-80.
- Grant FB. The Influence of comorbid major depression and substance use disorders on alcohol and drug treatment: Results of a national survey. *NIDA Res Monograph* 1997; 172: 4-15.
- Weiss DR, Najavits ML, Greenfield FS. A relapse prevention group for patients with bipolar and substance use disorders. *J Substance Abuse Treat* 1999; 16(1): 47-54.
- Weiss DR, Griffin LM, Greenfield FS, Najavits L, Wyner D, Soto AJ, et al. A group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: Results of a pilot study. *Am J Psychiatry* 2000; 61(5): 361-7.
- Weiss DR. Treating patients with bipolar disorder and substance dependence: Lessons learned. *J Substance Abuse Treatment* 2004; 27: 307-12.
- Quello BS, Brady TK, Sonne CS. Mood disorders and substance use disorder: A complex comorbidity. *Sci Pract Perspective* 2005: 13-8.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders - fourth edition (DSM-IV). 4th ed. Washington. DC: American Psychiatric Association; 1994: 191-297.
- Cathlin MC. [The practical manual of cognitive-behavior in cocaine abuse]. Bakhshi Poor A, Mohamadkhani H. (translators). 1st ed. Tehran: Espan Honar; 2002: 18-125. (Persian)
- Fisher M, Scott SR. Effectiveness study of two group models with substance abusing mentally ill (multi challenged) consumers. *J Alcohol Drug Educ* 1996; 52: 25-38.
- Marques AC, Formigoni ML. Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. *Addiction* 2001; 96: 835-46.
- Kaminer Y, Bursleson JA, Goldberger R. Cognitive-behavioral coping skills and psychoeducation therapies for adolescent substance abuse. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190: 737-45.

15. Yen CF, Wu HY, Yen JY, KO CH. Effects of brief cognitive-behavioral interventions on confidence to resist the urges to use heroin and methamphetamine in relapse-related situations. *J Nerv Ment Dis* 2004; 192: 788-91.
16. Woody EG, McLellan AT, O'Brien PC, Luborsky L. Addressing psychiatric comorbidity. National institute on drug abuse. Res Monograph Series 1991; 106: 152-66.
17. Khaki Gh. [Research method on the dissertation approach. Ministry of Culture and Higher Education]. 1st ed. Tehran: Derayat; 1999: 235-6. (Persian)
18. Yaghubi Nasrabadi M, Atef-Vahid MK, Ahmadzadeh GH. [The effectiveness of cognitive behavioral group therapy in reducing of depressing and anxiety in mood disorder patients]. *Andeesheh va Raftar* 2003; 9(2): 56-63. (Persian)
19. Parvizifard AA, Birashk B, Aatef-Vahid MK, Shakeri H. [The study of co morbidity of mood and anxiety disorders in substance dependency and normal participants]. *Andeesheh va Raftar* 2001; 1(2): 12-7. (Persian)
20. Hamidpoor H. [The study of efficiency and effectiveness of Beck and Teasdale. Cognitive therapy in dystimic disorder]. MA. Dissertation. Mashhad: Ferdowsi University of Mashhad, College of psychology and educational sciences, 2003: 100-10. (Persian)
21. Gary Grath M. [Psychometric guide]. Pasha Sharifi H, Nikkhoo MR. (translators). 3rd ed. Tehran: Roshd; 2003: 165-201. (Persian)
22. Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. A Persian translation of the structured clinical interview for diagnostic and statistical manual of mental disorders: 4th ed. Psychometric properties. *Comprehens Psychiatry* 2009; 50: 86-91.
23. Litt MD, Kadden RM, Cooney NL, Kabela E. Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral group therapy for alcoholism. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71: 118-28.
24. Room R. The co-occurrence of mental disorders and addictions. *Am J Psychiatry* 1998; 57: 893-907.
25. Nunes VE, Quitkin FM. Treatment of depression in drug-dependent patients: Affection mood and drug use. *NIDA Res Monograph* 1997; 172: 61-85.
26. Gollnisch G. Multiple predictors of illicit drug use in methadone maintenance clients. *Addict Behav* 1997; 22: 353-66.
27. Appleby L, Warner R, Whitton A, Faragher B. A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioral counseling in the treatment of postnatal depression. *Br Med J* 1997; 314(7085): 932-6.
28. Ward E, King M, Lloyd M, Bower P, Sibbald B, Farrelly S, et al. Randomized controlled trial of non-directive counseling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. *Clin Effect* 2000; 321(7273): 1383-88.
29. Fava GA, Grandi S, Zielesny M, Rafanelli C, Canestrari R. Four-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 945-7.
30. Fava AG, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Conti S, Grandi S. Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1872-6.
31. Reinecke MA, Ryan EN, Dubois LD. Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: A review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37(1): 26-34.
32. Lam HD, Jones HS, Hayward P, Bright AJ. Cognitive therapy for bipolar disorder: A therapist's guide to concepts, methods and practice. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 601.
33. Parker DG, Roy K, Eyers K. Cognitive behavior therapy for depression? Choose horses for courses. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 825-34.
34. Christensen PA, Oei PS. The efficacy of cognitive behavior therapy in treating premenstrual dysphoric changes. *J Affect Disord* 1995; 33: 57-63.

35. Weiss DR, Greenfield FS, Najavits LM. Integrating psychological and pharmacological treatment of dually diagnosed patients. NIDA Res Monograph 1995; 150: 110-28.
36. Weiss RD, Griffen M, Kolodziej ME, Greenfield SF, Najavits LM, Daley DC, et al. A randomized trial of integrated group therapy versus group drug counseling for patients with bipolar disorder and substance dependence. Am J Psychiatry 2007; 164: 100-7.
37. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry behavioral science/ clinical psychiatry. 10th ed. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2007: 389.