

اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی در افراد معتاد

محمد خالدیان^۱، حمید کمرزین^۲، عسگر جلالیان^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۲/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۶/۱۴

چکیده

هدف: پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی افراد معتاد به مواد مخدر شهرستان قروه انجام شد. **روش:** جامعه مورد مطالعه شامل افراد معتاد مراجعه کننده به یکی از مراکز متادون درمانی ترک اعتیاد شهرستان قروه (نیکو سلامت) در سال ۱۳۹۲ بود. تعداد ۶۰ نفر از افراد معتاد مراجعه کننده به کلینیک ترک اعتیاد بر اساس نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب و تعداد ۲۴ نفر از آنها که در پرسشنامه افسردگی بالاترین نمرات را داشتند انتخاب شده و به تصادف به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. درمان گروهی شناختی-رفتاری به تعداد ۱۲ جلسه یک و نیم ساعته در گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل تحت هیچگونه درمانی قرار نگرفت. به منظور جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی ۲۱ سوالی افسردگی بک استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج حکایت از نمرات پایین تر گروه آزمایش در نمرات افسردگی داشت. **نتیجه گیری:** درمان گروهی شناختی-رفتاری در کاهش افسردگی افراد معتاد مؤثر است.

کلید واژه‌ها: درمان گروهی شناختی-رفتاری، افسردگی، اعتیاد

۱- نویسنده مسئول: مربی گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، پست الکترونیک: mohamad_khaledian22@yahoo.com

۲- استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور

۳- استادیار گروه حقوق، دانشگاه پیام نور

مقدمه

امروزه یکی از بزرگ‌ترین مشکلات جوامع انسانی معضل اعتیاد است که سلامت جامعه، خانواده و فرد را به خطر می‌اندازد و باعث از دست رفتن کارکردهای فردی، شغلی، خانوادگی و اجتماعی می‌شود. یکی از مهم‌ترین معضلات اجتماعی جهان امروز، مساله اعتیاد به موادمخدر و نفوذ روزافزون آن در میان نسل جوان است. گرچه مصرف موادمخدر در ایران سابقه‌ای طولانی داشته و گیاهانی که موادمخدر سنتی (همچون تریاک و حشیش) از آنها به دست می‌آید از گیاهان بومی ایران بوده‌اند، براساس آمارها و گزارش‌های نهادها و سازمان‌های جهانی همچون سازمان بهداشت جهانی، به موازات پیشرفت جوامع، نیازها، گرایش‌ها و الگوهای رفتاری جوانان نیز دچار تغییر و دگرگونی شده و الگوی سوءمصرف موادمخدر در میان جوانان در همه جهان از جمله ایران و پایتخت آن تهران به سرعت از سنتی به صنعتی در حال تغییر است. به گونه‌ای که نماینده‌ی دفتر مقابله با موادمخدر و جرم سازمان ملل متحد در ایران نیز درباره‌ی گسترش موادمخدر صنعتی در ایران هشدار داده است (ممتاز، ۱۳۸۱). اعتیاد به مواد مخدر از مسائل و معضلات اجتماعی عصر حاضر خصوصاً در کشورهایی مانند ایران با شرایط اجتماعی جوان و شرایط جغرافیایی خاص خود است. فرد معتاد به علت این که پا را فراتر از هنجارها و ارزش‌های اجتماعی گذاشته، منحرف تلقی می‌شود. وی بیماری معلول شرایط اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی و منحرفی است که مسیر انحرافی‌اش او را به دیگر انحرافات نیز سوق می‌دهد. اعتیاد بحرانی است که اگر به آن رسیدگی نشود، انواع و اقسام انحرافات، بیماری‌ها و مشکلات اجتماعی را به دنبال خواهد داشت (مظفر، ذکرایی و ثابتی، ۱۳۸۸). کلمه تریاک در اصل از کلمه یونانی (تریاکا)^۱ گرفته شده است که به مخلوطی از ۶۰ تا ۷۰ ماده مختلف محلول در عسل اطلاق می‌شد. این مخلوط علیه سموم بعضی از حیوانات اثر پادزهری داشته و به جای پادزهر استفاده می‌شده است. کلمه تریاکا در زبان یونانی تریون بوده که اسم حیوانی با سم خطرناکی بوده است. تریاکا اولین

بار توسط پاراسلوس^۱ طبيب و شيميدان بزرگ سويسی و توماس سير نلام^۲ پزشک معروف انگلیسی به صمغ شیری رنگ مترشحه از میوه کپسولی گیاه خشخاش اطلاق شد (اسلام دوست، ۱۳۸۹). تعداد مصرف کننده‌های مواد در سطح جهان به ۱۹۰ میلیون نفر می‌رسد و در ایران ۲ میلیون نفر را اعلام کرده‌اند، که میانگین سنی آنها ۱۸ سال است (ممتازی، ۱۳۸۱). اعتیاد یک بیماری زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی است. عوامل متعددی در سبب شناسی اعتیاد موثر هستند که در تعامل با یکدیگر منجر به شروع مصرف و سپس اعتیاد می‌شوند. عوامل موثر بر فرد، عوامل محیطی و عوامل اجتماعی به عنوان عوامل زمینه‌ای، موجب می‌شوند تا روند پیشگیری، شناسایی، درمان و پیگیری به طور هدفمند طرح‌ریزی شود (اسلام دوست، ۱۳۸۹). بنابراین آشنایی با عوامل زمینه ساز مستعد کننده بروز اعتیاد و نیز عوامل محافظت کننده در مقابل آن از دو جهت ضرورت دارد: الف) سبب‌شناسی افراد در معرض خطر اعتیاد و انجام اقدامات پیشگیرانه لازم. ب) انتخاب نوع درمان و اقدام‌های خدماتی، حمایتی و مشاوره‌ای لازم برای معتادان.

عوامل مخاطره آمیز مصرف مواد شامل عوامل فردی، عوامل بین فردی و محیطی و عوامل اجتماعی است (اسلام دوست، ۱۳۸۹). مصرف مواد در بین نوجوانان سراسر جهان رو به فزونی است، به نحوی که یک از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی را در رده سنی نوجوانی و جوانی تشکیل می‌دهد؛ در آمریکا ۷۶ درصد نوجوانان مشروبات الکلی، ۷۲ درصد سیگار و ۴۷ درصد حشیش را مصرف کرده‌اند؛ گزارش سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که در دنیا حدود ۲۰۰ میلیون معتاد به انواع مواد مخدر وجود دارد که بیشترین شیوع اعتیاد با ۲/۸ درصد در ایران است، و همین امر لزوم انجام تحقیقات مختلف پیرامون عوامل موثر بر اعتیاد را آشکار می‌سازد (دلاور، رضایی و علیزاده، ۱۳۸۸). افسردگی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های روانی است، و احتمالاً یکی از عوامل فردی تاثیرگذار در اعتیاد است که به منظور درمان و جلوگیری از عود مکرر این بیماری لازم است اطلاعاتی در رابطه با روش گروه درمانی شناختی-رفتاری کسب

کرد. بک^۱، افسردگی بالینی (یا یک قطبی) را به عنوان نوعی اختلال مرضی تعریف کرد که شامل تغییراتی در پنج حوزه هیجانی، انگیزشی، رفتاری، شناختی و جسمانی می‌شود. افسردگی در شخص حالتی است حاکی از غمگینی و گرفتگی و بی‌حوصلگی و در بعد تشخیص بیماری در برگیرنده طیف وسیعی از اختلالات خلقی با زیر شاخه‌های متعدد است. خصوصیات اصلی و مرکزی حالات افسردگی کاهش عمیق میل به فعالیت‌های لذت بخش روزمره مثل معاشرت، تفریح، ورزش، غذا و میل جنسی است. ناتوانی برای کسب لذت حالتی نافذ و پایا داشته و شدت آن بستگی به تعداد علائم و درجه نفوذ آن دارد (سادوک و سادوک^۲، ۱۳۹۰). مواجه شدن با مانع در پاره‌ای از افراد نوعی افسردگی را بوجود می‌آورد که در آن احساس رها شدگی، خلا و خاطرات جدایی‌های ضربه آمیز از نو زنده می‌شود. افسردگی مبنی بر رهاشدگی در نوجوانی دیده می‌شود که تاریخچه زندگی آن‌ها نشان دهنده کمبود زودرسی در قلمرو مراقبت‌های مادرانه است (منصور و دادستان، ۱۳۸۷). در پژوهشی که به وسیله‌ی ادلمان، بل و کیدمن^۳ (۱۹۹۹)، انجام گرفت، آنها به بررسی اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری در کاهش افسردگی و افزایش عزت نفس در بیماران مبتلا به سرطان سینه‌ی پیشرونده^۴ پرداختند. نتایج نشان داد که گروه درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی و اختلالات خلقی موثر بوده و همچنین این نتایج در مراحل پیگیری که به ترتیب پس از ۳ و ۶ ماه صورت گرفت، همچنان آشکار بود. پژوهش‌ها اثر بخشی درمان شناختی را بر اختلال افسردگی نشان می‌دهند (حمید، بشلیده، عیدی بایگی و دهقانی زاد، ۱۳۹۰؛ سیگل، استینهار، فریدمن، تامسون و تاز^۵، ۲۰۱۱). نتایج پژوهش پدرام، محمدی، نظیری، وایین پرست (۱۳۸۹)، با موضوع اثر بخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر درمان اختلال اضطراب، افسردگی و ایجاد امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر اهواز نشان داد جلسه‌های گروه درمانی شناختی-رفتاری تاثیری مثبت بر کاهش اضطراب، افسردگی و افزایش امیدواری دارند. نتایج پژوهش رنجبر، اشک تراب و دادگری (۱۳۸۹)، با موضوع بررسی اثر بخشی درمان

1. Beck

4. Meta Stases

2. Sadock

5. Siegle, Steinhauer, Friedman, Thompson & Thase

3. Edelman, Bell & Kidman

شناختی-رفتاری به شیوه گروهی بر میزان افسردگی نشان داد گروه درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی خفیف مؤثر است. نتایج پژوهش کمرزین، زارع و بروکی میلان (۱۳۹۱)، با موضوع اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر افزایش خود کارآمدی و بهبود علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر افزایش خود کارآمدی و بهبود علایم اعتیاد مؤثر است. نتایج پژوهش خالدیان، غریبی، قلی زاده و شاکری (۱۳۹۲)، با موضوع اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی نشان داد که درمان گروهی شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی مؤثر است. هدف‌های مشاوره گروهی شناختی آموزش مراجعان است که بتوانند شناخت‌های ناکارآمد خود را شناسایی و با شناخت‌های کارآمد جایگزین کنند و با وقایع ناخوشایندی که ممکن است در زندگی آنان اتفاق افتد، کنار بیاید. برای برنامه‌ریزی اقدامات مناسب، ارتقای خدمات سلامت روانی و ایجاد سیاست‌های مرتبط با آن در جامعه، نیاز به آشنایی با درمان‌های مناسب از جمله درمان شناختی-رفتاری به صورت گروهی است. داشتن اطلاعاتی پیرامون این روش درمانی می‌تواند در انجام فرایندهای روان‌شناسانه برای بیماران نیازمند متمرکز باشد، تا با انجام این اقدامات بتوان افسردگی را در این بیماران بهبود بخشیده و همچنین امید به زندگی را در آن‌ها بالا برد. در ضمن، نتایج حاصل از این تحقیق می‌تواند برای مدیران نظام سلامت نیز کاربرد داشته باشد تا با بهره‌گیری از نیروهای مجرب، توجه بیشتری به درمان‌های غیر دارویی کنند. هدف از پژوهش حاضر اثر بخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی در افراد معتاد بود و برای پاسخگویی به این سؤال به اجرا درآمد: که آیا درمان گروهی شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی در افراد معتاد مؤثر است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه مورد مطالعه شامل افراد معتاد مراجعه کننده به مراکز متادون درمانی ترک اعتیاد نیکو

سلامت شهرستان قروه در سال ۱۳۹۲ بود. نحوه نمونه‌گیری به این صورت بود که ابتدا تعداد ۶۰ نفر از افراد معتاد مراجعه کننده به کلینیک ترک اعتیاد بر اساس نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و بر اساس نمرات افسردگی تعداد ۲۴ نفر که بالاترین نمرات را داشتند انتخاب شدند. افراد به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند، گروه آزمایش ۱۲ جلسه روان‌درمانی شناختی-رفتاری را به‌صورت گروهی بر اساس دستور العمل مایکل فری (۲۰۰۵) به شرح جدول ۱ دریافت کردند، اما گروه کنترل مداخله‌ای را دریافت نکردند.

جدول ۱: محتوای درمان گروهی شناختی-رفتاری

محتوای جلسات	محتوای جلسه‌ها
آماده سازی و تعیین اهداف، آشنایی با افراد گروه.	مقدماتی
مروری بر تکلیف قبل از درمان؛ سخنرانی آموزشی الف: خوش آمدگویی، ایجاد انگیزه، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی؛ تمرین: اقدام برای شناخت یکدیگر؛ سخنرانی آموزشی ب: تفکر و احساس؛ قدیس بودن، معیارهایی که ما برای خود و دیگران تعیین می‌کنیم، تمرین آرمیدگی تخیلی هدایت شده؛ تکلیف برای جلسه‌ی آینده.	اول
مرور تکلیف جلسه اول؛ سخنرانی آموزشی الف: نظریه شناختی افسردگی؛ تمرین: دسته بندی باورها؛ سخنرانی آموزشی ب: شناسایی افکار خودآیند؛ تمرین: افکار خودآیند مرتبط با گروه درمانی؛ سخنرانی آموزشی ج: مقاومت در برابر درمان؛ تمرین: شناسایی مقاومت‌های احتمالی و روش‌های پیشگیری از آنها؛ تمرین ریلکسیشن؛ تعیین تکلیف برای جلسه‌ی آینده.	دوم
مرور تکلیف جلسه‌ی قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تزریق فکر؛ تمرین تزریق فکر، تن آرمیدگی؛ تعیین تکلیف برای جلسه‌ی بعد.	سوم
مرور تکلیف جلسه‌ی قبل؛ سخنرانی: آموزشی الف: انواع باورها؛ تمرین: دسته بندی باورها؛ تعیین تکلیف برای جلسه‌ی بعد.	چهارم
مرور تکلیف جلسه‌ی قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تهیه‌ی فهرست اصلی باورها؛ تمرین: شروع فهرست اصلی باورها؛ سخنرانی آموزشی ب: نقشه‌های شناختی؛ سخنرانی آموزشی ج: تعیین تکلیف برای هفته‌ی آینده.	پنجم
مرور تکلیف جلسه‌ی قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: باورها را می‌توان تغییر داد؛ تمرین: تهیه‌ی فهرست از باورهایی که در تاریخ بشر و در زندگی خود شرکت کنندگان، تغییر کرده اند؛ سخنرانی آموزشی ب: آزمون باورها، تحلیل واقعیت؛ تمرین: تحلیل عینی؛ سخنرانی آموزشی ج: تحلیل معیار؛ تعیین تکلیف برای هفته‌ی آینده.	ششم

محتوا جلسه‌ها	محتوای جلسات
هفتم	- مرور تکلیف جلسه‌ی قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تحلیل سودمندی؛ تمرین: تحلیل سودمند بودن؛ سخنرانی آموزشی ب: تحلیل همسانی؛ تمرین تحلیل همسانی؛ تعیین تکلیف برای هفته‌ی آینده.
هشتم	- مرور تکلیف جلسه‌ی قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تحلیل منطقی؛ تمرین: تحلیل منطقی؛ سخنرانی آموزشی ب: ادامه‌ی تحلیل منطقی؛ تمرین: تحلیل منطقی؛ تکلیف برای جلسه‌ی بعد.
نهم	- مرور تکلیف جلسه‌ی قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تهیه‌ی سلسه مراتب؛ تمرین: تهیه‌ی حداقل یک سلسه مراتب؛ سخنرانی آموزشی ب: باور مخالف؛ تمرین: شروع به ایجاد باورهای مخالف؛ تکلیف برای جلسه‌ی بعد.
دهم	- مرور تکلیف جلسه‌ی قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تغییر ادراکی؛ تمرین: تکمیل برگه‌های تغییر ادراکی؛ سخنرانی آموزشی ب: بازدارندگی قشری اختیاری؛ تمرین: بازدارندگی قشری اختیاری در یک گروه بزرگ؛ تکلیف برای هفته‌ی آینده.
یازدهم	- مرور تکلیف جلسه‌ی قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تنبیه خود - خود پاداش دهی؛ تمرین: تنبیه خود - خود پاداش دهی؛ سخنرانی آموزشی ب: روش‌های نگهدارنده؛ تمرین: تدوین یک طرح نگهدارنده؛ تعیین تکلیف برای هفته‌ی آینده.
دوازدهم	- مرور تکلیف؛ مرور برنامه؛ برنامه‌ی برای پیگیری و ارزیابی پس از درمان؛ برنامه‌ی اختتامیه.

ابزار

۱- پرسشنامه افسردگی بک فرم تجدیدنظر شده: این پرسشنامه دارای ۲۱ سوال خود گزارشی است که برای ارزیابی افسردگی طراحی شده است. هر سؤال شامل چهار گزینه است و نمره جملات بین صفر تا سه متغیر است. آزمودنی باید گزینه‌ای را علامت بزند که با حال کنونی او بیشتر سازگار است. نمره کلی از صفر تا ۶۳ می‌تواند تغییر کند. بک، در رابطه با فرم تجدیدنظر شده بررسی انجام داده و عنوان کرده این ابزار وجود و شدت علائم افسردگی را در بیماران و جمعیت بهنجار و نوجوانان و بزرگسالان نشان می‌دهد. ثبات درونی این ابزار ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیماران ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۰ گزارش شده است. در یک بررسی که بر روی ۱۲۵ دانشجوی دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبائی انجام گرفت نتایج پژوهش نشان داد میانگین و

(انحراف استاندارد) نمره کل ۹/۷۹ و (۷/۹۶) است. همچنین، آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و اعتبار به روش بازآزمایی با فاصله دو هفته ۰/۷۳ گزارش شد (خالدیان، حسن پور، خیرخواه، و قلندریان، ۲۰۱۳). اعتبار پرسشنامه در پژوهش حاضر از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی نمرات افسردگی به تفکیک وهله آزمون و گروه در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی نمرات افسردگی به تفکیک وهله و گروه

وَهله	تعداد	کنترل		آزمایش	
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
پیش‌آزمون	۱۲	۴/۸۸	۳۹/۹۱	۴/۳۳	
پس‌آزمون	۱۲	۶/۲۹	۳۲/۰۸	۳/۶۷	

برای بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری بر افسردگی می‌بایست از تحلیل کواریانس استفاده شود. یکی از پیش شرط‌های این تحلیل همگنی شیب خط‌ها است. نتایج آزمون حکایت از برقراری این پیش شرط داشت ($F= ۱/۶۰۳ P> ۰/۰۵$). نتایج تحلیل کواریانس در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری بر افسردگی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F آماره	معناداری	مجذورات
پیش‌آزمون	۳۷۴/۰۱	۱	۳۷۴/۰۱	۳۷/۱۹۷	۰/۰۰۰۵	۰/۶۴
گروه	۳۳۱/۹۳	۱	۳۳۱/۹۳	۳۳/۰۱۲	۰/۰۰۰۵	۰/۶۱
خطا	۲۱۱/۱۵	۲۱	۱۰/۰۵	-	-	-

همان‌گونه که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون تفاوت معناداری بین میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد ($P < 0/001$, $F = 33/012$). با توجه به آماره‌های توصیفی می‌توان گفت روش درمانی شناختی-رفتاری توانسته افسردگی را در شرکت کنندگان گروه آزمایش کاهش دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر اثر بخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی در افراد معتاد بود. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که استفاده از درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی در کاهش افسردگی در افراد معتاد مؤثر است. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های ادلمان و همکاران (۱۹۹۹)، پدرام و همکاران (۱۳۸۹)، حمید و همکاران (۲۰۱۱)، سیگل و همکاران (۲۰۱۱)، رنجبر و همکاران (۱۳۸۹)، کمرزین و همکاران (۱۳۹۱)، و خالیدیان و همکاران (۱۳۹۲)، همسو است. نکته مهم در کاربرد این روش این است که روش گروهی محاسن فراوانی دارد که منجر به تسهیل و تسریع فرایند درمان می‌شود. از جمله اینکه بسیاری از بیماران مبتلا به افسردگی به نوعی احساس منحصر به فرد بودن در زمینه مشکلات و افکار خود دارند. این احساس منحصر به فرد بودن باعث تشدید انزوای اجتماعی این بیماران می‌شود و انزوای اجتماعی احساس منحصر به فرد بودن را در آنها تقویت می‌کند (رنجبر و همکاران، ۱۳۸۹). در راستای تبیین نتایج حاصل از این پژوهش باید گفت که نظام فکری فرد افسرده را افکار منفی او درباره خود، تجربه جاری و آینده تشکیل می‌دهند. افکار منفی درباره‌ی خود عبارتند از: اعتقاد فرد افسرده به این که او معیوب و بی‌کفایت است و چون باور دارد که معیوب است، اعتقاد دارد که هرگز به خشنودی دست نخواهد یافت. افکار منفی فرد افسرده درباره تجربه، شامل تعبیرهای او از اتفاقاتی است که برای وی رخ می‌دهد. او موانع منفی را به صورت موانع غیر قابل گذر تعبیر می‌کند، حتی زمانی که دیدگاه‌های مثبت معقول‌تری درباره‌ی تجربه او وجود دارد. او به منفی‌ترین تعبیر ممکن درباره آنچه برای او رخ داده است، گرایش دارد. در نهایت، نگرش منفی فرد افسرده در مورد آینده نگرش درماندگی است. زمانی که او به آینده فکر می‌کند، باور دارد وقایع منفی که اکنون برای او رخ می‌دهند به دلیل نقایص شخصی او در

آینده هم ادامه خواهند یافت (بک، راش، شاو وامری^۱، ۱۹۷۹). در واقع، درمان شناختی - رفتاری در افسردگی بر تمایل منفی در فرایند اطلاعات که نتیجه‌ای از تحریف تفسیرها از خود، محیط و آینده، که با باورهای ناسازگارانه‌ای که به وسیله‌ی فرد برانگیخته می‌شود، ارتباط دارد، تاکید می‌کند. بیشتر دیدگاه‌های اخیر از این مدل که بر ارتباط میان ماهیت رویدادهای افسردگی و تفسیرهای بیماران از این رویدادها تاکید دارد، حمایت می‌کنند. تکنیک‌های شناختی-رفتاری با به چالش کشیدن افکار منفی، برنامه ریزی برای رسیدن به اهداف را تقویت کرده و افسردگی را کاهش می‌دهند (هالون^۲، ۱۹۸۱). نتایج پژوهش حاضر علاوه بر کاربردی بودن برای پیشگیری افراد به اعتیاد، فایده بسیاری، برای مشاوران خانواده، درمانگران، روانپزشکان، مسئولان دانشگاه برای برخورد دقیق با اعتیاد دارد. نتیجه-گیری می‌شود که درمان گروهی شناختی-رفتاری در کاهش افسردگی افراد معتاد مؤثر است و چون ممکن است افسردگی یکی از عوامل فردی تاثیرگذار در اعتیاد باشد حتی مانعی در برابر ترک اعتیاد گردد و باعث عود مصرف مواد مخدر بعد از ترک شود پس درمان افسردگی در اعتیاد حائز اهمیت است. در واقع درمان شناختی-رفتاری در افسردگی بر تمایل منفی در فرایند اطلاعات که نتیجه‌ای از تحریف تفسیرها از خود، محیط و آینده، که با باورهای ناسازگارانه‌ای که به وسیله فرد برانگیخته می‌شود، ارتباط دارد، تاکید می‌کند. تکنیک‌های شناختی-رفتاری با به چالش کشیدن افکار منفی، برنامه‌ریزی برای رسیدن به اهداف را تقویت کرده و افسردگی را کاهش می‌دهند.

همچنین، کاربرد پژوهش حاضر این است که با داشتن آگاهی می‌توان بر اساس روش-های مشاوره‌ای میزان مشکلات را در افراد در آستانه اعتیاد را کاهش داد و خطر وقوع افزایش اعتیاد را که متأسفانه امروز رو به تزاید است، کاهش داد؛ این به آن معناست که در کارگاه‌های مشاوره‌ای به افراد آموزش داده شود که به اصطلاح چشم بسته در دام تبلیغات منفی و اعتیاد قرار نگیرند و هدف این است که از اعتیاد که مانع رشد و رسیدن به هدف مطلوب در جوامع می‌شود، جلوگیری شود.

با توجه به افزایش مصرف مواد پیشنهاد می‌شود در سطح کشور پژوهش‌های جامعی در مورد میزان مصرف مواد صورت بگیرد. پیشنهاد می‌شود، برای آشناسازی دانشجویان و افراد

جامعه با اعتياد و عوارض آن كارگاه‌هاي آموزشي در دانشگاه‌ها برگزار شود. مسئولين، متخصصان و دست‌اندركاران دانشگاه‌ها و جامعه برنامه‌مدون و جامعي را براي کاهش مصرف مواد در جامعه تدوين كنند. از پيشنهادهاي ديگر انواع برنامه‌هاي پيشگيري و درمان و جلوگیری از بازگشت می‌باشد، برنامه‌هایی مانند: مقابله با عرضه مواد مخدر؛ نقش مهم رسانه‌های گروهی در افزایش شناخت افراد از معضلات اعتیاد؛ نقش مهم والدین در تعاملاتشان با همدیگر و همچنین با فرزندان؛ آموزش افراد برای مهارت نه گفتن؛ آموزش مقاومت در برابر فشار همسالان. از محدودیت‌های پژوهش، اجرای آزمون‌ها در میان آزمودنی‌ها بود که به دلیل مشکل اجتماعی و قانونی که نسبت به پدیده اعتیاد وجود دارد، جلب رضایت و پاسخ شفاف برخی از آنها برای تکمیل پرسشنامه‌ها گاهی مواقع دشوار بود و با نوعی مخفی‌کاری همراه بود.

منابع

- اسلام دوست، ثریا (۱۳۸۹). *اعتیاد (سبب شناسی و درمان)*. تهران: انتشارات پیام نور.
- پدرام، محمد؛ محمدی، مسعود؛ نظیری، قاسم؛ آیین پرست، ندا (۱۳۸۹). اثر بخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر درمان اختلال اضطراب، افسردگی و ایجاد امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه. *فصلنامه علمی - پژوهشی زن و جامعه*. ۱ (۴)، ۶۱ - ۷۵.
- حمید، نجمه؛ بشلیده، کیومرث؛ عیدی بایگی، مجید؛ دهقانی زاده، زهرا (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی روان درمانی شناختی - رفتاری مذهب محور بر افسردگی زنان مطلقه. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*. ۱ (۱)، ۶۴ - ۵۴.
- خالديان، محمد؛ غریبی، حسن؛ قلی زاده، زلیخا؛ شاکری، رضا (۱۳۹۲). اثربخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*. ۳ (۲)، ۲۶۱ - ۲۷۹.
- دلاور، علی؛ رضایی، علی محمد؛ علیزاده، ابراهیم (۱۳۸۸). رابطه مولفه‌های خانوادگی با نگرش به مواد مخدر در بین دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر تهران. *دوماهنامه علمی - پژوهشی دانشگاه شاهد*. ۳۷، ۳۵ - ۲۱.
- رنجبر، فرح‌دخت؛ اشک‌تراب، طاهره؛ دادگری، آتنا (۱۳۸۹). بررسی اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری به شیوه گروهی بر میزان افسردگی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*. ۱۸ (۴)، ۳۰۶ - ۲۹۹.
- سادوک، جیمز؛ سادوک، آلکوت. (۱۳۹۰). *خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری روانپزشکی بالینی*. ترجمه فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۱۱).

- فری، مایکل. (۱۳۸۴). *راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی*. مترجمان مسعود محمدی، رابرت فرنام. تهران: رشد (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۵).
- کمرزرین، حمید؛ زارع، حسین؛ بروکی میلان، حسن. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افزایش خودکارآمدی و بهبود علایم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد. *مجله اعتیاد پژوهی*. ۶ (۲۲)، ۷۵ - ۸۵.
- مظفر، حسین؛ ذکریایی، منیژه؛ ثابتی، مریم. (۱۳۸۸). آنومی فرهنگی و اعتیاد به مواد مخدر در بین جوانان ۱۳ - ۲۸ ساله شهر تهران. *پژوهش نامه علوم اجتماعی*. ۳ (۴)، ۵۴ - ۳۳.
- ممتاز، فریده (۱۳۸۱). *انحرافات اجتماعی، نظریه ها و دیدگاه ها*، چاپ اول، تهران: شرکت سهامی انتشار.
- ممتازی، سعید (۱۳۸۱). *خانواده و اعتیاد*. زنجان: انتشارات مهدیس.
- منصور، محمد؛ دادستان، پریرخ. (۱۳۸۷). روانشناسی ژنتیک. تهران: انتشارات رشد.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford press.
- Edelman, S., Bell, D. R., Kidman, A. D. (1999). A group cognitive behaviour therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psychooncology*. 8(4):295-305
- Hollon, S. D. (1981). *Comparisons and combinations with alternative approaches*. In L. P. Rehm (Ed.), *Behavior therapy for depression: Present status and future directions* (pp. 33-71). New York: Academic Press.
- Khaledian, M., Hasanpour, S., Kheirkhah, Z., & Ghalandari, S. (2013). The Relationship between Attachment Lifestyle with Depression and Life Expectancy. *Indian Journal of Education & Information Management*. 2 (2), 573- 580.
- Siegle, G., Steinhauer, S., Friedman, E., Thompson, W., & Thase, M. (2011). Remission Prognosis for cognitive therapy for Recurrent Depression Using the Pupil: Utility and Neural Correlates. *Biological Psychiatry*: 69(8), 726-733.