

بررسی تاثیر آموزش شناختی- رفتاری بر کاهش میزان افسردگی معتادین مقیم در مرکز اجتماع درمان مدار (T.C) تهران

سروناز کرمی کتکی^۱

مصطفی جعفری^۲

چکیده

طرح مساله: افسردگی یکی از علایم شایع در بسیاری از معتادین به مواد می باشد که در زمان اعتیاد و دوران ترک برای آنها آزار دهنده بوده و وجود آن حتی هنگام ترک نیز ممکن است منجر به عود مصرف مواد گردد. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش شناختی- رفتاری در کاهش علائم افسردگی معتادین اقامتگاهی حاضر در مرکز اجتماع درمان مدار تهران در سال ۱۳۸۵ انجام گرفت.

روش: این پژوهش به روش نیمه تجربی و طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بر روی نمونه ۴۰ نفری از معتادین مرکز اجتماع درمان مدار هجرت (T.C) تهران که با روش نمونه گیری تصادفی و همتاسازی انتخاب شده بودند اجرا شد. ابزار اندازه گیری، شامل پرسشنامه ۲۱ سوالی افسردگی بک (۱۹۷۸) بود. داده های حاصله با روش های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و روشهای آمار استنباطی، آزمون T استیودنت همبسته برای مقایسه درون گروهی، و آزمون T استیودنت مستقل برای مقایسه بین گروهی در نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: مقایسه نمرات پس آزمون افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل ($T=4/20$) ($P<0/001$) بیانگر وجود آمدن تفاوت معنادار نمرات افسردگی در بین دو گروه بود در حالیکه نمرات پیش آزمون دو گروه تفاوت معنی داری را نشان نداد. بدین شرح که گروه دریافت کننده مداخله شناختی- رفتاری کاهش معنی داری در شدت علائم افسردگی، نسبت به پیش آزمون و گروه کنترل که مداخله ویژه ای برای نشانه های افسردگی دریافت نکرده بودند، نشان داد.

نتیجه گیری: تفسیر این نتیجه بدین معنی است که مداخله روانشناختی با رویکرد شناختی- رفتاری برای مقابله با افسردگی نقش مهمی در کاهش افسردگی معتادان مقیم در مرکز اجتماع درمان مدار دارد. بنابراین از این طریق می توان یکی از عوامل خطر عود مصرف را که همان احساس افسردگی می باشد بر طرف نموده و موفقیت بیشتری در جهت رهایی از اعتیاد حاصل نمود.

کلید واژه ها: اعتیاد، آموزش شناختی- رفتاری، افسردگی و مرکز اجتماع درمان مدار

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۷/۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۶/۴

مقدمه

امروزه از دیدگاه علم روانشناسی، اعتیاد یا وابستگی به مواد، یک اختلال روانی محسوب می شود. این واژه که در تقسیم بندی های روان پزشکی، تحت عنوان اختلالات

^۱ سروناز کرمی کتکی کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی
sarve_karami@yahoo.com

^۲ مصطفی جعفری، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی (نویسنده مسئول)
mostafajafari2007@gmail.com

سوء مصرف مواد تعریف شده است، دومین اختلال شایع روانی بوده (کاپلان، ۱۹۹۴) و افسردگی نیز از جمله اختلالات روانشناختی است که در بین مبتلایان به سوء مصرف مواد رایج است (به نقل از ثقه الاسلام، ۱۳۸۲).

بر اساس ادبیات و مطالعات پیشین، حدود ۹۰ درصد معتادین به مواد مخدر، یک یا چند اختلال روانپزشکی دیگر نیز دارند که مهمترین این اختلالات شامل: اختلالات خلقی (افسردگی یا مانیا)، اختلالات اضطرابی و اختلال شخصیت ضد اجتماعی می باشند (کاپلان، ۱۹۹۸؛ به نقل از نقیعی، ۱۳۸۱). مطالعات بسیاری بر شیوع اختلالات روانپزشکی همچون اضطراب و افسردگی در بیماران وابسته به مواد تاکید کرده اند (گرنٹ و هارفورد^۱، ۱۹۹۵؛ اسپچاکیت^۲، ۱۹۹۶؛ کسلر و همکاران^۳، ۱۹۹۷؛ بیچل و همکاران^۴، ۱۹۹۸؛ به نقل از جانینا^۵، ۲۰۰۵). این یافته ها بیانگر این نکته اند که افسردگی می تواند در حین مصرف مواد و یا ترک آن رخ دهد. چراکه دادها نشان می دهند بیش از ۳۷٪ سوء مصرف کنندگان الکل و ۵۳٪ سوء مصرف کنندگان داروها، حداقل دارای یک نوع بیماری روانی جدی هستند. از سوی دیگر، افسردگی و سایر بیماری های روانی نیز خطر ابتلاء به اعتیاد را افزایش می دهند؛ با استناد به اینکه آمارها نشان می دهند ۲۹٪ افرادی که دارای یک نوع بیماری روانی بوده اند، از سوء مصرف الکل یا داروهای غیر قانونی دیگر نیز رنج می برده اند (همان منبع).

در ایران مطالعه افقه و همکاران (۱۳۷۵) نشان داد که حدود ۴۲/۴ درصد از افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، قبل از گرایش به مواد دچار نوعی افسردگی بوده اند و تنها ۱۲ درصد پس از گرایش به مواد دچار افسردگی شده بودند. با توجه به یافته ها، بسیاری از محققین اعتیاد، افسردگی توأم با اعتیاد را به عنوان یک مشکل اساسی دانسته و معتقدند که بحث مداومی درباره تعیین و تشخیص همزمانی اختلالات خلقی و مشکلات سوء مصرف مواد وجود داشته است.

خلق افسرده به همراه فقدان علاقه و لذت بردن، از علائم کلیدی افسردگی به شمار می روند. بیمار ممکن است احساس غم، یأس، پوچی و بی ارزشی کند (کاپلان، ۱۳۷۹). افسردگی ممکن است نشان از درماندگی در معتادین باشد که این امر به عنوان مانعی برای انجام رفتارهای موثر برای مبارزه با اعتیاد و یا بهره گیری از منابع مقابله ای

۱- Grant and Harford,
۲- Schuckitt,
۳- Kessler, et al.
۴- Bijl, et. Al.
۵- Janina, G.

موجود در سوء مصرف کنندگان مواد محسوب می شود (آبرامز و نیائورا^۱، ۱۹۸۷؛ به نقل از سارا^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). بنابراین بطور اخص سوء مصرف یا وابستگی به مواد ممکن است عامل بروز افسردگی در دوره اعتیاد یا پس از آن بوده و یا به عنوان پیامدی از افسردگی محسوب شود؛ چرا که اغلب پژوهش‌ها نشان می‌دهند میزان افسردگی در بین معتادان (الکل یا مواد مخدر)، چهار برابر بیشتر از دیگران است (هازلدن^۳، ۲۰۰۴). همچنین حدود ۴۰ درصد کسانی که سوء مصرف یا وابستگی به الکل دارند زمانی در طول عمر خود واجد ملاک های تشخیص اختلال افسردگی اساسی بوده اند (کاپلان، ۱۳۷۹، ص ۶۰۶).

اگرچه در مورد توأم بودن اعتیاد و افسردگی، آچووا و ویسنت^۴ (۱۹۹۶)، معتقدند که: "در معتادان با نشانه‌های افسردگی، اغلب تعیین اینکه آیا حالت خلقی به عنوان پیامدی از مصرف دارو به شمار رفته یا نشانه‌های محرومیت را بازنمایی می کند، یا اینکه یک بیماری روانی اولیه محسوب می شود، دشوار است". اما چیزی که مشهود است ای نکته می باشد که: ترکیب اعتیاد و افسردگی، درمان را دشوارتر می‌سازد؛ چون وقتی که فردی احساس نومیدی، غمگینی یا درماندگی می‌کند، مقابله با اعتیاد او کار دشواری است که نیاز به مداخلات چند جانبه و مداوم دارد. براین اساس با دانستن ارتباط بین اعتیاد و افسردگی، آگاهی از احتمال تشخیص دوگانه و اتخاذ مداخلاتی که هر دو جنبه را پوشش دهند، می‌توان بهبودی را تسهیل نمود (بک، ۱۳۸۰). بنابراین افسردگی مشکلی بسیار شایع در دوره پس از ترک به شمار رفته و در صورتی که افسردگی درمان نشود، احتمال عود اعتیاد بسیار بالاست.

بنابراین موضوع مهمی که در درمان اعتیاد اهمیت اساسی دارد، وجود بیماری های روانی زمینه ساز آن و یا اختلالات روانی متعاقب ترک اعتیاد می باشد. چراکه می تواند به عنوان عوامل شکست درمان نیز به شمار رود. درمان اعتیاد اغلب از لحاظ قالب مداخله، به سه شکل سرپایی، بستری و اقامتی انجام می‌شود. در شیوه درمان اقامتی، مراجع در طول مراحل درمانی (به ویژه مرحله روان‌درمانی و بهبود روابط اجتماعی) در مرکز درمانی اقامت داشته و تنها به حکم ضرورت و یا بر اساس مراحل ترخیصی از پیش تعیین شده مجاز به خروج از مرکز می‌باشد. برنامه روزانه اینگونه مراکز از تنوع و

۱- Abrams & Niaura,

۲- Sara, L. Dolan,

۳- Hazelden,

۴- Ochoa, E. and N. Vicente

جامعیت بسیاری برخوردار بوده و ابعاد مختلفی از بهبودی را در زمینه جسمی- روانی و اجتماعی شامل می‌شود (نقیبی و همکاران، ۱۳۸۱).

به عنوان مثال، اجتماع درمان مدار^۱ از جمله درمان های اقامتی برای ترک اعتیاد و سوء مصرف مواد به شمار می رود. اجتماع درمان مدار، الگوی درمان مدار بدون دارویی است که از رویکردی اجتماعی، روانشناسی و خودیاری برای درمان سوءمصرف مواد و اعتیاد استفاده می کند. اجتماع درمان مدار، سوءمصرف مواد را به عنوان رفتار منحرفی می بیند که تحول انحرافی شخصیت یا نقایص مزمن در مهارت های اجتماعی، تربیتی و اقتصادی را منعکس می کند. این مدل یک برنامه ساختار یافته و نظارتی است که برای درمان مسائل رفتاری، هیجانی، نگرشی و خانوادگی مصرف کنندگان مواد طراحی شده است. بدین سبب که مطالعات (جین چیل، ۱۹۹۴؛ رنساویل^۲ و همکاران، ۱۹۹۱) نشان داده اند سوء مصرف کنندگان موادی که به اجتماعات درمان مدار وارد می شوند مقدار قابل توجهی از ناتوانی روانشناختی را علاوه بر سوءمصرف موادشان نشان می دهند (مایردی، ۱۳۸۶؛ ص ۵۱۹). فلسفه این روش براساس نظریه فلسفه وجودی است که فرض می کند: فرد معتاد از نظر عاطفی و هیجانی ناپخته است و نیاز به نگهداری و مراقبت در یک ساختار اجتماعی ویژه دارد تا سبک زندگی فرد تعدیل گشته و الگوی رفتار مخرب وی اصلاح گردد (گارفیلد^۳، ۱۹۷۸؛ به نقل از اریک^۴، ۲۰۰۴). بنابراین برنامه اجتماع درمان مدار برای یاری رساندن و حمایت در جهت بهبودی معتادانی است که احتمال بازگشت به مصرف مواد را داشته و در درمانهای اولیه و سرپایی پیشرفت قابل توجهی از خود نشان نداده اند (جرج دی لئون^۵، ۲۰۰۰).

از میان درمان های سرپایی یا بستری می توان به درمان شناختی- رفتاری^۶ اشاره کرد. این نوع درمان رویکردی فعال، جهت بخش، محدود از لحاظ زمانی و سازمان یافته است که بر این منطق نظری زیربنایی استوار است که: عاطفه و رفتار فرد، عمدتاً بر حسب شیوه ساخت یابی جهان از دیدگاه او تعیین می شود (بک و همکاران، ۱۹۷۹؛ به نقل از هاوتون، ۱۳۸۲). در طی دهه های اخیر کاربرد روش های شناختی- رفتاری برای گروهی

۱- Therapeutic community

۲ - Rounsaville,

۳- Garfield, M.

۴- Eric, B.

۵- Deleon, g.

۶- Cognitive-Behavior Therapy

از اختلالات از قبیل افسردگی، اضطرابی، تغذیه ای، تکانه ای، رفتاری و اعتیادی موثر و مفید بوده است (کارول، ۱۳۸۱).

همچنین درمان شناختی- رفتاری در مورد طیف وسیعی از سوء مصرف کنندگان مواد، مورد آزمون قرار گرفته است. این رویکرد در میان انواع مداخلات موجود برای درمان سوء مصرف مواد، حمایت تجربی بالایی را کسب کرده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۵؛ سازمان ارزیابی عمومی، ۱۹۹۶؛ به نقل از کارول، ۱۳۸۱). از آنجا که CBT رویکردی کوتاه مدت و متمرکز برای کمک به افراد مبتلا به سوء مصرف مواد است، یک امتیاز مداخلات شناختی- رفتاری این است که موضوعات روانشناختی، هیجانی و رفتاری که در عوامل منتهی به درماندگی درگیر هستند، مشخص گشته و فرمول بندی می شوند، که براساس آنها مداخلات درمانی یا آموزشی صورت می گیرد (پرسون^۱، ۱۹۸۹).

بنابراین، بر اساس شواهد ذکر شده که نشانگر توأم بودن افسردگی با اعتیاد به مواد می باشند؛ بواسطه اهمیت بالینی اختلالات عاطفی در میان افراد سوء مصرف کننده مواد، کارول و همکاران (۱۹۹۵) که از جمله درمانگران شناختی- رفتاری هستند، به بررسی نقش علائم افسردگی در پاسخ به درمان های شناختی- رفتاری و مدیریت وابستگی، اقدام نموده و نتیجه گرفتند که درمان شناختی- رفتاری در مقایسه با مدیریت وابستگی، بهتر می تواند معتادین افسرده را علاقه مند به درمان نگه دارد. همچنین یافته های آنها نشان داد که کاهش افسردگی و مصرف مواد در سراسر درمان همبستگی بالایی با هم داشتند، هر چند جهت این رابطه مشخص نبود، اما داده های آن چنین می تواند تفسیر شود که کاهش در علائم افسردگی از طریق کاهش در ناراحتی، به کاهش مصرف مواد منجر می شود.

ریچتاریک و همکاران^۲ (۲۰۰۵) در یک مطالعه، ۱۷۱ فرد الکلی را با هدف سنجش تاثیر مداخله بر کاهش علائم افسردگی به سه گروه: (۱) آموزش مهارت های مقابله ای^۳ (۲) تسهیل دوازده گامی^۴ و (۳) لیست انتظار، تقسیم کرده و مداخلات درمانی را در مورد آنها به اجرا در آوردند. نتایج آنها نشان داد که کاهش سطح افسردگی در هر دو گروهی که مدل CST و TSF دریافت کرده بودند بیشتر از لیست انتظار بود؛ اما نتایج گروه های درمانی تفاوتی با همدیگر نداشتند. همچنین سطح پایین افسردگی در طول ۱۲ ماه

۱- Persons

۲- Rychtarik, Robert G.; McGillicuddy, Neil B.

۳- Coping skills training (CST).

۴- Twelve-step facilitation (TSF).

مطالعه پیگیر در دو گروه درمانی یکسان بوده و مقدار نوشیدن الکل در دوره پیگیری هر دو نوع مداخله CST و TSF، نسبت به قبل از درمان کاهش یافته بود. این نتایج بیانگر اثربخشی مداخلات درمانی بر افسردگی مبتلایان به اعتیاد بود.

نیک مگور^۱ (۲۰۰۶) که مطالعه ای را که با روش شناختی-رفتاری برای چهار مورد بالینی معتادان مرد بی خانمان (بی سرپناهی، بی مسئولیتی برای درمان، پرخاشگری و دارای سابقه زندان)، انجام داده بود، CBT را مؤثر گزارش داده است. او نتیجه گیری می کند که یافته ها بطور آشکار نشان می دهند که رویکرد CBT برای حل مشکلات اعتیاد و درماندگی مفید بوده و می توان از آن در درمان اعتیاد استفاده کرد.

نتیجه ای که از تحقیقات ذکر شده استنتاج می شود این است که افسردگی عامل مهمی درعود مصرف افراد مصرف کننده مواد به شمار می رود که در توانبخشی اعتیاد باید مورد درمان قرار گیرد. بنابراین از آنجا که اختلالات خلقی و بویژه افسردگی از مشکلات همراه با اعتیاد و ترک اعتیاد می باشد، افرادی که در مراکز اجتماع درمان مدار جهت ترک اعتیاد و توانبخشی اقامت می گزینند، نیازمند مداخلات ویژه ای در مورد مشکلات افسردگی خود نیز می باشند تا نتیجه گیری از درمان برایشان زودتر و مفیدتر باشد. لذا با توجه به اهمیت افسردگی به عنوان یک اختلال همایند با اعتیاد، مداخلات آموزشی برای آشنایی با مولفه های روانشناختی اختلال و کسب مهارت در مقابله با افسردگی، برای درمان بهینه معتادین، لازم و ضروری به نظر می رسد.

مطالعات انجام گرفته در ایران بیانگر تاثیر درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی در معتادان سرپایی یا بستری در مراکز بیمارستانی می باشد. برای مثال مطالعه ثقه الاسلام و همکاران (۱۳۸۲) در بررسی تاثیر درمان شناختی-رفتاری در کاهش میزان افسردگی مبتلایان به سوءمصرف مواد، نشان داد که CBT نقش پر اهمیتی در کاهش میزان افسردگی بیماران مبتلاء به سوءمصرف مواد داشته و مداخلات روانشناختی توانسته است از طریق کاهش افسردگی، شناخت بیماران را تغییر دهد.

ماندنی (۱۳۷۵) در پژوهشی با عنوان (بررسی تأثیر کاردرمانی بر کاهش افسردگی معتادین بازپروری تهران) اظهار می دارد که بعد از آموزش کاردرمانی تفاوت معنی داری را در کاهش افسردگی معتادین مشاهده نموده است.

در مطالعه عرب (۱۳۸۱)، گروهی از بیماران خود معرف را با درمان شناختی - مذهبی و درمان شناختی تنها مورد بررسی قرار داد. نتایج گروه تجربی و مقایسه را بررسی کرد و نتیجه گرفت درمان شناختی- مذهبی به طور معنادار موجب کاهش افسردگی و درمان شناختی تنها نیز بطور معنادار موجب کاهش اضطراب شد. اما از آنجا که تحقیقی در این زمینه با هدف کاهش افسردگی با استفاده از رویکرد شناختی- رفتاری در مراکز اجتماع درمان مدار صورت نگرفته است، لذا تحقیق حاضر با هدف بررسی اثر بخشی آموزش شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی معتادین مقیم در مرکز اجتماع درمان مدار تهران در سال ۱۳۸۵ صورت گرفت. در این بررسی آزمودنی‌ها با استفاده پروتکل درمانی زیر بررسی شدند:

پروتکل درمانی برای گروه آزمایش

جلسه اول: در ابتدا به خوش آمدگویی، ایجاد انگیزه پرداخته و توضیحاتی در مورد هدف برگزاری جلسات آموزشی و محرمانه ماندن مطالب آموزشی و درمانی، مطرح شد. همچنین آشنایی اولیه با مراجعین و کسب اعتماد در باب تحقیق حاصل شد.

جلسه دوم: تعریف افسردگی و نشانه شناسی و علت شناسی

جلسه سوم: خلاصه ای از مطالب جلسه قبل مطرح و به ادامه تفسیر مطالب در خصوص افسردگی پرداخته شد.

جلسه چهارم: توصیف مشخصات افراد افسرده و رابطه آن با اعتیاد.

جلسه پنجم: درمان های افسردگی و اعتیاد.

جلسه ششم: رویکرد شناختی- رفتاری و توضیح در مورد فرایند شکل گیری افسردگی و اعتیاد از این دیدگاه.

جلسه هفتم: مهارت های مقابله با افسردگی (افکار خودآیند، باورهای غیر منطقی، تغییر شناخت و دیدگاه منفی)

جلسه هشتم: شناسایی افکار خودآیند منفی در مورد خود و مصرف مواد، تشخیص هیجان های ناخوشایند مرتبط.

جلسه نهم: شناسایی باورهای غیر منطقی و بحث در مورد پیامدهای باورهای غیر منطقی در مورد خود و مواد.

جلسه دهم: آشنایی با روش تحلیل منطقی به عنوان نیرومندترین روش چالش با باورها.

جلسه یازدهم: تشخیص فرض های ناکارآمد و مقابله با آنها.
 جلسه دوازدهم: تغییر شناخت و دیدگاه منفی در مورد خود، محیط و آینده.
 جلسه سیزدهم: سبک تبیینی بدبینانه و چگونگی تغییر اسناد دادن حوادث و پیامدها.
 جلسه چهاردهم: استفاده از برگشت ها و اتخاذ راهبردهای پیشگیرانه در مورد علائم
 افسردگی و مصرف مواد.

جلسه پانزدهم: برنامه ریزی برای زندگی روزمره عاری از مواد.
 جلسه شانزدهم: ارزیابی نهایی پس از اتمام مداخله.

روش ها: این پژوهش از نوع پژوهش های نیمه تجربی بود و دو مورد از ملاک های تصادفی بودن برای طرح های تجربی را دارا می باشد که عبارتند از: جایگزینی تصادفی افراد به گروه های آزمایش و شاهد، همچنین جایگزینی تصادفی درمان برای نمونه ها. اما نکته این است که بدلیل غربالگری با استفاده از تست بک و خود معرف بودن آزمودنی ها در مرکز درمانی، اصل تصادفی بودن افراد رعایت نشده است. همچنین پژوهش از نوع کاربردی محسوب می شود.

جامعه و نمونه پژوهش حاضر به شرح ذیل بود. جامعه مورد نظر، کلیه مقیمانی (۱۰۰ نفر) که در مرکز اجتماع درمان مدار هجرت (T.C) اقامت داشتند، بودند. روش نمونه بدین صورت بود که از جامعه مورد نظر، ۴۰ نفر از معتادینی بر اساس نمرات تست افسردگی بک، واجد شرایط برای شرکت در پژوهش بودند، انتخاب شدند. دیگرام این پژوهش به شرح زیر می باشد:

| | |
|-------------|-----------------------------------|
| گروه آزمایش | $R \quad O_1 \quad x \quad O_1$ |
| گروه کنترل | $R \quad O_2 \quad --- \quad O_2$ |

ابزار تحقیق در این پژوهش پرسشنامه افسردگی بک می باشد. پرسشنامه افسردگی بک^۱ BDI-۲۱ که توسط بک (۱۹۷۱) تهیه شده و در سال ۱۹۷۸ بازبینی شده است، برای سنجش و اندازه گیری میزان افسردگی معتادان استفاده شد. آزمون بک دارای ۲۱ سوال است که بر اساس ملاک های DSM و برای سنجش جنبه های عاطفی، شناختی، انگیزشی و فیزیولوژیکی افسردگی تدوین شده و کمینه و بیشینه نمره آن به ترتیب صفر تا ۶۳ می باشد. اعتبار و روایی این پرسشنامه قابل قبول گزارش شده و در مطالعات متعددی مورد تأیید قرار گرفته است (رجبی و همکاران، ۱۳۸۴).

^۱ - Beck Depression Inventory

با توجه به میانگین ۱۵ برای بهنجار، این درجات در تشخیص افسردگی پیشنهاد شده است:

۱۵- ۰ : بهنجار
۳۱- ۱۶ : افسردگی خفیف
۴۷- ۳۲ : افسردگی متوسط
۶۳- ۴۸ : افسردگی عمیق.

شیوه اجرای پژوهش

در این پژوهش ابتدا تست ۲۱ سئوالی افسردگی بک در مورد ۱۰۰ نفر از معنادان مقیم در مرکز T.C که یک ماه از پذیرش آنها در مرکز می گذشت به اجرا درآمده و ۴۰ نفر از افرادی را که براساس تست بک (نمره بالاتر از ۱۶ با سطح افسردگی متوسط و شدید) معیار لازم را دارا بودند به عنوان واجدین شرایط پژوهش انتخاب شدند. سپس ۴۰ معناد منتخب که دارای علائم افسردگی بودند، بطور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شده و همچنین مداخله مورد نظر نیز بطور تصادفی برای یکی از گروه ها انتخاب و به مدت ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه ای برای آموزش چگونگی مقابله با افسردگی به اجرا درآمد. در مقابل گروه گواه بدون هیچ آموزش ویژه برای افسردگی، تحت درمان بر طبق برنامه های عادی مرکز قرار گرفتند. در پایان دوره مداخله، هر دو گروه مورد ارزیابی مجدد با تست افسردگی بک قرار گرفتند. داده های بدست آمده از پیش تست و پس تست دو گروه با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و آزمون های T همبسته و مستقل برای مقایسه درون گروهی و بین گروهی در نرم افزار SPSS تحلیل شد.

یافته های پژوهش

یافته های توصیفی

جدول شماره ۱) توصیف میانگین های دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون

| گروه | ارزیابی | میانگین | سطح افسردگی | انحراف استاندارد | تعداد |
|-----------|---------|---------|-------------|------------------|-------|
| گروه شاهد | پیش تست | ۳۴.۷۰۰ | متوسط | ۷.۰۲۵ | ۲۰ |
| | پس تست | ۳۲.۲۵۰ | متوسط | ۵.۵۴۵ | ۲۰ |
| | کل | ۳۳.۴۷۵ | | ۶.۳۶۸ | ۴۰ |

| | | | | | |
|----|-------|-------|---------|---------|-------------|
| ۲۰ | ۴.۷۴۹ | متوسط | ۳۳.۱۵۰۰ | پیش تست | گروه آزمایش |
| ۲۰ | ۵.۰۷۹ | خفیف | ۱۷.۷۰۰۰ | پس تست | |
| ۴۰ | ۹.۲۰۶ | | ۲۵.۴۲۵۰ | کل | |

جدول شماره (۱) بیانگر میانگین نمرات تست افسردگی گروه های آزمایش و شاهد در پیش آزمون و پس آزمون می باشد. همانطور که داده ها نشان می دهند تفاوت بارزی در نمرات پیش آزمون دو گروه مشاهده نمی شود. اما نتایج ارزیابی پس آزمون بیانگر تفاوت در بین داده های دو گروه بوده و نمرات افسردگی گروه آزمایش کاهش چشمگیری را نشان می دهد.

یافته های استنباطی پژوهش

جدول شماره (۲) مقایسه میانگین نمرات دو گروه آزمایش و شاهد در پیش آزمون و پس آزمون

| | پس آزمون | پیش آزمون | | |
|-------------|------------|----------------------|----------|--------------|
| $P < 0.001$ | $T = 4/89$ | $T = 1/23,$ | $N = 20$ | گروه مداخله |
| $P < 0.06$ | $T = 2/46$ | $T = 1/40,$ | $N = 20$ | گروه شاهد |
| $P < 0.001$ | $T = 2/43$ | $T = 0/23, P < 0/93$ | . | مقایسه تفاوت |
| | P | P | | |

خلاصه داده های جدول شماره (۲) از مقایسه گروه های مورد مطالعه در ارزیابی های پیش و پس آزمون بدست آمده است. نتایج جدول فوق بیانگر فقدان تفاوت معنادار گروه ها در پیش آزمون بوده ولی در ارزیابی پس از مداخله تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده شده است که در سطح $P < 0.001$ از لحاظ آماری معنادار است.

بحث و نتیجه گیری

یافته های مطالعه حاضر نشان داد که شدت افسردگی معتادین با استفاده از مداخلات روانشناختی همچون مداخله شناختی- رفتاری کاهش می یابد. بطور کلی نتیجه بدست آمده از این پژوهش بیانگر اثربخشی آموزش شناختی- رفتاری برای مقابله با افسردگی، بر کاهش نشانه ها و شدت افسردگی در معتادین مقیم مرکز اجتماع درمان مدار بود. بدین معنی که گروه دریافت کننده مداخله شناختی- رفتاری برای مقابله با افسردگی، بعد از اتمام ۱۶ هفته مداخله، سطوح افسردگی کمتری را نسبت به گروه بدون مداخله و مقیمان عادی نشان دادند که این تفاوت از لحاظ آماری معنی داری بود.

توضیح این نکته ضروری است که قبل از انجام مداخله، تفاوت معنی داری در بین دو گروه مشاهده نشده بود. با استناد به اینکه مقدار T (۱/۳) به دست آمده از مقایسه نمرات پیش آزمون افسردگی در دو گروه آزمایش و شاهد، در سطح معنی داری ($P < 0.02$) نبوده و نتیجه ارزیابی پیش آزمون نشانگر شباهت بین دو گروه از لحاظ میزان افسردگی می باشد. اما پس از مداخله و ارزیابی پس آزمون دو گروه آزمایش و شاهد که هر دو از معتادین مقیم در مرکز اجتماع درمان مدار هجرت (T.C) بودند، تفاوت معنی داری در میزان افسردگی مشاهده شد که بیشترین کاهش افسردگی در گروه آزمایش رخ داده بود. این یافته از مقایسه نمرات پس آزمون افسردگی در دو گروه که مقدار T (۴/۸۹) را بدست داد استنتاج شد که از لحاظ آماری در سطح معنی داری ($P < 0.001$) بوده و بیانگر بوجود آمدن تفاوت در بین دو گروه بعد از مداخله می باشد. این تغییر را می توان به نتایج مداخله و شرکت در جلسات آموزشی و اکتساب راهکارهای مقابله با افسردگی ربط داد.

یافته حاصله از پژوهش حاضر همسو با نتایج مطالعات قبلی (الکین^۱ و همکاران، ۱۹۸۹؛ و سایمونز^۲ و همکاران، ۱۹۸۶) است که نشان داده اند رویکردهای شناختی- رفتاری برای درمان افسردگی عموماً مؤثر هستند. در این راستا مطالعه کارول و همکاران (۱۹۹۵) نشان داد که کاربرد CBT منجر به کاهش علائم افسردگی و میزان مصرف کوکائین در نمونه مورد مطالعه شده است.

مطالعه ثقه الاسلام و همکاران (۱۳۸۲) در بررسی تاثیر درمان شناختی- رفتاری در کاهش میزان افسردگی مبتلایان به سوءمصرف مواد، نشان داد که CBT نقش پر اهمیتی در کاهش میزان افسردگی بیماران مبتلاء به سوءمصرف مواد داشته و مداخله روانشناختی توانست از طریق کاهش افسردگی، شناخت بیماران را تغییر دهد.

تبیین این یافته بدین صورت می تواند بحث شود که کاهش علائم افسردگی بخاطر دریافت مداخلات درمانی در دوره ترک، و احساس موفقیت در مقابله با ناراحتی ها و وسوسه های مصرف مواد، منجر به تقویت توانایی در پرهیز از مواد می شود. از سوی دیگر کاهش مصرف مواد نیز از طریق کاستن از افسردگی همبسته با ترک مواد، به بهبودی علائم افسردگی منجر شده و در پی آن الگوهای طبیعی خواب و بیداری و کاهش رویارویی با سایر پیامدهای منفی سوءمصرف مواد شکل می گیرد (کارول، ۱۳۸۱).

^۱ - Elkin,

^۲ - Simons,

در بررسی یافته‌های جانبی پژوهش حاضر، توصیف میانگین نمرات پیش‌آزمون در نمونه مورد مطالعه نشان داد که میانگین افسردگی در گروه‌های آزمایش و شاهد به ترتیب برابر با ۳۳/۱۵ و ۳۴/۷ می‌باشد که طبقه‌بندی این نمرات بر اساس تست افسردگی، بیانگر وجود افسردگی متوسط در هر دو گروه بوده و میزان بالایی از افسردگی را در معتادین اقدام‌کننده برای ترک، نشان می‌دهد. این یافته همسو با مطالعه ثقه الاسلام و همکاران (۱۳۸۲) می‌باشد که میانگین ۲۹/۲۹ را برای سوءمصرف کنندگان بستری در بیمارستان نشان داده‌اند. معنای آشکار و ضمنی این یافته این است که اکثر معتادین دارای اختلالات افسردگی نیز بوده و از مشکلات خلقی رنج می‌برند.

همان‌طور که مشاهده شد بازبینی ادبیات نشان داد، سوءمصرف مواد یا وابستگی به آن، با افسردگی توأم می‌باشد که این همبندی درمان را مشکل‌تر می‌سازد که اگر چنانچه افسردگی معتادین به عنوان یک عامل خطر در نظر گرفته نشده و برطرف نشود، احتمال عود مجدد و عدم موفقیت درمان در آنان بیشتر خواهد بود. بنابراین مداخلات توانبخشی که چندبعدی بوده و عوامل روانشناختی را نیز مد نظر قرار دهند، لازم است. در این راستا رویکرد شناختی - رفتاری یکی از روش‌های موثر بر درمان افسردگی است که اثربخشی خود را در مطالعات مختلف نشان داده است (کاهلر و همکاران، ۲۰۰۲؛ دیوید فرسکو و همکاران، ۲۰۰۷؛ سوزان و همکاران، ۲۰۰۸).

در کل نتایج یافته‌های فوق بیانگر این نکته می‌باشد که آموزش راهکارهای مقابله با افسردگی با رویکرد CBT برای کاستن از علائم افسردگی در معتادین و داشتن درمان موفق، مفید و ثمربخش می‌باشد. این یافته همسو با یافته‌های دیگر محققین است. در مقابل مقدار T به دست آمده از مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون افسردگی در گروه شاهد (۲/۴۶) بود که در سطح معنی‌داری واقع نشده و بیانگر این نکته است که تغییر معناداری در سطح افسردگی گروهی که مداخله مستقیم درمانی برای مقابله با افسردگی دریافت نکرده و فقط به ادامه برنامه‌های مرکز مشغول بودند رخ نداده است. در تفسیر نتایج گروه شاهد می‌توان گفت که عدم دریافت مداخلات مستقیم و متمرکز بر موضوع افسردگی در مقیمان مرکز اجتماع درمان‌مدار باعث شده است که تغییرات معناداری نیز در نمرات افسردگی آنها حاصل نشود. این نکته همسو با نظر کارول (۱۹۹۵) می‌باشد که معتقد است "درمورد معتادانی که از علائم افسردگی نیز در رنج‌اند، نیاز به رویکردهایی مداخلاتی است که بطور آشکار و مستقیم بر روی این

علائم کار کنند". در نتیجه گیری از بحث فوق چنین به نظر می رسد که اگرچه مراکز اجتماع درمان مدار، از دیدگاهی کل گرا به ارائه انواع خدمات توانبخشی به بیماران می نمایند، ولی در عین حال مداخلات روانشناختی مستقیم و علمی تری لازم است تا رفع مشکلات روانشناختی و توانبخشی معتادان مقیم، نتایج مطلوب تری حاصل شود. بطور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که مداخلات شناختی- رفتاری در کاهش اختلالات روانپزشکی همچون افسردگی در معتادان و سوءمصرف کنندگان مواد، دارای نتایج اثربخش و مفیدی است. زیرا بتدریج که افسردگی کاهش یافته و احساسات و شناخت بیماران کاهش می یابد، آنها می توانند راه های مقابله با رویدادهای منفی زندگی و عوامل استرس زا را فرا گیرند. همچنین توانمندسازی بیماران از طریق رفع مشکلات گوناگون آنها می تواند امید بخش زندگی سالم و عاری از مواد در آنها باشد. در عین حال باید در نظر داشت که نتیجه گیری از درمان ها و مداخلات روانشناختی به عوامل مهمی نظیر مسائل فرهنگی، اعتقادی، اقتصادی - اجتماعی، خانوادگی و فردی نمونه های مورد مطالعه بستگی دارد که بهتر است در حد امکان همه عوامل علی- معلولی در نظر گرفته شوند تا نتایج مثبت تر و مفیدتری از مداخلات به بار آید.

منابع

- افقه سوسن، خلیلیان علیرضا (۱۳۷۵). بررسی عوامل مرتبط با اعتیاد به مواد افیونی در استان مازندران. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی مازندران، سال ششم، شماره ۱۲، صفحات ۲۹ تا ۲۵.
- بک، آرون تی، (۱۳۸۰). درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدر. ترجمه گودرزی، محمد علی (۱۳۸۰)، شیراز: انتشارات راهگشا.
- رجبی، غلامرضا؛ و عطائیان، مرضیه (۱۳۸۴). بررسی افسردگی فصلی در شهرستان های اقلید، لامرد و ارسنجان فارس. فصلنامه اصول بهداشت روانی. ۷، (۲۸)، ۱۴۴-۱۳۳.
- طاهره نقه الاسلام، امیدوار رضایی، کبری عقیقی (۱۳۸۲)، تاثیر درمان شناختی رفتاری در کاهش میزان افسردگی مبتلایان به سوء مصرف مواد. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل. ۸، ۴۲-۳۴.
- عرب، مصطفی (۱۳۸۱)، تأثیر گروه درمانی شناختی در کاهش افسردگی، اضطراب و میزان عود معتاد خود معرف. خلاصه مقالات همایش سراسری اعتیاد و چالش ها و درمان ها، زنجان، ص ۷۳.
- کارول، ام. کاتلین (۱۳۸۱)، راهنمای عملی درمان شناختی - رفتاری سوء مصرف مواد. ترجمه بخشی پور، عباس. تهران: نشر اسپند هنر.
- کاپلان، سادوک (۱۳۷۹). خلاصه روانپزشکی، ترجمه: پورافکاری. جلد اول، صفحات ۶۰۶ تا ۶۱۶. تهران: انتشارات شهرآب.

کریس . ال . کلینکه (۱۳۸۲). مهارت‌های زندگی (تکنیک‌های مقابله با اضطراب ، افسردگی ، تنهایی ، کمروبی ، سکوت و...) ترجمه ، محمد خانی، شهرام ، تهران: انتشارات اسپند هنر.

ماندنی، ماشاء... (۱۳۷۵). بررسی تأثیر کاردرمانی فعالیتهای گروهی ورزشی و بحث گروهی بر کاهش افسردگی معتادین باز پروری تهران، مقطع کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن.

میردی، گلانتز و کریستین آر. هارتل (۱۳۸۶). سوءمصرف مواد: خاستگاه ها و مداخلات. ترجمه محمدی، مسعود و همکاران. تهران. انتشارات ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری.

نقیبی و همکاران. (۱۳۸۱). تشخیص و درمان اعتیاد. چاپ اول، اصفهان: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

هاوتون، کرک. سالکوس کیس، کلارک. (۱۳۸۲). رفتاردرمانی شناختی: راهنمای کاربردی در درمان اختلال های روانی. ترجمه قاسم زاده. حبیب الله. تهران. انتشارات ارجمند.

References

- De leon, g. (۲۰۰۰). The therapeutic community: study of effectiveness. National institute on drug abuse research monograph. [Dhhs pub.no \(adm\) ۸۴-۱۲۸۶](#).
- Eric, B., Stijn, V., Gilberte, S., Kris, E., & Rudy, B. (۲۰۰۴). Evolution of encounter group methods in therapeutic communities for substance abusers. *Journal of Addictive Behaviors*, ۲۹, ۲۳۱-۲۴۴.
- Fresco, D. M., Segal, Z. V., Buis, m., Kennedy, S. (۲۰۰۷). Relationship of posttreatment decentering and cognitive reactivity to relapse in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. ۷۵(۳) ۴۴۷-۴۵۵.
- Hazelden. P. (۲۰۰۴). "Facts about Addiction and Depression", Mental Health Center, Foundation. *Journal substance abuse*, ۲(۲):۲۵۵-۲۶۳.
- Janina, G. Gallus, B. & Susa, R. (۲۰۰۵). Intention to change drinking behavior in general practice patients with problematic drink and comorbid depression or anxiety. *Alcohol & Alcoholism*. ۴۰ (۵), ۳۹۴-۴۰۰.
- Kahler, C. W. (۲۰۰۲). Negative mood, depressive symptoms, and major depression after smoking cessation treatment in smokers with a history of major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. ۱۱۱(۴), ۶۷۰-۶۷۵.
- Nick, M. (۲۰۰۶). Cognitive - Behavioral Therapy and Homelessness: A Case Series Pilot Study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, ۳۴, ۱۰۷-۱۱۱.
- Ochoa, E. and Vicente, N. (۱۹۹۶). Depression and substance abuse. *European Psychiatry* . ۱۱, (۴), ۳۲۴.
- Rychtarik, R., McGillicuddy, G. & Neil, B. (۲۰۰۵). Coping Skills Training and ۱۲-Step Facilitation for Women Whose Partner Has Alcoholism: Effects on Depression, the Partner's Drinking, and Partner Physical Violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. ۷۳(۲) ۲۴۹-۲۶۱.
- Sara, L. D., Rosemarie, A. Martin, D., Rohsenow, J. (۲۰۰۸). Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addictive Behaviors*. ۳۳, ۶۷۵-۶۸۸.
- Susan, R. (۲۰۰۸). Comorbidity of substance dependence and depression: Role of life stress and self-efficacy in sustaining abstinence. *PSYCHOLOGY OF ADDICTIVE BEHAVIORS*. ۲۲ (۱), ۴۷-۵۷.