

## Comparison of the Effectiveness of Existential Group Therapy with Cognitive Behavioral Group Therapy on Depression among Patients on Methadone Maintenance Therapy in Qazvin Province

Saeed Alami<sup>1</sup> , Saeed Bakhtiarpoor<sup>2\*</sup> , Parviz Asgari<sup>3</sup> , Naser Seraj-Khorrami<sup>4</sup> 

1. PhD student of Department of Health Psychology, Khorramshahr-Persian Gulf International Branch, Islamic Azad University, Khorramshahr, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
3. Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran.

\* **Corresponding Author:** Saeed Bakhtiarpoor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

**Email:** saeedbakhtiarpoor@iauahvaz.ac.ir

**Received:** 11 February 2020

**Accepted:** 25 March 2020

**Published:** 16 April 2020

### How to cite this article:

Alami S, Bakhtiarpoor S, Asgari P, Seraj-Khorrami N. Comparison of the Effectiveness of Existential Group Therapy with Cognitive Behavioral Group Therapy on Depression among Patients on Methadone Maintenance Therapy in Qazvin Province. *Salamat Ijtimai (Community Health)*. 2020; 7(3):239-50. DOI: <http://doi.org/10.28996/ch.v7i3.28996>.

### Abstract

**Background and Objective:** Drug addiction is a chronic illness that can often be associated with another psychiatric illness, such as depression. The objective of this study was to compare the efficacy of existential group therapy and cognitive behavioral group therapy on depression among patients on Methadone Maintenance Therapy (MMT) in Qazvin Province.

**Materials and Methods:** The research method was quasi-experimental with pre-test, post-test, and control group. Participants included 90 male patients on MMT rehabilitation facilities of Qazvin in 2019, who were purposefully selected and randomly divided into three groups: an experimental group under 10 weekly 120-minute existential group therapy, an experimental group under 10 weekly 120-minute cognitive-behavioral therapy, and a control group. All three groups completed Beck's Depression Questionnaire before the intervention, after the intervention and after 3 months. Data were analyzed using repeated measure test in SPSS software version 22.

**Results:** In the group receiving cognitive-behavioral intervention, the mean (SD) score of depression varied from 44.5 (3.3) in the pre-test to 34.9 (3.1) in the post-test and 34.1 (3.5) in the follow-up,  $p < 0.001$ . In the group receiving existential therapy intervention, the mean (SD) score of depression varied from 47.7 (3.2) in the pre-test, to 37.1 (5.5) in the post-test, and 35.9 (5.4) in the follow-up phase,  $p < 0.001$ . In the control group, the mean (SD) score of depression did not vary significantly in pre-test, post-test and follow-up. The effect size of cognitive-behavioral therapy ( $\eta^2 = 0.53$ ) was greater than the effect size of existential therapy ( $\eta^2 = 0.24$ ) in reducing depression, which indicates a greater effectiveness of cognitive-behavioral therapy compared to existential therapy in depression reduction.

**Conclusion:** It can be concluded that both cognitive-behavioral therapy and existential therapy are effective in reducing depression among patients under MMT, with cognitive-behavioral therapy being more effective in reducing depression than existential therapy.

**Keywords:** Existential group therapy, Cognitive-behavioral group therapy, Depression, Methadone maintenance therapy.

**Conflict of Interest:** None of the authors has any conflict of interest to disclose.

**Ethical publication statement:** We confirm that we have read the Journal's position on issues involved in ethical publication and affirm that this report is consistent with those guidelines.

Ethical code: IR.IAU.AHVAZ.REC.1398.015.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

## مقایسه اثربخشی گروه درمانی وجودی با گروه درمانی شناختی-رفتاری بر افسردگی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون

سعید عالمی<sup>۱</sup>، سعید بختیارپور<sup>۲\*</sup>، پرویز عسگری<sup>۳</sup>، ناصر سراج خرمی<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری گروه روانشناسی سلامت، واحد بین المللی خرمشهر-خلیج فارس، دانشگاه آزاد اسلامی، خرمشهر، ایران.

۲. استادیار، گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۳. دانشیار، گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۴. استادیار، گروه روان شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.

\* نویسنده مسئول: سعید بختیارپور، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

Email: saeedbakhtiarpoor@iauahvaz.ac.ir

تاریخ پذیرش: اسفند ۱۳۹۸

تاریخ دریافت: بهمن ۱۳۹۸

### چکیده

**زمینه و هدف:** اعتیاد به مواد مخدر، بیماری مزمنی است که در اغلب موارد با یک بیماری روان پزشکی دیگر مانند افسردگی می تواند همراه باشد. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی گروه درمانی وجودی و گروه درمانی شناختی-رفتاری بر افسردگی افراد معتاد تحت درمان نگهدارنده با متادون انجام شد.

**روش و مواد:** روش پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و مرحله پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری مردان معتاد تحت درمان نگهدارنده متادون مراجعه کننده کلینیک های ترک اعتیاد و کاهش آسیب در قزوین در سال ۱۳۹۸ بودند که از بین آنها تعداد ۹۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. پس از جایگزینی تصادفی در سه گروه، گروه آزمایش اول تحت گروه درمانی وجودی و گروه آزمایش دوم تحت درمان شناختی-رفتاری هر کدام در ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای به صورت هفتگی شرکت کردند اما گروه گواه، مداخله ای دریافت نکرد. هر سه گروه، قبل از مداخله، بعد از مداخله و پس از سه ماه، پرسشنامه افسردگی Beck را تکمیل کردند. داده ها با استفاده از آزمون اندازه گیری مکرر و نرم افزار SPSS-22 تحلیل شدند

**یافته ها:** در گروهی که مداخله شناختی-رفتاری صورت گرفت میانگین (انحراف معیار) افسردگی بیماران از ۴۴/۵ (۳/۳) در پیش آزمون به ۳۴/۹ (۳/۱) در پس آزمون و ۳۴/۱ (۳/۵) در مرحله پیگیری کاهش یافت ( $P < 0/001$ ). در گروهی که مداخله درمانی وجودی صورت گرفت میانگین (انحراف معیار) افسردگی بیماران از ۴۷/۷ (۳/۲) در پیش آزمون به ۳۷/۱ (۵/۵) در پس آزمون و ۳۵/۹ (۵/۴) در مرحله پیگیری کاهش یافت ( $P < 0/001$ ). میانگین (انحراف معیار) افسردگی بیماران در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوتی نداشت. نتایج حاکی از آن بود که اندازه اثر درمان شناختی-رفتاری ( $Eta = 0/53$ ) بیش تر از اندازه اثر درمان وجودی ( $Eta = 0/24$ ) در کاهش افسردگی است که این مسأله نشان دهنده تأثیر بیشتر درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با درمان وجودی در کاهش افسردگی بود.

**نتیجه گیری:** هر دو مداخله گروه درمانی شناختی-رفتاری و گروه درمانی وجودی باعث کاهش افسردگی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون شدند، اما گروه درمانی شناختی-رفتاری مؤثرتر از گروه درمانی وجودی بود.

**واژگان کلیدی:** گروه درمانی وجودی، گروه درمانی شناختی-رفتاری، افسردگی، درمان نگهدارنده با متادون.

## مقدمه

اعتیاد به عنوان یک اختلال روان پزشکی، با ابعاد زیست شناختی، روان شناختی و اجتماعی مطرح است که طی آن فرد کنترل خود را بر مصرف مواد از دست داده و با توجه به تبعات زیان بار آن کماکان به مصرف مواد ادامه می دهد (۱). اعتیاد به مواد مخدر افیونی بیماری مزمنی است که در اغلب موارد با یک بیماری روان پزشکی دیگر همراه است. اختلالات خلقی و در رأس آن افسردگی از جمله شایع ترین اختلالات محور اول همراه با اعتیاد می باشد (۲).

براساس نسخه چهارم تجدید نظر شده راهنمایی تشخیصی آماری اختلالات روانی مشخصه اختلال افسردگی خلق افسرده با احساس غمگینی، اعتماد به نفس پایین و بی علاقه‌گی به هر نوع فعالیت و لذت روزمره مشخص می باشد. افسردگی منجر به از کار افتادگی قابل توجه فرد در قلمروهای زندگی فردی و اجتماعی و اشتغال می شود و عملکردهای روزمره فرد همچون خوردن و خوابیدن و سلامتی فرد را تحت تأثیر قرار می دهد (۳). برای کاهش آسیب سوء مصرف مواد، درمان نگهدارنده با متادون در سال ۱۹۶۴ ابداع شد و مبدعان آن بیان کردند که مصرف دوزهای بالای متادون تمایل به مصرف مواد را کاهش داده و مانع از ایجاد سرخوشی حاصل از مصرف آن خواهد شد (۴). درمان نگهدارنده با متادون امکان عدم استفاده از مواد غیرقانونی را برای بیمار فراهم آورده و عملاً نیاز به تزریق را منتفی می سازد. در عین حال مصرف منظم و دراز مدت متادون خود از عود مجدد مصرف غیرقانونی پیشگیری می کند (۵). به دنبال این درمان دارویی عموماً وضعیت روانی و جسمانی بیمار بهبود می یابد. این درمان، در بسیاری از نقاط دنیا روش مهمی برای درمان وابستگی به مواد افیونی محسوب می شود (۶). در این روش فرد وابسته برای چندین سال و حتی گاهی تا آخر عمر تحت درمان با متادون قرار می گیرد. در نتیجه کاهش وسوسه، بیمار می تواند به جای هدر دادن انرژی و وقت و تلاش خود در تأمین مواد مورد نیازش، آن را در جهت فعالیت های سازنده به کار گیرد. هر چند ممکن است این روش به قطع کامل مصرف مواد منتهی نشود، اما بهبود کارکرد اجتماعی معتادان را به دنبال خواهد داشت (۷). با توجه به پایین رفتن سن اعتیاد و نیز هزینه های انسانی و مادی مبارزه با عرضه و توزیع مواد و عوارض جسمی و روانی و صرف وقت هزینه های زیاد و درصد کم موفقیت و عدم انگیزه معتادان برای بهبودی که صرفاً جهت رفع خماری اقدام به دریافت درمان دارویی می نمایند، می توان گفت درمان دارویی معتادان نتیجه چندان مطلوبی در پی نداشته باشد (۸) و همچنین با توجه به بررسی های انجام شده به نظرمی رسد بیست درصد تا نود درصد معتادانی که تحت درمان دارویی قرار می گیرند، دچار عود می شوند. نتایج پژوهش های پیشین نشان می دهد، اثربخشی درمان های نگهدارنده دارویی، بدون مداخله های روانی اجتماعی، به علت تأکید صرفاً دارویی موفقیت چندان نداشته است (۹). از این رو، به نظر می رسد مراکز بازپروری و کاهش آسیب به درمان های روان شناختی جهت تغییر نگرش سوء مصرف کنندگان مواد، بیشتر نیاز داشته باشند، لذا ضرورت توجه به درمان های روان شناختی و غیر دارویی بیش از پیش احساس می گردد (۱۰). به رغم تلاش فراوان جامعه عملی، هنوز درمان مناسبی که بتواند برای اعتیاد نتیجه بخش باشد شناخته نشده است، به نظر می رسد در درمان بیماری هایی همچون اعتیاد ضمن این که بعد زیستی انسان مورد توجه قرار می گیرد، لازم است به همان اندازه و بلکه بیشتر به ابعاد روانی و اجتماعی انسان توجه شود (۱۱). در این زمینه مطالعات نشان داده اند درمان های گروهی تأثیرگذاری به مراتب بیشتری از درمان های فردی داشته است (۱۲). یکی از مداخلات روان شناختی که به صورت گروهی جهت درمان به کار می رود، گروه درمانی وجودی است. درمان وجودی بر اراده آزاد، خودمختاری و جست وجو برای معنا تمرکز می کند. این درمان اغلب بر روی فرد و نه روی نشانه‌ها متمرکز است. این رویکرد بر ظرفیت فرد برای ایجاد انتخاب‌های منطقی و به حداکثر رساندن توانایی اش تأکید دارد (۱۳). این رویکرد درمانی در پی یافتن معنا در زندگی است. داشتن معنای هدف در زندگی، ارتباط مثبتی با عوامل روان شناختی دارد و به سازگاری، رضایت از زندگی و احساس خوب روان شناختی منجر می شود (۱۴). مطالعات از تأثیر گروه درمانی وجودی بر بهبود اضطراب (۱۵)، بهبود سلامت معنوی (۱۶) و درمان اختلالات روانی در معتادان (۱۷) خبر داده اند.

یکی دیگر از مداخلات روان شناختی که به صورت گروهی جهت درمان به کار می رود، درمان گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری است. هدف رویکردهای شناختی، عمدتاً تغییر دادن رفتار اعتیادی از طریق تغییر در شناخت های نادرست

مانند باورهای ناکارآمد نگهدارنده رفتار است (۱۸) و یا از طریق بهبود شناخت های مثبت مثل خودکارآمدی یا انگیزش برای تغییر رفتار است (۱۹). هدف این درمان این است که افراد بتوانند شناخت های ناکارآمد خود را شناسایی و با شناخت های کارآمد جایگزین کنند و به وقایع ناخوشایندی که ممکن است در زندگی آنان اتفاق افتد، کنار بیایند (۲۰). در واقع اتفاقی که در این درمان می افتد تغییر یک فکر نخواهد بود، بلکه سعی در تغییر مدل فکر کردن افراد است. همزمان با کار کردن بر روی افکار، درمانگران سعی می کند تا با تجویز یک مجموعه رفتار به صورت تکلیف در خانه و محیط اطراف، سرعت جلسه درمانی را بالا ببرند (۲۱). پیش از این مطالعات تأثیرگذاری درمان شناختی-رفتاری گروهی بر معتادان خبر داده اند. از جمله این مطالعات می توان به تأثیر درمان شناختی-رفتاری گروهی بر بهبود اضطراب (۲۲)، کاهش وابستگی به الکل در معتادان وابسته به مشروبات الکلی (۲۳)، در بین معتادان اشاره کرد. نتایج پژوهش Bador, & Kerekes (۲۴) نشان داد که درمان گروهی شناختی-رفتاری سبب کاهش افسردگی و اضطراب، افزایش عزت نفس و کاهش ناامیدی در مبتلایان به سوء مصرف مواد شده است و این نوع درمان سبب شده تا آنان عزت نفس بیشتری را قبل از درمان گزارش کنند و به نوعی توانایی های خود را برای مقابله با مسایل و مشکلات مثبت تر ارزیابی کنند و این سبب شده تا آنان ضمن بهبود عزت نفس امید بیشتری به زندگی داشته باشند و ناامیدی در آنان کاهش می یابد. Can Gür, & Okanli (۲۵) در پژوهشی به تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر افسردگی، اضطراب و خودکارآمدی افراد مبتلا به سوء مصرف الکل در ترکیه پرداختند. نتایج نشان داد مداخله مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری در کاهش افسردگی و اضطراب و افزایش خودکارآمدی آنان مؤثر بوده است. ضرورت پژوهش حاضر از آن جهت است که برنامه ریزی اقدامات مناسب، ارتقای خدمات سلامت روانی و ایجاد سیاست های مرتبط با آن در جامعه، نیازمند آشنایی با درمان های روانشناختی مناسب به صورت گروهی است. داشتن اطلاعاتی پیرامون این روش های درمانی می تواند برای فرایندهای روان شناسانه در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون مفید 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 می تواند برای مدیران نظام سلامت نیز کاربرد داشته باشد تا با بهره گیری از نیروهای مجرب، توجه بیشتری به درمان های غیر دارویی کنند. بنابراین یافته های این پژوهش می تواند در انتخاب روش درمان روان شناختی مناسب برای درمان بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون کمک کننده باشد. هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی گروه درمانی وجودی با گروه درمانی شناختی-رفتاری بر افسردگی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون استان قزوین بود.

## روش و مواد

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری مردان معتاد تحت درمان نگهدارنده متادون مراجعه کننده کلینیک های ترک اعتیاد و کاهش آسیب در قزوین در سال ۱۳۹۸ بودند که تعداد آنها، ۱۶۷ نفر بود. از این میان و با توجه به ملاک های ورود و خروج و با مصاحبه بالینی روانشناس مرکز ترک اعتیاد، افرادی که دارای افسردگی تشخیص داده شدند، تعداد ۹۰ نفر انتخاب شده و به صورت تصادفی در سه گروه درمان وجودی، درمان شناختی-رفتاری و گروه گواه قرار گرفتند. ملاک انتخاب تعداد افراد نمونه بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ در سه گروه، حداقل تعداد نمونه برای دستیابی به توان مورد نظر، ۳۰ نفر در هر گروه جمعاً ۹۰ نفر به دست آمد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: گذشت یک سال از درمان نگهدارنده با متادون، سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال، مذکر بودن، حداقل سواد دیپلم، فقدان اختلالات روان پزشکی بر اساس مصاحبه بالینی و معیارهای خروج عبارت بودند از: مصرف داروهای روانپزشکی، دریافت درمان روان شناختی دیگر همزمان با مطالعه حاضر، و غیبت در بیش از دو جلسه درمانی بود. ابتدا در رابطه با تشکیل جلسات گروهی مشاوره برای مردان معتاد تحت درمان متادون با کلینیک های ترک اعتیاد و کاهش آسیب هماهنگی لازم انجام شد. از بین افراد داوطلب مراجعه کننده واجد شرایط ورود به مطالعه، ۹۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه، هر گروه سی نفر قرار گرفتند. پس از آن گروه های درمانی وجودی و درمان شناختی-رفتاری در ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای که به صورت هفتگی و در طول دو ماه و نیم، در مرکز

مشاوره تشکیل شد، شرکت کردند. قبل از شروع جلسات، برای اعضاء هر دو گروه آزمایش، یک جلسه توجیهی برگزار و طی آن توضیحاتی کلی در مورد گروه درمانی ارائه شد و ضمن توضیح شرایط پژوهش و معرفی پژوهشگر، از آنان جهت شرکت در مطالعه رضایت نامه کتبی گرفته شد. همچنین در طول این جلسه، از شرکت کنندگان خواسته شد تا پرسشنامه تحقیق را تکمیل کنند و بعد از برگزاری جلسات مجدداً پرسشنامه مذکور توسط هر سه گروه تکمیل شد. به عبارتی در فرایند اجرا، اعضای گروه درمانی وجودی و اعضای گروه درمانی شناختی-رفتاری ۱۰ جلسه مشاوره و درمان گروهی دریافت نمودند، اما برای اعضای گروه گواه مداخله ای ارائه نشد. لازم به ذکر است در مرکز مربوطه یک نفر روان پزشک بر اجرای تحقیق نظارت داشت.

### جدول شماره ۱- برنامه و محتوای جلسات گروه درمانی وجودی

| جلسه        | محتوای جلسات                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول         | در این جلسه برای اولین بار گروه به طور رسمی فعالیت خود را شروع می کند. در جوی دوستانه گروه با همدیگر آشنا می شوند و با همکاری همدیگر شروع به تدوین قوانینی برای گروه می کنند. هدف از این جلسه آشنایی رهبر و اعضاء با همدیگر و بیان قوانین و دلایل تشکیل گروه است. در پایان این جلسه به عنوان تکلیف جلسه اول از هریک از اعضا خواسته شد تا در برگه ای مخصوص، ویژگی ها و خصوصیات و صفات مربوط به خود را مشخص می کنند. |
| دوم         | در ابتدا به مرور اجمالی جلسه اول، بررسی تکلیف ارائه شده، به چالش کشاندن پاسخ اعضا به سؤال "من چه کسی هستم؟"، پرداخته شد و پس از آن مفهوم خودآگاهی در گروه مورد بحث و بررسی قرار می گیرد. هریک از اعضا نظرات خود را درباره آن بیان می کنند و سرانجام تکلیفی متناسب با بحث جلسه به اعضا ارائه می شود.                                                                                                                |
| سوم         | پرداختن به تکلیف و مباحث جلسه قبل، اجرای فن "خط عمر" توسط همه اعضا و گفتگو درباره آن، بررسی تفکر و نگرش اعضا نسبت به مرگ و نیستی، به چالش کشاندن نگرش اعضا توسط رهبر، جمع بندی و ارائه تکلیف. از اعضا خواسته می شود برای جلسه آینده از دید پدیدارشناختی خود، توصیفی از ویژگی های مرگ را بیان بکنند.                                                                                                                |
| چهارم       | مرور تکلیف و مباحث جلسه قبل، بررسی تجارب اعضاء درباره فقدان و سوگ و ارائه بازخورد، مواجهه تجسمی اعضا با مرگ، تشریح نقش مرگ در زندگی توسط رهبر گروه و مشارکت اعضاء، خلاصه کردن و جمع بندی جلسه. تکلیف این جلسه برای جلسه آینده این است که از هریک از اعضا خواسته می شود تا اعلامیه فوتی را از مرگ خود یا مرگ هر کسی که نسبت به آن بسیار زیاد حساس هستند برای هفته آینده طراحی کنند.                                 |
| پنجم        | مرور جلسه گذشته، پرداختن به مفاهیم آزادی، حق انتخاب و وجود محدودیت ها، بررسی تجارب اعضاء در مورد موقعیت های چالش برانگیز آزادی در انتخاب؛ تشریح ارتباط بین آزادی و مسئولیت توسط رهبر و دادن تکلیف مرتبط با جلسه.                                                                                                                                                                                                   |
| ششم         | بررسی تکلیف داده شده؛ بررسی پاسخ اعضاء به سوال های "آیا من انسان تنهایی هستم؟" و "آیا تنهایی رنج آور است؟" و به چالش کشاندن آن ها؛ تشریح مفهوم تنهایی طبق دیدگاه وجودی توسط رهبر؛ جمع بندی و ارائه تکلیف به اعضاء.                                                                                                                                                                                                 |
| هفتم و هشتم | بررسی تکلیف ارائه شده؛ بررسی پاسخ اعضاء به سوال های "آیا زندگی دارای هدف و معنا است؟" و "من برای چه زندگی می کنم؟"، بحث درباره آن ها و ارائه بازخورد؛ پرداختن به تجارب اعضاء درباره احساس پوچی و بیهودگی؛ جمع بندی مباحث جلسه.                                                                                                                                                                                     |
| نهم         | اعضا در مورد مسائلی که می تواند بر افکار احساسات فرد مؤثر باشد، به گفتگو می نشینند. از تصویرسازی ذهنی استفاده می شود. به این ترتیب از اعضا خواسته می شود تا یکی از موقعیت های موفقیت یا شکست خود را تصور کنند؛ چه کسی را مسؤول آن می دانند؟ چه احساسی نسبت به آن دارند؟ از این که مسؤولیت رفتارهای خود را می پذیرند چه احساسی دارند؟ پرداختن به این مباحث و نتیجه گیری با کمک اعضا.                                |
| دهم         | تشریح مباحث مطرح شده در جلسات گذشته توسط اعضاء؛ تبیین ارتباط و پیوند بین مفاهیم خودآگاهی، تنهایی، آزادی و مسئولیت، مرگ و بی معنایی توسط رهبر و اعضا، اشاره به فرایند گروه از آغاز تا پایان، و در انتها اختتام گروه.                                                                                                                                                                                                |

در زمینه کنترل متغیرهای مخدوش گر سعی شد نمونه های مورد بررسی از نظر وضعیت اقتصادی، سن، طبقه اجتماعی، سطح تحصیلات، تأهل، سوابق اعتیاد سوابق ترک های ناموفق کنترل شوند، بدین صورت که با توجه به تجربه پژوهشگران، نمونه ها از سطح اقتصادی-اجتماعی پایین، سطح تحصیلات دبیرم و متأهل، و سابقه ترک ناموفق و عود سوءمصرف مواد انتخاب شدند.

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه آزمایش و گواه، اجازه خروج از طرح پژوهشی در هر مرحله ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه گواه در صورت علاقه مندی می توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. کلیه مدارک و پرسشنامه ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود و خواهد ماند. رضایت نامه کتبی آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید.

### جدول شماره ۲- برنامه و محتوای جلسات درمان شناختی-رفتاری گروهی

| جلسات       | محتوای جلسات                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول         | برقراری اتحاد درمانی و مرور علائم اختلال اضطراب و افسردگی و نارضایتی از زندگی، ایجاد پیوستگی گروهی توضیح مشکل فرد در قالب افسردگی و اضطراب، خلاصه ای از طرح درمانی.                                                                                                                |
| دوم         | عرفی ماریچ پایین رونده افسردگی و اضطراب، ارائه سبب شناسی افسردگی و اضطراب، ارائه منطق سه مؤلفه درمان، تکلیف " واکنش به شروع طرح درمانی.                                                                                                                                            |
| سوم         | مرور تکلیف خانگی، ساخت سلسله مراتب ترس و اجتناب، توضیح و تمرین خود بازبینی، تخصیص تکلیف خانگی.                                                                                                                                                                                     |
| چهارم       | مرور تکلیف، افکار خود-آیند و هیجانات ناشی از آنها، مروری مقدماتی بر مهارت های بازسازی شناختی، شناسایی افکار خودآیند و هیجانات ناشی از آنها، تخصیص تکلیف خانگی.                                                                                                                     |
| پنجم        | مرور تکلیف خانگی، تعیین خطاهای تفکر، به چالش گذاشتن افکار خودآیند، استفاده از پاسخ های عاقلانه، تخصیص تکلیف خانگی، آماده سازی برای اولین جلسه رویارویی.                                                                                                                            |
| ششم         | مرور تکلیف، مرور منطق رویارویی تدریجی و منظم، انجام رویارویی درون جلسه ای، تکلیف خانگی با تأکید بر کاهش افسردگی و اضطراب و افزایش رضایتمندی به زندگی.                                                                                                                              |
| هفتم و هشتم | مرور تکلیف خانگی، ارائه چندین نکته تکمیلی درباره رویارویی های بعدی، انجام رویارویی درون جلسه ای، بررسی پرسش های مراجع و پاسخ گویی به آنها در زمینه افسردگی و اضطراب و رضایتمندی از زندگی، تخصیص تکلیف.                                                                             |
| نهم         | مرور تکلیف، توضیح منطق بازسازی شناختی پیشرفته، باورهای بنیادین، کشف و به چالش گذاشتن باورهای بنیادین، تخصیص تکلیف خانگی با تأکید بر کاهش افسردگی و اضطراب و افزایش رضایتمندی به زندگی.                                                                                             |
| دهم         | ارزیابی پیشرفت، تصمیم گیری درباره درمان های تکمیلی، بحث درباره احتمال عود و پیشگیری از آن، توضیح فرآیند پایان، بررسی انتظارات از بعد از پایان گرفتن درمان، آگاهی بخشی درباره هیجانات مختلف درباره پایان گرفتن درمان با تأکید بر کاهش افسردگی و اضطراب و افزایش رضایتمندی به زندگی. |

ابزار گرد آوری داده ها پرسشنامه افسردگی Beck و ویرایش دوم (II-BDI) بود که شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی Beck است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (۲۶). علاوه بر آن ویرایش دوم این پرسشنامه، تمامی عناصر افسردگی را بر اساس نظریه شناختی افسردگی نیز پوشش می دهد. این پرسشنامه همانند ویرایش نخست از ۲۱ ماده تشکیل شده که آزمودنی برای هر ماده یکی از چهارگزینه ای را که نشان دهنده شدت علامت افسردگی در مورد خویش است را بر می گزیند. هر ماده نمره ای بین صفر تا ۳ می گیرد و بدین ترتیب نمره کل پرسشنامه دامنه ای از صفر تا ۶۳



دارد. ۲۱ ماده پرسشنامه افسردگی بک در سه گروه نشانه های عاطفی، نشانه های شناختی و نشانه های جسمانی طبقه بندی می شوند. مطالعات روان سنجی انجام شده بر روی ویرایش دوم این پرسشنامه نشان می دهد که از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است و به طور کلی این پرسشنامه جانشین مناسبی برای ویرایش اول آن محسوب می شود. Beck و همکاران (۲۶) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفای کرونباخ برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کرده اند. روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۷ به دست آمد. داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS-23 و آزمون های تحلیل واریانس مختلط با اندازه های مکرر تحلیل شد.

### یافته ها

میانگین (انحراف معیار) سن شرکت کنندگان در گروه درمانی وجودی (۷/۵) ۲۵/۶، در گروه شناختی-رفتاری (۷/۸) ۲۶/۶ و در گروه گواه (۷/۹) ۲۷/۵ سال بود. حداقل سن شرکت کنندگان ۲۰ و حداکثر ۳۵ سال بود. پیش از اجرای آزمون اندازه گیری مکرر، پیش فرض های توزیع طبیعی داده ها، همگنی واریانس ها در گروه ها، شرط همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس و برابری واریانس های درون آزمودنی بررسی شد. نتایج نشان داد که هر سه گروه از توزیع طبیعی و همگنی واریانس ها برخوردارند ( $P > 0.05$ ). همچنین نتایج آزمون کرویت موخلی ( $\chi^2 = 2.11$ ,  $P = 0.10$ ) و آزمون M باکس ( $F = 2.09$ ,  $P = 0.13$ ) حاکی از برقراری همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس و برابری واریانس های درون آزمودنی بود.

### جدول شماره ۳ - میانگین (انحراف معیار) افسردگی در پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری در سه گروه

| گروه                 | پیش آزمون<br>(انحراف معیار) میانگین | پس آزمون<br>(انحراف معیار) میانگین | پیگیری<br>(انحراف معیار) میانگین | P     |
|----------------------|-------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|-------|
| گواه                 | ۴۶/۹ (۳/۵)                          | ۴۴/۸ (۴/۴)                         | ۴۳/۳ (۲/۹)                       | ۰/۷۶  |
| درمانی شناختی-رفتاری | ۴۴/۵ (۳/۳)                          | ۳۴/۹ (۳/۱)                         | ۳۴/۱ (۳/۵)                       | ۰/۰۰۱ |
| درمانی وجودی         | ۴۷/۷ (۳/۲)                          | ۳۷/۱ (۵/۵)                         | ۳۵/۹ (۵/۴)                       | ۰/۰۰۱ |

نتایج جدول شماره ۳ حاکی از کاهش معنادار نمره های دو گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه در افسردگی در مرحله پس آزمون و پیگیری است. در گروهی که مداخله شناختی-رفتاری صورت گرفت میانگین (انحراف معیار) افسردگی بیماران از (۳/۳) ۴۴/۵ در پیش آزمون به (۳/۱) ۳۴/۹ در پس آزمون و (۳/۵) ۳۴/۱ در مرحله پیگیری کاهش یافت ( $P < 0.001$ ). در گروهی که مداخله درمانی وجودی صورت گرفت میانگین (انحراف معیار) افسردگی بیماران از (۳/۲) ۴۷/۷ در پیش آزمون به (۵/۵) ۳۷/۱ در پس آزمون و (۵/۴) ۳۵/۹ در مرحله پیگیری کاهش یافت ( $P < 0.001$ ). میانگین (انحراف معیار) افسردگی بیماران در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری نداشت.

### جدول شماره ۴ - نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری های مکرر در چهار گروه در سه مرحله

| مؤلفه ها | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | مجدورات | نسبت F   | اندازه اثر |
|----------|--------------|---------------|------------|---------|----------|------------|
| افسردگی  | درون گروهی   | ۳۷۶۸/۵۷       | ۲          | ۱۸۸۴/۲۸ | ۶۳/۶۸**  | ۰/۷۹       |
|          | بین گروهی    | ۲۱۷۶/۴۶       | ۲          | ۱۰۸۸/۲۳ | ۱۳۶/۶۳** | ۰/۸۸       |
|          | تعامل        | ۱۵۴۹/۸۷       | ۴          | ۳۸۷/۴۶  | ۴۸/۶۴**  | ۰/۶۸       |

\*\* $P < 0.01$  \* $P < 0.05$

جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که اندازه اثر مداخله در گروه‌های درمان وجودی، درمان شناختی-رفتاری و گروه گواه از نظر افسردگی معنادار است ( $P < 0/001$ ,  $\eta^2 = 0/88$ ). بدین ترتیب می‌توان گفت سه گروه از نظر افسردگی تفاوت معناداری با یک دیگر داشتند.

**جدول شماره ۵- مقایسه اثر ساده درون‌گروهی به تفکیک چهار گروه در افسردگی**

| گروه                | متغیر   | منبع اثر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F       | مجذورات |
|---------------------|---------|----------|---------------|------------|-----------------|---------|---------|
| درمان وجودی         | افسردگی | مرحله    | ۶۳/۲۸         | ۱          | ۶۳/۲۸           | ۴/۸۱*   | ۰/۲۴    |
|                     | خطا     |          | ۱۷۷/۰۹        | ۱۴         | ۱۵/۴۹           |         |         |
| درمان شناختی-رفتاری | افسردگی | مرحله    | ۳۹۷/۵۵        | ۱          | ۳۹۷/۵۵          | ۱۶/۸۴** | ۰/۵۳    |
|                     | خطا     |          | ۳۴۴/۲۲        | ۱۴         | ۲۶/۸۰           |         |         |
| گواه                | افسردگی | مرحله    | ۰/۷۴          | ۱          | ۰/۷۴            | ۱/۱۱    | ۰/۰۹    |
|                     | خطا     |          | ۲۲/۵۱         | ۱۴         | ۱/۳۴            |         |         |

\* $P < 0/05$  \*\* $P < 0/01$

نتایج جدول شماره ۵ حاکی از آن است که اندازه اثر درمان شناختی-رفتاری ( $\eta^2 = 0/53$ ) بیش تر از اندازه اثر درمان وجودی ( $\eta^2 = 0/24$ ) در کاهش افسردگی بود که این مسأله نشان دهنده تأثیر بیشتر درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با درمان وجودی در کاهش افسردگی است.

**جدول شماره ۶- نتایج آزمون بنفرونی برای افسردگی به تفکیک گروه‌ها در سه مرحله**

| مرحله (I) | شناختی-رفتاری |            | درمان وجودی |            | گروه گواه  |            |
|-----------|---------------|------------|-------------|------------|------------|------------|
|           | میانگین‌ها    | خطای معیار | میانگین‌ها  | خطای معیار | میانگین‌ها | خطای معیار |
| پس آزمون  | ۱۸/۶۷**       | ۲/۱۸       | ۱۱/۵۸*      | ۱/۸۹       | ۰/۳۳       | ۰/۲۱       |
| پیش آزمون | ۱۷/۹۲**       | ۲/۰۲       | ۱۰/۵۸*      | ۱/۹۷       | ۲/۵۰       | ۰/۷۷       |
| پس آزمون  | ۰/۷۵          | ۰/۵۲       | ۱/۰۰        | ۱/۴۲       | ۲/۸۳       | ۰/۸۲       |

در جدول شماره ۶ تفاوت افسردگی در مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش آزمون در هر دو گروه آزمایش معنادار و این تأثیر تا مرحله پیگیری پایدار مانده است ( $P < 0/001$ ). درحالی که در گروه گواه این تفاوت‌ها معنادار نیست ( $P = 0/64$ ).

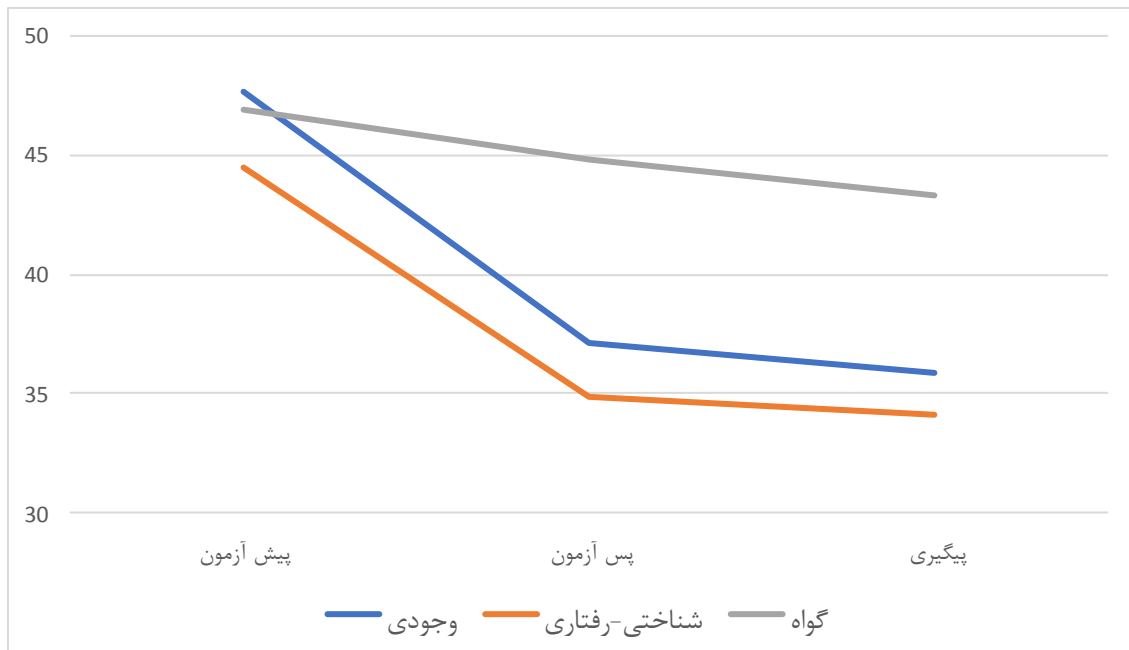
**جدول شماره ۷- نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه دو به دو گروه‌های آزمایش و گواه**

| متغیر   | گروه          | گروه  | اختلاف میانگین | خطای معیار | P     |
|---------|---------------|-------|----------------|------------|-------|
| افسردگی | شناختی-رفتاری | وجودی | -۶/۱۳          | ۲/۸۶       | ۰/۰۱۴ |
|         | گواه          | وجودی | -۱۴/۴۱         | ۲/۸۶       | ۰/۰۰۱ |
|         | گواه          | وجودی | -۸/۲۷          | ۲/۸۶       | ۰/۰۰۱ |

نتایج جدول شماره ۷ با توجه به آزمون تعقیبی توکی نشان می‌دهد که تفاوت میانگین بین درمان شناختی-رفتاری و درمان وجودی در افسردگی معنادار است ( $P < 0/014$ ,  $MD = -6/13$ ). از آن جایی که تفاوت میانگین درمان شناختی-رفتاری و گروه گواه بر کاهش افسردگی ( $MD = 14/41$ ) بیشتر از میزان تفاوت میانگین درمان وجودی ( $MD = 8/27$ ) بود، می‌توان



نتیجه گرفت که درمان شناختی-رفتاری نسبت به درمان وجودی تأثیر بیشتری بر کاهش افسردگی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون مؤثر داشته است.



#### نمودار شماره ۱- نمودارهای تعاملی اثربخشی مداخله ها در گروه‌های آزمایشی

همان‌طور که نمودار شماره ۱ نشان می‌دهد افسردگی شرکت‌کنندگان در گروه‌های آزمایشی در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون خود گروه‌ها و نسبت به گروه گواه کاهش یافته و این کاهش در مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است ولی در گروه گواه تغییری مشاهده نمی‌شود.

#### بحث

مطالعه نشان داد در گروهی که مداخله شناختی-رفتاری صورت گرفت میانگین (انحراف معیار) افسردگی بیماران از (۳/۳) ۴۴/۵ در پیش‌آزمون به (۳/۱) ۳۴/۹ در پس‌آزمون و (۳/۵) ۳۴/۱ در مرحله پیگیری کاهش یافت. اما میانگین (انحراف معیار) افسردگی بیماران در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوتی نداشت. همچنین نتایج نشان داد اندازه اثر مداخله در گروه‌های درمان وجودی، درمان شناختی-رفتاری و گروه گواه از نظر افسردگی معنادار است. اندازه اثر درمان شناختی-رفتاری ( $\text{Eta}^2=0/53$ ) بیش‌تر از اندازه اثر درمان وجودی ( $\text{Eta}^2=0/24$ ) در کاهش افسردگی بود که این مسأله نشان‌دهنده تأثیر بیشتر درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با درمان وجودی در کاهش افسردگی است.

مطالعه نشان داد گروه درمانی وجودی بر کاهش افسردگی بیماران اعتیاد تحت درمان نگهدارنده با متادون مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش کجباف و همکاران (۲۷) مبنی بر تأثیر گروه درمانی معنوی و وجودی بر میزان افسردگی، اضطراب مرگ در دانشجویان همسو بود. در تبیین تأثیر گروه درمانی وجودی بر کاهش افسردگی می‌توان گفت گروه درمانی وجودی با تکیه بر آزادی و مسئولیت‌پذیری افراد تلاش دارد فرد را از وظایف و مسئولیت‌های زندگی آگاه سازد که سبب می‌شود فرد از نگرانی دست بردارد. همچنین در جلسات معنا درمانی بر روی این نکته که افسردگی به علت بی‌معنا شدن زندگی ایجاد می‌شود، تأکید می‌شود. به عبارتی معنا درمانی نشانه‌های بیماری را برطرف می‌سازد و فرد را توانا می‌سازد تا با دشواری‌های اساسی زندگی رو در رو شود و به بهزیستی و سلامت روان برسد که این نیز می‌تواند منجر به کاهش افسردگی در افراد معتاد گردد (۱۷). شرکت در جلسات درمان گروهی وجودی، هدف و ارزش‌های زندگی و همچنین تعامل با هم‌تایان خود مسئولیت‌پذیری را در فرد افزایش می‌دهد. فرد با قبول این مسئولیت و پذیرش شرایط فعلی خود به فعالیت و تلاش برای بهبود خود تشویق می‌شود. این امر زمینه را برای کاهش افسردگی فراهم می‌کند. گزینش هدف و یافتن معنی

در زندگی می تواند به افراد شکست خورده و آسیب دیده کمک کند تا بر افسردگی خود چیره شوند و مسئولیت زندگی شان را بپذیرند (۱۴).

یافته ها نشان داد گروه درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی بیماران اعتیاد تحت درمان نگهدارنده با متادون تأثیرگذار است. این یافته با نتایج پژوهش خالدیان و همکاران (۲۸) مبنی بر اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی در افراد معتاد، و پژوهش لطفی کاشانی و همکاران (۲۹) مبنی بر تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر بهبود افسردگی معتادان تحت درمان همسو بود. درمان شناختی-رفتاری در افسردگی بر تمایل منفی در فرایند اطلاعات که نتیجه ای از تحریف تفسیرها از خود، محیط و آینده، که با باورهای ناسازگارانه ای که به وسیله فرد برانگیخته می شود، ارتباط دارد، تاکید می کند. بیشتر دیدگاه های اخیر از این مدل که بر ارتباط میان ماهیت رویدادهای افسردگی و تفسیرهای بیماران از این رویدادها تاکید دارد، حمایت می کنند. تکنیک های شناختی-رفتاری با به چالش کشیدن افکار منفی، برنامه ریزی برای رسیدن به اهداف را تقویت کرده و افسردگی را کاهش می دهند (۱۹). در واقع درمان شناختی-رفتاری در افسردگی بر تمایل منفی در فرایند اطلاعات که نتیجه ای از تحریف تفسیرها از خود، محیط و آینده، که با باورهای ناسازگارانه ای که به وسیله فرد برانگیخته می شود، ارتباط دارد، تاکید می کند. تکنیک های شناختی-رفتاری با به چالش کشیدن افکار منفی، برنامه ریزی برای رسیدن به اهداف را تقویت کرده و افسردگی را کاهش می دهند.

نتایج نشان داد گروه درمانی شناختی-رفتاری و گروه درمانی وجودی در کاهش افسردگی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون اثر بخشی متفاوتی دارند و گروه درمانی شناختی-رفتاری در مقایسه با گروه درمانی وجودی بر کاهش افسردگی مؤثرتر است. مطالعه ای که به مقایسه اثربخشی دو روش درمانی گروه درمانی شناختی-رفتاری و گروه درمانی وجودی در افسردگی افراد دارای اعتیاد به مواد مخدر پرداخته باشد یافت نشد اما نتایج پژوهش خالدیان و همکاران (۳۰) مبنی بر مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی شناختی رفتاری و معنا درمانی گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی نشان داد که درمان شناختی-رفتاری در کاهش افسردگی مؤثرتر بود و معنا درمانی در افزایش امید به زندگی تأثیر بیشتری داشت. در نتیجه هر دو درمان شناختی-رفتاری و معنادرمانی در کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی مؤثر بودند. به نظر می رسد تأثیرگذاری بیشتر درمان شناختی-رفتاری نسبت به گروه درمانی وجودی بیشتر از این منظر است که تمرکز درمان شناختی-رفتاری بر تغییر دادن فکر و رفتار است. روان درمان گران شناختی-رفتاری بر این موضوع تأکید دارند که شناخت ها و نوع نگرش ما به زندگی بر هیجانات ما تأثیر می گذارد (۱۰). در نتیجه اگر بتوانیم نوع نگاه به زندگی و اتفاقات را در افراد معتاد تغییر دهیم، می توانیم باعث شویم که معتادان آسان تر تفکر افسرده را رها کنند (۱۳). همزمان با تغییر رفتار در این افراد تجربه های جدیدی را در زندگی آن ها وارد می شود تا جایی که فرد پس از طی کردن دوره درمانی خود دیگر احساس افسردگی نمی کند. رفتار درمانی با استفاده از تغییر فکر و رفتار در فرد افسرده شروع به درمان افسردگی می کند. تغییر دادن فکر و نگرش در افراد افسرده مهم ترین بخش فرایند درمانی است (۱۲). با توجه به این مهم که روش درمانی شناختی-رفتاری به بازسازی در رفتار و خلق معتاد منجر می شود و نگرش های منفی را کاهش می دهد (۱۱). از این رو، این رویکرد درمانی موفقیت بیشتری در کاهش مشکلات روانی چون افسردگی معتادان دارد، چرا که این رویکرد بر پایه نظریه یادگیری اجتماعی قرار دارد (۱۶) و این یادگیری می تواند زمینه ساز رفتارهای مناسب در معتادان باشد (۱۳).

خودگزارشی بودن ابزارهای پژوهش را می توان از محدودیت های پژوهش بر شمرد. از محدودیت های قابل توجه این پژوهش، عدم برخورداری گروه گواه از جلسات مشاوره معمولی به منظور حذف اثر انتظار گروه درمانی است که به دلیل محدودیت وقت و امکانات میسر نبود. پیشنهاد می گردد با توجه به یافته ها نشان داد درمان گروهی شناختی-رفتاری و درمان گروهی وجودی هر دو بر کاهش افسردگی بیماران اعتیاد تحت درمان نگهدارنده با متادون تأثیرگذار است، در مراکز درمانی بهتر است از تکنیک های مختلف درمان شناختی-رفتاری از جمله شیوه های اجتناب از موقعیت های محرک و یا تغییر پاسخ نسبت به چنین محرک ها و دادن پاسخ های تازه به آن مورد توجه قرار گیرد. مصاحبه انگیزشی نیز در درمان های

شناختی-رفتاری نیز حایز اهمیت است، چون از طریق آن درمانگر سعی در تغییر انگیزه مراجع در راستای آمادگی برای تغییر می‌کند.

### نتیجه‌گیری

هر دو مداخله گروه درمانی شناختی-رفتاری و گروه درمانی وجودی باعث کاهش افسردگی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون شدند، اما گروه درمانی شناختی-رفتاری مؤثرتر از گروه درمانی وجودی بود.

### تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش کمال تشکر و قدردانی می‌شود. این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول مقاله و دارای کد کمیته اخلاق به شماره IR.IAU.AHVAVZ.REC.1398.015 از دانشگاه آزاد اسلامی بین المللی خرمشهر-خلیج فارس می‌باشد

### تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

## REFERENCES

1. Murthy P, Mahadevan J, Chand PK. Treatment of substance use disorders with co-occurring severe mental health disorders. *Current opinion in psychiatry*. 2019;32(4):293-9.
2. Roos CR, Bowen S, Witkiewitz K. Baseline patterns of substance use disorder severity and depression and anxiety symptoms moderate the efficacy of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2017;85(11):1041-50.
3. Dunlop K, Hanlon CA, Downar J. Noninvasive brain stimulation treatments for addiction and major depression. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2017;1394(1):31-42.
4. Crapanzano KA, Hammarlund R, Ahmad B, Hunsinger N, Kullar R. The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: a review. *Substance abuse and rehabilitation*. 2019;10(2):1-18.
5. Wang M, Shen J, Liu X, Deng Y, Li J, Finch E, Wolff K. Reliability and validity of the Treatment Outcome Profile among patients attending methadone maintenance treatment programs in Kunming, China. *Journal of substance abuse treatment*. 2017;77(1):89-94.
6. Martinez-Luna N, Rodriguez-Cintas L, Esojo A, Palma-Alvarez RF, Robles-Martinez M, Grau-Lopez L, Perea M, Roncero C. Harm reduction program use, psychopathology and medical severity in patients with methadone maintenance treatment/Usa de reduccion de danos y gravedad psicopatologica y medica en pacientes en programa de mantenimiento con metadona. *Adicciones*. 2018 Sep 1;30(3):197-207.
7. Peles E, Sason A, Malik E, Schreiber S, Adelson M. Characteristics and outcome of methadone maintenance treatment (MMT) patients with depression. *European Psychiatry*. 2016;33(2):375-86.
8. Werb D, Kamarulzaman A, Meacham MC, Rafful C, Fischer B, Strathdee SA, Wood E. The effectiveness of compulsory drug treatment: a systematic review. *International Journal of Drug Policy*. 2016;28(2):1-9.
9. Roberts NP, Roberts PA, Jones N, Bisson JI. Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2015;38(1):25-38.
10. Pinedo M, Zmore S, Rogers S. Understanding barriers to specialty substance abuse treatment among Latinos. *Journal of substance abuse treatment*. 2018;94(1):1-8.
11. Coco GL, Melchiori F, Oieni V, Infurna MR, Strauss B, Schwartze D, Rosendahl J, Gullo S. Group treatment for substance use disorder in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *Journal of substance abuse treatment*. 2019;99(4):104-16.
12. Vos J, Craig M, Cooper M. Existential therapies: A meta-analysis of their effects on psychological outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2015;83(1):115-122.
13. Thir M, Batthyány A. The state of empirical research on logotherapy and existential analysis. *Logotherapy and Existential Analysis*. 2016;4(3):53-74.
14. Du Plessis G. An Existential Perspective on Addiction Treatment: A Logic-Based Therapy Case Study. *International Journal of Philosophical Practice*. 2019;5(1):48-60.

15. Kang KA, Kim SJ, Song MK, Kim MJ. Effects of Logotherapy on Life Respect, Meaning of Life, and Depression of Older School-age Children. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2013;43(1):47-59.
16. van Deurzen E, Tantam D. Creating the World Congress for Existential Therapy. *Existential Psychotherapy*. 2016;2(2):145-156.
17. DeVito EE, Carroll KM, Babuscio T, Nich C, Sofuoglu M. Randomized placebo-controlled trial of galantamine in individuals with cocaine use disorder. *Journal of substance abuse treatment*. 2019;107(1):29-37.
18. van Emmerik-van Oortmerssen K, Vedel E, Kramer FJ, Blankers M, Dekker JJ, van den Brink W, Schoevers RA. Integrated cognitive behavioral therapy for ADHD in adult substance use disorder patients: results of a randomized clinical trial. *Drug and alcohol dependence*. 2019;197(1):28-36.
19. Delgadillo J, Gore S, Ali S, Ekers D, Gilbody S, Gilchrist G, McMillan D, Hughes E. Feasibility randomized controlled trial of cognitive and behavioral interventions for depression symptoms in patients accessing drug and alcohol treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2015;55(1):6-14.
20. Furukawa TA, Maruo K, Noma H, Tanaka S, Imai H, Shinohara K, Ikeda K, Yamawaki S, Levine SZ, Goldberg Y, Leucht S. Initial severity of major depression and efficacy of new generation antidepressants: individual participant data meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2018;137(6):450-8.
21. Milosevic I, Chudzik SM, Boyd S, McCabe RE. Evaluation of an integrated group cognitive-behavioral treatment for comorbid mood, anxiety, and substance use disorders: A pilot study. *Journal of anxiety disorders*. 2017;46(1):85-100.
22. Zhabenko O, Zhabenko N, Conroy DA, Chaban O, Oliinyk A, Frankova I, Mazur A, Brower KJ, Zucker RA. An open uncontrolled pilot trial of online cognitive-behavioral therapy for insomnia for Ukrainian alcohol-dependent patients. *Innovations in the treatment of substance addiction*. 2016;2(1):165-181.
23. Kiluk BD, Nich C, Babuscio T, Carroll KM. Quality versus quantity: acquisition of coping skills following computerized cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. *Addiction*. 2010;105(12):2120-7.
24. Bador K, Kerekes N. Evaluation of an Integrated Intensive Cognitive Behavioral Therapy Treatment Within Addiction Care. *The journal of behavioral health services & research*. 2020;47(1):102-12.
25. Gür F, Gür GC, Okanl A. The Effect of the Cognitive-behavioral Model-based Psychoeducation and Exercise Intervention on Quality of Life in Alcohol Use Disorder. *Archives of psychiatric nursing*. 2017;31(6):541-8.
26. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*. 1988;8(1):77-100.
27. Kajbaf M B, Ghasemiannejad Jahromi A, Ahmadi Forushani S H. The Effectiveness of Spiritual and Existential Group Therapy on the Rates of Depression, Death anxiety and Afterlife Belief among Students: A Study Based on the Reports of People with Death Experience. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2016;16(4):4-13. [Full text in Persian]
28. Khaledian M, Kamar Zarin H, Jalalian A. The effectiveness of group cognitive behavior therapy on reduction of addicts' depression. *Research on addiction*. 2014;8(29):77-88. [Full text in Persian]
29. Lotfi Kashani F, Mojtabai M, Alimehdi M. Comparison of the Effectiveness of Cognitive and behavior Therapy, Methadone Therapy, and the Combination Method on Reducing Depression in Addicts. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2017; 14(54):18-25. [Full text in Persian]
30. Khaledian M, Sohrabi F, Asghari Ganji A, Karami Z. A comparison of the efficacy of two types of group behavioral-cognitive therapy and group logo therapy on reducing depression and increasing life expectancy in the empty nest syndrome. *Counseling and Psychotherapy Culture*. 2017;8(29):135-164. [Full text in Persian]

## پرسشنامه افسردگی Beck فرم باز بینی شده (BDI-II)

لطفا جمله های هر گروه از سوال ها را به دقت بخوانید و جمله ای را که بهتر از جمله های دیگر ، احساس شما را در طی هفته گذشته و در حال حاضر بیان می کند، مشخص کنید و سپس دور شماره آن جمله یک دایره بکشید. اگر جمله های مختلف در برخی از سوال ها به نحو یکسانی در مورد شما صدق میکند، جمله ای را انتخاب کنید که بیشترین شماره را داشته باشد. در مورد سوال ۱۶ (تغییر در میزان خواب) و سوال ۱۸ (تغییر در اشتها) دقت کنید که دور بیش از یک شماره را دایره نکشید.

۱

۰- من احساس غمگینی نمی کنم.

۱- اغلب اوقات، احساس غمگینی می کنم.

۲- همیشه غمگینم.

۳- به قدری غمگین و بی نشاطم که تاب تحملش را ندارم.

۲

۰- نسبت به آینده ام، بدبین نیستم.

۱- بیش از گذشته، نسبت به آینده احساس بدبینی می کنم.

۲- انتظار ندارم که وضعم بهتر بشود.

۳- امیدی نسبت به آینده ندارم. فقط می دانم که وضع هر چه بدتر خواهد شد.

۳

۰- احساس نمی کنم که شخص شکست خورده ای باشم.

۱- بیش از آنچه سزاوار بودم، شکست خورده ام.

۲- وقتی به زندگی گذشته ام نگاه می کنم، جز شکست چیزی نمی بینم.

۳- احساس میکنم که شخص کاملا شکست خورده ای هستم.

۴

۰- به اندازه گذشته، از چیزهایی که از آنها لذت می بردم، لذت می برم.

۱- دیگر به اندازه گذشته، از چیزهای اطرافم لذت نمی برم.

۲- از چیزهایی که در گذشته برایم لذت بخش بودند، کمتر لذت می برم.

۳- از چیزهایی که در گذشته لذت می بردم، هیچ لذتی نمی برم.

۵

۰- احساس گناه خاصی ندارم.

۱- درباره بسیاری از چیزها که در گذشته انجام داده ام و یا باید انجام می دادم، احساس گناه می کنم.

۲- اغلب اوقات خود را کاملا گناهکار می دانم.

۳- همیشه خود را گناهکار می دانم.

۶

۰- احساس نمی کنم که دارم مجازات می شوم.

۱- احساس می کنم که ممکن است مجازات شوم.

۲- انتظار مجازات دارم.

۳- احساس می کنم که دارم مجازات می شوم.

۷

۰- احساسم درباره خودم، مانند همیشه است.

۱- اعتماد به نفس ام را از دست داده ام.

۲- از خودم مایوسم.

۳- از خودم خوشم نمی آید.

۸

-بیش از حد معمول، خود را مورد انتقاد یا سرزنش قرار نمی دهم.

۱-بیش از گذشته، از خودم عیب جویی میکنم.

۲-در مورد همه اشتباهاتم خود را مورد انتقاد قرار می دهم.

۳-برای هر اتفاق بدی که می افتد، خود را سرزنش می کنم.

۹

۰- اصلا به فکر خودکشی نیستم.

۱- به خودکشی فکر می کنم اما به آن عمل نمی کنم.

۲- دلم می خواهد خودم را بکشم.

۳- اگر می توانستم خودم را می کشتم.

۱۰

۰-بیش از گذشته گریه نمی کنم

۱-بیش از گذشته گریه می کنم.

۲-سر هر چیز کوچکی به گریه می افتم.

۳-احساس می کنم که می خواهم گریه کنم اما نمی توانم.

۱۱

۰-بیش از حد معمول، بی قرار یا بر آشفته نیستم.

۱-احساس می کنم بیش از حد معمول، بی قرار یا بر آشفته هستم.

۲-به قدری بی قرار و بر آشفته ام، که نمی توانم آرام بگیرم.

۳-به قدری بی قرار و بر آشفته ام که باید این طرف و آن طرف بروم و یا خود را به کاری مشغول کنم.

۱۲

۰- علاقه ام را به مردم و چیزها از دست نداده ام.

۱- کمتر از گذشته، به مردم و چیزها علاقه دارم.

۲- بیشتر علاقه ام را به مردم و چیزها از دست داده ام.

۳- بسیار دشوار است که آدم بتواند به چیزی علاقه پیدا کند (... که بتوانم به چیزی علاقه پیدا کنم).

۱۳

۰- من مثل همیشه، می توانم تصمیم بگیرم.

۱- تصمیم گرفتن برایم دشوارتر از حد معمول است.

۲- بیش از گذشته، در تصمیم گیری مشکل دارم.

۳- درباره گرفتن هر تصمیمی، با اشکال روبرو میشوم.

۱۴

۰- احساس نمی کنم که آدم بی ارزشی هستم.

۱- خود را مثل گذشته، آدم ارزشمند یا مفیدی احساس نمیکنم.

۲- در مقایسه با دیگران، خود را کم ارزش تر احساس می کنم.

۳- احساس می کنم اصلا ارزشی ندارم.

۱۵

۰- میزان انرژی من مانند همیشه است.



- ۱- نسبت به گذشته، انرژی کمتری شده است.
- ۲- انرژی لازم برای انجام کارهای زیاد را ندارم.
- ۳- انرژی انجام هیچ کاری را ندارم.

#### ۱۶

- ۰- در میزان خواب من، تغییری ایجاد نشده است.
- ۱- (الف): کمی بیش از حد معمول می خوابم.
- ۱- (ب): تا اندازه ای کمتر از حد معمول می خوابم.
- ۲- (الف): خیلی بیش از حد معمول می خوابم.
- ۲- (ب): خیلی کمتر از حد معمول می خوابم.
- ۳- (الف): بیشترین قسمت روز را می خوابم.
- ۳- (ب): صبح ها ۱ تا ۲ ساعت زودتر از خواب بیدار می شوم و دیگر نمی توانم بخوابم.

#### ۱۷

- ۰- بیش از حد معمول، تحریک پذیر نیستم.
- ۱- بیش از حد معمول، تحریک پذیر هستم.
- ۲- خیلی بیش از حد معمول، تحریک پذیر هستم.
- ۳- همیشه تحریک پذیر هستم.

#### ۱۸

- ۰- اشتهایم تغییری نکرده است.
- ۱- (الف): اشتهایم تا اندازه ای کمتر از حد معمول است.
- ۱- (ب): اشتهایم کمی بیش از حد معمول است.
- ۲- (الف): اشتهایم خیلی کمتر از قبل است.
- ۲- (ب): اشتهایم خیلی بیشتر از حد معمول است.
- ۳- (الف): اصلا اشتهاهی ندارم.
- ۳- (ب): همیشه میل شدیدی به غذا خوردن دارم.

#### ۱۹

- ۰- تمرکز من به خوبی گذشته است.
- ۱- نمی توانم در حد معمول، تمرکز داشته باشم.
- ۲- نمی توانم برای مدت طولانی ذهنم را روی موضوعی متمرکز سازم.
- ۳- احساس می کنم نمی توانم روی چیزی تمرکز پیدا کنم.

#### ۲۰

- ۰- بیش از حد معمول، خسته یا ناتوان نیستم.
- ۱- زودتر از حد معمول، احساس خستگی یا ناتوانی میکنم.
- ۲- خسته تر یا ناتوان تر از آن هستم که بتوانم بسیاری از کارهایی را که قبلا انجام می دادم، انجام بدهم.
- ۳- خسته تر یا ناتوان تر از آن هستم که بتوانم بیشتر کارهایی را که قبلا انجام می دادم، انجام بدهم.

#### ۲۱

- ۰- تغییر تازه ای در علاقه من به امور جنسی پیش نیامده است.
- ۱- علاقه ام به امور جنسی کمتر از گذشته شده است.
- ۲- علاقه ام به امور جنسی در حال حاضر خیلی کمتر شده است.
- علاقه ام به امور جنسی را کاملا از دست داده ام.