

## مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی و دارو درمانی بر بهبود علائم خلقی معتادان

امیر جلالی<sup>۱</sup>، داود قادری<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۷/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۶/۱۰

### چکیده

**هدف:** هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی و دارو درمانی بر بهبود علائم خلقی در بیماران معتاد می‌باشد. **روش:** این تحقیق بر روی جامعه بیماران معتاد شهرستان مهاباد انجام گرفت. به شیوه نمونه‌گیری داوطلبانه تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند که به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. جهت مقایسه دو رویکرد واقعیت‌درمانی گروهی و دارو درمانی، گروه‌ها در معرض واقعیت‌درمانی گروهی و دارودرمانی قرار گرفتند. پرسش‌نامه DASS-21 در پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد علائم خلقی در گروه تحت تأثیر واقعیت‌درمانی گروهی نسبت به گروه تحت تأثیر دارودرمانی به طور معناداری از بهبود بیشتری برخوردار بوده است. **نتیجه‌گیری:** در نتیجه واقعیت‌درمانی گروهی می‌تواند به عنوان یک رویکرد درمانی مناسب در درمان علائم خلقی معتادان مورد استفاده قرار گیرد.

**کلید واژه‌ها:** دارودرمانی، علائم خلقی، معتادان، واقعیت‌درمانی گروهی

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارومیه، ارومیه، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سراب، سراب، ایران،

پست الکترونیک: d.gaderipsy@gmail.com

## مقدمه

کمتر پدیده‌ای را می‌توان یافت که همانند اعتیاد، جوامع بشری را مورد تهدید قرار داده باشد. از سال ۱۹۹۸ تا سال ۲۰۰۲ اروپا، آسیا و استرالیا دچار معضل اعتیاد به مواد افیونی شده بودند در حالی که این مساله در آمریکای جنوبی رایج بوده است (ساه<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده که اعتیاد در سال ۲۰۰۰، عامل مرگ و میر تقریباً دویست هزار نفر بوده است (سانیوتیس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). اعتیاد هزینه‌های زیادی را به جوامع مصرف‌کننده تحمیل کرده است. به طور مثال بین سال‌های ۱۹۸۸ تا ۱۹۹۵ آمریکایی‌ها حدود ۵۷ میلیون دلار را صرف خرید دارو کرده‌اند (ساه، ۲۰۰۵). براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۷)، به نقل از کیانی‌پور و پوزاد، (۱۳۹۰) در سراسر جهان هر ساله حدود دویست میلیون نفر (۵ درصد جمعیت جهان) در سنین ۱۵ تا ۶۴ ساله هر سال یک یا بیشتر از یک داروی غیر قانونی مصرف می‌کنند.

پدیده اعتیاد با توجه به حجم وسیع اقشار مرتبط با آن و همچنین هزینه‌های زیادی که متوجه جوامع مختلف کرده است ضرورت راه‌های پیشگیری و درمان را از رویکردهای مختلف متوجه خود کرده است (ملازاده و عاشوری، ۱۳۸۸). از اینرو با وجود حرکت به سوی درمان تعداد زیادی از معتادان به دلیل مسائل و مشکلاتی که دارند ناگهان درمان را ترک می‌کنند و دچار عود می‌شوند (لجوز و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). بیشترین پژوهش در درمان معتادان مربوط به دارودرمانی که به صورت درمان نگهدارنده با متادون است انجام شده است (کریمی طلابری، نوری خواجه‌وی و رفیعی، ۱۳۹۱). نتایج تحقیقات مشخص ساخته است که میزان بهبود به وسیله این درمان در افراد معتاد در بهترین شرایط متوسط است و هر روز شاهد تعداد بیشتری از معتادان هستیم که درمان را رها می‌کنند (مک‌کیلر، کیلی، هاریس و موس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶؛ کوویلو، زانیس، وزنوسکی، لینچ و دراپکین<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱). از موارد مهم در بررسی مساله اعتیاد عوامل همبسته آن می‌باشد که بحث درمان افراد معتاد را

۱۳۸

138

سال دهم، شماره ۳۸، تابستان ۱۳۹۵  
Vol. 10, No. 38, Summer 2016

1. Sahn  
2. Saniotis  
3. Lejuez  
4. McKellar, Kelly, Harris, & Moos

5. Coviello, Zanis, Wesnoski, Lynch, & Drapkin

با پیچیدگی‌های بیشتری همراه کرده است. در این بین عامل روان‌شناختی یک حلقه مهم از عواملی است که به رفتار سوء مصرف مواد معنا می‌بخشد (بزمی، ۱۳۹۱). اختلالات خلقی<sup>۱</sup> از جمله شایعترین اختلالات همراه اعتیاد را شامل می‌شود. شیوع اختلال افسردگی اساسی و اضطراب در این افراد حدود ۶۰-۵۰ درصد می‌باشد که از عوامل اصلی ابتلا و عود مصرف مواد مخدر می‌باشد (ایلگن، جین، کیم، و ترافون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). همچنین براساس مطالعات متعدد مشخص شده، افسردگی و حالات اضطرابی از شایع‌ترین اختلالات همراه با سوء مصرف مواد هستند (لانگاز، مالت، و اوپجوردسمائون<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰؛ به نقل از وفایی جهان، ۱۳۹۰).

یکی از راهکارهایی که می‌تواند عود اعتیاد را در افراد معتاد با توجه به اختلالات همبود<sup>۴</sup> با آن کاهش دهد پرداختن به درمان اختلالات و علائم روانی همبود با آن می‌باشد (زمستانی یامچی، سهرابی، و برجعلی، ۱۳۹۰). از رویکردهای درمانی که می‌تواند در بهبود اختلالات و علائم همبود با اعتیاد نقش مثبت و مؤثری داشته باشند واقعیت‌درمانی گروهی<sup>۵</sup> است (ماسا، حسینی، و فرهودیان، ۲۰۱۵). واقعیت‌درمانی گلاسر<sup>۶</sup> بر اساس توانایی‌های شرکت‌کنندگان در تمرکز بر نیازهایشان از طریق فرایندهای عقلانی و منطقی تاکید دارد. در این دیدگاه گلاسر پنج نیاز اساسی را مطرح می‌کند و آن‌ها را به عنوان عوامل تأثیرگذار بر سازگاری افراد بازناسی می‌کند. از دیدگاه گلاسر افراد تصوراتی را جهت ارضای این نیازهای ذاتی خود در ذهن‌شان خلق می‌کنند (گلاسر، ۲۰۱۰). اصطلاح گلاسر برای این تصویرها آلبوم عکس شخصی<sup>۷</sup> نام دارد. آلبوم تصویرهای شخصی دنیایی است که ما در آن زندگی می‌کنیم و آرزوهای مان را در آن برآورده می‌سازیم. علاوه بر این گلاسر معتقد است که رفتار شامل چهار عنصر فعالیت، احساسات، فیزیولوژی و احساسات می‌باشد (زیمان<sup>۸</sup>، ۲۰۰۶). واقعیت‌درمانی در واقع تمرین یا یک کارایی ویژه است که در زمانی کوتاه به فرد در طول رشد طبیعی او آموزش داده می‌شود (زیمان،

1. mood disorders  
2. Ilgen, Jain, Kim, & Trafon  
3. Langas, Malt, & Opjordsmoen  
4. comorbidity

5. Group reality therapy  
6. Glasser  
7. personal photo album  
8. Zeeman

۲۰۰۶). در این درمان افراد نیازهای اساسی‌شان را به وسیله انتخاب‌های بهتر توسعه می‌دهند. در واقع واقعیت‌درمانی به افراد برای آگاهی از نیازهای‌شان جهت بهتر دیدن رفتارشان و انتخاب‌های مقتضی کمک می‌کند (گلاسر و گلاسر، ۲۰۰۹). مطالعه‌ای مشخص ساخت که واقعیت‌درمانی گروهی بر افزایش عزت‌نفس، مسئولیت‌پذیری نسبت به رفتارهای خود و روش‌های بهتر ارتباط با دوستان در سوء‌مصرف کنندگان مواد تأثیر مثبت و معنادار دارد (هرمان<sup>۱</sup>، و بتز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). مطالعات متعددی نشان داده‌اند که واقعیت‌درمانی گروهی در کاهش افسردگی مؤثر می‌باشد (وکسلر و ویلیامز<sup>۳</sup>، ۱۹۸۶؛ دورلاک و ویلز<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷؛ رحیمی نیت، ۱۳۹۲؛ پری زاده، ۱۳۹۱؛ و توزنده جانی، سلطان‌زاده مزرگی و راد، ۱۳۹۳). مطالعه ماسا، حسینی و فرهودیان (۲۰۱۵) هم حاکی از تأثیر مثبت واقعیت‌درمانی گروهی بر استرس، افسردگی و اضطراب سوء‌مصرف کنندگان مواد بود که در دوره بازتوانی قرار داشتند.

با توجه به آنچه که گفته شد سؤال اصلی آن است که میزان تأثیر دارو درمانی یا واقعیت‌درمانی کدام یک بیشتر است؟ با وجود آمار بالای معتادان در ایران که هر ساله هم به آمار آن اضافه می‌شود (محمودی، نورمحمدی، عزیزپورفرد و فرهادی، ۱۳۹۴) ضرورت پرداختن به روش‌های درمانی که بتواند همراه و همپای رویکرد دارو درمانی به آن پرداخته شود احساس می‌شود. متأسفانه در ایران علی‌رغم واقعیت موجود در مورد معتادان مطالعاتی اندک در حیطه موضوع مطالعه حاضر وجود دارد. هدف اصلی مطالعه حاضر پرداختن به اهمیت روش‌هایی درمانی‌ای است که می‌توانند در بهبود علائم خلقی مؤثر باشند. این علائم همچنانکه به آن اشاره شد می‌توانند در ایجاد اعتیاد و همچنین عود بالای اعتیاد در جمعیت معتادان مؤثر باشند.

1. Herrmann  
2. Betz

3. Wexler, & Williams  
4. Durlak, & Wells

## روش

## جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

مطالعه حاضر جزء طرح‌های شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه می‌باشد. جامعه مطالعه شامل تمامی معتادان مردی بود که از ابتدای تیرماه سال ۱۳۹۳ تا پایان شهریور همین سال به مراکز ترک اعتیاد شهرستان مهاباد مراجعه کردند. از جامعه مذکور در ابتدا یکی از مراکز به شیوه تصادفی انتخاب شد سپس به شیوه نمونه‌گیری داوطلبانه و براساس فراخوان محقق برای کسانی که تمایل به شرکت در مطالعه حاضر را داشتند تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری جایگزین شدند. یکی از گروه‌ها به تصادف در معرض دارودرمانی و گروه دیگر در معرض واقعیت‌درمانی گروهی قرار گرفت. تمامی شرکت‌کنندگان از ماهیت کار مطلع بودند و در شرکت یا عدم شرکت در اجرای آزمایش آزادی کامل داشتند. تمامی افراد مراجعه‌کننده تحت تست مورفین جهت محرز شدن اعتیادشان قرار گرفتند. افراد در ویژگی‌های جمعیت شناختی سن، سطح تحصیلات، میزان درآمد، جنسیت (مرد)، تاهل (متاهل)، عدم سابقه بیماری روانی و مدت مصرف همگون شدند.

۱۴۱

141

## ابزار

مقیاس اضطراب، استرس، و افسردگی<sup>۱</sup>: این مقیاس توسط لایبوند و لایبند<sup>۲</sup> (۱۹۹۵) ساخته شد و مجموعه‌ای از سه مقیاس خود گزارش‌دهی برای ارزیابی علائم خلقی در افسردگی، اضطراب، و استرس است. تعداد ۷ سؤال علائم خلقی (افسردگی) افراد را بررسی می‌کند. برای پاسخ‌دهی از مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای استفاده می‌شود بطوریکه اصلاً امتیاز صفر، کمی امتیاز یک، زیاد امتیاز دو، خیلی زیاد امتیاز سه دریافت می‌کند. این مقیاس در مطالعه لایبوند و لایبند (۱۹۹۵) در یک نمونه بزرگ ۷۱۷ نفری از دانشجویان، با پرسش‌نامه افسردگی بک همبستگی بالای (r=۰/۴) نشان داد که حکایت از روایی همگرا دارد. علاوه بر این آنتونی، بیلینگ، کاکس، اینس و سوینسون<sup>۳</sup> (۱۹۹۸)

1. depression anxiety stress scale  
2. Lovibond & Lovibond

3. Antony, Bieling, Cox, Enns, & Swinson

الگوی مشابهی از همبستگی را در نمونه‌های بالینی به دست آوردند. کرافورد و هنری<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) نیز در نمونه ۱۷۷۱ نفری در انگلستان این ابزار را با دو ابزار دیگر مربوط به افسردگی مقایسه و اعتبار این ابزار را با آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۹۵. و برای نمرات کل ۰/۹۷. گزارش نمودند. صاحبی، اصغری و سادات سالاری (۱۳۸۴) اعتبار و روایی خوبی را در هنجارسازی این آزمون برای جمعیت ایرانی گزارش کرده‌اند. قابلیت اعتماد و اعتبار در نمونه ۱۰۷۰ نفری ایرانی در کل قابل قبول بود. همچنین بین نمرات افسردگی بک با نمرات این مقیاس همبستگی بالای ۰/۷ گزارش شد. ضریب آلفای کرونباخ برای نمونه پژوهش حاضر ۰/۷۸ به دست آمد.

## روند اجرا

بعد از انتخاب گروه‌ها پیش‌آزمون برای همه شرکت‌کنندگان اجرا شد سپس اعضای یکی از گروه‌ها در معرض دارو درمانی (درمان با داروهای ضد افسردگی که توسط روانپزشک متخصص صورت پذیرفت) قرار گرفت. اعضای گروه دیگر ۸ جلسه در معرض واقعیت‌درمانی گروهی قرار گرفتند. در نهایت هر دو گروه بلافاصله بعد از پایان دوره درمانی در پس‌آزمون مجدد سنجیده شدند. جلسات واقعیت‌درمانی در ۸ جلسه و به شرح زیر اجرا شد. این مداخله برگرفته از کتاب گلاسر (۲۰۱۰) می‌باشد.

۱۴۲

142

سال دهم، شماره ۳۸، تابستان ۱۳۹۵  
Vol. 10, No. 38, Summer 2016

## جدول ۱: محتوای جلسات واقعیت‌درمانی به تفکیک جلسات

جلسات	محتوا
اول	معرفی اعضاء و تعداد جلسات، تعهد کتبی جهت رازداری و ایجاد فضای امن و قابل اعتماد، هریک از اعضا هدف خود را از شرکت در جلسات ارائه نمودند.
دوم	ابراز خوشحالی توسط درمانگر به هدف برقراری ارتباط، توضیح تفاوت‌ها و شباهت‌های بین انسان‌ها و ارائه نیازهای اساسی انسان مطابق نظریه گلاسر، مقرر شد به عنوان تکلیف هریک از اعضا فهرستی از نیازهای اصلی خود را تهیه کنند و برای پاسخگویی شیوه‌هایی را انتخاب نمایند.
سوم	پرداختن به تکلیف جلسه قبل؛ توضیح و تفسیر پیرامون مسئولیت‌پذیری، احساس کفایت و ارزشمندی، ایجاد احساس تعهد با هدف دستیابی اعضا به حس ارزشمندی و محبت واقعی؛ خواسته شد فهرستی از رفتارهایی را مشخص نمایند که به ارضای نیازهای اصلی آن‌ها و در نتیجه حس کفایت و ارزشمندی کمک می‌کند.
چهارم	بررسی جلسات قبل و پاسخ‌دهی به سؤالات و اشکالات؛ طرح سؤال باز برای وصل فعالیت معنی‌دار گذشته به رفتارهای زمان حال با هدف بیان تجربه موفقیت در یکی از بخش‌های زندگی، یادآوری کارهای گذشته که احساس خوب و ارزشمندی در فرد ایجاد می‌کند، به عنوان تکلیف گفته شد یک رفتار اصلی را که بر اساس آن می‌خواهید در زندگی تغییر ایجاد کنید و مولفه‌های آن را مشخص کنید.
پنجم	بررسی تکالیف؛ بیان این سؤال که به نظر اعضا رفتارشان تحت کنترل بیرونی یا درونی است؟ توضیحات پیرامون چگونگی کنترل رفتار؛ به عنوان تکلیف گفته شد فهرستی از رفتارهایی که تحت کنترل درونی و بیرونی است و راهکارهایی جهت کنترل رفتارها ارائه نمایند.
ششم	بررسی تکالیف؛ آگاهی از توانمندی‌ها؛ واقع‌بینی در مورد جهان اطراف؛ آموزش دنیای کیفی؛ قضاوت ارزشی اعضا در مورد رفتار کنونی.
هفتم	بررسی تکالیف؛ تقویت مسئولیت‌پذیری از طریق دستیابی به اهداف مشخص بدون ناکام کردن دیگران؛ مشخص نمودن اهداف؛ به عنوان تکلیف گفته شد اهداف خود را تعیین کنند و هدفی را که قبل از همه می‌خواهند به آن برسند را مشخص نمایند.
هشتم	مروری کامل بر تمامی برنامه‌های اجرا شده و جمع‌بندی نهایی؛ اخذ پس‌آزمون

## یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان به ترتیب ۳۷ و ۲/۰۳ سال بود. میانگین و انحراف استاندارد مدت زمان اعتیاد آن‌ها به ترتیب ۱/۱۸ و ۳/۶۸ سال بود. آماره‌های توصیفی افسردگی به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده‌اند.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی علائم خلقی به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

متغیرها	گروه‌ها	نوع آزمون	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	واقعیت درمانی	پیش آزمون	۱۵	۲۳/۲۶	۲/۶۰
		پس آزمون	۱۵	۹/۹۳	۵/۲۴
	دارودرمانی	پیش آزمون	۱۵	۲۲/۵۳	۴/۰۱
		پس آزمون	۱۵	۱۲/۶۰	۴/۳۵
استرس	واقعیت درمانی	پیش آزمون	۱۵	۲۱/۲۶	۱/۰۲
		پس آزمون	۱۵	۱۴/۶۶	۵/۱۳
	دارودرمانی	پیش آزمون	۱۵	۲۵/۵۳	۱/۰۱
		پس آزمون	۱۵	۱۸/۲۶	۱/۶۳
اضطراب	واقعیت درمانی	پیش آزمون	۱۵	۱۷/۴۰	۱/۵۰
		پس آزمون	۱۵	۷/۴۰	۳/۹۹
	دارودرمانی	پیش آزمون	۱۵	۱۶/۵۳	۲/۰۳
		پس آزمون	۱۵	۸/۴۶	۳/۰۴

برای مقایسه اثربخشی شیوه‌های درمانی (واقعیت‌درمانی گروهی و دارودرمانی) بر بهبود علائم خلقی معنادار می‌بایستی از تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شود. یکی از پیش فرض‌های این تحلیل برابری شیب‌های رگرسیون است که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل برابری شیب‌های رگرسیون در مولفه‌ها

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری
اضطراب	۰/۲۶	۱/۴۳	۱۸/۶۱	۲	۳۷/۲۲
افسردگی	۰/۴۹	۰/۷۳	۱۷/۰۶	۲	۳۴/۱۱
استرس	۰/۳۰	۱/۲۷	۱۹/۸۸	۲	۳۹/۷۷

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود برابری شیب رگرسیون در تمام مولفه‌ها برقرار است ( $P > 0.05$ ).

پیش فرض دیگر این تحلیل برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون در جدول ۴ ارائه شده است.



جدول ۴: نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های خطا در مولفه‌ها

متغیرها	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
اضطراب	۰/۵۲۳	۱	۲۸	۰/۴۷
افسردگی	۰/۱۳	۱	۲۸	۰/۷۳
استرس	۴/۰۲	۱	۲۸	۰/۰۵۳

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود برابری واریانس‌های خطا در تمام مولفه‌ها برقرار است ( $P > 0/05$ ).

بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج آن حکایت از معناداری تفاوت ترکیب خطی متغیرها داشت ( $F = 2/76, P < 0/05$ , اندازه اثر  $= 0/151$ ). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۵: نتایج آنکوا برای بررسی الگوهای تفاوت در مولفه‌ها

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
اضطراب	۸/۵۳	۰/۶۸	۰/۴۲	۰/۰۲۴
افسردگی	۵۳/۳۳	۲/۲۹	۰/۱۴	۰/۰۷۶
استرس	۹۷/۲	۶/۷۰	۰/۰۱	۰/۱۹۳

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود در مولفه‌ی استرس تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد ( $P < 0/01$ ).

## بحث و نتیجه گیری

بیشتر مطالعات در گذشته اثر بخشی دارودرمانی بر درمان افسردگی را تا حد زیادی مورد تأیید قرار داده‌اند (دراموند<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷؛ مارمانی، پانی، پسینی و پارگی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷؛ لطفی کاشانی، مجتبیایی، و علی مهدی، ۱۳۹۲؛ و مخبر، آذرپژوه، و اصغری پور، ۱۳۹۱). هر چند که میزان این اثر بخشی در حد متوسط بوده است (مک کیلر، کیلی، هاریس و موس، ۲۰۰۶؛ کوویلو، زانینس، و زونوسکی، لینچ، و دراپکین، ۲۰۱۱). نتایج مطالعه حاضر در راستای تحقیقاتی است که اثر بخشی دارودرمانی را در بهبود علائم خلقی افراد سالم و معتاد مورد تأیید قرار داده‌اند. در واقع با توجه به ریشه‌های زیستی افسردگی (کاپلان و سادوک، ۱۳۹۳) و به

خصوص مکانیزم اثر انتقال دهنده‌های عصبی در ایجاد علائم خلقی (کاپلان و سادوک، ۱۳۹۳) می‌توان انتظار داشت که درمان‌هایی که در این راستا اعمال می‌شوند تأثیرگذار باشند. البته با توجه به این نکته که دارودرمانی در عمل توانسته تنها عامل درمان‌بخش در این مورد باشد، توجه به عوامل روانی در ایجاد علائم خلقی و همچنین درمان این علائم اهمیت ویژه‌ای پیدا کرده است. نتایج مطالعه حاضر حاکی از اثربخشی معنادار واقعیت‌درمانی در بهبود علائم خلقی معنادان و همچنین اثربخشی بیشتر نسبت به دارودرمانی داشت که این نتیجه با بیشتر یافته‌های این حوزه همسویی داشت (وکسلر و ویلامز، ۱۹۸۶؛ دورلاک و ویلز، ۱۹۹۷؛ رحیمی‌نیت، ۱۳۹۲؛ پری‌زاده، ۱۳۹۱؛ توزنده جانی، مزرچی و راد، ۱۳۹۳؛ و ماسا، حسینی و فرهودیان، ۲۰۱۵). افراد وابسته‌ترین سهم را در تبیین علل رفتاری خود، به محیط و جامعه نسبت می‌دهند، و به نوعی خود را قربانی می‌دانند (بهرامی‌احسان، ۱۳۹۳). در این پژوهش با دستکاری متغیر مستقل سعی شد مسئولیت مشکلات به شیوه‌ای منطقی به خود افراد باز گردد و با این روش انرژی بیشتری در روند درمان به دست آورند که نتایج حاکی از اثرگذاری مطلوب و معنادار بود و افراد با بازبینی روند پیدایش مشکل و پیدا کردن نقش خود و پذیرش مسئولیت توانستند در روند بهبودی علائم خلقی خود نقش به‌سزایی ایفا کنند. واقعیت‌درمانی شیوه‌ای است مبتنی بر عقل سلیم و درگیری‌های عاطفی، که در آن بر واقعیت، قبول مسئولیت و شناخت امور درست و نادرست و ارتباط آن‌ها با زندگی روزمره تأکید می‌شود (گلاسر و گلاسر، ۲۰۰۹). هدف اصلی واقعیت‌درمانی ایجاد رفتار مسئولانه در فرد است، زیرا رفتار غیر مسئولانه در فرد است که موجب افسردگی و اضطراب می‌شود. به نظر گلاسر بروز رفتارهای ناسازگار در فرد تلاشی است در جهت مهار ادراکات و زندگی، به این معنی که اضطراب و افسردگی را فرد شخصا برای خود انتخاب می‌کند تا به این وسیله خشم خود را مهار کند و از حمایت و یاری دیگران برخوردار شود (گلاسر و گلاسر، ۲۰۰۹). در واقع مفهوم کلیدی در اثربخشی واقعیت‌درمانی و اثربخشی مثبت‌تر آن نسبت به دارودرمانی بر بهبود علائم خلقی معنادان را می‌توان در پذیرش واقعیت و مسئولیت نسبت به آن چیزی که اتفاق افتاده و تغییری که باید اتفاق بیافتد دانست. فرد معتاد با مصرف دارو اگرچه به

دلیل تغییر در فرایند شیمایی مربوط به انتقال دهنده‌های عصبی مغزی در خلق خود احساس بهبودی می‌کند ولی خود را مسئول این پدیده نمی‌داند همچنانکه خود را مسئول اعتیاد به وجود آمده نمی‌دانست (بهرامی احسان، ۱۳۹۳). آنچه واقعیت‌درمانی با توجه به محتویاتش به فرد معتاد می‌دهد پذیرش مسئولیت نسبت به اعتیاد به وجود آمده و همچنین نسبت به درمان علائم مربوط به اعتیاد می‌باشد. در واقع این درمان به معتاد القا می‌کند که رفتار مسئولانه‌تری در قبال از بین بردن علائم منفی به وجود آمده اتخاذ نماید. اهمیت این یافته‌ها در این است که مطالعات نشان داده‌اند که افراد معتاد نرخ بالاتری از علائم افسردگی را دارا هستند و با توجه به اینکه وجود تنها چند علامت از علائم افسردگی به کاهش عملکرد فرد منجر می‌شود (کرام، کوپر پاتریک، و فورد، ۱۹۹۴)، تأثیر مثبت واقعیت‌درمانی گروهی و به خصوص اثر مثبت‌تر آن نسبت به دارودرمانی در بهبود علائم خلقی معتادان می‌تواند این شیوه درمانی را به عنوان یک رویکرد بسیار مناسب و کارآ در اختیار متخصصان بهداشت روانی قرار دهد. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که با توجه به تأثیر مثبت واقعیت‌درمانی گروهی می‌توان از این رویکرد که هم در کوتاه مدت و هم به شکل گروهی قابلیت اجرا دارد به عنوان روشی مفید در بهبود علائم خلقی که سهمی مهم در پیش‌گیری از نتایج عود دارد استفاده کرد.

## منابع

- بزمی، نعیمه (۱۳۹۰). روانشناسی وابستگی به مواد (سبب‌شناسی، تشخیص و درمان اعتیاد). انتشارات ارجمند، تهران.
- بهرامی احسان، هادی (۱۳۹۳). اعتیاد و فرایند پیشگیری. انتشارات سمت، تهران.
- پری‌زاده، هدا (۱۳۹۱). بررسی و مقایسه اثربخشی گروه درمانی وجودی و واقعیت‌درمانی گروهی بر افسردگی اضطراب، تنیدگی و حل مشکل تصویر تن زنان ماستکتومی شده. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.
- توزنده‌جانی، حسین؛ سلطان‌زاده مزرچی، حبیبه؛ و راد، محبوبه (۱۳۹۳). اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر افسردگی زنان ناباور تحت درمان با روش کمک‌باروری شهر مشهد. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۲(۲)، ۲۶-۳۴.

رحیمی‌نیت، مرتضی (۱۳۹۲). تأثیر واقعیت‌درمانی بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی نوجوانان پسر بی‌سرپرست شهر مشهد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فروسى مشهد.

زمستانی‌یامچی، مهدی؛ سهرابی، فرامرز؛ و برجعلی، احمد (۱۳۹۰). تأثیر مداخلات روان‌درمانی حمایتی گروهی به شیوه IPT در کاهش علائم افسردگی بیماران مرد مبتلا به اعتیاد. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۲(۱)، ۳۰-۱۷.

صاحبی، علی؛ اصغری، محمد جواد؛ و سادات‌سالاری، راضیه (۱۳۸۴). اعتباریابی مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی برای جمعیت ایرانی. فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، ۴(۱)، ۳۱۲-۲۹۹.

کاپلان و سادوک (۲۰۱۴). خلاصه روانپزشکی. ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۹۳). انتشارات ارجمند، تهران. کیانی‌پور، عمر؛ پوزاد، اکرم (۱۳۹۱). بررسی نقش عوامل مؤثر در ترک اعتیاد. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۶(۲۲)، ۳۹-۵۴.

کریمی‌طلابری، زهره؛ نوری‌خواجوی، مرتضی؛ و رفیعی، حسن (۱۳۹۱). دلایل قطع درمان نگهدارنده با متادون در مراجعان به مرکز ملی اعتیاد: یک پژوهش کیفی. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۸(۴)، ۳۰۹-۲۹۹.

لطفی‌کاشانی، فرح؛ مجتبابی، مینا؛ و علی‌مهدی، منصور (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری، متادون‌درمانی و روش ترکیبی بر بهبود افسردگی معتادان تحت درمان. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۴(۵۴)، ۲۶-۱۹.

مخبر، نغمه؛ آذرپژوه، محمود رضا؛ و اصغری‌پور، نگار (۱۳۹۱). تأثیر درمان با سیتالوپرام بر افسردگی و وضعیت شناختی بیماران مبتلا به سکنه مغزی. مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۲۰(۱)، ۱۴-۶.

محمودی، غفار علی؛ نورمحمدی، حسن؛ عزیزپورفرد، یونس؛ و فرهادی، علی (۱۳۹۴). بررسی علل گرایش به مواد مخدر از نظر بیماران با تشخیص مسمومیت مواد مخدر و اعتیاد مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های آموزشی خرم‌آباد. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی لرستان، ۱۷(۱)، ۶۲-۵۵.

ملازاده، جواد؛ و عاشوری، احمد (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری در پیشگیری از عود و بهبود سلامت روانی افراد معتاد. دو ماهنامه دانش‌ور رفتار، ۱۶(۳۴)، ۱۲-۱.

وفایی‌جهان، زهرا (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی برنامه غنی‌سازی و ارتقاء زندگی و واقعیت‌درمانی بر بهبود شاخص‌های درمانی اعتیاد سوء‌مصرف‌کنندگان مواد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.

Antony, M.M.; Bieling, P.G.; Cox, B.J.; Enns, M.W.; & Swinson, R.P. (1998). Psychometric properties of the 42-items and 21-items versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community samples, *Psychological Assessment*, 10, 176-81.

- Coviello, D.M.; Zanis, D.A.; Wesnoski, S.A.; Lynch, K.G.; & Drapkin M. (2011). Characteristics and 9-month outcomes of discharged methadone maintenance clients. *Journal Substitute Abuse Treatment*, 40(2), 165-74.
- Crawford, J.R.; & Henry, J.D. (2003). The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 111-31.
- Crum, R.M.; Cooper-Patrick, L.; & Ford, D.E. (1994). Depressive symptoms among general medical patients: Prevalence and one-year outcome. *Psychosomatic Medicine*, 56, 109-17.
- Drummond, C.D. (2007). *psychosocial interventions in pharmacotherapy of opioid dependence: a literature review*. New York: University of London.
- Durlak, J.A.; Wells, A.M. (1997) Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American journal of community psychology*, 25(2), 115-52.
- Glasser, W. (2010). *Reality Therapy: A New Approach to Psychiatry*. New York: HarperCollins Publication.
- Glasser W.; & Glasser C. (2009). *Eight Lessons for a Happier Marriage*. New York: Harper Collins Publication.
- Hermann, K.S.; & Betz, N.E. (2006). Path models of the relationships of instrumentality and expressiveness, social self-efficacy, and self-esteem to depressive symptoms in college students. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(10), 1086-106.
- Ilgel, M.; Jain, A.; Kim, H.M.; & Trafton J.A. (2008). The effect of stress on craving for methadone depends on the timing of last methadone dose. *Behavior Research Therapy*, 46(10), 1170-5.
- Lejuez, C.W.; Zvolensky, M.J.; Daughters, S.B.; Bornovalova, M.A.; Paulson, A.; Tull M.T.; Kenneth, E.; & Michael, W.O. (2008). Anxiety sensitivity: A unique predictor of dropout among inner-city heroin and crack/cocaine users in residential substance use treatment. *Behavior Research Therapy*, 46(7), 11-8, DOI: 10.1016/j.brat.2008.03.010.
- Lovibbond, S.H.; Lovibbond, P.F. (1995). *Manual for the Depression, Anxiety Stress Scales*. The Psychology Foundation of Australia Inc.
- Maremmani, I.; pani, P.P.; Pacini, M.; & Perugi, G. (2007). Substance use and quality of life over 12 months among Buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin addicted patients. *Journal Substance Abuse Treatment*, 4 (33), 41-8.
- Massah, O.; Farmani, F.; & Karami, H. (2015). Group Reality Therapy in Addicts Rehabilitation Process to Reduce Depression, Anxiety and Stress. *Iranian Rehabilitation Journal*, 13(23), 44-50.
- McKellar, J.; Kelly, J.; Harris, A.; & Moos, R. (2006). Pretreatment and during treatment risk factors for dropout among patients with substance use disorders. *Additional Behavior*, 31(3), 450-60.
- Sahh, T. (2005). The evolutionary origins and significance of drug additions. *Harm Reduction Journal*, 2(8), 1-7, DOI: 10.1186/1477-7517-2-8.
- Saniotis, A. (2010). Evolutionary and anthropological approaches towards understanding human need for psychotropic and mood altering substances. *Journal of Psychoactive Drug*, 42(4), 447-84.

- Wexler, H.K.; Williams, R. (1986) The Stay'n Out therapeutic community: Prison treatment for substance abusers. *Journal of Psychoactive Drugs*, 18(3), 221-30.
- Zeeman, R.D. (2006). Glasser's choice theory and Purkey's invitational education-allied approaches to counseling and schooling. *Journal of Invitational Theory and Practice*, 12, 46-51.

۱۵۰

150

سال دهم، شماره ۳۸، تابستان ۱۳۹۵  
Vol. 10, No. 38, Summer 2016