

## تأثیر درمان شناختی- رفتاری در کاهش میزان افسردگی مبتلایان به سوء مصرف مواد

دکتر طاهره ثقه الاسلام<sup>۱</sup>، دکتر امیدوار رضایی<sup>۲</sup>، دکتر کبری عقیقی<sup>۳</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** وابستگی به مواد یا اعتیاد یک اختلال روانی است. این واژه که در تقسیم‌بندی‌های روان پزشکی سوء مصرف مواد تعریف شده است دومین اختلال شایع روانی است و افسردگی نیز از اختلالاتی است که در بین مبتلایان به سوء مصرف مواد دیده می‌شود. هدف از انجام این پژوهش ارزیابی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری افسردگی در بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد می باشد.

**روش کار:** این پژوهش بطور تجربی انجام گرفت و طی آن ۲۸ بیمار زن و مرد مبتلا به سوء مصرف مواد بر اساس معیارهای تشخیصی DSM IV انتخاب شدند. افراد منتخب به مدت دو سال بطور مستمر تحت درمان دارویی بودند اما کنترل مناسب نداشتند. این افراد به دو گروه تقسیم شدند و طی مدت ۶ هفته ضمن مصرف دارو تحت درمان روان شناختی قرار گرفتند. گروه اول تحت درمان شناختی- رفتاری قرار گرفتند (گروه تجربی) و گروه دوم هیچگونه درمان روان شناختی دریافت نکردند (گروه مقایسه). ابزار بکار رفته نخست پرسشنامه ثبت اطلاعات دموگرافیک بود، سپس جهت ارزیابی افسردگی از آزمون بک استفاده شد.

**یافته‌ها:** با روش اندازه‌گیری مکرر شامل یک پیش آزمون و دو پس آزمون یافته‌ها مورد تحلیل قرار گرفت. در پیش آزمون براساس آزمون بک نمرات هر دو گروه بیانگر افسردگی شدید بود. در گروه تجربی در پس آزمون دوم و سوم نمرات به صورت معنادار کاهش یافت. با انجام آزمون درون گروهی و بین گروهی تغییر معنی دار نمرات به اختلاف‌های درون گروهی ارتباط داشت.

**نتیجه‌گیری:** درمان شناختی رفتاری نقش پراهمیتی در کاهش میزان افسردگی بین بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد داشت. مداخله روان‌شناختی توانست از طریق کاهش افسردگی، شناخت بیماران را تغییر دهد و آنها را قادر سازد که عقیده مثبت‌تری در کنترل خودشان پیدا کنند. بنظر می رسد رویکرد تیمی روان‌شناسی از لحاظ نظری و عملی در زمینه تدابیر کنترلی و درمان افسردگی در بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد می‌تواند بر کیفیت و سبک زندگی، روابط فردی، و اجتماعی آنها تأثیر عمیق داشته باشد.

**واژه های کلیدی:** افسردگی، سوء مصرف مواد، اعتیاد، درمان شناختی- رفتاری

۱- مؤلف مسئول: استادیار روان شناسی- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲- استاد جراحی مغز و اعصاب- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۳- استاد یار بیهوشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

**مقدمه**

وابستگی به مواد یک اختلال روانی است. این واژه که در تقسیم بندی های روان پزشکی سوء مصرف مواد تعریف شده است دومین اختلال شایع روانی است [۱] و افسردگی از اختلال هایی است که در بین مبتلایان به سوء مصرف مواد دیده می شود. حدود ۴۰٪ کسانی که سوء مصرف یا وابستگی به الکل دارند زمانی در طول عمر خود واجد ملاک های تشخیص اختلال افسردگی اساسی بوده اند [۲]. احتمال خودکشی موفق نیز بین مبتلایان به سوء مصرف مواد تقریباً ۲۰ برابر بیشتر از کل جمعیت است و حدود ۱۵٪ افراد مبتلا به سوء مصرف یا وابستگی به الکل اقدام به خودکشی می کنند [۲]. مطالعات اسکاگیت در آمریکا از سال ۱۹۹۲ تا ۱۹۹۴ نشان داد افرادی که در خانواده زمینه سوء مصرف مواد دارند یا یکی از والدینشان مبتلا هستند خصوصاً در سنین نوجوانی و جوانی که فرد در بحران روانی است گرایش بیشتری به سوء مصرف مواد دارند [۳].

در ایران پژوهش ها تا سال ۱۳۸۱ نشان می دهند که سالانه مقادیر زیادی مواد مخدر غیرقانونی در ایران مصرف می شود. از ۶ میلیون مصرف کننده مواد مخدر یک میلیون و دویست هزار نفر اعتیاد حاد و جدی دارند. میانگین سن اکثر مصرف کنندگان بین ۲۰ تا ۳۰ سال است. ۶۹٪ زندانیان ایران به دلیل اتهامات مرتبط با موادمخدر در زندان به سر می برند [۴]. در مطالعه افقه و همکاران ۴۲٪ از افراد مبتلا به سوء مصرف مواد قبل از گرایش به مواد دچار نوعی افسردگی بوده اند و تنها ۱۲٪ پس از گرایش به مواد دچار افسردگی شده اند [۵]. مطالعه ای از مرکز ترک اعتیاد در تهران گزارش کرده است که در بین مراجعه کنندگان ۲۸٪ سابقه خودکشی وجود داشته و بیش از ۱۸٪ از افسردگی رنج می برند [۶]. در مطالعه ای عرب 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 بطور معنادار موجب کاهش افسردگی و درمان شناختی تنها نیز بطور معنادار موجب کاهش اضطراب شد [۷].

لارسون<sup>۱</sup> و همکاران در زمینه درمان، کاربرد روش مکتب روانکاوی را پیشنهاد می کنند. به این دلیل که تحلیل وابستگی فقط از دیدگاه فوق قابل تبیین است [۸]. از آنجا که اطلاعات اندکی در مورد نتایج مداخلات روان شناختی بویژه شناخت درمانی بر علایم روان پزشکی در افراد بزرگسال مبتلا به سوء مصرف مواد در ایران وجود دارد، این بررسی روی بزرگسالان مبتلا به سوء مصرف مواد در شهر تهران صورت گرفت و پژوهشگران به دنبال پاسخ به این سؤال بودند، که آیا مداخلات روانشناختی و انواع روان درمانی دارای کارایی و کفایت لازم جهت کاهش افسردگی در بین مبتلایان به سوء مصرف مواد هستند یا خیر؟ و چه عواملی در کاهش افسردگی این بیماران تأثیر دارد؟

**مواد و روش ها**

پژوهش حاضر به صورت مداخله ای از تیرماه ۱۳۷۸ تا اردیبهشت ۱۳۷۹، بر روی ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد انجام گرفت. این بیماران مشخصات و ویژه گی های تعریف شده برای سوء مصرف مواد را طبق معیارهای DSM IV دارا بودند [۱].

برای نمونه گیری، همه بیماران مراجعه کننده به کلینیک ویژه بیمارستان لقمان حکیم در نظر گرفته شدند و براساس شماره گذاری زوج و فرد به دو گروه تجربی و مقایسه تقسیم شدند. در هر گروه ۱۵ نفر بدون در نظر گرفتن جنسیت قرار گرفتند، زیرا تعداد مردان بیشتر از زنان بود، با توجه به عدم مراجعه دو نفر، ۲۸ نفر در دو گروه پیگیری شدند.

چون بیماران وابسته به مواد جهت درمان های روان شناختی به ندرت مراجعه می نمایند (به ویژه زنان) در

قرار گرفتند. مشکلات خانوادگی، مرگ عزیزان مانند از دست دادن همسر و فرزند، ورشکستگی، زندانی شدن و طلاق به عنوان متغیر مداخله‌گر مد نظر قرار داشتند. در گردآوری، اطلاعات نخست توسط پژوهشگر در فرم‌های ۱ و ۲ ثبت شدند و در تحلیل داده‌ها از برنامه نرم‌افزاری SPSS نسخه ۱۰ استفاده گردید.

### یافته‌ها

۲۸ زن و مرد با تشخیص ابتلای به سوء مصرف مواد مطالعه شدند و در دو گروه قرار گرفتند. جدول شماره (۱) میانگین و انحراف معیار میزان افسردگی را براساس نمرات آزمون بک در دو گروه (تجربی و مقایسه) در سه مرحله ارزیابی نشان می‌دهد. میانگین گروه تجربی در سه مرحله بررسی شامل ( $\bar{X}_1 = 29/29$  و  $\bar{X}_2 = 25/36$  و  $\bar{X}_3 = 20/43$ ) می‌باشد، که در هر مرحله کاهش چشمگیر دارد. میانگین گروه مقایسه در سه مرحله شامل ( $\bar{X}_4 = 25/43$  و  $\bar{X}_5 = 24/79$  و  $\bar{X}_6 = 24/5$ ) است که تغییر خاصی را نشان نمی‌دهند.

جدول شماره ۱. میانگین و انحراف معیار افسردگی در دو گروه براساس آزمون بک در یک پیش آزمون و دو پس آزمون

تعداد	انحراف معیار	میانگین	گروه
پیش آزمون			
۱۴	۶/۷۵	۲۹/۲۹	تجربی
۱۴	۶/۶۳	۲۵/۴۳	مقایسه
۲۸	۶/۸۵	۲۷/۳۶	کل
پس آزمون ۱			
۱۴	۷/۴	۲۵/۳۶	تجربی
۱۴	۷/۱۵	۲۴/۷۹	مقایسه
۲۸	۷/۱۴	۲۵/۰۶	کل
پس آزمون ۲			
۱۴	۷/۶۶	۲۰/۴۳	تجربی
۱۴	۷/۳۱	۲۴/۵	مقایسه
۲۸	۷/۶۴	۲۲/۴۶	کل

نتیجه هر گروه شامل ۱۴ نفر بود که در گروه تجربی ۱۱ مرد و سه زن و در گروه مقایسه ۱۲ مرد و ۲ زن قرار داشتند. از نظر هوش و سن نیز نمونه‌ها همسان بودند. نمونه‌ها ۲ سال تحت درمان دارویی توسط روان پزشک قرار داشتند و در طول ۶ هفته درمان داروهای مورد استفاده بیماران یکسان بود. بیماران در جلسه اول که به روان شناس معرفی شدند، فرم شرح حال و مشخصات دموگرافیک آنها تکمیل شد و در جلسه دوم به عنوان پیش آزمون از آزمون بک (BDI)<sup>۱</sup> استفاده شد. این آزمون به فاصله هر سه هفته یکبار جهت گروه تجربی و مقایسه استفاده شد و نتایج آن ثبت شد. در بررسی فردی سه بعد عمده شخصی- محیطی و آینده در نظر گرفته شدند و طبق نظر بک بیماران در رابطه با محیط و نسبت به آینده درباره خود باورهای غیر منطقی داشتند [۹]. در آزمون بک (۲۱ سؤال است و هر سؤال از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود) پژوهشگران بر روی تمام موارد که نمره ۳ یا بیمار گونه داشت متمرکز شدند. در باره جنبه‌های روان سنجی آزمون، نگارنده در یک مطالعه مقدماتی جهت شروع پژوهش فوق برای آزمون ضریب آلفا در حدود ۱/۵ محاسبه کرد که حد نسبتاً قابل توجهی بود. روش درمانی به کار رفته در این پژوهش یک رویکرد التقاطی در زمینه شناخت رفتار بود. تفکر فرد نسبت به خودش درباره آینده، خودکشی و تفکر افسرده از اصول عمده شناخت درمانی بود و از روش‌های رفتاری مانند مقابله با سوگیری‌های منفی بیمار و توجه برگردانی استفاده شد [۱۰]. در نتیجه ابزار آزمون پرسشنامه‌های متعارف، شرح حال فردی، خانوادگی و آزمون بک بود.

در پژوهش حاضر برنامه شناخت درمانی بک به عنوان متغیر مستقل و اصلی بود و وضعیت افسردگی و تغییر در ابعاد آن به عنوان متغیر وابسته مورد مطالعه

بک در هر مرحله آزمایش کاهش نشان می‌دهد. این کاهش در دو گروه تجربی و مقایسه معنادار است. سطح معناداری به علت تفاوت‌های دو گروه نیست بلکه در تفاوت‌های درون گروهی و مربوط به نمونه‌هاست.

جدول شماره ۴. اثرات بین گروهی در سه مرحله ارزشیابی بین دو

گروه تجربی و مقایسه					
منبع تغییرات	SS	df	MS	F	Sig
اثر متقابل	۵۲۳۵۰	۱	۵۲۳۵۰	۳۸۳/۷	۰۰۰
گروه	۰/۲۹۸	۱	۰/۲۹۸	۰/۲	۰/۹۶

### بحث

مطالعه حاضر نشان داد، میزان افسردگی در بین افراد مبتلا به سوء مصرف مواد با مداخلات روان‌شناختی مانند شناخت درمانی کاهش می‌یابد. بررسی میانگین دو گروه در پیش آزمون نشان داد، گروه تجربی و مقایسه به ترتیب با میانگین ۲۹/۲۹ و ۲۵/۴۳ و هر دو گروه دارای افسردگی در حد شدید می‌باشند. این یافته در توافق با یافته‌های سایر پژوهشگران بود، زیرا افقه و همکاران این افسردگی را در حد ۴۲/۲٪ ذکر کرده اند [۵] و مطالعات دیگر نشان دادند حدود ۴۰٪ کسانی که سوء مصرف یا وابستگی الکل دارند زمانی واجد ملاک های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی (افسردگی شدید) بوده اند [۲].

بررسی تغییرات میانگین‌ها در سه مرحله ارزیابی در گروه تجربی و مقایسه مؤید این نظریه است که شناخت درمانی موجب کاهش علائم افسردگی طی مراحل درمان می‌شود. این یافته برخلاف یافته‌های لارسون می‌باشد که پیشنهاد کرد، تنها درمان‌های مبتنی بر روان درمانی تحلیلی می‌تواند وابستگی را تبیین نماید [۸].

عرب در گروهی از بیماران خود معرف به سوء مصرف مواد، روش درمانی شناختی- مذهبی را بکار برد و در پایان یافته‌ها نشان داد که روش فوق بطور

در جدول شماره (۲) آزمون چند متغیری واریانس های چندگانه بررسی شده است که نشان می‌دهد در آزمون‌های مختلف کاهش و تفاوت در میزان افسردگی وجود دارد و تغییرات معنی‌دار می‌باشد ( $p < 0/05$ ).

جدول شماره ۲. آزمون چند متغیری اثر تعامل درمان، درمان و گروه

اثر	Value	F	df	Sig
درمان				
Pillai's-Trace	۰/۵۱۷	۱۳/۳۷	۲	...
Wilks's Lambda	۰/۴۸۳	۱۳/۳۷	۲	...
Hotelling's Trace	۱/۰۷۰	۱۳/۳۷	۲	...
Rox's Largest Root	۱/۰۷	۱۳/۳۷	۲	...
درمان و گروه				
Pillai's-Trace	۰/۴۱۹	۹/۰۲۵	۲	/۰۰۱
Wilks's Lambda	۰/۵۸۱	۹/۰۲۵	۲	/۰۰۱
Hotelling's Trace	۰/۷۲۲	۹/۰۲۵	۲	/۰۰۱
Rox's Largest Root	۰/۷۲۲	۹/۰۲۵	۲	/۰۰۱

جدول شماره (۳) نشان می‌دهد که کاهش نمرات و تفاوت نمرات گروه تجربی و مقایسه در درون آزمودنی‌ها یعنی در اثرات درون گروهی معنی‌دار است.

جدول شماره ۳. اثرات درون گروهی را در سه مرحله ارزشیابی

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	Sig
درمان					
Linear	۲۲۵/۷	۱	۲۲۵/۵	۲۷/۵	۰
Quadratic	۰/۴۸۲	۱	۰/۴۸۲	۰/۰۰۱	۰/۷۵۵
درمان و گروه					
Linear	۲۲۰/۲	۱	۲۲۰/۱	۱۸/۰۸	۰
Quadratic	۲/۱۵	۱	۲/۲	۰/۲۰	۰/۵۱۱

جدول شماره (۴) نشان می‌دهد علت تفاوت نمرات و کاهش آنها در گروه تجربی و مقایسه معنی‌دار نیست و گروه تجربی و مقایسه اندک تفاوت غیر معنی‌دار دارند. نتایج نشان داد که نمرات افسردگی در میزان

ساختار درمانی بیماران به درمان‌گر پاسخ مثبت می‌دهند، یعنی افسردگی در یک فرایند انفرادی، آگاهی و شناخت بیماران را افزایش می‌دهد [۱۱].

نتایج این پژوهش نشان داد که درمان‌های شناختی-رفتاری در کاهش علایم روان پزشکی مانند افسردگی در مبتلایان به سوء مصرف مواد احتمالاً دارای نتایج ارزشمندی است. زیرا بتدریج که افسردگی کاهش یافته و شناخت بیماران تغییر می‌یابد، بیماران، راه‌های مقابله با حوادث زندگی و استرس را فرا می‌گیرند [۱۲]. اما استراتژی‌های بکار رفته از مداخله روان‌شناسی به عوامل مهمی نظیر مسایل فرهنگی، خانوادگی، اعتقادی، تعداد نمونه و دیگر عوامل بستگی دارد.

### تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند، از زحمات پرسنل درمانگاه مرکز پزشکی لقمان حکیم تشکر نمایند.

### منابع

- 1- Kaplan HI, Sadock BJ. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. Baltimore: William and Wilkins, 1994.
- ۲- کاپلان سادوک. خلاصه روانپزشکی، ترجمه: رفیعی حسن، رضایی فرزین، سمیعی مرسته. جلد اول، تهران، انتشارات سالمی، سال ۱۳۷۹، صفحات ۶۱۱ تا ۶۱۶.
- 3-Sarafino Edward P. Health Psychology John Wiley. 4<sup>th</sup> ed. New York: W.B Saunders, 1994: 228-9.
- ۴- محمودی مریم، آراسته حمید رضا. پیشگیری سوء استفاده از مواد مخدر در بین دانشجویان، رویکرد جامع، خلاصه مقالات همایش سراسری اعتیاد چالش‌ها و درمان‌ها، زنجان، آبان ۱۳۸۱، صفحه ۸۶.
- ۵- افقه سوسن، خلیلیان علیرضا. بررسی عوامل مرتبط با اعتیاد به مواد افیونی در استان مازندران، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی

معنی دار موجب کاهش علایم افسردگی می‌گردد [۷]. این نتایج در تایید یافته‌های پژوهش فوق است. در تحلیل یافته‌های آماری پژوهش بر تغییرات مبتنی بر وجود دو گروه تجربی و مقایسه متمرکز شد و یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد تغییرات درون گروهی موجب تغییرات معنادار میانگین‌ها در مراحل مختلف است. در جدول شماره (۸) به این سؤال پاسخ داده شد که اثرات بین دو گروه در تغییر نمرات اثر معنادار ندارد بلکه به تغییرات درون گروه باز می‌گردد. تبیین این نکته ضروری است که ویژگی‌های فردی مورد توجه قرار گرفت. هرچند از نظر سن و هوش هر دو گروه یکسان بودند اما عوامل فردی در پژوهش نقش عمده‌ای داشته‌اند. در این راستا پژوهش‌های اسکاکیت (۹۲-۱۹۹۱) که اعتقاد داشت افرادی که از نظر خانوادگی دارای زمینه مثبت ابتلای به سوء مصرف مواد هستند، در سنین جوانی و نوجوانی گرایش به مصرف مواد بیشتری دارند، که نقش علایم روان‌پزشکی مانند افسردگی را نباید نادیده گرفت [۳].

هر چند ممکن است نتوان یافته‌های این پژوهش را همسو با نتایج سایر پژوهش‌ها دانست اما کاهش میزان افسردگی نشان داد که درمان شناختی-رفتاری تأثیر مثبتی بر روی بیماران دارد. اعتقاد بر این است که هر نوع برنامه رفتاری-شناختی که به بیمار آموخته می‌شود از طریق تفکر احساس و عملکرد خود آگاه شده و این همان اقدام مقابله‌گر است [۱۰].

زیرا در درمان‌های شناختی-رفتاری درمان‌گر در یک چارچوب ناهماهنگ شناختی به سوی یک نظم همه جانبه حرکت می‌کند و اجباراً از شیوه‌های رفتاری مانند توجه برگردانی و مسئله‌گشایی سود می‌جوید. البته از دیدگاه شناختی هیجان‌ات بیمار از جمله انگیزش نیز تغییر می‌یابد، زیرا در بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد با درجه بالای افسردگی، حداقل انگیزش مثبت و حداکثر انگیزش منفی وجود دارد، در نتیجه در یک

مازندران، سال ۱۳۷۵، سال ششم، شماره ۱۲، صفحات ۲۵ تا ۲۹.

۶- افقه طاهری حمید رضا، سمیعی مرسده. بررسی علل و عوامل شروع اعتیاد در سنین کودکی و نوجوانی، خلاصه مقالات سومین سمینار سراسری اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان، زنجان، مهرماه ۱۳۷۶، صفحات ۲۳ تا ۲۵.

۷- عرب مصطفی. تأثیر گروه درمانی شناختی در کاهش افسردگی، اضطراب و میزان عود معتاد خود معرف، خلاصه مقالات همایش سراسری اعتیاد و چالش‌ها و درمان‌ها، زنجان، آبان ۱۳۸۱، صفحه ۷۳.

8- Larsson S, Lilja J, Borg S, Buscema M, Hamilton D. Toward an integrative approach in the analysis of dependency problems. *Subst Use Misuse*. 2001 Jul-Aug; 36(9-10): 132-56.

9- Beck Aaron T. *Depression*. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: University of Pennsylvania Press 1967: 258-26.

10- Goldstein L, Cull C. *The Clinical Handbook of Epilepsy*. First ed London: Routledge, 1997: 516-30.

۱۱- هاوتون کرک سالکوویس. رفتار درمانی شناختی، ترجمه قاسم‌زاده حبیب...، جلد ۱ و ۲، چاپ اول، تهران، انتشارات ارجمند، ۱۳۷۶.

12- Dohertywend BP. *Adversity Stress and Psychopathology*. Oxford: Oxford University Press, 1998: 380-1.