

## Comparison of the Effectiveness of Cognitive – behavior Therapy, Methadone Therapy, and the Combination Method on Reducing Depression in Addicts

## مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری، متادون درمانی و روش ترکیبی بر بهبود افسردگی معتادان تحت درمان

**Farah Lotfi Kashani, Ph.D.**

Faculty member Azad Islamic Rodehen branch

**Mina Mojtabai, Ph.D.**

Faculty member Azad Islamic Rodehen branch

**Mansour Alimehdi, Ph.D.**

Student psychology, Azad Islamic university of science and research,  
khozestan

فرح لطفی کاشانی  
عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

مینا مجتبابی  
عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

منصور علی مهدی\*  
دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات  
خوزستان، عضو باشگاه پژوهشگران جوان دانشگاه آزاد واحد رودهن

### Abstract

The aim of the present research was to compare the effectiveness of cognitive-behavior therapy, methadone therapy and combination therapy method on reducing depression in addicts. The design of the study was quasi-experimental with pretest –posttest and control group. The statistical population were all persons who referred to therapeutic centers of two cities of Tehran province in 2013 (1391c.s). The research sample included 40 subjects (male) who were selected by purposeful sampling and placed in the following four groups randomly: cognitive behavior therapy, methadone treatment, and combination therapy, but the control group did not receive any therapy. All participants were tested before and after twelve weeks treatment with the Beck Depression Inventory (Beck, 2000) and clinical interviews were done. The results of analysis of covariance showed that all three treatments, cognitive behavioral therapy, methadone therapy and combination method, as compared with the control group, were effective in improving depression ( $P < 0.001$ ). Also, results showed that there is not significant difference in the effectiveness of methadone therapy and combination method. Therefore, the two methods of therapy are effective on the rate of depression.

**Keywords:** cognitive behavioral therapy, methadone therapy, combination therapy method, depression, addiction.

### چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری، متادون درمانی و روش درمان ترکیبی بر بهبود افسردگی افراد معتاد تحت درمان انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش همه افراد مراجعه کننده به مراکز درمانی دو شهرستان استان تهران در سال ۱۳۹۱ بود. نمونه پژوهش ۴۰ آزمودنی (مرد) بود که به شیوه نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و به طور تصادفی در چهار گروه (۱۰ نفر در هر گروه) قرار گرفتند و هر گروه با روش درمانی مورد نظر که شامل درمان شناختی رفتاری، متادون درمانی و درمان ترکیبی بود تحت درمان قرار گرفتند، ولی گروه گواه هیچ گونه مداخله ای دریافت نکردند. پیش و پس از دوازده هفته درمان، همه شرکت کنندگان با پرسشنامه افسردگی بک (بک، ۲۰۰۰) و مصاحبه بالینی مورد آزمون قرار گرفتند. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل گردید. نتایج نشان داد که هر سه شیوه درمان شناختی رفتاری، متادون درمانی و درمان ترکیبی، در مقایسه با گروه گواه، در بهبود افسردگی مؤثر بوده‌اند ( $P < 0.001$ ). همچنین نتایج نشان داد که بین اثربخشی متادون درمانی و روش ترکیبی بر میزان افسردگی تفاوت معنی داری وجود ندارد. بنابراین هر دو شیوه درمانی بر میزان افسردگی مؤثر واقع می‌شوند.

**واژه‌های کلیدی:** درمان شناختی رفتاری، متادون درمانی، درمان ترکیبی، افسردگی، اعتیاد.

\*. نویسنده مسؤل: خوزستان، دانشگاه آزاد علوم و تحقیقات، دانشکده روان‌شناسی malimehdi@yahoo.com

## مقدمه

(کویلو، برادی و سانن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵؛ سارا، رزماری، مارتین و رازنو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸؛ فستیمونز، تاتن، وادیا و جونز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). در زمینه درمان مشکلات هیجانی از جمله اختلال افسردگی رویکردهای مختلفی از جمله روان‌درمانی، دارودرمانی و درمان‌های تلفیقی مورد توجه قرار گرفته‌اند که یکی از مداخلات روان‌شناختی رایج در درمان افسردگی درمان شناختی رفتاری است. درمان شناختی رفتاری<sup>۴</sup> رویکردی فعال، جهت‌بخش، محدود، از لحاظ زمانی سازمان‌یافته و بر این منطبق نظری زیربنایی استوار است که عاطفه و رفتار فرد عمدتاً برحسب شیوه ساخت‌یابی جهان از دیدگاه او تعیین می‌شود (هاوتون و سالکوس<sup>۵</sup>، ۱۹۴۵؛ به نقل از قاسم‌زاده، ۱۳۸۵). مدل آسیب‌شناختی بک، بر نقش محوری تفکر در انگیزش و ابقای افسردگی، اضطراب و خشم تأکید می‌کند. سوگیری شناختی<sup>۶</sup> باعث آسیب‌پذیری در برابر رویدادهای منفی زندگی می‌شود. در این حالت بیشتر احتمال دارد که یک فقدان یا برخورد به مانعی در زندگی به شیوه‌ای اغراق‌آمیز، شخصی شده و منفی تفسیر شود (لیهی<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸؛ به نقل از فتی، ۱۳۸۸). امروزه روان‌درمانی انفرادی در درمان افسردگی مورد قبول قرار گرفته و نتایج پژوهش‌های بسیاری به اثربخشی قابل ملاحظه درمان شناختی رفتاری و درمان بین‌فردی در درمان افسردگی اشاره داشته‌اند (هافکر و رزلی<sup>۸</sup>، ۲۰۰۵؛ ورسینگ، اینگار، کولکو، بیرماهر و برنت<sup>۹</sup>، ۲۰۰۶؛ هالینگارز، پترز، کار، ویلز و لویز و همکاران<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۰). مرور نتایج چند پژوهش فراتحلیل اخیر در مورد افسردگی نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری بر درمان افسردگی اساسی مؤثر است و در مقایسه با داروهای ضد افسردگی از اثربخشی بیشتری برخوردار است (تم<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۴؛ باتلر، چاپمن، فورمن و بک<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۶؛ دیوید، سنتاگوتو و کاسمن<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۸) اما پژوهش‌های بسیار محدودی در راستای مقایسه اثربخشی درمان نگهدارنده با متادون<sup>۱۴</sup> و دیگر درمان‌های رایج از جمله درمان‌های غیردارویی بر اختلالات روانپزشکی جمعیت افراد سوء مصرف‌کننده مواد

امروزه سوء مصرف مواد مخدر با کاهش کیفیت زندگی، افزایش میزان مرگ و میر، تقلیل در ارزش‌های اجتماعی و اخلاقی و افزایش رفتارهای مجرمانه، یکی از مهمترین موضوعات مرتبط با سلامت قرار گرفته است (بکر، سالیوان، ترالت، دسی و فیلین<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۸). اختلالات روانپزشکی همراه با اعتیاد، تأثیرات مخربی را بر سلامت جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی، خانوادگی و مسائل مربوط به ارتباطات اجتماعی به همراه داشته است و پیامدهای این بیماری هزینه‌های بسیار گزافی را برای دولت‌ها برجای خواهد گذاشت. افسردگی اساسی<sup>۱۶</sup>، اضطراب<sup>۱۷</sup>، اختلال شخصیت مرزی<sup>۱۸</sup> و اختلال شخصیت ضد اجتماعی<sup>۱۹</sup> جزو رایج‌ترین تشخیص‌های روانپزشکی در میان افراد معتاد است (رابرتز و اکسین<sup>۲۰</sup>، ۲۰۰۷؛ آستالز، دیازل، دومینگو، سانتوس، بالبا و همکاران<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۹). اعتیاد و افسردگی از شایع‌ترین بیماری‌هایی هستند که در بررسی‌های جوامع و مطالعات بالینی یافت می‌شوند. بیماران که به این دو بیماری مبتلا هستند بیش از جمعیت عادی در آسایشگاه‌های روانی یا مراکز ترک اعتیاد بستری می‌شوند. چرا که هر فردی که از این دو بیماری رنج می‌برد، بیش از مبتلایان به یک بیماری خاص به کمک نیاز خواهد داشت (دانش، ۱۳۸۴). سوء مصرف می‌تواند با تغییر در سیستم افیونی<sup>۲۲</sup> با شکل‌گیری مجموعه‌ای از نشانه‌های منفی از جمله بی‌لذتی، بی‌حسی عاطفی عمومی، احساس بریدن از زندگی یا قطع علاقه به احساسات دیگران، احساس کناره‌گیری، فراموشی و انزوا شود و سوء مصرف مواد ممکن است خود با تنظیم سیستم افیونی ادامه مصرف را تقویت کند (لطفی کاشانی و عسگری، ۱۳۸۸). افسردگی با ایجاد علائمی چون درماندگی مانعی برای مقابله با ترک اعتیاد و بهره‌گیری از منابع مقابله‌ای موجود محسوب می‌شود. این مسأله در حالی مطرح می‌شود که نتایج برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند، درمان اختلالات خلقی همراه با اعتیاد ممکن است شروع و عود مجدد را کاهش دهد

1. Becker, Sullivan, Tetrault, Desai & Fiellin

3. anxiety

5. antisocial personality disorder

7. Astals, DíazL, Domingo, Santos, Bulbena et al.,

9. Quello, Brady & Sonne

11. Fitzsimons, Tuten, Vaidya & Jones

13. Hawton & savcos

15. Leahy

17. Weersing, Iyengar, Kolko, Birmaher & Brent

19. Team

21. Daivid, szentagotivorel & cosman

2. major depression

4. borderline personality disorder

6. Roberts & xine

8. opium system

10. Sara, Rosemarie, Martin & Rohsenow

12. cognitive behavior therapy

14. cognitive bias

16. Hofecker & Rssler

18. Hollinghurst, Peters, Kaur, Wiles, Lewis & et al.,

20. Butler, Chapman, Forman & Beck

22. methadone maintains therapy

به هروئین وجود ندارد. اما نتایج متناقضی در خصوص مقایسه اثر بخشی دو شیوه درمانی به دست آمده است. تارگیتون، کینگدان، راتود، ویلکاک، برابان و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۹) در یک مطالعه اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری بر وضعیت سلامت روان شناختی را در وابستگی به الکل مورد بررسی قرار دادند که بدین منظور ۷۳ بیمار به صورت تصادفی به دو گروه درمان شناختی - رفتاری بدون داروی نالتروکسون و درمان شناختی - رفتاری همراه با نالتروکسون اختصاص داده شدند. نتایج پژوهش نشان داد، بیماران که برنامه درمان شناختی - رفتاری را به اتمام رسانده بودند، بهبود معنی داری در وضعیت سلامت و بهزیستی روان شناختی خود نشان دادند. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد افزودن مصرف نالتروکسون هیچ نوع تغییری در بهبود شاخص های روان شناختی درمان نداشت. پلنز، اسپیر، نوامسکی و ادلسون<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) در پژوهش خود به منظور مقایسه درمان دارویی و روش شناختی رفتاری اثر بخشی معنی دار درمان شناختی رفتاری را در مقایسه با دارو گزارش کردند. بیگی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهش خود به منظور بررسی کیفیت زندگی و امیدواری در معتادان گمنام و معتادان تحت درمان با متادون نتیجه گرفتند که میانگین نمرات اعضای گمنام های شرکت کننده در جلسات، در مؤلفه های تفکر عاملی، امیدواری، روابط بین فردی و سلامت فیزیکی به طور معناداری بالاتر از میانگین افراد تحت درمان با متادون بود. با توجه به همبندی بالای اختلالات روان پزشکی شایع از جمله اختلال افسردگی با اعتیاد و شکست های درمانی شایع، پژوهش حاضر با هدف بررسی فرضیات بالا انجام گرفت: ۱- بین اثر بخشی درمان شناختی رفتاری، متادون درمانی، روش ترکیبی و گروه گواه بر میزان افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد. ۲- بین اثر بخشی درمان شناختی رفتاری و متادون درمانی بر میزان افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد. ۳- بین اثر بخشی درمان ترکیبی و تفاوت معنی داری وجود دارد. ۴- بین اثر بخشی درمان ترکیبی و متادون درمانی بر میزان افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد. ۵- بین اثر بخشی درمان شناختی رفتاری و گروه گواه بر میزان افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد. ۶- بین اثر بخشی درمان متادون درمانی و گروه گواه بر میزان افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد.

مخدر انجام گرفته است. شواهد به دست آمده از مطالعات آزمایشی بررسی شده به مؤثر بودن درمان های دارویی وابستگی به مواد مخدر افیونی و درمان نگهدارنده با آگونیسست، به خصوص درمان نگهدارنده با متادون به عنوان درمانی رایج در بیشتر کشورها اشاره داشته اند (دراموند<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). علاوه بر اثر بخشی متادون درمانی در ترک مصرف مواد مخدر، برخی نتایج به دست آمده به اثر بخشی متادون درمانی بر طول مدت پرهیز، بهبود وضعیت روان شناختی، سلامت و بهزیستی روانی (مارمانی، پانی، پسینی و پراگی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷؛ بیگی، فراهانی، محمدخانی و محمدی فر، ۱۳۹۰)، جرم های مرتبط با مصرف مواد، کاهش رفتارهای پرخطر، مرگ و میر ناشی از مصرف بیش از حد مواد (براگل، دومینگو، پاگ، باریو، گارسیا و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵) و بهبود اضطراب و افسردگی (دین، بل، کرایستی و ماتیک<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴؛ پورنقاش، ۱۳۸۷؛ پسین و مارمانی، ۲۰۰۵؛ هاروارد<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶) اشاره داشته اند. با توجه به نتایج پژوهش های انجام گرفته اثر بخشی هر دو شیوه درمانی شناختی رفتاری و متادون در کاهش افسردگی افراد سوء مصرف کننده مواد تأیید شده است. لطفی کاشانی و عسگری (۱۳۸۸) به منظور بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری، درمان نگهدارنده با متادون و درمان به سبک کنگره ۶۰ دریافتند که درمان شناختی رفتاری در متغیرهای روابط بین فردی، افسردگی و اضطراب از اثر بخشی مناسبی برخوردار است. نتایج پژوهش حمزه لوییان (۱۳۸۷) به منظور بررسی مقایسه علائم اضطراب و افسردگی قبل و بعد از درمان نگهدارنده با متادون و بوپره نورفین نشان داد که علائم اضطراب و افسردگی با گذشت زمان در هر دو گروه درمانی به طور معناداری کاهش یافته بود و از لحاظ کاهش علائم تفاوت معنی داری میان دو گروه درمانی وجود نداشت. هاروارد (۲۰۰۶) در پژوهش خود به منظور بررسی اثر بخشی متادون درمانی بر کاهش افسردگی افراد مصرف کننده هروئین نشان داد که نشانه های افسردگی افراد وابسته به مواد تحت درمان از ۲۶ درصد به ۱۱ درصد کاهش یافته است و متادون درمانی در کاهش افسردگی مؤثر بوده است. مؤمن پور (۱۳۸۹) در پژوهش خود با عنوان مقایسه اثر بخشی متادون، درمان شناختی رفتاری و تلفیقی بر سلامت روانی و ترک وابستگی به مواد افیونی نتیجه گرفت که تفاوت معنی داری میان درمان با متادون و درمان تلفیقی در ترک افراد وابسته

1. Drummond

3. Brugal, Domingo, Puig, Barrio, Garcia & et al.,

5. Harvard

7. Peles, Schreiber, Naumovsky & Adelson

2. Maremmani, pani, Pacini & Perugi

4. Dean, Bell, Christie & Mattick

6. Turkington, Kingdon, Rathod, Wilcock, Brabban & et al.,

**روش**

۱۰ تا ۲۰ سی‌سی شربت متادون براساس نوع ماده مصرفی، مدت زمان مصرف و مقدار مصرف براساس نظر پزشک مربوطه بدون دخالت محقق تحت درمان قرار گرفتند. گروه گواه هیچ‌گونه درمان دارویی و روان‌شناختی دریافت نمی‌کردند. چهار گروه پژوهش قبل و بعد از درمان با پرسشنامه افسردگی بک و مصاحبه بالینی مورد بررسی قرار گرفتند.

**شرح جلسات**

جلسه اول: آشنایی و ایجاد ارتباط، بیان انتظارات در فرایند درمان، تأکید بر محرمانه ماندن جلسات. جلسه دوم: توضیح علایم و نشانه‌های اختلال افسردگی و ارتباط آن با مصرف مواد و ایجاد انگیزه نسبت به درمان. جلسه سوم: توضیح مدل تحلیل کارکردی رفتار، بیان باورها و ارزش‌های مطلق، توجه به علت مشکل‌سازی این باورها، شناسایی افکار و فرض‌ها، ارائه تکلیف. جلسه چهارم: بررسی تکلیف جلسه قبل، ارزیابی افکار و چالش با آنها، معرفی چهار سبک توأم با خطا (افکار خودآیند منفی، باورهای مرکزی منفی، مثلث شناختی، خطای منطقی)، ارائه تکلیف خانگی. جلسه پنجم: راهکارهای عملی برای پر کردن اوقات مراجع، جدول ثبت فعالیت روزانه و قطع ارتباط با شروع‌کننده‌های مصرف مواد. جلسه ششم: توضیح درخصوص باورهای غیرمنطقی مرتبط با مواد و ارائه تکلیف درخصوص شروع‌کننده‌های درونی و بیرونی. جلسه هفتم: بررسی تکالیف جلسه قبل، ارزیابی نگرانی‌ها و احساسات منفی. ارائه تکلیف خانگی. جلسه هشتم: بررسی تکالیف جلسه قبل. ارائه فهرست تحریف‌های شناختی و توضیح درخصوص شناسایی تحریف‌های شناختی. جلسه نهم: بررسی تکالیف جلسه قبل. آموزش آرام‌سازی. ارائه تکلیف درخصوص مرور روش آرام‌سازی. جلسه دهم: آموزش رفتارهای مقابله‌ای با وسوسه و ارائه تکلیف خانگی برای ثبت موقعیت‌های خطرآفرین. جلسه یازدهم: آموزش روش پیکان رو به پایین و ارائه تکالیف خانگی به‌منظور شناسایی فرض‌های ناکارآمد مرتبط با مواد. جلسه دوازدهم: بررسی تکالیف جلسه قبل. مرور فرم‌های ثبت افکار ناکارآمد و توضیح درخصوص پایان جلسه.

**یافته‌ها**

اطلاعات گردآوری شده با استفاده از روش تحلیل کوواریانس (ANCOVA) و آزمون تعقیبی LSD مورد تحلیل قرار گرفتند. مفروضه‌های آمار توصیفی در جدول ۱، خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۲ و نتایج آزمون LSD در جدول ۳ ارائه شده است.

روش پژوهش، جامعه آماری، نمونه: این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع طرح‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش همه افراد معتاد به مواد مخدر مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های دارویی درمان اعتیاد (MMT) و کمپ‌های درمان غیردارویی استان تهران (شهرستان رباط کریم و بهارستان) بودند. براساس معیارهای ورود به پژوهش از جمله، تشخیص افسردگی براساس مصاحبه بالینی، مبتلا نبودن به روان‌پریشی، کسب نمره ۱۷ به بالا در پرسشنامه افسردگی بک (BDI)، داشتن تحصیلات (سیکل و بالاتر) و مصرف مواد مخدر حداقل به مدت دو سال، ۴۰ آزمودنی (مرد) با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به تصادف در چهار گروه ۱۰ نفری (سه گروه مداخله و یک گروه گواه) جایگزین شدند. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی در ابتدا توضیحاتی برای پژوهش مطرح و رضایتنامه‌ای برای اختیاری بودن شرکت در پژوهش به آزمودنی‌ها و مراکز درمانی ارائه شد.

**ابزار سنجش**

**پرسشنامه افسردگی بک<sup>۱</sup>:** ابزار پژوهش شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک (BDI) است که برای سنجش افسردگی تدوین شده است. این پرسشنامه یک مقیاس خودگزارشی ۲۱ ماده‌ای است که علایم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. پرسشنامه مورد نظر درجاتی از سطوح افسردگی خفیف، متوسط و شدید را بررسی می‌کند. برخی از سؤالات این پرسشنامه عبارت‌اند از: احساس غمگینی نمی‌کنم، نسبت به آینده بدبین هستم، همواره احساس گناه می‌کنم. دابسون و محمدخانی (۱۳۸۶)، ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ به‌دست آورده‌اند (فتحی‌آشتیانی و همکاران، ۱۳۸۸). در بررسی‌های انجام گرفته بر روی جمعیت ایرانی و در گروه دانشجویان دانشگاه تهران و علامه، نتایج نشان‌دهنده آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و اعتبار بازآزمایی به فاصله دو هفته ۰/۷۳ بود (غزایی، ۱۳۸۲). ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه مورد نظر در پژوهش حاضر ۰/۸۹ محاسبه گردید.

**روش اجرا**

آزمودنی‌های گروه درمان شناختی - رفتاری و ترکیبی (شناختی رفتاری + متادون درمانی) به مدت ۱۲ جلسه (۴۵ دقیقه‌ای) به‌صورت انفرادی تحت درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند (لیهی، ۲۰۰۸) و گروه تحت درمان با متادون با مصرف میانگین

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون، پس آزمون نمرات افسردگی در چهار گروه

گروهها	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شناختی رفتاری	۲۷/۸۰	۴/۶۱	۱۲/۲۰	۴/۱۵
متادون درمانی	۲۸/۷۰	۳/۰۹	۱۰/۵۰	۵/۵۸
درمان ترکیبی	۳۰/۵۰	۳/۹۲	۹/۹۰	۳/۱۴
گواه	۲۷/۹۰	۴/۶۴	۲۶/۳۰	۴/۶۴

جدول ۲- خلاصه نتایج تحلیل کواریانس بررسی تأثیر گروهها بر متغیر افسردگی

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معنی داری	مجذور ای تا	توان آزمون (۱-β)
پیش آزمون	۱۷۳/۱۱۱	۱	۱۷۳/۱۱۱	۱۲/۷۵۰	۰/۰۰۱	۰/۲۶۷	۰/۹۱
گروه گروهها	۱۵۴۱/۸۳۰	۳	۵۱۳/۹۴۳	۳۷/۸۵۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶۴	۱/۰۰۰

جدول ۳- ضرایب نتایج آزمون مقایسه میانگینهای گروهها با آزمون LSD

روشهای درمانی	میانگینهای تعدیل شده	سطح معناداری
شناختی - رفتاری	۱۲/۵۴	۰/۰۲۴
متادون درمانی	۱۰/۵۱	
روش ترکیبی	۹/۲۴	۰/۰۰۰۱
شناختی - رفتاری	۱۲/۵۴	
روش ترکیبی	۹/۲۴	۰/۰۹۱
متادون درمانی	۱۰/۵۱	
شناختی رفتاری	۱۲/۵۴	۰/۰۰۰۱
گروه گواه	۲۶/۶۱	
متادون درمانی	۱۰/۵۱	۰/۰۰۰۱
گروه گواه	۲۶/۶۱	

دارد و شیب خطی رگرسیون نشان دهنده خطوطی موازی است که بر این اساس مفروضهها برای انجام روش تحلیل کواریانس تأیید می شود.

نتایج ارائه شده در جدول ۲ نشان می دهد که بین میانگینهای تعدیل شده پس آزمون چهار گروه تفاوت وجود

نتایج آزمون لوین برای معمولی بودن و یکسانی واریانسهای متغیر وابسته در گروههای مورد مطالعه نشان داد که  $F = ۲/۳۲$  و  $P = ۰/۰۹۱, df = ۱$  واریانسهای متغیر وابسته در گروههای مورد مطالعه از نظر آماری یکسان است. همچنین نمودار پراکنندگی به رابطه خطی میان متغیرهای پژوهش اشاره

دارد ( $F=37/854, P<0/001$ ). بنابراین فرضیه کلی پژوهش تأیید شد. علاوه بر این برای مقایسه گروهها از آزمون تعقیبی LSD نیز استفاده گردید که نتایج در جدول ۳ ارائه گردیده است. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری و متادون درمانی بر میزان افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P=0/02$ )، بنابراین فرض ۲ پژوهش تأیید می‌شود. بین اثربخشی درمان ترکیبی و شناختی رفتاری بر میزان افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P=0/001$ )، بنابراین فرض ۳ پژوهش تأیید شد. همچنین نتایج نشان داد که بین اثربخشی درمان ترکیبی و متادون درمانی بر میزان افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ( $P=0/09$ )، بنابراین فرض ۴ پژوهش تأیید نشد و بین اثربخشی درمان ترکیبی و متادون درمانی تفاوت معنی‌داری حاصل نشد. از دیگر یافته‌های پژوهش می‌توان به تفاوت معنی‌داری اثربخشی درمان شناختی و گروه گواه اشاره داشت ( $P=0/001$ ) بنابراین فرض ۵ پژوهش تأیید شد. همچنین نتایج نشان‌دهنده آن بود که بین اثربخشی متادون درمانی و گروه گواه تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $P=0/001$ ) از این رو فرض پژوهش تأیید گردید.

### بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری، دارودرمانی (متادون درمانی) و درمان ترکیبی در کاهش علائم افسردگی معتادان تحت درمان انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که هر سه شیوه درمانی در کاهش علائم افسردگی افراد معتاد تحت درمان اثربخش بودند. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که بین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری (CBT) و متادون درمانی (MMT) در کاهش افسردگی افراد معتاد به مواد مخدر تفاوت معنی‌داری وجود دارد که نتایج حاصل با یافته‌های برخی پژوهش‌های انجام گرفته (پورنقاش، ۱۳۸۷؛ دین و همکاران، ۲۰۰۴، مؤمن‌پور، ۱۳۸۹) همسو بود. در خصوص مقایسه اثربخشی دو روش درمانی همواره تناقض‌هایی وجود داشته و نتایج به دست آمده بیشتر تحت تأثیر ساختار و روش شناختی پژوهش قرار گرفته است. در این راستا تارگینوتون و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهش خود به منظور مقایسه اثربخشی دو روش درمانی - دارویی و شناختی رفتاری، اثربخشی درمان دارویی را بسیار پایین گزارش کردند و در نهایت مداخله روان‌شناختی مبتنی بر شناختی رفتاری را در بهبود برخی علائم روان‌شناختی بیماران اثربخش‌تر از دارو گزارش کردند. پلز و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهش خود

به منظور مقایسه درمان دارویی و روش شناختی - رفتاری اثربخشی معنی‌دار درمان شناختی - رفتاری را در مقایسه با دارو گزارش کردند. در ابتدا اگر به اختلال سوء‌مصرف مواد دیدگاهی زیستی داشته باشیم اهمیت به نقش انتقال‌دهنده‌های عصبی دخیل از جمله دوپامین و سروتونین و در نهایت برخی از ساختارهای مغزی مورد توجه قرار می‌گیرد و تأکید مطلق بر متغیرهای روان‌شناختی و سعی در تغییر آنها با مداخلات غیردارویی امری بسیار مشکل و در نهایت غیرممکن است. اما توجه به برخی عوامل روانی - اجتماعی برای افزایش انگیزه بیمار برای ادامه و حفظ درمان و تأکید بر حمایت اجتماعی و روان‌شناختی می‌تواند در این راستا تأثیر مطلوبی را بر جای گذارد. در بیشتر پژوهش‌های انجام گرفته به منظور اثربخشی مداخلات دارویی و غیردارویی از جمله متادون درمانی و درمان شناختی رفتاری در اختلالات روانپزشکی مانند افسردگی، انتخاب برنامه درمان با توجه به متغیر زمان مسأله‌ای مهم و قابل بحث است. زیرا بروز برخی علائم بالینی همانند با اعتیاد می‌تواند به صورت مقطعی نتایج را تحت تأثیر قرار دهد. پورنقاش (۱۳۸۷) اثربخشی متادون درمانی را یک فاصله زمانی ۴۵ روزه مؤثر و معنی‌دار گزارش کرده است که با توجه به این یافته می‌توان استنباط کرد که در ابتدای فرایند درمان بسته به تأثیرات عوامل فیزیولوژیک و اثرگذاری سریع متادون نسبت به مداخلات روان‌شناختی کاهش نمرات مربوط به افسردگی با تأکید بر عوامل زیستی قابل تبیین است و در نهایت ادامه مداخلات غیردارویی از جمله درمان شناختی - رفتاری، در فرایند زمانی طولانی می‌تواند آثار مؤثر و قابل توجهی در کاهش علائم افسردگی معتادان تحت درمان بر جای گذارد. از دیگر یافته‌های این پژوهش می‌توان به اثربخشی روش ترکیبی (شناختی رفتاری + متادون درمانی) در مقایسه با درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم افسردگی اشاره داشت که نتایج همسو با برخی یافته‌ها (مؤمن‌پور، ۱۳۸۹) می‌باشد. همچنین نتایج نشان داد که درمان شناختی - رفتاری (CBT) در گروه آزمایش بیش از گروه گواه در کاهش علائم افسردگی مؤثر است که نتایج برخی پژوهش‌ها با یافته‌های حاضر همسو می‌باشد (لطفی کاشانی و همکاران، ۱۳۸۸). رانسیول و کارول<sup>۱</sup> (۱۹۹۲) معتقدند چند تکلیف اساسی درمان شناختی - رفتاری برای افزایش احتمال موفقیت درمان تأکید بر آموزش مهارت‌ها با هدف شناسایی و مقابله با میل به مصرف است. در تبیین اختلال خلقی اهمیت به متغیرهای روان‌شناختی در کنار عوامل زیستی همواره نتایج مثبت درمانی را به همراه خواهد داشت و

حمزه لوثیان م.، و حمزه لوثیان، م. (۱۳۸۷). بررسی و مقایسهٔ علایم اضطراب و افسردگی قبل و بعد از درمان نگهدارنده با متادون و به ویژه نورفین، پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه تهران.

دانش، ن. (۱۳۸۴). اعتیاد، افسردگی، پرخاشگری در مردان، نشر آوند اندیشه، شیراز.

فتحی‌آشتیانی، ع.، و داستانی، م. (۱۳۸۸). *آزمون‌های روان‌شناختی ارزشیابی شخصیت و سلامت روان*، تهران، انتشارات بعثت.

هاوتون، ک.، و سالکوس، ک. (۱۹۴۲). رفتاردرمانی شناختی: راهنمای کاربردی در درمان اختلال‌های روانی. ترجمهٔ حبیب‌الله قاسم‌زاده. تهران: انتشارات ارجمند، ۱۳۸۵

مؤمن‌پور، س. (۱۳۸۹). مقایسهٔ اثربخشی متادون درمانی، درمان شناختی رفتاری و تلفیقی بر سلامت روانی و ترک افراد وابسته به مواد افیونی در شهرستان رفسنجان، پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

لطفی‌کاشانی، ف.، و عسگری، ع. (۱۳۸۸). اثربخشی درمان شناختی رفتاری، درمان نگهدارنده با متادون و درمان به شیوهٔ کنگره ۶۰ بر تغییر وضعیت روانی معتادین به کراک، فصلنامهٔ اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، شمارهٔ ۱۲، ص ۲۴-۳۵.

غرایبی، ب. (۱۳۸۲). تعیین وضعیت‌های هویت و ارتباط آن با سبک‌های هویتی و افسردگی در نوجوانان. پایان‌نامهٔ دکتری روان‌شناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی ایران. انستیتو روانپزشکی. لیهی، ر. (۲۰۰۸). فنون شناخت درمانی. ترجمهٔ لادن فتی، شیما شکبیا، شهرزاد طهماسبی مرادی، حسین نصری، کاوه ضیایی. تهران: دانژه، ۱۳۸۸.

Astals, M., DíazL, Domingo, A., Santos, A., Bulbena, A., Torrens, M. (2009). Impact of Co-Occurring Psychiatric Disorders on Retention in a Methadone Maintenance Program. *Journal Enviro Public Health*, 16, 2822-2832.

Becker, W., Sullivan, L., Tetrault, J., Desai, RA., Fiellin, D. (2008). Nonmedical use, abuse and dependence on prescription opioids among U.S. adults. *Journal Drug & Alcohol Dependence*, 94, 38-47.

Brugal, MT., Domingo, A., Puig, R., Barrio, G., Garcia, DO., Fuente, L. (2005). Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain. *Journal Addiction*, 2, 981-989.

Butler, E., Chapman, M., Forman, A., Beck, T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy. *Journal Clinical Psychology*, 26, 17-31.

Daivid, D., Szentagotivorel, A., Csman, D. (2008). rational emotional behavior therapy in the treatment of major depression. *Journal Clinical Psychology*, 64, 728 – 746.

در تسهیل فرایند درمان اختلال سوء‌مصرف مواد و کاهش شکست درمان نیز تأثیرگذار خواهد بود. از دیگر یافته‌های پژوهش می‌توان به اثربخشی متادون‌درمانی بر کاهش افسردگی افراد در گروه گواه اشاره داشت که یافته‌های این پژوهش با برخی یافته‌ها (هاروارد، ۲۰۰۶؛ پسین و مارمانی، ۲۰۰۵، حمزه لوثیان، ۱۳۸۷) همسو می‌باشد. هاروارد (۲۰۰۶) در پژوهش خود به منظور بررسی اثربخشی متادون‌درمانی بر کاهش افسردگی افراد مصرف‌کنندهٔ هروئین نشان داد که نشانه‌های افسردگی افراد وابسته به مواد تحت درمان از ۲۶ درصد به ۱۱ درصد کاهش یافته است و متادون درمانی در کاهش افسردگی مؤثر بوده است. متادون با بلوکه کردن هورمون استرس و حالات هیجانی منفی در کاهش علایم اضطرابی و خلقی معتادان نقش مهمی ایفا می‌کند. نقش متغیرهای فیزیولوژیک عصبی و ساختارهای مغزی مشترک در اختلالات سوء‌مصرف مواد و اختلالات روانپزشکی شایع از جمله افسردگی و اضطراب از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. متادون با تأثیرگذاری بر روی برخی از نوروترانسمیترها از جمله سروتونین و دوپامین کاهش علایم خلقی را به همراه دارد. اکثر داروهای مورد سوء‌مصرف در معتادان از جمله کوکائین، هروئین، الکل و حشیش باعث افزایش دوپامین در قسمت‌هایی از مغز می‌شود که در نهایت با برخی تغییرات در وضعیت روان‌شناختی همراه است. بنابراین تأکید بر مداخلات اولیه بر قطع مصرف مواد با درمان‌های دارویی (متادون) به‌طور ثانویه در کاهش علایم برخی از اختلالات روانپزشکی نیز مؤثر واقع می‌شود. یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر نداشتن نظارت بر مقدار متادون تجویز شده و محدودیت در تنظیم مشخص مقدار دارو براساس برخی ملاحظات اخلاقی بود که در این راستا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی با نظارت دقیق بر مقدار متادون تجویز شده و با شناسایی سایر متغیرهایی شناختی از جمله افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی دیگر نیز پژوهشی انجام گیرد.

## منابع

بیگی، ع.، فراهانی، م.، محمدخانی، ش.، و محمدی‌فر. م. (۱۳۹۰). نقش تشخیصی کیفیت زندگی و امیدواری در معتادین گمنام و معتادین تحت درمان نگهدارنده با متادون. *مجلهٔ روان‌شناسی بالینی*، شمارهٔ ۳، ص ۲۳-۳۱.

پورنقاش تهرانی، س. (۱۳۸۷). مقایسهٔ اثربخشی درمان نگهدارنده با متادون و درمان سم‌زدایی بر نشانه‌های اضطراب و افسردگی افراد وابسته به مواد مخدر، *مجلهٔ مطالعات روان‌شناختی*، شمارهٔ ۲، ص ۴۶-۵۲.

- Dean, A.J., Bell, J., Christie, M., Mattick, R. (2004). Depressive symptoms During Buprenorphine vs. Methadone Maintenance: Findings from a Randomised, controlled Trial in opioid dependence. *Journal European Psychiatry*, 19, 510–513.
- Drummond, CD. (2007). Psychosocial interventions in pharmacotherapy of opioid dependence: a literature review. new York: University of London.
- Fitzsimons, H., Tuten, M., Vaidya, V., Jones, H. (2007). Mood disorders affect drug treatment success of drug-dependent pregnant women. *Journal Substance Abuse Treatment*, 32(3), 19-25.
- Harvard, A., (2006). Depression among heroin users: 12- Month outcomes from the Australia treatment outcom study. *Journal substance abuse treatment*, 30(4), 355-362.
- Hofecker, M., Ressler, A.(2005). Group Psychotherapy for Depression in Early Stages of Motherhood. *Journal Psychiatrische Universit,tspoliklinik*, 173, 167–181.
- Hollinghurst, S., Peters, T., Kaur, S., Wiles, N., Lewis, G., Kessler, D. (2010). Cost-effectiveness of therapist-delivered online cognitive- behavioral therapy for depression. *British. Journal Psychiatry*, 197, 297-304.
- Maremmani, I., pani, PP., Pacini, M., Perugi, G. (2007). Substance use and quality of life over 12 month Among buprenorphin maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin addicted patients. *Journal Substance Abuse Treatment*, 4 (33), 41-48.
- Pacini, M., Maremmani. (2005). Methadone reduces the need for antipsychotic and antimanic agents in heroin addicts hospitalized for manic and/or acute psychotic episodes. *Heroin Add & Rel Clin Probl*, 7(4), 43-48.
- Peles, E., Schreiber, S., Naumovsky, Y., Adelson, M.(2007). Depression in methadone maintenance treatment patients: Rate and risk factors. *Journal Affective Disorders*, 99(4), 213-220.
- Quello, BS., Brady, TK., Sonne, CS. (2005). Mood disorders and substance use disorder: A complex Comorbidity. *Journal Science Perspective*, 13(8), 24-36.
- Roberts, RE., Roberts, CR., xine Y. (2007). co morbidity of substance abuse disorder and other psychiatric disorder among adolescents evidence from an epidemiologic survey drug and alcohol. *Journal Dependence Alcohol*, 88 ,4- 13.
- Rounsavill, bj., Carroll, K .(1992). individual psychotherapy for drug abusers. *New York: Williams and wilkis*.
- Sara, L., Rosemarie, A., Martin, D.,Rohsenow, J. (2008). self-efficacy for cocaine abstinence : pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Journal Addict Behaviors*, 33(4), 675-688.
- Team, A. (2004). Treatment for Adolescents with Depression Study. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy and their combination for adolescents with depression. *Journal Substance Abuse Treatment*, 29(2), 807–820.
- Turkington, D., Kingdon, D., Rathod, S., Wilcock, S., Brabban, A., Cromarty, P. (2009). Back to Life Back to Normality: Cognitive Therapy Recovery and Psychosis. New York: Cambridge University .
- Weersing, VR., Iyengar, S., Kolko, D., Birmaher B., Brent, A. (2006). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Depression: A Benchmarking Investigation. *Journal Behavior Therapy*, 37(7), 36–48.