

## مقاله‌ی پژوهشی

## تأثیر گروه‌درمانی شناختی رفتاری به روش فرانظری بر میزان نشانه‌های افسردگی و دوز متادون مصرفی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون

## خلاصه

**مقدمه:** هدف از تحقیق، بررسی تأثیر گروه‌درمانی شناختی رفتاری به روش فرانظری بر میزان نشانه‌های افسردگی و دوز متادون بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون (MMT) می‌باشد.

**روش کار:** این پژوهش کارآزمایی بالینی طی ۶ ماه (پاییز و زمستان ۱۳۸۹) بر روی بیماران MMT کلینیک بیمارستان ابن سینای مشهد انجام شد. با نمونه‌گیری در دسترس، ۱۲ بیمار انتخاب و تحت ۱۵ جلسه روان‌درمانی گروهی شناختی رفتاری به روش فرانظری قرار گرفتند. ۱۲ بیمار نیز گروه شاهد را تشکیل دادند. معیارهای ورود به مطالعه داشتن سواد در حد خواندن و نوشتن، گذشت حداقل یک ماه از پایان دوره القای MMT، عدم ابتلا به اختلالات عمده‌ی روان‌پزشکی در محور یک به جز وابستگی به اپیوئیدها و عدم ابتلا به اختلال شخصیت مرزی بود. دوز متادون بر اساس گزارش درمانگاه و نشانه‌های افسردگی توسط آزمون فهرست بازبینی تجدیدنظرشده‌ی ۹۰ نشانگانی در ابتدا و انتهای مطالعه سنجیده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ و آزمون تی مستقل و تحلیل واریانس یک‌سویه صورت پذیرفت.

**یافته‌ها:** تفاوت بین میانگین نمرات افسردگی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمون و شاهد پس از مهار تأثیر پیش‌آزمون، سن و مصرف متادون معنی‌دار ( $P < 0/001$ ) به میزان ۵۷ درصد بود، ولی تفاوت معنی‌داری در میانگین دوز متادون مصرفی بین دو گروه در پس‌آزمون وجود نداشت ( $P = 0/07$ ).

**نتیجه‌گیری:** گروه‌درمانی شناختی رفتاری به روش فرانظری می‌تواند در کاهش علائم افسردگی در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون موثر باشد، لیکن در کوتاه‌مدت بر دوز متادون مصرفی ایشان تأثیر معنی‌داری ندارد.

**واژه‌های کلیدی:** افسردگی، درمان، رفتار، شناخت، گروه‌درمانی، متادون، نگهدارنده

امیر رضائی اردانی

استادیار روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

\*زهرا عرفانیان تقوایی یزدی‌نژاد

دکترای روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مسعود شایسته زرین

کارشناسی روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

\*مؤلف مسئول:

ایران، مشهد، بیمارستان روان‌پزشکی ابن سینا

erfanianz2@mums.ac.ir

تاریخ وصول: ۹۱/۲/۱۶

تاریخ تایید: ۹۱/۱۰/۲۰

## پی‌نوشت:

این مطالعه منتج از پایان‌نامه‌ی دکترای بوده و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از همکاری شرکت‌کنندگان در این مطالعه سپاسگزاری می‌گردد.

**Original Article****The effect of cognitive-behavioral group therapy using trans-theoretical model on the level of depressive symptoms and methadone dose consumed by patients undergoing methadone maintenance treatment****Abstract**

**Introduction:** This study aims to investigate the effect of cognitive-behavioral group therapy using trans-theoretical model on the level of depressive symptoms and methadone dose consumed by patients undergoing methadone maintenance treatment (MMT).

**Materials and Methods:** This clinical trial was conducted on MMT patients of Ibn Sina Hospital Clinic in Mashhad during 6 months (autumn and winter of 2010). Through available sampling, 12 patients were selected and underwent 15 sessions of cognitive-behavioral group psychotherapy using trans-theoretical model, and 12 patients also formed the control group. Inclusion criteria were literacy (ability to read and write), passing at least a month after the end of MMT induction period, lack of major psychiatric disorders on axis I except for opiate dependency, and lack of borderline personality disorder. The methadone dose was obtained from daily clinic medical reports and depression symptoms were measured by symptom checklist-90-revised test at the beginning and end of the study. Data analysis was performed by SPSS version 16, using independent t-test and one-way ANOVA.

**Results:** There was a significant difference ( $P < 0.001$ ) as much as 57% between the subjects' mean depression scores in the two test and control groups after controlling the effect of pre-test, age, and methadone consumption. However, there was no significant difference between the mean methadone dose consumed among the two groups in post-test ( $P = 0.07$ ).

**Conclusion:** Cognitive-behavioral group therapy using trans-theoretical model could be effective in reducing depression symptoms in patients undergoing methadone maintenance treatment; however, it has no significant effect on methadone dose consumed by them in the short term.

**Keywords:** Behavior, Cognition, Depression, Group therapy, Maintenance, Methadone, Treatment

*Amir Rezaei Ardani*

Assistant professor of psychology, Psychiatry and Behavioral Research Center, Mashhad University of Medical Sciences

*\*Zahra Erfanian Taghvaei Yazdi-Nejad*

Ph.D. in psychology, Mashhad University of Medical Sciences

*Masood Shayesteh Zarrin*

M.Sc. in psychology, Mashhad University of Medical Sciences

**\*Corresponding Author:**

Ibn-e-Sina psychiatric hospital, Mashhad, Iran  
erfanianz2@mums.ac.ir

Received: May. 05, 2012

Accepted: Jan. 09, 2013

**Acknowledgement:**

This study was derivate from Ph.D. dissertation. No grant has supported this study and the authors had no conflict of interest with the results.

**Vancouver referencing:**

Rezaei Ardani A, Erfanian Taghvaei Yazdi-Nejad Z, Shayesteh Zarrin M. The effect of cognitive-behavioral group therapy using trans-theoretical model on the level of depressive symptoms and methadone dose consumed by patients undergoing methadone maintenance treatment. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2013; 15(2): 91-9.

**مقدمه**

تغییر ارزیابی کنند و انگیزش آن‌ها را از طریق تکنیک‌ها، بسته به این که مراجع در چه وضعی و در کدام مرحله قرار دارد، افزایش دهند (۸).

با این حال اگر چه روان‌درمانی شناختی رفتاری به عنوان درمان اصلی در اعتیاد مد نظر درمانگران است، به نظر می‌رسد به کار بردن شیوه‌های درمانی ترکیبی شامل روان‌درمانی و دارودرمانی توأم در موارد وابستگی به مواد شبه‌افیونی<sup>۷</sup> (اپیوئیدی) کاربرد بیشتری دارد. از جمله روش‌های بهبود بخشیدن کارآمدی درمان، ترکیب گروه‌درمانی شناختی رفتاری و استفاده از داروهای آگونیست اپیوئیدی است (۹). در این میان داروی متادون نقش به‌سزایی دارد و در بسیاری راهکارها به خصوص در موارد کاهش آسیب به پروتکل درمان اضافه می‌گردد (۹، ۱۰). متادون، ماده‌ی اپیوئیدی صناعی است که در صورت مصرف مقادیر ثابت، سرخوشی شدید ناشی از مصرف مخدرهایی مثل تریاک یا هروئین را به وجود نمی‌آورد (۱۱). لذا می‌توان در بیمارانی که قصد قطع مصرف مواد اپیوئیدی غیر قانونی را دارند، از این دارو استفاده کرد. استفاده از متادون به شکل کوتاه‌مدت برای کاهش علائم سندرم محرومیت و یا به شکل درازمدت برای کاهش همزمان وسوسه‌ی مصرف مجدد مواد اپیوئیدی می‌تواند صورت پذیرد. به روش دوم معمولاً درمان نگهدارنده با متادون<sup>۸</sup> (MMT) گفته می‌شود. این درمان یکی از اقدامات پراهمیت و کلیدی است که در راستای راهکار کاهش آسیب انجام شده و استفاده از مواد غیر قانونی را کاهش می‌دهد، هم‌چنین مصرف منظم و درازمدت متادون از عود و مصرف مجدد، پیشگیری می‌کند. در این حالت به دنبال درمان منظم، وضعیت روان‌شناختی و رفتاری بیمار بهبود می‌یابد (۱۲).

مرور مطالعات انجام شده، حاکی از توجه پژوهشگران حوزه‌ی اعتیاد به بررسی آسیب‌های ناشی از مصرف مواد و درمان‌های آن است. از مهم‌ترین اختلالات همراه سوءمصرف اپیوئیدها به اختلالات خلقی اشاره شده است. مشخص شده است که اختلالات خلقی و در راس آن‌ها افسردگی در بسیاری موارد به

سابقه‌ی وجود مواد اعتیادآور و سوءمصرف آن‌ها به هزاران سال قبل برمی‌گردد. این پدیده‌ی شوم از دیرباز در ایران و سایر کشورها به خصوص در نسل جوان شایع بوده (۱) و کشور ایران به دلیل هم‌جواری با افغانستان که بزرگ‌ترین تولیدکننده‌ی تریاک در جهان است و نیز قرار گرفتن در مسیر اصلی ترانزیت و حمل و نقل مواد مخدر تولیدی به کشورهای غربی، در معرض بیشترین خطر شیوع اعتیاد اپیوئیدی قرار دارد (۲). برای کنترل و بهبود این وضعیت به برنامه‌ریزی صحیح و تولید دانش کاربردی، نیاز است. تولید دانش یکی از مقولاتی است که می‌تواند در زمینه‌ی پیشگیری و درمان و حتی کاهش آسیب در مهار اعتیاد به مواد مخدر مفید باشد (۳).

راهبردهای شناختی رفتاری پیشگیری از عود<sup>۱</sup> ابزارهایی عالی برای کمک به مراجعانی هستند که قصد دارند تغییری را به دست آورده و آن را حفظ کنند (۴). این راهبردها در رفتارهای اعتیادی مختلفی از جمله درمان اعتیاد به الکل، پیشگیری از مصرف الکل، سیگار کشیدن و وابستگی به مواد افیونی مورد استفاده قرار گرفته و گزارش‌ها نشان داده‌اند که استفاده از این روش بسیار مفید بوده، هم مراجعان و هم درمانگران اشتیاق زیادی را در انجام این روش‌ها ابراز داشته‌اند (۵، ۶). در میان راهبردهای ذکر شده، گروه‌درمانی شناختی رفتاری یک چهارچوب یک‌پارچه برای درک، اندازه‌گیری و مداخله در رفتار فراهم می‌آورد (۷). در درمان شناختی رفتاری اعتیاد بر اساس الگوی فرانتزری، تغییر به عنوان پیشرفت در خلال یک توالی پنج مرحله‌ای در نظر گرفته می‌شود. این پنج مرحله از یک مرحله‌ی پیش‌تامل<sup>۲</sup> اولیه که مراجع درباره‌ی تغییر فکر نمی‌کند شروع شده و با مراحل تامل<sup>۳</sup>، آمادگی<sup>۴</sup>، عمل<sup>۵</sup> و در نهایت نگهداری<sup>۶</sup> که مراجع در این مرحله تغییر درازمدت خود را حفظ می‌کند، ادامه می‌یابد. در این شیوه‌ی درمان، درمانگران آموزش می‌بینند که آمادگی مراجعان را نسبت به

<sup>1</sup>Relapse Prevention<sup>2</sup>Precontemplation<sup>3</sup>Contemplation<sup>4</sup>Preparation<sup>5</sup>Action<sup>6</sup>Maintenance<sup>7</sup>Opioid<sup>8</sup>Methadone Maintenance Therapy

عنوان یک اختلال مستقل در بیماران مصرف‌کننده‌ی مواد وجود دارند، هم‌چنین در بسیاری موارد در سیر مصرف مزمن یا مدت‌ها پس از ترک اپیوئیدها ممکن است علائم افسردگی در بیمار دیده شود. مطالعات نشان داده‌اند که در بیماران تحت درمان وابستگی به اپیوئیدها، تمرکز بر درمان رفتار اعتیادی و عدم توجه به اختلالات روان‌پزشکی همراه (از جمله علائم افسردگی) می‌تواند به عود و شکست درمان منجر شود (۱۳) و لذا مدیریت این علائم از اهداف درمانی در بیمارانی است که اقدام به قطع مصرف مواد غیر قانونی نموده‌اند.

به علاوه تحقیقات نشان داده‌اند که اگر چه بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون به طور معنی‌داری نسبت به بیماران مصرف‌کننده‌ی مواد غیر قانونی در مقیاس‌های حافظه‌ی فعال و تصمیم‌گیری عملکرد قوی‌تری دارند، این بیماران نسبت به گروه شاهد عادی، ممکن است در مقیاس‌های روان‌شناختی، عملکرد ضعیف‌تری داشته باشند (۱۴، ۱۵). هم‌چنین این دارو دارای خواص وابستگی‌زایی جسمی و روانی بوده، سوخت و ساز کبدی قابل توجهی دارد و از عوارض جانبی آن می‌توان به اثر بر ریتم قلب (تغییر در فاصله‌ی QT)، اختلالات جنسی، اختلال در خواب شبانه، ایجاد خواب‌آلودگی روزانه، سرگیجه، تعریق و ... اشاره نمود که اغلب وابسته به دوز می‌باشند (۱۳). بنابراین اهمیت دارد که بررسی نماییم به چه روش‌هایی می‌توان ضمن تجویز متادون با دوز پایین‌تر به بیمار، میزان عملکرد وی را بهبود بخشید.

لذا هدف از تحقیق حاضر، بررسی تاثیر گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری به روش فرانظری بر میزان نشانه‌های افسردگی و دوز متادون مصرفی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون می‌باشند.

### روش کار

این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی بوده و بر روی دو گروه آزمون و شاهد به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در مدت ۶ ماه (پاییز و زمستان ۱۳۸۹) انجام شد. جامعه‌ی آماری عبارت از بیماران وابسته به مواد اپیوئیدی که در کلینیک درمان نگهدارنده با متادون بیمارستان ابن‌سینای مشهد تحت درمان بودند. نمونه‌ی آماری به صورت نمونه‌گیری در دسترس از

جامعه‌ی آماری گزینش شد. به این منظور از بین بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک درمان نگهدارنده با متادون، تعداد ۱۲ بیمار که رضایت آگاهانه به شرکت در مطالعه داشتند انتخاب شده و تحت درمان شناختی‌رفتاری به صورت گروهی و بر اساس روش فرانظری قرار گرفتند. پروتکل درمان اجرا شده برای بیماران در ادامه، ذکر خواهد گردید. برای انتخاب گروه شاهد نیز از میان مراجعه‌کنندگان به کلینیک پس از توضیح در خصوص مطالعه، تعداد ۱۲ بیمار که از نظر جنس و تحصیلات با گروه آزمون هم‌تا بوده و رضایت آگاهانه به شرکت در طرح داشتند، انتخاب شدند. بر اساس دومین پروتکل مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مورد درمان نگهدارنده با متادون، جهت این بیماران به جز انجام پرسش‌نامه‌ی نیم‌رخ اعتیادی مادزلی<sup>۱</sup> (MAP) اقدام روان‌شناختی دیگری صورت نمی‌پذیرفت (۱۶). معیارهای ورود به این مطالعه شامل داشتن سواد در حد خواندن و نوشتن، گذشت حداقل یک ماه از پایان دوره‌ی القای درمان نگهدارنده با متادون، عدم ابتلا به اختلالات عمده‌ی روان‌پزشکی در محور یک به جز وابستگی به اپیوئیدها و عدم ابتلا به اختلال شخصیت مرزی بود. تمام اطلاعات مربوط به انجام پژوهش حاضر در فرم‌های جمع‌آوری اطلاعات بیماران که جهت این مطالعه طراحی شده بود، ثبت شده و در اختیار پژوهشگر قرار داشت. به بیماران اطلاع داده شد که اطلاعات فردی ایشان محرمانه بوده و نتایج مطالعه بدون ذکر نام منتشر خواهد شد.

متغیر مستقل در این پژوهش عبارت بود از مداخله‌ی درمانی که به صورت گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری و با روش فرانظری صورت گرفت. اجزای این مداخله در جدول ۱ آمده است. به طور کلی جلسات گروه‌درمانی به روش فرانظری دارای دو بخش می‌باشند که به طور معمول در بیست و نه جلسه ارایه می‌شوند. جلسات بخش اول به مراحل تامل دربارهی تغییر الگوی مصرف مواد و آمادگی برای تغییر می‌پردازد و جلسات بخش دوم به ایجاد تغییر در فرد مصرف‌کننده برای رسیدن به پرهیز و حفظ آن توجه دارد (۱۷).

<sup>1</sup>Maudsley Addiction Profile

از آن جا که افراد شرکت کننده در این مطالعه به لزوم ایجاد تغییر در رفتار اعتیادی خود رسیده و درمان نگهدارنده را انتخاب کرده بودند، جلسات مربوط به بخش نخست با سرعت بیشتری ارائه شده و کل مداخله‌ی درمانی بیماران در ۱۵ جلسه‌ی هفتگی صورت پذیرفت. هر جلسه با استراحتی که در بین جلسه داده می‌شد، دو ساعت به طول می‌انجامید.

### جدول ۱- محتوای جلسات گروه‌درمانی شناختی رفتاری به روش فرانظری

جلسه اول	آشنایی با گروه و مراحل تغییر
جلسه دوم	اثرات سوء مواد و آگاهی با مفهوم و علایم افسردگی
جلسه سوم	انتظاراتی که از مصرف مواد داشته آیا برآورده شده است یا خیر
جلسه چهارم	آشنایی با الگوی شناختی رفتاری و ارزشی و ورود به مرحله‌ی آمادگی برای تغییر
جلسه پنجم	آشنایی و شناسایی خطاهای رایج شناختی
جلسه ششم	تشخیص خطاهای شناختی و برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های مورد نیاز فرد
جلسه هفتم	مهارت‌های فکر کردن و به دست آوردن زمان‌هایی که بیشترین اطمینان جهت پرهیز از مواد را دارند
جلسه هشتم	رویکرد انگیزشی برای تغییر رفتار بر پایه‌ی همدلی و احترام به تفاوت‌های فردی
جلسه نهم	آموزش فنون مقابله با تنش‌ها و آرام‌بخشی و پاداش‌دهی به خود
جلسه دهم	آموزش روش‌های ارتباطی (متفعل، پرخاشگر، جرات‌مند) و انتخاب سالم‌ترین و موفق‌ترین روش
جلسه یازدهم	آموزش برای به دست آوردن تحمل انتقادات و به دست آوردن افکار سالم و مفید
جلسه دوازدهم	نتایج مثبت اجتناب از مصرف مواد و اداره کردن وسوسه و راه‌های جدید لذت بردن از زندگی
جلسه سیزدهم	نوشتن برنامه‌ی عملی و مناسب روش‌های آزادسازی فردی و ایجاد تغییرات موثر در زندگی همراه با تعهد
جلسه چهاردهم	روابط سالم و حمایتگر و استفاده از کمک دیگران برای کسب این روابط و آگاهی از موارد غفلت در زندگی فردی و بهبود آن
جلسه پانزدهم	بحث در مورد تغییرات صورت گرفته و تاثیر گروه‌درمانی بر بهبودی افراد

پرسش‌های مربوط به بعد افسردگی این پرسش‌نامه مورد استفاده و تحلیل قرار گرفت. علاوه بر این از یک پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته نیز برای کسب اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان شامل سن، میزان تحصیلات، شغل و وضعیت تاهل استفاده گردید. تمام شرکت کنندگان در گروه آزمون در ابتدای مطالعه اقدام به پاسخگویی به پرسش‌نامه‌ی SCL-90-R کردند. سپس برای ایشان ۱۵ جلسه‌ی روان‌درمانی صورت پذیرفت. در انتهای دوره نیز نامبردگان مجدداً پرسش‌نامه را پاسخ گفتند. دوز داروی مصرفی ایشان در ابتدا و انتهای دوره و همزمان با پاسخگویی به پرسش‌نامه ثبت گردید.

اقدامات ذکر شده برای شرکت کنندگان در گروه شاهد نیز به طور مشابه صورت پذیرفت به جز آن که ایشان در جلسات روان‌درمانی حضور نداشتند. تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پرسش‌نامه‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ و در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی صورت پذیرفت. در سطح آمار توصیفی از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی استفاده شد. در سطح آمار استنباطی ابتدا با کمک آزمون کولموگروف

در این تحقیق میزان متادون تجویزی به بیماران و نشانه‌های افسردگی در ایشان به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. دوز متادون بر اساس گزارش روزانه درمانگاه از میزان تجویز شده و نشانه‌های افسردگی به وسیله‌ی آزمون فهرست ۹۰ نشانگانی تجدیدنظر شده<sup>۱</sup> (SCL-90-R) مورد سنجش قرار گرفت. SCL-90-R پرسش‌نامه‌ای است شامل ۹۰ سؤال که به صورت خودگزارشی و در مدت زمان حدود ۱۵ دقیقه پاسخ داده می‌شود. این پرسش‌نامه ۹ بعد علایم اولیه شامل ابعاد جسمانی‌سازی، وسواسی جبری، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، باورهای بدگمانانه، روان‌پریشی و اضطراب هراسی را ارزیابی می‌کند. اعتبار آن در افراد بالای ۱۳ سال به شیوه‌ی آزمون-بازآزمون بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ تخمین زده شده است (۱۸). این پرسش‌نامه در ایران ترجمه و روایی و اعتبار آن در تحقیقات متعددی تایید شده است (۱۹). در مطالعه‌ی حاضر با توجه هدف مطالعه در خصوص ارزیابی تاثیر گروه‌درمانی ذکر شده بر نشانه‌های افسردگی شرکت کنندگان،

<sup>1</sup>Symptom Check List-90-Revised

**جدول ۳- میانگین و انحراف معیار افسردگی بر اساس آزمون فهرست ۹۰ نشانگانی تجدیدنظر شده در گروه‌های آزمون و شاهد در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک جنس**

گروه	جنس	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		تعداد	میانگین	تعداد	میانگین
آزمون	زن	۶	۲۱/۳۳	۶	۷/۸۹
	مرد	۶	۲۷/۵۰	۶	۱۲/۵۶
شاهد	کل	۱۲	۲۴/۴۱	۱۲	۱۰/۵۰
	زن	۶	۲۴/۶۶	۶	۱۵/۰۰
	مرد	۶	۱۳/۰۰	۶	۶/۰۰
	کل	۱۲	۱۸/۸۳	۱۲	۱۲/۴۸

نتایج تحلیل کوواریانس مربوط تاثیر گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری بر کاهش افسردگی دو گروه در جدول ۴ ارائه شده است. در این تحلیل با توجه به تفاوت دو گروه در پیش‌آزمون و ارتباط معنی‌دار پیش‌آزمون و پس‌آزمون، تاثیر پیش‌آزمون، مهار شده است. همان گونه که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین باقیمانده‌ی نمرات آزمودنی‌ها در دو گروه آزمون و شاهد پس از مهار تاثیر پیش‌آزمون، سن و مصرف متادون، معنای‌دار است ( $P < 0/001$ ). میزان این تاثیر گروهی ۵۷ درصد بوده است. به عبارت دیگر ۵۷ درصد تفاوت نمرات دو گروه مربوط به گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری می‌باشد.

**جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه‌ی میزان افسردگی بر اساس آزمون فهرست ۹۰ نشانگانی تجدیدنظر شده در گروه‌های آزمون و شاهد پس از انجام گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری**

متغیرها	میانگین مجدورات	F	معنی‌داری	میزان تاثیر آماری	توان درجه‌ی آزادی
پیش‌آزمون	۸۶۳/۲۹	۲۶/۷۸	$P < 0/001$	۰/۶۱	۰/۹۹
عضویت گروهی	۷۲۷/۶۷	۲۲/۵۸	$P < 0/001$	۰/۵۷	۰/۹۹

میانگین و انحراف معیار دوز متادون مصرفی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۵ ارائه شده است. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به تاثیر گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری بر کاهش متادون دو گروه پس از مهار متغیرهای سن و مصرف دارو در جدول ۶ ارائه شده است. همان طور که این جدول نشان می‌دهد، با وجود کاهش قابل توجه در میانگین دوز متادون مصرفی بیماران در پس‌آزمون

اسمیرنوف نرمال بودن توزیع داده‌های کمی ارزیابی شد که تمام داده‌های کمی، توزیع نرمال داشتند لذا از آزمون تی مستقل و تحلیل واریانس یک‌سویه برای تحلیل داده‌های کمی و از آزمون مجذور خی برای تحلیل داده‌های کیفی استفاده شد.

## نتایج

در پژوهش حاضر ۲۴ بیمار مبتلا به اختلال وابستگی به اپیوئیدها که تحت درمان نگهدارنده با متادون قرار داشتند، در دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند. گروه آزمون تحت گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری بر اساس روش فرانظری قرار گرفته و نتایج مربوط به بعد افسردگی از آزمون فهرست ۹۰ نشانگانی تجدیدنظر شده و میزان متادون مصرفی ایشان قبل و بعد از انجام مداخله ثبت و مقایسه گردید.

دامنه‌ی سنی آزمودنی‌های شرکت‌کننده در گروه آزمون ۴۰-۲۴ سال و دامنه‌ی سنی آزمودنی‌های شرکت‌کننده در گروه شاهد ۴۸-۲۶ سال بود و با استفاده از آزمون تی مستقل بین دو گروه از نظر متغیر سن تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ( $P > 0/05$ ). سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۲ آمده است. با استفاده از آزمون مجذور خی مشاهده شد بین دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی غیر پارامتری نیز تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ( $P > 0/05$ ).

**جدول ۲- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های گروه‌های**

آزمون و شاهد بر اساس جنس، تاهل و تحصیلات

متغیر	گروه آزمون		گروه شاهد		
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
جنسیت	زن	۶	۵۰/۰	۶	۵۰/۰
	مرد	۶	۵۰/۰	۶	۵۰/۰
تاهل	متاهل	۶	۵۰/۰	۶	۵۰/۰
	مطلقه	۴	۳۳/۳	۳	۲۵/۰
تحصیلات	ابتدایی	۳	۲۵/۰	۴	۳۳/۳
	راهنمایی	۸	۶۶/۷	۶	۵۰/۰
دیپلم و بالاتر	۱	۸/۳	۲	۱۶/۷	

نتایج میانگین و انحراف معیار افسردگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه به تفکیک در جدول ۳ ارائه شده است.

علاوه بر این، با تغییر در نگرش‌های ناکارآمد و اصلاح روان‌بندهای غیر منطقی فرد، مثلث سه‌گانه‌ی نگرش نسبت به خود، محیط و آینده که پایه‌ی شناختی اختلال افسردگی در دیدگاه بک می‌باشد (۲۱) متحول می‌شود (۲۲). به علاوه وجود راهبردهای رفتاری در این درمان گامی در جهت فعال‌سازی رفتاری<sup>۱</sup> بیمار است و او را یاری می‌کند تا ضمن آن که از فرو رفتن در نقش معتاد بیرون بیاید، زندگی فعالانه‌تری را از سر بگیرد و در حد توان به فعالیت روزمره مشغول گردد (۲۳). این فعال شدن نوعی درمان علایم خلقی برای بیمارانی محسوب می‌شود که ممکن است در سیر مصرف درازمدت مواد یا بعد از آغاز پرهیز مواد دچار علایم هیپوفوریا<sup>۲</sup> شده باشند (۱۳). علاوه بر این درمان شناختی رفتاری با اطلاعات و آگاهی‌هایی که به بیمار می‌دهد، او را به تلاش برای افزایش فعالیت‌های گروهی و اجتماعی و بازیافتن مجدد هویت اجتماعی، ترغیب می‌نماید (۲۴).

تحلیل کوواریانس بر روی داده‌ها حاکی از آن بود که بین میانگین باقیمانده‌ی نمرات پس‌آزمون در گروه آزمون و شاهد تفاوت معنی‌داری وجود نداشته است لذا انجام گروه‌درمانی شناختی رفتاری به روش فرانتزری بر کاهش دوز متادون مصرفی بیماران تأثیری نداشته است. در توجیه این امر می‌توان اشاره داشت که استفاده از درمان نگهدارنده با متادون در طیف خاصی از بیماران توصیه می‌شود. این درمان در بیماران با تلاش‌های مکرر ناموفق برای قطع مصرف، بیماران مصرف‌کننده‌ی تزریقی مواد اپیوئیدی، بیماران مصرف‌کننده‌ی مواد اپیوئیدی سنگین (هروئین و مشتقات ایرانی آن شامل کراک و کریستال، متادون غیر قانونی، بوپرنورفین تزریقی) و یا مصرف‌کنندگان طولانی‌مدت تریاک (بیش از ۱۰ سال)، بیماران دارای صفات جدی ضداجتماعی و سابقه‌ی زندان پیشنهاد شده است (۱۶). نکته‌ی مهم مشترک در این بیماران ناتوانی جدی ایشان در مهار تکانه‌ها می‌باشد (۹). بیماران دارای صفات ضداجتماعی و سابقه‌ی زندان در دسته‌ی بیماران اختلال شخصیت گروه B بوده که ویژگی مهم ایشان، تکانشی بودن است (۲۵). سایر

(جدول ۵) تفاوت بین دو گروه در پس‌آزمون معنی‌دار نمی‌باشد. به بیان دیگر، مداخله‌ی درمانی مذکور بر میزان کاهش متادون آزمودنی‌ها تأثیر معنی‌داری نداشته است.

**جدول ۵- میانگین و انحراف معیار دوز متادون مصرفی در دو گروه پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک جنس**

گروه جنس	پس‌آزمون		پیش‌آزمون	
	تعداد	میانگین انحراف معیار	تعداد	میانگین انحراف معیار
آزمون زن	۶	۱۵/۳۳	۶	۸/۶۸
مرد	۶	۲۰/۶۶	۶	۱۶/۸۲
کل	۱۲	۱۸/۰۰	۱۲	۱۳/۰۶
شاهد زن	۶	۲۰/۱۶	۶	۱۵/۲۵
مرد	۶	۱۱/۳۳	۶	۹/۰۹
کل	۱۲	۱۵/۷۵	۱۲	۱۲/۸۲

**جدول ۶- نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه دوز متادون مصرفی گروه‌های آزمون و گواه پس از انجام گروه‌درمانی شناختی رفتاری**

متغیرها	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	میزان توان آماری	توان آزادی	درجه‌ی عضویت گروهی
پیش‌آزمون	۱۹۳۸/۴۰	۳۳/۰۵	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۶۶	۱/۰۰	۱
عضویت گروهی	۲۱۳/۳۶	۳/۳۶	$P = ۰/۰۷۳$	۰/۱۷۶	۰/۴۳۶	۱

## بحث

همان گونه که مشخص گردید، نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که نمرات افسردگی در بیمارانی که در گروه‌درمانی شناختی رفتاری شرکت کردند به طور معنی‌داری کمتر از میانگین نمرات افسردگی در گروه شاهد بود. با توجه به بالا بودن این تأثیر (۵۷ درصد) می‌توان نتیجه گرفت که گروه‌درمانی شناختی رفتاری به روش فرانتزری مبتنی بر تغییر به طور معنی‌داری افسردگی بیماران را کاهش داده است. این نتیجه در مطالعات دیگری نیز تأیید شده است (۲۰). در توجیه اثر بخشی معنی‌دار این نوع گروه‌درمانی بر علایم افسردگی در بیماران دارای سابقه‌ی سوءمصرف اپیوئیدها که تحت MMT بودند، چندین احتمال قابل توجه است: یکی این که درمان شناختی رفتاری با روش فرانتزری با به چالش کشیدن افکار خودآیند منفی و شناسایی و اصلاح خطاهای شناختی فرد، فرصتی فراهم می‌کند تا بیمار ضمن کنترل بهتر وسوسه‌های خود که هدف اصلی از انجام این درمان است، ریشه‌های روان‌شناختی علایم خلقی خود را نیز بپذیرد و به طرز منطقی با آن‌ها مواجه گردد.

<sup>1</sup>Behavioral Activation

<sup>2</sup>Hypophoria

نباشد، درمان بیمار، امکان‌پذیر نخواهد بود (۲۶). از طرفی روان‌درمانی شناختی‌رفتاری انجام شده در این مطالعه دارای محتوای بینش‌مدار برای بیماران شبه‌جسمی نبوده است لذا می‌توان انتظار داشت که این درمان نتواند به کاهش معنی‌دار در دوز داروی مصرفی بیماران منجر شود.

اگر چه مطالعه‌ی حاضر در زمینه پرداختن به اثربخشی متقابل درمان‌های دارویی و روان‌شناختی و توجه به جنبه‌ی روان‌تنی در بیماران واسته به مواد اپیوئیدی از مطالعات پیشرو محسوب می‌شود، لیکن دارای محدودیت‌هایی نیز می‌باشد. از جمله این که بر اساس دستورالعمل کشوری درمان نگهدارنده با متادون، تعدیل دوز دارو به بیماران توصیه نمی‌شود و لذا در جلسات روان‌درمانی، ایجاد انگیزش برای کاهش دوز دارو در پروتکل‌های معمول انجام نمی‌شود. این امر بر تفسیر میزان اثربخشی درمان انجام شده بر متغیر دوز متادون مصرفی بیماران تاثیر می‌گذارد. دیگر آن که ارزیابی متادون مصرفی بیماران در پایان هفته‌ی پانزدهم (پایان گروه‌درمانی) صورت گرفت و ممکن است که در صورت پیگیری درازمدت‌تر بیماران نتایج متفاوتی به دست می‌آید. به علاوه این مطالعه در یک گروه ۱۲ نفره صورت پذیرفت و برای تعمیم نتایج آن به سایر جمعیت‌ها نیاز به ارزیابی‌های بیشتر می‌باشد.

### نتیجه‌گیری

گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری به روش فرانتال می‌تواند به شکل معنی‌داری در کاهش علائم افسردگی در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون موثر باشد، لیکن در کوتاه‌مدت بر دوز متادون مصرفی ایشان تاثیر معنی‌داری ندارد.

بیماران کاندیدای MMT نیز به دنبال مصرف درازمدت مواد بر اساس دیدگاه‌های عصب‌روان‌شناختی دچار آسیب‌های جدی در مدارهای لوب پیشانی<sup>۱</sup> به دستگاه حاشیه‌ای<sup>۲</sup> (مسیرهای تالامواریتوفرونتال) می‌باشند. آسیب در این مدارها بر رفتارهای مهاری بیماران از جمله کنترل تکانه‌ها و وسوسه‌ها تاثیر جدی می‌گذارد (۹). از طرفی مصرف متادون به عنوان یک ماده‌ی اپیوئیدی ضمن داشتن اثرات آگونیستی اپیوئیدی، باعث تعدیل عملکردهای معیوب لوب پیشانی از جمله تصمیم‌سازی می‌شود (۱۵) و بنابراین به کاهش وسوسه و تکانشگری بیماران منجر می‌شود. می‌توان به سادگی فرض نمود که گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری به روش فرانتال برای ترمیم آسیب‌های جدی عصب‌روان‌شناختی لوب پیشانی بیماران تحت درمان MMT کافی نمی‌باشد و لذا با وجود کاهش جدی میانگین دوز متادون مصرفی در پس‌آزمون (جدول ۵)، این کاهش معنی‌دار نبوده است. از طرفی می‌توان فرض نمود دوز متادون مصرفی بیماران وابسته به میزان جسمانی کردن نشانه‌های روان‌شناختی در ایشان نیز می‌باشد. مطالعات نشان داده‌اند که همبستگی قابل توجهی بین اختلالات مصرف مواد و اختلالات شبه‌جسمی وجود دارد و استفاده از داروهای آگونیست از جمله متادون می‌تواند از دیدگاه بیماران نوعی دارودرمانی نشانه‌های جسمی تلقی شود. اگر چه جهت درمان اختلالات شبه‌جسمی روان‌درمانی شناختی‌رفتاری توصیه شده است، لیکن چنان چه بیمار نسبت به مشکل خود بینش نداشته باشد و تمایلی به تغییر مکانیسم‌های مقابله‌ای معیوب خود جهت مدیریت علائم درون‌روانی‌اش

<sup>۱</sup>Frontal Lobe

<sup>۲</sup>Limbic System

### References

1. Salehi B, Solhi H, Fotovat AR, Motamedi D, Moradi S, Ebrahimi S. [The comparison of the psychiatric disorders between opium addicts' families referring to opium withdrawal clinics and non-addicts' families referring to blood transmission centers]. Arak Medical University journal 2012; 15(3): 32-8. (Persian)
2. Madadi AA. [Addiction and substance abuse]. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Jameanegar; 2005: 56-7. (Persian)
3. Saryazdi H. [Diagnosis in addiction treatment]. 2<sup>nd</sup> ed. Isfahan, Farhang-e-Mardom; 2002: 91-8. (Persian)



4. Khademi A. [Counseling with addicts]. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Roshd; 2006: 281-302. (Persian)
5. Tabatabaei Chehr M, Ebrahimi Sani E, Mortazavi H. [The effectiveness of group cognitive - behavioral psychotherapy on changing of irrational beliefs in male addicts]. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences* 2012; 4(3): 419-32. (Persian)
6. Karimian N. [The Effectiveness of cognitive-behavioral stress management on relapse prevention in substance dependent men]. *Addiction research* 2012; 5(20): 73-86. (Persian)
7. Azad H. [Psychopathology]. 5<sup>th</sup> ed. Tehran: Beast; 2005: 221-68. (Persian)
8. Sanaei B. [Psychotherapy and group counseling]. 3<sup>rd</sup> ed. Tehran: Chehr; 2004: 64-103. (Persian)
9. Strain EC, Anthony JC. Substance related disorders. Introduction and overview. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. (editors). *Kaplan and Sadocks' comprehensive textbook of psychiatry*. 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2009: 1267.
10. Golparvar M, Khalatbari J. [Etiology and of addiction and substance abuse]. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Davavin; 2002: 109-19. (Persian)
11. Lyvers M, Yakimoff M. Neuro-psychological correlates of opioid dependence and withdrawal. *Addict Behav* 2003; 28: 605-11.
12. Mintzer MZ, Copersino ML, Stitzer ML. Opioid abuse and cognitive performance. *Drug Alcohol Depend* 2005; 78(2): 225-30.
13. Strain EC, Lofwall MR, Jaffe JH. Opioid-related disorders. Mood disorders: Historical introduction and conceptual overview. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. (editors). *Kaplan and Sadocks' comprehensive textbook of psychiatry*. 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2009: 1366, 1373, 1381.
14. Darke S, Sims J, McDonald S, Wickes W. Cognitive impairment among methadone maintenance patients. *Addiction* 2006; 95(5): 687-95.
15. Pirastu R, Fais R, Messina M, Bini V, Spiga S, Falconieri D, et al. Impaired decision-making in opiate-dependent subjects: Effect of pharmacological therapies. *Drug Alcohol Depend* 2006; 83(2): 163-8.
16. National Protocol MMT: 39-44. Available from: [vc-trethment.kums.ac.ir/kums\\_content/media/image/.../25571\\_orig.pdf](http://vc-trethment.kums.ac.ir/kums_content/media/image/.../25571_orig.pdf)
17. Ziauddini H, Hosseini M, Nocani M, Tofani K. Group treatment for substance abuse. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Arjmand; 2005: 14-18.
18. Derogatis LR. Symptom checklist-90-R. Administrative scoring and procedures manual. Minneapolis: NCS Pearson; 1994: 167-8.
19. Nojomi M, Gharayee B. Medical students and mental health by SCL-90-R. *Med J Islam Repub Iran* 2007; 21(2): 71-8.
20. Momeni F, Moshtagh N, Purshahbaz A. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on craving, depression and anxiety among the opiate abusers under MMT. *Iranian rehabilitation journal* 2010; 8(11): 19-23.
21. Akiskal HS. Mood disorders: Historical introduction and conceptual overview. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. (editors). *Kaplan and Sadocks' comprehensive textbook of psychiatry*. 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2009: 1637.
22. Abela JR, Skitch SA. Dysfunctional attitudes, self-esteem, and hassles: Cognitive vulnerability to depression in children of affectively ill parents. *Behav Res Ther* 2007; 45(6): 1127-40.
23. Seraj Khorrami N, Seif AA. [Comparison of the efficacy of behavioral therapy, cognitive therapy and group therapy in opioid dependency]. *Knowledge and research in applied psychology* 2003; 5(17): 21-40. (Persian)
24. Tanhaei HA, Valizadeh M. [A study of functional role of addiction rehabilitation group structure, A case study]. *Iranian journal of sociology* 2010; 5(1): 41-73. (Persian)
25. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan and Sadocks' synopsis of psychiatry, behavioral sciences/clinical psychiatry*. 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007: 798.
26. National Drug Strategy. Available from: [URL; http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/Publishing.nsf/content/FE16C454A782A8AFCA2575BE002044D0/\\$File/m7110.pdf](http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/Publishing.nsf/content/FE16C454A782A8AFCA2575BE002044D0/$File/m7110.pdf).