



INTERNATIONAL ASSOCIATION  
RAZI  
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄTS  
FREIZEITKLINIKUM

Philipps  
Universität  
Marburg

PSYCHOLOGISCHES INSTITUT  
FÜR KLINISCHE PSYCHOLOGIE  
UND S.P.S. & G.C.H.P.F.  
University of Applied Sciences  
Department of Psychosomatic  
Medicine & Psychotherapy

## چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی

اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

### تأثیر برنامه پیشگیری از عود در کاهش اضطراب و افسردگی سوء مصرف کنندگان مواد

غلامرضا پاشا<sup>۱</sup> - مریم فروغی<sup>۲</sup>

#### چکیده

هدف از اجرای این پژوهش بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری در کاهش افسردگی و اضطراب افراد سوء مصرف کننده مواد است. در این تحقیق، محقق با روش نمونه گیری در دسترس و با استفاده از ملاک های سوء مصرف مواد که در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی آمده است، ۴ گروه نمونه را از میان افراد سوء مصرف کننده مواد حاضر در کمپ ترک اعتیاد شهرستان سیرجان انتخاب نمود. ۳ گروه اول گروه آزمایش هر کدام به حجم ۱۰ نفر بودند که درمان شناختی-رفتاری، گروه درمانی و خانواده درمانی را دریافت کردند و گروه کنترل گروهی بودند که مورد سم زدایی قرار گرفتند و حجم گروه ۳۰ نفر بود. در مرحله اول (قبل از آموزش)، پرسشنامه های افسردگی بک (BDI) و اضطراب زانگ (SAS) برای هر ۴ گروه اجرا شد. سپس به مدت ۳ ماه، به گروه آزمایش آموزش RP و ۲ ماه مداخلات پس مراقبتی و به گروه کنترل صرفاً آموزش شناخت و طبقه بندی مواد و داروها را ارائه گردید و مجدداً پرسشنامه های مذکور بر روی افراد هر ۴ گروه اجرا شد.

نتایج تحلیل کوواریانس در هر آزمون در مورد ۴ گروه مورد مطالعه، در سطح آلفای ۰/۰۵ نشان داد که میانگین نمرات اضطراب و افسردگی، میان گروه های دریافت کننده درمان پیشگیری از عود، در مرحله پیش آزمون تفاوت معنی داری با مرحله پس آزمون و مرحله پیگیری داشتند، در حالی که در گروه کنترل تفاوت میانگین نمرات اضطراب و افسردگی در مرحله پیش آزمون با مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری نداشتند. همچنین، نرخ عود در گروه RP پس از ۳ ماه آموزش و مداخله، ۱۵٪ بود در حالی که این نرخ در گروه مقابل ۵۰٪ بود که تفاوت بسیار بالایی را گزارش می داد.

**کلمات کلیدی:** درمان شناختی-رفتاری، افسردگی، اضطراب، سوء مصرف مواد.

<sup>۱</sup>. نویسنده مسئول: هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی اهواز

<sup>۲</sup>. هیات علمی دانشگاه پیام نور سیرجان

## The effectiveness of relapse prevention program in reducing of anxiety & depression for substance abusers

### Abstract

The purpose of this study is consideration about the effect of cognitive-behavior therapy in reducing of depression & anxiety in substance abusers. The numbers of groups In this research was 4groups. Three groups were experimental group. The numbers for each group were 10abusers. All of the three groups received CBT, group therapy & family therapy. Control group were the group that detoxified. The numbers of this group were 30abusers. In the first period (pre test) administered BDI & SAS scales for each of 4grouos. Then for 3months, demonstrate relapse prevention in experimental groups but in control group proposed cognition about druges. In post test & in following period, repeat this scales. Co-variance results in each of scales in subgroups of experimental group showed that the mean of anxiety & depression in pretest period have significant differences rather than post test & following periods bur in control group, mean of anxiety & depression in pretest ,posttest & following periods don't have significant differences. The rates of relapse in RP groups was 15% but this rate in control group was 50%.

**Key Words:** Cognitive Behavior Therapy, depression, anxiety. Substance abuse

### مقدمه

در جهان امروز، مصرف مواد مخدر به مثابه یکی از غم انگیز ترین تراژدی ها، ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی زندگی بسیاری از انسان ها را متأثر می سازد (دیککی و آزنی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). مصرف طولانی مدت مواد مخدر نه تنها در وضعیت اقتصادی و اجتماعی فرد سوء مصرف کننده مواد، تأثیر سوء می گذارد، بلکه در وضعیت خانوادگی، شغلی و شخصی فرد نیز تأثیر منفی دارد (زائو و دیگران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). نه تنها سوء مصرف مواد، بلکه پدیده ای به نام عود که به دنبال سوء مصرف مواد می آید، نیز سبب ایجاد مشکلات مهمی در زمینه اقتصادی، اجتماعی، خانوادگی و فرهنگی می شود (کمرا و آنینو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). عود یا بازگشت<sup>۴</sup>، به دنبال دوره ای از عدم مصرف مواد در افرادی که تحت درمان هستند، رخ می دهد (داتر، لجویس و کاهلر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵).

---

<sup>۱</sup> - Dickey & Azeni

<sup>۲</sup> - Zhao et al

<sup>۳</sup> - Camera & Annino

<sup>۴</sup> - return

<sup>۵</sup> - Daughter, Lejues & Kahler

در زمینه درمان این پدیده، رویکردهای درمانی سنتی سوء مصرف مواد، عود را به عنوان "حالت پایانی"<sup>۱</sup> می دانند. به عبارت دیگر، عود را نوعی پیامد منفی می دانند که برابر با شکست درمان است (لیتمن و دیگران، ۲۰۰۰). در تعاریف دیگر، عود را یک مبارزه سخت در درمان اختلالات سوء مصرف مواد دانسته اند (رابینسون و والش<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱).

همانند اعتیاد که از چندین عامل نشأت می گیرد، در زمینه علت شناسی عود، نیز به علل مختلفی اشاره شده است ولی یکی از مهم ترین این علت ها، علل روانشناختی هستند، به گونه ای که بعضی از تحقیقات نشان داده اند سوء مصرف کنندگان مواد درمان شده و بهبود یافته با بسیاری از مشکلات روانشناختی از قبیل تکانه ها<sup>۳</sup>، وسوسه ها و افکار خودکار منفی مواجه می شوند که درمان را با شکست مواجه می سازد (پانی، تروسکو و کونتو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰). لذا در درمان مؤثر سوء مصرف مواد و داروها باید مداخله های روانشناختی<sup>۵</sup> که این گونه مشکلات روانشناختی را مورد هدف قرار می دهند، انجام گیرند (فودالا و وودی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴).

یکی از نظریه هایی که در ارتباط با تاثیر علل روانشناختی در شروع اعتیاد و عود پس از درمان، عنوان شده است، نظریه خود درمانی<sup>۷</sup> کانتازیان<sup>۸</sup> است (ترنر<sup>۹</sup>، ۲۰۰۱، هرمان<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۰، سینها<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۱). بر اساس این نظریه، افراد مجدداً به سوء مصرف دارو روی می آورند (عود) تا از حالات عاطفی آزارنده و غیر قابل تحمل از قبیل افسردگی، غم، اضطراب و... آسوده شوند.

لذا با توجه به مدل های مختلف تبیین کننده عود و سوء مصرف مواد، درمان های مختلفی برای پیشگیری از عود ارائه شده است. کارول، نیچ و رونسویل<sup>۱۲</sup> (۲۰۰۰) درمان های موثر در پیشگیری از عود را آن دسته از رویکردهایی می داند که در آن ها از هر دو مولفه زیست شناختی و روان شناختی استفاده می شود.

لذا در زمینه درمان روانشناختی، مؤثر ترین و ارتقایافته ترین رویکرد درمان، رویکرد پیشگیری از عود (RP) که مبتنی بر الگوی رفتاری-شناختی مارلات و دیگران می باشد. این مدل در ابتدا سعی دارد به بیماران سوء مصرف کننده مواد و دارو کمک کند تا

---

<sup>۱</sup> -end-state

<sup>۲</sup> - Robinson & Walsh

<sup>۳</sup> -urges

<sup>۴</sup> - Pani, Trosgu, & Contu

<sup>۵</sup> -psychological intervention

<sup>۶</sup> -Fudala & Woody

<sup>۷</sup> -self-medication

<sup>۸</sup> -Khantazian

<sup>۹</sup> -Turner

<sup>۱۰</sup> -Herman

<sup>۱۱</sup> -Sinha

<sup>۱۲</sup> - Carroll, Nich, & Rounsaville

مهارت های سازگاری با موقعیت های پرخطر را فرا گرفته و به کار ببرند. تحقیقات نشان می دهد که تأثیر RP مشتق شده از رویکرد مارلات، بسیار مؤثر است (لاریمر و پالمر، ۲۰۰۰).

روش سم زدایی<sup>۱</sup>، که امروزه در بسیاری از کلینیک های ترک اعتیاد شیوع پیدا کرده است، مشکلات روانشناختی ایجاد کننده و مرتبط با سوء مصرف مواد را مورد خطاب قرار نمی دهد و بنابراین نمی تواند تغییرات رفتاری بلند مدت لازم جهت بهبودی را ایجاد کند (زائو و دیگران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲)، به گونه ای که یافته های بسیاری از محققان نشان می دهد در دو دهه اخیر نرخ عود در کشورهایی که فقط سم زدایی را برای درمان سوء مصرف کنندگان مواد به کار می برند (از جمله کشور چین) افزایش چشم گیری داشته است، به طوری که نرخ عود در این کشورها، بالاتر از ۸۰٪ گزارش می شود. بنابراین رشد و توسعه راهکارها و مداخله های روانشناسی و روانشناسانه در کنار سم زدایی یا پس از آن، در پیشگیری از عود ضرورتی دوچندان دارد (گراهام، ۲۰۰۴).

در این مقاله، محقق به دنبال بررسی این نکته است که آیا درمان شناختی-رفتاری سوء مصرف کنندگان مواد، می تواند افسردگی و اضطراب آنها را کاهش دهد تا میزان عود در این دسته از سوء مصرف کنندگان کاهش یابد؟

## روش

در این تحقیق، به طور تصادفی ۴ گروه نمونه با روش نمونه گیری در دسترس و با توجه به ملاکهای DSM-IV در زمینه تشخیص سوء مصرف کنندگان مواد انتخاب شد: ۱- گروه آزمایش که خود شامل ۳ گروه بود (دریافت کنندگان درمان شناختی-رفتاری، دریافت کنندگان گروه درمانی شناختی-رفتاری و دریافت کنندگان خانواده درمانی) که در کمپ ترک مواد، پس از ترک مواد، برنامه پیشگیری از عود (RP) را دریافت کردند ۲- گروهی که در کمپ ترک اعتیاد، پس از ترک مواد با روش سم زدایی، آموزش شناخت و طبقه بندی مواد و داروها را دریافت کردند.

شرکت کنندگان ابتدا در مرحله ورود به آزمون، در بعضی از متغیرها ارزیابی شدند. سپس در نقطه پایانی برنامه های آموزشی، مورد بررسی قرار گرفتند.

۶۰ شرکت کننده از کمپ ترک اعتیاد شهرستان سیرجان در سال ۸۹-۹۰ با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک شرکت در این مطالعه عبارت بودند از: داشتن علائم سوء مصرف مواد با توجه به ملاک های DSM-IV، ترک سوء مصرف مواد، زندگی حداقل ۱ ماه در کمپ ترک اعتیاد قبل از رهایی، دریافت ۳ ماه آموزش برنامه های پیشگیری از عود و مداخلات پس مراقبتی (این ملاک

<sup>۱</sup>-detoxification

<sup>۲</sup>-Zhao et al

فقط در گروه آزمایش رعایت شده بود). در هر گروه آزمایش به طور تصادفی ۱۰ نفر شرکت کننده قرار گرفتند (مجموعاً ۳۰ نفر) و در گروه کنترل ۳۰ شرکت کننده قرار گرفتند.

## ابزار سنجش

- پرسشنامه افسردگی بک (BDI) (بک و استیر، ۱۹۸۴): این پرسشنامه شامل ۲۱ سوال چهار گزینه ای است و حالت فرد را نسبت به رویدادهای متفاوت بر اساس خودسنجی ارزیابی می کند. هر ماده درجه نمره را از ۰-۳ دارد و هر سوال، یک علامت را می سنجد. نشانه های این آزمون در سه مولفه ۷ سوالی شامل نشانه های احساسی و عاطفی، نشانه های انگیزشی و شناختی و نشانه های جسمانی و نباتی از یکدیگر جدا می شوند. ضرایب آلفای کرونباخ برای مقیاس مورد مطالعه با روش دو نیمه کردن ۰/۹۳ به دست آمده است که ضریب بالایی در پایایی است. روایی این آزمون نیز ۰/۸۱ گزارش شده است.

مقیاس اضطراب زانگ (SAS): این مقیاس ۲۰ سوال دارد و بر مبنای نشانگان بدنی-عاطفی اضطراب تهیه شده است. ۱۶ سوال بر نشانگان مثبت و ۴ سوال دیگر بر نشانگان منفی تاکید دارد. در این مقیاس، نمره کمتر به معنی اضطراب کمتر و نمره بیشتر به معنی اضطراب بیشتر است.

روایی این آزمون با استفاده از روش همبستگی پیرسون میان آزمون زانگ و مقیاس اضطراب هامیلتون (۱۹۵۹) ۰/۷۱ به دست آمده است و پایایی این آزمون ۰/۸۴ گزارش گردید که بیانگر پایایی بالای آزمون است

## روش اجرا

به همه شرکت کنندگان آزمون، برنامه هایی داده شد. به گروه آزمایش (درمان شناختی-رفتاری، گروه درمانی و خانواده درمانی) برنامه های پیشگیری از عود داده شد که در زیر به بررسی آن می پردازیم. به گروه کنترل آموزش هایی از قبیل آموزش شناخت و طبقه بندی داروها، آموزش های اخلاقی و قانونی در مورد مواد داده شد.

### برنامه پیشگیری از عود (درمان شناختی-رفتاری، گروه درمانی و خانواده درمانی)

درمان گروهی و درمان شناختی-رفتاری شامل ۱۲ جلسه در هفته امروز، آموزش بود که هر جلسه حداقل ۲ ساعت طول می کشید و هر جلسه به موضوعی خاص اختصاص یافته بود. آموزش پیشگیری از عود شامل موضوعاتی است که بر تعیین و سازگاری با موقعیت های

پرخاطر توجه دارد، کارایی را افزایش می دهد و بر کنترل عود و بازسازی مراجع توجه دارد. علاوه بر این، این راهکارها و آموزش ها، به افزایش آگاهی مراجع از واکنش های رفتاری، هیجانی و عاطفی اش برای پیشگیری از عود توجه دارد.

یک مثال در زمینه آموزش پیشگیری از عود این است که از فرد می خواهند موقعیت ها و حالاتی که اضطراب، وسوسه و.. را ایجاد می کنند، را مشخص سازد، مهارت های اجتناب از این گونه موقعیت ها را طراحی کند، نقش بازی کند و از رفتارهای جایگزینی که منجر به عود نمی شوند، استفاده کند.

در جلسات گروهی، انواع فعالیت ها از قبیل تفسیر، بحث موردی، مسابقه دادن، نقش بازی کردن، اجرا کردن و سایر فعالیت های دیگر برای درگیر کردن شرکت کنندگان انجام می شد.

پس از اجرای این برنامه آموزشی و پس از رها شدن این افراد از کمپ، مداخلات پس مراقبتی<sup>۱</sup> به مدت ۳ ماه بر روی این افراد انجام شد. در طی این ۳ ماه، محقق با شرکت کنندگان گروه نمونه و اعضای خانواده آنها، هفته ای حداقل یک بار ارتباط برقرار می کرد و مهارت ها و کمک های لازم از قبیل: یادآوری به این افراد در زمینه اجرای مهارت های پیشگیری از عود، مداخله در بحران، مشاوره های خانوادگی و.... را برای آنها یادآوری می کرد.

### مرحله پیگیری

از همه آزمودنی ها خواسته شد تا پس از ۳ ماه رهایی از کمپ ترک اعتیاد، مجدداً در کمپ جمع شوند و از آنها خواسته شد به پرسشنامه های مربوطه (که عناوین آنها در بالا ذکر شدند) پاسخ دهند.

### یافته ها

از روش آماری تحلیل کو واریانس برای سنجش تفاوت نمرات چهار گروه (RP و گروه سم زدایی)، در آزمون های مربوط در مرحله پیگیری استفاده شد و تفاوت میان فراوانی نرخ عود دو گروه با روش آماری خی-دو در سطح معنی داری ۰/۰۵ اندازه گیری شد.

### نتایج

#### ۱- ویژگی های فردی و بالینی

---

<sup>۱</sup>-aftercare intervention

شرکت کنندگان این طرح، شامل ۶۰ فرد سوء مصرف کننده مواد در حال ترک در شهرستان سیرجان بودند. میانگین سن آنها ۲۷/۴ سال، میانگین سطح سواد آنها ۸/۹ سال بود و ۴۵٪ شرکت کنندگان، بیکار بودند. همه آزمودنی های سوء مصرف کننده مواد با ملاک های DSM-IV در زمینه سوء مصرف مواد مطابقت داشتند. میانگین تاریخچه سوء مصرف مواد در آنها، ۴/۲ سال بود و میانگین سنی اولین تجربه سوء مصرف آنها، ۲۸/۴ سال بود.

## ۲-مقایسه تغییرات BDI و SAS بین گروه ها:

در نقطه آغاز قبل از درمان، میان میانگین نمرات دو گروه در آزمون های BDI و SAS، در سطح آماری ۰/۰۵ هیچ گونه تفاوت معنی داری دیده نشد.

جدول ۱-۱- تغییرات نمرات این ۲مقیاس را در چهار گروه مذکور پس از آموزش پیشگیری از عود، نشان می دهد.

جدول ۱- گروه آزمایش (درمان شناختی-رفتاری فردی، گروهی و خانواده درمانی) و گروه کنترل، در زمینه اضطراب، در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

پیگیری		پس آزمون		پیش آزمون		اضطراب
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۹/۱۳	۴۰/۲۳	۱۰/۲۱	۴۷/۱۹	۱۱/۴۳	۵۲/۴۹	گروه خانواده درمانی
۸/۹۸	۳۷/۷۱	۱۰/۱۶	۴۵/۷۸	۱۱/۲۸	۵۱/۵۲	گروه دریافت کننده درمان شناختی-رفتاری
۸/۱۷	۳۴/۸۹	۱۰/۰۱	۴۴/۹۷	۱۱/۱۳	۵۱/۱۲	گروه دریافت کننده درمان گروهی
۱۰/۹۸	۵۰/۶۷	۱۰/۰۲	۴۹/۷۸	۱۱/۴۸	۵۲/۵۹	گروه کنترل

در ابتدا و قبل از برگزاری جلسات و قبل از آموزش به گروه های آزمایش و گروه کنترل، محقق پرسشنامه اضطراب را بر روی اعضای هر ۴ گروه (درمان شناختی-رفتاری فردی، گروهی، خانواده درمانی و سم زدایی شده) اجرا کرد. میانگین نمره اضطراب در اعضای هر ۳ گروه از گروه هایی که درمان پیشگیری از عود را دریافت کرده بودند، در مرحله پیگیری و پس آزمون بسیار کمتر از مرحله پیش آزمون گزارش گردید که حاکی از موثر بودن درمان های پیشگیری از عود در کاهش عود سوء مصرف مواد است، در حالی که میانگین نمره اضطراب گروه کنترل که درمان سم زدایی را دریافت کرده بودند، به دلیل ناموثر بودن و نامرتبط بودن آموزش ها و درمان، در مرحله پس آزمون و پیگیری با مرحله پیش آزمون تفاوت معنی داری نداشتند.

جدول ۲- تحلیل کوواریانس میانگین های نمره های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۴ گروه مورد مقایسه در متغیر اضطراب

متغیر	منبع تغییرات	درجه آزادی	F	سطح معنی داری	مجدورات
اضطراب	پیش آزمون	۱	۲۴/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۰۶
	گروه	۱	۶۰/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶
	خطا	۵۷			

نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می دهد که مقدار F در نمره پیش آزمون اضطراب  $P=0/001$  و  $F=24/93$  و در گروه  $P=0/001$  و  $F=60/54$  معنی دار شده است. بنابراین فرضیه اول مورد تایید است، به عبارت دیگر، میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش، تفاوت معنی داری داند در حالی که میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل تفاوت معنی داری با یکدیگر نداشتند.



جدول ۳-مقایسه گروه آزمایش (درمان شناختی-رفتاری فردی، گروهی و خانواده درمانی) و گروه کنترل، در زمینه افسردگی در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

پس آزمون		پیش آزمون		افسردگی	
میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
۴۱/۲۱	۱۱/۹۲	۴۵/۰۱	۱۲/۳۹	۴۸/۷۶	گروه خانواده درمانی
۴۰/۷۱	۱۰/۷۸	۴۴/۶۵	۱۲/۷۹	۴۹/۷۲	گروه دریافت کننده درمان شناختی-رفتاری
۳۹/۸۹	۹/۹۷	۴۳/۷۸	۱۲/۹۹	۵۰/۸۴	گروه دریافت کننده درمان گروهی
۵۰/۶۷	۱۰/۰۲	۴۹/۵۳	۱۲/۸۸	۴۹/۹۳	گروه کنترل

در ابتدا و قبل از برگزاری جلسات و قبل از آموزش به گروه های آزمایش و گروه کنترل، محقق پرسشنامه افسردگی را بر روی اعضای هر ۴ گروه (درمان شناختی-رفتاری فردی، گروهی، خانواده درمانی و سم زدایی شده) اجرا کرد. میانگین نمره افسردگی در اعضای هر ۳ گروه از گروه هایی که درمان پیشگیری از عود را دریافت کرده بودند، در مرحله پیگیری و پس آزمون بسیار کمتر از مرحله پیش آزمون گزارش گردید که حاکی از موثر بودن درمان های پیشگیری از عود در کاهش افسردگی و نهایتاً کاهش سوء مصرف مواد است، در حالی که میانگین نمره افسردگی گروه کنترل که درمان سم زدایی را دریافت کرده بودند، به دلیل ناموثر بودن و نامرتبط بودن آموزش ها و درمان، در مرحله پس آزمون و پیگیری با مرحله پیش آزمون تفاوت معنی داری نداشتند.

جدول ۴- تحلیل کوواریانس میانگین های نمره های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۴ گروه مورد مقایسه در متغیر افسردگی

متغیر	منبع تغییرات	درجه آزادی	F	سطح معنی داری	مجذورات
افسردگی	پیش آزمون	۱	۳۲/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۱۱
	گروه	۱	۳۸/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	خطا	۵۷			

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می دهد که مقدار F در نمره پیش آزمون افسردگی  $P=0/001$  و  $F=32/92$  و در گروه  $P=0/001$  و  $F=38/96$  معنی دار شده است. بنابراین فرضیه دوم مورد تایید است، به عبارت دیگر، میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون در گروه های دریافت کننده درمان پیشگیری از عود، تفاوت معنی داری دارند در حالی که میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه کنترل تفاوت معنی داری با یکدیگر نشان ندادند.

نتایج تحلیل واریانس جداول دو متغیر نشان می دهد که پس از آموزش پیشگیری از عود، در گروه های RP در مقایسه با گروه مقابل که فقط آموزش شناخت مواد و داروها را دریافت کرده بودند، نمرات BDI و SAS به طور معنی داری کاهش پیدا کردند.

## بحث

پژوهش حاضر به منظور مقایسه اثر بخشی درمان های پیشگیری از عود (درمان شناختی-رفتاری، گروه درمانی شناختی-رفتاری و خانواده درمانی) با درمان سم زدایی بر پیشگیری از عود و بهبود متغیرهای روانشناختی افسردگی و اضطراب انجام گرفت. بدین منظور و بر اساس اهداف تحقیق، فرضیه هایی تدوین و آزمون شد و داده های مربوط به آن در قالب جداول مربوط ارائه شد.

اولین یافته این پژوهش از تایید فرضیه اول پژوهش به دست آمد. این فرضیه حاکی از این بود که «درمان های پیشگیری از عود، در کاهش عود سوء مصرف کنندگان مواد، موثر تر از درمان سم زدایی است». برای ارزیابی این فرضیه از آزمون خی دو استفاده شد که نتایج معنی دار شد. به عبارتی، میزان عود در گروه های آزمایش که تحت درمان شناختی-رفتاری، گروه درمانی و خانواده درمانی قرار داشتند، نسبت به گروه کنترل که درمان سم زدایی و آموزش های نامرتب داشتند، کاهش معنی داری داشت و این امر حاکی از

اثربخش بودن این درمان ها در کاهش عود و کاهش سوئ مصرف مواد در افراد سوء مصرف کننده است. این یافته با نتایج تحقیقات کارول و اونکن<sup>۱</sup>(۲۰۰۵)، آنتون، موآک، وید، لثام، ملکول و دیاز<sup>۲</sup>(۲۰۰۰)، فیشر و اسکات<sup>۳</sup>(۲۰۰۰)، کارول، نیچ و رونساویل<sup>۴</sup>(۲۰۰۰)، مارکوس و فورمیگونی<sup>۵</sup>(۲۰۰۰) همسو بوده است.

فرضیه دوم بررسی این نکته بود که «گروه آزمایش که درمان های پیشگیری از عود را دریافت کرده بودند، نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری افسردگی کمتری را نشان می دهند». با توجه به نتایج، معنی دار شدن این فرضیه حاکی از این است که درمان های پیشگیری از عود در بهبود سلامت روان افراد سوء مصرف کننده مواد موثر بوده است و افراد سوء مصرف کننده مواد گروه آزمایش که تحت درمان های پیشگیری از عود قرار گرفته بودند، در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون و همچنین نسبت به گروه کنترل سلامت روان بهتر و افسردگی کمتری را تجربه کردند. یافته های پژوهش حاضر با مطالعات فری<sup>۶</sup>(۲۰۰۰) که شناخت درمانی گروهی را برای درمان افسردگی در سال های ۱۹۸۷ به کار برده و اثر بخشی آن را مورد تایید قرار داد هم خوانی دارد. از سوی دیگر، این یافته با نتایج تحقیقات موری و همکاران<sup>۷</sup>(۲۰۰۲)، هاین و همکاران<sup>۸</sup>(۲۰۰۵)، چن و همکاران<sup>۹</sup>(۲۰۰۶)، اویی<sup>۱۰</sup>(۲۰۰۸) که گروه درمانی شناختی را در درمان افسردگی به کار بردند و تاثیر شناخت درمانی گروهی را بر کاهش و درمان افسردگی مورد تایید قرار دادند، همسو می باشد.

فرضیه سوم بررسی این نکته بود که «گروه آزمایش که درمان های پیشگیری از عود را دریافت کرده بودند، نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری اضطراب کمتری را نشان می دهند». با توجه به نتایج، معنی دار شدن این فرضیه حاکی از این است که درمان های پیشگیری از عود در بهبود سلامت روان افراد سوء مصرف کننده مواد موثر بوده است و افراد سوء مصرف کننده مواد گروه آزمایش که تحت درمان های پیشگیری از عود قرار گرفته بودند، در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون و همچنین نسبت به گروه کنترل سلامت روان بهتر و اضطراب کمتری را تجربه کردند. یافته های پژوهش حاضر با مطالعات کندال و همکاران<sup>۱۱</sup>(۲۰۰۲)، بارت و همکاران<sup>۱۲</sup>(۲۰۰۱)، اسپیریتو و همکاران<sup>۱۳</sup>(۲۰۱۱)، بنجامین و همکاران<sup>۱۴</sup>(۲۰۱۱) و پولتو و همکاران<sup>۱۵</sup>(۲۰۱۱) که

<sup>۱</sup>- Carroll & Onken

<sup>۲</sup>- Anton.Moak,Waid,,Latham,,Malcol &Dias

<sup>۳</sup>Fisher & Scott

<sup>۴</sup>-Free

<sup>۵</sup>-Chen et al

<sup>۶</sup>- Oei et al

<sup>۷</sup>- Kendall et al

<sup>۸</sup>- Barrett et al

<sup>۹</sup>- Puleo et al

درمان شناختی-رفتاری را در درمان اضطراب به کار برده بوند، هماهنگی و همسویی دارد. این یافته ها نشان می دهد که استفاده از برنامه ها و روش های پیشگیری از عود در درمان اضطراب بسیار موثر است.

## منابع

Anton,R.F.,Moak,D.H.,Waid,L.R.,Latham,P.K.,Malcolm,R.J.,Dias,J.K. (2000) Naltrexone and Cognitive behavioral therapy for the treatment of outpatient alcoholics: results of a placebo-controlled trial. American journal of psychiatry,156,1758-1764.

Barrett PM, Duffy AL, Dadds MR, Rapee RM.(2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: long-term (6-year) follow-up. J Consult Clin Psychol; 69(1): 135-41.

Benjamin CL, Puleo CM, Settapani CA, Brodman DM, Edmunds JM, Cummings CM, et al(2011). History of cognitivebehavioral therapy in youth. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am; 20(2): 179-89.

Carroll, K. M., Nich, C., & Rounsaville, B. J. (2000). Differential symptom reduction in depressed cocaine abusers treated with psychotherapy and pharmacotherapy. Journal of Nervous and Medical Diseases, 183, 251-259.

Carroll, K.M., Onken,L.S. (2005). Behavioral therapies for drug abuse."The American Journal of Psychiatry,162,1452-1461.

Camera A & Annino, L(2004). GIMEMA ALL rescue Salvage Strategy for Primary Refractory or Relapsed Adult Acute Lymphoblastic Leukemia. Haematologica 2004; 89: 145-153.

Chen TS, LU RB, Chang AJ, Chu DM, Chou KR.(2006). The evaluation of cognitive-behavioral group therapy on patient depression and selfesteem. Arch Psychiatr Nurs;20(1):3-11.

Daughter, M. G.,Lejues, A. & Kahler, M. O.(2005). Adolescent substance abuse treatment: A synthesis of controlled evaluations. Research on Social Work Practice, vol,14, p:325.

Dickey, B. & Azeni, H. (1996). Persons with dual diagnoses of substance abuse and major mental illness: Their excess costs of psychiatric care. American Journal of Public Health, 86, 973-977.

Fisher, M., Scott, S.R. (1996) Effectiveness study of two group models with substance abusing mentally ill (Multi Challenged) Consumers". *Journal of Alcohol and Drug Education*. 52, 25-38.

Free ML. (2000). *Cognitive therapy in groups: Guidelines and resources for practice*. New York: Jon Wiley & Sons, Inc.

Fudala, G. A., Woody, S. (2004). Prevalence of adolescent substance use disorders across five sectors of care. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* vol: 40, p:419.

Graham, H.L. (2004). *Cognitive-behavioral integrated treatment (C-Bit)*. John Wiley & Sons, Ltd.

Herman, M. (2000). Psychotherapy with substance abusers: integration of psychodynamic and cognitive behavioral approaches. *American Journal of Psychotherapy*. 54, 574-580.

Irvin, N. D., Weist, M., Adelman, H., Taylor, L., & Vernon-Smiley, M. (2001). Mental health and substance abuse: Results from the school health policies and programs study 2006. *Journal of School Health*, vol: 77, p:486-499.

Kendall PC, Choudhury M, Hudson MJ, Webb A. (2002). "The C.A.T. Project" Manual For The Cognitive Behavioral Treatment Of Anxious Adolescents. London: Workbook Publishing.

Larimer, T. M., & Palmer, C. Conduct disorder among adolescent alcohol and drug abusers. *Journal of Studies on Alcohol*. (2000), vol: 57, p: 314-324.

Litman, J. J., Lopez, A. L., & Slagle, C. P. Perceived competence in addressing student substance abuse: A national survey of middle school counselors. *Journal of School Health* (2000), vol: 78, p: 280-286.

Marrlatt, D. (1999). Evaluation of the effectiveness drug abuse treatment, assessment of risks for relapse, and promising approach. p:132.

Murry WE, Brian JC, Shannon RP. (2002). Group cognitive-behavior therapy for residual depression: Effectiveness and predictors of response. *Cognitive-Behavior Therapy*; 31(1):31-40.

Oei TP, Dingle G. (2008). The effectiveness of group cognitive behavior therapy for unipolar disorders. *J Affect Disord*; 107(1-3):5-21.

Pani ,P.P.,Trosqu,E.,&Contu,P. (2000) Psychiatric severity and treatment response in a comprehensive methadone maintenance treatment programme. *Drug and Alcohol Dependence*,48,119-126.

Puleo CM, Conner BT, Benjamin CL, Kendall PC.(2011). CBT for childhood anxiety and substance use at 7.4-year follow-up: a reassessment controlling for known predictors. *J Anxiety Disord*; 25(5): 690-6.

Robinson, S. M., & Walsh, J. (2001). Cognitive factors affecting abstinence among adolescent polysubstance . affecting abstinence among adolescent polysubstance abusers. *Psychological Reports*, 75, 579-589.

Simpson,A. National Survey of Substance Abuse Treatment Services (N-SSATS): 2001. Data on Substance Abuse Treatment Facilities (No. DASIS Series S-16. (SMA) 02-3668). Rockville, MD: United States Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Statistics.

Sinha ,R. (2001) How dose stress increase risk of drug abuse and relapse? *Psychopharmacology*,158,343-359.

Spirito A, Esposito-Smythers C, Wolff J, Uhl K.(2011).Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression and suicidality. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*; 20(2): 191-204.

Turner, S.M.,Hersen, M. (2001). *Adult Psychopathology and Diagnosis*. John Wiley & Sons, inc, New York.

Zhao, J. P., Wang.J.(2004). Integrating substance abuse treatment and relapse services: Findings from the Illinois alcohol and other drug abuse waiver demonstration. *Social Work Research*.vol: 30,p: 95–107.