



INTERNATIONAL ASSOCIATION  
RAZI  
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄT  
MARBURG  
PSYCHIATRIE-KLINIKUM

Philipps  
Universität  
Marburg



## 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)

### مقایسه اثربخشی روشهای درمان شناختی مبتنی بر معنویت با روش شناختی رفتاری رایج در کاهش افسردگی، اضطراب و پیشگیری از عود پس از ترک بیماران معتاد

مصطفی عرب<sup>۱</sup>، امراله ابراهیمی<sup>۲</sup>، حمید نصیری<sup>۳</sup>

#### چکیده:

**مقدمه:** اعتیاد به مواد یکی از معضلات روبه‌رشدی است که دارای جنبه‌های پیچیده روانشناختی، اجتماعی و فرهنگی است. و با برخی اختلالات روانپزشکی دارای همپوشی است. اخیراً درمانگران بر استفاده از مفاهیم و آموزه‌های معنوی در غنی‌تر نمودن درمانهای شناختی تاکید کرده‌اند. هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی روشهای درمان شناختی مبتنی بر معنویت در کاهش افسردگی، اضطراب و میزان عود بیماران وابسته به مواد است. **مواد و روش‌ها:** نوع مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی با گروه کنترل است. آزمودنیها شامل ۳۰ نفر وابسته به مواد، از مراکز درمان اعتیاد شهر اصفهان بودند بصورت راندوم به سه گروه A (شناختی مبتنی بر معنویت) B (گروه شناختی-رفتاری رایج) C (گروه کنترل) اختصاص یافتند. برای گروه A پروتکل شناختی رفتاری غنی شده با آموزه‌های معنوی و دینی در طی ۸ جلسه و برای گروه B پروتکل شناختی رفتاری رایج ۸ جلسه اجرا شد. قبل از درمان و پایان درمان و سه ماه پس از آن گروه‌ها از لحاظ میزان افسردگی، اضطراب، و مصرف مواد با مقیاس‌های (Zung inventory Anxiety Scale)، (Beck Depression Inventory)، (Urine Analysis) ارزیابی شدند. داده‌ها توسط نرم‌افزار (SPSS) و با استفاده از روشهای تحلیل واریانس چند متغیری تحلیل شد. **نتایج:** یافته‌های این مطالعه نشان داد هم درمان شناختی-رفتاری رایج و هم درمان شناختی رفتاری با رویکرد معنوی نسبت به گروه کنترل در کاهش افسردگی، اضطراب اثربخش بوده است. ( $p < 0/05$ ) ولی درمان مبتنی بر معنویت در کاهش افسردگی، اضطراب و پیشگیری از عود اثربخشی بیشتری داشته است. ( $p < 0/05$ ) **بحث:** نتایج این پژوهش از غنی‌سازی محتوای درمانهای شناختی با رویکردهای معنویت‌گرایی و آموزه‌های فرهنگی حمایت می‌کند.

**کلید واژه:** اعتیاد-میزان‌عود. گروه درمانی شناختی رفتاری. گروه درمانی شناختی رفتاری با محتوای معنوی

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روانشناسی بالینی سازمان آموزش و پرورش اصفهان

<sup>۲</sup> استادیار مرکز روان‌تنی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات سایکوسوماتیک دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

## **Comparative efficacy of cognitive therapy approach to spirituality based on cognitive behavioral therapy in reducing depression, anxiety, and prevention of relapse in addiction treatment**

### **Abstract**

Introduction: substance abuse is a growing problem that has complicated aspects of psychological, social and cultural. And it has overlap with some of psychiatric disorders. Recently, therapists tend to use cognitive therapy enriches cultural and spiritual concepts and teachings. The present study investigated the efficacy of CBT with culture and religious approach in reducing depression, anxiety and relapse to drug-dependent patients.

Method: Study is a randomized clinical trial with control group. Among sally refer patients in Research Center for Environmental Health Research and Prevention of substance abuse Welfare Organization in Isfahan. 30 drug-dependent, self-referral were selected, then randomized put in three groups: A (Group cognitive behavioral therapy - with a spiritual approach) B (cognitive - behavioral therapy) C (control group). Group (A) cognitive-behavioral protocol enriched with spiritual and religious group (B) in 8 sessions of cognitive-behavioral protocol was implemented. Before treatment after treatment and three months after groups in terms of depression, anxiety, and substance abuse scales (Zonck Assessing Scale), (Beck Depression Inventory), (Urine Analysis) were evaluated. Data was analyzed with use of multivariate analysis of variance

Conclusion: The findings showed that cognitive - behavioral therapy and cognitive behavior therapy with spiritual approach to the control group in reducing depression, anxiety has been effective.

Therefore it seemed that cognitive behavior therapy with spiritual approach and cultural content is suitable for paints with religious background.

**Key word:** group cognitive - behavioral therapy, cognitive behavior therapy with religious

مقدمه

سوء مصرف مواد<sup>1</sup> یکی از مهمترین مشکلات مهم عصر حاضر می باشد که گستره جهانی پیدا کرده است ، هر روز بر قربانیان مصرف مواد افزوده می شود. عوارض آن شامل اختلالات جسمی، روانی، خانوادگی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی که سلامت بشر را مورد

---

<sup>1</sup> Substance abuse

تهدید قرار داده است، مارلت و دالی<sup>۱</sup> (2005) بر اساس تحقیقات دفتر کنترل مواد و جرم سازمان ملل شمار مصرف کنندگان موجود مواد در بین جمعیت ۱۵ تا ۶۵ سال جهان ۲۰۰ میلیون نفر یا ۵٪ کل جمعیت تخمین زده شده است، همچنین طبق گزارش مرکز مطالعات اعتیاد داریوش (۱۳۸۸) در ایران با در نظر گرفتن جمعیت ۷۰ میلیونی کشور ۱/۸ درصد جمعیت (۲ میلیون نفر) معتاد برآورد شده‌اند که ۹۵ درصد آنها مرد و ۵ درصد زن هستند، میانگین سنی معتادان کشور در گروه سنی ۲۰ تا ۲۴ سال نیز ۱۵ درصد کل معتادان کشور را تشکیل می‌دهند، **سالیانه بالغ بر ۸۰ میلیارد تومان هزینه‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر می‌باشد**. بر اساس آمار مرکز پزشکی قانونی سالیانه ۳۶۰۰ نفر بر اثر اعتیاد جان خود را از دست می‌دهند در بررسی‌های به عمل آمده ۷۰ درصد سرقت‌ها توسط افراد معتاد صورت می‌گیرد. 45 درصد زندانیان کشور، متهمان و مجرمان مواد مخدر هستند. مکرری (۱۳۸۸). بررسی‌های (مرکز ملی مطالعات اعتیاد ۱۳۹۰) نشان می‌دهد ۹۰ درصد معتادانی که تحت درمان قرار می‌گیرند دچار عود می‌شوند و در حال حاضر کاهش میزان عود یکی از چالش‌های مهم درمانگران و بیماران در زمینه سو مصرف مواد است. دانش امروز با نوآوری‌های خود روش‌های گوناگونی را جهت مقابله، با این معضل ارائه نموده است. توجه به تأثیر عوامل مهم جسمانی، روانی، اجتماعی، معنوی، پیشرفت‌های مهمی با رویکردهای شناختی در حیطه درمان اعتیاد به ارمغان آورده شده است. بروک و اسپیتز<sup>۲</sup>. (2002) اختلالات خلقی و اضطرابی از شایع‌ترین اختلالات روانشناختی در مصرف کنندگان مواد و افسردگی و اضطراب یکی از شکایات عمده اکثر بیماران مبتلا به اعتیاد پس از ترک است. بایرن<sup>۳</sup> APA (1993) APA<sup>۴</sup> (2000) از آنجائیکه عوامل زیست‌شناختی، ژنتیک، روانی، اجتماعی و معنوی را در سبب شناسی اختلالات خلقی ذکر نموده‌اند. متناسب با سبب‌شناسی اختلالات، روشهای درمانی مختلفی نیز پیشنهاد شده‌است که درمان‌های شناختی-رفتاری (CBT) از آن جمله است. گروه‌درمانی شناختی روش درمانی انتخاب شده‌ای است که مزایای چون صرفه‌جویی وقت و نیرو، آموزش مهارتها، اصلاح و بهبودی روابط بین فردی را داراست. بروک و اسپیتز. (2002) یعقوبی، (۱۳۸۳).

بکارگیری درمان شناختی-رفتاری با محتوای معنوی موضوع برخی از پژوهش‌های اخیر بوده است آپاردینی<sup>۵</sup> (2000)، پروپست<sup>۶</sup> (1992) برسلای، جیمز، ولز<sup>۷</sup> (2007). ثنائی (۱۳۸۴)، ابراهیمی، (۱۳۸۸)، دباغی، (۱۳۸۸). زاده‌وش، (۱۳۸۹) بنابر این تدوین یک مدل روان‌درمانی<sup>۸</sup> (CBT) مبتنی بر نگرش معنوی که جوابگوی افراد وابسته به مواد باشد ضروری بنظر می‌رسد. با توجه

<sup>1</sup> Marlette, dally

<sup>2</sup> Brook, Spitz

<sup>3</sup> Byrne

<sup>4</sup> American psychological Association

<sup>5</sup> Pardin

<sup>6</sup> propest

<sup>7</sup> Bresli James, Wells

<sup>8</sup> Cognitive-Behavioral-Therapy

به نیاز به بومی سازی روش‌های مداخله و غنی‌تر نمودن اثربخشی آنها و توجه به فرهنگ و پتانسیل‌های اجتماعی فرهنگی، برخی مدل‌های شناختی-رفتاری مبتنی بر فرهنگ را ایجاد نموده است، هافمن<sup>۱</sup> (2008)، لوین<sup>۲</sup> (1989) در ایران پژوهش‌هایی با استفاده از این رویکرد انجام شده است. و توصیه‌های معنوی در درمان بکار گرفته شده است ثنائی (۱۳۸۴)، ابراهیمی، (۱۳۸۸)، دباغی، (۱۳۸۸). زادهوش (۱۳۸۹). اخیراً پژوهشگران به گرایش غنی‌سازی CBT با مولفه‌های فرهنگی و آموزه‌های معنوی توجه نموده‌اند (هافمن، 2008)، و برخی از مطالعات اخیر کارایی CBT ادغام شده با معنویت و زمینه‌های بیماران را نشان داده است ثنائی (۱۳۸۴)، ابراهیمی، (۱۳۸۸)، دباغی، (۱۳۸۸)، زادهوش (۱۳۸۹). لذا با توجه به اینکه عود مشکل عمده بیماران مبتلا به سو مصرف مواد است در این مطالعه سعی شده که روش CBT مبتنی بر آموزه‌های معنوی در عود مورد آزمایش قرار گیرد و بنوعی با استفاده از فرهنگ مذهبی روش مداخله CBT بومی‌سازی شود.

**سوال عمده این پژوهش این است که:** آیا ادغام آموزه‌های معنوی با مدل‌های درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری رایج در کاهش افسردگی، اضطراب و عود بیماران مبتلا به سو مصرف مواد اثربخشی بیشتری دارد؟

## روش

نوع پژوهش کارآزمایی بالینی تصادفی با گروه کنترل از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون بود. جامعه آماری پژوهش بیمارانی بودند که برای ترک مواد افیونی به مرکز ترک اعتیاد سرپایی وابسته به مواد سازمان بهزیستی اصفهان مراجعه نموده بودند. نمونه‌ها در محدوده سنی ۲۵ تا ۴۶ ساله از جنس مرد با مذهب اسلام و تحصیلات خواندن و نوشتن تا تحصیلات عالی، زبان: فارسی و دارای معیار تشخیص وابسته به مواد افیونی بر پایه DSM-IV-TR فاقد نقص‌های عمده شناختی نظیر عقب ماندگی ذهنی یا دمانس، عدم مصرف منظم داروهای آنتی‌سایکوتیک و بدون علائم سایکوتیک که بیشتر از یک هفته سم‌زدایی موفقیت‌آمیز داشتند بودند.

آزمودنی‌های پژوهش ۳۰ نفر بیمار مرد با تشخیص وابستگی به مواد افیونی بودند که پس از مصاحبه بصورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش (گروه‌درمانی شناختی-رفتاری با نگرش معنوی و گروه‌درمانی

<sup>۱</sup> Hafman

<sup>۲</sup> Levin

شناختی-رفتاری رایج) و یک گروه گواه قرار گرفتند. آزمودنی‌ها بصورت تصادفی به سه گروه اختصاص یافتند و هر گروه شامل ۱۰ نفر بود.

مدت جلسات و تعداد جلسات برای گروه درمانی شناختی-رفتاری با نگرش معنوی و گروه درمانی شناختی-رفتاری رایج ۸ جلسه ۲ ساعته بود که در طول یک دوره ۲ ماهه برگزار گردید، و گروه گواه فقط خدمات سم‌زدایی دریافت نمودند.

### ابزار سنجش

جهت جمع‌آوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار برده شد

۱- مصاحبه تشخیصی براساس DSM-IV-TR برای تشخیص اختلال‌های محور I و اختلالات وابستگی به مواد که توسط انجمن روانپزشکان آمریکا تدوین شده است (APA, 2000)

### ۲- پرسشنامه افسردگی بک (BDI)

معمولترین مقیاس خود سنجی افسردگی است این آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف افسردگی تشکیل شده که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. روایی این آزمون از طریق همبستگی آن با مقیاس درجه‌بندی افسردگی همیلتون (HRSD)، مقیاس خودسنجی زونگ، مقیاس افسردگی MMPI، مقیاس صفات عاطفی چندگانه افسردگی و SCL-90، بیش از ۰/۶۰ است. تشکری و مهریار در سال ۱۳۷۳ ضریب پایایی آن را در ایران ۰/۷۸ به دست آوردند. روایی آن با همبستگی مقیاس‌های افسردگی استاندارد دیگر ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ متغیر بوده است (Santor, Ramsay, Zurff, 1994).

### ۳- مقیاس خودسنجی اضطراب زونگ (SAS)

این یکی از متداولترین پرسشنامه‌های بالینی در رابطه با اضطراب است. این مقیاس شامل ۲۰ سؤال است که شدت علائم اضطرابی را می‌سنجد. مقیاس خودسنجی زونگ با مقیاس اضطراب همیلتون همبستگی بالایی دارد ( $r=0/75$ ) ضریب اعتبار آلفای این مقیاس 0/84 گزارش شده است که نشان دهنده ثبات درونی

است. همچنین این آزمون با پرسشنامه حالت اضطرابی زونگ نیز همبستگی دارد ( $r=0/66$ ) این پرسشنامه در مورد محدودیت تشخیص اختلال اضطرابی افزایش همبستگی معادل ( $r=0/74$ ) داشته است (Byrne, 1993).

**۴-آزمایش ادرار (urine analysis)** این سنجش در محیط آزمایشگاه طبی انجام می‌شود. نمونه ادرار آزمودنی با استفاده از تجهیزات آزمایشگاهی مورد تجزیه (urine analysis) قرار می‌گیرد و وجود مورفین در ادرار مشخص می‌شود. بمنظور پیگیری ۳ ماهه، این آزمایش قبل از درمان، ۳ بعد از درمان ۳ ماه بعد از در مورد همه آزمودنی‌ها انجام شد.

خلاصه محتوی پروتکل جلسات گروه درمانی شناختی-رفتاری رایج CBT محتوای جلسات گروه درمانی شناختی رفتاری رایج با موضوعات خودشناسی، تشخیص افکار منفی، کمال خواهی، مسئولیت، ادراک گزینشی، همدلی، مهارت‌های ارتباطی، مهارت، حل مسئله، مهارت نه گفتن و ابراز وجود اجرا گردید. در ابتدای هر جلسه خوشامد گویی و بحث پیرامون جلسه قبل و برقراری رابطه با جلسه کنونی و فعال نمودن اعضا سپس در نهایت نتیجه‌گیری و ارائه تکالیف رفتاری خلاصه محتوی پروتکل جلسات گروه درمانی شناختی-رفتاری با محتوای معنوی SCBT موضوع جلسات گروه درمانی شناختی رفتاری با محتوای معنوی شبيه به گروه CBT بوده باین تفاوت که موضوعات با استفاده از مولفه‌های معنوی مطرح گردید که بیشتر با فرهنگ بومی همخوانی دارد. یعنی با تاکید بر آموزه‌های معنوی فاکتورهای مهم اهداف درمان معادل سازی شده اجرا گردید.

#### یافته‌ها

داده‌های گردآوری شده به کمک روش‌های آماری توصیفی، استنباطی (خی‌دو و تحلیل واریانس Manova با اندازه‌گیری مکرر) تحلیل شد. سه گروه از نظر ویژگی‌های دموگرافیک تفاوت معنی داری نداشتند. میانگین سن آزمودنی‌های گروه A (گروه شناختی-رفتاری با نگرش معنوی) ۳۰.۸۸ سال (انحراف معیار ۴.۲۱)، گروه B (گروه شناختی-رفتاری رایج) ۳۳.۸۸ سال (انحراف معیار ۳.۶۲) و گروه C (گروه کنترل) ۳۲.۵۲ سال (انحراف معیار ۳.۸). بیشتر آزمودنی‌ها متأهل، شاغل و تحصیلاتشان در سطح راهنمایی تا زیر دیپلم بود.

جدول (۱): میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب و افسردگی هر سه گروه (A) (B) (C) در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

مرحله پیش آزمون			مرحله پس آزمون			مرحله پیگیری (۳ ماهه)			مقیاس
گروه A	گروه B	گروه C	گروه A	گروه B	گروه C	گروه A	گروه B	گروه C	
Mean (Std.D)	Mean (Std.D)	Mean (Std.D)	Mean (Std.D)	Mean (Std.D)	Mean (Std.D)	Mean (Std.D)	Mean (Std.D)	Mean (Std.D)	
34.90 (3.90)	36.70 (4.08)	38.2 (6.26)	35 (5.81)	28 (4.08)	23 (2.16)	21.70 (4.05)	29 (4.29)	34 (5.92)	اضطراب
30.20 (3.42)	28.80 (3.79)	27.3 (4.62)	25.10 (4.55)	17.7 (4)	8.7 (6.56)	7.70 (6.61)	16.90 (3.47)	25.80 (5.88)	افسردگی
—	—	—	—	—	—	76.80 (22.21)	51 (20)	21 (20.9)	روزهای پاکی

همانطور که در جدول ۱ نشان داده شده است، میانگین آزمودنی‌ها در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون و گروه کنترل کاهش قابل توجه دارد که سه گروه توسط آماره تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تحلیل شدند که تاثیر معنی دار بودن مداخله درمان در کاهش افسردگی و اضطراب در جدول (۲) آمده است.

جدول (۲) تحلیل واریانس با اندازه گیری‌های مکرر مقیاس‌های افسردگی و اضطراب در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

منابع تغییر	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig.	میزان تاثیر	توان آماری
factor1	افسردگی	2732.022	2	1366.011	122.87 3	.000	.820	1.000
	اضطراب	1289.089	2	644.544	54.175	.000	.667	1.000
factor1 * GROUP S	افسردگی	1402.978	4	350.744	31.549	.000	.700	1.000
	اضطراب	278.444	4	69.611	5.851	.001	.302	.974

در جدول ۲ نتایج تحلیل با اندازه گیری‌های مکرر نشان می‌دهد تاثیرات درون گروهی در کاهش افسردگی، و اضطراب معنی دار. یعنی تفاوت بین نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری معنی دارد (P=0)

جهت مقایسه میزان تفاوت معنی داری در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با استفاده از آزمون‌های تعقیبی مقایسه زوجی بعمل آمد که نتایج در جدول شماره (۳) آورده شده.

جدول (۳) تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در مقایسه زوجی مقیاس‌های افسردگی و اضطراب در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

F	P	(J) factor	(I) factor	Dependent Variable	F	P	(J) factor	(I) factor	Dependent Variable
.868	.000	پس آزمون	پیش آزمون	اضطراب	1.039	.000	پس آزمون	پیش آزمون	افسردگی
1.014	.000	پیگیری	پیش آزمون		.956	.000	پیگیری	پیش آزمون	
.774	.524	پیگیری	پس آزمون		.479	.450	پیگیری	پس آزمون	

مقایسه زوجی اندازه گیری نشان می دهد: در افسردگی و اضطراب بین (پیش آزمون‌ها و پس آزمون‌ها) و (پیش آزمون و پیگیری) تفاوت معنی دار است ( $P=0$ ). یعنی روش‌های شناختی رفتاری با نگرش معنوی و شناختی رفتاری رایج در درمان افسردگی و اضطراب موثر بوده اند. در پاسخ به سوال اینکه کدام گروه تاثیر بیشتری داشته است با استفاده از تحلیل واریانس تفاوت بین سه گروه A (گروه شناختی-رفتاری با نگرش معنوی)، B (گروه شناختی-رفتاری رایج)، C (گروه کنترل) در جدول (۴) مشخص شده که بین سه گروه تفاوت معنی دار وجود دارد... ( $P=0$ ).



(گروه درمانی شناختی-رفتاری B (گروه درمانی شناختی-رفتاری با نگرش معنوی) A جدول (۴) تحلیل واریانس نمرات سه گروه (گروه کنترل C رایج)

متغیرها	Source	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig.	میزان تاثیر	توان آماری
افسردگی	درون گروهها	39229.344	1	39229.344	857.947	.000	.969	1.000
	بین گروهها	1635.756	2	817.878	17.887	.000	.570	1.000
	Error	1234.567	27	45.725				
اضطراب	درون گروهها	87921.878	1	87921.878	2110.438	.000	.986	1.000
	بین گروهها	1298.289	2	649.144	15.582	.000	.536	.998
	Error	1124.833	27	41.660				
روزهای پاکی (عود)	Contrast	15613.267	2	7806.633	17.017	.000	.558	.999
	Error	12386.100	27	458.744				

در جدول (۴) سه گروه A , B , C با یکدیگر مقایسه شدند و دو نوع مداخله (شناختی-رفتاری با نگرش معنوی) و (شناختی-رفتاری رایج) در سه گروه با یکدیگر تفاوت معنی دار دارند ( $P=0$ ). برای مشخص شدن نوع تفاوت مقایسه زوجی بعمل آمد که در جدول (۵) آمده است.

جدول (۵) مقایسه زوجی گروههای A , B , C در کاهش افسردگی، اضطراب و میزان عود

Std.	sig	(J) GROUP	(I) GROUP	Dependent Variable	Std.	sig	(J) GROUP	(I) GROUP	Dependent Variable
9.578	.045	گروه B	گروه A	روزهای پاکی (عود)	1.746	.013	گروه B	گروه A	افسردگی
9.578	.000	گروه C	گروه A		1.746	.000	گروه C	گروه A	
9.578	.014	گروه C	گروه B		1.746	.034	گروه C	گروه B	
					1.667	.025	گروه B	گروه A	اضطراب
					1.667	.000	گروه C	گروه A	
					1.667	.043	گروه C	گروه B	

نتایج مقایسه زوجی بین گروه‌ها نشان می‌دهد که در کاهش افسردگی و اضطراب: تفاوت گروه A (گروه شناختی-رفتاری با نگرش معنوی) و گروه B (گروه شناختی-رفتاری رایج) معنی‌دار است ( $P=0.013$ ). A (گروه شناختی-رفتاری با نگرش معنوی) با گروه C (گروه کنترل) تفاوت معنی‌دار دارد ( $P=0$ ). و گروه B (گروه شناختی-رفتاری رایج) با گروه C (گروه کنترل) تفاوت معنی‌دار دارد ( $P=0.034$ ).

با مشاهده میانگین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات افسردگی و اضطراب و میزان عود نتیجه مداخله (شناختی-رفتاری با نگرش معنوی) در کاهش افسردگی و میزان عود نسبت به مداخله (شناختی-رفتاری رایج) تاثیر بیشتری دارد همچنین نتایج پیگیری سه ماهه میزان عود (روزهای پاکی) با پس‌آزمون‌های افسردگی و اضطراب همخوانی دارد و موثرتر بودن روش شناختی رفتاری با محتوای مذهبی را نسبت به روش شناختی رایج را تایید میکند.

بنابراین در پاسخ به سوال پژوهش می‌توان گفت ادغام آموزه‌های معنوی با مدل‌های درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری رایج در کاهش افسردگی، اضطراب و میزان عود بیماران مبتلا به سو مصرف مواد اثربخشی بیشتری دارد.

## بحث

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری با **نگرش معنوی** و گروه درمانی شناختی-رفتاری رایج در کاهش افسردگی، اضطراب و همچنین پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مداخله گروه درمانی شناختی-رفتاری با نگرش معنوی و گروه درمانی شناختی-رفتاری رایج و گروه کنترل تفاوت معنی‌دار در کاهش میزان افسردگی، اضطراب و اثربخشی درمان معتادین در پیشگیری مصرف مواد دارد.

از نتایج مهم این پژوهش این است که مداخله گروه درمانی شناختی-مذهبی با **نگرش معنوی** در کاهش افسردگی، اضطراب و میزان عود معتادان موثر است. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های دیگر که در زمینه درمان شناختی-رفتاری با **نگرش معنوی** برای کاهش افسردگی انجام شده است همخوانی دارد ثنائی (۱۳۸۴)، ابراهیمی، (۱۳۸۸)، زادهوش، (۱۳۸۹).

در درمان و پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مداخلات گروه درمانی شناختی-رفتاری با نگرش معنوی و گروه درمانی شناختی-رفتاری رایج اثر بخشی درمان را افزایش می‌دهند و در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی

موثر می‌باشند. همچنین در مقایسه بین گروه‌های آزمایش نشان داد، درمانی شناختی-رفتاری با نگرش معنوی نسبت به روش درمانی شناختی-رفتاری رایج در کاهش میزان عود و مصرف مواد افیونی تاثیر بیشتری دارد.

نتایج این پژوهش نشان داد روش گروه درمانی شناختی-رفتاری با نگرش معنوی به طور موثر اثربخشی درمان وابستگی به مواد افیونی را افزایش میدهد و در پیش‌گیری از عود مصرف مواد افیونی موثر است این پژوهش از یافته‌های آوانتس و همکاران (2005)، پارگامنت و همکاران (2000) و هافمن (2006) حمایت میکند.

## منابع

پایان‌نامه: ابراهیمی، امراله. (۱۳۸۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر نگرش دینی و درمان دارویی بر میزان اختلال افسرده‌گی در بیماران مبتلا به اختلال افسرده‌خویی. پایان‌نامه دکتری PhD. دانشگاه اصفهان. شهر اصفهان.

ثنائی، باقر. نصیری، حمید. (۱۳۸۳). بررسی تاثیر گروه‌درمانی شناختی-مذهبی در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران بستری مبتلا به اختلالات خلقی مرکز پزشکی نور شهر اصفهان. مجله علمی تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، شماره ۸ و ۷، ۹۶-۸۹.

دباغی، پرویز. اصغرنژاد، فرید. عاطف وحید، محمد کاظم. بوالهری، جعفر. (۱۳۸۶). اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر پایه تفکر نظاره‌ای (ذهن آگاه) و فعال سازی طحوااره‌های معنوی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. شماره ۴، ۳۵۷-۳۶۶.

زادهوش، سمیه. نشاط دوست، حمیدطاهر. کلاتنری، مهرداد. طباطبایی، سید کاظم. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری همراه با توصیه‌های مذهبی و گروه‌درمانی شناختی رفتاری کلاسیک بر کیفیت ارتباط زناشویی بانوان. مجله علمی خانواده پژوهی. شماره ۲۵، ۶۸-۵۵.

مکری، آذرخش. (۱۳۸۱). خلاصه‌ای از وضعیت سوء مصرف مواد در ایران. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران. شماره ۵، ۱۹۰-۱۸۴.

نارنجی‌ها، هومان. گزارش تحقیقات در مورد سوء مصرف مواد در ایران. موسسه تحقیقاتی داریوش وابسته به دانشگاه علوم بهزیستی

یعقوبی، محمد. عاطف وحید، محمد کاظم. احمدزاده، غلامحسین. (۱۳۸۲). تاثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال خلقی. مجله علمی: اندیشه و رفتار شماره ۲، ۶۳-۵۶.

American psychological Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> ed) Washington DC: APA.

Breslin, F. C. Zack, M., & McMMain, S. (2002). An information processing analysis of mindfulness: Implication for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clinical psychology, Science and practice*, 9, 275-99

Brook, D, M, and Spitz, H, L (2002). *The group therapy of substance abuse*. New York: the Haworth Medical Press.

Byrne A, Byrne DG: The effect of exercise on depression, anxiety and other mood states: a review. *J. Psychosomatic rev* 1993; 37(6): 565-574.

Dally, D.C, & Marlette, G. A. (2005).relapse prevention. In J. H. Lewiston., P. Ruiz., R. B Mailman, & J. G. Lang rod (Eds.), *Substance abuse: A comprehensive textbook* (4<sup>th</sup>). New York: Williams & Wilkins.

Hafman, Stefan. *Cognitive Behavioral Therapy for social Anxiety Disorder*. (Eds) New York (2008)

James, A. «,» wells, A. Religion and mental health: Toward a cognitive behavioral framework. *British journal of Health psychology*, 8. 359-376.

Levin. J.S. & Vanderpool. H.X. (1989). Is religion therapeutically significant for hypertension? *Social science and Medicine*, 29, 69-78.

Pardini, D. A. plnte, T. G. Scherman, A. & stump, j. E. (2000). Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: Determining the mental health benefits. *Journal of substnsce Abuse Treatment*, 19. 347-354

Propest, L. R., Ostrom, R. Watkins, P. Dean, T. & Mashbum, D. (1992). Comparative efficacy of relation and non-religious cognitive behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individual. *Journal of counseling and clinical psychology*. 60. 94-103

Santor DA, Ramsay J.O, Zuroff D.C. Nonparametric item analyses of the Beck. Depression Inventory: Evaluating gender item bias & response ortion weights. *Psychological Assessment* 1994; 6(3): 255-270.

Wallace, J. (2003). Theory of 12-step oriented treatment. In F. Rotgers, & S. W. Morgenstern (Eds), *treating substance abuse: theory and technique* (PP. 9-31). New Yourk: The Guilford Press.