Journal of North Khorasan University of Medical Sciences
Spring2013;5(1): 167-174

مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
بهار 1392؛5(1):174-167

مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان گروهی فراشناختی (MCT) برعلایم افسردگی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون (MMT) شهر مشهد

اسماعیل یعقوبی عسگرآباد[1*]، سودابه بساک‌نژاد[2]، مهناز مهرابی‌زاده هنرمند[3]، سمیه ضمیری نژاد[4]*

[1]دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز، ایران
[2]استادیار روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، ایران
[3]استاد روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، ایران
[4]کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
[*]**نویسنده مسئول**: دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز، ایران
پست الکترونیک: yaghobi.esmaeil@yahoo.com

وصول:92/1/31 اصلاح:92/3/5 پذیرش:92/3/21

چکیده

زمینه و هدف: *شیوع فراوان همبودی اختلال افسردگی و سوءمصرف مواد به خوبی مستند شده است. درمان فراشناختی که به منظور تاثیرگذاری بر سندرم شناختی-توجه‌ای و فرایندهای فراشناختی و دانش برانگیزاننده‌ی این سندرم و عمل کردن بر زیر سیستم‌های شناختی و فراشناختی طراحی شده است. هدف پژوهش حاضر، معرفی و بررسی اثربخشی درمان فراشناختی درکاهش علایم افسردگی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون (MMT) است.*

مواد و روش کار: *این پژوهش‌کارآزمایی، با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه‌گواه اجرا شد. در این مطالعه تجربی تعداد 75 نفر از معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون مراجعه‌کننده به‌کلینیک‌های ترک اعتیاد شهرمشهد، به تعداد 24 نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (12نفر) و گواه (12 نفر) جایگزین شدند. پس از اجرای پیش‌آزمون‌که با استفاده از پرسشنامه فرم کوتاه افسردگی بک (BDI-۱۳) به عمل آمد،گروه آزمایش طی 6 جلسه هفتگی، تحت درمان فراشناختی قرار گرفت. درحالیکه‌گروه‌گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های‌آزمون از نرم افزارSPSS-16 و از روش آماری‌تحلیل-کوواریانس یک متغیره (ANCOVA) استفاده‌گردید و سطح معناداری برای تایید فرضیه پژوهش$P< 0/05$ در نظر گرفته شد.*

یافته‌ها: *نتایج نشان داد که درمان فراشناختی در کاهش علایم افسردگی در مرحله پس آزمون در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون گروه مداخله تاثیر معناداری دارد ($F=184/8$, $P=0/001$)*

نتیجه‌گیری: *نتایج نشان می‌دهد که درمان فراشناختی می‌تواند یک درمان کوتاه و موثر باشد. بدین ترتیب که افکار و احساسات بدون قضاوت و ارزیابی و با کمک تصویر سازی ذهنی انجام می‌گیرد؛ علاوه برآن ما را با مفهوم ذهن‌آگاهی رفتارهای سوء مصرف مشکل‌زا و افزایش آگاهی ما به نقش خاص فراشناخت و ذهن‌آگاهی در زنجیره رفتارهای سوءمصرف و اختلالات هیجانی منطبق می‌کند.*

واژه‌های کلیدی: *درمان فراشناختی، اختلال افسردگی، درمان نگهدارنده با متادون (MMT)*

مقدمه

سوءمصرف مواد[1] و هم چنین اعتیاد[2]، از غم‌انگیزترین معضلات جوامع امروزی می‌باشد. وابستگی به مواد[3] اختلال مزمن و عودکننده‌ای است که شروع و تداوم آن متاثر از تعامل عوامل ژنتیکی، روانی، اجتماعی و محیطی است. یافته‌های شیوع شناسی نشان می‌دهدکه حدود 2 میلیون معتاد در قشر جوان وجود دارد که با توجه به

1 -substance abuse
2 -addiction
3 -substance Dependency

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-02-19]

پایین آمدن سن اعتیاد این آمار رو به افزایش است از سوی دیگر صدها نفر به دلیل عوامل مرتبط با اعتیاد (از جمله خرید و فروش) زندانی هستند و این زنگ هشداری است که تحقیقات در حیطه‌های مختلف این معضل را نشان می‌دهد [1، 2، 3]. در این میان، چندبعدی بودن سبب شناسی اختلال وابستگی به مواد و مسئله‌ی همبودی[1] با اختلالات دیگر نیز از موانع دیگر مشکل ساز درمان بیماران وابسته به مواد می‌باشد، به طوری که یافته-های تحقیقی نشان می‌دهد که بیش از 70 درصد افراد وابسته به مواد علاوه بر مشکل مصرف مواد از اختلالاتی مانند اختلال شخصیتی، جنسی، اضطرابی، افسردگی و اختلالات جسمی رنج می‌برند [4، 5]. از طرفی، اعتیاد به مواد مخدر افیونی بیماری مزمنی است که در اغلب موارد با یک بیماری روان‌پزشکی دیگر همراه است. اختلالات خلقی و در راس آن افسردگی از جمله شایع ترین اختلالات محور اول همراه با اعتیاد می‌باشد. براساس نسخه چهارم تجدید نظر شده راهنمایی تشخیصی آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) مشخصه اختلال افسردگی خلق افسرده با احساس غمگینی، اعتماد به نفس پایین و بی‌علاقگی به هر نوع فعالیت و لذت روزمره مشخص می‌باشد. افسردگی منجر به از کارافتادگی قابل توجه فرد در قلمروهای زندگی فردی و اجتماعی و اشتغال می‌شود و عملکردهای روزمره فرد همچون خوردن و خوابیدن و سلامتی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد [6]. افسردگی ممکن است نشان از درماندگی در معتادین باشد که این امر به عنوان مانعی برای انجام رفتارهای موثر برای مبارزه با اعتیاد و یا بهره‌گیری از منابع مقابله‌ای موجود در سوءمصرف‌کنندگان مواد محسوب می‌شود [7]. شیوع اختلال افسردگی اساسی در این افراد حدود60-50 درصد و اختلال افسردگی جزئی نزدیک به 10 درصد می‌باشد [8]. احتمال همبودی اختلال‌های روانپزشکی در افراد مبتلا به اختلال‌های مصرف مواد را سه برابر بیشتر می-دانند [9]. بلانچارد[2] در سال 2000، 872 بیمار تحت درمان با متادون را مورد مطالعه قرار داد و وجود اختلالات محور اول و دوم را در آن‌ها بررسی کرد. او نشان داد در صورتی که فرد معتاد به مواد افیونی به یکی از انواع اختلالات محور اول مبتلا باشد به درمان دارویی اختلال فوق و روان درمانی توام با درمان نگهدارنده با متادون نیازمند است [10]. به منظور توجیه این همبودی نظریه-های مختلفی مطرح شده است. یکی از نظریه‌هایی که در مورد علت شروع اعتیاد پیشنهاد شده است و توجه چشمگیری به آن شده است، نظریه خود-درمانی"کانتزیان"[3] است. براساس این نظریه، افراد داروها را سوء مصرف می‌کنند تا از حالات عاطفی آزارنده و غیر قابل تحمل آسوده شوند. این نظریه با زندگی نامه‌هایی که معتادان در طول دوره‌ی درمان بیان می‌کنند، هماهنگ است [11، 12]. در مجموع نظریه‌های مختلفی که برای بررسی و تبیین میزان بالای همبودی اختلال‌های روانی و سوء مصرف مواد مطرح شده است. مدل فراشناختی[4] یک چارچوب فراشناختی‌کلی در مفهوم سازی آسیب‌پذیری، ایجاد و حفظ اختلالات روانی ارائه می‌دهد. این مدل پیشنهاد می‌کند که اختلالات روانی (اختلال خلقی، اختلال وابستگی به مواد و غیره) از طریق الگوهای پایدار تفکر (نگرانی یا نشخوار فکری)، راهبردهای توجه‌ای مرتبط با نظارت و تهدید، اجتناب و سرکوب فکر ایجاد و حفظ می‌شوند و باورهای فراشناختی مثبت (سودمند بودن نگرانی) و باورهای فراشناختی منفی (مضر بودن نگرانی) به تشکیل یک سندرم شناختی-توجه‌ای[5]، می‌انجامد و این سندرم باعث شکست در اصلاح باورهای ناسازگار با خود و افزایش دسترسی اطلاعات منفی درباره خود می‌گردد. به عبارتی سندرم شناختی – توجه‌ای شامل یک الگو تفکر مداوم و پایدار که شامل نگرانی یا نشخوار فکری، توجه متمرکز بر تهدید و رفتارهای مقابله‌ای غیر مفید از جمله وابستگی به مواد، تلاش برای سرکوب افکار، تجزیه و تحلیل کردن تجارب برای یافتن راه حل، یا تلاش برای پیش‌بینی اتفاقات در آینده می‌گردد که این سندرم در دراز مدت کارآمد نیستند [13، 14، 15]. مینترز و استیتزر[6](2003) نشان دادند که بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون در آزمون استروپ هیجانی زمان

1 - comorbidity
2 - Blanchard
3 - Khantzian
4 - Meta Cognitive Model
5 -Cognitive Attentional Syndrome(CAS)
6 - Mintzer & Stitzer

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-02-19]

واکنش بالاتری را در مقایسه با گروه بهنجار در مواجهه با محرک‌ها کسب می‌کنند. این یافته بر ضعف بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون در توانایی تغییر دادن جهت توجه از یک جنبه محرک به وجه دیگر دلالت دارد[16]. این مدل عنوان می‌کند که همگی اختلالات می‌توانند در ارتباط با فعالیت الگوی ناکارآمد شناخت که نشانگان شناختی- توجه‌ای نامیده می‌شود، قرار بگیرند. ولز[1] به منظور تعدیل نشانگان شناختی و توجه‌ای در بیماران تحت درمان روانشناختی، آموزش و تمرین تکنیک‌هایی فراشناختی با هدف توسعه و ایجاد آموزش‌های کنترل توجه با فنون ذهن‌آگاهی انفصالی که نقطه مقابل و ناسازگار با این نشانگان است را ارایه کرده است [14]. در حوزه درمان‌های جدیدتر روانشناختی، نخستین بار ولز و متیوس[2](1996) با ترکیب رویکرد طرحواره و پردازش اطلاعات، الگوی فراشناختی را بر مبنای مدل «عملکرد اجرایی‌خودتنظیمی»[3]، جهت تبیین و درمان اختلالات هیجانی معرفی‌کردند. مدل «کارکرد اجرایی خود نظم‌بخش» هنگامی فعّال می‌شود که فرد بین اهداف درونی خود و شرایط بیرونی ناهماهنگی احساس کند. در واقع هدف فعّالیّت «کارکرد اجرایی خود نظم‌بخش» کاهش این ناهماهنگی است. راهبردهای خاصّی مانند جذب اطّلاعات به درون باورها، سرکوب فکر، نشخوار فکری و نگرانی به منظور جلوگیری از ورود محرک‌های ناراحت کننده به هشیاری یا حلّ مشکلات ناشی از ناهماهنگی، نظارت بر حالت‌های جسمی- روانی و آمادگی در برابر خطر، با هدف کاهش این ناهماهنگی توسط «کارکرد اجرایی خود نظم‌بخش» به کارگرفته می‌شوند [17]. فراشناخت نخستین بار توسط فلاول[4] (1979) مورد مورد استفاده قرار گرفت و به فرآیند "تفکر درباره تفکر" و دانش درباره‌ی اینکه"چه می‌دانیم" و چه " نمی‌دانیم" گفته می‌شود [18]. همچنین فراشناخت یکی از متغیرهایی است که در جریان سوء استفاده از مصرف مواد مخدر مختل می‌گردد و ممکن است به‌طور ویژه‌ای با تحلیل‌های شناختی افراد وابسته به مواد مخدر ارتباط داشته باشد. در تحقیقاتی که نسبت به اختلالات افسردگی در اعتیاد پرداخته شده است از جمله درمانهای شناختی رفتاری، به سوگیری توجه پرداخته نشده است چون درمان شناختی رفتاری بیشتر به محتوای افکار می پردازد، درحالی که در درمان فراشناختی بیشتر به فرایند افکار (چگونگی اندیشیدن) می‌پردازد [13، 14]. درمان فراشناختی برنقش باورها در سبک پردازش، فرایندهای توجهی مانند سوگیری توجه‌ای، کنترل شناخت و محدودیت‌های ناپایدار در پردازش تمرکز می‌کند و با کاهش نشخوار فکری، باورهای مثبت و منفی فراشناختی به درمان افسردگی (اختلال‌های هیجانی) منجر می‌شود [19، 20]. اثربخشی درمان فراشناختی در مقایسه با سایر درمان‌ها در تحقیقات زیادی مورد مطالعه قرار گرفته است. پژوهش ولز (2006) نشان داده است که درمان فراشناختی تاثیر به سزایی بر اختلال‌های هیجانی مخصوصاً اضطراب و افسردگی داشته است و باعث کاهش نشخوار فکری و سوگیری‌های توجه‌ای می‌شود [14]. در پژوهش یعقوبی‌عسگراباد و همکاران (1391)، با عنوان تعیین اثر بخشی درمان فراشناختی بر علایم اضطراب اجتماعی معتادان مرد تحت درمان نگهدارنده با متادون نشان داده شد که درمان فراشناختی در کاهش علایم اضطراب اجتماعی اثربخش بوده است و این درمان با تعدیل نشانگان شناختی و توجه‌ای منجر به کاهش علایم آن‌ها گردیده است [21]. در پژوهش دیگری که یعقوبی-عسگراباد و همکاران (1391) فنون درمان فراشناختی را به کار بردند؛ با عنوان کارآزمایی بالینی اثر بخشی تکنیک-های ذهن‌آگاهی‌گسلیده بر اضطراب معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون که نشان داد که افکار و احساسات بدون قضاوت و ارزیابی و با کمک تصویر سازی ذهنی در کاهش اضطراب معتادان اثر بخش بوده است [22]. در پژوهشی با عنوان تاثیر گروه درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر مردان وابسته به مواد افیونی با همبودی اختلال افسردگی اساسی نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری در درمان مبتلایان به اختلال وابستگی به مواد افیونی همراه با اختلال افسردگی اساسی موثر می‌باشد [23]. در پژوهشی مقایسه باورهای فراشناختی و تحمل ابهام در افراد معتاد، سیگاری و عادی نتایج نشان داد که

1 -Wells
2 - Wells & Matthews
3 - self-regulatory execution function(S-REF)
4- Flavell

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-02-19]

بین نمره کلی باورهای فراشناختی مختل‌تر و تحمل ابهام پایین به عنوان دو عامل روانشناختی مهم در پیش بینی گرایش افراد به مصرف مواد عمل می‌کنند [24]. بنابراین با توجه به اهمیت اختلالات هیجانی منجمله افسردگی و گسترش روزافزون آن و مشکلات جسمانی و روانی که به دنبال دارد، ضرورت ایجاب می‌کند که با استفاده از درمان‌های روان‌شناختی، و رویکردهای فراتشخیصی[1] به خصوص رویکردهای درمانی جدیدتر منجمله درمان فراشناختی، مهارت‌ها و استراتژی‌های لازم به منظور مقابله با تخریب‌های کارکردی ناشی از این اختلالات هیجانی و ارتقای سازگاری فردی و اجتماعی به بیماران آموزش داده شود. همچنین نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند مورد استفاده پژوهشگران دیگر، سازمان‌ها و نهادهای مختلف از جمله دانشگاه‌ها، مراکز تخصصی درمان اعتیاد، مراکز اقامتی معتادین، انجمن‌های درمان اجتماع‌مدار و سایر مراکز مرتبط قرار گیرد و سرانجام هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان گروهی فراشناختی بر افسردگی در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون شهر مشهد می‌باشد.

روش‌کار

این پژوهش از نوع تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر عبارت است از تمام بیماران مرد وابسته به مواد مخدر مراجعه کننده مراکز ترک اعتیاد شهر مشهد بودند که برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده شد. به این صورت که از نواحی هفت گانه مشهد، یک ناحیه انتخاب و در نهایت، 3 مرکز اعتیاد از آن ناحیه انتخاب گردید. اعضای نمونه از بین افرادی انتخاب شدند که در سال 1391 در مراکز درمان اعتیاد تحت درمان نگهدارنده با متادون قرار داشتند، به این صورت که با اعلامیه‌ای که در کلینیک‌های درمانی نصب شده بود افراد علاقمند به شرکت در درمان با پژوهشگر تماس گرفته و در یک روز معین در جلسه معارفه شرکت کردند و نمونه از بین آن‌ها انتخاب گردید و روانپزشک مرکز براساس مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته بر مبنای DSM-IV گروه آزمایش و کنترل را دارای همبودی اختلال افسردگی تشخیص داده است. تعداد 24 نفر بدین ترتیب که پرسشنامه افسردگی بک بین آنها توزیع شد و آنهایی که نمره افسردگی آنها در دامنه 15-12 (افسردگی متوسط) قرار داشتند و در صورتیکه تمایل به همکاری داشتند و سایر معیارهای ورود به طرح را دارا بودند، انتخاب شدند. از آنجا که حجم نمونه درگروه درمانی حتی با سه عضو و یا پانزده عضو نیز موفق بوده است. اما در اکثر درمان‌ها هشت تا ده نفر تعداد بهینه گروه تلقی می‌شود [25] و اندازه حجم گروه به عوامل متعددی بستگی دارد از قبیل: سن، تجربه، رهبر گروه، نوع گروه و مشکلاتی که مورد بررسی قرار می‌گیرند [26]. در این درمان، دو گروه 12 نفری شامل گروه آزمایش و گروه کنترل به طور تصادفی قرارگرفتند. برای کنترل عوامل مداخله‌گر با توجه به تحقیقات پیشین ویژگی‌های شمول برای انتخاب نمونه شامل جنس مرد، حدود سنی بین 55-20 سال، دارا بودن ملاک‌های تشخیصیDSM-IV برای هر دو اختلال افسردگی و اختلال وابستگی مواد، طول اختلال حداقل2 و حداکثر 20 سال، عدم تشخیص دیگر از محورهای I یاII اختلالات روانی، عدم دارا بودن مشکلات طبی یا قانونی تاثیرگذار بر روند بیماری فرد شرکت کننده، عدم دریافت داروهای روانپزشکی (اعم از بنزودیازپین‌ها، هر نوع داروی ضد افسردگی) برای مدت بیش از دو هفته قبل از شروع مداخله‌ی درمانی بودند. بیماران دارای شرایط فوق و مایل به همکاری در تحقیق با کسب رضایت نامه‌ی کتبی وارد پژوهش شدند [23]. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های آزمون از نرم افزارSPSS-16 و از روش آماری‌تحلیل-کوواریانس یک متغیره (ANCOVA) استفاده‌گردید. این درمان به شکل گروهی طی 6 جلسه‌ی 90 دقیقه‌ای و هفته‌ای یک جلسه صورت گرفت. با توجه به شرایط خاص گروه، درمان به صورت کوتاه مدت انجام شد. این برنامه شامل 10 راهکار و چالش با باورهای فراشناختی و فن به تعویق انداختن نگرانی و تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و کنترل توجه به شرح زیر بود.

شرح جلسات درمان

جلسه اول: خوش‌آمدگویی، بحث راجع به مکان برگزاری، تعداد جلسات، طول دوره و مدت زمان هر جلسه، مطرح کردن قوانین و مقررات گروه، معرفی و آشنا سازی اعضاء

1 - Transdiagnostic

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-02-19]

گروه با یکدیگر، ارائه خلاصه‌ای از روش درمان و بیان هدف جلسات، انجام پیش آزمون.

جلسه دوم: بیان خلاصه محتوای جلسه قبل با کمک اعضاء، توضیح راجع به این که الگوی فراشناختی، فنون ذهن آگاهی انفصالی، آموزش توجه و به تعویق انداختن نگرانی چیست و ارائه نمودار آن، بحث راجع به باورهای فراشناختی مثبت و باورهای فراشناختی منفی و تمرین آن، ارائه تکلیف و تاکید بر انجام تکلیف، دریافت بازخورد.

جلسه سوم. دریافت بازخورد از جلسه قبل، مرور تمرین و تکلیف جلسه قبل (نمونه باورهای فراشناختی مثبت و منفی)، چالش با باورهای فراشناختی مثبت و منفی، آموزش فن به تعویق انداختن نگرانی، آموزش و تمرین فن هدایت فراشناختی، آموزش و تمرین آزمایش ضد منع بازداری، ارائه تکلیف خانگی.

جلسه چهارم. دریافت بازخورد از جلسه قبل، بحث پیرامون تکالیف خانگی، آموزش و تمرین تداعی آزاد، ارائه تکلیف خانگی، دریافت بازخورد.

جلسه پنجم: دریافت بازخورد از جلسه قبل، مرور تکالیف خانگی، آموزش و تمرین فن تجویز ذهن سرگردان، آموزش تمرین تکلیف ببر، ارائه تکلیف، دریافت بازخورد.

جلسه ششم: دریافت بازخورد از جلسه قبل، مرورتکالیف خانگی، آموزش و تمرین فن حلقه کلامی، آموزش تمرین تکلیف فن کودک متمرد، ارائه تکلیف، دریافت بازخورد و پاسخ به سوال‌های مطرح شده توسط اعضاء و انجام پس آزمون [13].

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه فرم کوتاه افسردگی بک: ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش، فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک ویرایش ایرانی خواهد بود. این پرسشنامه شامل 13 گزاره خود گزارش‌دهی است که نشانه‌های خاص افسردگی را بیان می‌کنند. هر گزاره این پرسشنامه شامل یک مقیاس چهار گویه‌ای است که بیشینه و کمینه نمره آن صفر و 39 است. ضریب آلفای کرونباخ و دو نیمه‌کردن برای کل پرسشنامه 0/89 و 0/82 و ضریب همبستگی بین فرم کوتاه و فرم 21 سوالی پرسشنامه افسردگی بک0/67 گزارش شده است [27].

یافته‌ها

براساس یافته‌های این پژوهش بین گروه آزمایش و کنترل از نظر متغیر سن (p=0/26) و از نظر نوع ماده مصرفی (p=0/42) تفاوت معناداری وجود ندارد. به عبارت دیگر گروه‌ها از نظر متغیرهای مورد مطالعه، همتا هستند. و برای تحلیل نتایج، مفروضه‌های آماری تحلیل کوواریانس یکسان بودن شیب خط رگرسیون (F=0/207 & 0/65 =p) و شرط آزمون لوین (F=2/43 & p=0/13) را مورد حمایت قرار داد. بنابراین اجازه انجام تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) فراهم گردید. در این پژوهش، نمره پیش‌آزمون افسردگی به عنوان متغیر همگام شناخته شد و تاثیر آن بر نمره‌های پس‌آزمون با استفاده از تحلیل کوواریانس کنترل شد. (جدول 1)

جدول1: میانگین و انحراف استاندارد افسردگی گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون

گروه	پیش آزمون			پس آزمون	
	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	12	23/83	2/24	17/33	1/61
کنترل	12	25/83	1/89	24/16	1/40

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-02-19]

جدول2: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) بر روی میانگین‌های گروه آزمایش و گروه گواه با کنترل پیش آزمون

منبع تغیرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا
پیش آزمون	32/89	1	32/89	39/61	0/000	0/65
گروه	153/47	1	153/47	184/82	0/000	0/89
خطا	17/43	21	0/83			

همانطور که در جدول یک مشاهده می‌شود میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی در مرحله‌ی پیش‌آزمون برای گروه آزمایش23/83، 2/24 و گروه کنترل 25/83، 1/89 و در مرحله‌ی پس‌آزمون برای گروه آزمایش 17/33، 1/61 و گروه کنترل24/16، 1/40 می‌باشد. یعنی میانگین افسردگی گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش-آزمون و گروه کنترل کاهش یافته است. (جدول 2)

یافته‌های جدول دو نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده شده بین نمره‌های افسردگی شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون معنادار است. بنابراین درمان گروهی فراشناختی در بهبود افسردگی معتادان در مرحله پس‌آزمون گروه آزمایش تاثیر داشته است. توان آماری بالای0/8حاکی از کفایت حجم نمونه و دقت آماری قابل قبول است.

بحث

هدف از انجام این پژوهش تعیین اثر بخشی درمان فراشناختی در کاهش افسردگی معتادان بود. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که گروه مداخله در پس آزمون کاهش معنی‌داری را در پرسشنامه افسردگی به دست آورد. لذا می‌توان نتیجه گرفت که درمان گروهی فراشناختی، درمانی موثر در کاهش علائم افسردگی بیماران معتاد است. یافته‌های این پژوهش، با نتایج پژوهش‌های دیگر از جمله پاپاجوجیو[1] و ولز (2001، 2004)، یعقوبی عسگراباد و همکاران (الف،1391)، یعقوبی عسگراباد و همکاران (ب،1391)، و رسولی‌آزاد و همکارن (1388) همخوانی دارد [19، 20، 21، 22، 23]. در این پژوهش‌ها، تاثیر درمان فراشناختی بر کاهش افسردگی و سایر پریشانی‌های روان‌شناختی به اثبات رسیده است اهمیت این یافته در این است که تحقیقات نشان داده‌اند افراد معتاد از جمله جمعیت‌هایی هستند که نرخ بالاتری از علائم افسردگی را دارند و با توجه به اینکه وجود تنها چند علامت از علائم افسردگی به کاهش معنادار در عملکرد فرد منجر می‌شود [28]. وجود این علائم در افراد معتاد می‌تواند پیامدهای نامطلوبی برای روند درمان اعتیاد آنها به همراه داشته باشد. درمان فراشناختی در از بین بردن پردازش‌های ماندگار و جلوگیری از تجربه‌های ذهنی افکار مزاحم و اضطراب‌زا مفید می‌باشد [13]. اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش افسردگی را می‌توان این‌گونه تبیین نمود که معتادان با استفاده از فن‌هایی مثل حلقه کلامی مثبت اندیشی و فکر کردن به کلمه‌ها و مسائل مثبت را می‌آموزند و تاثیر افکار خوب یا بد را در وضعیت روانی خود درک می‌کنند. درمان فراشناختی می‌تواند اثرات سودمند بر تمرکز و توجه معتادان داشته باشد و اثر آموزش توجه بر باورهای فراشناختی مثبت و منفی به طور واضحی همخوان با این عقیده است که اصلاح مستقیم پردازش‌های توجهی می‌توانند منجر به تغییرات همزمان در باورهای ناکارآمد شوند. این اثر به طور آشکار به دیدگاه پویای شناخت در اختلال‌های روان‌شناختی مربوط می-شود. چندین مکانیسم می‌تواند زیربنایی اثربخشی بالینی فراشناختی شود که شامل کمرنگ شدن توجه متمرکز بر خود، قطع راهبردهای پردازشی مبتنی بر نگرانی و نشخوار فکری، افزایش کنترل اجرایی بر پردازش و توجه و تقویت شیوه پردازش فراشناختی هستند [13]. استفاده از

1 - Papageorgiou

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-02-19]

رویکردهای توجهی مانند فنون آموزش توجه مبتنی بر الگوی فراشناختی نشان می‌دهد که چنین پاسخ‌هایی بدون خطر هستند و بایستی نادیده گرفته شوند. این رویکرد نه تنها توجه را از حالت جسمانی و هیجانی دور می‌سازد، بلکه در حالت‌های هیجانی، توجه انتخابی به افکار منفی را کاهش می‌دهد. این رویکرد اثرات درمانی خود را از طریق قطع فعالیت‌های پردازشی مقاوم مانند نگرانی و نشخوار فکری اعمال می‌کند. بدین معنی که مصرف مواد به این افراد کمک می‌کند تا بتوانند از پریشانی‌های روانشناختی، در رویارویی با موقعیت‌ها جلوگیری کنند. از این رو مصرف مواد تبدیل به نوعی مکانیزم مقابله‌ای شده است. باورهای فراشناختی باعث می‌شوند که این افراد در موقعیت‌های مشکل ساز، دچار سندرم شناختی –توجه‌ای‌گردند و با فعال شدن این سندرم، باورهای فراشناختی منفی (نظارت و سوگیری توجه بر تهدید) برای مقابله با هیجانات ناخوشایند به مصرف مواد روی آورند. در حالی که در درمان‌های شناختی رفتاری بر محتوای افکار همچون مثلث شناختی افراد در مورد خود، جهان و آینده و همچنین بر افکار غیر منطقی آنان توجه می‌شود و بیشتر محتوا افکار را به چالش می‌کشد اما در درمان فراشناختی بر فرایند افکار توجه می‌شود و نقش آگاهی یافتن نسبت به فرایند افکار را تاکید می‌نماید و ضعف درمان شناختی رفتاری را هم در این مورد آشکار می‌کند [13].

در تبیین دیگر از اثر بخشی الگوی فراشناختی می‌توان گفت که به جای چالش با افکار مزاحم و اضطراب‌زا، شامل ارتباط با افکار می‌باشد که مانع از ایجاد مقاومت یا تحلیل ادراکی پیچیده می‌شود و معتادان را به این سمت هدایت می‌کند که افکار مزاحم، الزاماً به عمل ختم نمی‌شود و صرفاً یک فکر مزاحم است که باید به حال خودش رها کرد و درگیر آن نشد، که در نتیجه به مصرف مواد برای فرار از افکار مزاحم کمتر روی بیاورند. به عبارت دیگر معتادان می‌آموزند که رویدادهای استرس‌زای زندگی را فاجعه آمیز تلقی نکنند و در مقابل آن‌ها هیچ‌گونه پاسخ-دهی تلاش‌گرانه شناختی یا رفتاری نشان ندهند که این خود باعث کاهش افسردگی در این افراد گردید که این آموزه‌ها با استفاده از تکنیک‌های تکلیف ببر، تصویرسازی ابرها، تمثیل ایستگاه قطار، تمثیل کودک نافرمان و تجویز ذهن سرگردان فراهم شد [13]. با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که درمان گروهی فراشناختی می‌تواند بر درمان افسردگی معتادان تاثیر داشته و آن را کاهش دهد. از محدودیت‌ها این پژوهش مختص بودن نمونه و عدم پیگیری می‌باشد که در تعمیم پذیری نتایج باید احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود چنین پژوهشی با انجام پیگیری، انجام تکالیف خانگی تحت نظارت بستگان فرد معتاد و در دیگر مراکز مرتبط با اعتیاد انجام شود.

نتیجه گیری

نتیجه انجام مداخله گروهی درمان فراشناختی در بین معتادان با همبودی افسردگی، باعث کاهش علایم افسردگی آنان شد که می‌توان این نوع درمان موج سوم رفتاری-شناختی را در درمان معتادان به کار بست.

تشکر و قدردانی

از تمام مسئولین مراکز اعتیاد ام ام تی (MMT) و مرکز ترک اعتیاد گلشهر برای مساعدت در انجام این پژوهش سپاسگزاری می‌نماییم. این طرح با شماره کد 194 در معاونت پژوهشی دانشگاه شهید چمران اهواز در جلسه شورای پژوهشی به تاریخ 1391/10/14 به تصویب رسید.

References

1. Ahmadi J, Hasani M, Prevalence of substance use among Iranian high school students, Addict Behav 2003; 28: 375-9 [Persian].
2. Ahmadi J, Sharifi M, Mohagheghzadeh S, Dehbozorgi R, Farrashbandi H, Moosavinasab M, “et al”, Pattern of cocaine and heroin abuse in a sample of Iranian population, Ger J Psychiatry 2005;(8): 184-90[Persian].
3. Mokri A, Brief overview of the status of drug abuse in Iran, Arch Iranian Med 2002; 5(3): 90-184. [Persian]
4. Hasin D, Liu X, Nunes E, MacCloud S, Samet S, Effects of major depression on remission and relapse of substance dependence, Arch Gen Psychiatry 2002; (59): 375-80.
5. Grant FB, The Influence of comorbid major depression and substance use disorders on

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-02-19]

alcohol and drug treatment: Results of a national survey, NIDA Res Monograph 1997; (172): 4-15
6. Sadock BG, Sadock VA, comprehensive text book of psychiatry, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins 2007: 389.
7. Sara LD, Rosemarie A, Martin D, Rohsenow J, Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcomes, Addictive Behaviors 2008; (33): 675–688.
8. Ilegn M, Jain A, Trafton, The effect of stress on craning for methadone depends on the Timing of last methadone dose, Journal of Behavior Research and Therapy 2008;(46): 1170-1175.
9. Sinha D, How does increase risk of drug abuse and relapse? Psychopharmacology 2001; (158): 343-359.
10. McGovern MP, Fox S, Xie H, Dranke RE, A survey of clinical practices and readiness to adapt evidence-based practice: Dissemination research in an addiction treatment system, Journal of substance abuse treatment 2007; (26): 305-312 .
11. Turner SM, Hersen M, Adult psychopathology and diagnosis, John Wiley & Sons, Inc, New York 1997.
12. Herman M, Psychotherapy with substance abusers :Integration of psychodynamic and cognitive-behavioral approaches,"American Journal of Psychotherapy 2000;(54): 574-580.
13. Wells A, Meta Cognitive Therapy for Anxiety and depression, The Guilford press 2009,
14. Wells A, Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques, Journal of Rational-Emotional & Cognitive- Behavioral Therapy 2006; (23): 337-355
15. Spada MM, Zandvoort M, Wells A, Meta Cognitions in Problem drinkers, Cong Ther Res 2007; (31): 709-716.
16. Mintzer M, Stitzer M, Cognitive impairment in methadone maintenance patients, Drug and Alcohol Depend, 2002; (67): 41-51.
17. Garcia-Montes JM, Cangas A, Perez-Alvarez M, Hidalgo A, and Gutiérrez O, Influence of metacognitive variables on paranoid ideation.International journal of clinical and psychology,2005: 5, 463-469.
18.Flavell JH, “Meta cognition and Meta cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry”, American psychology 1979: 34, 906-911.
19. Papageorgiou C, Wells A, Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression, Cognitive and Behavioral Practice 2001; (8): 160-164.
20. Papageorgiou C, Wells A, Depressive rumination: Nature, theory and treatment,Chichester, UK:Wiley 2004.
21. Yaghobi Asghar Abad E, Bassaknejad S, Mehrabizadeh Honarmand M, Effectiveness of metacognitive therapy on social anxiety of addicts with methadone maintenance treatment (MMT) in Mashhad, Proceeding of the 4th Iranian Psychological Association Congress; Feb 19-21, 2013; Tehran,Iran [Persian].
22. Yaghobi Asghar Abad E, Ardame A, Hamid N. (editors). Clinical trial Effectiveness of techniques detached Mindfulness On anxiety of addicts with methadone maintenance treatment (MMT) in Ahvaz, Proceeding of the 4th Iranian Psychological Association Congress; Feb 19-21, 2013; Tehran,Iran [Persian].
23. Rasouli Azad M, Ghanbari Hashem Abadi BA, Tabatabaei SM, Effects of cognitive behavioral group therapy in male opioid dependent patients comorbid with major depressive disorder, Journal of Fundamentals of Mental Health 2009; 11(3): 195-204 [Persian].
24. Ahmadi Tahour Soultani M, Najafi M, The Comparison of Metacognitive Beliefs and Ambiguity Tolerance among Addicted, Smokers and Normal Individuals. 3. 2012; (3) :59-67[Persian].
25. kaplan HI, & Sadock BJ, Synopsis of psychiatry: behavioral Science/ clinical Psychiatry 1998: NewYourk: Williams & Wilkins.
26. Corey G, Corey MS [Group therapy], Bahari SA, Ranjgar BA, Hossein Shahi M, Mirshahi M, Naghsh Bandi S. (translators). 9st ed. Tehran: Ravan/Arasbaran; 2012: 14-250 [Persian]
27. Rajabi GH, properties psychometric of the Beck Depression Inventory Short Form(BDI-13), Developmental Pscychology; 2007; (4): 291-298[Persian].
28. Curran GM, Flynn HA, Kirchner J, Booth BM, Depression after alcohol treatment as a risk factor for relapse among male veterans, Journal of Substance Abuse Treatment 2000; (19): 259–265.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-02-19]

Original Article

Effectiveness of metacognitive therapy (MCT)on depressed addicts under methadone Maintenance treatment (MMT) in city mashhad of Iran

Yaghobi AsgharAbad E[1], bassak nejad S[2], Mehrabi zade honarmand M[3], Zamiri nejad S[4]*

[1]M.Sc. Student- Department of Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Iran
[2] Assistant Professor Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Iran
[3] Professor Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Iran
[4]M.Sc of Clinical Psychology, North Khorasan University of Medical Science, Addiction and behavioral sciences research center, Bojnurd, Iran.

***Corresponding Auther**: M.Sc. Student- Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Iran.
Email: yaghobi.esmaeil@yahoo.com

Abstract

Background & Objectives: *The frequent Comorbidity of depression disorder and substance use disorders (SUD) is well-documented. Metacognitive therapy is designed as a treatment to influence cognitive-attention syndrome, metacognitive processes, knowledge of its stimulating and action on the cognitive subsystem. The aim of present study was to investigate effect of metacognitive therapy on depressed addicts on methadone Maintenance treatment in Mashhad.*

Methods and materials *:Of the 75 addicts receiving methadone the sample was included 24 participants who were assigned by random sampling in experimental (N=12) and control group (N=12). Addicts were completed Beck Depression short Inventory (BDI-13) in the pre-test, post-test. Data were analyzed by the SPSS 16 and presented with covariance (ANCOVA) test .Alpha level less than .05 was considered significance ($p<0.05$).*

Findings *:analysis of ANCOVA showed that there are significant differences between experimental and control group based on depression ($f=184.8$, $p<0.001$) in post-test stage.*

Conclusion *results suggest that metacognitive therapy could be a short and effective treatment. Thus the thoughts and feelings without judgment and evaluation are done with the help of mental imagery. Additionally it is consistent with a detached mindfulness conceptualization of problematic abuse behavior and further add to our understanding of the role of specific metacognitions and mindfulness across the continuum of Abuse behavior and mood disorders.*

Keyword*: metacognitive therapy (MCT), depression, methadone Maintenance treatment (MMT)*

Submitted:20 Apr 2013
Revised:26 May 2013
Accepted:11 June 2013

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-02-19]