

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر افسردگی و اضطراب معتادین به شیشه

بیوک تاجری^۱

مصرف مت‌آفتماین عوارض زیادی دارد زیرا این ماده با ورود به سیستم عصبی بر سطح دوپامین تأثیر گذاشته و باعث تحریک مغز، افزایش حالت تهجمی و حرکات جسمی می‌شود. مصرف شیشه یکی از رفتارهای پرخطر در میان بیماران مبتلا به مصرف مواد است. جدی‌ترین علامت ترک شیشه، افسردگی (خلق ملالت‌بار) است که ممکن است با افکار یا رفتار خودکشی همراه باشد. هدف پژوهش حاضر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در کاهش علائم افسردگی و اضطراب معتادین به شیشه بود. بدین منظور، طی یک پژوهش نیمه آزمایشی، ۳۰ بیمار با تشخیص وابستگی به شیشه به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه کاربندی شدند. گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه ی یک ساعته به صورت انفرادی تحت درمان قرار گرفتند. آزمودنی‌ها قبل از شروع درمان (مرحله ی ارزیابی)، جلسه ی ششم دوازدهم و ۹۰ روز پس از پایان درمان از نظر اضطراب و افسردگی مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج تحلیل کوواریانس و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که میزان افسردگی و اضطراب گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه در تمام مراحل مداخله پایین‌تر بود و رویکرد شناختی- رفتاری در درمان و کاهش اضطراب و افسردگی معتادین موثر است.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، اضطراب، درمان شناختی- رفتاری، شیشه

مقدمه

وابستگی به مت‌آفتماین، یک مشکل جدی برای سلامت فرد است و با تبعات جدی پزشکی، عصبی روانی، اقتصادی اجتماعی و حقوقی همراه است (کارلیا، وینستاین، اولین و همکاران، ۲۰۰۹). کریستالیزه ی مت‌آفتماین در کشور ایران به شیشه معروف است. به گزارش دفتر مصرف دارو و جرم ملل متحد^۲، ۲۴/۹ میلیون آمفتماینی در جهان وجود دارد و مطالعات همه‌گیرشناسی در زمینه ی شیوع مصرف شیشه نشان می‌دهد این ماده از پرمصرف‌ترین مواد مصرفی در جهان است. ارزیابی سریع وضعیت سومصرف مواد در ایران نشان داد، مصرف آن در میان جوانان و معتادین ترک کرده

۱. دپارتمان روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران. btajeri@yahoo.com

افزایش داشته است (نارنجی‌ها، ۲۰۰۹). شیشه، ماده محرک قوی روانی حرکتی و تقویت‌کننده ی مثبت رفتار است. مقادیر زیاد و مکرر شیشه با رفتار خشونت‌آمیز و جنون‌پارانویدی همراه است. این مقادیر باعث کاهش طولانی‌مدت دوپامین و سروتونین مغز و تغییراتی دیرپا می‌شود تا جایی که الگویی از رفتار هذیانی و جنون حاد ایجاد می‌کند. این جنون ممکن است هفته‌ها تداوم یابد و مرگ ناگهانی در نتیجه ی مسمومیت قلبی را به همراه داشته باشد (ویجتونگا، ۲۰۰۴). تغییرات آناتومیک و تغییرات روانی پایدار در حین مصرف ماده، به دنبال قطع مصرف نیز گزارش شده‌اند (بویر، ۲۰۰۷). به موازات افزایش میزان یا طول مصرف ماده، اثرات تشدید شده و به دنبال آن، افسردگی (لندن، سیمون، برمان و همکاران، ۲۰۰۴؛ کال‌گیوری و بوتن‌هوینز، ۲۰۰۵)، اضطراب شدید (زیوبن، کوهن، کریستین و همکاران، ۲۰۰۴)، خواب‌آلودگی، انزوا، تعارض‌های بین‌فردی، وسوسه ی مواد و حتی روان‌پریشی آشکار می‌شود. اختلالات اضطرابی، افسردگی و پارانوایا در درصد بالایی از بیماران دیده می‌شود. در بین مواد مورد سو مصرف مت‌آمفتامین، به طور قوی‌تری با افسردگی مرتبط است (تاجری، ۲۰۱۵؛ ران‌ساویل، ۲۰۰۴).

پژوهش‌ها نشان داده است که اختلال‌های مصرف مواد معمولاً با اختلال افسردگی هم در نوجوانی و هم در بزرگسالی همراه است (کسلر، ۱۹۹۵؛ کوهن، دیکوو، هامر و همکاران، ۲۰۰۳). در مطالعه ی کسلر، نلسون و مک‌گونگل (۱۹۹۶)، ۲۷/۱ درصد افراد، دارای اختلال افسردگی و ۶۷/۸ درصد افراد اضطرابی، اختلال سومصرف مواد داشتند. مطالعه ی هانسن، جورگنسن، گو لدیک و سلگراد (۲۰۰۴) نشان داد که ۴۰/۳ درصد آزمودنی‌ها، اعتیاد به الکل و ۴۱/۱۴ درصد اضطراب داشتند. پرویزی‌فرد (۲۰۰۷) نشان داد که به ترتیب ۷۲ درصد و ۲۸ درصد گروه معتادین خودمصرف اختلال خلقی و اضطرابی داشتند و شیوع هر دو اختلال بالاتر از گروه گواه بود. رهبری (۲۰۰۶) این میزان را ۳۳ درصد اضطراب، ۳۳ درصد مشکلات خلقی و ۲۴ درصد آزمودنی‌های مضطرب، گزارش کرده است. این تشخیص‌ها در پژوهش‌های زیوبن و همکاران (۲۰۰۴)، گرانت (۱۹۹۵) کلاتز، گلدسامت و بی (۲۰۰۵)، سمپل، پترسن و گرانت (۲۰۰۴)، کالچ‌استین (۲۰۰۰)، لندن و همکاران (۲۰۰۴)، بیکر کاوانگه و کای لامبکین (۲۰۱۰) تکرار شده است. لی و راوسون (۲۰۰۸)، ظهیرالدین، سیف‌الهی و ایرانپور (۲۰۰۷) بر تاثیر بارز درمانی CBT در درمان وابستگی شیشه تاکید کرده‌اند.

در حال حاضر، درمان شناختی- رفتاری رویکرد درمانی عمده در وابستگی به الکل، مواد محرک و وابستگی به شیشه است. هدف رویکردهای شناختی، عمدتاً تغییر دادن رفتار اعتیادی از طریق تغییر در شناخت‌های نادرست مانند باورهای ناکارآمد نگهدارنده ی رفتار است و یا از طریق بهبود شناخت-

های مثبت مثل خودکارآمدی یا انگیزش برای تغییر رفتار است (بک، دیمار و بورساس، ۲۰۰۴). رویکردهای مرکب از فنون شناختی و رفتاری در کاهش یا حفظ پرهیز از اشکال مختلف مواد به تنهایی یا همراه با مداخلات دارویی در مطالعات بسیاری موثر شناخته شده است. در این مدل، مسوولیت تغییر از طریق ایجاد انگیزش لازم، کسب دانش درباره الگوهای مصرف مواد و به کارگیری مهارت‌های مقابله‌ای به عهده ی افراد مبتلا به اعتیاد است (لیسی، بک و سیاتون، ۲۰۰۲). همچنین تفکر نظاره‌ای، تشدید تاثیر درمانی CBT از طریق تنظیم هیجان به بیماران دارای اختلال همبود کمک می کند (نقل از دباغی، ۲۰۰۸). تکنیک‌های رفتاری می‌تواند در کاهش اضطراب و افسردگی مفید باشد؛ به علاوه آموزش مهارت‌ها نیز در این رویکرد جایگاه خاص خود را دارد و بیماران با فراگیری مهارت‌هایی نظیر مهارت امتناع از پذیرش شیشه، حل مساله، کنترل خشم، ارتباط موثر و رفتارهای قاطعانه یاد می‌گیرند در برابر وسوسه مقاومت کنند، از موقعیت‌های پرخطر اجتناب کنند و به افراد اصرار کننده، «نه» بگویند. فراگیری تکنیک‌های شناختی نیز به بیماران کمک می‌کند در کوتاه‌مدت توجه خود را از افکار برانگیزاننده ی شیشه دور سازند و در درازمدت نیز با این افکار به چالش برخیزند و در مجموع به کمک تکنیک‌های شناختی - رفتاری دفعات لغزش را کاهش دهد و با افزایش خویش‌داری از عود جلوگیری به عمل آورد (کادن، ۲۰۰۱). در پژوهش حاضر، پژوهشگران به دنبال پاسخ به این سوال بودند که آیا درمان شناختی - رفتاری می‌تواند کارآیی و کفایت لازم جهت کاهش افسردگی و اضطراب در بین معتادین به شیشه را داشته باشد؟

روش

این پژوهش، یک طرح نیمه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش بیماران مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد وزارت بهداشت در شهر تهران بود. از این جامعه، ۳۰ نفر با لحاظ کردن شرایط ورود به گروه و غربال شدن توسط روان‌پزشک و انجام مصاحبه ی مورد نظر به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه کاربندی شدند. آزمودنی‌ها قبل، بعد و در مرحله ی پیگیری، به وسیله ی آزمون افسردگی بک^۱ (BDI) و آزمون اضطراب بک^۲ (BAI) مورد آزمون قرار گرفتند.

آزمون افسردگی بک، یک ابزار خودسنجی شامل ۲۱ عبارت در مورد نشانه‌های نوعی بیماران افسرده است و هر یک بر حسب شدت وضعیت گزارش شده توسط بیمار از ۱ تا ۳ نمره گذاری می‌شوند (بک، ۲۰۰۱). پایایی و روایی بالای این آزمون در مطالعات مختلف تایید شده است (محمدی، ۲۰۱۰، فریدونی، ۲۰۱۰، گرانت، ۱۹۹۵).

آزمون اضطراب بک، ۲۱ گزینه دارد و شدت اضطراب را می‌سنجد. هریک از ماده‌ها یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی و هراس) را توصیف می‌کند و توسط بیمار از ۱ تا ۳ نمره گذاری می‌شوند (بک، ۲۰۰۱). پایایی و روایی بالای این آزمون تایید شده است (فیروزی، ۲۰۱۱).

شیوه ی اجرا

آزمودنی‌ها ابتدا توسط مصاحبه ی روان‌پزشک غربال شدند و سپس با تکمیل پرسشنامه SCID-II وجود اختلالات شخصیت در این افراد، رد شد. افراد به طور تصادفی به دو گروه گواه و آزمایشی گمارش شدند. همه ی نمونه‌ها در مرحله ی خط پایه، پرسشنامه‌های اضطراب و افسردگی را تکمیل کردند. آزمودنی‌های گروه آزمایشی پس از تکمیل پرسشنامه‌ها در مرحله ی خط پایه وارد طرح درمان شناختی- رفتاری شدند. آنها به صورت انفرادی در طرح درمانی CBT به مدت ۱۲ جلسه تحت درمان قرار گرفتند. گروه گواه پس از تکمیل پرسشنامه‌های خط پایه به مدت ۳ ماه صرفاً در لیست انتظار برای درمان بودند و از هیچ‌گونه درمان روان‌شناختی برخوردار نبودند و پس از سه ماه (مرحله ی پیگیری) با پرسشنامه‌های مورد نظر سنجش شدند. ضمن ارایه ی اطلاعات مورد نظر از بابت محرمانه ماندن اطلاعات، به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد و رضایت کتبی جهت شرکت در آزمون اخذ شد، در صورت تمایل به ادامه درمان روال معمول درمانی در مورد آنها پیگیری شد.

از آنجاکه طرح پژوهش از نوع آزمایشی با طرح اندازه‌گیری مکرر بود (سرمد، ۲۰۰۹)، از روش تحلیل کوواریانس و واریانس با اندازه‌گیری مکرر و جهت حذف اثر تراکم خطای نوع اول در مقایسه‌های همزمان از تصحیح بن فرونی، استفاده شد. داده‌ها با هجدهمین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در جدول ۱، مولفه‌های توصیفی نمره‌های افسردگی و اضطراب دو گروه به تفکیک پیش آزمون جلسه ی ششم، پس آزمون و مرحله ی پیگیری ارایه شده است.

در راستای تحلیل تفاوت مشاهده شده در میانگین‌ها در مراحل سنجش از تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در ابتدا، مفروضه‌های توزیع طبیعی نمره‌ها، خطی بودن و همگنی ضرایب رگرسیون و همگنی واریانس‌ها انجام شد. جدول ۲، خلاصه‌ی نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های نمرات افسردگی و اضطراب را نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره‌های افسردگی و اضطراب دو گروه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		جلسه‌ی ششم		پس‌آزمون		پیگیری
		sd	M	sd	M	sd	M	
افسردگی	آزمایش	۲/۴۳	۲۵/۰۵	۲/۲۸	۲۳/۶۳	۲/۷۵	۱۱/۸۷	۸/۶۵
	گواه	۲/۷۲	۲۱	۱/۱۱	۲۳/۰۶	۳/۵۶	۲۲/۰۲	۱۹/۷۳
اضطراب	آزمایش	۱/۳۳	۲۴/۳۱	۲/۲۶	۲۲/۳۶	۳/۵۴	۱۶/۷۹	۱۴/۶۰
	گواه	۱/۲۷	۲۲/۳۹	۲/۷۴	۲۱/۴۵	۳/۰۶	۱۸/۲۴	۲۱/۲۹

جدول ۲. خلاصه‌ی نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های

افسردگی و اضطراب (n=۱۵)

متغیر	منبع تغییر	SS	df	MS	F	مجذور اتا
افسردگی	بین‌آزمودنی‌ها	۱۵۲۲/۱۱	۱۴	۹۱/۷۱	۸/۳۵**	۰/۴۱
	درون‌آزمودنی‌ها	۱۴۵۹/۳۲	۴۲	۲۸/۶۷	۵/۴۱*	۰/۳۲
	اثر درمان	۵۸۳/۴۲	۳	۱۹۶/۱۴	۷/۸۶**	۰/۲۹
اضطراب	بین‌آزمودنی‌ها	۱۵۳۱/۳۲	۱۴	۹۶/۷۸	۳۲/۲۲*	۰/۲۹
	درون‌آزمودنی‌ها	۲۹۱۲/۰۹	۴۲	۵۳/۰۴	۲۵/۳۶*	۰/۲۸
	اثر درمان	۱۸۵۳/۲۷	۳	۶۰۵/۱۳	۳۳/۱۷**	۰/۵۱

*P<۰/۰۵، **P<۰/۰۱

بر اساس یافته‌های جدول بالا، در آزمون هر دو فرضیه F بزرگ‌تر و در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی و اضطراب تاثیر دارد. برای بررسی پایداری درمان در مرحله‌ی پیگیری، با توجه به اینکه داده‌ها نشان دهنده‌ی وجود فرض کرویت و مفروضه‌ی همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس بود. نمرات را با شیوه‌ی اندازه‌گیری مکرر مورد بررسی قرار دادیم. نتایج نشان داد که تغییر در نمرات افسردگی ($F=۲۰/۴۷, P<۰/۰۱$) و اضطراب ($F=۱۷/۵۳۷, P<۰/۰۱$) یک تغییر پایدار است؛ یعنی آموزش مهارت‌های شناختی-رفتاری

موجب تفاوت معنادار شده و میزان افسردگی گروه آزمایشی (آزمودنی‌هایی که مداخله را دریافت کردند)، در مراحل مختلف مداخله کاهش نشان داده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر، با هدف بررسی کارایی درمان شناختی- رفتاری در درمان افسردگی و اضطراب معتادین به شیشه به اجرا درآمد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که این نوع درمان در کاهش افسردگی افراد مصرف کننده شیشه کارایی دارد و این مساله با یافته‌های محققین دیگر از جمله هسی (۲۰۰۴) هم‌راستا است. گروه دریافت کننده ی درمان شناختی- رفتاری برای مقابله با افسردگی بر کاهش نشانه‌ها و شدت افسردگی، بعد از اتمام ۱۲ هفته مداخله، سطوح افسردگی کمتری را نسبت به گروه بدون مداخله نشان داد که این تفاوت از لحاظ آماری معنادار بود. این یافته با مطالعات قبادپور، تاجری و مقدم زاده (۲۰۱۶)، کارول، ایستون، نیک و همکاران (۲۰۰۶)، زیوبن و همکاران (۲۰۰۴) و ثقه الاسلام، رضایی و عقیقی (۲۰۰۳)، هم‌راستا است.

بایستی در نظر گرفت که داشتن عاطفه ی منفی و خلق افسرده به مانند یک عامل برانگیزاننده ی قوی درونی می‌تواند زمینه وسوسه یا مصرف مواد را فراهم آورد، ضمن اینکه اغلب بیماران از این حالت شکایت کرده و ابراز می‌کنند در جهت مبارزه یا رفع حالت کسل کننده و نومیدانه پس از ترک، به مصرف اقدام کرده‌اند. در کنار افسردگی ناشی از مصرف مواد، با اختلال افسردگی پس از ترک مواد نیز روبرو هستیم (سادوک و سادوک، ۲۰۱۳)؛ به عبارت دیگر، رابطه ی دوسویه میان افسردگی و اعتیاد برقرار است (فریدمن، تراس، زو و مک کالوم، ۲۰۰۴). موقعیت‌های عاطفه ی منفی شامل هیجان‌های ناخوشایند مانند افسردگی، اضطراب، ناراحتی جسمانی و تعارض با دیگران از عوامل عمده عود بیماران است (ویتکوئیز، مارلات و والکر، ۲۰۰۵). استفاده از راهکارهای مقابله ی سالم در پیشگیری و درمان این شرایط بسیار مفید فایده خواهد بود و زمینه ی مقابله ی سالم تر از مصرف مواد را امکان پذیر می‌کند. آموزش این راهکارها در کنترل برانگیزاننده‌های درونی نیز نقش بارزی دارد و محققان دیگری نیز بر این مساله تاکید کرده‌اند (لیت، کادن و استفنسن، ۲۰۰۵؛ شاپتاو و ریپک، ۲۰۰۷).

مقایسه ی میانگین‌های گروه آزمایش در چهار بار اندازه گیری و نیز مقایسه ی میانگین‌های دو گروه گواه و آزمایشی نشان داد که هم‌راستا با یافته‌های محققین دیگر (لی و راوسون، ۲۰۰۸؛ بروس، هومر، تاد و همکاران، ۲۰۰۸؛ سکین، اوچی، تاکی و همکاران، ۲۰۰۶؛ زولنسکی، برستین، مارشال و فیلدر، ۲۰۰۶)، درمان شناختی- رفتاری در کاهش اضطراب این افراد موثر است. خلق مضطرب یکی از

عوامل برانگیزاننده مصرف مواد در این افراد است و خود مواد محرک مانند شیشه چه در طول مصرف و به ویژه در حین ترک به بروز اضطراب در فرد منجر می‌شوند (هانسن و همکاران، ۲۰۰۴؛ بیکر و همکاران، ۲۰۱۰؛ سمپل و همکاران، ۲۰۰۴؛ لایکوله، ۲۰۰۵ و میلانی، پاروت، تونر و فاکس، ۲۰۰۴). طی درمان شناختی- رفتاری با درمان یا کاهش اضطراب، فرد کمتر در معرض تجربه ی ناخوشایند و اضطراب قرار می‌گیرد و یکی از عوامل برانگیزاننده ی مصرف، تقلیل می‌یابد. متعاقباً، درمان اضطراب نیز در کاهش مصرف شیشه و یا افزایش خودکارآمدی و حفظ پاک‌ی دخیل است. افسردگی و اضطراب به میزان فراوانی، توامان دیده می‌شوند و عوامل روانی- اجتماعی مانند ننگ، فقر و انزوا به واسطه ی مصرف شیشه ممکن است زمینه ی افسردگی را ایجاد کند. افسردگی و اضطراب نیز پتانسیلی برای مستعد کردن افراد به فقر، انزوا و مصرف مواد دارد.

به تدریج و با کاهش هیجانات منفی، افراد راهکارهای مقابله با حوادث منفی و عوامل استرس‌زا را بهتر یاد می‌گیرند (فرسکو، سگال، بويس و کندی، ۲۰۰۷؛ سوزان، ۲۰۰۸). در نهایت، پیشنهاد می‌شود در مراکز ترک اعتیاد، مداخلات شناختی- رفتاری حتماً به کار گرفته شود. همچنین، با مقایسه ی روش‌های درمانی دیگر، درمان شناختی- رفتاری و نیز خود این رویکرد با رویکردهای دیگر در یافتن بهترین مدل و انتخاب درمانی مناسب برای ماده شیشه تلاش شود و در جهت صرفه‌جویی در هزینه‌ها و تعمیم بهتر یافته‌ها، اجرای برنامه ی درمانی در چارچوب گروه‌درمانی شناختی- رفتاری توصیه می‌شود.

References

- Ahmadkhanhiha, H., Gharaeepur, M., & Panaghi, L. (2006). Effectiveness of contingency management & cognitive- behavioural treatment on opium dependency. *Journal of Andisheh and Raftar*, 12 (1), 3-8. (Persian).
- Anton, A. F., Moak, D. H., Latham, P., Waid, L. R., Myrick, H., Voronin, K., Thevosa, A., Wang, W., & Wollson, R. (2005). Naltrexone combined with either cognitive behavioral or motivational enhancement therapy for Alcohol dependence. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25 (4), 349-57.
- Baker, A., Lee, N., & Claire, M. (2005). Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction. *Addiction*, 100 (3), 367-378.
- Baker, A. L., Kavanagh, D. J., & Kay-Lambkin, F. J. (2010). Randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for coexisting depression and alcohol problems: short-term outcome. *Addiction*, 105, 87-99.
- Beck, A. T., Dimar, C. N., & Bursas, L. (2004). *Cognitive therapy addiction: cognitive and practical skills training for treatment*. Translated by: M. A. Ghudarzi. (2008). Tehran: Rahghosha Press. (Persian)
- Beck, J. C. (2001). *Cognitive therapy: Basic and beyond*. New York: Guilford Press.
- Bowyer, J. F. (2007). A Threshold Neurotoxic Amphetamine Exposure Inhibits Parietal Cortex Expression of Synaptic-Plasticity-Related Genes. *Neuroscience*, 144, 66-76.
- Bruce, D., Homer, Todd, M., Solomon, Robert, W., Moeller, Mascia, A., DeRaleau, L., Perry, N., & Halkitis. (2008). Methamphetamine Abuse and Impairment of Social Functioning: A Review of the Underlying Neurophysiological Causes and Behavioral Implications. *Psychological Bulletin*, 134, 2, 301-310.

- Caligiuri, M. P., & Buitenhuis, C. (2005). Do preclinical findings of methamphetamine-induced motor abnormalities translate to an observable clinical phenotype? *Neuropsychopharmacology*, 30(12), 2125–2134.
- Carrol, K. M., Easton, C. J., Nick, C., Hunkele, K. A., Neavins, T. M., Sinha, R., Ford, H. L., Vitolo, S.A., Doebtick, C. A., & Rounsaville, B. J. (2006). The use of contingency management and motivational skills building therapy to treat young adults with marijuana dependence. *Journal of consultant, clinical psychology*, 14 (5), 955-66.
- Clatts, M. C., Goldsamt, L. A., & Yi, H. (2005). Club drug use among young men who have sex with men in NYC: A preliminary epidemiological profile. *Substance Use & Misuse*, 40(9), 1317–1330.
- Cohen, J. B., Dickow, A., Horner, K., Zweben, J. E., Balabis, J., Vandersloot, D., et al. (2003). Abuse and violence history of men and women in treatment for methamphetamine dependence. *American Journal on Addictions*, 12(5), 377–385.
- Dabaghi, P. (2008). *Effectiveness of mindfulness and schema spirituality activation based on cognitive therapy in relapse prevention of opium drug use. (PHD Thesis in clinical psychology, Tehran University of medical sciences, Tehran Psychiatric Institute)*. (Persian).
- Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Times, F. M., Babor, T., Donaldson, J., Liddle, H., Titus, J. C., Kaminer, Y., Webb, C., Hammilton, N., & Funk, R. (2004) the Cannabis Youth Treatment (cyt) study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(3), 195-6.
- Enferadi, Seyedeh hamedeh. (2011). *The relationship among cognitive emotion regulation strategies, depression & anxiety in university students: a comparison between clinical and noclinical samples. (M.S thesis in clinical psychology, Tehran University of medical sciences, Tehran Psychiatric Institute)*. (Persian).
- Fereiduni, S. (2010). *The comparison of the effectiveness of combination of behavioral activation treatment and medication therapy with medication therapy in symptoms improvement in depressed inpatients. (M.S Thesis in clinical psychology, Tehran University of medical sciences, Tehran Psychiatric Institute)*. (Persian).
- First, M. B., Gibbon, M., Spaitzer, R. L., Williams, J. B., & Benjamin, L. S. (1997). *Users guide for the structured clinical interview for DSM-IV*, Washington DC: American psychiatric press, INC.
- Firuzi, S. (2011). *Investigate relationship between perceived stigma and anxiety, depression & quality of life patients HIV positive. (M.S thesis in clinical psychology, Tehran University of medical sciences, Tehran Psychiatric Institute)*. (Persian).
- Fresco, D. M., Segal, Z. V., Buis, M., & Kennedy, S. (2007). Relationship of posttreatment decentering and cognitive reactivity to relapse in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3), 447–455.
- Friedman, A. S., Terras, A., Zhu, W., & McCallum, J. (2004). Depression, negative self-image and suicidal attempts as effects of substance use and substance dependence. *Journal of Addiction Disorder*, 23(4), 55-71.
- Grant, B. F. (1995). Comorbidity between DSM-IV drug use disorders and major depression: Results of a national survey of adults. *Journal of Substance Abuse*, 7(4), 481–497.
- Hansen, P., Jorgensen, P., Guldbæk, B., & Solgard. (2004). *Psychoactive substance use diagnosis among psychiatric inpatients*. Acta psychiatric Scandinavia.
- Hesse, M. (2004). Achieving abstinence by treating depression in the presence of substance use disorder. *Addictive Behaviour*, 29(6), 1137-41.
- Kaden, M. R. (2001). *Cognitive behavior therapy on substance dependency. Translated by: A. Bakhshipur Rudsari*. (2004). Tehran. Counseling center of Tehran university. (Persian).
- Kalechstein, A. D., Newton, T. F., Longshore, D., Anglin, M. D., Van Gorp, W. G., & Gawin, F. H. (2000). Psychiatric comorbidity of methamphetamine dependence in a forensic sample. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 12, 480–484.
- Karila, L., Weinstein, A., Aubin, H-J., Benyamina, A., Reynaud, M., & Batki, S.L. (2009). Pharmacological approaches to methamphetamine dependence: A focused review. *Br J Clin Pharmacol*, 69(6), 578-92.
- Kessler, R., (1995). *Epidemiology of Psychiatric Comorbidity*; New York: Wiley Liss.
- Kessler, R., Nelson, C. B., & McGonagle, K. A. (1996). The Epidemiology of Cooccurring Addictive and Mental Disorders; *American journal of Orthopsychiatry*, 66(1), 1731.
- Laqueille, X. (2005). Related induced and associate psychiatric disorders to cannabis, *Review practice*, 15 (1), 30-4.

- Lee, K., & Rawson, A. (2008). A systematic review of cognitive and behavioral therapies for methamphetamine dependence. *Drug Alcohol Rev*, 27,309–317.
- Liese, B. C., Beck, A. T., & Septon, K. (2002). The cognitive therapy addictions grow. In D. W. Beck, H & L. pitz. (Eds). *The group therapy of substance abuse* (pp 37-55). New York. The How on the Medical Press.
- Litt, M. D., Kadden, R. M., & Stephens, R. S. (2005). Coping and self-efficacy in marijuana treatment. Results from the marijuana treatment project. *Journal of Consuling and Clinical Psychology*, 73(6), 1015-25.
- London, E. D., Simon, S. L., Berman, S. M., Mandelkern, M. A., Lichtman, A. M., Bramen, J., & et al. (2004). Mood disturbances and regional cerebral metabolic abnormalities in recently abstinent methamphetamine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 61(1), 73–84.
- Milani, R. M., Parotte, A. C., Tunner, J. J., & Fox, H. C. (2004). Gender differences in self-report anxiety, depression, and somatization among ecstasy/MDMA polydrug users, alcohol/tobacco users and nondrug users. *Addictive Behaviour*, 29 (5), 965-71.
- Mohammadi, Mahbubeh. (2010). *Effectiveness of emotion regulation skill group training on women with major depressive disorder. (M.S thesis in clinical psychology, Roudhen Islamic Azad University).* (Persian).
- Narenjiha, H. (2009). The experience of lifetime non-fatal overdose of drugs in iranian substance abusers. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 15 (4), 327-333. (Persian).
- Noruzi, H. (2005). *Empirical syudy of resistance and transference twin factor in patients with and without personality disorders. (M.S thesis in clinical psychology, Tehran University of medical sciences, Tehran Psychiatric Institute).* (Persian).
- Parvizifard, A. A. (2007). *Comorbidity mood and anxiety disorders among opium abusers under treatment and comparing it with normal subjects. (M.S thesis in clinical psychology, Tehran University of medical sciences, Tehran Psychiatric Institute).* (Persian).
- Peck, James. A., Reback, Cathy. J., Yang, Xiaowei., Rotheram-Fuller, Erin., & Shoptaw, Steven. (2005). Sustained reductions in drug use and depression symptoms from treatment for drug abuse in methamphetamine-dependent gay and bisexual men. *Journal of Urban Health*, 82, Supplement 1, Pages i100-i108
- Pollack, M. H., Penava, S. A., Bolton, E., Worthinton, J., Alleng, I., Farach, F. J., & Otto, M. W. (2002). A novel cognitive-behavioral approach for treatment resistant drug dependence. *Journal of substance abuse treatment*, 23 (4), 335-42.
- Qobadpour, S., Tajari, B., & Moqaddamzadeh, A. (2016). Effectiveness of training problem – solving skills on happiness & attitude in addicts to Methamphetamine. *Journal of Psychological Methods & Models*, 6(22), 17-34. (Persian)
- Rahbari, B. (2006). *The comparing of psychological profile of the stimulants and opiates users and its relation to psychopathological intentions. (M.A Thesis in clinical psychology. Azad Islamic University, science and research branch).* (Persian).
- Rounsaville, B. J. (2004). Treatment of Cocaine Dependence and Depression. *Biological Psychiatry*, 56, 803-809.
- Sadock, & Sadock. (2013). *Kaplan & Sadock's Synopsis of psychiatry Behavioral Sciences clinical psychiatry. Tenth edition.* Translated by: N. purafkari. (2014). Tehran. Shahrab Press. (Persian).
- Sarmad, Z. (2009). *Statistics reference: A variate statistical analysis.* Tehran. Samt Press. (Persian).
- Sekine, Y., Ouchi, Y., Takei, N., Yoshikawa, E., Nakamura, K., Futatsubashi, M., & et al. (2006). Brain serotonin transporter density and aggression in abstinent methamphetamine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 63(1), 90–100.
- Semple, S. J., Patterson, T. L., & Grant, I. (2004). A comparison of injection and non-injection methamphetamine-using HIV positive men who have sex with men. *Drug and Alcohol Dependence*, 76(2), 203–212.
- Seqatol'eslam, T., Rezayi, O., & Aghighi, K. (2003). Study effect of cognitive behaviour therapy on decreasing depression in substance abusers. *Scientific and research Journal of Ardabil university of medical sciences and Health services*, 8, 34-42. (Persian).
- Shoptaw, S. & Reback, C. J. (2007). Associations between Methamphetamine Use and HIV among Men Who Have Sex with Men: A Model for Guiding Public Policy. *Journal of Urban Health*, Volume 83, Number 6, Pages 1151-1157.
- Susan, R. (2008). Comorbidity of substance dependence and depression: Role of life stress and self-efficacy in sustaining abstinence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 47-57.

- Tajeri, B. (2015). Effectiveness of cognitive-behaviour therapy on craving, attitude and compatibility in Methamphetamine addicts. *Journal of Applied Psychology*, 3(35), 45 – 62.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2003). *Global Illicit Drug Trends*. New York: United Nations.
- Wijetunga, M. (2004). Acute Coronary Syndrome and Crystal Methamphetamine use: A Case Series. *Hawaii Medical Journal*, 63, 8-13.
- Witkiewitz, K., Marlatt, A., & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders: The meditative tortoise wins the race. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19 (3), 221-229.
- Zahiraddin, A., Seifollahi, M., & Iranpur, Ch. (2007). Study level mental disorders in Addicts under treatment in 2 therapeutic centers in Tehran. *Research in Medicine*, 31(3), 273-278. (Persian).
- Zvolensky, M. J., Berstein, A., Marshall, E., Felder, M. T. (2006). Panic attacks, panic disorders and agoraphobia: Associations with substance abuse and dependence. *Current Psychiatry Report*, 8(4), 279-85.
- Zweben, J., Cohen, J., Christian, D., Galloway, G., Salinardi, M., Parent, D., & et al. (2004). Psychiatric symptoms in methamphetamine users. *American Journal on Addictions*, 13(2), 181–190.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 9 (No. 39), pp. 27-36, 2016

The effectiveness of CBT on depression and anxiety among Methamphetamine addicts

Tajeri, Buick

Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran

Received: May 11, 2016

Accepted: June 01, 2016

Methamphetamine use has a lot of adverse effects as it enters the nervous system, affects dopamine's level, and as a result stimulates the brain and increase aggressiveness and physical movements. Consumption of Shisha is a high-risk behavior among patients with substance abuse. The most serious sign of methamphetamine withdrawal is depression that may be associated with suicidal thoughts or behavior. The aim of this study is to examine the effectiveness of cognitive behavioral therapy in reducing symptoms of depression and Anxiety among methamphetamine addicts. Therefore, in a quasi-experimental study, 30 individuals diagnosed with dependence on methamphetamine were randomly assigned into two experimental and control groups. The experimental group underwent 12 sessions of an hour treatment. The subjects were evaluated for depression and anxiety before treatment, after the sixth and the twelfth sessions, and 90 days after the completion of the treatment. The result of covariance analysis and analysis of variance with repeated measurements showed that the level of depression and anxiety in the experimental group were lower compared to the control group in all phases of intervention and that Cognitive Behavioral Therapy is effective in the treatment of anxiety and depression among addicts.

Keywords: depression, anxiety, cognitive-behavioral therapy, Methamphetamine

Electronic mail may be sent to: btajeri@yahoo.com