

## مقایسه اثربخشی هیپنوتراپی با گروه درمانی بر میزان افسردگی سوءمصرف کنندگان مواد

سوسن حاجی زاده شاهسوار<sup>۱</sup>، روح اله زالی<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد البرز، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

### چکیده

افسردگی یکی از اختلالات گریبان گیر انسان امروزی است که می تواند او را از امید به زندگی و شاد زیستن باز دارد. اعتیاد نیز یکی از معضلاتی است که جوامع بشری را درگیر خود نموده و تبعات روانی و جسمانی ناگواری بر افراد می گذارد. این پژوهش با هدف بررسی میزان اثر بخشی هیپنوتراپی بر کاهش میزان افسردگی سوء مصرف کنندگان مواد انجام شده است. پژوهش حاضر یک مطالعه کمی مدخله ای نیمه تجربی (نیمه آزمایشی) و براساس اهداف کاربری و میدانی و توسعه ای و بانگاهی آینده نگر با طرح پیش آزمون- پس آزمون همراه با گروه گواه جهت از بین بردن اثرات محیطی مداخله گر انجام شده است. از میان افراد معتاد مراجعه کننده بر کلینیک های ترک اعتیاد منطقه ۱۴ تهران یک کلینیک بصورت تصادفی انتخاب و از بین افراد مراجعه کننده ۳۰ نفر به طور داوطلبانه انتخاب شدند. این ۳۰ نفر به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری قرار گرفتند. سپس براساس پرسشنامه بک میزان افسردگی در هر دو گروه قبل از مداخله درمانی سنجیده شد. بعد از آن در گروه کنترل فقط گروه درمانی اجرا شده در گروه دیگر گروه درمانی به همراه جلسات هیپنوتراپی به مدت ۲۴ جلسه یک ساعته هفته ای یک جلسه درمان هیپنوتراپی انجام شد. به منظور به دست آمدن یافته ها از آزمون تحلیلی کوواریانس استفاده شد که در سطح  $P < 0/05$  تفاوت معناداری بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش و گواه مشاهده نشد. پژوهش حاضر نشان می دهد هیپنوتراپی تأثیر معناداری در کاهش افسردگی افراد معتاد در مقایسه با گروه درمانی ندارد.

**واژه های کلیدی:** هیپنوتراپی، گروه درمانی، افسردگی، اعتیاد.

## مقدمه

افسردگی یک اختلال روانی گسترده است که در حال حاضر تخمین زده می‌شود ۲۶۴ میلیون نفر در سراسر جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱]. علاوه بر علائم جسمی و عاطفی، افسردگی با افکار خود ارجاعی با محتوای منفی در مورد گذشته، آینده و خود، به نام نشخوار فکری، مرتبط است. بیماران افسرده، پردازش عاطفی متفاوتی را در سطح رفتاری و ادراکی نشان می‌دهند، از جمله تشخیص عاطفی نابهنجار، سوگیری منفی و همچنین سوگیری‌های توجه. نکته قابل توجه این است که اکثر مطالعات در مورد تشخیص عاطفی به طور کلی و ادراک عاطفی در طول افسردگی با چهره‌ها به عنوان محرک انجام شده است. با این حال، انسان‌ها اغلب مجبور می‌شوند از سرنخ‌های دیگری غیر از چهره‌ها، مانند حالت بدن یا راه رفتن برای استنباط حالات عاطفی در دیگران استفاده کنند [۲].

افسردگی زمانی است که شما برای مدت طولانی خلق و خوی بدی دارید و انجام فعالیت‌های روزمره معمول خود را برای شما دشوار می‌کند. این وضعیت می‌تواند به طرق مختلف بر شما تأثیر بگذارد و ممکن است خفیف، شدید یا چیزی بین این دو باشد. میزان شدت آن به میزان تداخل افسردگی با زندگی شما بستگی دارد. انواع مختلفی از افسردگی وجود دارد که عبارتند از: اختلال عاطفی فصلی<sup>۱</sup>، این زمانی است که افسردگی در زمان‌های خاصی از سال شما را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اختلال افسردگی مداوم<sup>۲</sup>، این زمانی است که شما بیش از دو سال به طور مداوم افسردگی خفیف داشته‌اید. همچنین به آن افسردگی مزمن یا اختلال افسردگی مداوم گفته می‌شود. اختلال دوقطبی<sup>۳</sup>، این زمانی است که شما دچار افسردگی شدید و افسردگی شدید (معروف به دوره‌های شیدایی) می‌شوید. افسردگی قبل از تولد<sup>۴</sup>، این زمانی است که افسردگی در دوران بارداری اتفاق می‌افتد. افسردگی پس از تولد<sup>۵</sup>، این زمانی است که افسردگی پس از تولد نوزاد اتفاق می‌افتد. معمولاً مادر را تحت تأثیر قرار می‌دهد، اما پدران نیز می‌توانند آن را تجربه کنند [۳].

باتوجه به آمار، تخمین زده می‌شود که ۴٪ از جمعیت، از جمله ۵.۷٪ از بزرگسالان (۴.۶٪ در میان مردان و ۶.۹٪ در میان زنان) و ۵.۹٪ از بزرگسالان ۷۰ سال و بالاتر، افسردگی را تجربه می‌کنند [۱]. افسردگی در بین زنان حدود ۱.۵ برابر بیشتر از مردان است. در سراسر جهان، بیش از ۱۰٪ از زنان باردار و زنانی که تازه زایمان کرده‌اند، افسردگی را تجربه می‌کنند. همچنین احتمال بهبود افسردگی در این اشخاص نسبت به افراد مسن بیشتر است و نیز احتمال تجربه مجدد بیماری در آنها کمتر می‌باشد. مطالعات متعددی که بر روی بیماران مراجعه کننده به پزشکان عمومی انجام شده نشان می‌دهند که شیوع افسردگی اساسی در حدود پنج درصد است. این میزان سبب شده که اختلال افسردگی یکی از شایعترین مشکلات بالینی پزشکی عمومی تلقی گردد. تخمین زده می‌شود که تنها در حدود ده درصد بیماران مراجعه کننده به پزشکان عمومی که دچار افسردگی هستند به خدمات روان پزشکی ارجاع داده می‌شوند [۴].

سوء مصرف مواد به صورت اعتیاد در حال حاضر به یکی از جدیدترین مسائل جامعه بشری تبدیل شده است. مطالعه تاریخی سوء مصرف مواد نشان می‌دهد که مصرف مواد و سوء مصرف آن به مدت هزاران سال با یکدیگر همزیستی داشته‌اند. بدون این که به عنوان مسأله اجتماعی و یا حتی به عنوان چیز بد تلقی شوند. تنها در چند صد سال اخیر است که سوء مصرف مواد به عنوان یک مسأله اجتماعی به صورت اعتیاد مطرح شده است.

اعتیاد ابتلای اسارات آمیز فرد به ماده یا دارویی مخدر است که او را از نظر جسمی و روانی به خود وابسته ساخته و کلیه رفتار فردی و اجتماعی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بعنوان مهمترین آسیب اجتماعی جامعه انسانی را مورد هجوم قرار داده است. در سال ۱۹۶۴ سازمان بهداشت جهانی به این نتیجه رسید که اصطلاح اعتیاد دیگر یک اصطلاح علمی نیست و اصطلاح وابستگی دارویی را به جای آن توصیه نمود. مفهوم وابستگی به مواد در طول چند دهه معانی رسمی و معانی معمول بسیاری

<sup>۱</sup> Seasonal affective disorder<sup>۲</sup> Dysthymia<sup>۳</sup> Bipolar disorder<sup>۴</sup> Prenatal depression<sup>۵</sup> Postnatal depression

داشته است. اساساً برای تعریف جنبه های مختلف وابستگی از دو مفهوم وابستگی رفتاری و وابستگی جسمانی استفاده شده است. در مفهوم وابستگی رفتاری بر فعالیت های مواد جویی و شواهد مربوط به الگوهای مصرف بیمارگون تأکید می شود. در حالیکه وابستگی جسمی به اثرات جسمانی دوره های متعدد مصرف مواد اطلاق می شود. آن دسته از تعاریف وابستگی که بر وابستگی جسمی تأکید کرده اند. در ملاک های طبقه بندی از وجود تحمل و اثرات ترک استفاده کرده اند [۵].

هیپنوتیزم<sup>۱</sup> درمانی یا هیپنوتراپی، یک رویکرد درمانی است که از هیپنوتیزم- حالتی از توجه متمرکز و افزایش تلقین پذیری- برای ایجاد تغییرات مثبت در افکار، رفتارها و احساسات فرد استفاده می کند. همانطور که بارتدی و همکاران، (۲۰۱۰) «هیپنوتیزم و هیپنوتراپی»، این تکنیک از قدرت ذهن ناخودآگاه بهره می برد و آن را به ویژه برای مقابله با اعتیاد، اضطراب و مدیریت استرس مؤثر می سازد. هیپنوتیزم درمانی با هدف قرار دادن علل ریشه ای و الگوهای فکری مرتبط با رفتارهای اعتیادآور، نقش مهمی در درمان اعتیاد ایفا می کند. هیپنوتیزم درمانی به کاهش هوسها، ایجاد تاب آوری در برابر عود و تقویت رفتارهای مثبت کمک می کند. دسترسی به ذهن ناخودآگاه، افراد را قادر می سازد تا از چنگال اعتیاد رهایی یابند و به سمت بهبودی پایدار حرکت کنند [۶].

بنابراین هیپنوتراپی بکارگیری هیپنوتیزم در اختلالات پزشکی و روانشناختی است و اختلالات گوارشی غیرعضوی را شامل می شود. افسردگی، که ۲۰ درصد افراد را در بر می گیرد، به عنوان بیماری شایع قرن شناخته شده و حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد از جمعیت ایران به نوعی از افسردگی یا سایر اختلالات روانی مبتلا هستند، به ویژه زنان. تأثیر روان بر جسم و ارتباط میان اضطراب و افسردگی در بیماری های روان تنی مهم است. درمان این اختلالات با هیپنوتیزم می تواند به بهبود وضعیت بیماران گوارشی کمک کند، در حالی که روش های دیگر ممکن است زمان بر و عوارض جانبی داشته باشند.

در این پژوهش، با فرض اینکه هیپنوتراپی منجر به کاهش افسردگی سوء مصرف کنندگان مواد می شود. و همچنین با توجه به قدرت هیپنوتراپی بر ناخودآگاه ذهن و تأثیر آن در کوتاهترین زمان ممکن در درمان بیماران انتظار می رود، این پژوهش منجر به گشودن دریچه های تازه در درمان بیماری روان تنی در کوتاهترین زمان ممکن با قدرت ماندگاری زیاد آن گردد. هدف این پژوهش، تعیین تأثیر هیپنوتراپی در کاهش افسردگی، سوء مصرف کنندگان مواد و استفاده از هیپنوتراپی در کلینک های روان پزشکی، بیمارستان ها و مراکز درمانی و مشاوره و ترک اعتیاد می باشد. و سوالی که در این پژوهش به دنبال پاسخ آن می باشیم که آیا هیپنوتراپی در کاهش افسردگی سوء مصرف کنندگان مواد مؤثر است؟

## ادبیات و مبانی نظری

### افسردگی

اختلال افسردگی (که به عنوان افسردگی نیز شناخته می شود) یک اختلال روانی شایع است. این اختلال شامل خلق افسرده یا از دست دادن لذت یا علاقه به فعالیت ها برای مدت طولانی است. افسردگی با تغییرات خلقی منظم و احساسات مربوط به زندگی روزمره متفاوت است. این اختلال می تواند بر همه جنبه های زندگی، از جمله روابط با خانواده، دوستان و جامعه تأثیر بگذارد. این اختلال می تواند ناشی از یا منجر به مشکلات در مدرسه و محل کار باشد. افسردگی می تواند برای هر کسی اتفاق بیفتد. افرادی که مورد سوءاستفاده، فقدان های شدید یا سایر رویدادهای استرس زا قرار گرفته اند، بیشتر احتمال دارد که به افسردگی مبتلا شوند. زنان بیشتر از مردان به افسردگی مبتلا می شوند. در کشورهای با درآمد بالا، تنها حدود یک سوم از افراد مبتلا به افسردگی تحت درمان سلامت روان قرار می گیرند. موانع مراقبت مؤثر شامل کمبود سرمایه گذاری در مراقبت های سلامت روان، کمبود ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی آموزش دیده و انگ اجتماعی مرتبط با اختلالات روانی است [۷].

افسردگی یک دوره خلقی است که فرد احساس غم، تحریک پذیری و پوچی می کند و ممکن است علاقه به فعالیت ها را از دست بدهد. این حالت تقریباً روزانه و به مدت دو هفته یا بیشتر ادامه دارد و با علائمی چون ضعف تمرکز، احساس گناه، ناامیدی، افکار خودکشی، اختلال خواب و تغییرات وزن همراه است. افسردگی می تواند در جنبه های مختلف زندگی فرد اثر

<sup>۱</sup> Hypnosis

بگذارد و بسته به شدت علائم، خفیف، متوسط یا شدید طبقه‌بندی شود. عواملی چون رویدادهای منفی زندگی و سلامت جسمی نیز در بروز افسردگی تأثیرگذارند و پیشگیری از آن می‌تواند با برنامه‌های مناسب امکان‌پذیر باشد. رویکردهای اجتماعی، برنامه‌های مدرسه‌ای و ورزشی برای تقویت مقابله مثبت و کاهش افسردگی در کودکان و سالمندان مؤثرند [۸]. افسردگی شایع‌ترین اختلال روانی است که ۲۰ تا ۲۵ درصد افراد حداقل یک بار در زندگی آن را تجربه می‌کنند. حدود ۲۰ درصد از نوجوانان ۱۳ تا ۱۹ ساله قبل از ۱۸ سالگی به افسردگی مبتلا می‌شوند. خطر افسردگی در زنان ۴ تا ۱۰ درصد و در مردان ۲ تا ۵ درصد است. برآوردها نشان می‌دهند که ۱۰ تا ۲۶ درصد زنان و ۵ تا ۱۲ درصد مردان در طول عمر خود به افسردگی دچار می‌شوند. شیوع افسردگی در زنان سه برابر مردان است و سالانه ۸۰۰ هزار مورد خودکشی ناشی از این بیماری ثبت می‌شود. بین ۲۰ تا ۳۰ درصد افراد مبتلا به افسردگی، افسرده‌خو هستند. اختلال دو قطبی کم‌تر شایع است و در حدود یک پنجم جمعیت مبتلا به آن هستند. شیوع این اختلال حدود یک درصد است و معمولاً از نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع می‌شود و با گذشت زمان شدیدتر می‌شود [۹].

### دیدگاه های نظری در قملرو افسردگی

در حال حاضر تبیین هایی را که درباره افسردگی یک قطبی ارائه شده اند می‌تواند در دو مقول اصلی قرار داد. پاره‌ای از محققان مؤلفه‌های موقعیتی اختلال را محور اصلی کار خود قرار داده‌اند و کوشش کرده‌اند تا چگونگی و چرایی منتهی شدن برخی از تنیدگی‌ها به افسردگی را درک کنند، و پاره‌ای دیگر، توجه خود را به نقش احتمالی عوامل زیست‌شناسی معطوف کرده‌اند؛

- دیدگاه روانکاوری<sup>۱</sup>: زیگوند فروید و کارل آبراهم مطالعه روانشناختی افسردگی را آغاز کردند. آنها افسردگی را واکنش پیچیده به دست دادن چیزی توصیف کردند. فروید افسردگی را به دو دسته سوگواری و مالیخولیا تقسیم کرد. مالیخولیا یک اندوه افراطی و نامربوط به محیط است. فروید معتقد بود که وجدان قوی و تنبیه‌کننده‌ای در افراد افسرده وجود دارد. نظریه‌های روان‌پویشی بر احساسات ناهوشیار و واکنش به موقعیت‌های جدید تأکید می‌کنند. اغلب این نظریه‌ها بر پیشینه روابط فرد با دیگران تأکید دارد.
- دیدگاه رفتاری در مورد افسردگی: نظریه پردازان یادگیری بر این باورند که افسردگی و فقدان تقویت به هم وابسته‌اند. پیترو لویسون و همکارانش بر این نکته تأکید می‌کنند که افسردگی ناشی از سطح پایین تقویت مثبت و نقص در مهارت‌های اجتماعی است. این فرآیند می‌تواند به چرخه‌ای معیوب منجر شود، زیرا افراد افسرده به دلیل رفتارهای خود کمتر دوست‌داشتنی می‌شوند و ارتباطات اجتماعی آنها کمتر می‌شود. خودسنجی منفی نیز از ویژگی‌های افراد افسرده است که منجر به احساس ناکارآمدی در مواجهه با موقعیت‌ها می‌شود و این مسئله بر تداوم افسردگی تأثیر دارد. به خاطر دید نفی، اهدافشان را بالا می‌گیرند.

### نقش عوامل محیطی و اجتماعی در افسردگی

روش‌های ارتباطی و باورها درباره روابط اجتماعی نقش مهمی در افسردگی دارند. به عنوان مثال، زنان در برخی مناطق تحت فشار هنجارهای اجتماعی درباره پوشش قرار دارند، در حالیکه در دیگر نواحی آزادی بیشتری دارند. همچنین، در برخی مناطق، کودکان زودتر می‌میرند و در دیگر مناطق، نرخ مرگ و میر پایین است. افراد برای بهبود موقعیت اقتصادی تلاش می‌کنند و کمتر به سلامت روانی خود توجه می‌کنند. مطالعات نشان می‌دهد که عوامل اجتماعی خارجی در ابتلا به افسردگی زنان مؤثرند و وجود محیط‌های اجتماعی مسموم به عنوان محرک افسردگی شناخته می‌شود. از سوی دیگر، کمبود روابط نزدیک و عزت نفس پایین نیز به آسیب‌پذیری در برابر افسردگی منجر می‌شود. ارتباط بین اختلال افسردگی عمده و

<sup>۱</sup> Psychoanalyst

بیماری های جسمانی نیز ثابت شده است. افراد ۵۵ ساله و بزرگتر با اختلال افسردگی عمده، ۴ برابر بیشتر از غیر افسردگان به بیماری های جسمانی مبتلا هستند [۱۰].

درمان بیماران مبتلا به اختلالات خلقی باید بر تأمین سلامت و ایمنی بیمار متمرکز باشد و نیازمند ارزیابی تشخیصی کامل است. طرح درمانی باید به رفاه کلی بیمار توجه کند. درمان دارویی و روان درمانی مورد تأکید قرار دارند و رویدادهای استرسزای زندگی عود اختلالات را افزایش می دهد. بیماران اغلب تمایلی به بستری شدن ندارند، ولی شرایطی مانند خطر خودکشی و کاهش توانایی مراقبت از خود ممکن است بستری شدن را ضروری کند. داروهای سه حلقه ای و بازدارنده های MAO از عوامل مهم در درمان افسردگی هستند که هر کدام به شکلی متفاوت اقدام به افزایش نوراپی نفرین می کنند [۱۰].

### اعتیاد

با نگاهی واقع بینانه به مسأله اعتیاد به مواد مخدر به راحتی می توان مشاهده کرد که سوء مصرف مواد افیونی از قرن ها پیش وجود داشته است و اکنون نیز تقریباً کشوری وجود ندارد که از گسترش سوء مصرف این گونه مواد در امان مانده باشد. طبقات مختلف اجتماع با این مسأله به صورت جدی درگیر می باشند به طوری که هم اکنون مردان و زنان زیاد، خصوصاً از سنین نوجوانی تا میانسالان مواد مخدر مصرف می کنند و به آن وابسته شده اند. این معضل یکی از آسیب های مهم اجتماعی است. اعتیاد یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است که در شکل گیری آن عوامل اجتماعی، خانوادگی و روانشناختی از یک طرف و عوامل زیست شناختی و داروشناختی از طرف دیگر نقش دارند.

مطالعات روانشناسی در مورد عوامل روانشناختی اعتیاد به مواد مخدر مشخص نموده اکثر افرادی که به مصرف مواد مخدر وابستگی جسمی و روانی پیدا می کنند از نظر ژنتیکی دارای استعداد اعتیاد به مواد مخدر هستند. یعنی غالباً در نزدیکان شان اعتیاد به مواد مخدر شایع است. البته این مطلب دلیل آن نیست که هر شخصی که در بین نزدیکان اعتیاد به مواد مخدر وجود ندارد، از نظر ژنتیکی مستعد ابتلا به بیماری اعتیاد نیست، زیرا اولاً ممکن است نزدیکان شخص از نظر ژنتیک مستعد این مشکل باشند. ولی تاکنون این استعداد به ظهور نرسیده و استفاده مواد مخدر را تجربه نکرده باشند. ثانیاً علل گرایش به اعتیاد فقط در زمینه ژنتیکی نیست و تیپ شخصیتی افراد نیز نقش تعیین کننده دارد.

از سوی دیگر افرادی با شخصیت های افسرده و اصطلاحاً افراد با شخصیت های زود رنج و احساساتی نیز کاملاً مستعد اعتیاد به مواد مخدر هستند، زیرا در این افراد نیز مصرف مواد مخدر نیازهای درونی و روانی را برطرف می کند، به طور خلاصه می توان گفت هر شخصی می تواند مستعد اعتیاد به مواد مخدر باشد. در بررسی علل گرایش به اعتیاد گفته شده، فرد با استفاده از مواد مخدر در مرتبه اول احساس سرخوشی می کند به گونه ای که احساس می کند نیازهای روانی یا ژنتیکی او را برطرف نموده است. بدین ترتیب از نظر روانی معتاد به مواد مخدر می شود و به مرور با استفاده های مکرر از مواد به آنها وابسته می گردد [۱۱].

در سبب شناسی اعتیاد و گرایش افراد به ویژه جوانان به مصرف مواد، عوامل بسیاری مطرح شده است. اعتیاد وابستگی به مواد یکی از اختلال مزمن و بازگشت کننده است که دارای تأثیرات عمیق اجتماعی، روانشناختی جسمی و اقتصادی است که علاوه بر تخریب شخصی هزینه های سنگینی را بر افراد و خانواده و جامعه تحمیل می نماید. پژوهش های مختلف نشان می دهند که اختلالات سلوک، اختلال نقص توجه و بیش فعالی و اختلال افسردگی عمده پیش بینی کننده شروع مصرف مواد در افراد می باشد. پژوهش ها در جامعه آمریکا نشان داده است اختلالاتی نظیر شخصیت ضد اجتماعی، انواع فوبیا و اختلالات اضطرابی، اختلال افسردگی عمده و دیس تایمی بیشترین ارتباط را با سوء مصرف و وابستگی به مواد دارند [۱۱].

### پیشینه پژوهش

موسسه ملی سوء مصرف مواد مخدر (۲۰۲۰) گزارش می دهد که مصرف و سوء مصرف موادی مانند «الکل، نیکوتین و داروهای غیرقانونی و سوء مصرف داروهای تجویزی» سالانه بیش از ۷۰۰ میلیارد دلار برای آمریکایی ها به دلیل افزایش هزینه های مراقبت های بهداشتی، جرم و جنایت و از دست دادن بهره وری هزینه دارد. بخشی از این مبلغ صرف تلاش های متعدد برای

درمان اختلالات مصرف مواد در برنامه‌های درمانی می‌شود. برنامه‌های درمانی هر ساله ۴۲ میلیارد دلار برای توانبخشی افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد جمع‌آوری می‌کنند [۱۲]. بیمه‌گران سلامت ۲۴ میلیارد دلار برای اختلالات مصرف مواد هزینه کردند و ۲۱٪ از این مبلغ توسط Medicaid پرداخت شد [۱۳]. میانگین تعداد تلاش‌های جدی که یک فرد برای حل مشکل سوءمصرف مواد انجام می‌دهد، به طور متوسط پنج مورد تخمین زده شده است [۱۴]. چه شرکت‌های بیمه، چه پرداخت‌های خصوصی یا مالیات‌دهندگان، هزینه‌های درمان را تقبل کنند، احتمال دوره‌های درمانی متعدد وجود دارد که درمان اختلالات مصرف مواد را به کاری پرهزینه تبدیل می‌کند. تعیین نرخ عود دقیق دشوار است، اما هازلدن (۲۰۲۱) گزارش می‌دهد که ۴۰ تا ۶۰ درصد از افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد، عود را تجربه می‌کنند. محققان مشخص کرده‌اند که بیش از ۸۵ درصد از افراد در حال بهبودی از الکل، مواد مخدر و نیکوتین، ظرف یک سال پس از اتمام درمان، عود می‌کنند و دوباره به مصرف مواد روی می‌آورند. با وجود تجربه دوره‌های درمانی متعدد، نرخ عود ثابت می‌ماند. این امر هم برای مصرف‌کننده و هم برای جامعه پرهزینه است و شواهد کافی برای نشان دادن این است که باید محدودیت‌هایی در نحوه برخورد مراکز با اختلالات مصرف مواد وجود داشته باشد.

### روش پژوهش

در این پژوهش نمونه‌گیری بصورت داوطلبانه انجام می‌شود. به مراکز اعتیاد منطقه ۱۴ مراجعه و با مسؤلان در رابطه با اهداف پژوهش صحبت شد. با هماهنگی مسؤلان طی فراخوانی سوءمصرف‌کنندگان موادی که مایل به شرکت در جلسات درمان هستند را ثبت نام و بعد یک جلسه توجیهی برای آنها برگزار کرده که در آن پژوهش‌گر ضمن معرفی خودش و تشکر از حضور آنان در مورد هدف اجرای آزمون و چگونگی پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها و انجام جلسات توضیحاتی ارائه می‌کند و از آنها خواسته می‌شود تا با صداقت و دقت به پرسشنامه افسردگی بک پاسخ دهند. در این پژوهش ابتدا غربالگری با استفاده از تست بک انجام می‌شود و میزان افسردگی در افراد سوء مصرف مواد تعیین شده، بعد با توجه به نمره به دست آمده نمراتی که دو انحراف پایین‌تر از میانگین باشد را به روش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری تقسیم می‌کنیم. برای یکی از گروه‌های هیپنوتراپی به همراه گروه درمانی و برای گروه کنترل فقط گروه درمانی محض، پس از پایان درمان از دو گروه خواسته تا پرسشنامه افسردگی را دوباره پر کنند و نمرات به دست آمده قبل و بعد از جلسات درمان با هم مقایسه می‌شوند. جامعه آماری متشکل از معناتان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد منطقه‌ی ۱۴ شهر تهران تشکیل شده است. حجم نمونه از روش‌های استاندارد متفاوتی بر اساس تحقیقات آماری و نوع پژوهش انتخاب می‌شود. از جمله یکی از پرکاربردترین روش‌ها جدول کوهن می‌باشد. ولی در این پژوهش به دلیل محدودیت پیش روی محقق با توجه به حداقل نمونه‌ای که در تحقیقات آزمایشی باید انتخاب شود، تعداد ۳۰ نفر به طور کل و در هر گروه آزمایش و گواه ۱۵ نفر قرار گرفتند.

### ابزار پژوهش

پرسش‌نامه افسردگی بک برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران تدوین شد. این پرسش‌نامه که شامل ۲۱ سوال است، به منظور سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته شده است و ماده‌های آن اساساً بر مبنای مشاهده و تلخیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده‌اند. به عبارت دیگر، این مواد و وزن‌های آن‌ها به طور منطقی انتخاب شده‌اند. محتوای این پرسش‌نامه، به طور جامع نشانه‌شناسی افسردگی است، اما بیشتر بر محتوای شناختی تاکید دارد.

پرسش‌نامه افسردگی بک از نوع آزمون‌های خودسنجی است و در پنج تا ده دقیقه تکمیل می‌شود. ماده‌های آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بی‌خاری و ... هستند. به این ترتیب که ۲ ماده از آن به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، ۲ ماده به رفتارهای آشکار، ۵ ماده به نشانه‌های جسمانی و ۱ ماده به نشانه‌شناسی میان‌فردی اختصاص یافته است.

به این ترتیب این مقیاس، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است. به علاوه در یک بررسی اعتبار و روایی BDI-II بر روی جمعیت ایرانی انجام گرفت. نتایج بیانگر آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و اعتبار باز آزمایی ۰/۷۳ به فاصله سه هفته گزارش شده است.

### یافته ها

در این پژوهش، ویژگی های جمعیت شناختی نمونه با استفاده از جداول توزیع فراوانی و نمودارها به تفکیک گروه گزارش و در برخی از متغیرها با استفاده از شاخص های مرکزی و پراکندگی، چون میانگین، میانه، انحراف استاندارد و دامنه تغییرات توصیف آماری صورت گرفته است. در اولین مرحله از تحلیل های توصیفی جنسیت آزمودنی ها مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۱ گزارش شده است؛

جدول ۱. توصیف جنسیت آزمودنی ها به تفکیک گروه

جنسیت	گروه		کل
	گواه	آزمایش	
مرد	۱۵	۱۴	۲۹
درصد	٪۵۰	٪۴۶	٪۹۶
زن	۰	۱	۱
درصد	۰	٪۶	٪۶
کل	۱۵	۱۵	۳۰
درصد	٪۵۰	٪۵۰	٪۱۰۰

در جدول ۱؛ مشاهده می شود گروه نمونه از نظر جنسیت در دوطبقه مجزا قرار گرفته است. کمترین مقدار مربوط به زنان در گروه گواه با فراوانی صفر است. بیشترین مقدار مربوط به مردان در گروه گواه با فراوانی ۱۵ و فراوانی درصدی ۵۰ است. با توجه به داده های پژوهش، میانگین سن آزمودنی هایی که در پژوهش شرکت کرده اند، ۳۰ می باشد که این مقدار به تفکیک گروه ها متفاوت است؛ ولی نزدیک به هم است. گروه گواه دارای میانگین ۲۹ و گروه آزمایش دارای میانگین ۳۲ می باشند. انحراف معیار کل این توزیع ۸/۷ می باشد. همچنین گروه نمونه از نظر وضعیت تاهل در ۲ طبقه مجزا قرار گرفته است. کمترین مقدار مربوط به مجردها با فراوانی ۳ و فراوانی درصدی ۱۰ است. بیشترین مقدار مربوط به متاهل ها در گروه با فراوانی ۱۲ و فراوانی درصدی ۴۰ است. در کل ۷ نفر از آزمودنی ها مجرد و ۲۳ نفر از آنها متاهل می باشند. تحلیل توصیفی این پژوهش شامل؛ واریانس، انحراف استاندارد، میانه، میانگین، کجی، دامنه تغییرات، کمینه و بیشینه داده ها در جدول زیر مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۲. نتایج آزمون پیش آزمون و پس آزمون درمان هیپنوتراپی و گروه دروانی به تفکیک

شاخص ها	پیش آزمون		پس آزمون	
	گواه	آزمایش	گواه	آزمایش
واریانس	۱۸.۴۲	۳۲	۱۷.۰۶	۲۴.۳۵
انحراف معیار	۴.۲۹	۵.۶۶	۴.۱۳	۴.۹۳
میانه	۲۱	۲۰.۷	۲۰.۲۷	۱۶.۷۳
میانگین	۲۲	۲۰	۲۱	۱۶
کجی	۰.۷۱۹	۰.۴۴۱	۰.۳۷۳	۰.۵۷۵

۲۲	۱۳	۲۳	۱۴	دامنه تغییرات
۷	۱۳	۷	۱۳	کمینه
۲۹	۲۶	۳۰	۲۷	بیشینه

جدول ۳. گروه آزمایش قبل از درمان هیپنوتراپی و گروه درمانی (پیش آزمون)

واریانس	انحراف معیار	میانه	میانگین	کجی	دامنه تغییرات	کمینه	بیشینه
۳۲	۵/۶۶	۲۰/۷	۲۰	۰/۴۴۱	۲۳	۷	۳۰

جدول ۳ تحلیل توصیفی نمره‌های گروه آزمایش قبل از مداخله را به ما نشان که بیانگر میانگین میانه انحراف معیار و چولگی نمرات حاصله از آزمون بک می‌باشد.

جدول ۴. گروه آزمایش بعد از درمان هیپنوتراپی و گروه درمانی (پس آزمون)

واریانس	انحراف معیار	میانه	میانگین	کجی	دامنه تغییرات	کمینه	بیشینه
۲۹	۷	۲۲	۰/۵۷۵	۱۶	۱۶/۷۳	۴/۹۳	۲۴/۳۵

جدول فوق که تحلیل توصیفی نمره‌های گروه ۲ قبل از آزمایش را به ما نشان می‌دهد، بیانگر میانگین میانه انحراف معیار و چولگی نمرات حاصله از آزمون بک می‌باشد.

جدول ۵. گروه گواه قبل از درمان گروه درمانی (پیش آزمون)

واریانس	انحراف معیار	میانه	میانگین	کجی	دامنه تغییرات	کمینه	بیشینه
۲۷	۱۳	۱۴	۰/۷۱۹	۲۲	۲۱	۴/۲۹	۱۸/۴۲

جدول ۶. گروه گواه پس از درمان گروه درمانی (پس آزمون)

واریانس	انحراف معیار	میانه	میانگین	کجی	دامنه تغییرات	کمینه	بیشینه
۲۶	۱۳	۱۳	۰/۳۷۳	۲۱	۲۰/۲۷	۴/۱۳	۱۷/۰۶

جداول بالا؛ تحلیل توصیفی نمره‌های گروه گواه قبل از مداخله را نشان که بیانگر میانگین میانه انحراف معیار و چولگی نمرات حاصله از آزمون بک می‌باشد.

### تحلیل‌های مربوط به فرضیه پژوهش

فرضیه پژوهش؛ هیپنوتراپی به همراه گروه درمانی باعث کاهش افسردگی می‌شود. همانگونه که اشاره شد برای کاربرد آزمون آماری کوواریانس لازم است پیش فرض‌هایی بررسی شوند که عبارتند از:

- ۱- آزمون نرمال بودن داده‌ها، کالموگروف-اسمیرینف
- ۲- بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون
- ۳- آزمون برابری واریانس‌ها لوین.

جدول ۷. نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف پیش آزمون و پس آزمون افسردگی به تفکیک گروه

شاخص ها	پیش آزمون افسردگی		پس آزمون افسردگی	
	گواه	آزمایش	گواه	آزمایش
حجم گروه	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵
میانگین	۲۱.۰۶	۲۰.۰۶	۲۰.۱۳	۱۶
انحراف معیار	۴.۲۶	۵.۶	۳.۹۹	۵.۰۳
کالموگروف-اسمیرنف	۰.۵۹۷	۰.۳۹۹	۰.۵۶۷	۰.۶۴۴
سطح معناداری	۰.۸۶۹	۰.۹۹۷	۰.۹۰۵	۰.۸۰۲

در جدول ۷، نتایج آزمون نرمال بودن هر گروه از داده‌های ورودی برای فرضیه پژوهش گزارش شده است. نتایج نشان داد که سطح معناداری تمام گروه داده‌ها از ۰/۰۵ بزرگتر می‌باشد ( $p > ۰/۰۵$ ). به عبارت دیگر توزیع هیچ یک از گروه‌های داده‌های که در تحلیل پژوهش وارد می‌شوند، بطور معناداری از توزیع نرمال انحراف ندارد. بررسی وجود رابطه خطی بین پیش آزمون و پس آزمون نیز بررسی شد که نتایج آن در جدول ۸ گزارش می‌شود.

جدول ۸. نتایج بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون در متغیر وابسته اضطراب

منابع تغییر	ss	df	ms	F	P
گروه‌ها * پیش آزمون	۵۴	۳	۵۴	۲.۳۵	۰.۰۸۲
خطا	۱۲۸۶.۸	۵۶	۲۳		
کل	۱۴۴۸.۹	۵۹			

پس از بررسی شیب رگرسیون مشاهده شد، تعامل تغییرات بین گروه‌ها با متغیر کوواریانس با مقدار F برابر ۲/۳۵ در سطح  $p < ۰/۰۸۲$  معنادار نمی‌باشد. به عبارت دیگر پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون برای این فرضیه برقرار است.

جدول ۹. نتایج بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون در متغیر وابسته افسردگی

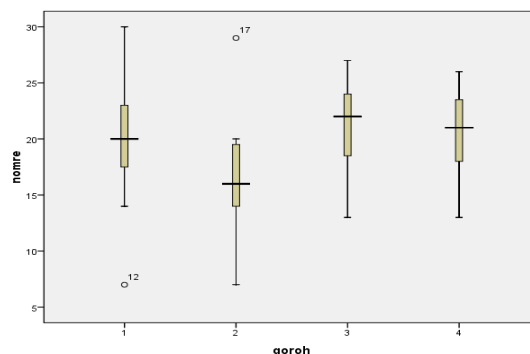
وارینانس	F	df <sup>۱</sup>	df <sup>۲</sup>	p
پس آزمون افسردگی	۲.۳۵	۳	۵۶	۰.۸۷

همانگونه که در جدول ۹، مشاهده می‌شود مقدار F به دست آمده ۲/۳۵ در سطح  $p > ۰/۸۷$  معنادار نمی‌باشد. یعنی بین واریانس‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد و پیش فرض برابری واریانس‌ها نیز برای این فرضیه برقرار است. بعد از اطمینان یافتن از برقراری پیش فرض‌های مورد نیاز برای آزمون، تحلیل کوواریانس اجرا شد. در این جدول مجموع مجذورات SS، درجه آزادی (df)، میانگین مجذورات (MS)، مقدار F و سطح معناداری (P) حاصله گزارش شده است.

جدول ۱۰. نتایج تحلیل کوواریانس متغیر وابسته افسردگی

منابع تغییر	ss	df	ms	F	p
بین گروه‌ها	۱۶۲.۱۸	۳	۵۴.۰۶	۲.۳۵	۰.۰۸۲
خطا	۱۲۸۶.۸	۵۶	۲۲.۹۷		
کل	۱۴۴۸.۹	۵۹			

همانگونه که در جدول ۱۰ مشاهده می شود، مقدار  $F$  به دست آمده  $۲/۳۵$  برای تفاوت بین گروه ها با درجه آزادی ۳ و ۵۶ در سطح  $P < ۰/۸۲$  معنادار می باشد. یعنی فرض پژوهش تایید نشده و هیپنوتراپی تاثیر معناداری بر کاهش افسردگی گروه آزمایشی نشده است. در نمودار زیر توزیع نمرات دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون ارائه شده است.



نمودار ۱. اختلاف میانگین گروه های آزمایشی و کنترل قبل و بعد از مداخله

از آنجایی که مقادیر بحرانی برای آزمون  $F$  بزرگتر یا مساوی ۱ می باشد، بنابراین حداقل شرط معناداری این آزمون این است که مقدار محاسبه شده آن  $F > ۱$  باشد؛ یعنی پراکندگی بین گروهی بزرگتر یا مساوی پراکندگی درون گروهی باشد؛ ولی در تحلیل فوق ما مشاهده می کنیم:  $F_{ob} < ۱$  دیده می شود.

$$F_{ob} = ۰/۰۸۲ < ۱$$

این موضوع نشان دهنده تایید فرض خلاف  $H_0$  صفر است و به ما ثابت می کند که بین روش آزمایشی ما با توجه به در نظر گرفتن گروه کنترل رابطه معناداری وجود ندارد.

### بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام این پژوهش تاثیر هیپنوتراپی به همراه گروه درمانی بر کاهش میزان افسردگی معتادان مراجعه کننده به کلینیک های ترک اعتیاد است. بنابراین از میان مراجعه کنندگان به کلینیک های ترک اعتیاد منطقه ۱۴ تهران یک کلینیک به صورت تصادفی انتخاب و سپس از میان افراد مراجعه کننده به کلینیک دعوت شد تا به صورت داوطلبانه در پژوهش مشارکت نمایند. از میان آنها ۳۰ نفر به انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه تقسیم گمارش شدند. سپس جهت تعیین میزان افسردگی آنها از پرسشنامه بک استفاده شد. گروه آزمایشی افرادی بودند که طی ۱۰ جلسه تحت درمان هیپنوتراپی به همراه گروه درمانی هفته ای یک جلسه قرار گرفتند. گروه گواه فقط تحت درمان گروه درمانی قرار گرفتند. با توجه به سوال این پژوهش که آیا هیپنوتراپی به همراه گروه درمانی بر میزان افسردگی سوء مصرف کنندگان مواد تاثیر دارد؟ باعث پاسخ منفی به سوال پژوهش شد، به این معنا که هیپنوتراپی تاثیر به سزایی در کاهش میزان افسردگی افراد معتاد نداشته است. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش های نظری یاپکو (۲۰۰۱، ۲۰۱۰)، یکسلی (۲۰۰۷)، آنتاس و همکاران (۲۰۱۳)، مک کلو سکی و همکاران (۱۹۹۹)، داب بین (۲۰۰۹) و پژوهش های فیروز آبادی (۱۳۷۳) و لطفی فر (۱۳۹۲) هم راستا نیست. اما سوالی که این بین مطرح می شود این است که چطور هیپنوتراپی در این پژوهش نتوانسته تاثیر معناداری در کاهش افسردگی افراد بگذارد. با توجه به مشاهدات عینی و یافته های این پژوهش می توان دریافت که افراد معتاد غالباً انگیزه ای جهت بهبود و درمان ندارند و به علت اجبار و نگاهی که از سمت جامعه و خانواده در مورد آنها وجود دارد به اکراه تن به ترک اعتیاد می دهند. لذا با توجه به اینکه روان درمانی یک رابطه دوسویه است که در آن مراجع نیز نقش به سزایی ایفا می کند، لذا بدون وجود این فاکتور هیچ درمانی نمی تواند به خواسته های مطلوب خود برسد. شایان ذکر است اگر افراد معتاد در این پژوهش مشارکت نمودند به دلیل پیدا کردن وسیله ای برای پر کردن حس خوشایندی است که بوسیله مواد کسب می کنند.

## منابع

۱. WHO. Depression. ۲۰۲۰. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
۲. Hapt, A., Rosenbaum, D., Fuhr, K., Giese, M., Batra, A., & Ehliis, A. C. (۲۰۲۲). The effects of hypnotherapy compared to cognitive behavioral therapy in depression: a NIRS-study using an emotional gait paradigm. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, ۲۷۲(۴), ۷۲۹-۷۳۹.
۳. Souza, F. L., Moura, M. S., Silva, J. V. A., & Elkins, G. (۲۰۲۴). Hypnosis for depression: Systematic review of randomized clinical trials with meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, ۵۷, ۱۰۱۹۱۳.
۴. Aviles Gonzalez, C. I., Barrui, V., Migliaccio, G. M., Curcio, F., Gioiello, G., Romero, Z., ... & Primavera, D. (۲۰۲۵). Gender Differences in the Perceived Impact of Major Depressive Disorder on Quality of Life: A Cross-Sectional Population Study. *Journal of Clinical Medicine*, ۱۴(۱۷), ۵۹۸۴.
۵. Meyer, J., Meyer, J. S., Farrar, A. M., Biezonski, D., & Yates, J. R. (۲۰۲۲). *Psychopharmacology: Drugs, the brain, and behavior*. Oxford University Press.
۶. Pang, J. W. V., Subramaniam, P., Amit, N., Wahab, S., & Moustafa, A. A. (۲۰۲۴). Hypnotherapy as treatment for depression: A scoping review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 72(۲), ۱۵۵-۱۸۸.
۷. Evans-Lacko, S. A. G. S., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bruffaerts, R., ... & Thornicroft, G. (۲۰۱۸). Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychological medicine*, ۴۸(۹), ۱۵۶۰-۱۵۷۱.
۸. Global Burden of Disease (GBD) [online database]. (۲۰۲۵). Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; ۲۰۲۴ (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>, accessed ۱۳ August ۲۰۲۵).
۹. Bacher, Jamiz. (۲۰۰۷). *Psychopathology*, translated by Yahya Seyed Mohammadi (۱۹۹۹). Tehran: Arasbaran. [In Persian]
۱۰. Guo, J., Garshick, E., Si, F., Tang, Z., Lian, X., Wang, Y., ... & Koutrakis, P. (۲۰۲۴). Environmental toxicant exposure and depressive symptoms. *JAMA Network Open*, 7(۷), e۲۴۲۰۲۵۹.
۱۱. Yazarloo, R. (۲۰۲۳). Sociological analysis of tendency towards addiction and its impact on social health. *Journal of Islamic Life Style Volume*, 6(۴).
۱۲. LaRosa, J. (۲۰۲۰). \$۴۲ billion US addiction rehab industry poised for growth, and challenges. Market Research Blog. <https://blog.marketresearch.com/۴۲-billion-u.s.-addiction-rehab-industry-poised-for-growth-and-challenges>
۱۳. Webster, A. (۲۰۲۲). Does Medicaid cover drug and alcohol rehab? American Addiction Centers. <https://americanaddictioncenters.org/insurance-coverage/using-medicaid-to-pay-for-rehab>
۱۴. Kelly, J. F., Greene, M. C., Bergman, B. G., White, W. L., & Hoepfner, B. B. (۲۰۱۹). How many tries does it take to resolve a substance use problem? Lessons from a national study of recovering adults in the US. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, ۴۳(۷), ۱۵۳۳-۱۵۴۴. <https://doi.org/۱۰.۱۱۱۱/acer.۱۴۰۶۷>