

## اثربخشی بهزیستی درمانی بر نشانگان اضطراب، استرس و افسردگی در مردان تحت درمان اجتماع مدار

بیژن پیرنیا<sup>۱\*</sup>، ستاره منصور<sup>۲</sup>، الهه نجفی<sup>۳</sup>، رضا ریحانی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۳/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۳/۲۷

### خلاصه

**مقدمه:** مداخلات روان شناختی نقش مهمی در پیشگیری و درمان اعتیاد ایفا می نمایند. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان بهزیستی بر اضطراب، استرس و افسردگی در مردان تحت درمان اجتماع مدار در برهه زمانی شهریور ماه لغایت بهمن ماه ۱۳۹۵ صورت پذیرفت.

**مواد و روش ها:** در یک مطالعه تجربی، از میان مصرف کنندگان مت آمفتامین تحت درمان در مرکز اجتماع مدار وردیج، ۳۰ بیمار مرد به صورت داوطلبانه انتخاب شدند و پس از انجام غربالگری بر اساس شاخص های اضطراب، استرس و افسردگی در نهایت ۲۴ بیمار در قالب دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۲ نفر) تحت بررسی قرار گرفتند. درمان بهزیستی طی ۱۲ جلسه و به صورت جلسات یک ساعته هفتگی به گروه آزمایش ارائه شد. همچنین دو بار در هفته تست ادرار با آستانه مفروض سی صد نانوگرم در میلی لیتر به منظور احراز اطمینان از پایبندی به پرهیز از مصرف به عمل آمد. داده ها توسط آزمون های مجذور کای و t مستقل مورد تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** تحلیل یافته ها نشان داد که درمان بهزیستی بر شاخص اضطراب اثربخشی معنی داری داشته است ( $20/84 \pm 2/51$ ) در گروه آزمایش در برابر ( $24/32 \pm 2/13$ ) در گروه کنترل، ( $p < 0/01$ )، گرچه درمان مذکور بر دو شاخص استرس و افسردگی اثربخشی معنی داری نشان نداد ( $p > 0/05$ ).

**نتیجه گیری:** یافته های این مطالعه می تواند چشم انداز امیدوارکننده ای از اثربخشی درمان های مثبت گرا بر شاخص های روان شناختی مصرف کنندگان مواد را ترسیم نماید.

**واژه های کلیدی:** بهزیستی درمانی، اضطراب، درمان اجتماع مدار، اعتیاد

۱- دانشجوی دکترای تخصصی روان شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: b.pirnia@usc.ac.ir، تلفن: ۰۹۱۲۵۳۳۶۷۸۰

۲- دانشجوی دکتری روان شناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، تهران، ایران.

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران.

۵- کارشناس ارشد مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران.

## مقدمه

تعامل اجتماعی از شاخص‌های اثرگذار این درمان تلقی می‌گردند. علاوه بر این، آموزش‌هایی از قبیل کاردرمانی و موسیقی درمانی در این مراکز ارائه می‌گردد [۱۳].

یکی از انواع روان‌درمانی‌ها که می‌تواند در حوزه اعتیاد نقش به‌سزایی داشته باشد، درمان‌های معطوف به روان‌شناسی مثبت‌گرا و از آن جمله بهزیستی درمانی می‌باشد. بهزیستی درمانی یکی از درمان‌های نوین در عرصه روان‌شناسی مثبت‌گرا است که از درمان شناختی رفتاری نشأت گرفته و در مطالعات مختلف به تنهایی و یا در قالب درمان مکمل به کار گرفته شده [۱۴] و اثربخشی آن در درمان اختلالات عاطفی و خلقی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی [۱۵] مورد تأیید قرار گرفته است. Fava و همکاران کارآمدی درمان بهزیستی را در بیماران مبتلا به افسردگی مطلوب گزارش نمودند [۱۴]. همچنین Rafanelli و همکاران اثربخشی بهزیستی درمانی را در قالب یک مطالعه مقدماتی بر روی نمونه‌ای مشتعل بر بیماران دارای نشانگان باقی‌مانده افسردگی ارزیابی و میزان اثربخشی این درمان را بالا گزارش نموده‌اند [۱۵]. در پژوهش Moeenizadeh و Salagame استفاده از درمان بهزیستی در بهبود نشانگان افسردگی با موفقیت همراه بوده است [۱۶].

با عنایت به آنچه از نظر گذشت و با توجه به شیوع چشمگیر مصرف مواد محرک و تأثیرات مخرب فردی، خانوادگی و اجتماعی آن [۲] و همچنین با در نظر گرفتن تأثیرات امیدبخش درمان‌های مثبت‌گرا از جمله بهزیستی درمانی در درمان اختلالات خلقی، مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی بهزیستی درمانی بر نشانگان اضطراب، استرس و افسردگی در مردان تحت درمان اجتماع‌مدار انجام پذیرفت.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه تجربی می‌باشد که در فاصله زمانی شهریور ماه لغایت بهمن ماه ۱۳۹۵ انجام شده است. جامعه این پژوهش را کلیه مردان مصرف‌کننده مت‌آمفتامین در فاز پرهیز از مصرف تشکیل دادند که به یکی از کمپ‌های ترک مواد محرک در شهر تهران مراجعه کرده بودند. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها، پس از کسب مجوزهای لازم از جمعیت خیریه تولد دوباره، همچنین تأمین تأییدیه اخلاقی پس از

مطالعه بیماری‌ها نشان می‌دهد که اعتیاد در زمره ۱۰ بیماری اصلی جای دارد که بار عمده بیماری‌ها را در جهان تشکیل می‌دهد [۱]. اعتیاد به مواد مخدر یک بیماری ویرانگر است که سبب تخریب عملکرد مغز و در پی آن آسیب‌های روان‌شناختی می‌گردد [۲]. مصرف محرک‌ها پدیده‌ای جدید در ایران به شمار می‌آید، با این وجود مطالعات جدید حاکی از میزان بالای مصرف محرک در ایران می‌باشد [۳]. مت‌آمفتامین‌ها دسته‌ای از محرک‌ها به شمار می‌آیند که موجب بالا رفتن خلق، هشیاری و تحریک سیستم اعصاب مرکزی می‌شوند و سرخوشی ناشی از آن ممکن است ۱۲ ساعت به طول انجامد [۴]. میزان مصرف مت‌آمفتامین بین سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۰۸ رشد ۱۵۰ برابری داشته است [۵]. مصرف مت‌آمفتامین‌ها با افزایش رفتارهای پرخطر همراه است [۶]. امکان مصرف تزریقی این مواد، احتمال انتقال بیماری‌های عفونی از قبیل ایدز و هپاتیت را در این افراد افزایش می‌دهد که از عمده‌ترین معضلات سلامت در میان مصرف‌کنندگان ایرانی به شمار می‌آید [۷]. مت‌آمفتامین یک داروی محرک روانی بسیار اعتیادآور می‌باشد که بر انتقال دهنده‌های منوآمین مغز اثر می‌گذارد و با حالات هشیاری، انرژی بالا و نشاط همراه است [۸].

با وجود اینکه در سال‌های اخیر شاهد ظهور درمان‌های متنوعی در این حوزه بوده‌ایم؛ اما برنامه‌های درمانی همچنان ناموفق بوده‌اند [۹]. بررسی‌ها نشان می‌دهند که وضعیت اکثر معتادان به دنبال توقف درمان، عود نموده و دوباره مصرف مواد را آغاز می‌نمایند [۱۰]. یکی از مؤلفه‌های حائز اهمیت در درمان اعتیاد، روان‌درمانی است که پیامدهای درمان را افزایش می‌دهد [۱۱]. Hollon و Driessen نشان دادند که تکنیک‌های شناختی رفتاری به تنهایی و یا همراه با دارودرمانی نقش مهمی در مدیریت اضطراب، افسردگی و ارتباط با اطرافیان داشته و باعث افزایش رضایت فرد از سطح زندگی خویش می‌گردد [۱۲].

درمان اجتماع‌مدار یک فرایند مبتنی بر گروه‌درمانی است. این درمان از مؤلفه‌های اجتماعی به عنوان عوامل مؤثر بر پیشگیری و درمان استفاده می‌نماید. مسئولیت‌پذیری فردی و

نظارت دقیق بر فرایند درمان، رعایت ملاحظات اخلاقی و شرح جلسات آموزشی توسط این نهاد، از میان جامعه مذکور ۷۲ نفر به شیوه داوطلبانه انتخاب و پس از احراز شرایط ورود به پژوهش وارد فاز غربالگری شدند. بر اساس نتایج غربالگری ۳۰ نفر که بالاترین نمرات را در حد فاصل دو انحراف استاندارد پایین‌تر از میانگین در شاخص‌های سه‌گانه کسب نمودند وارد فاز مداخله شدند. در اجرای این مطالعه یک پزشک، یک روان‌پزشک، یک روان‌شناس بالینی و یک پرستار مشارکت داشتند، ملاک‌های ورود در این پژوهش عبارت بودند از: (۱) سن تقویمی ۲۷-۱۸ سال، (۲) سابقه حداقل یک ماه پرهیز از مصرف مت‌آمفتامین، (۳) دارا بودن حداقل سطح تحصیلات دیپلم. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: (۱) گزارش تست ادرار مثبت در طول دوره درمانی، (۲) بهره‌گیری از درمان‌های دارویی و روان‌شناختی مکمل و (۳) دو هفته غیبت مستمر از حضور در جلسات درمان. شرکت‌کنندگان مدت زمانی ۱۴ روز قبل از تخصیص تصادفی مورد ارزیابی‌های پزشکی و روان‌شناختی قرار گرفتند و پس از آن وارد فاز ارزیابی خط پایه شدند. داده‌های پژوهش در خلال دی ماه ۱۳۹۲ لغایت آذر ۱۳۹۳ با استفاده از مصاحبه بالینی و پرسشنامه‌های مبتنی بر خود گزارشی جمع‌آوری شدند. مدتی پس از آغاز فرایند پژوهش (بین هفته‌های سوم تا نهم) ۶ نفر به دلایل مختلف از جمله غیبت در جلسات درمانی و گزارش تست ادرار مثبت از پژوهش خارج شدند. ۲۴ شرکت‌کننده، به طور تصادفی و با استفاده از نرم‌افزار اکسل در دو گروه (هر گروه ۱۲ نفر)، آزمایش و کنترل تخصیص یافتند. به منظور اطمینان از تعهد آزمودنی‌ها نسبت به پرهیز از مصرف ادرار شرکت‌کنندگان به مدت یک ماه به صورت دو بار در هفته و پس از آن هر ۱۵ روز یک بار به صورت تصادفی اخذ و بر اساس آستانه مفروض سی‌صد نانوگرم در میلی‌لیتر تحلیل شد [۱۷]. پروتکل درمان بهزیستی به صورت گروهی به مدت ۱۲ جلسه و هر جلسه ۶۰ دقیقه (سه ماه، هفته‌ای یک جلسه، جلسه ابتدایی به مصاحبه بالینی و یک جلسه نهایی به جمع‌بندی و ختم درمان اختصاص یافت) اجرا شد [۱۸]. بهزیستی درمانی یک برنامه درمانی کوتاه‌مدت (هشت جلسه‌ای) سازمان یافته، رهنمودی و مشکل‌مدار است. در این درمان از خودنگری‌ها،

خاطره نویسی منظم و تعاملات درمانجو و درمانگر برای افزایش بهزیستی روان‌شناختی درمانجو استفاده می‌شود [۱۹]. پس از گذشت دوازده جلسه درمانی کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش برای دومین بار و این بار در قالب پس‌آزمون، توسط پرسشنامه ذکر شده مورد ارزیابی قرار گرفتند. پروتکل درمان بهزیستی در جدول ۱ ارائه شده است. رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان در این پژوهش اخذ شد و به امتناع افراد از قبول یا ادامه شرکت در مطالعه احترام گذاشته شد. تلاش شد انجام روش‌های تحقیق با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی‌ها مغایر نباشد و شرکت‌کنندگان پژوهش در تمامی مراحل طراحی، اجرا و گزارش پژوهش از بعد کرامت انسانی، احترام و تمامیت جسمانی و روانی مورد حفاظت قرار گیرند تا انجام پژوهش خلل یا وقفه‌ای در روند مراقبت‌های پزشکی آزمودنی‌ها ایجاد ننماید. به منظور رعایت اصول اخلاقی، پس از پایان فرایند درمان، ۴ جلسه درمان گروهی بهزیستی به آزمودنی‌های لیست انتظار ارائه شد.

در این مطالعه از پرسشنامه جمعیت‌شناختی، مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات، پرسشنامه محقق‌ساخته جمعیت‌شناختی، پرسشنامه افسردگی، اضطراب و تنیدگی DASS-21 و همچنین جهت ارزیابی عدم مصرف مواد از کیت نشانگر مصرف محرک (شرکت آبن) استفاده شد.

۱- مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID) یک مصاحبه بالینی است که برای تشخیص اختلال‌های محور یک بر اساس DSM - IV به کار می‌رود. ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID، ۰/۶۰ گزارش شده است [۲۰]. توافق تشخیصی این ابزار به زبان فارسی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی با پایایی بالاتر از ۰/۶۰ مطلوب بوده است، ضریب کاپا برای کل تشخیص‌های فعلی و تشخیص‌های طول عمر به ترتیب ۰/۵۲ و ۰/۵۵ به دست آمده است [۲۱].

۲- پرسشنامه جمعیت‌شناختی توسط پژوهشگر به منظور جمع‌آوری اطلاعات فردی نظیر سن، تحصیلات، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، سابقه بیماری، سابقه درمان و مدت زمان مصرف مواد تهیه و مورد استفاده قرار گرفت.

جدول ۱- خلاصه ای از محتوی جلسات درمان بهزیستی

جلسه	عنوان
اول	مصاحبه
دوم	تعریف فرایند برنامه آموزشی-درمانی و اهداف برای معنادران شرکت‌کننده در فرایند درمان / ارائه فرم‌ها و دفترچه خاطرات / تصریح تعهدات دو جانبه در برنامه / پیش‌آزمون
سوم	در مورد چارچوب بهزیستی‌درمانی / نقش درمانگر و مسئولیت‌های مراجع بحث می‌شود / نقش فقدان هیجانان مثبت در تداوم وابستگی به مواد مطرح می‌شود / کاربرد معرفی ثبت خود
چهارم	بررسی تکالیف جلسه قبل / شناسایی دوره‌های بهیاشی به کمک کشف هیجانان مثبت / ترغیب شخص به ثبت رویدادها در دفترچه خاطرات / کاربرد رها شدن از کینه
پنجم	بررسی تکالیف جلسه قبل / خوش‌بینی و امید / مراجعان هدایت می‌شوند به فکر کردن درباره زمانی که در یک کار مهم شکست می‌خورند / سپس از مراجعان خواسته می‌شود که توجه کنند وقتی یک در بسته می‌شود / چه درهای دیگری باز می‌شود / کاربرد گشایش درهای جدید در زندگی
ششم	بررسی تکالیف جلسه قبل / پذیرش خود و نقش آن در آرامش روانی / پذیرش تجارب ناکام‌کننده به جای انکار یا تلاش برای فراموشی آن‌ها / کاربرد نامه امید
هفتم	بررسی تکالیف جلسه قبل / استفاده از مکان‌های عمومی در کشف استدلال‌های غیرمنطقی / هدف‌مندی و انکس / اهداف بلندمدت در جهت‌دهی به زندگی / کاربرد موهبت‌ها
هشتم	کاربرد موهبت‌ها / بخشش به عنوان وسیله‌ای قدرتمند که می‌تواند خشم را به هیجانان مثبت تبدیل نماید / تسلط بر محیط به عنوان مؤلفه‌ای از سلامت روان / کاربرد نامه بخشش
نهم	بررسی تکالیف جلسه قبل / رشد شخصی و بررسی میزان تحول شناختی اجتماعی و با دوره‌های رکود احتمالی / نقش شناخت‌های ناکارآمد در ایجاد رکود / کاربرد ثبت عواطف
دهم	بررسی تکالیف جلسه قبل / قدردانی به عنوان تشکر بادوام مورد بحث قرار می‌گیرد و خاطرات خوب و بد مجدداً با تأکید بر قدردانی برجسته می‌شوند / مثال‌های عملی از تأثیر خوش‌بینی و بدبینی بر مصرف مواد و پرهیز از مصرف / کاربرد قدردانی
یازدهم	بررسی تکالیف جلسه قبل / ارائه مؤلفه‌های خودمختاری و روابط مثبت با دیگران / پیشرفت مرور شده / جمع‌بندی صورت می‌گیرد / پس‌آزمون
دوازدهم	جدا شدن از گروه / تعیین ملاقات‌های دوره‌ای با گروه آزمایش و ارائه نتایج پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها

کرد [۲۲]. همچنین همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک ( $r=0,74$ ) و با پرسشنامه اضطراب بک ( $r=0,81$ ) بالا گزارش شده است [۲۲]. در ایران نیز همبستگی بین زیر مقیاس افسردگی DASS با آزمون افسردگی بک را  $0,70$ ، زیر مقیاس اضطراب DASS با آزمون اضطراب زانگ  $0,67$  و زیر مقیاس تنیدگی DASS با آزمون تنیدگی ادراک شده را  $0,49$  گزارش نموده‌اند [۲۳].

۴- تست ادراک: این ارزیابی توسط کیت‌های (مت‌آفتمین) نشانگر اعتیاد که ابزاری ساده جهت ارزیابی مصرف یا عدم مصرف مت‌آفتمین می‌باشند به مدت چهار هفته به صورت دو بار در هفته و پس از آن هر ۱۵ روز یک بار به صورت تصادفی صورت می‌گیرد [۱۷].

در مطالعه حاضر با توجه به وجود طرح مستقل در قالب پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین وجود متغیرهای وابسته سه‌گانه با مقیاس فاصله‌ای از آزمون پارامتریک تی مستقل استفاده شد. پیش از انجام تحلیل، مفروضه نرمال بودن توزیع متغیرها توسط آزمون کولموگروف اسمیرنوف مورد ارزیابی قرار گرفت و برقراری پیش شرط مذکور احراز شد. جهت تحلیل داده از نرم افزار SPSS ویرایش ۲۰ و سطح معنی‌داری  $0,01$  استفاده شد.

۳- مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی (Depression -21 Anxiety Stress Scales) توسط Lovibond ساخته شده است و مجموعه‌ای از سه زیر مقیاس خودسنجی می‌باشد که برای اندازه‌گیری حالت‌های هیجانی منفی افسردگی، اضطراب و تنیدگی طراحی شده است. هر یک از سه زیر مقیاس آن شامل ۷ ماده می‌باشند که در قالب مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای اصلاً تا زیاد نمره‌گذاری می‌شوند. پایین‌ترین نمره ۲۱ و بالاترین نمره در این مقیاس ۸۴ می‌باشد که بر میزان بالای نشانگان مذکور اشاره دارد. زیر مقیاس افسردگی ملامت، ناامیدی، بی ارزش شمردن زندگی، نارزنده‌سازی خود، فقدان علاقه / مشارکت، بی‌لذتی و سکون را اندازه می‌گیرد. زیر مقیاس اضطراب برپایی خودکار، تأثیرات اسکلتی ماهیچه‌ای، اضطراب موقعیتی و تجربه فاعلی احساس اضطراب را می‌سنجد. زیر مقیاس تنیدگی نسبت به سطح برپایی مزمن و غیر اختصاصی حساس است و دشواری در آرام شدن، برپایی عصبی، سهولت در تحریک‌شدگی / ناآرامی، فزون تحریک‌پذیری / واکنش‌پذیری و عدم تحمل را اندازه‌گیری می‌کند. Lovibond قابلیت اعتماد DASS برای هر سه مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی را با استفاده از آلفای کرونباخ (به ترتیب  $0,91$ ،  $0,84$  و  $0,90$ ) قابل قبول ارزیابی

**یافته‌ها**

در تحلیل داده‌ها ابتدا ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها در دو گروه پژوهش ارائه و بررسی شد. سپس

نمرات متغیرهای سه‌گانه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط آزمون تی مستقل مورد بررسی قرار گرفت. در جدول ۲ وضعیت جمعیت‌شناختی نمونه‌های پژوهش نشان داده شده‌است.

جدول ۲- وضعیت جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

P*	آزمایش		شاخص
	کنترل	فراوانی-درصد	
۰/۶۴	۴ (۳۳)	۵ (۴۲)	زیر دیپلم
	۸ (۶۷)	۷ (۵۸)	دیپلم به بالا
۰/۶۴	۵ (۴۲)	۴ (۳۳)	زیر ۱۸
	۷ (۵۸)	۸ (۶۷)	بالای ۱۸
۰/۳۹	۶ (۵۰)	۵ (۴۲)	شاغل
	۶ (۵۰)	۷ (۵۸)	بیکار
۰/۶۴	۵ (۴۲)	۴ (۳۳)	کمتر از یک میلیون تومان
	۷ (۵۸)	۸ (۶۷)	بیشتر از یک میلیون تومان

(p<۰/۰۵)\*

در مقایسه بین گروهی شاخص‌های سه‌گانه نتایج به صورت میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای سه‌گانه در مرحله پس‌آزمون ارائه شده است. (جدول ۳)

جدول ۳- نتایج آزمون تی مستقل در مورد شاخص‌های سه‌گانه در گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون

متغیر	گروه	مرحله	میانگین و انحراف استاندارد	آماره تی	سطح معناداری
اضطراب	آزمایش	پس آزمون	۲۰/۸۴(۲/۵۱)	۲/۸۴*	۰/۰۱
	کنترل	پس آزمون	۲۴/۳۲(۲/۱۳)		
استرس	آزمایش	پس آزمون	۲۱/۹۲(۱/۷۹)	۱/۰۹	۰/۱۷
	کنترل	پس آزمون	۲۳/۴۸(۲/۲۶)		
افسردگی	آزمایش	پس آزمون	۲۴/۱۲(۲/۴۱)	۱/۲۹	۰/۱۱
	کنترل	پس آزمون	۲۴/۵۴(۲/۰۸)		

آزمون تی مستقل\* (p<۰/۰۱) اختلاف معنی دار

معنی‌داری را در دو گروه آزمایش و کنترل نشان نمی‌دهد با توجه به یافته‌های مذکور اثربخشی درمان بهزیستی بر متغیر اضطراب معنی‌دار می‌باشد (p<۰/۰۱).

همان‌طور که مشاهده می‌شود نمرات دو نوبت ارزیابی تنها در متغیر اضطراب تفاوت معنی‌داری را در دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهند. در متغیر استرس تفاوت مشاهده شده بین دو نوبت ارزیابی در دو گروه آزمایش و کنترل معنی‌دار نمی‌باشد و متغیر افسردگی نیز تفاوت

**بحث**

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد درمان بهزیستی در بهبود شاخص اضطراب در بیماران وابسته به مواد تأثیر معنی‌داری ایفا نموده است. در حالی که درمان بهزیستی اثربخشی معناداری بر دو شاخص استرس و اضطراب نداشته است. در مورد اثربخشی درمان مذکور بر شاخص اضطراب چندین مطالعه با یافته‌های مشابه پژوهش حاضر انجام شده است. در این راستا و همسو با یافته‌های مطالعه ما، در پژوهش Fava و همکاران مزایای افزودن بهزیستی درمانی به فرایند درمان شناختی‌رفتاری در کاهش نشانگان اضطراب فراگیر مورد کارآزمایی قرار گرفت. نتایج نشان داد افزودن بهزیستی درمانی به درمان مرسوم شناختی‌رفتاری سبب بهبود نشانگان اضطراب فراگیر می‌گردد که در پیگیری یک ساله نیز پایدار ماند [۲۴]. همچنین Fava و Tomba در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که بهزیستی درمانی در افزایش رشد شخصی و انعطاف‌پذیری روانی و کاهش افسردگی و اضطراب اثربخش می‌باشد [۲۵]. Fava و همکاران میزان اثربخشی بهزیستی درمانی بر کاهش نشانگان اختلالات اضطرابی را نامطلوب گزارش کردند. البته توصیه نمودند که در این زمینه به مطالعات کنترل‌شده بیشتری است [۲۶]. همچنین در مطالعه Zarif و همکاران گروه تحت درمان بهزیستی تفاوت معناداری را در نمرات افسردگی و اضطراب نشان ندادند [۲۷]. یکی از دلایل عدم اثربخشی مطالعه مذکور کوتاه بودن دوره درمان می‌باشد که در قالب هشت جلسه هفتگی ارائه شد.

در پژوهش حاضر اثربخشی درمان بهزیستی بر شاخص استرس معنی‌دار نبود. در مطالعه‌های Zarif و همکاران در قالب یک مداخله بالینی در زنان نابارور مشهودی، به بررسی اثربخشی درمان بهزیستی بر نشانگان استرس پرداختند. نتایج مطالعه مذکور نشان داد که این درمان در کاهش شاخص استرس کارآمد بوده است [۲۷]. البته تفاوت‌های زیادی میان نمونه مطالعه مذکور با پژوهش حاضر وجود دارد که مقایسه یافته‌ها را مشکل می‌سازد. زنان نابارور دوره‌هایی از افسردگی را در فرایند تحول تجربه می‌نمایند، حال آن که مردان مصرف‌کننده مت‌آمفتامین در خلال ماه اول پرهیز دوره‌ای از سرخوشی و اعتماد به نفس بالا را گزارش می‌کنند. در مطالعه حاضر اثربخشی درمان بهزیستی بر شاخص

افسردگی مشاهده نشد، پیشینه پژوهشی غالباً ناهمسو با یافته‌های مطالعه حاضر می‌باشد. در تضاد با یافته‌های مطالعه حاضر، Rafanelli و همکاران کارآمدی بهزیستی درمانی را در قالب یک مطالعه مقدماتی بر روی نمونه‌ای مشتمل بر بیماران دارای نشانگان باقی‌مانده افسردگی در فاز پس از دارو درمانی مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج مطالعه نشان داد که بهزیستی درمانی در کاهش نشانگان افسردگی اثربخش بوده است و این کارآمدی پس از پیگیری چهار ساله نیز پایدار ماند [۱۵]. تفاوت مطالعه حاضر ما با پژوهش مذکور از چند جنبه قابل بررسی است. اول اینکه نمونه مطالعه حاضر مشتمل بر مصرف‌کنندگان مواد و به طور خاص مت‌آمفتامین بود، تفاوت در ماهیت دوپامینی مواد محرک، تبیین‌کننده تفاوت نشانگان خلقی در مصرف‌کنندگان مواد نسبت به دیگر بیماران می‌باشد. دوم اینکه در نمونه مطالعه Fava و Tomba بیماران با نشانگان باقی‌مانده افسردگی، پس از درمان دارویی، درمان بهزیستی را دریافت نمودند که می‌تواند با نتایج متفاوتی نسبت به مراجعان کمپ اعتیاد همراه باشد.

در مطالعه دیگری Fava و همکاران اثربخشی درمان بهزیستی را در بیماران مبتلا به افسردگی راجعه با سابقه بیش از سه دوره افسردگی پس از دارو درمانی مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج نشان داد که درمان بهزیستی با میزان پائین‌تری از عود نشانگان نسبت به گروه کنترل همراه بوده است [۱۴]. تفاوت مطالعه Fava و همکاران با پژوهش حاضر در مدت طولانی‌تر ارائه درمان بهزیستی می‌باشد که در قالب بیست جلسه درمانی انجام پذیرفت. همچنین در پژوهشی که Moenizadeh و Salagame با هدف ارزیابی کارآمدی بهزیستی درمانی بر نشانگان افسردگی بر روی نمونه‌ای ۴۰ نفری از آزمودنی‌های ایرانی در سال ۲۰۱۰ انجام دادند، تفاوت معنی‌داری بین نمرات قبل و بعد از درمان مشاهده شد و بهزیستی درمانی از درمان شناختی‌رفتاری مؤثرتر بود [۱۶]. حجم نمونه بالاتر نسبت به مطالعه حاضر که می‌تواند در معنی‌داری نتایج منعکس گردد از تفاوت‌های دو مطالعه می‌باشد. همچنین در تضاد با یافته‌های مطالعه حاضر، Fava و همکاران نشان دادند که بهزیستی درمانی در دراز مدت نشانگان اختلال افسردگی عمده را کاهش می‌دهد [۲۸]. Fava

نیازمند گسترش مداخلات مؤثر جهت افزایش و تقویت این فرآیندها می‌باشد. یافته‌های این پژوهش با چندین محدودیت همراه بود. عمده‌ترین این محدودیت‌ها عبارت بودند از: (۱) مقطعی بودن مطالعه مانع استنتاج کلی و پیش‌بینی جامع می‌گردد، (۲) استفاده از روش ارزیابی خودگزارشی در موضوعات حساسیت برانگیز اغلب تمایل به ایجاد تصویر مطلوب اجتماعی و سوگیری‌های احتمالی را تسهیل می‌سازد، و (۳) نمونه پژوهش حاضر شامل مددجویانی بود که در دوره زمانی ۴۵-۱۵ روز پس از پرهیز به سر می‌بردند، این دوره زمانی در بردارنده ویژگی‌های روان‌شناختی خاصی است که تعمیم یافته‌ها به دیگر دوران تحول در فرایند پرهیز را مشکل می‌سازد.

پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از نمونه‌ای با حجم وسیع‌تر استفاده شود تا به واسطه خطای آماری کمتر از یک سو و میزان معنی‌داری واقعی از سوی دیگر بتوان با اطمینان بیشتری در مورد خصایص جامعه مذکور اظهار نظر نمود. همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی تفاوت‌پذیری از درمان در مراحل متفاوت سپری شده از فاز پرهیز از مصرف مورد توجه قرار گیرد. همچنین به منظور ارزیابی‌های دقیق‌تر، شایسته است از ابزارهای نورو سایکولوژیک در کنار پرسشنامه‌ها یاری جست. انجام یک پژوهش تکمیلی در زمینه اثربخشی درمان بهزیستی در جامعه زنان و در قالب یک کارآزمایی کنترل شده و همچنین کاربست این درمان در جامعه مصرف‌کنندگان دیگر مواد محرک می‌تواند مسیر مناسبی برای پژوهش‌های آتی در این حیطه باشد.

#### نتیجه‌گیری:

به طور خلاصه یافته‌های این مطالعه نشان داد درمان بهزیستی بر نشانگان اضطراب مردان مصرف‌کننده مت‌آمفتامین در فاز پرهیز از مصرف اثربخش بوده است. با این وجود این درمان اثربخشی معنی‌داری بر دو شاخص استرس و افسردگی نداشته است. اهمیت کاربردی این یافته‌ها در درک تفاوت میان سه سازه اضطراب، استرس و افسردگی در بیماران مصرف‌کننده مواد و همچنین بررسی تفاوت دوره‌های پرهیز و اثرگذاری آن در تأثیرپذیری از درمان می‌باشد.

و Tomba در پژوهش خود نشان دادند که بهزیستی‌درمانی در کاهش نشانگان افسردگی اثربخش می‌باشد [۲۵]. در تبیین یافته‌های این پژوهش مبنی بر عدم اثربخشی درمان بهزیستی بر دو شاخص استرس و افسردگی موارد شایان ذکری وجود دارد که به آن‌ها اشاره می‌شود. هرچند تفاوت میان اضطراب و استرس غالباً قابل تشخیص نیست و اشتراکات بسیاری بین این دو سازه وجود دارد اما میان این دو شاخص روان‌شناختی تفاوت‌هایی نیز موجود است. در واقع این دو احساس از دو منشأ متفاوت ظهور می‌یابند. افراد معمولاً از منشأ عوامل استرس‌زا آگاه می‌باشند، اما در مورد اضطراب آگاهی کمتری نسبت به رویدادهای برانگیزاننده آن وجود دارد. پژوهش Pirnia و همکاران پیشینه پژوهشی گویای ارتباط میان مصرف مزمن مت‌آمفتامین و اضطراب می‌باشد که حاصل تغییرات ساختاری در محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال و ترشح سطوح بالاتر کورتیزول در مواجهه با رویدادهای مخاطره‌آمیز می‌باشد [۲۹]. در مطالعه حاضر نیز این شاخص تحت تأثیر درمان بهزیستی کاهش یافت. از سوی دیگر، اثربخشی درمان بهزیستی بر شاخص افسردگی معنی‌دار نبود. به منظور درک چرایی تأثیرناپذیری از درمان لازم است که به دوره زمانی پرهیز از مصرف و انعکاس این دوره در مؤلفه‌های روان‌شناختی اشاره گردد. در فرایند پرهیز از مصرف دوره‌های وجود دارد که اصطلاحاً "ماه غسل" پرهیز خوانده می‌شود که ۴۵-۱۵ روز ابتدای پرهیز از مصرف را شامل می‌شود. در این دوره معمولاً شاهد بروز شاخص‌های روان‌شناختی از قبیل انرژی و اعتماد به نفس بالا هستیم که نقطه مقابل نشانگان افسردگی می‌باشد. از آن‌جا که نمونه این مطالعه در بر دارنده مددجویانی در فاصله زمانی مذکور بود، می‌توان انتظار داشت که نشانگان افسردگی در این دوره زمانی در پایین‌ترین سطح مشاهده گردد و متعاقباً میزان اثرپذیری آن نسبت به درمان معنی‌دار نباشد. این جنبه از یافته‌ها نیازمند انجام پژوهش‌های کنترل شده بیشتری است.

به نظر می‌رسد اکنون روان‌شناسی بیش از هر زمان دیگر نیازمند نقشه‌ای کارآمد در مورد عملکرد بهینه انسانی است. وظیفه آینده روان‌شناسی مثبت‌گرا درک عواملی است که توانمندی‌ها را بر می‌انگیزند. در نهایت روان‌شناسی مثبت‌گرا

## تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

## تشکر و قدردانی

نویسندگان از تمامی افرادی که در این مطالعه شرکت نمودند و در تسهیل فرایند پژوهش یاری رساندند به خصوص مدیریت محترم کمپ وردیچ و سرکار خانم طلوعیان روان‌شناس مرکز و دیگر پرسنل این مرکز کمال تشکر و قدردانی را دارند.

## سهام نویسندگان

در این پژوهش بیژن پیرنیا و ستاره منصور مسئولیت اجرای طرح و جمع‌آوری داده‌ها را بر عهده داشتند. الهه نجفی داده‌های پژوهش را تحلیل و تفسیر نمود. رضا ریحانی و بیژن پیرنیا مسئولیت بازنگری نهایی را بر عهده داشتند.

## References

- Mathers CD, Bernard C, Iburg KM, Inoue M, Ma Fat D, Shibuya K, et al. Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results. Global programme on evidence for health policy discussion paper 2003;54:1-118.
- Famitafreshi H, Karimian M, Fatima S. Synergistic Effects of Social Isolation and Morphine Addiction on Reduced Neurogenesis and BDNF Levels and the Resultant Deficits in Cognition and Emotional State in Male Rats. *CMP* 2016;9(4):337-47.
- Moeeni M, Razaghi EM, Ponnet K, Torabi F, Shafiee SA, Pashaei T. Predictors of time to relapse in amphetamine-type substance users in the matrix treatment program in Iran: a Cox proportional hazard model application. *BMC psychiatry* 2016;16(1):265.
- Barr AM, Panenka WJ, MacEwan GW, Thornton AE, Lang DJ, Honer WG, et al. The need for speed: an update on methamphetamine addiction. *JPN* 2006;31(5):301-13.
- Radfar SR, Rawson RA. Current research on methamphetamine: epidemiology, medical and psychiatric effects, treatment, and harm reduction efforts. *Addiction & health* 2014;6(3-4):146-54.
- Pirnia B, Mansour S, Rahmani S, Soleimani AA. Sexual Behavior and Age Differences in Methamphetamine Dependent and Non-Dependent Men Who Have Sex with Men (MSM). *Practice in Clinical Psychology* 2015;3(4):273-82.
- Rahimi-Movaghar A, Razaghi EM, Sahimi-Izadian E, Amin-Esmaeili M. HIV, hepatitis C virus, and hepatitis B virus co-infections among injecting drug users in Tehran, Iran. *International Journal of Infectious Diseases* 2010;14(1):e28-e33.
- Shahmohammadi F, Golesorkhi M, Kashani MMR, Sangi M, Yoonessi A, Yoonessi A. Neural correlates of craving in methamphetamine abuse. *Basic and clinical neuroscience* 2016;7(3):221-30.
- Adrian M. Do treatments and other interventions work? Some critical issues. *Substance use & misuse* 2001;36(13):1759-80.
- McLellan AT, McKay JR, Forman R, Cacciola J, Kemp J. Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction* 2005;100(4):447-58.
- Pirnia B, Rezayi A, Rahimian Bogar E. On the Effectiveness of Well-Being Therapy in Mental Health, Psychopathology, and Happiness in Methamphetamine-Dependent Men. *Res on Addic* 2016;10(37):227-40.
- Driessen E, Hollon SD. Cognitive behavioral therapy for mood disorders: efficacy, moderators and mediators. *Psychiatric Clinics of North America* 2010;33(3):537-55.
- Pirnia B, Tabatabaei SKR, Tavallai A, Soleimani AA, Pirnia K. The Efficacy of Contingency Management on Cocaine Craving, using Prize-based Reinforcement of Abstinence in Cocaine Users. *Electronic Physician* 2016;8(11):3214.
- Fava GA, Rafanelli C, Cazzaro M, Conti S, Grandi S. Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological medicine* 1998;28(02):475-80.
- Rafanelli C, Park SK, Fava GA. New psychotherapeutic approaches to residual symptoms and relapse prevention in unipolar depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 1999;6(3):194-201.
- Moeenizadeh M, Kumar SKK. Well-being therapy (WBT) for depression. *International Journal of Psychological Studies* 2010;2(1):107-15.
- Johnson BA. Recent advances in the development of treatments for alcohol and cocaine dependence. *CNS drugs* 2005;19(10):873-96.



18. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology* 1989;57(6):1069-81.
19. Fava GA. Well-being therapy: Conceptual and technical issues. *Psychotherapy and psychosomatics* 1999;68(4):171-9
20. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB. Structured clinical interview for DSM-IV-TR axis I disorders, research version, patient edition. *SCID-I/P 2002*; 2(4): 87-98.
21. Sharifi V, Assadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. A persian translation of the structured clinical interview for diagnostic and statistical manual of mental disorders: psychometric properties. *Comprehensive psychiatry* 2009;50(1):86-91.
22. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy* 1995;33(3):335-43.
23. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian population. *Iranian Psychologists* 2005;4(1):299-313 .[Persian]
24. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Salmaso L, Mangelli L, et al. Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and psychosomatics* 2005;74(1):26-30.
25. Fava GA, Tomba E. Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *Journal of personality* 2009;77(6):1903-34.
26. Fava GA, Tomba E, Grandi S. The road to recovery from depression—don't drive today with yesterday's map. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2007;76(5):260-5.
27. Zarif ARIF GYH, Aghamohamimadian SH, Mousavifar N, Moeenizadeh M. The effectiveness of well-being therapy on stress, and psychological well-being in infertile women. *IJOGI* 2012;15(2):49-56 .[Persian]
28. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C. Sequential treatment of mood and anxiety disorders. *The Journal of clinical psychiatry* 2005;66(11):1392-400.
29. Pirnia B, Givi Pirnia B, Givi F, Roshan R, Pirnia K, Soleimani AA. The cortisol level and its relationship with depression, stress and anxiety indices in chronic methamphetamine-dependent patients and normal individuals undergoing inguinal hernia surgery. *MJIRI* 2016;30:395.

# Effectiveness of Well Being Therapy on Symptoms of Anxiety, Stress and Depression in Men on Therapeutic-Community

Pirnia B<sup>1</sup>, Mansour S<sup>2</sup>, Najafi E<sup>3</sup>, Reyhani R<sup>4</sup>

1- PhD Student of Clinical Psychology, Dept of Psychology, Faculty of Humanities, University of Science and Culture, Tehran, Iran. (Corresponding Author).

Email: b.pirnia@usc.ac.ir, Tel: 09125336780

2- PhD Student of Health Psychology, Dept of Psychology, Islamic Azad University Roudehen Branch, Tehran, Iran.

3- MSc Student in Clinical Psychology, Islamic Azad University Arak Branch, Arak, Iran.

4- MSc, Dept of Counseling, Faculty of Humanities, University of Bojnord, Bojnord, Iran.

Received: 18 June 2016

Accepted: 17 June 2017

**Introduction:** Psychological interventions play an important role in the prevention and treatment of addiction. This research was done with the purpose of investigating the efficacy of well-being therapy on three indexes of anxiety, stress and depression.

**Materials and Methods:** In this experimental study, from August to January, 2014, thirty men using methamphetamine under supervision of Verdich Therapeutic-Community Center were voluntarily selected. They were then screened based on the diagnostic criteria for anxiety, stress and depression, and finally twenty-four patients were included and randomly assigned into two groups of twelve ,experiment and control group. The experimental group received 12 weekly sessions of well-being each lasting one hour. Also, addiction urine test was taken two times per week with cutoff value 300 Ng/ml. The data were analyzed by Chi-Square and t-tests.

**Results:** Data analysis showed that well-being therapy had a significant effect on anxiety ( $20.84 \pm 2.51$  for exp group vs  $24.32 \pm 2.13$  for control group,  $p < 0.01$ ). However, this intervention had no significant effect on stress and depression indexes ( $p > 0.05$ ).

**Conclusion:** The findings of this study may have an optimistic outlook on the efficacy of therapeutic interventions on psycho-cognitive impairments.

**Key Words:** Well-being Therapy, Anxiety, Therapeutic Communication, Addiction

---

### Please cite this article as follows:

Pirnia B, Mansour S, Najafi E, Reyhani R. Effectiveness of Well Being Therapy on Symptoms of Anxiety, Stress and Depression in Men on Therapeutic-Community, a Randomized Clinical Trial. Community Health journal 2017; 10(4): 47-56.

---

**Funding:** personal funds.

**Conflict of interest:** None declared.

**Ethical approval:** The Ethics Committee of Tehran University approved the Study.