

اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر آسیب به خود و خودانسجامی افراد معتاد به موادمخدر

مریم فراهانی^۱، حسن حیدری^۲

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر آسیب به خود و خودانسجامی افراد معتاد به موادمخدر بود. طرح تحقیق آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. در این پژوهش، ۳۶ نفر از معتادان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر اراک به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از پرسشنامه آسیب به خود و خودانسجامی استفاده شد. برای گروه آزمایشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری به مدت ۷ جلسه اعمال شد و برای گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای انجام نشد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج نشان داد که گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر آسیب به خود و خودانسجامی تأثیر معنی‌دار دارد. با توجه به یافته‌ها می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری گروهی در کاهش رفتار آسیب به خود و در افزایش خودانسجامی اثربخش بوده است و می‌تواند به‌عنوان یک روش مورد استفاده قرار گیرد. فرایند شناختی نقش مهمی در شکل‌گیری و تداوم رفتارهای نامتناسب و خود تخریبی و خودانسجامی دارد، از این رو می‌توان با تغییر شناخت به بهبود وضعیت زندگی فردی و اجتماعی افراد کمک کرد.

کلیدواژه‌ها: گروه‌درمانی شناختی-رفتاری، آسیب به خود، خودانسجامی، اعتیاد، موادمخدر

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمین، خمین، ایران. پست

الکترونیک: maryamfarahani0086@gmail.com

۲. دانشیار گروه روانشناسی و مشاوره دانشگاه خمین، خمین، ایران

مقدمه

بشر امروزی بیش از پیش با معضلات و مسائل تنش‌زا و آسیب‌رسان درگیر بوده و متأسفانه بسیاری از افراد صرف‌نظر از سطح فرهنگی و طبقه اجتماعی و اقتصادی، به انجام رفتارهای خود تخریب‌گرایانه^۱ و آسیب‌رسان مبادرت می‌ورزند که به سلامت جسم و روان لطمات جبران‌ناپذیری وارد می‌کند. افرادی که سوء‌مصرف مواد دارند با توجه به شرایط و تغییرات روانی بیشتر از سایرین در معرض خطر بوده و امکان بروز این‌گونه رفتارها در آن‌ها در قیاس با افراد دیگر جامعه بیشتر است. رفتارهای خودتخریبی طبق تعریف اقدامی مهلک یا غیر مهلک عمدی است که فرد با علم به خطرناک بودن آن به انجامش مبادرت می‌ورزد و نتایج زیان‌بخش را نصیب خود نموده و حتی مستقیم و یا غیرمستقیم خانواده، اطرافیان و حتی در معنای وسیع کلمه جامعه را از نتایج مخرب آن متضرر می‌کند (کاشفی، ۱۳۹۲). امروزه وجود استرس‌ها و فشارهای اجتماعی بیش از هر دوره دیگری سلامت روان انسان را به خطر انداخته و او را به طرف اختلالات روانی و انجام رفتارهای خود تخریبی از جمله سوء‌مصرف مواد مخدر سوق می‌دهد (کاشفی، ۱۳۹۲).

۱۳۲

انجام بسیاری از رفتارهایی مانند سوء‌مصرف مواد، مصرف الکل و رژیم‌هایی غذایی سخت که منجر به آسیب به خود می‌شوند جز رفتارهای خود آسیب‌رسان می‌باشند (دلو و هولر^۲، ۲۰۰۴). رفتار خودآسیبی به عنوان تخریب عمدی یا تغییر بافت بدن بدون قصد عمدی، خودکشی^۳ تعریف شده است و از دهه ۱۸۸۰ مورد توجه محققان قرار گرفته است (فاوازا^۴، ۱۹۹۸). رفتارهای خودآسیبی توسط کارل منینگر^۵ از خودکشی متمایز است (مدج^۶ و همکاران، ۲۰۰۸). خودکشی حد‌نهایی رفتار آسیب‌رسان است اما رفتار خودآسیب‌رسان برای رفتاری به کار می‌رود که منجر به خودکشی نمی‌گردد (جنیفر^۷ و همکاران، ۲۰۰۸). عادات‌های خودتخریبی ممکن است نه تنها باعث به وجود آمدن بیماری شود، بلکه می‌تواند زندگی خوب جسمانی و روانی فرد را تحت تأثیر قرار دهد.

1. self-harm
2. Deleo & Holler
3. Suicide
4. Favazza

5. Carlmemhnger
6. Madge
7. Jennifer

کنترل این رفتارهای خودتخریبی به طور خاص مشکل است، زیرا آن‌ها به طور نسبتاً وسیعی خارج از حوزه پزشکی و نمایش‌های سنتی هستند و در مراحل ابتدایی با نشانه‌ها و علائم مرضی ناخوشایند همراه نیستند. لذا به جز در مراحل پیشرفته بیماری، آن‌چنان مورد توجه قرار نمی‌گیرند (برک^۱، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۴).

موادمخدر و داروهای روان‌گردان ممکن است رویدادهای شناختی را مستقیماً (برای مثال، ایجاد آرامش، ایجاد اجتناب، گریز از شناخت‌های دردناک و ایجاد آگاهی و توجه) و یا به طور غیرمستقیم (برای مثال، احساس دل‌بستگی، بهت‌زدگی و ارزیابی‌های سرکوب‌شده)، با تغییر باورها و نگرش‌ها در مورد اجتناب از رویدادهای شناختی تحت تأثیر قرار دهد. این تغییرات شناختی ممکن است حاصل تقویت‌کننده‌های نیرومندی باشد که از مصرف موادمخدر حاصل می‌شود. بعلاوه، استفاده از موادمخدر ممکن است باورها و انتظارات مثبتی را در مورد اثر موادمخدر به وجود آورد (اسپادا و نیکویک^۲، ۲۰۰۷).

اعتیاد یکی از عواملی است که فرد را مستعد رفتارهای خودتخریبی می‌کند. در مقابل، عوامل پیشگیری‌کننده‌ای نیز وجود دارد که فرد را از گرفتار شدن در دام آن‌ها محافظت می‌کند (تونتی^۳ و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین خودانسان‌جویی از دیگر عواملی است که بر اعتیاد و گرایش به موادمخدر تأثیر می‌گذارد. خودشناسی انسان‌جویی به تلاش فرد در یکپارچه کردن تجربه خود در گذشته، حال و آینده در جهت سازش و ارتقا خود اشاره دارد. به نظر می‌چل در مشاهده و تأمل که متناظر با جوه تجربه و تأمل در مدل خودشناسی انسان‌جویی نیز می‌باشد، هم خود و هم موضوع نقش دارند (قربانی، کونینقام^۴ و واتسون^۵، ۲۰۱۰).

مطالعات در زمینه‌ی خودشناسی نشان داده‌اند که خودشناسی بالا، هوش هیجانی بالاتر، نیاز به شناخت، اسناد درونی کنترل و خودشکوفایی را پیش‌بینی می‌کند. همچنین با خودشیفتگی نیز ارتباط منفی دارد (قربانی، واتسون، بینگ، داویسون و لبرتون^۶، ۲۰۰۳). خودشناسی با هوش هیجانی (قربانی و واتسون، ۲۰۰۵) همبستگی مثبت و با سوء مصرف

1. Berk
2. Spada & Nikcevic
3. Tonetti

4. Cunningham
5. Watson
6. Being, Davison & Lebreton

مواد و اختلالات شخصیت ارتباط منفی دارد (قربانی و همکاران، ۲۰۱۰). خودشناسی با حرمت خود بالاتر، اتخاذ نظرگاه بالاتر و آشفستگی پایین‌تر (قربانی و همکاران، ۲۰۱۰) مرتبط است. خودشناسی انسجامی با استرس ادراک شده و علائم جسمی کمتر همراه است (قربانی و همکاران، ۲۰۱۰). بررسی تأثیر همزمان خودشناسی انسجامی با هوشیاری نیز نشان‌دهنده اعتبار افزایشی خودشناسی انسجامی نسبت به هوشیاری در پیش‌بینی نشانه‌های جسمی و روانی است (سرافراز، ۱۳۹۲).

خودشناسی نوعی فرآیند روان‌شناختی پویا، سازش یافته و انسجام بخش است که ماهیتی زمانی دارد. در پژوهش‌های اولیه این سازه به دو شکل تجربه‌ای و تأملی ترسیم می‌شد. خودشناسی تجربه‌ای پردازش پذیرنده اطلاعات مرتبط با خود است که برحسب تغییرات لحظه به لحظه و پویای آن در زمان حال صورت می‌پذیرد. اما خودشناسی تجربه‌ای دروندادی از تجارب فردی فراهم می‌آورد که برای مقابله با چالش‌ها و دستیابی به اهداف ضروری است و همچنین مانع از پاسخ‌دهی خودکار و بی‌اختیار می‌شود. خودشناسی تأملی عبارت است از پردازش شناختی اطلاعات مربوط به خود که با گذشته مرتبط است. در خودشناسی تأملی فرد از طریق کنش‌های شناختی عالی و پیچیده‌تر به تحلیل تجارب فردی می‌پردازد و از این رهگذر به طرح‌های ذهنی پیچیده‌تری دست می‌یابد که سازش یافتگی او را تسهیل می‌کند (طهماسب، قربانی و پورحسین، ۱۳۸۵).

با توجه به آن که اعتیاد پدیده‌ای چندعاملی است به‌منظور بهبود کامل باید چندین دوره درمانی صورت گیرد. دو مقوله اصلی در درمان اعتیاد، دارودرمانی و روان‌درمانی است (میلر و فاپا، ۲۰۰۷). در درمان به مواد افیونی، درمان نگهدارنده با متادون یکی از رویکردهای معتبر و شناخته‌شده در حفظ حالت پرهیز و جلوگیری از بازگشت پس از قطع مصرف مواد است. با وجود آن که درمان با متادون یکی از رویکردهای رایج و اثربخش محسوب می‌شود، اما به نظر می‌رسد که این درمان به تنهایی کافی نبوده و باید از سایر درمان‌هایی که ابعاد روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیطی بیماران را مدنظر قرار می‌دهند استفاده شود. از میان مداخلات ذکر شده، گروه‌درمانی، درمان انتخابی برای

برخی از اختلالات روان‌شناختی است که دارای مزایایی همچون صرفه‌جویی در وقت و نیرو، آموزش مهارت‌های اجتماعی، اصلاح و بهبود روابط بین‌فردی است. این مزایا باعث استفاده گسترده از این روش به عنوان درمان انتخابی برای بیماران وابسته به مواد شده است (برینک و هاسن، ۲۰۰۶).

درمان گروهی بسته به اهداف، رویکردهای مختلفی دارد. از جمله رویکردهای رایج در گروه‌درمانی رویکرد شناختی-رفتاری است که برای دامنه وسیعی از مشکلات انسان به کار برده شده است. بر اساس نظریه شناختی رفتاری، وابستگی به مواد مخدر مانند سایر رفتارها، متشکل از یک سلسله رفتارهای یاد گرفته شده است که از طریق تقلید از الگوها در اثر پی بردن به نتایج ماده مخدر استفاده شده مانند کاهش اضطراب و افسردگی، تسکین درد و بالا بردن توانایی معاشرت اجتماعی آموخته می‌شود. بنابراین، مهم‌ترین هدف درمان آن است که پیش‌آیندهای مهم را شناسایی و روش‌های مؤثر تسلط بر آن‌ها را برای گسیختن رابطه با مواد به مراجع آموزش دهد. همچنین، در این درمان بر شیوه‌های مدیریت خلق منفی و اضطراب و کنترل خشم تأکید می‌شود. مطالعات نشان داده است که از میان مداخلات روان‌شناختی صورت گرفته، رویکرد شناختی-رفتاری از جمله اثربخش‌ترین رویکردها است که نقش مهمی در کاهش عود از طریق کاهش اضطراب و افسردگی، بهبود روابط با اطرافیان و افزایش عزت‌نفس دارد (مارلات و اوون، ۲۰۰۱).

در سال‌های اخیر پیشرفت‌های زیادی در زمینه‌ی درمان اختلالات مصرف مواد ایجاد شده است. همچنین گزارش‌های مختلف اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و برتری آن در مقایسه با عدم درمان، درمان دارویی به‌تنهایی یا درمان‌های غیراختصاصی و نیز اثربخشی حداقل برابر آن با سایر مداخلات روان‌شناختی در درمان اختلالات مختلف اعتیادی در جمعیت‌های مختلف ارائه شده است. برخی پژوهش‌ها سطح پایین تحمل ناکامی را در شروع، تداوم و عود سوء مصرف مواد مهم می‌دانند (لیندگرن، مولینز، نیگبور

و بلاینی^۱، ۲۰۱۰). بر اساس دیدگاه‌های شناختی، رفتارهای اعتیادی تحت تأثیر باورها و نگرش‌های افراد قرار دارد (ولز و متیوس^۲، ۱۹۹۶)؛ اما نظریه‌های شناختی جدید بر نقش فراشناخت نیز در سبب‌شناسی و تداوم اختلالات روانی از جمله اعتیاد تأکید دارند (ولز و متیوس، ۱۹۹۶). از دیدگاه فراشناختی، سوءاستفاده از مواد، تغییرات سریع معناداری در رویدادهای شناختی، مانند احساسات، افکار یا خاطرات به وجود می‌آورد (اسپادا^۳ و ولز، ۲۰۰۵). به اعتقاد فلاول، فراشناخت دانش یا فرایندی شناختی است که در ارزیابی، بازبینی یا کنترل شناخت مشارکت دارد و عملکرد شناختی را تنظیم می‌کند. اکثر نظریه‌پردازان بین دو جنبه فراشناخت تمایز قائل شده‌اند: دانش فراشناختی که عبارت است از اطلاعاتی که افراد در مورد شناخت خود درباره عوامل و راهبردهای یادگیری مرتبط با تکلیف دارند؛ و تنظیم فراشناختی که به انواع اعمال اجرایی نظیر توجه، بازبینی، برنامه‌ریزی و شناسایی خطاها در عملکرد اشاره دارد و بر فعالیت‌های شناختی اثر می‌گذارد (ولز، ۲۰۰۰).

فراشناخت از متغیرهایی است که در جریان سوء مصرف موادمخدر مختل می‌شود و ممکن است به‌طور ویژه‌ای با تحلیل‌های شناختی افراد وابسته به موادمخدر ارتباط داشته باشد. به اعتقاد اسپادا و ولز (۲۰۰۶)، به نقل از کاشفی (۱۳۹۲) فرایند تحلیل اطلاعات تحت تأثیر عوامل عاطفی و فراشناختی قرار می‌گیرند. بنابراین تغییرات عاطفی و احساسی ممکن است در ارزیابی‌ها و شناخت تغییر ایجاد کند. کاشفی (۱۳۹۲) در پژوهشی نشان داد که بین فراشناخت و رفتارهای آسیب به خود رابطه معناداری وجود دارد. موادمخدر به‌عنوان یک عامل زمینه‌ای مهم در رفتار آسیب به خود شناخته شده است. مواد محرک سیستم عصبی از یک سو و سرکوب‌کننده‌های عملکرد سیستم عصبی مخدرها از سوی دیگر می‌توانند تأثیرات روانی-حرکتی بر فرد گذاشته و فرد را مستعد آسیب، به‌خصوص آسیب به خود کنند. با توجه به موارد ذکر شده پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر خودانسجافی و خودتخریبی افراد معتاد به موادمخدر

صورت گرفت.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش تحقیق این پژوهش آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش تمام افراد وابسته به موادمخدر بودند که در سال ۹۵ به کلینیک ترک اعتیاد شهر اراک مراجعه کرده بودند. از بین آن‌ها ۳۶ نفر به صورت تصادفی وارد تحقیق شده و در دو گروه ۱۸ نفری آزمایش و کنترل جای گرفتند. ملاک‌های ورود عبارت بود از: دامنه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال، حداقل سواد خواندن و نوشتن و داشتن اعتیاد به موادمخدر حداقل به مدت یک ماه که از طریق مصاحبه بررسی شد. ملاک‌های خروج عبارت بود از: استفاده همزمان از سایر روش‌های درمانی (NA)، دارودرمانی و غیره)، مبتلا بودن به یکی از اختلال‌های سایکوتیک، عدم تمایل برای شرکت در جلسات؛ فرد متقاضی دریافت کمک‌های دیگری همچون خدمات مددکاری باشد و شرکت همزمان در برنامه‌های درمانی دیگر. پس از کسب رضایت‌نامه کتبی، از شرکت‌کنندگان گروه آزمایش برای شرکت در جلسات گروه‌درمانی دعوت به عمل آمد. درمان گروهی در ۷ جلسه متوالی به صورت هر هفته ۱ جلسه و هر کدام از جلسات به مدت ۱ ساعت برگزار گردید. لازم به توضیح است که یک هفته پس از اتمام جلسات از دوگروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون به عمل آمد. شیوه درمانی به کار گرفته شده براساس گروه‌درمانی شناختی-رفتاری اسپوسیتو-سمیترس، هادلی، کوربی و پرواون^۱ (۲۰۱۶) به شرح جدول ذیل بود.

جدول ۱: خلاصه جلسات گروه‌درمانی شناختی-رفتاری

جلسات	محتوا
جلسه ۱	اهداف گروه، مقررات گروه (مثل عدم خشونت و تهدید، رازداری، ساعات حضور و نظم گروه، وقفه و خروج از جلسات)، تکالیف برون جلسه‌ای
جلسه ۲	ارائه مقدمه‌ای از تحریف‌های شناختی و نمونه‌هایی از انواع خطاهای فکری که به وسیله تحریفات شناختی ایجاد می‌شود. استفاده از فراشناخت، جهت تغییرات سریع معنادار در رویدادهای شناختی، مانند احساسات، افکار خودتخریب
جلسه ۳	ایجاد آرامش، ایجاد اجتناب، گریز از شناخت‌های دردناک و ایجاد آگاهی و توجه
جلسه ۴	تغییر باورها و نگرش‌ها در مورد اجتناب از رویدادهای شناختی، تصحیح خطاها و تحریف‌های شناختی
جلسه ۵	افزایش باورهای شناختی در جهت کاهش رفتارها خودتخریب و افزایش خودانسجامی
جلسه ۶	آموزش جهت تلاش سازگاران در ادغام تجربه‌های گذشته با آگاهی تجربی کنونی و پیوستن «خود»
جلسه ۷	بحث پیرامون فرایند جایگزینی افکار منفی با افکار مقابله‌ای، ارائه مفهوم رفتارها و شناخت‌های ایمنی
جلسه ۸	مرور دوباره برنامه و اهداف درمان و ارائه بازخورد در مورد پیشرفت بیماران از دیدگاه درمانگر و دریافت بازخورد از بیماران در مورد جنبه‌های موفق و ناموفق درمان و ارائه نظریات، پیشنهادات و انتقادات در مورد گروه و فعالیت‌های ارائه شده در جلسات

ابزار

۱. پرسشنامه آسیب به خود: این ابزار توسط سانسون و همکاران در سال ۱۹۹۸ ساخته شده و از ۲۲ سؤال تشکیل شده است که رفتارهای خودآسیب‌رسانی مستقیم و غیرمستقیم را مورد بررسی قرار می‌دهد و به‌صورت بلی/خیر پاسخ داده می‌شود. در این پرسشنامه رفتارهایی که عمدتاً به منظور آسیب به خود انجام شده‌اند (مانند سوء مصرف دارو، مواد یا الکل و خودزنی) مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. این پرسش‌نامه به منظور استفاده در جمعیت‌های روانپزشکی و غیر روانپزشکی طراحی شده است. نمره بالا نشان‌دهنده شدت و فراوانی بیشتر رفتارهای خودآسیب‌رسانی است. در چندین پژوهش تاکنون از این ابزار برای اندازه‌گیری خودآسیب‌رسانی مستقیم و غیرمستقیم استفاده شده است و شواهد درباره ویژگی‌های روان‌سنجی آن قابل قبول بوده است (طاهباز حسین زاده، قربانی و نبوی، ۱۳۹۰). در پژوهش طاهباز حسین زاده و همکاران (۱۳۹۰) آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۷۴ گزارش شده است.

۲. مقیاس خودشناسی انسجامی: این مقیاس، محصول بازنگری در نظریه دو وجه

خودشناسی تجربه‌ای و تأملی است. خودشناسی انسجمی به تلاش‌های فعال افراد برای یکپارچه کردن تجربه خود در گذشته، حال و آینده در جهت سازش و ارتقاء خود اشاره دارد. در واقع خودشناسی انسجمی تلاش انطباقی و توانمند خود در درک تجربه زمان جاری برای پیشبرد برون‌دادهای مطلوب است که هر دو وجه خودشناسی تجربه‌ای و تأملی را به صورت منسجم، با ۱۲ گویه می‌سنجد که پاسخ‌دهنده در مورد هر سؤال، وضعیت خود را مشخص می‌کند. بررسی‌های میان فرهنگی در ایران و ایالات متحده از اعتبار و روایی سازه، ملاک و پیش‌بین این مقیاس حکایت می‌کند. طی چندین مطالعه روایی و پایایی این مقیاس به تأیید رسیده است (میانگین ضرایب آلفای این مقیاس در مطالعات مذکور ۰/۸۳ بوده است). خودشناسی در پیش‌بینی سلامت روان در قیاس با پنج عامل بزرگ شخصیت دارای روایی افزایشی است (قربانی و واتسون، ۲۰۰۴، به نقل از طاهباز حسین زاده و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهش طاهباز حسین زاده و همکاران (۱۳۹۰) آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۸۳ گزارش شده است.

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

متغیرها	گروه‌ها	نوع آزمون	میانگین	انحراف استاندارد
آسیب به خود	آزمایش	پیش آزمون	۲/۵	۲/۴
	کنترل	پس آزمون	۰/۷۲	۰/۸۹
خود انسجمی	آزمایش	پیش آزمون	۲/۱۱	۱/۹۹
		پس آزمون	۲/۰	۱/۹۴
	کنترل	پیش آزمون	۹/۲۲	۱/۴۵
		پس آزمون	۱۲/۳۴	۲/۷۱

ابتدا برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد. این

آزمون برای هیچ کدام از متغیرها معنی دار نبود. همچنین برای بررسی فرض همگنی ماتریس کواریانس‌ها از آزمون ام باکس استفاده شد و نتایج حکایت از برقراری پیش فرض داشت ($P > 0/05$, $F = 2/70$, $M = 0/891$ باکس). برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع از آزمون اسمیرنوف کولموگروف (k-s) استفاده شد که نتایج حکایت از نرمال بودن توزیع‌ها داشت. برای بررسی همگنی شیب رگرسیون نیز نتایج حکایت از برقراری پیش فرض داشت ($P > 0/05$, $F = 3/071$). با توجه به برقراری پیش فرض‌ها از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد که نتایج نشان داد تأثیر معناداری وجود دارد ($P < 0/001$, $F = 65/124$, $F = 0/15$ لامبدای ویلکز). در اصل $0/76$ واریانس متغیر ترکیبی توسط عضویت گروهی افراد نمونه تبیین می‌شود. برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیره به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت

متغیرها	میانگین مجذورات	F آماره	معناداری	ضریب اتا
آسیب به خود	۱۲۲/۰۹۴	۵۰/۹۵۸	۰/۰۰۱	۰/۶۰۷
خود انسجامی	۱۷۷/۸۰۰	۳۹/۲۰۶	۰/۰۰۱	۰/۵۴۳

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود گروه درمانی شناختی رفتاری در هر دو متغیر مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر آسیب به خود و خودانسجامی افراد معتاد به مواد مخدر انجام شد. نتایج نشان داد که گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر آسیب به خود و خودانسجامی مؤثر است. بنابراین درمان شناختی-رفتاری باعث تغییر آسیب به خود و خودانسجامی در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله‌ی پس آزمون شده است. نتیجه نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر کاهش آسیب به خود اثربخش است. این نتیجه با یافته‌های هاوتون^۱ و همکاران (۲۰۰۹)،

برون، نیومان، کارلثورث، کریس- کریستوف و بک^۱ (۲۰۰۴)، داویدسون و تایرر^۲ (۱۹۹۶)، همسو است. تایرر، تیلور و گودینگ^۳ (۲۰۰۸) در پژوهشی نشان داد که درمان شناختی- رفتاری موجب کاهش رفتار خودکشی گرا در افراد می شود. درمان شناختی رفتاری به افرادی که رفتار آسیب به خود دارند امید بیشتری می دهد (موهلنکامپ^۴، ۲۰۰۶). درمان شناختی رفتاری بر رفتار آسیب به خود تأثیر دارد (راج، کوماریا و بیده^۵، ۲۰۰۱)؛ اما پژوهش کیامنی، نیکبخت، امیرآبادی، رمضانی و نیک یار (۱۳۹۳) نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر کاهش رفتارهای پرخطر زندانیان تأثیر معناداری ندارد. می توان گفت که باورهای شناختی مختل، مهارت های مقابله ای را تضعیف می کند، در نتیجه باورهای غیرمنطقی مبارزه جویانه و رفتارهای غیر مؤثر و ناکارآمد شکل می گیرند و این امر باعث می شود که سلامت روانی فرد دچار مشکل شود و در نتیجه وی جهت رفع این حالات ناخوشایند روحی با نگاهی مثبت و ابزاری به مصرف موادمخدر بنگرد و نسبت به سلامت خود بی توجه باشد. افراد دارای فراشناخت مختل (کاشفی، ۱۳۹۲) دارای نمره بالا در پرخاشگری، قانون شکنی و تکانشگری نیز بوده و گرایش های قوی تری برای ارائه پاسخ های سوگیرانه به محرک های خطرناک یا غیرمنتظره دارند.

با توجه به موارد بالا می توان گفت که گروه درمانی شناختی- رفتاری تأثیر مثبت و معناداری بر کاهش رفتارهای پرخطر و آسیب زای افراد وابسته به موادمخدر دارد و می توان در کلینیک های ترک اعتیاد و بیمارستان ها از این روش در کنار سایر روش های دارویی و درمانی استفاده کرد. می توان گفت که درمان گروهی فرصتی فراهم می کند تا افراد درباره مشکلشان صحبت کنند و احساساتشان را بروز دهند (حکم آبادی، رضایی، اصغری ابراهیم آباد و سلامت، ۱۳۹۳). از طرفی بسیاری از افراد فکر می کنند که فقط آن ها هستند که این مشکل را دارند. درمان گروهی با تقویت عواملی چون به هم پیوستگی گروهی و احساس عمومیت مشکل، به نوعی شبکه ارتباطی را قوی می کند که فرد با همراه شدن در آن امید، نوع دوستی و آرامش را در ارتباط متقابل تجربه می کند (عمرانی،

1. Brown , Newman, Charlesworth ,
Crits-Christoph & Beck
2. Davidson and Tyrer

3. Tarrier, Taylor & Gooding
4. Muehlenkamp
5. Raj, Kumaraiah & Bhide

میرزاییان، آقاباقری، حسن زاده و عابدینی، (۱۳۹۱)

از دیگر نتایج این بود که درمان شناختی-رفتاری بر خودانسجامی تأثیر دارد. این نتیجه با نتایج پژوهش یارمحمدی و طالب زاده شوشتری (۱۳۹۴) همسو بود. همچنین پژوهش طهماسب و همکاران (۱۳۸۵) نشان داد که بین خودانسجامی، عامل‌های شخصیت و دیدگاه‌پذیری رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. انسجام خود یعنی فرد بتواند دنیای خود را قابل درک و با معنا و کنترل شدنی بداند (کراوتز^۱ و همکاران، ۱۹۹۳؛ به نقل از یارمحمدی و طالب‌زاده شوشتری، ۱۳۹۴). افراد ممکن است در طول زندگی با مسائلی اجتناب‌ناپذیر برخورد کنند و اینجاست که اگر از حس انسجام بالایی برخوردار باشند به شیوه‌ای مناسب با مسائل برخورد می‌کنند. کرانتز و آسترگرن (۲۰۰۴، به نقل از سرافراز، ۱۳۹۲) نشان دادند که افرادی که حس انسجام بالاتری دارند استرس خود را بهتر مدیریت می‌کنند در حالی که پایین بودن حس انسجام، آسیب‌پذیری را در برابر بیماری افزایش می‌دهد (یارمحمدی و طالب‌زاده شوشتری، ۱۳۹۴). احساس انسجام باعث ایجاد منبع مقاومت تعمیم‌یافته‌ای می‌شود که اثرات استرس را بر سلامتی تعدیل می‌کند و روش‌های سودمند و مفیدی از برخورد با عوامل استرس‌زا را در اختیار قرار می‌دهد. همچنین فرد را قادر می‌سازد تا در برابر موقعیت‌های پرتنش و استرس‌زای زندگی مقاومت بیشتری نشان دهد (بارتلت، ۱۹۹۸؛ به نقل از یارمحمدی و طالب‌زاده شوشتری، ۱۳۹۴). می‌توان اینگونه تبیین کرد که آموزش تکالیفی همچون تحلیل کارکردی، مهارت‌آموزی، افزایش توان شناختی و مقابله‌ای و مقابله با میل مصرف، احساس تسلط و توانمندی را در افراد به وجود می‌آورد که در افزایش خودشناسی و کاهش خودتخریبی در درمان و پرهیز از رفتارهای پرخطر مؤثر است. عوامل متعددی در علت‌شناسی رفتارهای پرخطر و خودانسجامی مؤثر هستند که در تعامل با یکدیگر منجر به شروع مصرف و سپس اعتیاد می‌شوند. برخی صفات شخصیتی، خطر سوءمصرف مواد را افزایش می‌دهند. اعتماد به نفس پایین، فقدان مهارت‌های اجتماعی و انطباقی و استفاده از روش‌های ناپخته برای مقابله با استرس‌های زندگی از جمله این ویژگی‌های خطرآفرین است. ویژگی‌های روان‌شناختی سازش یافته،

پوششی و انسجامی که به صورت نظامند عمل می‌کنند (قربانی و همکاران، ۱۳۸۴) موجب افزایش سلامت روان و کاهش خودتخریبی افراد وابسته به موادمخدر می‌گردد. باورهای فراشناختی مختل، مهارت‌های مقابله‌ای را تضعیف می‌کند. در نتیجه شکل‌گیری باورها و رفتارهای ناکارآمد، سلامت روانی فرد دچار مشکل می‌شود و نسبت به سلامت خود بی‌توجه می‌شود. افراد دارای فراشناخت مختل و خودانسجامی ضعیف، بیشتر به مصرف مواد تمایل پیدا می‌کنند. بنابراین به نظر می‌رسد که باورهای فراشناختی مختل از مهم‌ترین علل روی‌آوری، حفظ و عود رفتارهای خودتخریبی از جمله وابستگی به موادمخدر است. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود که درمان شناختی رفتاری در مراکز ترک اعتیاد ترویج گردد و همچنین اثر این روش درمانی بر جنبه‌های روان‌شناختی افراد نوجوان وابسته به سوء مصرف مواد بررسی و تاثیر این روش درمانی پیگیری شود.

منابع

برک، لورا (۱۳۹۴). روان‌شناسی رشد (از لقاح تا کودکی). ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: نشر ارسباران.

حکم آبادی، محمد ابراهیم؛ رضایی، علی محمد؛ اصغری ابراهیم آباد، محمد جواد و سلامت، علی (۱۳۹۳). تأثیر واقعیت درمانی نوین مبتنی بر تئوری انتخاب بر امیدواری سوء مصرف کنندگان مواد. مجله پزشکی ارومیه، ۲۵(۸)، ۷۵۹-۷۵۲.

حسین زاده، طاهباز؛ قربانی، نیما و نبوی، سیدمسعود (۱۳۹۰). مقایسه گرایش شخصیتی خودتخریبی و خودشناسی انسجامی در بیماران مبتلا به مالتیل اسکروز و افراد سالم. روانشناسی معاصر، ۶(۲)، ۴۴-۳۵.

طهماسب، علیرضا؛ قربانی، نیما و پورحسین، رضا (۱۳۸۵). خودشناسی انفکاک‌ی و انسجامی: رابطه وجوه خودشناسی با پنج عامل بزرگ شخصیت، روانشناسی و علوم تربیتی، ۳۶(۲-۱)، ۷۶-۵۷.

قربانی، نیما؛ مهری، یداله و سبزه آرای لنگرودی، میلاد (۱۳۸۴). رابطه ارضاء نیازهای روان‌شناختی، خودشناسی انسجامی، بهوشیاری، شفقت خود، خود مهارگری و شاخص‌های سلامت روان با عملکرد شغلی معلمان. فصلنامه تازه‌های روان‌شناسی صنعتی/سازمانی، ۳(۱۱)، ۲۰-۹.

سرافراز، مهدی رضا (۱۳۹۲). نقش پیش‌بینی خودشناسی انسجامی، خودمهارگری و به هوشیاری در تنظیم استرس و واکنش‌های قلبی عروقی. پایان‌نامه دکتری، چاپ نشده، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.

عمرانی، سمیرا؛ میرزائیان، بهرام؛ آقاباقری، حامد؛ حسن زاده، رمضان و عابدینی، محمود (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری به شیوه گروهی بر امید به زندگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۲(۹۳)، ۶۵-۵۸.

کاشفی، طیبه (۱۳۹۲). رابطه باورهای فراشناختی و رفتارهای خودتخریب گرایانه در افراد معتاد به مواد مخدر. *فصلنامه علمی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه*، ۱(۲)، ۴۵-۳۹.

کیامینی، محمدحسین؛ نیکبخت، محمد؛ امیرآبادی، بهاره؛ رضانی، عباس و نیک‌یار، علی (۱۳۹۳). تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر میزان نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی و رفتارهای پرخطر زندانیان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۱۸(۲)، ۵۸-۵۳.

یارمحمدی، سرور و طالب زاده شوشتری، مرضیه (۱۳۹۴). اثربخشی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر احساس انسجام در بیماران مولتیپل اسکلروزیس (ام اس) شهر اهواز. *چهارمین کنفرانس بین المللی روانشناسی و علوم اجتماعی*. تهران، همایشگران مهر اشراق.

Brink, W. V., Hassen, C. H. (2006). Evidenced-base Treatment of opioid Dependent patients. *Canadian Journal of psychiatry*, 51(10), 635-646
Brown, G. K. Newman, C. F., Charlesworth, S. E., Crits-Christoph, P., Beck, A. T. (2004). An open clinical trial of cognitive therapy for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18(3), 257-271
Davidson, K. M. and Tyrer, P. (1996). Cognitive therapy for antisocial and borderline personality disorders: Single case series. *British Journal of Clinical Psychology*, 18(3), 71-257.

Deleo, D. & Holler, T. S. (2004). Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey. *Medical Journal of Australian*, 181(3), 4-140.

Esposito -Smythers, E. C., Hadley, W., Curby, T. W., Brown, L. K. (2016). Randomized pilot trial of a cognitive-behavioral alcohol, self-harm, and HIV prevention program for teens in mental health treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 89, 49-56

Favazza, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *Journal of nervous and mental disease*. 186(5), 259-268.

Ghorbani, N. Watson, P. J. (2005). Hardiness scales in Iranian managers: Evidence of incremental validity in relationship with the Five Factor Model and with organizational and psychological adjustment. *Psychological Reports*, 96(3), 775-781

- Ghorbani, N., Cunningham, C. J. L., Watson, P. J. (2010). Comparative analysis of integrative self-knowledge, and private self-consciousness in predicting responses to stress in Iran. *International Journal of Psychology*, 45(2), 54-147.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Being, M., Davison, H. K., Lebreton, D. L., (2003). Facets of self-Knowledge cross cultural measures in Iran and United States. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 129 (3), 238-268.
- Hawton, K., Townsend, E., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., House, A., and Heeringen, K. (2009). Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self-harm. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(CD001764), DOI: 10.1002/14651858.CD001764.pub2
- Jennifer, J., Muehlenkamp, J., Hoff, E., Licht, G., Azure, J. A., & Hasenzahl, S. (2008). *The functions of self-harming. A review of the evidence*, 27(4), 234-241.
- Lindgren, K. P., Mullins, P. M., Neighbors, C., Blayney, J. A. (2010). Curiosity killed the cocktail Curiosity, sensation seeking, and alcohol-related problems in college women. *Addictive Behavior*, 35(5), 513-516.
- Madge, N. Hewitt, A. Hawton, K., Wilde, E., Corcoran, P., Fekete, S., van Heeringen K, De Leo D, Ystgaard M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(6), 667-77.
- Marlatt, G. A. and Owen, P. (2001). Should Abstinence be the goal for alcohol treatment? *The American Journal of Addictions*, 10(4), 91-289.
- Miller, M. M., and Fappa, F. (2007). Evaluating Addiction treatment outcomes. *Addictive Disorders and their treatment*. 6(3), 101-106
- Muehlenkamp, J. J. (2006). Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self-injury. *Journal of mental health counseling*, 59(11), 576-575.
- Raj, M. A. J., Kumaraiah, V., Bhide, A. V. (2001). *Cognitive-behavioural intervention in deliberate self-harm*, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(5), 340-345.
- Spada MM. Nikcevic A V (2007). Metacognitions in problem drinks. *Cognitive Therapy and Research. Pers Individ Dif*; 31 (5), 709-716.
- Spada, M. M., Wells, A. (2005). Metacognitions, emotion and alcohol use. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12(2), 150-155.
- Tarrier, N., Taylor, K., Gooding, P. (2008). Cognitive-Behavioral Interventions to Reduce Suicide Behavior A Systematic Review and Meta-Analysis. *Behavior Modification*, 32(1), 77-108.
- Tonetti, L., Adan, A., Caci, H., Depascalis, V., Fabbri, M., Natale, V. (2010). Morningness- eveningness preference and sensation seeking. *European Psychiatry*, 25 (2), 111-115.

- Wells, A. (2000). Emotion disorders and metacognition: innovative cognitive therapy. *Chichester: Wiley and sons*, 55, 520-525.
- Wells, A., Matthews, G. (1996). Modeling cognition in emotional disorder. The S-REF model. *Behaviour research and therapy*, 34, (11-12), 881-888.