Journal of North Khorasan University of Medical Sciences
Autumn 2012;4(3):419-430

مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
پاییز ۱۳۹۱؛۴(۳):۴۳۰-۴۱۹

مقاله پژوهشی

اثر بخشی روان درمانی گروهی شناختی– رفتاری در تغییر باورهای غیر منطقی افراد معتاد

محبوبه طباطبایی چهر[۱]، ابراهیم ابراهیمی ثانی[۲]، حامد مرتضوی[۳*]

[۱] کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
[۲] کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی
[۳] دانشجوی دکترای پرستاری، عضو هیئت علمی، گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
[*] **نویسنده مسئول:** دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
پست الکترونیک: hamedmortazavi@ymail.com

وصول:۱۳۹۰/۹/۱۳ اصلاح:۱۳۹۱/۷/۳۰پذیرش:۱۳۹۱/۹/۷

چکیده

زمینه و هدف: *یکی از مهمترین راهکارهای پیشگیری و درمان اعتیاد، گروه درمانی شناختی- رفتاری است. پژوهش حاضر با هدف، اثر بخشی روان درمانی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری بر تغییر باورهای غیر منطقی معتادین انجام شد.*

مواد و روش کار: *مطالعه ی شبه تجربی حاضر بر روی ۸۰ بیمار مرد تحت درمان مراجعه کننده به مراکز متادون درمانی شهر بجنورد که به شیوه ی نمونه گیری تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند، انجام شد. مداخله ما اجرای ده جلسه ی ۹۰ دقیقه ای هفتگی روان درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بود. گروه شاهد درمان های روتین مراکز را دریافت می کردند. ابزار مطالعه آزمون استاندارد باورهای غیر منطقی جونز بود. داده ها با استفاده از آزمون های آماری مجذور کای، تی مستقل و تی زوج با نرم افزار SPSS 16 و ضریب اطمینان ۹۵٪ تحلیل شدند.*

یافته ها: *متغیرهای تاثیرگذار در دو گروه (سن، تحصیلات، شروع مصرف دارو، سیگار و...) مشابه بودند. نمره باورهای غیر منطقی دو گروه قبل از مداخله معنی دار نبود اما بعد از مداخله اختلاف معنی داری مشاهده گردید($p<۰/۰۰۱$) نمره میانگین کلی قبل از مداخله ۱۱/۵۲ ±۱۱۲/۹۵ و پس از مداخله در گروه تجربی کاهش معنی داری نشان داد ($p<۰/۰۰۱$)*

نتیجه گیری: *گروه درمانی شناختی- رفتاری در کاهش باورهای غیرمنطقی معتادین موثر بوده و احتمالا می تواند نگرش مثبت آنان را نسبت به سوء مصرف مواد مخدر تغییر دهد.*

واژه های کلیدی: *روان درمانی گروهی، شناختی- رفتاری، باورهای غیرمنطقی، معتاد*

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر، یکی از چهار بحران جهانی هزاره سوم و در صدر تهدید ها و آسیب های اجتماعی و از غم انگیزترین معضلات جوامع امروزی است که اکثر جوامع مختلف به ویژه جامعه ی ما را به چالش کشیده است و تأثیر آن در ظهور سایر آسیب های اجتماعی نمود عینی دارد [۱،۲]. هزینه های مبارزه با تولید و توزیع مواد مخدر، عوارض روانی همچون افسردگی، اضطراب، فراموشی، روان پریشی و اختلات مغزی مانند دمانس و دلیریوم، مشکلات اجتماعی، جرائم مختلف، بیکاری، طلاق، بی خانمانی، هزینه سالانه زندانیانی که در ارتباط با مواد مخدر گرفتار شده اند، از بین رفتن ارزشهای اخلاقی و انسانی و مذهبی همه ارمغان اعتیاد هستند [۳].

عوامل متعددی چون دوره نوجوانی، استعداد ارثی، صفات شخصیتی مانند صفات ضد اجتماعی پرخاشگری، اعتماد به نفس پایین، باورهای غلط، اختلالات روانی مثل افسردگی اساسی، فوبی، موقعیتهای مخاطره انگیز مانند ترک تحصیل و بی سرپرستی فرد را به طرف مواد مخدر

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2025-06-30]

سوق می دهد. این عوامل در تعامل با یکدیگر منجر به شروع مصرف و سپس تداوم اعتیاد می شوند [۴].
استفاده از درمان های دارویی مثل درمان نگهدارنده با متادون یا سم زدایی یکی از انواع متعدد درمان اعتیاد است که به کم کردن تدریجی ماده مخدر با دارو می پردازد اما نکته مهم آن است که درمان های غیر دارویی اعم از درمان های روان شناختی و مداخلات اجتماعی عنصر مهمی در درمان اعتیاد می باشد که به مدت زمان بسیار طولانی نیاز دارد. حقیقت آن است که این افراد به علت ضعف در مهارت ها و توانمندی های خاص دچار اعتیاد شده اند و درمان های دارویی و سم زدایی قسمتی از نیازمندی های آنان را برطرف می سازد و در کنار این درمان ها ضروری است که بیماران تغییراتی در سبک زندگی خود ایجاد کنند [۵].
توانمند سازی معتادین برای تغییر باورهای غیرمنطقی، عدم بازگشت مجدد به سوء مصرف مواد مخدر و ایجاد انگیزه برای زندگی با کیفیت از راههای ارتقاء سطح بهداشت روان معتادین است و یکی از مهمترین راهکارهای پیشگیری و درمان اعتیاد، گروه درمانی شناختی- رفتاری است بنابراین اگر در درمان اعتیاد تنها یکی از عوامل مد نظر قرار گیرد و از سایر عوامل چشم پوشی شود، احتمال موفقیت در درمان به شدت کاهش خواهد یافت [۶]. از طرف دیگر وجود تقریباً دو میلیون معتاد به مواد افیونی در جامعه ی جوان ایران، پایین آمدن سن اعتیاد، شیوع خطرناک اعتیاد در بعضی از مراکز، مدارس و خوابگاه های دانشجویی و همچنین وجود بیش از صد هزار زندانی مرتبط با اعتیاد در زندان های کشور، مسئله ی اعتیاد را از مرحله ی هشدار و زنگ خطر گذرانده و ضرورت تلاش سریع تر برای درمان این پدیده ی اجتماعی را طلب می کند [۲]. وجود تفکرات غیرمنطقی نقش مهمی در سبب شناسی و فرایند درمان فرد معتاد بازی می کند. وجود تفکرات غیرمنطقی باعث مقاومت درمان و بازگشت دوباره بیماری می شود [۷].
بررسی اثر بخشی شیوه های گوناگون گروه درمانی مبتنی بر تقویت باورهای منطقی در کاهش سوء مصرف مواد تأیید شده اند. برنامه های شناختی- رفتاری برای تمام سنین و انواع جمعیت های درمان جویان طراحی شده است و به بررسی و درمان اختلالات اضطرابی، اختلالات روان- تنی، اختلال خشم و وحشت زدگی، سوءمصرف مواد، و غیره پرداخته است [۸]. رویکرد شناختی- رفتاری در مشاوره گروهی، ضمن تأکید بر درونی نمودن جهت گیری به هدفمند بودن زندگی و همچنین اصلاح و تغییر رفتار عملکرد بیرونی بر اساس کشش های درونی، به نیازهای گوناگون انسان تاکید دارد. اساس این روش بر احترام به ماهیت انسان، تعالی نفس و اعتقاد به صلاحیت انسان برای تغییر خود است [۹].
هافمن و اسمیتز[1] گزارش نمودند، روان درمانی برای شماری از اختلالات از جمله سوء مصرف مواد، وابستگی به الکل، اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر مؤثر بوده است [۱۰]. دریوس[2] و همکاران نیز دامنهٔ مشکلات بالینی که با این رویکرد قابل درمان است (اختلالات اضطرابی تعمیم یافته، اضطراب عملکردی، ترسهای اجتماعی، حملات ناشی از وحشت و هراس، دردهای مزمن، اختلالات استرس پس از وقوع حادثه، اختلالات سازگاری، رفتارگرایی به خودکشی، اختلالات خوردن و در مواردی نظیر اختلالات اسکیزوفرنی) را بسیار گسترده می دانند [۱۱].
کارول[3] نشان داد که افراد در چنین درمانی کمتر مقاومت می کردند و معتادین در هر گامی که با موفقیت بر می داشتند اعتماد به نفس و عزت نفس بیشتری پیدا کرده و مسئولیت پذیرتر و کارآمدتر می شدند. او گزارش نمود این درمان با موضوعات متفاوتی که مطرح می کند فرد را برای تحمل موقعیت های استرس زا، آمادگی برای ورود به جامعه، ارتباط با خانواده و زندگی سالم تر آماده می کند [۱۲]. عقاید غیرمنطقی خواسته ها و اهدافی هستند که به صورت ترجیحات ضروری و الزامی درمی آیند و تبدیل به اهداف اجباری، الزامی و قطعی می گردند به طوری که اگر برآورده نشوند موجب آشفتگی فرد می گردند [۱۳]. ثقه الاسلام و همکاران نشان دادند که درمان شناختی رفتاری نقش پر اهمیتی درکاهش میزان افسردگی بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد داشته و مداخله روانشناختی توانسته

1 - Hofman and smits
2 - Derueis
3 - Carroll

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2025-06-30]

از طریق کاهش افسردگی، شناخت بیماران را تغییر دهد [۱۴]. تحقیقاتی که به منظور مقایسه دو روش انفرادی و گروهی درمانی شناختی رفتاری برای بیماران وابسته به مواد انجام شده اند موید این مطلب است دو شیوه درمانی کارا بوده و نتایج مشابهی داشته اند [۱۷،۱۶،۱۵]. رسولی آزاد و همکاران نیز ضمن موثر دانستن گروه درمانی شناختی رفتاری در درمان مبتلایان به اختلال وابستگی به مواد افیونی همراه با اختلال افسردگی اساسی، عود در گروه آزمون را که روان درمانی گروهی دریافت می کردند، پنج مورد و در گروه شاهد (عدم دریافت درمان فوق) پانزده مورد گزارش نمودند [۱۸].

با توجه به ماهیت مزمن و عودکننده بودن بیماری اعتیاد، عده زیادی از افرادی که مصرف مواد را ترک می کنند اندکی بعد از دوره سم زدایی دچار لغزش می شوند [۱۹]. از این رو برای این که بتوان به فرد معتاد کمک کرد، در کنار مرحله سم زدایی و بعد از آن در مرحله توانبخشی، استفاده از فنون روان درمانی ضرورتی دو چندان پیدا می کند [۲۰].

کری[1] و همکارانش امروزه یکی از پرکاربردترین رویکردهایی که توسط گروه درمانگران در درمان اعتیاد مورد استفاده قرار می گیرد رویکرد شناختی- رفتاری می دانند [۲۱]. فرض بنیادی این رویکرد این است که فرایندهای یادگیری، نقش مهمی در ایجاد و تداوم اعتیاد و وابستگی به مواد ایفا می کند. به عبارت ساده تر، درمان شناختی- رفتاری در شناسایی موقعیت هایی که احتمال مصرف مواد در آن ها زیاد است، اجتناب از این موقعیت ها در زمان مناسب و مقابله موثر با مسایل و رفتارهای مشکل آفرین مرتبط با سوء مصرف مواد به بیماران کمک می کند [۲۳،۲۲].

محققان در بررسی علل شروع اعتیاد و عود آن پس از درمان، عوامل مختلفی هم چون تنیدگی و فقدان مهارت های مقابله ای مناسب، فقدان جرات ورزی و وضعیت سلامت روانی، هم چنین به وضعیت باورهای غیرعقلانی نامناسب اشاره کرده اند [۲۵،۲۴].

از آنجا که اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر در اغلب کشورهای جهان، آسیب اجتماعی، بهداشتی، اقتصادی و فرهنگی تلقی شده و به عنوان یک پدیده ویرانگر و مخرب سرمایه های انسانی است، لذا بر آن شدیم مطالعه ای با هدف بررسی روان درمانی گروهی شناختی- رفتاری بر تغییر باورهای غیر منطقی معتادین مرد انجام دهیم .

روش کار

مطالعه حاضر یک پژوهش شبه تجربی از نوع مداخله ای (طرح گروه شاهد با پیش آزمون، پس آزمون) است. جامعه آماری مورد مطالعه کلیه معتادین مرد ۱۵ تا ۴۰ ساله داوطلبی بودند که در سال ۱۳۸۹ در مراکز بازتوانی شهر بجنورد تحت درمان با متادون قرار داشتند. واحد های پژوهش مصرف کننده‌ی مواد افیونی با طول اعتیاد حداقل ۱ و حداکثر ۴ سال بودند. تمام آزمودنی ها بر اساس ویرایش چهارم معیارهای کتابچه ی تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM_IV[2]) دارای همبودی اختلال وابستگی مواد افیونی (شیره ی تریاک و کریستال) بودند[۲۶] که در طول دوره ی مطالعه، تحت درمان نگهدارنده با متادون[3] قرار داشتند. حجم نمونه ۸۰ نفر بود که به صورت خوشه ای تصادفی از میان کلینیک های درمان و بازتوانی اعتیاد انتخاب شدند. از چهار نقطه جغرافیایی شهر (شمال- جنوب- شرق- غرب) یک مرکز به این صورت انتخاب گردیده و در هر مرکز به شیوه ی مبتنی بر هدف بر اساس مشخصات واحد پژوهش نمونه مورد نظر انتخاب و به روش واگذاری تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل فرم پرسشنامه ثبت اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه تفکرات غیرمنطقی جونز که شامل چهار مؤلفه توقع تأیید از دیگران، بی مسئولیتی هیجانی، اجتناب از مشکل و درماندگی در برابر تغییر بوده و هر کدام از مؤلفه ها از ده سؤال تشکیل می شد. این ابزار یک ابزار معتبر علمی بود که روایی و پایایی آن در تحقیقات پژوهشگران دیگر تأیید شده بود [۲۸،۲۷]. در پژوهش ما نیز پایایی آن با روش بازآزمایی مجدد (با فاصله یک ماه) و r = ۰/۷۹ تأیید گردید. قبل از مداخله یدرمانی ابزارهای پژوهش توسط پرسشگر که متفاوت از درمانگران بودند، در اختیار نمونه

1 - Curry

2 - Diagostic and Statistical Manual of Mental Disorders-4 edition

3 -Methadone Maintenace Treatment (MMT)

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2025-06-30]

جدول۱: مراحل انجام جلسات گروه درمانی شناختی رفتاری در گروه آزمون

جلسه	عناوین و اهداف درمانی	فرایند درمان
اول	– اجرای پیش آزمون – بحث و بررسی اهمیت و هدف گروه درمانی – مشخص کردن زمان و مکان برگزاری و طول مدت جلسات – معرفی و آشنا سازی اعضائ با همدیگر و رهبر گروه – مطرح کردن قوانین و مقررات گروهی – حضور و شرکت فعال در جلسات گروهی	- استفاده از پیام های کلامی و غیر کلامی، انعکاس و سوالات اکتشافی. از مراجعین خواسته شد شرح مختصری از داستان مشکل خود (کمبود اعتماد به نفس- عزت نفس، باورهای غیرمنطقی خود) و تاریخچه زندگی شان را بیان کنند.
دوم	– معرفی مدل درمان شناختی- رفتاری CBT – فراهم کردن منطقی برای تکالیف خانگی – بالا بردن انگیزه (امیدواری) – تقویت انگیزه و تعهد بیمار نسبت به ترک مصرف مواد - بررسی تکالیف.	تک تک اعضاء یک مورد از تفکرات غیر منطقی خود را که یادداشت کرده بودند، قرائت کرده و آن را تجزیه و تحلیل کردند و اعضای دیگر هم اظهار نظر نمودند.
سوم	- بررسی و توجه به دوسوگرایی بیمار در رابطه با ترک مصرف مواد - شناسایی و مقابله با افکار مرتبط با مواد	وجود قواعد و نقش قواعد ارتباطی مورد بحث قرار گرفت. فیدبک های اعضاء در مورد شغل، زندگی، بی ارزشی و بی کفایتی است. مشاور: تصور کنید شما فاقد این موارد هستید و تا حدودی احساس حقارت کنید.
چهارم	- شناسایی نشانه ها و برانگیزاننده های میل به مواد - شناسایی عرضه کنندگان مواد (مقابله با دوستان و اعضای خانواده) - آشنایی با نقش الگوهای ارتباطی در زندگی فردی و اجتماعی.	بازنوازی غیر ارادی تصمیمات دورانی که اعضاء مشکل دار بودند.
پنجم	- آموزش مهارت های امتناع از مواد، ایفای نقش در جلسه ی درمان - مرور تفاوت بین پاسخ دهی انفعالی، پرخشگرانه و جرات ورزانه - بحث در مورد مسئولیت پذیری	اعضاء کتاب ها، بروشورهای مطالعه شده در مورد مواد مخدر را بررسی نمودند.
ششم	- یادگیری و تمرین مهارت های امتناع از مواد - شناسایی نقاط ضعف وقوت ارتباطی اعضای گروه. - بررسی تفکرات غیرمنطقی سطح توقع از دیگران	- اعضای گروه تفکرات غیر منطقی خود را که باعث اضطراب و تغییر در خلق و خوی آنان شده برای دیگر اعضاء توضیح می دهند.
هفتم	- بحث در مورد شیوه های ارتباطی اعضاء. - تمرین عملی در گروه (کار با مدل ABCD) - تمرین مهارتهای ارتباطی	- اعضاء احساسات خود را در مقابل عدم تأیید ابراز کنند. - بیان احساسات مثبت، تفکرات منطقی
هشتم	- بحث در مورد تفکرات غیر منطقی بی مسئولیتی هیجانی - تمرین ایفای نقش ها (تمرین عملی در گروه). - تمرین روی تصمیم گیری های سالم	- بحث گروهی در مورد تغییرات، پیشرفت ها و موانع و مشکلات احتمالی و تکالیف حول تصمیم گیری. - ارائه ی گزارش تکالیف خانگی.
نهم	- پیش بینی موقعیت های خطرآفرین - تدوین یک برنامه مقابله ای - بحث در مورد درماندگی در برابر تغییر	در این جلسه ایفای نقش، ناکامی هاو اثرات آن بر رفتار کنونی فرد بررسی و تجزیه و تحلیل شد. - تفسیر علائم و شناسایی اغتشاش های فکری توسط اعضای گروه بحث شد.
دهم	- مرور دوباره برنامه و اهداف درمان. - ارائه بازخورد در مورد پیشرفت درمان. - دریافت بازخورد از اعضای گروه در مورد جنبه های موفق و ناموفق درمان. - ارزیابی و پیگیری برنامه جلسات گروه درمانی پس از اتمام کار.	- کاربردی نمودن آموخته های درمان شناختی- رفتاری و اجرای آن ها در محیط خانواده و اجتماع. - رسیدن به خود رهبری، تغییر تفکرات غیر منطقی به سوی باورهای منطقی و مثبت اندیشی اعضای گروه.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2025-06-30]

-ها قرار گرفته و پرسشنامه ها در هر دو گروه تکمیل گردید. گروه آزمون به مدت ۱۰جلسه ی هفتگی ۹۰ دقیقه ای با شرکت ۸ تا ۱۰ نفر به صورت بسته هم زمان با درمان نگهدارنده با متادون تحت درمان گروهی شناختی- رفتاری بر اساس گام ها و مراحل ذکر شده در الگو توسط دو نفر از درمانگران و مشاوران قرار گرفتند (جدول ۱). ساختار جلسه درمان گروهی با استفاده از تلفیق قسمت هایی از سه راهنمای درمانی ویس برای اختلال خلقی، باورهای غلط و مصرف مواد به طور همزمان برای اختلال مصرف مواد، ساخته شده که بیشترین پشتوانه ی تحقیقی را داشتند و اثر بخشی آنها اثبات شده بود [۳۰،۲۹]. گروه شاهد نیز بدون مداخله های شناختی- رفتاری، در برنامه های روتین عملی رایج مراکز MMT شرکت کردند. در پایان جلسات گروه درمانی آزمودنی های دو گروه مجددا پرسشنامه جونز را تکمیل نمودند. این پژوهش با ملاحظات اخلاقی همچون اجرای یک جلسه مقدماتی برای شروع و راه اندازی گروه به منظور پیشگیری از مسائل اخلاقی (نحوه برگزاری جلسات گروه درمانی، حضور به موقع در جلسات درمان، مسائل رازداری، نتیجه رفتارها و باورها در پایان پژوهش به مراجعان) انجام شد. همچنین اعضای گروه اجازه نداشتند در جلسات، با حالت خلسه مواد مخدر حاضر شوند، از اعضاء انتظار می رفت در تمام جلسات گروه حاضر باشند، چون غیبت آنها روی کل گروه اثر می گذاشت. به اعضاء یادداشت خلاصه ای از حقوق و مسئولیت های آنها داده شد تا قبل از ملحق شدن به گروه بدانند از آنها چه انتظاری می رود. تجزیه و تحلیل داده ها در مرحله قبل از مداخله، جهت تعیین همگن بودن دو گروه در بدو مطالعه و در مرحله بعد از مداخله با استفاده از آمارهای توصیفی و تحلیلی میانگین، مجذور کای، t مستقل و t زوج و از طریق نرم افزار آماری SPSS16 و در سطح معنی داری ۰/۹۵ انجام شد.

یافته ها

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون مجذورکای نشان داد که دو گروه مورد مطالعه از نظر ویژگی های جمعیت شناختی نظیر سن، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، سن شروع مصرف مواد مخدر، اولین و آخرین نوع ماده مخدر مصرفی، سن شروع سیگار و هزینه مواد مخدر به صورت روزانه همگن بوده و اختلاف معنی داری نداشتند ($P>$ ۰/۰۵) (جدول ۲).

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون تی مستقل، نشان داد میانگین نمرات باورهای غیرمنطقی بیماران در دو گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله تفاوت آماری معنی داری نداشت و دو گروه قبل از مداخله با هم همگن بودند ولی بین میانگین نمرات باورهای غیرمنطقی بیماران در دو گروه آزمون و شاهد بعد از مداخله تفاوت آماری معنی دار وجود داشت (جدول ۳).

از طرفی مقایسه میانگین نمره باورهای غیر منطقی قبل و بعد از مداخله با آزمون تی زوج نشان داد در گروه شاهد که فقط درمان رایج را دریافت می کردند، این تفاوت معنی دار نبود اما درگروه آزمون که علاوه بر درمان رایج، مداخله بصورت گروه درمانی با رویکرد شناختی رفتاری دریافت می کردند از این نظر تفاوت آماری معنی دار وجود داشت ($p<$۰/۰۰۰۱)(جدول۳) طوری که میانگین کل نمره باورهای غیر منطقی گروه آزمون نسبت به گروه شاهد در پس آزمون کمتر بود.

بررسی تفاوت میانگین نمرات باورهای غیرمنطقی دو گروه به تفکیک از لحاظ مولفه های آزمون جونز، نشان داد که در گروه شاهد قبل و بعد از مداخله در مولفه ی توقع تأیید از دیگران ($p=$۰/۸۴۵)، اجتناب از مشکل ($p=$۰/۱۱۶) و درماندگی در برابر تغییر ($p=$۰/۲۱۶)، میانگین نمرات تفاوت معنی داری نداشت در حالی که در مؤلفه بی مسئولیتی هیجانی این تفاوت معنی دار بود ($p<$ ۰/۰۰۰۱).

در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره باورهای غیر منطقی در مولفه های توقع از دیگران، اجتناب از مشکل و درماندگی در برابر تغییر کاهش معنی دار داشت ($p<$ ۰/۰۰۰۱)، در حالی که در مؤلفه بی مسئولیتی هیجانی این تفاوت معنی دار نبود ($P=$۰/۱۳۵).

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2025-06-30]

جدول ۲: مقایسه دوگروه مورد مطالعه از لحاظ متغیرهای تاثیرگذار

متغیر		آزمون فراوانی (درصد)	شاهد فراوانی(درصد)	آزمون آماری (خی دو)
	۲۰-۳۰	۱۹(۴۷/۵)	۲۳ (۵۷/۵)	
سن (سال)	۳۰-۴۰	۲۱ (۵۲/۵)	۱۷ (۴۲/۵)	p=۰/۶۶
	ابتدائی تا سیکل	۲۱(۵۲/۵)	۱۸(۴۵)	
وضعیت تحصیلی	سیکل تا دیپلم	۱۹ (۴۷/۵)	۲۲ (۵۵)	p=۰/۶۶
	متاهل	۲۴ (۶۰)	۲۱ (۵۲/۵)	
وصعیت تاهل	مجرد	۱۶ (۴۰)	۱۹ (۴۷/۵)	p=۰/۲۶
سن شروع	۱۶-۲۰	۲۰ (۵)	۲۳(۵۷/۵)	p=۰/۵
مصرف مواد مخدر	۲۰-۲۵	۲۰ (۵۰)	۱۷ (۴۲/۵)	
اولین نوع	تریاک	۲۸ (۷۰)	۲۵ (۶۲/۵)	
مواد مخدرمصرفی	شیره	۱۳ (۳۰)	۱۴ (۳۷/۵)	p=۰/۰۵۹
آخرین نوع	تریاک	۱۱ (۲۷/۵)	۱۲ (۳۰)	
مواد مخدرمصرفی	شیره	۱۵ (۳۷/۵)	۱۶ (۴۰)	p=۰/۵۶
	کریستال	۱۴ (۳۵)	۱۲ (۳۰)	
سن شروع	۱۴-۲۰	۱۶ (۴۸/۵)	۱۲ (۴۵/۵)	
مصرف سیگار	۲۱ به بالاتر	۱۷ (۵۱/۵)	۱۵ (۵۵)	p۰/۶
هزینه مواد مخدر	۸۰۰۰- ۲۰۰۰ تومان	۲۲ (۵۵)	۲۳(۵۷/۵)	
به صورت روزانه	۸۰۰۰ تومان بالاتر	۱۸(۴۵)	۱۷(۴۲/۵)	p=۰/۲۶

جدول۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات باورهای غیرمنطقی در دو گروه آزمون و شاهد

گروه های مورد مطالعه	گروه شاهد Mean±SD		آزمون آماری (t زوج)	گروه آزمون Mean±SD		آزمون آماری (t زوج)	نتیجه آزمون آماری (t مستقل)	
متغیرها	قبل از مداخله	بعد از مداخله	مقایسه میانگین نمرات قبل و بعد از مداخله در گروه شاهد	قبل از مداخله	بعد از مداخله	مقایسه میانگین نمرات قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون	قبل از مداخله	بعد از مداخله
توقع تأیید از دیگران	۲۹/۳۲ ± ۵/۰۲	۲۹/۲۸ ± ۴/۵۵	P= ۰/۸۴۵	۳۰/۶۲ ± ۴/۷۵	۲۱/۰۵ ± ۴/۷۸	P< ۰/۰۰۰۱	P= ۰/۲۳۸	P< ۰/۰۰۰۱
بی مسئولیتی هیجانی	۲۱/۵۲ ± ۶/۵۱	۲۶/۲۲ ± ۴/۷۹	P< ۰/۰۰۰۱	۲۲/۹۸ ± ۷/۲۲	۲۱/۱۰ ± ۴/۱۵	P= ۰/۱۳۵	P= ۰/۳۴۹	P< ۰/۰۰۰۱
اجتناب از مشکل	۲۸/۷۸ ± ۴/۱۱	۳۰/۰۲ ± ۳/۴۸	P= ۰/۱۱۶	۲۸/۸۸ ± ۴/۴۶	۲۲/۵۰ ± ۶/۳۵	P< ۰/۰۰۰۱	P= ۰/۹۱۷	P< ۰/۰۰۰۱
درماندگی در برابر تغییر	۲۸/۹۲ ± ۴/۹۲	۳۰/۱۵ ± ۳/۴۱	P= ۰/۲۱۶	۳۰/۷۲ ± ۴/۴۲	۲۰/۸۸ ± ۴/۰۵	P< ۰/۰۰۰۱	P= ۰/۰۹۰	P< ۰/۰۰۰۱
نمره کل	۱۰۸/۲۸ ±۱۲/۴۶	۱۱۵/۹۲± ۷/۲۵	P= ۰/۱۳۵	۱۱۲/۹۵ ±۱۱/۵۲	۸۲/۵۳ ± ۹/۷۶	P< ۰/۰۰۰۱	P= ۰/۰۹۰	P< ۰/۰۰۰۱

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2025-06-30]

بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثر گروه درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر باورهای غیر منطقی معتادین مرد مراجعه کننده به مراکز بازتوانی و ترک اعتیاد که بطور روتین تحت درمان با متادون بودند انجام گرفت و نتایج حاصل از آن نشان داد که این شیوه ی درمانی (که علاوه بر درمان های روتین مراکز انجام می شود) باورهای غیر منطقی معتادین را به طور معنی داری کاهش داده است.

دیگر محققین نیز از جمله کاتلین[1]، فیشر و اسکات[2]، نایک[3]، عاشوری، احقر و مومنی نتایج مشابهی را گزارش نمودند [۲۷، ۳۵-۳۱]. فیشر و اسکات در مطالعه ای تأثیر درمان با رویکرد شناختی رفتاری را در میان مصرف کنندگان مواد مخدر با اختلال شخصیت مورد مقایسه قرار دادند. نتایج مطالعه آنها حاکی از آن بود که بیماران سرپایی تحت درمان با رویکرد درمانی شناختی رفتاری به شکل معنی داری کاهش مصرف داشته، روابط اجتماعی و خانوادگی آن ها بهبود یافته و کارکرد روان شناختی موثرتر و کارآمدتری به دست آوردند [۲۷].

اعتیاد به مواد مخدر هر سال قربانیان زیادی می گیرد و تلاش سازمان های مربوط در کشور های مختلف جهان و حتی سازمان های جهانی درمورد کاهش مواد مخدر و در نتیجه کاهش افراد معتاد تا کنون بی نتیجه مانده است. این بلای خانمانسوز همچنان قربانیان زیادی دارد و یکی از شیوه هایی که به معتاد کمک می کند تا خودش را بشناسد بررسی نوع نگرش و ایجاد نگرش منفی نسبت به اعتیاد است [۳۴]. الیس[4] معتقد است تفکر و نوع نگرش افراد معتاد آنها را به سوی مصرف مجدد سوق می دهد یا آنها را برای همیشه از مصرف مواد منصرف می کند نگرش معتاد نسبت به مواد مخدر نوعی تفکر است که احتمال دارد منطقی یا غیر منطقی باشد [۳۶]. باورهای هسته ای که از اتفاقات و تاثیرات دوران کودکی ناشی شده اند اغلب با احساس ارزشمندی فرد در تضادند مانند باور به اینکه زشت است، احمق است، ناتوان است یا اینکه او را تحقیر می کنند و یا اینکه او را درک نمی کنند. در درمان شناختی رفتاری تغییر باورهای غیر منطقی می تواند مرکز توجه درمانگران باشد. اساس درمان شناختی رفتاری در همکاری درمانگر و مراجع است به این معنا که درمانجو در فرایند درمان دخالت داده می شود و درمانگر با همدلی و حمایت، اورا در این مسیر یاری می دهد. این همکاری برای درمانجو محیطی امن فراهم می آورد تا او را در تغییر دشوار رفتار اعتیاد حمایت کند [۳۷].

در سال های اخیر پیشرفت های زیادی در زمینه درمان اختلالات مصرف مواد ایجاد شده و گزارشات مختلف اثر بخشی درمان شناختی – رفتاری و برتری آن در مقایسه با عدم درمان، درمان دارویی به تنهایی یا درمانهای غیر اختصاصی و نیز اثر بخشی حداقل برابر آن با سایر مداخلات روان شناختی در درمان اختلالات مختلف اعتیادی در جمعیت های مختلف ارائه شده است.

در این راستا مطالعات مختلف، درمان شناختی رفتاری گروهی را در کاهش علائم افسردگی [۳۵،۱۸] و اضطراب [۳۸،۳۵،۸]، افزایش اعتماد به نفس، بهبود مهارت حل تعارض [۳۹]، افزایش کارایی نقش در خانواده بهبود کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی [۴۰،۳۷] ،کاهش ترس از ارزشیابی منفی [۴۱،۴۲]، بهبود مهارتهای مقابله ای و پیشگیری از عود در افراد معتاد [۳۴،۳۲،۴۳،۴۴]، افزایش عزت نفس و کاهش نا امیدی [۴۵،۴۶]و بهبود تصویر مثبت از خود [۴۷] موثر دانسته و آن را بعنوان یک شیوه کارآمد معرفی نموده اند.

به طور خلاصه ویژگی های گروه درمانی به شیوه شناختی رفتاری در این پژوهش که موجب اثر بخشی این روش درمان شد به صورت: آموزش مهارت های ارتباطی در زندگی فردی و اجتماعی به صورت بحث گروهی، ایفای نقش و کار با مدل ABCD[5] ؛ معرفی تکالیف خانگی؛ تقویت و بالابردن انگیزه و تعهد بیمار، شناسایی و مقابله با افکار مرتبط با مواد، آموزش مهارتهای جرات ورزی و مسئولیت پذیری، بررسی تفکرات غیر منطقی در رابطه با سطح توقع از دیگران، بحث در مورد بی مسئولیتی هیجانی، پیش بینی موقعیت های خطرآفرین و آمادگی

1 - kathleen
2 -Fisher and scott
3 -Nick
4 -Ellis

5 -Active Event, Beliefs, Consequences, Dispute

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2025-06-30]

برای درماندگی در برابر تغییر و در نهایت ارائه بازخورد به مددجویان بود.

نوابی فر نیز در این راستا در پژوهش خود گزارش نمود که در درمان شناختی – رفتاری به وجود باور های غیر منطقی در فرد اذعان شده و به لزوم جایگزینی باور های غیر منطقی با باورهای منطقی در فرد تاکید می گردد. بنابراین راهکارهایی که در طی جلسات درمان به مراجع ارائه می گردد به فرد معتاد کمک می کند تا الگوهای فکری ناکارآمدی که به احساس بی کفایتی در فرد منجر می گردد را تشخیص داده و آن را با الگوهای فکری منطقی و کارآمد جایگزین سازد. همچنین ارائه تکالیف در جلسات آموزش و نیز ادامه انجام تکالیف در منزل حائز اهمیت است، چرا که انجام تکالیف به نوعی تمرین رویارویی فرد با موقعیتهای مشکل زا و چالش انگیز در زندگی واقعی است که منجر به افزایش تاثیر درمان می گردد. علاوه بر این تجربه جلسات گروهی؛ امکان دریافت بازخورد از سایر اعضای گروه؛ ایجاد حس همدلی و مشاهده نوع مقابله دیگران در رویارویی با مشکلات را برای فرد امکان پذیر می سازد [۴۸].

نتایج پژوهش دتیلو[1] هم نشان داد که تاثیر و کارایی درمانگری مبتنی بر فنون شناختی رفتاری در تغییر نگرش دانش آموزان به مواد مخدر بالاست و استفاده از فنونی مانند آموزش حل مساله، آموزش مهارت های برقراری ارتباط، مثبت نگری، تنش زدایی، بازسازی شناختی و استفاده ی صحیح از تقویت مثبت و منفی در جلسات روان درمانگری نه تنها منجر به تغییر نگرش و بهبودی کامل آزمودنی ها نسبت به مواد مخدر می شود بلکه با اصلاح و تغییر تعاملات، تعارضات کاسته شده و بهبودی حاصل می شود [۳۰].

کیانی و همکاران گزارش کردند گروه درمانی شناختی رفتاری باعث ایجاد تغییر در حس خود ارزشمندی و کاهش تصویر منفی از خود در بیماران تالاسمی می گردد و می تواند این احساس خوب را تحت تاثیر قرار داده و مورد استفاده درمانگران در زمینه شناسایی راه حل های مختلف ایجاد تصویر ذهنی مطلوب در نوجوانان قرار گیرد [۴۶]. جعفری نیز بیان نمود که درمانهای شناختی رفتاری به اندازه ی در مانهای فرانظری سبب بهبود خودکارآمدی پرهیز در نوجوانان پسر وابسته به مواد می شود [۴۴] و از طرفی مارکوس و فورمیگونی[2]، ین[3] و کامینر[4] در تحقیقاتی جداگانه گزارش کردند درمان فردی و گروهی شناختی رفتاری نتایج مشابهی دارند [۱۷،۱۶،۱۵]. نوابی فر نیز به نقل از سودانی می نویسد روش های درمانی و مشاوره ای فردی و گروهی با تاکید بر روش شیوه ی منطقی – عاطفی در کاهش باور های غیر منطقی دانشجویان موثر است و معتقد است نتایج تحقیق آنها اساس نظریه ABCD الیس را تایید می کند [۳۶،۴۸]. نوابی فر همچنین به نقل از فولادگر گزارش نمود مشاوره گروهی با استفاده از فنون منطقی – عاطفی (شناختی)- رفتاری در کاهش افسردگی و باور های غیر منطقی پسران بی سرپرست کانون امام صادق (ع) شهر کرد موثر بوده است [۴۸]. این نتایج و مقایسه آنها با روش کار و نتایج پژوهش حاضر مطرح کننده ی این است که روان درمانی گروهی با رویکرد شناختی رفتاری می تواند الگوی پیشنهادی مناسبی برای تمامی مراکز ترک اعتیاد و دارای اثرات مفید و سودمند باشد.

از طرفی در پژوهش حاضر مقایسه نمره باورهای غیر منطقی در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله در مولفه های توقع تایید از دیگران، اجتناب از مشکل و درماندگی در برابر تغییر تفاوت معنی دار داشت ولی در مورد مولفه بی مسئولیتی هیجانی با وجود کاهش نمره این تفاوت معنی دار نبود. نمره کل باورهای غیر منطقی در مورد تمام مولفه های معیار جونز در گروه آزمون بعد از مداخله نسبت به قبل آن تفاوت معنی دار داشت.

ویلسون[5] ضمن تشریح الگوهای نظری برای تغییر نگرش نسبت به مواد مخدر گزارش نمودند که رویکرد شناختی رفتاری، راهبردی است که به تغییر تفکر، کاهش باورهای غیر منطقی و نگرش منفی نسبت به مواد مخدر می شود. در این رویکرد درمانگر به مراجع کمک می کند تا بی مسئولیتی هیجانی و مقاومت در برابر تغییر را که افکاری با نگرش منفی است کاهش داده و نحوه ی مقابله با

1 -Dattilio

2- Marques and Formigoni
3- Yen
4-Kaminer
5- Wilson

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2025-06-30]

مشکلات و فشارهای روانی اجتماعی و در نهایت کاهش احتمال عود را در بر داشته باشد [۴۹].

احقر به نقل از مکری گزارش می دهد که موفق ترین نوع ترک مواد مخدر خود درمانی است افراد باید از طریق شناخت به این مساله پی ببرند که باید مواد را ترک کنند. در فرایند درمان مهم است که شخص در زمان عود مصرف به کدام مرحله بر می گردد. بنابراین با توجه به چرخه ی اعتیاد و مداخلات مختلف درمانی، باید با استفاده از روش های آموزشی در نگرش های معتادین تغییر ایجاد کرد تا بتوان به مراحل مختلف بعدی که باعث تغییر نگرش وی می شود وارد شده و موفق به ترک مواد شد زیرا بازگشت مجدد افراد به سمت اعتیاد به دلیل تاثیرات عوامل شناختی و موقعیتی است و در این میان عوامل روان شناختی نقش مهمتری را ایفا می کنند. به عبارت دیگر نگرش های غلط افراد معتاد مهمترین نقش را در مصرف مجدد مواد ایفا می کند و بهترین روش درمان این است که افراد معتاد یاد بگیرند تا برای حل مشکل خود با تغییر نگرش و کاهش باورهای غلط، در جهت کسب بهبودی کوشش کنند [۳۴].

در مجموع باور های فراشناختی مختل، مهارت های مقابله ای را تضعیف می کند؛ تعاملات شناختی (باور های غیر منطقی مبارزه جویانه) و رفتاری (رفتار های غیر موثر) ویژه شکل می گیرد و زمینه استفاده از مواد مخدر فراهم می شود. بنابراین مداخله های شناختی خاص (برای مثال به چالش انداختن باور های غیر منطقی و تضعیف خودکارآمدی مصرف و تقویت خودکارآمدی امتناع از مصرف مواد) و مداخله های رفتاری (برای مثال تحول رفتارهای غیر دارویی برای مواجهه با حالات شناختی) می تواند برای مقابله با باور های مختل افراد معتاد سودمند و موثر باشد [۵۰،۵۱].

نظر به اینکه مشاوره گروهی به روش شناختی رفتاری و تاثیر آن در کاهش بازگشت معتادان به اعتیاد در این پژوهش تایید شده است، لذا پیشنهاد می شود مراکز و کلینیک های درمان اعتیاد و درمانگران برای پیشگری از عود معتادین و درمان جامعتر و کاملتر آنان در جهت بهبود و اصلاح تفکر و رفتارشان بیشتر از این رویکرد استفاده کنند. در عین حال برنامه حمایت های اجتماعی مناسب و ضروری به عنوان عوامل نگهدارنده و تداوم بخش درمان صورت گرفته، می تواند بسیار مفید و سازنده باشد. بنابراین با توجه به هزینه ها و آسیب های جدی فردی، اجتماعی و اقتصادی سوء مصرف مواد در سراسر دنیا، لازم است درمان مقرون به صرفه، مورد ارزیابی قرار گرفته در جهت درمان سوء مصرف مواد و اعتیاد به کار برده شود. از محدودیت های این پژوهش افت آزمودنی ها به علت طولانی شدن طرح بود. از طرفی سطح پایین تحصیلات اکثر آزمودنی ها، تکمیل نمودن پرسشنامه ها را با مشکل مواجه می نمود، لذا سعی شد با استفاده از روانشناسان مرکز جهت تسریع در تکمیل نمودن پرسشنامه ها اقدامات لازم مبذول گردد.

نتیجه گیری

سوء استفاده از مواد، تغییرات سریع و معنی داری در رویدادهای شناختی، مانند احساسات، افکار و باورها بوجود می آورد. مواد مخدر ممکن است رویدادهای شناختی را مستقیم یا غیر مستقیم با تغییر باورها و نگرش ها در مورد اجتناب از رویدادهای شناختی تحت تاثیر قرار دهد. این تغییرات ممکن است حاصل تقویت کننده های مثبت و منفی نیرومندی از مصرف مواد مخدر باشد بعلاوه استفاده از مواد نه تنها ممکن است باورها و انتظارات مثبتی را در مورد اثر مواد مخدر بوجود آورد بلکه باعث بدست آوردن دانش و آگاهی در باره پیامدهای شناختی می شوند.

در کل باورهای غیر منطقی سبب تضعیف مهارتهای مقابله ای می شود و تعاملات شناختی رفتاری و به چالش انداختن باورهای غیر منطقی و تضعیف خودکارآمدی مصرف و مداخله های رفتاری سودمند برای مواجهه با حالات شناختی می تواند برای مقابله با باورهای غیر منطقی افراد معتاد سودمند و موثر باشد. استفاده از درمان های شناختی- رفتاری گروهی در تغییر بارهای غیرمنطقی افراد دارای سوء مصرف مواد مخدر موثر هستند. فرض اساسی در تبیین این نظریه این است که هیجانات افراد عمدتا از عقاید، ارزیابی ها، تعبیرها و واکنش های افراد به شرایط زندگی ناشی می شود. هدف کلی در درمان گروهی شناختی- رفتاری آن است که انسان ها بتوانند اختلالات هیجانی خود را به حداقل برسانند، رفتارهای مخرب خویش را کم کنند، خود

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2025-06-30]

شکوفاتر شده و زندگی شادتری داشته باشند؛ واضح تر و عاقلانه تر فکر کنند، احساس مناسب تری داشته و در رسیدن به هدف های خود موثرتر و کارآمدتر شوند.

بنابراین توصیه می شود در درمان اعتیاد از این روش استفاده گردد. این پژوهش از این نظر شروعی برای انجام تحقیقات بعدی و در زمینه مشکلات معتادین جهت ترک اعتیاد و ارائه برنامه های آموزشی و مداخله ای مناسب به دیگر افراد معتاد جهت شیوه بهتر ترک از نظر جسمانی و روانی، بهتر زیستن، انگیزه برای عملکرد مطلوب و اشتغال است و می تواند از اهداف آینده این تحقیق باشد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه باحمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی انجام گرفته است. لذا ضمن تقدیر و تشکر از حوزه ی معاونت پژوهشی، پژوهشگران برخود لازم می دانند مراتب تشکر و قدردانی خود را از مسئولین و کارکنان مراکز درمان و بازتوانی اعتیاد باور، ابن سینا، وصال و روز نو شهرستان بجنورد که در انجام این پژوهش همکاری صمیمانه‌ای داشتند، ابراز دارند.

References

1. Ahmadi J, Sharifi M, Mohagheghzadeh S, “et al”, Pattern of cocaine and heroin abuse in a sample of Iranian population, Ger J psychiatry 2005; 8: 1-4 [Persian]
2. Nabuti MR, Summary status of international conventions on drug control in West Asia [Islamic Republic of Iran], Pak Journal 2010; 27:14-18 [Persian]
3. Fattahpour SH, Sheikhi SR, Guideline Drugs prevention and cessation of alcohol and smoke addiction, Tehran Author’s Co,2012 [Persian]
4. ShojaeiTehrani H, Sobhani AR, Addiction (risk factors, health effects, prevention and treatment), Poursina Co, tehran, First edition 2000 [Persian]
5. Nuri R, Common and mistaken beliefs about addiction and substance, Tehran University Co 2005 [Persian]
6. Brien CPO, Mclellan AT, Myths about the treatment of addiction, Lancet 1996; 347: 237-240.
7. Gastfriend DR, Physician Substance Abuse and RecoveryWhat Does It Mean for Physicians and Everyone Else?, JAMA 2005;293(12):1513-1515.
8. Dattilio FM, Cognitive behavioral therapy with an east Indian family, Contemporary Family Therapy 2005;27(3):367-382.
9. Corey G, Case approach to counseling and psychotherapy, Belmont, CA: Brooks/cole 2005:154-182.
10.Hofmann SG, Smits JA, Cognitive behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials, J Clin Psychiatry 2008; 69(4): 621–632.
11.Derueis RJ, Tang T, Beck AT, Handbook of cognitive behavior of therapies 2007: 349-393.
12.Carroll KM, Behavioral therapies for co-occurring substance use and mood disorders. Biological psychiatry.2004, 56: 778-784.
13.Nieuwenhuijsen K, Verbeek JHAM, De Boer AGEM, Blonk RWB, Van Dijk FJH, Irrational beliefs in employees with an adjustment, a depressive, or an anxiety disorder: A prospective cohort study, Journal of Rat-Emo Cognitive-Behav Ther 2010;28:57-72.
14.Seghatoleslam T, Rezaei A, Aghighi K, Cognitive behavioral therapy in reducing depression among patients with substance abuse, Journal of ardabil university of medical sciences 2003;5(70):33-8. [persion]
15.Marques AC, Formigoni ML, Comparison of individual and group cognitive- behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients, Addiction 2001; 96: 835-46.
16.Kaminer Y, Burleson JA, Goldberger R, Cognitive coping skills and psycho education therapies for adolescent substance abuse, J Nerv Ment Dis 2002; 190: 737-45.
17.Yen CF, Wu HY, Yen JY, KO CH, Effects of brief cognitive behavioral interventions on confidence to resist the urges to use heroin and methamphetamine in relapse- related situations, J Nerv Ment Dis 2004; 192: 788-91.
18.Rasuli azad M, GHanbari Hashemabadi B, Tabatabaei M, Group cognitive therapy approach behavior of male addicts with major depressive disorder comorbidity, Journal of Mental Health 2009;3(43): 195 – 204.[persion]

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2025-06-30]

19.Kaplan, H, Sadock B, synopsis of psychiatry,8th ed, new York, Williams and Wilkins 1998:375-378
20.Narimani M, Effect of cognitive behavioral therapy in addiction treatment and rehabilitation of addicts, Counseling Research & Developments journal 2002;3:42-59. [persion]
21.Curry JF, Wells KC, Lochman JE, Craighead WE, Nagy PD, Group and family cognitive Behavioral therapy for adolescent depression and substance abuse: A case study, Cognitive and Behavioral Practice, 2001: 367-376.
22.Weiss DR, Griffinl M, Greenfield FS, Najavits L, Wyner D, soto AJ, A group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: Result of a pilot study, Am J Psychiatry, 2000 ,:61(5):361-7.
23.Mollazadeh J, Ashuri A, Effectiveness of group cognitive behavioral therapy in preventing recurrence and improving the mental health of addicts, Daneshvar Shahed University (Raftar) 2009;34:1-12 [persion]
24.Litt MD, Kadden RM, Cooney NL, Kabela E, Coping skills and treatment outcomes in cognitive behavioral group therapy for alcoholism, J Consult Clin Psychol 2003; 71: 118-28.
25.Appleby L, Warner R, Whitton A, Faragher B, A controlled study of fluoxetine and cognitive behavioral counseling in the treatment of irrational beliefs, Br Med J 1997; 314 (7085): 932-6.
26.Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan and sadock, s synapsis of psychiatry behavioral science/clinical psychiatry, New York: Lippincott Williams and Wilkins 2007:389.
27.Fisher M, Scott SR, Effectiveness study of two group models with substance abusing mentally ill (Multi Challenged) Consumers, Journal of Alcohol and Drug Education 1996; 52: 25- 38.
28.Yaghubi Nasrabadi M, Atef-vahid MK, Ahmadzadeh GH, The effectiveness of cognitive behavioral group therapy in reducing of depressing and anxiety in mood disorder patients, [Andeesheh va Raftar] 2003;9(2):56-63 [Persian]
29.Ellis A, Rational emotive behavior therapy In R. Corsini & D. Wedding (Eds), Current psychotherapies, Itasca, IL: F. E. Peacock 2001: 168-204.
30.Dattilio FM, Cognitive- behaviorism comes of age: Grounding symptomatic treatment in an existential approach, The psychotherapy, Networker 2002: 75- 78.
31.Kathleen Carroll, Therapy manuals for drug addiction, a cognitive behavioral approach treating cocaine addiction. Translate by Bakhshipur Rudsari A, Mohamadkhani SH, Espand honar Co 2002.
32.Ashouri A, Mollazadeh J, Mohammadi N, Effectiveness of group therapy, cognitive - behavioral coping skills and preventing relapse in addicts, Iranian Journal of clinical psychiatry and psychology, 2008;3:281-288 [Persian]
33.Nick M. Cognitive- Behavioral Therapy and irrational beliefs: A Case Series pilot study, Behavioral and cognitive psychotherapy 2006; 34:107-111.
34.Ahghar GH, Efficacy of cognitive behavioral group counseling on changing students' attitudes to drug dependance, Journal of Social Research,2011;4:139-150 [Persian]
35.Momeni F, Moshtagh-e-Beydokhti N, Pourshahbaz A, The effectiveness of cognitive behavioral group therapy for reducing hunger and improving depression and anxiety symptoms in opiate addicts undergoing methadone maintenance therapy, Journal of Etiyad pazhohi, 2010;3(11): 83-97 [Persian]
36.Ellis A, Overcoming resistance's rational emotive behavior therapy integrated approach, New York: Springer 2002.
37.Vazirian M, Bolhari J, Guide to Prevention and Treatment Of Substance Abuse in The primary health care system, Integrated Plan in preventing and treating substance abuse, Ministry of Health and Medical Education 2005 [Persian]
38.Johari fard R, Gudarzi MA, Zamiri A, Effect of Group Cognitive-Behavior Therapy On Anxiety and Dysfunctional attitudes in patients with generalized anxiety disorder, New findings in psychology 2006;2(6):81-94. [Persian]
39.Ghanbari Hashem Abadi BA, Madah-e-shurcheh R, Vafaei-e-jahan Z, Belghan abadi M, Evaluate the effectiveness of educational interventions in family mental performance of patients with mood disorders, Journal of Counseling and Family Therapy, 2012;1(3): 399-412 [Persian]

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2025-06-30]

40.Mojarrad Kahani AH, Ghanbari Hashem Abadi BA, Modares Gharavi M, The efficacy of group psycho educational interventions in promoting quality of life and quality of relationships on family of patients with bipolar disorders, Journal of Behavior Research 2012;2(10):114-23. [Persian]
41.Vakilian S, Ghanbari Hashem Abadi BA, Tabatabaei M, The effect of adding social skills Cognitive-behavioral group treatment for social phobia in students, Journal of Mental Health, 2008;10(2):87-97 [Persian]
42.Vakilian S, Ghanbari Hashem Abadi BA, Effect of Cognitive Behavioral Group Therapy in Combination with Social Skill Training on Fear of Negative Evaluation and Social Avoidance, Journal of Clinical Psychology 2009; 1(2):11-28 [Persian]
43.Dabaghi P, Asgharnezhad F, Atef Vahid MK, Bolhari J, Effectiveness of group cognitive therapy based on thinking of Supervisions (awareness of mind) and spiritual schema activation and prevention of relapse in opioid use, Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2008; 13(4): 366 -375. [Persian]
44.Jafari M, Shahidi Sh, Abedin A, Comparing the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Trans-theoretical Model on improving abstinence self-efficacy in substance dependent adolescents, Journal of Behavior Research 2009;7(1):1-12 [Persian]
45.Hasanabadi H, The effectiveness comparison of spiritual-religious group therapy for self – esteem development of male prisoners in central prison of Mashhad, Thesis for doctoral degree, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tarbiat Modarres University 2006 [Persian]
46.Kiani J, Pakizeh A, Ostvar A, Namazi S, Effectiveness of group cognitive therapy on Increasing self-esteem and reducing the hopelessness in adolescents with thalassemia, [Journal Of Teb-e- jonub], Bousher University Of Medical Sciences 2010;13(4):241-252 [Persian]
47.Rahbarian M, Tarkhan M, Jalali MR, The effectiveness of cognitive behavioral group therapy on self-concept and body image in burnt women, JQUMS 2012;15(4):45-52 [Persian]
48.Navabifar F, Aghaei A, Omrani fard V, Afsharzanjani H, Moeini P, Efficacy and Comparing of group cognitive therapy Homeopathic approach to emotional and behavioral depression in women, Journal of Research in Psychology 2008; 37:41-64 [Persian]
49.Wilson SJ, Sayette MA, Fiez JA, Prefrontal responses to drug cues: A neuro cognitive analysis, Nature neuroscience 2004;7:211-214.
50.Abolghasemi A, Ahmadi M, Kiamarsi A, The Relationship of Metacognition and Perfectionism with Psychological Consequences in the Addicts, Journal of Behavior Research 2007;5(2):73-79 [Persian]
51.Alizadehsahraei OH, Khosravi Z, Besharat MA, Relationship of Irrational Beliefs with the Positive and Negative Perfectionism students in Noshahr city, Journal of Psychological Studies 2010; 6(1):41-9 [Persian]

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2025-06-30]

Original Article

The effectiveness of group cognitive - behavioral psychotherapy on changing of irrational beliefs in male addicts

*Tabatabaeichehr M[1], Ebrahimi sani E[2], Mortazavi H[3]**

[1] M.Sc in Midwifery, faculty member, Department of Midwifery, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.
[2] M.sc in Counseling and Guidance
[3]P.hD Student, faculty member, Department of Nursing, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

***Corresponding Author** : *North Khorasan University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery, Bojnurd, Iran*
Email: hamedmortazavi@ymail.com

Abstract

***Background & Objectives** :One of the most important strategies for treatment and preventing recurrence of addiction is group cognitive-behavioral psychotherapy.The purpose of this study was to investigate the effectiveness cognitive–behavioral therapy on improving irrational beliefs in male addicts.*

***Materials and Methods**: In a semi-experimental study, 80individuals who had been treated in MMT therapy of bojnurd, were divided randomly into an experimental (40 subject) and a control (40 subject) groups. The experimental group underwent ten treatment sessions (one session per week, 90 min) with cognitive-behavioral approach while control group only receive routine treatment of MMT center. In this study, Jones irrational beliefs questionnaire form was used. Data were statistically analyzed using spss sofware16 and presented with chi-square tests, t-independent and paired t test with 95% confidence level.*

***Results**: influential variables of two groups (age, education, age of onset of drug use, smoking, etc.) were similar. Irrational beliefs scores of both groups before the intervention were not significant, but showed significant level of difference after the intervention (p<0/0001). The overall mean pre-intervention score (112/95 ± 11/52) and post-intervention score of experimental group (82/78 ± 9 / 76) showed a meaningful decrease. (p<0/0001).*

***Conclusions**: Group cognitive - behavioral therapy is effective in reducing irrational beliefs of addicts and probably could change their positive attitude to drug abuse.*

***Key words**: group psychotherapy; cognitive behavioral therapy; irrational beliefs; addicts*

***Submitted:**4 Oct 2011*
***Revised:**21 Oct 2012*
***Accepted:**27 Nov 2012*

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2025-06-30]