اثربخشی رفتاردرمانی گفتگویی(DBT) بر میزان باورهای فراشناختی مصرف‌کنندگان مرد وابسته به حشیش

بنفشه حسنوند [۱]، صالحه ایرانمش [۲]، عزت اله قدم‌پور [۳]، مهدی یوسف‌وند [۴*]

۱-مربی، گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۲-کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران

۳-دانشیار روانشناسی تربیتی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

۴-دکتری تخصصی روانشناسی تربیتی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

یافته / دوره بیست و یکم / شماره ۴ / زمستان ۹۸ / مسلسل ۸۲

چکیده

دریافت مقاله: ۹۸/۸/۲ پذیرش مقاله: ۹۸/۹/۲۷

مقدمه: اعتیاد امروزه به یکی از جدی‌ترین معضلات جامعه بشری تبدیل شده است که منجر به پیدایش فقر و بیکاری و مهمتر از آن بروز مشکلات مکرر شغلی، اجتماعی و قانونی می‌شود. بنابراین هدف اصلی این پژوهش، تعیین میزان اثربخشی رفتاردرمانی گفتگویی در تغییر سطح باورهای فراشناختی مردان معتاد به حشیش شهرستان خرم‌آباد بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به صورت نیمه‌تجربی بود که در آن از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. نمونه پژوهش ۴۰ آزمودنی بود که از میان مردان معتاد به حشیش شهرستان خرم آباد انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش (رفتاردرمانی گفتگویی) و گواه گمارده شدند. در مرحله مداخله گروه آزمایش در ۸ جلسه تحت آموزش رفتاردرمانی گفتگویی قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز (۲۰۰۰) در مراحل پیش-آزمون و پس‌آزمون برای دو گروه آزمایشی و گواه استفاده شد. داده‌های پژوهش با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکووا) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت معناداری بین دو گروه نشان داد ($p<۰/۰۵$). یافته‌ها حاکی از آن بود که رفتاردرمانی گفتگویی در تغییر سطح باورهای فرانشاختی اثربخش است.

بحث و نتیجه‌گیری: بنابراین چنانچه افرادی که در حوزه مربوط به مبارزه با مواد مخدر و درمان افراد مبتلا به اعتیاد کار می‌کنند، از روش رفتاردرمانی گفتگویی استفاده کنند می‌توانند باورهای فراشناختی مثبتی را در بیماران ایجاد کنند.

واژه‌های کلیدی: رفتار درمانی گفتگویی، باورهای فراشناختی مثبت و منفی، اعتیاد، حشیش

*آدرس مکاتبه: خرم‌آباد، دانشگاه لرستان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی.

پست الکترونیک: Mehdi_yousefvand@yahoo.com

مقدمه

یکی از بلاهای خانمان سوز که آفتی بر پیکر جوامع بشری است مسأله اعتیاد به حشیش است که قدرت تفکر، خلاقیت، توان، کوشش و سازندگی را از انسانها می-گیرد(۱). اعتیاد امروزه به یکی از جدی ترین معضلات جامعه بشری و مخصوصاً کشورهای در حال توسعه که جمعیت جوان بالا و در مقابل نیز فقر و بیکاری بالایی دارند تبدیل شده است که این پدیده خود منجر به پیدایش فقر و بیکاری و مهمتر از آن بروز مشکلات مکرر شغلی، اجتماعی و قانونی می‌شود و این سیکل معیوب همواره در جریان است و قطع کردن آن نیازمند سال‌ها تلاش و برنامه‌ریزی در تمام زمینه هاست (۲). انجمن روانپزشکی آمریکا علائم وابستگی به مواد را شامل مجموعه‌ای از علائم فیزیولوژیکی، رفتاری و شناختی می-داند که براساس آن فرد علیرغم داشتن اختلالات وابسته به مواد، مصرف آن را ادامه می دهد. در چنین مواردی الگویی از مصرف وجود دارد که منجر به تحمل، محرومیت و رفتارِ اجبار برای مصرف می‌شود (۳). امروزه یکی از خطرناک ترین مواد مورد مصرف مواد محرک و توهم زا می‌باشد که به تدریج جایگزین مواد مخدر سنتی می‌شوند. مت‌آمفتامین که کریستالیزه آن در کشور ما به عنوان حشیش شناخته می‌شود، یکی از مواد اصلی است که مورد مصرف قرار می‌گیرد. مصرف این ماده به عنوان ماده محرک در کشورهای مختلف و در میان جوانان رواج دارد آمار رسمی ایران در سال ۲۰۰۵ مصرف کنندگان حشیش را ۵/۲ درصد مصرف کنندگان برآورد کرده بود (۴). سوءِ مصرف آمفتامین به دلیل اثرات مخربی که بر مغز دارد، همچنین وسوسه شدید و همراه شدن با علائِم روانپزشکی قابل ملاحظه، برنامه های کاهش تقاضا مانند درمان و پیشگیری را دچار چالش جدی کرده است. حشیش به شدت اعتیادآور است و بر سیستم دوپامینرژیک مغز اثر می گذارد و بلافاصله پس از مصرف حالتی به نام فلاش یا راش (اوج لذت) در فرد ایجاد می شود (۵). حشیش بیشترین پتانسیل آسیب های روانی، جسمانی، خانوادگی و اجتماعی را دارد (۶). بیماران وابسته به حشیش معمولا از خود رفتارهای پرخاشگرانه و خشونت بار بروز می دهند. حشیش اگر به مقدار زیاد مصرف شود موجب اضطرابِ شدید و موقت، شبه اختلال وحشت زدگی و بدبینی یا سوءظن می‌شود (۷). مواد روانگردان موجبات ناامنی خانواده و جوامع را فراهم آورده است و در جوامع کنونی منشأ بسیاری از کج رفتاری‌ها، نابهنجاری‌ها و جرایم را مواد مخدر یا روانگردان می دانند (۸). در طول سالیانی که اعتیاد به صورت یک مشکل اجتماعی و فردی درآمده است، از روش‌های مختلفی برای ترک و درمان اعتیاد استفاده شده است. برخی از این روش‌ها اثرات مثبت، برخی اثرات منفی و برخی بی‌تاثیر بوده اند (۹). درمان دی بی تی به عنوان یک جهان بینی یا دیدگاه فلسفی متخصصان بالینی را در جهت ساختن فرضیه های تئوریکی متناسب با مشکلات مراجعان و درمان آن‌ها راهنمایی می‌کند. از سوی دیگر، دیالکتیک به عنوان رابطه و گفتگو به رویکرد یا استراتژی‌های درمانی اشاره دارد که توسط درمانگران برای ایجاد تغییر مورد استفاده قرار می-گیرد. آنچه در دی‌بی‌تی مهم است تعداد استراتژی های درمانی دیالکتیک آن می‌باشد (۱۰). دیالکتیک از نقطه‌نظر گفتگو و ارتباط به تغییر از طریق قانع‌سازی و ترغیب و استفاده از مخالفت‌ها و تضادهایی که در رابطه درمانی وجود دارند اعتقاد دارد نه به منطق رسمی غیر شخصی. در جلسه درمان، گفتگوی دیالکتیکی و دو نفره از اهمیت خاصی برخوردار است. درمان دی‌بی‌تی به عنوان یک رویکرد درمانی جدید، مرکب از اصول درمان‌های شناختی رفتاری و فلسفه شرقی است که در ابتدا، برای درمان اختلال شخصیت مرزی ابداع شد. علاوه بر این اختلال، در دامنه نسبتاً وسیعی از اختلالات، از جمله افسردگی مورد مطالعه قرارگرفته و اثربخشی آن مشخص شده است (۱۰).

رفتار درمانی یکی از راه‌هایی است که می تواند به افراد کمک کند تا سلامت روانی بیشتری را احساس کنند. همچنین گروه یک حالت حمایتی را برای افراد ایجاد می-کند تا به کمک آن افراد راحت‌تر خود را افشا کنند و به مشکل خود بپردازند. زمانی که هدف ما افزایش مهارت-های اجتماعی، تغییر باورهای ذهنی و چیزهای شبیه این است، رفتار درمانی می تواند کمک بسیار خوبی کند. رویکردهای درمانی مختلفی برای کاهش یا از بین بردن اعتیاد به حشیش و نشانگان آن استفاده می‌شود. یکی از این رویکردهای رفتاردرمانی گفتگویی است که برای درمان انواع بیماران وابسته به حشیش مطرح شده و سودمندی آن در برخی از پژوهش‌ها تأیید شده است. رفتاردرمانی گفتگویی رویکردی جدید و جامع است که بر جهت‌گیری روان‌شناسی مثبت‌نگر استوار است (۱۰). علاوه بر این رویکرد روان‌شناختی رفتاردرمانی در دامنه نسبتاً وسیعی از اختلالات، از جمله اعتیاد به حشیش مورد مطالعه قرارگرفته و اثربخشی آن مشخص شده است (۱۱). رفتاردرمانی گفتگویی از رویکرد رضایت از زندگی حمایت می‌کند. در این رویکرد، اصول و مهارت‌های معطوف به کمک به مراجعان در شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های با ارزش زندگی آموزش داده می‌شود. نظریه کیفیت زندگی بیشتر فرض می‌کند که مؤلفه‌های عاطفی شادکامی تا حد زیادی از قضاوت یا ارزیابی‌های انسان از رضایت از زندگی بر اساس شناخت سرچشمه می‌گیرد، درست مثل هنگامی که استانداردها و ملاک‌های انسان برای کار رضایت بخش تحقق یافته است و فرد احساس شادی، ایمنی و آسایش می‌کند (۱۲، ۱۳). هدف رفتاردرمانی گفتگویی افزایش خودمراقبتی حرفه‌ای یا غنای درونی و پیش‌گیری از فرسودگی است (۱۴). در رفتاردرمانی گفتگویی مراقبت از خود، معادل غنای درونی است و به عنوان احساس آرامش عمیق، راحتی، هوشیاری و آمادگی برای مواجهه با چالش‌های روزانه به شیوه اندیش‌مندانه، عاشقانه، دلسوزانه و جامع تعریف می‌شود (۱۵).

رفتار درمانی گفتگویی به صورت گروهی و انفرادی قابل اجرا است. ابتدا از فرد می‌خواهند که از میان هفده حوزه، حوزه‌های مهمی را که می‌خواهند در آن تغییر ایجاد کنند، مشخص نمایند و سپس درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در طول جلسات بر روی این حوزه‌ها تمرکز می‌یابد. برای هر کدام از این حوزه‌ها تکالیف و تمریناتی بر اساس تکنیک‌ها و اصول درمان برای اجرا در درون جلسات و بیرون جلسات طراحی شده است (۱۶، ۱۷). تحقیقات زیادی در این زمینه صورت گرفته و اثربخشی این درمان را نشان داده‌اند. در پژوهشی که عابدی و وستانیس (۱۸) که به منظور ارزیابی رفتاردرمانی گفتگویی برای والدین کودکان مبتلا به اعتیاد به حشیش در ایران انجام شد، نتایج نشان داد که این درمان باعث کاهش نشانه‌های اعتیاد به حشیش مانند نشخوار فکری، گریز عاطفی، اضطراب، خود-تعیینی و افزایش رضایت کلی خانوادگی و موقعیتی کودکان مبتلا اعتیاد به حشیش شد. در پژوهشی نورث‌مور- بال و ایوان (۱۹) به این نتیجه رسیدند که رفتاردرمانی گفتگویی میزان تاب‌آوری روانشناختی آزمودنی‌ها را در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری افزایش داده است. رودریگو، ماهر و ویدوز (۲۰) در پژوهشی با عنوان مداخله روان‌شناختی به روش رفتار-درمانی گفتگویی به منظور بهبود کیفیت زندگی و سطح خود-تعیینی در بزرگسالان معتاد به حشیش پرداختند. نتایج بیانگر آن بود که افراد گروه رفتاردرمانی گفتگویی نمره‌های بیشتری در مقیاس کیفیت زندگی و سطح خود - تعیینی به دست آوردند. گرانت، سالکد و هاینان (۲۱) اثر بخشی رفتاردرمانی گفتگویی را بر افراد معتاد به حشیش بررسی کردند. پس از پایان جلسات درمان، مشخص شد که نشانگان اعتیاد به حشیش مانند نشخوار فکری، گریز عاطفی، عدم تمایز عاطفی بین خود و دیگران

کاهش یافته بود و همچنین، یک افزایش معناداری در کیفیت زندگی و خودکارآمدی همه بیماران، مشاهده شد. نتایج مطالعه پاترا (۲۲) نشان داد که ۷۳ درصد دانش-آموزان دختر و ۵۸ درصد دانش‌آموزان پسر داری اختلال اعتیاد به حشیش هستند. موسک و گیلبوا (۲۳) در مطالعه خود نشان دادند که رفتاردرمانی گفتگویی به طور معناداری باعث افزایش سطح تاب‌آوری روانشناختی دانش‌جویان معتاد به حشیش نسبت به گروه کنترل می-شود.

از ضرورت‌های پرداختن به این مطالعه آن است که بسیاری از پژوهشگران دریافته‌اند اغلب افراد مبتلا به اعتیاد حشیش، باورهای فراشناختی منفی بالا و باورهای فراشناختی مثبت پایینی دارند (۲۳). از آن جایی که افراد مبتلا به اعتیاد حشیش، احساس بی معنایی دارند، باورهای فراشناختی منفی دارند، رفتاردرمانی گفتگویی می‌تواند افزایش امید و کاهش باورهای فراشناختی منفی را افزایش دهد. بنابراین مؤثرتر و مفیدتر است که ارزیابی باورهای فراشناختی افراد مبتلا به اعتیاد حشیش به صورت دقیق‌تر مورد بررسی قرار گیرد. علاوه بر این از آن جایی که پایین بودن سطح باورهای فراشناختی مثبت به عنوان شکلی از باورهای اجتنابی به کاهش عملکرد مناسب افراد مبتلا به اعتیاد حشیش در زمینه ترک اعتیاد منجر می‌شود، نیاز به بررسی بیشتری دارد. از طرفی فهمیدن صِرف این مسئله که بسیاری افراد مبتلا به اعتیاد حشیش از سطح پایینی از باورهای فراشناختی مثبت برخوردارند، کافی نیست، بلکه مهم این است که بدانیم چه عواملی می‌تواند به تغییر سطح باورهای فراشناختی افراد مبتلا به اعتیاد حشیش متغیر کمک کند.

با توجه به نتایج پژوهش‌های انجام شده، به نظر می-رسد روش رفتاردرمانی گفتگویی در درمان اعتیاد به حشیش و کاهش نشانگان این اختلال مؤثر باشد. بنابراین پژوهش حاضر در صدد بررسی اثربخشی رفتاردرمانی گفتگویی در تغییر سطح باورهای فراشناختی مثبت و منفی مردان معتاد به حشیش است.

مواد و روش‌ها

روش این پژوهش به صورت نیمه‌تجربی است که در سال ۹۸-۱۳۹۷ انجام شده و در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گـواه اسـتفاده شد. جامعه آماری مطالعه حاضر را کلیه مردان معتاد به حشیش شهرستان خرم‌آباد تشکیل داد. افراد نمونه مورد مطالعه به صورت تصادفی در دسترس از بین معتادین به حشیش در یکی از مراکز ترک اعتیاد شهر خرم‌آباد انجام گرفت. حجم نمونه با توجه به واریانس برگرفته از مطالعه اولیه روی ۱۵ مشارکت‌کننده با استفاده از فرمول کوکران و با در نظرگرفتن حداکثر خطای قابل قبول ۰/۰۶ و سطح اطمینان ۹۵٪ برابر با ۴۰ نفر برآورد شد. سپس آزمودنی-های دارای اعتیاد به حشیش به صورت تصـادفی بـه دو گروه به شرح زیـر گمارده شدند: ۲۰ نفر برای رفتاردرمانی گفتگویی (گروه آزمایش) و ۲۰ نفر برای لیست انتظار (گروه گواه). سپس هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون مقیاس باورهای فرانشاختی را تکمیل کردند. دو هفته پـس از درمان مجـدداً از آزمودنی‌های دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه باورهای فرانشاختی استفاده شد.

معیار ورود به مطالعه: جنسیت مرد باشد، دامنه سنی بین ۱۵ تا ۳۰ سال، اعتیاد به حشیش، عدم ابتلا به بیماری‌های ناتوان‌کننده و بیماری مزمن قلبی و تنفسی، عدم شرکت هم زمان در برنامه‌های درمانی دیگر، داشتن سواد خواندن و نوشتن و رضایت برای شرکت در پژوهش و ملاک خروج از مطالعه، عدم تمایل به ادامه مداخله، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات مداخله و عدم مشارکت و همکاری در فرآیند اجرای پژوهش بود.

محققان جهت رعایت ملاحظات اخلاقی از آزمودنی‌ها رضایت‌نامه کتبی گرفتند و از ذکر نام آزمودنی‌ها

خودداری کردند. همچنین گروه گواه پس از انجام پژوهش به صورت جداگانه و برای تغییر سطح باورهای فراشناختی مورد مداخله آزمایشی (رفتاردرمانی گفتگویی) قرار گرفتند و نتایج مفید و سودمندی نیز برای آن‌ها حاصل شد. الف) پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز وکاترایت – هاتن(۲۴): پرسشنامه باورهای فراشناخت یک مقیاس خودگزارشی ۳۰ آیتمی است که تفاوت‌های فردی را درمورد باورهای فراشناخت، قضاوت‌ها و گرایشات نظارت‌گری ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه شامل ۵ خرده مقیاس ۱-تضاد شناختی (گویه‌های شماره ۸، ۱۴، ۱۷، ۲۴،۲۶، ۲۹) ۲-باورهای مثبت(گویه‌های شماره۱، ۷، ۱۰، ۱۹، ۲۳، ۲۸)، ۳-خودآگاهی شناختی (گویه‌های شماره ۳، ۱۲، ۱۶، ۱۸، ۳۰)|، ۴-کنترل‌ناپذیری و خطر افکار (گویه‌های شماره ۲، ۹، ۲۱)، ۵-نیاز به کنترل افکار می‌باشد (گویه‌های شماره ۶، ۲۰، ۲۷). هر آیتم بر روی مقیاس ۴ گزینه‌ای لیکرت (موافق نیستم۱، کمی موافقم۲، تا حدی۳، کاملاً موافقم۴) نمره‌گذاری می‌شود. ولز و کاتریت – هاتون (۲۴) در پژوهشی همسانی درونی، اعتبار همگرا و همچنین پایایی آزمون و بازآزمون را مناسب و قابل قبول گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ پرسش-نامهٔ فراشناخت از ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ و ضریب همبستگی آن با مقیاس اضطراب صفت اسپیل برگر بین ۰/۲۶ تا ۰/۷۳ گزارش شده است(۲۴). ب) رفتار درمانی دیالکتیکی(دی بی تی): رفتاردرمانی دیالکتیکی از سال۲۰۰۸ بر مبنای کار لینهان و دیمف و توسط سالباچ- آندره و همکاران برای یک دوره ۳ ماهه (۱۲ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای) برنامه-ریزی شده بود (۲۵). بیماران هفته‌ای یک جلسه به صورت گروهی رفتار درمانی دیالکتیکی را طبق محتوای زیر آموزش می‌دیدند: جلسه اول) توضیحات مقدماتی، مفهوم‌سازی مشکل، آماده‌سازی مراجعین و اجرای پیش‌آزمون و همچنین آموزش مهارت‌های پرت کردن حواس از رفتارهای خودتخریبی و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی. جلسات دوم و سوم) آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش به مراجع در مورد این که چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می-شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند، متمرکز می‌مانند، چطور کار می‌کنند. جلسات چهارم و پنجم: آموزش تحمل پریشانی (مهارت‌های پایندگی در بحران‌ها، منحرف کردن حواس، تسکین دادن به خود با استفاده از حواس شش‌گانه و تمرین آگاهی). جلسات ششم و هفتم (نحوه برخورد با باورهای فراشناختی مثبت و منفی، چگونگی تنظیم شناختی هیجانی و تصور از تن، آموزش درباره کاهش دادن افکار منفی و فرضیه‌های زیر بنایی تصور از تن، باورهای فراشناختی مثبت و منفی، چگونگی تنظیم شناختی هیجانی و افزایش تجارب مثبت بدنی. جلسات هشتم و نهم) آموزش تنظیم هیجان (اهداف آموزش تنظیم هیجان، دانستن این‌که چرا هیجان‌ها مهم هستند، تشخیص هیجان، کاهش آسیب‌پذیری و رنج هیجانی، افزایش هیجان مثبت، تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه اخیر. جلسات دهم و یازدهم) افزایش باورهای فراشناختی مثبت و منفی، چگونگی تنظیم شناختی هیجانی و افزایش تصویر بدنی (حفظ و تداوم سلامت روابط خویشاوندی، علاقمندی و غیره، آموزش مهارت‌های فردی مهم. جلسه دوازدهم) جمع‌بندی جلسات و مرور و تمرین محتوای جلسات آموزشی.

آنالیز آماری

داده ها بوسیله نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ آنالیز گردید. برای تحلیل فرضیه‌ها، ابتدا نرمال یا غیر نرمال بودن توزیع آماری متغیرها بوسیله آزمون کولموگراف-اسمیرنوف مورد مطالعه قرار گرفت و مشخص گردید توزیع متغیرهای مورد مطالعه نرمال است. جهت تجزیه و

تحلیل داده‌های مربوط به تفاوت بین دو گروه کنترل و آزمایش از لحاظ مولفه‌های باورهای فراشناختی مثبت و منفی، از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکُوا) بهره گرفته شد. قبل از به کارگیری آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره مفروضه‌های آن به وسیله آزمون باکس، لامبدای ویلکز و آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت. به همین منظور برای بررسی پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس مولفه‌های باورهای فراشناختی مثبت و منفی در گروه‌های مورد پژوهش نیز از آزمون ام باکس استفاده شد. نتایج ام باکس نشان داد که همگنی ماتریس واریانس – کواریانس برای باورهای فراشناختی مثبت (p>۰/۰۵) و باورهای فراشناختی منفی (p>۰/۰۵) به خوبی رعایت شده است. برای بررسی پیش فرض برابری واریانس های مولفه‌های باورهای فراشناختی مثبت و باورهای فراشناختی منفی در گروه های مورد پژوهش نیز از آزمون لون استفاده شد. نتایج نشان داد که واریانس‌های باورهای مثبت، خودآگاهی شناختی، تضاد شناختی، نیاز به کنترل افکار و کنترل‌ناپذیری و خطر افکار در دو گروه با هم برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنی‌داری ندارند، که این یافته، پایایی نتایج بعدی را نشان می‌دهد.

در جدول ۱ یافته‌های توصیفی در مورد متغیرهای باورهای فراشناختی مثبت(باورهای مثبت و خودآگاهی شناختی) و باورهای فراشناختی منفی در قالب شاخص-های میانگین و انحراف استاندارد ارائه شده است.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های جدول ۱ بیشترین میانگین در پیش آزمون و پس‌آزمون گروه گواه برای متغیر باورهای مثبت و کمترین میانگین برای متغیر کنترل‌ناپذیری و خطر افکار (۱۴/۱۳ و ۱۵/۹۱) می‌باشد؛ و بیشترین میانگین در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش برای متغیر باورهای مثبت و کمترین میانگین برای متغیر کنترل‌ناپذیری و خطر افکار (۱۵/۷۴ و ۱۱/۵۹) می‌باشد (جدول ۲).

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها بیانگر آن است که زندگی درمانی حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (مولفه-های باورهای فراشناختی مثبت و منفی) میانگین گروه آزمایشی را نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون افزایش داده است (P=۰/۰۰۱، F=۱۸/۱۴۱).

نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیر در جدول ۳ نشان می‌دهد که رفتاردرمانی شناختی (با کنترل اثر پیش‌آزمون به عنوان عامل کووریت روی پس‌آزمون به عنوان متغیر پاسخ) بر افزایش باورهای مثبت با ضریب اتا ۰/۵۲ و خوداگاهی شناختی با ضریب اتا ۰/۶۱، و همچنین بر کاهش تضاد شناختی با ضریب اتای۰/۴۷، کنترل‌ناپذیری و خطر افکار با ضریب اتا۰/۳۹ و نیاز به کنترل افکار با ضریب اتا۰/۴۴ تاثیر معنی‌داری داشته است.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای باورهای فراشناختی مثبت و منفی

	گواه							
	پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون	
متغییر	میانگین	SD	میانگین	SD	میانگین	SD	میانگین	SD
باورهای مثبت	۲۲/۳۲	۵/۵۲	۲۳/۶۹	۴/۶۳	۲۱/۴۱	۵/۹۵	۳۰/۶۲	۳/۳۱
خودآگاهی شناختی	۲۰/۴۶	۶/۵۲	۱۹/۳۱	۵/۴۳	۱۹/۵۷	۵/۶۹	۳۱/۵۳	۳/۹۵
تضاد شناختی	۱۷/۳۴	۴/۲۵	۱۶/۲۱	۴/۱۵	۱۷/۷۲	۵/۶۳	۱۱/۹۷	۳/۹۶
کنترل ناپذیری و خطر افکار	۱۴/۱۳	۳/۵۴	۱۵/۹۱	۴/۶۵	۱۵/۷۴	۴/۵۲	۱۱/۵۹	۲/۵۴
نیاز به کنترل افکار	۱۹/۵۶	۵/۳۲	۲۱/۸۴	۴/۴۸	۱۸/۱۵	۵/۹۶	۱۳/۲۶	۳/۳۶

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای باورهای فراشناختی مثبت و منفی

نام آزمون	مقدار	F	DF فرضیه	DF خطا	معنی داری(P)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۸۷۵	۱۸/۱۴۱	۶/۰۰۰	۲۴/۰۰۰	۰/۰۰۱**	۰/۵۳۹	۱/۰۰۰
آزمون لاندای ویکلز	۰/۴۹۶	۱۸/۱۴۱	۶/۰۰۰	۲۴/۰۰۰	۰/۰۰۱**	۰/۵۳۹	۱/۰۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۳/۲۴۵	۱۸/۱۴۱	۶/۰۰۰	۲۴/۰۰۰	۰/۰۰۱**	۰/۵۳۹	۱/۰۰۰
آزمون ریشه‌روی	۳/۸۶۲	۱۸/۱۴۱	۶/۰۰۰	۲۴/۰۰۰	۰/۰۰۱**	۰/۵۳۹	۱/۰۰۰

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای خرده مولفه‌های باورهای فراشناختی مثبت و منفی

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	سطح معنی داری	ضریب اتا
باورهای مثبت	پیش‌آزمون	۳۹۴/۲	۱	۳۹۴/۲	۴/۳۲	۰/۲۰	۰/۲۱
	اثر اصلی	۹۵۷/ ۳۲	۱	۹۵۷/۳۲	۳۹/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۵۲
	خطا	۱۵۸/۲	۳۷	۴/۲۷	-	-	-
خوداگاهی شناختی	پیش‌آزمون	۱۵/۲۱	۱	۱۵/۲۱	۱/۲۲	۰/۳۱	۰/۰۸
	اثر اصلی	۳۷۵/۴۱	۱	۳۷۵/۴۱	۱۴/۳۵	۰/۰۰۲	۰/۶۱
	خطا	۱۰۱/۳	۳۷	۲/۷۳	-	-	-
تضاد شناختی	پیش‌آزمون	۳۱/۲	۱	۳۱/۳	۲/۲۵	۰/۱۱	۰/۱۷
	اثر اصلی	۲۹۴/۵۸	۱	۲۹۴/۵۸	۱۲/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۴۷
	خطا	۱۹۰/۶۵	۳۷	۵/۱۵	-	-	-
کنترل ناپذیری و خطر افکار	پیش‌آزمون	۲۹/۷	۱	۲۹/۷	۳/۳	۰/۰۹	۰/۱۱
	اثر اصلی	۳۰۱/۳۶	۱	۳۰۱/۳۶	۱۳/۴۸	۰/۰۰۲	۰/۳۹
	خطا	۱۷۴/۱۳	۳۷	۴/۷۰	-	-	-
نیاز به کنترل افکار	پیش‌آزمون	۴۰/۴	۱	۴۰/۴	۵/۱۸	۰/۱۳	۰/۱۹
	اثر اصلی	۲۹۸/۸۷	۱	۲۹۸/۸۷	۱۲/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۴۴
	خطا	۲۰۱/۲	۳۷	۵/۴۳	-	-	-

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هـدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی گفتگویی در تغییر سطح باورهای فراشناختی مثبت و منفی انجام شده اسـت.

یافتـه‌های پژوهش حاضر نشان داد که رفتاردرمانی گفتگویی باعث تغییر سطح باورهای فراشناختی مثبت و منفی گروه آزمایش نسبت بـه گـروه گواه شده است. به عبارت دیگر میزان باورهای فراشناختی مثبت و منفی در افرادی که در جلسات رفتاردرمانی گفتگویی شرکت کـرده بودند در مقایسه با گروه گواه تغییر معنی‌داری داشته است. این یافته با نتایج مطالعات (۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲) همسو است.

از دلایل تبیین یافته‌های این مطالعه این است، افرادی که دچار اعتیاد به حشیش هستند مفهوم‌های ذهنی منفی بیشتری نسبت به خود و محیط اطراف دارند و همین داشتن مفهوم‌های منفی باعث می‌شود که این دسته افراد دید خوب و مثبتی نسبت به خود، دیگران و ارتباط با محیط اطراف نداشته باشند. یکی از ابعاد این منفی نگری نسبت به خود و دیگران به این معقوله بر می‌گردد که چون فرد افسرده دید منفی نسبت به خود و دیگران دارد فکر می‌کند و یا در این اندیشه است که دیگران نیز همچنین دیدگاهی نسبت به او دارند و لذا همین امر باعث می‌شود که فرد سطح شایستگی ادراک شده‌اش پایین بیاید و نتواند به خوبی با دیگران ارتباط برقرار کند. حال آن‌که در روش رفتاردرمانی گفتگویی بر مفهوم‌سازی مجدد، آماده‌سازی مراجعین و همچنـین آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی و تشکیل مفاهیم مثبت و نو نسبت به خود و دیگران، و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت بخـش است که می‌تواند رابطه فرد را با خود و دیگران بهبود دهد و نسبت به خود و دیگران دید مثبت‌تر و خوش‌بینانه‌تری داشته باشد به طوری که هم سطح ارتباط و شایستگی ادراک شده‌اش افزایش یابد و هم اینکه می‌تواند به خوبی با دیگران و محیط اطراف ارتباط مثبت و سازنده برقرار کند. همچنین

گنجاندن این فعالیت‌ها و تمرین‌ها در برنامه هفتگی، باعث می‌شود که فرد افسرده به تدریج از شرایط نامناسب خود مبنی به تفکرات منفی، دلهره، شایستگی و ارتباط ادراک شده سطح پایین فاصله گرفته و کم‌کم به سمت و سوی مثبت‌اندیشی و داشتن یه دید بهتر و خوش‌بینانه نسبت به خود و دیگران حرکت کند (۱۶).

از دلایل دیگر تبیین این یافته‌ها این است که رفتار-درمانی گفتگویی از طریق راهبردهایی چون شناسایی هیجانات منفی و نحوه مقابله با آن‌ها، و برنامه‌های درمانی اختلال اعتیاد به حشیش که شامل راهبردهای مقابله هیجان‌محور از قبیل ارائه پاسخ‌های هیجانی مناسب در برابر اضطراب، افسردگی، گریز عاطفی، گریز از دیگران، جایگاه من تضعیف شده و خیال‌پردازی برای تعدیل موقعیت استفاده می‌شود، موجب افزایش هم‌آمیختگی با دیگران و واکنش پذیری عاطفی می‌گردد. از طرف دیگر، این یافته‌ها را می‌توان این‌گونه تفسیر کرد که خود-تعیینی پایین با اعتیاد به حشیش روانی ارتباط قوی داشته و افراد دارای خود-تعیینی پایین، احتمال بیشتری دارد که به اعتیاد به حشیش روانی مبتلا شوند. لذا این روش با افزایش تسلط و توانمندی افراد مبتلا، می‌تواند در ارتقاء میزان خود-تعیینی آنان مؤثر باشد. همچنین در این روش به چگونگی ادراکات فرد از توانایی تغییر رفتار، سطح انگیختگی، الگوهای فکری و واکنش‌های احساسی پرداخته می‌شود و از خودتمایزیافتگی به عنوان عامل اثرگذار بر پذیرش، حفظ و تغییر هیجان مرتبط با دامنهٔ وسیعی از رفتارهای مورد نیاز در کاهش اعتیاد به حشیش استفاده می‌شود (۱۷).

از دلایل دیگر تبیین یافته‌های این مطالعه این است که چون در روش رفتاردرمانی گفتگویی به بررسی ابعاد مختلف زندگی فرد، خواسته‌ها، مشکلات پیش‌رو، نحوه غلبه بر مشکلات پرداخته می‌شود افراد وابسته به حشیش می‌توانند از این راه آگاهی خود را بالا برده و شناخت بهتری از مشکلات خود داشته باشند و لذا همین عامل باعث می‌شود که افراد تاب‌آوری بالاتری را به دلیل شناخت بیشتر نسبت به مشکلات و راه‌حل‌های غلبه بر این مشکلات داشته باشند.

پیشنهاد می شود که می‌توان رفتاردرمانی گفتگویی را به عنوان تسهیل کننده در امر یادگیری و عاملی مؤثر در کاهش باورهای فراشناختی منفی و افزایش باورهای فراشناختی مثبت در افراد مبتلا به اعتیاد به حشیش از طریق کاهش باورهای منفی و ارتقای باورهای مثبت برای مجریان امر بازپروری معتادان پیشنهاد داد. همچنین پیشنهاد می‌گردد که با توجه به تاثیر زندگی درمانی در کاهش باورهای فراشناختی منفی و افزایش باورهای فراشناختی مثبت از نتایج پژوهش‌های انجام شده در این زمینه به صورت عملی در مراکز مشاوره مراکز ترک اعتیاد استفاده نمود و در این مراکز، کارگاه‌های آموزشی و دوره-های آموزش رفتاردرمانی گفتگویی مختص معتادین، در نظر گرفته شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد که تحقیق فوق بر روی معتادین سایر مواد مخدر در سایر مراکز و در دیگر نقاط کشور هم اجرا گردد تا بتوان نتایج را مورد مقایسه قرار داد.

این پژوهش نیز همچون سایر پژوهش‌ها با محدودیت هایی روبرو بود. از جمله اینکه در پژوهش حاضر از ابزارهای خودگزارش‌دهی استفاده شد، ممکن است افراد در ابراز مشکلات خود و پاسخ به پرسشنامه‌ها صداقت و دقت کامل را به خرج نداده باشند و با توجه به تأثیر عوامل انسانی، در نتایج پژوهش محدودیت‌هایی در این خصوص به وجود آمده باشد. همچنین باید در نظر داشت که تحقیق حاضر در شهر خرم آباد اجرا شده و نتایج آن قابل تعمیم به دیگر نقاط کشور نیست به همین دلیل در تفسیر نتایج پژوهش این موضوع باید این محدودیت‌ها مد نظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از تمامی افراد شرکت کننده در این تحقیق و دوستان عزیزی که ما را یاری رساندند اعلام می نمایند.

References

1. Abedi MR, Vostanis P. Evaluation of quality of life therapy for parents of children with obsessive-compulsive disorders in Iran. European Child & Adolescent Psychiatry. 2010;19 (7): 605-13.
2. Burrim A, Schweitzer R, O'Brien J. Correlates of Female Sexual Functioning: Adult Attachment and Differentiation of Self. The Journal of Sexual Medicine,2014; 11 (9): 2188-2195.
3. Burton Karen LO, Leanne M, Williams C, Richard C, Anthony H, Peter R, et al. Sex differences in the shared genetics of dimensions of self-reported depression and anxiety. Journal of Affective Disorders,2015; 188(1):35-42
4. Conner KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience.2003.
5. Cordeiro P, Paixão P, Lens W, Lacante M, Sheldon K. Factor structure, depressive, and dimensionality of the balanced measure of psychological needs among Portuguese high school students. Relations to well-being and ill-being. Learning and Individual Differences: 2016; 47(8):51-60.
6. Deci E L, Ryan RM. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum Press.1985.
7. Frisch MIB. Quality of life therapy. New Jersey: John Wiley & Sons Press.2006.
8. Gonzalez D, Sicilia Á, Sierra AC, Ferriz R, Hagger MS. Understanding the need for novelty from the perspective of self-determination theory. Personality and Individual Differences: 2016;102(18):159-169.
9. Grant GM, Salced V, Hynan LS. Effectiveness of quality of life therapy for depression. Psychological Report, 1995;19 (7): 1203-8.
10. Gutman TM, Shean FT. Increasing Resilience in Adolescent Nursing Students. Unpublished Doctoral dissertation. The University of Tennessee, Knoxville.2012.
11. Hung S, Li MS, Chen YL, Chiang JH, Chen YY, Hung CL. Smartphone-based ecological momentary assessment for Chinese patients with depression: An exploratory study in Taiwan. Asian Journal of Psychiatry,2016; 23 (11): 131-136
12. Kamimura A, Nourian M, Assasnik N, Roa K. Depression and intimate partner violence among college students in Iran. Asian Journal of Psychiatry, 2010; 23 (4): 51-55.
13. Kennard E, Lieberman J, Arjmand S, Rolfe K. Preliminary Comparison of Laryngeal Manipulation and Postural Treatment on Voice Quality in a Prospective Randomized Crossover Study. Journal of Voice, 2015; 8(6): 751-754 .
14. Kimbrel NA, Meyer EC, DeBeer BB, Gulliver SB, Morissette SB. A 12-Month prospective study of the effects of PTSD depression comorbidity on suicidal behavior in Iraq/Afghanistan-era veterans. Psychiatry Research, 2014; 19 (7): 97-99.
15. Kimweli DMS, Stilweli WE. Community subjective well – being personality traits and quality of life therapy. Social Indicators research, 2014; 401(7): 605-13.
16. Kratzt F, Weyne B. Manicsymptoms and quality of life in bipolar disorder .2007.
17. Lackner RJ, Fresco DM. Interaction effect of brooding rumination and interoceptive

adolescents under residential care? Review, 2016; 56 (14):97-106
22. Northmore-Ball K, Evan G. Secularization versus religious revival in Eastern Europe: Church institutional resilience, state repression and divergent paths. Social Science Research, 2016; 57 (7):31-48.
23. Patra S. Return of the psychedelics: Psilocybin for treatment resistant depression. Asian Journal of Psychiatry, 2016; 24 (8): 51-52.
24. Shimotsu S, Horikawa N. Self-stigma in depressive patients: Association of cognitive schemata, depression, and self-esteem. Asian Journal of Psychiatry, 2016; 19 (7):125-129.
25. Kamimura A., Nourian M., Assasnik N., Roa K. F. (2010). Depression and intimate partner. Violence among college students in Iran. Asian Journal of Psychiatry: Vol 23:pp. 51-55.

awareness on depression and anxiety symptoms. Behaviour Research and Therapy, 2016; 85 (7): 43-52.
18. Li N, Chen G, Zeng P, Pang J, Gong H, Han Y, et al. Prevalence of depression and its associated factors among Chinese elderly people: A comparison study between community-based population and hospitalized population. Psychiatry Research, 2012; 243 (30): 87-91.
19. Liang L, Zhou D, Yuan C, Shao A, Bian Y. Gender differences in the relationship between internet addiction and depression: A cross-lagged study in Chinese adolescents. Computers in Human Behavior: 2013; 63(9): 463-470.
20. Mosek A, Gilboa RB. Integrating art in lief therapy psychodynamic-narrative group work to promote the resilience of caring professionals. The Arts in Psychotherapy, 2016; 25 (51): 25-32.
21. Mota C, Matos P. Does sibling relationship matter to self-concept and resilience in

The Effectiveness of Dialog-Behavior Therapy on Changing the Level of Meta-Cognitive Beliefs in Males Addicted to Cannabis

***Hassanvand B[1], Iranmanesh S[2], Ghadampour E[3],* Yousefvand M[4*]**
1. Instructor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran
2. Master of Family Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tehran University, Tehran, Iran
3. Associate Professor of Educational Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran
4. Ph.D. in Educational Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran (Corresponding Author)

Received: Nov. 25, 2019 Accepted: Dec. 18, 2019

Abstract

***Background*:** Addiction has nowadays become one of the most serious problems of human society, which leads to the emergence of poverty and unemployment and, more importantly, the emergence of frequent occupational, social and legal problems.The main purpose of this study was to determine the effectiveness of behavior-dialog therapy in changing the level of negative and positive meta-cognitive beliefs among addicted men in Khorramabad.

Materials and Methods: This quasi-experimental study was carried out using pretest-posttest design with the control group. The research sample consisted of 40 subjects selected among addicted men in Khorramabad, Iran. They were randomly assigned to the experimental (of behavior-dialog therapy) and the control groups. At the intervention stage, the experimental group was trained in the life-style therapy for 8 sessions. The Wales metacognitive beliefs questionnaire (2000) was used for data collection in pre-test and post-test phases for both the experimental and the control groups. The data were analyzed using the multivariate analysis of MANCOVA.

Results: The results of covariance analysis showed a significant difference between the two groups ($p < 0.01$). The findings indicated that behavior-dialog therapy of the health care system is effective in changing the level of positive and negative financial implications.

Conclusion: Individuals who work in the field of combating the drugs and treating addicted people can create metacognitive beliefs in patients provided that they use behavior-dialog therapy.

Keywords: dialog- behavior therapy, Positive and Negative Meta-cognitive Beliefs, Addiction, Cannabis

****Citation:*** Hassanvand B, Iranmanesh S, Ghadampour E, Yousefvand M. The Effectiveness of Dialog-Behavior Therapy on Changing the Level of Meta-Cognitive Beliefs in Males Addicted to Cannabis. Yafte. 2020; 21(4):131-142.