

## اثر بخشی گروه درمانی فعال ساز رفتاری بر کاهش گرایش به خودکشی و افزایش خویشتن پذیری افراد وابسته به مواد افیونی

زهرا مسیحی<sup>۱</sup>، رضوان همائی<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۲/۲۰

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف تعیین بررسی اثربخشی گروه درمانی فعال ساز رفتاری بر کاهش گرایش به خودکشی و افزایش خویشتن پذیری افراد وابسته به مواد افیونی انجام شد. **روش:** طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی بود. جامعه آماری پژوهش شامل مردان معتاد به انواع مواد مخدر در شهر اهواز بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از معتادان وابسته به مواد افیونی بودند که به روش نمونه گیری در دسترس از بین معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد در شهر اهواز انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) گمارده شدند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: مقیاس گرایش به خودکشی بک و همکاران (۱۹۹۶)، پرسش نامه خویشتن پذیری بک و استیر (۱۹۷۴). گروه درمانی فعال ساز رفتاری به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش ارائه شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد درمان گروهی فعال ساز رفتاری در کاهش گرایش به خودکشی و افزایش پذیرش خود مؤثر بود. **نتیجه گیری:** با توجه به نتایج پژوهش، گروه درمانی فعال ساز رفتاری بر کاهش گرایش خودکشی و افزایش پذیرش خود در افراد وابسته به مواد افیونی مؤثر می باشد.

**کلید واژه‌ها:** گروه درمانی فعال ساز رفتاری، گرایش به خودکشی، خویشتن پذیری، افراد وابسته به مواد افیونی

۱. کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز. ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز. ایران، پست الکترونیک

homaei@iauhvaz.ac.ir

## مقدمه

اعتیاد معضلی است که در همه‌ی اقشار نفوذ کرده و به یقین آسیب‌های جبران‌ناپذیر و پیامدهای ویرانگری برای خانواده‌ها، کشورها و جامعه جهانی به دنبال داشته است. پیامد حاصل از مواد افیونی سبب آسیب‌های اجتماعی می‌شود که خود زمینه‌ساز بسیاری از آسیب‌های دیگر است (میلر و مویرز،<sup>۱</sup> ۲۰۱۵). وابستگی به مواد افیونی مجموعه علائم شناختی، رفتاری و روان‌شناختی را ایجاد می‌کند که منجر به آسیب در زمینه‌های شخصیتی، شیوه تفکر و زندگی، عقاید و کژکاری در تنظیم شناختی و هیجانی می‌شود (هورنیکس،<sup>۲</sup> ۲۰۱۲). یکی از پیامدهای این آسیب‌های شناختی و هیجانی، گرایش به خودکشی است (بارلو و دوراند،<sup>۳</sup> ۲۰۱۱).

در دهه‌های اخیر گرایش به خودکشی به عنوان مشکل بهداشتی در میان جوانان افزایش یافته است (سهرابی و ناطقی، ۱۳۹۶). بر پایه‌ی گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی<sup>۴</sup> (۲۰۱۳) نرخ متوسط خودکشی جهانی ۱۱/۵ در ۱۰۰۰ نفر است که مردان ۱۵ و زنان ۸ در ۱۰۰۰ یعنی ۴ الی ۶ درصد مرگ و میر را به خود اختصاص می‌دهد. روزانه حدود ۱۱ نفر در ایران خودکشی می‌کنند و مطالعات انجام شده بر روی افرادی که اقدام به خودکشی داشته‌اند نشان داده که بین ۱۶ تا ۶۳ درصد آن‌ها مبتلا به یکی از انواع اختلال‌های مرتبط با مواد مخدر هستند (مامی و امیریان، ۱۳۹۵). همچنین آمارهای مربوط به خودکشی در ایران نشان می‌دهند سوء مصرف مواد با نسبت ۵۴ درصد به عنوان دومین اختلال شایع در افراد با سابقه اقدام به خودکشی یا خودکشی کامل به حساب می‌آید. در نتیجه مصرف مواد احتمال اقدام به خودکشی را بیشتر می‌کند و همچنین سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد یکی از عوامل مهم خطر گرایش به خودکشی می‌باشد (محمدخانی، صادقی و فرزاد، ۱۳۹۳). یکی از نظریه‌هایی که در مورد دلایل ارتباط اعتیاد به مواد مخدر و خودکشی مطرح شده بیان می‌دارد که سوء مصرف مواد از طریق افزایش تکانش‌وری در افراد باعث اقدام به خودکشی می‌شود (عاشوری و حبیب‌آباد، ۲۰۰۹). اختلالات روان‌پزشکی، سابقه

1. Miller, & Moyers  
2. Hornquis  
3. Barlow, & Durand

4. World Health Organization  
(WHO)

خانوادگی، سوء مصرف مواد، درگیری با قانون، تغییرات ناگهانی در سلامتی، تعارضات خانوادگی به عنوان عوامل خطر برای گرایش به خودکشی شناخته شده‌اند (دالاس و دیوید<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). طبق پژوهش بریدج، گلداستاین و برنت<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) مصرف مواد مخدر با خودکشی در ارتباط است و افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در افراد معتاد نسبت به سایر افراد به طور معناداری بالاتر است. نصرت آبادی، حلویایی پور و قائدامینی هارونی (۱۳۹۵) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین اعتیاد به مواد و خودکشی با افکار خودکشی رابطه مثبت وجود دارد.

خویشتن‌پذیری<sup>۳</sup> شامل پذیرش توانایی، مهارت و قابلیت‌های اجتماعی است. خویشتن‌پذیری تمام ابعاد شناختی، ادراکی و عاطفی و روش‌های ارزیابی را در برمی‌گیرد، بنابراین خویشتن‌پذیری به مجموعه‌ای از افکار، احساسات و نگرش‌هایی گفته می‌شود که هر کس درباره خودش در ذهن پرورش می‌دهد (حسن‌زاده، ۱۳۹۲). تحقیقات انجام شده در خصوص خویشتن‌پذیری افراد دارای سوء مصرف مواد نشان داد که افرادی که خویشتن‌پذیری بالاتری دارند گرایش کمتری به سوء مصرف مواد دارند (اورکی، ۱۳۹۰). افراد معتاد نسبت به روابط بین فردی، محیط و خویشتن خود احساس نارضایتی، بی‌کفایتی، نفرت، افسردگی و اضطراب می‌نمایند. راهبردهای مؤثری برای حل مشکلات خود ندارند و احساس می‌کنند نمی‌توانند در آرامش زندگی کنند (استیون، هوسیر و میلز<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱). این مسایل باعث می‌شود تا ارزشیابی فرد از خود مخدوش شود. عدم پذیرش خود و داشتن نگرش‌های مخرب منجر به آسیب‌پذیری روان‌پزشکی، مشکلات اجتماعی و رفتارهای پرخطر از جمله گرایش به مواد منجر می‌شود (مان، هاسمن، اسکالما و دی وریس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴). بررسی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که عدم پذیرش خویشتن با ناامیدی، گرایش‌های خودکشی و حتی اقدام به خودکشی ارتباط دارد (مارتین، ریچاردسون، برگن، روگر و آلیسون<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵).

1. Dallas, & David  
2. Bridge, Goldstein, & Brent  
3. self-acceptance  
4. Steven, Hosier, & Miles

5. Mann, Hosman, Schaalma, & De Vries  
6. Martin, Richardson, Bergen, Roeger, & Allison

درمان فعال‌ساز رفتاری<sup>۱</sup> از درمان‌های موج سوم است که بر رفتارها و فعالیت‌ها تأکید دارد (دیمیجیان، بررا، مارتل، مانوز و لوینشان<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱). در این درمان سعی بر این است که بیمار را از لحاظ رفتاری و اجتماعی فعال سازد تا فرد بتواند روابط سالمی با دیگران برقرار نماید. این درمان منجر به کاهش نشانه‌های افسردگی (و در نتیجه کاهش خودکشی)، اضطراب، فشار روانی و باورهای غیرمنطقی می‌شود (داو و لوکستون<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). در افراد معتاد تجربیات و رفتارهای ناسازگارانه و شکست‌های مداوم آن‌ها در مقابله‌های روزمره، باعث درماندگی، احساس عدم کنترل بر امور زندگی، نبود انگیزه برای ادامه زندگی و فقدان ارزشمندی می‌شود. هدف این درمان جایگزینی الگوهای رفتاری کارآمد و سازگارانه با رفتارهای ناکارآمد است که به بهبود عملکردهای اجتماعی منجر می‌شود (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۱۳). تأکید این نوع درمان بر تقویت رفتارهایی است که باعث تعاملات لذت‌بخش می‌شوند و کاهش تعاملاتی که استرس آور هستند و مانع دسترسی به تقویت‌های فردی و اجتماعی می‌شوند (چان، سان، تام، تسویی و وانگ<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷). این درمان به جهت کوتاه‌مدت بودن، مقرون به صرفه است (کانتر<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). این رویکرد به دنبال غنی‌سازی انگیزشی از طریق جستجوی تقویت‌های مثبت است. محیطی که خالی از تقویت‌های مثبت باشد، فرد را به افسردگی و افکار منفی در مورد زندگی و خودش سوق می‌دهد. درمان باید مبتنی بر ایجاد فعالیت‌هایی باشد که منجر به دریافت تقویت مثبت می‌شود (لی<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). فینینگ<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۱۷) از بین درمان‌های شناختی-رفتاری و درمان فعال‌سازی رفتاری، درمان فعال‌ساز رفتاری را جهت پیشگیری از عود مؤثر معرفی نمودند. سرافینی<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهش خود بیان می‌کنند این درمان به دلیل فعال‌ساختن رفتارهای مؤثر و سازنده در درمان افسردگی‌های مقاوم به درمان و گرایش به خودکشی مؤثر بود. در این درمان افراد رفتارهایی را که برای خودشان و دیگران ارزشمند است را شناسایی و تمرین می‌نمایند.

1. behavioral activation thrapy  
2. Dimidjian, Brrera, Martell,  
Munoz, & Lewinshon  
5. Dawe, & Loxton  
4. Chan, Sun, Tam, Tsoi, & Wong

5. Kanter  
6. Ly  
7. Finning  
8. Serafini

این رفتارها سبب بالا بردن لذت و انگیزه فرد برای اجرای فعالیت‌ها خواهد شد. همچنین، اجتناب از رفتاری که منجر به حذف تقویت مثبت شود یا کاهش تجارب هیجانی منفی را شامل می‌شود (پرهون، مرادی، حاتمی و پرهون، ۱۳۹۳). تجربه رویدادهای منفی زندگی و عدم دریافت بازخوردهای مثبت از سوی اطرافیان باعث می‌شود افراد خود را به صورت انتقادی ارزیابی کنند و این امر موجب کاهش خویش‌شنی پذیرایی، افزایش عواطف منفی و پدید آمدن علائم افسردگی در آن‌ها می‌شود (کویچپرز، وان استراتن و وارمردام<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷)، یکی از آثار افسردگی، داشتن افکار منفی در مورد ارزشمندی خویش‌شنی و افکار خودکشی است (دیویس<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). پژوهش‌ها به تأثیر گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری بر درمان افسردگی اشاره نموده‌اند. کانتر و همکاران (۲۰۱۵) در آمریکای شمالی اثربخشی گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری در افراد افسرده مورد تأیید قرار دادند. هاگتون<sup>۳</sup> (۲۰۱۳) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری در دانشجویان باعث کاهش افسردگی و افکار منفی و ناکارآمدی می‌شود. کارتیر و پرونچر<sup>۴</sup> (۲۰۱۳) به این نتیجه رسیدند که گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری باعث افزایش تجارب خوشایند و ارزیابی مثبت فرد از خود می‌شود و باعث افزایش خویش‌شنی پذیرایی و سرزندگی می‌شود. سهرابی و ناطقی (۱۳۹۶) در پژوهش خود نشان دادند که درمان‌های شناختی-رفتاری بر کاهش افکار خودکشی و رفتارهای تکانش‌گری در افراد معتاد به مواد مخدر مؤثر است.

در درمان موفقیت‌آمیز اعتیاد، مراقبت مناسب در دوران نگهداری اهمیت دارد. مطالعات نشان داده‌اند که ۸۰ درصد کسانی که اقدام به ترک اعتیاد می‌کنند در شش ماهه اول دچار بازگشت اعتیاد می‌شوند. بنابراین گذراندن برنامه‌های درمانی مناسب برای پیشگیری از برگشت به اعتیاد در این دوران، حائز اهمیت است (موشکی، پناهی شهری، نجاریور و میرزانی، ۲۰۱۸). در دوران نگهداری مشکلات جسمی و روانی ناشی از ترک می‌تواند تجربیات و تعاملات اجتماعی افراد را دچار آسیب سازد و زمینه انزوا و افسردگی فرد را فراهم نماید، این آسیب‌های روانی، می‌تواند ارزیابی‌های شناختی این افراد در مورد

1. Cuijpers, Van Straten,  
& Warmerdam  
2. Davis

3. Houghton  
4. Chartier, & Provencher

خودارزشمندی و پذیرش خویشتن و همچنین داشتن انگیزه برای ادامه زندگی را تحت سیطره خود قرار دهد. ارائه رویکردهای مناسب درمانی، می‌تواند در جهت افزایش تجربیات مثبت محیطی و بهبود ارزیابی‌های هیجانی و شناختی مؤثر باشد. مرور پژوهش‌ها نشان می‌دهد، اثربخشی گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری بر افسردگی بررسی شده که به طور غیرمستقیم با افکار خودکشی و ارزیابی پایین ارزشمندی خویش در ارتباط است. ولی این درمان به طور مستقیم بر افکار خودکشی و خویشتن‌پذیری بررسی نشده است. لذا پژوهش حاضر به دلیل نبود پژوهش‌های مستقیم در این زمینه، به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری بر کاهش افکار خودکشی و افزایش خویشتن‌پذیری معتادین وابسته به مواد افیونی تأثیر دارد؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نظر هدف، در حیطه پژوهش کاربردی است. پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه این پژوهش شامل مردان معتاد به انواع مواد مخدر در شهر اهواز در چهارماهه دوم ۱۳۹۷ بود. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر (مرد) از معتادان و مبتلایان به سوء مصرف مواد مراجعه‌کننده بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از لحاظ ویژگی‌های سن، تحصیلات، تأهل، مدت زمان اعتیاد هم‌تا شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) گمارده شدند. لازم به ذکر است ملاک‌های ورود امضای توافقنامه کتبی شرکت در پژوهش، وجود معیارهای تشخیصی وابستگی به مواد افیونی بر پایه معیارهای نسخه پنجم راهنمای عملی و تشخیصی اختلالات روانی، عدم دریافت روش‌های درمانی غیر دارویی دیگر، حداقل تحصیلات ابتدائی و سن بین ۲۵ تا ۵۰ سال، عدم رخداد تنش‌زا مثل طلاق یا مرگ عزیزان در شش ماه گذشته بود. ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از یک جلسه و تکمیل پرسش‌نامه به صورت ناقص بود. پس از بیان هدف پژوهش برای رعایت ملاحظات اخلاقی، از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی برای شرکت آگاهانه در پژوهش دریافت شد. به

آن‌ها اعلام شد هر زمان که بخواهند می‌توانند از ادامه پژوهش انصراف دهند و اطلاعات آنان محرمانه نگهداشته می‌شود.

## ابزار

۱- مقیاس سنجش افکار خودکشی<sup>۱</sup>: این مقیاس توسط بک، استیر و براون<sup>۲</sup> در سال ۱۹۹۶ تدوین شد. ابزار خودسنجی ۱۹ سوالی می‌باشد. بر اساس ۳ درجه نقطه‌ای از ۰ تا ۲ تنظیم شده است. نمره کلی فرد بر اساس جمع نمرات محاسبه می‌شود که از ۰ تا ۳۸ قرار دارد. این مقیاس با آزمون‌های استاندارد شده‌ی بالینی افسردگی و گرایش به خودکشی همبستگی بالایی دارد. مهدی‌یار و نجاتی (۱۳۹۴) اعتبار بازآزمایی و آلفای کرونباخ را به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۹۳ گزارش نمودند. روایی همگرای آن با استفاده از روش همبسته نمودن نمرات آن، با نمرات پرسش‌نامه افسردگی به ثبوت رسید ( $r=0/60$ ). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

۲- پرسش‌نامه خویشتن‌پذیری<sup>۳</sup>: این پرسش‌نامه توسط بک و استیر (۱۹۷۴) تهیه شده و دارای ۲۵ سؤال می‌باشد که هر سؤال ۵ گزینه دارد. حداکثر نمره ۱۲۵ و متوسط ۷۵ می‌باشد. دارای چهار بعد (توانایی‌های ذهنی، جذابیت فیزیکی، مسائل اخلاقی، کفایت کاری) می‌باشد (بک، استیر، اپستین<sup>۴</sup> و براون، ۱۹۹۰). اعتبار به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش شده است. برای تعیین روایی پرسش‌نامه از نمره سؤال ملاک استفاده شد. به این ترتیب که نمره کل پرسش‌نامه با نمره سؤال ملاک همبسته شد. مشخص شد بین این دو رابطه مثبت وجود دارد (حاتمی، تقی‌زاده و محبی‌نیا، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

## روش اجرا

پس از مراجعه به مرکز ترک اعتیاد، لیست معتادین وابسته به مواد افیونی مراجعه‌کننده تهیه شد. با توجه به مصاحبه تخصصی توسط روان‌پزشک و روان‌شناس مرکز، معتادین وابسته به مواد افیونی که در مرحله نگهداری بودند شناسایی شدند. سپس به صورت انفرادی با

آن‌ها مصاحبه به عمل آمد و ۳۰ نفر که داوطلب حضور در جلسات بودند، انتخاب شدند. در گام بعدی از میان نمونه پژوهش به طور تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه گمارده شدند. قبل از اجرای مداخله درمانی در گروه‌های آزمایشی پیش‌آزمون سنجش افکار خودکشی و خویشتن‌پذیری اجرا شد. برنامه گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری بر اساس مدل فعال‌سازی رفتاری گروهی (کانتز، بوش و راش، ۲۰۰۵؛ ترجمه میرزایی و فریدونی، ۱۳۹۱) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش صورت پذیرفت. برنامه درمانی هر هفته دو جلسه برگزار شد. ضمن این‌که با هماهنگی‌هایی که با گروه گواه شد قرار شد تا جلسات گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری برای گروه گواه پس از مشخص شدن نتایج اثربخشی در زمان مناسب برگزار شود. همچنین جهت ارتقای انگیزه گروه گواه برای همکاری، بر حضور داوطلبانه و پرنمودن رضایت‌نامه کتبی و بیان تأثیرات مثبت درمان تأکید شد. همچنین جهت خنثی نمودن اثر هائورن، از تکنیک حواس‌پرتی در مورد متغیرهای وابسته و توضیحات پژوهش‌گران در مورد تأثیرات مثبت پژوهش بر بهسازی زندگی آنان صورت گرفت. همچنین اثرات پیش‌آزمون به عنوان عامل همپراش در تحلیل کواریانس خنثی شد. شرح جلسات مداخله درمانی فعال‌سازی رفتاری بر اساس مدل فعال‌سازی رفتاری گروهی در جدول ۱ ارائه شده است.

#### جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی (کانتز، بوش و راش، ۱۳۹۱)

جلسات	محتوا
۱	اجرای پیش‌آزمون و برقراری رابطه درمانی با معنادین، آموزش قراردادهای رفتاری به شکل نوشته یا توافق کلامی بین درمانگر و بیماران، بررسی موانع رسیدن به این اهداف.
۲	آموزش و تمرکز بر فعال‌سازی رفتار بر تعامل فرد با محیط، آموزش راهبردهای مناسب، تعامل بین فرد و محیط با تغییر رفتارهای آشکار، راهبردهای فعال‌سازی رفتاری بر اساس اصول خاموشی، شکل‌دهی، مرور ذهنی، حواس‌پرتی، دوره‌ی آموزش مهارت‌های رویه‌ای و تفکر نظاره‌ای.
۳	آموزش روانی در مورد فرآیندهای شفابخش گروهی: توجه‌هایی در مورد زمینه کلی بیماری، انتخاب روش‌های درمانی مناسب، وضعیت فرد، موضوعات انگیزشی در خصوص تعامل با افراد دیگر (خانواده و پرسنل)، درمان و استفاده از تجارب دیگران.



**جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات درمان فعال سازی رفتاری گروهی (کانتر، بوش و راش، ۱۳۹۱)**

جلسات	محتوا
۴	تمرکز بر جنبه‌های استرس، اضطراب بیماری و استفاده از تقویت کلامی مثبت از طریق امید درمانی، استفاده از تقویت مثبت کلامی از طریق بیان جملات مثبت به همدیگر و امیدبخش برای پیشرفته کوچک بیمار.
۵	تمرکز بر شایستگی‌ها و توانایی‌های ذهنی، تمرکز بر بهبود جذابیت فیزیکی، کنترل فکر، تغییر حالات خلقی و روانی از طریق استفاده از تمثیل در جریان آموزش مسائل اخلاقی، توضیح فرآیندهایی چون آموزش توقف شایستگی‌های کاری در بهبود تحمل و پذیرش حالت‌های روانی با تمثیل و گفتگوی گروهی.
۶	تمرکز بر باورهای شناختی و قضاوت شناختی و کنترل آن‌ها، مدیریت استرس بیماران، زیبایی زندگی، شناسایی استرس افکار منفی افراد، کنترل استرس سازگاری با استرس و پیش‌بینی شناسایی و پیشگیری پیامدهای منفی و نگرش‌های غیرمنطقی.
۷	آموزش در خصوص وضعیت موجود اجتماعی فرد، آموزش مهارت‌های مقابله و بازسازی رفتاری، آموزش مهارت قاطعیت، استفاده بهینه از روان‌شناسان و مددکاران.
۸	جمع‌بندی جلسات، نظرخواهی از اعضا، ارائه راهکار پیگیرانه و اخذ پس‌آزمون

۲۶۵

265

**یافته‌ها**

در هر دو گروه آزمایش ۷ نفر مجرد (۴۶/۶۶ درصد) و ۸ نفر متأهل (۵۳/۳۴ درصد) بودند. میانگین (انحراف استاندارد) سن گروه آزمایش ۳۹/۳۸ (۲/۱۲) سال و گروه گواه ۳۷/۷۲ (۲/۲۲) سال بود. از نظر تحصیلات، در گروه آزمایش، افراد دارای مدرک زیر دیپلم و دیپلم ۴ نفر (۲۶/۶۶٪)، فوق دیپلم و لیسانس ۹ نفر (۶۰/۰۰٪)، و فوق لیسانس به بالا ۲ نفر (۱۳/۳۴٪)، بودند. در گروه گواه نیز، افراد دارای مدرک زیر دیپلم و دیپلم ۳ نفر (۲۰/۰۰٪)، فوق دیپلم و لیسانس ۹ نفر (۶۰/۰۰٪)، و فوق لیسانس به بالا ۳ نفر (۲۰/۰۰٪) بودند. میانگین (انحراف استاندارد) سابقه اعتیاد اعضای گروه آزمایش ۶/۲۷ (۲/۰۶٪) سال، و در گروه گواه ۶/۹۴ (۲/۱۸٪) سال بود. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

**جدول ۲: آماره‌های توصیفی افکار خودکشی و خویشتن‌پذیری به تکنیک گروه‌ها و نوع آزمون**

متغیرها	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین
	(انحراف استاندارد)	(انحراف استاندارد)	(انحراف استاندارد)	(انحراف استاندارد)
افکار خودکشی	۱۹/۰۵ (۳/۱۲)	۱۷/۶۰ (۲/۵۲)	۱۹/۶۵ (۳/۰۹)	۱۹/۴۳ (۳/۹۴)
خویشتن‌پذیری	۷۲/۴۰ (۱۱/۵۴)	۸۰/۷۵ (۱۲/۲۷)	۷۰/۵۵ (۱۱/۸۶)	۷۲/۸۰ (۱۱/۸۱)

برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون و پس‌آزمون از روش تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. یکی از مفروضه‌های تحلیل واریانس چندمتغیری، بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس-کواریانس می‌باشد. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این مفروضه داشت ( $P > 0/05$ ,  $F = 1/20$ ,  $M = 21/25$  باکس). مفروضه دیگر این تحلیل برابری واریانس خطاهاست. نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این مفروضه در متغیرهای افکار خودکشی ( $P > 0/05$ ,  $F = 1/50$ ) و خویشتن‌پذیری ( $P > 0/05$ ,  $F = 3/18$ ) داشت. مفروضه دیگر، همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل افکار خودکشی و متغیر مستقل در مرحله پس‌آزمون ( $P > 0/05$ ,  $F = 1/28$ ) و خویشتن‌پذیری و متغیر مستقل در مرحله پس‌آزمون ( $P > 0/05$ ,  $F = 1/28$ ) مورد بررسی قرار گرفت؛ نتایج حکایت از برقراری این مفروضه داشت. نتایج آزمون شاپرو-ویلکز برای توزیع جامعه (نرمال بودن داده‌ها) نشان داد که فرض نرمال بودن در سطح  $0/05$  برقرار است. بنابراین، تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج حکایت از اثربخشی مداخله در ترکیب خطی متغیرها داشت ( $P < 0/001$ ,  $F = 6/53$ ,  $\lambda = 0/627$  ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک‌متغیری به شرح جدول ۳ استفاده شد.

**جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در متغیرها**

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذورات	توان آزمون
افکار خودکشی	۵۸۴/۱۹	۵/۴۸	۰/۰۰۵	۰/۵۶	۰/۶۲
خویشتن‌پذیری	۲۶۵/۴۸	۴/۱۵	۰/۰۰۷	۰/۳۸	۰/۹۵

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود مداخله بر هر دو متغیر افکار خودکشی و خویشتن‌پذیری موثر بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر بر ۳۰ نفر از معتادان وابسته به مواد افیونی و با هدف تعیین میزان اثربخشی گروه درمانی فعال‌ساز رفتاری بر کاهش افکار خودکشی و افزایش خویشتن‌پذیری انجام شد. این درمان با غنی‌سازی محیط فرد از تقویت مثبت سبب تغییر در ارزیابی شناختی فرد از موقعیت‌ها و شرایط زندگی شده و گرایش افراد را به خودکشی کاهش و خویشتن‌پذیری را افزایش می‌دهد. نتایج پژوهش‌های کانتر و همکاران (۲۰۱۵)، دالاس و دیوید (۲۰۱۳)، بریدج و همکاران (۲۰۰۶) و نصرت‌آبادی و همکاران (۱۳۹۵) به گونه‌ای مشابه نشان دادند که گروه درمانی فعال‌ساز رفتاری بر کاهش افکار خودکشی تأثیر دارد. در تبیین نتایج می‌توان گفت معتادین وابسته به مواد افیونی، در مقابل چالش‌های روانی و استرس‌های روزمره راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه را به کار نمی‌گیرند. آن‌ها در مقابل این موقعیت‌ها به صورت غیرمنطقی، تکانشی و هیجانی رفتار می‌کنند؛ پیامد افکار غیرمنطقی و رفتار تکانشی می‌تواند احساس عدم تسلط و کنترل بر موقعیت‌ها، افسردگی و در نهایت گرایش یا اقدام به خودکشی باشد (دیویس و همکاران، ۲۰۱۵). معمولاً افراد معتاد در دوره درمان، به دلیل مشکلات ناشی از ترک، مستعد گرایش به خودکشی می‌شوند. مسئله خودکشی زمانی در آنان به صورت جدی مطرح می‌شود که با تجارب آسیب‌زایی در زندگی از جمله فقدان اساسی، ناکامی در رسیدن به اهداف، فقدان تجارب موفقیت‌آمیز، مشکلات شخصی درازمدت مواجه شده یا تجاربی را داشته باشند که ارزشمندی فرد را پایمال نموده باشد. باید توجه داشت شکست‌های مکرر این افراد در زمینه حل مشکلات زندگی و مقابله مؤثر با تنیدگی‌ها از مهمترین عوامل خودکشی است. تمایل به خودکشی وضعیتی گذرا است؛ حتی اگر فرد افکار طولانی مدتی در مورد آن داشته باشد، بیشتر افراد پس از یک درمان مناسب بهبود می‌یابند. گروه درمانی فعال‌ساز رفتاری به معتادین وابسته به مواد افیونی که در مرحله آمادگی قرار دارند، کمک کرد تا رفتارهای قدیمی و ناسازگارانه را کنار بگذارند. معمولاً آشفتگی هیجانی ناشی از تجارب

ناخوشایند، ارزیابی‌های منطقی و شناختی را مختل می‌نماید. این روش درمانی کمک نمود تا افراد عملکرد خود را به شیوه‌ای سازنده تغییر دهند؛ پاداش‌های درونی و بیرونی ناشی از عملکرد سازنده جدید، آن‌ها را امیدوارتر ساخته، باعث نگرش مثبت‌تری به زندگی شد. بنابراین مانع عملکرد تکانشگرانه افراد شد. به افراد کمک شد تا از لحاظ رفتاری و اجتماعی فعال شوند و از طریق کنش‌های سازنده با دیگران، عملکرد خود را اصلاح نمایند. این عملکرد جدید و سازگارانه، از سوی خود فرد و دیگران مثبت ارزیابی می‌شود و بازخوردهای مثبتی را به دنبال خواهد داشت و همین امر، سبب کاهش افکار خودکشی و گرایش به آن می‌شود. رفتارهای جدید و سازنده، انگیزش افراد را برای فعالیت بیشتر نمود. به آن‌ها کمک کرد تا افراد مسئولیت سلامتی خود را برعهده بگیرند و برای بهبود خود فعالانه تلاش کنند. این تغییرات جدید پاداش‌دهنده بود و مقاومت افراد را افزایش داد. همچنین افراد بازخوردهای سازنده‌ای را از گروه درمانی خود دریافت کردند. در نتیجه درمان فعال‌ساز رفتاری روشی برای مقابله با افسردگی ناشی از عملکردهای ناسازگارانه و بازخوردهای منفی از سوی خود فرد و دیگران است و می‌تواند منجر به کاهش خلق منفی، افکار خودآیند و در نهایت باعث کاهش افکار خودکشی شود (داو و لوکستون، ۲۰۱۴).

همچنین نتایج نشان داد که گروه درمانی فعال‌ساز رفتاری برافزایش خویشتن‌پذیری در معتادین وابسته به مواد افیونی تأثیرگذار بود که با یافته‌های پژوهش‌های قبلی از جمله دیویس و همکاران (۲۰۱۵)، کارتیر و پرونچر (۲۰۱۳) و هاگتون (۲۰۱۳) همسو است. در تبیین این نتیجه می‌توان بیان کرد اساس خویشتن‌پذیری ارزیابی فرد از احساس ارزشمندی و توانایی‌های خود است. افراد وابسته به مواد افیونی به دلیل استفاده فراوان از راهبردهای ناکارآمد رفتاری (اهمال کاری، پرخوابی، اجتناب از برقراری روابط با دیگران و گوشه‌گیری)، شناختی (نشخوارفکری، مرور خاطرات منفی گذشته، تجزیه و تحلیل افراطی رویدادهای ناخوشایند گذشته) و هیجانی (گریه کردن، خودسرزنشگری، واکنش‌های هیجانی شدید به اتفاقات ناخوشایند گذشته) از خویشتن‌پذیری بسیار پایینی برخوردار هستند. افراد وابسته به مواد افیونی به دلیل استفاده از راهبردهای ناسازگارانه در مقابل فشارها، نتایج و تجارب موفقیت‌آمیزی برای مقابله با رویدادها ندارند. همین امر

یکی از دلایل، احساس ارزشمندی پایین در آنان است. روحیه سازندگی و انگیزش بالا در افراد سبب افزایش ارزیابی مثبت فرد از خود و خویشتن‌پذیری است ولی در افراد معتاد در حال درمان، به دلیل عوارض ترک، خماری و تنش‌های ناشی از آن، انگیزه و رفتارهای سازنده کمتری مشاهده می‌شود. در نتیجه این افراد خویشتن‌پذیری پایینی را گزارش می‌نمایند. گروه درمانی فعال‌ساز رفتاری با قطع مکانیسم‌های تداوم بخش راهبردهای ناکارآمد، تجارب ناموفق آنان را کاهش داده و مانع درگیری‌های مکرر فکری با تجارب و اتفاقات ناخوشایند مانند گذشته می‌شود. به افراد کمک می‌کند تا از دام حلقه‌های معیوب رفتاری و هیجانی نجات یابند تا بتوانند بر جوانب سازنده و تقویت دهنده زندگی معطوف شوند. نقش فعالانه‌تری در برابر مشکلات و ساخت خویشتن بر عهده گیرند و حس درماندگی و انزوا در آن‌ها کاهش می‌یابد. درمان گروهی فعال‌ساز رفتاری سبب کنترل افکار مخرب و افزایش باورهای مثبت در مورد خویشتن شد. این درمان، با استفاده از تکنیک کنترل افکار مزاحم و استفاده از استراتژی‌های حل مسئله رفتاری-انگیزشی، تفکرات سازنده‌ای پیرامون باورهای توانمندی در خویشتن ایجاد نمود. استفاده از فنون فعال‌ساز رفتاری و به کارگیری تقویت مثبت، باورهای خودکارآمدی را در افراد افزایش داد و باعث افکار مثبت در مورد خود و خویشتن‌پذیری شد. در درمان گروهی، ارائه بازخوردهای بیماران نسبت به هم باعث افزایش باور توانمندی در آنان شد و در اولین گام آن‌ها تأثیر دریافت پاداش را بر فعال‌سازی خویش درک نمودند. در نتیجه درمان گروهی فعال‌ساز رفتاری باعث افزایش باورهای خود‌پذیری شد.

به طور کلی، زمانی که افراد معتاد به مواد افیونی، با تجاری از شکست در تصمیم‌گیری‌های زندگی و مقابله با تنیدگی‌های روزمره، تصمیم به ترک می‌گیرند، این پیشینه ناموفق همواره با آن‌هاست و احساس عدم تسلط و کنترل بر محیط ایجاد می‌کند. در این دوران فرد بیمار، با مشکلات ناشی از ترک دست و پنجه نرم می‌کند. تجارب ناموفق گذشته، توانمندی‌های وی و اعتماد به نفس او را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ممکن است در او افکار و گرایش‌های خودکشی ایجاد نماید. در زمان نگهداری، استفاده از درمان‌های مؤثر می‌تواند به ترک موفقیت‌آمیز آنان کمک نماید. درمان فعال‌ساز رفتاری،

زمینه را برای ایجاد تجارب موفق در روابط اجتماعی و مراودات فراهم می‌نماید. این روابط سازنده، برای فرد بازخوردهای مثبت ایجاد می‌کند و به این ترتیب فرد احساس می‌کند که می‌تواند تجارب خود را کنترل نماید و در نتیجه برای وی حس توانمندی و انگیزه برای ادامه راه و زندگی فراهم می‌کند.

عدم مقایسه این درمان با درمان‌های دیگر یکی از محدودیت‌های این پژوهش بود. به دلیل تأثیر درمان فعال‌ساز رفتاری بر گرایش به خودکشی، پیشنهاد می‌شود این درمان برای کاهش این افکار به کار برده شود. به کاربردن رفتارها و هیجانات ناکارآمد در افراد معتاد به مواد افیونی باعث کاهش احساس خودارزشمندی و خویشتن‌پذیری می‌شود. پیشنهاد دیگر پژوهش، برنامه‌ریزی این درمان برای ارتقای خویشتن‌پذیری معتادین وابسته به مواد افیونی می‌باشد. به مدد کاران، روان‌شناسان و مشاوران و حتی مسئولین انجمن‌های معتادان گمنام این درمان به شیوه مناسبی آموزش داده شود.

## منابع

- اورکی، محمد (۱۳۹۰). بررسی رابطه خشم، خودکارآمدی، مهارت‌های مقابله‌ای و میل به مصرف مواد در گروهی از درمان‌جویان وابسته به مواد مخدر افیونی. *مجله اعتیاد پژوهی*، ۵(۱۸)، ۵۴-۳۹.
- پرهون، هادی؛ مرادی، علیرضا؛ حاتمی، محمد و مشیرپناهی، شیوا (۱۳۹۳). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی. *مجله مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۴(۱۴)، ۴۱-۶۲.
- حاتمی، جواد؛ تقی‌زاده، عباس و محبی‌نیا، جهانبخش (۱۳۹۱). رابطه هوش هیجانی، یادگیری خودتنظیمی و خودپنداره با عملکرد تحصیلی در دانش‌آموزان پسر سوم متوسطه شهر تهران. *فصلنامه مطالعات آموزشی و آموزشگاهی*، ۱(۲)، ۲۷-۴۸.
- حسن‌زاده، سید مهدی (۱۳۹۲). *علل، پیامدها و راه‌های پیشگیری از خودکشی*. تهران: انتشارات قطره.
- حیدری، علیرضا؛ پاشا، غلامرضا؛ مامی، شهرام و آتش‌پور، سیدحمید (۱۳۸۴). میزان شیوع اختلالات تغذیه و رابطه آن با عزت‌نفس، خودپنداره و افسردگی در دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی ایلام. *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی*، ۲۶(۱)، ۱-۱۶.
- سهرابی فرامرز و ناطقی محبوبه (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افکار خودکشی و تکانشگری نوجوانان دارای اعتیاد به مواد مخدر. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۲)، ۲۲۸-۲۱۳.

- کانتز، جاناتان؛ بوش، آن و راش. لورا (۲۰۰۵). *فعال‌سازی رفتاری*. ترجمه مصلح میرزایی و صمد فریدونی (۱۳۹۱). تهران: انتشارات ارجمند.
- مامی، مجتبی و امیریان، مهدی (۱۳۹۵). *اثر بخشی درمان‌های شناختی رفتاری بر درمان معنادان*. قم: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی قم.
- محمدخانی، شهرام؛ صادقی، نگار و فرزاد، ولی‌اله (۱۳۹۳). مدل روابط علی هیجان منفی، باورهای مرکزی، باورهای مرتبط با مواد، عقاید و سوسه انگیز و تنظیم هیجان با بازگشت به مصرف مواد. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۶(۲۳)، ۱۸۵ - ۱۵۹.
- مهدی‌یار، منصوره و نجاتی، فرشته (۱۳۹۴). اعتباریابی پرسش‌نامه تاب‌آوری در برابر خودکشی. *فصلنامه روان‌شناسی سلامت*، ۴(۴)، ۹۷-۱۰۸.
- نصرت‌آبادی، مهدی؛ حلوائی‌پور، زهره و قائدامینی‌هارونی، غلامرضا (۱۳۹۵). پیش‌بینی گرایش به افکار خودکشی بر اساس متغیرهای روانی-اجتماعی و احتمال اعتیاد به مواد در سرbazان وظیفه: یک الگوی ساختاری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۴(۶)، ۸۷-۹۶.
- American psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed, Text Revision, DSM-5)*. Washington DC. Author.
- Ashouri, A., Habibi Asgarabad, M., Torkman Malayeri, M., & Javan Esmali, A. (2009). Relationship between suicidal ideation and personality insubstance abusers. *Journal of behavioral sciences*, 3(3), 249-255.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck Depression Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A., Steer, R., Epstein, N., & Brown, G. (1990). Beck self-concept test. *Psychological Assessment: Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(2), 191-197.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Clinical Psychology and Psychiatry*. 47(3-4), 372-394.
- Chartier, I., & Provencher, M. (2013). Behavioural activation for depression: Efficacy, effectiveness and dissemination. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 292-9.
- Cuijpers, P., Van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatment of depression: A meta- analysis. *Clinical Psychology*, 27(1), 318-326.
- Dallas, T. X., & David, W. (2013). Staley behavioral neuroscience of drug addiction. *Biosocieties*, 39, 22-26.
- Davis, T., Hunt, K., Bruce, D., Starkstein, S., Skinner, T., McAullay, D. (2015). Prevalence of depression and its associations with cardio-metabolic control in Aboriginal and Anglo-Celt patients with type 2 diabetes: The Fremantle Diabetes Study Phase II. *Diabet Research and Clinical Practice*, 107(3), 384-391.

- Dawe, S., & Loxton, N. J. (2014). Abuse and dysfunctional eating in adolescent girls: The influence of individual differences in sensitivity to reward and punishment. *International Journal of Eating Disorder*, 29, 455-462.
- Dimidjian, S., Barrera, M., Martell, C. R., Muñoz, R. F., & Lewinsohn, P. (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 1-38.
- Finning, K., Richards, D. A., Moore, L., Ekers, D., McMillan, D., Farrand, P. A., & Rhodes, S. (2017). Cost and outcome of behavioural activation versus cognitive behavioural therapy for depression (COBRA): A qualitative process evaluation. *BMJ open*, 7(4), e014161.
- Hornquis, A. (2012). Early maladaptive schemes in methamphetamine and opioid addicts. *European Psychiatry*, 26(1), 93-95.
- Houghton, S. (2013). Behavioural activation in the treatment of depression. *Mental Health Practice*, 4(1), 18-23.
- Kanter, J. W., Womans, R., Bowe, W. M., Baruch, D. E., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2012). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 30, 608-620.
- Kanter, J., Santiago-Rivera, A., Santos, M., Nagy, G., López, M., & Hurtado, G. (2015). A Randomized Hybrid Efficacy and Effectiveness Trial of Behavioral Activation for Latinos with Depression. *Behavior Therapy*, 46(2), 177-192.
- Ly, K., Janni, E., Wrede, J., Sedem, M., Donker, T., & Carlbring, P. (2015). Experiences of a guided smartphone-based behavioral activation therapy for depression: A qualitative study. *Internet Interventions*, 2(1), 60-68.
- Mann, M., Hosman, C. M. H., Schaalma, H. P., & De Vries, N. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19(4), 357-372.
- Martin, G., Richardson, A. S., Bergen, H. A., Roeger, L., & Allison, S. (2005). Perceived academic performance, self-esteem and locus of control as indicators of need for assessment of adolescent suicide risk: implications for teachers. *Journal of Adolescence*, 28(1), 75-87.
- Miller, W. R., & Moyers, T. B. (2015). The forest and the trees: relational and specific factors in addiction treatment. *Addiction*, 110(3), 401-413.
- Moshki, M., Panahi-Shahri, M., Najarpour, F., & Mirzania, M. (2018). Relationship between treatment motivation, substance use, craving, withdrawal symptoms and health locus of control in addicted patients. *Journal of Research and Health*, 8(3), 21-34.
- Ross, J., Teesson, M., Lejuez, C., Mills, K., Kaye, S., Brady, K., & Ewer, P. (2016). The efficacy of behavioural activation treatment for co-occurring depression and substance use disorder (the activate study): A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16(1), 221-226.
- Serafini, G., Adavastro, G., Canepa, G., De Berardis, D., Valchera, A., Pompili, M., & Amore, M. (2018). The efficacy of buprenorphine in major depression, treatment-resistant depression and suicidal behavior: a systematic review. *International journal of molecular sciences*, 19(8), 24-30.
- Steven, G., Hosier, W., & Miles, C. (2011). Personality and motivational correlates of alcohol consumption and alcohol-related. *Addictive Behaviors*, 36(1), 87-94.