

اثربخشی گروه درمانی فعال ساز رفتاری بر انعطاف پذیری کنشی و باورهای فراشناختی افراد وابسته به مواد افیونی

تاریخ دریافت: ۹۹/۱۲/۱۶ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۴/۱۲

خلاصه

مقدمه

مرور پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افراد وابسته به مواد افیونی در انعطاف پذیری کنشی و باورهای فراشناختی مساله دارند. هدف این پژوهش تعیین اثربخشی گروه درمانی فعال ساز رفتاری بر انعطاف پذیری کنشی و باورهای فراشناختی افراد وابسته به مواد افیونی بود.

روش کار

روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. از جامعه افراد به مواد افیونی کلینیک البرز شهر تهران، ۲۵ نمونه با روش در دسترس انتخاب و با روش تصادفی به دو گروه جایگزین شدند. در آغاز برای هر دو گروه پیش آزمون انعطاف پذیری کنشی کانور و دیویدسون (۲۰۰۳) و باورهای فراشناختی ولز و همکاران (۲۰۰۴) بر هر دو گروه اجرا و سپس گروه درمانی فعال ساز رفتاری در ۸ جلسه روی گروه آزمایش اجرا گردید در نهایت از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شد.

نتایج

نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد، گروه درمانی فعال ساز رفتاری باعث افزایش انعطاف پذیری کنشی و کاهش باورهای فراشناختی کنترل ناپذیری، باورهای مثبت درباره شناختی، اطمینان شناختی کم، نیاز به کنترل افکار و وقوف شناختی افراد وابسته به مواد افیونی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد ($p \leq 0/001$).

نتیجه گیری

به منظور بهبود انعطاف پذیری کنشی و باورهای فراشناختی افراد وابسته به مواد افیونی، پیشنهاد می‌شود از گروه درمانی فعال ساز رفتاری استفاده شود.

کلمات کلیدی

انعطاف پذیری کنشی، باورهای فراشناختی، گروه درمانی فعال ساز رفتاری
پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

معصومه بختیاری*^۱

فرامرز سهرابی^۲

۱. گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

۲. گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

* گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

Email: Masi.bakhtiari@gmail.com

مقدمه

ایجاد کننده تجارب منفی باشد و علت ناسازگاری، تحمل کم و عدم تطابق با شرایط محیطی و استرس زا را باعث شود و در نهایت طیف سلامت روان را بر هم زند (۹).

همچنین، در این افراد به دلیل سبک تفکر و ناسازگاری، باورهای فراشناختی پیش بینی کننده تجربه احساسات منفی، مانند اضطراب و افسردگی می شوند. همچنین، پژوهش ها نشان می دهند که باورهای فراشناختی منفی ممکن است سبب تداوم نگرانی شوند (۱۰). افراد وابسته به مواد دارای باورهای فراشناختی بالاتری نسبت به افراد بهنجار هستند (۱۱). باورهای فراشناختی، از عوامل مؤثر در وضعیت سلامت روانی هستند و می توان با تغییر فراشناخت هایی که شیوه های ناسازگارانه تفکرات منفی را زیاد می کند و یا باعث افزایش باورهای منفی عمومی می گردند، وضعیت سلامت روانی را به مخاطره اندازد. باورهای فراشناختی، باورهایی هستند که به کنترل ناپذیری، اهمیت و خطرناک بودن افکار و تجربه های شناختی مربوط می شوند (۱۲). این باورها مسبب اختلالاتی می شوند که سبک تفکر و سازگاری فرد را تحت تاثیر قرار می گیرد و بی اختیار به تأکید و تقویت پاسخ های هیجانی پیش می روند که بیشتر از همه ناشی از تکرار نشخوار فکری و نگرانی است (۱۳). نظریه های روانشناختی در زمینه سبب شناسی، باورهای فراشناختی را از جمله فاکتورهایی می داند که به فرد آسیب می رساند. زیرا باورهای فراشناختی سبب افکار، تجسمات و تکانه های مزاحم معمولی، برای فرد می شوند و با افکار خودکار منفی مرتبط گردند (۱۴).

اختلالات روانی زمانی به وجود می آیند، که سبک تفکر و سازگاری فرد بی اختیار به تأکید و تقویت پاسخ های هیجانی پیش می رود که بیشتر از همه ناشی از تکرار تفکر نشخوار

اعتیاد معضلی است که در همه اقشار نفوذ کرده و یقیناً آسیب- های جبران ناپذیر و پیامدهای ویرانگری برای خانواده ها، کشورها و جامعه جهانی دنبال داشته است (۱). پیامد حاصل از مواد افیونی سبب آسیب های اجتماعی می شود که خود زمینه ساز بسیاری از آسیب های دیگر است (۲). وابستگی به مواد افیونی مجموعه علائم شناختی، رفتاری و روان شناختی را ایجاد می کند که منجر به آسیب در زمینه های شخصیتی، شیوه تفکر و زندگی، عقاید و کژکاری در تنظیم شناختی و هیجانی می شود (۳). افراد به علت وضع خاص شخصیتی و نیازها و شکست ها، ناتوانی در برخورد با مسایل و ناکامی در زندگی، عدم ثبات عاطفی و ناملایمات دیگر ممکن است به وابستگی به مواد افیونی روی آورند. اگر وابستگی به مواد افیونی کنترل نشود به نوبه خود موجب از بین رفتن انسجام روانی و هیجانی شخص می شود و آثار زیان بری بر خانواده و سلامت اجتماع وارد می آید (۴).

افراد وابسته به مواد افیونی، با بسیاری از مشکلات اجتماعی، شخصیتی و روبرو هستند (۵). افراد وابسته به مواد مخدر انعطاف پذیری پایینی در برابر تنش ها و رویدادهای ناگوار دارند (۶). پژوهشی که روی افراد وابسته به مواد مخدر در یک نمونه ۱۰۰ نفری انجام شد، نشان داد که بین انعطاف پذیری کنشی افراد وابسته به مواد مخدر با افراد عادی تفاوت وجود دارد و افراد وابسته انعطاف پذیری کنشی پایین تر نسبت به افراد عادی دارند (۷). باید گفت، انعطاف پذیری کنشی یکی از سازه های اصلی شخصیت است و برای فهم انگیزش، هیجان و رفتار مفهوم سازی شده است (۸). انعطاف پذیری کنشی ظرفیتی ذاتی نیست، بلکه رفتار تاب آورانه اکتسابی است. فرایندی که اگر ایجاد گردد می تواند به فرد برای غلبه بر تنش ها و رویدادهای ناگوار کمک نماید. عدم گسترش انعطاف پذیری کنشی می تواند

درمان به بیمار کمک می شود تا بتواند در اولین وهله بهبود یابد و بیمار را از نظر رفتاری و اجتماعی فعال می کند و از طریق افزایش تعامل سازنده با افراد سالم و کاهش نشانه های افسردگی، اضطراب، فشارهای روانی، باورهای منفی و کاهش روحیه، بیمار را برای درگیر کردن کامل با فرایند درمان در یک دوره طولانی مدت به منظور حفظ بهبودی آماده کند (۲۱).

اما باید اشاره نمود که در این افراد درمان به شیوه گروهی می تواند تاثیرات شگرفی ایجاد نماید، زیرا که گروه درمانی هم از نظر هزینه و مدت زمان با صرفه است و تجارب جدید برای برقراری ارتباط با دیگران را یاد می گیرد و در مشکلات خود هم دردی را بیشتر احساس می نماید و اعتماد به نفس وی بالاتر می رود (۲۲).

در پایان باید بیان داشت، افراد وابسته به مواد افیونی به دلیل مشکلات هیجانی و رفتاری و جسمانی که دارا می باشند از انعطاف پذیری کنشی پایینی برخوردارند و نوع باورهای آن ها مخدوش است (۲۳). مداخله های فعال و درمانی مناسب برای تعدیل مشکلاتشان می تواند بسیار با ارزش باشد. بنابراین، در پژوهش حاضر هدف تعیین تاثیر گروه درمانی به روش فعال ساز رفتاری بر انعطاف پذیری کنشی و باورهای فراشناختی افراد وابسته به مواد افیونی بود.

روش کار

در این پژوهش از روش تحقیق نیمه آزمایشی (طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل) استفاده شد. به دلیل اینکه پژوهش حاضر به دنبال تغییر ایجاد شده ناشی از اجرای گروه درمانی فعال سازی رفتاری بر انعطاف پذیری کنشی و باورهای فراشناختی افراد وابسته به مواد افیونی بود، از این طرح استفاده شد. جامعه آماری در پژوهش حاضر عبارت از افراد مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی مراجعه کننده به کلینیک البرز درمان اعتیاد شهر تهران بود. نمونه این پژوهش شامل ۳۰ نفر از افراد مبتلا به

فکری و نگرانی است. به عبارتی مردم احساساتشان و باورهایشان را به عنوان اطلاعاتی برای ارزیابی ها و قضاوت ها به کار می گیرند، بنابراین ارزیابی های منفی باعث نابسامانی روانی و نداشتن عملکرد صحیح می شود (۱۶). برطبق نظریه باورهای فراشناخت در اختلال روانشناختی، باورهای فراشناخت ها مؤلفه های حساسی در پیش بینی و ایجاد علائم روانشناختی هستند (۱۱).

اما می توان بیان نمود که برای کاهش چنین باورهای منفی و افزایش انعطاف پذیری افراد وابسته به مواد افیونی، درمان های غیر دارویی می تواند تاثیرات شگرفی بر میزان مشکلاتشان داشته باشد. یکی از این روش ها درمان گروهی به شیوه فعال سازی رفتاری است (۱۶). درمان فعال سازی رفتاری یکی از درمان های مفید است که نوعی رفتار درمانی موج سوم است. این درمان یکی از انواع درمان های تحلیلی کارکردی است که بر پایه الگوی روانشناختی مدنظر اسکینر درباره تغییر رفتار قرار دارد (۱۷).

درمان فعال ساز رفتاری تمرکز خاصی روی اختلالات خلقی و دیگر اختلالات دارد و اغلب فعالیت های فرد اعم از مرتبط و نامرتب با بیماری، تغییر سبک زندگی و پیامدهای بیماری را مورد توجه قرار می دهد (۱۸). اندرسون (۱۹) نشان داد گروه درمانی فعال سازی رفتاری در گروه آزمایش افراد وابسته به سومصرف مواد باعث افزایش انعطاف پذیری کنشی می شود و در نتیجه گروه درمانی فعال سازی رفتاری بر انعطاف پذیری کنشی افراد مبتلا به سومصرف مواد اثربخش است، میلز و اندر (۲۰) نشان داد که جلسات درمانی در نمره پس آزمون نسبت به پیش آزمون تفاوت معناداری بین باور مثبت درباره نگرانی، کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی کم، نیاز به کنترل افکار و وقوف شناختی بوجود می آورد که به دلیل اجرای درمان فعال سازی گروهی برای افراد وابسته به مواد بود. در این نوع

روی گروه آزمایش صورت پذیرفت. برنامه درمانی، به دلیل درخواست مرکز و افراد نمونه هر هفته چهار جلسه برگزار شد. پس از پایان جلسات پس آزمونی نیز در پایان مداخله بر روی هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید. ضمن اینکه با هماهنگی های که با گروه کنترل شد، قرار شد تا جلسات گروه درمانی فعالسازی رفتاری برای افراد وابسته به مواد افیونی گروه کنترل پس از مشخص شدن نتایج اثربخشی در زمان مناسبی برگزار شود. سپس نتایج با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و روش کواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

شایان ذکر است که در این پژوهش آزمودنی بصورت داوطلبانه و بدون قرار دادن زیر فشار مرکز انتخاب شدند و از آنان خواسته شد تا از ذکر نام در پرسشنامه ها خودداری نمایند تا با آزادی بیشتری نظرات خود را بیان کنند. همچنین به آنها اطمینان داده شد که اطلاعاتی را که ارائه می دهند محرمانه خواهد ماند و پژوهشگر اطلاعات را به طور گروهی مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهد داد. در پایان جلسات درمانی یک پکیج درمانی در اختیار گروه کنترل قرار گرفت.

ابزار

مقیاس انعطاف پذیری کنشی: مقیاس انعطاف پذیری کنشی کانر و دیویدسون، مقیاسی خودگزارشی با ۲۵ سوال است که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست)، نمره گذاری می شود. این پرسشنامه را کانر و دیویدسون (۲۴) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹-۱۹۹۱ حوزه تاب آوری در سال ۲۰۰۳ تهیه کردند. بررسی ویژگی های روانسنجی این مقیاس در شش گروه جمعیت عمومی، مراجعه کنندگان به بخش مراقبتهای اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه انجام شده است. تهیه کنندگان این

سوء مصرف مواد افیونی در مرحله نگهداری بود که بصورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس از میان نمونه پژوهش بطور تصادفی ۱۵ نفر در گروه کنترل و ۱۵ نفر در گروه آزمایش گماشته شدند ولی به دلیل ریزش ۵ تن از نمونه گروه آزمایش نمونه پژوهش شامل ۲۵ نفر شد که ۱۵ نفر در گروه کنترل و ۱۰ نفر در گروه آزمایش بودند. روش اجرا بدین ترتیب بود که پس از مراجعه به مرکز ترک اعتیاد البرز و نگهداری افراد مراجعه کننده مبتلا به سوء مصرف مواد و انجام هماهنگی های لازم با مسئولان مرکز البرز و کسب اجازه برای انجام پژوهش، و پس از هماهنگی های لازم با روانشناس مرکز، لیست افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه کننده تهیه شد. بعد از مشاوره با روانشناس مرکز، افراد وابسته به مواد افیونی که در طی فرایند درمان بودند و با توجه به مصاحبه تخصصی و پارامترهای ترک اعتیاد توسط روانپزشک و روانشناس مرکز، افرادی که در مرحله نگهداری بودند، شناسایی شدند. سپس با افراد وابسته به مواد افیونی بصورت انفرادی مصاحبه به عمل آمد و سپس بصورت در دسترس ۳۰ نفر از افراد وابسته به مواد افیونی که داوطلب حضور در جلسات و روند پژوهش بودند انتخاب شدند و در گام بعدی از میان نمونه پژوهش بطور تصادفی ۱۵ نفر از افرادی که ابتدا تمایل و توانایی حضور در جلسات درمانی در طی ۸ جلسه را داشتند در گروه آزمایش و ۱۵ نفر را در گروه کنترل که تحت درمان متادون بودند، گماشته شدند. اما در جلسه دوم ۵ نفر از افراد گروه آزمایش از جلسات انصراف دادند که باعث شد روش تحقیق بصورت نابرابر با ۱۰ نفر در گروه آزمایش برگزار شود و سپس قبل از اجرای مداخله درمانی (گروه درمانی فعال سازی رفتاری) در مورد گروه های آزمایش و کنترل، پیش آزمون انعطاف پذیری کنشی و باورهای فراشناختی اجرا شد. برنامه گروه درمانی فعال سازی رفتاری بر اساس مدل فعال ساز رفتاری گروهی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای بر

مقیاس، بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب آور از غیرتاب آور در گروه های بالینی و غیر بالینی بوده و می تواند در موقعیت های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. این ابزار برای اولین بار در ایران توسط محمدی هنجاریایی و نتایج پایایی و اعتبار این پرسشنامه را تایید شد (۲۵) و در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بدست آمد.

پرسشنامه باورهای فراشناخت (۳۰-MCQ): این پرسشنامه، یک ابزار ۳۰ گویه ای خود گزارشی است و توسط ولز و همکاران در سال ۲۰۰۴ تهیه شده است که باورهای افراد درباره تفکرشان را می سنجد. این ابزار به منظور سنجش چند عنصر فراشناختی، خصیصه ای که برخی از آنها نقش محوری در مدل فراشناختی اختلال روانشناختی دارند طراحی شده است. پاسخ ها در این مقیاس بر پایه چهار درجه ای لیکرت: ۱= موافق نیستم تا ۴= خیلی زیاد موافقم محاسبه می شود. این مقیاس ها دارای پنج خرده مقیاس است: باورهای مثبت درباره نگرانی،

باورهای درباره کنترل ناپذیری و خطر افکار، باورهای درباره اطمینان شناختی، باورهای درباره نیاز به کنترل افکار و خود آگاهی شناختی است. در ایران پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۱ و برای زیر مقیاس های باورهای مثبت درباره نگرانی، کنترل ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خود آگاهی شناختی به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۷۴، ۰/۷۲، ۰/۷۱ و ۰/۷۷ بدست آمد (۱۲). در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ برای باورهای مثبت درباره نگرانی، کنترل ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خود آگاهی شناختی به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۶، ۰/۸۰، ۰/۷۱ و ۰/۷۷ بدست آمد.

مداخله مدل فعال ساز رفتاری: در این تحقیق مداخله گروه درمانی فعال ساز رفتاری بر اساس مدل فعال ساز رفتاری گروهی در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای بر روی گروه آزمایش افراد وابسته به مواد افیونی صورت پذیرفت.

شرح جلسات به شکل جدول زیر است:

جدول ۱. خلاصه مداخله مدل فعال ساز رفتاری

ردیف	خلاصه محتوا
جلسه اول	اجرای پیش آزمون و برقرای رابطه درمانی با افراد و آموزش قراردادهای رفتاری: در این جلسه قراردادهای رفتاری آموزش داده شد و با بیماران رابطه درمانی خوبی برقرار شد. قراردادهای رفتاری به شکل نوشته و یا توافق کلامی بین درمانگر و بیماران مطرح شد. بیماران ارتباط مناسبی را برقرار ساختند. قراردادهای ساده، روشن و جزئی بود و درمانگر به بیمار در این خصوص پیشنهاد می داد و در رابطه با رسیدن به این اهداف با بیماران صحبت گروهی شد.
جلسه دوم	آموزش و تمرکز بر فعال سازی رفتار بر تعامل فرد با محیط و آموزش راهبرهای مناسب: در این جلسه تمرکز فعال سازی رفتاری بر تعامل بین فرد و محیط بود. فعال سازی رفتاری را با تغییر بر رفتارهای آشکار اجرا شد. راهبردهای فعال سازی رفتاری بر اصول خاموشی، شکل دهی، حذف، مرور ذهنی، حواسپرتی دوره ای، آموزش مهارت های رویه ای و تفکر نظاره ای مبتنی بود. در این جلسه یک فیلم کوتاه (بشکل پاور پوینت) پخش شد.
جلسه سوم	آموزش روانی در مورد فرایندهای شفابخش گروهی:

در جلسه سوم آموزش روانی در مورد فرایندهای شفابخش گروهی با چهار موضوع:

توجه های در مورد زمینه کلی بیماری،

انتخاب روش های درمانی مناسب،

وضعیت فرد،

موضوعات انگیزی

در خصوص تعامل با افراد دیگر (خانواده و پرسنل درمان) و استفاده از تجارب دیگران برگزار شد. تمرکز بر جنبه های استرس، اضطراب و استفاده از تقویت کلامی مثبت از طریق امید درمانی: در جلسه چهارم درمان تمرکز بر جنبه های استرس، اضطراب بیماری و استفاده از تقویت کلامی مثبت از طریق امید درمانی و استفاده از تقویت مثبت کلامی از طریق بیان جملات مثبت به همدیگر و امیدبخش بر پیشرفت های کوچک بیمار بود. امید بصورت پخش ملودی آرام بخش در این جلسه و بیان داستان های امید بخش در درمان ها بصورت کلامی و تصویری اجرا شد.

جلسه چهارم

تمرکز بر جنبه های افسردگی و تغییر حالات خلقی و روانی: در این جلسه تمرکز بر جنبه های افسردگی بیمار و تغییر حالات خلقی و روانی از طریق استفاده از تمثیل در جریان آموزش روانی بود. در این روش فرایندهای چون تقسیم برای شروع درمان و حالات خلقی بیمار، بهبود سلسه مراتبی، عود افسردگی و حالات روانی بصورت تمثیل و گفتگوی گروهی بیان شد.

جلسه پنجم

تمرکز بر حالات رفتاری و قضاوت های شناختی و کنترل آن ها: در این جلسه تمرکز بر حالات و قضاوت های شناختی و کنترل آن ها و مدیریت استرس بیماران بود. در این جلسه شیوه زندگی و استرس بیماران و افکار منفی افراد مورد شناسایی قرار گرفت از طریق یادداشت ها در فرم. شخصیت و کنترل استرس، سازگاری با استرس و پیش بینی، شناسایی و پیشگیری از پیامدهای منفی و نگرش های غیرمنطقی و فراشناختی بررسی شد و پیامدهای استرس در بیماران بازسازی شد. در این جلسه نیز ملزومات رهایی از اضطراب و افسردگی، توانایی حل مسئله و رهایی از استرس و طریقه استفاده از مقابله هیجان مدار بررسی شد.

جلسه ششم

آموزش افراد در خصوص اجزای روانی و اجتماعی وضعیت موجود، آموزش مهارت های مقابله ای و بازسازی رفتاری. در این جلسه آموزش بیمار در خصوص اجزای پزشکی، روانی و اجتماعی بیماری، آموزش مهارت های مقابله ای و بازسازی شناختی و مهارت قاطعیت و درمان و نیز در خصوص دسترسی و استفاده بهینه از روان شناس و مددکاران بررسی شد.

جلسه هفتم

در جلسه آخر جمع بندی از جلسات صورت پذیرفت و ارائه خلاصه درمان به شکل کوتاه بیان شد و از اعضای گروه نظر خواهی شد و در آخر راهکارهای پیگیرانه ارائه شد و پیش آزمون صورت پذیرفت.

جلسه هشتم

نتایج

مواد افیونی طبقه ۲۵-۳۰ سال، ۲۰ درصد، ۳۱-۳۵ سال ۴۰

درصد و ۳۶ سال به بالا، ۴۰ درصد نمونه پژوهش و در گروه

کنترل نیز، بیماران طبقه ۲۵-۳۰ سال ۳۳ درصد، طبقه ۳۱-۳۵

در این پژوهش ۲۵ افراد مبتلا به مواد افیونی شرکت کرده بودند

که برسی سن آنها نشان داد در گروه آزمایش، افراد وابسته به

سال ۴۷ درصد و ۳۶ سال به بالا ۲۰ درصد نمونه پژوهش را شامل شدند. همچنین در گروه آزمایش، افراد وابسته به مواد افیونی مجرد و متاهل هر کدام ۵۰ درصد و در گروه کنترل مجردها ۶۰ و متاهل ها ۴۰ درصد نمونه پژوهش را شامل شدند.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره های انعطاف پذیری کنشی و باورهای فراشناختی گروه های آزمایش و کنترل در مرحله

پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
انعطاف پذیری کنشی	پیش آزمون	آزمایش	۲۱/۴۰	۳/۳۳
		کنترل	۲۲/۰۱	۴/۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۴۰/۹۰	۸/۷۹
		کنترل	۲۱/۱۳	۲/۶۶
باورهای مثبت درباره نگرانی	پیش آزمون	آزمایش	۱۹/۰۱	۲/۷۹
		کنترل	۲۰/۰۱	۱/۷۳
	پس آزمون	آزمایش	۱۰/۳۰	۲/۴۹
		کنترل	۲۰/۶۰	۱/۵۰
باور درباره کنترل ناپذیری	پیش آزمون	آزمایش	۱۸/۳۰	۲/۰۱
		کنترل	۱۶/۸۶	۲/۴۴
	پس آزمون	آزمایش	۱۱/۲۰	۱/۸۱
		کنترل	۱۸/۲۰	۲/۰۷
اطمینان شناختی کم	پیش آزمون	آزمایش	۱۸/۲۱	۱/۸۷
		کنترل	۱۶/۶۶	۲/۵۵
	پس آزمون	آزمایش	۱۰/۹۰	۱/۱۹
		کنترل	۱۹/۰۱	۲/۳۲
نیاز به کنترل افکار	پیش آزمون	آزمایش	۱۹/۲۰	۱/۲۲
		کنترل	۱۷/۴۶	۱/۷۲
	پس آزمون	آزمایش	۱۰/۸۰	۱/۱۳
		کنترل	۱۹/۰۱	۱/۴۶
وقوف شناختی	پیش آزمون	آزمایش	۱۸/۸۰	۱/۷۵
		کنترل	۱۷/۶۶	۲/۱۹
	پس آزمون	آزمایش	۱۱/۰۱	۱/۳۳
		کنترل	۱۸/۲۶	۱/۴۸

همانطوری در جدول ۲ ملاحظه می شود برای متغیر انعطاف نسبت به پیش آزمون افزایش و در بقیه متغیرها کاهش داشته پذیرگی کنشی افراد وابسته به مواد افیونی در مرحله پس آزمون است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمرات پس آزمون انعطاف پذیری کنشی و باورهای فراشناختی گروه های آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	p	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۹۶	۶	۱۲	۶۰/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۹۴	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۳	۶	۱۲	۶۰/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۹۴	۱
آزمون اثر هتلینگ	۳۰/۰۶	۶	۱۲	۶۰/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۹۴	۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۳۰/۰۶	۶	۱۲	۶۰/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۹۴	۱

در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۴ ارائه شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۹۴ می باشد. به عبارت دیگر، ۹۴ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون انعطاف پذیری کنشی و باورهای فراشناختی افراد وابسته به مواد افیونی مربوط به تاثیر گروه درمانی فعال ساز رفتاری می باشد. توان آماری برابر با ۱ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

همانطوری که در جدول ۳ مشخص است، با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمون ها، بیانگر آن هستند که بین افراد وابسته به مواد افیونی گروه های آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (انعطاف پذیری کنشی و باورهای فراشناختی) تفاوت معناداری وجود دارد ($F=60/12$ و $p<0/001$). برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، دو تحلیل کواریانس یک راه

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر متغیرهای پژوهش با کنترل پیش آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	p	اندازه اثر	توان آماری
انعطاف پذیری کنشی	۱۵۸۵/۹۳	۱	۱۵۸۵/۹۳	۴۵/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱
باورهای مثبت درباره نگرانی	۴۰۱/۴۳	۱	۴۰۱/۴۳	۱۷۶/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۹۱	۱
باور درباره کنترل ناپذیری	۲۰۱/۷۷	۱	۲۰۱/۷۷	۴۹/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۷۴	۱
اطمینان شناختی کم	۲۵۵/۸۰	۱	۲۵۵/۸۰	۶۴/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱
نیاز به کنترل افکار	۲۲۲/۴۷	۱	۲۲۲/۴۷	۱۶۱/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۹۰	۱
وقوف شناختی	۲۳۷/۱۸	۱	۲۳۷/۱۸	۱۶۸/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱

به تاثیر گروه درمانی فعال ساز رفتاری می باشد. همچنین گروه درمانی فعال ساز رفتاری با توجه به میانگین باورهای فراشناختی باور مثبت درباره نگرانی، باور درباره کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی کم، نیاز به کنترل افکار و وقوف شناختی افراد وابسته به مواد افیونی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش باورهای فراشناختی باور مثبت درباره نگرانی، باور درباره کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی کم، نیاز به کنترل افکار و وقوف شناختی افراد وابسته به مواد افیونی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیرها یا تفاوت ها نشان می دهد که درصدهای تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون باورهای فراشناختی مربوط به تاثیر گروه درمانی فعال ساز رفتاری می باشد.

روان شناختی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تاثیر دارد همسویی دارد، و همچنین با تحقیق اندرسون (۱۹) که نتایجش نشان داد گروه درمانی فعال سازی رفتاری در گروه آزمایش افراد وابسته به مواد افیونی باعث افزایش انعطاف پذیری کنشی و کیفیت زندگی می شود و در نتیجه گروه درمانی فعال سازی رفتاری بر انعطاف پذیری کنشی افراد وابسته به مواد افیونی اثربخش است، همسویی دارد.

در تبیین این نتایج می توان گفت که، افراد وابسته به مواد افیونی به دلیل ادراک چالش های روانی، تعارضات خود و شرایط استرس زا، انعطاف پذیری کنشی پایینی در مقابله با چالش های زندگی دارند. افراد مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی از لحاظ عاطفی نابالغ، عصیانگر، بی قرار و دارای احساسات خصومت زا و استرس فراوان هستند و میزان انعطاف پذیری کنشی آن ها تحت چنین شرایطی پایین است (۱۹). اما در این تحقیق مشخص شد که، گروه درمانی فعال ساز رفتاری موجب افزایش انعطاف پذیری کنشی افراد وابسته به مواد افیونی می شود. باید گفت،

همانطوری که در جدول ۴ با کنترل پیش آزمون بین افراد وابسته به مواد افیونی گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ انعطاف پذیری کنشی ($F=45/39$)، باور مثبت درباره نگرانی (و $F=176/42$)، باور درباره کنترل ناپذیری ($F=49/94$)، اطمینان شناختی کم ($F=64/10$)، نیاز به کنترل افکار ($F=161/29$) و وقوف شناختی ($F=168/34$) تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/01$) به عبارت دیگر، گروه درمانی فعال ساز رفتاری با توجه به میانگین متغیرهای پژوهش در افراد وابسته به مواد افیونی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب افزایش انعطاف پذیری کنشی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۷۲ می باشد. به عبارت دیگر، ۷۲ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون انعطاف پذیری کنشی مربوط

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی گروه درمانی فعال ساز رفتاری بر انعطاف پذیری کنشی و باورهای فراشناختی افراد وابسته به مواد افیونی انجام شد. نتیجه اول پژوهش نشان داد که گروه درمانی فعال ساز رفتاری موجب افزایش انعطاف پذیری کنشی گروه آزمایش شد. این نتیجه با تحقیقات مرادی، حیدری نیا، بابایی و جهانگیری (۲۶) که به بررسی تاثیر فعال سازی رفتاری به شیوه گروهی بر تاب آوری و سرسختی روانشناختی افراد مبتلا به وابستگی به مواد پرداختند و پس از اجرای مداخله درمانی فعال سازی رفتاری به شیوه گروهی در ۸ جلسه میانگین نمرات تاب آوری و نگرش مثبت درباره تغییر، خودکارآمدی، مهارت های مقابله در برابر وابستگی به مواد، توازن تصمیم گیری، فرایندهای تغییر و رفتارهای پیشگیری بطور معنی داری افزایش یافت، در حالی که این تغییرات در گروه شاهد معنی دار نبود و در نتیجه مشخص شد که فعال سازی رفتاری به شیوه گروهی بر افزایش تاب آوری و سرسختی

مداخله گروه درمانی فعال ساز رفتاری در افراد وابسته به مواد افیونی به دلیل اینکه سبب توقف الگوی قدیمی رفتار عدم توان تاب آوری گردید و شروع رفتار جدید، بر پایه انگیزش برای تغییر فرد را فراهم نمود، سبب می گردد تا افراد با توانایی انعطاف و سرسختی بیشتری در فرایند بهبود بصورت فعالانه شرکت کنند و به دلیل اینکه در این درمان تغییرات کوچک انعطاف پذیری پاداش و تقویت می شد میزان مقاومت درونی بیشتر شد (۲۰). در این پروتکل درمان به دلیل اینکه گروهی اجرا شد افراد از مشکل خود بازخورد مناسبی گرفتند و فرا گرفتند می توانند مسئول اعمال خود باشند، و در مقابله با مشکلات خود بازسازی انعطاف پذیری کنشی عمیقی داشته باشند و همچنین تکنیک ارتباط موثر و امتناع موثر سبب شد تا افراد وابسته به مواد افیونی نشانه های رفتاری عدم تاب آوری در خود را بازشناسی کنند و با تسلط یافتن نقش فعالانه خود در تعدیل مشکلات و استرسورهای وضعیت اعتیاد، مقاومت درونی و کنشی در برابر معضلاتشان افزایش یابد و در این افراد مبارزه جویی، احساس مسئولیت و هدفمندی افزایش یافت و حالت انزوا و درماندگی در مقابل مشکلات کاهش یافت.

در نتیجه می توان گفت، گروه درمانی مبتنی بر فعال سازی رفتاری در افراد وابسته به مواد افیونی که در مرحله آمادگی قرار دارند سبب شناسایی ویژگی رفتاری تاب آوری در برابر مشکلات و چالش ها شد و در این درمان افراد بصورت رفتاری و انگیزشی سرسختانه به ساخت و ترمیم خویشتن پرداختند و با ارائه تکنیک توسعه برنامه عملی پاداش درونی بر حسب ارائه تحمل بالا انعطاف پذیری کنشی افراد افزایش یافت. در نتیجه گروه درمانی فعال سازی رفتاری مبتنی بر افزایش انعطاف پذیری کنشی افراد وابسته به مواد افیونی تاثیر گذار است.

نتیجه بعدی پژوهش نشان داد که گروه درمانی فعال ساز رفتاری بر بهبود باورهای فراشناختی باور مثبت درباره نگرانی، باور

درباره کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی کم، نیاز به کنترل افکار و وقوف شناختی افراد وابسته به مواد افیونی موثر است. این نتیجه با تحقیقات ابراهیمی، زنجانی و بختیاری (۲۷) که در پژوهشی نشان دادند درمان فعال سازی رفتاری به شیوه گروهی سبب کاهش باورهای غیرمنطقی در افراد وابسته به مواد افیونی می گردد و بر کاهش باورهای غیرمنطقی این افراد اثربخش است؛ تحقیق میلز و اندر (۲۰) که به بررسی تأثیر گروه درمانی فعالساز رفتاری بر باورهای فراشناختی افراد وابسته به مواد افیونی پرداختند و نتایج پیش آزمون نشان داد که دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ باورهای فراشناختی باور مثبت درباره نگرانی، کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی کم، نیاز به کنترل افکار و وقوف شناختی تفاوتی ندارند اما پس از پایان جلسات درمانی در نمره پس آزمون نسبت به پیش آزمون تفاوت معناداری بین باور مثبت درباره نگرانی، کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی کم، نیاز به کنترل افکار و وقوف شناختی بوجود آمد که به دلیل اجرای درمان فعالسازی گروهی برای افراد وابسته به مواد بود. نتایج در کل نشان داد که گروه درمانی فعالساز رفتاری باعث کاهش باورهای فراشناختی باور مثبت درباره نگرانی، کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی کم، نیاز به کنترل افکار و وقوف شناختی افراد وابسته به سومصرف مواد می گردد، راسل (۲۸) که در پژوهشی نشان داد گروه درمانی فعال سازی رفتاری باعث کاهش باور مثبت درباره نگرانی، کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی کم، نیاز به کنترل افکار و وقوف شناختی افراد وابسته به مواد افیونی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل می گردد و گروه درمانی فعال سازی رفتاری بر کاهش باورهای فراشناختی افراد وابسته به مواد افیونی تاثیر زیادی دارد و نهایتاً تحقیق پاتریک (۲۰۱۲) که تأثیر گروه درمانی فعال ساز رفتاری بر کاهش نشخوار ذهنی افراد وابسته به سومصرف مواد را مطالعه کرد و دریافت که مداخله گروه درمانی بر پایه مدل فعال سازی رفتاری

در کاهش نشخوار ذهنی و پاسخ های نشخواری از باورهای فراشناختی افراد مبتلا به سومصرف مواد موثر است، همسویی دارد.

در تبیین نتیجه تحقیق می توان گفت که، افراد مبتلا به سوءمصرف مواد افیونی به دلیل اضمحلال وضعیت روانی، جسمانی و عدم انسجام کامل هیجانی باورهای ناکارآمد و فراشناختی منفی درباره بهبود دارند. بر اساس نظریه کنش اجرایی خودنظم بخش، اختلالات روانشناختی بیماران وقتی تداوم می یابند که باورهای غیرمنطقی از دانش فراشناختی فرد ناشی شود و در موقعیت های مشکل زا فعال شده و پردازش شود (۲۷). اما در این پژوهش مشخص شد، گگ گروه درمانی فعال ساز رفتاری بر کاهش باورهای فراشناختی باورهای فراشناختی باور مثبت درباره نگرانی، باور درباره کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی کم، نیاز به کنترل افکار و وقوف شناختی افراد وابسته به مواد افیونی اثربخش است.

می توان گزارش نمود که، گروه درمانی فعال سازی رفتاری در افراد وابسته به مواد افیونیکه در مرحله نگهداری قرار دارند، پیامدهای تفکر منفی در مورد عدم توانمندی در بهبودی کامل را با ارائه تکنیک های مربوط به کنترل افکار مزاحم و ارائه تکنیک های حل مسئله رفتاری- انگیزشی کاهش داد. درمانی گروهی مبتنی بر فعال سازی رفتاری در این افراد با ارائه افزایش کارآمدی رفتاری، تقویت مثبت و احساس شدید خودکنترلی رفتار، کانون توجه افراد وابسته به مواد افیونی را نسبت به ذهن و رفتار منفی خود را تغییر داد و با برقراری آرامش فرد در موقعیت باعث شد تا این افراد با توجه به وضع جسمانی و روانی که دارند، رفتار و احساسات مثبت و آگاهی بالایی از وضعیت حال نسبتاً سالم خود داشته باشند (۲۰) و به دلیل اجرای گروهی درمان و بازخوردهای مشابه بیماران نسبت بهم باعث شد تا بیماران باورهای توانمندی مناسب تری از خود و فعال شدن

رفتارشان بر پایه دریافت پاداش درونی در جامعه را ادراک کنند (۲۸). به دلیل اینکه افراد وابسته به مواد افیونی نقشی رفتاری را که در آن مشکل دارند و تمرین های مناسب فعال سازی رفتاری به این افراد ارائه شد، باعث شد تا افراد باورهای فراشناختی که سبب تداوم نگرانی ها می شوند را کمتر نشان دهند و سبب شد در افراد خودارزیابی های منفی، تجربه احساسات منفی مانند اضطراب و افسردگی، شرایط غیرقابل کنترل و باورهای منفی کاهش یابد و باورهای خودپذیری، اهداف و همچنین رشد شخصی افزایش یابد، و این درمان بر پایه ایجاد و رشد انگیزش موجب گردید اشتغال های فکری همراه با نگرانی انتقاد از خود کاهش یابد.

به عنوان نتیجه نهایی می توان گفت گروه درمانی فعال ساز رفتاری بر افزایش انعطاف پذیری کنشی و کاهش باورهای فراشناختی باور مثبت درباره نگرانی، کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی کم، نیاز به کنترل افکار و وقوف شناختی افراد وابسته به مواد افیونی موثر است. گروه درمانی مبتنی بر فعال سازی رفتاری در افراد وابسته به مواد افیونی با توجه به ارائه تکنیک ها سبب می گردد فرد استعداد ذاتی برای تغییر رفتاری در خود را کشف کند و موجب می شود تا این افراد با دریافت انگیزش درونی، خود را مسئول تغییر حالت بدانند و انعطاف خود را افزایش و همچنین باورهای نگرانی درباره از دست دادن زمان بهبودیشان، نگرانی شدید ناشی از افکار، تصورات منفی و نسبتاً غیرقابل کنترل، اطمینان شناختی کم، نیاز به کنترل افکار و وقوف شناختی را کاهش دهند. در نتیجه می توان اظهار نمود که درمانی فعال ساز رفتاری باعث افزایش انعطاف پذیری کنشی و باعث کاهش باورهای فراشناختی افراد وابسته به مواد افیونی می شود و این رویکرد درمانی بر کاهش آسیب های روانشناختی افراد اثربخش است و می تواند در کنار درمان های سم زدایی

رفتاری بر انعطاف پذیری کنشی و باورهای فراشناختی افراد مبتلا به سوءمصرف مواد افیونی صورت پذیرد. پیشنهاد می گردد در پژوهش های آتی، پژوهشگران، اثربخشی گروه درمانی فعال سازی رفتاری با درمان نگهدارنده متادون بر مشکلات عدم انعطاف پذیری کنشی و باورهای فراشناختی افراد مبتلا به سوءمصرف مواد افیونی را بررسی نمایند تا با مشخص شدن میزان تاثیرها بتوان از مداخله موثرتر استفاده بهینه ای کرد. در نهایت پیشنهاد می گردد، درمانگران در کنار استفاده از سم زدایی به گروه درمانی فعال سازی رفتاری به دلیل اثر مثبتش بر افزایش انعطاف پذیری کنشی و کاهش باورهای فراشناختی افراد مبتلا به سوءمصرف مواد افیونی توجه شایانی کنند.

در بهبود تاب آوری و انعطاف پذیری کنشی و همچنین کاهش باورهای فراشناختی افراد وابسته به مواد افیونی اثربخش باشد. استفاده از روش نمونه گیری غیرتصادفی به عنوان محدودیت اصلی پژوهش بود. عدم وجود گروه آزمایشی دیگر (یک گروه که درمان متادون بر روی آن انجام گیرد) به منظور مقایسه نتایج درمانی با آن از جمله محدودیت دیگر این تحقیق است. به دلیل فرصت اندک برای انجام تحقیق امکان گرفتن دوره پیگیری برای نتایج تحقیق وجود نداشت. بنابراین پیشنهاد می گردد در تحقیقات آتی جلسات درمانی گروه درمانی فعال سازی رفتاری با روش نمونه گیری تصادفی و با یک دوره پیگیری یک تا دو ماه برای ارزیابی مجدد اثربخشی گروه درمانی فعال سازی

Reference

1. Ballester J, Valentine G, Sofuoglu M. Pharmacological treatments for methamphetamine addiction: current status and future directions. *Expert review of clinical pharmacology*. 2017 Mar 4;10(3):305-14.
2. Miller WR, Moyers TB. The forest and the trees: relational and specific factors in addiction treatment. *Addiction*. 2015 Mar;110(3):401-13.
3. Arslan N, Kiper A. Self-Disclosure and Internet Addiction. *Malaysian Online Journal of Educational Technology*. 2018;6(1):56-63.
4. Frost MC, Lampert H, Tsui JI, Iles-Shih MD, Williams EC. The impact of methamphetamine/amphetamine use on receipt and outcomes of medications for opioid use disorder: a systematic review. *Addiction Science & Clinical Practice*. 2021 Dec;16(1):1-25.
5. Tsui JI, Mayfield J, Speaker EC, Yakup S, Ries R, Funai H, Leroux BG, Merrill JO. Association between methamphetamine use and retention among patients with opioid use disorders treated with buprenorphine. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2020 Feb 1;109:80-5.
6. Wang Z, Li WX, Zhi-Min L. Similarity and difference in drug addiction process between heroin-and methamphetamine-dependent users. *Substance Use & Misuse*. 2017 Mar 21;52(4):459-67.
7. Saeedi M. Comparison of emotional malaise and resiliency of addicts with normal people. Master Thesis in Counseling. Islamic Azad University of Ahvaz. 2013.
8. Minaei M. The effectiveness of stress management on the level of resiliency and self-efficacy of divorced women in Shousha. Master Thesis. Khuzestan university of science and research. 2014.
9. Truxillo DM, Bauer TN, Erdogan B. *Psychology and work: Perspectives on industrial and organizational psychology*. Routledge; 2015 Dec 22.
10. Pournamdarian S, Birshak B, Asgharnezhad F. Explaining the contribution of metacognitive beliefs in predicting the symptoms of depression, anxiety and stress in nurses, *Journal of Knowledge and Research in Applied Psychology*, 2013; 13 (3): 94-87.
11. Dasht Bozorgi Z. Effectiveness of Behavioral Activation Therapy in Opiate-Dependent Patients' Action Resilience and Metacognitive Beliefs. *Scientific Quarterly Research on Addiction*. 2018 Dec 10;12(47):287-302.
12. Zamanzadeh M. Comparison of the relationship between spiritual intelligence and metacognitive beliefs with psychological well-being of Ahvaz nurses. Master Thesis. Khuzestan University of Research Sciences. 2014.
13. Scragg P. Metacognitive therapy developed by adrian wells. Trauma clinic LTD & university collage. London. 2010.
14. Normann N, Morina N. The efficacy of metacognitive therapy: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology*. 2018 Nov 14;9:2211.
15. Wells A. Advances in metacognitive therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2013 Jun;6(2):186-201.
16. Solomonov N, Bress JN, Sirey JA, Gunning FM, Flückiger C, Raue PJ, Areán PA, Alexopoulos GS. Engagement in socially and interpersonally rewarding activities as a predictor of outcome in "Engage" behavioral activation therapy for late-life depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2019 Jun 1;27(6):571-8.
17. Bot M, Brouwer IA, Roca M, Kohls E, Penninx BW, Watkins E, Van Grootheest G, Cabout M, Hegerl U, Gili M, Owens M. Effect of multinutrient supplementation and food-related behavioral activation therapy on prevention of major

- depressive disorder among overweight or obese adults with subsyndromal depressive symptoms: the MoodFOOD randomized clinical trial. *Jama*. 2019 Mar 5;321(9):858-68.
18. Kanter JW, Manos RC, Bowe WM, Baruch DE, Busch AM, Rusch LC. What is behavioral activation?: A review of the empirical literature. *Clinical psychology review*. 2010 Aug 1;30(6):608-20.
 19. Anderson LH The effect of behavioral activation group therapy on the resilience, quality of life and perceived stress in abusing in drug abuser patient. *American journal of Orthodontics Orthodontics*. 2014; 131(5):571-572.
 20. Miles H, Andr J S. The effect of behavioral activation group therapy on the meta cognitions of abusing in drug abuser. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2015; 22: 80-93.
 21. Loxton NJ, Dawe S. Alcohol abuse and dysfunctional eating in adolescent girls: The influence of individual differences in sensitivity to reward and punishment. *International Journal of Eating Disorders*. 2001 May;29(4):455-62.
 22. Whiteside SP, Inglis AL, Dyson L, Roper A, Harbottle A, Ryder J, Cowell PE, Varley RA. Error reduction therapy in reducing struggle and grope behaviours in apraxia of speech. *Neuropsychological Rehabilitation*. 2012 Apr 1;22(2):267-94.
 23. Phillips KA, Epstein DH, Preston KL. Psychostimulant addiction treatment. *Neuropharmacology*. 2014 Dec 1;87:150-60.
 24. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor- Davidson resilience scale (CD- RISC). *Depression and anxiety*. 2003 Sep;18(2):76-82.
 25. Mohammadi M., Jazayeri A, Rafiei, A.H, Jokar B, & Poorshahbaz A. Investigation of family and individual variables in individuals at risk of drug abuse. *Rehabilitation Journal*. 2005; 6(1): 31-36.
 26. Moradi N, Ahmadi A, Naserian M, Rezaeimanesh F. The effect of group behavioral activation on the degree of resilience and psychological toughness of drug addicts. *Journal of Psychology of the Day*. 2014; 8 (21): 12-18.
 27. Ebrahimi A, Zanjani S, Bakhtiari R. The effectiveness of group behavioral activation therapy on irrational beliefs and anxiety in drug addicts. *Journal of Isfahan Medical School*, 2012; 29: 167: 46-31.
 28. Rasel H. The effect behavioral activation group therapy on the meta cognitive beliefs of abusing in drug abuser. *journal of Applied Psychology*, volume 86, issue, 2013; 3: 401-409.

Original Article

The effectiveness of behavioral activator group therapy on resiliency and metacognitive beliefs of opioid addicts

Received: 06/03/2021 - Accepted: 03/07/2021

Masoumeh Bakhtyari^{1*}
Faramarz Sohrabi²

¹ Department of Psychology, Boroujerd Branch, Islamic Azad University, Boroujerd, Iran.

² Department of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

* Department of Psychology, Boroujerd Branch, Islamic Azad University, Boroujerd, Iran.

Email: Masi.bakhtyari@gmail.com

Abstract

Introduction: A review of research shows that opioid addicts have problems with resiliency and metacognitive beliefs. The aim of this study was to determine the effectiveness of behavioral activator group therapy on resiliency and metacognitive beliefs of opioid addicts.

Method: The research method was quasi-experimental pre-test-post-test with a control group. From the community of people addicted to opiates at Alborz Clinic in Tehran, 25 samples were selected by available methods and randomly divided into two groups. Initially, for both groups, Connor and Davidson (2003) and Wells et al (2004) metacognitive beliefs pretest were performed on both groups, and then the behavioral activator group therapy was performed in 8 sessions on the experimental group. Two post-test groups were taken. Multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was used to analyze the data.

Results: The results of data analysis showed that behavioral activator group therapy increases resiliency and decreases metacognitive beliefs of uncontrollable control, positive beliefs about cognition, low cognitive confidence, need to control thoughts and cognition of drug addicts. Opium in the experimental group was compared with the control group ($p \leq 0.001$).

Conclusion: In order to improve the resiliency and metacognitive beliefs of opioid addicts, it is recommended to use behavioral activating group therapy.

Keywords: resiliency, metacognitive beliefs, behavioral activator group therapy.

conflict of interest: There is no conflict of interest.