

## اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی در پیشگیری از لغزش افراد وابسته به متامفتامین

فاطمه بهروزیان<sup>۱</sup>، مصطفی نوکنی<sup>۲</sup>  
و حمیدرضا مهاجرانی<sup>۳</sup>

متامفتامین، یک ماده ی محرک و اعتیاد آور است که مغز و سیستم عصبی را به شدت تحریک می کند و از نظر شیمیایی، اثر بیشتری از آمفتامین دارد. درمان زیستی واحدی برای سومصرف این ماده وجود ندارد و تمرکزهای درمانی بر مداخلات روان شناختی متمرکز است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثر درمان گروهی شناختی- رفتاری بر پیشگیری از لغزش افراد وابسته به متامفتامین بود. بدین منظور طی یک طرح نیمه آزمایشی و پیش آزمون - پس آزمون و گمارش تصادفی، ۳۰ نفر از افراد مبتلا به سومصرف متامفتامین که زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی لرستان سم زدایی شده بودند، به شیوه ی در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه کاربندی شدند. گروهها با آزمایش های منظم ادرار مورد آزمون قرار گرفتند سپس درمان گروهی شناختی- رفتاری در دوازده جلسه برای گروه آزمایش اجرا شد. نتایج آزمون های خبی دو نشان داد بین میزان عود درمان جویان در گروه گواه و آزمایش، تفاوت معناداری وجود داشته است. به نظر می رسد درمان گروهی شناختی- رفتاری به بیماران کمک می کند تا با حقیقت مصرف مواد مواجه شوند، از نتایج منفی مصرف آگاهی یابند و انگیزه ای قوی برای ادامه ی ترک داشته باشند.

**واژه های کلیدی:** متامفتامین، عود، درمان شناختی- رفتاری

### مقدمه

لغزش، موضوعی مهم در درمان سومصرف مواد است. لغزش<sup>۴</sup> یا بازگشت ناگهانی یا یکباره به مصرف مواد، با فرآیندی که منجر به مصرف مجدد مواد به صورت منظم تر می شود؛ یعنی عود<sup>۵</sup> متفاوت است. لغزش لزوماً به عود منجر نمی شود. یکی از علل مهم لغزش، ولع<sup>۶</sup> یا وسوسه است که

۱. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات بروجرد، بروجرد، ایران. (نویسنده ی مسول)

behrouzianf@yahoo.com

۲. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اراک، اراک، ایران.

۳. دپارتمان فیزیولوژی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران.

همان اشتیاق و نیاز روانی شدید به مصرف ماده مورد نظر است. سابق بر این، به عود به عنوان شکست درمان نگریسته می‌شد. اکنون روشن شده است که اعتیاد یک بیماری با عودهای مکرر است. بسیاری از معتادان قبل از ترک مستمر مصرف مواد مخدر ۷-۸ بار عود را تجربه می‌کنند (باقری یزدی، شمس‌علیزاده، عابدین، مستشاری و وزیران، ۲۰۰۴). در سالهای اخیر، الگوی مصرف در ایرانیان به میزان زیادی تغییر یافته است و سو مصرف کنندگان مواد به خصوص نسل جوان در پی تجربه ی مواد جدیدی مانند متآمفتامین، کراک و هرویین هستند. متآمفتامین که کریستالیزه‌ی آن در کشور با نام شیشه رواج یافته، یکی از موادی است که به شدت مورد سومصرف قرار گرفته و فراوانی مصرف آن در کشور ۵/۲ درصد کل مصرف کنندگان است (نارنجیها، رافعی و باغستانی، ۲۰۰۵). این ماده به شدت اعتیادآور است و با توجه به تاثیر آن روی سیستم دوپامینرژیک مغز و ایجاد فوری حالت فلاش (اوج لذت) و متعاقب آن شرطی شدن افراد، شانس لغزش و عود بیشتری را ایجاد می‌کند.

متیل آمفتامین که در بازار سیاه بنام «شیشه» معروف است، نام یک ماده روان گردان و محرک قوی سیستم اعصاب مرکزی است. متآمفتامین با تاثیر مستقیم بر مکانیسم‌های مغز، شادی و هیجان در فرد ایجاد می‌کند و در عین حال باعث اختلال شدید در خواب یا بی‌خوابی و بی‌اشتهایی شدید می‌شود به طوری که فرد، ساعت‌ها و حتی روزها اشتهایی به غذا ندارد؛ در عین حال این ماده باعث تشنگی می‌شود و مصرف کننده مجبور است مقدار زیادی آب بنوشد.

ترکیب اصلی این ماده از آمفتامین  $C_9H_{13}N$  گرفته شده که یک ماده ی محرک و اعتیاد آور است و مغز و سیستم عصبی را به شدت تحریک می‌کند و از نظر شیمیایی اثر آن از آمفتامین بیشتر است. این ماده در سال ۱۸۹۳ در ژاپن ساخته شد و در زمان جنگ جهانی دوم، توسط سربازان ژاپنی، آمریکایی و آلمانی برای برطرف کردن خستگی و افزایش انرژی استفاده می‌شد. بعد از جنگ داری باقی مانده وارد بازار ژاپن شد اما شیوه ی غیرعادی آن باعث شد که مصرف آن ممنوع شود. در ایران نیز قبل از سال ۲۰۰۷ مصرف شیشه بسیار محدود بود و در بررسی سریع وضعیت سومصرف مواد در ایران که در سال ۲۰۰۳ انجام شد، تقریباً هیچ موردی از مصرف پیدا نشد اما، وقتی در سال ۲۰۰۷ این تحقیق تکرار شد، معلوم شد اما وقتی در سال ۲۰۰۷ این تحقیق تکرار شد معلوم شد در بین معتادین پنج و دو دهم درصد (مصرف ماه گذشته) مصرف کننده شیشه هستند (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۲۰۱۱) سوال درباره ماده محرک از جمله شیشه، علت ۴۶/۳ درصد تماس‌ها با خط ملی اعتیاد بوده است. این امر می‌تواند

نشان دهنده ی گسترش سومصرف مواد محرک صنعتی در ایران، در سال های اخیر باشد (زفرقندی، روشن پژوه و میرکاظمی، ۲۰۱۰). استفاده از متاآفتامین با علائم روان پریشی، افسردگی، مشکلات شناختی، شیوه های جنسی ناپایمن، افزایش خشونت (اسموت، لونگو، هریسون، مینیتی، ویکز، ۲۰۱۰) همراه است. در حال حاضر، هیچ درمان مشخصی برای این اختلال وجود ندارد (کومتسیدیس، رینولدز، دروموند، دیویس، تریر ۲۰۰۷) در عین حال با توجه به اینکه اعتیاد به مواد مخدر یک بیماری مزمن و عودکننده است و عوامل و شرایط زیستی- روانی- اجتماعی منجر به گرایش مجدد به مصرف مواد مخدر پس از تکمیل دوره ی درمانی می شود، ضروری است که مراکز درمان اعتیاد پس از تکمیل دوره سم زدایی، برای مدتی که احتمال عود بالاست ارتباط مراجعان با مرکز درمانی را حفظ نمایند.

الگوهای گوناگون درمان غیردارویی اعتیاد وجود دارد که شامل درمانهای فردی، گروهی، خانوادگی و خودیاری است. ایجاد آگاهی و شناختن خود و محیط معتاد، مهمترین هدف چنین درمانهایی است. مشاهده و به دست آوردن اطلاعات لازم از بیمار، روبرویی و مواجهه با اعمال وی از یکسو و تایید احساسات معتاد از سوی دیگر، جزو مهارتهای لازم درمانگر، به خصوص در درمان انفرادی است. بازده و کارآیی گروه درمانی بسیار بالا است. برتری این شیوه در این است که بیشتر از یک نفر می توانند همزمان از امکان درمان سود برند و بدین لحاظ اقتصادی تر است. مطالعات مختلف نشان داده است که درمان شناختی - رفتاری برای درمان وابستگی به مواد موثر است (کارول، ۱۹۹۹؛ فینی، ۲۰۰۴؛ هانتر، ویتکیکنز، واتکینز، پادوک، هپنر و همکاران، ۲۰۱۲؛ قربانی محمدخانی و صرامی، ۲۰۱۰؛ عاشوری، ۲۰۰۶؛ علایی، ۲۰۱۱). تلقی شناختی - رفتاری از پدیده ی اعتیاد و عود آن، بر نقصها و تحریفهای شناختی فرد از یک سو و کمبود مهارتهای رفتاری مناسب برای مقابله با فشارهای درونی و بیرونی و دستیابی به احساس خوشی و شادکامی (یا فرار از احساسات عاطفی منفی) متمرکز است. این مدل مجموعه ای از روشهای مداخله ی رفتاری و شناختی را در بر می گیرد که با استفاده از آنها می توان شناختهای غلط و ناکارآمد فرد معتاد (و اطرافیان او) را شناسایی و تصحیح نمود و کمبودهای موجود در گنجینه رفتاری و مهارتهای اجتماعی او را به نحوی بازسازی و تقویت کرد که او مجبور نباشد در مواجهه با موقعیتهای خطرآفرین یا بحرانی، به دامن سومصرف مواد پناه ببرد (وزیریان و مستشاری، ۲۰۰۲).

در سالهای اخیر، الگوی مصرف در ایران تغییرات زیادی کرده است، مواد افیونی سنتی مانند تریاک به اپیوئیدهایی با اشکال جدیدتر مانند کراک و هرویین (هاسین، لیو، نونس، مک کلود و همکاران،

۲۰۰۲) و مواد صنعتی مانند متآمفتامین یا شیشه تبدیل شده است (شریعت و الهی، ۲۰۱۰). طی یک دهه ی گذشته، مصرف متآمفتامین، به عنوان یک مشکل قابل توجه در شرق و جنوب شرقی آسیا و شمال آمریکا شناخته شده است. دیده شده است که شیوع استفاده از این ماده در بعضی از گروههای اجتماعی نظیر جوانان، به شکل معنی داری بیشتر است (مرکز اروپایی نظارت بر مصرف و سو مصرف دارو، ۲۰۰۸ و بار، بانکا، مک ایون، نورتین و همکاران، ۲۰۰۶). متآمفتامین باعث افزایش سطح کاته کول آمینها از جمله دوپامین می شود و اثر عمده ی آن روی برانگیختگی است. سومصرف وریدی آن به شدت اعتیادآور بوده و بیشتر در بین افرادی که تمایل به حفظ حالت بیداری و توجه به مدت طولانی دارند، شایع است. همچنین می تواند سبب ایجاد یک نوع روانپریشی مشابه اسکیزوفرنی پارانوئید شود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵) مطالعات تصویربرداری مغزی از افراد وابسته به متآمفتامین نشان داده است که این افراد، دارای ساختارهای مغزی نابهنجاری چون تخریب ماده ی خاکستری قشر لیمبیک و پارالیمبیک، حجم کمتر هیپوکامپ، افزایش معنی دار در جسم سفید، تخریب لوب میانی پیشانی و بزرگی جسم مخطط هستند (چانک، کلاک، پترسون، گروپ و همکاران، ۲۰۰۵ و تامپسون، هیاشی، سیمون، گرگا و همکاران، ۲۰۰۴). همچنین دیده شده است که یک حالت بیش فعالی در فعالیت دوپامینرژیک نسبت به سایر مواد اعتیادآور در افراد وابسته به متآمفتامین وجود دارد (ولکف، لی، ۲۰۰۲ و گلداشتاین و ولکف، ۲۰۰۲).

با توجه به اینکه عوامل موثر در شروع، ادامه و عود مصرف مواد بسیار متنوع است و عوامل گوناگون فردی، خانوادگی و اجتماعی را شامل می شود، باید در درمان بیماران معتاد علاوه بر جنبه ی جسمی به جنبه های روان شناختی و اجتماعی تخریب یافته، برای کسب بهبودی، توجه شود. رویکردهای مختلفی به طور جداگانه به بررسی ابعاد گوناگون اختلال سومصرف پرداخته اند (ابو صالح، ۲۰۰۶؛ دولان، مارتین و راسنو، ۲۰۰۸؛ کروکر و پارک، ۲۰۰۴) تحقیقات نشان داده است که یکی از رویکردهای مهم در شناسایی و درمان سومصرف مواد، رویکرد رفتاری-شناختی است. با توجه به آنچه گفته شد، این پژوهش برآن بود تا تاثیر نگهدارنده ی درمان گروهی شناختی- رفتاری در پیشگیری از لغزش افراد وابسته به متآمفتامین را بررسی کند.

## روش

این پژوهش یک طرح نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه ی آماری پژوهش حاضر، بیماران مبتلا به سومصرف متآمفتامین بودند که به مرکز مشاوره ی امید شهرستان

کوهدشت مراجعه کرده و زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی لرستان تحت سم زدایی قرار گرفته بودند. از این جامعه، نمونه ای در دسترس و هدفمند به حجم ۳۰ نفر انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه کاربندی شدند. گروه اول، درمان شناختی-رفتاری به شیوه ی گروهی دریافت نمودند و گروه دوم، به عنوان گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. گروهها هر جلسه مورد مصاحبه و تست آزمایشگاهی قرار گرفتند.

تست آزمایشگاهی برای تشخیص سریع (آزمایش های ادرار)، یکی از راههای ساده برای تشخیص مصرف، سومصرف یا وابستگی به انواع مواد مخدر است. این تستها بر پایه ی تشخیص مواد، داروها یا متابولیت های آنها در ادرار عمل می کند. به طور معمول، تستها به روشهای مختلف انجام می شود اما، تستهای رایج موجود شامل تستهای نواری سریع انجام<sup>۱</sup> است که بسیار راحت و قابل انجام در محل غیر آزمایشگاهی است و تست کروماتوگرافی لایه ی نازک که در برخی از آزمایشگاهها انجام می شود. در این پژوهش، به علت سهولت کار از روش اول استفاده شد. تستهای نواری برای سنجش مورفین، حشیش، بنزودیازپینها، آمفتامین و متادون به کار می رود. اساس تشخیصی این تستها وجود آنتی بادی مونوکلونال علیه ماده ی قابل سنجش است؛ به عنوان مثال، در مورد مورفین، از آنتی بادی مونوکلونال مورفین که از سرم موش تهیه شده است، استفاده می شود. چنانچه در نمونه ی ادرار مورفین یا متابولیت های آن وجود داشته باشد، با روش مهاجرت مویرگی به سمت بالا حرکت می کند و با آنتی بادی موجود پیوند (باند) می شود. در این صورت، خط رنگی در نوار دیده نخواهد شد و نتیجه ی تست مثبت گزارش می شود. البته خط دیگری به عنوان شاهد وجود دارد که باید در تمام حالات دیده شود. برای مثبت شدن تست باید میزان حداقل آن در نمونه، موجود باشد. این میزان در مورد مورفین ۳۰۰ ng/ml، در مورد کانابیس ۵۰ ng/ml و در مورد متآمفتامین ۱۰۰۰ ng/dl است. برای انجام تستها، ادرار در هر زمانی از شبانه روز جمع شود، اشکالی ندارد.

### شیوه ی اجرا

درمان گروهی شناختی - رفتاری در دوازده جلسه ی ۱/۵ ساعته و دو بار در هفته برای گروه آزمایش اجرا شد. بسیاری از برنامه های درمان اعتیاد، توجه ی خاصی به گروه درمانی داشته و در برنامه های درمانی به یک روش مرسوم تبدیل شده است. گروه درمانی، بهترین روش برای درمان است چون

امکان صحبت در مورد مشکلات را فراهم می سازد، شناخت دامنه ی اثر مواد بر زندگی فرد میسرتر است، درک و فهم بهتر احساسات و رفتارهای خود و دیگران در گروه راحت تر انجام می شود بررسی تعهدات رفتاری ویژه ای که از عود بیماری جلوگیری می کند، در این فرایند راحت تر انجام می پذیرد. در جدول ۱، بسته ی درمانی به کاربرده شده در پژوهش ارائه شده است.

### جدول ۱. بسته ی درمان شناختی - رفتاری به شیوه ی گروهی

جلسه	اهداف جلسه
اول	گرفتن تاریخچه و برقراری رابطه . بالا بردن انگیزه. توافق درباره اهداف درمان. معرفی CBT. معرفی تحلیل کارکردی. تعیین قواعد اساسی درمان. تمرین عملی
دوم	درک تجربه ی بیمار از میل به مصرف. انتقال ماهیت میل به عنوان یک تجربه ی طبیعی و کوتاه مدت و گذرا. شناسایی نشانه ها و برانگیزان های میل به مصرف
سوم	شیوه های اجتناب یا تغییر برانگیزان ها. آموزش و تمرین فنون کنترل میل به مصرف
چهارم	روشن سازی و اولویت بندی اهداف. توجه به دو سو گرای بیچاره در مورد ترک. شناسایی و مقابله با افکار مرتبط با مواد. راههای اداره کردن افکار ناکارآمد
پنجم	ارزیابی دسترس پذیری مواد و گام های لازم برای کاهش آن. بررسی راه های قطع ارتباط با عرضه کنندگان مواد. یادگیری و تمرین مهارت های امتناع از مواد. بررسی تفاوت بین سه شیوه ی ارتباطی انفعالی، پرخاشگرانه و جرات مندانه
ششم	درک تصمیم های به ظاهر نامربوط و ارتباطشان با موقعیت های خطرآفرین. شناسایی نمونه هایی از تصمیم های به ظاهر نامربوط. تمرین تصمیم گیری سالم
هفتم	اهمیت پاداش به رفتارهای مثبت. شناسایی موفقیت های اخیر مراجعان
هشتم	پیش بینی موقعیت های خطر آفرین. تدوین یک برنامه مقابله ای عمومی
نهم	معرفی گام های اساسی حل مساله. تمرین مهارت های حل مساله در درون جلسه
دهم	مشخص کردن فعالیت های عاری از الکل و مواد که می تواند لذت بخش باشد. تعیین کردن مشکلات بالقوه در جانشین کردن فعالیت های جدید به جای فعالیت های سابق.
یازدهم	معین کردن منابع بالقوه ی حمایت اجتماعی. گسترش شبکه های حمایتی اجتماعی. درک مراجعین از اهمیت حمایت گر بودن برای دیگران.
دوازدهم	مرور دوباره ی برنامه و اهداف درمان. ارائه ی بازخورد در مورد پیشرفت بیمار از دیدگاه درمانگر. دریافت بازخورد از بیمار در مورد جنبه های موفق و ناموفق درمان.

با توجه به اینکه مقیاس طبقه بندی داده ها در این پژوهش اسمی بود و با عنایت به تصادفی بودن گروهها و اینکه فراوانی های مورد انتظار در هر طبقه کمتر از ۵ نبود، برای پیدا کردن اختلاف مقادیر

از آزمون خی دو استفاده شد. اطلاعات حاصل از نمونه ها با استفاده از شازندهمین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

### یافته ها

در جدول ۲ مولفه های دموگرافیک آزمودنی ها ارایه شده است

جدول ۲. فراوانی و درصد رده سنی نمونه ها

درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	رده سنی	
۴۰	۱۲	زیر دیپلم	۴۰	۱۲	۲۵-۲۰ سال
۲۶/۷	۸	دیپلم و کاردانی	۳۳/۳	۱۰	۳۰-۲۵ سال
۳۰	۹	کارشناسی	۲۰	۵	۳۵-۳۰ سال
۳/۳	۱	ارشد	۶/۷	۳	۴۰-۳۵ سال

مطالعه جدول فراوانی فوق نشان می دهد که بیشترین درصد (۴۰٪) به رده سنی ۲۵-۲۰ سال و کمترین درصد (۶،۷٪) به رده سنی ۴۰-۳۵ سال تعلق دارد. افراد با مدارک تحصیلی زیر دیپلم بیشترین درصد (۴۰٪) و مدرک کارشناسی ارشد کمترین درصد (۳/۳٪) را داشتند. در جدول ۳، فراوانی و درصد فراوانی لغزش آزمودنی ها در دو گروه به همراه نتیجه ی مقایسه ی آنها با آزمون خی دو ارایه شده است.

جدول ۳. میزان عود در دو گروه مورد بررسی

Sig.	Chi-Square value	df	گروه		متغیر
			گواه فراوانی(٪)	آزمایش فراوانی(٪)	
۰/۰۲۸	۴/۸۲۱	۱	۸ (۷۳/۳)	۵ (۳۳/۳)	عود
			۷ (۲۶/۷)	۱۰ (۶۶/۷)	بدون عود

همانگونه که مشاهده می شود، میزان لغزش در گروه آزمایش ۵ نفر و در گروه گواه ۸ نفر بوده است در نتیجه درمان شناختی- رفتاری گروهی در پیشگیری از لغزش افراد وابسته به متآمفتامین در گروه آزمایش موثر بوده است ( $p\text{-value} < 0.05$ ).

## بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی- رفتاری گروهی در پیشگیری از لغزش افراد وابسته به متاآمتمین در گروه آزمایش موثر است. این یافته با نتایج تحقیقات متعددی همچون کارول ۱۹۹۱؛ کارول، ۱۹۹۶؛ هانتر، ۲۰۱۲؛ و اینگارت، ۱۹۹۰؛ دلیومارلت، ۱۹۹۲؛ اپستین ۲۰۰۳؛ قربانی، محمدخانی و صرامی ۲۰۱۰؛ عاشوری، ۲۰۰۶) همسو است. درمان رفتاری- شناختی با تمرکز روی باورهای تعیین کننده ی فرد و افزایش باورهای منطقی او به حفظ سلامت روان فرد کمک می کند (گوردون، فلت، هویت و بلانکستین، ۲۰۰۸). این درمان با در دسترس گذاشتن و آموزش روشهای کنترل اضطراب، امکان کنترل احساس برانگیختگی به دنبال شکست و ناکامی را افزایش داده و کمک می کند تا فرد به هنگام مواجهه با مشکلات، اضطراب خود را کاهش دهد. از طرفی، در افراد سومصرف کننده ی مواد، مصرف مواد مخدر یکی از راههای اصلی مقابله با اضطراب و شکست است، در نتیجه آموزش مهارتهای مقابله ای و حل مساله به این بیماران توان مقابله ی آنها را افزایش می دهد.

تحقیقات، نشان داده است که مدل درمان شناختی- رفتاری مجموعه ای از روشهای مداخله ی رفتاری و شناختی را در بر می گیرد که با استفاده از آنها می توان شناختهای غلط و ناکارآمد فرد معنادار (و اطرافیان) را شناسایی و تصحیح نمود و کمبودهای موجود در گنجینه ی رفتاری و مهارت های اجتماعی او را به نحوی بازسازی و تقویت کرد تا مجبور نباشد در مواجهه با موقعیت خطرآفرین یا بحرانی، به سومصرف مواد پناه ببرد. ما در این پژوهش تلاش کردیم به بیماران کمک کنیم تا عوامل خطرزای بازگشت را تشخیص دهند، راهبردهای لازم برای مقابله با آن را اتخاذ کنند، نشانه های وسوسه را مدیریت کنند، روشهای مقابله با تحریف های شناختی که نقش موثری در بازگشت به مصرف مواد دارد را بشناسند، فشارهای محیطی برای مصرف مواد را تشخیص دهند و با آن مقابله کنند، دایما برای گسیختن لغزش یا بازگشت طرحی فوریتی داشته باشند و یک شبکه ی حمایتی پیشگیری از بازگشت ایجاد کنند.

اثر بخشی این مداخلات می تواند ناشی از شرکت در جلسات گروهی باشد که بیمار را در جهت رسیدن به یک پاکی با دوام کمک می کند و به او راهکارهای مناسبی برای مقابله با عوارض دوران ترک نظیر میل به مصرف مواد، تحریک پذیری، احساس پوچی و غیره ارایه می دهد. در این پژوهش سعی شد در گروه، فضایی مناسب فراهم شود تا اعضا بتوانند در جوی آرام، بدون قضاوت و داوری



با مطرح کردن احساسات، افکار، عقاید و مشکلات خود و دریافت همدلی و بازخورد از سوی اعضا و رهبر گروه، خودپنداره ی مثبت در آنها تشکیل شود. به نظر می رسد، گروه درمانی به بیماران کمک می کند که با حقیقت مصرف مواد مواجه شوند، از نتایج منفی مصرف آگاهی یابند و انگیزه ی آنها جهت ترک مواد استحکام یابد. در واقع در این روش، بیماران، روش های مفیدی برای حل مشکلات بین فردی و هیجانی خود پیدا می کنند، بدون اینکه مجبور به مصرف مواد باشند.

## Referenc

- Abou-Saleh, M.T. (2006). Substance use disorder: recent advances in treatment and models of care. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 305-310.
- Aron, J.L., & Paulus M.P. (2007). Location, location: using functional magnetic resonance imaging to pinpoint brain differences relevant to stimulant use. *Addiction*, 102 (Suppl 1): 33-43.
- Ashoori, A. (2006). *The Investigate the efficacy group cognitive - behavior therapy in improving skills, mental health and Relapse prevention in Opium dependent people*. M.A thesis in Clinical psychology Shiraz. (1385). 89-93 (In Persian)
- Baicy K., & London, E.D. (2007). Corticolimbic dysregulation and chronic methamphetamine abuse. *Addiction*, 102 (Suppl 1): 5-15.
- Barr, A., Panenka, W., McEwan, W., Thornton, A., Lang, D., Honer, W., & Lecomte, T. (2006). The need for speed: an update on methamphetamine addiction. *Journal of Psychiatry Neurosci*, 31: 301-13.
- Callavo, D. A., Cooney, J. L., Duhing, A. M., Smith, A. E., Liss, Th. B., Mcfettridge, A. K., Babuscio, T.h., Nich. Ch., Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Krishnan -Sarin, S. (2007). Combining cognitive behavioral therapy with contingency management for smoking cessation in adolescent smoker: A preliminary comparison of two different CBT formats. *The American Journal on Addictions*, 16(6), 468-474.
- Carroll, K. M. (2002). *Cognitive- Behavior Therapy of Drug abuse*. Translated by: BakhshipourRoodsari, A; Mohammadkhani.Sh. Tehran: Published by: Espand honor, 18-180. (In Persian).
- Chang L, Cloak C, Patterson K, Grob C, Miller EN, Ernst T. (2005). Enlarged striatum in abstinent methamphetamine abusers: A possible compensatory response. *Biol Psychiatry*, 57: 967-74.
- Crocker, J., & Park, L.E. (2004). *The costly pursuit of self-Esteem*. *Psychological Bulletin*, 130, 392 – 414.
- Dolan, S.L., Martin, R.A., & Rohsenow, D. J. (2008). Self efficacy for cocaine abstinence: pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addictive Behaviours*, 33 (5): 675-688.
- Dowd, E.T., & Ruggle, L. (1999). Substance Abuse. Newman, C.F; Ratto, Ch.L. *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. Spring Publishing Company. 96-102.
- European Monitoring Center for Drugs and Drug Abuse. (2009). *Annual report 2008: The state of the drug problem in Europe*. [Cited 2009 November]. Available from: URL; <http://www.emcdda.europa.eu>.
- Epstein, D.H., Hawkins, W. E., Covr, L., Umbricht, A., & Preston, K. L. (2003). Cognitive behavior therapy plus contingency management for cocaine use: findings during treatment and a cross 12 -month follow-up. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(1), 73- 82.
- Feeney, G.F.X., Connor, J.P., Young, R.Mc.D., Tucker, J., & Mcpherson, A. (2004). Alcohol depence: the impact of cognitive behavior therapy with or without naltrexone on subjective health status. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 38(10), 842-848.
- Goldstein, R.Z., & Volkow, N.D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *Am J Psychiatry*, 159: 1642-52.
- Hasin, D., Liu, X., Nunes. E., McCloud. S., Samet, S., & Endicott, J. (2002). Effects of major depression on remission and relapse of substance dependence. *Arch Gen Psychiatry*, 59(4):375-80.
- Hunter, S.B., Witkiewitz, K., Watkins, K. E., Paddock, S. M., Hepner, K. A., (2012). The moderating effects of group cognitive behavior therapy for depression among substance users. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(4), 906-916.
- Kouimtsidis, Ch., Reynolds, M., Drummond, C., Davis, P., & Tarrier, N. (2006). *Cognitive Behavioural Therapy in the Treatment of Addiction*. The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex .

- McElhiney, M.C., Rabkan, J.G., Rabkan, R., & Nunes, E.V. (2009). Provigil (Modafinil) Plus Cognitive Behavioral Therapy for Methamphetamine Use in HIV+ Gay Men: A Pilot Study. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 35:34-37.
- Narenjiha, H., Rafiey, H., & Baghestani, A.H. (2005). *Rapid situation assessment of drug abuse and drug dependence in Iran*. DARIUS Institute (Draft Version).
- Perkinson, R. R., & Jongsma, A. E. (2006). *The Addiction Treatment Planner*. Published by John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey. (2006).274-280.
- Pollack, M.H., Penava, S.A., Bolton, E., Worthington, J. J., Allen, G. L., Farach, F., & Otto, M. W. (2002). A novel cognitive behavioral approach for treatment- resistant drug dependence. *Journal of substance abus treatment*, 23(4), 335-342.
- Rawson, R. A., McCann, M.J., Flammino, F., Shoptaw, S., Miotto, K., Reiber, Ch., & Ling, W. (2006). A comparison of contingency management and cognitive behavioral approaches for stimulant-dependent individuals. *Addiction*, 101(2): 267-274.
- Reback, C.J., & Shoptaw, S. (2011). Development of an evidence-based, gay-specific cognitive behavioral therapy intervention for methamphetamine-abusing gay and bisexual men. *Addictive Behavior*: 1-6.
- Saberi zafarghandi, M. B., Roshan Pajoh, M., & Mirkazemi, R. (2011). *Guide for Treatment of Substance abuse and dependce in pschostimulant drug in iran*. Tehran: Published.33-35. (Persian).
- Sadeghi, M., Soltani, H., Raesi, H., & Nikfaram, A. (2003). *Methamphetamine Tretment: A Practitioners Reference*. Tehran: Published by sepid barg .10-50. (Persian).
- Sadock BJ, & Sadock VA. (2005). *Kaplan and Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry*. 4th ed. Arjmand M. (translator). Tehran: Arjmand, (Persian).
- Sadok, B.J., & Sadok, V. A. (2009). Synopsis of psychiatry. Translated by: Rezaei, F. Tehran .Published by:Arjmand. 574-477 (Persian).
- Shariat, S.V., & Elahi, A. (2010). Symptoms and course of psychosis after methamphetamine abuse: One-year follow-up of a case. *Prim Care Companion. J Clin Psychiatry*, 12(5).
- Smout, M.F., Longo, L., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W., & White, J.M. (2010). Psychosocial Treatment for Methamphetamine Use Disorders: A Preliminary Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavior Therapy and Acceptance and Commitment Therapy. *Substance Abuse*. 31:98-107.
- Sofuoglu, M. (2010). Cognitive enhancement as a pharmacotherapy target for stimulant addiction. *Addiction* .105(1): 38-48.
- Thompson, P.M., Hayashi, K.M., Simon, S.L, Geaga, J.A., Hong, M.S., Sui, Y., & et al. (2004). Structural abnormalities in the brains of human subjects who use methamphetamine. *J Neurosci*, 24: 6028-36.
- Vazirian, M., & Mostashari, G. (2004). Prevention and Treatment of Substance Use Disorders for General Practitioners. Tehran, Published by: porshokoh.106-219. (Persian).
- Velasquez, M. (2011). *Group treatment for substance abuse*. Translated by: Ziadini, H., Hosseini, M., Nokani, M., Tofani, Kh. Tehran. Published by: Arjmand. 186-213. (Persian).
- Volkow, N.D., & Li, T.K. (2004). Drug addiction: The neurobiology of behavior gone awry. *Nat Rev Neurosci*, 963-70.
- Weegma, M., & Dipcllnpsh, M.I. (2002). The Psychodynamics of Addiction. Mosse, J., Lysaght M.A. *Group Therapy for Addiction*. Whurr Publishers. 99-101.

Journal of  
Thought & Behavior in Clinical Psychology  
Vol. 9 (No. 30), pp. 57-66, 2014

## **Effectiveness of CBT in the prevention of slip of people dependant on Methamphetamine**

**Behroziyan, Fatemeh**

Islamic Azad University, Science and Research Branch of Boroojerd, Iran.

**Nokani, Mostafa**

University of Medical Sciences and Health Services, Arak, Arak, Iran.

**Mohajerani, Hamid Reza**

Islamic Azad University of Arak, Arak, Iran.

Received: Nov 22, 2013

Accepted: March 08, 2013

Methamphetamine, is a stimulant and addictive substance that stimulates the brain and nervous system severely, chemically it has a greater effect than amphetamines. There is no single biological treatment for the substance abuse of this material. Therapeutic concentrations are focused on psychological interventions. The aim of this study was to investigate the effects of cognitive-behavioral group therapy in the prevention of slip-dependent individuals on Methamphetamine. For this purpose, in a quasi-experimental, pre-test - post-test and random assignment, 30 men with Methamphetamine substance abuse who were detoxified under supervision of Lorestan University of Medical Sciences were chosen from available samples. They were assigned to two groups of experiment and control randomly. Groups were tested with regular urine tests during the intervention. Then the experiment group underwent 12 sessions of cognitive-behavioral therapy. Results of chi-square tests indicated that a significant difference existed in the recurrence rate of students in the experimental and control groups. It seems that group cognitive-behavioral therapy helps the patients deal with the reality of drug use, get aware of the negative consequences of using it, and have a strong incentive to continue to leave.

**Keywords:** Methamphetamine, relapse, cognitive behavior therapy

*Electronic mail may be sent to: behrouzianf@yahoo.com*