



## The Effectiveness of Cognitive Group Therapy on Changing the Level of Meta-cognitive Beliefs in T.H.C

Farideh Mirzaei <sup>1</sup> , Maryam Shakarami <sup>2</sup> , Zahra Marmazipour <sup>3</sup> , Marzieh Mohammadaslani <sup>4</sup> , Mahdi Yousefvand <sup>5</sup> , Neda Eskandari <sup>6,\*</sup> , Elahe Parhizkar <sup>7</sup>

<sup>1</sup> MSc Student, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

<sup>2</sup> Master of Educational Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran

<sup>3</sup> Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Andimeshk Branch, Iran

<sup>4</sup> Master of Measurement and Measurement, Allameh University, Tehran, Iran

<sup>5</sup> PhD of Educational Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran

<sup>6</sup> Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Kharasgan Branch, Iran

<sup>7</sup> M.Sc. Student in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Neyshabour Branch, Iran

\* **Corresponding author:** Neda Eskandar, Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Kharasgan Branch, Iran. E-Mail: bahassanvand@yahoo.com

**Received:** 12 Sep 2019

**Accepted:** 02 Nov 2019

### Abstract

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

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

**Results:** The results of covariance analysis showed a significant difference between the two groups ( $P < 0.06$ ). The findings indicated that the cognitive group therapy of the health care system is effective in changing the level of positive and negative financial implications ( $P = 0.001$ ,  $F = 141/181$ ). The results of univariate analysis of covariance showed that Cognitive group therapy increased positive beliefs with the Eta coefficient of 0.62 and Cognitive self-awareness with Eta coefficient of 0.61, as well as decreased cognitive antagonism with ETA coefficient of 0.47, uncontrollability and thought risk. With eta coefficient of 0.38 and the need to control thoughts with an eta coefficient of 0.44 had a significant effect.

**Conclusions:** Therefore, people who work in the field of combating drugs, and treating people with addiction, use of cognitive group therapy, they can create metacognitive beliefs in patients.

**Keywords:** Cognitive Group Therapy, Positive and Negative Meta-cognitive Beliefs, Addiction, T.H.C

© 2020 Iranian Nursing Scientific Association (INA)



## اثربخشی گروه‌درمانی شناختی بر میزان باورهای فراآگاهی افراد وابسته به تی. سی. ای. سی

### ا.چ. سی

فریده میرزایی<sup>۱</sup>، مریم شاکرمی<sup>۲</sup>، مریم مرمری پور<sup>۳</sup>، مرضیه محمداصلانی<sup>۴</sup>، مهدی یوسف‌وند<sup>۵</sup>، ندا اسکندری<sup>۶\*</sup>، الهه پرهیزکار<sup>۷</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناس ارشد، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، شهر رودهن، ایران

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اندیمشک، ایران

<sup>۴</sup> کارشناس ارشد سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه، تهران، ایران

<sup>۵</sup> دکتری روانشناسی تربیتی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

<sup>۶</sup> کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوارسگان، ایران

<sup>۷</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، ایران

\* نویسنده مسئول: ندا اسکندری، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوارسگان، ایران. ایمیل:

bahassanvand@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۸/۱۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۶/۲۱

#### چکیده

**مقدمه:** اعتیاد امروزه به یکی از جدی‌ترین معضلات جامعه بشری تبدیل شده است که منجر به پیدایش فقر و بیکاری و مهمتر از آن بروز مشکلات مکرر شغلی، اجتماعی و قانونی می‌شود. بنابراین هدف اصلی این پژوهش، تعیین میزان اثربخشی گروه‌درمانی شناختی در تغییر سطح باورهای فراآگاهی افراد معتاد به تی. سی. ای. سی شهرستان خرم‌آباد بود.

**روش کار:** این پژوهش به صورت نیمه‌تجربی بود که در آن از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. نمونه پژوهش ۴۰ آزمودنی بود که از میان مردان معتاد به تی. سی. ای. سی شهرستان خرم‌آباد انتخاب و به صورت تصادفی ساده در گروه‌های آزمایش (گروه‌درمانی شناختی) و گواه گمارده شدند. در مرحله مداخله گروه آزمایش در ۸ جلسه تحت آموزش گروه‌درمانی شناختی قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه باورهای فراآگاهی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای دو گروه آزمایشی و گواه استفاده شد. داده‌های پژوهش با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت معناداری بین دو گروه نشان داد ( $P < 0/06$ ). یافته‌ها حاکی از آن بود که گروه‌درمانی شناختی در تغییر سطح باورهای فراآگاهی اثربخش است ( $F = 141/18, P = 0/001$ ). نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره نشان داد که گروه‌درمانی شناختی بر افزایش باورهای مثبت با ضریب اتا ۰/۶۲ و خودآگاهی شناختی با ضریب اتا ۰/۶۱، و همچنین بر کاهش تضاد شناختی با ضریب اتا ۰/۴۷، کنترل‌ناپذیری و خطر افکار با ضریب اتا ۰/۳۸، و نیاز به کنترل افکار با ضریب اتا ۰/۴۴ تاثیر معنی‌داری داشته است.

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

**کلیدواژه‌ها:** گروه‌درمانی شناختی، باورهای فراآگاهی، اعتیاد، تی. سی. ای. سی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

#### مقدمه

معضلات جامعه بشری و مخصوصاً کشورهای در حال توسعه که جمعیت جوان بالا و در مقابل نیز فقر و بیکاری بالایی دارند تبدیل شده است که این پدیده خود منجر به پیدایش فقر و بیکاری و مهمتر از آن

یکی از بلاهای خانمان سوز که آفتی بر پیکر جوامع بشری است مسأله اعتیاد به تی. سی. ای. سی است که قدرت تفکر، خلاقیت، توان، کوشش و سازندگی را از انسانها می‌گیرد [۱]. اعتیاد امروزه به یکی از جدی‌ترین

تغییر از طریق قانع‌سازی و ترغیب و استفاده از مخالفت‌ها و تضادهایی که در رابطه درمانی وجود دارند اعتقاد دارد نه به منطق رسمی غیر شخصی. در جلسه درمان، گفتگوی دیالکتیکی و دو نفره از اهمیت خاصی برخوردار است. درمان دی بی تی به عنوان یک رویکرد درمانی جدید، مرکب از اصول درمان‌های شناختی رفتاری و فلسفه شرقی است که در ابتدا، برای درمان اختلال شخصیت مرزی ابداع شد. علاوه بر این اختلال، در دامنه نسبتاً وسیعی از اختلالات، از جمله افسردگی مورد مطالعه قرار گرفته و اثربخشی آن مشخص شده است [۸].

گروه درمانی یکی از راه‌هایی است که می‌تواند به افراد کمک کند تا سلامت روانی بیشتری را احساس کنند. همچنین گروه یک حالت حمایتی را برای افراد ایجاد می‌کند تا به کمک آن افراد راحت‌تر خود را افشا کنند و به مشکل خود بپردازند. زمانی که هدف ما افزایش مهارت‌های اجتماعی، تغییر باورهای ذهنی و چیزهای شبیه این است، گروه درمانی می‌تواند کمک بسیار خوبی کند. رویکردهای درمانی مختلفی برای کاهش یا از بین بردن اعتیاد به تی. ایچ. سی و نشانگان آن استفاده می‌شود. یکی از این رویکردهای گروه‌درمانی شناختی است که برای درمان انواع بیماران وابسته به تی. ایچ. سی مطرح شده و سودمندی آن در برخی از پژوهش‌ها تأیید شده است. گروه‌درمانی شناختی رویکردی جدید و جامع است که بر جهت‌گیری روان‌شناسی مثبت‌نگر استوار است [۸]. علاوه بر این رویکرد روان‌شناختی گروه‌درمانی در دامنه نسبتاً وسیعی از اختلالات، از جمله اعتیاد به تی. ایچ. سی مورد مطالعه قرار گرفته و اثربخشی آن مشخص شده است [۹]. گروه‌درمانی شناختی از رویکرد رضایت از زندگی حمایت می‌کند. در این رویکرد، اصول و مهارت‌های معطوف به کمک به مراجعان در شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های با ارزش زندگی آموزش داده می‌شود. نظریه کیفیت زندگی بیشتر فرض می‌کند که مؤلفه‌های عاطفی شادکامی تا حد زیادی از قضاوت یا ارزیابی‌های انسان از رضایت از زندگی بر اساس شناخت سرچشمه می‌گیرد، درست مثل هنگامی که استانداردها و ملاک‌های انسان برای کار رضایت بخش تحقق یافته است و فرد احساس شادی، ایمنی و آسایش می‌کند [۱۰، ۱۱]. هدف گروه‌درمانی شناختی افزایش خودمراقبتی حرفه‌ای یا غنای درونی و پیش‌گیری از فرسودگی است [۱۲]. در گروه‌درمانی شناختی مراقبت از خود، معادل غنای درونی است و به عنوان احساس آرامش عمیق، راحتی، هوشیاری و آمادگی برای مواجهه با چالش‌های روزانه به شیوه اندیش‌مندانه، عاشقانه، دلسوزانه و جامع تعریف می‌شود [۱۳].

گروه‌درمانی شناختی به صورت گروهی و انفرادی قابل اجرا است. ابتدا از فرد می‌خواهند که از میان هفته حوز، حوزه‌های مهمی را که می‌خواهند در آن تغییر ایجاد کنند، مشخص نمایند و سپس درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در طول جلسات بر روی این حوزه‌ها تمرکز می‌یابد. برای هر کدام از این حوزه‌ها تکالیف و تمریناتی بر اساس تکنیک‌ها و اصول درمان برای اجرا در درون جلسات و بیرون جلسات طراحی شده است [۱۳، ۱۴]. تحقیقات زیادی در این زمینه صورت گرفته و اثر بخشی این درمان را نشان داده‌اند. در پژوهشی که عابدی و وستانیس [۱۵] که به منظور ارزیابی گروه‌درمانی شناختی برای والدین کودکان مبتلا به اعتیاد به تی. ایچ. سی در ایران انجام شد، نتایج نشان داد که این درمان باعث کاهش نشانه‌های اعتیاد به تی. ایچ. سی مانند نشخوار فکری، گریز عاطفی، اضطراب، خود - تعیینی و افزایش رضایت کلی

بروز مشکلات مکرر شغلی، اجتماعی و قانونی می‌شود و این سیکل معیوب همواره در جریان است و قطع کردن آن نیازمند سال‌ها تلاش و برنامه‌ریزی در تمام زمینه‌هاست [۲]. انجمن روانپزشکی آمریکا علائم وابستگی به مواد را شامل مجموعه‌ای از علائم فیزیولوژیکی، رفتاری و شناختی می‌داند که براساس آن فرد علیرغم داشتن اختلالات وابسته به مواد، مصرف آن را ادامه می‌دهد. در چنین مواردی الگویی از مصرف وجود دارد که منجر به تحمل، محرومیت و رفتار اجبار برای مصرف می‌شود [۳]. امروزه یکی از خطرناک‌ترین مواد مورد مصرف مواد محرک و توهم‌زا می‌باشد که به تدریج جایگزین مواد مخدر سنتی می‌شوند. مت‌آفتمین که کریستالیزه آن در کشور ما به عنوان تی. ایچ. سی شناخته می‌شود، یکی از مواد اصلی است که مورد مصرف قرار می‌گیرد. مصرف این ماده به عنوان ماده محرک در کشورهای مختلف و در میان جوانان رواج دارد آمار رسمی ایران در سال ۲۰۰۶ مصرف کنندگان تی. ایچ. سی را ۶/۲ درصد مصرف کنندگان برآورد کرده بود [۴]. یک ترکیب حلال در تی. ایچ. سی THC است و به طور خالص، یک ترکیب شیمیایی است. به ندرت در خیابان قابل دسترسی و خرید و فروش است و آنچه که به نام THC فروخته می‌شود، معمولاً پی. سی. پی یا ال. اس. دی است. تی ایچ سی THC مخفف Tetra Hydro Cannabinol یکی از عناصر فعال شادمانه است و یک ماده قوی توهم‌زا است، و اثرات شیمیایی آن شباهتهایی به LSD دارد که عبارتند از تغییرات در رفتار، اختلال در حس زمان و حواس بینایی و شنوایی، از خود بی خود شدن. با این همه شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد احتمالاً این دو دارو از طریق مکانیسم‌های بیوشیمیایی مختلفی عمل می‌کنند و اثرات آنها روی عملکرد مغز متفاوت است.

سوء مصرف آفتمین به دلیل اثرات مخربی که بر مغز دارد، همچنین وسوسه شدید و همراه شدن با علائم روانپزشکی قابل ملاحظه، برنامه‌های کاهش تقاضا مانند درمان و پیشگیری را دچار چالش جدی کرده است. تی. ایچ. سی به شدت اعتیادآور است و بر سیستم دوپامینرژیک مغز اثر می‌گذارد و بلافاصله پس از مصرف حالتی به نام فلاش یا راش (اوج لذت) در فرد ایجاد می‌شود [۵]. تی. ایچ. سی بیشترین پتانسیل آسیب‌های روانی، جسمانی، خانوادگی و اجتماعی را دارد [۵]. بیماران وابسته به تی. ایچ. سی معمولاً از خود رفتارهای پرخطرانه و خشونت بار بروز می‌دهند. تی. ایچ. سی اگر به مقدار زیاد مصرف شود موجب اضطراب شدید و موقت، شبه اختلال وحشت زدگی و بدبینی یا سوءظن می‌شود [۶]. مواد روانگردان موجبات ناامنی خانواده و جوامع را فراهم آورده است و در جوامع کنونی منشأ بسیاری از کج رفتاری‌ها، ناهنجاری‌ها و جرایم را مواد مخدر یا روانگردان می‌دانند [۷]. در طول سالیانی که اعتیاد به صورت یک مشکل اجتماعی و فردی درآمده است، از روش‌های مختلفی برای ترک و درمان اعتیاد استفاده شده است. برخی از این روش‌ها اثرات مثبت، برخی اثرات منفی و برخی بی‌تاثیر بوده‌اند [۷]. درمان دی بی تی به عنوان یک جهان بینی یا دیدگاه فلسفی متخصصان بالینی را در جهت ساختن فرضیه‌های تئوریک متناسب با مشکلات مراجعان و درمان آن‌ها راهنمایی می‌کند. از سوی دیگر، دیالکتیک به عنوان رابطه و گفتگو به رویکرد یا استراتژی‌های درمانی اشاره دارد که توسط درمانگران برای ایجاد تغییر مورد استفاده قرار می‌گیرد. آنچه در دی بی تی مهم است تعداد استراتژی‌های درمانی دیالکتیک آن می‌باشد [۸]. دیالکتیک از نقطه‌نظر گفتگو و ارتباط به

صورت تصادفی در دسترس از بین معتادین به تی. اچ. سی در یکی از مراکز ترک اعتیاد شهر خرم‌آباد انجام گرفت. حجم نمونه با توجه به واریانس برگرفته از مطالعه اولیه روی ۱۶ مشارکت‌کننده با استفاده از فرمول کوکران و با در نظر گرفتن حداکثر خطای قابل قبول ۰/۰۶ و سطح اطمینان ۸۶٪ برابر با ۴۰ نفر برآورد شد. سپس آزمودنی‌های دارای اعتیاد به تی. اچ. سی به صورت تصادفی به دو گروه به شرح زیر گمارده شدند: ۲۰ نفر برای گروه درمانی شناختی (گروه آزمایش) و ۲۰ نفر برای لیست انتظار (گروه گواه). سپس هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون مقیاس باورهای فرانشاختی را تکمیل کردند. دو هفته پس از درمان مجدداً از آزمودنی‌های دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه باورهای فرانشاختی استفاده شد.

معیار ورود به مطالعه: جنسیت مرد باشد، دامنه سنی بین ۱۶ تا ۳۰ سال، اعتیاد به تی. اچ. سی، عدم ابتلا به بیماری‌های ناتوان‌کننده و بیماری مزمن قلبی و تنفسی، عدم شرکت هم‌زمان در برنامه‌های درمانی دیگر، داشتن سواد خواندن و نوشتن و رضایت برای شرکت در پژوهش و ملاک خروج از مطالعه، عدم تمایل به ادامه مداخله، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات مداخله و عدم مشارکت و همکاری در فرآیند اجرای پژوهش بود.

الف) پرسشنامه باورهای فراآگاهی ولز و کاتریت - هاتن [۲۰]: پرسشنامه باورهای فرانشاخت یک مقیاس خودگزارشی ۳۰ آیتمی است که تفاوت‌های فردی را در مورد باورهای فرانشاخت، قضاوت‌ها و گرایش‌های نظارت‌گری ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه شامل ۵ خرده مقیاس ۱- تضاد شناختی (گویه‌های شماره ۸، ۱۴، ۱۷، ۲۴، ۲۶، ۲۹) ۲- باورهای مثبت (گویه‌های شماره ۱، ۷، ۱۰، ۱۹، ۲۳، ۲۸) ۳- خودآگاهی شناختی (گویه‌های شماره ۳، ۱۲، ۱۶، ۱۸، ۳۰) ۴- کنترل‌ناپذیری و خطر افکار (گویه‌های شماره ۲، ۹، ۲۱) ۵- نیاز به کنترل افکار می‌باشد (گویه‌های شماره ۶، ۲۰، ۲۷). هر آیتم بر روی مقیاس ۴ گزینه‌ای لیکرت (موافق نیستم ۱، کمی موافقم ۲، تا حدی ۳، کاملاً موافقم ۴) نمره‌گذاری می‌شود. ولز و کاتریت - هاتن [۲۰] در پژوهشی همسانی درونی، اعتبار همگرا و همچنین پایایی آزمون و بازآزمون را مناسب و قابل قبول گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه فرانشاخت از ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ و ضریب همبستگی آن با مقیاس اضطراب صفت اسپیل برگر بین ۰/۲۶ تا ۰/۷۳ گزارش شده است. در این پژوهش با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضریب اعتبار برای ۴۰ نفر آزمودنی ۰/۸۸ به دست آمد.

ب) گروه درمانی دیالکتیکی (دی بی تی): گروه درمانی دیالکتیکی از سال ۲۰۰۸ بر مبنای کار لینهان و دیمف و توسط ۲۶ سالباچ-آندره و همکاران برای یک دوره ۳ ماهه (۱۲ جلسه ۷۶ دقیقه‌ای) برنامه‌ریزی شده بود (۲۶). بیماران هفته‌ای یک جلسه به صورت گروهی گروه درمانی دیالکتیکی را طبق محتوای زیر آموزش می‌دیدند: جلسه اول) توضیحات مقدماتی، مفهوم‌سازی مشکل، آماده‌سازی مراجعین و اجرای پیش‌آزمون و همچنین آموزش مهارت‌های پرت کردن حواس از رفتارهای خودتخریبی و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی. جلسات دوم و سوم) آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش به مراجع در مورد این که چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می‌شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار

خانوادگی و موقعیتی کودکان مبتلا اعتیاد به تی. اچ. سی شد. در پژوهشی نورث‌مور - بال و ایوان [۱۵] به این نتیجه رسیدند که گروه درمانی شناختی میزان تاب‌آوری روانشناختی آزمودنی‌ها را در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری افزایش داده است. رودریگو، ماهر و ویدوز [۱۶] در پژوهشی با عنوان مداخله روان‌شناختی به روش گروه درمانی شناختی به منظور بهبود کیفیت زندگی و سطح خود - تعیینی در بزرگسالان معتاد به تی. اچ. سی پرداختند. نتایج بیانگر آن بود که افراد گروه گروه درمانی شناختی نمره‌های بیشتری در مقیاس کیفیت زندگی و سطح خود - تعیینی به دست آوردند. گرانت، سالکد و هاینان [۱۷] اثر بخشی گروه درمانی شناختی را بر افراد معتاد به تی. اچ. سی بررسی کردند. پس از پایان جلسات درمان، مشخص شد که نشانگان اعتیاد به تی. اچ. سی مانند نشخوار فکری، گریز عاطفی، عدم تمایز عاطفی بین خود و دیگران کاهش یافته بود و همچنین، یک افزایش معناداری در کیفیت زندگی و خودکارآمدی همه بیماران مشاهده شد. نتایج مطالعه پاترا [۱۸] نشان داد که ۷۳ درصد دانش‌آموزان دختر و ۶۸ درصد دانش‌آموزان پسر داری اختلال اعتیاد به تی. اچ. سی هستند. موسک و گیلپوا [۱۹] در مطالعه خود نشان دادند که گروه درمانی شناختی به طور معناداری باعث افزایش سطح تاب‌آوری روانشناختی دانش‌جویان معتاد به تی. اچ. سی نسبت به گروه کنترل می‌شود.

از ضرورت‌های پرداختن به این مطالعه آن است که بسیاری از پژوهشگران دریافته‌اند اغلب افراد مبتلا به اعتیاد تی. اچ. سی، باورهای فراآگاهی منفی بالا و باورهای فراآگاهی مثبت پایینی دارند [۱۹]. از آن جایی که افراد مبتلا به اعتیاد تی. اچ. سی، احساس بی‌معنایی دارند، باورهای فراآگاهی منفی دارند، گروه درمانی شناختی می‌تواند افزایش امید و کاهش باورهای فراآگاهی منفی را افزایش دهد. بنابراین مؤثرتر و مفیدتر است که ارزیابی باورهای فراآگاهی افراد مبتلا به اعتیاد تی. اچ. سی به صورت دقیق‌تر مورد بررسی قرار گیرد. علاوه بر این از آن جایی که پایین بودن سطح باورهای فراآگاهی مثبت به عنوان شکلی از باورهای اجتنابی به کاهش عملکرد مناسب افراد مبتلا به اعتیاد تی. اچ. سی در زمینه ترک اعتیاد منجر می‌شود، نیاز به بررسی بیشتری دارد. از طرفی فهمیدن صرف این مسئله که بسیاری از افراد مبتلا به اعتیاد تی. اچ. سی از سطح پایینی از باورهای فراآگاهی مثبت برخوردارند، کافی نیست، بلکه مهم این است که بدانیم چه عواملی می‌تواند به تغییر سطح باورهای فراآگاهی افراد مبتلا به اعتیاد تی. اچ. سی متغیر کمک کند.

با توجه به نتایج پژوهش‌های انجام شده، به نظر می‌رسد روش گروه درمانی شناختی در درمان اعتیاد به تی. اچ. سی و کاهش نشانگان این اختلال مؤثر باشد. بنابراین پژوهش حاضر در صدد بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی در تغییر سطح باورهای فراآگاهی مثبت و منفی مردان معتاد به تی. اچ. سی است.

## روش کار

روش این پژوهش به صورت نیمه تجربی است که در سال ۸۸-۱۳۸۷ انجام شده و در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. جامعه آماری مطالعه حاضر را کلیه مردان معتاد به تی. اچ. سی شهرستان خرم‌آباد تشکیل داد. افراد نمونه مورد مطالعه به

چند متغیره (مانکوا) بهره گرفته شد. قبل از به کارگیری آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره مفروضه‌های آن به وسیله آزمون باکس، لامبدای ویلکز و آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت. به همین منظور برای بررسی پیش فرض همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس مولفه‌های باورهای فراآگاهی مثبت و منفی در گروه‌های مورد پژوهش نیز از آزمون M باکس استفاده شد. نتایج ام باکس نشان داد که همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس برای باورهای فراآگاهی مثبت ( $P < 0/06$ ) و باورهای فراآگاهی منفی ( $P < 0/06$ ) به خوبی رعایت شده است. برای بررسی پیش فرض برابری واریانس‌های مولفه‌های باورهای فراآگاهی مثبت و باورهای فراآگاهی منفی در گروه‌های مورد پژوهش نیز از آزمون لون استفاده شد. که نتایج نشان داد که واریانس‌های باورهای مثبت، خودآگاهی شناختی، تضاد شناختی، نیاز به کنترل افکار و کنترل-ناپذیری و خطر افکار در دو گروه با هم برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنی‌داری ندارند، که این یافته، پایایی نتایج بعدی را نشان می‌دهد.

### یافته‌ها

در جدول ۱ یافته‌های توصیفی در مورد متغیرهای باورهای فراآگاهی مثبت (باورهای مثبت و خودآگاهی شناختی) و باورهای فراآگاهی منفی در قالب شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد ارائه شده است. بر اساس یافته‌های جدول ۱ بیشترین میانگین در پیش آزمون و پس‌آزمون گروه گواه برای متغیر باورهای مثبت و کمترین میانگین برای متغیر کنترل-ناپذیری و خطر افکار ( $16/81$  و  $14/13$ ) می‌باشد؛ و بیشترین میانگین در پیش آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش برای متغیر باورهای مثبت و کمترین میانگین برای متغیر کنترل-ناپذیری و خطر افکار ( $11/68$  و  $16/74$ ) می‌باشد.

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها بیانگر آن است که زندگی درمانی حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (مولفه‌های باورهای فراآگاهی مثبت و منفی) میانگین گروه آزمایشی را نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون افزایش داده است ( $F = 14/8, P = 0/01$ ).

نمی‌گیرند، متمرکز می‌مانند، چطور کار می‌کنند. جلسات چهارم و پنجم: آموزش تحمل پریشانی (مهارت‌های پایندگی در بحران‌ها، منحرف کردن حواس، تسکین دادن به خود با استفاده از حواس شش‌گانه و تمرین آگاهی). جلسات ششم و هفتم: نحوه برخورد با باورهای فراآگاهی مثبت و منفی، چگونگی تنظیم شناختی هیجانی و تصور از تن، آموزش درباره کاهش دادن افکار منفی و فرضیه‌های زیر بنایی تصور از تن، باورهای فراآگاهی مثبت و منفی، چگونگی تنظیم شناختی هیجانی و افزایش تجارب مثبت بدنی. جلسات هشتم و نهم) آموزش تنظیم هیجان (اهداف آموزش تنظیم هیجان، دانستن این‌که چرا هیجان‌ها مهم هستند، تشخیص هیجان، کاهش آسیب‌پذیری و رنج هیجانی، افزایش هیجان مثبت، تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه اخیر. جلسات دهم و یازدهم) افزایش باورهای فراآگاهی مثبت و منفی، چگونگی تنظیم شناختی هیجانی و افزایش تصویر بدنی (حفظ و تداوم سلامت روابط خویشاوندی، علاقمندی و غیره. آموزش مهارت‌های فردی مهم. جلسه دوازدهم) جمع‌بندی جلسات و مرور و تمرین محتوای جلسات آموزشی.

محققان جهت رعایت ملاحظات اخلاقی از آزمودنی‌ها رضایت‌نامه کتبی گرفتند و از ذکر نام آزمودنی‌ها خودداری کردند. همچنین گروه گواه پس از انجام پژوهش به صورت جداگانه و برای تغییر سطح باورهای فراآگاهی مورد مداخله آزمایشی (گروه درمانی شناختی) قرار گرفتند و نتایج مفید و سودمندی نیز برای آن‌ها حاصل شد. همچنین این پژوهش با کد اخلاق IR.LUMS.REC.1387.088 در کمیته اخلاق مورد تایید قرار گرفته است.

### آنالیز آماری

داده‌ها بوسیله نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ آنالیز گردید. برای تحلیل فرضیه‌ها، ابتدا نرمال یا غیر نرمال بودن توزیع آماری متغیرها بوسیله آزمون کولموگراف-اسمیرنوف مورد مطالعه قرار گرفت و مشخص گردید توزیع متغیرهای مورد مطالعه نرمال است. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های مربوط به تفاوت بین دو گروه کنترل و آزمایش از لحاظ مولفه‌های باورهای فراآگاهی مثبت و منفی، از روش تحلیل کوواریانس

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

	گواه		آزمایش	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
باورهای مثبت	۶/۶۲ ± ۲۲/۳۲	۴/۶۳ ± ۲۳/۶۸	۶/۸۶ ± ۲۱/۴۱	۳/۳۱ ± ۳۰/۶۲
خودآگاهی شناختی	۶/۶۲ ± ۲۰/۴۶	۶/۴۳ ± ۱۸/۳۱	۶/۶۸ ± ۱۸/۶۷	۳/۸۶ ± ۳۱/۶۳
تضاد شناختی	۴/۲۶ ± ۱۷/۳۴	۴/۱۶ ± ۱۶/۲۱	۶/۶۳ ± ۱۷/۷۲	۳/۸۶ ± ۱۱/۸۷
کنترل ناپذیری و خطر افکار	۳/۶۴ ± ۱۴/۱۳	۴/۶۶ ± ۱۶/۸۱	۴/۶۲ ± ۱۶/۷۴	۲/۶۴ ± ۱۱/۶۸
نیاز به کنترل افکار	۶/۳۲ ± ۱۹/۵۶	۴/۴۸ ± ۲۱/۸۴	۶/۸۶ ± ۱۸/۱۶	۳/۳۶ ± ۱۳/۲۶

داده‌ها در جدول براساس میانگین  $\pm$  SD آمده است.

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

نام آزمون	مقدار	F	DF فرضیه	DF خطا	معنی داری (P)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۸۷۶	۱۸/۱۴۱	۶/۰۰۰	۲۴/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۳۸	۱/۰۰۰
آزمون لاندای ویلکز	۰/۴۸۶	۱۸/۱۴۱	۶/۰۰۰	۲۴/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۳۸	۱/۰۰۰
آزمون اثر هنتلینگ	۳/۲۴۶	۱۸/۱۴۱	۶/۰۰۰	۲۴/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۳۸	۱/۰۰۰
آزمون ریشه‌روی	۳/۸۶۲	۱۸/۱۴۱	۶/۰۰۰	۲۴/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۳۸	۱/۰۰۰

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

متغیر	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجدورات	F	سطح معنی داری	ضریب اتا
<b>باورهای مثبت</b>						
پیش‌آزمون	۳۸۴/۲	۱	۳۸۴/۲	۴/۳۲	۰/۲۰	۰/۲۱
اثر اصلی	۸۶۷/۳۲	۱	۸۶۷/۳۲	۳۸/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۶۲
خطا	۱۶۸/۲	۳۷	۴/۲۷	-	-	-
<b>خودآگاهی شناختی</b>						
پیش‌آزمون	۱۶/۲۱	۱	۱۶/۲۱	۱/۲۲	۰/۳۱	۰/۰۸
اثر اصلی	۳۷۶/۴۱	۱	۳۷۶/۴۱	۱۴/۳۶	۰/۰۰۲	۰/۶۱
خطا	۱۰۱/۳	۳۷	۲/۷۳	-	-	-
<b>تضاد شناختی</b>						
پیش‌آزمون	۳۱/۲	۱	۳۱/۳	۲/۲۶	۰/۱۱	۰/۱۷
اثر اصلی	۲۸۴/۶۸	۱	۲۸۴/۶۸	۱۲/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۴۷
خطا	۱۸۰/۶۶	۳۷	۶/۱۶	-	-	-
<b>کنترل ناپذیری و خطر افکار</b>						
پیش‌آزمون	۲۸/۷	۱	۲۸/۷	۳/۳	۰/۰۸	۰/۱۱
اثر اصلی	۳۰۱/۳۶	۱	۳۰۱/۳۶	۱۳/۴۸	۰/۰۰۲	۰/۳۸
خطا	۱۷۴/۱۳	۳۷	۴/۷۰	-	-	-
<b>نیاز به کنترل افکار</b>						
پیش‌آزمون	۴۰/۴	۱	۴۰/۴	۶/۱۸	۰/۱۳	۰/۱۸
اثر اصلی	۲۸۸/۸۷	۱	۲۸۸/۸۷	۱۲/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۴۴
خطا	۲۰۱/۲	۳۷	۶/۴۳	-	-	-

آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی و تشکیل مفاهیم مثبت و نو نسبت به خود و دیگران، و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت بخش است که می‌تواند رابطه فرد را با خود و دیگران بهبود دهد و نسبت به خود و دیگران دید مثبت‌تر و خوش‌بینانه‌تری داشته باشد به طوری که هم سطح ارتباط و شایستگی ادراک شده‌اش افزایش می‌یابد و هم اینکه می‌تواند به خوبی با دیگران و محیط اطراف ارتباط مثبت و سازنده برقرار کند. همچنین گنجاندن این فعالیت‌ها و تمرین‌ها در برنامه هفتگی، باعث می‌شود که فرد افسرده به تدریج از شرایط نامناسب خود مبنی به تفکرات منفی، دلهره، شایستگی و ارتباط ادراک شده سطح پایین فاصله گرفته و کم‌کم به سمت و سوی مثبت‌اندیشی و داشتن به دید بهتر و خوش‌بینانه نسبت به خود و دیگران حرکت کند [۱۳].

از دلایل دیگر تبیین این یافته‌ها این است که گروه‌درمانی شناختی از طریق راهبردهایی چون شناسایی هیجانات منفی و نحوه مقابله با آن‌ها، و برنامه‌های درمانی اختلال اعتیاد به تی. اچ. سی که شامل راهبردهای مقابله هیجان‌محور از قبیل ارائه پاسخ‌های هیجانی مناسب در برابر اضطراب، افسردگی، گریز عاطفی، گریز از دیگران، جایگاه من تضعیف شده و خیال‌پردازی برای تعدیل موقعیت استفاده می‌شود، موجب افزایش هم‌امیختگی بادیگران و واکنش‌پذیری عاطفی می‌گردد. از طرف دیگر، این یافته‌ها را می‌توان این‌گونه تفسیر کرد که خود - تعینی پایین با اعتیاد به تی. اچ. سی روانی ارتباط قوی داشته و افراد دارای خود - تعینی پایین، احتمال بیشتری دارد که به اعتیاد به تی. اچ. سی روانی مبتلا شوند. لذا این روش با افزایش تسلط و توانمندی افراد مبتلا، می‌تواند در ارتقاء میزان خود - تعینی آنان مؤثر باشد. همچنین در این روش به چگونگی ادراکات فرد از توانایی تغییر رفتار، سطح انگیزتی، الگوهای فکری و واکنش‌های احساسی پرداخته می‌شود و از خودتمایز یافتگی به عنوان عامل اثرگذار بر پذیرش، حفظ و تغییر هیجان مرتبط با دامنه

نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره در جدول ۳ نشان می‌دهد که گروه‌درمانی شناختی (با کنترل اثر پیش‌آزمون به عنوان عامل کووریت روی پس‌آزمون به عنوان متغیر پاسخ) بر افزایش باورهای مثبت با ضریب اتا ۰/۶۲ و خودآگاهی شناختی با ضریب اتا ۰/۶۱، و همچنین بر کاهش تضاد شناختی با ضریب اتای ۰/۴۷، کنترل ناپذیری و خطر افکار با ضریب اتا ۰/۳۸ و نیاز به کنترل افکار با ضریب اتا ۰/۴۴ تاثیر معنی داری داشته است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی در تغییر سطح باورهای فراآگاهی مثبت و منفی انجام شده است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که گروه‌درمانی شناختی باعث تغییر سطح باورهای فراآگاهی مثبت و منفی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است. به عبارت دیگر میزان باورهای فراآگاهی مثبت و منفی در افرادی که در جلسات گروه‌درمانی شناختی شرکت کرده بودند در مقایسه با گروه گواه تغییر معنی‌داری داشته است. این یافته با نتایج مطالعات همسو است [۱۳-۱۸، ۲۱].

از دلایل تبیین یافته‌های این مطالعه این است، افرادی که دچار اعتیاد به تی. اچ. سی هستند مفهوم‌های ذهنی منفی بیشتری نسبت به خود و محیط اطراف دارند و همین داشتن مفهوم‌های منفی باعث می‌شود که این دسته افراد دید خوب و مثبتی نسبت به خود، دیگران و ارتباط با محیط اطراف نداشته باشند. یکی از ابعاد این منفی‌نگری نسبت به خود و دیگران به این معقوله بر می‌گردد که چون فرد افسرده دید منفی نسبت به خود و دیگران دارد فکر می‌کند و یا در این اندیشه است که دیگران نیز همچنین دیدگاهی نسبت به او دارند و لذا همین امر باعث می‌شود که فرد سطح شایستگی ادراک شده‌اش پایین بیاید و نتواند به خوبی با دیگران ارتباط برقرار کند. حال آن‌که در روش گروه‌درمانی شناختی بر مفهوم‌سازی مجدد، آماده‌سازی مراجعین و همچنین



از طرفی هم، پرستاری به عنوان یک شغل پر استرس قلمداد می‌شود و لذا پرستاران با بهره‌گیری از اصول درمانی که در گروه درمانی شناخت محور وجود دارد حتی می‌توانند میزان استرس خود را در مواقع پرفشار تا حد زیادی پایین آورده و در ارائه خدمات عملکرد مطلوبی داشته باشند.

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

### تشکر و قدردانی

بدینوسیله نویسندگان از تمامی افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، تقدیر و تشکر می‌نمایند.

### ملاحظات اخلاقی

این پژوهش با کد اخلاق IRLUMS.REC.1387.088 در کمیته اخلاق مورد تایید قرار گرفته است.

### تضاد منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی گزارش نکرده‌اند

### منابع مالی

این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ گونه سازمانی انجام شده است.

## References

1. Abedi MR, Vostanis P. Evaluation of quality of life therapy for parents of children with obsessive-compulsive disorders in Iran. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010;19(7):605-13. doi: 10.1007/s00787-010-0098-4 pmid: 20157835
2. Burri A, Schweitzer R, O'Brien J. Correlates of female sexual functioning: Adult attachment and differentiation of self. *J Sex Med*. 2014;11(9):2188-95. doi: 10.1111/jsm.12561 pmid: 24762123
3. Burton KL, Williams LM, Richard Clark C, Harris A, Schofield PR, Gatt JM. Sex differences in the shared genetics of dimensions of self-reported depression and anxiety. *J Affect Disord*. 2015;188:35-42. doi: 10.1016/j.jad.2015.08.053 pmid: 26342886
4. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression Anxiety*. 2003;18(2):76-82.
5. Deci EL, Ryan RM. *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press; 1886.
6. Frisch MIB. *Quality of life therapy*. New Jersey: John Wiley & Sons Press; 2018.
7. González-Cutre D, Sicilia A, Sierra AC, Ferriz R, Hagger MS. Understanding the need for novelty from the perspective of self-determination theory. *Person Indiv*

وسیع‌تری از رفتارهای مورد نیاز در کاهش اعتیاد به تی. ای. سی استفاده می‌شود [۱۴].

به طور کلی یافته‌های این مطالعه نشان داد که چون در روش گروه‌درمانی شناختی به بررسی ابعاد مختلف زندگی فرد، خواسته‌ها، مشکلات پیش‌رو، نحوه غلبه بر مشکلات پرداخته می‌شود افراد وابسته به تی. ای. سی می‌توانند از این راه آگاهی خود را بالا برده و شناخت بهتری از مشکلات خود داشته باشند و لذا همین عامل باعث می‌شود که افراد تاب‌آوری بالاتری را به دلیل شناخت بیشتر نسبت به مشکلات و راه‌حل‌های غلبه بر این مشکلات داشته باشند.

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

از مهمترین کاربردهایی که این پژوهش دارد این است که می‌تواند به پرستارانی که به ویژه در مراکز اعصاب و روان و یا مراکز ترک اعتیاد کار می‌کنند کمک کند تا با بهره‌گیری از اصول گروه درمانی شناختی به تغییر سطح باورهای فراآگاهی افراد معتاد به تی. ای. سی پراخته و از این راه به تسریع درمان و اصلاح شناختی آن‌ها دست یابند.

- Differ. 2016;102:159-69. doi: 10.1016/j.paid.2016.06.036
8. Gutman TM, Shean FT. Increasing resilience in adolescent nursing students. Knoxville: The University of Tennessee; 2012.
9. Hung S, Li MS, Chen YL, Chiang JH, Chen YY, Hung GC. Smartphone-based ecological momentary assessment for Chinese patients with depression: An exploratory study in Taiwan. *Asian J Psychiatr*. 2016;23:131-6. doi: 10.1016/j.ajp.2016.08.003 pmid: 27969071
10. Kamimura A, Nourian MM, Assasnik N, Franchek-Roa K. Depression and intimate partner violence among college students in Iran. *Asian J Psychiatr*. 2016;23:51-5. doi: 10.1016/j.ajp.2016.07.014 pmid: 27969079
11. Kennard E, Lieberman J, Arjmand S, Rolfe K. Preliminary comparison of laryngeal manipulation and postural treatment on voice quality in a prospective randomized crossover study. *J Voice*. 2019;8(6):761-4.
12. Kimbrel NA, Meyer EC, DeBeer BB, Gulliver SB, Morissette SB. A 12-Month prospective study of the effects of PTSD-depression comorbidity on suicidal behavior in Iraq/Afghanistan-era veterans. *Psychiatry Res*. 2016;243:97-9. doi: 10.1016/j.psychres.2016.06.011 pmid: 27376669
13. Kratz F, Weyne B. Manic symptoms and quality of life in bipolar disorder. 2007.

14. Lackner RJ, Fresco DM. Interaction effect of brooding rumination and interoceptive awareness on depression and anxiety symptoms. *Behav Res Ther.* 2016;85:43-52. **doi:** [10.1016/j.brat.2016.08.007](https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.08.007) **pmid:** [27567108](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27567108/)
15. Li N, Chen G, Zeng P, Pang J, Gong H, Han Y, et al. Prevalence of depression and its associated factors among Chinese elderly people: A comparison study between community-based population and hospitalized population. *Psychiatry Res.* 2016;243:87-91. **doi:** [10.1016/j.psychres.2016.05.030](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.030) **pmid:** [27376667](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27376667/)
16. Mosek AA, Gilboa RBD. Integrating art in lief therapy psychodynamic-narrative group work to promote the resilience of caring professionals. *Arts Psychother.* 2016;51:19.
17. Mota CP, Matos PM. Does sibling relationship matter to self-concept and resilience in adolescents under residential care? *Child Youth Serv Rev.* 2015;56:97-106. **doi:** [10.1016/j.chilyouth.2015.06.017](https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2015.06.017)
18. Northmore-Ball K, Evans G. Secularization versus religious revival in Eastern Europe: Church institutional resilience, state repression and divergent paths. *Soc Sci Res.* 2016;57:31-48. **doi:** [10.1016/j.ssresearch.2015.11.001](https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2015.11.001) **pmid:** [26973030](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26973030/)
19. Patra S. Return of the psychedelics: Psilocybin for treatment resistant depression. *Asian J Psychiatr.* 2016;24:S1-2. **doi:** [10.1016/j.ajp.2016.08.010](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.08.010) **pmid:** [27931907](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27931907/)
20. Shimotsu S, Horikawa N. Self-stigma in depressive patients: Association of cognitive schemata, depression, and self-esteem. *Asian J Psychiatr.* 2016;24:125-9. **doi:** [10.1016/j.ajp.2016.09.003](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.09.003) **pmid:** [27931895](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27931895/)
21. Liang L, Zhou D, Yuan C, Shao A, Bian Y. Gender differences in the relationship between internet addiction and depression: A cross-lagged study in Chinese adolescents. *Comput Hum Behav.* 2016;63:463-70. **doi:** [10.1016/j.chb.2016.04.043](https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.04.043)