



## مرور نظام‌مند مداخلات شناختی رفتاری بر درمان اعتیاد در ایران (از سال ۱۳۸۰ تا ۱۴۰۰)

مهدی سروی همپا<sup>۱\*</sup>، منصور فتحی<sup>۲</sup>

### چکیده

پژوهش حاضر مطالعات انجام شده در سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۴۰۰ در زمینه اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری در درمان اعتیاد را مورد بررسی قرار داد. هدف از انجام این پژوهش در اختیار قرار دادن یک مرور نظام‌مند مبتنی بر شواهد تحقیقی جهت استفاده درمانگران (مددکاران اجتماعی و روانشناسان) در راستای استفاده از روان درمانی شناختی رفتاری در مراکز درمانی اعتیاد بوده است. از بین ۷۸ پایان نامه دکتری، کارشناسی ارشد و مقاله شناسایی شده تعداد ۲۴ مقاله و پایان نامه به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. مرور مطالعات نشان داد که رویکرد شناختی رفتاری در درمان اعتیاد در گروه هدف معتادان ایرانی تاثیرگذاری بالایی دارد. درمان شناختی رفتاری در کاهش افسردگی و اضطراب، بهبود رفتارهای تکانشی و اختلالات روانشناختی، رفع تعارضات خانوادگی، افزایش تاب‌آوری و خودکارآمدی، افزایش امید به زندگی، کیفیت زندگی، افزایش انگیزه، عزت نفس و اعتماد به نفس، افزایش سازگاری زناشویی، کاهش اشتیاق به مصرف (وسوسه) و در پیشگیری از عود درمان بهبود یافتگان (مصرف مجدد مواد) موثر است. **کلیدواژه‌ها:** اعتیاد، درمان معتادین، رویکرد شناختی رفتاری، پیشگیری از عود (مصرف مجدد مواد).

۱. دانشجوی دکتری مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی، نویسنده مسئول  
(Mehdi.sarvihampa@gmail.com)

۲. دانشیار گروه مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی

## بیان مساله

در قرن حاضر با نهضت تولید مستندات و مقالات علمی در حیطه‌های مختلف روبرو هستیم. افزایش چشمگیر پژوهش‌ها، پایان نامه و مقالات علمی پژوهشی منجر به انباشت دانش در حوزه‌های مختلف شده است. اما آن چیزی که اهمیت بالایی دارد نوع استفاده از این مستندات علمی است به ویژه زمانی که این یافته‌ها مستقیماً در ارتباط با انسان و زندگی او باشد. استفاده از این نتایج در بهبود کمیت و کیفیت تصمیم‌گیری‌ها و سیاستگذاری‌ها مهارتی است که امروزه از آن به عنوان سیاستگذاری مبتنی بر شواهد<sup>۱</sup> یاد می‌شود. اما استفاده از شواهد علمی مختص تصمیم‌گیری‌ها و سیاستگذاری‌ها نیست و در حوزه‌های تخصصی علوم انسانی که مستقیماً در کار با مراجعین و آسیب‌دیدگان اجتماعی دارای وظایف انجام مداخلات درمانی هستند، مانند مددکاری اجتماعی، نیز وجود دارد که آن را اقدام مبتنی بر شواهد<sup>۲</sup> می‌نامند. بیش از ۶۰ سال از ورود مددکاری اجتماعی به ایران می‌گذرد و در این سال‌ها این حرفه تخصصی در دانشگاه‌های مختلف دولتی، آزاد و غیردولتی تدریس شده و در مقاطع کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری فارغ‌التحصیل دارد. همچنین مددکاران اجتماعی در نهادهای مختلف دولتی و غیردولتی و در حوزه‌های مختلف آسیب‌های اجتماعی از جمله پیشگیری و درمان اعتیاد فعالیت می‌کنند.

با گسترش این حرفه تخصصی در ایران امروزه از مددکاران اجتماعی انتظار می‌رود که اقداماتشان بر اساس دانش مبتنی بر روش علمی باشد. به همین منظور در دانشگاه کتاب‌های مختلفی با عنوان نظریه‌های مددکاری اجتماعی تدریس می‌شود. از مرسوم‌ترین این کتاب‌ها می‌توان به نظریه‌های نوین مددکاری اجتماعی<sup>۳</sup> مالکوم پین<sup>۴</sup> ۱۹۴۷، نظریه‌های مددکاری اجتماعی در عمل<sup>۵</sup> جوزف والش<sup>۶</sup> ۲۰۱۳ و درمان به روش مددکاری اجتماعی رویکردهای نظری بهم پیوسته<sup>۷</sup> فرانسویس جی ترنر<sup>۸</sup> ۱۹۷۴ اشاره کرد. در کتب مذکور بیش از ۱۵ نظریه و رویکرد درمانی برای مددکاران اجتماعی معرفی شده است. نظریه‌هایی همچون روان‌شناسی خود<sup>۹</sup>، نظریه روابط ابژه<sup>۱۰</sup>،

1 Policy making based on evidence

2. Evidence-Based Practice

3. Modern social work theory

4. Malcolm Payne

5. Theories for Direct social work practice

6. Joseph Walsh

7. Social Work Treatment: Interlocking Theoretical Approaches

8. Francis J. Turner

9. Self-psychology

10. Object relations theory



نظریه سامانه‌های عاطفی خانواده<sup>۱</sup>، نظریه رفتارگرایی<sup>۲</sup>، نظریه‌شناختی<sup>۳</sup>، روان درمانی بین فردی<sup>۴</sup>، نظریه ساختاری خانواده<sup>۵</sup>، درمان راه حل محور<sup>۶</sup>، مصاحبه انگیزشی<sup>۷</sup>، نظریه روایتی<sup>۸</sup>، نظریه مداخله در بحران<sup>۹</sup>، نظریه سیستم‌ها<sup>۱۰</sup>، نظریه توانمندسازی<sup>۱۱</sup> و همچنین الگوهای ترکیبی همچون درمان پذیرش و تعهد<sup>۱۲</sup>، رفتار درمانی دیالکتیکی<sup>۱۳</sup>، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۱۴</sup> و درمان شناختی رفتاری<sup>۱۵</sup>. در کتاب نظریه‌های روان درمانی جدولی از گرایش‌های نظری روان درمانگران در ایالات متحده آمریکا منتشر شده است که در آن گرایش‌های نظری مددکاران اجتماعی به ترتیب رویکردهای التقاطی/ یکپارچه‌نگر ۲۶ درصد، نظریه‌های شناختی ۱۹ درصد، نظریه سیستم‌ها ۱۴ درصد، نظریه‌های رفتاری ۱۱ درصد، نظریه روان‌پویشی ۹ درصد و نظریه‌های روانکاو ۵ درصد اعلام شده است (پروچاسکا و نوراکس، ۱۳۹۹، ص ۵).

در ایران پژوهشی که نشان‌دهنده گرایش‌های نظری مددکاران اجتماعی باشد وجود ندارد و از مددکاران اجتماعی انتظار می‌رود که فعالیت‌ها و اقدامات‌شان بر اساس رویکردهای نظری و یا به پشتوانه الگوهای درمانی علمی باشد. هرچند در کتاب‌های نظریه‌ها برای هر کدام از رویکردها شواهد تحقیقی فراوانی مطرح شده است اما این تحقیقات در کشورهایی با ویژگی‌های بوم‌شناختی متفاوتی با ایران انجام شده و به تنهایی نمی‌توانند مبنای انتخاب یک نظریه یا رویکرد در کار با مراجعین مددکاران اجتماعی در ایران باشد. بنابراین این ضرورت احساس می‌شود که مددکاران اجتماعی جهت استفاده از یک رویکرد نظری یا مدل درمانی نیازمند به شواهد تحقیقی هستند که بر روی نمونه‌های ایرانی به انجام رسیده باشد. یکی از گروه هدف‌های ویژه در مددکاری اجتماعی اعتیاد و درمان و توانمندسازی معتادین به مصرف مواد می‌باشد در همین راستا در این مطالعه به مرور نظام‌مند مداخلات شناختی رفتاری بر درمان اعتیاد پرداخته می‌شود.

## اعتیاد و درمان شناختی رفتاری

اعتیاد به مصرف مواد مخدر و محرک یکی از معضلات جدی در جهان و ایران است که تمامی سیستم‌های خرد کلان از فرد گرفته تا خانواده و جامعه، نظام‌های سیاسی ملی و بین‌المللی را تحت شعاع خود قرار داده است. در گذشته اعتیاد و مصرف مواد همچون قاچاق و حمل و نقل و فروش آن جرم تلقی می‌شد اما در چند دهه گذشته با تغییر

- |                                  |                                         |
|----------------------------------|-----------------------------------------|
| 1. family systems theories       | 2. Behaviorism theory                   |
| 3. Cognitive theory              | 4. Interpersonal psychotherapy          |
| 5. Structural family therapy     | 6. Solution-focused therapy             |
| 7. Motivational interviewing     | 8. Narrative theory                     |
| 9. Crisis intervention theory    | 10. Systems theory                      |
| 11. Empowerment theory           | 12. Acceptance and Commitment Therapy   |
| 13. Dialectical behavior therapy | 14. Mindfulness based cognitive therapy |
| 15. cognitive behavioral therapy |                                         |



نگاه اعتیاد به عنوان یک بیماری شناخته شده است که نیازمند درمان است. در همین راستا روش‌ها و الگوهای مختلفی در درمان اعتیاد در جهان و ایران شکل گرفته است. از مرسوم‌ترین روش‌های درمانی در ایران می‌توان به روش‌های دارویی: برنامه درمان نگهدارنده با متادون<sup>۱</sup> و بوپرنورفین<sup>۲</sup> و روش‌های بیمارستانی: سم‌زدایی فوق سریع<sup>۳</sup> و روش‌های غیردارویی: کمپ‌های ترک اعتیاد و انجمن معتادین گمنام و سایر روش‌ها: کنگره ۶۰ نام برد.

با وجود تغییر نگاه به مساله اعتیاد و شکل‌گیری مراکز مختلف درمانی با روش‌های درمانی متفاوت و هزینه‌کردهای سرسام‌آور نهادهای دولتی و مردم در این زمینه، بازگشت به مصرف و عود درمان معتادین امروزه تبدیل به مساله‌ای اساسی شده است. پژوهش‌های (مکری<sup>۴</sup> ۲۰۰۲، آنتون، مواک، واید و لاتام<sup>۵</sup> ۲۰۰۱، کیریچ مایر، داوولی، ورستر، آماتو و فری<sup>۶</sup> ۲۰۰۲، به نقل از احمدخانی‌ها و همکاران، ۱۳۸۵) نشان می‌دهد که درمان نگهدارنده نالترکسون با وجود سودمندی‌های بسیار به دلیل ریزش و همکاری نکردن بیماران در پیشگیری از بازگشت معتادان به مصرف مواد کارایی کمی دارد. بازگشت بسیار زیاد بهبودیافتگان به مصرف مجدد این واقعیت را آشکار ساخته است که قطع مصرف و سم‌زدایی جسمانی به تنهایی برای درمان اعتیاد کافی نیست و درمان پایدار مصرف‌کنندگان مواد نیاز به توانمندسازی روانی و اجتماعی دارد. همین امر موجب شد که عرصه درمان اعتیاد از سلطه مطلق پزشکی خارج شده و فضا برای ورود روان درمانگران یعنی روانشناسان و مددکاران اجتماعی باز شود.

عنصر اساسی در هر برنامه درمانی در اعتیاد پیشگیری از عود است. رویکرد پیشگیری از عود دو محور اساسی را دربر می‌گیرد: اولین محور بر شناسایی و تحلیل کارکردی موقعیت‌های پر خطر که به مصرف مواد منجر می‌شود و همچنین بر استفاده از آموزش‌های مهارت‌های سازگاری تمرکز دارد. دومین محور پیشگیری از عود عبارت است از افزایش درک و فهم مراجعان از الگوی مصرف مواد، که می‌تواند نقش مهمی را در جلوگیری از عود ایفا کند. داشتن چنین دیدگاهی به مراجعان کمک می‌کند تا یاد بگیرند که عودها در تداوم بخشیدن به انگیزه‌های آنان برای رسیدن به اهداف بلند مدت موثر است، از این دیگاه، بهبودی بیشتر به عنوان یک فرایند یادگیری مد نظر قرار می‌گیرد (مارلات، بلوم و پارکز<sup>۷</sup>، ۲۰۰۴، به نقل از خدادوست و همکاران، ۱۳۹۳). در رویکرد درمان‌شناختی رفتاری با به‌کارگیری فنون سعی در ایجاد تغییر در بعد دیگر درمان یعنی شناخت افراد وابسته به مواد انجام می‌شود. این فنون عبارتند از: بازسازی شناختی (اصلاح افکار ناکارآمد)، تجربه رفتار (قادر ساختن افراد برای آزمایش افکار خود)، تنظیم خلق (ارزیابی درمانگر و کمک به اعضا در نظارت بر تغییرات

1. Methadone maintenance treatment (MMT)

2. Buprenorphine maintenance treatment (BMT)

3. UROD

4. Mokri

5. Anton, Moak, Waid &amp; Latham

6. Kirchmayer, Davoli, Verster, Amato &amp; Ferri

7. Blume &amp; Parks



عاطفی)، تکلیف منزل (فراهم کردن فرصت برای تمرین و تقویت مهارت‌ها) و جلسه حمایتی (تقویت و نگهداری مهارت‌ها پس از خاتمه درمان). (قمری گیوی، نادر، سواری و اسماعیلی، ۱۳۹۴، به نقل از پورفتحیه و فتحی، ۱۳۹۹)

مرور کلی مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری در کاهش اشتیاق مصرف مواد (سلیمی، حق نظری، احمدی و زهره‌وند، ۱۳۹۵، به نقل از پورفتحیه و فتحی، ۱۳۹۹؛ کشاورزی و همکاران، ۱۳۹۴؛ رحیمی و همکاران، ۱۳۹۷؛ حدادی و همکاران، ۱۳۸۸؛ سادوک و سادوک، ۲۰۰۷، اختیاری و همکاران، ۱۳۸۵، ویتکویتز و بوون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰، مکرری و همکاران، ۱۳۸۷، به نقل از صداقت‌زاده و همکاران، ۱۳۹۷؛ اکبری، ۱۳۹۸)، کاهش علائم افسردگی و اضطراب (آقای، عابدی و پاقلعه، ۱۳۹۰، سوگرمن، نیک و کارول<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰، به نقل از پورفتحیه و فتحی، ۱۳۹۹؛ لک و همکاران، ۱۳۹۰؛ سلیمی، ۱۳۹۳، پورسعید موسایی و همکاران، ۱۳۹۱، گارلند، بوتیگر و هوارد<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱، به نقل از انصاری زاده و همکاران، ۱۳۹۶؛ لطفی کاشانی و همکاران، ۱۳۹۲؛ خالدیان و همکاران، ۱۳۹۳؛ سندرا، براون، آرون و رامو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴، مارلات، بارت و دالی<sup>۵</sup>، ۱۹۹۹، به نقل از خدادوست و همکاران، ۱۳۹۳؛ مومنی و همکاران، ۱۳۸۸؛ نریمانی، ۱۳۸۳)، رفتارهای تکانشی و افکار خودکشی (سگال، مورال، استونز<sup>۶</sup>، ۲۰۱۴، بلین، مار، دالی، رابینز، اوریت<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸، نات<sup>۸</sup>، ۲۰۱۲، رونالد<sup>۹</sup>، ۲۰۰۲، کرونلی<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۰، لیدل<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۲، مورفی<sup>۱۲</sup>، ۱۹۸۸، اسکوکیت<sup>۱۳</sup>، ۱۹۸۶، وایتز، کادورت، ویدمار<sup>۱۴</sup>، ۱۹۸۵، به نقل از ناطقی و سهرابی، ۱۳۹۶) کاهش اختلالات روانشناختی (خدایاری‌فر، افروز، سهرابی و اکبری، ۱۳۹۰، حامدی، شهیدی و خادمی، ۱۳۹۲، دی مایر و همکاران، ۲۰۱۰، به نقل از پورفتحیه و فتحی، ۱۳۹۹)، کاهش عود مجدد مصرف مواد (احمدخانی‌ها و همکاران ۱۳۸۵؛ رهبریان، حسین‌زاده، دوستی، ۱۳۹۵؛ خدادوست، اورکی، دهستانی و بیات، ۱۳۹۳، دريسن و هولون<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۱؛ دباغی، اصغرنژاد، عاطف و جعفری بولهری، ۱۳۸۷، به نقل از پورفتحیه و فتحی، ۱۳۹۹)، افزایش انگیزه (علوی لنگرودی و نیکزاد مقدم، ۱۳۹۳؛ پورفتحیه و فتحی، ۱۳۹۹)، امید به زندگی (خالدیان، غریبی، قلی‌زاده و شاکری، ۱۳۹۲، به نقل از خالدیان و محمدی‌فر ۱۳۹۴)، افزایش رضایت از سطح زندگی و بهبود کیفیت زندگی (سوگرمن و همکاران، ۲۰۱۰؛ مک هاگ، هیرون و اتو<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۰، به نقل از پورفتحیه و فتحی، ۱۳۹۹؛ کاتسچینگ<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۶، بیزاری<sup>۱۸</sup>

1. Witkiewitz & Bowen
3. Garland, Boettiger & Howard
5. Marlatt, Barrett & Daley
7. Belin, Mar, Dalley, Robbins & Everitt
9. Roland
11. Liddle
13. Schuckit
15. Driessen & Hollon
17. Katsching

2. Sugarman, Nich & Carroll
4. Sandra, Brown, Urnod & Ramo
6. Segal, Morral & Stevens
8. Nutt
10. Krunly
12. Morfi
14. Whitters, Cadoret & Widmer
16. Mchugh, Hearon & Ott
18. Bizzarry



و همکاران، ۲۰۰۵، به نقل از مومنی و همکاران، ۱۳۹۲؛ هیمن<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱، آکچی ایوازی و یوچیتومی و سوگان<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶، بورلند<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۴، به نقل از فراهانی و همکاران، ۱۳۹۲)، تاب‌آوری (بونا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴، هانگ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷، مور، ویتاسکی و خاویر<sup>۶</sup>، ۲۰۱۷، به نقل از عبدی زرین و مهدوی، ۱۳۹۷) خودکارآمدی و عزت نفس (کلانتر، بیژنی و حسینی نژاد، ۱۳۹۳، به نقل از پورفتحیه و فتحی، ۱۳۹۹؛ بندورا<sup>۷</sup>، ۱۹۸۶، لوک<sup>۸</sup>، ۲۰۰۳، لیوو کوسلوسکی<sup>۹</sup>، ۲۰۰۹، سیلواویجا ایالاکسمی<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۳، به نقل از عبدی زرین و مهدوی، ۱۳۹۷؛ علوی و نیکزاد، ۱۳۹۴؛ کمرزرین و همکاران، ۱۳۹۱)، اعتماد به نفس (نریمانی، ۱۳۸۳؛ دالی و مارلات<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۵، فولکمن و لازارس<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۱، ترمبلی و کینگ<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۴، میلر، ویلبورن و هتما<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۳، بخشی پور، علیلو و ایرانی<sup>۱۵</sup>، ۱۳۸۷، جعفری، شهیدی و عابدین<sup>۱۶</sup>، ۱۳۸۸، طوفانی و جوانبخت<sup>۱۷</sup>، ۱۳۸۰، به نقل از بروکی میلان و همکاران، ۱۳۹۳)، تعارضات و سازگاری زناشویی (سلامت، زمانی و اللهیاری، ۱۳۸۶، به نقل از نعمتی و همکاران، ۱۳۹۶؛ هندریکس، اسکیا و بلانکنا<sup>۱۸</sup>، ۲۰۱۱، ابار، کارتر، وینسلر<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۹، قوانلو<sup>۲۰</sup>، ۱۳۸۳، به نقل از باقری و سهرابی، ۱۳۹۶) اثربخش بوده است.

## روش

هدف از پژوهش حاضر مرور نظامند پژوهش‌های انجام شده در زمینه مداخلات شناختی رفتاری در درمان اعتیاد است. به همین منظور مقالات و پایان‌نامه‌های منتشر شده با استفاده از کلید واژه‌های CBT، درمان شناختی رفتاری، درمان اعتیاد، درمان معتادین و عود درمان شناسایی شدند. این مقالات و پژوهش‌ها از پایگاه‌های اطلاعاتی ایرانداک<sup>۱</sup>، پرتال جامع علوم انسانی<sup>۲</sup>، مگیران<sup>۳</sup>، اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی<sup>۴</sup> و نورمگز<sup>۵</sup> شناسایی شدند. معیارهای لازم جهت ورود به مرور نظامند شامل، داشتن طرح آزمایشی، استفاده از ابزارهای دارای اعتبار و پایایی، تجزیه و تحلیل علمی، تحصیلات ارشد و دکتری نویسندگان و انجام پژوهش در گروه هدف ایرانی بوده است. از بین ۷۸ پایان نامه دکتری، کارشناسی ارشد و مقاله شناسایی شده تعداد ۲۴ مقاله و پایان نامه به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. در ادامه از طریق چک لیست به استخراج مولفه‌های مورد نظر در مقاله‌های نمونه پژوهش پرداخته شد.

- |                                 |                                        |
|---------------------------------|----------------------------------------|
| 1. Heyman                       | 2. Akechi, Iwasaki, Uchitomi & Tsugane |
| 3. Borland                      | 4. Bouna                               |
| 5. Huang                        | 6. Moore, Kwitowski, & Javier          |
| 7. Dalley & Marlatt             | 8. Folkman & Lazarus                   |
| 9. Termblay & King              | 10. Miller, Willbourne & Hettema       |
| 11. Hendriks, Scheea & Blankena | 12. Abar, Carter & Winsler             |
| 13. irandoc.ac.ir               | 14. ensani.ir                          |
| 15. magiran.com                 | 16. Sid.ir                             |
| 17. noormags.ir                 |                                        |



## یافته‌ها

جدول شماره ۱: مشخصات پژوهش‌های انجام شده در زمینه  
مداخله‌های شناختی رفتاری در درمان اعتیاد

| ردیف | نویسندگان / سال انتشار           | نوع مطالعه                                   | روش                                                  | متغیر مستقل                                                 | حجم نمونه | گروه هدف                 | متغیرهای وابسته                                          | نتایج                                                                                                  |
|------|----------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۱    | پورفتحیه و فتحی، ۱۳۹۹            | مقاله<br>برگرفته<br>از پایان<br>نامه<br>ارشد | پیش‌آزمون -<br>پس‌آزمون با<br>گروه کنترل             | ۱۲ جلسه<br>۶۰ دقیقه‌ای<br>روان‌درمانی<br>شناختی و<br>رفتاری | ۶۰ نفر    | مردان معتاد<br>تبریز     | پیشگیری از<br>عود و بهبود<br>نشانه‌های<br>اختلالات روانی | درمان‌شناختی<br>رفتاری بر پیشگیری<br>از عود و بهبود<br>نشانه‌های اختلالات<br>روانی معتادین<br>موثر است |
| ۲    | اکبری ۱۳۹۸                       | مقاله<br>پژوهشی                              | پیش‌آزمون -<br>پس‌آزمون<br>با پیگیری و<br>گروه کنترل | ۸ جلسه<br>۶۰ دقیقه‌ای<br>روان‌درمانی<br>شناختی و<br>رفتاری  | ۲۴ نفر    | مردان معتاد<br>تهران     | خویش‌داری                                                | درمان‌شناختی<br>رفتاری بر<br>خویش‌داری سوء<br>مصرف کنندگان<br>مواد موثر است                            |
| ۳    | عبدی زرین<br>و مهدوی،<br>۱۳۹۷    | مقاله<br>پژوهشی                              | پیش‌آزمون -<br>پس‌آزمون با<br>گروه کنترل             | ۹ جلسه<br>۹۰ دقیقه‌ای<br>روان‌درمانی<br>شناختی و<br>رفتاری  | ۳۰ نفر    | مردان معتاد<br>بهشهر     | خودکارآمدی<br>و تاب‌آوری                                 | درمان‌شناختی<br>رفتاری منجر<br>به افزایش<br>خودکارآمدی و<br>تاب‌آوری معتادان<br>شده است                |
| ۴    | رحیمی و<br>همکاران،<br>۱۳۹۷      | مقاله<br>پژوهشی                              | پیش‌آزمون -<br>پس‌آزمون با<br>گروه کنترل             | ۱۲ جلسه<br>۴۵ دقیقه‌ای<br>روان‌درمانی<br>شناختی و<br>رفتاری | ۲۸ نفر    | مردان معتاد<br>شیراز     | علائم اختلال<br>مصرف                                     | درمان‌شناختی<br>رفتاری در کاهش<br>علائم اختلال مصرف<br>مواد (وسوسه)<br>موثر است                        |
| ۵    | صداقت‌زاده<br>و همکاران،<br>۱۳۹۷ | مقاله<br>پژوهشی                              | پیش‌آزمون -<br>پس‌آزمون با<br>گروه کنترل             | ۱۲ جلسه<br>۹۰ دقیقه‌ای<br>روان‌درمانی<br>شناختی و<br>رفتاری | ۳۶ نفر    | مردان معتاد<br>سرپل ذهاب | ولع مصرف                                                 | درمان گروهی<br>شناختی رفتاری در<br>کاهش ولع مصرف<br>معتادین موثر است                                   |
| ۶    | ناطقی و<br>سهرابی،<br>۱۳۹۶       | مقاله<br>برگرفته<br>از پایان<br>نامه<br>ارشد | پیش‌آزمون -<br>پس‌آزمون با<br>گروه کنترل             | ۱۰ جلسه<br>روان‌درمانی<br>شناختی و<br>رفتاری                | ۳۰ نفر    | نوجوانان<br>معتاد تهران  | افکار خودکشی<br>و تکانشگری                               | درمان شناختی<br>رفتاری تکانشگری<br>و افکار خودکشی<br>نوجوانان دارای اعتیاد<br>را کاهش می‌دهد           |
| ۷    | باقری و<br>سهرابی،<br>۱۳۹۶       | مقاله<br>برگرفته<br>از پایان<br>نامه<br>ارشد | پیش‌آزمون -<br>پس‌آزمون با<br>گروه کنترل             | ۱۲ جلسه<br>۴۵ دقیقه‌ای<br>روان‌درمانی<br>شناختی و<br>رفتاری | ۳۰ نفر    | مردان معتاد<br>تهران     | سازگاری<br>زناشویی                                       | درمان شناختی<br>رفتاری در<br>افزایش سازگاری<br>زناشویی افراد<br>معتاد با همسران<br>آنها موثر است       |



شماره ۳

سال اول

بهار ۱۴۰۱

|    |                              |                                  |                                            |                                                  |        |                       |                                    |                                                                                                |
|----|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------|-----------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۸  | نعمتی و همکاران، ۱۳۹۶        | مقاله پژوهشی                     | پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل          | ۱۳ جلسه روان درمانی شناختی و رفتاری              | ۳۰ نفر | مردان معناد قروه      | تعارض زناشویی و سازگاری زناشویی    | درمان شناختی رفتاری بر بهبود و افزایش سازگاری زناشویی و کاهش تعارض زناشویی معنادین موثر است    |
| ۹  | انصاری زاده و همکاران، ۱۳۹۶  | مقاله برگرفته از پایان نامه ارشد | پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل          | ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای روان درمانی شناختی و رفتاری   | ۴۰ نفر | مردان معناد تهران     | کاهش اضطراب                        | درمان گروهی شناختی رفتاری در کاهش اضطراب معنادین موثر است                                      |
| ۱۰ | کشاورزی و همکاران، ۱۳۹۴      | مقاله برگرفته از پایان نامه ارشد | پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل          | ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای روان درمانی شناختی و رفتاری  | ۳۰ نفر | مردان معناد اسلامشهر  | قدرت میل و احتمال به مصرف          | درمان شناختی رفتاری در کاهش میل به مصرف در معنادین موثر است                                    |
| ۱۱ | علوی و نیکزاد، ۱۳۹۴          | مقاله برگرفته از پایان نامه ارشد | پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل          | ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای روان درمانی شناختی و رفتاری   | ۳۰ نفر | دانشجویان معناد یزد   | کاهش عود و افزایش انگیزش           | درمان شناختی رفتاری در کاهش میزان عود اعتیاد دانشجویان معناد و افزایش انگیزش پیشرفت موثر است   |
| ۱۲ | خالدیان و محمدی فر، ۱۳۹۴     | مقاله پژوهشی                     | پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل          | ۱۳ جلسه روان درمانی شناختی و رفتاری              | ۳۰ نفر | مردان معناد قروه      | افسردگی و امید به زندگی            | درمان گروهی شناختی رفتاری در کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی معنادین موثر است              |
| ۱۳ | خدادوست و همکاران، ۱۳۹۳      | مقاله پژوهشی                     | پیش آزمون- پس آزمون با پیگیری و گروه کنترل | ۱۲ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای روان درمانی شناختی و رفتاری | ۴۵ نفر | مردان معناد تهران     | کاهش عود                           | درمان شناختی رفتاری در بهبودی و کاهش عود در معنادین نقش موثری دارد                             |
| ۱۴ | خالدیان و همکاران، ۱۳۹۳      | مقاله پژوهشی                     | پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل          | ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای روان درمانی شناختی و رفتاری  | ۲۴ نفر | مردان معناد قروه      | افسردگی                            | درمان گروهی شناختی رفتاری در کاهش افسردگی معنادین موثر است                                     |
| ۱۵ | بروکی میلان، و همکاران، ۱۳۹۳ | مقاله برگرفته از پایان نامه ارشد | پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل          | ۱۲ جلسه روان درمانی شناختی و رفتاری              | ۹۰ نفر | مردان معناد ارومیه    | راهبردهای مقابله ای و علائم اعتیاد | درمان شناختی رفتاری در بهبود راهبردهای مقابله‌ای و بهبود سلامت روانی و جسمانی معنادین موثر است |
| ۱۶ | لطفی کاشانی و همکاران، ۱۳۹۲  | مقاله پژوهشی                     | پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل          | ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای روان درمانی شناختی و رفتاری  | ۴۰ نفر | مردان معناد رباط کریم | افسردگی                            | درمان گروهی شناختی رفتاری در کاهش افسردگی معنادین موثر است                                     |





|    |                                          |                                              |                                                      |                                                             |        |                       |                                               |                                                                                                              |
|----|------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------|-----------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۱۷ | دستجانی<br>فراهانی و<br>همکاران،<br>۱۳۹۲ | مقاله<br>برگرفته<br>از پایان<br>نامه<br>ارشد | پیش‌آزمون -<br>پس‌آزمون با<br>گروه کنترل             | ۱۲ جلسه<br>۹۰ دقیقه‌ای<br>روان‌درمانی<br>شناختی و<br>رفتاری | ۳۰ نفر | مردان<br>معتاد اراک   | باورهای<br>غیرمنطقی و<br>کیفیت زندگی          | گروه درمانی<br>شناختی رفتاری<br>برای مدیریت<br>باورهای غیرمنطقی<br>و کیفیت زندگی<br>معتادین موثر است         |
| ۱۸ | مومنی و<br>همکاران،<br>۱۳۹۲              | مقاله<br>پژوهشی                              | پیش‌آزمون -<br>پس‌آزمون<br>با پیگیری و<br>گروه کنترل | ۸ جلسه<br>۹۰ دقیقه‌ای<br>روان‌درمانی<br>شناختی<br>و رفتاری  | ۳۶ نفر | مردان معتاد<br>تهران  | کیفیت زندگی                                   | درمان شناختی<br>رفتاری در بهبود<br>کیفیت زندگی موثر<br>بوده است اما در<br>طولانی مدت تاثیر<br>چندانی ندارد   |
| ۱۹ | لک و<br>همکاران،<br>۱۳۹۱                 | مقاله<br>پژوهشی                              | پیش‌آزمون -<br>پس‌آزمون با<br>گروه کنترل             | ۱۰ جلسه<br>روان‌درمانی<br>شناختی<br>و رفتاری                | ۲۴ نفر | زنان معتاد<br>تهران   | اضطراب                                        | آموزش مدیریت<br>استرس به شیوه<br>شناختی رفتاری<br>بر کاهش اضطراب<br>و اضطراب فراگیر<br>معتادین موثر است      |
| ۲۰ | کمر زربین<br>و همکاران،<br>۱۳۹۱          | مقاله<br>برگرفته<br>از پایان<br>نامه<br>ارشد | پیش‌آزمون -<br>پس‌آزمون با<br>گروه کنترل             | ۱۲ جلسه<br>روان‌درمانی<br>شناختی<br>و رفتاری                | ۹۰ نفر | مردان معتاد<br>ارومیه | خودکارآمدی<br>و بهبود علائم<br>اعتیاد         | درمان شناختی<br>رفتاری در افزایش<br>خودکارآمدی و<br>بهبود سلامت<br>روانی و جسمانی<br>معتادین موثر است        |
| ۲۱ | مومنی و<br>همکاران،<br>۱۳۸۸              | مقاله<br>پژوهشی                              | پیش‌آزمون -<br>پس‌آزمون با<br>گروه کنترل             | ۸ جلسه<br>روان‌درمانی<br>شناختی<br>و رفتاری                 | ۳۶ نفر | مردان معتاد<br>تهران  | کاهش اشتیاق<br>و افسردگی<br>و اضطراب          | درمان شناختی<br>رفتاری در کاهش<br>اشتیاق و در کاهش<br>افسردگی و اضطراب<br>معتادین موثر است                   |
| ۲۲ | حدادی و<br>همکاران،<br>۱۳۸۸              | مقاله<br>پژوهشی                              | پیش‌آزمون -<br>پس‌آزمون با<br>گروه کنترل             | ۸ جلسه<br>۶۰ دقیقه‌ای<br>روان‌درمانی<br>شناختی<br>و رفتاری  | ۳۰ نفر | مردان معتاد<br>تهران  | کاهش<br>تکانشگری،<br>ولع مصرف و<br>شدت اعتیاد | درمان شناختی<br>رفتاری بر کاهش<br>تکانشگری، ولع<br>مصرف و شدت<br>اعتیاد در معتادین<br>موثر است               |
| ۲۳ | احمدخانیها<br>و همکاران،<br>۱۳۸۵         | مقاله<br>پژوهشی                              | پیش‌آزمون -<br>پس‌آزمون با<br>گروه کنترل             | ۱۶ جلسه<br>روان‌درمانی<br>شناختی<br>و رفتاری                | ۹۰ نفر | مردان معتاد<br>تهران  | شدت اعتیاد                                    | تاثیر درمان شناختی<br>رفتاری در کاهش<br>مصرف مواد تا ماه‌ها<br>پس از پایان درمان<br>ادامه می‌یابد            |
| ۲۴ | نریمانی،<br>۱۳۸۳                         | مقاله<br>پژوهشی                              | پیش‌آزمون -<br>پس‌آزمون                              | ۸ جلسه<br>۴۵ دقیقه‌ای<br>روان‌درمانی<br>شناختی<br>و رفتاری  | ۴ نفر  | مردان معتاد<br>اردبیل | افسردگی و<br>عزت نفس                          | در مرحله سم<br>زدایی و توانبخشی<br>معتادین استفاده از<br>فنون درمان شناختی<br>رفتاری اثربخشی<br>بالاتری دارد |

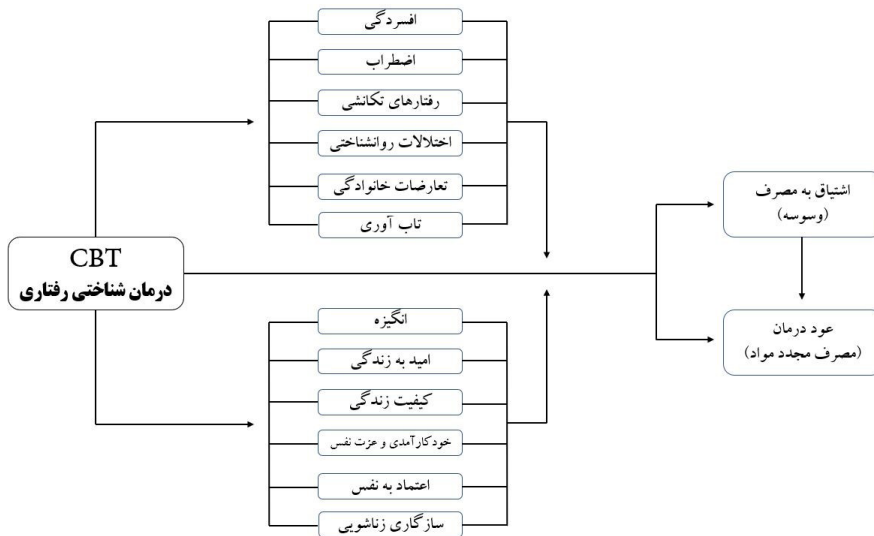


شماره ۳

سال اول

بهار ۱۴۰۱

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که از بین مطالعات نمونه پژوهش در مجموع ۹ مطالعه مربوط به پایان‌نامه و ۱۵ مطالعه مربوط به مقاله پژوهشی می‌باشد. که یک مطالعه بر روی گروه هدف زنان معتاد و ۲۳ مطالعه بر روی مردان معتاد به انجام رسیده است. تعداد ۸ مطالعه از میزان ساعات درمانی شناختی رفتاری اطلاعاتی در مقاله درج نکرده و صرفاً به تعداد جلسات اکتفا کرده‌اند. همه مطالعات نمونه به صورت آزمایشی پیش‌آزمون و پس‌آزمون بوده و به جزء یک مطالعه که فاقد گروه کنترل بوده ۲۳ مطالعه دیگر همگی دارای گروه آزمایش و گروه کنترل بوده‌اند. در مجموع ۹۳۷ نفر در مطالعات نمونه شرکت داشته‌اند. متغیرهای وابسته‌ای که به وسیله رویکرد شناختی رفتاری مورد مداخله قرار گرفته و در مطالعات نمونه سنجش شده‌اند در شکل شماره ۱ مشخص شده است.



شکل ۱: دیگرام تاثیرگذاری درمان شناختی رفتاری در درمان اعتیاد

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر مطالعات انجام شده در سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۴۰۰ در زمینه اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری در درمان اعتیاد را مورد بررسی قرار داد. هدف از انجام این پژوهش در اختیار قرار دادن یک مرور نظام‌مند مبتنی بر شواهد تحقیقی جهت استفاده درمان‌گران روانی و اجتماعی اعتیاد (مددکاران اجتماعی و روانشناسان) در راستای استفاده از روان درمانی شناختی رفتاری در مراکز درمانی اعتیاد بوده است. مرور مطالعات نشان داد که رویکرد شناختی رفتاری در درمان اعتیاد در گروه هدف معتادان ایرانی تاثیرگذاری بالایی دارد. درمان شناختی رفتاری در کاهش اشتیاق به مصرف (وسوسه) و در پیشگیری از عود درمان بهبودیافتگان (مصرف مجدد مواد) موثر است. از جمله موارد مهمی که نقش موثری در بازگشت به مصرف مواد دارد ولع (هوس)





شماره ۳  
سال اول  
بهار ۱۴۰۱

و وسوسه) است. مفهوم ولع مصرف از مهمترین زیرساخت‌های شناختی مورد توجه در دانش وابستگی به مواد بوده و به عنوان مهمترین عامل بازگشت به مصرف مواد در جایگاه هسته مرکزی وابستگی به مواد قرار دارد. ولع ریشه شناختی در باورهای نادرست در زمینه نیاز به مواد دارد. یک نشانه تصویری یا غیرتصویری برای نمونه، صوتی یا بویایی در محیط خارجی و یا یک تخیل درون‌زاد می‌تواند عامل القای ولع مصرف گردد. از جمله عوامل خطر ساز مهمی که منجر به عود درمان می‌شوند، ولع مصرف چند بعدی است (عاطفی، شناختی، رفتاری و روانی فیزیکی)، که به عنوان تجربه ذهنی از یک وسوسه، اضطراب و اشتیاق شدید بازگشت به سمت مواد را پیش‌بینی می‌کند. ولع مصرف بالاتر با ویژگی‌های سن، طول مدت اعتیاد، شدت اعتیاد، سوء مصرف چندگانه، تحصیلات کمتر و هزینه روزانه مصرف بیشتر در معتادین در ارتباط است. نتایج مطالعه کشاورزی و همکاران ۱۳۹۴، رحیمی و همکاران ۱۳۹۷، صداقت‌زاده و همکاران ۱۳۹۷ و حدادی و همکاران ۱۳۸۸ نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر کاهش ولع مصرف و اشتیاق به مصرف (وسوسه) معتادین تاثیرگذار بوده است.

برخی صفات شخصیتی، خطر سوء مصرف مواد را افزایش می‌دهد. اعتماد به نفس<sup>۱</sup> پائین، فقدان مهارت‌های اجتماعی و انطباقی و استفاده از روش‌های ناپخته برای مقابله با استرس‌های زندگی از جمله این ویژگی‌های خطر آفرین است. در دهه ۸۰ ساختاری با نام مقابله وارد ادبیات روان‌شناسی شد که به عنوان عاملی که در ارتباط بین فشار روانی و اختلالات جسمی یا روانی میانجی‌گری می‌کند، مورد توجه بسیاری قرار گرفت. مقابله را تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد برای غلبه بر تنیدگی و یا به حداقل رساندن آن می‌دانند. مقابله به عنوان یک متغیر تعدیل‌گر مهم در رابطه بین وقایع تنیدگی‌زا و پیامدهایی همچون اضطراب و افسردگی در نظر گرفته می‌شود. معتادین از سبک‌های مقابله‌ای متفاوتی استفاده می‌کنند و رایج‌ترین سبک مقابله، شیوه غیرمؤثر اجتناب رفتاری بوده است و از راهبردهای مقابله‌ای<sup>۲</sup> مسئله مدار، ارزیابی‌شناختی و جلب حمایت اجتماعی کمتر استفاده می‌کنند. در نهایت نقص مهارت‌های مقابله‌ای کلی منجر به پائین آمدن خودکارآمدی شده و احتمال استفاده از مواد به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای در موقعیت‌های پرخطر را افزایش می‌دهد.

هدف اولیه درمان‌های پیشگیری از عود باید کمک به افراد برای ایجاد راهبردهای رفتاری و شناختی کارآمد برای مقابله با موقعیت‌های بین فردی و حالات عاطفی منفی باشد. اساس درمانی شناختی رفتاری در اعتیاد مبتنی بر نارسایی‌های شناختی فرد از یک سو و کمبود مهارت‌های رفتاری مناسب برای مواجهه با فشارهای درونی و بیرونی و دستیابی به احساس شادکامی است. این مدل مجموعه‌ای از روش‌های مداخله رفتاری و شناختی را دربر می‌گیرد که با استفاده از آنها می‌توان شناخت‌های غلط و ناکارآمد

1. Self Confidence

2. Way of coping

فرد معتاد را شناسایی و تصحیح و با تغییر مهارت های سازش، آثار سودمندی روی فرد گذاشته و کمبودهای موجود در گنجینه رفتاری و مهارت های اجتماعی او را به نحوی بازسازی و تقویت کرد که او مجبور نباشد در مواجهه با موقعیت های خطرآفرین یا بحرانی، به مصرف مواد پناه ببرد. نتایج مطالعه بروکی میلان و همکاران ۱۳۹۳ نشان داد که درمان شناختی رفتاری در بهبود راهبردهای مقابله ای و بهبود سلامت روانی و جسمانی معتادین موثر است

اعتیاد یک خواسته قوی و همیشگی است که کنترل را به طور قابل توجهی کاهش می دهد و منجر به آسیب قابل توجه می شود. اعتیاد از جمله رفتارهایی است که کاملاً تحت کنترل اراده فرد نبوده و افراد در آن با عامل کنترل مواجه هستند. وجود سازه ای مانند خویشنداری که از جمله سازه های کارآمد در کنترل رفتار است، می تواند به فرد در مدیریت رفتار خود کمک کند. خویشنداری حالت روحی و صفتی است که باعث توانایی شخص و برتری فرد بر دیگران می شود به طوری که بر اثر این حس به آن چه در زندگی مطلوب و پسندیده است می توان دست یافت و از هر چه ناپسند است دوری کرد. خویشنداری مستلزم مدیریت و مهار احساسات است و افراد خویشندار از ثبات هیجانی بیشتری برخوردار خواهند بود و این امر کارایی آنان را در حیطه های گوناگون افزایش می دهد. در مطالعه علوی و نیکزاد ۱۳۹۴ درمان شناختی رفتاری توانسته است تا با تغییر بینش بیماران در مورد خود، توانایی ها و استعدادهایشان و قدرتی که برای تغییر امور دارند و پرهیز از افکار و تلقینات منفی باعث شود تا انگیزه آنها برای کار و تلاش در عرصه های مختلف زندگی از جمله تحصیل و کار افزایش یافته و برای رهایی از اعتیاد گام های محکم برداشته و با سخت کوشی و تلاش به سمت اهدافشان حرکت نموده و در این راه ثابت قدم باشند. همچنین مطالعه اکبری ۱۳۹۸ نیز نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر خویشنداری سوء مصرف کنندگان مواد موثر است. خودکارآمدی یعنی باور فرد به توانایی خود برای انجام فعالیت هایی که به رسیدن به اهداف مشخص شده مورد نیاز بوده و خودکارآمدی بالا با قبول اهداف چالش برانگیز و عملکرد بالا همراه است. خودکارآمدی با افزایش پشتکار و تلاش زیاد موجب سازگاری هیجانی، موفقیت بالا و سلامت بالاتری می شود. خودکارآمدی و سوسه مصرف مواد را کاهش می دهد و افراد معتاد خودکارآمدی پائین تری نسبت به غیرمعتادین دارند.

عبدی زرین و مهدوی ۱۳۹۷ نیز گزارش کرده اند که درمان شناختی رفتاری توانسته نمرات خودکارآمدی (میل به آغازگری رفتار، متفاوت بودن در رویارویی با موانع، میل به گسترش تلاش برای کامل کردن) و تاب آوری (تصور از شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، پذیرش مثبت تغییر و روابط، کنترل و تاثیرات معنوی) را بهبود ببخشد. تاب آوری<sup>۱</sup> روشی برای اندازه گیری توانایی فرد در مقابله با عوامل استرس زا و عواملی



شماره ۳  
سال اول  
بهار ۱۴۰۱

که سلامت روان را تهدید می‌کند، تعریف شده است. افراد تاب‌آور دارای رفتارهای خودشکنانه نیستند. از نظر عاطفی آرام بوده و توانایی مقابله با شرایط ناگوار را دارند. تاب‌آوری به عنوان قدرت یا توانایی برگشتن به زندگی اولیه و شروع وضعیت جدید از طریق کاهش فشار عصبی یا تحریف آن و جایگزینی نشاط شناخته می‌شود.

به نظر آرون بک قضاوت‌های افرادی مستعد تجربه رویداد اضطراب‌زا هستند، جنبه افراطی و یک جانبه‌نگر دارند. این افراد علت وقوع رویدادهای اضطراب‌زا را به خود نسبت می‌دهند و خودشان را مسئول واقعه می‌دانند و در رویارویی با وقایع تحریف‌های شناختی را به کار می‌برند و حساسیت‌های غیرمنطقی این افراد ساختارشناختی و عاطفی‌شان را تحت تاثیر قرار می‌دهد. مصرف مواد راه‌انداز زنجیره‌ای از عوامل از جمله محرک‌های فعال‌کننده می‌باشد، این محرک‌های فعال‌کننده درونی مثل حالت‌های خلقی و اضطراب سبب فعال شدن عقاید انتظاری می‌شود که پیش‌بینی‌کننده احساس اثربخشی مواد است. به این معنی که وقتی در حالت اضطراب مصرف کنم شادترم و این عقاید فعال شده و سبب فراخوانی افکار خودآیند می‌شوند. این افکار خودآیند سبب پیدایش وسوسه و به تبع آن ولع می‌گردد. اضطراب عاملی میانجی در فرایند وابستگی و عود مصرف قلمداد می‌شود، رویدادهای اضطراب زای زندگی، پیش‌بینی‌کننده مصرف سنگین مواد می‌باشند. همچنین اضطراب می‌تواند ولع و عود مصرف را در افراد در حال ترک برانگیزد. نتایج مطالعات لک و همکاران ۱۳۹۱، انصاری زاده و همکاران ۱۳۹۶، خدادوست و همکاران ۱۳۹۳ و مطالعه مومنی و همکاران ۱۳۹۲ نشان داد که درمان شناختی رفتاری در کاهش اضطراب معتادین تاثیرگذار است.

افسردگی اساسی<sup>۱</sup>، اضطراب، اختلال شخصیت مرزی<sup>۲</sup> و اختلال شخصیت ضد اجتماعی<sup>۳</sup> جزء رایج‌ترین تشخیص‌های روانپزشکی در میان افراد معتاد است. افسردگی با ایجاد علایمی چون درماندگی مانعی برای مقابله با ترک اعتیاد و بهره‌گیری از منابع مقابله‌ای محسوب می‌شود. سوگیری شناختی<sup>۴</sup> باعث آسیب‌پذیری در برابر رویدادهای منفی زندگی می‌شود. در این حالت بیشتر احتمال دارد که یک فقدان یا برخورد به مانعی در زندگی به شیوه‌ای اغراق‌آمیز، شخصی شده و منفی تفسیر شود. اگر مراجعان در باتلاق منفی بافی نگرش‌های ناسالم بیفتند ممکن است از پذیرش این واقعیت که پیشگیری از بازگشت مستلزم سخت کوشی است سر باز زنند، غرق در ترحم‌جویی شوند و نسبت به کندی درمان اظهار بی‌صبری کنند. این شرایط موجب افسردگی، احساس خستگی مزمن، تنهایی، غمگینی، عصبانیت، احساس شرم و گناه می‌شود که غالباً زمینه‌ساز عود هستند.

بک، افسردگی بالینی (یا یک قطبی) را به عنوان نوعی اختلال مرضی تعریف کرد که شامل تغییراتی در پنج حوزه هیجانی، انگیزشی، رفتاری، شناختی و جسمانی می‌شود.

1. major depression

2. borderline personality disorder

3. antisocial personality disorder

4. cognitive bias



افسردگی در شخص حالتی است حاکی از غمگینی و گرفتگی و بی‌حوصلگی و در بعد تشخیص بیماری دربرگیرنده طیف وسیعی از اختلالات خلقی با زیر شاخه‌های متعدد است. خصوصیات اصلی و مرکزی حالات افسردگی کاهش عمیق میل به فعالیت‌های لذت بخش روزمره مثل معاشرت، تفریح، ورزش، غذا و میل جنسی است. ناتوانی برای کسب لذت حالتی نافذ و پایا داشته و شدت آن بستگی به تعداد علایم و درجه نفوذ آن دارد. مطالعات لطفی کاشانی و همکاران ۱۳۹۲، خالدیان و همکاران ۱۳۹۳، خالدیان و محمدی فر ۱۳۹۴، خدادوست و همکاران ۱۳۹۳، مومنی و همکاران ۱۳۹۲ و مطالعه نریمانی ۱۳۸۳ نشان دادند که درمان‌شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی معتادین تاثیرگذار است. رفتارهای تکانشی که گاه رفتارهای مخاطره‌آمیز نیز خوانده می‌شوند، طیف وسیعی از اعمالی را شامل می‌شوند که روی آن‌ها تفکر کمی صورت گرفته، به صورت نابالغ با وقوع آنی، بدون توانایی در انجام تمرکز بر یک تکلیف خاص، در غیاب یک برنامه‌ریزی مناسب، رخ می‌دهند و از ریسک و خطرپذیری بالایی برخوردار هستند. تکانشگری با عدم بازداری شناختی و روند تصمیم‌گیری کند و ناقص در افراد همراه است. تکانش‌گری یکی از وجه مشخصه‌های انواع اعتیاد است. سبک‌های مقابله‌ای معتادان در مقایسه با غیر معتادان نیز از مهمترین عوامل تکانشی بودن آن‌ها و هیجانی عمل کردن آن‌هاست. چون افراد معتاد بیش از افراد غیرمعتاد از سبک‌های مقابله‌ای همسان‌مدارانه و تکانشی استفاده می‌کنند، لذا جهت‌گیری عقلانی و کارآمدی نسبت به مشکلات و مسائل ندارند و غالباً در برخورد با مشکلات و افراد از شیوه‌های ناکارآمد و اغلب پرخاشگرانه استفاده می‌کنند. از سوی دیگر نیز بر اساس شواهد یکی از دلایل افزایش میزان خودکشی<sup>۱</sup>، افزایش سوء مصرف مواد مخدر و روان‌گردان‌ها است. اعتیاد یکی از عوامل خطر مرتبط با خودکشی به شمار می‌آید. حدود نیمی از خودکشی‌ها توسط افراد معتاد صورت می‌گیرد. شیوع رفتار خودکشی‌گرا در بین افراد معتاد بین ۱۷ درصد تا ۲۹ درصد گزارش شده است. نتایج مطالعه ناطقی و سهرابی ۱۳۹۶ نشان داد که درمان‌شناختی رفتاری تکانش‌گری و افکار خودکشی نوجوانان دارای اعتیاد را کاهش می‌دهد.

امید یکی از ویژگی‌های زندگی است که موجب می‌شود فرد به آینده امیدوار و خوش بین باشد و در جستجوی فردایی بهتر و به دنبال موفقیت باشد. وقتی امید وجود داشته باشد شادی و سرور در زندگی حضور خواهد داشت، به همین دلیل روان‌شناسان در سال‌های اخیر به موضوع جدیدی تحت عنوان روان‌شناسی مثبت<sup>۲</sup> پرداخته‌اند. امید مجموعه توانایی‌های فرد برای ایجاد گذرگاه‌هایی به سمت اهداف مطلوب و در ادامه داشتن انگیزه لازم برای استفاده از این مسیرهاست. امید هنگامی نیرومند است که هدف‌های ارزشمند را دربرگیرد و با وجود موانع چالش برانگیز ولی برطرف شدنی، احتمال دستیابی به آن هدف‌ها در میان مدت وجود داشته باشد. نتایج مطالعه خالدیان و محمدی‌فر ۱۳۹۴



1. Suicide

2. positive psychology

نشان داد که درمان گروهی شناختی رفتاری در افزایش امید به زندگی معتادین موثر است. کیفیت زندگی به عنوان ادراک فرد از وضعیت زندگی در عرصه فرهنگ و سیستم ارزشی که فرد در آن زندگی می‌کند در ارتباط با اهداف، انتظارات، معیارها و امور تلقی می‌شود. یکی از موارد بسیار مهمی که ارزیابی کیفیت زندگی در آن مطرح می‌شود سوء مصرف مواد است. اعتیاد با پیامدها و عواقب زیادی همراه بوده و شدیداً بر سلامتی جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و زندگی روزمره فرد اثرگذار است. علاوه بر این داشتن سبک زندگی<sup>۱</sup> نامناسب از عوامل سوق‌دهنده فرد به اعتیاد می‌باشد. مطالعه مومنی و همکاران ۱۳۹۲ و فراهانی و همکاران ۱۳۹۲ نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری برای مدیریت باورهای غیرمنطقی و کیفیت زندگی معتادین موثر است.

اعتیاد مردان، موجب دلسردی زنان در زندگی شده و سبب می‌شود که زنان ابراز محبت کمتری داشته باشند، روابط عاطفی خود را با شوهرانشان به حداقل برسانند، از مهارت‌های ارتباطی محدودی در روابط خود استفاده کنند، که به دنبال آن ناسازگاری زوج تشدید می‌شود. نقش خانواده‌ها برای ترک فرد مبتلا بسیار حیاتی است. زیرا چنانچه بیمار و خانواده‌اش از موقعیت در درمان ناامید نشوند و درمان را ادامه دهند، احتمال موفقیت در درمان بسیار بالا می‌رود. بهتر است خانواده‌ها بدانند که اعتیاد درمان قطعی ندارد و عود مصرف همیشه اتفاق می‌افتد اما به مرور زمان و با تغییر روش زندگی فرد، احتمال بروز آن کاهش می‌یابد. توجه خانواده‌ها به فرد در حال ترک باعث می‌شود که آن فرد ضمن آگاهی کامل نسبت به وظایف خود از مسئولیت‌پذیری بالاتری برخوردار گردد. از طرفی، بیمار قادر خواهد بود با اتخاذ تصمیمات مناسب در زمینه ترک مواد موفق‌تر عمل کند. از سوی دیگر، تاکید و توجه دلسوزانه خانواده‌ها به ترک مواد منجر به ایجاد رفتارهای سالم و محیط خانوادگی سالمی گشته، و نهایتاً این امر زمینه را برای ترک موفقیت‌آمیز مواد فراهم می‌آورد. نتایج مطالعات نعمتی و همکاران ۱۳۹۶ و باقری و سهرابی ۱۳۹۶ نشان داد که درمان شناختی رفتاری در کاهش تعارضات و افزایش سازگاری زناشویی افراد معتاد با همسران آنها موثر است.

## منابع

۱. احمد خانی‌ها، حمیدرضا؛ قرائی پور، منوچهر؛ پناغی، لیلی، ۱۳۸۵، تعیین اثربخشی مدیریت وابستگی و درمان شناختی رفتاری در وابستگی به مواد افیونی، مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، دوره ۱۲، شماره ۱، بهار.
۲. اکبری، زینب، ۱۳۹۸، اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر خویشتن‌داری سوء مصرف‌کنندگان مواد مخدر، مجله روان‌شناسی و روانپزشکی شناخت، سال ششم، شماره ۲.
۳. انصاری‌زاده، مهدی؛ جواهری، محمدحسین؛ معینان، داود، ۱۳۹۶، مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری، دارو درمانی و دارونما در کاهش اضطراب بیماران سوء مصرف مواد،





۴. فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد، سال یازدهم شماره ۴۴، زمستان.  
بروکی میلان، حسن؛ کمرزرین، حمید؛ زارع، حسین، ۱۳۹۳، اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای و علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال هشتم شماره ۳۰، تابستان.
۵. باقری، مریم؛ سهرابی، فرامرز، ۱۳۹۶، اثربخشی روش‌های ترک اعتیاد دارو درمانی و درمان شناختی رفتاری بر میزان سازگاری با همسر خانواده‌های داوطلبان ترک، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال یازدهم شماره ۴۱، بهار.
۶. پروچاسکا، جیمز اُ؛ نورکراس، جان سی، ۱۳۹۹، نظریه‌های روان درمانی، ترجمه یحیی سیدمحمدی، انتشارات روان، چاپ پانزدهم.
۷. پین، مالکوم، ۱۳۹۶، نظریه‌های نوین مددکاری اجتماعی، ترجمه طلعت اللهیاری و اکبر بخشی‌نیا، انتشارات دانژه، چاپ دوم.
۸. پورفتحیه، عارفه؛ فتحی، آیت‌اله، ۱۳۹۹، اثربخشی مداخله شناختی - رفتاری به عنوان مکمل درمان‌های نگهدارنده بر پیشگیری از عود و بهبود نشانه‌های اختلالات روانی بیماران وابسته به مواد، فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد، سال چهاردهم شماره ۵۷، پاییز.
۹. ترنر، فرانسیس جی، ۱۴۰۰، درمان به روش مددکاری اجتماعی رویکردهای نظری بهم پیوسته، ترجمه عباسی زاغه و همکاران، انتشارات آوای نور، چاپ اول.
۱۰. حدادی، روح‌اله؛ رستمی، رضا؛ رحیمی نژاد، عباس؛ اکبری زردخانه، سعید، ۱۳۸۸، اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری کنترل تکانه بر کاهش تکانشگری، ولع مصرف و شدت اعتیاد در معتادان، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال سوم شماره ۱۰.
۱۱. خالدیان، محمد؛ کمر زرین، حمید؛ جلالیان، عسگر، ۱۳۹۳، اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی در افراد معتاد، فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد، سال هشتم شماره ۲۹، بهار.
۱۲. خالدیان، محمد؛ محمدی‌فر، محمدعلی، ۱۳۹۴، مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی شناختی رفتاری و معنا درمانی بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در افراد معتاد به مواد مخدر، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال نهم شماره ۳۶، زمستان.
۱۳. خدادوست، ساناز؛ اورکی، محمد؛ دهستانی، مهدی؛ بیات، شهره، ۱۳۹۳، بررسی اثربخشی مداخله‌ی شناختی-رفتاری مارالت و گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر بر میزان بهبودی و پیشگیری از عود در بیماران مرد وابسته به کراک، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال هشتم شماره ۲۹، بهار.
۱۴. دستجانی فراهانی، اکرم؛ رحمانی، محمدعلی؛ تیزدست، طاهر، ۱۳۹۲، اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر باورهای غیرمنطقی و کیفیت زندگی افراد وابسته به آفتامین، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال هفتم شماره ۲۸، زمستان.
۱۵. رحیمی، علی؛ سهرابی، نادره؛ رضایی، آذرمیدخت؛ سروقد، سیروس، ۱۳۹۷، مقایسه اثر بخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری و درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد بر کاهش علائم اختلال مصرف مواد در مبتلایان مصرف کننده مواد محرک، فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، سال نوزدهم شماره ۳، پاییز.





۱۶. صداقت زاده، آرش؛ ایمانی، سعید؛ شکری، امید، ۱۳۹۷، مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری و ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت بر کاهش ولع مصرف در معتادان افیونی، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال یازدهم شماره ۴۹، ویژه نامه شماره ۲.
۱۷. عبدی زرین، سهراب؛ مهدوی، حسین، ۱۳۹۷، تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خودکارآمدی و تاب‌آوری معتادین، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال ۱۲ شماره ۴۹.
۱۸. علوی لنگرودی، سید کاظم؛ نیکزاد مقدم، مریم، ۱۳۹۴، اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش عود اعتیاد به مواد مخدر در دانشجویان و تاثیر آن بر افزایش انگیزش پیشرفت آنان، فصلنامه طلوع بهشت، سال چهاردهم، شماره اول.
۱۹. کمرزرین، حمید؛ زارع، حسین؛ بروکی میلان، حسن، ۱۳۹۱، اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افزایش خودکارآمدی و بهبود علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال ششم شماره ۲۲، تابستان.
۲۰. کشاورزی، امیر؛ وزیری، شهرام؛ لطفی کاشانی، فرح، ۱۳۹۴، تاثیر همراه سازی درمان حساس سازی پنهان با درمان شناختی رفتاری بر میزان قدرت میل و احتمال به مصرف کراک، فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، سال شانزدهم شماره ۳، پاییز.
۲۱. لک، زهرا؛ معاضدیان، آمنه؛ حسینی المدنی، سیدعلی؛ صداقت، معصومه؛ عامری، سمیرا، ۱۳۹۱، اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب معتادان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال ششم شماره ۲۴، زمستان.
۲۲. لطفی کاشانی، فرح؛ مجتبیایی، مینا؛ علی مهدی، منصور، ۱۳۹۲، مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری، متادون درمانی و روش ترکیبی بر بهبود افسردگی معتادان تحت درمان، فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، سال چهاردهم شماره ۴، زمستان.
۲۳. محبوبه؛ ناطقی، سهرابی، فرامرز، ۱۳۹۶، اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افکار خودکشی و تکانشگری نوجوانان دارای اعتیاد به مواد مخدر، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال یازدهم شماره ۴۲، تابستان.
۲۴. مومنی، فرشته؛ مشتاق بیدختی، نهاله؛ پور شهباز، عباس، ۱۳۸۸، اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش اشتیاق و بهبود نشانه‌های افسردگی و اضطراب در معتادان، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال سوم شماره ۱۱.
۲۵. مومنی، فرشته؛ مشتاق بیدختی، نهاله؛ پور شهباز، عباس، ۱۳۹۲، اثربخشی گروه درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی معتادان، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال هفتم شماره ۲۷، پائیز.
۲۶. نیمانی، محمد، ۱۳۸۳، تاثیر روان درمانی شناختی رفتاری در ترک اعتیاد و توانبخشی افراد معتاد، مجله تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، جلد اول شماره ۹ و ۱۰.
۲۷. نعمتی سوگلی تپه، فاطمه؛ محمدی فر، محمدعلی؛ خالدیان، محمد، ۱۳۹۶، تاثیر درمان شناختی رفتاری بر تعارض زناشویی و سازگاری زناشویی افراد معتاد، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال یازدهم شماره ۴۳، پاییز.
۲۸. والش، جوزف، ۱۳۹۷، نظریه‌های مددکاری اجتماعی در عمل، ترجمه فریده همتی، انتشارات سمت، چاپ دوم.



شماره ۳

سال اول

بهار ۱۴۰۱