فصلنامه مددکاری اجتماعی
و
بهزیستی اجتماعی

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

مهدی سروی همپا*[۱]، منصور فتحی[۲]

شماره ۳
سال اول
بهار ۱۴۰۱

چکیده

پژوهش حاضر مطالعات انجام شده در سال های 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 نظامند 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. درمان‌شناختی 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

[Downloaded from swasw.socialwork.ir on 2026-11-17]

بیان مساله

در قرن حاضر با نهضت تولید مستندات و مقالات علمی در حیطه‌های مختلف روبرو هستیم. افزایش چشمگیر پژوهش ها، 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[1] 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[2] 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[3] مالکوم پین[4] ۱۹۴۷، نظریه‌های مددکاری اجتماعی در عمل[5] جوزف والش[6] ۲۰۱۳ و درمان به روش مددکاری اجتماعی رویکردهای نظری بهم پیوسته[7] فرانسیس جی ترنر[8] ۱۹۷۴ اشاره کرد. در کتب مذکور بیش از ۱۵ نظریه و رویکرد درمانی برای مددکاران اجتماعی معرفی شده است. نظریه‌هایی همچون روان‌شناسی خود[9]، نظریه روابط ابژه[10]،

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

[Downloaded from swasw.socialwork.ir on 2026-11-17]

نظریه سامانه‌های عاطفی خانواده[۱]، نظریه رفتارگرایی[۲]، نظریه‌شناختی[۳]، روان درمانی بین فردی[۴]، نظریه ساختاری خانواده[۵]، درمان راه حل محور[۶]، مصاحبه انگیزشی[۷]، نظریه روایتی[۸]، نظریه مداخله در بحران[۹]، نظریه سیستم‌ها[۱۰]، نظریه توانمندسازی[۱۱] و همچنین الگوهای ترکیبی همچون درمان پذیرش و تعهد[۱۲]، رفتار درمانی دیالکتیکی[۱۳]، درمان‌شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی[۱۴] و درمان‌شناختی رفتاری[۱۵]. 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 روانکاوی 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 نظامند مداخلات شناختی رفتاری بر درمان اعتیاد پرداخته می‌شود.

اعتیاد و درمان‌شناختی رفتاری

اعتیاد به مصرف مواد مخدر و محرک یکی از معظلات 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

شماره ۳
سال اول
بهار ۱۴۰۱

[Downloaded from swasw.socialwork.ir on 2026-11-17]

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 داروئی: برنامه درمان نگهدارنده با متادون[1] و بوپره نورفین[2] و روش‌های بیمارستانی: سم‌زدایی فوق سریع[3] و روش‌های غیرداروئی: کمپ های 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[4] ۲۰۰۲، آنتون، مواک، واید و لاتام[5] ۲۰۰۱، کیریچ مایر، داوولی، ورستر، آماتو و فری[6] 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[7]، 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 & Latham
6. Kirchmayer, Davoli, Verster, Amato & Ferri
7. Blume & Parks

[Downloaded from swasw.socialwork.ir on 2026-11-17]

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 درمان‌شناختی رفتاری در کاهش اشتیاق مصرف مواد (سلیمی، حق نظری، احمدی و زهره وند، 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[1]، ۲۰۱۰، مکری و همکاران، ۱۳۸۷، به نقل از صداقت‌زاده و همکاران، ۱۳۹۷ ؛ اکبری، ۱۳۹۸)، کاهش علائم افسردگی و اضطراب (آقایی، عابدی و پاقلعه، ۱۳۹۰، سوگرمن، نیک و کارول[2]، ۲۰۱۰، به نقل از پورفتحیه و فتحی، ۱۳۹۹؛ لک و همکاران، ۱۳۹۰ ؛ سلیمی، ۱۳۹۳، پورسعید موسایی و همکاران، ۱۳۹۱، گارلند، بوتیگر و هوارد[3] ۲۰۱۱، به نقل از انصاری زاده و همکاران، ۱۳۹۶؛ لطفی کاشانی و همکاران، ۱۳۹۲؛ خالدیان و همکاران، ۱۳۹۳؛ سندرا، براون، آروند و راموا[4]، ۲۰۰۴، مارلات، بارت و دالی[5]، ۱۹۹۹، به نقل از خدادوست و همکاران، ۱۳۹۳؛ مومنی و همکاران، ۱۳۸۸؛ نریمانی، ۱۳۸۳)، رفتارهای تکانشی و افکار خودکشی (سگال، مورال، استونز[6] ۲۰۱۴، بلین، مار، دالی، رابینز، اوریت[7] ۲۰۰۸، نات[8] ۲۰۱۲، رونالد[9] ۲۰۰۲، کرونلی[10] ۱۹۹۰، لیدل[11] ۲۰۰۲، مورفی[12] ۱۹۸۸، اسکوکیت[13] ۱۹۸۶، وایترز، کادورت، ویدمار[14] 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، دریسن و هولون[15]، 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[16]، ۲۰۱۰، به نقل از پورفتحیه و فتحی، ۱۳۹۹؛ کاتسچینگ[17]، ۲۰۰۶، بیزاری[18]

1. Witkiewitz & Bowen
2. Sugarman, Nich & Carroll
3. Garland, Boettiger & Howard
4. Sandra, Brown, Urnod & Ramo
5. Marlatt, Barrett & Daley
6. Segal, Morral & Stevens
7. Belin, Mar, Dalley, Robbins & Everitt
8. Nutt
9. Roland
10. Krunly
11. Liddle
12. Morfi
13. Schuckit
14. Whitters, Cadoret & Widmer
15. Driessen & Hollon
16. Mchugh, Hearon & Ott
17. Katsching
18. Bizzarry

[Downloaded from swasw.socialwork.ir on 2026-11-17]

و همکاران، ۲۰۰۵، به نقل از مومنی و همکاران، ۱۳۹۲؛ هیمن[1]، ۲۰۱۱، آکچی ایوازکی و یوچیتومی و سوگان[2]، ۲۰۰۶، بورلند[3] و همکاران، ۲۰۰۴، به نقل از فراهانی و همکاران، ۱۳۹۲)، تاب‌آوری (بونا[4] ۲۰۰۴، هانگ[5] ۲۰۰۷، مور، ویتاسکی و خاویر[6] 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 ۱۹۸۶، لوک ۲۰۰۳، لیوو کوسلوسکی ۲۰۰۹، سیلواوویجا ایالاکسمی 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[7] ۲۰۰۵، فولکمن و لازارس[8] ۱۹۹۱، ترمبلی و کینگ[9] ۱۹۹۴، میلر، ویلبورن و هتما[10] ۲۰۰۳، بخشی پور، علیلو و ایرانی ۱۳۸۷، جعفری، شهیدی و عابدین ۱۳۸۸، طوفانی و جوانبخت 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[11] ۲۰۱۱، ابار، کارتر، وینسلر[12] ۲۰۰۹، قوانلو 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، درمان‌شناختی رفتاری، درمان اعتیاد، درمان معتادین و عود درمان شناسایی شدند. این مقالات و پژوهش ها از پایگاه‌های اطلاعاتی ایرانداک[13]، پرتال جامع علوم انسانی[14]، مگیران[15]، اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی[16] و نورمگز[17] 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

[Downloaded from swasw.socialwork.ir on 2026-11-17]

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 برگرفته از پایان نامه ارشد	پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل	۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای روان درمانی شناختی و رفتاری	۶۰ نفر	مردان معتاد تبریز	پیشگیری از عود و بهبود نشانه های اختلالات روانی	درمان‌شناختی رفتاری بر پیشگیری از عود و بهبود نشانه‌های اختلالات روانی معتادین موثر است
۲	اکبری ۱۳۹۸	مقاله پژوهشی	پیش آزمون- پس آزمون با پیگیری و گروه کنترل	۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای روان درمانی شناختی و رفتاری	۲۴ نفر	مردان معتاد تهران	خویشتن داری	درمان‌شناختی رفتاری بر خویشتن‌داری سوء مصرف کنندگان مواد موثر است
۳	عبدی زرین و مهدوی، ۱۳۹۷	مقاله پژوهشی	پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل	۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای روان درمانی شناختی و رفتاری	۳۰ نفر	مردان معتاد بهشهر	خودکارآمدی و تاب‌آوری	درمان‌شناختی رفتاری منجر به افزایش خودکارآمدی و تاب‌آوری معتادان شده است
۴	رحیمی و همکاران، ۱۳۹۷	مقاله پژوهشی	پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل	۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای روان درمانی شناختی و رفتاری	۲۸ نفر	مردان معتاد شیراز	علائم اختلال مصرف	درمان‌شناختی رفتاری در کاهش علائم اختلال مصرف مواد (وسوسه) موثر است
۵	صداقت‌زاده و همکاران، ۱۳۹۷	مقاله پژوهشی	پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل	۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای روان درمانی شناختی و رفتاری	۳۶ نفر	مردان معتاد سرپل ذهاب	ولع مصرف	درمان گروهی شناختی رفتاری در کاهش ولع مصرف معتادین موثر است
۶	ناطقی و سهرابی، ۱۳۹۶	مقاله برگرفته از پایان نامه ارشد	پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل	۱۰ جلسه روان درمانی شناختی و رفتاری	۳۰ نفر	نوجوانان معتاد تهران	افکار خودکشی و تکانشگری	درمان شناختی رفتاری تکانشگری و افکار خودکشی نوجوانان‌دارای اعتیاد را کاهش می‌دهد
۷	باقری و سهرابی، ۱۳۹۶	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 معتاد تهران	سازگاری زناشویی	درمان شناختی رفتاری در افزایش سازگاری زناشویی افراد معتاد با همسران آنها موثر است

[Downloaded from swasw.socialwork.ir on 2026-11-17]

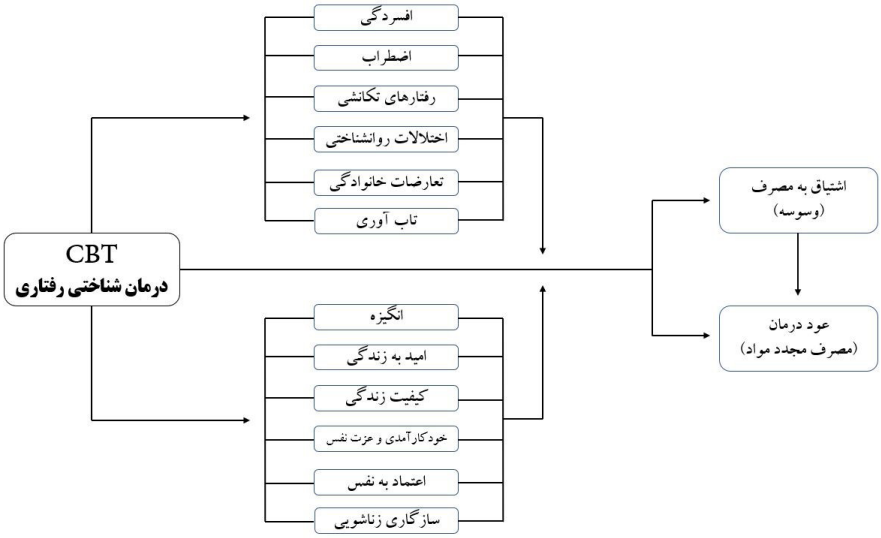
۸	نعمتی و همکاران، ۱۳۹۶	مقاله پژوهشی	پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل	۱۳ جلسه روان درمانی شناختی و رفتاری	۳۰ نفر	مردان معتاد قروه	تعارض زناشویی و سازگاری زناشویی	درمان شناختی رفتاری بر بهبود و افزایش سازگاری زناشویی و کاهش تعارض زناشویی معتادین موثر است
۹	انصاری زاده و همکاران، ۱۳۹۶	مقاله برگرفته از پایان نامه ارشد	پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل	۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای روان‌درمانی شناختی و رفتاری	۴۰ نفر	مردان معتاد تهران	کاهش اضطراب	درمان گروهی شناختی رفتاری در کاهش اضطراب معتادین 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 معتاد اسلامشهر	قدرت میل و احتمال به مصرف	درمان شناختی رفتاری در کاهش میل به مصرف در معتادین 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 معتاد یزد	کاهش عود و افزایش انگیزش	درمان شناختی رفتاری در کاهش میزان عود اعتیاد دانشجویان معتاد 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 معتاد قروه	افسردگی و امید به زندگی	درمان گروهی شناختی رفتاری در کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی معتادین 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 معتاد تهران	کاهش عود	درمان شناختی رفتاری در بهبودی و کاهش عود در معتادین 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 معتاد قروه	افسردگی	درمان گروهی شناختی رفتاری در کاهش افسردگی معتادین 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 معتاد ارومیه	راهبردهای مقابله ای و علائم اعتیاد	درمان شناختی رفتاری در بهبود راهبردهای مقابله‌ای و بهبود سلامت روانی و جسمانی معتادین 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 معتاد رباط کریم	افسردگی	درمان گروهی شناختی رفتاری در کاهش افسردگی معتادین موثر است

[Downloaded from swasw.socialwork.ir on 2026-11-17]

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

[Downloaded from swasw.socialwork.ir on 2026-11-17]

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 جلسات درمانی شناختی رفتاری اطلاعاتی در مقاله درج نکرده و صرفا به تعداد جلسات اکتفا کرده‌اند. همه مطالعات نمونه به صورت آزمایشی پیش آزمون و پس آزمون بوده و به جزء یک مطالعه که فاقد گروه کنترل بوده ۲۳ مطالعه دیگر همگی دارای گروه آزمایش و گروه کنترل بوده اند. در مجموع ۹۳۷ نفر در مطالعات نمونه شرکت داشته‌اند. متغیرهای وابسته ای 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: دیاگرام تاثیرگذاری درمان‌شناختی رفتاری در درمان اعتیاد

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر مطالعات انجام شده در سال های 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 نظامند مبتنی بر شواهد تحقیقی جهت استفاده درمان‌گران روانی و اجتماعی اعتیاد (مددکاران اجتماعی و روانشناسان) در راستای استفاده از روان درمانی‌شناختی 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. درمان‌شناختی 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

[Downloaded from swasw.socialwork.ir on 2026-11-17]

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 خطرساز مهمی که منجربه 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، سوئ 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 درمان‌شناختی 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[1] 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 غیرموثر اجتناب رفتاری بوده است و از راهبردهای مقابله‌ای[2] 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 موقعیت های 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 درمانی‌شناختی 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 شناخت های غلط و ناکارآمد

1. Self Confidence
2. Way of coping

شماره ۳
سال اول
بهار ۱۴۰۱

[Downloaded from swasw.socialwork.ir on 2026-11-17]

فرد معتاد را شناسایی و تصحیح و با تغییر مهارت های سازش، آثار سودمندی روی فرد گذاشته و کمبودهای موجود در گنجینه رفتاری و مهارت‌های 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 درمان‌شناختی رفتاری در بهبود راهبردهای مقابله‌ای و بهبود سلامت روانی و جسمانی معتادین موثر است

اعتیاد یک خواسته قوی و همیشگی است که کنترل را به طور قابل توجهی کاهش می‌دهد و منجربه آسیب قابل توجه می‌شود. اعتیاد از جمله رفتارهایی است که کاملا تحت کنترل اراده فرد نبوده و افراد در آن با عامل کنترل مواجه هستند. وجود سازه‌ای مانند خویشتنداری که از جمله سازه‌های کارآمد در کنترل رفتار است، می‌تواند به فرد در مدیریت رفتار خود کمک کند. خویشتنداری حالت روحی و صفتی است که باعث توانایی شخص و برتری فرد بر دیگران می‌شود به طوری که بر اثر این حس به آن چه در زندگی مطلوب و پسندیده است می‌توان دست یافت و از هر چه ناپسند است دوری کرد. خویشتن داری مستلزم مدیریت و مهار احساسات است و افراد خویشتندار از ثبات هیجانی بیشتری برخوردار خواهند بود و این امر کارایی آنان را در حیطه‌های گوناگون افزایش می‌دهد. در مطالعه علوی و نیکزاد ۱۳۹۴ درمان‌شناختی رفتاری توانسته است تا با تغییر بینش بیماران در مورد خود، توانایی‌ها 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 عرصه‌های مختلف زندگی از جمله تحصیل و کار افزایش یافته و برای رهایی از اعتیاد گام‌های محکم برداشته و با سخت‌کوشی و تلاش به سمت اهدافشان حرکت نموده و در این راه ثابت قدم باشند. همچنین مطالعه اکبری ۱۳۹۸ نیز نشان داد که درمان‌شناختی رفتاری بر خویشتنداری سوء مصرف‌کنندگان 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 چالش‌برانگیز و عملکرد بالا همراه است. خودکارآمدی با افزایش پشتکار و تلاش زیاد موجب سازگاری هیجانی، موفقیت بالا و سلامت بالاتری می‌شود. خودکارآمدی وسوسه مصرف مواد را کاهش می‌دهد و افراد معتاد خودکارآمدی پائین‌تری نسبت به غیرمعتادین دارند.

عبدی زرین و مهدوی ۱۳۹۷ نیز گزارش کرده‌اند که درمان‌شناختی رفتاری توانسته نمرات خودکارآمدی (میل به آغازگری رفتار، متفاوت بودن در رویارویی با موانع، میل به گسترش تلاش برای کامل کردن) و تاب‌آوری (تصور از شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، پذیرش مثبت تغییر و روابط، کنترل و تاثیرات معنوی) را بهبود ببخشد. تاب‌آوری[1] روشی برای اندازه‌گیری توانایی فرد در مقابله با عوامل استرس‌زا و عواملی

1. Resilience

[Downloaded from swasw.socialwork.ir on 2026-11-17]

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 تخریف‌های 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 پیش‌بینی کننده احساس اثربخشی مواد است. به این معنی که وقتی در حالت اضطراب مواد مصرف کنم شادترم و این عقاید فعال شده و سبب فراخوانی افکار خودآیند می شوند. این افکار خودآیند سبب پیدایش وسوسه و به تبع آن ولع می گردد. 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 ۱۳۹۳و مطالعه مومنی و همکاران ۱۳۹۲ نشان داد که درمان‌شناختی رفتاری در کاهش اضطراب معتادین تاثیرگذار است.

افسردگی اساسی[1]، اضطراب، اختلال شخصیت مرزی[2] و اختلال شخصیت ضد اجتماعی[3] 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[4] 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

شماره ۳
سال اول
بهار ۱۴۰۱

[Downloaded from swasw.socialwork.ir on 2026-11-17]

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 برخودار 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 مقابله ای 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 پرخاشگرایانه استفاده می‌کنند. از سوی دیگر نیز بر اساس شواهد یکی از دلایل افزایش میزان خودکشی[1]، افزایش سوء مصرف مواد مخدر و روان‌گردان ها 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[2] 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 دربر گیرد 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

[Downloaded from swasw.socialwork.ir on 2026-11-17]

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 شدیدا بر سلامتی جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و زندگی روزمره فرد اثرگذار است. علاوه بر این داشتن سبک زندگی[1] 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 منجربه 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 درمان‌شناختی 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 درمان‌شناختی رفتاری در وابستگی به مواد افیونی، مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایرانّ، 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 درمانی‌شناختی رفتاری، دارو درمانی و دارونما در کاهش اضطراب بیماران سوء مصرف مواد،

1. life style

[Downloaded from swasw.socialwork.ir on 2026-11-17]

فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد، سال یازدهم شماره ۴۴، زمستان.
۴. بروکی میلان، حسن؛ کمرزرین، حمید؛ زارع، حسین، ۱۳۹۳، اثربخشی درمان‌شناختی 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 درمان‌شناختی 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 درمانی‌شناختی رفتاری بر باورهای غیرمنطقی و کیفیت زندگی افراد وابسته به آمفتامین، 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 پایۀپذیرش 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.

[Downloaded from swasw.socialwork.ir on 2026-11-17]

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 درمان‌شناختی 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 درمان‌شناختی 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 درمان‌شناختی 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؛ مجتبایی، مینا؛ علی مهدی، منصور، ۱۳۹۲، مقایسهٔ 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 درمان‌شناختی 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. نریمانی، 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 درمان‌شناختی 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

[Downloaded from swasw.socialwork.ir on 2026-11-17]