

## Research Article

# Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group therapy and Mindfulness-based Cognitive Therapy on the Reduction of Risky Behaviors in Opium addicts

S. Imani<sup>1</sup> 

1. Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. Email: s\_imani@sbu.ac.ir

## Abstract

**Objectives:** The purpose of this study accomplished to comparing the effectiveness of Cognitive-Behavioral Group therapy and Mindfulness-based Cognitive Therapy on the Reduction of Risky Behaviors in opium addicts. **Method:** the method of this research is a quasi-experimental with pre-test-post-test plan with a control group. The statistical community includes all of the people dependent on opiates referring to center leaving addiction dependent on healthcare Network City of Saralpul-Zahab that was in the first half of 1396. With method of available sampling 36 people detecting dependency opiates-based DSM-5 who people volunteered to receive therapeutic services and eligibility inclusion criteria, randomly (12 people the first test group, 12 people the second test group, 12 people the control group) Were for selected. Structured clinical interview for DSM-5 clinical version (SCID-5), and structured clinical interview for DSM-5 clinical version (SCID-5-PD) and the questionnaire measurement of craving heroin was used to collect data. The method of MBCT at the 8 meeting 2-hour and the method CBT in 12 sessions 90 minute Was implemented in the pilot groups. **Results:** The results showed that between Comparing the Effectiveness of CBGT and MBCT on the Reduction Risky Behaviors in Opium addicts There is no significant difference. But in comparison with the control group this difference is significant. **Conclusions:** The results showed that CBGT and MBCT is methods of treatment influencing on the Reduction of Risky Behaviors in Opium addicts.

**Key words:** *Cognitive-Behavioral Group therapy, Mindfulness-based Cognitive Group Therapy, Recurrence, Addiction in Opium*

**Citation:** Imani, S. (2022). Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group therapy and Mindfulness-based Cognitive Therapy on the Reduction of Risky Behaviors in Opium addicts. *Quarterly of Applied Psychology, 16* (2):113-134.

## مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری و ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت بر کاهش رفتارهای پرخطر در معتادان افیونی

سعید ایمانی<sup>۱</sup>

۱. استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. ایمیل: s\_imani@sbu.ac.ir

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری و ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت بر کاهش رفتارهای پرخطر در معتادان ترک افیونی صورت گرفت. **روش:** روش این پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون همراه با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل کلیه افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه‌کننده به مرکز ترک اعتیاد وابسته به شبکه بهداشت و درمان شهرستان سرپل ذهاب در نیمه اول سال ۱۳۹۶ بود، به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۶ نفر با تشخیص وابستگی به مواد افیونی بر اساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری نسخه پنجم، از افرادی که داوطلب دریافت خدمات درمانی و واجد معیارهای ورود بودند، به صورت تصادفی (۱۲ نفر گروه آزمایش اول، ۱۲ نفر گروه آزمایش دوم و ۱۲ نفر گروه کنترل) انتخاب شدند. از مصاحبه بالینی ساخت‌یافته DSM-5 نسخه بالینی (SCID-5)، مصاحبه بالینی ساخت یافته DSM-5 نسخه بالینی (SCID-5-PD) و مقیاس پیش‌بینی از بازگشت برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. روش درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت در ۸ جلسه ۲ ساعته و روش درمان شناختی- رفتاری در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در گروه‌های آزمایشی اجرا شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری و ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش رفتارهای پرخطر در معتادان افیونی تفاوت معناداری وجود ندارد، اما در مقایسه با گروه کنترل این تفاوت معنادار است. **نتیجه‌گیری:** گروه درمانی شناختی- رفتاری و ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت از روش‌های درمانی تاثیرگذار بر کاهش رفتارهای پرخطر در معتادان افیونی است.

**کلید واژه‌ها:** گروه درمانی شناختی - رفتاری، گروه درمانی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت، رفتارهای پرخطر، معتادان افیونی

## مقدمه

سوءمصرف مواد و وابستگی به آن، آسیب‌های جدی اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و بهداشتی مثل بیماری‌های جسمانی واگیرداری از جمله هیپاتیت، ایدز و بیماری‌های روانی-اجتماعی مثل سرقت، قتل، اشاره نمود، که بر جوامع وارد می‌سازد (وست، ۲۰۰۶). اعتیاد را می‌توان یک حالت پایدار تعریف کرد که در آن ظرفیت فرد برای تنظیم رفتارهای اجباری جستجو دارو کاهش می‌یابد بدون اینکه خطر پیامدهای منفی جدی این رفتار در نظر گرفته شود (هیومن و ملنکا<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱). بر اساس گزارش سازمان ملل متحد ۲۲۰ میلیون نفر در جهان مبتلا به سوءمصرف مواد هستند که مصرف روزانه مواد مخدری مانند تریاک، هرویین، کراک، شیشه، حشیش، کوکاین و سایر مواد مخدر را دارند. در ایران نیز اعتیاد در سال‌های اخیر روند رو به رشد داشته است. از سالیان دور ایران به علت موقعیت خاص جغرافیایی با معضل اعتیاد بصورت جدی روبرو بوده است، به علت نزدیکی به کشور افغانستان به عنوان بزرگ‌ترین تولیدکننده خشخاش و تریاک جهان، تریاک و سایر مشتقات حاصل از آن بیشترین مصرف را دارند به طوری که ایران بزرگ‌ترین مصرف‌کننده تریاک در جهان محسوب می‌شود (میرزایی، ۲۰۱۱ و سادوک و سادوک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). بر طبق گزارش وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی، سالانه حدود ۸ درصد به مصرف‌کنندگان مواد مخدر کشور افزوده می‌شود و بر طبق گزارش معاون سلامت وزارت بهداشت، آمار مبتلایان به سوءمصرف مواد در ایران ۳ میلیون و ۷۰۰ هزار نفر گزارش شده است که از این تعداد ۱ میلیون و ۲۰۰ هزار نفر مبتلا به سوء مصرف دائمی و روزانه مواد مخدر هستند و بقیه به صورت تفننی و گاه به گاه مواد مخدر مصرف می‌کنند (شرق، شکیبی، نیسار و علیلو، ۲۰۱۲). مطالعات نشان می‌دهد که مصرف مواد مخدر در ۳۰ سال گذشته سیر صعودی داشته و تعداد مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر بیشتر از مصرف‌کنندگان غیر تزریقی رو به افزایش بوده است، به طوری که در حال حاضر ۱۳/۲ میلیون نفر معتاد تزریقی در دنیا و بیش از ۲۰۰ هزار در ایران وجود دارد (رحیمی موقر، محمد و محمد رزاقی، ۱۳۸۱؛ دیس جارلیس و سمن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). اثرات مستقیم اعتیاد بر فرد معتاد، جسم و روان فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. یکی از موضوعاتی که در این افراد در حیطه روان‌شناختی حائز اهمیت است، نحوه تعامل با محیط، ساز و کارهای انطباقی و نوع رفتارهای آن‌هاست که به نوعی در بعضی علت و در عمده آنها معلول پدیده اعتیاد است. رفتارهایی که می‌تواند عواقب بسیار ناخوشایندی را برای آنها و یا سایر افراد جامعه رقم بزند و تحت عنوان «رفتارهای پرخطر» تلقی می‌شوند. اقداماتی نظیر خشونت، خودزنی، خالکوبی،

1. Hyman &amp; Malenka

3. Des Jarlais &amp; Semaan

2. Sadock &amp; Sadock

تزیق مشترک، رفتارهای جنسی محافظت نشده را می‌توان از این دسته دانست (دستجردی، ابراهیمی دهشیری، خلاصه زاده و احسانی، ۱۳۹۰).

جسور<sup>۱</sup> (۱۹۸۷) با ارائه اصطلاح سندرم رفتار مشکل ساز، مقولات رفتارهای پرخطر را شامل سیگارکشیدن، مصرف مواد مخدر، الکل، رانندگی خطرناک و فعالیت جنسی زود هنگام دانسته است. بسیاری از رفتارهای پرخطر از قبیل سیگار، الکل، مواد مخدر و روابط جنسی نامطمئن در سنین قبل از ۱۸ سالگی اتفاق می‌افتند (برگمن و اسکات<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱). تحقیقات زیادی بر هم وقوعی و پیوستگی رفتارهای پرخطر تاکید کرده‌اند، به عنوان مثال رابطه سیگارکشیدن و مصرف الکل (جانسون، بولز، وایگان و کلبیر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰)، مصرف الکل و خشونت (فیلد، کایتانو و نلسون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴)، بودن در معرض خشونت و مصرف الکل (تیلور و کلیور<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶) و شروع زود هنگام تماس جنسی و مواد (اسمیت، اتکینسون و هیلگارد، ۲۰۰۳).

بنابراین با توجه به هزینه‌ها و آسیب‌های جدی فردی، اجتماعی و اقتصادی سوء مصرف مواد در سراسر دنیا، لازم است روش‌های درمانی مقرون به صرفه، مورد ارزیابی قرار گرفته و در جهت درمان سوء مصرف مواد و اعتیاد به کار برده شود. از سویی دیگر، به دلیل مسائل و مشکلات همراه دارو درمانی از قبیل سوء مصرف داروی تجویزی، عدم رعایت وعده‌های مصرف دارو و عوارض و اثرات جانبی این داروها تلاش‌ها برای یافتن روان‌درمانی‌های کوتاه‌مدت و کارا به طور روز افزونی افزایش یافته است (وودی، مک‌لین، ابرین و لایورسکی<sup>۶</sup>، ۱۹۹۱). در این میان، از رویکردهای روانی اجتماعی که در این زمینه درمان سوء مصرف مواد ارزشیابی شده‌اند، درمان‌های شناختی-رفتاری، حمایت تجربی بسیار بالایی به دست آورده‌اند. درمان شناختی-رفتاری رویکردی است مبتنی بر عقل سلیم که بر دو اصل بنیادین استوار است: نخست، این که شناخت‌واره‌های ما اثری کنترل‌کننده بر هیجان‌ها و رفتار ما دارند؛ دوم، اینکه چگونگی عملکرد یا رفتار ما اثری قوی در الگوهای فکری و هیجان‌های ما می‌گذارند. عناصر شناختی این دیدگاه، به وسیله‌ی فیلسوفان سوفسطایی مانند اپیک تتوس، و نیز سیسرون، سه نه کا و دیگران، سده‌ها پیش از آن که درمان شناختی-رفتاری معرفی شود، شناسایی شده بودند (بک، راش، شاوو و ایمری<sup>۷</sup>، ۱۹۷۹). رویکردهای شناخت-رفتاردرمانگری برای درک اختلال‌های مصرف مواد مبتنی بر نظریه یادگیری اجتماعی اند (راتگرز<sup>۸</sup>، ۲۰۰۳). براساس نظریه یادگیری اجتماعی، اختلال‌های

1. Jessor

2. Bergman & Scott,

3. Johnson, Boles, Vaughan & Kleber

4. Field, Caetano & Nelson

5. Taylor & Klierwer

6. Woody, McLellan, Obrien, Luborsky

7. Beck, Rush, Shaw & Emery

8. Rotgers

مصرف مواد در وهله اول توسط تعامل بین عوامل زمینه‌ساز زیست‌شناختی که موجب داشتن یک تجربه مثبت از مصرف ماده مخدر خاصی می‌شود، قابلیت دسترسی به آن ماده مخدر برای اولین بار، و عوامل مربوط به شرطی‌سازی و الگوگیری که موجب یادگیری چگونگی مصرف ماده مخدر و پی بردن به آثار آن می‌شود، شکل می‌گیرد و توسعه می‌یابد (راتگرز، ۲۰۰۳). براساس نظریه یادگیری اجتماعی، ادامه مصرف مواد ناشی از خاصیت تقویت‌کنندگی آثار و خواص یک ماده مخدر برای یک فرد است. این مسئله نیز به قوی‌تر شدن انتظارات فرد در زمینه پیامدهای مثبت ناشی از مصرف آن ماده مخدر منجر می‌شود و بازخوردی برای روی‌آوری بیشتر فرد به مصرف مواد ایجاد می‌کند. در اثر مصرف مکرر مواد در طول زمان، تغییرات زیست‌شناختی در فرد ایجاد می‌شوند و مصرف مواد تا حدودی توسط ایجاد تغییرات بعدی در خواص تقویت‌کنندگی مواد در فرد کنترل می‌شود. مسلماً امروز CBT یکی از اصلی‌ترین روش‌های درمان مواد افیونی و محرک‌ها است. CBT در درمان اعتیاد بر این اساس بنیاد گذاشته شده است که اعتیاد رفتاری اکتسابی و قابل تغییر است. دیدگاه شناختی که اصلی‌ترین کمک را می‌کند تلاش می‌کند با تغییر شناخت‌های غلط رفتار اعتیاد را از بین ببرد که باعث حفظ و گسترش رفتارهای مثبت و ارتقاء باورهای صحیح (مثل خودباوری) و ایجاد انگیزه تغییر را در فرد ایجاد می‌کند. از دیدگاه شناختی ما به تکنیک‌هایی مثل "جلوگیری از لغزش" و "افزایش انگیزش" بیشتر علاقه‌مندیم. دیدگاه رفتاری نیز برای تغییر رفتارهایی که تحت تاثیر یادگیری شرطی هستند، مثل کلاسیک و کنشگر به ما کمک می‌کنند. این دیدگاه‌ها بسیار متنوع و گسترده هستند و همه آن‌ها اقداماتی را برای جلوگیری از پاسخ به شرایط کلاسیک را شامل می‌شوند و یا بر اساس شرطی‌سازی وسیله‌ای (مثل تقویت اجتماعی یا مدیریت وابستگی) که در همه آن‌ها رفتارهای مثبت تقویت و گسترش می‌یابند. نتایج مطالعه میشل و برایان (۲۰۱۴) نشان داد که متغیرهای شناختی نقش مهمی در رفتار جنسی مردان چه به صورت مستقیم و چه به صورت غیرمستقیم دارند. پیگیری این فرآیندهای شناختی در برنامه‌های مداخلاتی پیشگیری از HIV ممکن است به افزایش مصرف کاندوم و تغییر ارزیابی شناختی آنها کمک کند. اگر افراد کنترل بیشتری بر رفتار خود داشته باشند با احتمال زیاد انگیزه‌ی بیشتری برای اتخاذ قصد رفتارهای بهداشتی خواهند داشت. یافته‌های مربوط به پژوهش مشمول حاجی آقا و ابوالقاسمی (۱۳۹۵) حاکی از این است که خطرپذیری و تحریف شناختی از متغیرهای مهم در گرایش دانش‌آموزان به اعتیاد می‌باشند.

نتایج مطالعه ناطقی و سهرابی (۱۳۹۶) نیز که با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر افکار خودکشی و تکانشگری نوجوانان دارای اعتیاد به مواد مخدر انجام شد نشان داد

که درمان شناختی-رفتاری، تکانشگری و افکار خودکشی نوجوانان دارای اعتیاد را به طور معناداری کاهش می‌دهد. همچنین نتایج مطالعه کمرزرین، زارع و بروکی میلان (۱۳۹۱) نشان داد که درمان شناختی-رفتاری در افزایش خود کارآمدی و بهبود سلامت روانی و جسمانی بیماران وابسته به مواد مخدر موثر است.

از طرف دیگر درمان‌های دیگری که اخیراً برای طیف گسترده‌ای از اختلالات، اثربخشی آن‌ها اثبات شده است و به طور گسترده توسط روان‌درمانگران مورد استفاده قرار می‌گیرند درمان‌های موج سوم می‌باشند که یکی از پرکاربردترین این درمان‌ها در زمینه اختلال مصرف مواد مخدر، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی است (پیتر، مک گراپ، چمبرز و دیک، ۲۰۱۴)

ذهن آگاهی یعنی توجه کردن به یک شیوه خاص، هدفمند، در لحظه‌ی حاضر و بدون قضاوت (کابات زین، ۱۹۹۴). در توصیف مارشا لینهان از ذهن آگاهی بر اکتسابی بودن مهارت ذهن آگاهی تاکید شده است. او به این نکته اشاره می‌کند که ذهن آگاهی شما را در جای راننده می‌نشانند، بنابراین به جای این که شما تحت کنترل ذهن خود باشید، ذهنتان تحت کنترل شما خواهد بود (لینهان، ۱۹۹۳). ذهن آگاهی حالتی است که در آن به جای اینکه بگذارید ذهنتان کنترل شما را به دست بگیرد، شما ذهن خود را کنترل می‌کنید. (لینهان، ۱۹۹۳). جنینگز و آپش (۲۰۱۴) درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را به عنوان آگاهی کامل از تجارب لحظه‌ای فوری و پذیرش خود بدون قضاوت توصیف کردند. درحالیکه درمان رفتاری شناختی رایج‌ترین رویکرد استاندارد در میان درمانگران بوده است، تلاش برای یکپارچه کردن ذهن آگاهی و پذیرش با درمان‌های رفتاری شناختی سنتی باعث پیشرفت روانشناسی شده است. در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی محتوای افکار، در درجه اهمیت کمتری قرار می‌گیرد و به جای آن تمرکز پاسخ‌های افراد، به پدیدار شدن افکار و محتواهای ذهنی مانند، تصورات و خاطرات است. در ذهن آگاهی، این اعتقاد وجود دارد که هم تشخیص و هم درگیر شدن در موقعیت‌های ذهنی اشتغال برانگیز، از طریق نشخوارهای ذهنی افکار منفی صورت می‌گیرد. (ویلیامز، داگان، کران و فینل<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). در تمایز شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از شناختی-رفتاری، به گفته تناتوو ویتس و نایین، در حالیکه شناختی رفتاری در پی چالش با محتوای تحریفات شناختی که سبب مشکلات بهداشت روانی است، ذهن آگاهی از بیمار می‌خواهد، روش‌های نوینی را فراگیرد تا به شکل باز تنها به مشاهده این فرآیندهای ذهنی بپردازد، بدون آنکه آنها را محکوم سازد، درباره آنها قضاوت نماید و یا آن‌ها را محدود سازد از تمرکز بر محتوای واقعی آنها غافل بماند (تیفانی<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹).

<sup>1</sup> Williams, Duggan, Crane & Fennell

<sup>2</sup> Tiffany

بر این اساس ذهن‌آگاهی می‌تواند به عنوان تنظیم بخشی رفتاری، شناختی و عاطفی در نظر گرفته شود. در چنین وضعیتی به جای آنکه از افراد خواسته شود تا خارج از تمرکز بر این موقعیت‌های ذهنی قرار گیرد (آنچه در شناختی رفتاری سنتی رایج است) از آن‌ها خواسته می‌شود تمامی آگاهی خود را بدون واکنش به رویدادهای ذهنی، به محتوای فکر معطوف دارند و به آنها تنها به عنوان فرآیندهای ذهنی نگریسته شود (مفهوم فراشناخت) و این امر می‌تواند راهی موثر برای ماندن در لحظه باشد. اهداف اصلی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی عبارتند از آگاهی بیشتر از حس‌های بدنی، احساسات و افکار لحظه به لحظه، کمک به شرکت‌کنندگان برای گسترش راه‌های متفاوت ارتباط با حواس، افکار و احساسات به ویژه شناخت و پذیرش افکار و احساسات ناخواسته‌ای که به گونه خودکار و عادت‌ی باعث مشکلات دائمی می‌شوند. کمک به شرکت‌کنندگان برای ارائه ماهرانه‌ترین پاسخ به افکار، احساسات و موقعیت‌های ناخوشایندی که با آن روبرو می‌شوند، از جمله یکی دیگر از اهداف اصلی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است (محمدخانی و خانی‌پور، ۱۳۹۱). درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از طریق مجموعه‌ای از تمرینات آگاهی و مشاهده قابل دستیابی است و مجموع آنها به ایجاد اعتماد، کاهش اضطراب و افزایش تعهد به درمان کمک می‌نمایند. ذهن‌آگاهی به عنوان عامل کلیدی برای غلبه بر محدودیت‌های درمان‌های رفتاری شناختی سنتی به شمار می‌آید (بایلس و همکاران، ۲۰۱۴). با توجه به اینکه اعتیاد مخصوصاً اعتیاد تزریقی باعث یک سری رفتارهای پرخطر می‌گردد که این رفتارها زمینه‌ساز انتقال بیماری‌های عفونی به خود معتادان و سایر افراد خانواده و جامعه همچنین بروز ناهنجاری‌های اجتماعی در جامعه هستند، ضروری است که از طریق مداخلات هدفمند و اصولی و با محوریت آموزش و ارتقاء سلامت در جهت تغییر رفتارهای پرخطر در معتادان صورت گیرد. بالطبع پیشگیری و یا درمان صحیح و عملی اعتیاد باعث کاهش اینگونه رفتارها خواهد گردید و هر چه این روش‌های درمانی با ثبات‌تر و طولانی‌تر و علمی‌تر باشد با کاهش بیشتر رفتارهای پرخطر عواقب جسمی و روانی این اقدامات و هزینه‌های مترتب بر درمان عواقب مزبور را خواهد کاست. بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی مداخله گروهی شناختی-رفتاری و ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت بر کاهش رفتارهای پرخطر در افراد وابسته به مواد افیونی انجام شد.

## روش

## جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

روش این پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل می‌باشد. جامعه‌ی آماری شامل کلیه افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد وابسته به شبکه بهداشت و درمان شهرستان سرپل ذهاب بودند، نمونه‌ی آماری به صورت داوطلبانه از میان این افراد انتخاب شدند و تعداد ۳۶ نفر با تشخیص وابستگی به مواد افیونی بر اساس DSM-5، به صورت تصادفی انتخاب شدند و پس از آن هر ۳۶ نفر به صورت تصادفی در سه گروه، گروه آزمایشی اول ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت (۱۲ نفر)، گروه آزمایشی دوم درمان شناختی- رفتاری (۱۲ نفر) و گروه کنترل (۱۲ نفر) جایگزین شدند. سپس از هر سه گروه بعد از یک و نیم ماه پس از آزمون به عمل آمد. معیارهای ورود و خروج به مطالعه عبارت بودند از: جنسیت مرد و سن ۵۰-۱۸ سال باشد، بر اساس DSM-5 وابستگی به مواد افیونی وجود داشت، دارا بودن سطح تحصیلات حداقل ابتدایی، داشتن رضایت از شرکت در پژوهش، عدم مصرف داروهای ضد روانپریشی، عدم غیبت بیش از دو جلسه بود.

## ابزار

مصاحبه بالینی ساخت‌یافته برای اختلالات محوری در DSM-5 نسخه‌ی بالینی SCID-I/CV<sup>1</sup>: SCID-I یک ابزار جامع استاندارد شده برای ارزیابی اختلالات اصلی روان‌پزشکی بر اساس تعاریف و معیارهای DSM-5 است که برای مقاصد بالینی و پژوهشی طراحی شده است. اجرای آن به قضاوت بالینی مصاحبه‌گر درباره‌ی پاسخ‌های مصاحبه‌شونده نیازمند است و به این خاطر، SCID-I یک نوع مصاحبه‌ی نیمه ساخت‌یافته است که برای اجرای آن مصاحبه‌کننده باید درزمینه‌ی آسیب‌شناسی روانی دانش و تجربه‌ی کافی داشته باشد (گنجی، ۱۳۹۳). این ابزار دو نسخه دارد: نسخه‌ی بالینی SCID-I/CV که بیشتر تشخیص‌های روان‌پزشکی را پوشش می‌دهد و عمدتاً به منظور استفاده در محیط‌های بالینی و پژوهش‌های بالینی طراحی شده و نسخه‌ی پژوهشی کامل‌تر و طولانی‌تر SCID-I/R که کلیه‌ی تشخیص‌ها و نیز زیر نوع‌های تشخیص و معیارهای شدت و سیر اختلالات را پوشش می‌دهد. در این مطالعه از نسخه‌ی بالینی SCID-1/CV استفاده شد. کل SCID-I معمولاً در یک جلسه اجرا می‌شود و بین ۴۵ تا ۹۰

<sup>1</sup> Structured Clinical Interview for DSM-5 Axis I Disorders (SCID-I), Research Version



دقیقه طول می‌کشد (گنجی، ۱۳۹۳). روایی و پایایی این ابزار در پژوهش‌های مختلف قابل قبول گزارش شده است (گراث - مارنات، ۲۰۰۹). برای مثال، زلنارینی، اسکودول، بندر، دولان، سانسلو و همکاران (۲۰۰۰) در بررسی پایایی تشخیصی بین ارزیاب‌ها کاپیالای ۰/۷ را برای اکثر تشخیص‌ها گزارش نموده‌اند. نسخه‌ی فارسی این پرسشنامه توسط شریفی و همکاران (۱۳۸۳) تهیه و اعتبار یابی شده که روایی و پایایی آن مطلوب گزارش شده است. در مطالعه‌ی بختیاری (۱۳۷۹)، روایی این ابزار به‌وسیله‌ی متخصصان و اساتید روانشناسی بالینی مورد تأیید قرار گرفت و پایایی باز آزمایشی با فاصله‌ی یک هفته ۰/۹۵ بود (گنجی، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر از این مصاحبه به منظور غربالگری بیماران از لحاظ اختلالات محور I در DSM-5 استفاده شد.

### مصاحبه بالینی ساخت‌یافته برای اختلالات محور II در DSM-5 (SCID-II):

SCID-II همانند SCID-I یک مصاحبه‌ی تشخیصی نیمه ساخت‌یافته برای اختلال‌های شخصیت است که برای سنجش ۱۰ اختلال شخصیت در محور II در DSM-5 و همچنین اختلال شخصیت افسرده و اختلال شخصیت منفعل - پرخاشگر در قسمت NOS محور II، توسط فرست، گیبون، اسپیتزر، ویلیامز و بنیامین (۱۹۹۷) تدوین شد. این پرسشنامه‌ی شخصیتی ۱۱۹ سؤال دارد که در کمتر از ۲۰ دقیقه اجرا می‌شود و برای پاسخ دادن به سؤالات آن نیاز به حداقل ۸ کلاس سواد است. مصاحبه‌کننده با توجه به سؤال‌هایی که بیمار به آن‌ها پاسخ مثبت داده است، مصاحبه را جهت می‌دهد (گنجی، ۱۳۹۳). در یک مطالعه که برای تعیین پایایی به روش باز آزمایشی بافاصله ۲ هفته بر روی ۲۸۴ آزمودنی در ۴ مرکز بیماران روان‌پزشکی و ۲ مرکز بیماران غیر روان‌پزشکی توسط دو مصاحبه‌کننده در دو زمان متفاوت صورت گرفت، ضریب کاپا از ۰/۲۴ برای اختلال شخصیت وسواسی تا ۰/۷۴، برای اختلال شخصیت نمایشی با کاپای کلی ۰/۵۳ در مورد بیماران روان‌پزشکی به دست آمد. در گروه بیماران غیر روان‌پزشکی توافق بین ارزیاب‌ها پایین‌تر (کاپای کلی ۰/۳۸) بود (گنجی، ۱۳۹۳). در پژوهش بختیاری (۱۳۷۹)، روایی محتوایی نسخه‌ی فارسی توسط چند نفر از اساتید روانشناسی بالینی تأیید شد و ضریب پایایی این آزمون با روش باز آزمایشی به فاصله‌ی یک هفته ۰/۸۷ به دست آمد (گنجی، ۱۳۹۳). از این مصاحبه در پژوهش حاضر به‌منظور غربالگری بیماران از لحاظ اختلالات محور II در DSM-5 استفاده شد.

### مقیاس شاخص درمان افیونی

یکی از عمده‌ترین مسائل در زمینه ارزیابی پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه درمان افیون‌ها فقدان پژوهشی‌های قابل مقایسه است، زیرا که در هر یک از این مطالعات متغیر برون داد یا

وابسته که به عنوان شاخص درمان در نظر گرفته شده است، متفاوت است. نتیجه این اختلاف در روش شناختی عدم امکان مقایسه نتایج است. OTI برای فراهم‌سازی این معیارها تدوین شده است. این مقیاس روایی و پایان خوبی را در انگلستان (آدلکان و همکاران، الف ۱۹۹۶ و ب ۱۹۹۶) و زلاندنو (دینگ و سلمن، ۱۹۹۶) نشان داده است. OTI مشتمل بر ۶ زیر مقیاس است. این زیر مقیاس‌ها که جهت انعکاس ابعاد برون‌دادی درمان طراحی شده‌اند، عبارت‌اند از: استفاده از مواد، رفتار پرخطر جنسی و تزریقی، عملکرد اجتماعی، جرم و جنایت، وضعیت تندرستی و انطباق روانشناختی. در همه زیر مقیاس‌ها، نمره بالاتر اشاره به اختلال بیشتر در عملکرد فرد دارد. همچنین به استثنای بخش عملکرد اجتماعی، به همه سوالات بایستی بر اساس نگرانی‌های ماه گذشته پاسخ داده شود. این دوره زمانی از آن جهت انتخاب شده است که ارزیابی کاملی از رفتار حال حاضر فرد ارائه گردد، و صحت یادآوری‌های فرد به حداکثر ممکن برسد. البته لازم به یادآوری است که عملکرد اجتماعی را بایستی بر اساس ۶ ماه گذشته مورد ارزیابی قرار داد. جمع‌آوری اطلاعات بر اساس این مقیاس بایستی از طریق مصاحبه انجام گیرد، زیرا از یک سو، معتادین در هنگام تکمیل مقیاس‌ها خودسنجی دشواری دارند و از سویی استفاده از مصاحبه سبب افزایش صحت اطلاعات حاصله می‌گردد (دارکه و همکاران، ۱۹۹۱).

### روش اجرا

برای جمع‌آوری داده‌ها ابتدا مجوزهای مورد نیاز از دستگاه‌های مربوطه اخذ شد و پس از مراجعه به مرکز ترک اعتیاد به منظور انتخاب اعضا از افرادی که خواهان شرکت در گروه درمانی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت و گروه درمانی شناختی - رفتاری بودند، تعداد ۳۶ نفر ثبت‌نام کرده و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۲ نفری آزمایش اول، دوم و گروه کنترل جایگزین شدند. ابتدا تمامی افراد حاضر به شرکت در این مطالعه به وسیله مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور II، I، به وسیله مصاحبه بالینی ساخت یافته برای اختلالات محور I و II ارزیابی و به وسیله پرسشنامه سنجش ولع هروئین اندازه‌گیری شدند. پس از انتخاب و گمارش آزمودنی‌ها، برنامه مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت بر اساس پروتوکل درمانی بوئن، چاوالا و مارلات (۲۰۱۱)، طی ۸ جلسه گروهی ۲ ساعته، در گروه آزمایش اول انجام شد. جلسات هر هفته یک بار به مدت ۲ ماه برگزار شد.

## جدول ۱. محتوای جلسات ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت

جدول ۱	محتوای جلسات ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت
جلسه ۱	معارفه و آشنایی اعضا با یکدیگر؛ هدف و طول درمان، فرم تعهد و مقررات گروه بیان شد
جلسه ۲	بررسی هدایت خودکار و تمرینهای لازم و آگاهی از برانگیزاننده‌ها و اشتیاق
جلسه ۳	بررسی، کاربرد و تمرین ذهن آگاهی در زندگی روزمره
جلسه ۴	بررسی ذهن آگاهی در موقعیت‌های پرخطر
جلسه ۵	بررسی پذیرش و عملکرد ماهرانه، پرش افکار، احساسات و حسیات ناخواسته
جلسه ۶	آموزش دیدن افکار، آگاهی‌یافتن از تفکر و ارتباط با افکار و با تمرکز به تجربه کردن افکار
جلسه ۷	تعادل خودمراقبتی و سبک زندگی، نشانه‌های هشدار دهنده عود و پاسخ در هنگام بروز نشانه‌ها
جلسه ۸	حمایت اجتماعی و سایر آموزش‌های لازم در شرایط مخاطره آمیز

برنامه مداخله شناختی - رفتاری هم بر اساس پروتکل ماونتی، کادن، روسنو، کوونی و آبرامز (۲۰۰۲) طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، در گروه آزمایش دوم انجام شد. جلسات هر هفته یک بار به ۳ ماه برگزار شد.

## جدول ۲. محتوای جلسات مداخله شناختی رفتاری

جلسه ۱	برقراری رابطه، توافق اهداف درمانی، معرفی CBT، مضرار ادامه مصرف مواد و عدم تغییر
جلسه ۲	تعیین موقعیت‌های پرخطر بین فردی و درون فردی؛ عوامل راه‌انداز، مقابله با موقعیت‌های پرخطر
جلسه ۳	تعیین عوامل زمینه ساز سوء مصرف مواد، روش‌های مقابله با اشتیاق و میل به مصرف
جلسه ۴	مقابله با تفکر منفی - رابطه فکر، احساس و رفتار - تعیین الگوهای تفکر منفی، بازسازی شناختی
جلسه ۵	هشیار کردن فرد نسبت به موقعیت‌های پرخطر - تحلیل کارکردی تفکر هنگام خطر کردن
جلسه ۶	برنامه ریزی و پیش بینی وضعیت‌های اضطراری در موقعیت‌های پرخطر و غیر منتظره
جلسه ۷	مهارت امتناع و مقابله با پیشنهادهای مستقیم برای مصرف مواد
جلسه ۸	انتقاد کردن و مورد انتقاد واقع شدن - مهارت‌های تنش زای ایفای نقش
جلسه ۹	مدیریت خشم و مصرف مواد - بازسازی شناختی درافکار برانگیزاننده خشم
جلسه ۱۰	برنامه‌ریزی برای انجام فعالیت‌های لذت‌بخش و ایجاد تعهد نسبت به پرداختن به وقایع لذت‌بخش
جلسه ۱۱	مهارت حل مساله
جلسه ۸	ایجاد دستی‌های که بر مصرف متمرکز نیستند

با توجه به اینکه طرح پژوهشی حاضر شبه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون همراه با گروه کنترل است، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد.

### یافته‌ها

**شاخص‌های توصیفی متغیرها:** بیشترین میزان تحصیلات در گروه ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت دیپلم با ۳۳/۳ درصد، در گروه شناختی - رفتاری لیسانس ۸/۳ درصد و در گروه کنترل لیسانس ۸/۳ درصد بود. بیشتر شرکت‌کنندگان در هر سه گروه مجرد بودند. توزیع فراوانی شغلی شرکت‌کنندگان در گروه ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت، بیکار با ۷۵/۰ درصد، گروه شناختی - رفتاری، بیکار با ۵۸/۳ درصد و گروه کنترل، در وضعیت شغلی کارگر ساختمان با ۵۸/۳ درصد قرار داشتند. میانگین و انحراف استاندارد در متغیر سن شروع ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت با ۳۱.۲۵ (۷.۴۹۷)، شناختی - رفتاری با ۳۰.۵۸ (۵.۸۵۴) و گروه کنترل با ۲۷.۸۳ (۲.۷۲۵) بود.

جدول ۱. مشخصات شاخص درمان افیونی (رفتار پرخطر) آزمودنی‌ها به تفکیک دو گروه‌های مداخله و کنترل (پیش آزمون)

آزمودنی‌ها	تعداد	حداکثر	حداقل	میانگین	انحراف استاندارد
ذهن‌آگاهی	۱۲	۲۰	۴۳	۳۳.۴۲	۶.۹۷۳
CBT	۱۲	۱۶	۴۴	۲۹.۲۵	۸.۳۳۵
کنترل	۱۲	۱۸	۴۹	۲۸.۸۳	۹.۵۲۳
مجموع	۳۶	۱۶	۴۹	۳۰.۵۰	۸.۳۶۸

طبق جدول ۱ میانگین شاخص درمان افیونی (رفتار پرخطر) گروه ذهن‌آگاهی، CBT و کنترل ۳۳.۴۲، ۲۹.۲۵ و ۲۸.۸۳ است که تقریباً نزدیک به هم است. انحراف استاندارد شاخص درمان افیونی (رفتار پرخطر) گروه آزمایش ذهن‌آگاهی، CBT ۶.۹۷۳ و ۸.۳۳۵ و انحراف استاندارد گروه کنترل ۹.۵۲۳ است.

جدول ۲. مشخصات شاخص درمان افیونی (رفتار پرخطر) آزمودنی ها به تفکیک دو گروه های مداخله و

کنترل (پس آزمون)

انحراف استاندارد	میانگین	حداقل	حداکثر	تعداد	آزمودنی ها
۱.۷۸۲	۱۳.۰۸	۱۶	۱۱	۱۲	ذهن آگاهی
۳.۰۴۹	۱۴.۷۵	۲۰	۱۱	۱۲	CBT
۸.۹۱۹	۲۴.۵۰	۴۳	۱۵	۱۲	کنترل
۷.۴۱۶	۱۷.۴۴	۴۳	۱۱	۳۶	مجموع

طبق جدول ۲ میانگین شاخص درمان افیونی (رفتار پرخطر) گروه ذهن آگاهی، CBT و کنترل ۱۳.۰۸، ۱۴.۷۵ و ۲۴.۵۰ است. انحراف استاندارد شاخص درمان افیونی (رفتار پرخطر) گروه آزمایش ذهن آگاهی، CBT ۱.۷۸۲ و ۳.۰۴۹ و انحراف استاندارد گروه کنترل ۸.۹۱۹ است.

فرضیه: بین آموزش گروهی شناختی-رفتاری در مقایسه با آموزش گروهی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در رفتارهای پرخطر در معنادان در حال ترک افیونی تفاوت وجود دارد.

جهت بررسی همگنی گروه های مداخله ای ذهن آگاهی، CBT و کنترل، گمارش و انتخاب تصادفی دو گروه از لحاظ متغیر شاخص درمان افیونی در مرحله پیش آزمون، از تحلیل واریانس چند متغیره ANOVA استفاده شد. نتایج نشان داد که بین سه گروه از لحاظ تفاوت در سطح اولیه و مبنای مقایسه در مرحله پیش آزمون تفاوتی بر اساس شاخص درمان افیونی ( $P=0/34$ )،  $F(33,2)=1/11$  وجود ندارد. و به عبارت دیگر گروه ها در پیش آزمون همگن هستند.

جدول ۳. آماره های توصیفی در مقیاس شاخص درمان افیونی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

انحراف معیار	آزمون میانگین پس	انحراف معیار	میانگین آزمون پیش	خرده مقیاس	گروه
۱.۷۸۲	۱۳.۰۸	۱.۷۸۲	۱۳.۰۸	شاخص درمان افیونی	گروه ذهن آگاهی
۳.۰۴۹	۱۴.۷۵	۳.۰۴۹	۱۴.۷۵	شاخص درمان افیونی	گروه CBT
۸.۹۱۹	۲۴.۵۰	۸.۹۱۹	۲۴.۵۰	شاخص درمان افیونی	گروه کنترل

از آزمون تحلیل کوواریانس جهت بررسی تفاوت بین گروه ذهن آگاهی، CBT و کنترل از نظر متغیر شاخص درمان افیونی استفاده شد. نتایج آزمون لون برای بررسی مفروضه همگنی واریانس گروه‌ها نشان داد که در مقیاس شاخص درمان افیونی ( $F(33,2)=2/96, P=0/066$ )، مفروضه همگنی برقرار است.

#### جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره برای مقیاسه گروه آزمایشی و کنترل در مقیاس شاخص درمان افیونی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر
مداخله	۱۱۴۳/۱۵	۳۲-۲	۰/۰۰۱	۰/۶۹
		۳۶/۳		

نتایج بررسی اثرات پیش آزمون متغیر گروه (ذهن آگاهی، CBT و کنترل) روی پس آزمون متغیر شاخص درمان افیونی حاکی از وجود اثر معنادار مداخله در گروه‌های آزمایش بود ( $P \leq 0/001$ )،  $F(2, 32)=36/63$ .

نتایج آزمون تعقیبی نشان میدهد که: در متغیر شاخص درمان افیونی، بین نمرات گروه ذهن آگاهی و گروه CBT تفاوت معنی دار مشاهده نشد. در حالیکه نمرات این دو گروه (ذهن آگاهی و CBT) در مقایسه با گروه کنترل به طور معنی داری پایین تر بود.

#### بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که بین اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری و گروه درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت بر کاهش رفتارهای پرخطر در معنادان در حال ترک افیونی تفاوت معنی داری وجود ندارد، به این صورت که نمرات هر دو گروه در مقایسه با گروه کنترل به طور معنی داری در پس آزمون پایین تر بود. یافته‌های مربوط به نتایج اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری در کاهش رفتارهای پرخطر با نتایج پژوهش‌های باون و همکاران ۲۰۱۷؛ سواری و شانچی، ۱۳۹۶؛ ناطقی و سهرابی، ۱۳۹۶؛ محمدی و دیاریان، ۱۳۹۵؛ نجفی و مراد زاده خراسانی، ۱۳۹۴؛ علیلو و همکاران، ۱۳۹۵؛ کمرزین، زارع و بروکی میلان، ۱۳۹۰؛ نیکو گفتار و عنافچه، ۱۳۹۳؛ هنگز و ماکزینسکی، ۲۰۱۲؛ فیشر، اسمیت و گرین، ۲۰۰۸؛ آنتونی، ایرونسون و اشنایدرمن، ۲۰۱۰) همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که یادگیری مهارت‌های شناختی-رفتاری باعث می‌شود که وقتی فرد معتاد در یک موقعیت پرخطر مانند نشان‌دادن رفتار جراتمند در ارتباط با فشارهای اجتماعی قرار گیرد، قادر به عملی کردن پاسخی مقابله‌ای موثر باشد. فردی که در موقعیت پرخطر به طور موفقیت‌آمیزی عمل می‌کند، احتمال بیشتری برای تجربه احساس تسلط یا ادراک کنترل خواهد داشت. می‌توان گفت که یادگیری رفتارهای جدید و مناسب برای مقابله با اعتیاد، احساس تسلط و توانمندی را در افراد به وجود می‌آورد. از طرفی در این دیدگاه آشنایی مراجعان با مهارت‌های حل مسأله به آن‌ها کمک می‌کند تا به همه جوانب موقعیت‌ها فکر کنند. هنگامی که مراجعان، موفقیت در حل مسأله را تجربه کنند خودکارآمدیشان افزایش می‌یابد و به دنبال آن میزان گرایش به سمت رفتارهای پرخطر معتادان کاهش می‌یابد. از طرف دیگر آشنایی با موقعیت‌های پرخطر درونی و بیرونی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مناسب در رابطه با این موقعیت‌ها مثل پرت کردن حواس، انجام کار دیگری، فکر کردن به موضوعاتی دیگر غیر از موضوع مصرف مواد، ترک کردن موقعیت، افزایش توانایی نه گفتن و رفتارهای جراتمندانه در رابطه با رد کردن پیشنهاد مصرف مواد توسط دیگران، باعث شده که معتادان به جای پاسخگویی خودکار نسبت به این موقعیت‌ها به صورت هوشیارانه و آگاهانه پاسخ دهند. اگر افراد کنترل بیشتری بر رفتار خود داشته باشند با احتمال زیاد انگیزه‌ی بیشتری برای اتخاذ قصد رفتارهای بهداشتی خواهند داشت. طبق مطالعات متعدد انجام گرفته نیز توجه به مفهوم کنترل رفتاری اهمیت بسزایی در وقوع قصد و رفتارهای پرخطر مرتبط با ایدز دارد (رافایی و کروکت، ۲۰۰۳). از سوی دیگر در مداخله شناختی-رفتاری افراد نسبت به شیوه‌های صحیح ابراز وجود و مدیریت خشم آگاهی می‌یابند و این آگاهی موجب می‌شود که افراد در مواجهه با استرس و مشکلات، شیوه‌های ابراز وجود را جایگزین پرخاشگری و رفتارهای تکانشی و پرخطر کنند. در این مداخله به افراد آموزش داده می‌شود که هیجان، افکار و رفتار با یکدیگر رابطه دارند و افراد می‌آموزند که در مواجهه با استرس افکار خودآیند منفی می‌تواند موجب هیجان‌ها و رفتارهای تکانشگری و پرخطر شود؛ بنابراین با بازسازی شناختی و جایگزینی افکار می‌توان هیجان‌ها و رفتار را کنترل کرد (نجاتی، ۱۳۹۲؛ صفرزاده، روشن و شمس، ۱۳۹۱).

از مزیت‌های درمان گروهی این است که اعضای گروه در نتیجه تعامل با یکدیگر و از طریق خود افشاگری، درجات حمایت همدلی از سوی دیگر اعضای گروه و همچنین احساس داشتن درد مشترک می‌توانند در مورد خود و مسائل‌شان به فهم و بینش عمیق‌تری دست یابند (محی‌الدینی، ۱۳۹۱). درمان شناختی-رفتاری دارای بخش‌هایی همچون تحلیل کارکردی، مهارت‌آموزی و پیشگیری از بازگشت است. در تحلیل کارکردی فرد عوامل برانگیزاننده‌ی وسوسه و بازگشت را

شناسایی می‌کند و با پرهیز از این عوامل، احتمال بازگشت به مصرف کاهش می‌یابد. در مهارت‌آموزی به افراد کمک می‌شود تا عادت‌های گذشته مربوط به سوءمصرف مواد را ترک کرده و مهارت‌ها و عادت‌های سالم‌تری را فراگیرند. برای پیشگیری از بازگشت، به مراجع در زمینه شناسایی و برنامه‌ریزی مقابله با موقعیت‌های پرخطری که ممکن است در آینده رخ دهد، کمک شده و راهبردهای مقابله‌ای کارآمد کلی و همچنین مهارت‌های ویژه از وسوسه به وی آموزش داده می‌شود. چنین آموزش‌هایی بهبود احساس خودکارآمدی و پرورش راهبردهای مهار خود در موقعیت‌های پرخطر را در پی دارند و سبب کاهش بازگشت می‌شوند (گلنیش، ۱۹۹۷). برخی مطالعات نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های زندگی شامل مهارت تصمیم‌گیری می‌تواند میزان تصمیم‌گیرهای تکانشی و مخاطره‌آمیز را در افراد مصرف‌کننده مواد و الکل کاهش دهد (وودز؛ ۲۰۰۲). از سوی دیگر یافته‌های مربوط به نتایج اثربخشی گروه درمانی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت بر کاهش رفتارهای پرخطر با نتایج پژوهش‌های ویتکوویز، بوون، دوگلاس و هسو، ۲۰۱۳؛ ایزنبرج، ۲۰۱۹؛ سچمرتز، مسودا و آندرسون، ۲۰۱۲؛ سونگ، ۲۰۱۱؛ مککیم، ۲۰۰۸؛ و جهانگیر، مسجدی آرانی، مجتهدی، نیکدل تیموری، ایمانی و حبیبی، ۱۳۹۵ همسو است.

در تبیین نتایج این یافته وان گفت که افزایش کنترل فکر و کسب این توانایی در اعضای گروه که بتوانند مشاهده‌گر بدون قضاوت افکارشان باشند باعث شده که در برخورد با موقعیت‌های پرخطر تکانشی عمل نکنند و با هوس‌های خود به مخالفت بپردازند. فقدان یا ضعف در کنترل فکر و استفاده از استراتژی‌های غلط در پروسه تفکر، می‌تواند به اعتیاد افراد منجر گردد. یکی از مهم‌ترین تفاوت‌های گروه معتادان با افراد غیر معتاد ناکارآمدتر بودن کنترل فکر این گروه می‌باشد (ساعد و همکاران، ۱۳۹۰). ذهن‌آگاهی به فرد اجازه می‌دهد با هشیار بودن نسبت به اجزای مختلف رفتاری که انجام می‌دهد به پایش رفتار خود و جلوگیری از رفتار ناخواسته بپردازد. سطح ابتلا به شرایط اضطرابی فردی که دارای ذهن‌آگاهی بیشتری است با آگاهی از اتفاقات پیرامون به طور قابل توجهی کاهش می‌یابد. افزایش ذهن‌آگاهی باعث تقویت فرد در مواجهه با موقعیت‌های خطرناک می‌شود. همچنین بر اساس نظریه همانندسازی عمل، ذهن‌آگاهی با هشیار نمودن فرد نسبت به اجزای مختلف رفتارهایی که انجام می‌دهد باعث زیر نظر گرفتن رفتار خود و جلوگیری از رفتار ناخواسته می‌شود (شلهاس و همکاران، ۲۰۱۶). یکی از دلایل تاثیر درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی، تقویت انگیزه‌های بیماران و افزایش هوشیاری آن‌ها نسبت به عملکردشان است (اورکی، بیات و خدادوست، ۲۰۱۲). یافته‌های پالینکاس و همکاران (۱۹۹۶) علت پیشگیرانه بودن ذهن‌آگاهی در اعتیاد را به توانایی کاهش چشمگیر سطح ابتلا به شرایط



اضطرابی افراد و افزایش قدرت مقابله با وسوسه‌های ایجاد شده در رابطه با مصرف مواد نسبت می‌دهد.

به نظر می‌رسد که با کمک ذهن‌آگاهی با هر نوع تجربه‌ای (حتی ناخوش‌آیند) می‌توان مرتبط شد، بدون آن که در آن گیر افتاد. در چنین وضعیتی وظیفه‌ی فرد معتاد که دارای استرس، اضطراب و خلق غمگین و پرخاشگری را تجربه می‌کند، تنها خوش‌آمدگویی به یک تجربه‌ی دردناک و درست مشابه خوش‌آمدگویی و استقبال از تجربیات خوش‌آیند است و نه تلاش برای مواجه نشدن با آن باشد. از جنبه‌های مهم درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی این است که این گروه از افراد یاد می‌گیرند با هیجان‌ها و افکار منفی مقابله نموده و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند (گارلند و همکاران ۲۰۱۹، بولمایجر، پرنگر، تال و کویچرس، ۲۰۱۰). همچنین، ذهن‌آگاهی با هشیار نمودن فرد نسبت به اجزای مختلف رفتارهایی که انجام می‌دهد باعث زیر نظر گرفتن رفتار خود و جلوگیری از رفتار ناخواسته می‌شود (شلهاس، استافین، پالفای و دی جون، ۲۰۱۶).

برنامه‌ی مداخله‌ی ذهن‌آگاهی با داشتن محتوای گسترده در تمام زمینه‌های زندگی مانند تمرینات (یوگا و مراقبه) کنترل توجه و تمرکز، کسب مهارت‌های مقابله‌ای صحیح و موثر در برخورد با حوادث استرس‌زا زندگی، تغییر در الگوهای فکری و نگرشی، آموزش آرام‌سازی پیشرفته، آموزش مدیریت زمان و مدیریت استرس و ایجاد روحیه‌ای شاد و با نشاط باعث کاهش میزان سطح هیجان‌های منفی و مثبت در معتادان شده و میزان شدت و وخامت بیماری را کاسته و احتمالاً پیامدهای نامطلوب ناشی از سوءمصرف مواد را کاهش می‌دهد. هشیار ناشی از ذهن‌آگاهی می‌تواند باعث تغییر حالات ذهنی فرد از خیال‌پردازی درباره آینده و یا نشخوار فکری به درک عینی موقعیت برای تسلط بر رفتار پرخطر گردد. ذهن‌آگاهی با تأکید بر پذیرش به جای سرکوب افکار (باون، ویتکوویتز، دیل ورن و مارلات، ۲۰۰۷). و شکستن زنجیره استرس عود در مصرف مواد (گارلند، سچوارز، کلی، وایت و هوارد، ۲۰۱۲) نرخ بهبود را افزایش می‌دهد.

با توجه به نتایج این پژوهش، مداخله شناختی-رفتاری و ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت می‌تواند به عنوان شیوه روان‌درمانی انتخابی، در کاهش رفتارهای پرخطر افراد وابسته به مواد به کار گرفته شود.

پژوهش حاضر روی افراد وابسته به مواد افیونی انجام گرفته و تعمیم یافته‌های به دست آمده به وابستگان به سایر مواد با محدودیت روبرو است. با توجه به محدودیت‌های زمان و مکان اجرای پژوهش و در دسترس نبودن آزمودنی‌ها به دلیل حادثه ناشی از زلزله اخیر در سرپل ذهاب و تخریب کامل محل برگزاری جلسات گروهی، امکان برگزاری جلسات یادآوری درمان و بررسی اثربخشی رویکردهای درمانی در مراحل پیگیری فراهم نگردید. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های

آتی اعضای نمونه متنوع تر و به تعداد بالاتر انتخاب شوند، به منظور تداوم اثر درمان، جلسات یادآوری درمان بین پس آزمون و پیگیری و همچنین ارزیابی پیگیری در فاصله‌های زمانی مختلف به عمل آید. همچنین با توجه به اینکه این پژوهش روی مردان وابسته به مواد افیونی انجام شده است برای تعمیم بهتر نتایج بهتر است پژوهش‌هایی هم روی زنان وابسته به مواد و گروه‌های دیگر انجام شود.

### سپاسگزاری

نویسنده از کلیه افرادی که در انجام این تحقیق همکاری داشتند، تقدیر و تشکر می نماید.

### تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

### منابع

- اختیاری، حامد، عدالتی، هانیه؛ بهزادی، آرین؛ صفایی، هومن؛ نوری، مهدی؛ آذرخش، مکر (۱۳۸۷). ساخت و بررسی کارایی پنج آزمون تصویری ارزیابی ولع مصرف در معتادان مواد افیونی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۴(۳)، ۳۴۹-۳۳۷. [پیوند]
- جهانگیر، امیر حسین؛ ایمانی، سعید؛ مسجیدی آرانی، عباس & مجتهدی، سید حسین. (۱۳۹۵). بررسی مقایسه ذهن‌آگاهی به شیوه گروهی با متادون درمانی بر سلامت روان معتادان مواد مخدر سنتی. سلامت اجتماعی، ۴(۱)، ۵۵-۶۶. [پیوند]
- خیاطی پور، عاطفه؛ قربان شیروندی، شهره؛ خلعتیری، جواد (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی درمان ترکیبی شناختی - رفتاری در گروه‌های اجتماع مدار و معتادان گمنام بر گرایش به مصرف مواد افیونی، مجله علمی پزشکی جندی شاپور، دوره ۶، ۶۳۳-۶۴۰. [پیوند]
- دستجردی، قاسم؛ ابراهیمی دهشیری، وجیهه؛ خلاصه زاده، گلرسته و احسانی، فاطمه (۱۳۹۰). بررسی تاثیر داروی متادون بر کاهش رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان دبیرستان های شهر تهران، فصلنامه خانواده پژوهی، ۴(۱۳)، ۸۷-۱۰۰. [پیوند]
- رحیمی موقر، آفرین؛ محمد، کاظم؛ و محمد رزاقی، عمران (۱۳۸۱). روند ۳۰ ساله وضعیت سوء مصرف مواد در ایران. مجله حکیم، دوره ۵، شماره ۳، ۱۸۱-۱۷۱. [پیوند]
- روح الله، حدادی؛ رضا، رستمی؛ عباس، رحیمی نژاد؛ اکبری زردخانه، سعید (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری کنترل تکانه بر کاهش تکانشگری، ولع مصرف و شدت اعتیاد در معتادان مصرف کننده کراک. فصلنامه سوء مصرف مواد، شماره ۱۰، ۱۷۵-۲۱۰. [پیوند]

زارعی، فرشاد؛ خاکباز، حمید؛ و کرمی، حوریه (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش مهارت خودآگاهی بر کاهش رفتارهای پرخطر ارتباط با جنس مخالف در معتادان. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، سال چهارم، شماره پانزدهم، ۶۹-۶۳. [پیوند]

ساعد، امید؛ یعقوبی، حمید؛ روشن، رسول؛ و سلطانی، مرضیه (۱۳۹۰). مقایسه باورهای فراشناختی ناکارآمد در بین افراد وابسته و افراد غیر وابسته به مواد. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۵ (۱۷)، ۷۵-۹۰. [پیوند]

سپهری نسب، زهرا؛ و سهرابی، فرامرز (۱۳۹۵). اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر سلامت روانشناختی و تکانشگری معتادان. فصلنامه روانشناسی کاربردی، سال ۱۰، شماره ۱ (۳۷)، ۱-۱۹. [پیوند]

سواری، کریم؛ شانچی، شهرزاد (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مهارت خودآگاهی هیجانی بر افزایش کنترل تکانه و کاهش استعداد گرایش به مصرف مواد. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، سال یازدهم، شماره چهل و دوم، ۲۶۹-۲۸۰. [پیوند]

صفرزاده، عطیه؛ روشن، رسول؛ و شمس، جلال‌الدین (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش مدیریت استرس و آرام سازی در کاهش عاطفه منفی و افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، ۶ (۴)، ۲۱-۳۵. [پیوند]

علیلو، جعفر؛ خرمی مارکانی، عبدالله؛ دیدارلو، علیرضا؛ متین، حبیبه؛ فروتنی، محمد رضا؛ حسین پور، جهانگیر (۱۳۹۵). تأثیر مداخله آموزشی و رفتار تعاملی بر تغییر رفتارهای پرخطر معتادان تزریقی مرکز گذری کاهش آسیب اعتیاد شهر ارومیه. مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره چهاردهم، شماره هفتم، پی در پی ۸۴، مهر ۱۳۹۵، ص ۶۲۱-۶۱۱. [پیوند]

کمرزین، حمید؛ زارع، حسین؛ بروکی میلان، حسن (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر افزایش خودکارآمدی و بهبود علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد، فصلنامه علمی و پژوهشی دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مباره با مواد مخدر ریاست جمهوری، دوره ۶، شماره ۲۲، ۷۵-۸۵. [پیوند]

کیامینی، محمدحسین؛ نیکبخت، محمد؛ امیرآبادی، بهاره؛ رضانی، عباس و نیک یار، علی (۱۳۹۳). تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر میزان نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی و رفتارهای پرخطر زندانیان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، سال هجدهم، شماره ۲ (پی در پی ۷۳)، ۵۸-۵۳. [پیوند]

محمد خانی، پروانه؛ خانی پور، حمید (۱۳۹۱). درمان‌های شناختی مبتنی بر حضور ذهن. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. [پیوند]

محمدی، شیما؛ دیاریان، محمد مسعود (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش رفتارهای سالم جنسی بر بدکارکردی جنسی زنان معتاد. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، سال دهم، شماره سی و نهم، ۲۶۲-۲۴۹. [پیوند]

معی الدینی، حمید (۱۳۹۱). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری در بهبود علائم اختلال وسواسی اجباری و ارتقاء سلامت روان مبتلایان به این اختلال، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی بیرجند. [پیوند]

مشمول حاجی آقا، صمد؛ و ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۵). مقایسه خطرپذیری و تحریف شناختی در دانش آموزان با و بدون گرایش به اعتیاد. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال دهم، شماره چهارم، ۱۱۲-۱۰۳. [پیوند]

مکری، آذرخش؛ اختیاری، حامد؛ عدالتی، هانیه؛ گنجگاهی، حبیب (۱۳۸۷). ارتباط میزان ولع مصرف با ابعاد مختلف شدت اعتیاد در معتادان تزریقی هروئین. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال چهاردهم، شماره ۳، ۳۰۶-۲۹۸. [پیوند]

مومنی، فرشته؛ مشتاق، نهاله بیدختی؛ پورشهباز، عباس (۱۳۹۲). اثربخشی گروه درمانی با رویکرد شناختی - رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال هفتم، شماره ۲۷، ۷۹-۹۲. [پیوند]

ناطق، محبوبه؛ 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 چهل و دوم، ۲۱۳-۲۲۸. [پیوند]

نجاتی، وحید (۱۳۹۲). تصمیم گیری پرخطر در موقعیت های اجتماعی: طراحی آزمون ضمنی و معرفی ویژگی های روان سنجی آن. فصلنامه روانشناسی کاربردی، ۱۷ (۱ پیاپی ۲۶): ۱۰۱-۱۱۴. [پیوند]

نجفی، محمود؛ مراد زاده خراسانی، سهیلا (۱۳۹۴). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر پرخاشگری افراد معتاد. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال نهم، شماره سی و ششم، ۹۴-۸۱. [پیوند]

نریمانی، محمد؛ رجبی، سوران؛ و دلاور، سیما (۱۳۹۲). تاثیر آموزش نوروفیدبک بر کاهش علائم بیش فعالی و نقص در دانشجویان دختر. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۱۶(۲)، ۹۱-۱۰۳. [پیوند]

نیکوگفتار، منصوره؛ عنافچه، شهلا (۱۳۹۳). مقایسه تکانشگری بین افراد مبتلا به ایدز، افراد دارای سوء مصرف مواد و هم‌تایان سالم. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۸ (۳۱)، ۳۵-۴۴. [پیوند]

Antoni, M. H., Ironson, G., Schneiderman, N. (2010). Cognitive- behavioral stress management. Alimohammad, J., Jokar, S., Neshat doost, H. T. Isfahan: Jahad daneshgahi. [Link]

Bayles, C., Blossom, P., & Apsche, J. (2014). A brief review and update of mode deactivation therapy. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 9(1), 46-48. [Link]

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. D. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press. [Link]

Bergman, M. M., & Scott, J. (2001). Young adolescents' well-being and health-risk behaviors: Gender and socioeconomic differences. Journal of Adolescence, 24, 183-197. [Link]

- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M., & Marlatt, G. A. (2007). The role of thought suppression in the relationship between mindfulness meditation and alcohol use. *Addictive behaviors*, 32(10), 2324-2328. [[Link](#)]
- Bowen, S., De Boer, D., Bergman, A. (2017). The role of mindfulness as approach-based coping in the PTSDsubstance abuse cycle. *Addictive Behaviors*, 64, 212-216. [[Link](#)].
- Des Jarlais, D. C., & Semaan, S. (2008). HIV prevention for injecting drug users: the first 25 years and counting. *Psychosomatic Medicine*, 70(5), 606-611. [[Link](#)]
- Eisenbruch, M. (2019). "His body is human, but he has a tiracchāna heart": An ethnographic study of the epigenesis of child abuse in Cambodia. *Child Abuse & Neglect*, 88, 129-143. [[Link](#)]
- Field, C. A., Caetano, R., & Nelson, S. (2004). Alcohol and violence related cognitive risk factors associated with the perpetration of intimate partner violence. *Journal of Family Violence*, 19, 249-253. [[Link](#)]
- Fisher, J., Smith, P. K., Green, P. (2008). Cyberbullying: Its nature and impact in secondary school pupils. *Journal of child psychology and psychiatry*, 49(4), 376-385. [[Link](#)]
- Garland, E.L., Hanley, A.W., Kline, A., & Cooperman, N.A. (2019). Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement reduces opioid craving among individuals with opioid use disorder and chronic pain in medication assisted treatment: Ecological momentary assessments from a stage 1 randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 201(1), 61-65. [[Link](#)]
- Garland, E. L., Schwarz, N. R., Kelly, A., Whitt, A., & Howard, M. O. (2012). Mindfulness-oriented recovery enhancement for alcohol dependence: Therapeutic mechanisms and intervention acceptability. *Journal of social work practice in the addictions*, 12(3), 242-263. [[Link](#)]
- Gollnisch, G. (1997). Multiple predictors of illicit drug use in methadone maintenance clients. *Addiction Behaviors*, 22, 353-66. [[Link](#)]
- Henges, A. L., & Marczyński, C. A. (2012). Impulsivity and alcohol consumption in young social drinkers. *Addictive behaviors*, 37(2), 217-220. [[Link](#)]
- Hyman, S. E., & Malenka, R. C. (2001). Addiction and the brain: the neurobiology of compulsion and its persistence. *Nature reviews neuroscience*, 2(10), 695-703. [[Link](#)]
- Jennings, J. L., Apsche, J. A. (2014). The evolution of a fundamentally mindfulness-based treatment methodology: from DBT and Act to MDT

- and beyond. *International journal of behavioral consultation and therapy*, 9(2), 1-3. [\[Link\]](#)
- Jessor, R. (1987) Problem behavior theory: Psychological development and adolescent problem drinking. *British Journal of Addiction*, 82, 331-42. [\[Link\]](#)
- Johnson, P. B., Boles, S. M., Vaughan, R., & Kleber, H. D. (2000). The co-occurrence of smoking and binge drinking in adolescence. *Addiction Behaviors*, 25, 779-783. [\[Link\]](#)
- Mckim, R. D. (2008). Ruminantion as a mediator of the effects of mindfulness: Mindfulness-based stress reduction (MBSR) with a heterogeneous community sample experiencing anxiety, depression, and/or chronic pain (Doctoral dissertation, ProQuest Information & Learning). [\[Link\]](#)
- Petter, M., McGrath, P. J., Chambers, C. T., & Dick, B. D. (2014). The effects of mindfulness attention and state mindfulness on acute experimental pain among adolescents. *Journal of pediatric psychology*, 7(2), 320-328. [\[Link\]](#)
- Rotgers, F. (2003). Cognitive behavioral theories of substance abuse. In F. Rotgers, J. Morgenstern, & S. T. Walters (Eds.), *Treating substance abuse: Theory and technique* (2nd ed., pp. 166-189). New York: Guilford Press. [\[Link\]](#)
- Sadock B, Sadock V. (2007). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. [\[Link\]](#)
- Schellhas, L., Ostafin, B. D., Palfai, T. P., & De Jong, P. J. (2016). How to think about your drink: Action-identification mediates the relation between mindfulness and dyscontrolled drinking. *Addictive Behaviors*, 56, 51-56. [\[Link\]](#)
- Schmertz, S. K., Masuda, A., & Anderson, P. L. (2012). Cognitive processes mediate the relation between mindfulness and social anxiety within a clinical sample. *Journal of clinical psychology*, 68(3), 362-371. [\[Link\]](#)
- Smith EE, Atkinson RL, Hilgard ER. (2003). Atkinson & Hilgard's introduction to psychology. Australia; Belmont, CA: Wadworth/Thomson Learning. [\[Link\]](#)
- Song, Y. S. (2011). Depression, stress, anxiety and mindfulness in nursing students. *Korean Journal of Adult Nursing*, 23(4), 397-402. [\[Link\]](#)
- Taylor, K. W., & Kliewer, W. (2006). Violence exposure and early adolescents' alcohol use: An exploratory study of family risk and protective factors. *Journal of Child and Family Studies*, 15, 201-215. [\[Link\]](#)
- Tiffany ST. (1999). Cognitive concept of craving. *Alcohol Research & Health*; 23(3):215-24. [\[Link\]](#)

Woody EG, McLellan AT, Obrien PC, Luborsky L. (1991). Addressing psychiatric comorbidity. National institute on drug abuse. Res Monograph Series; 106: 152-66. [[Link](#)]

\*\*\*