

Research Paper



The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Drug Beliefs and Addiction Memory in Opioid Addicts Undergoing Methadone Maintenance Treatment



Sahar Zarei¹, Sheida Jabalameli^{2*}, Maryam Moghimian³, Hamidreza Nikyar³

1. PhD student, Department of Health Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
3. Associate Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.



DOI: [10.22034/JMPR.2023.57303.5683](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.57303.5683)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_17289.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:
Cognitive Behavioral Therapy, Drug Beliefs, Addiction Memory, Opioid Addicts

Received: 2023/06/28
Accepted: 2023/08/23
Available: 2024/05/13

The present study was conducted to investigate the the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on drug beliefs and addiction memory in opioid addicts undergoing methadone maintenance treatment. In terms of the objective, this research was of an applied type and in terms of the method of conducting the research, it was a semi-experimental design with a pre-test and post-test design with a control group and a 2-month follow-up period. The statistical population of this research included opiate addicts undergoing maintenance treatment with methadone in Bushehr city in the second six months of 2021. In this research, 28 drug addicts were selected using the available sampling method and randomly assigned to experimental and control groups (14 people in the experimental group and 14 people in the control group). The people in the experimental group received cognitive-behavioral therapy during 12 weeks in 12 sessions of 90 minutes. The applied questionnaire included Drug Beliefs Questionnaire (DBQ), and Addiction Memory Scale (AMS). The results showed that cognitive- behavioral therapy has significant effect on the drug beliefs ($F=32.92$; $\text{Eta}=0.56$; $P<0001$) and addiction memory ($F=27.66$; $\text{Eta}=0.51$; $P<0001$) in opioid addicts undergoing methadone maintenance treatment. Based on this, it can be concluded that cognitive-behavioral therapy with the recognition of spontaneous thoughts, logical errors, objectification of thoughts and methods of avoiding generalization and examining schemas and fundamental cognitions can lead to the acquisition of new cognitive skills and behavioral techniques in addicts. And in this way, to change the drug beliefs and addiction memory.



* Corresponding Author: Sheida Jabalameli

E-mail: jabal.ameli.sh@gmail.com



اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر باورهای مرتبط با مواد و حافظه اعتیاد در معتادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون^۱



سحر زارعی^۱، شیدا جبل عاملی^{۲*}، مریم مقیمیان^۳، حمیدرضا نیکبیار^۳

۱. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روانشناسی سلامت، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.
۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.



DOI: [10.22034/JMPR.2023.57303.5683](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.57303.5683)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_17289.html



چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

این پژوهش با هدف آزمون اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر باورهای مرتبط با مواد و حافظه اعتیاد در معتادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون صورت پذیرفت. این پژوهش به لحاظ هدف از نوع کاربردی و به لحاظ شیوه اجرای تحقیق، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل معتادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون شهر بوشهر در شش ماهه دوم سال ۱۴۰۰ بود. در این پژوهش تعداد ۲۸ فرد معتاد با روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۱۴ نفر در گروه آزمایش و ۱۴ نفر در گروه گواه). افراد حاضر در گروه آزمایش درمان شناختی-رفتاری را طی ۱۲ هفته در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه‌ی باورهای مرتبط با مواد (DBQ) و مقیاس حافظه اعتیاد (AMS) بود. نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر باورهای مرتبط با مواد ($F=32/92$; $Eta=0/56$; $P<0/001$) و حافظه اعتیاد ($F=27/66$; $Eta=0/51$; $P<0/001$) معتادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون تأثیر معنادار دارد. بر این اساس می‌توان چنین نتیجه گرفت که درمان شناختی-رفتاری با شناخت افکار خودآیند، خطاهای منطقی، عینی سازی افکار و روش‌های پرهیز از کلی‌نگری و بررسی طرح‌واره‌ها و شناخت‌های بنیادی می‌تواند منجر به کسب مهارت‌های شناختی و فنون رفتاری جدید در معتادان شده و از این طریق، باورهای مرتبط با مواد و حافظه اعتیاد آنان را دچار تغییر نماید.

درمان شناختی رفتاری،
باورهای مرتبط با مواد، حافظه
اعتیاد، معتادان مواد افیونی

دریافت شده: ۱۴۰۲/۰۴/۰۷

پذیرفته شده: ۱۴۰۲/۰۶/۰۱

منتشر شده: ۱۴۰۳/۰۲/۲۴

۱. مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد است.

* نویسنده مسئول: شیدا جبل عاملی

رایانامه: jabal.ameli.sh@gmail.com

مقدمه

که معتقد است عقاید اساسی او نسبت به مزایا و معایب مواد، اساساً تغییر نکرده است (سلیمی‌کیا و خانپور، ۱۳۹۸).

بر اساس مطالعات اعتیاد در دهه‌های اخیر، وجود حافظه اعتیاد^{۱۰} و اهمیت آن در فرایندهای اعتیادی همچون تحمل، بازگشت و نگهداری در پژوهش‌های علمی و بالینی به اثبات رسیده است (روسین^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۵). برای اولین بار ملو^{۱۲} (۱۹۷۲؛ به نقل از شباهنگ و همکاران، ۱۳۹۹) مفهوم حافظه اعتیاد را مطرح کرد. پس از بیان اولیه مفهوم حافظه اعتیاد، لاسک^{۱۳} و همکاران (۲۰۱۸) مطرح کرد که فرایندهای شرطی‌سازی نقش بسیار مهم در گسترش و نگهداری رفتارهای اعتیادی دارند. تورگروسا^{۱۴} و همکاران (۲۰۱۱) یک حافظه اعتیاد جسمانی برای سیستم اعصاب مرکزی پیشنهاد کردند که حتی پس از ترک بلندمدت، این حافظه از طریق ایجاد رفتارهای اعتیادی می‌تواند منجر به بازگشت شود. حافظه اعتیاد به عنوان حافظه بیمارگونه مرتبط با رفتارهای اعتیاد شناخته می‌شود که بر ابعاد مختلف اعتیاد تاثیرگذار است (روسین و همکاران، ۲۰۱۵). در واقع، حتی پس از ترک بلندمدت اعتیاد، حافظه اعتیاد می‌تواند از طریق مواجهه مجدد با نشانه‌های مرتبط با مواد دوباره فعال شود و پیامدهای مختلفی را در پی داشته باشد. به بیانی دیگر، حافظه اعتیاد همچون حافظه زندگی نامه‌ای به تجارب شخصی اشاره دارد و دربرگیرنده تجارب شخصی مرتبط با اعتیاد و جزئیات حسی است (چن^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۸). مطالعات مختلف صورت گرفته حاکی از اهمیت و نقش حافظه در پدیده اعتیاد هستند. بدین معنا که مصرف مواد مخدر می‌تواند با سیستم‌های حافظه مغز در تعامل باشد. در واقع تحقیقات تصویربرداری عصبی نشان می‌دهند که ارائه نشانه‌های مرتبط با مواد همچون ارائه خود مواد، قسمت‌های مشخصی از مغز را فعال می‌کنند که حاکی از وجود شرطی‌سازی بین نشانه‌های مواد و خود مواد است (لاسک و همکاران، ۲۰۱۸).

درمان‌های دارویی مختلفی نیز برای افراد مبتلا به اعتیاد مورد استفاده قرار گرفته است. از میان درمان‌های دارویی، متادون^{۱۶} یک درمان بسیار پرکاربرد است (سلیمانی و همکاران، ۱۳۹۹). متادون یک ماده افیونی مصنوعی و یک آگونیست است که پس از مصرف، باعث ایجاد سرخوشی، بیدردی و سایر اثرات شبه افیونی می‌شود (داراند^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۱). مرور مطالعات گذشته نشان می‌دهد که اثربخشی درمان نگهدارنده دارویی بدون مداخلات روانی اجتماعی، به علت اطاعت دارویی پایین و میزان بالای ریزش، ضعیف هستند (سلیمی‌کیا و خان پور، ۱۳۹۷). اما در این بین طیف کاملی از روش‌های روان‌درمانی فردی، درمان شناختی- رفتاری، روان‌درمانی خانوادگی، گروه‌های حمایتی (مثل معتادان گمنام) و آموزش مهارت‌های اجتماعی برای درمان اختلالات وابسته به مواد افیونی در موارد خاص مناسب

یکی از مشکلات جوامع در عصر حاضر اعتیاد^۱ است که بروز آن کبان خانواده و جامعه را مورد هجوم جدی قرار داده است. وابستگی به مواد در اکثر جوامع یک مشکل سلامت عمومی محسوب می‌شود. این مشکل یک اختلال چند عاملی است که اغلب سیری مزمن، عودکننده و فروکش کننده دارد (رایساتو و کانتادور^۲، ۲۰۱۹). در کشور ما اختلالات سوء مصرف مواد^۳، پس از سوانح و حوادث، بیماری‌های قلبی و عروقی و افسردگی در رده چهارم طبقه‌بندی بار بیماری‌ها قرار دارد. وابستگی به مواد موجب مرگ و میر، انتقال ویروس نقص ایمنی انسانی^۴، هیپاتیت سی^۵، هزینه‌های گزاف مراقبت سلامت، هزینه‌های قضایی و انتظامی و عوارض کمتر مورد توجه واقع شده‌ای مثل از هم گسیختگی خانواده و از دست رفتن توانایی مولد بودن می‌شود. این شرایط باعث ایجاد هزینه‌های سرسام‌آور اقتصادی و هدر رفتن غیرقابل قبول منابع انسانی و مالی می‌شود (سعادتخواه و همکاران، ۱۴۰۰). وابستگی به مواد در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی با عنوان اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد معرفی شده است (انجمن روان پزشکی آمریکا^۶، ۲۰۲۰)، و یکی از مهمترین مشکلات زندگی بشر به حساب می‌آید و به عنوان دومین اختلال شایع روانی از آن یاد می‌شود (اندرادی^۷ و همکاران، ۲۰۲۰). به نظر می‌رسد که فرایندهای اعتیاد تحت تاثیر باورها و نگرش‌های فرد قرار دارند (بهرامی و روشن، ۱۳۹۷). باورهای مرتبط با مواد^۸، به انتظارات فرد از مصرف مواد اطلاق می‌شود. این باورها در مدل یادگیری اجتماعی به عنوان یک اثر مهم در مورد این که فرد چه موقع و چرا مواد مصرف می‌کند، در نظر گرفته می‌شوند. باورهای مرتبط با مواد افکاری هستند که از انتظارات مستقیم و غیرمستقیم مصرف یک ماده به وجود می‌آیند و به طور کلی به دو دسته مثبت و منفی تقسیم می‌شوند (باقری و ناعمی، ۱۳۹۷). در واقع، انتظارات از مصرف مواد به عنوان عقاید فرد در مورد اثرات کوتاه مدت یک ماده اطلاق می‌شود که با اثرات بلند مدت آن ماده متفاوت است. از دیدگاه یادگیری اجتماعی، انتظارات مثبت از مصرف مواد سبب ادامه‌ی مصرف و بازگشت به مصرف می‌شود، درحالی که انتظارات منفی از مصرف مواد جلوگیری می‌کنند (دویل^۹، ۲۰۲۰). در همین چارچوب، اکثر بیماران سوء مصرف کننده مواد دارای مجموعه‌ای از باورها و نگرش‌های مثبت نسبت به مواد هستند که وقتی تصمیم به توقف مصرف می‌گیرند، فعال می‌شوند. در این هنگام چون فرد تصور می‌کند قادر به کنترل تمایلات خود نیست، احتمال کمی وجود دارد که برای کنترل آن تلاش کند. این فرایند خود به عنوان یک مانع عمده در ترک مصرف مواد مطرح بوده و از دلایلی است که سبب می‌شود فرد سوء مصرف کننده‌ی مواد همچنان تمایل قوی به مصرف مواد داشته باشد. چرا

10. Addiction memory
11. Rosen
12. Mello
13. Lasek
14. Torregrossa
15. Chen
16. methadone
17. Durand

1. addiction
2. Ruisoto, Contador
3. Substance Abuse
4. Human immunodeficiency virus
5. Hepatitis C
6. American Psychiatric Association
7. Andrade
8. drug beliefs
9. Doyle

کرده و کلیه رفتارهای فردی و اجتماعی او را تحت الشعاع قرار می‌دهد. مصرف مواد و اعتیاد از غم‌انگیزترین معضلات جوامع امروزی می‌باشد. سوء مصرف یکی از مهمترین مسایلی است اقبال جامعه، به ویژه نسل جوان را مورد تهدید قرار می‌دهد. آثار و عواقب سوء مصرف مواد در سطوح فردی و اجتماعی قابل مشاهده است. کاهش انگیزه، اختلالات تفکر و شناخت، اختلالات خلقی و بالا رفتن احتمال آسیب‌های بدنی و حتی مرگ نمونه‌هایی از آثار فردی مصرف مواد است. مواد افیونی نقش عمده‌ای در ابتلا به بسیاری از بیماری‌ها مانند ایدز، هپاتیت، و اختلالات عروق کرونری قلب دارد (هسیه^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۹). در ایران و کشورهای در حال توسعه، شاهد نرخ بالای مصرف مواد مخدر هستیم. آسیب‌های مختلف فردی و اجتماعی اعتیاد و روند رو به رشد آن در کشور سبب می‌شود تا ضرورت انجام چنین پژوهش‌های برجسته شود. علاوه بر این افراد معتاد در مدیریت احساسات، افکار و رفتارهای خود دچار مشکل هستند. آن‌ها نمی‌توانند به احساسات، افکار و رفتار خود اعتماد کنند، چون تکانه‌ها و قضاوت ضعیف آن‌ها همیشه منجر به پیامدهای منفی می‌شود. بنابراین، پرداختن به عوامل مرتبط روان‌شناختی مرتبط با اعتیاد و مطرح کردن نظریه‌ها و رویکردهای درمانی مربوط به اعتیاد ضرورت دارد. علاوه بر این درمان شناختی-رفتاری با توجه به مبانی نظری خود، توانمندی ایجاد تغییرات شناختی، رفتاری و نگرشی را دارا بوده و به نظر می‌رسد می‌تواند بر پردازش‌های شناختی و باورهای افراد معتاد تاثیرگذار باشد. بنابراین مساله اصلی پژوهش حاضر آزمون اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر باورهای مرتبط با مواد و حافظه اعتیاد در معتادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون بود.

روش

این پژوهش به لحاظ هدف از نوع کاربردی و به لحاظ شیوه اجرای تحقیق، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل معتادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون مراکز عبرت، طلوع، روزنه و شفا شهر بوشهر در شش ماهه دوم سال ۱۴۰۰ بود. در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین صورت که از بین مراکز ترک اعتیاد شهر بوشهر چهار مرکز درمان ترک اعتیاد عبرت، طلوع، روزنه و شفا انتخاب شد. دلیل انتخاب این مراکز همکاری مسئولین آن در اجرای پژوهش حاضر بود. با مراجعه به چهار مرکز درمان ترک اعتیاد عبرت، طلوع، روزنه و شفا، معتادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون حاضر در این مراکز مورد شناسایی و از آنان جهت شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد. در این بررسی، گزینش نمونه این پژوهش به این طریق بود که به معتادین واجد شرایط در مراکز، اطلاعات

است (رستمی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۹). از میان رویکردهای روان‌شناختی، درمان شناختی-رفتاری^۱ یک برنامه آموزش روانی-رفتاری مناسب برای این گروه از افراد است. فعالیت اصلی درمان شناختی-رفتاری یادگیری مهارت‌های جدید و به کارگیری این مهارت‌ها در جلسات درمان و در منزل به صورت تکلیف خانگی و در شرایط زندگی واقعی است. فنون شناختی، باورهای مرتبط با مواد و افکار خودآیندی را که در کشش‌ها و هوس‌ها نقش دارند، مورد توجه قرار می‌دهند. فنون رفتاری بر اعمال و رفتاری تمرکز دارند که از نظر علی با فرایندهای شناختی در تعامل هستند (کرول و کیلوک، ۲۰۱۷). در درمان شناختی-رفتاری، درمانگر به درمان جو کمک می‌کند تا از تجارب خودش برای ارزیابی درستی یا نادرستی باورها و عقایدش استفاده کند (پونسفورد^۲ و همکاران، ۲۰۱۶). این رویکرد با توجه به تعامل بین افکار و رفتار و با تاکید بر مهارت‌های سازگاری، حل مسئله و تغییر رفتارهای مسئله‌ساز، تلاش می‌کند تا فرد بتواند در وضعیت‌های پرخطر خود را سازگار کرده و از راهکارهای مقابله‌ای ناسازگار نظیر مصرف مواد پرهیز نماید و آسیب‌های ناشی از آن را به حداقل رساند (کارپینتر^۳ و همکاران، ۲۰۱۸). نتایج پژوهش‌های پیشین کارآیی درمان شناختی-رفتاری را مورد تایید قرار داده است. چنانکه نتایج پژوهش رحیمی و همکاران (۱۳۹۷)؛ اکبری (۱۳۹۸)؛ رستمی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۹)؛ محبت بهار و همکاران (۱۴۰۰)؛ نقی‌زاده و همکاران (۱۴۰۰)؛ کریمی افشار و همکاران (۱۴۰۰)؛ اکبری و همکاران (۱۴۰۰)؛ مبشر و همکاران (۱۴۰۰)؛ کاشانی لطف‌آبادی و همکاران (۱۴۰۰)؛ کیانیان موسوی و همکاران (۱۴۰۱)؛ پروتا و پری^۴ (۲۰۲۲)؛ نست^۵ و همکاران (۲۰۲۱)؛ ادموندز^۶ و همکاران (۲۰۲۰)؛ آسارنوو و مانبر^۷ (۲۰۱۹)؛ آنتل^۸ و همکاران (۲۰۱۹)؛ آور^۹ و همکاران (۲۰۱۷) و پاورز^{۱۰} و همکاران (۲۰۱۷) نشان از آن داشت که درمان شناختی رفتاری می‌تواند منجر به کاهش علائم آسیب‌زای روان‌شناختی و هیجانی در افراد شود. علاوه بر این تریگو^{۱۱} و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند با تقویت رفتارهای مثبت در افراد مبتلا به وابستگی به مواد در این افراد به طور مثبت و معنادار تاثیرگذار باشد. همچنین کارول و کیلوک^{۱۲} (۲۰۱۷) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی-رفتاری یکی از موثرترین درمان‌ها در اختلال مصرف الکل و مواد مخدر است و اتصال مجدد برنامه‌های بالینی درمان شناختی-رفتاری به تحولات اخیر در علوم شناختی و علوم اعصاب نوید خوبی برای تسریع درک مکانیسم‌های عمل است. علاوه بر این وونگ و همکاران (۲۰۲۰) گزارش کردند که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند منجر به تغییرد باورهای افراد نسبت به مصرف مواد مخدر گردد.

در ضرورت انجام این پژوهش باید گفت اعتیاد ابتلای اسارت‌آمیز فرد به مواد مخدر است، به گونه‌ای که او را از نظر جسمی و روانی به خود وابسته

8. Antle
9. Oar
10. Powers
11. Trigo
12. Carroll, Kiluk
13. Hsieh

1. cognitive behavioral therapy
2. Ponsford
3. Carpenter
4. Perrotta, Perri
5. Nessel
6. Edmonds
7. Asarnow, Manber

ضریب آلفای کرونباخ $0/86$ گزارش کرد. همچنین این پژوهشگر در حوزه روایی نیز با بررسی روایی محتوایی پرسشنامه، میزان آن را مطلوب و به مقدار $0/88$ گزارش کرده است. میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/83$ محاسبه شد.

مقیاس حافظه اعتیاد (AMS):^۳ چن^۴ و همکاران (۲۰۱۸) به منظور بررسی حافظه اعتیاد مصرف کنندگان مواد، مقیاس حافظه اعتیاد را طراحی کردند. این مقیاس از ۹ گویه تشکیل شده که دو عامل روشنی دیداری (مثل: می‌توانم تصاویر مربوط به مصرف مواد را با جزئیات به خاطر آورم) و عامل شدت حسی دیگر (مثل: زمانی که مواد یا نشانه‌های مرتبط با مواد ارائه شود، احساس و تمایل مصرف مواد به ذهنم می‌آید) را در بردارد. پاسخ‌دهی و نمره گذاری در طیف لیکرت ۵ درجه ای (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) صورت می‌گیرد. دامنه نمرات در این مقیاس از ۹ تا ۴۵ است که نمرات بیشتر بیانگر حافظه اعتیاد بیشتر است. چن و همکاران (۲۰۱۸) مشخصه‌های آماری مناسب مقیاس را گزارش می‌دهند. به منظور بررسی روایی همزمان از مقیاس استفاده و سواسی اجباری مواد، مقیاس آنالوگ دیداری و سنجش مدت زمان استفاده از مواد استفاده شد که نتایج حاکی از روایی همزمان از مقیاس مناسب مقیاس بود. نتایج آزمون t نشان داد که افراد با ولع مصرف زیاد از حافظه اعتیاد بیشتری برخوردار هستند که حاکی از روایی افتراقی مقیاس بود. برطبق نتایج، مقیاس حافظه اعتیاد $(\alpha=0/89)$ ، عامل روشنی دیداری $(\alpha=0/88)$ و عامل شدت حسی دیگر $(\alpha=0/72)$ از همسانی درونی مناسبی برخوردار هستند. اعتبار بازمیابی کل مقیاس $(r=0/80)$ ، عامل روشنی دیداری $(r=0/75)$ و عامل شدت حسی دیگر $(r=0/72)$ نیز مناسب به دست آمد. هم راستا با مطالعه چن و همکاران (۲۰۱۸)، نتایج تحلیل عاملی با چرخش واریماکس پژوهش حاضر حاکی از یک ساختار دو عاملی است. همسانی درونی با استفاده از آلفا کرونباخ برای کل مقیاس، عامل روشنی دیداری و عامل شدت حسی دیگر به ترتیب $0/90$ ، $0/87$ و $0/83$ به دست آمد. همبستگی بین گویه‌ها، عوامل و کل مقیاس حافظه اعتیاد مناسب حاصل گردید. شباهنگ و همکاران (۱۳۹۹) پایایی پرسشنامه حافظه اعتیاد را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/76$ گزارش کردند. همچنین این پژوهشگران در حوزه روایی نیز با بررسی روایی محتوایی پرسشنامه، میزان آن را مطلوب و به مقدار $0/85$ گزارش کرده‌اند. میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/80$ محاسبه شد.

روند اجرای پژوهش

پس از جلب نظر مسئولان مراکز درمان ترک اعتیاد عبرت، طلوع، روزنه و شفا شهر بوشهر و انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، معنادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون انتخاب شده (۴۰ نفر) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه گواه). معنادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون حاضر در گروه آزمایش مداخلات درمان شناختی- رفتاری (۱۲)

مختصری راجع به طرح پژوهشی، اهداف آن و شیوه اجرای درمان داده شد. در نهایت ۴۰ فرد واجد شرایط و داوطلب حضور در پژوهش، به عنوان گروه نمونه انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه جایگزین شدند (۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه گواه). سپس معنادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون حاضر در گروه آزمایش مداخلات مربوط به درمان شناختی- رفتاری را دریافت کردند. این در حالی بود که معنادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون حاضر در گروه گواه از دریافت این مداخلات در طی انجام پژوهش بی‌بهره بودند. پس از شروع فرایند مداخله تعداد ۶ نفر در گروه آزمایش و تعداد ۶ نفر در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. بر این اساس تعداد نهایی نمونه حاضر در پژوهش ۲۸ نفر بود (۱۴ نفر در گروه آزمایش و ۱۴ نفر در گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص اعتیاد به مواد افیونی توسط پزشک متخصص مرکز، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی طی سه ماه گذشته، فقدان سابقه روان درمانی و عدم مصرف داروهای روانپزشکی (بر اساس بررسی پرونده پزشکی)، نداشتن بیماری‌های جسمی خاص و مزمن (بر اساس بررسی پرونده پزشکی)، برخوردار بودن از حداقل سواد سیکل و داشتن دامنه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال بود. همچنین ملاک‌های خروج پژوهش بروز اختلال روانی و بیماری‌های جسمی خاص و مزمن، غیبت بیش از دو جلسه، حضور نامنظم در جلسات درمان و عدم همکاری با پژوهشگر بود. یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک نشان داد که میانگین سن افراد در گروه آزمایش $36/25$ و در گروه گواه $38/21$ سال بود. همچنین سطح تحصیلات دیپلم در هر دو گروه آزمایش (۶ نفر معادل ۴۰ درصد) و گواه (۵ نفر معادل $35/71$ درصد) دارای بیشترین فراوانی بود. علاوه بر این تمام افراد حاضر در پژوهش مرد بودند.

ابزار سنجش

پرسشنامه‌ی باورهای مرتبط با مواد (DBQ):^۱ پرسشنامه‌ی باورهای مرتبط با مصرف مواد یک پرسشنامه خودسنجی است که توسط بک و رایت^۲ (۱۹۹۳) ساخته شده و باورهای مرتبط با مواد را می‌سنجد و دارای ۲۰ ماده است که هر کدام در مقیاس لیکرت هفت‌تایی (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) درجه بندی شده است. ۲۰ ماده‌ی این پرسشنامه، شامل عبارت‌هایی باورهای مثبت نسبت به مصرف مواد (سوال ۱ تا ۱۰) و باورهای منفی نسبت به مصرف مواد (سوالات ۱۱ تا ۲۰) است. عبارت‌های مثبت، شامل آن مواردی است که اثرات مواد بر افزایش خلق دارد و نتایج مثبت مواد را نشان می‌دهد. عبارت‌های منفی آن ماده‌هایی است که به اثرات منفی مواد و این که این اثرات قابل اغماض هست یا نه، اشاره دارد. در نهایت، فرد درجه‌ی موافقت یا مخالفت خود را با این عبارت نشان می‌دهد. حداقل نمره در هر یک از دو قسمت باورهای مثبت و منفی ۱۰ تا ۷۰ است. بر این اساس دامنه نمره کلی پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۴۰ است. بک و رایت (۱۹۹۳) میزان روایی سازه این پرسشنامه را مطلوب و به میزان $0/86$ گزارش کردند. همچنین آنان میزان پایایی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/89$ برآورد نمودند. صادقی (۱۳۸۸) پایایی پرسشنامه‌ی باورهای مرتبط با مواد را با استفاده از

3. Addiction Memory Scale

4. Chen

1. Drug Beliefs Questionnaire

2. Beck, Wright

شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به معتادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون حاضر در دو گروه آزمایش و گواه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی مانده و نیازی به درج نام نیست. این در حالی است که تمام فرایند اجرایی مداخله نیز به شکل رایگان برای آنها ارائه داده شد. لازم به ذکر است که مداخلات پژوهش، توسط پژوهشگر و یک متخصص ارائه داده شد. پروتکل درمان شناختی - رفتاری برگرفته از پروتکل هاوتون^۱ و همکاران (۱۹۸۹) است که توسط قاسم‌زاده (۱۳۸۸) ترجمه شده است.

جلسه ۷۵ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه) را در طی ۱۲ هفته دریافت نمودند. این در حالی است که معتادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون حاضر در گروه گواه هیچگونه مداخله روان شناختی را در طول پژوهش دریافت نکردند. پس از شروع فرایند مداخله تعداد ۶ نفر در گروه آزمایش و تعداد ۶ نفر در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. بر این اساس تعداد نهایی نمونه حاضر در پژوهش ۲۸ نفر بود (۱۴ نفر در گروه آزمایش و ۱۴ نفر در گروه گواه). جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت معتادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به معتادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون حاضر در گروه گواه اطمینان داده

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری

جلسات	تکنیک	هدف
اول	تکمیل آزمون‌های مورد نیاز (پیش‌آزمون) برقراری ارتباط، معارفه اعضاء گروه، معرفی ساختار گروه، انتظارات گروه، قوانین گروه و حقوق اعضای گروه، بارش فکری قوانین، تکلیف خانگی: مشخص کردن اهداف خود از شرکت در طرح پژوهشی توسط درمانجویان.	۱- بررسی و بحث فرآیندهای فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری هیجان و تعامل آن‌ها. ۲- بررسی و بحث درباره تمام یا اغلب واکنش‌های هیجانی که دارای مؤلفه‌های شناختی هستند.
دوم	مرور تکلیف خانگی جلسه قبل، تعریف افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد، طبقه‌بندی باورها، اضطراب و خشم مرضی. تکلیف خانگی: شناسایی آثار وسواس در زندگی فردی، اجتماعی و خانوادگی.	- شناخت جنبه‌های شناختی افسردگی. - شناخت افکار خودآیند و چگونگی دستیابی به آن‌ها. - شناخت خطاهای منطقی ^۲ و امکان بازشناسی آن‌ها در افکار.
سوم	مرور تکلیف خانگی جلسه قبل، بررسی افکار خودآیند مرتبط با گروه‌درمانی، مقاومت در برابر درمان، تشخیص مقاومت‌های بالقوه و راهبردهایی برای جلوگیری از آن. آشناسازی به فرمول، ^۳ (C)، ^۴ (B)، ^۵ (A). تکلیف خانگی: یادداشت روزانه رویدادها، افکار و احساسات متعاقب آنها و شناسایی تحریف‌های شناختی.	۱- آشنایی با پیامدهای رفتاری افکار و باورها. ۲- بررسی طرح‌واره‌ها و شناخت‌های بنیادی.
چهارم	مرور و بررسی تکلیف خانگی، آشنایی با روش پیکان رو به پایین، تمرین پیکان رو به پایین، تکلیف خانگی: شناسایی و به چالش کشیدن چند نمونه از تحریف‌های شناختی که باعث تشریفات وسواسی می‌شود و بررسی تاثیر آن در زندگی فردی و خانوادگی.	۱- روش‌های دستیابی به طرح‌واره‌ها. ۲- تشخیص طرح‌واره مثبت و منفی
پنجم	مرور و بررسی تکلیف خانگی، تمرین پیکان رو به پایین، تکلیف خانگی: شناسایی و به چالش کشیدن چند نمونه از تحریف‌های شناختی که باعث تشریفات وسواسی می‌شود و بررسی تاثیر آن در زندگی فردی و خانوادگی.	تمرین و وارثی هیجان‌ات و احساسات و بررسی آن‌ها در شرایط زندان
ششم	مرور و بررسی تکلیف خانگی، القاء فکر- تمرین القاء فکر. تکلیف خانگی: انجام تمرینات مواجهه و یادداشت آثار آن بر علائم وسواس و زندگی فردی و خانوادگی.	۱- القای فکر مثبت و منفی و بررسی آثار آن‌ها. ۲- عینی سازی افکار و روش‌های پرهیز از کلی‌نگری.
هفتم	مرور تکلیف خانگی جلسه قبل، طبقه‌بندی باورها، تهیه فهرست اصلی باورها، تمرین در خصوص تهیه فهرست اصلی باورها، تکلیف خانگی: انجام تمرینات مواجهه و یادداشت آثار آن بر علائم وسواس و زندگی فردی و خانوادگی.	بررسی میزان کارایی و اثربخشی باورها در زندگی.
هشتم	مرور تکلیف خانگی جلسه قبل، نقشه‌های شناختی و تمرین در این خصوص، تهیه درجه‌بندی واحدهای ناراحتی ذهنی، تکلیف خانگی: انجام تمرینات مواجهه و یادداشت آثار آن بر علائم وسواس و زندگی فردی و خانوادگی.	بررسی مشکلات و روابط بین فردی همبندان و راهکارهای حل مسئله

4. belief of thought
5. activating event

1. Hawton
2. Logical error
3. emotional consequence

روش‌های گذراندن اوقات زندان و بررسی بهترین راهکارها	مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، تمرین برای تغییر باورها و اینکه باورها می‌توانند تغییر کنند. تکلیف خانگی: انجام تمرینات مواجهه و یادداشت آثار آن بر علائم و سواس و زندگی فردی و خانوادگی.	نهم
بررسی راه‌های تقویت رفتارهای مثبت خود و خود پاداش دهی.	مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، تحلیل منطقی و تمرین تحلیل منطقی، ارائه تکلیف خانگی جلسه بعد	دهم
۱- روش‌های خود نظارتی، ایجاد سیستم رفتاری. ۲- شرکت‌کنندگان برای خودشان یک برنامه کاربردی بسازند که آن‌ها را به ادامه تمرین تکنیک‌ها و رویکردی که در طول برنامه یاد گرفته‌اند، تشویق کند.	مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، ساخت سلسله مراتب و به وجود آوردن حداقل یک سلسله مراتب، خود پاداش دهی و تکنیک‌های نگهداری، تکلیف خانگی: شناسایی و به چالش کشیدن چند نمونه از تحریف‌های شناختی که باعث تشریفات و سواسی می‌شود و بررسی تاثیر آن در زندگی فردی و خانوادگی.	یازدهم
بررسی و مرور تکالیف خانگی، اختتام و بررسی اکتسابات جلسات قبل و میزان رضایت از جلسات.	مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، مروری بر برنامه‌ها، مراسم اختتامیه و اجرای پس‌آزمون	دوازدهم

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش (باورهای مرتبط با مواد و حافظه اعتیاد) در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

آمار توصیفی و استنباطی دو روشی بودند که در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. در سطح توصیفی از انحراف معیار و میانگین و در قسمت استنباطی از آزمون شاپیرو ویلک برای آزمون نرمال بودن فرآیند توزیع داده‌ها، از آزمون لوین برای آزمون همگنی واریانس‌ها و از آزمون موجلی برای آزمون کرویت بودن داده‌ها استفاده شد. همچنین برای آزمون فرضیه پژوهش از تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماري SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد باورهای مرتبط با مواد و حافظه اعتیاد در دو گروه آزمایش و گواه

گروه‌ها	مرحله پیش‌آزمون		مرحله پس‌آزمون		مرحله پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
باورهای مرتبط با مواد	۹۶/۴۲	۷/۲۲	۸۶/۲۱	۱۱/۸۳	۸۸	۱۰/۹۸
	۹۸/۲۸	۹/۰۵	۹۹/۲۱	۹/۰۷	۹۹/۲۱	۹/۰۲
حافظه اعتیاد	۳۲/۲۸	۵/۴۵	۲۷/۴۲	۷/۵۳	۲۷/۹۲	۷/۰۱
	۳۳/۷۸	۴/۸۳	۳۴/۲۸	۵/۱۲	۳۳/۹۲	۴/۹۲

نتایج جدول توصیفی حاکی از آن است که میزان باورهای مرتبط با مواد و حافظه اعتیاد افراد که در گروه آزمایش حضور داشتند، نسبت به گروه گواه بهبود یافته است که در ادامه، معناداری آن با استفاده از آمار استنباطی مورد بررسی قرار می‌گیرد. در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک، نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها در متغیرهای باورهای مرتبط با مواد و حافظه اعتیاد برقرار است ($p > 0/05$). همچنین نتایج آزمون لوین نیز نشان داد که آزمون پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرهای باورهای مرتبط با مواد و حافظه اعتیاد رعایت شده است ($p > 0/05$). این در حالی بود که نتایج آزمون موجلی نیز بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در باورهای مرتبط با مواد و حافظه اعتیاد رعایت شده است ($p > 0/05$).

جدول ۳: تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی برای متغیرهای باورهای مرتبط با مواد و حافظه اعتیاد

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
باورهای مرتبط با مواد	زمان	۲	۱۶۹/۹۴	۲۲/۳۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶	۱
	عضویت گروهی	۱	۱۵۸۶/۰۱	۲۵/۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱
	تعامل زمان و گروه	۲	۲۵۰/۷۲	۳۲/۹۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۱
خطا	۳۹۶	۵۲	۷/۶۱				
حافظه اعتیاد	زمان	۲	۴۲/۸۹	۲۰/۴۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۱
	عضویت گروهی	۱	۴۸۰/۹۶	۲۷/۳۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹	۱
	تعامل زمان و گروه	۲	۵۷/۹۶	۲۷/۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱	۱
خطا	۱۰۸/۹۵	۵۲	۲/۰۹				

نتایج آزمون واریانس آمیخته در جدول ۳ نشان می‌دهد عامل عضویت گروهی (درمان شناختی-رفتاری) یا نوع درمان دریافتی بر باورهای مرتبط با مواد و حافظه اعتیاد معتادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون تاثیر معنادار داشته و به ترتیب ۴۸ و ۴۹ درصد از تفاوت در نمرات باورهای مرتبط با مواد و حافظه اعتیاد معتادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون را تبیین می‌کند. از طرفی نتایج نشان داد که نوع درمان دریافتی (درمان شناختی-رفتاری) در مراحل مختلف ارزیابی هم بر باورهای مرتبط با مواد و

حافظه اعتیاد معتادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون تاثیر معنادار داشته و به ترتیب ۵۶ و ۵۱ درصد از تفاوت در نمرات باورهای مرتبط با مواد و حافظه اعتیاد معتادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون را تبیین می‌کند. حال در ادامه در جدول ۴ مقایسه زوجی میانگین نمرات باورهای مرتبط با مواد و حافظه اعتیاد آزمودنی‌ها بر حسب مرحله ارزیابی با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرنی ارائه می‌شود.

جدول ۴: مقایسه زوجی میانگین نمرات باورهای مرتبط با مواد و حافظه اعتیاد آزمودنی‌ها بر حسب مرحله ارزیابی

متغیر	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
باورهای مرتبط با مواد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴/۶۴	۰/۹۰	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۳/۷۵	۰/۷۸	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۴/۶۴	۰/۹۰	۰/۰۰۰۱
حافظه اعتیاد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۱۸	۰/۴۹	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۲/۱۰	۰/۴۲	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۲/۱۸	۰/۴۹	۰/۰۰۱
			-۰/۰۷	۰/۱۷	۰/۸۵

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، آزمون اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر باورهای مرتبط با مواد و حافظه اعتیاد در معتادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون بود. نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر باورهای مرتبط با مواد و حافظه اعتیاد در معتادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون تاثیر معناداری دارد. یافته اول پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر باورهای مرتبط با مواد در معتادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون با نتایج پژوهش رحیمی و همکاران (۱۳۹۷)، اکبری (۱۳۹۸)، نقی‌زاده و همکاران (۱۴۰۰)، پروتا و پری (۲۰۲۲) و آنتل و همکاران (۲۰۱۹) همسو بود. علاوه بر این تریگو و همکاران (۲۰۱۸) در

نتایج جدول ۴ نشان داد، بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای باورهای مرتبط با مواد و حافظه اعتیاد تفاوت معنادار وجود دارد. این بدان معناست که درمان شناختی-رفتاری توانسته به شکل معناداری نمرات پس‌آزمون و پیگیری باورهای مرتبط با مواد و حافظه اعتیاد را نسبت به مرحله پیش‌آزمون دچار تغییر نمایند. یافته دیگر این جدول نشان داد که بین میانگین نمرات مرحله پس‌آزمون و پیگیری باورهای مرتبط با مواد و حافظه اعتیاد تفاوت معنادار وجود ندارد. این یافته را می‌توان این چنین جمع بندی نمود که نمرات باورهای مرتبط با مواد و حافظه اعتیاد معتادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون که در مرحله پس‌آزمون دچار تغییر معنادار شده بود، توانسته این تغییر را در طول دوره پیگیری نیز حفظ نماید.

پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی - رفتاری می‌تواند با تقویت رفتارهای مثبت در افراد مبتلا به وابستگی به مواد در این افراد به طور مثبت و معنادار تاثیرگذار باشد.

در تبیین یافته اول پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر باورهای مرتبط با مواد معتادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون می‌توان بیان کرد که آگاهی افراد از تأثیرات عواطف منفی بر سلامت روان آنها، باعث می‌شود که برای کاهش عواطف منفی و نگرش‌های مخرب، و در نتیجه افزایش عواطف مثبت در خود، انگیزه پیدا کرده و تلاش کنند. همچنین همین آگاهی باعث بالا رفتن تمایل افراد برای انجام تکالیف خانگی و تمرین فنون فراگرفته در جلسات درمانی شناختی- رفتاری می‌شود که می‌تواند منجر به تغییر در باورهای اشتباه در معتادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون گردد (اکبری، ۱۳۹۸). بر طبق درمان شناختی- رفتاری تفکرات مثبت و منطقی جایگزین تفکرات منفی و غیرمنطقی و تحریفات فکری شده (پروتا و پری، ۲۰۲۲) و سعی می‌شود با آموزش شیوه صحیح به چالش کشیدن این افکار ناکارآمد و جایگزینی آن با افکار مثبت، نحوه تفکر و ادراک فرد اصلاح شود که این افکار مثبت هم می‌تواند تبیینی برای این پژوهش باشد. چنانکه درمان شناختی- رفتاری می‌تواند باورهای غلط معتادان درباره تاثیر مواد مخدر در ایجاد خلق مثبت و کاهش خلق منفی را به چالش کشیده و با افکار، شناخت و نگرش صحیح جایگزین نماید. در واقع در درمان شناختی رفتاری، با استفاده از راهبردهای مداخله شناختی نظیر ساختاربندی مجدد، در نظر گرفتن بدترین و بهترین نتیجه یک موقعیت، ارزشیابی تجارب و منطق‌های حامی شناخت، تحلیل پیکان عمودی رو به پایین، شناسایی الگوهای ارتباطی مبتنی بر موقعیت و استفاده از پرسش‌گری سقراطی و اکتشاف هدایت شده، هدف درمان قرار می‌گیرند (آنتل و همکاران، ۲۰۱۹). بر این اساس از طریق درمان شناختی- رفتاری می‌توان اسنادهای منفی و بازخوردهای منفی و تحریف شده و اهداف غیرواقع‌بینانه و رفتارهای ناکارآمد را با رفتارهای سازگارانه و اهداف واقع‌بینانه تعدیل و جایگزین نمود. در نهایت می‌توان با کاربرد فنون درمان شناختی - رفتاری به بازارزشیابی منطق تفکرات معتادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون پرداخت و آنها را اصلاح کرد و از این طریق باورهای آنان را نیز نسبت به مصرف مواد اصلاح نمود.

یافته دوم پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر حافظه اعتیاد در معتادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون با نتایج پژوهش محبت‌بهار و همکاران (۱۴۰۰)، رستمی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۹)، ادموندز و همکاران (۲۰۲۰) و نست و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. همچنین کارول و کیلوک (۲۰۱۷) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی- رفتاری یکی از موثرترین درمان‌ها در اختلال مصرف الکل و مواد مخدر است و اتصال مجدد برنامه‌های بالینی درمان شناختی- رفتاری به تحولات اخیر در علوم شناختی و علوم اعصاب نوید خوبی برای تسریع درک مکانیسم‌های عمل است. در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر حافظه اعتیاد در معتادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون باید گفت که هدف درمان شناختی رفتاری اصلاح عقاید

غیرمنطقی، باورهای ناکارآمد، تفسیرهای غلط و خطاهای شناختی، احساس کنترل بر زندگی، تسهیل خودگویی‌های سازنده و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای است (ادموندز و همکاران، ۲۰۲۰). درمان شناختی رفتاری بر این نکته تاکید می‌ورزد که فرایندهای تفکر هم به اندازه تأثیرات محیطی اهمیت دارند. بر این اساس این شیوه درمانی که تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است، با استفاده از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری سازمان یافته، به معتادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون کمک می‌کند تا الگوهای تفکر تحریف شده و شناخت‌های مخرب و ناکارآمد را تغییر دهند. این روند سبب می‌شود تا آنان تغییراتی در پردازش شناختی که منجر به شکل‌گیری حافظه اعتیاد می‌شود، پدید آورده و در نتیجه از تمرکز آنان بر خاطرات و اندوزش‌های اعتیاد نیز کاسته شود (ادموندز و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه بر این درمان شناختی رفتاری در ایجاد و افزایش توانمندی‌هایی مانند تصمیم‌گیری، ایجاد انگیزه پذیرش مسئولیت، ارتباط مثبت با دیگران، ایجاد عزت‌نفس، حل مسئله، خودنظم‌دهی، خودکفایتی و سلامت روان موثر است (نست و همکاران، ۲۰۲۱). بر این اساس درمان شناختی رفتاری با کنترل و نظم‌بخشی به عواطف و احساسات، کنترل تنیدگی روانی، برقراری ارتباط موثر و خودکنترلی سبب می‌شود معتادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون قادر شوند با بهره بردن از توانمندی ایجاد شده در راستای کنترل تنیدگی روانی و خودکنترلی، به هنگام چالش‌های زندگی فردی و اجتماعی، اعتیاد و مصرف مواد را به عنوان راه حل قلمداد نکرده و از این طریق به مرور در انباشت‌های ذهنی آنان نسبت به مواد مخدر همچون حافظه اعتیاد نیز تغییراتی به وقوع می‌پیوندد (ادموندز و همکاران، ۲۰۲۰). در تبیینی دیگر باید بیان کرد که در درمان شناختی- رفتاری فرد می‌آموزد افکار و عقاید خود را به عنوان فرضیه‌هایی در نظر گیرد که باید اعتبار آنها آزموده شود. در این روش چرخه معیوب مشکل می‌شکند و فرد تشویق می‌شود تا رابطه میان افکار منفی و احساس ناکارآمدی خود را جستجو کند. درمانگر سعی می‌کند درمانجو را به نوعی تجربه همکاری تشویق کند و در طی آن از تجارب خود، در رشته‌ای از آزمایش‌های رفتاری، به منظور ارزیابی درست یا نادرستی آن باورها سود برد (ادموندز و همکاران، ۲۰۲۰). بر این اساس درمان شناختی- رفتاری با تأکید بر مولفه‌های شناختی از جمله نگرش‌ها و افکار منفی، تمرکز ویژه‌ای بر جایگزین کردن ارزیابی‌های شناختی غیرواقع‌نگرانه با ارزیابی‌های واقع‌نگرانه‌تر دارد. این جایگزینی به واسطه افزایش بینش و آگاهی فرد در درک ارتباط میان به راه اندازه‌دهی وابسته به موقعیت و شناسایی و اصلاح باورها و توانمندسازی برای کنش‌وری مناسب، است. این فرایند سبب می‌شود که معتادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون با کسب آگاهی از فرایندهای شناختی و فراشناختی خود، مبادرت به بهبود مهارت‌های درون فردی در خود نمایند که این فرایند با ایجاد قدرت روانی، میزان حافظه اعتیاد آنان را کاهش می‌دهد.

مطالعه حاضر نیز مانند سایر مطالعات دارای محدودیت‌هایی است. محدود بودن جامعه پژوهش به معتادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون مراکز ترک اعتیاد عبرت، طلوع، روزنه و شفا شهر بوشهر اولین محدودیت این پژوهش بود. همچنین در این پژوهش شرایط روانی، هیجانی

سعادتخواه، منوچهر، نریمانی، محمد، موسی زاده، توکل، و تکلوی ورنیاب، سمیه. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ناگویی خلقی در مردان دارای اختلال اعتیاد به مواد مخدر. *مطالعات ناتوانی*، ۱۱(۱)، ۳۶-۴۷.

سلیمانی، ربابه، رنجریان، طناز، یحیی زاده، آیدا، و موسایی، مونا. (۱۳۹۹). اثر ویژگی شخصیتی تیپ D بر روی شدت اعتیاد و کیفیت زندگی در افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۹(۳)، ۵-۱۱.

شبهانگ، رضا، باقری شیخانگشسه، فرزین، و موسوی، مریم. (۱۳۹۹). مقایسه شدت حافظه اعتیاد و خودکنترلی در ترک موفق و ناموفق اعتیاد. *اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۵)، ۱۵۱-۱۶۸.

صادقی، نرگس. (۱۳۸۸). *بررسی مدل علی هیجان منفی، عقاید هسته‌ای، باورهای مرتبط با مواد، وسوسه، تنظیم هیجان و بازگشت به مصرف مواد*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران.

کاشانی لطف آبادی، مسعود، ابوذریان، سیده سارا، فنوش، مریم، محمدی، اعظم، هاشمی، بی بی مریم، سالارحاجی، اعظم. (۱۴۰۰). تاثیر گروه درمانی شناختی رفتاری مهارت های شناختی رفتاری بر علائم افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن بستری در بیمارستان حجازی مشهد. *مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا*، ۲۹(۲)، ۱۴۶-۱۵۹.

کیائیان موسوی، فرناز، مفاخری، عبدالله، و محمدزاده ابراهیمی، علی. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با درمان فعال سازی رفتاری بر درماندگی آموخته شده و تنظیم شناختی هیجان در افراد دارای نشانه های افسردگی. *فیض*، ۲۶(۲)، ۱۵۶-۱۶۵.

مبشر، زهرا، باقری، نسرین، عباسی، محمد، تنها، زهرا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان تلفیقی بر خوددلسوزی و خودتنظیمی هیجانی در بیماران قلبی. *اطلاع رسانی پزشکی نوین*، ۷(۴)، ۳۳-۴۳.

محبت بهار، سحر، بیگدلی، ایمان الله، مشهدی، علی، و کارشکی، حسین. (۱۴۰۰). اعتیاد به گوشی هوشمند در نوجوانان: تدوین پروتکل روان درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری و اثربخشی آن بر نظم جویی هیجانی و احساس تنهایی. *روان شناسی بالینی*، ۱۳(۱)، ۲۳-۳۴.

نقی زاده، عیسی، محمدی، رحیم، حسنی، جعفر، بتوئی، علی، طولابی، احسان، و مصطفی پور، وحید. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر نظم جویی شناختی هیجان و افکار اضطرابی مردان معتاد. *مطالعات ناتوانی*، ۱۱(۱)، ۳۶-۴۶.

هاوتون، کیت، سالکوسکیس، جوان، کرک، ج، کلارک، دیوید. (۱۳۸۸). *رفتار درمانی شناختی*، ترجمه حبیب الله قاسم زاده، تهران: انتشارات ارجمند.

Antle, B.F., Owen, J.J., Eells, T.D., Wells, M.J., Harris, L.M., Cappiccie, A., Wright, B., Williams, S.M., Wright, J.H. (2019). Dissemination of computer-assisted cognitive-behavior therapy for depression in primary care. *Contemporary Clinical Trials*, 78, 46-52.

Asarnow, L.D., Manber, R. (2019). Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Depression. *Sleep Medicine Clinics*, 14(2), 177-184.

Beck, A., Wright, F. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*, New York: Guildford Press.

Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A

و شناختی معتادان نیز مورد سنجش و کنترل قرار نگرفت. علاوه بر این با توجه به ویژگی های جامعه آماری، در این پژوهش از روش نمونه گیری تصادفی استفاده نشد. بنابراین پیشنهاد می شود به منظور افزایش تعمیم پذیری نتایج، در سطح طرح پیشنهادی پژوهشی، این پژوهش در دیگر شهرها، پایش شرایط روانی، هیجانی و شناختی معتادان حاضر در پژوهش و بکارگیری شیوه نمونه گیری تصادفی انجام شود. با توجه به اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر باورهای مرتبط با مواد و حافظه اعتیاد در معتادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون، در سطح عملی، پیشنهاد می شود مسئولان و برنامه ریزان سازمان بهزیستی و دیگر سازمان های مرتبط با معتادان با فعال کردن مشاوران و متخصصان روان شناسی بالینی در مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی آن سازمان و همچنین بکارگیری روان شناسان خبره حوزه اعتیاد و با بکارگیری درمان شناختی-رفتاری نسبت به کاهش باورهای مرتبط با مواد و حافظه اعتیاد در معتادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون اقدام نمایند تا بدین طریق بتوان بر نسبت به کاهش گرایش مصرف مجدد افراد معتاد مبادرت ورزید.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری نویسنده اول مقاله در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد می باشد. بدینوسیله از مسئولان مراکز درمان ترک اعتیاد عبرت، طلوع، روزنه و شفا شهر بوشهر و افراد حاضر در پژوهش در انجام پژوهش همکاری کامل داشتند تشکر و قدردانی می نمایم.

منابع

اکبری، زینب. (۱۳۹۸). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر خویشتن داری سوءمصرف کنندگان مواد مخدر مراجعه کننده به مراکز اقامتی ترک اعتیاد (کمپ های) شهر تهران. *روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۶(۲)، ۷۴-۸۵.

اکبری، مهرا، شخمگر، زهرا، ثناگو، اکرم، نصیری، آزاده، آهنگی، اکرم، خالقی، حسین، محمدپور، ملیحه، کرامی، اعظم. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر مهارت های ارتباطی و حل مسئله و سلامت روان در زوجین دارای تجربه فرازنشویی. *روان پرستاری*، ۹(۱)، ۱-۱۰. باقری، طاهره، و ناعمی، علی محمد. (۱۳۹۷). تاثیر آموزش خانواده محور بر نگرش به مواد و باورهای غیر منطقی دانش آموزان دختر دارای والد معتاد. *اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۷)، ۱۱-۲۸.

بهرامی، محمد، و روشن، مریم. (۱۳۹۷). رابطه جهت گیری مذهبی و باورهای غیرمنطقی با گرایش به سوء مصرف مواد در بین نوجوانان. *علوم اجتماعی*، ۱۱۵(۱)، ۱۶۹-۱۸۷.

رحیمی، علی، سهرابی، نادره، رضایی، آرمیدخت، و سروقد، سیروس. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری و درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد بر کاهش علائم اختلال مصرف مواد در مبتلایان مصرف کننده مواد محرک (مت آمفتامین). *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، ۱۹(۳)، ۷۸-۸۸.

رستمی نژاد، شکوفه، عارفی، مرضیه، و خادمی، علی. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر مولفه های استعداد اعتیاد دانش آموزان مقطع متوسطه. *مطالعات ناتوانی*، ۱۰(۱)، ۱۲۱-۱۳۰.

- and Depression: A Review. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 611-623.
- Rosen, L. G., Sun, N., Rushlow, W., & Laviolette, S. R. (2015). Molecular and neuronal plasticity mechanisms in the amygdala-prefrontal cortical circuit: implications for opiate addiction memory formation. *Frontiers in neuroscience*, 9, 399.
- Schrappe, O. (1978) Abhängigkeit – Symptom oder Krankheit? In: Keup W (ed) Sucht als Symptom. Thieme, Stuttgart, 29–37.
- Torregrossa, M.M., Corlett, P.R., Taylor, J.R. (2011). Aberrant learning and memory in addiction. *Neurobiology of Learning and Memory*, 96(4), 609-623.
- Trigo, J. M., Soliman, A., Quilty, L. C., Fischer, B., Rehm, J., Selby, P., & Le Foll, B. (2018). Nabiximols combined with motivational enhancement/cognitive behavioral therapy for the treatment of cannabis dependence: a pilot randomized clinical trial. *PloS one*, 13(1), e0190768.
- Wong, D.F.K., Zhuang, X.Y., Ng, T.K. (2020). Effectiveness of a culturally-attuned integrated cognitive behavioural therapy for Chinese young people with drug abuse in Hong Kong. *Children and Youth Services Review*, 113, 1049-1054.
- meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and anxiety*, 35(6), 502-514.
- Carroll, K. M., & Kiluk, B. D. (2017). Cognitive behavioral interventions for alcohol and drug use disorders: Through the stage model and back again. *Psychology of addictive behaviors*, 31(8), 847.
- Chen, J. Y., Cao, J. P., Wang, Y. C., Li, S. Q., & Wang, Z. Z. (2018). A new measure for assessing the intensity of addiction memory in illicit drug users: the addiction memory intensity scale. *Journal of clinical medicine*, 7(12), 467-472.
- Doyle, N. A. (2020). An Investigation of the Associations Between Drug-related Self-stigmatizing Beliefs, Depression, and Suicidal Ideation Among Collegiate Drug Users. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 64(1), 52-80.
- Durand, L., Boland, F., O'Driscoll, D., Bennett, K., Barry, J., Keenan, E., Fahey, T., Cousins, G. (2021). Factors associated with early and later dropout from methadone maintenance treatment in specialist addiction clinics: a six-year cohort study using proportional hazards frailty models for recurrent treatment episodes. *Drug and Alcohol Dependence*, 219, 1084-1089.
- Edmonds, M., McCall, H., Dear, B.F., Titov, N., Hadjistavropoulos, H.D.(2020). Does concurrent medication usage affect patient response to internet-delivered cognitive behaviour therapy for depression and anxiety? *Internet Interventions*, 19, 100-106.
- Hsieh, Y. P., Wei, H. S., Hwa, H. L., Shen, A. C. T., Feng, J. Y., & Huang, C. Y. (2019). The effects of peer victimization on children's Internet addiction and psychological distress: The moderating roles of emotional and social intelligence. *Journal of Child and Family Studies*, 28(9), 2487-2498.
- Lasek, A.W., Chen, H., Chen, W. (2018). Releasing Addiction Memories Trapped in Perineuronal Nets. *Trends in Genetics*, 34(3), 197-208.
- Nesset, M.B., Bjørngaard, J.H., Whittington, R., Palmstierna, T. (2021). Does cognitive behavioural therapy or mindfulness-based therapy improve mental health and emotion regulation among men who perpetrate intimate partner violence? A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 113, 1037-1041.
- Oar, E.L., Johnco, C., Ollendick, T.H.(2017). Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression in Children and Adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 661-674.
- Perrotta, D., Perri, R.L. (2022). Mini-review: When neurostimulation joins cognitive-behavioral therapy. On the need of combining evidence-based treatments for addiction disorders. *Neuroscience Letters*, 777, 1365-1369.
- Ponsford, J., Lee, N. K., Wong, D., McKay, A., Haines, K., Alway, Y., ... & O'Donnell, M. L. (2016). Efficacy of motivational interviewing and cognitive behavioral therapy for anxiety and depression symptoms following traumatic brain injury. *Psychological medicine*, 46(5), 1079.
- Powers, M.B., De Kleine, R.A., Smits, J.A.J.(2017). Core Mechanisms of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety