



Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Reducing Relapse Among Individuals with Opioid Dependence

Saeed Imani¹

1. Assistant Professor, Department of Consulting, Faculty of Education And Psychology, University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran..
E-mail: s_imani@sbu.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 11 November 2024
Received in revised form 15 January 2025
Accepted 05 February 2025
Published Online 21 November 2024

Keywords:
Cognitive-Behavioral Group Therapy,
Mindfulness-Based Cognitive Therapy,
Relapse,
Opioid Dependence

ABSTRACT

Background: Opioid relapse remains one of the major challenges in the treatment of addiction. Effective therapeutic methods can play a significant role in reducing relapse rates. This study aimed to compare the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy (CBT) and mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in reducing relapse rates among individuals with opioid dependence.

Method: A quasi-experimental design with pre-test, post-test, and control groups was employed. The statistical population included individuals with opioid dependence who attended an addiction treatment center in Sarpol-e Zahab during the first half of 2017. Among eligible volunteers, 36 participants diagnosed with opioid dependence were randomly assigned to three groups of 12 (CBT, MBCT, and control). Data were collected using the Relapse Prediction Scale. The MBCT intervention consisted of eight 2-hour sessions, while CBT was delivered in twelve 90-minute sessions.

Results: Analysis revealed significant differences between the three groups in terms of their effects on craving intensity ($\eta^2 = 0.36$, $p < 0.001$), likelihood of substance use ($\eta^2 = 0.41$, $p < 0.001$), and the linear combination of craving intensity and likelihood of use ($\eta^2 = 0.77$, $p < 0.001$). The MBCT group showed significantly lower scores in craving intensity and likelihood of substance use compared to the CBT and control groups.

Conclusion: Both CBT and MBCT are effective in reducing relapse among individuals with opioid dependence. However, MBCT demonstrated superior effectiveness, highlighting the importance of incorporating mindfulness-based interventions in addiction treatment programs.

Citation: Imani, S. (2024). Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Reducing Relapse Among Individuals with Opioid Dependence. *Journal of Clinical Psychology*, 16(63), 33-46. [10.22075/jcp.2025.35881.3045](https://doi.org/10.22075/jcp.2025.35881.3045)

Journal of Clinical Psychology, Vol. 16, No. 63, 2024

© The Author(s). DOI: [10.22075/jcp.2025.35881.3045](https://doi.org/10.22075/jcp.2025.35881.3045)



©2024 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

Extended Abstract

Introduction

Substance addiction is a complex challenge in contemporary societies, posing significant psychological, social, economic, and familial repercussions. This global issue threatens both individual health and social security. Among various drugs, opioids are of particular concern, especially in Iran. A significant challenge in addiction treatment is the high rate of relapse, observed in over 90% of cases. Relapse is often driven by psychological cravings, stress, and insufficient coping skills. Various therapeutic methods, such as Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), focus on addressing these challenges by modifying thought and behavior patterns, effectively preventing relapse. Considering the importance of psychological and coping strategies in addiction treatment, this study evaluates the effectiveness of CBT and MBCT in reducing opioid relapse and improving the quality of life for individuals with opioid dependence.

Method

This quasi-experimental study utilized a pretest-posttest control group design. The study population comprised individuals with opioid dependence attending a rehabilitation center in Sarpol-e Zahab. A purposive and convenience sampling method selected 36 participants who met the inclusion criteria. Participants were randomly assigned to three groups: the MBCT intervention group ($n = 12$), the CBT intervention group ($n = 12$), and a control group ($n = 12$). The posttest was conducted after one and a half months. Inclusion criteria included male gender, age 18–50 years, a DSM-5 diagnosis of opioid dependence, at least elementary-level education, and no physical or psychological comorbidities. Participants were required to have attended at least two sessions without absence. Exclusion criteria included

withdrawal from the study, comorbidities, and absence from more than two sessions.

The Relapse Prediction Scale (RPS) was used to measure craving intensity and relapse likelihood under specific circumstances. The intervention groups received tailored protocols: MBCT consisted of 8 two-hour sessions, while CBT comprised 12 90-minute sessions. Semi-structured interviews were conducted for data collection, and the data were analyzed using factorial ANCOVA.

Results

Pretest data confirmed homogeneity among the groups regarding relapse prediction variables through factorial ANCOVA. Statistical assumptions, including variance and covariance matrix homogeneity, were verified. However, the Box's M test indicated a violation of covariance matrix homogeneity, though ANCOVA analysis continued due to its robustness to such violations. Levene's test confirmed homogeneity of variances across groups for craving intensity and relapse likelihood subscales.

Descriptive analysis revealed significant reductions in craving intensity and relapse likelihood scores in the MBCT and CBT groups compared to the control group. Multivariate ANCOVA demonstrated significant group effects (MBCT, CBT, and control) on these subscales ($P < 0.001$), with high effect sizes for craving intensity ($\eta^2 = 0.90$) and relapse likelihood ($\eta^2 = 0.93$). Bonferroni post hoc tests showed no significant differences between MBCT and CBT groups in craving intensity, but both had significantly lower scores than the control group. For relapse likelihood, MBCT scored significantly lower than both CBT and control groups, with CBT outperforming the control group.

Model fit indices confirmed the pretest's influence on posttest outcomes and the significance of group effects, validating the alignment of the model with the data. These findings indicate that both MBCT and CBT

effectively reduced craving and relapse components, with MBCT showing superior performance in minimizing relapse likelihood.

Conclusion

This study compared the effectiveness of CBT and MBCT in reducing craving and relapse likelihood among individuals with opioid dependence. Findings confirmed that both interventions significantly reduced craving and relapse risk, with MBCT demonstrating greater efficacy. These results align with previous research highlighting MBCT's potential in addiction treatment and its emphasis on enhancing treatment durability.

CBT, as a common approach in addiction treatment, effectively prevents relapse by identifying and altering negative thought and behavior patterns. By teaching coping skills and identifying high-risk situations, CBT helps individuals manage their behavior. Conversely, MBCT adopts a comprehensive approach by emphasizing self-awareness and emotional acceptance, equipping individuals to manage cravings and reduce automatic reactions. This study highlights MBCT's ability to provide greater behavioral control during crises.

Overall, the findings suggest that MBCT can serve as a complementary or alternative approach in addiction treatment, particularly for individuals needing emotional regulation and reduced automatic responses. Future studies with more diverse samples and longer follow-up periods are recommended to enhance generalizability and evaluate the long-term effects of these interventions.

Ethical Considerations

This research was conducted in accordance with ethical guidelines, and all efforts were made to ensure ethical standards were maintained throughout the study. The research process was carried out responsibly, and no ethical concerns were identified.

Financial support: This study received no financial support.

Authors' Contributions: S. I.: Conceptualization, methodology, data management, article editing and revision, software, validation, statistical analysis, data collection, and manuscript writing.

Conflict of Interest: The author declares no conflict of interest.

Acknowledgments: The authors express their gratitude to all individuals who contributed to this research.



مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری و بهشیاری مبتنی بر شناخت بر کاهش عود در افراد وابسته به مواد افیونی

سعید ایمانی^۱

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

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه: عود مصرف مواد افیونی از چالش‌های مهم درمان وابستگی است و روش‌های مؤثر درمانی می‌توانند نقش بسزایی در کاهش آن داشته باشند. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری و گروه‌درمانی بهشیاری مبتنی بر شناخت در کاهش عود در افراد وابسته به مواد افیونی انجام شد.

روش: مطالعه به روش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل صورت گرفت. جامعه آماری شامل افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه‌کننده به مرکز ترک اعتیاد شهرستان سرپل ذهاب در نیمه اول سال ۱۳۹۶ بود. از میان داوطلبان واجد شرایط، ۳۶ نفر با تشخیص وابستگی به مواد افیونی به‌صورت تصادفی انتخاب و در سه گروه ۱۲ نفری (گروه‌درمانی شناختی-رفتاری، گروه‌درمانی بهشیاری مبتنی بر شناخت، و گروه کنترل) جایگزین شدند. داده‌ها با استفاده از مقیاس پیش‌بینی عود گردآوری شد. گروه‌درمانی بهشیاری مبتنی بر شناخت در ۸ جلسه ۲ ساعته و گروه‌درمانی شناختی-رفتاری در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ارائه شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل‌ها نشان داد بین سه گروه تفاوت معناداری از نظر تأثیر بر قدرت میل ($\eta^2 = 0/36$)، احتمال مصرف ($p < 0/001$ ، $\eta^2 = 0/41$)، و ترکیب خطی خرده‌مقیاس‌های قدرت میل و احتمال مصرف ($p < 0/001$ ، $\eta^2 = 0/77$) وجود دارد. گروه بهشیاری مبتنی بر شناخت نسبت به گروه شناختی-رفتاری و گروه کنترل نمرات پایین‌تری در قدرت میل و احتمال مصرف مواد داشت.

نتیجه‌گیری: هر دو روش گروه‌درمانی شناختی-رفتاری و بهشیاری مبتنی بر شناخت در کاهش عود مواد افیونی مؤثرند، اما روش بهشیاری مبتنی بر شناخت اثربخشی بیشتری نشان داد. این یافته‌ها بر لزوم بهره‌گیری از مداخلات مبتنی بر بهشیاری در درمان وابستگی به مواد تأکید دارد.

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۸/۲۱

بازنگری: ۱۴۰۳/۱۰/۲۶

پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۱۷

انتشار برخط: ۱۴۰۳/۰۹/۰۱

کلیدواژه‌ها:

گروه‌درمانی شناختی-رفتاری،
گروه‌درمانی بهشیاری مبتنی بر
شناخت،
عود،
وابستگی به مواد افیونی

استناد: ایمانی، سعید (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری و بهشیاری مبتنی بر شناخت بر کاهش عود در افراد وابسته به مواد افیونی. مجله روانشناسی بالینی، دوره ۱۶، شماره ۶۳، ۴۶-۳۳.

مجله روانشناسی بالینی، دوره ۱۶، شماره ۶۳، ۱۴۰۳. DOI: [10.22075/jcp.2025.35881.3045](https://doi.org/10.22075/jcp.2025.35881.3045)

© نویسندگان.



✉ نویسنده مسئول: سعید ایمانی، استادیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

رایانامه: s_imani@sbu.ac.ir؛ تلفن: ۰۹۸۹۳۵۲۸۲۸۴۲۸

مقدمه

اعتیاد به عنوان یک پدیده مهم در زمینه‌های اجتماعی، خانوادگی، فردی و قانونی، توجه بسیاری از متخصصان آموزش و پرورش، جامعه‌شناسان و روانشناسان را جلب کرده است (۱). این واقعیت نشان‌دهنده آن است که عوامل مختلف فردی، خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی، قانونی، سیاسی و سایر عوامل، تأثیرات متقابلی در بروز این معضل دارند. اعتیاد به عنوان یکی از مسائل مهم جهانی، در کنار بحران‌های اساسی دیگر همچون تهدیدات هسته‌ای، بحران محیط‌زیست و بحران فقر، بسیاری از کشورهای جهان را تحت تأثیر قرار داده است (۲-۵). طبق گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت، در سال ۲۰۱۷، حدود ۰/۹ درصد از جمعیت جهان (معادل ۷۱ میلیون نفر) دچار اختلالات مصرف مواد بودند. در ایالات متحده، حدود ۲۳ میلیون نفر به مواد مخدر یا الکل معتاد هستند که از این تعداد، ۱۵ میلیون نفر به الکل و ۴ میلیون نفر به مواد مخدر وابسته‌اند (۶).

در سال‌های اخیر، افزایش چشمگیر مسمومیت با مواد در سراسر جهان مشاهده شده است (۷). این معضل تأثیرات روانی قابل توجهی برای مبتلایان به دنبال داشته است (۸). اعتیاد، به عنوان یکی از مهم‌ترین آسیب‌های اجتماعی، تأثیر مستقیمی بر اهداف سلامت عمومی دارد (۹). این پدیده نوعی ناهنجاری روانی-اجتماعی است که از مصرف غیرطبیعی و غیرمجاز موادی همچون الکل، تریاک و مواد محرک ناشی می‌شود و باعث وابستگی روانی یا فیزیولوژیکی فرد می‌گردد (۱۰). اعتیاد یک وضعیت مزمن و پیشرونده است که با ویژگی‌هایی همچون رفتارهای اجباری، ولع غیرقابل کنترل، باورهای مرتبط با مصرف، رفتارهای جستجوی مواد و مصرف مداوم با وجود پیامدهای زیان‌بار اجتماعی، روانی، جسمی، خانوادگی و اقتصادی همراه است (۱۱). این عوامل به صورت درهم‌تنیده در پیدایش مسمومیت با مواد و سپس وابستگی به مواد نقش دارند (۱۲).

اختلالات مرتبط با اعتیاد و مصرف مواد، از نظر شیوع، دومین اختلال روان‌پزشکی پس از افسردگی اساسی به‌شمار می‌آید (۱۰). این موضوع همچنان یکی از معضلات جدی جهان امروز است. در ایران، برآوردها نشان می‌دهد که حدود ۲ میلیون نفر دچار مسمومیت ناشی از مصرف مواد هستند (۱۳). در پژوهشی که توسط رحیمی بوگر، طباطبایی و طوسی در

دانشگاه سمنان انجام شد، نتایج نشان داد که عواملی چون رضایت کمتر، کاهش وظیفه‌شناسی، روان‌رنجورخویی بالاتر، کاهش گشودگی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین و جنسیت مرد ممکن است دانشجویان دانشگاه را بیشتر به مسمومیت به مواد متمایل می‌کند (۱۴).

اعتیاد به مواد مخدر یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های جامعه معاصر است که نه تنها سلامت فردی، بلکه ساختارهای اجتماعی، اقتصادی و سیاسی جوامع را نیز تهدید می‌کند. در ایران، تخمین زده می‌شود که بین ۲ تا ۲/۵ میلیون نفر به مواد مخدر وابسته هستند و بیشترین ماده مصرفی این افراد، مواد افیونی است (۱۵). شیوع اعتیاد، به‌ویژه در میان جوانان، به یکی از مهم‌ترین معضلات اجتماعی تبدیل شده است. آمارها نشان می‌دهند که حدود ۴۴ میلیون نفر از جمعیت ایران در معرض خطر اعتیاد قرار دارند (۱۶).

یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های درمان اعتیاد، عود مصرف مواد پس از درمان اولیه است. پژوهش‌ها حاکی از آن است که بیش از ۹۰ درصد از افراد تحت درمان، طی یک سال پس از ترک، به مصرف مواد بازمی‌گردند (۱۷). عود ناشی از عوامل متعددی از جمله وسوسه مصرف، خودکارآمدی پایین، استرس و مهارت‌های مقابله‌ای ناکارآمد است (۱۸). این عوامل نشان می‌دهند که اعتیاد نه تنها یک اختلال روانی، بلکه یک وضعیت مزمن و عودکننده است که نیازمند درمان‌های مؤثر و چندجانبه است. درمان‌های متداول مانند سم‌زدایی یا مداخلات رفتاری سنتی، اغلب قادر به پیشگیری از عود نیستند. در نتیجه، روش‌های نوینی همچون درمان شناختی-رفتاری (CBT) و درمان شناختی مبتنی بر به‌یاری (MBCT) توسعه یافته‌اند که بر اصلاح الگوهای رفتاری و شناختی تأکید دارند. CBT یکی از پرکاربردترین روش‌های درمانی برای افراد وابسته به مواد است. این روش با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، سبک زندگی بدون مواد را به افراد آموزش داده و با کاهش وسوسه، احتمال عود را کاهش می‌دهد (۱۹). مطالعات نشان داده‌اند که این درمان نه تنها در پیشگیری از عود بلکه در بهبود کیفیت زندگی و کاهش اضطراب نیز مؤثر است (۲۰ و ۲۱). درمان آگاهی مبتنی بر شناخت (MBCT) با تلفیق اصول آگاهی و مداخلات شناختی طراحی شده است. این روش با تقویت آگاهی از لحظه حال، کاهش قضاوت‌های ذهنی و افزایش پذیرش، به افراد کمک می‌کند تا در موقعیت‌های پرخطر

واکنش‌های سازنده‌تری داشته باشند (۲۲ و ۲۳). تحقیقات نشان داده‌اند که MBCT می‌تواند در کاهش اضطراب، استرس و وسوسه مصرف مؤثر باشد و به پیشگیری از عود کمک کند (۲۰ و ۲۱).

یکی از امیدوارکننده‌ترین انواع روان‌درمانی‌ها برای معتادان، به‌ویژه در جلوگیری از عود و بازگشت به مواد مخدر، درمان شناختی-رفتاری است. الیوت (۲۴) بیان می‌کند که معتادان با فراگیری مهارت‌های مقابله‌ای می‌توانند بازگشت به مواد را به تأخیر انداخته و یا فرآیند بهبودی کامل را در درمان مشکلاتی غیر از اعتیاد، مانند اضطراب، چاقی و سیگار کشیدن تجربه نمایند. در نظریه‌های شناختی، فرآیندهای شناختی عامل اصلی نگهداری رفتار محسوب می‌شوند. یکی از فرض‌های اساسی درمان شناختی این است که افراد برحسب ادراکات خود از امور و رویدادها به آنها واکنش نشان می‌دهند. علاوه بر این، شناخت‌های نادرست ممکن است منجر به اختلالات هیجانی در افراد شوند. از این‌رو، هدف عمده درمان شناختی رفتاری ایجاد تغییر و اصلاح در فرآیندهای شناختی افراد است. بنابراین تغییرات مطلوب در رفتار مراجعان از طریق تغییر الگوهای فکری، باورها و نگرش‌هایشان به دست می‌آید. نتایج پژوهش رعدی (۲۵) تحت عنوان «بررسی تأثیر مشاوره گروهی به شیوه شناختی-رفتاری بر کاهش بازگشت معتادان به مواد مخدر» نشان داد که مشاوره گروهی به شیوه شناختی رفتاری در کاهش میزان بازگشت معتادان به اعتیاد (عود) مؤثر بوده است. رستمی‌نژاد و همکاران (۱۳) نیز نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری موجب کاهش خودنمایی و افکار مثبت به مواد و نمره کل استعداد اعتیاد می‌شود. بر این اساس، مداخله شناختی-رفتاری بر گرایش نوجوانان به مصرف مواد نقش پیشگیری دارد. جانسون و هوفارت (۲۶) نیز درمان شناختی-رفتاری را بر اختلالات اضطرابی معتادان مؤثر ارزیابی نموده‌اند.

برخی از پژوهشگران بر این باورند که به‌کارگیری روش بهشیاری، به دلیل سازوکارهای نهفته در آن، مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون قضاوت، رویارویی و رهاسازی، در تلفیق با فنون درمانی شناختی-رفتاری سنتی، می‌تواند با تأثیرگذاری بر این فرآیندها، ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از ترک، اثربخشی درمان را افزایش داده و به پیشگیری از عود مصرف

مواد کمک کند (مک‌ماین، ۲۰۱۵، به نقل از جنود و همکاران، ۲۷). یافته‌های قربانی، صفاری‌نیا، زارع و علی‌پور نشان می‌دهد که درمان پیشگیری از بازگشت بر پایه بهشیاری در افزایش بهزیستی اجتماعی و پیشگیری از عود در مصرف کنندگان شیشه مؤثر است (۲۸). همچنین روان‌درمانی گروهی پیشگیری از عود مبتنی بر بهشیاری در پیشگیری از عود، ولع مصرف و خودکنترلی در افراد وابسته به مواد افیونی مؤثر است (۲۹). پژوهش صداقت‌زاده، ایمانی و شکری نیز نشان می‌دهد که گروه‌درمانی شناختی-رفتاری و بهشیاری مبتنی بر شناخت از روش‌های درمانی مؤثر در کاهش ولع مصرف در معتادان افیونی است (۳۰). فرنام، برجلی، سهرابی و فلسفی‌نژاد (۳۱) در پژوهشی تحت عنوان «اثربخشی مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه بهشیاری در پیشگیری از بازگشت و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای در افراد وابسته به مواد افیونی» نشان دادند که تفاوت معناداری بین دو گروه در افزایش مهارت‌های مقابله‌ای در مرحله پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد. کارول و لوستیک (۳۲) در پژوهشی تحت عنوان «درمان پیشگیری از عود مبتنی بر بهشیاری در بیماران قلبی» نشان دادند که این درمان در کنترل وسوسه مصرف و نشانه‌های اعتیاد در این افراد مؤثر است. گرنفیلد، هاگلر، ستین و ویتکیویتز (۳۳) در پژوهشی اثربخشی پیشگیری از عود مبتنی بر بهشیاری را با نقش تعدیل‌کننده نژاد در اختلال مصرف مواد سنجیدند و نتایج نشان داد که درمان مذکور در کاهش علائم اعتیاد مؤثر بوده و بازگشت مصرف در گروه آزمایش کمتر گزارش شده است. همچنین یعقوبی، زرگر و اکبری (۳۴) در پژوهشی گزارش کردند که درمان پیشگیری از عود مبتنی بر بهشیاری به‌طور مؤثر میزان تکانشگری و فراوانی عود مصرف را در وابستگان به متامفتامین کاهش داد.

مطالعات مختلف اثربخشی این دو روش درمانی را در کاهش عود مصرف مواد تأیید کرده‌اند. به عنوان مثال، بهروزیان و همکاران (۳۵) اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی (CBT) را در کاهش لغزش مصرف مواد گزارش کرده‌اند. همچنین، طاهری‌فرد و ابوالقاسمی (۳۶) نشان دادند که آموزش بهشیاری با افزایش تحمل آشفتگی و خودتنظیمی، احتمال عود مصرف را کاهش می‌دهد. جهانگیر و همکاران (۳۷) نیز تأثیر مثبت گروه‌درمانی مبتنی بر بهشیاری بر بهبود علائم روانشناختی افراد وابسته به مواد را تأیید کرده‌اند. با

ابزار

مقیاس پیش بینی عود^۱: مقیاس پیش‌بینی بازگشت (عود) (RPS) یک مقیاس خودسنجی ۴۵ سؤالی است که توسط رایت، بک‌نومن و لیز (۲۰۰۱) ساخته شده است (۳۸). هر سؤال شامل یک موقعیت می‌شود که آزمودنی باید خود را در آن تصور کند و به دو قسمت این مقیاس پاسخ دهد این مقیاس شامل دو بخش است: شدت قدرت میل در موقعیت خاص و احتمال مصرف در آن موقعیت، همه سؤالات در مقیاسی پنج درجه ای شامل هیچ= صفر تا خیلی قوی= چهار نمره‌گذاری می‌شود؛ از این رو دامنه‌ای بین صفر تا ۱۸۰ است. هر سؤال شامل یک موقعیت خاص است که آزمودنی باید خود را در آن تصور کند. نمرات بیشتر نشان‌دهنده وسوسه بیشتر فرد پاسخ دهنده برای مصرف مواد خواهد بود و برعکس (۳۸) روایی صوری و محتوایی این آزمون در مطالعه رایت و همکاران به تأیید رسید و پایایی به روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس میزان وسوسه ۰/۷۸ و برای خرده‌مقیاس میزان میل ۰/۸۱ گزارش شد (۳۸). مهربایی، نشاط‌دوست و مولوی (۳۹) در هنجاریابی این مقیاس با اجرای آن بر روی بیماران وابسته به مواد در دوره بهبودی، روایی مناسب آن را با تحلیل عاملی تأیید کردند و آلفای کرونباخ را برای خرده‌مقیاس احتمال مصرف ۰/۹۴ و برای خرده‌مقیاس میزان نیرومندی میل ۰/۹۷ به دست آوردند. همچنین همبستگی به‌دست‌آمده بین دو خرده‌مقیاس مذکور با استفاده از روش همبستگی پیرسون معنادار بود. در پژوهش حاضر نیز پایایی آزمون با روش همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس وسوسه ۰/۹۲ و برای خرده‌مقیاس میل ۰/۹۴ محاسبه شد.

توجه به چالش‌های موجود در درمان اعتیاد و بازگشت افراد به مصرف مواد پس از درمان، این پژوهش قصد دارد به این سؤال پاسخ دهد که: چه عواملی در فرآیند درمان اعتیاد به مواد مخدر در ایران موجب عود مصرف می‌شود و چگونه مداخلات درمانی مبتنی بر شناخت‌درمانی (CBT) و بهشیاری مبتنی بر شناخت (MBCT) می‌توانند به کاهش این عود کمک کنند؟

روش

طرح پژوهش: روش این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل است.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه‌کننده به مرکز ترک اعتیاد وابسته به شبکه بهداشت و درمان شهرستان سرپل ذهاب می‌باشد. نمونه‌گیری به روش هدفمند و در دسترس انجام شد و ۳۶ نفر از افرادی که با معیارهای ورود تطابق داشتند و داوطلب دریافت خدمات درمانی بودند، انتخاب شدند. این افراد به طور تصادفی به سه گروه تقسیم شدند: گروه آزمایشی اول (بهشیاری مبتنی بر شناخت) با ۱۲ نفر، گروه آزمایشی دوم (درمان شناختی-رفتاری) با ۱۲ نفر و گروه کنترل با ۱۲ نفر. پس از گذشت یک و نیم ماه، پس‌آزمون انجام شد.

ملاک‌های ورود شامل جنسیت مرد و سن ۱۸ تا ۵۰ سال بود. افراد می‌بایست بر اساس معیارهای (DSM-5) نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی) تشخیص وابستگی به مواد افیونی می‌داشتند. همچنین، افراد باید دارای تحصیلات حداقل ابتدایی، رضایت‌مندی برای شرکت در پژوهش، و عدم ابتلا به بیماری‌ها یا ناتوانی‌های جسمانی یا روانی بودند. علاوه بر این، فرد باید از مصرف داروهای ضد روان‌پریشی خودداری می‌کرد و هیچ‌گونه اختلالات روانی شدید و یا وابستگی هم‌زمان به چندین ماده نداشت. همچنین، تنها افرادی که به صورت منظم در جلسات درمانی شرکت می‌کردند و غیبت بیش از دو جلسه نداشتند، وارد مطالعه می‌شدند. و ملاک‌های خروج: عدم رضایت از ادامه مشارکت در پژوهش، ابتلا به بیماری‌های جسمانی یا روانی که مانع از مشارکت در درمان می‌شود، غیبت بیش از دو جلسه، وابستگی به چندین ماده به طور هم‌زمان، مصرف داروهای ضد روان‌پریشی.

1. relapse prediction scale

خلاصه جلسات بهشیاری مبتنی بر شناخت (پروتکل درمانی بوئن، چاولا، و مارلات) (۴۰)

جلسه	اهداف
اول	معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر انجام شد. اهداف درمان، مدت زمان درمان، فرم تعهد و مقررات گروه توضیح داده شدند.
دوم	موضوع هدایت خودکار، عود، و تمرین‌های مرتبط با آن مورد بررسی قرار گرفت. همچنین آگاهی از برانگیزاننده‌ها و مدیریت اشتیاق به مواد آموزش داده شد.
سوم	بهشیاری در زندگی روزمره و کاربرد آن معرفی شد و تمرین‌هایی در این زمینه انجام شد.
چهارم	به موضوع بهشیاری در موقعیت‌های پرخطر پرداخته شد و راهکارهای مقابله‌ای بررسی شدند
پنجم	پذیرش و عملکرد ماهرانه، مدیریت پرش افکار، احساسات، و حسیات ناخواسته آموزش داده شد.
ششم	به بررسی افکار، آگاهی از تفکر، و برقراری ارتباط با افکار پرداخته شد. تمرکز بر تجربه کردن افکار و تکنیک‌های مرتبط نیز آموزش داده شد
هفتم	تعادل در خودمراقبتی و سبک زندگی سالم، شناسایی نشانه‌های هشداردهنده عود، و واکنش‌های مناسب در مواجهه با این نشانه‌ها مورد بحث قرار گرفت.
هشتم	حمایت اجتماعی و آموزش‌های لازم برای مواجهه با شرایط مخاطره‌آمیز ارائه شد. همچنین، تکالیفی برای ادامه تمرین‌ها به اعضای گروه داده شد.

پروتکل درمانی شناختی-رفتاری (بر اساس پروتکل ماونتی، کادن، روسنو، کوونی و آبرامز (۴۱))

جلسه	اهداف
اول	آشنایی اعضای گروه، جلب اعتماد و توضیحات کلی درباره طرح درمان، شیوه درمان، تهیه جدول تصمیم‌گیری برای مصرف مواد، مضرات و فواید تغییر در مصرف مواد.
دوم	بررسی رابطه رویداد فعال‌کننده، شناخت، رفتار و احساس، شناسایی موقعیت‌های پرخطر و عوامل راه‌انداز (عواطف، افراد، مکان‌ها و اشیاء) و ارائه راهکارهای مقابله‌ای.
سوم	معرفی افکار خودآیند و خطاهای تفکر، شناسایی عوامل زمینه‌ساز سوءمصرف مواد، روش‌های مقابله با اشتیاق به مصرف مواد (توقف فکر، تعادل در تصمیم‌گیری و تأخیر انداختن).
چهارم	مرور و آموزش شناسایی عوامل وسوسه‌انگیز و موقعیت‌های پرخطر، راه‌های مقابله، چالش‌گذاری افکار و بازسازی شناختی.
پنجم	شناسایی عوامل وسوسه‌انگیز و رفتارهای پرخطر، آزمایشات رفتاری برای بررسی راهبردها و شناخت‌های کسب‌شده، هوشیار کردن فرد نسبت به موقعیت‌های پرخطر.
ششم	آموزش چگونگی برخورد با موقعیت‌های مشکل‌آفرین، انتخاب راهبردهای متناسب، آرام‌سازی بدن، پیش‌بینی وضعیت‌های اضطراری و طراحی طرح‌های عمل «اگر... پس...».
هفتم	کاهش مصرف، تقویت مهارت‌های شناختی-رفتاری، مهارت‌های امتناع، مقابله با پیشنهادات مستقیم برای مصرف مواد، طراحی برگه‌های امتناع شخصی و ایفای نقش.
هشتم	آموزش پاسخ‌دهی جرأت‌ورزانه به انتقاد، مهارت‌های تنش‌زدایی و ایفای نقش.
نهم	مدیریت خشم، شناسایی علائم خشم، مهارت‌های تنش‌زدایی، بازسازی شناختی و حل مسئله در موقعیت‌های مرتبط با خشم.
دهم	بررسی فعالیت‌های شادکننده و لذت‌بخش به عنوان راه‌حل‌های بدیل برای مصرف مواد، برنامه‌ریزی برای انجام این فعالیت‌ها.
یازدهم	برچسب‌خوردن و مشکلات مرتبط با مصرف مواد، مهارت‌های حل مسئله، انتخاب و ارزیابی راه‌حل‌ها.
دوازدهم	بحث در مورد ایجاد دوستی‌های غیرمتمرکز بر مصرف مواد، قطع روابط آسیب‌زا، شناسایی گروه‌های حامی و تشکیل گروه‌های خودیاری برای رهایی از اعتیاد.

روند اجرای پژوهش: در این پژوهش از مصاحبه

نیمه‌ساختاریافته استفاده شد و فرایند جمع‌آوری داده‌ها طی ۱/۵ ماه انجام گرفت. در ابتدا، مجوزهای لازم از دستگاه‌های مربوطه اخذ شد. سپس با مراجعه به مراکز ترک اعتیاد و انتخاب افراد داوطلب برای شرکت در گروه درمانی بهشیاری مبتنی بر شناخت و گروه درمانی شناختی-رفتاری، تعداد ۳۶

نفر ثبت‌نام کردند. این افراد به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۲ نفری شامل گروه آزمایش اول، گروه آزمایش دوم، و گروه کنترل جایگزین شدند. ابتدا تمامی شرکت‌کنندگان در مطالعه با استفاده از مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته برای اختلالات محور I و II ارزیابی شدند. سپس، شدت ولع آن‌ها با استفاده از پرسشنامه سنجش ولع اندازه‌گیری شد. پس از انتخاب و

گمارش آزمودنی‌ها، برنامه مداخله به‌شماره مبتنی بر شناخت، بر اساس پروتکل درمانی بوئن، چاولا، و مارلات (۶۵)، در گروه آزمایش اول طی ۸ جلسه گروهی دو ساعته و گروه درمانی شناختی-رفتاری در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام شد. این جلسات به‌صورت هفتگی و طی دو ماه توسط پژوهشگر برگزار شدند. با توجه به اینکه طرح پژوهشی حاضر شبه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل می‌باشد، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل کوواریانس عاملی استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی: این پژوهش با رعایت اصول اخلاقی پژوهش انجام شده است. شرکت‌کنندگان با اطلاع کامل از اهداف و روش‌های پژوهش به‌صورت داوطلبانه در مطالعه شرکت کردند. حریم خصوصی و محرمانگی اطلاعات شرکت‌کنندگان به‌طور کامل حفظ شده و داده‌ها به‌صورت ناشناس تحلیل گردید. همچنین، به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که در هر مرحله از پژوهش می‌توانند بدون هیچ پیامدی از ادامه همکاری انصراف دهند. تمام مداخلات توسط متخصص روانشناسی بالینی با رعایت اصول حرفه‌ای و با هدف بهبود سلامت شرکت‌کنندگان انجام شد.

یافته‌ها

بیشترین میزان تحصیلات در گروه به‌شماره مبتنی بر شناخت دیپلم، در گروه شناختی-رفتاری لیسانس و در گروه کنترل نیز لیسانس بود. اکثر شرکت‌کنندگان در هر سه گروه مجرد بودند. در مورد وضعیت شغلی، بیشترین فراوانی در گروه به‌شماره مبتنی بر شناخت و گروه شناختی-رفتاری بیکاری و در گروه کنترل شغل کارگر بود. میانگین سنی در گروه به‌شماره مبتنی

بر شناخت، گروه شناختی-رفتاری و گروه کنترل به ترتیب ۳۱/۲۵، ۳۰/۵۸ و ۲۷/۸۳ سال بود. همچنین، تمام شرکت‌کنندگان حداقل ۶ ماه قبل از شروع گروه درمانی هیچ‌گونه سابقه روان‌درمانی یا دارودرمانی نداشته‌اند. فرضیه پژوهش: بین آموزش گروهی شناختی-رفتاری و آموزش گروهی به‌شماره مبتنی بر شناخت، در کاهش عود در افراد وابسته به مواد مخدر در حال ترک تفاوت وجود دارد.

همگنی گروه‌ها در پیش‌آزمون: برای بررسی همگنی گروه‌های مداخله‌ای به‌شماره مبتنی بر شناخت، CBT و کنترل از نظر متغیر پیش‌بینی عود در مرحله پیش‌آزمون، تحلیل کوواریانس عاملی به کار رفت. نتایج نشان داد که تفاوت معناداری در خرده مقیاس‌های قدرت میل ($P = ۰/۸$)، $F(۳۳,۲) = ۰/۲۲$ ، و عدم کنترل بر مصرف ($P = ۰/۴۵$)، $F(۳۳,۲) = ۰/۸۱$ بین گروه‌ها وجود ندارد. این نتایج نشان‌دهنده همگنی گروه‌ها در مرحله پیش‌آزمون است.

برای بررسی تفاوت میان گروه‌ها (به‌شماره، CBT و کنترل) از نظر خرده‌مقیاس‌های پیش‌بینی عود (قدرت میل و احتمال مصرف) در پس‌آزمون با کنترل اثر پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج آزمون ام‌باکس (Box's M) نشان داد که مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس تأیید نمی‌شود. ($F(۲۷۱۴۱,۷) = ۳/۰۰۲$, $P < ۰/۰۰۱$) با این حال، تحلیل کوواریانس نسبت به این مفروضه مقاوم است. آزمون لون نیز برای بررسی همگنی واریانس گروه‌ها نشان داد که در خرده‌مقیاس‌های قدرت میل ($P = ۰/۱۳$)، $F(۳۳,۲) = ۲/۱۴$ و احتمال مصرف ($P = ۰/۵$)، $F(۳۳,۲) = ۰/۷۱$ تفاوت معناداری وجود ندارد و مفروضه همگنی برقرار است.

جدول (۱) آماره‌های توصیفی در خرده مقیاس پیش‌بینی عود در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	خرده مقیاس	میانگین پیش‌آزمون	انحراف معیار	میانگین پس‌آزمون	انحراف معیار
گروه به‌شماره	قدرت میل	۱۷۳/۵۸	۱۷/۲۷۰	۶۹/۴۲	۸/۱۰۷
	احتمال مصرف	۱۷۶/۵۸	۱۵/۵۸۸	۶۶/۹۲	۷/۲۵۵
گروه CBT	قدرت میل	۱۷۰/۴۲	۲۳/۹۹۰	۸۱/۵۸	۱۲/۸۸۷
	احتمال مصرف	۱۶۷/۴۲	۱۹/۳۶۹	۸۴/۵۸	۱۳/۶۶۱
گروه کنترل	قدرت میل	۱۷۶/۲۵	۲۳/۲۴۶	۱۶۳/۲۵	۲۳/۶۸۰
	احتمال مصرف	۱۷۰/۸۳	۱۸/۳۳۹	۱۶۲/۹۲	۱۹/۳۵۵

(Box's M) حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس تأیید نشد ($p > ۰/۰۱$) اما در صورت برابری گروه‌ها، تحلیل

از آزمون تحلیل کوواریانس عاملی جهت بررسی تفاوت بین گروه به‌شماره، CBT و کنترل از نظر میزان خرده مقیاس‌های ولع مصرف استفاده شد. نتایج آزمون ام‌باکس

کوواریانس به این مفروضه مقاوم است. نتایج آزمون لون برای بررسی مفروضه همگنی واریانس گروه‌ها نشان داد که در خرده مقیاس قدرت میل ($F_{(33,2)} = 2/14, P = 0/13$)، و احتمال مصرف ($F_{(33,2)} = 0/71, P = 0/5$) بین گروه‌ها تفاوتی وجود نداشته و مفروضه همگنی برقرار است.

جدول ۲) اثرات پیش‌آزمون روی پس‌آزمون

خرده مقیاس	F	اندازه اثر η^2	سطح معناداری
قدرت میل	۸/۳۷	۰/۳۶	۰/۰۰۱
عود مصرف	۱۰/۴۱	۰/۴۱	۰/۰۰۱
گروه‌ها (بهشیاری، CBT و کنترل)	۵۱/۲۴	۰/۷۷	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۲ بررسی اثرات پیش‌آزمون روی پس‌آزمون قدرت میل ($\eta^2 = 0/36, F_{(33,2)} = 8/37, p < 0/001$)، احتمال مصرف ($\eta^2 = 0/41, F_{(33,2)} = 10/41, p < 0/001$) و متغیر گروه (بهشیاری، CBT و کنترل) روی ترکیب خطی خرده مقیاس‌های قدرت میل و احتمال مصرف ($\eta^2 = 0/77, F_{(6,4)} = 51/24, p < 0/001$) با استفاده از آزمون لامبدای ویلکز حاکی از وجود اثر معنادار بود.

جدول ۳) آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در خرده مقیاس‌های پیش‌بینی عود

منبع تغییرات	خرده مقیاس	درجه آزادی	F	سطح معناداری	مجذور ضریب ایما
بسته بهشیاری مبتنی بر شناخت و CBT	قدرت میل	۲-۳۲	۱۴۹/۹	۰/۰۰۱	۰/۹۰
	احتمال مصرف	۲-۳۲	۲۳۰/۸	۰/۰۰۱	۰/۹۳

نتایج تحلیل کوواریانس عاملی با بررسی اثر گروه در هر یک از خرده مقیاس‌ها با کنترل اثر پیش‌آزمون به عنوان عامل هم‌پراش روی پس‌آزمون حاکی از آن بود که در خرده مقیاس‌های قدرت میل ($F_{(33,2)} = 149/9, p < 0/001, \eta^2 = 0/90$)، احتمال مصرف ($F_{(33,2)} = 230/8, p < 0/001, \eta^2 = 0/93$)، نشان داده است.

جدول ۴) آزمون تعقیبی بونفرونی بین ۳ گروه

خرده مقیاس	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	F	سطح معناداری
قدرت میل	بهشیاری و CBT	-۷/۱۶	۱۴۹/۹	۰/۰۰۵
	بهشیاری و کنترل	-۹۳/۸۳	۱۴۹/۹	۰/۰۰۱
	CBT و کنترل	-۱۰۱/۰۰	۱۴۹/۹	۰/۰۰۱
عود مصرف	بهشیاری و CBT	-۱۷/۹۲	۲۳۰/۸	۰/۰۰۶
	بهشیاری و کنترل	-۹۶/۰۰	۲۳۰/۸	۰/۰۰۱
	CBT و کنترل	-۷۸/۰۸	۲۳۰/۸	۰/۰۰۲

نمرات گروه CBT در این مؤلفه به طور معنی‌داری از گروه کنترل پایین‌تر است.

بحث

پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری (CBT) و گروه درمانی بهشیاری مبتنی بر شناخت (MBCT) در کاهش عود در افراد وابسته به مواد افیونی پرداخته است. نتایج این مطالعه نشان داد که هر دو روش درمانی، CBT و MBCT، تأثیرات معناداری بر کاهش شدت و عود مصرف و احتمال مصرف مواد داشتند. با این حال، گروه

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که برنامه بهشیاری و CBT موجب کاهش در مؤلفه‌های ولع مصرف در گروه‌های آزمایش شده است. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان می‌دهد که: در مؤلفه قدرت میل، بین گروه بهشیاری و CBT تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد، درحالی‌که نمرات این دو گروه در مقایسه با گروه کنترل به طور معنی‌داری پایین‌تر بود. در مؤلفه عود مصرف (احتمال مصرف)، نمرات گروه بهشیاری به طور معنی‌داری از گروه CBT و گروه کنترل پایین‌تر بود. همچنین

نسبت به تجربیات درونی خود، به‌ویژه در موقعیت‌های پرخطر، واکنش‌های سازنده‌تری نشان دهند و افراد با استفاده از تکنیک‌های به‌شیاری می‌توانند مشکلات روانشناختی ناشی از وسوسه‌های مصرف را کاهش دهند و از این طریق خطر عود را به‌طور قابل‌توجهی کاهش دهند. نتایج مطالعات برادی و همکاران نشان داد که MBRP در کاهش شدت ولع مصرف و پیشگیری از عود مواد در کهنه‌سربازان مبتلا به اختلالات مصرف مواد تأثیر بیشتری دارد و در بهبود کیفیت زندگی، کاهش افسردگی و اضطراب و ارتقای عملکردهای فردی مانند اشتغال مؤثرتر است. این یافته‌ها نشان‌دهنده نقش مهم درمان‌های مبتنی بر به‌شیاری در حمایت از روند بهبودی افراد وابسته به مواد هستند (۴۴).

همچنین در تبیین این یافته مبنی بر اثربخشی MBRP در کاهش عود مصرف مواد به مکانیزم‌های متعددی مربوط می‌شود. این روش با تقویت راهبردهای مقابله با وسوسه، ارائه رفتارهای جایگزین سالم، و مدیریت عواطف منفی از عود جلوگیری می‌کند. افزایش خودآگاهی به افراد کمک می‌کند تا موقعیت‌های پرخطر، انگیزه‌های بیرونی، و فرآیندهای شناختی و عاطفی مرتبط با مصرف را شناسایی کنند (۴۵ و ۴۶). MBRP همچنین با اصلاح رابطه فرد با تجربیات خود، اثرات حساسیت‌های فیزیولوژیکی و هیجانی ناشی از ولع مصرف را تعدیل می‌کند (۴۷ و ۴۸). این درمان با ترکیب تکنیک‌های شناختی-رفتاری سنتی و تمرین‌هایی چون پذیرش، مشاهده بدون قضاوت، و حضور در لحظه حال، به کاهش علائم پس از ترک و پیشگیری از عود کمک می‌کند (۴۷ و ۴۹). درمان گروهی MBRP نیز نقش مهمی در تقویت اعتمادبه‌نفس و گسترش روابط اجتماعی دارد و با حمایت و تبادل تجربیات میان اعضا، فرآیند درمان را تسهیل می‌کند (۵۰). استفاده از فنونی نظیر مراقبه، یوگا، و آگاهی از تنفس، افراد را نسبت به هیجان‌ها و شناخت‌هایی که آنان را به مصرف مواد سوق می‌دهد، آگاه می‌سازد و از این طریق عود را کاهش می‌دهد (۵۱-۵۳).

بطور کلی می‌توان نتیجه گرفت، درمان شناختی-رفتاری اگرچه در بسیاری از موارد مؤثر است، اما ممکن است نتایج بلندمدت آن به‌اندازه به‌شیاری در کاهش عود و بهبود کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد نباشد. این مسئله به‌ویژه در مواردی که فرد نیاز به مدیریت هیجان‌ها و تجربه لحظه به لحظه دارد، اهمیت پیدا می‌کند. در چنین شرایطی، MBCT به‌عنوان یک رویکرد مکمل و مؤثر می‌تواند گزینه مناسبی

درمانی MBCT در مقایسه با گروه CBT و گروه کنترل در کاهش مؤلفه‌های ولع مصرف و احتمال مصرف مؤثرتر بوده است. این یافته‌ها از نتایج مطالعات پیشین که اثربخشی MBCT در درمان اعتیاد را تأیید کرده‌اند، حمایت می‌کند (۴۲-۴۳). درمان شناختی-رفتاری یکی از متداول‌ترین و مؤثرترین رویکردهای درمانی برای افراد وابسته به مواد است که بر شناسایی و تغییر الگوهای فکری و رفتاری متمرکز است و به افراد کمک می‌کند تا الگوهای منفی فکری و رفتاری خود را شناسایی کرده و به‌طور مؤثری آن‌ها را تغییر دهند. در این پژوهش نیز نتایج نشان داد که گروه درمانی CBT در کاهش ولع مصرف و احتمال مصرف مواد افیونی تأثیر معناداری نسبت به گروه کنترل داشت. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات مختلف که اثربخشی CBT را در کاهش عود مصرف تأیید کرده‌اند، همخوانی دارد در این روش، بر شناسایی موقعیت‌های پرخطر و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای برای پیشگیری از عود تأکید می‌شود که در این مطالعه نیز به‌وضوح مشاهده شد گروه درمانی شناختی رفتاری به افراد وابسته به مواد می‌آموزد که چطور واکنش‌های رفتاری خود را مدیریت کنند و در برابر وسوسه‌ها مقاومت کنند، که این امر به‌ویژه در افراد دارای الگوهای فکری منفی از اهمیت بالایی برخوردار است (۲۰، ۲۱ و ۲۴).

گروه درمانی به‌شیاری مبتنی بر شناخت (MBCT) در این مطالعه نتایج قابل‌توجه‌تری نسبت به گروه CBT داشت. این روش درمانی با ترکیب تکنیک‌های به‌شیاری و درمان‌های شناختی، به افراد کمک می‌کند تا نسبت به افکار و احساسات خود آگاهی بیشتری پیدا کنند و واکنش‌های خودکار خود را کاهش دهند. در این پژوهش، گروه MBCT در مقایسه با گروه CBT در کاهش احتمال مصرف و ولع مصرف مواد افیونی به‌طور معناداری موفق‌تر عمل کرد. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات پیشین که نشان داده‌اند MBCT می‌تواند به‌طور مؤثری از عود مصرف جلوگیری کند همسو است (۴۲ و ۴۳). این روش درمانی به افراد وابسته به مواد کمک می‌کند تا با تقویت خودآگاهی، درک بهتری از نیازها و احساسات خود داشته باشند و از این طریق از واکنش‌های فوری و خودکار به محرک‌ها اجتناب کنند. علاوه بر کاهش اضطراب و استرس، به فرد امکان می‌دهد تا در مواجهه با بحران‌ها و وسوسه‌ها، با پذیرش و آگاهی بیشتری عمل کند، که این ویژگی به‌طور ویژه در پیشگیری از عود مصرف مؤثر است و به‌شیاری می‌تواند به افراد کمک کند تا با پذیرش بیشتر و بدون قضاوت

پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر، جمعیت متنوع‌تر و پیگیری طولانی‌تر ضروری هستند.
تشکر و قدردانی: نویسنده از کلیه افرادی که در انجام این تحقیق همکاری داشتند، تقدیر و تشکر می‌نماید.

منابع

1. Wise RA, Koob GF. The development and maintenance of drug addiction. *Neuropsychopharmacology*. 2014;39(2):254-62.
2. Takahashi TT, Ornello R, Quatrosi G, Torrente A, Albanese M, Vigneri S, et al. Medication overuse and drug addiction: a narrative review from addiction perspective. *J Headache Pain*. 2021;22(1):32.
3. Feltenstein MW, See RE, Fuchs RA. Neural substrates and circuits of drug addiction. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2021;11(4):a039628.
4. Chou T, D'Orsogna MR. A mathematical model of reward-mediated learning in drug addiction. *Chaos*. 2022;32(2).
5. Bozarth MA. Drug addiction as a psychobiological process. In: *Addiction controversies*. CRC Press; 2023. p. 112-34.
6. World Health Organization. Exposure to lead: a major public health concern. Preventing disease through healthy environments. Geneva: World Health Organization; 2023.
7. Mancinelli E, Ruocco E, Silvia N. A network analysis on self-harming and smartphone addiction: The role of self-control, internalizing and externalizing problems in a sample of self-harming adolescents. *Compr Psychiatry*. 2022;112:152285.
8. Zhou Z. Drug abuse and adolescents' cognitive development. In: 2021 International Conference on Education, Language and Art (ICELA 2021). Atlantis Press; 2022. p. 590-595.
9. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization; 2018. ISBN 978-92-4-156563-9.
10. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 10th ed. Vol. 1. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2016.
11. Dawe S, Gullo MJ, Loxton NJ. Reward drive and rash impulsiveness as dimensions of impulsivity: implications for substance misuse. *Addict Behav*. 2004;29(7):1389-1405.
12. MacKillop J, Kenna GA, Leggio L, Ray LA, editors. Integrating psychological and pharmacological treatments for addictive disorders: an evidence-based guide. Taylor & Francis; 2017.
13. Rostaminejad Sh, Arabi M, Khademi A. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on addiction propensity components in high school students. *J Disabil Stud*. 2020;10(32):1-8. [Persian]
14. Rahimian Boogar I, Tabatabaee SM, Tosi J. Attitude to substance abuse: do personality and socio-

برای درمان اعتیاد باشد، MBCT نه تنها بر کاهش عود تأکید دارد بلکه به فرد این امکان را می‌دهد که با پذیرش هیجانات و احساسات خود، در شرایط بحرانی واکنش‌های کنترل شده‌تری از خود نشان دهد، که این امر در نهایت به پیشگیری از عود کمک می‌کند. و این رویکرد با تمرکز بر افزایش آگاهی از تجربیات لحظه‌ای و پذیرش بدون قضاوت، به افراد کمک می‌کند تا در شرایط پرخطر واکنش‌های سازنده‌تری داشته باشند و هیجانات خود را بهتر مدیریت کنند. در مقابل، CBT به‌عنوان یک درمان شناخته‌شده در شناسایی و تغییر الگوهای فکری منفی، نقش مهمی در پیشگیری از عود دارد، اما تأکید آن بیشتر بر تغییر رفتارهای مشکل‌زا است تا پذیرش و مدیریت احساسات. این یافته‌ها تأیید می‌کند که رویکردهای مبتنی بر بهشیاری مانند MBCT می‌توانند به‌عنوان یک گزینه مکمل یا جایگزین مؤثر برای درمان اعتیاد در نظر گرفته شوند، به‌ویژه برای افرادی که نیاز به تمرکز بیشتر بر تنظیم هیجانات و واکنش‌های خودکار دارند. این مداخلات با کاهش استرس و اضطراب و تقویت توانایی‌های مقابله‌ای، خطر عود را به‌طور قابل‌توجهی کاهش می‌دهند و بهبود پایداری را برای افراد وابسته به مواد فراهم می‌کنند.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش، حجم نمونه محدود است که ممکن است نتایج به‌دست‌آمده به جمعیت بزرگ‌تری تعمیم داده نشود. همچنین، تنوع جمعیتی محدود، یعنی تمرکز بر گروه خاصی از افراد وابسته به مواد، ممکن است موجب محدودیت‌هایی در تعمیم‌پذیری نتایج به سایر گروه‌های جمعیتی شود. پیگیری بلندمدت نیز یکی دیگر از محدودیت‌ها است؛ مدت زمان پیگیری ممکن است برای ارزیابی اثربخشی طولانی‌مدت این روش‌ها کافی نباشد و اثرات درازمدت نیاز به بررسی بیشتری دارد. همچنین، متغیرهای روانشناختی همزمان مانند شدت افسردگی یا اضطراب ممکن است بر نتایج تأثیر گذاشته باشند و به‌طور کامل کنترل نشده باشند. اعتماد به خودگزارشی شرکت‌کنندگان نیز یکی دیگر از محدودیت‌ها است، چرا که داده‌ها ممکن است تحت تأثیر سوگیری‌های شناختی یا تمایل به ارائه پاسخ‌های مطلوب اجتماعی قرار گیرند. همچنین، تأثیر عوامل فرهنگی و اجتماعی در پذیرش و اثربخشی روش‌های درمانی مختلف ممکن است در این مطالعه به‌طور کافی مورد توجه قرار نگرفته باشد. این محدودیت‌ها نشان می‌دهند که برای ارزیابی جامع‌تر اثربخشی MBCT و CBT در کاهش عود مصرف مواد،

- 2020;63(5):2940-2953. doi: 10.22038/mjms.2020.18534.
28. Ghorbani T, Saffarinia M, Zare H, Alipour A. Effectiveness of mindfulness-based relapse prevention therapy in social well-being and relapse prevention in crystal users. *Etiad Pajohi*. 2018;12(45):151-168.
29. Maredpour A, Najafy M, Amiri F. The effectiveness of mindfulness-based relapse prevention on the prevention of relapse, craving, and self-control in opiate-dependent individuals. *Etiad Pajohi*. 2015;8(32):87-104.
30. Sedaghat Zadeh A, Imani S, Shokri O. Comparison of the effectiveness of group cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based cognitive therapy in the reduction of craving in opiate addicts. *Etiad Pajohi*. 2019;12(49):243-268. [Persian]
31. Fornam A, Barjali A, Sohrabi F, Falsafi Nejad MR. The effectiveness of Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP) in preventing relapse and increasing coping skills in opioid-dependent individuals. *Clin Psychol Stud*. 2014;5(16):79-99.
32. Carroll H, Lustyk MKB. Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: effects on cardiac vagal control and craving under stress. *Mindfulness*. 2018;9(2):488-499.
33. Greenfield BL, Roos C, Hagler KJ, Stein E, Bowen S, Witkiewitz KA. Race/ethnicity and racial group composition moderate the effectiveness of mindfulness-based relapse prevention for substance use disorder. *Addict Behav*. 2018;81:96-103.
34. Yaghubi M, Zargar F. Effectiveness of mindfulness-based relapse prevention on quality of life and craving in methadone-treated patients: A randomized clinical trial. *Addict Health*. 2018;10(4):250-259.
35. Behrouzian F, Nokani M, Mohajerani HR. Effectiveness of group cognitive-behavioral therapy in preventing relapse in methamphetamine-dependent individuals. *Andisheh Va Raftar Clin Psychol*. 2013;8(30):57-66. [Persian]
36. Taherifard M, Abolghasemi A. The role of mindfulness, distress tolerance, and emotional memory in predicting relapse and treatment adherence among substance abusers. *J Subst Abuse Res*. 2017;11(43):211-234. [Persian]
37. Jahangir AH, Imani S, Masjedi Arani A, Mojtahedi SH. Comparison of group-based mindfulness and methadone therapy on mental health in traditional drug addicts. *J Clin Psychol*. 2016;4(1):55-66. [Persian]
38. Wright, F. D., Beck, A. T., Newman, C. F., & Liese, B. S. (2001). *Cognitive therapy of substance abuse*, IN: Ali Goudarzi, Shiraz: Publishers of Rahgoshah.
39. Mehrabi H, Neshatdoost H, Molavi H. Evaluation of the effectiveness of structured group therapy and family education in reducing relapse among demographic factors matter? *Int J High Risk Behav Addict*. 2014 Sep 1;3(3):e16712. doi: 10.5812/ijhrba.16712. PMID: 25593892; PMCID: PMC4286919.
15. Mohammadi MR, Akbari AA, Hatami N, Mokri A, Kaviani H, Salmani M, Sohrat M. Investigation of the effects of spiritual psychotherapy on patients with opioid dependence. *J Hakim Res*. 2011;3(14):144-150. [Persian]
16. Barati M, Vardipoor H, Moeini B, Farhadi Nasab A, Mahjoob H, Jalilian F. The effectiveness of assertiveness training in reducing abstract norms encouraging drug abuse among students. *Sci J Hamadan Univ Med Sci*. 2011;18(3):40-49. [Persian]
17. Bahari F. *Addiction, counseling, and treatment*. Tehran: Danjeh; 2009. [Persian]
18. O'Donohue W, Fisher JE. *Cognitive Behavior Therapy*. New Jersey: Wiley & Sons Press; 2008.
19. Carroll KM. *A practical guide to cognitive-behavioral therapy for substance dependence*. Translated by Bakhshipour Roodsari A, Mohammadkhani S. Tehran: Espand Honar; 2002. [Persian]
20. Kamerzarin H, Zare H, Borouki Milan H. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in enhancing self-efficacy and improving addiction symptoms among substance-dependent patients. *Addict Res Q*. 2011;6(22):75-85. [Persian]
21. Behrouzian F, Nokani M, Mohajerani HR. Effectiveness of group cognitive-behavioral therapy in preventing relapse in methamphetamine-dependent individuals. *Andisheh Va Raftar Clin Psychol*. 2013;8(30):57-66. [Persian]
22. Didonna F. *General handbook of mindfulness*. New York: Springer; 2009.
23. Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. 1st ed. New York: Guilford Press; 2002.
24. Elliott JG. Practitioner review: School refusal: Issues of conceptualisation, assessment, and treatment. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discipl*. 1999;40(7):1001-1012.
25. Raadi M. *The effectiveness of cognitive-behavioral group counseling on reducing relapse in self-referred addicts in the Welfare Organization of Kermanshah Province* [Dissertation]. Isfahan: University of Isfahan; 2001. [Persian]
26. Johnson S, Hoffart A. Metacognitive therapy versus disorder-specific CBT for comorbid anxiety disorders: A randomized controlled trial. *J Anxiety Disord*. 2017;50:103-112.
27. Jenood P, Mohammadian Shirmohaleh F, Hosseinzadeh Taghvaeey M, Peyvandi P. Effectiveness of mindfulness-based relapse prevention therapy on addiction symptoms and negative emotions in men dependent on stimulant drugs (methamphetamine). *J Fac Med Univ Mashhad*.

- substance-dependent patients in Isfahan. *J Soc Sci Humanit Shiraz Univ.* 2005;22(4):1-8. [Persian]
40. Bowen S, Chawla N, Marlatt GA. Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors. New York, London: The Guilford Press; 2011.
41. Monti PM, Kadden R, Rohsenow DJ, Cooney N, Abrams D. Treating alcohol dependence: A coping skills training guide. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
42. Imani S, Atef Vahid MK, Gharraee B, Noroozi A, Habibi M, Bowen S. Effectiveness of Mindfulness-Based Group Therapy Compared to the Usual Opioid Dependence Treatment. *Iran J Psychiatry.* 2015 Jun;10(3):175-84. PMID: 26877751; PMCID: PMC4749687.
43. Bowen S, Chawla N, Collins SE, Witkiewitz K, Hsu S, Grow J, Clifasefi S, Garner M, Douglass A, Larimer ME, Marlatt A. Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. *Subst Abus.* 2009 Oct-Dec;30(4):295-305. doi: 10.1080/08897070903250084. PMID: 19904665; PMCID: PMC3280682.
44. Brady KT, Killeen T, Baker NL. Efficacy of mindfulness-based relapse prevention in veterans with substance use disorders: Design and methodology of a randomized clinical trial. *Contemp Clin Trials.* 2021;105:106393.
45. Grabovac AD, Lau MA, Willett BR. Mechanisms of mindfulness: A Buddhist psychological model. *Mindfulness.* 2011;2(3):154-166.
46. Garland EL, Schwarz NR, Kelly A, Whitt A, Howard MO. Mindfulness-oriented recovery enhancement for alcohol dependence: Therapeutic mechanisms and intervention acceptability. *J Soc Work Pract Addict.* 2012;12(3):242-263.
47. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clin Psychol Sci Pract.* 2003;10(2):125-143.
48. Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, et al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry.* 1992;149(7):936-943.
49. Goldstein RZ, Bechara A, Garavan H, Childress AR, Paulus MP, Volkow ND. The neurocircuitry of impaired insight in drug addiction. *Trends Cogn Sci.* 2009;13(9):372-380.
50. Azimi H, Jannati Y, Mahmoudi G. Textbook of mental health nursing. Tehran: Salemi Publication; 2002. [Persian]
51. Gunaratana H. Mindfulness in plain English. Boston, MA: Wisdom Publications; 2002.
52. Kabat-Zinn J. Coming to our senses. New York: Hyperion; 2005.
53. Brewer JA, Bowen S, Smith JT, Marlatt GA, Potenza MN. Mindfulness-based treatments for co-occurring depression and substance use disorders: What can we learn from the brain? *Addiction.* 2010;105:1698-1706.