فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال هفدهم، شماره شصت و نهم، ص ۱۸۰-۱۶۱، پاییز ۱۴۰۲
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 17, No. 69, P 161-180, Autumn 2023

مقاله پژوهشی
Research Article

مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر روایت درمانی و درمان شناختی رفتاری بر احتمال لغزش بیماران وابسته به مواد افیونی پس از سم‌زدایی

رامتین جهانگیری[۱]، مهدی قاسمی مطلق[۲]، ابوالفضل بخشی پور[۳]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۴/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۰۸

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر روایت درمانی و درمان شناختی رفتاری بر احتمال لغزش بیماران وابسته به مواد افیونی پس از سم‌زدایی بود. **روش:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه بیماران مراکز دولتی درمان و بازتوانی اعتیاد شهر بجنورد در سال ۱۴۰۱ بود. از این بین، ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل جای‌دهی شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه خطر لغزش استفاده شد. گروه‌های آزمایش به‌مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هر هفته یک جلسه تحت روان‌درمانی مبتنی بر روایت درمانی و درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند، اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و پس از مدت یک ماه دوره پیگیری برای هر گروه به اجرا در آمد. داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج حاکی از اثربخشی هر دو روش روایت درمانی و درمان شناختی رفتاری بر احتمال لغزش بود و هر دو رویکرد موجب کاهش احتمال لغزش بیماران شد. اثربخشی روایت درمانی هم در پس‌آزمون و هم در دوره پیگیری بیشتر از درمان شناختی رفتاری بود. **نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که در خصوص کاهش احتمال لغزش بیماران وابسته به مواد افیونی، استفاده از روان‌درمانی مبتنی بر روایت درمانی نسبت به درمان شناختی رفتاری اثربخشی بیشتری دارد و روش مناسب‌تری است.

کلیدواژه‌ها: روایت درمانی، درمان شناختی رفتاری، احتمال لغزش، بیماران وابسته به مواد افیونی

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران
۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران. پست الکترونیک: avestaps@yahoo.com
۳. استادیار، گروه روانشناسی واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران .

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.161]

مقدمه

امروزه اعتیاد به مواد مخدر به‌عنوان یک مشکل اساسی جوامع را با تهدید روبرو می‌نماید و گسترش وابستگی افراد به مخدرها تهدیدی جدی برای بهداشت اجتماعی محسوب می‌گردد (چن، لیو، لانگ و ژئو[1]، ۲۰۲۰). تأثیر مخرب این پدیده تمامی کارکردهای اجتماعی، سیاسی، فرهنگی و اقتصادی را دچار مشکل کرده و مشکلات زیادی را برای فرد معتاد، خانواده و اجتماع به وجود می‌آورد (درویشی، بختیاری و گله جاری، ۱۴۰۰). همین موضوع باعث گردیده است تا روش‌های مختلف درمانی برای بهبود بیماران وابسته به اعتیاد در سراسر جهان به کار گرفته شود که سم‌زدایی[2] به‌وسیله اگونیست‌های اوپوئیدی به‌عنوان یک روش استاندارد بازگیری، با هدف کمک به بیمار در تحمل مرحله بازگیری مورد توجه است (مک نیل، برانیل، اسکیلدینگ و دی توماس[3]، ۲۰۲۱). درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست، درمانی جایگزین و موثر برای مصرف‌کنندگان مواد مخدر می‌باشد و یک روش معمول برای بازتوانی در افرادی است که از مواد اعتیادآور استفاده می‌کنند (عامری، ۱۴۰۱). همچنین رویکردهای دیگری همچون کاهش تدریجی دوزهای متادون، آگونیست‌های آدرنرژیک، بوپرنورفین و داروهای علامت‌دار در مرحله سم‌زدایی در ترک اعتیاد به کار برده می‌شود که هدف اصلی همه آن‌ها کاهش علائم درد و خماری در بیمار است (رای و روچ[4]، ۲۰۱۸). با وجود اینکه سم‌زدایی به‌عنوان اولین اقدام در درمان اعتیاد موردتوجه قرار می‌گیرد، اما وجود مشکلات روان‌شناختی مختلفی که موجبات وابستگی به مصرف را در فرد بیمار موجب گردیده است (یاوری کرمانی، نجفی و طباطبایی، ۱۳۹۷)، امکان شکست در سم‌زدایی را افزایش می‌دهد که نیازمند توجه جدی است (تانگوچی، تانکا، نوزاکی و ساکاکیبارا[5]، ۲۰۱۸).

در هر مرحله از درمان اعتیاد، به دلیل اثر تضعیف‌کنندگی مواد بر مغز که در نتیجه بلوکه شدن نورون‌های نورآدرنرژیک ایجاد می‌گردد، احتمال لغزش[6] و عود وجود دارد؛ چراکه

1. Chen, Liu, Long, & Zhou
2. detoxification
3. MacNeill, Brunelle, Skelding & DiTommaso
4. Ray & Roche
5. Taniguchi, Tanaka, Nozaki & Sakakibara
6. slippage

سال هفدهم، شماره ۶۹، پاییز ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 69, Autumn 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.161]

وابستگی موجب می‌شود تا گیرنده‌های نوروایی نفرین از ماده محرک خود محروم مانده و شروع به افزایش تدریجی حساسیت و تعداد نمایند و تمایل به تکرار مصرف مواد فراهم گردد (پورفتحیه و فتحی، ۱۳۹۷). هرچند وجود لغزش در بیماران تحت درمان طبیعی بوده و جزئی از فرایند درمان اعتیاد محسوب می‌شود، اما احتمال لغزش در مرحله سم‌زدایی می‌تواند موجب قطع کامل ارتباط بیمار با درمانگر شود و پروسه درمان را با شکست روبرو نماید (بائویما، دیزن، فانگمین، یو و ونهوآ[1]، ۲۰۱۹). لغزش وضعیتی است که باعث می‌گردد تا بیمار مصرف مجدد مواد مخدر را پس از یک دوره زمانی از سرگیرد و مادامی‌که لغزش در مراحل ابتدایی درمان ایجاد گردد، باعث احساس یاس و ناامیدی بیمار شده و احتمال قطع کامل جلسات درمانی را افزایش می‌دهد (رودن و ایورز[2]، ۲۰۲۳). شواهد نشان می‌دهد به هر میزان که فرد تحت درمان با لغزش بیشتری روبرو شود به دلیل ایجاد احساس درماندگی، احتمال بیشتری وجود دارد که درمان را ترک کند (مداحی، ۱۳۹۶). بر همین اساس اکثر مواقع درمانگران با هدف افزایش اثربخشی بهتر رویکردهای دارویی، به‌صورت هم‌زمان اقدام به مداخلات روان‌شناختی مختلفی می‌نمایند که بتوانند بر توانمندی بیماران در مدیریت افکار وسوسه‌انگیزی که موجبات لغزش را فراهم می‌کند فائق آیند (شاکری نسب، عظیم زاده طهرانی، رستمی و پارسانژاد، ۱۴۰۱).

از میان روش‌های درمانی مختلفی که با هدف اثرگذاری بر توانمندی‌های روان‌شناختی بیماران وابسته به مواد مخدر مورد استفاده قرار می‌گیرد، می‌توان به درمان‌های شناختی رفتاری[3] اشاره نمود که یکی از محبوب‌ترین مداخلاتی است که در بین درمانگران مشکلات اعتیادی به کار برده می‌شود (شاکری نسب، قلعه‌نوی و خسروآبادی، ۱۳۹۴). این رویکرد بر این اصل استوار است که شناخت، نقش محوری دارد و بر رفتار، هیجان و فیزیولوژی تأثیر می‌گذارد و از آن‌ها تأثیر می‌پذیرند و در این رابطه درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص داده و از دیالوگ‌های هدفمند و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان‌یافته استفاده نماید (پاتراکی و

1. Baomiao, Disen, Fangmin, Yu & Wenhua
2. Reddon & Ivers
3. Cognitive Behavioral Therapy

سال هفدهم، شماره ۶۹، پاییز ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 69, Autumn 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.161]

موریس[1]، ۲۰۱۸). رفتاردرمانی شناختی از طریق تمرین‌های مواجه‌سازی درون جلسات و بازسازی شناختی و تکالیف خانگی به بیماران کمک می‌کند تا چرخه معیوب مشکل را در هم شکنند و تشویق شوند تا رابطه میان افکار منفی و احساس ناکارآمدی خود را بیابند و بتوانند با آگاهی نسبت به این موضوع رفتار خود را مدیریت کنند (انصاری، تسبیح‌سازان، خادمی و رضایی، ۱۴۰۰). در رفتاردرمانی شناختی اعتقاد بر این است که معنایی که افراد به تجربیات خود می‌دهند عامل اصلی شکل‌گیری هیجانات و انجام واکنش‌های آن‌هاست و مادامی‌که تلاش شود با زیر سؤال بردن اعتبار افکار و نگرش‌های منفی فرد، میزان اعتقاد شخص به آن‌ها کاهش یابد، مشکل فرد تا حد زیادی مرتفع می‌شود (لی هی[2]، ۱۳۹۸).

شواهد نشان می‌دهد استفاده از تکنیک‌های رفتاردرمانی شناختی می‌تواند منجر به افزایش توانمندی‌های روان‌شناختی بیماران وابسته به مواد مخدر گردد؛ به‌طوری‌که پژوهش علیخانی، گلشنی، بازغی و هوکری (۱۴۰۰) گویای این بوده است که استفاده از این رویکرد می‌تواند در پیشگیری از عود مؤثر باشد. پژوهش پورفتحیه و فتحی (۱۳۹۷) نیز نشان از آن داشته است که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند موجب افزایش توانمندی‌های بیماران در مدیریت بیماری و کاهش عود گردد. ویستسترید، بریگ، میلر و گاینور[3] (۲۰۲۳) نیز در پژوهشی به تأثیر رفتاردرمانی شناختی بر کاهش مشکلات بیماران وابسته به مواد افیونی اشاره داشته‌اند و تکنیک‌های این رویکرد را بر کاهش عود اعتیاد مؤثر دانسته‌اند. پینگ[4] و همکاران (۲۰۲۲) نیز در پژوهشی نشان دادند استفاده از رفتاردرمانی شناختی می‌تواند بر کاهش مشکلات وسوسه و عود بیماری اعتیاد مؤثر باشد. نجفی و مرادزاده خراسانی (۱۳۹۴) به اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر پرخاشگری افراد معتاد اشاره داشتند. پژوهش بائویما و همکاران (۲۰۱۹) نیز استفاده از تکنیک‌های این رویکرد را در کاهش لغزش و عود بیماران تحت درمان اعتیاد مؤثر دانسته است.

1. Pateraki & Morris
2. leahy
3. Weststrate, Briggs, Miller & Gaynor
4. Peng

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.161]

در بحث درمان مشکلات اعتیادی، علاوه بر درمان‌های روان‌شناختی متداول، روش‌های درمانی دیگری نیز به کار برده می‌شود که روایت درمانی[1] یکی از این رویکردهاست (هال[2]، ۲۰۲۳). این رویکرد درمانی تحت تأثیر اندیشه‌های پسامدرن و پساساختارگرا شکل گرفته است و می‌تواند به‌عنوان یکی از روش‌های درمان اعتیاد مورد استفاده قرار گیرد (وحیدی فرد و اعتمادی فرد، ۱۳۹۷). این رویکرد بر این فرض استوار است که با ساختارشکنی داستان‌های بدبینانه و ارتقای اعتمادبه‌نفس ماندگار به مراجعین، می‌توان دستورالعمل باثباتی را برای تغییر آنان به وجود آورد و هویت‌های شکسته خورده آنان را به وضعیت قهرمانی تغییر داد (منک و زمنی[3]، ۲۰۱۹). روایت درمانی با تاکید بر مفاهیمی همچون بازگویی و بازنویسی روایات باعث ایجاد دیدی تازه در بیماران می‌شود (فاضلی، سلیمانی فارسانی، فرمانی، وکیلی و ایلانلو، ۱۴۰۱). روایت درمانی ظرفیت مناسبی را برای بیماران فراهم می‌نماید تا بتوانند ارزش‌ها، شایستگی‌ها، توانایی‌ها و مهارت‌های خود را بشناسند و نگرش خود را در خصوص مشکل تغییر دهند؛ چراکه فرایند تغییر در مراجعان با پدیدآیی لحظات نوآور از طریق بیرونی کردن روایت‌های مشکل‌دار حاصل از لحظات نوآور، زمانی اتفاق می‌افتد که مراجعان، متفاوت از الگوی مشکل‌دار قبلی فکر، احساس و رفتار کنند (تقی پور، قمری گیوی، شیخ‌الاسلامی و رضایی شریف، ۱۴۰۱). در روایت‌درمانی وجود مشکل به‌عنوان اختلال در نظر گرفته نمی‌شود بلکه در این رویکرد بیشتر سعی می‌گردد تا مشکل به‌عنوان روایتی در نظر گرفته شود که نیازمند دوباره تألیف شدن از طریق گفتگوی درمانی است؛ به همین دلیل استفاده از این رویکرد می‌تواند به افزایش شناخت و کاهش تفکرات ناسازگارانه کمک نموده و منجر به بهبودی گردد (بیادون[4]، ۲۰۲۰).

شواهد پیشین نشان می‌دهد که استفاده از رویکرد روایت درمانی می‌تواند تا حدی بر بهبود مشکلات روان‌شناختی بیماران مؤثر باشد؛ به طوری که بیمار با بازگو کردن مجدد داستان زندگی خود، پردازش مجدد اتفاقات زندگی‌اش را رقم خواهد زد و احساس بهتری را برای ادامه درمان کسب می نماید (جمشید دوست میانرودی، قمری کیوی و شیخ

1. narrative therapy
2. Hall
3. Monk & Zamani
4. Beaudoin

سال هفدهم، شماره ۶۹، پاییز ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 69, Autumn 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.161]

الاسلامی، ۱۴۰۱). پژوهش طاهری، جمالی و درخشانی (۱۴۰۱) نشان داده است روایت درمانی باعث کاهش معنادار ولع مصرف، احتمال لغزش و عود بیماران تحت درمان با متادون می‌شود. پارک و کیم[1] (۲۰۲۳) نیز در پژوهشی نشان داده‌اند که استفاده از روایت درمانی برای بیماران وابسته با الکل می‌تواند با اثرگذاری بر بینش فرد موجب کاهش لغزش گردد. پژوهش انجام شده توسط هال (۲۰۲۳) نیز نشان داده است که رویکرد روایت درمانی می‌تواند موجب افزایش توانمندی‌های روان‌شناختی بیماران وابسته به مصرف مواد مخدر گردد و احتمال موفقیت درمان را افزایش دهد. ماراش، استون، هاشکینز و کابینا[2] (۲۰۲۰) نیز در پژوهشی نشان دادند استفاده از روایت درمانی می‌تواند بر مدیریت بهتر درمان اعتیاد مؤثر باشد و احتمال موفقیت درمان را افزایش دهد. همچنین پژوهش کلارک[3] (۲۰۱۴) نشان داده است که استفاده از روایت درمانی می‌تواند بر کاهش عود افراد تحت درمان اعتیاد مؤثر باشد.

با توجه به اینکه پژوهش‌هایی که به مقایسه تأثیر روایت درمانی و درمان شناختی رفتاری بر افزایش توانمندی‌های روان‌شناختی بیماران پرداخته‌اند، نشان می‌دهند هر دو رویکرد مذکور می‌توانند در خصوص افزایش توانمندی‌های بیماران مورد استفاده قرار گیرند (بنی صفر و آهی، ۱۴۰۰؛ امین الرعایا، بختیاری، نعمتی و تقوی‌زاده، ۱۳۹۸؛ تونز[4]، ۲۰۱۹؛ داسیلوا[5] و همکاران، ۲۰۲۰)؛ مقایسه این دو رویکرد بر کاهش احتمال لغزش بیماران وابسته به مواد ضروری به نظر می‌رسد. درواقع، از آنجا که رفتاردرمانی شناختی و روایت درمانی هر دو بر بعد شناختی تأکید داشته و سعی دارند چارچوب‌های ذهنی بیماران را تصحیح نمایند (تقی پور و همکاران، ۱۴۰۱)؛ و با توجه به اینکه این دو رویکرد در خصوص محتوای آموزشی با یکدیگر تفاوت داشته و درمان شناختی رفتاری به‌عنوان یکی از درمان‌های مدرنیسم سعی دارد تا به اصلاح تحریفات شناختی بپردازد و روایت درمانی به‌عنوان یکی از درمان‌های پست‌مدرن سعی دارد تا به فرد کمک کند تا به برون‌سازی مشکل پرداخته و مشکل را جدا از شخص در نظر می‌گیرد (داسیلوا و همکاران، ۲۰۲۰)؛ در این پژوهش به

1. Park & Kim
2. Morash, Stone, Hoskins & Cobbina
3. Clark
4. Towns
5. Da Silva

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.161]

مقایسه این دو رویکرد درمانی بر احتمال لغزش بیماران وابسته به مواد افیونی پس از سم‌زدایی پرداخته شده است.

از آنجا که لغزش پس از مرحله سم‌زدایی می‌تواند منجر به کاهش موفقیت درمان و قطع زنجیره درمانی گردد (بائویما و همکاران، ۲۰۱۹)؛ ارائه روش‌هایی که بتواند به بهترین نحو احتمال لغزش را کاهش دهد، می‌تواند به ماندگاری بیمار در پروسه درمان و موفقیت درمان کمک کند (مداحی، ۱۳۹۶). از طرفی با توجه به اینکه یکی از عمده‌ترین دلایل شکست بیماران پس از سم‌زدایی، مسئله لغزش و ناتوانی در مقابله با آن است، شناسایی و تعیین تأثیر درمان‌هایی که بتواند به بهترین نحو بر کاهش لغزش اثر گذارد و موفقیت درمان را افزایش دهد، بسیار حائز اهمیت است (پینگ و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین با توجه به اینکه در خصوص احتمال لغزش پس از سم‌زدایی، به‌عنوان یک دوره حساس در ترک اعتیاد، خلأ پژوهشی وجود دارد و پژوهش‌های پیشین کمتر به بررسی احتمال لغزش در این مرحله پرداخته‌اند این پژوهش می‌تواند نوآورانه باشد. درمجموع بر اساس آنچه گفته شد در این پژوهش این سؤال مطرح است که آیا بین اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر روایت درمانی و درمان شناختی رفتاری بر احتمال لغزش بیماران وابسته به مواد افیونی پس از سم‌زدایی تفاوت وجود دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مراکز دولتی درمان و بازتوانی اعتیاد شهر بجنورد در سال ۱۴۰۱ بودند. در پژوهش‌های آزمایشی حداقل حجم نمونه برای هر یک از زیرگروه‌ها ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (دلاور، ۱۳۹۸). بنابراین، از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۴۵ نفر (۱۵ نفر برای هر گروه) به روش نمونه‌گیری دردسترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. ملاک ورود به پژوهش رضایت برای شرکت در پژوهش، عدم دریافت درمان همزمان با مداخله پژوهش، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، برخورداری از سواد

سال هفدهم، شماره ۶۹، پاییز ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 69, Autumn 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.161]

خواندن و نوشتن، وابستگی به مواد افیونی و قرار داشتن در مرحله سم‌زدایی بود و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمان و عدم تکمیل یا مخدوش نمودن ابزارهای پژوهش بود. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار اس‌پی‌اس‌اس تحلیل شدند.

ابزار

۱-پرسشنامه خطر لغزش اعتیاد[1]: مقیاس احتمال لغزش اعتیاد یک مقیاس خودسنجی ۴۵ سؤالی است که توسط رایت، بک، نیومن و لیز[2] در سال ۱۹۹۳ طراحی شده است. هر یک از ۴۵ سؤال این ابزار شامل یک موقعیت می‌شود که آزمودنی باید خود را در آن تصور کند و پاسخ به سوالات بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت است که از صفر (هیچ) تا چهار (خیلی قوی) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس شامل دو قسمت یعنی شدت نیرومندی میل در موقعیت خاص (۲۲ سوال) و احتمال مصرف در آن موقعیت (۲۳ سوال) است و هر چه آزمودنی در این مقیاس نمره بالاتری را کسب نماید، احتمال لغزش در او بالاتر است. ضریب آلفای کرونباخ این ابزار توسط رایت و همکاران (۱۹۹۳) برای شدت نیرومندی میل در موقعیت خاص برابر با ۰/۹۵ و برای احتمال مصرف در آن موقعیت ۰/۸۳ گزارش شده است. در ایران نیز این پرسشنامه توسط مداحی (۱۳۹۶) ترجمه شده است و به‌منظور سنجش پایایی آن ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده که برای برای شدت نیرومندی میل برابر با ۰/۵۸ و برای احتمال مصرف ۰/۶۳ گزارش شده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ این ابزار در پژوهش حاضر برای شدت نیرومندی میل برابر با ۰/۸۶ و برای احتمال مصرف ۰/۷۸ بدست آمد.

روش اجرا

پس انتخاب افراد بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش، آزمودنی‌های انتخاب شده به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل

1. Relapse risk scale for drug abusers (RRS)

2. Wright, Beck, Newman & Liese

سال هفدهم، شماره ۶۹، پاییز ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 69, Autumn 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.161]

جای‌دهی شدند و هر یک از گروه‌های آزمایش به‌صورت مجزا به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت یک جلسه در هفته، تحت روان‌درمانی مبتنی بر روایت درمانی مطابق بسته آموزشی وایت[1] (۱۹۹۸) و رفتاردرمانی شناختی مطابق بسته آموزشی بک[2] (۲۰۰۸) قرار گرفتند. در این مدت گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد و در پایان جلسات هر سه گروه، مجدداً با پس‌آزمون مورد سنجش قرار گرفتند و در نهایت پس از مدت یک ماه دوره پیگیری برای هر گروه در نظر گرفته شد. در ادامه شرح مختصری از جلسات روان‌درمانی مبتنی بر روایت درمانی ارائه گردیده است که در جدول ۱ قابل مشاهده است.

جدول ۱: شرح مختصر جلسات روان‌درمانی مبتنی بر روایت درمانی

جلسات	هدف	محتوا
جلسه اول	آشنایی اعضا و تشریح مدل درمانی	آشنایی اعضا با یکدیگر؛ مشخص نمودن اهداف و قوانین جلسات؛ تبیین مدل درمانی موردنظر؛ تشویق اعضا برای شرح روایت‌های خود
جلسه دوم	آموزش تشریح روایت مشکل‌ساز	برونی‌سازی؛ بررسی روایت‌های غالب؛ مشخص‌سازی داستان اشباع از مشکل؛ بررسی نفوذ مشکل بر فرد و بالعکس؛ چگونگی ساخت داستان
جلسه سوم	ساخت شکنی در روایت	دستیابی به اصول حاکم بر داستان‌گویی افراد یافتن تجارب اوج، افت و دیدن داستان از منظری دیگر؛ نام‌گذاری مشکل؛ ساخت شکنی (از قدرت انداختن مشکل)؛ فن باز معنایی
جلسه چهارم	به چالش کشدن روایات	به چالش کشاندن اعضاء، تعیین عوامل مثبت و منفی مؤثر در داستان‌ها؛ بررسی چالش‌های بزرگ زندگی؛ دستیابی به داستان‌های سایه‌ای افراد
جلسه پنجم	اصلاح چهارچوب زندگی	بررسی پیامدهای منحصربه‌فرد به‌کارگیری عناصر جدید در روایت؛ بررسی اولویت‌ها، آرزوها، اهداف و افراد مهم؛ تغییر چارچوب زندگی فرد
جلسه ششم	جریان سازی در روایت	تکیه بر نقاط قوت مراجع؛ تحلیل ارتباط روایت جدید با زندگی فرد جریان بخشیدن به روایت جدید و پیدا و نقطه بحرانی
جلسه هفتم	ایفای نقش در روایت	بررسی داستان تازه افراد؛ پیش‌بینی مشکلات احتمالی؛ ویرایش نهایی روایت جدید؛ ایفای نقش در داستان جدید زندگی خود
جلسه هشتم	جمع بندی	جمع‌بندی مطالب؛ بررسی مفهومی داستان و نتیجه‌گیری

شرح مختصری از جلسات درمان شناختی رفتاری در جدول ۲ ارائه گردیده است.

1. White 2. Beck

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.161]

جدول ۲: شرح مختصر جلسات درمان شناختی رفتاری

جلسات	هدف	محتوا
جلسه اول	آشنایی و ایجاد رابطه درمانی	آشنایی با اعضا و ایجاد ارتباط در جهت برقراری رابطه حسنه، سعی در ایجاد اتحاد درمانی، توافق با اعضا در خصوص اهداف درمانی، ایجاد انگیزه در بیماران جهت شرکت مؤثر در جلسات و بازخورد انگیزشی فردی
جلسه دوم	آشنایی با نقشه تغییر شناختی	شناخت اعتیاد و توضیح در مورد فرایندهای آن، تلاش برای ایجاد شناخت بین اعضا، آشنایی با اصول بهبودی، آشنایی با نقشه تغییر شناختی و معرفی موقعیت‌های پر خطر
جلسه سوم	کنترل پیش آیندها	آشنایی با عوامل وسوسه‌برانگیز، تلاش برای شناسایی و کنترل پیشایندها و پیامدهای مصرف مواد مخدر، مقابله با میل به مصرف مواد (مقابله با وسوسه)
جلسه چهارم	آشنایی با خطاهای شناختی	آشنایی با عوامل لغزش و آشنایی با خطاهای شناختی مسبب آن، روش‌های مقابله‌ای در خصوص مدیریت افکار منفی و روش‌های کاهش لغزش و شناسایی عوامل هشداردهنده و مقابله با تفکر منفی
جلسه پنجم	آشنایی با افکار انتظاری	شناسایی و کنترل افکار انتظاری، تسهیل کننده، اجازه دهنده و تحریف‌های شناختی و آموزش توقف فکر و آشنایی با نحوه مقابله هیجان‌مدار و بررسی تصمیم‌های به‌ظاهر نامرتبط
جلسه ششم	آشنایی با خطاهای شناختی بارز	آشنایی با خطاهای شناختی مسبب ایجاد ولع مصرف، علت‌های وسوسه و افزایش توانمندی در مدیریت بهتر شرایط خطر و برنامه‌ریزی در زمینه موارد اضطراری
جلسه هفتم	آموزش مهارت‌های امتناع	آشنایی با هیجان‌های مثبت و منفی، افزایش مهارت‌های مدیریت و کنترل اضطراب و روش‌های تغییر حال بد به حال خوب و آموزش مهارت‌های امتناع
جلسه هشتم	جمع بندی	مرور جلسات گذشته و ایجاد برنامه‌ریزی‌های بنیادی در خصوص تداوم بهبودی و آموزش انتقاد و انتقاد کردن، انجام پس‌آزمون

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها در گروه روایت درمانی (۱/۱۴±۳۱/۱۰)، در گروه شناختی رفتاری (۱/۱۶±۳۴/۰۶) و در گروه کنترل (۱/۲۲±۳۲/۱۱) بود. همچنین از اعضای گروه روایت درمانی ۲ نفر دارای تحصیلات ابتدایی (۱۳٪)، ۵ نفر دارای تحصیلات راهنمایی (۳۳٪)، ۵ نفر دیپلم (۳۳٪) و ۳ نفر بالاتر از دیپلم (۲۱٪) بودند. از اعضای گروه شناختی رفتاری ۵ نفر دارای تحصیلات ابتدایی (۳۳٪)، ۶ نفر دارای تحصیلات راهنمایی (۴۱٪)، ۲ نفر دیپلم (۱۳٪) و ۲ نفر بالاتر از دیپلم (۱۳٪) بودند. همچنین در گروه کنترل ۴ نفر دارای تحصیلات ابتدایی (۲۶٪)، ۶ نفر دارای تحصیلات راهنمایی (۴۰٪)، ۳ نفر دیپلم

سال هفدهم، شماره ۶۹، پاییز ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 69, Autumn 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.161]

(۲۱٪) و ۲ نفر بالاتر از دیپلم (۱۳٪) بودند. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی احتمال لغزش برحسب مراحل آزمون و به تفکیک گروه‌ها

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
روایت درمانی	نمره کل	۱۱۴/۵۳	۲/۲۹	۹۵/۱۳	۲/۳۹	۹۶/۸۷	۲/۹۶
	شدت نیرومندی میل	۶۶/۲۱	۳/۲۱	۵۴/۵۳	۲/۱۳	۵۳/۶۳	۲/۷۱
	احتمال مصرف	۴۸/۳۲	۱/۲۳	۴۰/۶۰	۲/۱۸	۴۳/۲۴	۱/۸۵
درمان شناختی رفتاری	نمره کل	۱۱۱/۹۳	۲/۰۲	۱۰۱/۰۷	۲/۸۴	۱۰۱/۶۷	۲/۰۲
	شدت نیرومندی میل	۶۴/۶۹	۲/۰۱	۵۶/۱۳	۲/۷۱	۵۶/۱۴	۱/۳۱
	احتمال مصرف	۴۷/۲۸	۱/۹۳	۴۴/۹۴	۱/۳۱	۴۴/۹۳	۲/۱۴
کنترل	نمره کل	۱۱۲/۳۳	۲/۹۱	۱۱۱/۰۰	۲/۱۱	۱۱۱/۹۳	۲/۰۴
	شدت نیرومندی میل	۶۶/۶۲	۲/۷۱	۶۶/۶۵	۲/۱۰	۶۶/۶۵	۲/۱۱
	احتمال مصرف	۴۵/۷۱	۲/۸۳	۴۴/۳۵	۳/۱۱	۴۵/۲۸	۱/۹۷

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین نمرات احتمال لغزش در آزمودنی‌های گروه‌های روایت درمانی و درمان شناختی رفتاری در پس‌آزمون و پیگیری کمتر از میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه کنترل بوده و از پیش‌آزمون به پس‌آزمون میانگین‌ها در گروه‌های روایت درمانی و درمان شناختی رفتاری کاهش یافته است؛ اما از پس‌آزمون به پیگیری تغییر چشمگیری ایجاد نشده است. برای تجزیه نتایج اصلی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. یکی از مفروضه‌های این آزمون، نرمال‌بودن توزیع داده‌هاست. نتایج آزمون شاپیرو ویلک حاکی از آن بود که نمرات مولفه‌های متغیر احتمال لغزش دارای توزیع نرمال بودند (p> ۰/۰۵). همچنین هیچ کدام از مولفه‌های متغیر احتمال لغزش در آزمون لوین معنادار نبودند (p> ۰/۰۵)، لذا می‌توان گفت که همگنی واریانس‌ها برقرار بود. آزمون موچلی نیز نشان داد که مفروضه کرویت محقق شده است (P>۰/۰۵، χ2=۰/۰۰۴، w=۱/۰۰). نتایج بررسی تفاوت‌های بین گروهی در احتمال لغزش در گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۴ ارائه شده است.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.161]

جدول ٤: بررسی تفاوت‌های بین گروهی در احتمال لغزش در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	مجذور اتا
لغزش (کل)	آزمون	۲۱۷۸/۳۸	۲	۱۰۸۹/۱۹	۸/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۵۹
	عضویت گروهی	۱۴۱۵/۵۶	۲	۷۰۷/۰۷۸	۱۴/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۷۷
	آزمون× عضویت گروهی	۸۳۳۶/۱۹	۲ ۴	۲۰۸۴/۰۴	۱۷/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۴۸
نیرومندی میل	آزمون	۱۲۳۸/۵۴	۲	۶۱۹/۲۷	۷/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۲۸
	عضویت گروهی	۹۸۶/۲۸	۲	۴۹۳/۱۴	۱۱/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۴۹
	آزمون× عضویت گروهی	۳۸۶۹/۱۹	۴۲	۱۹۳۴/۰۹	۱۶/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۳۱
احتمال مصرف	آزمون	۹۳۹/۲۸	۲	۴۶۹/۶۴	۵/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۱۸
	عضویت گروهی	۶۹۸/۶۴	۲	۳۴۹/۳۲	۹/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۵۹
	آزمون× عضویت گروهی	۲۹۶۴/۱۹	۴۲	۱۴۸۲/۰۹	۱۳/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۲۸

همان‌طور که جدول فوق نشان می‌دهد میان دو گروه آزمایشی و کنترل برحسب آزمون، عضویت گروهی و اثر تعاملی آزمون و عضویت گروهی برای احتمال لغزش و هریک از خرده مقیاس‌های آن تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه میانگین‌ها برحسب مراحل آزمون به تفکیک گروه‌ها در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه میانگین برحسب مراحل آزمون به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه‌ها	پیش‌آزمون- پس‌آزمون		پیش‌آزمون-پیگیری		پس‌آزمون-پیگیری	
		اختلاف میانگین	سطح معنی داری	اختلاف میانگین	سطح معنی داری	اختلاف میانگین	سطح معنی داری
لغزش (کل)	روایت درمانی	۱۹/۴۰	۰/۰۲۱	۱۷/۶۶	۰/۰۱۱	-۱/۷۴	۰/۶۹
	درمان شناختی رفتاری	۱۰/۸۶	۰/۰۱۱	۱۰/۲۶	۰/۰۱۰	-۰/۶۰	۰/۶۵
	کنترل	۱/۳۳	۰/۸۶	۰/۶۰	۰/۵۲	-۰/۹۳	۰/۷۵
نیرومندی میل	روایت درمانی	۱۱/۶۸	۰/۰۳۲	۱۲/۵۸	۰/۰۲۱	۰/۹	۰/۸۹
	درمان شناختی رفتاری	۸/۵۶	۰/۰۳۵	۸/۵۵	۰/۰۳۵	-۰/۰۱	۰/۹۸
	کنترل	-۰/۰۳	۰/۹۶	-۰/۰۳	۰/۹۷	۰	۰/۹۹
احتمال مصرف	روایت درمانی	۷/۷۷	۰/۰۳۸	۵/۰۸	۰/۰۴۱	-۲/۶۴	۰/۱۲
	درمان شناختی رفتاری	۲/۳۴	۰/۰۴۹	۲/۳۲	۰/۰۴۸	-۰/۰۱	۰/۹۸
	کنترل	۱/۳۶	۰/۸۲	۰/۰۴۳	۰/۹۱	-۰/۹۳	۰/۹۲

سال هفدهم، شماره ۶۹، پاییز ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 69, Autumn 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.161]

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که در متغیر احتمال لغزش و خرده مقیاس‌های آن در گروه‌های روایت درمانی و درمان شناختی رفتاری از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیش‌آزمون به پیگیری، میانگین‌ها کاهش یافته و تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵)؛ اما از پس‌آزمون به پیگیری تغییر معناداری مشاهده نمی‌شود (P>۰/۰۵). در گروه کنترل تغییر معناداری در مراحل آزمون ایجاد نشده است (P>۰/۰۵). مقایسه‌های بین گروهی در پس‌آزمون و پیگیری با آزمون تعقیبی بن فرونی در جدول ۶ قابل مشاهده است.

جدول ٦: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه تفاوت‌ها برحسب عضویت گروهی

	گروه‌ها	پس‌آزمون		پیگیری	
		اختلاف میانگین	سطح معنی داری	اختلاف میانگین	سطح معنی داری
لغزش(کل)	روایت درمانی- درمان شناختی رفتاری	-۵/۹۴	۰/۰۱۱	-۴/۸۰	۰/۰۱۸
	روایت درمانی- کنترل	-۱۵/۸۷	۰/۰۰۱	-۱۵/۰۶	۰/۰۰۱
	درمان شناختی رفتاری - کنترل	-۹/۹۳	۰/۰۰۱	-۱۰/۲۶	۰/۰۰۱
نیرومندی میل	روایت درمانی- درمان شناختی رفتاری	-۱/۶	۰/۰۴۳	-۲/۵۱	۰/۰۳۹
	روایت درمانی- کنترل	-۱۲/۱۲	۰/۰۰۱	-۱۳/۰۲	۰/۰۰۱
	درمان شناختی رفتاری - کنترل	-۱۰/۵۶	۰/۰۰۱	-۱۰/۵۱	۰/۰۰۱
احتمال مصرف	روایت درمانی- درمان شناختی رفتاری	-۴/۳۴	۰/۰۰۱	-۲/۰۷	۰/۰۱۱
	روایت درمانی- کنترل	-۳/۷۵	۰/۰۰۸	-۲/۰۴	۰/۰۰۹
	درمان شناختی رفتاری - کنترل	-۲/۵۹	۰/۰۳۷	-۲/۳۵	۰/۰۳۹

همان‌طور که نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد در لغزش و خرده مقیاس‌های آن در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت‌های گروه‌های روایت درمانی و درمان شناختی رفتاری با گروه کنترل معنادار است (P<۰/۰۵). به این صورت که میانگین لغزش آزمودنی‌های این گروه‌ها کمتر از آزمودنی‌های گروه کنترل است. همچنین بین میانگین لغزش و خرده مقیاس‌های آن در آزمودنی‌های گروه‌های روایت درمانی و درمان شناختی رفتاری در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی دیگر اثربخشی روایت درمانی در کاهش لغزش بیشتر از درمان شناختی رفتاری است.

سال هفدهم، شماره ۶۹، پاییز ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 69, Autumn 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.161]

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه تأثیر روان‌درمانی مبتنی بر روایت درمانی و درمان شناختی رفتاری بر احتمال لغزش بیماران وابسته به مواد افیونی پس از سم‌زدایی بود. نتایج نشان داد هر دو روش روایت درمانی و درمان شناختی رفتاری بر احتمال لغزش اثربخش بوده و هر دو رویکرد موجب کاهش احتمال لغزش بیماران وابسته به مواد افیونی می‌شود و اثربخشی روایت درمانی هم در پس‌آزمون و هم در دوره پیگیری بیش از درمان شناخت رفتاری بود؛ به این معنی که روایت درمانی بیشتر از درمان شناختی رفتاری می‌تواند بر کاهش احتمال لغزش بیماران مؤثر باشد.

در خصوص تأثیر درمان شناختی رفتاری بر کاهش احتمال لغزش اعتیاد، یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های ویستسترید و همکاران (۲۰۲۳)، پینگ و همکاران (۲۰۲۲)، بائویما و همکاران (۲۰۱۹)، علیخانی و همکاران (۱۴۰۰) و پورفتحیه و فتحی (۱۳۹۷) همسو است. در تبیین تأثیر درمان شناختی رفتاری بر احتمال لغزش، می‌توان این‌گونه عنوان داشت که این رویکرد تلاش دارد تا ضمن افزایش شناخت بیماران، توانایی شناسایی تحریفات شناختی معیوب و نهایتاً جایگزین نمودن الگوی رفتاری مناسب را آموزش دهد؛ به همین دلیل باعث می‌گردد تا افراد تحت درمان قادر گردند راهکارهای مناسبی را جهت خودکنترلی به دست آورند و بتوانند از بروز افکاری که احتمال لغزش را افزایش می‌دهد جلوگیری کنند (پورفتحیه و فتحی، ۱۳۹۷). این رویکرد درمانی با تأکید بر بعد شناختی، الگوی پرهیزمدار را تقویت می‌نماید و می‌تواند توانایی بیماران را در کنترل خود افزایش داده و آنان را در مدیریت پرهیز توانمند نماید و احتمال لغزش را کاهش دهد (پینگ و همکاران، ۲۰۲۲). با توجه به اینکه یکی از ابعاد رفتاردرمانی شناختی تأکید بر بازسازی‌های شناختی است، استفاده از فنون بازسازی شناختی موجب می‌گردد تا بیماران روی باورهای خود در خصوص پیامدهای رفتارشان تأکید نموده و نسبت به بازسازی افکار تحریف شده اقدام نمایند و در این خصوص سطح آگاهی خود را از باورهایشان ارتقا دهند و بتواند افکار وسوسه‌انگیزی که احتمال لغزش را افزایش می‌دهد مدیریت نمایند (علیخانی و همکاران، ۱۴۰۰). از آنجا که در رویکرد شناختی رفتاری سعی می‌گردد تا ارتباط بین افکار،

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.161]

احساسات و رفتار ارائه گردد، به بیمار کمک می‌شود تا ارتباط بین افکار با پیامد رفتارشان را کاوش کنند و به وجود خطاهای شناختی که باعث ایجاد رفتارهای آسیب‌زا می‌شود پی ببرند و درصدد اصلاح آن برآیند؛ به همین دلیل بیماران شرکت‌کننده در جلسات رفتاردرمانی شناختی قادر می‌گردند تا مدیریت بهتری بر افکار خود داشته باشند و ضمن شناسایی تحریفات شناختی، وسوسه‌های مصرف را مدیریت کرده و احتمال لغزش را کاهش دهند (بائویما و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین از آنجا که شناسایی الگوهای تفکر غیرسازنده به‌عنوان یک تکنیک اثربخش در رویکرد شناختی رفتاری مورد استفاده قرار می‌گیرد، بیماران تحت درمان را قادر می‌سازد تا در خصوص بررسی افکار وسوسه‌انگیز و پایش افکار شروع‌کننده مصرف، تفکر سنجیده‌تری داشته باشند و بدین طریق بتوانند احتمال لغزش را در خود کاهش دهند (ویستسترید و همکاران، ۲۰۲۳).

همچنین در خصوص تأثیر روایت درمانی بر کاهش احتمال لغزش اعتیاد نیز می‌توان به پژوهش‌های پارک و کیم (۲۰۲۳)، هال (۲۰۲۳)، ماراش و همکاران (۲۰۲۰)، کلارک (۲۰۱۴) و طاهری و همکاران (۱۴۰۱) اشاره نمود که تا حد زیادی با یافته‌های این پژوهش همسو و هماهنگ است. در تبیین تأثیر روایت درمانی بر احتمال لغزش نیز، می‌توان این‌گونه عنوان داشت که وجود خلقیات و احساسات منفی همچون افسردگی و اضطراب ازجمله عواملی است که می‌تواند بر احتمال لغزش اثر گذارد. به‌طوری‌که وجود ناراحتی و تنش عامل اصلی مصرف مجدد مواد در بیماران شناخته می‌شود؛ بر همین اساس چون روایت درمانی با هدف توجه به باورهای ناکارآمد و تغییر روایت زندگی شخصی ایجاد شده است، می‌تواند به بیماران کمک کند تا دید تازه به واقعیات زندگی داشته باشند و بتوانند افکار منفی، ناراحتی و تنش را در خود کاهش داده و بدین طریق احتمال لغزش را بهتر مدیریت نمایند (طاهری و همکاران، ۱۴۰۱). یکی از اصول روایت درمانی تأکید بر جدایی فرد از مشکل است که همین امر باعث می‌شود تا بیمار به تجربه تازه‌ای دست یابد و با مفاهیم قدیمی و غیرمفیدی که به‌مرور در روایت‌های زندگی‌اش ایجاد شده است چالش نماید و بتواند بر افکار منفی تولیدکننده رفتارهای نسنجیده فائق آید و احتمال لغزش را در خود کاهش دهد (هال، ۲۰۲۳). یافتن روایت غالب به‌عنوان یکی از اصول روایت درمانی به

سال هفدهم، شماره ۶۹، پاییز ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 69, Autumn 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.161]

بیماران کمک می‌کند تا داستان غالب و مسئله‌داری را که در طول زندگی آن را دنبال کرده‌اند و از آن آگاهی نداشته‌اند را شناسایی کنند و از طریق برون‌سازی به‌طور هم‌زمان ناظر خودشان شوند و با ایجاد فاصله بین خود و مشکلاتشان، تصویر روشن‌تری از مشکل داشته باشند و بتوانند عملکرد بهتری را در مواجهه با افکار نادرست از خود نشان دهند؛ به همین دلیل این‌گونه توانمندی‌ها می‌توانند در کنترل شرایط بیماری و کاهش لغزش مفید باشند (کلارک، ۲۰۱۴). ازآنجا که در روایت درمانی به مراجع کمک می‌شود تا با کمک استعاره‌ها و نام‌گذاری نگرانی‌ها، مشکل را بیرون از خود در نظر بگیرد، به او کمک می‌شود تا هویت خود را جدا از مشکل در نظر گرفته و احساس کنترل و عاملیت زندگی خود را به دست آورد که این مسئله نیز به مدیریت بهتر لغزش کمک می‌کند (پارک و کیم، ۲۰۲۳). در یک بیان کلی می‌توان این‌گونه مطرح نمود که درمان شناختی رفتاری مجموعه‌ای از روش‌های مداخله رفتاری و شناختی را تلفیق می‌نماید و به بیماران کمک می‌کند تا با استفاده از آن‌ها شناخت‌های غلط و ناکارآمد خود را شناسایی و تصحیح نمایند و نقایص رفتاری و مهارت‌های اجتماعی خود را بازسازی کنند. لذا از این طریق باعث می‌گردد تا بیماران بتوانند در مواجهه با رویدادهای فشارزا، تفکر سنجیده‌ای داشته باشند و تحریفات شناختی را شناسایی و مدیریت کنند و به این طریق افکار وسوسه‌انگیزی که احتمال لغزش را فراهم می‌کند را مدیریت کنند. همچنین در روایت درمانی مشکل برون‌سازی می‌شود و مراجع می‌آموزد که به مشکل از بیرون بنگرد، سبک اسنادی او تغییر کرده و این مسئله باعث کاهش تنش و فشار روانی می‌شود و می‌تواند منجر به ایجاد تفکر سازنده گردد و بیمار را قادر سازد تا مدیریت بهتری بر افکار وسوسه‌انگیز داشته باشد و احتمال لغزش را کاهش دهد. همچنین در خصوص چرایی تأثیر بیشتر روایت درمانی بر درمان شناختی رفتاری می‌توان این‌گونه عنوان نمود که به نظر می‌رسد چون درمان‌های پست‌مدرن همچون روایت درمانی مشکل را جدای از فرد در نظر می‌گیرند و کمک می‌کنند تا بیمار مشکل را از بیرون بنگرد، ضمن کاهش اضطراب به ایجاد تفکر سنجیده‌تر کمک نموده و شناخت و آگاهی بیشتری را برای بیمار ایجاد می‌نماید که می‌تواند منجر به مدیریت بهتر افکار و رفتار شود؛ اما در درمان شناختی رفتاری مشکل جدا از فرد در نظر گرفته نمی‌شود و تلاش

سال هفدهم، شماره ۶۹، پاییز ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 69, Autumn 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.161]

می‌گردد تا با افزایش آگاهی به بیمار کمک شود تا به بازسازی شناختی دست یابد که این مسئله می‌تواند یکی از عمدترین علل تفاوت این دو رویکرد باشد. همچنین در روایت درمانی به برانگیختن رابطه تعاملی و جنبه‌های اجتماعی شدن بیماران تأکید می‌شود و در انعکاس خود، خودشناسی و خودآگاهی به بیماران کمک می‌شود که این عوامل باعث می‌گردد تا بیماران بهتر بتوانند افکار خود را سازمان‌دهی و تشریح نمایند که این توانمندی به دلیل تفاوت محتوای درمان در رویکرد شناختی رفتاری کمتر ایجاد می‌گردد. همچنین یکی دیگر از دلایل تاثیرگذاری بیشتر روایت‌درمانی نسبت به درمان شناختی رفتاری این است که تمرین روایت‌درمانی به برانگیختن رابطـه تعاملی و جنبه‌های اجتماعی شدن بیماران کمک نموده و باعث گردیده است تا بیماران تحت درمان کمتر نگرانی‌های خود را پنهان کنند و به ارتباطات اجتماعی با دیگران تمایل یابند و روابط خود را با خانواده تسهیل کنند که این موضوع بعد حمایتی آنها را در مدیریت بهتر وسوسه‌ها افزایش داده و احتمال لغزش را کاهش می‌دهد؛ در حالی که درمان شناختی رفتاری بیشتر به جنبه‌های شناختی و اصلاح باورهای اشتباه آنها می‌پردازد.

در خصوص محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به دشواری‌های مرتبط با اخذ مجوزهای لازم برای نمونه‌گیری و دسترسی به اعضای نمونه و خود اظهاری بودن ابزارهای مورد استفاده اشاره نمود. همچنین اصولاً برای بررسی تأثیر درازمدت اثر مداخله، انجام آزمون‌های پیگیری با فواصل منظم ضروری است، یک مرحله آزمون پیگیری به دلیل محدودیت زمانی و عدم پیگیری طولانی‌مدت اثرات مداخلات، محدودیت دیگر این پژوهش به شمار می‌رود. بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان پیشنهاد داد که رفتاردرمانی شناختی و روایت درمانی، به‌صورت الگویی مدون به درمانگران اعتیاد آموزش داده شود تا بتوانند در کار با بیماران، نقش تسهیل‌کنندگی خود را به شکل مناسب‌تری ایفا کنند. همچنین با توجه به اینکه نتایج نشان داد بین آموزش رفتاردرمانی شناختی و روایت درمانی تفاوت وجود دارد و تأثیر روایت درمانی بیشتر است، پیشنهاد می‌شود از این رویکرد در جهت اصلاح تفکرات منفی و وسوسه‌انگیز بیماران استفاده نمود تا بدین طریق بتوان به کاهش احتمال لغزش اعتیاد کمک نمود.

سال هفدهم، شماره ۶۹، پاییز ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 69, Autumn 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.161]

منابع

امین الرعایا، رضوان؛ بختیاری، فاطمه؛ نعمتی، علی و تقوی زاده، سید ابراهیم (۱۳۹۹۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و روایت درمانی بر بهبود آشفتگی‌های مرتبط با مرگ و سرسختی روان-شناختی در بیماران زن مبتلا به سرطان رحم. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی در مشاوره*، ۲(۴)، ۱۱-۲۹.

انصاری، بهجت؛ تسبیح‌سازان، سید رضا؛ خادمی، علی و رضایی، محمد خالد (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نگرانی، نشخوار فکری و کنترل آسم در بیماران مبتلا به آسم. *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۹(۴)، ۲۷۸-۲۹۸.

بنی صفر، افشین و آهی، قاسم (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی روایت درمانی آنلاین و رفتار درمانی شناختی بر تاب‌آوری و تنظیم هیجانی بیماران مبتلا به سرطان. *مجله نشریه مراقبت سرطان*، ۲(۴)، ۳۵-۲۴.

پورفتحیه، عارفه و فتحی، آیت اله (۱۳۹۷). اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری به‌عنوان مکمل درمان‌های نگه‌دارنده بر پیشگیری از لغزش و بهبود نشانه‌های اختلالات روانی بیماران وابسته به مواد. *مجله اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۷)، ۲۹۲-۲۷۳.

تقی پور، امین؛ قمری کیوی، حسین؛ شیخ‌الاسلامی، علی و رضایی شریف، علی (۱۴۰۱). اثربخشی روایت درمانگری با تأکید بر لحظات نوآور بر راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان دختران دچار خود آسیب‌زنی بدون گرایش به خودکشی. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روان‌شناختی*، ۲۱(۱۰۹)، ۱۶۲-۱۴۵.

جمشید دوست میانرودی، فاطمه؛ قمری کیوی، حسین و شیخ الاسلامی، علی (۱۴۰۱). اثربخشی روایت درمانی بر انعطاف پذیری شناختی و ادراک سربار بودن در افراد با گرایش به اعتیاد. *مجله اعتیاد پژوهی*، ۱۶(۶۶)، ۲۵-۴۶.

درویشی، صیاد؛ بختیاری، لطفعلی و گله جاری، بهمن (۱۴۰۰). چالش‌های انتظامی در پیشگیری از اعتیاد از طریق مقابله با توزیع مواد مخدر صنعتی (مطالعه موردی کلانتری‌های شهرستان کرمانشاه). *مجله اعتیاد پژوهی*،۱۵(۶۰)، ۶۷-۹۶.

دلاور، علی (۱۳۹۸). *روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی*. تهران: نشر ویرایش.

شاکری نسب، محسن؛ عظیم زاده طهرانی، نگار؛ رستمی، طاهره و پارسا نژاد، مصطفی (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر ولع مصرف و خودکارآمدی ترک اعتیاد در بیماران تحت درمان با متادون. *مجله اعتیاد پژوهی*، ۱۶(۶۴)، ۲۴۱-۲۵۸.

شاکری نسب، محسن؛ قلعه‌نوی، زهره و خسروآبادی، احسان (۱۳۹۴). *درمان‌های روان‌شناختی در اعتیاد*. بجنورد: انتشارات ارزینه.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.161]

طاهری، الهام؛ جمالی، جمشید و درخشانی مهدی (۱۴۰۱). اثربخشی روایت درمانی بر میزان ولع، لغزش و عود در بیماران تحت درمان متادون. *مجله رویش روان‌شناختی*، ۱۱(۹)، ۱۰-۱.

عامری، نرجس (۱۴۰۱). روابط ساختاری طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون: نقش میانجی شفقت به خود. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶)، ۴۷-۷۰.

علیخانی، مصطفی؛ گلشنی، صنم، بازغی، پنته آ و هوکری، سارا (۱۴۰۰). بررسی و مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری و حمایتی در پیشگیری از عود و کاهش وسوسه مصرف در مبتلایان به سایکوز ناشی از مصرف آمفتامین. *مجله دانشکده علوم پزشکی کرمانشاه*، ۷۷(۹۴)، ۱۴-۳۵.

فاضلی، ندا؛ سلیمانی فارسانی، سعید؛ فرمانی، فردین؛ وکیلی، یعقوب و ایلانلو، حسین (۱۴۰۱). اثربخشی روایت درمانی بر سرمایه روان‌شناختی و حس انسجام همسران افراد در حال ترک اعتیاد. *مجله اعتیاد پژوهی*، ۱۶(۶۴)، ۱۹۷-۲۱۸.

لی هی، رابرت (۱۳۹۸). *تکنیک‌های شناخت درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی)*. ترجمه حسن حمید پور و زهرا اندوز. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۳).

مداحی، محمدابراهیم (۱۳۹۶). نقش باورهای فراشناخت در پیش‌بینی عود سوءمصرف مواد. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۱۶(۶۳)، ۲۵-۴۱.

نجفی، محمود و مرادزاده خراسانی، سهیلا (۱۳۹۴). اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر پرخاشگری افراد معتاد. *اعتیاد پژوهی*، ۹(۳۶)، ۸۱-۹۴.

وحیدی فرد، محبوبه و اعتمادی فرد، اعظم (۱۳۹۷). *بررسی تأثیر روایت درمانی گروهی به همراه درمان دارویی متادون بر روی توانایی ترک اعتیاد و اضطراب افراد دارای اعتیاد*. دومین همایش ملی سبک زندگی و سلامت، یزد.

یاوری کرمانی، مریم؛ نجفی، محمود و طباطبایی، سیدموسی (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در انعطاف پذیری روانی و سرمایه‌های روان شناختی همسران افراد تحت درمان متادون. *اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۸)، ۲۷۶-۲۵۷.

References

Baomiao, M., Disen, M., Fangmin, W., Yu, L., & Wenhua, Z. (2019). Cognitive enhancers as treatment for heroin relapse and addiction. *Pharmacological research*, 141, 378-383.

Beaudoin, M. N. (2020). Affective double listening: 16 Dimensions to facilitate the exploration of affect, emotions, and embodiment in narrative therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 39(1), 1-18.

Beck, A. T. (2008). Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30, 54-64.

Chen, J., Liu, L., Long, D., & Zhou, H. (2020). The Spatial Heterogeneity of Factors of Drug Dealing: A Case Study from ZG, China. *ISPRS International Journal of Geo-Information*, 9(4), 205-220.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.161]

Clark, A. A. (2014). Narrative therapy integration within substance abuse groups. *Journal of Creativity in Mental Health*, 9(4), 511-522.

Da Silva, R. A., De Azevedo Cardoso, T., Mondin, T. C., Reyes, A. N., De Lima Bach, S., De Mattos Souza, L. D., & Jansen, K. (2017). Is narrative cognitive therapy as effective as cognitive behavior therapy in the treatment for depression in young adults? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(12), 918-924.

Hall, S. (2023). '*Using image and narrative in therapy for trauma, addiction and recovery' James, DWest*. London: Jessica Kingsley.

MacNeill, L., Brunelle, C., Skelding, B., & DiTommaso, E. (2021). Experiences of clients in three types of methadone maintenance therapy in an Atlantic Canadian city: A qualitative study. *Canadian Journal of Nursing Research*, 53(3), 211-221.

Monk, G., & Zamani, N. (2019). Narrative therapy and the affective turn: Part I. *Journal of Systemic Therapies*, 38(2), 1-19.

Morash, M., Stone, R., Hoskins, K., & Cobbina, J. E. (2020). Narrative identity development and desistance from illegal behavior among substance-using female offenders: Implications for narrative therapy and creating opportunity. *Sex Roles*, 83, 64-84.

Park, J. W., & Kim, H. S. (2023). The effects of group counseling utilizing narrative therapy on self-esteem, stress response, and insight for individuals with alcohol dependency. *Journal of Creativity in Mental Health*, 18(2), 219-248.

Pateraki, E., & Morris, P. G. (2018). Effectiveness of cognitive behavioural therapy in reducing anxiety in adults and children with asthma: a systematic review. *Journal of Asthma*, 55(5), 532-554.

Peng, W., Zhang, H., Yang, J., Wang, J., Kang, J., Zhu, R., & Xu, B. (2022). Group cognitive behavioral therapy as an effective approach for patients with alcohol dependence: A perspective study. *Medicine*, 101(36), 304-319.

Ray, L. A., & Roche, D. J. (2018). Neurobiology of craving: current findings and new directions. *Current Addiction Reports*, 5(2), 102-109.

Reddon, H., & Ivers, J. H. (2023). Increased levels of hope are associated with slower rates of relapse following detoxification among people living with opioid dependence. *Addiction Research & Theory*, 31(2), 148-154.

Taniguchi, C., Tanaka, H., Nozaki, Y., & Sakakibara, H. (2018). Changes in self-efficacy associated with success in quitting smoking in participants in Japanese smoking cessation therapy. *International journal of nursing practice*, 24(4), 1247-1260.

Towns, K. (2019). *Integrating selected components of narrative therapy and cognitive behavioral therapy within a meaning making framework to address complicated grief in adult females.* Doctoral dissertation, United States Mississippi College.

Weststrate, T. R., Briggs, C. A., Miller, A., & Gaynor, S. T. (2023). Brief acceptance and commitment therapy added to medication management during acute alcohol detoxification: A pilot randomized controlled effectiveness trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 29, 76-85.

White, M. K. (1998). *Re-authoring lives: Interviews & essays.* Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications Adelaide.

Wright, F. D., Beck, A. T., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). Craving Belief Questionnaire and Relapse Prediction Scale. In *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York (NY): Guilford Press.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.69.161]