http://jcp.khu.ac.ir

فصلنامه روانشناسی شناختی دوره ۱، شماره ۱، پاییز ۱۳۹۲ مقاله علمی- پژوهشی

مقایسه اثر بخشی درمانگری شناختی– رفتاری(CBT) و درمانگری فعال سازی رفتاری(BAT) در اصلاح عملکرد شناختی (حافظه کاری و زمان واکنش ساده(SRT)) سوء مصرف کنندگان هروئینی در افغانستان

داوود هزاره‌ای، دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس.

* **سید کاظم رسول زاده طباطبایی** (نویسنده مسئول)، دکترای روانشناسی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس. rasoolza@modares.ac.ir

علیرضا مرادی، دکترای روانشناسی، استاد دانشگاه خوارزمی.

محمد جواد اصغری، دکترای روانشناسی، استادیار دانشگاه فردوسی مشهد.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۳/۱۷ پذیرش اولیه: ۱۳۹۱/۸/۱۵ پذیرش نهایی: ۱۳۹۲/۲/۳۱

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمانگری شناختی– رفتاری(CBT) و درمانگری فعال سازی رفتاری (BAT) در اصلاح عملکرد شناختی (حافظه کاری و زمان واکنش ساده ((SRT) سوء مصرف کنندگان هروئین در افغانستان انجام شده است. بدین منظور در قالب یک طرح شبه آزمایشی دو گروهی با پیش آزمون و آزمون نهایی تعداد ۳۰ نفر از سوء مصرف کنندگان هروئینی مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد طبیبان جهانی کابل به روش در دسترس انتخاب و با استفاده از روش تصادفی ساده در دو گروه آزمایشی یک (CBT) و آزمایشی دو (BAT) جایگزین شدند. هر دو گروه در ابتدا با استفاده از آزمون حافظه فعال (WMI) از زیر مقیاس‌های حافظه وکسلر (ویرایش سوم) و نرم افزار استروپ، حافظه کاری و زمان واکنش آنان ارزیابی گردید. سپس گروه آزمایشی یک درمان شناختی رفتاری و گروه دو درمان فعال سازی رفتاری طی ۱۰ جلسه درمان گروهی را دریافت نمودند. در پایان مجدداً بواسطه آزمون‌های فوق مورد ارزیابی قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل یافته ها نشان دهنده تفاوت معناداری در عملکرد حافظه کاری و زمان واکنش ساده هر دو گروه می‌باشد. این یافته‌ها نشان می‌دهند که درمانگری رفتاری- شناختی بر بهبود حافظه کاری و درمانگری فعال سازی رفتاری بر کاهش زمان واکنش افراد وابسته به هروئین اثر بخش‌تر می‌باشد. بنابر این هر دو روش درمانگری در اصلاح عملکرد شناختی برای افراد وابسته به هروئین قابل کاربرد است.

کلیدواژه‌ها: درمانگری رفتاری شناختی، درمانگری فعال سازی رفتاری، اعتیاد، زمان واکنش، حافظه کاری

Journal of Cognitive Psychology, Vol. 1, No. 1, Fall 2013

Comparison of the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Behavioral Activation Therapy (BAT) in the improvement of cognitive functions (working memory and simple reaction time) in the heroin abusers in Afghanistan

Hezareie, D. Student of Psychology, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. d.hezareh@gmail.com

***Rasoulzadeh Tabatabaei, SK**.(Corresponding author) PhD., Associate professor of psychology, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. rasoolza@modares.ac.ir

Moradi, A. PhD, Full professor of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Asghari, MJ. PhD., Assistant Professor of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

Abstract

The present research aims at comparing the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Behavioral Activation Therapy (BAT) in the improvement of cognitive functions (working memory and simple reaction time) in the heroin abusers in Afghanistan. To this end, through a semi-experimental design including two groups with pretest and posttest, 30 heroine abusers referring to the abstinence center of Universal Kabul Physicians were selected by the availability sampling and were then divided into the two groups of experimental 1 (CBT) and expeerimental2 (BAT). Both groups were first administered the Working Memory Inventory, one of the subscales of Wexler Memory Test (the third edition) and the Stroop software to be evaluated on the working memory and the reaction time. Then the experimental group1 was administered cognitive behavioral therapy and the experimental group2 was administered behavioral activation therapy within 10 sessions of group therapy. The analysis of the findings indicates that there is a significant difference between the two groups in terms of working memory and simple reaction time. The findings indicate that behavioral –cognitive therapy is more effective in the improvement of working memory and the behavioral activation therapy is more effective in the decrease of the reaction time of heroine abusers. Therefore, both therapy methods are applicable in the improvement of cognitive functions for heroine abusers.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Behavioral Activation Therapy, Addiction, Reaction Time, Working Memory.

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1392.1.1.7.3]

مقدمه

مصرف هر یک از مواد مخدر می‌تواند عوارض و آثار سوء خود را هم در حین مصرف و هم پس از مصرف روی سوء مصرف کنندگان بر جای بگذارد (دیویس، ۲۰۰۲)، همچنین سوء مصرف مواد می‌تواند در برخی از موارد آسیب ها و صدمات جسمانی و روانشناختی فردی و اجتماعی جبران ناپذیری به بار آورد (وودی، مرسر، ۲۰۰۳). در زمینه آسیب‌های فردی، مواد مخدر می‌تواند روی کنش‌وری عصب – شناختی ، اثر منفی بگذارد (فریدا و همکاران، ۲۰۱۰). از طرفی، با توجه به اینکه مکانیزمهای عصب – شناختی نقش مهمی در ایجاد انگیزه، یادگیری و حافظه دارند (برک و هیمن، ۲۰۰۰؛ هیمن و مالنکا، ۲۰۰۱؛ کلی، ۲۰۰۲؛ به نقل ازکلی، ۲۰۰۴)، سوء مصرف مواد منجر به برهم خوردن فعالیت‌های عادی انتقال دهنده‌های عصبی شده (گرنت و همکاران، ۱۹۹۷) که این امر به نوبه خود می‌تواند عملکرد فرد را در زمینه های شناختی- رفتاری و هیجانی دچار اختلال نماید (لیو و همکاران، ۲۰۰۶). تحقیقات نشان داده‌اند به دنبال تکرار این چرخه وسیع، آسیب در افراد وابسته به مواد، علاوه بر عوارض روانی – جسمانی، آسیب های عصب- روان‌شناختی از جمله اختلال در توجه، تمرکز، حافظه کاری ، ادراک فضایی – بینایی، تصمیم گیری، زمان واکنش ساده و پیچیده (بینایی - شنوایی) کنترل تکانه‌ها و ناهماهنگی حرکتی مشاهده می‌شود (هیل و همکاران، ۱۹۹۷، لاندکوئیست، ۲۰۰۵؛ نورافکان روحی و همکاران، ۲۰۱۰). برای مثال در پژوهشی که هولی هان و همکاران (۲۰۰۱) به منظور بررسی اثرات مواد مخدر بر حافظه کوتاه مدت انجام دادند به این نتیجه رسیدند که مصرف هروئین بر حافظه کوتاه مدت تاثیر منفی می‌گذارد و زمان واکنش را بوسیله تاثیر در فرایندهای مربوط به پاسخ، کاهش می‌دهد. از طرفی حافظه آسیب‌دیده و زمان واکنش نامناسب هر کدام به تنهایی می‌تواند کارآمدی و کنش‌وری فرد را در تعاملات روزمره مختل نماید و مقدمات آسیب‌های جسمانی- رفتاری فردی و پیامدهای اجتماعی منفی را پی‌ریزی کنند (کلی، ۲۰۰۴). بنابراین بین اکثر محققان در مورد این مسئله که مواد مخدر باعث ایجاد نوعی عدم توازن در شبکه عصبی – روانی می‌شود، توافق نظر وجود دارد. اما در این میان افراد وابسته به هروئین که به طور مکرر در معرض ترک اجباری قرار دارند با اختلال بیشتری در عملکردهای شناختی روبه‌رو هستند (تراموﻻس و همکاران، ۲۰۰۷).

همه این عوامل و آسیب‌ها سبب گردیده تا بسیاری از کشورهای پیشرفته دنیا به فکر راه هایی برای درمان و کنترل این مشکل برآیند. به موازات برنامه های متعدد که برای درمان بیماران مبتلا به مواد مخدر که توسط متخصصان مورد استفاده قرار می گیرد، برنامه سم زدایی و درمان نگهدارنده به داروی‌های آگونیست در اولویت همه درمانها مورد استفاده می‌باشد (گالانتر و کلبر، ۲۰۰۴). اما مطالعات بسیاری نشان می‌دهد که درمان‌های مبتنی بر داروهای انتاگونیست و آگونیست موفقیت چندانی در ترک پایدار نداشته‌اند، زیرا سم زدایی اولین مرحله درمان است و نبایستی انتظار داشت که تنها با استفاده از روشهای دارودرمانی به تنهایی به هدف غایی دست یافت (کارول، ۲۰۰۴). به این ترتیب همزمان با روش‌های دارو درمانی، روش‌های روان‌درمانگری نظیر روان تحلیل‌گری، رفتاردرمانی (وودی و مرسر، ۲۰۰۳) و برنامه درمانی جامعه نگر (TC) همزمان با مشاوره دارویی بکار گرفته شد (گودرزی و همکاران،۱۳۸۵).

ولی به هر حال هیچ یک از مدل‌های درمانی ارائه شده نتوانسته‌اند اختلالات ناشی از سوء مصرف مواد را به طور کامل درمان کند و ابداع مدل‌های درمانی اثربخش، همچنان پروژه‌ای است ناتمام و متخصصان مختلف از رویکردهای مختلف همچنان در جستجوی تدوین برنامه‌های اثر بخش و کارآمدتر هستند.

اما از بین تمامی درمانهای مطرح شده تا کنون، درمان شناختی – رفتاری بیشترین کاربرد را برای درمان اختلالات مصرف مواد داشته است. به همن دلیل این روش در اغلب موارد به عنوان یک روش مناسب در کنار درمان دارویی مورد استفاده قرار می گیرد (انتوان و همکاران، ۱۹۹۹؛ کارول و همکاران، ۱۹۹۱، ۱۹۹۴ به نقل از فئینی و همکاران، ۲۰۰۱، ۲۰۰۶). هدف CBT پاک نگه داشتن بیمار با استفاده از آموزش مهارت های راهبردی و آموزش مهارت های چند وجهی در زمینه های مختلف است (هافمن، ۲۰۰۶).

با این وجود در زمینه تاثیر درمان شناختی – رفتاری در رابطه با آسیب‌های عصب- روانشناختی مطالعات اندکی روی معتادان صورت گرفته است، از جمله لیشا و همکاران (۲۰۰۷) کودکان با آسیب سیستم عصبی مغزی را مورد درمان با CBT قرار داده و نتیجه گرفتند که دانش آموزان، افزایش معناداری در توانایی حافظه عمومی به دست آوردند.

همچنین ویکس و همکاران (۲۰۰۲) نیز تاثیر برنامه درمانگری CBTرا در فعالیت مغزی بوسیله آزمایشات

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1392.1.1.7.3]

پاراکلینیکی مورد بررسی قرار دادند. نتایج، افزایش معناداری را در فعالیت مغزی دو گروه (درمان کنترلی و تحت درمان CBT) در مقایسه با گروه گواه نشان داد. به این ترتیب، بیمارانی که CBT دریافت کردند، فعالیت مغزیشان در نواحی مرتبط با حافظه کاری مخصوصا مناطق قشری پیشانی، افزایش داشته است.

مطالعات دیگری نیز از میان تمامی درمان‌های روانشناختی، کارآمدی و اثربخشی درمان شناختی –رفتاری را به عنوان درمان انتخابی برای درمان علایم وابستگی به مواد تأیید نموده اند (کادن، ۲۰۰۱)، بارلو و همکاران؛ نینان و همکاران؛ هانتر و همکاران (۲۰۰۰ به نقل از اصغری ، ۱۳۸۷) در تحقیقات خود نتیجه گرفتند که در رابطه با اختلالات عصبی– رفتاری، درمان شناختی– رفتاری به خوبی داروها در بیشتر موارد موثر هستند.

اما برخی تحقیقات نشان می‌دهد که مصرف کنندگان مواد مخدر با سطوح بالای آسیب های عصب– روانشناختی احتمال کمتری دارد که برنامه درمانی CBT را به اتمام برساند، از جمله آهارنویچ و همکاران (۲۰۰۳ به نقل از اصغری ، ۱۳۸۷). به عقیده آنها هیچ اطلاعاتی راجع به اینکه آیا افراد با مشکلات توجه، حافظه ، پردازش اطلاعات کلامی و کنترل شناختی در یادگیری مهارت های آموزش داده شده در CBT مشکل دارند یا خیر؟ وجود ندارد. در مقابل مهارت‌های آموزش داده شده خاص در CBT ممکن است بر بعضی از کنش‌وری‌های اجرایی مثل خطای توجه، تصمیم‌گیری و مهارت های حل مسئله به وسیله بهبود دادن کنش‌وری شناختی یا از طریق افزایش دادن توانایی فرد تاثیر گذار باشد.

از طرفی در طی دهه گذشته، موج سومی از درمانهای شناختی تحت عنوان درمان فعال سازی رفتاری که بر پایه شناخت می‌باشد به میدان آمده است (باتنری و همکاران، ۲۰۰۸). ریشه اصلی کاربرد روش درمانگری فعال سازی رفتاری در درمان افسردگی بوده است. بر همین اساس برخی پژهشگران افسردگی را به عنوان یکی از علل گرایش به سوء مصرف مواد و نیز معلول پی‌آمدهای آثار سوء مصرف مواد عنوان کرده‌اند (بلوم ، ۲۰۰۱)، به این ترتیب با ابتکار چاوارسکی از این درمان در کاهش علایم وابستگی به مواد و پیشگیری از عود استفاده شده است. هر چند، پژوهش‌های محدودی اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری را در درمان اختلالات افسردگی (هاپکو، ۲۰۰۱) همزمان با اختلال وابستگی دارویی نشان داده است (چاوراسکی، شاتنفیلد، ۲۰۰۲؛ گارتنر، جاکوبسن و گالان، ۲۰۰۳؛ پورتر، سپاتس و اسمیتهام، ۲۰۰۳). اگرچه اساس برخی جنبه‌های درمانگری فعال‌سازی رفتاری نظیر درمانگری شناختی –رفتاری بر تغییر محتوای فکر و فرایندهای شناختی است اما تمرکز بیشتر درمانگری فعال‌سازی رفتاری بر آموزش مهارت‌ها و ارائه تکالیفی است که در نهایت به تغییر سبک زندگی بیمار منجر می‌شود. این موضوع می‌تواند علاوه بر بهبود فرایندهای شناختی، عملکرد رفتاری– شناختی افراد وابسته به مواد را که به نوعی در تکمیل درمان های شناختی ناموفق بوده‌اند، بهبود ببخشد. اما این روش با توجه به قدمت اندک آن هنوز به صورت گسترده وارد حوزه درمان اعتیاد نشده است تا پژوهش‌های بالینی در رابطه با تاثیر این درمان بر آسیب‌های عصب– روانشناختی سوء مصرف کنندگان هروئین مورد برررسی قرار گیرد.

با توجه به نقش مهم حافظه فعال و زمان واکنش در کارکردهای شناختی به ویژه یادگیری و توجه در انجام وظایف کاری و تاثیر پذیری عملکردهای شناختی از سوء مصرف هروئین، با در نظر گرفتن این موضوع که تا به حال هیچ مطالعه‌ای بطور مستقیم به بررسی مقایسه‌ای اثر بخشی دو روش درمانگری شناختی – رفتاری و درمانگری فعال سازی بر اصلاح عمل کرد شناختی معتادان هروئینی نپرداخته است، پژوهش حاضر بر آن است تا با مقایسه این دو رویکرد درمانی این فرضیه را آزمون نماید که بین درمانگری شناختی – رفتاری و درمانگری فعال سازی رفتاری در اصلاح عملکرد شناختی معتادان تفاوت وجود دارد.

طرح پژوهش

روش پژوهشی حاضر از نوع شبه آزمایشی با دوگروه، پیش آزمون و پس آزمون می‌باشد.

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری این پژوهش ۷۲ مرد با دامنه سنی بین ۱۸ تا ۴۶ سال با میانگین ۲۹ و انحراف معیار ۷، وابسته به سوء مصرف هروئین مراجعه کننده به کلینیک های ترک اعتیاد (مرکز طبیبان جهانی و مرکز بازپروری معتادان) افغانستان– کابل می‌باشند که ۳۰ نفر از این جامعه به صورت داوطلبانه انتخاب و بطور تصادفی در دو گروه درمانی جایگزین شدند. در ادامه هر یک از دو گروه به تصادف به دو موقعیت درمانگری شناختی– رفتاری و درمانگری فعال سازی رفتاری وارد شدند.

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1392.1.1.7.3]

جدول ۱. شاخص های توصیفی مربوط به ویژگی های جمعیت شناختی نمونه آماری

متغیر	وضعیت مهاجرت		وضعیت تاهل		تحصیلات	
	مهاجر	ساکن	مجرد	متاهل	ابتدایی	خواندن نوشتن
فراوانی	۲۷	۳	۲۳	۷	۲۴	۶
درصد فراوانی	۹۰	۱۰	۷۶/۷	۲۳/۳	۸۰	۲۰

در جدول ۱ شاخص های توصیفی مربوط به ویژگی های جمعیت شناختی نمونه آماری مورد مطالعه ارائه شده است.

ابزار پژوهش

در این مطالعه از ابزارهای زیر به منظور سنجش متغیرهای پژوهش در پیش از انجام مداخلات و پس از انجام آنها استفاده شد.

۱. نمایه حافظه فعال :(WMI) این آزمون یکی از زیر مقیاس های حافظه وکسلر (ویرایش سوم) و خود شامل دو خرده مقیاس است. توالی عدد – حرف که تکلیفی آوایی است و در آن حافظه شنیداری اندازه گیری می شود، و فراخنای فضایی که تکلیفی بصری است و حافظه فعال فضایی را می سنجد (وکسلر، ۱۹۹۷). در خرده مقیاس توالی عدد- حرف ترکیبی از اعداد و حروف برای آزمودنی خوانده می‌شود و از وی خواسته می شود آن‌ها را به گونه‌ایی تکرار کند که ابتدا اعداد از کوچک به بزرگ و سپس حروف به ترتیب حروف الفبا قرار بگیرند. این بخش شامل ۷ ماده و هر ماده شامل ۳ کوشش می‌باشد. در هر کوشش ترکیب اعداد و حروف متفاوت است. خرده مقیاس فراخنای فضایی دارای دو مقیاس است: فراخنای فضایی مستقیم (روبه جلو) و فراخنای فضایی معکوس. هر کدام از این زیر مقیاس‌ها متشکل از ۸ ماده هستند که هر ماده شامل دو کوشش است. برای اجرای این خرده مقیاس از صفحه ای استفاده می شود که روی آن ۱۰ مکعب نصب شده است. اما در این پژوهش به خاطر مسائل و مشکلات اجرایی بنا به سیاست های مرکز طبیبان جهانی (کابل- افغانستان) فقط از یک خرده مقیاس توالی حروف- عدد استفاده شد. همبستگی بین نمایه حافظه فعال و زیر مقیاس‌های حافظه فعال مقیاس هوش وکسلر ۰/۸۲ است. ضریب اعتبار خرده مقیاس توالی عدد – حرف برای جامعه مورد ارزیابی ۰/۸۱ می‌باشد

۲. آزمون زمان واکنش: برای اندازه گیری زمان واکنش از دستگاهی که داندرس (۱۹۶۸؛ به نقل از نریمانی و همکاران،۱۳۹۰) ساخته و معرفی کرده است، استفاده شد. این دستگاه زمان واکنش را در موقعیت های ساده، انتخابی و تمیزی تا یک هزارم ثانیه می سنجد. در ایران نرم افزار این دستگاه را شرکت روان تجهیز سینا مشابه سازی و معرفی کرده است. در این مطالعه از زمان واکنش ساده برای سنجش مدت زمان واکنش افراد به محرک دیداری یا شنیداری استفاده شد. با توجه به اینکه دو شیوه انتخابی و تمیزی توانایی افراد را در تشخیص و تمیز محرکها بررسی می کنند، در زمره اهداف این تحقیق قرار نمی گرفتند و بنابر این به سنجش مدت زمان واکنش به محرکات ساده بسنده شد. در این نرم افزار در قسمت ارائه محرک رنگ ها، بلافاصله پس از اینکه رنگ مورد نظر بر صفحه نمایش کامپیوتر مشخص شد، مراجع می‌تواند کلید مرتبط با آن رنگ را فشار دهد تا زمان واکنش وی در نرم افزار ثبت گردد. روایی ملاکی این آزمون در ایران ۰/۷۱ گزارش شده است (ایروانی،۱۳۸۷). در مطالعه‌ای اعتبار این آزمون را ۰/۷۵ گزارش کرده است (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۰).

بسته درمانگری شناختی رفتاری: الگوی درمانگری شناختی – رفتاری بکار گرفته شده در این پژوهش برگرفته شده از کارهای آلن مارلات (۱۹۸۵؛ به نقل از اصغری، ۱۳۸۷) که بسته درمانی خاص سوء مصرف کنندگان مواد مخدر را بر اساس روش درمانگری شناختی- رفتاری نموده است، می‌باشد. اثر بخشی این بسته درمانی در ایران توسط اصغری (۱۳۸۷) به اثبات رسیده است.

ساختار جلسات درمانی معرفی شده در این بسته درمانگری به صورت گروهی و طی ۱۰ هفته با محتوای ذیل می باشد:

-ایجاد رابطه اولیه و بالا بردن انگیزه
-تشریح اثرات فیزیولوژیکی مواد وداروها و خطر بیماریHIV
-توصیف میل و ماشه چکانها
-بازسازی تحریفهای شناختی
-راهکارهای مقابله با میل به مصرف
-مدیریت تنیدگی
-تقویت انگیزه و تعهد بیمار نسبت به ترک مصرف مواد
-تقویت انگیزه و تعهد بیمار نسبت به ترک مصرف مواد
-مهارتهای حل مسئله
-مهارتهای امتناع از مواد، جرات ورزی

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1392.1.1.7.3]

جدول۲- میانگین و انحراف معیار نمره های پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک روش های درمانگری

منبع تغییرات	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	SD	M	SD
زمان واکنش ساده				
درمانگری شناختی رفتاری(CBT)	۵۵۹,۶	۱۰۸,۸	۵۴۱,۷	۱۰۱
درمانگری فعال سازی رفتاری(BAT)	۲۵۹,۲	۲۰۷,۱	۴۱۸,۴	۹۶,۶
حافظه کاری				
(CBT)درمانگری شناختی رفتاری	۸/۸	۱۲,۲	۱۳,۴	۱,۹۹
(BAT)درمانگری فعال سازی رفتاری	۸,۲۷	۲,۶۶	۱۰,۶	۲,۰۳

جدول ۳- مقادیر اثر پیلایی برای تحلیل کوواریانس چند متغیری

متغیر	اثر	F	df1	df2	p	η2
پیش آزمون زمان واکنش ساده	۳/۵۳	۱۴/۱۰۱	۲	۲۵	۰/۰۰۰	۰/۵۳
پیش آزمون حافظه فعال	۰/۴۳۸	۹/۷۵۸	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۴۳۸
گروه	۰/۶۱۶	۲۰/۰۸۶	۲	۲۵	۰/۰۰۰	۰/۶۱۶

بسته درمانگری فعال سازی رفتاری: الگوی درمانگری فعال سازی بکار گرفته شده در این پژوهش بر اساس برنامه درمانی فعال سازی رفتاری در درمان اعتیاد چاوارسکی(۲۰۰۲؛ به نقل از گودرزی و همکاران، ۱۳۸۵) می‌باشد. این بسته درمانی در تحقیقی توسط گودرزی و همکاران (۱۳۸۵) روی نمونه سوء مصرف کنندگان مواد به کار گرفته شد که اثر بخشی آن به اثبات رسیده است .

ساختار و جلسات درمانی معرفی شده در این بسته درمانگری به صورت گروهی و طی ۱۰ هفته با محتوای ذیل اجرا شد:

-آشنایی با روشهای کاهش مصرف مواد
-قطع ارتباط با افراد معتاد
-گسترش روابط اجتماعی سالم
-ایجاد انگیزه برای تغییر، آشنایی با عوامل و موقعیت‌های خطر لغزش
-آشنایی با عوامل وسوسه انگیز فردی
-مدیریت وسوسه ها
-مدیریت افکار اعتیادی
-ابزار وجود و امتناء موثر
-برنامه ریزی برای زندگی و مواجه با لغزش
-مدیریت های موردی

با توجه فارسی زبان بودن نمونه پژوهش حاضر در کشور افغانستان هر دو بسته درمانی با اندکی تغییرات ویرایشی و ادبی مورد استفاده قرار گرفت.

فرایند اجرای پژوهش

پس از انتخاب نمونه، آزمون زمان واکنش ساده (SRT) و آزمون مقیاس حافظه فعال (WMI) از هر دو گروه به عمل آمد و در ادامه به تناسب انتخاب هر گروه و به تصادف، مداخلات درمانگری شناختی- رفتاری و فعال سازی رفتاری در قالب گروهی و در طی ۱۰هفته برای هر گروه اجرا شد. هر دو گروه در انتهای دوره مجدداً بواسطه آزمون های فوق مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته‌ها

به منظور تجزیه و تحلیل آماری داده ها از روش های توصیفی و استنباطی استفاده شد چنانچه بطور خاص برای مقایسه دو سطح متغیر مستقل (انواع مداخلات درمانی: درمانگری شناختی- رفتاری و درمانگری فعال سازی رفتاری) بر مبنای دو متغیر وابسته (زمان واکنش ساده و حافظه کاری) و با هدف حذف اثر نمرات پیش آزمون، از روش آماری تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد. در جدول شماره ۲ خلاصه آمار توصیفی داده‌ها ارائه شده است.

برای آزمون فرضیه با توجه به وجود پیش آزمون و حضور همزمان دو متغیر وابسته (زمان واکنش و حافظه فعال) از تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده گردید (جدول۳).

قبل از اجرای تحلیل کواریانس چند متغیری پیش فرض‌های آن بررسی گردید و همبستگی ماتریس واریانس و کواریانس آزمون باکس و ولوین معنی دار نشد.

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1392.1.1.7.3]

جدول ۴- نتایج آنالیز کواریانس تک متغیره

منابع تغییر	متغیر ها	ss	df	Ms	F	p	η2
گروه	پس آزمون حافظه کاری	۴۶/۳	۱	۴۶/۳۲۷	۱۹/۸۷۱	۰/۰۰۰	۰/۴۳۳
	پس آزمون زمان واکنش ساده	۱۱۸۰۴۸/۱	۱	۱۱۸۰۴۸/۰۸۶	۲۴/۴۴۶	۰/۰۰۰	۰/۴۸۵
خطا	پس آزمون حافظه کاری	۶۰/۶	۲۶	۲/۳۳۱			
	پس آزمون زمان واکنش ساده	۱۲۵۵۵۰/۹	۲۶	۴۸۲۸/۸۸			
کل	پس آزمون حافظه کاری	۱۷۲	۲۹				
	پس آزمون زمان واکنش ساده	۳۸۸۴۱۱/۹	۲۹				

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی LSD

متغییر ها	گروه۱	گروه۲	تفاوت میانگین ها	خطای معیار	p
پس آزمون حافظه کاری	CBT	BAT	۲/۵۰۱	۰/۵۶۱	۰/۰۰۰
پس آزمون زمان واکنش ساده	CBT	BAT	۱۲۶/۲۶	۲۵/۵۳۶	۰/۰۰۰

همانطور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌گردد معنی‌داری اثر پیش آزمون زمان واکنش و حافظه فعال با کنترل روش‌های درمانگری در ترکیب خطی متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری دارد.

به منظور بررسی تفاوت روش‌های درمانگری در تک تک متغیرهای وابسته، آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره انجام گردید که نتایج آن در جدول شماره ۴ موجود است.

با توجه به جدول شماره ۴، با کنترل اثر پیش آزمون هر کدام از متغیرها به صورت جداگانه، بین دو سطح درمانگری شناختی رفتاری و درمانگری فعال سازی رفتاری در زمان واکنش ساده و حافظه کاری اختلاف معنی داری وجود دارد.

همانطور که در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود، اختلاف بین دو گروه در تک تک متغیرهای وابسته معنی دار است. و نتایج جدول آزمون تعقیبی LSD تایید کننده تفاوت دو روش درمانگری در حافظه فعال و زمان واکنش می‌باشد.

با توجه به مقادیر جدول ۵ و در نظر گرفتن تفاوت میانگین‌ها می‌توان نتیجه گرفت که درمانگری شناختی – رفتاری در بهبود حافظه کاری در مقایسه با درمانگری فعال سازی رفتاری، اثر بخش‌تر بوده است و درمانگری فعال سازی رفتاری در کاهش زمان واکنش در مقایسه با درمانگری شناختی- رفتاری به صورت معنی داری، کارآمدتر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی مطالعه حاضر، مقایسه اثر بخشی درمانگری شناختی – رفتاری و درمانگری فعال سازی رفتاری در اصلاح عملکرد شناختی (حافظه کاری و زمان واکنش) در سوء مصرف کنندگان هروئینی است. نتایج این تحقیق نشان داد که درمانگری فعال سازی در کاهش زمان واکنش ساده و درمان شناختی رفتاری در افزایش حافظه کاری به شکل معنی داری کارآمدتر است.

بر اساس یافته‌های این پژوهش در تبیین اثر بخشی روش درمانگری شناختی- رفتاری در حافظه کاری سوء مصرف کنندگان هروئینی، به نظر می‌رسد، مهارت‌های آموزش داده شده در درمانگری شناختی – رفتاری، می‌تواند بر بعضی از کنش‌وری‌های اجرایی مانند توجه، یادگیری، مهارت‌های حل مسئله و کنترل رفتارهای تکانشگری بوسیله بهبود کنش‌وری شناختی یا بواسطه افزایش توانایی‌های شناختی فرد، موثر باشد. با در نظر گرفتن این موضوع که حافظه کاری یکی از ابعاد عملکرد شناختی در مکانیزم توجه و یادگیری است که بر اثر مصرف مواد مخدر آسیب جدی می‌بیند (لیو و همکاران، ۲۰۰۶)، می توان با بکارگیری مناسب درمانگری شناختی- رفتاری به صورت یک فعالیت منظم درمانی که مبتنی بر پایه‌های شناختی است، نقص‌های شناختی حاصل از سوء مواد را جبران کرد (هافمن، ۲۰۰۶). نتیجه این تحقیق با یافته هایی که نشان داده‌اند درمانگری شناختی- رفتاری موجب بهبود حافظه کاری در بیماران وابسته به مواد مخدر می‌شود (لیشا[1] و همکاران، 2007)؛ (ویکس و همکاران، ۲۰۰۲)؛ (بارلو[2] و همکاران؛ نینان[3] و همکاران؛ هانتر[4] و همکاران

1. leasha
2. Barlau
3. Ninan
4. Hanter

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1392.1.1.7.3]

(۲۰۰۰؛ به نقل از اصغری ، ۱۳۸۷))، مطابقت دارد. هر چند این تحقیقات در زمینه تاثیر CBT روی آسیب های عصب- روانشناختی را مثبت گزارش کرده‌اند، اما همانطور که در این تحقیق نشان داده شد، درمانگری شناختی رفتاری نتوانسته است در اصلاح زمان واکنش افراد وابسته به هروئین از درمان فعال سازی رفتاری موفق‌تر عمل نماید.

در ادامه، نتایج نشان داد که درمانگری فعال سازی رفتاری به طور معنی داری در کاهش زمان واکنش ساده سوء مصرف کنندگان هروئینی از درمانگری شناختی رفتاری اثر بخش‌تر می‌باشد. اثربخشی روش درمانگری فعال سازی رفتاری در کاهش زمان واکنش می‌تواند به دلایل مختلفی باشد. استفاده مکرر از مواد خاص از جمله هروئین می‌تواند آسیب هایی را در عملکرد سیستم عصبی مرکزی و انجام بسیاری از تکالیف شناختی ایجاد کند (لیو و همکاران، ۲۰۰۶)، اما در صورتی که فرد بتواند به ترک پایداری در زمینه مصرف افیون برسد، می‌توان بهبود سیستم عصبی و افزایش عملکرد شناختی را انتظار داشت. یکی از عوامل موثر بودن روش درمان فعال سازی رفتاری، می‌تواند ناشی از هدف این روش درمانی بواسطه مداخله در سبک زندگی سوء مصرف کنندگان مواد به منظور افزایش بازتوانی و افزایش عملکرد شناختی آنها باشد (چاوارسکی،۲۰۰۲؛ چاوارسکی و شاتنفیلد، ۲۰۰۲). همانطور که در مقدمه اشاره شد هر چند مبنای برخی ابعاد درمان فعال‌سازی رفتاری نظیر آنجه که در درمان شناختی رفتاری مشاهده می شود تاکید بر تغییر محتوای فکر و فرایند های شناختی است اما از منظر کارکردی عمده تمرکز درمان فعال سازی رفتاری بر چند محور اساسی در زندگی روزانه بیمار مانند گسترش شبکه اجتماعی سالم، انجام ورزش منظم روزانه، افزایش مهارت های بدنی، انجام فعالیت های لذت بخش به دور از دارو و مواد مخدر و قطع ارتباط با دوستان معتاد می باشد. با توجه به اینکه فعالیت های در نظر گرفته شده در درمان فعال سازی رفتاری در هر جلسه از طرف خود بیمار تعیین می‌شود، می‌تواند انگیزه و تعهد بیمار را به درمان افزایش دهد. این موضوع می‌تواند علاوه بر بهبود فرایندهای شناختی، عملکردهای رفتاری- شناختی مانند زمان واکنش ساده را که خود مستلزم نوعی سرعت عمل در دریافت حسی یک محرک (بینایی) و اجرای یک حرکت بدنی (فشار دکمه ثبت زمان) در واکنش به آن می باشد، در سوء مصرف کنندگانی که به نوعی در تکمیل درمان های شناختی ناموفق بوده‌اند، اصلاح نماید. پژوهش حاضر نیز تفاوت بین درمانگری رفتاری- شناختی را بر بهبود حافظه کاری و اثربخشی درمانگری فعال سازی رفتاری را بر اصلاح زمان واکنش افراد وابسته به هروئین تأیید می‌نماید.

به این ترتیب پژوهش حاضر در تلاش برای بررسی مقایسه اثربخشی درمانگری شناختی – رفتاری گروهی و درمانگری فعال سازی رفتاری مطرح می سازد که بین درمانگری رفتاری- شناختی بر بهبود حافظه کاری و اثربخشی درمانگری فعال سازی رفتاری بر کاهش زمان واکنش سوء مصرف کنندگان هروئینی تفاوت وجود دارد. اما با توجه به جدید بودن درمان فعال سازی رفتاری لازم است به منظور نتیجه گیری قطعی‌تر در مورد اثر بخشی این نوع درمان به مطالعه‌های دیگر با گروه‌های مختلف پرداخت.

لازم به ذکر است این پژوهش با محدودیت‌های چندی همراه بوده است که از مهمترین آنها می توان به کنترل شدید مسئولان مراکز بازپروری معتادان (مرکز طبیبان جهانی و مرکز بازپروری معتادان که زیرنظر سازمان بهداشت جهانی فعالیت می‌کنند) و حساسیت های امنیتی اشاره کرد که انجام پژوهش را با دشواری مواجه می‌کرد، اشاره کرد.

References

Bottonari , Kathryn A, John E. Roberts, Sherilyn N. Thomas, and Jennifer P. Read. (2008). Stop Thinking and Start Doing: Switching From Cognitive Therapy to Behavioral Activation in a Case of Chronic Treatment-Resistant Depression. *Cognitive and Behavioral Practice* 15 376–386

Bloome, A.W. (2001). Motivation Drinking Behavior Change. *Addictiv Behavior*. 26(4), 267-272.

Carroll, K . M., Fenton, L. R., Ball, S. A., Nich, D., & Rounssville, B.J.(2004). Efficacy of disulfiram and Cagnative- bevavior therapy in Cocaeine dependent out patieat. *Archive of General psyckiatry*, 61,267-272

Chawarski, M.,& Schpttefeld, R. S.(2002). Bupernorphine tablet versus Liquid:efficacy of and Symptoms. *Journal of substsnce Abuse*,1 2(4).307-312

Davis PE, Liddiard H, McMillan TM. (2002). Neuropsychological deficits and opiate abuse. *Drug Alcohol Depend* 67:105– 8.

Feeney,G.F.X., Young, M.r., Tuker, J.(2001) out pation Cognitive behavioral therapy programme for

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1392.1.1.7.3]

alcohol dependent: Impact of naltrexon use in outcome. *Australiane and newzeeland Jornal of Psychiatry*, 35,443-448

Feeney,G.F.X., Connor,J.P., Young, M.r., Tuker,J., & Mcherson, A (2006).in measures of psychological distress amongst amphetamine misusers treated with brief cognitive- behavioral therapy. *Jornal Addictive Behaviors*, 31(10),183-184

Freda Patterson, Christopher Jepson, James Loughead, Kenneth Perkins, Andrew A. Strasser, Steven Siegel, Joseph Frey, Ruben Gur, Caryn Lerman.(2010). Working memory deficits predict short-term smoking resumption following brief abstinence. *Drug and Alcohol Dependence*, Volume 106, Issue 1, 1 January, Pages 61-64

Galanter, M., & Keleber, D., Herbert, L(2004). Textbook of substance abuse treatment. Third Edition. *American psyckiatry publishing*, Washington DC. INC.S.

Goodarz, N., Besharat, M. A., Rostam, R., Bahrami Ehsan, H. and Golamali Lavasani, M. (2008). The effectivness of group contracting and behavioral activation therapy on opioid substance use disorders. Contemporary Psychology, 3, 1, 3-13. [In Persian]

Grant I, Adams KM, Carlin AS, Rennick PM. (1997). Neuropsychological deficit in polydrug usersR A preliminary report of the findings of the collaborative neuropsychological study of polydrug users. *Drug Alcohol Depend*;2(2):91– 108 [Mar].

Hofmann,S.G. (2006). The Importance of Culture in Cognitive and Behavioral Practice ,*Cognitive and Behavioral Practice*, Volume 13, Issue 4, November 2006, Pages 243-24

Hill .S.Y., Reyes. R.B., Mikhael. M., Ayre .F. A (1997)., comparison of alcoholics and heroin abusers: computerized transaxial tomography and neuropsychological functioning. *Curr Alcohol*;5:187 – 205.

Houlihan ME, Pritchard WS, Robinson JH.(2001). Effects of smoking/nicotine on performance and event related potentials during a short .term memory scanning task. *Psychopharmacology*; 156(4): 388-396.

Hoppko, D.,& Lejuez,K.(2001). Contemporary Behavioral Activation Treatment for depression. *Jornal of Addictive Behaviors*,13(3), 118-128.

Irvani, M. (2008). *Experimental Psychology*. Tehran: Arvin. [In Persian]

Jacobson, N.,Gortner. T.,& Gollna, K.J.(1998). Cognitive behavior treatment for depression in relapse prevention,. *Jornal of Consulting and Clinical Psychology*. 66(2).337-348

Kaden, R.M.(2001). Behavioral and cognitive-behavior therapy for alcoholism research opportunities. *Addictive Behaviors*, 30(4),259-269

Kelley, A. E. (2004), Memory and Addiction: Shared Neural Circuitry and Molecular Mechanisms, *Neuron,* Volume 44, Issue 1, 30, Pages 161-179.

Lundqvist .T.,(2005). Cognitive consequences of cannabis use: Comparison withabuse of stimulants and heroin with regard to attention,memory and executive functions. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior 81 .319 – 330*

Leasha. L, Esther, H., Michael, S., Simon, H., Ingrid ,S., Graeme, J., John, A.,(2007) Cognitive dysfunction and the distribution of spike activity in BECTS. *Journal of Clinical Neuroscience*, Volume 14, Issue 10 Page 1028.

Narimani, M., Rajabi, S., Ahadi, B., and Hosseini, S. (2011). Comparison of reaction time, distraction and fatigue in the drivers involved in accidents and normal drivers. *Knowledge & Research in Applied Psychology, 12*, 2, 47-54.[In Persian]

Noorafkan Roohi. N, Hamidi . F, Shirinabadi Farahani. K. (2010), Cognitive consequences of drug abuser: comparison with abuse of stimulants and opioid with regard to attention and working memory. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, Volume 5, Pages 1698-1701

Ning Liu, Dongming. Z, Bo Li, Yuanye Ma,T, Xintian Hu, (2006), Gender related effects of heroin abuse on the simple reaction time task. *Addictive Behaviors*, Volume 31, Issue 1, Pages 187-190

Porter, J., Spates, C. R. & smitham. M. K. (2003). What does cue reactivity have to offer clinical research*: human model in craving Addiction*, 95(2), 129-144.

Tramullas. M.,Martinez. C., Hurle. M. A.,(2007). CHoronic administration of heroin to mice produces up-regulation of brain apoptosise-related proteins and impairs spatial learning and memory. Neuro pharmacology 54, 640-652

Wechsler D. Wechsler memory scale. London: Psychological Corporation; 1997.

Woody,G.E.,Mercer,G.(2003). Psyckhotherap of addictive disorder. *The Anerican jurnal of addiction* , 12(2), 520-526.

Wykes. T., Reeder, C., Corner, J. (2002) Cognitive vulnerability factors in chronic schizophrenia: are there two kinds? response inhibition vs planning. *Schizophrenia Research*, Volume 24, Issues 1-2, Page 128

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1392.1.1.7.3]