

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر ولع مصرف معتادین به هرویین تحت درمان با متادون

تاریخ دریافت: ۹۴/۲/۹

تاریخ پذیرش: ۹۴/۹/۲۵

سید حسین سلیمی*، علی حق نظری**، محسن احمدی طهور سلطانی***، منا زهره وند****

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ولع مصرف معتادین به هرویین تحت درمان با متادون انجام شده است.

روش: پژوهش حاضر آزمایشی از نوع کار آزمایشی بالینی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری است. جامعه مورد مطالعه کلیه مصرف کنندگان هرویین یک مرکز درمانی سوء مصرف مواد شهرستان اراک می باشد. تعداد ۳۶ نفر از مصرف کنندگان هرویین با استفاده از شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل (گروه آزمایشی ۱۶ نفر و گروه کنترل ۲۰ نفر) جایگزین شدند. مقیاس ولع مصرف هرویین (OCDUS) جهت سنجش میزان ولع مصرف در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مورد استفاده قرار گرفت. گروه آزمایشی ۸ جلسه مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) را در فاصله زمانی پیش آزمون و پس آزمون دریافت نموده و لیکن گروه کنترل مداخله ای را دریافت نکرد. داده ها با روش آماری تحلیل وریانس مکرر و با استفاده از نرم افزار SPSS.16 تحلیل شد.

یافته ها: نتایج حاصل از تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش معنا دار ($p < 0/05$) نمرات ولع هروئین در گروه آزمایش نسبت به کنترل در پس آزمون و پیگیری می باشد.

نتیجه گیری: مطالعه حاضر نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)، به عنوان یک روان درمانی مدرن، روشی اثربخش برای کاهش ولع مصرف معتادین به هرویین می باشد. بنابراین، این رویکرد برای این بیماران توصیه می گردد.

واژه های کلیدی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، ولع مصرف، پیگیری از عود

seyhossalimi@yahoo.com

ali91haghnazari@gmail.com

mahmadi_1362@yahoo.com

ali.418na@gmail.com

* استاد، مرکز تحقیقات فیزیولوژی ورزش، گروه روان شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

** نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

*** استادیار، گروه روان شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

**** کارشناس روان شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران

مقدمه

امروزه سوء مصرف مواد مخدر به واسطه کاهش کیفیت زندگی، افزایش میزان مرگ و میر، تقلیل در ارزش‌های اجتماعی و اخلاقی و افزایش رفتارهای مجرمانه؛ یکی از مهم‌ترین موضوعات مرتبط با سلامت روان قرار گرفته است و تأثیرات مخربی را بر سلامت جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی، خانوادگی و بین فردی به همراه داشته و پیامدهای این بیماری هزینه‌های بسیار گزافی را برای دولت‌ها بر جای خواهد گذاشت. [۲، ۱]

اعتیاد یکی از مشکلات اصلی کشور های توسعه یافته و در حال توسعه است. در کشور ما طبق گزارش دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر علی‌رغم تشدید مبارزه با قاچاق و افزایش مراکز پذیرش و درمان، آمار مصرف‌کنندگان مواد رو به افزایش بوده است؛ و لیکن آمارهای متفاوتی راجع به شیوع اعتیاد در ایران وجود داشته و میزان گزارش شده از ۱,۲۰۰,۰۰۰ تا ۷,۵۰۰,۰۰۰ متغیر می‌باشد و لذا طبق آخرین آمار، میزان افراد مبتلا در سال ۱۳۹۰ تعداد ۱,۳۲۵,۰۰۰ گزارش شده است و می‌توان گفت به طور مستقیم و غیر مستقیم حداقل ده میلیون ایرانی درگیر اعتیاد و تبعات آن هستند که نشان دهنده اهمیت موضوع است. [۳، ۴] میزان شیوع بالای اعتیاد درمان‌های متناسب با نیاز بیماران را بسیار مهم و اجتناب‌ناپذیر می‌کند و لیکن علی‌رغم تلاش‌های بسیار متخصصان اعتیاد و به کارگیری درمان‌های مختلف روزآمد؛ عاملی که درمان را بنا به دلایل مختلف من جمله (پیچیده بودن انسان، تغییر در سیستم‌های مغزی و هورمونی، محیط خانوادگی و سیستم حمایتی فرد وابسته، بستر و محیط پدید آیی اعتیاد، وسواسی-جبری بودن آن، شیوه اجتناب افراد از مواد، شدت، مقدار و مدت مصرف) با مشکل مواجه می‌کند «لغزش‌ها^۱ و عود^۲» پس از درمان می‌باشد. [۴، ۵]

از بین مواد مورد سوء مصرف، مت‌آمفتامین و هرویین مخصوصاً در شکل تزریقی آن، من جمله موادی می‌باشند که دارای بالاترین ولع مصرف بوده و در سال‌های اخیر با افزایش چشمگیر و قابل توجه سوء مصرف (که شواهد آن در مراکز درمانی و سطح جامعه وجود دارد) این مواد مواجه

هستیم. این مواد سیستم دوپامینی مغز را به شدت تحریک و بلافاصله بعد از مصرف حالتی به نام نشئه^۳ (وضعیت اوج لذت) برای فرد ایجاد میکند که این تجربه ولع بسیار شدیدی برای مصرف‌مجدد ایجاد نموده و منجر به چرخه مکرر و معیوب مصرف و قطع ماده شده و در نهایت منجر به لغزش‌ها و عود درمان خواهد شد. [۵، ۶] تحقیقات روی فرآیند عود که بازگشت فرد مصرف‌کننده به سطح قبل از درمان می‌باشد فاکتورهای خطر زیادی را نشان می‌دهد که به نظر می‌رسد پیش‌بین‌های بی‌واسطه‌ای از مصرف مواد پس از درمان می‌باشند. این عوامل شامل ولع مصرف^۴، نشخوار فکری^۵، عاطفه منفی^۶، انگیزش^۷، خودکارآمدی^۸ و مهارت‌های مقابله‌ای ناکارآمدی^۹ در موقعیت‌های پرخطر می‌باشند. [۷، ۸] از بین عوامل خطر عود که عمدتاً تک بعدی هستند، ولع مصرف چند بعدی است (بعد هیجانی^{۱۰}، بعد شناختی^{۱۱}، بعد رفتاری^{۱۲} و بعد سایکوفیزیولوژیکال^{۱۳})؛ هسته اصلی مصرف و دارای ارتباط پیچیده‌ای با تداوم وابستگی و عود می‌باشد [۹، ۱۰] و به عنوان یک تجربه ذهنی از یک وسوسه یا میل و اضطراب شدید، به طور قدرتمندی بازگشت به مصرف مواد را برای تمام داروهای مورد سوء مصرف پیش‌بینی می‌کند. [۷]

مورد هدف قرار دادن فاکتورهای خطر عود به صورت دارویی (برای مثال نالترکسون برای کاهش ولع یا درمان نگه‌دارنده با متادون) یا رفتاری (آموزش مهارت‌های مقابله‌ای) برای بالینگران و محققین سوء مصرف مواد در اولویت قرار دارد و اثربخشی متادون به عنوان یک درمان دارویی؛ در درمان مصرف مواد مخدر، افزایش طول مدت پرهیز، بهبود وضعیت روان‌شناختی، سلامت و بهزیستی روانی، کاهش جرم‌های مرتبط با مصرف، کاهش رفتارهای پرخطر، کاهش مرگ و میر ناشی از مصرف و بهبود اضطراب و افسردگی اثبات شده است؛ [۱۱، ۱۲] ولیکن

- 3- Rush
- 4- Craving
- 5- Rumination
- 6- Negative effect
- 7- Motivation
- 8- Self-efficacy
- 9- Dysfunctional coping skills
- 10- Emotional
- 11- Cognitive
- 12- Behavioral
- 13- psychophysiological

- 1- Lapses
- 2- Relapse

مکانیسم اثر ذهن آگاهی و اثربخشی بالای آن بر مولفه های خطر عود من جمله ولع مصرف و کمبود پژوهش های کاربردی داخلی مبنی بر اثربخشی این درمان در حوزه سوء مصرف مواد مخدر این نیاز احساس می شد که طرحی کاربردی اثربخشی این درمان را بررسی و به بالینگران این حوزه عرضه نماید. پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر ولع مصرف معتادین به هرویین تحت درمان با متادون اثرگذار می باشد؟

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر آزمایشی از نوع کارآزمایی بالینی گروهی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دو ماهه اجرا شده است.

آزمودنی ها: جامعه مورد مطالعه شامل کلیه مراجعہ کنندگان به یک مرکز درمانی سوء مصرف مواد شهرستان اراک در بازه زمانی ۹۱ تا ۹۳ که مصرف کننده هرویین بودند می باشد، که تعداد ۳۶ نفر از آنها با استفاده از شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب و پس از همتاسازی در متغیر های سن، مدت اعتیاد، تاهل، تحصیلات و وضعیت اقتصادی نیز احراز ملاک های ورود و خروج به پژوهش، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه (گروه آزمایشی ۱۶ نفر و گروه گواه ۲۰ نفر) جایگزین شدند. ملاک های ورود به مطالعه شامل: ۱- حداقل تحصیلات در حد متوسطه ۲- فرد معتاد به هرویین بر اساس ملاک های ۵- DSM تشخیص داده شود. (بیش از ۱۲ ماه مصرف کننده هرویین باشد) ۳- فرد تحت درمان با متادون باشد؛ یعنی جهت درمان به صورت قانونی در کلینیک درمان سوء مصرف مواد داروی متادون دریافت نماید ۴- حداقل سن ۲۰ و حداکثر سن ۶۰ سال. ملاک های خروج از مطالعه شامل: ۱- مصرف همزمان شیشه یا سایر مواد محرک یا آمفتامین ها ۲- محدودیت زمانی و مکانی برای شرکت در جلسات ۳- ابتلا به بیماری جسمی شدید و معلولیت که مانع حضور در جلسات شود ۴- دریافت روان درمانی یا درمان دارویی غیر؛ (جلسات NA، کنگره شصت و درمان های سایر) که در روند درمان خلل ایجاد خواهند کرد ۵- تشخیص بیماری روان شناختی حاد در مصاحبه تشخیصی اولیه.

اثربخشی درمان های نگهدارنده دارویی، بدون مداخله های روانی-اجتماعی، به علت اطاعت دارویی^۱ پایین و میزان بالای ریزش^۲، ضعیف می باشد که این موضوع استفاده از درمان های روان شناختی برای درمان اعتیاد را بسیار مهم و اجتناب ناپذیر می کند. [۷، ۱]

درمان هایی که اخیراً برای طیف گسترده ای از اختلالات اثربخشی آن ها اثبات شده است و به طور گسترده توسط روان درمانگران مورد استفاده قرار می گیرند درمان های موج سوم می باشند که به طور کلی به رفتار درمانی های مبتنی بر پذیرش یا رفتار درمانی های مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی معروف هستند. [۱۵، ۱۳] ذهن آگاهی به علت ساز و کار های نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت زدایی، حضور در لحظه و مشاهده گری بدون داوری می تواند ضمن کاهش علائم و پیامد های پس از ترک اثربخشی درمان را افزایش داده و به پیشگیری از عود مصرف کمک کند. [۱۷، ۱۶] رویکرد کابات زین برای درمان سوء مصرف مواد شامل واریسی بدنی یا فن آگاهی از بدن، یک سری تغییرات عمدی را در بر می گیرد که در آغاز بر کل بدن و سپس بر هر بخشی از بدن در یک شیوه بدون داوری متمرکز می شود. [۱۹، ۱۸، ۱۳] با استفاده از تمرین های مبتنی بر ذهن آگاهی فرد یاد می گیرد که پاسخ هایی جایگزین به ناراحتی های هیجانی بدهد و پاسخ های شرطی شده ولع مصرف کاهش می یابد. در ذهن آگاهی افراد یاد می گیرند که تجربیات را به عنوان تجربیات مجزا از خود و به عنوان یک حالت گذرا و موضوعی برای تغییر بپذیرند. [۷، ۲۰، ۲۱]

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)^۳، بر مهارت های پیشگیری از عود شناختی رفتاری (به عنوان مثال شناسایی کردن موقعیت های پر خطر و آموزش مهارت های مقابله ای) و مراقبه ذهن آگاهانه محوریت پیدا کرده است. تمرینات ذهن آگاهی به دنبال افزایش پذیرش و آگاهی متمایز از طریق تمرکز خاص بر ناراحتی های جسمی و هیجانی است و به مراجعین می آموزد که وضعیت های هیجانی، جسمانی و شناختی ولع را بدون واکنش غیر ارادی مورد مشاهده قرار دهند. [۷، ۱۹، ۲۲] با توجه به

- 1- Compliance
- 2- Dropout
- 3- Mindfulness based cognitive therapy

ابزار

۱- مقیاس وسواسی جبری مصرف مواد (OCDUS): این مقیاس در سال ۲۰۰۲ توسط اینگمار فرانکن و همکاران وی از پرسشنامه OCDUS ویژه ارزیابی ولع مصرف الکل که در سال ۱۹۵۵ توسط آنتوان و همکاران وی طراحی گردیده بود اقتباس شده است که این پرسشنامه، خود برگرفته از پرسشنامه بررسی رفتارهای وسواسی جبری گودمن و همکاران که در سال ۱۹۸۹ طراحی گردیده، می باشد. (OCDUS) با محوریت ولع مصرف به عنوان یک فکر وسواسی طراحی گردیده و ولع مصرف را در طول هفته گذشته مورد بررسی قرار می دهد. هرویین دارای ۱۲ پرسش است که سه عامل را مورد سنجش قرار می دهد. عامل اول سنجش افکار مربوط به مصرف هرویین و دخالت آنها در زندگی سوء مصرف کنندگان بوده که سوالات ۱،۲،۳،۴،۶،۹ را در بر می گیرد. عامل دوم به بررسی میل به مصرف و کنترل مصرف می پردازد که در بر گیرنده سوالات ۷،۸،۱۱،۱۲ است. عامل سوم مقاومت در برابر افکار و تصمیم ها برای مصرف هرویین را می سنجد و شامل سوالات ۵ و ۱۰ می باشد. میزان پایایی آزمون باز آزمون OCDUS که توسط مرکز ملی مطالعات اعتیاد انجام گرفته است به شرح ذیل می باشد: (افکار مرتبط با مصرف ۰/۷۹، میل به مصرف ۰/۷۲، مقاومت در برابر مصرف ۰/۷۹ سوالات در طیف لیکرت قابل پاسخگویی می باشند و شدت ولع را مورد سنجش قرار می دهند که نمره بالاتر نشان دهنده ولع بیشتر می باشد. [۲۳]

روند اجرای پژوهش: جهت اجرای پژوهش با توجه به ملاک های ورود و خروج به مطالعه تعداد ۴۰ نفر (هر گروه ۲۰ نفر) وارد پژوهش شده که ۴ نفر در گروه آزمایشی ریزش وجود داشته است و در تحلیل نهایی ۳۶ نفر ملاک عمل قرار گرفت. به منظور توافق درباره اهداف، موضوع، نحوه اجرا و زمان برگزاری جلسات با افراد شرکت کننده بحث و گفت و گو شد و در نهایت از آنها جهت شرکت در پژوهش رضایت شفاهی و کتبی اخذ گردید. گروه آزمایشی یک بار اثر مداخله بالینی یعنی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به مدت ۸ جلسه را دریافت کرده است و لیکن

گروه کنترل هیچ نوع مداخله ای را دریافت نکرد و صرفاً در اندازه گیری ها (مشاهده ها) شرکت نموده و پرسشنامه ولع مصرف را تکمیل نموده است. در ابتدای هر جلسه برگه های راهنمای مطالب به شرکت کنندگان ارائه می شد و برگه های بازخورد جمع آوری می گردید. هر دو گروه جهت سنجش میزان ولع مصرف، در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دو ماهه و با استفاده از مقیاس ولع، مورد مشاهده قرار گرفتند. لازم به ذکر است جهت رعایت جوانب اخلاقی پژوهش پروتکل درمانی جهت گروه گواه نیز اجرا گردید. خلاصه محتوای جلسات درمانی به شرح جدول ذیل می باشد.

جلسه اول: آشنایی با هدایت خودکار و نحوه معطوف ساختن توجه به قسمت های مختلف بدن
جلسه دوم: تمرکز بیشتر بر بدن و کنترل بیشتر واکنش نسبت به وقایع روزانه
جلسه سوم: تمرکز عامدانه آگاهی بر تنفس، تمرکز و یکپارچه بودن بیشتر
جلسه چهارم: آموزش حضور ذهن و اجتناب از حواس پرتی
جلسه پنجم: آموزش اجازه حضور به تجربه همان طور که هست، بدون قضاوت یا تغییر در آن
جلسه ششم: آشنایی شرکت کنندگان با نحوه ای که خلق و افکار تجربه را محدود می کند
جلسه هفتم: مرور نشانگان ولع، عود و لغزش
جلسه هشتم: آموزش نحوه تمرین منظم ذهن آگاهی

یافته‌ها

میانگین سنی آزمودنی ها ۲۸/۳۰ سال، مدت اعتیاد ۶/۸۲ سال، تاهل (۵۸/۱۰ درصد متاهل و ۴۱/۹۰ درصد مجرد)، تحصیلات ۸/۲۲ سال بود. شاخص های توصیفی ولع مصرف به تفکیک گروه ها و مراحل در جدول (یک) ارائه شده است.

1- Obsessive compulsive drug use scale

2- Obsessive compulsive drug scale

جدول (۱) شاخص های توصیفی ولع مصرف به تفکیک گروه آزمایشی و کنترل

گروه ها	مراحل	میانگین	انحراف معیار
آزمایشی	پیش آزمون	۳۷,۳۱	۳,۰۰
	پس آزمون	۲۱,۰۶	۳,۱۰
	پیگیری	۲۱,۸۷	۲,۷۰
کنترل	پیش آزمون	۳۸,۱۵	۲,۹۶
	پس آزمون	۳۱,۵۵	۱,۷۹
	پیگیری	۳۱,۹۵	۲,۴۳

پیش فرض دیگر عدم معنا دار بودن آزمون ام باکس می باشد که در این آزمون سطح معناداری کمتر از ($p < 0/05$) بوده و پیش فرض محقق نشد. لذا از آزمون ناپارامتریک فریدمن استفاده شد که با توجه به معنا دار بودن این آزمون ($p < 0/05$): استفاده از تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر بلا مانع بوده و نتایج آن در زیر گزارش شده است. (جدول ۲)

جدول یک شاخص های توصیفی گرایش مرکزی متغیر وابسته ولع مصرف را به تفکیک گروه ها و مراحل نشان می دهد. از آنجا که کسب نمره بیشتر نشان دهنده شدت ولع مصرف و متعاقبا ولع مصرف بالاتر می باشد، ملاحظه می گردد میانگین گروه آزمایشی در پس آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش قابل ملاحظه داشته است [۲۱,۰۶]. این کاهش به صورت قابل ملاحظه در مرحله پیگیری گروه آزمایشی نیز دیده می شود [۲۱,۸۷].

با توجه به هدف پژوهش، که مقایسه نمرات شرکت کنندگان (گروه های کنترل و آزمایشی) در سه زمان پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری می باشد آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر به عنوان آزمون مناسب جهت تحلیل استنباطی داده ها مورد استفاده قرار گرفت که نتایج آن متعاقبا گزارش شده است. جهت استفاده از این آزمون ابتدا لازم است که پیش فرض های آن مورد بررسی قرار گیرد. اولین پیش فرضی که مورد بررسی قرار گرفت بررسی توزیع بهنجار بودن متغیر وابسته در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری است که نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف نشان داد که ولع مصرف در پیش آزمون ($p = 0/23, z = 0/97$)، پس آزمون ($p = 1/35$)، و پیگیری ($p = 0/68, z = 0/44$) از توزیع نرمال برخوردار می باشد. پیش فرض دیگر برابری واریانس نمرات گروه ها در سه دوره زمانی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیر های مورد مطالعه می باشد که نتایج آزمون لون^۱ حاکی از عدم تفاوت معنا دار واریانس گروه ها می باشد. (پیش آزمون $p > 0/05, F = 0/28$ ؛ پس آزمون $p > 0/05, F = 4/27$ ؛ پیگیری $p > 0/05, F = 0/35$). لذا این پیش فرض رعایت شد.

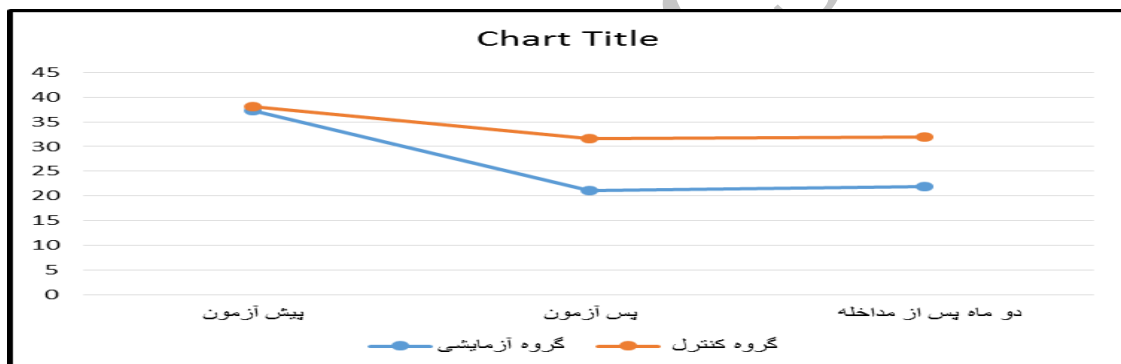
1- Levene Test

جدول ۲) تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای مقایسه ولع مصرف در گروه های آزمایش و کنترل

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	مجذور اتا	توان آماری
دوره	۲۹۳۸/۵۹	۲	۱۴۶۹/۲۹	۳۱۱/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۹۰۲	۱/۰۰۰
خطا	۳۲۰/۷۲	۶۸	۴/۷۱۷				
گروه	۱۳۵۶/۹۱	۱	۱۳۵۶/۹۱	۱۱۲/۵۶	۰/۰۰	۰/۷۶	۰/۹۹
خطا	۴۰۹/۸۵	۳۴	۱۲/۰۵				
دوره*گروه	۵۲۹/۲۵	۲	۲۶۴/۶۲	۵۶/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۶۲۳	۱/۰۰۰

۰/۹۰ می باشد. به علاوه همانطور که در جدول شماره دو مشاهده می شود اثر تعاملی دوره*گروه نیز معنا دار می باشد. نمودار (یک) اختلاف نمرات دو گروه را در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می دهد.

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر (مختلط) نشان می دهد بین میانگین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ولع مصرف در گروه های آزمایشی و کنترل تفاوت معنا داری وجود دارد، به عبارتی نمرات گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل در پس آزمون و پیگیری کاهش معنا داری داشته است و اندازه اثر آموزش ذهن آگاهی برابر با



نمودار ۱) میانگین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیر ولع مصرف در گروه های آزمایش و کنترل

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ولع مصرف معتادین به هرویین تحت درمان با متادون انجام شده است و همانطور که نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر نشان می دهد، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)، میزان ولع مصرف شرکت کنندگان گروه آزمایشی را در مرحله پس آزمون به طور معنادار کاهش داده است و بعد از گذشت ۲ ماه نیز این مداخله درمانی در کاهش ولع مصرف هرویین از ثبات برخوردار بوده است.

یافته های پژوهش حاضر با یافته های سایر پژوهشگران؛ برور و همکاران [۲۴]، وستبروک و همکاران [۲۵]، باون و همکاران [۱۹]، ویتکیویتز و همکاران [۲۲]، الوافی و

نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر نشان می دهد که دو گروه از لحاظ متغیر ولع مصرف تفاوت معناداری با هم داشتند. یعنی مداخله درمانی در شرکت کنندگان گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل بطور معناداری باعث کاهش ولع مصرف شده است و این کاهش در مرحله پیگیری نیز دارای ثبات بوده است. لازم به ذکر است با توجه به اینکه هر دو گروه شرکت کنندگان تحت درمان دارویی با متادون نیز بوده اند، گروه کنترل نیز در میزان ولع کاهش داشته است و لیکن این میزان کاهش در گروه آزمایشی که دریافت کننده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نیز بوده است به طور معناداری بیشتر بوده است.

ذهن آگاهی به معنای توجه کردن به شیوه ای خاص، هدفمند، در زمان حال و خالی از قضاوت است. مراقبه ذهن آگاهانه ریشه در سنت بودا داشته و از دیدگاه این سنت، ولع به عنوان جزء اصلی وجود انسان و نیز ریشه ی درد و رنج های انسانی در نظر گرفته شده است. ذهن آگاهی اعتیاد را تلاشی از جانب فرد برای بازداری یا فرار از تجارب عاطفی، شناختی یا رفتاری می داند. از دیدگاه ذهن آگاهی ولع به عنوان یک تجربه شناختی یا عاطفی گذرا مانند سایر تجارب انسانی در نظر گرفته شده است که می بایست بدون واکنش و بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرد. [۲۲] عنصر اساسی آموزش ذهن آگاهی شامل آموزش مراجعین برای هدایت توجه شان به سمت تنفس به منظور آرام نمودن و تمرکز بر ذهن است. در نهایت آگاهی افزایش یافته و پذیرش افکار و حواس در موقعیت های پر خطر، منجر به روش های سازگارانه تر پاسخ به نشانه های موقعیتی و احتمال کاهش ولع خواهد بود. مواجهه دوباره همراه با آگاهی از موقعیت های پرخطر، بدون وسوسه شدن برای استفاده از مواد یا عمل تکانشگرانه، منجر به افزایش خودکارآمدی و شرطی سازی تقابلی تقویت مثبت و منفی بوده و به نظر می رسد کاهش ولع مصرف به دلیل پذیرش تجربه ولع مصرف، به عنوان یک حالت عاطفی و شناختی گذرا و نیز توجه آگاهانه و نهایتاً بیش افراد به این مسئله است که کند و کاو یک حالت هیجانی نه تنها باعث کاهش در مکانیزم عمل آن نخواهد شد، بلکه باعث افزایش درد روانی ناشی از آن و نهایتاً تسلیم در برابر آن مولفه خواهد شد.

کوتاه بودن مدت پیگیری، حذف متغیر جنسیت و عدم استفاده از مراجعین اناث، و نیز عدم نمونه گیری از معتادین به سایر مواد مورد سوء مصرف مانند مواد محرک از جمله محدودیت های این پژوهش می باشد که پیشنهاد می گردد در پژوهش های آتی نمونه گیری از هر دو جنسیت مذکر و مونث و نیز سایر مواد مورد سوء مصرف انجام شده و مدت پیگیری طولانی مدت لحاظ گردد تا ضمن افزایش تعمیم پذیری نتایج پژوهش؛ مقایسه مستدل انجام و به مبادی ذی ربط منعکس گردد.

همکاران [۲۶]، ایزندراث و همکاران [۲۷]، حامدی و همکاران [۲۸]، کیانی و همکاران [۱۸] مبنی بر اثر بخش بودن مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی همسو می باشد و پژوهشی که رد کننده ی نتایج مطالعه حاضر باشد، یافت نشد.

در تبیین این یافته ها می توان گفت، تمرینات ذهن آگاهی به جهت کمک به مراجعین به منظور افزایش آگاهی و تعبیر دادن موقعیت های چالش انگیز از جمله حالت ها و موقعیت های هیجانی منفی بدون واکنش به طور خودکار و عادت وار، طراحی شده است. تمرین های مبتنی بر ذهن آگاهی امکان پاسخ هایی جایگزین به ناراحتی های هیجانی و در نتیجه پاسخ های شرطی شده ولع مصرف و متعاقباً کنترل و کاهش آن را فراهم می کند. در ذهن آگاهی افراد تجربیات را به عنوان عناصر مجزا از خود و به عنوان یک حالت گذرا و به عنوان موضوعی برای تغییر می پذیرند و لذا به جای کاوش موضوع و یا اجتناب شناختی یا رفتاری از تجربه آن، که هر دو درد آور خواهد بود این تجربیات را مانند سایر تجربیات که خنثی بوده و یا دارای بار هیجانی نمی باشند پذیرفته و نهایتاً درونی می کنند. [۲۸]

تمرینات ذهن آگاهی به دنبال افزایش پذیرش و آگاهی متمایز از طریق تمرکز خاص بر ناراحتی های جسمانی و هیجانی است و به مراجعین می آموزد که وضعیت های هیجانی، جسمانی و شناختی ولع را بدون قضاوت و واکنش غیر ارادی مورد مشاهده قرار دهند. از طریق تمرینات آرمیدگی و تمرینات مبتنی بر ذهن آگاهی و بحث و گفتگو، مراجعه کنندگان با رویکردی غیر قضاوت گرانه حالت های عاطفی و هیجانی را مورد مشاهده قرار داده و به آنها آموزش داده می شود تا به جای اینکه بلافاصله تلاش به گریز از مؤلفه های شناختی، هیجانی و فیزیکی از تجربیات کنند، این مؤلفه ها را مورد کندوکاو و پرسش قرار دهند. فرض بر این شده است که بازسازی شناختی ذهن آگاهی مراجعین و توجه به حالت های عاطفی و شناختی مسأله ساز، یک وقفه ای را ایجاد می کنند. در طول زمان، مواجهه مداوم با تجربیات اجتنابی (برای مثال، حالت های افسرده ساز) در غیاب پاسخ های عادت وار (به عنوان مثال، مصرف مواد) پاسخهای ولع مصرف را در حضور ناراحتی های هیجانی مورد تضعیف قرار خواهد داد. [۲۸، ۲۹]

therapy. *J Res Behav Sci.* 2013; 10(5): 383-90.[Persian].

14- Omid A, Mohammadi A, Zargar F, Akbari H. Efficacy of Mindfulness-Based Stress Reduction on Mood States of Veterans With Post-Traumatic Stress Disorder. *Arch trauma Res.* 2013; 1(4): 151.

15- Petter M, McGrath PJ, Chambers CT, Dick BD. The Effects of Mindful Attention and State Mindfulness on Acute Experimental Pain among Adolescents. *J pediatric psychol.* 2014; 1-7.

16-Hsu SH, Grow J, Marlatt GA. Mindfulness and addiction. *Recent Dev Alcohol: Springer.* 2008; 229-50.

17- Breslin FC, Zack M, McMMain S. An information-processing analysis of mindfulness : Implications for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clin Psychol: Sci Pract.* 2002; 9(3): 275-99.

18-Kiani A, Ghasemi ND, Pourabas A. The comparison of effectiveness of group Acceptance and Commitment Therapy on Craving and Emotion Regulation in glass abusers. *Quart J Res Addict.* 2012; 6(24): 27-37.[persian].

19- Bowen S, Chawla N, Marlatt GA. Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide: Guilford Press. 2010; 1-250.

20- Esmaeliani N, Tahmassian K, Dehghani M, Mootabi F. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depression Symptoms in Children with Divorced Parents. *J Clin Psychol.* 2013; 5(3): 47-58.[Persian].

21- Izadi R, Asgari K, Neshatdust H, Abedi M. Case Study of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Frequency and Severity of Obsessive Symptoms in Obsessive- Compulsive Disorder. *J Med Res.* 2011; 1(1): 20-6.[Persian].

22- Witkiewitz K, Bowen S, Douglas H, Hsu SH. Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addict Behav.* 2013; 38(2): 1563-71.

23- Abharian P, Ekhtiari H. Self Report Questionnaires for Drug Craving Assessment. *Quart Addict.* 2008; 4(5): 37-47.[Persian].

24- Brewer JA, Elwafi HM, Davis JH. Craving to quit: Psychological models and neurobiological mechanisms of mindfulness training as treatment for addictions. *Psychol Addict Behav.* 2013; 27(2): 366.

25- Westbrook C, Creswell JD, Tabibnia G, Julson E, Kober H, Tindle HA. Mindful attention reduces neural and self-reported cue-induced craving in smokers. *Soc Cognit Affect Neurosci.* 2013; 8(1): 73-84.

26- Elwafi HM, Witkiewitz K, Mallik S, Thornhill IV TA, Brewer JA. Mindfulness training for smoking cessation: Moderation of the relationship between craving and cigarette use. *Drug Alcohol Depend.* 2013; 13(1): 222-29.

منابع

1-Lotfi Kashani F, Mojtabai M, Alimehdi M, Comparison of the Effectiveness of Cognitive behavior Therapy, Methadone Therapy, and the Combination Method on Reducing Depression in Addicts. *Knowl Res Appl Psychol.* 2013; 14(4) (Continuous No. 54): 19-26.[Persian].

2- Link BG, Struening EL, Rahav M, Phelan JC, Nuttbrock L. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J Health Soc Behav.* 1997: 177-90.

3- Sarami H, Ghorbani M, Minouei M, The Study of four decade of addiction epidemiological research in Iran. *Quart J Res Addict.* 2013; 7(26): 29-52.[Persian].

4- Rafiei H. Qualitative and quantitative research methods, interdisciplinary addiction, 1th ed. Tehran: Danjeh. 2008; 25-55.[persian].

5- Rosenberg H. Clinical and laboratory assessment of the subjective experience of drug craving. *Clinic Psychol Rev.* 2009; 29(6): 519-34.

6- Ekhtiari H, Alam-Mehrjerdi Z, Hassani-Abharian P, Nouri M, Farnam R, Mokri A Examination and Evaluation of Craving-Inductive Verbal Cues among Persian-Speaking Methamphetamine Abusers. *Adv Cognit Sci.* 2010; 12(2): 69-82.

7- Witkiewitz K, Bowen S. Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *J consul clin psychol.* 2010; 78(3): 362.

8- Caselli G, Gemelli A, Querci S, Lugli AM, Canfora F, Annovi C, et al. The effect of rumination on craving across the continuum of drinking behaviour. *Addict behav.* 2013; 38(12): 2879-83.

9- Heinz AJ, Epstein DH, Schroeder JR, Singleton EG, Heishman SJ, Preston KL. Heroin and cocaine craving and use during treatment: measurement validation and potential relationships. *J subst Abuse Treat.* 2006; 31(4): 355-64.

10- Ekhtiari H, Alam-Mehrjerdi H, Hassani-Abharian P, Nouri M, Farnam R, Mokri A. Examination and Evaluation of Craving-Inductive Verbal Cues among Persian-Speaking Methamphetamine Abusers. *Adv Cognit Sci.* 2010; 12(2): 69-82. [Persian].

11- Faseli E, Maulavi F. The Study of drug abuse among Iranian men abusers, 1th ed. Tehran: Secretariat of the Headquarters for Combating Drugs; 2003. p. 11-20. [persian].

12- Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; 3.

13- Zargar F, Mohammadi A, Omid A, Bagherian Sararoudi R. The third wave of behavior therapy with emphasis on acceptance-based behavior

- 27- Eisendrath S, Chartier M, McLane M. Adapting mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression. *Cognit Behav pract.* 2011;18(3): 362-70.
- 28- Hamed A, Shahidi SH, Khademi A. The effectiveness of mindfulness and harmreduction counseling on the prevention of recurrent drug use. *Quart J Res Addict.* 2014;7(28): 101-18.[Persian].
- 29- Hosseinaei A, Ahadi H, Fata L, Heidarei A, Mazaheri MM. Effects of Group Acceptance and Commitment Therapy (ACT)-Based Training on Job Stress and Burnout. *Iran J Psychiatry Clin Pcyhol.* 2013;19(2): 109-20.[Persian].

Archive of SID

The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Drug Craving in Heroin Addicts Treated by Methadone Maintenance

Salimi, S.H. Ph.D., Haghazari, A. *Master Student., Ahmadi-Tahour -Soltani, M. Ph.D., Zohreh-Vand, M. B.A.

Abstract

Introduction: The aim of present research was to investigate effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on drug craving in heroin addicts treated by methadone maintenance.

Method: The present study was an experimental clinical trial with pretest, post-tests and follow-up phases. The study population consisted all of heroin addicts who referred to substance abuse treatment center in Arak city. The 36 heroin addicts were selected by convenience sampling method and were assigned into control and experimental groups (experimental group=16 patients and control group=20 patients). The Obsessive Compulsive Drug Use Scale (OCDUS) was used in pretest, post-tests and follow-up. The experimental groups received 8 sessions of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) program between pretest and posttest while control group did not receive any intervention. Data were analyzed by ANOVA with repeated measure with SPSS 16.

Results: The results of ANOVA with repeated measure showed that Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) reduced significantly drug craving scores of experimental group in posttest and Follow-up ($p < 0.05$).

Conclusion: This study revealed that Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) program as modern psychotherapy technique is effective method to reduce drug craving. Therefore, this approach is recommended for these patients.

Keywords: Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), drug craving, relapse prevention

*Correspondence E-mail:
ali91haghazari@gmail.com