

## Original Article

### The efficacy of detached mindfulness and distraction techniques in craving and relapse rates in opiate dependent male subjects

#### Abstract

**Introduction:** This research was conducted to assess the effectiveness of detached mindfulness techniques versus distraction techniques to decrease the craving and the relapse rate in patients with substance dependent disorders.

**Materials and Methods:** In this multiple baseline experimental study, 6 male substance dependent subjects were selected based on the objective sampling method among clients of Parsian center for substance dependency treatment in 2005 in Mashhad, north-eastern part of Iran. The patients were randomly divided into two groups whom received detached mindfulness techniques or distraction techniques respectively. All subjects completed the relapse prediction scale (RPS) at the baseline, during the treatment (4<sup>th</sup> session), post-treatment (8<sup>th</sup> session) and at follow up stage (1.5 months after treatment). Some diagrams and clinical recovery rates were used to compare two different types of interventions.

**Results:** The results revealed that both methods were effective to decrease craving and relapse rate in substance dependent subjects. The detached mindfulness techniques were more effective than distraction techniques (%62 versus %39).

**Conclusion:** Detached mindfulness techniques, versus distraction techniques, are probably more effective to reduce craving and relapse rate in substance dependents.

**Keywords:** Attention, Craving, Relapse, Substance abuse

\* *Abbas Firoozabadi*

Instructor of consultant,  
Bojnord University, Bojnord,  
Iran

*Bahram-Ali Ghanbari*

*Hashemabadi* Assistant  
professor of psychology,  
Ferdowsi University of  
Mashhad, Mashhad, Iran

*Seyyed Mahmoud*

*Tabatabaei* Professor of  
psychiatry, Mashhad  
University of Medical  
Sciences, Mashhad, Iran

\* **Corresponding Author:**

Department of consultant,  
Bojnord University, Pardis,  
Bojnord, Iran

ab.firoozabadi@gmail.com

Tel: +985842284602

Received: Oct. 16, 2008

Accepted: Sep. 12, 2009

#### Acknowledgement:

This study was reviewed and approved by the research committee of Bojnord University. The study had been supported by no grant and the authors had no conflict of interest with the results.

#### Vancouver referencing:

*Firoozabadi A, Ghanbari Hashemabadi BA, Tabatabaei SM. The efficacy of detached mindfulness and distraction techniques in craving and relapse rates in opiate dependent male subjects. Journal of Fundamentals of Mental Health 2010; 11(4): 292-301.*

## مقاله‌ی پژوهشی

## اثربخشی تکنیک‌های هوشیاری فراگیر انفصالی و توجه‌برگردانی در میزان وسوسه‌ی مصرف مواد و احتمال لغزش در بیماران مرد وابسته به مواد مخدر

## خلاصه

عباس فیروزآبادی\*

مری گروه مشاوره دانشگاه بجنورد

بهرام‌علی قنبری هاشم‌آبادی

استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه

فردوسی مشهد

سید محمود طباطبایی

استاد گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم

پزشکی مشهد

**مقدمه:** این پژوهش جهت بررسی اثربخشی تکنیک‌های هوشیاری فراگیر انفصالی در برابر تکنیک‌های توجه‌برگردانی در کاهش وسوسه و میزان لغزش در بیماران مرد وابسته به مواد مخدر انجام شد.

**روش کار:** در این مطالعه تجربی تک‌موردی چندخط‌پایه‌ای، ۶ آزمودنی مرد وابسته به مواد مخدر بر اساس روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف از بین مراجعین سال ۱۳۸۶ مرکز درمان سوءمصرف مواد پارسیان در مشهد انتخاب شدند. بیماران به طور تصادفی به دو گروه تقسیم و به ترتیب تکنیک‌های هوشیاری فراگیر انفصالی یا تکنیک‌های توجه‌برگردانی را دریافت نمودند. تمامی آزمودنی‌ها مقیاس پیش‌بینی بازگشت را در ابتدای مطالعه، در طول درمان (جلسه‌ی چهارم)، بعد از درمان (جلسه‌ی هشتم) و مرحله پیگیری (۵/۱ ماه بعد از درمان) تکمیل کردند. به منظور تحلیل داده‌ها از نمودارها و میزان بهبود بالینی و مقایسه یافته‌های بالینی برای مقایسه دو شیوه‌ی مداخله‌ای متفاوت استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که هر دو روش در کاهش وسوسه‌ی مصرف مواد و میزان لغزش در آزمودنی‌های وابسته به مواد مخدر موثر بوده‌اند. تکنیک‌های هوشیاری فراگیر انفصالی در مقایسه با تکنیک‌های توجه‌برگردانی دارای اثربخشی بیشتری بوده‌اند (۶۲٪ در مقابل ۳۹٪).

**نتیجه‌گیری:** تکنیک‌های هوشیاری فراگیر انفصالی احتمالاً نسبت به تکنیک‌های توجه‌برگردانی، اثربخشی بیشتری در کاهش وسوسه و میزان لغزش در افراد وابسته به مواد مخدر دارند.

**واژه‌های کلیدی:** توجه، سوءمصرف مواد، لغزش، وسوسه

\*مؤلف مسئول:

ایران، بجنورد، پردیس دانشگاه بجنورد،

گروه مشاوره

تلفن: ۰۵۸۴ ۲۲۸۴۶۰۲

ab.firoozabadi@gmail.com

تاریخ وصول: ۸۷/ ۷/ ۲۵

تاریخ تایید: ۸۸/ ۶/ ۲۱

## پی‌نوشت:

این طرح با تایید کمیته‌ی اخلاق دانشگاه فردوسی به انجام رسیده و با منافع شخصی نویسندگان ارتباطی نداشته‌است. از همکاران و مراجعین محترم مرکز درمان و بازتوانی پارسیان مشهد که در انجام این پژوهش همکاری داشته‌اند صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

مقدمه

سوء مصرف مواد<sup>۱</sup> و وابستگی به مواد مخدر<sup>۲</sup> اختلالی است مزمن و عود کننده که با دوره‌های بهبود و بازگشت<sup>۳</sup> مشخص می‌گردد. اکثر افرادی که مصرف مواد را ترک می‌کنند دچار لغزش یا بازگشت می‌شوند و محتمل‌ترین زمان آن ۹۰ روز پس از زمان شروع ترک است (۲،۱).

تحقیقات انجام شده در داخل کشور، رقم بازگشت به مصرف را معادل ۸۰ تا ۸۷ درصد ذکر کرده‌اند و در تحلیل‌های آماری بیشترین بازگشت مربوط به ۶ ماه اول بوده است (۴،۳). در نتیجه نمی‌توان تصور کرد که هدف برنامه‌های درمانی متفاوت مصرف مواد، گذشته از نقاط متفاوتی که هر کدام بر آن تاکید می‌کنند، تنها فراهم آوردن امکاناتی برای قطع مصرف مواد توسط درمان‌جو باشد. عدم مصرف مجدد مواد با توجه به ماهیت مستعد به بازگشت و وابستگی دارویی، امری بسیار حیاتی در طرح‌ریزی یک برنامه‌ی مناسب درمانی محسوب می‌شود (۶،۵). بر حسب مدل شناختی رفتاری پیش‌گیری از بازگشت<sup>۴</sup> ماراتل و گوردن<sup>۵</sup>، هنگامی که درمان‌جو در موقعیتی پرخطر قرار می‌گیرد در صورت فقدان پاسخ‌های مقابله‌ای مناسب، احساس خودکارآمدی وی کاهش یافته و انتظارات مثبتی در زمینه‌ی اثرات مصرف مواد در موقعیت پرخطر شکل می‌گیرد که این وضعیت منجر به لغزش<sup>۶</sup> و سپس بازگشت می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که وسوسه‌ها<sup>۷</sup> و تمایلات غیرقابل کنترل، در طول درمان و بعد از آن به دلیل ماهیت راجعه‌ی خود، عامل مهمی در عدم موفقیت درمان و بازگشت می‌باشند (۷).

هم‌چنین بررسی‌های سال‌های اخیر بر رابطه‌ی بین وسوسه و سوگیری توجه، صحنه‌گذارده‌اند به طوری که سوگیری توجه به عنوان مولفه‌ی شناختی وسوسه و یا مسئول آن در نظر گرفته شده است (۹،۸). با توجه به رابطه‌ی بین سوگیری توجه و وسوسه‌ی مصرف مواد، لزوم انجام مداخله در سطح توجه

برای تعدیل وسوسه‌ی مصرف مواد ضروری می‌نماید. بک<sup>۸</sup> بر این باور است که می‌توان از تکنیک‌هایی شناختی و رفتاری از جمله توجه برگردانی<sup>۹</sup> که توسط کلارک<sup>۱۰</sup> و تیزدل<sup>۱۱</sup> به منظور کنترل افکار و تصاویر ذهنی مزاحم ارایه شده‌اند، به بیماران در کاهش وسوسه‌های برانگیخته با ایجاد تاخیر بین وسوسه‌ها و عمل جستجو کمک کرد (۱).

با توجه به نقش روز افزونی که فرآیند توجه و کنترل آن در تبیین اختلالات روانی و درمان آن‌ها پیدا کرده است، مدل‌های جدید نظری تاکید ویژه‌ای را به آسیب‌شناسی توجه و شیوه‌های کنترل آن در درمان اختلالات مختلف، مبذول داشته‌اند. یکی از اثرگذارترین و مهم‌ترین این مدل‌ها در سال‌های اخیر مدل عملکرد اجرایی خود تنظیمی (S-REF)<sup>۱۲</sup> بوده است. این مدل عنوان می‌کند که همگی اختلالات می‌توانند در ارتباط با فعالیت الگوی ناکارآمد شناخت که نشانگان توجهی شناختی<sup>۱۳</sup> نامیده می‌شود، قرار بگیرند. نشانگان توجهی شناختی به دلیل تمرکز بر ارزیابی تهدید، شکست در فراهم آوردن اطلاعاتی که می‌توانند ارزیابی‌ها و باورهای اشتباه را اصلاح کنند، مسدود کردن راهی برای یافتن منابع توجهی به منظور ارایه‌ی پاسخ‌های سازگار، ایجاد سوگیری در پردازش‌های خودکار سطح پایین‌تر سیستم شناختی و در پی داشتن پیامدهای محیطی بین فردی مشکل‌زا، به عنوان مشکلی در راه آرامش روان شناختی مورد توجه قرار گرفته است (۱۰). ولز<sup>۱۴</sup> به منظور تعدیل نشانگان توجهی شناختی در بیماران تحت درمان روان‌شناختی، آموزش و تمرین تکنیک‌هایی با هدف توسعه و ایجاد حالتی از هوشیاری فراگیر انفصالی<sup>۱۵</sup> که نقطه‌ی مقابل و ناسازگار با این نشانگان است را ارایه کرده است. به طور کلی هوشیاری فراگیر انفصالی به حالتی از آگاهی عینی از افکار و وقایع درونی بدون هیچ‌گونه پاسخ‌دهی تلاشگرانه‌ی شناختی (ارزیابی تاییدی،

<sup>8</sup>Beck

<sup>9</sup>Distraction

<sup>10</sup>Clark

<sup>11</sup>Tisdell

<sup>12</sup>Self-Regulatory Executive Function Model (S-REF)

<sup>13</sup>Cognitive-Attentional Syndrome (CAS)

<sup>14</sup>Wells

<sup>15</sup>Detached Mindfulness (MA)

<sup>1</sup>Substance Dependence

<sup>2</sup>Substance Abuse

<sup>3</sup>Relapse

<sup>4</sup>Relapse Prevention Model

<sup>5</sup>Marlatt and Gordon

<sup>6</sup>Lapse

<sup>7</sup>Craving

## روش کار

روش پژوهش مورد استفاده در این تحقیق، طرح آزمایشی تک موردی<sup>۲</sup> از نوع چند خط پایه‌ای<sup>۳</sup> بوده است. در این گونه از طرح‌ها متغیر آزمایشی بعد از خط پایه، تنها برای یک فرد، رفتار یا موقعیت به کار برده می‌شود. این طرح‌ها را می‌توان برای یک فرد یا گروه کوچکی از افراد استفاده کرد (۱۲). جامعه‌ی آماری این پژوهش را مراجعه کنندگان به مرکز درمان و بستری اعتیاد پارسیان مشهد تشکیل می‌دادند. به کمک نمونه‌گیری مبتنی بر هدف از بین بیمارانی که در شش ماهه‌ی دوم سال ۱۳۸۶ به مرکز درمان و بستری اعتیاد مراجعه کرده و از سوی روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی مرکز و بر اساس چهارمین ویراست تجدید نظر شده‌ی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۴</sup>، معیارهای تشخیصی اختلال وابستگی به مصرف مواد را دارا بودند، ۶ نفر به عنوان آزمودنی انتخاب و به تصادف در دو گروه جای گرفتند. به طوری که ۳ نفر تحت درمان روان‌شناختی با استفاده از تکنیک‌های هوشیاری فراگیر انفصالی و ۳ نفر تحت درمان روان‌شناختی با استفاده از تکنیک‌های توجیه برگردانی قرار گرفتند. به منظور گردآوری داده‌ها در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

مقیاس پیش‌بینی از بازگشت (RPS)<sup>۵</sup>: یک مقیاس خودسنجی ۴۵ سئوالی است که توسط رایت<sup>۶</sup> ارایه شده است. هر سؤال شامل یک موقعیت می‌شود که آزمودنی باید خود را در آن تصور کند و به دو قسمت این مقیاس پاسخ دهد: الف) شدت نیرومندی میل در موقعیت خاص، ب) احتمال مصرف در آن موقعیت. این مقیاس توسط گودرزی ترجمه شده است و به منظور سنجش میزان پایایی آن توسط پژوهشگر بر روی یک نمونه ۴۵ نفره دارای ملاک‌های وابستگی به مواد اجرا شد. ضریب آلفای کرونباخ برای قسمت اول پرسش‌نامه که میل به مصرف مواد را می‌سنجد برابر با ۰/۵۸ و

تحلیل مفهومی، تلاش برای کنترل یا سرکوب) و یا رفتاری به آن‌ها، اطلاق می‌شود (۱۱).

در باب مفید بودن استفاده از تکنیک‌های هوشیاری فراگیر انفصالی بیان شده است که فرآیند انفصال، فرد را از قضاوت‌های شخصی جدا می‌کند و مانع سوگیری ذهن در برخورد با موقعیت‌ها می‌شود در نتیجه فرد به غیرمفید بودن ناراحتی پی برده و فقط به درک موضوعات می‌پردازد. تمام این فرآیندها یک شیوه‌ی مقابله‌ی تجربی هستند که ممکن است از مقابله‌های هیجانی یا اجتناب، سازگارانه‌تر باشند (۱۱). بنا بر این در چهارچوب مدل عملکرد اجرایی خود تنظیمی، تکنیک‌های توجیه برگردانی به عنوان شکلی از مقابله‌ی هیجان‌مدار<sup>۱</sup> مورد توجه قرار می‌گیرند که ممکن است توجه را از پردازش هیجان و تهدید دور کنند و بنا بر این به طور موقت تجربه‌ی هیجانی را کاهش دهند (۱۱).

در باب تاثیر گذاری تکنیک‌های توجیه برگردانی بر وسوسه، کار آزمایشی مشخصی در تحقیقات خارج از کشور انجام نشده است. در داخل کشور نیز انجام پژوهش، ضعیف بوده است. از طرفی با ارایه‌ی مدل‌های جدید فراشناختی در تبیین و درمان اختلالات روانی و ارایه‌ی تکنیک‌های جامع‌تر برای کنترل توجیه، اثربخشی تکنیک‌های سرکوب افکار و توجیه برگردانی مورد سؤال قرار گرفته است.

لذا پژوهش حاضر در قالب یک طرح آزمایشی تک موردی از نوع چند خط پایه‌ای به مقایسه‌ی اثربخشی تکنیک‌های هوشیاری فراگیر انفصالی و توجیه برگردانی در کاهش وسوسه‌ی مصرف مواد و احتمال لغزش و مصرف مجدد در بیماران وابسته به مواد مخدر پرداخته است. فرضیه‌های این پژوهش عبارتند از:

۱- تکنیک‌های هوشیاری فراگیر انفصالی در مقایسه با تکنیک‌های توجیه برگردانی در کاهش وسوسه‌ی مصرف مواد مخدر، دارای اثربخشی بیشتری می‌باشند.

۲- تکنیک‌های هوشیاری فراگیر انفصالی در مقایسه با تکنیک‌های توجیه برگردانی در کاهش احتمال لغزش و مصرف مجدد مواد مخدر، دارای اثربخشی بیشتری می‌باشند.

<sup>۲</sup>Experimental Single Case

<sup>۳</sup>Multiple Base Line Design

<sup>۴</sup>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 4<sup>th</sup> edition- Revised (DSM-IV-R)

<sup>۵</sup>Relapse Prediction Scale (RPS)

<sup>۶</sup>Whrite

<sup>۱</sup>Emotion Focused Coping

برای قسمت دوم که احتمال مصرف و لغزش را می‌سنجد ۰/۶۳ محاسبه شد (۱).

مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور I در DSM-IV<sup>۱</sup> (SCID): مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور یک مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که توسط فرست<sup>۲</sup> و همکارانش تهیه شده و در محاسبه‌ی پایایی این ابزار با توجه به گروه تشخیصی خاص، ضریب کاپای بسیار بالا از ۰/۸ تا ۰/۷ گزارش شده است (۱۳). در ایران بختیاری پایایی این ابزار با استفاده از روش آزمون بازآزمون با فاصله‌ی یک هفته ۰/۹۵ گزارش کرده است و روایی محتوایی و صوری نسخه‌ی ترجمه شده‌ی آزمون را به وسیله‌ی سه تن از اساتید روان‌شناسی بالینی تایید کرده است (۱۴).

درمان با روش آموزش تکنیک‌های هوشیاری فراگیر انحصالی شامل هشت جلسه‌ی درمان انفرادی بود. هر جلسه ۴۵ دقیقه طول می‌کشید و طرح کلی جلسات به این شرح بود: بررسی تکلیف جلسه‌ی قبل و پاسخ به سئوالات، آموزش تکنیک جدید و آموزش یا تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT)<sup>۳</sup> و ارزیابی تکلیف منزل. تکنیک‌های آموزش داده شده در هشت جلسه‌ی درمانی به منظور ایجاد حالت هوشیاری فراگیر انحصالی به ترتیب عبارت بودند از: تکنیک آموزش توجه، تکنیک تصویرسازی ابرها<sup>۴</sup>، تکنیک تجویز ذهن سرگردان<sup>۵</sup>، تکنیک هدایت فراشناختی<sup>۶</sup>، تکنیک تمثیل ایستگاه قطار<sup>۷</sup>، تکنیک حلقه‌ی کلامی<sup>۸</sup>، تکنیک تداعی آزاد<sup>۹</sup> و تکنیک تمثیل کودک متمرّد<sup>۱۰</sup>. هشت جلسه‌ی درمان، انفرادی بود. تکنیک‌هایی که در هشت جلسه‌ی درمانی به منظور توجه برگردانی به آزمودنی‌ها آموزش داده شد به ترتیب عبارت بودند از: تکنیک توصیف محیط، تکنیک آگاهی حسی، تکنیک تمرکز بر یک شی، تکنیک تمرین‌های ذهنی، تکنیک

تغییر موقعیت، تکنیک خطرات و خیال پردازی‌های خوشایند، تکنیک انجام فعالیت‌های جالب و تکنیک ذکر گفتن و یا تکرار شعر. با استفاده از مصاحبه‌ی غربال و هم‌چنین مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور I (SCID)، ۶ نفر به عنوان نمونه‌ی پژوهشی انتخاب شدند.

ملاک‌های این انتخاب عبارت بودند از: وابستگی به مواد مخدر، حداقل سطح تحصیلات دیپلم، عدم دریافت درمان روان‌شناختی قبلی، حداقل سن ۲۰ و حداکثر ۴۰ سال، نداشتن اختلال بارز روانی دیگر و گذشتن کمتر از ۹۰ روز از شروع دوره‌ی پرهیز. سپس آزمودنی‌ها به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند، به طوری که ۳ نفر به ترتیب (آزمودنی‌های الف، ب و ج) تحت درمان روان‌شناختی با استفاده از تکنیک‌های هوشیاری فراگیر انحصالی و ۳ نفر به ترتیب (آزمودنی‌های د، ه و و) تحت درمان روان‌شناختی با استفاده از تکنیک‌های توجه برگردانی با رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش چون مصونیت در مقابل هرگونه آسیب روانی، جسمی و اجتماعی، آزادی در مشارکت پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات قرار گرفتند. انجام مداخلات درمانی در مورد همه‌ی آزمودنی‌ها توسط یک روان‌شناس بالینی کارآموز صورت گرفت. برای آزمودنی اول هر گروه (الف و د) به مدت دو هفته خط پایه تشکیل شد. در مرحله‌ی خط پایه از مقیاس پیش بینی بازگشت استفاده شد. برای کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر احتمالی طبق اصول طرح‌های خط پایه‌ی چندگانه در جلسه‌ی چهارم فرد اول هر گروه و فرد دوم (ب و ه) وارد درمان شدند و در جلسه‌ی هشتم نفر اول و چهارم، نفر دوم، نفر سوم هر گروه (ج، و) وارد درمان شدند. مقیاس در جلسات چهارم، هشتم و جلسه‌ی پی‌گیری (۴۵ روز پس از جلسه‌ی هشتم) دوباره از آزمودنی‌ها گرفته و به منظور تحلیل داده‌ها همانند سایر طرح‌های موردی از نمودار استفاده شد. هم‌چنین مقایسه‌ی یافته‌های بالینی نیز برای مقایسه‌ی نتایج دو شیوه‌ی درمانی به کار برده شده است (۱۵).

برای محاسبه‌ی درصد بهبودی نیز از فرمول  $\Delta A\% = AO - AI$  استفاده شده است (۱۶)، AO: مشکل آماجی در جلسه‌ی اول (وسوسه، احتمال لغزش و مصرف مجدد)، AI: مشکل آماجی در جلسه‌ی آخر (وسوسه، احتمال لغزش و مصرف مجدد)،

<sup>1</sup>Structured Clinical Interview for DSM-IV

<sup>2</sup>First

<sup>3</sup>Attitude Technique Training (ATT)

<sup>4</sup>Clouds Image

<sup>5</sup>Prescriptive Mind-Wandering

<sup>6</sup>Metacognitive Guidance

<sup>7</sup>Passenger Train Analogy

<sup>8</sup>Verbal loop

<sup>9</sup>Free Association Task

<sup>10</sup>Recalcitrant Child Analogy

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش

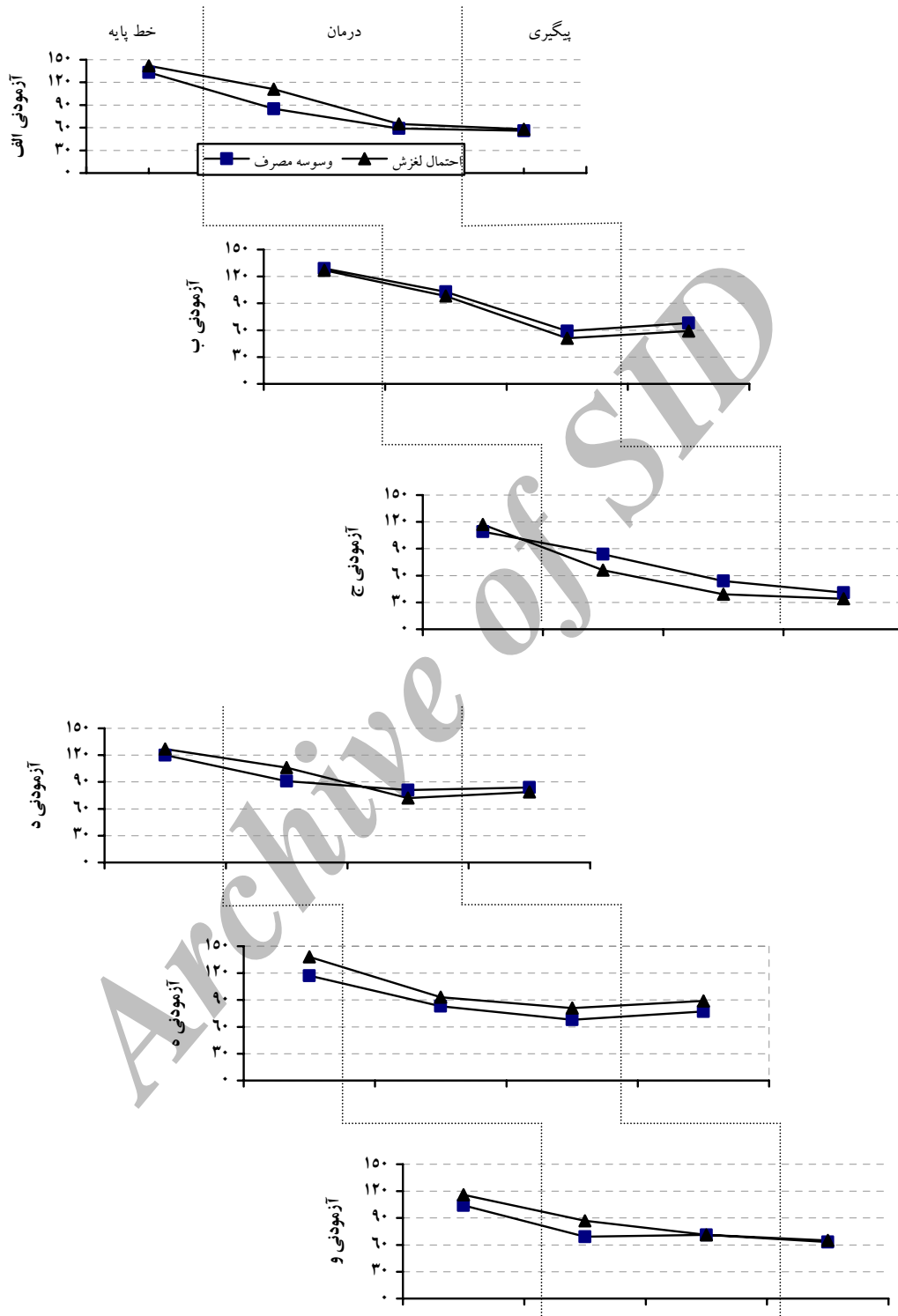
آزمودنی	سن	جنسیت	وضعیت تاهل	تحصیلات	مدت وابستگی	سابقه‌ی ترک	مدت دوره‌ی پرهیز	نوع درمان و تکنیک‌ها	ماده‌ی مصرفی
الف	۲۵	مرد	مجرد	دیپلم	۶ سال	متعدد	۲۰ روز	هوشیاری فراگیر انفصالی	هروئین فشرده
ب	۳۶	مرد	متاهل	دیپلم	۹ سال	متعدد	۷۵ روز	هوشیاری فراگیر انفصالی	هروئین فشرده
ج	۲۵	مرد	مجرد	دانشجو	۲ سال	یکبار	۳۵ روز	هوشیاری فراگیر انفصالی	هروئین فشرده
د	۳۸	مرد	متاهل	دیپلم	۱۲ سال	متعدد	۱۵ روز	توجه برگردانی	هروئین فشرده
ه	۲۹	مرد	متاهل	کاردانی	۴ سال	متعدد	۶۵ روز	توجه برگردانی	هروئین فشرده
و	۳۲	مرد	مجرد	دیپلم	۶ سال	متعدد	۴۵ روز	توجه برگردانی	هروئین فشرده

که این آزمودنی در مرحله‌ی پی‌گیری به میزان بهبودی ۶۲ درصد دست یافته است. میزان وسوسه‌ی مصرف مواد در آزمودنی د که در خط پایه‌ی ۱۲۰ (میزان وسوسه‌ی شدید) بوده است در اثر درمان توسط تکنیک‌های توجه برگردانی در پایان جلسه‌ی هشتم ۸۱ (میزان بهبودی ۳۳٪) و در مرحله‌ی پی‌گیری ۸۴ (میزان بهبودی ۳۰٪) ارزیابی شده است که نشان می‌دهد میزان بهبودی در مرحله‌ی پی‌گیری در مقایسه با جلسه‌ی آخر درمان به میزان ۳ درصد کاهش یافته است. بهبودی در میزان وسوسه‌ی مصرف در آزمودنی هدر پایان جلسه‌ی آخر درمان ۴۱ درصد و در مرحله‌ی پی‌گیری ۳۴ درصد بوده است که نشان می‌دهد از میزان بهبودی در مرحله‌ی پی‌گیری کاسته شده است. از آزمودنی‌های گروه دوم تنها آزمودنی و بود که در مرحله‌ی پی‌گیری به نتایج درمانی بهتری در کاهش وسوسه‌ی مصرف نسبت به جلسه‌ی آخر درمان (به ترتیب ۳۹٪ و ۳۲٪) دست یافت.

% $\Delta$ : اختلاف درصد میزان بهبودی در موارد تحت درمان با تکنیک‌های هوشیاری فراگیر انفصالی نسبت به آزمودنی‌هایی که تحت درمان توسط تکنیک‌های توجه برگردانی قرار گرفته بودند که گروه اول در کاهش میزان وسوسه‌ی مصرف مواد به بهبودی کلی بیشتری دست یافته‌اند (۵۶٪ در مقابل ۳۴٪). نمره‌ی وسوسه‌ی آزمودنی الف که در خط پایه ۱۳۳ (بیانگر میزان وسوسه‌ی شدید)، در جلسه‌ی هشتم به ۵۹ و در مرحله‌ی پی‌گیری به ۵۶ (میزان بهبودی ۵۸٪) کاهش یافته است و نشان می‌دهد نتایج درمانی در این آزمودنی تا مرحله‌ی پی‌گیری حفظ و حتی تقویت شده است. نمره‌ی وسوسه‌ی آزمودنی ب در خط پایه‌ی ۱۲۹ (میزان وسوسه‌ی شدید) در جلسه‌ی هشتم به ۵۹ (میزان بهبودی ۵۴٪) کاهش یافته است اما در مرحله‌ی پی‌گیری (میزان وسوسه ۶۸ و بهبودی ۴۷٪) نشان می‌دهد که میزان وسوسه‌ی مصرف افزایش یافته است. نتایج درمانی در کاهش وسوسه‌ی مصرف آزمودنی ج نشان می‌دهد

جدول ۲- مقایسه‌ی نمرات آزمودنی‌های دو گروه در میزان وسوسه مصرف مواد و احتمال لغزش و مصرف مجدد مواد در خط پایه، طول درمان و مرحله‌ی پیگیری

تکنیک‌های هوشیاری فراگیر انفصالی			تکنیک‌های توجه برگردانی			آزمودنی الف	وسوسه‌ی مصرف (خط پایه)
آزمودنی ج	آزمودنی ب	آزمودنی د	آزمودنی ه	آزمودنی و	آزمودنی الف		
۱۰۹	۱۲۹	۱۲۰	۱۱۷	۱۰۴	۱۳۳	۱۳۳	وسوسه‌ی مصرف (خط پایه)
۸۴	۱۰۳	۹۱	۸۳	۶۹	۸۵	۸۵	وسوسه‌ی مصرف (جلسه‌ی چهارم)
۵۴	۵۹	۸۱	۶۸	۷۱	۵۹	۵۹	وسوسه‌ی مصرف (جلسه‌ی هشتم)
۴۱	۶۸	۸۴	۷۷	۶۳	۵۶	۵۶	وسوسه‌ی مصرف (پیگیری)
۶۲	۴۷	۳۰	۳۴	۳۹	۵۸	۵۸	وسوسه‌ی مصرف (درصد میزان بهبودی)
	۵۶		۳۴				وسوسه‌ی مصرف (درصد بهبودی کلی)
۱۱۷	۱۲۷	۱۲۷	۱۲۸	۱۱۶	۱۴۲	۱۴۲	احتمال لغزش (خط پایه)
۶۶	۹۸	۱۰۶	۹۳	۸۷	۱۱۱	۱۱۱	احتمال لغزش (جلسه‌ی چهارم)
۳۹	۵۱	۷۲	۸۱	۷۱	۶۵	۶۵	احتمال لغزش (جلسه‌ی هشتم)
۳۴	۵۹	۷۹	۸۹	۶۵	۵۸	۵۸	احتمال لغزش (پیگیری)
۷۱	۵۴	۳۸	۳۵	۴۴	۶۰	۶۰	احتمال لغزش (درصد میزان بهبودی)
	۶۲		۳۹				احتمال لغزش (درصد بهبودی کلی)



**نمودار ۱:** مقایسه‌ی تغییرات میزان وسوسه مصرف مواد و احتمال لغزش در آزمودنی‌های دو گروه در طول درمان و مرحله‌ی پی‌گیری به ترتیب حروف

نشانه‌های مرتبط با مواد که خودکار می‌باشد، تعیین کننده‌ی مهم در وسوسه‌ی مصرف و رفتار جستجوی مواد می‌باشد (۷). بنا بر این اگر مصرف کننده‌ی مواد در اختصاص توجه‌اش به جدایی از نشانه‌های مرتبط با مواد در وی آموزش داده شود احتمالاً وسوسه‌ی مصرف و رفتار جستجوی مواد کاهش می‌یابد (۱۷).

هم‌چنین با توجه به رابطه‌ی به اثبات رسیده‌ی سوگیری توجه و وسوسه‌ی مصرف مواد در تحقیقات سال‌های اخیر به نظر می‌رسد تکنیک‌های هوشیاری فراگیر انفصالی با اصلاح توجه و خارج کردن آن از حالت سوگیرانه و خودکار نسبت به نشانه‌های مرتبط با مواد، در کاهش وسوسه‌ی مصرف موثر بوده‌اند و نتایج همسو با نظر ولز در باب هوشیاری فراگیر انفصالی بوده است که نقطه‌ی مقابل و تعدیل کننده‌ی نشانگان توجهی شناختی است (۱۰). در پژوهش حاضر تکنیک‌های توجه برگردانی در کاهش وسوسه‌ی مصرف در مقایسه با تکنیک‌های هوشیاری فراگیر انفصالی اثربخشی کمتری داشته‌اند. این نتایج تایید کننده نظر ولز می‌باشد که هوشیاری فراگیر انفصالی را یک شیوه‌ی مقابله مشخصاً تجربی دانسته که ممکن است از مقابله‌های هیجانی یا اجتناب، سازگارانه‌تر باشد (۱۱).

هم‌چنین داده‌های پژوهش مطابق با نظر سالکوسکیس<sup>۲</sup> و رینولدز<sup>۳</sup> می‌باشند که در باب اثربخشی تکنیک‌های موثر بر سرکوب افکار، اظهار می‌دارند که زمانی که افراد در جهت سرکوب افکار مرتبط با مواد تلاش می‌نمایند، در حقیقت درباره‌ی آن بیشتر فکر می‌کنند و این امر شاید به این دلیل باشد که در جهت سرکوب افکار مزاحم، نیازمند یک سرمایه‌گذاری معنی‌دار منابع شناختی محدود شده و وظایف هم‌زمانی که بر روی این منابع الزاماتی قرار می‌دهند، باشد (۱۸). به علاوه نظارت بر تخطی‌های سرکوب، افکار را راه‌اندازی می‌کند. نتایج پژوهش حاضر و تایید فرضیه‌ی اول پژوهش، همسو با نتایج حاصل از پژوهش لوبر<sup>۴</sup> و همکاران می‌باشد که روش مواجهه‌سازی با نشانه‌های مرتبط با مواد را در کاهش وسوسه‌ی مصرف مواد موثر ارزیابی کرده‌اند (۱۹).

نتایج پژوهش که در جدول (۲) و نمودار (۱) ارایه شده است نشان می‌دهد که آزمودنی‌هایی که توسط تکنیک‌های هوشیاری فراگیر انفصالی تحت درمان قرار گرفته بودند، نسبت به آزمودنی‌های تحت درمان با تکنیک‌های توجه برگردانی به بهبودی کلی بیشتری دست یافته‌اند (۶۲٪ در مقابل ۳۹٪).

آزمودنی‌های الف، ب و ج که با استفاده از تکنیک‌های هوشیاری فراگیر انفصالی تحت درمان قرار گرفته بودند تا مرحله‌ی پی‌گیری هیچ‌گونه لغزشی را گزارش نکردند در حالی که از سه آزمودنی تحت درمان با تکنیک‌های توجه برگردانی، آزمودنی ه تا مرحله‌ی پی‌گیری دو بار دچار لغزش شد. در بررسی‌های کیفی صورت گرفته در جلسه‌ی پی‌گیری مشخص شد که آزمودنی‌های الف، ب و ج رضایت خوبی از مفید بودن تکنیک‌ها و تمرینات انجام شده در جلسات درمانی داشته و احساس کارآمدی بالا و بیشتر از گذشته در زمینه‌ی مقابله با وسوسه‌ی مصرف گزارش می‌کردند. هم‌چنین آزمودنی الف، کاهش درگیری‌ها و مشغله‌های ذهنی و رسیدن به آرامش ذهنی بیشتر را نسبت به گذشته گزارش نمود. هم‌چنین در جلسه‌ی پی‌گیری آزمودنی ج، مشخص شد که وی در زمینه‌ی عملکرد تحصیلی به امیدواری و انگیزه‌ی بیشتری دست یافته و در زمینه‌ی خلق منفی، خواب شبانه و ارتباطات اجتماعی به بهبودی بیشتری دست یافته است. وضعیت آزمودنی و، در زمینه‌ی شغلی بهبود یافته بود. هم‌چنین این آزمودنی در مرحله‌ی پی‌گیری از بهبود عملکرد و افزایش ساعاتی که به تکالیف دینی اختصاص می‌داد و کاربرد این تکالیف به عنوان توجه برگردان، گزارش کرد. آزمودنی د، در مرحله‌ی پی‌گیری احساس رضایت خوبی از دوره‌ی درمانی و آموزش‌های صورت گرفته نداشت به طوری که خود را در معرض خطر لغزش احساس می‌کرد.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از پژوهش نشان می‌دهد که هر دو گروه تکنیک‌ها در کاهش وسوسه‌ی مصرف مواد موثر بوده‌اند اما تکنیک‌های هوشیاری فراگیر انفصالی از اثربخشی بیشتری برخوردار بوده‌اند. طبق نظر فرانکن<sup>۱</sup> سوگیری توجه نسبت به

<sup>2</sup>Salkovskis

<sup>3</sup>Reynolds

<sup>4</sup>Loeber

<sup>1</sup>Franken



کنترل شرایط تا جایی که امکان دارد و انجام جلسات درمانی توسط یک درمانگر، نقش متغیرهای مداخله‌گر را به حداقل برساند اما به دلیل تعداد کم آزمودنی‌ها ضروری است که در پژوهش‌های آتی با افزایش شمار آزمودنی‌ها به نتایجی با اعتماد بیشتر دست یافت. از جمله محدودیت‌های دیگر این پژوهش می‌توان عدم بررسی همبودی اختلالات محور II در آزمودنی‌ها، فقدان پیشینه‌ی پژوهشی قوی در زمینه‌ی درمان وسوسه‌ی مصرف مواد، یکسان نبودن ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها و عدم وجود شرایط کنترل شده به منظور نظارت دقیق‌تر بر انجام تکالیف خانگی و وقوع لغزش اشاره کرد.

### تشکر و قدردانی

از همکاران مرکز درمان و بازتوانی پارسیان مشهد و تمام مراجعینی که در انجام این پژوهش با ما همکاری داشته‌اند صمیمانه سپاسگزاری می‌نمایم. شایان ذکر است که این طرح با منافع شخصی نویسندگان ارتباطی نداشته است و با تایید کمیته اخلاق دانشگاه فردوسی به انجام رسید.

نتایج نشان داده شده در جدول (۲) و نمودار (۱) تایید کننده‌ی فرضیه‌ی دوم پژوهش نیز می‌باشند. طبق مدل پیش‌گیری از بازگشت، هنگامی که درمان‌جو در موقعیتی پرخطر قرار می‌گیرد به شرط وجود پاسخ‌های مقابله‌ای مناسب، احساس خودکارآمدی که مورد تهدید واقع شده بود، افزایش می‌یابد و این وضعیت به نوبه‌ی خود احتمال لغزش و سپس بازگشت را کاهش می‌دهد (۵).

نتایج پژوهش حاضر و تایید فرضیه‌ی دوم پژوهش همسو با نظرات بک، مارلات و توتو بوده و تایید کننده‌ی این نکته می‌باشد که با کاهش وسوسه‌ی مصرف مواد، میزان لغزش و بازگشت کاهش می‌یابد (۱، ۵، ۲۰).

هم‌چنین نتایج همسو با تحقیقات ماریسن و روسنو می‌باشد که روش مواجهه‌سازی با نشانه‌های مرتبط با مواد را در کاهش احتمال لغزش و بازگشت نسبت به روش‌های سرکوبی افکار، کارآمدتر ارزیابی کرده‌اند (۲۱، ۲۲).

نتیجه‌گیری حاصل از این پژوهش باید با احتیاط تفسیر شود هر چند پژوهشگر کوشیده است با انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها، انجام پژوهش در قالب طرح چند خط پایه‌ای،

### References

1. Beck AT, Wright FD, Newman CF. [Cognitive therapy of substance abuse]. Goudarzi MA. (translator). 1<sup>st</sup> ed. Shiraz: Rahgosha; 2001: 297-8. (Persian)
2. Kasvikis Y, Bradley BP, Morks I, Gray JA. Post withdrawal exposure treatment to prevent relapse in opiate addicts: A pilot study. *Addiction* 1991; 20(2): 85-118.
3. Sadeghieh S, Azami A, Barak M, Seddigh A, Amani F. [Factors affecting the relapse among the patients referring voluntarily to addiction-abandoning centers, 2000]. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2004; 3(12): 36-40. (Persian)
4. Sayadi Anari M, Esmaeili A, Nazer M, Khaleghi E. [Demographic features of opium dependent patients with successful withdrawal attempts at RUMS outpatient clinic]. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 2002; 8(1): 29-39. (Persian)
5. Marlatt GA, Larimer ME, Palmer RS. Relapse prevention. *J Alcohol Res Health* 1990; 23(2): 151-60.
6. Halikas JA. Cognitive and behavioral therapies. In: Lowinson SH, Ruiz JH, Millman RB, Langrod JG. (editors). *Substance abuse: A comprehensive textbook*. 1<sup>st</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 1997: 85-6.
7. Franken IH, Kroon LY, Wiers RW, Jansen A. Selective cognitive processing of drug cues in heroin dependence. *J Psychopharmacol* 2000; 14(3): 395-401.
8. Rahmanian M, Mirjafari A, Hasani J. [The attentional bias to drug related stimuli in opiate dependent, relapsed, abstinent and normal individual]. *Journal of psychology* 2006; 9(4): 413-28. (Persian)

9. Rahmanian M, Mirjafari A, Hasani J. [The relationship between craving and attentional bias in opioid dependent, relapsed and abstinent individuals]. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 2006; 12(3): 216-23. (Persian)
10. Wells A. Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *Ration Emot and Cogn Behav Ther* 2005; 23(4): 337-55.
11. Wells A. Emotional disorders and metacognition innovative cognitive therapy. 1<sup>st</sup> ed. Chi Chester: Wiley and sons; 2000: 98-101.
12. Delavar A. [Theoretical and applied foundations of research in social and behavioral sciences]. 4<sup>th</sup> ed. Tehran: Roshd; 2005: 387-8. (Persian)
13. Davison GC, Neale JM. Abnormal psychology. 8<sup>th</sup> ed. New York: Wiley and sons; 2001: 63-4.
14. Bakhtiari M. [Mental disorders in patients with body dysmorphic diagnosis]. MA. Dissertation. Tehran: Iran University of Medical Sciences, Tehran Psychiatric Institute, 2000: 82-83. (Persian)
15. Kendall PC, Flannery-Schroeder EC, Ford JD. Therapy outcome research methods. In: Kendall PC, Butcher JN, Holmbeck GN. (editors). *Handbook of research methods in clinical psychology*. 1<sup>st</sup> ed. New York: Wiley and sons; 1990: 330-63.
16. Ogles BM, Lunner KM, Bonesteel K. Clinical significance: History application and current practice. *J Clin Psychol Rev* 2001; 21(4): 421-46.
17. Munafò M, Albery IP. Cognition and addiction. 1<sup>st</sup> ed. Oxford: Oxford University press; 2006: 79-80.
18. Salkovskis PM, Reynolds M. Thought suppression and smoking cessation. *J Behav Res Ther* 1994; 32: 285-98.
19. Loeber S, Croissant B, Heinz A, Mann K, Flor H. Cue exposure in the treatment of alcohol dependence: Effects on drinking outcome, craving and self-efficacy. *J Clin Psychol* 2006; 45: 515-29.
20. Toneato T. A metacognitive analysis of craving: Implications for treatment. *J Clin Psychol* 1999; 55: 527-37.
21. Marissen MA, Franken IH, Blanken P, Vanden Brink W, Hendriks VM. Cue exposure therapy for the treatment of opiate addiction: Results of a randomized controlled clinical trial. *J Psychother Psychosom* 2007; 76(2): 97-105.
22. Rohsenow DJ, Sayette MA, Monti PM, Gulliver SB, Colby SM, Sirota AD, et al. The effects of cue exposure on reaction time in male alcoholics. *J Stud Alcohol* 1994; 55: 629-33.

Archive (SID)