

اثربخشی شناخت‌درمانی گروهی بر پایه تفکر نظاره‌ای (ذهن آگاهی) و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی در پیش‌گیری از عود مصرف مواد افیونی

دکتر پرویز دباغی*، دکتر علی اصغر اصغر نژاد فرید**،
دکتر محمد کاظم عاطف وحید***، دکتر جعفر بوالهروی****

چکیده

هدف: بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی گروهی مبتنی بر تفکر نظاره‌ای (ذهن آگاهی) و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی در کاهش عود مصرف مواد افیونی هدف اصلی این پژوهش بود.

روش: در یک طرح آزمایشی، ۹۰ بیمار مرد با تشخیص وابستگی به مواد افیونی بر پایه معیارهای DSM-IV پس از دوره سم‌زدایی انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه جای داده شدند. گروه‌های آزمایشی در طی ۱۲ جلسه دو ساعته به صورت گروهی تحت درمان قرار گرفتند. آزمودنی‌ها به کمک مصاحبه ساختار یافته شاخص مصرف مواد افیونی (OTI) و پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (GHQ-28) و پرسش‌نامه اثر معنویت بر رفتار، پیش از آغاز درمان، جلسه دوازدهم و پایان مرحله پی‌گیری ۴ ماهه پس از درمان گروهی ارزیابی شدند. گروه گواه بدون هیچ درمان گروهی تنها داروی نالتراکسون دریافت کرد. داده‌ها به کمک روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های تکراری و آزمون خی دو تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هر دو روش شناخت‌درمانی مبتنی بر تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی و رفتاردرمانی شناختی در کاهش میزان عود ($p < 0/01$)، افزایش اطاعت‌درمانی، مدت باقی‌ماندن در درمان ($p < 0/001$)، کاهش مصرف مواد افیونی، علائم جسمانی، اضطراب، بهبود کارکرد اجتماعی، وضعیت سلامتی و افزایش تأثیر معنویت بر رفتار از نالتراکسون مؤثرتر است. روش شناخت‌درمانی بر پایه تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی از نظر کاهش میزان عود، افزایش میزان اطاعت‌درمانی، کارکرد اجتماعی، کاهش مصرف مواد و بهبود سلامتی و معنویت از رفتاردرمانی شناختی مؤثرتر بود ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد به کارگیری شناخت‌درمانی مبتنی بر تفکر نظاره‌ای (ذهن آگاهی) و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی به شکل چشم‌گیری اثربخشی درمان دارویی و رفتاردرمانی شناختی را در پیش‌گیری از عود مواد افیونی افزایش می‌دهد.

کلیدواژه: پیش‌گیری از عود، تفکر نظاره‌ای (ذهن آگاهی)، طرح‌واره‌های معنوی، مصرف مواد، مواد افیونی

* دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارتش. تهران، خیابان فاطمی غربی، خیابان شهید اعتمادزاده، دانشگاه علوم پزشکی ارتش. دورنگار: ۰۲۱-۸۸۰۲۶۸۴۶ (نویسنده مسئول).
E-mail: dabaghi_44@yahoo.com

** دکترای تخصصی روانشناسی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران. انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.
*** دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران. انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

**** روانپزشک، استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران. انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

در ده سال اخیر تفکر نظاره‌ای در جامعه علمی توجه زیادی را به خود معطوف نموده است و به‌عنوان آگاهی لحظه به لحظه از تجربه به‌دست‌آمده از توجه هدفمند، همراه با پذیرش بدون داوری تجربه‌های موجود تعریف می‌شود (کابات^{۲۳}، ۲۰۰۳). بررسی‌ها نشان می‌دهند که درمان‌های مبتنی بر تفکر نظاره‌ای در کاهش فشارروانی، درد مزمن، اضطراب، پیش‌گیری از عود افسردگی، اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، اختلال پس از استرس ضربه‌ای^{۲۴} و سایر اختلال‌ها مؤثر می‌باشد (ویتکویتز، مارلات و واکر، ۲۰۰۵). مداخله‌های مبتنی بر تفکر نظاره‌ای در حال حاضر در درمان اختلال سوءمصرف مواد نیز مورد توجه قرار گرفته‌اند (لیچ^{۲۵}، باون^{۲۶} و مارلات، ۲۰۰۵). برخی از پژوهشگران بر این باورند که به‌کارگیری روش تفکر نظاره‌ای به‌علت سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی^{۲۷}، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی^{۲۸} در تلفیق با فنون رفتاردرمانی شناختی سنتی می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از ترک، اثربخشی درمان را افزایش داده و به پیش‌گیری از عود مصرف مواد کمک نماید (ویتکویتز^{۲۹}، مارلات و واکر، ۲۰۰۵؛ بریسلین^{۳۰}، زاک^{۳۱} و مک‌ماین^{۳۲}، ۲۰۰۲). افزون بر آن، با توجه به ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی اعتیاد، در رویکردهای علمی درمان اعتیاد به این ابعاد بیماری بیشتر پرداخته شده و بعد معنوی کمتر مورد توجه بوده است. در سال‌های اخیر شماری از پژوهشگران نشان داده‌اند که افزون بر تفکر نظاره‌ای، ایمان مذهبی^{۳۳} و باورهای معنوی عامل نگهدارنده و یکی از مهم‌ترین مهارت‌های رویارویی در بهبودی اعتیاد می‌باشند که

امروزه اختلال‌های مصرف مواد^۱ و پیامدهای ناخوشایند ناشی از آن یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامت عمومی در سراسر جهان به‌شمار می‌رود (دالی^۲ و مارلات^۳، ۲۰۰۵). دفتر پیش‌گیری از جرم و کنترل مواد سازمان ملل (UNODCCP) (۲۰۰۵)، شمار مصرف‌کنندگان موجود مواد را در بین جمعیت ۶۴-۱۵ ساله سراسر جهان، ۲۰۰ میلیون نفر یا ۵٪ کل جمعیت برآورد نموده است که از این تعداد ۱۶ میلیون نفر یا ۴٪ جمعیت، مصرف‌کننده مواد افیونی^۵ و از بین این افراد ۱۱ میلیون نفر مصرف‌کننده هروئین برآورد شده‌اند.

در ایران نیز شمار مصرف‌کنندگان مواد نزدیک به ۱/۸ تا ۳/۳ میلیون نفر برآورد شده‌اند. مواد افیونی بیشترین مواد مصرفی در ایران می‌باشند (مکری، ۲۰۰۲). بررسی‌ها نشان می‌دهند ۲۰٪ تا ۹۰٪ معتادانی که تحت درمان قرار می‌گیرند، دچار عود^۶ می‌شوند. با توجه به این یافته‌ها، در حال حاضر کاهش میزان عود یکی از چالش‌های اصلی درمانگران و بیماران در زمینه درمان مصرف مواد می‌باشد. در سال‌های اخیر در زمینه سوءمصرف مواد در سطوح مختلف سبب‌شناسی، تشخیص و درمان پیشرفت‌های چشم‌گیری به‌دست آمده و در درمان از یک رویکرد چندرشته‌ای^۷ و الگوی زیستی-روانی-اجتماعی-معنوی^۸ بهره گرفته می‌شود (بروک^۹ و اسپیتز^{۱۰}، ۲۰۰۲؛ والاسی^{۱۱}، ۲۰۰۳). یکی از نوآوری‌ها در درمان‌های روانشناختی، به‌ویژه درمان اعتیاد تلفیق سنت‌های معنوی شرق، از جمله فنون مراقبه تفکر نظاره‌ای^{۱۲} (ذهن آگاهی) با رفتاردرمانی شناختی سنتی می‌باشد که از این تلفیق به‌عنوان موج سوم رفتاردرمانی یاد می‌کنند (هایز^{۱۳}، لوما^{۱۴} و بوند^{۱۵}، ۲۰۰۶). نمونه‌هایی از این رویکردهای جدید عبارتند از درمان شناختی مبتنی بر تفکر نظاره‌ای^{۱۶} (MBCT) برای پیش‌گیری از عود افسردگی و پیش‌گیری از عود بر پایه تفکر نظاره‌ای^{۱۷} (MBRP) برای درمان اعتیاد (ویتکویتز^{۱۸}، مارلات و واکر^{۱۹}، ۲۰۰۵).

این رویکردها با تأکید بر موضوع‌هایی مانند پذیرش، تفکر نظاره‌ای، ارزش‌ها، معنویت، روابط و دیالکتیک وارد حوزه‌هایی شده‌اند که به‌دلیل زوایای کمتر تجربی در رویکردهای رفتاردرمانی شناختی سنتی، از پرداختن به آنها در کار بالینی خودداری می‌شد (هایز و همکاران، ۲۰۰۶؛ هیز، ماسودا^{۲۰} و دمی^{۲۱}، ۲۰۰۳؛ بایر^{۲۲}، ۲۰۰۳).

- | | |
|--|----------------------------|
| 1- substance use disorders | |
| 2- Dalley | 3- Marlatt |
| 4- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention | 5- opioid user |
| 6- relapse | 7- multidisciplinary |
| 8- biopsychosocial-spiritual model | |
| 9- Brook | 10- Spitz |
| 11- Wallace | 12- mindfulness meditation |
| 13- Hayes | 14- Luoma |
| 15- Bond | |
| 16- Mindfulness Based Cognitive Therapy | |
| 17- Mindfulness Based Relapse Prevention | |
| 18- Witkiewitz | 19- Walker |
| 20- Masuda | 21- De Mey |
| 22- Bear | 23- Kabat |
| 24- posttraumatic stress disorder | |
| 25- Leigh | 26- Bowen |
| 27- desensitization | 28- lets go |
| 29- Witkiewitz | 30- Breslin |
| 31- Zack | 32- McMain |
| 33- religious faith | |

تاکنون نادیده گرفته شده‌اند (پاردینی^۱، پلانت^۲، شرمین^۳ و ستامپ^۴، ۲۰۰۰). مطهری (۱۳۷۲) معنویت را نوعی احساس و گرایش ذاتی انسان نسبت به امور غیرمادی مانند علم و دانایی، خیر اخلاقی، جمال و زیبایی، تقدس و پرستش می‌داند که وجه تمایز انسان و موجودات دیگر می‌باشد. در نظر برخی درمانگران به دلیل آن که فرآیند فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی تفاوتی با روش‌های به کار برده شده در فعال‌سازی طرح‌واره‌های شناختی ندارد، از روش‌های موجود می‌توان برای فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی در درمان اعتیاد بهره گرفت (آوانتس^۵ و مارگولین^۶، ۲۰۰۴). هدف این پژوهش ارایه یک الگوی تلفیقی جدید با عنوان شناخت‌درمانی بر پایه تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی برای درمان و پیش‌گیری از عود مصرف مواد و بررسی اثربخشی آن در مقایسه با رفتاردرمانی شناختی و داروی نگهدارنده نالترکسون بود. فرضیه‌های اصلی این پژوهش عبارت بودند از «شناخت‌درمانی بر پایه تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی در مقایسه با دو روش دیگر: ۱- در کاهش میزان عود مؤثرتر است، ۲- اطاعت‌درمانی را بیشتر افزایش می‌دهد، ۳- اثربخشی درمانی بیشتری دارد و ۴- اثر معنویت بر رفتار را بیشتر می‌کند».

روش

این پژوهش از نوع آزمایشی همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش بیمارانی بودند که برای ترک مواد افیونی به دو مرکز ترک اعتیاد بیماران سرپایی وابسته به سازمان بهزیستی تهران مراجعه نموده بودند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن سن بین ۱۸ تا ۵۰ سال، وجود معیارهای تشخیص وابستگی به مواد افیونی بر پایه معیارهای DSM-IV^۷، گذشتن بیش از یک هفته از سم‌زدایی موفقیت‌آمیز و عدم مصرف منظم داروهای ضدروان‌پریشی در زمان ورود به برنامه درمان. ملاک‌های حذف، ابتلا به اختلال‌های روان‌پریشی، دوقطبی و یا تجزیه‌ای، بیماری شدید بدنی که فرد را از شرکت در درمان بازدارد و شرکت هم‌زمان در برنامه درمانی دیگری بود. آزمودنی‌های پژوهش ۹۰ نفر بیمار مرد با تشخیص وابستگی به مواد افیونی بودند که پس از مصاحبه به تصادف در سه گروه ۳۰ نفری، نالترکسون، رفتاردرمانی شناختی پیش‌گیری از عود همراه با نالترکسون و شناخت‌درمانی بر پایه تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی همراه با نالترکسون قرار گرفتند. برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار برده شد:

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV (SCID-I): مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که توسط فرست^۸، اسپیتزر^۹ و گیبون^{۱۰} (۱۹۹۷)، به نقل از بختیاری، (۱۳۷۹) برای تشخیص‌های DSM-IV (انجمن روانپزشکی آمریکا^{۱۱}، ۲۰۰۰) تدوین شده است.

برای مصاحبه بالینی ضریب ۰/۶۰ به‌عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها گزارش شده است (به نقل از همان‌جا). بختیاری (۱۳۷۹) پایایی بازآزمایی این ابزار را ۰/۹۵ گزارش نموده است. این مصاحبه برای تشخیص اختلال وابستگی به مواد افیونی، اختلال‌های روان‌پریشی و دوقطبی به کار برده شد.

مصاحبه ساختاریافته شاخص درمان مواد افیونی^{۱۲} (OTI):

شاخص درمانی مواد افیونی یک مصاحبه ساختاریافته برای ارزیابی جامع درمان مواد افیونی است که توسط دارک^{۱۳}، وارد^{۱۴}، هال^{۱۵}، هیتز^{۱۶} و وداک^{۱۷} (۱۹۹۱) تهیه شده است. فرم کامل آن شش حوزه پیامد درمان را ارزیابی می‌کنند:

- ۱- مصرف مواد، ۲- رفتارهای پرخطر جنسی و تزیینی،
- ۳- عملکرد اجتماعی، ۴- بزهکاری، ۵- وضعیت سلامت یا تندرستی و ۶- سازگاری روانشناختی. در این پژوهش متن اصلی توسط پژوهشگر ترجمه شد و ضمن مطابقت با متن ترجمه شده پیشین توسط چند تن از روانشناسان بالینی، روایی آن تأیید شد. پایایی بازآزمایی این ابزار برای مقیاس‌های گوناگون از ۰/۷۸ تا ۰/۹۹ و پایایی درونی آزمون به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های مختلف ۰/۵۳ تا ۰/۸۳ گزارش شده است (دارک و همکاران، ۱۹۹۱). در این پژوهش پایایی بازآزمایی ابزار بر روی یک نمونه ۳۰ نفری با فاصله یک هفته برای مقیاس‌های مختلف ۰/۷۳ تا ۰/۸۵ به دست آمد. هم‌چنین در این پژوهش برای بررسی روایی پرسش‌نامه OTI به‌طور هم‌زمان توسط ۳۰ نفر از همسران معتادان تکمیل گردید. روایی موازی برای مقیاس‌های مصرف مواد افیونی^{۱۸} ۰/۸۹، رفتار خطرجویانه^{۱۹} ۰/۸۳، عملکرد اجتماعی ۰/۹۱ و بزهکاری ۰/۷۳ به دست آمد. هم‌چنین برای

- | | |
|--|--------------|
| 1- Pardini | 2- Plante |
| 3- Scherman | 4- Stump |
| 5- Avants | 6- Margoline |
| 7- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.) | 8- First |
| 9- Spitez | 10- Gibbon |
| 11- American Psychiatric Association | |
| 12- Opioid Therapeutic Index (OTI) structured interview | |
| 13- Darke | 14- Ward |
| 15- Hall | 16- Heather |
| 17- Wodak | 18- drug use |
| 19- risk taking behavior | |

معنوی، تهیه پروتکل درمانی، آماده‌سازی ابزارهای پژوهش و بررسی روایی و پایایی آنها بود.

بررسی اصلی: پس از ارجاع بیماران از سوی روانپزشک به درمانگر و انجام مصاحبه دوباره با آنها، بر پایه ملاک‌های شمول و عدم شمول، ۹۰ بیمار دارای تشخیص وابستگی به مواد افیونی انتخاب شدند. کلیه آزمودنی‌ها، ابزارهای پژوهش را در سه نوبت؛ پیش از آغاز جلسات گروهی، پس از ۱۲ جلسه درمان گروهی و بیمارانی که امکان دسترسی به آنها وجود داشت، پس از چهار ماه مرحله پی‌گیری تکمیل نمودند. ارزیابی نتایج به صورت دوسوکور توسط فرد دیگری غیر از درمانگر انجام شد. جلسات به صورت گروهی هفته‌ای یک جلسه و مدت هر جلسه دو ساعت در دو مرکز ترک اعتیاد سرپایی وابسته به سازمان بهزیستی شهر تهران برگزار گردید. جلسات بر پایه صورت جلسه و راهنمای درمانی جلسات، برگزار می‌شد. درمان روانشناختی توسط یک فرد دانشجوی دوره دکتری روانشناسی بالینی مقطع کارورزی (ابتدایی) که مراحل نظری و عملی پیشرفته درمان شناختی رفتاری و شرکت در کارگاه آموزشی شناخت درمانی بر پایه تفکر نظاره‌ای را تحت سرپرستی طی نموده و تجربه کار بالینی با بیماران معتاد را داشت، اجرا گردید. افراد گروه گواه، هیچ‌گونه مداخله روانشناختی را دریافت نکردند و تنها به صورت هفتگی در مرکز حضور یافته و پس از ویزیت پزشک و انجام آزمایش ادرار، داروی نالترکسون دریافت می‌کردند. دو گروه دیگر افزون بر دریافت نالترکسون به صورت هفتگی در جلسات گروهی شرکت نموده و هر هفته از نظر آزمایش ادرار بررسی می‌شدند. در هر جلسه آخرین وضعیت و مشکلات بیمار، و تکلیف جلسه پیش بررسی می‌شد و با سخنرانی آموزشی، تمرین و بحث گروهی و تکلیف برای هفته آینده، جلسه ادامه می‌یافت. بر پایه دستورهای دفترچه راهنمای درمان در طی جلسات، در مورد شناسایی موقعیت‌های پرخطر، علامت‌های هشداردهنده عود، برانگیزان‌ها و رویارویی با آنها در زمینه مدیریت هیجان‌های منفی و مثبت، مقابله با وسوسه، مدیریت لغزش، چالش با پیامد و افکار منفی، و تحلیل رفتار مصرف مواد بحث می‌شد. تفاوت مهم دو روش درمانی آن بود که در رفتاردرمانی شناختی پیش‌گیری از عود توجهی به مفاهیم معنوی، مقابله معنوی و آموزش منظم تفکر نظاره‌ای نمی‌شد. حال آن‌که در روش شناخت درمانی بر پایه تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی به جای

بررسی درست‌بودن گزارش بیمار، میزان توافق نتایج ۴۰ نمونه ادرار و گزارش بیمار بررسی شد که میزان توافق ۸۵٪ برای مصرف مواد افیونی به دست آمد.

پرسش‌نامه سلامت عمومی-۲۸ (GHQ-28): این پرسش‌نامه از ابزارهای مهم غربالگری اختلال‌های روانی است. فرم ۲۸ سؤالی پرسش‌نامه سلامت عمومی توسط گلدبرگ^۲ و هیلیر^۳ (۱۹۷۹) ساخته شده و پرسش‌های آن بر پایه روش تحلیل عاملی فرم ۶۰ سؤالی اولیه استخراج شده‌اند که دربرگیرنده چهار مقیاس علایم جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است. بررسی انجام شده در زمینه اعتباریابی پرسش‌نامه GHQ-28 در کشورهای مختلف نشان می‌دهند که این پرسش‌نامه از اعتبار و پایایی بالایی برای سرند اختلال‌های روانی در جامعه برخوردار است (یعقوبی و همکاران، ۱۳۷۴).

یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) حساسیت این ابزار را در بهترین نقطه برش آن (۲۳) برابر با ۸۶/۵٪، ویژگی آن را برابر ۸۴٪ و ضریب پایایی بازآزمایی و آلفای کرونباخ را برابر ۰/۸۸ و ضریب پایایی خرده‌آزمون‌ها را بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۱ گزارش نمودند. در این پژوهش این پرسش‌نامه برای بررسی وضعیت سلامت روانی بیماران به کار برده شد.

پرسش‌نامه اثر معنویت بر رفتار: این پرسش‌نامه بر پایه پرسش‌نامه اثر معنویت بر رفتار آواتنس و همکاران (۲۰۰۵) و طرح‌واره‌های معنوی برای بررسی تأثیر طرح‌واره‌های معنوی در رفتار بیمار، به‌عنوان شاخصی از تغییر طرح‌واره‌های معنوی ساخته شد و پس از تأیید روایی محتوایی پرسش‌نامه توسط سه نفر دکترای روانشناسی بالینی به کار برده شد. در این پرسش‌نامه بر روی یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای، بیماران میزان موافقت خود را با ۲۴ عبارت مشخص می‌کنند [برای نمونه، باورهای معنوی‌ام به من کمک می‌کنند تا پاک‌ام را حفظ نمایم، از ارتباط برقرار کردن با خدا لذت می‌برم، اخلاق و باید و نبایدهای دینی را در زندگیم رعایت می‌کنم (نصری، ۱۳۷۲)] و سپس میانگین نمرات برای کل پرسش‌نامه محاسبه می‌شود. در این پژوهش با تکمیل پرسش‌نامه توسط ۳۰ نفر آزمودنی آلفای کرونباخ برای پرسش‌نامه ۰/۸۱ به دست آمد. دامنه نمرات ۰-۹۶ می‌باشد.

پژوهش در دو مرحله بررسی راهنما^۵ و بررسی اصلی اجرا گردید. در مرحله بررسی راهنما هدف کسب مهارت در روش‌های درمانی به کار برده شده، به‌ویژه کاربرد روش‌های اختصاصی آموزش تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرح‌واره‌های

1- General Health Questionnaire-28
2- Goldberg
3- Hillier
4- Spiritual Self-Schema
5- pilot study

تأکید بر راهبردهای مبتنی بر تغییر، مانند چالش با افکار ناکارآمد و یا تغییر احساسات منفی، بر پایه راهبردهای مبتنی بر پذیرش، بر آموزش پذیرش بدون داوری، واکنش نشان‌ندادن نسبت به افکار، احساسات و تصورات با روش‌های اختصاصی تفکر نظاره‌ای و مقابله بر پایه فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی و انجام رفتارهای معنوی مانند مراقبه، عبادت و برقراری رابطه روزانه با خداوند، خودگویی (ذکر معنوی)، شرکت در مراسم مذهبی در طول جلسات تأکید می‌شد. در این بررسی پروتکل درمانی بر پایه راهنمای درمان «طرح‌واره‌های خود معنوی» آوانتس، بیتل^۱ و مارگولین (۲۰۰۵) و ویتکویتز و همکاران (۲۰۰۵) و منابع عرفانی و اسلامی تهیه شد.

تحلیل داده‌های گردآوری‌شده به کمک روش‌های آمار توصیفی، آزمون آماری χ^2 و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر انجام شد.

یافته‌ها

سه گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی (جدول‌های ۱ و ۲) تفاوت معنی‌داری نداشتند. میانگین سن

آزمودنی‌های گروه شناخت‌درمانی بر پایه تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی ۳۳/۳ سال، گروه رفتاردرمانی شناختی پیش‌گیری از عود ۳۲/۲ سال و گروه نالترکسون ۲۹/۱ سال بود. بیشتر آزمودنی‌ها متأهل و مستأجر بودند. از نظر سطح تحصیلات بیشترین درصد آزمودنی‌ها در سطح راهنمایی تا زیر دیپلم بودند. میانگین مدت وابستگی در گروه A (گروه شناخت‌درمانی بر پایه تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی) ۸/۹۳ سال (انحراف معیار ۲/۶۴)، گروه B (رفتاردرمانی شناختی پیش‌گیری از عود) ۸/۷۷ سال (انحراف معیار ۳/۱۲) و گروه C (نالترکسون) ۹/۵۳ سال (انحراف معیار ۲/۷۸) بود. در مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری از آزمودنی‌های گروه شناخت‌درمانی بر پایه تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی یک نفر به علت مسافرت و از گروه درمان نالترکسون پنج نفر به علت دور از دسترس بودن در مرحله پی‌گیری از پژوهش کنار گذاشته شدند. بین ویژگی‌های بالینی و جمعیت‌شناختی این افراد با افرادی که در پژوهش حضور داشتند، تفاوت معنی‌داری دیده نشد.

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش، نمره‌خیزی دو و سطح معنی‌داری بر حسب گروه، وضعیت تاهل، وضعیت تحصیلات، شغل و وضعیت سکونت

| متغیر | گروه A ** فراوانی (%) | گروه B *** فراوانی (%) | گروه C **** فراوانی (%) | χ^2 | درجه آزادی | وضعیت تاهل | |
|---------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------|-----------|------------|---------------|-----------------------|
| | | | | | | متاهل | مجرد |
| وضعیت تاهل | ۲۰ (۶۶/۷) | ۱۶ (۵۳/۳) | ۱۷ (۵۶/۷) | ۱/۱۹* | ۲ | وضعیت تحصیلات | ابتدایی |
| | ۱۰ (۳۳/۳) | ۱۴ (۴۶/۷) | ۱۳ (۴۳/۳) | ۳/۶۱* | ۴ | | راهنمایی تا زیر دیپلم |
| وضعیت تحصیلات | ۶ (۲۰) | ۴ (۱۳/۳) | ۳ (۱۰) | ۰/۶۳۸* | ۲ | وضعیت شغل | دیپلم و بالاتر |
| | ۲۰ (۶۶/۷) | ۲۳ (۷۶/۷) | ۲۶ (۸۶/۷) | | | | شاغل |
| وضعیت شغل | ۴ (۱۳/۳) | ۳ (۱۰) | ۱ (۳/۳) | ۱۴ (۴۶/۷) | ۴ | وضعیت سکونت | بی‌کار |
| | ۱۶ (۵۴/۳) | ۱۹ (۶۳/۳) | ۱۷ (۵۶/۷) | | | | منزل شخصی |
| وضعیت سکونت | ۶ (۲۰) | ۴ (۱۳/۳) | ۷ (۲۳/۳) | ۸ (۲۶/۷) | ۴ | منزل والدین | منزل استیجاری |
| | ۱۶ (۵۳/۳) | ۱۰ (۳۳/۳) | ۳ (۱۰) | | | | منزل والدین |

* N.S.؛ ** گروه A: شناخت‌درمانی بر پایه تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی؛ *** گروه B: رفتاردرمانی شناختی پیش‌گیری از عود؛ **** گروه C: درمان نگهدارنده با نالترکسون.

جدول ۲- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش در سه گروه مورد بررسی بر حسب نوع ماده مصرفی، روش مصرف و سابقه مصرف در خانواده

| متغیر | گروه A ** فراوانی (%) | گروه B *** فراوانی (%) | گروه C **** فراوانی (%) | درجه آزادی | χ^2 | نوع ماده مصرفی | |
|-----------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------|------------|----------|------------------|---------------|
| | | | | | | تریاک | کراک و هروئین |
| نوع ماده مصرفی | ۱۱ (۳۶/۷) | ۱۴ (۴۶/۷) | ۱۴ (۴۶/۷) | ۴ | ۲/۸* | سایر مواد افیونی | ۲ (۶/۶) |
| | ۱۷ (۵۶/۷) | ۱۶ (۵۳/۳) | ۱۴ (۴۶/۷) | | | تدخین | ۲۲ (۷۳/۳) |
| | ۲ (۶/۶) | ۰ (۰) | ۲ (۶/۶) | | | خوراکی | ۴ (۱۳/۳) |
| روش مصرف | ۲۲ (۷۳/۳) | ۲۶ (۸۶/۸) | ۲۴ (۸۰) | ۴ | ۰/۹۶* | تذیقی | ۴ (۱۳/۴) |
| | ۴ (۱۳/۳) | ۲ (۶/۶) | ۳ (۱۰) | | | دارد | ۱۱ (۳۶/۷) |
| | ۴ (۱۳/۴) | ۲ (۶/۶) | ۳ (۱۰) | | | ندارد | ۱۹ (۶۳/۳) |
| سابقه مصرف در خانواده | ۱۱ (۳۶/۷) | ۹ (۳۰) | ۱۳ (۴۳/۳) | ۲ | ۱/۲۸* | | |
| | ۱۹ (۶۳/۳) | ۲۱ (۷۰) | ۱۷ (۵۶/۷) | | | | |

* N.S.؛ ** گروه A: شناخت‌درمانی بر پایه تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی؛ *** گروه B: رفتاردرمانی شناختی پیش‌گیری از عود؛ **** گروه C: درمان نگهدارنده با نالتراکسون.

بررسی فرضیه دوم پژوهش و میزان اطاعت درمانی دو متغیر باقی‌ماندن در درمان و مدت مصرف نالتراکسون نشان داد که مقدار χ^2 محاسبه‌شده معنی‌دار است ($p < 0/001$ ، $df=4$ ، $\chi^2=27/08$) (جدول ۳). از این رو می‌توان گفت که در مدت مصرف داروی نگهدارنده نالتراکسون در بین سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد و میزان اطاعت دارویی در دو گروه مداخله روانشناختی بیشتر است.

تحلیل واریانس نشان داد که از نظر مدت باقی‌ماندن در درمان بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$ ، $F=47/72$). برای مشخص کردن تفاوت گروه‌ها آزمون تعقیبی شفه به کار برده شد. نتایج نشان داد بین گروه‌های شناخت‌درمانی بر پایه تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی و گروه رفتاردرمانی شناختی با گروه نالتراکسون و بین گروه شناخت‌درمانی بر پایه تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی با گروه رفتاردرمانی شناختی از نظر مدت باقی‌ماندن بیماران در درمان معنی‌داری ($p < 0/05$) وجود دارد و مدت باقی‌ماندن در درمان در گروه شناخت‌درمانی بر پایه تفکر نظاره‌ای از دو گروه دیگر بیشتر است. میانگین مدت باقی‌ماندن در درمان آزمودنی‌های گروه A، ۸۹/۲ روز (انحراف معیار ۸۵/۱)، گروه B، ۵۵/۹۵ روز (انحراف معیار ۳۳/۲) و گروه C، ۳۸/۶ روز (انحراف معیار ۴۷/۱) بود.

یافته‌های پژوهش در پاسخ به فرضیه نخست پژوهش تفاوت معنی‌داری را در میزان عود در مرحله پس‌آزمون یا پایان درمان گروهی ($\chi^2=10/02$ ، $p < 0/01$) و در مرحله پی‌گیری ($\chi^2=10/95$ ، $p < 0/01$) بین سه گروه نشان داد. در مرحله پایان درمان گروهی میزان عود در گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر تفکر نظاره‌ای و طرح‌واره‌های معنوی شش نفر یا ۲۰٪، در گروه رفتاردرمانی شناختی ۱۱ نفر یا ۳۷/۷٪ و در گروه نالتراکسون ۱۸ نفر یا ۶۷/۷٪ بود. در مرحله پی‌گیری نیز به همین ترتیب میزان عود در سه گروه یادشده، ۳۱٪، ۵۳/۳٪ و ۷۶٪ بود. با توجه به این یافته، فرضیه نخست پژوهش تأیید گردید.

جدول ۳- میزان مصرف نالتراکسون در سه گروه مورد بررسی

| متغیر | گروه A * (n=۳۰) | گروه B ** (n=۳۰) | گروه C *** (n=۲۷) | فراوانی (%) | |
|--------------------------|--------------------|---------------------|----------------------|-------------|-------------|
| | | | | فراوانی (%) | فراوانی (%) |
| کمتر از یک ماه | ۲ (۶/۷) | ۱۰ (۳۳/۳) | ۱۸ (۶۰) | | |
| یک ماه تا کمتر از سه ماه | ۸ (۲۶/۷) | ۱۲ (۴۰) | ۱۰ (۳۳/۳) | | |
| سه ماه و بیشتر | ۱۹ (۳۶/۳) | ۸ (۲۶/۷) | ۳ (۱۰) | | |

* گروه A: شناخت‌درمانی بر پایه تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی؛ ** گروه B: رفتاردرمانی شناختی پیش‌گیری از عود؛ *** گروه C: درمان نگهدارنده با نالتراکسون.

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر مقیاس‌های سلامت روانی، شاخص درمان مواد افیونی و پرسش‌نامه اثر معنویت بر رفتار

| متغیر | منبع تغییرات | F | سطح معنی‌داری |
|------------------------------|-------------------|----------|---------------|
| مصرف مواد افیونی | اثر گروه | *۵/۵۴ | ۰/۰۱ |
| | اثر زمان | *۱۶۲/۲۰ | ۰/۰۰۱ |
| | تعامل زمان و گروه | **۹/۸۰ | ۰/۰۰۱ |
| رفتارهای پرخطر جنسی و تزریقی | اثر گروه | *۰/۷۰ | N.S. |
| | اثر زمان | *۱۸/۵۲ | ۰/۰۰۱ |
| بزهکاری | اثر گروه | **۱/۱۴ | N.S. |
| | اثر زمان | *۰/۲۹ | N.S. |
| کارکرد اجتماعی | اثر گروه | *۱/۶۵ | ۰/۰۵ |
| | اثر زمان | **۰/۷۵ | N.S. |
| | تعامل زمان و گروه | *۷/۴۰ | ۰/۰۰۱ |
| تندرستی | اثر گروه | *۵۵/۸۰ | ۰/۰۰۱ |
| | اثر زمان | **۴/۳۶ | ۰/۰۱ |
| | تعامل زمان و گروه | *۱۵/۰۲ | ۰/۰۰۱ |
| علائم جسمانی | اثر گروه | *۸۳/۷۰ | ۰/۰۰۱ |
| | اثر زمان | **۳/۶۰ | ۰/۰۱ |
| | تعامل زمان و گروه | *۳/۷۰ | ۰/۰۵ |
| اضطراب | اثر گروه | *۱۱/۹۰ | ۰/۰۰۱ |
| | اثر زمان | **۴۰/۶۰ | ۰/۰۰۱ |
| | تعامل زمان و گروه | *۶/۷۰ | ۰/۰۱ |
| اختلال در کارکرد اجتماعی | اثر گروه | *۱۸/۸۰ | ۰/۰۰۱ |
| | اثر زمان | **۱/۵۰ | N.S. |
| | تعامل زمان و گروه | *۴/۰۸ | ۰/۰۵ |
| افسردگی | اثر گروه | *۶۵/۶۰ | ۰/۰۰۱ |
| | اثر زمان | **۴/۲۰ | ۰/۰۱ |
| | تعامل زمان و گروه | *۱/۰۲ | N.S. |
| اثر معنویت بر رفتار | اثر گروه | *۴/۶۰ | ۰/۰۵ |
| | اثر زمان | **۲/۵۰ | ۰/۰۵ |
| | تعامل زمان و گروه | *۱۶۳۸/۷۰ | ۰/۰۰۱ |
| اثر معنویت بر رفتار | اثر زمان | *۱۶۴/۰۰ | ۰/۰۰۱ |
| | تعامل زمان و گروه | **۲۷/۷۰ | ۰/۰۰۱ |

* df=۲ ; ** df=۴

برای آزمون فرضیه‌های سوم و چهارم پژوهش مبنی بر این که شناخت‌درمانی بر پایه تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی باعث بهبود شاخص‌های درمانی مواد افیونی و تأثیر معنویت بر رفتار می‌شود، روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر برای هر یک از مقیاس‌های پرسش‌نامه شاخص درمانی مواد افیونی (OTI)، پرسش‌نامه سلامت روانی (GHQ-28) و پرسش‌نامه اثر معنویت بر رفتار اجرا شد (جدول ۴).

جدول ۴ نشان می‌دهد در همه شاخص‌های درمانی به غیر از مقیاس افسردگی و بزهکاری و رفتارهای پرخطر جنسی و تزریقی اثر مداخله‌های درمانی در گروه‌ها معنی‌دار است. نتایج آزمون‌های تعقیبی شفه نشان داد در مقیاس‌های کارکرد اجتماعی، مصرف مواد افیونی، تندرستی و اثر معنویت بر رفتار، روش شناخت‌درمانی بر پایه تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی مؤثرتر از روش رفتاردرمانی شناختی است و در بقیه مقیاس‌ها به غیر از مقیاس بزهکاری، افسردگی و رفتار پرخطر جنسی، دو روش مداخله روانشناختی از نالترکسون مؤثرتر بوده است. با توجه به معنی‌دار بودن اثر زمان در تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر مقیاس‌های مختلف، به‌منظور تحلیل بیشتر داده‌های پژوهش و مشخص کردن نسبت بهبودی، آزمون t وابسته بین نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیش‌آزمون- پی‌گیری انجام شد (جدول ۵).

با توجه به **جدول ۵** نسبت بهبودی در دو گروه آزمایشی در هر دو مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری بیشتر از گروه کنترل (نالترکسون) است و نسبت بهبودی در گروه شناخت‌درمانی بر پایه تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی نسبت به گروه «رفتاردرمانی شناختی پیش‌گیری از عود» بیشتر می‌باشد. در گروه نالترکسون، در مرحله پس‌آزمون روش درمان تنها در مقیاس‌های عملکرد اجتماعی، تندرستی و مصرف مواد و اثر معنویت بر رفتار در آزمودنی‌ها تفاوت معنی‌داری ایجاد نموده است.

جدول ۵- نسبت بهبودی (تفاوت میانگین‌ها) شاخص‌های درمان در سه گروه مورد بررسی (درون گروه‌ها)

| مقیاس | مرحله پیش‌آزمون - پایان درمان گروهی | | | مرحله پیش‌آزمون - پی‌گیری | | |
|------------------------------|-------------------------------------|--------------|-------------|---------------------------|--------------|-------------|
| | گروه A | گروه B | گروه C | گروه A | گروه B | گروه C |
| علایم جسمانی | ۴/۵* (۴/۳) | ۱/۲ (۶/۰۴) | ۸ (۴/۹) | ۴/۸* (۴/۲) | ۲/۵* (۶/۹) | ۳/۶ (۵/۲) |
| اضطراب | ۳/۶* (۴/۹) | ۴/۹* (۵/۲) | ۱/۷ (۴/۰۶) | ۴/۰۶* (۵/۲) | ۲/۴* (۵/۷) | ۰/۹۶ (۵/۵۶) |
| اختلال در کارکرد اجتماعی | ۵/۸* (۴/۰۶) | ۵/۱* (۵/۸) | ۲* (۳/۴) | ۵/۵* (۴/۳) | ۵* (۵/۷) | ۱/۷ (۴/۳) |
| افسردگی | ۲/۹* (۵/۳) | ۰/۵ (۶/۲) | ۲ (۴/۱) | ۳/۳* (۵/۱) | ۱/۵ (۶/۲) | ۴- (۴/۶) |
| ضرب مصرف مواد | ۳/۳* (۱/۳) | ۲/۴* (۱/۲) | ۱/۶* (۱/۶۸) | ۳/۰۴* (۱/۵) | ۳/۷* (۱/۴) | ۱/۰۶ (۱/۵۵) |
| رفتارهای پرخطر جنسی و تزریقی | ۳/۰۳* (۳/۸) | ۰/۹۶ (۳/۴) | ۲/۳* (۵/۵) | ۲/۹* (۳/۸) | ۱/۹* (۴/۵) | ۲/۲ (۵/۹) |
| بزهکاری | ۰/۳۷ (۱/۶) | ۰/۲۳ (۱/۰۴) | ۱/۲- (۱/۲) | ۰/۳۱* (۱/۲) | ۰/۱۳ (۱/۲) | ۰/۳۶ (۱/۷) |
| کارکرد اجتماعی | ۸/۶* (۶/۹) | ۴/۱* (۷/۲) | ۳/۸* (۴/۷) | ۹/۳* (۷/۸) | ۴/۲* (۷/۰۶) | ۴/۶* (۵/۹) |
| سلامت و تندرستی | ۸/۶* (۶/۵) | ۶/۶* (۶/۵) | ۵/۲* (۵/۶) | ۹/۸* (۶/۴) | ۵/۵* (۶/۵) | ۴/۷* (۴/۹) |
| اثر معنویت بر رفتار | ۳۰/۴۸* (۱۰/۴۶) | ۱۸/۷* (۱۰/۱) | ۵/۲* (۷/۵) | ۳۴/۲* (۱۷) | ۱۶/۶* (۱۲/۳) | ۶/۶* (۸/۲) |

* p<۰/۰۵

بحث

از عود مصرف مواد افیونی مؤثر باشد. در تبیین اثربخشی بیشتر این درمان نسبت به رفتاردرمانی شناختی سنتی، یافته‌های این پژوهش هم‌خوان با یافته‌های آوانتس و همکاران (۲۰۰۵) و پاردرینی و همکاران (۲۰۰۰) است که مداخله مبتنی بر طرح‌واره‌های معنوی، سبک زندگی بیمار را در راستای یک زندگی اخلاقی و معنوی تغییر می‌دهد. هم‌چنین تلفیق تفکر نظاره‌ای با فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی و راهبردهای شناختی می‌تواند توانایی مقابله‌ای بیمار را برای کنار آمدن با وسوسه و نشانه‌های ترک افزایش دهد و مؤلفه‌های معنوی درمان در افزایش حمایت اجتماعی و عاطفی و یافتن معنا و هدف در زندگی بیماران کمک کند. هم‌چنین فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی با ایجاد ناهم‌خوانی بین شخصیت واقعی بیمار و شخصیت معتاد، و ارزیابی این فرآیند توسط بیمار باعث افزایش انگیزه در راستای دستیابی به ویژگی‌های معنوی و اخلاقی می‌شود که در اثر اعتیاد ضعیف شده است. در زمینه افزایش اثربخشی هر دو مداخله روانشناختی در کاهش عود و افزایش اطاعت درمانی هم‌خوان با سایر بررسی‌ها (فینی^۱، کانر^۲، یونگ^۳ و توکر^۴، ۲۰۰۴؛ غفاری‌نژاد، ضیاء‌الدینی و شهسواری‌پور، ۱۳۸۳)، این پژوهش نشان داد که مداخله‌های روانشناختی بخش اجتناب‌ناپذیر درمان اعتیاد

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی یک الگوی تلفیقی نوین با عنوان شناخت‌درمانی بر پایه تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی در درمان و پیش‌گیری از عود مصرف مواد افیونی بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که مداخله‌های روانشناختی شناخت‌درمانی بر پایه تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی و رفتاردرمانی شناختی همراه با تجویز نالتراکسون، نسبت به نالتراکسون تنها، اثربخشی درمان را افزایش می‌دهند و در پیش‌گیری از عود مصرف مواد افیونی مؤثرتر می‌باشند. هم‌چنین سایر نتایج پژوهش نشان داد، روش شناخت‌درمانی بر پایه تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی نسبت به روش «رفتاردرمانی شناختی پیش‌گیری از عود»، در کاهش میزان عود، مدت باقی‌ماندن در درمان، اطاعت دارویی و بهبود علایم جسمانی، افسردگی، رفتارهای مقابله‌ای معنوی، کارکرد اجتماعی و کاهش مصرف مواد مؤثرتر می‌باشد. این پژوهش به بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی بر پایه تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی در یک چارچوب تلفیقی پرداخته است. نتایج این پژوهش نشان داد روش گروهی شناخت‌درمانی بر پایه تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی توانسته است به‌طور مؤثری اثربخشی درمان و وابستگی به مواد افیونی را افزایش دهد و در پیش‌گیری

1- Feeney
3- Yong

2- Connor
4- Toker

هستند. این روش‌ها باعث ایجاد انگیزه، افزایش حمایت اجتماعی و یادگیری مهارت‌های مقابله‌ای در برخورد با مشکلات ناشی از مصرف مواد می‌شود. از آن‌جا که داروی نالتراکسون یک آنتاگونیست خالص است و بنابراین باعث مهار گیرنده‌های اپیویدی می‌شود و هیچ نوع خاصیت تقویت‌کنندگی ندارد، از سوی بیماران بدون مداخله‌های روانشناختی کمتر پذیرفته می‌شود (فیودالا^۱، گرین‌اشستین^۲ و اُبراین^۳، ۲۰۰۵).

هم‌چنین تفکر نظاره‌ای به‌عنوان یکی از روش‌های اصلی راهبردهای مبتنی بر پذیرش باعث می‌شود که بیمار به جای چالش و پرهیز از افکار و احساسات ناراحت‌کننده ناشی از ترک و یا کاربرد مواد برای تسکین آنها، با برقراری یک سبک ارتباطی متفاوت بدون واکنش و نوعی شیوه جدید پردازش اطلاعات، افکار و احساسات ناراحت‌کننده خود را بدون داوری و ارزیابی بپذیرد و از این راه با حساسیت‌زدایی با آنها کنار بیاید. هم‌چنین بخشی از این تغییرات می‌تواند ناشی از سازوکارهای عمل پیشنهاد شده در روش تفکر نظاره‌ای مانند رویارویی، پذیرش، آرام‌سازی، حساسیت‌زدایی، تغییر رابطه با افکار و تنظیم هیجان باشد (بریسلین و همکاران، ۲۰۰۲؛ بائر، ۲۰۰۳).

شمار کم آزمون‌های پژوهش، کوتاه‌بودن مدت پی‌گیری، به‌کار نبردن گروه دارونما و استفاده از یک درمانگر از جمله محدودیت‌های پژوهش به‌شمار می‌روند که در بررسی‌های آینده باید مورد نظر قرار گیرند. نمونه‌های بزرگ‌تر و اختلال‌های وابسته به سایر مواد در گروه‌های گوناگون می‌تواند تعمیم‌پذیری بیشتر یافته‌ها را در پی داشته باشد.

سپاسگزاری

پژوهشگران از همه بیماران که در این طرح شرکت نمودند. هم‌چنین از معاونت محترم پیش‌گیری منطقه جنوب بهزیستی تهران و ریاست محترم مراکز احیای تندرستی و شهید خوئینی‌های تهران که با همکاری خود امکان انجام پژوهش را فراهم نمودند قدردانی می‌نمایند.

دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۸/۱؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۵/۱۱/۲۴

پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۱۱/۲۵

منابع

بختیاری، مریم (۱۳۷۹). *بررسی اختلال‌های روانی در مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

غفاری‌نژاد، علیرضا؛ ضیاء‌الدینی، حسن؛ شهسواری‌پور، آرش (۱۳۸۳). درمان نگهدارنده با نالتراکسون در بیماران وابسته به مواد افیونی و ارتباط آن با عوامل جمعیت‌شناختی و روان‌شناختی. *فصلنامه اندیشه و رفتار (ویژه‌نامه اعتیاد)*، سال دهم، شماره سوم، ۲۲۶-۲۲۰.

مطهری، مرتضی (۱۳۷۲). *مقدمه‌ای بر جهان‌بینی توحیدی*. تهران: نشر صدرا.
نصری، عبدالله... (۱۳۷۲). *مبانی انسان‌شناسی در قرآن*. تهران: چاپ طلوع آزادی.
یعقوبی، نورا...؛ نصراصفهان، مهدی؛ شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۴). بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه‌سرا - گیلان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال اول، شماره ۴، ۶۶-۵۵.

American Psychological Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington DC: A. P. A.

Avants, S. K., Beitel, M., & Margoline, A. (2005). Making the shift from addict self to spiritual self: Result from a stage I study of spiritual self-schema (3-5) therapy for the treatment of addiction and HIV risk behavior. *Mental Health, Religion, and Culture*, 8, 167-177.

Avants, S. K., & Margoline, A. (2004). Development of spiritual self-schema (3-5) therapy for the treatment of addictive and HIV risk behavior: A convergence of cognitive and buddhist psychology. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14, 253-289.

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 10, 125-143.

Blume, A. W. (2005). *Treating drug problems*. New York: John Wiley.

Breslin, F. C., Zack, M., & McMain, S. (2002). An information processing analysis of mindfulness: Implication for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 9, 275-299.

Brook, D. M., & Spitz, H. I. (2002). *The group therapy of substance abuse*. New York: The Howrth Medical Press.

Burlinson, J. A., & Kamminer, Y. (2005). Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in adolescent substance use disorders. *Addictive Behavior*, 30, 1751-1764.

- Dalley, D. C., & Marlatt, G. A. (2005). Relapse prevention. In J. H. Lowinson., P. Ruiz., R. B. Millman, & J. G. Langrod (Eds.), *Substance abuse: A comprehensive textbook* (4th ed.). New York: Williams & Wilkins.
- Darke, S., Ward, J., Hall, W., Heather, N., & Wodak, A. (1991). *The Opioid Treatment Index (OTI) manual*. Sidney: National Drug and Alcohol Research Center.
- Feeney, G. F. X., Connor, J. P., Yong, R., & Toker, J. (2004). Alcohol dependence: The impact of cognitive behavior therapy with or without naltrexone on subjective health status. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 342-348.
- Fudala, R. J., Greenstein, R. A., & O'Brien, C. P. (2005). Alternative pharmacotherapy for opioid addiction. In J. H. Lowinson., P. Ruiz., R. B. Milliam, & J. G. Langrod (Eds.), *Substance abuse: A Comprehensive textbook* (4th ed.). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. (1979). A scaled version of General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 131-145.
- Hayes, S. C., Masuda, A., & De Mey, H. (2003). Acceptance and commitment therapy and the third wave of behavior therapy. *Gedragstherapie (Dutch Journal of Behavior Therapy)*, 36, 69-96.
- Hayes, S., Luoma, J. B., & Bond, F. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Mokri, A. (2002). Brief overview of the status of drug abuse in Iran. *Archives of Iranian Medicine*, 5, 184-190.
- Pardini, D. A., Plante, T. G., Scherman, A., & Stump, J. E. (2000). Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: Determining the mental health benefits. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 347-354.
- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (2005). *Global illicit drug trends*, New York: United Nations.
- Wallace, J. (2003). Theory of 12-step oriented treatment. In F. J. Rotgers, & S. W. Morgenstern (Eds.), *Treating substance abuse: Theory and technique* (pp. 9-31). New York: The Guilford Press.
- Witkiewitz, K., Marlatt, A., & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders: The meditation tortoise wins the race. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 19, 221-229.