

اثربخشی شیوه درمانگری فعال سازی طرحواره‌های معنوی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم وابسته به سوء مصرف مواد و کنترل تکانه در مردان معتاد به مت‌آفتامین

علی سلیمانی^۱ - سیدکاظم رسول‌زاده طباطبایی^۲ - پرویز دباغی^۳ - پرویز آزادفلاح^۴ - ارسیا تقوا^۵

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۳/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۵/۱۵

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی شیوه درمانگری فعال‌سازی طرحواره‌های معنوی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم وابسته به سوء مصرف مواد و کنترل تکانه در بیماران مرد معتاد به مت‌آفتامین در پاییز و زمستان ۱۳۹۳ انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه معتادینی بود که در یکی از اقامتگاه‌های دارای مجوز بهزیستی شهر تهران و حومه اقامت داشتند. به منظور بررسی فرضیه پژوهش، تعداد ۳۰ نفر از معتادین به شیشه که در یکی از کمپ‌های بزرگ اقامتی در شهر تهران اقامت داشتند به طور داوطلبانه انتخاب و به صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. جهت سنجش وضعیت فرد از نظر سوء مصرف از مصاحبه SCID-CV و برای سنجش متغیرهای وابسته پژوهش، از پرسشنامه‌های نیم‌رخ اعتیاد مودزلی (مارسدن و همکاران، ۱۹۹۸) و تکانشگری بارت (ویرایش یازدهم، ۲۰۰۴) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا) و آزمون اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر متغیرهای وابسته یعنی

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس.

۲. دانشیار دانشگاه تربیت مدرس. نویسنده (نویسنده مسئول): rasool1340@yahoo.com

۳. استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارتش.

۴. دانشیار دانشگاه تربیت مدرس.

۵. دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ارتش.

میزان علایم روانی - فیزیولوژیک و کنترل تکانه در هر دو مرحله پس از آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار در سطح ۰/۰۱ وجود دارد. همچنین اثرات مداخله پس از ۳ ماه پایداری معنی‌داری را نشان می‌داد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان فعال‌سازی طرحواره‌های معنوی مبتنی بر ذهن آگاهی توانسته است در حد معناداری علائم مربوط به هر دو متغیر وابسته تحقیق را کاهش دهد.

کلیدواژه‌ها: طرحواره‌های معنوی، ذهن آگاهی، علایم وابسته به مواد، کنترل تکانه، مت‌آفتامین (شیشه).

مقدمه

در طی دهه ۱۳۸۰ متأسفانه بروز و شیوع سوء‌مصرف شیشه یا مت‌آفتامین^۱ به صورت یک معضل در صحنه اعتیاد ایران خودنمایی کرده است. مت‌آفتامین یک محرک صنعتی و مصرف آن با وابستگی شدید روانی همراه است و مانند بسیاری از اعتیادهای دارویی، سیری مخرب، مزمن و عودکننده دارد (مهلینگ، ۲۰۰۸؛ تائه کیم، هون ون و چانگ^۲، ۲۰۱۱).

مت‌آفتامین ماده‌ای است که اثرتهاجمی و مخرب تقریباً منحصربه‌فردی بر سیستم عصبی انسان دارد. این ماده با ایجاد اختلال در نقل و انتقال و متابولیسم نظام‌های نوروترانسمیتری مغز مانند دوپامین، نوراپی‌نفرین، سروتونین، گلوتامات و اپیوئیدها و ضایعات عروقی و متابولیک دیگری در مناطق مهمی از مغز مانند لوب‌های فرونتال و پره فرونتال که در اختلالات هشیاری، رفتاری و هیجانی نقش مهمی دارد (HIDTA،^۳ ۲۰۰۶؛ کوهن، سوارتزولدر و ویلسون،^۴ ۱۹۹۸؛ NIDA، ۲۰۰۵؛ ولکوو، فولر، وانگ و سوانسون،^۵ ۲۰۰۴؛ نوردهی^۶، ۲۰۰۵؛ سالو، گابای، فاسبندرو هنیک، ۲۰۱۱) سبب تشدید گرایشات روانی و رفتاری نهفته یا لاقط غیرآشکار، و حتی فعال شدن ژن‌های نهفته

1. Methamphetamine

2. Tae Kim, Y., Hoon Kwon, D. & chang, Y.

3. Midwest High Intensity Drug Trafficking Area

4. Kuhn, C., Swartzwelder, S. & Wilson, W.

5. Volkow, N.D. Fowler, J.S. Wang, G.J. & Swanson, M.

6. Nordahi, T.E.

بیماری‌های مختلفی مانند اختلالات خلقی و انواع اسکیزوفرنی که می‌تواند در هر یک از انسان‌ها وجود داشته ولی هیچگاه ظاهر نگردد. بشود (ایزدی، ۱۳۸۹؛ مگری، ۱۳۸۹).
 در یک نگاه به مبانی ژنتیک شخصیت و خصایص مزاجی مشخص شده‌ای مانند آسیب‌گریزی، پاداش‌گرایی، نوجویی و پایداری (کلونینجر، به نقل از ایزدی، ۱۳۸۹)، و نقش تعامل لاینقطع میان ساختار و عملکرد در شکل‌گیری سیستم عصبی انسان‌ها، گاهی شاهد تنوع و ناهمگنی در تظاهرات بالینی معتادان به مت‌آمفتامین هستیم (ایزدی، ۱۳۸۹).

نکته‌ای که در زمینه سوء مصرف مواد محرک خودنمایی می‌کند شکل‌گیری علائم و عوارضی مجزا و اضافه بر علائم کلی اعتیاد است. به عبارت دیگر مصرف‌کنندگان مواد محرک به ویژه مت‌آمفتامین نه تنها از اعتیاد رنج می‌برند بلکه دچار علائم روانی خاص دیگری نیز می‌شوند که لزوماً جزء علائم اعتیاد نبوده و منفک و مستقل از آن هستند.

از جمله می‌توان به پس‌کوز همراه با توهم و هذیان، رفتارهای تکراری و وسواس‌گونه^۱ اختلال در حافظه و تمرکز و اختلافات عدیده در روابط زناشویی و تمایلات جنسی اشاره کرد (مؤسسه ملی اعتیاد به مواد مخدر، ۲۰۰۵؛ نوردهی، ۲۰۰۵؛ اداره نظارت بر مواد مخدر، ۲۰۰۶؛ بلاکسلی، ۲۰۰۶). در کنار مشکلات فوق‌عده‌ای از مصرف‌کنندگان دچار رفتارهای تکراری و اجبارگونه‌ای مانند کشیدن و کندن موها، جمع‌آوری و احتکار اشیاء، کندن پوست، وسواس شستشو، بازرسی اجباری وسایل و غیره می‌گردند. همچنین کاهش غیرطبیعی وزن، تخریب لثه و دندان، کلیه و کبد که خود تأثیرات مخربی بر پوست، ابرو و مو دارد و کاهش کارکرد شش‌ها و ریه نیز از عوارض مرتبط با مصرف شیشه است (شورای تحقیقاتی مواد مخدر و الکل دالاس، ۲۰۰۷؛ شرم و هالیگتز، ۲۰۰۸).

نقص در توانایی کارکردهای روزانه و شبکه توجه فرد مصرف‌کننده نیز از پیامدهای

1. Compulsive repetitive acts

مصرف مت آمفتامین است (هنری، میناسیان و پیری ۲۰۱۰؛ سالوو و همکاران، ۲۰۱۱). هرچند مصرف کنندگان مت، در ساعات اولیه پس از مصرف به دلیل ترشح ماده اکسی توسین میل به برقراری تماس، حساسیت به نشانه های اجتماعی، توجه به رفاه دیگران و صلح طلبی را نشان می دهند ولی به زودی این نشانه ها تبدیل به کسالت، خستگی و افسردگی خواهند شد (دین، کارسون، کورنیش، گاستالا، هانت و گریگور، ۲۰۱۰). مکانیسم اصلی اثر مت آمفتامین، افزایش دوپامین در شکاف های نورونی است. در واقع دوپامین مهم ترین ابزار اعمال اثرات مت به شمار می آید (گاردنر، ۲۰۱۰؛ ارش، ۲۰۱۳). در طی سال های گذشته برنامه های درمانی مختلفی در قالب درمان های دارویی و غیر دارویی برای درمان اعتیاد معرفی شده اند اما همچنان شاهد عدم موفقیت برخی بیماران در این برنامه های درمانی هستیم (لشنر،^۱ ۱۹۹۹؛ وودی و همکاران، ۱۹۸۳؛ نقل از شربام، کلوویگ، اسپیکا، کراسبک، مرجیتا و همکاران،^۲ ۲۰۰۵). از مهم ترین عوامل تأثیرگذار بر نتایج درمانی بیماران که در پژوهش های مختلف به آنها اشاره شده است، ویژگی های شخصیتی و رفتاری مثل تکانشگری،^۳ ولع مصرف و مؤلفه های شدت اعتیاد^۴ همچون مدت زمان مصرف مواد، نوع مواد مصرفی و غیره می باشد (ابرامز، ۲۰۰۰؛ نقل از مگری، ۱۳۸۷؛ دوران، مک چارج و کوهن، ۲۰۰۴؛ پری، لارسن، ژرمن، مادن و کارول،^۵ ۲۰۰۵؛ مولرو و همکاران، ۲۰۰۱؛ نقل از واکسمن،^۶ ۲۰۰۹). رفتارهای تکانشی طیف وسیعی از اعمالی را شامل می شوند که بدون توانایی در تمرکز و در غیاب یک برنامه ریزی مناسب، رخ می دهند و از ریسک و خطر پذیری بالایی برخوردار هستند (مولرو و همکاران، ۲۰۰۱؛ نقل از واکسمن، ۲۰۰۹). امروزه تکانشگری به صورت یک بعد شناختی، مفهوم پردازی می شود به این معنا که تکانشگری با عدم بازداری شناختی و روند تصمیم گیری کند و ناقص در

1. Leshner, A.
2. Scherbaum, N.
3. impulsivity
4. addiction severity
5. Perry, J.L.
6. Waxman, S.E.

افراد همراه می‌باشد (دیوو و گلو،^۱ ۲۰۰۸، دویت، ۲۰۰۹). در واقع مشخص شده است که تکانشگری یکی از وجه مشخصه‌های انواع اعتیاد و یکی از عوامل مهم مربوط به عود بیماری است (الوک و گریس، ۱۹۸۸؛ به نقل از میرث، پالسن، مولد، جانسن و لوروک،^۲ ۲۰۰۹). در سال‌های اخیر تعداد زیادی از رویکردهای درمانی و پیشگیری از عود در زمینه‌های مختلف بالینی، امیدهای تازه‌ای را برای حل مشکلات کهنه و قدیمی فراهم نموده‌اند.

وابستگی و سوء مصرف مواد به عنوان اختلالات مزمن و عودکننده با تأثیرات و پیش‌آیندهای زیستی، فرهنگی، روانی، اجتماعی، رفتاری و معنوی در نظر گرفته می‌شود (ویتکوویتز، بوئن، داگلاس و هسو، ۲۰۱۲). یکی از نوآوری‌های جدید در درمان‌های روان‌شناختی، تلفیق سنت‌های معنوی شرق از جمله فنون مراقبه ذهن‌آگاهی با رفتاردرمانی شناختی سنتی می‌باشد که هایز، لوما و باندا (۲۰۰۶) از این تلفیق به عنوان موج سوم رفتاردرمانی یاد می‌کنند. این رویکردهای جدید با تأکید بر موضوعاتی مانند پذیرش، ذهن‌آگاهی، ارزش‌ها، معنویت، روابط و دیالکتیک وارد حوزه‌هایی شده‌اند که به دلیل زوایای کمتر تجربی در رویکردهای رفتاردرمانی شناختی سنتی از پرداختن به آنها در کار بالینی خودداری می‌شد (هایز و همکاران، ۲۰۰۶). در شروع قرن بیستم ویلیام جیمز پیش‌بینی نمود که بودائیسیم و روان‌شناسی شرق تأثیر مهمی بر روان‌شناسی غرب خواهد گذاشت. در طول ۲۵ ساله اخیر این پیش‌بینی با تلفیق معنویت شرق با روان‌شناسی غرب با ارایه رویکردهای جدیدی مانند MBSR یا MBCT به تحقق پیوسته است. از جمله علل این تغییرات عبارتند از: آگاه شدن از موانع و محدودیت‌های رویکردهای درمانی موجود، شناسایی وجوه مشترک درمانی، گرایش روزافزون به درمان‌های تلفیقی در بین درمانگران و جاذبه‌های معنوی و اخلاقی جامعه شرق می‌باشد (لایوو مک ماین، ۲۰۰۵). مداخله‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی در حال حاضر در درمان

1. Daw, S. & Glow, M.J.

2. Myrseth, H.

اختلال سوء مصرف مواد مورد توجه قرار گرفته است (مارلات، پارکز و ویتکوویتز، ۲۰۰۲).
اثر بخشی بالینی کوتاه مدت و بلند مدت، پذیرش و رضایت بیماران و سودمندی
مداخله های مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان نوعی اقدام پیشگیرانه پیشگیری از عود و یک
فن درمانی در اختلالات مختلف به اثبات رسیده است (بائر، ۲۰۰۳؛ سگال، ویلیامز و
تیسدل، ۲۰۰۳؛ کابات زین، ۲۰۰۳).

با توجه به ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی اعتیاد، در رویکردهای علمی
درمان اعتیاد به ابعاد زیستی و روانی - اجتماعی این بیماری بیشتر پرداخته شده است و
بعد معنوی کمتر مورد توجه قرار گرفته است (کوئینگ، ۲۰۱۳). در سال های اخیر تعدادی
از محققان نشان داده اند علاوه بر تفکر ذهن آگاهانه؛ ایمان مذهبی و باورهای معنوی
عامل محافظت کننده و یکی از مهم ترین مهارت های مقابله ای در بهبودی از اعتیاد
است که تاکنون مورد غفلت قرار گرفته است. این محققان علت اصلی این غفلت را
مشکلات ذاتی در تعریف عملیاتی، اندازه گیری و نحوه به کارگیری این مفاهیم در درمان
اعتیاد می دانند (بائر، ۲۰۱۱). همان طور که پیش از این اشاره شد ذهن آگاهی در سنت
معنوی مشرق زمین، در روان شناسی غربی تحت عنوان نوعی فراشناخت مطرح است.

در زمینه های بالینی، ذهن آگاهی به عنوان نوعی فراشناخت، به بیماران امکان
می دهد با تصحیح پاسخ به محرک های برانگیزاننده اضطراب و گسترش طرح های
فراشناختی، تفکر و احساس های فرد را کنترل نمایند. در این روش، معنادان یاد
می گیرند، یک میل، هوس و یا سایر اشکال اضطراب را تجربه نمایند تا به جای
خود شناخت، باورهای فراشناختی بیمار نسبت به شناخت های انزجاری^۱ تغییر نماید.
هدف آموزش ذهن آگاهی مانند شناخت درمانی سنتی، چالش یا تغییر افکار نیست،
بلکه هدف، ایجاد یک نگرش یا ارتباط متفاوت با افکار، احساس و هیجانات می باشد.
در این روش، تمرکز کامل به لحظه تجربه موجود و قبول یک نگرش همراه با پذیرش

می‌باشد (سگال^۱ و همکاران، ۲۰۰۳؛ مارلات و همکاران، ۲۰۰۲). از دیدگاه دیگر، مفهوم‌سازی باورهای معنوی- مذهبی به عنوان سازه‌ها یا طرحواره‌های شناختی^۳، می‌تواند در ایجاد و ارزیابی یک مداخله مبتنی بر مذهب و معنویت مورد استفاده قرار گیرد. طرحواره‌ها به عنوان سازه‌هایی که در توجه و پردازش اطلاعات نقش مهمی دارند، در سال‌های اخیر در درمان معتادان مورد استفاده قرار گرفته است. درمان مبتنی بر طرحواره از بسط دادن مفاهیم و درمان‌های شناختی- رفتاری سنتی توسط یانگ^۴ و همکارانش (۱۹۹۰) گسترش یافته است. طرحواره درمانی جنبه‌های گسترده‌ای از زندگی فرد را در برمی‌گیرد و اساساً برای مشکلات رفتاری و هیجانی که دوام زیادی دارند به کار می‌رود (یانگ، کلاسکو و ویشار، ۲۰۰۳^۵).

از دیدگاه طرحواره درمانی، عامل اعتیاد در خود فرد قرار دارد، چنانچه حتی با وجود عدم مهیا بودن سایر زمینه‌ها و شرایط آسیب‌زا، وجود خصیصه‌های خاص شخصیتی به عنوان عامل فردی از بین تمامی عوامل تأثیرگذار بر پدیده اعتیاد، نقش پررنگ‌تری به عهده دارد.

در روش مفهوم‌سازی باورهای مذهبی و مذهب به عنوان یک سازه یا طرحواره شناختی، جایگزین نمودن و باز فعال نمودن طرحواره‌های معنوی به جای طرحواره‌های اعتیادی مورد توجه قرار گرفته است (مارگولین و آوانتس، ۲۰۰۴^۶).

برنامه درمان فعال‌سازی طرحواره‌های معنوی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ترکیبی از روش‌های مراقبه ذهن‌آگاهی، شناخت درمانی و مؤلفه‌های مذهبی- معنوی است که توسط آوانتس و مارگولین (۲۰۰۴) تدوین شده است و به بیمار کمک می‌کند که در ابتدا از

1. Segal, Z.V.

2. canstract

3. cognitive schema

4. Young, J.

5. Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M.

6. Margolin, A. & Avants, S.K.

طرحواره های - معتاد که به طور خودکار فعال می شوند و همزمان باورها، احساسات و رفتارهای خود مخرب را برمی انگیزانند، آگاه شوند. و در مرحله بعد با فعال سازی و جایگزینی طرحواره های معنوی به جای طرحواره های - اعتیادی به بیمار کمک می شود افکار، احساسات و رفتارهای مذهبی - معنوی را که مانع آسیب رساندن به خود و دیگران، رهایی از درد و رنج و تجربه خود واقعی فرد می شود را تجربه و جایگزین نمایند (مارگولین و آوانتس، ۲۰۰۴).

همچنین ذهن آگاهی^۱ نیز نوعی روش تمرکز است که از طریق مراقبه شرق و مکتب بودائیسیم اقتباس شده است. این روش به عنوان تمرکز کامل، هدفمند و بدون قضاوت به لحظه لحظه تجربه اخیر تعریف می شود (ریان و براون، ۲۰۰۳؛ براون و ریان، ۲۰۰۷، پروئر، سینهاوچن، ۲۰۰۹؛ ویتکوویتز، ۲۰۱۲).

در پژوهش های جدید، ذهن آگاهی به عنوان یک مداخله آرام بخشی، نوعی رفتار مذهبی، یک اعتیاد مثبت، نوعی فراشناخت و به عنوان یک مداخله شناختی - عاطفی به کار برده می شود (برسین و همکاران، ۲۰۰۲؛ براون و ریان، ۲۰۰۷؛ ویتکوویتز، ۲۰۱۲). در پژوهش حاضر ذهن آگاهی به عنوان یک روش مقابله، آرام بخشی و معنوی به بیماران آموزش داده شد. بنابراین مساله اساسی پژوهش فعلی این است که آیا درمان فعال سازی طرحواره های معنوی مبتنی بر ذهن آگاهی قادر است علائم وابسته به مصرف مواد و میزان تکانشگری را در سوء مصرف کنندگان مت آمفتامین کاهش دهد.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک طرح پژوهشی شبه آزمایشی ۲ گروهی (گروه آزمایش و گروه گواه) با اندازه های مکرر (پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری) است که به منظور ارزیابی اثر برنامه درمانی فعال سازی طرحواره های معنوی - مذهبی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم

وابسته به سوء مصرف مواد و افزایش توانایی کنترل تکانه در مردان سوء مصرف کننده مت‌آفتامین جویای درمان اجرا گردید.

جامعه آماری در پژوهش حاضر جامعه آماری شامل کلیه افراد معتاد مراجعه کننده به کمپ‌های موجود در سطح شهر و مناطق اطراف تهران جهت دریافت درمان‌های تخصصی است. کمپ مورد نظر براساس روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب و حجم نمونه با توجه به ماهیت آزمایشی پژوهش ۳۰ نفر در نظر گرفته شد که به صورت روش جایگزینی تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری قرار گرفتند. جهت اجرای پژوهش، پس از هماهنگی‌های اولیه با مدیریت کمپ بزرگ «عطش برای بهبودی» واقع در حومه تهران، از میان مراجعین داوطلب، بیمارانی که از ملاک‌های ورود به طرح برخوردار بودند شناسایی و انتخاب می‌شدند. گروه اول روش درمانگری فعال سازی طرحواره‌های معنوی را دریافت کرده و گروه دوم نیز همان روش‌های روتین مرکز را دریافت می‌کرد.

پیش از آغاز جلسات درمانی، درمانگر وضعیت آزمودنی‌های ۲ گروه را در مقیاس‌های مصاحبه بالینی ساختاریافته، تست آفتامین، MAP و تکانشگری ارزیابی کرده و پس از جلسات درمانی و مرحله پی‌گیری نیز مجدداً مقیاس‌ها را تکمیل کردند. لازم به ذکر است که مرحله پی‌گیری پس از ۳ ماه جهت بررسی ماندگاری اثرات درمان برگزار شد. ضمناً براساس فرم مصاحبه SCID افرادی که دچار علائم بارز اختلال شخصیت بودند کنار گذاشته شدند.

جهت تحلیل اطلاعات گردآوری شده، علاوه بر استفاده از شیوه‌های آمار توصیفی نظیر میانگین و انحراف معیار، از روش‌های آمار استنباطی مانند تحلیل کوواریانس چند متغیری و آزمون اندازه‌های مکرر برای تحلیل فرضیه پژوهش استفاده گردید.

ملاک‌های ورود: الف) مرد بودن، ب) سن ۲۰ تا ۵۰ سال و حداقل سواد دیپلم، ج) اعتیاد به مت‌آفتامین به عنوان ماده محوری برای آزمودنی‌ها، د) نداشتن اختلال شدید روانی و برطرف شدن علایم سایکوتیک احتمالی، و) قطع مصرف مواد در فرآیند درمان

فیزیکی ملاک‌های خروج: الف) مثبت شدن تست آمفتامین در دوره درمان فیزیکی،
ب) وجود علایم بارز سایکوتیک، ج) داشتن اختلال شخصیت ضداجتماعی

ابزارهای پژوهش

برای بررسی فرضیه پژوهش، از مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I (SCID-CV) برای تشخیص سوء مصرف و وابستگی به مواد، تست آمفتامین، پرسشنامه MAP برای تشخیص علایم روان فیزیولوژیایی وابسته به مواد، پرسشنامه بارت جهت سنجش تکانشگری در سه بعد تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی‌برنامگی در افراد سوء مصرف کننده، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و مدل فعال سازی طرحواره‌های معنوی مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده شده است.

الف) مصاحبه بالینی ساخت یافته برای محور I، DSM-IV-R (SCID-CV): در سال ۱۹۸۳، SCID به عنوان ابزاری برای تشخیص‌های DSM-III-R تدوین شد. این مصاحبه ویژگی‌های منحصر به فردی دارد که در ابزارهای قبل از آن وجود نداشت، این ابزار به سادگی در روان پزشکی استفاده می‌شود. شامل یک بخش مرور بود که بیمار می‌توانست به وجود آمدن دوره فعلی بیماری خود را توصیف کند. شامل یک الگوی طراحی بود که به پژوهشگر اجازه می‌داد مجموعه‌ای از طبقات تشخیصی اساسی را که با مطالعه اش ارتباطی نداشت، کنار بگذارد (بختیاری، ۱۳۷۹).

از نسخه بالینی SCID-I (SCID-CV) برای استاندارد کردن فرایند سنجش در موقعیت بالینی استفاده می‌شود. این ابزار تنها شامل تشخیص‌هایی از DSM-IV است که در کار بالینی مشاهده می‌شود و شامل خرده گروه‌ها و اختلالات نمی‌شود. نسخه بالینی و پژوهشی SCID به وسیله فرست، اسپیتزر و گیبون در سال ۱۹۹۷ برای تشخیص‌های DSM-IV تدوین شد (همان منبع).

SCID-CV شامل شش الگوی تشخیصی است، گرچه این الگوها پشت سرهم بررسی می‌شوند اما متخصصین بالینی می‌تواند ترتیب دیگری به آنها بدهد یا الگوی خاصی را

حذف نماید. این الگوهای تشخیصی عبارتند از الگوی A (دوره خلقی) الگوی B (نشانه‌های سایکوتیک)، الگوی C (اختلالات سایکوتیک)، الگوی D (اختلالات خلقی)، الگوی E (اختلالات ناشی از مواد) و الگوی F (اختلالات اضطرابی). SCID-CV برای اجرا در مورد بیماران روان پزشکی یا بیماران مبتلا به بیماری طبی کاربرد دارد. مناسب‌ترین سن برای اجرای این ابزار حداقل ۱۸ سالگی است، اما می‌توان با تغییرات جزئی برای نوجوانان نیز از آن استفاده نمود. برای فهم آن تحصیلاتی در حدود ۸ کلاس لازم است و افراد مبتلا به اختلالات شدید شناختی یا دارای نشانه‌های شدید سایکوتیک را نمی‌توان با این مصاحبه ارزیابی کرد (همان منبع).

داده‌هایی از SCID-I از ۵۰۶ جفت مصاحبه‌گر به شکل آزمون-آزمون مجدد، گردآوری شد. آزمودنی‌ها به شکل تصادفی انتخاب شدند، اما کاپا براساس تشخیص‌ها و استفاده از ابزارهای دیگر مانند مقیاس مصاحبه تشخیصی انستیتو بهداشت روان و مقیاس اختلالات خلقی و اسکیزوفرنی متفاوت بود. در مطالعات جدیدتر با توجه به گروه تشخیصی خاص، کاپا بسیار بالا بین ۰/۷ تا ۱ گزارش شده است (فرست و همکاران، ۱۹۹۷؛ به نقل از بختیاری، ۱۳۷۹).

در یک مطالعه کرنز لرو همکاران (۱۹۹۵)، به نقل از بختیاری، (۱۳۷۹) با استفاده از SCID برای سوء مصرف کنندگان مواد، روایی این ابزار را در مقایسه با سایر مصاحبه‌های بالینی استاندارد، بسیار بالا گزارش کردند. در پژوهش بختیاری (۱۳۷۹) روایی این ابزار به وسیله متخصصین روان شناس بالینی بررسی و تأیید شد و با استفاده از روش بازآزمایی در فاصله یک هفته پایایی برابر ۰/۹۵ به دست آمد.

ب) تست آمفتامین: راه اصلی خروج مت‌آمفتامین از بدن، از طریق ترشح کلیوی یا همان ادرار است که با استفاده از تست آمفتامین می‌توان مصرف آن را تشخیص داد.

ج) پرسشنامه^۱ MAP: این پرسشنامه توسط مارسدن^۲ و همکاران (۱۹۹۸) در مرکز ملی اعتیاد انستیتوروان پزشکی لندن ساخته شد. مپ پرسشنامه کوتاهی است که در پژوهش‌هایی که بر روی نتایج درمانی تمرکز دارند^۳ (NTORS) به کار می‌رود. پرسشنامه مپ چهار حوزه استفاده از مواد، رفتارهای تهدیدکننده سلامتی، نشانه‌های سلامت (جسمانی و روانی) و عملکرد شخصی، اجتماعی را مورد سنجش قرار می‌دهد. مپ اولین پرسشنامه به کار گرفته شده در انگلستان جهت ارزیابی این چهار حوزه در مورد افراد با مشکلات دارویی و الکلی است. همچنین مپ به عنوان ابزار اصلی تحقیقات، و منبعی برای آن دسته از خدمات درمانی که تمایل به بکارگیری مطالعات نتیجه محور دارند، طراحی شده است. نهایت زمان اتمام پرسشنامه برای بیشتر افراد ۱۲ دقیقه و می‌تواند به طور مستمر در مقاطع قبل، حین و پس از مداخله به کار رود. این در حالی است که ابزاری مانند ASI^۴ (شاخص شدت اعتیاد) و OPI (شاخص درمان آپیوم) به دلیل زمان اتمام آنها (حدود ۴۵ دقیقه) در انگلستان مورد استفاده قرار نمی‌گیرند. از مزایای پرسشنامه مپ علاوه بر اجرای کوتاه، کاهش نگرانی اجرایی پرسنل درمانی، معتبر و پایا بودن و امتیازدهی و تفسیر آسان؛ این است که می‌توان از سنجش‌های مقوله‌ای متناسب با هدف پژوهش نیز سود برد. لذا در پژوهش حاضر و با توجه به اهداف پژوهشی، حوزه نشانه‌های سلامت شامل نشانه‌های سلامت جسمانی و نشانه‌های سلامت روانی به کار گرفته شده است.

نشانه‌های جسمانی: یک معیار ده موردی نشانه‌های سلامت جسمانی از لیست ۵۱ موردی OTI (دارک و همکاران، ۱۹۹۱) پس از بررسی‌های متعدد اقتباس و بر روی ۱۰۷۵ نفر شرکت‌کننده در برنامه NTORS مورد ارزیابی قرار گرفت. برای هر کدام از پنج سیستم عملکردی بدن، دو مورد که بیشترین ارتباط را نشان می‌دادند انتخاب و در فرم نهایی قرار

1. Maudsley addiction Profile

2. Marsden, J.

3. National Treatment Outcom Research Study

4. Addiction Severity Index

گرفتند: سیستم کلی (اشتهای کم و خستگی، $r = 0/31$)، قبلی - تنفسی (دردهای قفسه سینه و دشواری در تنفس، $r = 0/39$)، شکمی - روده‌ای (تهوع و دردهای شکمی، $r = 0/38$)، عصبی (لرزش‌ها و سستی، $r = 0/41$)، و عضلانی - استخوانی (درد مفصل، سفتی و انقباض ماهیچه‌ای، $r = 0/32$).

به منظور ارزیابی تناوب تجربه هر کدام از نشانه‌ها، معیاری پنج گزینه‌ای شامل هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب و همیشه (امتیاز از ۰-۴) استفاده شد. شاخص نمره نهایی در این بخش براساس جمع امتیازات هرده مورد محاسبه می‌گردد. پایایی درونی^۱ مقیاس رضایت بخش بود (آلفا = ۰/۷۷).

نشانه‌های روان‌شناختی: برای ارزیابی نشانه‌های سلامت روانی نیز، معیاری ده موردی از دوزیرمجموعه اضطراب و افسردگی فهرست نشانه‌های کوتاه (BSI)^۲، دراگوتیس، (۱۹۷۵) اقتباس گردید. پایایی درونی بخش اضطراب شامل «احساس تشویش و اضطراب»، «ترس ناگهانی بدون دلیل»، «احساس ترس»، «عصبی بودن و لرزش درونی» و «مقاطع کوتاه وحشت»، $0/88$ و پایایی درونی بخش افسردگی شامل «احساس ناامیدی در قبال آینده»، «احساس بی ارزش بودن»، «احساس بی علاقه‌گی»، «احساس تنهایی» و «افکار پایان‌دهی به زندگی»، $0/81$ است. نحوه امتیازدهی نیز مشابه بخش نشانه‌های جسمانی پرسشنامه می‌باشد (۰-۴).

اعتبار آزمون نیز از طریق شیوه‌های اذعان به مصرف دارو، شاخص‌های سلامت جسمانی و روانی و همچنین سنجش درگیری‌های ارتباطی مورد ارزیابی و در حد رضایت بخش گزارش شده است (مارسدن و همکاران، ۱۹۹۸).

د) مقیاس تکانشگری بارت^۳: این پرسشنامه (ویرایش یازدهم) که توسط ارنست بارت و همکاران (۲۰۰۴، نقل از عدالتی، ۱۳۸۶) ساخته شده است، برپایه نظریه شخصیتی

1. Internal Reliability
2. Brief symptom Inventory
3. Barratt Impulsivity Scale (BIS11)

بابت قرارداد و حاوی ۳۰ سؤال است که ۳ عامل (تکانشگری شناختی^۱، تکانشگری حرکتی^۲ و بی‌برنامگی^۳) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. سئوالات به صورت ۴ گزینه‌ای از «به ندرت تا تقریباً همیشه» درجه‌بندی شده‌اند و بیشترین نمره کسب شده ۱۲۰ خواهد بود. روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه توسط اختیاری و همکاران (۱۳۸۷) انجام گرفته است که نتایج پژوهش حاکی از روایی و اعتبار مطلوب این پرسشنامه است. (روایی حدود ۰/۵ و پایایی بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است)

ه) پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه در بردارنده اطلاعاتی همچون سن، سطح تحصیلات، وضعیت سکونت، وضعیت تأهل، شغل، نوع ماده مصرفی، روش مصرف، طول مدت مصرف و سابقه درمان است که توسط مصاحبه‌گر طی مصاحبه تکمیل گردید.

و) درمان فعال‌سازی طرحواره‌های معنوی مبتنی بر ذهن آگاهی: این روش در چهارچوب پکیج ۹ جلسه‌ای طرحواره خود- معنوی آوانتس و مارگولین (۲۰۰۴) منطبق با آداب اخلاقی و رفتاری اسلامی (دباغی، ۱۳۸۵) استفاده شد.

برنامه درمانی فعال‌سازی طرحواره‌های معنوی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	موضوع جلسه	محتوای جلسات
مقدماتی	معرفی برنامه و آشنایی	آشنایی، ایجاد رابطه، مقررات گروهی، هدف و منطق درمان، اجرای پرسشنامه، مصاحبه انگیزشی معنوی
۱	شناخت بیماری، معناد و فرایند بهبودی، ذهن آگاهی	اعتیاد چیست؟ معناد کیست؟ اصول بهبودی، شخصیت معنوی و اعتیادی، نگاه به ذهن، مکانیسم‌های دفاعی
۲	آموزش الگوهای عادت‌ی ذهن، خودآگاهی معنوی و هوشیاری بر ذهن	خودآگاهی، تمرکز، هدایت خودکار ذهن سرگردان
۳	قدم اول و دوم NA، آموزش اخلاق	رابطه با خود، دیگران و خداوند، تغییر رفتار، گفتار و کردار، برنامه ریزی روزانه

1. Cognitive Impulsivity
2. Motor Impulsivity
3. Non Planning

جلسه	موضوع جلسه	محتوای جلسات
۴	آشنایی با عوامل عود	علام هشداردهنده موقعیت‌های پرخطر (راه اندازها)، مقابله معنوی و شناختی - رفتاری به وسیله ذهن آگاهی
۵	ذهن آگاهی واریسی بدن، نظارت بر افکار و احساسات	مدیریت وسوسه، مشاهده، توصیف و مشارکت
۶	پاسخ همراه با حضور ذهن در مقابل واکنش عادت	تمرین حضور ذهن، مقابله با رفتار عادت
۷	تفکر معنوی و مدیریت فکر، مدیریت هیجان	استفاده از مقابله ذهن آگاهی و معنوی در مقابل افکار عادت و هیجانات منفی، خودگویی، پذیرش، جایگزین کردن
۸	مدیریت لغزش، مدیریت مشکل، تغییر سبک زندگی و برنامه ریزی تغییر	آشنایی با فرایند لغزش و مشکل و راه‌های مقابله، سبک زندگی معنوی، مدیریت زمان
۹	جمع بندی جلسات، واریسی روزانه، اجرای مجدد پرسشنامه	مرور مطالب، برنامه ریزی حفظ بهبودی، تکمیل پرسشنامه

یافته‌ها

جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار متغیر «علائم روانی - فیزیولوژیکی وابسته به سوء مصرف مواد» را در گروه‌های کنترل و آزمایش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار علائم روانی - فیزیولوژیکی وابسته به سوء مصرف مواد در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

مرحله	گروه کنترل		گروه فعال سازی طرحواره‌های معنوی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	۴۶/۲۰	۱۰/۸۴۴	۲۶/۰۷	۱۱/۵۶
پس آزمون	۴۶/۵۳	۱۰/۶۳۶	۸/۸۰	۷/۸۰۳
پیگیری	۴۱/۲۰	۹/۳۲۱	۱۷/۰۷	۶/۲۰۴

نمایش میانگین متغیرهای وابسته تحقیق در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در یک نمای کلی:

جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار متغیر "کنترل تکانه" را در گروه‌های کنترل و

آزمایش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می دهد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار کنترل تکانه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

گروه فعال سازی طرحواره های معنوی		گروه کنترل		مرحله
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۱۰/۸۰۸	۷۳/۳۳	۷/۷۳۹	۸۸/۸۰	پیش آزمون
۶/۰۳۲	۵۲/۶۷	۷/۳۲۴	۸۹/۲۷	پس آزمون
۶/۰۶۹	۵۴/۵۳	۹/۶۷۸	۷۹/۶۷	پیگیری

فرضیه پژوهش: درمان فعال سازی طرحواره های معنوی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش علائم وابسته به مواد و کنترل تکانه در معتادین می شود. به منظور آزمون فرضیه و مقایسه میانگین نمرات کنترل تکانه و علائم وابسته به مواد در گروه کنترل و گروه فعال سازی طرحواره های معنوی از تحلیل کواریانس چند متغیره بین گروهی (مانکوا) استفاده شده است که نتایج آن در جداول شماره ۳، ۴، ۵ و ملاحظه می گردد.

جدول ۳: نتایج آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس خطای دو متغیر وابسته تحقیق

متغیر	F	df1	df2	Sig.
علائم وابسته به مصرف مواد	۱/۵۰۸	۱	۲۸	۰/۲۳۰
کنترل تکانه	۱/۴۲۲	۱	۲۸	۰/۲۴۳

در جدول ۳ با توجه به عدم معنی داری مقدار F در سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۵ ($P > 0.05$)، باید گفت که واریانس خطای متغیرها در بین گروه های کنترل و آزمایش، با هم برابر بوده و از این حیث تفاوتی بین آنها وجود ندارد و مفروضه تساوی خطای واریانس ها برقرار است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا)

تأثیر	مقدار	F	درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری	مجذوراتا
اثر پیلایی	۰/۸۴۳	۶۶/۸۸۴	۲	۲۵/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۸۴۳
اثر لامبدای ویلکز	۰/۱۵۷	۶۶/۸۸۴	۲	۲۵/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۸۴۳
اثر هتلینگ	۵/۳۵۱	۶۶/۸۸۴	۲	۲۵/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۸۴۳
بزرگترین ریشه روی	۵/۳۵۱	۶۶/۸۸۴	۲	۲۵/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۸۴۳

گروه

همانطور که در جدول بالا ملاحظه می‌گردد نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری حاکی از آن است که پس از حذف اثر پیش آزمون بین پس آزمون گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر وابسته ترکیبی تفاوت معنادار وجود دارد. بر این اساس می‌توان گفت که ۸۴ درصد تفاوت بین پیش آزمون و پس آزمون متغیر وابسته ترکیبی ناشی از فعال‌سازی طرحواره‌های معنوی بوده است. به منظور بررسی تفاوت تک تک متغیرهای وابسته دو تحلیل واریانس تک متغیره در متن مانکوا صورت گرفت. نتایج این تحلیل در جدول زیر گزارش شده است:

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا)، اثر بین آزمودنی‌ها و اثر فعال‌سازی

طرحواره‌های معنوی بر علائم وابسته سوء مصرف مواد و کنترل تکانه در معنادین در پیش و پس آزمون

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig.	Eta	توان آماري
گروه	علائم وابسته پس آزمون	۱۷۵۰/۰۷۵	۱	۱۷۵۰/۰۷۵	۵۶/۷۴۱	۰/۰۰۰	۰/۶۸۶	۱/۰۰۰
	کنترل تکانه پس آزمون	۳۳۱۰/۹۳۳	۱	۳۳۱۰/۹۳۳	۸۶/۴۴۸	۰/۰۰۰	۰/۷۶۹	۱/۰۰۰
خطا	علائم وابسته پس آزمون	۸۰۱/۹۲۳	۲۶	۳۰/۸۴۳				
	کنترل تکانه پس آزمون	۹۹۵/۷۹۳	۲۶	۳۸/۳۰۰				

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig.	Eta	توان آماری
کل	علائم وابسته پس آزمون	۳۶۰۷۸/۰۰۰	۳۰					
	کنترل تکانه پس آزمون	۱۶۲۳۹۵/۰۰۰	۳۰					

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بین گروهی نشان می دهد که درمان فعال سازی طرحواره های معنوی بر هر دو متغیر علائم روانی- فیزیولوژیکی وابسته به سوء مصرف مواد و کنترل تکانه تأثیر مثبت و معناداری دارد. یعنی به لحاظ آماری، میانگین نمره علائم وابسته به سوء مصرف مواد ($F= ۵۶/۷۴۱$) و کنترل تکانه ($F= ۸۶/۴۴۸$) در دو گروه کنترل و آزمایش (فعال سازی طرحواره های معنوی) با هم متفاوت است. ضمناً با توجه به ارقام مندرج در جدول مبنی بر عدد مجذورات می توان این نتیجه را گرفت که در مجموع، درمان فعال سازی طرحواره های معنوی توانسته است ۶۸ درصد علائم روانی- فیزیولوژیکی وابسته به سوء مصرف مواد و ۷۶ درصد تکانشگری را در معتادین کاهش دهد.

حال به منظور مقایسه میانگین متغیرهای تحقیق در دو مرحله پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش فعال سازی طرحواره های معنوی، از آزمون t زوجی استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

جدول ۶: آزمون t زوجی (مقایسه میانگین متغیرهای تحقیق در دو مرحله پس آزمون و پیگیری در گروه درمان)

متغیرهای وابسته تحقیق	t	Df	Sig.	
علائم وابسته به سوء مصرف مواد				
جفت اول	در مرحله پس آزمون - در مرحله پیگیری	-۸/۴۱	۱۴	۰/۰۰۱
کنترل تکانه				
جفت دوم	در مرحله پس آزمون - در مرحله پیگیری	-۲/۱۳	۱۴	۰/۳۳

در جدول ۵، با استناد به مقدار آزمون $t(۴۱) = -۸$ و $sig = .۰۰۱$ برای متغیر علائم وابسته و $t = -۲$ ، ۱۳ و $sig = -.۳۳$ برای متغیر کنترل تکانه) می‌توان گفت، در گروه فعالسازی طرحواره‌های معنوی در متغیر علائم وابسته به سوء مصرف مواد در دو مرحله پس آزمون و پیگیری، تفاوت معنادار مشاهده شده است ($p < .۰۵$) بطوریکه میانگین این متغیر در گروه فعالسازی طرح‌واره‌های معنوی در مرحله پیگیری افزایش پیدا کرده است. اما میانگین متغیر کنترل تکانه در این گروه در دو مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری با یکدیگر نداشته است.

در ادامه به منظور حصول اطمینان از نتایج حاصله از آزمون t زوجی از آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۷ آمده است.

جدول ۷: آزمون اندازه‌گیری مکرر، جدول آزمون‌های اثرات بین

آزمودنی‌ها در گروه فعالسازی طرحواره‌های معنوی

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig.
گروه	علائم وابسته به سوء مصرف مواد	۱۳۴۸۵/۳۵۶	۱	۱۳۴۸۵/۳۵۶	۸۲/۱۹۳	۰/۰۰۰
	کنترل تکانه	۱۶۲۹۶۱/۴۲۲	۱	۱۶۲۹۶۱/۴۲۲	۱۸۴۲/۰۰۰	۰/۰۰۰
خطا	علائم وابسته به سوء مصرف مواد	۲۲۹۶/۹۷۸	۱۴	۱۶۴/۰۷۰		
	کنترل تکانه	۱۲۳۸/۵۷۸	۱۴	۸۸/۴۷۰		

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس آنچه از تحلیل داده‌های مبتنی بر فرضیه به دست آمده است نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری گروهی یا مانکوا نشان می‌دهد که درمان فعال سازی طرحواره‌های معنوی مبتنی بر ذهن آگاهی بر هر دو متغیر وابسته پژوهش شامل علائم روانشناختی - فیزیولوژیکی وابسته به سوء مصرف مواد و کنترل تکانه تأثیر معنی داری

داشته است (مقایسه دو مرحله‌ی پیش و پس آزمون). به عبارتی به لحاظ آماری، میانگین نمره علائم وابسته به استفاده از مواد مخدر و نمره تکانشگری در دو گروه کنترل و آزمایش (درمان فعال سازی طرحواره های معنوی) باهم متفاوت است ($F=56.714$, $P<0.01$ برای متغیر روانی - فیزیولوژیک و $F=86.448$, $P<0.01$ برای متغیر کنترل تکانه). نتایج آزمون اتا نیز نشان می‌دهد که درمان فعال سازی طرحواره های معنوی مبتنی بر ذهن آگاهی به میزان $۶۸/۶\%$ علائم سایکو- فیزیولوژیکی وابسته به سوء مصرف مواد و $۷۶/۹\%$ علائم تکانشگری را در معنادین کاهش دهد. این یافته‌ها با یافته‌های مطالعات: دباغی (۱۳۸۵ و ۱۳۹۱)؛ آوانتس، بیتل و مارگولین (۲۰۰۵)؛ مارگولین، بیتل، شومان و آوانتس (۲۰۰۶)؛ آمارو، گاتمایا و ملندز (۲۰۱۰)؛ بائر (۲۰۱۱)؛ راس (۲۰۱۲) و کوئینگ (۲۰۱۲) همسو و سازگار است.

یافته‌های مربوط به مقایسه‌ی میانگین‌های متغیر سایکو- فیزیولوژیک در هر دو مرحله‌ی پس آزمون و پیگیری (جدول ۵) در گروه درمان فعال سازی طرحواره های معنوی تفاوت معنا داری را نشان می‌دهد ($sig=۰/۰۰۱$ و $t=-۸/۴۱$)، در حالی که این تفاوت در مورد متغیر کنترل تکانه معنی دار نیست ($t=-۲/۱۳$ و $sig=۰/۳۳$). این یافته نشان می‌دهد که علائم سایکو- فیزیولوژیک در مرحله پیگیری به میزان معنا داری به وضعیت پیش آزمون نزدیک شده است هر چند که هنوز نسبت به خط پایه (پیش آزمون) فاصله وجود دارد (map پیش آزمون = $۲۶/۰۷$ ؛ و map پیگیری = $۱۷/۰۷$). دلیلی که می‌توان برای برگشت علائم فیزیولوژیکی (map پیش آزمون = ۹ ، و map پیگیری = $۸/۹۳$) مطرح کرد صدمه ای است که مصرف مزمن قرص مت به سیستم دفاعی و دستگاه عصبی فرد وارد کرده است. در برخی موارد شاهد این قضیه هستیم که علائم ترک تا سال‌ها حتی مادام العمر در افراد مصرف کننده‌ی مت باقی می‌ماند و به همین خاطر ناچارند از داروهای ضد افسردگی و ضد روان پریشی استفاده کنند (کلتنر، نورمان و فولکس، ۲۰۰۵).

این در حالی است که علائم روانشناختی در مرحله‌ی پیش آزمون ($۱۷/۰۷$) و در مرحله‌ی پیگیری ($۸/۱۳$) گزارش شده است که نشان دهنده این است که

آسیب‌های روانشناختی در حد مناسبی بهبود یافته اند.

در تبیین اثربخشی معنادار روش درمان فعال‌سازی طرحواره‌های معنوی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توان گفت تغییراتی که احتمالاً در سبک زندگی بیماران در جهت گیری نسبت به داشتن یک زندگی اخلاقی و معنوی به وجود آمده، دلیل این اثربخشی است. مطالعات زیادی اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی و معنویت را در درمان اختلالاتی مثل سوء مصرف مواد (چیسا و سرتی، ۲۰۱۳؛ بوئن و اینکما، ۲۰۱۴)؛ افسردگی (هافمن، ساویر، ویت و او، ۲۰۱۰؛ ویتکوویتز و بوئن، ۲۰۱۰)؛ کنترل تکانه و افزایش انگیزه ترک (آمارو و همکاران، ۲۰۱۰)؛ دالی، اوریت و رایینز (۲۰۱۱) و اضطراب (بوئن، شاولو و ویتکوویتز، ۲۰۱۳؛ بروئر و همکاران، ۲۰۰۹؛ بروئر، بوئن و اسمیت، ۲۰۱۰) نشان داده است. به نظر می‌رسد در نتیجه یادگیری و استفاده از مکانیسم‌هایی مثل توجه به تجربه جاری و پذیرش بدون قضاوت رخدادها و ایجاد یک رابطه جدید با افکار و احساسات، این ظرفیت برای بیمار به وجود می‌آید تا بتواند با وسوسه‌های درونی و نشانه‌های بیرونی برانگیزاننده هوس به خوبی مقابله نماید. در واقع بیمار صاحب یک سبک جدید مقابله‌ای با استرس‌ها و حوادث درونی و بیرونی در مسیر زندگی می‌گردد. احتمالاً یکی از دلایل مهم افزایش نمرات در مرحله پیگیری در گروه آزمایش این است که معتادان مت‌آمفتامین معمولاً نیاز دارند یک سال یا بیشتر در بیمارستان یا مرکز درمانی بستری شوند. زمان طولانی موجب می‌شود که سلول‌های عصبی آسیب دیده دوپامین مغز، فرصت ترمیم بیابند. معتادان شیشه به این زمان نیاز دارند تا با این مسأله کنار آمده و اثرات جسمی و روحی ناشی از آسیب مغز را درمان کنند (مه‌لینگ، ۲۰۰۸). امروزه در پژوهش‌های مربوط به حوزه سلامت، حداقل به سه دلیل به نقش زندگی دینی و معنوی انسان در سلامت وی توجه می‌شود: اول این که دین یک سامانه منسجم ایجاد می‌کند که باعث می‌شود افراد برای زندگی معنا پیدا کنند و به آینده امیدوار باشند این سامانه باورهای دینی به افراد امکان می‌دهد که به نامالیمات، فشارهای روانی و فقدان‌های گریز

ناپذیر که در روند چرخه زندگی رخ می‌دهند معنا دهند و به یک زندگی بعدی که در آن این گونه دشواری‌ها وجود ندارد امیدوار و خوش بین باشند. دوم این که، جزو جامعه دینی بودن و حضور در امور مذهبی، برای افراد حمایت اجتماعی فراهم می‌آورد. سوم این که، پرداختن به مذهب اغلب با سبک زندگی جسمانی و روانی سالم تر همراه است که مشخصه‌ی آن اعتدال در تغذیه و امور زیستی، رفتار نوع دوستانه‌ی اجتماع خواه (به جای ارتکاب جرم)، وفاداری زناشویی و پای بندی به کار سخت است (سلیگمن، ۲۰۰۲). هم چنین دیده شده که مراقبه به عنوان یک تمرین روحی با سلامت شخصی برتر در ارتباط است (هایز، لوما و باند، ۲۰۰۶). از سوی دیگر، معنویت بودایی معتقد است که چون انسان در برابر اغوا شدن و تسلیم شدن به هوس و میل، موجود مستعدی است بنابراین باید بر کل ظرفیت ذهنی خود (whole mind) برای رسیدن به بالاترین حد مقاومت، تمرکز کند. هدف نهایی درمان فعال‌سازی طرحواره‌های معنوی (3-S) این است که طرحواره‌ها و شناخت‌های معنوی برای فعالیت‌های مختلف زندگی به راحتی در دسترس بوده و در موقعیت‌های متعدد به آسانی فعال گردند. مترادف اصطلاح بودایی "کل ظرفیت ذهنی"، اصطلاح "پر کردن ذهن" (filling the mind) و ویلیام جیمز و اصطلاح شناختی "افزایش تعداد گره‌ها در شبکه تداومی" (increasing nodes) قرار دارند که همگی بر همان مضمون فوق دلالت دارند. مارگولین و آوانتس (۲۰۰۵) بر اساس تعالیم بودایی معتقدند همه انسانها در کودکی با شخصیتی معنوی رشد می‌کنند اما برخی از آنها به تدریج به خاطر داشتن خلاء، تجربه‌های رنج‌زا و داشتن این توهم که مصرف مواد باعث دوری آنها از رنج می‌شود به اعتیاد روی آورده و به شخصیتی معتاد مبدل می‌گردند، آنها تنها مسیر بازگشت به شاهراه زندگی طبیعی و خوشبخت را آگاه شدن به شخصیت معتاد خود و رجعت به سمت شخصیت فطری و اولیه خود یعنی شخصیت معنوی می‌دانند. بیدار سازی طرحواره‌های معنوی و فطری بیمار از طریق تغییر در شیوه زندگی، ایجاد انگیزه و تعهد، درک بهتر خود به عنوان یک انسان با ارزش

وتوانمند، ایجاد معنا و هدف در زندگی، افزایش تلاش برای مقابله با مشکلات و همچنین کنترل تکانه‌ها و پرهیز از بازگشت به زندگی همراه با مواد نقش بسیار مؤثر و کارآمدی به عهده دارند. در طرحواره درمانی اعتقاد بر این است که مسئولیت تغییر بر عهده خود فرد است. ابتدا تغییرات در سطح درون فردی اتفاق افتاده و سپس به تغییرات میان فردی نیز گسترش می‌یابد. درمان 3-S، فرد بیمار را از وجود و تسلط شخصیت معتاد بر افکار، هیجانات و اعمال او آگاه ساخته و سعی میکند فرد به یک تجربه ناهمخوان با خود واقعیش (self-discrepancy) دست یابد. از طرفی، چون فرد معتاد با کارکرد طرحواره خود-معتاد خویش آشنا می‌شود لذا این آشنایی توان پیش بینی تهدیدات مسیر درمان را در او به وجود می‌آورد (مثل عدم شرکت در جلسات، عدم انجام تکالیف خانگی، تردید در ترک مواد و...). همین پیش بینی اراده‌ی او را برای تغییر و پایداری افزایش می‌دهد (آمارو و همکاران، ۲۰۱۰).

در نهایت اینکه اعتیاد با نوعی تفکر خودکار آمیخته با لذت جویی و گریز از درد همراه است که به طور گسترده‌ای توسط بخش ابتدایی یا کهنه مغز مدیریت می‌شود. تلفیق ذهن آگاهی و معنویت کمک بزرگی برای کاهش این مدیریت از طریق تقویت بخش منطقی یا پیشرفته مغز و شکستن لوپ‌های عصبی عادت است (گاردنر، ۲۰۱۱).

همانطور که در این مطالعه ملاحظه گردید درمان فعال‌سازی طرحواره‌های معنوی مبتنی بر ذهن آگاهی علائم روانشناختی - فیزیولوژیکی وابسته به سوء مصرف مواد و کنترل تکانه را کاهش داد. با توجه به اینکه نمونه مورد مطالعه در این پژوهش افرادی بودند که دارویی را مصرف نمی‌کردند بنابراین به نظر می‌رسد بهتر است به منظور تعمیم بهتر نتایج، گروهی را که دارو درمانی برای آن‌ها انجام شود نیز در مطالعات بعدی مدنظر قرار گیرند. با توجه به محدود بودن سوابق داخلی پیرامون اثربخشی درمان فعال‌سازی طرحواره‌های معنوی مبتنی بر ذهن آگاهی در رابطه با علائم روانی-جسمانی افراد مبتلا به سوء مصرف شیشه، تبیین و توضیح یافته‌های به دست آمده نیازمند مطالعات

بیشتری در آینده است. پیشنهاد می شود که در پژوهش های بعدی اثربخشی سایر درمان های روانشناختی به طور مقایسه ای با درمان فعال سازی طرحواره های معنوی مبتنی بر ذهن آگاهی مورد بررسی قرار گرفته تا بتوان بر اساس آن الویت درمان انتخابی را به طور دقیق تر مشخص نمود. همچنین پیشنهاد می شود که در مطالعات بعدی تأثیر درمان فعال سازی طرحواره های معنوی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سایر علائم روانشناختی مانند افسردگی و حافظه مورد بررسی قرار گرفته و نتایج آن با یافته های این پژوهش مقایسه گردد.

منابع

- ایزدی، سیروس (۱۳۸۹) دارودرمانی اعتیاد به آمفتامین (شیشه)، نشریه ستاد مبارزه با مواد مخدر، دفتر آموزش و تحقیقات، پاییز ۸۹
- دباغی، پروین، اصغر نژاد، علی اصغر، عاطف وحید، محمد کاظم و بوالهری، جعفر (۱۳۹۱) اثربخشی پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی در درمان وابستگی به مواد افیونی و سلامت روانی، مجموعه مقالات پژوهشی سوء مصرف مواد، ستاد مبارزه با مواد مخدر، انتشارات اطلاعات
- مکرری، آذرخش (۱۳۸۹) مشکلات رفتاری سوء مصرف شیشه، نشریه ستاد مبارزه با مواد مخدر، دفتر آموزش و تحقیقات، زمستان ۸۹
- مکرری، آذرخش؛ اختیاری، حامد؛ عدالتی، هانیه و نادری، پریسا (۱۳۸۷) ارتباط شاخص های تکانشگری و رفتارهای مخاطره جویانه با شدت ولع مصرف در گروه های مختلف معتادان به مواد افیونی، مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی، شماره ۳
- مهلینگ، زندی (۲۰۰۸) مت آمفتامین (شیشه)، ترجمه سیدمهرداد مظفر و نازیلا رستمی، تهران، دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۹
- Amaro, H., Gatmaytan, C., Melendz, M., et al., (2010). Addiction Treatment Intervention -An uncontrolled Prospective Poilot Study of Spiritual Self-Schema Therapy with Latin Woman. -substance, 31 ,117-125
- Avants, S.K., Beitel, M., Margolin, A., (2005). Making the shift from "addict self to spiritual self". Results from a stage I study of spiritual self schema (3-S) therapy for treatment of addiction and HIV risk behavior. Mental Health Religion Culchre, 8, 167-177.
- Baer, R.A., (2011). Measuring mindfulness. Contemporary Buddhism, 12, 241-

261.

- Baer, R. A., (2003). Mindfulness training as a clinical intervention- A conceptual and empirical review *Clinical Psychology- Science and Practice*, 10(2), 125-143.
- Blakeslee, Sandra., (June 2006). "This is Your Brain on Meth- A 'Forest Fire' of Damage." *The New York Times*. July 20, 2004. Available online- URL- <http://www.loni.ucla.edu/~thompson/MEDIA/METH/nytMETH.htm>. Downloaded.
- Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G.A.,(2010).Mindfulness-based relapse prevention for addictive. *Addiction*, 105 ,1098-1706.
- Bowen, S.,and Enkema, M.,(2014).Relationship between dispositional mindfulness and substance use -Findings from a clinical sample.*Addictive Behaviors* 39,532-537.
- Bowen, S.,Chawla, N.,Witkiewitz, K.,(2013).Mindfulness – based relaps prevention for addictive behaviors in R.A.Baer (E.D).Mindfulness- based treatment approaches -A clinician’s guide (seconded).Sandiego. CA.US Elsevier Academic Press (under review).
- Brewer, J.A., Bowen, S., Smith, J.T., etal.(2010).Mindfulness –based treatment for co-occurring depression and substance use disorder-What can we learn from the brain ? *Addiction* 105 , 1098-1706.
- Brewer, J.A., Sinha, R.,Chen, J.A., etal(2009).Mindfulness training reduces stress reactivity and relapse in substance abuse-Results from a randomized,controlled pilot study.*Subst. Abuse*, 30, 306-317.
- Chiesa, A., &Serretti, A., (2013).Are mindfulness-based interventions effective for substance use misuse. *Early online* ,1-22.
- Dalley, J.W., ,Everitt, B.J., and Robbins, T.W., (2011). Impulsivity,Compulsivityand top-down cognitive control *Neuron* 69.this issue ,680-694.
- Dawe, S., Gullo, M. J., Loxton, N. J., (2008). Impulsivity and adolescent substance use: Rashly dismissed as "all-bad"? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 32 1507-1518.
- Dean, S., Carson, J., Cornish, I., Guostella, A. J., Hunt, G. E. & Mc Gregor. I. S. (2010). Oxytocin decreases methamphetamine self-administration, methamphetamine- seeking behaviour in rats, *Vol 58, PP. 38-43*.
- DeWit H,(2009).Impulsivity as adeterminant and consequence of drug use :A review of underlying processes .*Addict. Biol.*14,22-31. of underlying processes .*Addict*.
- Doran, N., McChargue, D., & Cohen, L. (2004). "Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking relaps". *Nicotine and Tobacco Research*, 6(4): 641-7.
- Ersche, K.,and etal (2013) . .Abnormal Brain Structure Implicated in stimulant Drug addiction. *Brain*,134.
- Gardener E.L(2011).Addiction and brain reward and anti reward pathways.*Advances in Psychosom Medicine* 30 .22-60.
- Greater Dallas Council on Alcohol & Drug Abuse. "Methamphetamine." Available online. URL: <http://www.gdca-da.org/statistics/meth/meth2.htm>.

Downloaded on April 22, 2007.

- Hayes, S., Louma, J.B., & Bond, F., (2006). Acceptance and commitment therapy- Model, Process and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Henry, B. L., Minassian, A., & Perry, W., (2010). Effect of methamphetamine dependence on everyday functional ability, *Addictive Behaviors*, 35, 6, 593-598.
- Hofmann, S.G., Sawyer, A.T., Witt, A.A., & oh, D., (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression- A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183.
- Kabat- Zinn, J., (2003). An outpatient Program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Keltner, Norman, L., and David, G., Folks,(2005). *Psychotropic Drugs*. St. Louis- Elsevier, Inc.
- Koenig, H.G., (2012). Religion, Sprituality, and Health- The Research and Clinical Implications. Article ID 278730, 33 pages.
- Koenig, H.G., (2013). *Spirituality in Patient Care*, Templetan Press, Conshohocken, Pa, USA, 3rd, edition.
- Kuhn, C., Swartzwelder,S., and Wilkie Wilson,W.,(1998). *Buzzed*. New York: W.W. Norton & Company. Inc.
- Leshner, A., (1999). *Principles of drug addiction treatment: a research-based guide*. National
- Margolin, A., & Avants, S. K., (2004). *The spiritual self schema for the treatment of addiction and HIV risk behavior*, Yale University Press.
- Margolin,A.,Beitel,M., Schuman-Oliver,Z., Avants,SK.,(2006).A controlled study of a spirituality- focused intervention for increasing motivation for HIV prevention among drug user,*AIDS Educ Prevent*,18,311-322.
- Marllat, Q. A., Parks, C. A., & Witkewitz, K., (2002). *Clinical guidelines for implementing relapse prevention therapy*. University of Washington Press.
- Midwest High Intensity Drug Trafficking Area (Midwest HIDTA), Iowa Governor's Office of Drug Control Policy, "Life or Meth: What's the Cost? Education Program". Available online. URL: <http://www.lifeormeth.org>.Downloaded on August 15, 2006.
- Myrseth, H., Pallesen, S., a, Molde, H., Johnsen, B. H., Lorvik, I.M., (2009). "Personality factors as predictors of pathological gambling", *Personality and Individual Differences* 47, 933-937.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). "NIDA InfoFacts: Methamphetamine". Available online. URL: <http://www.drugabse.gov/infofacts/methamphetamine.html>. Updated on June 3, 2005.
- Nordahl, Thomas E., M.D.(2005). "Brain Region Recovery Possible In Former Methamphetamine Users". *Archives of General Psychiatry* 62: 444-452. Available online. URL: <http://www.sciencedaily.com>. Posted on April 22, 2005.
- Perry, J., L., Larson, E., B., German, J., P., Madden, G., J., & Carroll, M.E., (2005). "Impulsivity (delay discounting) as a predictor of acquisition of IV

- cocaine self-administration in female rats". *Psychopharmacology (Berl)*, 178(2-3)- 193-201.
- Russ, T.c & etal. (2012). "Association between psychological distress and mortality- individual participant pooled analysis of 10 prospective cohort studies", *British Medical Journal*, Vol, 345, Article Ide 4933.
 - Salo, R., Gabay, S., Fassbender, C., & Henik, A., (2011). Distributed attentional deficits in chronic methamphetamine abusers- Evidence from the Attentional Network Task (ANT), *Brain and Cognition*, Vol 77, 3, PP. 446-452.
 - Scherbauma, N., Kluwiga, J., Speckaa, M., Krauseb, D., Mergeta, B., Finkbeinera, T., & Gastparb, M., (2005). "Group Psychotherapy for Opiate Addicts in Methadone Maintenance Treatment – A Controlled Trial". *European Addiction Research.*; 11: pp 163-171.
 - Segal, Z. V., Williams, J. M., & Teasdale, J. D., (200۳). *Mindfulness based cognitive therapy for depression- A new approach to preventing relapse.* Guilford Press.
 - Shrem, M. T., and Halkitis, P. M. (2008). *Methamphetamine Abuse in the United States: Contextual, Psychological and Sociological Considerations.* *Health Psycho*, 669-679.
 - Tae Kim, Y., Hoon Kwon, D., & chang, Y., (2011). Impairments of facial emotion recognition and theory of mind in methamphetamine abusers, *Psychiatry Research*,
 - U. S. Drug Enforcement Administration (DEA). "Got Meth?". Available online. URL- <http://www.justthinktwice.com/gotmeth/home.html>. Downloaded on August 14, 2006.
 - Volkow, N. D., Fowler, J. S., Wang, G.J., and Swanson, J. M., (June 2004) "Dopamine in Drug Abuse and Addiction: Results from Imaging Studies and Treatment Implications". *Molecular Psychiatry* 9, 6, 557-569.
 - Waxman, S. E., (2009). "A Systematic Review of Impulsivity in Eating Disorders." *Impulsivity in Eating Disorders*, Rev. 17 pp 408-425.
 - Witkiewitz, K., Bowen, S., (2010). Depression, craving and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *Jurnal of consulting and Clinical Psycho logy* ,78,362-364.
 - Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., Hsu, S., (2012). Mindfulness based relapse prevention for Substance craving. *Addictive Behaviors.* Science Direct.
 - Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M., (2003). *Schema Therapy- A Practitioner's guide.* New York- Guilford.