

اثربخشی ذهن آگاهی و مشاوره کاهش آسیب بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر

علی حامدی^۱، شهریار شهیدی^۲، علی خادمی^۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۰/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۴/۱۲

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی ذهن آگاهی بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر صورت گرفت. **روش:** در یک مطالعه نیمه تجربی ۹۰ نفر از مردان سوءمصرف کننده مواد که طی یک هفته اخیر سم زادی کرده بودند از میان کلیه افراد سم زادی کرده در مراکز ترک اعتیاد شهر تهران انتخاب شدند و به صورت تصادفی در یکی از سه گروه مداخله ذهن آگاهی، مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد، کنترل جایگزینی شدند. دو هفته بعد از اتمام مداخله و همچنین دو ماه بعد از پس آزمون، آزمون پیگیری به عمل آمد. تشخیص سوءمصرف مواد با استفاده از مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های محور یک و همچنین آزمایش مرفین صورت گرفت. از آزمون دقیق فیشر برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. **یافته‌ها:** هر دو روش ذهن آگاهی و مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد در جلوگیری از عود سوءمصرف مواد اثربخشی داشت. آموزش ذهن آگاهی و مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد در جلوگیری از عود سوءمصرف مواد اثربخشی یکسانی داشتند. افراد با و بدون سابقه سوءمصرف مواد و همچنین مردان مجرد و متأهل تأثیرپذیری یکسانی از سوءمصرف مواد داشتند. **نتیجه‌گیری:** آموزش ذهن آگاهی و مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد از قابلیت‌های عملی خوبی برای مداخلات بالینی در جلوگیری از عود سوءمصرف مواد دارند.

کلیدواژه‌ها: ذهن آگاهی، مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و سوء مصرف مواد، عود مصرف مواد

۱. نویسنده مسؤل: کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، گروه روان‌شناسی،

آذربایجان غربی، ایران. پست الکترونیک: Hamediali.ps88@yahoo.com

۲. دانشیار روان‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی تهران

۳. استادیار روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، گروه روان‌شناسی، آذربایجان شرقی، ایران

مقدمه

آثار و نتایج زیانبار و مخرب فردی، اجتماعی و فرهنگی سوء مصرف، وابستگی و اعتیاد به مواد سبب شده است تا بیماران سوء مصرف مواد و کادر درمانی جامعه برای پیشگیری، ترک و جلوگیری از عود مصرف مواد اقدام کنند. بر این اساس، متخصصان بهداشتی و مؤسسات آموزشی و درمانی نظریه‌ها، مدل‌ها، راهکارها و فنون مختلفی را در پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد و پیشگیری از عود، ابداع، آزمایش و تجربه کرده‌اند.

گزارش شده است که اکثر افرادی که برای سوء مصرف مواد مراجعه کرده‌اند پس از ترخیص از درمان دچار عود مصرف مواد شده‌اند (مک کی، فرانکلین، پاتاپیس و لینچ^۱، ۲۰۰۶). با وجود این، هنوز شیوه درمان قطعی برای آن یافت نشده است. حتی پس از آن که فرد وابسته، مصرف مواد مخدر را برای مدتی طولانی قطع کند، نیز نمی‌توان امیدوار بود که مصرف مواد را از سر نگیرد. از این جهت عود مصرف مواد یکی از معضلات اصلی درمان افراد دچار سوء مصرف مواد است. به منظور مقابله با عود مصرف مواد مطالعات مختلفی انجام شده است و جمع بندی‌های به‌دست آمده از این مطالعات نشان می‌دهد که اثربخشی درمان‌های نگهدارنده دارویی، بدون مداخله‌های روانی اجتماعی با عود مصرف مواد زیادی همراه است (روزن، وارت، ویندت، برینک، یونگ^۲ و همکاران، ۲۰۰۶).

یکی از رویکردهای مداخلات روانی، کاربرد ذهن آگاهی^۳ در جلوگیری از عود مصرف مواد است. وبتکویتز، مارلات و واکر^۴ (۲۰۰۵) با ترکیب تحقیقات بیش از دو دهه بر پیشگیری از بازگشت به عنوان درمان وابستگی به مواد با فنون موجود بر پایه ذهن آگاهی (سگال، ویلیامز و تیزدل^۵، ۲۰۰۲)، مداخله جدید شناختی رفتاری را برای اختلال‌های مصرف مواد با نام پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی پیشنهاد کردند. بنابراین، پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی، درمان رفتاری جدیدی است که فنون پیشگیری از بازگشت شناختی رفتاری سنتی (پیشگیری از بازگشت) را با مراقبه ذهن آگاهی برای درمان اختلالات مصرف مواد ترکیب می‌کند. از این تلفیق به عنوان موج

1. McKay, Franklin, Patapis & Lynch
3. Mindfulness Based Stress Reduction
5. Segal, Williams & Teasdale

2. Roozen, Waart, Windt, Brink & Yong
4. Witkiewitz, Marlatt & Walker

سوم رفتار درمانی یاد می‌کنند (هایز، لوما و بوند^۱، ۲۰۰۶). از نظر کابات-زین هدف ذهن آگاهی حالتی تغییر یافته از هوشیاری نیست، بلکه حالتی از خود مشاهده‌گری بدون ارزیابی و توجه به واقعیت حال حاضر است (گرینسون^۲، ۲۰۰۸).

ذهن آگاهی، به علت سازوکارهای نهفته در آن، مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون رفتاردرمانی شناختی سنتی، به علت تأثیر برای نگر آینه‌ها، می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از ترک، اثربخشی درمان را افزایش داده و به پیشگیری از عود مصرف مواد کمک کند (ویتکی ویتز و همکاران، ۲۰۰۵؛ مارلات، براون، چاولا و ویتکویتز^۳، ۲۰۰۸؛ برسلین، زاک، مک مین^۴، ۲۰۰۲). گزارش قبلی نشان می‌دهد که ذهن آگاهی در پیشگیری از عود اختلالات سوء مصرف مواد تأثیر مثبتی دارد (سوتی^۵، ۲۰۰۵). همچنین، گزارش شده است افرادی سم زدایی کرده‌ای که مداخله ذهن آگاهی دریافت کرده بودند از فراوانی کمتر عود مصرف مواد طی ۴ ماه برخوردار بودند (باون، چاولا، کولینز^۶ و همکاران، ۲۰۰۹). مطالعه نشان داده است که ذهن آگاهی بواسطه ارتقاء پذیرش و آگاهی فرد به تجربیاتش موجب جلوگیری از عود مجدد سوء مصرف مواد می‌شود و در طیف وسیعی از مشکلات مانند اختلال شخصیت مرزی، سوء مصرف مواد، ضربه روانی و افسردگی (ویتکویتز، باون، داگلاس و هسو^۷، ۲۰۱۳؛ رایگ^۸ و ساندرسون^۹، ۲۰۰۴) ذهن آگاهی در درمان توانبخشی زندانیان الکلی و اختلال اضطراب فراگیر که بخش مهمی از مشکلات افراد ترک کننده اعتیاد است، استفاده و بر نتایج مفید آن تأکید شده است (ویتکویتز و همکاران، ۲۰۰۵؛ ویتکویتز و همکاران، ۲۰۱۳).

با این که ذهن آگاهی روشی مفید برای مداخلات سوء مصرف مواد است، اما عمده مداخلات روانشناختی در ایران مبتنی بر مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد^{۱۰} است و به سایر روش‌های مداخلاتی کمتر توجه شده است. گزارش‌های قبلی نیز

1. Hayes, Luoma & Bond 2. Greeson 3. Marlatt, Bowen, Chawla & Witkiewitz
4. Breslin, Zack & McMain 5. Suti 6. Bowen, Chawla & Collins
7. Witkiewitz, Bowen, Douglas & Hsu 8. Rygh 9. Sanderson
10. behavioral drug and HIV risk reduction counseling

نشان می دهند که الگوی درمانی مبتنی بر مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد در درمان و جلوگیری از عود مصرف مواد و در کنترل ابتلا به HIV مؤثر است (چاورسکی، زو و شاتنفیلد^۱، ۲۰۱۱؛ کو، وانگ، وو، ین، هسو^۲ و همکاران، ۲۰۱۲). اما مطالعات قبلی کمتر به مقایسه روش های مداخلاتی پرداخته اند.

از آنجایی که رویکرد ذهن آگاهی اخیراً در پژوهش های روان شناسی وارد شده است و در ایران روان درمانگران کمی در این حوزه درمانی تربیت شده است و در پژوهش های کمی نیز مورد استفاده قرار گرفته است. با توجه به استفاده از ذهن آگاهی در جلوگیری از عود مصرف مواد و آمار بالای افراد سوء مصرف کننده مواد در ایران نیاز علمی و مطالعاتی زیادی در ایران احساس می شود. بر این اساس، هدف اصلی اجرای این تحقیق در قالب پایان نامه دانشجویی، تعیین اثربخشی ذهن آگاهی و کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

روش پژوهش، شبه آزمایشی از نوع طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری تحقیق شامل کلیه افراد سم زایی شده در مراکز ترک اعتیاد شهر تهران در طی یک هفته گذشته بود. نمونه گیری به روش در دسترس و از بین سه کلینیک ترک اعتیاد انجام شد. ۹۰ نفر گروه نمونه به صورت تصادفی در یکی از سه گروه (مداخله ذهن آگاهی، مشاوره کاهش آسیب، کنترل) جایگزینی شدند. ملاک های ورود عبارت بودند از: داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در تحقیق، سم زدایی طی یک هفته گذشته، مرد بودن، داشتن حداقل ۱۸ و حداکثر ۴۵ سال سن. چنانچه فرد در طول جلسات مداخله طبق ارزیابی روان شناس دچار مشکلات شدید روانی مانند اختلال افسردگی، اضطرابی و یا مشکلات خانوادگی می شد، از تحقیق خارج می شد. غیبت بیشتر از دو جلسه در آموزش ذهن آگاهی و سه جلسه در مشاوره کاهش آسیب موجب خروج شرکت کنندگان از مطالعه می شد.

۱۰۴

104

سال هفتم، شماره ۲۸، زمستان ۱۳۹۲
Vol. 7, No. 28, Winter 2014

ابزار

۱- مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های محوری^۱: مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های محور یک، مصاحبه‌ای انعطاف پذیر است که توسط فرست، مکاویل، اسپیتزر، گیبسون و ویلیامز^۲، (۲۰۰۲) تدوین شده است. بختیاری (۱۳۷۹) اعتبار باز آزمایی نسخه فارسی SCID-I را ۰/۹۵ و اعتبار بین ارزیاب را ۰/۶۰ گزارش کرده است. در این تحقیق از SCID-I برای تشخیص اختلالات سوء مصرف مواد استفاده شد.

۲- آزمایش مرفین (تست TLC^۳): این آزمایش از رایج‌ترین روش‌ها برای تشخیص آلکالوئیدها است و از جمله روش‌های اختصاصی برای تشخیص مرفین و سایر آلکالوئیدهای تریاک در ادرار است و از حساسیت خیلی زیادی برخوردار است. نتیجه مثبت حاکی از وجود مواد مخدر در ادرار است که مصرف مواد در یک هفته گذشته را نشان می‌دهد. منفی بودن بر عدم وجود مواد مخدر در ادرار دلالت دارد که نشان دهنده عدم مصرف مواد است. در حقیقت این آزمایش تمام داروهای روانگردان را که در ادرار وجود داشته می‌تواند تفکیک کند. تست مرفین، برای شناسایی مرفین و سایر آلکالوئیدهای مشتق از تریاک در ادرار به کار می‌رود. نتایج تست می‌تواند در مراکز ترک اعتیاد به عنوان آزمونی دقیق مورد استفاده قرار گیرد. در این تحقیق افرادی که سابقه مصرف مواد اپیوئیدی داشته و طی دوره ترک موفق به سم‌زدایی شده‌اند، چنانچه بعد از سم‌زدایی در سه تست مرفین TLC (که به صورت یک روز در میان انجام می‌گیرد) مثبت باشند به عنوان عود سوء مصرف مواد در نظر گرفته شده‌اند (چنگ، هانگ و شیا، ۲۰۱۱).

روش اجرا

با اخذ هماهنگی‌های لازم از سه مراکز ترک اعتیاد تهران (آریامن، وارنا، برهان) افراد مورد نیاز برای شرکت در مطالعه به تعداد ۱۲۰ نفر شناسایی شدند. سپس با بررسی ملاک‌های ورود و خروج از مطالعه تعداد ۹۰ نفر انتخاب شد. تعداد ۶۰ نفر که قصد پیشگیری از مصرف مواد را داشته‌اند به صورت تصادفی در یکی از دو گروه (کاهش

1. structured clinical interview for DSM-IV
3. Thin layer chromatography

2. First, Spitzer, Gibbon & Williams
4. Cheng, Huang & Shiea

آسیب ایدز و مصرف مواد و ذهن آگاهی) جایگزین شدند. همچنین، ۳۰ نفر باقی مانده از شرکت کنندگان به عنوان گروه گواه وارد مطالعه شدند. همه ۹۰ نفر انتخابی قبل از اجرای تحقیق از نظر وجود سم‌زدایی با استفاده از تست TLC کنترل شدند. هر سه گروه تحت درمان دارویی متادون قرار داشتند. اما دو گروه ذهن آگاهی و مشاوره رفتاری مداخله مربوط به روش مذکور را نیز دریافت می‌کردند. بنابراین، به گروه آزمایش مداخله درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی طی ۸ جلسه، توسط یک روان‌شناس آموزش داده شد. سپس دو هفته بعد از اجرای مداخله تست مورفین به عمل آمد. گروه کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد نیز مطابق با برنامه مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد، تحت مداخله قرار گرفت. سپس دو هفته بعد از اجرای مداخله تست مورفین به عمل آمد. همچنین وضعیت سوء مصرف مواد شرکت کنندگان دو ماه بعد از پس‌آزمون از طریق تست مورفین مجدد ارزیابی شد. سپس فراوانی عود مصرف مواد در گروه‌های مورد مطالعه با استفاده از روش‌های آماری مناسب مورد مقایسه قرار گرفت. همچنین، فراوانی عود مصرف مواد در گروه آزمایش (مجرد، متاهل)، (دارای سابقه قبلی مصرف مواد/فاقد سابقه)، (کم سواد و دارای تحصیلات دانشگاهی) مورد مقایسه قرار گرفت.

محتوای مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد به شرح زیر بود.

۱) مرحله یک (۶ جلسه اول): معمولاً ۴ تا ۶ هفته به طول می‌انجامد. جلسه اول: معرفی مشاور، بررسی دلیل مراجعه درمانی و ارایه بازخورد، معرفی برنامه مشاوره، ارزیابی بیمار و آشنایی با رفتارها و فعالیت‌های معمول او، مرور فرایند درمان و آزمایش ادرار، قرارداد اول درباره پایبندی به درمان. جلسه دوم: بازخورد مثبت درباره اولین قرارداد، مرور مشکلات فعلی و تغییرات در زندگی بیمار، بررسی نتیجه آزمایش ادرار هفته قبل و ارایه بازخورد، آموزش درباره اعتیاد به عنوان یک بیماری و درمان، قرارداد برای یک تغییر. جلسه سوم تا پنجم: بررسی و ارایه بازخورد درباره قرارداد، مرور مشکلات فعلی بیمار، مشاهده نتایج آزمایش ادرار، قرارداد جلسه بعد. جلسه ششم: مرور اجرای قرارداد و ارایه بازخورد مثبت، جمع‌بندی تغییرات مثبت بیمار در شش جلسه اول، جمع‌بندی ارزیابی مشاور از مشکلات بیمار، توصیف اهداف طولانی مدت تر در درمان، قرارداد جلسه بعد.

۲) مرحله دوم (جلسه هفتم به بعد): مشاور و بیمار به استفاده از قراردادهای رفتاری ادامه می‌دهند و بر روی تغییرات سبک زندگی شروع شده در مرحله اول درمان تمرکز می‌کنند. جلسات هفتم تا یازدهم: جلسات ۷-۱۱ ممکن است بسته به نیازهای بیمار متفاوت باشد. بررسی قرارداد و بازخورد مثبت، مرور مشکلات فعلی، نتیجه آزمایش ادرار و بازخورد، قرارداد جلسه بعد، ارزیابی آگاهی و خطر اچ‌ای وی، آموزش درباره رفتارهای پرخطر، پیشگیری از عود اعتیاد، فعال‌سازی آموزش خانواده، مهارت‌های حل مسأله.

محتوای مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به‌وسیله سگال و همکاران (سگال و همکاران، ۲۰۰۲) برای هشت جلسه گروهی هفته‌ای یک جلسه و بر اساس برنامه کاهش تنش طراحی شده است. هدف شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ایجاد یک نگرش یا رابطه متفاوت با افکار، احساسات و عواطف است که شامل حفظ توجه کامل و لحظه به لحظه و نیز داشتن نگرش همراه با پذیرش و به دور از قضاوت است (ولز^۱، ۲۰۰۲). آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در ۸ جلسه و هر جلسه به مدت یک ساعت و نیم آموزش داده شد. جلسه اول: اجرای پیش‌آزمون، برقراری ارتباط و مفهوم سازی، لزوماً استفاده از آموزش ذهن آگاهی و آشنایی با نحوه تن آرامی؛ جلسه دوم: آموزش تن آرامی ۱۴ گروه از عضلات که شامل ساعد، بازو، عضله پشت ساق پا، ساق پا، ران‌ها، شکم، سینه، شانه‌ها، گردن، لب، چشم‌ها، آرواره‌ها، پیشانی قسمت پایین و پیشانی قسمت بالا؛ جلسه سوم: آموزش تن آرامی برای ۶ گروه از عضلات شامل دست‌ها و بازوها، پاها و ران‌ها، شکم و سینه، گردن و شانه‌ها، آرواره‌ها و پیشانی و لب‌ها و چشم‌ها و تکلیف خانگی تن آرامی؛ جلسه چهارم: آموزش ذهن آگاهی تنفس^۲؛ مرور کوتاه جلسه قبل، آشنایی با نحوه ذهن آگاهی تنفس، آموزش تکنیک دم و بازدم همراه آرامش و بدون تفکر در مورد چیز دیگر و آموزش تکنیک تماشای تنفس و تکلیف خانگی ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب به مدت ۲۰ دقیقه؛ جلسه پنجم: آموزش تکنیک پایش بدن^۳: آموزش تکنیک توجه به حرکت بدن هنگام تنفس، تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آنها و جستجوی حس‌های فیزیکی (شنوایی، چشایی و غیره) و تکلیف

خانگی ذهن آگاهی خوردن (خوردن با آرامش و توجه به مزه و منظره غذا)؛ جلسه ششم: آموزش ذهن آگاهی افکار^۱: آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند یا ناخوشایند بودن افکار، اجازه دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به آسانی خارج کردن آنها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آنها و تکلیف خانگی نوشتن تجربیات مثبت و منفی بدون قضاوت در مورد آنها؛ جلسه هفتم: ذهن آگاهی کامل^۲: تکرار آموزش جلسات ۴ و ۵ و ۶ هر کدام به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه؛ جلسه هشتم: جمع بندی جلسات آموزشی (نریمانی، آریاپوران، عبدالقاسمی و احدی، ۲۰۱۲).

یافته‌ها

از آنجایی که اکثر مراجعان به مراکز ترک اعتیاد مردان هستند. لذا نمونه مورد مطالعه در این تحقیق مرد و ساکن تهران بودند. از طرفی با توجه به اینکه اکثریت مراجعان در محدوده سنی زیر ۴۵ سال قرار دارند و همچنین اثربخشی مداخلات روانی در گستره سنی زیاد (جوانان و سالمندان) ممکن است نتایج تحقیق را تحت تأثیر قرار دهد لذا محدوده سنی ۱۸ الی ۴۵ سال به عنوان معیار ورود آزمودنی‌ها به تحقیق قرار داده شد.

در مطالعه حاضر تعداد ۹۰ مرد سوء مصرف کننده مواد (۳۰ نفر در گروه مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی، ۳۰ نفر در گروه مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد، ۳۰ نفر در گروه گواه) شرکت کرده بودند. از این میان، تعداد ۲ نفر در گروه مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی، ۳ نفر در گروه مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد، و ۱ نفر در گروه گواه ریزش وجود داشت. بنابراین، در تحلیل نهایی تعداد ۲۸ نفر در گروه مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی، ۲۷ نفر در گروه مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد، و ۲۹ نفر در گروه گواه حضور داشتند. افرادی که ریزش داشتند به واسطه داشتن معیارهای خروج از مطالعه (عدم شرکت مستمر در جلسات مداخله) از مطالعه خارج شدند.

میانگین سن شرکت کنندگان در گروه مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی ۳۵/۵ با انحراف معیار ۷/۰۵، در گروه مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد ۳۶/۳۰ با انحراف

معیار ۶/۷۰ و در گروه گواه ۳۳/۶۰ با انحراف معیار ۶/۰۲ بود. حداقل سن شرکت کنندگان ۲۲ و حداکثر آن ۴۵ سال سن بود. در گروه ذهن آگاهی ۳ نفر (۱۰/۳)، در گروه مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد ۲ نفر (۶/۷) و در گروه گواه ۴ نفر (۱۳/۷) متاهل بودند. در گروه مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی تعداد ۱۲ نفر (۳۶/۴) دارای سطح تحصیلات ابتدایی، ۹ نفر (۳۳/۳) سیکل، ۷ نفر (۲۹/۲) دیپلم/کارדانی بودند. در گروه مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد تعداد ۱۱ نفر (۳۳/۳) دارای سطح تحصیلات ابتدایی، ۸ نفر (۲۹/۶) سیکل، ۸ نفر (۳۳/۳) دیپلم/کاردانی بودند. در گروه گواه تعداد ۱۰ نفر (۳۰/۳) دارای سطح تحصیلات ابتدایی، ۱۰ نفر (۳۷) سیکل، ۹ نفر (۳۷/۵) دیپلم/کاردانی بودند. آماره‌های توصیفی پاک/عود مصرف در گروه‌های مورد مطالعه در جدول زیر ارایه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی پاک/عود مصرف مواد در گروه‌های مورد مطالعه

گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون		آزمون پیگیری	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
گروه ذهن آگاهی	پاک	۲۸	۱۰۰	۲۴	۲۳	۸۲/۱۴
	عود	۰	۰	۴	۵	۱۷/۸۶
مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد	پاک	۲۷	۱۰۰	۲۲	۲۰	۷۴/۸۷
	عود	۰	۰	۵	۷	۲۵/۹۳
گروه گواه	پاک	۲۹	۱۰۰	۱۵	۱۲	۴۱/۴۸
	عود	۰	۰	۱۴	۱۷	۵۸/۶۲

مقایسه فراوانی افراد پاک/عود مصرف مواد با استفاده از آزمون مجذور خی در پس آزمون گروه گواه و گروه ذهن آگاهی نشان داد که عود مصرف مواد در گروه ذهن آگاهی نسبت به گروه گواه به طور معناداری کمتر بود؛ ۱۴/۳ درصد در برابر ۴۸/۳ درصد ($\chi^2 = 7/61, P < 0/01$). همچنین در آزمون پیگیری فراوانی عود مصرف مواد در گروه گواه و گروه ذهن آگاهی نشان داد که در فراوانی عود مصرف مواد به طور معناداری نسبت به گروه گواه کمتر بود؛ ۱۷/۹ درصد در برابر ۵۸/۶ درصد ($\chi^2 = 9/98, P < 0/01$). مقایسه فراوانی افراد پاک/عود مصرف مواد با استفاده از آزمون مجذور خی در آزمون پیگیری گروه گواه و گروه مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد نشان داد

که عود مصرف مواد در گروه مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد نسبت به گروه گواه به طور معناداری کمتر بود؛ $18/5$ درصد در برابر $48/3$ درصد ($0/05 > P$ ، $\chi^2 = 5/52$). همچنین، در آزمون پیگیری فراوانی عود مصرف مواد در گروه گواه و گروه مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد نشان داد که در فراوانی عود مصرف مواد به طور معناداری نسبت به گروه گواه کمتر بود؛ $25/9$ درصد در برابر $58/6$ درصد ($0/05 > P$ ، $\chi^2 = 6/10$).

مقایسه فراوانی افراد پاک/عود مصرف مواد با استفاده از آزمون مجذور خی در پس آزمون گروه ذهن آگاهی و گروه مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد نشان داد که فراوانی عود مصرف مواد در دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشت؛ $14/3$ درصد در برابر $18/5$ ($0/05 > P$ ، $\chi^2 = 0/18$). همچنین، در آزمون پیگیری فراوانی عود مصرف مواد در دو گروه ذهن آگاهی و گروه مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد تفاوت معناداری مشاهده نشد؛ $17/86$ درصد در برابر $25/9$ ($0/05 > P$ و $\chi^2 = 0/52$). لذا دو گروه تأثیر درمانی یکسانی بر عود مصرف مواد دارند.

به منظور تحلیل تأثیر ذهن آگاهی بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر در افراد با و بدون سابقه عود مصرف مواد نتایج نشان داد که از میان ۲۷ نفر مورد مطالعه تعداد ۲۲ نفر در گروه سابقه ترک مواد داشته‌اند و ۵ نفر در گروه فاقد سابقه ترک مواد بودند. در گروهی که سابقه ترک داشته‌اند تعداد ۴ نفر عود فعلی نیز داشته‌اند در صورتی که در گروهی که برای اولین بار اقدام به ترک کرده بودند موارد عود مصرف مواد مشاهده نشد ($0/05 > P$ ، $\chi^2 = 1/06$). لذا فراوانی عود مصرف مواد در دو گروه تفاوت معناداری نداشت و هر دو گروه افراد دارای سابقه و فاقد سابقه ترک مواد تأثیر یکسانی از مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی داشتند.

به منظور تحلیل تأثیر ذهن آگاهی بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر در افراد متاهل و مجرد نتایج نشان داد که از میان ۲۷ نفر مورد مطالعه تعداد ۳ نفر در گروه متاهل و ۲۴ نفر در گروه مجرد بودند. در گروهی که مجرد بودند ۴ نفر عود مصرف مواد داشتند و در گروه متاهل هیچ کدام از افراد عود مصرف مواد نداشتند ($0/05 > P$ ،

$(\chi^2=0/58P)$. لذا در فراوانی عود مصرف مواد در دو گروه مجرد و متاهل تفاوت معناداری وجود ندارد و هر دو گروه تأثیر یکسانی از مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی کسب کرده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر که با هدف اثربخشی ذهن آگاهی بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر و با در نظر گرفتن دو گروه کنترل و گروه مداخله مبتنی بر مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد صورت گرفت. یافته‌های تحقیق نشان داد که ذهن آگاهی بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد تأثیر دارد. همسو با یافته‌های این تحقیق، گزارش‌های قبلی نیز بر تأثیر مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش عود مصرف مواد تأکید کرده‌اند (سوتی، ۲۰۰۵؛ باون و همکاران، ۲۰۰۹). مطالعه‌ای دیگری نیز نشان می‌دهد که آموزش مدل پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی در پیشگیری از عود به اعتیاد و انگیزش مؤثر است (کلدوی، برجعلی، فلسفی و سهرابی، ۱۳۹۰).

در تبیین علل احتمالی تأثیر ذهن آگاهی بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر عواملی مختلفی می‌تواند دخالت داشته باشد. چنان‌که در مبانی نظری ذهن آگاهی وجود دارد ذهن آگاهی مبتنی بر سه فرض پایه آگاهی‌پذیرا و عاری از قضاوت از آنچه که اکنون در حال وقوع است بنا نهاده شده است. از آنجائی که بخشی از مشکل مصرف مواد در همین عوامل نهفته است، لذا ارتقاء ذهن آگاهی گامی مهم در جلوگیری از عود مصرف مواد خواهد بود. به طوری که افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات عملی از جنبه‌های مثبت ذهن آگاهی است (براون، ریان و کرسول، ۲۰۰۷) و باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت‌های روانشناختی مثبت و موجب بهبود قابلیت فردی در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی و علاقه به این فعالیت‌ها می‌شود (چامبرز، گولون و آلن، ۲۰۰۹). لذا آموزش ذهن آگاهی در افراد سوء مصرف کننده مواد- که از مشکلات جسمی و روانی اعتیاد در رنج هستند- با بهبود این توانایی‌ها و ترویج علاقه به فعالیت‌های فردی و اجتماعی، می‌تواند در جهت کاهش عود مصرف مواد آنان

مؤثر باشد. در همین چارچوب گزارش شده است که ذهن آگاهی به واسطه ارتقاء پذیرش و آگاهی فرد به تجربیاتش موجب جلوگیری از عود مجدد سوء مصرف مواد می شود (ویتکویتز و همکاران، ۲۰۱۳).

از طرفی مطابق با گزارش های قبلی همگرایی بالایی بین اختلالات خلقی و سوء مصرف مواد وجود دارد به طوری که یک سوم افراد افسرده از سوء مصرف مواد رنج می برند (داویس، اوزاتو، نول^۱ و همکاران، ۲۰۰۸؛ ریگز، لوین، گرین^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). از آنجایی که ذهن آگاهی در کاهش مشکلات مختلف روانی و بویژه علائم افسردگی و اضطراب (وی، گرسول، ایسنبرگر و لیبرمن^۳، ۲۰۱۰؛ هافمن، ساویر، وایت و او^۴، ۲۰۱۰) مؤثر است و به کاهش سوء مصرف مواد کمک می کند (ویکویتز و باون^۵، ۲۰۱۰). این مسأله در مبانی نظری ذهن آگاهی نیز وجود دارد که افراد ذهن آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده های از تفکرات، هیجانات و تجربه ها (اعماز خوشایند و ناخوشایند) دارند (براون و همکاران، ۲۰۰۷). لذا می توان همسو با مطالعه قبلی به این یافته تأکید کرد که مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی هم در کاهش سوء مصرف مواد و هم در جلوگیری از عود مصرف مواد نقش مهمی دارد (چاوراسکی و همکاران، ۲۰۱۱). در حمایت از این تبیین لی و همکاران (لی، باون و بای^۶، ۲۰۱۱) در مطالعه ای نشان داده اند که ذهن آگاهی در کاهش علائم افسردگی افراد دچار سوء مصرف مواد مؤثر است.

البته در نظر گرفتن برخی یافته ها در مطالعات قبلی به درک بهتر و جنبه های کاربردی به دست آمده از این تحقیق کمک می کند. از آنجایی که در افراد با مشکلات شدید خلقی و اضطرابی و یا سوء مصرف مواد مشکلات بوجود آمده از عمق بیشتری برخوردار است لذا برخی مطالعات بر تأثیر گذاری ذهن آگاهی در افرادی که تحمل استرس کمتری دارند کارآمدتر گزارش شده است (هسو، کولینز و مارلات^۷، ۲۰۱۳).

1. Davis, Uezato & Newell

3. Way, Creswell, Eisenberger & Lieberman

5. Witkiewitz & Bowen

2. Riggs, Levin & Green

4. Hofmann, Sawyer, Witt & Oh

7. Hsu, Collins & Marlatt

6. Lee, Bowen & Bai

یافته‌های تحقیق نشان داد که مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر تأثیر دارد. یافته‌های این بخش از تحقیق با گزارش مختلفی قبلی همخوان است (مارک، چاوراسکی، باری و همکاران، ۲۰۱۳؛ چاوراسکی، مازلان، شاتنفیلد، ۲۰۰۸؛ بیان زاده، بواله‌ری، عاطف و حید^۱ و همکاران، ۲۰۰۷؛ بک موند^۲ و همکاران، ۲۰۰۱؛ گسوپ، مادرسن، استوارت و ترسی^۳، ۲۰۰۱).

واقعیت این است که مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد درمان جامع نگهدارنده متادون همراه با سیستم پیچیده‌ای از مراقبت‌های بهداشتی و مداخلات روانی اجتماعی است. مداخلات روانشناختی برنامه درمان نگهدارنده متادون می‌تواند پیامدهای مثبت اثر متادون را افزایش داده، تغییراتی در سبک زندگی افراد ایجاد کند و موجب تثبیت و حمایت از یک زندگی عاری از مواد در فرد می‌شود. بنابراین، می‌توان استدلال کرد که مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد به دو طریق از عود سوء مصرف مواد جلوگیری می‌کند: اولاً اثرات مستقیم درمان نگهدارنده شامل دارو و روان درمانی دارو عوارض ترک و محرومیت را کاهش داده و درمان‌های روانشناختی به بیماران کمک کرده‌اند که از طریق تحلیل کارکردی، موقعیت‌هایی را که به مصرف مواد می‌انجامد شناسایی کرده و با استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای و حل مسأله، راه‌های دیگری غیر از مصرف مواد را برای مشکلات خود بیابند. ثانیاً اثر غیر مستقیم ناشی از پیشرفت‌های درمانی به موازات پیشرفت در درمان و برطرف شدن علایم روانی مانند افسردگی، شرکت در برنامه‌های درمانی، موجب ایجاد نگرش مثبت به خود، افزایش عزت نفس بیماران، افزایش احساس تسلط و کفایت، ایجاد امید نسبت به آینده و بهبود ارتباطات خانوادگی می‌شود. در کل ساختار مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد این امکان را بوجود می‌آورد تا با مداخلات رفتاری فرد بتواند کنترل عواطف و نیازهای خود را داشته باشد و در تنظیم هیجانات ناشی از وابستگی به مواد رهایی یافته و از وسوسه‌های ناشی از عود مصرف مواد بکاهد.

یافته‌های تحقیق نشان داد که آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد در پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر اثربخشی یکسانی دارند. مرور پژوهش‌های قبلی کمتر به مقایسه روش‌های مختلف درمانی پرداخته است و مطالعه اندکی در حیطه روش‌های مختلف درمانی در افراد سوءمصرف کننده مواد در جلوگیری از عود مصرف مواد وجود دارد.

در تبیین این یافته از تحقیق چنین می‌توان استنباط کرد که عدم تفاوت دو روش می‌تواند مربوط به هدف یکسان دو نوع مداخله باشد که هر دو بر کاهش مشکلات روانی و مقابله مؤثرتر در آینده تأکید دارند به طوری که در مداخله ذهن آگاهی سعی بر عدم قضاوت و غرق نشدن در احوال گذشته و آرزوهای تخیلی بر زندگی حال حاضر و مبارزه با مشکلات آن با احساس روشن از احساسات تأکید می‌شود و در مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد بر حل مسأله منطقی و زندگی توأم با تعهد که در قراردادهای رفتاری یاد گرفته است تأکید می‌شود.

در استدلال دیگری درباره عدم تفاوت یافته‌های دو روش درمانی ذهن آگاهی و مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد به نظر می‌رسد تعداد جلسات بیشتر در مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد که ۱۱ جلسه بود در حالی که در ذهن آگاهی در طی ۸ جلسه مداخله اعمال شد. از طرفی نتایج نشان داد که در گروه ذهن آگاهی ۱۴/۳ درصد و در گروه مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد ۱۸/۵ درصد افراد عود مصرف مواد را تجربه کرده‌اند. به نظر می‌رسد ترکیب تعداد جلسات بیشتر و همچنین نتایج ضعیف برتری مداخله ذهن آگاهی در دو گروه از علل احتمالی عدم برتری مداخله ذهن آگاهی نسبت به مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد باشد. بر این اساس، مطالعه تکمیلی در مقایسه دو مداخله ذهن آگاهی و مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد با یکسان سازی تعداد جلسات آموزشی و همچنین افزایش نمونه آزمودنی‌های تحقیق می‌تواند به روشن شدن تفاوت دو مداخله کمک کند.

هر دو روش از نظر کاربردی تأثیر یکسانی در جلوگیری از عود مصرف مواد دارند. لذا یکی از روش‌های علمی مهم در مداخلات بالینی یافتن روش‌های درمانی اثربخش‌تر است از آنجایی که دو روش ذهن آگاهی و مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد از تأثیر گذاری یکسانی برخوردارند، بنابراین ضرورت بررسی‌های علمی دقیق‌تر درباره این که آیا دو روش فوق از نظر هزینه‌ها و همچنین کاربرد راحت‌تر از بهره‌وری بهتری برخوردار هستند. از آنجایی که در مداخله ذهن آگاهی بیشتر بر جنبه‌های شناختی تأکید می‌شود، اما در مداخله مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد به روش‌های رفتاری توجه بیشتری وجود دارد. لذا این تفاوت‌های مورد استفاده در دو مداخله این سؤال علمی مهم در پژوهش‌های مربوط به اعتیاد یادآوری می‌کند که آیا ویژگی‌های مختلفی شخصیتی در ترکیب با علل احتمالی عود مصرف مواد می‌تواند در استفاده از دو مداخله (ذهن آگاهی، مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد) تأثیر گذار باشد؟

یافته‌های تحقیق نشان داد که ذهن آگاهی بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر در افراد با و بدون سابقه عود مصرف مواد اثربخشی یکسانی دارد. از آنجایی که سابقه عود مواد ممکن است حاکی از توان خودکنترلی افراد باشد (عبدالسلام^۱، ۲۰۱۳). اما در این تحقیق مشخص شد که آموزش ذهن آگاهی بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر در افراد با و بدون سابقه عود مصرف مواد اثربخشی متفاوتی ندارد. به عبارت دیگر فارغ از اینکه پیشینه رفتاری افراد در سوء مصرف مواد چگونه باشد ذهن آگاهی بر پیشگیری از مصرف مواد تأثیر دارد. اما این یافته از تحقیق می‌تواند جنبه‌های مبهم دیگری از این مسأله به ذهن یادآوری می‌کند که ضرورت توجه به آن در مطالعات آتی اهمیت دارد. آیا عوامل مختلف بروز عود مصرف مواد، در اثربخشی ذهن آگاهی بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر در افراد با و بدون سابقه عود مصرف مواد تأثیری متفاوتی دارند؟ هر چند که متاهل بودن می‌تواند به عنوان عاملی مهم در جلب حمایت خانوادگی و سلامت روانی تلقی شود (پرنیک دالا^۲، ۲۰۱۰). اما یافته‌های تحقیق نشان داد که ذهن آگاهی بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر در افراد متاهل و مجرد اثربخشی

یکسانی دارد. به نظر می‌رسد کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بواسطه این که صرفاً از طریق تغییر شرایط شناختی و عاطفی به کاهش استرس فرد کمک می‌کند. از طرفی در ذهن آگاهی به عوامل خانوادگی و اجتماعی پرداخته نمی‌شود، لذا عدم تفاوت مردان متأهل و مجرد در تأثیر پذیری از مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند ناشی از عدم توجه مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی بر حمایت از دیگران باشد.

اما آنچه می‌توان در این میان برای پژوهش‌های بعدی راهگشا باشد این است که آیا ساختار خانواده بدن توجه به متأهل و مجرد بودن از حیث این که حمایت خانوادگی دارند یا نه چه تأثیری بر نتیجه ذهن آگاهی بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر دارند؟ همچنین از آنجایی که وجود طلاق یکی از استرس‌های احتمالی برخی از افراد سوءمصرف کننده مواد است این سؤال می‌تواند مطرح شود که آیا وجود طلاق می‌تواند در نتیجه مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی در پیشگیری از عود سوءمصرف مواد تأثیر داشته باشد؟

یافته‌های هر پژوهش با توجه به محدودیت‌های آن قابل بهره برداری است. مطالعه حاضر با هدف اثربخشی آموزش ذهن آگاهی در جلوگیری از عود مصرف مواد بررسی شده است. لذا تعمیم یافته‌های آن در درمان از محدودیت برخوردار است. این مسأله بر اهمیت مطالعات تکمیلی دلالت دارد. با توجه به اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد در جلوگیری از عود مصرف مواد پیشنهاد می‌شود در استفاده از این روش درمان و توسعه نظری و عملی آن به استفاده در مراکز ترک اعتیاد کارگاه‌های آموزشی ویژه روان‌شناسان برگزار شود.

نویسندگان این مقاله درباره تضاد منافع اظهار می‌دارند که یافته‌های این مطالعه ارتباطی با منافع پژوهشگران این تحقیق ندارد.

منابع

کلدوی، علی؛ برجعلی، احمد؛ فلسفی نژاد، محمدرضا؛ و سهرابی، فرامرز. (۱۳۹۰). اثربخشی مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی در پیشگیری از بازگشت و انگیزش در افراد وابسته به مواد افیونی. *روان شناسی بالینی*، ۳(۴)، ۶۹-۷۹.

رستمی، رضا و حدادی، پروانه. (۱۳۸۴). *راهنمای عملی درمان نگهدارنده بامتادون*. تهران: کامیاب

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

- Abdel-Salam, S. (2013). Self-control as a predictor of relapse and recidivism in adolescent therapeutic community treatment. *Subst Use Misuse*, 48(1-2), 157-72.
- Breslin, F., Zack, M., McMMain, S. (2002). Aninformation processing analysis of mindfulness: Implication for relapse prevention in the treatmentof substance abuse. *Clin Psychol Sci Pract*, 9, 275-299.
- Backmund, M., Meyer, K., Eichenlaub, D., Schutz, C. (2001). Predictors for completing an inpatient detoxification program among intravenous heroin users, methadone substituted and codein substituted patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 64, 173-80.
- Bayanzadeh, S., Bolhari, J., Atef Vahid, M., Nori-Ghasem Abadi, R., Lavasani, F., & Karimi Kisami, I. (2007). Medical and Psychological Interventions in Reducing the Risks of Drug Abuse and Improving the Psychological Status of Drug Addicts in Iranian Prisons. *RJMS*, 14 (55), 47-58.
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., Clifasefi, S., Garner, M., Douglass, A., Larimer, ME., & Marlatt, A. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. *Subst Abu*, 30(4), 295-305.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., Creswell, J.D. (2007). Addressingfundamental questions about Mindfulness. *PsycholInquiry*, 18(4), 272-281.
- Chambers, R., Gullone, E., & Allen, N. B. (2009). Mindfulemotion regulation: An integrative review. *ClinPsychol Rev*, 29(6), 560-72.
- Chawarski, M.C., Zhou, W., Schottenfeld, R.S. (2011). Behavioral drug and HIV risk reduction counseling (BDRC) in MMT programs in Wuhan, China: a pilot randomized clinical trial. *Drug Alcohol Depend*, 115(3), 237-9.
- Chawarski, M.C., Mazlan, M., Schottenfeld, R.S. (2008). Behavioral drug and HIV risk reduction counseling (BDRC) with abstinence-contingent take-home buprenorphine: a pilot randomised clinical trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 94(1-3), 281-4.
- Cheng, S.C., Huang, M.Z., Shiea, J. (2011). Thin layer chromatography/mass spectrometry. *J Chromatogr*, 1218(19), 2700-11.
- Davis, L., Uezato, A., Newell, J.M., Frazier, E. (2008). Major depression and comorbid substance use disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 21(1), 14-8.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., and Williams Janet, B.W. (2002). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition*. (SCID-I/P) New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Tracy, S. (2001). Outcomes after methadone maintenance of methadone reduction treatment. *Drug & Alcohol Dependence*, 62, 255-64.
- Greeson, J.M. (2009). Mindfulness Research Update: 2008. *Complement Health Pract Rev*, 14(1), 10-18.
- Hayes, S., Luoma, J.B., & Bond, F. (2006). Acceptance andcommitment therapy: Model, processes andoutcomes. *Behav Res Ther*, 44, 1-25.
- 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. *J Consult Clin Psychol*, 78(2), 169-83.
- Hsu, S.H., Collins, S.E., & Marlatt, G.A. (2013). Examining psychometric properties of distress tolerance and its moderation of mindfulness-based

- relapseprevention effects on alcohol and other drug use outcomes. *Addict Behav*, 38(3), 1852-8.
- Ko, N.Y., Wang, P.W., Wu, H.C., Yen, C.N., Hsu, S.T., Yeh, Y.C., Chung, K.S., Yen, C.F. (2012). Self-efficacy and HIV risk behaviors among heroin users in Taiwan. *J Stud Alcohol Drugs*, 73(3), 469-76.
- Lee, K.H., Bowen, S., & Bai, A.F. (2011). Psychosocial outcomes of Mindfulness-Based Relapse Prevention in incarcerated substance abusers in Taiwan: A preliminary study. *Journal of Substance Abuse*, 16(6), 476-483.
- Marek, C., Chawarski, M. C., Barry, D. T., Mazlan, M., Schottenfeld, R. (2013). *Behavioral Drug and Risk Reduction Counseling (BDRRC) for HPTN058 Treatment Manual*. Substance Abuse Center, Muar, Malaysia, Available in websire online (<http://www.hptn.org>).
- Marlatt, G. A., Bowen, S., Chawla, N., Witkiewitz, K. (2008). *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Abusers: Therapist Training and Therapeutic Relationships*. In S. Hick and T. Bien (Eds.), *Mindfulness and the Therapeutic Relationship*. New York: Guilford Press.
- McKay, J., Franklin, T., Patapis, N., & Lynch, K. (2006). Conceptual, methodological, and analytical issues in the study of relapse. *Clinical Psychology Review*, 26(2), 109-127.
- Narimani, M., Ariapooran, S., Abolghasemi, A., Ahadi, B. (2012). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and emotion regulation training in the affect and mood of chemical weapons victims. *AMUJ*, 15(61), 107-118.
- Pernice-Duca, F. (2010). Family network support and mental health recovery. *J Marital Fam Ther*, 36(1), 13-27.
- Riggs, P., Levin, F., Green, A.I., Vocci, F. (2008). Comorbid psychiatric and substance abuse disorders: recent treatment research. *Subst Abus*, 29(3), 51-63.
- Roizen, H.G., Waart, R.D., Windt, D., Brink, W., Yong, C. A., Kerkbof, AFM. (2006). A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. *Eur Neuropsychopharmacol*, 16, 311-323.
- Rygh, J.L., Sanderson, W.C. (2004). *Treating Generalized Anxiety Disorder*. Guilford Press.
- Segal, Z., Williams, J., Teasdale, J. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Suti, E. (2005). *Mindfulness in Addiction Treatment*. Western Conference on Addictions Program Manager UCLA Substance Abuse Service.
- Way, B.M., Creswell, J.D., Eisenberger, N.I., & Lieberman, M.D. (2010). Dispositional mindfulness and depressive symptomatology: correlations with limbic and self-referential neural activity during rest. *Emotion*, 10(1), 12-24.
- Wells, A. (2002). GAD, Metacognition, and mindfulness: An information processing analysis. *Clin Psychol: Sci and Prac*, 9(1), 95-100.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G., Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *J Cogn Psychother*, 19(3), 211-228.
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S.H. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addict Behav*, 38(2), 1563-71.
- Witkiewitz, K., & Bowen, S. (2010). Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *J Consult Clin Psychol*, 78(3), 362-74.