

اثربخشی مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر سوء مصرف مواد و شدت علائم افسردگی و اضطراب هم آیند در معتادان مرکز اجتماع درمان مدار

مهدی زمستانی^۱، محمد بابامیری^۲، علیرضا سپیانی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۰/۲۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۳/۱۰

چکیده

هدف: هم آیندی مرضی سوء مصرف مواد و اختلالات خلقی و اضطرابی، در مطالعات مختلف به اثبات رسیده و تلویحات بالینی زیادی را به همراه داشته است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان متعارف بر سوء مصرف مواد و شدت علائم افسردگی و اضطراب معتادان انجام شد. **روش:** پژوهش در چارچوب یک طرح نیمه تجربی از نوع پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه گواه، انجام شد. بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته و کسب ملاک های ورود، از میان بیماران مرد مبتلا به سوء مصرف مواد و افسردگی و اضطراب هم آیند، تعداد شصت و سه نفر به صورت هدفمند انتخاب و در دو گروه مداخله ی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی و یا درمان متعارف گماشته شدند. مقیاس ولع الکل پسیلوانیا، اضطراب بک، و افسردگی بک مورد مورد استفاده قرار گرفتند. **یافته ها:** نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نمرات ولع و شدت علائم افسردگی و اضطراب اثربخش بود. **نتیجه گیری:** با توجه به تأثیر مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش ولع و بهبود علائم افسردگی و اضطراب در معتادان، این نتایج برای متخصصان بالینی دست اندر کار در مراکز ترک اعتیاد تلویحات کاربردی مطلوبی دارد.

کلیدواژه ها: پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی، سوء مصرف مواد، اعتیاد، افسردگی، اضطراب

۱. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان شناسی بالینی دانشگاه کردستان، سنندج، ایران،

پست الکترونیک: m.zemestani@uok.ac.ir

۲. دکتری تخصصی روان شناسی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و گروه ارگونومی، دانشکده بهداشت،

دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۳. پزشک عمومی

مقدمه

اعتیاد یا وابستگی به مواد که در تقسیم‌بندی‌های روان‌پزشکی تحت عنوان اختلالات مرتبط با مواد تعریف شده است، به عنوان دومین اختلال شایع روانی محسوب می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ سادوک و سادوک، ۲۰۱۶). براساس ادبیات پژوهشی، حدود ۹۰ درصد مبتلایان به اختلالات مرتبط با مواد، یک یا چند اختلال روان‌پزشکی دیگر نیز دارند که مهمترین آن‌ها شامل اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی و اختلال شخصیت ضداجتماعی می‌باشد (سادوک و سادوک، ۲۰۱۶). هم‌آیندی مرضی^۲ سوءمصرف مواد و اختلالات خلقی و اضطرابی، در مطالعات مختلف به اثبات رسیده و تلویحات بالینی زیادی، از جمله پیش‌آگهی ضعیف درمانی و عود بالا را نیز با خود به همراه داشته است (کسلر، چپو، دمлер و والترز^۳، ۲۰۰۵؛ مگیدسون و همکاران^۴، ۲۰۱۱؛ داگر و گرین^۵، ۲۰۱۵). اختلالات خلقی و اضطرابی در سوءمصرف کنندگان مواد، بیش از ۴/۷ برابر بیشتر از جمعیت عادی رخ می‌دهد (گلدنر، لاستد، روترک، رم و فیشر^۶، ۲۰۱۴). این میزان بالای هم‌آیندی اختلالات خلقی و اضطرابی با سوءمصرف مواد درخور توجه می‌باشد، زیرا شواهد متعدد نشان می‌دهد که سوءمصرف کنندگان افسرده به طور معنی‌داری بیش از سوءمصرف کنندگان غیرافسرده درمان خود را قطع کرده و به مصرف مجدد مواد برمی‌گردند (تیت، براون، آنرود و رامو^۷، ۲۰۱۴؛ داگر و گرین، ۲۰۱۵). هم‌چنین، مطالعات نشان می‌دهد که هیجانات منفی مانند افسردگی و اضطراب یکی از رایج‌ترین پیشایندهای عود محسوب می‌شوند و مهم است که آماج درمان قرار گیرند (بیکر، پیپر، مک‌کارتی، مجسکی و فیوره^۸، ۲۰۰۴). بنابراین، نیاز واضح و مبرمی جهت توسعه‌ی مداخلات اثربخش برای این جمعیت وجود دارد تا نیازهای درمانی خاص سوءمصرف کنندگان مبتلا به اختلالات خلقی و اضطرابی هم‌آیند را برآورده سازد (دوترز و همکاران^۹، ۲۰۰۸).

1. Sadock, & Sadock
2. comorbidity
3. Kessler, Chiu, Demler, & Walters
4. Magidson
5. Dagher, & Green
6. Goldner, Lusted, Roerecke, Rehm,
& Fischer

7. Tate, Brown, Unrod, & Ramo
8. Baker, Piper, McCarthy, Majeskie,
& Fiore
9. Daughters

چندین مداخله‌ی رفتاری وجود دارد که هم برای اختلالات خلقی و هم برای سوء مصرف مواد کاربرد دارند و از حمایت تجربی بالایی نیز برخوردارند (برور، بوئن، اسمیت، مارلات و پوتنزا^۱، ۲۰۱۰). از جمله مداخلات رفتاری تأیید شده برای افسردگی، رفتار درمانی شناختی، فعال‌سازی رفتاری^۲ و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۳ هستند (فیلدمن^۴، ۲۰۰۷). به همین ترتیب، مداخلات درمانی برای سوء مصرف مواد نیز رفتار درمانی شناختی، پیشگیری از عود، مصاحبه انگیزشی^۵، مدیریت پیامد^۶، و برنامه‌های ۱۲ قدمی را شامل می‌شوند (کارول و اونکن^۷، ۲۰۰۵؛ مارلات و دونوان^۸، ۲۰۰۵). با وجود تحقیقات گسترده در زمینه‌ی درمان این اختلالات به طور مجزا، چند مطالعه نیز درمان همزمان سوء مصرف مواد و اختلالات خلقی و اضطرابی هم‌آیند را مورد ارزیابی قرار داده و نتایج رضایت بخشی را نیز گزارش کرده‌اند (کوبین و برنت^۹، ۲۰۰۷؛ برور و همکاران، ۲۰۱۰).

در طی دو دهه‌ی گذشته، ظهور مطالعات در زمینه‌ی مداخلاتی که آموزش ذهن آگاهی^{۱۰} را در خود ادغام کرده‌اند، نتایج امیدوارکننده‌ای برای درمان جداگانه‌ی سوء مصرف مواد و اختلالات خلقی و اضطرابی ارائه کرده‌اند (برور و همکاران، ۲۰۱۰). ذهن آگاهی را می‌توان به عنوان تمرین معطوف کردن هدفمند توجه به تجربیات ذهنی و حسی-بدنی حال حاضر (مانند تنفس، صداها و حس‌های بدنی) همراه با اتخاذ نگرش پذیرشی از تجارب لحظه به لحظه (مانند عدم قضاوت و عدم بسط محتوای ذهنی) تعریف کرد (فورسیث و ایفرت^{۱۱}، ۲۰۱۶).

مداخله‌ی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی عمدتاً بر اساس محتوا و ساختار شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (سگال، ویلیامز و تیزدیل، ۲۰۰۲) شکل گرفته و

1. Brewer, Bowen, Smith, Marlatt, & Potenza
2. Behavioral Activation (BA)
3. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)
4. Feldman
5. Motivational Interviewing (MI)
6. Contingency Management (CM)

7. Carroll, & Onken
8. Finney, & Moos
9. Quyen, & Brent
10. Mindfulness
11. Forsyth, & Eifert

بنیادهایش بر تمرین‌های مراقبه‌ای ذهن آگاهی قرار دارد و تکنیک‌های شناختی و رفتاری را با هدف ارائه برنامه‌ای غیرقضاوتی و مراجع محور به منظور آماج قرار دادن عوامل خطر اصلی و پیشگیری از عود، در خود ادغام کرده است (بوئن، چاولا، و ویتکیوویتز، ۲۰۱۴). مطالعات تجربی در خصوص مداخله‌ی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی برای اختلالات مرتبط با مواد، تاکنون شواهدی ارائه کرده‌اند که بیانگر کارایی تمرین‌های ذهن آگاهی برای این اختلالات می‌باشد (مثلاً بوئن، ویتکیوویتز، چاولا و گرو، ۲۰۱۱؛ ویتکیوویتز و بوئن، ۲۰۱۰؛ ویتکیوویتز، بوئن، داگلاس و هسو^۲، ۲۰۱۳؛ بوئن و همکاران، ۲۰۱۴). حمایت تجربی فزاینده‌ای برای مداخلات ذهن آگاهی در اختلالات سوء مصرف مواد وجود دارد. نخستین ارزیابی در زمینه کارایی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی توسط زیرسکا^۳ و همکاران (۲۰۰۸) اجرا شد. نتایج این پژوهش کاهش معنی‌دار در شدت علائم افسردگی، اضطراب و استرس در افراد وابسته با الکل به دنبال اجرای یک برنامه ۸ جلسه‌ای مراقبه‌ی ذهن آگاهی نشان داد. ویتکیوویتز و بوئن (۲۰۱۰) در یک کارآزمایی بالینی تصادفی نشان دادند که مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش معنی‌دار شدت ولع و علائم افسردگی در سوء مصرف کنندگان مواد می‌شود. ویتن، آستین، بوسمی و گالوی^۴ (۲۰۱۰) دریافتند که به دنبال ۸ جلسه برنامه مقابله مبتنی بر پذیرش برای پیشگیری از عود^۵، که از چند مداخله‌ی مبتنی بر ذهن آگاهی منتج شده بود، کاهش معنادار در ولع^۶، عاطفه منفی، واکنش‌گری هیجانی و استرس ادراک شده، و هم‌چنین افزایش معنی‌دار در عاطفه منفی و بهزیستی روان‌شناختی به دنبال اجرای مداخله مشاهده شد. بوئن و همکاران (۲۰۰۹) کارایی مداخله‌ی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی را در مقایسه با مراقبت استاندارد در یک مرکز خصوصی رایگان که مجموعه‌ای از خدمات مراقبتی برای اختلالات سوء مصرف مواد فراهم می‌آورد، مورد آزمون قرار دادند. نتایج نشان داد افرادی که در گروه آزمایش بودند در طی ۲ ماه پس از

1. Bowen, Chawla, & Witkiewitz
2. Douglas, & Hsu
3. Zgierska
4. Vieten, Astin, Buscemi, & Galloway

5. acceptance-based coping for relapse prevention program
6. craving

مداخله، تعداد روزهای کمتری الکل یا سایر مواد مصرف کرده و کاهش معنی‌داری در ولع و افزایش در پذیرش از خود نشان دادند. نخستین ارزیابی آموزشی ذهن آگاهی به عنوان درمان مجزا در مقایسه با درمان تأییدشده‌ی تجربی شناختی رفتاری برای اختلالات سوءمصرف مواد، توسط برور و همکاران (۲۰۰۹)، با استفاده از پروتکل درمانی مداخله‌ی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی اجرا شد. در این مطالعه، میزان تکمیل درمان در هر دو گروه کم بود (۳۴ درصد در گروه آموزش ذهن آگاهی و ۳۳ درصد در گروه درمان شناختی رفتاری) و افرادی که درمان را تکمیل کرده و به پایان رسانده بودند میزان رضایت از درمان دریافتی‌شان را بالا گزارش کرده بودند. در حین مداخله، تفاوت بین گروه‌های درمانی در زمینه سوءمصرف مواد معنی‌دار نبود. با این حال، پس از مداخله، مقیاس‌های واکنش‌گری روان‌شناختی و فیزیولوژیکی نشان داد افرادی که مداخله‌ی ذهن آگاهی را دریافت کرده بودند، در مقایسه با گروه شناختی رفتاری، واکنش کمتری نسبت به برانگیختگی استرس از خود نشان دادند.

با توجه به میزان بالای هم‌آیندی سوءمصرف مواد و اختلالات خلقی و اضطرابی و تلویحات بالینی این نوع هم‌آیندی مرضی، از جمله پیش‌آگهی ضعیف نتایج درمانی و عود بالا (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵؛ مگیدسون^۱ و همکاران، ۲۰۱۱؛ داگر و گرین^۲، ۲۰۱۵)، و با توجه به کاربردهای بالقوه‌ی ذهن آگاهی در تحقیقات بالینی مرتبط با سوءمصرف مواد (بوئن و همکاران، ۲۰۱۴؛ برور و همکاران، ۲۰۱۱؛ ویتکیوویتز و بوئن، ۲۰۱۰؛ ویتکیوویتز و همکاران، ۲۰۱۳)، و هم‌چنین با توجه به نیاز برای تحقیقات بیشتر جهت اعتباربخشی به این یافته‌ها (بلک^۳، ۲۰۱۲) پژوهش حاضر با هدف بررسی کارایی مداخله‌ی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با درمان متعارف بر سوءمصرف مواد و شدت علائم افسردگی و اضطراب در بین معتادان مقیم مرکز اجتماع درمان مدار^۴ شهر اهواز انجام شد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی و به لحاظ نحوه گردآوری اطلاعات از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه گواه می‌باشد. جامعه آماری پژوهش عبارت بودند از: افراد معتاد خودمعرف که برای درمان در فاصله زمانی دوره‌ی چهار ماهه در مرکز اجتماع درمان مدار اهواز مورد پذیرش قرار گرفته بودند و به صورت شبانه‌روزی در آنجا اقامت داشتند. روش نمونه‌گیری نیز به صورت هدفمند بود؛ بدین صورت که از بین جامعه مورد نظر، ۶۳ نفر از معتادان مردی که بر اساس نمرات تست افسردگی بک، تست اضطراب بک و مصاحبه بالینی، تأیید وجود همزمان یک اختلال خلقی و اضطرابی هم‌آیند را دریافت داشته بودند، انتخاب، و به صورت تصادفی در گروه مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی (۳۲ نفر) و یا گروه درمان متعارف^۱ (۳۱ نفر) جایگزین شدند. به دلیل این که در مرکز اجتماع درمان مدار افراد در زمان محدود چهار ماهه پذیرش می‌شدند و نیز به علت احتمال برگشت مجدد گروه لیست انتظار به مصرف مواد، لذا استفاده از لیست انتظار بدون مداخله، در پژوهش حاضر امکان پذیر نبوده است. بنابراین به جای لیست انتظار، از گروه درمان متعارف استفاده شد و گروه درمان متعارف به عنوان گروه گواه استفاده شد. ملاک‌های ورود به تحقیق عبارت بودند از: داشتن معیارهای وابستگی به مواد بر اساس نسخه‌ی پنجم راهنمای عملی و آماری اختلالات روانی، سابقه اقامت حداقل ۲ هفته‌ای در مرکز اجتماع درمان مدار پس از تکمیل دوره‌ی سم‌زدایی؛ کسب نمره ۱۹ به بالا (افسردگی متوسط) در تست افسردگی بک-۲ و تست اضطراب بک و نیز تأیید وجود همزمان علائم افسردگی و اضطراب بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور I. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: داشتن علائم شدید ترک، داشتن اختلال سایکوتیک یا تشخیص اختلالات افسردگی با خصوصیات سایکوتیک؛ داشتن افکار جدی خودکشی.

ابزار

۱- مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I در DSM-V (SCID-I): این فهرست و ارسسی، ابزاری برای تشخیص اختلالات بر پایه چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی است (فرست، اسپیتزر، گیبون و ویلیامز^۱ ۱۹۹۷). این ابزار دو نسخه دارد: نسخه بالینی (SCID-I) که بیشتر تشخیص روان‌پزشکی را پوشش می‌دهد و بیشتر برای استفاده در محیط‌های بالینی و پژوهش‌های بالینی طراحی شده و دیگر نسخه پژوهشی کامل‌تر و طولانی‌تر آن (SCID-I/R) است که همه تشخیص‌ها و نیز زیر نوع‌های آن‌ها و معیارهای شدت و سیر اختلال‌ها را پوشش می‌دهد. بختیاری (۱۳۷۹) ضریب اعتبار آن را در یک جمعیت ایرانی به روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۵ گزارش نمود. در پژوهش حاضر از نسخه بالینی این آزمون برای تشخیص اختلالات افسردگی و اضطرابی استفاده شد.

۲- پرسش‌نامه افسردگی بک- ویرایش دوم^۲: این پرسش‌نامه (بک، استیر و براون^۳، ۱۹۹۶)، نوع بازنگری شده ویرایش اول می‌باشد و با ملاک‌های افسردگی در نسخه چهارم راهنمای عملی و آماری اختلالات روانی منطبق شده است. شامل ۲۱ گویه است و هر گویه طبق مقیاس لیکرت نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد. فتنی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون (۱۳۸۴) با اجرای این پرسش‌نامه بر روی یک نمونه ۹۴ نفری ایرانیان ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۱، ضریب همبستگی دو نیمه‌ای را ۰/۸۹ و ضریب اعتبار بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. کاویانی (۱۳۸۷) در تحقیق خود همسانی درونی آن را ۰/۹۱ گزارش کرده است.

۳- پرسش‌نامه اضطراب بک^۴: این پرسش‌نامه توسط بک، اپستین^۵، براون و استیر در سال ۱۹۸۸ تدوین شده و شامل ۲۱ گویه است که در واقع ۲۱ نشانه اضطرابی را می‌سنجد و هر گویه برطبق مقیاس لیکرت نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد. دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۳ می‌باشد، که نمره بالا نشانه دهنده اضطراب بیشتر است. هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب

1. First, Spitzer, Williams, & Gibbon
2. Beck Depression Inventory° II
(BDI- II)

3. Beck, Steer, & Brown
4. Beck Anxiety Inventory (BAI)
5. Epstein

است که معمولاً افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا کسانی که در وضعیت اضطراب برانگیز قرار می‌گیرند، بعضی از این علائم را تجربه می‌کنند. بک و همکاران (۱۹۸۸) همسانی درونی مقیاس را برابر ۰/۹۲ و اعتبار بازآزمایی یک هفته‌ای آن را ۰/۷۵ و همبستگی گویه‌های آن را از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند. کاویانی و موسوی (۱۳۸۷) ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۹۲ و ضریب اعتبار به روش بازآزمایی را ۰/۸۳ به دست آورده‌اند.

۴- مقیاس ولع الکل پنسیلوانیا^۱: این مقیاس (فلانری، ولپیسلی و پتیناتی^۲، ۱۹۹۹) ابزار خودگزارشی ۵ گویه‌ای ولع نسبت به الکل است که برای سنجش ولع نسبت به دارو و مواد نیز قابلیت کاربرد دارد. فراوانی، شدت، مدت و میزان کلی ولع نسبت به ماده خاصی در طی هفته‌ی گذشته را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. فلانری و همکاران (۱۹۹۹) اعتبار پیش بین و همسانی درونی بالایی را برای این مقیاس گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر، ضریب اعتبار بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۸۲ و همسانی درونی آن ۰/۸۴ به دست آمد.

روند اجرا

کاربندی آزمایش در پژوهش حاضر، اجرای ۸ جلسه مداخله‌ی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بود که به صورت جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای، توسط دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز اجرا شد. پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی طبق پروتکل طراحی شده توسط بوئن و همکاران، (۲۰۰۹؛ ۲۰۱۱) بود، که برای استفاده در این پژوهش از آن‌ها اقتباس شد. روش اجرا بدین گونه بود که پس از اخذ مصاحبه بالینی ساختاریافته و احراز شرایط پژوهش، نمونه مورد نظر انتخاب شده و به طور تصادفی به دو گروه (آزمایش و گواه) منتسب شدند. سپس پرسش‌نامه‌ها توسط افراد تکمیل شدند. گروه آزمایش پس از اجرای پیش‌آزمون، به مدت دو ماه تحت مداخله‌ی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند؛ در حالی که افراد گروه گواه مداخله‌ی عادی و رایج در مرکز (درمان متعارف) را دریافت داشتند. درمان متعارف شامل آموزش

روانی، راهکارهای جلوگیری از لغزش، جرأت‌ورزی، تعیین اهداف و آموزش مهارت‌های بین فردی بود. در پایان مداخله، از گروه‌ها پس از آزمون به عمل آمد و به منظور پی گیری نیز دو ماه پس از درمان، افراد مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. پژوهش با اخذ رضایت کتبی آگاهانه، محرمانه ماندن داده‌ها، عدم تعارض منافع در پژوهش‌های بالینی و رعایت دیگر نکات مهم اخلاق پژوهش صورت گرفت.

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

متغیرها	شاخص‌های توصیفی	پیشگیری از عود مبتدی بر ذهن آگاهی			درمان متعارف	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
ولع	میانگین	۲۸/۴۱	۱۰/۱۶	۱۱/۴۹	۲۷/۱۸	۱۹/۸۷
	انحراف استاندارد	۲/۳۰	۲/۶۰	۲/۱۷	۱/۷۲	۲/۲۰
افسردگی	میانگین	۲۹/۴۱	۱۴/۶۳	۱۵/۱۸	۲۹/۱۲	۲۵/۶۸
	انحراف استاندارد	۲/۵۲	۲/۴۷	۲/۱۶	۲/۹۸	۲/۳۱
اضطراب	میانگین	۲۴/۶۸	۱۴/۵۳	۱۴/۹۱	۲۵/۰۴	۲۲/۸۱
	انحراف استاندارد	۲/۰۴	۲/۲۱	۲/۸۱	۲/۶۳	۲/۷۲

قبل از انجام تحلیل کواریانس چندمتغیره ابتدا پیش فرض‌های آن بررسی شد. بدین منظور، چهار مفروضه‌ی زیربنایی تحلیل کواریانس شامل همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب‌های رگرسیون، خطی بودن و همخطی چندگانه مورد بررسی قرار گرفتند. پیش فرض همگنی واریانس‌ها در بین متغیرها از طریق آزمون لون بررسی شد. نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این پیش فرض در متغیر ولع ($F=1/38, P>0/05$)، افسردگی ($F=1/62, P>0/05$)، و اضطراب ($F=1/02, P>0/05$) داشت. بررسی نتایج آزمون باکس نیز حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس - کواریانس برقرار است ($F=1/57, P>0/05$). نتایج همگنی شیب‌های رگرسیون نیز برقرار بود ($F=1/26, P>0/05$). ضرایب همبستگی بین پیش آزمون و پس آزمون مقیاس‌های ولع ۰/۴۱، افسردگی ۰/۴۳، اضطراب ۰/۳۹، به

دست آمد. با توجه به همبستگی‌های به دست آمده، مفروضه خطی بودن مورد تأیید قرار گرفت. ضرایب همبستگی بین متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) نیز در تمام متغیرها کمتر از ۰/۹۰ بود ($r < 0/90$). با توجه به مقادیر همبستگی‌های به دست آمده، تقریباً از مفروضه همخطی چندگانه بین متغیرهای تصادفی کمکی، اجتناب شده بود. بنابراین، می‌توان اطمینان حاصل کرد که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کواریانس را دارا می‌باشد. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته با کنترل پیش‌آزمون‌ها در گروه‌های آزمایش و گواه نشان داد که مقدار لامبدای ویلکز معنادار می‌باشد ($F = 35/1, P < 0/001$). بر این اساس می‌توان بیان داشت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته، بین دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. برای بررسی الگوهای تفاوت، تحلیل کواریانس تک‌متغیره به شرح زیر انجام شد.

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیره برای بررسی الگوهای تفاوت در پس‌آزمون

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	آماره F	معناداری	اندازه اثر
ولع	۵۸۸/۳۱	۱	۱۳۹/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۷۷
افسردگی	۶۹۷/۵۳	۱	۱۴۲/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۸۱
اضطراب	۴۲۰/۷۹	۱	۸۹/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۷۲

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود در تمام متغیرها تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/001$).

برای بررسی بقای تفاوت تحلیل کواریانس چندمتغیری روی میانگین نمره‌های پیگیری متغیرهای وابسته با کنترل پیش‌آزمون انجام شد که مقدار لامبدای ویلکز معنادار بود ($F = 79/68, P < 0/001$). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک‌متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در نمرات پیگیری

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	آماره F	معناداری	اندازه اثر
ولع	۷۲۳/۶۲	۱	۱۲۱/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳
افسردگی	۵۲۳/۶۱	۱	۱۰۵/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۸۰
اضطراب	۲۶۳/۷۵	۱	۸۶/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۶۹

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود نتایج در تمام متغیرها معنادار است ($P < 0.001$). به بیان دیگر اثربخشی درمان بقا داشته است.

بحث و نتیجه گیری

مطالعات زیادی همایندی مرضی بالای سوء مصرف مواد و اختلالات خلقی و اضطرابی را نشان داده‌اند. هنگامی که طبقات مختلف اختلالات در چنین میزان بالایی با هم رخ می‌دهند، انتخاب یک رویکرد درمانی مناسب می‌تواند چالش برانگیز باشد (چیو، کولوگنوری، وایزمن و بانن^۱، ۲۰۰۹). هم‌چنین، مطالعات بالینی نشان می‌دهند اختلالاتی که با هم تداخل دارند و باعث تداوم یکدیگر می‌شوند موقعیت دشواری را به لحاظ تشخیص اولیه و انتخاب پروتکل درمانی برای متخصص بالینی به وجود می‌آورند. تطبیق یک رویکرد، روش انعطاف‌پذیری است برای انطباق دادن مداخلات رفتاری و شناختی، تا دامنه‌ای از علائم را درحوزه‌های تشخیصی مختلف مورد آماج قرار دهد. به علاوه، صلاحیت چندفرهنگی^۲ این مداخلات انطباق یافته نیز باید مؤلفه‌ای کلیدی باشد که متخصصین باید به آن توجه خاصی مبذول دارند (استالی و لاوریر^۳، ۲۰۱۰). ذهن آگاهی که تحت عنوان مراقبه نیز شناخته می‌شود، مهارت ارزشمندی است که طی هزاران سال در میان بسیاری از فرهنگ‌ها و ادیان جهان نظیر اسلام (عنایت خان، ۲۰۰۲)، بودا (راهولا^۴، ۱۹۷۴) و مسیحیت (مرتون^۵، ۱۹۶۰)، آموزش داده شده است (به نقل از مک‌کی، وود و برنتلی^۶، ۲۰۰۷). اخیراً، تکنیک‌های ذهن آگاهی با انواع دیگری از روان‌درمانی‌ها (نظیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، سگال، ویلیامز و تیزدیل، ۲۰۰۲؛ پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی، بوئن و همکاران، ۲۰۰۹؛ رفتاردرمانی دیالکتیک^۷، لینهان^۸، ۱۹۹۳؛ درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش^۹، هیز، استروسال و ویلسون^{۱۰}، ۲۰۱۲) ادغام شده و نتایج

1. Chu, Colognori, Weissman, & Bannon
2. multicultural competence
3. Staley, & Lawyer
4. Rahula
5. Merton
6. McKay, Wood, & Brantley

7. Dialectical-Behavior Therapy (DBT)
8. Linehan
9. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
10. Hayes, Strosahl, & Wilson

رضایت بخشی را نیز به بار آورده‌اند. در همین راستا، هدف پژوهش حاضر بررسی کارایی مداخله‌ی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر سوء‌مصرف مواد و شدت علائم افسردگی و اضطراب معنادان بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش ولع برای مصرف مجدد مواد و هم‌چنین کاهش معنادار در شدت علائم افسردگی و اضطراب شده است. هر چند هر دو گروه در شدت علائم افسردگی و اضطراب و ولع بهبودی داشتند اما نتایج حاصل از گروه مداخله‌ی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بیشتر بوده و در دوره‌ی پیگیری دو ماهه نیز تداوم بیشتری داشته درحالی که نتایج گروه درمان متعارف تا حدودی عود داشته است. بهبود بالینی مشاهده شده در این پژوهش، با نتایج پژوهشی زیرسکا و همکاران (۲۰۰۸)، بوئن و همکاران (۲۰۰۹؛ ۲۰۱۱؛ ۲۰۱۴)، برور و همکاران (۲۰۱۰)، ویتن و همکاران (۲۰۱۰)، ویتکیویتز و همکاران (۲۰۱۰، ۲۰۱۳) که اثربخشی تمرین‌های ذهن آگاهی را در معنادان افسرده و مضطرب مورد بررسی قرار داده‌اند همسو بوده و حمایت تجربی دیگری برای این درمان فراهم می‌آورد. به نظر می‌رسد که تمرین‌های پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی ممکن است مکانیسم‌های زیربنایی مشترک افسردگی، اضطراب و سوء‌مصرف مواد را آماج قرار می‌دهند و بنابراین درمان سودمندی برای این اختلالات هم‌آیند فراهم می‌آورد. تمرین‌های این مداخله ممکن است به افرادی که تشخیص دوگانه‌ی چنین اختلالاتی را دریافت می‌دارند کمک کند تا کناره‌گیری ناخوشایند و عاطفه منفی را تحمل کرده و اجتناب را کاهش دهند، و رفتارهای ناسازگانه‌ای مانند نشخوار فکری را یادگیری‌زدایی می‌کند. به علاوه، این گونه تمرین‌ها ممکن است تعامل بین این فرایندها را کمتر کرده و از این رو اثرات فزاینده آن‌ها بر افسردگی، اضطراب و سوء‌مصرف مواد را تضعیف گردانند (برور و همکاران، ۲۰۱۰). در تمرین‌های ذهن آگاهی به مراجعین آموزش داده می‌شود تا نسبت به چگونگی تغییر پیدا کردن تجارب‌شان در هر لحظه از زندگی، توجه آگاهانه پیدا کنند و برای این که در لحظه حاضر، هشیاری کاملی نسبت به تجربیات خود پیدا کنند، ضروری است که این کار را بدون قضاوت کردن در مورد خود، موقعیت و یا سایر افراد انجام دهند. این عمل که در رویکردهای درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (مانند رفتار درمانی

دیالکتیک، لینهان، ۱۹۹۳؛ درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، هیز، استروسال و ویلسون، ۲۰۱۲) پذیرش نامیده می‌شود به معنی تحمل پدیده بدون هرگونه قضاوت در مورد آن و یا تلاش برای تغییر دادن آن است. از طریق این فرایند مراجعین یاد می‌گیرند که چگونه هیجان‌های آشفته‌ساز خود را ابتدا تحمل کرده و نهایتاً آن‌ها را کنترل کنند. افراد معتاد معمولاً هنگامی که در جزر و مد هیجان‌ها قرار می‌گیرند وسوسه شده و به سراغ مصرف مجدد مواد می‌روند. این گونه به نظر می‌رسد که تمرین‌های ذهن آگاهی همان نقش تنظیم هیجان‌ها را ایفا کرده و به نوعی به معتادان یاد می‌دهد که چگونه هیجان‌ات آشفته‌ساز خود را تنظیم و مدیریت کنند.

از آنجا که هیجان‌ات منفی مانند افسردگی و اضطراب یکی از رایج‌ترین پیشایندهای عود محسوب می‌شوند، مهم است که آماج درمان قرار گیرند (بیکر و همکاران، ۲۰۰۴). به طور خاص، تمرین‌های پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی طوری طراحی شده‌اند که به مراجعین شیوه‌های جایگزینی را یاد می‌دهند تا آن‌ها را به تجربیات‌شان پیوند بزنند، به ویژه به تجربیات مرتبط با عاطفه منفی (افسردگی و اضطراب) که ناخوشایند یا چالش برانگیز هستند. پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی ممکن است به مراجعین کمک کند تا واکنش‌شان نسبت به هیجان‌ات منفی را تغییر دهند، بدون این که فوراً به ولع مصرف مواد جهت تسکین حالت منفی پاسخ دهند. هم‌چنین، کاهش در نمرات شدت ولع در مطالعه حاضر ممکن است توسط افزایش آگاهی نسبت به حس‌های بدنی، افکار و هیجان‌اتی که همراه با ولع می‌باشند ایجاد شده باشد که از طریق مواجهه‌سازی‌های مکرر، مراجعین را برای پذیرش این حالات و عدم واکنش نسبت به ولع تشویق می‌کند. چنین مواجهه‌های مکرر نسبت به محرک‌های راه‌انداز که در طی آن افراد عدم واکنش نسبت به حالات هیجانی را یاد می‌گیرند، به مرور زمان منجر به خوگیری شده و بنابراین شدت واکنش ولعی را کاهش می‌دهد (مارکز، ۱۹۹۷؛ بوئن و همکاران، ۲۰۱۴).

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی را به همراه داشت که عبارتند از: اجرای پژوهش بر روی نمونه‌های مقیم و خودمعرف در مرکز اجتماع درمان‌مدار استفاده از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی به عنوان ابزار جمع‌آوری داده‌ها و کوتاه مدت بودن زمان پیگیری. مسلماً

تعمیم پذیری نتایج مستلزم تحقیقات بیشتری در این زمینه می باشد. پیشنهاد می شود که مطالعات بعدی، این مداخله را با نمونه بزرگتر و بر روی معتادان بالینی مراجعه کننده به کلینیک های ترک اعتیاد اجرا کند. هم چنین پیشنهاد می شود که مطالعات بعدی پیگیری های طولانی مدت تری را انجام دهند. ارزیابی های پیگیرانه بلند مدت می توانند در درک اثرات طولانی مدت این درمان بر روی ولع سوء مصرف و افسردگی، اضطراب هم آیند در معتادان کمک کنند.

منابع

بختیاری، مریم. (۱۳۷۹). بررسی اختلال روانی در مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روان پزشکی تهران.

فتی، لادن؛ بیرشک، بهروز؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ و دابسون، کیت استفان (۱۳۸۴). ساختارهای معناگذاری/طرحواره ها و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی. مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران، ۱۱(۳)، ۲۶-۳۱۲.

کاویانی، حسین (۱۳۸۷). بررسی پایایی و روایی مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی، پرسشنامه سلامت عمومی، فهرست واریس صفات خلقی و شاخص افسردگی بک در جمعیت بالینی در مقایسه با گروه سالم. گزارش تحقیق، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان روزبه.

کاویانی، حسین؛ و موسوی، اشرف السادات (۱۳۸۷). ویژگی های روان سنجی پرسش نامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۶۶(۲)، ۴۰-۱۳۶.

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed)*. Washington, DC: Author.
- Baker, T.B.; Piper, M.E.; McCarthy, D.E.; Majeskie, M.R.; & Fiore, M.C. (2004). Addiction motivation reformulated: An affective processing model of negative reinforcement. *Psychological Review*, 111, 33° 51.
- Beck, A.T.; Epstein, N.; Brown, G.; & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893° 7.
- Beck, A.T.; Steer, R.A.; & Brown, G.K. (1996). *Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Black, D.S. (2012). Mindfulness and Substance Use Intervention. *Substance Use & Misuse*, 47, 199° 201.
- Bowen, S.; Chawla, N.; & Witkiewitz, K. (2014). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors*. In: Baer, R. A. (Ed). *Mindfulness-Based Treatment Approaches: Clinician's Guide to Evidence Base and Applications*, 2nd ed. Academic Press.

- Bowen, S.; Chawla, N.; Collins, S.E.; Witkiewitz, K.; Hsu, S.; Grow, J.; et al. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. *Substance Abuse*, 30, 295° 305.
- Bowen, S.; Witkiewitz, K.; Chawla, N.; & Grow, J. (2011). Integrating Mindfulness Meditation and Cognitive Behavioral Traditions for the Long Term Treatment of Addictive Behaviors. *Journal of clinical outcomes management*, 18(10), 473-9.
- Brewer, J.A.; Bowen, S.; Smith, J.T.; Marlatt, G.A.; & Potenza, M.N. (2010). Mindfulness based treatments for co-occurring depression and substance use disorders: what can we learn from the brain? *Addiction*, 105, 1698-706.
- Brewer, J.A.; Sinha, R.; Chen, J.A.; Michalsen, R.N.; Babuscio, T.A.; Nich, C.; et al. (2009). Mindfulness training and stress reactivity in substance abuse: Results from a randomized, controlled stage I pilot study. *Substance Abuse*, 30(4), 306-17.
- Carroll, K.M.; & Onken L.S. (2005). Behavioral therapies for drug abuse. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1452° 60.
- Chu, B.C.; Colognori, D.; Weissman, A.S.; & Bannon, K. (2009). An initial description and pilot of group behavioral activation therapy for anxious and depressed youth. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 408-19.
- Dagher, R.K.; & Green, K.M. (2015). Does depression and substance abuse comorbidity affect socioeconomic status? Evidence from a prospective study of urban African Americans. *Psychiatry Research*, 225, 115-21.
- Daughters, S.B.; Braun, A.R.; Sargeant, M.N.; Reynolds, E.K.; Hopko, D.R.; Blanco, C.; Lejuez, C.W. (2008). Effectiveness of a brief behavioral treatment for inner-city illicit drug users with elevated depressive symptoms: the life enhancement treatment for substance use (LETS Act!). *Journal of clinical Psychiatry*, 69(1), 122-9.
- Feldman, G. (2007). Cognitive and behavioral therapies for depression: overview, new directions, and practical recommendations for dissemination. *The Psychiatric clinics of North America*, 30(1), 39-50. DOI: 10.1016/j.psc.2006.12.001.
- First, M.B.; Spitzer, R.L.; Gibbon, M.; & Williams, J.B.W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Flannery, B.A.; Volpicelli, J.R.; & Pettinati, H.M. (1999). Psychometric properties of the Penn Alcohol Craving Scale. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23, 1289° 95.
- Forsyth, J.P.; & Eifert, G.H. (2016). *The Mindfulness and Acceptance Workbook for Anxiety: A Guide to Breaking Free from Anxiety, Phobias, and Worry Using Acceptance and Commitment Therapy*, 2nd ed. New Harbinger Publications.
- Goldner, E.M.; Lusted, A.L.; Roerecke, M.; Rehm, J.; & Fischer, B. (2014). Prevalence of Axis-I psychiatric (with focus on depression and anxiety) disorder and symptomatology among non-medical prescription opioid users in substance use treatment: Systematic review and meta-analyses. *Addictive Behaviors*, 39(3), 520-31.
- Hayes, S.C.; Strosahl, K.D.; & Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change (2nd ed.)*. New York, NY: Guilford.

- Kessler, R.C.; Chiu, W.T.; Demler, O.; & Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-27.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive- behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Magidson, J.F.; Gorka, S.M.; MacPherson, L.M.; Hopko, D.R.; Blanco, C.; Lejuez., C.W.; Daughters, S.B. (2011). Examining the effect of the Life Enhancement Treatment for Substance Use (LETS ACT) on residential substance abuse treatment retention. *Addictive Behaviors*, 36(6), 615-23. DOI: 10.1016/j.addbeh.2011.01.016.
- Marks I. (1997). Behavior therapy for obsessive-compulsive disorder: a decade of progress. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 1021° 7.
- Marlatt G.A.; & Donovan D.M. (2005). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*, 2nd ed. New York: Guilford Press.
- McKay, M.; Wood, J.; & Brantley, J. (2007). *The dialectical behavior therapy skills workbook: practical DBT exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation & distress tolerance*. New York: Guilford Press.
- Quyen, Q.T.; & Brent M. (2007). Treatments for patients with dual diagnosis: a review. *Alcohol clinical and experimental Research*, 31, 513° 36.
- Sadock B.J.; & Sadock, V.A. (2016). *Kapaan and Sadock's oopp rhnnsee bbbbok of psychiatry (10th ed., Vol. 1)*. Philadelphia: Lippincott/Williams & Wilkins.
- Segal, Z.; Williams, J.M.G.; & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. New York: Guilford Press.
- Staley, C.S.; & Lawyer, S.R. (2010). Behavioral Activation and CBT as an Intervention for Coexistent Major Depression and Social Phobia for a Biracial Client with Diabetes. *Clinical Case Studies*, 9, 63° 73.
- Tate, S.R.; Brown, S.A.; Unrod, M.; & Ramo, D.E. (2004). Context of relapse for substance- dependent adults with and without comorbid psychiatric disorders. *Addictive Behaviors*, 29, 1707° 24.
- Vieten C.; Astin J.A.; Buscemi R.; & Galloway G.P. (2010). Development of an acceptance-based coping intervention for alcohol dependence relapse prevention. *Substance abuse*, 31, 108° 16.
- Witkiewitz, K.; & Bowen, S. (2010). Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 362° 74.
- Witkiewitz, K.; Bowen, S.; Douglas, H.; & Hsu, S. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behaviors*, 38, 1563° 71.
- Zgierska, A.; Rabago, D.; Zuelsdorff, M.; Coe, C.; Miller, M.; & Fleming, M. (2008). Mindfulness meditation for alcohol relapse prevention: A feasibility pilot study. *Journal of Addiction Medicine*, 2(3), 165° 73.