ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2019;8(1):21-26

Afarand Scholarly Publishing Institute

Effectiveness of Mindfulness-Based Relapse Prevention on Distress and Temptation Tolerance in Methamphetamine Dependent Patients

Deputy of Health, Rescue & Treatment

ARTICLE INFO

Article Type
Original Research

Authors
Kazemi-Zahrani H.* *PhD*,
Jalali N.[1] *MSc*

How to cite this article
Kazemi-Zahrani H, Jalali N. Effectiveness of Mindfulness-Based Relapse Prevention on Distress and Temptation Tolerance in Methamphetamine Dependent Patients. Journal of Police Medicine. 2019;8(1):21-26.

ABSTRACT

Aims Methamphetamine is a stimulant. Most addicts tend to change the drug-dependent lifestyle. The present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of mindfulness-based relapse prevention on distress and temptation tolerance in methamphetamine dependent patients.

Materials & Methods This quasi-experimental study was conducted with a pre-test, post-test and control group in methamphetamine users, who were referred to short-term addiction treatment centers, methadone therapy addiction centers, and prisons of Kashan, and 40 patients with methamphetamine dependency were entered to the study. Distress tolerance was measured by Distress Tolerance Scale (DTS) and temptation was measured by Craving Beliefs Questionnaire (CBQ).

Findings T There was a significant difference between the mean of the experimental group and the control group in the post-test in distress tolerance (p=0.001) and temptation tolerance (p=0.001).

Conclusion Mindfulness-based relapse prevention affects distress and temptation tolerance in methamphetamine dependent patients, and also reduces anxiety and intellectual rumination.

Keywords Mindfulness-Based Relapse Prevention; Depression Tolerance; Temptation; Methamphetamine

CITATION LINKS

[1] A primer of drug action: A comprehensive guide to the actions, lessons from the treatment of panic ... [2] Cognitive consequences of cannabis use: comparison with abuse of stimulants and heroin with regard to attention, memory and executive ... [3] Drug use patterns and mental health of regular amphetamine users during a reported, heroin ... [4] Psychopathology, treatment completion and 5 years outcome a prospective study of drug ... [5] Evidenced-based treatment of opioid-dependent ... [6] Mindfulness-based relapse prevention for substance abusers: Therapist training and therapeutic ... [7] Apreliminary investigation of alexithymia in men whit psychoactive substance ... [8] Cognitive and neuropharmacological processes in human drug ... [9] The distress tolerance scale: Development and validation of a self report ... [10] Does distress tolerance moderate the impact of major life events on psychosocial variables and behaviors ... [11] Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety ... [12] Addiction, anthropology and ... [13] Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders: the ... [14] Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and ... [15] Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach ... [16] Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive ... [17] Acceptance and commitment therapy: Model, processes and ... [18] Meditation and Alcohol ... [19] Using mindfulness to develop health education strategies for blood borne virus prevention ... [20] An information processing analysis of mindfulness: Implication for relapse prevention in the treatment of ... [21] Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot ... [22] Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress ... [23] Craving beliefs questionnaire. In: Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS, editors. Cognitive therapy of substance ... [24] Psychometric properties of the chinese craving beliefs questionnaire for heroin abusers in ... [25] Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy ... [26] Buddhist psychology and the treatment of addictive ... [27] Treating drug ... [28] The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychologica ... [29] Skills training manual for treating borderline personality ... [30] Combined goal management training and ... [31] Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual ... [32] Mindfulness-oriented recovery enhancement for alcohol dependence: therapeutic ...

*Department of Psychology, Faculty of Psychology, Payam-e-Noor University, Tehran, Iran
[1]Department of Psychology, Faculty of Psychology, Najaf Abad Branch, Islamic Azad University, Najaf Abad, Iran

***Correspondence**
Address: Department of Psychology, Faculty of Psychology, Payam-e-Noor University, Tehran, Iran
Phone: -
Fax: -
hkazemi@pnu.ac.ir

Article History
Received: August 24, 2018
Accepted: December 10, 2018
ePublished: December 31, 2018

Copyright© 2019, ASP Ins. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License which permits Share (copy and redistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-NonCommercial terms.

اثربخشی مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن‌آگاهی، بر تحمل پریشانی و وسوسه در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین

حمید کاظمی زهرانی* PhD
گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
ندا جلالی MSc
گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

چکیده
اهداف: مت‌آمفتامین نوعی ماده محرک است. بیشتر معتادین تمایل دارند سبک زندگی وابسته به مواد مخدر را تغییر دهند. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن‌آگاهی، بر تحمل پریشانی و وسوسه در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین انجام شد.
مواد و روش‌ها: این پژوهش شبه‌تجربی با گروه آزمایش و کنترل به‌صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در بیماران مصرف‌کننده مت‌آمفتامین مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد اقامتی کوتاه‌مدت، مراکز ترک اعتیاد متادون‌تراپی و زندان شهرستان کاشان انجام شد و ۴۰ نفر دارای تشخیص اختلال وابستگی به مت‌آمفتامین به مطالعه وارد شدند. متغیر تحمل پریشانی با پرسش‌نامه تحمل پریشانی (DTS) و متغیر وسوسه با پرسش‌نامه عقاید وسوسه‌انگیز (CBQ) سنجیده شد.
یافته‌ها: بین میانگین‌های گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون در تحمل پریشانی (p=۰/۰۰۱) و وسوسه (p=۰/۰۰۱) تفاوت معنی‌داری مشاهده شد.
نتیجه‌گیری: مداخله مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن‌آگاهی، بر تحمل پریشانی و وسوسه در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین اثربخش است و باعث کاهش اضطراب و نشخوارهای فکری نیز می‌شود.
کلیدواژه‌ها: پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی، تحمل پریشانی، وسوسه، مت آمفتامین

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۶/۰۲
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۸/۲۰
تاریخ انتشار الکترونیک: ۱۳۹۷/۱۰/۱۰
*نویسنده مسئول: hkazemi@pnu.ac.ir

مقدمه
مت‌آمفتامین نوعی ماده محرک است. مواد محرک موجب وابستگی شدید می‌شوند. وابستگی به مت‌آمفتامین در مناطق مختلف جهان قابل مشاهده است. اثربخشی روان‌شناختی مقدار مصرف متوسط ماده شامل سرخوشی آنی، سرگیجه، افزایش هوشیاری و وراجی لاف‌زنانه توام با اضطراب است. پس از ۶۰ تا ۹۰ دقیقه اضطراب ممتدی را در پی دارد. آگاهی هوشیار و دقت روانی افزایش می‌یابد اما دنباله آن افسردگی است[1]. مصرف مت‌آمفتامین علاوه بر مشکلات جسمانی به اختلالات روان‌پزشکی از جمله بروز سایکوز، تشدید اسکیزوفرنیا، نقایص شناختی[2] و اختلالات خُلقی و اضطرابی[3] منجر می‌شود.
بیشتر معتادین تمایل دارند سبک زندگی وابسته به مواد مخدر را تغییر دهند اما وجود مشکلات زیادی در مرحله درمان، سبب عود و ترک دوره درمانی می‌شود[4]. اعتیاد به‌عنوان یک مشکل حاد برگشت‌پذیر معرفی شده است[5]. پژوهشگران نتیجه‌گیری کرده‌اند که سه‌چهارم افرادی که ترک کرده‌اند، در فاصله یک سال پس از تکمیل درمان، عود مجدد داشته‌اند. در درمان و پیشگیری از بازگشت اعتیاد، تجارب هیجانی منفی و مثبت، میل و وسوسه از مهم‌ترین عوامل خطر بازگشت هستند[6]. افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، مواد را به‌منظور مدیریت حالت‌های هیجانی نامطلوب مصرف می‌کنند. حالت‌های هیجانی که به‌خاطر مشکلاتی در فهم و برخورد موثر با آن هیجان‌ها، به‌طور غیرقابل کنترل تجربه می‌شوند[7]. می‌توان گفت که حالت‌های هیجانی می‌توانند تمرکز و توجه را تعدیل نموده، فرآیندهای توجه می‌توانند فرآیندهای هیجانی را تعدیل نمایند. همچنین سوگیری توجه نسبت به نشانه‌های مربوط به مواد، عود و وسوسه را تعدیل می‌کنند[8].
از متغیرهای مرتبط با عود اعتیاد، تحمل پریشانی است. تحمل پریشانی، از سازه‌های معمول برای پژوهش‌های در زمینه بی‌نظمی عاطفی است. تحمل پریشانی را توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی تعریف می‌کنند[9]. در حقیقت، تحمل پریشانی یک متغیر از تفاوت‌های فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره می‌کند[10]. تحمل پریشانی به‌طور فزاینده‌ای، به‌عنوان یک ساختار مهم در رشد بینشی جدید درباره شروع و ابقای آسیب‌های روانی و همچنین پیشگیری و درمان مشاهده شده است. افراد با تحمل پریشانی پایین در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجانات منفی خود درگیر بی‌نظمی رفتاری می‌شوند و با پرداختن به برخی از رفتارهای مخرب مانند مصرف مواد درصدد تسکین درد هیجانی خود بر می‌آیند. یک راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور از قبیل مصرف الکل و سایر مواد ممکن است منتج به خلاصی سریع افراد از هیجانات منفی شود. این راهبرد، خصوصا برای کسانی که تحمل پریشانی پایینی دارند، شیوه مناسب به‌شمار می‌رود. تحمل هیجانی پایین در فرد باعث ایجاد حالات هیجانی منفی می‌شود و برای مدیریت حالات هیجانی منفی بیمار دچار وسوسه می‌شود[11].
بزرگترین تهدید یک بیمار در حال بهبودی و عامل اصلی عود، وسوسه است و اگر به‌طور دقیق کنترل و شناخته نشود، برای فرد بسیار گیج‌کننده و آشفته‌ساز بوده و ممکن است مصرف مجدد مواد را در پی داشته باشد. دهمین طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها نیز وسوسه را به‌عنوان اولین ملاک برای تشخیص وابستگی به مواد لحاظ کرده است. وسوسه با ایجاد سوگیری در توجه و انتخابی‌نمودن پردازش اطلاعات، از طریق ارتباط با نشانه‌ها و پردازش نسبتا جذابانه‌تر اطلاعات مرتبط با آنها، به وسیله افزایش حواس‌پرتی از عوامل برانگیزاننده و کاهش توانایی تمرکزکردن بر آنها و تقویت آگاهی از حالات درونی فرد با کُندکردن ادراک با گذشت زمان می‌توان عود را تحت تاثیر قرار دهد. وسوسه‌ها تحت تاثیر دو عامل "برانگیزاننده‌ها و موقعیت پُر خطر" قرار دارند. برانگیزاننده‌ها منجر به فکر مواد شده، آن نیز به نوبه خود وسوسه را به‌دنبال آورده و در نهایت مصرف را در پی دارد[12].
با توجه به این یافته‌ها، در حال حاضر کاهش میزان عود یکی از چالش‌های اصلی درمانگران و بیماران در زمینه سوء مصرف مواد است. *ویتکیویتز* [13] و همکاران با ترکیب تحقیقات بیش از دو دهه بر پیشگیری از بازگشت به‌عنوان درمان وابستگی به مواد با فنون موجود بر پایه ذهن‌آگاهی، مداخله جدید شناختی-رفتاری را برای اختلال‌های مصرف مواد با نام پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن‌آگاهی (MBRP) پیشنهاد کردند[14, 15]. بنابراین MBRP درمان رفتاری جدید است که فنون پیشگیری از بازگشت شناختی-رفتاری سنتی را با مراقبه ذهن‌آگاهی برای درمان اختلالات مصرف مواد ترکیب می‌کند[16]. از این تلفیق به‌عنوان موج سوم رفتاردرمانی یاد می‌کنند[17].
اساس و چارچوب نظری *مارلات* و *چاولا*[18] آن است که افزایش خودآگاهی از طریق مراقبه ذهن‌آگاهی مهارت‌های مقابله‌ای را بهبود می‌بخشد. افراد وابسته به مواد می‌توانند به گونه‌ای آموزش ببینند که علایم هشداردهنده میل را خیلی زودتر تشخیص دهند.

بنابراین مراقبه روش جدیدی از پاسخ را تایید می‌کند که متفکرانه‌تر و اثربخش‌تر نسبت به نشانه‌ها یا محرک‌هایی است که پیشگیری از بازگشت را تشویق می‌کند[18].

ذهن‌آگاهی در حیطه اعتیاد نتایج و آثار مثبت درمانی داشته است. در صورتی که آموزش روش پیشگیری، با ذهن‌آگاهی ترکیب شود، می‌تواند آثار نسبتا موفقیت‌آمیزی بر قضاوت و بیزاری معتادان تزریقی داشته باشد[19]. ذهن‌آگاهی، به علت سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون رفتار درمانی-شناختی سنتی، به علت تاثیر روی فرآیندها، می‌تواند ضمن کاهش علایم و پیامدهای پس از ترک، اثربخشی درمانی را افزایش داده و به پیشگیری از عود مصرف مواد کمک می‌کند [6, 13, 20]. همچنین گزارش شده است که افراد سم‌زدایی کرده‌ای که مداخله ذهن‌آگاهی دریافت کرده بودند از فراوانی کمتر عود مصرفی مواد طی ۴ ماه برخوردار بودند[21].

با توجه به ادبیات پژوهش و مطالعات انجام‌شده در این زمینه، می‌توان چنین جمع‌بندی کرد که تاکنون درمان MBRP بر سازمان‌های روان‌شناختی مرتبط به وابستگی مواد مانند تحمل پریشانی و وسوسه صورت نگرفته است، لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن‌آگاهی، بر تحمل پریشانی و وسوسه در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش شبه‌تجربی با گروه آزمایش و کنترل به‌صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در بیماران مصرف‌کننده مت‌آمفتامین مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد اقامتی کوتاه‌مدت، مراکز ترک اعتیاد متادون‌تراپی و زندان شهرستان کاشان انجام شد. با توجه به تعداد افراد جامعه آماری و استفاده از فرمول کوکران، ۴۰ نفر از مردان و زنان دارای تشخیص اختلال وابستگی به مت‌آمفتامین بر پایه معیارهای DSM-IV-TR که ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند (سم‌زدایی طی یک‌هفته منتهی به مطالعه، انجام آزمون TLC، داشتن سابقه حداقل یک‌بار بازگشت و سطح تحصیلات حداقل ابتدایی) از مراکز ترک اعتیاد اقامتی کوتاه‌مدت، مرکز ترک اعتیاد بهبود و زندان شهرستان کاشان به‌صورت هدفمند انتخاب شدند وارد طرح پژوهشی شدند. این افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند.

تحمل پریشانی با پرسش‌نامه تحمل پریشانی (DTS) و وسوسه با پرسش‌نامه عقاید وسوسه‌انگیز (CBQ) سنجیده شد.

مقیاس تحمل پریشانی: که توسط *سیمونز* و *گاهر*[9] تدوین شده است، یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که دارای ۱۵ ماده و ۴ خرده‌مقیاس است. عبارات این ابزار، در مقیاسی ۵درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات بالا در این مقیاس نشان‌گر تحمل پریشانی بالاست. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ به‌دست آمده است. همچنین مشخص شده که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرای اولیه خوبی است[9]. در یک مطالعه مقدماتی در ۴۸۰ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد (۳۱ زن و ۱۷ مرد)، پایایی همسانی درونی آن ۰/۷۱ محاسبه شده است[22]. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۷۳ بود.

پرسش‌نامه عقاید وسوسه‌انگیز: دارای ۲۰ سئوال بوده که توسط *رایت*[23] طراحی شده و هدف آن سنجش میزان وسوسه برای مصرف مواد مخدر است. طیف پاسخ‌گویی آن از نوع لیکرت ۷گزینه‌ای است. برای به‌دست‌آوردن امتیاز کلی پرسش‌نامه، مجموعه امتیازات همه سئوالات جمع می‌شود. این امتیاز دامنه‌ای از ۲۰ تا ۱۴۰ دارد. امتیاز بالا نشان‌دهنده وسوسه بیشتر فرد پاسخ‌دهنده برای مصرف مواد است. این آزمون از اعتبار و روایی خوبی برخوردار است و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش شده است[23]. همچنین روایی صوری و محتوایی آن نیز به تایید اساتید و کارشناسان مربوطه رسیده است[24]. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۷۶ بود.

متغیرهای تحمل پریشانی و وسوسه در مرحله پیش‌آزمون در دو گروه مورد سنجش قرار گرفت. مداخله پیشگیری از عود بر پایه ذهن‌آگاهی براساس مدل *مارلات*[6] به‌مدت ۲ ماه به‌صورت ۸ جلسه گروهی ۱/۵ساعته (جدول ۱) در گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت ننمودند. پس از اتمام جلسات مداخله، کلیه آزمودنی‌های دو گروه، در مرحله پس‌آزمون، پرسش‌نامه‌های تحمل پریشانی و وسوسه را تکمیل نمودند.

نرمال‌بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد و داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

جدول ۱) اهداف و محتوای جلسات درمانی[25]

جلسه اول
خوش‌آمدگویی به بیماران، معرفی اعضا، گرفتن تعهد از بیماران، معرفی این اختلال و معرفی درمان، افزایش سطح آگاهی خوردن و گرفتن بازخورد از جلسه. تکلیف خانگی: ذهن‌آگاهی در مورد ظرف شستن و مسواک‌زدن.
جلسه دوم
مدیتیشن اسکن بدن ۴۵ دقیقه بر ۱۴ گروه از عضلات بدن، مقاله متانت. تکلیف خانگی: خواندن یک مدل داستان و تعمق بر آن و انجام مدیتیشن اسکن بدن برای ۱۴ گروه از عضلات.
جلسه سوم
مدیتیشن اسکن بدن ۴۵ دقیقه، مقاله آگاهی افکار، مراقبه نشسته ۱۵ دقیقه. تکلیف خانگی: تقویم وقایع خوشایند، انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن، افزایش سطح آگاهی (ذهن‌آگاهی) یک فعالیت جدید روزمره.
جلسه چهارم
تمرین دیدن و شنیدن این تمرین با مراقبه نشسته و تنفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی دنبال می‌شد. تکلیف خانگی: تقویم وقایع ناخوشایند، انجام مدیتیشن نشسته، افزایش سطح آگاهی یک فعالیت روز مره جدید.
جلسه پنجم
مدیتیشن نشسته، تکنیک STOP. تکلیف خانگی: انجام مدیتیشن اسکن بدن، افزایش سطح آگاهی یک فعالیت روزمره جدید، تمرین تکنیک STOP در برابر رویداد های نا خوشایند.
جلسه ششم
مدیتیشن اسکن بدن ۴۵ دقیقه، مقاله مهربانی، آموزش مراقبه بین فردی تکلیف خانگی: شرکت‌کنندگان مشخص کنند کدام یک از رویدادهای زندگیشان خوشایند است و علاوه بر آن چگونه می‌توان برنامه‌ای چید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد. تمرین مراقبه بین فردی.
جلسه هفتم
مدیتیشن اسکن بدن ۴۵ دقیقه، مقاله نقش افکار در عود، روش‌های هوازی، تنفس عمیق، تمرکز.
جلسه هشتم
مدیتیشن اسکن بدن ۴۵ دقیقه، مرور جلسات درمانی.

یافته‌ها

میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۱۱/۸۴±۳۳/۲۵ سال و در گروه کنترل ۱۴/۳۴±۳۶/۶۰ سال بود. ۲۲ (۵۵%) نفر از شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر مرد و ۱۸ نفر (۴۵%) زن بودند. ۹نفر (۲۲/۵%) دارای تحصیلات ابتدایی، ۴ نفر (۱۰%) دارای تحصیلات راهنمایی، ۱۸ نفر (۴۵%) دارای تحصیلات متوسطه و دیپلم و ۹ نفر (۲۲/۵%) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند.

میانگین نمره تحمل پریشانی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش و میانگین نمره وسوسه در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشت (جدول ۲).

جدول ۲) میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون تحمل پریشانی و وسوسه بر حسب عضویت گروهی

شاخص	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
تحمل پریشانی		
آزمایش	۳۷/۳۵±۶/۶۷	۴۵/۳۵±۱۱/۲۸
کنترل	۳۶/۶۵±۹/۳۰	۳۴/۷۵±۹/۹۲
وسوسه		
آزمایش	۶۶/۰۵±۱۸/۷۸	۵۵/۲۵±۱۱/۸۹
کنترل	۶۹/۴۵±۲۵/۵۲	۷۶/۶۰±۲۲/۹۵

بین میانگین‌های تعدیل‌شده نمرات تحمل پریشانی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری مشاهده شد (p=۰/۰۰۱). میزان این تاثیر در مرحله پس‌آزمون ۲۷% بود؛ بدین معنی که ۵۲% نمرات پس‌آزمون تحمل پریشانی مربوط به تاثیر مداخله بود. بین میانگین‌های تعدیل‌شده نمرات وسوسه شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری مشاهده شد (p=۰/۰۰۱). میزان این تاثیر در مرحله پس‌آزمون ۲۶% بود؛ بدین معنی که ۲۶% نمرات پس‌آزمون وسوسه مربوط به تاثیر مداخله بود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف اثر بخشی مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن‌آگاهی، بر تحمل پریشانی و وسوسه در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین صورت گرفته است. همان گونه که از نتایج به‌دست آمده مشخص است، مداخله مبتنی بر پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن‌آگاهی بر نقایص تحمل پریشانی تاثیر معنی‌داری داشت. این یافته‌ها با یافته‌های پیشین همسو است[25, 26]. پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که ذهن‌آگاهی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌توانند به صورت جداگانه و با یکدیگر، در کاهش پریشانی روان‌شناختی (جسمانی‌سازی، اضطراب، افسردگی و پریشانی روان‌شناختی کلی) نقش داشته باشند. این یافته‌ها پیشنهاد می‌کنند ذهن‌آگاهی می‌تواند در ظهور و نگهداری افسردگی، اضطراب و پریشانی نقش داشته باشد[27].

اساس بحث ذهن‌آگاهی آن است که خودآگاهی و بینش بهبودیافته قابلیت فرد را برای استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای در مرحله اولیه اشتیاق یا تجربه حالت هیجانی منفی افزایش خواهد داد[25]. *مارلات* و *چاولا*[18] این آگاهی افزایش یافته را به‌عنوان حالت فراشناختی جدیدی می‌دانند که در آن مراجعان برای واکنش نشان‌ندادن به محرک‌های سوء مصرف مواد و اجرای به‌موقع راهبردهای مقابله‌ای در فرآیند بازگشت آموزش می‌بینند. بنابراین مراقبه سبکی جدید برای پاسخ موثرتری به این نشانه‌ها را ارایه می‌دهد[18].

لینهان[28] می‌گوید ترس افرادی که از تجربه هیجانات منفی شدید واهمه دارند قابل فهم است، چرا که حالت‌های هیجانی منفی آنها معمولاً شدید است. به هر حال، کوشش آنها برای اجتناب از این حالت‌ها، غالباً پیامدهای ناسازگارانه‌ای دارد. مشاهده افکار و هیجانات فعلی، بدون سعی در اجتناب یا فرار از آنها، می‌توان به‌عنوان نمونه‌ای از مواجهه تلقی شود که به نوبه خود باعث خاموشی پاسخ‌های ترس و رفتارهای اجتنابی شود که توسط محرک‌های ترس‌انگیز، تقویت شده‌اند[28]. درمانگر مبتلا به هیجانات منفی آموزش می‌دهد که با تمرینات هوازی، تنفس عمیق، تکنیک STOP بپردازند و تحمل این حس‌ها را تمرین کنند، تا بتوانند از نشانه‌های مربوط به آن رهایی یابند. در تمرینات حضور ذهن از بیمار خواسته نمی‌شود که نشانه‌های هیجانات منفی را در خود ایجاد کند، بلکه مشاهده بدون داوری حس‌هایی که طبیعتا بروز می‌یابند، مورد ترغیب قرار می‌گیرد؛ بنابراین توانایی عمل هیجانات منفی و توانایی مدارا با آنها اثرات مفیدی به همراه دارد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مداخله مبتنی بر پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن‌آگاهی بر نقایص وسوسه تاثیر معنی‌داری داشته است. این یافته‌ها با یافته‌های پیشین همسو است[6, 29]. روش گروهی پیشگیری از عود بر پایه ذهن‌آگاهی، توانسته است به شکل موثری اثربخشی درمان وابستگی به مواد را افزایش دهد و در بهبود وضعیت سلامت روانی بیماران موثر باشد. مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند توانایی مقابله‌ای بیمار را برای کنارآمدن با وسوسه و نشانه‌های ترک، افزایش دهد. همچنین این درمان به‌عنوان یکی از روش‌های اصلی راهبردهای مبتنی بر پذیرش باعث می‌شود که بیمار به‌جای چالش و پرهیز از افکار و احساسات ناراحت‌کننده ناشی از ترک یا کاربرد مواد برای تسکین آنها، برقراری یک سبک ارتباطی متفاوت بدون واکنش و نوعی شیوه جدید پردازش اطلاعات، افکار و احساسات ناراحت‌کننده خود را بدون داوری و ارزیابی بپذیرد و از این راه با حساسیت‌زدایی با آنها کنار بیاید. بخشی از این تغییرات می‌تواند ناشی از سازوکارهای عملی پیشنهادشده در روش ذهن‌آگاهی، مانند رویارویی، پذیرش، آرام‌سازی، حساسیت‌زدایی و تغییر رابطه با افکار باشد[20, 30]. وسوسه قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده عود در میان سایر پیش‌بینی کننده‌ها (حتی هم‌بودی با اختلالاتی مثل اضطراب و افسردگی) است و ذهن‌آگاهی می‌تواند به‌خوبی آثار منفی وسوسه را کاهش دهد. آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند کنترل شناختی بر وسوسه را افزایش و استرس مرتبط با سوء مصرف را کاهش دهد[31].

پژوهشگران متعددی مطرح ساخته‌اند که تمرینات حضور ذهن می‌تواند باعث ایجاد تغییراتی در الگوهای فکری یا نگرش‌های فرد در مورد افکارش شود. برای مثال *کبات زین*[14] توصیه می‌کند که مشاهده بدون قضاوت درد و افکار مرتبط با اضطراب ممکن است منجر به فهم و درک این نکته شود که اینها فقط افکارند و نمایان‌گر واقعیت یا حقیقت نیستند و لزوما نباید باعث فرار یا اجتناب شوند. مهارت‌های حضور ذهن، بیماران را متوجه افکار خود می‌سازند و مجدداً افکار آنها را به سایر جنبه‌های زمان حال، نظیر تنفس، راه رفتن همراه با حضور ذهن یا صداهای محیطی معطوف می‌سازد و از این طریق باعث کاهش نشخوار فکری می‌شود. این پدیده، بینش فراشناختی نامیده می‌شود[14]. تمرینات، مراقبه بین فردی جلسه سوم، افزایش سطح آگاهی طی فعالیت‌های روزانه در تمامی جلسات و تمرین تنفس عمیق جلسه سوم در جلوگیری از وسوسه موثر واقعه می‌شود. درنهایت با توجه به یافته‌های این پژوهش، اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی در جلوگیری از عود مصرف مت‌آمفتامین پیشنهاد می‌شود استفاده از این روش در درمان و توسعه نظری و عملی آن به استفاده در مراکز ترک اعتیاد و کارگاه‌های آموزشی ویژه روان‌شناسان برگزار شود.

نتیجه‌گیری

مداخله مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن‌آگاهی، بر تحمل پریشانی و وسوسه در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین اثربخش است و باعث کاهش اضطراب و نشخوارهای فکری نیز می‌شود.

تشکر و قدر دانی: بدین وسیله پژوهشگران از بیماران شرکت‌کننده در این طرح و همچنین از مسئولین و کارکنان مرکز ترک اعتیاد بهبود شهر کاشان و رئیس محترم زندان شهر کاشان در اجرا و مراحل این پژوهش، کمال تشکر را دارند.

تاییدیه اخلاقی: قبل از انجام پژوهش، به کلیه شرکت‌کنندگان در مورد اهداف و روند اجرای پژوهش، اطلاعات کافی داده شد و رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان برای انجام مداخله MBRP به‌صورت کتبی در جلسات اخذ شد. لازم به ذکر است که به لحاظ رعایت جوانب اخلاقی پژوهش، گروه کنترل پس از پایان پژوهش در جلسات درمانی شرکت کردند و همانند گروه آزمایش، آموزش‌های لازم را دریافت کردند.

تعارض منافع: این مطالعه پژوهشی برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی بود و هیچ‌گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

سهم نویسندگان: حمید کاظمی زهرانی (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/روش‌شناس/پژوهشگر اصلی (۵۰%)؛ ندا جلالی (نویسنده دوم)، تحلیل‌گر آماری/نگارنده بحث (۵۰%)

منابع مالی: این پژوهش با هزینه شخصی نویسندگان انجام شده است.

منابع

1- Julian MR. A primer of drug action: A comprehensive guide to the actions, lessons from the treatment of panic disorder. J Anxiety Disord. 2008;18:69-87.
2- Lundqvist T. Cognitive consequences of cannabis use: comparison with abuse of stimulants and heroin with regard to attention, memory and executive functions. Pharmacol Biochem Behav. 2005;81(2):319-30.
3- Baker A, Lee NK, Claire M, Lewin TJ, Grant T, Pohlman S, et al. Drug use patterns and mental health of regular amphetamine users during a reported, heroin drought. Addiction. 2004;99(7):875-84.
4- Ravndal E, Vaglum M. Psychopathology, treatment completion and 5 years outcome a prospective study of drug abusers. J Subst Abuse Treat. 1998;15(2):135-42.
5- Van den Brink W, Haasen C. Evidenced-based treatment of opioid-dependent patients. Can J Psychiatry. 2006;51(10):635-46.
6- Marlatt GA, Bowen S, Chawla N, Witkiewitz K. Mindfulness-based relapse prevention for substance abusers: Therapist training and therapeutic relationships. In: Hick S, Bien T, editors. Mindfulness and the therapeutic relationship. New York: Guilford Press; 2008.
7- Taylor GJ, Parker JDA, Bagby RM. Apreliminary investigation of alexithymia in men whit psychoactive substance dependence. Am J Psychiatry. 1990;147(9)1228-30.
8- Franken IH. Cognitive and neuropharmacological processes in human drug craving [Dissertation]. Amsterdam: University of Amsterdam; 2003.
9- Simons JS, Gaher RM. The distress tolerance scale: Development and validation of a self report measure. Motiv Emot. 2005;29(2):83-102.
10- O'Cleirigh C, Ironson G, Smits JAJ. Does distress tolerance moderate the impact of major life events on psychosocial variables and behaviors important in the management of HIV. Behav Ther. 2007;38(3):314-23.
11- Keough ME, Riccardi CJ, Timpano KR, Mitchell MA, Schmidt NB. Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. Behav Ther. 2010;41(4):567-74.
12- Tajeri B. Addiction, anthropology and treatment. Tehran: Andishe Press; 2011. [Persian]
13- Witkiewitz K, Marlatt A, Walker D. Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders: the meditation tortoise wins the race. J Cogn Psychother. 2005;19(3):221-9.
14- Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. Clin Psychol Sci Pract. 2003;10(2):144-56.
15- Segal Z, Williams J, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. 1st edition. New York: Guilford Press; 2001.
16- Marlatt G, Gordon J. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press; 1985.
17- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. Behav Res Ther. 2006;44(1):1-25.
18- Marlatt G, Chawla N. Meditation and Alcohol Use. South Med J. 2007;100(4):451-3.
19- Treloar C, Laybutt B, Carruthers S. Using mindfulness to develop health education strategies for blood borne virus prevention in injecting drug use. Drug Edu Prev Policy. 2010;17(4):431-42.
20- Breslin FC, Zack M, McMain S. An information processing analysis of mindfulness: Implication for relapse prevention in the treatment of substance abuse. Clin Psychol Sci Pract. 2002;9(3):275-99.
21- Bowen S, Chawla N, Collins SE, Witkiewitz K, Hsu S, et al. Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. Subst Abus. 2009;30(4):295-305.
22- Alavi Kh, Modarres Gharavi M, Amin-Yazdi SA, Salehi Fadardi J. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. J Fundam Ment Health. 2011;13(2):35-124. [Persian]
23- Wright FD. Craving beliefs questionnaire. In: Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS, editors. Cognitive therapy of substance abuse. New York, NY: Guilford Press; 2003.
24- Chang ChW, Huang ChW, Wu WH, Wang BE, Liu YL, Shen HCh, et al. Psychometric properties of the chinese craving beliefs questionnaire for heroin abusers in methadone treatment. BMC Psychiatry. 2011;11(1):39.
25- Marlatt GA. Buddhist psychology and the treatment of addictive behavior. Cogn Behav Pract. 2002;9(1):44-9.
26- Blume AW. Treating drug problems. 1st edition. New York: John Wiley; 2005.
27- Masuda A, Tully EC. The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample. J Evidence-Based Complement Altern Med. 2012;17(1):66-71.
28- Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder. 1st edition. New York: Guilford Press; 1993.
29- Alfonso JP, Caracuel A, Delgado-Pastor LC, Verdejo-Garcia A. Combined goal management training and

mindfulness meditation improve executive functions and decision-making performance in abstinent polysubstance abusers. Drug Alcohol Depend. 2011;117(1):78-81.
30- Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. Clin Psychol Sci Pract. 2003;10(2):125-43.
31- Garland EL, Schwarz NR, Kelly A, Whitt A, Howard MO. Mindfulness-oriented recovery enhancement for alcohol dependence: therapeutic mechanisms and intervention acceptability. J Soc Work Pract Addict. 2012;12(3):242-63.