

مقایسه اثربخشی مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر کاهش میل به مصرف مواد مبتلایان سایکوز ناشی از مواد

Comparing the effectiveness of cognitive intervention based on mindfulness and cognitive behavioral therapy on reducing the desire to consume drugs in patients with drug-induced psychosis.

Siamak Rostamian

Lecturer at Garmsar Azad University, PhD student in Psychology at Birjand Azad University, Birjand, Iran

Ghasem Ahi (Corresponding author)

Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

Fatemeh Shahabi zadeh

Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

سیامک رستمیان

مدرس دانشگاه آزاد واحد گرمسار، دانشجوی دکترای روانشناسی دانشگاه

آزاد بیرجند

قاسم آهی (نویسنده مسئول)

استادیار گروه روان شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند،

ایران

فاطمه شهابی زاده

گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

Abstract

Aim: The purpose of this study was to compare the effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and cognitive behavioral therapy on reducing the negative symptoms of substance-induced psychosis patients. **Method:** This research was semi-experimental and a pre-test-post-test design was used along with a control group of three groups. In order to be more sure for the current research, 15 people are selected in each group. From the mentioned statistical population, in order to select the participants, volunteers who have the criteria to enter the research were selected and after the pre-test stage in a common meeting, they were randomly divided into three groups of 15 people for experiment 1 (mindfulness therapy), experiment 2 (cognitive-behavioral therapy) and the control group were replaced. The data collection tool was Farchad et al.'s substance abuse questionnaire (2008) and cognitive therapy protocol based on mindfulness and cognitive behavioral therapy protocol. **Results:** It shows that these variables have a significant effect on the average score of negative symptoms. That is, the average score of negative symptoms in the control group and the first and second experiments in the post-test phase after removing the previous effects has a significant difference. **Conclusion:** The results showed that both methods are effective in reducing the negative symptoms of drug-induced psychosis patients, so these methods can be used to reduce negative symptoms.

Keyword: Mindfulness-Based Cognitive Therapy, cognitive behavioral therapy, desire to use drugs, substance-induced psychosis

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به بررسی مقایسه اثربخشی مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر کاهش علائم منفی مبتلایان سایکوز ناشی از مواد می پردازد روش: این پژوهش نیمه آزمایشی و از طرح پیش-آزمون - پس-آزمون همراه با گروه کنترل سه گروهی بهره گرفته شده بود. جامعه آماری این پژوهش مبتلایان سایکوز ناشی از مواد شهر تهران می باشند. به منظور اطمینان بیشتر برای پژوهش حاضر، ۱۵ نفر در هر گروه انتخاب می شود. از جامعه آماری یاد شده به منظور انتخاب شرکت کنندگان افراد داوطلبی که دارای ملاک های ورود به پژوهش باشند انتخاب و پس از اجرای مرحله پیش آزمون در یک جلسه مشترک، به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری آزمایش ۱ (درمان ذهن آگاهی)، آزمایش ۲ (درمان شناختی-رفتاری) و گروه گواه جایگزین شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه میل به مصرف مواد فرچاد و همکاران (۱۳۸۵) و پروتکل درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و پروتکل درمان شناختی رفتاری بود. یافته ها: نشان می دهد که این متغیرها تاثیر معنی داری بر میانگین نمره علائم منفی دارد. یعنی میانگین نمره علائم منفی در گروه کنترل و آزمایش اول و دوم در مرحله پس آزمون پس از حذف اثرات پیشین تفاوت معنی داری با هم دارد. نتیجه گیری: نتایج نشان داد که هر دو روش بر کاهش علائم منفی بیماران سایکوز ناشی از مواد تاثیرگذار هستند لذا می توان از این روش ها در جهت کاهش علائم منفی استفاده نمود.

کلمات کلیدی: مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان شناختی

رفتاری، میل به مصرف مواد، سایکوز ناشی از مواد

تاریخ ارسال: ۱۴۰۲/۰۶/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۰۷

مقدمه

مصرف مواد مخدر خطرات بسیار زیادی را برای سلامتی فرد و جامعه به دنبال دارد. مصرف مواد مخدر می‌تواند باعث کاهش توانایی فرد در ارزیابی خطرات شود و با افزایش رفتارهای خطرناکی که ممکن است به ابتلا به بیماری‌های انتقالی منجر شوند، مانند اچ‌آی‌وی، هپاتیت و سیفلیس همراه گردد. همچنین ممکن است باعث افزایش اضطراب و افسردگی در فرد شود. یک مطالعه در سال ۲۰۱۴ نشان داد که مصرف مواد مخدر با اختلالات شدید حافظه، توجه و افسردگی در افراد مرتبط است همچنین باعث خطرات فیزیکی بسیاری می‌شود، از جمله خطر سوختگی، تشنج، افت فشار خون، خطر ضربه خوردن به سر، ترومبوز، نارسایی کلیه. مصرف مواد مخدر ممکن است باعث مشکلات خانوادگی و اجتماعی شود و باعث اختلافات و جنجال‌های زیادی شود. مصرف مواد مخدر ممکن است باعث اعتیاد شود و باعث از دست دادن کنترل بر روی مصرف مواد و اختلال در زندگی روزمره فرد شود. (نستلر، ۲۰۲۲) الگوی سوءمصرف مواد در ایران در سال‌های اخیر بسیار تغییر کرده و از مواد افیونی سنتی (مثل تریاک) به موادی با اشکال جدیدتر (مانند کراک) و مواد صنعتی (مانند متامفتامین یا شیشه) تبدیل شده است (رستمیان و همکاران، ۱۳۹۸). مصرف مواد مخدر ممکن است باعث مشکلات خانوادگی و اجتماعی شود و باعث اختلافات و جنجال‌های زیادی شود. خطر اعتیاد: مصرف مواد مخدر ممکن است باعث اعتیاد شود و باعث از دست دادن کنترل بر روی مصرف مواد مخدر و اختلال در زندگی روزمره فرد شود. (بومیا و همکاران، ۲۰۲۴). یکی از خطرات مصرف مواد ایجاد روان پریشی است. سایکوز ناشی از مواد به وضعیتی گفته می‌شود که ناشی از مصرف مواد مخدر یا داروهای ترکیبی باشد و با علائم روانی شدید همراه است. این بیماری می‌تواند ناشی از مصرف انواع موادی مانند قارچ‌های قوی، LSD، کوکائین، آمفتامین‌ها، الکل و مواد دارویی مانند استروئیدها و داروهای ضدافسردگی باشد. علائم سایکوز ناشی از مواد شامل تغییر در شخصیت، توهم، خلق و خوی غیرمعمول، خشونت، اضطراب، تشنج‌ها، اختلال در خواب و تغییرات در وضعیت ذهنی می‌باشد. این علائم ممکن است در اثر مصرف مواد در چند ساعت تا چند روز پس از مصرف آنها ظاهر شود و با توقف مصرف مواد، علائم تدریجی برطرف می‌گردند (ساکس، ۲۰۱۳). علایم منفی اسکیزوفرنی شامل کاهش عاطفیت، کمبود انرژی و انگیزه، کاهش توانایی رفتاری و تفکری، کاهش برقراری ارتباط اجتماعی و تحلیل و نمایاندازی در خوداعتمادی است. این علائم منفی به طور مستقل از علائم مثبت اسکیزوفرنی (مانند هالوسیناسیون‌ها و وهم‌ها) وجود دارند و معمولاً به شدت بر سبک زندگی و کیفیت عمومی زندگی افراد تأثیر می‌گذارند (آن و همکاران، ۲۰۲۳). از دیگر مشکلات سایکوز ناشی از مواد میل به مصرف دوباره است. میل به مصرف مواد مخدر به علاقه و شیفتگی فرد به استفاده از مواد مخدر است. میل به مصرف مواد مخدر می‌تواند به مشکلات جدی سلامت روانی و جسمی منجر شود. میل بالا به مصرف مواد مخدر در افراد ممکن است به تدریج وابستگی و اعتیاد به مواد مخدر ایجاد کند و مشکلاتی مانند کاهش عملکرد شغلی، مشکلات خانوادگی، مشکلات قانونی و مشکلات جسمانی را در فرد به وجود آورد. مطالعات مختلف در این زمینه نشان داده‌اند که میل به مصرف مواد مخدر به عوامل متعددی مانند عوامل ژنتیکی، عوامل روانشناختی و اجتماعی، تجربیات کودکی نامطلوب و عوامل فرهنگی و اقتصادی بستگی دارد. (ولکوف و همکاران، ۲۰۱۶). یک بررسی

سیستماتیک و متاآنالیز توسط موری و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که نسبت انتقال از سایکوز ناشی از مواد به اسکیزوفرنی ۳۵٪ بوده است، نرخ پایین تری برای روان پریشی ناشی از مواد افیونی (۱۲٪)، الککل (۱۰٪) و آرام بخش (۹٪) گزارش شده است. میزان انتقال در گروه های مسن تر کمی کمتر بود اما تحت تأثیر جنسیت، کشور محل تحصیل، مکان بیمارستان یا جامعه، محیط شهری یا روستایی، روش های تشخیصی یا مدت زمان پیگیری متفاوت است. هم اکنون بیش از ۲۲۰ میلیون مصرف کننده مواد اعتیادآور در جهان وجود دارد. ۱۵۰ میلیون نفر معتاد به مواد توهم زایی مانند حشیش، ۱۵ تا ۲۰ میلیون نفر معتاد به ماده محرک کوکائین و مشتقات آن، ۱۵ تا ۲۱ میلیون نفر معتاد به هروئین و سایر مواد مخدر و سایرین نیز انواع مواد اعتیادآور روانگردان و شیمیایی را مورد سوء استفاده قرار می دهند (موری و همکاران، ۲۰۲۳). روش های رواندرمانی متفاوتی برای کاهش میل به مصرف مواد وجود دارد که از مهمترین آنها مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری است. (باراکا و همکاران، ۲۰۲۳)

مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی یک روش درمانی است که بر اساس توسعه و تقویت ذهن آگاهی و آگاهی از تجربه های فعلی تمرکز دارد. ذهن آگاهی به معنای حضور آگاه و بی انفعال در لحظه است و شامل توجهی متمرکز و بی انفعال به تجربه های داخلی و خارجی می شود. در این روش، فرد با استفاده از تمرین ها و تکنیک های مختلفی مانند تمرکز بر تنفس، مدیتیشن و نیز توسعه تمرکز ذهنی، تمرکز بر احساسات و تجربیات در لحظه حاضر، پذیرش و تحلیل ذهنی و تفکر انتقادی، قادر خواهد بود بر روی واکنش ها و عکس العمل های خود تأثیر بگذارد و آگاهی بیشتری از خود و محیط خود به دست آورد. برخی از مطالعات در زمینه مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی نشان داده اند که این روش می تواند در کاهش علائم افسردگی، اضطراب و استرس موثر باشد. به عنوان مثال، یک مطالعه توسط رندال و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند علائم سایکوز را بهبود بخشد. در این مطالعه، افرادی که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را دریافت کردند، نسبت به گروه کنترل که درمان معمولی دریافت کردند، کاهش معنی داری در علائم سایکوز نشان دادند.

در واقع دو روش شناختی رفتاری و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم طیف اسکیزوفرنی موثر هستند. درمان شناختی رفتاری یک رویکرد کوتاه مدت و متمرکز بر مشکلات با هدف آموزش مهارت های مختلف کنار آمدن به افرادی که اسکیزوفرنی دارند که به بیماران در مدیریت شرایط دشوار کمک میکند. این نوع درمان معمولاً به مدت یک ساعت در هفته و در طی ۱۲ تا ۱۶ هفته انجام می شود. در طول جلسات شناخت درمانی رفتاری، فرد می آموزد که چگونه افکار، احساسات و رفتارهای وی بر کلیت او تأثیر می گذارد. به منظور تغییر احساسات ناخواسته یا رفتارهای مشکل ساز، درمانگر راهکارهایی را برای اصلاح افکار منفی و پاسخ متفاوت به آنها می آموزد. درمانگر به وی می آموزد که چگونه واقعیت افکار و ادراکات خود را آزمایش کند، هر صدایی را نادیده گرفته و علائم را مدیریت کند. درمان شناختی رفتاری همچنین می تواند به افراد مبتلا به سایکوز کمک کند تا مهارت های اجتماعی و حل مسئله بهتری داشته باشند، از شدت علائم بکاهند و خطر عود را کاهش دهند. (موسسه ملی سلامت آمریکا، ۲۰۲۰) از سویی اخیراً، توجهات و تحقیقات روزافزونی در مورد اثرات مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در اختلالات طیف

اسکیزوفرنی وجود دارد. این بررسی شواهد پژوهشی فعلی را در مورد اثربخشی این درمان برای افراد مبتلا به سایکوز بر نتایج متنوع بیمار طی دوره های مختلف پیگیری بررسی شده است. یافته های این بررسی ها نشان می دهد که تأثیرات دلگرم کننده MBCT برای این بیماران بر روی چندین نتیجه مهم بالینی مانند عملکرد روانی - اجتماعی ، رفتارهای کاری ، علائم روانپزشکی ، افسردگی ، پریشانی روانشناختی و عود وجود دارد. نرخ کاهش علایم منفی در کوتاه مدت یکی از مشاهدات بالینی تاثیر این مداخله می باشد، علاوه بر این ، در پیگیری طولانی مدت (۱۲-۲۴ ماه) عللایم مثبت نیز تحت تاثیر قرار رفته اند. علائم روان پریشی ، بینش در مورد بیماری و پیشگیری از عود و میل به مصرف نیز از دیگر دستاورد های این روش درمانی است. از اینرو محقق در صدد پاسخگویی به این سوال است که آیا بین تاثیر مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر کاهش میل به مصرف مواد مبتلایان سایکوز ناشی از مواد تفاوت وجود دارد؟

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه می باشد. این پژوهش در زمره تحقیقات کمی است که هدفش ارزیابی و مقایسه اثربخشی دو مداخله درمانی بود. روش این پژوهش نیمه آزمایشی همراه با پیگیری دو ماهه بود و از طرح پیش آزمون - پس آزمون همراه با گروه کنترل سه گروهی بهره گرفته شد. دیاگرام طرح تحقیق حاضر به صورت زیر می باشد:

گروه	انتخاب و جایگزینی تصادفی	پیش آزمون	متغیر مستقل	پس آزمون	پیگیری
آزمایش اول	RE	T1	X ₁	T2	T3
آزمایش دوم	RE	T1	X ₂	T2	T3
کنترل	RC	T1	-----	T2	T3

منظور از T1 پیش آزمون و T2 پس آزمون و منظور از T3 انجام آزمون ها در دوره دو ماهه پیگیری است. در این پژوهش روش درمانی در دو سطح شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری و یک سطح عدم مداخله (گروه کنترل) به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شدند. جامعه آماری مورد مطالعه شامل کلیه بیماران مبتلا به سایکوز ناشی از مواد بستری شده در بیمارستان رازی شهر تهران در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ است که در بیمارستان توسط روانپزشک معاینه و دارای پرونده روانپزشکی با تشخیص سایکوز ناشی از مواد هستند . در این تحقیق، حجم نمونه بر اساس جدول استیونس بر گرفته از کونت (سرمد و بازرگان و حجازی، ۱۳۸۴) جهت بررسی و مقایسه گروه ها توان آزمون حداقل ۸۰ درصد در نظر گرفته شد اندازه متوسط برابر نیم در نظر گرفته شد و با احتمال خطای ۰/۰۵ برای هر گروه ۱۴ نفر است، همچنین با توجه به حجم نمونه های مورد استفاده در پژوهشهای شبه آزمایشی مشابه (با در نظر گرفتن میانگین حجم نمونه های سه پژوهش مشابه) و طبق پیشنهاد دلاور (۱۳۹۳) و به منظور اطمینان بیشتر برای

پژوهش حاضر، ۱۵ نفر در هر گروه انتخاب می شود. از جامعه آماری یاد شده به منظور انتخاب شرکت کنندگان افراد داوطلبی که دارای ملاک های ورود به پژوهش باشند انتخاب و پس از اجرای مرحله پیش آزمون در یک جلسه مشترک، به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری آزمایش ۱ (درمان ذهن آگاهی)، آزمایش ۲ (درمان شناختی- رفتاری) و گروه گواه جایگزین می شوند. همچنین شرکت کنندگان هیچ گونه وجهی برای شرکت در پژوهش دریافت یا پرداخت نمی کنند و کلیه جلسات به صورت هفتگی در طی دوره ۲ ماهه ۸ جلسه ای (هر هفته یک جلسه برای گروه آزمایش ۱ و یک جلسه برای گروه آزمایش ۲) برگزار می گردد، جلسات در روزهای جمعه در دو تایم صبح برای گروه ۱ و تایم بعد از ظهر برای گروه ۲ برگزار می شود و پس از اتمام دوره مداخله درمانی مجدداً یک جلسه با فاصله یک هفته از اتمام دوره برای اجرای پس آزمون برگزار می گردد و این پژوهش دارای دوره پیگیری نمی باشد. ملاک های ورود به پژوهش شامل دامنه سنی ۳۵-۵۰ سال، داشتن اندیکاسیون بستری، بررسی و عدم تشخیص های همبود همچون اختلالات شخصیت، اختلال هذیانی و اسکیزوتایپال. ملاکهای خروج شامل داشتن بیماری جسمی مثل دیابت، صرع و مشکلات کلیوی، نداشتن تشخیص مشابه از جمله اسکیزوتایپال، اختلال هذیانی، اختلال شخصیت، عدم توانایی یا رضایت برای شرکت در جلسات، اوردر شوک درمانی و داشتن غیبت بیش از دو جلسه.

ابزار

پرسشنامه میل به مصرف مواد فرچاد و همکاران (۱۳۸۵): پرسشنامه میل به مصرف مواد که توسط فرچاد و همکاران (۱۳۸۵) با هدف بررسی میزان تمایل به اعتیاد طراحی گردیده است، دارای ۱۶ سوال است. طیف پاسخدهی به پرسشنامه به صورت لیکرت ۵ درجه ای از خیلی کم (نمره ۱) تا خیلی زیاد (نمره ۵) است پرسشنامه سه بعد محیطی (خانوادگی و فامیلی)، فردی و اجتماعی دارد. امتیاز پرسشنامه در دامنه ای از ۱۶ تا ۸۰ قرار می گیرد و هر چه این امتیاز بالاتر باشد، بیانگر میزان تمایل بیشتر شخص پاسخ دهنده به اعتیاد خواهد بود و برعکس. روایی و پایایی پرسشنامه میزان تمایل به اعتیاد در پایان نامه میرحسامی (۱۳۸۸) جهت روایی صوری پرسشنامه و صحت و سقم سئوالات، پرسشنامه در بین تعدادی از دانشجویان توزیع شد و پس از اطمینان از نتایج بدست آمده، پرسشنامه در نمونه آماری توزیع شد. همچنین پایایی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه گیری آلفای کرونباخ محاسبه شد. آلفای کرونباخ برای پرسشنامه میزان گرایش به اعتیاد برابر با ۰/۷۹ می باشد.

پروتکل درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی:

محتوای آموزشی جلسات

جلسات

هدایت خودکار: خوردن یک کشمش با آگاهی، مراقبه و آرسی بدن

اول

سر و کار داشتن با موانع: مراقبه و آرسی بدن، ده دقیقه تنفس ذهن آگاهانه، تمرین های افکار و احساسات

دوم

ذهن آگاهی تنفس (و بدن در حرکت)، مشخص کردن تقویم تجارب خوشایند، تمایز فکر از واقعیت

سوم	باقی ماندن در زمان حاضر: ذهن آگاهی پنج دقیقه ای مشاهده کردن یا شنیدن، راه رفتن ذهن آگاهانه، تقویم تجارب ناخوشایند
چهارم	پذیرفتن و اجازه دادن، مراقبه ی نشست، آگاهی از تنفس و بدن، بررسی افکار و پیش بینی های قبلی
پنجم	افکار واقعیت نیستند: مراقبه ی نشست، آگاهی از تنفس و بدن، تمایز فکر از واقعیت، تمرین خلق ها، افکار و دیدگاه های جایگزین
ششم	چگونه بهترین مراقبت را از خود به عمل آورم؟ فعالیت های ارتقا دهنده: مراقبه نشست، آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و هیجانها
هفتم	راه حل افرینی سازنده، تحریف های شناختی، مراقبه ی واریسی بدن، آگاهی از تنفس
هشتم	بررسی چیزهایی بسیار ارزشمند زندگی فردو تمرین درد رکسب و نگهداری انها،، مراقبه ی نشست، آگاهی از تنفس، بدن
	استفاده از ان چیزی که یاد گرفته شده برای بکارگیری در آینده: مراقبه واریسی بدن، مراقبه نهایی، مرور کل دوره

پروتکل شناختی رفتاری:

جلسه	توصیف
جلسه ۱	گروه، پاسخ به سوالات یا ابهامات احتمالی اعضاء گروه، تشریح هدف و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و درمانگر، آشنا شدن اعضاء گروه با قوانین و مقررات معرفی و سوی درمانگر ضرورت جلسات از
جلسه ۲	مدل های نظری موجود در زمینه جنبه های روانشناختی درد- پرتو درمانی و ارتباط آن با خلق آموزش بیماران در زمینه ماهیت بیماری، آشنا نمودن بیماران با هفتگی (داشتن برنامه روزانه) افسرده و افسردگی، آموزش فعال سازی رفتاری، دادن تکلیف
جلسه ۳	تکلیف هفتگی. اعضاء با مدل مفهومی درمان شناختی - رفتاری کلاسیک، دادن تکلیف هفتگی، ارائه بازخورد، پاسخ به سوالات و ابهامات احتمالی، آشنا نمودن بررسی احتمالی، بررسی نقش هیجانها در تجربه درد، تاثیر افکار و هیجانات منفی بر تشدید افسردگی و بررسی تکلیف هفتگی، ارائه بازخورد، پاسخ به سوالات و ابهامات
جلسه ۴	کاهش فعالیت ها، شناخت افکار منفی، ارائه تکلیف هفتگی (ثبت افکار و به چالش کشیدن آنها)
جلسه ۵	احتمالی، آشنا نمودن اعضاء با فنون مدیریت هیجان های منفی، یادگیری و مدیریت مقابله با بررسی تکلیف هفتگی، ارائه بازخورد، پاسخ به سوالات و ابهامات افکار و هیجانات منفی، مهارت حل مساله، ارائه تمرین هفتگی (مقابله با افکار منفی).
جلسه ۶	بررسی تکلیف هفتگی، ارائه بازخورد، پاسخ به سوالات و ابهامات احتمالی، شناسایی خطاهای تفکر، نقش شناختها در تجربه احساس منفی، ارائه تمرین هفتگی
جلسه ۷	بررسی تکلیف هفتگی، ارائه بازخورد، پاسخ به سوالات و ابهامات احتمالی، آموزش خطاهای شناختی، آموزش روش کشف خطاهای شناختی، آموزش فنون بازسازی شناختی، ارائه تمرین هفتگی
جلسه ۸	بررسی تکلیف هفتگی، ارائه بازخورد، پاسخ به سوالات و ابهامات احتمالی، مقابله با استرس، آموزش آرام سازی و تصویرسازی ذهنی خوشایند، سبک زندگی بررسی دستاوردهای دوره از دید شرکت کنندگان و اهمیت پیشگیری از عود

یافته ها

جدول زیر برای تفسیر نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره بوده و معنی داری یا عدم معنی داری تاثیر متغیر مستقل (گروه) را نشان می دهد. در این جدول سطح معنی داری متغیر گروه برای علائم منفی ۰/۰۰۰/ گزارش شده است که از ۰/۰۵ کمتر بوده و نشان می دهد که این متغیر تاثیر معنی داری بر میانگین نمره علائم منفی دارد. یعنی میانگین نمره علائم منفی در گروه کنترل و آزمایش اول و دوم در مرحله پس آزمون پس از حذف اثرات پیشین تفاوت معنی داری با هم دارد.

جدول ۱ تحلیل کوواریانس و خطی بودن اثر گروه‌های آموزشی

اثر	مجدور مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری	مجدور اتا
مدل تصحیح شده	۳۷۳۹/۳۸۷	۳	۱۲۴۶/۴۶۲	۳۷۴/۰۸۶	۰/۰۰۰	۰/۹۶۵
اثر ثابت	۱۶/۳۰۹	۱	۱۶/۳۰۹	۴/۸۹۵	۰/۰۳۳	۰/۱۰۷
پیش‌آزمون	۱۱/۲۵۴	۱	۱۱/۲۵۴	۳/۳۷۸	۰/۰۷۳	۰/۰۷۶
گروه	۳۲۵۹/۱۵۶	۲	۱۶۲۹/۵۷۸	۴۸۹/۰۶۶	۰/۰۰۰	۰/۹۶۰
خطا	۱۳۶/۶۱۳	۴۱	۳/۳۳۲			
کل	۲۱۲۸۱	۴۵				
مدل تصحیح شده کلی	۳۸۷۶	۴۴				

به منظور تعیین اثر گروه و یافتن محل اختلاف بین میانگین‌ها در سه گروه مورد نظر از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر آمده است. مواردی که با علامت * مشخص شده اند از نظر آماری در سطح خطای ۰/۰۵ اختلاف معنی داری با یکدیگر دارند.

جدول ۲ آزمون تعقیبی بونفرونی برای تعیین اثرات بین گروهی برای متغیر علائم منفی

اختلاف میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی داری
آزمایش اول	آزمایش دوم	۰/۰۰۰
۳/۰۸۳*	۰/۶۷۴	۰/۰۰۰
۲۱/۱۵۶*	۰/۷۰۵	۰/۰۰۰
آزمایش دوم	آزمایش اول	۰/۰۰۰
۳/۰۸۳*	۰/۶۷۴	۰/۰۰۰
۱۸/۰۷۳*	۰/۷۴۴	۰/۰۰۰
آزمایش اول	آزمایش دوم	۰/۰۰۰
۲۱/۱۵۶*	۰/۷۰۵	۰/۰۰۰
۱۸/۰۷۳*	۰/۷۴۴	۰/۰۰۰

بحث و نتیجه گیری

با توجه به ازمون‌های صورت گرفته و نتایج اعلامی در بخش بافته‌ها میل به مصرف مواد در دو گروه آزمایش شناختی رفتاری به اندازه ۳۶/۵۷ و مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به اندازه ۴۱/۶۰ واحد تغییر می‌کند اما در گروه کنترل تغییر محسوسی اتفاق نمی‌افتد همچنین گروه مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی میزان تغییراتش بیش از گروه شناختی رفتاری بوده است. نتایج مطالعه نشان داد که تغییرات میانگین سه گروه در طول مطالعه از نظر متغیر میل به

مصرف مواد با یکدیگر متفاوت است زیرا سطح معناداری کمتر از ۰/۰۱ می باشد. نتایج بیشتر بر اساس آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که تغییرات سه گروه شناختی رفتاری و مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و کنترل معنا دار می باشد چون سطح معناداری کمتر از ۰/۰۱ می باشد همچنین میانگین میل به مصرف مواد در گروه های شناختی رفتاری و شناختی مثبت نگر در طول مطالعه معنی دار نبوده از این رو می توان نتیجه گرفت که دو گروه شناختی رفتاری و مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی دارای اثر بخشی درمانی از نظر متغیر میل به مصرف مواد به یک اندازه نبوده اند. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهشهای پیشین اسموت و همکاران (۲۰۱۵) با عنوان مقایسه دو گروه درمان شناختی رفتاری و ذهن آگاهی بر وسوسه مصرف کنندگان مواد؛ کارول و همکاران (۲۰۱۵) با عنوان اثر بخشی درمان شناختی رفتاری در مقایسه با مدیریت بالینی در درمان و پیشگیری از عود؛ لئو هیم و همکاران (۲۰۱۵) و کیانی، قاسمی، پورعباس (۱۳۹۲) با عنوان مقایسه اثر بخشی روان درمانی گروهی ذهن آگاهی بر میزان ولع مصرف مواد هسو است. در تبیین یافته اثر بخشی درمانهای مذکور میتوان اظهار داشت که در میان مصرف کنندگان مواد، وسوسه از بزرگترین مشکلاتی است که این بیماران با آن مواجه هستند و عامل بسیاری از بازگشتهای آنها به سمت مصرف دوباره است. در بسیاری از متون اخیر مربوط به وابستگی به مواد وسوسه به عنوان یک مفهوم مرکزی در نظر گرفته می شود که در تداوم اختلال مصرف و وقوع عود شرکت دارد (فرانکن و همکاران ۲۰۱۲). همچنین وسوسه مواد یک حالت عاطفی است که نشان دهنده فعال شدن انگیزه و سیستم اکتسابی مواد است که به صورت خاص با ذهنیات، رفتار و شناخت در ارتباط است (بادگر و همکاران، ۲۰۱۴). بر طبق تئوری شناختی وابستگی به مواد نتیجه تعامل پیچیده میان شناختها افکار باورها و طرحواره ها ارزشها، عقاید انتظارات رفتارها، احساسات، روابط خانوادگی و اجتماعی تأثیرات فرهنگی و فرآیندهای زیستی و فیزیولوژیکی است. تمرکز مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فرآیندهای شناختی است که به نوعی به سیستم هیجانی، محیطی و فیزیولوژیکی فرد مداخله کرده و احتمال وابستگی فرد را بالا میبرد (جالی و توکر، ۲۰۱۲). از جمله عواملی که موفقیت درمان گروهی ذهن آگاهی را افزایش داده است خودکارآمدی در افرادی است که وارد درمان شده اند بندورا (۱۹۹۹) معتقد است که افراد زمانی که خودکارآمدی ضعیفی دارند در مقابل وسوسه مصرف مواد از توانایی کمتری برخوردارند و این در حالی است که رابطه آموزش درمان گروهی ذهن آگاهی با افزایش خودکارآمدی طی تحقیقات زیادی تأیید شده است. شرایط روانی افراد یکی از عوامل برانگیزاننده خودکارآمدی به مصرف است خلق منفی و تجربه اضطراب و خشم یا بالعکس آن خلق بالا از عوامل سوق دهنده فرد به خودکارآمدی به ترک مصرف میباشند؛ بنابراین درمان گروهی ذهن آگاهی با خلق منفی و کنترل اضطراب به صورت غیر مستقیم بر تجربه خودکارآمدی اثر می گذارد تیفانی (۲۰۰۹) نتایج پژوهش ها نشان داده که درمان ذهن آگاهی در کاهش میزان وسوسه بیماران مصرف کننده مواد مؤثر است نمرات پس آزمون میزان وسوسه تأثیر روش درمانی ذهن آگاهی را بر کاهش میزان وسوسه بیماران مصرف کننده مواد تأیید میکند (ارثی و همکاران، ۱۴۰۱). همین طور در این درمان مصرف کنندگان مواد توانستند تجربیات خود را بپذیرند و تحمل خود را افزایش دهند و به همان میزان از تجربیات قبلی و افکار مصرف خود فاصله بگیرد. در حقیقت به کارگیری سازوکارهای رویکرد درمانی ذهن آگاهی همچون پذیرش تجربه زمان حال مشاهده افکار بدون قضاوت و درگیر شدن با آن تنظیم هیجان افراد را بهبود می بخشد. این موارد انعطاف پذیری روان شناختی فرد را

افزایش میدهد و این امر توانایی فرد را برای کنار آمدن با افکار اضطراب آمیز و سوسه مصرف مواد و عوارض ترک به عنوان شاخصهایی اصلی در تداوم مصرف این افراد افزایش میدهد (بلاکچ و هیز، ۲۰۱۴). درمان شناختی رفتاری گروهی نیز با در نظر گرفتن خطاهای شناختی و مفروضه های ناکارآمد فرد در راستای ایجاد نگرش درست درباره علائم سوء مصرف مواد و نهایتاً کاهش میل به مصرف مواد موثر است. درمان شناختی رفتاری ممکن است به افراد کمک کند عادات مصرف مواد خود را تغییر دهند. این به این دلیل است که CBT بر کمک به افراد در یادگیری نحوه شناسایی و به چالش کشیدن الگوهای فکری منفی و غیرمنطقی که منجر به مصرف مواد می شود متمرکز است. CBT همچنین مهارت های مقابله ای جدیدی را برای کمک به افراد برای مقابله با استرس، هوس ها و عود می آموزد. همچنین مداخلات رفتاری نظیر آرام سازی در کاهش تنش افراد در لحظات وسوسه مصرف و تصویرسازی و بررسی سبک زندگی در پیشگیری از عود موثر است اما به نظر میرسد نهایتاً ذهن آگاهی فرد و کنترل در لحظه میل به مصرف مواد موثرترین پارامتر کاهش میل به مصرف مواد می باشد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله بر خود لازم میدانیم از تمامی همکاران در این پژوهش کمال سپاسگزاری و تشکر را ابراز نماییم.

منابع

حمید صرامی. (۱۳۹۹). تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی. ۱۴-۱: ۵۸-۶۶.
رستمیان، طباطبایی، دانایی کوشا. (۲۰۲۱). مقایسه کارکردهای شناختی والدین بیماران سایکوز ناشی از مواد با والدین افراد سالم. فصلنامه روان شناسی تحلیلی شناختی. ۱۲(۴۶)، ۱۴۹-۱۶۰.
کیان ارثی، سارا، عباس پور، ذبیح اله، و اصلانی، خالد. (۱۴۰۱). اثربخشی خانواده درمانی رفتاری بر وسوسه مصرف مواد در نوجوانان ترک کننده سوء مصرف مواد. اعتیاد پژوهی، ۱۶(۶۴)، ۶۱-۸۰.

Ann Olson ,McCutcheon, R. A., Marques, T. R. Howes, O. D. (2023). Schizophrenia—an overview. JAMA psychiatry, 77(2), 201-210.

Barak, S. Weiner, I. (2023). Scopolamine induces disruption of latent inhibition which is prevented by antipsychotic drugs and an acetylcholinesterase inhibitor. Neuropsychopharmacology, 32(5), 989-999.

Bomyea, J. Ball, T. M. Simmons, A. N. Campbell-Sills, L. Paulus, M. P. Stein, M. B. (2024). Change in neural response during emotion regulation is associated with symptom reduction in cognitive behavioral therapy for anxiety disorders. Journal of Affective Disorders

Murrie, B. Lappin, J. Large, M. Sara, G. (2020). Transition of substance-induced, brief, and atypical psychoses to schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. Schizophrenia bulletin, 46(3), 505-516.

Murrie, Benjamin; Lappin, Julia; Large, Matthew; Sara, Grant (2023). "Transition of Substance-Induced, Brief, and Atypical Psychoses to Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis". Schizophrenia Bulletin. 46 (3): 505–516.

Nestler, E. J. (2022). Cellular basis of memory for addiction. Dialogues in clinical neuroscience.

- Randal, C. Bucci, S. Morera, T. Barrett, M. Pratt, D. (2016). Mindfulness- based cognitive therapy for psychosis: Measuring psychological change using repertory grids. *Clinical psychology & psychotherapy*, 23(6), 496-508.
- Sacks, J. Y. (2004). Women with co- occurring substance use and mental disorders (COD) in the criminal justice system: a research review. *Behavioral Sciences & the Law*, 22(4), 449-466.
- Volkow, N. D. Koob, G. F. McLellan, A. T. (2016). Neurobiological advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363-371.

