

ذهن آگاهی و مصرف مواد: اثربخشی مدل پیشگیری از بازگشت مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان بازگشت در مصرف کنندگان مواد افیونی

مهدی یعقوبی^۱، فاطمه زرگر^۲، حسین اکبری^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: مرور مطالعات انجام شده نشان می دهد که نرخ بازگشت در اختلالات مصرف مواد، حتی پس از شرکت در درمان های دارویی مرتبط بالا است. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مدل پیشگیری از بازگشت مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان بازگشت در مصرف کنندگان مواد افیونی انجام شد.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر در قالب یک کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۹۴ در شهر کاشان انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمام مصرف کنندگان مواد افیونی مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر کاشان بود. تعداد ۷۰ نفر از مصرف کنندگان مواد افیونی به صورت تصادفی انتخاب شدند و در دو گروه شاهد و آزمایش قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه تحت آموزش پیشگیری از بازگشت مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت و گروه شاهد هیچ مداخله ای را دریافت نکرد. در هر دو گروه، در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری (یک ماه پس از پس آزمون) برای سنجش فراوانی بازگشت از آزمایش مرئین استفاده شد. داده های مطالعه با نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمون های t برای مقایسه معنی داری میانگین سنی در بین دو گروه و آزمون χ^2 به منظور مقایسه دیگر متغیرهای جمعیت شناختی مانند وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات، تاریخچه مصرف، وضعیت تأهل و همچنین، بررسی میزان بازگشت دو گروه تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: نتایج آزمون χ^2 نشان داد که تفاوت معنی داری بین فراوانی بازگشت در دو گروه وجود داشت ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: برنامه پیشگیری از بازگشت مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند جزء برنامه های مداخلاتی اثربخش در سوء مصرف کنندگان مواد مخدر قرار گرفته و از بازگشت پیشگیری نماید.

واژه های کلیدی: ذهن آگاهی، بازگشت، مصرف مواد افیونی

ارجاع: یعقوبی مهدی، زرگر فاطمه، اکبری حسین. ذهن آگاهی و مصرف مواد: اثربخشی مدل پیشگیری از بازگشت مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان بازگشت در مصرف کنندگان مواد افیونی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۵؛ ۱۴ (۴): ۴۷۸-۴۷۲

پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۶/۲۶

دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۴/۲۶

مقدمه

اعتیاد به مواد افیونی یکی از تهدیدات جدی و از مهم ترین مشکلات وضعیت سلامت عمومی در سراسر جهان به شمار می رود (۱). دفتر مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد تعداد مصرف کنندگان مواد را در بین جمعیت ۱۵-۶۴ ساله در سراسر جهان، ۲۰۸ میلیون یا ۰/۵ درصد از کل جمعیت جهان تخمین زده است که از این تعداد ۱۶/۵ میلیون نفر، مصرف کننده مواد افیونی و از بین این افراد ۱۲ میلیون نفر مصرف کننده هرویین برآورد شد (۲). استفاده غیر قانونی از اپیوئیدها، شامل مسکن ها و هرویین، یک نگرانی فزاینده سلامت عمومی است. در سال ۲۰۱۱ تخمین زده شده است که ۲/۲ میلیون آمریکایی ملاک های سوء مصرف اپیوئیدها یا وابستگی به آن ها را دارند (۳). در ایران نیز خوش بینانه ترین آمارها از وجود ۲ میلیون تا ۲ میلیون و ۵۰۰ هزار نفر وابسته به مواد، خبر می دهد که بیشترین مواد مصرفی آن ها، مواد افیونی است (۴). مرور ادبیات پژوهش نشان داد که درصد قابل توجهی از کسانی که برای

سوء مصرف مواد درمان شده اند (۵۰ تا ۶۰ درصد)، ظرف یک سال پس از ترخیص از درمان دچار بازگشت شده اند (۵). از طرفی، اثربخشی پایین درمان های نگهدارنده دارویی بدون مداخله های روانی - اجتماعی به علت ضعف در مدیریت ولع ناشی از استرس (۶)، اطاعت دارویی پایین و میزان بالای ریزش، ضرورت به کارگیری مداخله های غیر دارویی را نشان می دهد (۷). مداخلات غیر دارویی متعددی برای درمان و پیشگیری از مصرف مواد (از جمله گروه درمانی حمایتی، رفتار درمانی های شناختی و بین فردی، مداخله های ذهن آگاهی) روی کار آمده اند (۸). بنابراین، با توجه به افزایش روزافزون رفتارهای اعتیادی مشکل ساز، شناسایی عوامل حمایت کننده ای که از رفتارهای اعتیادی جلوگیری می کنند و به تبع آن طراحی یک برنامه درمانی اثربخش و رویکردهای پیشگیرانه ضروری به نظر می رسد. یکی از عواملی که اهمیت بالقوه بالایی دارد، ذهن آگاهی است (۹، ۱۰). اگرچه تعریف های گوناگونی از ذهن آگاهی وجود دارد، ذهن آگاهی اغلب به عنوان یک روش توجه کردن غیر قضاوتی، غیر واکنشی و

۱- کارشناس ارشد، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، اصفهان، ایران

۲- استادیار، گروه روان پزشکی، دانشکده علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استادیار، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، اصفهان، ایران

نویسنده مسؤول: فاطمه زرگر

Email: fatemehzargar@gmail.com

متمرکز بر زمان حال که با حالتی مشفقانه همراه است، تعریف می‌شود (۱۱). با گذشت زمان، ذهن آگاهی از درمان‌های رفتاری - شناختی مشتق شده است و از مؤلفه‌های موج سوم رفتاری به شمار می‌رود (۱۲). نظریات جدید روان‌شناختی که به موج سوم رفتار درمانی معروف هستند.

درمان‌های موج سوم رفتاری، درمان‌هایی هستند که از یکپارچه کردن فنون ذهن آگاهی با تکنیک‌های رفتار درمانی شناختی سنتی ایجاد شده‌اند (۱۳). در ذهن آگاهی بر تعامل بین فرایندهای بدنی، شناختی و هیجانی تأکید می‌شود (۱۴). اعتقاد بر این است که شناخت‌ها و هیجانات را باید در بافت مفهومی پدیده‌ها در نظر گرفت. بر این اساس، به جای رویکردهایی مانند درمان شناختی - رفتاری که شناخت‌ها و باورهای ناکارآمد را اصلاح کرده تا هیجانات و رفتارها اصلاح شود. در این جا، به بیمار آموزش داده می‌شود که در گام اول هیجانات خود را بپذیرد و با زندگی در "اینجا و اکنون" میزان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی خود را ارتقا دهد. میزان اثربخشی این درمان بالا می‌رود؛ چرا که در این درمان‌ها، فنون شناختی و رفتاری را با ذهن آگاهی ترکیب می‌کنند (۱۵).

با توجه به اثربخشی بودن مداخله مبتنی ذهن آگاهی در درمان اختلالات جسمانی و روانی، به نظر می‌رسد که در کاهش عوامل مرتبط با بازگشت به مصرف مواد مؤثر باشد (۱۶). Bowen و همکاران برنامه پیشگیری از بازگشت مبتنی بر ذهن آگاهی (MBRP یا Mindfulness based relapse prevention) را ارزیابی کرده و آن را گسترش دادند (۱۷). آن‌ها یک راهنمای درمان گروهی سرپایی برای مشکلات مصرف مواد طراحی کردند. این برنامه درمانی بر حمایت تجربی و نظری برای اثربخشی مراقبه ذهن آگاهی در درمان درد (MBSR) یا (Mindfulness based stress reduction) (۱۸) و افسردگی (MBCT) یا (Mindfulness based cognitive therapy) (۱۹) بنا شده است. مدل MBRP، تکنیک‌های پیشگیری از بازگشت شناختی رفتاری سنتی (۲۰) را با مراقبه ذهن آگاهی برای کمک به افراد ترکیب می‌کند (۲۱). استفاده از ذهن آگاهی و انجام تحقیقات در این زمینه در سال‌های اخیر رو به فزونی است (۱۷). شواهد پژوهشی از مفید بودن ذهن آگاهی در زمینه رفتارهای اعتیادی (۲۲) و بهبود ناپهنجاری‌های رفتاری مانند پرخاشگری و سوء مصرف مواد (۲۳) حکایت دارد.

با توجه به پژوهش‌های انجام شده، آموزش ذهن آگاهی می‌تواند در پیشگیری از بازگشت کمک کننده باشد (۲۴-۲۶). وسوسه از قوی‌ترین پیش‌بینی کننده بازگشت در میان سایر پیش‌بینی کننده‌ها است و ذهن آگاهی می‌تواند به خوبی آثار منفی وسوسه را کاهش دهد (۱۱). همچنین، آموزش ذهن آگاهی می‌تواند استرس مرتبط با کاهش مصرف مواد را کم کند (۲۷، ۲۲). اگرچه پژوهش‌ها به بررسی اثربخشی ذهن آگاهی بر پیشگیری از بازگشت پرداخته‌اند، اما تاکنون هیچ پژوهشی در قالب کارآزمایی بالینی اثربخشی ذهن آگاهی بر پیشگیری از بازگشت را بررسی نکرده است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مدل پیشگیری از بازگشت مبتنی بر ذهن آگاهی بر پیشگیری از بازگشت در مصرف کنندگان مواد افیونی انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر در قالب یک کارآزمایی بالینی تصادفی با گروه شاهد انجام شد. جامعه آماری شامل افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه کننده به مراکز ترک

اعتیاد شهر کاشان که دوره سم‌زدایی را با موفقیت پشت سر گذاشته بودند. نمونه آماری پژوهش را ۷۰ نفر از مردان وابسته به مواد افیونی تشکیل داد که به صورت در دسترس انتخاب شد و به طور تصادفی در دو گروه شاهد و MBRP جایگزین شدند. بدین صورت که پس از ورود مصرف کنندگان به مطالعه، ابتدا گروه‌هایی ۴ تایی از کدهای A و B (در هر گروه ۲ کد A و ۲ کد B وجود دارد)، ۶ گروه با استفاده از جدول اعداد تصادفی، اعداد ۱ تا ۶ را انتخاب کرده و به ازای هر عدد یک گروه از کدها ثبت می‌شود که در نهایت، دنباله ۷۰ تایی از کدهای A و B که ۳۵ تا از آن‌ها A و ۳۵ تا از آن‌ها B است، تشکیل شد. بر اساس شماره ورود هر بیمار، کد A یا B، بر اساس دنباله مذکور اختصاص یافت. کد A در گروه MBRP و کد B در گروه شاهد قرار گرفت.

جهت اجرای پژوهش، بین افرادی که دوره سم‌زدایی را با موفقیت گذرانده و جواب آزمایش مرفین آن‌ها منفی بود، با توجه به معیارهای ورود: دارا بودن سن بین ۲۰ تا ۶۰ سال، گذشتن بیش از یک هفته از سم‌زدایی موفقیت‌آمیز و آزمایش منفی ادرار برای مواد افیونی، داشتن حداقل یک بار سابقه بازگشت، داشتن حداقل مدرک سیکل، عدم مصرف داروهای ضد روان‌پریشی و ملاک‌های خروج: غیبت بیش از دو جلسه، شرکت در برنامه‌های درمانی دیگر به طور همزمان، داشتن وابستگی بلندمدت به چند ماده به طور همزمان به غیر از مواد افیونی، ۳۵ نفر در گروه MBRP و ۳۵ نفر در گروه شاهد قرار گرفتند. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات عبارت از موارد زیر بود.

پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی: این پرسش‌نامه به منظور بررسی اطلاعات جمعیت‌شناختی افراد شرکت کننده در پژوهش حاضر طراحی شد و شامل ۵ سؤال درباره اطلاعات دموگرافیک (سن، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و تاریخچه مصرف) بود.

آزمایش مرفین: پاک بودن بیمار از مواد مخدر نشانه عدم بازگشت است. برای بررسی بازگشت در افراد شرکت کننده در پژوهش، از آزمایش مرفین (کیتهای ویژه) که مرفین موجود در ادرار را اندازه‌گیری می‌کند، استفاده شد. منفی بودن نتایج آزمایش ادرار، نشان دهنده عدم بازگشت است.

روش اجرای طرح: پس از جایگزین کردن آزمودنی‌ها به طور تصادفی در گروه‌های مداخله و شاهد، به منظور توافق درباره اهداف، موضوع، نحوه اجرا و زمان برگزاری جلسات با افراد شرکت کننده مشورت و در نهایت، از آن‌ها برای شرکت در پژوهش رضایت کتبی گرفته شد. در ادامه، پس از اجرای پیش‌آزمون، جلسات آموزش MBRP، توسط یک روان‌شناس بالینی در ۸ جلسه، طی ۲ ماه و به صورت هفته‌ای ۱ جلسه و هر جلسه ۲ ساعت که در دو بخش ۴۵ دقیقه‌ای همراه با نیم ساعت استراحت و پذیرایی است، برای گروه مداخله برگزار شد. به هر یک از شرکت کنندگان در گروه MBRP یک لوح فشرده آموزش مراقبه واریسی بدنی، مراقبه نشسته و تمرین‌های هدایت شده تصویرسازی ذهنی و کتابچه راهنمای مطالب هر جلسه توزیع و فرم‌های بازخورد جمع‌آوری گردید. گروه شاهد هیچ برنامه آموزشی دریافت نکرد و فقط پرسش‌نامه‌ها را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل نمود. پس‌آزمون بعد از اتمام جلسات، در هر دو گروه مداخله و شاهد انجام شد. همچنین، پیگیری دو ماه پس از اتمام جلسات، در هر دو گروه مداخله و شاهد انجام شد. خلاصه جلسات گروه درمانی MBRP، Bowen و همکاران در جدول ۱ قرار دارد (۱۷).

جدول ۱. محتوای جلسات آموزش مدل پیشگیری از بازگشت مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	محتوا
جلسه ۱	آموزش اصول مقدماتی ذهن آگاهی، محتوا و روند درمان، آشنایی با مفهوم "خلبان خودکار" و ارتباط آن با بازگشت، آموزش گام به گام پویای بدنی، تکالیف خانگی
جلسه ۲	آگاهی از برانگیزاننده‌ها و ولع (واکاوی تجارب هیجانی، پویای بدنی، پیاپی روی ذهن آگاهانه، بحث پیرامون امواج میل به مصرف و ولع، آموزش گام به گام مراقبه ذهن آگاهی، یادداشت راه اندازهای مرتبط با بازگشت)
جلسه ۳	ذهن آگاهی در زندگی روزمره (واکاوی تجارب هیجانی، آگاهی از حس شنوایی، بازبینی تکالیف خانگی، مراقبه تنفس ذهن آگاهانه و تماشای ویدیو، تنفس در فضای بسته)
جلسه ۴	ذهن آگاهی در موقعیت‌های با خطر بالا (آگاهی از حس بینایی، ادامه مراقبه ذهن آگاهی، افراد و خطرات رایج مرتبط با بازگشت، تنفس در فضای بسته)
جلسه ۵	پذیرش و عمل ماهرانه (ادامه مراقبه ذهن آگاهی، تنفس در محیط چالش‌زا، بحث پیرامون پذیرش)
جلسه ۶	دیدن افکار به عنوان افکار صرفاً (ادامه تمرینات مراقبه ذهن آگاهی، بازبینی تکالیف خانگی، افکار و بازگشت‌ها، چرخه بازگشت، تنفس در فضای بسته، آمادگی برای پایان دادن به تکالیف و برنامه درمانی)
جلسه ۷	خودمراقبتی و تعادل سبک زندگی (ادامه واکاوی تجارب هیجانی و مراقبه ذهن آگاهی، مراقبه مهرورزی، بازبینی تکالیف، تنفس در فضای بسته، استفاده از کارت‌های یادآور، بحث پیرامون بازگشت)
جلسه ۸	حمایت اجتماعی و تمرین مداوم (واکاوی تجارب هیجانی، اهمیت شبکه حمایتی، انعکاس دادن به برنامه درمانی، برنامه‌های افراد برای آینده، بستن فرایند مراقبه، مرور و ارزیابی، اختتام درمان)

ملاحظات اخلاقی: مطالعه حاضر در کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان به شماره IRCT2016010525870N1 مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. هر یک از شرکت کنندگان نیز فرم رضایت آگاهانه را تکمیل نمودند. همچنین، به شرکت کنندگان توضیح داده شد که در صورت عدم تمایل به ادامه درمان می‌توانند از درمان خارج شوند.

یافته‌ها

از میان ۷۰ نفر شرکت کننده در مطالعه، ۳ نفر در گروه مداخله به دلیل عدم حضور منظم در جلسات درمان از مطالعه خارج شدند. همچنین، ۲ نفر در گروه مداخله و ۴ نفر در گروه شاهد به علت عدم تکمیل پرسش‌نامه‌ها در مرحله پیگیری از مطالعه کنار گذاشته شدند. در نهایت، داده‌های ۶۱ نفر از شرکت کنندگان در دو گروه مداخله و شاهد مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در جدول ۲، مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان که عبارت از سن، شغل، سطح تحصیلات، تاریخچه مصرف و وضعیت تأهل بود، نشان داده شده است.

میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه مداخله برابر با ۳۱/۴۳ و انحراف استاندارد برابر با ۴/۲۵ بود. همچنین، میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه شاهد برابر با ۳۰/۸۳ و انحراف استاندارد برابر با ۴/۳۲ بود. تفاوت سنی میان دو گروه از نظر آماری معنی‌دار نبود. بررسی وضعیت تأهل در دو گروه نشان داد که ۸۶/۷ درصد در گروه مداخله و ۸۳/۳ درصد در گروه شاهد، متأهل بودند. نتایج بررسی سایر متغیرهای دموگرافیک که عبارت از شغل، سطح تحصیلات، تاریخچه مصرف بود، در جدول ۲ نشان داده شده است. دو گروه مداخله و شاهد از نظر متغیرهای سن، شغل، سطح تحصیلات، تاریخچه مصرف، وضعیت تأهل با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشت.

همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نسبت بازگشت در گروه آزمایش ۶/۷ درصد و در گروه شاهد ۳۶/۷ درصد بود. به منظور مقایسه نسبت بازگشت در بین دو گروه از آزمون χ^2 استفاده شد که نتایج آن معنی‌دار بود ($\chi^2 = 0.05$, $DF = 1$, $P < 0.05$). با توجه به مقدار χ^2 به دست آمده، می‌توان گفت که نسبت بازگشت بین دو گروه معنی‌دار بوده و نسبت بازگشت در گروه آزمایش به طور معنی‌داری کمتر از گروه شاهد به دست آمد، به عبارتی فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش برنامه پیشگیری از بازگشت مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش بازگشت، تأیید شد.

جدول ۲. ویژگی‌های دموگرافیک شرکت کنندگان در گروه‌های مداخله و شاهد

متغیر	گروه شاهد	گروه مداخله	P
سن	۳۱/۴۳ ± ۴/۲۵	۳۰/۸۳ ± ۴/۳۲	۰/۷۸۰
وضعیت شغلی	۲۶ (۸۶/۷)	۲۵ (۸۳/۳)	۰/۷۱۰
	بیکار	۵ (۱۶/۷)	
تحصیلات	۲۶ (۸۶/۷)	۱۹ (۶۳/۳)	۰/۶۶۰
	دیپلم	۸ (۲۶/۷)	
	دیپلم به بالا	۳ (۱۰)	
سابقه مصرف	۹ (۳۰)	۹ (۳۰)	۰/۸۹۰
	زیر سه سال	۱۹ (۶۳/۳)	
	۳ تا ۵ سال	۳ (۱۰)	
	۵ سال به بالا	۲ (۶/۷)	
وضعیت تأهل	۲۶ (۸۶/۷)	۲۶ (۸۶/۷)	۰/۶۴۰
	متأهل	۴ (۱۳/۳)	
	مجرد		

جدول ۳. نتایج آزمون χ^2 بین دو گروه شاهد و آزمایش در پس آزمون و پیگیری

زمان	بازگشت	گروه‌ها		P
		مداخله	شاهد	
پیش آزمون	بازگشت	۸ (۲۶/۷)	۸ (۲۶/۷)	۰/۶۱۴
	عدم بازگشت	۲۲ (۷۳/۳)	۲۲ (۷۳/۳)	
پس آزمون	بازگشت	۲ (۶/۷)	۱۱ (۳۶/۷)	۰/۰۰۵
	عدم بازگشت	۲۸ (۲۶/۷)	۱۹ (۲۶/۷)	
پیگیری	بازگشت	۳ (۱۰)	۱۰ (۳۳/۳)	۰/۰۰۷
	عدم بازگشت	۲۷ (۹۰)	۲۰ (۶۶/۶)	

همچنین، تفاوت فراوانی بازگشت در مرحله پیگیری در بین دو گروه معنی‌دار بود ($\chi^2 = ۰/۰۰۷$, $DF = ۱$, $P < ۰/۰۵۰$). به عبارت دیگر، اثربخشی مداخله بر پیشگیری از بازگشت در گروه MBRP، یک ماه پس از مداخله ماندگار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مدل پیشگیری از بازگشت مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پیشگیری از بازگشت در افراد مصرف‌کننده مواد افیونی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش مدل MBRP در پیشگیری از بازگشت افراد مصرف‌کننده مواد افیونی مؤثر بود. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که افراد مصرف‌کننده مواد افیونی که آموزش مدل MBRP را دریافت کردند، میزان بازگشت و مصرف مواد کمتری را گزارش کردند. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های قبلی همسو بود (۲۶، ۲۴، ۲۳). فرنام و همکاران با بررسی اثربخشی آموزش مدل MBRP در پیشگیری از بازگشت و مهارت‌های مقابله‌ای در افراد وابسته به مواد افیونی، نشان دادند که آموزش مدل پیشگیری از بازگشت مبتنی بر ذهن‌آگاهی در پیشگیری از بازگشت به اعتیاد و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر بوده است (۲۸).

در تبیین این یافته مبنی بر اثربخشی ذهن‌آگاهی در کاهش میزان بازگشت، می‌توان به مکانیسم‌های موجود در ذهن‌آگاهی برای کاهش احتمال بازگشت اشاره کرد. مطالعات عصب-زیست‌شناختی انجام شده پیشنهاد می‌کند که مصرف مواد و بازگشت آن ممکن است با نقص عملکردی در سیستم پیش‌پیشانی مغز مرتبط باشد و نشانه‌های ولع و سایر عواطف منفی که توسط استرس یا عوامل دیگر برانگیخته می‌شود، بیشتر ناشی از این نقص در عملکرد این سیستم باشد (۲۹). از طرفی، انعطاف‌پذیری مغز در اثر تمرین‌های ذهن‌آگاهی منجر به معکوس کردن، بازسازی و ترمیم تغییرات عصب‌زیست-شناختی زیان‌بخشی می‌شود که به وسیله مصرف مواد ایجاد شده‌اند (۳۰).

علاوه بر این، ذهن‌آگاهی و مداخلات رفتاری برای افراد مصرف‌کننده مواد، با تغییراتی در عمل کردن مدبرانه، کنترل شناختی، تنظیم توجه و تنظیم هیجانی مرتبط است (۳۱). بنابراین، ذهن‌آگاهی نه تنها راهبردهای مقابله با وسوسه، امیال و انگیزه‌های مرتبط با مصرف را تقویت می‌کند، بلکه جایگزینی برای اعتیاد و رفتارهای مخرب محسوب می‌شود. در واقع از طریق مدیریت یا کنترل امیال و وسوسه و در مقابل، ارایه رفتارهای جایگزین سالم، می‌تواند از بازگشت جلوگیری کند (۳۲).

فقدان خودآگاهی و سوگیری در توجه در جریان تجربه عواطف منفی و

عود، ممکن است که احتمال آسیب‌پذیری در برابر بازگشت را افزایش دهد (۳۳). از طرفی، ذهن‌آگاهی با فرایند کنترل توجه و تنظیم هیجانی ارتباط دارد. بنابراین، می‌تواند با ارتقای کنترل بر نشانه‌های دیداری مصرف مواد و الکل، در درمان اختلالات مرتبط با مصرف مواد، اثربخش باشد (۳۴). مطالعات زیادی پیشنهاد می‌کنند که آموزش رفتاری مانند مراقبه ذهن‌آگاهی با کنترل توجه و خود-کنترلی ارتباط معنی‌داری دارد (۱۷). همچنین، قالب‌بندی مجدد از تجارب، منجر به بهبود خودتنظیمی هیجانی، افزایش انعطاف‌پذیری ذهنی و حساسیت‌زدایی تجارب آزارنده می‌گردد (۲۱). فرایندهای ضمنی ذهن‌آگاهی (مانند تنظیم هیجانی) به افراد برای تصمیم‌گیری درباره درگیر شدن یا نشدن در فرایند تنظیم هیجانی، انتخاب راهبردهای تنظیم هیجانی مناسب کمک کند (۲۵).

افزایش خودآگاهی در جریان تجربه عواطف منفی و بازگشت، آسیب‌پذیری در برابر بازگشت را کاهش می‌دهد (۳۶). تمرین‌های ذهن‌آگاهی می‌تواند از طریق کاهش واکنشگری به نشانه‌های ولع و حالات احساسی منفی (۹)، عمل کردن آگاهانه (۲۲)، در جلوگیری از بازگشت و تداوم پاک‌ی (۳۱) و افزایش خودآگاهی (۳۳) کمک کند. افزایش آگاهی در تشخیص موقعیت‌های پرخطر فردی، برانگیزان‌های بیرونی و فرایندهای شناختی، عاطفی و فیزیولوژیکی که منجر به مصرف مواد یا بازگشت به مصرف می‌شود (۱۷). به طور کلی، مطالعات پیشنهاد می‌کنند که ذهن‌آگاهی با تأکید بر پذیرش افکار، احساسات و حس‌های بدنی به جای سرکوب آن‌ها (۳۷) و همچنین، شکستن زنجیره استرس-بازگشت در افراد مصرف‌کننده مواد می‌تواند احتمال بازگشت را کاهش داده و نرخ بهبودی را افزایش دهد (۹). در مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی به سبب رفتار همراه با پذیرش، آگاهی و متمرکز بر زمان حال، تأثیرات حساسیت‌های فیزیولوژیکی و هیجانی ناشی از ولع مصرف مواد روی رفتار آشکار، به واسطه اصلاح رابطه فرد با تجارب خود تعدیل می‌شود. بر این اساس، در MBRP به مصرف‌کنندگان آموزش داده می‌شود که بتوانند تجربیات خود را همان گونه که اتفاق می‌افتد، بپذیرند و به میزانی که آن‌ها بتوانند این تجارب را بپذیرند و تحمل کنند، به همان میزان می‌توانند مستقل از این تجارب رفتار کنند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که به کارگیری مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی به علت مکانیسم‌های نهفته در آن از قبیل افزایش ذهن‌آگاهی، پذیرش، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه اکنون، مشاهده‌گری بدون قضاوت، مواجهه، رهاسازی و جلوگیری از اجتناب تجربی در تلفیق با تکنیک‌های رفتار-درمانی شناختی سنتی، به علت تأثیر بر این فرایندها، می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از ترک، اثربخشی درمان را افزایش داده و پیشگیری از بازگشت را تسهیل نماید (۳۸). بنابراین، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مداخلات مبتنی بر

علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود که اثربخشی آموزش ذهن آگاهی در پیشگیری از بازگشت با سایر مداخلات روان‌شناختی مانند درمان شناختی- رفتاری، درمان مبتنی بر فراشناخت، ماتریکس و گروه‌های دوازده گامی مقایسه شود.

سیاسگزاری

پژوهش حاضر بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی است که به شماره طرح ۹۴۴۵ در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان به ثبت رسیده است. بنابراین، از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان که حمایت‌های لازم را جهت انجام این پژوهش فراهم آورد و همچنین، کارکنان مراکز درمان نگهدارنده با متادون آپادانا، طلوع و تفکر آنلاین و شرکت کنندگان در این مطالعه که بدون همکاری صمیمانه آن‌ها انجام چنین کاری امکان‌پذیر نبود، تشکر و قدردانی می‌شود.

ذهن آگاهی می‌تواند توانایی مواجهه بیمار را در کنار آمدن با ولع مصرف و نشانه‌های ترک به عنوان عامل اصلی در تداوم مصرف در افراد وابسته به مواد، افزایش دهد.

مطالعه حاضر نشان داد که آموزش مدل MBRP در افراد وابسته به مواد افیونی می‌تواند احتمال بازگشت به مصرف مواد را کاهش داده و به عنوان یک درمان اثربخش، کم هزینه و در دسترس برای افراد وابسته به مواد مورد استفاده قرار گیرد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان انتخاب نمونه‌ای که فقط شامل مردان بود و کوتاه بودن دوره پیگیری را نام برد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که مطالعات بعدی در هر دو جنس زن و مرد و با دوره پیگیری بلند مدت‌تر انجام شود. اثرات مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی علاوه بر بازگشت، بر روی سایر متغیرهای روان‌شناختی که می‌تواند بازگشت را تحت تأثیر قرار دهد، از جمله اجتناب تجربه‌ای، تحمل پریشانی، تکانشگری و تنظیم هیجانی بررسی شود.

References

- Seivewright NA, Greenwood J. What is important in drug misuse treatment? *Lancet* 1996; 347(8998): 373-6.
- Alaghemandan H, Ghaffari Darab M, Khorasani E, Namazi E, Maniyan MH, Barati M. Personality Traits and Their Relationship to Demographic Features in Addicts Referring to a Drug Rehabilitation Center in the City of Isfahan, Iran. *Iran J Public Health* 2015; 44(4): 551-60.
- United States Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality. National Survey on Drug Use and Health, 2011. Ann Arbor, MI: Inter-university Consortium for Political and Social Research; 2011. Mokri A, Schottenfeld R. Drug abuse and HIV transmission in Iran-Responding to the public health challenges. In: Celentano D, Beyrer C, Editors. Public health aspects of HIV/AIDS in low and middle income countries: epidemiology, prevention and care. Berlin, Germany: Springer Science and Business Media; 2008. p. 583-99.
- McLellan AT, McKay JR, Forman R, Cacciola J, Kemp J. Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction* 2005; 100(4): 447-58.
- Ilgen M, Jain A, Kim HM, Trafton JA. The effect of stress on craving for methadone depends on the timing of last methadone dose. *Behav Res Ther* 2008; 46(10): 1170-5.
- Roozen HG, de Warrt R, van der Windt DA, van den Brink W, de Jong CA, Kerkhof AJ. A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. *Eur Neuropsychopharmacol* 2006; 16(5): 311-23.
- Stern TA, Fava M, Rosenbaum JF, Wilens TE. Massachusetts general hospital comprehensive clinical psychiatry. Philadelphia, PA: Elsevier Health Sciences; 2015.
- Brewer JA, Elwafi HM, Davis JH. Craving to quit: psychological models and neurobiological mechanisms of mindfulness training as treatment for addictions. *Psychol Addict Behav* 2013; 27(2): 366-79.
- Lagor AF, Williams DJ, Lerner JB, McClure KS. Lessons learned from a mindfulness-based intervention with chronically ill youth. *Clin Pract Pediatr Psychol* 2013; 1(2): 146-58.
- Brown KW, Kasser T. Are Psychological and Ecological Well-being Compatible? The Role of Values, Mindfulness, and Lifestyle. *Soc Indic Res* 2009; 74(2): 349-68.
- McCarney RW, Schulz J, Grey AR. Effectiveness of mindfulness-based therapies in reducing symptoms of depression: a meta-analysis. *Eur J Psychother Couns* 2012; 14(3): 279-99.
- 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 Evid Based Complementary Altern Med* 2012; 17(1): 66-71.
- Michalak J, Burg J, Heidenreich T. Don't forgets your body: mindfulness, embodiment, and the treatment of depression. *Mindfulness* 2012; 3(3): 190-9.
- Bowen S, Witkiewitz K, Clifasefi SL, Grow J, Chawla N, Hsu SH, et al. Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2014; 71(5): 547-56.
- Paul NA, Stanton SJ, Greeson JM, Smoski MJ, Wang L. Psychological and neural mechanisms of trait mindfulness in reducing depression vulnerability. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2013; 8(1): 56-64.
- Bowen S, Chawla N, Collins SE, Witkiewitz K, Hsu S, Grow J, et al. Mindfulness-based relapse prevention for substance use

- disorders: a pilot efficacy trial. *Subst Abus* 2009; 30(4): 295-305.
17. Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, et al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1992; 149(7): 936-43.
 18. Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Segal ZV. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70(2): 275-87.
 19. Marlatt GA, Donovan DM. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York, NY: Guilford Press; 2005.
 20. Witkiewitz K, Marlatt GA, Walker D. Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *J Cogn Psychother* 2005; 19(3): 211-29.
 21. Garland EL, Gaylord SA, Boettiger CA, Howard MO. Mindfulness training modifies cognitive, affective, and physiological mechanisms implicated in alcohol dependence: results of a randomized controlled pilot trial. *J Psychoactive Drugs* 2010; 42(2): 177-92.
 22. Wupperman P, Marlatt GA, Cunningham A, Bowen S, Berking M, Mulvihill-Rivera N, et al. Mindfulness and modification therapy for behavioral dysregulation: results from a pilot study targeting alcohol use and aggression in women. *J Clin Psychol* 2012; 68(1): 50-66.
 23. Hsu SH, Collins SE, Marlatt GA. Examining psychometric properties of distress tolerance and its moderation of mindfulness-based relapse prevention effects on alcohol and other drug use outcomes. *Addict Behav* 2013; 38(3): 1852-8.
 24. Imani S, Atef Vahid MK, Gharraee B, Habibi M, Bowen S, Noroozi A. Comparing Mindfulness-Based Group Therapy With Treatment as Usual for Opioid Dependents: A Pilot Randomized Clinical Trial Study Protocol. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2015; 9(1): e216.
 25. Witkiewitz K, Bowen S, Douglas H, Hsu SH. Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addict Behav* 2013; 38(2): 1563-71.
 26. Fernandez AC, Wood MD, Stein LA, Rossi JS. Measuring mindfulness and examining its relationship with alcohol use and negative consequences. *Psychol Addict Behav* 2010; 24(4): 608-16.
 27. Farnam A, Borjali A, Sohrabi F, Falsafinejad MR. The effectiveness of the mindfulness based relapse prevention (MBRP) model on relapse prevention and coping skills enhancement in people with substance dependency. *Journal of Clinical Psychology Studies* 2014; 4(16): 79-99. [In Persian].
 28. Kalivas PW, Volkow ND. The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *Am J Psychiatry* 2005; 162(8): 1403-13.
 29. Holzel BK, Carmody J, Vangel M, Congleton C, Yerramsetti SM, Gard T, et al. Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Res* 2011; 191(1): 36-43.
 30. Potenza MN, Sofuoglu M, Carroll KM, Rounsaville BJ. Neuroscience of behavioral and pharmacological treatments for addictions. *Neuron* 2011; 69(4): 695-712.
 31. Habibi M. Effectiveness of Mindfulness Treatment on Quality of Life in Opium Abusers: Promotion of the Mental and Physical Health. *Iranian Health Psychology* 2013; 2(5): 63-81. [In Persian].
 32. Grabovac AD, Lau MA, Willett BR. Mechanisms of mindfulness: a Buddhist psychological model. *Mindfulness* 2011; 2(3): 154-66.
 33. Garland EL, Schwarz NM, 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.
 34. Tang YY, Tang R, Posner MI. Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. *Drug Alcohol Depend* 2016; 163(Suppl 1): S13-S18.
 35. Goldstein RZ, Craig AD, Bechara A, Garavan H, Childress AR, Paulus MP, et al. The neurocircuitry of impaired insight in drug addiction. *Trends Cogn Sci* 2009; 13(9): 372-80.
 36. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clin Psychol* 2003; 10(2): 125-43.
 37. Breslin FC, Zack M, McMain S. An information-processing analysis of mindfulness: Implications for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clin Psychol* 2002; 9(3): 275-99.

Effectiveness of Mindfulness-based Relapse Prevention on Relapse Rate in Opioid Dependents: A Randomize Control Trial

Mehdi Yaghubi¹, Fatemeh Zargar², Hossein Akbari³

Original Article

Abstract

Aim and Background: The literature review shows that the rate of relapse is high in patients with substance use disorders, even after participating in related pharmacological treatments. This study aimed to investigate the effectiveness of mindfulness-based relapse prevention (MBRP) on relapse rate in opioid dependents.

Methods and Materials: This randomized controlled clinical trial was performed in 2015 in Kashan, Iran. The population was opioid dependent patients referred to maintenance treatment centers in Kashan. Seventy patients were selected by convenient sampling and were randomly assigned in two groups (MBRP and control). The case group was trained MBRP in 8 sessions and control group received no intervention. Morphine was tested in both groups in pre-test and post-test and follow-up (one month after the post-test) to measure relapse rate. Data were analyzed using SPSS and t-tests for comparing the mean age between the two groups and chi-square test to compare the other demographic variables such as employment status, education level, history of abuse and marital status as well as relapse rate of the two groups.

Findings: Significant differences were observed between intervention and control groups for relapse rate ($P < 0.050$).

Conclusions: Mindfulness-based relapse prevention program can be an effective intervention on substance abuse and relapse prevention.

Keywords: Mindfulness, Relapse, Opioid dependency

Citation: Yaghubi M, Zargar F, Akbari H. **Effectiveness of Mindfulness-based Relapse Prevention on Relapse Rate in Opioid Dependents: A Randomize Control Trial.** J Res Behav Sci 2016; 14(4): 472-8.

Received: 16.07.2016

Accepted: 16.09.2016

1- Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

2- Assistant Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Assistant Professor, Department of Biostatistics, School of Public Health, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

Corresponding Author: Fatemeh Zargar, Email: fatemehzargar@gmail.com