فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، سال دهم، شماره سی و نهم، پاییز ۱۳۹۵
Quarterly Journal of Research on Addiction, Vol. 10, No. 39, Autumn 2016

مقاله
پژوهشی
Research
Article

اثربخشی مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سوءمصرف مواد و شدت علائم افسردگی و اضطراب هم‌آیند در معتادان مرکز اجتماع درمان‌مدار

مهدی زمستانی[۱]، محمد بابامیری[۲]، علیرضا سپیانی[۳]

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

چکیده

هدف: هم‌آیندی مرضی سوءمصرف 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 ذهن‌آگاهی و درمان متعارف بر سوءمصرف مواد و شدت علائم افسردگی و اضطراب معتادان انجام شد. **روش:** پژوهش در چارچوب یک طرح نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون وپیگیری با گروه گواه، انجام شد. بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته و کسب ملاک‌های ورود، از میان بیماران مرد مبتلا به سوءمصرف مواد و افسردگی و اضطراب هم‌آیند، تعداد شصت و سه نفر به صورت هدفمند انتخاب و در دو گروه مداخله‌ی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی و یا درمان متعارف گماشته شدند. مقیاس ولع الکل پنسیلوانیا، اضطراب بک، و افسردگی بک مورد مورد استفاده قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش نمرات ولع و شدت علائم افسردگی و اضطراب اثربخش بود. **نتیجه‌گیری:** با توجه به تأثیر مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش ولع و بهبود علائم افسردگی و اضطراب در معتادان، این نتایج برای متخصصان بالینی دست‌اندرکار در مراکز ترک اعتیاد تلویحات کاربردی مطلوبی دارد.

کلیدواژه‌ها: پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی، سوءمصرف مواد، اعتیاد، افسردگی، اضطراب

۱. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه کردستان، سنندج، ایران، پست الکترونیک: m.zemestani@uok.ac.ir
۲. دکتری تخصصی روان‌شناسی، 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 امریکا، ۲۰۱۳؛ سادوک و سادوک[1]، 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 اختلالات‌خلقی، اختلالات‌اضطرابی و اختلال شخصیت ضداجتماعی می‌باشد (سادوک و سادوک، ۲۰۱۶). هم‌آیندی مرضی[2] سوءمصرف‌مواد و اختلالات‌خلقی 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، چیو، دملر و والترز[3]، ۲۰۰۵؛ مگیدسون و همکاران[4]، ۲۰۱۱؛ داگر و گرین[5]، ۲۰۱۵). اختلالات‌خلقی و اضطرابی در سوءمصرف‌کنندگان مواد، بیش از ۴/۷ برابر بیشتر از جمعیت عادی رخ می‌دهد (گلدنر، لاستد، روئرک، رم و فیشر[6]، ۲۰۱۴). این میزان بالای هم‌آیندی اختلالات‌خلقی و اضطرابی با سوءمصرف مواد درخور توجه می‌باشد، زیرا شواهد متعدد نشان‌می‌دهد که سوءمصرف‌کنندگانِ 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[7]، 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[8]، ۲۰۰۴). بنابراین، نیاز واضح و مبرمی جهت توسعه‌ی مداخلات اثربخش برای این جمعیت وجود دارد تا نیازهای درمانی خاص سوءمصرف‌کنندگان مبتلا به اختلالات خلقی و اضطرابی هم‌آیند را برآورده سازد (دوترز و همکاران[9]، ۲۰۰۸).

سال دهم، شماره ۳۹، پاییز ۱۳۹۵
Vol. 10, No. 39, Autumn 2016

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 سوءمصرف مواد کاربرد دارند و از حمایت تجربی بالایی نیز برخوردارند (بروِر، بوئن، اسمیت، مارلات و پوتنزا[1]، ۲۰۱۰). از جمله مداخلات رفتاریِ تأییدشده برای افسردگی، رفتار درمانی شناختی، فعال‌سازی رفتاری[2] و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی[3] هستند (فلدمن[4]، ۲۰۰۷). به همین ترتیب، مداخلات درمانی برای سوءمصرف مواد نیز رفتار درمانی شناختی، پیشگیری از عود، مصاحبه انگیزشی[5]، مدیریت پیامد[6]، و برنامه‌های ۱۲ قدمی را شامل می‌شوند (کارول و اونکن[7]، ۲۰۰۵؛ مارلات و دونووان[8]، ۲۰۰۵). با وجود تحقیقات گسترده در زمینه‌ی درمان این اختلالات به طور مجزا، چند مطالعه نیز درمان همزمانِ سوءمصرف مواد و اختلالات خلقی و اضطرابی هم‌آیند را مورد ارزیابی قرار داده و نتایج رضایت بخشی را نیز گزارش کرده‌اند (کوین و برنت[9]، ۲۰۰۷؛ بروِر و همکاران، ۲۰۱۰).

در طی دو دهه‌ی گذشته، ظهور مطالعات در زمینه‌ی مداخلاتی که آموزش ذهن‌آگاهی[10] را در خود ادغام کرده‌اند، نتایج امیدوارکننده‌ای برای درمان جداگانه‌ی سوءمصرف مواد و اختلالات خلقی و اضطرابی ارائه کرده‌اند (بروِر و همکاران، ۲۰۱۰). ذهن‌آگاهی 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[11]، ۲۰۱۶).

مداخله‌ی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی عمدتاً بر اساس محتوا و ساختار شناخت‌درمانیِ مبتنی بر ذهن‌آگاهی (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 مراقبه ایِ ذهن‌آگاهی قرار دارد و تکنیک‌های شناختی و رفتاری را با هدف ارائه برنامه‌ای غیرقضاوتی و مراجع‌محور به منظور آماج قرار دادن عوامل خطر اصلی و پیشگیری از عود، در خود ادغام کرده است (بوئن، چاولا، و ویتکیوویتز[1]، ۲۰۱۴). مطالعات تجربی در خصوص مداخله‌ی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای اختلالات مرتبط با مواد، تاکنون شواهدی ارائه کرده‌اند که بیانگر کارائی تمرین‌های ذهن‌آگاهی برای این اختلالات می‌باشد (مثلاً بوئن، ویتکیوویتز، چاولا و گرو، ۲۰۱۱؛ ویتکیوویتز و بوئن، ۲۰۱۰؛ ویتکیوویتز، بوئن، داگلاس و هسو[2]، ۲۰۱۳؛ بوئن و همکاران، ۲۰۱۴). حمایت تجربی فزاینده‌ای برای مداخلات ذهن‌آگاهی در اختلالات سوءمصرف مواد وجود دارد. نخستین ارزیابی در زمینه کارایی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی توسط زیرسکا[3] 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 جلسه‌ایِ مراقبه‌ی ذهن‌آگاهی نشان داد. ویتکیوویتز و بوئن (۲۰۱۰) در یک کارآزمایی بالینی تصادفی نشان دادند که مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به کاهش معنی‌دار شدت ولع و علائم افسردگی در سوءمصرف‌کنندگان مواد می‌شود. ویتن، آستین، بوسمی و گالووی[4] (۲۰۱۰) دریافتند که به دنبال ۸ جلسه برنامه مقابله مبتنی بر پذیرش برای پیشگیری از عود[5]، که از چند مداخله‌ی مبتنی بر ذهن‌آگاهی منتج شده بود، کاهش معنادار در ولع[6]، عاطفه منفی، واکنش‌گری هیجانی و استرسِ 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 ذهن‌آگاهی را در مقایسه با مراقبت استاندارد در یک مرکز خصوصی رایگان که مجموعه‌ای از خدمات مراقبتی برای اختلالات سوءمصرف 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 سـایر مواد مصـرف کرده و کاهش معنی‌داری در ولع و افزایش در پـذیرش از خود نشـان دادنـد. نخسـتین ارزیابی آموزش ذهن‌آگاهی به عنوان درمان مجزا در مقایسـه با درمان تأییدشـده‌ی تجربیِ شناختی رفتاری برای اختلالات سـوءمصرف مواد، توسط بروِر و همکاران (۲۰۰۹)، با استفاده از پروتکل درمانی مداخله‌ی پیشـگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی اجرا شد. در این مطالعه، میزان تکمیل درمان در هر دو گروه کم بود (۳۴ درصـد در گروه آموزش ذهن‌آگاهی و ۳۳ درصـد در گروه درمان شناختی رفتاری) و افرادی که درمان را تکمیل کرده و به پایان رسانده بودند میزان رضایت از درمـان دریافتی‌شـان را بالا گزارش کرده بودند. در حین مداخله، تفاوت بین گروه‌های درمانی در زمینه سـوءمصـرف مواد معنی‌دار نبود. با این حال، پس از مداخله، مقیاس‌های واکنش‌گری روان‌شـناختی و فیزیولوژیکی نشـان داد افرادی که مداخله‌ی ذهن‌آگاهی را دریـافت کرده بودنـد، در مقایسـه با گروه شـناختی رفتاری، واکنش کمتری نسـبت به برانگیختگی استرس از خود نشان دادند.

بـا توجـه به میزان بالای هم‌آیندی سـوءمصـرف مواد و اختلالات خلقی و اضـطرابی و تلویحات بالینی این نوع هم‌آیندی مرضی، از جمله پیش‌آگهی ضعیف نتایج درمانی و عود بالا (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵؛ مگیدسون[1] و همکاران، ۲۰۱۱؛ داگر و گرین[2]، ۲۰۱۵)، و با توجه به کاربردهای بالقوه‌ی ذهن‌آگاهی در تحقیقات بالینی مرتبط با سـوءمصـرف مواد (بوئن و همکـاران، ۲۰۱۴؛ بروِر و همکاران، ۲۰۱۱؛ ویتکیوویتز و بوئن، ۲۰۱۰؛ ویتکیوویتز و همکاران، ۲۰۱۳)، و هم‌چنین با توجه به نیاز برای تحقیقات بیشـتر جهت اعتباربخشـی به این یافته‌ها (بلک[3]، ۲۰۱۲) پژوهش حاضـر با هدف بررسـی کارایی مداخله‌ی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسـه با درمان متعارف بر سـوءمصرف مواد و شدت علائم افسردگی و اضطراب در بین معتادان مقیم مرکز اجتماع درمان مدار[4] شهر اهواز انجام شد.

1. Magidson
2. Dagher & Green
3. Black
4. Therapeutic Community (T.C)

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی و به لحاظ نحوهٔ 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 ذهن‌آگاهی (۳۲ نفر) و یا گروه درمان متعارف[1] (۳۱ نفر) جایگزین شدند. به دلیل این که در مرکز اجتماع درمان‌مدار 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 انتظارِ 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 درمان‌مدار پس از تکمیل دوره‌ی سم‌زدایی؛ کسب نمرهٔ ۱۹ به بالا (افسردگی متوسط) در تست افسردگی بک-۲ و تست اضطراب بک و نیز تایید وجود همزمان علائم افسردگی و اضطراب بر اساس مصاحبهٔ 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.

سال دهم، شماره ۳۹، پاییز ۱۳۹۵
Vol. 10, No. 39, Autumn 2016

1. Treatment As Usual (TAU)

ابزار

۱- مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I در DSM-V (SCID-I): این فهرست وارسی، ابزاری برای تشخیص اختلالات بر پایه چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی است (فرست، اسپیتزر، گیبون و ویلیامز[1] ۱۹۹۷). این ابزار دو نسخه دارد: نسخهٔ بالینی (SCID-I) که بیشتر تشخیص روان‌پزشکی را پوشش می‌دهد و بیشتر برای استفاده در محیط‌های بالینی و پژوهش‌های بالینی طراحی شده و دیگر نسخهٔ پژوهشی کامل‌تر و طولانی‌تر آن (SCID-I/R) است که همهٔ 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 نسخهٔ بالینی این آزمون برای تشخیص اختلالات افسردگی و اضطرابی استفاده شد.

۲- پرسش‌نامهٔ افسردگی بک-ویرایش دوم[2]: این پرسش‌نامه (بک، استیر و براون[3]، ۱۹۹۶)، نوع بازنگری شدهٔ 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. فتی، 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 دونیمه‌ای 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[4]: این پرسش‌نامه توسط بک، اپستین[5]، 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 نشا 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[1]: این مقیاس (فلانری، ولپیسلی و پتیناتی[2]، ۱۹۹۹) ابزار خودگزارشیِ 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 ذهن‌آگاهی بود که به صورت جلسات هفتگیِ ۹۰ دقیقه‌ای، توسط دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز اجرا شد. پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی طبق پروتکل طراحی شده توسط بوئن و همکاران، (۲۰۰۹؛ ۲۰۱۱) بود، که برای استفاده در این پژوهش از آن‌ها اقتباس شد. روش اجرا بدین‌گونه 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 ذهن‌آگاهی قرار گرفتند؛ در حالی‌که افراد گروه گواه مداخله‌ی عادی و رایج در مرکز (درمان متعارف) را دریافت داشتند. درمان متعارف شامل آموزش

1. Penn Alcohol Craving Scale (PACS)

2. Flannery, Volpicelli, & Pettinati

روانی، راهکارهای جلوگیری از لغزش، جرأت‌ورزی، تعیین اهداف و آموزش مهارت‌های بین فردی بود. در پایان مداخله، از گروه‌ها پس‌آزمون به عمل آمد و به منظور پی‌گیری 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 مبتنی بر ذهن‌آگاهی			درمان متعارف		
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
ولع	میانگین	۲۸/۴۱	۱۰/۱۶	۱۱/۴۹	۲۷/۱۸	۱۹/۸۷	۲۱/۰۳
	انحراف‌استاندارد	۲/۳۰	۲/۶۰	۲/۱۷	۱/۷۲	۲/۲۰	۳/۱۶
افسردگی	میانگین	۲۹/۴۱	۱۴/۶۳	۱۵/۱۸	۲۹/۱۲	۲۵/۶۸	۲۸/۷۵
	انحراف‌استاندارد	۲/۵۲	۲/۴۷	۲/۱۶	۲/۹۸	۲/۳۱	۳/۰۲
اضطراب	میانگین	۲۴/۶۸	۱۴/۵۳	۱۴/۹۱	۲۵/۰۴	۲۲/۸۱	۲۴/۹۸
	انحراف‌استاندارد	۲/۰۴	۲/۲۱	۲/۸۱	۲/۶۳	۲/۷۲	۲/۱۶

قبل از انجام تحلیل کواریانس چندمتغیره ابتدا پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. بدین منظور، چهار مفروضه‌ی زیربنایی تحلیل کواریانس شامل همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب‌های رگرسیون، خطی‌بودن و همخطی چندگانه مورد بررسی قرارگرفتند. پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در بین متغیرها از طریق آزمون لوِن بررسی شد. نتایج آزمون لوِن حکایت از برقراری این پیش‌فرض در متغیر ولع (F =۱/۳۸, P>۰/۰۵)، افسردگی(F =۱/۶۲,P>۰/۰۵) ، و اضطراب (F =۱/۰۲, P>۰/۰۵) داشت. بررسی نتایج آزمون‌باکس نیز حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس- کواریانس برقرار است (F =۱/۵۷ , P>۰/۰۵). نتایج همگنی شیب‌های رگرسیون نیز برقرار بود (F =۱/۲۶ , P>۰/۰۵). ضرایب همبستگی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون 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 < ۰/۹۰). 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 =۳۵/۱, P<۰/۰۰۱). 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.

جدول۲: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیره برای بررسی الگوهای تفاوت در پس‌آزمون

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه‌آزادی	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<۰/۰۰۱).

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 =۷۹/۶۸ , P<۰/۰۰۱). (F= ۷۹/۶۸ ، p≤۰/۰۰۱). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک‌متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول۳: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در نمرات پیگیری

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه‌آزادی	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<۰/۰۰۱). به بیان دیگر اثربخشی درمان بقا داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعات زیادی همایندی مرضی بالای سوءمصرف 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[1]، 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 چندفرهنگیِ[2] این مداخلات انطباق یافته نیز باید مؤلفه‌ای کلیدی باشد که متخصصین باید به آن توجه خاصی مبذول دارند (استالی و لاویر[3]، ۲۰۱۰). ذهن‌آگاهی 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[4]، ۱۹۷۴) و مسیحیت (مرتون[5]، ۱۹۶۰)، آموزش داده شده است (به نقل از مک‌کی، وود و برنتلی[6]، ۲۰۰۷). اخیراً، تکنیک‌های ذهن‌آگاهی با انواع دیگری از روان‌درمانی‌ها (نظیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، سگال، ویلیامز و تیزدیل، ۲۰۰۲؛ پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی، بوئن و همکاران، ۲۰۰۹؛ رفتاردرمانی دیالکتیک[7]، لینهان[8]، ۱۹۹۳؛ درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش[9]، هیز، استروسال و ویلسون[10]، ۲۰۱۲) ادغام شده و نتایج

سال دهم، شماره ۳۹، پاییز ۱۳۹۵
Vol. 10, No. 39, Autumn 2016

1. Chu, Colognori, Weissman, & Bannon
2. multicultural competence
3. Staley, & Lawyer
4. Rahula
5. Merton
6. McKay, Wood, & Brantlley
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 ذهن‌آگاهی بر سوءمصرف مواد و شدت علائم افسردگی و اضطراب معتادان بود. نتایج مطالعهٔ حاضر نشان داد که پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی 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 ذهن‌آگاهی بیشتر بوده و در دوره‌ی پیگیری دو ماهه نیز تداوم بیشتری داشته درحالی‌که 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)، بروِر و همکاران (۲۰۱۰)، ویتن و همکاران (۲۰۱۰)، ویتکیوویتز و همکاران (۲۰۱۰، ۲۰۱۳) که اثربخشی تمرین‌های ذهن‌آگاهی را در معتادان 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 ذهن‌آگاهی ممکن است مکانیسم‌های زیربنایی مشترکِ 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، این‌گونه 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 (بروِر و همکاران، ۲۰۱۰). در تمرین‌های ذهن‌آگاهی به مراجعین آموزش داده می‌شود تا نسبت به چگونگی تغییر پیدا کردن تجارب‌شان در هر لحظه از زندگی، توجهِ آگاهانه پیدا کنند و برای این‌که 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 ذهن‌آگاهی (مانند رفتار درمانی

سال دهم، شماره ۳۹، پاییز ۱۳۹۵
Vol. 10, No. 39, Autumn 2016

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 هنگامی‌که در جزر و مد هیجان‌ها قرار می‌گیرند وسوسه شده و به سراغ مصرف مجدد مواد می‌روند. این‌گونه به نظر می‌رسد که تمرین‌های ذهن‌آگاهی 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 ذهن‌آگاهی 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 ذهن‌آگاهی ممکن است به مراجعین کمک کند تا واکنش‌شان نسبت به هیجانات منفی را تغییر دهند، بدون این‌که 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 مواجهه سازی‌های 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 وکوتاه مدت بودن زمان پیگیری. مسلما"

تعمیم‌پذیری نتایج مستلزم تحقیقات بیشتری در این زمینه می‌باشد. پیشنهاد می‌شود که مطالعات بعدی، این مداخله را با نمونه بزرگتر و بر روی معتادان بالینی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد اجرا کند. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود که مطالعات بعدی پیگیری‌های طولانی مدت‌تری را انجام دهند. ارزیابی‌های پیگیرانه بلند مدت می‌توانند در درک اثرات طولانی مدت این درمان بر روی ولع سوءمصرف و افسردگی، اضطراب هم‌آیند در معتادان کمک کنند.

منابع

بختیاری، مریم. (۱۳۷۹). *بررسی اختلال روانی در مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن*. پایان‌نامه 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/طرحواره‌ها و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۱(۳)*، ۲۶-۳۱۲.

کاویانی، حسین (۱۳۸۷). *بررسی پایایی و روایی مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی، پرسشنامه سلامت عمومی، فهرست وارسی 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). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه 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 co-morbidity 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-1 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). *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook 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.