سال دوازدهم، شماره شماره چهل و نهم، ویژه‌نامه ۲
Vol. 12, No. 49, Special Issue 2

مقاله
پژوهشی
Research
Article

مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری و ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت بر کاهش ولع مصرف در معتادان افیونی

آرش صداقت زاده[۱]، سعید ایمانی[۲]، امید شکری[۳]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۱/۰۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۶/۰۲

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی– رفتاری و ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت بر کاهش ولع مصرف در معتادان در حال ترک افیونی صورت گرفت. **روش:** روش این پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون –پس آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد وابسته به شبکه بهداشت و درمان شهرستان سرپل ذهاب در نیمه اول سال ۱۳۹۶ بود. به روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۳۶نفر با تشخیص وابستگی به مواد افیونی – بر پایه ی معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری نسخه پنجم، از افرادی که داوطلب دریافت خدمات درمانی و واجد معیارهای ورود بودند- انتخاب شدند. به صورت تصادفی (۱۲ نفر گروه آزمایش اول، ۱۲ نفر گروه آزمایش دوم و ۱۲ نفر گروه گواه) تخصیص داده شدند. از مصاحبه ی بالینی ساختاریافته DSM-5 نسخه ی بالینی (SCID-5)، مصاحبه ی بالینی ساختاریافته DSM-5 نسخه ی بالینی (SCID-5-PD) و پرسش‌نامه سنجش ولع هروئین برای جمع آوری داده‌ها استفاده شد. روش درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در ۸ جلسه ۲ ساعته و روش درمان شناختی– رفتاری در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در گروه‌های آزمایش اجرا شد. **یافته ها:** نتایج نشان داد بین اثربخشی گروه درمانی شناختی– رفتاری و ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش ولع مصرف (به جز مولفه ی عدم کنترل بر مصرف) در معتادان افیونی تفاوت وجود ندارد، اما در مقایسه با گروه گواه این تفاوت معنادار است. **نتیجه گیری:** گروه درمانی شناختی– رفتاری و ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت از روش‌های درمانی تاثیر گذار بر کاهش ولع مصرف در معتادان افیونی می‌باشد.

کلید واژه ها: گروه درمانی شناختی– رفتاری، گروه درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت، ولع، معتادان افیونی

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه شهید بهشتی،تهران، ایران
۲. نویسنده مسئول: استادیار دانشگاه شهید بهشتی،تهران، ایران،پست الکترونیکی:s_imani@sbu.ac.ir
۳. استادیار دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر یکی از چهار بحران جهانی هزاره سوم و در صدر تهدیدها و آسیب‌های اجتماعی و از غم انگیزترین معضلات جوامع امروزی است که اکثر جوامع مختلف به ویژه جامعه‌ی ما را به چالش کشیده است و تاثیر آن در ظهور سایر آسیب‌های اجتماعی نمود عینی دارد. اعتیاد به مواد مخدر یک بیماری با روند بسیار پیچیده است و گاهی احتیاج به دوره‌های متعدد درمان و همچنین روش‌های گوناگون درمانی دارد. درمان علاوه بر کمک به افراد برای کاهش مصرف مواد مخدر، بهبود وضعیت بهداشتی، کاهش جرم و جنایت و بهبود عملکرد اجتماعی، می تواند سوءمصرف مواد مخدر را کاهش دهد (وایت[1]، ۲۰۰۳). اعتیاد یکی از مشکلات اصلی کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه است. در کشور ما طبق گزارش دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر علی رغم تشدید مبارزه با قاچاق و افزایش مراکز پذیرش و درمان، آمار مصرف کنندگان مواد رو به افزایش بوده است (صرامی، قربانی و مینویی، ۲۰۱۳). اعتیاد به مواد افیونی یکی از تهدیدات جدی و از مهم‌ترین مشکلات سلامت عمومی در جهان به حساب می‌آید (سویورایت و گرینوود[2]، ۱۹۹۶). در ایران نیز مواد افیونی بیشترین میزان مصرف را دارد (مکری، ۲۰۰۲).

از جمله موارد مهمی که نقش موثری در بازگشت به مصرف مواد دارد، ولع (هوس و وسوسه) است. پژوهش در مورد ارتباط مفهوم ولع مصرف و اعتیاد سابقه‌ای طولانی دارد (اختیاری، و همکاران، ۲۰۰۸). از آنجا که میزان شیوع اعتیاد در کشور رو به افزایش است نیاز به شناخت درمان‌های موثر و مناسب با نیاز معتادان ضروری به نظر می‌آید، علی‌رغم به کارگیری روش‌های درمانی مختلف و به روز، عامل مهمی که درمان اعتیاد را با شکست رو به رو می‌سازد «لغزش‌ها و عود» پس از درمان است.

مفهوم ولع مصرف[3] از مهم‌ترین زیرساخت‌های شناختی مورد توجه در دانش وابستگی به مواد بوده و به عنوان مهم‌ترین عامل بازگشت به مصرف مواد در جایگاه هسته مرکزی وابستگی به مواد قرار دارد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). ولع مصرف مواد را به عنوان

1. White
2. Seivewright, & Greenwood
3. craving

سال ۱۲، شماره ۴۹، ویژه‌نامه ۲
Vol. 12, No. 49, Special Issue 2

تمایل برای مصرف مواد تعریف می کنند که بر این اساس وجود جزء تجربه فاعلی یا تجربه فردی آگاهانه[1] هسته اصلی این پدیده را تشکیل می‌دهد (حسنی ابهریان و اختیاری، ۲۰۰۸). بررسی درمان‌هایی که باعث کاهش ولع مصرف در معتادین می‌شود یکی از مهم‌ترین نقاط مورد توجه در پژوهش‌های حیطه اعتیاد می‌باشد. ولع، میل شدید و مقاوم برای مصرف مواد مخدر است. اگر این میل برآورده نشود، رنج‌های روان‌شناختی و بدنی، مانند ضعف، بی‌اشتهایی، اضطراب، بی‌خوابی، پرخاشگری و افسردگی را در پی دارد (مکری، اختیاری، عدالتی، گنجگاهی و نادری، ۱۳۸۷). پژوهش‌های مکرر نشان داده‌اند که ولع مصرف یکی از عوامل اصلی عود و لغزش در تداوم پرهیز از مواد است (سری و همکاران، ۲۰۱۵). ولع ریشه شناختی در باورهای نادرست در زمینه نیاز به مواد دارد. بررسی‌ها نشان داده‌اند یک نشانه تصویری یا غیر تصویری برای نمونه، صوتی یا بویایی در محیط خارجی و یا یک تخیل درون‌زاد می تواند عامل القای ولع مصرف گردد (اختیاری و همکاران، ۱۳۸۵).

از بین موارد مورد سوءمصرف، مصرف مواد افیونی به ویژه به شکل تزریقی آن، از جمله موارد مهمی هستند که بیشترین ولع مصرف را با خود به همراه دارند. در سال‌های اخیر با روند رو به افزایش مصرف مواد افیونی در کشور با توجه به مراجعه بی‌رویه‌ی این افراد به مراکز درمانی ترک اعتیاد مواجه هستیم. مصرف مواد افیونی با فعال کردن و تحریک سیستم دوپامینی مغز معتاد حالتی به نام نشه‌گی را برای فرد ایجاد می کند که این تجربه (وضعیت اوج لذت) ولع شدیدی را برای مصرف دوباره‌ی مواد در فرد ایجاد می کند و این عامل باعث به راه انداختن چرخه‌ی معیوب مصرف و قطع مصرف می‌شود که در نهایت لغزش و عود درمان را با خود به همراه خواهد داشت. از جمله عوامل خطرساز مهمی که منجر به عود درمان می‌شوند، ولع مصرف چند بعدی است (عاطفی، شناختی، رفتاری و روانی-فیزیولوژیکی)، که به عنوان تجربه‌ی ذهنی از یک وسوسه، اضطراب و اشتیاق شدید بازگشت به سمت مواد را پیش‌بینی می کند (ویتکویتز و بوون[2]، ۲۰۱۰). یافته‌های مطالعه‌ی مکری و همکاران (۱۳۸۷) نشان داد ولع مصرف بالاتر با

1. subjective experience

2. Witkiewitz, & Bowen

سال ۱۲، شماره ۴۹، ویژه‌نامه ۲
Vol. 12, No. 49, Special Issue 2

ویژگی‌های سن، طول مدت اعتیاد، شدت اعتیاد، سوءمصرف چندگانه، تحصیلات کمتر و هزینه روزانه مصرف بیشتر در معتادان افیونی در ارتباط است.

متخصصان به منظور برخورد با ولع مصرف و لغزش ناشی از آن، سعی کرده‌اند تا در کنار داروی متادون، از روان درمانی فردی یا گروهی به عنوان درمان مکمل بهره ببرند. از آنجا که میزان اثربخشی درمان‌های نگهدارنده‌ی دارویی، بدون به کارگیری درمان‌های روانی-اجتماعی، به سبب میزان اطاعت دارویی پایین و ریزش بالای بیماران، ضعیف می‌باشد. این امر ضرورت به کارگیری مداخله‌های غیر دارویی در کنار درمان‌های دارویی را برای درمان اعتیاد مهم و اجتناب‌ناپذیر می‌سازد (ویتکویتز و بوون، ۲۰۱۰). در بسیاری از پژوهش‌های انجام شده در رابطه با اثربخشی رویکردهای مختلف درمانی برای درمان اعتیاد، همواره به رویکرد شناختی- رفتاری به عنوان رویکردی موثر در درمان اعتیاد اشاره شده (وینگارت، کسیار، بلوتی و پین‌لای[1]، ۲۰۰۹) و در میان رویکردهای غیردارویی، از جایگاه ویژه‌ای برخوردار بوده است.

فرض بنیادی این رویکرد این است که فرآیندهای یادگیری، نقش مهمی در ایجاد و تداوم اعتیاد و وابستگی به مواد ایفا می‌کند. به عبارت ساده‌تر درمان شناختی- رفتاری در شناسایی موقعیت‌هایی که احتمال مصرف مواد در آن‌ها زیاد است، اجتناب از این موقعیت‌ها در زمان مناسب و مقابله موثر با مسائل و رفتارهای مشکل‌آفرین مرتبط با سوءمصرف مواد به بیماران کمک می‌کند (ملازاده و آشوری، ۲۰۰۹). بر اساس نظریه شناختی رفتاری، وابستگی به مواد مخدر مانند سایر رفتارها، متشکل از یک سلسله رفتارهای یاد گرفته شده است که از طریق تقلید از الگوها در اثر پی بردن به نتایج ماده مخدر استفاده شده مانند کاهش اضطراب و افسردگی، تسکین درد و بالا بردن توانایی معاشرت اجتماعی آموخته می‌شود. بنابراین، مهمترین هدف درمان آن است که پیش‌آیندهای مهم را شناسایی و روش‌های موثر تسلط بر آن‌ها را برای گسیختن رابطه با مواد به مراجع آموزش دهد (مارلات و اون[2]، ۲۰۰۱). درمان شناختی - رفتاری یک روش

1. Weingardt, Cucciare, Bellotti, & Pin Lai

2. Marlatt, & Owen

درمانی است که هم به دنبال تغییر نگرش، و تغییر رفتارهایی است که از یادگیری‌های ناکافی و غلط به وجود آمده؛ و هم به دنبال تغییر نگرش، باور و اعتقادات غیر منطقی است. روش درمان شناختی رفتاری بر این نظریه استوار است که عامل تعیین‌کننده رفتار انسان، طرز تفکر او درباره خود در جهان است (سادوک و سادوک[1]، ۲۰۰۷). درمان شناختی-رفتاری به معتادان کمک می‌کند تا در مواجهه با عوامل تحریک‌کننده مصرف مواد، از طریق آموزش خودتنظیمی، شناسایی، اجتناب و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و حل‌مسئله مقابله کنند. یعنی موقعیت‌هایی را که احتمال مصرف مواد در آن‌ها زیاد است را شناسایی کنند و بتوانند در زمان مناسب از این موقعیت‌ها اجتناب کنند و با مسائل و رفتارهای مشکل‌ساز مرتبط با سوءمصرف مواد به صورت موثر مقابله کنند. یافته‌های مطالعه‌ی حدادی و همکاران (۱۳۸۸)، و وینگارت و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که گروه درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش تکانشگری، ولع مصرف و شدت اعتیاد در معتادان مصرف‌کننده مواد موثر بوده است.

یکی از نوآوری‌ها در درمان‌های روان‌شناختی، به ویژه درمان اعتیاد، تلفیق سنت‌های معنوی شرق، از جمله فنون مراقبه ذهن‌آگاهی با رفتاردرمانی شناختی سنتی می‌باشد که از این تلفیق به عنوان موج سوم رفتاردرمانی یاد می‌کنند. در موج سوم روان درمانی‌ها که به روان درمانی‌های پست مدرن معروف هستند، عقیده بر این است که شناخت‌ها و هیجانات را باید در بافت مفهومی پدیده‌ها در نظر گرفت. به همین دلیل، به جای رویکردهایی مانند درمان شناختی رفتاری که شناخت‌ها و باورهای ناکارآمد را اصلاح کرده تا هیجانات و رفتارها اصلاح شود، در اینجا به بیمار آموزش داده می‌شود که در گام اول هیجانات خود را بپذیرد و با زندگی در اینجا و اکنون از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری برخوردار شود (ولز[2]، ۲۰۰۲). به همین دلیل در این درمان‌ها فنون شناختی رفتاری سنتی را با ذهن‌آگاهی ترکیب می‌کنند (هایز، لوما و باند[3] (۲۰۰۶). از جمله‌ی این رویکردها، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است که اثربخشی این شیوه‌ی درمانی در اختلالاتی

1. Sadock, & Sadock
2. Wells
3. Hayes, Luoma, & Bond

مانند دردهای مزمن، افسردگی (تیزدل، و همکاران[1]، ۲۰۰۰)، فشار روانی، اختلال اضطراب تعمیم یافته، اختلال استرس پس از سانحه و سایر اختلال‌ها تائید شده است (ایمانی، و همکاران، ۲۰۱۵). درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی در سال‌های اخیر در زمینه‌ی درمان اعتیاد مورد توجه قرار گرفته‌اند. با توجه به اثربخشی روش ذهن‌آگاهی در اختلال‌های جسمانی و روان‌شناختی به نظر می‌رسد که در درمان کاهش برخی از نشانه‌های عود و ولع مصرف مواد افیونی موثر باشد (والش، بالینت، سمولیرا، فردریکسن و مادسن[2]، ۲۰۰۹). نتایج تحقیقات کیانی، قاسمی و پورعباس (۱۳۹۱) نشان داد که روان‌درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر میزان ولع مصرف بیشتر از سایر روش‌های معمول تاثیر دارد.

محوریت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر راهبردها و مهارت‌های پیشگیری از ولع و عود مصرف مواد مانند شناسایی وضیت‌های پرخطر و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای ولع مصرف و مراقبه‌های ذهن‌آگاهانه تاکید دارد. ذهن‌آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه اکنون است، بدون قضاوت و بدون اظهار نظر درباره‌ی آنچه اتفاق می‌افتد؛ یعنی تجربه‌ی واقعیت محض بدون توضیح (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۱۲). ذهن‌آگاهی به عنوان یکی از روش‌های اصلی راهبردهای مبتنی بر پذیرش، باعث می‌شود که بیمار به جای چالش و پرهیز از افکار و احساسات ناراحت کننده ناشی از ترک یا کاربرد مواد برای تسکین آن‌ها، با برقراری یک سبک ارتباطی متفاوت بدون واکنش و نوعی شیوه‌ی جدید پردازش اطلاعات، افکار و احساسات ناراحت کننده خود را بدون داوری و ارزیابی بپذیرد و از این راه با حساسیت‌زدایی با آن‌ها کنار بیاید. بخشی از این تغییرات می‌تواند ناشی از ساز و کارهای عمل پیشنهاد شده در روش ذهن‌آگاهی، مانند رویارویی، پذیرش، آرام‌سازی، حساسیت‌زدایی، تغییر رابطه با افکار و تنظیم هیجان باشد (بائر، ۲۰۰۳).

تکنیک‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی به افراد می‌آموزد الگوهای عادتی غیرارادی و نشخواری ذهن را شناسایی و آن‌ها را به الگوهای آگاهانه و ارادی مبدل کنند تا احساسات و اندیشه‌های منفی، به عنوان رویدادهایی ساده و گذرا در ذهن تلقی شوند. معتادان با انجام

1. Teasdale

2. Walsh, Balint, Smolira, Fredericksen, & Madsen

تمرینات ذهن‌آگاهی، یاد می‌گیرند به صورت عمدی بر حالت‌ها و ناراحتی‌های عاطفی، شناختی و جسمانی خود متمرکز شوند و آن را بپذیرند. همچنین وضعیت‌های هیجانی، جسمانی و شناختی ولع مصرف را بدون واکنش غیر ارادی مورد مشاهده قرار دهند. فرد با استفاده از تمرین‌های ذهن‌آگاهی یاد می‌گیرد که به ناراحتی‌های هیجانی خود پاسخ‌های جایگزین بدهد. این عملکرد منجر به کاهش پاسخ‌های شرطی شده‌ی ولع مصرف فرد می‌شود (براون، گودمنو اینزلیچت[1]، ۲۰۱۳).

از دیدگاه ذهن‌آگاهی ولع به عنوان یک تجربه شناختی یا عاطفی گذرا مانند سایر تجارب انسانی در نظر گرفته شده است که می‌بایست بدون واکنش و بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرد. در ارتباط با نقش ذهن‌آگاهی در اعتیاد، بررسی‌های انجام شده نشان داده که رابطه‌ی منفی و معناداری بین ذهن‌آگاهی و رفتارهای اعتیادی وجود دارد (شونین[2]، ۲۰۱۵). در واقع افرادی که به شیوه‌ای ذهن‌آگاهانه زندگی می‌کنند به احتمال کمتری به رفتارهای اعتیادآوری همچون مصرف مواد مخدر گرایش پیدا می‌کنند. از طرف دیگر باید به این موضوع توجه کنیم که افکار منفی، باورهای غیرمنطقی و در نتیجه استرس، اضطراب و افسردگی گرایش فرد نسبت به اعتیاد را افزایش می‌دهند (پاپا[3]، ۲۰۰۶). ذهن‌آگاهی از طریق کاهش این حالات، آمادگی اعتیاد را کاهش می‌دهد (آقایوسفی، اورکی، زارع و ایمانی، ۱۳۹۲).

نتایج مطالعه‌ی محمدی، ایمانی و صادقی پویا (۱۳۹۵) نشان داد بین معتادان به مواد افیونی و محرک از نظر خرده‌مقیاس‌های مشاهده، توصیف، عمل همراه با آگاهی، عدم قضاوت و عدم واکنش تفاوت وجود دارد. بدین معنی که میزان مشاهده، توصیف، عمل همراه با آگاهی، عدم قضاوت و عدم واکنش معتادان به مواد افیونی نسبت به معتادان به مواد محرک بیشتر بود. بالا بودن نمره ذهن‌آگاهی مصرف‌کنندگان مواد افیونی نسبت به مواد محرک، مربوط به افزایش هوشیاری و آگاهی بود. کیانی، و همکاران (۱۳۹۱) نیز در پژوهشی تحت عنوان مقایسه اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و

1. Brown, Goodman, & Inzlicht
2. Shonin
3. Papa

ذهن‌آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان شیشه به این نتیجه دست یافتند که هر دو روش درمانی بر شدت ولع مصرف تاثیر دارند و به یک میزان بر شاخص‌های تنظیم شناختی تاثیر دارند. مطالعه سلیمی و همکاران (۱۳۹۵) نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی [1]، به عنوان یک روان درمانی مدرن، روشی اثربخش برای کاهش ولع مصرف معتادین به هروئین می‌باشد. در عمل تحقیقات گسترده انجام شده بر جمعیت بزرگسال مفید بودن این روش درمانی را در حیطه‌های گوناگون همچون مدیریت استرس و اضطراب و ارتقای مهارت‌های تنظیم هیجان به اثبات رسانده است (ایمانی و همکاران، ۱۳۹۲). از آنجایی که روش‌های درمانی شناختی- رفتاری و موج سوم رفتاردرمانی (ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت) روش‌های جدیدی تلقی می‌شوند و نیاز اساسی جامعه ما در امر درمان اعتیاد ضروری به نظر می‌رسد، و با توجه به مکانیزم‌های اثر این دو روش درمانی و اثربخشی بالای آن‌ها بر مولفه‌های خطر عود از جمله ولع مصرف و کمبود پژوهش‌های داخلی مبنی بر اثربخشی این درمان‌ها در حوزه‌ی سوءمصرف مواد افیونی این نیاز احساس می‌شود که طرحی کاربردی اثربخشی این درمان‌ها را بررسی و عرضه نماید و در هزینه و زمان درمان صرفه‌جویی به عمل آورد. با توجه به تمهیدات مورد اشاره هدف اساسی پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی – رفتاری و ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت بر کاهش ولع مصرف در معتادان افیونی شهرستان سرپل ذهاب بود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش این پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون همراه با گروه گواه می‌باشد. جامعه‌ی آماری شامل افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد وابسته به شبکه بهداشت و درمان شهرستان سرپل ذهاب بودند. نمونه‌ی آماری به صورت داوطلبانه از میان این افراد انتخاب شدند و تعداد ۳۶ نفر با تشخیص وابستگی به مواد افیونی بر پایه‌ی معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری نسخه پنجم، از افرادی که

1. MBCT

سال ۱۲، شماره ۴۹، ویژه‌نامه ۲
Vol. 12, No. 49, Special Issue 2

داوطلب دریافت خدمات درمانی و واجد معیارهای ورود بودند، انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه، آزمایشی اول ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت (۱۲ نفر)، آزمایشی دوم درمان شناختی- رفتاری (۱۲ نفر) و گواه (۱۲ نفر) جایگزین شدند. سپس از هر سه گروه بعد از یک و نیم ماه پس‌آزمون به عمل آمد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: جنسیت مرد و سن ۵۰-۱۸ سال، تشخیص وابستگی به مواد افیونی بر اساس معیارهای تشخیصی پنجمین ویراست راهنمایی تشخیصی و آماری اختلالات روانی، دارا بودن سطح تحصیلات حداقل ابتدایی و داشتن رضایت از شرکت در پژوهش. معیارهای خروج عبارت بودند از: ابتلا به بیماری‌ها و ناتوانی‌های جسمانی (مشکل بینایی و شنوایی) و اختلالات روانی بر اساس نتایج مصاحبه بالینی ساخت‌یافته برای اختلالات محور یک و دو، مصرف داروهای ضد روان‌پریشی، عدم علاقه‌مندی افراد به شرکت در جلسات درمانی، غیبت بیش از دو جلسه، شرکت همزمان در برنامه‌های درمانی دیگر، وابستگی بلند مدت به چند ماده به طور همزمان به غیر از مواد افیونی، نداشتن تلفن تماس برای پیگیری. برای اجرای مداخلات اخلاقی در پژوهش حاضر، کدهای اخلاقی مطرح شده توسط انجمن روان‌شناسی ایران و آمریکا (۲۰۰۳) و سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۵) مورد توجه قرار گرفت. بر این اساس، مؤلفه‌های زیر در مورد تمامی افراد مبتلا به مواد افیونی شرکت‌کننده در پژوهش (در هریک از مراحل پژوهش) رعایت شد: الف: کدهای اخلاقی مطرح شده توسط سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره ایران: ۱- اصل احترام به شأن و آزادی انسان؛ ۲- اصل وظیفه شناسی و مسئولیت‌پذیری؛ ۳ - اصل سودمندی و عدم آسیب‌رسانی؛ ۴- اصل عدم تبعیض؛ ۵- اصل توجه به رفاه دیگران؛ ۶- اصل توجه به نظام ارزش‌های جامعه. ب: کدهای اخلاقی مطرح‌شده توسط انجمن روان‌شناسی آمریکا (۲۰۰۳): ۱- احترام به اصل رازداری؛ ۲- ارائه اطلاعات کافی در مورد چگونگی پژوهش به تمامی شرکت‌کنندگان؛ ۳- کسب رضایت‌نامه کتبی به منظور شرکت در درمان؛ ۴- پیگیری آموزش و درمان در صورت لزوم حتی پس از پایان پژوهش؛ ۵- ارائه اطلاعات لازم در مورد ماهیت پژوهش و اطمینان بخشی بابت محرمانه بودن نتایج؛ ۶- امکان انصراف افراد در صورت عدم تمایل به

همکاری در هر مرحله از تحقیق. پس از پایان آموزش و ارزیابی، جلسات آموزش برای گروه گواه هم ارائه شود.

ابزار

۱-مصاحبه‌ی بالینی ساخت یافته برای DSM-5 نسخه‌ی بالینی (SCID-5)[1]: مصاحبه‌ای نیمه ساختار یافته برای تشخیص‌های اصلی DSM-5 (که در گذشته در محور یک داده می‌شد) می‌باشد. این ابزار توسط بالینگر یا کارشناس سلامت روان آموزش دیده که با معیارهای تشخیصی و طبقه بندی اختلال‌ها در DSM-5 آشناست، اجرا می‌شود. جمعیت مورد مصاحبه بیماران روان‌پزشکی یا دچار بیماری طبی عمومی یا افرادی که خود را به عنوان بیمار نمی‌شناسند (مانند جمعیت مورد مطالعه در یک پیمایش جمعیت عمومی یا بستگان افراد بیمار) می‌باشد. پوشش تشخیصی و زبان استفاده شده در SCID-5، آن را برای افراد بالای ۱۸ سال مناسب می کند، هر چند با تغییر مختصر در عبارت‌بندی سوالات ممکن است بتوان از آن برای نوجوانان نیز استفاده کرد. ممکن است نتوان با افراد دچار اختلال شناختی شدید، ناآرامی، یا علایم سایکوتیک شدید این مصاحبه را انجام داد. این افراد اغلب، در ده دقیقه اول، هنگام بررسی مرور کلی مشخص می‌شوند. در چنین مواردی می توان از آن به عنوان یک چک لیست تشخیصی برای مصاحبه با دیگر منابع مطلع استفاده نمود. اصلاح SCID برای DSM-5 در سال ۲۰۱۲ آغاز شد. تحقیقات میدانی SCID-5 در اواخر ۲۰۱۳ انجام و آخرین نسخه از SCID برای DSM-5 در آگوست ۲۰۱۴ به انجمن روان‌پزشکی آمریکا به منظور چاپ تحویل داده شد. این ابزار سه نسخه دارد: نسخه بالینی SCID-5-CV، که بیشتر تشخیص‌های روان‌پزشکی را پوشش می‌دهد و عمدتاً به منظور استفاده در محیط‌های بالینی و پژوهش‌های بالینی طراحی شده؛ نسخه تحقیقاتی SCID-5-RV که شامل تعدادی از امکانات بوده که در مطالعات تحقیقاتی استفاده می‌شود؛ نسخه کارآزمایی‌های بالینی SCID-5-CT که دارای قابلیت تغییر برای مطابقت با معیارهای تشخیصی ورودی و خروجی در کارآزمایی‌های بالینی است. در این مطالعه از نسخه‌ی بالینی SCID-5-CV استفاده شد. کل SCID-I معمولاً در یک جلسه

سال ۱۲، شماره ۴۹، ویژه‌نامه ۲
Vol. 12, No. 49, Special Issue 2

1. Structured Clinical Interview for DSM-5 Axis I Disorders

اجرا می‌شود و بین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه طول می کشد. روایی و اعتبار این ابزار در پژوهش‌های مختلف قابل قبول گزارش شده است. برای مثال، در پژوهش شانکمن و همکاران (۲۰۱۷) که با هدف بررسی اعتبار و روایی شدت ابعاد آسیب‌شناسی روانی با استفاده از مصاحبه بالینی ساختار یافته انجام شد، روایی و اعتبار آن مورد تائید قرار گرفت. برای سنجش اعتبار از دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی استفاده شد که نمرات به دست آمده به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۹۰ بود.

۲-مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای DSM-5 نسخه‌ی بالینی (SCID-5-PD): این مصاحبه بالینی مصاحبه‌ی تشخیصی نیمه ساختاریافته برای تشخیص اختلالات شخصیت در DSM-5 در خوشه‌های A، B و C است. SCID-5-PD پیش از این، مصاحبه ی بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت در محور ۲ بر مبنای DSM-IV نامیده می شد. این پرسشنامه‌ی شخصیتی ۱۱۹ سؤال دارد که در کمتر از ۲۰ دقیقه اجرا می‌شود و برای پاسخ دادن به سؤالات آن نیاز به حداقل ۸ کلاس سواد است. مصاحبه کننده با توجه به سؤال‌هایی که بیمار به آن‌ها پاسخ مثبت داده، مصاحبه را جهت می‌دهد. آن را می توان برای تشخیص اختلالات شخصیت چه از نظر قطعیت (اختلال وجود دارد یا ندارد) یا از جنبه‌ی دامنه (اندازه‌گیری درجه (۰، ۱، یا ۲) برای هر تشخیص و بررسی دامنه) مورد استفاده قرار داد. در انواع تحقیقات به کار می‌رود. بعضی تحقیقات آن را برای بررسی الگوهای اختلالات شخصیت هم وقوع یا سایر اختلالات روانی یا بیماری‌های جسمی مورد بررسی قرار داده‌اند. سایر تحقیقات آن را برای گزینش یک گروه از آزمودنی‌های مبتلا به اختلالات شخصیت خاص (مثل اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اختلال شخصیت مرزی) به کار گرفته‌اند. در نهایت، تحقیقات دیگر از آن برای بررسی ساختار زیربنایی اختلال شخصیت و مقایسه و سنجش سایر شیوه‌های ارزیابی برای اختلالات شخصیت استفاده کرده‌اند. در یک مطالعه که برای تعیین اعتبار به روش بازآزمایی با فاصله‌ی ۲ هفته بر روی ۲۸۴ نفر در ۴ مرکز بیماران روان‌پزشکی و ۲ مرکز بیماران غیرروان‌پزشکی توسط دو مصاحبه کننده در دو زمان متفاوت صورت گرفت، ضریب کاپا از ۰/۲۴ برای اختلال شخصیت وسواسی تا ۰/۷۴ برای اختلال شخصیت نمایشی با کاپای کلی ۰/۵۳ در مورد

بیماران روان‌پزشکی به دست آمد. در گروه بیماران غیرروان‌پزشکی توافق بین ارزیاب‌ها پایین‌تر (کاپای کلی ۰/۳۸) بود. در پژوهش بختیاری (۱۳۷۹)، روایی محتوایی نسخه‌ی فارسی توسط چند نفر از اساتید روان‌شناسی بالینی تأئید شد و ضریب اعتبار بازآزمایی به فاصله‌ی یک هفته ۰/۸۷ به دست آمد. از این مصاحبه در پژوهش حاضر به منظور غربال‌گری بیماران برای تشخیص اختلالات شخصیت در DSM-5 در خوشه‌های A، B و C استفاده شد.

۳-پرسش‌نامه سنجش ولع هرویین (سوءمصرف مواد): این پرسش‌نامه توسط تیفانی، فیلس، سینگلتون، هارتزن و هیننق فلد[1] (۱۹۹۵) طراحی شده است. ابتدا جهت سنجش ولع مصرف هروئین در بیماران وابسته به این ماده تدوین شد اما به علت توانایی سنجش کلی مواد بعدها در سنجش ولع سایر مواد نیز به کار رفت. شامل پنج خرده‌مقیاس است. هر سوال حالت پاسخ‌دهی (کاملا مخالف تا کاملا موافق) دارد. نمره‌گذاری پاسخ‌ها از ۱ تا ۷ است. برخی سوالات معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. پنج خرده‌مقیاس عبارتند از: تمایل به مصرف، قصد و برنامه‌ریزی برای مصرف، انتظار نتایج مثبت از مصرف مواد، انتظار رهایی از علائم ترک، و عدم کنترل بر مصرف (هینز[2] و همکاران، ۲۰۰۶). مطالعات انجام گرفته روی این ابزار اعتبار خرده‌مقیاس‌ها را به ترتیب برابر ۰/۹۳، ۰/۸۳، ۰/۸۰، ۰/۸۱، ۰/۶۹، گزارش نموده است. در فرم فارسی ضرایب همبستگی بین نمره‌های ۱۰۰ نفر از معتادین در دو نوبت با فاصله زمانی سه هفته برای سنجش اعتبار بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۲، ۰/۷۷، ۰/۸۶، و ۰/۸۲ بود و همگی در سطح ۰/۰۱ معنادار بودند (راد، ۱۳۸۸).

روند اجرا

برای جمع‌آوری داده‌ها ابتدا مجوزهای مورد نیاز از دستگاه‌های مربوطه اخذ شد و پس از مراجعه به مرکز ترک اعتیاد به منظور انتخاب اعضا از افرادی که خواهان شرکت در

1. Tiffany, Fiels, singleton, Hartzen, & Henning Field

2. Hynz

گروه درمانی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شـــناخت و گروه درمانی شـــناختی– رفتاری بودند، تعداد ۴۵ نفر ثبت نام شد. نمونه انتخابی به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری، آزمای

ش اول (۱۵ نفر)، دوم (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جـایگزین شـــدند. در گام بعد با توجه به ملاک‌های خروج پژوهش حاضـــر مبنی بر غیبت بیش از دو جلســـه، در هر گروه ۳ نفر ریزش داشـتند. ابتدا تمامی افراد حاضـر به شرکت در این مطالعه به وسیله مصاحبه بالینی ســـاختـار یـافتـه برای اختلالات محور I، II به وســـیله مصـــاحبه بالینی ســـاختاریافته برای اختلالات محور I و II ارزیابی و به وســـیله پرســـش‌نامه ســـنجش ولع هروئین اندازه‌گیری شـدند. ســـپس برنامه مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر شـــناخت بر اســـاس پروتکل درمانی بوئن، چاوالا و مارلات (۲۰۱۱)، طی ۸ جلســـه گروهی ۲ ســـاعته، انجام شـد. جلســـات هر هفته یک بار به مدت ۲ ماه برگزار شد. محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: محتوای جلسات ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت به تفکیک جلسات

جلسات	محتوا
اول	معارفه و آشنایی اعضا با یکدیگر، هدف درمان، طول درمان و فرم تعهد و مقررات گروه بیان شد.
دوم	هدایت خودکار و عود و تمرین‌های لازم و آگاهی از برانگیزاننده‌ها و اشتیاق مورد بررسی قرار گرفت.
سوم	ذهن‌آگاهی در زندگی روزمره و کاربرد آن بررسی و تمرین‌هایی انجام شد.
چهارم	ذهن‌آگاهی در موقعیت‌های پرخطر مورد بررسی قرار گرفت.
پنجم	پذیرش و عملکرد ماهرانه، پرش افکار، احساسات و حسیات ناخواسته کار بررسی شد.
ششم	دیدن افکار، آگاهی یافتن از تفکر و ارتباط داشتن با افکار با تمرکز به تجربه کردن افکار آموزش داده شد.
هفتم	تعادل خود مراقبتی و سبک زندگی، نشانه‌های هشداردهنده‌ی شخصی عود و پاسخ‌ها در هنگام بروز نشانه‌ها مورد بررسی قرار گرفت.
هشتم	حمایت اجتماعی و سایر آموزش‌های لازم در شرایط مخاطره‌آمیز مورد بررسی قرار گرفت و تکالیفی به افراد داده شد.

برنامه مداخله شـــناختی– رفتاری هم بر اســـاس پروتکل ماونتی و همکاران (۲۰۰۲) طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، انجام شد. جلسات هر هفته یک بار به مدا ۳ ماه برگزار شد.

جدول۲: محتوای جلسات مداخله شناختی-رفتاری به تفکیک جلسات

جلسات	محتوا
اول	برقراری رابطه، توافق درباره اهداف درمان، معرفی CBT، بازخورد انگیزشی فردی، مضرات ادامه مصرف مواد و عدم تغییر - فواید ایجاد تغییر در مصرف مواد، فواید ادامه دادن مصرف مواد و عدم تغییر- مضرات ایجاد تغییر در مصرف مواد.
دوم	تعیین موقعیت‌های پرخطر -بین فردی و درون فردی- عوامل راه‌انداز (عواطف، افراد، مکان‌ها و اشیاء)، طرح‌های عملی برای مقابله با موقعیت‌های پرخطر.
سوم	تعیین عوامل زمینه‌ساز برای سوءمصرف مواد، روش‌های برنامه‌ریزی برای مقابله با اشتیاق و میل برای مصرف مواد مانند: توقف فکر، تمرین ایجاد تعادل در تصمیم گیری، و به تاخیر انداختن.
چهارم	مقابله با تفکر منفی-رابطه‌ی تفکر و احساس و رفتار - تعیین الگوهای تفکر منفی، مبارزه با افکار منفی و بازسازی شناختی.
پنجم	تصمیمات به ظاهر نامرتبط -هوشیارکردن فرد نسبت به موقعیت‌های پرخطر- تحلیل کارکردی تفکر هنگام خطر کردن.
ششم	برنامه‌ریزی و پیش‌بینی وضعیت‌های اضطراری -پیش‌آمدن عوامل راه‌انداز غیر منتظره یا موقعیت - های پرخطر.
هفتم	مهارت‌های امتناع و مقابله با پیشنهادهای مستقیم برای مصرف مواد -ایفای نقش برای تمرین پاسخ - های جرأت‌ورزانه.
هشتم	انتقادکردن و مورد انتقاد واقع شدن -پاسخ‌دهی جرأت‌ورزانه به انتقاد- مهارت‌های تنش‌زدایی ایفای نقش.
نهم	مدیریت خشم و مصرف مواد -تعیین علائم و نشانه‌های خشم-مهارت‌های تنش‌زدایی، بازسازی شناختی در افکار برانگیزاننده خشم.
دهم	بررسی کناره‌گیری از فعالیت‌های لذت‌بخش به عنوان نتیجه‌ای از مصرف مواد -تعیین فعالیت‌های لذت‌بخش به عنوان راه‌حل بدیل- برنامه‌ریزی برای انجام فعالیت‌های لذت‌بخش، ایجاد تعهد نسبت به پرداختن به وقایع لذت‌بخش.
یازدهم	مهارت‌های حل‌مسئله -تعریف مسئله، ارائه راه‌حل‌های ممکن، انتخاب یک راه‌حل ممکن، ارزیابی راه‌حل به کار گرفته شده.
دوازدهم	ایجاد دوستی‌هایی که بر مصرف مواد متمرکز نیستند -قطع روابط خود با دوستان و آشنایان که آسیب‌زا هستند، قطع ارتباط با فروشندگان و مصرف کنندگان مواد، پیدا کردن گروهی متشکل از افراد حمایت کننده و تشکیل گروه‌های خودیار.

یافته‌ها

آمارهای توصـیفی متغیرهای جمعیت شـناختی به تفکیک گروه ها در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول۳: آماره‌های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	مقولات	گروه ذهن آگاهی	گروه شناختی-رفتاری	گروه گواه
سن	۲۴-۳۰ سال	۷	۵	۶
	۳۱-۴۰	۴	۳	۲
	۴۱-۵۰	۱	۳	۴
وضعیت تاهل	متاهل	۴	۶	۳
	مجرد	۸	۶	۹
تحصیلات	بیسواد	۰	۱	۲
	ابتدایی	۱	۱	۰
	راهنمایی	۷	۶	۵
	دیپلم	۴	۳	۴
	لیسانس	۰	۱	۱
وضعیت اقتصادی	خیلی ضعیف	۳	۵	۳
	ضعیف	۴	۳	۲
	متوسط	۵	۲	۴
	خوب	۰	۲	۳
وضعیت شغلی	بیکار	۶	۸	۹
	شاغل	۶	۴	۳
مدت زمان اعتیاد	۱تا ۲ سال	۱	۳	۱
	۲ تا ۴ سال	۵	۵	۳
	۴ تا ۸ سال	۵	۳	۶
	۸ سال به بالا	۱	۱	۲

آماره‌های توصـیفی ولع مصـرف به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول٤: آماره‌های توصیفی ولع مصرف به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

گروه‌ها	متغیرها	میانگین پیش- آزمون	انحراف استاندارد	میانگین پس- آزمون	انحراف استاندارد
ذهن- آگاهی	تمایل به مصرف	۴۳/۴۲	۴/۹۴	۱۷/۸۳	۴/۳۷
	قصد مصرف	۴۴/۹۲	۴/۸۱	۲۰/۴۲	۲/۳۹
	انتظار نتایج مثبت	۴۷/۶۷	۶/۰۶	۲۰/۰۸	۶/۱۳
	رهایی از علائم ترک	۴۵/۹۲	۷/۴۸	۲۱/۱۷	۴/۴۱
	عدم کنترل بر مصرف	۴۷/۵۰	۸/۰۲	۱۹/۱۷	۴/۶۶
شناختی- رفتاری	تمایل به مصرف	۴۳/۸۳	۶/۵۶	۲۱/۳۳	۵/۰۰
	قصد مصرف	۴۳/۴۲	۷/۰۵	۲۱/۵۰	۳/۵۵
	انتظار نتایج مثبت	۴۲/۱۷	۸/۵۹	۲۱/۸۳	۵/۳۹
	رهایی از علائم ترک	۴۴/۷۵	۷/۸۹	۲۱/۳۳	۵/۱۲
	عدم کنترل بر مصرف	۴۳/۵۰	۷/۱۹	۲۲/۶۷	۵/۱۹
گواه	تمایل به مصرف	۴۰/۰۸	۴/۸۱	۳۶/۵۸	۷/۷۹
	قصد مصرف	۴۱/۵۰	۴/۸۵	۳۸/۳۳	۵/۱۴
	انتظار نتایج مثبت	۴۹/۴۲	۷/۴۳	۴۳/۴۲	۶/۷۹
	رهایی از علائم ترک	۴۲/۰۰	۸/۷۱	۳۹/۰۸	۹/۴۷
	عدم کنترل بر مصرف	۳۸/۷۵	۷/۱۰	۳۶/۲۵	۷/۵۹

جهت بررسی همگنی واریانس گروه‌ها در پس‌آزمون، از آزمون لون استفاده شد. نتایج نشان داد در تمایل به مصرف (F=۰/۹۳, P>۰/۰۵)، قصد و برنامه‌ریزی برای مصرف (F=۱/۰۹, P>۰/۰۵)، انتظار نتایج مثبت از مصرف مواد (F=۳/۱۰, P>۰/۰۵)، رهایی از علائم ترک (F=۰/۷۵, P>۰/۰۵)، و عدم کنترل بر مصرف (F=۲/۱۵, P>۰/۰۵)، شرط همگنی واریانس‌ها برقرار است. برای بررسی مفروضه‌ی برابری ماتریس واریانس- کواریانس از آزمون باکس استفاده شد.

نتایج حکایت از برقراری این مفروضه داشت (F=۱/۵۱, P>۰/۰۵). بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری حکایت از وجود تفاوت در ترکیب خطی متغیرها در گروه‌ها

داشـــت (۰/۷۲ =انـدازه اثر ,۰/۰۰۱>P ,۴۹/۳۴ =F ,۰/۳۵ =لامبدای ویلکز). برای بررســـی الگوهای تفاوت در مولفه‌ها از تحلیل کواریانس تک‌متغیری به شرح جدول ۵ استفاده شد.

جدول۵: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیره برای بررسی الگوهای تفاوت در مولفه‌ها

مولفه‌ها	درجه‌آزادی	آماره F	معناداری	اندازه اثر
تمایل به مصرف	۲۸	۵۰/۳۲	۰/۰۰۰۵	۰/۷۸
قصد و برنامه‌ریزی برای مصرف	۲۸	۶۳/۴۳	۰/۰۰۰۵	۰/۸۲
انتظار نتایج مثبت از مصرف	۲۸	۳۷/۰۸	۰/۰۰۰۵	۰/۷۳
رهایی از علایم ترک	۲۸	۵۱/۰۱	۰/۰۰۰۵	۰/۷۸
عدم کنترل بر مصرف	۲۸	۷۳/۰۲	۰/۰۰۰۵	۰/۸۴

همانگونه که در جدول ۵ مشـــاهده می‌شـــودنتایج نشـــان می‌دهد در تمام مولفه‌ها تفاوت معنـادار حـداقـل بین دو گروه وجود دارد. برای بررســـی الگوهـای تفـاوت در گروه‌هـا از آزمون تعقیبی بونفرونی اسـتفاده شـد. نتایج نشـان داد: در مولفه تمایل به مصـرف بین گروه ذهن‌آگـاهی و شـــنـاختی-رفتـاری تفـاوت وجود نـدارد. در حالی‌که نمرات هر دو گروه در مقایســه با گروه گواه پایین‌تر بود. در مولفه‌های قصـــد و برنامه‌ریزی برای مصـــرف، انتظار نتایج مثبت از مصـرف مواد، رهایی از علائم ترک، و عدم کنترل بر مصـرف، همین نتیجه به دست آمد.

سال ۱۲، شماره ۴۹، ویژه‌نامه ۲
Vol. 12, No. 49, Special Issue 2

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی–رفتاری و ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت بر کاهش ولع مصرف در معتادان افیونی شهرستان سرپل ذهاب بود. نتایج نشان داد بین اثربخشی آموزش گروهی شناختی – رفتاری و آموزش گروهی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت بر کاهش ولع مصرف در معتادان در حال ترک افیونی در مولفه‌های تمایل به مصرف، قصد و برنامه‌ریزی برای مصرف، انتظار نتایج مثبت از مصرف مواد و رهایی از علائم ترک تفاوت وجود ندارد. اما هر دو گروه در مقایسه با گروه گواه نمرات پایین‌تر دریافت نموده بودند. یافته‌های مربوط به نتایج اثربخشی گروه درمانی شناختی– رفتاری در کاهش ولع مصرف با نتایج پژوهش‌های والدرون و همکاران (۲۰۰۱)، حدادی و همکاران

(۱۳۹۰)، کیانی، و همکاران (۱۳۹۱)، تاجری (۱۳۹۵)، فراهانی و حیدری (۱۳۹۶)، و انصاری‌زاده، جواهری، و معینان (۱۳۹۶) همسو است. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت که گروه آزمایشی شناختی- رفتاری طی جلسات آموزشی مهارت‌های حل‌مسئله، ارزیابی مزایا و معایب، شناسایی ماشه چکان‌ها، هدف‌گزینی و... را یاد گرفته‌اند که توانسته آن‌ها را در برابر وسوسه ولع مصرف ایمن‌تر کند و از این طریق احتمال ولع مصرف در این گروه کاهش یافته است. از دیگر دلایل مهم کاهش میزان ولع مصرف در گروه شناختی - رفتاری، افزایش آگاهی بیماران نسبت به شرایط و نشانه‌های ایجادکننده ولع مصرف، آگاهی از واکنش‌های نادرست قبلی به این نشانه‌ها مثل: واکنش سریع و عجولانه، بدون تفکر و بدون ارزیابی شرایط محیطی، و یادگیری مقابله موثرتر با این نشانه‌ها می‌باشد. از دیگر دلایل کاهش میزان ولع مصرف در گروه شناختی-رفتاری، حضور منظم در جلسات گروهی و برخورد با بیماران دیگری که در حال گذراندن فرایند ترک بودند در این زمینه بی‌تأثیر نبود.

نتایج مطالعه صدری دمیرچی و کیانی چلمردی (۱۳۹۶) نشان داد مشاوره رفتاری کاهش رفتارهای پرخطر بر بهبود کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن و همچنین مهار عقاید وسوسه‌انگیز در افراد دارای اختلال سوءمصرف مواد موثر بوده است. در پژوهشی اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در کاهش ولع مصرف بعد از سم‌زدایی بررسی شد و نتایج نشان داد آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در کاهش ولع به مواد مخدر موثر بوده است (احمد پناه و همکاران، ۲۰۱۳). نتایج مطالعه کمرزرین، زارع و بروکی میلان (۱۳۹۱) نیز نشان داد درمان شناختی - رفتاری در افزایش خودکارآمدی و بهبود سلامت روانی و جسمانی بیماران وابسته به مواد مخدر موثر است. می‌توان گفت درمان شناختی – رفتاری به دلیل سازو کارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند، اثربخشی درمانی را افزایش دهد. بنابراین، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در درمان شناختی –رفتاری و ایجاد تفکر مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند توانایی مقابله بیمار را در کنار آمدن با وسوسه و

نشـــانه‌های ترک به عنوان شـــاخص اصـــلی تداوم مصـــرف در این بیماران را افزایش دهد (نریمانی، رجبی و دلاور، ۱۳۹۲).

از سوی دیگر یافته های مربوط به نتایج اثربخشی گروه درمانی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش ولع مصرف با نتایج پژوهش‌های الوافی، ویتکیویتز، مالیک، تورنهیل و بریور[1] (۲۰۱۳)، کرامتی و معرفتی (۱۳۹۵)، سلیمی، حق‌نظری، احمدی طهور سلطانی، و زهره‌وند (۱۳۹۵)، و توصیفیان، قادری بگه جان، خالدیان، و فرخی (۱۳۹۶) همسو می‌باشد. در تبیین یافته‌های پژوهش در زمینه آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی سبب کاهش ولع مصرف مواد، می‌توان گفت که این اثربخشی می‌تواند مربوط به نقش تقویت انگیزه‌های بیماران، پذیرش تجربیات درونی، بهبود نگرش غیر قضاوتی نسبت به تجربه خود، افزایش هشیاری و آگاهی نسبت به عملکردشان باشد. تمرینات ذهن‌آگاهی به دلیل کمک به مراجعان به منظور افزایش آگاهی و هوشیاری و تغییر دادن شیوه‌ی برخورد با وضعیت‌های پرخطر و چالش‌برانگیز از جمله حالت‌ها و موقعیت‌های هیجانی منفی بدون واکنش به صورت ناآگاهانه و خود به خودی طراحی شده است. تمرین‌های ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت به فرد کمک می‌کند تا به جای واکنش‌های شرطی و خودکار به ناراحتی‌های هیجانی، واکنشی معقول و مناسب از خود نشان دهد. در ذهن‌آگاهی افراد به تجربیات به عنوان عناصری گذرا، و جدای از خود و به عنوان موضوعی برای تغییر می‌نگرند و به جای ارزیابی و قضاوت موضوع و یا اجتناب عاطفی و شناختی از آن تجربه، که هر دو عذاب‌آور است، این تجربیات را مانند سایر تجربیات دیگر که خنثی هستند یا بار هیجانی کمتری دارند می‌پذیرند (حامدی، شهیدی و خادمی، ۱۳۹۲). در واقع اولین و یکی از مهمترین عوامل تغییر در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، ذهن‌آگاهی بنیادین است. ذهن‌آگاهی بنیادین که زیربنای آن براساس پذیرش افکار ناخوشایند و حالات هیجانی مختلف شکل گرفته توانمندی فرد در کنترل تاثیرپذیری از افکار و هیجاناتش را به طور چشمگیری بالا می‌برد و به فرد اجاز می‌دهد طیف وسیعی از افکار و هیجانات را بدون آشفتگی هیجانی در ذهن تجربه کند (تیموری، رمضانی و محجوب، ۱۳۹۴). انجام تمرینهای ذهن‌آگاهی موجب می‌شود فرد به

1. Elwafi, Witkiewitz, Mallik, Thornhill & Brewer

وضعیت‌های عاطفی، شناختی و جسمانی بدون قضاوت و ارزیابی بنگرد و سعی در پذیرش آن‌ها داشته باشد. همچنین به افراد کمک می‌کند تا به جای فرار خودکار از مولفه‌های جسمانی، شناختی و هیجانی تجربیات، این مولفه‌ها را با حالتی جست وجوگرایانه مورد کند و کاو و پرسش قرار دهند. بازسازی شناختی ذهن‌آگاهانه توسط افراد و توجه به حالت‌های هیجانی و شناختی موقعیت‌های مسئله‌ساز و پرخطر، وقفه‌ای را ایجاد می‌کنند. به مرور زمان، برخورد با تجربیات منفی (مانند حالت‌های استرس‌زا و اضطراب‌ساز) بدون پاسخ‌های خودکار (مانند مصرف مواد) موجب تضعیف پاسخ‌های خودکار به ولع مصرف با وجود ناراحتی‌های عاطفی خواهد شد (حسینائی، احدی، فتی، حیدری و مظاهری، ۱۳۹۲).

یکی از عناصر اصلی آموزش ذهن‌آگاهی کمک به افراد برای برگرداندن توجه به سمت تنفس‌شان است که موجب آرام شدن و تمرکز بر ذهنشان می‌شود. این موجب افزایش هوشیاری و پذیرش افکار و احساسات در وضعیت‌های پرخطر و دردناک می‌شود و این عامل منجر به پاسخ‌های معقول به جای پاسخ‌های خودکار نسبت به موقعیت‌های پرخطر می‌شود و در نتیجه ولع مصرف را کاهش می‌دهد. مواجه مکرر و آگاهانه با موقعیت‌های بدون وسوسه شدن برای مصرف مواد و ارئه‌ی پاسخی خودکار منجر به افزایش احساس خودکارآمدی در معتادان می‌شود. ارزیابی یک هیجان منفی نه تنها موجب کاهش در مکانیزم اثر آن نخواهد شد بلکه باعث افزایش درد روانی و نهایتا احساس ضعف و تسلیم در مقابل آن خواهد شد. از سوی دیگر پذیرش تجربه‌ی ولع مصرف به عنوان یک حالت گذرا و توجه آگاهانه نسبت به آن منجر به کاهش ولع مصرف خواهد شد. در گروه‌های آزمایش با انجام تکالیفی مانند شناسایی ماشه چکان‌ها و راه‌اندازهایی که موجب تجربه ولع مصرف می‌شوند و شناسایی موقعیت‌های وسوسه‌انگیز و سختی که فرد تجربه ولع شدید را دارد به نسبت گروه گواه آگاهی بیشتری نسبت به نحوه سوءمصرف مواد پیدا می‌کنند که توانایی خوبی به آن‌ها برای مقابله با ولع مصرف می‌دهد. نتایج پژوهش ایمانی و همکاران (۲۰۱۵) بیانگر اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نسبت به درمان معمول بود. نتایج حاصل بیانگر افزایش میانگین نمرات مشاهده، توصیف، عمل همراه با آگاهی، عدم قضاوت، عدم واکنش و کاهش میانگین نمرات الکل و تریاک معتادان افیونی

شرکت‌کننده در گروه درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بود. نتایج پژوهش بوئن و همکاران (۲۰۰۹) حاکی از اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی در درمان سوءمصرف مواد داشت. نتایج دیگر درمان ذهن‌آگاهی حاکی از بهبود خلق منفی، افزایش در میزان آگاهی و پذیرش، واکنش‌های هیجانی، استرس ادراک شده، سلامت روان‌شناختی، سطح ذهن‌آگاهی و کاهش در شدت ولع مصرف بود.

در مجموع بر اساس مبانی نظری و پژوهشی مختلف می‌توان گفت که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی مداخله‌ای مؤثر و کارآمد برای اختلالات مصرف مواد است و برای انواع اختلالات مصرف مواد و در نمونه های مختلف توصیه شده است (نوروزی و شاه‌حسینی، ۱۳۹۵).

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت درمان گروهی به شیوه‌ی شناختی–رفتاری و ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت می‌تواند در کاهش ولع مصرف مواد افیونی و سایر مولفه‌های آن در معتادان افیونی موثر باشد. در نتیجه با اجرای این گروه درمانی‌ها می‌توان گامی موثر در جهت درمان افراد وابسته به مواد برداشت. پژوهش حاضر روی افراد وابسته به مواد افیونی انجام گرفته و تعمیم یافته‌های به دست آمده به وابستگان به سایر مواد با محدودیت روبرو است. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر: تعداد کم شرکت‌کنندگان، عدم امکان برگزاری جلسات یادآوری درمان و بررسی اثربخشی رویکردهای درمانی در مراحل پیگیری به سبب وقوع زلزله در شهرستان سرپل ذهاب و تخریب کامل مرکز ترک اعتیاد و دردسترس نبودن افراد، عدم امکان تعمیم نتایج به زنان مبتلا به اعتیاد، و محدود بودن جامعه آماری به افراد وابسته به مواد مخدر شهرستان سرپل بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این رویکردهای درمانی در مقایسه با رویکردهای دیگر و در سایر گروه‌های مصرف‌کننده، در هر دو جنس همراه با کنترل دوره‌های پیگیری مورد ارزیابی قرار گیرد. به منظور تداوم اثر درمان، جلسات یادآوری درمان بین پس‌آزمون و پیگیری و همچنین ارزیابی پیگیری در فاصله‌های زمانی ۳ ماه، ۶ ماه و ۱ سال، به عمل آید.

منابع

آقایوسفی، علیرضا؛ اورکی، محمد؛ زارع، مریم؛ و ایمانی، سعید (۱۳۹۲). ذهن‌آگاهی و اعتیاد: اثربخشی ذهن‌آگاهی بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی در سوءمصرف‌کنندگان مواد. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۷(۲۷)، ۲۶-۱۷.

انصاری‌زاده، مهدی؛ جواهری، محمد حسین؛ و معینان، داود (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری، دارو درمانی و دارونما در کاهش اضطراب بیماران سوءمصرف مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۱(۴۴)، ۷۴-۵۹.

اختیاری، حامد؛ بهزادی، آرین؛ عقابیان، محمد علی؛ عدالتی، هانیه، مکری، آذرخش (۱۳۸۵). نشانه‌های تصویری القاکننده ولع مصرف در معتادان تزریقی هروئین. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۸(۳۱)، ۵۱-۴۳.

ایمانی، سعید؛ حبیبی، مجتبی؛ پاشایی، سودابه؛ ظهیری سروری، معصومه؛ میرزایی، جعفر؛ و زارع، مریم (۱۳۹۲). اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر ارتقاء کیفیت زندگی سوءمصرف‌کنندگان مواد مخدر (تریاک): بهبود سلامت جسمانی و روان‌شناختی. *روان‌شناسی سلامت*، ۲(۵)، ۸۱ – ۶۳.

توصیفیان، نگین؛ قادری بگه جان، کاوه؛ خالدیان، محمد؛ و فرخی، محمد علی (۱۳۹۶). مدل‌یابی ساختاری کارکرد خانواده و ولع مصرف مواد در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون با تأکید بر نقش واسطه‌ای خود شفقت‌ورزی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۱(۴۴)، ۲۲۶-۲۰۹.

تاجری، بیوک (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر افسردگی و اضطراب معتادین به شیشه. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱۰(۳۹)، ۳۶-۲۷.

تیموری، سعید؛ رمضانی، فرزانه؛ و محجوب، نجمه (۱۳۹۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی زنان در حال ترک با متادون. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۹(۳۴)، ۱۵۹-۱۴۵.

حامدی، علی؛ شهیدی، شهریار؛ و خادمی، علی (۱۳۹۲). اثربخشی ذهن‌آگاهی و مشاوره کاهش آسیب بر پیشگیری از عود مجدد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۷(۲۸)، ۱۱۸-۱۰۱.

حدادی، روح الله؛ رستمی، رضا؛ رحیمی نژاد، عباس؛ و اکبری زردخانه، سعید (۱۳۸۸). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری کنترل تکانه بر کاهش تکانشگری، ولع مصرف و شدت اعتیاد در معتادان مصرف کننده کراک. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۳(۱۰)، ۵۲-۲۹.

حسینائی، علی؛ احدی، حسن؛ فتی، لادن؛ حیدری، علیرضا؛ و مظاهری، محمد مهدی (۱۳۹۲). تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر استرس شغلی و فرسودگی شغلی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۹(۲)، ۱۲۰-۱۰۹.

راد، الهام (۱۳۸۸). *بررسی بیش بین اثراسترس ادراک شده وسبک‌های مقابله‌ای برمیزان ولع مصرف مواد دربین افرادتحت درمان نگهدارنده بامتادون*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.

سلیمی، سید حسین؛ حق نظری، علی؛ احمدی طهور سلطانی، محسن؛ و زهره‌وند، منا (۱۳۹۵). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر ولع مصرف معتادین به هروئین تحت درمان با متادون. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۸(۳۰)، ۳۱-۲۳.

صدری دمیرچی، اسماعیل؛ و کیانی چلمردی، احمدرضا (۱۳۹۶). اثربخشی مشاوره رفتاری کاهش رفتارهای پرخطر بر بهبود کیفیت زندگی و مهار عقاید وسوسه انگیز در افراد دارای اختلال سوءمصرف مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۱(۴۱)، ۲۶۲-۲۴۷.

فراهانی، مریم؛ و حیدری، حسن (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر آسیب به خود و خودانسجامی افراد معتاد به موادمخدر. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۴(۱۳)، ۱۴۶-۱۳۱.

کرامتی، معصومه؛ و معرفتی، خدیجه (۱۳۹۵). تأثیر آموزش راهبردهای شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی بیماران معتاد تحت درمان. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۳(۱۰)، ۸۸-۷۵.

کمرزرین، حمید؛ زارع، حسین؛ و بروکی میلان، حسن (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افزایش خودکارآمدی و بهبود علائم اعتیاد در بیمارن وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۶(۲۲)، ۸۵-۷۵.

کیانی، احمد رضا؛ قاسمی، نظام الدین و پورعباس، علی (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان شیشه. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۶(۲۴)، ۳۷-۲۷.

محمدی، سید یونس؛ ایمانی، سعید؛ و صادقی پویا، فاطمه (۱۳۹۵). بررسی مقایسه مولفه‌های ذهن‌آگاهی در معتادان به مواد محرک و افیونی شهر تهران. *دوماهنامه طب جنوب*، ۱۹(۳)، ۴۵۶- ۴۴۶.

مکری، آذرخش؛ اختیاری، حامد؛ عدالتی، هانیه؛ و گنجگاهی، حبیب (۱۳۸۷). ارتباط میزان ولع مصرف با ابعاد مختلف شدت اعتیاد در معتادان تزریقی هروئین. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۴(۳)، ۳۰۶-۲۹۸.

مکری، آذرخش؛ اختیاری، حامد؛ عدالتی، هانیه؛ گنجگاهی، هانیه؛ و نادری، پریسا (۱۳۸۷). ارتباط شاخص‌های تکانشگری و رفتارهای مخاطره‌جویانه با شدت ولع مصرف درگروه‌های مختلف معتادان به مواد افیونی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۴(۳)۳، ۲۶۸-۲۵۸.

نریمانی، محمد، رجبی، سوران؛ و دلاور، سیما (۱۳۹۲). تاثیر آموزش نوروفیدبک بر کاهش علائم بیش فعالی و نقص در دانشجویان دختر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۱۶(۲)، ۱۰۳-۹۱.

نوروزی، حسن؛ و شاه حسینی، میثم (۱۳۹۵). درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و اختلالات مصرف مواد: مروری نظری و پژوهشی. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۳(۱۰)، ۱۴۵-۱۲۵.

Ahmadpanah, M., Alavijeh, M. M., Allahverdipour, H., Jalilian, F., Haghighi, M., Afsar, A., & Gharibnavaz, H. (2013). Effectiveness of coping skills education program to reduce craving beliefs among addicts referred to addiction centers in Hamadan: A randomized controlled trial. *Iranian journal of public health*, 42(10), 1139-1144.

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.

Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J. ... & Marlatt, A. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. *Substance Abuse*, 30(4), 295-305.

Brown, K. W., Goodman, R.J., & Inzlicht, M. (2013). Dispositional mindfulness and the attenuation of neural responses to emotional stimuli. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8, 93-99.

Ekhtiari H., Ganjgahi, H., Hassani Abharian, P., Mokri, A., Daneshmand, R., Tabatabai, H. (2008). Distinctive neuro cognitive aspect of cue-induced craving in treatment seeker and non-treatment seeker heroin smokers in fMRI study homogenous regions in fMRI for drug craving studies. *Quarterly Journal of Addiction*, 2(2), 19-21.

Ekhtiari, H., Mokri, A., Abharian, P., Daneshmand, R., Tabatabaii, H., & Alammehrgerdy, Z. (2008). The evaluation of neurocognitive aspects of cue-induced craving: by using fMRI, subjective psychological tests and objective cognitive tasks in heroin smoker before and after one month abstinence. *Quarterly Journal of Addiction*, 2(2), 8-21.

Elwafi, H. M., Witkiewitz, K., Mallik, S., Thornhill IV, T. A., & Brewer, J. A. (2013). Mindfulness training for smoking cessation: Moderation of the relationship between craving and cigarette use. *Drug & Alcohol Dependence*, 130(1), 222-229.

Hassani Abharian, P., Ekhtiari, H. (2008). Attentional bias and its applications in evaluation of drug craving as a complex emotional state. *Quarterly Journal of Addiction*, 2(2), 49-62.

Hayes, S., Luoma, J. B., & Bond, F. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. Behavior Research and Therapy, 44(1), 1-25. DOI: 10.1016/j.brat.2005.06.006.

Heinz, A. J., Epstein, D. H., Shroeder, J. R., Sing leton, E. G., Heishman, S. J., Preston., K. L. (2006). Hero in and cocaine craving and use use during treatment: Measurement validation and potential relationships. *Journal of substance Abuse – Treatment*, 31, 355- 364.

Imani, S., Vahid, M. K. A., Gharraee, B., Noroozi, A., Habibi, M., & Bowen, S. (2015). Effectiveness of Mindfulness-Based Group Therapy Compared

to the Usual Opioid Dependence Treatment. *Iranian journal of psychiatry*, 10(3), 175-180.

Marlatt, G. A., & Owen, P. (2001). Should Abstinence be the goal for alcohol treatment? *The American Journal of Addictions,* 10, 286-295.

Mokri, A. (2002). Brief overview of the status of drug abuse in Iran. *Archives of Iranian Medicine,* 5, 184-190.

Song Y, Lindquist R. (2015). Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. *Nurse Education today,* 35(1), 86-90. DOI: 10.1016/j.nedt.2014.06.010.

Sadock, B., & Sadock, V. (2007). *Kaplan and Sadok `s synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. Tenth, North American edition.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression.* Guilford Press.

Serre, F., Fatseas, M., Swendsen, J., & Auriacombe, M. (2015). Ecological momentary assessment in the investigation of craving and substance use in daily life: A systematic review. *Drug and alcohol dependence,* 148, 1-20.

Seivewright, N. A., & Greenwood, J. (1996). What is important in drug misuse treatment? *The Lancet,* 347(8998), 373-376.

Shankman, S. A., Funkhouser, C. J., Klein, D. N., Davila, J., Lerner, D., & Hee, D. (2018). Reliability and validity of severity dimensions of psychopathology assessed using the Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID). *International journal of methods in psychiatric research*, 27(1). DOI: 10.1002/mpr.1590.

Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 68, 615-623.

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(2), 108-116.

Barrett, H., Slesnick, N., Brody, J. L., Turner, C. W., & Peterson, T. R. (2001). Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4-and 7-month assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 69(5), 802-813.

Weingardt, K., Cucciare, M., Bellotti, C., & Pin Lai, W. (2009). "A randomized trial comparing two models of web-based training in cognitive–behavioral therapy for substance abuse counselors". *Journal of Substance Abuse Treatment,* 37, 219–227.

Wells, A. (2002). GAD, Meta-cognition, and Mindfulness: An Information Processing Analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice,* 9(1), 95-100.

Weingardt, K., Cucciare, M., Bellotti, C., & Pin Lai, W. (2009). "A randomized trial comparing two models of web-based training in Cognetive–Behavioral therapy for substance abuse counselors". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37, 219–222.

White, J. M. (2003). The relation between identity style and drug and alcohol use. *Journal of Adolescence Research*, 13(3), 332-354.

Walsh, J. J., Balint, M. G., Smolira, D. R., Fredericksen, L. K., & Madsen, S. (2009). Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control. *Personality and Individual Differences*, 46(2), 94-99.

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(3), 362-374. DOI: 10.1037/a0019172.