

تأثیر ترکیب تصویرسازی ذهنی هدایت شده با دارو درمانی بر کاهش ولع و گرایش مجدد به مصرف مواد مخدر*

سپیده سعادت‌ی انارکی^۱، جعفر پویامنش^۲، محمد قمری^۳، اصغر جعفری^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۰۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۱۹

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر ترکیب تصویرسازی ذهنی هدایت شده با دارودرمانی بر کاهش ولع و گرایش مجدد به مصرف مواد مخدر در مردان وابسته به مواد شهر تهران بود. **روش:** این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل همه افراد وابسته به مواد در مراکز ترک اعتیاد منطقه تهران پارس در شهر تهران بود که از مهر ماه سال ۱۳۹۶ تا اسفند ماه سال ۱۳۹۷ تحت درمان بوده و دارای پرونده درمانی بودند. ۴۵ نفر به روش نمونه گیری خوشه‌ای به عنوان نمونه مطالعه انتخاب شدند و به طور مساوی و تصادفی در سه گروه تصویرسازی ذهنی هدایت شده، تصویرسازی ذهنی هدایت شده همراه با دارودرمانی و گروه کنترل قرار داده شدند. ولع مصرف و گرایش مجدد به مصرف به ترتیب با استفاده از مقیاس ولع مصرف لحظه‌ای و مقیاس عقاید و سوسه انگیز اندازه گیری شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد ولع مصرف و گرایش مجدد به مصرف در گروه تصویرسازی ذهنی هدایت شده و گروه تصویرسازی ذهنی هدایت شده همراه با دارودرمانی در مرحله پس آزمون در مقایسه با پیش آزمون به طور معناداری کمتر بود. همچنین، بین گروه تصویرسازی ذهنی هدایت شده و تصویرسازی ذهنی هدایت شده به همراه دارودرمانی در کاهش ولع و گرایش مجدد به مصرف اختلاف معنی داری وجود نداشت. **نتیجه گیری:** با توجه به نتایج تحقیق می توان بیان کرد که تصویرسازی ذهنی هدایت شده و تصویرسازی ذهنی هدایت شده همراه با دارودرمانی بر کاهش ولع و گرایش مجدد به مصرف تأثیر معناداری دارند، ولی بین اثربخشی آن‌ها تفاوتی وجود ندارد. از این رو، می توان از تصویرسازی ذهنی هدایت شده و تصویرسازی ذهنی هدایت شده همراه با دارودرمانی به عنوان روشی مناسب در کاهش ولع و گرایش مجدد به مصرف در مردان وابسته به مواد استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: تصویر سازی ذهنی هدایت شده، ولع مصرف، گرایش مجدد به مصرف

*. این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر است.

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد اهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اهر، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان شناسی، واحد اهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اهر، ایران. پست الکترونیک: Pouyamanesh@yahoo.com

۳. دانشیار، گروه مشاوره، واحد اهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اهر، ایران

۴. استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

مقدمه

اعتیاد به مواد افیونی یکی از مشکلات عمده سلامت عمومی در جهان است که می‌تواند عوارض بسیار ناخوشایندی نظیر انتقال بیماری‌های خطرناک، فقر و از هم گسیختگی خانواده، افزایش احتمال حوادث ناشی از رانندگی، رواج رفتارهای غیرقانونی (مثل دزدی و فحشا) به منظور تهیه مواد و نیز مرگ ناشی از استفاده بیش از حد را در پی داشته باشد و اعتیاد به مواد مخدر^۱ به عنوان پدیده‌ای زیستی-اجتماعی-روانی یکی از غم‌انگیزترین مشکلات انسان معاصر است که تبعات بسیار ناخوشایند اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی دارد (شیخ‌الاسلامی، قمری گیوی و فیاضی، ۱۳۹۹). اختلال وابستگی به مواد مجموعه‌ای از علائم شناختی-رفتاری و فیزیولوژیکی همراه با الگویی از تکرار مصرف است که منجر به بروز تحمل، ترک و اعمال اجباری می‌شود. در این دسته از اختلالات، تمرکز اصلی بر روی مشکلات ولع^۲ شدید و اجتناب ناپذیر بیمار برای ادامه استفاده از داروها است. عاملی که به عنوان علت اصلی عود و شکست در درمان شناخته شده است (دمارل^۳، ۲۰۰۲).

مطالعات نشان می‌دهد که برخی از مکانیسم‌های عصبی شیمیایی مغز در ولع مصرف بیماران وابسته به دارو دخیل هستند. ماروین^۴ (۱۹۳۳) در توضیح اختلال سوء مصرف مواد، یکی از مهم‌ترین نظریه‌ها را در این زمینه به عنوان نظریه آبخاری بلوم^۵ مطرح می‌کند. این تئوری معتقد است که ناهنجاری‌های ژنتیکی منجر به اختلال در فرآیندهای عصبی شیمیایی می‌شود و بیماران وابسته به دارو را به مارپیچ ولع تبدیل می‌کند. در این بیماران، فرکانس‌های مغزی و به دنبال آن یک ماده بیوشیمیایی خاص قفل شده و افراد قادر به درک و احساس تقویت در شرایط عادی به عنوان افراد سالم نیستند. این افراد فقط با مصرف مواد می‌توانند آن ماده بیوشیمیایی قفل شده را فعال کرده و احساس تقویت کنندگی پیدا کنند. این اختلال که تحت عنوان سندرم نقص تقویت^۶ نامگذاری

۲۰۰

200

سال پانزدهم شماره ۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

1. drug addiction
2. carving
3. Demaerel

4. Marvin
5. Blum ' s theory
6. reward deficiency syndrome

شده، ارتباط تنگاتنگی با ناهنجاری امواج آلفا-تتای^۱ مغز دارد (هاموند، کوبن و آرنس^۲، ۲۰۱۹). نوتن^۳ و همکاران (۲۰۰۳) و آلپر، پریچپ، کوالیک، روزنتا و جان^۴ (۱۹۹۸) نیز پایداری ناهنجاری‌های عصبی در مغز را به عنوان علت بسیاری از عودها و ولع مصرف در بیماران وابسته به مواد نشان داده‌اند.

یکی دیگر از جنبه‌های مهم اعتیاد در طی اقدامات بازدارندگی، بازگشت به مصرف مجدد مواد مخدر توسط افراد وابسته به مواد پس از آزادی از زندان یا مراکز توان بخشی است (علوی و رضانی، ۱۳۹۹) که در واقع مشکل اعتیاد را پیچیده‌تر و دشوارتر می‌کند و این سوال را به وجود می‌آورد که چرا در بیشتر موارد، درمان و توان بخشی این افراد موفقیت آمیز نبوده است؟ چندین بار ترک و سپس اعتیاد مجدد، سرنوشت اکثر افراد وابسته به مواد مخدر است و در مطالعات انجام شده، آن‌ها اغلب چندین بار اعتیاد را ترک کرده‌اند و شاید تعداد دفعات ترک آنقدر زیاد بوده است که به طور خاص ذکر نشده است (فارل^۵ و همکاران، ۲۰۱۹). برخی مطالعات نشان می‌دهند که حداقل ۱ نفر از هر ۸ بیمار که اقدام به استفاده از مواد افیونی می‌کنند، ظرف شش ماه مصرف مواد آن‌ها مجدداً عود می‌کند (نداساوکا، وی و ژانگ^۶، ۲۰۱۷). تحقیقات دیگر نشان می‌دهد که فقط ۲۰ تا ۵۰ درصد بیماران می‌توانند پس از یک سال مصرف دارو را قطع کنند (نداساوکا و همکاران، ۲۰۱۷). در ایران، طبق اطلاعات ارائه شده متوسط ۵۰ درصد افراد وابسته به مواد که برای ترک اعتیاد به مراکز توان بخشی مراجعه می‌کنند، سابقه حداقل یک بار تلاش برای ترک مصرف مواد را دارند (خمرنیا و پیوند، ۱۳۹۷).

یکی از موفق‌ترین درمان‌های دارویی در سال‌های اخیر، درمان نگهدارنده با متادون^۷، به ویژه نوروفین است و آنچه در درمان نگهدارنده مهم است این است که در این روش درمانی بیماران با مواد افیونی به اندازه متادون با توجه به اینکه بیماران علائم ترک یا محرومیت ندارند، نیازی به استفاده مجدد از این ماده احساس نکنند و از وسوسه مصرف

1. alpha-theta waves
2. Hammond, Coben & Arns
3. Newton
4. Alper, Prichep, Kowalik ,
Rosenthal & John

5. Farrell
6. Ndasauka, Wei & Zhang
7. Methadone

مجدد در امان باشند (حدادی، رستمی، رحیمی نژاد، و اکبری زردخانه، ۱۳۸۸). طبق راهنمای عملی درمان نگهدارنده متادون که توسط موسسه ملی مبارزه با مواد مخدر ارائه شده است، متادون را می‌توان در درمان به دو منظور استفاده کرد: هدف اول استفاده از متادون برای سم‌زدایی است که در آن زمان مقدار متادون که تدریجی است کاهش یافته و سپس قطع می‌شود (نفیسی و اقبال، ۱۳۹۸). از آنجا که سم‌زدایی تنها بخشی از یک برنامه درمانی طولانی مدت پیشگیری از عود است و درمان کاملی محسوب نمی‌شود، پیگیری‌های بعدی و پیشگیری از عود باید بر این اساس طراحی و اجرا شود (جردن، کاو، نیومن و ژی^۱، ۲۰۱۹). مدت متوسط سم‌زدایی مورد قبول این پروتکل ۳ تا ۴ هفته است. در درمان نگهدارنده مقدار دارو به تدریج افزایش داده می‌شود تا جایی که علائم ترک مشهود نباشد و ولع مصرف و گرایش مجدد به مصرف مواد غیر قانونی نیز به واسطه مصرف متادون به حداقل ممکن برسد. هدف دوم تجویز متادون برای یک مدت طولانی، درمان نگهدارنده به مدت طولانی برای حداقل چندین ماه و معمولاً بیش از یک سال و گاهی مادام‌العمر انجام می‌شود. در کسانی که واقعا به درمان نگهدارنده نیاز داشته باشند، در صورت قطع این درمان پس از مدت بسیار کوتاهی عود اتفاق می‌افتد و بیمار به مصرف مجدد مواد غیر قانونی روی خواهد آورد (مک‌فرسون^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین، در صورت پایان یافتن درمان در این افراد، حفظ ارتباط با مرکز درمان برای پیگیری‌های بعدی و احیانا شروع مجدد درمان ضروری است. امروزه روش‌های درمانی زیادی برای جلوگیری از گرایش مجدد به اعتیاد برای افراد معرفی شده است. یکی از روش‌هایی که محققان و متخصصان امر به آن توجه ویژه‌ای کرده‌اند، تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده^۳ می‌باشد.

تصویرسازی ذهنی به عنوان یکی از بزرگترین منابع سلامت در متون کهن تعریف شده است. استفاده از قدرت ذهن برای تجسم در اهداف درمانی می‌تواند موثر باشد. این روش نوعی القا بینایی است که می‌تواند همراه با استقرای کلامی مورد استفاده قرار گیرد (کیلی^۴

1. Jordan, Cao, Newman & Xi
2. McPherson

3. guided mental imagery
4. Kiley

و همکاران، ۲۰۱۸). این روش با اصلاح و کاهش علائم بیماران فوبیا و افسردگی و همچنین با کاهش استرس، اضطراب، کاهش فشار خون و کنترل درد، افزایش انگیزه، بهبود آرامش و افزایش کنترل زندگی می‌تواند مفید باشد. این روش برای کمک به افراد در ترک سیگار نیز مفید است (کیلی و همکاران، ۲۰۱۸؛ رورمن^۱، ۲۰۱۹). تصاویر ذهنی شامل استفاده از تجزیه و تحلیل برای ایجاد مناظر، صدا، بو، طعم و مزه یا حس‌های دیگر است که نوعی دید هدفمند را امکان‌پذیر می‌کند. تصویرسازی ذهنی یک تکنیک مراقبه است که تاثیرات جسمی و روانی دارد. این روش برای کار با بیماران مبتلا به ترس و افسردگی، کاهش استرس، اضطراب، فشار خون پایین، کنترل درد، بهبود آرامش، افزایش کنترل زندگی شخصی، بهبود روابط و حتی کمک به افراد در ترک سیگار استفاده می‌شود (جان^۲، ۲۰۱۹؛ کیلی و همکاران، ۲۰۱۸). صادقی، قربانشیرودی، تارخان و کیهانیان (۱۳۹۷) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که تصویرسازی ذهنی دستوری و بازپردازش و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی مداخله‌ای موثر در کاهش بی‌خوابی و افکار خودآیند منفی زنان مبتلا به سرطان است. بنابراین، به نظر می‌رسد که بازگشت مجدد مبتلایان به مراکز درمانی-بازپروری نشان‌دهنده این است که روش‌های درمانی و برنامه‌های کنترل از اثربخشی خیلی بالایی برخوردار نیستند. در همین راستا، پژوهش مختاری، ناظر، علیپور و آقامحمد حسنی (۱۳۹۲) نشان داد که آموزش درست و مناسب و دادن آگاهی‌های لازم می‌تواند عاملی در جهت کاهش اعتیاد به مواد مخدر، کاهش ولع و گرایش به آن باشد. با توجه به شکست درمانجویان وابسته دارویی در طی فرایند درمانی نادرست، آموزش تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده به عنوان عنصر اصلی درمان رفتارهای اعتیادی در افراد وابسته به مواد می‌تواند گام مهمی در جهت پیشگیری از ولع مصرف افراد وابسته به مواد و گرایش مجدد به مصرف به حساب آید. بنابراین، شناسایی عوامل و موقعیت‌هایی که در فرایند پیشگیری، درمان و نگهداری این قشر نقش اساسی دارد، ضرورت پیدا می‌کند. با توجه به تحقیقات گذشته و ادبیات تحقیق هدف از پژوهش حاضر بررسی تاثیر ترکیب تصویرسازی هدایت‌شده با دارودرمانی بر کاهش ولع و گرایش مجدد

به مصرف مواد بود و این تحقیق به دنبال پاسخ به این سوال بود که آیا ترکیب تصویرسازی هدایت‌شده با دارودرمانی بر کاهش ولع و گرایش مجدد به مصرف مواد تاثیر دارد یا نه؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام افراد وابسته به مواد در مراکز ترک اعتیاد در منطقه تهران پارس (۱۳ کمپ ترک اعتیاد) در شهر تهران بود که از مهر ماه سال ۱۳۹۶ تا اسفند ماه سال ۱۳۹۷ تحت درمان در کلینیک سوءمصرف مواد منطقه تهران پارس در شهر تهران بودند و دارای پرونده درمانی بودند. نمونه آماری پژوهش حاضر شامل ۴۵ نفر فرد وابسته به مواد بود که به روش خوشه‌ای انتخاب شدند. به منظور دستیابی به این هدف، در مرحله اول از ۱۳ کمپ ترک اعتیاد در منطقه تهران پارس شهر تهران ۹ مرکز ترک اعتیاد به طور تصادفی انتخاب شدند. سپس ۵ نفر (صرفاً سابقه مصرف تریاک) از ۹ مرکز ترک اعتیاد در منطقه تهران پارس شهر تهران به طور تصادفی انتخاب شدند. همچنین، با توجه به نرم‌افزار جی پاور^۱ برای دستیابی به توان آماری ۰/۹۰ و اندازه اثر ۰/۸۵ حداقل نمونه آماری نیز ۴۵ نفر انتخاب گردید. نمونه‌های آماری به روش تصادفی و به طور مساوی (۱۵ نفر گروه تصویرسازی هدایت‌شده (گروه آزمایش ۱)، ۱۵ نفر گروه تصویرسازی هدایت‌شده همراه با دارودرمانی (گروه آزمایش ۲) و ۱۵ نفر در گروه کنترل جای گرفتند. شرایط ورود به تحقیق شامل رضایت کتبی برای پذیرش مشارکت داوطلبانه در تحقیق و پذیرش شرایط آن، توانایی شرکت در جلسات درمانی، داشتن سواد خواندن و نوشتن (برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها)، عدم مصرف داروهای ضد افسردگی، مصرف داروی متادون در گروه تصویرسازی هدایت‌شده همراه با دارودرمانی و نداشتن اختلال طیف اسکیزوفرنیا بود. شرایط خروج از تحقیق شامل آزمودنی‌های زن، اختلالات عصبی (خود اظهاری آزمودنی و مشاهده پرونده پزشکی)، داشتن استرس بیش از حد (خود اظهاری آزمودنی مبنی بر استرس)، عدم وجود سابقه عود و شکست درمان (عدم رضایت آزمودنی برای

ادامه درمان) بود. در این مطالعه، دو گروه تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده و تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده همراه با دارودرمانی تحت آموزش تصویرسازی هدایت‌شده به مدت ۴ هفته (۳ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در هفته) قرار گرفتند. گروه تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده همراه با دارودرمانی همزمان با آموزش تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده تحت نظر پزشک دارو (متادون) نیز مصرف می‌کردند. نحوه تجویز متادون مطابق با اساسنامه وزارت بهداشت و درمان و زیر نظر پزشک معالج بود.

ابزار

۱- پرسش‌نامه عقاید و سوسه انگیز: این پرسش‌نامه، مقیاسی خودسنجی است که توسط بک و رایت^۱ (۱۹۹۳) ساخته شده است و باورهای مربوط به وسوسه‌ی مواد را می‌سنجد و دارای ۲۰ گویه است که هر کدام در یک مقیاس ۷ درجه‌ای (کاملاً مخالف= ۱، مخالف= ۲، کمی مخالف= ۳، خنثی= ۴، کمی موافق= ۵، موافق= ۶، کاملاً موافق= ۷) نمره گذاری می‌شوند. روایی و اعتبار مناسبی برای این پرسش‌نامه گزارش شده است (بک، راش، شاو و امری^۲، ۱۹۷۹). بک و همکاران (۱۹۷۹) روایی این پرسش‌نامه را ۰/۸۴ گزارش کردند. روایی این پرسش‌نامه با توجه به رابطه میزان وسوسه و سوگیری توجه نسبت به محرک‌ها مربوط با مواد، معنادار (۰/۲۸-) گزارش شده است و آلفای کرونباخ (۰/۸۴) و روش تنصیف (۰/۸۱) نیز تایید کننده اعتبار مقیاس بوده است (رحمانیان، میرجعفری و حسنی، ۱۳۸۵). همچنین، محمدخانی، صادقی و فرزاد (۱۳۹۰) اعتبار این پرسش‌نامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش کردند.

۲- پرسش‌نامه سنجش ولع مصرف لحظه‌ای: این پرسش‌نامه توسط فرانکن، هندریکس و وندن برینک^۳ (۲۰۰۲) تدوین شد و ولع مصرف مواد را در لحظه حال می‌سنجد (محمدعلیزاده نمینی، اسمعیل‌زاده آخوندی و صفرمحمدلو، ۱۳۹۶). این پرسش‌نامه از ۱۴ سوال تشکیل شده است و سه عامل تمایل و قصد، میل به مصرف و لذت و شدت فقدان کنترل را اندازه‌گیری می‌کند. نمره گذاری آن به صورت لیکرت ۶ درجه‌ای با درجه‌بندی

نمرات از ۳- تا ۳ می‌باشد. انتخاب گزینه ۳ به معنی موافقت کامل و گزینه ۳- به معنی مخالفت کامل و عدم ولع است. بنابراین، نمره بالا و مثبت به معنای ولع بیشتر می‌باشد. فرانکن و همکاران (۲۰۰۲) روایی این پرسش‌نامه را برای نمره کل ۰/۸۷ گزارش کردند. در بررسی محمدعلیزاده نمینی و همکاران (۱۳۹۶)، ضریب آلفای کرونباخ برای سه عامل (تمایل و قصد، میل به مصرف و لذت و شدت فقدان کنترل) این پرسش‌نامه بر روی سوء مصرف کنندگان مواد افیونی (کراک و هروئین) به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۹ و ۰/۸۹ و برای نمره کل ۰/۸۶ و در سوء مصرف کنندگان مت‌آفتمین به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۹ و ۰/۸۹ به دست آمد. همچنین، پورسید موسایی، موسوی و کافی (۱۳۹۱) آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برای مصرف کنندگان تریاک، کراک، مت‌آفتمین و هروئین را به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۹۰ و ۰/۹۸ می‌باشد.

روش اجرا

در این پژوهش، جهت گردآوری اطلاعات از روش میدانی استفاده شد. نحوه شروع انجام کار بدین صورت بود که ابتدا معجز رسمی از دانشگاه جهت حضور در مراکز ترک اعتیاد اخذ شد. گروه‌های آزمایش طی ۴ هفته (۳ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در هفته) تحت آموزش تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده و دارو قرار گرفتند. اما گروه کنترل هیچگونه درمان روان‌شناختی دریافت نکرد. جلسه اول با آشنایی افراد با یکدیگر و صحبت درباره برنامه تحقیق و اهداف و توجیه موضوعات به پایان رسید. جلسه دوم به افراد کمک کرد تا باورهای غلط و افکار غیر منطقی خود را شناسایی کنند. جلسه سوم با توضیحاتی مبنی بر اینکه افکار منفی، عقاید و ادراکات اساس اعتیاد است، آغاز شد. همچنین، در مورد روش تصویربرداری ذهنی هدایت‌شده به بیماران آموزش داده شد. جلسه چهارم روش‌های مقابله با افکار و ادراکات منفی را آموزش داد. در جلسات بعدی به افراد آموزش داده شد که خود را در یک تصویر ذهنی آرامبخش قرار دهند و مراحل تصویربرداری ذهنی را ۳ بار در هر جلسه و هر بار به مدت ۱۵ دقیقه انجام دهند. تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده برگرفته از کتاب راهنمای عملی برای تمامی سیستم‌های مدیتیشن و روان‌شناسی تصویرسازی ذهنی سایکوسیرنیتیک می‌باشد (علی‌فر و نوکانی، ۲۰۱۲). روایی آموزش تصویرسازی ذهنی

هدایت‌شده ۰/۸۳ گزارش شده است (فکری و شفیع آبادی، ۱۳۸۵). گروه تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده به همراه دارو درمانی به این شکل بود که علاوه بر انجام تمرینات تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده روزانه میزان ۱۰ میلی گرم متادون مصرف می کردند که کیفیت و کمیت مصرف و اثرات آن به صورت روزانه توسط پزشک معالج حاضر در مراکز ترک اعتیاد کنترل می شد. تکنیک عمومی تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه برنامه تصویرسازی ذهنی هدایت شده

جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی آزمودنی‌ها با هم و صحبت کردن راجع به برنامه و اهداف پژوهش و توجه آزمودنی‌ها.
دوم	به آزمودنی‌ها کمک شد تا باورهای غلط و افکار غیر منطقی خود را بشناسند.
سوم	با توضیحاتی مبنی بر اینکه افکار منفی، عقاید و ادراکات اساس اعتیاد است آغاز شد. همچنین، در مورد روش تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده به بیماران آموزش داده شد.
چهارم	راه‌های مقابله با افکار و تصورات منفی.
پنجم تا دوازدهم	چند دقیقه آرام باشید ... لباس‌های خود را شل کنید، کفش‌های خود را در بیاورید، چشمان خود را ببندید و چند نفس عمیق بکشید. تصور کنید از پله‌ها پایین می‌روید. با هر مرحله، این احساس را پیدا کنید که هر روز آرامش بیشتری پیدا می‌کنید ... وقتی کاملاً آرام هستید، یک صحنه دلخواه را تجسم کنید ... وقتی در صحنه مورد نظر خود احساس راحتی کردید، به تدریج ذهن خود را بر روی مسئله‌ای که می‌خواهید حل کنید متمرکز کنید... اگر به موارد غیر معمولی رسیدید، سپس روی یکی از آن‌ها کار کنید تا در جلسه حاضر روی آن کار شود. به احساس دیگری روی بیاورید ... تصور کنید که در پایان جلسه مشکل شما کاملاً بهبود می‌یابد. این برنامه اولیه بهبودی را در درون شما ایجاد می‌کند ... [در پایان جلسه] ... چند نفس عمیق دیگر بکشید و خود را در حال بالا رفتن از پله‌های خیالی تجسم کنید ... در حالی که به تدریج از محیط آگاهی پیدا می‌کنید، چشم‌ها ... بدن خود را خم کنید، لبخند بزنید و روز خود را ادامه دهید.

یافته‌ها

میانگین وانحراف استاندارد متغیرها در گروه‌ها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین وانحراف استاندارد متغیرها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای دو گروه به همراه نتایج بررسی توزیع نرمال متغیرها

مرحله	گروه	ولع مصرف	گرایش مجدد به مصرف	میانگین	انحراف شاپیرو-معناداری	میانگین	انحراف شاپیرو-معناداری
پیش-آزمون	تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده	۶۹/۸۰	۱۳/۵۲	۰/۹۲	۰/۲۲	۶۷/۱۳	۱۲/۹۱
	تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده به همراه دارودرمانی	۶۶/۱۳	۱۳/۸۹	۰/۹۳	۰/۲۴	۶۸/۸۶	۱۱/۹۶
	کنترل	۶۷/۰۰	۱۱/۶۶	۰/۹۷	۰/۹۱	۷۰/۹۳	۱۱/۰۷
پس-آزمون	تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده	۳۵/۷۳	۹/۶۱	۰/۹۸	۰/۹۳	۳۱/۶۰	۶/۵۸
	تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده به همراه دارودرمانی	۳۲/۸۰	۸/۰۱	۰/۹۴	۰/۳۳	۳۲/۸۰	۸/۹۴
	کنترل	۶۸/۰۰	۹/۲۶	۰/۹۵	۰/۵۳	۷۰/۴۶	۱۴/۹۶

استفاده از آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر نیازمند بررسی پیش‌فرض‌های آن می‌باشد. آزمون نرمال بودن داده‌ها، عدم معنی‌داری پیش‌آزمون‌های گروه‌ها به صورت جفتی و آزمون کروی موچلی سه پیش‌فرض مهم می‌باشند. نتایج جدول ۲ نشان داد که سطح معنی‌داری بالای ۰/۰۵ بود و بنابراین شرط نرمال بودن توزیع داده‌ها رعایت شده است. با توجه به مقدار آماره و عدم معناداری آزمون موچلی ($p=0/18$, $Mauchly's W$)، فرض کرویت موچلی برقرار است.

جدول ۳: مقایسه میانگین پیش‌آزمون ولع مصرف و گرایش مجدد به مصرف در سه گروه تصویرسازی ذهنی هدایت شده، تصویرسازی ذهنی هدایت شده همراه با دارودرمانی و کنترل به صورت جفتی

گروه	ولع مصرف	گرایش مجدد به مصرف		
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گروه تصویرسازی ذهنی هدایت شده	۶۹/۸۰	۱۳/۵۲	۶۷/۱۳	۱۲/۹۱
گروه تصویرسازی ذهنی هدایت شده به همراه دارودرمانی	۶۶/۱۳	۱۳/۸۹	۶۸/۸۶	۱۱/۹۶
معناداری	۰/۴۷		۰/۷۱	
گروه تصویرسازی ذهنی هدایت شده	۶۹/۸۰	۱۳/۵۲	۶۷/۱۳	۱۲/۹۱
کنترل	۶۷/۰۰	۱۱/۶۶	۷۰/۹۳	۱۱/۰۷
معناداری	۰/۵۵		۰/۳۹	
گروه تصویرسازی ذهنی هدایت شده به همراه دارودرمانی	۶۶/۱۳	۱۳/۸۹	۶۸/۸۶	۱۱/۹۶
کنترل	۶۷/۰۰	۱۱/۶۶	۷۰/۹۳	۱۱/۰۷
معناداری	۰/۸۶		۰/۶۳	

نتایج جدول ۳ نشان داد هیچ یک از متغیرهای ولع مصرف و گرایش مجدد به مصرف در سه گروه تصویرسازی ذهنی هدایت شده، تصویرسازی ذهنی هدایت شده همراه با دارودرمانی و کنترل به صورت جفتی در مرحله پیش‌آزمون معنی‌دار نبود ($p > 0.05$).

جدول ۴: اثر عامل زمان، گروه و تعامل زمان*گروه در سه گروه تصویرسازی ذهنی هدایت شده، تصویرسازی ذهنی هدایت شده همراه با دارودرمانی و کنترل

متغیر	تصویرسازی ذهنی هدایت شده	تصویرسازی ذهنی هدایت شده با دارو درمانی	گروه کنترل	اثر عامل زمان	اثر عامل گروه	اثر تعامل زمان*گروه
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
ولع مصرف	۶۹/۸۰±۱۳/۵۲	۳۵/۷۳±۹/۶۱ * ۰/۰۰۱	۶۶/۱۳±۱۳/۸۹	۳۲/۸۰±۸/۰۱	۰/۰۰۱*	۶۷/۰±۱۱/۶۶
گرایش مجدد به مصرف	۶۷/۱۳±۱۲/۹۱	۳۱/۶۰±۶/۵۸ * ۰/۰۰۱	۶۸/۸۶±۱۱/۹۶	۳۲/۸۰±۸/۹۴	۰/۰۰۱*	۷۰/۹۳±۱۱/۰۷

* $p < 0.001$.

نتایج جدول ۴ نشان داد اثر عامل زمان* گروه بر متغیر ولع مصرف در سه گروه تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده، تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده همراه با دارو درمانی و کنترل معنادار بود ($p < 0/001$). ولع مصرف در دو گروه تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده ($d = 2/94$, $p < 0/001$) و تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده همراه با دارو درمانی ($p < 0/001$) در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون کمتر بود. اثر عامل گروه بر متغیر ولع مصرف در سه گروه تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده، تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده همراه با دارو درمانی و کنترل معنادار بود ($p < 0/001$). اثر عامل زمان بر متغیر ولع مصرف در سه گروه نیز معنادار بود ($p < 0/001$). همچنین، نتایج جدول ۴ نشان داد که اثر عامل زمان* گروه بر متغیر گرایش مجدد به مصرف در سه گروه معنادار بود ($p < 0/001$). گرایش مجدد به مصرف در دو گروه تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده ($p < 0/001$)، $d = 3/64$ و تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده همراه با دارو درمانی ($d = 3/45$, $p < 0/001$) در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون کمتر بود. اثر عامل گروه بر متغیر گرایش مجدد به مصرف در سه گروه معنادار بود ($p < 0/001$). اثر عامل زمان بر متغیر گرایش مجدد به مصرف در سه گروه نیز معنادار بود ($p < 0/001$).

جدول ۵: اختلاف میانگین متغیرهای ولع مصرف و گرایش مجدد به مصرف در سه گروه تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده، تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده همراه با دارو درمانی و کنترل

گروه	ولع مصرف		گرایش مجدد به مصرف	
	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده	۱۴/۷۳ -	* ۰/۰۰۱	۳۲/۲۶ -	* ۰/۰۰۱
تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده به همراه دارو درمانی	۱۸/۰۳ -	* ۰/۰۰۱	۲۶/۵۶ -	* ۰/۰۰۱
تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده به همراه دارو درمانی	۲/۹۳	۰/۳۷	۱/۲ -	۰/۴۵

* $p < 0/001$.

نتایج جدول ۵ نشان داد که تصویر سازی ذهنی هدایت شده و تصویر سازی ذهنی هدایت شده به همراه دارودرمانی تاثیر معناداری بر ولع مصرف و گرایش مجدد به مصرف مواد داشتند ($p < 0/001$)، ولی بین اثربخشی آن‌ها بر این متغیرها تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0/05$).

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر ترکیب تصویر سازی ذهنی هدایت شده با دارودرمانی بر کاهش ولع و گرایش مجدد به مصرف مواد مخدر بود. نتایج نشان داد یک دوره تصویر سازی ذهنی هدایت شده باعث کاهش ولع مصرف و گرایش مجدد به مصرف در افراد وابسته به مواد شد. همچنین اثر عامل گروه بر متغیر گرایش مجدد به مصرف در سه گروه معنادار بود. نتایج به بدست آمده با نتایج پژوهش‌های سالیوان، چوی، وازکز و نیوو^۱ (۲۰۱۹)، دوآرته، میازاکی، بلای و سسوسو^۲ (۲۰۰۹) و سپیالا، هاجرسون، نگوین، دوتی و گروس^۳ (۲۰۱۴) همسو می‌باشد. سپیالا و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند که یک دوره تصویر سازی ذهنی هدایت شده می‌تواند با کاهش وسوسه در ارتباط باشد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که افراد با شرکت در جلسات درمانی تصویر سازی ذهنی هدایت شده افکار منفی، طرحواره‌های ناسازگار و تصاویر آسیب‌زایی که از بیماری خود دارند را بازنمایی می‌کنند و با جزئیات کامل شرح، تجسم و مرور شناختی می‌کنند و سپس با تغییراتی که در معانی آن ایجاد می‌کنند، افکار و تصاویر ذهنی مثبت را جایگزین افکار و تصاویر ذهنی منفی قبلی می‌کنند. در چنین شرایطی، از یک طرف تحمل ناراحتی میل و امید به زندگی در آن‌ها بالا می‌رود و از طرف دیگر از ستیز درونی، ولع مصرف، وسوسه، گرایش مجدد به مصرف و تصاویر منفی که سطح هوشیاری آن‌ها را فرا گرفته، رهایی می‌یابند. در تبیین دیگر می‌توان این‌طور بیان کرد که در طی جلسات تصویر سازی ذهنی هدایت شده افراد وابسته به مواد باورهای غلط و افکار غیر منطقی خود را می‌شناسند، راه‌های مقابله با افکار و تصورات منفی را آموزش می‌بینند و در نهایت یاد می‌گیرند که

خود را در تصورات ذهنی آرام‌بخش قرار دهند. این عوامل باعث می‌شود افراد وابسته به مواد تصاویر و افکاری که در مصرف مواد به ذهن آن‌ها خطور می‌کند، وسوسه مصرف مواد، علایم جسمانی وسوسه به مصرف مجدد را تحمل و کنترل نمایند و میزان عصبانیت خود در مقابل وسوسه را کاهش دهند و در نهایت این امر میزان ولع و گرایش مجدد به مصرف مواد در افراد وابسته به مواد تحت درمان را کاهش می‌دهد. نریمانی، بیایانگرد و رجبی (۱۳۸۵) در تحقیقی نشان دادند که تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده بر مهارت‌های میان فردی و رفتارهای مربوط به پرخاشگری موثر می‌باشد. همچنین، طی جلسات تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده، افراد وابسته به مواد با تجسم آینده، امکان حرکت از دنیای تیره و تار اعتیاد به سمت رهایی از همه افسردگی‌ها و بیماری‌های روحی و روانی را تصویرسازی می‌کنند و به این باور می‌رسند که می‌توان به خوشبختی و آرامش دست یافت و آن را تجربه کرد و در نتیجه با تمرکز روی مسائل مربوط به آینده قدرت و اراده آن‌ها در مقابل وسوسه اعتیاد بیشتر می‌شود و قدرت کنترل عصبانیت آن‌ها بیشتر شده و در نتیجه میزان ولع و گرایش مجدد به مصرف مواد در این افراد کاهش می‌یابد.

نتایج این مطالعه نشان داد که تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده همراه با دارو درمانی باعث کاهش ولع مصرف و گرایش مجدد به مصرف در افراد وابسته به مواد شد. تحقیقات نشان داده است که دارودرمانی بهترین روش برای درمان اعتیاد در افراد آلوده به مواد مخدر و رفع وابستگی به آن است. تحقیقات بارها نشان داده است در صورتی که متادون توسط نهادهای خدماتی، اجتماعی روانی و دستورالعمل‌های مناسب مورد استفاده قرار بگیرد یک روش ایمن و موثر در ترک محسوب خواهد شد. درمان با متادون باعث کاهش مصرف مخرب مواد مخدر و مضرات آن می‌شود و ریسک اختلالاتی مانند ایدز، هپاتیت، تورم بافت‌های بدن، عفونت حاصل از استفاده از وسایل غیر استریل برای تزریق و رفتارهای مجرمانه برای بدست آوردن مواد مخدر را کاهش می‌دهد. تحقیقات نشان داده است که درمان با متادون می‌تواند باعث بهبود وضعیت عمومی بیمار و کاهش علائم روانی حاصل از ترک اعتیاد، بیکاری و مشکلات اجتماعی و خانوادگی شود (جردن و همکاران، ۲۰۱۹). متادون نحوه پاسخ‌دهی مغز و سیستم عصبی به درد را تغییر می‌دهد و علائم

دردناک حاصل از خماری را کاهش داده و اثر شادی‌آور داروهای مخدر از قبیل هروئین، مرفین، کدئین و مخدرهایی مانند اکسی‌کدون و هیدروکدون را قطع می‌کند. معمولاً متادون در قالب قرص محلول و مایع به بیمار داده می‌شود که روزی یکبار از آن استفاده کند (مک‌فرسون و همکاران، ۲۰۱۹). تسکین درد حاصل از مصرف متادون حدود ۴ تا ۸ ساعت طول می‌کشد. مصرف متادون در دوزهای بالا به ویژه در افرادی که به هروئین اعتیاد دارند، بسیار موثر است و به آن‌ها کمک می‌کند بتوانند طرح درمان خود را ادامه بدهند. متادون نیز همانند همه داروهای که در دارودرمانی مورد استفاده قرار می‌گیرند به عنوان بخشی از طرح جامع درمان که شامل مشاوره و شرکت در برنامه‌های حمایت اجتماعی است به بیمار داده می‌شود میزان موفقیت درمان با متادون در افرادی که در برنامه درمان با متادون شرکت می‌کنند بیشتر از برنامه‌های سم‌زدایی در کوتاه مدت است. به نظر می‌رسد تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده و ترکیب آن با دارو درمانی باعث کاهش تفکر و اعتقاد منفی و کاهش استرس طولانی و کاهش درد ناشی از خماری در زمان استرس در افراد وابسته به مواد شده‌است و باعث کاهش ولع مصرف و گرایش مجدد به مصرف در افراد تحت درمان گردید. روش تصویرسازی ذهنی در ترکیب با دارو درمانی از آن جهت مفید و موثر می‌باشد که افراد وابسته به مواد تحت درمان را در حین درمان سم‌زدایی و نگهدارنده با معنای درد، کیفیت و شدت و همچنین عوامل اعتیاد آشنا می‌سازد و این آشنایی باعث می‌شود که افراد با توجه به درک روشن خود از مصرف مواد و تبعات اجتماعی، جسمی و روانی، راهبردهای مقابله‌ای موثرتری را در تجسم ذهنی خود تمرین کنند. همچنین، تصویرسازی ذهنی همراه با دارو درمانی با برجسته کردن قدرت فکر و جسم به افراد وابسته به مواد تحت درمان اطمینان می‌دهد که توانایی کنترل رویدادهای هولناک و تحمل درد ناشی از ترک اعتیاد را دارند. بنابراین، رابطه آن‌ها با وضعیت‌شان را بهتر می‌کند به گونه‌ای که خود را در برابر اعتیاد و مصرف مواد دست و پا بسته نمی‌پندارند. تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده باعث پذیرش ذهنی نفوذ سلامتی و بهبودی در بدن افراد وابسته به مواد می‌شود. از طرفی، دارو درمانی علائم ترک اعتیاد را کنترل کرده و بدین وسیله قطع مصرف داروهای مخدر را تسهیل می‌نماید. در نتیجه، با ترکیب

این دو روش میزان ولع مصرف و گرایش مجدد به مصرف کاهش می‌یابد. در تبیین دیگر نتیجه بدست آمده می‌توان گفت که تصویرسازی ذهنی به همراه دارو درمانی با برجسته کردن قدرت فکر و جسم، تجسم آینده و هدفمند بودن و تلاش برای رسیدن به آرامش به افراد وابسته به مواد اطمینان می‌دهد که حوادث و اتفاقات بد مربوط به عوامل بیرونی بوده و با افزایش اعتماد به نفس آن‌ها، توانایی مهار اعتیاد را داشته و انگیزه کافی برای تغییر در آینده و عدم مقاومت به دارودرمانی را داشته باشند و در نتیجه بر کاهش ولع و گرایش به مصرف مجدد تاثیر گذار است.

اگرچه نتایج این تحقیق نشان داد که هر دو روش تصویرسازی ذهنی هدایت شده و تصویرسازی ذهنی هدایت شده به همراه دارودرمانی در کاهش ولع مصرف و گرایش مجدد به مصرف اثر بخشی معناداری داشتند، ولی بین اثربخشی آن‌ها بر این متغیرها تفاوت معناداری وجود نداشت. با توجه به این که آموزش تصویرسازی ذهنی هدایت شده در هر دو گروه یکسان بوده است، می‌توان گفت مصرف متادون تاثیر معنی‌داری بر کاهش ولع مصرف و گرایش مجدد به مصرف نداشته است و می‌توان این اثر بخشی هر دو گروه آزمایش را به مولفه مشترک آن یعنی آموزش تصویرسازی ذهنی هدایت شده نسبت داد. تحقیق حاضر به نوعی با نتایج کیانی و محمودی (۱۳۹۷)؛ عبیدی زادگان، مرادی، و رابرت (۱۳۸۷) و مقتدائی، صالحی، افشار، تسلیمی و ابراهیمی (۱۳۹۲) ناهمسو می‌باشد. این تحقیقات اثربخشی موثر مصرف متادون بر میزان عود مصرف در بیماران وابسته به مواد را گزارش کرده‌اند. یکی از دلایل ناهمسو بودن نتایج را می‌توان به تعداد کم نمونه آماری، میزان دوز مصرفی متادون و نوع موادی که آزمودنی‌ها به آن وابستگی داشتند، اشاره کرد. وایت و لوپاتکو^۱ (۲۰۰۷) نشان دادند که دوز مصرف متادون در میزان اثربخشی آن بر بهبود عود مصرف و گرایش مجدد به مصرف اهمیت دارد. مینتزر و استیتزر^۲ (۲۰۰۲) نشان دادند که افراد وابسته به مواد تحت درمان متادون اختلالاتی را همواره در سرعت روانی حرکتی، حافظه کاری، فرافاصله و تصمیم‌گیری دارند. از طرف دیگر، اگر میزان مصرف توسط پزشک متخصص کنترل شود، می‌تواند اثرات مثبتی نیز بگذارد. وایت و لوپاتکو

(۲۰۰۷) اشاره کردند که برای تجویز میزان مصرف متادون باید سابقه وابستگی فرد به مواد و خصوصیات فیزیولوژیکی بیمار وابسته به مواد مورد ارزیابی قرار گیرد. اما میزان مصرف متادون بدون در نظر گرفتن سابقه وابستگی به مواد و خصوصیات فیزیولوژیکی می‌تواند بی‌تاثیر و در بعضی مواقع مخرب باشد. لذا می‌توان گفت میزان دوز مصرفی متادون بدون در نظر گرفتن سابقه وابستگی به مواد و خصوصیات فیزیولوژیکی از دلایل احتمالی عدم تفاوت معنی‌داری دو گروه آزمایش در تحقیق حاضر باشد که نیازمند تحقیقات با نمونه‌آماري بیشتر است تا بتوان با اطمینان در رابطه با آن بحث کرد. در تبیین دیگر مبنی بر تاثیر مولفه مشترک (آموزش تصویرسازی ذهنی هدایت شده) بر بیماران وابسته به مواد می‌توان گفت در تحقیق حاضر آموزش تصویرسازی ذهنی هدایت شده به صورت گروهی بود. نکته مهم در کاربرد درمان گروهی این است که مقرون به صرفه و منجر به تسهیل و تسریع فرایند درمان می‌شود. بسیاری از بیمارانی که درگیر اعتیاد هستند که در مواقعی به آن‌ها احساس منحصر به فرد می‌دهد. این احساس منحصر به فرد بودن باعث تشدید گرایش مجدد به مصرف و افزایش ولع مصرف این بیماران می‌شود و اعتیاد این حس منحصر به فرد بودن را به آن‌ها منتقل می‌کند. درمان گروهی به سهولت این امکان را فراهم می‌سازد که تعدادی از این افراد در یک مکان جمع شده و با یکدیگر رابطه برقرار کنند و راجع به مشکلات مشابه خود به گفتگو بنشینند. از بین رفتن این احساس انحصار نه تنها باعث آرامش و راحتی افراد می‌شود بلکه به گسترش روابط در خارج از محیط درمانی کمک می‌کند. ضمن اینکه اعضای گروه در جریان تعامل، به یکدیگر کمک می‌کنند، یعنی در جریان درمان از یکدیگر حمایت می‌کنند، به هم اطمینان می‌دهند، پیشنهاد می‌کنند و بینش می‌دهند. به نظر می‌رسد یکی از دلایل احتمالی تاثیر برابر هر دو نوع روش درمانی بر کاهش ولع و گرایش مجدد به مصرف، آموزش گروهی تصویرسازی ذهنی هدایت شده به صورت گروهی باشد.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی داشت. از جمله محدودیت‌های پژوهش عبارت است از این که نمونه پژوهش حاضر صرفاً مردان وابسته به مواد در مراکز ترک اعتیاد منطقه تهران پارس شهر تهران بودند و در تعمیم نتایج به سایر جمعیت‌های سنی و زنان و سایر نقاط باید

جوانب احتیاط را رعایت نمود. بنابراین، به درمانگران و متخصصان حوزه اعتیاد پیشنهاد می‌شود، پژوهش حاضر را با تعداد نمونه بیشتر و بر روی جامعه زنان وابسته به مواد و در سایر نقاط کشور نیز اجرا کنند. همچنین، به متخصصان این حوزه پیشنهاد می‌شود که تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده به همراه دارودرمانی را به عنوان الگویی جهت بهبود کاهش ولع مصرف و گرایش مجدد به مصرف در کار با افراد وابسته به مواد در نظر داشته باشند. همچنین، پیشنهاد می‌شود تحقیقات آینده اثر بخشی تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده را با جامعه آماری بیشتر و بر روی دو جنسیت به صورت مقایسه انجام دهند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی افراد حاضر در پژوهش و مراکز ترک اعتیاد منطقه تهرانپارس شهر تهران تشکر و قدردانی کنند.

منابع

پورسید موسایی، سیده فاطمه؛ موسوی، سید ولی الله و سید موسی، کافی (۱۳۹۱). مقایسه و رابطه بین استرس با ولع مصرف در وابستگان به مواد افیونی و صنعتی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۶(۲۴)، ۹-۲۶.

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

خمرنیا، محمد و پیوند، مصطفی (۱۳۹۷). علل بازگشت به اعتیاد به مواد مخدر و راهکارهای پیشنهادی در مراجعه‌کنندگان به مراکز ترک اعتیاد: یک مطالعه کیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۷(۶)، ۵۳۸-۵۲۳.

رحمانیان، مهدیه؛ میرجعفری، احمد و حسنی، جعفر (۱۳۷۵). رابطه وسوسه مواد و سوگیری توجه: مقایسه افراد وابسته به مواد افیونی مبتلا به عود و ترک کرده. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۳(۴۶)، ۲۲۲-۲۱۶.

زراعت پیشه، اکبر و نیازی، سید محمد (۱۳۹۲). بررسی تاثیر تمرینات تصویرسازی ذهنی بر تغییرات فعالیت الکتریکی واحدهای حرکتی عضلات و قدرت آنها. *مجله دانش و تندرستی*، ۸(۴)، ۱۷۱-۱۷۵.

شیخ‌الاسلامی، علی؛ قمری گیوی، حسین و فیاضی، مینا (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر تاب‌آوری در دانش‌آموزان با آمادگی به اعتیاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۴ (۵۸)، ۱۱-۳۰.

صادقی، الهه؛ قربان شیرودی، شهره؛ ترخان، مرتضی و کیهانیان، شهربانو (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی تصویرسازی ذهنی دستوری با بازپردازش و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بی‌خوابی و افکار خودآیند منفی زنان مبتلا به سرطان. *فصلنامه روان‌شناسی سلامت*، ۷ (۲۶)، ۱۱۶-۱۰۱.

عبیدی زادگان، افسانه مرادی، علیرضا و رابرت، فرنام (۱۳۸۷). بررسی کارکردهای اجرایی در بیماران تحت درمان با متادون. *تازه‌های علوم شناختی*، ۱۰ (۳)، ۸۱-۷۵.

علوی، خدیجه و رمضانی، شیما (۱۳۹۹). نقش سبک‌های فرزندپروری ادراک‌شده و شفقت به خود در پیش‌بینی آمادگی اعتیاد در جوانان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۴ (۵۸)، ۱۱۲-۸۹.

علی‌فر، عسرت و نوکنی، مصطفی (۱۳۹۲). اثربخشی تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت‌شده بر کاهش علائم افسردگی و افزایش امیدواری در بیماران دیالیزی. *اندیشه و رفتار*، ۲۷ (۷)، ۸۸-۸۱.

فکری، کاترین و شفیع‌آبادی، عبدالله (۱۳۸۵). نقد و بررسی روش تصورات ذهنی هدایت‌شده سیمونت. *روان‌شناسی تربیتی*، ۱ (۵)، ۷۴-۵۹.

کیانی، ژاله و محمودی، گلاویژ (۱۳۹۷). اثربخشی درمان نگهدارنده متادون بر کاهش رفتارهای پرخطر و پیشگیری از عود مصرف مواد در مردان معتاد ساکن شهر کرمانشاه سال ۱۳۹۵.

سلامت جامعه، ۱۱ (۱)، ۴۸-۴۰.

محمدخانی، شهرام؛ صادقی، نگار و فرزاد، ولی‌الله (۱۳۹۰). مدل روابط علی هیجان منفی، باورهای مرکزی، باورهای مرتبط با مواد، عقاید وسوسه‌انگیز و تنظیم هیجان با بازگشت به مصرف مواد. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۶ (۲۳)، ۱۸۵-۱۵۹.

محمدعلیزاده نمینی، آناهیتا؛ اسمعیل‌زاده آخوندی، محمد و صفرمحمدلو، ناهید (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی مصاحبه انگیزشی و دارودرمانی بر ولع مصرف مواد در مقایسه با دارودرمانی. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۴ (۲)، ۱۱-۱.

مختاری، محمدرضا؛ ناضر، محمد؛ علیپور، احمد و آقامحمدحسینی، پروین (۱۳۹۲). مطالعه اثربخشی آموزش در تغییر میزان آگاهی نوجوانان نسبت به مواد مخدر. *فصلنامه روان‌شناسی سلامت*، ۲ (۵)، ۸۹-۸۲.

مقتدائی، کمال؛ صالحی، مهرداد؛ افشار، حمید؛ تسلیمی، مهشید؛ ابراهیمی، آسیه (۱۳۹۲). مقایسه کارکردهای اجرایی بین سوء‌مصرف‌کنندگان هروئین، تحت درمان با متادون و هنجار. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱(۳)، ۱۹۶-۲۰۷.

نریمانی، محمد؛ بیابان‌گرد، اسماعیل و رجبی، سوران (۱۳۸۵). بررسی کارآمدی روان‌نمایشگری بر بهبود بخشی مهارت‌های اجتماعی و عزت نفس دانش‌آموزان نارساخوان. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۶(۲۰)، ۶۳۸-۶۲۳.

نفیسی، وحید رضا و اقبال، منوچهر (۱۳۹۸). ساخت و هنجاریابی دستگاه اتوماتیک توزیع شربت متادون برای کاهش خطاهای متادون درمانی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۳(۵۲)، ۱۳۶-۱۲۱.

یحیوی، ماری (۱۳۸۳). راهنمایی درمان اضطراب و افسردگی از طریق نیروی ذهن. *انتشارات تهران*.

References

- Alper, K. R., Pritchep, L. S., Kowalik, S., Rosenthal, M. S., & John, E. R. (1998). Persistent QEEG abnormality in crack cocaine users at 6 months of drug abstinence. *Neuropsychopharmacology*, 19(1), 1-9.
- Barber, T. X., Spanos, N. P., & Chaves, J. F. (1974). *Hypnosis, imagination, and human potentialities* 46. Pergamon.
- Beck, A., & Wright, F. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*, New York: Guildford Press.
- Beck, A.T, Rush, A. J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford. Bernard, B. (2002). *Fostering resiliency in kid protective factoris in the family school and community*.
- Coben, R., Hammond, D. C., & Arns, M. (2019). 19 channel z-score and LORETA neurofeedback: Does the evidence support the hype?. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 44(1), 1-8.
- Demaerel, P. (2002). MJ Kaufman: Brain imaging in substance abuse: research, clinical, and forensic applications. *European Radiology*, 12(1), 264.
- Duarte, P. S., Miyazaki, M. C., Blay, S. L., & Sesso, R. (2009). Cognitive-behavioral group therapy is an effective treatment for major depression in hemodialysis patients. *KidneyInternational*, 76(4), 414-421.
- Farrell, M. R., Ruiz, C. M., Castillo, E., Faget, L., Khanbijian, C., Liu, S., ... & Mahler, S. V. (2019). Ventral pallidum is essential for cocaine relapse after voluntary abstinence in rats. *Neuropsychopharmacology*, 44(13), 2174-2185.
- Franken, I. H., Hendriks, V. M., & van den Brink, W. (2002). Initial validation of two opiate craving questionnaires: the Obsessive Compulsive Drug Use Scale and the Desires for Drug Questionnaire. *Addictive Behaviors*, 27(5), 675-685.

- Health, N. I. o. (2000). The brain: Understanding neurobiology through the study of addiction.
- John, J. (2019). A Study to Determine the Effectiveness of Guided Imagery Technique on Stress and Quality of Life among Diabetics Patients in a selected Rural Area, Bangalore. *International Journal of Nursing Education and Research*, 7(3), 373-378.
- Jordan, C. J., Cao, J., Newman, A. H., & Xi, Z. X. (2019). Progress in agonist therapy for substance use disorders: Lessons learned from methadone and buprenorphine. *Neuropharmacology*, 158, 107609.
- Kiley, K. A., Sehgal, A. R., Neth, S., Dolata, J., Pike, E., Spilsbury, J. C., & Albert, J. M. (2018). The effectiveness of guided imagery in treating compassion fatigue and anxiety of mental health workers. *Social Work Research*, 42(1), 33-43.
- Marvin, F. W. (1933) Present status of various spinal anesthetics and their clinical usefulness. *Journal of the American Medical Association*, 101(19), 1475-1477.
- McPherson, M. L., Walker, K. A., Davis, M. P., Bruera, E., Reddy, A., Paice, J., ... & Chou, R. (2019). Safe and appropriate use of methadone in hospice and palliative care: expert consensus white paper. *Journal of Pain and Symptom Management*, 57(3), 635-645.
- Mintzer, M. Z., & Stitzer, M. L. (2002). Cognitive impairment in methadone maintenance patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(1), 41-51.
- Ndasauka, Y., Wei, Z., & Zhang, X. (2017). Received view of addiction, relapse and treatment. *Substance and Non-substance Addiction*, 1010, 3-19.
- Newton, T. F., Cook, I. A., Kalechstein, A. D., Duran, S., Monroy, F., Ling, W., & Leuchter, A. F. (2003). Quantitative EEG abnormalities in recently abstinent methamphetamine dependent individuals. *Clinical Neurophysiology*, 114(3), 410-415.
- Revermann, J. (2019). *The effects of guided imagery as mental practice during the learning of a novel psychomotor skill*. All College Thesis Program.
- Seppala, E. M., Hutcherson, C. A., Nguyen, D. T., Doty, J. R., & Gross, J. J. (2014). Loving-kindness meditation: A tool to improve healthcare provider compassion, resilience, and patient care. *Journal of Compassionate Health Care*, 1(1), 1-9.
- Sullivan, J. E., Choi, N. G., Vazquez, C. E., & Neaves, M. A. (2019). Psychosocial depression interventions for dialysis patients, with attention to Latinos: a scoping review. *Research on Social Work Practice*, 29(8), 910-923.
- White, J. M., & Lopatko, O. V. (2007). Opioid maintenance: a comparative review of pharmacological strategies. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 8(1), 1-11.

