فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال پانزدهم، شماره شصت و یکم، ص۲۲۰-۱۹۹، پاییز ۱۴۰۰
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 15, No. 61, P 199-220, Autumn 2021

مقاله پژوهشی
Research Article

تاثیر ترکیب تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده 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 تاثیر ترکیب تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده 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 نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون 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 نمونه‌گیری خوشه‌ای به عنوان نمونه مطالعه انتخاب شدند و به طور مساوی و تصادفی در سه گروه تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده، تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده 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 وسوسه‌انگیز اندازه‌گیری شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد ولع مصرف و گرایش مجدد به مصرف در گروه تصویرسازی ذهنی هدایت-شده و گروه تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده همراه با دارودرمانی در مرحله پس‌آزمون 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 معنی‌داری وجود نداشت. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج تحقیق می‌توان بیان کرد که تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده و تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده همراه با دارودرمانی بر کاهش ولع و گرایش مجدد به مصرف تاثیر معناداری دارند، ولی بین اثربخشی آن‌ها تفاوتی وجود ندارد. از این رو، می‌توان از تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده و تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده 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 هدایت‌شده، ولع مصرف، گرایش مجدد به مصرف

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

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران
۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران. پست الکترونیک: Pouyamanesh@yahoo.com
۳. دانشیار، گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران
۴. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.199]

مقدمه

اعتیـــاد به مـــواد افیونی یکی از مشکلات عمده سلامت عمومی در جهان اســـت کـــه می‌تواند عوارض بسـیار ناخوشـایندی نظیر انتقال بیماری‌هـای خطرنـاک، فقـر و از هم گســیختگی خانـــواده، افزایش احتمـــال حوادث ناشـــی از رانندگـــی، رواج رفتارهای غیرقانونی (مثل دزدی و فحشـا) به منظـور تهیـه مـواد و نیز مرگ ناشـی از اسـتفاده بیش از حد را در پی داشته باشد و اعتیاد به مواد مخدر[1] به عنوان پدیده‌ای زیستی-اجتماعی-روانی یکی از غم‌انگیزترین مشـکلات انسـان معاصـر اسـت که تبعات بسـیار ناخوشـایند اقتصـادی، اجتماعی و فرهنگی دارد (شیخ‌الاسلامی، قمری گیوی و فیاضی، ۱۳۹۹). اختلال وابستگی به مواد مجموعه‌ای از علائم شـــناختی-رفتاری و فیزیولوژیکی همراه با الگویی از تکرار مصـرف اسـت که منجر به بروز تحمل، ترک و اعمال اجباری می‌شـود. در این دسـته از اختلالات، تمرکز اصـلی بر روی مشـکلات ولع[2] شـدید 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[3]، ۲۰۰۲).

مطالعات نشان می‌دهد که برخی از مکانیسم‌های عصبی شیمیایی مغز در ولع مصرف بیماران وابسته به دارو دخیل هستند. ماروین[4] (۱۹۳۳) در توضیح اختلال سوءمصرف مواد، یکی از مهم‌ترین نظریه‌ها را در این زمینه به عنوان نظریه آبشاری بلوم[5] مطرح می‌کند. این تئوری معتقد اســـت که ناهنجاری‌های ژنتیکی منجر به اختلال در فرآیندهای عصـــبی شیمیایی می‌شود و بیماران وابسته به دارو را به مارپیچ ولع تبدیل می‌کند. در این بیماران، فرکانس‌های مغزی و به دنبال آن یک ماده بیوشـــیمیایی خاص قفل شـــده و افراد قادر به درک و احســـاس تقویت در شـــرایط عادی به عنوان افراد ســـالم نیســـتند. این افراد فقط با مصـــرف مواد می‌توانند آن ماده بیوشـــیمیایی قفل شـــده را فعال کرده و احســـاس تقویت‌کنندگی پیدا کنند. این اختلال که تحت عنوان ســـندرم نقص تقویت[6] نامگذاری

1. drug addiction
2. carving
3. Demaerel
4. Marvin
5. Blum ' s theory
6. reward deficiency syndrome

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.199]

شـده، ارتباط تنگاتنگی با نابهنجاری امواج آلفا-تتای[1] مغز دارد (هاموند، کوبن و آرنس[2]، ۲۰۱۹). نوتن[3] و همکاران (۲۰۰۳) و آلپر، پریچپ، کوالیک، روزنتا و جان[4] (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، بازگشـت به مصـرف مجدد مواد مخدر توسـط افراد وابسـته به مواد پس از آزادی از زندان یا مراکز توان‌بخشی است (علوی و رمضانی، ۱۳۹۹) که در واقع مشکل اعتیاد را پیچیده‌تر و دشوارتر می‌کند و این سـوال را به وجود می‌آورد که چرا در بیشـتر موارد، درمان و توان‌بخشـی این افراد موفقیت‌آمیز نبوده اسـت؟ چندین بار ترک و سـپس اعتیاد مجدد، سـرنوشـت اکثر افراد وابسته به مواد مخدر است و در مطالعات انجام شده، آن‌ها اغلب چندین بار اعتیاد را ترک کرده‌اند و شـاید تعداد دفعات ترک آنقدر زیاد بوده اسـت که به طور خاص ذکر نشـده اسـت (فارل[5] و همکاران، ۲۰۱۹). برخی مطالعات نشـان می‌دهند که حداقل ۱ نفر از هر ۸ بیمار که اقدام به استفاده از مواد افیونی می‌کنند، ظرف شش ماه مصرف مواد آن‌ها مجددا عود می‌کند (نداساوکا، وی و ژانگ[6]، ۲۰۱۷). تحقیقات دیگر نشان می‌دهد که فقط ۲۰ تا ۵۰ درصـد بیماران می‌توانند پس از یک سـال مصـرف دارو را قطع کنند (نداسـاوکا و همکاران، ۲۰۱۷). در ایران، طبق اطلاعات ارائه شده متوسط ۵۰ درصد افراد وابسته به مواد که برای ترک اعتیاد به مراکز توان‌بخشـی مراجعه می‌کنند، سـابقه حداقل یک بار تلاش برای ترک مصرف مواد را دارند (خمرنیا و پیوند، ۱۳۹۷).

یکی از موفق‌ترین درمان‌های دارویی در سـال‌های اخیر، درمان نگهدارنده با متادون[7]، به ویژه نوروفین اسـت و آنچه در درمان نگهدارنده مهم اسـت این اسـت 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

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.199]

مجدد در امان باشـــند (حدادی، رســـتمی، رحیمی نژاد، و اکبری زردخانه، ۱۳۸۸). طبق راهنمای عملی درمان نگهدارنده متادون که توسط موسسه ملی مبارزه با مواد مخدر ارائه شـده اسـت، متادون را می‌توان در درمان به دو منظور اسـتفاده کرد: هدف اول اسـتفاده از متادون برای سم‌زدایی است که در آن زمان مقدار متادون که تدریجی است کاهش یافته و سـپس قطع می‌شـود (نفیسـی و اقبال، ۱۳۹۸). از آنجا که سـم‌زدایی تنها بخشـی از یک برنامه درمانی طولانی مدت پیشـگیری از عود اسـت و درمان کاملی محسـوب نمی‌شـود، پیگیری‌های بعدی و پیشگیری از عود باید بر این اساس طراحی و اجرا شود (جردن، کاو، نیومن و ژی[1]، ۲۰۱۹). مدت متوسط سم‌زدایی مورد قبول این پروتکل ۳ تا ۴ هفته است. در درمان نگهدارنده مقدار دارو به تدریج افزایش داده می‌شـود تا جایی که علایم ترک مشـهود نباشـد و ولع مصـرف و گرایش مجدد به مصـرف مواد غیر قانونی نیز به واسـطه مصرف متادون به حداقل ممکن برسد. هدف دوم تجویز متادون برای یک مدت طولانی، درمان نگهدارنده به مدت طولانی برای حداقل چندین ماه و معمولا بیش از یک ســال و گاهی مادام العمر 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 (مک‌فرســون[2] و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین، در صــورت پایان یافتن درمان در این افراد، حفظ ارتباط با مرکز درمان برای پیگیری‌های بعدی و احیانا شـروع مجدد درمان ضـروری اسـت. امروزه روش‌های درمانی زیادی برای جلوگیری از گرایش مجدد به اعتیاد برای افراد معرفی شـده اسـت. یکی از روش‌هایی که محققان و متخصـصـان امر به آن توجه ویژه‌ای کرده‌اند، تصـویرسـازی ذهنی هدایت‌شـده[3] 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[4]

1. Jordan, Cao, Newman & Xi
2. McPherson
3. guided mental imagery
4. Kiley

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.199]

و همکارن، 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[1]، 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[2]، 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 برکاهش ولع و گرایش مجدد

1. Revermann
2. John

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.199]

به مصرف مواد بود و این تحقیق به دنبال پاسخ به این سوال بود که آیا ترکیب تصویرسازی هدایت‌شده با دارودرمانی برکاهش 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 (صرفا 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[1] 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 دارو درمانی (گروه آزمایش ۲) و ۱۵ نفر درگروه 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

1. G-Power

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.199]

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 وسوسه انگیز: این پرسش‌نامه، مقیاسی خودسنجی است که توسط بک و رایت[1] (۱۹۹۳) ساخته شده است و باورهای مربوط به وسوسه‌ی مواد را می‌سنجد و دارای ۲۰ گویه است که هرکدام در یک مقیاس ۷ درجه‌ای (کاملا مخالف= ۱، مخالف= ۲، کمی مخالف= ۳، خنثی= ۴، کمی موافق= ۵، موافقم= ۶ ،کاملاًموافق= ۷) نمره گذاری می‌شوند. روایی و اعتبار مناسبی برای این پرسش‌نامه گزارش شده است (بک، راش، شاو و امری[2]، 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[3] (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. نمره‌گذاری آن به صورت لیکرت ۶ درجه‌ای با درجه‌بندی

1. Beck & Wright
2. Rush, Shaw & Emery
3. Franken, Hendriks & van den Brink

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.199]

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 وهمکاران (۱۳۹۶)، ضریب آلفای کرونباخ برای سه عامل (تمایل و قصد، میل به مصرف و لذت و شدت فقدان کنترل) این پرسش‌نامه بر روی سوءمصرف‌کنندگان مواد افیونی (کراک و هروئین) به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۹ و ۰/۸۹ و برای نمره کل ۰/۸۶ و در سوءمصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۹، ۰/۸۹ به دست آمد. همچنین، پورسید موسایی، موسوی و کافی (۱۳۹۱) آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برای مصرف‌کنندگان تریاک، کراک، مت‌آمفتامین و هروئین را به ترتیب ۰/۹۶، 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 مجوز 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 سایکوسیبرنتیک می‌باشد (علی‌فر و نوکانی، ۲۰۱۲). روایی آموزش تصویرسازی ذهنی

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]
[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.199]

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

جدول۱: خلاصه برنامه تصویرسازی ذهنی هدایت شده

جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی آزمودنی‌ها با هم و صحبت کردن راجع به برنامه و اهداف پژوهش و توجیه 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 کاملا 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 کاملا 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.

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.199]

جدول۲: 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 استاندارد	شاپیرو-ویلک	معناداری	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو-ویلک	معناداری
پیش-آزمون	تصویرسازی ذهنی هدایت شده	۶۹/۸۰	۱۳/۵۲	۰/۹۲	۰/۲۲	۶۷/۱۳	۱۲/۹۱	۰/۹۷	۰/۵۴
	تصویرسازی ذهنی هدایت شده به همراه دارودرمانی	۶۶/۱۳	۱۳/۸۹	۰/۹۳	۰/۲۴	۶۸/۸۶	۱۱/۹۶	۰/۹۴	۰/۳۸
	کنترل	۶۷/۰۰	۱۱/۶۶	۰/۹۷	۰/۹۱	۷۰/۹۳	۱۱/۰۷	۰/۹۳	۰/۲۹
پس-آزمون	تصویرسازی ذهنی هدایت شده	۳۵/۷۳	۹/۶۱	۰/۹۸	۰/۹۳	۳۱/۶۰	۶/۵۸	۰/۹۶	۰/۷۳
	تصویرسازی ذهنی هدایت شده به همراه دارودرمانی	۳۲/۸۰	۸/۰۱	۰/۹۴	۰/۳۳	۳۲/۸۰	۸/۹۴	۰/۹۸	۰/۹۹
	کنترل	۶۸/۰۰	۹/۲۶	۰/۹۵	۰/۵۳	۷۰/۴۶	۱۴/۹۶	۰/۹۳	۰/۲۴

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 پیش فرض 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=۰/۱۸، Mauchly's =۰/۸۳ W)، فرض کرویت موچلی برقرار است.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.199]

جدول ۳: مقایسه میانگین پیش‌آزمون ولع مصرف و گرایش مجدد به مصرف در سه گروه تصویر سازی ذهنی هدایت شده، تصویر سازی 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 هدایت‌شده، تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده همراه با دارودرمانی و کنترل به صورت جفتی در مرحله پیش‌آزمون معنی‌دار نبود (p>۰/۰۵).

جدول ۴: اثر عامل زمان، گروه و تعامل زمان*گروه در سه گروه تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده، تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده همراه با دارو درمانی و کنترل

متغیر	تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده			تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده با دارو درمانی			گروه کنترل		اثر عامل زمان	اثر عامل گروه	اثر تعاملی زمان*گروه
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	معناداری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	معناداری	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	۶۸/۰±۹/۲۶	۰/۶۵*	۰/۵۴*	۰/۵۱*
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	۷۰/۴۶±۱۴/۹۶	۰/۷۱*	۰/۶۰*	۰/۵۴*

* $p<۰/۰۰۱$.

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.199]

نتایج جدول ۴ نشـــان داد اثر عامل زمان*گروه بر متغیر ولع مصـــرف در ســـه گروه تصـویرسـازی ذهنی هدایت‌شـده، تصـویرسـازی ذهنی هدایت‌شـده همراه با دارو درمانی و کنترل معنادار بود (p<۰/۰۰۱). ولع مصـرف در دو گروه تصـویرسـازی ذهنی هدایت‌شـده (p<۰/۰۰۱، d=۲/۹۴) و تصـویرسـازی ذهنی هدایت‌شـده همراه با دارودرمانی (p<۰/۰۰۱، d=۳/۰۴) در مرحله پس‌آزمون در مقایسـه 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<۰/۰۰۱). اثر عامل زمان بر متغیر ولع مصـرف در ســه گروه نیز معنادار بود (p<۰/۰۰۱). همچنین، نتایج جدول ۴ نشـان داد که اثر عامل زمان*گروه بر متغیر گرایش مجدد به مصـــرف در ســـه گروه معنادار بود (p<۰/۰۰۱). گرایش مجدد به مصـــرف در دو گروه تصـــویرســـازی ذهنی هدایت‌شـــده (p<۰/۰۰۱، d=۳/۶۴) و تصـویرسـازی ذهنی هدایت‌شـده همراه با دارودرمانی (p<۰/۰۰۱، d=۳/۴۵) در مرحله پس‌آزمون در مقایســـه با پیش‌آزمون کمتر بود. اثر عامل گروه بر متغیر گرایش مجدد به مصـــرف در ســـه گروه معنادار بود (p<۰/۰۰۱). اثر عامل زمان بر متغیر گرایش مجدد به مصرف در سه گروه نیز معنادار بود (p<۰/۰۰۱).

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 هدایت شده	کنترل	-۱۴/۷۳	۰/۰۰۱*	-۳۲/۲۶	۰/۰۰۱*
تصویرسازی ذهنی هدایت شده به همراه دارودرمانی	کنترل	-۱۸/۰۳	۰/۰۰۱*	-۲۶/۵۶	۰/۰۰۱*
تصویرسازی ذهنی هدایت شده	تصویرسازی ذهنی هدایت شده به همراه دارودرمانی	۲/۹۳	۰/۳۷	-۱/۲	۰/۴۵

* $p<۰/۰۰۱$.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.199]

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 ($p<۰/۰۰۱$)، ولی بین اثربخشی آن‌ها بر این متغیرها تفاوت معناداری وجود نداشت ($p>۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر ترکیب تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده با دارودرمانی برکاهش ولع و گرایش مجدد به مصرف مواد مخدر بود. نتایج نشان داد یک دوره تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده 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[1] (۲۰۱۹)، دوآرته، میازاکی، بلای و سسو[2] (۲۰۰۹) و سپپالا، هاچرسون، نگوین، دوتی و گروس[3] (۲۰۱۴) همسو می‌باشد. سپپالا و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند که یک دوره تصویرسازی ذهنی هدایت شده می‌تواند با کاهش وسوسه در ارتباط باشد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که افراد با شرکت در جلسات درمانی تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده 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 تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده 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

1. Sullivan, Choi, Vazquez & Neaves
2. Duarte, Miyazaki, Blay & Sesso
3. Seppala, Hutcherson, Nguyen, Doty & Gross

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.199]

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، بیابانگرد 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 هدایت شده 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 متادن 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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.199]

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. معمولا 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 متادن 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 بتواند 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 متادن 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 علایم ترک اعتیاد را کنترل کرده و بدین وسیله قطع مصرف داروهای مخدر را تسهیل می‌نماید. در نتیجه، با ترکیب

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.199]

این دو روش میزان ولع مصرف و گرایش مجدد به مصرف کاهش می‌یابد. درتبیین 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 تاثیرگذار 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 این‌که آموزش تصویرسازی ذهنی هدایت شده در هر دوگروه 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[1] (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[2] (۲۰۰۲) نشان دادند که افراد وابسته به مواد تحت درمان متادون اختلالاتی را همواره در سرعت روانی حرکتی، حافظه‌کاری، فراحافظه و تصمیم‌گیری دارند. از طرف دیگر، اگر میزان مصرف توسط پزشک متخصص کنترل شود، می‌تواند اثرات مثبتی نیز بگذارد. وایت و لوپاتکو

1. White & Lopatko
2. Mintzer & Stitzer

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.199]

(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 نمونه‌آماری 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 یکدیگرحمایت 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 محدویت‌های پژوهش عبارت است از این که نمونه پژوهش حاضر صرفا 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

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.199]

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، روح‌االله؛ 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.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.199]

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)، ۳۰-۱۱.

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، عشرت و نوکنی، مصطفی (۱۳۹۲). اثربخشی تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده بر کاهش علایم افسردگی و افزایش امیدواری در بیماران دیالیزی. *اندیشه و رفتار*، ۲۷(۷)، ۸۸-۸۱

فکری، کاترین و شفیع‌آبادی، عبداله (۱۳۸۵). نقد و بررسی روش تصورات ذهنی هدایت شده سیمونتن. *روان‌شناسی تربیتی*، ۱(۵)، ۵۹-۷۴.

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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.199]

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)، ۲۰۷-۱۹۶.

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., Prichep, 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 inkid 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.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.199]

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.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.199]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.199] [Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]