



دانشگاه فردوسی مشهد

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

پایان نامه برای اخذ مدرک کارشناسی ارشد روانشناسی
گرایش روانشناسی بالینی

عنوان پژوهش:

**مقایسه اثربخشی تکنیک های هوشیاری فراگیر انفصالی و
توجه برگردانی در کاهش وسوسه مصرف مواد در بیماران
وابسته به مواد مخدر**

استاد راهنما:

دکتر بهرام علی قنبری هاشم آبادی

استاد مشاور:

دکتر سید محمود طباطبایی

پژوهشگر:

عباس فیروز آبادی

تیرماه 1387

چکیده :

یکی از عمده ترین عوامل در وقوع لغزش و سپس بازگشت به مصرف مواد مخدر، وسوسه مصرف مواد می باشد. با توجه به رابطه بین سوگیری توجه و وسوسه مصرف مواد، لزوم انجام مداخله در سطح توجه برای تعدیل وسوسه مصرف مواد ضروری می نماید. هدف اصلی این پژوهش مقایسه کارآیی و اثربخشی تکنیک های هوشیاری فراگیر انفصالی و تکنیک های توجه برگردانی در کاهش وسوسه مصرف مواد مخدر و احتمال لغزش و مصرف مجدد مواد بود. بدین منظور 6 آزمودنی مرد با استفاده از روش نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. روش پژوهش مورد استفاده در این تحقیق طرح تجربی تک موردی از نوع چند خط پایه ای بود. آزمودنی ها، مقیاس پیش بینی از بازگشت را به منظور سنجش میزان وسوسه مصرف مواد و احتمال لغزش و مصرف مجدد مواد، در مراحل پیش از درمان (خط پایه)، در طول درمان (جلسه چهارم)، بعد از درمان (جلسه هشتم) و پیگیری (1,5 ماه بعد از درمان) کامل کردند. نتایج پژوهش حاکی از آن بود که هر دو گروه تکنیک ها در کاهش وسوسه مصرف مواد و احتمال لغزش و مصرف مجدد مؤثر بوده اند. همچنین یافته ها نشان داد که تکنیک های هوشیاری فراگیر انفصالی در مقایسه با تکنیک های توجه برگردانی دارای کارآیی و اثربخشی بیشتر می باشند.

کلید واژه ها : وسوسه مصرف مواد، احتمال لغزش و مصرف مجدد مواد، تکنیک های هوشیاری

فراگیر انفصالی، تکنیک های توجه برگردانی.

فهرست مطالب

چکیده 1

فصل اول:

کلیات پژوهش

- 1-1- بیان مسئله 3
- 2-1- ضرورت و اهمیت پژوهش 10
- 3-1- اهداف پژوهش 10
- 4-1- سؤالات و فرضیه های پژوهش 11
- 5-1- تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها 11
- 1-5-1- وابستگی به مواد 11
- 2-5-1- وسوسه مصرف مواد 12
- 3-5-1- لغزش و مصرف مجدد مواد 13
- 4-5-1- هوشیاری فراگیر انفصالی 13
- 5-5-1- توجه برگردانی 14

فصل دوم:

موضع گیری های نظری و یافته های پژوهشی در خصوص موضوع

- 1-1- اختلال وابستگی به مواد 16
- 1-1-1- ملاک های تشخیصی DSM-IV برای وابستگی به مواد 18
- 2-1-2- همه گیرشناسی 20
- 2-2- وسوسه مصرف مواد 22
- 1-2-2- وسوسه مصرف مواد و راهکارهای مقابله ای 22
- 2-2-2- وسوسه مصرف مواد و سوگیری توجه 30
- 3-2- نظریه ها و مدل های درمان سوء مصرف مواد 32
- 1-3-2- نظریه و درمان پیشگیری از بازگشت 34
- 1-1-3-2- نظریه پیشگیری از بازگشت 34
- 2-1-3-2- راهبردهای مداخله ای درمان پیشگیری از بازگشت 42
- 2-3-2- نظریه و درمان شناختی اختلال سوء مصرف مواد 47

- 53 3-3-2- نظریه های رفتاری درمان سوء مصرف مواد
- 56 4-3-2- مصاحبه انگیزشی و مدل مراحل تغییر
- 59 4-2- تکنیک های شناختی توجه برگردانی
- 63 5-2- مدل عملکرد اجرایی خود تنظیمی و هوشیاری فراگیر انفصالی
- 68 6-2- نتایج تحقیقات
- 68 1-6-2- پژوهش های انجام گرفته در مورد وسوسه مصرف مواد، لغزش و بازگشت
- 68 1-1-6-2- پژوهش های خارج از کشور
- 70 2-1-6-2- پژوهش های داخل کشور
- 2-6-2- پژوهش های انجام گرفته در مورد تکنیک های هوشیاری فراگیر انفصالی

71

- 71 1-2-6-2- پژوهش های خارج از کشور
- 71 2-2-6-2- پژوهش های داخل کشور
- 73 3-6-2- پژوهش های انجام گرفته در مورد تکنیک های توجه برگردانی
- 73 1-3-6-2- پژوهش های خارج از کشور
- 75 2-3-6-2- پژوهش های داخل کشور
- 75 نتیجه گیری

فصل سوم:

روش انجام پژوهش

- 78 1-3- روش پژوهش
- 78 2-3- جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه گیری
- 79 3-3- ابزارهای پژوهش
- 79 1-3-3- مقیاس پیش بینی از بازگشت (PRS)
- 80 2-3-3- مصاحبه بالینی ساخت یافته برای تشخیص اختلالات محور I (SCID)
- 80 4-3- روش اجرای پژوهش
- 81 5-3- روش های درمانی
- 81 1-5-3- درمان با روش آموزش تکنیک های هوشیاری فراگیر انفصالی
- 83 2-5-3- درمان با روش آموزش تکنیک های توجه برگردانی

84 6-3- روش تجزیه و تحلیل داده ها

فصل چهارم:

تجزیه و تحلیل داده ها

86 1-4- شرح حال آزمودنی ها

86 1-1-4- آزمودنی «الف»

86 2-1-4- آزمودنی «ب»

87 3-1-4- آزمودنی «ج»

87 4-1-4- آزمودنی «د»

87 5-1-4- آزمودنی «ه»

88 6-1-4- آزمودنی «و»

90 2-4- یافته های پژوهش و تجزیه و تحلیل داده ها

فصل پنجم:

بحث و نتیجه گیری

103 1-5- بحث و نتیجه گیری

117 2-5- پیشنهادات

117 1-2-5- پیشنهادات مداخله ای

117 2-2-5- پیشنهادات پژوهشی

118 3-5- محدودیت های پژوهش

119 منابع فارسی

122 منابع لاتین

128 پیوست ها

فهرست جداول

جدول 4-1-1- ویژگی جمعیت شناختی آزمودنی ها به لحاظ سن، جنسیت، وضعیت تاهل و میزان تحصیلات	89
جدول 4-1-2- ویژگی جمعیت شناختی آزمودنی ها به لحاظ وابستگی به مصرف مواد	89
جدول 4-1-3- نوع درمان صورت گرفته در پژوهش بر روی هر آزمودنی	89
جدول 4-2-1- مقایسه نمرات آزمودنی های دو گروه در میزان وسوسه مصرف مواد	90
جدول 4-2-2- مقایسه نمرات آزمودنی های دو گروه در میزان احتمال لغزش و مصرف مجدد مواد	96

فهرست نمودارها

- نمودار 4-2-1- تغییرات میزان وسوسه مصرف مواد مخدر، در آزمودنی «الف» در اثر درمان توسط تکنیک های هوشیاری فراگیر انفصالی 92
- نمودار 4-2-2- تغییرات میزان وسوسه مصرف مواد مخدر، در آزمودنی «د» در اثر درمان توسط تکنیک های توجه برگردانی 92
- نمودار 4-2-3- تغییرات میزان وسوسه مصرف مواد مخدر، در آزمودنی «ب» در اثر درمان توسط تکنیک های هوشیاری فراگیر انفصالی 93
- نمودار 4-2-4- تغییرات میزان وسوسه مصرف مواد مخدر، در آزمودنی «و» در اثر درمان توسط تکنیک های توجه برگردانی 93
- نمودار 4-2-5- تغییرات میزان وسوسه مصرف مواد مخدر، در آزمودنی «ج» در اثر درمان توسط تکنیک های هوشیاری فراگیر انفصالی 94
- نمودار 4-2-6- تغییرات میزان وسوسه مصرف مواد مخدر، در آزمودنی «ه» در اثر درمان توسط تکنیک های توجه برگردانی 94
- نمودار 4-2-7- تغییرات میزان احتمال لغزش و مصرف مجدد مواد مخدر، در آزمودنی «الف» در اثر درمان توسط تکنیک های هوشیاری فراگیر انفصالی 98
- نمودار 4-2-8- تغییرات میزان احتمال لغزش و مصرف مجدد مواد مخدر، در آزمودنی «د» در اثر درمان توسط تکنیک های توجه برگردانی 98
- نمودار 4-2-9- تغییرات میزان احتمال لغزش و مصرف مجدد مواد مخدر، در آزمودنی «ب» در اثر درمان توسط تکنیک های هوشیاری فراگیر انفصالی 99
- نمودار 4-2-10- تغییرات میزان احتمال لغزش و مصرف مجدد مواد مخدر، در آزمودنی «و» در اثر درمان توسط تکنیک های توجه برگردانی 99
- نمودار 4-2-11- تغییرات میزان احتمال لغزش و مصرف مجدد مواد مخدر، در آزمودنی «ج» در اثر درمان توسط تکنیک های هوشیاری فراگیر انفصالی 100
- نمودار 4-2-12- تغییرات میزان احتمال لغزش و مصرف مجدد مواد مخدر، در آزمودنی « ه » در اثر درمان توسط تکنیک های توجه برگردانی 100

فهرست شکل ها

- شکل 2-1- مدل پیشگیری از بازگشت 37
- شکل 2-2- وسوسه ها در مدل پیشگیری از بازگشت 45
- شکل 2-3- مدل کامل پیشگیری از بازگشت 47
- شکل 2-4- مدل شناختی اختلال سوء مصرف مواد 48
- شکل 2-5- مدل شناختی پیشرفته سوء مصرف مواد 52
- شکل 2-6- مدل هوشیاری فراگیر انفصالی 64

فصل اول

کلیات پژوهش

1-1- بیان مسئله

2-1- ضرورت و اهمیت پژوهش

3-1- اهداف پژوهش

4-1- سوال ها و فرضیه های پژوهش

5-1- تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها

1-1- بیان مسئله

سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد مخدر¹ صرف نظر از اینکه آن را بیماری، آسیب روانی یا معضل اجتماعی بدانیم، پدیده ای است مزمن و عود کننده که با صدمات جسمی، مالی، خانوادگی و اجتماعی همراه است (مکری، 1378). سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد مخدر با دوره های بهبود و بازگشت² آن مشخص می گردد. اکثر افرادی که مصرف مواد را ترک می کنند دچار لغزش یا بازگشت می شوند و محتمل ترین زمان آن 90 روز پس از زمان شروع ترک است (ساندرز و السوپ³، 1987؛ وایلانت، 1983؛ مک کی و همکاران⁴، 1991؛ به نقل از بک، 1380؛ کاسویکس و همکاران⁵، 1991). تحقیقاتی که در داخل کشور صورت گرفته، رقم بازگشت به مصرف را معادل 80 تا 87 درصد ذکر کرده اند و در تحلیل های صورت گرفته بیشترین بازگشت مربوط به 6 ماه اول بوده است (صادقیه اهری و همکاران، 1383؛ صیادی اناری و همکاران، 1381).

اهمیت جلوگیری از بازگشت در افراد درمان شده مصرف مواد، به اندازه ای مهم تلقی شده که مدل فرانظریه ای⁶ پروچاسکا، دیکلمنتی و نورکراس در ارائه یک مدل پنج مرحله ای درمان سوء مصرف مواد، مرحله آخر را مرحله نگهداری⁷ می داند که در آن افراد کوشش می کنند به فرایندی که در مراحل تامل و اقدام آغاز کرده اند، ادامه دهند. در نتیجه نمی توان تصور کرد که هدف برنامه های درمانی مصرف مواد، گذشته از نقاط متفاوتی که هر کدام بر آن تاکید می کنند، تنها فراهم آوردن امکاناتی برای قطع مصرف مواد توسط درمانجو باشد. عدم مصرف مجدد مواد

¹ - Substance dependence and substance abuse

² - Relapse

³ - Saunders & Allsop

⁴ - Mackay

⁵ - Kasvikis

⁶ - Meta theoretical model

⁷ - Maintenance

با توجه به ماهیت مستعد به بازگشت به وابستگی دارویی امری بسیار حیاتی در طرح ریزی یک برنامه مناسب درمانی محسوب می شود (مارلات¹ و همکاران، 1999؛ هالیکاس²، 1997).

مارلات و گوردن³ (1985) با معرفی مدل شناختی رفتاری پیشگیری از بازگشت⁴ خدمت مهمی را به پیشینه علمی وابستگی به مصرف مواد کرده اند (بک، 1380). بر حسب این مدل، هنگامی که درمانجو در موقعیتی پر خطر قرار می گیرد در صورت فقدان پاسخ های مقابله ای مناسب احساس خودکارآمدی کاهش یافته و انتظارات مثبتی در زمینه اثرات مصرف مواد در موقعیت پر خطر شکل می گیرد که این وضعیت منجر به لغزش⁵ و سپس بازگشت می شود.

عده ای از پژوهش ها نشان داده اند که یک علت عمده بازگشت این است که این افراد نسبت به شرایط بیرونی و درونی که می تواند موجب وسوسه شوند و کنترل را از میان بر دارند، واکسینه نشده اند (تیفانی⁶، 1990؛ کارول و همکاران⁷، 1991).

با وجود توجه زیادی که به مفهوم وسوسه در سالهای اخیر شده است، اما هنوز به عنوان یک مفهوم ناشناخته و مبهم باقی مانده است. هالیکاس (1997) وسوسه را یک میل مفرط اجباری⁸ می داند که بر افکار و خلق مصرف کننده دارو اثر گذاشته و مزاحمت ایجاد می کند و او را مجبور به تغییر در رفتار خود می کند. این میل مفرط اجباری همچنین می تواند به عنوان یک تمایل بسیار قوی و فوری⁹ و یا یک تکانه مقاومت ناپذیر برای مصرف مواد توصیف شود.

¹ - Marlatt

² - Halikas

³ - Gordon

⁴ - Relapse Prevention Model

⁵ - Lapse

⁶ - Tiffany

⁷ - Carroll

⁸ - Compelling Urge

⁹ - Urgent and over powering desire

وسوسه ها و تمایلات غیر قابل کنترل، در طول درمان و بعد از آن به دلیل ماهیت رجعت کننده خود، عامل مهمی در عدم موفقیت درمان و بازگشت هستند و آموزش نحوه مقابله با وسوسه به بیمار یکی از اهداف مهم درمان است (انیس¹، 1986؛ کارول و همکاران، 1991؛ چایلدرس² و همکاران، 1990؛ کووی³ و همکاران، 1990؛ هوروث، 1988؛ شالمن⁴، 1989؛ تیفانی، 1990؛ واشتون⁵، 1988؛ به نقل از بک، 1380؛ وینستین⁶ و همکاران، 1998؛ آنتون و همکاران⁷، 1996؛ کوستن⁸، 1992؛ وگل سپروت⁹، 1995؛ به نقل از فرانکن¹⁰، 2003؛ دراموند¹¹، 2000؛ کیلن¹² و فورتمن¹³، 1997؛ مک کی، 1999؛ اوریت¹⁴، 1997؛ به نقل از رحمانیان و همکاران، 1385؛ تونتو¹⁵، 1999).

مواد مخدر ظرفیت این را دارند که تمام توجه، منابع و انرژی فرد را به سخره بگیرند و توجه فرد را منحصرآ متمرکز به بدست آوردن مقدار بعدی دارو به هر قیمتی نمایند (بتامسون و دیلتز، 1991؛ به نقل از بک، 1380). بررسی ها نشان داده اند که وسوسه توجه را در افراد وابسته به مواد مختل می کند (کپدا بنیتو¹⁶ و تیفانی، 1996؛ سایت¹⁷ و هوفورد¹⁸، 1994؛ سایت و همکاران، 1998؛ لای¹⁹ و واندنهایت¹، 1993؛ اورنستین و همکاران²، 2000؛ رحمانیان و

1 - Annis
2 - Childress
3 - Covi
4 - Shulman
5 - Washton
6 - Weinstein
7 - Anton, Moak
8 - Kosten
9 - Vogel sport
10 - Franken
11 - Drummond
12 - Killen
13 - Fortmann
14 - Everitt
15 - Toneato
16 - Cepeda Benito
17 - Sayette
18 - Hufford
19 - Lavey

همکاران، 1384). به طوری که سوگیری توجه³ به عنوان مولفه شناختی وسوسه در نظر گرفته می شود و یا ممکن است مسئول وسوسه باشد (واترز⁴ و فیرابند⁵، 2000؛ لانگ⁶ و همکاران، 1998؛ به نقل از رحمانیان و همکاران، 1385). بنابراین و با توجه به رابطه میان هیجان ها (وسوسه) و شناخت (سوگیری توجه) می توان گفت که حالات هیجانی می توانند تمرکز و توجه را تعدیل نموده و فرایندهای توجه نیز می توانند فرایندهای هیجانی را تعدیل نمایند، به طوری که سوگیری توجه نسبت به نشانه های مربوط به مواد، می تواند فرایند مصرف اجباری مواد را به دنبال داشته باشد و فرایند بازگشت را تعدیل کند (لوبمن⁷ و همکاران، 2000؛ فرانکن و همکاران، 2000).

با توجه به رابطه بین سوگیری توجه و وسوسه مصرف مواد، لزوم انجام مداخله در سطح توجه برای تعدیل وسوسه مصرف مواد ضروری می نماید. بک (1380) بر این باور است که می توان از تکنیک هایی شناختی و رفتاری از جمله؛ توجه برگردانی⁸، به منظور کمک به بیماران در کاهش دادن وسوسه های برانگیخته شده کمک کرد.

کلارک⁹ و تیزدل¹⁰ (1982؛ به نقل از هاوتون و کیس، 1376)، روش توجه برگردانی یا اجتناب شناختی را برای کنترل افکار و تصاویر ذهنی مزاحم پیشنهاد کرده اند. به طوری که این تکنیک ها به عنوان راهبردهایی شناختی برای مقابله با محرک های پر خطر مورد استفاده قرار می گیرند (کارول و همکاران، 1991). در باب استفاده از این تکنیک ها در درمان وابستگان به

¹ - Vanden hout

² - Ornstein

³ - Attention bias

⁴ - Waters

⁵ - Feyerabend

⁶ - Lang

⁷ - Lubman

⁸ - Distraction

⁹ - Clark

¹⁰ - Tisdell

مواد می توان گفت که اگر چه این تکنیک ها وسیله تطبیق دهنده ساده و کوتاه مدتی می باشند، اما در برقراری تاخیر بین شروع هوس ها و عمل جستجو نقش مهمی دارند. چنین تاخیری فرصتی را فراهم می سازد که بیمار به عواقب منفی مصرف دارو فکر کند و متوجه شود که اگر تسلیم نشود وسوسه از بین خواهد رفت (کارول و همکاران، 1991؛ هوروث، 1988).

با توجه به نقش روز افزونی که فرایند توجه و کنترل آن در تبیین اختلالات روانی و درمان آنها پیدا کرده است، مدل های جدید نظری تاکید ویژه ای را به آسیب شناسی توجه و شیوه های کنترل آن در درمان اختلالات مختلف، مبذول کرده اند. یکی از اثرگذارترین و مهمترین این مدل ها در سال های اخیر مدل عملکرد اجرایی خود تنظیمی¹ (ولز، 1994) بوده است. مدل عملکرد اجرایی خود تنظیمی عنوان می کند که همگی اختلالات می توانند در ارتباط با فعالیت الگوی ناکارآمد شناخت که نشانگان توجهی - شناختی² نامیده می شود، قرار بگیرند. نشانگان توجهی - شناختی الگویی از فعالیت پردازش راهبردی است که بوسیله دانش فراشناختی ذخیره شده در حافظه بلند مدت راه اندازی می شود (ولز، 2005). نشانگان توجهی - شناختی به دلیل تمرکز بر ارزیابی تهدید، شکست در فراهم آوردن اطلاعاتی که می توانند ارزیابی ها و باورهای اشتباه را اصلاح کنند، مسدود کردن راهی برای یافتن منابع توجهی به منظور ارائه پاسخ های سازگار، ایجاد سوگیری در پردازش های خودکار سطح پایین تر سیستم شناختی و در پی داشتن پیامدهای محیطی - بین فردی مشکل زا، به عنوان مشکلی در راه آرامش روانشناختی مورد توجه قرار گرفته است. این تحلیل نظری اشاره دارد به اینکه تعدیل شناختی در درمان نباید تنها بر چالش با اعتبار نگرانی و افکار منفی (آنچه در شناخت درمانی سنتی انجام می شود) بلکه باید بر تعدیل نشانگان توجهی شناختی نیز به طور مستقیم و با تغییر در سبک شناخت تمرکز کند. با

¹ - Self-Regulatory Executive Function Model: (S-REF)

² - Cognitive-attentional Syndrome: (CAS)

اهمیت ترین راهکار برای انجام این مهم ایجاد و توسعه حالتی از هوشیاری فراگیر انفصالی¹ است. ولز و متیوس (1994) هوشیاری فراگیر انفصالی را حالتی خوشایند برای بیماران تحت درمان روانشناختی و نقطه مقابل و ناسازگار با نشانگان توجهی - شناختی می دانند. به طور کلی هوشیاری فراگیر انفصالی به حالتی از آگاهی عینی از افکار و وقایع درونی بدون هیچ گونه پاسخ دهی تلاشگرانه ی شناختی (ارزیابی تاییدی، تحلیل مفهومی، تلاش برای کنترل یا سرکوب) و یارفتاری به آنها، اطلاق می شود. در این فرایند بیمار تشویق می شود تا پردازش ها و رفتار خود را از افکار و علائم مرضی جدا کند و فقط این اتفاقات را در طی زمان و به عنوان یک بیننده منفعل² مشاهده کند. هدف از کاربرد چنین تکنیک هایی می تواند تسهیل این موارد باشد: رشد شیوه فراشناختی، کنترل انعطاف پذیر بر انتخاب راهبردهای شناختی و رفتاری، رشد طرح های جدید برای تنظیم فعالیت عملکرد اجرایی خود تنظیمی، آزادسازی منابع برای پردازش های عدم تاییدی و اصلاح باورها و ممانعت از فعالیت نشانگان توجهی - شناختی در پاسخ به راه اندازها (ولز و متیوس، 1994؛ ولز، 2000؛ ولز، 2005).

در چهاچوب مدل عملکرد اجرایی خود تنظیمی، تکنیک های توجه برگردانی ممکن است توجه را از پردازش هیجان و تهدید دور کنند و بنابراین به طور موقت تجربه هیجانی را کاهش دهند. احتمال آن می رود که اثرات طولانی مدت توجه برگردانی وابسته به این موضوع باشد که آیا این تکنیک ها، کدگذاری اطلاعات جدیدی را که می توانند دانش ناسازگارانه (باورها و پردازش طرح ها) را اصلاح کنند، بلوکه می کند یا اینکه آن را تسهیل می کند. ولز (2000) بر این باور است که در حالی که راهبردهای توجهی، شدت برانگیختگی و یا هیجان را کاهش می دهند، معذالک نمی توانند همیشه اطلاعات واضحی را که می توانند باورهای منفی را رد کنند،

¹ - Detached Mindfulness

² - passive observer

در دسترس قرار دهند. آنها بر این باورند که تکنیک های توجه برگردانی، راهبردهایی انگیزشی هستند، و می توان آنها را به عنوان شکلی از مقابله هیجان مدار¹ مورد توجه قرار دهیم. در چنین شرایطی استفاده از راهبردهای توجهی و توجه برگردانی ممکن است مانع بازنگری باورهای منفی شوند. بنابراین بر اساس این تحلیل ممکن است استفاده از تکنیک های توجه برگردانی برای کاهش برانگیختگی و اصلاح باورها فقط در بعضی شرایط مفید باشد (ولز، 2000).

در این باره، مطالعاتی بر نمونه های غیر بالینی نشان داده اند که سرکوب افکار می تواند منجر به افزایش افکار مورد نظر شود (راسین و همکاران²، 1999؛ وگنرو همکاران³، 1987؛ به نقل از ولز، 2000). محققین دیگری از طریق به کارگیری الگوهای مبتنی بر روش سرکوبی، اثرات سرکوب افکار منحصر به فرد تر و هیجانی تر را جستجو کردند. با این حال اثرات اضدادی سرکوبی به طور ثابت آشکار نشده است (باخ و همکاران، 1991؛ پوردن⁴ و کلارک، 2000؛ به نقل از ولز، 2000) و نتایج کلی مطالعات مربوط به سرکوب افکار و سواسی مشابه نیستند (پوردن، 1999). بسیاری از این کارها در مرحله ابتدایی است و در آنها از نمونه های بالینی استفاده نشده و اثرات سرکوب در حین حالات خاص هیجانی مورد بررسی قرار نگرفته است.

پژوهش حاضر بر آن است که در قالب یک طرح تجربی تک موردی از نوع چند خط پایه ای به بررسی کارایی و اثر بخشی تکنیک های هوشیاری فراگیر انفصالی و توجه برگردانی در کاهش وسوسه مصرف مواد در بیماران وابسته به مواد مخدر بپردازد.

¹ - Emotion – focused coping

² - Rassin

³ - Wegner

⁴ - Purdon

2-1- ضرورت و اهمیت پژوهش

به طور کلی می توان گفت با توجه به اهمیت وسوسه در تداوم و وقوع بازگشت وابستگی به مصرف مواد و با توجه به وضعیت روانی این بیماران بعد از انجام مرحله سم زدایی و دوره پرهیز، آموزش تکنیک های ساده و متناسب با وضعیت این بیماران به منظور کنترل و کاهش وسوسه و باورهای مرتبط با مواد ضروری می نماید. در باب تاثیر گذاری تکنیک های توجه برگردانی بر وسوسه کار آزمایشی مشخصی در تحقیقات خارج از کشور انجام نشده است. در داخل کشور نیز انجام پژوهش ضعیف بوده است. از طرفی با ارائه مدل های جدید فراشناختی در تبیین و درمان اختلالات روانی و ارائه تکنیک های جامع تر برای کنترل توجه، اثربخشی تکنیک های سرکوب افکار و توجه برگردانی مورد سؤال قرار گرفته است. لذا پژوهش حاضر در قالب یک طرح تجربی تک موردی از نوع چند خط پایه ای به بررسی کارایی و اثر بخشی تکنیک های هوشیاری فراگیر انفصالی و توجه برگردانی در کاهش وسوسه مصرف مواد در بیماران وابسته به مواد مخدر پرداخته است.

3-1- اهداف پژوهش

دو هدف مهمی که این پژوهش دنبال کرده است عبارتند از:

1- مقایسه کارایی و اثربخشی تکنیک های هوشیاری فراگیر انفصالی و تکنیک های توجه

برگردانی در کاهش وسوسه مصرف مواد مخدر.

2- مقایسه کارایی و اثربخشی تکنیک های هوشیاری فراگیر انفصالی و تکنیک های توجه

برگردانی در کاهش احتمال لغزش و مصرف مجدد مواد مخدر.

1-4- فرضیه های پژوهش

1- تکنیک های هوشیاری فراگیر انفصالی در مقایسه با تکنیک های توجه برگردانی، در کاهش وسوسه مصرف مواد مخدر، دارای کارآیی و اثربخشی بیشتری می باشند.

2- تکنیک های هوشیاری فراگیر انفصالی در مقایسه با تکنیک های توجه برگردانی، در کاهش احتمال لغزش و مصرف مجدد مواد مخدر، دارای کارآیی و اثربخشی بیشتری می باشند.

1-5- تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها

1-5-1- وابستگی به مواد

1-5-1-1- **تعریف نظری:** در سال 1964 سازمان بهداشت جهانی به این نتیجه رسید که اصطلاح اعتیاد¹ دیگر اصطلاحی علمی نیست و به جای آن وابستگی دارویی² را توصیه کرد. اساسا در ارتباط با تعریف وابستگی از دو مفهوم استمداد شده است: وابستگی رفتاری و وابستگی جسمی. وابستگی رفتاری بر فعالیت های مواد جویی و قرائن وابسته به الگوی مصرف بیمار گونه تاکید کرده است، و وابستگی جسمی بر اثرات جسمی (فیزیولوژی) دوره های متعدد مصرف مواد تاکید نموده است (سادوک و سادوک، 1379).

کلمه اعتیاد یا وابستگی به مواد برای توصیف موارد زیر به کار می رود: 1- وابستگی روانی به ماده ای که رفتار دارو جویانه را موجب می گردد، 2- ناتوانی قطع مصرف دارو به علت وابستگی جسمی به دارو و تحمل پیدا کردن به اثرات آن 3- پسرفت سلامت جسمی و روانی در نتیجه سوء مصرف مستمر ماده. وابستگی به یک دارو ممکن است جسمی، روانی و یا مرکب باشد. وابستگی روانشناختی که عادت نیز نامیده می شود، با میل شدید و مستمر یا

¹ - Addiction

² - Drug dependence

متناوب برای مصرف دارو برای گریز از آثار خماری یا ناراحتی اطلاق می گردد. وابستگی جسمی با نیاز به مصرف ماده برای پیشگیری از وقوع سندرم ترک یا کناره گیری مشخص است (پورافکاری، 1380).

1-5-1-2- **تعریف عملیاتی:** منظور از بیمار وابسته به مواد در پژوهش حاضر فردی است که توسط روانپزشک و روانشناس بالینی مرکز و بر اساس ملاک های مطرح شده در فهرست تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی¹ (DSM-IV-R) تشخیص وابستگی به مواد مخدر را گرفته است.

1-5-2- وسوسه مصرف مواد

1-2-5-1- **تعریف نظری:** وسوسه به تمایل به مصرف مواد اطلاق می شود (یک، 1380). وسوسه به عنوان یک میل مفرط اجباری که بر افکار و خلق مصرف کننده دارو اثر گذاشته و مزاحمت ایجاد می کند و او را مجبور به تغییر در رفتار خود می کند. این میل مفرط اجباری همچنین به عنوان یک تمایل بسیار قوی و فوری و یا یک تکانه مقاومت ناپذیر برای مصرف مواد توصیف شده است. سازمان بهداشت جهانی وسوسه را به عنوان تمایل به تجربه تاثیرات یک ماده روانگردان قبلا مصرف شده می داند (هالیکاس، 1997).

1-2-5-2- **تعریف عملیاتی:** در این پژوهش وسوسه و میل به مصرف مواد نمره ای است که بیمار در طول جلسات در قسمت اول مقیاس پیش بینی از بازگشت² (رایت³، 1993) گرفته است.

¹ - Diagnostic and statistical manual of mental disorder

² -Relapse Prediction Scale: (RPS)

³ -Whrite

1-5-3- لغزش و مصرف مجدد مواد

1-3-5-1- **تعریف نظری:** مارلات بازگشت را پدیده ای فرایندی می داند و بر تمایز بازگشت از پدیده ای به نام لغزش¹ تاکید می کند. لغزش به مصرف مجدد مواد در دوره پرهیز اطلاق می شود که ممکن است به بازگشت منجر شود یا نشود (مارلات و همکاران، 1999).

1-3-5-2- **تعریف عملیاتی:** در این پژوهش احتمال لغزش و مصرف مجدد مواد نمره ای است که هر آزمودنی در طول جلسات در قسمت دوم مقیاس پیش بینی از بازگشت کسب کرده است..

1-5-4- هوشیاری فراگیر انفصالی

1-4-5-1- **تعریف نظری:** به طور کلی هوشیاری فراگیر انفصالی به حالتی از آگاهی عینی از افکار و وقایع درونی بدون هیچ گونه پاسخ دهی تلاشگرانه شناختی (ارزیابی تاییدی، تحلیل مفهومی، تلاش برای کنترل یا سرکوب) و یا رفتاری به آنها، اطلاق می شود. هوشیاری فراگیر انفصالی شامل مجموعه ای از تکنیک ها است که در آنها در حالی که آگاهی عینی نسبت به افکار حفظ می شود، باعث ایجاد گسستگی فراشناختی از آنها می گردند (ولز، 2005).

1-4-5-2- **تعریف عملیاتی:** در این پژوهش منظور از هوشیاری فراگیر انفصالی، نوعی درمان انفرادی است که در آن هشت تکنیک از مجموع ده تکنیک ایجاد کننده هوشیاری فراگیر انفصالی (ارائه شده توسط ولز، 2005) در طول هشت جلسه و هر تکنیک در طول یک جلسه یک ساعته به بیمار آموزش و تمرین داده شده است.

1-5-5- توجه برگردانی

1-5-5-1- **تعریف نظری:** توجه برگردانی اشاره به تسخیر غیرارادی توجه توسط امور و محرک های نا مربوط دارد، اما افراد از توجه برگردانی ارادی و فعال به عنوان راهبرد مقابله ای استفاده می

¹ - Lapse