

مقاله اصلی

مقایسه اثربخشی مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر کاهش علائم منفی مبتلایان سایکوز ناشی از مواد

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۱۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۳۰

خلاصه

مقدمه

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر کاهش علائم منفی مبتلایان سایکوز ناشی از مواد بود.

روش کار

روش این پژوهش نیمه آزمایشی و از طرح پیش-آزمون - پس-آزمون همراه با گروه کنترل سه گروهی بهره گرفته شده بود. جامعه آماری این پژوهش مبتلایان سایکوز ناشی از مواد شهر تهران می باشند. به منظور اطمینان بیشتر برای پژوهش حاضر، ۱۵ نفر در هر گروه انتخاب می شود. از جامعه آماری یاد شده به منظور انتخاب شرکت کنندگان افراد داوطلبی که دارای ملاک های ورود به پژوهش باشند انتخاب و پس از اجرای مرحله پیش آزمون در یک جلسه مشترک، به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری آزمایش ۱ (درمان ذهن آگاهی)، آزمایش ۲ (درمان شناختی- رفتاری) و گروه گواه جایگزین شدند. ابزار گردآوری اطلاعات مقیاس علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی توسط کی، فیزین و اوپلر (۱۹۸۶) و پروتکل درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی پروتکل درمان شناختی رفتاری بود.

نتایج

نشان می دهد که این متغیرها تاثیر معنی داری بر میانگین نمره علائم منفی دارد. یعنی میانگین نمره علائم منفی در گروه کنترل و آزمایش اول و دوم در مرحله پس آزمون پس از حذف اثرات پیشین تفاوت معنی داری با هم دارد.

نتیجه گیری

نتایج نشان داد که هر دو روش بر کاهش علائم منفی بیماران سایکوز ناشی از مواد تاثیرگذار هستند لذا می توان از این روش ها در جهت کاهش علائم منفی استفاده نمود.

کلمات کلیدی

مداخله شناختی ذهن آگاهی، سایکوز، درمان پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

سیامک رستمیان^۱

قاسم آهی^{۲*}

فاطمه شهابی زاده^۳

^۱ دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد

بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد

اسلامی، بیرجند، ایران

^۳ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند،

دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

Email: ghahi@gmail.com

مقدمه

الگوی سوء مصرف مواد در ایران در سال های اخیر بسیار تغییر کرده و از مواد افیونی سنتی (مثل تریاک) به موادی با اشکال جدیدتر (مانند کراک) و مواد صنعتی (مانند متامفتامین یا شیشه) تبدیل شده است. است (رستمیان و همکاران، ۱۳۹۸) در سه دهه اخیر مواد مخدر و روان گردان ها در سطح کشور به عنوان یک مساله اجتماعی، تنوع گسترده ای به خود گرفته به گونه ای که افراد در سنین، جنسیت، مشاغل، تحصیلات، مجرد و متأهل، شهری و روستایی، با طبقات اقتصادی و اجتماعی مختلف وارد این چرخه شده اند. در این راستا سیستم مواد مخدر و روان گردان ها با تغییر الگوی مصرف مواد، سعی در ایجاد تقاضا برای جذب مشتریان جدید داشته به گونه ای که با تقویت رویکرد جوان گزینی و پیر-گریزی به دنبال فلج نمودن جامعه از هر گونه پیشرفت و توسعه است. همزمان نیز در دو دهه اخیر در سطح جامعه جهانی نسبت به آنفتمین ها رویکرد های پیچیده ای رخ داده که در پاره ای از موارد، در کشور ایران نیز تاثیرات خود را به جای گذاشته است به طوری که: براساس نتایج شیوع شناسی - های صورت پذیرفته، مصرف ماده حشیش (ماری جوانا، علف، گل و گراس با میزان THC مختلف) در جمعیت عمومی ۱۵ تا ۶۴ سال کشور دومین الگوی ماده مصرفی با ۳۳۳/۵۳۳ نفر مصرف کنندگان مستمر مواد، در جمعیت دانش - آموزی دوره دوم متوسطه و هنرستان های کشور اولین ماده مصرفی، در جمعیت دانشجویی دانشگاه های دولتی کشور اولین ماده مصرفی و در جمعیت کارگری محیط - های صنعتی کشور سومین الگوی ماده مصرفی ارزیابی شده است. بر اساس نتایج کشفیات انواع مواد در نه ماه سال ۱۳۹۹، ماده حشیش با حدود ۸۳ تن به عنوان دومین ماده مکشوفه در کشور بوده که

دلالت بر تقاضای مصرف این ماده در سطح جامعه دارد. میانگین کشوری قیمت حشیش در نه ماهه سال ۱۳۹۹ معادل ۳/۵۰۰/۰۰۰ تومان بوده که به عنوان ارزان ترین ماده مصرفی در بین انواع مواد اعم از ماده محرک شیشه، هروئین، مرفین و تریاک در کشور بوده که شاخص های ارزان بودن و دسترسی نسبی، زمینه را برای مصرف این ماده در کشور فراهم خواهد نمود به گونه ای که بر اساس نتایج پژوهش، میانگین مصرف روزانه حشیش، گل و ماری جوانا در بین معتادان کشور حدود ۳ گرم و در بین سایر مصرف کنندگان حدود یک گرم در روز برآورد شده است. نتایج پژوهش اقتصاد مواد مخدر یک نگرش پویای سیستمی دلالت بر این واقعیت دارد که نوسانات سهم مصرف مواد سه گانه تریاک، ماده محرک شیشه و حشیش تا ایران ۱۴۰۴، دلالت بر رشد قابل توجه مصرف ماده حشیش در سطح کشور را خواهد داشت که جامعه می - بایست هزینه های ناشی از عوارض مصرف این ماده در ابعاد مختلف اعم از افزایش بیماری های روانی، تقویت پرخاشگری اجتماعی، مصرف مواد سنگین - تر مانند هروئین و ماده شیشه، کاهش بهره وری و بیکار شدن مصرف کنندگان، کاهش سرمایه های زیر بنایی به دلیل ارتکاب سایر جرائم، هزینه سایر آسیب - های اجتماعی مانند طلاق و را بپردازد. (صرامی، ۱۳۹۹)

یکی از بارزترین این عوارض، اختلال سایکوز ناشی از مصرف مواد است که باعث شده بخش قابل توجهی از تخت های بیمارستان های روان پزشکی کشور به این اختلال اختصاص یابد (شریعت فصیح پور، مولوی، ۲۰۱۳). واژه سایکوز از ترکیب دو کلمه یونانی "psyche" به معنای روان و "osis" به معنای وضعیت غیرطبیعی تشکیل شده است و به معنی وضعیت روانی غیرطبیعی است که حالت های مختلفی را دربر می گیرد ولی اصلی ترین ویژگی آن ها نوعی

اجتماعی بودن - عدم تمایل به ایجاد روابط و انحراف - عدم انگیزه و بی علاقتگی. تخریب و آندونی به عنوان نقص انگیزشی ناشی از نقص در پردازش پاداش دیده می شود. (هوسین و رویزر، ۲۰۱۸) پاداش عامل اصلی ایجاد انگیزه است و این مکانیزم بیشتر توسط دوپامین فعال می شود. گفته شده است که علائم منفی چند بعدی هستند و آنها را به دو زیر دامنه بی علاقتگی یا بی انگیزگی و کاهش بیان طبقه بندی کرده اند. (گالدیسی و همکاران، ۲۰۱۸) بی تفاوتی شامل آندونی و عقب نشینی اجتماعی است. گاهی اوقات با بیان کاهش یافته هم کلامی و هم غیر کلامی دیده می شود. بی تفاوتی حدود ۵۰ درصد از علائم منفی را پیدا می کند و در نتیجه عملکرد و کیفیت زندگی بعدی تأثیر می گذارد. بی علاقتگی به اختلال در پردازش شناختی موثر بر حافظه و برنامه ریزی از جمله رفتار هدفمند مربوط می شود. کمبود پریشانی - مربوط به کاهش تجربه افسردگی و اضطراب یکی دیگر از علائم منفی ذکر شده است. (تاتسومی و همکاران، ۲۰۲۰) غالباً بین علائم منفی که ذاتاً اسکیزوفرنی هستند و اصطلاحاً اولیه نامیده می شوند، تمایز قایل می شود. و علایمی که از علائم مثبت ناشی می شوند، از عوارض جانبی داروهای ضد روان پریشی، سو مصرف مواد و محرومیت اجتماعی - علائم منفی ثانویه نامیده می شوند. (کلاس و همکاران، ۲۰۱۸). علائم منفی کمتر به دارو پاسخ می دهند و درمان آن دشوار است. اما اگر به درستی ارزیابی شود، علائم منفی ثانویه قابل درمان هستند. در درمان این دو زیر دامنه نیاز به رویکردهای درمانی جداگانه را پیشنهاد کرده است (گالدیسی و همکاران، ۲۰۱۸). با توجه به پیامدهای منفی سایکوز ناشی از مواد ضرورت درمان آن احساس می شود. درمان های اختصاصی متفاوت اعتیاد مانند TC، NA و همچنین رواندرمانی هایی مانند BT، CBT، MBCT در درمان

قطع ارتباط با واقعیت است (سادوک، سادوک و روئیز، ۲۰۱۵). روان پریشی یا سایکوز به معنای وضعیت روانی غیرطبیعی است و اصطلاحی است که در روان پزشکی برای حالتی روانی به کار می رود که اغلب به صورت « از دست دادن تماس با واقعیت» توصیف می شود (قربانی و همکاران، ۱۳۹۷) سایکوزیکی از شایع ترین اختلالات روانی وخیم است و بیمارانی را در بر میگیرد که تظاهرات بالینی، پاسخ درمانی و سیر بیماری آنها یکسان نیست. بروز این تظاهرات در افراد مختلف در طول زمان متغیر است اما تأثیر بیماری همواره شدید و معمولاً دیرپا است (سادوک، سادوک و روئیز، ۲۰۱۵). این اختلال معمولاً قبل از ۲۵ سالگی شروع می شود، تا آخر عمر پایدار باقی می ماند و هیچ یک از طبقات اجتماعی از ابتلای آن مصون نیستند. کم توجهی و طرد اجتماعی که به دلیل نا آگاهی عمومی نسبت به اختلال گریبان گیر بیماران می شود. این بیماران و خانواده ایشان را در غالب موارد آزار می دهد. تشخیص سایکوز کاملاً مبتنی بر شرح حال و معاینه وضعیت روانی است و هیچ گونه روش بررسی آزمایشگاهی برای تشخیص آن وجود ندارد (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵). سایکوز ناشی از مواد دارای علایم اسکیزوفرنی میباشد که در اثر مصرف مواد ایجاد شده است. (۲۰۲۰) روان پریشی نوعی از اختلال روانی است که با تغییرات قابل توجهی در درک، افکار، خلق و خو و رفتار مشخص می شود. علائم از نظر علائم مثبت، منفی توصیف می شوند (سازمان ملی اطلاعات سلامت روان آمریکا، ۲۰۲۰). علائم منفی نقص پاسخهای عاطفی طبیعی یا سایر فرایندهای فکری است. پنج حوزه شناخته شده از علائم منفی عبارتند از: تأثیر ناخوشایند - نشان دادن عاطفه تخت یا احساسات کمی. آلرژی - فقر گفتاری؛ آندونی - ناتوانی در احساس لذت

لذا علاوه بر ترک مواد محرک بر کاهش میل به مصرف مواد نیز موثر است. (بهروزیان و همکاران، ۱۳۹۲).

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی رویکردی در روان درمانی است که از روش های درمان شناختی با شیوه های مراقبه ذهن آگاهی و استراتژی های روانشناختی مشابه استفاده می کند. در اصل این روش برای جلوگیری از عود است. تمرکز بر MDD و فرآیندهای شناختی، MBCT را از سایر روشهای درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی متمایز می کند. کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان مثال، برنامه ای کلی تر است که از تمرین ذهن آگاهی نیز استفاده می کند. (سلیگمن و همکاران، ۲۰۱۴). همانند CBT، درمان MBCT (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) بر کاهش علائم در روان پریشی موثر است و تاثیرات قابل ملاحظه ای در درمان روانپریشی دارد (رندل و همکاران، ۲۰۱۶)

ذهن آگاهی با بالا رفتن انگیزه افراد در لحظه حال از طریق فیزیکی مثل توجه به تنفس و بدن و توجه دادن آگاهی به اینجا و اکنون بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات اثر میگذارد. به عبارت دیگر، اگر افراد شناخت کافی در خصوص توانایی خود بیابند و موقعیتهای خود را به طور صحیح ارزیابی کنند، بهتر میتوانند انگیزه های موفقیت را در خود تقویت کنند. افرادی که مهارت خود آگاهی دارند، توانایی بیشتری جهت درک خواسته های دیگران دارند و به خوبی میتوانند فشار دیران را دریابند. با اکتساب این مهارت تغییرات چشمگیری در شاخصهای فردی و بین فردی ایجاد میشود، به نحوی که آنها به ادراک واقعیهایی نسبت به خود و جهان پیرامون دست میابند و در کنترل احساسات و رفتارها توانمند می شوند، همچنین در برقراری روابط مؤثر و عمیق و صادقانه با دیگران توفیق بیشتری میابند. (استکی و همکاران، ۱۳۹۹)

مروری سیستماتیک نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر

سایکوز ناشی از مواد میتوانند که البته با توجه به علائم روانپزشکی موثر از سایکوز، رواندرمانی های غیر اختصاصی اعتیاد بیشتر مد نظر قرار گرفته اند.

درمان شناختی رفتاری یک مداخله روانی-اجتماعی است که هدف آن بهبود سلامت روان است CBT. بر روی به چالش کشیدن و تغییر دادن تحریف های غیر مفید شناختی (مانند افکار، باورها و نگرش ها) و رفتارها، بهبود تنظیم عاطفی و توسعه استراتژی های مقابله شخصی است که حل مشکلات فعلی را هدف قرار می دهد. در اصل، برای درمان افسردگی طراحی شده بود، اما استفاده از آن گسترش یافته است و شامل درمان تعدادی از شرایط بهداشت روان است CBT. شامل تعدادی از روان درمانی های شناختی یا رفتاری است که آسیب شناسی های روانشناختی تعریف شده را با استفاده از تکنیک ها و استراتژی های مبتنی بر شواهد درمان می کند (دیوید و همکاران، ۲۰۱۸). رواندرمانی شناختی رفتاری در کاهش علائم منفی، عود و افزایش کیفیت زندگی موثر است (اوتناریو، ۲۰۱۸). در بزرگسالان نشان داده شده است که CBT در برنامه های درمان اختلالات اضطرابی، افسردگی، اختلالات شخصیتی، روان پریشی، اسکیزوفرنی و اختلالات مصرف مواد موثر است. (راتود و همکاران، ۲۰۱۸) درمان شناختی رفتاری بر مهارت های ارتباطی اثر معنادار دارد بر اساس یافته ها به نظر می رسد که با درمان های شناختی رفتاری می توان مهارت های ارتباطی را افزایش داد. (کاظمی نیا و فرهادی، ۱۳۹۹) همچنین بین میزان عود و درمان شناختی رفتاری رابطه وجود دارد. به نظر می رسد درمان شناختی- رفتاری به بیماران کمک می کند تا با حقیقت مصرف مواد مواجه شوند، از نتایج منفی مصرف آگاهی یابند و انگیزه ای قوی برای ادامه ی ترک داشته باشند

ذهن آگاهی با افزایش آگاهی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بر علائم منفی این بیماران تاثیر گذار باشد و سطح عملکرد روانی اجتماعی و آگاهی را در این بیماران افزایش دهد. همچنین هیچ یک از مطالعات بررسی شده در این بررسی سیستماتیک هیچ اثر مضری مربوط به اجرای آن را نشان نداده است. (کیودویلا و همکاران، ۲۰۲۰)

در واقع دو روش شناختی رفتاری و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم طیف اسکیزوفرنی موثر هستند. شناخت درمانی رفتاری یک رویکرد کوتاه مدت و متمرکز بر مشکلات با هدف آموزش مهارت های مختلف کنار آمدن به افرادی که اسکیزوفرنی دارند که به بیماران در مدیریت شرایط دشوار کمک میکند. این نوع درمان معمولاً به مدت یک ساعت در هفته و در طی ۱۲ تا ۱۶ هفته انجام می شود. در طول جلسات شناخت درمانی رفتاری، فرد با یک درمانگر کار می کند تا یاد بگیرد که چگونه افکار، احساسات و رفتارهای وی بر یکدیگر تاثیر می گذارد. به منظور تغییر احساسات ناخواسته یا رفتارهای مشکل ساز، درمانگر راهکارهایی را برای اصلاح افکار منفی و پاسخ متفاوت به آنها می آموزد. درمانگر به وی می آموزد که چگونه واقعیت افکار و ادراکات خود را آزمایش کند، هر صدایی را نادیده گرفته و علائم را مدیریت کند. درمان شناختی رفتاری همچنین می تواند به افراد مبتلا به اسکیزوفرنی کمک کند تا مهارت های اجتماعی و حل مسئله بهتری داشته باشند، از شدت علائم بکاهند و خطر عود را کاهش دهند. (موسسه ملی سلامت آمریکا، ۲۰۲۰) از سوی اخیراً، توجهات و تحقیقات روزافزونی در مورد اثرات مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در اختلالات طیف اسکیزوفرنی وجود دارد. این بررسی شواهد پژوهشی فعلی را در مورد اثربخشی این درمان برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی

بر نتایج متنوع بیمار طی دوره های مختلف پیگیری بررسی شده است. یافته های این بررسی ها نشان می دهد که تأثیرات دلگرم کننده MBCT برای این بیماران بر روی چندین نتیجه مهم بالینی مانند عملکرد روانی - اجتماعی، رفتارهای کاری، علائم روانپزشکی، افسردگی، پریشانی روانشناختی و عود وجود دارد. نرخ کاهش علائم منفی در کوتاه مدت یکی از مشاهدات بالینی تاثیر این مداخله می باشد، علاوه بر این، در پیگیری طولانی مدت (۱۲-۲۴ ماه) علائم مثبت نیط تحت تاثیر قرار رفته اند. علائم روان پریشی، بینش در مورد بیماری و پیشگیری از عود نی از دیگر دستاورد های این روش درمانی است. با این حال، هنوز شواهد کافی و قطعی برای اثبات این اثرات امیدوار کننده به دلیل ت محدود بودن تحقیقات و کیفیت نسبتاً رضایت بخش آزمایشات کنترل شده شناسایی شده در دهه های گذشته، در دست نیست. علاوه بر این، تعداد کمی از مطالعات طراحی دقیق یا با کیفیت بالا را تصویب کرده و نیمی از مطالعات عمدتاً دارای حجم نمونه کوچک (به عنوان مثال ۱۸-۴۴ نمونه) و تخلف در انتخاب، عملکرد، تشخیص و گزارش های سوگیری دار بوده است که یافته ها را تحت تاثیر قرار می دهد. نیمی از مطالعات بررسی شده محاسبه اندازه نمونه را ذکر نکرده اند. علاوه بر این، بیشترین پیشرفتهای چشمگیر در نتایج بیمار در دو یا سه مطالعه شناسایی شده است، که دارای اندازه نمونه نسبتاً بزرگتر و طراحی مطالعه با کیفیت بالاتر بودند. (لم و چین، ۲۰۱۶) لذا با توجه به ضعف تئوری و عملی در استفاده از پروتکل های روان درمانی در بیماران طیف اسکیزوفرنی، علی الخصوص بیماران سایکوز ناشی از مواد بررسی این موضوع مد نظر قرار رفته است.

روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه می باشد.

این پژوهش در زمره تحقیقات کمی است که هدفش ارزیابی و مقایسه اثربخشی دو مداخله درمانی بود. روش این پژوهش

نیمه آزمایشی همراه با پیگیری دو ماهه بود و از طرح پیش آزمون - پس آزمون همراه با گروه کنترل سه گروهی بهره گرفته شد. دیاگرام طرح تحقیق حاضر به صورت زیر می باشد:

گروه	انتخاب و جایگزینی	پیش آزمون	متغیر مستقل	پس آزمون	پیگیری
آزمایش اول	RE	T1	X ₁	T2	T3
آزمایش دوم	RE	T1	X ₂	T2	T3
کنترل	RC	T1	-----	T2	T3

منظور از T1 پیش آزمون و T2 پس آزمون و منظور از T3 انجام آزمون ها در دوره دو ماهه پیگیری است. در این پژوهش روش درمانی در دو سطح شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری و یک سطح عدم مداخله (گروه کنترل) به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شدند.

جامعه آماری: جامعه آماری مورد مطالعه شامل کلیه بیماران مبتلا به سایکوز ناشی از مواد بستری شده در بیمارستان رازی شهر تهران در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ است که در بیمارستان توسط روانپزشک معاینه و دارای پرونده روانپزشکی با تشخیص سایکوز ناشی از مواد هستند .

نمونه و روش نمونه گیری: در این تحقیق، حجم نمونه بر اساس جدول استیونس بر گرفته از کونت (سرمد و بازرگان و حجازی، ۱۳۸۴) جهت بررسی و مقایسه گروه ها توان آزمون حداقل ۸۰ درصد در نظر گرفته شد اندازه متوسط برابر نیم در نظر گرفته شد و با احتمال خطای ۰/۰۵ برای هر گروه ۱۴ نفر است، همچنین با توجه به حجم نمونه های مورد استفاده در پژوهشهای شبه آزمایشی مشابه (با در نظر گرفتن

میانگین حجم نمونه های سه پژوهش مشابه) و طبق پیشنهاد دلاور (۱۳۹۳) و به منظور اطمینان بیشتر برای پژوهش حاضر، ۱۵ نفر در هر گروه انتخاب می شود. از جامعه آماری یاد شده به منظور انتخاب شرکت کنندگان افراد داوطلبی که دارای ملاک های ورود به پژوهش باشند انتخاب و پس از اجرای مرحله پیش آزمون در یک جلسه مشترک، به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری آزمایش ۱ (درمان ذهن آگاهی)، آزمایش ۲ (درمان شناختی- رفتاری) و گروه گواه جایگزین می شوند. همچنین شرکت کنندگان هیچ گونه وجهی برای شرکت در پژوهش دریافت یا پرداخت نمی کنند و کلیه جلسات به صورت هفتگی در طی دوره ۲ ماهه ۸ جلسه ای (هر هفته یک جلسه برای گروه آزمایش ۱ و یک جلسه برای گروه آزمایش ۲) در مرکز کلینیک روانشناسی معنا برگزار می گردد، جلسات در روزهای جمعه در دو تایم صبح برای گروه ۱ و تایم بعد از ظهر برای گروه ۲ برگزار می شود و پس از اتمام دوره مداخله درمانی مجدداً یک جلسه با فاصله یک هفته از اتمام دوره برای اجرای پس آزمون برگزار می گردد و این پژوهش دارای دوره پیگیری نمی باشد .

ملاک های ورود به پژوهش شامل گذشتن حداقل ۳ ماه از زمان بستری در بیمارستان گذشته باشد، دامنه سنی ۳۵-۵۰ سال، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، بررسی تشخیص های افتراقی سایر اختلالات همچون اختلالات شخصیت، اختلال هذیانی و اسکیزوتایپال.

ملاکهای خروج شامل داشتن بیماری جسمی مثل دیابت، صرع و مشکلات کلیوی، نداشتن تشخیص مشابه از جمله اسکیزوتایپال، اختلال هذیانی، اختلال شخصیت، عدم توانایی یا رضایت برای شرکت در جلسات و نداشتن غیبت بیش از دو جلسه.

ابزار گردآوری اطلاعات: مقیاس علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنیتوسط کی، فیزین و اوپلر (۱۹۸۶)

پروتکل درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات	محتوای آموزشی جلسات
اول	هدایت خودکار: خوردن یک کشمش با آگاهی، مراقبه و آرسی بدن
دوم	سر و کار داشتن با موانع: مراقبه و آرسی بدن، ده دقیقه تنفس ذهن آگاهانه، تمرین های افکار و احساسات
سوم	ذهن آگاهی تنفس (و بدن در حرکت)، مشخص کردن تقویم تجارب خوشایند، تمایز فکر از واقعیت باقی ماندن در زمان حاضر: ذهن آگاهی پنج دقیقه ای مشاهده کردن یا شنیدن، راه رفتن ذهن آگاهانه، تقویم تجارب خوشایند
چهارم	پذیرفتن و اجازه دادن، مراقبه ی نشستن، آگاهی از تنفس و بدن، بررسی افکار و پیش بینی های قبلی
پنجم	افکار واقعیت نیستند: مراقبه ی نشستن، آگاهی از تنفس و بدن، تمایز فکر از واقعیت، تمرین خلق ها، افکار و دیدگاه های جایگزین
ششم	چگونه بهترین مراقبت را از خود به عمل آورم؟ فعالیت های ارتقا دهنده: مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و هیجانها
هفتم	راه حل آفرینی سازنده، تحریف های شناختی، مراقبه ی و آرسی بدن، آگاهی از تنفس
هشتم	بررسی چیزهایی بسیار ارزشمند زندگی فردو تمرین در درکسب و نگهداری آنها، مراقبه ی نشستن، آگاهی از تنفس، بدن
	استفاده از آن چیزی که یاد گرفته شده برای بکارگیری در آینده: مراقبه و آرسی بدن، مراقبه نهایی، مرور کل دوره

پروتکل شناختی رفتاری

جلسه	توصیف
جلسه ۱	معرفی و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و درمانگر، آشنا شدن اعضای گروه با قوانین و مقررات گروه، پاسخ به سوالات یا ابهامات احتمالی اعضای گروه، تشریح هدف و ضرورت جلسات از سوی درمانگر

- آموزش بیماران در زمینه ماهیت بیماری، آشنا نمودن بیماران با مدل های نظری موجود در زمینه جنبه های روانشناختی درد- پرتو درمانی و ارتباط آن با خلق افسرده و افسردگی، آموزش فعال سازی رفتاری، دادن تکلیف هفتگی (داشتن برنامه روزانه) **جلسه ۲**
- بررسی تکلیف هفتگی، ارائه بازخورد، پاسخ به سوالات و ابهامات احتمالی، آشنا نمودن اعضاء با مدل مفهومی درمان شناختی - رفتاری کلاسیک، دادن تکلیف هفتگی. **جلسه ۳**
- بررسی تکلیف هفتگی، ارائه بازخورد، پاسخ به سوالات و ابهامات احتمالی، بررسی نقش هیجانها در تجربه درد، تاثیر افکار و هیجانها منفی بر تشدید افسردگی و کاهش فعالیت ها، شناخت افکار منفی، ارائه تکلیف هفتگی (ثبت افکار و به چالش کشیدن آنها). **جلسه ۴**
- بررسی تکلیف هفتگی، ارائه بازخورد، پاسخ به سوالات و ابهامات احتمالی، آشنا نمودن اعضاء با فنون مدیریت هیجان های منفی، یادگیری و مدیریت مقابله با افکار و هیجانها منفی، مهارت حل مساله، ارائه تمرین هفتگی (مقابله با افکار منفی). **جلسه ۵**
- بررسی تکلیف هفتگی، ارائه بازخورد، پاسخ به سوالات و ابهامات احتمالی، شناسایی خطاهای تفکر، نقش شناختها در تجربه احساس منفی، ارائه تمرین هفتگی **جلسه ۶**
- بررسی تکلیف هفتگی، ارائه بازخورد، پاسخ به سوالات و ابهامات احتمالی، آموزش خطاهای شناختی، آموزش روش کشف خطاهای شناختی، آموزش فنون بازسازی شناختی، ارائه تمرین هفتگی **جلسه ۷**
- بررسی تکلیف هفتگی، ارائه بازخورد، پاسخ به سوالات و ابهامات احتمالی، مقابله با استرس، آموزش آرام سازی و تصویرسازی ذهنی خوشایند، سبک زندگی بررسی دستاوردهای دوره از دید شرکت کنندگان و اهمیت پیشگیری **جلسه ۸** از عود

نتایج

۰/۰۵ کمتر بوده و نشان می دهد که این متغیر تاثیر معنی داری بر میانگین نمره علائم منفی دارد. یعنی میانگین نمره علائم منفی در گروه کنترل و آزمایش اول و دوم در مرحله پس آزمون پس از حذف اثرات پیشین تفاوت معنی داری با هم دارد.

جدول زیر برای تفسیر نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره بوده و معنی داری یا عدم معنی داری تاثیر متغیر مستقل (گروه) را نشان می دهد. در این جدول سطح معنی داری متغیر گروه برای علائم منفی ۰/۰۰۰ گزارش شده است که از

جدول ۱. تحلیل کواریانس و خطی بودن اثر گروه های آموزشی

اثر	مجذور مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
مدل تصحیح شده	۳۷۳۹/۳۸۷	۳	۱۲۴۶/۴۶۲	۳۷۴/۰۸۶	۰/۰۰۰	۰/۹۶۵
اثر ثابت	۱۶/۳۰۹	۱	۱۶/۳۰۹	۴/۸۹۵	۰/۰۳۳	۰/۱۰۷

پیش‌آزمون	۱۱/۲۵۴	۱	۱۱/۲۵۴	۰/۰۷۳	۰/۰۷۶
گروه	۳۲۵۹/۱۵۶	۲	۱۶۲۹/۵۷۸	۰/۰۰۰	۰/۹۶۰
خطا	۱۳۶/۶۱۳	۴۱	۳/۳۳۲		
کل	۲۱۲۸۱	۴۵			
مدل تصحیح شده کلی	۳۸۷۶	۴۴			

به منظور تعیین اثر گروه و یافتن محل اختلاف بین میانگین‌ها در سه گروه مورد نظر از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر آمده است. مواردی که با علامت * مشخص شده اند از نظر آماری در سطح خطای ۰/۰۵ اختلاف معنی داری با یکدیگر دارند.

جدول ۲. آزمون تعقیبی بونفرونی برای تعیین اثرات بین گروهی برای متغیر علائم منفی

اختلاف میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی داری
آزمایش اول	آزمایش دوم	۳/۰۸۳*
(CBT)	کنترل	۲۱/۱۵۶*
آزمایش دوم	آزمایش اول	۳/۰۸۳*
(MBCT)	کنترل	۱۸/۰۷۳*
کنترل	آزمایش اول	۲۱/۱۵۶*
	آزمایش دوم	۱۸/۰۷۳*

نتیجه‌گیری

میانگین نمره علائم منفی در گروه کنترل و آزمایش اول و دوم در مرحله پس‌آزمون پس از حذف اثرات پیشین تفاوت معنی داری با هم دارد. به منظور تعیین اثر گروه و یافتن محل اختلاف بین میانگین‌ها در سه گروه مورد نظر از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد

با توجه به ازمون‌های صورت گرفته و نتایج اعلامی سطح معنی داری متغیر گروه برای علائم منفی ۰/۰۰۰ گزارش شده است که از ۰/۰۵ کمتر بوده و نشان می‌دهد که این متغیر تاثیر معنی داری بر میانگین نمره علائم منفی دارد. یعنی

که نتایج نشان دهنده این بود که در هر سه گروه بین حالت پیش از مومن و پس از مومن نظر آماری در سطح خطای ۰/۰۵ اختلاف معنی داری وجود دارد.

میتوان گفت آموزش ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری از این نظر که توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات فیزیکی و روانی بیشتر میکند و آموزش آن باعث نظم بخشی به احساسات روانی و جسمانی می شود، به واضح دیدن و پذیرش هیجانها و پدیده های فیزیکی، همان طور که اتفاق می افتند، کمک میکند (براون و ریان، ۲۰۰۳) بنابراین این درمان میتواند در افزایش سلامت عمومی معنادان که فاقد چنین نظم بخشی در امور خود هستند، نقش مهمی داشته باشد.

خلاصه میتوان گفت که از جمله درمانهای مؤثر جهت درمان اختلالات مصرف مواد درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری است که با هدف آموزش فرایندهای مؤثر یادگیری بهبود موانع انگیزشی و طیف وسیع دیگری از مداخلات به افراد وابسته به مصرف مواد، کمک مینماید و به این

ترتیب میتواند باعث شود که فرد خود درمانجو تواناییهای خود را بشناسد، با استرسهای زندگی مقابله کند از نظر شغلی و تحصیلی مفید و سازنده باشد و به عنوان عضوی از جامعه با دیگران همکاری و مشارکت کند (کرمی و همکاران، ۱۳۸۵). از جنبه های مهم درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در گروه معنادان خود درمانجو، این است که این گروه از افراد یاد میگیرند با هیجانها و افکار منفی مقابله نموده، حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند (بولمایجر و همکاران، ۲۰۱۰) و نکته مهم دیگر این که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بازنمایی ذهنی اشیای موجود در زندگی این افراد میشود که از کنترل بلافاصله آنها خارج است و این امر از طریق تنفس عمیق و فکر کردن آموزش داده می شود (کابات زین و همکاران، ۱۹۹۰). بنابراین آموزش ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری میتواند با وجود چنین تکنیک های مثبتی نقش مهمی در بهبود علائم منفی داشته باشد.

منابع

- حمید صرامی. (۱۳۹۹). تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری. فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی. ۱۴-۱: ۵۸-۶۶.
- رستمیان، طباطبایی، دانایی کوشا. (۲۰۲۱). مقایسه کارکردهای شناختی والدین بیماران سایکوز ناشی از مواد با والدین افراد سالم. فصلنامه روان شناسی تحلیلی شناختی. ۱۲(۴۶)، ۱۴۹-۱۶۰.
- میرحسامی، شریف (۱۳۸۸). بررسی نقش خانواده در گرایش جوانان و نوجوانان به اعتیاد، پایان نامه کارشناسی. دانشگاه پیام نور. با اقتباس از: فرچاد- دکتر محمدحسین- آسیب شناسی اجتماعی و جامعه شناسی انحرافات- نشر معلم- سال ۱۳۸۵ و دکتر نادعلی- شناخت و درمان اعتیاد- نشر ادب- سال ۱۳۸۲.
- نصیری تاکامی، غلامرضا. نجفی، محمود. طالع پسند، سیاوش. (۱۳۹۸) مقایسه اثربخشی رواندرمانی مثبت نگر و درمان شناختی رفتاری بر بهزیستی روانشناختی و افسردگی در نوجوانان با علائم افسردگی. پژوهشهای مشاوره، ۱۸(۷۰)، ۱۰۵-۱۲۹.

- Brown TA, Barlow DH, Liebowitz MR. The empirical basis of generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 1994, 151: 1272-1280.
- Chien, W. T., Bressington, D., Yip, A., & Karatzias, T. (2017). An international multi-site, randomized controlled trial of a mindfulness-based psychoeducation group programme for people with schizophrenia. *Psychological medicine*, 47(12), 2081-2096.
- Randal, C., Bucci, S., Morera, T., Barrett, M., & Pratt, D. (2016). Mindfulness - based cognitive therapy for psychosis: Measuring psychological change using repertory grids. *Clinical psychology & psychotherapy*, 23(6), 496-508.
- Seligman & Reichenberg, Linda & Lourie (2014). *Theories of Counseling and Psychotherapy*. New Jersey: Pearson Prentice Hall. pp. 354-356.
- Wang, S. B., Wang, Y. Y., Zhang, Q. E., Wu, S. L., Ng, C. H., Ungvari, G. S.,... & Xiang, Y. T. (2018). Cognitive behavioral therapy for post-stroke depression: a meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 235, 589-596.
- Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ (March 2009). "Psychiatric comorbidities and schizophrenia". *Schizophrenia Bulletin*. 35(2): 383-402.
- Rathod S, Phiri P, Kingdon D (September 2010). "Cognitive behavioral therapy for schizophrenia". *The Psychiatric Clinics of North America*. 33 (3): 527-36.
- Klaus F, Kaiser S, Kirschner M (June 2018). "[Negative Symptoms in Schizophrenia - an Overview]". *Therapeutische Umschau*. 75 (1): 51-56.
- Galderisi S, Mucci A, Buchanan RW, Arango C (August 2018). "Negative symptoms of schizophrenia: new developments and unanswered research questions". *The Lancet. Psychiatry*. 5 (8): 664-677.
- Tatsumi K, Kirkpatrick B, Strauss GP, Opler M (April 2020). "The brief negative symptom scale in translation: A review of psychometric properties and beyond". *European Neuropsychopharmacology*. 33: 36-44.

Original Article

Comparing the effectiveness of cognitive intervention based on mindfulness and cognitive behavioral therapy on reducing the negative symptoms of substance-induced psychosis patients

Received 01/07/2021 - Accepted: 20/06/2023

Siyamak Rostamian¹
Ghasem Ahi^{2*}
Fatemeh Shahabizadeh³

¹ PhD student in psychology, Islamic Azad University, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

³ Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

Email: ghahi@gmail.com

Abstract

Introduction

The purpose of this study was to compare the effectiveness of cognitive intervention based on mindfulness and cognitive behavioral therapy on reducing the negative symptoms of substance-induced psychosis patients.

Material and Method

The method of this research was semi-experimental and the pre-test-post-test design was used along with the control group of three groups. In order to be more sure for the current research, 15 people are selected in each group. From the mentioned statistical population, in order to select the participants, volunteers who have the criteria to enter the research were selected and after the pre-test stage in a common meeting, they were randomly divided into three groups of 15 people for experiment 1 (mindfulness therapy), experiment 2 (cognitive-behavioral therapy) and the control group were replaced. The tool for collecting information was the scale of positive and negative symptoms of schizophrenia by Kay, Fisbein and Oppler (1986) and the protocol of cognitive therapy based on mindfulness was the protocol of cognitive behavioral therapy.

Results

It shows that these variables have a significant effect on the average score of negative symptoms. That is, the average score of negative symptoms in the control group and the first and second tests in the post-test phase after removing the previous effects has a significant difference.

Conclusion: The results showed that both methods are effective in reducing the negative symptoms of drug-induced psychosis patients, so these methods can be used to reduce negative symptoms.

Key words

Cognitive intervention of mindfulness, psychosis, treatment

Acknowledgement: There is no conflict of interest