

اثر بخشی مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی (MBRP) در پیشگیری از بازگشت و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای در افراد وابسته به مواد افیونی

علی فرنام^۱، احمد برجعلی^۲، فرامرز سهرابی^۳، محمدرضا فلسفی نژاد^۴

تاریخ پذیرش: ۹۳/۷/۳۰

تاریخ وصول: ۹۳/۲/۱۶

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی (MBRP) در پیشگیری از بازگشت و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای در افراد وابسته به مواد افیونی انجام شده است.

روش: در یک طرح شبه آزمایشی ۲۴ نفر مراجع با تشخیص اختلال سوء مصرف مواد افیونی که دوره سم‌زدایی را با موفقیت به پایان رسانده بودند، با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای در دو گروه آزمایشی و گواه (هر گروه ۱۲ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمایشی به مدت هشت هفته و هر هفته یک جلسه گروهی تحت آموزش قرار گرفتند و گروه گواه در طول این مدت هیچ درمانی دریافت نکردند. آزمودنی‌های پژوهش توسط پرسشنامه مهارت‌های مقابله‌ای با سوء مصرف الکل (که برای سوء مصرف مواد نیز کارایی بالایی دارد) و نیز آزمایش مورفین پیش از شروع درمان، تصادفی در طی

۱. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران (نویسنده مسئول) Farnam @ped.usb.ac.ir

۲. دانشیار، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران Borjali@atu.ac.ir

۳. دانشیار، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران Asmar567@yahoo.com

۴. استادیار، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران Falsafinejad@yahoo.co.uk

درمان، پس از درمان و پس از اتمام مرحله پیگیری سه ماهه، مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های تجزیه و تحلیل کواریانس چند متغیری (MANCOVA)، تجزیه و تحلیل کواریانس تک متغیری (ANCOVA) و خی دو استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون‌های تجزیه و تحلیل کواریانس چند متغیری و تجزیه و تحلیل کواریانس تک متغیری نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در افزایش مهارت‌های مقابله‌ای در مرحله پس آزمون و پیگیری وجود دارد. همچنین نتایج آزمون خی دو نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین فراوانی بازگشت در دو گروه وجود دارد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که آموزش مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن‌آگاهی (MBRP) در پیشگیری از بازگشت به اعتیاد و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر است.

واژگان کلیدی: پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن‌آگاهی (MBRP)، مهارت‌های مقابله‌ای، پیشگیری از بازگشت، وابستگی به مواد.

مقدمه

اعتیاد به عنوان یکی از بحران‌های چهارگانه قرن بیست و یکم همه جوامع را درگیر کرده است. سوء مصرف مواد و وابستگی و اعتیاد به آن اختلالی پیچیده است که با علل و آثار زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی همراه می‌باشد. در هم پیچیدگی عوامل زیستی، روانی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی این گرفتاری و معضل را به یکی از پیچیده‌ترین مشکلات فردی، خانوادگی و اجتماعی تبدیل نموده است. امروزه اعتیاد یک مشکل سلامتی و بهداشت عمومی در سرتاسر جهان و در تمام کشورها محسوب می‌شود (باتوین و همکاران، ۲۰۰۱). به ندرت کشوری را در روی کره زمین می‌توان پیدا کرد که با مشکل سوء مصرف مواد تغییر دهنده خلق و خو و رفتار درگیر نباشد.

طبق یک مطالعه همه گیرشناسی که با همکاری دفتر کنترل مواد مخدر سازمان ملل (UNDCP) در سال‌های ۱۹۹۸ و ۱۹۹۹ انجام شد، بیش تر معتادین (۶۸ درصد) ۲۰ تا ۴۰

ساله بودند و میانگین شروع ۲۲/۲ سال بود. در حال حاضر با توجه به نرخ رشد سالانه اعتیاد (۸ درصد) و رشد جمعیت (۳ درصد)، تعداد مصرف کنندگان مواد افیونی بویژه تریاک، هرویین، شیره و مرفین ۶ میلیون نفر برآورد می‌شود (رحیمی موقر، و همکاران، ۱۳۸۱؛ پورجعفر، ۱۳۸۶).

آثار و نتایج منفی، زیانبار و مخرب فردی، خانوادگی، اجتماعی، اخلاقی، معنوی و فرهنگی سوء مصرف، وابستگی و اعتیاد به مواد سبب شده است تا افراد معتاد و خانواده‌های آنان و مسئولان جامعه برای پیشگیری، ترک و جلوگیری از بازگشت اقدام کنند و از افراد متخصص مثل روان‌پزشکان، روان‌شناسان، مشاوران و مددکاران اجتماعی یاری بخواهند. در سال‌های اخیر در کشورهای پیشرفته متخصصان بهداشت روانی و مؤسسات آموزشی و درمانی نظریه‌ها، مدل‌ها، روش‌ها، راهکارها و فنون مختلفی را در پیشگیری و درمان اعتیاد و پیشگیری از بازگشت پس از ترک اعتیاد ابداع، آزمایش و تجربه کرده‌اند. با وجود این، هنوز شیوه درمان قطعی برای آن یافت نشده است. حتی پس از آن که فرد وابسته، مصرف مواد مخدر را برای مدتی طولانی قطع نماید، نیز نمی‌توان امیدوار بود که مصرف مواد را از سر نگیرد.

ویتکیویتز، مارلات و واکر^۱ (۲۰۰۵) با ترکیب تحقیقات بیش از دو دهه بر پیشگیری از بازگشت به عنوان درمان وابستگی به مواد با فنون موجود بر پایه ذهن آگاهی (کابات-زین، ۱۹۹۰^۲؛ سگال، ویلیامز و تیزدل^۳، ۲۰۰۲)، مداخله «جدید» شناختی رفتاری را برای اختلال‌های مصرف مواد با نام پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی^۴ (MBRP) پیشنهاد کردند. بنا بر این MBRP، درمان رفتاری جدیدی است که فنون پیشگیری از بازگشت شناختی رفتاری سنتی را (RP^۵، مارلات و گوردون^۶، ۱۹۸۵) با مراقبه ذهن آگاهی برای درمان اختلالات مصرف مواد

1. Witkiewitz, K., Marlatt, G., & Walker, D.

2. Kabat-Zinn, J.

3. Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J.

4. Mindfulness Based Relapse Prevention (MBRP)

5. relapse prevention

6. Marlatt, G., & Gordon, J.

ترکیب می‌کند. از این تلفیق به عنوان موج سوم رفتاردرمانی یاد می‌کنند (هایز، لوما و بوند^۱، ۲۰۰۶).

پایه‌های نظری و چارچوب مفهومی این پژوهش برگرفته از مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی آلن مارلات می‌باشد. اساس و چارچوب نظری مارلات آن است که افزایش خودآگاهی از طریق مراقبه ذهن آگاهی مهارت‌های مقابله‌ای را بهبود می‌بخشد. افراد وابسته به مواد می‌توانند به گونه‌ای آموزش ببینند که علایم هشدار دهنده میل را خیلی زودتر تشخیص دهند. بنا بر این مراقبه روش جدیدی از پاسخ را تأیید می‌کند که متفکرانه‌تر و اثربخش‌تر نسبت به نشانه‌ها یا محرک‌هایی است که پیشگیری از بازگشت را تشویق می‌کند (مارلات و چاولا^۲، ۲۰۰۷).

تاریخچه پیشگیری از بازگشت اعتیاد به اواسط دهه ۱۹۷۰ بر می‌گردد. در طی این سال‌ها عده‌ای به رواج استراتژیهای پیشگیری علاقمند شدند (دیوپونت^۳، ۱۹۷۹، به نقل از بهاری، ۱۳۸۸). بررسی‌ها نشان می‌دهند ۲۰ تا ۹۰ درصد معتادانی که تحت درمان قرار می‌گیرند، دچار بازگشت^۴ می‌شوند. مرور مطالعات گذشته نشان می‌دهد، اثربخشی درمان‌های نگهدارنده دارویی، بدون مداخله‌های روانی اجتماعی، به علت اطاعت دارویی^۵ پایین و میزان بالای ریزش^۶ ضعیف می‌باشد (روزن^۷ و همکاران، ۲۰۰۶).

تحقیق بر مراقبه متعالی^۸ (TM)، مراقبه ذهن آگاهی، مراقبه ویپاسانا^۹، یوگا و سایر فنون مراقبه‌ای بهبودهای معناداری را در توان بخشی نوجوانان و زندانیان الکلی گزارش کرده‌اند (ویتکیویتز، مارلات و واکر، ۲۰۰۵). کاهش فشار روانی بوسیله مراقبه ممکن است عامل

1. Hayes, S., Luoma, J. B., & Bond, F.

2. Marlatt, G., & Chawla, N.

3. DuPont, R.L.

4. relapse

5. compliance

6. dropout

7. Roizen, H. G., et al.

8. Transcendental Meditation (TM)

9. Vipassana meditation

عمده‌ای در پیشگیری از بازگشت باشد (هاو کینز^۱، ۲۰۰۳). در اوایل ۱۹۷۵، مراقبه در کاهش فشار روانی در سیستم عصبی پاراسمپاتیک مفید تشخیص داده شد (بنسن^۲، ۱۹۷۵).

مطالعات جدیدتر بر مراقبه ذهن آگاهی، رویکرد اصلی کابات-زین (۱۹۹۰) را برای درمان سوء مصرف مواد و نیز افسردگی، اضطراب و درد به کار برده‌اند. مکانیزم شناختی چگونگی انجام این کارها با پیشگیری از بازگشت و نیز فواید طولانی مدت مراقبه ناشناخته باقی مانده است (ویتکیویتز، مارلات و واکر، ۲۰۰۵).

عناصر مراقبه ذهن آگاهی شامل واری بدن^۳، یا فن آگاهی از بدن، شامل یکسری از تغییرات عمدی می‌باشد که در آغاز بر کل بدن و سپس بر هر بخشی از بدن در یک شیوه بدون داوری متمرکز می‌شود. فراگیران برای مشاهده هیجانات، شناخت و اتفاق‌های بیرونی در ضمن بر گشت آگاهی از تنفس آموزش می‌بینند. تمرین‌های رسمی ذهن آگاهی نیز شامل مراقبه قدم زنی می‌باشد. از نظر کابات-زین هدف ذهن آگاهی حالتی تغییر یافته از هوشیاری نیست بلکه حالتی از خود مشاهده‌گری بدون ارزیابی یا در لحظه بودن است (کابات-زین، ۱۹۹۰).

روش ذهن آگاهی، به علت ساز و کارهای نهفته در آن، مانند: پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی^۴ در تلفیق با فنون رفتاردرمانی شناختی سنتی، به علت تأثیر بر این فرآیندها، می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از ترک، اثربخشی درمان را افزایش داده و به پیشگیری از بازگشت مصرف مواد کمک نماید (بریسلین، زاگ و مک ماین^۵، ۲۰۰۲؛ ویتکیویتز، مارلات و واکر، ۲۰۰۵؛ مارلات و همکاران، ۲۰۰۸).

به عقیده ویتکیویتز و مارلات (۲۰۰۴)، تعدادی عوامل تعیین کننده بازگشت وجود دارد که عبارتند از: خود-کارآمدی؛ یعنی درجه‌ای که در آن فرد احساس اطمینان و توانایی انجام

-
1. Hawkins, M.
 2. Benson, H.
 3. Body Scan
 4. lets go
 5. Breslin, F. C., Zack, M., & McMain, S.

رفتار معینی را دارد، انتظارات پیامد؛ یعنی این که چگونه فرد اعتیاد را به طور ذهنی تجربه می‌کند، اشتیاق به عنوان پیش بین بی اثر بازگشت، انگیزش به عنوان عاملی قوی در پیشگیری از بازگشت، مهارت های مقابله‌ای؛ حالت های هیجانی نظیر اضطراب و افسردگی؛ و حمایت میان فردی یا اجتماعی.

مهارت های مقابله‌ای شامل انواع مختلفی از کاهش فشار روانی، آرمیدگی، و فنون اجتناب از وسوسه، و همچنین سایر فنون شناختی و رفتاری می‌باشد. قابلیت مهارت‌های مقابله‌ای، یا دانش اجرایی پس از سم زدایی یا توان بخشی، پیش بین معنادار نتیجه خواهد بود (لیت، کدن، کونی، و کیلا،^۱ ۲۰۰۳). گسپ، ستوارت، براونی، و مارسدن^۲ (۲۰۰۲) دریافتند که بیمارانی که بیشتر راهبردهای مقابله‌ای شناختی را بکار بردند بازگشت کمتری داشته‌اند. چانگ، لانن بوچر، لابیوی، پاندینا و موس^۳ (۲۰۰۱) ثابت کردند که مراقبه و تمرین‌های تنفس عمیق پیش بین کاهش مصرف الکل و مواد بوده و مشکلات میان فردی و روانی را کاهش می‌داد. نه تنها دسترس پذیری سازوکارهای مقابله‌ای ضروری است، بلکه توان کاربرد این مهارت‌ها تعیین می‌کند که آیا تغییری اتفاق خواهد افتاد یا خیر (مارلات و گوردون، ۱۹۸۵). خودگردانی توانایی نظارت و تغییر رفتار فرد مرتبط با سوء مصرف مواد است که مهارت‌های مقابله‌ای در افزایش آن نقش اساسی دارد (براون، میلر، و لاوندسکی^۴، ۱۹۹۹؛ ویتکیویتز و بوئن، ۲۰۱۰).

موقعیت استراتژیک ایران و قرار گرفتن آن در کنار کشور افغانستان که از تولید کنندگان عمده مواد مخدر بوده و از طرفی مسئله ترانزیت و عبور مواد مخدر به جهت ویژگی‌های خاص منطقه‌ای از کشور ما یک مسیر مناسب جهت قاچاق مواد مخدر فراهم ساخته و بازار مصرف داخلی آن نیز با توجه به در دسترس پذیری آسان، رشد روز افزونی داشته است.

1. Litt, M. D., Kadden, R. M., Cooney, N. L., & Kabela, E.
2. Gossop, M., Stewart, D., Browne, N., & Marsden, J.
3. Chung, T., Langenbucher, J., Labouvie, E., Pandina, R. J., & Moos, R. H.
4. Brown, J., Miller, W., & Lawendowski, L.



بازگشت اغلب جزئی از فرایند بهبودی تشخیص داده می شود و بیش از یک بار در درمان برای تشخیص اتفاق می افتد که با موفقیت وارد مرحله بهبودی شده است (لینتون^۱، ۲۰۰۸، به نقل از بهاری، ۱۳۸۸).

بازگشت دوباره اعتیاد با توجه به روش های دارویی و غیر دارویی بکار رفته تا به حال تقریباً بالا می باشد، همان طور که پولیچ، آرمور، و برایکر (۱۹۸۱، به نقل از بهاری، ۱۳۸۸) گزارش داده اند قریب به ۹۰ درصد از تمام مراجعانی که برای سوء مصرف مواد مداوا شده اند ظرف یک سال پس از ترخیص از درمان دچار بازگشت شده اند. این رقم حیرت انگیز بدان معناست که باید به پیشگیری از بازگشت پس از درمان، اولویت زیادی داده شود. یعنی دفعات بازگشت را کاهش داده و اشتیاق افراد وابسته به مواد را به ورود به برنامه درمانی، افزایش دهیم. و از طرفی بازگشت دوباره اعتیاد با توجه به روش های دارویی و غیر دارویی بکار رفته تا به حال تقریباً بالا می باشد. بنا بر این سؤال اصلی این تحقیق را می توان این گونه بیان کرد: آیا آموزش مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی (MBRP) در درمان، افزایش مهارت های مقابله ای و جلوگیری از بازگشت اعتیاد به مواد افیونی مؤثر است؟ آیا بکارگیری این مدل در کاهش علائم و پیامدهای پس از ترک، تسریع در تشخیص علائم هشدار دهنده میل و اشتیاق، افزایش و توسعه آگاهی، پذیرش افکار، احساسات، شناخت و آگاهی افراد وابسته به مواد از عوامل بازگشت، برانگیزاننده ها، علائم هشدار دهنده بازگشت و موقعیت های پر خطر بازگشت اثر گذار می باشد؟ به عبارتی آیا استفاده از این مدل در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه موجب افزایش مهارت های مقابله ای در پس آزمون و پیگیری خواهد شد یا خیر؟ لذا هدف ما در انجام پژوهش حاضر استفاده از مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی (MBRP) برای رسیدن به روش درمانی است که بازدهی بالا و در عین حال حداقل بازگشت را در پی داشته باشد.

1. Linton, M. J.

روش پژوهش

طرح این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش عبارت بودند از افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر زاهدان که از شهریور ماه ۱۳۸۹ مرحله سم‌زدایی را تمام کرده بودند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: دارا بودن سن بین ۲۰ تا ۴۵ سال، ارجاع روان‌پزشک یا پزشک با توجه به تشخیص اصلی و اولیه وابستگی به مواد بر طبق معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR، گذشتن بیش از یک هفته از سم‌زدایی موفقیت‌آمیز و آزمایش منفی ادرار برای مواد افیونی، عدم مصرف داروهای ضد روان‌پریشی، نداشتن مشکلات جسمی و روان‌شناختی، عدم شرکت همزمان در برنامه‌های دیگر درمانی در زمان پژوهش، نداشتن وابستگی بلندمدت به چند ماده به طور همزمان به غیر از مواد افیونی و داشتن سابقه حداقل یک بار بازگشت.

کل نمونه مورد بررسی ۲۴ مرد وابسته به مصرف مواد افیونی بودند، از این تعداد ۱۲ نفر با توجه به معیارهای ورود ذکر شده در بالا در گروه آموزش مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن‌آگاهی (MBRP) قرار گرفتند. ۱۲ نفر هم به عنوان گروه گواه با توجه به معیارهای مطرح شده و نیز جنسیت، سن، وضعیت شغلی، وضعیت تحصیلی، دفعات ترک گذشته، و نوع ماده افیونی مصرفی هم‌تا با گروه آزمایش در نظر گرفته شدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها عبارتند از: الف) پرسشنامه پاسخ‌مقابله‌ای سوء مصرف الکل (AACRI)، این پرسشنامه برای ارزیابی توانایی مراجعان در مقابله با موقعیت‌های پرخطر و سنجش خود-کارآمدی آن‌ها به کار می‌رود و دارای ۵۱ سوال ۳ گزینه‌ای (هرگز = ۱، گاهی = ۲ و تقریباً همیشه = ۳) می‌باشد. پرسشنامه شامل ۱۸ سوال رفتاری و ۳۳ سوال شناختی می‌باشد که در ۳ خرده‌مقیاس؛ ۱) افکار خود‌پاداش‌دهی، ۲) مقابله رفتاری و ۳) افکار درباره عواقب بازگشت، تنظیم شده است. در پژوهش حاضر نمره مراجع به زیر مقیاس‌ها ملاک قرار گرفته و در نهایت مورد تحلیل واقع شده است. برای تعیین روایی پس از ترجمه، پرسشنامه در اختیار متخصصان ترجمه و



روانشناسی قرار گرفت. ارزیابی آن‌ها از روایی مطلوب گزارش شد. برای تعیین اعتبار پرسشنامه پاسخ مقابله‌ای با سوء مصرف الکل از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد و ضریب اعتبار ۰/۸۵ بدست آمد. این پرسشنامه را برای اولین بار هیومکه^۱ (۲۰۰۵) برای سنجش مهارت‌های مقابله‌ای و خودکارآمدی در نمونه‌های معتادین به الکل بکار برد و ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۹۳ گزارش نمود. (ب) آزمایش مرفین: پاک بودن بیمار از مواد مخدر نشانه عدم بازگشت است. برای بررسی بازگشت در افراد شرکت کننده در پژوهش، از آزمایش مرفین (کیت‌های ویژه) که مرفین موجود در ادرار را اندازه‌گیری می‌کند، استفاده شد.

یافته‌ها

چنانچه از جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود نسبت بازگشت در گروه آزمایش ۱۷ درصد و در گروه گواه ۶۷ درصد می‌باشد. به منظور مقایسه نسبت بازگشت در بین دو گروه از آزمون خی دو استفاده شد که نتایج آن معنی‌دار می‌باشد [$p < ۰/۰۵$ ؛ $df = ۱$ و $\chi^2 = ۶/۱۷$]. با توجه به خی دو به دست آمده می‌توان گفت که نسبت بین دو گروه معنی‌دار بوده و نسبت بازگشت در گروه آزمایش به طور معنی‌دار کمتر از گروه کنترل است. به عبارتی می‌توان گفت که آموزش مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی (MBRP) در کاهش بازگشت گروه آزمایش مؤثر بوده است.

در جدول شماره ۲ شاخص‌های آماری نمرات در زیر مقیاس‌های مهارت‌های مقابله‌ای به تفکیک گروه‌ها ارائه شده است. همان‌طور که از محتوای این جدول مشاهده می‌شود در مرحله پیش آزمون، میانگین‌ها و انحراف استانداردهای سه زیر مقیاس مهارت‌های مقابله‌ای در دو گروه یکسان می‌باشند ولی در مراحل پس آزمون (بعد از اجرای متغیر مستقل) و پیگیری، تفاوت زیادی مشاهده می‌شود.

1. Humke, C.

جدول ۱. نتایج آزمون خی دو بین دو گروه آزمایش و گواه

گروه	بازگشت		عدم بازگشت		کل	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
آزمایش	۱۰	۸۳	۲	۱۷	۱۲	۱۰۰
کنترل	۴	۳۳	۸	۶۷	۱۲	۱۰۰
کل	۱۴	۵۸	۱۰	۴۲	۲۴	۱۰۰

$$[\chi^2=6/17 \text{ و } df=1 \text{ و } p<0/05]$$

جدول ۲. شاخص‌های آماری نمرات در گروه‌ها در زیر مقیاس‌های مهارت‌های مقابله‌ای

زیرمقیاس‌ها	مراحل	گروه	تعدیل نشده		تعدیل شده	
			تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
افکار خود تنبیهی	پیش	آزمایش	۱۲	۳۲/۴۲	۲/۷۷	۳۲/۴۲
	آزمون	کنترل	۱۲	۳۲/۸۳	۳/۳۳	۳۲/۸۳
	پس	آزمایش	۱۲	۴۵/۶۶	۲/۷	۴۵/۷۳
	آزمون	کنترل	۱۲	۳۲/۸۳	۳/۳	۳۲/۷۷
	پیگیری	آزمایش	۱۲	۴۶/۵	۲/۹	۴۶/۵۲
	کنترل	۱۲	۳۲/۵۸	۵/۰۴	۳۲/۵۷	
مقابله رفتاری	پیش	آزمایش	۱۲	۴۱	۳/۵۴	۴۱
	آزمون	کنترل	۱۲	۴۲/۲۵	۳/۸۸	۴۲/۲۵
	پس	آزمایش	۱۲	۵۹/۸۳	۲/۵	۵۹/۸۴
	آزمون	کنترل	۱۲	۴۱/۷۵	۴/۹	۴۱/۷۴
	پیگیری	آزمایش	۱۲	۶۰/۳۳	۴/۴	۶۰/۷
	کنترل	۱۲	۴۵	۴/۹	۴۴/۶۴	
افکار پیامدهای بازگشت	پیش	آزمایش	۱۲	۴۳/۱۶	۴/۱۱	۴۳/۱۶
	آزمون	کنترل	۱۲	۴۲/۶۶	۶/۹۷	۴۲/۶۶
	پس	آزمایش	۱۲	۵۷/۷۵	۳/۱	۵۷/۶۴
	آزمون	کنترل	۱۲	۴۶/۳۳	۵/۰۳	۴۶/۴۵
	پیگیری	آزمایش	۱۲	۵۹/۶۶	۲/۱	۵۹/۶۹
	کنترل	۱۲	۴۵/۳۳	۴/۳	۴۵/۳۱	

با توجه به طرح پژوهش حاضر که از نوع پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود، برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش آزمون و پس آزمون از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری^۱ استفاده شد. در این نوع تحلیل باید شرط‌های زیر رعایت گردد تا بتوان به نتایج منتج شده اطمینان کرد. یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری، بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس می‌باشد که بدین منظور از آزمون باکس^۲ استفاده شده است [برای پیش آزمون ($P = 0/062 > 0/05$) و $F = 2/184$ و $Box's M = 15/41$] و برای پس آزمون ($P = 0/147 > 0/05$) و $F = 1/59$ و $Box's M = 11/19$] محاسبه شد. میزان معناداری آزمون باکس از $0/05$ بیشتر است لذا نتیجه گرفته می‌شود که ماتریس واریانس - کوواریانس‌ها همگن می‌باشند.

برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس آزمون و پیگیری، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین^۳ استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری معنی‌دار نبود [پس آزمون‌ها؛ خودتنبیهی، $0/18 > 0/05$ و $P = 1/92$ و $F(1 و 22) = 0/22$ و $P = 0/64 > 0/05$ ، مقابله رفتاری $F(1 و 22) = 1/3$ و $P = 0/27 > 0/05$ و پیگیری‌ها؛ خودتنبیهی، $0/19 > 0/05$ و $P = 1/82$ و $F(1 و 22) = 0/50$ و $P = 0/49 > 0/05$ ، مقابله رفتاری $F(1 و 22) = 1/38$ و $P = 0/25 > 0/05$]. بنا بر این مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز تأیید شد.

مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چند متغیری، همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل پیش آزمون زیر مقیاس‌های افکار خودتنبیهی، مقابله رفتاری و افکار پیامدهای بازگشت و متغیر مستقل (روش درمان) در مرحله پس آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش آزمون‌ها با متغیر مستقل معنادار نبوده و حاکی از همگونی ضرایب رگرسیون می‌باشد. این مفروضه در ارتباط با مرحله

1. Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA)

2. Box's Test of Equality of Covariance Matrices

3. Levene's Test for Equality of Variances

پیگیری و با رعایت پیش فرض‌ها صادق بود [پس آزمون ($P = 0/926 > 0/01$) و $F = 0/311$ و $Wilks' \lambda = 0/886$] و پیگیری ($P = 0/882 > 0/01$) و $F = 0/386$ و $Wilks' \lambda = 0/862$]. همانطور که مشاهده می‌شود آماره‌های چند متغیری مربوطه یعنی لامبدا و یلکس^۱ در سطح اطمینان ۹۵ درصد ($\alpha = 0/05$) معنی‌دار نمی‌باشند. بنابراین مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون نیز برقرار می‌باشد. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری، مجاز به استفاده از این آزمون آماری هستیم.

آماره چند متغیری مربوطه یعنی لامبدا و یلکس در سطح اطمینان ۹۹ درصد ($\alpha = 0/01$) معنی‌دار می‌باشد [$\eta^2 = 0/90$ و $P < 0/0001$ و $F(3 و 17) = 51/55$]. بدین ترتیب فرض صفر آماری رد و مشخص می‌گردد که ترکیب خطی سه متغیر وابسته میزان پس آزمون‌های زیر مقیاس‌های افکار خود تنبیهی، مقابله رفتاری و افکار پیامد بازگشت پس از تعدیل تفاوت‌های سه متغیر هم‌پراش (پیش آزمون‌های زیر مقیاس‌های افکار خود تنبیهی، مقابله رفتاری و افکار پیامد بازگشت) از متغیر مستقل (روش درمان) تأثیر پذیرفته است (مرحله پس آزمون). در مرحله پیگیری نیز فرض صفر آماری رد [$\eta^2 = 0/90$ و $p < 0/0001$ و $F(3 و 17) = 50/96$] و مشخص می‌گردد که ترکیب خطی سه متغیر وابسته نمرات پیگیری آزمون زیر مقیاس‌های افکار خود تنبیهی، مقابله رفتاری و افکار پیامد بازگشت پس از تعدیل تفاوت‌های سه متغیر هم‌پراش (پیش آزمون زیر مقیاس‌های افکار خود تنبیهی، مقابله رفتاری و افکار پیامد بازگشت) از متغیر مستقل (روش درمان) تأثیر پذیرفته‌اند. بنابراین نتیجه می‌گیریم که تحلیل کوواریانس چندمتغیری به طور کلی معنادار است؛ به عبارت دیگر نتایج تحلیل نشان می‌دهد که روش درمان پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن‌آگاهی (MBRP) بر ترکیب خطی سه متغیر وابسته (پس آزمون و پیگیری زیر مقیاس‌های افکار خود تنبیهی، مقابله رفتاری و افکار پیامد

1. Wilks' lambda

بازگشت) مؤثر بوده است و تفاوت میانگین‌های این دو گروه روی ترکیب خطی سه متغیر وابسته مذکور قابل اعتماد^۱ می‌باشد.

با توجه به اینکه آزمون چند متغیری مذکور معنادار بوده و ترکیب خطی متغیر وابسته از متغیر مستقل (روش درمان) اثر پذیرفته است لذا بعد از آن به بررسی این موضوع می‌پردازیم که آیا هر کدام از متغیرهای وابسته، به طور جداگانه از متغیر مستقل اثر پذیرفته است یا خیر. به عبارتی دیگر چون بیش از یک متغیر وابسته داریم باید با تحلیل کوواریانس ساده برای هر کدام از این متغیرهای وابسته (در حکم آزمون‌های تعقیبی) بررسی بیشتری به عمل آورد که تفاوت مشاهده شده در ترکیب خطی به واقع کجا است.

به منظور مقایسه میانگین نمرات پس آزمون زیر مقیاس‌های مهارت‌های مقابله‌ای بعد از کنترل اثر پیش آزمون در دو گروه از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس جهت مقایسه نمرات پس آزمون مهارت‌های مقابله‌ای در دو گروه

مجدورات	سطح معناداری	F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	زیر مقیاس‌ها
۰/۰۹۲	۰/۱۶۰	۲/۱۲	۱۸/۲۱	۱	۱۸/۲۱	پیش آزمون
۰/۸۵	۰/۰۰۱	۱۱۶/۸۵	۱۰۰۲/۲۶	۱	۱۰۰۲/۲۶	گروه
-	-	-	۸/۵۸	۲۱	۱۸۰/۲۴	خطا
۰/۰۰۱	۰/۹۳۵	۰/۰۰۷	۰/۱۱	۱	۰/۱۱	پیش آزمون
۰/۸۵	۰/۰۰۱	۱۱۹/۳۴	۱۹۰۸/۳۷	۱	۱۹۰۸/۳۷	گروه
-	-	-	۱۵/۹۹	۲۱	۳۳۵/۸۱	خطا
۰/۳۸۱	۰/۰۰۲	۱۲/۹	۱۴۶/۴۸	۱	۱۴۶/۴۸	پیش آزمون
۰/۷۶	۰/۰۰۱	۶۶/۱	۷۴۹/۸۹	۱	۷۴۹/۸۹	گروه
-	-	-	۱۱/۳۵	۲۱	۲۳۸/۴۳	خطا

1. Reliable

چنانچه از جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود بین میانگین نمرات پس آزمون زیر مقیاس خود تنبیهی بعد از حذف اثر پیش آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد $[F(1 و 21) = 116/85 و \eta^2 = 0/85 و p < 0/0001$ و آزمون تفاوت معنی‌دار دارد $[F(1 و 21) = 119/34 و p < 0/0001 و \eta^2 = 0/85]$. و نیز همان‌طور که در جدول مشاهده می‌گردد بین نمرات پس آزمون زیر مقیاس افکار پیامدهای بازگشت بعد از زدودن اثر پیش آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد $[F(1 و 21) = 66/1 و p < 0/0001 و \eta^2 = 0/76]$. بنا بر این میانگین نمرات پس آزمون گروه آزمایش به طور معنی‌داری در مهارت‌های مقابله‌ای بیش از گروه گواه است. به عبارتی می‌توان گفت که آموزش مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن‌آگاهی (MBRP) به طور معنی‌داری موجب افزایش مهارت‌های مقابله‌ای (زیر مقیاس‌های افکار خود تنبیهی، مقابله رفتاری و افکار پیامدهای بازگشت) در مرحله پس آزمون شده است.

در جدول شماره ۴ تجزیه و تحلیل کواریانس به منظور مقایسه نمرات پیگیری مهارت‌های مقابله‌ای بعد از کنترل اثر پیش آزمون ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج تجزیه و تحلیل کواریانس جهت مقایسه نمرات پیگیری مهارت‌های مقابله‌ای در دو گروه

زیر مقیاس‌ها	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	مجدورات
افکار خودتنبیهی	پیش آزمون	۱	۱/۳۴	۰/۰۷۶	۰/۷۸	۰/۰۰۴
	گروه	۱	۱۱۶۱/۸	۶۵/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶
	خطا	۲۱	۱۷/۷۴	-	-	-
مقابله رفتاری	پیش آزمون	۱	۱۰۲/۹۷	۵/۸۸	۰/۰۲۴	۰/۲۲
	گروه	۱	۱۵۰۱/۳۸	۸۵/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۸۰
	خطا	۲۱	۱۷/۵۱	-	-	-
افکار پیامدهای بازگشت	پیش آزمون	۱	۴/۹۹	۰/۴۳	۰/۵۲۱	۰/۰۲۰
	گروه	۱	۱۲۳۷/۲۶	۱۰۵/۴۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳
	خطا	۲۱	۱۱/۷۳	-	-	-

چنانچه از جدول مشاهده می شود بین میانگین نمرات پیگیری زیر مقیاس خود تنبیهی بعد از حذف اثر پیش آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد [$\eta^2=0/76$ و $p<0/0001$ و $F(1,21)=65/49$] (۱ و ۲۱). معنی داری نمرات پیگیری زیر مقیاس مقابله رفتاری بعد از حذف اثر پیش آزمون نیز مشهود می باشد [$\eta^2=0/80$ و $p<0/0001$ و $F(1,21)=85/75$]. و همان گونه که در این جدول مشاهده می گردد بین نمرات پس آزمون زیر مقیاس افکار پیامدهای بازگشت بعد از زدودن اثر پیش آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد [$\eta^2=0/83$ و $p<0/0001$ و $F(1,21)=105/48$] (۱ و ۲۱). بنا بر این میانگین نمرات پیگیری گروه آزمایش به طور معنی داری در مهارت های مقابله ای بیش از گروه گواه است. به عبارتی می توان گفت که آموزش مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی (MBRP) در مرحله پیگیری ادامه داشته و به طور معنی داری موجب افزایش مهارت های مقابله ای (زیر مقیاس های افکار خود تنبیهی، مقابله رفتاری و افکار پیامدهای بازگشت) شده است.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثر بخشی آموزش مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی (MBRP) و افزایش مهارت های مقابله ای در افراد وابسته به مصرف مواد افیونی انجام شد. یافته های پژوهش نشان دادند که آموزش مدل (MBRP) در پیگیری از بازگشت افراد وابسته به مواد افیونی مؤثر بوده است. به عبارتی میزان بازگشت در نزد افرادی که این آموزش را دریافت کرده بودند نسبت به گروه کنترل کاهش معنی داری داشته است. این یافته نشانگر اثر بخش بودن این نوع مداخله در کاهش بازگشت و کاهش مصرف در افراد وابسته به مواد افیونی می باشد. یافته فوق با یافته های سایر پژوهشگران مبنی بر اثر بخش بودن آموزش مدل (MBRP) در پیگیری از بازگشت همسو می باشد (آلترمن، کوپنهاور، مولهلند و لادن، ۲۰۰۴؛ مارلات، ویتکیویتز و دیلورث، ۲۰۰۴ و بوئن، ویتکیویتز و دیلورث، ۲۰۰۶). دومین سؤال پژوهش که مبنی بر «استفاده از مدل MBRP در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل

موجب افزایش مهارت‌های مقابله‌ای در پس آزمون و پیگیری خواهد شد» نیز تأیید گردید. نتایج نشان داد که به کارگیری مدل MBRP موجب افزایش مهارت‌های مقابله‌ای در گروه آزمایش شده است. به عبارت دیگر مهارت‌های مقابله‌ای گروه آزمایش در پایان جلسات درمانی و مرحله پیگیری افزایش معنی‌داری داشته است. این یافته‌ها با یافته‌های دیگر مبنی بر مؤثر بودن مدل MBRP در افزایش مهارت‌های مقابله‌ای همسو می‌باشد (کینچلا، ۲۰۰۹؛ دزیدزیک، ۲۰۰۷؛ بوئن و مارلات، ۲۰۰۹؛ بوئن و همکاران، ۲۰۰۹؛ ویتکیویتز و بوئن، ۲۰۱۰؛ دباغی و همکاران، ۱۳۸۷ و مارلات و همکاران، ۲۰۰۸). از این رو در این پژوهش نیز نتایج یافته‌های پیشین مبنی بر نقش MBRP در کاهش مصرف و پیشگیری از بازگشت و از طرف دیگر پایداری و ثبات آن‌ها در مرحله پس آزمون و پیگیری مورد تأیید قرار گرفت.

هدف از MBRP گسترش آگاهی و پذیرش افکار، احساسات و حواس از طریق تمرین ذهن آگاهی، برای مشاهده تجربه خوشایند و ناخوشایند، و پذیرش بدون داوری آن‌چه که وجود دارد می‌باشد. این تمرین‌ها با فنون سستی پیشگیری از بازگشت برای توسعه‌ی مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر، افزایش خود کارآمدی و یادگیری تشخیص سوابق معمول مصرف مواد و بازگشت ترکیب می‌شوند. تشخیص موقعیت‌های پر خطر فردی یک شخص برای بازگشت به عنوان مؤلفه مرکزی درمان مطرح است. مراجعان برای تشخیص نشانه‌های هشدار دهنده اولیه برای بازگشت و برای افزایش آگاهی نشانه‌های مرتبط با مواد همچون افراد و مکان‌هایی که در گذشته با سوء مصرف مواد مرتبط بوده‌اند آموزش می‌بینند. تمرین ذهن آگاهی برای مراجعان روش جدیدی از پردازش نشانه‌های موقعیتی و نظارت واکنش‌ها به امکانات محیطی را فراهم می‌کند. چانگ، لائن بوچر، لابیوی، و پاندینا (۲۰۰۱) ثابت کردند که مراقبه و تمرین‌های تنفس عمیق پیش‌بین کاهش مصرف الکل و مواد بوده و مشکلات میان فردی و روانی را کاهش می‌داد. نتایج تحقیق ویتکیویتز و بوئن (۲۰۱۰) نشان داد که MBRP پاسخ‌های شناختی و رفتاری به علائم افسرده ساز را تحت تأثیر قرار می‌دهد، و کاهش در مصرف مواد پس از مداخله میان گروه MBRP را شرح می‌دهد. اگر چه به گفته محققان نتایج مقدماتی است، ولی

مطالعه اخیر شواهدی را ارائه می‌کند که ارزش پیوستن تمرین ذهن آگاهی را به درمان سوء مصرف مواد نشان داده و سازوکار بالقوه تغییر پس از MBRP را مشخص می‌کند. MBRP مفهوم یادگیری اجتماعی را از مدل پیشگیری از بازگشت مارلات (RP) می‌گیرد و آن را برای توسعه آگاهی و پذیرش افکار، ادراک، و حواس از طریق تمرین مراقبه ذهن آگاهی به کار می‌گیرد. اساس بحث ذهن آگاهی آن است که خود آگاهی و بینش بهبود یافته قابلیت فرد را برای استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای در مراحل اولیه اشتیاق یا تجربه حالت هیجانی منفی افزایش خواهد داد. مارلات (۲۰۰۲) این آگاهی افزایش یافته را به عنوان حالت فراشناختی جدیدی می‌دید که در آن مراجعان برای واکنش نشان ندادن به محرک‌های سوء مصرف مواد و اجرای به موقع راهبردهای مقابله‌ای در فرایند بازگشت آموزش می‌بینند. بنا براین مراقبه سبکی جدید برای پاسخ مؤثرتر به این نشانه‌ها را ارائه می‌دهد (مارلات و چاولا، ۲۰۰۷).

مراقبه ذهن آگاهی به عنوان بخشی از CBT در حال حاضر از شهرت مثبتی برخوردار است، به ویژه بعد از آن که توسط انجمن روان‌شناسی آمریکا به عنوان درمان تجربی معتبر برای افسردگی پذیرفته شد (ما و تیزدل، ۲۰۰۴). سابقه تحقیق بر درمان وابستگی به مواد شامل مطالعات زیادی می‌شود که ثمر بخشی بالینی CBT را در افزایش میزان پرهیز، کاهش مصرف الکل و دارو (کادن^۱ و همکاران، ۲۰۰۳)، و پیشگیری از بازگشت (کارول^۲، ۱۹۹۶؛ ابروین^۳ و همکاران، ۱۹۹۹ به نقل از مارلات و همکاران، ۲۰۰۸) توصیف کرده‌اند. بر اساس فرض منطقی که استفاده ناسازگارانه مواد را نتیجه یادگیری می‌داند، MBRP مانند CBT درباره وابستگی به مواد می‌کوشد تا تسریع کننده‌های وابسته به شواهد اجتماعی، عاطفی و شناختی مصرف مواد را مشخص کند. به علاوه هدف درمان بهبود مهارت‌های بین فردی و جایگزینی فعالیت‌های مثبت زندگی برای مصرف مواد است.

-
1. Kadden, R. M.
 2. Carroll, K. M.
 3. Irvin, J. E.

امروزه MBRP، کاربرد مراقبه را به عنوان وسیله‌ای برای رسیدن به تعادل توسط ترکیب کامل راهبردهای ویژه پیشگیری از بازگشت (لاریمر، پالمر و مارلات، ۱۹۹۹؛ مارلات و دانوان، ۲۰۰۵) با درمان بر پایه ذهن‌آگاهی گسترش داده است. یافته‌های عصب زیست‌شناختی نیز از فرضیه‌ای حمایت می‌کنند که مراقبه ذهن‌آگاهی، آگاهی و ایجاد جایگزین‌هایی برای بی‌توجهی و رفتار تکانشی را تقویت می‌نماید (مارلات، ۲۰۰۲). با این وصف، ذهن‌آگاهی ممکن است بیش از آن که فقط راهبردی مقابله‌ای برای مواجهه با امیال و وسوسه‌ها باشد به عنوان جایگزینی برای اعتیاد و رفتارهای اعتیادی لذت بخش عمل نماید. ذهن‌آگاهی افزایش یافته ممکن است قابلیت فرد را برای واکنش در پاسخ به نشانه مواد و دارو یا محرک نشانه، و تمایل او برای رفتار تکانشی را کاهش دهد. یافته‌ها حمایت ویژه‌ای را از اساس بحث مارلات می‌نماید که آگاهی شناختی به شکل MBRP می‌تواند منجر به پیامدهای مثبت شود. این نتیجه‌گیری هنگامی که اثرات طولانی مدت پرهیز و افزایش حضور در جلسات درمان و ادامه تمرین‌ها در خارج از جلسات را بررسی می‌کند به تنهایی ارزشمند می‌باشد، این افزایش میزان حضور، مداومت بر درمان و نگهداری در برنامه‌های سوء مصرف می‌تواند منجر به پاکی طولانی مدت گردد. بنا بر این MBRP ممکن است این نیاز برای پیامدهای طولانی مدت یا پای‌بندی به درمان در پیشگیری از بازگشت را برآورده سازد. با توجه به بررسی پیشینه و تجربیات بالینی تحقیقات بیشتری لازم است تا از این نتیجه حمایت نماید.

کم بودن تعداد آزمودنی‌های پژوهش، کوتاه بودن مدت پیگیری، حذف متغیر جنس و عدم استفاده از مراجعین زن از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر است. از این رو پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از هر دو جنس مرد و زن، دوره پیگیری بلند مدت، اختلالات وابسته به سایر مواد از قبیل محرک‌ها و نیز جمعیت‌هایی که بیش از ۳۰، ۶۰، ۹۰ و ۱۲۰ روز از پاکی آن‌ها گذشته باشد استفاده شود تا از طریق به کارگیری گروه‌های مختلف قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد. با امید به روزی که نتایج پژوهش حاضر بتواند در مراکز درمان و توان‌بخشی اعتیاد مورد استفاده واقع شده و مؤثر افتد.

منابع

- بهارى، فرشاد. (۱۳۸۸). اعتياد، مشاوره و درمان. تهران: دانژه.
- بورجعفر، مزدك. (۱۳۸۶). رهايى از اعتياد. تهران: طرح و نشر هامون.
- دباغى، پرويز، اصغر نژاد فريد، على اصغر، عاطف و حيد، محمد كاظم و بوالهري، جعفر. (۱۳۸۷). اثر بخشى پيشگيرى از عود بر پايه ذهن آگاهى در درمان وابستگى به مواد افيونى و سلامت روانى. *اعتياد پژوهى*، سال دوم شماره ۷، ص ۴۴-۲۹.
- رحيمى موقر، آفرين، و همكاران. (۱۳۸۱). روند ۳۰ ساله وضعيت سوء مصرف مواد در ايران. *مجله پژوهشى حكيم*، دوره ۵، شماره ۳، ص ۱۷۱-۱۸۱.
- Alterman, A., Koppenhaver, J., Mulholland, E., Ladden, L., & Baime, M. (2004). Pilot trial of effectiveness of mindfulness meditation for substance abuse patients. *Journal of Substance Use*, 9(6), 259-268.
- Benson, H. (1975). *The Relaxation Response*. New York: Avon Books.
- Botvin, G. J., K. W. Griffin, and M. Willims (2001). Drug Abuse prevention Among Minority Adolescent: Posttest and One Year Follow up of a School Based Prevention Intervention. *Prevention Science*, 2: 101-130
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., Clifasefi, S., Garner, M., Douglass, A., Larimer, M., & Marlatt, A. (2009). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Pilot Efficacy Trial. *Substance Abuse*, 30, 205-305.
- Bowen, S. & Marlatt, G. A. (2009). Surfing the Urge: Brief Mindfulness-Based Intervention for College Student Smokers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 666-671.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., & Dillworth, T. (2006). Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychology of Addictive Behavior*, 20 (1), 343-347.
- Breslin, F. C., Zack, M., & McMain, S. (2002). An information processing analysis of mindfulness: Implication for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 9, 275-299.
- Brown, J., Miller, W., & Lawendowski, L. (1999). The self-regulation questionnaire. In L. Vandecreek & T. Jackson (Eds.). *Innovations in clinical practice: A sourcebook*. Sarasota, FL: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange
- Chung, T., Langenbucher, J., Labouvie, E., Pandina, R. J., & Moos, R. H. (2001). Changes in alcoholic patients' coping responses predict 12-month treatment outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 92-100.

- Dziedzic, J.(2007). "Mindfulness and Harm Reduction: A New Approach to Substance Abuse Treatment". School of Professional Psychology. University of Massachusetts. 2007.[online]. Document URL <http://search.proquest.com/docview/304794405?accountid=14228>
- Gossop, M., Stewart, D., Browne, N., & Marsden, J. (2002). Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: Protective effect of coping responses. *Addiction*, 97, 1259–1267.
- Hawkins, M. (2003). Effectiveness of the Transcendental Meditation program in criminal rehabilitation and substance abuse recovery: A review of the research. *Journal of Offender Rehabilitation*, 36(1-4), 47-65.
- Hayes, S., Luoma, J. B., & Bond, F. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Humke, C. (2005). An instrument for assessing coping with temptation: psychometric properties of the Alcohol Abuse Coping Response Inventory. *Substance Use Misuse*, 40(1), 37-62.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte
- Kadden, R., Cooney, N., & Kabela, E. (2003). Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71(1), 118-128.
- Kinchla, M. S. (2009). "Mindfulness and Sustained Recovery from Alcoholism" .Ph. D. Thesis in Psychology. School of Professional Psychology. University of Massachusetts. 2009. [online]. <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1915791140> or Document URL: <http://search.proquest.com/docview/305131685?accountid=14228>
- Larimer, M., Palmer, R., & Marlatt, G.A. (1999). Relapse prevention: An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol, Research, and Health*, 23(2). 151-160.
- Litt, M. D., Kadden, R. M., Cooney, N. L., & Kabela, E. (2003). Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 118–128.
- Ma, S., & Teasdale, J. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 31-40.
- Marlatt, G. A. (2002). Buddhist psychology and the treatment of addictive behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*. 9, 44-49.
- Marlatt, G. A., Bowen, S., Chawla, N., & Witkiewitz, K. (2008). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Abusers: Therapist Training and Therapeutic Relationships. In S. Hick and T. Bien (Eds.), *Mindfulness and the Therapeutic Relationship*. New York : Guilford Press.
- Marlatt, G., & Chawla, N. (2007). Meditation and alcohol use. *Southern Medical Journal*, 100(4), 451-453.

- Marlatt, G., & Donovan, D. (eds.) (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Marlatt, G., & Gordon, J. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- Marlatt, G., Witkiewitz, K., & Dillworth, T. Vipassana meditation as a treatment for alcohol and drug use disorders. In Hayes, S., Follette, V. & Linehan, M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Roozen, H. G., Waart, R. D., Windt, D., Brink, W., Yong, C. A., & Kerkbof, A. F. M. (2006). A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. *European Neuropsychopharmacology*, 16, 311-323.
- Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Witkiewitz, K., & Bowen, S. (2010). Depression, Craving, and Substance Use Following a Randomized Trial of Mindfulness-Based Relapse Prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 78, No. 3, 362-374.
- Witkiewitz, K., & Marlatt, G. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was zen, this is tao. *American Psychologist*, 59(4), 224-235.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G., & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), 211-228.