

بررسی اثر روان‌درمانی معنوی در مبتلایان به اختلال وابستگی به مواد اپیوئیدی

محمد رضا محمدی^{۱*}، علی اصغر اکبری^۱، ندا حاتمی^۲، آذرخش مگری^۳، حسین کاویانی^۳، مریم سلمانیان^۱، مجتبی صحت^۴

۱- مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۲- مرکز کودکان و نوجوانان ظفر ۳- مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۴- گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

* نویسنده مسؤول: خیابان کارگر جنوبی، بعد از چهارراه لشکر، بیمارستان روزبه، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و روان‌شناسی، تلفن: ۰۲۱-۵۵۴۱۳۵۴۰-۰۲۱-۵۵۴۲۱۹۵۹-۰۲۱-۵۵۴۲۱۹۵۹ پست الکترونیک: mohammadimir@tums.ac.ir

دریافت: ۸۹/۷/۲۹ پذیرش: ۹۰/۷/۶

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت رو به افزایش درمان‌های معنوی و طبق برخی از گزارش‌ها که اثربخشی درمان‌های معنوی را مقدم بر درمان‌های مرسوم قبلی بیماران معتاد دانسته‌اند، هدف اصلی این پژوهش، بررسی اثر یک نوع درمان معنوی گروهی می‌باشد. روش کار: در این کار آزمایی بالینی، ۶۱ فرد وابسته به مواد اپیوئیدی مورد بررسی قرار گرفتند. مراجعین به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. گروه مداخله، به مدت هشت هفته تحت درمان معنوی گروهی دانشگاه یل قرار گرفتند. تست ادراری مورفین برای همه مراجعین به صورت هفتگی انجام شد و نیز قبل، حین و بعد از اتمام طرح، همگی مراجعین با تست افسردگی بک، تست اضطراب بک و تست کیفیت زندگی مورد سنجش قرار گرفتند.

یافته‌ها: بیماران همگی مرد بودند و میانگین سن آنها ۳۲/۰۵ سال بود. از نظر سطح معناداری بین دو گروه مداخله و کنترل، افسردگی ($p > ۰/۰۰۲$)، اضطراب ($p > ۰/۰۰۱$) و کیفیت زندگی ($p > ۰/۰۰۱$)، نسبت به حالت پایه بهبود پیدا کرد؛ به طوری که هر سه تست معنادار بود. تست مورفین اگرچه روند رو به بهبود را نشان داد، در مقایسه با گروه کنترل معنادار نبود ($p < ۰/۷۵$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که روش درمان معنوی گروهی، موجب کاهش مشکلات روانی نظیر افسردگی و اضطراب شده و کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد و روند منفی شدن تست مورفین را تسریع می‌کند.

کل واژگان: روان‌درمانی معنوی، روان‌درمانی گروهی، اضطراب، افسردگی، تست مورفین، کیفیت زندگی، مواد اپیوئیدی، اعتیاد

مقدمه

پژوهش‌ها را بیش از پیش احساس کنیم (۲). تحقیقات جدید با ملاحظات آماری در یافتن اثرات مفید معنویت و مذهب، رو به رشد گذاشته است؛ بنابراین اعتقادات مذهبی، معنوی و پیشرفت‌های علمی جدید، هر دو می‌توانند هم در جهت تشخیص و هم در جهت درمان اختلالات و بیماری‌ها بهره‌مند شوند (۳). طبق دیدگاه غالب امروزی روان‌پزشکی و روان‌شناسی، بیماری حاصل نقص در انطباق و تعادل ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی^۴ می‌باشد و استرس می‌تواند مقاومت بیولوژیک، روانی و اجتماعی را دگرگون نماید (۴ و ۵). ولی هم اکنون شاهدیم که برخی از دانشمندان، تعریف جسمی، روانی،

خوش‌بینانه‌ترین آمارها از وجود ۲/۰۰۰/۰۰۰ تا ۲/۵۰۰/۰۰۰ معتاد^۱ در ایران خبر می‌دهند که عمده مواد مصرفی آنها مواد اپیوئیدی^۲ است. روند رو به رشد اعتیاد در زنان در ایران، همانند سایر کشورها نگران کننده و قابل تأمل است (۱). عدم کارایی درمان‌های مرسوم فعلی، هزینه‌های بسیار سنگین طبی، اقتصادی و معضلات شدید فرهنگی، و اجتماعی تحمیل شده به جامعه، کم بودن تعداد پژوهش‌ها در این زمینه، و از طرف دیگر گشوده شدن در درمان‌های معنوی^۳ در مراکز معتبر آکادمیک جهان، ما را وادار می‌سازد که ضرورت اجرای امثال این گونه

¹ Addict

² Opioids

³ Spiritual therapy

⁴ Bio-psycho-social

راهبرد معنوی را برای استفاده در مشاوره و روان‌درمانی مطرح می‌کنند (۱۲-۱۰). آن گاه با ذکر جزئیات، فهرست کلی مداخله‌های ممکن را ارایه و توضیح می‌دهند. این مداخله‌ها عبارتند از: دعا کردن برای مراجعان و ترغیب آنان به دعا کردن، بحث در مورد مسایل الهی، استفاده از نوشته‌های کتاب‌های مقدس در امر درمان، استفاده از فنون تن‌آرامی و تصویرسازی، ترغیب مراجعان به بخشش و ایثار، کمک کردن به مراجعان برای هماهنگی و همخوان بودن با ارزش‌های معنوی، خودفاش‌سازی عقاید و تجربه‌های معنوی، مشاوره با رهبران مذهبی (۳).

نقش معنویت و مذهب در بیماری و سلامت در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است. برخی معتقدند که معنویت بخشی از مدل زیستی، روانی، اجتماعی است. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد اعتقادات قوی مذهبی، اشتیاق معنوی، نیایش و اعمال عبادی، بر روی سلامت روانی و جسمی فرد اثرات مثبتی دارند (۱۳). برخی اختلالات روانی در اثر آسیب دیدن معنویت افراد ایجاد می‌شوند و به محض درمان معنویت آسیب‌دیده (۱۶-۱۴)، اختلالات روانی افراد، از قبیل اضطراب^۸ و افسردگی^۹ نیز درمان می‌شوند (۱۷). تحقیق راجرز^{۱۰} در سال ۱۹۵۷ و ۱۹۸۰ نشان داد که دعا در درمانگری، مسأله ساده‌ی نیست (۱۸ و ۱۹). راجرز توجه ما را به ارزش دعا کردن مراجعان جلب می‌کند: "از طریق دعا کردن در فاصله جلسات درمان، مقدار زیادی از دردهای روان‌شناختی^{۱۱} عمیقی که مراجعان با آنها دست به گریبانند، در ذهنشان مرور می‌شود".

روش کار

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی^{۱۲} است که بر روی ۶۱ بیمار وابسته به مواد ایپوئیدی مراجعه‌کننده به مرکز ملی مطالعات اعتیاد و دو مرکز خصوصی دیگر، که به روش نمونه‌گیری آسان در سال ۱۳۸۷ انتخاب شدند، انجام پذیرفت. بیماران پس از ورود به طرح، به دو گروه مداخله^{۱۳} و کنترل^{۱۴} تقسیم شدند. گروه مداخله تحت درمان معنوی^{۱۵} گروهی بسته^{۱۶} آموزشی و درمانی دانشگاه یل^{۱۷} قرار گرفتند (۲۰). با توجه به فرهنگ ایران و

اجتماعی را تعریفی جامع برای انسان نمی‌دانند و بنابراین معنویت را نه صرفاً به عنوان نوعی نیاز انسان، بلکه به عنوان قسمتی از وجود انسان پذیرفته‌اند؛ شاید به همین دلیل باشد که طبق برخی گزارشات ذکر شده در مقالات روان‌شناسی و روان‌پزشکی، ایمان و درمان‌های معنوی و اعمال مذهبی، به درمان‌های مرسوم قبلی بیماران معنادار اضافه شده است (۲).

طبق یافته‌ها و داده‌های برخی پژوهشگران مغرب زمین، به عنوان نمونه در خصوص مکانیزم اثر دعا و درمان‌های مذهبی تأکید شده است، که این مهم می‌تواند به کاهش استرس‌ها و تحمل بیشتر مشکلات زندگی و بهبود اختلالات خلق و کاهش هیجانات منفی، از طریق تأثیر بر عوامل روانی، عصبی و بیولوژیک در سیستم ایمنی اثر کرده و از آن طریق در بهبود اختلالات و بیماری‌ها تأثیر مهمی بگذارد (۶). بنابراین، شایسته است در درمان‌های روان‌پزشکی از برخورد یک بعدی پرهیز شود و با توجه به این که عوامل اجتماعی و روانی، ارتباط مستقیمی با اعتقادات و فرهنگ بیمار دارد، برای بهبود اختلال، از این منابع و از این اعتقادات، کمال استفاده به عمل آید (۷).

در فرهنگ و آیین ما، قرن‌ها پیش مطالبی در این خصوص ارایه شده که گاهی در مجالس و محافل، به عنوان مطلبی برای گرم و صمیمی کردن مجلس، مطرح می‌گردید، ولی دانشمندان روان‌پزشک و روان‌شناس معاصر، آن را به عنوان درمان معنوی مطرح می‌کنند که ذیلاً به برخی اشاره می‌نماییم.

یونگ در پاسخ به سؤال مذاهب چیستند، می‌گوید: "آنها سیستم‌های روان‌درمانی هستند. ما روان‌درمانگران چه می‌کنیم؟ سعی می‌کنیم رنج‌های ذهن، روان و روح انسان را درمان کنیم و مذاهب هم همین کار را می‌کنند. بنابراین خدا خودش شفادهنده است. او پزشکی است که بیماران را شفا می‌دهد و مشکلات روحی را حل می‌کند و این دقیقاً همان چیزی است که ما روان‌درمانی می‌نامیم. این بازی با الفاظ نیست. مذهب دقیق‌ترین سیستم‌هاست و حقایق علمی بزرگی در پس آن نهفته است." (۸).

هوارد هایمن^۵ این نکته را تأکید و بیان می‌کند: "غفلت از طبیعت روانی - معنوی انسان، در بسط الگوی بهداشتی، به مثابه بحث از کاریکاتور انسان است؛ انسان جدیدی که دیگر از خصایص انسانی محروم شده است." (۹). وست ویلیام^۶ (۱۳۸۳) در کتابی که توسط انجمن روان‌شناختی آمریکا به چاپ رسیده است (۳) و ریچاردز و برگین^۷ (۱۹۹۷، ۲۰۰۰ و ۲۰۰۴) نوعی

⁸ Anxiety

⁹ Depression

¹⁰ Rogers

¹¹ Psychological pain

¹² Clinical trial

¹³ Intervention group

¹⁴ Control group

¹⁵ Spiritual therapy

¹⁶ Package

¹⁷ Yale University

⁵ Howard Hoyman

⁶ William Vest

⁷ Richards and Bergin

بعد از توصیف اولیه ANOVA و آنالیز کوواریانس برای اعمال تأثیر تفاوت‌های دو گروه در سطح پایه، حین درمان و بعد از درمان انجام شد.

نتایج

همه بیماران، مرد بودند و میانگین سن آنها ۳۲/۰۵ سال بود. از نظر سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و سابقه بیماری طبی در شروع مطالعه، در هر دو گروه کنترل و مداخله تفاوت معناداری نبود. جدول ۲، عوامل دموگرافیک را در دو گروه مورد مطالعه نشان می‌دهد.

جدول ۲- عوامل دموگرافیک دو گروه مداخله و شاهد

فاکتورها	گروه مداخله	گروه شاهد	P
سن	۳۳/۲۱(SD=۸/۸۵)	۳۱(SD=۷/۱۴)	۰/۱۶۰
وضعیت تأهل			
مجرد	۱۷ (٪۸۵/۶)	۱۲ (٪۴۱/۴)	
متاهل	۱۲ (٪۳۸/۷)	۱۹ (٪۶۱/۳)	
طلاق	۰ (٪۰)	۱ (٪۱۰۰)	
سطح تحصیلات			۰/۸۷۷
ابتدایی	۱ (٪۲۳)	۲ (٪۶۶)	
متوسطه	۶ (٪۴۰)	۹ (٪۶۰)	
دبیرستان	۱۴ (٪۵۴)	۱۲ (٪۴۶)	
دانشگاهی	۸ (٪۴۷)	۹ (٪۵۳)	
اشتغال			۰/۶۹۰
شاغل	۱۶ (٪۴۷)	۱۸ (٪۴۸)	
بیکار	۱۳ (٪۵۲)	۱۲ (٪۴۸)	
تاریخچه پزشکی			۰/۲۲۲
بلی		۱۲ (٪۶۲)	
خیر		۱۹ (٪۴۷)	

در شروع مطالعه، هر دو گروه از لحاظ سابقه قبلی اختلالات اضطرابی ($p < ۰/۹۹$) و سابقه مصرف داروهای روانی ($p < ۰/۷$) و بیماری‌های روانی ($p < ۰/۳$) و سابقه مصرف الکل ($p < ۰/۵$) و نیز سابقه اقدام به ترک قبلی ($p < ۰/۳۳$)، تفاوت معناداری نداشتند. از نظر نحوه مصرف انواع روش‌های تدخین، خوراکی، انفیه مشاهده می‌شد که بیشترین روش مصرف، نوع تدخین بود. میانگین مصرف متادون در گروه مداخله و کنترل، به ترتیب ۹۰/۶۹ و ۹۰ میلی‌گرم در روز بود. میانگین سن شروع اعتیاد در گروه مداخله، ۱۹/۸۶ سالگی و گروه کنترل، ۱۹/۲۸ سالگی بود. در ابتدای مطالعه، از نظر سطح اضطراب تفاوت بین دو گروه مداخله و کنترل، معنادار نبود ($p < ۰/۱۹۲$) و پس از گذشت یک ماه از مداخله، این تفاوت افزایش یافت و در پایان ماه دوم، این تفاوت بیشتر شد (به ترتیب: $p > ۰/۰۰۸$ و $p > ۰/۰۰۱$) (جدول ۳ و ۴).

جدول ۳- سابقه افسردگی و اضطراب در دو گروه شاهد و مورد

فاکتورها	گروه مداخله	گروه شاهد	P
سابقه افسردگی	٪۴۵/۷	٪۵۴/۳	۰/۲۰۵
سابقه اضطراب	٪۴۷/۵	٪۵۳/۵	۰/۲۱۲
سابقه مشاوره روان‌پزشکی	٪۲۵/۷	٪۶۴/۳	۰/۴۸
سابقه مصرف الکل	٪۴۰	٪۶۰	۰/۵۸
تست اضطراب	۱۹/۰۳	۲۳	۰/۱۹۲
تست افسردگی	۲۳/۹	۲۳/۸	۰/۹۸

اسلام در بسته آموزشی و درمانی تغییراتی اعمال شد. مدت مداخله هشت هفته و هفته‌ای یک جلسه بود. همچنین با توجه به میانگین انحراف معیار به دست آمده در مطالعات قبلی و پراکندگی مراکز ترک اعتیاد مورد مطالعه (۲۷-۲۱) و محدودیت گروه‌های ذهن آگاهی^{۱۸} به حداکثر ۱۵ نفر، گروه مداخله به دو گروه جداگانه تقسیم شدند. مداخله در این گروه‌ها، با شرایط کاملاً یکسان انجام شد. مرور کلی جلسات که هر کدام حدود ۶۰ دقیقه طول می‌کشید، به شرح جدول ۱ بود:

جدول ۱- طرح جلسات گروهی

ردیف	موضوعات	زمان
۱	فیلم کوتاه	۶-۴ دقیقه
۲	خوش آمدگویی	۳ دقیقه
۳	معرفی	۳ دقیقه
۴	تجدید تعهد به مسیر معنوی	۳ دقیقه
۵	فلسفه کلی برنامه پدید آمده	۳ دقیقه
۶	دستور کار جلسه برای امروز	۳ دقیقه
۷	تمرین مراقبه	۷ دقیقه
۸	مطالب جدید با تمرین علمی	۳۰ دقیقه
۹	پرسش و پاسخ	۸ دقیقه
۱۰	مرور/خلاصه جلسه	۳ دقیقه
۱۱	ککش معنوی	۳ دقیقه
۱۲	پایان	۳ دقیقه

در تمام جلسات، مراقبه تمرین می‌گردید و نیایش شخصی که هر فرد، خود آن را ابداع کرده بود یادآوری می‌شد. همچنین هر جلسه دارای موضوعات جدید بود که به اختصار ذکر می‌گردد: جلسه اول) ابداع یک نیایش شخصی در تمام فعالیت‌های روزمره؛ جلسه دوم) شرح اتصال ذهن به بدن، تمرین توقف فکر، تمرین فکر جایگزین؛ جلسه سوم) شناخت خود معتاد، شناخت خود معنوی؛ جلسه چهارم) نمایش یک فیلم کوتاه؛ جلسه پنجم) شرح ذهن پراکنده‌ای که تمرکز ندارد؛ جلسه ششم) هیجان‌هایی مثل غم، ترس، خشم که همراه خود معتاد هستند را بشناسیم که مقطعی‌اند و گذرا، علامت خطر زود هنگام‌اند. نقاشی خود معتاد و خود معنوی؛ جلسه هفتم) یک گوشه اتاق خود معتاد و یک گوشه دیگر خود معنوی، نوشتن کیفیت خود معنوی؛ جلسه هشتم) ترک، مستلزم بودن در مسیر معنوی است. در تمام فعالیت‌های روزانه، نیازمند بنیان‌های اخلاقی، مانند کلام درست، رفتار درست و غیره هستیم. از مراجعه‌کننده درخواست می‌شد که هر چیزی که واقعاً می‌خواهید انجام دهید بنویسید.

تست مورفین برای همه بیماران به صورت هفتگی انجام شد و تست‌های افسردگی بک (۲۸) و اضطراب بک (۲۹) و نیز تست کیفیت زندگی^{۱۹} (SF36) (۳۰ و ۳۱) قبل و بعد و حین درمان انجام شد. نتایج توسط نرم افزار SPSS-17 آنالیز شد و آنالیزها

¹⁸ Mindfulness

¹⁹ The Short Form Health Survey

۰/۴۹ p). ولی بعد از هشت هفته معنویت درمانی، این اختلاف به ۱۶/۳ افزایش یافت که از لحاظ آماری معنادار است (۰/۰۰۱ $p>/$).

بحث

در اختلال مصرف مواد، از جمله مواد اپیوئیدی، جسم و روان، هر دو در معرض خطر جدی قرار می‌گیرند. تاکنون، درمان نگهدارنده متادون (MMT) در بعد درمان جسمانی مواد اپیوئیدی، منشا خدمات ارزنده‌ای بوده است، ولی این درمان کفایت نمی‌کند و اشکالات شناختی برای بیمار ایجاد می‌کند. طبق گزارشات علمی موجود، از چشم‌انداز درمان‌های غیردارویی، ایمان، عشق به عزیزان و اعمال مذهبی، بیش از درمان‌های مرسوم روان‌پزشکی، مؤثر بوده و اساساً اعتقادات مذهبی، اشتیاق معنوی، نیایش و اعمال عبادی بر روی سلامت روانی و جسمی هر فرد، اثرات مثبتی دارند. با این وجود، مطالعات در این زمینه، بسیار محدود و ناچیز است.

هدف این پژوهش، بررسی یکی از روش‌های موجود روان‌درمانی معنوی در ایران بود. به عبارت دیگر، در این پژوهش نه تنها ارزیابی مسایل جسمانی و عود، مورد توجه قرار گرفت، بلکه جنبه‌های مهم دیگر سلامت روانی و اجتماعی نیز بررسی شد. بدین منظور، بسته گروه درمان‌های معنوی دانشگاه یل مورد استفاده قرار گرفت و کارایی آن با ابزارهایی مانند تست افسردگی بک، تست اضطراب بک، تست کیفیت زندگی و تست مورفین ادرار سنجیده شد.

در مطالعه مشابهی که در دانشگاه یل انجام شده بود، تست افسردگی بک به طور معناداری (۰/۰۳ $p>/$) در مقایسه با گروه کنترل بهبودی نشان داد؛ در این پژوهش نیز افسردگی گروه مداخله با استفاده از همین تست، به طور معناداری کاهش یافت (۰/۰۰۲ $p>/$). در این پژوهش، اضطراب بیماران در گروه مداخله، به طور معناداری (۰/۰۰۱ $p>/$) در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافت که این یافته نیز با مطالعه مشابهی که در دانشگاه یل انجام شده است، همسو است (۰/۰۴ $p>/$ (۲۰).

همچنین در این پژوهش، آزمون کیفیت زندگی SF36 که یافته‌های آن در پنج مقیاس عملکرد جسمی (۰/۰۰۱ $p>/$)، سلامت عمومی (۰/۰۲۹ $p>/$)، عملکرد اجتماعی (۰/۰۰۴ $p>/$)، نشاط (۰/۰۰۸ $p>/$) و سلامت روان (۰/۰۰۰ $p>/$) ارزیابی شد تفاوت معناداری را بین دو گروه نشان داد. نتایج سه مقیاس دیگر این آزمون که عبارتند از: محدودیت جسمی (۰/۱۶۵ p)، درد جسمی (۰/۱۷۷ p) و مشکلات روحی (۰/۰۷۶ p)، تفاوت معناداری را بین دو گروه نشان ندادند. در مطالعه مشابه دانشگاه یل، تست

پاییز ۹۰، دوره چهاردهم، شماره سوم

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار میزان اضطراب و اختلاف آن در دو گروه مداخله و شاهد در ابتدا، اواسط و پایان مطالعه

P	F	انحراف معیار	میانگین	تعداد	آزمون اضطراب (قبل از درمان)
۰/۱۹۲	۱/۷۴۳	۱۰/۸۱۲	۱۹/۰۳	۲۹	مداخله
			۱۲/۴۷۴	۳۳	شاهد
			۱۱/۷۸۷	۲۱/۱۱	کل
۰/۰۰۸	۷/۶۵۲	۷/۰۳۴	۱۲/۷۴	۲۳	آزمون اضطراب (در حین درمان)
			۱۱/۹۶۳	۲۰/۴۸	شاهد
			۱۰/۷۹۳	۱۷/۱۹	کل
۰/۰۰۱	۱۴/۵۵۸	۷/۴۳۳	۱۰/۶۱	۲۳	آزمون اضطراب (پس از درمان)
			۱۲/۹۲۱	۲۲/۱۰	شاهد
			۱/۶۶۸	۱۷/۲۰	کل

همچنین از نظر سطح افسردگی بین دو گروه مداخله و کنترل در ابتدای مطالعه (۰/۹۸۷ p) و حتی در پایان ماه اول (۰/۰۹۶ p) تفاوت معناداری وجود نداشت، ولی در پایان مطالعه (بعد از ۲ ماه از مداخله) این اختلاف معنادار گردید (۰/۰۰۲ $p>/$) (جدول ۴).

جدول ۵- میانگین و انحراف معیار میزان افسردگی و اختلاف آن در دو گروه مداخله و شاهد در ابتدا، اواسط و پایان

p	F	انحراف معیار	میانگین	تعداد	آزمون افسردگی (قبل از درمان)
۰/۹۸۷	۰/۰۰۰۳	۱۱/۷۶۱	۹۰/۲۳	۲۹	مداخله
			۱۲/۹۰۴	۲۳/۸۴	شاهد
			۱۲/۲۷۱	۲۳/۸۷	کل
۰/۰۹۶	۲/۸۶۷	۷/۹۳۶	۱۵/۴۳	۲۳	آزمون افسردگی (در حین درمان)
			۱۱/۱۷۷	۰۲/۰۶	شاهد
			۱۰/۱۰۹	۱۸/۰۹	کل
۰/۰۰۲	۱۰/۲۲۳	۶/۸۶۸	۱۱/۰۹	۲۳	آزمون افسردگی (پس از درمان)
			۱۲/۵۵۸	۲۰/۳۵	شاهد
			۱۱/۴۱۳	۱۶/۴۱	کل

بیماران در گروه مداخله، از هشت سری آزمایش تست ادراری مورفین که به صورت هفتگی در طول دو ماه انجام دادند، به طور متوسط ۵/۱۷ بار آزمایش منفی داشتند و در گروه کنترل، این میزان ۵/۴۲ بار بود. این اختلاف از لحاظ آماری معنادار نیست. از نظر تست کیفیت زندگی (SF36) در ابعاد عملکرد جسمی (محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد جسمی) به یک معیار واحد تحت عنوان مقیاس سلامت جسمانی^{۲۰} می‌رسیم که در هر دو گروه، در شروع مطالعه و حتی پایان ماه اول، به ترتیب اختلاف ۰/۷ و ۵/۱ داشتند (به ترتیب ۰/۹۸ p، ۰/۲۲ p). در پایان مطالعه، این اختلاف به ۱۲/۹ رسید که از لحاظ آماری معنادار بود (۰/۰۱ $p>/$). با جمع نمودن سطح کیفیت زندگی (مشکلات هیجانی، نشاط، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی) به یک معیار واحد، به نام مقیاس سلامت روان^{۲۱} می‌رسیم که در ابتدا و پایان ماه اول مطالعه، به ترتیب اختلافی حدود ۲/۷ و ۳/۶ داشتند (به ترتیب ۰/۵۹ p و

²⁰ Physical component scale

²¹ Mental component scale

بلکه پیشگیری نوع اول در گروه‌های در معرض خطر قرار گیرند؛ و نه تنها به عنوان پیشگیری و درمان ابتلا به مواد، بلکه جهت پیشگیری و درمان افسردگی و اضطراب و نقص در کیفیت زندگی، پیشاپیش، راه ابتلا به مواد و برخی اختلالات روان‌پزشکی را به نحوی سد نماید.

با توجه به همین مقدار موفقیت به دست آمده، این بسته درمانی ارزش پیشنهاد به کلیه مراکز ترک اعتیاد را دارا می‌باشد. جهت غنی‌تر شدن این بسته درمانی، ارزیابی‌های بعدی راه‌گشاست. اگر چه با همه محدودیت‌ها، موفقیت‌های به دست آمده قابل توجه است، ولی با توجه به تفاوت فاحش فرهنگی و کنش‌های متفاوت خانوادگی و تفاوت در نظام ارزش‌های جامعه ایرانی و غربی، می‌توان با اجرای این پروژه هم تجربیات جدیدی کسب کرد و هم با توسل به خرد جمعی اساتید و سایر صاحب‌نظران امور معنوی، ساخت بسته‌های درمانی جدیدتر و غنی‌تر با توجه به آداب ایرانی و فرهنگ اسلامی قطعی خواهد بود؛ و چه بسا در آینده شاهد تحولات چشمگیر، نه تنها در زمینه درمان معتادان باشیم بلکه این، فتح بایی در زمینه درمان سایر اختلالات روان‌پزشکی گردد.

جهت ارزیابی تأثیر انواع روان‌درمانی و مقایسه میزان اثرات هر یک، پیشنهاد می‌گردد طی یک کار آزمایشی بالینی دیگر، بیماران به صورت ذیل به چهار گروه تقسیم و تحت درمان قرار گیرند: گروه یک) تحت درمان روان‌درمانی معنوی قرار گیرند؛ گروه دو) تحت درمان شناختی رفتاری (CBT) قرار گیرند؛ گروه سه) تحت درمان روان‌درمانی تحلیلی قرار گیرند؛ گروه چهار) گروه کنترل بدون مداخله.

تشکر و قدردانی

در ابتدا از کلیه افراد شرکت‌کننده در این پژوهش تشکر می‌شود. همچنین از کلیه پرسنل مرکز ملی مطالعات اعتیاد و دو مرکز خصوصی ترک اعتیاد و از کلیه پرسنل مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و روان‌شناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تشکر و قدردانی می‌شود. این پروژه با حمایت مالی مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گردید.

²² Cognitive Behavioral Therapy

References

- 1- Mokri A. Urgent need to enhance psychological interventions in therapeutic centers in Iran. *Journal of Addiction* 2008; 3: 25-30. (in Persian)
- 2- Mohammadi MR, Hashemi Kohanzadeh H. Spiritual psychotherapy. *Journal of Medicine and Sanctity* 2001; 435: 104-120. (in Persian)

کیفیت زندگی SF36 و یا تست‌های دیگر کیفیت زندگی به کار نرفته است. در مطالعه دانشگاه ییل، هفته‌ای دو بار آزمایشات مورفین ادراری انجام شده است و در مجموع تعداد هفته‌هایی که نمونه ادرار منفی بوده است، معنادار بود ($p > 0.009$) (۲۰). در این پژوهش، هفته‌ای یک بار تست مورفین انجام شد؛ اگر چه روند منفی شدن تست‌های مورفین رو به افزایش بوده و این موضوع در گروه مداخله بیش از گروه کنترل بوده است، ولی در مجموع، در مقایسه با گروه کنترل معنادار نمی‌باشد ($p < 0.000727$). در این مطالعه، همه تست‌های انواع مصرف مواد انجام نشد و فقط تست‌های ادراری مورفین اجرا گردید؛ این در حالی است که معتادان گاهی ماده‌ای را جایگزین ماده دیگری می‌کنند، لذا تحلیل نهایی از جمع کل مصرف مواد را در اختیار نداریم. همچنین نمی‌دانیم افرادی که بیش از یک نوع ماده مصرف می‌کرده‌اند تغییری در تعداد/نوع ماده رخ داده است یا خیر.

همان گونه که درمانگران CBT²² و سایکوانالیز قبلاً آموزش لازم را دیده‌اند، اگر بپذیریم که معنویت قسمتی از وجود انسان است، بنابراین برای مریضان درمان‌های معنوی، گذاشتن دوره‌های آموزشی ضرورت موفقیت‌های بیشتر است. به عبارت دیگر، نبود چنین آموزشی در ایران، از محدودیت‌های این مطالعه و محدودیت‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی کشورمان است.

حدود ۹۵٪ بیماران گروه مداخله، تمرین‌های لازم را طبق برنامه در منزل انجام نمی‌دادند، لذا این مقدار موفقیت عمدتاً نتیجه تمرین‌های محدود به جلسه یک ساعته گروه‌درمانی معنوی بود. به نظر می‌رسد نیاز به مددکاری بیشتر و نیز جلسات توجیهی بیشتر قبل از شروع مداخله و در حین مداخله می‌باشد.

نتیجه‌گیری

با عنایت به موضوع عدم کفایت درمان‌های مرسوم روان‌پزشکی در درمان بیماران معتاد به مواد اپیوئیدی و از طرفی روشن شدن اثرات درمان‌های معنوی بر جسم و روان انسان و به ویژه بیماران معتاد و علی‌رغم تمام محدودیت‌های این پژوهش، این بسته درمانی می‌تواند در مدت نسبتاً کوتاهی، اثرات مفید و قابل توجهی بر بسیاری از ابعاد زندگی این گونه بیماران گذاشته و اضطراب و افسردگی و بسیاری از ابعاد کیفیت زندگی آنان را بهبود ببخشد. همچنین این احتمال قویاً مطرح است که این نوع مداخله، نه تنها به عنوان پیشگیری نوع دوم و سوم،

- 3- Vest W. *Psychotherapy and Spirituality*. Translated by Shahidi S, Shirafkan SA. Tehran: Roshd; 1383. (in Persian)
- 4- Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan & Sadock's Synopsis of psychiatry, Behavioral sciences /clinical psychiatry*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- 5- Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of psychiatry*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
- 6- Bolhari J. Articles abstract of Second national congress of the role of religion in mental health. Tehran: Aftab Graphic; 2007. (in Persian)
- 7- Ghobari Bonab B. *Consultation and psychotherapy with spiritual approach*. Tehran: Arvan; 2009. (in Persian)
- 8- Jung CG. *Jung psychoanalytic theory and methodology*. Translated by Rezaei F. Tehran: Arjmand; 2007: 200-201. (in Persian)
- 9- Taheri Nakhost HR. Hazelden, a spiritual odyssey: reconstruct in base of Minnesota model. *Journal of Addiction* 2007; 1: 64. (in Persian)
- 10- Richards PS, Bergin AE. *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. Washington DC: American Psychological Association; 1997.
- 11- Richards PS, Bergin AE. *Handbook of psychotherapy and religious diversity*. Washington DC: American Psychological Association; 2000.
- 12- Richards PS, Bergin AE. *Case book for a spiritual strategy in counseling and psychotherapy*. Washington DC: American Psychological Association; 2004.
- 13- Daier V. *Spirituality: your final prophecy*. Translated by Panahi A. Tehran: Asim; 2007: 42-44. (in Persian)
- 14- Richards PS, Smith SA, Davis LF. Healthy and unhealthy forms of religiousness manifested by psychotherapy clients: An empirical investigation. *Journal of Research in Personality* 1989; 23: 506-524.
- 15- Richards PS, Potts R. Using spiritual interventions in psychotherapy: Practices, success, failure, and ethical concerns of Mormon psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice* 1995a; 26: 163-170.
- 16- Richards PS, Potts R. Spiritual interventions in psychotherapy: A survey of practices and beliefs of AMCAP members. *Association of Mormon Counselors and Psychotherapists Journal* 1995b; 21: 39-68.
- 17- Richards PS. Religious devoutness in college students: Relations with emotional adjustment and psychological separation from parents. *Journal of Counseling Psychology* 1991; 38: 189-196.
- 18- Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Counseling Psychology* 1957; 21: 95-103.
- 19- Rogers CR. *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin Harcourt; 1980.
- 20- Yale University. The Spiritual Self-schema (3-S) Development Program. [cited 2009 Feb. 03]. Available from: <http://www.info.med.yale.edu/psych/3s/index.html>.
- 21- Mohammadi M. Female Addiction Today's Data on Coming Issues in Iran. *Journal of Addiction* 2008; 3: 33. (in Persian)
- 22- Ekhtiari H. Ten "Hot Points" in Designing and conducting Research projects in Addiction Sciences in Iran. *Journal of Addiction* 2008; 3: 57. (in Persian)
- 23- Javadi RK. Comparison of parent-child relations between addict and non addict women of Tehran province. *Journal of Addiction* 2008; 3: 35. (in Persian)
- 24- Ekhtiari H. Cost-Effectiveness Indices for Treatment outcome Evaluation in Iran. *Journal of Addiction* 2007; 1: 42-44. (in Persian)
- 25- Fakhraie A, Babayanes A. Methadone, a Good Experience of Maintenance Treatment in Iran, Primary Report of a cohort study in Iranian National Center for Addiction studies clinic. *Journal of Addiction* 2007; 1: 110. (in Persian)
- 26- Anonymous Addicts. *Quality of performance plan for anonymous addicts*. Translated by "Translation Committee". Tehran: Taraghi; 1383: 139-150. (in Persian)
- 27- Narcotics Anonymous. *The guideline of Step performance in anonymous addicts Committee*. Translated by "Translation Committee". Tehran: global NA; 1383: 10-200. (in Persian)
- 28- Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1996.
- 29- Beck AT, Steer RA. *Beck anxiety inventory manual*. Toronto: Psychological Corporation; 1990.
- 30- Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. New England Medical Center Hospital, Health Institute. SF-36 health survey: manual and interpretation guide. The Health Institute, New England Medical Center; 1993.
- 31- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res* 2005; 14: 875-882.

Effectiveness of Grouped Spiritual Psychotherapy on Patients with Opium Using Disorder

Mohammadi MR*¹ (MD), Akbari AA¹ (MD), Hatami N² (MA), Mokri A³ (MD), Kaviani H³ (PhD), Salmanian M¹ (MA), Sehat Mojtaba⁴ (PhD)

¹Psychiatry and Psychology Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

²Zafar Child and Adolescent Center, Tehran, Iran

³Iranian National Center for Addiction Studies, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴Department of Social Medicine, School of Medicine, Kashan University of Medical Sciences

Received: 21 Oct 2010, Accepted: 28 Sep 2011

Abstract

Introduction: Some scientists believe that the definition of Bio-psychosocial is not a comprehensive definition for humankind. They are willing to add the spirituality as a part of human being. This study aimed to assess the effectiveness of a spiritual group therapy among patients with opium using disorders in Tehran.

Methods: This study was a clinical trial in which 61 opium users were selected using simple sampling from patient referred to the Iranian national center for addiction studies and two other private centers. Patients were divided into two equal intervention and control groups. The intervention group was treated by spiritual group therapy presented at Yale University, modified according to the Iranian/Islamic culture of the participants within eight sessions in eight weeks. Urine morphine test was done for each participant every week. The Beck depression test, Beck anxiety test and quality of life test (the short form Health survey SF36) were completed before, during and after the intervention.

Results: The mean scores of the depression test ($p > 0.002$), anxiety test ($p > 0.001$), and the short form health survey SF 36 test ($p > 0.001$) were improved in the intervention group after the intervention. Although urine morphine test showed a negative trend, the decline was not statistically significant ($p < 0.75$).

Conclusion: This package showed to be effective in many dimensions of psycho-somatic, social and spiritual health of opium users. Subsequent interventions with more modified packages may be more influential.

Key words: psycho-spiritual therapy, group therapy, anxiety, depression, morphine test, quality of life, opium, addiction

Please cite this article as follows:

Mohammadi MR, Akbari AA, Hatami N, Mokri A, Kaviani H, Salmanian M. et al. Effectiveness of Grouped Spiritual Psychotherapy on Patients with Opium Using Disorder. *Hakim Research Journal* 2011; 14(3): 144-150.

*Corresponding Author: Psychiatry and Psychology Research Center, Roozbeh Hospital, Tehran University of Medical Sciences, South Kargar Avenue, Tehran, Iran. Tel: +98- 21- 55413540, Fax: +98- 21- 55421959, E-mail: mohammadimr@tums.ac.ir