

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر انگیزش درمان و خودانتقادی افراد در وابسته به مواد

عیسی جعفری^۱، حمیدرضا حمیدی راد^۲، بهزاد رسول زاده^۳، عزت اله کرد میرزا نیکوزاده^۴، فرشته پورمحسنی کلوری^۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۰۴

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر انگیزش درمان و خودانتقادی در افراد وابسته به مواد انجام شد. **روش:** این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، افراد وابسته به مواد مراجعه کننده به مرکز بهبودی میان مدت اقامتی شهرستان آستارا در سه ماهه اول سال ۱۳۹۹ بود. از بین جامعه فوق، تعداد ۲۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) گمارده شدند. ابزار اندازه گیری پژوهش، پرسشنامه مراحل آمادگی برای تغییر و انگیزش درمان و مقیاس سطوح خودانتقادی بود. جهت تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. **یافته ها:** بر اساس نتایج به دست آمده از تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون، اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر انگیزش درمان و خودانتقادی در افراد وابسته به مواد تأیید شد. به عبارت دیگر، نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معنی داری موجب افزایش میزان انگیزش درمان و کاهش خودانتقادی در گروه آزمایش شده است. **نتیجه گیری:** با توجه به نتایج پژوهش، به متخصصان فعال در زمینه ترک اعتیاد پیشنهاد می شود از پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان درمان مکمل روان شناختی در جهت افزایش انگیزش درمان و همچنین کاهش خودانتقادی در افراد وابسته مواد بهره ببرند.

کلیدواژه ها: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، انگیزش درمان، خودانتقادی، وابستگی به مواد

۱. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. پست الکترونیک: dr.jafari@pnu.ac.ir

۲. کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۳. استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۴. دانشیار، گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۵. دانشیار، گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

مقدمه

اختلال مصرف مواد به طور فزاینده‌ای در سراسر جهان شیوع پیدا کرده است (گان^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). بر اساس گزارش جهانی مواد مخدر، در میان ۲۶۹ میلیون نفری که در سال گذشته مواد مصرف کرده‌اند، بیش از ۳۵ میلیون نفر دچار اختلالات مصرف مواد شده‌اند (ناف^۲، ۲۰۲۰). اختلالات ناشی از مصرف مواد نشان‌دهنده یک بحران عمده عمومی است و هزینه‌های کلان شخصی، اقتصادی و اجتماعی برای جامعه به همراه دارد (مورای^۳ و همکاران، ۲۰۱۲؛ دیجنهارت^۴ و همکاران، ۲۰۱۴). از طرف دیگر، اختلالات مصرف مواد خطر بلندمدت ابتلا به بیماری‌های جدی سلامت را به دنبال دارد و با افزایش مرگ و میر همراه است (کویتروپلات^۵ و همکاران، ۲۰۱۵). با وجود خطرات جدی مصرف مواد در حوزه زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی، تعداد کمی از افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد خدمات درمانی مراجعه می‌کنند و این افراد با وجود دریافت درمان‌های روانی-اجتماعی، اغلب مستعد عود بیماری هستند (کلی، برگمن، هوپنر، ویلساینت و وایت^۶، ۲۰۱۷). مطالعات مرتبط در این حوزه نیز نشان می‌دهد از هر ۶ فرد مبتلا به اختلالات مصرف مواد فقط یک نفر تحت درمان روانی و اجتماعی قرار می‌گیرد و میزان عود در درمان‌های روانی و اجتماعی مرتبط با اختلالات مصرف مواد به طور کلی از ۴۰ تا ۶۰ درصد، و در برخی موارد که عود به حداکثر می‌رسد ۸۶ درصد می‌باشد (براندون، ایروین، ویدرین و لیتوین^۷، ۲۰۰۷). ترک برنامه درمان روانی اجتماعی، اختلالات مصرف مواد یک مشکل گسترده در زمینه اعتیاد است و مدت‌ها پیش‌بینی‌کننده قوی عود بوده است؛ بنابراین ترک برنامه به طور مستمر می‌تواند کارآیی و اثربخشی درمان را کاهش دهد (پالمر، مورفی، پیسلی و بال^۸، ۲۰۰۹).

مرور شواهد پژوهشی فوق نشان می‌دهد که یکی از عوامل مؤثر در بالا بودن میزان عود و برگشت به مصرف در افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد، پایین بودن انگیزش

1. Gan
2. Knopf
3. Murray
4. Degenhardt
5. Quintero-Platt

6. Kelly, Bergman, Hoepfner, Vilsaint & White
7. Brandon, Irvin, Vidrine & Litvin
8. Palmer, Murphy, Piselli, Ball

درمان می‌باشد. انگیزش نقش مهمی در درمان هر بیماری، به ویژه برای بیماران مبتلا به اعتیاد ایفا می‌کند. به علاوه انگیزش عاملی است که بیماران را برای جستجوی راه‌های مختلف درمانی به دنبال دستورالعمل‌های درمان و به ویژه تغییرات بلندمدت موفق آماده می‌سازد (میلر^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). انگیزش درمان در حوزه اعتیاد مراحل بازشناسی، دوسوگرایی و گام‌برداری^۲ را شامل می‌شود. بازشناسی به شناخت این که در فرد رفتار مشکل‌زایی وجود دارد، تعریف شده است. دوسوگرایی مرحله انگیزش درمان بعد از بازشناسی مشکل خود را نشان می‌دهد و در این زمان فرد در ترک کردن و نکردن آن رفتار تردید دارد. در نهایت، در گام‌برداری که سومین مرحله انگیزش درمان است، فرد اقدام عملی برای ترک رفتار مشکل‌زای خود انجام می‌دهد (میلر و تونینگان، ۱۹۹۶؛ به نقل از رحیمی پردنجانی، محمدزاده ابراهیمی و صبور، ۱۳۹۵). سازه‌های انگیزشی عنصر کلیدی در قالب رویکردهای نظری در درمان سوء مصرف مواد، پیش‌بینی‌کننده تغییر در مصرف الکل (لودت و استنیک^۳، ۲۰۱۰) و مصرف مواد (داونی، روسنگرن و دونوان^۴، ۲۰۰۰) در نظر گرفته شده است. انگیزش درمان نشان‌دهنده میل به رفع نیازمندی‌های یک برنامه درمان و در نتیجه دستیابی به اهداف درمانی می‌باشد (دریسکرن، لامرز و وندراستاک^۵، ۲۰۰۴). انگیزش یک عامل مهم در درمان اعتیاد بوده و ثابت شده است که پیش‌بینی‌کننده نتایج درمان می‌باشد (کیزیلکورت و قایناش^۶، ۲۰۲۰). اگرچه وابستگی به مواد فرایندی فیزیولوژیکی و روانی پیچیده است، انگیزش سوء مصرف‌کننده، بخش مهمی از روند بهبودی و درمان می‌باشد. بنابراین، انگیزش نقش مهمی در تشخیص نیاز به تغییر، جستجوی درمان و دستیابی به تغییر موفق و پایدار برای همه سوء مصرف‌کنندگان مواد دارد (دیکلمنته، اسکلوننت و گیمیل^۷، ۲۰۰۴). انگیزش درمان در سوء مصرف‌کنندگان مواد برای اثربخشی برنامه‌های درمانی و توانبخشی بسیار مهم است (گورگولو^۸، ۲۰۱۹). در همین راستا، مطالعات نشان می‌دهد که انگیزش مربوط به تغییر رفتار و ورود به درمان

1. Millere
2. recognition, ambivalence & taking step
3. Laudet & Stanick
4. Downey, Rosengren & Donovan

5. Drieschner, Lammers & Van Der Staak
6. Kizilkurt & Gıynaş
7. DiClemente, Schlundt & Gemmell
8. Gorgulu

به طور مداوم، پیش‌بینی‌کننده مشارکت در درمان به شمار می‌آید (ویلده، سونینگام و ریان^۱، ۲۰۰۶). این سازه برای بهبودی موفقیت‌آمیز از اعتیاد، حیاتی بوده و پیش‌بینی‌کننده درمان موفق می‌باشد. همچنین تلاش برای درمان وابستگی به مواد بدون در نظر گرفتن انگیزش، کامل نیست. کاهش سطح انگیزش و عدم تمایل برای تغییر و مقاومت نسبت به درمان از مشکلات اصلی افراد وابسته به مواد برای درمان است (مولیا^۲، ۲۰۰۲). بنابراین می‌توان گفت که انگیزش بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد، توجه محققان را به این موضوع جلب کرده است که چگونه می‌توان انگیزش افراد وابسته به مواد را نسبت به توقف مصرف مواد بهبود بخشید و شروع به درمان و همچنین حفظ پویایی مثبت بعد از فرایند درمان نمود (سودرابا^۳ و همکاران، ۲۰۱۵).

یکی دیگر از عواملی که نقش آن در ترک موفق در مطالعات متعددی بررسی شده است، خودانتقادی است. خودانتقادی به عنوان گرایش فرد برای داشتن انتظارات بالا از خود و زیر سؤال بردن عملکرد خویش تعریف شده است (آینکو، بودنر، و بن-زونیک^۴، ۲۰۱۵). خودانتقادی موجب می‌شود که فرد خود را ناقص بداند و معیارهای غیرقابل دستیابی برای خود تعریف کند به گونه‌ای که در نهایت به دوری کردن او از اجتماع منجر می‌شود (جیمز، ورپلانکن و رایمز^۵، ۲۰۱۵). دو نوع خودانتقادی در افراد وجود دارد. خودانتقادی مقایسه‌ای که سبب مقایسه خود با دیگران می‌شود و خودانتقادی درونی که به سبب مقایسه خود با انتظارات بسیار سطح بالا و غیرقابل دستیابی درونی ایجاد می‌شود. هر دو نوع خود انتقادی مقایسه‌ای و درونی در این زمینه که فرد عملکرد خود را نادرست و ناقص می‌داند، مشترک هستند. این متغیر روان‌شناختی یکی از علل و عامل استمرار و حفظ انواع مختلفی از آسیب‌شناسی روانی از جمله افسردگی (آروتا^۶ و همکاران، ۲۰۲۱) و سوء مصرف مواد است (چانگ^۷، ۲۰۰۸). تحقیقات نشان می‌دهد که انتقاد از خود با طیف گسترده‌ای از مشکلات روان‌شناختی، از جمله اضطراب، اختلال استرس پس از

1. Wild, Cunningham & Ryan

2. Mulia

3. Sudraba

4. Iancu, Bodnerb & Ben-Zonic

5. Jemas, Verplanken & Rimes

6. Aruta

7. Chang

سانحه، اختلال خوردن، اختلالات عاطفی و اختلالات مصرف مواد مرتبط است (گیل^۱، ۲۰۱۵). از طرفی تحقیقات نشان می‌دهد خودانتقادی علاوه بر اختلال‌های مصرف مواد با اختلالات و مشکلات روان‌شناختی متعددی از جمله اضطراب، افسردگی، اختلالات شخصیت و خودکشی رابطه دارد (کانان و لویت^۲، ۲۰۱۳). خودانتقادی یکی از عوامل خطر ساز مرتبط با ایجاد و تداوم اختلال وابستگی به موادمخدر است (گیلبرت^۳، ۲۰۱۴). برای نمونه، لیدیتیر و همکاران (۱۹۹۹، به نقل از شهرار^۴، ۲۰۱۵) نشان داد که خودانتقادی پیش‌بینی‌کننده اختلالات بیرونی‌سازی نظیر؛ بزهکاری، پرخاشگری و سوء مصرف مواد است. به عبارتی می‌توان گفت که خودانتقادی رخ می‌دهد و فرد مداوم خود را سرزنش و انتقاد بیش از حدی از خود نشان می‌دهد این فرایند با علایم و اختلالات بیرونی نظیر اختلال سلوک و مصرف مواد، خود را نشان می‌دهد. در پژوهش دیگری مشخص شد که انتقاد از خود از جمله عوامل روان‌شناختی است که زمینه‌ساز گرایش نوجوانان به اعتیاد است. مدل‌های نظری و تجربی نشان می‌دهد که ویژگی‌های انگیزشی، شناختی و بین‌فردی خودانتقادی به طور پویا با عوامل محیطی در تعامل است و باعث افزایش و حفظ آسیب‌روانی و ناراحتی از جمله مصرف مواد می‌شود (پینتو-گوویا و ماتوس^۵، ۲۰۱۱). در همین راستا پژوهش اسدآباد، ایمانی، فتح آبادی، نوروزی و علیزاده گورادل (۲۰۲۲) نشان داد که افراد معتاد به مواد افیونی سطوح بالاتری از انتقاد از خود را نسبت به افراد عادی تجربه می‌کنند.

با توجه به پیامدهای درمان وابستگی به مواد، توجه روز افزون به نقش درمان‌های موج سوم در غنی‌سازی زندگی روزمره و اثر آن در ارتباط با ابعاد مختلف اعتیاد و شیوه‌هایی که افراد در مقابله با این تنیدگی به کار می‌برند، زمینه‌ساز انجام تحقیقات متعدد شده است. از بین درمان‌های رایج موج سوم که اثربخشی آن در زمینه اختلالات روان‌شناختی ثابت شده است، درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌باشد. مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی به طور فزاینده‌ای به عنوان رویکردهای درمانی تأثیرگذار بر مصرف و سوء مصرف مواد

پیشنهاد شده است (چیسا و سرتی^۱، ۲۰۱۴). راهبردهای مورد استفاده در درمان ذهن آگاهی موجب افزایش تجربیات تحمل ترک، ارتقا و بهبود سطح انگیزش در مراجعان می شود. ذهن آگاهی روش توجه کردن به هدف، بودن در لحظه حال و بدون قضاوت است. تأکید اساسی در مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی، به جای توجه به آینده، کمک به افراد وابسته به مواد در زندگی در حال و نگاه کردن به دنیای اطراف و امور به همان صورتی که واقعاً هستند و در عین تأکید بر شفقت و انعطاف پذیری، کمک به مراجعان در تغییر رفتار می باشد. به عبارتی می توان گفت که ذهن آگاهی حالتی از آگاهی فراشناختی ایجاد می کند تا مراجعان به جای افتادن در دام رفتارهای شرطی و تکراری، تصویری بزرگتر را مشاهده کند و این نحوه نگاه کردن به امور، آگاهی، حس آزادی و انتخاب بزرگتری را برای آنان فراهم می کند (براون^۲، ۲۰۱۲). در نتیجه این نوع مداخله به فرد کمک می کند کمتر درگیر هیجان های منفی نظیر خودانتقادی، شرم و احساس گناهی که معمولاً افراد وابسته به مصرف مواد تجربه می کنند، شوند و با کاهش میزان هیجان های منفی در افراد دادن حس آزادی و انتخاب، زمینه را برای ترک مواد و انگیزش درمان مهیا می سازد. پژوهش گارلند و هوارد^۳ (۲۰۱۸) نشان داد که آموزش ذهن آگاهی می تواند میزان انگیزش را از طریق افزایش آگاهی درونی از پیامدهای رفتار اعتیادی، افزایش دهد. در پژوهش دی جانگ، هامس، برورز و تامیک^۴ (۲۰۱۳) اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر استرس بر استرس و انگیزش روی گروهی از آزمودنی ها بررسی شد و نتایج حاکی از آن بود که درمان ذهن آگاهی مبتنی بر استرس موجب کاهش استرس و افزایش انگیزش درمان در آزمودنی های مورد نظر شده است. در پژوهش دیگری گیلبرت (۲۰۱۴) نقش آموزش خودشفقتی ذهن آگاه را روی خودانتقادی، ولع و عود در گروهی از سوء مصرف کنندگان مواد بررسی نمود و نتایج نشان داد که این مداخله در کاهش خودانتقادی، ولع و عود در این افراد مؤثر بوده است. در پژوهش هالامووا، کوناوسکی، جورکوا و کوپلی^۵ (۲۰۱۸)

1. Chiesa & Serretti
2. Brown
3. Garland & Howard

4. De Jong, Hommes, Brouwers & Tomic
5. Halamová, Kanovsky, Jurková & Kupeli

اثربخشی نسخه کوتاه مدت آنلاین مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی بر خود انتقادی و شفقت بر خود روی نمونه‌های غیربالینی بررسی شد و نتایج حاکی از آن بود که مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معنی داری در کاهش خودانتقادی و نگاه غیرشفقتی بر خود اثرگذار بوده و این اثربخشی در مدت پیگیری دو ماهه نیز پایدار بود.

بررسی پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که در حوزه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سوء مصرف مواد پژوهش‌های زیادی انجام شده است، با این حال اثربخشی این درمان روی متغیر خود انتقادی، و به ویژه انگیزش درمان در افراد وابسته به مصرف مواد مطالعه نشده است. از طرفی بررسی مطالعات صورت گرفته نشان داد که متغیر انگیزش درمان و خودانتقادی از جمله متغیرهایی هستند که نقش مهمی در موفقیت برنامه‌های درمانی وابستگی به مواد دارند و شواهد پژوهشی حاکی از آن است که افراد وابسته به مواد از انگیزش پایین و خود انتقادی بالایی برخوردارند، اما تا به حال مطالعه‌ای که به طور اختصاصی این درمان را روی انگیزش درمان و خودانتقادی به عنوان دو متغیر تأثیرگذار در بهبودی از اعتیاد در افراد وابسته انجام دهد، صورت نگرفته است. بنابراین جهت پاسخ گویی به خلاء پژوهشی در این زمینه، پژوهش حاضر در صدد پاسخ گویی به این سؤال است که آیا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر انگیزش درمان و خودانتقادی در افراد وابسته به مواد اثربخش می‌باشد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد دارای اختلال وابستگی به مواد مرکز بهبودی میان مدت اقامتی مبتکران نیک و پاک شهرستان آستارا در سه ماهه اول سال ۱۳۹۹ بودند. از این بین ۲۰ نفر به شیوه نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص اصلی و اولیه وابستگی به مواد بر طبق ملاک‌های راهنمای

تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۱، رضایت آگاهانه آزمودنی‌ها جهت شرکت در پژوهش و داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل بود. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: داشتن دوره درمانی همزمان با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، داشتن اختلالات روانی و عصب‌شناختی قابل تشخیص، عدم شرکت در همه جلسات درمان و تکمیل نکردن پرسشنامه‌ها. همچنین تا حد امکان تلاش شد که گروه‌های آزمایش و کنترل در ویژگی‌های نظیر سن، وضعیت شغلی، وضعیت تأهل و مدت وابستگی هم‌تاسازی شوند. با توجه به اینکه تعداد ۲ نفر از گروه آزمایش و ۲ نفر از گروه کنترل به دلیل ترخیص پیش از موعد و عدم دسترسی به جلسات و مرکز بهبودی در اواسط پژوهش از ادامه همکاری انصراف داده بودند، در هر گروه ۱۰ آزمودنی مورد بررسی قرار گرفتند. در این پژوهش سعی بر آن شد که اطلاعات آزمودنی‌ها کاملاً محرمانه باقی بماند و جمع‌آوری اطلاعات همراه با توافق آگاهانه شرکت‌کنندگان صورت گیرد. همچنین برای رعایت مسائل اخلاقی در مطالعه، بعد از انجام پژوهش برای گروه کنترل نیز جلسات درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی ارائه شد. جهت تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد.

ابزار

۱. مقیاس مراحل آمادگی برای تغییر و انگیزش درمان^۲: این مقیاس یک ابزار تجربی است که توسط میلر و تونینگان^۳ (۱۹۹۷) برای ارزیابی آمادگی برای تغییر سوء مصرف مواد طراحی شده است. این ابزار ۱۹ سؤال دارد و انگیزش درمان را در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافقم (۵) در سه خرده مقیاس بازشناسی، دوسوگرایی و گام‌برداری اندازه می‌گیرد. حداقل نمره در این مقیاس ۱۹ و حداکثر نمره ۹۵ می‌باشد. خرده مقیاس بازشناسی نشانگر آگاهی فرد نسبت به وجود مشکل و تمایل وی نسبت به ایجاد تغییر است. خرده مقیاس دوسوگرایی بیانگر شک و عدم اطمینان فرد نسبت به وجود مشکل و آسیب‌ها است و خرده مقیاس گام‌برداری دربرگیرنده فعالیت‌هایی است

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

2. Stages of Change Readiness & Treatment Eagerness Scale
3. Miller & Tonigan

که فرد به منظور ایجاد تغییر انجام داده است. در پژوهش میلر و تونیگان (۱۹۹۷) ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس بازشناسی در دامنه ۰/۸۵ تا ۰/۹۵، دوسوگرایی در دامنه ۰/۶۰ تا ۰/۸۸ و گام‌برداری ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ به دست آمده است. در پژوهش بشرپور (۱۳۹۴) نیز ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس به ترتیب ۰/۷۶ برای بازشناسی، ۰/۷۱ برای دوسوگرایی و ۰/۸۵ برای گام‌برداری به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۸ برای بازشناسی، ۰/۸۷ برای دوسوگرایی و ۰/۸۴ برای گام‌برداری محاسبه شد.

۲. مقیاس سطوح خودانتقادی لویز^۱: این مقیاس توسط تامپسون و زوروف^۲ (۲۰۰۴) جهت سنجش خودانتقادی تدوین شده است. مقیاس سطوح خودانتقادی مشتمل بر ۲۲ سؤال است و نمره‌گذاری ۷ درجه‌ای از ۰ تا ۶ را شامل می‌گردد. این مقیاس در دو سطح، خودانتقادی را در فرد می‌سنجد. اول خود انتقادی درونی‌شده و دوم خودانتقادی مقایسه‌ای. حداقل نمره در این مقیاس ۰ و حداکثر نمره ۱۳۲ می‌باشد. خودانتقادی درونی به عنوان دیدگاه و نظر منفی نسبت به خود در مقابل با استانداردهای شخصی، درونی خود تعریف می‌شود. خودانتقادی درونی شامل مقایسه خود یا دیگران نمی‌باشد، بلکه افراد خودشان را (در مقابل با انتظارات خود) ناکارآمد می‌بینند. خودانتقادی مقایسه‌ای روی مقایسه نامناسب خود با دیگران که خصمانه یا انتقادی می‌باشد، تمرکز می‌کند؛ بنابراین یکی از مشخصات خودانتقادی مقایسه‌ای، خصومت بین فردی است (تامسون و زوروف، ۲۰۰۴). در پژوهش یاماگوجی و کیم^۳ (۲۰۱۳) ضریب پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شده است. در پژوهش نوربالا، برجعلی و نوربالا (۱۳۹۲) نیز ضریب همسانی درونی مقیاس سطوح خود انتقادی برابر با ۰/۹۰ و آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ این مقیاس به ترتیب ۰/۸۵ برای خود انتقادی درونی، ۰/۸۷ برای خود انتقادی مقایسه‌ای و برای کل مقیاس ۰/۸۶ به دست آمد.

روش اجرا

پروتکل آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی توسط کابات زین و زین^۱ (۲۰۱۳) تدوین شده است. گروه آزمایش تحت آموزش این پروتکل در ۸ جلسه، بر اساس جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه در هر هفته قرار گرفت. خلاصه‌ای از تعداد جلسات و محتوای آن در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات پروتکل آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	اجرای پیش آزمون، آشنایی اولیه با مراجعان، آشنایی با مفاهیم ذهن آگاهی با استفاده از فنون مختلف، آشنایی با هدایت خودکار و نحوه معطوف ساختن توجه به قسمت‌های مختلف بدن، ارائه تکلیف خانگی
جلسه دوم	تمرکز بیشتر بر بدن، احساس جسمی، فیزیکی، تمرکز بر تنفس و کنترل بیشتر واکنش نسبت به وقایع روزانه، ارائه تکلیف خانگی
جلسه سوم	تمرکز عامدانه آگاهی بر تنفس، آرام گرفتن ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن، مراقبه نشسته و انجام تمرین‌هایی که توجه را به لحظه حال می‌آورند، تمرکز و یکپارچه بودن بیشتر، ارائه تکلیف خانگی
جلسه چهارم	آموزش حضور ذهن و اجتناب از حواس پرتی، آموزش این نکته که بدون اجتناب از افراد، در لحظه حال بمانیم و تلاطم افکار را نظاره کنیم، ارائه تکلیف خانگی
جلسه پنجم	آموزش اجازه حضور به تجربه همان‌طور که هست، بدون قضاوت یا تغییر در آن، آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آنها بدون قضاوت و دخالت مستقیم، ارائه تکلیف خانگی
جلسه ششم	آشنایی شرکت کنندگان با نحوه‌ای که خلق و افکار تجربه را محدود می‌کند، تغییر خلق و افکار از طریق تلقی افکار به عنوان فکر و نه واقعیت، ارائه تکلیف خانگی
جلسه هفتم	مرور نشانگان عود و بیماری، هشاری نسبت به نشانه‌های عود و تنظیم برنامه مواجه احتمالی با نشانه‌های عود، ارائه تکلیف خانگی
جلسه هشتم	آموزش نحوه تمرین منظم ذهن آگاهی، برنامه‌ریزی آینده و استفاده از فنون حضور در حال برای زندگی و تعمیم آنها به کل جریان زندگی

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه مورد مطالعه

متغیر پژوهش	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سطوح	پیش‌آزمون	۹۳/۱۰	۱۵/۲۲	۸۸/۱۰	۱۷/۹۷
خودانتقادی	پس‌آزمون	۷۳/۸۰	۱۴/۳۱	۸۳/۸۰	۲۳/۵۹
انگیزش درمان	پیش‌آزمون	۸۵/۳۰	۷/۵۷	۸۴/۱۰	۸/۹۲
	پس‌آزمون	۹۲/۳۰	۳/۵۲	۸۷/۸۰	۶/۶۹

در ادامه جهت بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سطوح خودانتقادی و انگیزش درمان در افراد مبتلا به مصرف مواد، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده گردید. جهت استفاده از این آزمون، باید مفروضه‌های آن برقرار باشد. از جمله مفروضه‌های این آزمون، نرمال بودن توزیع داده‌ها، همگنی واریانس توزیع متغیرهای مورد مطالعه در گروه‌ها و همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌های مورد مطالعه می‌باشد. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌های سطوح خودانتقادی و انگیزش درمان در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک حاکمی از نرمال بودن توزیع داده‌ها بود ($P > 0/05$). مفروضه همگنی واریانس متغیرهای مورد مطالعه در گروه‌ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که واریانس‌ها برای انگیزش درمان ($F=0/33$)، $P=0/56$) و برای سطوح خودانتقادی ($F=0/91$ ، $P=0/35$) همگن هستند و این مفروضه نیز برقرار است. همچنین جهت بررسی همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌های مورد مطالعه از آزمون ام‌باکس استفاده شد که نتایج این آزمون بیانگر برقراری این مفروضه می‌باشد ($BOX_M=6/57$ ، $F=1/92$ ، $P=0/12$). با توجه به برقراری مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده از این آزمون بلامانع است. بنابراین نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری

مقدار آماره	F آماره	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	ضریب اتا
اثر پیلاهی	۰/۳۷	۴/۵۷	۲	۱۵	۰/۰۳
لامبدای ویلکز	۰/۶۳	۴/۵۷	۲	۱۵	۰/۰۳
اثر هاتلینگ	۰/۵۹	۴/۵۷	۲	۱۵	۰/۰۳
بزرگترین ریشه روی	۰/۵۹	۴/۵۷	۲	۱۵	۰/۰۳

یافته‌های موجود در جدول ۳ نشان می‌دهد که مقدار لامبدای ویلکز برابر با ۰/۶۳ است ($p < ۰/۰۵$) و بیانگر این موضوع است که دو گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای انگیزش درمان و سطوح خود انتقادی در پس آزمون تفاوت معنی‌داری دارند و میزان اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر متغیرهای وابسته ۶۳ درصد می‌باشد؛ یعنی ۶۳ درصد از تفاوت میان دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته ناشی از اثر مداخله آزمایشی می‌باشد. در ادامه به منظور تعیین تأثیر مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر متغیرهای پژوهش نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر انگیزش درمان و سطوح خودانتقادی

منبع تغییرات	متغیر	مجموع مجدورات	درجات آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
گروه	سطوح خود انتقادی	۸۹۸/۳۰	۱	۸۹۸/۳۰	۴/۸۲	۰/۰۴	۰/۲۳
	انگیزش درمان	۷۷/۷۹	۱	۷۷/۷۹	۴/۵۹	۰/۰۴۸	۰/۲۲

یافته‌های موجود در جدول ۴ نشان می‌دهد که پس از کنترل نمرات پیش آزمون انگیزش درمان و سطوح خودانتقادی، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای انگیزش درمان و سطوح خودانتقادی معنادار است ($F=۴/۸۵$ ، $P<۰/۰۴$) و ($F=۴/۵۰$ ، $P<۰/۰۵$) بدین ترتیب اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر انگیزش درمان و سطوح خودانتقادی در افراد وابسته به مصرف مواد تأیید گردید و می‌توان نتیجه گرفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر انگیزش درمان افراد وابسته به مصرف مواد

تأثیر گذار بوده است و تأثیر آن ۲۲/۰ بوده است؛ یعنی ۲۲ درصد از تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون انگیزش درمان مربوط به تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بوده است که می توان نتیجه گرفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سطوح خودانتقادی افراد مبتلا به مصرف مواد تأثیر گذار بوده است و میزان این تأثیر ۲۳/۰ می باشد. به بیان دیگر ۲۳ درصد از تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون سطوح خودانتقادی آزمودنی های گروه آزمایش مربوط به تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می باشد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، بر انگیزش درمان و خودانتقادی در افراد وابسته به مواد انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش میزان انگیزش درمان افراد وابسته به مواد مؤثر بوده است. به عبارت دیگر افرادی که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را دریافت کرده بودند نسبت به گروه کنترل، افزایش معنی داری در انگیزش درمان نشان دادند. نتایج به دست آمده در این پژوهش در زمینه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش میزان انگیزش درمان با یافته های استافین، بائر و مایکستر^۱ (۲۰۱۲)، زراستوند، تیزدست، خلعتبری و ابوالقاسمی (۲۰۲۰)، گارلند و هاوارد (۲۰۱۸) و دی جانگ و همکاران (۲۰۱۳) همسو می باشد. سازه های انگیزشی عنصر کلیدی در قالب رویکردهای نظری در درمان سوء مصرف مواد، پیش بینی کننده تغییر در مصرف الکل (لودت و استنیک، ۲۰۱۰) و مصرف مواد (داونی و همکاران، ۲۰۰۰) در نظر گرفته شده است. انگیزش درمان نشان دهنده میل به رفع نیازمندی های یک برنامه درمان و در نتیجه دستیابی به اهداف درمانی می باشد (دریسکنر و همکاران، ۲۰۰۴). تکنیک های مورد استفاده در ذهن آگاهی در عین تأکید بر مهربانی و انعطاف پذیری، ابزارهای مؤثر و ماهرانه برای تغییر رفتار مجدانه و آگاهانه فراهم می آورد. این نوع درمان حالتی از آگاهی فراشناختی به وجود می آورد که در آن فرد می تواند به جای افتادن در دام رفتارهای شرطی و عاداتی

تصویر بزرگتری را مشاهده کند. این آگاهی، حس آزادی و انتخاب بزرگتری را فراهم می آورد. تکنیک های ذهن آگاهی، توانایی تصمیم گیری و آگاهی افراد از توان بالقوه خود را افزایش می دهد و به کارگیری این مهارت ها به نوبه خود موجب افزایش انگیزش برای تغییر و ماندن در درمان را فراهم می آورد. همانطور که پژوهش گارلند و هوارد (۲۰۱۸) نشان داد آموزش ذهن آگاهی می تواند تقویت انگیزش را از طریق ارتقای آگاهی درونی از پیامدهای رفتار اعتیادی افزایش دهد.

از دیگر تبیین های احتمالی این است که در درمان ذهن آگاهی مراجعین آموزش می بینند که بر زمان حال و تجربیات کنونی تمرکز کنند و نگرشی غیر قضاوتی بر افکار، احساس و رفتار خود داشته باشند. این نوع نگاه موجب تمرکز ذهن شده و افراد را از حواس پرتی و افکار مزاحم رها می کند. تمرکز بر حال و رهایی ذهن از افکار مزاحم توانایی افراد را برای فراگیری تکنیک ها و مهارت های جدید مقابله ای فراهم می کند و ارتقاء و افزایش توانمندی مراجعان در ادامه، موجب افزایش انگیزش در آنان می شود. همان طور که پژوهش داویس، فلمینگ، بوناس و باکر^۱ (۲۰۰۷) نشان داد که ذهن آگاهی مبتنی بر استرس موجب افزایش انگیزش ترک و کاهش استرس و پریشانی عاطفی در افراد تحت آموزش شده است. همچنین در پژوهش دی جانگ و همکاران (۲۰۱۳) اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر استرس بر انگیزش گروهی از آزمودنی ها بررسی شد و نتایج حاکی از آن بود که درمان ذهن آگاهی موجب کاهش استرس و افزایش انگیزش درمان در آزمودنی های مورد نظر شده است. به نظر می رسد آشنایی با مهارت های ذهن آگاهی این توانمندی را در آزمودنی ها به وجود می آورد تا آگاهی بیشتری از روابط شخص با کل تجربیات درونی خود نظیر افکار، احساسات و رفتار بیرونی پیدا کنند و این امر تغییر در آنها را تسهیل کرده و حس انتخاب، دلسوزی و آزادی را تقویت می کند، در ادامه بالا رفتن قدرت انتخاب و آزادی در فرد زمینه افزایش انگیزش درمان را فراهم می آورد.

از طرفی نتایج پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش میزان خود انتقادی افراد وابسته به مواد مؤثر است. نتایج این تحقیق با یافته‌های شیرانی بروجنی، شریفی، احمدی و غضنفری (۲۰۲۱)، گرجی، طبایان و شکراللهی (۱۳۹۹)، آندریجکوا، هالاموا و استرنادلوا^۱ (۲۰۲۰) و گلیبرت (۲۰۱۴) همسو می‌باشد. خودانتقادی یکی از عوامل خطر ساز مرتبط با ایجاد و تداوم اختلال وابستگی به موادمخدر است (گلیبرت، ۲۰۱۴). برای نمونه، پژوهش اسدآباد و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که افراد معتاد به مواد افیونی سطوح بالاتری از انتقاد از خود را نسبت به افراد عادی تجربه می‌کنند. به عبارتی می‌توان گفت که خودانتقادی رخ می‌دهد و فرد مدام خود را سرزنش و انتقاد بیش از حدی از خود نشان می‌دهد. این فرایند با علایم و اختلالات بیرونی نظیر اختلال سلوک و مصرف مواد خود را نشان می‌دهد. تمرین ذهن آگاهی در لحظه حال بودن و نگاهی غیر قضاوتی را به مراجعان یاد می‌دهد (کابات زین، ۱۹۹۴؛ به نقل از فورتونا و والجو^۲، ۲۰۱۵). این آگاهی متمرکز بر حال را می‌توان از طریق تمرین‌های موجود، که به عنوان خودتنظیمی عمدی توجه لحظه به لحظه تعریف می‌شود، رشد داد (فورتونا و والجو، ۲۰۱۵). به گفته کابات زین و زین (۲۰۱۳)، زمانی که شرکت کنندگان متوجه احساسات یا شناخت‌هایی می‌شوند که به وجود می‌آیند، باید آنها را بدون قضاوت مشاهده کرده و سپس توجه باید به لحظه حال بازگردانده شود. مکانیسم عمل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در زمینه روان‌درمانی این است که این شیوه‌ها به شرکت کنندگان کمک می‌کند تا افکار و احساسات خود را متوجه شوند، بدون اینکه جذب آنها شوند. در مجموع این تکنیک‌ها و اجرای آنها، این امکان را برای افراد فراهم می‌آورد تا انتقاد از خود و شرمساری که اغلب در افراد مصرف کننده مواد بسیار زیاد است، را کاهش دهند و نگاه مهربانانه به خود داشته باشند و استمرار و ارتقای این مهارت‌ها موجب می‌شود تا میزان خودانتقادی در مراجعان به طور معنی داری کاهش یابد.

همانطور که نتایج پژوهش گیلبرت (۲۰۱۴) نشان داد آموزش خودشفقتی ذهن آگاه موجب کاهش خودانتقادی، ولع و عود در سوء مصرف کنندگان مواد می شود.

در تبیین این یافته می توان گفت تکنیک های استفاده شده در ذهن آگاهی، به آزمودنی ها کمک می کند تا توجه و آگاهی بیشتری نسبت به احساسات، افکار، هیجانات و محیط اطراف خود داشته باشند. تمرین تمرکز حواس به مراجعان کمک می کند تا الگوهای همیشگی تفکر و عمل خود را بشناسند و به این افکار و اعمال به گونه ای غیرقابل قضاوت، مهربانانه و مفیدتر پاسخ دهند. تحقیقات نشان می دهد که شیوه های تمرکز حواس به کاهش علائم منفی کمک می کند و به شرکت کنندگان اجازه می دهد به جای اجتناب از آن یا استفاده از استراتژی های مقابله ناسالم برای مدیریت آن، با خیال راحت با عاطفه های منفی روبرو شوند و آن ها را تحمل کنند (بائر^۱، ۲۰۰۳). همان طور که در پژوهشی جوهری فرد و سبک خیز (۲۰۱۷) تاثیر آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر خودانتقادی و ترس از شکست در افراد دچار بیماری قلبی بررسی کردند و شواهد نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش خودانتقادی و ترس از شکست در افراد مورد بررسی شده است. از طرفی می توان گفت که تکنیک های مورد استفاده در ذهن آگاهی می تواند به کاهش تمایل ذهن به تشدید حالت های هیجانی منفی کمک کند و ننگ، شرم، سرزنش و گناهی را که عموماً توسط افراد درگیر در رفتارهای اعتیادی تجربه می شوند، کاهش دهد. همچنین تکنیک های استفاده شده در ذهن آگاهی، که آزمودنی ها کمک می کند تا توجه و آگاهی بیشتری نسبت به احساسات، افکار، هیجانات و محیط اطراف خود داشته باشند. تمرین تمرکز حواس به مراجعان کمک می کند تا الگوهای همیشگی تفکر و عمل خود را بشناسند و به این افکار و اعمال به گونه ای غیرقابل قضاوت، مهربانانه و مفیدتر پاسخ دهند. تمرین های استفاده شده در ذهن آگاهی به افراد کمک کند تا افکار و هیجان های خود، آگاه شوند و در عین حال ناپایداری آنها را متوجه و تجربه کنند. ذهن آگاهی توانایی افراد را در قالب بندی مجدد یک تجربه و دیدن آن در ابعاد وسیع تری توسعه می دهد. همچنین با تمرین ذهن آگاهی، این ظرفیت برای افراد ایجاد

می‌شود که احساس را از تفکر جدا کنند و ببینند که افکار می‌آیند و می‌روند و لزوماً درست نیستند. در واقع، آنها یاد می‌گیرند که بسیار بزرگتر از افکارشان هستند. افکار به عنوان واحدهای صرفاً در جریان نگرسته می‌شوند و ماندن در این افکار منفی و غرق آن شدن، جز ایجاد هیجان‌های منفی و رنج آنان نتیجه‌ای نخواهد داشت. همچنین در فرایند این تمرین‌ها آزمودنی‌ها یاد می‌گیرند که به گونه‌ای متفاوت پاسخ دهند و اجازه ندهند افکار یا اعمال اجتنابی یا خود تخریب‌کننده بر زندگی آنها اثرگذار باشند. ارتقای مهارت‌های ذهن آگاهانه توانمندی‌های روان‌شناختی نظیر مهربانی، همدلی، اعتماد و شفقت نسبت به خود را برای آنان فراهم می‌کند تا نگاهی مشفقانه به خود داشته باشند و از این طریق خودانتقادی در این افراد به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد.

به طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش میزان انگیزش درمان و کاهش خودانتقادی در افراد وابسته به مصرف مواد مؤثر است. در واقع نتایج به‌دست آمده حاکی از آن است که در صورت توجه به متغیرهای انگیزش درمان و خودانتقادی از طریق پروتکل‌های روان‌درمانی نظیر، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توان موجب افزایش انگیزش درمان و کاهش خودانتقادی در راستای ترک موفق و فرایند بهبودی در افراد وابسته به مواد شد.

کم بودن حجم نمونه آماری با توجه به ریزش آزمودنی‌ها، ناتوانی در کنترل مدت مصرف مواد، نداشتن دوره پیگیری از محدودیت‌های مهم پژوهش حاضر بود. بنابراین توصیه می‌شود جهت تعمیم نتایج به جامعه‌های آماری مشابه، در پژوهش‌های آتی از نمونه بیشتری استفاده شود. محدود بودن گروه به جنس مذکر از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات بعدی از هر دو جنس استفاده شود و پژوهش حاضر در سطح گسترده‌تر در دیگر شهرها یا در کلینیک‌های ترک اعتیاد صورت گیرد تا تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد. همچنین با توجه به اثربخش بودن شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر انگیزش درمان و خودانتقادی در افراد مورد مطالعه، پیشنهاد می‌شود پروتکل درمانی فوق در دیگر کلینیک‌های ترک اعتیاد و مراکز تخصصی مرتبط استفاده شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری پرسنل و مقیمان مرکز بهبودی میان مدت اقامتی مبتکران نیک و پاک آستارا که در مراحل مختلف انجام پژوهش همکاری صمیمانه داشته اند، سپاسگزاری می گردد.

منابع

بشرپور، سجاد (۱۳۹۴). الگوی روابط ساختاری ویژگی های انحرافی شخصیت، ادراک خطر و انگیزش درمان در افراد وابسته به مواد: نقش میانجی ادراک خطر. *فصلنامه اعتیاد پژوهشی*، ۹(۳۵)، ۹۹-۱۱۷.

رحیمی پردنجانی، طیه؛ محمدزاده ابراهیمی، علی و صبور، زهرا (۱۳۹۵). اثربخشی روان درمانی امیدمحور بر انگیزش درمان افراد وابسته به مواد مخدر. *فصلنامه اعتیاد پژوهشی*، ۱۰(۳۹)، ۱۲۹-۱۴۵.

گرگی، یوسف؛ طبایان، سیده مینا و شکراللهی، مژگان (۱۳۹۹). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودپنداره، پذیرش خویشتن و خودانتقادگری در زنان دارای اختلال سوء مصرف مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهشی*، ۱۴(۵۸)، ۸۸-۷۳.

نوربالا، فاطمه؛ برجعلی، احمد و نوربالا، احمدعلی (۱۳۹۲). اثربخشی پرورش ذهن شفقت ورز بر میزان اضطراب و خودانتقادی بیماران افسرده. *مجله فرهنگ مشاوره و روان درمانی علامه*، ۱۲(۲)، ۷۸-۵۵.

References

- Aruta, J. J. B. R., Antazo, B., Briones-Diato, A., Crisostomo, K., Canlas, N. F., & Peñaranda, G. (2021). When does self-criticism lead to depression in collectivistic context. *International journal for the advancement of counselling*, 43(1), 76-87.
- Asadabad, R. A., Imani, S., Fathabadi, J., Noroozi, A., & Alizadehgoradel, J. (2022). Effectiveness of mindfulness-based relapse prevention group therapy and treatment as usual on shame and self-criticism in individuals with opioid use disorder: a comparative investigation. *International journal of high risk behaviors and addiction*, 11(1), 1-6.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical psychology: science and practice*, 10(2), 125-143.
- Brandon, T. H., Vidrine, J. I., & Litvin, E. B. (2007). Relapse and relapse prevention. *Annual review of clinical psychology*, 27(3), 257-284.

- Brown, S. (2012). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: a clinician's guide*, by Sarah Bowen, Neha Chawla, and G. Alan Marlatt: (2011). New York, NY: Guilford.
- Chang, E. C. (2008). *Self-criticism and self-enhancement: Theory, research, and clinical implications* (pp. xvi-291). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2014). Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence. *Substance use & misuse*, 49(5), 492-512.
- Davis, J. M., Fleming, M. F., Bonus, K. A., & Baker, T. B. (2007). A pilot study on mindfulness based stress reduction for smokers. *BMC complementary and alternative medicine*, 7(1), 1-7.
- De Jong, A., Hommes, M., Brouwers, A., & Tomic, W. (2013). Effects of mindfulness-based stress reduction course on stress, mindfulness, job self-efficacy and motivation among unemployed people. *Australian journal of career development*, 22(2), 51-62.
- Degenhardt, L., Baxter, A. J., Lee, Y. Y., Hall, W., Sara, G. E., Johns, N., & Vos, T. (2014). The global epidemiology and burden of psycho-stimulant dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Drug and alcohol dependence*, 137, 36-47.
- DiClemente, C. C., Schlundt, D., & Gemmell, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *American journal on addictions*, 13(2), 103-119.
- Downey, L., Rosengren, D. B., & Donovan, D. M. (2000). To thine own self be true: Self-concept and motivation for abstinence among substance abusers. *Addictive behaviors*, 25(5), 743-757.
- Drieschner, K. H., Lammers, S. M., & Van Der Staak, C. P. (2004). Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical psychology review*, 23(8), 1115-1137.
- Fortuna, L. R., & Vallejo, Z. (2015). *Treating co-occurring adolescent PTSD and addiction: Mindfulness-based cognitive therapy for adolescents with trauma and substance-abuse disorders*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Gan, W. Q., Buxton, J. A., Scheuermeyer, F. X., Palis, H., Zhao, B., Desai, R., & Slaunwhite, A. K. (2021). Risk of cardiovascular diseases in relation to substance use disorders. *Drug and alcohol dependence*, 229, 109-132.
- Garland, E. L., & Howard, M. O. (2018). Mindfulness-based treatment of addiction: current state of the field and envisioning the next wave of research. *Addiction science & clinical practice*, 13(1), 1-14.
- Gilbert, S. E. (2014). *Using mindful self-compassion to improve self-criticism, self-soothing, cravings, and relapse in substance abusers in an intensive outpatient program*. Dissertation for Doctor of Philosophy (PhD) of Clinical Psychology, Department of Psychology, University of Tennessee.

- Gill, M. T. (2015). *Stages of change theory applied to self-critical thinking and fear of compassion: A brief psycho-educational intervention*. Dissertation for Doctor of Philosophy (PhD) of Clinical Psychology, Department of Psychology, University of Montana.
- Gorgulu, T. (2019). The effect of self-efficacy and coping strategies on treatment motivation of individuals in the substance addiction group work process. *Dusunen adam the journal of psychiatry and neurological sciences*, 32(1), 33-45.
- Halamová, J., Kanovsky, M., Jurková, V., & Kupeli, N. (2018). Effect of a short-term online version of a mindfulness-based intervention on self-criticism and self-compassion in a nonclinical sample. *Studia Psychologica*, 60(4), 259-273.
- Iancu, I., Bodner, E., & Ben-Zion, I. Z. (2015). Self-esteem, dependency, self-efficacy and self-criticism in social anxiety disorder. *Comprehensive psychiatry*, 58, 165-171.
- James, K., Verplanken, B., & Rimes, K. A. (2015). Self-criticism as a mediator in the relationship between unhealthy perfectionism and distress. *Personality and individual differences*, 79, 123-128.
- Joharifard, R., & Sabokkhiz, S. (2017). The effect of mindfulness-based cognitive therapy education on self-criticism and fear of failure in people with heart disease. *Iranian journal of cardiovascular nursing*, 6(1), 14-21.
- Kabat-Zinn, J., & Zinn, J. K. (2013). *Mindfulness meditation in everyday life*. London: Piatkus Books.
- Kannan, D., & Levitt, H. M. (2013). A review of client self-criticism in psychotherapy. *Journal of psychotherapy integration*, 23(2), 166-180.
- Kelly, J. F., Hoepfner, B. B., Bergman, B. G., & Vilsaint, C. L. (2017). Recovery from substance use disorder in the United States: Prevalence, characteristics, and pathways from the first national probability-based sample. *In alcoholism-clinical and experimental research*, 41, 179-185.
- Kizilkurt, O. K., & Gıynaş, F. F. (2020). Factors affecting treatment motivation among Turkish patients receiving inpatient treatment due to alcohol/substance use disorder. *Journal of ethnicity in substance abuse*, 19(4), 594-609.
- Knopf, A. (2020). Addiction telemedicine comes into its own with COVID-19. *Alcoholism & drug abuse weekly*, 32(13), 5-6.
- Laudet, A. B., & Stanick, V. (2010). Predictors of motivation for abstinence at the end of outpatient substance abuse treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 38(4), 317-327.
- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1997). *Assessing drinkers' motivation for change: the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- Millere, A., Püce, A., Millere, E., Zumente, Z., Sudraba, V., Deklava, L., & Vagale, A. (2014). Treatment motivation factor analysis of patients with

- substance use disorders in Latvia. *Procedia-social and behavioral sciences*, 159, 298-302.
- Mulia, N. (2002). Ironies in the pursuit of well-being: The perspectives of low-income, substance-using women on service institutions. *Contemporary drug problems*, 29(4), 711-748.
- Murray, C. J., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C., & Haring, D. (2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet*, 380(9859), 2197-2223.
- Ondrejková, N., Halamová, J., & Strnádelová, B. (2020). Effect of the intervention mindfulness based compassionate living on the-level of self-criticism and self-compassion. *Current psychology*, 19, 1-8.
- Ostafin, B. D., Bauer, C., & Myxter, P. (2012). Mindfulness decouples the relation between automatic alcohol motivation and heavy drinking. *Journal of social and clinical psychology*, 31(7), 729-745.
- Palmer, R. S., Murphy, M. K., Piselli, A., & Ball, S. A. (2009). Substance user treatment dropout from client and clinician perspectives: A pilot study. *Substance use & misuse*, 44(7), 1021-1038.
- Pinto-Gouveia, J., & Matos, M. (2011). Can shame memories become a key to identity? The centrality of shame memories predicts psychopathology. *Applied cognitive psychology*, 25(2), 281-290.
- Quintero-Platt, G., González-Reimers, E., Martín-González, M. C., Jorge-Ripper, C., Hernández-Luis, R., Abreu-González, P., & Santolaria-Fernández, F. (2015). Vitamin D, vascular calcification and mortality among alcoholics. *Alcohol and alcoholism*, 50(1), 18-23.
- Shahar, G. (2015). *Erosion: The psychopathology of self-criticism*. USA: Oxford University Press.
- Shirani Borujeni, S., Sharifi, T., Ahmadi, R., & Ghazanfari, A. (2021). Evaluation of the Effectiveness of Mindfulness-based Group Stress reduction Training on Self-criticism of Female Students with Academic Stress. *Journal of clinical nursing and midwifery*, 9(4), 850-860.
- Sudraba, V., Millere, A., Deklava, L., Millere, E., Zumente, Z., Circenis, K., & Millere, I. (2015). Stress coping strategies of drug and alcohol addicted patients in Latvia. *Procedia-social and behavioral sciences*, 205, 632-636.
- Thompson, R., & Zuroff, D. C. (2004). The Levels of Self-Criticism Scale: comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and individual differences*, 36(2), 419-430.
- Wild, T. C., Cunningham, J. A., & Ryan, R. M. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: A self-determination theory perspective. *Addictive behaviors*, 31, 1858–1872.
- Yamaguchi, A., & Kim, M. S. (2013). Effects of self-criticism and its relationship with depression across cultures. *International journal of psychological studies*, 5(1), 1-10.

Zarastvand, A., Tizdast, T., Khalatbari, J., & Abolghasemi, S. (2020). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on marital self-regulation, marital burnout and self-criticism of infertile women. *Journal of arak university of medical sciences*, 23(4), 488-497.