

The effectiveness of cognitive self-compassion training on craving, dependence severity and cognitive flexibility in substance dependent individuals

Basharpoor, S*, Mohammadi, N., Asadi-Shishegaran, H.

Abstract

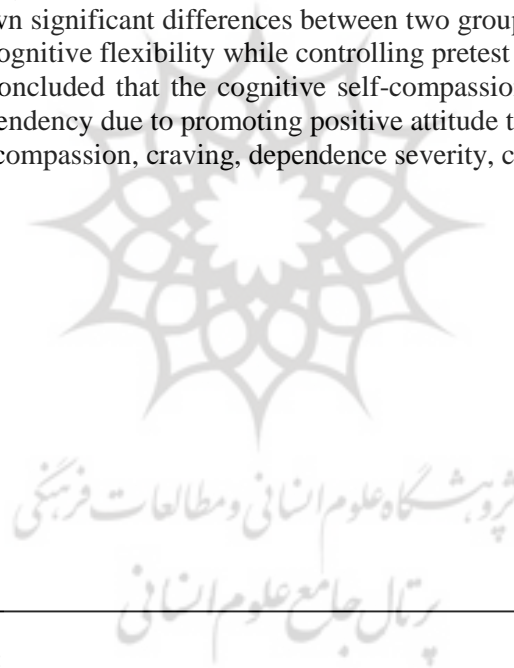
Introduction: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of cognitive self-compassion training on craving, dependence severity and cognitive flexibility of individual with substance dependency.

Method: The method of current research was semi-experimental and its design was pre-test and post-test with control group. Whole persons with substance dependency referring to Ardabil campuses and treatment centers of addiction in second half of year 2015, comprised statistical population of this research. Thirty person were selected by cluster sampling method, and randomly assigned in experimental (15 people) and control (15 people) groups. The experiment group was admitted to cognitive self-compassion in 8 sessions, while the control group placed in waiting list with no intervention. The short form of the Craving Scale, Dependence Severity Scale and Cognitive Flexibility Questionnaire were used for data gathering. The collected data was analyzed by Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA).

Results: Results were shown significant differences between two groups in posttest means of craving, dependence severity, and cognitive flexibility while controlling pretest effect.

Conclusion: It could be concluded that the cognitive self-compassion training improve the therapy outcomes of substance dependency due to promoting positive attitude to self.

Keywords: cognitive self-compassion, craving, dependence severity, cognitive flexibility.



*Correspondence E-mail:
basharpoor_sajjad@uma.ac.ir

اثربخشی آموزش خودشفقتی شناختی در ولع مصرف، شدت وابستگی و انعطاف‌پذیری شناختی افراد وابسته به مواد

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۶/۰۷

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۸/۲۲

سجاد بشرپور*، نسیم محمدی**، سارا اسدی‌نیشه‌گران***

چکیده

مقدمه: هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی آموزش خودشفقتی شناختی در ولع مصرف، شدت وابستگی و انعطاف‌پذیری شناختی مردان وابسته به مواد بود.

روش: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش را کلیه مردان وابسته به مواد ساکن کمپ‌های شبانه‌روزی و مراکز ترک اعتیاد شهر اردبیل در نیمه اول سال ۱۳۹۵ تشکیل دادند که از میان آنها، تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب و در دو گروه آزمایش و گروه کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. به گروه آزمایش خودشفقتی شناختی به مدت ۸ جلسه آموزش داده شد ولی گروه کنترل در فهرست انتظار بود و هیچ آموزشی دریافت نکرد. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس کوتاه ولع مصرف، شاخص شدت وابستگی و پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون آماری تحلیل کواریانس چندمتغیری تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بعد از کنترل اثرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین میانگین پس‌آزمون دو گروه در ولع مصرف، شدت وابستگی و انعطاف‌پذیری شناختی وجود داشت.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش خودشفقتی شناختی با تقویت نگرش مثبت نسبت به خود منجر به بهبود پیامدهای درمان وابستگی به مواد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: خودشفقتی شناختی، ولع مصرف، شدت وابستگی، انعطاف‌پذیری شناختی، وابستگی به مواد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

basharpoor_sajjad@uma.ac.ir

Nedamohammadi@vatanmail.com

r.g.a.asadi@gmail.com

* نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

** کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

*** کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

مقدمه

وابستگی به مواد، یک نگرانی جدی بالینی، همراه با هزینه‌های قابل توجه اقتصادی، اجتماعی و شخصی است که سطوح بالایی از رفتارهای خودمخرب و آسیب‌رسان برای سلامتی را در پی دارد (۱). هر ساله بسیاری از افراد وابسته به مواد از طریق پیامد مستقیم و غیرمستقیم مصرف مواد جان خود را از دست می‌دهند (۲). وابستگی به مواد مجموعه علائم شناختی، رفتاری و روان‌شناختی همراه با الگویی از مصرف مکرر ماده است که منجر به بروز تحمل، ترک و اعمال اجباری می‌شود (۳). میزان شیوع بالای اعتیاد درمان‌های متناسب با نیاز بیماران را بسیار مهم و اجتناب‌ناپذیر می‌کند ولیکن علی‌رغم تلاش‌های بسیار متخصصان اعتیاد و به کارگیری درمان‌های مختلف روزآمد، عاملی که درمان را بنا به دلایل مختلف از جمله پیچیده بودن انسان، تغییر در سیستم مغزی و هورمونی، محیط خانوادگی و سیستم حمایتی فرد وابسته، بستر و محیط پدیدآیی اعتیاد، وسواسی-جبری بودن آن، شیوه اجتناب افراد از مواد، شدت، مقدار و مدت مصرف با مشکل مواجه می‌کند لغزش‌ها^۱ و عود^۲ است (۴). از بین عوامل خطر مصرف مواد، ولع مصرف^۳ دارای بالاترین عوارض بوده و در سالهای اخیر با افزایش چشمگیر و قابل توجه مصرف مواد مواجه هستیم. مواد مخدر سیستم دوپامینی مغز را به شدت تحریک و بلافاصله بعد از مصرف حالتی به نام نشئه^۴ برای فرد ایجاد می‌کند که این تجربه ولع بسیار شدیدی برای مصرف مجدد ایجاد نموده و منجر به چرخه مکرر و معیوب مصرف و قطع ماده شده و در نهایت به لغزش‌ها و عود درمان خواهد شد (۵).

براساس پژوهش‌های پیش بالینی و بالینی، ولع مصرف به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی کننده بازگشت به مواد محسوب می‌شود (۶). عاملی که ریشه اصلی عود و شکست برنامه‌های درمانی شناخته شده است (۷). ولع مصرف عامل مهمی در شکست پرهیز و بازگشت به مصرف مواد محسوب می‌شود که تنظیم کارآمد آن، با مصرف کمتر و پیامدهای مطلوب تداعی شده است (۸). از بین عوامل خطر عود که عمدتاً تک بعدی هستند، ولع مصرف چند بعدی است که شامل: بعد هیجانی، بعد شناختی، بعد رفتاری و بعد روان‌فیزیولوژیکی می‌شود (۵) که

به صورت علاقه ذهنی به اثرات یک ماده تعریف می‌شود (۹) که این احساس بسیار نیرومند و خواستن فوری مواد، هرگونه تمرکز فکر بر چیزی غیر آن را غیر ممکن می‌سازد (۱۰). تحمل و وابستگی از مشکلات عمده دیگر افراد دارای مصرف مواد است. وابستگی به مواد با مصرف مکرر مواد و عود برگشت کننده مشخص می‌شود. احتمالاً ناتوان کننده‌ترین پیامد مصرف مکرر مواد ایجاد وابستگی روان‌شناختی یا اعتیاد باشد (۱۱). وابستگی می‌تواند توسط سندرم ترک^۵ ارزیابی گردد. این پدیده ناشی از افزایش تحریک‌پذیری در نواحی مختلف سیستم عصبی مرکزی است (۱۲). مصرف مداوم مواد با برانگیختن سازوکارهای سازشی، تغییرات کوتاه مدت و نیز ماندگار در عملکرد نورونی^۶ و شبکه‌های عصبی حساس به مواد روان‌گردان^۷ ایجاد می‌کند. ایجاد تحمل، وابستگی و حساس شدن نمونه‌هایی از سازوکارهای سازشی هستند (۱۳).

انعطاف‌پذیری شناختی در افراد وابسته به مواد نیز عامل مهمی دیگری است که می‌تواند در نقطه مقابل رفتارها و تمایلات اجباری افراد وابسته به مواد قرار گیرد و اهمیت زیادی در کاهش عوارض مصرف مواد دارد. انعطاف‌پذیری شناختی یک عملکرد منحصر به فرد، صفت بارز یا توانایی شناخت کلی است که به فرد اجازه می‌دهد ایده‌های چندگانه را بپذیرد، به طور انعطاف‌پذیر شناخت خود را تغییر دهد و هنگام تغییرات محیطی الگوهای پاسخ عادی بدهد (۱۴). به طور کلی، توانایی تغییر آمایه‌های شناختی^۸ به منظور سازگاری با محرک‌های در حال تغییر محیطی، عنصر اصلی در تعاریف عملیاتی انعطاف‌پذیری شناختی است (۱۵). در مقابل آن، مصرف مواد در این توانایی‌ها اختلال ایجاد می‌کند، معتادان در تغییر عادت به مواد و اتخاذ پاسخ‌هایی که با رهاسازی محرک پیشین مرتبط با مواد پاداش‌دهنده باشد، مشکل دارند. در واقع، معتادان در انجام کارها و به یادآوری تکالیف یادگیری، نقص دارند (۱۶) افرادی که توانایی تفکر انعطاف‌پذیر دارند، از توجیهات

- 1- lapses
- 2- relapse
- 3- craving
- 4- rush
- 5- withdrawal syndrome
- 6- neuronal function
- 7- psychedelic substances
- 8- cognitive sets

از خود که به صورت یک عادت درآمده است می‌تواند از طریق آموزش خودشفقتی شناختی تغییر کند (۱۹). ویژگی متمایز خودشفقتی آن است که به درد و رنج شخصی فرد جهت می‌دهد و جزء مهم در رویکرد مثبت‌نگر محسوب می‌گردد (۲۱).

در پژوهشی بر روی بیماران این نتیجه به دست آمد که بعد از کنترل متغیرهای جمعیت‌شناختی، خودشفقتی پیش‌بینی‌کننده‌ی مهمی برای عاطفه منفی، عاطفه مثبت، فاجعه‌سازی درد و ناتوانی درد بود (۲۲). خودشفقتی شناختی نقش مهمی در پیش‌بینی سلامت روانی دارد (۲۳، ۲۴). بشرپور و همکاران (۲۵) به این نتیجه دست یافتند که خودکنترلی شناختی و شفقت به خود در پیش‌بینی انگیزش درمان و آمادگی برای تغییر افراد وابسته به مواد نقش دارد. درمان متمرکز بر آموزش خودشفقتی شناختی در میان افرادی که از مشکلات سلامت روانی مزمن رنج می‌برند و در جلسات درمان خودشفقتی شناختی شرکت می‌کنند، در کاهش مشکلات روان‌شناختی مؤثر است (۲۶). بشرپور و حسینی‌کیاسری (۲۷) نشان دادند که خطر استفاده از مواد با مهربانی نسبت به خود، تجربه مشترک انسانی و ذهن‌آگاهی رابطه منفی ولی با انزوا رابطه مثبتی دارد. این نتایج از نقش حفاظتی شفقت به خود در برابر استفاده از مواد حمایت می‌کنند. وان‌دم و همکاران (۲۸) با بررسی تأثیر خود شفقتی بر شدت نشانه‌های آسیب روانی دریافتند که خود شفقتی پیش‌بینی‌کننده قوی سلامت روانی است. کوسلی و همکاران (۲۹) دریافتند که شفقت برای دیگران می‌تواند ظرفیت دریافت حمایت اجتماعی را فراهم کند و منجر به پاسخ فیزیولوژیکی سازگارانه نسبت به استرس شود. آموزش‌ها و تمرین‌هایی که با هدف افزایش مهارت‌های خود شفقتی صورت می‌گیرد، می‌تواند در بهبود اشکال مختلفی از آشفتگی‌ها مؤثر باشد. گیلبرت (۳۰) با استفاده از نظریه طرز فکر اجتماعی پیشنهاد کرد که خودشفقتی، سیستم تهدید را از کار انداخته و سیستم خودتسکین‌دهندگی (که با احساسات دلبستگی ایمن، امنیت، سیستم اکسی‌تونین - افیونی) را فعال می‌سازد. شواهد نشان می‌دهد که خودشفقتی شناختی با سلامت روان‌شناختی رابطه‌ای قوی دارد. نمرات بالاتر در مقیاس

جایگزین استفاده می‌کنند، به صورت مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌انگیز یا رویدادهای استرس‌زا را می‌پذیرند و نسبت به افرادی که انعطاف‌پذیر نیستند از نظر روان‌شناختی تاب‌آوری بیشتری دارند (۱۷). اختلال در انعطاف‌پذیری شناختی در میان افراد وابسته به مواد یکی از مشکلات شایع است که منجر به شکست در مدیریت حالات عاطفی و هیجانی در این گروه از افراد می‌گردد (۱۸) که عوارض مضاعفی را بر فرد وابسته به مواد تحمیل می‌کند شناخت این عوامل و آموزش برنامه‌هایی که بتواند این اختلالات را کاهش دهد باید در برنامه‌های درمانی گنجانده شود.

تاکنون شیوه‌های درمانی متعددی بر روی افراد دارای وابستگی به مواد صورت گرفته است و هر یک از این شیوه‌ها تا حدودی اثرگذار بوده و عدم بازگشت مجدد سوء مصرف مواد را به همراه داشته‌اند. در این میان، از بین رویکردهای روانی اجتماعی که در زمینه درمان وابستگی به مواد مورد توجه فعالان سلامت است، آموزش خودشفقتی شناختی^۱ است. سه نوع درمان وجود دارد که بیشتر با آموزش خودشفقتی شناختی مرتبط هستند. این درمان‌ها عبارتند از تصویرسازی ذهنی، تکنیک دو صندلی گشتالتی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی. تمایز اصلی آموزش خودشفقتی شناختی با روش‌های حاضر تاکید بر تغییر شناختی و عاطفی در جهت افکار خودمراقبتی و مهربانی با خود است. آموزش خودشفقتی شناختی از مطالعه روی بیمارانی که از ویژگی خود-انتقادی و شرمندگی بالا برخوردار بودند، نشأت گرفت. چرا که هدف آموزش افراد مبتلا این بود تا افکار خود-مراقبتی و توجه به خود در آنها ایجاد شود. نتایج مطالعات نشان می‌دهد دو مسیر اصلی و متفاوت در مغز وجود دارد. یک مسیر قضاوت خود و دیگری مسیر مهربانی با خود (۱۹). این دو در تضاد با همدیگر هستند و آموزش خودشفقتی شناختی بر افزایش مسیر مهربانی با خود تمرکز می‌کند تا این که تغییر شناختی و عاطفی ایجاد شود (۲۰). در این روش درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا به بررسی کارکرد خود-قضاوتی بپردازد. همچنین آنها یاد می‌گیرند که چگونه با ابراز وجود در مقابل مسائل پاسخگو باشند. بیماران در می‌یابند که خودشفقتی به عنوان یک مهارت است که می‌تواند آموخته شود و قضاوت

1- cognitive self-compassion training

اردبیل، ۱ کمپ و ۲ مرکز به تصادف انتخاب و پس از مراجعه به مراکز مربوطه تمامی پرونده‌های تمام مراجعین آنها در دسترس قرار گرفت. سپس تعداد ۱۰ نفر از کمپ و تعداد ۱۰ نفر نیز از هر مرکز سرپایی و در مجموع ۳۰ نفر به طور تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل به تصادف جایگزین شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به مطالعه حاضر عبارت بود از شروع درمان در یک ماه اخیر منتهی به شروع پژوهش، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، داشتن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۵۰ سال، داشتن ملاک‌های DSM-5^۱ برای تشخیص وابستگی به مواد، داشتن تحصیلات حداقل ابتدایی. شکستن پرهیز، ابتلا به هر نوع اختلال روان‌شناختی به ویژه روان‌پریشی و نداشتن توانایی جسمانی برای شرکت در برنامه نیز ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از مطالعه حاضر بود.

ابزار

۱- مقیاس کوتاه ولع مصرف مواد: این مقیاس یک ابزار خودگزارشی ۸ گویه‌ای است که توسط سوموزا^۲ و همکاران در سال ۱۹۹۵ ساخته شده و مدت، فراوانی و شدت ولع مصرف مواد را در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از اصلاً (۰) تا خیلی زیاد (۴) اندازه می‌گیرد. این آزمون همبستگی بالایی با مقیاس‌های شدت اعتیاد نشان داده و ضریب آلفای کرونباخ آن نیز ۰/۸۸ گزارش شده است (۳۵).

۲- شاخص شدت وابستگی: این ابزار از پنج گویه تشکیل شده و ابزاری مفید، سریع و آسان برای ارزیابی جنبه‌های روان‌شناختی وابستگی به مواد مختلف است. این آزمون شدت وابستگی به دارو یا الکل را در مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای از هرگز (۰) تا همیشه (۳) برای چهار گویه اول و از اصلاً دشوار نیست (۰) تا ناممکن است (۳) برای گویه شماره ۵ ارزیابی می‌کند. نمرات ۵ گویه برای محاسبه نمره کلی این شاخص با هم جمع می‌شود که دامنه نمره از ۰ تا ۱۵ است و نمره ۱۵ نشان‌دهنده بالاترین سطح وابستگی است. پایایی از نوع ثبات درونی این آزمون، ۰/۷۱ و ضریب

خود شفقتی با خودانتقادی، افسردگی، اضطراب، نشخوارگری، سرکوبی افکار، کمال‌گرایی روان‌رنجور رابطه منفی داشته و با رضایت از زندگی، پیوستگی اجتماعی و هوش هیجانی رابطه مثبت دارد. نتایج مطالعه امان‌الهی، تردست و اصلانی (۳۱) نشان داد که از بین مولفه‌های خودشفقتی به ترتیب ۱- ذهن‌آگاهی ۲- انزوا ۳- خودقضاوتی و ۴- خودمهربانی پیش‌بینی کننده افسردگی می‌باشند. تول و کرایقد (۳۲) با بررسی آموزش مراقبه مختصر خود شفقتی برای آشفته‌گی تصویر بدنی زنان جوان، نشان دادند که مواجهه مختصر با اصول خودشفقتی، خود آشفته‌گی مربوط به تصویر بدنی زنان را بهبود می‌دهد (۳۳). سلیمی، حق‌نظری، احمدی و زهره‌وند (۳۴) نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش معنا دار ولع مصرف هروئین در مصرف‌کنندگان هروئین تحت درمان با متادون می‌شود.

نتایج مطالعات نشان می‌دهند که میزان عود اعتیاد به دنبال درمان وابستگی به مواد و دوره سم‌زدایی بالاست و عوامل روان‌شناختی به میزان بیشتری فرد را برای عود آسیب‌پذیر می‌کنند. مطابق سوابق پژوهشی، شدت وابستگی، ولع مصرف و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌توانند از جمله عوامل خطر مهم برای بروز عود اعتیاد باشند. از آنجا که آموزش خودشفقتی شناختی واجد عناصری چون آموزش ذهن‌آگاهی، پذیرش و بخشایش است که می‌تواند بر این متغیرها تأثیرگذار باشد، پژوهش حاضر با هدف پاسخگویی به این سوال انجام گرفت که آیا آموزش درمان خودشفقتی شناختی در ولع مصرف، شدت وابستگی و انعطاف‌پذیری شناختی افراد وابسته به مواد مؤثر است؟

روش

طرح پژوهش: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و طرح آن پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه مردان وابسته به مواد (تریاک، مورفین، هروئین، شیشه) ساکن در کمپ‌های ترک اعتیاد شبانه‌روزی و مراکز ترک اعتیاد سرپایی شهر اردبیل در نیمه اول سال ۱۳۹۵ بود. نمونه آماری پژوهش حاضر شامل ۳۰ مرد وابسته به مواد بود که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند، بدین صورت که از بین ۵ کمپ و ۱۵ مرکز ترک اعتیاد موجود در شهر

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

2- Somoza

3- Dennis

4- VanderWal

تاب‌آوری برابر با $0/67$ و اعتبار همزمان آن با پرسشنامه BDI-II برابر با $0/50$ - بود (۳۵).

روند اجرای پژوهش: روش جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش به این صورت بود که ابتدا فهرست کمپ‌های شبانه‌روزی و مراکز ترک اعتیاد سرپایی شهر اردبیل تهیه شد، تعداد بیست کمپ و مرکز در سطح شهر اردبیل فعالیت داشتند، که یک کمپ شبانه‌روزی و دو مرکز سرپایی ترک اعتیاد از بین آنها به تصادف انتخاب و پس از مراجعه به مراکز مربوطه تمامی پرونده‌های مراجعین آنها در دسترس قرار گرفت. در مرحله بعد، از هر مرکز تعداد ۱۰ نفر و در مجموع تعداد ۳۰ نفر به روش تصادفی انتخاب در دو گروه آزمایش و کنترل به تصادف جایگزین شدند. بعد از تبیین اهداف پژوهش و جلب مشارکت و اخذ رضایت آگاهانه آنها برای شرکت در پژوهش از هر دو گروه خواسته شد به پرسشنامه‌های ولع مصرف، شدت وابستگی و انعطاف‌پذیری شناختی پاسخ دهند، در مرحله بعد جلسات آموزش خودشفقتی شناختی به مدت ۸ جلسه $1/5$ ساعته، توسط محقق اول مطالعه حاضر به صورت هفتگی در یکی از مراکز ترک اعتیاد (آرمان سبز) بر روی گروه آزمایش اجرا گردید؛ و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات آموزشی، هر دو گروه دوباره به پرسشنامه‌های فوق به عنوان پس‌آزمون پاسخ دادند. برای اجرای تحقیق و رعایت اخلاق پژوهشی، اخذ رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان، تخصیص کد مخصوص برای هر بیمار در پرسشنامه، تکمیل پرسشنامه‌ها بدون نام و رعایت اصل محرمانه ماندن اطلاعات بیماران رعایت شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-21 و برای آزمون فرضیه‌های پژوهش، از آزمون آماری تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد.

روش آموزشی خودشفقتی شناختی: محتوای جلسات درمان خودشفقتی شناختی بر اساس راهنمای ارایه شده توسط گیلبرت (۳۰) به شرح زیر ارائه شد.

همبستگی بین پیش‌آزمون-پس‌آزمون آن نیز $0/80$ گزارش شده است (۳۵).

۳- پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی: این آزمون یک ابزار خودگزارشی کوتاه ۲۰ سوالی است که توسط دنیس^۳ و وندروال^۴ ساخته شده است و برای سنجش نوعی انعطاف‌پذیری شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می‌رود. شیوه نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای است که سه جنبه انعطاف‌پذیری شناختی را می‌سنجد: الف) میل به درک موقعیت‌های سخت به عنوان موقعیت‌های قابل کنترل، ب) توانایی درک چندین توجیه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار انسان‌ها و ج) توانایی ایجاد چندین راه‌حل جایگزین برای موقعیت‌های سخت. این پرسش‌نامه در کار بالینی و غیر بالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی- رفتاری افسردگی و سایر بیماری‌های روانی به کار می‌رود. دنیس و وندروال در پژوهشی نشان دادند که این پرسش‌نامه از ساختار عاملی، اعتبار همگرا و اعتبار همزمان برخوردار است. این پژوهشگران نشان دادند که دو عامل ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار یک معنی دارد و عامل کنترل به عنوان خرده مقیاس دوم در افسردگی بک برابر با $0/39$ - و اعتبار همگرایی آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین $0/75$ بود. این پژوهشگران پایایی به روش آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس، ادراک کنترل‌پذیری و ادراک گزینه‌های مختلف به ترتیب $0/81$ ، $0/75$ و $0/77$ به دست آوردند. در ایران شاره و همکاران ضریب پایایی بازآزمایی کل مقیاس را $0/71$ و خرده مقیاس‌های ادراک کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار را به ترتیب $0/55$ ، $0/72$ و $0/57$ گزارش کرده‌اند. این پژوهشگران ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را $0/90$ و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب $0/87$ ، $0/89$ و $0/55$ گزارش نموده‌اند. همچنین از CFI از اعتبار عاملی، همگرا و همزمان مطلوبی در ایران برخوردار است. در ایران، برخلاف مقیاس اصلی که تنها دو عامل به دست آمد، پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی دارای سه عامل ادراک کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار می‌باشد. اعتبار همگرایی آن با پرسشنامه

جدول ۱) خلاصه جلسات خودشفقتی شناختی

شرح جلسات	
اجرای پیش‌آزمون، بحث و بررسی اهمیت درمان‌های غیر دارویی اعتیاد، مشخص کردن زمان و مکان برگزاری و طول مدت جلسات، معرفی و آشنایی اعضا با یکدیگر و رهبر گروه، مطرح کردن قوانین و مقررات گروهی، مفهوم‌سازی آموزش خودشفقتی شناختی و بیان هدف آموزش.	جلسه اول
آموزش همدلی: آموزش در جهت درک و فهم این که افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند.	جلسه دوم
آموزش شفقت و همدلی: که شامل آموزش در جهت شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر متنوع‌تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت کمک و توجه به سلامتی است.	جلسه سوم
آموزش بخشایش: آموزش درباره پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات جهت سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات.	جلسه چهارم
آموزش پذیرش مسائل: آموزش در جهت پذیرش تغییرات پیش رو و سپس توانایی تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف	جلسه پنجم
آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی: شامل آموزش افراد در جهت ایجاد احساسات ارزشمند در خود تا بتوانند برخورد مناسب و کارآمدی با محیط داشته باشند.	جلسه ششم
آموزش مسئولیت‌پذیری: آموزش مسئولیت‌پذیری مؤلفه اساسی آموزش خودشفقتی است که بر اساس آن آزمودنی‌ها یاد می‌گیرند تفکر خود انتقادی داشته باشند تا بتوانند دیدگاه‌ها و احساسات جدیدی که کارآمدتر هستند را در خود ایجاد کنند.	جلسه هفتم
آموزش و تمرین مهارت‌ها: مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته در جهت کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند.	جلسه هشتم

یافته‌ها

در جدول ۲ یافته‌های توصیفی به تفکیک دو گروه در هر دو مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است.

جدول ۲) میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون آزمودنی‌های دو گروه در ولع مصرف، شدت وابستگی و انعطاف‌پذیری شناختی

کنترل		آزمایش		عضویت گروهی	نوع آزمون
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۱/۰۳	۱۴/۰۶	۱/۳۵	۱۳/۶۰	ولع مصرف	پیش آزمون
۱/۲۴	۱۸/۵۳	۰/۸۲	۱۷/۴۰	شدت وابستگی	
۲/۰۸	۲۱/۰۶	۲/۶۰	۲۰/۳۳	گزینه‌های مختلف	
۱/۵۶	۲۱/۲۰	۲/۱۹	۱۶/۸۶	کنترل‌پذیری	
۱/۱۶	۵/۷۳	۱/۰۹	۴/۲۶	توجیه رفتار	
۲/۹۵	۴۸/۰۰	۳/۶۴	۴۱/۴۶	انعطاف‌پذیری شناختی	
۰/۸۸	۱۲/۷۳	۱/۳۴	۱۰/۳۳	ولع مصرف	پس آزمون
۱/۵۳	۱۷/۰۶	۱/۱۴	۱۳/۲۰	شدت وابستگی	
۳/۴۸	۲۱/۵۳	۲/۱۱	۲۷/۸۰	گزینه‌های مختلف	
۱/۵۶	۲۱/۲۰	۱/۵۸	۲۱/۶۶	کنترل‌پذیری	
۱/۱۶	۵/۷۳	۱/۳۵	۵/۸۶	توجیه رفتار	
۲/۹۵	۴۸/۰۰	۲/۵۵	۵۵/۳۳	انعطاف‌پذیری شناختی	

می‌دهد. قبل از اجرای آزمون کوواریانس پیش‌فرض‌های آن آزمون شد. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کالماگروف-اسمیرنوف استفاده شد که سطح معنی داری آن برای تمام متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ بود که به معنی نرمال

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای ولع مصرف، شدت وابستگی و انعطاف‌پذیری شناختی و مؤلفه‌های آن (گزینه‌های مختلف، کنترل‌پذیری و توجیه رفتار) را نشان

بودن منحنی توزیع داده‌ها در سطح جامعه می‌باشد. نتایج آزمون باکس فرض کلی همگنی واریانس-کواریانس را مورد تایید قرار داد ($M=5/69$ ، $P=0/54$). نتایج آزمون لوین نیز

جدول ۳) نتایج آزمون‌های کواریانس چند متغیری برای مقایسه دو گروه در ولع مصرف، شدت وابستگی و انعطاف‌پذیری شناختی

منابع	ارزش	F	DF فرضیه	DF خطا	معنی‌داری	ضریب ایستا
اثر پیلایی	0/68	16/27	3/000	23/000	0/0001	0/68
لابدای ویلکز	0/32	16/27	3/000	23/000	0/0001	0/68
اثر هوتلینگ	2/12	16/27	4/00	23/000	0/0001	0/68
بزرگترین ریشه روی	2/12	16/27	4/00	23/000	0/0001	0/68

ترکیب خطی متغیرهای وابسته پس از تعدیل تفاوت‌های اولیه، از متغیرهای مستقل تأثیر پذیرفته‌اند؛ به عبارت دیگر، نتایج تجزیه و تحلیل کواریانس نشان می‌دهد که روش مداخله بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته مؤثر بوده است و تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری حاکی از آن است که هر چهار آماره یعنی اثر پیلایی ($F=16/27$ ، $P<0/0001$)، لامبدای ویلکز ($F=16/27$ ، $P<0/0001$)، اثر هوتلینگ ($F=16/27$ ، $P<0/0001$) و بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی ($F=16/27$ ، $P<0/0001$)، معنادار می‌باشند. این نتایج نشان می‌دهد که

جدول ۴) نتایج آزمون کواریانس تک‌متغیری برای مقایسه متغیرهای ولع مصرف، شدت وابستگی و انعطاف‌پذیری شناختی و خرده مقیاس‌های آن در دو گروه

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تأثیر
اثر پیش آزمون	ولع مصرف	22/66	1	22/66	44/11	0/0001	0/63
	شدت وابستگی	30/23	1	30/23	5/43	0/02	0/18
	انعطاف‌پذیری شناختی	38/49	1	38/49	6/92	0/01	0/22
	گزینه‌های مختلف	40/68	1	40/68	5/72	0/02	0/18
	کنترل‌پذیری	0/85	1	0/85	0/50	0/48	0/02
	توجیه رفتار	0/06	1	0/06	0/03	0/85	0/001
عضویت گروهی	ولع مصرف	402/54	1	402/54	72/42	0/001	0/75
	شدت وابستگی	436/98	1	436/98	236/06	0/001	0/90
	انعطاف‌پذیری شناختی	88/15	1	88/15	122/93	0/001	0/83
	گزینه‌های مختلف	153/79	1	153/79	21/64	0/001	0/46
	کنترل‌پذیری	10/41	1	10/41	6/10	0/02	0/19
	توجیه رفتار	0/75	1	0/75	0/41	0/52	0/01

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان خودشفقتی شناختی در ولع مصرف، شدت وابستگی و انعطاف‌پذیری شناختی افراد وابسته به مواد انجام گرفت. نتایج نشان داد که آموزش خودشفقتی شناختی منجر به کاهش ولع مصرف در افراد وابسته به مواد می‌شود. به دلیل آن که پژوهشی در خصوص اثربخشی آموزش خودشفقتی شناختی بر روی افراد

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بعد از کنترل اثرات پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات پس‌آزمون دو گروه در هریک از متغیرهای ولع مصرف ($P<0/001$)؛ $F=72/42$ ، شدت وابستگی ($F=236/06$ ؛ $P<0/001$)، انعطاف‌پذیری شناختی ($F=112/93$ ؛ $P<0/001$) وجود دارد.

شناختی با آموزش مفاهیمی چون توجه به سلامتی خود و اطرافیان که در جلسه سوم صورت می‌گیرد و همچنین آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی که در جلسه ششم صورت می‌گیرد، توانسته است با تغییر احساسات و هیجانات در مورد مصرف مواد مخدر و آشنا کردن افراد با عوارض جسمی و روحی مختلف و خطرات آن برای خود و خانواده و همچنین شناخت موقعیت‌های وسوسه‌انگیز و پی بردن به توانایی‌هایشان در کنترل این موقعیت‌ها، از میزان وابستگی که افراد معتاد به مواد دارند کاسته و در جهت ارج نهادن به ارزشهای انسانی و رشد احساسات متعالی در این افراد گام بردارد، همچنین این روش درمانی توانسته است با تغییر افکار در مورد خود و توانایی‌ها و استعدادهایشان و قدرتی که برای تغییر امور دارند و پرهیز از افکار و تلقینات منفی باعث شود تا این افراد زندگی خود را صرف فعالیت‌های چون کار و تفریحات سالم کنند و از تمرکز بر روی مواد دست کشیده و از شدت وابستگی خود که به مواد دارند از طریق توجه به سایر امور مثبت بکاهند.

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش خودشفقتی شناختی منجر به افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در افراد وابسته به مواد شده است که این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های اوزیسیل و همکاران (۲۳) و ودراف و همکاران (۲۴) و برینس و همکاران (۲۶) همخوان است. به عنوان نمونه‌ای از تأثیر خودشفقتی شناختی در حیطه سلامت، نتایج تحقیق گل‌پور و همکاران با عنوان اثربخشی آموزش خودشفقتی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان مبتلا به افسردگی بیانگر نقش خودشفقتی در بهبود کیفیت زندگی و افسردگی بوده است (۳۸) به اعتقاد نف و همکاران (۳۹) خود شفقتی یکی از مؤلفه‌های مهم سلامت روانی است و خودشفقتی شناختی دارای قابلیت‌هایی است که افراد با یادگیری و انجام مهارت‌های مرتبط با آن می‌توانند شادکامی و بهزیستی روانشناختی را کسب کنند. چون با این رویکرد آنها یاد می‌گیرند نسبت به خود مهربان باشند، احساس مشترکی با دیگران داشته باشند، نسبت به شرایط زندگی خود هشیار بوده و به مسائل و مشکلات با نگرشی بدون قضاوت روبرو شوند. با توجه به این که خودشفقتی به عنوان کیفیت در تماس بودن با رنج‌ها و آسیب‌های خود و احساس کمک

وابسته به مواد و مؤلفه‌های مربوط به اعتیاد صورت نگرفته بنابراین این یافته‌ها به طور غیرمستقیم با یافته‌های پژوهش‌های بشرپور و همکاران (۲۵)، اسپینلا و همکاران (۳۶) و ویتکیویتز و همکاران (۳۷) در خصوص اثربخشی آموزش خودشفقتی شناختی بر جنبه‌های مختلف سلامتی همخوان است. بشرپور و همکاران (۲۵، ۲۷) در پژوهشی نشان دادند که شفقت به خود در پیش‌بینی انگیزش درمان و آمادگی برای تغییر افراد وابسته به مواد نقش دارد، همچنین خطر استفاده از مواد با مهربانی نسبت به خود، تجربه مشترک انسانی و ذهن‌آگاهی رابطه منفی ولی با انزوا رابطه مثبتی دارد. این نتایج از نقش حفاظتی شفقت به خود در برابر استفاده از مواد حمایت می‌کنند. که این امر نشانگر این است که اگر آموزش‌هایی در جهت بالا بردن شفقت خود در افراد وابسته به مواد صورت گیرد، در کاهش ولع مصرف و وابستگی آنها مؤثر خواهد بود. ولع مصرف، یک وضعیت انگیزشی نامناسب برای سوء مصرف مواد است که در سازمان شناختی فرد معتاد شکل می‌گیرد و به دنبال آن افکار وسوسه‌انگیزی برای اثرات مواد در ذهن فرد به وجود می‌آید. معمولاً این افکار وسوسه‌انگیز باعث می‌شود که فرد وجود آن را دلیل بر شکست برنامه درمانی خود در نظر بگیرد. غالباً چون یکی از عناصر اصلی درمان خودشفقتی شناختی تقویت حس پذیرش افکار می‌باشد، آموزش این برنامه باعث می‌شود افراد معتاد خود را به دلیل داشتن چنین افکار مواد خواهانه سرزنش نکرده و هیچ قضاوت و ارزیابی غیر واقعی از آن نداشته باشد. در واقع از دلایل مهم دیگر کاهش میزان ولع مصرف به دنبال آموزش خودشفقتی شناختی افزایش آگاهی نسبت به شرایط و نشانه‌های برانگیزاننده ولع مصرف، آگاهی از واکنش‌های نادرست قبلی به این نشانه‌ها مثل: واکنش سریع و عجولانه، بدون تفکر و بدون ارزیابی شرایط محیطی، و یادگیری مقابله مؤثر با این نشانه‌ها می‌باشد. همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش خودشفقتی شناختی منجر به کاهش شدت وابستگی به مواد در افراد وابسته به مواد شده است که این یافته‌ها به طور غیرمستقیم با نتایج پژوهش‌های ویتکیویتز و همکاران (۳۷) و بشرپور و همکاران (۲۵، ۲۷) همخوان است. در مجموع با توجه به داده‌های به دست آمده در پژوهش حاضر این نتیجه حاصل می‌شود که درمان خودشفقتی

می‌توان از آموزش خودشفقتی شناختی در بهبود پیامدهای درمان اختلالات مصرف مواد استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری‌های بی‌دریغ مسئولین محترم کمپ ها و مراکز ترک اعتیاد شهر اردبیل که در اجرای پژوهش حاضر ما را یاری نمودند و کلیه آزمودنی‌های مشارکت کننده در پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- 1- Gratz K, Tull M. The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among inpatients with substance use disorders. *Cognitive Ther Res.* 2010;34(5):44-53.
- 2- Lotfi Kashani F, Mojtabai M, Alimehdi M, Comparison of the Effectiveness of Cognitive behavior Therapy, Methadone Therapy, and the Combination Method on Reducing Depression in Addicts. *Knowl Res Appl Psychol.* 2013;14(4):19-26 Persian.
- 3- Sarami H, Ghorbani M, Minouei M. The Study of four decade of addiction epidemiological research in Iran. *journal Quart Res Addict.* 2013;26(7):29-52 Persian.
- 4- Rosenberg H. Clinical and laboratory assessment of the subjective experience of drug craving *Clinic Psychol Rev.* 2009;29(6):19-34.
- 5- Ekhtiari H, Alam-Mehrjerdi Z, Hassani-Abharian P, Nouri M, Farnam R, Mokri A. Examination and Evaluation of Craving-Inductive Verbal Cues among Persian-Speaking Methamphetamine Abusers. *Adv Cognit Sci.* 2010;12(2):69-82.
- 6- Breese G, Sinha R, Heilig M. Chronic alcohol neuroadaptation and stress contribute to susceptibility for alcohol craving and relapse. *Pharmacology Ther- apeutics.* 2011;129:49-171.
- 7- Kaufman M. Brain imaging in substance abuse: research, clinical, and forensic applications. 2001;22(6):1230-1.
- 8- Witkiewitz K, Bowen S. Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *J consul clin psychol.* 2010;78(3):362.
- 9- Witkiewitz K, Bowen S, Douglas H, Hsu S. Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addict Behav.* 2013;38(2):1563-71.
- 10- Hormes J, Rozin P. Does "Craving" carve nature at the Joints? Absence of a synonym for craving in many languages. *Addict Behavior.* 2010;35(5):459-63.
- 11- Feil J, Sheppard D, Fitzgerald P, Yucel M, Lubman D, Bradshaw J. Addiction, compulsive drug seeking, and the role of frontostriatal mechanisms in regulating inhibitory control. *Neurosci Biobehav Rev.* 2010;35(2):284-65.

کردن برای رفع مشکلات خود تعریف می‌شود و با مؤلفه‌های مثبت روان‌شناختی مانند نوع دوستی، مهربانی و شادی همراه است (۴۰). بنابراین همان‌گونه که نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد این رویکرد می‌تواند به عنوان عامل تأثیرگذار و مهم در مؤلفه‌های روان‌شناختی مثبت انسان‌ها تلقی گردد. در تبیین یافته‌های به دست آمده باید عنوان کرد که از طریق درمان مبتنی بر خودشفقتی شناختی، معتادان یاد می‌گیرند تا تجربه‌های جدیدی را به کار بگیرند که این امر موجب منظم‌تر شدن فعالیت‌هایی چون یادگیری و یا رفتارهای جایگزین و سازگارانه‌تر می‌شود. خودشفقتی به این افراد کمک می‌کند تا احساس بیشتری از تعلق و امنیت داشته باشند. این مساله منجر به کیفیت بهتر زندگی می‌گردد. همچنین توانایی افراد در مهربان بودن نسبت به خود و احساس تعلق نسبت به دیگران عامل اصلی جهت‌گیری دلبستگی آنها در ارتباط با سلامت روانی است (۴۱). همچنین در این رویکرد مداخله‌ای، یادگیری مهارت‌های دیگری نظیر ذهن‌آگاهی با متمرکز ساختن ذهن بر آنچه که در حال حاضر اتفاق می‌افتد، می‌تواند هشیاری فردی نسبت به محرک‌های جاری را افزایش و موجب پرورش انعطاف‌پذیری شناختی گردد. نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش خودشفقتی شناختی موجب افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش ولع مصرف و شدت وابستگی به مواد شده است. اما با وجود این، ذکر این نکته مهم است که پژوهش‌های اندکی در خصوص اثربخشی خودشفقتی انجام شده است و نیاز به پژوهش‌های بیشتری دارد تا تأثیر جنبه‌های مختلف این روش مشخص گردد. از نتایج مطالعات می‌توان استنباط نمود که دلایل کافی در خصوص انجام پژوهش‌های بیشتر در حوزه خودشفقتی شناختی وجود دارد. ناتوانی در کنترل متغیرهایی چون نوع ماده مصرفی، عدم اجرای دوره پیگیری، محدود بودن جامعه به مردان وابسته به مواد از جمله محدودیت‌های مهم این پژوهش بودند. لذا پیشنهاد می‌شود تحقیقات آتی با کنترل این متغیرها به ویژه نوع ماده مصرفی انجام گیرد. با توجه به این که در این پژوهش نشان داده شد که خودشفقتی شناختی باعث کاهش ولع مصرف، شدت وابستگی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در افراد در حال ترک می‌شود بنابراین

- People with Substance Dependency. *J Guilan Univ Med Sci.* 2014;23(92):42-52 Persian.
- 26- Breines J, Thoma M, Gianferante D, Hanlin L, Chen, X, Rohleder N. Self-compassion as a predictor of interleukin-6 response to acute psych osocial stress. *Brain Behav Immun.* 2014;37:109-14.
- 27- Basharpour S, Hossioni Kiasari S. Relationship between self compassion and substance use risk among university students. *J Personal Individ Differ.* 2015;3:127- 41 Persian.
- 28- Van Dam N, Sheppard S, Forsyth J, Earleywine M. Self-compassion is a better pre dictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders.* 2011;25(1):123-30.
- 29- Cosley B, McCoy S, Saslow, LR, Epel E. Is compassion for others stress buffering? Consequences of compassion and social support for physiological reactivity to stress. *Journal of Experimental Social Psychology* 2010;45(5): 816-23.
- 30- Gilbert P. Compassion and cruelty: a biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy.* London: Routledge. 2005:9-74.
- 31- Amanuelahi A, Tardast K, Aslani K. Prediction of Depression Based on Components of self-Compassion in Girl Students with Emotional Breakdown Experience in Ahvaz Universities. *Journal of clinical psychology.* 2016;8(12):77-88 Persian.
- 32- Toole A, Craighead L. Brief self-compassion meditation training for body image distress in young adult women. *Body Image.* 2016;19:104-12.
- 33- Basharpour S, Abbasi A. Relations of distress tolerance, negative and positive urgency with severity of dependence and craving in people with substance dependency. *J Res Behav Sci.* 2014;12(1):92- 102 Persian.
- 34- Salimi S, Haghazari A, Ahmadi-Tahour-Soltani M, Zohreh-Vand M. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Drug Craving in Heroin Addicts Treated by Methadone Maintenance. *Journal of clinical psychology.* 2016;8(2):23-31 Persian.
- 35- Soltani E, Shareh H, Bahrainian S, Farmani A. The mediating role of cognitive flexibility in correlation of coping styles and resilience with depression. *Pejouhande.* 2013;18(2):88-96 Persian.
- 36- Spinella M, Martino S, Ferri C. Mindfulness and Addictive Behaviors. *J Behav Health.* 2013;2(1):1-7.
- 37- Witkiewitz K, Bowen S, Douglas H, Hsu S. Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addict Behavior.* 2013;38(2):71-1563.
- 38- Golpour R, Abolghasemi A, Ahadi B, Narimani M. The Effectiveness of Cognitive Self-Compassion Training and Emotion-Focused Therapy on Quality of Life with Depression Disorder. *Journal of Clinical Psychology* 2014;21(1):53-64.
- 12- Simonata M. The neurochemistry of morphine addiction in the neocortex. *Trends Pharamacol Sci.* 1996;17(11):410-15.
- 13- Williams J, Christie M, Manzoni O. Cellular and synaptic adaptations mediating opioid dependence. *Physiol Rev.* 2001;81(1):299-343.
- 14- Johnco C, Wuthrich V, Rappee R. The influence of cognitive flexibility on treatment outcome and cognitive restructuring skill acquisition during cognitive behavioural tretment for anxiety and deoression in older adults: results of a pilot study. *Behavioural Research and Therapy.* 2014;10:1-33.
- 15- Dennis J, Vander Wal J. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cogn Ther Res.* 2010;34(3):53-241.
- 16- Cellar D, Nelson Z, Yorke C. The Five-Factor Model & driving behavior: Personality & involvement in accidents. *Psychol Rep.* 2000;86(2):454-6.
- 17- Phillips E. Resilience, mental flexibility and cortisol response to the Montreal Imaging Stress Task in unemployed men Michigan. The University of Michigan. 2011.
- 18- Borjali A, Aazami Y, Chopan H, Arab Quhistani D. Effectiveness of Gross Model-Based Emotion Regulation Strategies Training on Anger Reduction in Drug-Dependent Individuals and its Sustainability in Follow-up. *Int J High Risk Behav Addict.* 2016;5(1):227-43.
- 19- Gilbert P, Procter S. Compassionate mindtraining for people with high sham eand selfcriticism:A pilot study of a gr oup therapyapproach. *Clin Psychol Psy.* 2006;13:353-79.
- 20- Holifax J. The Precious Necessity of Compassion. *J Pain Symptom Manage.* 2011;41(1):146-53.
- 21- Raes F. Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anx iety. *J Personal Individ Differ.* 2010;48(6):757-61.
- 22- Abolghasemi A, Taghipour M, Narimani M. The Relationship of Type "D" Personality, Self-Compassion and Social Support With Health Behaviors in Patients With Coronary Heart Disease. *J Health Psychol.* 2010;1:6-20 Persian.
- 23- Ozyesil Z, Akba M. Self-Compass ion as a Protective Factor for Depression, Anxiety and Stress: A Research on Turkish Sample. A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful. *Journal Couns and Educ.* 2013;2(2):36-43.
- 24- Woodruff S, Glass C, Arnkoff D, Crowley K, Hindman R, Hirschhorn E. Comparing Self-Compassion, Mindfulness, and Psychological Inflexibility as Predictors of Psychological Health. *J Mindfulness.* 2013;9:1-12.
- 25- Basharpour S, Atadokht A, Khosravinia D, Narimani M. valuating Treatment Motivation Based on Cognitive Self- Control and Self- Compassion in

- 39- Neff K, Germe R, Christopher K. Self-Compassion Program. J Clin Psychol. 2013;69(1):28-44.
- 40- Raque-Bogdan T, Ericson S, Jacks J, Martin H, Bryan N. Attachment and mental and physical health: self-compassion and mattering as mediators. J Couns Psychol. 2011;58(2):272-8.
- 41- Reddy S, Negi L, Dodson-Lavelle B, Ozawa-de Silva B, Pace T, Cole SP, et al. Cognitive-Based Compassion Training: A Promising Prevention Strategy for At-Risk Adolescents. J Child Fam Stud. 2013;22(2):219-30.

