

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر خود شفقت ورزی و خودانتقادی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی*

صنم خاموشی قلعهنویی^۱، احمد منصور^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۴/۰۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۸/۲۸

چکیده

هدف: اختلال مصرف مواد یکی از اختلال‌های مزمن و ناتوان کننده است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر خودشفقت‌ورزی و خودانتقادی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. ۳۰ نفر از افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد گرانه مهر و گام نو شهر مشهد به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار داده شدند. شرکت کنندگان گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت درمان پذیرش و تعهد قرار گرفتند، اما شرکت کنندگان گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. شرکت کنندگان به مقیاس خودشفقت‌ورزی و خودانتقادی پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شدند. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که بین افراد گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای خودشفقت‌ورزی و خودانتقادی تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارت دیگر، درمان پذیرش و تعهد در افزایش خودشفقت‌ورزی و کاهش خودانتقادی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی مؤثر بود. **نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه پیشنهاد می‌کند که درمانگران و سایر متخصصان بهداشت روان می‌توانند از درمان پذیرش و تعهد برای بهبود خودشفقت‌ورزی و خودانتقادی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: درمان پذیرش و تعهد، خودشفقت‌ورزی، خودانتقادی، اختلال مصرف مواد افیونی

* این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور است.

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران، پست الکترونیک:

مقدمه

اختلال‌های مصرف مواد^۱ جزء اختلال‌های شایع، مزمن و ناتوان‌کننده در بین زنان و مردان سرتاسر جهان هستند. همچنین پیامدهای جسمی، روانی، اجتماعی، خانوادگی، شغلی و اقتصادی مختلفی را به دنبال دارند (بک چالاکی و منصوری، ۱۳۹۶). طبق پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۲ مهم‌ترین ویژگی این اختلال‌ها مجموعه‌ای از علائم جسمانی، رفتاری و شناختی است که نشان‌دهنده تداوم مصرف مواد علی‌رغم مشکلات قابل توجه مرتبط با ماده است. تشخیص اختلال مصرف مواد برای ۱۰ طبقه از مواد از جمله الکل، حشیش، توهم‌زها، استنشاقی، افیونی، رخوت‌زا، خواب‌آور یا ضد اضطرابی‌ها، محرک‌ها، توتون و سایر مواد گذاشته می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۳، ۲۰۱۳). در این بین اختلال مصرف مواد افیونی الگوی مشکل‌زایی از مصرف مواد افیونی است که مشکلات جسمی، روانی، اجتماعی و قانونی را به دنبال دارد. این اختلال سبب پیامدهای مختلفی از جمله ابتلا به ویروس نقص ایمنی انسان، هپاتیت C، مشکلات جنسی، سندروم محرومیت نوزادان، اقدام به خودکشی و خودکشی موفق می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ بلانکو و ولکو^۴، ۲۰۱۹).

عوامل ژنتیکی، اختلال‌های روان‌شناختی، جوان‌تر بودن، مرد بودن، همسالان مصرف‌کننده مواد، پریشانی روان‌شناختی، مصرف مواد در خانواده، تعارض خانوادگی، سوءاستفاده و غفلت، پیشرفت و سطح تحصیلی پایین‌تر، بیکاری و درآمد پایین خطر ابتلا به این اختلال را افزایش می‌دهند (بلانکو و ولکو، ۲۰۱۹؛ ولکو، جونز، اینشتین و وارگو^۵، ۲۰۱۹). خود شفقت ورزی^۶ (بروکس، کی-لامبکین، بومان و چایلدز^۷، ۲۰۱۲؛ گارنر^۸ و همکاران، ۲۰۲۰؛ فلپس، پانیاگوا، ویلکا کسون و پاتر^۹، ۲۰۱۸؛ گیلبرت^{۱۰}، ۲۰۱۴؛ میران،

1. substance use disorders
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-5)
3. American Psychiatric Association (APA)
4. Blanco & Volkow
5. Jones, Einstein & Wargo

6. self-compassion
7. Brooks, Kay-Lambkin, Bowman & Childs
8. Garner
9. Phelps, Paniagua, Willcockson & Potter
10. Gilbert

اورکات، هانان و تامپسون^۱، (۲۰۱۴) و خود انتقادی^۲ (گیلبرت، ۲۰۱۴؛ کانان و لویت^۳، ۲۰۱۳) جزء عوامل خطر ساز مرتبط با ایجاد و تداوم اختلال مصرف مواد هستند. به عقیده نف^۴ (۲۰۱۶) خود شفقت ورزی معرف شفقت ورزی معطوف به درون است و به چگونگی ارتباط ما با خود به هنگام شکست‌های ادراک‌شده، بی‌کفایتی یا رنج شخصی اشاره دارد. این سازه از سه مؤلفه تشکیل شده است: مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود، اشتراکات انسانی در برابر انزوا و ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی. نتایج مطالعات همچنین نشان داده است که خود شفقت ورزی با انگیزش درمان (بشرپور، عطادخت، خسروی نیا و نریمانی، ۱۳۹۲) و ولع مصرف مواد (توصیفیان، قادری بگه جان، خالدیان و فرخی، ۱۳۹۶) افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد رابطه دارد.

خود انتقادی به بررسی مداوم و سخت خود، خودارزیابی‌های انتقادی بیش از حد از رفتار خود، ناتوانی در کسب رضایت از عملکرد موفق، دلواپسی‌های مداوم در مورد اشتباهات و واکنش‌های منفی به شکست‌های ادراک‌شده اشاره دارد (لوف، شونبرگ و دینا، ۲۰۲۰). خود انتقادی همچنین به عنوان ارزیابی آگاهانه از خود تعریف شده است که می‌تواند یک رفتار سالم و واکنشی باشد یا اثرات و پیامدهای منفی برای فرد داشته باشد (کانان و لویت، ۲۰۱۳). خود انتقادی می‌تواند مقایسه‌ای یا درونی شده باشد. خود انتقادی مقایسه‌ای به نگرش منفی افراد به خود در مقایسه با دیگران اشاره دارد، در حالی که خود انتقادی درونی شده به نگرش منفی افراد به خود در مقایسه با استانداردهای درونی، فردی اشاره دارد (تامپسون و زاروف^۵، ۲۰۰۴). اگرچه همه افراد خود انتقادی را تجربه می‌کنند، اما می‌تواند به لحاظ شکل، شدت و پیامدها در افراد متفاوت باشد (کانان و لویت، ۲۰۱۳). این سازه علاوه بر اختلال‌های مصرف مواد (گیلبرت، ۲۰۱۴؛ کانان و لویت، ۲۰۱۳؛ اسکینر و وی یو^۷، ۲۰۱۶) با اختلال‌ها و مشکلات روان‌شناختی متنوعی از جمله افسردگی، اضطراب، اختلال خوردن، خودزنی غیر خودکشی و اختلال‌های شخصیت رابطه دارد

1. Miron, Orcutt, Hannan & Thompson
2. self-criticism
3. Kannan & Levitt
4. Neff

5. Löw, Schauenburg & Dinger
6. Thompsona & Zuroff
7. Skinner & Veilleux

(بک چالاکی و منصوری، ۱۳۹۶؛ لوف و همکاران، ۲۰۲۰؛ قادری، آهی، وزیری، منصوری، شهابی زاده، ۱۳۹۸). همچنین بیان شده است که خود انتقادی بیشتر در ابتدای درمان با نتایج بدتر روان‌درمانی رابطه دارد (لوف و همکاران، ۲۰۲۰).

درمان‌های اختصاصی و غیراختصاصی متنوعی مثل درمان خود شفقت ورزی (گیلبرت، ۲۰۱۴؛ فتح اله زاده، مجلسی، مظاهری، رستمی و نوایی نژاد، ۱۳۹۶)، روانکاوی، شناختی، هیجان مدار (کانان و لویت، ۲۰۱۳) و نظم جویی هیجانی (محمدی پور و اسفندیاری، ۱۳۹۷) برای کاهش یا افزایش این دو سازه در افراد مبتلا به آسیب‌ها و مشکلات روان‌شناختی مختلف استفاده قرار گرفته است. یکی از درمان‌های دیگری که می‌تواند برای کاهش خود انتقادی و افزایش شفقت ورزی یا خود شفقت ورزی به کار گرفته شود، درمان پذیرش و تعهد^۱ است (لوما و پلت^۲، ۲۰۱۵). این درمان زمینه‌گرا بوده و مبتنی بر تحلیل تجربی زبان و شناخت یا نظریه چارچوب رابطه^۳ است. نظریه چارچوب رابطه توضیح می‌دهد که چرا گسلش شناختی و اجتناب تجربه‌ای آسیب‌زا هستند و چگونه می‌توان آن‌ها را هدف قرار داد. گسلش شناختی، پذیرش، حس متعالی از خود، توجه انعطاف‌پذیر به حال، ارزش‌ها و تعهد جزء تکنیک‌های این رویکرد هستند (هیز^۴، ۲۰۱۶، ۲۰۱۹). نتایج مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد که درمان پذیرش و تعهد بر خود شفقت ورزی دانشجویان (یاداوایا، هیز و ویلاردگا^۵، ۲۰۱۴)، دانش آموزان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی (روحی، سلطانی، زین‌الدینی و رضوی نعمت الهی، ۱۳۹۷) و زوج‌های مبتلا به افسردگی (قدم پور، رشیدی، یوسف وند، عنایتی و ملکی، ۱۳۹۸) مؤثر است. قلعه امام قیسی و آتش پور^۶ (۲۰۱۹) نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد اثری بر خود انتقادی مردان مصرف‌کننده متآمفتامین قلعه شور اصفهان ندارد. مطالعه آن‌ها در مورد گروهی از افراد متآمفتامین انجام شده است، اما پژوهش حاضر در مورد گروهی از افراد مبتلا به مواد افیونی انجام شد.

1. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
2. Luoma & Platt
3. Relational Frame Theory (RFT)

4. Hayes
5. Yadavaia & Vilardaga
6. Ghaleh Emamghaisi & Atashpour

با توجه به شیوع و پیامدهای اختلال مصرف مواد به‌خصوص مصرف مواد افیونی (بک چالاکی و منصوری، ۱۳۹۶؛ بلانکو و ولکو، ۲۰۱۹؛ ولکو و همکاران، ۲۰۱۹)، نقش خود انتقادی و خود شفقت‌ورزی در آسیب‌های روانی از جمله اختلال مصرف مواد (گیلبرت، ۲۰۱۴؛ کانان و لویت، ۲۰۱۳؛ لوف و همکاران، ۲۰۲۰؛ قادری و همکاران، ۱۳۹۸) و همچنین اندک بودن پژوهش‌ها در این زمینه، پژوهش حاضر در صدد پاسخ به این سؤال بود که آیا درمان پذیرش و تعهد بر خود شفقت‌ورزی و خود انتقادی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی تاثیر دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری آن شامل همه مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر مشهد در سال ۹۹-۱۳۹۸ بود. ۳۰ نفر از مردان مراجعه‌کننده به مرکز ترک اعتیاد گرانمهر و گام‌نو شهر مشهد به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار داده شدند. حجم نمونه به روش حداقل حجم نمونه در پژوهش‌های آزمایشی (هاوسر^۱، ۲۰۰۹) و جدول‌های کوهن، ۱۵ نفر تعیین شده است (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۸۴). پس از انجام پیش‌آزمون، درمان پذیرش و تعهد در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و هر هفته یک جلسه برای گروه آزمایش اجرا شد، اما مداخله‌ای برای گروه کنترل انجام نشد. پس از پایان مداخله از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون آن‌ها با یکدیگر مقایسه شد. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل داشتن اختلال مصرف مواد، مصرف تریاک و شیره تریاک، جنسیت مذکر، عدم شرکت هم‌زمان در برنامه‌های درمانی دیگر در طول انجام پژوهش، و رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان بود. معیارهای خروج شامل غیبت بیش از یک جلسه در درمان، شرکت هم‌زمان در سایر روان‌درمانی‌ها، و عدم تمایل به ادامه همکاری در پژوهش بود. محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات حاصل از پرسش‌نامه‌ها، عدم آسیب

به شرکت کنندگان و دریافت رضایت نامه آگاهانه کتبی جزو ملاحظات اخلاقی پژوهش بود. داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره در نرم افزار اس پی اس اس-۲۴ تحلیل شدند. در جدول ۱ جلسات درمان پذیرش و تعهد بر اساس کتاب پذیرش و تعهد هیز، استروسال و ویلسون^۱ (۲۰۰۳) گزارش شده است.

جدول ۱: پروتکل درمان پذیرش و تعهد

جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول	معرفی اعضا، انجام پیش آزمون، توضیح مختصری در مورد روش درمانی، تعیین قوانین حاکم بر گروه (عدم غیبت)، شرکت به موقع در جلسات، انجام تکالیف، بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر، آموزش روانی و توصیف کلی از رویکرد درمانی).
جلسه دوم	ایجاد بینش در اعضا درباره مشکل و به چالش کشیدن کنترل، معرفی تمایل به عنوان پاسخی دیگر. بحث درباره تجربیات و ارزیابی آنها، شناسایی موانع در زندگی یا محل کار خود و ایجاد ناامیدی خلاقانه.
جلسه سوم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، معرفی و کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل ساز زبان.
جلسه چهارم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، کاربرد تکنیک‌های ذهن آگاهی، الگوسازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به عنوان یک فرآیند.
جلسه پنجم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده گر.
جلسه ششم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، معرفی مفهوم ارزش و شناسایی ارزش‌های زندگی اعضا و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آنها.
جلسه هفتم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، ارائه راهکارهای عملی برای رفع موانع ارزش‌ها، درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها
جلسه هشتم	جمع‌بندی مفاهیم بررسی شده طی جلسات، درخواست اعضا برای توضیح دستاوردهایشان از گروه.

ابزار

۱- مقیاس شفقت به خود^۲: این مقیاس توسط نف (۲۰۰۳) ساخته شده است و ۲۶ ماده دارد. شرکت کنندگان به هر ماده بر اساس یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (تقریباً

1. Strosahl & Wilson

2. Self- Compassion Scale (SCS)

هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) پاسخ می‌دهند. این مقیاس دارای شش خرده‌مقیاس مهربانی با خود، قضاوت خود، ذهن آگاهی، همانندسازی افراطی، اشتراکات انسانی، و انزو است. اعتبار این آزمون به روش بازآزمایی برای نمره کل مقیاس ۰/۹۳، و برای خرده‌مقیاس‌های آن بین ۰/۸۰ و ۰/۸۸ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس ۰/۹۲ و برای خرده‌مقیاس‌های آن بین ۰/۷۵ و ۰/۸۱ بوده است. در نهایت، این مقیاس از روایی مناسبی برخوردار است (نف، ۲۰۰۳). مؤمنی، شهیدی، موتابی و حیدری (۱۳۹۲) اعتبار نسخه فارسی را با استفاده از روش همسانی درونی و بازآزمایی به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۸۹ گزارش کردند. آنها ساختار چهار عاملی متشکل از احساسات مشترک انسانی و ذهن آگاهی، مهربانی با خود، منزوی‌سازی، و بزرگ‌نمایی را استخراج کردند. روایی سازه، همگرا و واگرایی این پرسش‌نامه نیز مناسب بوده است.

۲- مقیاس سطوح خودانتقادی^۱: این مقیاس توسط تامپسون و زاروف (۲۰۰۴) تدوین شده است و ۲۲ ماده دارد. شرکت‌کنندگان به هر ماده بر اساس یک مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای از ۱ (به شدت مخالفم) تا ۷ (به شدت موافقم) پاسخ می‌دهند. این مقیاس دارای دو خرده‌مقیاس خودانتقادی مقایسه‌ای و خودانتقادی درونی شده است. اعتبار این آزمون به روش همسانی درونی برای دو خرده‌مقیاس خودانتقادی مقایسه‌ای (۰/۸۱-۰/۸۴) و خودانتقادی درونی (۰/۸۸-۰/۸۷) مناسب بوده است. همچنین، از روایی همگرا و افتراقی مناسبی برخوردار است (تامپسون و زاروف، ۲۰۰۴). در پژوهش موسوی، قربانی و قاضی طباطبایی (۱۳۹۳)، ضریب آلفای کرونباخ برای خودانتقادی مقایسه‌ای و خود درونی شده به ترتیب برابر ۰/۵۵ و ۰/۸۷ بوده است.

یافته‌ها

میانگین سنی و انحراف استاندارد افراد گروه آزمایش و کنترل و کل شرکت‌کنندگان به ترتیب $۳۵/۹۳ \pm ۶/۶۸$ ، $۳۸/۴۶ \pm ۱۰/۱۷$ و $۳۷/۲۰ \pm ۸/۵۵$ بود. در جدول ۲ میانگین و انحراف

استاندارد مؤلفه‌های خودشفقت‌ورزی و خودانتقادگری در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
خودانتقادی	پیش‌آزمون	۷۲/۴۶	۱۶/۸۷	۷۲	۱۶/۱۸
	پس‌آزمون	۵۳/۴	۹/۲۳	۷۰/۸۷	۱۵/۴۶
مهربانی با خود	پیش‌آزمون	۱۶/۶	۴/۵	۱۷/۴۷	۲/۷
	پس‌آزمون	۲۱/۴۷	۲/۰۳	۱۷/۴	۲/۷۲
قضاوت خود	پیش‌آزمون	۱۷/۸	۲/۷۶	۱۶/۲	۲/۷۶
	پس‌آزمون	۱۳/۱۳	۱/۸۱	۱۶/۶	۲/۶۷
ذهن‌آگاهی	پیش‌آزمون	۱۴/۴۷	۲/۰۷	۱۴/۰۷	۲/۳۴
	پس‌آزمون	۱۶/۲۷	۲/۰۵	۱۴/۰۷	۲/۳۱
هماندسازی افراطی	پیش‌آزمون	۱۵	۲/۷۵	۱۲/۶	۳/۷۴
	پس‌آزمون	۹/۷۳	۱/۴۹	۱۲/۶۷	۳/۶۸
اشترکات انسانی	پیش‌آزمون	۱۳/۹۳	۲/۵۵	۱۴/۶۷	۲/۸۵
	پس‌آزمون	۱۷/۰۷	۱/۶۷	۱۴/۴۷	۲/۶۴
انزوا	پیش‌آزمون	۱۲/۸۷	۳/۱۶	۱۰/۷۳	۳/۳۳
	پس‌آزمون	۸/۶۷	۱/۹۹	۱۱/۱۳	۲/۹۲

نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد که توزیع همه متغیرهای پژوهش (به جز پس‌آزمون متغیر قضاوت خود گروه آزمایش) طبیعی است ($p > 0.05$). پیش‌فرض همگنی واریانس متغیرهای پژوهش نیز رعایت شده است ($p > 0.05$). نتایج آزمون لوین نشان داد که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها نیز رعایت شده است ($p > 0.05$). نتایج آزمون باکس ($\text{Box's } M = 40.57, F = 1/05, p = 0.39$) و شیب خط رگرسیون نشان داد که پیش‌فرض همگنی واریانس-کوواریانس رعایت شده است ($p > 0.05$). همچنین، نتایج آزمون

لامبدای ویلکز ($F=8/93$, $p<0/001$) نشان داد که اثر متغیر گروه معنادار است. در جدول ۳ نتایج مربوط به تحلیل کوواریانس گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل در خودانتقادی و مؤلفه‌های خودشفقت‌ورزی

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	درجه میانگین مجزورات	F	معناداری	ضریب اتا	توان آماری
خودانتقادی	گروه	۱	۱۴۷۹/۹۳	۳۸/۸۳	**	۰/۰۰۱	۰/۶۵
	خطا	۲۱	۳۸/۱۰				
مهربانی با خود	گروه	۱	۱۳۳/۷۵	۳۳/۸۴	**	۰/۰۰۱	۰/۶۶
	خطا	۲۱	۳/۹۵				
قضاوت خود	گروه	۱	۹۸/۴۵	۳۲/۵۵	**	۰/۰۰۱	۰/۶۲
	خطا	۲۱	۳/۰۲				
ذهن آگاهی	گروه	۱	۱۳/۵۹	۶/۷۱	*	۰/۰۱۷	۰/۷۰
	خطا	۲۱	۲/۰۲				
هماندسازی افراطی	گروه	۱	۱۱۷/۴۶	۴۰/۵۷	**	۰/۰۰۱	۰/۶۶
	خطا	۲۱	۲/۸۹				
اشتراکات انسانی	گروه	۱	۴۷/۶۷	۲۲/۶۰	**	۰/۰۰۱	۰/۵۲
	خطا	۲۱	۲/۱۱				
انزوا	گروه	۱	۷۹/۴۷	۲۹/۳۳	**	۰/۰۰۱	۰/۵۸
	خطا	۲۱	۵۶/۸۹				

* $p<0.05$. ** $p<0.001$.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای خودانتقادی، مهربانی با خود، قضاوت خود، ذهن آگاهی، همانندسازی افراطی، اشتراکات انسانی، و انزوا تفاوت معناداری وجود داشت ($p<0/05$). به عبارت دیگر، درمان پذیرش و تعهد در کاهش خود انتقادی، قضاوت خود، همانندسازی افراطی و انزوا مؤثر بود. در مقابل، این درمان در افزایش مهربانی با خود، ذهن آگاهی و اشتراکات انسانی نیز مؤثر بود.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر خود شفقت ورزی و خودانتقادی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر خود شفقت ورزی و خود انتقادی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی مؤثر است. نتایج این پژوهش همسو با یافته‌های قبلی (یاداویا و همکاران، ۲۰۱۴؛ روحی و همکاران، ۱۳۹۷؛ قدم پور و همکاران، ۱۳۹۸) نشان داد که درمان پذیرش و تعهد سبب افزایش خود شفقت ورزی افراد می‌شود. اگرچه نتایج مطالعه حاضر همسو با مطالعات قبلی بود، اما این پژوهش‌ها در مورد دانشجویان (یاداویا و همکاران، ۲۰۱۴)، دانش آموزان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی (روحی و همکاران، ۱۳۹۷) و زوج‌های مبتلا به افسردگی (قدم پور و همکاران، ۱۳۹۸) انجام شده است. در تبیین اثر درمان پذیرش و تعهد بر خود شفقت ورزی می‌توان گفت که این درمان با هدف قرار دادن همجوشی شناختی و اجتناب تجربه‌ای (هیز، ۲۰۱۶) و همچنین کار بر روی فرایندهای پذیرش و ذهن آگاهی و فرایندهای تعهد و تغییر رفتار باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (هیز، لوین، پلام-ویلاداگا، ویلت و پیستورلو، ۲۰۱۳) و در نتیجه خود شفقت ورزی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی می‌شود.

بررسی مؤلفه‌های خود شفقت ورزی نشان می‌دهد که مهربانی با خود شامل ملایمت، حمایت‌کننده بودن، گرمی، پذیرش غیر مشروط و فهم خود به جای قضاوت‌های سخت‌گیرانه خود برای نقایص است (توٹ-کرالی^۲ و نف، زیر چاپ؛ نف، ۲۰۱۶). افرادی که با خود مهربان هستند در همه جنبه‌های خود از جمله اعمال، احساس‌ها، افکار و تکانه‌ها بخشنده، همدل، حساس، گرم و صبور هستند. خود مهربانی بیانگر این است که افراد حتی پس از شکست مستحق عشق، محبت و شادکامی هستند. در مقابل قضاوت خود نشان‌دهنده رفتار خصمانه، پرتوقع و انتقادگر با خود است (خانجانی، فروغی، صادقی و بحرینیان، ۱۳۹۵). اشتراکات انسانی اشاره به این موضوع دارد که همه انسان‌ها شکست

می‌خورند، اشتباه می‌کنند، کامل نیستند و زندگی ناقصی دارند. افراد دارای نمره بالا در این مؤلفه به‌جای احساس انزوای ناشی از نقایص یا چالش‌ها، دید گسترده‌تر و کامل‌تری حتی باوجود نقایص و مشکلات فردی دارند (توٹ- کرابلی و نف، زیر چاپ؛ نف، ۲۰۱۶). افراد منزوی معتقدند وجودشان، هیجان‌ها و شکست‌هایشان شرم‌آور است و باید خودشان را مخفی کنند (خانجانی و همکاران، ۱۳۹۵). درنهایت، افراد ذهن آگاه به‌گونه‌ای هشیار از رنج شخصی خود آگاه هستند و به‌گونه‌ای اغراق‌آمیز درگیر جنبه‌های منفی خود یا تجربه زندگی خود نمی‌شوند (نف، ۲۰۱۶). به‌عبارت‌دیگر به‌نشخوار کردن در مورد جنبه‌های منفی خود و زندگی خود نمی‌پردازند (توٹ- کرابلی و نف، زیر چاپ).

درمان پذیرش و تعهد با استفاده از تکنیک پذیرش به افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی کمک می‌کند که به‌جای تلاش برای کنترل، تغییر شکل، فراوانی یا شدت تجارب خصوصی خود و یا اجتناب از تجربه‌های درونی (افکار، احساس‌ها، حواس)، آن‌ها را به‌صورت فعالانه و غیر قضاوتی بپذیرند. گسلش شناختی به آن‌ها کمک می‌کند که به‌طور انعطاف‌ناپذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنی خود نباشند. (هیز، ۲۰۱۶؛ هیز و همکاران، ۲۰۰۳، ۲۰۱۳). در همین راستا، یاداویا و همکاران (۲۰۱۴) معتقدند که گسلش شناختی نقش مهمی برای خود شفت ورزی دارد، زیرا اجازه می‌دهد که خود انتقادی‌ها بدون اعتقاد به آن‌ها از ذهن عبور کنند. تمرین‌های ذهن آگاهی نیز به افراد کمک می‌کنند تجارب درونی خود را بپذیرند و با آن‌ها بدون هرگونه قضاوتی و در اینجا و اکنون ارتباط برقرار کنند (هیز، ۲۰۱۶؛ هیز و همکاران، ۲۰۰۳، ۲۰۱۳). اگرچه همجوشی شناختی می‌تواند سبب رفتارهای نامنعطف و قطع تماس با لحظه حال افراد شود، اما تمرین‌های ذهن آگاهی به گسلش شناختی و در نتیجه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (هیز، ۲۰۱۶) کمک می‌کنند. درمان پذیرش و تعهد به افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد کمک می‌کند ارزش‌های خود را مشخص کنند و همچنین اعمال و رفتارهایی را که در خدمت این ارزش‌ها هستند، تمرین کنند. به آن‌ها کمک می‌شود موانع روان‌شناختی ناشی از گسلش و پذیرش و همچنین موقعیتی موجود برای انجام این اعمال و رفتارها را شناسایی و حل کنند و همچنین

به شیوه‌ای عمل نمایند که هماهنگ با ارزش‌های انتخاب‌شده باشد (هیز، ۲۰۱۶؛ هیز و همکاران، ۲۰۰۳، ۲۰۱۳).

با توجه به آنچه ذکر شد، تکنیک‌های پذیرش، گسلش شناختی، ذهن آگاهی، بودن در لحظه حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه به افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد کمک می‌کنند تا به جای قضاوت‌های سخت‌گیرانه در مورد نقایص خود و رفتار خصمانه، پرتوقع و انتقادگر با خود، با خود مهربان باشند. به آن‌ها کمک می‌کند از رنج خود آگاه شوند. به جای اجتناب از آن، آن را بپذیرند و در مورد جنبه‌های منفی خود و زندگی خود نشخوار فکری نکنند. کمک می‌کند یاد بگیرند همه انسان‌ها شکست می‌خورند، اشتباه می‌کنند، کامل نیستند و زندگی ناقصی دارند. وجودشان، هیجان‌ها و شکست‌هایشان شرم‌آور نیست. همچنین به آن‌ها کمک می‌کند که ارزش‌های خود را مشخص کنند و اعمال و رفتارهایی را که در خدمت این ارزش‌ها هستند، تمرین کنند.

خود انتقادی به‌عنوان یکی از عوامل خطر ساز مرتبط با ایجاد و تداوم اختلال مصرف مواد معرفی شده است (گیلبرت، ۲۰۱۴؛ کانان و لویت، ۲۰۱۳). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان پذیرش و تعهد اثر معناداری بر خود انتقادی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی دارد. نتایج این پژوهش همسو با یافته‌های بهادری خسروشاهی (۱۳۹۶) و اسدزاده، مکوندی، عسکری، پاشا و نادری (۱۳۹۷) بود. بهادری خسروشاهی (۱۳۹۶) نشان داد که درمان پذیرش و تعهد سبب کاهش خود انتقادی دانش‌آموزان دارای تجربه خودآزاری شهرستان تبریز شده است. اسدزاده و همکاران (۱۳۹۷) نشان دادند که این درمان سبب کاهش خود انتقادی افراد مبتلا به اضطراب مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناختی شهر اهواز شده است. پژوهش‌های قبلی در مورد گروهی از دانش‌آموزان دارای تجربه خودآزاری و مبتلا به اضطراب شهرهای تبریز و اهواز انجام شده است، اما پژوهش حاضر در مورد گروهی از افراد مبتلا به مواد افیونی به‌خصوص تریاک و شیره تریاک شهر مشهد انجام شده است. لوما و پلت (۲۰۱۵) معتقدند که یکی از زمینه‌های مفید برای کاربرد درمان پذیرش و تعهد پرداختن به خود انتقادی، خود ننگی و شرم است؛ از این رو یافته‌های این پژوهش با اعتقاد آن‌ها همسو است. کانان و لویت (۲۰۱۳) با بررسی

مروری خود انتقادی مراجعان و رویکردهای درمانی روان‌پویشی، شناختی و متمرکز بر هیجان بیان کردند که حل خود انتقادی از طریق مداخله‌های متمرکز بر آگاهی از محتوی و فرایند خود انتقادی، تقویت خود (جرأت مند بودن)، نشان دادن همدلی و شفقت، افزایش شفقت ورزی به خود و جرأت مندی و همچنین آمادگی درمانگر برای تحمل انتقاد امکان‌پذیر است. از این‌رو نتایج این پژوهش با یافته‌های این محققان همسو است.

افراد خود انتقادگر به بررسی مداوم و سخت خود و همچنین خودارزیابی‌های انتقادی بیش از حد از رفتار خود می‌پردازند. آن‌ها دلوپرسی‌های مداوم در مورد اشتباهات خود دارند و واکنش‌های منفی به شکست‌های ادراک شده نشان می‌دهند (لوف و همکاران، ۲۰۲۰). آن‌ها نگرش منفی به خود در مقایسه با دیگران (خود انتقادی مقایسه‌ای) دارند. همچنین نگرش منفی به خود در مقایسه با استانداردهای درونی (خود انتقادی درونی شده) دارند (تامپسون و زاروف، ۲۰۰۴). از طرف دیگر، خود انتقادی مراجعان به سبب پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار آن‌ها تداوم می‌یابد (لوما و پلت، ۲۰۱۵). با وجود این درمان پذیرش و تعهد به افراد یاد می‌دهد که در عوض اجتناب از این افکار و احساس‌ها و سایر تجارب درونی خود آن‌ها را به صورت فعالانه و غیر قضاوتی بپذیرند. آموزش گسلش شناختی کمک می‌کند که به‌طور انعطاف‌ناپذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنی یا استدلال‌ها و قواعد شخصی خود نباشند (هیز، ۲۰۱۶؛ هیز و همکاران، ۲۰۰۳، ۲۰۱۳). در همین راستا، بهادری خسروشاهی (۱۳۹۶) معتقد است که درمان پذیرش و تعهد با آگاه کردن افراد از ماهیت خشن، نفرت‌انگیز و تخریب‌گرانه انتقادهای درک تفاوت بین خود و انتقادهای درباره عملکرد خود و تمایز قائل شدن بین آن‌ها، جرأت مند شدن، مورد سؤال قرار دادن چرخه معیوب انتقاد نسبت به خویش و وضع انتظارهای سطح بالا و همچنین نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود، به کاهش خود انتقادی کمک می‌کند. همچنین، این درمان به‌جای تأکید بر کاهش خود انتقادی، تمایل به تجربه آن را پرورش می‌دهد و قرار گرفتن در معرض این احساس‌های ناخوشایند را از طریق مشخص کردن ارزش‌ها و ارتباط دادن رفتار با ارزش‌ها و اهداف شخصی، تسهیل می‌کند. در نهایت توجه به ارزش‌ها و اهداف شخصی منجر به کاهش خود انتقادی می‌شود.

پژوهش حاضر دارای یکسری محدودیت‌ها بود. ابتدا، این پژوهش در مورد گروهی از افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی بود، از این رو پژوهش در مورد سایر افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد می‌تواند اطلاعات بیشتری را فراهم سازد. دوم، در این پژوهش از آزمون پیگیری برای بررسی ماندگاری اثر درمان پذیرش و تعهد استفاده نشد، پژوهش‌های بعدی می‌توانند از دوره‌های پیگیری برای بررسی ماندگاری این اثر استفاده کنند. سوم، برای سنجش متغیرهای خود انتقادی و خود شفقت ورزی از مقیاس‌ها استفاده شد. این ابزارها می‌توانند نتایج پژوهش را به علت سوگیری شرکت‌کنندگان و تلاش برای مطلوبیت اجتماعی تحت تأثیر قرار دهد. با توجه به اثر درمان پذیرش و تعهد بر خود شفقت ورزی و خود انتقادی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی، نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌کند که درمانگران و سایر متخصصان حوزه بهداشت روان می‌توانند از این شیوه درمانی برای بهبود خود شفقت ورزی و خود انتقادی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه افراد شرکت‌کننده در این پژوهش و همچنین معاونت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور تقدیر و تشکر می‌گردد.

منابع

اسدزاده، نیما؛ مکنونی، بهنام؛ عسکری، پرویز، پاشا، رضا و نادری، فرح (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی، بهزیستی روان‌شناختی و خودانتقادی افراد مبتلا به اضطراب مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناختی شهر اهواز. سلامت جامعه، ۱۲(۳)، ۴۹-۳۷.

بشر پور، سجاد؛ عطادخت، اکبر؛ خسروی نیا، دیبا و نریمانی، محمد (۱۳۹۲). نقش خودکنترلی شناختی و دلسوزی به خود در پیش‌بینی انگیزش درمان افراد وابسته به مواد. مجله سلامت و مراقبت، ۱۵(۴)، ۶۰-۷۰.

بک چلاکی، نسرين و منصورى، احمد (۱۳۹۶). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر رضایت از زندگی و عملکرد جنسی زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد. مطالعات ناتوانی، ۷(۱)، ۸۹-۸۹.

- بهادری خسروشاهی، جعفر (۱۳۹۶). تأثیر آموزش پذیرش و تعهد بر خود انتقادی و شایستگی در دانش‌آموزان دارای تجربه خود آزاری. *نشریه پژوهش‌های تربیتی*، ۴(۳۴)، ۳۳-۱۸.
- توصیفیان، نگین؛ قادری بگه جان، کاوه؛ خالدیان، محمد و فرخی، نورعلی (۱۳۹۶). مدل یابی ساختاری کارکرد خانواده و ولع مصرف مواد در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون با تأکید بر نقش واسطه‌ای خود شفقت ورزی. *فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۴)، ۲۲۶-۲۰۹.
- خانجانی، سجاده؛ فروغی، علی اکبر؛ صادقی، خیرالله و بحرینیان، سیدعبدالمجید. (۱۳۹۵). ویژگی‌های روانسنجی نسخه ایرانی پرسشنامه شفقت به خود (فرم کوتاه). *پژوهنده*، ۲۱(۵)، ۲۸۲-۲۸۹.
- روحی، رمینا؛ سلطانی، امان‌الله؛ زین‌الدینی، زهرا و رضوی نعمت‌الهی، ویدا سادات (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر افزایش شفقت به خود و تحمل آشفتگی در دانش‌آموزان با اختلال اضطراب اجتماعی. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۸(۶۳-۶۳).
- سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس و حجازی، الهه (۱۳۸۴). *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*. تهران: انتشارات آگه.
- فتح‌اله زاده، نوشین؛ مجلسی، زینب؛ مظاهری، زهرا؛ رستمی، مهدی و نوایی نژاد، شکوه (۱۳۹۶). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی شده و خود انتقادی زنان آزار دیده عاطفی. *مطالعات روانشناختی*، ۱۲(۲)، ۱۶۷-۱۵۱.
- قادری، مریم؛ آمی، قاسم؛ وزیری، شهرام؛ منصوری، احمد و شهابی زاده، فاطمه (۱۳۹۸). سبک‌های دلبستگی و رفتارهای خودزنی غیر انتحاری در نوجوانان: نقش میانجی خود انتقادی و تحمل پریشانی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۷(۴)، ۵۵۲-۵۳۷.
- قدم پور، عزت‌اله؛ رشیدی، فرزانه؛ یوسف‌وند، مهدی؛ عنایتی، بهار و ملکی، سبجان (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تغییر سطح خود دلسوزی و تنظیم هیجانی در زوجین مبتلا به افسردگی. *مطالعات روانشناختی*، ۱۵(۱)، ۱۳۰-۱۱۳.
- محمدی پور، محمد و اسفندیاری، محمدسینا (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش نظم جویی فرایندی هیجانی بر خود شفقتی و دشواری تنظیم هیجان معتادان. *فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۸)، ۲۲۶-۲۰۳.
- موسوی، اشرف السادات؛ قربانی، نیما و قاضی طباطبایی، محمود (۱۳۹۳). مقایسه خودتخریبگری روانشناختی بر پایه خودشناسی، خودانتقادی و احساس شرم و گناه در سه گروه افراد سالم، بیماران اتوایمیون و بیماران غیر اتوایمیون. *مجله علوم رفتاری*، ۸(۱)، ۸۸-۸۱.

مؤمنی، فرشته؛ شهیدی، شهریار؛ موتابی، فرشته و حیدری، محمود (۱۳۹۲). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس خود شفقت ورزی. *روانشناسی معاصر*، ۸(۲)، ۴۰-۲۷.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Blanco, C., & Volkow, N. D. (2019). Management of opioid use disorder in the USA: Present status and future directions. *Lancet*, 393(10182), 1760-1772.
- Brooks, M., Kay-Lambkin, F., Bowman, J., & Childs, S. (2012). Self-compassion amongst clients with problematic alcohol use. *Mindfulness*, 3(4), 308-317.
- Garner, A. R., Gilbert, S. E., Shorey, R. C., Gordon, K. C., Moore, T. M., & Stuart, G. L. (2020). A longitudinal investigation on the relation between self-compassion and alcohol uses in a treatment sample: A brief report. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 14, 1-5.
- Ghaleh Emamghaisi, Z., & Atashpour, S. H. (2019). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on self-criticism and feeling of shame in methamphetamine users. *Journal of Substance Use*, 25(4), 372-376.
- 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*. PhD Dissertation. USA: University of Tennessee.
- Hayes, S. C. (2016). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies - Republished article. *Behavior Therapy*, 47(6), 869-885.
- Hayes, S. C. (2019). Acceptance and commitment therapy: Towards a unified model of behavior change. *World Psychiatry*, 18(2), 226-227.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Viladaga, J., Villatte, L. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180-198.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2003). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Houser, R. (2009). *Counseling and educational research: Evaluation and Application*. USA: SAGE.
- Kannan, D., & Levitt, H. M. (2013). A review of client self-criticism in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(2), 166-178.

- Löw, C. A., Schauenburg, H., & Dinger, U. (2020). Self-criticism and psychotherapy outcome: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 75, 101808.
- Luoma, J. B., & Platt, M. G. (2015). Shame, self-criticism, self-stigma, and compassion in Acceptance and Commitment Therapy. *Current Opinion in Psychology*, 2, 97-101.
- Miron, L. R., Orcutt, H. K., Hannan S. M., & Thompson, K. L. (2014). Childhood abuse and problematic alcohol use in college females: The role of self-compassion. *Self and Identity*, 13(3), 364-379.
- Neff, K. D. (2003). The development of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250.
- Neff, K. D. (2016). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 7, 264-274.
- Phelps, C. L., Paniagua, S. M., Willcockson, I. U., & Potter, J. S. (2018). The relationship between self-compassion and the risk for substance use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 183, 78-81.
- Skinner, K. D., & Veilleux, J. C. (2016). The interactive effects of drinking motives, age, and self-criticism in predicting hazardous drinking. *Substance Use & Misuse*, 51(10), 1342-1352.
- Thompsona, 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.
- Tóth-Király, I., & Neff, K.D. (In Press, Accepted: 22 April 2020). Is Self-Compassion Universal? Support for the Measurement Invariance of the Self-Compassion Scale across Populations. *Assessment*. doi: 10.1177/1073191120926232
- Volkow, N. D., Jones, E. B., Einstein, E. B., & Wargo, E. M. (2019). Prevention and treatment of opioid misuse and addiction: A review. *JAMA Psychiatry*, 76(2), 208-216.
- Yadavaia, J. E., Hayes, S. C., & Vilardaga, R. (2014). Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 248-257.