

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و اختلالات مصرف مواد: مروری نظری و پژوهشی

حسن نوروزی^۱، میثم شاه‌حسینی^۲

چکیده

رفتارهای پرخطر رفتاری هستند که سلامت و رفاه افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند لذا به کارگیری درمان مناسب برای کاهش این خطرات ضرورت دارد. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی شکلی جدیدی از درمان‌ها برای اختلال مصرف مواد است که برای کاهش آسیب‌های بیماران، مدلی مبتنی بر سلامت عمومی و بیماری را فراهم نموده است. برخلاف اشکال سنتی درمان و روش‌های ترک مواد، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به نوعی طراحی شده است که جایگاهی که افراد در آن قرار دارند را نشان دهد. شکل سنتی درمان اختلال مصرف مواد مانع عود در افراد می‌گردد تا به عنوان یک درمان شکست خورده قلمداد نشود. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش عواقب منفی مصرف مواد تمرکز می‌کند و فرصتی برای مصرف‌کنندگان مواد فراهم می‌نماید تا تأثیرات مخرب اختلال را کاهش دهند. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق شناساندن نشانه‌های آغاز تمایل به مصرف مواد، افراد را از حال حاضر، اینجا و اکنون خود آگاه می‌کند. این مقاله، مروری بر کاربرد فنون درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی است که به‌عنوان یک درمان جایگزین نسبت به برنامه‌های سنتی مصرف مواد تلقی می‌شود چرا که این برنامه‌های سنتی برای هر فردی کارایی لازم را ندارند. بر اساس مبانی نظری و پژوهشی می‌توان گفت که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی یک مداخله مؤثر و کارآمد برای اختلالات مصرف مواد است که برای انواع اختلالات مصرف مواد و در نمونه‌های مختلف توصیه شده است.

کلید واژه‌ها: درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، اختلال مصرف مواد، کاهش آسیب

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. پست الکترونیک:

h.noroozy@gmail.com

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

مقدمه

افراد معتاد جزء جمعیت آسیب پذیر جامعه محسوب می شوند و با مشکلات روان شناختی و هیجانی بسیاری مواجه هستند که بر کیفیت زندگی آنان اثرات منفی می گذارد (نوری پور و همکاران، ۲۰۱۴). دفتر پیشگیری از جرم و کنترل مواد سازمان ملل، تعداد مصرف کنندگان مواد را در بین جمعیت ۱۶-۱۵ ساله سراسر جهان، ۲۰۰ میلیون نفر (۵ درصد کل جمعیت) برآورد کرده است که ۱۶ میلیون نفر (۴ درصد) آن، مصرف کننده مواد افیونی و ۱۱ میلیون نفر مصرف کننده هروئین هستند. مواد افیونی بیشترین مواد مصرفی در ایران است (مکری، ۲۰۰۲). طبقه جوان بیش از میان سالان و سالخوردگان به اعتیاد گرایش یافته اند و متأسفانه مواد مخدر صنعتی، کراک و شیشه نیز تبدیل به مواد مخدر مورد استفاده آنان شده است (موسوی، ۱۳۸۲). از منظر آسیب شناسی، مواد مخدر یک تهدید راهبردی و چندوجهی است. این تهدید نه تنها امنیت فردی، بلکه امنیت هستی شناختی یا وجودی یک جامعه را نیز مورد تهدید قرار می دهد (مسلمی، ۱۳۸۹). طبق گزارش های سازمان جهانی بهداشت^۱، هزینه های جهانی بیماری های ناشی از مصرف الکل و مواد سالانه بیش از دو نیم میلیون دلار است (خانا و گرسون^۲، ۲۰۱۳). در حال حاضر نگرانی اصلی در مورد اختلال مصرف مواد، میزان عود^۳ آن در فاصله یک سال پس از ترک مواد است که بر اساس آمارها میزان آن بین ۹۵-۸۰ درصد است (براندون، ویدرین و لیتوین^۴، ۲۰۰۷؛ میلر، وستریگ، هاریس و تونیکان^۵، ۱۹۹۶). در نسخه چهارم راهنمای تشخیصی و آماری بیماری های روانی، از مصرف مواد و وابستگی دارویی نام برده شده است. مصرف مواد به معنی مصرف یک ماده به صورت مداوم و برخلاف توجه به عواقب نامطلوب آن تعریف شده است. در نسخه پنجم به دلیل نبودن مرز مشخص بین این دو طبقه، از یک طبقه واحد تحت عنوان "اختلالات وابسته به مواد و اعتیاد"^۶ نام برده شده است. در هر دو این موارد، مجموعه ای از علائم شناختی، جسمانی و رفتاری در فرد نمایان می شود که مشکلات جدی برای فرد به وجود می آورد ولی فرد علی رغم این مشکلات به مصرف خود ادامه می دهد. اختلال مصرف مواد^۷

1. World Health Organization
2. Khana & Gerson
3. relapse
4. Brandon, Vidrine & Litvin

5. Miller, Westerberg, Harris & Tonigan
6. Drug and Addiction Related Disorders
7. Drug Use Disorder

یکی از بزرگ‌ترین نگرانی‌های جامعه امروزی است، زیرا اعتیاد تهدیدی برای ساختارهای فرهنگی، بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی است (یار محمدیان، ۱۳۸۳).

مصرف مواد یک ساز و کار مقابله‌ای کلی است که در موقعیت‌هایی که افراد روش مقابله‌ای مناسبی نداشته یا مورد استفاده قرار نمی‌دهند، بکار گرفته می‌شود (هان^۱، ۱۹۹۱). پژوهش‌های انجام شده در زمینه اعتیاد، عوامل خطر ساز متعددی را برای این اختلال مطرح کرده‌اند که از میان آن می‌توان به میزان بالای تعارض خانوادگی، مشکلات تحصیلی، بروز هم‌زمان اختلالات روانی همچون افسردگی و اختلالات شخصیتی، مصرف مواد از سوی همسالان و والدین، تکانش‌گری و شروع زودرس مصرف سیگار اشاره کرد (سادوک و سادوک^۲، ۲۰۰۷؛ ترجمه رفیعی و رضایی، ۱۳۸۷). اهمیت راهبردهای پیشگیری و درمان مؤثر بر همگان روشن شده است. اما با وجود تلاش‌های روزافزونی که در راستای پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد صورت می‌گیرد، همچنان شاهد انتشار آمارهای فزاینده‌ای از سوی سازمان بهداشت جهانی در زمینه شیوع سوءمصرف مواد و مشکلات وابسته به آن هستیم (لوینسون، میلمان، لانگک رود^۳، ۱۹۹۷). بر اساس تحقیقات موجود می‌توان نتیجه گرفت که افراد معتاد نسبت به افراد عادی، هیجان‌های منفی، تنهایی، شرم، اضطراب، نگرانی، فشار روانی، فشار شدید مشکلات خانوادگی را گزارش می‌کنند. بر همین اساس می‌توان گفت درمان‌های روان‌شناختی سوءمصرف مواد؛ اغلب متمرکز بر تنظیم هیجان‌ها و افزایش آگاهی از ذهن و کارکردهای آن است. در واقع بهبود این مهارت‌ها از طریق درمان‌هایی مانند درمان‌های شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۴ ایجاد می‌گردد (واپرن^۵ و همکاران، ۲۰۱۲؛ پیت، ورتزن و زاخاری^۶، ۲۰۱۲؛ گارلند، شوارز، کلی، ویت و هاوارد^۷، ۲۰۱۰). درمان‌هایی که اخیراً برای طیف گسترده‌ای از اختلالات، اثربخشی آن‌ها اثبات شده است و به طور گسترده توسط روان‌درمانگران مورد استفاده قرار می‌گیرند درمان‌های موج سوم می‌باشند که یکی از پرکاربردترین این درمان‌ها در زمینه اختلال مصرف مواد مخدر،

1. Han
2. Sadok & Sadok
3. Lowinson, Millman & Longrod
4. Mindfulness-Based Cognitive Therapy

5. Wupperman
6. Piet, Würtzen & Zachariae
7. Garland, Schwarz, Kelly, Whitt & Howard,

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی است (پتتر، مک گراس، چمبرز و دیک^۱، ۲۰۱۴؛ زرگر، محمدی، امیدی، باقریان سرارودی، ۲۰۱۳).

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی

جان کابات زین^۲ (۱۹۸۲) اولین فردی است که ذهن آگاهی را در درمان روان‌شناختی مورد استفاده قرار داد. به اعتقاد وی ذهن آگاهی نوعی آگاهی است که از طریق توجه به تجربه به شیوه‌ای خاص به دست می‌آید. در این حالت توجه متمرکز بر هدف، متمرکز بر لحظه حال^۳ و غیر قضاوتی^۴ است (کابات زین، ۱۹۹۴). این حالت نوعی توجه آگاهانه نسبت به اموری است که جریان دارند (کرین^۵، ۱۳۹۲). ذهن آگاهی مواجه شدن با جنبه‌های ناب تجربه است، مشاهده هر پدیده به نحوی که گویی برای نخستین بار اتفاق می‌افتد (مک^۶، ۲۰۰۷). مارلات و کریستلز^۷ (۲۰۰۹) ذهن آگاهی را به صورت آوردن لحظه به لحظه و کامل توجه به تجربه کنونی توصیف می‌کنند. جدای از تفاوت‌های اندکی که در این تعاریف وجود دارد، مؤلفه‌های اصلی و مشترک ذهن آگاهی شامل حضور در لحظه حاضر و مشاهده غیر قضاوتی تجربه است (دیدونا^۸، ۲۰۰۹). کاربرد مراقبه^۹ ذهن آگاهی به عنوان شکلی از مداخله رفتاری برای مشکلات بالینی، با کارهای جان کابات زین آغاز شد که کاربرد مراقبه ذهن آگاهی را در درمان بیماران مبتلا به درد مزمن کشف کرد (کابات زین، ۱۹۸۲). این مداخله اکنون به عنوان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی^{۱۰} شناخته می‌شود. باید توجه داشت که آموزش ذهن آگاهی مرکز اصلی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی است و هر دو، تمرین‌های رسمی ذهن آگاهی را به کار می‌برند. در سایر رویکردهای درمانی، مهارت‌های ذهن آگاهی در کنار سایر راهبردهای رفتاری آموزش داده می‌شود و تمرین‌های رسمی ذهن آگاهی ممکن است به کاربرده شود یا نشود (بائر^{۱۱}، ۲۰۱۵). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس ادغام عناصر رفتار درمانی شناختی برای افسردگی و عناصر درمان کاهش استرس مبتنی بر

1. Petter, McGrath, Chambers & Dick
2. Kabatzin
3. moment
4. non-judgment
5. Crean
6. Mack

7. Marlat & Kristers
8. Didonna
9. Meditation
10. Mindfulness Based Stress
Reduction
11. Baer

ذهن آگاهی شکل گرفته است که ترکیبی از جنبه‌های شناخت درمانی بک و درمان شناختی مبتنی بر کاهش استرس است.

سازوکارهای اثرگذاری درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی

همواره تبیین اثرات یک درمان دشوارتر و شاید مهم‌تر از تأیید اثربخشی آن درمان است. یکی از چالش‌های روانشناسی و روان‌درمانی، شناسایی مکانیسم‌های تأثیرگذاری و دست‌کاری‌ها در قالب روابط علت و معلولی است. به نظر می‌رسد چگونگی اثرگذاری ذهن آگاهی با استفاده از روش‌های ذیل امکان‌پذیر است.

تمرکز توجه بر هدف و متمرکز بر لحظه حال

توانایی تمرکز توجه بر هدف و متمرکز بر لحظه حال و در عین حال آگاه بودن نسبت به اهداف فردی جزء ملاک‌هایی است که بسیاری از روانشناسان انسان‌گرا برای توصیف افراد دارای کارکردهای کامل و خودشکوفای مورد توجه قرار می‌دهند. مداخله‌های مبتنی بر ذهن آگاهی به این امر به خوبی تأکید دارند. ذهن آگاهی، مهارت‌هایی را هم در حوزه مشاهده‌گری (جنبه تمرکززدایی تجربه) و هم در گیر شدن و تجربه مستقیم در واقعیت عینی تجربه، پرورش می‌دهد. تمرکززدایی شامل پرورش قابلیت‌هایی برای مجزا سازی خود از تجربه در جریان تجربه کردن است. فرد به این درک می‌رسد که می‌تواند به جای در نظر گرفتن افکار به عنوان بازنمایی‌هایی از واقعیت، ماهیت آن‌ها را از جنس اموری فکری به حساب آورد (کرین، ۱۳۹۲).

توجه کردن به شیوه غیر قضاوتی

این مکانیزم به دلیل از بین رفتن کاربرد ارزشیابانه و التقاطی زبان است. ذهن آگاهی به جای این که بر ارزیابی تجارب هیجانی و شناختی تأکید کند، این آموزش را می‌دهد تا به سادگی به مشاهده این رویدادها بنشینیم. تصور بر این است که ذهن آگاهی موجب کاهش گرایش به طبقه‌بندی جزئی تجارب می‌شود و از این حیث می‌تواند به عنوان راهبردی مفید برای تقویت و سازگار کردن اعمال رفتاری و شناختی تلقی گردد (گالانتر، ۲۰۰۶).

توسعه آگاهی فراشناختی^۱

در روانشناسی شناختی به بازبینی فرآیندهای فکری که در آن بازبینی نقطه تمرکز توجه نیز صورت می‌گیرد، فراشناخت گفته می‌شود (زوهار و مارشال^۲، ۲۰۰۰). ذهن آگاهی نوعی کنترل فرآیند توجه است که منجر به ایجاد آگاهی فراشناختی می‌شود. در ابتدا، توجه کردن نیازمند آگاه بودن از نقطه‌ای است که توجه در آن متمرکز شده است؛ یعنی بازبینی نقطه تمرکز توجه. آگاهی یافتن فرد از حالات شناختی و هیجانی خود باعث ایجاد وحدت و یگانگی در شخصیت فرد می‌گردد و افرادی که در این سطح از آگاهی قرار دارند می‌توانند وارد وضعیت برتر معنوی مانند مراقبه شوند (ولمن^۳، ۲۰۰۱).

کاهش تفاوت بین خود واقعی و خود ایده آل

نظریه تفاوت از خود هیگینز^۴ (۱۹۸۳) بیان می‌کند که افراد برای دستیابی به تعادل یا هدف‌گزینی دارای ساختارهای شناختی هستند که رابطه بین تصور از خود^۵ جاری را با اهداف مرتبط با خود مورد بازبینی قرار می‌دهند. هرچه تفاوت میان دو وضعیت بیشتر باشد، شدت ملال و افسردگی تجربه‌شده توسط فرد بیشتر خواهد بود. یکی از روش‌های اثرگذاری ذهن آگاهی در کاهش افسردگی، محافظت از بیمار در برابر اثر آماده‌ساز خود راهنمایی‌های مبتنی بر خود ایده آل^۶ است. به این شیوه به بیمار کمک می‌شود تا کمتر درگیر بررسی تفاوت بین خود واقعی و ایده‌آل شود و یا اهداف ناسازگارانه‌ای را که برای راهنمایی خود برشمرده است، رها کند. رها نکردن این اهداف ناسازگارانه به احتمال زیاد موجب راه انداختن نشخوار فکری^۷ در افراد می‌شود که خود مانع از انجام کار یا عملی بر اساس اهداف معتبر می‌شود (به نقل از گولدین و گراس^۸، ۲۰۱۰).

پذیرش^۹

در رویکردهای ذهن آگاهی و مبتنی بر پذیرش، درمان‌گران به جای این که با الگوهای ناسازگارانه افکار، احساسات و یا رفتار بیمار چالش کنند، به آن‌ها کمک می‌کنند تا روابط

1. metacognition awareness
2. Zohar & Marshall
3. Wolman
4. Higin
5. self-image

6. ideal self
7. thinking Rumination
8. Goldin & Gross
9. acceptance

خود را با تجربه فردی تغییر دهند. هنگامی که بیماران برای درمان مراجعه می‌کنند معمولاً از احساس و نحوه رفتار خود، ناراحت هستند. آن‌ها می‌خواهند که اضطراب یا افسردگی کم‌تری را تجربه کنند. درمان گران با ایجاد پذیرش کنجکاوانه و لحظه به لحظه تجربه ناخوشایند، در پی تغییر شکل روابط بیمار با مشکل وی هستند (دیدونا، ۲۰۰۹). یکی دیگر از مکانیسم‌های مطرح در تبیین اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی، پذیرش است. ذهن آگاهی راهی برای تسهیل ایجاد پذیرش محسوب می‌شود. پذیرش نوعی نگرش است و باورهای فرد در ارتباط با تجارب درون روانی شامل توانایی برابر تلقی نکردن افکار، احساسات یا حس‌های بدنی با بازنمایی‌های خالص از واقعیت‌ها را نشان می‌دهد. در حالت پذیرش یک فکر تنها یک فکر و یک احساس تنها یک احساس است نه چیزی کمتر نه چیزی بیش‌تر. چنین نگرشی نسبت به امور مانع از شکل‌گیری پردازش‌های ثانویه‌ای مانند نگرانی، نشخوار فکری یا امثال آن می‌شود و افراد بدون اجتناب با افکار، احساسات یا حس‌های بدنی مواجه می‌شوند و از حیث رفتاری این بازخورد در توسعه خوگیری و خاموشی پاسخ‌های اجتنابی نیز مؤثر است (محمدخانی، خانی پور، ۱۳۹۱). کویکن^۱ و همکاران (۲۰۱۰) نیز در پژوهشی با عنوان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی چگونه عمل می‌کند؟، با یک مداخله آزمایشی نشان دادند که تأثیرگذاری این درمان با تأثیر تعدیل‌کنندگی افزایش ذهن آگاهی و شفقت نسبت به خود همراه است. به عبارت دیگر، تأثیرگذاری این درمان به دلیل افزایش ذهن آگاهی و شفقت نسبت به خود است.

اهداف اصلی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

اهداف اصلی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی عبارتند از آگاهی بیشتر از حس‌های بدنی، احساسات و افکار لحظه به لحظه، کمک به شرکت‌کنندگان برای گسترش راه‌های متفاوت ارتباط با حواس، افکار و احساسات به‌ویژه شناخت و پذیرش افکار و احساسات ناخواسته‌ای که به گونه خودکار و عادت‌ی باعث مشکلات دائمی می‌شوند. کمک به شرکت‌کنندگان برای ارائه ماهرانه‌ترین پاسخ به افکار، احساسات و موقعیت‌های

ناخوشایندی که با آن روبرو می‌شوند، از جمله یکی دیگر از اهداف اصلی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است (محمدخانی، خانی پور، ۱۳۹۱).

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای اختلال مصرف مواد

ذهن آگاهی به عنوان آگاهی از لحظه حال در نظر گرفته می‌شود و به شیوه غیر قضاوتی در درمان سوء مصرف مواد به کار می‌رود. در ادبیات پژوهشی این شکل از درمان بیشتر مورد توجه قرار گرفته است. ذهن آگاهی عنصر اضافه شده‌ای بر درمان است که در موج سوم درمان قرار دارد و در انواع درمان‌ها مانند درمان رفتاری شناختی، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد استفاده قرار گرفته است (بوئن^۱ و همکاران، ۲۰۰۹؛ جنینگز، آپش، بلوسوم و باینر^۲، ۲۰۱۳). پژوهش‌ها از طریق ترکیب ذهن آگاهی با پیشگیری از عود رفتاری شناختی، پیشنهاد می‌کنند که ذهن آگاهی می‌تواند مانع از افکار، احساس‌ها و الگوهای رفتاری شود که فرد را به سمت عود سوق می‌دهند (بوئن و همکاران، ۲۰۰۹).

اگرچه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی قرن‌ها مورد استفاده قرار گرفته است، تنها زمانی به عنوان رویکرد درمانی مستقل و سازمان‌یافته مورد استفاده قرار گرفت که فریتز پرلز^۳ در تلاش برای یگانگی روح، بدن، ذهن از آن استفاده کرد. با استفاده از آنچه پرلز از مکتب «ذن بودائی»^۴ فراگرفته بود، او بر اصول تقویت آگاهی در لحظه حال تأکید داشت. وی دریافته بود که همه اشکال آگاهی - احساس، ادراک، هیجان، افکار، رفتار و احساسات بدنی - اثرات درمانی تجربه بودن در اینجا و اکنون است (جنینگز و همکاران، ۲۰۱۳). جنینگز و آپش (۲۰۱۴) درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را به عنوان آگاهی کامل از تجارب لحظه‌ای فوری و پذیرش خود بدون قضاوت توصیف کردند.

در حالی که درمان رفتاری شناختی رایج‌ترین رویکرد استاندارد در میان درمانگران بوده است، تلاش برای یکپارچه کردن ذهن آگاهی و پذیرش با درمان‌های رفتاری شناختی سنتی باعث پیشرفت روان‌شناسی شده است (جنینگز و همکاران، ۲۰۱۳). در درمان رفتاری

1. Bowen
2. Geninfz, Apshe, Bloosome
&Bayner

3. Feritz Perlz
4. Zen Budaeism

شناختی سنتی برای تغییر تفکر و رفتار چهار راهکار اساسی وجود دارد: آموزش مهارت، مواجهه درمانی، درمانی شناختی و مدیریت سازگاری. مواجهه درمانی معادل آگاهی فوری است زیرا در بردارندهٔ عناصر اصلی تمرکز بر تجارب ذهنی، جسمی و هیجانی است که موجب پذیرش ناراحتی و درد می‌گردند (جنینگز و همکاران، ۲۰۱۳). از طریق فرآیند شناسایی و به چالش کشیدن درست بودن شناخت‌ها، فرآیند درمان رفتاری شناختی به عنوان درجه‌ای از ذهن آگاهی دیده می‌شود که به صورت نظامند و مکرر، مراجع را با افکار، هیجان‌ها و رفتارهای مخرب و غیر کارکردی او مواجه می‌کند. در واقع امیدوار کننده است که مراجع بتواند بدون خود قضاوتی منفی، قادر به تحمل و پذیرش شناخت‌های مخرب باشد (جنینگز و همکاران، ۲۰۱۳).

زمانی که بک^۱ دریافت که افراد از عناصر تجربه‌ای ناهشیار و عناصر پردازش ساختاری شناختی آموزه‌هایی را برای آینده خویش فرا می‌گیرند، مفهوم عقاید هسته‌ای^۲ را ایجاد نمود و معتقد بود که این عقاید بر کارکرد شخص تأثیر می‌گذارند (به نقل از بایلس^۳، بلوسوم و آپش، ۲۰۱۴). رفتارهای خطرناک به دلیل طراحوارهای غیر کارکردی، ناسازگارانه تلقی می‌شوند و به منظور تغییر رفتار فرد باید عناصر تجربه‌ای را تغییر دهد. هنگامی که رفتارها و پاسخ‌های عاداتی غیر کارکردی برداشته شوند، با خودآگاهی و پذیرش جابه‌جا می‌شوند (بایلس و همکاران، ۲۰۱۴). پذیرش غیر قضاوتی کلید فرآیند به چالش کشیدن شناخت‌های منفی است (جنینگز و همکاران، ۲۰۱۳). در واقع هدف از کاهش آسیب، کاهش عواقب منفی سوءمصرف مواد است (دیمف، بائر، کیوالان و مارلات^۴، ۱۹۹۹). درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق مجموعه‌ای از تمرینات آگاهی و مشاهده قابل دستیابی است و مجموع آن‌ها به ایجاد اعتماد، کاهش اضطراب و افزایش تعهد به درمان کمک می‌نمایند. ذهن آگاهی به عنوان عامل کلیدی برای غلبه بر محدودیت‌های درمان‌های رفتاری شناختی سنتی به شمار می‌آید (بایلس و همکاران، ۲۰۱۴). اجتناب از گشودگی و صداقت در تعامل با دیگران مشکل عمده افراد در ارتباطات بین فردی است.

افراد ذهن آگاه تشویق می‌شوند که با دیگران صادق و پذیرا باشند و بر اجتناب غلبه نمایند (بایلس و همکاران، ۲۰۱۴).

مروری بر پژوهش‌های مرتبط با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی

ماردپور، نجفی و امیری (۱۳۹۳) پژوهشی با عنوان اثربخشی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی در پیشگیری از عود، ولع مصرف و خودکنترلی در افراد وابسته به مواد افیونی انجام دادند. این پژوهش به صورت آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل انجام شد. گروه نمونه دربرگیرنده ۳۱ آزمودنی مرد مبتلا به اعتیاد در شهر یاسوج بود که به صورت قضاوتی و با داشتن ملاک‌های لازم از مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های ترک اعتیاد انتخاب شدند. روش ذهن آگاهی به مدت ۶ جلسه (هر جلسه ۲ ساعت و هر هفته یک جلسه) بر روی شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی انجام شد. نتایج نشان داد که میانگین نمرات گروه آزمایش در متغیر ولع مصرف نسبت به گروه کنترل کاهش و در خودکنترلی افزایش یافته بود. همچنین میزان عود در گروه آزمایش نسبت به کنترل کمتر بود. جهانگیر و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان نگهدارنده بر کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز و خشم‌های انفجاری در سوءمصرف‌کنندگان مواد افیونی که بر روی ۵۷ بیمار مبتلا به سوءمصرف مواد انجام گرفت، نشان دادند که اگرچه هر دو مداخله گروه‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان‌های رایج منجر به کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز و رفتارهای تکانش‌گری در سوءمصرف‌کنندگان مواد افیونی می‌شود اما گروه‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در این زمینه اثربخش‌تر بوده و به طور معنی‌داری منجر به افزایش سلامت روان بعد از ترک مواد گردیده است. به علاوه نتایج نشان داد که تأثیر درمان در دوره پیگیری نیز قابل مشاهده بود. سلیمی، حق نظری، احمدی طهور سلطانی و زهره‌وند (۱۳۹۵) پژوهشی با عنوان اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ولع مصرف معتادین به هروئین تحت درمان با متادون انجام دادند. در این پژوهش تعداد ۳۶ نفر از مصرف‌کنندگان هروئین با استفاده از شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل (گروه آزمایشی ۱۶ نفر و گروه کنترل ۲۰ نفر) جایگزین شدند. مقیاس ولع مصرف هروئین جهت سنجش میزان ولع مصرف در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد استفاده قرار گرفت. گروه آزمایشی ۸ جلسه مداخله

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را در فاصله زمانی پیش‌آزمون و پس‌آزمون دریافت نموده ولیکن گروه کنترل مداخله‌ای را دریافت نکرد. نتایج حاصل از تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش معنی‌دار نمرات ولع هروئین در گروه آزمایش نسبت به کنترل در پس‌آزمون و پیگیری شده است. اصغری، قاسمی جونبه، حسینی صدیق و جامعی (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان دارای همسر معتاد، برنامه ۸ جلسه‌ای ذهن آگاهی را بر روی ۲۰ زن دارای همسر معتاد (۱۰ نفر گروه آزمایش و ۱۰ نفر گروه کنترل) در شهر رشت انجام دادند. گروه آزمایشی ۸ جلسه مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را در فاصله زمانی پیش‌آزمون و پس‌آزمون دریافت نمود و گروه کنترل مداخله‌ای را دریافت نکرد. نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و آموزش ذهن آگاهی به‌طور معناداری موجب افزایش تنظیم هیجان و کیفیت زندگی در زنان دارای همسر معتاد شده است. یعقوبی، زرگر و اکبری (۱۳۹۵) پژوهشی با هدف اثربخشی مدل پیشگیری از بازگشت مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان بازگشت در مصرف‌کنندگان مواد افیونی انجام دادند. جامعه آماری پژوهش شامل تمام مصرف‌کنندگان مواد افیونی مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر کاشان بود. تعداد ۷۰ نفر از مصرف‌کنندگان مواد افیونی به صورت تصادفی انتخاب شدند و در دو گروه شاهد و آزمایش قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه تحت آموزش پیشگیری از بازگشت مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت و گروه شاهد هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین فراوانی بازگشت در دو گروه وجود داشت. حامدی، شهیدی و خادمی (۱۳۹۲) پژوهشی با عنوان اثربخشی ذهن آگاهی و مشاوره کاهش آسیب بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر انجام دادند. در این پژوهش در یک مطالعه نیمه تجربی، ۹۰ نفر از مردان سوءمصرف‌مواد که طی یک هفته اخیر سم‌زدایی کرده بودند از میان کلیه افراد مراجع‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران انتخاب شدند و در چهار گروه مداخله ذهن آگاهی، مشاوره کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد و گروه کنترل جایگزین شدند. در این پژوهش مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی در طی ۸ جلسه یک ساعت و نیم برگزار شده و گروه کاهش آسیب نیز تحت مداخله کاهش

آسیب قرار گرفتند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هر دو روش ذهن آگاهی و مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد در جلوگیری از عود سوء مصرف مواد اثربخش بودند. آموزش ذهن آگاهی و مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد در جلوگیری از عود سوء مصرف مواد اثربخشی یکسانی داشتند. کاویانی، جواهری و بحیرایی (۱۳۸۷) در پژوهشی دیگر با هدف اثر کاهنده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار خودآیند و نگرش‌های ناکارآمد نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، افسردگی، افکار خودآیند منفی و نگرش ناکارآمد دانشجویان را کاهش می‌دهد. کاظمیان (۱۳۹۲) پژوهشی با عنوان اثربخشی روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان سلامت عمومی معتادان خود درمان جو انجام دادند. پژوهش روی ۴۰ نفر از افرادی که به مراکز ترک اعتیاد بیماران سرپایی وابسته به سازمان بهزیستی مشهد مراجعه کرده بودند صورت گرفت. این افراد در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شده و گروه آزمایش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را در طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. نتایج نشان داد که روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت عمومی، سلامت جسمی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی معتادان خود-درمانجو تأثیر مثبت دارد. همچنین اثر مداخله نیز پایدار بود. گریف و کونرادی^۱ (۱۹۹۸) در یک مطالعه نشان دادند که روش پیشگیری از بازگشت مبتنی بر ذهن آگاهی و رفتاردرمانی شناختی در کاهش میزان بازگشت، افزایش اطاعت درمانی و مدت باقی ماندن در درمان، کاهش علائم جسمانی، اضطراب، بهبود کارکرد اجتماعی از نالترکسون مؤثرتر است.

کیانی، قاسمی و پورعباس (۱۳۹۱) یک کارآزمایی بالینی با عنوان مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان مصرف‌کنندگان شیشه انجام دادند. افراد هر دو گروه آزمایش و کنترل به صورت هم‌زمان و جداگانه تحت دوازده جلسه مداخلات درمانی به صورت هفته‌ای دو جلسه قرار گرفتند. آزمودنی‌های دو گروه به کمک آزمون سنجش شدت ولع مصرف شیشه و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. یافته‌های پژوهش نشان داد که مداخله بر شدت ولع مصرف در دو

مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معناداری داشت. همچنین در مقایسه اثربخشی این دو درمان بر ابعاد نه‌گانه تنظیم شناختی هیجان تفاوت معناداری مشاهده نشد و هر دو درمان به یک میزان بر شاخص‌های شناختی تنظیم هیجان تأثیرگذار بودند. دباغی، اصغرنژاد فرید، عاطف وحید و بوالهروی (۱۳۸۷) در پژوهشی با عنوان اثربخشی پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی در درمان وابستگی به مواد افیونی و سلامت روانی، ۹۰ نفر از افراد بیمار با تشخیص وابستگی به مواد افیونی را انتخاب و در دو گروه آزمایش (ذهن آگاهی و رفتاردرمانی شناختی) و گروه گواه قرار دادند. نتایج نشان داد که هر دو روش ذهن آگاهی و رفتاردرمانی شناختی، در کاهش میزان عود، کاهش علائم جسمانی، اضطراب و بهبود کارکرد اجتماعی مؤثر هستند. همچنین روش ذهن آگاهی از نظر کاهش میزان عود، افزایش میزان اطاعت درمانی و کارکرد اجتماعی از رفتاردرمانی شناختی و نالترکسون به‌تنهایی مؤثرتر بود. حبیبی و همکاران (۱۳۹۲) پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر ارتقاء کیفیت زندگی سوءمصرف‌کنندگان مواد مخدر (تریاک) انجام دادند. پژوهش روی ۶۰ نفر از مصرف‌کنندگان مواد مخدر اجرا گردید. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش - طی ۸ جلسه تحت آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس قرار گرفتند، در حالی که در این مدت گروه کنترل مداخله‌ای را دریافت نکرد. نتایج نشان داد که بین دو گروه در پیش‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود نداشت، اما آموزش ذهن آگاهی در گروه آزمایش، نمرات مقیاس‌های سلامت جسمانی و روان‌شناختی را به‌طور معنی‌داری افزایش داده بود. فرنام، برجعلی، سهرابی و فلسفی نژاد (۱۳۹۳) در پژوهش خود با عنوان اثربخشی مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی در پیشگیری از بازگشت و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای در افراد وابسته به مواد افیونی بدین نتیجه دست یافتند که در طی درمان ۸ هفته‌ای ذهن آگاهی، تفاوت معناداری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مهارت‌های مقابله‌ای و پیشگیری از بازگشت وجود نداشت. آقا یوسفی، اورکی، زارع و ایمانی (۱۳۹۲) نیز در پژوهش خود با عنوان اثربخشی ذهن آگاهی بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی در سوءمصرف‌کنندگان مواد در میان ۶۰ بیمار دریافتند که درمان ذهن آگاهی در طی ۸ جلسه دو ساعته می‌تواند موجب تفاوت معناداری در استرس، اضطراب و افسردگی مصرف‌کنندگان مواد شود. قمری کیوی، نادر، سواری و اسماعیلی (۱۳۹۳) در پژوهشی

تحت عنوان اثربخشی درمان شناختی رفتاری و ذهن آگاهی بر سلامت روان مصرف کنندگان کراک دریافتند که بین مصرف کنندگان کراک در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل از لحاظ سلامت روانی، اضطراب و افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین میان دو روش درمانی شناختی - رفتاری و ذهن آگاهی از نظر تأثیر بر سلامت روانی، اضطراب و افسردگی تفاوت معنی داری مشاهده نشد. نتایج تحقیق حاکی از آن بود که درمان شناختی - رفتاری و روش ذهن آگاهی در کاهش سلامت روان، افسردگی و اضطراب مصرف کنندگان کراک مؤثر است. ورا سنگ و بارتون^۱ (۲۰۱۶) پژوهشی با هدف استفاده از ذهن آگاهی به عنوان رویکردی به منظور جلوگیری از برگشت معتادان به مصرف مواد و به صورت پژوهش موردی اجرا نمودند. نتایج نشان داد که استفاده از تمرینات ذهن آگاهی مانع از عود مصرف می‌شود. در یک مطالعه دیگر اثربخشی ذهن آگاهی در دانشجویان، توسط فلوگل کول، وینست، لوهرر، باور و وارنر-رودلر^۲ (۲۰۱۰) بررسی شده است.

نتایج نشان داد که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی باعث تغییرات مثبت در کیفیت زندگی، بهزیستی روانی و هیجانی، سطوح فعالیت اجتماعی و بهزیستی معنوی دانشجویان مصرف کننده مواد شده است. روسل، گیلز و هپر^۳ (۲۰۱۵) در پژوهشی در خصوص اثربخشی ذهن آگاهی در درمان اختلالات مصرف مواد روی ۲۳ نمونه از مصرف کنندگان مواد بدین نتیجه دست یافتند که ذهن آگاهی تأثیر معناداری بر نمرات افراد در مقیاس پنج عاملی ذهن آگاهی ایجاد نموده است. چسیا و سرتی^۴ (۲۰۱۴) به بررسی اثربخشی مداخلات ذهن آگاهی بر اختلالات سوء مصرف مواد در یک پژوهش مروری پرداختند. این مطالعات که شامل ۲۴ پژوهش از سال ۲۰۱۱ به بعد بود نشان دادند که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند برای مصرف کنندگان چندین نوع مواد از جمله الکل، کوکائین، آمفتامین، ماری جوآنا و سیگار موثر باشد. هم‌چنین بیشتر مطالعات نشان می‌دهند که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند ولع مصرف مواد را کاهش دهد. همیلستین، سایول و گاریکا رومئو^۵ (۲۰۱۵) در یک پژوهش به منظور ارتقای انعطاف پذیری و خودتنظیمی، مداخلات ذهن آگاهی را در طی ۸ تا ۱۲ هفته به شکل گروهی و بر روی

1. Weerasinghe & Bartone
2. Flugel Colle, Vincent, Loehrer, Bauer & Wahner- Roedler

3. Russell, Gillis & Heppner,
4. Chista & Sereti
5. Himelstein, Saul & Garcia-Romeu

۳۵ نفر اجرا نمودند. نتایج نشان داد که مداخلات ذهن آگاهی بر روی تمرکز، سلامت روان، عزت نفس و نگرش به مصرف مواد مؤثر است. بارنوفر^۱ و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهش خود با عنوان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نشان دادند که نشانه‌های افسردگی بعد از درمان یادشده از شدید به متوسط کاهش پیدا کرده است. همچنین در این پژوهش نشان داده شد که بعد از آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی تعداد بیمارانی که دارای معیارهای افسردگی بودند کاهش یافته است. به عبارت دیگر، نشانه‌های افسردگی در آنان کاهش پیدا کرده بود. شوری، براسفیلد، اندرسون و استوارت^۲ (۲۰۱۴) در یک مطالعه توصیفی در زمینه ذهن آگاهی بر روی ۱۰۷ نفر نشان دادند که افراد مصرف کننده مواد که به جست‌وجوی درمان می‌آیند از سطح پایین تری از ذهن آگاهی برخوردارند و مداخلات ذهن آگاهی می‌تواند به عنوان پشتوانه‌ای برای تقویت آن‌ها استفاده گردد. ویتکیویز^۳ (۲۰۱۴) در پژوهش کنترل شده تصادفی بر روی ۱۰۵ نفر زن در مراکز درمان‌های اعتیاد دریافتند که مداخلات ذهن آگاهی در مقایسه با سایر مداخلات در جلوگیری از بازگشت مؤثرتر است و افراد دریافت کننده این مداخلات کاهش مقدار مصرف دارو و کاهش مشکلات قانونی و طبی را در طی روز گزارش کردند. بوئن و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی دریافتند که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی و پیشگیری از عود به نسبت سایر درمان‌های معمول اثرگذاری بیشتری دارد و موجب کاهش عود مجدد می‌شود.

نتیجه گیری

مسئله اعتیاد به مواد مخصوصاً در بستر خانواده و فرزندان، از مسائل مهم به شمار می‌رود و توجه به آن و انجام مداخلات به موقع و پیشگیرانه، امری لازم و ضروری است (نوروزی، حسینی و نجفی، ۱۳۹۴). مصرف مواد در بین جوانان یک نگرانی مهم برای سلامت عمومی است. در دوره جوانی و برای افرادی که در مرحله گذر به بزرگسالی قرار دارند، عمده تصمیم‌ها باید بر پیشگیری، مداخله اولیه و کاهش آسیب در افرادی باشد که به تازگی مصرف مواد را آغاز کرده‌اند. رویکرد کاهش آسیب بر محدودیت و کم کردن اثرات منفی

1. Barnofer
2. Shorey, Brasfield, Anderson & Stuart

3. Witkiewitz

مصرف مواد در جوانان، خانواده آن‌ها و همسالان تمرکز دارد (حسینی و نوروزی، ۱۳۹۵). اگرچه روش‌های جدید، برای پیشگیری از عود مؤثر هستند، با این حال درمان‌های تکمیلی مانند ذهن آگاهی به شکل قابل ملاحظه‌ای منجر به بالا رفتن میزان بهبودی پس از ترک می‌شود و بر مؤلفه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری تأکید دارد (داکر و لوین، ۲۰۰۹؛ فورتنی و تیلور، ۲۰۱۰؛ مارکوس و زیرسکا، ۲۰۰۹). به‌طور کلی مرور انجام شده بر پژوهش‌های گذشته نشان می‌دهد که مداخلات متعددی در مورد اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختلالات مصرف مواد انجام شده است که حاکی از کارایی این رویکرد برجسته‌های روانشناختی افراد مبتلابه اختلالات مصرف مواد است. نتایج پژوهش‌ها کارایی این رویکرد را در درمان اختلال مصرف مواد نشان می‌دهد. این درمان از طریق استفاده از سازوکارهایی همچون پذیرش، غیر قضاوتی بودن، توصیف‌گری، آگاهی، مشاهده و با استفاده از فونونی همچون مراقبه، یوگا، آرامش‌دهی، آگاهی از تنفس به افراد مصرف‌کننده کمک می‌کند تا از احساس‌ها، هیجان‌ها، شناخت‌ها و واکنش‌های بدنی که آن‌ها را به سمت مصرف مواد سوق می‌دهد آگاه شوند و از این طریق باعث پیشگیری از مصرف مواد و عود آن شده و آسیب‌های مربوط به استفاده از مواد را کاهش دهند. با توجه به پیشینه قوی نظری و پژوهشی، می‌توان درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را جهت انجام مداخله در گروه‌های مختلف وابسته به مواد پیشنهاد نمود.

منابع

- اصغری، فرهاد؛ قاسمی جونیه، رضا؛ حسینی صدیق، مریم السادات؛ جامعی، مینو (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان دارای همسر معتاد. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۷(۲۶)، ۱۱۶-۱۳۲.
- آقایوسفی، علیرضا؛ محمد، اورکی؛ زارع، مریم؛ ایمانی، سعید (۱۳۹۲). ذهن آگاهی و اعتیاد: اثربخشی ذهن آگاهی بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی در سوء مصرف کنندگان مواد. *اندیشه و رفتار*، ۷(۱۷)، ۲۶-۱۷.
- جهانگیر، امیرحسین؛ مسجدی آرانی، عباس؛ مجتهدی، سید حسین؛ نیکدل تیموری، نوشین؛ ایمانی، سعید؛ حبیبی، مجتبی (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان نگهدارنده بر

کاهش رفتارهای مخاطره آمیز و خشم‌های انفجاری در سوء مصرف کنندگان مواد افیونی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۸، ۴۹۰-۴۸۳.

حامدی، علی؛ شهیدی، شهریار؛ خادمی، علی (۱۳۹۲). اثربخشی ذهن آگاهی و مشاوره کاهش آسیب بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۷(۲۸)، ۱۱۸-۱۰۳.

حبیبی، مجتبی؛ ایمانی، سعید؛ پاشایی، سودابه؛ ظهیری سروری، معصومه؛ میرزایی، جعفر؛ زارع، مریم (۱۳۹۲). اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر ارتقاء کیفیت زندگی سوء مصرف کنندگان مواد مخدر

(تریاک): بهبود سلامت جسمانی و روان‌شناختی. *روان‌شناسی سلامت*، ۲(۵)، ۸۱-۶۳.

حسینی، سید جواد؛ نوروزی، حسن (۱۳۹۴). سوء مصرف مواد در جوانان: پیشگیری، مداخلات اولیه، کاهش آسیب و درمان مصرف مواد در جوانان. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۲(۹)، ۳۷-۶۰.

دباغی، پرویز؛ اصغرنژاد فرید، علی اصغر؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ بوالهروی، جعفر (۱۳۸۷). اثربخشی پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی در درمان وابستگی به مواد افیونی و سلامت روانی. *فصلنامه اعتیاد*

پژوهی، ۲(۱)، ۴۴-۳۰.

سادوک، ویرجینیا؛ سادوک، بنجامین (۲۰۰۷). *خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری روانپزشکی بالینی*. ترجمه حسن رفیعی، فرزین رضائی. (۱۳۸۷). تهران: انتشارات ارجمند.

سلیمی، سید حسین؛ حق نظری، علی؛ احمدی ظهور سلطانی، محسن؛ زهره وند، منا (۱۳۹۵). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ولع مصرف معتادین به هروئین تحت درمان با متادون. *مجله*

روان‌شناسی بالینی، ۱۸(۲)، ۲۳-۳۱.

فرنام، علی؛ برجعلی، احمد؛ سهرابی، فرامرز؛ فلسفی نژاد، محمدرضا (۱۳۹۳). اثربخشی مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی در پیشگیری از بازگشت و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای در افراد وابسته به

مواد افیونی. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۱۴(۴)، ۹۹-۹۳.

قمری کیوی، حسین؛ نادر، مقصود؛ سواری، حسن؛ اسمعیلی، معصومه (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و ذهن آگاهی بر سلامت روان مصرف کنندگان کراک. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*،

۱(۴)، ۶۲-۴۷.

کاظمیان، سمیه (۱۳۹۱). اثربخشی روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان سلامت عمومی معتادان خود درمانجو. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۴(۱)، ۱۹۲-۱۸۲.

کاویانی، حسین؛ جواهری، فروزان؛ بحیرانی، هادی (۱۳۸۴). اثربخش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افکار خود آیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب، پیگیری ۶۰ روزه، *مجله*

تازه‌های علوم شناختی، ۷(۱)، ۴۹-۵۹.

کرین، ربکا (۱۳۹۲). *درمان‌های شناختی مبتنی بر حضور ذهن*. ترجمه پروانه محمد خانی، حمید خانی پور، فیروزه جعفری. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. (سال انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۹).

کیانی، احمدرضا؛ قاسمی، نظام الدین؛ پورعباس، علی (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان شیشه. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۶(۲۴)، ۳۶-۲۷.

ماردپور، علیرضا؛ نجفی، محمود؛ امیری، فرنگیس (۱۳۹۳). اثربخشی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی در پیشگیری از عود، ولع مصرف و خودکنترلی در افراد وابسته به مواد افیونی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۸(۳۲)، ۸۸-۱۰۴.

محمد خانی، پروانه؛ خانی پور، حمید (۱۳۹۱). *درمان‌های شناختی مبتنی بر حضور ذهن*. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

مسلمی، احمد (۱۳۸۹). *خانواده، مصرف مواد مخدر، امنیت*. کرمانشاه: نخستین همایش ملی مصرف مواد مخدر بستر ساز ناامنی.

موسوی، اشرف‌سادات (۱۳۸۲). *خانواده درمانی*. تهران: انتشارات دانشگاه الزهرا (س).

نوروزی، حسن؛ حسینی، سید جواد؛ نجفی، محمود (۱۳۹۴). اعتیاد، خانواده و مداخله‌های خانواده‌محور، *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۲(۷)، ۹۷-۱۲۲.

یار محمدیان، محمد حسین (۱۳۸۳). *طرح ملی بررسی علل و گرایش نوجوانان و جوانان به اعتیاد*، سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور با همکاری سازمان بهزیستی کشور، فاز ۱.

یعقوبی، مهدی؛ زرگر، فاطمه؛ اکبری، حسین (۱۳۹۵). ذهن آگاهی و مصرف مواد: اثربخشی مدل پیشگیری از بازگشت مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان بازگشت در مصرف‌کنندگان مواد افیونی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۴(۳)، ۳۱۷-۳۲۳.

Baer, R. A (2015). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. Germany: Academic Press.

Baer, R. A (2015). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. Germany: Academic Press.

Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour research and therapy*, 47(5), 366-373.

Bayles, C., Blossom, P., & Apsche, J. (2014). A brief review and update of mode deactivation therapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 9(1), 46-48

Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H., ... & Larimer, M. E (2014). Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for

- substance use disorders: a randomized clinical trial. *Journal of psychiatry*, 71(5), 547-556.
- Brandon, T. H., Vidrine, J. I., & Litvin, E. B. (2007). Relapse and relapse prevention. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 257-284.
- 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.
- Dakwar, E., & Levin, F. R. (2009). The emerging role of meditation in addressing psychiatric illness, with a focus on substance use disorders. *Harvard review of psychiatry*, 17(4), 254-267.
- Didonna, F. (2009). *General handbook of mindfulness*. New York: Springer.
- Dimeff, L. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R., & Marlatt, G. A. (1999). *Brief alcohol screening and intervention for college students (BASICS): A harm reduction approach*. New York, NY: The Guilford Press.
- Flugel Colle, K. F., Vincent, ACha, S. S., Loehrer, L. L., Bauer, B. A., Wahner- Roedler, D. L. (2010). Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness- based stress reduction program. *Complementary Therapies in clinical Practice*, 16(6), 36-40.
- Fortney, L., & Taylor, M. (2010). Meditation in medical practice: a review of the evidence and practice. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 37(1), 81-90.
- Galanter, M. (2006). Innovations: Alcohol and drug abuse: Spirituality in alcoholics anonymous: A valuable adjunct to psychiatric services. *Psychiatric Services*, 5 (3), 307-309.
- Garland, E. L., Schwarz, N. R., Kelly, A., Whitt, A. and Howard, M. O. (2010). Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement for Alcohol Dependence: Therapeutic Mechanisms and Intervention Acceptability, *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 12(3), 242-263.
- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, 10(1), 83-91
- Greeff, A. P., & Conradie, W. S. (1998). Use of progressive relaxation training for chronic alcoholics with insomnia. *Psychological Reports*, 82(2), 407-412.
- Hanh, T. N. (1991). *the Miracle of Mindfulness*. London: Rider.
- Himmelstein, S., Saul, S., & Garcia-Romeu, A. (2015). Does mindfulness meditation increase effectiveness of substance abuse treatment with incarcerated youth? A pilot randomized controlled trial. *Mindfulness*, 6(6), 1472-1480.
- Jennings, J. L., Apsche, J. A. (2014). The evolution of a fundamentally mindfulness based treatment methodology: from DBT and Act to MDT and beyond. *International journal of behavioral consultation and therapy*, 9(2), 1-3

- Jennings, J. L., Apsche, J. A., Blossom, P., & Bayles, C. (2013). Using mindfulness in the treatment of adolescent s sexual abuser: contributing common or a primary modality? *International journal of behavioral consultation and therapy*, 8(3), 17-22
- Kabat-Zinn, J (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General hospital psychiatry*, 4(1), 33-47.
- Khanna, S., & Greeson, J. M. (2013). A narrative review of yoga and mindfulness as complementary therapies for addiction. *Complementary therapies in medicine*, 21(3), 244-252.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S. ... & Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behavior research and therapy*, 48(11), 1105-1112.
- Lowinson, J.H., Millman, R.B., & Longrod, G. (1997). *Substance abuse: A comprehensive textbook*. New York: Willams & Willams: Baltimore.
- Mace, C. (2007). Mindfulness in psychotherapy: an introduction. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(2), 147-154.
- Marcus, M. T., & Zgierska, A. (2009). *Mindfulness-based therapies for substance use disorders*. New York, NY: Guilford Press.
- Marlatt, A., Cristels, J. F (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. *Substance Abuse*, 30(4), 156-171.
- Miller, W. R., Westerberg, V. S., Harris, R. J., & Tonigan, J. S. (1996). What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. *Addiction*, 91(12), 155-172.
- Mokri, A. (2002). Brief overview of the status of drug abuse in Iran. *Archives of Iranian Medicine*, 5(1), 184-190.
- Nooripour, R., de Velasco, B. P., ZadeMohammadi, A., Ventegod, S., Bayles, C., Blossom, P., & Apsche, J. (2014). Effectiveness of quality of life therapy on sexual self-efficacy and quality of life in addicted couples *International journal of behavioral consultation and therapy*, 9(1), 43-57.
- Petter, M., McGrath, P. J., Chambers, C. T., & Dick, B. D. (2014). The effects of mindfulness attention and state mindfulness on acute experimental pain among adolescents. *Journal of pediatric psychology*, 7(2), 320-328.
- Piet, J., Würtzen, H., & Zachariae, R. (2012). The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Symptoms of Anxiety and Depression in Adult Cancer Patients and Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80 (6), 1007-1020.
- Russell, K. C., Gillis, H. L., & Heppner, W. (2016). An Examination of Mindfulness-Based Experiences through Adventure in Substance Use Disorder Treatment for Young Adult Males: a Pilot Study. *Mindfulness*, 7(2), 320-328.

- Shorey, R. C., Brasfield, H., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2014). Mindfulness deficits in a sample of substance abuse treatment seeking adults: A descriptive investigation. *Journal of substance use, 19*(2), 194-198.
- Weerasinghe, S., & Bartone, S. (2016). Mindfulness for Addiction Recovery: A Cognitive Disciplinary Preventive Approach to Avoid Relapse into Substance Abuse. *Journal of Basic and Applied Sciences, 12*(5), 81-91.
- Witkiewitz, K., Warner, K., Sully, B., Barricks, A., Stauffer, C., Thompson, B. L., & Luoma, J. B. (2014). Randomized trial comparing mindfulness-based relapse prevention with relapse prevention for women offenders at a residential addiction treatment center. *Substance Use & Misuse, 49*(5), 536-546.
- Wolman, R. R. (2001). Thinking with your soul: *Spiritual intelligence and why it matters*. New York: Harmony Books.
- Wupperman, P., Marlatt, G.A., Cunningham, A., Bowen, S., Berking M., Mulvihill-Rivera, N., & Easton, C. (2012). Mindfulness and modification therapy for behavioral dysregulation: results from a pilot study targeting alcohol use and aggression in women. *Journal of Clinical Psychology, 68* (1), 50° 66.
- Zargar, F., Mohammadi, A., Omidi, A., & Bagherian-Sararoudi, R. (2013). The third wave of behavior therapy with emphasis on acceptance-based behavior therapy. *Journal of Behavioral Science, 10*(5), 383-390.
- Zohar, D., Marshall, I. (2000). *SQ, connecting with our spiritual intelligence*. New York: Bloomsbury Publishing.