

مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و ذهن آگاهی بر علائم روان‌تنی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد محرک

سمیرا سید آسیابان^۱، غلامرضا منشی^۲، پرویز عسگری^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۷/۰۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۰/۱۵

چکیده

هدف: در پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و ذهن آگاهی بر علائم روان‌تنی و ابعاد آن (شکایت جسمانی، وسواس-اجباری، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، پارانوئیدی و روان‌پریشی) در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد محرک بود. **روش:** این پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش بیمارانی بودند که برای ترک مواد محرک به مرکز ترک اعتیاد بیماران سرپایی وابسته به سازمان بهزیستی اهواز در سال ۱۳۹۳ مراجعه نمودند و از میان آن‌ها، ۴۵ نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با روش تصادفی ساده در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه جای داده شدند. گروه آزمایشی طرح‌واره درمانی در طی ۱۰ جلسه ۱ ساعته و گروه آزمایشی ذهن آگاهی در طی ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به صورت گروهی تحت درمان قرار گرفتند. پرسش‌نامه سلامت روان، پیش از آغاز درمان، پایان جلسات درمان و همچنین مرحله پیگیری ۳ ماهه پس از درمان بطور گروهی اجرا شد. گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد طرح‌واره درمانی و ذهن آگاهی در پیشگیری از عود مصرف مواد محرک موثرند. طرح‌واره درمانی تأثیر بیشتری از ذهن آگاهی داشت. **نتیجه‌گیری:** طرح‌واره درمانی و ذهن آگاهی به دلیل مؤلفه‌های مشترک درمان در کاهش علائم روان‌تنی ناشی از مصرف مواد محرک موثر می‌باشند.

کلید واژه‌ها: طرح‌واره درمانی، ذهن آگاهی، علائم روان‌تنی، سوء مصرف کنندگان مواد محرک

۱. دانشجوی دکتری- تخصصی روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
www.smanshaee@yahoo.com
۳. دانشیار گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

مقدمه

سالیان متمادی است که آدمی به امید کاستن از آلام خویش و تغییر حالات هوشیاری خود مواد مخدر را به شیوه‌های مختلف مورد استفاده قرار داده است (دیویسون و نیل^۱، ۲۰۰۱) که با وجود عوارض ناشی از اعتیاد همچون تخریب روانی و جسمانی، هر روزه بر شمار قربانیان این دام مرگ‌بار افزوده می‌شود (یوسفی و خالدیان، ۱۳۹۱). در اعتیاد نوعی سوگرایی در مصرف یا عدم مصرف ماده مخدر یا روان‌گردان وجود دارد که تا حدی فرد را گمراه نموده و منجر به کارگیری مکانیزم‌های دفاعی انکار می‌شود (مکری، اختیاری، عدالتی، و نادری، ۱۳۹۰). رفتار مصرف مرحله به مرحله لذت خود را از دست می‌دهد و اجباری می‌شود، مواد نیز غیر از ایجاد وابستگی، به درجات متفاوتی آسیب‌های متنوع عصبی و جسمی در فرد مصرف‌کننده ایجاد می‌نماید. در این شرایط تابلوی کامل بیماری اعتیاد با ترکیبی از وابستگی و تخریب قابل مشاهده است. این تخریب و وابستگی در سوء مصرف موادی همچون آمفتامین‌ها و انواع دیگر محرک‌ها بیشتر از سایر مواد است.

اعتیاد به مواد مخدر و محرک بیماری مزمنی است که در اغلب موارد با بیماری‌های روان‌پزشکی دیگر همراه است (ایلگن، جین، کیم و ترافتون^۲، ۲۰۰۸). اختلالات روان‌پزشکی همراه با اختلالات سوء مصرف مواد، اثرات مخربی را بر سلامت جسمانی، و روان‌شناختی دارد. افسردگی اساسی، اضطراب، اختلال شخصیت مرزی و اختلال شخصیت ضد اجتماعی جز رایج‌ترین تشخیص‌های روان‌پزشکی در میان افراد معتاد می‌باشد (رابرت و ینگ^۳، ۲۰۰۷؛ آستالز، دیاز، دومینگو، اسانتوس، بیلنا و تورنس^۴، ۲۰۰۹). در واقع علائم روان‌تنی در بیماران معتاد بسیار شایع و در بسیاری از موارد آنقدر شدید است که به طور مثال مشخصه‌های یک افسردگی اساسی یا یک اختلال اضطرابی را برآورد می‌کند (مک-گاورنتال^۵، ۲۰۰۹).

در سال‌های اخیر توجه خاصی به درمان روان‌شناختی علائم روان‌تنی همراه اختلال مصرف مواد شده است. به اعتقاد پژوهشگران با وجود میزان بالای شیوع این اختلالات و تعامل

1. Davison & Neale
2. Ilgen, Jain, Kim, & Trafton
3. Roberts & xineg

4. Astals, Díaz, Domingo, Santos, Bulbena, & Torrens
5. Mc-Governetal

آن‌ها با یکدیگر و نقش بازدارنده‌ی علائم روان‌تنی در بهبود مصرف مواد، روان‌درمانی‌های ارائه شده برای مصرف مواد، اختلالات همراه را به ندرت در نظر گرفته‌اند و همین مسئله مداخله‌های انجام گرفته در حوزه‌ی اختلالات مصرف مواد را کم اثر ساخته و عود مکرر به مصرف را در این بیماران در پی داشته است (هسین، لیو، نانز، مک-کلود و سامت^۱، ۲۰۰۲، نقل از جنیز، لیجه، گیساراه و مارلات^۲، ۲۰۰۹). با توجه به هزینه‌ها و آسیب‌های جدی سوءمصرف مواد در سراسر دنیا لازم است درمان‌های مقرون به صرفه مورد ارزیابی قرار گرفته در جهت درمان سوءمصرف مواد و اعتیاد به کار برده شود (سازمان بهداشت جهانی^۳، ۲۰۰۶). در سالهای اخیر پیشرفت‌های زیادی در زمینه‌ی درمان اختلالات مصرف مواد ایجاد شده است که از آن جمله می‌توان به مواردی همچون مداخلات دارویی، روان‌شناختی و اجتماعی اشاره نمود (مک-کی^۴، ۲۰۰۹). بررسی‌های انجام شده توسط کمرزین، زارع و بروکی (۱۳۹۱) نشان داد که ۰/۲۰ تا ۰/۹۰ معتادانی که تحت درمان دارویی قرار می‌گیرند، دچار عود می‌شوند. به دلیل چند جانبه بودن مسئله وابستگی به مواد و نیز از آنجا که وابستگی یک بیماری مزمن پیش‌رونده و عودکننده است شیوه‌های درمانی که تنها بر یک جنبه تأکید دارند، مانند دارو درمانی چندان عملکرد موفقی را در پیشگیری از عود نداشته‌اند.

یکی از الگوهای مداخله‌های روان‌شناختی برجسته در درمان اعتیاد و پیشگیری از عود در سال‌های اخیر الگوی درمانی شناختی از جمله طرح‌واره‌درمانی و ذهن آگاهی است که بر کمک به بیمار، برای کسب مهارت‌های مقابله‌ای لازم به منظور مدیریت موقعیت‌های خطرناک و درمان اختلالات روان‌شناختی همراه، تمرکز دارد که در سال‌های اخیر این نوع درمان‌ها پیشرفت زیادی کرده و روش‌هایی ایجاد شده که به طور گسترده در درمان افسردگی، اضطراب، ترس، درد و اعتیاد کارایی داشته‌اند. زیرا بسیاری از درمان‌جویان دچار سوءمصرف مواد، الگوهای تفکر خاصی دارند که موجب تداوم اختلال آن‌ها می‌شود و ممکن است مانع ایجاد تغییر شوند این الگوهای تفکر را باورهای مرتبط با

6. Hasin, Liu, Nunes, Mac- Cloud, & Samet
2. Janis, Leigh, Gisarah, & Marlatt

3. World Health Organization
4. Mc-Kay

انتظارها، باورهای مرتبط با اجازه‌ی مصرف، باورهای انتظار و باورهای فرد در زمینه‌ی مصرف مواد تشکیل می‌دهند. این باورها شامل افکار و ایده‌هایی درباره‌ی لذت‌طلبی، حل مسئله، برجسته بودن و فرار است که ممکن است در دوره‌ی کودکی فرد شکل گرفته باشند (بک، رایت، نیومن و لایزا، ۱۹۹۳، نقل از جنیز و همکاران، ۲۰۰۹). از جمله درمان‌هایی که جنبه‌های روانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، طرح‌واره درمانی می‌باشد، درمانی نوین و یکپارچه که تأکیدش بیشتر بر ریشه‌های تحولی مشکلات روان‌شناختی، استفاده از تکنیک‌های برانگیزنده و ارائه مفهوم سبک‌های مقابله‌ای است (یانگ، کلوکو و ویشار^۲، ۲۰۰۳؛ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۸۸). طرح‌واره‌های ناسازگار پیش‌بینی کننده نیرومندی برای بدبینی، افسردگی، ناامیدی و اضطراب در میان افراد به خصوص افرادی که دچار آسیب‌های روانی و جسمانی در طول زندگی شده‌اند، می‌باشد و همچنین وجود طرح‌واره‌های سالم نیاز به بازسازی ذهنی افراد در ارتباط با باور مربوط به هر تجربه را در آنان برطرف می‌کند (دالگلیش^۳، ۲۰۰۴). در این نوع درمان به تشخیص و شناسایی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه پرداخته می‌شود و این امر نرخ بهبود را افزایش و نرخ عود را کاهش می‌دهد (هرلی و باکر^۴، ۲۰۱۰). اجرای این پژوهش باعث بالا بردن سطح شناخت و آگاهی فرد بر اساس درمان‌ها می‌شود و همچنین با مقایسه هر دو روش میزان اثربخشی آنان را با یکدیگر در علائم جسمانی و روانی مورد بررسی قرار می‌دهد. علاوه بر آن با استفاده از درمان‌های مطرح شده به فرد بیمار کمک شده تا بر مسائل و مشکلات روانی و جسمانی در زندگی خصوصی و اجتماعی غلبه نماید. مطالعات گیلبرت و لیهی^۵ (۲۰۰۸) نشان می‌دهد که طرح‌واره‌درمانی، بالاترین میزان حمایت تجربی را برای درمان بیماران مصرف‌کننده مواد محرک به خود اختصاص داده است. تحقیقات اخیر درباره مصرف‌کنندگان مواد مخدر نشان می‌دهد که طرح‌واره‌درمانی نسبت به درمان دارویی، و درمان حمایتی برتری دارد. به طور کلی یک پیکره رو به رشد از شواهد، گردآوری

1. Beck, Wright, Newman, & Liese
2. Yang, Klosco, & Vishar
3. Dalglish

4. Horlly, & Baker
5. Gilbert, & Leahy

گردیده که نشان می‌دهد طرح‌واره‌درمانی یک گزینه درمانی بادوام برای افراد مبتلا به مصرف مواد مخدر است (دباغی، اصغرنژاد، عاطف، و بواله‌ری، ۱۳۸۶).

علاوه بر آن می‌توان به درمان ذهن‌آگاهی اشاره داشت که مکانیسم اصلی آن خودکنترلی توجه، می‌باشد (کرین، ۱۳۸۷). آموزش ذهن‌آگاهی مستلزم یادگیری فراشناختی و استراتژی‌های رفتاری جدید برای متمرکز شدن روی توجه، جلوگیری از نشخوارهای فکری و گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده است و باعث گسترش افکار جدید و کاهش علائم روان‌تنی ناخوشایند است (آفاجانی، ۱۳۹۰). ذهن‌آگاهی به فرد یاری می‌دهد تا این نکته را درک کند که هیجان‌های منفی ممکن است رخ دهد، اما آن‌ها جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند. همچنین به فرد این امکان را می‌دهد تا به جای آن‌که پاسخ‌دهی غیرارادی و بی‌تأمل به رویدادها، با تفکر و تأمل پاسخ دهند (امانول، پیدجراف، کالمباچ و کیسلا، ۲۰۱۰). ذهن‌آگاهی روشی است برای زندگی بهتر، تسکین دردها و غنا بخشی و معنادارسازی زندگی (سیگل، ۲۰۱۰). همچنین پژوهش‌های انجام شده نشان داده که تمرین‌های ذهن‌آگاهی برای طیف قابل توجهی از افراد با مشکلات متنوع مفید می‌باشد از جمله در کاهش علائم جسمی و روانی همچون غم و اندوه، افسردگی (طالبی زاده، شاهمیر و جعفری فرد، ۱۳۹۱)، بی‌خوابی، مشکلات جنسی (میکلوویتز آلاتیک، گودوین، گدس، و فنل، ۲۰۱۱)، درد مزمن (روزنزویگ^۴ و همکاران، ۲۰۱۰) و اعتیاد به هر چیزی مؤثر است (سیگل، ۲۰۱۰). همچنین تحقیقات مورون، لینچ، گرکو، تیندل و وینر^۵ (۲۰۱۵)، و فلدمن، هایز، کومار، گرسون و لورنسیو^۶ (۲۰۰۷) نشان داده که ذهن‌آگاهی می‌تواند در درمان بسیاری از مشکلات جسمی، روانی، ذهنی و دردهای مزمن و استرس تأثیری فوق‌العاده داشته باشد.

1. Emanuel, Updegraff, Kalmbach, & Ciesla
2. Siegel
3. Miklowitz, Alatiq, Goodwin, Geddes, & Fennell
4. Rosenzweig

5. Morone, Lynch, Greco, Tindle, & Weiner
6. Feldman, Hayes, Kumar, Greeson, & Laurenceau

پژوهش‌های مختلفی نشان می‌دهند که ذهن‌آگاهی با علائم روانی-جسمانی همبسته است و با وجود این نشانه‌های روان‌نژندی را کاهش می‌دهد (برای مثال: بیر، ریته، جرجوری، آلن و کریستین^۱، ۲۰۰۴؛ جنیس و همکاران، ۲۰۰۵؛ وارپلانکن؛ فرایرگ، وانگ، ترافیمو و وولف^۲، ۲۰۰۷؛ کینگ استون، چادویک، مرون و اسکینر^۳، ۲۰۰۷؛ کارمودی، رید، کریستلر و مرتیام^۴، ۲۰۰۸). نتایج پژوهش‌ها (فلدمن، هایز، کومار، گرسون و لورنسیو^۵، ۲۰۰۷؛ آواتس، بیتل و مورگولین^۶، ۲۰۰۹؛ و ویتکیویتز و بوئن^۷، ۲۰۱۰؛ ویتکیویتز و بوئن، ۲۰۱۳) نشان داد روش آموزش ذهن‌آگاهی و طرح‌واره‌درمانی توانسته است به طور مؤثر اثربخشی درمان وابستگی به مواد محرک را افزایش می‌دهد و در پیش‌گیری از عود مصرف مواد افیونی موثر است و نسبت به رفتاردرمانی شناختی سنتی تأثیر بیشتری دارد. همچنین این درمان‌ها در کاهش نشانه‌های روان‌تنی معتادان به ویژه علائم افسردگی، اضطراب و خودبیمارانگاری موثر بوده است. در پژوهش‌های دیگر آموزش ذهن‌آگاهی در کاهش افسردگی و اضطراب (میت منس گروبل، بک، توماس، استفان و اسچی بلرر^۸، ۲۰۱۱)؛ کاهش افسردگی، اضطراب و افزایش عزت نفس (ولنویدر، لیچتی، جاما، جبر و جی^۹، ۲۰۱۲) و در کاهش افسردگی، اضطراب و گرایش به مصرف مواد مخدر (پلاتری و کلی^{۱۰}، ۲۰۱۳) موثر بوده است. زیرا اعتیاد به مواد محرک بیماری زیستی شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی می‌باشد و عوامل متعددی در سبب‌شناسی اعتیاد موثر می‌باشند، که در تعامل با یکدیگر منجر به شروع مصرف و سپس اعتیاد می‌شوند. عوامل موثر بر فرد، عوامل محیطی و عوامل اجتماعی به عنوان عوامل زمینه‌ای، موجب می‌شوند تا روند پیشگیری، شناسایی، درمان و پیگیری به طور هدفمند طرح‌ریزی شود (ورنون و کلمن، ۱۳۸۹).

1. Bear, Ruth, Gregory, Allen, & Kristin
2. Varplanken, Friborg, oddgeir, trafimoww, & Woolf
3. Kingston, Chadwick, Meron, & Skinner
4. Carmody, Reed, Kristeller, & Merriam
5. Feldman, Hayes, Kumar, Greeson, & Laurenceau

6. Avants, Beitel, & Margoline
7. Witkiewitz, & Bowen
8. Mitmansgruber, Beck, Thomas, Stefan, & Schubler
9. Vollenweider, Liechti, Gamma Greer, & Geye
10. Platter, & Kelley

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر، از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش بیمارانی بودند که برای ترک مواد افیونی به مرکز ترک اعتیاد بیماران سرپایی وابسته به سازمان بهزیستی اهواز در سال ۱۳۹۳ مراجعه نمودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی از افراد مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد تعداد ۷۵ نفر انتخاب شدند. به همه افراد جامعه پرسش‌نامه سلامت روان SCL 90 داده شد که از میان کسانی که نمرات بالاتری در هر یک از خرده‌مقیاس‌ها کسب نمودند ۴۵ نفر بیمار مرد متاهل با تشخیص وابستگی به مواد افیونی انتخاب شدند. سپس از این تعداد به صورت گمارش تصادفی در هر گروه آزمایشی ۳۰ نفر (هر گروه آزمایش ۱۵ نفر) و یک گروه گواه (۱۵ نفری) تقسیم شدند. سپس پیش‌آزمون در تمام گروه‌ها اجرا شد و سپس مداخله‌ها در گروه‌های آزمایش اجرا شد و پس‌آزمون انجام شد. نهایتاً بعد از گذشت ۳ ماه پیگیری انجام شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از داشتن سن بین ۱۹ تا ۴۰ سال، وجود معیارهای تشخیصی وابستگی به مواد افیونی بر پایه معیارهای نسخه‌ی پنجم راهنمای عملی و تشخیصی اختلالات روانی، گذشتن بیش از یک هفته از سم‌زدایی موفقیت‌آمیز و عدم مصرف منظم داروهای ضدروانپزشکی در زمان ورود به برنامه درمان.

ابزارها

پرسش‌نامه سلامت روان SCL90: دارای ۹۰ سؤال می‌باشد. نخستین بار توسط دراگوستین، لیمن و کووی (۱۹۷۳) معرفی شد. وایزمن و همکاران جهت روایی همزمان از نمرات پرسش‌نامه چند وجهی مینه‌سوتا استفاده کردند. همبستگی بین نتایج حکایت از روا بودن داشت. هر یک از سؤال‌ها از یک طیف ۵ درجه‌ای میزان ناراحتی، که از نمره صفر «هیچ» تا چهار «به شدت» می‌باشد تشکیل شده است. دارای ۹ بعد از نشانه‌های بیماری و ۳ شاخص کلی است. این پرسش‌نامه برای معتادین به الکل، ناتوانی‌های جنسی، بیماران سرطانی، مبتلایان به نارسایی قلبی با ناراحتی‌های شدید جسمی و دانشجویانی که راهنمایی و مشاوره لازم دارند و یا به عنوان یک ابزار سرنیدی و تشخیصی به کار رفته است (فتحی

آشتیانی، ۱۳۸۸). نتایج محاسبه اعتبار به روش تنصیف ۰/۹۱، گاتمن ۰/۹۱ و آلفای کرونباخ ۰/۹۷ مناسب گزارش شد (فولادوند، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر اعتبار پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۵ و به روش اسپیرمن-براون و گاتمن به ترتیب برابر است با ۰/۸۵ و ۰/۹۰ به دست آمد.

روند اجرا

در گروه آزمایش اول به شیوه درمان گروهی طرح‌واره‌درمانی به مدت ۱۰ جلسه که جلسات آن عبارت بودند از: جلسه اول: برقراری ارتباط درک بیمار و بررسی چگونگی شکل‌گیری و بقاء مشکل؛ جلسه دوم: آموزش به بیمار در خصوص ماهیت اعتیاد، مشخص کردن انتظارات بیمار و درمانگر از درمان، آموزش الگوی شناختی رفتاری و ایجاد یک توافق درمانی؛ جلسه سوم: بررسی افکار، پیش‌بینی‌ها و پس‌آیندها، شناسایی اجبارها، اجتناب‌ها و باورهای بنیادین؛ جلسه چهارم: شناسایی افکار تحریف شده ارزیابی چرخه افکار و رفتار مراجع و آموزش در خصوص تحریف‌های شناختی و شناسایی آن‌ها؛ جلسه پنجم: اصلاح افکار ناکارآمد، تغییر و اصلاح تحریف‌های شناختی؛ جلسه ششم: آموزش الگوی طرح‌واره محور، آموزش الگوی طرح‌واره‌درمانی و مفهوم‌سازی مشکل بیمار در قالب طرح‌واره‌ها؛ جلسه هفتم: شناسایی طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه، شناسایی حوزه‌ها، فرآیندها، رفتارها و سبک‌های طرح‌واره‌ای؛ جلسه هشتم: اصلاح طرح‌واره استفاده از تکنیک‌های هیجانی بحث و گفتگو در مورد تجارب گذشته، گفتگوی خیالی با والدین، بحث و گفتگو در مورد وقایع فعلی، تصویرسازی ذهنی و تخلیه هیجانی؛ جلسه نهم: اصلاح طرح‌واره‌ها استفاده از تکنیک‌های رفتاری حذف رفتارهای تداوم بخش طرح‌واره، حذف اجتناب‌ها و افزایش رفتارهای مقابله‌ای سالم؛ جلسه دهم: اصلاح طرح‌واره، استفاده از تکنیک‌های شناختی، بررسی انتقادی شواهد حمایت‌کننده از طرح‌واره‌ها، مرور و بررسی شواهد متناقض با طرح‌واره‌ها، تکنیک موضع-ضد موضع، تهیه کارت‌های آموزشی مصور متناقض با طرح‌واره‌ها، و تحلیل سود و زیان طرح‌واره‌ها. همچنین جلسات ذهن‌آگاهی عبارت بودند از: جلسه اول: گرفتن پیش‌آزمون، تنظیم خط و مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت

شرکت کنندگان به معرفی خود، تمرین وارسی بدنی، تکلیف خانگی، بحث و تعیین جلسات هفتگی، توزیع نوارها و جزوات؛ جلسه دوم: اجرای مرور بدن به صورت روزانه، اجرای تنفس عمیق هر روز به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه، انتخاب فعالیت جدید و انجام آن به صورت ذهن آگاهانه، گزارش تمرین در برگه ثبت تکلیف؛ جلسه سوم: با تمرین دیدن و شنیدن آغاز شد. در این تمرین از شرکت کنندگان خواسته می شد به نحوی غیرقضاوتی و به مدت ۲ دقیقه نگاه کنند و گوش دهند. این تمرین با مدیتیشن نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی دنبال می شد. بحث در مورد تکلیف خانگی، انجام تمرین سه دقیقه‌ای فضای تنفس (این مدیتیشن سه مرحله دارد: توجه به تمرین در لحظه انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن)، انجام یکی از تمرین‌های حرکات ذهن آگاهی بدن؛ جلسه چهارم: با مدیتیشن نشسته همراه با توجه به تنفس، صداهای بدن و افکار (مدیتیشن نشسته چهار بعدی) آغاز شد. بحث در مورد پاسخ‌های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین، قدم زدن ذهن آگاهانه؛ جلسه پنجم: انجام مدیتیشن نشسته، حرکات ذهن آگاهانه بدن؛ جلسه ششم: انجام تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای، بحث درباره تکلیف خانگی در گروه‌های دوتایی، انجام تمرینی با عنوان "خلق، فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه"، انجام چهار تمرین مدیتیشن به مدت ۱ ساعت؛ جلسه هفتم: انجام مدیتیشن چهار بعدی و آگاهی نسبت به هر آنچه در لحظه به هشیاری وارد می‌شود، مضمون این بود که: بهترین راه مراقبت از خودم چیست؟ از شرکت کنندگان خواسته شد بگویند کدامیک از رویدادهای زندگی‌شان خوشایند و کدامیک ناخوشایند است و چگونه می‌توان برنامه‌ای چید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن وجود داشته باشد. انجام فضای تنفسی سه دقیقه‌ای، جلسه هشتم: انجام مدیتیشن اسکن بدن، انجام تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای، انجام مدیتیشن در مورد روش‌های کنار آمدن با موانع، پرسیدن سؤالات در مورد کل جلسه مانند آیا شرکت کنندگان به انتظارات خود دست یافته‌اند؟ آیا احساس می‌کنند شخصیت‌شان رشد کرده است؟ آیا احساس می‌کنند مهارت‌های مقابله‌شان افزایش یافته و آیا دوست دارند تمرین‌های مدیتیشن‌شان را ادامه دهند.

یافته‌ها

تعداد ۱۴ نفر (۱۱/۷٪) از شرکت‌کنندگان زیر ۲۰ سال، تعداد ۳۸ نفر (۳۱/۷٪) بین ۲۰ تا ۳۰ سال، و تعداد ۶۸ نفر (۵۶/۶٪) بالای ۳۰ سال سن داشتند. تعداد ۱۶ نفر (۱۳/۳٪) بیکار، ۲۶ نفر (۲۱/۷٪) کارگر، ۴۴ نفر (۳۶/۷٪) شغل آزاد، و ۳۴ نفر (۲۸/۳٪) کارمند بودند. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک نوع آزمون و گروه‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک نوع آزمون و گروه‌ها

متغیرها	گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
شکایت‌های جسمانی	طرح‌واره درمانی	۳/۰۲	۰/۳۸	۱/۶۰	۰/۴۶	۱/۶۱
	ذهن‌آگاهی	۲/۸۵	۰/۳۷	۲/۰۹	۰/۳۵	۲/۰۳
	گواه	۲/۹۷	۰/۲۶	۲/۹۹	۰/۲۵	۳/۰۲
وسواس اجبار	طرح‌واره درمانی	۲/۹۵	۰/۲۷	۱/۳۳	۰/۳۳	۱/۴۶
	ذهن‌آگاهی	۲/۸۱	۰/۳۶	۲/۰۸	۰/۴۴	۲/۰۳
	گواه	۲/۹۵	۰/۳۶	۳	۰/۲۳	۲/۹۸
حساسیت در روابط	طرح‌واره درمانی	۲/۸۷	۰/۱۹	۱/۲۹	۰/۳۰	۱/۴۸
	ذهن‌آگاهی	۲/۸۲	۰/۲۷	۱/۹۴	۰/۵۰	۱/۹۱
	گواه	۲/۸۵	۰/۲۹	۲/۸۷	۰/۲۷	۲/۹۱
بین فردی	طرح‌واره درمانی	۳/۰۲	۰/۳۶	۱/۶۰	۰/۲۷	۱/۴۹
	ذهن‌آگاهی	۲/۷۳	۰/۳۳	۱/۹۶	۰/۴۲	۱/۶۸
	گواه	۲/۸۹	۰/۲۳	۲/۸۶	۰/۲۶	۲/۸۷
افسردگی	طرح‌واره درمانی	۳/۰۵	۰/۳۰	۱/۱۹	۰/۴۴	۱/۴۵
	ذهن‌آگاهی	۲/۸۴	۰/۳۰	۱/۸۷	۰/۵۱	۱/۷۷
	گواه	۲/۸۹	۰/۲۳	۲/۸۶	۰/۲۶	۲/۸۷
اضطراب	طرح‌واره درمانی	۲/۹۲	۰/۳۹	۱/۴۸	۰/۵۲	۱/۴۹
	ذهن‌آگاهی	۲/۹۱	۰/۳۷	۲/۰۴	۰/۵۲	۲/۰۱
	گواه	۲/۷۵	۰/۵۳	۲/۸۶	۰/۴۷	۲/۸۴
پرخاشگری	طرح‌واره درمانی	۲/۷۴	۰/۴۸	۱/۵۸	۰/۴۶	۱/۷۴
	ذهن‌آگاهی	۲/۹۱	۰/۲۸	۱/۸۹	۰/۵۷	۱/۹۵
	گواه	۲/۹۱	۰/۳۰	۲/۹۴	۰/۲۶	۲/۹۵
ترس مرضی	طرح‌واره درمانی	۲/۹۵	۰/۳۹	۱/۵۲	۰/۴۰	۱/۴۱
	ذهن‌آگاهی	۲/۹۱	۰/۴۰	۲/۲۵	۰/۵۸	۲/۱۹
	گواه	۲/۹۲	۰/۴۳	۲/۹۵	۰/۴۲	۲/۹۰
پارانویید	طرح‌واره درمانی	۲/۹۵	۰/۳۶	۱/۵۷	۰/۴۶	۱/۵۲
	ذهن‌آگاهی	۲/۹۱	۰/۴۰	۲/۲۵	۰/۵۸	۲/۱۹
	گواه	۲/۹۳	۰/۴۳	۲/۹۶	۰/۴۲	۲/۹۰

برای بررسی فرضیه پژوهش از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد. یکی از پیش فرض های این تحلیل برابری واریانسهای خطا است. نتایج آزمون لون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس های خطا به تفکیک نوع آزمون

متغیرها	نوع آزمون	آماره F	درجه آزادی	معناداری
	پیش آزمون	۰/۵۸	۵۷	۰/۵۶
شکایت های جسمانی	پس آزمون	۰/۵۰	۵۷	۰/۶۱
	پیگیری	۰/۵۳	۵۷	۰/۵۶
	پیش آزمون	۱/۰۵	۵۷	۰/۳۵
وسواس ^۰ اجبار	پس آزمون	۱/۰۱	۵۷	۰/۳۷
	پیگیری	۱/۲۰	۵۷	۰/۱۸
	پیش آزمون	۱/۲۰	۵۷	۰/۳۰
حساسیت در روابط بین فردی	پس آزمون	۱/۲۳	۵۷	۰/۱۹
	پیگیری	۲/۳۳	۵۷	۰/۱۰
	پیش آزمون	۰/۹۹	۵۷	۰/۳۷
افسردگی	پس آزمون	۰/۵۵	۵۷	۰/۵۷
	پیگیری	۱/۰۱	۵۷	۰/۱۶
	پیش آزمون	۰/۶۹	۵۷	۰/۵۰
اضطراب	پس آزمون	۱/۱۸	۵۷	۰/۲۳
	پیگیری	۱/۱۲	۵۷	۰/۲۶
	پیش آزمون	۲/۱۸	۵۷	۰/۱۲
پرخاشگری	پس آزمون	۰/۱۱	۵۷	۰/۸۹
	پیگیری	۰/۱۵	۵۷	۰/۸۵
	پیش آزمون	۱/۱۲	۵۷	۰/۳۰
ترس مرضی	پس آزمون	۱/۲۰	۵۷	۰/۱۰
	پیگیری	۰/۸۱	۵۷	۰/۶۶
	پیش آزمون	۰/۱۶	۵۷	۰/۸۵
پارانویید	پس آزمون	۱/۲۸	۵۷	۰/۱۱
	پیگیری	۲/۳۶	۵۷	۰/۱۰
	پیش آزمون	۰/۲۲	۵۷	۰/۷۹
روان پریشی	پس آزمون	۲/۱۵	۵۷	۰/۱۴
	پیگیری	۱/۰۹	۵۷	۰/۳۴

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود شرط برابری واریانس‌های خطا برای تمام مؤلفه‌ها برقرار است ($P > 0/05$). بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری با نمرات پس‌آزمون انجام شد و نتایج آن نشان داد تفاوت معناداری در ترکیب خطی مؤلفه‌ها وجود دارد ($F = 21/540, P < 0/001, \lambda = 0/03$ ، لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک‌متغیری به شرح جدول ۳ استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در اثربخشی مداخله-های ذهن‌آگاهی و طرح‌واره‌درمانی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری
شکایت جسمانی	۱۷/۵۶	۲	۸/۷۸	۷۲/۴۶	۰/۰۰۰۵
وسواس	۲۳/۷۹	۲	۱۱/۸۹	۱۱۳/۴۴	۰/۰۰۰۵
حساسیت	۲۲/۰۸	۲	۱۱/۰۴	۱۳۱/۸۹	۰/۰۰۰۵
افسردگی	۲۸/۵۴	۲	۱۴/۲۷	۱۶۲/۲۷	۰/۰۰۰۵
اضطراب	۲۹/۲۵	۲	۱۴/۶۲	۹۲/۷۱	۰/۰۰۰۵
پرخاشگری	۲۱/۱۲	۲	۱۰/۵۶	۵۳/۸۳	۰/۰۰۰۵
ترس	۱۵	۲	۷/۵۰	۴۶/۴۶	۰/۰۰۰۵
پارانویید	۲۰/۱۱	۲	۱۰/۰۵	۱۰۶/۴۶	۰/۰۰۰۵
روان‌پریشی	۱۸/۸۵	۲	۹/۹۲	۷۸/۷۵	۰/۰۰۰۵

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود در تمام مؤلفه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/001$). برای بررسی تفاوت بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی (مقایسه دو به دو میانگین‌های گروه‌ها) استفاده شد. نتایج نشان داد بین گروه گواه و گروه‌های آزمایشی تفاوت معناداری از لحاظ علائم روان‌تنی و ابعاد آن (شکایت جسمانی، وسواس-اجباری، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، پارانویایی و روان‌پریشی) وجود دارد. با توجه به آمار توصیفی گروه‌های آزمایشی میانگین کمتری داشتند. همچنین میانگین علائم روان‌تنی و ابعاد آن در گروه آموزش طرح‌واره‌درمانی کمتر از گروه آموزش ذهن‌آگاهی بود. به عبارت دیگر، اثربخشی آموزش طرح‌واره‌درمانی بر بهبود علائم روان‌تنی بیشتر از آموزش ذهن‌آگاهی بوده است.

برای بررسی بقای اثربخشی از تحلیل کواریانس چندمتغیری در نمرات پیگیری استفاده شد. نتایج تحلیل حکایت از معنادار بودن تفاوت و بقای مداخله داشت ($F=2/110, P<0/05, \lambda=0/46$) برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول ۴ استفاده شد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در بقای اثربخشی مداخله‌های ذهن آگاهی و طرح‌واره‌درمانی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری
شکایت جسمانی	۰/۰۹	۲	۰/۰۴	۲/۰۸	۰/۱۳
وسواس	۰/۲۹	۲	۰/۱۴	۲/۸۶	۰/۰۶
حساسیت	۰/۱۷	۲	۰/۰۸	۲/۳۳	۰/۱۰
افسردگی	۱/۷۱	۲	۰/۸۵	۱۱/۱۰	۰/۰۰۰۵
اضطراب	۰/۴۷	۲	۰/۲۳	۳/۲۰	۰/۰۴
پرخاشگری	۰/۰۸	۲	۰/۰۴	۰/۲۵	۰/۷۷
ترس	۰/۳۸	۲	۰/۱۹	۱/۷۲	۰/۰۴
پارانوئید	۰/۱۷	۲	۰/۰۸	۲/۰۶	۰/۱۳
روان‌پریشی	۰/۰۵	۲	۰/۰۲	۰/۷۲	۰/۴۹

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود در مؤلفه‌های افسردگی، اضطراب، و ترس تفاوت معناداری وجود داشت. برای بررسی دو به دو گروه‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی (مقایسه دو به دو میانگین‌های گروه‌ها) استفاده شد. نتایج نشان داد بین گروه گواه و گروه‌های آزمایشی تفاوت معناداری در این سه مؤلفه وجود دارد. لیکن تفاوت معناداری در بین گروه‌های آزمایش وجود نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و ذهن آگاهی بر علائم روان-تنی در افراد سوءمصرف کننده مواد محرک می‌باشد. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که نمرات به دست آمده در متغیر علائم روان-تنی در گروه‌های آزمایشی نسبت به گروه گواه کاهش یافته است. همچنین طرح‌واره‌درمانی از ذهن آگاهی موثرتر بوده است. این نتیجه، در راستای یافته‌های قبلی دباغی و همکاران (۱۳۸۶)، بیر و

همکاران (۲۰۰۴)، جنیس و همکاران (۲۰۰۵)، فلدمن و همکاران (۲۰۰۷)، وارپلانکن و همکاران (۲۰۰۷)، کینگ استون و همکاران (۲۰۰۷)، گیلبرت و لیهی (۲۰۱۲)، مورون و همکاران (۲۰۱۵)، آوانتس و همکاران (۲۰۰۹)، هرلی و باکر (۲۰۱۰)، روزنزویگ و همکاران (۲۰۱۰)، سیگل (۲۰۱۰)، ویتکیویتز و بوئن (۲۰۱۳)، میکلوویتز و همکاران (۲۰۱۱)، میت‌منس گروبل و همکاران (۲۰۱۱)، و پلاتری و کلی (۲۰۱۲) قرار دارد. در تبیین این نتایج باید به این نکته اشاره کرد که در واقع هیجانات و خلق و خوی فردی از نظر اجتماعی مفید هستند و می‌توانند در انتقال احساسات به دیگران، تعامل اجتماعی و ایجاد و قطع رابطه با دیگران سازنده باشند (ریو، ۱۳۹۰). اکثر افراد سوء‌مصرف‌کننده مواد محرک نظام فکری منفی درباره خود، تجربه جاری و آینده دارند. موانع منفی را به صورت موانع غیر قابل گذر تعبیر می‌کنند، حتی زمانی که دیدگاه‌های مثبت معقول‌تری درباره تجربه‌ی فرد وجود دارد. او به منفی‌ترین تعبیر ممکن درباره آن‌چه برای او رخ داده، گرایش دارد. می‌توان گفت که احتمالاً کمبود تجربه، احساس تنهایی و اندوه، احساس خصومت و عدم توانایی در برقراری ارتباط، فقدان امکانات لازم برای کسب هیجانات مثبت فرد را به سوی مصرف مواد سوق می‌دهد. تاثیرات تحریک‌کننده‌ی مواد محرک باعث افزایش خلق و خوی کاذب و یک نوع سرخوشی گذرا در فرد شده و انگیزه‌ای برای مصرف مواد محرک و پاسخ مغزی مثبت نسبت به مواد و سرانجام به اعتیاد می‌شود. تعدیل و تنظیم آن‌ها از طریق آموزش‌های روان‌شناختی مانند طرح‌واره‌درمانی و ذهن‌آگاهی می‌تواند نقش موثری بر کنترل عملکردهای مخرب افراد داشته باشد. زیرا هیجان‌ها به عنوان راه‌حلی برای مقابله با چالش‌ها، استرس‌ها و مشکلات زندگی عمل می‌کنند (ریو، ۱۳۹۰). به عبارت دیگر، چون هیجانات نقش مهمی در زندگی ایفا می‌کنند، آموزش روش‌هایی به افراد که مواد مخدر به ویژه محرک‌ها را استفاده می‌کنند در جهت تنظیم علائم روان‌تنی به عنوان یک روش درمانی در تعدیل هیجانات، با پذیرش و تعاملات اجتماعی مثبت در ارتباط است (سارین^۱، ۲۰۱۲). این امر می‌تواند باعث مراقبه

موثر با موقعیت‌های وسوسه‌آمیز و استرس‌زا شده (گروس^۱، ۲۰۱۰) و افزایش فعالیت در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی را به همراه دارد (توگاد و فردریکسون^۲، ۲۰۰۸). در این راستا آموزش ذهن‌آگاهی و طرح‌واره‌درمانی می‌تواند با آگاه نمودن فرد از هیجانات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به موقع آن‌ها، نقش مهمی در کاهش رفتارهای مخرب و افزایش رفتارهای مطلوب برای جلوگیری از سوق پیدا کردن به سمت مصرف مواد مخدر را داشته باشد. می‌توان گفت که هر دو روش آموزشی به دلیل برخوردار بودن از تکنیک‌های مشابه نظیر آگاهی، پذیرش و بازسازی بن‌مایه‌های ناسازگار، موجب تعدیل علائم روان‌تنی منفی و به دنبال آن تعدیل قضاوت و ادراک مثبت از خویش در مصرف‌کنندگان مواد محرک می‌شود. این امر به نوبه خود می‌تواند در کاهش رفتارهای مصرفی آنان موثر باشد. همچنین مصرف‌کنندگان مواد محرک در موقعیت‌های مختلف زندگی چه در حالت‌های شادی و چه غم نمی‌توانند از هیجانات خویش به صورت مفید استفاده نمایند و این امر موجب مشکلاتی دیگری از جمله درک منفی از خویش، نگرانی نسبت به موقعیت اجتماعی، اضطراب و عملکردهای اجتماعی و خانوادگی نامناسب در آنان می‌شود که خود دلیلی بر گرایش مواد در آنان برای کاستن از این فشارهای عصبی می‌شود. علاوه بر آن اگر چه طرح‌واره‌درمانی و ذهن‌آگاهی در اصل به صورت فردی تنظیم شده، لیکن وجود عوامل گروهی، فعال‌سازی تکنیک‌های طرح‌واره‌درمانی را تسهیل نموده و آثار جبرانی مهمی بر طرح‌واره‌های مرکزی از قبیل طرد و بریدگی، انزوای اجتماعی، بی‌اعتمادی و محرومیت هیجانی دارد. در واقع به دلیل ایجاد پیوندها و تعاملات نزدیک بین اعضای گروه امکان مواجهه واقعی و مرتبط ساختن تجارب اولیه با فرایندهای طرح‌واره‌ای اینجا و اکنون در یک محیط حمایت‌گرا نیز افزایش یافته و از طرف دیگر با افزایش فرصت‌های یادگیری جانشینی، حس خودکارآمدی و خطرپذیری اعضا برای انجام رفتارهای جدید نیز تقویت می‌شود. همچنین اعضای گروه یاد می‌گیرند که به جای کناره‌گیری از هیجانات خود با پناه بردن به رفتارهای مصرفی مشکک ساز به ابراز همدلی و برآورده ساختن نیازهای عاطفی

خود در گروه پردازند (فارل، شاو و وبر، ۲۰۱۰). نکته مهم در کاربرد درمان گروهی این است که مقرون به صرفه، و منجر به تسهیل و تسریع فرایند درمان می شود. بسیاری از بیماران مبتلا به اعتیاد به نوعی دچار افسردگی می شوند و احساس منحصر به فردی در زمینه مشکلات و افکار خود اذعان دارند. این احساس منحصر به فرد بودن باعث تشدید انزوای اجتماعی این بیماران می شود و انزوای اجتماعی احساس منحصر به فرد بودن را در آن ها تقویت می کند. درمان گروهی به سهولت این امکان را فراهم می سازد که تعدادی از این افراد در یک مکان جمع شده و با یکدیگر رابطه برقرار کنند و راجع به مشکلات مشابه خود به گفتگو بنشینند. از این بین رفتن این احساسات منفی نه تنها باعث آرامش و راحتی افراد می شود بلکه به گسترش روابط در خارج از محیط درمانی کمک می کند. ضمن این که اعضای گروه در جریان تعامل، به یکدیگر کمک می کنند، یعنی در جریان درمان از یکدیگر حمایت می کنند، به هم اطمینان می دهند، پیشنهاد می کنند و بینش می دهند.

منابع

آفاجانی افجدی، احمد (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و کیفیت زندگی دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران اهواز دارای کیفیت خواب نامطلوب. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۸۸). روش های تحقیق در روان شناسی و علوم تربیتی، چاپ پنجم. تهران نشر دوران. دباغی، پرویز؛ اصغرزاد فرید، علی اصغر؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ و بوالهری، جعفر (۱۳۸۶). اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر پایه تفکر نظاره ای ذهن آگاهی و فعال سازی طرحواره های معنوی در پیش گیری از عود مصرف مواد افیونی. مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران، ۱۳(۴)، ۳۶۶-۳۷۵.

دلاور، علی (۱۳۸۹). احتمالات و آمار کاربردی در روان شناسی و علوم تربیتی. چاپ دوم، تهران: انتشارات رشد.

ریو، جان مارشال (۱۳۹۰). انگیزش و هیجان. ترجمه یحیی سید محمدی، چاپ سوم، تهران: انتشارات ویرایش.

سرمد، زهره؛ و حجازی، الهه (۱۳۸۷). روش های تحقیق در علوم رفتاری. چاپ اول، تهران: انتشارات آگاه.

طالبی زاده، مقداد؛ شاه میر، المیرا؛ و جعفری فرد، سلیمان (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش شدت علائم افسردگی و شنیدایی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی. *اندیشه و رفتار*، ۷(۲۶)، ۱۷-۲۶.

فتحی آشتیانی، علی (۱۳۸۸). *آزمون‌های روان‌شناختی - ارزشیابی شخصیت و سلامت روان*. چاپ دوم، تهران: انتشارات بعثت.

فولادوند، خدیجه (۱۳۸۶). بررسی رابطه جو سازمانی با سلامت روانی کارکنان بیمارستان‌های دولتی شهرستان ایلام. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۱(۱۵)، ۵۱-۴۴.

کمرزین، حمید؛ زارع، حسین؛ و بروکی میلان، حسن (۱۳۹۱). اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر افزایش خودکارآمدی و بهبود علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد. *مجله اعتیاد پژوهی*، ۶(۲۲)، ۸۵-۷۵.

مکری، آذرخش؛ اختیاری، حامد؛ عدالتی، هانیه؛ و نادری، پریسا (۱۳۹۱). ارتباط شاخص‌های تکانشگری و رفتارهای مخاطره‌جویانه با شدت ولع مصرف در گروه‌های مختلف معتادان به مواد افیون. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۳(۱۱)، ۲۶۸-۲۵۸.

ورنون، بارون؛ و کلمن، سادوک (۲۰۰۲). *اعتیاد چیست و معتاد کیست؟ ترجمه محمدرضا میرفخرایی* (۱۳۸۹)، چاپ دوم، تهران: انتشارات روان.

یانگ، جفری؛ کلو سکو، ژانت؛ و ویشار، مارجودی (۲۰۰۳). *طرح‌واره‌درمانی*. ترجمه حسین حمیدپور؛ و زهرا اندوز (۱۳۸۸). چاپ اول، تهران: انتشارات ارجمند.

یوسفی، ناصر؛ و خالدیان، محمد (۱۳۹۱). بررسی عوامل فردی، خانوادگی و محیطی گرایش افراد به مواد مخدر و اعتیاد. *فصلنامه مطالعات پیشگیری از جرم*، ۷(۲۵)، ۷۷-۹۴.

Astals, M., Díaz, L., Domingo, A., Santos, A., Bulbena, A., & Torrens, M. (2009). Impact of Co-Occurring Psychiatric Disorders on Retention in a Methadone Maintenance Program: An 18-Month Follow-Up Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 5(2), 2822-2832.

Avants, S., Beitel, M., & Margoline, A. (2009). Making the shift from addict self to spiritual self: Result from a stage I study of spiritual self-schema (3-5) therapy for the treatment of addiction and HIV risk behavior. *Mental Health, Religion, and Culture*, 8(11), 167-177.

Bear, T., Ruth, S., Gregory, T., Allen, V., & Kristin, B. (2004). Assessment of mindfulness by self-Report the Kentucky in inventory of mindfulness skills. *Assessment*, 5(2), 191-206.

Carmody, J., Reed, G., Kristeller, J., & Merriam, P. (2008). Mindfulness, spirituality, and health related symptoms. *Journal of Psycho somatic Research*, 13(64), 393-403.

Dalgleish, T. (2004). The emotional brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 5(2), 582-589.

- Davison, G., & Neale, J. (2001). *Abnormal psychology*. New York: John Wiley & Sons.
- Emanuel, A. S., Updegraff, J. A., Kalmbach, A. D., & Ciesla, J. A. (2010). The role of mindfulness facets in affective forecasting. *Personality and Individual Differences, 14(49)*, 815-818.
- Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (2010). Schema- Focused Approach to Group Psychotherapy for Outpatients with Borderline Personality. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 21(33)*, 56-70.
- Feldman, G. C., Hayes, A. M., Kumar, S. M., Greeson, J. G., & Laurenceau, J. P. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the cognitive and affective mindfulness scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 12(29)*, 177° 190.
- Gilbert, P., & Leahy, R. L. (2012). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. New York: Routledge.
- Gross, J. J. (2010). *Emotion regulation*. In: L. Feldman- Barrett & P. Salovey (Eds.), the wisdom in feeling. America, New York: The Guilford Press, 297-318.
- Horlly, W. P., & Baker, D. G. (2010). *Competing and complementary models of combat stress injury*. In C. R. Figley, W. P. Nash (editors). *Combat stress injury: Theory, research, and management*. New York: Rout ledge: 65-94.
- Ilgen, M., Jain, A., Kim, H. M., & Trafton, J. A. (2008). The effect of stress on craving for methadone depends on the timing of last methadone dose. *Behavior Research and Therapy, 46(10)*, 1170-1175.
- Janis, T., Leigh, B., Gisarah, M., & Marlatt, A. (2005). Spirituality, mindfulness and Substance abuse Addictive Behaviors. *Journal of Anxiety Disorders, 8(23)*, 866° 871.
- Junkin, S. E. (2007). *Yoga and self-esteem: Exploring change in middle-age women* (Dissertation). Saskatoon, Canada: University of Saskatchewan, P.42-46.
- Kingston, J., Chadwick, P., Meron, D., & Skinner, A. (2007). Randomized control trial investigating the effect of mindfulness practice on pain tolerance psychological Well-being and physiological activity. *Psychosomatic Research, 16(62)*, 247-300.
- Mc-Kay, J. R. (2009). Treating substance use disorders with adaptive continuing care. *American Psychological Association, 3(6)*, 45-49.
- McKay, J. R., Franklin, T. R., Patapis, N., Lynch, K. G. (2011) Conceptual, methodological, and analytical issues in the studies of relapse. *Clinical psychology review, 26(2)*, 109-127. DOI: 10.1016/j.cpr.2005.11.002.
- Miklowitz, D. J., Alatiq, Y., Goodwin, G. M., Geddes, J. R., & Fennell, M. J. (2011). A pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. *International Journal of Cognitive Therapy, 2(4)*, 373-384.
- Mitmansgruber, H., Beck, N., Thomas, H., Stefan, S., & Schubler, G. (2011). When you don t like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and meta-emotion in emotion regulation. *Personality and Individual Differences, 14(46)*, 448-453. DOI: 10.1016/j.paid.2008.11.013.
- Morone, N. E., Lynch, C. S., Greco, C. M., Tindle, H. A., & Weiner, D. K. (2015). I Felt Like a New Person. The Effects of Mindfulness Meditation on Older Adults with Chronic Pain: Qualitative Narrative Analysis of Diary Entries. *The Journal of Pain, 13(32)*, 841-848.

- Platter, A. J., & Kelley, M. L. (2012). Effectiveness of an Educational and Support Program for Family Members of a Substance Abuser Abstract. *American Journal of Family Therapy, 1(40)*, 208-231.
- Roberts, R. E., Roberts, C. R., & Xine, Y. (2007). Comorbidity of substance abuse disorder and other psychiatric disorder among adolescents evidence from an epidemiologic survey drug and alcohol. *Journal of Dependence Alcohol, 88*, 4-13.
- Rosenzweig, S., Greeson, J. M., Reibel, D. K., Green, J. S., Jasser, S. A., & Beasley, D. (2010). Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: Variation. *Journal of Psychosomatic Research, 16(68)*, 29° 36.
- Saarni, C. (2012). *Emotional competence: how emotions and relationships become integrated*. In: R. A. Thompson (Ed.). Nebraska symposium on motivation. Socio emotional development. England, Lincoln: The University of Nebraska Press, 115-182.
- Siegel, R. D. (2010). *The mindfulness Solution (every day practices for everyday problems)*. New York: Guilford.
- Tugade M. M., & Frederickson B. L. (2008). *Positive emotions and emotional intelligence*. In: L. Feldman- Barrett & P. Salovey (Eds.), the wisdom in feeling. America, New York: The Guilford Press, 319-340.
- Varplanken, B., Friborg, O., Wang, C. E., Trafimow, D., & Woolf, K. (2007). Mental habits: metacognitive Reflection on negative self-Thinking. *Personality and Social Psychology, 13(42)*, 524-541. DOI: 10.1037/0022-3514.92.3.526.
- Vollenweider, F. X., Liechti, M. E., Gamma, A., Greer, G., & Geyer, M. (2012). Acute psychological and neurophysiological effects of MDMA in humans. *Journal of Psychoactive Drugs, 34(2)*, 171-184.
- Witkiewitz, K., & Bowen, S. (2012). Depression, Craving, and Substance Use Following a Randomized Trial of Mindfulness-Based Relapse Prevention. *Journal of consulting and clinical psychology, 78(3)*, 362-374. DOI: 10.1037/a0019172.
- World Health Organization. Mental health evidence, research team, & Disease control priorities project. (2006). *Disease control priorities related to mental, neurological, developmental and substance abuse disorders*.