

Research
Article

The Mediating Role of Mindfulness in the Relationship between Punitive Parent Mode with Relapse Tendency in Substance-Dependent People in Recovery*

Hassan Shabani¹, Rasol Roshan Chesli², Hamid Yaqhubi³, Hojjatollah Farahani⁴

Received: 2024/09/26

Accepted: 2025/06/07

Abstract

Objective: The present study aimed to investigate the mediating role of mindfulness in the relationship between the punitive parent mode and relapse tendency in recovering substance-dependent individuals. **Method:** This was a descriptive-correlational study using a structural equation modeling (SEM) approach. The statistical population included all male opioid users (opium, sap, and heroin) aged 20-50, residing in 30 addiction treatment centers in Golestan province in 2023. A sample size of 225 was determined by allocating a coefficient of 40 to the observed variables (five variables in the model) and accounting for the possibility of incomplete questionnaires. The sample was selected using proportional stratified random sampling. The instruments used were the relapse tendency questionnaire, the schema mode inventory, and the mindfulness questionnaire. To analyze the research model, SEM was performed using AMOS-23 software. **Results:** The results revealed significant relationships ($p < 0.01$) between the punitive parent mode, mindfulness, and relapse tendency in individuals recovering from addiction. The beta coefficients (effects) for the direct paths from the punitive parent mode and mindfulness to relapse tendency were 0.294 and -0.214, respectively. Furthermore, mindfulness significantly mediated the indirect relationship between the punitive parent mode and relapse tendency. Overall, the results indicated that the model had an appropriate fit and explained 28% of the variance in relapse tendency. **Conclusion:** Recovering substance-dependent individuals with a higher tendency to relapse also exhibit a higher level of the punitive parent schema mode and a lower level of mindfulness. Therefore, it is recommended that counselors and psychologists at addiction treatment centers pay special attention to these variables to help reduce the relapse tendency in recovering substance-dependent individuals.

Keywords: Mindfulness, Punitive parent mode, Relapse, Substance dependence

*. This article has been extracted from part of the first author's doctoral dissertation at Shahed University.

1. Ph.D. Student, Department of Clinical Psychology, Shahed University, Tehran, Iran.

2. Corresponding Author: Professor, Department of Clinical Psychology, Shahed University, Tehran, Iran. Email: roshan@shahed.ac.ir

3. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Shahed University, Tehran, Iran.

4. Associate Professor, Department of Psychology, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

نقش واسطه‌ای ذهن آگاهی در رابطه بین ذهنیت والد سرزنش‌گر با گرایش به عود در افراد وابسته به مواد در حال بهبودی*

حسن شعبانی^۱، رسول روشن چسلی^۲، حمید یعقوبی^۳، حجت الله فراهانی^۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۷/۰۵

چکیده

هدف: هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای ذهن آگاهی در رابطه بین ذهنیت والد سرزنش‌گر با گرایش به عود در افراد وابسته به مواد در حال بهبودی بود. **روش:** پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع مدل معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه مردان مصرف‌کننده مواد مخدر افیونی (تریاک، شیره و هروئین) در بازه سنی ۲۰ تا ۵۰ ساله مستقر در ۳۰ مرکز اقامتی ترک اعتیاد در استان گلستان در سال ۱۴۰۲ بود که از این میان برای تعیین حجم نمونه با توجه به تعداد متغیرهای مشاهده شده و تخصیص ضریب ۴۰ (۵ متغیر مشاهده شده در مدل)، و با احتساب احتمال وجود پرسش‌نامه‌های ناقص، ۲۲۵ نفر به عنوان حجم نمونه به روش تصادفی طبقه‌ای نسبتی انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسش‌نامه عود، ذهنیت‌های طحاره‌ای و ذهن آگاهی بود. به منظور تحلیل مدل پژوهش از مدل معادلات ساختاری با استفاده از نرم افزار AMOS-23 استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین ذهنیت والد سرزنش‌گر و ذهن آگاهی با گرایش به عود در افراد در حال بهبودی از اعتیاد روابط معناداری در سطح ۰/۰۱ وجود داشت. همچنین مقدار ضریب بتا (اثر) ذهنیت والد سرزنش‌گر و ذهن آگاهی بر گرایش به عود در مسیرهای مستقیم به ترتیب برابر با ۰/۲۹۴ و ۰/۲۱۴- بود. به علاوه، ذهن آگاهی و رابطه غیر مستقیم ذهنیت والد سرزنش‌گر با گرایش به عود نقش واسطه‌ای معناداری داشت. در مجموع نتایج نشان داد که مدل از برازش مناسبی برخوردار بود و ۲۸ درصد از گرایش به عود را تبیین کرد. **نتیجه‌گیری:** افراد وابسته به مواد در حال بهبودی که گرایش بیشتری به عود دارند، دارای سطح بالاتری از ذهنیت والد سرزنش‌گر و در سطح پایین‌تری از ذهن آگاهی قرار دارند. بنابراین، به مشاوران و روانشناسان مراکز اقامتی ترک اعتیاد پیشنهاد می‌گردد به این متغیرها در کاهش گرایش به عود افراد وابسته به مواد در حال بهبودی توجه ویژه‌ای نمایند.

کلیدواژه‌ها: ذهن آگاهی، ذهنیت والد سرزنش‌گر، عود، وابستگی به مواد

* این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه شاهد است.

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استاد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. پست الکترونیک:

roshan@shahed.ac.ir

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

۴. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

مقدمه

اعتیاد و اختلال مصرف مواد اختلالی مزمن و عودکننده و یک مشکل رایج و رو به افزایش است که با پیامدهای منفی و جبران‌ناپذیر همراه است (ساکر^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). اختلالات مرتبط با مواد و اعتیاد الگوهای ناسازگار رفتار مصرف مواد هستند که با از دست دادن کنترل، اجبار و پیامدهای مضر مشخص می‌شوند. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی^۲، سالانه در جهان تقریباً ۲۷۵ میلیون نفر از مواد مخدر استفاده می‌کنند و حدود ۴۵۰ هزار نفر در اثر استفاده از این مواد جان خود را از دست می‌دهند (زین و دانویچ^۳، ۲۰۲۳). عوامل زیادی مصرف مواد را به موضوعی پیچیده و چند بعدی تبدیل کرده است. یکی از این عوامل عود و بازگشت به مصرف مواد است (پزشک زاده و همکاران، ۱۳۹۷). عود^۴ به عنوان استفاده مداوم از مواد پس از یک دوره بهبودی، سم‌زدایی یا پرهیز تعریف می‌شود (منون و کانداسمی^۵، ۲۰۱۸). اعتیاد اختلالی با عود مزمن است که با رفتارهای تکانشگری جستجوی مواد علی‌رغم پیامدهای منفی آن همراه می‌باشد (سیسیلی^۶ و همکاران، ۲۰۲۲). در طی سال‌های اخیر تحقیقات زیادی در خصوص عود در دنیا انجام شده است و عود ممکن است به دلیل عوامل زیادی رخ دهد (ندو و خوسا^۷، ۲۰۲۳). در واقع، نشانه‌های محکمی وجود دارد که عود توسط یک عامل منفرد تعیین نمی‌شود، بلکه تحت تأثیر چندین عامل همزمان قرار می‌گیرد (کانورز^۸ و همکاران، ۲۰۱۳؛ دانوان^۹ و همکاران، ۲۰۱۳؛ نعمتی سوگلی‌تپه و خالدیان، ۱۴۰۱).

طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ذهنیت‌های طرحواره‌ای یکی از عوامل مرتبط با اعتیاد و عود می‌باشد (ریسو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۷؛ شوری^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۲؛ تاپیا^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۷؛ جمشیدی و همکاران ۱۳۹۹؛ محمدی و همکاران، ۱۴۰۱). ذهنیت‌های طرحواره‌ای یک الگوی تکرارشونده از احساسات، افکار، عواطف و رفتارهای شدید است که در یک

1. Sahker
2. world health organization
3. Zein & Danovitch
4. relapse
5. Menon & Kandasamy
6. Ceceli

7. Ndou & Khosa
8. Connors
9. Donovan
10. Riso
11. Shorey
12. Tapia

نقطه زمانی معین فعال است (آرنتز و جیکوب^۱، ۲۰۱۷). ذهنیت‌ها با فعال شدن طرحواره‌های ناسازگار اولیه که الگوهای عاطفی و شناختی ناکارآمدی هستند که در کودکی ایجاد شده‌اند و در طول زندگی دوباره ظاهر می‌شوند، ایجاد می‌شوند (یانگ^۲، ۲۰۱۴). ذهنیت‌های طرحواره ای به چهار دسته سازمان‌دهی می‌شوند: ذهنیت‌های کودک، ذهنیت‌های مقابله‌ای، ذهنیت‌های والد، و ذهنیت بزرگسال سالم. ذهنیت‌های کودک که توسط نیازهای عاطفی اولیه برآورده نشده فعال می‌شوند و با احساس غم، شرم، خشم و آسیب‌پذیری مشخص می‌شوند. ذهنیت‌های مقابله‌ای راهبردهای نظارتی ناسازگاری هستند که در کوتاه‌مدت اثر واکنش عاطفی به نیازهای برآورده نشده را کاهش می‌دهند، اما در بلندمدت باعث تنظیم هیجانی ناکارآمد می‌شوند. ذهنیت‌های والدینی با پیام‌های خود ویرانگر درونی مشخص می‌شوند که باعث تحقیر نیازهای عاطفی اصلی می‌شوند. نهایت، ذهنیت بزرگسال سالم، افکار، رفتارها و شناخت‌های تطبیقی را یکپارچه می‌کند که منجر به تنظیم هیجانی با عملکرد خوب می‌شود (لوبستیل^۳ و همکاران، ۲۰۱۲؛ رودریگز^۴ و همکاران، ۲۰۱۸). در همین راستا، ساکوسریپراسرت^۵ و همکاران (۲۰۲۳) در یک فراتحلیل نشان داده‌اند که همه طرحواره‌ها و حوزه‌های طرحواره ناسازگار اولیه با رفتارهای اعتیادآور همبستگی مثبت دارند. بهرامیان و همکاران (۱۴۰۱) دریافته‌اند که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و عود همبستگی وجود دارد. همچنین، شعبانی و همکاران (۱۳۹۶) نشان داده‌اند که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با آمادگی به اعتیاد در بین افراد وابسته به مواد در حال بهبودی رابطه معنادار مثبت وجود دارد. در ادامه کرستن^۶ (۲۰۱۲) نشان داد که ۸ ذهنیت طرحواره‌ای با بیماران دارای اختلال مصرف مواد شامل "خود آرامش‌بخش بی‌تفاوت"^۷، "کودک آسیب‌پذیر"^۸، "کودک عصبانی"^۹، "کودک تکانشی"^{۱۰}، "والد سرزنش‌گر"^{۱۱}، "محافظ بی‌تفاوت"^{۱۲}، "خود بزرگ‌منش"^{۱۳} و "قلدری و

1. Arntz & Jacob
2. Young
3. Lobbestael
4. Roediger
5. Sakulsriprasert
6. Kersten
7. indifferent self-soothing mode

8. vulnerable child mode
9. angry child mode
10. impulsive child mode
11. punitive parent mode
12. indifferent protective mode
13. drandiose mode

حمله^۱ ارتباط دارند. یافته‌های مطالعه بوگا^۲ و همکاران (۲۰۱۸) از فرضیه‌های مبتنی بر مدل کرستن (۲۰۱۲) پشتیبانی می‌کند که تفاوت‌هایی معنادار بین بیماران مصرف‌کننده و افراد سالم در ذهنیت‌های طرحواره‌ای «خود آرام‌بخش بی تفاوت»، «کودک آسیب‌پذیر»، «کودک عصبانی»، «کودک تکانشی» و «والد سرزنش‌گر» وجود دارد. در همین راستا، یکی از ذهنیت‌های مهم، ذهنیت والد سرزنش‌گر است که صدای درونی شده والد یا دیگر مراقبین دوران کودکی است که بیماران را مورد انتقاد و تنبیه قرار می‌دهد (آرتز و ون جندرن^۳، ۲۰۲۰). در واقع، صدای منتقدان درونی که فرد را مورد انتقاد قرار می‌داده‌اند در این ذهنیت درونی می‌شود و به خاطر داشتن نیازهای عادی، فرد خودش را مستحق مجازات می‌داند (رودریگر و همکاران، ۲۰۱۸). سانتو^۴ و همکاران (۲۰۲۱) دریافته‌اند که افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی اغلب تجربه بدرفتاری در دوران کودکی را گزارش می‌کنند. بیانی و همکاران (۱۴۰۲) عنوان نموده‌اند که یکی از عوامل عود، سرزنش بیش از حد خانواده می‌باشد. همچنین، صدری دمیچی و همکاران (۱۳۹۸) دریافته‌اند که ذهنیت والد سرزنش‌گر با آمادگی به اعتیاد در معتادان رابطه مثبت دارد.

یکی از مدل‌های نظری در حیطه اعتیاد، مدل استراور^۵ (۲۰۱۷) می‌باشد که عنوان می‌کند طرحواره‌های حیطه طرد و بریدگی (خاستگاه ذهنیت‌های کودک و والد) در ارتباط با سبک مقابله‌ای اجتنابی منجر به مصرف مواد و عود می‌گردند و اجتناب با ذهن آگاهی یا پذیرش تجارب لحظه‌ای که با تمرکز حواس مشخص می‌شود، سازگاری ندارد (گریگوریان^۶ و همکاران، ۲۰۲۰). ذهن آگاهی در بسیاری از تحقیقات در حیطه اعتیاد و عود و همچنین دیگر موضوعات به عنوان متغیر واسطه‌ای ذکر شده است (سیمونز^۷ و همکاران، ۲۰۱۸؛ جانوفسکی^۸ و همکاران، ۲۰۱۹؛ عامری، ۱۴۰۱). همچنین، سایر تحقیقات از ارتباط طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ذهن آگاهی در مصرف مواد حمایت می‌کنند (شوری و همکاران، ۲۰۱۵؛ تیم^۹، ۲۰۱۷؛ گریگوریان و همکاران، ۲۰۲۰). کابات-

1. bullying and aggressive mode
2. Booga
3. Van Genderen
4. Santo
5. Straver

6. Grigorian
7. Simmons
8. Janovsky
9. Thimm

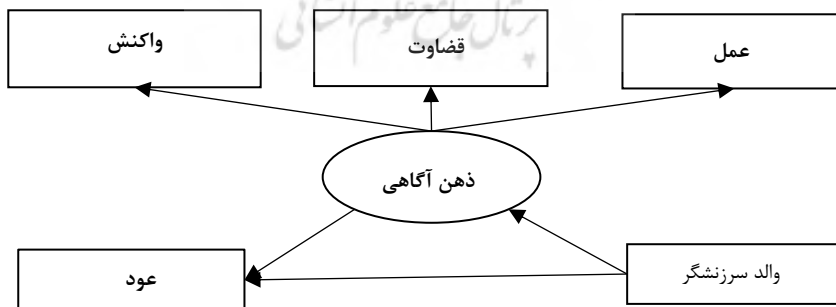
زین^۱ (۱۹۹۰) ذهن‌آگاهی^۲ را توجه کردن به شیوه‌ای خاص، هدفمند، در زمان کنونی و بدون قضاوت و پیشداوری تعریف کرده است. ذهن‌آگاهی راهی برای مشاهده افکار، تصاویر، احساسات و پذیرش آنها بدون درگیر شدن فرد با محتوای افکار است (گران^۳ و همکاران، ۲۰۱۷). در واقع، ذهن‌آگاهی یک توجه بدون سوگیری و قضاوت پیرامون جنبه‌های خود است و شواهد در حال ظهور نشان می‌دهد که ذهن‌آگاهی می‌تواند از عود بیماری جلوگیری کند (پریدی^۴ و همکاران، ۲۰۱۸). مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای کاهش وابستگی، ولع مصرف و سایر علائم مرتبط با اعتیاد با بهبود وضعیت خلق و خو و تنظیم احساسات موفق بودند (ویتکویتز^۵ و همکاران، ۲۰۱۴؛ سانچو^۶ و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین، کاریادی^۷ و همکاران (۲۰۱۴) در فراتحلیل به این مهم دست یافته‌اند که یک ارتباط معنادار مداوم بین خصیصه‌های ذهن‌آگاهی (عمل با آگاهی، عدم قضاوت و عدم واکنش) با رفتارهای مصرف مواد بود. روزنتال^۸ و همکاران (۲۰۲۱) نشان داده‌اند که ذهن‌آگاهی برای افزایش پاسخگویی به پاداش‌های طبیعی در مقابل نشانه‌های مرتبط با اعتیاد موثر می‌باشند. سالگو^۹ و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که فعال‌سازی ذهنیت‌های طرحواره‌ای با سطح ذهن‌آگاهی مرتبط است. یکی از موضوعات مطالعه بوگا و همکاران (۲۰۱۸)، همان‌طور که توسط لی و آرنتز^{۱۰} (۲۰۱۳) مورد بحث قرار گرفت، این است که محققان فقط بر روی طرحواره‌ها تمرکز کرده‌اند، اما حالت‌های طرحواره که مسلماً مؤثرتر است را هدف قرار نداده‌اند. از آنجایی که حالت‌های طرحواره و اختلال مصرف مواد هر دو دارای یک جزء رفتاری واضح هستند (استفاده از مواد اغلب به عنوان مکانیزم مقابله‌ای در نظریه طرحواره دیده می‌شود)، بررسی حالت‌های طرحواره (به جای طرحواره‌ها) حتی مشروع‌تر می‌شود (بوگا و همکاران، ۲۰۱۸). گریگوریان و همکاران (۲۰۲۰) بر اساس نتایج پژوهش نیز دریافتند که مداخلات درمانی ممکن است نیاز به تطبیق با حوزه‌های خاص طرحواره‌ای و همچنین جنبه‌های خاص ذهن‌آگاهی در افراد تحت درمان اختلال

1. CABAT - saddle
2. mindfulness
3. Grant
4. Priddy
5. Witkiewitz

6. Sancho
7. Karyadi
8. Rosenthal
9. Salgó
10. Lee

مصرف مواد داشته باشد. بنابراین، با عنایت به خلا پژوهشی در مورد مدل مورد مطالعه و با توجه به این مهم که برنامه‌ریزی روش‌های درمانی مناسب صرفاً می‌تواند در نتیجه شناخت دقیق از شرایط موجود و جنبه‌های خاص متغیرها شکل گیرد و همین‌طور بالا بودن آمار عود و نیاز مبرم مراکز درمانی دخیل در حوزه اعتیاد به برنامه‌های روان درمانی در خصوص پیشگیری و کاهش عود، ارائه مدل مناسب می‌تواند در تدوین برنامه‌های درمانی و ایجاد انگیزه در بیمار برای همکاری بسیار تاثیرگذار باشد. از آنجایی که ماندگاری در درمان برای بیمار، خانواده و تیم درمانی مهم است، بررسی آسیب‌شناسی عود از مسیر مستقیم و غیر مستقیم و همچنین روابط متغیرها و میزان اثر آن‌ها ضروری است. در نظر گرفتن متغیرهای واسطه‌ای و نقش متغیرهای مکنون و آشکار در پژوهش‌ها منجر به ایجاد بینش جدید و باعث تحلیل عمیق‌تر و گسترده‌تر موضوع اختلالات مصرف مواد می‌گردد. از این رو، با نگاهی به آنچه که عنوان گردید نیاز است مدلی جهت درک عمیق‌تر پدیده عود طراحی شود تا کمک نماید مداخلات بعدی در راستای ارزیابی، تشخیص و پیش‌بینی مناسب‌تر عود تدوین گردد. بنابراین، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این سوال بود که آیا مدل پیشنهادی رابطه گرایش به عود با ذهنیت والد سرزنش‌گر با نقش واسطه‌ای ذهن آگاهی دارای برازش مطلوب است؟ در نهایت با توجه به سوال فوق مدل مفهومی در شکل ۱ ارائه گردید.

شکل ۱: مدل پیشنهادی پژوهش



روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی مردان وابسته به مواد مخدر افیونی (تریاک، شیر و هروئین) در بازه سنی ۲۰ تا ۵۰ ساله مستقر در ۳۰ مرکز اقامتی ترک اعتیاد در استان گلستان در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. برای سازگاری با الگوی معادلات ساختاری، تعداد نمونه مشروط بر بدست آمدن تعداد بیشتر از ۲۰۰ نمونه باید بر اساس حداقل ضریب ۱۵ و حداکثر ضریب ۵۰ برای تعداد متغیرهای مشاهده شده باشد (استیونس، ۱۹۹۴، به نقل از هومن، ۱۳۹۳). در این پژوهش، برای تعیین حجم نمونه با توجه به تعداد متغیرهای مشاهده شده و تخصیص ضریب ۴۰ (۵ متغیر مشاهده شده در مدل) و با احتمال خطا نمونه‌گیری با بیش برآورد، تعداد ۲۲۵ نفر به عنوان حجم نمونه به روش تصادفی طبقه‌ای نسبتی انتخاب گردید. به این صورت که از بین تمامی مراکز در تقسیم‌بندی استان به سه بخش، به تناسب ظرفیت پذیرش هر یک از مراکز، نمونه‌گیری به صورت تصادفی با اختصاص سهم نسبی انجام شد. در ابتدا توضیحات مقدماتی در خصوص هدف پژوهش و نحوه همکاری و تکمیل ابزارها به افراد در حال بهبودی از اعتیاد داده شده و پس از کسب رضایت آگاهانه در خصوص اجرا طرح، پرسش‌نامه‌ها در اختیار افراد قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از همبستگی پیرسون، مدل‌یابی معادلات ساختاری، و روش بوت استروپینگ^۱ با نرم افزارهای SPSS-18 و AMOS-23 استفاده شد.

ابزار

۱- پرسش‌نامه عود^۲: پرسش‌نامه عود توسط رایت^۳ و همکاران (۱۹۹۳) با ۴۵ گویه به منظور ارزیابی میزان احتمال برگشت به مواد در بیماران وابسته به آن طراحی شده است. بر اساس طیف لیکرت صفر (هیچ)، ۱ (ضعیف)، ۲ (متوسط)، ۳ (قوی) و ۴ (خیلی زیاد)

1. bootstrapping
2. relapse prediction scale

3. Wright

نمره گذاری می‌شود. دامنه نمرات آزمودنی‌ها در هر موقعیت میل مصرف و احتمال مصرف بین صفر تا ۱۸۰ قرار می‌گیرد که نمرات بالاتر نشان‌دهنده میل و احتمال مصرف بالاتر است و بالعکس. نمره ۰ تا ۶۰ = میزان پیش‌بینی بازگشت ضعیف است. نمره ۶۱ تا ۹۰ = میزان پیش‌بینی بازگشت متوسط است. نمره بالاتر از ۹۰ = میزان پیش‌بینی بازگشت قوی است. در مجموع، بر اساس پاسخدهی آزمودنی می‌توان نوع مقابله، میزان اشتیاق و احتمال بازگشت مجدد به مصرف مواد را پیش‌بینی کرد. روایی سازه و محتوا توسط رایت و همکاران (۱۹۹۳) مورد تایید واقع شد و پایایی به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۵ بدست آمد. در پژوهش محرابی و همکاران (۱۳۸۲) روایی سازه و محتوا تایید شد و پایایی آزمون از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد. همچنین، در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای عود ۰/۸۶ بدست آمد.

۲- پرسش‌نامه ذهنیت‌های طرحواره‌ای^۱: پرسش‌نامه ذهنیت‌های طرحواره‌ای توسط لوبستیل و همکاران (۲۰۱۲) با ۱۲۴ گویه طراحی شد و هدف آن سنجش ۱۴ ذهنیت طرح‌واره‌ای است: ذهنیت کودک آسیب‌پذیر (آیتم‌های ۴، ۶، ۳۶، ۵۰، ۶۷، ۷۱، ۱۰۵، ۱۱۱، ۱۱۹)، ذهنیت کودک عصبانی (آیتم‌های ۲۲، ۴۲، ۴۷، ۴۹، ۵۶، ۶۳، ۷۶، ۷۹، ۱۰۳، ۱۰۹)، ذهنیت کودک غضبناک^۲ (آیتم‌های ۱۴، ۲۵، ۲۶، ۴۶، ۵۴، ۶۰، ۹۲، ۹۸، ۱۰۱، ۱۲۳)، ذهنیت کودک تکانشی (آیتم‌های ۱۲، ۱۵، ۳۵، ۴۰، ۶۱، ۶۹، ۷۸، ۹۷، ۱۱۰)، ذهنیت کودک بی‌انضباط^۳ (آیتم‌های ۱۳، ۲۱، ۳۰، ۶۵، ۷۰، ۱۰۷)، ذهنیت کودک شاد^۴ (آیتم‌های ۲، ۱۶، ۱۹، ۴۸، ۶۱، ۶۸، ۹۵، ۹۶، ۱۱۳، ۱۲۲)، ذهنیت تسلیم شده مطیع^۵ (آیتم‌های ۸، ۱۸، ۳۷، ۳۸، ۵۵، ۱۰۰، ۱۰۸)، ذهنیت محافظ بی‌تفاوت (آیتم‌های ۲۸، ۳۳، ۳۴، ۳۹، ۴۳، ۵۹، ۶۴، ۷۵، ۸۸)، ذهنیت خودآرام بخش بی‌تفاوت (آیتم‌های ۴۱، ۵۲، ۵۷، ۸۶)، ذهنیت خود بزرگ‌منش (آیتم‌های ۱۰، ۱۱، ۲۷، ۳۱، ۴۴، ۷۴، ۸۱، ۸۹، ۹۱، ۱۱۴)، ذهنیت زورگو و تهاجمی (آیتم‌های ۱، ۲۴، ۳۲، ۵۳، ۷۷، ۹۳، ۹۹، ۱۰۲، ۱۱۲)، ذهنیت والد سرزنش‌گر (آیتم‌های ۳، ۵، ۹، ۱۶، ۵۸، ۷۲، ۸۴، ۸۷، ۹۴، ۱۱۸)، ذهنیت والد پرتوقع^۶ (آیتم‌های ۷،

1. schema modes questionnaire
2. aggressive child mode
3. undisciplined child mode

4. happy child mode
5. submissive mode
6. high expectancy parent mode

۲۳، ۴۵، ۵۱، ۸۲، ۸۳، ۹۰، ۱۰۴، ۱۱۵، ۱۱۶)، و ذهنیت بزرگسال سالم (آیتم‌های ۲۰، ۲۹، ۶۲، ۷۳، ۸۰، ۸۵، ۱۱۷، ۱۲۰، ۱۲۱، ۱۲۴). در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (هیچ وقت=۱، به ندرت=۲، گاهی=۳، اغلب=۴، مدام=۵ و همیشه=۶) مورد ارزیابی قرار می‌دهد. حداقل نمره در خرده مقیاس والد سرزنش گر ۱۰ و حداکثر آن ۶۰ است و نمره بالاتر نشان دهنده وضعیت بد و سرزنش بیشتر است. توسط لوبستیل و همکاران (۲۰۱۰) روایی سازه و محتوا تایید شد و پایایی به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۰ بدست آمده است. در ایران توسط حنایی و همکاران (۱۳۹۳) روایی سازه و محتوا تایید شد و پایایی به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۴ بدست آمده است. در پژوهش حاضر، صرفاً از خرده مقیاس ذهنیت والد سرزنش گر استفاده شد. همچنین، در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای ذهنیت والد سرزنش گر ۰/۷۶ بدست آمد.

۳- پرسش‌نامه ذهن‌آگاهی^۱: پرسش‌نامه ذهن‌آگاهی توسط بایر^۲ و همکاران (۲۰۰۶) با ۳۹ گویه طراحی شد. خرده مقیاس‌ها شامل مشاهده^۳ (آیتم‌های ۱-۶-۱۱-۱۵-۲۰-۲۶-۳۱-۳۶)، توصیف^۴ (آیتم‌های ۳۲-۱۶-۳۷-۲-۷-۱۲-۲۲-۲۷)، عمل همراه با آگاهی^۵ (آیتم‌های ۵-۸-۱۳-۱۸-۲۳-۲۸-۳۴-۳۸)، عدم قضاوت^۶ (آیتم‌های ۳-۱۰-۱۴-۱۷-۲۵-۳۰-۳۵-۳۹) و عدم واکنش^۷ (آیتم‌های ۴-۹-۱۹-۲۱-۲۴-۲۹-۳۳) است. آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) میزان موافقت یا مخالفت خود با هر یک از عبارات را بیان کند. دامنه نمرات در این مقیاس ۳۹ تا ۱۹۵ می‌باشد. از جمع نمرات هر زیر مقیاس یک نمره کلی به دست می‌آید که هر چه نمره بالاتر باشد، ذهن‌آگاهی هم بیشتر است. بایر و همکاران (۲۰۰۶) روایی سازه و محتوا را تایید کردند و پایایی به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۱ بدست آمد. در ایران، توسط احمدوند و همکاران (۱۳۹۳) روایی سازه و محتوا تایید شد و پایایی به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۵۷ تا ۰/۸۳ بدست آمد. در پژوهش حاضر، صرفاً از خرده مقیاس‌های عمل همراه با آگاهی،

1. mindfulness questionnaire
2. Baer
3. observation
4. description

5. action with awareness
6. non-judgment
7. non-reaction

عدم قضاوت و عدم واکنش استفاده شد. همچنین، در پژوهش حاضر، پایایی به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس های مورد استفاده شامل عمل همراه با آگاهی ۰/۸۰، عدم قضاوت ۰/۸۱، عدم واکنش ۰/۸۲ و نمره کلی ۰/۸۴ بدست آمد.

یافته ها

در جدول ۱ اطلاعات جمعیت شناختی گروه نمونه در شاخص های متفاوت ارائه شده است.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی در گروه نمونه

متغیر	مجموعه	فراوانی	درصد فراوانی
سن	۲۰ تا ۴۰	۱۰۵	۴۶/۶۶
	۴۱ به بالاتر	۱۲۰	۵۳/۳۴
وضعیت شغلی	بدون شغل	۹۶	۴۲/۶۶
	شاغل	۱۲۹	۵۷/۳۴
وضعیت تحصیلی	زیر دیپلم	۱۶۹	۷۵/۱۱
	دیپلم و بالاتر	۵۶	۲۴/۸۹
مدت اعتیاد	۱ تا ۵ سال	۶۹	۳۰/۶۶
	۶ سال به بالا	۱۵۶	۶۹/۳۴
تاهل	متاهل	۱۷۸	۷۹/۱۱
	مجرد	۴۷	۲۰/۸۹

با توجه به جدول ۱، اطلاعات جمعیت شناختی گروه افراد در شاخص های متفاوت نشان داده می شود. در ابتدا با بررسی مقیاس ابزار که فاصله ای می باشد و پیش فرض های آماری با استفاده از آزمون های کشیدگی و چولگی، کولموگروف-اسمیرنوف^۱ نرمالی داده ها تایید شد که حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرها و مناسب بودن آن ها جهت انجام مدل معادلات ساختاری بود. جهت بررسی مفروضه عدم وجود خودهمبستگی در خطاهای پژوهش، از آماره دوربین-واتسون^۲ استفاده شد که مقدار آن ۱/۶۴ به دست آمد و از آنجا که مقدار مورد نظر در دامنه ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد، می توان گفت مفروضه عدم وجود خودهمبستگی مورد تأیید است. همچنین مفروضه عدم وجود هم خطی

1. Kolmogoro-Smirnov test

2. Durbin-Watson

برای متغیرهای برونزای پژوهش با استفاده از ضریب تحمل^۱ و عامل تورم واریانس^۲ بررسی شد. نتایج نشان داد مفروضه عدم وجود هم‌خطی محقق شد، زیرا مقدار ضریب تحمل در تمامی متغیرها به عدد یک نزدیک بود و مقادیر عامل تورم واریانس در همه آن‌ها از حد بحرانی^۳ کمتر بود. بررسی شاخص کفایت حجم نمونه^۴ (۰/۸۲۰) و شاخص کروییت بارتلت^۵ ($p < ۰/۰۱$) حاکی از برآورده شدن ملاک‌های لازم برای مدل معادلات ساختاری بود. در جدول ۲ روابط بین متغیرهای مورد مطالعه پرداخته شد.

جدول ۲: ماتریس همبستگی خرده آزمون‌های ذهنیت والد سرزنش‌گر و ذهن‌آگاهی با گرایش به

عود						
متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	۱	۲	۳	۴
۱- والد سرزنش‌گر	۲۹/۶۰	۱۹/۲۲	-			
۲- عمل	۱۵/۶۴	۳/۱۱	-۰/۲۴*	-		
۳- قضاوت	۱۴/۵۵	۲/۰۳	-۰/۲۲*	۰/۶۱*	-	
۴- واکنش	۱۴/۰۴	۳/۸۶	-۰/۲۵*	۰/۵۹*	۰/۶۷*	-
۵- ذهن‌آگاهی	۴۴/۲۳	۶/۵۲	-۰/۲۷*	۰/۷۴*	۰/۸۰*	۰/۷۵*
۶- عود	۸۷/۰۲	۹/۶۱	۰/۳۱*	-۰/۲۴*	-۰/۲۴*	-۰/۲۲*

* $p < ۰/۰۱$.

نتایج مندرج در جدول ۲ همبستگی‌های معناداری بین ذهنیت والد سرزنش‌گر و خرده مقیاس‌های ذهن‌آگاهی با گرایش به عود را نشان می‌دهد. به طور مشخص، بین ذهنیت والد سرزنش‌گر با گرایش به عود رابطه مثبت معنادار وجود داشت ($p < ۰/۰۱$) و بین خرده مقیاس‌های ذهن‌آگاهی با گرایش به عود رابطه منفی معنادار بدست آمد ($p < ۰/۰۱$). جدول ۳ شاخص‌های برازش مدل پژوهش شامل کای مربع بهنجار شده (χ^2/df)، شاخص نیکویی برازش^۶ (GFI)، شاخص برازش تطبیقی^۷ (CFI)، شاخص توکر-لوییس^۸ (TLI)،

1. tolerance
2. variance inflation factors (VIF)
3. critical ratio
4. Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy (KMO)

5. Bartlett's test of sphericity
6. goodness of fit index (GFI)
7. comparative fit index (CFI)
8. tucker-lewis index (TLI)

3. standardized root mean square residuals (SRMR)

جدول ۴ اثرات مستقیم بین متغیرهای مدل پژوهش به روش حداکثر درست‌نمایی^۱ را نشان می‌دهد.

جدول ۴: برآورد مستقیم مدل

متغیر	β	R^2	حد بحرانی	معناداری	نتیجه
والد سرزنش‌گر بر گرایش به عود	۰/۲۹	۰/۰۹	۴/۱۱	*۰/۰۱	تایید
ذهن‌آگاهی بر گرایش به عود	-۰/۲۱	۰/۰۶	۳/۵۳	*۰/۰۱	تایید
والد سرزنش‌گر بر ذهن‌آگاهی	-۰/۲۵	۰/۰۷	۳/۸۹	*۰/۰۱	تایید

* $p < ۰/۰۱$.

با توجه به جدول ۴، مقدار ضریب بتا (اثر) ذهنیت والد سرزنش‌گر بر گرایش به عود برابر با ۰/۲۹ بود. مقدار ضریب بتا (اثر) ذهن‌آگاهی بر گرایش به عود برابر با ۰/۲۱- بود ($p < ۰/۰۱$) اما میزان اثر ۰/۳۳- ذکر شده در خروجی تصویری نرم افزار در مدل پژوهش در شکل ۲ شامل ترکیب اثرات مستقیم ذهن‌آگاهی بر گرایش به عود و اثر غیرمستقیم مسیر ذهنیت والد سرزنش‌گر بر گرایش به عود با نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی است. بنابراین، میزان اثر مستقیم ذهن‌آگاهی بر گرایش به عود در مدل به صورت ترکیب شده با اثر مسیر غیرمستقیم ذکر شده است. همچنین، ذهنیت والد سرزنش‌گر و ذهن‌آگاهی به طور مشخص ۰/۰۹ و ۰/۰۶ از واریانس مشترک گرایش به عود را در سطح معناداری ۰/۰۱ تبیین کردند. همچنین، اثر مستقیم والد سرزنش‌گر بر ذهن‌آگاهی ۰/۲۵- و میزان واریانس مشترک ۰/۰۷ در سطح معناداری ۰/۰۱ بدست آمد. جدول ۵ اثر غیرمستقیم ذهنیت والد سرزنش‌گر بر گرایش به عود با نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی از طریق روش بوت‌استروپینگ در نرم‌افزار ایموس به صورت بازنمونه‌گیری با تعداد ۲۰۰۰ نمونه را نشان می‌دهد.

جدول ۵: برآورد غیرمستقیم مدل با استفاده از روش بوت‌استروپینگ

متغیر	β	R^2	حد پایین	حد بالا	معناداری
ذهنیت والد سرزنش‌گر بر گرایش به عود با نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی	-۰/۳۳	۰/۲۹	-۰/۴۱	-۰/۲۴	*۰/۰۰۲

* $p < ۰/۰۱$.

با توجه به جدول ۴، مسیر غیر مستقیم ذهنیت والد سرزنش گر بر گرایش به عود با نقش واسطه‌ای ذهن آگاهی تایید شد ($p < 0/01$) و به طور کلی مسیر توان پیش‌بینی ۲۹ درصد از واریانس متغیر گرایش به عود را داشت.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای ذهن آگاهی در رابطه بین ذهنیت والد سرزنش گر با گرایش به عود در افراد وابسته به مواد در حال بهبودی بود. نتایج نشان داد که ذهنیت والد سرزنش گر بر گرایش به عود اثر مستقیم معنادار داشت، ذهن آگاهی بر گرایش به عود اثر مستقیم معنادار داشت و ذهنیت والد سرزنش گر با نقش واسطه‌ای ذهن آگاهی اثر غیرمستقیم بر گرایش به عود داشت و مدل پژوهش تایید.

نتایج پژوهش نشان داد که ذهنیت والد سرزنش گر بر گرایش به عود اثر مستقیم معنادار داشت. این یافته همسو با یافته شعبانی و همکاران (۱۳۹۶) در خصوص اثر طرحواره‌های ناسازگار اولیه با آمادگی به اعتیاد در بین افراد وابسته به مواد در حال بهبودی و همچنین یافته صدری دمی‌چی و همکاران (۱۳۹۸) در خصوص رابطه مثبت ذهنیت والد سرزنش گر با آمادگی به اعتیاد در افراد وابسته به مواد و همین‌طور یافته بیانی و همکاران (۱۴۰۲) در جهت اثر سرزنش والدین بر عود اعتیاد است. در خصوص تبیین این یافته می‌توان گفت که ذهنیت والد سرزنش گر صدای درونی شده والد یا دیگر مراقبین دوران کودکی است که بیماران را مورد انتقاد و تنبیه قرار می‌دهد، طوری که افراد از این که احساس خود را ابراز داشته یا نیاز طبیعی خود را بیان کنند، نسبت به خودشان احساس خشم می‌کنند و خود را سزاوار تنبیه می‌دانند. این افراد در دوران کودکی در پی ابراز احساسات یا نیازهای خود از سوی والدین یا مراقبان خود مورد انتقاد و تنبیه واقع شده‌اند. می‌توان عنوان نمود که ذهنیت‌های والد و کودک (به جز کودک شاد) به‌طور متغیری بر هم تأثیر می‌گذارد و باعث می‌شود که افراد تحت تأثیر تعارضات آن‌ها، درد و رنج خود را با مواد اعتیادآور تسکین دهند (کاریادی و همکاران، ۲۰۱۴). در واقع، مواد مخدر در کوتاه مدت باعث تسکین و یا تغییر حالت‌های احساسی دردناک غیرقابل تحمل مانند غم، ترس، تنهایی، کسالت و درماندگی می‌شود و می‌توان گفت که ذهنیت والد

سرزنش‌گر ممکن است به افزایش استرس و اضطراب در افراد منجر شود و افراد مبتلا به اعتیاد ممکن است در شرایط فشار روانی به سمت رفتارهای اعتیادی خود بازگردند.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که ذهن‌آگاهی بر گرایش به عود اثر مستقیم معناداری داشت. این یافته همسو با یافته کاریادی و همکاران (۲۰۱۴) در خصوص رابطه ذهن‌آگاهی با رفتارهای مصرف مواد و یافته روزنتال و همکاران (۲۰۲۱) در جهت اثر ذهن‌آگاهی بر نشانه‌های مرتبط با اعتیاد است. در خصوص تبیین این یافته می‌توان گفت که ذهن‌آگاهی می‌تواند به افراد کمک کند تا با استرس و اضطراب به شیوه‌ای سالم‌تر برخورد کنند و از الگوهای قدیمی خود دور شوند. ذهن‌آگاهی به افراد این امکان را می‌دهد که خود را بدون قضاوت بپذیرند. این پذیرش می‌تواند به کاهش احساس گناه و شرم ناشی از صدای والد سرزنش‌گر کمک کند در نتیجه، افراد کمتر به سمت عود می‌روند (بیانی و همکاران، ۱۴۰۲). ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا نسبت به افکار و احساسات خود آگاه‌تر شوند. این آگاهی می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا الگوهای فکری منفی و سرزنش‌گرانه را شناسایی کرده و آن‌ها را تغییر دهند. افرادی که ذهن‌آگاهی را تمرین می‌کنند، معمولاً مهارت‌های بهتری در مقابله با چالش‌ها و فشارهای زندگی دارند. این مهارت‌ها می‌تواند به جلوگیری از عود کمک کنند. ذهن‌آگاهی می‌تواند به افراد کمک کند تا از واکنش‌های احساسی شدید به موقعیت‌های استرس‌زا جلوگیری کنند. این موضوع می‌تواند به جلوگیری از عود در مواقعی که فرد تحت فشار قرار دارد، کمک کند. در واقع، تمرینات ذهن‌آگاهی یک راهبرد مقابله‌ای است که با ایجاد تعادل، خطر عود در نتیجه سبک زندگی پر استرس را کاهش می‌دهد (مارلات و دونووان^۱، ۲۰۰۵).

نتایج پژوهش نشان داد که ذهنیت والد سرزنش‌گر با نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی اثر غیر مستقیم بر گرایش به عود داشت. این یافته همسو با نتایج سالگو و همکاران (۲۰۲۱) در خصوص اثر ذهنیت‌های طرحواره بر ذهن‌آگاهی در عود اختلال‌ها است. در تبیین نتایج مسیر غیر مستقیم مدل می‌توان عنوان نمود که ذهن‌آگاهی راهی برای مشاهده افکار، تصاویر، احساسات و پذیرش آنها بدون درگیر شدن فرد با محتوای افکار است. در واقع،

می‌توان گفت بخش مهمی از این هیجانات منفی و مشکلات بین فردی به واسطه ذهنیت والد سرزنش‌گر ایجاد می‌گردد. می‌توان چنین عنوان نمود که عواطف منفی و آشفته‌گی‌های هیجانی با عود و مصرف مواد به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای اجتنابی به شکل موقت حذف، کاهش و یا تعدیل می‌گردد و فرد در یک دور باطل قرار می‌گیرد، زیرا پس از عود، ذهنیت والد سرزنش‌گر شروع به انتقاد و تنبیه فرد می‌کند (سالگو و همکاران، ۲۰۲۱). اما ذهن آگاهی می‌تواند به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای سازگار و سالم، میل ذهن به تشدید کردن هیجان‌های منفی را کاهش دهد و ننگ، شرم، سرزنش و احساس گناهی را که اغلب افراد مبتلا به رفتارهای اعتیادآور تجربه می‌کنند، کم رنگ‌تر کند. ذهن آگاهی با نگاه مشفقانه به پدیده‌ها توجه کرده و به جای احساس گناه، شرم و سرزنش خود، به پذیرش و گشاده نظری اهمیت می‌دهد. همچنین، می‌توان گفت که توجه آگاهی با آگاهی فراشناختی همراه است و فرد در این وضعیت می‌تواند به جای تسلیم شدن در برابر رفتارهای شرطی و عادات‌های معمولی خود، از چشم انداز وسیع‌تری به شرایط نگاه کند و این آگاهی منجر به تقویت احساس آزادی و انتخاب در فرد می‌شود. ذهن آگاهی با کاهش تأثیرات منفی ذهنیت والد سرزنشگر، از شدت گرایش به عود می‌کاهد. به بیان دیگر، ذهن آگاهی به عنوان سبک مقابله‌ای جدید (نقطه مقابل سبک مقابله‌ای اجتنابی) باعث می‌شود که تأثیر ذهنیت والد سرزنشگر بر گرایش به عود کاهش یابد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر میتوان به محدود بودن ابزار اندازه‌گیری به پرسش‌نامه و عدم استفاده از سایر ابزارها اشاره نمود. عدم کنترل وضعیت اقتصاد- اجتماعی دیگر محدودیت پژوهش حاضر است. همچنین، مقطعی بودن پژوهش می‌تواند منجر به احتیاط در تعمیم نتایج به جامعه هدف گردد. نتایج حاصله در این پژوهش در مجموع توانستند بخشی از واریانس را تبیین نمایند. بنابراین، پیشنهاد میشود به منظور تبیین واریانس باقیمانده پژوهشهایی با تمرکز بر سایر عوامل فردی و اجتماعی مؤثر در این زمینه و متغیرهای دیگر صورت گیرد. همچنین، پیشنهاد می‌شود در تحقیقات مشابه بعدی از روش‌های دیگری نظیر مصاحبه نیز استفاده شود و این پژوهش را روی افراد و گروه‌های سنی و موقعیت‌های مکانی مختلف اجرا شود تا نتایج تعمیم‌پذیری بیشتری داشته باشد. به

علاوه، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی بر روی نمونه‌های گسترده‌تر انجام شود و از طرح‌های تجربی یا طولی که امکان استنتاج یک رابطه علت و معلولی را ایجاد نماید، استفاده شود. نتایج بدست آمده نشان می‌دهد که افراد وابسته به مواد در حال بهبودی که گرایش بیشتری به عود دارند، دارای سطح بالاتری از ذهنیت والد سرزنش‌گر و در سطح پایین‌تری از ذهن‌آگاهی قرار دارند. بنابراین، به مشاوران و روانشناسان مراکز اقامتی ترک اعتیاد پیشنهاد می‌گردد که به این متغیرها در کاهش گرایش به عود افراد وابسته به مواد در حال بهبودی توجه ویژه‌ای نمایند. همچنین، پیشنهاد می‌گردد که در حوزه درمان افراد وابسته به مواد در حال بهبودی جهت کاهش گرایش به عود، به نقش روابط والدین در محیط خانواده و همچنین فرآیندهای ذهنی افراد توجه ویژه‌ای شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان و کارکنان مراکز ترک اعتیاد به‌خاطر همکاری ارزنده‌شان در اجرای این پژوهش نهایت تشکر و قدردانی را داریم. این پژوهش برگرفته از بخشی از رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه شاهد است.

منابع

- احمدوند، زهرا؛ حیدری نسب، لیلا و شعیری، محمدرضا (۱۳۹۲). واری اعتبار و روایی پرسشنامه پنج‌وجهی ذهن‌آگاهی در نمونه‌های غیر بالینی ایرانی. *مجله علوم رفتاری*، ۷(۳)، ۲۳۷-۲۲۹.
- بهرامیان، حمیدرضا؛ ابوالقاسمی، شهنام و زربخش بحری، محمدرضا (۱۴۰۱). ارائه مدل عود اعتیاد بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه، و سواس فکری با میانجی‌گری هیجان‌خواهی در معتادان خودمعرف. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۵(۴)، ۱۴۵۰-۱۴۳۵.
- بیانی، علی؛ امیر احمدی، رحمت الله و اسماعیلی، علیرضا (۱۴۰۲). تجارب زیسته جوانان معتاد از نقش حمایت اجتماعی در پیشگیری از عود اعتیاد. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۴(۵۶)، ۱۰۱-۶۷.
- پزشک زاده، سهیلا؛ اسماعیلی، معصومه؛ فرح‌بخش، کیومرث و فاسفی‌نژاد، محمدرضا (۱۳۹۷). واکاوی علل عود در سوء مصرف کنندگان مواد بر اساس مولفه‌های معنایی - ارزشی زبان (تحلیل گفتمان موردی). *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۶)، ۷۴-۵۵.
- جمشیدی، صفورا؛ اصغری ابراهیم آباد، محمد جواد و رسول زاده طباطبایی، کاظم (۱۳۹۹). نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در پیش‌بینی خطر عود به اعتیاد. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۰، ۱۲۳.

شعبانی، حسن؛ میرزاییان، بهرام و سنگانی، علیرضا (۱۳۹۶). مدل‌یابی روابط ساختاری طرحواره، سبک‌های دلبستگی با آمادگی به اعتیاد با واسطه‌گری راهبردهای مقابله‌ای استرس، تنظیم شناختی هیجان و احساس تنهایی در معتادان در حال ترک اعتیاد به مواد مخدر. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۱ (۴۳)، ۱۹۴-۱۷۷.

صدری دمیچی، اسماعیل؛ اسرافیلی تازه‌کند محمدیه، هاجر و مصباحی، سید فرید (۱۳۹۸). الگوی آمادگی به اعتیاد بر اساس صفات سه‌گانه تاریک شخصیت و ذهنیت‌های طرحواره‌ای. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۳ (۵۳)، ۱۳۸-۱۱۹.

عامری نرجس (۱۴۰۱). روابط ساختاری طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون: نقش میانجی شفقت به خود. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۶ (۶۶)، ۷۰-۴۷.

محمدی، سهیل؛ ایمانی، سعید و فتح‌آبادی، جلیل (۱۴۰۱). پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد بر اساس ابعاد شخصیت و طرحواره‌های ناسازگار اولیه. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۶ (۶۳)، ۸۴-۶۵. نعمتی سوگلی‌تپه، فاطمه و خالدیان، محمد (۱۴۰۱). مطالعه کیفی عوامل موثر بر عود مجدد به سوءمصرف مواد مخدر و اعتیاد با رویکرد گراند تئوری. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۶ (۶۴)، ۳۰۷-۲۷۹.

هومن، حیدر علی (۱۳۹۳). *مدل‌یابی ساختاری روابط معادلات ساختاری با کاربرد نرم افزار لیزرل*. تهران: سمت، چاپ اول.

محرابی، حسینعلی؛ نشاط دوست، حمیدطاهر و مولوی، حسین. (۱۳۸۴). بررسی اثربخشی گروه درمانی ساختاریافته و آموزش خانواده در کاهش عود بیماران وابسته به مواد شهر اصفهان. *علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۲۲ (۴)، ۵۵-۴۸.

حنایی، نازیلا؛ محمودعلیلو، مجید؛ بخشی پورودسری، عباس و اکبری، ابراهیم (۱۳۹۴). ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای، تجربه کودک‌آزاری و سبک‌های دلبستگی در اختلال شخصیت مرزی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۳ (۱)، ۱۲۰-۱۰۱.

References

- Arntz, A., & Jacob, G. (2017). *Schema therapy in practice: An introductory guide to the schema mode approach*. John Wiley & Sons.
- Arntz, A., & Van Genderen, H. (2020). *Schema therapy for borderline personality disorder*. John Wiley & Sons.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.

- Booga, M., Van Hest, K. M., Drescher, T., Verschuur, M. J., & Franken, I. H. (2018). Schema modes and personality disorder symptoms in alcohol-dependent and cocaine-dependent patients. *European Addiction Research*, 24(5), 226-233.
- Ceceli, A. O., Bradberry, C. W., & Goldstein, R. Z. (2022). The neurobiology of drug addiction: cross-species insights into the dysfunction and recovery of the prefrontal cortex. *Neuropsychopharmacology*, 47(1), 276-291.
- Connors, G. J., DiClemente, C. C., Velasquez, M. M., & Donovan, D. M. (2013). *Substance abuse treatment and the stages of change: Selecting and planning interventions*. Guilford Press.
- Donovan, D. M., Ingalsbe, M. H., Benbow, J., & Daley, D. C. (2013). 12-step interventions and mutual support programs for substance use disorders: An overview. *Social Work in Public Health*, 28(3-4), 313-332.
- Grant, S., Colaiaco, B., Motala, A., Shanman, R., Booth, M., Sorbero, M., & Hempel, S. (2017). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Addiction Medicine*, 11(5), 386-396.
- Grigorian, H. L., Brem, M. J., Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2020). Mindfulness and early maladaptive schemas among men in treatment for substance use disorder. *Mindfulness*, 11(7), 1690-1698.
- Janovsky, T., Clark, G. I., & Rock, A. J. (2019). Trait mindfulness mediates the relationship between early maladaptive schema and interpersonal problems. *Australian Psychologist*, 54(5), 391-401.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. Chapter 4: Sitting Meditation: Nourishing the Domain of Being (pp. 59-72). The Program of Stress Reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center.
- Karyadi, K. A., VanderVeen, J. D., & Cyders, M. A. (2014). A meta-analysis of the relationship between trait mindfulness and substance use behaviors. *Drug and Alcohol Dependence*, 143, 1-10.
- Kersten, T. (2012). *Schema Therapy for personality disorders and addiction*. The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice, 415-424.
- Lee, C. W., & Arntz, A. (2013). A commentary on the study on dual-focused vs. single-focused therapy for personality disorders and substance dependence by Ball et al. (2011): what can we really conclude? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(8), 712-713.
- Lobbetael, J. (2012). *Validation of the schema mode inventory*. The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice, 541-551.
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford press.
- Menon, J., & Kandasamy, A. (2018). Relapse prevention. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(4), S473-S478.

- Ndou, N., & Khosa, P. (2023). Factors influencing relapse in individuals with substance use disorders: an ecological perspective. *Social Work*, 59(1), 1-23.
- Priddy, S. E., Howard, M. O., Hanley, A. W., Riquino, M. R., Friberg-Felsted, K., & Garland, E. L. (2018). Mindfulness meditation in the treatment of substance use disorders and preventing future relapse: neurocognitive mechanisms and clinical implications. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 9, 103-114.
- Riso, L. P., du Toit, P. L., Stein, D. J., & Young, J. E. (2007). *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide* (pp. xi-240). American Psychological Association.
- Roediger, E., Stevens, B. A., & Brockman, R. (2018). *Contextual schema therapy: An integrative approach to personality disorders, emotional dysregulation, and interpersonal functioning*. New Harbinger Publications.
- Rosenthal, A., Levin, M. E., Garland, E. L., & Romanczuk-Seiferth, N. (2021). Mindfulness in treatment approaches for addiction—underlying mechanisms and future directions. *Current Addiction Reports*, 8, 282-297.
- Sahker, E., Pro, G., Poudyal, H., & Furukawa, T. A. (2024). Evaluating the substance use disorder treatment gap in the United States, 2016– 2019: A population health observational study. *The American Journal on Addictions*, 33(1), 36-47.
- Sakulsriprasert, C., Thawornwutichat, R., Phukao, D., & Guadamuz, T. E. (2023). Early maladaptive schemas and addictive behaviours: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(6), 1416-1432.
- Salgó, E., Bajzát, B., & Unoka, Z. (2021). Schema modes and their associations with emotion regulation, mindfulness, and self-compassion among patients with personality disorders. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1), 19.
- Sancho, M., De Gracia, M., Rodriguez, R. C., Mallorquí-Bagué, N., Sánchez-González, J., Trujols, J., Sánchez, I., Jiménez-Murcia, S., & Menchon, J. M. (2018). Mindfulness-based interventions for the treatment of substance and behavioral addictions: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 95.
- Santo Jr, T., Campbell, G., Gisev, N., Tran, L. T., Colledge, S., Di Tanna, G. L., & Degenhardt, L. (2021). Prevalence of childhood maltreatment among people with opioid use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 219, 108459.
- Shorey, R. C., Brasfield, H., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2015). The relation between trait mindfulness and early maladaptive schemas in men seeking substance use treatment. *Mindfulness*, 6(2), 348-355.
- Shorey, R. C., Stuart, G. L., & Anderson, S. (2012). The early maladaptive schemas of an opioid-dependent sample of treatment seeking young adults: A descriptive investigation. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(3), 271-278.
- Simmons, V. N., Litvin, E. B., Patel, R. D., Jacobsen, P. B., McCaffrey, J. C., Bepler, G.,... & Brandon, T. H. (2009). Patient–provider communication and

- perspectives on smoking cessation and relapse in the oncology setting. *Patient Education and Counseling*, 77(3), 398-403.
- Straver, F. R. (2017). *A theoretical model of substance use based on schema therapy concepts* (Master's thesis).
- Tapia, G., Perez-Dandieu, B., Lenoir, H., Othily, E., Gray, M., & Delile, J. M. (2018). Treating addiction with schema therapy and EMDR in women with co-occurring SUD and PTSD: A pilot study. *Journal of Substance Use*, 23(2), 199-205.
- Thimm, J. C. (2017). Relationships between early maladaptive schemas, mindfulness, self-compassion, and psychological distress. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17(1), 3-17.
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Harrop, E. N., Douglas, H., Enkema, M., & Sedgwick, C. (2014). Mindfulness-Based Treatment to Prevent Addictive Behavior Relapse: Theoretical Models and Hypothesized Mechanisms of Change. *Substance Use & Misuse*, 49(5), 513-524.
- Wright, F. D., Beck, A. T., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). Cognitive therapy of substance abuse: theoretical rationale. *NIDA Research Monograph*, 137, 123-146.
- Young, J. E. (2014). Schema-focused therapy for personality disorders. In *Cognitive behaviour therapy* (pp. 201-222). Routledge.
- Zein, M., & Danovitch, I. (2023). Substance-Related and Addictive Disorders. *Atlas of Psychiatry*, 437-467.