

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ولع مصرف، شدت وابستگی و تنظیم شناختی هیجان زنان وابسته به مواد

اسماعیل صدری دمیرچی^۱، سارا اسدی شیشه‌گران^۲، فریبا اسماعیلی قاضی ولوئی^۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۶/۰۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۲/۱۹

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ولع مصرف، شدت وابستگی و تنظیم شناختی هیجان زنان وابسته به مواد صورت گرفت. **روش:** نوع پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه می‌باشد. جامعه آماری پژوهش تمامی زنان وابسته به مواد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر تبریز در نیمه اول سال ۱۳۹۴ بود. به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) انتخاب شدند. پرسش‌نامه‌های ولع مصرف، شدت وابستگی و تنظیم شناختی هیجان برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در ۱۰ جلسه دو ساعته در گروه آزمایشی اجرا شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش ولع مصرف و کاهش شدت وابستگی به مواد و افزایش استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان در زنان وابسته به مواد شد. **نتیجه‌گیری:** درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی از روش‌های درمانی تاثیرگذار بر ولع مصرف، شدت وابستگی و تنظیم شناختی هیجان زنان وابسته به مواد می‌باشد.

کلید واژه‌ها: درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، ولع مصرف، شدت وابستگی، تنظیم شناختی هیجان، زنان وابسته به مواد

۱. نویسنده مسئول: استادیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران، پست الکترونیک: e.sadri@uma.ac.ir
۲. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
۳. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

مقدمه

وابستگی^۱ به مواد، یک نگرانی جدی بالینی، همراه با هزینه‌های قابل توجه اقتصادی، اجتماعی و شخصی است که سطوح بالایی از رفتارهای خودمخرب و آسیب‌رسان برای سلامتی را در پی دارد (گراتز و تول^۲، ۲۰۱۰). تصور اکثر افراد جامعه در مورد اعتیاد این است که مواد مخدر و وابستگی به مواد عمدتاً پدیده‌ای مردانه است. در حالی که زنان هم، همپای مردان در معتاد شدن پیش می‌روند (دهقانی فیروزآبادی، قاسمی، صفری، ابراهیمی و اعتمادی، ۱۳۹۲). در سال‌های اخیر میزان شیوع مصرف مواد مخدر در میان افراد جامعه در هر دو جنس افزایش داشته است که بر اساس گزارش‌های تحقیقاتی سرعت افزایش آن در زنان به طور معناداری بیشتر از مردان بوده است (وفامند، کارگرفرد، صالحی و قاسمی، ۱۳۹۲). زنان معتاد در مقایسه با مردان معتاد در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به مشکلات روانی هستند. عزت نفس پایین، خودکارآمدی پایین، کمبود قدرت‌های تطابقی در فرد برای مقابله با حوادث روزانه زندگی می‌تواند مقدمه ایجاد اعتیاد یا از نتایج اعتیاد باشد (شایگان، ۱۳۹۰). پرداختن به اعتیاد زنان بدین لحاظ ضروری است که زنان تاثیرات متعددی بر عرصه‌های مختلف زندگی و به ویژه عرصه خانواده دارند و در نتیجه اعتیاد آنان آثار زیان‌باری برای جوامع بشری بالاخص کانون خانواده و تربیت فرزندان را در بر خواهد داشت (فرخجسته، عبدالهی و قاسم‌زاده، ۱۳۹۳).

از جمله موارد مهمی که نقش موثری در بازگشت به مصرف مواد دارد، ولع (هوس و وسوسه) مصرف^۳ است. پژوهش در مورد ارتباط مفهوم ولع مصرف و اعتیاد سابقه‌ای طولانی دارد (اورکی، مگری و کیایی، ۱۳۹۱). در افراد وابسته به مواد، محور اصلی مشکلات، ولع شدید و اجتناب‌ناپذیر بیمار به ادامه مصرف مواد است؛ عاملی که ریشه اصلی عود و شکست‌های درمانی شناخته شده است (دهقانی و رستمی، ۱۳۸۹). واژه میل یا وسوسه در تبیین بسیاری از رفتارهای اعتیادی نقش اساسی دارد. این واژه برای تبیین سطوح بالای مصرف در بازگشت به مواد استفاده می‌شود. وسوسه مصرف، نقش مهمی در

1. dependence
2. Gratz, & Tull

3. craving

بازگشت پس از درمان و حفظ موقعیت مصرف و وابستگی به مواد دارد (ریس و ویلیوکس^۱، ۲۰۱۵). ولع میل شدید و مقاوم برای مصرف مواد مخدر است. اگر این میل برآورده نشود، رنج‌های روان‌شناختی و بدنی مانند ضعف^۲، بی‌اشتهایی، اضطراب، بی‌قراری، پرخاشگری و افسردگی را در پی دارد (مکری، اختیاری، عدالتی، گنجگاهی و نادری، ۱۳۸۷). در فرایند درمان معتادان، پس از رسیدن به حالت پرهیز، میل شدیدی برای تجربه دوباره اثرات ماده روان‌گردان^۳ دیده می‌شود. بنابراین تشخیص و درمان این پدیده بالینی به عنوان، یکی از عوامل شکست درمان دارای اهمیت است. بسیاری از مطالعات مربوط به افراد وابسته به کوکائین حاکی از ارتباط بین وسوسه و بازگشت به مصرف، وسوسه و نتایج درمانی در مصرف‌کنندگان سیگار، وسوسه و سوگیری توجه نسبت به محرک‌های مربوط به مواد است (منجم و آقاییوسفی، ۱۳۹۴).

تحمل و وابستگی از مشکلات عمده مصرف مواد است. وابستگی به مواد با مصرف مکرر مواد و عود برگشت‌کننده مشخص می‌شود. احتمالاً ناتوان‌کننده‌ترین پیامد مصرف مکرر مواد ایجاد وابستگی روان‌شناختی یا اعتیاد باشد (فیل^۴ و همکاران، ۲۰۱۰). هر ساله بسیاری از افراد وابسته به مواد از طریق پیامد مستقیم و غیرمستقیم مصرف مواد جان خود را از دست می‌دهند (مارتین، وینبرگ و بالر^۵، ۲۰۰۷). وابستگی می‌تواند توسط سندرم ترک^۶ ارزیابی گردد. این پدیده ناشی از افزایش تحریک‌پذیری در نواحی مختلف سیستم عصبی مرکزی است (سیموناتا^۷، ۱۹۹۶). مصرف مداوم مواد مخدر با برانگیختن مکانیسم‌های سازشی، تغییرات کوتاه مدت و نیز ماندگار در عملکرد نورون‌ها^۸ و شبکه‌های عصبی حساس به روان‌گردان‌ها^۹ ایجاد می‌کنند. ایجاد تحمل، وابستگی و حساس شدن نمونه‌هایی از مکانیسم‌های سازشی هستند (ویلیامس، کریستی و مانزونی^{۱۰}، ۲۰۰۱). وابستگی به مواد دارای دو بعد جسمی و روحی است که مشخصه‌ی آن سندرم محرومیت پس از قطع سریع مواد می‌باشد با علائمی مانند دردهای عضلانی،

1. Reese & Veilleux
2. asthenia
3. Psychedelic
4. Feil
5. Martin, Weinberg, & Bealer

6. withdrawal syndrome
7. Simonata
8. Neuronal function
9. Psychedelic
10. Williams, Christie & Manzoni

تحریک‌پذیری عصبی^۱، اضطراب و اسهال همراه است. که فرایند ترک را مشکل می‌سازد (گریتس و لسکر، ون^۲، ۲۰۰۳).

از آنجایی که مصرف‌کنندگان دائمی مواد گزارش می‌کنند که مصرف مواد بر تسکین حالات عاطفی منفی اثر مثبت دارد، بنابراین ممکن است مصرف مواد به عنوان یک راهبرد تنظیم شناختی هیجان^۳ برای کاهش حالت هیجانی آزارنده عمل کند (بون-میلر، ووجانویک و زوولینسکی^۴، ۲۰۰۸). تنظیم شناختی هیجان به عنوان فرایندهایی که از طریق آن‌ها افراد هیجان‌ات‌شان را برای پاسخ به توقعات محیطی هشیارانه و ناهشیارانه تعدیل می‌کنند، در نظر گرفته می‌شود (آلدئو، نولن و اسویزر^۵، ۲۰۱۰). تنظیم شناختی هیجان فرایندی هدف‌مدار است که به منظور اثرگذاری بر شدت، مدت و نوع هیجان تجربه شده صورت می‌گیرد (گراس و تامپسون^۶، ۲۰۰۷). اختلالات و علائم فیزیولوژیکی گوناگونی وجود دارد که بایستی هیجان ارتباط دارند، بعضی از این موارد شامل درد، استعمال دخانیات، گسیختن، اختلالات خوردن، و اعتیاد می‌شود (ماکلم^۷، ۲۰۰۷). شماری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که دشواری در تنظیم شناختی هیجان با طیف وسیعی از اختلالات از جمله سوء مصرف مواد در ارتباط است (گراتز، و رومر، ۲۰۰۴). افراد وابسته به کوکائین نقص‌های بارزی را در تنظیم هیجان نشان می‌دهند که با واکنش استرس بیشتر و کنترل تکانه کاهش یافته ارتباط دارد (فوکس، برقویست، ساسی، هوتق و سیهنا^۸، ۲۰۱۱). همچنین نتایج مطالعه شریبر، گران و اودلاف^۹ (۲۰۱۲) نشان داده است که افراد دارای اختلال هیجانی، دارای نمرات بالاتری در تکانش‌گری، اجتناب از آسیب و استدلال شناختی بودند. برکینگ^۱ و همکاران (۲۰۱۱) نشان دادند که مهارت‌های ضعیف تنظیم شناختی هیجان سطح بالای مصرف الکل در دوره پس از درمان را پیش‌بینی می‌کند. در

1. nervous irritability
2. Gerrits, Lesscher, & Van
3. cognitive emotional regulation
4. Bonn-Miller, Vujanovic, & Zvolensky,
5. Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer

6. Gross, & Thompson
7. Macklem
8. Fox, Bergquist, Casey, Hong, & Sinha
9. Berking

فرا تحلیلی از ۱۱۴ مطالعه انجام شده در ارتباط با آسیب شناسی روانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان آشکار شد که نشخوارگری و سرکوب هیجان با اختلالات مصرف مواد ارتباط دارند در حالی که راهبردهای ارزیابی مجدد و پذیرش با مصرف مواد رابطه نداشتند (آلدائو، نولن و اسویزر^۱، ۲۰۱۰). افرادی که راهبردهای تنظیم هیجان ضعیف را فرا گرفته اند ممکن است بیش از دیگران مستعد استفاده از رفتارهای پر خطر به عنوان ابزاری برای تسکین هیجان منفی باشند (آورباچ، آبل و هو^۲، ۲۰۰۷).

امروزه وابستگی به مواد به صورت یک مشکل جهانی درآمده است. در ایران نیز طی ۲۰ سال گذشته، میزان وابستگی به مواد بیش از ۳ برابر نرخ رشد جمعیت بوده است. عوارض بسیار جدی اعتیاد بر سلامت فرد، زندگی خانوادگی، اقتصاد، امنیت و رشد فرهنگی جامعه بسیار گسترده و ژرف است. به این ترتیب درمان اعتیاد همواره به عنوان یکی از دغدغه‌های سیاست‌گذاران سلامت مطرح بوده و نیز مبالغ چشم‌گیری از اعتبار بخش سلامت را به خود اختصاص می‌دهد (بشرپور، عطادخت، خسروی‌نیا و نریمانی، ۱۳۹۳). تاکنون شیوه‌های درمانی متعددی از درمان‌های روانکاوی، رفتار درمانی، گروه درمانی، دارو درمانی و غیره بر روی بیماران مبتلا به اختلال اعتیاد صورت گرفته و هر یک از این شیوه‌ها تا حدودی اثرگذار بوده و عدم بازگشت مجدد سوء مصرف مواد را به همراه داشته‌اند. در این میان، از بین رویکردهای روانی اجتماعی که در زمینه درمان وابستگی به مواد ارزشیابی شده‌اند، درمان‌های شناختی رفتاری، حمایت تجربی بسیار بالایی به دست آورده‌اند. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی^۳ نوعی مداخله روانی-آموزشی است که به افراد در جهت تمرین مراقبه ذهنی-بدنی کمک می‌کند. ذهن آگاهی به معنای توجه کردن به شیوه‌ای خاص، هدفمند، در زمان حال و خالی از قضاوت است (والش^۴، ۲۰۰۹). در این الگو در واقع ذهن آگاهی یعنی متمرکز کردن توجه عامدانه شخص نسبت به تجربه‌ای است که در حال حاضر در جریان است. این توجه دارای ویژگی غیر قضاوتی و

1. Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer
2. Auerbach, Abela, & Ho

3. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT)
4. Walsh

همراه با پذیرش است (روسنزویگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). روش ذهن‌آگاهی، به علت ساز و کارهای نهفته در آن، مانند: پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از ترک، اثربخشی درمان را افزایش داده و به پیشگیری از بازگشت مصرف مواد کمک نماید (اسپینلا، مارتینو و فری^۲، ۲۰۱۳). شونین^۳ (۲۰۱۴) و اسپینلا، و همکاران (۲۰۱۳) در بررسی‌های خود در ارتباط با نقش ذهن‌آگاهی در اعتیاد نشان دادند که رابطه منفی بین ذهن‌آگاهی و رفتارهای اعتیاد وجود دارد. ویتکویتز، باون، داگلاس و هسو^۴ (۲۰۱۳) در تحقیقی با عنوان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ولع مصرف مواد چنین تبیین کرده‌اند که عوامل پنهان در نمرات پذیرش و آگاهی به صورت معناداری در ارتباط بین دریافت ذهن‌آگاهی و سطوح خودگزارشی دهی ولع مصرف پس از درمان، نقش واسطه‌ای دارند و همچنین مراجع یک نگرش غیر قضاوتی را در این روش درمانی تجربه می‌کند. پژوهش‌های ویتکویتز، لاستیک، و باون^۵ (۲۰۱۲)، باون و وایتن^۶ (۲۰۱۲) اثربخشی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی را تایید کرده‌اند. گلدین، گرس^۷ (۲۰۱۰) پژوهشی را با هدف تاثیر برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجان در اختلال اضطراب اجتماعی انجام دادند. نتایج نشان داد که برنامه درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به بهبود نشانه‌های استرس، اضطراب و عزت نفس منجر می‌شود. قمری کیوی، نادر، سواری، اسمعیلی (۱۳۹۴) در تحقیق خود به این نتیجه دست یافتند که درمان شناختی-رفتاری و روش ذهن‌آگاهی در کاهش افسردگی و اضطراب مصرف‌کنندگان کراک موثر است. حامدی، شهیدی، خادمی (۱۳۹۳) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که آموزش ذهن‌آگاهی و مشاوره رفتاری کاهش آسیب‌ایدز و مصرف مواد از قابلیت‌های عملی خوبی برای مداخلات بالینی در جلوگیری از عود سوء مصرف مواد دارند. فرنام، برجعلی، سهرابی، فلسفی‌نژاد (۱۳۹۳) به این نتیجه دست یافتند که آموزش

1. Rosenzweig
2. Spinella, Martino, & Ferri
3. Shonin
4. Witkiewitz, Bowen, Douglas, & Hsu

5. Lustyk, & Bowen
6. Vieten
7. Goldin, & Gross

مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی در پیشگیری از بازگشت به اعتیاد و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای موثر است. ماردپور، نجفی، امیری (۱۳۹۳) به این نتیجه دست یافتند که پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی از قابلیت عملی خوبی برای مداخلات بالینی در کاهش ولع مصرف و میزان عود و همچنین افزایش خودکنترلی در معتادان برخوردار است. ملیانی، الهیاری، آزادفلاح، فتحی‌آشتیانی (۱۳۹۳) به این نتیجه دست یافتند که درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش سطح واکنش‌پذیری شناختی و ارتقا رضایتمندی از خود از درمان شناختی رفتاری اثربخش‌تر است و در مجموع، درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در مقایسه با درمان شناختی رفتاری، راهبردی کارآمدتر در کاهش واکنش‌پذیری شناختی و رضایتمندی از خود است. در بیشتر کشورهای جهان برنامه‌های درمان اعتیاد و کاهش آسیب متناسب با نیازهای زنان معتاد یا وجود ندارند و یا بسیار نادر است از جهت دیگر درمان ذهن آگاهی به دلیل ایجاد آرامش، احساس لذت‌بخش، احساس خوب بودن و فعال کردن دستگاه پاراسمپاتیک توانایی کمک به درمان اعتیاد زنان را دارد و بررسی‌ها نشان‌دهنده اثربخشی آرامش عضلانی در کنترل عوارض ترک هستند. بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین میزان اثربخشی روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش ولع مصرف، شدت وابستگی و تنظیم هیجان زنان وابسته به مواد بود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش که از حیث هدف در حیطه پژوهش‌های کاربردی قرار می‌گیرد و به روش شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه طراحی و اجرا شد. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل زنان وابسته به مواد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد رها و ریحانه در شهر تبریز بودند که در نیمه دوم سال ۱۳۹۴ در شهر تبریز زندگی می‌کردند. پس از اعلام اجرای پژوهش در دو کلینیک از زنانی که مایل به شرکت در پژوهش بودند نام‌نویسی شد و سپس از بین ۳۰ نفر که نام‌نویسی کرده بودند ۱۵ نفر در

گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه به صورت تصادفی ساده جایگزین شدند. بنابراین نمونه آماری پژوهش حاضر شامل ۳۰ نفر از زنان وابسته به مواد بود که به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: داشتن سن ۱۸ تا ۴۰ سال، داشتن حداقل سواد برای پر کردن پرسش‌نامه‌ها، گذشتن بیش از یک هفته از سم‌زدایی موفقیت‌آمیز، عدم شرکت در سایر جلسات روان‌درمانی، عدم برخورداری از اختلالات روان‌پزشکی شدید. تعداد جلسات ۸ جلسه یک و نیم ساعته بود که به صورت هفته‌ای دو جلسه برگزار شد.

ابزارها

۱- مقیاس کوتاه ولع مصرف مواد: این مقیاس یک ابزار خودگزارشی ۸ گویه‌ای است که توسط سوموزا، دیرینفورث، گولد اسمیت، میزین اسکیت و کوهن^۱ (۱۹۹۵) ساخته شده و مدت، فراوانی و شدت ولع مصرف مواد را در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از اصلاً (۰) تا خیلی زیاد (۴) اندازه می‌گیرد. این آزمون همبستگی بالایی با مقیاس‌های شدت اعتیاد نشان داده و ضریب آلفای کرونباخ آن نیز ۰/۸۸ گزارش شده است (به نقل از بشرپور و عباسی، ۱۳۹۳). بشرپور (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۷۸ گزارش کرده است.

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

نیز ۰/۸۰ گزارش شده است (به نقل از بشرپور و عباسی، ۱۳۹۳). بشرپور (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونیباخ این پرسشنامه را ۰/۸۶ گزارش کرده است.

۳- پرسش نامه تنظیم شناختی هیجان: این پرسش نامه، یک ابزار خود گزارشی است که در سال ۱۹۹۹ توسط گرنفسکی، کرایج و اسپین هاون^۱ طراحی شده و در سال ۲۰۰۱ به چاپ رسیده است. این پرسش نامه شامل ۳۶ گویه است و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ها را در پاسخ به حوادث تهدید کننده و استرس زای زندگی به صورت پنج گزینه‌ای (هرگز: ۱، به ندرت: ۲، برخی اوقات: ۳، اغلب اوقات: ۴، همیشه: ۵) بر حسب نه خرده مقیاس فاجعه سازی (سوالات ۲۹، ۳۰، ۳۱ و ۳۲)، پذیرش (سوالات ۵، ۶، ۷ و ۸)، نشخوار فکری (سوالات ۳، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲)، تمرکز مثبت مجدد (سوالات ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱ و ۲۲)، بازاریابی مثبت (سوالات ۱۵، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶ و ۲۷)، تمرکز بر برنامه ریزی (سوالات ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱ و ۲۲)، دیدگاه وسیعتر (سوالات ۱۵، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶ و ۲۷)، سرزنش خود (سوالات ۱ و ۲ و ۴) و سرزنش دیگران (سوالات ۳۴، ۳۵ و ۳۶) می‌سنجد و هر گویه، امتیازی بین ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) را به خود اختصاص می‌دهد. در این پرسش نامه سوال معکوس وجود ندارد. در بررسی مقدماتی ویژگی‌های اعتبارسنجی این پرسش نامه در نمونه‌ای از جمعیت عمومی ($N=365$ ، زن و ۱۷۱ مرد)، ضرایب آلفای کرونیباخ برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۶۷ تا ۰/۸۹ گزارش شد. سازندگان این پرسش نامه اعتبار آن را از طریق آلفای کرونیباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱، راهبردهای منفی ۰/۸۷ و کل پرسش نامه ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. بررسی ویژگی‌های روانسنجی این پرسش نامه در نمونه ایرانی در بین ۴۷۸ نفر، اعتبار باز آزمایی و همسانی درونی آن را در حد رضایت بخش نشان داد (بشارت و بزازیان، ۱۳۹۲). اعتبار باز آزمایی برای فاصله دو تا چهار هفته برای خود سرزنشگری ۰/۷۰، پذیرش ۰/۸۱، نشخوارگری ۰/۷۴، تمرکز مجدد مثبت ۰/۷۷، برنامه ریزی ۰/۸۳، ارزیابی مجدد مثبت ۰/۷۶، کم اهمیت شماری ۰/۷۸، فاجعه‌نمایی ۰/۷۲ و برای دیگر سرزنشگری ۰/۸۰ گزارش شده است. ضرایب آلفای کرونیباخ مقیاس‌های تنظیم شناختی هیجان در دامنه‌ای از ۰/۷۸ تا ۰/۹۳ گزارش شده است.

روایی محتوایی نیز براساس ضرایب توافق کندال از ۰/۷۳ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. با مد نظر قرار دادن روایی همگرا و روایی تشخیصی (افتراقی)، خرده‌مقیاس‌های نسخه فارسی پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان به صورت خاص با علائم افسردگی، اضطراب، استرس و شاخص‌های سلامت روانی همبستگی نشان داده است (فکری، عیسی‌زادگان و میکائیلی منیع، ۱۳۹۴). یوسفی (۱۳۸۶) ضریب اعتبار به روش آلفای کرونباخ در نوجوانان ایرانی برای خرده‌مقیاس راهبردهای تنظیم هیجان منفی ۰/۷۸ و خرده‌مقیاس راهبردهای تنظیم هیجان مثبت ۰/۸۳ و کل مقیاس ۰/۸۱ به دست آمده است (به نقل از تبریزی و وحیدی، ۱۳۹۴).

روند اجرا

برای جمع‌آوری داده‌ها ابتدا مجوزهای مورد نیاز از دستگاه‌های مربوطه اخذ شد و پس از مراجعه به مراکز ترک اعتیاد به منظور انتخاب اعضا، از افرادی که خواهان شرکت در درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بودند به تعداد ۳۰ نفر نام‌نویسی کرده و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه جایگزین شدند. پس از جایگزینی، هر دو گروه مقیاس کوتاه ولع مصرف مواد، شاخص شدت وابستگی و پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان را تکمیل نمودند. سپس به گروه ۱۵ نفری آزمایش درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی آموزش داده شد اما گروه گواه هیچ آموزشی دریافت نکرد. پس از اجرای ۱۰ جلسه درمان هر دو گروه مجدداً پرسش‌نامه‌های مذکور را تکمیل نمودند.

جدول ۱: محتوای جلسات درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی

| جلسه ها | محتوا |
|---------|---|
| اول | اجرای پیش آزمون، بحث و بررسی اهمیت درمان های غیر دارویی اعتیاد، مشخص کردن زمان و مکان برگزاری و طول مدت جلسات، معرفی و آشنایی اعضا با یکدیگر و رهبر گروه، مطرح کردن قوانین و مقررات گروهی. |
| دوم | معرفی مدل درمانگری شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، معرفی تحلیل کارکردی، فراهم کردن منطقی برای تکالیف خانگی. |
| سوم | روشن سازی و اولویت بندی اهداف، توجه به دوسوگرایی بیمار در مورد ترک، شناسایی و مقابله با افکار مرتبط با مواد. |
| چهارم | درک تجربه بیمار از میل به مصرف، انتقال ماهیت میل به عنوان یک تجربه طبیعی کوتاه مدت و گذرا، شناسایی نشانه های و برانگیزان های میل به مصرف. |
| پنجم | شناسایی برانگیزان های میل، آموزش و تمرین فنون کنترل میل به مصرف. |
| ششم | ارزیابی دسترس پذیری مواد و گام های لازم برای کاهش آن، بررسی راهبردهای قطع ارتباط با عرضه کنندگان مواد یادگیری و تمرین مهارت های امتناع از مواد، مرور تفاوت بین پاسخدهی انفعالی، پرخاشگرانه و جرات ورزانه. |
| هفتم | بررسی تکالیف، بحث در مورد شیوه های ارتباطی اعضا، آموزش مهارت های امتناع از مواد، تمرین عملی در گروه |
| هشتم | درک تصمیم های به ظاهر نامربوط و ارتباط آن ها با موقعیت های خطر آفرین، شناسایی نمونه هایی از تصمیم های به ظاهر نامربوط، تمرین روی تصمیم گیری سالم. |
| نهم | پیش بینی موقعیت های خطر آفرین آینده، تدوین یک برنامه مقابله ای عمومی. |
| دهم | مرور دوباره برنامه و اهداف درمان، ارائه بازخورد در مورد پیشرفت، دریافت بازخورد از بیمار در مورد جنبه های موفق و ناموفق درمان. |

یافته ها

آماره های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

| متغیرها | گروه ها | میانگین پیش-انحراف استاندارد | میانگین پس-انحراف استاندارد |
|--------------|---------|------------------------------|-----------------------------|
| | آزمون | پیش آزمون | پس آزمون |
| ولع مصرف | آزمایش | ۲۴/۱۳ | ۳/۳۵ |
| | گواه | ۲۱/۶۰ | ۴/۲۷ |
| شدت وابستگی | آزمایش | ۱۲/۴۰ | ۱/۷۲ |
| به مواد | گواه | ۹/۸۰ | ۱/۶۵ |
| تنظیم شناختی | آزمایش | ۴۲/۶۶ | ۱۳/۷۶ |
| | گواه | ۴۷/۶۰ | ۶/۶۳ |
| هیجان مثبت | آزمایش | ۶۲/۴۶ | ۷/۴۶ |
| تنظیم شناختی | گواه | ۵۹/۴۰ | ۹/۱۳ |
| هیجان منفی | آزمایش | ۱۲/۷۰ | ۵۵/۶۰ |
| | گواه | ۱۲/۷۰ | ۵۵/۶۰ |

برای بررسی اثربخشی درمان می‌بایستی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شود، یکی از مفروضه‌های این تحلیل برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون برای بررسی این مفروضه در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس‌های خطا

| متغیرها | آماره F | درجه آزادی | معناداری |
|--------------------|---------|------------|----------|
| ولع مصرف | ۰/۱۶۷ | ۲۸ | ۰/۶۸ |
| شدت وابستگی | ۲/۱۸۵ | ۲۸ | ۰/۱۵ |
| تنظیم شناختی هیجان | ۰/۵۵۷ | ۲۸ | ۰/۴۶ |

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود مفروضه‌ی همگنی واریانس‌های خطا در تمام متغیرها برقرار است ($P > 0/05$). به منظور بررسی پیش فرض برابری ماتریس واریانس - کواریانس از آزمون باکس استفاده شد که نتایج به دست آمده حاکی از برقرار بودن این مفروضه بود ($0/05 < M=5/33P >$). همچنین نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف حکایت از نرمال بودن توزیع متغیرها در دو گروه داشت ($P > 0/05$). بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج حکایت از تفاوت معنادار ترکیب خطی متغیرها در دو گروه داشت ($P < 0/001$, $F=13/160$, $\lambda=0/28$, $F=13/160$, $P < 0/001$). برای بررسی الگوهای تفاوت تز تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول ۴ استفاده شد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت

| متغیرها | مجموع مجذورات | درجه‌ی آزادی | میانگین مجذورات | آماره F | معنی‌داری |
|---------------------|---------------|--------------|-----------------|---------|-----------|
| ولع مصرف | ۱۰۲/۹۸ | ۱ | ۱۰۲/۹۸ | ۴/۳۷ | ۰/۰۴۷ |
| شدت وابستگی به مواد | ۱۴/۳۹ | ۱ | ۱۴/۳۹ | ۳/۳۱ | ۰/۰۸۱ |
| تنظیم شناختی مثبت | ۴۷۸ | ۱ | ۴۷۸ | ۱۹/۲۷ | ۰/۰۰۱ |
| تنظیم شناختی منفی | ۷۹۵/۹۳ | ۱ | ۷۹۵/۹۳ | ۱۵/۴۵ | ۰/۰۰۱ |

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود تنها در متغیر شدت وابستگی به مواد تفاوت معنادار بین گروه‌ها وجود ندارد ($P > 0/05$). به بیان دیگر درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی توانسته تفاوت معناداری در ولع مصرف ($P < 0/05$) و تنظیم شناختی مثبت و منفی ($P < 0/001$) ایجاد کند.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش ولع مصرف، شدت وابستگی و تنظیم شناختی هیجان زنان وابسته به مواد شهر تبریز بود. نتایج پژوهش نشان داد که روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش ولع مصرف و کاهش شدت وابستگی زنان وابسته به مواد در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه می شود. این یافته ها با نتایج پژوهش های اسپینلا، مارتینو و فری (۲۰۱۳)، شونین (۲۰۱۴)، اسپینلا، مارتینو و فری (۲۰۱۳)، ویتکویتز، باون، داگلاس و هسو (۲۰۱۳)، ویتکویتز، لاستیک، و باون (۲۰۱۲)، باون و وایتن (۲۰۱۲)، کیانی، قاسمی و پورعباس (۱۳۹۱)، حامدی، شهیدی، خادمی (۱۳۹۳)، ماردپور، نجفی، امیری (۱۳۹۳)، ملیانی، الهیاری، آزادفلاح، فتحی آشتیانی (۱۳۹۳) همسو است. در تبیین یافته های فوق می توان گفت که ذهن آگاهی روشی است که انسان ها از آن به منظور رهایی خود از رنج روزافزون و مشکلات و دردهای موجود استفاده می کنند (گاناراتانا، ۲۰۰۲). بنابراین، ذهن آگاهی بخش اصلی از سیستم یکپارچه ای است که ما را در تشخیص رنج های درونی انسان حمایت می کند و استفاده آگاهانه از این درمان را برای ما به وجود می آورد (کاباتزین، ۲۰۰۵). در این درمان با آموزش ذهن آگاهی و عمل در زمان حال، تاثیر حساسیت های فیزیولوژیکی و هیجانی ناشی از مصرف مواد روی رفتار آشکار، به واسطه رابطه فرد با این تجربیات تعدیل می شود. بنابراین در این درمان به مصرف کنندگان مواد آموزش داده می شود که بتوانند تجربیات خود را بپذیرند و به میزانی که بتوانند این تجربیات را بپذیرند و تحمل کنند، به همان میزان می توانند مستقل از تجربیات عمل کنند (کیانی و همکاران، ۱۳۹۱). آموزش تکالیفی همچون تحلیل کارکردی، مقابله با میل مصرف، احساس تسلط و توانمندی را در افراد به وجود می آورد که در افزایش انگیزه درمان و یا حداقل ماندگاری در درمان و پرهیز از رفتارهای پرخطر موثر است (بروکی، کمرزین و زارع، ۱۳۹۳)، در این ارتباط دباغی و همکاران (۱۳۸۶) نشان دادند که

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند در کاهش میزان عود، افزایش اطاعت درمانی و میزان ابقاء در درمان موثر باشد.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب افزایش استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و کاهش استفاده از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان در زنان وابسته به مواد می شود. این نتایج با یافته های گلدین، گرس (۲۰۱۰)، شاپیرو، کارلسون، استین و فریدمن^۱ (۲۰۰۷)، جانکین^۲ (۲۰۰۷)، قمری کیوی، نادر، سواری، اسمعیلی (۱۳۹۴)، تیموری، رضانی و محجوب (۱۳۹۴) و فرنام، برجعلی، سهرابی، فلسفی نژاد (۱۳۹۳)، همسو است. علاقه نظری به مؤلفه های شناختی و هیجانی ذهن آگاهی آن را یک تکنیک مؤثر ساخته است. شاپیرو، کارلسون، استین فریدمن^۳ (۲۰۰۶) مدل سه اصل ذهن آگاهی را پیشنهاد کرده اند که عبارتند از قصد، توجه و نگرش. قصد به جنبه های عمدی یا انگیزشی ذهن آگاهی اشاره دارد، توجه بر ذهن آگاهی و مشاهده تجربه در لحظه حال اطلاق می شود و نگرش به غیر قضاوتی بودن و پذیرش تجارب اشاره دارد. آن ها معتقدند ذهن آگاهی شامل مکانیزم های روان شناختی متنوعی هست که پریشانی را کاهش می دهد. این مکانیزم ها عبارتند از درک مجدد یا قالب بندی مجدد تجارب از یک منظر و دیدگاه فراشناختی بهتر، بهبود خود تنظیمی هیجان، افزایش انعطاف پذیری ذهنی و حساسیت زدایی تجارب آزارنده از طریق مواجهه با فقدان تهدید درک شده. این احتمال وجود دارد که این ها جنبه های هیجانی و شناختی از یک چارچوب نوروسایکولوژی باشند، که از آن طریق، ذهن آگاهی با سوء مصرف مواد مرتبط باشد (کالیواس و والکوا^۴، ۲۰۰۵). در ارتباط بین ذهن آگاهی و تنظیم شناختی هیجان، تاکید بر پذیرش غیر قضاوتی بودن در خصوص افکار و هیجانات است که هسته اصلی ذهن آگاهی می باشد (کابات زین، ۱۹۹۰). کسانی که ذهن آگاهی را تمرین می کنند، یاد می گیرند که به صورت عمدی حالت های عاطفی خود را مشاهده کنند و بپذیرند این امر آن ها را قادر می سازد که تمایلات و گرایشات همیشگی (عادت) که به صورت

1. Shapiro, Carlson, Astin & Freedman
2. Junkin

3. Shapiro, Carlson, Astin & Freedman
4. Kalivas & Volkow

نشخوار فکری دیده می‌شوند را کاهش دهند (براون، گودمن و اینزلیت، ۲۰۱۳). همچنین موجب تقویت پردازش تطبیقی بیشتر اطلاعات هیجانی می‌شود (فارب، سگال و اندرسون، ۲۰۱۲). می‌توان گفت آموزش ذهن آگاهی از این نظر که توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات فیزیکی و روانی بیشتر می‌کند و باعث نظم بخشی به احساسات روانی و جسمانی می‌شود؛ به واضح دیدن و پذیرش هیجان‌ها و پدیده‌های فیزیکی، همانطور که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند (براون، ریان و کرسول، ۲۰۰۷). از جنبه‌های مهم درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، این است که این گروه از افراد یاد می‌گیرند با هیجان‌ها و افکار منفی مقابله نموده، حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند (بولمایجر، پرنگر، تال، و کویچپرس، ۲۰۱۰). در واقع اولین و یکی از مهم‌ترین عوامل تغییر در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، ذهن آگاهی بنیادین است. ذهن آگاهی بنیادین که زیربنای آن براساس پذیرش افکار ناخوشایند و حالات هیجانی مختلف شکل گرفته، توانمندی فرد در کنترل تاثیرپذیری از افکار و هیجان‌اتش را به طور چشم‌گیری بالا می‌برد و به فرد اجازه می‌دهد طیف وسیعی از افکار و هیجان‌ات را بدون آشفتگی هیجانی، در ذهن تجربه کند (تیموری و همکاران، ۱۳۹۴). با توجه به نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که آموزش روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند در کاهش ولع مصرف، کاهش شدت وابستگی و تنظیم شناختی هیجان به صورت مثبت در زنان وابسته به مواد موثر باشد. در نتیجه با آموزش این مهارت‌ها می‌توان گامی موثر در جهت درمان افراد وابسته به مواد برداشت. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم امکان تعمیم نتایج به مردان مبتلا به اعتیاد، عدم کنترل نوع مواد مصرفی و مدت مصرف، نداشتن دوره پیگیری و نیز محدود بودن نمونه به زنان معتاد بود. به محققان دیگر پیشنهاد می‌شود این روش درمانی را بر روی هر دو جنس، با کنترل نوع مواد مصرفی و دوره‌های پیگیری مورد مطالعه قرار دهند.

منابع

- اروکی، محمد؛ مکرری، آذرخش؛ کیایی ضیابری، سید مجید (۱۳۹۲). رابطه ولع مصرف شیشه (متامفتامین) و ویژگی‌های شخصیتی در مددجویان تحت درمان نگهدارنده با متادون. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی ایران*، ۱۹(۳)، ۱۸۶-۱۷۷.
- بروکی‌میلان، حسن؛ کمرزرین، حمید؛ زارع، حسین (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای و علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۸(۳۰)، ۱۵۵-۱۴۳.
- بشری‌پور، سجاده؛ و عباسی، آزاده (۱۳۹۳). رابطه بین تحمل آشفتگی و اضطراب منفی و مثبت با شدت وابستگی و ولع مصرف در افراد وابسته به مواد. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۲(۱)، ۹۲-۱۰۲.
- بشری‌پور، سجاده؛ عطادخت، اکبر؛ خسروی‌نیا، دیبا؛ و نریمانی، محمد (۱۳۹۳). تبیین انگیزش درمان بر اساس خود کنترلی شناختی و دلسوزی به خود در افراد وابسته به مواد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۲۳(۹۲)، ۵۲-۴۲.
- بشری‌پور، سجاده (۱۳۹۲). ارتباط نظم‌جویی شناختی هیجان و کنترل هوشمند با شدت وابستگی و ولع مصرف در افراد با وابستگی به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۷(۲۸)، ۱۴۶-۱۳۲.
- تبریزچی، نرگس؛ و وحیدی، زهره (۱۳۹۴). مقایسه تنظیم هیجان، ذهن‌آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی در مادران دانش‌آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری. *مجله ناتوانی یادگیری*، ۴(۴)، ۳۵-۲۱.
- تیموری، سعید؛ رضایی، فرزانه؛ و محبوب، نجمه (۱۳۹۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی زنان در حال ترک با متادون. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۹(۳۴)، ۱۵۹-۱۴۳.
- حامدی، علی؛ شهیدی، شهریار؛ و خادمی، علی (۱۳۹۳). اثربخشی ذهن‌آگاهی و مشاوره کاهش آسیب بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۷(۲۸)، ۱۱۸-۱۰۱.
- دهقانی آرانی، فاطمه؛ و رستمی، رضا (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش پسخورانده عصبی بر ولع مصرف بیماران وابسته به مواد افیونی. *دانشور رفتار- روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۱۷(۴۰)، ۸۴-۷۵.
- دهقانی فیروزآبادی، سمیرا؛ قاسمی، حامد؛ صفری، سعیده؛ ابراهیمی، علی اکبر؛ و اعتمادی، عدرا (۱۳۹۲). اثربخشی جلسات گروهی مصاحبه انگیزشی بر ارتقاء عزت نفس و خودکارآمدی زنان معتاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۷(۲۶)، ۱۵۸-۱۴۵.
- شایگان، اسحاق. (۱۳۹۰). تاثیر اعتیاد زنان باردار بر جنین و نقش پلیس زن در درمان آنان. *مجله جامعه‌شناسی و علوم اجتماعی پلیس زن*، ۱۴، ۴۰-۳۲.
- فرخجسته، وحیده‌السادات؛ عبدالهی، راشن؛ و قاسم‌زاده، سوگند (۱۳۹۳). مقایسه سبک زندگی، سبک دلبستگی و رضایت زناشویی در زنان معتاد و عادی شهر تهران. *فصلنامه پژوهش‌های انتظامی- اجتماعی زنان و خانواده*، ۲(۱)، ۲۳-۵.

فرنام، علی؛ بر جعلی، احمد؛ سهرابی، فرامرز؛ و 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*، ۴(۱۶)، ۹۹-۸۰.

فکری، اکرم؛ عیسی زادگان، علی، و میکاییلی منبع، فرزانه (۱۳۹۴). مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و ناگوایی هیجانی در افراد مبتلا به فشار خون اساسی و افراد غیر مبتلا. *روانشناسی معاصر*، ۱۰(۱)، ۹۴-۸۵.

قمری کیوی، حسین؛ نادر، مقصود؛ سواری، حسن؛ و 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.

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

ماردپور، علیرضا؛ نجفی، محمود؛ و 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*، ۸(۳۲)، ۱۰۴-۸۷.

مکری، آذرخش؛ اختیاری، حامد؛ عدالتی، هانیه؛ کنجگاهی، حبیب؛ و نادری، پریسا (۱۳۸۷). ارتباط شاخص‌های نکاناشگری و رفتارهای مخاطره‌جویانه با شدت ولع مصرف در گروه‌های مختلف معتادان به مودت افیونی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴(۳)، ۲۶۸-۲۵۸.

ملیانی، مهدیه؛ الهیاری، عباسعلی، آزادفلاح، پرویز؛ و فتحی آشتیانی، علی (۱۳۹۳). اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی رفتاری در واکنش‌پذیری شناختی و رضایتمندی از زندگی خود در زنان مبتلا به افسردگی اساسی عودکننده. *مجله روانشناسی*، ۱۸(۴)، ۴۰۷-۳۹۳.

منجم، عارفه؛ و آقاییوسفی، علیرضا (۱۳۹۴). اثربخشی روان‌درمانی گروهی تحلیل رفتار متقابل بر عقاید و سوسه‌انگیزی و سبک‌های دلبستگی و نظم‌جویی شناختی در معتادین در حال ترک. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۹(۳۴)، ۱۴۴-۱۲۳.

وفامند، عفت‌السادات؛ کارگرفرد، مهدی؛ صالحی، مهرداد؛ و قاسمی، غلامعلی (۱۳۹۲). تأثیر ماساژ درمانی بر کاهش اضطراب و افسردگی زنان معتاد زندان مرکزی اصفهان. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱(۲)، ۸۹-۸۱.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 137-217.

Auerbach, R. P., Abela, J. R., Ho, M. H. R. (2007). Responding to symptoms of depression and anxiety: Emotion regulation, neuroticism, and engagement in risky behaviors. *Behavior Research and Therapy*, 45, 2182-2191.

Berking, M., Margraf, M., Ebert, D., Wupperman, P., Hogmann, S. G., & Junghanns, K. (2011). Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and

- after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 307-318.
- Brown, K. W., Goodman, R. J., & Inzlicht, M. (2013). Dispositional mindfulness and the attenuation of neural responses to emotional stimuli. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8, 93-99.
- Bonn-Miller, M. O., Vujanovic, A. A., & Zvolensky, M. J. (2008). Emotional dysregulation: Association with coping-oriented marijuana use motives among current marijuana users. *Substance Use & Misuse*, 43(11), 1653-1665.
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(6), 539-544.
- Bowen, S. & Vieten, C. (2012). A Compassionate Approach to the Treatment of Addictive Behaviors: The Contributions of Alan Marlatt to the Field of Mindfulness-Based Interventions. *Addiction Research and Theory*, 20(3), 243-249.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18, 211-237.
- Farb, N. A. S., Anderson, A. K. & Segal, Z. V. (2012). The mindful brain and emotion regulation in mood disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(2), 70-77.
- Feil, J., Sheppard, D., Fitzgerald, P. B., Yucel, M., Lubman, D. I., Bradshaw, J. L. (2010). Addiction, compulsive drug seeking, and the role of front striatal mechanisms in regulating inhibitory control. *Neuroscience and Bio behavioral Reviews*, 35, 248-275.
- Fox, H. C., Bergquist, K. L., Casey, J., Hong, K. A. & Sinha, R. (2011). Selective cocaine related difficulties in emotional intelligence: relationship to stress and impulse control. *American Journal Addictive*, 20, 151-160.
- Gunaratana, H. (2002). *Mindfulness in plain English*. Boston, MA: Wisdom Publications.
- Gerrits, M. A., Lesscher, H. B., Van Ree, J. M. (2003). Drug dependence and the endogenous opioid system. *European Neuropsychopharmacology*, 13, 424-434.
- Goldin, P. R., Gross, J. J. (2010). Effects of Mindfulness- Based Stress Reduction (MBSR) on Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder. *Emotion*, 10, 83-91.
- Gratz, K. L., Tull, M. T. (2010). The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among inpatients with substance use disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 544-553.
- Gratz, K. L., Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Gross, J. J., Thompson, R. A. (2007). *Emotion regulation: Conceptual foundations*. In JJ Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York, NY: Guilford Press.
- Junkin, S. E. (2007). *Yoga and self-esteem: exploring change in middle- age women*. MA Dissertation. Saskatoon, Canada; University of Saskatchewan, pp. 42-46.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York. Delacorte.

- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses*. New York: Hyperion.
- Kalivas, P. W., & Volkow, N. D. (2005). The neural basis of addiction: pathology of motivation and choice. *The American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1403-1413.
- Macklem, G. L. (2007). *Practitioner's guide to emotion regulation in school-aged children*. Springer Science & Business Media.
- Martin, P., Weinberg, B. A., Bealer, B. K. (2007). *Healing addiction: An integrated pharmacopsychosocial approach to treatment*. John Wiley & Sons.
- Reese, E. D., & Veilleux, G. C. (2015). Relationships between craving beliefs and abstinence self-efficacy are mediated by smoking motives and moderated by nicotine dependence. *Nicotine & Tobacco Research: Oxford Journals*, 17(5), 1-27.
- 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 in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 29-36.
- Simonata, M. (1996). The neurochemistry of morphine addiction in the neocortex. *Trends Pharmacological Sciences*, 17(11): 410-415.
- Schreiber, L. R. N., Grant, J. E. & Odlaug, B. L. (2012). Emotion regulation and impulsivity in young adults. *Journal of Psychiatric Research*, 46, 651- 658.
- Shonin, E., Van Gordon, W., & Griffiths, M. D. (2014). Mindfulness as a treatment for behavioral addiction. *Journal of Addiction Research & Therapy*, 5, DOI: 10.4172/2155-6105.1000e122.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386.
- Spinella, M., Martino, S., Ferri C. (2013). Mindfulness and Addictive Behaviors. *The Journal of Behavioral Health*, 2(1), 1-7.
- Walsh, J., Balian, M. G., Smolira S. J. D. R., Fredericksen, L. K. & Madsen, S. (2009). "Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control", *Personality and Individual Differences*, 46, 94- 99.
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., Hsu, S. H. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behaviors*, 38(2), 1563-1571.
- Witkiewitz, K., Lustyk, M. K., & Bowen, S. (2012). Re-Training the Addicted Brain: A Review of Hypothesized Neurobiological Mechanisms of Mindfulness-Based Relapse Prevention. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(2), 351-365.