



بررسی تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر باورهای غیرمنطقی و تاب آوری معتادان

فریبا کریملو: دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

ko.Goodarzi@iau.ac.ir (✉نویسنده مسئول) Ko.Goodarzi@iau.ac.ir، بروجرد، ایران

جواد کریمی: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران

مهدي روزبهانی: استادیار، گروه رفتار حرکتی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

اعتیاد،

باورهای غیرمنطقی،

تاب آوری،

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن

آگاهی

زمینه و هدف: اعتیاد می‌تواند خصوصیات روان‌شناختی افراد معتاد نظیر باورهای غیرمنطقی و تاب‌آوری آن‌ها را تحت تاثیر قرار دهد. بنابراین، هر مداخله‌ای که بتواند متغیرهای فوق را تحت تاثیر قرار داده و باعث بهبود آن‌ها شود، شرایط بهتری را برای وضعیت روان‌شناختی معتادان رقم خواهد زد. در این راستا، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر باورهای غیرمنطقی و تاب‌آوری در معتادان انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل ناهمسان بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی معتادان با دامنه سنی ۶۵-۱۸ سال مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر تهران بود. با روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس تعداد ۴۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایشی و گروه کنترل، جایگزین شدند. ابتدا با استفاده از پرسش‌نامه‌های باورهای غیرمنطقی جونز و تاب‌آوری کونور و دیویدسون، پیش‌آزمون در مورد هر دو گروه اجرا شد. سپس گروه آزمایشی در معرض ۱۲ جلسه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس پرتکل تیزدل و همکاران قرار گرفت، ولی گروه کنترل پس از اجرای پیش‌آزمون، هیچ برنامه درمانی را دریافت نکرد. نهایتاً پس از آزمون در مورد هر دو گروه انجام شد. داده‌های پژوهش با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد روش درمانی (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) منجر به بهبود باورهای غیرمنطقی و تاب‌آوری افراد معتاد می‌شود.

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌های پژوهش، به نظر می‌رسد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان شیوه درمانی می‌تواند نقش موثری در بهبود تاب‌آوری و باورهای غیرمنطقی معتادان داشته باشند.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Karimlou F, Goodarzi K, Karimi J, Roozbahani M. The Effect of Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) on Irrational Beliefs and Resilience of Addicts. Razi J Med Sci. 2023;29(10):169-180.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با 3.0 CC BY-NC-SA صورت گرفته است.

The Effect of Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) on Irrational Beliefs and Resilience of Addicts

Fariba Karimlou: PhD Student, Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran

Kourosh Goodarzi: Assistant Professor, Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran (* Corresponding author) Ko.Goodarzy@iau.ac.ir

Javad Karimi: Associate Professor, Department of Psychology, School of Literature and Humanity Sciences, The University of Malayer, Malayer, Iran

Mehdi Roozbahani: Assistant Professor, Department of Motor Behavior, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran

Abstract

Background & Aims: Addiction is one of the most important social deviations, which is the basis of many harms and social problems at the level of society. The side effects of addiction at the psychological and individual level have been and continue to be harmful to the social sector and society as a whole. In this regard, health is one of the main foundations of human life and the necessary conditions for fulfilling his social roles, and addicted people whose health is at risk in some way can continue their individual and collective activities in a desirable way who feels healthy and in addition to the socio-economic status, other factors such as biological, interpersonal and psychological-behavioral factors are also improved in them. Meanwhile, improving psycho-behavioral factors or psychological characteristics such as resilience and irrational beliefs are of particular importance. Resiliency of addicts can be affected by addiction and related conditions. Resilience of addicts can be affected by addiction and related conditions. Historically, the majority of preventive researches and development of interventions aimed at problematic behaviors have been focused on identifying risk factors and high-risk populations; Resilience is more than simply recovering from turmoil. Resilience increases the ability to tolerate and adapt to life crises and overcome them. Also, addiction can intensify irrational beliefs. Irrational beliefs can become mandatory and definite goals, which if not met, lead to confusion and anxiety. The basic assumption of cognitive theories is that dysfunctional thoughts are involved in the way a person interprets and evaluates reality, and also the behavioral responses that result from certain interpretations are involved in the persistence of substance abuse disorder.

In this regard, any intervention that can affect the above variables and improve them, will create better conditions for the psychological condition of addicts. Research has shown that cognitive therapy training is effective in reducing the symptoms of irrational beliefs. Therefore, cognitive therapy based on mindfulness (MBCT), as an intervention can lead to improving resiliency and irrational beliefs in addicted people. In this type of treatment, mindfulness is non-judgmental and is based on the present. In fact, this type of treatment can help in releasing automatic thoughts, unhealthy habits and behavioral patterns, and therefore can play an important role in regulating behavior, including aggressive behaviors and increases the ability to tolerate and adapt to life crises and overcome them.

In Iran, extensive research has not been done on the effects of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on improving the psychological characteristics of addicts. Therefore, investigating the effectiveness of this group of interventions on resilience and irrational beliefs of addicted people is of particular importance. So, the main application of the current research is regarding the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness (MBCT), because it can reduce the level of dependence addiction and have a positive effect on mental health indicators. Hence, in the present study, the effectiveness of mindfulness-based cognition has been measured and its effects on resiliency and irrational beliefs have been investigated.

Keywords

Addiction,
Cognitive Therapy Based
on Mindfulness,
Irrational Beliefs,
Resilience

Received: 05/11/2022

Published: 02/01/2023

Methods: The current research was semi-experimental and pre-test and post-test type with a heterogeneous control group. The statistical population in this research included all addicts who referred to addiction treatment clinics in Tehran with an age range between 18 and 65 years. The number of 40 people who met the criteria for entering the research, such as not suffering from chronic physical and mental illness, not taking certain drugs, and not attending the detoxification period, were selected as the sample group using the available non-random sampling method. Two groups (an experimental group and a control group) were randomly assigned. Then, the participants were randomly replaced in two groups. First, using Connor-Davidson Resilience Scale (2003) and Jones irrational beliefs questionnaire (1968), the pre-test was performed on both groups. Then the experimental group was exposed to 12 sessions (3 times a week for 90 minutes), of cognitive therapy based on mindfulness (MBCT). It was based on the protocol of Teasdale et al (2000), but the control group did not receive any treatment program after the pre-test. Finally, the post-test was conducted for both groups. The research data were analyzed using the statistical method of multivariate covariance analysis. The data of this research were analyzed using descriptive statistical methods such as mean, standard deviation and variance as well as the inferential statistical method of multivariate covariance analysis with the help of SPSS 20 statistical software.

Results: The results show that in the resiliency and irrational belief, after removing the effect of the pre-test on the dependent variable, it is observed that between the adjusted averages of the scores of all the dependent variables in patients with addiction according to group membership (experimental and control groups) There is a significant difference in the post-test stage ($P < 0.001$). Therefore, cognitive therapy based on mindfulness (MBCT), has had an effect on reducing the resiliency and irrational belief scores of addiction patients in the experimental group in the post-test. Therefore, cognitive therapy based on mindfulness has had an effect on increasing the resiliency and irrational belief scores of patients with addiction in the experimental groups in the post-test.

Conclusion: In explaining the results, it can be said that the goal of cognitive therapy based on mindfulness is to help people to experience their disturbing thoughts as a thought and to become aware of the dysfunctional nature of their thoughts and instead of responding to them, they only watch them. If they are in an addicted person, unusual issues become normal issues; Because of this, the addict basically has high expectations of situations. On the other hand, the addicted person not only always uses the projection mechanism, which is the basis of irrational beliefs, but also finds an irrational belief about addiction. In cognitive therapy based on mindfulness (MBCT), trainings such as letting go of negative thoughts and conceptualizing instead of self, strengthening the self-observer, accepting internal events instead of controlling them. In fact, the main goal of this treatment is to create psychological flexibility or resiliency; It means creating the ability to choose an action among different options that is more suitable, not that an action is performed or actually imposed on a person simply to avoid disturbing thoughts, feelings, memories or tendencies, such as drug addiction. With mindfulness in cognitive therapy, people are taught to live in the present and now and better deal with the challenges of addiction as well as the challenges after that.

Also, in accordance with the findings related to resilience, the application of this method has been able to provide a kind of positive attitude towards the surrounding environment to addicts and basically improve the knowledge of the environment and thus prevent relapse. In other words, the application of cognitive therapy based on mindfulness has been able to provide addicts with a positive attitude towards the surrounding environment and basically improve their knowledge of the environment. In this way, it can be acknowledged that cognitive-behavioral treatments can be considered as a useful treatment by psychologists and counselors and can have a complementary aspect to drug treatment in improving psychological problems associated with addiction.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Karimlou F, Goodarzi K, Karimi J, Roozbahani M. The Effect of Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) on Irrational Beliefs and Resilience of Addicts. *Razi J Med Sci.* 2023;29(10):169-180.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

مقدمه

اعتیاد یکی از مهم‌ترین انحرافات اجتماعی است که پایه و اساس بسیاری از آسیب‌ها و مُعضلات اجتماعی در سطح جامعه است. مواد مخدر و اعتیاد به آن، زندگی شمار زیادی از افراد را نابود کرده و می‌کند و تندرستی افراد و جامعه، توسعه سیاسی، اقتصادی و اجتماعی و حتی امنیت خیابان‌ها، معابر و نیز ثبات و پایداری دولت‌ها را نیز به خطر می‌اندازد. عوارض اعتیاد در سطح روانی و فردی هم در بخش اجتماعی و کلان جامعه زیان بخش بوده و هست. خسارت‌های اجتماعی و اقتصادی سوء مصرف مواد مخدر فشارهای تحمل‌ناپذیری بر زیرساخت‌های اجتماعی کشور وارد می‌کند. سوءمصرف مواد مخدر از مرز اختلالات روانی فراتر رفته و به چالشی جدی برای جامعه تبدیل شده است (۱). بنابراین، امروزه مواجهه با تجارت غیر قانونی مواد مخدر و آثار زیان‌بار سوء مصرف آن بزرگ‌ترین چالش تمام جوامع است. در این راستا، سلامت یکی از بنیان‌های اصلی زندگی انسان و شرایط ضروری ایفای نقش‌های اجتماعی وی به شمار می‌رود و افراد معتاد که سلامتی آن‌ها به نوعی در معرض خطر قرار دارد، در صورتی می‌توانند به فعالیت‌های فردی و جمعی خود به نحو مطلوب ادامه دهند که خود را سالم احساس کرده و علاوه بر وضعیت اقتصادی - اجتماعی، عوامل دیگری از جمله عوامل زیستی، بین فردی و روانی - رفتاری نیز در آن‌ها بهبود یابد (۲). در این میان، بهبود عوامل روانی - رفتاری یا ویژگی‌های روان‌شناختی نظیر تاب‌آوری و باورهای غیرمنطقی، از اهمیت خاصی برخوردار هستند. تاب‌آوری معتادان می‌تواند تحت تأثیر اعتیاد و شرایط مربوط به آن قرار گیرد. تاب‌آوری چیزی بیشتر از بهبودی ساده از آشفتگی است. تاب‌آوری توانایی تحمل و سازگاری با بحران‌های زندگی و غلبه بر آن‌ها را افزایش می‌دهد (۳). کوئی لنگ و همکاران (۴) در تحقیقی با عنوان "رضایت از زندگی معتادان مواد مخدر چینی" نشان دادند که میزان تاب‌آوری به طور معنی‌داری نسبت به گروه کنترل (غیر معتاد) کمتر است. نتایج پژوهش‌های دیگر (۵، ۶، ۷)، نشان دادند تفاوت معنی‌داری بین دو گروه معتاد و غیرمعتاد در متغیر تاب‌آوری وجود دارد و گروه معتادان نسبت به گروه افراد عادی تاب‌آوری پایین‌تری را تجربه می‌کنند

(۸). عوامل تاب‌آور باعث می‌شوند که فرد در شرایط دشوار و با وجود عوامل خطر از ظرفیت‌های موجود خود در دست‌یابی به موفقیت و رشد زندگی استفاده کند و از این چالش و آزمون‌ها به‌عنوان فرصتی برای توانمند کردن خود بهره‌جوید و از آن‌ها سربلند بیرون آید (۹). همچنین اعتیاد می‌تواند تقویت‌کننده و تشدیدکننده باورها غیرمنطقی باشد. باور غیر منطقی، خواست‌ها و اهدافی هستند که به صورت ترجیحات ضروری و الزامی در می‌آیند و تبدیل به اهداف اجباری و الزامی می‌گردند، به طوری که اگر برآورده نشوند به آشفتگی و اضطراب منجر می‌شوند (۱۰). فرض اساسی نظریه‌های شناختی این است که افکار ناکارآمد در نحوه تفکر و ارزیابی فرد از واقعیت دخیل است و همچنین پاسخ‌های رفتاری که از تفسیرهای خاص ناشی می‌شود در تداوم اختلال سوءمصرف مواد نقش دارند. برخی از مطالعات همزمان بودن اضطراب و کمرویی اجتماعی با سوء مصرف مواد مخدر و الکل را نشان داده است (۱۱). از طرف دیگر، این باورهای فرد موجب تغییر واکنش‌های او نسبت به احساسات بدنی مرتبط با اضطراب و هوس می‌شود (۱۲).

در این راستا، هر مداخله‌ای که بتواند متغیرهای فوق را تحت تأثیر قرار داده و باعث بهبود آن‌ها شود، شرایط بهتری را برای وضعیت روان‌شناختی معتادان رقم خواهد زد. مقدم و همکاران در پژوهشی با عنوان "تأثیر ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجانی معتادان" (۱۳)، طباطبایی و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان "تأثیر ذهن‌آگاهی بر اضطراب و مهارت‌های ارتباطی دانش‌آموزان" (۱۴) و کاشفی پور در تحقیقی با عنوان "تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب دانش‌آموزان" (۱۵) نشان دادند که آموزش‌های شناخت درمانی بر کاهش علائم باورهای غیرمنطقی موثر هستند.

بنابراین، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به عنوان یک مداخله، می‌تواند منجر به بهبود تاب‌آوری و باورهای غیرمنطقی در افراد معتاد گردد. در این نوع درمان، هشیاری غیرقضاوتی است و بر اساس زمان حال انجام می‌شود. در واقع این نوع از درمان می‌تواند در رهاسازی افکار خودکار، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی در تنظیم رفتاری از جمله رفتارهای پرخطرگرا می‌تواند داشته

باشد (۱۶). رهبری، در پژوهشی در خصوص تاثیر شناخت‌درمانی بر باورهای غیرمنطقی، افسردگی و اضطراب نشان داده است که پس از درمان شناختی، میزان افسردگی و باور غیرمنطقی کاهش معنی‌داری یافته است (۱۷). عبدی زرين نیز، در پژوهشی که با هدف "تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی و تاب‌آوری معنادان مراجعه کننده به کمپ‌های ترک اعتیاد به شهر" انجام داد، نشان داد که درمان شناختی-رفتاری منجر به افزایش خودکارآمدی و تاب‌آوری معنادان مراجعه کننده به کمپ‌های ترک اعتیاد به شهر شده است (۱۸). همچنین یافته‌های پژوهش سلیمی کیا با عنوان "بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر عقاید و سوسه انگیز و باورهای مرتبط با مواد در معتادان تحت درمان با متادون مراکز درمان سوء مصرف مواد شهرستان سنندج"، نشان داد که آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی در کاهش عقاید و سوسه انگیز و باورهای مرتبط با مواد تاثیر معنی‌داری دارد (۱۹).

در ایران، تحقیقات گسترده‌ای درباره اثرات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود خصیوات روانشناختی معنادان انجام نشده است. لذا، بررسی اثربخشی این دسته از مداخله‌ها بر تاب‌آوری و باورهای غیرمنطقی افراد معتاد از اهمیت خاصی برخوردار است. بنابراین، کاربرد اصلی پژوهش حاضر، در خصوص اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است، زیرا می‌تواند میزان وابستگی و اعتیاد را کاهش داده و بر شاخص‌های سلامت روانی، تاثیر مثبت بگذارد. از این رو در مطالعه حاضر اثربخشی شناخت مبتنی بر ذهن آگاهی سنجیده شده و تاثیرات آن بر تاب‌آوری و باورهای غیرمنطقی بررسی شده است.

روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل ناهمسان بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل تمامی معتادان مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر تهران با محدوده سنی بین ۱۸ تا ۶۵ ساله بود. تعداد ۴۰ نفر از آن‌ها که

ملاک‌های ورود به پژوهش نظیر عدم ابتلا به بیماری مزمن جسمی و روانی، عدم مصرف داروی خاصی و عدم حضور در دوره سم زدایی را داشتند، با روش نمونه گیری غیرتصادفی در دسترس به عنوان گروه نمونه انتخاب شده و در دو گروه (یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل) به طور تصادفی جایگزین شدند. پس از اخذ مجوز از دانشگاه آزاد اسلامی و سازمان بهزیستی و انتخاب نمونه و دریافت رضایت نامه از آزمودنی‌ها، پیش‌آزمون از آن‌ها به عمل آمد. سپس مشارکت کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه جایگزین شدند. گروه اول، در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس پرتکل تیزدل و همکاران (۲۰) شرکت کردند. مداخله درمانی برای گروه آزمایشی شامل ۱۲ جلسه گروهی، هفته ای ۳ بار به مدت ۹۰ دقیقه در دو روز متفاوت برگزار شد (جدول ۱)، درحالی که گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. سپس در پایان دوره آموزش از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. انجام مداخله درمانی بر عهده نویسنده اول مقاله بود. با توجه به تخصیص تصادفی افراد در گروه‌ها و داشتن گروه کنترل و همچنین کلاس و ساعت یکسان تا حدود زیادی متغیرهای مداخله‌گر کنترل شدند. به جهت رعایت اصول اخلاقی پژوهش، به مشارکت کنندگان درباره پژوهش و شرایط آن مانند تعداد و مدت جلسات، زمان ارزیابی، جای دهی تصادفی، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی آن‌ها و حق خروج از تحقیق در هر زمانی که مایل بودند، توضیح داده شد.

داده‌های این پژوهش با استفاده از روش‌های آماری توصیفی نظیر میانگین، انحراف استاندارد و واریانس و همچنین روش آماری استنباطی تحلیل کوواریانس چندمتغیره با کمک نرم‌افزار آماری SPSS 20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

پرسش نامه تاب‌آوری: این پرسش نامه را کونور و دیویدسون (۲۱) طراحی کرده و ساخته اند و دارای ۲۵ عبارت می باشد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره گذاری می‌شود. بنابر این طیف نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب‌آوری بیشتر آزمودنی است.

جدول ۱- رئوس جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۲۰)

شماره	محتوای جلسه
جلسه اول	معارفه (دعوت همه شرکت‌کنندگان به اینکه خود را به نوبت معرفی کنند). تشکیل گروه، ارائه کدهای اخلاقی این روش و مرزهای گروهی، شرکت‌کنندگان خودشان را معرفی می‌کنند تمرین خوردن کشمش.
جلسه دوم	توضیح: ۴۵ دقیقه مراقبه واریسی بدن. تکلیف منزل: خوردن کشمش مرور جلسه قبل، تمرین خوردن کشمش، ۱۰ دقیقه تنفس با ذهن آگاهی و مراقبه ذهن، تفکر در مورد تمرین‌ها و حس کردن دقیق هر یک از آن‌ها. تکلیف منزل: ۱۰ دقیقه تنفس با ذهن آگاهی، یادداشت واکنش خود نسبت به تکالیف، انجام تکالیف جدید به صورت ذهن آگاهانه.
جلسه سوم	مرور جلسه قبل، تمرین حرکات هو شیاریانه، تمرین منبسط کردن و تنفس گسترده، نگهداشتن افکار و ذهن از طریق پیگیری تمرین‌های مراقبه‌ای و تمرکز بر تنفس آگاهانه و اعضای بدن، تمرین واریسی بدنی
جلسه چهارم	تکلیف منزل: تداوم و تمرین تنفس سه بار تا جلسه بعدی، تهیه فهرستی از وقایع ناخوشایند و استفاده از آن موقعیت برای آگاهی واقعی از افکار، هیجان و حس‌های بدنی در مورد واقعه ناخوشایند در همان زمان که اتفاق می‌افتد برای هرروز.
جلسه پنجم	- مرور جلسه قبل، پنج دقیقه دیدن و شنیدن با شیوه ذهن آگاهی (آگاهی از تنفس، اعضای بدن، اصوات، افکار و انتخاب آگاهانه)، سه دقیقه تنفس، پیاده روی ذهن آگاهانه.
جلسه ششم	مرور جلسه قبل، پنج دقیقه دیدن و شنیدن با شیوه ذهن آگاهی (آگاهی از تنفس، اعضای بدن اصوات، افکار و انتخاب آگاهانه)، سه دقیقه تنفس و پیاده‌روی ذهن آگاهانه، تکلیف منزل: هر وقت متوجه احساسات ناخوشایند می‌شوید یادداشت کنید. فضای تنفس سه دقیقه برای هرروز
جلسه هفتم	تمرین مراقبه نشسته با توجه به تنفس، بدن، صداها و افکار. تکلیف منزل: تمرین روزانه سه دقیقه تنفس عادی پذیرش این نکته که باورها تغییرپذیرند و این امکان وجود دارد که افراد بتوانند باورهایشان را مورد تجدیدنظر قرار دهند، ماندن در زمان حال، یادگیری متمرکز کردن ذهن آگاهی در فعالیت لحظه، توجه به تجربه‌ها در لحظه اینجا و اکنون، درک تفاوت افکار و حقایق (ذهن آگاهی) عدم آمیختگی با هم‌جوشی شناختی، افزایش آگاهی به واکنش در برابر تجارب درونی، بررسی میزان انطباق افکار با واقعیت، بررسی هیجان‌ها و تعیین میزان شدت آن‌ها، بررسی مواقع و چگونگی تغییرپذیری باورها.
جلسه هشتم	تکلیف منزل: سه دقیقه تنفس عادی و سه دقیقه تنفس تمرین شده (۳ بار در روز)، به موقعیت‌هایی توجه کنید که از تنفس به‌عنوان محملی برای اداره آن استفاده می‌کنید. الگوهای حضور ذهن را برای مواجهه با مسائل بعدی به کار ببرید.
جلسه نهم	توانایی استفاده از برج‌سب‌های کلامی برای رویدادهای رفتاری و محیطی، توانایی برای برقراری ارتباط (شنا سایی، مقوله‌بندی افکار منفی، بررسی مزایا و معایب، بررسی شواهد باورها)، مطرح کردن مشکلات بیمار طی تمرین و کشف اثرات آن بر بدن و ذهن، مقوله‌بندی تحریف‌های شناختی. تکلیف منزل: مدیتیشن نشسته، تمرین آگاهی نسبت به تنفس و بدن
جلسه دهم	جلسات مدیتیشن، آگاهی از تنفس، اعضای بدن، اصوات، افکار و هیجانات، سه دقیقه تنفس به علاوه طرح یک مشکل در تمرین کشف تأثیر آن روی بدن و ذهن. تکلیف منزل: شامل تمرین اول؛ فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای در هنگام موقعیت‌های دشوار، یک فعالیت ذهن آگاهانه جدید، و داشتن یک مکالمه آگاهانه درحالی‌که به الگوهای خودکار فرد توجه می‌کنند.
جلسه یازدهم	تمرین دوم: به انتخاب خودتان به موقعیت‌هایی توجه کنید که از تنفس به‌عنوان محملی برای اداره آن استفاده می‌کنید. الگوهای حضور ذهن را برای مواجهه با مسائل بعدی به کار ببرید.
جلسه دوازدهم	تجربه رویدادها به‌طور کامل و عاری از دفاع، همان‌گونه که هستند و کاهش هیجانات ناخوشایند، افزایش آگاهی از مرز بین پیشرفت‌گرایی و کمال‌گرایی، عود مشکل، فرصتی برای یادگیری (پرهیز از تعمیم افراطی و توجه به عود به‌عنوان مشکل موقتی)، تکنیک افزایش کنج‌کاو و چالش‌جویی و رهایی از کمال‌گرایی
جلسه دوازدهم	تمرین واریسی بدنی، تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای و در ادامه بازنگری مجدد سیستم هشداردهنده اولیه و طرح‌های عملیاتی ارائه‌شده برای به‌کارگیری در زمان، گفتن داستان، تجربه مهارت‌های انطباقی و روش‌های تمرینی جدیدی برای اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی که می‌تواند باعث عود بیماری گردد، بررسی طرح‌های شرکت‌کنندگان برای نگهداری اهداف درمان و اخذ بازخورد از آن‌ها درباره‌ی برنامه‌ی درمانی و آماده کردن بیمار برای اختتام درمان
جلسه دوازدهم	مرور جلسات قبلی، تمرین سه دقیقه‌ای تنفس، جمع‌بندی و اختتام جلسه و پایان دادن به ادامه کلاس‌ها پس‌آزمون

کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد.

پرسش‌نامه باورهای غیر منطقی: پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی جونز ۴۰ سؤالی در سال ۱۹۶۹ توسط جونز و براساس نظریه الیس طراحی شد (۲۳). این پرسش‌نامه یکی از پراستفاده‌ترین ابزارهای

حداقل نمره ۰ (تاب آوری پایین) و حداکثر ۱۰۰ (تاب آوری بالا) خواهد بود. محمدی (۲۲) برای تعیین پایایی این مقیاس از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی ابزار فوق و مولفه‌های آن با محاسبه ضریب آلفای

کنندگان در پژوهش ۶۲/۵ درصد (۲۵ نفر) دارای مدرک دیپلم و زیر دیپلم، ۱۷/۵ درصد (۷ نفر) دارای مدرک کاردانی و ۲۰ درصد (۸ نفر) دارای مدرک کارشناسی بودند. ۴۰ درصد (۱۶ نفر) مشارکت کنندگان مجرد و ۶۰ درصد (۲۴ نفر) از پاسخ‌دهندگان متأهل بودند. همچنین ۵ گروه شغلی برای مشارکت کنندگان در نمونه مشخص شد، شامل گروه اول یا محصل با ۱۵ درصد (۶ نفر)، گروه دوم یا کارمند با ۵ درصد (۲ نفر)، گروه سوم یا خانه‌دار با ۳۵ درصد (۱۴ نفر)، گروه چهارم یا شغل آزاد با ۳۲/۵ درصد (۱۳ نفر) و گروه پنجم یا متفرقه با ۱۲/۵ درصد (۵ نفر).

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که به ترتیب میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش در متغیر تاب‌آوری در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۵۶/۵۸ بوده است و این میانگین در گروه کنترل برابر با ۶۶/۲۹ است در حالی که، پس‌آزمون میانگین نمره تاب‌آوری

اندازه‌گیری باورهای غیرمنطقی در جهان است. نسخه اصلی این پرسش‌نامه ۱۰۰ سؤال بسته را شامل می‌شود که از ۱۰ عامل تشکیل شده و هر عامل یک نوع تفکر غیرمنطقی را بررسی می‌کند. نمره‌گذاری گزینه‌ها در این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس لیکرت و بدین شرح است؛ کاملاً مخالفم = ۱، تا حدی مخالفم = ۲، نه مخالف، نه موافق = ۳، تا حدی موافقم = ۴ و کاملاً موافقم = ۵. بنابراین طیف نمرات آزمون در کل مقیاس، بین ۴۰ تا ۲۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر باورهای غیرمنطقی بیشتر آزمودنی است. بررسی پایایی پرسش‌نامه نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ است. در پژوهش حاضر نیز پایایی ابزار فوق با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

یافته‌ها

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که از بین مشارکت

جدول ۲- اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

متغیر کیفی	تعداد	درصد فراوانی	گروه آزمایشی شناخت درمانی	گروه کنترل	جمع
تحصیلات					
دیپلم و زیر دیپلم	۲۵	۶۲/۵	۱۵	۷۵	۴۰
کاردانی	۷	۱۷/۵	۳	۱۵	۲۰
کارشناسی	۸	۲۰	۲	۱۰	۳۰
وضعیت تاهل					
مجرد	۱۶	۴۰	۹	۴۵	۴۰
متاهل	۲۴	۶۰	۱۱	۵۵	۶۵
شغل					
محصل	۶	۱۵	۴	۲۰	۴۰
کارمند	۲	۵	۱	۵	۵
خانه‌دار	۱۴	۳۵	۶	۳۰	۴۰
آزاد	۱۳	۳۲/۵	۶	۳۰	۳۵
متفرقه	۵	۱۲/۵	۳	۱۵	۴۰

جدول ۳- داده‌های توصیفی مشارکت کنندگان در متغیر تاب‌آوری

پس‌آزمون	پیش‌آزمون		گروه	تاب‌آوری
	انحراف استاندارد	میانگین		
۰/۶۲	۹۳/۷۳	۰/۵۵	گروه آزمایشی	۵۶/۵۸
۰/۷۶	۶۳/۹۶	۰/۳۶	گروه کنترل	۶۶/۲۹

جدول ۴- داده‌های توصیفی مشارکت کنندگان در متغیر باور غیر منطقی

گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه آزمایش	۱۵۴/۴۱	۰/۶۱	۸۸/۴۶	۰/۶۳
گروه کنترل	۱۰۸/۴۰	۰/۵۲	۱۰۴/۰۰	۰/۳۹

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره مربوط به میانگین نمرات باور غیرمنطقی و تاب آوری در گروه های آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون

متغیروابسته	گروه ها	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان آماری
باور غیرمنطقی	پیش آزمون	۱	۵۱/۲۳	۰/۰۵۸	۰/۰۰۲	۰/۳۳	۰/۰۵۵
	پس آزمون	۳	۱۰۷۱/۵۱	۲/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۰/۸۶
تاب آوری	پیش آزمون	۱	۴۹/۸۰	۰/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۱۳	۰/۰۷۸
	پس آزمون	۳	۱۲۸۳/۵۸	۰/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۰/۸۷۴

گروه های آزمایش و کنترل (گروه های آزمایش و کنترل) در مرحله پس آزمون تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0.001$). بنابراین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش نمرات تاب آوری بیماران مبتلا به اعتیاد در گروه های آزمایش در پس آزمون تأثیر داشته است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری و باورهای غیرمنطقی معتادان انجام شد. نتایج نشان داد که درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، اثربخشی معنی داری بر افزایش تاب آوری و کاهش باورهای غیر منطقی معتادان داشته است.

در تبیین نتایج می توان گفت که هدف از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی این است که به افراد کمک شود تا افکار آزار دهنده خود را به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد افکارشان آگاه شوند و به جای پاسخ به آنها تنها نظاره گر آنها باشند (عدم همجو شی). اعتیاد "بیماری انکار" نامیده می شود، هم برای خود فرد و هم برای خانواده اش؛ همین انکار و وضعیت چرخشی از تداوم و حفظ باورهای غیرمنطقی برای معتاد ایجاد می کند (آمیختگی یا همجو شی). در فرد معتاد، مسائل غیرعادی تبدیل به مسائل عادی می شوند؛ به همین دلیل، اساساً معتاد توقعات زیادی از موقعیتها دارد. از سوی دیگر، فرد معتاد نه تنها همیشه

گروه آزمایش، ۹۳/۷۳ و در گروه کنترل این میانگین معادل با ۶۳/۹۶ است.

نتایج جدول ۴ نشان می دهد که به ترتیب میانگین نمرات آزمودنی های گروه های آزمایش در متغیر باور غیرمنطقی در مرحله پیش آزمون به ترتیب برابر با ۱۵۴/۴۱ بوده است و این میانگین در گروه کنترل برابر با ۱۰۸/۴۰ است در حالی که، پس آزمون میانگین نمره باور غیرمنطقی گروه آزمایشی (ذهن آگاهی)، ۸۸/۴۶ و در گروه کنترل این میانگین معادل با ۱۰۴/۰۰ است.

نتایج جدول ۵ نشان می دهد که در مولفه باور غیر منطقی، پس از حذف تأثیر پیش آزمون بر متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می شود که بین میانگین های تعدیل شده نمرات همه متغیرهای وابسته در بیماران مبتلا به اعتیاد بر حسب عضویت گروهی (گروه های آزمایش و کنترل) در مرحله پس آزمون تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0.001$). بنابراین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نمرات باور غیر منطقی بیماران مبتلا به اعتیاد (سوءمصرف مواد) در گروه آزمایشی در پس آزمون تأثیر داشته است. همچنین همان طور که در جدول ۵ نشان داده شده است، پس از حذف تأثیر پیش آزمون بر متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می شود که بین میانگین های تعدیل شده نمرات تاب آوری در بیماران مبتلا به اعتیاد بر حسب عضویت گروهی

روانی-اجتماعی و در نهایت کاهش احتمال عود را در بر داشته باشد (۲۸).

در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، آموزش‌هایی مانند اینکه افکار منفی را رها کرده و به جای خودم مفهوم سازی شده، خود مشاهده‌گر رانقویت کنند، رویدادهای درونی را به جای کنترل، بپذیرند، ارزش‌هایشان را تصریح کنند و به آن‌ها بپردازند، ارائه می‌شود (۲۹). در این درمان افراد یاد می‌گیرند که احساساتشان را بپذیرند تا اینکه از آن‌ها فاصله بگیرند و به فرایند تفکرشان به وسیله ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آن‌ها را به فعالیت‌های هدف محور، پیوند دهند (۳۰). به باور نظریه پردازان شناختی، یک عامل مهم در ایجاد و حفظ آسیب‌های روانی، اجتناب تجربی است که به معنای ارزیابی منفی اغراق‌آمیز از تجارب درونی مانند افکار، احساسات، و هیجانات و عدم تمایل به تجربه آن‌ها است که به تلاش برای کنترل یا فرار از آن‌ها منجر می‌شود و می‌تواند در عملکرد شخص مداخله کند (۳۱). افرادی که اجتناب بیشتری دارند تجربه‌های عاطفی مثبت و رضایت از زندگی کمتری را تجربه می‌کنند و احساس می‌کنند زندگی‌شان بی‌معنی است، اما، هدف درمان شناختی، کاهش اجتناب تجربی، افزایش انعطاف پذیری روانشناختی (تاب‌آوری) از طریق پذیرش احساسات ناخوشایند غیر قابل اجتناب و پریشان‌کننده مانند اضطراب و پرورش ذهن آگاهی به منظور خنثی کردن درگیری مفرط با شناخت‌ها و مشخص کردن ارزش‌های شخصی مرتبط با اهداف رفتاری است (۳۲). بیمار تشویق می‌شود تا در حالی که به سوی اهداف ارزشمند خود در حرکت است، با تجربیات به طور کامل ارتباط برقرار کند و آن‌ها را بدون قضاوت در مورد درستی یا نادرستی‌شان، در هنگام ظهور بپذیرد. این امر باعث افزایش انگیزه برای تغییر با وجود موانع غیر قابل اجتناب می‌شود و شخص را ترغیب می‌کند تا در جهت تحقق اهداف ارزشمند زندگی خود، تلاش کند و این امر می‌تواند به بهبود سلامت روانی و امید به زندگی و افزایش تاب‌آوری در معتادان منتهی شود (۳۳). در واقع هدف اصلی این درمان ایجاد انعطاف پذیری روانی یا تاب‌آوری است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در

از مکانیسم فرافکنی استفاده می‌نماید که پایه باورهای غیرمنطقی است، بلکه نوعی باور غیرمنطقی نسبت به اعتیاد نیز پیدا می‌کند (۲۴). داشتن باورها و تصورات غلط از خطرات و عواقب اعتیاد موجب شده است تا بسیاری از افراد به دلیل همین ناآگاهی با آسان گرفتن این بحران پرخطر اجتماعی به راحتی در دام آن گرفتار شوند. واقعیت این است که تعدادی از این باورهای غلط چنان در میان برخی از گروه‌های اجتماعی ریشه‌دار و بدیهی جاافتاده است که در پاره‌ای مواقع مخالفت با آن‌ها غیرطبیعی می‌نماید (۲۵).

علاوه بر این، درباره اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر باورهای غیر منطقی، می‌توان به این نکته اشاره کرد که در واقع باورهای غیر منطقی، هر گونه فکر، هیجان و یا رفتاری است که منجر به تخریب نفس و از بین رفتن خود می‌شود و پیامدهای مهم آن، اختلال در بقاء، خوشحالی و شادمانی است. به عبارتی باورهای غیر منطقی عبارتند از افکار و اندیشه‌ها و عقایدی که در آن‌ها اجبار، الزام، وظیفه و مطلق‌گرایی به شکل افراطی وجود دارد و موجب بروز اختلالات عاطفی و رفتاری می‌گردد. درواقع اینگونه باورها همان باورهای غیر واقع بینانه هستند و با واقعیت ناسازگارند (۲۶). بدیهی است که وجود باورها و اعتقادات نادرست، نگرش بیمارگونه و حاکمیت جبر بر روان، می‌تواند با اتخاذ تصمیم‌گیری‌های نامناسب در ارتباط با شدت گرایش به سوء مصرف مواد مخدر یک از این انتخاب‌ها است. چرا که تحریفات شناختی با تحت تاثیر قرار دادن افکار، موجب تصمیم‌گیری‌های اشتباه می‌گردد که سلامت فرد و اجتماعی را با تهدید روبرو می‌نماید (۲۷). اساس درمان شناختی در همکاری درمانگر با مراجع است. به این معنا که درمانجو در فرایند درمان دخالت داده می‌شود و درمانگر با همدلی و حمایت، او را در این مسیر یاری می‌دهد. این همکاری برای درمانجو محیطی امن فراهم می‌آورد تا او را در تغییر دشوار رفتار اعتیاد حمایت کند. در این رویکرد، درمانگر به مراجع کمک می‌کند تا بی‌مسئولیتی هیجانی و مقاومت در برابر تغییر که افکاری بانگرش منفی است را کاهش داده و نحوه‌ی مقابله با مشکلات و فشارهای

شناخت در مانی، نگرش و شناخت مثبتی به توانمندی‌های خود در مراحل اولیه پیدا کرده و این آگاهی می‌تواند در بهبود سلامت روانی آن‌ها مؤثر باشد. بدین ترتیب می‌توان اذعان داشت که در مان‌های شناختی-رفتاری می‌تواند به عنوان درمان سودمند مد نظر روانشناسان و مشاوران قرار گیرد و می‌تواند جنبه تکمیلی درمان دارویی در بهبود مشکلات روانشناختی همراه با اعتیاد را داشته باشد. در این پژوهش، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی توسط پژوهشگر انجام شد و این مسئله ممکن است سبب سوگیری‌های فردی پژوهشگر شده باشد. با توجه به این نکته که امکان شرکت تمام معنادان در این پژوهش حاضر وجود نداشت، نمونه محدود به معنادان زن در شهر تهران بود؛ بنابراین در تعمیم نتایج باید دقت کافی شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله بر گرفته از رساله دوره دکتری تخصصی است. در پایان از همه کسانی که در انجام پژوهش ما را یاری نمودند، کمال تشکر را داریم.

References

1. Breslau NZ, Hao C, Bing A, Pacula H, Burns M, Stein WK Irrational Beliefs of people with HIV substance abuse disorder in Thailand: An exploratory study statistical data included. *J Rehabil*. 2017;13:(30):603-13
2. Milton & Everitt Laudet A.B. The Case for Considering Quality of Life in Addiction Research and Clinical Practice. 2017; *Addict Sci Clin Pract*.
3. Collins K, De Maeyer J, Vanderplasschen W, Lammertyn J, van Nieuwenhuizen C, Sabbe B, Broekaert E. Current quality of life and its determinants among opiate-dependent individuals five years after starting methadone treatment. *Qual Life Res*. 2016.
4. Couileng A, Stuart J, Rupke MD, Bleacke D, Blitterswijk MM, Marjorie R. Cognitive Therapy for Depression in addicts. *Am Fam Physician*. 2019;73(1):83-86.
5. Ottmerson T, Hamzeh Pour T. The effect of cognitive behavioural therapy on quality of life in infertile women. *Eur J Experim Biol*. 2018;(4):415-419.

بین گزینه‌های مختلف که مناسب تر باشد، نه این که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز، مثل گرایش به مواد مخدر انجام یا درحقیقت به فرد تحمیل شود. با ذهن آگاهی در درمان شناختی، به افراد آموزش داده می‌شود در زمان حال و اکنون زندگی کنند و بهتر با چالش‌های گرایش به اعتیاد و همچنین چالش‌های بعد از آن، مقابله کنند (۳۴). در انطباق با یافته‌های مربوط به باورهای غیرمنطقی، یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های انتظار و حیات بخش (۳۵) در مورد تاثیر چشمگیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر باور غیر منطقی، همچنین با نتایج تحقیقات اوروتی (۳۶)، کریمی (۳۷)، موثق (۳۸)، لن نز (۳۹)، قنبری (۴۰)، اینزیلیج (۴۱)، پور پشنگ (۴۲)، قربانی مقدم (۴۳)، در خصوص اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر باورهای غیر منطقی، همسو بوده و موید اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش باور غیر منطقی در معنادان است.

همچنین در انطباق با یافته‌های مربوط به تاب‌آوری، نتایج این پژوهش با یافته‌های گارمزی (۴۴) با عنوان "اثر بخشی گروه درمانی شناختی — رفتاری بر تاب‌آوری و ترس از ارزیابی منفی معنادین بهبود یافته مرکز اعتیاد"، همسو است. در واقع به کارگیری این شیوه توانسته نوعی نگرش مثبت نسبت به محیط اطراف، به معنادان ارائه دهد و اساساً شناخت از محیط را بهتر نماید. این موضوع می‌تواند از طریق شناخت هیجانات، سازمان دهی مجدد هیجانی، یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش دهی که از طریق آموزش‌های شناختی اعمال می‌گردد، بهبود یافته و در نتیجه مانع از عود مجدد گردد (۴۵). (۴۶)

نتیجه‌گیری

به سخن دیگر، به کارگیری شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی توانسته نوعی نگرش مثبت نسبت به محیط اطراف، به معنادان ارائه دهد و اساساً شناخت از محیط را بهتر نماید. از سویی باید توجه کرد که معنادان با

6. Gerr E L, Gaylord SA, Boettiger CA, Matthew O, Howard MO. Mindfulness Training Modifies Cognitive, Affective, and Physiological Mechanisms Implicated in Alcohol. *J Psychoact Drugs*. 2018;42(2):177-192.
7. Jebraeili H, Habibi M, Nazemi A. Mediating role of resilience and tendency to addiction regarding the effect of gender on substance use. *J Res Health*. 2019;9(3):236-245. [Persian].
8. Robins A, Karow, A, Reimer J, Schäfer I, Krausz M, Haasen C, Verthein U. Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence]. *Drug Alcohol Depend*. 2018; 112(4): 209–215.
9. Inzlich E, Hollon S D. Motivational Interviewing from a Cognitive Behavioral Perspective. *Cogn Behav Pract*. 2019;18 (1):70-73.
10. Lei D, Wang Banghua XU, Yiwen, GU, Jianbo ZHO, Ying L. The mediating and moderating effects of resilience on the relationship between perceived stress and depression in heroin addicts. University of Beijing; China. 2019;88: 260-270.
11. Carver C S, Scheier Weintraub M F. Assessing coping strategies: A theoretically based on MBCT for addicts. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2018; 56(2): 267-283.
12. Moghadam M, Makvandi B, Naderi F. The effectiveness of mindfulness training and dialectical behavior therapy on drug craving and emotional self-regulation in addicted clients. *J Client-centered Nurs Care*. 2021;7(2): 8-18.
13. Gholamzadeh H, Ghaderi Ramaz, M, Dehghan, HR, Kouros Divsalar K. The comparison of maladaptive cognitive schemas and irrational beliefs among smoker and non-smoker students. *Rep Health Care*. 2018;11(1):143.
14. Kashefinabouri J, Eftekhar Saadi Z, Pasha R, Heidari A, Makvandi B. The Effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Emotion-Regulation Training on Rumination and Social Anxiety in Teenagers Prone to Addiction. *JOHE*. 2021;10(1):1-11.
15. Bernstein A, Zvolensky MJ, Vujanovic A, Moos R. Integrating anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance: A hierarchical model of affect sensitivity and tolerance. *Behav Ther*. 2009;43:976-301.
16. Abhar Zanjani F, Touzadeh Jani H, Amiri M. The effectiveness of integrated matrix therapy on self-control and emotional regulation in methamphetamine abusers. *J Fund Ment Health*. 2020;22(1):31-6.
17. Rahbari Ghazan N, Babapour J. [The role of brain/behavior system and positive and negative cognitive emotion regulation strategies in predict of depression symptom]. *Razi J Med Sci*. 2019;50(4):320-328.
18. Abdi Zarrin S, Mahdavi H. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on self-efficacy and resilience of addicts referred to Behshahr addiction treatment camps. *J Qom Univ*. 2019;12(49): Special Issue 2. [Persian].
19. Salimi Kia Sh, Khan pour F. The effectiveness of cognitive therapy-based mindfulness training on tempting beliefs and substance-related beliefs in people with methadone. *Addict Res Quart*. 2019;48.
20. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway G, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consul Clin Psychol*. 2000;68(4):615–623.
21. Davidson N, Korno T. *Psychological Tests*. 1983.
22. Mohammadi MR, Akbari AA, Khaleghi N, Makri A, Soleimani H, Sehat M. [The Study of the Effect of Spiritual Therapy in Opioid Dependent Patients]. *Hakim Med J*. 2015;14(3):144-150
23. Ellis A. [Multidimensional optimism and well-being: A prospective study of multiple consents of optimism as protective factor following high stress]. Doctoral Dissertation. Temple University, Philadelphia. 2019.
24. Dalili Z, Bayazi MH. The effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on the illness perception and Psychological Symptoms in patients with Rheumatoid Arthritis. *Compl Clin Pract*. 2019;34:139-44.
25. Fattahi M, Mirhashemi M. The effectiveness of matrix therapy on self-control of methamphetamine-dependent patients. *Sci Quart Res Addict*. 2019;12(48):Special Issue 1. [Persian].
26. Ghamkhar Fard Z, Bakhtiari M, Hajiheidari Z, Pouravari M, Tahmasian K. The effectiveness of group cognitive-behavioral therapy in anxiety and boredom proneness in generalized anxiety disorder girls]. *Knowl Res Apppl Psychol*. 2019;3(77):122-32. [Persian].
27. Jonbozorgi M, Golchin N, Alipour A, Agah Heris M. The effectiveness of group Cognitive-Behavior Therapy on Decreasing Severity of Pain and Psychological distress among women with chronic back pain]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2013;19(2):102-8. [Persian].
28. Soleymany Kahreh Z, Hosseini SS, Afsharina K. The comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy, music therapy and relaxation therapy on reducing anxiety and depression in coronary artery disease patients. *Yafte*. 2019;21(3):129-43. [Persian].
29. Tabatabaiejad FS, Aghaie A, Golparvar M. Compare Effectiveness of Positive Mindfulness Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Social Anxiety and Communication Skills of Female Students with Depression. *Quart J Soc Work*. 2018;7(3):5-16.
30. Seyed Hashemi s. Gh, Yousefi R, Mihan Kolahi H. Comparison of Irrational Schema in addicts.

- Royesh Psychol. 2018;7:157-172. [Persian].
31. Oraki M, Dortaj A, Mehdizadeh A. Effect of schema therapy on Irrational schemas in Addicts]. 2018; 46(12):37-65. [Persian].
32. Rahbari Ghazan N, Babapour J. The role of brain/behavior system and positive and negative cognitive emotion regulation strategies in predict of depression symptom. Razi J Med Sci. 2019;25(10):61-70.
33. Ayllón Ferreira, Batista Frisch MB, Cornell J, Villanueva M, Retzlaff PJ. Clinical validation of the Quality of Life Inventory". A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psyche Assess.* 2018.
34. David F, Jualie A, Toker D. "Changing in addictive behavior". New York: The Guilford press; 2019.
35. Hayat bakhsh S. Nasin Tandorsti schara-therapy on irrational schemas in insomnia. 2015;4(3):11-17. [Persian].
36. Orvati Aziz M, Aziz S, Mehrinejad SA, Hashemian Km Paivastegar M. Integrative therapy (short-term psychodynamic psychotherapy & cognitive-behavior al therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. A randomized controlled trial. *Complemen. Ther Clin* 35- Rozbehi M, Rezaee AM, Alipour A. Comparison of ACT & Schema therapy in addicts. 2017;15(3):239-246. [Persian].
37. Karimi N, Naziry G. Predicting the rate of cigarette smoking based on resilience and cognitive emotion regulation in the non-clinical population of Shiraz, Iran. *J Occup Health Epidemiol.* 2018;7(4):213-21. [Persian].
38. Movassagh MT, Arshadi N, Bassaknejad S, Beshlideh K. The effect of mindfulness in motion-based trainings on resiliency, emotion regulation, and job stress. *J Occup Health Epidemiol.* 2019;8(1):49-55.
39. Lennarz HK, Hollenstein T, Lichtwarck-Aschoff A, Kuntsche E, Granic I. Emotion regulation in action: Use, selection, and success of emotion regulation in adolescents' daily lives. *Int J Behav Dev.* 2019; 43(1):1-11
40. Ghanbari H, Touzandeh Jani H, Nejat H. Comparison of the effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy (ACT) and Quality of Life therapy (QOLT) on self-destructive behaviors and emotional cognitive regulation in substance abusers. *J Fund Mental Health.* 2020;22(1):47-55. [Persian]
41. Inzlich E, Hollon SD. Motivational Interviewing from a Cognitive Behavioral Perspective. *Cogn Behav Pract.* 2019;18(1):70-73.
42. Pourpashang M, Mousavi M. The Effects of Group Schema Therapy on Psychological Wellbeing and Resilience in Patients Under Substance Dependence Treatment. *J Client Center Nurs Care.* 2021:7(2). [Persian].
43. Ghorbani Moghaddam P, Teymouri S, Yazdan panah F. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on irrational thoughts, sleep quality and temptation in people with mood disorders. *Soc Health Addict.* 2018;20(6):119-132. [Persian].
44. Garmez N. Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *Am Behav Sci.* 2019;34(4):416-30.
45. Grigorian H L, Brem M J, Shorey RC, Anderson S, Stuart, GL. Mindfulness and Early Maladaptive Schemas Among Men in Treatment for Substance Use Disorder. *Mind-Fulness.* 2020; 31:639-657.
46. Dabbaghi P, Asgharnejad FA, Atef-Vahid M, Bolhari J. Effectiveness of Group Cognitive Therapy Based on Mindfulness and Spiritual Schema Activatio in the Prevention of Opioid Abuse Relapse. *IJPCP.* 2008;13(4):366-375.