

## مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انگیزش درمان افراد مبتلا به سوء مصرف مواد محرک

### Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Treatment Motivation in Individuals with Stimulant Use Disorder

#### Homa Choheili

PhD student, Department of psychology, Ahv.C., Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

#### Dr. Fatemeh Sadat Marashian \*

Department of psychology, Ahv.C., Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

[fsmarashian@iau.ac.ir](mailto:fsmarashian@iau.ac.ir)

#### Dr. Sahar Safarzadeh

Department of psychology, Ahv.C., Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

#### Dr. Parviz Asgari

Department of psychology, Ahv.C., Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

#### هما چحیلی

دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد

اسلامی، اهواز، ایران.

دکتر فاطمه سادات مرعشیان (نویسنده مسئول)

گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

دکتر سحر صفرزاده

گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

دکتر پرویز عسگری

گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

#### Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of Schema Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on treatment motivation among individuals with stimulant use disorder. A quasi-experimental design with a pretest–posttest control group and a two-month follow-up was employed. The Subjects Included People with Substance abuse who referred to Residential Centers in Ahvaz in 2025. From this population, 45 participants were purposively selected and randomly assigned to two experimental groups and one control group (n=15 per group). The Stages of Change and Treatment Motivation Scale (SCRTE; Miller & Tonigan, 1996) was used to collect data. The first experimental group received 10 sessions of 45 minutes of Schema Therapy, while the second experimental group received 8 sessions of 45 minutes of MBCT. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance (ANOVA) and Bonferroni post hoc tests. The Results Showed that pre-test Scores of Treatment motivation had a significant difference with pretest and Posttest Scores ( $P < 0.05$ ). The Results also showed that there was no Significant Difference Between the two Treatments over time ( $p > 0.05$ ), indicating the Effectiveness of Interventions on Treatment Motivation. In Conclusion, we can conclude that there is no Significant Difference Between Schema Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Increasing the motivation for drug abuse.

**Keywords:** Schema Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Treatment Motivation, Addiction.

#### چکیده

هدف از انجام این پژوهش مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انگیزش درمان افراد مبتلا به سوء مصرف مواد محرک بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه‌آزمایی شامل افراد مبتلا به سوء مصرف مواد محرک مراجعه‌کننده به مراکز اقامتی شهر اهواز در سال ۱۴۰۴ بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. ابزارهای پژوهش مقیاس مراحل آمادگی برای تغییر و انگیزش درمان (SCRTE؛ میلر و تونینگان، ۱۹۹۶) بود. گروه آزمایش اول طرحواره‌درمانی را در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و گروه آزمایش دوم شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای دریافت کردند. داده‌ها با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که نمرات پیش‌آزمون انگیزش درمان با نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری داشت ( $P < 0.05$ ). همچنین یافته‌ها نشان داد که بین دو درمان در طول زمان تفاوت معناداری وجود نداشت ( $P > 0.05$ ) که نشان‌دهنده اثربخشی یکسان مداخلات بر انگیزش درمان بود. در مجموع از یافته‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت که بین اثربخشی طرحواره‌درمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش انگیزش درمان افراد مبتلا به سوء مصرف مواد محرک تفاوت معنادار وجود ندارد.

**واژه‌های کلیدی:** طرحواره‌درمانی، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی،

انگیزش درمان، اعتیاد.

## مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر<sup>۱</sup> به‌عنوان یکی از ویرانگرترین آسیب‌های اجتماعی، نه‌تنها سلامت روانی<sup>۲</sup> و جسمانی فرد را تخریب می‌کند، بلکه کارکردهای خانوادگی، شغلی و اجتماعی او را نیز مختل می‌سازد (ترنگ<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۶). یکی از چالش‌های اساسی در مسیر بهبودی این افراد، فقدان انگیزش درمان<sup>۴</sup> است (کاشانی، ۱۴۰۳). انگیزش درمان به مجموعه‌ای از فرایندهای درونی و بین‌فردی اطلاق می‌شود که آمادگی، تمایل و تعهد فرد را برای آغاز، تداوم و پایبندی به درمان و تغییر رفتارهای اعتیادی شکل می‌دهد (سانتیاگو<sup>۵</sup> و کاسین، ۲۰۲۶). به بیان دیگر سطحی از آمادگی روان‌شناختی برای تغییر است که در رویکرد مصاحبه انگیزشی<sup>۶</sup> مورد تأکید قرار گرفته است (کریمی و مرادی، ۱۴۰۲). فقدان انگیزش درمان موجب کاهش مشارکت فعال در درمان، افزایش مقاومت، ترک زودهنگام برنامه‌های درمانی و بازگشت مکرر به مصرف می‌شود (لارسن<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). در چنین شرایطی فرد نه‌تنها در چرخه مزمن مصرف باقی می‌ماند، بلکه در معرض پیامدهای گسترده‌ای چون تشدید اختلالات روان‌شناختی، افت عملکرد اجتماعی، بروز رفتارهای پرخطر<sup>۸</sup> و افزایش آسیب‌های خانوادگی قرار می‌گیرد (ناسران<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). سطح پایین انگیزش درمان، پیش‌بینی‌کننده مهم تداوم مصرف، عود و شکست درمان در افراد وابسته به مواد است، از این رو فقدان انگیزش درمان نه‌تنها مانعی در مسیر بهبودی فرد محسوب می‌شود، بلکه به تداوم چرخه اعتیاد و گسترش پیامدهای مخرب آن در سطوح فردی و اجتماعی دامن می‌زند (حسینی‌پور، ۱۴۰۲).

از جمله درمان‌های روان‌شناختی مؤثر در حوزه درمان اعتیاد، طرحواره‌درمانی<sup>۱۰</sup> است که با هدف اصلاح الگوهای عمیق و ناکارآمد شناختی و هیجانی زیربنای رفتارهای اعتیادی به کار گرفته می‌شود (اقدام‌پناه فومنی، ۱۴۰۳). طرحواره‌درمانی، رویکردی یکپارچه‌نگر است و بر شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه، یعنی الگوهای فراگیر و پایدار شناختی، هیجانی و بدنی شکل‌گرفته در تجارب اولیه زندگی، تمرکز دارد (لیزی<sup>۱۱</sup>، ۲۰۲۴). در زمینه اعتیاد این رویکرد بر این فرض استوار است که مصرف مواد اغلب به‌عنوان راهبردی ناکارآمد برای مقابله با هیجان‌های دردناک ناشی از طرحواره‌هایی مانند رهاشدگی<sup>۱۲</sup>، محرومیت هیجانی<sup>۱۳</sup>، نقص/شرم<sup>۱۴</sup> یا بی‌کفایتی<sup>۱۵</sup> عمل می‌کند (ثلاثی و همکاران، ۱۴۰۲). سازوکار اصلی طرحواره‌درمانی در درمان اعتیاد، افزایش آگاهی فرد نسبت به طرحواره‌های فعال، شناسایی سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار مانند اجتناب یا تسلیم و جایگزینی آن‌ها با پاسخ‌های سالم‌تر از طریق تجربه‌های هیجانی اصلاحی و تقویت حالت بزرگسال سالم است (بوگ<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). فرایندی که موجب کاهش نیاز به تنظیم هیجان<sup>۱۷</sup> از طریق مصرف مواد، افزایش تحمل هیجانی و ارتقای خودتنظیمی می‌شود، بر این اساس، طرحواره‌درمانی با هدف قرار دادن ریشه‌های عمیق آسیب‌پذیری روان‌شناختی، به شکستن چرخه مصرف و پیشگیری از عود کمک می‌کند (محمدی و جبل‌عاملی، ۱۴۰۲). در این راستا نتایج مطالعات نشان‌دهنده اثربخشی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش دوز مصرف در معتادان با درمان نگهدارنده با متادون<sup>۱۸</sup> (ثلاثی و شوقی، ۱۴۰۱)، اثربخشی طرحواره‌درمانی بر اشتیاق به تغییر افراد معتاد متجاهر (آبادیان، ۱۴۰۰)، تاثیر طرحواره‌درمانی بر افزایش آمادگی و انگیزش ترک مصرف مواد مخدر (لیزی، ۲۰۲۴)، افزایش ظرفیت پذیرش درمان و کاهش مقاومت در برابر تغییر (فاسبیندر<sup>۱۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۵) بود.

1 Drug addiction  
2 Mental health  
3 Trang  
4 Treatment motivation  
5 Santiago  
6 Motivational interviewing  
7 Larsen  
8 Risky behaviors  
9 Nasrun  
10 Schema therapy  
11 Lacy  
12 Abandonment  
13 Emotional deprivation  
14 Deficiency/shame  
15 Inadequacy  
16 Boog  
17 Emotion regulation  
18 Methadone  
19 Fassbinder

در کنار رویکردهای طرحواره‌محور، افق دیگری در درمان اعتیاد گشوده شده است که بر پرورش آگاهی لحظه‌به‌لحظه و تغییر رابطه فرد با تجربه‌های درونی تمرکز دارد، رویکردی که با عنوان شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی<sup>۱</sup> شناخته می‌شود (ما<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۶). شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، رویکردی تلفیقی است و عناصر شناخت‌درمانی را با تمرین‌های ذهن‌آگاهی ادغام می‌کند تا الگوهای خودکار، نشخوارگرانه و واکنش‌محور ذهن را تعدیل کند (آندورفر<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۶). این رویکرد با آموزش مشاهده غیرقضاوت‌گرانه افکار، هیجان‌ها و امیال، به فرد کمک می‌کند تا به‌جای واکنش تکانشی به ولع مصرف<sup>۴</sup>، فاصله‌ای آگاهانه میان تجربه درونی و رفتار ایجاد کند (محب و همکاران، ۱۴۰۲). در درمان اعتیاد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از طریق افزایش آگاهی فراشناختی، کاهش همانندسازی با افکار وسوسه‌انگیز و تقویت تنظیم هیجان، زمینه شکل‌گیری انگیزش درمان را فراهم می‌سازد زیرا فرد با انتخاب آگاهانه، تغییر را تجربه می‌کند (نوروزی دشتکی و همکاران، ۱۴۰۳). این فرایند با کاهش اجتناب تجربی<sup>۵</sup>، افزایش پذیرش حالات درونی و ارتقای خودکارآمدی در مواجهه با ولع، به ایجاد تعهد درونی برای تداوم درمان منجر می‌شود (جها<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). در نتیجه، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با تغییر شیوه رابطه فرد با افکار و هیجان‌های مرتبط با مصرف، نه‌تنها شدت وسوسه را کاهش می‌دهد، بلکه از طریق تقویت خودآگاهی و انتخاب هدفمند، انگیزش لازم برای ورود و پایبندی به درمان را نیز فعال می‌سازد (شومن-اولویر<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). بررسی پیشینه پژوهش نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌طور معنی‌داری موجب افزایش میزان انگیزش درمان افراد وابسته به مواد شده است (جعفری و همکاران، ۱۴۰۱)، آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش استرس و افزایش انگیزه ترک در افراد معتاد اثربخش است (جبله و امیربیک، ۱۴۰۴)، آموزش ذهن‌آگاهی باعث افزایش تمایل به مشارکت در درمان اعتیاد شده است (گینتونی<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۵)، همچنین شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث افزایش آمادگی برای تغییر در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد شد (عبدالعال<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). شواهد پژوهشی نشان دادند که آمادگی برای تداوم درمان اعتیاد عامل مهمی در کاهش بازگشت به مصرف است. از این رو طرحواره‌درمانی با تمرکز بر بازسازی ساختارهای عمیق شکل‌گرفته در تجارب اولیه و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با تأکید بر تغییر شیوه مواجهه فرد با تجربه‌های درونی در لحظه حال، هر یک از مسیرهای متفاوتی به اصلاح الگوهای زیربنایی و افزایش ظرفیت خودتنظیمی می‌پردازند. با توجه به این‌که افراد وابسته به مواد محرک غالباً با الگوهای پایدار ناکارآمد و واکنش‌پذیری هیجانی بالا مواجه‌اند، بررسی مقایسه‌ای اثربخشی این دو رویکرد می‌تواند به روشن شدن مسیرهای مداخله‌ای کارآمدتر در ارتقای آمادگی روان‌شناختی برای درمان کمک کند.

با توجه به پیچیدگی‌های روان‌شناختی و عودپذیری بالای وابستگی به مواد محرک یکی از چالش‌های اساسی در مداخلات درمانی، ایجاد و تثبیت آمادگی درونی برای تداوم درمان است. از این رو مقایسه اثربخشی این دو رویکرد می‌تواند به روشن شدن مسیرهای مداخله‌ای کارآمدتر در ارتقای آمادگی روان‌شناختی برای درمان کمک کند. بنابراین مسئله اصلی این پژوهش از ضرورت شناسایی مداخله‌ای مؤثرتر در تقویت زمینه‌های درونی تداوم درمان در این گروه بالینی نشأت می‌گیرد که هم از منظر بالینی و هم از حیث پیشگیری از پیامدهای فردی و اجتماعی تداوم مصرف، اهمیت بنیادین دارد. بنابراین هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انگیزش درمان افراد مبتلا به سوءمصرف مواد محرک بود.

## روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل افراد مبتلا به سوء مصرف مواد محرک مراجعه‌کننده به مراکز اقامتی شهر اهواز در سال ۱۴۰۴ که تعداد آن‌ها ۱۶۵ نفر بود. جهت برآورد حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار جی‌پاور نسخه ۳/۱ (فائول<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۹) تعداد ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به

1 Mindfulness-based cognitive therapy

2 Ma

3 Andorfer

4 Craving

5 Experiential avoidance

6 Jha

7 Schuman-Olivier

8 Gkintoni

9 Abdelaal

10 Faul

صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگذاری شدند. گروه آزمایش اول طرحواره‌درمانی را به مدت ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و گروه آزمایش دوم شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را به مدت ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند و گروه گواه تا پایان پژوهش مداخله‌ای دریافت نکرد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، حداقل سابقه ۱ سال سوءمصرف مواد محرک، اقامت در مراکز بستری بدون دارو، دامنه سنی ۲۰ تا ۳۵ سال، حداقل سواد خواندن و نوشتن بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم شرکت در حداقل دو جلسه از مداخلات، اعلام انصراف از شرکت در پژوهش، تکمیل نکردن پرسشنامه‌ها، عدم رعایت دستورالعمل‌های پژوهش مانند انجام ندادن تمرین‌های خانگی، و بروز مشکلات پزشکی یا روانشناختی که ادامه شرکت را غیرممکن سازد، بود. کد اخلاق این پژوهش (IR.IAU.AHVAZ.REC.1403.404) و کد کار آزمایشی بالینی IRCT20250215064733N1 بود. قبل از شروع جلسات درمانی، توضیحات کامل درباره اهداف پژوهش، فرآیند مداخلات و حفظ محرمانگی اطلاعات شرکت‌کنندگان ارائه شد و رضایت کتبی آگاهانه آنان جهت شرکت در پژوهش اخذ گردید. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی و نتایج حاصل به صورت محرمانه نگهداری شده و تنها برای اهداف پژوهش استفاده خواهد شد. همچنین هر زمان شرکت‌کنندگان احساس ناخوشایندی داشتند، می‌توانستند بدون هیچ‌گونه پیامد منفی از مطالعه خارج شوند. علاوه بر این، امکان بهره‌مندی رایگان هریک از مداخله‌ها برای گروه گواه، دیگر ملاحظات اخلاقی پژوهش بود. در نهایت، برای تحلیل داده‌های پژوهش از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون تعقیبی بن‌فرونی و نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۷ استفاده شد.

#### ابزار سنجش

**مقیاس مراحل آمادگی برای تغییر و انگیزش درمان<sup>۱</sup> (SCRTE):** این مقیاس یک ابزار تجربی است که توسط میلر و تونینگان<sup>۲</sup> (۱۹۹۶) برای ارزیابی آمادگی برای تغییر سوءمصرف مواد طراحی شده است. این ابزار ۱۹ سؤال دارد و انگیزش درمان را در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) در سه خرده مقیاس بازشناسی<sup>۳</sup>، دوسوگرایی<sup>۴</sup> و گام‌برداری<sup>۵</sup> اندازه می‌گیرد و دامنه نمرات آن بین ۱۹ تا ۹۵ قرار دارد. این مقیاس همبستگی بالایی با نمرات نسخه ۳۹ سؤالی فرم بلند مقیاس مراحل آمادگی برای تغییر و انگیزش درمان نشان داشته است. پایایی پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس بازشناسی در دامنه ۰/۸۵ تا ۰/۹۵، دوسوگرایی در دامنه ۰/۶۰ تا ۰/۸۸ و گام‌برداری ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ به دست آمده است، این ضریب بر روی نمونه مطالعه حاضر به ترتیب ۰/۷۶ برای بازشناسی، ۰/۷۱ برای دوسوگرایی و ۰/۸۵ برای گام‌برداری لحاظ گردید. روایی همزمان این مقیاس با پرسشنامه شادکامی در یک نمونه آلمانی با همبستگی ۰/۸۲ گزارش شد (میلر و تونینگان، ۱۹۹۶). در پژوهش شباهنگ و همکاران (۱۳۹۸) روایی هم‌زمان با استعداد اعتیاد ۰/۲۶ تا ۰/۴۹ مطلوب گزارش شد و پایایی کل پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ و پایایی زیرمقیاس‌ها را برای بازشناسی ۰/۹۳، دوسوگرایی ۰/۸۴ و اقدامات به عمل آمده ۰/۹۰ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه مراحل آمادگی برای تغییر و اشتیاق برای درمان با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ محاسبه شد.

**مداخله آموزشی:** محتوای جلسات مداخله طرحواره‌درمانی با اقتباس از پروتکل یانگ<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۱۲) طی ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه گروهی بر گروه آزمایش اول برگزار شد. خلاصه جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

#### جدول ۱. خلاصه جلسات طرحواره‌درمانی

جلسات	محتوای جلسات
اول	برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه، گرفتن تعهد و شناخت مشکل اصلی مراجع.
دوم	آموزش طرحواره و سبک مقابله، شناسایی طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه و برقراری ارتباط بین مشکلات و طرحواره‌ها
سوم	ادامه شناسایی طرحواره‌ها، تمرینات شناختی اولیه و معرفی مفهوم پاسخ‌های ناسازگارانه.
چهارم	راهبردهای شناختی، بررسی معایب پاسخ مقابله‌ای، برقراری گفتگو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم، استفاده از بازی «مدافع شیطان».

1 stages of change readiness and treatment eagerness

2 Miller & Tonigan

3 Recognition

4 Ambiguity

5 Stepping

6 Young

آموزش تدوین و ساخت کارهای آموزشی شخصی، تقویت شناخت و درک الگوهای رفتاری.	پنجم
تکنیک‌های شناختی پیشرفته، ارائه منطق تکنیک‌ها، استعاره جنگ، استفاده از سبک درمانی رویارویی همدلانه.	ششم
راهبردهای تجربی و تصویرسازی ذهنی، ربط دادن تصویر ذهنی گذشته و زمان حال، انجام گفتگوی خیالی.	هفتم
الگوشکنی رفتاری: ارائه منطق تکنیک‌های رفتاری، فهرست رفتارهای خاص، اولویت‌بندی رفتارها و افزایش انگیزه تغییر رفتار.	هشتم
تکنیک‌های رفتاری پیشرفته: غلبه بر موانع تغییر رفتار، افزایش انگیزه برای تغییر و ایجاد تغییرات مهم در زندگی روزمره.	نهم
جمع‌بندی جلسات، ارائه راهکارهای نهایی، مرور پیشرفت‌ها، نتیجه‌گیری، آماده‌سازی برای پس‌آزمون و ارزیابی اثرات درمان.	دهم

محتوای مداخله درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی از پروتکل ویلیامز<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۲) در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه گروهی بر گروه آزمایش دوم برگزار شد. خلاصه جلسات در جدول ۲ ارائه شده است.

### جدول ۲. جلسات درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات	شرح جلسات
اول	اجرای پیش‌آزمون، تنظیم خط مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد؛ دعوت شرکت کنندگان به معرفی خود، تمرین خوردن کشمش ذهن آگاه، تکلیف خانگی (انجام واریسی بدنی)، واریسی بدنی (۴۵ دقیقه ای)، تکلیف خانگی (انجام ذهن آگاه یک فعالیت عادی روزمره در هر روز (شستن، غذا خوردن، مسواک زدن و ...))
دوم	بازنگری تکالیف خانگی جلسه قبل، تمرین افکار و احساسات، تکلیف خانگی (ثبت وقایع خوشایند)
سوم	بازنگری تکالیف خانگی جلسه قبل، مراقبه نشسته ۳۰ تا ۴۰ دقیقه ای، تکلیف خانگی (راه رفتن ذهن آگاه)، تمرین راه رفتن ذهن آگاه، تکلیف خانگی فضای تنفس ۳ دقیقه ای ۳ بار در هر روز، فضای تنفس سه دقیقه ای، تکلیف خانگی ثبت وقایع ناخوشایند
چهارم	بازنگری تکالیف خانگی جلسه قبل، مراقبه دیدن/مراقبه شنیدن، تکلیف خانگی (مراقبه نشسته)، تمرین مراقبه نشسته، تکلیف خانگی (فضای تنفس ۳ دقیقه ای)
پنجم	مراقبه نشسته، تکلیف خانگی (مراقبه نشسته هدایت شده)
ششم	مراقبه نشسته تجسم، تکلیف خانگی (مراقبه های هدایت شده کوتاه تر حداقل ۴۰ دقیقه)، تمرین سناریوهای مبهم، تکلیف خانگی (تنفس سه دقیقه ای ۳ بار در هر روز)
هفتم	مراقبه نشسته، تکلیف خانگی (تمرین خود-جهت دهی، اشاره به ارتباط بین خلق و فعالیت، تکلیف خانگی (تنفس سه دقیقه ای ۳ بار در هر روز و نیز مواقعی که متوجه استرس و هیجانات دشوار می‌شود). بحث در مورد نشانه های عود، تکلیف خانگی برنامه ریزی در مورد عود
هشتم	واریسی بدنی، تکلیف خانگی، انعکاس، پس‌خوراند، پایان جلسات و پس‌آزمون.

### یافته ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌های پژوهش نشان داد که در گروه طرحواره‌درمانی، ۱۰ نفر مرد (۷۰ درصد) و ۵ نفر زن (۳۰ درصد) بودند. در گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، ۹ نفر مرد (۶۰ درصد) و ۶ نفر زن (۴۰ درصد) حضور داشتند. در گروه کنترل، ۸ نفر مرد (۵۵ درصد) و ۷ نفر زن (۴۵ درصد) شرکت داشتند. در گروه طرحواره‌درمانی میانگین و انحراف معیار سن  $32.1 \pm 29/57$ ، گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی  $32.7 \pm 29/97$  و گروه گواه  $27.6 \pm 29/63$  بود. در گروه طرحواره‌درمانی، ۳ نفر (۲۰ درصد) تحصیلات زیر دیپلم، ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) دیپلم، ۱ نفر (۶/۷ درصد) فوق دیپلم، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) کارشناسی و ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) کارشناسی ارشد داشتند. در گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نیز ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) تحصیلات زیر دیپلم، ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) دیپلم، ۱ نفر (۶/۷ درصد) فوق دیپلم، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) کارشناسی و ۱ نفر (۶/۷ درصد) کارشناسی ارشد داشتند. در گروه گواه، ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) فوق دیپلم، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) کارشناسی و ۱ نفر (۶/۷ درصد) کارشناسی ارشد داشتند.

درصد) تحصیلات زیر دیپلم، ۳ نفر (۲۰ درصد) دیپلم، ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) فوق دیپلم، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) کارشناسی و ۱ نفر (۶/۷ درصد) کارشناسی ارشد داشتند. در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	مراحل	آزمایش ۱		آزمایش ۲		گواه
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
پیش‌آزمون		۵۱/۷۳	۵/۰۷	۴/۲۳	۵۲/۶۶	۴/۵۳
انگیزش درمان	پس‌آزمون	۵۹/۲	۴/۴۵	۴/۷۸	۵۳/۲	۴/۵۲
	پیگیری	۵۹/۴	۴/۵۶	۴/۷۶	۵۳/۳۳	۴/۵۴

نتایج جدول ۳ شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است که حاکی از کاهش مرحله پس‌آزمون و پیگیری نمره‌ها در مقایسه با پیش‌آزمون برای گروه‌های آزمایش است. قبل از ارائه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، مفروضات آزمون‌های پارامتریک مورد آزمون قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که پیش‌فرض، توزیع نرمال نمونه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برقرار است ( $P > 0.05$ ). خطای واریانس‌ها در هر یک از متغیرها به تفکیک مراحل سنجش همگون بود؛ همچنین نتایج آزمون ام‌باکس معنی‌دار نبود ( $F = 1.64, P > 0.22, M\ Box's = 4.27$ ) که تأیید می‌کند همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس برقرار است. نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه گواه نشان داد که مقادیر متغیر انگیزش درمان ( $P = 0.59$ ) مورد تأیید واقع گردید. همچنین نتایج آزمون لوین نشان داد پیش‌فرض همسانی خطای واریانس برای متغیر انگیزش درمان رعایت شده است. به طور کلی مفروضات (پیش‌فرض‌های نرمال بودن و همگونی واریانس‌ها) تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
	مراحل	۷۹۲/۷۱	۱/۵۹	۵۰۳/۳۵	۱۹۷/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۸۲
انگیزش درمان	مراحل * گروه	۳۱۹/۱۱	۳/۱۵	۱۰۱/۳۱	۳۹/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۶۵
	بین گروهی	۳۳۰/۷۱	۲	۱۶۵/۳۵	۱۲/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۳۷

همانطور که نتایج جدول ۴، نشان می‌دهد در مجموع انگیزش درمان در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل درمان شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری در سطح ( $P < 0.001$ ) وجود دارد. همچنین نشان می‌دهد طرحواره‌درمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای انگیزش درمان ( $F = 12.76, \eta^2 = 0.37, P = 0.001$ ) معنی‌دار است. بررسی روند تغییرات در گروه‌ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون بن‌فرونی برای مقایسه سه مرحله و سه گروه در متغیر وابسته پژوهش

مقایسه مراحل	آزمایش ۱		آزمایش ۲		گواه
	تفاضل میانگین‌ها	سطح معنی‌داری	تفاضل میانگین‌ها	سطح معنی‌داری	
پس‌آزمون	۷/۴۶	۰/۰۰۱	۷/۸۶	۰/۰۰۱	۱
پیگیری	۷/۶۶	۰/۰۰۱	۶/۶	۰/۰۰۱	۰/۸۸
پیگیری	۰/۲۰	۱	۱/۲۶	۰/۴۱	۱

مقایسه گروه‌ها		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
آزمایش ۱	آزمایش ۲	۰/۸۰	۱	۰/۴۰	۱	۰/۸۶	۱
آزمایش ۱	گواه	۰/۹۳	۱	۶	۰/۰۰۱	۶/۰۶	۰/۰۰۱
آزمایش ۲	گواه	۱/۷۳	۰/۹۳	۵/۶	۰/۰۰۱	۵/۲	۰/۰۰۱

نتایج آزمون بن‌فرونی در جدول ۵ نشان داد که تنها در گروه‌های مداخله بین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد ( $P=0/01$ )؛ این در حالی است که در گروه‌های مداخله بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد که نشان‌دهنده ثبات نتایج در طول زمان است ( $P<0/05$ ). نتایج مقایسه زوجی بین گروه‌ها گویای این است که بین گروه‌های طرحواره‌درمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ( $P=0/01$ ) در مقایسه با گروه کنترل تا مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت؛ در واقع هر دو درمان نسبت به گروه کنترل موجب افزایش انگیزش درمان شده‌اند. علاوه بر این نتایج مقایسه زوجی نشان داد که بین دو درمان طرحواره‌درمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش انگیزش درمان تفاوت معنادار وجود نداشت ( $P>0/05$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انگیزش درمان افراد مبتلا به سوءمصرف مواد محرک انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که طرحواره‌درمانی باعث افزایش انگیزش درمان افراد مبتلا به سوءمصرف مواد محرک شده است. این یافته با نتایج مطالعات ثلاثی و شوقی (۱۴۰۱)، آبادیان (۱۴۰۰)، فاسبیندر و همکاران (۲۰۲۵) و لیزی (۲۰۲۴) همسو بود.

این یافته اینگونه تبیین می‌شود که طرحواره‌درمانی با اصلاح باورهای بنیادین ناکارآمد، الگوهای مقابله‌ای نامطلوب و شناخت‌های نادرست را بازسازی می‌کند و این بازسازی شناختی باعث می‌شود فرد با درک دقیق‌تری از علل و پیامدهای رفتار مصرف خود، انگیزه بالاتری برای تغییر و پیگیری درمان پیدا کند. با ایجاد بینش و شفافیت شناختی، فرد احساس کنترل بیشتری بر رفتار و روند ترک خود پیدا می‌کند و اعتماد به نفس در مواجهه با محرک‌ها و شرایط پرخطر افزایش می‌یابد (فاسبیندر و همکاران، ۲۰۲۵). طرحواره‌درمانی فرآیندی جامع را فراهم می‌آورد که افراد بتوانند باورهای محدودکننده و خود مخرب خود را بازنگری کنند. این طرحواره‌ها معمولاً شامل باورهای منفی پایدار درباره خود، دیگران و محیط پیرامون هستند که می‌توانند موجب کاهش انگیزش و تعهد به درمان، ایجاد احساس ناتوانی و مقاومت در برابر تغییر شوند. طرحواره‌درمانی با شناسایی این الگوهای مخرب و ارائه تکنیک‌های شناختی-رفتاری، به فرد امکان می‌دهد تا بار هیجانی و شناختی ناشی از باورهای منفی را کاهش دهد و جایگزین‌های واقع بینانه و سازگارانه برای آن‌ها ایجاد کند. این فرآیند نه تنها باعث افزایش درک و آگاهی فرد نسبت به خود می‌شود، بلکه تجربه‌ای از کنترل و توانمندی در مواجهه با محرک‌ها و چالش‌های مرتبط با ترک مواد برای او فراهم می‌آورد (آبادیان، ۱۴۰۰). به طور مشخص، تمرین‌های طرحواره‌درمانی به افراد دارای اختلال مصرف مواد کمک می‌کند تا نسبت به افکار و احساسات خود آگاه شوند و واکنش‌های خودکار و مخرب را شناسایی کنند. با افزایش خودپذیری و توانایی مدیریت هیجانات، فرد قادر می‌شود در جلسات درمان فعالانه شرکت کند و انگیزه لازم برای پیگیری مسیر ترک را پیدا کند؛ به عبارت دیگر، این مداخله باعث می‌شود فرد باور به توانایی خود در تغییر و ایجاد رفتارهای سازگارانه پیدا کند و انگیزه‌ای پایدار برای تعهد به درمان شکل گیرد (لیزی، ۲۰۲۴).

دیگر یافته پژوهش نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب افزایش معنادار انگیزش درمان در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد محرک نسبت شده است. این یافته با نتایج مطالعات جبله و امیریکی (۱۴۰۴)، جعفری و همکاران (۱۴۰۱)، گینتونی و همکاران (۲۰۲۵) و عبدالعال و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود. در تبیین این یافته باید خاطر نشان کرد که این اثر ناشی از تقویت آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و ولع مصرف و کاهش واکنش‌های خودکار است، به گونه‌ای که فرد با ایجاد فاصله میان تجربه‌های درونی و پاسخ رفتاری، امکان ارزیابی واقع‌بینانه‌تر موقعیت‌های پرخطر و اتخاذ تصمیم‌های آگاهانه‌تر را می‌یابد. این فرآیند مشاهده بدون قضاوت، زمینه افزایش انگیزش درونی و تعهد به ادامه درمان را فراهم می‌کند (گینتونی و همکاران، ۲۰۲۵). درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی افراد دارای اختلال مصرف مواد را قادر می‌سازد تا با افکار و هیجانات مرتبط با مصرف مواد مواجه شوند بدون آنکه به آن‌ها واکنش فوری نشان دهند.

این تجربه مستقیم مدیریت هیجانات باعث می‌شود فرد حس تسلط و کنترل بیشتری نسبت به فرآیند ترک داشته باشد و انگیزه برای ادامه درمان و پیگیری فعالیت‌های سازنده افزایش یابد. تمرین‌های ذهن‌آگاهی همچنین توانایی برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری منطقی را تقویت می‌کند و به افراد کمک می‌کند تا خود را در مسیر ترک با آگاهی و مسئولیت بیشتری هدایت کنند (جعفری و همکاران، ۱۴۰۱). علاوه بر این، ذهن‌آگاهی با کاهش واکنش‌های هیجانی و کنترل تکانه‌ها، ظرفیت خودتنظیمی فرد را افزایش می‌دهد و امکان مقاومت مؤثرتر در برابر وسوسه مصرف را فراهم می‌سازد. تجربه موفق مدیریت موقعیت‌های پرخطر، حس موفقیت و کارآمدی را تقویت کرده و انگیزش برای تداوم درمان را افزایش می‌دهد. همچنین، پذیرش فرآیند درمان و کاهش مقاومت و اجتناب، به تغییر نگرش نسبت به ترک منجر شده و تعهد و مشارکت فعال فرد در درمان را به‌طور معناداری ارتقا می‌دهد (عبدالعال و همکاران، ۲۰۲۴).

در نهایت، یافته‌های پژوهش نشان‌دهنده این بود که طرحواره‌درمانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در زمینه انگیزش درمان در افراد مبتلا به سوء‌مصرف مواد محرک به طور مؤثری عمل کرده‌اند. مقایسه این دو نوع درمان، مشخص شد که هیچ یک از آن‌ها نسبت به دیگری برتری ندارد. این نتایج با تحقیقات جبله و امیربیک (۱۴۰۴)، ثلاثی و شوقی (۱۴۰۱)، بوگ و همکاران (۲۰۲۵)، جها و همکاران (۲۰۲۵) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت طرحواره‌درمانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، از جمله درمان‌های نسل سوم شناختی-رفتاری هستند که بر اهمیت تجربه واقعی هیجانات و پرهیز از اجتناب از آن‌ها تأکید دارند. اجتناب از احساسات که به عنوان یک واکنش طبیعی برای دوری از درد شناخته می‌شود، ممکن است در کوتاه مدت تسکین‌دهنده باشد، اما در بلندمدت به ایجاد درد و رنج منجر می‌شود و جذابیت زندگی را کاهش می‌دهد (بوگ و همکاران، ۲۰۲۵). همسو با یافته‌های پژوهش ثلاثی و شوقی (۱۴۰۱) طرحواره‌درمانی از طریق افزایش بینش، اصلاح ساختارهای شناختی و تقویت حس کنترل و تسلط بر مسیر ترک، انگیزش درونی را ارتقا می‌دهد. در حالی که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی هم‌راستا با نتایج پژوهش جبله و امیربیک (۱۴۰۴) با آموزش مدیریت آگاهانه افکار و ولع مصرف و کاهش واکنش‌های هیجانی، اعتماد فرد را در مواجهه با موقعیت‌های پرخطر افزایش داده و انگیزه ادامه درمان و پایبندی به برنامه‌های ترک را تقویت می‌کند.

به طور کلی از یافته‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت که بین طرحواره‌درمانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در افزایش انگیزش درمان تفاوت معناداری وجود ندارد و هر دو رویکرد به طور مشابه انگیزه مشارکت فعال در درمان را افزایش داده‌اند. این روش‌ها به افراد کمک می‌کنند تا احساسات منفی را به عنوان بخشی از تجربیات روزمره بپذیرند و انگیزش جهت تداوم درمان را افزایش دهند. همچنین، مقایسه اثربخشی این دو رویکرد نشان داد که تفاوت معناداری در تأثیرگذاری آن‌ها وجود ندارد.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی داشت که باید در تفسیر نتایج در نظر گرفته شوند. استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند احتمال کاهش دقت در برآورد اثرات واقعی مداخله را به‌دنبال دارد. علاوه بر این، مطالعه بر داده‌های خودگزارشی و مصاحبه‌های بالینی متکی بود که می‌تواند تحت تأثیر سوگیری مطلوبیت اجتماعی یا گزارش‌دهی نادرست قرار گیرد. همچنین نوع مواد مخدر، مدت زمان مصرف و تعداد دفعات ترک در پژوهش حاضر کنترل نشد که ممکن است به‌طور بالقوه بر اعتبار نتایج تأثیر بگذارد. بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و حجم نمونه بزرگ‌تر و کنترل متغیرهایی از جمله نوع مواد مخدر، مدت زمان مصرف و تعداد دفعات ترک برای افزایش اعتبار بیرونی و قدرت تعمیم استفاده شود. از نظر کاربردی نیز پیشنهاد می‌شود برنامه‌های درمانی ترکیبی مبتنی بر طرحواره‌درمانی و ذهن‌آگاهی برای کلینیک‌های ترک مواد محرک طراحی شود و کارگاه‌های آموزشی برای خانواده‌ها جهت حمایت از انگیزش درمان برگزار شود.

## منابع

- اقدام پناه فومنی، ک.، مقتدر، ل.، اسدی مجره، س.، و اکبری، ب. (۱۴۰۳). اثربخشی طرحواره درمانی بر تحمل ابهام و دشواری در تنظیم هیجان افراد وابسته به مواد. *رویش روان‌شناسی*، ۱۳(۱۰)، ۱۱-۱۲. <http://frooyesh.ir/article-۵۳۷۴۴-fa.html>
- آبادیان، ف.، مجتبائی، م.، و ثابت، م. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر خودکارآمدی و اشتیاق به تغییر در افراد معتاد متجاهر. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰(۱۰۶)، ۱۸۶۳-۱۸۴۹. <https://doi.org/10.52547/JPS.20.106.1849>
- ثلاثی، ب.، رضایی، م. آ.، و جهان، ف. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و طرحواره درمانی بر خودکارآمدی و مولفه‌های آن در معتادین با درمان نگهدارنده متادون: یک مطالعه کارآزمایی بالینی. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۱۰(۱)، ۱۵۴-۱۳۹. <https://doi.10.32598/shenakht.10.1.139>

- ثلاثی، ب.، و شوقی، ب. (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تنظیم هیجانی و دوز مصرف در معتادان با درمان نگهدارنده با متادون. *پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*، ۱۲(۱)، ۹۹-۷۹. <https://doi.org/10.22067/tpccp.2022.73062.1185>
- جعفری، ع.، حمیدی‌راد، ح. ر.، رسول‌زاده، ب.، کردمیرزا نیکوزاده، ع.ا.، و پورمحسنی کلوری، ف. (۱۴۰۱). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انگیزش درمان و خودانتقادی افراد وابسته به مواد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۶)، ۹۱-۱۱۲. <http://etiadjpajohi.ir/article-1-2705-fa.html>
- جبله، ا.، و امیربیک، م. (۱۴۰۴). اثربخشی ذهن‌آگاهی بر کاهش استرس و افزایش انگیزه ترک در افراد معتاد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر سبزوار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی سبزوار. <https://theses.iaus.ac.ir/abstract/thesis-27513.html>
- حسینی‌پور، ش. (۱۴۰۲). شناسایی موانع انگیزشی در درمان ترک اعتیاد از نگاه درمان‌جویان. *روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۱(۱)، ۳۷-۴۴. <https://jpmbh.com/index.php/jpmbh/article/view/5>
- شباهنگ، ر.، باقری شیخانگفته، ف.، و موسوی، م. (۱۳۹۸). تأثیر درمان تسهیل انگیزشی بر استعداد اعتیاد و مراحل تغییر آمادگی و تمایل درمانی معتادان. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۳(۵۲)، ۳۱۱-۳۳۰. <http://etiadjpajohi.ir/article-1-2092-fa.html>
- کاشانی، ا. (۱۴۰۳). بررسی نقش انگیزش در پایداری رفتارهای ترک مصرف مواد در افراد تحت درمان. *روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۲(۲)، ۱-۸. <https://jpmbh.com/index.php/jpmbh/article/view/35>
- کریمی، ن.، و مرادی، ز. (۱۴۰۲). بررسی مؤلفه‌های تجربی انگیزش برای ترک وابستگی در معتادان سابق: تحلیل مضمون تفسیری. *فصلنامه علمی روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۱(۲)، ۳۳-۳۹. <https://jhpbd.com/index.php/hpbd/article/view/17>
- محمدی، م.، و جبل عاملی، ش. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر خودانتقادی و تحمل پریشانی در زنان دارای همسر وابسته به مواد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۷(۷۰)، ۲۴۴-۲۲۱. <http://etiadjpajohi.ir/article-1-2017-fa.html>
- محب، ن.، قوی‌پنجه، ب.، اسماعیل‌پور، خ.، و عبدی، ر. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سیستم‌های مغزی-رفتاری و تنظیم هیجانی معتادان مواد افیونی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۱۸(۶۹)، ۲۲۸-۲۲۱. <https://doi.org/10.22034/jmpr.2023.13464>
- نوروزی دشتکی، م.، پوراابراهیم، ت.، حبیبی، م.، و ایمانی، س. (۱۴۰۳). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر رضایت جنسی و تصویر بدنی زنان با سوءمصرف مواد مخدر. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۸(۱)، ۳۵-۹. <https://doi.org/10.48308/apsy.2021.221619.1037>
- Andorfer, A., Hiebler, M., Senra, H., Peter, J., Kraler, S., Kaufmann, P., Pollheimer, E., Spah, C., Kresse, A., Kapfhammer, H. P., & Unterrainer, H. F. (2026). Effects of a Mindful Self-Compassion Intervention on Emotion Regulation in Psychiatric Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial. *Neuropsychobiology*, 85(1), 12–21. <https://doi.org/10.1159/000548902>
- Abdelaal, H. M., & El-Ashry, A. M. (2024). Effect of applying mindfulness-based relapse prevention nursing program on readiness for change and self-efficacy among clients with substance use disorders: A randomized control trial. *Archives of psychiatric nursing*, 53(1), 102–112. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2024.10.008>
- Boog, M., Visser, M. C., Clarijs, L., Franken, I. H. A., & Arntz, A. (2025). One-Year Follow-Up: Schema Therapy for Patients With Borderline Personality Disorder and Comorbid Alcohol Use Disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 31(4), 304-316. <https://doi.org/10.1002/cpp.3040>
- Fassbinder, E., Gonzales, T., Roka, M. (2025). The use of schema therapy in chronic psychological disorders with treatment avoidance patterns. *IANNA Journal of Interdisciplinary Studies*, 2(1), 197-211. <https://orcid.org/0000-0002-5969-1665>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. (2019). Statistical power analyses using G\* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods*, 41(4), 1149-1160. DOI: 10.3758/BRM.41.4.1149
- Gkintoni, E., Vassilopoulos, S. P., & Nikolaou, G. (2025). Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Clinical Practice: A Systematic Review of Neurocognitive Outcomes and Applications for Mental Health and Well-Being. *Journal of clinical medicine*, 14(5), 1703-1714. <https://doi.org/10.3390/jcm14051703>
- Jha, A., Goit, B., Jha, R., Jha, P., Pradhan, P. K., & Acharya, A. (2025). Mindfulness-based relapse prevention for drug addiction in Nepal: impact and implications of an initial 2-day training of trainers. *BJPsych international*, 22(1), 19–21. <https://doi.org/10.1192/bji.2024.37>
- Larsen, J. K., Markus, W., Wiers, R. W., & de Jongh, A. (2025). Targeting craving with EMDR therapy: Future directions. *Addictive behaviors*, 164(1), 108-117. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2025.108288>
- Lacy, E. (2024). STAT: schema therapy for addiction treatment, a proposal for the integrative treatment of addictive disorders. *Frontiers in psychology*, 15, 1366-1372. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1366617>
- Ma, R., Wu, X., & Xu, W. (2026). Sip, savor, but don't spill: mindfulness enhances alcohol enjoyment without boosting consumption. *Addictive behaviors*, 172(1), 108-115. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2025.108505>
- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(2), 81–89. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.10.2.81>

- Nasrun, M. W., Ginting, T. T., Siste, K., Pandelaki, J., Kekalih, A., Louisa, M., Susanto, A. D., Utami, D. S., Tarigan, I. N., Trishna, A. R., & Halim, K. (2025). Efficacy of N-acetylcysteine and motivational enhancement therapy for nicotine addiction: A randomized clinical trial. *Narra J*, 5(1), 217-225. <https://doi.org/10.52225/narra.v5i1.2178>
- Santiago, V. A., & Cassin, S. E. (2026). The MotivATE randomized controlled trial: treating food addiction with adapted motivational interviewing and cognitive behavioural therapy versus a waitlist control condition. *Journal of eating disorders*, 14(1), 56-64. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01522-5>
- Schuman-Olivier, Z., Goodman, H., Rosansky, J., Fredericksen, A. K., Barria, J., Parry, G., Sokol, R., Gardiner, P., Lê Cook, B., & Weiss, R. D. (2025). Mindfulness Training vs Recovery Support for Opioid Use, Craving, and Anxiety During Buprenorphine Treatment: A Randomized Clinical Trial. *JAMA network open*, 8(1), 245-259. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.54950>
- Trang, N. T., Diep, N. B., Thai, P. K., Duc, N. C., & Giang, L. M. (2026). Perspectives on addiction-related problems in Vietnam. *Addiction (Abingdon, England)*, 121(2), 448-457. <https://doi.org/10.1111/add.70207>
- Williams, J. M., Duggan, D. S., Crane, C., Fennell, M. J. (2002). Mindful. *Journal of Clinical Psychology*, 62(2), 201-210. <https://doi.org/10.1002/jclp.20223>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2012). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.