



## A Comparison of the Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Mindfulness-Based Self-Compassion on Metacognitive Beliefs in Individuals with Substance Dependence Receiving Methadone Maintenance Treatment

Narjes Ameri<sup>1</sup> , Mahmoud Najafi<sup>2</sup> 

1. Ph.D Candidate in Psychology, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran. E-mail: [n-ameri2020@semnan.ac.ir](mailto:n-ameri2020@semnan.ac.ir)

2. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran. E-mail: [m\\_najafi@semnan.ac.ir](mailto:m_najafi@semnan.ac.ir)

### ARTICLE INFO

**Article type:**  
Research Article

**Article history:**

Received: 09 March 2025

Received in revised form: 20 May 2025

Accepted: 10 June 2025

Published Online: 23 July 2025

**Keywords:**

Metacognitive Beliefs,  
Self-Compassion,  
Mindfulness,  
Cognitive Therapy,  
Methadone Maintenance  
Treatment

### ABSTRACT

**Background:** Metacognitive beliefs are a key contributing factor to relapse in substance use and pose a significant challenge in addiction treatment. Effective therapeutic interventions have the potential to significantly reduce these beliefs. This study aimed to compare the effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Self-Compassion-Based Mindfulness Therapy on metacognitive beliefs in individuals with substance dependence undergoing Methadone Maintenance Treatment.

**Method:** This quasi-experimental study employed a pretest–posttest design with a control group and a three-month follow-up. The statistical population included individuals with substance dependence receiving Methadone Maintenance Treatment at addiction treatment centers in Shahrood city in 2024. A total of 48 participants were selected via purposive sampling and randomly assigned to three groups of 16: two experimental groups and one control group. Data were collected using the Metacognitions Questionnaire (Wells & Cartwright-Hatton, 2004). The first experimental group received Mindfulness-Based Cognitive Therapy and the second Self-Compassion-Based Mindfulness Therapy, each delivered in eight weekly 90-minute sessions. Data were analyzed using repeated measures ANOVA and Bonferroni post-hoc tests via SPSS<sub>26</sub>.

**Results:** Both interventions led to significant improvements in metacognitive beliefs at the posttest and follow-up stages ( $p < 0.05$ ). Additionally, Self-Compassion-Based Mindfulness Therapy demonstrated significantly greater efficacy compared to Mindfulness-Based Cognitive Therapy in reducing metacognitive beliefs ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** The findings indicate that both Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Self-Compassion-Based Mindfulness Therapy are effective in improving metacognitive beliefs among individuals with substance dependence undergoing Methadone Maintenance Treatment. Notably, Self-Compassion-Based Mindfulness Therapy showed superior outcomes and may serve as a promising therapeutic approach for addressing psychological vulnerabilities in this population. These results highlight the value of incorporating self-compassion-focused mindfulness interventions into addiction treatment frameworks.

**Citation:** Ameri, N., & Najafi, M. (2025). A Comparison of the Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Mindfulness-Based Self-Compassion on Metacognitive Beliefs in Individuals with Substance Dependence Receiving Methadone Maintenance Treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 17(2), 51-69.

**DOI:** <https://doi.org/10.22075/jcp.2025.37052.3138>



© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ **Corresponding Author:** Mahmoud Najafi, Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.

E-mail: [m\\_najafi@semnan.ac.ir](mailto:m_najafi@semnan.ac.ir), Tel: (+98) 9125062180

## Extended Abstract

### Introduction

Substance use disorders (SUDs) are a pervasive public health problem with deleterious consequences for individuals, families, and society. SUDs are characterized by recurrent drug use that results in functional impairment. One of the most important variables allied to substance abuse is metacognition beliefs, which include the beliefs that individuals harbor about their thoughts. Metacognition refers to the beliefs and attitudes of an individual about cognitive events like thoughts, emotions, memories, feelings, and other perceptual forces. According to the metacognition theory, substance abuse is an effective means of swiftly modifying cognitive events such as emotions, thoughts, and memories. Metacognitive beliefs are a key contributing factor to relapse in substance use and pose a significant challenge in addiction treatment. Effective therapeutic interventions have the potential to significantly reduce these beliefs. Various therapeutic methods, such as Mindfulness Therapy Based on Self-compassion (MTBS) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), focus on addressing these metacognition beliefs by modifying thought patterns, effectively preventing dysfunctional metacognitive beliefs. Considering the importance of psychological and coping strategies in addiction treatment, this study aims to investigate and compare the effectiveness of MTBS and MBCT on the metacognition beliefs dimensions of individuals with substance dependence undergoing Methadone Maintenance Treatment and ultimately providing effective therapeutic solutions.

### Method

This research is applied in purpose and semi-experimental in method, utilizing a pre-test-post-test design with a control group and a three month follow-up. The statistical

population included individuals with substance dependence receiving Methadone Maintenance Treatment at addiction treatment centers in Shahrood city in 2024. A purposive sampling method selected 48 participants who met the inclusion criteria. Participants were randomly assigned to three groups: the MBCT intervention group ( $n = 16$ ), the MTBS intervention group ( $n = 16$ ), and a control group ( $n = 16$ ). The experimental groups underwent a 8-session, 90-minute therapy program, while the control group received no intervention. After the interventions, post-tests and a three-month follow-up were conducted. Inclusion criteria included male gender, age 18–50 years, a DSM-5 diagnosis of drug dependence, at least elementary-level education, and no physical or psychological comorbidities. Exclusion criteria included withdrawal from the study, comorbidities, and absence from more than two sessions. The research tools included Metacognition's Questionnaire (MQ) and protocols for Mindfulness Therapy Based on Self-compassion (MTBS) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT). The Metacognition's Questionnaire consists of 30 items and 5 subscales, with scores rated on a 4-point Likert scale. The mindfulness therapy based on self-compassion and mindfulness-based cognitive therapy interventions were based on established protocols and included specific therapy sessions aimed at improving metacognition beliefs. Data were analyzed using repeated measures ANOVA and Bonferroni post-hoc tests via SPSS26. In this research, all participants completed the relevant questionnaires before and after the interventions, and they were re-evaluated three months after the interventions for follow-up.

### Results

Pretest data confirmed homogeneity among the groups regarding metacognition beliefs prediction variables through factorial repeated measures ANOVA. Statistical assumptions, including variance and

covariance matrix homogeneity, were verified. The Box's M test indicated of covariance matrix homogeneity. Levene's test confirmed homogeneity of variances across groups for metacognition beliefs.

Descriptive analysis revealed significant reductions in metacognition beliefs scores in the MBCT and MBTS groups compared to the control group. Repeated measures ANOVA demonstrated significant group effects (MBCT, MBTS, and control) on metacognition beliefs subscales ( $P < 0.05$ ). Bonferroni post hoc tests showed significant differences between MBCT and MBTS groups in metacognition beliefs and both had significantly lower scores than the control group. metacognition beliefs, MBTS scored significantly lower than both MBCT and control groups, with MBTS outperforming the control group.

Model fit indices confirmed the pretest's influence on posttest outcomes and the significance of group effects, validating the alignment of the model with the data. These findings indicate that both MBCT and MBTS effectively reduced metacognition beliefs components, with MBTS showing superior performance in minimizing metacognition beliefs.

The three-month follow-up results demonstrated that the effectiveness of the interventions in metacognition beliefs dimensions was sustained. The dependent means test showed no significant difference between post-test and follow-up scores, indicating the retention of therapeutic effects over time. Ultimately, the findings revealed that both MBCT and MBTS could serve as effective interventions for improving the metacognition beliefs dimensions of individuals with substance dependence undergoing Methadone Maintenance Treatment. These results emphasize the importance of employing psychological interventions in this area and indicate that these methods can reduction the metacognition beliefs of individuals.

## Conclusion

This study compared the effectiveness of MBTS and MBCT in improving metacognitive beliefs among individuals with substance dependence undergoing Methadone Maintenance Treatment. Findings confirmed that both interventions significantly reduced metacognitive beliefs, with MBTS demonstrating greater efficacy. These results align with previous research highlighting MBTS's potential in addiction treatment and its emphasis on enhancing treatment durability.

MBTS, as a common approach in addiction treatment, helps by shifting the focus from an individual's automatic cognitive thinking pattern to a non-judgmental metacognitive state of awareness. Developing self-kindness may facilitate this shift in cognitive processing. Conversely, MBCT adopts a comprehensive approach by emphasizing self-awareness and emotional acceptance, equipping individuals to manage beliefs and reduce automatic thoughts. This study highlights MBTS's ability to provide greater thoughts control during crises.

Overall, the findings suggest that MBTS can serve as a complementary or alternative approach in addiction treatment. These results highlight the value of incorporating self-compassion-focused mindfulness interventions into addiction treatment frameworks. Additionally, given the functional similarities of these two methods, it is recommended that professionals utilize these interventions in the treatment individuals with substance dependence. Future studies with more diverse samples and longer follow-up periods are recommended to enhance generalizability and evaluate the long-term effects of these interventions.

### Ethical Considerations

**Ethics Code:** This research was conducted in accordance with ethical guidelines, and all efforts were made to ensure ethical standards were maintained throughout the study. The research process was carried out responsibly, and no ethical concerns were identified.

**Financial support:** This study received no financial support.

**Authors' Contributions:** N. Ameri.: Conceptualization, methodology, validation, data management, article writing, article editing and revision, software, statistical analysis, data collection, and manuscript writing. M. Najafi.: Conceptualization, methodology, data management, article editing and revision, validation, project management, project supervision.

**Conflict of Interest:** The author declares no conflict of interest.

**Acknowledgments:** This research is funded by Semnan University, research grant No 226 /1403/ ۱۴۰۳۵۱. The authors express their gratitude to all individuals who contributed to this research.



## مجله روانشناسی بالینی

شاپا چاپی: 2008-501X شاپا الکترونیکی: 2228-5180

Homepage: <https://jcp.semnan.ac.ir>

دانشگاه سمنان

## مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر باورهای فراشناختی در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون

نرجس عامری<sup>۱</sup>، محمود نجفی<sup>۲\*</sup><sup>۱</sup> دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. ایمیل: [n-ameri2020@semnan.ac.ir](mailto:n-ameri2020@semnan.ac.ir)<sup>۲</sup> دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. ایمیل: [m\\_najafi@semnan.ac.ir](mailto:m_najafi@semnan.ac.ir)

## چکیده

## مشخصات مقاله

## نوع مقاله:

پژوهشی

## تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۱۹

بازنگری: ۱۴۰۴/۰۲/۳۰

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۲۰

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۵/۰۱

## کلیدواژه‌ها:

باورهای فراشناختی،

خودشفقت‌ورزی،

ذهن آگاهی،

شناخت درمانی،

متادون

**زمینه:** باورهای فراشناختی زمینه‌ساز عود مصرف مواد و از چالش‌های مهم درمان وابستگی است و روش‌های مؤثر درمانی می‌توانند نقش بسزایی در کاهش آن داشته باشند. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر باورهای فراشناختی در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون بود.

**روش:** این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل با مرحله پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری شامل بیماران وابسته به مواد تحت درمان با متادون مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر شاهرود در سال ۱۴۰۳ بود. با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۳، سطح اطمینان ۰/۰۵، توان آماری ۰/۸، با دو گروه آزمایشی و کنترل و دو دفعه سنجش، تعداد نمونه با استفاده از نرم‌افزار G-power، ۴۸ نفر بدست آمد و نمونه به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۶ نفره شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز و کاتریت-هاتون (۲۰۰۴) استفاده شد. گروه آزمایشی اول، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) و گروه آزمایشی دوم درمان ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) را به صورت یک جلسه در هفته دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی در نرم‌افزار SPSS<sup>۲۶</sup> تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد هر دو مداخله در بهبود مؤلفه‌های باورهای فراشناختی در پس‌آزمون و پیگیری مؤثر بوده‌اند ( $p > 0/05$ ). همچنین، بین دو گروه آزمایش تفاوت معناداری در میانگین پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های باورهای فراشناختی وجود داشت و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اثربخش‌تر بود ( $p > 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** به طور کلی نتایج حاکی از آن بود که هر دوی این رویکردهای درمانی می‌توانند در بهبود باورهای فراشناختی بیماران مؤثر باشند و می‌توانند جهت کاهش مشکلات روانشناختی در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون نقش مؤثری داشته باشند. این یافته‌ها بر لزوم بهره‌گیری از درمان ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی در درمان وابستگی به مواد تأکید دارد.

**استناد:** عامری، نرجس؛ و نجفی، محمود (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر باورهای فراشناختی در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون. مجله روانشناسی بالینی، ۱۷(۲)، ۵۱-۶۹.

DOI: <https://doi.org/10.22075/jcp.2025.37052.3138>

© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ نویسنده مسئول: محمود نجفی، دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

رایانامه: [m\\_najafi@semnan.ac.ir](mailto:m_najafi@semnan.ac.ir) تلفن: ۰۹۱۲۵۰۶۲۱۸۰

## مقدمه

بر اساس گزارش دفتر مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد<sup>۱</sup>، اختلالات مصرف مواد<sup>۲</sup> بر زندگی بیش از ۳۵ میلیون نفر در سراسر جهان تأثیر می‌گذارد (۱). اختلال مصرف مواد یک مشکل جدی بهداشت عمومی است که میلیون‌ها نفر را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار می‌دهد. مواد افیونی، محرک‌های روانی (مانند کوکائین و مت‌آمفتامین) و نیکوتین موادی هستند که بیشترین خطر اعتیاد را دارند (۲). نزدیک به ۱۳/۵ میلیون نفر در سراسر جهان از مواد افیونی استفاده می‌کنند (۳). در ایالات متحده، بیش از دو میلیون نفر مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی تشخیص داده شده‌اند که منجر به هزینه‌های اقتصادی بیش از ۵۰۰ میلیارد دلار در هر سال می‌شود (۲). نگاهی به آمارهای مصرف مواد و اعتیاد در ایران نیز نشان می‌دهد هر ساله این آمار رو به افزایش است؛ آمارهای غیر رسمی نیز در این رابطه نشان می‌دهند ۱۴ میلیون نفر از جمعیت ایران با مشکلات اعتیاد به صورت مستقیم و غیر مستقیم درگیر هستند (۴). قابل توجه است که مواد افیونی باعث افزایش اخیر مرگ و میر ناشی از مصرف بیش از حد مواد شده است (۲). مرگ و میر ناشی از مصرف بیش از حد مواد از سال ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۵ تقریباً ۶۰ درصد افزایش یافته است (۵). امروزه، مصرف مواد عامل اصلی مرگ و میر ناشی از مصرف بیش از حد است (۶). اگرچه بسیاری از بیماران مبتلا به اختلالات مصرف مواد بدون دارو درمانی بهبود می‌یابند، بسیاری از آن‌ها هنوز نیاز به کمک دارویی دارند یا از آن بهره می‌برند. علی‌رغم تحقیقات گسترده، دارو درمانی برای اختلالات مصرف مواد به کندی پیشرفت کرده است و تنها تعداد اندکی از داروها توسط سازمان غذا و داروی ایالات متحده<sup>۳</sup> برای درمان اختلالات مصرف مواد افیونی، نیکوتین و الکل تأیید شده است (۷). در حال حاضر، هیچ داروی تأیید شده‌ای برای درمان حشیش، کوکائین یا سایر اختلالات مصرف روان‌گردان وجود ندارد (۲).

داروهایی که در حال حاضر توسط سازمان غذا و داروی ایالات متحده برای اختلالات مصرف مواد تأیید شده‌اند را می‌توان به دو دسته عمده درمان‌های جایگزین آگونیست (مانند متادون و بوپرنورفین) و درمان‌های آنتاگونیست (مانند نالوکسن) تقسیم کرد (۸). اگرچه آگونیست‌ها ممکن است دارای پتانسیل

سوءمصرف ذاتی باشند، اما در پیشگیری از ترک اعتیاد و کاهش ولع مصرف مواد مخدر و عود بسیار مؤثر هستند؛ به این ترتیب، متادون یکی از مؤثرترین درمان‌ها برای اختلال مصرف مواد افیونی در نظر گرفته می‌شود (۸، ۹، ۱۰). متادون یک آگونیست مواد افیونی با مدت اثر طولانی است که میل به مصرف مواد افیونی و ترک را کاهش می‌دهد و اثرات سرخوشی سایر مواد افیونی را هنگامی که بیمار دوز بهینه مصرف می‌کند، مسدود می‌سازد (۱۱). مصرف این دارو حفظ و پایداری در درمان را بهبود می‌بخشد (۱۰) و خطر مصرف بیش از حد کشنده را کاهش می‌دهد (۹). استفاده از متادون برای مراقبت طولانی‌مدت با کاهش مصرف مواد، فعالیت‌های مجرمانه و رفتارهای مخاطره‌آمیز سلامتی (مانند استفاده از سرنگ‌های مشترک) همراه بوده است (۱۱، ۱۲). متأسفانه، اکثر افرادی که از متادون یا سایر داروها برای اختلال مصرف مواد افیونی استفاده می‌کنند، آن را دریافت نمی‌کنند (۱۳) و تقریباً نیمی از افرادی که متادون دریافت می‌کنند، دوزهای بالینی مناسب دارند (۱۴). بر مبنای شواهد، اثرات این نوع درمان برای مصرف‌کنندگان مواد پایدار نیست (۱۵)؛ بنابراین لازم است که به سایر درمان‌های موجود نیز پرداخته شود.

بررسی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد یکی از سازه‌هایی که به‌طور بالقوه در ایجاد و تداوم مسائل و مشکلات مصرف مواد دخیل است، باورهای فراشناختی<sup>۴</sup> است (۱۶). باورهای فراشناختی مفهومی چند وجهی است و شامل دانش، باورها، فرآیندها و دستورالعمل‌هایی است که شناخت را ارزیابی و کنترل می‌کند (۱۶). فراشناخت‌ها شامل باورهایی هستند که افراد در مورد افکار خود دارند و به باورها و نگرش‌های فرد در مورد رویدادهای شناختی مانند افکار، عواطف، خاطرات، احساسات و سایر نیروهای ادراکی اشاره دارد (۱۷)؛ به عبارتی، فراشناخت، دانش یا فرآیند شناختی است که در ارزیابی، بازنگری یا کنترل شناخت دخیل است (۱۶). بر اساس تئوری فراشناخت، سوءمصرف مواد وسیله‌ای مؤثر برای اصلاح سریع رویدادهای شناختی مانند احساسات، افکار و خاطرات است (۱۸) و شناخت‌ها و باورهای فراشناختی بیماران تأثیر بسزایی در سیر و پیشرفت تمام مراحل تجربه این اختلال از جمله درک علائم، جستجوی علل و تغییرات در رفتار فردی دارند (۱۹). ولز (۲۰) اولین مطالعات را در رابطه با نقش باورهای

3. U. S. Food and Drug Administration (FDA)

4. Metacognitive beliefs

1. United Nations Office on Drugs and Crime

2. Substance use disorder (SUD)

که اثربخشی آن در حیطه اختلالات روانشناختی ثابت شده است، درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی می‌باشد (۲۵). ذهن آگاهی در حال حاضر در اصطلاح روانشناختی با توجه کامل به لحظه حال با آگاهی غیر قضاوتی از تجربیات درونی و بیرونی تعریف می‌شود (۲۶).

یکی از جدیدترین مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۱</sup> است که مبتنی بر کمک به مراجع برای به دست آوردن شناخت از فرصت‌های درمانی ذهن آگاهی است که برای مدیریت موقعیت‌ها لازم است. در این رویکرد درمانی جنبه‌هایی از شناخت درمانی با تکنیک‌های مراقبه ترکیب می‌شوند و هدف آن آموزش کنترل توجه به بیماران است تا بتوانند تغییرات در باورهای خود را شناسایی و از شروع مجدد مصرف مواد جلوگیری کنند (۲۷). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ترکیبی از تمرینات مراقبه، یوگا و شناخت درمانی است که توسط سگال و همکاران معرفی شد (۲۸) و برای کاهش و درمان درد و رنج انسان، به ویژه دردهای شناختی توسعه یافته است (۲۹). این روش درمانی مبتنی بر تمرینات مراقبه ذهنی است (۳۰). از سوی دیگر، روش ذهن آگاهی به دلیل مکانیسم‌های زیربنایی آن مانند پذیرش، آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده بدون قضاوت، مواجهه و رهاسازی است که می‌تواند علائم و پیامدهای پس از ترک را کاهش دهد، اثربخشی درمان را افزایش داده و به جلوگیری از بازگشت مصرف مواد کمک کند (۲۹). علاوه بر این، مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی، از جمله درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، می‌تواند نقش کلیدی در درمان باورهای فراشناختی داشته باشد (۳۱). موثق و همکاران (۳۲) گزارش کرده‌اند که ذهن آگاهی می‌تواند باورها و احساسات منفی را در افراد کاهش دهد. احمدی بجق و همکاران (۳۱) اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن را در کاهش باورهای فراشناخت نشان دادند. دای و همکاران (۳۳) نیز دریافتند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر باورها و احساسات منفی تأثیر مثبت دارد و منجر به بهبود باورهای منفی می‌شود. مهل-تاتاک و بوداک (۳۴) اشاره کرده‌اند که در صورت ترکیب ذهن آگاهی با درمان‌های شناختی-رفتاری می‌توان به بهبودی بالاتری در درمان مصرف‌کنندگان مواد رسید. به‌طور کلی، بررسی پژوهش‌های پیشین نشان داده که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در

فراشناختی در وابستگی به مواد انجام داد که نشان دهنده ارتباط بین فراشناخت‌ها با سوءمصرف مواد بود. به گفته مانسوتو و همکاران (۱۶) و دیلانکا و همکاران (۱۸) رابطه بین احساسات و سوءمصرف مواد ممکن است با فراشناخت واسطه شود. در همین راستا، هامونیر و همکاران (۱۹) در تحقیقات خود در مورد مصرف‌کنندگان مواد، دریافتند که عوامل فراشناختی، سرکوب افکار و احساسات منفی پیش‌بینی کننده وابستگی به مواد هستند. اندرسون (۲۱) در مطالعه‌ای بر روی مصرف‌کنندگان مواد مخدر نشان داد که مصرف‌کنندگان مواد دارای باورهای فراشناختی بالاتری نسبت به افراد عادی هستند و باورهای فراشناختی یکی از عوامل مؤثر بر وضعیت سلامت روان است. به طور خاص، اسپادا و همکاران (۲۲) نشان دادند که بین سه بعد فراشناختی یعنی افکار مثبت در مورد اضطراب، افکار منفی در مورد اضطراب و باورهای اعتماد شناختی و وابستگی به مواد رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. اما دو بعد فراشناختی دیگر، یعنی باورها در مورد کنترل افکار و خودآگاهی شناختی به طور حاشیه‌ای با وابستگی به مواد مخدر مرتبط بودند؛ لذا تشخیص و درمان این مسئله به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین عوامل شکست درمان سوءمصرف مواد حائز اهمیت است؛ به همین دلیل، شناسایی این پدیده، عوامل مرتبط و نیز راهبردهایی جهت کنترل و تعدیل آن دارای اهمیت قابل توجهی است.

با توجه به شیوع و پیامدهای آشکار فردی و اجتماعی-اقتصادی سوءمصرف مواد، تلاش قابل توجهی توسط جامعه علمی برای ایجاد و مطالعه درمان‌های مؤثر برای اختلالات مصرف مواد انجام شده است (۲۳، ۲۴). با وجود این، نرخ بازگشت بالا باقی می‌ماند، و داده‌ها نشان می‌دهند که بیش از دو سوم افراد ظرف یک سال پس از درمان به مصرف مواد برمی‌گردند (۲۴). ماهیت عودکننده اعتیاد به مواد روشن کرده است که درمان‌های روانشناختی جزء درمانی ضروری برای بهبودی طولانی مدت است و توجه را به مداخلاتی معطوف می‌کند که برای رفع این نیاز پیشنهاد می‌کنند. با توجه به پیامدهای درمان وابستگی به مواد، توجه روزافزون به نقش درمان‌های موج سوم در غنی‌سازی زندگی روزمره و تأثیرات آن در رابطه با مؤلفه‌های مختلف اعتیاد و روش‌هایی که افراد در مواجهه با این مسئله به کار می‌برند، زمینه‌ساز انجام تحقیقات متعدد شده است. از بین درمان‌های رایج موج سوم

## 1. Mindfulness Based on Cognitive Therapy (MBCT)

مبتنی بر خودشفقت‌ورزی می‌تواند نگرش‌های ناکارآمد را از طریق افزایش آگاهی درونی، کاهش دهد. صحراییان و همکاران (۴۱) نیز اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی را بر علائم آسیب‌شناسی روانی نشان دادند. مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد اگرچه شواهد تحقیقاتی مختلفی از اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر متغیرهای مختلفی از نمونه‌های متفاوت مورد بررسی قرار گرفته؛ اما اثربخشی این درمان بر باورهای فراشناختی در افراد با اختلال مصرف مواد بررسی نشده است که این موضوع یکی از دلایل اهمیت انجام این تحقیق در نظر گرفته می‌شود.

با توجه به اینکه پژوهش‌هایی که به مقایسه تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر بهبود باورهای فراشناختی پرداخته‌اند، نشان می‌دهند هر دو رویکرد مذکور می‌توانند در خصوص بهبود باورهای فراشناختی مورد استفاده قرار گیرند (۳۲، ۳۳، ۳۵)؛ مقایسه این دو رویکرد بر بهبود باورهای فراشناختی بیماران وابسته به مواد ضروری به نظر می‌رسد. درواقع، از آنجا که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی هر دو بر مفهوم ذهن‌آگاهی تأکید داشته و بر هدایت ذهن به تمرکز بیشتر بر زمان حال می‌پردازند (۳۵)؛ و با توجه به اینکه این دو رویکرد در خصوص محتوای درمانی با یکدیگر تفاوت داشته و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌عنوان یکی از درمان‌های شناختی سعی دارد تا به اصلاح تحریفات شناختی بپردازد (۲۷) و درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی به‌عنوان یکی از درمان‌های موج سوم سعی دارد تا به فرد کمک کند تا به مهربانی با خود پرداخته و مشکل را جدا از شخص در نظر می‌گیرد (۳۶)؛ همچنین پژوهش درباره تلفیق فنون و روش‌های درمانی در حال ظهور و مقایسه آن با درمان‌های شناخته شده و اثربخش در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد.

با استناد به پژوهش‌های فوق و با توجه به اینکه هر یک از رویکردهای درمانی به واسطه اصول و ساختاری که دارند می‌توانند نسبت به دیگری برتری‌هایی داشته باشند؛ در این پژوهش اثرگذاری درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر باورهای فراشناختی افراد وابسته به مواد با یکدیگر مقایسه می‌شود؛ چرا

طیف گسترده‌ای از اختلالات و انحرافات روانی به ویژه در زمینه مصرف مواد و مشکلات مرتبط با آن اثرگذار بوده است و به عنوان یک رویکرد درمانی موجب بهبود اعتیاد و پیامدهای آن می‌شود. تا به امروز، تحقیقات کمی در مورد درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به عنوان مداخله‌ای برای باورهای فراشناختی در افراد مصرف‌کننده مواد انجام شده است؛ بر این اساس، مطالعات بیشتری لازم است تا امکان درک و کنترل بهتر عوامل دخیل در مصرف مواد فراهم شود. دیگر رویکرد مورد مطالعه در پژوهش فعلی که در تغییر باورهای فراشناختی مؤثر است، درمان مبتنی بر شفقت<sup>۱</sup> است که هدف اصلی آن ارتقای حس شفقت در ارتباط با خود و دیگران است (۳۵). مراقبه ذهن‌آگاهی شامل حفظ آگاهی بدون حواس‌پرتی و بدون قضاوت از تجربه لحظه به لحظه است (۲۶)؛ درحالی‌که مراقبه متمرکز بر شفقت شامل پرورش هدفمند شفقت (یعنی آگاهی از رنج دیگران و تمایل به تسکین آن) از طریق تمرینات ذهنی و تحلیل ذهنی است (۳۶). از آنجا که تمرین ذهن‌آگاهی شامل پرورش خودآگاهی و کیفیت مشاهده ذهن است و پرورش شفقت از آگاهی و بینش رنج خود و دیگران و تمایل فعال برای تسکین آن پشتیبانی می‌کند، درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر ذهن آرامی، تن‌آرامی، مهربانی با خود و ذهن‌آگاهی متمرکز است که نقش مؤثری در آرامش ذهن فرد، کاهش تشویش و باورها و افکار خودآیند خواهد داشت (۳۷). در این درمان افزایش شفقت‌ورزی به خود به واسطه انجام تمرینات و مراقبت‌های هدایت‌شونده مبتنی بر ذهن‌آگاهی طراحی شده است که خودشفقتی از طریق ایجاد ذهن‌آگاهی افزایش می‌یابد (۳۵) و هدف اصلی درمان بهبود خودشفقتی با تمرکز ثانویه بر مهارت ذهن‌آگاهی است (۳۸). درواقع، این درمان توجه مکرر، ظرفیت آگاهی فزاینده از شناخت‌ها، تأثیرات و رفتارها را از طریق نگرش شفقت و پذیرش ایجاد می‌کند که با واکنش‌پذیری رفتاری و عاطفی کمتر و احساس رفاه بیشتر همراه است (۳۹). در زمینه درمان اعتیاد، این رویکرد می‌تواند آگاهی از باورهای غیرمنطقی و منفی برای رفتارهای اعتیادآور را ارتقاء دهد و تحمل فرد را در برابر تجارب احساسی، شناختی و فیزیکی ناراحت‌کننده بهبود بخشد (۴۰). همچنین می‌تواند تأثیر قابل توجهی در کاهش ولع مصرف پس از درمان داشته باشد (۳۸). صادقی و همکاران (۳۵) نشان دادند که درمان ذهن‌آگاهی

1. compassion

**آزمودنی‌ها:** جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران وابسته به مواد تحت درمان با متادون مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر شاهرود در سال ۱۴۰۳ بودند. با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۳، سطح اطمینان ۰/۰۵، توان آماری ۰/۸، با دو گروه آزمایشی و کنترل و دو دفعه سنجش، تعداد نمونه با استفاده از نرم افزار G-power، ۴۸ نفر بدست آمد؛ بنابراین، از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۴۸ نفر (۱۶ نفر برای هر گروه) به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۶ نفره شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش همچون داشتن تحصیلات حداقل ابتدایی، جنسیت مرد، سن ۱۸ تا ۵۰ سال، تشخیص وابستگی به مواد براساس معیارهای (DSM\_5) نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و قرار گرفتن تحت درمان با متادون، عدم ابتلا به بیماری‌ها یا ناتوانی‌های جسمی و روانی، شرکت داوطلبانه در پژوهش و عدم دریافت درمان روانشناختی همزمان با مداخله پژوهش انتخاب شدند. همچنین، ملاک‌هایی همچون عدم مشارکت منظم در جلسات و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها به عنوان ملاک‌های خروج از پژوهش در نظر گرفته شد.

### ابزار

۱. پرسشنامه باورهای فراشناختی<sup>۲</sup>: این پرسشنامه توسط ولز و کاترایت-هاتون (۴۲) در سال ۲۰۰۴ ساخته شده است و دارای ۳۰ گویه است که در مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای (موافق نیستم=۱، کمی موافقم=۲، تقریباً موافقم=۳ و کاملاً موافقم=۴) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه حیطه‌های شناختی را در پنج مقیاس جداگانه باورهای مثبت در مورد نگرانی (گویه‌های ۱، ۷، ۱۰، ۱۹، ۲۳ و ۲۸)، اطمینان/تضاد شناختی (گویه‌های ۸، ۱۴، ۱۷، ۲۴، ۲۶ و ۲۹)، نیاز به کنترل فکر (گویه‌های ۶، ۱۳، ۲۰، ۲۲، ۲۵ و ۲۷)، کنترل ناپذیری افکار (گویه‌های ۲، ۴، ۹، ۱۱، ۱۵ و ۲۱) و خودآگاهی شناختی (گویه‌های ۳، ۵، ۱۲، ۱۶، ۱۸ و ۳۰) اندازه می‌گیرد. دامنه نمرات بین ۳۰ تا ۱۲۰ است که کسب نمرات بالاتر به معنای داشتن باورهای فراشناختی بیشتر است. ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۳ و برای حیطه‌های پنج گانه از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ محاسبه شده است.

که مبانی نظری پژوهش نشان می‌دهد که هم درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و هم درمان ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی جزو درمان‌های موج سوم بوده و پذیرش، اصلاح شناختی و قبول مسئولیت را هدف قرار می‌دهند (۳۵)؛ به همین دلیل این دو رویکرد به دلیل تشابهاتی که با هم دارند و تفاوت‌هایی که در نحوه اجرا و اصول درمانی دارند، با یکدیگر مقایسه می‌شوند. طبق گزارش دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، تقریباً ۳۵ میلیون مصرف کننده وابسته به مواد افیونی وجود دارد (۱) که بیشتر این موارد در ایران، به دلیل موقعیت این کشور در مسیر تجارت تریاک یافت می‌شوند (۴). همچنین، اعتیاد پیامدهای قابل توجهی بر سلامت عمومی با پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی وارد می‌کند و پیامدهای اجتماعی-اقتصادی ناشی از سوءمصرف مواد مخدر و روانگردان به خوبی توصیف شده است (۲). در واقع از آنجا که پیشینه‌های پژوهش نشان می‌دهد که هر یک از این دو رویکرد درمانی می‌توانند بر بخشی از مشکلات مرتبط با مصرف مواد مؤثر باشد (۳۲، ۳۵)؛ و این دو درمان در روش اجرا و اصول درمانی با یکدیگر اشتراکات و تفاوت‌هایی دارند، به مقایسه این دو رویکرد در خصوص بهبود باورهای فراشناختی افراد وابسته به مواد پرداخته شده است؛ از این رو در افراد با مصرف مواد تعیین درمان دارای اثربخشی بالاتر مهم است، چرا که می‌تواند کمک شایانی به این افراد نماید. با توجه به بررسی‌های به عمل آمده پژوهشی در مورد مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر بهبود باورهای فراشناختی در افراد وابسته به مواد انجام نشده است؛ بنابراین جهت پاسخ‌گویی به خلاء پژوهشی در این زمینه، پژوهش حاضر در صدد پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا بین درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر بهبود باورهای فراشناختی در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون تفاوت وجود دارد؟

### روش

**طرح پژوهش:** پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی و به لحاظ نحوه گردآوری اطلاعات نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بوده است.

2. metacognition's questionnaire

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)

اعتبار بدست آمده به روش بازآزمایی نیز برای کل سؤالات ۰/۷۴ و برای حیطه‌های باورهای مثبت (۰/۷۹)، کنترل ناپذیری خطر افکار (۰/۵۹)، باورهای مربوط به کفایت شناختی (۰/۶۹)، باور درباره ضرورت کنترل افکار (۰/۷۴) و خودآگاهی شناختی (۰/۸۷) مطلوب گزارش شده است و همبستگی آن با پرسشنامه اضطراب صفت و نگرانی ایالت پنسیلوانیا بررسی شد که به ترتیب ضرایب ۰/۵۳ و ۰/۵۴ برای نمره کل و برای خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۲۵ تا ۰/۷۳ گزارش شد که نشان‌دهنده روایی مطلوب این پرسشنامه است (۴۲). اصولی و همکاران (۴۳) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۶ گزارش کردند و ضرایب همبستگی بالایی عامل‌ها با کل مقیاس (بین ۰/۵۸ تا ۰/۷۸) و ضرایب همبستگی پایین خرده مقیاس‌ها با یکدیگر (بین ۰/۱۱ تا ۰/۴۸) حاکی از استقلال نسبی عوامل از یکدیگر و روایی کل مقیاس بود. همچنین در پژوهش حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۷ و خرده مقیاس‌ها بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۸ به‌دست آمد که نشان از مطلوبیت پایایی ابزار اندازه‌گیری می‌باشد.

**روند اجرای پژوهش:** بعد از کسب مجوز از دانشگاه علوم پزشکی شاهرود و پس از هماهنگی با مسئولین مراکز ترک اعتیاد شهر شاهرود، ۱۰۰ نفر از بیماران وابسته به مواد تحت درمان با متادون انتخاب شدند و ۴۸ نفر از این بیماران به روش نمونه‌گیری هدفمند، پس از غربالگری اولیه براساس ملاک‌های ورود به پژوهش همچون داشتن تحصیلات حداقل ابتدایی، جنسیت مرد، سن ۱۸ تا ۵۰ سال، تشخیص وابستگی به مواد براساس معیارهای (DSM\_5) نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی) و قرار گرفتن تحت درمان با متادون، عدم ابتلا به بیماری‌ها یا ناتوانی‌های جسمی و روانی، شرکت داوطلبانه در پژوهش و عدم دریافت درمان روانشناختی همزمان با مداخله پژوهش انتخاب شدند. همچنین، ملاک‌هایی همچون عدم مشارکت منظم در جلسات و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها به‌عنوان ملاک‌های خروج از پژوهش در نظر گرفته شد. آزمودنی‌های انتخاب شده به صورت تصادفی در سه گروه ۱۶ نفره شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. هر سه گروه به‌عنوان پیش‌آزمون نسبت به تکمیل پرسشنامه باورهای فراشناختی اقدام نموده و در ادامه از گروه آزمایش اول خواسته شد تا به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت یک جلسه در هفته تحت درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی براساس پروتکل شناخت

درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کابات زین و زین (۴۴) قرار گیرند. گروه آزمایش دوم نیز به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت یک جلسه در هفته، تحت درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی براساس پروتکل درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی ایوتزان و همکاران (۴۵) قرار گرفتند. در این مدت گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد. جهت پیشگیری از خطای انتشار کاربندی (تعامل آزمودنی‌های دو گروه) جلسات درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی به‌طور جداگانه در روزهای ابتدا و انتهای هر هفته برگزار می‌گردید. در پایان جلسات، هر سه گروه، مجدداً با پس‌آزمون مورد سنجش قرار گرفتند و پرسشنامه مذکور را تکمیل نمودند و پس از مدت سه ماه، یک دوره پیگیری برای هر گروه در نظر گرفته شد. در نهایت یافته‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی بر اساس نرم‌افزار SPSS26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مجوز لازم برای انجام پژوهش حاضر از دانشگاه علوم پزشکی شاهرود اخذ شد. در این مقاله، مطابق اصول اخلاقی انجمن روانشناسی آمریکا، اصل محرمانه بودن و اصل رضایت آگاهانه (اطلاع‌رسانی در رابطه با فرآیند پژوهش) تحت عنوان ملاحظات اخلاقی رعایت شده است. همچنین در این پژوهش با احترام به حقوق آزمودنی‌ها، پس از اتمام جلسات درمانی و انجام پس‌آزمون شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای گروه کنترل به اجرا درآمد. شرح مختصری از جلسات اجرایی برای هر یک از گروه‌های آزمایشی به قرار ذیل است.

#### یافته‌ها

در این مطالعه هیچ ریزشی در نمونه‌ها اتفاق نیفتاد و تحلیل‌ها برای سه گروه ۱۶ نفری اجرا شد. میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی  $34/4 \pm 87/21$ ، در گروه درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی  $31/3 \pm 93/14$  و در گروه کنترل  $33/3 \pm 17/67$  بود. همچنین از اعضای گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ۳۵/۷ درصد شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات دانشگاهی و سایرین (۶۴/۳ درصد) دیپلم بودند. از اعضای گروه درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی نیز ۲۳/۳ درصد شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات دانشگاهی و سایرین (۷۶/۷ درصد) دیپلم و از اعضای گروه کنترل ۲۱/۷

درصد شرکت کنندگان دارای تحصیلات دانشگاهی و سایرین  
 فراشناختی در هر یک از دو گروه آزمایش گروه کنترل در  
 (۷۸/۳ درصد) دیپلم بودند. شاخص‌های توصیفی باورهای  
 جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۱) شرح جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی کابات زین و زین (۴۴)

| جلسات      | محتوای جلسات                                                                                                                                                                                 |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| جلسه اول   | اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اولیه با مراجعان، آشنایی با مفاهیم ذهن آگاهی با استفاده از فنون مختلف، آشنایی با هدایت خودکار و نحوه معطوف ساختن توجه به قسمت‌های مختلف بدن، ارائه تکلیف خانگی       |
| جلسه دوم   | تمرکز بیشتر بر بدن، احساس جسمی، فیزیکی، تمرکز بر تنفس و کنترل بیشتر واکنش نسبت به وقایع روزانه، ارائه تکلیف خانگی                                                                            |
| جلسه سوم   | تمرکز عامدانه آگاهی بر تنفس، آرام گرفتن ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن، مراقبه نشسته و انجام تمرین‌هایی که توجه را به لحظه حال می‌آورند، تمرکز و یکپارچه بودن بیشتر، ارائه تکلیف خانگی |
| جلسه چهارم | آموزش حضور ذهن و اجتناب از حواس‌پرتی، آموزش این نکته که بدون اجتناب از افراد، در لحظه حال بمانیم و تلاطم افکار را نظاره کنیم، ارائه تکلیف خانگی                                              |
| جلسه پنجم  | آموزش اجازه حضور به تجربه همان‌طور که هست، بدون قضاوت یا تغییر در آن، آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آن‌ها بدون قضاوت و دخالت مستقیم، ارائه تکلیف خانگی                             |
| جلسه ششم   | آشنایی شرکت کنندگان با نحوه‌ای که خلق و افکار تجربه را محدود می‌کند، تغییر خلق و افکار از طریق تلقی افکار به عنوان فکر و نه واقعیت، ارائه تکلیف خانگی                                        |
| جلسه هفتم  | مرور نشانگان عود و بیماری، هشیاری نسبت به نشانه‌های عود و تنظیم برنامه مواجه احتمالی با نشانه‌های عود، ارائه تکلیف خانگی                                                                     |
| جلسه هشتم  | آموزش نحوه تمرین منظم ذهن آگاهی، برنامه‌ریزی آینده و استفاده از فنون حضور در حال برای زندگی و تعمیم آن‌ها به کل جریان زندگی                                                                  |

جدول ۲) شرح جلسات درمان ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی ایوتزان و همکاران (۴۵)

| جلسات      | هدف                  | محتوا                                                                                                                                                                                                                                                        | تکالیف                                                                         |
|------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| جلسه اول   | خودآگاهی             | مروری بر ساختار و اهداف جلسات و قوانین اصلی، دعوت شرکت کنندگان به معرفی خود. ارائه توضیحاتی درباره اعتیاد و مشکلات روانشناختی همراه با آن، معرفی ذهن آگاهی، خودآگاهی، روانشناسی مثبت و مراقبه، آشناسازی اعضا با مراقبه متمرکز بر آگاهی از تنفس، جسم و هیجان. | آگاه بودن از افکار و عکس العمل‌های شرکت کنندگان در طول روزهای هفته             |
| جلسه دوم   | هیجانان مثبت         | بحث درباره فواید هیجانان مثبت و قدردانی، اجرای مراقبه شکرگزاری متمرکز بر اینکه از کسی یا چیزی می‌خواهید قدردانی کنید.                                                                                                                                        | ادا کردن قدردانی در موقعیت‌های مثبت روزانه                                     |
| جلسه سوم   | خودشفقت‌ورزی         | توضیح مفهوم خودشفقت‌ورزی، مرور روش‌های افزایش خودشفقت‌ورزی، ارائه و تمرین و مراقبه عشق و محبت با تمرکز بر خودشفقت‌ورزی.                                                                                                                                      | جابه‌جا کردن انتقادهای درونی با اظهارهای مهربانانه                             |
| جلسه چهارم | خودکارآمدی           | معرفی کردن فضایل و نیرومندی‌های منش و خودکارآمدی در عین معرفی روش‌های بهبود آن‌ها، مراقبه متمرکز بر زمانی که مشارکت کنندگان در بهترین حالت استفاده از فضایل و نیرومندی‌های منش خود بوده‌اند.                                                                 | پر کردن پرسشنامه فضایل و نیرومندی‌های منش و استفاده از فضایل در طول روز        |
| جلسه پنجم  | خودمختاری            | معرفی خودمختاری و رابطه آن با بهبود خود، تمرین مراقبه مبتنی بر خویشتن اصیل و اقدام.                                                                                                                                                                          | عمل کردن براساس ارزش‌های هر فرد و توجه کردن به فشار بیرونی بر انتخاب‌های شخصی، |
| جلسه ششم   | معنادگی              | بحث درباره معنی‌داری زندگی و بهبود خویشتن، تکمیل تمرین نوشتاری با عنوان «بهترین میراث ممکن» برگرفته شده از تمرین ذهن آگاهی؛ مراقبه روی منظره بهترین میراث ممکن زندگی فرد در آینده.                                                                           | عمل کردن براساس بهترین میراث ممکن و انتخاب کردن فعالیت‌هایی که معنی دارند.     |
| جلسه هفتم  | روابط مثبت با دیگران | بحث درباره فواید روابط مثبت با دیگران و راه‌های بهبود روابط مثبت، مراقبه عشق و مهربانی.                                                                                                                                                                      | وارد کردن احساسات عشق و مهربانی به تعاملات روزانه،                             |
| جلسه هشتم  | مشغولیت و تعهد       | توضیح و معرفی تعهد و لذت بردن و ارتباط آن‌ها با هیجانان مثبت، مراقبه لذت با تمرکز بر خود.                                                                                                                                                                    | استفاده از لذت و مورد پسند بودن در درگیری با تجربیات                           |

جدول ۳) شاخص‌های توصیفی باورهای فراشناختی بر حسب مراحل آزمون و به تفکیک گروه‌ها

| متغیرها                     | آزمون     | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی |              | درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی |              | کنترل   |              |
|-----------------------------|-----------|---------------------------------|--------------|---------------------------------------|--------------|---------|--------------|
|                             |           | میانگین                         | انحراف معیار | میانگین                               | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| باورهای مثبت در مورد نگرانی | پیش‌آزمون | ۱۷/۶۳                           | ۳/۴۴         | ۱۵/۲۵                                 | ۴/۳۵         | ۱۵/۵۰   | ۴/۲۱         |
|                             | پس‌آزمون  | ۱۱/۸۱                           | ۴/۶۲         | ۸/۲۳                                  | ۲/۲۱         | ۱۶/۸۸   | ۴/۴۴         |
|                             | پیگیری    | ۱۱/۷۵                           | ۳/۰۰         | ۸/۸۱                                  | ۲/۱۰         | ۱۶/۵۰   | ۳/۸۹         |
| اطمینان شناختی              | پیش‌آزمون | ۱۷/۰۶                           | ۳/۸۵         | ۱۵/۳۷                                 | ۴/۴۵         | ۱۶/۶۳   | ۴/۱۶         |
|                             | پس‌آزمون  | ۱۱/۸۸                           | ۳/۴۰         | ۸/۰۶                                  | ۲/۲۶         | ۱۶/۳۸   | ۳/۲۲         |
|                             | پیگیری    | ۱۲/۳۱                           | ۴/۴۹         | ۹/۱۳                                  | ۳/۸۷         | ۱۷/۵۰   | ۳/۹۸         |
| نیاز به کنترل فکر           | پیش‌آزمون | ۱۶/۰۶                           | ۴/۵۳         | ۱۵/۸۸                                 | ۴/۴۷         | ۱۸/۴۴   | ۳/۳۰         |
|                             | پس‌آزمون  | ۱۲/۵۰                           | ۴/۱۴         | ۸/۵۰                                  | ۲/۴۷         | ۱۷/۳۸   | ۴/۶۳         |
|                             | پیگیری    | ۱۲/۴۴                           | ۴/۱۹         | ۹/۱۹                                  | ۲/۷۹         | ۱۶/۳۱   | ۵/۱۸         |
| کنترل‌ناپذیری               | پیش‌آزمون | ۱۶/۱۹                           | ۴/۵۳         | ۱۵/۵۰                                 | ۴/۰۵         | ۱۶/۴۴   | ۳/۹۶         |
|                             | پس‌آزمون  | ۱۳/۰۶                           | ۳/۵۶         | ۷/۸۱                                  | ۱/۴۷         | ۱۶/۵۰   | ۴/۶۹         |
|                             | پیگیری    | ۱۲/۸۱                           | ۵/۰۷         | ۹/۱۹                                  | ۳/۱۰         | ۱۶/۳۱   | ۳/۹۱         |
| خودآگاهی شناختی             | پیش‌آزمون | ۱۶/۳۱                           | ۴/۷۱         | ۱۷/۱۳                                 | ۴/۲۵         | ۱۶/۵۶   | ۳/۹۱         |
|                             | پس‌آزمون  | ۸/۲۵                            | ۲/۱۵         | ۱۲/۶۹                                 | ۳/۹۲         | ۱۸/۱۳   | ۲/۸۰         |
|                             | پیگیری    | ۱۰/۳۸                           | ۳/۱۱         | ۱۲/۳۸                                 | ۲/۵۵         | ۱۵/۴۴   | ۴/۲۲         |

تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای باورهای فراشناختی در جدول ۴ آورده شده است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین گروه‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی و گروه کنترل در مؤلفه‌های باورهای فراشناختی بر حسب مراحل آزمون، عضویت گروهی و اثر تعاملی آزمون و عضویت گروهی تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0.05$ ). نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی جهت مقایسه میانگین‌ها بر حسب مراحل آزمون در جدول ۵ آورده شده است.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که در هر دو گروه آزمایشی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیش‌آزمون به پیگیری در مؤلفه‌های باورهای فراشناختی شامل باورهای مثبت در مورد نگرانی، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل فکر، کنترل‌ناپذیری و خودآگاهی شناختی میانگین‌ها کاهش یافته و تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0.05$ )؛ اما از پس‌آزمون به پیگیری در هر دو گروه تغییرات معناداری مشاهده نمی‌شود ( $p > 0.05$ ). نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه‌های بین گروهی در پس‌آزمون و پیگیری جدول ۶ ارائه شده است.

همانطور که جدول ۳ نشان می‌دهد، در پس‌آزمون مؤلفه‌های باورهای فراشناختی آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی میانگین کمتری نسبت به آزمودنی‌های گروه کنترل دارند و در گروه‌های آزمایشی میانگین‌ها از پیش‌آزمون به پس‌آزمون کاهش یافته است. اما از پس‌آزمون به پیگیری تغییر چشمگیری ایجاد نشده است. در ادامه جهت بررسی مفروضات تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر عاملی، از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که نشان داد توزیع متغیرها به تفکیک گروه‌ها بهنجار است ( $p > 0.05$ ). نتایج آزمون ام‌باکس ( $\text{Box's } M = 19.24$  و  $F = 1/44$  و  $P = 0.136 > 0.05$ ) نشان داد، مفروضه همسانی کواریانس‌ها رعایت شده است. آزمون لوین نیز نشان داد که همگنی واریانس‌ها در مراحل آزمون محقق شده است ( $p > 0.05$ ). آزمون موچلی نیز نشان داد که مفروضه کرویت برای مؤلفه‌های باورهای مثبت در مورد نگرانی ( $W = 0.96$  و  $P = 0.433 > 0.05$ )، اطمینان شناختی ( $W = 0.87$  و  $P = 0.074 > 0.05$ )، نیاز به کنترل فکر ( $W = 0.93$  و  $P = 0.233 > 0.05$ )، کنترل‌ناپذیری ( $W = 0.96$  و  $P = 0.489 > 0.05$ ) و خودآگاهی شناختی ( $W = 0.90$  و  $P = 0.109 > 0.05$ ) محقق شده است. نتایج

جدول ۴) بررسی تفاوت‌های بین گروهی و درون گروهی در باورهای فراشناختی

| متغیرها                     |            | منبع تغییرات      | مجموع مجزورات | درجات آزادی | میانگین مجزورات | آماره F | سطح معناداری | مجزور اتا |
|-----------------------------|------------|-------------------|---------------|-------------|-----------------|---------|--------------|-----------|
| باورهای مثبت در مورد نگرانی | درون گروهی | آزمون             | ۴۷۰/۵۹        | ۲           | ۲۳۵/۲۹          | ۲۶/۵۶   | ۰/۰۰۱        | ۰/۳۷      |
|                             |            | آزمون×عضویت گروهی | ۴۱۴/۷۳        | ۴           | ۱۰۳/۶۸          | ۱۱/۷۰   | ۰/۰۰۱        | ۰/۳۴      |
|                             |            | خطا               | ۷۹۷/۳۳        | ۹۰          | ۸/۸۵            | -       | -            | -         |
|                             | بین گروهی  | عضویت گروهی       | ۷۵۵/۵۹        | ۲           | ۳۷۷/۷۹          | ۱۷/۸۷   | ۰/۰۰۱        | ۰/۴۴      |
|                             |            | خطا               | ۹۵۱/۰۴۲       | ۴۵          | ۲۱/۱۳           | -       | -            | -         |
|                             |            | آزمون             | ۴۸۳/۵۰        | ۲           | ۲۴۱/۷۵          | ۱۸/۴۹   | ۰/۰۰۱        | ۰/۲۹      |
| اطمینان شناختی              | درون گروهی | آزمون×عضویت گروهی | ۲۹۲/۰۸        | ۴           | ۷۳/۰۲           | ۵/۵۸    | ۰/۰۰۱        | ۰/۱۹      |
|                             |            | خطا               | ۱۱۷۶/۴۱       | ۹۰          | ۱۳/۰۷           | -       | -            | -         |
|                             |            | عضویت گروهی       | ۸۵۸/۲۹        | ۲           | ۴۲۹/۱۴          | ۲۴/۸۳   | ۰/۰۰۱        | ۰/۵۲      |
|                             | بین گروهی  | خطا               | ۷۷۷/۶۴        | ۴۵          | ۱۷/۲۸           | -       | -            | -         |
|                             |            | آزمون             | ۵۳۱/۳۴        | ۲           | ۲۶۵/۶۷          | ۲۸/۴۷   | ۰/۰۰۱        | ۰/۳۸      |
|                             |            | آزمون×عضویت گروهی | ۱۷۳/۶۹        | ۴           | ۴۳/۴۲           | ۴/۶۵    | ۰/۰۰۲        | ۰/۱۷      |
| نیاز به کنترل فکر           | درون گروهی | خطا               | ۸۳۹/۶۲        | ۹۰          | ۹/۳۲            | -       | -            | -         |
|                             |            | عضویت گروهی       | ۹۳۰/۹۳        | ۲           | ۴۶۵/۴۶          | ۱۵/۸۶   | ۰/۰۰۱        | ۰/۴۱      |
|                             |            | خطا               | ۱۳۲۰/۵۶       | ۴۵          | ۲۹/۳۴           | -       | -            | -         |
|                             | بین گروهی  | آزمون             | ۳۷۸/۱۸        | ۲           | ۱۸۹/۰۹          | ۲۰/۰۳   | ۰/۰۰۱        | ۰/۳۰      |
|                             |            | آزمون×عضویت گروهی | ۲۷۳/۰۶        | ۴           | ۶۸/۲۶           | ۷/۲۳    | ۰/۰۰۱        | ۰/۲۴      |
|                             |            | خطا               | ۸۴۹/۴۱        | ۹۰          | ۹/۴۳            | -       | -            | -         |
| کنترل ناپذیری               | درون گروهی | عضویت گروهی       | ۷۵۳/۱۸        | ۲           | ۳۷۶/۵۹          | ۱۳/۵۰   | ۰/۰۰۱        | ۰/۳۷      |
|                             |            | خطا               | ۱۲۵۴/۶۴       | ۴۵          | ۲۷/۸۸           | -       | -            | -         |
|                             |            | آزمون             | ۴۶۲/۰۹        | ۲           | ۲۳۱/۰۴          | ۲۸/۳۴   | ۰/۰۰۱        | ۰/۳۸      |
|                             | بین گروهی  | آزمون×عضویت گروهی | ۳۸۰/۸۶        | ۴           | ۹۵/۲۱           | ۱۱/۶۸   | ۰/۰۰۱        | ۰/۳۴      |
|                             |            | خطا               | ۷۳۳/۷۰        | ۹۰          | ۸/۱۵            | -       | -            | -         |
|                             |            | عضویت گروهی       | ۶۱۵/۵۱        | ۲           | ۳۰۷/۷۵          | ۱۳/۶۹   | ۰/۰۰۱        | ۰/۳۷      |
| خودآگاهی شناختی             | درون گروهی | خطا               | ۱۰۱۱/۰۴       | ۴۵          | ۲۲/۴۶           | -       | -            | -         |
|                             |            | آزمون             | ۶۱۵/۵۱        | ۲           | ۳۰۷/۷۵          | ۱۳/۶۹   | ۰/۰۰۱        | ۰/۳۷      |
|                             |            | آزمون×عضویت گروهی | ۳۸۰/۸۶        | ۴           | ۹۵/۲۱           | ۱۱/۶۸   | ۰/۰۰۱        | ۰/۳۴      |
|                             | بین گروهی  | خطا               | ۷۳۳/۷۰        | ۹۰          | ۸/۱۵            | -       | -            | -         |
|                             |            | عضویت گروهی       | ۶۱۵/۵۱        | ۲           | ۳۰۷/۷۵          | ۱۳/۶۹   | ۰/۰۰۱        | ۰/۳۷      |
|                             |            | آزمون             | ۴۶۲/۰۹        | ۲           | ۲۳۱/۰۴          | ۲۸/۳۴   | ۰/۰۰۱        | ۰/۳۸      |

جدول ۵) آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه بر حسب مراحل آزمون

| متغیرها                     | گروه‌ها                | پیش آزمون-پس آزمون |              | پیش آزمون-پیگیری |              | پس آزمون-پیگیری |              |
|-----------------------------|------------------------|--------------------|--------------|------------------|--------------|-----------------|--------------|
|                             |                        | اختلاف میانگین     | سطح معناداری | اختلاف میانگین   | سطح معناداری | اختلاف میانگین  | سطح معناداری |
| باورهای مثبت در مورد نگرانی | شناخت درمانی ذهن آگاهی | ۵/۸۱               | ۰/۰۰۱        | ۵/۸۷             | ۰/۰۰۱        | ۰/۰۶۳           | ۱/۰۰         |
|                             | ذهن آگاهی خودشفقت‌ورزی | ۷/۲۵               | ۰/۰۰۱        | ۶/۴۳             | ۰/۰۰۱        | -۰/۸۱           | ۰/۰۶۷        |
|                             | کنترل                  | -۱/۳۷              | ۰/۷۴         | -۱/۰۰            | ۰/۹۷         | ۰/۳۷            | ۱/۰۰         |
| اطمینان شناختی              | شناخت درمانی ذهن آگاهی | ۵/۱۸               | ۰/۰۰۱        | ۴/۷۵             | ۰/۰۴۷        | -۰/۴۳           | ۱/۰۰         |
|                             | ذهن آگاهی خودشفقت‌ورزی | ۷/۳۱               | ۰/۰۰۱        | ۶/۲۵             | ۰/۰۰۱        | -۱/۰۶           | ۱/۰۰         |
|                             | کنترل                  | ۰/۲۵               | ۱/۰۰         | -۰/۸۷            | ۱/۰۰         | -۱/۱۲           | ۱/۰۰         |
| نیاز به کنترل فکر           | شناخت درمانی ذهن آگاهی | ۳/۵۶               | ۰/۰۰۳        | ۳/۶۲             | ۰/۰۴۷        | ۰/۰۶۳           | ۱/۰۰         |
|                             | ذهن آگاهی خودشفقت‌ورزی | ۷/۳۷               | ۰/۰۰۱        | ۶/۶۸             | ۰/۰۰۱        | -۰/۶۸           | ۰/۴۹         |
|                             | کنترل                  | ۱/۰۶               | ۰/۸۴         | ۲/۱۲             | ۰/۱۹         | ۱/۰۶            | ۱/۰۰         |
| کنترل ناپذیری               | شناخت درمانی ذهن آگاهی | ۳/۱۲               | ۰/۰۰۸        | ۳/۳۷             | ۰/۰۲۶        | ۰/۲۵            | ۱/۰۰         |
|                             | ذهن آگاهی خودشفقت‌ورزی | ۷/۶۸               | ۰/۰۰۱        | ۶/۳۱             | ۰/۰۰۱        | -۱/۳۷           | ۰/۲۵         |
|                             | کنترل                  | -۰/۰۶۲             | ۱/۰۰         | -۰/۱۲            | ۱/۰۰         | ۰/۱۸            | ۱/۰۰         |
| خودآگاهی شناختی             | شناخت درمانی ذهن آگاهی | ۸/۰۶               | ۰/۰۰۱        | ۵/۹۳             | ۰/۰۰۱        | -۲/۱۲           | ۰/۰۹۱        |
|                             | ذهن آگاهی خودشفقت‌ورزی | ۴/۴۳               | ۰/۰۱۳        | ۴/۷۵             | ۰/۰۰۱        | ۰/۳۱            | ۱/۰۰         |
|                             | کنترل                  | -۱/۵۶              | ۰/۳۴         | ۱/۱۲             | ۰/۴۸         | ۲/۶۸            | ۰/۰۵۳        |

جدول ۶) نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه تفاوت‌ها بر حسب عضویت گروهی

| متغیرها                     | گروه‌ها                   | پس آزمون       |              | پیگیری         |              |
|-----------------------------|---------------------------|----------------|--------------|----------------|--------------|
|                             |                           | اختلاف میانگین | سطح معناداری | اختلاف میانگین | سطح معناداری |
| باورهای مثبت در مورد نگرانی | شناخت درمانی-خودشفقت‌ورزی | ۳/۸۱           | ۰/۰۱۹        | ۲/۹۴           | ۰/۰۲۰        |
|                             | شناخت درمانی-کنترل        | -۵/۰۶          | ۰/۰۰۱        | -۴/۷۵          | ۰/۰۰۱        |
|                             | خودشفقت‌ورزی-کنترل        | -۸/۸۸          | ۰/۰۰۱        | -۷/۶۹          | ۰/۰۰۱        |
| اطمینان شناختی              | شناخت درمانی-خودشفقت‌ورزی | ۳/۸۱           | ۰/۰۰۲        | ۳/۱۹           | ۰/۱۰         |
|                             | شناخت درمانی-کنترل        | -۴/۵۰          | ۰/۰۰۱        | -۵/۱۹          | ۰/۰۰۳        |
|                             | خودشفقت‌ورزی-کنترل        | -۸/۳۱          | ۰/۰۰۱        | -۸/۳۷          | ۰/۰۰۱        |
| نیاز به کنترل فکر           | شناخت درمانی-خودشفقت‌ورزی | ۴/۰۰           | ۰/۰۱۶        | ۳/۲۵           | ۰/۰۷۸        |
|                             | شناخت درمانی-کنترل        | -۴/۸۸          | ۰/۰۰۳        | -۳/۸۸          | ۰/۰۲۶        |
|                             | خودشفقت‌ورزی-کنترل        | -۸/۸۷          | ۰/۰۰۱        | -۷/۱۲          | ۰/۰۰۱        |
| کنترل ناپذیری               | شناخت درمانی-خودشفقت‌ورزی | ۵/۲۵           | ۰/۰۰۱        | ۳/۶۲           | ۰/۰۴۹        |
|                             | شناخت درمانی-کنترل        | -۳/۴۴          | ۰/۰۲۴        | -۳/۵۰          | ۰/۰۴۸        |
|                             | خودشفقت‌ورزی-کنترل        | -۸/۶۹          | ۰/۰۰۱        | -۳/۶۲          | ۰/۰۰۱        |
| خودآگاهی شناختی             | شناخت درمانی-خودشفقت‌ورزی | -۴/۴۴          | ۰/۰۰۱        | -۲/۰۰          | ۰/۳۰         |
|                             | شناخت درمانی-کنترل        | -۹/۸۸          | ۰/۰۰۱        | -۵/۰۶          | ۰/۰۰۱        |
|                             | خودشفقت‌ورزی-کنترل        | -۵/۴۴          | ۰/۰۰۱        | -۳/۰۶          | ۰/۰۴۱        |

این در حالی است که اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نسبت به درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر بهبود خودآگاهی شناختی بیشتر بوده است.

### بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر باورهای فراشناختی در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون بود که یافته‌ها نشان داد هر دو روش درمانی بر بهبود باورهای فراشناختی و مؤلفه‌های آن در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون در مرحله پس آزمون و پیگیری بوده و بین این دو روش تفاوت معناداری وجود دارد؛ به گونه‌ای که با توجه به مقایسه میانگین‌ها درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی به میزان بیشتری منجر به کاهش نمرات مؤلفه‌های باورهای فراشناختی نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی شده است و کاهش باورهای فراشناختی در گروه درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بیشتر از گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بوده است. یافته پژوهش حاضر در زمینه تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر باورهای فراشناختی همسو با یافته‌های پژوهش‌های (احمدی بجق و همکاران(۳۱)؛ موثق و همکاران(۳۲)؛ دای و همکاران(۳۳)؛

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که در پس آزمون و پیگیری تفاوت گروه‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی با گروه کنترل معنادار است ( $p > ۰/۰۵$ ). میانگین این گروه‌ها در ابعاد باورهای مثبت در مورد نگرانی، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل فکر، کنترل ناپذیری و خودآگاهی شناختی از گروه کنترل کمتر است. تفاوت گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی نیز در پس آزمون و پیگیری معنادار است ( $p > ۰/۰۵$ ). مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که در مؤلفه‌های باورهای مثبت در مورد نگرانی، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل فکر و کنترل ناپذیری آزمودنی‌های گروه درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی میانگین کمتری نسبت به آزمودنی‌های گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی دارند؛ اما در مؤلفه خودآگاهی شناختی آزمودنی‌های گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی میانگین کمتری نسبت به آزمودنی‌های گروه درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی داشتند. به‌طور کلی، نتایج نشان داد درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر باورهای مثبت در مورد نگرانی، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل فکر، کنترل ناپذیری اثربخش‌تر بود و

مهل-تاتاک و بوداک (۳۴)) است. همچنین در زمینه تأثیر درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر باورهای فراشناختی نیز می‌توان به پژوهش‌های (صادقی و همکاران (۳۵)؛ صحراییان و همکاران (۴۱)) اشاره نمود.

در تبیین تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود باورهای فراشناختی افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون می‌توان این‌گونه عنوان نمود که ذهن‌آگاهی منجر به پذیرش افکار، باورهای منفی و احساسات بدون هیچ گونه قضاوت و همچنین آگاهی گسترده از آن‌ها می‌شود (۴۶). این یافته‌ها این دیدگاه را تأیید می‌کند که افرادی که ذهن‌آگاهی دارند کمتر به افکار و باورهای منفی می‌پردازند (۳۰) و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی مهارت‌های شناختی را ارائه می‌دهد که منجر به تغییر در شناخت می‌شود (۳۴). همچنین، افراد وابسته به مواد در نتیجه می‌توانند از طریق مدیتیشن به عنوان یک تکنیک اساسی در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی احساس آرامش کنند. علاوه بر این، باورهای منفی آن‌ها ممکن است با استفاده از توجه هدفمند و بدون قضاوت به لحظه حال کاهش یابد (۴۷). این درمان، تغییرات شناختی را تسهیل می‌کند و به افزایش توانایی خودتنظیمی از طریق فرآیند تشویق مراجع به دیدن افکاری مانند کنترل‌ناپذیری به عنوان یک افکار موقتی و نه به عنوان پیامدهای یک رفتار خاص کمک می‌کند. ذهن‌آگاهی به افراد آموزش می‌دهد تا این واقعیت را بپذیرند که این افکار در حال حاضر احساس می‌شود و بررسی نحوه پاسخ به آن زمان می‌برد. اگر پاسخ فوری مراجع به افکار منفی، رفتار اجتنابی باشد، تمرکز حواس می‌تواند منجر به واکنش سازگارتر شود. در نهایت، ذهن‌آگاهی برای درمان باورهای فراشناختی و افکار منفی چیزهای زیادی برای ارائه دارد و می‌تواند از طریق ایجاد حالات عاطفی مثبت، راحتی و انعطاف‌پذیری را ارتقاء دهد (۳۱). به‌طور کلی، مهارت‌های ذهن‌آگاهی مبتنی بر درمان شناختی می‌تواند مانع از ایجاد چرخه افکار منفی شود. مبتنی بر نظریه شناختی بک، لازم است ابتدا مراجعین از آنچه که به آن فکر می‌کنند، آگاهی یابند؛ در گام دوم افکار ناکارآمد خود را شناسایی نمایند و در ادامه باید به آن‌ها کمک کرد تا با جایگزین نمودن افکار کارآمد و دریافت بازخورد مناسب بتوانند افکار و باورهای خود را بازسازی کنند؛ بر این اساس با توجه به مراحل طی شده در جلسات درمانی شامل شناسایی و آگاهی

یافتن از باورها و افکار منفی و جایگزین نمودن آن‌ها، این یافته دور از انتظار نبود که شرکت‌کنندگان بتوانند باورهای فراشناختی خود را کاهش دهند (۳۵). از سوی دیگر، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی مراجعین را تشویق می‌سازد که به الگوهای پاسخ ناکارآمد تکراری توجه نمایند و آن‌ها را به آگاهی و هوشیار آورند؛ بدین‌صورت که ذهن‌آگاهی فرد را تشویق می‌کند تا الگوهای رفتاری و پاسخ خود را مرور نماید و از آن آگاهی پیدا کند (۱۵)؛ در مجموع می‌توان گفت هرچه فرد هوشیارتر باشد و حواسش نسبت به اتفاقات اکنون و جاری زندگی‌اش جمع‌تر باشد، ذهن‌آگاهی بالاتری دارد و پاسخ‌هایش به باورها و افکار منفی ناخودآگاه مؤثرتر است که این مسئله منجر به کاهش باورهای فراشناختی می‌شود (۳۲).

در تبیین تأثیر درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر باورهای فراشناختی در افراد وابسته به مواد می‌توان این‌گونه عنوان نمود که تمرین ذهن‌آگاهی به تغییر تمرکز از الگوی تفکر شناختی خودکار فرد به حالت آگاهی فراشناختی غیرقضاوتی کمک می‌کند و با تغییر آگاهی به لحظه فعلی افراد می‌توانند وضعیت را به طور کلی مشاهده کنند و بدین صورت به مشاهده سایر اطلاعات محیطی شروع می‌کنند که می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا باورهای غیرمنطقی را به روشی مثبت ارزیابی کنند و ارزیابی معنادار از شرایط و ایجاد احساس بیشتر نسبت به مهربانی کردن با خود ممکن است این تغییر در پردازش شناختی را بیشتر تسهیل نماید تا بهبودهای بیشتر در باورهای فراشناختی را تسهیل کند (۳۵). بر اساس نظریه نف، داشتن نگرش مشفقانه به خود، تعادل شناختی و ذهنی فرد را افزایش می‌دهد (۴۸). این توانایی نشان دهنده وجود ذهن‌آگاهی بالا است. وجود احساس شفقت‌ورزی به خود موجب می‌شود فرد احساسات منفی درباره خودش نداشته باشد. در این رویکرد درمانی تأکید بر ذهن‌آگاهی است که طی آن فرد به جای پنهان نمودن یا بی‌اعتنا شدن به نواقص خود، آن‌ها را به وضوح مشاهده می‌کند و می‌پذیرد. توانایی شفقت-ورزی به خود از طریق پذیرش به کاهش چالش‌های فکری افراد کمک می‌کند؛ در واقع با تغییر احساسات منفی به احساسات مثبت فرصت‌های جدید برای مواجهه و رویارویی با مسائل و چالش‌ها را می‌یابد؛ این فرایند در طی جلسات درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی با تلفیق فنون شفقت-ورزی و ذهن‌آگاهی در هر جلسه صورت گرفت؛ بدین‌صورت

که در هر جلسه در کنار یک تمرین ذهن‌آگاهی از تمرین خود شفقت‌ورزی نیز استفاده شد که مجموع این جلسات منجر به افزایش آگاهی فرد از احساسات خود و پذیرش آن‌ها شد (۳۸). زمانی که این تمرینات در ترکیب با فنون شفقت‌ورزی، میزان باورهای ناکارآمد را کاهش دهند، فرد توانایی و جرأت بیشتری برای مواجهه با افکار و احساسات خود پیدا می‌کند و می‌تواند با استرس کمتری روی موضوع مشخصی تمرکز نماید که این موجب افزایش کنترل فکر می‌شود (۳۵).

در خصوص مقایسه تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر بهبود باورهای فراشناختی افراد وابسته به مواد نیز می‌توان این‌گونه مطرح نمود که چون در درمان شفقت‌ورزی افراد وابسته به مواد تشویق می‌شوند تا علاوه بر اصلاح شناختی مقابله با محتوای روانی را کاهش دهند و با مهربانی نسبت به خود بتوانند هیجانات خود را تعدیل کنند و به کاهش باورهای ناکارآمد بپردازند (۲۶)، استفاده از این رویکرد می‌تواند تأثیر بیشتری بر کاهش باورهای فراشناختی داشته باشد؛ چرا که در این درمان به جای آموزش راهبردهای متعدد برای تغییر یا کاهش افکار و احساسات ناخواسته، به افراد آموزش داده می‌شود تا با آگاهی یافتن و مشاهده افکار و احساسات ناخوشایند، مهارت خودتنظیمی کسب نمایند تا بتوانند از راهبردهای کنترل فکر مناسب‌تری استفاده نمایند؛ اما در شناخت درمانی به طور مستقیم به تغییر باورها و نگرش‌ها توجه می‌شود و سعی بر این است اصلاح شناختی با تأکید بر تغییر مستقیم افکار ناکارآمد به کار گرفته شود؛ به همین دلیل چون برای افراد وابسته به مواد پذیرش افکار راحت‌تر از تلاش برای تغییر آن‌ها است، این رویکرد تأثیر بیشتری به جا گذارده است. همچنین پذیرش افکار به سازماندهی افراد کمک می‌نماید و سرکوب‌های فکری ناخودآگاه کاهش پیدا می‌کند. در همین راستا فرد می‌آموزد که چگونه به شیوه‌ای متفاوت با افکار و باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد ارتباط برقرار کند و این روش درمانی با ایجاد پذیرش از باورهای فراشناختی می‌کاهد که این سبک مقابله در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی مشاهده نمی‌شود.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر عدم انجام مطالعات مشابه در زمینه ذهن‌آگاهی و باورهای فراشناختی است که مقایسه نتایج را غیرممکن می‌کند. روش نمونه‌گیری

غیرتصادفی و کوتاه بودن مدت زمان آزمون پیگیری (به دلیل ریزش آزمودنی‌ها) از دیگر محدودیت‌های این مطالعه است. توصیه می‌شود که مطالعات مشابه بر روی سایر افراد با آزمون پیگیری طولانی‌تری حداقل به مدت ۶ ماه انجام شود. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد هر دو مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی می‌توانند در بهبود باورهای فراشناختی افراد وابسته به مواد مؤثر واقع شوند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی که در این مطالعه اثربخشی بیشتری نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی داشت، در گروه‌های بالینی و غیربالینی اجرا و اثربخشی آن به تنهایی و در مقایسه با سایر مداخلات بررسی شود. به سبب اینکه افراد ممکن است با توجه به مشکلات زمینه‌ای نظیر مصرف مواد، جنسیت یا بر اساس سطح تحصیلات پاسخ متفاوتی به این درمان نشان دهند، پیشنهاد می‌شود افراد بر اساس سن، جنسیت و تحصیلات در گروه‌های آموزشی مختلف جایگزین و از نظر اثربخشی روش‌های درمانی فوق مقایسه شوند. همچنین پیشنهاد می‌شود که برنامه‌ریزی کلی در خصوص معرفی این دو رویکرد درمانی به مشاوران و درمانگران انجام پذیرد و این روش‌های درمانی معرفی شوند تا درمانگران بتوانند با بهره‌گیری از آن به باورهای فراشناختی افراد وابسته به مواد کمک نموده و بدین طریق نقش درمانی و پیشگیرانه را در جهت کاهش مصرف مواد ایفا نمایند.

• **ملاحظات اخلاقی:** در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد.

• **حمایت مالی:** پژوهش حاضر فاقد هرگونه حمایت مالی از جانب سازمان‌های دولتی یا خصوصی بوده است.

• **سهم نویسندگان:**

- طراحی ایده: نویسنده‌ی اول و نویسنده‌ی دوم
- روش کار: نویسنده‌ی اول و نویسنده‌ی دوم
- جمع‌آوری داده‌ها: نویسنده‌ی اول
- تجزیه و تحلیل داده‌ها: نویسنده‌ی اول و نویسنده‌ی دوم
- نظارت: نویسنده‌ی دوم
- مدیریت پروژه: نویسنده‌ی دوم

methadone maintenance treatment using methamphetamine in Vietnam. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment* 2025; 173: 209686. <https://doi.org/10.1016/j.josat.2025.209686>

9. Wakeman SE, Larochelle MR, Ameli O, Chaisson CE, McPheeters JT, Crown WH, et al. Comparative effectiveness of different treatment pathways for opioid use disorder. *JAMA network open* 2020; 3(2): e1920622-e1920622. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.20622>

10. Machavariani E, Bromberg DJ, Dumchev K, Esserman D, Earnshaw VA, Pykalo I, ... & Altice FL. Decrease in provider stigma is associated with improved quality health indicators among individuals receiving methadone in primary care centers in Ukraine. *International Journal of Drug Policy* 2025; 136: 104682. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2024.104682>

11. Carl A, Pasman E, Broman MJ, Lister JJ, Agius E, Resko SM. Experiences of healthcare and substance use treatment provider-based stigma among patients receiving methadone. *Drug and Alcohol Dependence Reports* 2023; 7(6): 100138. <https://doi.org/10.1016/j.dadr.2023.100138>

12. Calcaterra SL, Bach P, Chadi A, Chadi N, Kimmel SD, Morford KL, et al. Methadone matters: what the United States can learn from the global effort to treat opioid addiction. *Journal of general internal medicine* 2019; 34(11): 1039-1042. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4801-3>

13. Krawczyk N, Rivera BD, Jent V, Keyes KM, Jones CM, Cerdá M. Has the treatment gap for opioid use disorder narrowed in the US?: A yearly assessment from 2010 to 2019". *International Journal of Drug Policy* 2022; 110:103786. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103786>

14. D'Aunno T, Park SE, Pollack HA. Evidence-based treatment for opioid use disorders: A national study of methadone dose levels, 2011–2017. *Journal of substance abuse treatment* 2019; 96: 18-22. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.10.006>

15. Ameri N, Najafi M. The Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Components of Shame and Internal Stigma in Substance-Dependent Individuals Undergoing Methadone Maintenance Treatment. *etiadjpajohi* 2024; 18 (73): 241-258. [Persian] <http://etiadjpajohi.ir/article-1-3174-fa.html>

16. Mansueto G, Palmieri S, Caselli G, Spada MM. Impulsiveness in substance users: Metacognitive beliefs and repetitive negative thinking as potential maintenance factors. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2024; 31(6): e70014. <https://doi.org/10.1002/cpp.70014>

17. Demir B, Ozsoy F. Relationship of clinical features with metacognition and states of mind in methamphetamine-use disorder patients. *Current*

## - نگارش - پیش نویس اصلی: نویسنده اول و

نویسنده دوم

## - نگارش - بررسی و ویرایش: نویسنده اول و

نویسنده دوم

## • تعارض منافع: از طرف نویسندگان هیچ گونه تعارض

منافی در مقاله گزارش نشده است.

## • قدردانی: این طرح تحقیقاتی با استفاده از اعتبار ویژه پژوهشی

(پژوهانه) دانشگاه سمنان به شماره طرح ۱۴۰۳۵۱ ط ۱۴۰۳/۲۲۶

انجام شده است. بدین وسیله از تمامی شرکت کنندگان در

پژوهش که نهایت همکاری را داشتند، تشکر و قدردانی

می شود.

## منابع

1. United Nations Office on Drugs and Crime. (n.d.) World Drug Report 2019: 35 million People Worldwide Suffer from Drug Use Disorders While Only 1 in 7 People Receive Treatment. Available online: (accessed on 5 August 2021). [https://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/2019/Jun/e/world-drug-report-2019\\_-35-million-people-worldwide-suffer-from-drug-use-disorders-while-only-1-in-7-people-receive-treatment.html](https://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/2019/Jun/e/world-drug-report-2019_-35-million-people-worldwide-suffer-from-drug-use-disorders-while-only-1-in-7-people-receive-treatment.html)
2. Marel C, Siedlecka E, Wilson J, Eugene Dit Rochesson S, Chu D, Fisher A, & Mills KL. A systematic review and meta-analysis of the prevalence of alcohol and other drug use and problematic use among people accessing mental health treatment in Australia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2025; 59(4): 361-377. <https://doi.org/10.1177/00048674251321272>
3. World Health Organization. *WHO report on surveillance of antibiotic consumption: 2016-2018 early implementation*. 2018.
4. Ghaemi A, Ahadi H, Tajeri B. Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Resilience in Employed and Unemployed Substance-Dependent Individuals in Recovery. *etiadjpajohi* 2024; 18 (73):55-78. [Persian] <http://etiadjpajohi.ir/article-1-3128-fa.html>
5. McCall Jones C, Baldwin GT, Compton WM. Recent increases in cocaine-related overdose deaths and the role of opioids. *American journal of public health* 2017; 107(3): 430-432. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303627>
6. Center for Disease Control (CDC). *CDC WONDER online databases*. December 15. 2018.
7. Food and Drug Administration (FDA). Information about Medication-Assisted Treatment (MAT). August 15 2018.
8. Diep NB, Trang NT, Van HTH, Truc TT, Van Dung D, Li MJ, ... & Giang LM. Non-adherence to treatment and concurrent opioid use among people on

- 1st ad. New York, United States: Guilford Press; 2001.
29. Kashefinishabouri 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. *Journal of Occupational Health and Epidemiology* 2021; 10(1): 1-11. <http://johe.rums.ac.ir/article-1-407-en.html>
30. Dalili Z, Bayazi MH. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the illness perception and psychological symptoms in patients with rheumatoid arthritis. *Complementary therapies in clinical practice* 2019; 34: 139-144. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.11.012>
31. Ahmadi Bejagh S, Bakhshipour B, Faramarzi MB. The effectiveness of group mindfulness-Based cognitive Therapy on obsessive-compulsive disorder, metacognition beliefs and rumination. *Clinical Psychology Studies* 2015; 5(20): 79-109. [Persian] [https://jcps.atu.ac.ir/article\\_1862.html](https://jcps.atu.ac.ir/article_1862.html)
32. Movassagh MT, Arshadi N, Bassaknejad S, Beshlideh K. The effect of mindfulness in motion-based trainings on resiliency, emotion regulation, and job stress. *Journal of Occupational Health and Epidemiology* 2019; 8(1): 49-55. <http://johe.rums.ac.ir/article-1-307-en.html>
33. Lee SH, Cho SJ. Cognitive behavioral therapy and mindfulness-based cognitive therapy for depressive disorders. *Major depressive disorder: Rethinking and understanding recent discoveries* 2021; 1305: 295-310. [https://doi.org/10.1007/978-981-33-6044-0\\_16](https://doi.org/10.1007/978-981-33-6044-0_16)
34. Mehel Tutuk SP, Budak F. The effect of mindfulness-based psychoeducation on internalized stigma and substance abuse proclivity in individuals with substance use disorder. *Journal of Substance Use* 2024; 29(5): 680-688. <https://doi.org/10.1080/14659891.2023.2199847>
35. Sadeghi E, Sajjadian I, Nadi MA. Comparison of the Effectiveness of Mindfulness Based Compassion and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Students' Dysfunctional Attitude, Self-control, and Mental Health. *Positive Psychology Research* 2020; 6(1): 31-48. [Persian] 6(1), 31-48. <https://doi.org/10.22108/ppls.2020.120851.1861>
36. Hunt CA, Goodman RD, Hilert AJ, Hurley W, Hill CE. A mindfulness-based compassion workshop and pre-session preparation to enhance therapist effectiveness in psychotherapy: A pilot study. *Counselling psychology quarterly* 2022; 35(3): 546-561. <https://doi.org/10.1080/09515070.2021.1895724>
37. Ondrejková A, Švrček Š, Ondrejka R, Beníšek Z, Šuli J, Kopřiva V, et al. Historical analysis of epizootiological situation of rabies on the territory of the Slovak Republic. *Acta virologica* 2020; 64(2): 216-225. [https://doi.org/10.4149/av\\_2020\\_211](https://doi.org/10.4149/av_2020_211)
- Psychology* 2024; 43(44): 34009-34017. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06895-5>
18. Delonca D, Trouillet R, Alarcon R, Nalpas B, Perney P. Relationships between attentional bias and craving in alcohol use disorder: role of metacognitions. *Addictive Behaviors* 2021; 117: 106846. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106846>
19. Hamonniere T, Milan L, Varescon I. Repetitive negative thinking, metacognitive beliefs, and their interaction as possible predictors for problematic cannabis use. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2022; 29(2): 706-717. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106846>
20. Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford press. 2011.
21. Anderson LH. The effect of behavioral activation group therapy on the resilience, quality of life and perceived stress in abusing in drug abuser patient. *American journal of Orthodontics Orthodontics* 2015; 131(5): 571-572. <https://doi.org/10.1111/add.14049>
22. Spada MM, Hiou K, Nikcevic AV. Metacognitions, emotions, and procrastination. *Journal of cognitive psychotherapy* 2006; 20(3): 319. <https://doi.org/10.1891/088983906780644028>
23. McNeely J, Troxel AB, Kunins HV, Shelley D, Lee JD, Walley A, et al. Study protocol for a pragmatic trial of the Consult for Addiction Treatment and Care in Hospitals (CATCH) model for engaging patients in opioid use disorder treatment. *Addiction science & clinical practice* 2019; 14: 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13722-019-0135-7>
24. Ramadas E, Lima MPD, Caetano T, Lopes J, Dixe MDA. Effectiveness of mindfulness-based relapse prevention in individuals with substance use disorders: A systematic review. *Behavioral Sciences* 2021; 11(10): 133. <https://doi.org/10.3390/bs11100133>
25. Hamonniere T, Billieux J. Individually delivered mindfulness-based cognitive therapy in concomitant problematic substance use and emotional symptoms: A process-based case study. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2023; 30(3): 714-727. <https://doi.org/10.1002/cpp.2827>
26. Kabat-Zinn J. *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Hachette UK. 2023.
27. Sadeghi Firoozabadi V. The Effectiveness of Mindfulness-Based Group Therapy on Improving Metacognitive Beliefs in Preventing Relapse of Women Consuming Stimulants. *Iranian Journal of Health Psychology* 2019; 2(2): 127-135. [Persian] <https://doi.org/10.30473/ijohp.2020.52538.1075>
28. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*.

Dependent Individuals under Methadone Maintenance Treatment: The Mediating Role of Self-Compassion. *etiadjohi* 2023; 16(66): 47-70  
<http://etiadjohi.ir/article-1-2828-fa.html>

38. Ameri N, Jamali S. The Effectiveness of Self-Compassion-Based Mindfulness Training on Psychological Distress and Craving in Stimulant-Dependent People. *etiadjohi* 2024; 17 (70):107-128. [Persian]  
<http://etiadjohi.ir/article-1-3016-fa.html>
39. Creswell JD. Mindfulness interventions. *Annual review of psychology* 2017; 68(1): 491-516.  
<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-042716-051139>
40. Félix-Junior IJ, Donate APG, Noto AR, Galduróz JCF, Simionato NM, Opaleye ES. Mindfulness-based interventions in inpatient treatment for Substance Use Disorders: A systematic review. *Addictive Behaviors Reports* 2022; 16: 100467.  
<https://doi.org/10.1016/j.abrep.2022.100467>
41. Sahraian K, Abdollahpour Ranjbar H, Namavar Jahromi B, Cheung HN, Ciarrochi J, Habibi Asgarabad M. Effectiveness of mindful self-compassion therapy on psychopathology symptoms, psychological distress and life expectancy in infertile women treated with in vitro fertilization: a two-arm double-blind parallel randomized controlled trial. *BMC psychiatry* 2024; 24(1): 174.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-023-05411-6>
42. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognition's questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour research and therapy* 2004; 42(4): 385-396.  
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00147-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00147-5)
43. osoli A, sharat madar A. kalantar A. The relationship between metacognitive beliefs with academic self-regulation and parents-adolescent conflict. *Counseling Culture and Psycotherapy* 2016; 7(27): 83-104. [Persian]  
<https://doi.org/10.22054/qccpc.2016.6726>
44. Kabat-Zinn J, Zinn JK. *Mindfulness meditation in everyday life*. London: Piatkus Books. 2013.
45. Ivtzan I, Young T, Martman J, Jeffrey A, Lomas T, Hart R, Eiroa-Orosa FJ. Integrating mindfulness into positive psychology: A randomised controlled trial of an online positive mindfulness program. *Mindfulness* 2016; 7(1): 1396-1407.  
<https://doi.org/10.1007/s12671-016-0581-1>
46. Mohsenabadi H, Shabani MJ, Zanjani Z. Factor structure and reliability of the mindfulness attention awareness scale for adolescents and the relationship between mindfulness and anxiety in adolescents. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences* 2019; 13(1): 104-112.  
<https://doi.org/10.5812/ijpbs.64097>
47. Sheikhzadeh M, Zanjani Z, Baari A. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety, depression, and fatigue in cancer patients: a randomized clinical trial. *Iranian Journal of Psychiatry* 2021; 16(3): 271.  
<https://doi.org/10.18502/ijps.v16i3.6252>
48. Ameri N. Structural Relations of Early Maladaptive Schemas to Craving in Substance-