MEJDS. 2022; 12:182.

Published online 2022 Dec. **Original Article**

Examining the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Self-criticism and Feeling of Shame in Patients Undergoing Methadone Maintenance Therapy

Salasi B[1], *Ramezani MA[2], Jahan F[3]

Author Address
1. PhD Student, Department of psychology, Semnan branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.
***Corresponding Author Email**: m_ramezani@sbu.ac.ir

Received: 2022 October 5; **Accepted:** 2022 October 25

Abstract

Background & Objectives: Drug abuse is a psychiatric disorder involving various biological, psychological, and social dimensions. As a result of its detrimental effects on emotions and feelings, the addict continues to use drugs. Given the negative effects of drug abuse on people, society, and the economy, it is important to implement more affordable therapies and prevention measures. As one of the therapy methods for substance abuse disorders, methadone maintenance therapy involves drug therapy combined with psychological therapy to reduce or eliminate the harm and problems associated with substance abuse. Studies indicate that methadone maintenance therapy is more effective when accompanied by psychotherapy. Emotion–focused therapy aims to improve the emotional skills of individuals and treat psychological disorders. Therefore, this study aimed to investigate the effectiveness of emotion–focused therapy on self–criticism and shame among patients receiving methadone maintenance therapy.

Methods: A quasi–experimental study was conducted with a pretest–posttest and a three–month follow–up design with a control group. The statistical population included all of the clients of addiction therapy clinics in the fifth district of Tehran, Iran, from 2021 to 2022 who were under maintenance therapy with methadone. A total of 30 individuals were selected from that group by random cluster sampling and divided equally into experimental and control groups (15 people each). In the initial screening, only people who used heroin, opium, juice or crack for five to ten years and only through smoking were selected. In this study, all subjects received maintenance methadone therapy for one year and did not use any other drugs. The study tools were the Self–criticism Scale (Gilbert et al., 2004) and the Guilt and Shame Proneness Scale (GASP) (Cohen et al., 2011) to measure the study variables. For the experimental group, twelve 50–minute sessions of Emotion–focused therapy were conducted over a 6–week period. The control group, however, did not receive any therapy sessions. Data analysis was done using descriptive (mean and standard deviation) and inferential statistics (analysis of variance with repeated measures and Bonferroni's post hoc test) in SPSS version 22. The significance level of statistical tests was set at 0.05.

Results: According to the results, the effect of time and the interaction of time and group on the components of the self–criticism variable (self–confidence and self–criticism) and the variable of shame and its components (negative self–evaluation and withdrawal behavior) were significant in patients undergoing methadone maintenance therapy ($p<0.05$). Also, the effect of the group on the aforementioned variables was significant ($p<0.05$) except for the self–confidence component ($p>0.05$). In the emotion–focused therapy group, the posttest and follow–up scores of the self–criticism component and the shame variable and its components (negative self–evaluation and withdrawal behavior) decreased significantly compared to the pretest scores ($p<0.05$). Also, the posttest and follow–up scores of the self–confidence component increased significantly compared to the pretest ($p<0.001$). There was no significant difference in the scores of the mentioned variables between the posttest and follow–up stages, which indicated the continued effectiveness of the intervention in the follow–up stage ($p>0.05$).

Conclusion: Considering the effectiveness of emotion–focused therapy in reducing self–criticism and shame and its components in the experimental compared to the control group, this therapy can be used as an intervention method in patients undergoing maintenance treatment with methadone.

Keywords: Emotion–focused therapy, Self–criticism, Shame, Methadone.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]

Copyright © 2022, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲): ۱۸۲.

انتشار برخط آذرماه ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر مؤلفه‌های خودانتقادی و احساس شرم بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون

بیتا ثلاثی[۱]، *محمدآرش رمضانی[۲]، فائزه جهان[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران؛

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** m_ramezani@sbu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳ مهر ۱۴۰۱؛ **تاریخ پذیرش:** ۳ آبان ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: تأثیر سوءمصرف مواد بر هیجانات و عواطف مصرف‌کننده انکارناپذیر است؛ بدین‌ترتیب هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر مؤلفه‌های خودانتقادی و احساس شرم بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه و دورهٔ پیگیری سه‌ماهه بود. جامعهٔ آماری را تمامی مُراجعان کلینیک‌های ترک اعتیاد منطقهٔ پنج شهر تهران در سال‌های ۱۴۰۱ـ۱۴۰۰ تشکیل دادند که تحت درمان نگهدارنده با متادون بودند. سی نفر داوطلب واجد شرایط به‌روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای وارد مطالعه شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه پانزده‌نفری گواه و آزمایش قرار گرفتند. ابزارهای اندازه‌گیری متغیرها، مقیاس خودانتقادی (گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۴) و مقیاس احساس شرم (کوهن و همکاران، ۲۰۱۱) بود. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش دوازده جلسه درمان هیجان‌مدار دریافت کردند؛ درحالی‌که برای گروه گواه، هیچ جلسهٔ درمانی برگزار نشد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت.

یافته‌ها: اثر زمان و اثر تعامل زمان و گروه بر مؤلفه‌های متغیر خودانتقادی شامل خوداعتمادی و خودانتقادی و متغیر احساس شرم و مؤلفه‌های آن شامل خودارزیابی منفی و رفتار کناره‌جویانه در بیماران معنادار بود ($p<۰/۰۵$)؛ همچنین اثر گروه بر متغیرهای مذکور به‌جز خوداعتمادی معنادار بود ($p<۰/۰۵$). در گروه درمان هیجان‌مدار، نمرات پس‌آزمون و پیگیری مؤلفهٔ خوداعتمادی افزایش معنادار و مؤلفهٔ خودانتقادی و متغیر احساس شرم و مؤلفه‌های آن، کاهش معنادار درمقایسه با نمرات پیش‌آزمون پیدا کرد ($p<۰/۰۵$). تفاوت معناداری در نمرهٔ متغیرهای مذکور بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد که نشان‌دهندهٔ تداوم اثربخشی مداخله در مرحلهٔ پیگیری بود ($p>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کاهش مؤلفهٔ خودانتقادی و احساس شرم و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه، این درمان می‌تواند به‌عنوان روشی مداخله‌ای در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: درمان هیجان‌مدار، خودانتقادی، شرم، متادون.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۱، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]

۱ مقدمه

مصرف مواد مخدر در سال‌های اخیر از معضلات بسیار مهم بشری به‌شمار می‌رود. سوءمصرف مواد[1] به‌عنوان اختلالی روان‌پزشکی با ابعاد مختلف روان‌شناختی و زیست‌شناختی و اجتماعی مطرح است که طی آن فرد مهار خود را بر مصرف مواد مخدر از دست داده و باتوجه به آثار زیان‌بخش آن، همچنان به مصرف مواد ادامه می‌دهد (۱). سوءمصرف مواد در طول تاریخ بشریت یکی از دغدغه‌های مهم بهداشت عمومی بوده است؛ همچنین به‌منزلهٔ اختلال عودکنندهٔ مزمن[2] با میزان عود بسیار زیاد تعریف می‌شود که بازگشت آن بین ۵۶/۸تا۸۱/۸درصد متغیر است (۲). اعتیاد[3] که در نام‌گذاری‌های رسمی با عنوان «وابستگی به مواد» نام برده می‌شود، عبارت است از مصرف مکرر یک مادهٔ شیمیایی یا دارو با یا بدون وابستگی فیزیولوژیک که بر زمینه‌های متعدد کارکرد افراد تأثیر می‌گذارد و ناتوانی‌های چشمگیری در تعداد نسبتاً زیادی از افراد به‌وجود می‌آورد (۳).

مصرف مواد مخدر، علاوه‌بر تأثیر منفی بر وضعیت اجتماعی‌اقتصادی فرد مصرف‌کننده، نقش تعیین‌کننده‌ای نیز بر هیجان‌ها و سلامت روان و افراد دارد (۴). یکی از ابعاد روان‌شناختی فرد مصرف‌کننده که اخیراً در ارتباط با سوءمصرف مواد به آن توجه شده، خودانتقادی[4] است (۵). خودانتقادی نوعی سرزنش، انتقاد از خود و درون‌فکنی‌های غیرمشفقانه است که زمینه‌ساز احساس شرم خواهد شد (۶). درواقع، نقطهٔ مقابل مهربانی با خود، انتقاد است و به‌شکل گرایش فرد برای داشتن انتظارات زیاد از خود و به‌چالش کشیدن کارکرد خویش تعریف می‌شود (۷). مطالعات اولیه روی خودانتقادی به بررسی نحوهٔ تأثیر آن بر ادراک وقایع و پریشانی‌ها پرداخته است (۸). پژوهشگران استدلال می‌کنند، رفتار انتقاد از خود زمانی پدیدار می‌شود که افراد خود را مسئول رفتار گذشته می‌دانند و باور دارند که می‌توانند خود را اصلاح کنند و این رفتارها را تغییر دهند (۹). درواقع خودانتقادی سبب می‌شود، فرد کارکرد خود را ناقص بداند و برای خود معیارهای دست‌نیافتی تعریف کند (۱۰). پژوهش‌ها نشان داد، رفتار خودانتقادی در افراد مصرف‌کنندهٔ مواد زیاد است (۵)؛ برای مثال طریق و جمیل در پژوهشی دریافتند، خودانتقادی با رفتار سوءمصرف مواد در زنان و مردان مرتبط است (۱۱).

می‌توان هستهٔ خودانتقادی را با احساس شرم[5] مرتبط دانست (۱۲). احساس شرم با احساسات شدید بی‌ارزشی، فرومایگی و شرمساری مشخص می‌شود. درواقع احساس شرم به‌عنوان عاطفه‌ای خودآگاه به‌شمار می‌رود که به خود[6] مرتبط است (۱۳). به‌منظور احساس این هیجان، فرد باید مجموعه‌ای از استانداردها را برای ارزیابی رفتار خود داشته باشد. عواطف خودآگاه منفی مثل شرم زمانی تحریک می‌شوند که ارزیابی از رفتار و اقدامات در تضاد با ارزش‌ها و معیارهای اخلاقی فرد است (۱۴). شرم اثر مهمی بر احساس فرد از خود، بهزیستی و آسیب‌پذیری از اختلال‌های روانی و شخصیت دارد. این هیجان دردناک با تجربهٔ احساس و ادراک‌های منفی همچون بی‌کفایتی و خوارشدن و ناتوانی همراه است و فرد در حین تجربهٔ این احساس، خصومت بسیار زیادی را با خود حس می‌کند (۱۵). پژوهش‌ها مشخص کرد، احساس شرم می‌تواند رفتارهای اعتیادآور را ازطریق مقابله یا تقویت منفی افزایش دهد (۱۶)؛ برای مثال لوما و همکاران در فراتحلیلی دریافتند، احساس شرم مصرف بیشتر مواد را پیش‌بینی می‌کند؛ اگرچه این امر با اثرات متقابل پیچیده‌ای همراه است. همچنین مصرف مواد در زمینه‌های خاص باعث احساس شرمندگی می‌شود (۱۷).

پیش‌آگهی در اختلال سوءمصرف مواد نامطلوب است و هزینه‌های درمانی زیادی را به‌شکل مستقیم و غیرمستقیم به جامعه و خانواده‌ها تحمیل می‌کند (۱۸). نظر به هزینه‌ها و آسیب‌های فردی و اجتماعی و اقتصادی اختلال سوءمصرف مواد، لازم است از پیشگیری یا درمان‌های مقرون به صرفه‌تر استفاده شود. درمان نگهدارنده با متادون[7] یکی از شیوه‌های درمانی اختلال سوءمصرف مواد است که با تلفیق دارودرمانی و درمان‌های روان‌شناختی درجهت کاهش یا حذف آسیب‌ها و مشکلات سوءمصرف مواد تلاش می‌کند. این درمان به‌منظور نگهداشتن بیماران در وضعیتی پایدار و بهبودی تدریجی یا پیشگیری از عود طراحی شده است (۱۹). اثربخشی این داروها روی فرد بیمار با مواد مخدر مشابهت دارد؛ با این تفاوت که شروع و تأثیر و ناپدیدشدن اثر آن‌ها آهسته و ملایم است؛ درنتیجه با مصرف این مواد، وضعیت جسمانی بیمار در حالت متعادل می‌ماند و کمتر از نظر روانی دچار نوسانات روانی و فردی می‌شود (۲۰).

ارائهٔ روان‌درمانی هم‌زمان، کارایی درمان نگهدارنده با متادون را افزایش می‌دهد (۲۱). یکی از الگوهای مداخله‌ای روان‌شناختی برجسته در درمان سوءمصرف مواد در سال‌های اخیر، درمان هیجان‌مدار[8] است (۲۲). رویکرد هیجان‌مدار تلفیقی از رویکردهای دلبستگی‌مدار[9]، سیستمی و تجربی‌نگر است. تمرکز و توجه این رویکرد بیشتر به فرایندهای بروز تعارض و فاکتورهای درون‌فردی است؛ اما امکان دارد فاکتورهای خارجی را نیز مدنظر قرار دهد (۲۳). هدف این تکنیک، شکستن احساسات منفی و برقراری مجدد پیوندهای عاطفی است که عناصر ضروری برای افزایش اثربخشی درمان هستند (۲۴). این روش با پردازش مجدد تجربیات و سازمان‌دهی مجدد تعاملات به‌گونه‌ای عمل می‌کند که دلبستگی یا احساس امنیت را در افراد به‌وجود آورد (۲۵). درمان هیجان‌مدار یکی از تکنیک‌های مداخله‌ای به‌شمار می‌رود که در ارتقای مؤلفه‌های گوناگون در اختلالات مختلف مؤثر است (۲۶)؛ بااین‌حال پژوهشی در رابطه با اثرگذاری این روش درمانی در افراد با سوءمصرف مواد یافت نشد.

افزایش شیوع سوءمصرف مواد همچنان در میان اقشار مختلف جامعه مشاهده می‌شود و سوءمصرف با افزایش نرخ جرائم همراه است.

---

1. Substance abuse
2. Chronic Relapsing Disorder
3. Addiction
4. Self-criticism
5. Feeling of shame
6. Self
7. Methadone Maintenance Therapy
8. Emotion-Focused Therapy (EFT)
9. Attachment-oriented

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]

ازسویی روش‌های درمانی مختلف نتایج چندان موفقی به‌همراه نداشته و بازگشت به مصرف مجدد در افراد ترک‌کرده همچنان دارای شیوع فراوانی است. همچنین خلأ مطالعات علمی گسترده و دقیق دربارهٔ اثربخشی روش درمانی به‌کاررفته در افراد با سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون وجود دارد؛ ازاین‌رو، مطالعهٔ حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان هیجان‌مدار بر مؤلفه‌های خودانتقادی و احساس شرم در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه و دورهٔ پیگیری سه‌ماهه بود. جامعهٔ آماری را تمامی مُراجعان کلینیک‌های ترک اعتیاد منطقهٔ پنج شهر تهران در سال‌های ۱۴۰۱ـ۱۴۰۰ تشکیل دادند که تحت درمان نگهدارنده با متادون بودند. نمونهٔ مطالعه‌شده سی نفر داوطلب واجد شرایط از بین مُراجعان (هفده مرد و سیزده زن) به کلینیک‌های آینده و پاردیس و سفیر در منطقهٔ پنج شهر تهران بودند که به‌روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای وارد مطالعه شدند. قبل از انجام هرگونه مداخله‌ای از دو گروه شرکت‌کننده در پژوهش پیش‌آزمون گرفته شد و بعد از یک هفته از اتمام مداخله، پس‌آزمون برای هر دو گروه انجام گرفت. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: مصرف اصلی هروئین، تریاک، شیره و کراک؛ مدت مصرف ۵تا۱۰ سال؛ شیوهٔ مصرف تدخینی؛ قرارداشتن به‌مدت یک سال تحت درمان نگهدارنده با متادون؛ سطح تحصیلات حداقل اول متوسطه؛ حداقل سن ۱۹ و حداکثر ۵۴ سال. معیارهای خروج آزمودنی‌ها از مطالعه، انصراف از شرکت در پژوهش و شرکت‌نکردن مداوم در جلسات مداخله (غیبت بیش از سه جلسه) بود.

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از دریافت مجوز از دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان و با مراجعه به مرکز بهزیستی شهرستان تهران، اخذ مجوزهای لازم برای مراجعه به مراکز درمان سوءمصرف مواد و جلب همکاری مدیران مراکز صورت گرفت. سپس به‌گونه‌ای که در بخش نمونه‌گیری شرح داده شد، افراد گروه نمونه انتخاب شدند. رضایت آن‌ها برای شرکت در پژوهش گرفته شد و افراد نمونه به‌صورت تصادفی در دو گروه پانزده‌نفره قرار گرفتند. قبل از شروع روش آموزشی، در هر دو گروه مطالعه‌شده پیش‌آزمون اجرا شد و از آن‌ها درخواست شد تا پرسش‌نامه‌های پژوهش را تکمیل کنند. پس از اتمام دورهٔ آموزش، در هر دو گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون اجرا شد و سه ماه پس از پایان جلسات مداخلهٔ گروه آزمایش، هر دو گروه مجدد با ابزارهای پژوهش پیگیری شدند. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که نتایج به‌دست‌آمده فقط برای کار پژوهشی استفاده می‌شود و اطلاعات و داده‌های حاصل محرمانه باقی می‌ماند.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارها و جلسات درمانی زیر به‌کار رفت.

ـ مقیاس خودانتقادی[1]: این مقیاس توسط گیلبرت و همکاران در سال ۲۰۰۴ تهیه شد (۲۷). این مقیاس حاوی ۲۲ گویه براساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (کاملاً مخالفم=صفر تا کاملاً موافقم=۴) است که وقتی شرایط برای افراد خوب پیش نمی‌رود، نحوهٔ فکر و احساس دربارهٔ خود را اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس دو خرده‌مقیاس خوداعتمادی و خودانتقادی[2] دارد. خوداعتمادی دارای نُه گویه و خودانتقادی دارای سیزده گویه است. دامنهٔ نمرهٔ خوداعتمادی بین صفر تا ۳۶ و دامنهٔ نمرهٔ خودانتقادی بین صفر تا ۵۲ است که در طیف پنج‌درجه‌ای لیکرتی تنظیم شده است. حداقل و حداکثر نمرهٔ این مقیاس بین صفر تا ۸۸ در نوسان است. هرچه نمرهٔ فرد بیشتر باشد، خودانتقادی او بیشتر است (۲۷). سازندگان این مقیاس آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۶ به‌دست آوردند و روایی محتوایی آن را تأیید کردند (۲۷). در ایران، سعادتی و همکاران ضمن تأیید روایی محتوایی ۰/۷۴ مقیاس در بین نمونه‌ای از معلمان، پایایی مقیاس را با استفاده از روش‌های ضریب آلفای کرونباخ و بازآزمایی به‌ترتیب برابر با ۰/۶۹ و ۰/۸۱ گزارش کردند (۲۸).

ـ مقیاس احساس شرم[3]: این مقیاس توسط کوهن و همکاران در سال ۲۰۱۱ ساخته شد (۲۹). در این مقیاس، موقعیت‌های مختلفی (هشت موقعیت) که امکان دارد در زندگی فرد اتفاق افتاده باشد و واکنش احتمالی افراد به این رویدادها و موقعیت‌ها ذکر شده است. از آزمودنی‌ها تقاضا می‌شود خود را در آن موقعیت تصور کنند و واکنش احتمالی به آن موقعیت را براساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (اصلاً=۱ تا خیلی زیاد=۵) مشخص نمایند. ابعاد تحلیل عاملی توسط سازندگان مقیاس نشان داد، احساس شرم متشکل از زیرمقیاس‌های خودارزیابی منفی (موقعیت‌های ۱تا۴) و رفتار کناره‌جویانه (موقعیت‌های ۵تا۸) است. نمرات مقیاس بین ۸تا۴۰ و نقطهٔ برش مقیاس نمرهٔ ۲۴ است (۲۹). کوهن و همکاران مشخص کردند، ضرایب آلفای مطلوبی بین ۰/۶۱تا۰/۷۱ برای این ابزار وجود دارد؛ همچنین با استفاده از تحلیل عاملی نشان دادند، مقیاس احساس شرم دارای دو عامل خودارزیابی منفی و رفتار کناره‌جویانه است (۲۹). جوکار و کمالی، ضریب آلفای کرونباخ را برای مقیاس احساس شرم برابر با ۰/۵۱ به‌دست آوردند و با استفاده از ده نفر از متخصصان، روایی محتوایی این مقیاس را با مقدار ۰/۶۵ تأیید کردند (۳۰).

ـ درمان هیجان‌مدار: مدت جلسات درمان هیجان‌مدار دوازده جلسه بود که به‌طور انفرادی و هفته‌ای دو بار و به‌مدت پنجاه دقیقه در مراکز درمانی محل انتخاب افراد گروه آزمایش برگزار شد؛ اما گروه گواه در فهرست انتظار بود و هیچ‌گونه درمانی را دریافت نکرد. جلسات درمانی اجراشده در پژوهش حاضر براساس پروتکل درمانی گرینبرگ و واتسون بود که روایی محتوایی آن توسط سازندگان به تأیید رسید (۳۱). خلاصهٔ محتوای جلسات در جدول ۱ گزارش شده است.

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت. به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، برای بررسی نحوهٔ توزیع متغیرهای

[1]. Self-Criticism Scale
[2]. Self-criticism & Self-reassurance
[3]. Shame Proneness Scale

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]

پژوهش از آزمون شاپیرو–ویلک، برای بررسی برابری ماتریس واریانس‌ها از آزمون ام‌باکس، به‌منظور بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون و برای بررسی فرض کرویت داده‌ها از آزمون کرویت ماچلی استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ بود.

جدول ۱. جلسات درمان هیجان‌مدار (۳۱)

جلسات	محتوای جلسات
اول و دوم	برقراری اتحاد و رابطهٔ درمانی ازطریق همدلی پیشرفته و فنون حضور خود بودن، پل پرش، درک، اکتشاف، ردگیری، اعتباربخشی و همدلی. معارفه، شرح ساختار و اهداف جلسات، اجرای پیش‌آزمون، ایجاد انگیزهٔ مشارکت میان اعضا، آشنایی و معرفی کلی از رویکردهای تجربه‌نگر برای تغییر، آشنایی با مبانی رویکرد هیجان‌مدار. تاگشایی مشکل مُراجع و بررسی روایت او و مشاهدهٔ سبک پردازش هیجانی وی ازطریق گوش‌دادن به مشکل کنونی و شناسایی تجربهٔ هیجانی دردناک و برجستهٔ مُراجع.
سوم و چهارم	همراهی، مشاهده و کشف سبک پردازش هیجانی مُراجع و کوچینگ هیجانی ازطریق مراحل شناسایی، آگاهی، پذیرش، تحمل و تنظیم هیجان. تاگشایی هیجان اصلی مُراجع ازطریق بازنمایی تجربه‌ای تروماهای مُراجع مرتبط با دلبستگی با هویت.
پنجم و ششم	کشف و شناسایی هیجانات اولیه، ثانویه یا ابزاری ازطریق کار روی نشانگرهای خرد و وظیفه‌ای و استفاده از فنون کار با صندلی. ادامهٔ شناسایی، بازنمایی و تنظیم هیجانات اصلی زیربنایی سازگار/ناسازگار.
هفتم و هشتم	شناسایی و کار روی وقفه‌ها یا انسدادهای دسترسی به هیجانات اولیه و ثانویه و تجربه. ردگیری و شناسایی موضوعات و تصاویر ابژه‌ای از مشکل کنونی و مرتبط‌کردن آن با تصاویر خود، پدر، مادر یا سایر ابژه‌های احتمالی.
نهم و دهم	ادامهٔ شناسایی و کار روی نشانگرهای نمودارشده و کار با تصاویر باقی‌مانده ازطریق استفاده از هنرهای بیانگر مثل کار با بدن، کار با زبان، حرکت و غیره. کوچینگ مُراجع در حین بازنمایی ابژه‌ای و رسیدن به بینش تجربه‌ای.
یازدهم و دوازدهم	شناسایی تعامل بین الگوهای گذشته و حال. تکمیل پرسش‌نامهٔ پس‌آزمون و به‌دنبال آن ارائهٔ خلاصه‌ای از موضوعات به آزمودنی‌ها.

۳ یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش ۸/۱۳±۳۹/۷۳ سال و گروه گواه ۱۰/۲۵±۳۷/۸۶ سال بود که دامنهٔ سنی از ۱۹ تا ۵۲ سال را شامل شد. در جدول ۲، شاخص‌های توصیفی در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به‌تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه آورده شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای خودانتقادی و احساس شرم به‌تفکیک دو گروه مطالعه‌شده در سه زمان

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خوداعتمادی	آزمایش	۱۲/۸۰	۴/۷۲	۱۹/۹۳	۳/۹۱	۲۱/۲۰	۳/۷۶
	گواه	۱۵/۲۶	۴/۵۲	۱۵/۰۶	۴/۵۵	۱۷/۴۶	۴/۳۰
خودانتقادی	آزمایش	۴۲/۸۰	۴/۱۶	۲۳/۸۰	۷/۴۲	۲۲/۶۶	۶/۲۷
	گواه	۳۹/۰۰	۹/۰۱	۳۷/۲۰	۹/۲۵	۳۵/۳۳	۸/۱۸
احساس شرم	آزمایش	۲۸/۷۳	۳/۲۸	۱۷/۲۰	۴/۶۰	۱۷/۱۳	۴/۴۵
	گواه	۲۹/۴۰	۵/۹۳	۲۸/۶۶	۷/۱۱	۲۸/۴۰	۷/۳۴
خودارزیابی منفی	آزمایش	۱۷/۹۳	۱/۸۶	۱۰/۰۰	۲/۷۲	۹/۸۶	۲/۷۷
	گواه	۱۷/۰۶	۳/۱۹	۱۶/۲۰	۴/۲۱	۱۶/۲۶	۴/۴۱
رفتار کناره‌جویانه	آزمایش	۱۰/۸۰	۲/۱۷	۷/۲۰	۲/۱۴	۷/۲۶	۲/۰۸
	گواه	۱۲/۳۳	۳/۴۱	۱۲/۴۶	۳/۲۴	۱۲/۱۳	۳/۷۷

براساس نتایج توصیفی به‌دست‌آمده از جدول ۲ در مرحلهٔ پیش‌آزمون میانگین نمرات افراد نمونه در گروه‌های آزمایش و گواه تقریباً نزدیک به‌هم بود؛ درحالی‌که در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش تغییر درخورتوجهی ایجاد شد. برای بررسی معناداری این تغییرات، روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به‌کار رفت. قبل از انجام آن، پیش‌فرض‌های این آزمون ارزیابی شد. نتایج آزمون شاپیرو–ویلک برای توزیع متغیرهای پژوهش در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری نشان داد، متغیرهای پژوهش از توزیع نرمال برخوردار بودند (p>۰/۰۵). براساس نتایج آزمون ام‌باکس، فرض همگنی ماتریس واریانس کوواریانس رد نشد (p=۰/۶۱، Box's M=۰/۹۳). نتایج آزمون لون مشخص کرد، فرض همگنی واریانس‌ها رد نشد (p>۰/۰۵). باتوجه به معنادارشدن آزمون کرویت ماچلی و برقرارنبودن فرض کرویت داده‌ها برای متغیرهای پژوهش (p<۰/۰۵)، از تصحیح گرین‌هاوس‌گیزر استفاده شد.

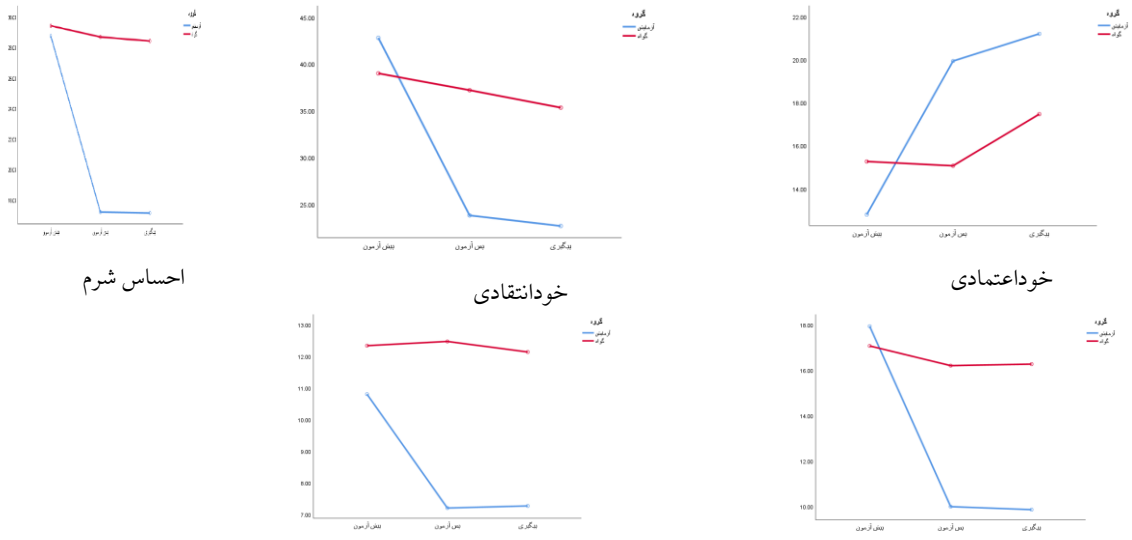
[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر درمان هیجان‌مدار بر مؤلفه‌های خودانتقادی و احساس شرم در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر		منبع تغییرات	مقدار F	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر
خوداعتمادی	درون‌گروهی	زمان	۱۷/۴۱۵	<۰/۰۰۱	۰/۳۸۳
		زمان× گروه	۹/۳۶۵	۰/۰۰۳	۰/۲۵۱
	بین‌گروهی	گروه	۳/۰۴۶	۰/۰۹۲	۰/۰۹۸
خودانتقادی	درون‌گروهی	زمان	۵۴/۶۰۴	<۰/۰۰۱	۰/۶۶۱
		زمان× گروه	۳۰/۷۴۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۲۳
	بین‌گروهی	گروه	۹/۷۸۹	۰/۰۰۴	۰/۲۵۹
احساس شرم	درون‌گروهی	زمان	۳۲/۰۳۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۳۴
		زمان× گروه	۲۳/۷۱۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۵۹
	بین‌گروهی	گروه	۱۹/۰۹۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۰۵
خودارزیابی منفی	درون‌گروهی	زمان	۵۶/۲۴۷	<۰/۰۰۱	۰/۶۶۸
		زمان× گروه	۳۷/۰۴۴	<۰/۰۰۱	۰/۵۷۰
	بین‌گروهی	گروه	۱۳/۱۸۸	۰/۰۰۱	۰/۳۲۰
رفتار کناره‌جویانه	درون‌گروهی	زمان	۷/۴۹۰	۰/۰۰۷	۰/۲۱۱
		زمان× گروه	۷/۲۵۵	۰/۰۰۸	۰/۲۰۶
	بین‌گروهی	گروه	۲۰/۷۴۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۲۶

باتوجه به نتایج جدول ۳، اثر زمان بر مؤلفه‌های متغیر خودانتقادی شامل خوداعتمادی (p<۰/۰۰۱) و خودانتقادی (p<۰/۰۰۱) و متغیر احساس شرم (p<۰/۰۰۱) و مؤلفه‌های آن شامل خودارزیابی منفی (p<۰/۰۰۱) و رفتار کناره‌جویانه (p=۰/۰۰۷) در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون معنادار بود؛ یعنی صرف‌نظر از گروه، در طول زمان متغیرهای مذکور در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون بهبود یافت. همچنین اثر گروه بر مؤلفهٔ متغیر خودانتقادی یعنی خودانتقادی (p=۰/۰۰۴) (به‌غیر از مؤلفهٔ خوداعتمادی) و متغیر احساس شرم (p<۰/۰۰۱) و مؤلفه‌های آن شامل خودارزیابی منفی (p=۰/۰۰۱) و رفتار کناره‌جویانه (p<۰/۰۰۱) در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون معنادار بود. به‌عبارت‌دیگر درمان هیجان‌مدار بر کاهش مؤلفهٔ خودانتقادی و متغیر احساس شرم و مؤلفه‌های آن در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه تأثیر داشت. براساس اثر تعامل زمان و گروه، بین گروه مداخلهٔ درمان هیجان‌مدار و گروه گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در مؤلفه‌های متغیر خودانتقادی شامل خوداعتمادی (p=۰/۰۰۳) و خودانتقادی (p<۰/۰۰۱) و متغیر احساس شرم (p<۰/۰۰۱) و مؤلفه‌های آن شامل خودارزیابی منفی (p<۰/۰۰۱) و رفتار کناره‌جویانه (p=۰/۰۰۸) در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون تفاوت معناداری وجود داشت.

در نمودار ۱، مقایسهٔ متغیرهای پژوهش در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری مشاهده می‌شود.



نمودار ۱. مقایسهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای خودانتقادی و احساس شرم در گروه‌های آزمایش و گواه

براساس نتایج نمودار ۱، میانگین نمرات مؤلفهٔ خودانتقادی و متغیر احساس شرم و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]

کاهش یافت؛ اما وضعیت گروه گواه تغییر چشمگیری نداشت. همچنین میانگین نمرهٔ مؤلفهٔ خوداعتمادی در گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری افزایش پیدا کرد.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش

متغیر	مرحله		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
خوداعتمادی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۷/۱۳۳-	۱/۵۹۸	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۸/۴۰۰-	۱/۴۴۱	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۲۶۷-	۰/۶۰۳	۰/۱۳۴
خودانتقادی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۹	۲/۰۹۳	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۲۰/۱۳۳	۲/۰۰۲	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۱۳۳	۰/۹۱۷	۰/۶۸۱
احساس شرم	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۱/۵۳۳	۱/۴۷۷	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۱۱/۶۰۰	۱/۵۸۲	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۶۷	۰/۳۷۸	۱/۰۰۰
خودارزیابی منفی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۷/۹۳۳	۰/۷۸۸	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۸/۰۶۷	۰/۸۳۶	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۳۳-	۰/۲۶۱	۱/۰۰۰
رفتار کناره‌جویانه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۶۰۰	۰/۸۴۴	۰/۰۰۱
		پیگیری	۳/۵۳۳	۰/۹۴۶	۰/۰۰۳
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۶۷-	۰/۳۵۹	۱/۰۰۰

براساس نتایج جدول ۴، در گروه درمان هیجان‌مدار، نمرات پس‌آزمون و پیگیری مؤلفهٔ خودانتقادی و متغیر احساس شرم و مؤلفه‌های آن شامل خودارزیابی منفی و رفتار کناره‌جویانه درمقایسه با نمرات پیش‌آزمون به‌طور معناداری کاهش پیدا کرد ($p<۰/۰۵$). تفاوت معناداری در نمرات متغیرهای مذکور بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد که نشان‌دهندهٔ تداوم اثربخشی مداخله در مرحلهٔ پیگیری بود ($p>۰/۰۵$). همچنین نمرات پس‌آزمون و پیگیری مؤلفهٔ خوداعتمادی درمقایسه با پیش‌آزمون افزایش معناداری پیدا کرد ($p<۰/۰۰۱$). تفاوت معناداری در نمرهٔ متغیر مذکور بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد که نشان‌دهندهٔ تداوم اثربخشی مداخله در مرحلهٔ پیگیری بود ($p>۰/۰۵$).

۴ بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر مؤلفه‌های خودانتقادی و احساس شرم بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد، در گروه درمان هیجان‌مدار درمقایسه با گروه گواه، نمرات پس‌آزمون و پیگیری مؤلفهٔ خودانتقادی و همچنین متغیر شرم و مؤلفه‌های آن درمقایسه با نمرات پیش‌آزمون به‌طور معناداری کاهش پیدا کرد. تفاوت معناداری در نمرات متغیرهای مذکور بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد که نشان‌دهندهٔ تداوم اثربخشی مداخله در مرحلهٔ پیگیری بود. در رابطه با اثربخشی این درمان بر مؤلفه‌های خودانتقادی و احساس شرم افراد تحت درمان نگهدارنده پژوهش همسویی یافت نشد؛ بااین‌حال این یافته با نتایج پژوهش‌های طریق و جمیل (۱۱) و لوما و همکاران (۱۷) به‌صورت ضمنی همسوست. طریق و جمیل دریافتند، خودانتقادی با رفتار سوءمصرف مواد در زنان و مردان مرتبط است (۱۱). لوما و همکاران در فراتحلیلی نشان دادند، احساس شرم مصرف بیشتر مواد را پیش‌بینی می‌کند و مصرف مواد در زمینه‌های خاص باعث احساس شرمندگی می‌شود (۱۷).

در تبیین نتایج اثر مثبت درمان هیجان‌مدار بر کاهش خودانتقادی می‌توان گفت، افراد وابسته به مواد مخدر و ناموفق در درمان اعتیاد، در رویارویی با استرس و مشکلات شخصی، مهارت‌های مقابله‌ای ناسازگار (هیجان‌مدار) را به‌کار می‌برند یا برطبق فرضیهٔ خوددرمانی، مصرف مواد مخدر را وسیله‌ای برای مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا تلقی می‌کنند (۵)؛ بنابراین، ناتوانی در رویارویی با عوامل استرس‌زا و اعتقاد به نتایج مطلوب مصرف مواد مخدر، پایهٔ گسترش و شروع مصرف مواد مخدر است (۱۱). به‌عبارت‌دیگر، باتوجه به اینکه مصرف‌کنندگان مواد و به‌خصوص افراد دارای عود، سطوح بیشتری از اضطراب و درماندگی را تجربه می‌کنند، رفتار سوءمصرف مواد ممکن است به‌عنوان شکلی از مقابلهٔ ناسازگار باشد که درجهت کاهش عواطف منفی عمل می‌کند. به‌بیان‌دیگر، فقدان راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار، عامل خطری برای عود بیماری و خودانتقادی است. در افراد وابسته به مواد مخدر، به‌دلیل نبود آموزش روش‌های مقابلهٔ مناسب و مسئله‌مدار، فرد در هنگام رویارویی با استرس و مشکلات دچار بحران و خودانتقادی می‌شود (۵). در این مواقع، فرد به‌جای مواجه‌شدن با مشکل و ارزیابی روش‌های مطلوب برای حل آن یا دریافت کمک از دیگران، از راهبردهای ناسالم استفاده می‌کند که فقط به‌طور موقتی پیامدهای هیجانی مشکل را مهار می‌سازد و فرد را تسکین می‌بخشد (۱۲). استرس زیاد به‌دلیل توانایی‌نداشتن در حل مشکل باعث تداوم استرس، احساس بی‌کفایتی و خودانتقادی در بیمار می‌شود و وی تلاش می‌کند از هر روشی برای رهایی از این عواطف منفی و احساسات ناخوشایند استفاده کند (۱۴). درمان هیجان‌مدار، درمانی

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]

ساختاریافته و مرحله‌ای و متمرکز بر احساسات است. این درمان به بیماران مختلف کمک می‌کند تا برای کنترل احساسات منفی خود اقدام کنند و ازطریق تسلط بر احساس خود، سازگاری خود را افزایش دهند (۲۳). در درمان هیجان‌مدار، بیماران در محیطی با جو همدلی به تخلیهٔ هیجانات خود می‌پردازند و با استفاده از تکنیک‌ها و روش‌های مناسب تخلیهٔ هیجانات، تنظیم هیجانی خود را افزایش می‌دهند و تاب‌آوری آن‌ها افزایش پیدا می‌کند. با آگاهی لازم و یادگیری مهارت‌های ارتباطی، روابط بین‌فردی آنان نیز ارتقا می‌یابد (۱۵). درنهایت، سازگاری خود را در چنین شرایطی حفظ می‌کنند و درنتیجه سلامت روانی و بهزیستی آن‌ها افزایش می‌یابد؛ درنتیجهٔ درمان هیجان‌مدار، فرد در رویارویی با عوامل استرس به‌طور منطقی‌تری عمل می‌کند و مصرف مواد مخدر را فقط راه‌حلی موقتی تلقی کرده و از آن دوری می‌نماید.

در تبیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار در کاهش احساس شرم بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون نیز می‌توان گفت، همان‌طورکه ذکر شد، رویکرد هیجان‌مدار تلفیقی از رویکردهای دلبستگی‌مدار، سیستمی و تجربی‌نگر است. این رویکرد شرایطی را فراهم می‌آورد که افراد دلبستگی امن را تجربه کنند تا بتوانند در پناه این دلبستگی به حل‌وفصل تعارضات روانی خویش بپردازند (۱۸) و با احتمال بیشتری پایگاه هویتی موفق را به‌دست آورند. این نتایج نشان‌دهندهٔ این مبنا بود که مدل درمانی هیجان‌مدار تا چه اندازه در کاهش هیجانات منفی مانند شرم تأثیر دارد. تکنیک‌های درمان هیجان‌مدار به افراد کمک می‌کند تا از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری برخوردار شوند و نگاه مشفقانه‌ای به خود و دیگران داشته باشند. افراد در این مداخله یاد می‌گیرند، در تجربهٔ اتفاق‌های ناخوشایند از تجاربی که متضمن ارزیابی و مقایسهٔ اجتماعی است، ازطریق عادی‌سازی تجربه، احساسات منفی کمتری را تجربه کنند و این خود باعث بهبود سلامت روان و کاهش اضطراب در آن‌ها خواهد شد (۲۰)؛ بنابراین زمانی که بیماران بتوانند به خطاهای خود نگاهی مناسب داشته باشند و خود و دیگران را راحت‌تر ببخشند، احساس شرم در آن‌ها کمتر گزارش می‌شود. همچنین می‌توان بیان کرد، ازآنجاکه درمان هیجان‌مدار تأثیر مثبت بر کاهش اضطراب و افسردگی فرد دارد (۱۸)، فرد بینش بهتری دربارهٔ واقعیت خود به‌دست می‌آورد و احساس شرم کمتری را احساس می‌کند.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به کنترل‌نشدن وضعیت اقتصادی و اجتماعی افراد نمونه و یکسان‌بودن پژوهشگر و درمانگر که ممکن است احتمال سوگیری در نتایج را افزایش دهد، اشاره کرد. بدیهی است که تلاش درجهت رفع این محدودیت‌ها اعتبار و تعمیم‌پذیری پژوهش را افزایش می‌دهد. باتوجه به یافته‌های پژوهش مبنی‌بر اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کاهش مؤلفهٔ خودانتقادی و کاهش متغیر احساس شرم و مؤلفه‌های آن در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون، پیشنهاد می‌شود این روش در مراکز درمان سوءمصرف مواد استفاده شود و در کنار درمان دارویی، درمان‌های غیردارویی و روان‌شناختی نیز به مراجعه‌کنندگان ارائه شود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، درمان هیجان‌مدار بر کاهش مؤلفهٔ خودانتقادی و احساس شرم و مؤلفه‌های آن یعنی خودارزیابی منفی و رفتار کناره‌جویانه در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه، به‌طور مثبت تأثیرگذار است؛ بنابراین به‌عنوان روشی مداخله‌ای درمانی مؤثر در کنار سایر رویکردهای درمانی موجود در کاهش خودانتقادی و احساس شرم معتادان با درمان نگهدارندهٔ متادون پیشنهاد می‌شود.

۶ تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند، از همهٔ شرکت‌کنندگان در پژوهش و مدیران محترم مراکز ترک اعتیاد و سایر استادان و دوستانی که یاریگر محققان در این پژوهش بودند، تشکر و قدردانی کنند.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

از افراد شرکت‌کننده در پژوهش حاضر دست‌نوشته‌ای شامل بیانیه‌ای دربارهٔ تأیید و رضایت اخلاقی دریافت شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پشتیبان نتایج گزارش‌شده در مقاله که در طول مطالعه تحلیل شدند، به‌صورت فایل ورودی داده، نزد نویسندهٔ مسئول خواهد بود.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکترای دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان است. همچنین اعتبار برای مطالعهٔ گزارش‌شده از منابع شخصی تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول مسئول جمع‌آوری داده‌ها و طراح و ایده‌پرداز طرح بود. نویسندهٔ دوم به‌عنوان استاد راهنما و نویسندهٔ مسئول مقاله بود. نویسندهٔ سوم به‌عنوان استاد مشاور در این مقاله نقش داشت. همهٔ نویسندگان مقاله را خواندند و تأیید کردند.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]

References

1. Deak JD, Johnson EC. Genetics of substance use disorders: a review. Psychol Med. 2021;51(13):2189–200. https://doi.org/10.1017/s0033291721000969
2. Meckel KR, Kiraly DD. A potential role for the gut microbiome in substance use disorders. Psychopharmacology (Berl). 2019;236(5):1513–30. https://doi.org/10.1007/s00213-019-05232-0
3. Taylor CB, Graham AK, Flatt RE, Waldherr K, Fitzsimmons-Craft EE. Current state of scientific evidence on Internet-based interventions for the treatment of depression, anxiety, eating disorders and substance abuse: an overview of systematic reviews and meta-analyses. Eur J Public Health. 2021;31(31 Suppl 1):i3–10. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz208
4. Volkow ND, Han B, Einstein EB, Compton WM. Prevalence of substance use disorders by time since first substance use among young people in the US. JAMA Pediatr. 2021;175(6):640–3. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.6981
5. Gorgi Y, Tabaeian SM, Shokrolahi M. The effectiveness of mindfulness–based cognitive therapy on self–concept, self–acceptance and self–criticism in women with substance use disorders. Scientific Quarterly Research on Addiction. 2021;14(58):73–88. [Persian] http://etiadpajohi.ir/article-1-2407-en.pdf
6. Ross ND, Kaminski PL, Herrington R. From childhood emotional maltreatment to depressive symptoms in adulthood: the roles of self-compassion and shame. Child Abuse Negl. 2019;92:32–42. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.03.016
7. Kannan D, Levitt HM. A review of client self-criticism in psychotherapy. Journal of Psychotherapy Integration. 2013;23:166–78. https://doi.org/10.1037/a0032355
8. Janoff-Bulman R. Characterological versus behavioral self-blame: inquiries into depression and rape. J Pers Soc Psychol. 1979;37(10):1798–809. https://doi.org/10.1037//0022-3514.37.10.1798
9. Friedman LC, Barber CR, Chang J, Tham YL, Kalidas M, Rimawi MF, et al. Self-blame, self-forgiveness, and spirituality in breast cancer survivors in a public sector setting. J Cancer Educ. 2010;25(3):343–8. https://doi.org/10.1007/s13187-010-0048-3
10. Löw CA, Schauenburg H, Dinger U. Self-criticism and psychotherapy outcome: a systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology Review. 2020;75:101808. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101808
11. Tariq M, Jameel R. Stigmatization, self-criticism and coping strategies of individual with substance abuse. European Journal of Research in Social Sciences. 2020;8(4):1–10.
12. Gilbert P. A brief outline of the evolutionary approach for compassion focused therapy. EC Psychology and Psychiatry. 2018;3(6):218–27.
13. Stearns DC, Parrott WG. When feeling bad makes you look good: guilt, shame, and person perception. Cogn Emot. 2012;26(3):407–30. https://doi.org/10.1080/02699931.2012.675879
14. Heller A. Five approaches to the phenomenon of shame. Social Research. 2003;70(4):1015–30.
15. Matos M, Pinto-Gouveia J, Gilbert P, Duarte C, Figueiredo C. The Other as Shamer Scale – 2: Development and validation of a short version of a measure of external shame. Personality and Individual Differences. 2015;74:6–11. https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.09.037
16. Bilevicius E, Single A, Bristow LA, Foot M, Ellery M, Keough MT, et al. Shame mediates the relationship between depression and addictive behaviours. Addict Behav. 2018;82:94–100. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.02.023
17. Luoma JB, Chwyl C, Kaplan J. Substance use and shame: a systematic and meta–analytic review. Clin Psychol Rev. 2019;70:1–12. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.03.002
18. Sheikh Andalibi MS, Rezaei Ardani A, Amiri A, Morovatdar N, Talebi A, Azarpazhooh MR, et al. The association between substance use disorders and long–term outcome of stroke: Results from a population–based study of stroke among 450,229 urban citizens. Neuroepidemiology. 2021;55(3):171–9. https://doi.org/10.1159/000514401
19. Stockton MA, Mughal AY, Bui Q, Greene MC, Pence BW, Go V, et al. Psychometric performance of the Perceived Stigma of Substance Abuse Scale (PSAS) among patients on methadone maintenance therapy in Vietnam. Drug Alcohol Depend. 2021;226:108831. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108831
20. Coderre E, Conklin K, van Heuven WJB. Electrophysiological measures of conflict detection and resolution in the Stroop task. Brain Research. 2011;1413:51–9. https://doi.org/10.1016/j.brainres.2011.07.017
21. Mahu IT, Conrod PJ, Barrett SP, Sako A, Swansburg J, Lawrence M, et al. Specificity of personality relationships to particular forms of concurrent substance use among methadone maintenance therapy clients. Addict Behav. 2019;98:106056. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106056
22. Nemati M, Dokaneheeifard F, Behboodi M. Comparing effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT), emotion–focused therapy (EFT) and combining ACT & EFT in the spiritual well–being of couples referring to counseling centers in Sari: a semi–experimental study. Research on Religion & Health. 2020;6(1):87–99. [Persian] https://doi.org/10.22037/jrrh.v6i1.21369

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]

23. Ebrahimi S, Ahmadi K, Farokhi N. Effectiveness of emotion–focused therapy on psychological capital and post traumatic growth in women with multiple sclerosis. Journal of Nursing Education. 2022;11(3):85–96. [Persian] http://dx.doi.org/https://doi.org/10.22034/JNE.11.3.85
24. Moradi S, Aghaei A, Golparvar M. Effectiveness of training based on healthy human theory and emotion–focused therapy in marital happiness. Caspian Journal of Health Research. 2021;6(3):81–90. [Persian] http://dx.doi.org/10.32598/CJHR.6.3.6
25. Greenberg LS, Goldman RN. Clinical handbook of emotion-focused therapy. 1st ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2019, pp: 520–34.
26. Niasti N, Ghorban Shiroudi S, Khalatbari J, Tizdast T. The effectiveness of an education package based on compassion-focused therapy, emotion-focused therapy, and acceptance and commitment-based therapy on the tolerance of anxiety and impulsivity of adolescents with aggressive behaviors. Islamic Life Journal. 2022;5(4):107–17. [Persian] https://islamiclifej.com/article-1-968-en.pdf
27. Gilbert P, Clarke M, Hempel S, Miles JNV, Irons C. Criticizing and reassuring oneself: an exploration of forms, styles and reasons in female students. British Journal of Clinical Psychology. 2004;43(1):31–50. https://doi.org/10.1348/014466504772812959
28. Saadati A, Mazboohi S, Marzi S. A confirmatory factor analysis and validation of the forms of Self–Criticism/Reassurance Scale among teachers. Quarterly of Educational Measurement. 2019;9(34):133–47. [Persian] https://doi.org/10.22054/jem.2019.20805.1520
29. Cohen TR, Wolf ST, Panter AT, Insko CA. Introducing the GASP Scale: a new measure of guilt and shame proneness. J Pers Soc Psychol. 2011;100(5):947–66. https://doi.org/10.1037/a0022641
30. Jokar B, Kamali F. Relation between spirituality and the feeling of shame and sin. Iranian Journal of Culture in The Islamic University. 2015;5(1):3–20. [Persian]
31. Greenberg LS, Watson JC. Emotion–focused therapy for depression. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2006. https://doi.org/10.1037/11286-000

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]