

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و کنترل توجه  
در افراد معتاد

Effectiveness of mindfulness-based cognitive-behavioral therapy on cognitive -  
emotion regulation and attentional control among addicted individuals

Samira Esmaily  
Seyed Mosa Tabatabaee  
Gholamali Afroz

سمیرا اسماعیلی\*  
سیدموسی طباطبایی\*\*  
غلامعلی افروز\*\*\*

Abstract

The current study was conducted with the aim of determining the effectiveness of mindfulness-based cognitive-behavioral therapy on cognitive emotion regulation and attentional control in addicted people. In a quasi-experimental design a pretest-posttest with control group paradigm were applied. The statistical population of the study was included all male patients of the addiction recovery centers of Tehran city in summer 2015. A sample of 34 patients was selected using the available sampling method, and were randomly divided into experimental and control groups. The experimental group received eight 2-hour weekly sessions of mindfulness-based cognitive-behavioral therapy, whereas control group received usual care. Instruments included cognitive emotional regulation strategies (CERQ) and Stroop test were administered before and after the intervention on both groups. Data were analyzed by using the analysis of covariance. The results of data analysis showed that the mindfulness-based cognitive-behavioral therapy was effective on the cognitive emotional regulation and attentional control of the individuals in the experimental group. The overall conclusion was that the mindfulness-based cognitive-behavioral therapy results in increased cognitive emotional regulation and better attentional control.

**Keywords:** addicted people, cognitive emotional regulation, mindfulness-based cognitive-behavioral therapy, attentional control

چکیده

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و کنترل توجه در افراد معتاد انجام پذیرفت. روش پژوهش شبه‌آزمایشی و از نوع طرح‌های پیش-آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه بیماران مذکری بود که برای ترک اعتیاد به مراکز ترک اعتیاد تهران مراجعه کرده بودند. از بین آنها ۳۴ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. ابزارهای گردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌های تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی، کریچ و اسپین هاون و آزمون استروپ بود که قبل و بعد از مداخله از هر دو گروه گواه و آزمایش به‌عمل آمد. آزمودنی‌های گروه آزمایش در ۸ جلسه ۲ ساعته تحت درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفتند. گروه گواه هیچ‌گونه آموزش درمانی ویژه‌ای دریافت نکردند. داده‌ها به‌وسیله تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل گرفت. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش تنظیم شناختی - هیجانی و کنترل توجه افراد حاضر در گروه آزمایش تاثیرگذار بوده است. بنابراین، درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به افزایش تنظیم شناختی- هیجانی و کنترل توجه می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** افراد معتاد، تنظیم شناختی هیجان، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، کنترل توجه

email: Psy\_esmaily85@yahoo.com

Received: 9 Aug 2014 Accepted: 15 Jun 2015

\* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی  
\*\* عضو هیات علمی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. دانشگاه  
سمنان

\*\*\* استاد ممتاز دانشگاه تهران

دریافت: ۹۳/۵/۱۸ پذیرش: ۹۴/۳/۲۵

## مقدمه

سوءمصرف مواد یکی از مشکلات بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی مهم در بسیاری از کشورهاست و روزانه شمار زیادی از افراد را مبتلا و با پیامدهای نامطلوب جسمانی، روانی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی ناشی از آن درگیر می‌کند. اعتیاد، مصرف تکراری مواد است، به صورتی که باعث شکست در کار، تحصیل، نقش‌های خانوادگی یا موقعیت‌های حساس مانند رانندگی با اتومبیل می‌شود یا مشکلات قانونی مربوط به مصرف مواد را ایجاد می‌کند (فرننتین، ۲۰۰۷). اعتیاد یک بیماری جسمی، روانی و معنوی است (گالاتر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶؛ به نقل از سهرابی، اعظمی و دستیان، ۱۳۹۳) که امروزه یکی از بحران‌های دنیای کنونی محسوب می‌شود (سهرابی و همکاران، ۱۳۹۳)، و به عنوان آسیب فرهنگی و اجتماعی، سلامت همه افراد و از جمله جوانان را تهدید می‌کند (ابراهیمیان، خامسان و پاکدامن، ۱۳۹۳). از تبعات آن می‌توان به افت تحصیلی، افزایش آمار طلاق و خشونت خانگی اشاره کرد (وست، ۲۰۰۶). مارتین، وینبرگ و بیلر (۲۰۰۷) معتقدند که یکی از تبعات نامطلوب مصرف مواد این است که در نهایت مصرف کنندگان بر اثر تأثیرات مستقیم و یا غیر مستقیم مواد جان خود را از دست می‌دهند (مارتین، وینبرگ و بلار، ۲۰۰۹). در زمینه وابستگی به مواد، عوامل مختلف روانی، اجتماعی، فرهنگی و ژنتیکی دخیل هستند (مجید، کولدر و استرود، ۲۰۰۹)، که از آن جمله می‌توان به سطح پایین تنظیم هیجانی اشاره کرد (بشارت، نوبخش، رستمی و فراهانی، ۱۳۹۱). تنظیم شناختی هیجان<sup>۲</sup> به عنوان فرایند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرایندهای اجتماعی، روانی و فیزیکی در به انجام رساندن اهداف فرد تعریف می‌شود که فرد را قادر می‌سازد هیجان را در خود و دیگران تشخیص دهد. در واقع تنظیم شناختی هیجان‌ات به معنای سرکوب آن‌ها نیست، بلکه شامل فرایندهای نظارت و تغییر تجربیات هیجانی شخص است. افراد در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا از راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی متفاوتی برای اصلاح و تعدیل تجربه هیجانی خود استفاده می‌کنند (گارفنفسکی، کاپمن، کرایچ و تنکیت، ۲۰۰۹). تنظیم هیجانی به اعمالی اطلاق می‌شود که به منظور تعدیل یا تغییر یک حالت هیجانی به کار می‌رود (آمستادر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸؛ به نقل از امانی، ابوالقاسمی، احدی و نریمانی، ۱۳۹۴) و برای به دست آوردن سازگاری زیستی و اجتماعی است (بشارت، دهقانی، مسعودی، پورخاقان و مطهری، ۱۳۹۳). گارفنفسکی، کرایچ و اسپین هاون (۲۰۰۱) در همین رابطه<sup>۴</sup> راهبرد تنظیم شناختی هیجانی: سرزنش خود<sup>۴</sup> (تفکر با محتوای مقصر دانستن و سرزنش خود)، پذیرش<sup>۵</sup> (تفکر با محتوای پذیرش و تسلیم رخداد)، نشخوار ذهنی<sup>۶</sup> (اشتغال ذهنی درباره احساسات و تفکرات مرتبط با واقعه منفی)، تمرکز مجدد مثبت<sup>۷</sup>

<sup>۱</sup>. Galanter

<sup>۲</sup>. cognitive emotion regulation

<sup>۳</sup>. Amstadter

<sup>۴</sup>. self-blame

<sup>۵</sup>. acceptance

<sup>۶</sup>. rumination

فکرکردن به موضوع لذت بخش و شاد به جای تفکر درباره حادثه واقعی)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی<sup>۸</sup> (تفکر درباره مراحل فایق آمدن بر واقعه منفی یا تغییر آن)، ارزیابی مجدد مثبت<sup>۹</sup> (تفکر درباره جنبه‌های مثبت واقعه یا ارتقای شخصی)، اتخاذ دیدگاه<sup>۱۰</sup> (تفکرات مربوط به اهمیت کم واقعه یا تاکید بر نسبییت آن در مقایسه با سایر وقایع)، فاجعه‌آمیز پنداری<sup>۱۱</sup> (تفکر با محتوای وحشت از حادثه) و سرزنش دیگران<sup>۱۲</sup> (تفکر با محتوای مقصر دانستن و سرزنش دیگران به خاطر آنچه اتفاق افتاده است)، معرفی کرده‌اند. از بین این نه راهبرد، چهار راهبرد نشخوار فکری، سرزنش خود، سرزنش دیگران و تلقی فاجعه‌آمیز راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجانی، و پنج راهبرد تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و اتخاذ دیدگاه راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجانی می‌باشند. گارنفسکی، کوپمن، کرایج و تنکیت (۲۰۰۹) معتقدند افرادی که در مواجهه با شرایط پراسترس و پرهیجان از راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی ناسازگارانه استفاده می‌کنند، حوادث را ناگوارتر تجربه کرده و هیجانات منفی بیشتری دارند. در مقابل، استفاده کنندگان از راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان بهتر می‌توانند هیجانات خود را مدیریت کنند و از توان مقابله بالاتری برخوردارند. توجه و در واقع عدم توانایی افراد برای کنترل توجه مولفه دیگری است که در گرایش آنها به رفتارهای نامطلوب (استوفین و پالفی، ۲۰۰۶) و هم‌چنین آسیب‌شناسی روانی نقش دارد (وینستین و کوکس، ۲۰۰۶). موضع نظری پیرامون توجه این گونه بیان می‌کند که توجه در انسان به‌وسیله سیستم توجهی هدف‌مدار و سیستم توجهی محرک رانده تنظیم می‌شود. سیستم توجه هدف‌مدار توسط انتظارات، دانش و اهداف حاضر هدایت می‌شود و سیستم توجهی محرک رانده نیز به محرک‌های برجسته حساس است. نظریه کنترل توجه بیان می‌کند که اضطراب تعادل این دو سیستم را به هم می‌زند و اثرگذاری سیستم توجهی محرک رانده را افزایش و اثرگذاری سیستم توجهی هدف‌مدار را کاهش می‌دهد و این عدم تعادل به نقص در عملکرد افراد به‌خصوص انجام تکالیف شناختی می‌انجامد (آرنل، کیلمن و فیجاوز، ۲۰۰۷). مطالعات انجام پذیرفته پیرامون کنترل توجه نشان می‌دهند که کاهش کنترل توجه در گرایش افراد به سمت اعتیاد نقش دارد (استوفین و پالفی، ۲۰۰۶). از آنجا که عوامل مختلفی در شکل‌گیری اعتیاد به مواد مخدر نقش دارند و این اعتیاد می‌تواند تاثیرات نامطلوبی را بر زندگی خود این افراد و خانواده‌های آنها و به طور کلی جامعه وارد آورد، در سراسر جهان از شیوه‌های متعدد درمانی برای کاهش مولفه‌هایی که می‌توانند تاثیر بسزایی در گرایش افراد به سمت مواد مخدر داشته باشند، استفاده شده است. در این بین، به نظر می‌رسد بتوان از شیوه آموزشی ذهن‌آگاهی نیز در جهت کاهش مولفه‌های نامطلوب تاثیر بر گرایش به اعتیاد استفاده

<sup>۷</sup>. positive refocusing

<sup>۸</sup>. refocus on planning

<sup>۹</sup>. positive reappraisal

<sup>۱۰</sup>. putting into perspective

<sup>۱۱</sup>. catastrophizing

<sup>۱۲</sup>. other-blame

کرد، چرا که پژوهشگرانی مانند شیخ الاسلامی و سید اسماعیلی قمی (۱۳۹۳) از تاثیر مطلوب این درمان در کاهش مشکلات هیجانی و روانی یاد می‌کنند. ذهن آگاهی به زبان ساده به معنای آگاه بودن از افکار، رفتار، هیجانات و احساسات است و شکل خاصی از توجه محسوب می‌شود که دارای دو عنصر اساسی است: حضور در زمان اکنون و قضاوت نکردن در مورد رخدادها و کنش‌ها و واکنش‌ها. در واقع، ذهن آگاهی با ویژگی خاص خود در مورد در زمان حال و آگاه بودن از افکار، رفتار، هیجانات و احساسات، افراد را از انجام رفتارها و واکنش‌های اتوماتیک و توجه بیش از حد به تجربه‌های درونی به سمت انجام رفتارهای عاقلانه سوق می‌دهد. شیوه درمانی ذهن آگاهی، از درمان‌های شناختی- رفتاری مشتق شده است و از مولفه‌های مهم مدل- های درمان روان‌شناختی به شمار می‌رود. شیوه‌های آموزشی و درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فعالیت‌ها و تمرینات بدنی تاکید می‌کنند و در آن‌ها روی انجام تمرینات نشستن، مراقبه، قدم زدن و برخی از تمرینات یوگا تاکید می‌شود. در واقع به نظر می‌رسد مکانیسم اصلی این درمان خودکنترلی توجه باشد، چرا که متمرکز کردن مکرر توجه روی یک محرک خنثی مثل تنفس، یک محیط توجهی مناسب را به وجود می‌آورد (مک کارنی، اسپولز و گری، ۲۰۱۲).

با توجه به تاثیر مطلوب آموزش و درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش مشکلات هیجانی (شیخ الاسلامی و سید اسماعیلی قمی، ۱۳۹۳) و به دلیل ضعف تنظیم شناختی هیجانی در افراد مبتلا به بیماری اعتیاد (بشارت و همکاران، ۱۳۹۱) و ارتباط مستقیم نقص در کنترل توجه با رفتارهای نامطلوبی مانند اعتیاد (استوفین و پالفی، ۲۰۰۶)، مطالعه حاضر درصدد پاسخ به این پرسش است که آیا درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند بر تنظیم شناختی هیجان و کنترل توجه در افراد معتاد تاثیر گذار باشد؟.

## مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر شبه آزمایشی و از نوع طرح‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه بیماران مذکری بود که برای ترک اعتیاد به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران مراجعه کرده بودند. در این مطالعه به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از بین بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد، ۳۴ نفر که بر اساس پرسشنامه‌های مورد استفاده در پژوهش، از تنظیم شناختی هیجان و کنترل توجه ضعیفی برخوردار بودند، به عنوان حجم نمونه انتخاب و به شیوه تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۷ نفر) و کنترل (۱۷ نفر) تقسیم شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: داشتن جنسیت مذکر، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، طول مدت اعتیاد بین ۲ تا ۵ سال بود. ملاک‌های خروج شامل: ابتلا به بیماری‌های جسمانی مانند بیماری‌های قلبی، کلیوی و نظایر آن، ابتلا به بیماری‌های روانی مانند اختلالات خلقی، افسردگی، شخصیت و نظایر آن و نداشتن تمایل به همکاری بود. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناسی،

پرسشنامه تنظیم هیجانی<sup>۱۳</sup> گارنفسکی، کریچ و اسپین هاون و آزمون استروپ (رایانه‌ای) بود. پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناسی شامل سوالاتی در رابطه با سن، تحصیلات، طول مدت اعتیاد و وضعیت ابتلاء به بیماری‌ها و اختلالات شدید جسمانی و روان‌شناختی بود. پرسشنامه تنظیم هیجانی توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپین‌هاون در سال ۱۹۹۹ ساخته شد و در سال ۲۰۰۱ به چاپ رسید. این پرسش‌نامه ۳۶ ماده دارد و ۹ خرده مقیاس (۱- سرزنش خود، ۲- پذیرش، ۳- نشخوار ذهنی، ۴- توجه مجدد مثبت، ۵- توجه مجدد به برنامه‌ریزی، ۶- ارزیابی مجدد مثبت، ۷- اتخاذ دیدگاه، ۸- فاجعه‌آمیز پنداری، و ۹- سرزنش دیگران) را می‌سنجد. آزمودنی‌ها در قالب یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (هرگز=۱، گاهی=۲، معمولاً=۳، اغلب اوقات=۴ و همیشه=۵) به سوالات پاسخ می‌دهند. هر خرده مقیاس شامل ۴ گویه است و در نتیجه نمره کسب شده در هر گویه بین ۴ تا ۲۰ می‌باشد. نمرات بالا در هر خرده مقیاس نشان دهنده استفاده بالای فرد از آن راهبرد است. بشارت (۱۳۸۸) طی مطالعه‌ای آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های این پرسشنامه را بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۹ گزارش کرد و ضرایب همبستگی نمرات آزمودنی‌ها را در دو نوبت با فاصله دو و چهار هفته‌ای برای خرده مقیاس‌ها  $r=0/57$  تا  $r=0/76$  گزارش کرد. آزمون (رنگ-واژه) استروپ برای نخستین بار توسط استروپ به منظور اندازه‌گیری توجه انتخابی و انعطاف‌پذیری شناختی تهیه شد. این آزمون از ۴۸ کلمه رنگی همخوان (رنگ کلمه با معنای کلمه یکسان است، مثلاً کلمه قرمز با رنگ قرمز نوشته شده است) و ۴۸ کلمه رنگی ناهمخوان (رنگ کلمه با معنای کلمه یکسان نیست، مثلاً کلمه قرمز با رنگ آبی نوشته شده است) تشکیل شده است. این کارتها به سرعت برای آزمودنی ارائه می‌گردد و از او خواسته می‌شود تا رنگ صحیح را انتخاب کنند. برای این آزمون در هر دو حوزه کلمات همخوان و ناهمخوان این نمرات محاسبه می‌شود: تعداد خطا، تعداد صحیح و زمان واکنش. نمره تداخل نیز از طریق محاسبه نمره تفاوت بین زمان واکنش کلمات همخوان و زمان واکنش کلمات ناهمخوان محاسبه می‌شود. در پژوهش حاضر، نوع رایانه‌ای آزمون استروپ مورد استفاده قرار گرفت. در این آزمون به طور کلی چهار کلمه (سبز، قرمز، سبز و آبی) ۹۶ بار تکرار شد. ۴۸ بار (۵۰ درصد) برای کلمات همخوان و ۴۸ بار (۵۰ درصد) برای کلمات ناهمخوان. زمان ارائه هر محرک ۲ ثانیه و فاصله ارائه بین محرک‌ها ۸۰۰ هزارم ثانیه بود و آزمودنی‌ها کلید هم رنگ کلمه ظاهر شده را بر روی صفحه کامپیوتر فشار می‌دهند. اعتبار این آزمون از طریق باز آزمایی در دامنه ۰/۸۰ تا ۰/۹۱ گزارش شده است.

### روش اجرا

پس از نمونه‌گیری و گمارش نمونه‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل، ۸ جلسه‌ی دو ساعته درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی به گروه آزمایش ارائه شد. در خلال ارائه درمان به گروه آزمایش، گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. یک هفته بعد از اتمام جلسات درمانی، از هر دو گروه به‌طور همزمان و جدا از

<sup>۱۳</sup>. Cognitive Emotional Regulation Questionnaire (CERQ)

هم پس‌آزمون به عمل آمد و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) و آزمون استروپ را تکمیل کردند. شرح درمان به قرار زیر بود:

جلسه اول: هدایت خودکار، حضور ذهن، آموزش واریسی بدنی و تمرکز بر تنفس کوتاه

جلسه دوم: رویارویی با موانع، تنفس با حضور ذهن و ثبت وقایع خوشایند

جلسه سوم: تنفس با حضور ذهن، تمرین دیدن یا شنیدن و ثبت وقایع ناخوشایند

جلسه چهارم: ماندن در زمان حال

جلسه پنجم: اجازه و مجوز حضور

جلسه ششم: افکار حقایق نیستند و روش‌هایی که می‌توان با استفاده از آن‌ها افکار خود را به نحو متفاوتی

دید

جلسه هفتم: چگونه می‌توان به بهترین شکل از خود مراقبت کرد، فعالیت‌های ارتقاء دهنده و پذیرش

جنبه‌های غیرقابل تغییر

جلسه هشتم: استفاده از آموخته‌های جلسات قبلی برای مقابله با حالت‌های خلقی بعدی، مروری بر جلسه

های پیشین و تکالیف خانگی، بازنگری کل برنامه

## یافته‌ها

در جدول یک ویژگی‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه کنترل		گروه آزمایش	
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
۱۰۰/۲۹	۷/۷۶۰	۱۴/۶۹۰	۱۳۸/۵۹
تنظیم شناختی هیجانی	۹۹/۳۵	۱۲۶/۰۶	۱۴/۷۶۹
تداخل همخوان	۵/۷۶	-/۶۵	۰/۴۱
تداخل ناهمخوان	۴/۴۹۳	۵/۴۳۴	۱/۴۶۰
نمره‌ی تداخل	۱۳/۱۸	۴/۵۹	۱/۰۶
زمان تداخل	۷/۶۵	۵/۲۵	۰/۷۱
	۶/۱۴۹	۱۱/۹۴۷	۲/۱۴۴
	۵۵/۲۶۷	۲۰/۸۶۷	۴/۴۷
	۶۰/۱۸۸	۳۶/۰۶	۲/۳۲۲
	۷۷/۶۴۵	۳۶/۰۶	۲/۳۲۲

با توجه به مقادیر جدول یک می‌توان مشاهده کرد که در گروه آزمایش نمرات پس‌آزمون تداخل همخوان، تداخل ناهمخوان، نمره تداخل و زمان تداخل مطابق انتظار نسبت به نمرات پیش‌آزمون کاهش یافته‌اند، ولی در گروه کنترل این تغییر قابل مشاهده نمی‌باشد. از سوی دیگر، نمرات تنظیم شناختی هیجان گروه آزمایشی نسبت به پیش‌آزمون بهبود نشان می‌دهند، اما برای این که مشخص شود بین در

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و ...

کدام متغیرها بین دو گروه این تفاوت‌ها معنادار است، از آزمون‌های تحلیل کواریانس و تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شده است.

**جدول ۲. تحلیل کواریانس برای مقایسه نمرات تنظیم شناختی هیجان دو گروه**

منبع	مجموع مجذورات درجه آزادی میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۳۳۸۳/۵۲۲	۱	۱۳۵/۷۸۳	۰/۰۰۱
واریانس بین گروهی	۱۰۳۸/۸۲۱	۱	۴۱/۶۸۹	۰/۰۰۱
واریانس درون گروهی	۷۷۲/۴۷۸	۳۱	۲۴/۹۱۹	
واریانس کل	۴۹۸۴۷۷/۰۰۰	۳۴		

بر اساس جدول دو، درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بهبود تنظیم شناختی هیجان افراد معتاد می‌شود ( $F(1,31)=41/689, sig=0/001$ ). بر اساس جدول یک میانگین تنظیم شناختی هیجان گروه آزمایشی (۱۳۸/۵۹) از میانگین تنظیم هیجان گروه کنترل (۹۹/۳۵) بالاتر است و بر اساس جدول دو، حجم اثر مداخله درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجانی (۰/۸۱۴) در حد خیلی زیاد است. برای مقایسه دو گروه از نظر خرده مقیاس‌های کنترل توجه، از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شده است. با توجه به معنادار بودند آزمون ام باکس ( $p<0/05$  و  $F=11/67$ ) و برای پیشگیری از خدشه به نتایج تحلیل واریانس تصمیم گرفته شد تا از مقادیر آزمون پیلای برای مقایسه‌ی گروه‌ها استفاده شود. آماره اثر پیلای با مقدار  $0/679$  ( $p<0/001$  و  $F=13/23$ ) معنادار است. یعنی مداخله درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترکیب خطی خرده مقیاس‌های کنترل توجه اثر معناداری دارد. بنابراین، در جدول سه، نتایج اثرات بین آزمودنی برای مقایسه دو گروه در خرده مقیاس‌های کنترل توجه ارائه شده است.

**جدول ۳. اثرات بین آزمودنی برای مقایسه خرده مقیاس‌های کنترل توجه در دو گروه**

متغیر وابسته	مجموع مجذورات درجه آزادی میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
تداخل همخوان	۲۲۹/۰۳۸	۱	۴۲۲/۲۰	۰/۰۰۱
تداخل ناهمخوان	۸۰۳/۰۶۷	۱	۵۱/۲۶۳	۰/۰۰۱
نمره‌ی تداخل	۱۱۹/۱۱۹	۱	۱۴/۴۶۰	۰/۰۰۱
زمان تداخل	۱۴۹۲۹/۶۸۶	۱	۵/۹۵۹	۰/۰۲۱

بر اساس جدول سه، بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ میانگین نمرات تداخل همخوان، تداخل ناهمخوان، نمره تداخل و زمان تداخل تفاوت معنادار وجود دارد و میانگین گروه آزمایش بر اساس جدول یک، در هر چهار خرده مقیاس کنترل توجه بالاتر است. بر اساس جدول سه، حجم اثر مداخله درمان شناختی- رفتاری

مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خرده مقیاس‌های تداخل همخوان (۰/۴۲۲) در حد متوسط، تداخل ناهمخوان (۰/۶۴۷) بالاتر از متوسط، نمره تداخل (۰/۳۴۱) پایین‌تر از متوسط و زمان تداخل (۰/۱۷۵) در حد کم است.

### بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که نتایج تحلیل آماری نشان داد، روش درمانی شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و کنترل توجه افراد معتاد اثرگذار است. یافته‌های این پژوهش همچنین با یافته‌های مدنی و حجتی (۱۳۹۴)، شوون ماخر، وایرز، جونز، بروس و جانسن (۲۰۰۶)، فیلد و ایستافود (۲۰۰۷) و فدردی و ککس (۲۰۰۹) همسو می‌باشد. در واقع یکی از متغیرهای مهم مرتبط با مصرف مواد، نارسایی هیجانی است. نارسایی هیجانی به دشواری در خود نظم‌دهی هیجانی و به عبارت دیگر، به ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجان‌ها نیز گفته می‌شود (شوون ماخر و همکاران، ۲۰۰۶). در این باره کارور و شی یو (۱۹۹۸) در مطالعه‌ای دریافتند که سوء مصرف کنندگان، مواد را به خاطر تسکین، اضطراب، ناامیدی، تغییر خلق منفی و کاهش رفتارهای پرخطرانه مصرف می‌کنند. هیجان‌های مثبت، خودتنظیمی را تسهیل می‌کنند و هیجان‌های منفی به خودتنظیمی آسیب می‌رسانند. افراد معتاد در شناسایی هیجان‌های خود و دیگران دچار مشکلاتی هستند که باعث می‌شود در برقراری ارتباط عاطفی مثبت، سازنده و هدایت‌گر با دیگران دچار مشکل شوند که خود عامل گرایش به مواد مخدر است. از طرفی خودکنترلی از جمله متغیرهای است که می‌تواند در سوء- استفاده از مصرف مواد مؤثر باشد. خودکنترلی یعنی فرد کنترل رفتارها، احساسات و غرایز خود را با وجود برانگیختن برای عمل داشته باشد. با این وجود، پژوهشگران بر این باورند که روش‌های درمانی مانند درمان پذیرش و تعهد ذهن‌آگاهی به دلیل سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند در تلفیق با فنون رفتاری شناختی- رفتاری، اثربخشی درمان‌ها را افزایش دهد (کیانی، قاسمی، پورعباس، ۱۳۹۱). از دیدگاه روش درمان شناختی- رفتاری سوء مصرف مواد یک الگوی رفتاری آموخته شده است که از طریق تجربه کسب می‌شود و فرایندهای یادگیری نقش بسیار مهمی در ایجاد و تداوم وابستگی به مواد افیونی ایفا می‌کند. اگر مصرف مواد منجر به کسب نتایج مطلوب مانند داشتن احساس خوب و کاهش تنش شود، تداوم آن می‌تواند به عنوان یک شیوه ترجیحی برای کسب همان نتایج باشد. هدف این درمان، پاک نگهداشتن بیمار با استفاده از آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و آموزش‌های چند وجهی در زمینه‌های مختلف است. بنابراین، می‌توان گفت که این تکنیک‌ها در بهبود بعد روانی کیفیت زندگی بیماران اثربخش است. در درمان شناختی- رفتاری بر بهبود روابط دوستان، آشنایان، همسر و فرزندان تأکید می‌شود تا منابع حمایتی او از غنای کافی برخوردار باشد. بنابراین، انتظار می‌رود که مداخلات شناختی- رفتاری در بهبود روابط اجتماعی اثربخش باشد (فدردی، عرفان و امین یزدی، ۱۳۸۹). در این میان، ذکر این نکته لازم است که برنامه آموزش کنترل توجه،



اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و ...

یک درمان سریع و کامل و یک اکسیر شفابخش برای درمان وابستگی به مواد نیست. پدیده وابستگی به مواد اختلالی زیستی، روانی و اجتماعی است که نیازمند به کارگیری درمان دارویی و نیز غیردارویی است. اما به هر حال برنامه آموزش کنترل توجه، اطمینان به خود را در آموزش دیده‌ها افزایش می‌دهد و یک حس کنترل بیشتر در رفتارهای خودکار آنها ایجاد می‌کند که می‌تواند تغییر مطلوبی در ساختار انگیزشی افراد ایجاد کند (فردی و همکاران، ۱۳۸۹). در نهایت با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که روش درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجانی و کنترل توجه بر بهبود شرایط محیطی معتادان به مسائلی همچون سالم بودن زندگی فرد، دسترسی به اطلاعات مورد نیاز روزمره، داشتن فعالیت‌های تفریحی، رضایت از شرایط محل سکونت، خدمات بهداشتی- درمانی و شرایط حمل و نقل می‌پردازد و بهبود کیفیت زندگی آنها را به بهترین نحو ممکن فراهم می‌کند.

## منابع

- ابراهیمیان، حلیمه. خامسان، احمد. پاکدامن، مجید (۱۳۹۳). ساخت و اعتباریابی مقیاس خودکارآمدی پرهیز از سیگار. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۵ (۳): ۹۵-۱۱۰
- امانی، ملاحظت. ابوالقاسمی، عباس. احدی، بتول. و نریمانی، محمد (۱۳۹۴). ارتباط زیرمجموعه‌های وسواس فکری- عملی، آشفتگی استنتاج و راهبردهای تنظیم هیجانی با باورهای وسواسی در زنان. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۶ (۱): ۹۹-۱۱۱
- بشارت، محمد علی؛ دهقانی، سپیده؛ مسعودی، مرضیه؛ پورخاقان، فاطمه و مطهری، سجاد (۱۳۹۳). پیش‌بینی نشانه‌های اختلال وسواس فکری- عملی براساس دشواری تنظیم هیجانی، تکانشگری و خشم. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۵ (۴): ۳۹-۴۹.
- بشارت، محمدعلی، نوربخش، نجمه رستمی، رضا و فراهانی، حجت‌الله (۱۳۹۱). نقش تعدیل‌کننده خودتنظیم‌گری در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و شدت اختلال‌های مصرف‌مواد. *روان‌شناسی بالینی*، ۴ (۳): ۳۲-۲۱.
- سهرابی، فرامرز؛ اعظمی، یوسف و دوستیان، یونس (۱۳۹۳). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های ناکارآمد در افراد وابسته به مواد و افراد عادی. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۵ (۱): ۷۲-۵۹.
- شیخ‌الاسلامی، علی و سید اسماعیلی قمی، نسترن (۱۳۹۳). مقایسه‌ی تأثیر روش‌های آموزشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و مهارت‌های مطالعه بر اضطراب امتحان دانش‌آموزان. *روان‌شناسی مدرسه*، ۲: ۱۲۱-۱۰۴.
- مدنی، یاسر و حجتی، سمیرا (۱۳۹۴). تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زوجین. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۶ (۲): ۶۰-۳۹.

Fadardi, J.S., & Cox, W.M. (2009). Reversing the sequence: Reducing alcohol consumption by overcoming alcohol attentional bias. *Drug and Alcohol Dependence*, 101: 137-145.

Field, M., & Eastwood, B. (2005). Experimental manipulation of attentional bias increases the motivation to drink alcohol. *Psychopharmacology (Berlin)*, 183: (3):350-357.

- Fontain, K.L. (2007). *Mental health nursing*. 5th ed. London: Prentice Hall.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30: 1311-1327.
- Garnefski, N., Koopman, H., Kraaij, V., & Tencate, R. (2009). Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *Journal of Adolescence*, 32: 449-454.
- Magid, V., Colder, C.R., & Stroud, L.R. (2009). Negative affect, stress and smoking in college students: Unique associations independent of alcohol and Marijuana use. *Addictive Behaviors*, 34 (11): 973-975.
- McCarney, R.W., Schulz, J., & Grey, A.R. (2012). Effectiveness of mindfulness-based therapies in reducing symptoms of depression: A meta-analysis. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 14 (3):279-99.
- Schoenmakers, T., Wires, R.W., Jones, B.T., Bruce, G., & Jansen, T.M. (2006). Attentional re-training decreases attentional bias in heavy drinkers without generalization. *Addiction*, 102: 399-405.
- Ostafin, B. D., & Palfai, T. P. (2006). Compelled to consume: the Implicit Association Test and automatic alcohol motivation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20 (3): 322-327.
- West, R. (2006). *Theory of addiction*. Blackwell Publishing, Oxford.
- Martin, P.R., Weinberg, B.A., & Bealer, B.K. (2007). *Healing addiction: An integrated pharmacopsychosocial approach to treatment*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Weinstein, A., & Cox, W.M. (2006). Cognitive processing of drug-related stimuli: the role of memory and attention. *Journal of Psychopharmacology*, 20 (6): 850-859.