مجله علمی پژوهش در روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی ، شماره ۲۱، پاییز ۱۳۹۹جلد۳، ص ۵۴-۴۴
http://www.jisc.ir

ارتقای تنظیم هیجان در سوءمصرف‌کنندگان مواد: شواهدی مبتنی بر ترکیب ذهن‌آگاهی و توانبخشی شناختی

مجله علمی پژوهش در روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی (سال ششم)
شماره ۲۱ / پاییز ۱۳۹۹ / ص ۵۴-۴۴

هانیه مهدی‌زاده هنجنی[۱]، سیمین حسینیان[۲]، پیمان حسنی ابهریان[۳]، سیده منور یزدی[۴]

[۱] دانشجوی دکترای تخصصی مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز

[۲] استاد رشته مشاوره، دانشگاه الزهرا

[۳] استادیار علوم اعصاب شناختی، پژوهشکده شناخت و مغز

[۴] استاد روانشناسی، دانشگاه الزهرا

نویسنده مسئول:
سیمین حسینیان

چکیده

مقدمه: دشواری در تنظیم هیجان یکی از مهمترین مشکلات در روند بهبودی مصرف کنندگان مواد است. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی ترکیب ذهن-آگاهی و بازتوانی شناختی بر تنظیم هیجان در معتادان شهر تهران طراحی شد. **روش:** بررسی حاضر یک طرح نیمه آزمایشی همراه با پیش‌آزمون، پس-آزمون، پیگیری و گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش تمامی افراد مراجعه کننده به کلینیک‌های تخصصی درمان سوءمصرف مواد شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بودند. تعداد ۵۴ نفر از سه مرکز درمانی در این بررسی شرکت کرده و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۸ نفره ذهن‌آگاهی، ذهن آگاهی با توانبخشی شناختی و گروه گواه گمارده شدند. ابزار پژوهش مقیاس دشواری تنظیم هیجان گراتس و رومئو (۲۰۰۴) بود. برای گروه‌های ذهن‌آگاهی ۸ جلسه ذهن آگاهی، گروه ذهن آگاهی با توانبخشی ۸ جلسه ذهن آگاهی و ۱۲ جلسه توانبخشی شناختی اجرا شد و گروه گواه درمان‌های متداول را دریافت کرد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با سطح معنی‌داری۰/۰۵ و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد. **نتایج:** نتایج نشان داد که بین گروه ها در پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (p>۰/۰۵). اما درمان ذهن آگاهی و ذهن‌آگاهی+توانبخشی نمرات دشواری در تنظیم هیجان را به طور معنی داری کاهش دادند (p<۰/۰۱). اگرچه درمان ذهن‌آگاهی همراه با توانبخشی شناختی دارای بیشتری اثربخشی بود. **نتیجه‌گیری:** پژوهش حاضر نشان داد که اضافه شدن توانبخشی به ذهن‌آگاهی موجب افزایش اثربخشی در کاهش بدتنظیمی هیجان در مصرف کنندگان مواد می‌شود و می‌توان از این درمان‌ها برای بهبود تنظیم هیجان افراد دارای سوءمصرف مواد استفاده کرد.

واژگان کلیدی: ذهن‌آگاهی، توانبخشی شناختی، تنظیم هیجان، سوءمصرف مواد

مقدمه

در سال‌های اخیر اعتیاد[1] یکی از مهمترین معضلات بشر امروزی بوده است و گرایش روز افزون افراد به مواد و سوء مصرف آن یکی از عمده-ترین مشکلات بسیاری از جوامع بوده است، سلامت بسیاری از افراد را تحت تاثیر قرار داده، طوری که بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی[2] اعتیاد و مصرف مواد یکی از بحران‌های مهمی بود که بشر امروز را تحت تاثیر قرار داده است(۱). گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی بیانگر آن بوده که بسیاری از کشورها بیش و کم درگیر این مشکل بوده‌اند. در کشور ما نیز گرچه آمار رسمی و جامع در زمینه مصرف مواد وجود نداشته (یا دسترسی به این آمار برای پژوهشگران ممکن نبوده است)، شواهد و مشاهدات بالینی در مراکز مشاوره و کلینیک‌های درمان و بازپروری اعتیاد نشان داده که مصرف و سوء مصرف مواد مخدر از شیوع بالایی برخوردار بوده است. شواهد دیگر بیانگر آن بوده که در ایران ۲ میلیون و ۸۰۰ هزار معتاد مستمر و یک میلیون و ششصد هزار مصرف کننده تفننی مواد وجود داشته است (۲). بنابراین می‌توان دریافت که بین ۱۵ تا ۲۰ میلیون نفر از جمعیت ایران به طور مستقیم یا غیر مستقیم (مصرف توسط یکی از اعضای خانواده) با مصرف مواد و مشکلات ناشی از آن دست به گریبان بوده و در این زمینه می‌توان گفت یکی از مسائلی که نسل جوان را تهدید کرده، اعتیاد به مواد مخدر بوده است (۳). اعتیاد پدیده‌ای زیستی، روانی و اجتماعی بوده که افراد را با مشکلات متعددی مواجه کرده است. مطالعات نشان داده است که سیستم کنترل شناختی بالا به پایین شامل مناطق پیش پیشانی[3] به ویژه مناطق پیش پیشانی جانبی[4] در اعتیاد درگیر بوده اند(۴)، مناطق مغزی درگیر در عملکردهای اجرایی[5] سطح بالاتر (از جمله قشر پیش پیشانی خلفی جانبی) باعث کنترل "بالا به پایین" انگیزش‌ها می‌شود و فرآیندهای زیر قشری "پایین به بالا" در رفتارهای اعتیادی نقش داشته و عدم تعادل بین این دو سیستم کنترل، زمینه لغزش را فراهم می‌کند (۴). تقریبا همه مولفه‌ها که به کارکردهای اجرایی مربوط هستند در معتادان دچار آسیب جدی شده و آنها به اندازه سایر افراد قادر به تنظیم تکانه‌ها و حالات انگیزشی و هیجانی نبودند(۶). برخی از مطالعات نشان داده‌اند افراد معتاد در مقایسه با سایر افراد، در هنگام انتظار پاداش کاهش فعالیت استریاتوم شکمی را تجربه کرده‌اند. الگوهای مشابه فعال‌سازی استریاتوم شکمی در نوجوانان دارای رفتارهای پرخطر نیز دیده شده است که نتیجه آن تنظیم بد هیجان در این افراد بوده است(۵).

یکی از مهمترین عوامل زمینه‌ساز در اعتیاد و رفتارهای اعتیادی مشکل در تنظیم هیجان یا بدتنظیمی هیجان[6] بوده است. تنظیم هیجان به فرآیندهایی بر می‌گردد که از طریق آنها افراد هیجاناتشان را برای پاسخ به توقعات محیطی هشیارانه و ناهشیارانه تعدیل کرده‌اند (۶). مطالعات نشان داده‌اند که سطح پایین تنظیم هیجانی که ناشی از ناتوانی در مقابله موثر با هیجان‌ها و مدیریت آنهاست در شروع مصرف مواد نقش داشت (۷). توانایی مدیریت هیجان‌ها باعث گردید که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای[7] مناسب استفاده کند. افرادی که تنظیم هیجانی بالایی داشته‌اند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند. آنها فشارهای ناخواسته همسالان را درک و هیجان‌های خود را بهتر مهار کرده و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاوت بیشتر نشان دادند (۸). به علاوه برخی افراد مواد را به عنوان یک راهبرد برای رویارویی با هیجان‌های منفی خود مورد استفاده قرار داده و به این ترتیب بد تنظیمی هیجان علاوه بر شروع مصرف مواد در تداوم اعتیاد نیز نقش داشت. علاوه بر این در مرحله پرهیز از مصرف مواد نیز بد تنظیمی هیجان که به شکل خلق منفی نمود پیدا کرده با وسوسه مصرف[8] دوباره مواد، لغزش و حتی عود رابطه داشت (۹).

در این راستا درمان توانبخشی شناختی[9] توانسته در کاهش این آسیب‌ها و ارتقای کارکردهای اجرایی و متعاقب آن تنظیم بهتر هیجان موثر واقع شود. در این زمینه بررسی‌های گذشته، اثرات مثبت بازتوانی شناختی در اعتیاد را گزارش کرده‌اند، که موجب ارتقاء کارکردهای شناختی شده است، به علاوه عملکرد زندگی روزمره آنها را نیز بهبود داده است (۱۰). توانبخشی شناختی یک مداخله شناختی و نوروسایکولوژیک است که با استفاده از تمرین و به کارگیری مهارت‌های باقیمانده و سالم شناختی سعی کرده تا نقایص شناختی بیماران را کاهش داده و یا رفع کند (۱۱). برنامه توانبخشی در درمان بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد بر توانایی‌های شناختی و عملکرد اجرایی تمرکز داشته است.

یکی دیگر از روش‌های درمانی که در دهه اخیر در درمان اعتیاد مورد توجه قرار گرفته مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی[10] بوده است. ذهن-آگاهی به عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه در لحظه کنونی اتفاق می‌افتد تعریف شده است (۱۲)؛ و به رشد سه کیفیت

1 Addiction
2 World Health Organization
3 Prefrontal Cortex
4 Dorsolateral Prefrontal Cortex
5 Executive functions
6 Emotion Dysregulation
7 coping strategies
8 Craving
9 Cognitive Rehabilitation
10 Mindfulness

خودداری از قضاوت، آگاهی هدف مندانه و تمرکز بر لحظه کنونی در توجه فرد تأکید دارد. مدل‌های نوروساینس نشان داده‌اند که رفتار اعتیاد آور هنگامی رخ می‌دهد که استرس‌های محیطی و نشانه‌های مرتبط با مواد مخدر چرخه‌ای از مکانیزم‌های شناختی، عاطفی و روان شناختی را فعال کرده باشد، از جمله تعاملات غیرمنظم بین فرایندهای عصبی پایین به بالا و بالا به پایین[11]، که باعث می‌شود که فرد مصرف کننده به دنبال مواد و استفاده از آن باشد. مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی مکانیسم‌های پاتوژنیک زنجیره خطر ارتباط بین استرس و اعتیاد را مورد هدف قرار داده است (۱۳). همچنین بررسی‌ها بیانگر آن بود که بهبود اعتیاد به وسیله مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی با افزایش تنظیم شناختی و متعاقب آن تنظیم و مدیریت عواطف بوده است (۱۳). تحقیقات دیگر نشان داد که آموزش ذهن آگاهی تداخل هیجانی ایجاد شده به وسیله محرک‌های ناخوشایند را کاهش داد (۱۴). در طی آموزش ذهن آگاهی، توانایی‌های خودتنظیمی از طریق تمرین تمرکز توجه درونی مانند آگاهی از تنفس یا تمرکز توجه بیرونی مانند توجه به صدای محیط اطراف آموزش داده می‌شود (۱۵).

تعداد زیاد مصرف‌کنندگان مواد و عوارض و هزینه‌های بالای جسمی، روانی، اقتصادی و اجتماعی سوء مصرف مواد برای افراد مصرف‌کننده، خانواده‌های آنها و نیز سیستم بهداشتی کشور لزوم درمان معتادان را برجسته کرده است. با این حال درمان‌های مختلف که در این زمینه به کار گرفته شده موفقیت پایینی داشته و افراد چند هفته پس از کنار گذاشتن مواد اغلب به دلیل ناتوانی در مدیریت هیجان‌ها لغزش کرده و مصرف را از سر گرفته‌اند. لذا ارائه راهکارها و درمان‌هایی که به مدیریت هیجان در مصرف‌کنندگان کمک کند ضروری به نظر می‌رسد. در این راستا اگر چه شواهدی برای اثربخشی درمان توانبخشی شناختی و ذهن آگاهی وجود داشت اما در زمینه ترکیب این دو مداخله و بررسی ارزش افزوده آن در بهبود بد تنظیمی هیجانی در در مصرف‌کنندگان مواد پژوهشی انجام نشده است. لذا بررسی حاضر در صدد مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی با و بدون توانبخشی شناختی در کاهش بدتنظیمی هیجان در افراد مصرف‌کننده مواد بود.

مواد و روش

روش پژوهش حاضر از نوع طرح‌های نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل معتادان مراجعه کننده به مراکز و کلینیک‌های تخصصی درمان سوءمصرف مواد شهر تهران بودند که در سال ۱۳۹۸ به این مراکز مراجعه کردند. ۵۴ نفر از افراد دارای سوءمصرف مواد در این بررسی شرکت کردند.. لازم به ذکر است که داتالو در بررسی‌های آزمایشی و نیمه آزمایشی ۱۵ تا ۲۰ نفر را برای هرگروه مناسب دانسته است(۲۹) از بین افراد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد ۵۴ نفر داوطلب وارد شرایط مطالعه شدند و به طور تصادفی به سه گروه ذهن آگاهی (۱۸ نفر)، ذهن آگاهی با توانبخشی (۱۸ نفر) و گروه گواه (۱۸نفر) گمارده شدند. هر سه گروه مقیاس دشواری در تنظیم هیجان را در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری کامل کردند و گروه‌های آزمایشی درمان ذهن آگاهی و بازتوانی شناختی را دریافت کردند در حالیکه گروه گواه درمان‌های متداول را دریافت کرد. خلاصه جلسات مداخلات ذهن آگاهی و توانبخشی شناختی به ترتیب در جداول ۱ و ۲ ارائه شد.

ملاک‌های ورود شامل جنسیت مرد به دلیل دشواری دسترسی به مصرف‌کنندگان زن، دامنه سنی ۲۵ تا ۵۰ سال، تشخصی اختلال مصرف مواد بر اساس معیارهای DSM-5، پر کردن فرم رضایت آگاهانه، سابقه دست کم ۱۲ ماه مصرف مواد و داشتن سواد خواندن و نوشتن بود.ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمان، داشتن اختلالات روانپزشکی عمده (مانند اختلال دو قطبی، سایکوز، صرع و تشنج)، گزارش دارا بودن سابقه خودکشی و عدم تمایل به شرکت در پژوهش بود.

فرم رضایت آگاهنه برای شرکت در پژوهش به صورت کتبی از همه شرکت‌کنندگان اخذ شد. به انها اطمینان داده شد اطلاعات آنها کاملا محرمانه، تنها برای هدف پژوهش استفاده شده و انتشار هرگونه اطلاعات به صورت کلی و بدون ذکر نام آنها خواهد بود و در صورت عدم تمایل در هر مرحله می‌توانند از بررسی خارج شوند. علاوه بر این، پس از اتمام پژوهش، جلسات درمانی برای گروه گواه نیز انجام پذیرفت ضمن اینکه جهت انجام بررسی حاضر دارای کد اخلاق (کد اخلاق ثبت شده در مرکز کارآزمایی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز:IP. IAY.TMY.PEX.1398. نیز اخذ شد.

درمان مبتنی بر ذهن آگاهی[12] بصورت ۸ جلسه یک ساعته و یک جلسه در هفته انجام شد این درمان توسط بوئن[13] مطرح شد که طی آن از تکنیک‌های ذهن آگاهی به منظور کمک به سوءمصرف کنندگان مواد و پیشگیری از لغزش و عود مصرف استفاده شده است. در این بررسی مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی بوئن به طور یک جلسه در هفته برگزار شد (۲۰) روایی محتوا برای این بسته بر اساس نظر ۴ نفر از متخصصان ذهن‌آگاهی دانشگاه‌های شهر تهران مطلوب تشخیص داده شد. و قبل از اجرا، بسته آموزشی به صورت پایلوت بر یک گروه ۵ نفره انجام و ایرادات کار شناسایی و برطرف شد.

11 Top-down and bottom-up
12 Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders
13 Bowen S

برنامه بازتوانی شناختی یک مداخله ۱۲ جلسه‌ای بود شامل تمرین‌هایی است که افراد در جلسات انجام دادند، پروتکل بازتوانی شناختی به صورت فردی (دو جلسه ۱ ساعته در هفته) اجرا شد. این پروتکل شامل برنامه توانبخشی شناختی کنترل مهاری و توجه انتخابی[۱۴] (پریسا) بود که شش مهارت شناختی که به طور پیشرونده (از ساده به دشوار) طراحی شده را شامل گردید (۲۵). روایی محتوای بسته توانبخشی بر مبنای نظر ۴ نفر از متخصصان علوم شناختی مناسب تشخیص داده شد.

مقیاس دشواری در نظم‌بخشی هیجانی[۱۵] توسط گراتز و روئمرو[۱۶] (۲۰۰۴) ساخته شده، از ۳۶ گویه تشکیل شده است که نمره‌گذاری گویه-ها در آن از طریق درجه بندی لیکرت صورت گرفت و پاسخ هر آزمودنی در دامنه‌ای از یک تا پنج قرار گرفت: (۱) تقریباً هرگز، (۲) گاهی اوقات، (۳) تقریباً نیمی از اوقات، (۴) بیشتر اوقات و (۵) تقریباً همیشه. این پرسشنامه شامل ۶ خرده مقیاس نپذیرفتن پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای نظم‌بخشی هیجانی و ابهام هیجانی تشکیل شد. این مقیاس دارای نمره کل با دامنه ۳۶ الی ۱۸۰ بود که نمرات بالاتر نشان دهنده‌ی دشواری بیشتر در نظم‌بخشی هیجانی بود. طراحان این ابزار ثبات درونی پرسشنامه را با آلفای ۰/۹۳ و پایایی آن را از طریق بازآزمایی ۰/۸۸ گزارش کردند (۲۴). شهامت در رابطه با نسخه ترجمه شده همسانی درونی برای کل مقیاس را ۰/۹۳ و برای هر کدام از شش زیر مقیاس دشواری نظم-بخشی هیجانی، ضریب آلفای کرونباخ بیش از ۰/۸۰ گزارش کرد (۱۶).

تحلیل داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر[۱۷] و با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. برای بررسی مفروضه‌ها آزمون‌های کولموگروف- اسمیرنف، ام باکس، لوین، کرویت موچلی و لامبدای ویلکس تحلیل شدند

[14] Program for Attentive Rehabilitation for Inhibition and Selective Attention (PARISA)
[15] Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)
[16] Gratz KL, Roemer L
[17] Repeated Measure

جدول (۱): برنامه مداخله ذهن‌آگاهی

جلسات	توضیحات
جلسه اول	معارفه شرکت‌کنندگان، توضیح مختصری از جلسات درمان، ارتباط بین اعتیاد، مدیریت، عوارض و ناراحتی‌های هیجانی مربوط به آن، خوردن یک عدد کشمش را با تمام وجود احساس و در ادامه بحث درباره احساس آن. به مدت ۳۰ دقیقه مراقبه اسکن بدن انجام شد (همزمان با نفس کشیدن و تمرکز توجه به قسمتی از بدن)
جلسه دوم	تمرین انجام مدیتیشن اسکن بدن و بحث درباره تجربه آن. بحث در مورد موانع انجام تمرین (ثله بیقراری و پرسه‌زدن ذهن) و راه‌حل‌های برنامه ذهن‌آگاهی برای این مسئله (غیر قضاوتی بودن و رها کردن افکار مزاحم). بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات و اینکه رویدادها به طور مستقیم حالت هیجانی خاصی ایجاد نمی‌کنند، و افکار و ادراک است که هیجان را ایجاد کرده است. سپس، از شرکت‌کنندگان مدیتیشن در حالت نشسته را انجام دادند. برای جلسه بعد نیز این تکالیف داده شد: انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن و ذهن‌آگاهی یک فعالیت جدید
جلسه سوم	تمرین دیدن و شنیدن که از شرکت‌کنندگان خواسته شد به نحوی غیرقضاوتی و به مدت۳ دقیقه نگاه کنند و گوش دهند. این تمرین با مراقبه نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی دنبال شد. تمرین سه دقیقه‌ای فضای تنفسی انجام شد؛ که سه مرحله داشت: توجه به تمرین در لحظه انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن. انجام یکی از تمرین‌های حرکات ذهن آگاه بدن. تکالیف منزل شامل مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یک حرکت بدنی ذهن‌آگاه، تمرین۳دقیقه‌ای فضای تنفسی، ذهن‌آگاهی یک فعالیت روزمره جدید
جلسه چهارم	انجام مدیتیشن نشسته همراه با توجه به تنفس، صداهای بدن و افکار. بحث در مورد پاسخ‌های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین. تمرین قدم زدن ذهن‌آگاه. تکالیف منزل عبارت بودند از: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن آگاه و تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای (در رویداد ناخوشایند)
جلسه پنجم	در ابتدای جلسه پنجم، از شرکت‌کنندگان خواسته شد مدیتیشن نشسته را انجام دهند. در ادامه حرکات ذهن‌آگاه بدن اجرا شد. تکالیف جلسه بعد عبارت بودند از: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن-آگاهی یک فعالیت جدید روزمره
جلسه ششم	در این جلسه، در مورد آگاهی از افکار و ارتباط آگاهی با افکار با تمرکز بر تجربه کردن افکار به صورت صرف افکار (حتی در مواقعی که صحیح به نظر رسیدند). به نقش افکار در چرخه عود، افکاری که به نحوی خاص مشکل‌ساز به نظر می‌رسیدند و کار کردن ماهرانه با آنها، پرداخته شد.
جلسه هفتم	تمرین مدیتیشن چهار بعدی و آگاهی نسبت به هرآنچه در لحظه به هشیاری وارد می‌شود. مضمون این جلسه این بود: بهترین راه مراقبت از خودم چیست. ارائه تمرینی که در آن شرکت‌کنندگان مشخص کردند کدامیک از رویدادهای زندگیشان خوشایند و کدامیک ناخوشایند بود و علاوه بر آن چگونه می‌توان برنامه‌ای چید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد. پس از آن فضای تنفسی سه دقیقه‌ای انجام شد. تمرین خانگی عبارت بود از: انجام ترکیبی از مدیتیشن که برای فرد مرجح بود، انجام تمرین فضای تمرین تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند. ذهن‌اگاهی یک فعالیت روزمره جدید
جلسه هشتم	تمرین مدیتیشن اسکن بدن. مضمون این جلسه این بود: استفاده از آنچه تاکنون یاد گرفته‌اید. پس از آن تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه ای انجام شد. و در مورد روش‌های کنارآمدن با موانع انجام مدیتیشن بحث شد. پس از آن در مورد کل جلسات سؤالاتی مطرح شد از این قبیل که آیا شرکت‌کنندگان به انتظارات خود دست یافته‌اند؟ آیا احساس می‌کنند مهارت‌های مقابله-شان افزایش یافته؟.

جدول (۲): خلاصه برنامه توانبخشی شناختی

جلسات	تکالیف شناختی
جلسه اول و دوم	تمرین تکلیف تنظیم چهره
جلسه سوم و چهارم	تمرین بسته بندی جعبه
جلسه پنجم و ششم	تمرین تکلیف ماهی‌گیری
جلسه هفتم و هشتم	تمرین انتخاب کلاه
جلسه نهم و دهم	تمرین تکلیف کنترل علائم راهنمایی رانندگی ترافیک
جلسه دهم و یازدهم	تمرین تکلیف رقابت خرگوش- لاک‌پشت

یافته‌ها

دامنه سنی شرکت‌کنندگان در گروه‌های آزمایش و گواه باهم از ۲۰ تا ۵۰ سال بود. میانگین و انحراف معیار سن برای همه گروه ها ۳۸/۶۴ و ۵/۸۱ بود. و میانگین و انحراف معیار برای گروه ذهن‌آگاهی ۳۷/۶۳ و ۶/۱۴، گروه ذهن‌آگاهی با توانبخشی شناختی ۳۸/۰۷ و برای گروه

گواه برابر ۲۵۳۷ و ۶/۳۱ بود. پیش فرض‌های تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر مورد بررسی قرار گرفت. نتایج اجرای آزمون کولموگروف -اسمیرنف بیانگر بر نرمال بودن داده‌ها بود (p>۰/۰۵). نتایج اجرای آزمون امباکس حاکی از همگنی کوواریانس‌های متغیر وابسته (همگنی ماتریس واریانس/کوواریانس) بود (p>۰/۰۵). آزمون لوین نشان دهنده برابری واریانس بین متغیرهای وابسته پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه (همگنی واریانس‌های بین گروهی) بود (p>۰/۰۵). نتایج آزمون اثرهای بین آزمودنی (متقابل و بین آزمودنی) بیانگر رعایت همگنی شیب‌های رگرسیونی در گروه‌های آزمایش و گواه بود (p>۰/۰۵). نتایج به دست آمده از آزمون موچلی نشان دهنده برقراری فرض کرویت بود(p>۰/۰۵). و نتایج آزمون لامبدای ویلکس بیانگر وجود تفاوت معنادار در متغیر وابسته بین حداقل یکی گروه‌های آزمایش و گواه بود (p=۰/۰۰۱).

ویژگی‌های مردم‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش در جدول ۳ نشان داده شد. نتایج نشان داد که بین گروه‌های ذهن‌آگاهی، ذهن‌آگاهی با توانبخشی شناختی و گواه از نظر شاخص‌هایی مانند سن، سن شروع مصرف مواد و وضعیت تاهل تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

جدول (۳): مقایسه گروه‌های آزمایش و گواه از نظر ویژگی‌های مردم شناختی

متغیر	ذهن آگاهی+ توانبخشی		ذهن آگاهی		گروه گواه		آماره F	مقدارp
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
سن	۳۷/۶۳	۶/۱۴	۳۸/۰۷	۵/۲۴	۳۷/۲۵	۶/۳۱	F(۲،۴۴)=۰/۰۸	۰/۹۱
سن شروع	۱۸/۷۵	۲/۲۷	۱۹/۰۱	۲/۳۹	۱۹/۶۳	۲/۷۲	F(۲،۴۴)=۰/۴۸	۰/۶۲
وضعیت تاهل	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	آماره x^2	
متاهل	۸	۵۰	۹	۶۰	۱۰	۶۲/۵	x^2 (۲)=۰/۵۷	۰/۷۵
مجرد یا جداشده	۸	۵۰	۶	۴۰	۶	۳۷/۵		

پیش از استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر به منظور تحلیل داده‌ها، پیش فرض‌های روش تحلیل بررسی شد. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنف برای دشواری در تنظیم هیجان معنی‌دار نبود (p=۰/۲۰) و فرض نرمال بودن متغیر دشواری در تنظیم هیجان برقرار بود. علاوه براین نتایج آزمون لون نیز معنی‌دار نبود که بیانگر برقراری فرض یکسانی واریانس‌ها بود.

جدول (۴): مشخصات توصیفی تنظیم هیجان در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ذهن‌آگاهی+ توانبخشی	۱۰۵/۷۵	۸/۵۱	۹۳/۹۴	۷/۰	۹۲/۷۵	۶/۷۱
ذهن‌آگاهی	۱۰۶/۵۳	۹/۱۸	۹۹/۶۷	۸/۸۸	۹۹/۰۷	۸/۳۱
گروه گواه	۱۰۶/۳۸	۷/۹۳	۱۰۶/۳۱	۷/۲۸	۱۰۵/۹۴	۷/۹۲

جدول ۴ شاخص‌های توصیفی متغیر وابسته (دشواری در تنظیم هیجان) را برای سه گروه ذهن‌آگاهی، ذهن‌آگاهی با توانبخشی‌شناختی و گروه گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در جدول ۵ نشان داد که که اثر زمان معنادار بود (p=۰/۰۰۱) یعنی در متغیر تنظیم هیجان بین سه بار اندازه‌گیری تفاوت وجود داشت. اثر گروه معنادار بود که نشان داد بین گروه‌ها از نظر تنظیم هیجان تفاوت وجود داشت (p=۰/۰۵). به علاوه بین اثر متقابل گروه با زمان نیز معنی‌دار بود (p=۰/۰۰۱).

جدول (۵): آزمون اثرات درون فردی و بین فردی آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر

منبع تغییرات		مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	مقدار p	مجذور ایتا
درون فردی	زمان	۱۳۷۸/۹۷	۲	۶۸۹/۴۸	۱۹۶/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۸۲
	اثر متقابل زمان و گروه	۷۹۵/۷۲	۴	۱۹۸/۹۳	۵۶/۸	۰/۰۰۱	۰/۷۲
	خطا	۳۰۸/۱۸	۸۸	۳/۵۰			
بین فردی	گروه	۱۸۲۸/۹۹	۲	۹۱۴/۴۹	۴/۹۵	۰/۰۱۱	۰/۱۸
	خطا	۸۱۲۴/۸۷	۴۴	۳/۹۱			

نتایج نشان داد که نمرات دشواری در تنظیم هیجان در پس‌آزمون در دو گروه مداخله ذهن‌آگاهی و ذهن‌آگاهی با توانبخشی‌شناختی کاهش معنارار داشته و در پیگیری ماندگاری داشت اما با این حال میانگین آنها کمتر از پیش‌آزمون بود. لازم به ذکر است این کاهش برای گروه ذهن‌آگاهی با توانبخشی شناختی بیشتر از ذهن اگاهی بود. از سوی دیگر تنظیم هیجان گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری نداشت.

در پی معنادارشدن تفاوت نمرات تنظیم هیجان بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، جهت مقایسه دو به دو میانگین مراحل از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. نتایج در جدول ۶ نمایش داده شد که نشان داد بین میانگین تنظیم هیجان در پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود داشت اما بین میانگین پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد.

جدول (۶): آزمون تعقیبی بونفرونی برای متغیر دشواری در تنظیم هیجان

زمان I	زمانJ	میانگین تفاوت‌ها	خطای معیار	p مقدار
پیش آزمون	پس آزمون	۶/۲۴	۰/۴۲	۰/۰۰۱
	پیگیری	۶/۹۷	۰/۳۹	۰/۰۰۱
پس آزمون	پیگیری	۰/۷۲	۰/۳۳	۰/۱۱

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و ذهن‌آگاهی با توانبخشی شناختی بر دشواری تنظیم هیجان در افراد دچار سوءمصرف مواد انجام شد. نتایج نشان داد که هر دو روش در کاهش مشکلات تنظیم هیجان سوءمصرف کنندگان مواد اثر بخش بوده و درمان ذهن‌آگاهی با توانبخشی دارای بیشترین اثر بود. نتایج به دست آمده با یافته های رضاپور و دیگران (۱۸) و تانگ و همکاران (۲۷) همسو بود.

در تبیین اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر ولع مصرف در افراد دارای سوءمصرف که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی از راه‌های مختلف بر فرآیندهای مرتبط با تنظیم هیجان تأثیر گذاشته است. اول اینکه ذهن‌آگاهی می‌تواند واکنش‌پذیری پایین به بالا را کاهش داده و با تعدیل فعایت کرتکس سینگولیت[18] و استرایاتوم[19] نوسان‌های هیجانی و خلقی را کاهش داده است (۱۸). بررسی‌ها نشان دهنده کاهش سطح فعالیت در ناحیه کرتکس سینگولیت قدامی[20] و کرتکس پیش پیشانی مرکزی[21] در مصرف کنندگان مواد بود که این نواحی با خود کنترلی در ارتباط بودند. ذهن آگاهی با افزایش فعالیت در این نواحی مغز، نوسان‌های هیجانی و رفتارهای تکانشی را کاهش داد (۲۷) لازم به ذکر است تنظیم بد هیجان و سطح پایین خودکنترلی شایع‌ترین مسئله جهت برانگیختن ولع مصرف و متعاقب آن لغزش[22] در مصرف‌کنندگان مواد بوده است(۲۷). تمرین ذهن‌آگاهی توانست این ارتباط را خاموش کند، به طوری که وقتی یک فرد معتاد هیجان‌های منفی مانند غمگینی، ترس یا عصبانیت را تجربه کرد می‌تواند با آگاهی نسبت به این هیجان و پذیرش به جای مهار آن، اجازه دهد این هیجان ها تجربه گردد (۲۲) و به این ترتیب تنظیم خلق و هیجان کاهش وسوسه و لغزش را هم در پی خود به دنبال داشته است. به طور خلاصه می‌توان چنین گفت که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی با افزایش تنظیم شناختی و هیجانی، از جمله تصریح ارزیابی شناختی و تعدیل هیجانات منفی برای کاهش برانگیختگی هیجانی؛ افزایش آگاهی هیجانی، پذیرفتن هیجان‌ها به جای تلاش برای مهار[23] آنها (۲۳) موجب ارتقای مدیریت هیجانی در افراد شده و از مشکلات آنها در تنظیم هیجان کاسته است.

در تبیین اثربخشی اضافه شدن توانبخشی شناختی به ذهن آگاهی در کاهش مشکلات مربوط به تنظیم هیجان در می‌توان چنین استدلال کرد؛ نوسان‌های هیجانی و رفتارهای تکانشی از قسمت‌های زیر قشری مغز بر می‌خیزد به شکل خشم، پرخاشگری، خلق منفی و یا تمایل به مصرف مواد تجربه شده است (۴) این تکانه‌ها توسط کارکردهای اجرایی که فعالیت‌های زندگی روزمره ما را برنامه‌ریزی کرده، مدیریت می‌شوند اما از آنجا که در افراد معتاد تحت تاثیر مصرف مواد در طی زمان طولانی این کارکردها آسیب دیده است کارکردهای اجرایی مانند برنامه‌ریزی[24]، بازداری پاسخ[25] و غیره دچار مشکل شده است (۱۹) این مشکلات عصب شناختی[26] نه تنها بر کیفیت زندگی افراد دارای سوء مصرف مواد اثر گذاشته بلکه پرهیز از مصرف و فرایند بهبودی[27] را هم با دشواری مواجه کرده است (۱۸). در این راستا چنانچه بررسی‌ها نیز نشان داد، توانبخشی شناختی با تمرکز بر ارتقای کارکردهای اجرایی از جمله کنترل شناختی، بازداری پاسخ و غیره به تنظیم هیجانی افراد در زندگی روزمره کمک کرده است (۲۶) از اینرو موجب شده که افراد بتوانند نوسان‌های هیجانی و متعاقب آن رفتار در رابطه با سوءمصرف مواد را بهتر مدیریت کنند. هر چند در زمینه اثر بخشی توانبخشی شناختی بر تنظیم هیجان معتادان بررسی‌ها اندک بود با این حال برخی بررسی‌ها اثربخشی توانبخشی شناختی بر اعتیاد و کارکردهای اجرایی مصرف‌کنندگان مواد را نشان داده‌اند، برای مثال رضاپور و دیگران اثر بخشی بازتوانی شناختی را در پیشگیری از عود در مصرف کنندگان مواد نشان داده‌اند(۱۸)، در این راستا محققان توانبخشی شناختی را به عنوان یک درمان مکمل و الحاقی در کنار سایر رواندرمانی‌ها جهت تسهیل فرایند بهبودی در سوءمصرف کنندگان مواد پیشنهاد کرده‌اند (۱۷).

بر اساس یافته‌های به‌دست آمده در این پژوهش می‌توان گفت که اضافه شدن درمان توانبخشی شناختی به درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، اثربخشی آن را در کاهش مشکلات و دشواری‌های تنظیم هیجان درسوءمصرف‌کنندگان مواد به طور معنی داری افزایش داد از این رو توانبخشی شناختی می تواند به عنوان یک درمان مکمل در کنار درمان‌های روانشناختی به منظور افزایش کارایی آنها در مراکز درمان سوءمصرف مواد در نظر گرفته شود.

---

[18] Cingulate Cortex
[19] striatum
[20] Anterior Cingulate Cortex (ACC)
[21] Medial prefrontal Cortex
[22] relapse
[23] Supress
[24] Planning
[25] Response Inhibition
[26] neurocognitive impairments
[27] recovery

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش کمال سپاس و قدردانی را دارند.

مراجع

[1] World Health Organization. Management of substance abuse. Available at 2013: [Link]
[2] Sarrami H, Ghorbani M, Minooei M. Survey of Four Decades of Addiction Prevalence Researches in Iran. 2013 (26) 7;29-52. [Link]
[3] Barnard M. Drug addiction and families. London: Jessica Kingsley; 2007. [Link]
[4] Dalley JW, Everitt BJ, Robbins TW. Impulsivity, Compulsivity, and Top-Down Cognitive Control. Neuron. 2011;69(4):680–94. [Link]
[5] Kozlenkov A, Jaffe A, Timashpolsky A, Apontes P, Rudchenko S, Barbu M, et al. DNA Methylation Profiling of Human Prefrontal Cortex Neurons in Heroin Users Shows Significant Difference between Genomic Contexts of Hyper- and Hypomethylation and a Younger Epigenetic Age. Genes. 2017;8(6):152. [Link]
[6] Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. Clinical psychology review. 2010 Mar 1;30(2):217-37. [Link]
[7] Parker JD, Taylor RN, Eastabrook JM, Schell SL, Wood LM. Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. Personality and Individual differences. 2008 Jul 1;45(2):174-80. [Link]
[8] Tang YY, Tang R, Posner MI. Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. Drug and Alcohol Dependence. 2016 Jun 1;163: S13-8. [Link]
[9] Garland EL, Reese SE, Bedford CE, Baker AK. Adverse childhood experiences predict autonomic indices of emotion dysregulation and negative emotional cue-elicited craving among female opioid-treated chronic pain patients. Development and psychopathology. 2019 Aug;31(3):1101-10. [Link]
[10] Fals-Stewart W, Lam WK. Computer-assisted cognitive rehabilitation for the treatment of patients with substance use disorders: A randomized clinical trial. Experimental and clinical psychopharmacology. 2010 Feb;18(1):87. [Link]
[11] Sohlberg MM, Mateer CA. Cognitive rehabilitation: An integrative neuropsychological approach. Guilford Publications; 2017 Feb 13. [Link]
[12] Walsh JJ, Balint MG, SJ DR, Fredericksen LK, Madsen S. Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control. Personality and Individual differences. 2009 Jan 1;46(2):94-9. [Link]
[13] Garland E, Froeliger B, Howard M. Mindfulness training targets neurocognitive mechanisms of addiction at the attention-appraisal-emotion interface. Frontiers in psychiatry. 2014 Jan 10; 4:173. [Link]
[14] Tang YY, Tang R, Posner MI. Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. Drug and Alcohol Dependence. 2016 Jun 1;163: S13-8. [Link]
[15] Dickenson J, Berkman ET, Arch J, Lieberman MD. Neural correlates of focused attention during a brief mindfulness induction. Social cognitive and affective neuroscience. 2013 Jan 1;8(1):40-7. [Link]
[16] Shahamat F. Predicting general health symptoms (somatization, anxiety, depression) from early maladaptive schemas.2011; 103-124. [Link]
[17] Rezapour T, DeVito EE, Sofuoglu M, Ekhtiari H. Perspectives on neurocognitive rehabilitation as an adjunct treatment for addictive disorders: from cognitive improvement to relapse prevention. InProgress in Brain Research 2016 Jan 1 (Vol. 224, pp. 345-369). [Link]
[18] Rezapour T, Hatami J, Farhoudian A, Sofuoglu M, Noroozi A, Daneshmand R, Samiei A, Ekhtiari H. Neuro cognitive rehabilitation for disease of addiction (NECOREDA) program: from development to trial. Basic and clinical neuroscience. 2015 Oct;6(4):291. [Link]
[19] Lechner WV, Sidhu NK, Kittaneh AA, Anand A. Interventions with potential to target executive function deficits in addiction: current state of the literature. Current opinion in psychology. 2019 Dec 1; 30:24-8. [Link]
[20] Bowen S, Chawla N, Collins SE, Witkiewitz K, Hsu S, Grow J, Clifasefi S, Garner M, Douglass A, Larimer ME, Marlatt A. Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. Substance abuse. 2009 Oct 27;30(4):295-305. [Link]
[21] Mitchell JT, McIntyre EM, English JS, Dennis MF, Beckham JC, Kollins SH. A pilot trial of mindfulness meditation training for ADHD in adulthood: impact on core symptoms, executive functioning, and emotion dysregulation. Journal of attention disorders. 2017 Nov;21(13):1105-20. [Link]
[22] Witkiewitz K, Bowen S. Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. Journal of consulting and clinical psychology. 2010, Jun;78(3):362. [Link]
[23] Iani L, Lauriola M, Chiesa A, Cafaro V. Associations between mindfulness and emotion regulation: the key role of describing and nonreactivity. Mindfulness. 2019 Feb 1;10(2):366-75. [Link]
[24] Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. Journal of psychopathology and behavioral assessment. 2004 Mar 1;26(1):41-54. [Link]
[25] Ghodrati, S., Askari Nejad, M. S., Sharifian, M., & Nejati, V. Inhibitory control training in preschool children with typical development: an RCT study. Early Child Development and Care, 2019; 1-10. [Link]

[26] Hoorelbeke, K., Koster, E. H., Demeyer, I., Loeys, T., & Vanderhasselt, M. A. Effects of cognitive control training on the dynamics of (mal) adaptive emotion regulation in daily life. Emotion,2016; 16(7), 945. [Link]
[27] Tang, Y. Y., Tang, R., & Posner, M. I. Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. Drug and Alcohol Dependence,2016; 163, S13-S18. [Link]
[28] Dattalo, P. Determining sample size: Balancing power, precision, and practicality. Oxford University Press, 2008. [Link]