

The Effects of Mindfulness-Based Cognitive-Behavioral Therapy on Emotion Regulation and Anxiety Thoughts in Substance-Dependent Males

*Naghizadeh E¹, Mohammadi R², Hasani J³, Batuae A⁴, Toulabi E¹, Mostafapour V⁵

Author Address

1. MA Student in Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Kharazmi, Tehran, Iran;

2. MA Student in Clinical Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

3. Associate Professor in Clinical Psychology, University of Kharazmi, Tehran, Iran;

4. MA Student in Counseling of Rehabilitation, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Allameh Tabataba'i, Tehran, Iran;

5. PhD Student in Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Allameh Tabataba'i, Tehran, Iran.

*Corresponding author's email: Naghizadeh2020@yahoo.com

Received: 2020 June 9; Accepted: 2020 July 16

Abstract

Background & Objectives: Males with Substance Use Disorders (SUDs) lack a favorable situation concerning cognitions, emotions, and anxiety, and overall emotions management. Because of the important role that anxiety plays in SUDs, it negatively affects the personal and biopsychosocial health and performance, and quality of life of patients. Individuals with SUDs are relieved by consuming illegal drugs to cope with unbearable emotions. Mindfulness-Based Cognitive-Behavioral Therapy (MBCBT) is among the most effective and useful approaches to assist individuals with SUDs. Mindfulness focuses on acquiring the necessary coping skills to manage high-risk situations and treating psychological disorders. Thus, this study aimed to investigate the effects of MBCBT on Emotion Regulation (ER) and anxiety thoughts in males with SUDs.

Methods: This was a quasi-experimental study with pretest-posttest-follow-up (1 month) and a control group design. The statistical population of this study was 98 males with SUDs hospitalized in Ghasedak Omid Nareng SUD treatment center in Karaj City, Iran, in 2019. Of them, 54 eligible volunteers were selected and randomly assigned into two groups of experimental and control ($n=27/\text{group}$). The inclusion criteria of the study were literacy; obtaining a score ≥ 33 on the Anxiety Thoughts Inventory (Wells, 1994); the age range of 25–45 years; no specific biopsychological illnesses; receiving a diagnosis of SUDs, and substance use for at least one year. The exclusion criteria of the study included generating biopsychological illnesses during the study, absence from >2 sessions, and participation in other interventions. The research instruments consisted of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski et al., 2001), Anxiety Thoughts Inventory (Wells, 1994), and Structured Clinical Interview for DSM-5, Clinical Version (SCID-5-CV) (First et al., 2016). MBCBT (Kabat-Zayn, 1992) was used to perform the intervention in the experimental group for eight 90-minute weekly sessions. The obtained data were analyzed using descriptive statistics (frequency, mean, & standard deviation) and inferential statistics, including repeated-measures Analysis of Variance (ANOVA) and Bonferroni post hoc test in SPSS. The significance level of the tests was considered 0.05.

Results: The present study results indicated that the mean changes of ER and anxiety thoughts were significant over time ($p<0.001$). Group effect and group * time interaction effect were also significant for the mentioned variables ($p<0.001$). Furthermore, the mean pretest scores of ER in the experimental group were significantly different from those of the posttest stages ($p=0.022$) as well as pretest and follow-up steps ($p<0.001$). The mean scores of anxiety thoughts in the experimental group were significantly different in pretest and posttest stages ($p<0.001$) as well as pretest and follow-up steps ($p<0.001$). The results also suggested the stability of the effect of the intervention on ER and anxiety thoughts in the follow-up stage ($p=0.038$ and $p=0.026$, respectively). Considering the Eta-squared value, 87.3% of the changes in ER were due to the effect of MBCBT. Considering the Eta-squared value, 91.2% of the changes in anxiety thoughts were due to the effect of MBCBT.

Conclusion: Based on the collected results, MBCBT can improve ER and reduce anxiety thoughts in men with SUDs.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy (CBT), Mindfulness, Emotion regulation, Anxiety thoughts, Substance dependence.

بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر نظم جویی شناختی هیجان و افکار اضطرابی مردان معتاد

*عیسی نقی زاده^۱، رحیم محمدی^۲، جعفر حسنی^۳، علی بتوئی^۴، احسان طولابی^۱، وحید مصطفی پوره^۵

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران؛

۲. دانشجوی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران؛

۳. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران؛

۴. دانشجوی ارشد مشاوره توانبخشی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛

۵. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

*رأباناامه نویسنده مسئول: Naghizadeh2020@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۰ خرداد ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۲۶ تیر ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: افراد معتاد به لحاظ مؤلفه های شناختی و اضطرابی و به طور کلی در نحوه مدیریت هیجان ها در شرایط مطلوبی قرار ندارند؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر نظم جویی شناختی هیجان و افکار اضطرابی مردان معتاد انجام گرفت.

روش بررسی: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری یک ماهه همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را ۹۸ نفر از معتادان مرد بستری در مرکز ترک اعتیاد قاصدک امید نارنج شهر کرج در پاییز ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از این جامعه تعداد ۵۴ نفر افراد واجد شرایط داوطلب انتخاب شدند و به شکل تصادفی در دو گروه ۲۷ نفره آزمایش و گروه گمارده شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱) و پرسشنامه افکار اضطرابی (ولز، ۱۹۹۴) بود. برنامه ذهن آگاهی در طول هشت جلسه نود دقیقه ای، یک بار در هفته صرفاً برای گروه آزمایش براساس پروتکل درمان مبتنی بر ذهن آگاهی (کابات- زین، ۱۹۹۲) اجرا شد. داده ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی با نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شد. سطح معناداری آزمون ها ۰/۰۵ بود.

یافته ها: تغییرات میانگین متغیرهای نظم جویی شناختی هیجان و افکار اضطرابی در طول زمان معنادار بود ($p < ۰/۰۰۱$)؛ اثر گروه و اثر متقابل گروه و زمان نیز در متغیرهای مذکور معنادار بود ($p < ۰/۰۰۱$)؛ همچنین میانگین نمره های نظم جویی شناختی هیجان در گروه آزمایش در مراحل پیش آزمون و پس آزمون ($p = ۰/۰۲۲$) و پیش آزمون و پیگیری ($p < ۰/۰۰۱$) تفاوت معنادار داشت. میانگین نمره های افکار اضطرابی در گروه آزمایش در مراحل پیش آزمون و پس آزمون ($p < ۰/۰۰۱$) و پیش آزمون و پیگیری ($p < ۰/۰۰۱$) تفاوت معنادار داشت؛ همچنین نتایج حاکی از پایداری اثر مداخله بر متغیرهای نظم جویی شناختی هیجان و افکار اضطرابی در مرحله پیگیری بود (به ترتیب $p = ۰/۰۲۶$).

نتیجه گیری: براساس یافته های این تحقیق، روش ذهن آگاهی می تواند سبب بهبود نظم جویی شناختی هیجان و کاهش افکار اضطرابی در مردان معتاد شود.

کلیدواژه ها: درمان شناختی- رفتاری، ذهن آگاهی، نظم جویی شناختی هیجان، اضطراب، اعتیاد.

اعتیاد به مواد مخدر^۱ از مهم‌ترین تهدیدهای اجتماعی و معضلی جهانی است که هزینه‌های زیادی را برای فرد و جامعه تحمیل می‌کند. اعتیاد، بیماری پیچیده جسمی و روانی است که پیامدهای اقتصادی و اجتماعی بسیاری را مانند تکانشگری، خشونت خانگی، افت تحصیلی و افزایش آمار طلاق در پی دارد؛ همچنین باعث ناتوانی کلی در فرد معتاد می‌شود (۱). اعتیاد دومین اختلال شایع روانی به‌شمار می‌رود (۲). از دیدگاه آسیب‌شناسی، اعتیاد به مواد مخدر، تهدیدی راهبردی و چندبُعدی است. این تهدید علاوه بر امنیت فردی، امنیت وجودی جامعه را نیز تهدید می‌کند (۳). مارتین و همکاران معتقد هستند، بسیاری از درمانجویان دچار سوءمصرف مواد، الگوهای تفکر خاصی مانند دوری از هیجان‌های ناخوشایند و لذت‌طلبی دارند که موجب تداوم اختلال آن‌ها می‌شود؛ از این رو مصرف مواد، سازوکاری مقابله‌ای کلی است و در موقعیت‌هایی که افراد روش مقابله‌ای مناسبی ندارند یا از روش مقابله‌ای مناسبی استفاده نمی‌کنند، به‌کار گرفته می‌شود (۴).

بررسی متون و پژوهش‌های روان‌شناختی نشان می‌دهد، از اختلالات روان‌شناختی^۲ بسیار مهم که در افراد معتاد شایع است، اختلالات اضطرابی^۳ است. اختلالات اضطرابی با کاهش سلامت روان آن‌ها ارتباط دارد و فرایند درمان آنان را با مشکل مواجه می‌کند (۳، ۵). به دلیل نقش مهمی که اضطراب در اختلالات اعتیادی دارد، بر عملکرد روانی و جسمانی و کیفیت زندگی بیماران اثر منفی می‌گذارد؛ به گونه‌ای که بسیاری از افراد معتاد برای دوری از این هیجان‌های ناخوشایند به مصرف مواد و الکل پناه می‌برند (۶). مطالعات نشان می‌دهد، هیجانات منفی مانند اضطراب از پیشایندهای بسیار رایج عود به‌شمار می‌آید و مهم است که هدف درمان قرار گیرد (۷). یافته‌های پژوهش میرزایی و همکاران مشخص کرد، وجود اضطراب، هیجان‌های ناخوشایند و عواطف منفی از مهم‌ترین عوامل سوءمصرف در افراد معتاد است (۷)؛ از این رو می‌توان گفت، معتادان برای فرار از اضطراب و هیجان‌های ناخوشایند به مصرف مواد روی می‌آورند؛ بنابراین مصرف مواد مخدر به عنوان راهبردی ناسازگار برای کاهش حالات هیجانی آزارنده عمل می‌کند و باعث تداوم مصرف و ناتوانی در کنارگذاشتن مواد می‌شود.

از دیگر مفاهیم مرتبط با مواد می‌توان به نقش برجسته تنظیم شناختی هیجان^۴ اشاره کرد. هرگونه نقص در تنظیم هیجان‌ها می‌تواند فرد را درقبال مشکلات روان‌شناختی از جمله اضطراب و اعتیاد آسیب‌پذیر کند (۸)؛ از این رو معتادان به دلیل نقص در شناسایی هیجان‌های خود و دیگران دچار مشکلاتی هستند که در نحوه تعامل و برقراری ارتباط سازنده و مثبت با دیگر افراد موجب ایجاد ناسازگاری‌هایی می‌شود؛ این امر عامل گرایش آن‌ها به مواد مخدر به‌شمار می‌رود (۹). همچنین افرادی که دارای سطوح کمتر تنظیم هیجانی هستند، برای مقابله با هیجان‌های منفی خود با احتمال بیشتری به سمت مواد کشیده می‌شوند (۱۰)؛ بنابراین هنگامی که فرد از سوی دوستان خود برای مصرف مواد

تحت فشار و اجبار قرار می‌گیرد، مدیریت و کنترل مؤثر هیجان‌ها می‌تواند خطر سوءمصرف مواد را کاهش دهد (۱۱). پژوهش اسماعیلی‌نسب و همکاران در زمینه ارتباط بین دشواری در تنظیم هیجان و گرایش به مصرف مواد نشان داد، افراد معتاد برای مقابله با هیجان‌ها و بیقراری تحمل‌ناپذیر با مصرف ماده مد نظر آرام می‌شوند و حالت‌های عاطفی‌شان برای آن‌ها تحمل‌پذیرتر می‌شود (۱۲). درمجموع بدتنظیمی هیجان از دیگر مشکلات افراد سوءمصرف‌کننده مواد است (۱۳). همچنین نجفی و همکاران دریافتند، در حوزه پیشگیری از وابستگی به مواد، آموزش به افراد در زمینه بهبود تنظیم شناختی هیجان‌ها می‌تواند کمک‌کننده باشد (۱۰).

ازجمله درمان‌هایی که از نظر عمق تئوری و کاربرد وسیع و متنوع آن بسیار برجسته است، درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر آموزش ذهن‌آگاهی^۵ است. این درمان بر کمک به بیمار، برای کسب مهارت‌های مقابله‌ای لازم به منظور مدیریت موقعیت‌های پرخطر و درمان اختلال‌های روان‌شناختی تمرکز دارد (۱۴). روش ذهن‌آگاهی به فرد می‌آموزد الگوهای عادی و نشخوارهای فکری را شناسایی کند و آن‌ها را به الگویی آگاهانه مبدل نماید تا احساسات و اندیشه‌های منفی به عنوان رویدادهای ساده و گذرا در ذهن تلقی شوند (۱۵). درواقع به نظر می‌رسد مکانیزم اصلی این درمان، خودکنترلی توجه باشد؛ چراکه ذهن‌آگاهی با ویژگی خاص خود درباره زمان حال و آگاه‌بودن از افکار، هیجان‌ها و احساس‌ها، افراد را از انجام رفتارها و واکنش‌های اتوماتیک و توجه بیش‌ازحد به تجربه‌های درونی به سمت انجام رفتارهای عاقلانه سوق می‌دهد (۱۶)؛ همچنین باعث کاهش علائم روانی مانند اضطراب و ترس در افراد سوءمصرف‌کننده مواد می‌شود (۱۷). پژوهش‌های مختلفی به بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی پرداخته‌اند؛ به عنوان مثال روش ذهن‌آگاهی راهبردهای ناسازگارانه نظم‌جویی شناختی را کاهش داد (۱۸). همچنین روش ذهن‌آگاهی در زمینه تأثیر بر افکار منفی و تنظیم هیجان‌ها مؤثر بود (۱۹، ۲۰). در همین راستا گاندلمان و همکاران در پژوهشی گزارش کردند، آموزش ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجانی مؤثر است (۲۱). به علاوه پژوهش‌های مختلفی اثربخشی روش ذهن‌آگاهی را بر تنظیم شناختی هیجان و اضطراب نشان دادند (۱۴، ۲۲، ۲۳). پژوهش‌ها و ارزشیابی‌های صورت گرفته درباره اثربخشی روش‌های درمان شناختی-رفتاری بر درمان اختلال‌های مصرف مواد، نشان‌دهنده کارآبودن این رویکرد درمانی است. مگوایر و همکاران در بررسی چهار نفر مرد معتاد به صورت بالینی، رویکرد شناختی-رفتاری را اثربخش گزارش کردند (۲۴). نتایج مطالعات به وضوح بیانگر آن است که درمان شناختی-رفتاری برای کمک به حل مشکلات اعتیاد مفید است و در زمینه درمان هیجان‌ها، شناخت و افکار معتادان می‌توان از آن استفاده کرد.

با توجه به مطالب مذکور ارتباطی دوسویه بین نقص در تنظیم هیجان و اضطراب و سوءمصرف مواد دیده می‌شود؛ این امر به دلیل همراه‌بودن با رفتارهای ناسازگارانه و پرخطر مانند مصرف مواد، مستلزم این است

4. Cognitive emotion regulation

5. Mindfulness Based on Cognitive Therapy (MBCT)

1. Drugs

2. Psychological disorders

3. Anxiety disorders

که توجه جدی به تشخیص، درمان و کنترل آن صورت گیرد. همچنین روش ذهن‌آگاهی با حمایت‌های تجربی اثربخش، دارای معیارهای درمانی مناسب است؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نظم‌جویی شناختی هیجان و افکار اضطرابی مردان معتاد و پایدارماندن این تأثیر در طول دوره پیگیری بود.

۲ روش بررسی

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با پیگیری یک‌ماهه همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را ۹۸ نفر از معتادان مرد بستری در مرکز ترک اعتیاد قاصدک امید نارنج شهر کرج در پاییز ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از این جامعه آماری تعداد ۵۴ نفر افراد داوطلب دارای ملاک‌های ورود به تحقیق انتخاب شدند و به شکل تصادفی در دو گروه ۲۷ نفره آزمایش و گواه گمارده شدند. حجم نمونه براساس اندازه اثر ۰/۲۵ و آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ تعیین شد (۲۵). ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به تحقیق عبارت بود از: داشتن سواد نوشتن و خواندن؛ کسب نمره ۳۳ و بیشتر در پرسشنامه افکار اضطرابی^۱ (۲۶)؛ داشتن سن بین ۲۵ تا ۴۵ سال؛ نداشتن بیماری‌های جسمانی و روانی خاص؛ تشخیص وابستگی به مواد و طول مصرف مواد برای حداقل یک سال. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از تحقیق، ابتلا به بیماری‌های روانی و جسمانی در طول تحقیق، غیبت بیش از دو جلسه و شرکت در شیوه‌های درمانی دیگر در نظر گرفته شد. ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل کسب اجازه از مسئولان مربوط در کلینیک ترک اعتیاد قاصدک امید نارنج شهرستان کرج، تشریح ماهیت و اهداف پژوهش برای آزمودنی‌ها، کسب رضایت شفاهی از آزمودنی‌ها و تکمیل رضایت‌نامه شرکت در پژوهش بود؛ همچنین به افراد شرکت‌کننده اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی آن‌ها به صورت محرمانه باقی خواهد ماند.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارها و برنامه آموزشی زیر به کار رفت. پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان^۲: این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران در سال ۲۰۰۱ ساخته شد (۲۷). این پرسشنامه دارای ۳۶ ماده و نه خرده‌مقیاس سرزنش خود، پذیرش، نشخوار ذهنی، توجه مجدد مثبت، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، اتخاذ دیدگاه، فاجعه‌آمیزپنداری و سرزنش دیگران است. هر مقیاس شامل چهار گویه است که آزمودنی‌ها در قالب مقیاسی پنج‌درجه‌ای لیکرت (هرگز=۱، گاهی=۲، معمولاً=۳، اغلب اوقات=۴، همیشه=۵) به سؤالات پاسخ می‌دهند. نمره کسب‌شده در هر خرده‌مقیاس بین ۴ تا ۲۰ است. نمرات بیشتر در هر خرده‌مقیاس، استفاده زیاد فرد را از آن راهبرد نشان می‌دهد (۲۷). گارنفسکی و همکاران اعتبار و روایی مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش کردند. ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ به دست آمد (۲۷). حسنی پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ را در

دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۸۲ گزارش کرد (۲۸).

پرسشنامه افکار اضطرابی: این پرسشنامه توسط ولز در سال ۱۹۹۴ ساخته شد (۲۶). این پرسشنامه افکار اضطرابی را در سه حوزه اضطراب اجتماعی (هشت گویه)، اضطراب جسمانی (هشت گویه) و اضطراب نگرانی (فرانگرانی^۳ یعنی داشتن نگرانی درباره نگرانی‌ها) (شش گویه) می‌سنجد. پرسشنامه افکار اضطرابی ۲۲ ماده دارد که به هر سؤال با طیف لیکرت چهاردرجه‌ای تقریباً هرگز=۱، گاهی اوقات=۲، اغلب اوقات=۳ و تقریباً همیشه=۴ پاسخ داده می‌شود. نمره بیشتر در هر خرده‌مقیاس نشان‌دهنده زیاده‌بودن نگرانی است (۲۶). ولز ضرایب آلفای کرونباخ اضطراب اجتماعی را ۰/۸۴، اضطراب جسمانی را ۰/۸۱ و فرانگرانی را ۰/۷۵ گزارش داد (۲۶). بهرامی و رضوان همسانی درونی پرسشنامه را با اجرا روی شصت دانش‌آموز به روش آلفای کرونباخ محاسبه کردند و میزان آن برای اضطراب اجتماعی ۰/۶۷، اضطراب جسمانی ۰/۶۷ و اضطراب نگرانی ۰/۶۸ به دست آمد (۲۹).

مصاحبه ساختاریافته بالینی برای ارزیابی اختلال‌های DSM-5؛ این ابزار توسط فرست و همکاران در سال ۲۰۱۶ تهیه شد (۳۰). این ابزار یک بخش مروری دارد که مسیر اختلال را در بیمار نشان می‌دهد. این بخش به گونه‌ای تدوین شده است که پژوهشگر می‌تواند قسمت‌هایی را که به پژوهش خود مربوط نیست، حذف کند (۳۰). بررسی مشخصات هنجاری این ابزار در جمعیت ایرانی توسط شریفی و همکاران با ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله سه روز تا یک هفته برای اختلالات مختلف از ۰/۷۴ تا ۰/۹۸، به دست آمد؛ همچنین مشخص شد که از ضریب حساسیت (۵۴ تا ۸۶ درصد) و ضریب اختصاصی (۶۳ تا ۹۶ درصد) رضایت‌بخشی برخوردار است (۳۱).

آموزش ذهن‌آگاهی: برنامه آموزش ذهن‌آگاهی^۵: در این پژوهش برای انجام مداخله، پروتکل درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی ارائه شده توسط کابات-زین به کار رفت (۳۲). این پروتکل به صورت دستورالعمل هشت جلسه‌ای است و به شکل گروهی برگزار می‌شود. برای اعتباریابی محتوایی برنامه درمانی ذهن‌آگاهی، این ابزار در اختیار ده نفر از متخصصان روان‌شناسی بالینی قرار گرفت تا براساس تجارب و مشاهدات خود، به ترتیب اهمیت، مؤلفه و ابعاد مهم‌تر را شناسایی کنند و سپس محتوای برنامه درمانی را اصلاح کنند. میزان شاخص روایی محتوایی^۶ با روش والتز و باسل^۷ برای برنامه درمانی CVI=۰/۹۰ به دست آمد؛ همچنین با مقایسه با مقدار پذیرفتنی (حداقل ۰/۷۹)، شاخص روایی محتوایی برنامه به تأیید رسید. برنامه آموزش ذهن‌آگاهی به مدت هشت جلسه نود دقیقه‌ای، به آزمودنی‌های گروه آزمایش به شکل گروهی یک بار در هفته آموزش داده شد. گروه گواه هیچ آموزشی دریافت نکرد. در پایان مداخله هر دو گروه طی مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری یک‌ماهه ارزیابی مجدد شدند. شرح جلسات در جدول ۱ آمده است.

CVI)

^۵. Mindfulness Training Program

^۶. Content Validity Index (CVI)

^۷. Waltz & Bausell

^۱. Anxious Thoughts Inventory (ANTI)

^۲. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)

^۳. Metaworry

^۴. Structured Clinical Interview for DSM-5, Clinical Version (SCID-5-

جدول ۱. برنامه جلسات آموزش ذهن آگاهی

جلسه	شرح جلسات
اول	معرفی اعضا در گروه، قوانین حضور در جلسات، معرفی مفهوم ذهن آگاهی، خارج شدن از هدایت خودکار، تمرین مراقبه خوردن کشمش/ تکلیف به صورت انجام دادن یکی از فعالیت های روزانه مثل مسواک زدن با آگاهی لحظه به لحظه.
دوم	تمرین مراقبه و آرسی بدن، بررسی آگاهانه هشیاری در زمان های مختلف، بازخورد تکالیف، دانستن قدر اینجا و اکنون با ثبت وقایع خوشایند، پایان جلسه با دو یا سه دقیقه تمرین تمرکز بر تنفس/ تکلیف: تمرین و آرسی بدن و انجام پنج تنفس همراه با تمرکز قبل از خواب.
سوم	تن آرامی و انجام مراقبه متمرکز بر حرکات بدنی (یوگا)، بازنگری تمرین، توضیح منطق تمرین های یوگا و رابطه نزدیک ذهن و بدن، آموزش فضای تنفس سه دقیقه ای، بازخورد تکالیف/ تکلیف: تمرین و آرسی بدن و انجام پنج تنفس همراه با تمرکز قبل از خواب، توجه به اتفاق های خوب در هر روز.
چهارم	تمرین پنج دقیقه دیدن یا شنیدن، مراقبه آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار برای کاهش ناسازگاری، بازخورد تکلیف، تعریف استرس، رابطه استرس با سلامتی و رفتار، فن وقفه/ تکلیف: تمرین و آرسی بدن و انجام پنج تنفس همراه با تمرکز قبل از خواب، توجه به صداها و اشیای موجود در محل خواب.
پنجم	مراقبه نشسته متمرکز بر تنفس، بدن، صداها و افکار، نحوه برخورد با هیجان های منفی، بازخورد تکالیف، پذیرش قاطعانه، انجام مراقبه رویارویی با مشکلات/ تکلیف: مراقبه نشسته و انجام تنفس همراه با تمرکز هنگام رویارویی با احساس ها و افکار ناخوشایند.
ششم	مراقبه آگاهی از تنفس و بدن، بازنگری تکالیف، تعمیم آگاهی، جدول وقایع ناخوشایند، ذهن آگاهی ارتباطی، مهارت گوش دادن فعال و مراحل اظهار نظر جرئت مندانه/ تکلیف: پنج تنفس با تمرکز قبل از خواب، انجام تمرین توجه به ذهن.
هفتم	مراقبه نشسته متمرکز بر بدن، صداها و افکار، پرسشگری آگاهانه از خود، فضای تنفس سه دقیقه ای یا قدم زدن همراه با حضور ذهن. تکلیف: پنج تنفس متمرکز قبل از خواب، انجام تنفس همراه با تمرکز هنگام رویارویی با احساس ها و افکار ناخوشایند.
هشتم	بازنگری تمرین و تفاوت آن با تمرین جلسه اول، بازخورد انجام تکالیف، بازنگری و جمع بندی جلسات گذشته، برنامه ریزی برای استفاده از مهارت های آموخته شده در آینده و آغاز سبک جدید زندگی.

برای تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و

انحراف معیار) و آمار استنباطی استفاده شد. در آمار استنباطی، داده ها

بعد از تأیید پیش فرض های مربوط (بررسی توزیع طبیعی داده ها با

آزمون کولموگروف اسمیرنوف، همسانی واریانس ها با آزمون لوین و

مفروضه کرویت با آزمون موخلی)، از طریق روش تحلیل واریانس با

اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل داده ها با نسخه ۲۲

نرم افزار SPSS صورت گرفت. سطح معناداری آزمون ها ۰/۰۵ در نظر

گرفته شد.

۳ یافته ها

در جدول ۲ یافته های توصیفی این پژوهش شامل شاخص های آماری مانند میانگین، انحراف معیار، توزیع فراوانی و تعداد آزمودنی های گروه آزمایش و گواه ارائه شده است.

جدول ۲. مقایسه توزیع متغیرهای جمعیت شناختی در گروه های آزمایش و گواه مردان معتاد مطالعه شده

متغیر	گروه		مقدار احتمال
	آزمایش (۲۷ نفر)	گواه (۲۷ نفر)	
سن (سال)	۳۵/۲۳±۸/۵۴	۳۳/۵۴±۹/۱۴	۰/۱۸۲
متاهل (تعداد)	۱۵	۱۴	۰/۶۲۱
مجرد (تعداد)	۱۲	۱۳	
تحصیلات (تعداد)	۱۲	۱۰	۰/۴۲۱
	۹	۱۱	
	۴	۵	
	۲	۱	
مدت زمان اعتیاد	۴	۳	۰/۳۶۵
	۸	۹	
	۹	۸	
	۶	۷	
وضعیت اقتصادی	۱۱	۱۰	۰/۱۷۶
	۹	۱۰	
	۵	۶	
	۲	۱	

باتوجه به مقادیر احتمال ارائه شده در جدول ۲ برای متغیرهای سن ($p=0/182$)، وضعیت تأهل ($p=0/621$)، تحصیلات ($p=0/421$)، مدت زمان اعتیاد ($p=0/365$) و وضعیت اقتصادی ($p=0/176$) می توان بیان کرد که بین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ متغیرهای

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای نظم جویی شناختی هیجان و افکار اضطرابی به تفکیک گروه های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

شاخص آماری	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نظم جویی شناختی هیجان	آزمایش	۹۱/۰۴	۸/۶۳	۱۲۷/۱۸	۱۴/۰۸	۱۳۰/۲۹	۱۳/۳۷
	گواه	۹۴/۷۷	۹/۷۵	۹۴/۳۷	۱۰/۰۰	۹۴/۰۷	۹/۷۹
افکار اضطرابی	آزمایش	۵۳/۰۷	۷/۷۵	۴۰/۹۲	۶/۵۹	۳۸/۵۲	۶/۷۶
	گواه	۵۰/۱۸	۵/۷۱	۵۰/۵۵	۵/۷۶	۵۰/۶۹	۵/۷۳

مفروضه همگنی واریانس در بین گروه های آزمایش و گواه رد نشد. ارزیابی همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس با آزمون کرویت موخلی صورت گرفت. براساس مقدار احتمال ($p=0/068$) برای نظم جویی شناختی هیجان و مقدار احتمال ($p=0/059$) برای افکار اضطرابی، مفروضه کرویت موخلی و همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس رد نشد. باتوجه به اینکه پیش فرض های تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بررسی شدند و رد نشدند، در ادامه نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر گزارش شده است.

باتوجه به میانگین های گزارش شده در جدول ۳، میانگین نمره نظم جویی شناختی هیجان در گروه آزمایش از ۹۱/۰۴ در پیش آزمون به ۱۲۷/۱۸ در پس آزمون افزایش یافت و در مرحله پیگیری به ۱۳۰/۲۹ افزایش پیدا کرد؛ در حالی که در گروه گواه تغییر محسوسی مشاهده نشد. در متغیر افکار اضطرابی نیز میانگین نمره افکار اضطرابی در گروه آزمایش از ۵۳/۰۷ در پیش آزمون به ۴۰/۹۲ در پس آزمون کاهش یافت و در مرحله پیگیری به ۳۸/۵۲ کاهش پیدا کرد؛ در حالی که در گروه گواه تغییر محسوسی ملاحظه نشد.

باتوجه به نتایج جدول ۳، در گروه آزمایش میانگین نظم جویی شناختی هیجان و افکار اضطراب در مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش آزمون به ترتیب افزایش و کاهش داشته است. براساس این نتایج و مقایسه آن با نتایج گروه گواه می توان بیان کرد، آموزش ذهن آگاهی باعث افزایش نظم جویی شناختی هیجان و کاهش افکار اضطراب در بیماران گروه آزمایش در مراحل پس آزمون و پیگیری شده است. برای انجام تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر ابتدا مفروضه توزیع طبیعی داده ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنف بررسی شد. براساس مقدار احتمال ($p=0/388$) در نظم جویی شناختی هیجان و مقدار احتمال ($p=0/670$) در افکار اضطرابی فرض طبیعی بودن داده ها رد نشد. نتایج آزمون لون به منظور بررسی مفروضه همگنی واریانس خطای متغیرهای وابسته در گروه ها نشان داد که خطای واریانس مؤلفه نظم جویی شناختی هیجان در مراحل پیش آزمون ($p=0/265$)، پس آزمون ($p=0/199$) و پیگیری ($p=0/105$) و مؤلفه افکار اضطرابی در مراحل پیش آزمون ($p=0/415$)، پس آزمون ($p=0/339$) و پیگیری ($p=0/132$) معنادار نیست؛ در نتیجه

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در بررسی تفاوت بین گروه آزمایش و گروه گواه در متغیرهای نظم جویی شناختی هیجان و افکار اضطرابی

منبع	نظم جویی شناختی هیجان			افکار اضطرابی		
	F	مقدار احتمال	Eta	F	مقدار احتمال	Eta
اثر زمان	۳۵۶/۷۱	<0/001	۸۷/۳	۵۳۸/۷۸	<0/001	۹۱/۲
اثر گروه	۵۸/۶۰	<0/001	۵۳/۴	۱۳/۷۵	<0/001	۲۰/۹
اثر زمان و گروه	۳۸۲/۹۷	<0/001	۸۸/۱	۶۶۷/۳۱	<0/001	۸۲/۸

تغییرات متغیر افکار اضطرابی در گروه آزمایش در طول زمان معنادار بود ($p<0/001$) و با گروه گواه نیز در هر مرحله ای از زمان اندازه گیری، تفاوت معناداری داشت ($p<0/001$)؛ بنابراین، درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار اضطرابی مؤثر بود. با در نظر گرفتن مجذور اتا می توان گفت، ۹۱/۲ درصد از تغییرات افکار اضطرابی ناشی از تأثیر درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بود.

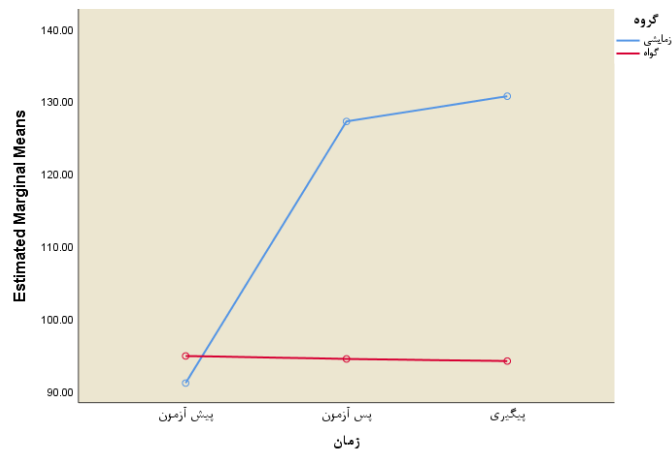
باتوجه به جدول ۴، تغییرات متغیر نظم جویی شناختی هیجان در گروه آزمایش در طول زمان معنادار بود ($p<0/001$) و با گروه گواه نیز در هر مرحله ای از زمان اندازه گیری، تفاوت معناداری داشت ($p<0/001$)؛ بنابراین، درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر نظم جویی شناختی هیجان مؤثر بود. با در نظر گرفتن مجذور اتا می توان بیان کرد، ۸۷/۳ درصد از تغییرات نظم جویی شناختی هیجان ناشی از تأثیر درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی است. همچنین

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی میانگین متغیرهای نظم‌جویی شناختی هیجان و افکار اضطرابی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

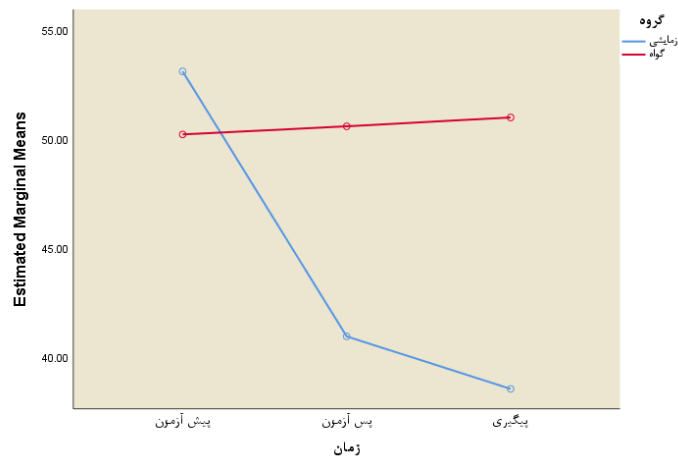
متغیر	مرحله	گروه آزمایش		گروه گواه	
		تفاوت میانگین	مقدار احتمال	تفاوت میانگین	مقدار احتمال
نظم‌جویی شناختی هیجان	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۳۶/۱۵	۰/۰۲۲	۰/۴۰۷	۰/۱۶۱
	پیش‌آزمون-پیگیری	-۳۹/۶۳	<۰/۰۰۱	۰/۷۰۴	۰/۰۶۸
	پس‌آزمون-پیگیری	-۳/۴۸	۰/۰۳۸	۰/۲۹۶	۰/۲۶۴
افکار اضطرابی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱۲/۱۵	<۰/۰۰۱	-۰/۳۷۰	۰/۱۴۳
	پیش‌آزمون-پیگیری	۱۴/۵۶	<۰/۰۰۱	-۰/۷۷۸	۰/۰۸۱
	پس‌آزمون-پیگیری	۲/۴۱	۰/۰۲۶	-۰/۴۰۷	۰/۲۵۷

به‌علاوه نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان‌دهنده تفاوت معنادار میانگین نمره‌های افکار اضطرابی در گروه آزمایش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p < ۰/۰۰۱$)، پیش‌آزمون و پیگیری ($p < ۰/۰۰۱$) و پس‌آزمون و پیگیری ($p = ۰/۰۲۶$) بود؛ این مطلب حاکی از اثربخشی مداخله بر مهار افکار اضطرابی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و همچنین پایداری اثر مداخله بر متغیر مذکور در مرحله پیگیری بود؛ به‌طوری‌که متغیر مهار افکار اضطرابی در مرحله پیگیری کاهش معناداری داشت. در گروه گواه تفاوت بین مراحل در متغیرهای پژوهش معنادار نبود. نمودارهای ۱ و ۲ نتایج مذکور را نشان می‌دهد.

برای بررسی بیشتر و مقایسه زوجی میانگین نمرات متغیرها بین زمان‌های مطالعه در هر گروه، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ مشاهده می‌شود. براساس نتایج جدول ۵، میانگین نمره‌های نظم‌جویی شناختی هیجان در گروه آزمایش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p = ۰/۰۲۲$)، پیش‌آزمون و پیگیری ($p < ۰/۰۰۱$) و پس‌آزمون و پیگیری ($p = ۰/۰۳۸$) تفاوت معنادار داشت؛ این یافته‌ها حاکی از اثربخشی مداخله بر نظم‌جویی شناختی هیجان در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و همچنین پایداری اثر مداخله بر متغیر مذکور در مرحله پیگیری بود؛ به‌طوری‌که متغیر نظم‌جویی شناختی هیجان در مرحله پیگیری افزایش معناداری داشت.



نمودار ۱. مقایسه میانگین نمره نظم‌جویی شناختی هیجان در گروه‌های آزمایش و گواه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری



نمودار ۲. مقایسه میانگین نمره افکار اضطرابی در گروه‌های آزمایش و گواه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

شناختی در نحوه تفکر و رفتار بیمار می‌شود و از اصول شرطی‌سازی سود می‌برد؛ از این‌رو فرد مبتلا برای رفتن به مرحله بعدی سعی می‌کند خود را در مراحل بالاتر تجسم کند. این تمایل، بهبود وضعیت روان‌شناختی را به صورت تدریجی و مرحله‌به‌مرحله در بیمار به دنبال دارد تا در عین آرامش و آگاهی، مراحل درمانی خود را طی کند و اشکالات و سؤالات خود را در جلسات حضوری برطرف کند (۳۹)؛ از این‌رو روش ذهن‌آگاهی با کمک به معنادان در شناسایی هیجان‌های خود و عمل در زمان حال، اثرات هیجانی و فیزیولوژیک مصرف مواد را تعدیل می‌کند؛ بنابراین آموزش ذهن‌آگاهی به مصرف‌کنندگان مواد به دلیل پذیرش تجربه‌ها موجب می‌شود افراد وابسته به مواد از راهبردهای شناختی و مقابله‌ای مؤثری برای مقابله با شرایط اضطرابی و برانگیزاننده استفاده کنند (۳۵).

در تبیین چگونگی تأثیر آموزش شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش افکار اضطرابی می‌توان گفت، این شیوه درمانی با آموزش به مصرف‌کنندگان مواد به وسیله اصلاح و تغییر مؤلفه‌های شناختی ناکارآمد و با تمرکز بر زمان حال می‌تواند باعث کاهش افکار اضطرابی شود (۴۰) که همسو با یافته‌های دیگر مبنی بر تأثیر مثبت برنامه‌های ذهن‌آگاهی بر اضطراب است (۴۰، ۴۱).

از این‌رو در مجموع با توجه به مطالب مذکور و یافته‌های پژوهش مبنی بر اثربخشی ذهن‌آگاهی بر کاهش مشکلات روان‌شناختی معنادان می‌توان گفت، افراد معتادی که سطح خودآگاهی بیشتری درباره خود، افکار خود، حالت‌های درونی و بیرونی بدن و محیط اطراف خود دارند، منجر به تنظیم هیجان مطلوب و کاهش افکار اضطرابی می‌شود. به عقیده مک‌کارنی و همکاران افراد با سطح بیشتر خودآگاهی، مهارت‌های لازم را برای مدیریت هیجان‌ها، رفتار و ذهن دارند و به وسیله تفکر قادر هستند احساساتشان را کنترل کنند. این عوامل به صورت مستقیم باعث بهبود مدیریت هیجان‌ها و کاهش افکار اضطرابی می‌شود (۱۶). در جلسه‌های مداخله پژوهش، آزمودنی‌ها آموختند در قبال اتفاقات جاری و زمان حال آگاه‌تر باشند و با شناخت افکار و احساس‌های خود به گفت‌وگوی درونی بپردازند. آن‌ها آموختند این گفت‌وگوی درونی می‌تواند در مواجهه با تحریک‌ها، چالش‌های زندگی و موقعیت‌های مختلف زندگی سبب داشتن ذهنی فعال و مثبت شود که به کاهش مشکلات روان‌شناختی و هیجانی مرتبط با مواد منجر می‌گردد (۱۷).

پیشنهاد می‌شود برای افزایش اعتبار یافته‌های پژوهش و تعمیم‌دهی نتایج آن، مطالعات آینده نوع ماده مصرفی و جنسیت را مدنظر قرار دهند و هم‌سازی براساس آن‌ها صورت گیرد. همچنین توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی برنامه آموزشی خاصی درباره چگونگی برخورد با دیگر مشکلات روان‌شناختی معنادان مانند اعتماد به نفس و عزت نفس ضعیف، مدنظر پژوهشگران قرار گیرد.

۵ نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این پژوهش آموزش درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان و کاهش افکار اضطرابی معنادان اثربخش است؛ از این‌رو براساس نتایج، روش درمانی ذهن‌آگاهی با آموزش عملکرد آگاهانه به معنادان باعث کاهش

هدف از اجرای این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نظم‌جویی شناختی هیجان و افکار اضطرابی مردان معتاد بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد، آموزش ذهن‌آگاهی بر نظم‌جویی شناختی هیجان و افکار اضطرابی گروه آزمایش مؤثر بود و به ترتیب افزایش و کاهش معناداری داشته است؛ این تأثیر در طول دوره پیگیری پایدار بود. این یافته‌ها با نتایج مطالعات تاجری (۳۳) و آقاییوسفی و همکاران (۳۴) که به طور کلی بیانگر اثربخشی روش درمان ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب افراد معتاد است، همسوست. همچنین نتایج پژوهش با یافته‌های مطالعه برکینگ و همکاران مبنی بر تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان معنادان (۳۵) و پژوهش تانگ و همکاران مبنی بر اثربخشی ذهن‌آگاهی بر بهبود تنظیم هیجان و کاهش سوء مصرف مواد همخوانی دارد. به علاوه، یافته‌های پژوهش با مطالعات عالم‌دیانی و محب (۱۹) و راپیهاتانا و همکاران (۲۳) همسوست.

باتوجه به اینکه منظور از نظم‌جویی شناختی هیجان نحوه پردازش شناختی فرد در هنگام مواجهه با وقایع ناگوار و اضطراب‌آور است (۳۶)، به عقیده گارنفسکی و کرایچ افراد در مواجهه با اضطراب و استرس استراتژی‌های متفاوتی را به کار می‌برند. در این میان معنادان مسائل و بحران‌های به وجود آمده را فاجعه‌بار و کنترل‌نشده ارزیابی می‌کنند؛ آن‌ها بیشتر از بقیه افراد به بیماری‌های روانی از جمله اضطراب که از مهم‌ترین مؤلفه‌های سوء مصرف مواد است، دچار می‌شوند (۳۶). نقص در تنظیم هیجان‌ها و ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی می‌تواند معنادان را در مواجهه با مشکلات روان‌شناختی آسیب‌پذیر کند (۳۷)؛ همچنین در برقراری ارتباط عاطفی مثبت، سازنده و هدایتگر با دیگران دچار مشکل شوند که خود عامل گرایش به مواد مخدر است (۹)؛ بنابراین پژوهشگران بر این باور هستند که روش‌های درمانی مانند درمان ذهن‌آگاهی به دلیل سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند در تلفیق با فنون درمان شناختی-رفتاری، اثربخشی درمان‌ها را افزایش دهد و در بهبود شرایط روان‌شناختی اعم از هیجان‌ها، اضطراب‌ها و شرایط جسمانی افراد معتاد مؤثر باشد (۳۸). در تبیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نظم‌جویی شناختی هیجان و کاهش افکار اضطرابی معنادان می‌توان گفت، آموزش‌های ذهن‌آگاهی به این‌گونه افراد در پذیرش بدون پیش‌داوری و عمل کردن در زمان حال تأکید می‌کند؛ چراکه معتقد است، افرادی که واقعیت را در لحظه اکنون و اینجا تجربه می‌کنند، از غوطه‌ور شدن در ورطه نگرانی‌ها و اضطراب‌ها دور می‌شوند و قادر خواهند بود مسائل پیرامون را به طور واقعی و نه خیالی تجربه کنند (۱۶)؛ در نتیجه با انجام تمرینات مربوط به ذهن‌آگاهی که به طور مستقیم بر حس‌های بدنی و فرایندهای ذهنی و شناختی کار می‌شود، افراد می‌توانند تصویر واضح‌تری از مسائل مشکل‌زا در ذهن خود ترسیم کنند (۱۴)؛ بنابراین با تسلط یافتن بر مشکل به وجود آمده باعث کاهش افکار اضطرابی و بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان افراد وابسته به مواد می‌شود. درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، سبب تغییر

اختلال‌های هیجانی و شناختی افراد معتاد می‌شود و می‌تواند رشد و پیشرفت آنان را به‌همراه داشته باشد.

۶ تشکر و قدردانی

بر خود لازم می‌دانیم از زحمات مدیر و کارکنان مرکز درمان اعتیاد قاصدک امید نارنج و تمام افرادی که به‌عنوان آزمودنی در این پژوهش شرکت کردند، قدردانی کنیم و سهم آن‌ها را در انجام این پژوهش محترم بشماریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان
ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل کسب اجازه از مسئولان مربوط سازمان خاصی انجام شده است.

References

1. Galanter M. Innovations: alcohol & drug abuse: spirituality in Alcoholics Anonymous: a valuable adjunct to psychiatric services. *Psychiatr Serv.* 2006;57(3):307–9. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.3.307>
2. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
3. Moslemi A, Khaje Rashidan F. Khanevade, masraf mavad mokhader, amniat [Family, drug abuse, security]. In: The 1st National Conference on Drug Use, The Bedrock of Insecurity. Kermanshah, Iran: Applied Research Office of Kermanshah Police Command; 2010. [Persian]
4. Martin PR, Weinberg BA, Bealer BK. Healing addiction: An integrated pharmacopsychosocial approach to treatment. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc; 2007.
5. Joolaei S, Fereidooni Z, Seyed Fatemi N, Meshkibaf MH, Mirlashari J. Exploring needs and expectations of spouses of addicted men in Iran: a qualitative study. *Glob J Health Sci.* 2014;6(5):132–41. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n5p132>
6. Vernig PM, Orsillo SM. Psychophysiological and self-reported emotional responding in alcohol-dependent college students: the impact of brief acceptance/mindfulness instruction. *Cogn Behav Ther.* 2009;38(3):174–83. <https://doi.org/10.1080/16506070902767563>
7. Mirzaei T, Ravary A, Hanifi N, Miri S, Oskouie F, Mirzaei Khalil Abadi S. Addicts' perspectives about factors associated with substance abuse relapse. *Iran Journal of Nursing.* 2011;23(67):49–58. [Persian] <http://ijn.iuims.ac.ir/article-1-895-fa.pdf>
8. van Deursen AJAM, Bolle CL, Hegner SM, Kommers PAM. Modeling habitual and addictive smartphone behavior: The role of smartphone usage types, emotional intelligence, social stress, self-regulation, age, and gender. *Computers in Human Behavior.* 2015;45:411–20. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.12.039>
9. Thorberg FA, Lyvers M. Negative Mood Regulation (NMR) expectancies, mood, and affect intensity among clients in substance disorder treatment facilities. *Addict Behav.* 2006;31(5):811–20. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.06.008>
10. Najafi M, Mohammadifar M, Abdollahi M. Emotional dysfunction and tendency to substance abuse: the role of emotion regulation, distress tolerance and sensation seeking. *Social Health and Addiction.* 2015;2(5):53–68. [Persian]
11. Aazam Y, Sohrabi F, Borjal A, Chopan H. The effectiveness of teaching emotion regulation based on gross model in reducing impulsivity in drug-dependent people. *Scientific Quarterly Research on Addiction.* 2014;8(30):127–41. [Persian] <http://etiadjpajohi.ir/article-1-648-en.pdf>
12. Esmaeilinasab M, Andami Khoshk A, Azarmi H, Samar Rakhi A. The predicting role of difficulties in emotion regulation and distress tolerance in students' addiction potential. *Scientific Quarterly Research on Addiction.* 2014;8(29):49–63. [Persian] <http://etiadjpajohi.ir/article-1-607-en.pdf>
13. Zahed A, Ghalilo K, Abolghasemi A, Narimani M. The relationship between emotion regulation strategies and interpersonal behavior among substance abusers. *Scientific Quarterly Research on Addiction.* 2009;3(11):99–114. [Persian] <http://etiadjpajohi.ir/article-1-422-en.pdf>
14. Tang Y-Y, Tang R, Posner MI. Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. *Drug Alcohol Depend.* 2016;163(Suppl 1):S13–8. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.11.041>
15. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York, NY, US: Guilford Press; 2002.
16. McCarney RW, Schulz J, Grey AR. Effectiveness of mindfulness-based therapies in reducing symptoms of depression: A meta-analysis. *European Journal of Psychotherapy & Counselling.* 2012;14(3):279–99. <https://doi.org/10.1080/13642537.2012.713186>
17. Hahn TN. The miracle of mindfulness: an introduction to the practice of meditation. Beacon Press; 2016.
18. Naderi Y, Parhon H, Hasani J, Sanaei H. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction therapy (MBSR) on cognitive emotion regulation strategies and anxiety and depression rate in patients with major depressive disorder. *Journal of Thought Behavior in Clinical Psychology.* 2015;10(35):17–26. [Persian] https://jtbcp.riau.ac.ir/article_112.html?lang=en
19. Alem Dianati F, Moheb N. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on reducing negative strategies of cognitive emotion regulation in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Instruction and Evaluation.* 2018;10(40):177–88. [Persian] http://jinev.iut.ac.ir/article_538065.html?lang=en

20. Asghari F, Ghasemi Jobaneh R, Hosseini Sedigh MS, Jamei M. Effectiveness of mindfulness training on emotion regulation and quality of life of addict's wife. *Culture Counseling*. 2016;7(26):115-32. [Persian] doi: [10.22054/QCCPC.2016.6727](https://doi.org/10.22054/QCCPC.2016.6727)
21. Guendelman S, Medeiros S, Rampes H. Mindfulness and emotion regulation: Insights from neurobiological, and clinical studies. *Front Psychol*. 2017;8:220. doi: [10.3389/fpsyg.2017.00220](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00220)
22. Bellinger DB, DeCaro MS, Ralston PAS. Mindfulness, anxiety, and high-stakes mathematics performance in the laboratory and classroom. *Conscious Cogn*. 2015;37:123–32. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2015.09.001>
23. Raphiphatthana B, Jose PE, Kielpikowski M. How do the facets of mindfulness predict the constructs of depression and anxiety as seen through the lens of the tripartite theory? *Personality and Individual Differences*. 2016;93:104–11. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.08.005>
24. Maguire N. Cognitive behavioural therapy and homelessness: a case series pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2006;34(1):107–11. <https://doi.org/10.1017/S1352465805002493>
25. Schäfer T, Schwarz MA. The meaningfulness of effect sizes in psychological research: differences between sub-disciplines and the impact of potential biases. *Front Psychol*. 2019;10:813.
26. Wells A. A multi-dimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the anxious thoughts inventory. *Anxiety, Stress, & Coping*. 1994;6(4):289–99. <https://doi.org/10.1080/10615809408248803>
27. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*. 2001;30(8):1311–27. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
28. Hasani J. The reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2011;9(4):229–40. [Persian] <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-207-en.pdf>
29. Bahrami F, Rezvan S. Relationship between anxious thoughts and metacognitive beliefs in high school students with generalized anxiety disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2007;13(3):249–55. [Persian] <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-270-en.pdf>
30. First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL. SCID-5-CV: structured clinical interview for DSM-5 Disorders: clinician version. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing; 2016.
31. Sharifi V, Assadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. A Persian translation of the structured clinical interview for diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition: psychometric properties. *Comprehensive Psychiatry*. 2009;50(1):86–91. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.04.004>
32. Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York, NY, US: Delta Trade Paperback/Bantam Dell; 1992.
33. Tajeri B. The effectiveness of CBT on depression and anxiety among Methamphetamine addicts. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2016;11(39):27–36. [Persian] https://jtbcp.riau.ac.ir/article_331_9fa550e97315cbd5badb238330b11cf6.pdf
34. Aghayosefi A, Oraki M, Zare M, Imani S. Effectiveness of mindfulness in decreasing stress, anxiety and depression among the substance abusers. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2013;8(27):17–26. [Persian] https://jtbcp.riau.ac.ir/article_11_e1495b0bafde8b8408e29c179bc3e908.pdf
35. Berking M, Margraf M, Ebert D, Wupperman P, Hofmann SG, Junghanns K. Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. *J Consult Clin Psychol*. 2011;79(3):307–18. <https://doi.org/10.1037/a0023421>
36. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*. 2006;40(8):1659–69. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009>
37. Schoenmakers T, Wiers RW, Jones BT, Bruce G, Jansen ATM. Attentional re-training decreases attentional bias in heavy drinkers without generalization. *Addiction*. 2007;102(3):399–405. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01718.x>
38. Kiani A, Ghasemi N, Pourabbas A. The comparison of the efficacy of group psychotherapy based on acceptance and commitment therapy, and mindfulness on craving and cognitive emotion regulation in methamphetamine addicts. *Scientific Quarterly Research on Addiction*. 2013;6(24):27–36. [Persian] <http://etiadpajohi.ir/article-1-308-en.pdf>
39. Roth B, Robbins D. Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life: findings from a bilingual inner-city patient population. *Psychosom Med*. 2004;66(1):113–23. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000097337.00754.09>
40. Schreiner I, Malcolm JP. The benefits of mindfulness meditation: changes in emotional states of depression, anxiety, and stress. *Behaviour Change*. 2008;25(3):156–68. <https://doi.org/10.1375/bech.25.3.156>
41. Masuda A, Tully EC. The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample. *J Evid Based Complementary Altern Med*. 2012;17(1):66–71. <https://doi.org/10.1177/2156587211423400>