

## اثربخشی آموزش راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان در مقابله شناختی افراد مبتلابه سوءمصرف مواد: مطالعه تک آزمودنی

علی قانندنیای جهرمی<sup>۱</sup>

جعفر حسنی<sup>۲</sup>

محمد حاتمی<sup>۳</sup>

شیوا فرمانی شهرضا<sup>۴</sup>

### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان در مقابله شناختی افراد مبتلابه سوءمصرف مواد مخدر و محرک بود. در قالب یک طرح تجربی تک آزمودنی دو نفر مبتلابه سوءمصرف ماده شیشه و دو نفر مبتلابه سوءمصرف ماده تریاک مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و تحت آموزش راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان به مدت ده جلسه به صورت فردی قرار گرفتند، که با ۴ نفر مبتلابه ماده محرک شیشه و تریاک هم‌تاسازی شدند و طی ۶ بار (۱ بار خط پایه، ۴ بار تدبیر، ۱ بار پیگیری) به وسیله پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان (CERQ) ارزیابی شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های تغییرات روند، شیب، اندازه اثر و شاخص کوهن و بازبینی فراز و فرود نمودارها استفاده شد. نتایج نشان داد که راهبردهای سازش نیافته مقابله شناختی (ملامت خویش، فاجعه سازی، نشخوار فکری، ملامت دیگران) آزمودنی‌های مبتلابه سوءمصرف مواد کاهش و راهبردهای سازش یافته مقابله شناختی (تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز بر برنامه ریزی، پذیرش، دیدگاه گیری) افزایش قابل توجهی نسبت به آزمودنی‌های گروه گواه داشته‌اند که این نشان‌دهنده اثربخشی درمان بوده است. آموزش راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان می‌تواند سبب بهبود راهبردهای مقابله شناختی افراد مبتلابه سوءمصرف مواد گردد که بازگشت به رفتارهای مصرفی و اجباری در سوءمصرف مواد را کاهش می‌دهد.

**واژگان کلیدی:** آموزش، راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان، مقابله شناختی، سوءمصرف مواد.

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران. [alighaednia@gmail.com](mailto:alighaednia@gmail.com)

۲- دانشیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

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

۴- کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

## ۱. مقدمه

اعتیاد یکی از بزرگ‌ترین معضلات جوامع بشری است که نه تنها موجب مشکلات جسمی می‌شود بلکه با تأثیر بر جنبه‌های مختلف سلامت جسمی، تبعات اجتماعی متعددی را برای مصرف‌کننده و اطرافیان او سبب می‌شود (لی موال و کوپ<sup>۱</sup> ۲۰۰۷؛ مک لان، چالک و بارتلت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). در طول دهه‌های گذشته، سوءمصرف مواد به‌عنوان اختلالی مزمن و عودکننده، مفهوم‌سازی شده است (مک لان، ۲۰۰۲؛ مک لان، مک کی، فورمن، کاسیولا و کمپ، ۲۰۰۵؛ ویتکویتز و مار لات، ۲۰۰۴؛ نقل از ویتکویتز، بوون، دوگلاس و هیس، ۲۰۱۳).

مشکل عمده در درمان افراد مبتلا به سوءمصرف مواد حتی با دوره پاک‌ی طولانی‌مدت، میزان بالای عود آن‌ها است (یان و نابشیمای<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹؛ جعفری، اسکندری، سهرابی، دلاور و حشمتی، ۲۰۱۰) بنابراین باید راهکاری در زمینه کاهش عود افراد مبتلا پیدا کرد، تحقیقات نشان می‌دهد که اثربخشی درمان‌های نگه‌دارنده دارویی، بدون مداخله‌های روانی-اجتماعی، به علت اطاعت دارویی پایین و میزان بالای ریزش ضعیف است (بابایی، حسنی و محمدخانی، ۱۳۹۱). امروزه در همه روش‌های درمانی، بر حفظ و نگهداری رفتار جدید (بهبودی) افراد تحت درمان، یا به عبارتی پیشگیری از عود تأکید می‌شود (مک کی، فرانکلین، پاتاپیس و لینچ<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶). یکی از راه‌های دستیابی به این هدف، بررسی عوامل زمینه‌ساز، تسریع‌کننده و تداوم‌بخش عود است. زیرا تنها با شناخت علل ایجادکننده یک پدیده می‌توان در جهت حذف و کنترل آن اقدام کرد.

یکی از علل ایجادکننده و تداوم‌بخش اختلال سوءمصرف مواد راهبردهای نظم جویی هیجان است. سوءمصرف مواد ناشی از سطح پایین راهبردهای نظم جویی هیجان مثبت و ناتوانی در مقابله‌ی موثر با هیجان‌ها و مدیریت آن‌ها، به‌ویژه در شروع مصرف مواد است (پارکر، تیلور، ایستابروک، اس چیل و وود<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸). هنگامی که افراد برای مصرف مواد تحت فشار قرار می‌گیرند، مدیریت ضعیف هیجان‌های آن‌ها خطر سوءمصرف را افزایش می‌دهد. برعکس، مدیریت موثر هیجان‌ها خطر سوءمصرف مواد را کاهش می‌دهد. توانایی مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌های که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند (ابوالقاسمی، اله قلی لو، نریمانی و زاهد، ۱۳۹۰). نظم جویی هیجان عاملی کلیدی و تعیین‌کننده در بهزیستی روانی و کارکرد اثربخش است (گارفنسکی، کریج و اسپین هون، ۲۰۰۱؛ گارفنسکی و کریج، ۲۰۰۳) که در سازگاری با رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی نقش اساسی ایفا می‌کند (تامپسون، ۱۹۹۴؛ گروس، ۱۹۹۸؛ گروس، ۲۰۰۲) تا جایی که باید گفت بر کل کیفیت زندگی فرد اثر می‌گذارد (مشهدی، میردورقی و حسنی، ۱۳۹۰). یکی از متداول‌ترین روش‌های نظم جویی هیجان استفاده از راهبردهای شناختی است (مشهدی و همکاران، ۱۳۹۰). راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان<sup>۶</sup> فرایندهای شناختی هستند که افراد برای مدیریت اطلاعات هیجان‌آور و برانگیزاننده به کار می‌گیرند (گارفنسکی و همکاران، ۲۰۰۳) و بر جنبه شناختی مقابله تأکید دارند (گارفنسکی و همکاران، ۲۰۰۱). چگونگی ارزیابی سیستم شناختی فرد در هنگام روبه‌رو شدن با حادثه منفی از اهمیت بالایی برخوردار است، سلامت روانی افراد ناشی از تعاملی دوطرفه میان استفاده از انواع خاصی از راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان‌ها و ارزیابی درست از موقعیت تنش‌زاست (گارفنسکی و همکاران، ۲۰۰۳). بنابراین، افکار و شناخت‌ها در توانایی مدیریت، نظم جویی و کنترل احساس‌ها و هیجان‌های بعد از تجربه یک رویداد تنیدگی‌زا نقش بسیار مهمی دارند (گارفنسکی و همکاران، ۲۰۰۳).

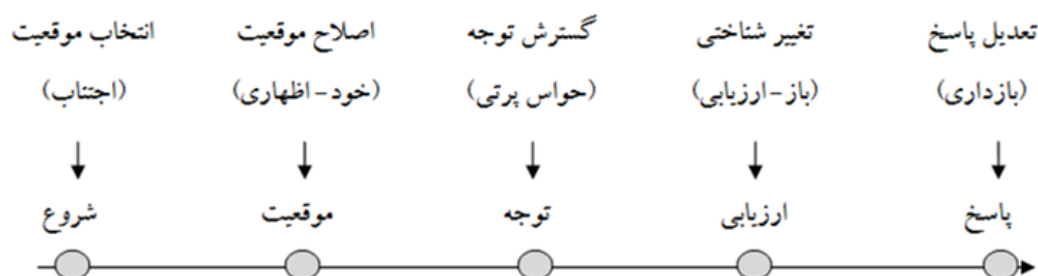
1. Le Moal & Koob
2. McLellan, Chalk & Bartlett
3. Yan & Nabshima
4. McKay, Franklin, Patapis & Lynch
5. Parker, Taylor, Eastabrook, Schell & Wood
6. Cognitive emotion-regulation strategies

پژوهشگران ۹ راهبرد شناختی را در نظم جویی هیجان‌ها معرفی کرده‌اند؛ ملامت خویش<sup>۱</sup>، پذیرش<sup>۲</sup>، نشخوار گری<sup>۳</sup>، تمرکز مجدد مثبت<sup>۴</sup>، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی<sup>۵</sup>، ارزیابی مجدد مثبت<sup>۶</sup>، دیدگاه گیری<sup>۷</sup>، فاجعه سازی<sup>۸</sup> و ملامت دیگران<sup>۹</sup> (حسینی، آزاد فلاح، رسول‌زاده، طباطبایی و عشایری، ۱۳۸۷؛ گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱؛ ۲۰۰۲؛ ۲۰۰۳). راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان‌ها به افراد کمک می‌کند تا برانگیختگی‌ها و هیجان‌های منفی را تنظیم نمایند این شیوه تنظیم با رشد، پیشرفت یا بروز اختلال‌های روانی رابطه مستقیم دارد (کریج، پریوم بوم<sup>۱۰</sup> و گارنفسکی، ۲۰۰۲). نظم جویی هیجان و مخصوصاً راهبرد مثبت ارزیابی مجدد شناختی هیجان‌ها باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگارانه افراد می‌شود (گروس و جوها<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۳). بر اساس مدل کیفیت تولید هیجان گروس<sup>۱۲</sup> (۲۰۰۲)، نظم جویی هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیر آگاهانه‌ای می‌شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کار برده می‌شود. از سوی دیگر، آموزش نظم جویی هیجان به معنای کاهش، کنترل هیجان‌های منفی و نحوه استفاده مثبت از هیجان‌ها است (مک درموت، تول، گراتز، داگترز و لجوز<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۹). راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان پاسخ‌های شناختی به وقایع فراخواننده هیجان هستند که به صورت هشیار یا ناهشیار سعی در تعدیل شدت و یا نوع تجربه هیجانی یا خود واقعه دارند (کامل- سیل و بارلو<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۷؛ هاروی، واتکینس، مانزل و شافران<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۴؛ روتنبرگ<sup>۱۶</sup> و گروس، ۲۰۰۷؛ ویلیامز و بارق<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۷). بنابراین برای جلوگیری از عود و بازگشت رفتارهای اجباری برای مصرف، می‌توان با تأکید بر نظم جویی شناختی هیجانی رفتار سازش‌یافته و احساسات مثبت را افزایش و رفتار ناسازش یافته و احساسات منفی را کاهش داد.

یکی از مداخله‌های روانی اجتماعی که می‌تواند موثر باشد، آموزش راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان است که با تأکید بر تمرین و مهارت‌های نظم جویی هیجان می‌تواند سبب اصلاح الگوهای نظم جویی هیجان در افراد مبتلا گردد. افرادی که نظم جویی هیجانی بالایی دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند. آن‌ها فشارهای ناخواسته دیگران را درک و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می‌دهند (ترینداد و جوهرسون<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۲). نظم جویی هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیر آگاهانه‌ای می‌شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کار برده می‌شود. از سوی دیگر، آموزش نظم جویی هیجان به معنای کاهش، کنترل هیجان‌های منفی و نحوه استفاده مثبت از هیجان‌ها است (مک درموت، تول، گراتز، داگترز و لجوز، ۲۰۰۹). در همین راستا فرض بر این است که افراد مبتلا به سوءمصرف مواد، مواد را به منظور مدیریت حالت‌های هیجانی نامطلوب مصرف می‌کنند، حالت‌های هیجانی که به خاطر مشکلاتی در فهم و برخورد موثر با

1. Self-blame
2. Acceptance
3. Rumination
4. Positive refocusing
5. Refocus on planning
6. Positive reappraisal
7. Putting into perspective
8. Catastrophizing
9. Other-blame
10. Pruyboom
11. John
12. Gross
13. McDermott, Tull, Daughters & Lejuez
14. Campbell-Sills & Barlow
15. Harvey, Watkins, Mansell & Shafran
16. Rottenberg
17. Williams & Bargh
18. Trinidad & Johnson

آن هیجان‌ها، به‌طور غیرقابل کنترل تجربه می‌شوند (تایلر<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۰؛ لیندسی و سیارگی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸)؛ بنابراین آموزش مهارت‌های نظم جویی هیجان می‌تواند به‌عنوان بخشی از برنامه‌های پیشگیری از بازگشت اعتیاد مطرح باشد. هسته‌ی مرکزی آموزش در این پژوهش آموزش راهبردهای نظم جویی فرآیندی هیجان مبتنی بر مدل گروس (۲۰۰۳) می‌باشد. گروس (۲۰۰۳) بر اساس مدل کیفیت تولید هیجان، مدل فرایند نظم جویی هیجان را ارائه کرد مدل اولیه شامل پنج مرحله (شروع، موقعیت، توجه، ارزیابی و پاسخ) است. به اعتقاد گروس هر مرحله از فرایند تولید هیجان، یک هدف نظم جویی بالقوه دارد و مهارت‌های نظم جویی هیجان می‌توانند در نقاط مختلف این فرایند اعمال شوند (گروس و تامپسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). گروس بر اساس مدل اولیه، مدل فرایند نظم جویی هیجان را طراحی کرد و پنج نقطه از مراحل تولید هیجان را مشخص کرد که هر نقطه، محل اعمال یک خانواده از فرایندهای نظم جویی هیجان است. مطابق با شکل ۱ در شروع یک هیجان یا انتخاب موقعیت<sup>۴</sup> عواملی وجود دارد که فرد را در موقعیت برانگیختگی هیجانی قرار می‌دهد یا او را از آن موقعیت دور می‌کند (اجتناب). در مرحله دوم (موقعیت) از طریق اصلاح موقعیت<sup>۵</sup> می‌توان در فرایند تولید هیجان تغییراتی ایجاد کرد. در این مرحله، یکی از راهبردهای نظم جویی هیجان، خود-اظهاری است. در مرحله سوم (توجه) یکی از راه‌های ایجاد تغییر و نظم جویی هیجان، تغییر جهت و یا گسترش توجه<sup>۶</sup> می‌باشد. سه شیوه گسترش توجه شامل حواس پرتی، تمرکز و نشخوار فکری است (گروس و تامپسون، ۲۰۰۷). از بین این فنون، حواس پرتی یکی از فنون فراشناختی نظم جویی هیجان به حساب می‌آید (پاپاچورجیو و ولز<sup>۷</sup>، ۱۳۸۶). فرد با تمرکز، توجه خود را تماماً روی موقعیت یا جنبه خاصی از آن تشدید می‌کند و نشخوار فکری شامل تمرکز توجه روی احساسات و پیامدهای آن است. در چهارمین مرحله از مراحل تولید هیجان (ارزیابی)، ایجاد تغییرات شناختی<sup>۸</sup>، وظیفه نظم جویی در این مرحله است و یکی از راهبردهای آن، باز ارزیابی شناختی<sup>۹</sup> است (گروس و تامپسون، ۲۰۰۷). آخرین مرحله از تولید هیجان، مرحله پاسخ‌دهی است و تعدیل پاسخ<sup>۱۰</sup> آخرین بخش از فرایند نظم جویی هیجان را تشکیل می‌دهد.



شکل ۱: پنج خانواده از فرایندهای نظم جویی هیجان مطابق با مدل کیفیت تولید هیجان (اقتباس از گروس، ۲۰۰۳ و گروس و تامپسون، ۲۰۰۷).

1. Taylor
2. Lindsay & Ciarrochi
3. Thompson
4. Situation selection
5. Situation modification
6. Attentional deployment
7. Papageorgiou & Wells
8. Cognitive change
9. Cognitive Reappraisal
10. Response modulation

در راهبردهای نظم جویی فرآیندی هیجان، بر تمرینات و مهارت‌هایی تأکید می‌شود که می‌تواند سبب نظم جویی مؤثر هیجان‌ها شود، آموزش و تمرین مهارت توقف نشخوارگری (تکنیک توجه برگردانی فعال، تکنیک انحراف فکر، تکنیک تأخیر فکر، تکنیک توقف فکر) که سبب می‌شود هیجان‌ها مؤثرتر نظم جویی شوند. یافته‌های پژوهشی متعددی بیان‌گر وجود رابطه‌ی قوی بین راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان با آسیب‌شناسی روانی است (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۳؛ کریچ، ون<sup>۱</sup>، گارنفسکی، اس چروورز، لو-فو-وانگ<sup>۲</sup> و وان، ۲۰۱۰؛ گارنفسکی، ترسد<sup>۳</sup>، کریچ، لجرستی<sup>۴</sup> و ون دن کومر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴). علاوه بر این، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که نظم جویی مؤثر هیجان‌ها دارای پیامدهای مطلوبی بر بهداشت روانی، بهزیستی روان‌شناختی، سلامت جسمانی و روابط بین فردی می‌باشد (ریف و سینگر، ۱۹۹۸؛ به نقل از حسنی، ۱۳۹۰)؛ بنابراین پژوهشگران در نظر دارند با توجه به پیامد مطلوب نظم جویی مؤثر هیجان‌ها، اثربخشی آموزش راهبردهای نظم جویی فرآیندی هیجان را بر مقابله شناختی افراد مبتلا به سوءمصرف مواد را بررسی نمایند.

## ۲. روش شرکت‌کنندگان و طرح پژوهش

پژوهش حاضر در قالب طرح تجربی به روش تک آزمودنی<sup>۶</sup> بود. جامعه‌ی آماری پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد تشکیل می‌دهند که در فاصله‌ی زمانی تیر تا آبان ماه ۱۳۹۲ به بیمارستان‌ها، مراکز خصوصی، مراکز خدمات روان‌شناختی و مراکز ترک اعتیاد و مراکز کاهش آسیب استان البرز مراجعه کردند. از میان بیماران مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد استان البرز، تعداد ۸ نفر (۴ نفر مبتلا به سوء مصرف شیشه، ۴ نفر مبتلا به سوء مصرف تریاک) از آن‌ها که در دامنه‌ی سنی ۲۸ تا ۳۵ سال ( $M=31/75$ ،  $SD=13/2$ ) قرار داشتند، به صورت نمونه‌گیری در دسترس بر اساس ملاک‌های ورود (مصرف مواد مخدر (تریاک و شیشه)، جنسیت مذکر (به دلیل همکاری و هم‌جنس بودن با درمانگر)، دارا بودن تشخیص اختلال سوءمصرف مواد بر اساس ملاک‌های DSM-IV-TR، محدوده‌ی سنی ۱۸-۳۵ سال، رضایت و موافقت شرکت‌کنندگان برای حضور در پژوهش، میزان تحصیلات در حد خواندن و نوشتن) و خروج (وجود سایر اختلالات همایند، دریافت سایر مداخلات روان‌شناختی، وجود انحرافات جنسی (به دلیل جایگزین لذت جنسی در نبود مواد مخدر)) انتخاب شدند. تشخیص اختلال سوءمصرف مواد بر مبنای نظر مرکز و تأیید آن به وسیله‌ی مصاحبه تشخیصی ساختاریافته بر اساس راهنمای تشخیص و طبقه‌بندی بیماری‌ها<sup>۷</sup> انجام شد.

### ۱-۲- ابزارهای پژوهش

الف) فرم کوتاه پرسشنامه‌ی نظم جویی شناختی هیجان (CERQ):

نسخه‌ی اصلی این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) به دو زبان هلندی و انگلیسی تهیه شده است. این نسخه، شامل ۹ خرده مقیاس معرف ۹ راهبرد نظم جویی شناختی هیجان می‌باشد که به دودسته‌ی سازش یافته شامل تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز بر برنامه‌ریزی، پذیرش، دیدگاه‌گیری و ناسازش یافته شامل ملامت خویش، فاجعه‌سازی، نشخوار فکری، ملامت دیگران تقسیم؛ که هر یک چهار ماده از این پرسشنامه را به خود اختصاص می‌دهند. حسنی (۱۳۹۰) نسخه فارسی و کوتاه‌تر این پرسشنامه را در ۱۸ سؤال تنظیم کرد. در CERQ، هر یک از خرده مقیاس‌ها

1. van
2. Schroevers, Lo-Fo-Wong
3. Teerds
4. Legerstee
5. Van den Kommer
6. Single Subject
7. DSM-IV-TR

شامل دو ماده هستند که بر اساس مقیاس درجه‌بندی لیترت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. حسنی (۱۳۹۰) نشان داد ماده‌های CERQ همسانی درونی (دامنه‌ی آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۶ بود) خوبی داشته و ضرایب همبستگی باز آزمایی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷ بیان‌گر پایایی مقیاس بود. هم‌چنین، الگوی ضرایب همبستگی بین خرده مقیاس‌های این پرسشنامه و پرسشنامه‌ی افسردگی بک (BDI-II) (بک و استر، ۱۹۹۶) بیان‌گر روایی ملاکی هم‌زمان مناسب CERQ می‌باشد.

**ب) محتوای آموزش نظم جویی فرایندی هیجان (قائندیای جهرمی، حسنی و حاتمی، منتشر نشده)**  
این راهنمای آموزشی شامل ۱۰ جلسه درمانی ۹۰ دقیقه‌ای است، که قائندیای جهرمی، حسنی و حاتمی (منتشر نشده) تهیه و اعتبار یابی نمودند.

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات آموزش نظم جویی فرایندی هیجان بای اختلال سوء مصرف مواد

جلسه	مراحل	محتوای جلسه
اول		بیان منطق و مراحل مداخله، ضرورت نظم جویی هیجان، چرا باید این مهارت را بیاموزیم؟ دیدگاه‌های درست در مورد هیجان‌ها کدامند؟ مروری بر هیجان‌های اولیه و ثانویه، همه‌ی هیجان‌ها به ما کمک می‌کنند. ارائه آموزش هیجانی:
دوم	انتخاب موقعیت	۱- هیجان نرمال و هیجان مشکل‌آفرین ۲- خودآگاهی هیجانی: (۱) آموزش و معرفی هیجان (۲) شناسایی و نام‌گذاری و برچسب زدن به احساسات (۳) تمایز میان هیجان‌ات مختلف (۴) شناسایی هیجان در حالت فیزیکی و روان‌شناختی (۵) عوامل موفقیت در تنظیم هیجان
سوم	انتخاب موقعیت	ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های هیجانی: (۱) خود-ارزیابی باهدف شناخت تجربه‌های هیجانی خود (۲) خود-ارزیابی باهدف شناسایی میزان آسیب‌پذیری هیجانی در فرد (۳) خود-ارزیابی باهدف شناسایی از راهبردهای تنظیمی فرد (۴) پیامدهای شناختی واکنش‌های هیجانی (۵) پیامدهای فیزیولوژیک واکنش‌های هیجانی (۶) پیامدهای رفتاری واکنش‌های هیجانی و رابطه این سه باهم (۷) معرفی هیجان خشم و راه‌های غلبه بر خشم
چهارم	اصلاح موقعیت	ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان: (۱) جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب (۲) آموزش راهبرد حل مسئله (۳) آموزش مهارت‌های بین فردی (گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض)
پنجم	گسترش توجه	تغییر توجه: (۱) متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی (۲) آموزش توجه
ششم	ارزیابی شناختی	تغییر ارزیابی‌های شناختی: (۱) شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی حالت‌های هیجانی (۲) آموزش راهبرد باز-ارزیابی
هفتم	تعدیل پاسخ	تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان: (۱) شناسایی میزان و نحو استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن (۲) مواجهه (۳) آموزش ابزار هیجان (۴) اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت‌کننده‌های محیطی (۵) آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس
هشتم	ارزیابی و کاربرد	ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربرد (۱) ارزیابی میزان نیل به اهداف (۲) کاربرد مهارت‌های آموخته‌شده در محیط‌های طبیعی خارج از جلسه (۳) بررسی و رفع موانع انجام تکالیف
نهم		مرور جلسات و تمرین مهارت‌های آموخته‌شده.
دهم		مرور جلسات و تمرین مهارت‌های آموخته‌شده.

## ۲-۲- روش اجرا:

دو نفر مبتلا به سوءمصرف ماده شیشه و دو نفر مبتلا به سوءمصرف ماده تریاک مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و تحت آموزش راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان و درمان دارویی به مدت ده جلسه به صورت فردی قرار گرفتند، برای کنترل فاکتورهای تهدیدکننده روایی درونی پژوهش برای آزمودنی ها تحت آموزش افراد گواه (دو نفر مبتلا به ماده محرک شیشه و دو نفر مبتلا به ماده مخدر تریاک) با روش همسازی با آزمودنی ها تحت آموزش انتخاب گردید که فقط درمان دارویی را دریافت می کردند. سپس بیماران گروه آزمایش در مراحل درمان آموزش راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان مبتنی بر مدل گروس (حسني و قانديناي جهرمي، منتشر نشده) دریافت کردند، این آموزش به وسیله روان شناس بالینی (بر طبق پروتکل درمان خلاصه شده در جدول ۱) و درمان دارویی توسط مراکز) انجام شد. تمامی بیماران گروه آزمایش و گروه کنترل ۶ دفعه (۱ بار خط پایه، ۴ بار تدبیر، ۱ بار پیگیری) مورد ارزیابی قرار گرفتند. با توجه به طرح تک، برای تجزیه و تحلیل داده ها از شاخص های اندازه اثر، کوهن، تغییرات روند و شیب برای هر بیمار استفاده شد و روند تغییرات نمرات پرسشنامه ی نظم جویی شناختی هیجان در طی جلسات بر روی نمودارها به طور جداگانه نشان داده شد.

## ۳. یافته ها

جدول ۲ خصوصیات جمعیت شناختی بیماران را نشان می دهد. همان طور که در این جدول دیده می شود، بین ویژگی های جمعیت شناختی بیماران تفاوت فاحشی دیده نمی شود.

جدول ۲: خصوصیات جمعیت شناختی بیماران مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد

ردیف	نام بیمار	سن	جنسیت	تحصیلات	مدت ابتلا	وضعیت تأهل	نوع ماده مصرفی
۱	محسن ر	۳۲	مرد	دیپلم	۱۰ سال	متأهل	تریاک
۲	ابوالفضل م	۳۰	مرد	دیپلم	۵ سال	متأهل	تریاک
۳	هادی ک	۳۵	مرد	سیکل	۳ سال	متأهل	تریاک، الان شیشه
۴	عباس م	۳۱	مرد	دوم دبیرستان	۱ سال	متأهل	همه موادی، الان شیشه
۵	محمد ق	۳۳	مرد	راهنمایی	۱۳ سال	متأهل	تریاک
۶	علیرضا ر	۲۸	مرد	دیپلم	۸ سال	متأهل	تریاک
۷	مهدی س	۳۲	مرد	فوق دیپلم	۱ سال و ۳ ماه	متأهل	قبلاً تریاک، الان شیشه
۸	مسعود ر	۳۰	مرد	راهنمایی	۱۱	مجرد	تریاک، هروین، شیشه

جدول ۳، تغییرات شدت نمرات چهار بیماری که درمان آموزش نظم جویی فرایندی هیجان و دارویی را دریافت کرده اند، در مقیاس نظم جویی شناختی هیجان (راهبردهای سازش یافته: دیدگاه گیری، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، تمرکز مجدد مثبت، پذیرش، ارزیابی مجدد مثبت (حسني و همکاران، ۱۳۸۷)) طی جلسات درمان نشان می دهد و این نمرات را با نمرات بیماران گروه درمان دارویی مقایسه می کند.

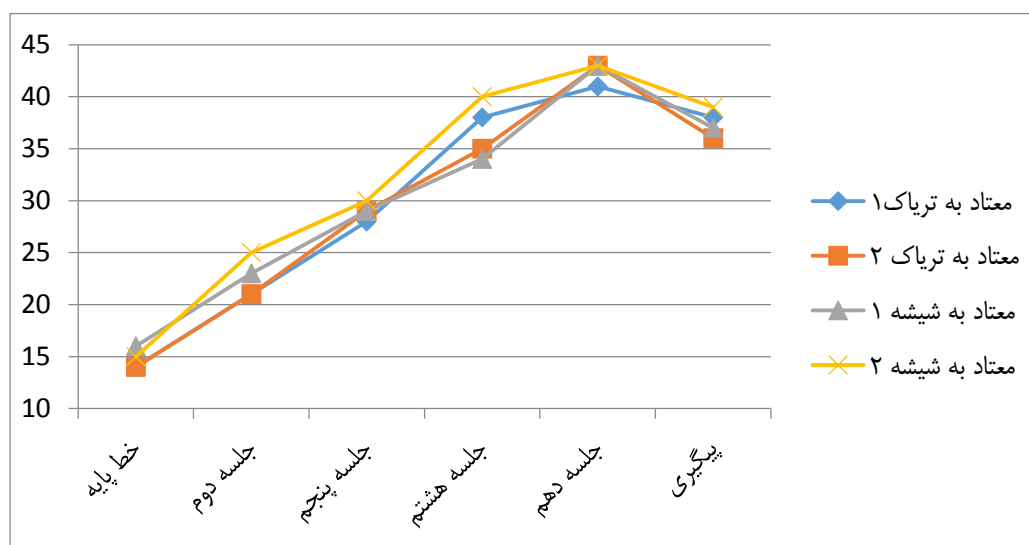
جدول ۳: شدت نمرات بیماران در مقیاس نظم جویی شناختی هیجان (راهبردهای سازگارانه)

بیمار جلسه	اول*	دوم*	سوم*	چهارم*	پنجم*	ششم*	هفتم*	هشتم*
خط پایه	۱۴	۱۴	۱۶	۱۵	۱۲	۱۲	۱۵	۱۴
دوم	۲۱	۲۱	۲۳	۲۵	۱۵	۱۷	۱۷	۱۶
پنجم	۲۸	۲۹	۲۹	۳۰	۱۷	۱۷	۱۶	۱۸
هشتم	۳۸	۳۵	۳۴	۴۰	۱۸	۱۹	۱۸	۱۸
درمان	۴۱	۴۳	۴۳	۴۳	۱۹	۲۲	۲۱	۲۱
پیگیری (یک ماه)	۳۸	۳۶	۳۷	۳۹	۲۳	۲۳	۲۲	۲۱

\*آموزش راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان = PRES و درمان دارویی = Drug

\*\*درمان دارویی = Drug

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده شد، نمره بیماران در خط پایه تفاوت چندانی باهم ندارد (افراد مصرف‌کننده تریاک باهم و افراد مبتلا به شیشه باهم) که این امر، راه را برای انجام مقایسه بین گروه‌ها هموار می‌کند. افزایش نمرات در راهبردهای سازش یافته برای بیمارانی که آموزش راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان (به همراه دارو) دریافت کرده‌اند، به مراتب بیش‌تر از بیماران گروه تحت درمان دارویی به‌تنهایی بوده است. در ضمن، هر چهار بیماری که آموزش راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان را دریافت کرده‌اند توانسته‌اند روند افزایش نمرات را تا پایان درمان حفظ کنند ولی در مرحله پیگیری نمرات اندکی نسبت به جلسه پایانی درمان کاهش یافته است. لازم به ذکر است که چهار بیمار تحت درمان دارویی، افزایش چندانی را در شدت راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان تجربه نکرده‌اند. نمودار ۱ روند افزایش نمرات چهار بیمار اول را در راهبردهای سازش یافته نظم جویی شناختی هیجان به‌طور دقیق‌تر نشان می‌دهد.



نمودار ۱: تغییرات نمرات راهبردهای سازش یافته مقابله شناختی در طی جلسات، آزمودنی‌های تحت درمان PERST

و دارویی



نمودار ۱ شامل سیر تغییر نمرات بیماران تحت آموزش راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان و تحت درمان دارویی بود که نشان از افزایش چشمگیر نمرات راهبردهای سازش یافته مقابله شناختی می‌باشد، به طوری که نمرات در طی ده جلسه‌ی آموزشی افزایش قابل توجهی نسبت به نمرات خط پایه داشتند و در مرحله پیگیری کاهش اندک نسبت به جلسه پایانی درمان داشت ولی در مرحله پیگیری نسبت به خط پایه نیز افزایش چشمگیر بوده است، در جدول ۴ شاخص‌های تغییرات روند، شیب، میزان تغییر پذیری، اندازه اثر و شاخص کوهن نمرات راهبردهای سازش یافته مقابله شناختی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تحت درمان PERST و دارویی نشان داده شده است.

جدول ۴: شاخص‌های تغییرات روند، شیب، میزان تغییر پذیری، اندازه اثر و شاخص کوهن نمرات راهبردهای سازش یافته مقابله شناختی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تحت درمان PERST و دارویی

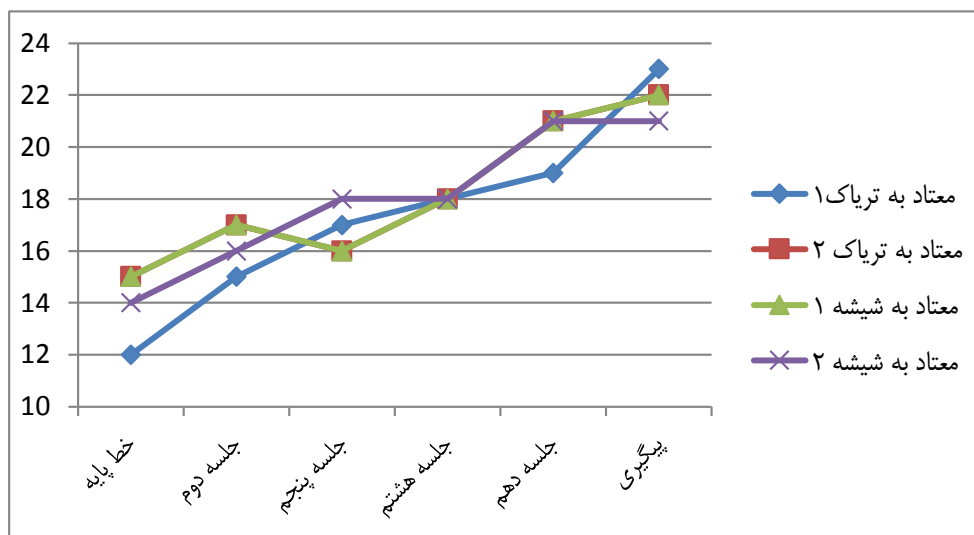
خط پایه	مداخله	انحراف استاندارد مداخله	درصد بهبودی پس از مداخله (MPI)	درصد کاهش نمرات (MPR)	اندازه اثر	شاخص کوهن	پیگیری	درصد بهبودی پس از پیگیری (MPI)	درصد کاهش نمرات (MPR)	اندازه اثر	شاخص کوهن
۱۲	۱۷/۲۵	۱/۷	-۴۳/۷۵	-۳۰/۴۳	-۰/۸۸	-۳/۷۶	۲۳	-۹۱/۶۶	-۴۷/۸۲	-۰/۹۸	-۱۱
۱۲	۱۸/۷۵	۲/۳۶	-۵۶/۲۵	-۳۶	-۰/۸۸	-۳/۷۲	۲۳	-۹۱/۶۶	-۴۷/۸۲	-۰/۹۸	-۱۱
۱۵	۱۸	۲/۱۶	-۲۰	-۱۶/۶۶	-۰/۶۶	-۱/۷۸	۲۲	-۵۸/۳۳	-۳۱/۸۱	-۰/۹۶	-۷
۱۴	۱۸/۲۵	۲/۰۶	-۳۰/۳۵	-۲۳/۲۸	-۰/۷۹	-۲/۶۲	۲۱	-۵۰	-۳۳/۳۳	-۰/۹۶	-۷

داده‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که افزایش نمرات راهبردهای سازش یافته مقابله شناختی در هر چهار بیماری که درمان آموزش راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان را دریافت کرده‌اند قابل ملاحظه بوده است. هم‌چنین، میزان اثربخشی درمان آموزش راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان بر راهبردهای سازش یافته مقابله شناختی در تمامی بیماران بالا بود. به‌علاوه، درصد کاهش نمرات نیز بیان‌گر اثربخشی درمان بود. در مقایسه با آن در جدول ۵ شاخص‌های تغییرات روند، شیب، میزان تغییر پذیری، اندازه اثر و شاخص کوهن نمرات مبتلا به سوء مصرف مواد در گروه گواه نشان داده شده است.

جدول ۵: شاخص‌های تغییرات روند، شیب، میزان تغییر پذیری، اندازه اثر و شاخص کوهن نمرات راهبردهای سازش یافته مقابله شناختی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد در گروه گواه

خط پایه	مداخله	انحراف استاندارد مداخله	درصد بهبودی پس از مداخله (MPI)	درصد کاهش نمرات (MPR)	اندازه اثر	شاخص کوهن	پیگیری	درصد بهبودی پس از پیگیری (MPI)	درصد کاهش نمرات (MPR)	اندازه اثر	شاخص کوهن
۱۴	۳۲	۹/۲	-۱۲۸/۵۷	-۵۶/۲۵	-۰/۸	-۲/۷۵	۳۸	-۱۷۱/۴۲	-۶۳/۱۵	-۰/۹۹	-۲۴
۱۴	۳۲	۹/۳	-۱۲۸/۵۷	-۵۶/۲۵	-۰/۸	-۲/۷۵	۳۶	-۱۵۷/۱۴	-۶۱/۱۱	-۰/۹۹	-۲۲
۱۶	۳۲/۲۵	۸/۴۶	-۱۰۱/۵۶	-۵۰/۳۸	-۰/۸	-۲/۷۲	۳۷	-۱۳۱/۲۵	-۵۶/۷۵	-۰/۹۹	-۲۱
۱۵	۳۴/۵	۸/۴۲	-۱۳۰	-۵۶/۵۲	-۰/۸۵	-۳/۲۳	۳۹	-۱۶۰	-۶۱/۵۳	-۰/۹۹	-۲۴

داده‌های جدول ۵ نشان می‌دهد که نمرات راهبردهای سازش یافته مقابله شناختی در هر چهار بیماری که فقط درمان دارویی دریافت کرده‌اند افزایش یافته است ولی این افزایش قابل توجه نبوده است. هم‌چنین، میزان اثربخشی درمان دارویی بر راهبردهای سازش یافته مقابله شناختی در بیماران مبتلا به سوءمصرف ماده مخدر تریاک نسبت به مصرف‌کنندگان ماده محرک شیشه بالاتر بود. نمودار ۲ سیر تغییرات نمرات راهبردهای سازش یافته مقابله شناختی بیماران تحت درمان دارویی را نشان می‌دهد.



نمودار ۲: تغییرات نمرات راهبردهای سازش یافته مقابله شناختی در طی جلسات، آزمودنی‌های تحت درمان دارویی

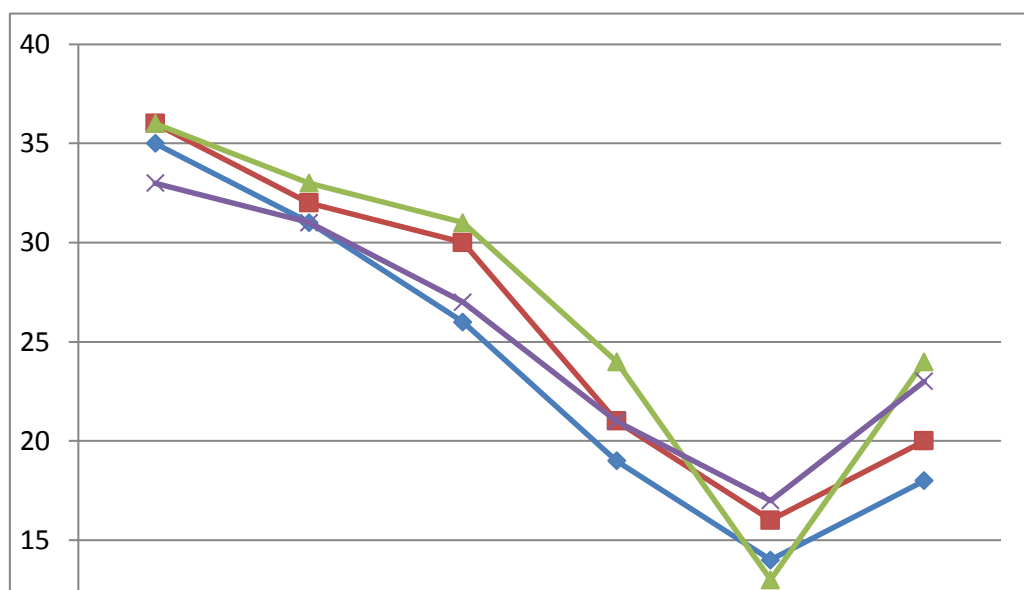
نمودار ۲ شامل سیر تغییر نمرات بیماران تحت درمان دارویی بود که نشان از افزایش اندک نمرات راهبردهای سازش یافته مقابله شناختی نسبت به گروه تحت درمان PERST و دارویی می‌باشد.

در جدول ۶، تغییرات شدت نمرات چهار بیماری که تحت درمان PERST و دارویی قرار داشتند، در مقیاس نظم جویی شناختی هیجان (راهبردهای سازش نیافته: ملامت خویش، ملامت دیگران، نشخوارگری، فاجعه سازی (حسنی و همکاران، ۱۳۸۷)) طی جلسات درمان نشان می‌دهد.

خط پایه	مداخله	انحراف استاندارد مداخله	درصد بهبودی پس از پیگیری (MPI)	درصد کاهش نمرات (MPR)	اندازه اثر	شاخص کوهن	پیگیری	درصد بهبودی پس از پیگیری (MPI)	درصد کاهش نمرات (MPR)	اندازه اثر	شاخص کوهن
۳۵	۲۲/۵	۷/۵	۳۵/۷۱	۵۵/۵۵	۰/۷۵	۲/۳۳	۱۸	۴۸/۵۷	۹۴/۴۴	۰/۹۹	۱۷
۳۶	۲۴/۷۵	۷/۵۴	۳۱/۲۵	۴۵/۴۵	۰/۷۲	۲/۰۹	۲۰	۴۴/۴۴	۸۰	۰/۹۹	۱۶
۳۶	۲۵/۲۵	۹/۰۳	۲۹/۸۶	۴۲/۵۷	۰/۶۸	۱/۸۶	۲۴	۳۳/۳۳	۵۰	۰/۹۸	۱۲
۳۳	۲۴	۶/۲۱	۲۷/۲۷	۳۷/۵	۰/۷۱	۲/۰۲	۲۳	۳۰/۳	۴۳/۴۷	۰/۹۸	۱۰

جدول ۶: شاخص‌های تغییرات روند، شیب، میزان تغییرپذیری، اندازه اثر و شاخص کوهن نمرات راهبردهای سازش نیافته مقابله شناختی در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد تحت درمان PERST و دارویی

جدول ۶ کاهش نمرات راهبردهای سازش نیافته در افراد تحت درمان PERST و دارویی را نشان می‌دهد، همچنین این کاهش نمرات در افراد مبتلا به سوء مصرف ماده مخدر تریاک بیشتر است. نمودار ۳، سیر تغییر نمرات راهبردهای سازش نیافته در افراد تحت درمان PERST و دارویی را نشان می‌دهد.



نمودار ۳: تغییرات نمرات راهبردهای سازش نیافته مقابله شناختی در طی جلسات، آزمودنی‌های تحت درمان PERST و دارویی

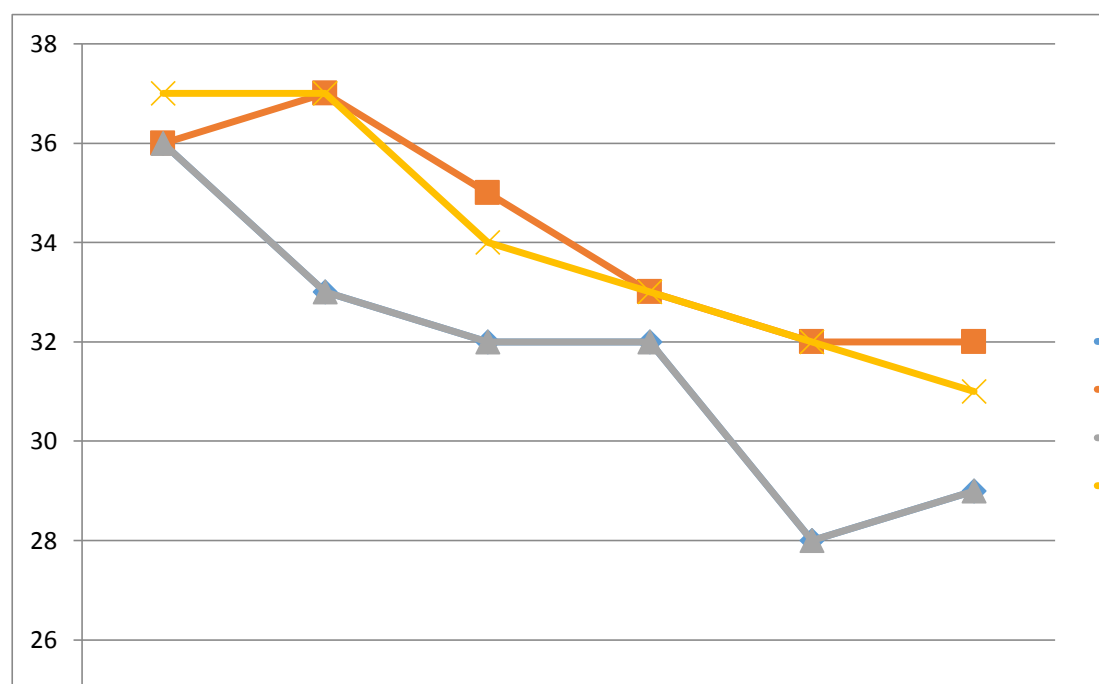
نمودار ۳ شامل سیر تغییر نمرات بیماران تحت درمان PERST و دارویی بود که نشان از کاهش قابل چشمگیری نمرات راهبردهای سازش نیافته مقابله شناختی دارد.

در جدول ۷ تغییرات شدت نمرات راهبردهای سازش نیافته مقابله شناختی در گروه گواه (تحت درمان دارویی) نشان داده شده است.

جدول ۷: شاخص‌های تغییرات روند، شیب، میزان تغییرپذیری، اندازه اثر و شاخص کوهن نمرات راهبردهای سازش نیافته مقابله شناختی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد در گروه گواه

خط پایه	مداخله	انحراف استاندارد مداخله	بهبودی پس از پیگیری (MPI)	کاهش نمرات (MPR)	اندازه اثر	شاخص کوهن	پیگیری	بهبودی پس از پیگیری (MPI)	کاهش نمرات (MPR)	اندازه اثر	شاخص کوهن
۳۶	۳۰/۲۵	۱/۸۹	۱۵/۹۷	۱۹	۰/۸۸	۳/۸	۳۲	۱۱/۱۱	۱۲/۵	۰/۸۹	۴
۳۶	۳۴/۲۵	۲/۲۱	۴/۸۶	۵/۱	۰/۴۵	۱/۰۲	۳۲	۱۱/۱۱	۱۲/۵	۰/۸۹	۴
۳۶	۳۱	۲/۲۱	۱۳/۸۸	۱۶/۱۲	۰/۸۲	۲/۹۱	۲۹	۱۹/۴۴	۲۴/۱۳	۰/۹۶	۷
۳۷	۳۴	۲/۱۶	۸/۱	۸/۸۲	۰/۶۶	۱/۷۸	۳۱	۱۶/۲۱	۱۹/۳۵	۰/۹۴	۶

همان‌طور که مشاهده شد، کاهش نمرات راهبردهای سازش نایافته مقابله شناختی در آزمودنی‌های تحت درمان دارویی نسبت به آزمودنی‌های تحت درمان PERST و دارویی بسیار اندک بود، نمودار ۴ سیر تغییر نمرات را نشان می‌دهد.



نمودار ۴: تغییرات نمرات راهبردهای سازش نایافته مقابله شناختی در طی جلسات، آزمودنی‌های تحت درمان دارویی

#### ۴. بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، ارزیابی میزان اثربخشی آموزش راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان مبتنی بر مدل گروس در مقابله شناختی بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد بود. نتایج نشان داد آموزش راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان به همراه درمان دارویی موجب افزایش نمرات راهبردهای سازش یافته مقابله شناختی در مقیاس راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان شد، به طوری که نمرات در طی ده جلسه‌ی آموزشی افزایش قابل توجهی نسبت به نمرات خط پایه داشتند. با وجود اینکه در مرحله پیگیری نسبت به جلسه آخر درمان کاهش نمرات در راهبردهای نظم جویی مشاهده شد، اما در مرحله پیگیری افزایش نمرات حتی بیش از دو و نیم برابر نسبت به خط پایه بود که با نتایج پژوهش بابایی (۱۳۹۱) همخوان بود. قانددنیای جهرمی، نوری، حسنی و فرمانی شهرضا (؟) در بررسی آموزش مهارت‌های نظم جویی فرایندی هیجان نشان دادند که آموزش گروهی نظم جویی فرایندی هیجان در راهبردهای تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون موثر بوده است. همچنین نتایج نشان داد که با وجود اینکه گروه گواه تحت درمان روان‌شناختی منظم نبوده و فقط برای مصرف دارو مراجعه کردند، افزایش نمرات در ۴ آزمودنی مشاهده شد (نمودار ۲) که این می‌تواند از تأثیر حضور فرد مبتلا به مراکز ترک اعتیاد تا تأثیر تلقین و تفکر مثبت در حال بهبودی بودن فرد که سبب افزایش استفاده از راهبردهای سازش یافته می‌شود دانست که با نتایج بابایی (۱۳۹۱) ناهمخوان بود. افزایش نمرات در گروه آزمایش با وجود آموزش نظم جویی فرایندی هیجان بیشتر مشاهده شد که می‌توان نتیجه گرفت آموزش نظم جویی فرایندی هیجان می‌تواند سرعت بهبودی فرد را افزایش دهد و به گونه‌ای فرد را بهبود بخشد که

بازگشت به رفتارهای مصرفی کم‌تر باشد.

همچنین علاوه بر این علائم بالینی بیماران گروه آزمایش در پایان جلسات مداخله‌ی آموزشی بهبود قابل‌ملاحظه‌ای داشت. به‌طوری‌که آن‌ها پس از پایان جلسات مداخله‌ی آموزشی، علایمی نظیر پرخاشگری، تحریک‌پذیری، غم و بی‌حوصلگی، اختلال در خواب و... را گزارش نکردند.

در بررسی سبب‌شناسی سوء مصرف مواد و بازگشت رفتارهای اجباری، محققان و نظریه‌پردازان مختلف، نقص در نظم جویی هیجان، تحمل پایین ناراحتی، اجتناب هیجانی، رفتار بدون تفکر و عادت، نشخوار فکری، سوگیری نسبت به نشانه‌های مواد، خودکارآمدی پایین، نقص مهارت‌های مقابله‌ای و خلاء معنوی را عنوان نموده‌اند (بلوم، ۲۰۰۵).

نظم جویی هیجان از طریق تسهیل دسترسی فرد به منابع مقابله‌ای سبب مدیریت برانگیختگی هیجان می‌شود. در این صورت میزان دسترسی‌پذیری حمایت بیرونی برای مدیریت برانگیختگی هیجان افزایش می‌یابد (تامپسون، ۱۹۹۴) که می‌تواند از علت افزایش نمرات باشد. اصطلاح نظم جویی هیجان به پدیده واحدی اشاره ندارد، بلکه این پدیده تحت عنوان مفهوم گسترده‌ای است که حوزه‌های از فرایندهای به نسبت مرتبط را شامل می‌شود (تامپسون، ۱۹۹۴) در نقطه ثقل این فرایندها، سازماندهی سیستم عصبی قرار دارد که درگیر نظم جویی برانگیختگی هیجانی از طریق فعل و انفعالات درونی و بیرونی است. در واقع فرایندهای عصبی - فیزیولوژیکی زیرساخت انگیزتی هیجانی و مدیریتی، بخشی است از آنچه که نظم جویی می‌شود؛ بنابراین بانظم جویی فرایندی هیجان استفاده از راهبردهای سازگار افزایش می‌یابد. افزایش استفاده از راهبردهای سازگارانه در افراد سبب می‌شود که علائم بالینی بیماران گروه تحت درمان آموزش راهبردهای نظم جویی در پایان جلسات مداخله‌ی آموزشی بهبود قابل‌ملاحظه‌ای یابد.

آموزش راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان به آزمودنی‌های گروه آزمایش موجب کاهش چشم‌گیر نمرات راهبردهای سازش نیافته مقابله شناختی در مقیاس راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان شد، به‌طوری‌که نمرات در طی ده جلسه‌ی آموزشی کاهش قابل‌توجهی نسبت به نمرات خط پایه داشتند (نمودار ۳). در مرحله پیگیری نسبت به جلسه آخر درمان افزایش نمرات مشاهده شد، ولی با این وجود در مرحله پیگیری کاهش چشم‌گیر نسبت به مرحله خط پایه داشت که نشان از اثربخشی و بهبودی در افراد بود. این کاهش در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی بیشتر از مبتلایان به سوء مصرف مواد محرک شیشه بود. در حالی که کاهش نمرات راهبردهای ناسازگارانه‌ی نظم جویی شناختی هیجان مربوط به گروه گواه با کاهش خیلی اندک همراه بود (نمودار ۴-۲۴). قاندهای چهرمی و همکاران (؟) نشان دادند که آموزش گروهی مهارت‌های نظم جویی فرایندی هیجان در راهبردهای ملامت خویش، نشخوار گری، فاجعه سازی و ملامت دیگران نسبت به مرحله پیش‌آزمون موثر بوده است.

به‌طور کلی یافته‌های پژوهشی متعددی بیان‌گر وجود رابطه‌ی قوی بین راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان با آسیب‌شناسی روانی است (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱؛ ۲۰۰۳؛ کریج، ون، گارنفسکی، اس چروورز، لو فو وانگ، وان، ۲۰۱۰). مدیریت هیجان‌ها به منزله‌ی فرایندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اعمال او بر عهده دارد و هرگونه اشکال و نقص در نظم جویی هیجان‌ها می‌تواند فرد را در برابر اشکال مختلف آسیب‌شناسی آسیب‌پذیر سازد (گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۳).

هیجان‌های منفی و موقعیت‌هایی که آن‌ها را رشد می‌دهند، موجب جستجوی رهایی از آن‌ها توسط افراد می‌شود. برای یک مصرف‌کننده‌ی مواد، رهایی از هیجان‌های منفی و اضطراب به‌صورت سوء مصرف مواد نمایان می‌گردد. در واقع هنگامی که

فرد برای مصرف مواد تحت فشار قرار می‌گیرد، مدیریت مؤثر هیجان‌ها خطر سوءمصرف مواد را کاهش می‌دهد. توانایی مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند (ابولقاسمی، اله قلی لو، نریمانی و زاهد، ۱۳۸۹). بدین ترتیب، انتخاب راهبرد مقابله‌ای کارآمد در ابعاد شناختی، هیجانی و رفتاری برافزایش استفاده از مقابله‌های سازگارانه علاوه بر ارتقای سلامت روان اثرگذار است (آلوی و ریسک‌اند، ۲۰۰۶). در واقع انتخاب راهبرد شناختی، هیجانی و رفتاری می‌تواند بر سلامت روان بالا یا پایین تأثیر بگذارد (گروس، ۱۹۹۹). به‌طور کلی پژوهش‌ها نشان‌دهنده‌ی این مطلب هستند که حضور راهبردهای ناسازگارانه‌ی نظم‌جویی هیجان، آسیب‌رسان‌تر از عدم حضور نسبی راهبردهای نظم‌جویی هیجان می‌باشد (آلداو و نولن‌هوکسما و اسپویزر، ۲۰۱۰).

حسینی، قائدنیای جهرمی، زارعی و فرمانی (؟) نشان دادند که افراد مبتلا به سوءمصرف مواد از راهبردهای ناسازگار در مواجهه با مشکلات زندگی و رویدادهای منفی استفاده می‌کنند و خطر بروز جنبه‌های مختلف آسیب‌شناسی در آن‌ها بالا است. گارنفسکی و کریج (۲۰۰۶) نشان دادند افرادی که از راهبردهای شناختی ضعیف مانند نشخوار گری، فاجعه سازی و ملامت خویش استفاده می‌کنند، نسبت به سایر افراد، بیشتر در برابر مشکلات هیجانی آسیب‌پذیر می‌باشند. در حالی که در افرادی که از راهبردهای مطلوب دیگر مانند ارزیابی مجدد مثبت استفاده می‌کنند، آسیب‌پذیری کمتر است. گلمن<sup>۲</sup> (۱۹۹۵) بیان کرد، هوش و نظم‌جویی هیجانی افراد سوءمصرف‌کننده مواد پایین می‌باشد. این فرض را می‌توان این‌گونه تبیین کرد هنگامی که فرد برای مصرف مواد تحت فشار قرار می‌گیرد، مدیریت ضعیف هیجان‌ها خطر سوءمصرف را افزایش می‌دهد. بالعکس، مدیریت مؤثر هیجان‌ها خطر سوءمصرف مواد را کاهش می‌دهد. توانایی مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند. همچنین افرادی که نظم‌جویی هیجانی مثبت بالایی دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند. آن‌ها فشارهای ناخواسته دیگران را درک و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد، مقاومت بیشتری نشان می‌دهند (ترینداد و جوهنسون، ۲۰۰۲). در مقابل، کسانی که تنظیم هیجانی مثبت پایینی دارند، برای مقابله با هیجان‌های منفی خود، عموماً به‌سوی مصرف مواد کشیده می‌شوند (ترینداد و همکاران، ۲۰۰۴).

روش آموزش نظم‌جویی فرایندی هیجان منجر به کاهش باثبات راهبردهای ناسازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان و افزایش باثبات راهبردهای سازگارانه افراد مبتلا به سوءمصرف مواد شدند که این یافته‌ها با نتایج پژوهش صالحی و همکاران (۱۳۹۰) همسو بود. این امر احتمالاً به دلیل تأکید روش‌های آموزشی نظم‌جویی فرایندی هیجان روی آگاهی، کنترل و اصلاح هیجان‌ات منفی حاصل از روابط بین فردی، تمرکز بر تمرینات عملی و کارگاهی و تشکیل جلسات به شکل گروهی و در نتیجه وجود تبادلات مؤثر بین فردی بوده است. همچنین نتایج با پژوهش قاسم‌زاده نساجی، پیوسته‌تر، حسینیان، موتابی و بنی‌هاشمی (۱۳۸۹) همسان بود. با توجه به اینکه آموزش نظم‌جویی فرایندی هیجان بر اساس مدل گروس سبب کاهش راهبردهای ناسازگارانه و افزایش راهبردهای سازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد گردید، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش اثربخش بوده است.

#### ۱-۴- نتیجه‌گیری کلی

تحقیقات نشان می‌دهد که اثربخشی درمان‌های نگره‌دارنده‌ی دارویی، بدون مداخله‌های روانی-اجتماعی، به علت اطاعت دارویی پایین و میزان بالای ریزش ضعیف است (بابایی، حسینی و محمدخانی، ۱۳۹۱). همان‌طور که نتایج نشان داد آموزش

1. Alloy, Riskind  
2. Golman

راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان توانست راهبردهای سازش نایافته مقابله شناختی را کاهش و راهبردهای سازش یافته را افزایش دهد.

به منظور استفاده بهتر از نتایج این پژوهش باید چند محدودیت را نیز در ذهن نگه داشت. برای کنترل متغیر جنسیت این پژوهش تنها روی مردان صورت گرفته است و در نتیجه زنان کنار گذاشته شدند. محدودیت دیگر این پژوهش به این حقیقت برمی گردد که هم درمان و هم ارزیابی توسط یک نفر انجام شد که خود این امر می تواند باعث سوگیری در تفسیر داده ها شود. محدودیت دیگر ماده ی مصرفی آزمودنی های پژوهش شامل تریاک و شیشه بود و سایر افرادی که مواد دیگری مصرف کرده اند کنار گذاشته شدند. محدودیت دیگر به کوتاه بودن دوره ی پیگیری در پژوهش حاضر برمی گردد. با توجه به مزمن بودن اختلال سوءمصرف مواد این احتمال وجود دارد که بیماران دریافت کننده ی درمان (هم دارویی و هم روان شناختی) پس از دوره پیگیری نتوانند فراگیر دستاوردهای درمانی را حفظ کنند چرا که نتایج نشان داده است بین ۲۰ تا ۹۰ درصد افراد مبتلا به سوءمصرف مواد پس از درمان بازگشت به مصرف را نشان داده است.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد گروه روانشناسی بالینی دانشگاه خوارزمی دفاع شده در تاریخ ۱۳۹۲/۱۱/۲۸ با نمره عالی (۲۰) بود. بدین وسیله از دکتر بهرامی، دکتر رضایی، آقای بهرام نژاد و آقای احمدپور و تمامی افراد همکاری کننده در مراکز ترک اعتیاد و کنگره ۶۰ که تمهیدات لازم برای انجام پژوهش حاضر را فراهم نمودند، تشکر و قدردانی می شود.

## منابع

- ابولقاسمی، عباس؛ اله قلی لو، کلثوم؛ نریمانی، محمد و زاهد، عادل. (۱۳۹۰). راهبردهای تنظیم هیجان در سوءمصرف کنندگان مواد دارای واکنش‌پذیری بالا و پایین، مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیستم، شماره ۷۷، ۱۵-۲۲.
- بابایی، زهرا؛ حسنی، جعفر و محمدخانی، شهرام. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش مهارت نظم جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک در وسوسه‌ی افراد مبتلابه سوءمصرف مواد: مطالعه‌ی تک آزمودنی. مجله روان‌شناسی بالینی، سال چهارم، شماره ۳ (پیاپی ۱۵).
- بابایی، زهرا. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش مهارت نظم جویی هیجان در وسوسه و راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان افراد در حال پرهیز از مواد افیونی: مطالعه‌ی تک آزمودنی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی.
- پاپاجورجیو، کاستاس و ولز، آدریان (۲۰۰۴). نظریه‌های جدید در اختلال افسردگی، (ترجمه‌ی زهرا یوسفی، فاطمه بهرامی و مجید برکتین، ۱۳۸۶) اصفهان: شابک.
- پورشهباز، عباس؛ شملو، سعید؛ جزایری، علیرضا و قاضی طباطبایی، محمود. (۱۳۸۴). روابط ساختاری عوامل روانشناختی خطرزا و حفاظت‌کننده مصرف مواد مخدر در نوجوانان. فصلنامه علمی تحقیق رفاه، دوره‌ی ۱۹، شماره ۴، ۴۹-۵۴.
- حسنی، جعفر؛ قائدنیای جهرمی، علی؛ زارعی، فرشاد؛ فرمانی شهرضا. (منتشر نشده). بررسی راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان و طرحواره‌های هیجانی در مردان مبتلابه سوءمصرف مواد، ترک کرده و بهنجار.
- حسنی، جعفر؛ آزاد فلاح، پرویز؛ رسول‌زاده، طباطبایی، سید کاظم و عشایری، حسن. (۱۳۸۷). بررسی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر اساس ابعاد روان‌نژندی‌گرایی و برون‌گرایی. تازه‌های علوم شناختی. دوره‌ی ۱۰، شماره ۱-۱۳.
- صالحی، اعظم. (۱۳۹۰). مقایسه‌ی اثر بخشی آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بر اساس مدل گروس و رفتار درمانی دیالکتیک، در کاهش علائم مشکلات هیجانی دانشجویان دانشگاه اصفهان. پایان‌نامه دکتری مشاوره خانواده، دانشگاه اصفهان.
- صالحی، اعظم؛ باغبان، ایران؛ بهرامی، فاطمه و احمدی، سید احمد. (۱۳۹۱). تأثیر دو روش آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل فرایند گروس و رفتار درمانی دیالکتیک، بر علائم مشکلات هیجانی. مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان، سال چهاردهم، شماره ۲.
- قاسم زاده نساجی، سوگند، پیوسته گر، مهر انگیز، حسینیان، سیمین، موتابی، فرشته، بنی‌هاشمی، سارا، (۱۳۸۹). اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری بر پاسخ‌های مقابله‌ای و راهبردهای تنظیم شناختی هیجانات زنان. مجله علوم رفتاری، دوره ۴، شماره ۱، ۳۵-۴۳.
- قائدنیای جهرمی، علی؛ نوری، ربابه؛ حسنی، جعفر و فرمانی شهرضا، شیوا. (در حال چاپ). اثربخشی آموزش گروهی راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان در مقابله‌ی شناختی افراد مبتلابه سوءمصرف مواد، فصلنامه اعتیاد پژوهشی؟
- گال، مردیت. بورگ، والتر. گال، جویس. (۱۳۹۱). روش تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روانشناسی. (ترجمه دکتر احمدرضا نصر، محمدرضا عریفی، محمود ابوالقاسمی، خسرو باقری، محمدحسین علامت ساز، محمد جعفر پاک سرشت، علی دلاور، علیرضا کیا منش، غلامرضا خوی نژاد). چاپ پنجم. نشر دانشگاه شهید بهشتی و سمت.



- مشهدی، علی؛ میردورقی، فاطمه و حسنی، جعفر. (۱۳۹۰). نقش راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در اختلال‌های درونی‌سازی کودکان. مجله روان‌شناسی بالینی. سال سوم. شماره ۳ (پیاپی ۱۱). ۲۳-۳۴.
- **Abrams, D. B. (2000).** Transdisciplinary concept and measures of craving commentary and future direction. *Addiction*, 25, 237-246.
- **Addolorato, G., Leggio, L., Abenavoli, L., & Gasbarrini, G. (2005).** Neurobiochemical and clinical aspects of craving in alcohol addiction: A review. *Addictive Behaviors*, 30, 1209-1224.
- **Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010).** Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237.
- **Beck, A. T., Steer, R.A. (1996).** Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio: Psychological Corporation.
- **Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007).** Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In: Gross JJ, Editor. *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press; p. 542-59.
- **Ehrman, R. N., Robbins, S. J., Bromwell, M. A., Lankford, M.E., Monterosso, J. R., & O'Brien, C. P. (2002).** Comparing attentional bias to smoking cues in current smokers, and non-smokers using a dot-probe task. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 185-191.
- **Franken, I. H., Kroon, L. Y., Wiers, R. W., & Jansen, A. (2000).** Selective cognitive processing of drug cues in heroin dependence. *Journal of Psychopharmacology*, 14, 395-400.
- **Garnefski, N., Van-Der-Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Lederstee, J., & Tein, E. O. (2002).** The relationship between cognitive Emotion Regulation Strategies and Emotional problems: Comparison between a Clinical Sample. *European Journal Personality*; 16, 403-420.
- **Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., & Kommer, T. (2003).** Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. *Personality and Individual Differences*; 25, 603-11.
- **Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006)** Relationship between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*; (40), 1659-1669.
- **Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001).** Negative life events, cognitive emotion regulation and emotion problems. *Personality and Individual Differences*; 30, 1311-1327.
- **Garnefski, N., & Kraaij V. (2003).** Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life events. *Journal Youth Adolescent*; 10(32), 401-8.
- **Gross, J. J. (1998).** The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review general Psychology*; 2(3), 271-299.
- **Gross, J. J. (2002).** Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiol*; (39), 191-281.
- **Gross, J. J. (2003).** Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal Personality Society Psychology*; 85(2): 348-62.
- **Gross, J. J., & John, O. (2003).** Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal Personality Society Psychology*; 85(2): 348-62.
- **Golman, D. (1995).** *Emotional Intelligence, Why it Can Matter More than IQ*. New York Bantam.
- **Hasani, J. (2010).** The psychometric properties of cognitive emotion regulation questionnaire: CERQ. *Journal Clinical Psychology*. 2 (7): 73-83. (in persian)
- **Hasani, J. (2010)** The reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Iranian Journal Clinical Psychology*. 2010; 2 (3): 73-83. (in persian)
- **Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004).** *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: a transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.

- **Le Moal, M., & Koob, G. F. (2007).** Drug Addiction: Path ways to the disease and pathophysiological perspectives. *Euroneuro psychopharmacology*, 17: 93- 377.
- **Lindsay, J., & Ciarrochi, j. (2009).** Substance abuser report being more alexithymic than others but do not show emotional processing deficits on a performance measure of alexithymia. *Addiction Research and Theory*, 17(3), 315-321.
- **Mayer, J. d., Caruso, D. R., & Salovey, (P. (2000)** Emotional Intelligence Meets Traditional Standards For An Intelligence.; 27(2), 267-298.
- **McDermott, M. J., Tull, M. T., Gratz, K. L., Daughters, S. B., & Lejuez, C. (2009).** The role of anxiety sensitivity and difficulties in emotion regulation in posttraumatic stress disorder among crack/cocaine dependent patients in residential substance abuse treatment. *Journal of anxiety disorders*, 23(5), 591-599.
- **McLellan, A.T., Chalk, M., & Bartlett, J. (2007).** Out comes , performance , and quality – what, s the difference?. *Journal substance abuse treatment*, 32, 40- 331.
- **McLellan, A.T. (2002).** Have we evaluated addiction treatment correctly? Implication from a chronic care perspective. *Addiction*, 97, 249- 252. Doi: 10, 1046/ j, 1360-0 443. 2002. 0013x
- **McLellan, A. T., McKay, J. R., Forman, R., Cacciola, J., & Kemp. J. (2005).** Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow- up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*, 100, 447- 458. Doi: 10, 1111/ j. 1360- 044302005. 01012x
- **McKay, J., Franklin, T., Patapis, N., & Lynch, K. (2006).** Conceptual,methodological, and analytical issues in the study of relapse. *Clinical Psychology Review*, 26(2), 109-127.
- **Kraaij, V., Pruyboom, E., & Garnefski, N. (2002).** Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: A longitudinal study. *Aging Mental Health*; 4(6):275-81.
- **Kraaij, V., van, E. A., Garnefski, N., Schroevers, M. J., Lo-Fo-Wong, D., & van, E. P. (2010).** Effects of a cognitive behavioral self-help program and a computerized structured writing intervention on depressed mood for HIV-infected people: a pilot randomized controlled trial. *Patient Education Counseling*; 80(2), 200-4
- **Jafari, E., Eskandari, H., Sohrabib, F., Delavarb, A., & Heshmati, R. (2010).** Effectiveness of coping skills training in relapse prevention and resiliency enhancement in people with substance dependency procedia. *Social and Behavioral Sciences*, 5, 1376–1380.
- **Parker, J. D., Taylor, R. N., Eastabrook, J. M., Schell, S.L., & Wood, L. M. (2008).** Problem Gambling In Adolescence: Relationships with Internet Misuse, Gaming Abuse And Emotional Intelligence. *Personality and Individual Differences*; 45, 174-180.
- **Rottenberg, J., & Gross, J. J. (2007).** Whenemotion goes wrong: realizing the promise of affective science. *Clinical Psychology Science Practical*; 10(2),227-32.
- **Taylor, G. J., Parker, J. D. A., & Bagby, R. M. (1990).** A preliminary investigation of alexithymia in men whit psychoactive substance dependence. *American Journal of Psychiatry*, 147:1228-1230.
- **Thompson, R. A. (1994).** Emotional regulation: A theme in search for definition. In N. A. Fox. *Emotion Regulation: Behavioral and Biological Consideration. Monographs of the Society for Research in child Developments*, 59(3), 25-52.
- **Trinidad, D. R., & Johnson, C. A. (2002).**The Association between Emotional Intelligence and Early Adolescent Tobacco and Alcohol Use. *Personality and Individual Differences*; 32(1), 95-105.
- **Trinidad, D. R, Unger, J. b., Chou, C.O., & Johnson, A. (2004).** The Protective Association of Emotional Intelligence with Psychosocial Smoking Risk Factors for Adolescent. *Personality and Individual Differences*; 36, 945-954.
- **Szasz, P. L., Szentagotai, A., & Hofmann, S. G. (2011).** The effect of emotion regulation strategies on anger. *Behaviour research and therapy*, 49(2), 114-119.
- **Watts, D. J., & Dodds, P. S. (2007).** Influentials, networks, and public opinion formation. *Journal of consumer research*, 34(4), 441-458.
- **Williams, L., & Bargh, J. (2007).** The nonconscious regulation of emotion. In: Gross JJ, Editor. *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press; 429-45.

- **Witkiewitz , K., & Marlatt, G. (2004).** Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was zeh, this is tao. *American psychologist*, 59 (4), 224- 235.
- **Witkiewitz, K., Bowen , S., Douglas, H., & Hsu, SH. H. (2013).** Mindfulness –based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behaviors*, 38, 1563–1571.
- **Yan, Y., & Nabeshima, T.( 2009).** Mouse model of relapse to the abuse of drugs: procedural considerations and characterizations. *Behavioural Brain Research*, 196, 1-10.