

The effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on distress tolerance and flourishing in methadone-treated male patients

Borzoo Amirpour*
Arash Zandi Payam**

Abstract

The current study was conducted to aim investigate effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on distress tolerance and flourishing in methadone-treated male patients in Sahneh city. The current research was quasi- experimental with perest and post-test and control group. 30 patients referring to addiction treatment clinic in the city of Sahneh select voluntarily and were assigned randomly to experimental (n = 15) or control groups (n = 15). The experimental group participated in 8 sessions of 90 minutes per week in mindfulness based cognitive therapy. Participants completed Gaher Distress Tolerance Questionnaire and Biswas-Diener Flourishing Questionnaire in two stages before and after intervention. Data were analyzed using covariance analysis and SPSS-21 software. The results indicated that mindfulness based cognitive therapy increased distress tolerance and flourishing in the experimental group compared with the control group at the post-test stage ($p < 0.001$). It seams mindfulness based cognitive therapy can be effective in improving distress tolerance and flourishing in methadone-treated male patients.

Keywords: Mindfulness based cognitive therapy, flourishing, distress tolerance, addiction

* Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

** **Corresponding Author:** Instructor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran (zandipayam.arash@gmail.com)

بررسی اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر درمان شناختی (MBCT) بر تحمل پریشانی و شکفتگی در بیماران مرد تحت درمان متادون

برزو امیرپور*

آرش زندی پیام**

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر درمان شناختی بر تحمل پریشانی و شکفتگی در بیماران مرد تحت درمان متادون شهرستان صحنه انجام شد. پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی یا پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل بود. سی داوطلب مراجعه‌کننده به کلینک ترک اعتیاد رها شهر صحنه به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (پانزده نفر) و گروه کنترل (پانزده نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش در هشت جلسه‌ی نود دقیقه‌ای در درمان ذهن آگاهی مبتنی بر درمان شناختی شرکت کردند. شرکت‌کننده‌ها پرسش‌نامه‌های تحمل پریشانی سیمونز و گاهر و شکفتگی دینر و بیسواز-دینر را در دو مرحله‌ی قبل از مداخله و بعد از مداخله تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس و نرم‌افزار SPSS-21 تحلیل شدند. نتایج نشان داد که ذهن آگاهی مبتنی بر درمان شناختی باعث افزایش تحمل پریشانی و شکفتگی ($p < 0/001$) در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون شده است. به نظر می‌رسد ذهن آگاهی مبتنی بر درمان شناختی می‌تواند در افزایش تحمل پریشانی و شکفتگی بیماران مرد تحت درمان نگهدارنده با متادون مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی: ذهن آگاهی مبتنی بر درمان شناختی، شکفتگی، تحمل پریشانی، اعتیاد

* استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

** مربی گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

مقدمه

با توجه به این که سوء مصرف مواد و شیوع آن، یکی از اصلی ترین دغدغه های دستگاه های بهداشتی و انتظامی هر جامعه به حساب می آید، سالانه هزینه های زیادی صرف درمان افراد معتاد برای مقابله با آن می شود. این پدیده، یکی از پیچیده ترین و بغرنج ترین آسیب های اجتماعی است. اعتیاد به مواد، تغییردهنده افکار، هیجان و رفتار و یکی از بارزترین آسیب های روانی اجتماعی است که به راحتی می تواند اساس زندگی فردی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی یک کشور را از بین ببرد. اعتیاد که در نامگذاری رسمی از آن به عنوان وابستگی مواد یاد می شود، عبارت است از مصرف مکرر یک دارو یا ماده ای شیمیایی با یا بدون وابستگی جسمی که بر زمینه های متعدّد عملکرد افراد تأثیر می گذارد و باعث ناتوانی چشمگیر در تعداد زیادی از مردم می شود (بلین راسنت، ماریم و اوریت^۱، ۲۰۱۳). رشد اعتیاد در کشور سالانه حدود ۸ درصد است، در حالی که جمعیت کشور سالانه حدود ۲/۶ درصد رشد می کند. بنابراین تعداد معتادان سالانه بیش از سه برابر جمعیت رشد می کند. طبق آمار رسمی اعلام شده فعلی، تعداد معتادین در کشور حدود ۲ میلیون نفر می باشد (صابری ظفرقانی، جدیدی و خلیلی^۲، ۲۰۱۵). دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل در گزارش سال ۲۰۱۶ خود اعلام کرد که در سال ۲۰۱۴ در جهان ۲۴۷ میلیون نفر اقدام به استفاده از مواد مخدر کرده اند که ۲۹ میلیون نفر از آنها وضعیت وخیمی دارند (فدوتو^۳، ۲۰۱۶). اعتیاد به مواد مخدر باعث می شود فرد زندگی را بی معنا ببیند، نسبت به آینده خود بدبین باشد و حتی احساس کند که به آخر خط رسیده است.

شکفتگی پایین در افرادی که دچار اعتیاد هستند، معمولاً باعث می شود آن ها مسائل و مشکلات زندگی را بی معنا در نظر بگیرند، خود را موجودی دست و پا بسته در مقابل حوادث روزگار ببینند و احساس کنند که به آخر خط رسیده اند. ناامیدی، بدبینی این افراد باعث می شود آن ها اعتیاد را بیماری درمان ناپذیر بدانند و تلاشی برای رهایی از آن انجام ندهند. تحقیقات نشان داده اند افراد با شکفتگی بالا در مقایسه با افراد با شکفتگی پایین، میزان مرگ و میر زودرس، وابستگی به مواد مخدر، عدم فعالیت فیزیکی پایین تری دارند. شکفتگی سازه ای در روان شناسی مثبت است که به نوع زندگی کردن توأم با خوش بینی دائمی در عملکردهای انسان اشاره دارد و به صورت

1. Belin, Belin-Rauscent, Murrym, & Everitt
2. Saberi Zafarghandi, Jadidi, & Khalili
3. Fedotov

ضمنی به نیکی، زاینده‌گی، رشد و انعطاف‌پذیری دلالت می‌کند (کیس^۱، ۲۰۱۱). یکی از عواملی که می‌تواند در درمان سوءمصرف مواد به فرد کمک بسیاری کند و ماندگاری درمان را افزایش دهد، شکفتگی است. تحقیقات نشان داده‌اند که شکفتگی با خودکفائی، رفتار اجتماعی، مشارکت فعالانه و دنبال کردن اهداف رابطه نزدیکی دارد (بیرانوند، ۱۳۹۵). بنابراین با ایجاد شکفتگی در مبتلایان به سوءمصرف مواد و به دنبال آن تشویق آن‌ها برای انتخاب اهداف مشخص در زندگی، مشارکت فعالانه، استقلال و خودمختاری می‌توان زمینه را برای دستیابی به اهداف اجتماعی بالا، انتخاب شغل مناسب، مراقبت بهداشتی از خود و رضایت بیشتر از زندگی فراهم کرد که همه‌ی این موارد احتمال عود و بازگشت دوباره به سوی مواد را کاهش می‌دهند.

در سبب‌شناسی اختلالات سوءمصرف مواد محققان نقص در تنظیم هیجان، تحمل ناراحتی پایین، رفتار بدون تفکر و نشخوار فکری را ذکر نموده‌اند (بلوم^۲، ۲۰۰۵). تحمل پریشانی که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی‌های هیجانی اشاره دارد (اکلریگ، آیرونسون و اسمیت^۳، ۲۰۰۷) و به توانایی تجربه و تحمل موقعیت‌های روان‌شناختی منفی اطلاق می‌گردد (سیمونز و گاهر^۴، ۲۰۰۵). افراد دارای تحمل پریشانی پایین هنگام قرار گرفتن در معرض فشار روانی و تنش در تنظیم و کنترل هیجان‌های خود دچار مشکل می‌گردند و به همین دلیل دنبال راهبردهای هستند که در کمترین زمان تنش را از بین ببرند و به حالت لذت فوری برسند. از جمله راهبردهای ناکارآمد در این افراد می‌توان به استفاده از رفتارهای پرخطر مانند سوءمصرف مواد الکل و سایر رفتارهای پرخطر اشاره کرد. در واقع، افراد با تحمل پریشانی پایین در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجان‌های منفی درگیر بی‌نظمی رفتاری می‌شوند و با پرداختن به برخی رفتارهای مخرب مانند مصرف مواد در صدد تسکین درد برمی‌آیند. یک راهبرد مقابله‌ای هیجان محور از قبیل مصرف الکل و سایر مواد ممکن است منجر به خلاص شدن سریع افراد از هیجان‌های منفی شود. این راهبرد، خصوصاً برای کسانی که تحمل پریشانی پایینی دارند، شیوه‌ای مناسب محسوب می‌شود (برون، بلوم، مویترا، هرمن و استین^۵، ۲۰۱۴). یافته‌های پژوهش برون و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد که تحمل پریشانی پایین یکی از ویژگی‌های روان‌شناختی افراد مبتلا به سوءمصرف مواد می‌باشد. پاترا،

1. Keyes
2. Blume
3. O' Cleirigh, Ironson, & Smits
4. Simons & Gaher
5. Brown, Bloom, Hecht, Moitra, Herman, & Stein

وجانویچ، مارشال-برنز، برن اشتاین و بون-میلر^۱ (۲۰۱۱) نشان دادند که تحمل پریشانی، واسطه‌ای در رابطه بین شدت علائم فشارروانی بعد از حادثه و استفاده از ماری‌جوانا به‌عنوان یک روش مقابله‌ای است. پور مودت، علیزاده، زارعی و شیخ محسنی (۱۳۹۶) نشان دادند که معتادان به مواد مخدر در تحمل پریشانی هیجانی و برآورد ذهنی پریشانی نسبت به دیگران مشکلات بیشتری دارند و میزان تحمل آن‌ها کمتر می‌باشد.

با توجه به اهمیت مساله‌ی سوء مصرف مواد، دولت شیوه‌هایی را برای درمان یا کاهش آسیب‌های این اختلال در نظر گرفته است که یکی از این راهکارها، درمان نگهدارنده با متادون است. این درمان، یکی از اقدامات پر اهمیت و کلیدی در راستای کاهش آسیب معتادین به شمار می‌رود و امکان استفاده از مواد تزریقی غیرقانونی را به شدت کاهش می‌دهد (الکادر، برنزد، دان، سلبای و اسپرول^۲، ۲۰۰۹). با وجود این‌که درمان‌های نگهدارنده دارویی از جمله مهم‌ترین و کلیدی‌ترین درمان‌ها برای اعتیاد به مواد مخدر است، بدون اقدامات تکمیلی و مداخله‌های روانی اجتماعی اثربخشی ضعیفی دارند (روزنبرگ^۳، ۲۰۰۹). بهترین نتایج درمانی زمانی حاصل می‌گردد که درمان‌های دارویی با مداخلات روان‌شناختی و اجتماعی ترکیب گردند. در درمان وابستگی به مواد، درمان‌های غیردارویی اهمیت بسیار بالایی در حفظ دستاوردهای درمان دارویی دارند (ویتکیویتز و بون^۴، ۲۰۱۰). در واقع، در طول دوره‌ی درمان انجام مداخلات روان‌شناختی و اجتماعی و حمایتی از قبیل مشاوره، روان‌درمانی، رفتار درمانی، گروه درمانی، خانواده درمانی، بازتوانی و حرفه‌آموزی می‌تواند به موفقیت بیشتر مراجعان در پرهیز از مصرف مواد منجر شود (لطفی کاشانی، مجتبایی و علی مهدی، ۱۳۹۲).

با توجه به پیچیده بودن اعتیاد و تاثیر عوامل مختلفی چون؛ محیط خانوادگی و سیستم حمایتی فرد وابسته، بستر و محیط پدیدآیی اعتیاد، ویژگی‌های شخصیتی فرد وابسته، تنها درمان دارویی نمی‌تواند همه‌ی مشکلات فرد وابسته را حل کند. در واقع در کنار درمان دارویی، استفاده از درمان‌های روان‌شناختی برای تسریع در روند درمان، جلوگیری از عود، افزایش ماندگاری درمان می‌تواند مفید باشد (ویتکیویتز و بون، ۲۰۱۰؛ لطفی کاشانی و همکاران، ۱۳۹۲). تاکنون روش‌های درمانی متعددی برای مبتلایان به اعتیاد مورد استفاده قرار گرفته است. از جمله می‌توان به درمان چند

1. Pottera, Vujanovic, Marshall-Berenz, Bernstein, & Bonn-Miller
2. Elkader, Brands, Dunn, Selby, & Sproule
3. Rosenberg
4. Witkiewitz & Bowen

سیستمی، درمان شناختی-رفتاری برای پیشگیری از خودکشی، درمان فن‌محور، ارتباط حمایتی، رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان فراشناختی اشاره نمود (تیموری، رضانی و محجوب، ۱۳۹۴). در سال‌های اخیر الگوهای جدیدی همانند رویکرد ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی شکل گرفته‌اند و تحول بزرگی در درمان این مشکلات ایجاد کرده‌اند (هسو، گروه و مارلات، ۲۰۰۸). ذهن آگاهی به حالت پردازش کنترل‌شده هشیارانه و تلاش‌گرایانه اطلاق می‌شود، حالتی که نقطه‌ی مقابل بی‌توجهی است. ذهن آگاهی شامل دو مؤلفه‌ی اصلی است: اولین مؤلفه کنترل توجه به گونه‌ای که توجه بر تجربه‌ی فوری و بی‌درنگ متمرکز شود و در نتیجه امکان بازشناسی رویدادهای ذهنی جاری افزایش یابد و دومین مؤلفه، اتخاذ جهت‌گیری کنجکاوی، گشودگی و پذیرش نسبت به تجربه‌های جاری است (اسماعیلیان، طهماسبیان، دهقانی و موتابی، ۱۳۹۲). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، مفهوم ذهن آگاهی را با اصول نظریه شناختی-رفتاری درهم می‌آمیزد. این رویکرد عناصری از درمان شناختی را در برمی‌گیرد که باعث جدا شدن دیدگاه فرد از افکارش می‌گردند، مثلاً، اظهاراتی چون "افکار واقعیت نیستند"، "من افکارم نیست". ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی، بر مهارت‌های پیشگیری از عود شناختی رفتاری (مثلاً شناسایی کردن موقعیت‌های پرخطر و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای) و مراقبه ذهن آگاهانه محوریت پیدا کرده است. تمرین‌های ذهن آگاهی به دنبال افزایش پذیرش و آگاهی متمایز از طریق تمرکز خاص بر ناراحتی‌های جسمی و هیجانی است (ویتکیویتز، بوون، داگلاس^۲ و هسو، ۲۰۱۳). تحقیقات مختلفی اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی را بر شکفتگی و تحمل پریشانی نشان داده‌اند. به‌عنوان مثال بولمیجر، رامر و فلدروس^۳ (۲۰۱۵) بیان کردند که ذهن آگاهی علاوه بر این که در سلامت عمومی تأثیر دارد، می‌تواند شکفتگی و کیفیت زندگی را بهبود بخشد. میراویسی و احمدیان (۱۳۹۴) نشان دادند که ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی در افزایش شادکامی و امیدواری زنان مطلقه مؤثر است. بروئر^۴ و همکاران (۲۰۰۹) به اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر کنترل فشارروانی و تحمل پریشانی هیجانی در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد اشاره کردند. صفا، قاسم‌پروجرودی، کرملو و مسجدی (۱۳۹۳) نشان دادند که ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی تأثیر قابل توجهی بر مؤلفه‌های تحمل پریشانی دارد. بنابراین، پژوهش حاضر به دنبال بررسی این سؤال بود که آیا ذهن آگاهی مبتنی بر

1. Hsu, Grow, & Marlatt
2. Douglas
3. Bohlmeijer, Lamers, & Fledderus
4. Brewer and et al

شناخت درمانی بر تحمل پریشانی و شکفتگی در مبتلایان به سوء مصرف مواد تأثیر دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش در یک طرح نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام گرفت. جامعه‌ی این پژوهش شامل کلیه بیماران کلینیک ترک اعتیاد رها شهرستان صحنه بود. سی بیمار با حداقل یک سال تحت درمان نگهدارنده با متادون و براساس ملاک‌های ورود به پژوهش (نمره‌ی پایین در پرسش‌نامه‌های تحمل پریشانی و شکفتگی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و آگاهی از اهداف پژوهش به صورت داوطلب انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در هشت جلسه نود دقیقه‌ای، آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی را دریافت نمودند و شرکت‌کنندگان گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. شرکت‌کننده‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای وابسته مورد سنجش قرار گرفتند.

ابزار اندازه‌گیری

پرسش‌نامه شکفتگی: این پرسش‌نامه توسط دینر و بیسواز-دینر^۱ (۲۰۰۸) تهیه شده و هشت ماده دارد. ماده‌های پرسش‌نامه بر اساس یک طیف هفت درجه‌ای لیکرت مرتب شده است. حداقل و حداکثر نمره این ابزار به ترتیب ۸ و ۵۶، است و نمره‌ی بالاتر بیانگر میزان شکفتگی بالاتر است. دینر و بیسواز-دینر (۲۰۰۸) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ و بازآمایی به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۱ و مرادی سیاه افشاری، قاسمی و قمرانی (۱۳۹۴) ۰/۸۲ و ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند.

مقیاس تحمل پریشانی: این مقیاس که توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) تهیه شده و ماده‌های این مقیاس، تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجان‌های منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم‌کننده برای تحمل پریشانی ارزیابی می‌کنند و ۱۵ ماده و چهار خرده‌مقیاس تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌های منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش پریشانی، دارد. ماده‌های این مقیاس برحسب یک طیف پنج رتبه‌ای لیکرت مرتب شده‌اند و نمره‌های بالا در این مقیاس نشان‌دهنده‌ی تحمل پریشانی بالا

1. Diener & Biswas-Diener

است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۲؛ علوی (۱۳۸۸) ۰/۷۱ و در خرده‌مقیاس از ۰/۴۲ تا ۰/۵۸ و شمس، عزیزی و میرزائی (۱۳۸۹) ضرایب آلفای کرونباخ و بازآزمایی این ابزار را به ترتیب ۰/۶۷ و ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند.

جدول ۱

خلاصه‌ی جلسات درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی (سگال، ویلیام و تیسدال، ۲۰۰۲)

جلسات	توضیحات
اول	معارفه، آشنایی با قوانین گروه، مرور درمان و اهداف این برنامه، تمرین خوردن یک کشمش همراه با ذهن آگاهی، آموزش و تمرین مراقبه‌ی واریسی بدن
دوم	بررسی تکالیف جلسه‌ی قبل و موانع اجرای آن، ارائه‌ی توضیحاتی جهت غلبه بر موانع، تمرین مراقبه واریسی بدن و تنفس همراه با ذهن آگاهی و تفکر در مورد تمرینات
سوم	انجام حرکات جسمی همراه با ذهن آگاهی
چهارم	ماندن در زمان حال
پنجم	پذیرش و اجازه دادن با مراقبه‌ی نشسته
ششم	مراقبه‌ی نشسته، هشیاری نسبت به تجارب روزانه و کار و جلوگیری از عود شخصی
هفتم	تهیه فهرستی از فعالیت‌های مطلوب روزانه و فعالیت‌های که احساس ناخوشایند به فرد می‌دهد، تمرین تنفس سه دقیقه‌ای به علاوه طرح یک مشکل طی تمرین و کشف تأثیر آن روی ذهن و بدن
هشتم	مرور آنچه در جلسات درمان فرا گرفته شده

روند اجرای پژوهش

جهت انجام پژوهش پس از اخذ مجوز و تأییدیه شروع کار و هماهنگی با مسؤول فنی کلینیک رها، شرکت کنندگان گروه آزمایش در هشت جلسه نود دقیقه‌ای، آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی را دریافت نمودند و شرکت کنندگان گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. شرکت‌کننده‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از لحاظ متغیرهای وابسته مورد سنجش قرار گرفتند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌ها به روش آماری تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-21 تحلیل شدند.

یافته‌ها

جدول ۲

میانگین و انحراف معیار نمره‌های متغیرهای شکفتگی و تحمل پریشانی در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
شکفتگی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۷/۲۳	۳/۱۷
		کنترل	۱۴/۲۲	۱/۹۲
	پس‌آزمون	آزمایش	۴۱/۹۳	۲/۴۱
		کنترل	۱۳/۶۲	۱/۸۲
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۳/۳۱	۴/۵۲
		کنترل	۲۸/۴۵	۴/۱۲
	پس‌آزمون	آزمایش	۴۰/۲۱	۳/۸۱
		کنترل	۲۸/۵۱	۴/۲۵

نتایج نشان می‌دهد که در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، میانگین‌های نمره‌های متغیرهای شکفتگی و تحمل پریشانی در مرحله‌ی پس‌آزمون نسبت به مرحله‌ی پیش‌آزمون

افزایش یافته است.

جدول ۳

نتایج آزمون فرض همگنی شیب‌های خط رگرسیون متغیرهای پژوهش

مرحله		منبع تغییرات	متغیر
پیش‌آزمون - پس‌آزمون			
p	F		
۰/۰۹۵	۴/۲۱	گروه × پیش‌آزمون	تحمل پریشانی
۰/۰۸۱	۴/۶۱		شکفتگی

برای بررسی پیش فرض‌های نرمال بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس متغیرها از آزمون کلموگروف اسمیرنوف و آزمون لون استفاده گردید. نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف نشان می‌دهد که دو متغیر از توزیع نرمال برخوردارند. نتایج آزمون همگنی واریانس‌های لون نشان داد که واریانس متغیرهای مورد مطالعه در بین دو گروه با یکدیگر تفاوت ندارند. آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون نیز نشان داد که بین کواریت‌ها (پیش‌آزمون‌ها) و گروه‌ها تعامل دیده نمی‌شود (جدول ۳).

جدول ۴

نتایج تحلیل کواریانس گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای شکفتگی و تحمل پریشانی

p	اندازه توان اثر آماری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییر		متغیر
						خطا	گروه	
$p < ۰/۰۰۱$	۱	۱۶۷/۵۱	۴۸۱۳/۳۳	۱	۴۸۱۳/۳۳	خطا	گروه	شکفتگی
			۲۸/۷۳	۲۸	۸۰۴/۵۳	خطا		
			۴۷/۳۳	۳۰	۱۴۲۲۰	کل		
$p < ۰/۰۰۱$	۱	۶۲/۷۶	۲۴۶۵/۳۳	۱	۲۴۶۵/۳۳	خطا	گروه	تحمل پریشانی
			۳۹۲/۸۱	۲۸	۱۰۹۹۸/۶۶	خطا		
			۲۵۵۷/۴	۳۰	۷۶۷۲۲	کل		

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که پس از کنترل پیش‌آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای تحمل پریشانی هیجانی ($F = 62/76, p < 0/001$) و شکفتگی ($F = 167/51, p < 0/001$) تفاوت معنی‌دار وجود دارد؛ یعنی، میانگین نمره‌های گروه آزمایش در پس‌آزمون در این دو متغیر به‌طور معنی‌داری بالاتر از گروه کنترل است (به جدول ۲ مراجعه کنید).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر شکفتگی و تحمل پریشانی معتادان مرد تحت درمان با متادون انجام گردید و نتایج نشان داد که ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی باعث افزایش شکفتگی شرکت‌کنندگان در جلسات درمان شده است که با نتایج پژوهش‌های بولمیجر و همکاران (۲۰۱۵)، تیلور، استراوس، کاواناق و جونز^۱ (۲۰۱۴)، فیت، ویتمن، جوز، ماک، وان‌هیرشاسن و اسچ^۲ (۲۰۱۳) و ولیدی پاک، خالدی و معینی منش (۱۳۹۳) همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت مراقبه‌ی ذهن آگاهی باعث فعال شدن ناحیه‌ای از مغز شده که ایجاد عواطف مثبت و اثرهای سودمند در کارکرد ایمن‌سازی بدن را پدید می‌آورد (داویدسون^۳ و همکاران، ۲۰۰۳). این فرآیند به افراد اجازه می‌دهد که در زمان حال حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت‌کننده‌اند، دریافت کنند. وقتی فرد نسبت به زمان حال آگاه باشد، دیگر توجه وی روی گذشته یا آینده درگیر نیست، درحالی‌که بیشتر مشکلات روانی ناشی از تمرکز بر گذشته است (کابات زین^۴، ۲۰۰۲). ذهن آگاهی بر اساس آموزش یکسری تکالیف به‌صورت هشیار و خودآگاه است. هر تمرین به‌طور هدفمند و آگاهانه می‌تواند ظرفیت و توانایی نظام پردازش اطلاعات را افزایش دهد. تمرین‌های ذهن آگاهی می‌توانند به‌عنوان یک نظام هشدار اولیه مانع شروع یک انفجار یا سیل قریب‌الوقوع شود. آموزش ذهن آگاهی مستلزم یادگیری فراشناختی و راهبردهای رفتاری جدید برای متمرکز شدن روی توجه، جلوگیری از نشخوارهای فکری و گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده است. هم‌چنین باعث گسترش افکار

1. Taylor, Strauss, Cavanagh, & Jones
2. Feicht, Wittmann, Jose, Mock, Von Hirschhausen, & Esch
3. Davidson
4. Kabat-zinn

جدید و کاهش هیجانات ناخوشایند می‌شود (کاریگ‌هدا^۱، ۲۰۰۳). در این روش هدف فقط کاهش فشار روانی نبود، بلکه هدف به زبان ساده‌تر «حضور در لحظه» است. به این طریق می‌توان به ذهن آگاهی در قالب دو فرآیند حساس شدن و حساس‌زدایی نگریست. در واقع، ذهن آگاهی به واسطه‌ی کاهش اجتناب در افراد نسبت به جنبه‌های آزاردهنده عاطفی منفی حساسیت‌زدائی کرده و از طریق توجه به ارتباط بین حالت هیجانی و تجربه پاسخ‌های خودکار در افراد حساسیت ایجاد می‌کند. ماهیت حساسیت‌زدایی ذهن آگاهی انعطاف‌پذیری ذهنی فرد را بالا می‌برد و به افراد این امکان را می‌دهد که پاسخ‌های هیجانی و رفتاری خویش را افزایش دهند، بنابراین مهارت‌های مقابله‌ای را ارتقا بخشیده و به هیجان‌ها و نگرش‌های منفی «مجوز خروج» از ذهن می‌دهد. در واقع، تعداد بسیاری از پژوهش‌گران به این نتیجه رسیده‌اند که ذهن آگاهی در به وجود آمدن حس آرامش‌بخشی، امیدواری و بالا بردن قابلیت‌ها در مواجهه با فشار روانی، اعتماد به نفس و کنترل درونی بیشتر تأثیرگذار است (کابات زین، ۲۰۰۲).

در پژوهش حاضر، تأکید بر عامل حضور در لحظه بودن و حضور در زمان حال به دور از گذشته و آسیب‌های که از طریق خاطرات گذشته و نشخوارهای فکری که به فرد می‌رسد و تأکید بر عامل بدون داوری و بدون قضاوت بودن و هدفمند بودن که از عامل‌های دیگر آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر درمان شناختی بود و همچنین مدیتیشن، مراقبه و آرمیدگی ذهنی که در جلسات درمان اجرا شد، تا حدّ زیادی به امیدواری و خوشبین‌بودن بیماران کمک کرد و به نوعی میزان شکفتگی را در آن‌ها افزایش داد. از طرف دیگر، این درمان از طریق ایجاد افکار مثبت و دفع افکار و هیجانات منفی تأثیر عمده‌ای در سلامت روان و حتی سلامت جسمی بیماران داشت. بسیاری از بیماران در پایان درمان بیان کردند که دیدشان نسبت به زندگی تغییر کرده، هدف‌شان را به صورت یک چیز دست‌یافتی تصور می‌کنند و امید به زندگی در آن‌ها افزایش یافته است. همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی در افزایش تحمل پریشانی شرکت‌کنندگان در جلسات درمان مؤثر است، که با یافته پژوهش‌های هویس^۲ (۲۰۰۶)، بروئر و همکاران (۲۰۰۹) و صفا و همکاران (۱۳۹۳) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، افراد مبتلا به سوءمصرف مواد تحمل پریشانی پایینی

1. Carighead
2. Hoppes

دارند و دیدگاهی منفی نسبت به هیجانات دارند و وجود آن را نمی‌پذیرند. از مهارت‌های تنظیم هیجان، توانایی آگاه شدن از هیجانات و تفسیر درست احساسات بدنی مربوط به آن‌هاست. مواجهه با هیجان منفی به جای اجتناب از آن در شرایط پریشانی از اهداف مهم ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی است. در روش‌های مبتنی بر ذهن آگاهی با به کارگیری تکنیک‌های مراقبه‌ای، مانند ذهن آگاه شدن تنفس و افزایش آگاهی از موقعیت جهت کنار آمدن و بقا در زمان بحران استفاده می‌کند و باعث می‌شود فرد در بلندمدت و کوتاه‌مدت درد جسمی و عاطفی خود را تحمل کند. آموزش مهارت ذهن آگاهی برای تشخیص این نکته است که هر اتفاقی در زمان حال روی می‌دهد و این باعث می‌شود بیماران در زمان حال حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت‌کننده هستند، دریافت کنند. این مطلب گویای این مهم است که فرد با آموزش تکنیک‌های ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی یک سازه فرا هیجانی به نام تحمل پریشانی را در خود افزایش می‌دهد. بدین ترتیب که نسبت به آن جلب توجه می‌کند، آن را ارزیابی می‌کند و وقتی نمی‌تواند شرایط را تغییر دهد آن را پذیرفته و تحمل می‌کند و هیجانات به ویژه نیروی حاصل از تمایلات عمل در جهت اجتناب یا تضعیف فوری تجربه را تنظیم می‌کند و دچار از هم گسیختگی عملکرد نمی‌شود (بروئر و همکاران، ۲۰۰۹). تحمل پریشانی توانایی فرد برای مقاومت و تجربه حالت روانی منفی است. افرادی که تحمل کمی دارند، پریشانی را به عنوان یک ساختار غیرقابل تحمل توصیف می‌کنند. این افراد می‌توانند با استفاده از تکنیک بارش به مشاهده درون خود بپردازند و بعد روی تجربه درونی با پذیرش متمرکز شوند. این تکنیک یک روش ذهن آگاهانه برای کار با هیجانات شدید و مشکل است که به یافتن پناهگاهی درست در هنگام بروز پریشانی می‌پردازد. هم‌چنین فرد می‌تواند با استفاده از تکنیک مدیریت خشم، ذهن آگاهانه و یا تعامل غیرتهاجمی به کنترل خشم و رهایی از درد بپردازد (هوپز، ۲۰۰۶).

به هر حال می‌توان گفت آموزش تکنیک‌های ذهن آگاهی فرد مبتلا به سوء مصرف مواد را ترغیب می‌کند در هنگام قرار گرفتن در معرض فشارروانی و تنش، به جای استفاده از راهبردهای که باعث می‌شود در کمترین زمان این احساس تنش را از بین ببرد و شخص به حالت لذت فوری برسد، بدون این‌که تلاشی در جهت هر نوع تغییری داشته باشند، صرفاً تجارب هیجانی خود را مشاهده کرده و آن را بپذیرند. احتمالاً مواجهه با هیجانات منفی مثل

استرس و تنش از این طریق می‌تواند باعث کاهش تکانش‌وری به فشار روانی شود. در این راستا فرد تشویق می‌شود تا هیجانان خود را به‌عنوان رویدادهای گذرا ببیند که مستلزم بروز رفتارها و واکنش‌های ناسازگار نیست و این دید تعمیم‌یافته نسبت به هیجانان، به پیشگیری از تجربه مجدد واکنش‌های هیجانی نیز کمک خواهد کرد. هم‌چنین استفاده از فنون آرامسازی عضلانی، تنفس عمیق در هنگام مواجهه با استرس باعث کاهش خشم، اضطراب و در نتیجه کاهش علائم برانگیختگی می‌گردد و بدین ترتیب تحمل پریشانی را در افراد بهبود می‌بخشد. به‌طورکلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی توانست به‌طور معنی‌داری باعث افزایش شکفتگی و تحمل پریشانی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل گردد. استقبال قابل توجه مراجعان از این شیوه درمانی، قابل تأمل است. از محدودیت‌های پژوهش حاضر تصادفی نبودن نمونه‌ی مورد پژوهش است که امکان تعمیم نتایج را دشوار می‌کند. پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر روی گروه‌های بزرگتر و انتخاب تصادفی نمونه صورت گیرد.

سپاس‌گزاری

در پایان از مسؤل فنی و کلیه پرسنل محترم کلینیک‌های صحنه و هم‌چنین همه بیماران عزیز شرکت‌کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود. این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی با عنوان اثر بخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر تحمل پریشانی و شکفتگی معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون شهرستان صحنه که در کمیته‌ی اخلاق دانشگاه پیام‌نور مرکز کرمانشاه با کد ۶۸۴۲۴ به ثبت رسیده است. بنابر اظهار نویسنده مسؤل مقاله، تعارض منافع و حمایت مالی از پژوهش وجود نداشته است.

منابع

فارسی

اسماعیلیان نسرین؛ طهماسبیان، کارینه؛ دهقانی، محسن و موتابی، فرشته. (۱۳۹۲). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانه‌های افسردگی و پذیرش کودکان دارای والدین

مطلقه. روان‌شناسی بالینی، ۵(۳)، ۴۷-۵۷.

بیرانوند، کبری. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش معنادرمانی بر بی‌حوصلگی، درگیری تحصیلی و شکفتگی در دانش‌آموزان دختر پایه دوم دوره متوسطه دوم شهر خرم‌آباد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه لرستان.

پورمودت، خاتون؛ علیزاده، داود؛ زارعی، راضیه و شیخ محسنی، اسماعیل. (۱۳۹۶). مقایسه تحمل پریشانی در معتادان به مواد مخدر و افراد غیرمعتاد. سومین همایش بین‌المللی افق‌های نوین در علوم تربیتی، روان‌شناسی و آسیب‌های اجتماعی، تهران.

تیموری، سعید؛ رضانی، فرزانه و محبوب، نجمه. (۱۳۹۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی زنان در حال ترک با متادون. فصلنامه‌ی اعتیاد پژوهی، ۹(۳۴)، ۱۵۹-۱۴۵.

شمس، جمال؛ عزیزی، علیرضا و میرزایی، آزاده. (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانش‌جویان به سیگار. مجله‌ی تحقیقات نظام سلامت حکیم، ۱۳(۱)، ۱۱-۱۸.

علوی، خدیجه. (۱۳۸۸). اثربخشی رفتار سازمانی دیالکتیکی گروهی در کاهش نشانه‌های افسردگی دانش‌جویان مشهد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد.

صفا، میترا؛ قاسم‌پروجردی، فاطمه؛ کرملو، سمیرا و مسجدی، محمدرضا. (۱۳۹۳). اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر تحمل پریشانی و نگرش‌های ناکارآمد در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن ریوی. فصلنامه‌ی پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۲۰، ۷۴-۸۲.

لطفی کاشانی، فرح؛ مجتبایی، مینا و علی مهدی، منصور. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی درمان‌شناختی رفتاری، متادون درمانی و روش ترکیبی بر بهبود افسردگی معتادان تحت درمان. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۵۴(۱۴)، ۱۸-۲۵.

مرادی سیاه افشاری، محبوبه؛ قاسمی، ندا و قمرانی، امیر. (۱۳۹۴). روایی و پایایی مقیاس شکفتگی و تعیین رابطه شکفتگی با پیشرفت تحصیلی در دانش‌جویان دانشکده پزشکی. مجله‌ی ایرانی آموزش در علوم پزشکی، ۱۵، ۳۳۷-۳۳۰.

میرآویسی، سحر و احمدیان، حمزه. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر درمان شناختی (MBCT) بر افزایش شادکامی و امیدواری زنان مطلقه. اولین کنگره‌ی سراسری موج سوم درمان‌های رفتاری، کاشان.

ولیدی پاک، آذر؛ خالدی، شادیه و معینی‌منش، کیومرث. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر افزایش خوش‌بینی در زنان باردار دیابتی. *روان‌شناسی سلامت*، ۱۴(۲)، ۷۸-۶۲.

لاتین

- Belin, D., Belin-Rauscent, A., Murrwym, J. E., & Everitt, B. J. (2013). Addiction: Failure of control over maladaptive incentive habits. *Current Opinion in Neurobiology*, 23(4), 564-572.
- Blume, A. W. (2005). Treating drug problems. In R. H. Coombs & W. A. Howatt, (Eds.), *Treating addictions series*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Bohlmeijer, E. T., Lamers, S. M., & Fledderus, M. (2015). Flourishing in people with depressive symptomatology increases with acceptance and commitment therapy: Post-hoc analyses of a randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 65, 101-106.
- Brewer, J. A., Sinha, R., Chen, J. A., Michalsen, R. N., Babuscio, T. A., Nich, C., Rounsaville, B. J. (2009). Mindfulness training and stress reactivity in substance abuse. *Substance Abuse*, 30(4), 306-317.
- Brown, R. A., Bloom, E. L., Hecht, J., Moitra, E., Herman, D. S., & Stein, M. D. (2014). A pilot study of a distress tolerance treatment for opiate dependent patients initiating buprenorphine: Rationale, methodology, and outcomes. *Behavior Modification*, 38(5), 730-759.
- Carighead, W. E. (2003). *Behavioral & cognitive behavioral psychotherapy*. In G. Stricker, T. A. Widiger, & I. B. Weiner (Eds.), *Handbook of psychology clinical psychology* (vol. 8). NJ: June Wiley & Sons.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., & Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570.
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2008). *Happiness: Unlocking the mysteries of psychological wealth*. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Elkader, A. K., Brands, B., Dunn, E., Selby, P., & Sproule, B.A. (2009). Major depressive disorder and patient satisfaction in relation to methadone pharmacokinetics and Pharmacodynamics in stabilized methadone maintenance patients. *Journal Clinical Psychopharmacological*, 29, 77-81.

- Fedotov, Y (2016). *World drug report 2016 by united nation office on drug and crime*. New York: United Nations Publication.
- Feicht, T., Wittmann, M., Jose, G., Mock, A., Von Hirschhausen, E., & Esch, T. (2013). Evaluation of a seven-week web-based happiness training to improve psychological well-being, reduce stress, and enhance mindfulness and flourishing: A randomized controlled occupational health study. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2013*, 1-15.
- Hoppes, K. (2006). The application of mindfulness-based cognitive interventions in the treatment of co-occurring addictive and mood disorders. *Journal of CNS Spectrums, 11*(11), 829-851.
- Hsu, S. H., Grow, J., & Marlatt, G. A. (2008). Mindfulness and addiction. *Recent Developments in Alcoholism, 18*, 229-250.
- Kabat-zinn, J. (2002). Mindfulness based interventions in context: Past, present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 144-156.
- Keyes, C. L. (2011). Toward a science of mental health. In S. J., Lopez, C. R., Snyder. (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (pp. 561-568). London, UK: Oxford University Press.
- O'Cleirigh, C., Ironson, G., & Smits, J.A. (2007). Does distress tolerance moderate the impact of major life events on psychosocial variables and behaviors important in the management of HIV?. *Behavior Therapy, 38*(3), 314-323.
- Pottera, C. M., Vujanovic, A. A., Marshall-Berenz, E. C., Bernstein, A., & Bonn-Miller, M. O. (2011). Posttraumatic stress and marijuana use coping motives: The mediating role of distress tolerance. *Journal of Anxiety Disorders, 25*(3), 437-443.
- Rosenberg, H. (2009). Clinical and laboratory assessment of the subjective experience of drug craving. *Clinical Psychology Review, 29*(6), 519-534.
- Saberi Zafarghandi, M. B., Jadidi, M., & Khalili, N. (2015). Iran's activities on prevention, treatment and harm reduction of drug abuse. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction, 4*(4), 22-863-22868.
- Segal, Z. V., Williams, J. M., & Teasdale J. D. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion, 29*(2), 83-102.
- Taylor, B. L., Strauss, C., Cavanagh, K., & Jones, F. (2014). The effectiveness of self-help mindfulness-based cognitive therapy in a student sample: A randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy, 63*, 63-69.
- Witkiewitz, K., & Bowen, S. (2010). Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(3), 362-374.

Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S. H. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behavior*, 38(2), 1563-1571.



© 2017 by the authors. Licensee SCU, Ahvaz, Iran. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Non Commercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0 license) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>)