

اثربخشی توانمندسازی شناختی حالات ذهنی بر بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان در افراد وابسته به مواد

مجید قربانی^۱، محمود نجفی^۲، وحید نجاتی^۳، محمدعلی محمدی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۰۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۱/۲۰

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر اثربخشی توانمندسازی شناختی حالات ذهنی بر بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان در افراد وابسته به مواد بود. **روش:** پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس-آزمون با گروه گواه بود. تعداد ۳۰ نفر فرد وابسته به مواد با شرایط یکسان از نظر سن، تحصیلات، شغل و... انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. شرکت‌کنندگان به آزمون اکمن (بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون پاسخ دادند. گروه آزمایش تحت مداخله برنامه توانمندسازی شناختی (برنامه ترمه) قرار گرفت و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که توانمندسازی شناختی (برنامه ترمه) بر بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان در افراد وابسته به مواد موثر است. در واقع برنامه ترمه بیان چهره‌ای هیجان را در افراد وابسته به مواد بهبود داده است. **نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج پژوهش حاضر می‌توان از برنامه توانمندسازی شناختی (برنامه ترمه) در تقویت بیان چهره‌ای هیجان افراد وابسته به مواد استفاده کرد.

کلید واژه‌ها: توانمندسازی شناختی، بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان، شناخت اجتماعی، اعتیاد

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران، پست الکترونیکی:

m_najafi@semnan.ac.ir

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۴. استادیار گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

مقدمه

وابستگی به مواد مخدر به عنوان یک مشکل مهم سلامت عمومی مطرح است. در ایران اعتیاد به عنوان یک بیماری مغزی، مزمن و عود کننده شناخته می شود که شیوع قابل توجهی دارد. مواد شامل همه ترکیباتی است که کارکرد مغز را به صورت هیجان، افسردگی، رفتار نابهنجار و عصبانیت یا اختلال در قضاوت و شعور تغییر می دهد. منظور از وابستگی به مواد، مصرف هر نوع ماده اعتیاد آوری است که زیان های جسمی، روانی، عاطفی و اجتماعی به شخص مصرف کننده یا دیگران وارد می کند. به این ترتیب مصرف هر گونه ماده ممنوع یا تحت کنترل بدون هدف درمانی، سوء مصرف شمرده می شود (قربانی و ملازاده، ۱۳۹۳). وابستگی به مواد یک اختلال مزمن عود کننده است که دارای سه مشخصه است: ۱) اجبار به جستجو و مصرف مواد، ۲) نداشتن کنترل برای محدود کردن مصرف و ۳) بروز حالت های عاطفی منفی (نظیر کسالت، اضطراب و بی قراری) هنگامی که امکان دسترسی به مواد وجود نداشته باشد (کوب^۱، ۲۰۰۶). نداشتن کنترل بر مصرف، ابعاد عصب- شناختی اعتیاد را برجسته می سازد. معمولاً همبسته های کنترل شناختی در لوب فرونتال، بویژه در بخش پره فرونتال آن، جستجو می شود. کارکرد درست قشر پره فرونتال باعث تجهیز فرد به ظرفیت استفاده از تجارب و دانش گذشته برای معنادار کردن رفتار فعلی و هدایت فرد برای انتخاب پاسخ هایی در آینده از خزانه رفتاریش می شود (استاس، گالوپ و الکساندر^۲، ۲۰۰۱). در چارچوب جستجوی همبسته های عصبی رفتار اعتیادی، شباهت هایی در رفتار افراد وابسته به مواد و افراد دارای آسیب پره فرونتال از جمله افزایش تمایل به دستیابی به پاداش های فوری تا پاداش های بزرگ تر ولی تاخیری وجود دارد (بل، بریسون، گریج، فیزران و وکسلر^۳، ۲۰۰۵). همچنین تغییرات هیجانی، عاطفی و اجتماعی در افراد دچار آسیب ناحیه پره فرونتال مشاهده می شود. سوگیری نسبت به پاداش های فوری که تحت عنوان رفتار تکانشی نامیده می شود نیز مشخصه مهمی برای پایه های عصبی اعتیاد مورد توجه واقع شده است (رینولدز^۴، ۲۰۰۶).

1. Koob
2. Stuss, Gallup, & Alexander

3. Bell, Bryson, Greig, Fiszdon, & Wexler
4. Reynolds

متأسفانه با وجود تعداد زیاد داروهای غربال‌گری شده در کارآزمایی بالینی تصادفی اثربخشی هیچ دارویی برای درمان اعتیاد به کوکائین به اثبات نرسیده است (سوفوگلو و کاستن^۱، ۲۰۰۶). به طور مشابه، تأثیر هیچ دارویی برای درمان متآمفتامین^۲ (هیل و سوفوگلو^۳، ۲۰۰۷) و یا اعتیاد به حشیش نیز تایید نشده است (سوفوگلو، ساگرامان و کارول^۴، ۲۰۱۰ ب). به روشنی مشخص شده است که نقائص شناختی (به عنوان مشخصه فراگیر بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی) با سطح کارکرد اجتماعی همبستگی دارند. همچنین، نقایص شناختی نقش مهمی در برنامه‌های جامع نگر توانبخشی ایفا می‌کنند. این برنامه‌ها شامل مولفه‌های درمانی بسیاری از قبیل آموزش مهارت‌های اجتماعی، آموزش روانی و مشاوره شغلی می‌شود. نمرات بالاتر بر روی مقیاس‌های شناختی، بویژه توجه و حافظه کلامی و غیر کلامی همگی پاسخ بهتری را به درمان روانی-اجتماعی جامع نگر پیش‌بینی می‌کنند (مدالیا، آلیس و باوی، ۱۳۹۶).

به طور کلی و بر اساس یافته‌ها، نقص در توانایی‌های شناختی موجب گرایش افراد به مصرف مواد می‌شود. در این بین ضعف در کنترل، نوجویی، تصمیم‌گیری پرخطر، ضعف حافظه و توجه از عوامل اولیه ابتلا به اعتیاد محسوب می‌شوند. پژوهش‌های انجام شده در این زمینه با استفاده از فنون تصویربرداری و آزمون‌های نوروسایکولوژی نشان داده‌اند که مواد به طور شدیدی در شبکه‌های عصبی-روانی، عدم تعادل ایجاد کرده و منجر به کاهش فعالیت مناطق مغزی مسئول فرایندهای شناختی از جمله حافظه کاری، سرعت پردازش اطلاعات، حافظه بلند مدت، برنامه‌ریزی، پردازش انتخابی، انعطاف‌پذیری شناختی و تمرکز توجه به تکالیف پیچیده می‌شود (برادی، گری و تولیور^۵، ۲۰۱۱). از این منظر، بدون شک تغییر رفتار ناشی از مصرف به دلیل اثر مواد مصرفی بر مغز بوده و می‌توان با آزمون‌های عصب شناختی این تغییرات مغزی را رهگیری کرد. در واقع، آزمون‌های عصب شناختی از یک طرف با ساختارهای مغزی معین و از طرف دیگر با رفتارهای معین در ارتباط هستند (نجاتی، شیری و نوری، ۱۳۹۱).

1. Sofuoglu, & Kosten
2. methamphetamine
3. Hill, & Sofuoglu

4. Sofuoglu, Sugarman, & Carroll
5. Brady, Gray, & Tolliver

توانبخشی شناختی یک روش مداخله نظام‌مند برای ترمیم کارکردهای شناختی مغز با هدف درمان مشکلات رفتاری است. بدین منظور عمدتاً درمانگران با استفاده از آزمون‌های عصب‌شناختی، کارکرد شناختی هدف را تعیین و از طریق تمرین‌های سلسله‌مراتبی به تقویت آن می‌پردازند. از سوی دیگر، از مداخلاتی که جهت بهبود تفکر یا مهارت‌های شناختی طراحی شده‌اند با نام ترمیم شناختی^۱ یاد می‌شود. ترمیم شناختی آموزش رفتاری مبتنی بر مداخله است که مقصود آن بهبود فرایندهای شناختی (توجه، حافظه، کارکرد اجرایی، شناخت اجتماعی و فراشناخت) با هدف پایایی و تعمیم‌پذیری است (مدالیا، آلیس و باوی، ۱۳۹۶). شناخت اجتماعی^۲ نیز فرایندی است که به کمک آن رفتاری در پاسخ به یک هم‌نوع ایجاد می‌شود. شناخت اجتماعی در انسان، محصول فرایندهای پردازش اطلاعاتی است که طی آن، فرد، خود، دیگران و جهان پیرامونش را (از بعد اجتماعی‌اش) درک و تجزیه و تحلیل می‌کند. این روندهای پردازشی می‌توانند به صورت ناخودآگاه یا خودآگاه صورت بگیرند و در عین حال تحت تاثیر تعداد زیادی از سوگیری‌های انگیزشی قرار گیرند. شناخت اجتماعی شامل سه قسمت اصلی است: درک کردن سایر افراد به عنوان هویت‌های جدا از خود فرد، درک کردن خود به عنوان یک عنصر اجتماعی و قسمت سوم، دانش اجتماعی که به افراد قابلیت اجرایی کردن اعمال اجتماعی‌شان را می‌دهد (بیر و اوشنر^۳، ۲۰۰۶). بنابراین، رویکرد شناخت اجتماعی بر بهسازی نقائص دیدگاه‌گیری (نظریه ذهن)، شناسایی هیجان‌برانگیز شده و بازآموزی سوگیری‌های پردازش اطلاعات مانند توجه به اطلاعات تهدیدآمیز تمرکز دارند. فرض بر این است که این سوگیری‌ها، فرایندهای فکر‌هدیانی را تولید می‌کنند. این رویکردها اصول تکرار، الگوسازی، ایفای نقش و بازخورد اصلاحی را به کار می‌برند تا مهارت‌های شناخت اجتماعی را تقویت کنند. همچنین، در آموزش شناخت اجتماعی نیز طیفی از مطالعات مفهومی، ارائه شواهدی را در این زمینه فراهم آورده است که دو حوزه کلیدی شناخت اجتماعی یعنی بازشناسی حالات هیجانی چهره و نظریه ذهن، می‌توانند با

3. cognitive remediation
4. social cognition

3. Beer, & Ochsner

مداخلات نسبتاً فشرده سرنخ‌های توجهی^۱، راهبردهای کلامی سازی و دستورالعمل آموزشی بهبود یابند (مدالیا، آلیس و باوی، ۱۳۹۶).

قسمت زیادی از اطلاعات موجود در محیط اجتماعی، از درک بروز احساسات در صورت دیگران به دست می‌آید. ساختارهایی اختصاصی برای درک صورت و اجزای آن (هویت، جهت نگاه و درک حس بروز یافته در صورت) در مغز وجود دارند. از آن جمله می‌توان به شکنج دوکی و شیار گیجگاهی فوقانی اشاره کرد (شوئنباوم و چیبای^۲، ۱۹۹۸). به عبارت دیگر، مطالعات مختلف انجام شده در زمینه یافتن مناطقی از مغز که در پردازش‌های مربوط به شناخت اجتماعی درگیر می‌شوند، نشان داده‌اند که شبکه‌ای از نواحی مختلف مغزی که در بعضی موارد هم‌پوشانی دارند، در سازوکارهای مربوط به شناخت اجتماعی فعالیت دارند. این نواحی عمدتاً در لوب‌های فرونتال و تمپورال مغز تقسیم شده‌اند. به نظر می‌رسد که برای پردازش هر کدام از قسمت‌های شناخت اجتماعی (خود، دیگران و دانش اجتماعی) نواحی مشخصی وجود داشته باشد. به عنوان مثال قشر سینگولیت قدامی، نواحی داخلی قشر پیشانی و شکنج‌های پیشانی میانی و تحتانی در روندهای پردازش داده‌های مربوط به خود درگیر فعالیت می‌شوند. آمیگدال، شکنج پیشانی-چشمی و نواحی داخلی جلویی پیشانی^۳ در روندهای پردازش داده‌های مربوط به دیگران و تئوری ذهن فعال می‌شوند. همان‌طور که اشاره شد شکنج دوکی و شیار گیجگاهی فوقانی و آمیگدال در پردازش داده‌های مربوط به حرکات صورت فعال ترند. در قسمت دانش اجتماعی نیز مناطق مختلفی درگیرند که از بین آن‌ها نقش آمیگدال، نواحی داخلی پیشانی، جلویی پیشانی و شیار گیجگاهی فوقانی پررنگ ترند (بیر و اوشنر، ۲۰۰۶).

بازشناسی هیجان به عنوان توانایی تمیز حالات عاطفی مختلف در چهره، ژست^۴ و عبارات کلامی در خود یا دیگران و درک معنای اجتماعی- بافتی آن‌ها تعریف می‌شود (بامینگر^۵، ۲۰۰۲). توانایی بازشناسی هیجان دیگران یکی از مهارت‌های اولیه‌ای است که

1. attentional prompts
2. Schoenbaum, & Chiba

3. Pre-Frontal
4. Gestural
5. Bauminger

کودکان جهت موفق بودن در موقعیت‌های اجتماعی و رشد همدلی نیاز دارند (هالبرستادت، دنهام و دانس مور^۱، ۲۰۰۱). بیان هیجان‌های چهره دارای کارکرد ارتباطی است و اطلاعات خاصی را به بیننده القاء می‌کند. درک هیجان می‌تواند عامل اساسی در تعاملات اجتماعی باشد چرا که افراد را به شناسایی دقیق اهداف سایرین قادر می‌سازد و پاسخ‌های مناسب را به وجود می‌آورد (بال^۲ و همکاران، ۲۰۱۰). از این رو، هیجان‌ها یکی از منابع مهم اطلاعاتی در تعاملات اجتماعی، هم برای فرد تفسیر کننده هیجان و هم برای فرد نمایش دهنده هیجان محسوب می‌شوند (کامپس^۳، کامپس و بارت^۴، ۱۹۸۹). توانایی شناسایی و تمیز حالات هیجانی مهارتی است که در نوزادان به طور عادی رشد می‌کند و حالات چهره به عنوان منبعی مهم جهت شناسایی حالات هیجانی در دیگران به شمار می‌رود. این مهارت در طول دوران کودکی تکامل می‌یابد (هربا، لاندائو، راسل، ایگر و فیلیپس^۵، ۲۰۰۶). توانایی تفسیر هیجان‌های دیگران با افزایش سن بهبود می‌یابد به طوری که کودکان در سن حدود ۱۰ یا ۱۱ سالگی به سطح بزرگسالان در تفسیر هیجان‌های دیگران دست می‌یابند (تونکس، ویلیامز، فرامپتون، یاتس و اسلاتر^۶، ۲۰۰۷). چنانچه یک کودک قادر به رمزگشایی هیجان‌های دیگران نباشد، در روابط دوستی با مشکل مواجه شده و در طول تعاملات اجتماعی، رفتارهای عجیب و غریب نشان خواهد داد (بارون کوهن، ویل رایت، هیل^۷، ریست^۸ و پلامب^۹، ۲۰۰۱). می‌توان گفت بازشناسی حالات هیجانی صورت یکی از عوامل مهم در ارتباطات اجتماعی تلقی می‌شود و به دلیل اهمیت درک حالات هیجانی، طبیعتاً نقص در این توانمندی به شدت بر کیفیت تعاملات اجتماعی اثر می‌گذارد (فاران، برانسون و کینگ^{۱۰}، ۲۰۱۱). از سوی دیگر، یکی از حوزه‌هایی که مطالعات کمی در آن انجام گرفته است، حوزه بازشناسی حالات ذهنی در افراد معتاد است (نجاتی و همکاران، ۱۳۹۱).

1. Halberstadt, Denham, & Dunsmore
2. Bal
3. Campos
4. Barrett
5. Herba, Landau, Russell, Ecker, & Phillips

6. Tonks, Williams, Frampton, Yates, Yates, & Slater
7. Hill
8. Raste
9. Plumb
10. Farran, Branson, & King

توانایی شناسایی حالات هیجانی صورت و استنتاج حالت ذهنی دیگران جزء مهارت‌های بسیار مهم اجتماعی است. اختلال در توانایی‌های ذهن خوانی و بازشناسی حالات هیجانی صورت در افراد مصرف‌کننده منجر به برداشت سوء تفاهم و تخریب تعاملات بین فردی می‌شود که این امر می‌تواند منجر به افزایش خشونت و تعارضات بین فردی و در نهایت انزوای اجتماعی افراد مصرف‌کننده شود. این تغییرات در رفتارهای اجتماعی-هیجانی می‌تواند باعث افزایش خلق منفی و استرس در این افراد شود که همین امر شاید یکی از علل عود و بازگشت افراد مصرف‌کننده بعد از ترک باشد. لذا به هنگام درمان و توانبخشی افراد دارای اعتیاد باید نقش شناخت اجتماعی در نظر گرفته شود و در برنامه‌های درمانی این افراد بازآموزی رفتارها و تعاملات اجتماعی مد نظر قرار گیرد (هومر^۱ و همکاران، ۲۰۰۸).

بر اساس تحقیقات انجام شده بازشناسی چهره‌ای هیجان در افراد معتاد نسبت به افراد عادی ضعیف‌تر است. به عنوان مثال نجاتی و همکاران (۱۳۹۱) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که افراد مصرف‌کننده نسبت به افراد سالم در بازشناسی حالات هیجانی شادی، غم و خشم به طور معناداری نمرات پایین‌تری اخذ می‌کنند. پناهی (۱۳۹۵) در تحقیقی به این نتیجه دست یافت که بین افراد مصرف‌کننده مواد صنعتی، افراد مصرف‌کننده مواد سنتی و افراد سالم از لحاظ متغیر بازشناسی پردازش هیجان چهره‌ای (خشم، شادی، غم) تفاوت معناداری وجود دارد. زرهی (۱۳۹۵) نیز در تحقیقی بین دو گروه افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی و افراد غیرمبتلا در هیجانان نفرت، غم، ترس، تعجب و خشم تفاوت معناداری مشاهده کرد. بنابراین با توجه به عملکرد ضعیف افراد مصرف‌کننده در تکالیف بازشناسی حالات هیجانی چهره و آزمون ذهن خوانی، توصیه شده است که در ارزیابی افراد مصرف‌کننده کارکردهای شناختی اجتماعی نیز لحاظ شود (نجاتی و همکاران، ۱۳۹۱). رضایی و حسن‌زاده (۱۳۹۶) در تحقیقی بین پردازش هیجانی افراد معتاد و عادی تفاوت معناداری را مشاهده کردند. مطالعه‌ای توسط شیرینی، نجاتی و پورا اعتماد (۱۳۹۲) جهت بررسی اثربخشی توانبخشی شناختی بر ترمیم

تشخیص حالات هیجانی در کودکان مبتلا به اتیسم با عملکرد بالا در تشخیص حالات هیجانی انجام شد و نتایج نشان داد که عملکرد آزمودنی‌های مورد مطالعه در آزمون بازشناسی چهره‌ی بنتون^۱ بهبود یافته است. همچنین این پژوهش نشان داد که با استفاده از روش‌های آموزش کوتاه مدت و متمرکز و فشرده، کودکان مبتلا به اتیسم موفق به امکان‌ترمیم‌توانایی تشخیص حالات هیجان شدند. آبادی (۱۳۹۴) در تحقیقی به این نتیجه دست یافت که توانبخشی (تقلید و تقلید معکوس) مهارت بازشناسی هیجان را در افراد مبتلا به اتیسم بهبود می‌بخشد. کلین، جونز، شولتز، ولکمار و کوهن^۲ (۲۰۰۲) تعقیب چشمی افراد اتیسم را طی موقعیت‌های واقعی تعاملات اجتماعی مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که افراد اتیسم در نگاه کردن به ناحیه دهان، زمانی را به میزان دو برابر بیشتر از نگاه کردن به ناحیه چشم اختصاص می‌دهند در حالی که افراد غیر اتیسم در نگاه کردن به ناحیه چشم زمانی را به اندازه سه برابر بیشتر از ناحیه دهان اختصاص می‌دهند که همین امر سبب از دست رفتن اطلاعات هیجانی جهت بازشناسی صحیح حالات هیجانی صورت در کودکان اتیسم می‌شود. در این مطالعه سعی شد در راهبردهای تثبیت‌بینایی در کودکان اتیسم تغییر ایجاد شود. به‌طوری‌که یکی از تکالیف آموزش هیجان‌های پایه به‌گونه‌ای طراحی شد تا کودکان اتیسم به هنگام نگاه به چهره، بیشتر به ناحیه چشم و حالات هیجانی شادی، غم، ترس و خشم توجه کنند تا نقایص این کودکان در کسب اطلاعات هیجانی از ناحیه چشم‌ها ترمیم شود چرا که بیشتر اطلاعات درباره حالات هیجانی و ذهنی بوسیله زبان چشم انتقال داده می‌شود (شیری و همکاران، ۱۳۹۲).

با توجه به آنچه ذکر شد و اینکه پژوهش در خصوص مداخله در بهبود بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان در افراد وابسته به مواد انجام نشده است، سوال اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا توانمندسازی شناختی حالات ذهنی از طریق آموزش برنامه ترمه بر بهبود بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان در افراد وابسته به مواد اثربخش است؟

1. Benton Facial Recognition Test (BFRT)

2. Klin, Jones, Schultz, Volkmar, & Cohen

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری این تحقیق را تمامی معتمدان نگهداری شده در مراکز مرتبط با ماده ۱۶ قانون مبارزه با مواد مخدر در استان تهران در سال ۱۳۹۷ (با تاکید بر مصرف آفتماین) تشکیل می دادند. نحوه نمونه گیری بدین صورت بود که با توجه به لیست مراکز ماده ۱۶ استان تهران دو مرکز اخوان (تحت نظر بهزیستی) و بهاران (تحت نظر شهرداری) به تصادف انتخاب شدند. ملاک های ورود عبارت بودند از تحصیلات حداقل راهنمایی، نداشتن اختلالات همراه روان پزشکی، حداقل ۲ ماه پاکي از بدو ورود (در حال ترک بودن) و سن بین ۲۵ تا ۵۵ سال. تعداد ۱۰۰ نفر واجد شرایط انتخاب شدند و از بین آنها به تصادف ۳۰ نفر انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تخصیص یافتند.

ابزار

۱- شاخص شدت اعتیاد (نسخه کاغذی): فرم اصلاح شده این آزمون دارای ۱۰۶ سوال و در ۶ حوزه وضعیت طبی، مصرف مواد، اشتغال، خانوادگی، قانونی، و روان شناختی است که علاوه به مقدار، دوره و شدت مصرف مواد، وضعیت فرد را در ابعاد شغلی، خانوادگی، قانونی و روان شناختی در ۳۰ روز اخیر اندازه گیری می کند. اعتبار پیش بین این آزمون بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۱ و حساسیت و اختصاصی بودن به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۰ و اعتبار همزمان آزمون ۰/۹۱ به دست آمده است. همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ نیز بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۹ بوده است (خاکپور و همکاران، ۱۳۹۵). این پرسش نامه جهت اخذ اطلاعات حداقلی از شرکت کنندگان در پژوهش، مورد استفاده قرار گرفت و شامل بخش های اطلاعات جمعیت شناختی پایه، تاریخچه و الگوی مصرف مواد، نوع درمان و رفتارهای مجرمانه است که در این بررسی فقط از بخش های شغلی و خانوادگی مصرف مواد استفاده شده است.

۲- آزمون بازشناسی بیان چهره ای هیجان- نسخه نرم افزای اکمن: این آزمون در سال ۱۹۷۸ توسط اکمن و فرایزن ساخته شد و شامل ۱۴ تصویر است. این آزمون ۶ هیجان

اصلی را نشان می‌دهد و آزمودنی باید با نگاه کردن به هر یک از تصاویر بتواند هیجان مورد نظر را بازشناسی کرده و حدس بزند. روایی صوری این آزمون توسط چندین محقق تایید شده است. روایی مقیاس مذکور بر اساس نظر متخصصان و روان‌شناسان بالینی از نظر محتوایی مورد بررسی قرار گرفته است. پایایی بازآزمایی این آزمون در یک نمونه ۳۰ نفری ۰/۶۸ است. آزمون فوق به صورت رایانه ای اجرا شده و به صورت صفر و ۱ درجه بندی می‌شود (به نقل از شاطری، ۱۳۹۵).



شکل ۱: نمونه‌ای از تصاویر آزمون اِکمن (بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان)

۳- آزمون بالینی چند محوری میلون-۳: این آزمون یک مقیاس خودسنجی با ۱۷۵ گویه بلی و خیر است که ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را می‌سنجد و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا که برای درمان یا ارزیابی روان‌شناختی به مراکز سلامت روان مراجعه می‌کنند، استفاده می‌شود. این آزمون در آگوست ۱۹۹۴ در گردهمایی انجمن روان‌شناسی آمریکا معرفی شد. آزمون میلون ۳ نسخه تجدید نظر شده میلون ۲ است. میلون ۳، همانند دو نسخه‌ی قبلی اختلالات شخصیت و اختلالات محور یک چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی را می‌سنجد. این آزمون، یکی از مهم‌ترین ابزارهای سنجش عینی نشانگان بالینی مطرح شده در محور یک و اختلالات شخصیت محور دو DSM-IV است. این آزمون به منظور عملیاتی کردن الگوی آسیب‌شناسی روانی میلون (۱۹۶۹ و ۱۹۸۳) ساخته شده و سه بار از زمان انتشار آن به موازات تغییر در نظریه و همچنین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تجدید نظر شده است. افراد دارای نمرات بیشتر از ۸۵ به عنوان مبتلا به اختلال معرفی می‌شوند و

کسانی که نمرات کمتر از ۸۵ می‌گیرند به عنوان بدون اختلال در نظر گرفته می‌شوند. البته آگاهی واقعی از وجود داشتن یا نداشتن یک اختلال دست‌نیافتنی است. از این رو، قضاوت متخصص بالینی جانشین واقعیت می‌شود. بنابراین، از این آمارها برای تعیین کارایی دسته‌بندی یا روایی تشخیصی مقیاس‌های یک آزمون استفاده می‌شود و در واقع مکمل روش‌های سنتی تعیین روایی (روایی همگرا، روایی واگرا...) است. بنابراین، این آزمون یکی از پرکاربردترین آزمون‌های روانی است که به چندین زبان ترجمه و در تحقیقات بین فرهنگی متعددی استفاده شده است؛ از جمله در ایران، سه بار هنجاریابی شده است. خواجه موگهی (۱۳۷۲) در تهران نسخه دوم این آزمون و شریفی (۱۳۸۱) نسخه سوم آن را در اصفهان هنجاریابی کرده است. میلیون ۳ براساس فرایند رواسازی یا اعتباریابی سه مرحله‌ای لئوینگر (۱۹۵۷) ساخت شده، که برای پالایش آزمون از انتخاب گویه تا ساخت مقیاس و برای رواسازی بیرونی با استفاده از نظریه میلیون به عنوان ملاک، از این سه مرحله تبعیت شده است. این آزمون برای ارزیابی صفات شخصیت و آسیب‌های روانی طراحی شده است. بنابراین می‌توان از آن برای تصمیم‌گیری بالینی یا تشخیص این امر که آیا فرد، مبتلا به یک اختلال خاص یا یک ویژگی روان‌شناختی ویژه است، استفاده کرد (شریفی، ۱۳۸۵). همچنین، مطالعه شریفی، مولوی و نامداری (۱۳۸۶) برای روایی تشخیصی آزمون بالینی چندمحوری میلیون-۳ روی ۲۸۳ بیمار با محاسبه خصیصه‌های عامل (شیوع، حساسیت و ویژگی) توان‌های پیش‌بینی (مثبت، منفی و کل) ۲۴ مقیاس MCMII-3، نشان دادند که روایی تشخیصی بسیار خوب در تمام مقیاس‌ها وجود دارد و توان پیش‌بینی مثبت مقیاس‌ها در دامنه‌ی ۰/۹۲ تا ۰/۹۸، توان پیش‌بینی منفی مقیاس‌ها از ۰/۹۳ تا ۰/۹۹ است، همچنین توان تشخیص کل مقیاس‌ها در دامنه‌ی ۰/۵۸ تا ۰/۸۳ قرار دارد. بنابراین، می‌توان از این آزمون برای تشخیص اختلالات شخصیت و نشانگان بالینی استفاده کرد (شریفی و همکاران، ۱۳۸۶).

۴- برنامه مداخله ترمه (آموزش توانمندسازی شناختی ذهن‌خوانی از طریق چشم‌ها): این برنامه که برای اولین بار توسط وحید نجاتی طراحی و ساخته شده، جهت انجام

پروژه‌های تحقیقاتی بوده و به صورت الکترونیکی از بین ۱۵۰۰ عکسی که توسط متخصصان امر (به لحاظ اصول فنی عکاسی، عصب‌شناختی و هیجانی) از چهره دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی مشابه با تصاویر آزمون‌هایی همچون اکمن، تصاویر چشم‌های بارون کوهن، نیم استیم، بتون و... گرفته شده است؛ از تمامی آن‌ها مشابه با آزمون تصاویر چشم‌های بارون کوهن که فقط نوار چشم‌ها را به نمایش می‌گذارد، تهیه شده که در چهار مرحله (مرحله شروع، مرحله ابتدایی، مرحله متوسط و مرحله پیشرفته) و هر مرحله در ۳ نوبت که با استفاده از برنامه نرم‌افزار درست یا غلط بودن آن ارزیابی می‌شود و به فرد بازخورد مثبت یا منفی داده می‌شود، تهیه و اجرا شده است. در نوبت اول تصاویری که در پاسخ دو گزینه از ۳۰ حالت ذهنی شامل: غمگین، هوس‌باز، دلسرد، نگران، جدی، ناراحت، خیال‌پرداز، دل‌مشغول، خونگرم، پشیمان، علاقمند، بدگمان، متوقع، محتاط، شکاک، متفکرانه، سمج، متفکر، دودل، مطمئن، باملاحظه، مشتاق، بانشاط، جسور، متهم، خصمانه، پکر، مصمم و مردد را دارد، ارائه می‌شود و فرد در این مرحله که مرحله شروع است می‌تواند حالات هیجانی چشم‌ها را انتخاب کند. در نوبت دوم نیز از بین ۱۵۰۰ عکس موجود به طور تصادفی (که تصاویر به صورت مختلط ارائه شده) تصاویر ارائه می‌شوند، با این تفاوت که ۴ گزینه دارد و در نوبت سوم با همین شرایط ۶ گزینه ارائه می‌شود که در واقع مراحل پیشرفته‌تر و انتخاب تصویر درست از بین شش گزینه به مراتب سخت‌تر می‌شود. نکته حائز اهمیت آن است که برنامه مداخله ترمه مانند تصویر شماره ۲ به طور هوشمند به فرد بازخورد صحیح یا غلط بودن پاسخ را می‌دهد که این مهم باعث یادگیری بیان چهره‌ای هیجان است. به عبارت دیگر، در این بررسی منظور از توانمندسازی شناختی آموزش توانایی ذهن خوانی از طریق تشخیص ۳۰ حالت ذهنی به افراد معتاد تا مرحله‌ای است که بتوانند تا ۸۰ درصد موارد حالات ذهنی ارائه شده در پروتکل مداخله درمانی را به درستی پاسخ دهند. در این بررسی در ۴ مرحله اقدام به آموزش حالات ذهنی می‌شود که در ۶ جلسه اول آن بر اساس ضریب دشواری حالات ذهنی (از آسان به سخت) اقدام (نجاتی، ۱۳۹۳) و آموزش دنبال می‌شود.



تصویر ۲: نمونه‌ای تصویر ارائه شده در آزمون

یافته‌ها

ابتدا برای بررسی همتایی گروه‌ها به لحاظ سن، از آزمون t مستقل به شرح جدول ۱ استفاده شد.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی و استنباطی t مستقل برای بررسی برابری سن گروه‌ها

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	آماره t	معناداری
آزمایش	۱۵	۳۵/۶۰	۷/۱۲	-۱/۱۱۲	۰/۲۷۵
گواه	۱۵	۳۹/۷۳	۱۱/۶۹		

همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود تفاوت معناداری در میانگین سن دو گروه وجود ندارد ($t = -1/112, P > 0/05$). همچنین، سابقه مصرف تریاک و شیره از تمامی اعضای گروه‌ها پرسیده شد و نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی مصرف تریاک و شیره به تفکیک گروه‌ها

گروه‌ها	مصرف		عدم مصرف	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
آزمایش	۴۶/۷۰	۷	۵۳/۳۰	۸
گواه	۴۰/۰۰	۶	۶۰/۰۰	۹

نتایج آزمون مجذور خی دو متغیری حکایت از همتایی هر دو گروه در مصرف تریاک و شیره داشت ($\chi^2 = 0/136, P > 0/05$). همچنین، سابقه مصرف هر دو گروه از تمامی اعضای گروه‌ها پرسیده شد و نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی مصرف هر وئین به تفکیک گروه‌ها

گروه‌ها	عدم مصرف		مصرف	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
آزمایش	۹	۶۰/۰۰	۶	۴۰/۰۰
گواه	۵	۳۳/۳۰	۱۰	۶۶/۷۰

نتایج آزمون مجذور خی دو متغیری حکایت از همتایی هر دو گروه در مصرف هر وین داشت ($\chi^2=2/143$ و $P > 0/05$). همچنین، سابقه مصرف شیشه از تمامی اعضای گروه‌ها پرسیده شد و نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: آماره‌های توصیفی مصرف شیشه به تفکیک گروه‌ها

گروه‌ها	عدم مصرف		مصرف	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
آزمایش	۱	۶/۷۰	۱۴	۹۳/۳۰
گواه	۰	۰	۱۵	۱۰۰/۰۰

همان گونه که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، نتایج آزمون مجذور خی دو متغیری حکایت از همتایی هر دو گروه در مصرف شیشه داشت ($\chi^2=1/034$ و $P > 0/05$). آماره‌های توصیفی بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: آماره‌های توصیفی بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

گروه‌ها	میانگین		تعداد	کمترین		بیشترین	
	پس	پیش		پس	پیش	پس	پیش
آزمایش اکمن	۳۵/۳۳	۴۴/۱۳	۱۱/۹۹	۱۳/۳۵	۱۵/۰۰	۱۵/۰۰	۱۵/۰۰
گواه اکمن	۲۵/۵۳	۲۸/۶۰	۱۰/۳۲	۱۱/۸۶	۱۵/۰۰	۱۵/۰۰	۱۵/۰۰

برای بررسی اثرگذاری آموزش برنامه مداخله ترمه (آموزش توانمندسازی شناختی ذهن خوانی از طریق چشم‌ها) بر بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان می‌بایست از تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شود. یکی از مفروضه‌های این تحلیل برابری واریانس خطا در دو گروه است. نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این مفروضه داشت ($P > 0/05$)

($F = 0/004$). مفروضه دیگر این تحلیل نرمال بودن توزیع متغیر در دو گروه است. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف تک نمونه‌ای نشان داد در پیش آزمون گروه آزمایش ($Z = 0/21, P > 0/05$)، پس آزمون گروه آزمایشی ($Z = 0/12, P > 0/05$)، پیش آزمون گروه گواه ($Z = 0/12, P > 0/05$) و پس آزمون گروه گواه ($Z = 0/22, P > 0/05$) این مفروضه برقرار است. بنابراین، تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول ۶ انجام شد.

جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی اثربخشی آموزش مداخله ترمه بر افزایش

نمرات بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
مدل اصلاح شده	۲۵۶۳/۵۰	۲	۱۲۸۱/۷۵	۹/۳۲۴	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۰/۹۶
مقدار ثابت	۱۶۶۴/۰۵	۱	۱۶۶۴/۰۵	۱۲/۱۰۶	۰/۰۰۲	۰/۳۱	۰/۹۲
پیش آزمون	۷۵۳/۸۷	۱	۷۵۳/۸۷	۵/۴۸۴	۰/۰۲۷	۰/۱۶۸	۰/۶۲
گروه	۷۵۱/۲۱	۱	۷۵۱/۲۱	۵/۴۶۵	۰/۰۲۷	۰/۱۶۸	۰/۶۲
خطا	۳۷۱۱/۴۶	۲۷	۱۳۷/۴۶	---	---	---	---
مجموع	۴۵۹۵۱/۰۰	۳۰	---	---	---	---	---

همان‌گونه که در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود آموزش مداخله ترمه بر افزایش نمرات بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان موثر بوده است ($F = 5/465, P > 0/05$ ، اندازه اثر = $0/168$)

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی توانمندسازی شناختی حالات ذهنی بر بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان در افراد وابسته به مواد بود. نتایج پژوهش نشان داد که توانمندسازی شناختی حالات ذهنی بر اساس برنامه ترمه بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان در افراد وابسته به مواد را بهبود می‌دهد. با توجه به اینکه تحقیقی در این خصوص انجام نشده است امکان مقایسه نتایج وجود ندارد، اما در مورد اثربخشی توانمندسازی شناختی بر بازشناسی هیجان در افراد اوتیسم تحقیقاتی انجام شده است که تا حدی با نتایج پژوهش حاضر همسو است (شیری و همکاران، ۱۳۹۲؛ آبادی، نجاتی و پوراعتقاد، ۱۳۹۵). افراد مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد مشکلاتی در تنظیم هیجان‌ات دارند (اختیاری و همکاران، ۱۳۸۹).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سطح پایین تنظیم هیجانی که ناشی از ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجان‌ها و مدیریت آن‌هاست، در شروع مصرف مواد نقش دارد (پارکر^۱، تایلر، استابروک، شل و وود، ۲۰۰۸). هنگامی که فرد برای مصرف مواد از سوی اطرافیان تحت فشار قرار می‌گیرد، مدیریت مؤثر هیجان‌ها خطر سوء مصرف را کاهش می‌دهد. توانایی مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند. افرادی که تنظیم هیجانی بالایی دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند. آن‌ها فشارهای ناخواسته اطرافیان را درک و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می‌دهند (ترینیداد و جانسون^۲، ۲۰۰۲). یکی از توانایی‌هایی که تحت تأثیر فرایند تنظیم هیجان قرار می‌گیرد، مهارت درک احساس، پیش‌بینی افکار، نیت و رفتار دیگران و نیز تجربه کردن احساسی که در دیگران ایجاد می‌شود است که این توانایی را همدلی می‌نامند. نظریه‌های جدید در حوزه‌ی همدلی، بین ابعاد عاطفی و شناختی همدلی و نیز همدلی به‌عنوان یک مهارت اجتماعی تمایز قائل شده‌اند. بررسی نقص در هر یک از این ابعاد، نکات مهمی برای درمان افراد با ویژگی‌های سوء مصرف مواد در بردارد. چراکه تقویت همدلی به‌عنوان یک توانایی عاطفی یا شناختی و یا یک مهارت اجتماعی مستلزم مداخلات درمانی متفاوتی است (وود، داو و گلو^۳، ۲۰۱۳).

از جمله روش‌های شناخت اجتماعی که در پژوهش‌های زیادی به آن اشاره شده است بازشناسی هیجان‌ها چهره‌ای در افراد است. به‌عنوان مثال، نجاتی (۱۳۹۱) از این روش برای رسیدن به شناخت اجتماعی بهره برده است. حالت چهره، منبعی غنی از اطلاعات را فراهم می‌کند به گونه‌ای که بیننده می‌تواند از آن برای ایجاد فرضیاتی در مورد حالت هیجانی فعلی شخص دیگر استفاده کند که این خود منجر به واکنش رفتاری متناسب با موقعیت شده و متعاقباً عملکردهای فردی و میان فردی مهمی را به دنبال دارد. با این حال حالت‌های هیجانی متفاوت، حاکی از نیازهای میان فردی متفاوتی است و شناخت صحیح مجموعه‌ای

از حالت‌های هیجانی مختلف، می‌تواند احتمال تشخیص این که چه واکنش رفتاری را در موقعیت فرض شده نشان دهیم، افزایش دهد؛ بنابراین بازشناسی صحیح حالات هیجانی در چهره با توجه به عملکردهای فردی و میان فردی قابل توجهی که داراست، کارکرد اجتماعی مهمی محسوب می‌شود (شنک، پوتنام و نولی، ۲۰۱۳).

شناخت اجتماعی علاوه بر این که شامل عملکردهای اختصاصی از جمله تفسیر حالات صورت و قضاوت در مورد یک محرک اجتماعی است، دارای یک ساختار سطح بالا نیز هست که این فرایندها را سازمان‌دهی می‌کند. به این منظور یک موجود اجتماعی نه تنها باید قادر باشد که وضعیت فردی خودش را در قبال یک هم‌نوع باز نمود کند، بلکه باید بتواند یک ساختار همراه با جزئیات، از همان نوعی که محرک‌های اجتماعی را تولید می‌کنند، بازسازی نماید. شناخت اجتماعی به کمک چنین ساختاری می‌تواند یک مدل ذهنی به‌سازد. این مدل بازنمود جامعی است از یک "فرد دیگر"، که به‌عنوان یک عامل اجتماعی در حال کنش با خود فرد پردازنده است (اختیاری و همکاران، ۱۳۸۹).

۲۶۹

269

نتایج این تحقیق با یافته‌های قربانی (۱۳۹۷) همسو است که پیشینه پژوهشی آن نشان داده است که هیجان‌ات، تشخیص و کنترل آن‌ها هم در شکل‌گیری اعتیاد و هم در درمان آن‌ها نقش مؤثری ایفا می‌کنند. افرادی که در کنترل مهارت‌های هیجانی خود ناتوان‌اند به احتمال زیاد به مصرف مواد اعتیادآور روی می‌آورند. تنظیم شناختی هیجان به‌عنوان فرآیندهایی که از راه آن‌ها افراد هیجان‌شان را برای پاسخ به توقعات محیطی هشیارانه و ناهشیارانه تعدیل می‌کنند، در نظر گرفته می‌شوند. همچنین، افراد معتاد در شناسایی هیجان‌ها خود و دیگران دچار مشکلاتی هستند که باعث می‌شود در برقراری ارتباط عاطفی مثبت، سازنده و هدایتگر با دیگران دچار ناهنجاری‌هایی شوند که خود عامل گرایش آن‌ها به مواد مخدر است. از این‌رو، ناتوانی در به‌کارگیری هیجان‌ها به‌عنوان یکی از علائم مشکلات هیجانی؛ مانع تفکر انتزاعی و باعث کاهش یادآوری رؤیاها، دشواری

در تمایز بین حالت‌های هیجانی و حس‌های بدنی، قیافه خشک و رسمی، فقدان جلوه‌های عاطفی چهره، ظرفیت محدود برای همدلی و خودآگاهی می‌شود.

با توجه به اینکه اختلال وابستگی به مواد نیز با ضعف در بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان در ارتباط است لذا مداخلات توانمندسازی شناختی در بهبود مهارت‌های شناختی و هیجانی افراد ثمربخش باشد و از طرفی توانبخشی شناختی یک فرایند تعاملی دو طرفه است. در نتیجه می‌توان اظهار کرد که توانمندسازی شناختی، نوعی تجربه یادگیری است که در جلسات درمانی بین درمانگر و بیمار صورت می‌گیرد و هدف درمان، بهبود تمام جنبه‌های زندگی روزانه است (آبادی، ۱۳۹۴). در واقع، توانبخشی باید تمام جنبه‌ها، فعالیت‌ها، موقعیت‌ها و تعاملات معنادار شخص را در برگیرد، در نتیجه اهداف اصلی توانبخشی شناختی قادر ساختن افراد ناتوان و برخوردار از نابهنجاری‌ها، رسیدن به سطح مطلوبی از سلامتشان، کاهش تاثیر مشکلات بر زندگی روزمره آن‌ها و کمک در برگشتن به مناسب‌ترین محیط‌ها است (دیلر^۱، ۱۹۸۷، به نقل از ویلسون^۲، ۲۰۰۵).

به گزارش توکلیان (۱۳۹۳) یکی از عواملی که اخیراً در سبب شناسی اعتیاد بویژه در علل عود به آن توجه شده است کارکردهای عصبی-شناختی^۳ و تاثیرات منفی مصرف مواد بر این کارکردها است. برای مثال وردجو گارسیا، توریبیو، اوروزو و گو، پائونته و پرزگارسیا^۴ (۲۰۰۵، به نقل از توکلیان، ۱۳۹۳) در مطالعه‌ای نشان دادند که مصرف مواد مخدر هم ناشی از وجود اختلال در پردازش‌های شناختی از جمله انعطاف‌پذیری است و هم باعث مختل شدن بیشتر این پردازش‌ها می‌شود. مصرف مواد مخدر باعث تحلیل رفتن بخش‌هایی از مغز می‌شود که مسئول پردازش‌های شناختی مانند تصمیم‌گیری و پردازش اطلاعات هیجانی مانند بازشناسی هیجان چهره‌ای و تنظیم هیجان هستند. به علاوه، نقایص این کارکردها یکی از علل رها کردن درمان توسط معتادان به شمار می‌آید. بازشناسی حالات هیجانی چهره یکی از عوامل مهم در ارتباطات اجتماعی تلقی می‌شود و به دلیل اهمیت درک حالات هیجانی، طبیعتاً نقص در این توانمندی به شدت بر کیفیت

1. Diller
2. Wilson
3. Neuro-cognitive

4. Verdejo, Garcia, Toribio, Orozoco, Orozoco, Puente, & Perez-Garcia

تعاملات اجتماعی اثر می‌گذارد (فاران و همکاران، ۲۰۱۱). یکی از حوزه‌هایی که مطالعات کمی در آن انجام گرفته است، حوزه بازشناسی حالات ذهنی در افراد معتاد است.

عملکرد ذهن خوانی افراد دارای اعتیاد به الکل (یوکرمان، داوم، اسپلبسوج و ترینکمان، ۲۰۰۷) و سوء مصرف کنندگان موادمخدر و داروهای روان گردان همچون آفتامین (هنری و همکاران، ۲۰۰۹) نسبت به افراد سالم پایین تر است (به نقل از نجاتی و همکاران، ۱۳۹۱). هر چند که برخی مطالعات نشان داده است که نقصان تعاملات اجتماعی افراد مصرف کننده مواد ناشی از نقص در کارکردهای اجرایی در ساختارهای مغزی است (خدابخشی، ملک‌پور و عابدی، ۱۳۹۴). در تبیین یافته‌های حاضر باید بیان داشت که اختلال در شناخت اجتماعی به عنوان پیامد سوء مصرف مواد و یا شاید زمینه ساز ابتلا می‌تواند از جنبه‌های پیشگیری، درمانی و باتوانی معتادان برای بازگشت آن‌ها به زندگی کارآمد روزانه اجتماعی مورد توجه قرار گیرد. یکی از مشکلات اساسی افراد معتاد، عدم توانایی برقراری ارتباط صحیح با اطرافیان و حتی با درمان‌گران است که در نهایت فرایند درمان و بازگشت به اجتماع را دچار اختلال می‌کند. لیکن زمانی که سوء مصرف مواد مورد هدف درمان قرار گرفت، شناخت اجتماعی نیز بهبود پیدا می‌کند.

در سطح فیزیولوژیایی، مواجهه با بیان چهره‌ای شادی و خشم واکنش‌های برق‌نگاری ماهیچه‌ای متفاوتی را در ماهیچه‌های چهره وابسته به هیجان فرا می‌خواند (دیمبرگ، ثونبرگ و المهد، ۲۰۰۰). این نشان می‌دهد که مردم گرایش دارند به طور ناهشیار بیان هیجانی چهره را پردازش کنند. مغز انسان قادر است بین محرک‌های هیجانی که به طور ناهشیار پردازش می‌شوند، تمایز قائل شود. پژوهش‌های اخیر دریافته‌اند که فعالیت عصبی در آمیگدال انسان هنگامی که او با محرک‌های چهره‌ای متفاوتی روبرو می‌شود، فرق می‌کند (موریس، اوهمان و دولان، ۱۹۹۸؛ والن^۴ و همکاران، ۱۹۹۸) و بازشناسی بیان

1. Uekermann, Daum, Schlebusch, & Trenckmann
2. Dimberg, Thunberg, & Elmeled

3. Morris, Ohman, & Dolan
4. Whalen

چهره با تخریب آمیگدال از بین می‌رود (آدولفس، ترانل، داماسیو و داماسیو^۱، ۱۹۹۴). پژوهش‌های عصب روانشناختی و پژوهش‌های تصویربرداری کارکردی نقش آمیگدال را در بازشناسی بیان چهره‌ای ترس و احتمالاً غمگینی برجسته دانسته‌اند (کالدر و همکاران^۲، ۱۹۹۶؛ فلیپس^۳ و همکاران، ۱۹۹۷؛ به نقل از دری پارسا، ۱۳۹۴). میشل، بک، بویال و ادواردز^۴ (۲۰۱۱) در پژوهش خود نشان داده‌اند که الکیسم منجر به مشکلات اجتماعی می‌شود که ناشی از مشکلاتی در تفسیر رفتارهای دیگران هستند. به نظر این پژوهشگران این مشکلات به آسیب‌هایی در نظریه ذهن مربوط می‌شوند. افراد وابسته به مواد نمرات کمتری در بازشناسی ابراز هیجان‌های شادی، ترس و تعجب اخذ می‌کنند. همچنین، آن‌ها کاهش بارزی در نمره کلی بازشناسی هیجان نشان دادند (وردجو گارسیا و همکاران، ۲۰۰۷، به نقل از توکلیان، ۱۳۹۳). افراد وابسته به مواد عملکرد مختلفی را در آزمون‌های پردازش هیجان نشان می‌دهند. علاوه بر این، نقص‌های افراد وابسته به مواد در بازشناسی هیجان با مشکلات بین فردی بیشتر، تعدد بیشتر عود و دفعات بیشتر سم زدایی الکل همراه بوده است (وردجو گارسیا و همکاران، ۲۰۰۷، به نقل از توکلیان، ۱۳۹۳).

در مجموع به نظر می‌رسد که می‌توان از توانمندسازی شناختی با استفاده از برنامه مداخله‌ای ترمه به افراد وابسته به مواد کمک کرد تا بازشناسی هیجان چهره‌ای در آن‌ها بهبود یابد و در نتیجه تعاملات اجتماعی آن‌ها نیز بهتر شود. این پژوهش بر روی نمونه‌ی محدودی از معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد اجرا شده و برای تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر جامعه، بایستی جانب احتیاط رعایت شود. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر علاوه بر عدم امکان پیگیری نمونه‌ها و بررسی ماندگاری اثربخشی مداخله و بی‌انگیزگی معتادان اقامتی برای همکاری، با کمبود مطالعات همسو و ناهمسو نیز همراه بوده است. یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه حاضر عدم کنترل انتخاب نمونه صرف متآفتامین بود که تقریباً ۹۰ درصد مصرف کنندگان متآفتامین به طور همزمان از ماده دیگری نیز استفاده می‌کردند. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود با توجه به نو بودن موضوع

1. Adolphs, Tranel, Damasio, & Damasio
2. Calder

3. Phillips
4. Mitchell, Beck, Boyal, & Edwards

و خلأ پژوهشی روی توانمندی شناختی معتادان، در این زمینه پژوهش‌های بیشتر و گسترده‌تری انجام دهند و علاوه بر سنجش تاثیر بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان روی شناخت اجتماعی معتادان از دیگر ابزارهای عصب شناختی در این زمینه نیز بهره گیرند.

منابع

- اختیاری، حامد؛ صفایی، هومن؛ اسماعیلی جاوید، غلامرضا؛ گنجگاهی، حبیب؛ نادری، پریرسا و مگری، آذرخش (۱۳۸۹). بررسی ابعادی از عملکرد شناخت اجتماعی در بیماران وابسته به مواد افیونی. *مجله رفاه اجتماعی*، ۴۱(۲۲)، ۴۲۰-۳۹۹.
- آبادی، فاطمه (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی تقلید مستقیم و تقلید معکوس هیجان بر بهبود توانایی تئوری ذهن و بازشناسی هیجان کودکان مبتلا به اتیسم با عملکرد بالا: مطالعه‌ای مبتنی بر فرضیه آینه‌های شکسته شده در اتیسم. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی، تهران.
- آبادی، فاطمه؛ نجاتی، وحید و پوراعتماد، حمیدرضا (۱۳۹۵). اثر برنامه توانبخشی شناختی پریا بر بهبود توانایی بازشناسی حالات هیجانی در کودکان مبتلا به اختلال اتیسم با عملکرد بالا. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ارومیه*، ۲۷(۷)، ۵۷۹-۵۷۰.
- پناهی، احمد (۱۳۹۵). مقایسه بازشناسی هیجانی چهره‌ای و تکانشگری بین افراد وابسته به مواد مخدر سنتی و صنعتی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه آزاد نجف آباد.
- دری پارسا، جواد (۱۳۹۴). تاثیر ادراک‌های زیرآستانه‌ای دیداری بر بازشناسی ابزارات هیجانی چهره‌ای در بین دانش‌آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری. *فصلنامه ناتوانی‌های یادگیری*، ۴(۱۴)، ۶۸-۴۷.
- توکلیان، احسان (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی آموزش بازسازی شناختی بر بهبود پردازش/بازشناسی هیجان و نارسایی‌های شناختی در معتادان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه محقق اردبیلی. اردبیل.
- خاکپور، مسعود؛ افروز، غلامعلی؛ قنبری هاشم‌آباد، بهرامعلی؛ رجایی، علیرضا؛ غباری بناب، باقر و مهرآفرید، معصومه (۱۳۹۵). پیش‌بینی شدت اعتیاد از روی ویژگی‌های سرشتی و منشی افراد دارای اعتیاد به مواد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۸(۲)، ۲۶۹-۲۵۷.
- خواجه موگهی، ناهید (۱۳۷۲). *آماده‌سازی مقدماتی فرم فارسی پرسش‌نامه بالینی چند محوری میلیون-۲* در شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انیستیتوی روانپزشکی تهران.
- رضایی، شهین؛ حسن زاده، رمضان (۱۳۹۶). مقایسه آلکسی‌تایمی، رفتار خودآسیبی و پردازش هیجانی در معتادین به مواد مخدر تک ماده‌ای و افراد بهنجار. *فصلنامه مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی*، ۳(۱)، ۱۰۹-۱۰۱.

زرهی، آدریس (۱۳۹۵). مقایسه عملکرد حافظه آینده‌نگر، نظریه ذهن و بازشناسی هیجان چهره‌ای در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی و افراد غیرمبتلا. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه سمنان.

شاطری، لیلا (۱۳۹۵). مقایسه توانایی تشخیص تظاهرات چهره‌ای هیجان‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای پارانوئید و غیرپارانوئید با همشیره‌های مبتلایان به اسکیزوفرنی و افراد سالم. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۱(۴۳)، ۱۳۵-۱۲۵.

شریفی، علی اکبر (۱۳۸۱). هنجاریابی آزمون بالینی چند محوری میلیون-۳ در اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان. اصفهان.

شریفی، علی اکبر (۱۳۸۵). ام. سی. ام. آی (میلون-۳). ویراسته‌ی ابوالفضل کرمی، تهران: روان‌سنجی. شریفی، علی اکبر؛ مولوی، حسین؛ و نامداری، کوروش (۱۳۸۶). روایی تشخیصی آزمون بالینی چندمحوری میلیون-۳. دانش و پژوهش در روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)، ۴(۳۴)، ۳۸-۲۷.

شیری، اسماعیل؛ نجاتی، وحید؛ پوراعتماد، حمیدرضا (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی توانبخشی شناختی بر بهبود تشخیص حالات هیجانی در کودکان دارای اتیسم با عملکرد بالا. فصلنامه کودکان استثنائی، ۱۳(۳)، ۱۴-۴.

قربانی، سارا (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی مارلات و درمان پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی در میزان تنظیم هیجان، همدلی، رفتار جامعه‌پسندی، شناخت اجتماعی (هیجان چهره‌ای)، بهزیستی اجتماعی و پیشگیری از عود در مصرف‌کنندگان. پایان‌نامه دکترای روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور.

قربانی، مجید؛ و ملازاده، علیرضا (۱۳۹۳). روانشناسی اعتیاد: از مقابله با عرضه تا کاهش تقاضای مواد اعتیادآور. تهران: انتشارات دنیای درون، چاپ اول.

مدالیا، آلیس؛ آر. باوی، کریستوفر (۱۳۹۶). توانبخشی شناختی برای ارتقاء عملکرد. ترجمه وحید نجاتی و حمید ذوالفقاری. تهران: انتشارات رشد فرهنگ.

خدابخشی، مهدی؛ ملک‌پور، مختار؛ و عابدی، احمد (۱۳۹۴). تاثیر آموزش مبتنی بر نظریه ذهن بر عملکرد ذهن خوانی و کارکردهای اجرایی در کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اوتیسم. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۲۱(۲)، ۱۶۵-۱۵۵.

نجاتی، وحید؛ شیری، اسماعیل؛ و نوری، ژاله (۱۳۹۱). مقایسه توانایی بازشناسی حالات هیجانی و ذهن خوانی در افراد مصرف‌کننده مواد افیونی و همتایان سالم. اعتیادپژوهی، ۶(۲۱)، ۳۰-۱۹.

نجاتی، وحید؛ ذبیح‌زاده، عباس و نیک‌فرجام، محمدرضا (۱۳۹۱). رابطه بین ذهن آگاهی و کارکردهای توجهی پایدار و انتخابی. مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، ۲(۲)، ۴۲-۳۱.

- Adolphs. R., Tranel. D., Damasio, H., & Damasio, A. (1994). Impaired recognition of emotion in facial expressions following bilateral damage to the human amygdala. *Nature*, 372, 669-672.
- Bal, E., Harden, E., Lamb, D., Van Hecke, A. V., Denver, J. W., & Porges, S. W. (2010). Emotion recognition in children with autism spectrum disorders: Relations to eye gaze and autonomic state. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(3), 358-370.
- Baron – Cohen S, wheelwright S, hill JJ, Raste Y, plumb I. (2001). The “reading the mind in the eyes” test revised version: a study with normal adults, and adults with asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of child psychiatry*, 42, 241-251.
- Bauminger, N. (2002). The facilitation of socioemotional understanding and social interaction in high-functioning children with autism intervention outcomes. *Journal of autism and developmental disorder*, 33, 483-498.
- Beer, J, S, Ochsner, K., N. (2006). Social Cognition, a multi Level Analysis. *Brain Research*, 1079, 98-105.
- Bell, M.D., Bryson, G.J., Greig, T.C., Fiszdon, J.M., Wexler, B.E. (2005). Neurocognitive enhancement therapy with work therapy: productivity outcomes at 6- and 12month follow-ups. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 42(6), 829-38.
- Brady K.T., Gray K.M. & Tolliver B., K. (2011). Cognitive Enhancers in the Treatment of Substance Use Disorders: *Clinical Evidence Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 99(2), 285-294
- Campos, J. J., Campos, R. G., & Barrett, K. C. (1989). Emergent themes in the study of emotional development and emotion regulation. *Developmental Psychology*, 25(3), 394-400.
- Dimberg, U., Thunberg, M. & Elmehed, (2000). Unconscious facial reactions to emotional facial expression. *Psychological Science*, 11(1), 86-89.
- Farran, E. K., Branson, A., & King, B. J. (2011). Visual search for basic emotional expressions in autism; impaired processing of anger, fear and sadness, but a typical happy face advantage. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 455-462.
- Halberstadt, A. G., Denham, S. A., & Dunsmore, J. C. (2001). Affective social competence. *Social development*, 10(1), 79-119.
- Herba, C. M., Landau, S., Russell, T., Ecker, C., & Phillips, M. L. (2006). The development of emotion-processing in children: effects of age, emotion, and intensity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(11), 1098-1106.
- Hill, K.P., Sofuoglu, M. (2007). Biological treatments for amphetamine dependence: recent progress. *CNS Drugs*, 21(10), 851-69.
- Homer, B. D., Solomon, T. M., Moeller, R. W., Mascia, A., DeRaleau, L., Halkitis, P. N. (2008). Methamphetamine abuse and impairment of social functioning: a review of the underlying neurophysiological causes and behavioral implications. *Psychological Bulletin*, 134, 301-310.
- Klin, A., Jones, W., Schultz, R., Volkmar, F. & Cohen, D. (2002). Visual fixation patterns during viewing of naturalistic social situation as predictor of social competence in individual with autism. *Archives of General Psychiatry*, 59, 809-816.

- Koob, G. F. (2006). The neurobiology of addiction: a neuroadaptational view relevant for diagnosis. *Addiction*, 1, 23–30.
- Mitchell, I. J, Beck, S. R, Boyal A, Edwards, V. R. (2011). Theory of mind deficits following acute alcohol intoxication. *European Addiction Research*, 17(3), 164-168
- Morris, J. S., A. Ohman, ans R. J. Dolan. (1998). Conscious and Unconscious Emotional Learning in the Human Amygdala. *Nature*, 393, 467-470.
- 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(2), 174-180.
- Reynolds B. A. (2006). Review of delay-discounting research with humans: relations to drug use and gambling. *Behav Pharmacol*, 17, 651–667.
- Schoenbaum, G, Chiba, A. (1998). Orbitofrontal Cortex & basolateral Amygdala encode expected outcomes during learning, *Nature Neuroscience*, 1(2), 155-159.
- Shenk, C. E., Putnam, F. W., & Noll, J. G. (2013). Predicting the accuracy of facial affect recognition: the interaction of child maltreatment and intellectual functioning. *Journal of experimental child psychology*, 114(2), 229-242.
- Sofuoglu, M., Kosten, T. R. (2004). *Pharmacologic management of relapse prevention in addictive disorders. Psychiatr. Psychiatric Clinics of North America*, 27(4), 627-648.
- Sofuoglu, M., Sugarman, D. E., Carroll, K. M. (2010b). *Cognitive function as an emerging treatment target for marijuana addiction. Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 18(2), 109–119..
- Stuss, D. T, Gallup, G. G, Jr., Alexander, M. P. (2001). the frontal lobes are necessary for 'theory of mind'. *Brain*, 124, 279-286.
- Tonks, J., Williams, W. H, Frampton, I., Yates, P., & Slater, A. (2007). Assessing emotion recognition in 9-15 years olds: Preliminary ananlysis of abilities in reading emotion from faces, voices and eyes. *Brain Injury*, 21, 623-629.
- 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.
- Wilson B. (2005). *Neuropsychological rehabilitation: theory and practice*, Swits & Zeitlinger, Lisse, The Netherlands
- Whalen, P. J., Rauch, S. L., Etcoff, N. L., McInerney, S.C., Lee, M.B., & Jenike, M.A. (1998). Masked presentations of emotional facial expressions modulate amygdale activity without explicit knowledge. *The Journal of Neuroscience*, 18, 411-418.
- Wood, A. P., Dawe, S., & Gullo, M. J. (2013). The role of personality, family influence, and prosocial risk-takingbehavior on substance use in early adolescence. *Journal of Adolescence*, 36, 871-881.