

مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و آموزش تنظیم هیجان بر انعطاف-پذیری شناختی و احساس تنهایی در افراد وابسته به مواد خودمعروف به سازمان

بهزیستی

مریم قوامی^۱، کبری کاظمیان مقدم^۲، مریم غلامزاده جفره^۳، مسعود شهبازی^۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۰۹

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و آموزش تنظیم هیجان بر انعطاف-پذیری شناختی و احساس تنهایی در افراد وابسته به مواد خودمعروف به سازمان بهزیستی بود. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد وابسته به مواد خودمعروف به سازمان بهزیستی شهرستان شیراز در سال ۱۴۰۰ بود که از بین آن‌ها ۴۵ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی و مقیاس احساس تنهایی استفاده شد. یک گروه آزمایش درمان متمرکز بر شفقت و گروه دیگر آزمایش آموزش تنظیم هیجان را به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هر هفته یک جلسه به طور گروهی دریافت کردند، اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که تفاوت بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در هر دو رویکرد معنادار و به ترتیب درمان متمرکز بر شفقت در مقایسه با آموزش تنظیم هیجان بر کاهش احساس تنهایی تأثیر بیشتر داشت. از سوی دیگر، آموزش تنظیم هیجان در مقایسه با درمان متمرکز بر شفقت بر افزایش انعطاف پذیری شناختی تأثیر بیشتری داشت. **نتیجه گیری:** بر اساس یافته‌های حاصل می‌توان نتیجه گرفت افراد دارای اعتیاد به مواد با یادگیری فنون مبتنی بر تنظیم هیجان و درمان متمرکز بر شفقت می‌توانند به انعطاف پذیری شناختی بیشتری دست یابند و احساس تنهایی کمتری را تجربه نمایند. همچنین، درمان متمرکز بر شفقت در افزایش انعطاف پذیری شناختی و آموزش تنظیم هیجان در کاهش احساس تنهایی افراد وابسته به مواد اثربخشی بیشتری دارند.

کلید واژه‌ها: درمان متمرکز بر شفقت، آموزش تنظیم هیجان، انعطاف پذیری شناختی، احساس تنهایی

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران. پست الکترونیک: k.kazemian@yahoo.com

۳. استادیار، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۴. استادیار، گروه مشاوره، واحد مسجدسلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، مسجدسلیمان، ایران.

مقدمه

اعتیاد^۱ از مهم‌ترین چالش‌های بهداشتی و روانی-اجتماعی است که گستردگی جهانی یافته است (لنو و ریگر^۲، ۲۰۱۶) و امروزه سوء مصرف و اعتیاد افراد به مواد یکی از دغدغه‌های اصلی جامعه بشری تبدیل شده است (آفاجانی، احمدی و فلاحی، ۲۰۲۱). اعتیاد یک بیماری عمدی، مزمن و عصبی است که به دلیل عوامل ارثی، فیزیکی و محیطی ایجاد می‌شود (میلر^۳، ۲۰۱۳). مطالعات درباره سوء مصرف مواد بیانگر رشد چشم‌گیر و حتی بحران این پدیده در کشور است (امیدیان، کاظمیان مقدم و هارون رشیدی، ۱۴۰۰؛ عامری، ۱۴۰۱). پژوهش‌ها در زمینه گرایش به اعتیاد، عوامل زیستی، روانی و اجتماعی را دخیل می‌دانند (برسلو^۴ و همکاران، ۲۰۱۷). با توجه به تأثیرات سوء جسمانی، روانی، فرهنگی و اقتصادی که این بیماری برای شخص مصرف کننده و مصائب بسیاری که برای خانواد مصرف کننده به وجود می‌آورد، ضروری است که پیشگیری از این مشکلات را در نظر گرفته و عوامل خطر و نگهدارنده در برایر وابستگی به مواد شناسایی شوند (کاشفی زاده و همکاران، ۱۴۰۱).

۱۵۴

154

بررسی پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد عامل مهمی که می‌تواند در نقطه مقابل رفتارها و تمایلات اجباری افراد وابسته به مواد قرار گیرد و اهمیت زیادی در کاهش عوارض مصرف مواد دارد، انعطاف‌پذیری شناختی^۵ است (نیکلاس، نیکلاس، ماجوسکی و پوزکوییکس^۶، ۲۰۱۶). انعطاف‌پذیری شناختی یک عملکرد منحصر به فرد، صفت بارز یا توانایی شناخت کلی است که به فرد اجازه می‌دهد ایده‌های چندگانه را پذیرد، به طور انعطاف‌پذیر شناخت خود را تغییر دهد و هنگام تغییرات محیطی، الگوهای پاسخ عادی بدهد (جنکو، واتریچ و ربی^۷، ۲۰۱۴؛ براسل^۸ و همکاران، ۲۰۱۸). از نظر کولی و فیت^۹ (۲۰۱۶) افرادی که تفکر انعطاف‌پذیر دارند، به صورت مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی می‌کنند و موقعیت-های چالش‌برانگیز یا استرس‌زا را می‌پذیرند و به لحاظ روان‌شناختی در مقایسه با افراد

۱۴۰۱، ۱۷، N۰، ۶۷، Sپنج ۲۰۲۳

- 1. addiction
- 2. Lenoue & Riggs
- 3. Miller
- 4. Breslau
- 5. cognitive flexibility

- 6 . Niklas, Niklas, Majewski & Puszczewicz
- 7. Johnco, Wuthrich, Rappee
- 8. Brassell & et al
- 9. Cooley & Fite

انعطاف ناپذیر پر تحمل و بردبارتر هستند. به طور کلی، توانایی تغییر آمایه‌های شناختی به منظور سازگاری با محرك‌های در حال تغییر محیطی، عنصر اصلی در تعاریف عملیاتی انعطاف‌پذیری شناختی است (Dennis و Vandervelde¹, ۲۰۱۴) در مقابل آن، مصرف مواد در این توانایی‌ها اختلال ایجاد می‌کند، معتادان در تغییر عادت به مواد و اتخاذ پاسخ‌هایی که با رهاسازی محرك که پیشین مرتبط با مواد پاداش‌دهنده باشد، مشکل دارند. درواقع، معتادان در انجام کارها و به یادآوری تکالیف یادگیری، نقص دارند (کلر، نلسون و یورک^۲, ۲۰۰۰). در این رابطه وون گتسو^۳ و همکاران (۲۰۱۴) و رنه مان^۴ و همکاران (۲۰۱۱) در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که انعطاف‌پذیری شناختی در افراد وابسته به مواد مخدر کاهش می‌باید و این کاهش انعطاف‌پذیری منجر به افزایش رفتارهای بی‌هدف و کاستی توجه در آنان می‌گردد (Salo, Gaby, Fassbinder و Henik^۵, ۲۰۱۱).

از سوی دیگر، طبق بررسی‌ها یکی از مشکلات روان‌شناختی در افراد دارای اعتیاد، تجربه احساس تنهایی^۶ است (Amidyan و Hmkaaran, ۱۴۰۰). احساس تنهایی را می‌توان نارسایی و ضعف محسوس در روابط بین فردی دانست که به نارضایتی از روابط اجتماعی فرد منجر می‌گردد (Pirhonen^۷ و Hmkaaran, ۲۰۲۰). متزوی شدن فرد در نتیجه نبود ارتباط چهره به چهره بر سلامت روانی، سازگاری و کسب مهارت‌های اجتماعی فرد تأثیرگذار است و تحمل فرد را کاهش می‌دهد. لذا، تصمیم‌گیری‌های مخاطره‌آمیز و تکاشگری در سوء‌صرف‌کنندگان مواد مختلف به مراتب بالاتر از افراد فاقد آسیب است. برخی از پژوهش‌ها (Pirhonen و Hmkaaran, ۲۰۲۰؛ Mctdrí, Hajji علیزاده، سماوی و امیر فخرایی، ۱۳۹۹) به بررسی احساس تنهایی در افراد معتاد پرداخته‌اند و این تحقیقات به‌طور مستقیم و غیرمستقیم نشان داده‌اند افرادی که دچار اعتیاد هستند، از نظر احساس تنهایی در سطح بالاتری قرار دارند و از روابط بین فردی خود ناراضی هستند و یا تمایلی برای ایجاد ارتباط با دیگران از خود نشان نمی‌دهند.

1. Dennis & Vandervelde
2. Cellar, Nelson, Yorke
3. Von Geusau
4. Reneman

5. Salo, Gaby, Fassbinder & Henik
6. loneliness
7. Pirhonen

با توجه به سطح پایین انعطاف‌پذیری شناختی و تجربه احساس تنها بیشتر در افراد دارای وابستگی به مواد، توجه به درمان‌های مؤثر و کارآمد در برابر این بیماری از اهمیت بالایی برخوردار است (آسمان کناری، ۱۳۹۷). طبق پژوهش‌ها یکی از درمان‌های مؤثر که تأثیر قابل توجه‌ای بر انعطاف‌پذیری شناختی و توانمندی افراد در شرایط‌های غیرقابل تغییر دارد، درمان متمرکز بر شفقت^۱ می‌باشد (آیو^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). درمان متمرکز بر شفقت، درمانی چندوجهی می‌باشد که بر پایه طیف وسیعی از درمان‌های شناختی رفتاری و سایر درمان‌ها و مداخلات بنا شده است. بنابراین بر توجه، استدلال، نشخوار ذهنی، رفتار، هیجان-های انگیزه‌ها و تصویرسازی ذهنی تمرکز دارد (گیلبرت، ۲۰۱۶). اساس آموزش درمان متمرکز بر شفقت شامل مهربانی بینایین همراه با آگاهی عمیق از رنج بدن خود و دیگران به همراه آرزو و تلاش برای تسکین آن است (ناواروجیل^۳ و همکاران، ۲۰۲۰؛ بوئرسما، هاکانسون، سالامونسون و جوهانسون^۴، ۲۰۱۵). اصول پایه این درمان به موضوعاتی اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با درونیات نیز آرام می‌شود. افزون بر این، در درمان متمرکز بر شفقت افراد می-آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند. در تمرین-های خودشفقتی بر تن آرامی، ذهن آرامی، مهربانی با خود و ذهن آگاهی توجه می‌شود که نقش مؤثری در آرامش ذهن فرد، کاهش تشویش و افکار خودآیند خواهد داشت (سعادتی، رستمی و دربانی، ۱۳۹۵). از آنجا که انعطاف‌پذیری شناختی، رغبت به پذیرش موقعیت‌های سخت به عنوان موقعیت قابل کنترل و قدرت ابراز توجیهات مختلف برای رویدادهای زندگی و رفتار انسان و قدرت ایجاد پاسخ‌های متعدد در برابر شرایط سخت را شامل می‌شود (دینیس و واندروال، ۲۰۱۰)، انتظار می‌رود این درمان بر آن تأثیرگذار باشد. همچنین درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند به افراد در درک و پذیرش چالش‌های زندگی کمک کند و به عنوان درمان، مکانی امن را به منظور کشف هرگونه مشکل ایجاد نماید.

۱۵۶

156

۱۴۰۰، ۱۷، نو، ۵۸، سپتامبر ۲۰۲۳

1. compassion-based treatment
2. Au
3. Gilbert

4. Navarro-Gil
5. Boersma, Hakanson, SalomonSon & Johansson

در این روش درمانی بر ایجاد ارتباط مناسب با اطرافیان و اعتماد تأکید می‌شود (گلبرت، ۲۰۱۶). از این رو، ارتباط مناسب با اطرافیان و اعتماد به آنان تا حدود زیادی می‌تواند انزوا، طرد و احساس تنها بی را در معتقدین کاهش دهد. به عنوان نمونه‌هایی از تأثیر درمان متمن‌کر بر شفقت در حیطه سلامت، نتایج تحقیق پورکرد و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد این درمان بر افزایش خودکارآمدی پرهیز از مواد و کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد افیونی اثر مثبت دارد. صادقی، سودانی و غلام زاده جفره (۱۳۹۹) نیز در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که آموزش متمن‌کر بر شفقت بر کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد اثرگذار است. شهبازی و همکاران (۱۴۰۰) نیز گزارش کردند که الگوی شفقت به خود بر کاهش احساس شرم نوجوانان پسر با آمادگی به اعتیاد اثرگذار است. توصیفیان و همکاران (۱۳۹۶) نیز در پژوهشی به نقش واسطه‌ای و معنادار شفقت‌ورزی در کاهش ولع مصرف مواد در معتقدان تحت درمان نگهدارنده با متادون اشاره کردند. در این راستا، بشیرپور، محمدی و اسدی شیشه‌گردان (۱۳۹۶) در پژوهشی نشان دادند که شفقت به خود در پیش‌بینی انگیزش درمان و آمادگی برای تغییر افراد وابسته به مواد نقش دارد.

همچنین خطر استفاده از مواد با مهربانی نسبت به خود، تجربه مشترک انسانی و ذهن‌آگاهی رابطه منفی ولی با انزوا رابطه مثبتی دارد. این نتایج از نقش حافظتی شفقت به خود در برابر استفاده از مواد حمایت می‌کنند که این امر نشانگر این است که اگر آموزش‌هایی در جهت افزایش شفقت به خود در افراد وابسته به مواد صورت گیرد، در کاهش ولع مصرف و وابستگی آن‌ها مؤثر خواهد بود. همچنین بررسی تحقیقات پیشین نشان داده که درمان متمن‌کر بر شفقت در طیف گسترده‌ای از اختلالات و انحرافات روانی به ویژه در زمینه‌ی اختلالات مربوط به افسردگی و اضطراب (جانگ و چن^۱؛ آسونو و شیمیزو^۲؛ ۲۰۱۸)، فنیلی جانز، ریس و کین^۳؛ ۲۰۱۵؛ پاولی و مک فرسون^۴؛ ۲۰۱۳)، احساس تنها بی (سعیدی و همکاران، ۱۳۹۹؛ پورمحمد قوچانی و عرب، ۱۳۹۸؛ شفیعی، اکبری و حیدری‌راد، ۱۳۹۸)، خود انتقادی (بیومنت، آیرونز، راینر و داگنال، ۲۰۱۶^۵؛ بوئرسما و همکاران،

1. Jiang & Chen
2. Asano & Shimizu
3. Finlay-Jones, Rees & Kane

4. Pauley & McPherson
- 5 . Beaumont, Irons, Rayner & Dagnall

۲۰۱۵)، احساس شرم (خوانساری و همکاران، ۱۴۰۰) اثرگذار بوده است و به عنوان یک رویکرد درمانی موجب افزایش کیفیت زندگی (پورکرد و همکاران، ۱۴۰۰؛ صادقی و همکاران، ۱۳۹۹)، انعطاف‌پذیری شناختی و کفايت اجتماعی (ترخان، نشاط دوست و ترخان، ۱۳۹۹)، افزایش تعاملات مطلوب در زندگی (فهیم دانش، نوفrstی ۲۰۱۳، ۲۰۲۰) و توکلی^۱، افزایش شادی سلامتی و بهزیستی روانی (نف و بریتوایس^۲، ۲۰۱۳) می‌شود.

علاوه بر درمان متمرکز بر شفقت که به تغییرات ذهنی افراد دارای سوء مصرف مواد و کمک در جهت بهبود روابط بین فردی و کاهش احساس تنهایی منجر می‌شود، یکی از رویکردهای آموزش محور که می‌تواند در کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد آسیب‌پذیر، از جمله افراد دارای اعتیاد نقش مؤثری ایفا کند، آموزش تنظیم هیجان^۳ می‌باشد (هولی، اوینگک، استیور و بلاک^۴، ۲۰۱۸). گاروسا^۵ و همکاران (۲۰۱۴) معتقدند که برخورداری از مهارت‌های تنظیم هیجان می‌تواند سلامت روان افراد به خصوص افراد دارای مشکلات روانی مانند معتادین به مواد مخدر را ارتقا بخشد. گراتس و تال^۶ (۲۰۱۰) نیز نشان داده‌اند که مدیریت هیجانات را می‌توان به افراد آموخت و از بروز مشکلات روان‌شناختی و رفتاری در افراد جلوگیری کرد، بنابراین آموزش تنظیم هیجان در قالب پروتکل‌های درمانی می‌تواند به عنوان یک منبع مهم برای کمک به افراد وابسته به مواد مطرح شود. یکی از این مدل‌ها آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل فرآیندی گراس^۷ می‌باشد که توسط الن، مکه یو و بارلو^۸ (۲۰۰۸) تدوین شده و به شیوه گروهی اجرا می‌شود (بروک، دورفل، کوگلر و برام، ۲۰۱۶). در طول جلسات این درمان مفاهیمی همچون توضیح در مورد فرایند بیولوژیکی ایجاد هیجان و اثرگذاری هیجان بر کارکرد روزانه، آموزش راه‌هایی جهت افزایش تجربه‌های مثبت، آموزش راه‌های کاهش و تغییر هیجانات منفی، توجه آگاهانه به هیجان فعلی، آموزش ارزیابی مجدد و ابراز هیجانات مثبت و منفی ارائه می‌شود. پژوهش‌هایی که در این

۱۵۸
۱۵۸

۱۴۰۰، ۱۳۹۹، ۱۳۹۸، ۱۳۹۷، ۱۳۹۶، ۱۳۹۵، ۱۳۹۴، ۱۳۹۳
Downloaded from etiadpajohi.ir on 2025-07-15]

1. Fahimdanesh, Noferesti & Tavakol
2. Beretvas
3. emotion regulation training
4. Holley, Ewing, Stiver & Bloch

5. Garrosa
6. Gratz, & Tull
7. Gros
8. Allen, McHugh & Barlow
9. Buruck, Dörfel, Kugler & Brom

زمینه انجام شده، نشان داده‌اند که از طریق آموزش‌های تنظیم هیجان می‌توان مشکلات روان شناختی (هولی و همکاران، ۲۰۱۸؛ کلمانسکی، کارتیس، مکالگین، نولن و هوکسما^۱، ۲۰۱۷؛ استایدر^۲ و همکاران، ۲۰۱۷)، سطح اضطراب و مشکلات روحی (باریچ، ۲۰۱۷ و فشار عصبی (میلس، تامپسون، استنلی و کنت، ۲۰۱۸) را در افراد کاهش داد و فهم افراد را از مدیریت هیجان‌ها (دیفندروف، ریچارد و یانگ، ۲۰۰۸) و بازشناسی هیجان‌ها و سازگای مثبت با دیگران و محیط (بیو و همکاران، ۲۰۰۶) بالا برد و به آن‌ها کمک کرد انعطاف‌پذیری شناختی بالاتری داشته باشند (سوسا و لاگانا، ۲۰۱۹؛ فو و ژانگ، ۲۰۱۷؛ ساسون، راسمو، اسیجید، ۲۰۱۶؛ کولی و فایت، ۲۰۱۶؛ احمدی، اکبری‌زاده و ریاحی، ۱۳۹۸). با توجه به گرایش روز افزون به مواد اعتیارآور، تنوع آن و پیچیدگی و شرایط خاص و پر خطر معتادان از یک سو و اهمیت روش‌های مداخله‌ای و آموزشی مؤثر و کارآمد در درمان افراد دارای اعتیاد به مواد از سوی دیگر، این پژوهش در صدد پاسخ به این پرسش است که کدام یک از مداخلات متمن کز بر شفقت و آموزش تنظیم هیجان بر انعطاف‌پذیری شناختی و احساس تنهایی (عاطفی-اجتماعی) در معتادین تأثیر بیشتری دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه معتادین خودمعروف به سازمان بهزیستی شهرستان شیراز در سال ۱۴۰۰ بود که از بین آن‌ها نمونه‌ای به حجم ۴۵ نفر بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش، به صورت دردسترس انتخاب شد و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایدهی شدند. حجم نمونه بر اساس فرمول ارائه شده توسط تاباکنیک و فیدل^۳ (۲۰۱۴) که هر گروه نباید کمتر از ۱۵ نفر باشد، انتخاب شد. گروه اول با مداخله متمن کز بر شفقت مورد مداخله قرار گرفتند، گروه دوم تحت مداخله آموزش

1. Klemanski, Curtiss, McLaughlin & Nolen-Hoeksema
2. Schneider
3. Burch
4. Miles, Thompson, Stanley & Kent

5. Diefendorff, Richard & Yang
6. Sosa & Lagana
7. Fu & Zhang
8. Sasson, Ramsey & Schaid
9. Tabaknik & Fidel

تنظیم هیجان قرار گرفتند و برای گروه سوم هیچ مداخله در نظر گرفته نشد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از رضایت آگاهانه، علاقه و رغبت افراد جهت شرکت در پژوهش، مذکر بودن، دامنه سنی ۲۰ الی ۴۵ سال، عدم دریافت روان‌درمانی همزمان و ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه در جلسات، دارا بودن اختلال حاد سایکوتیک، شرکت هم‌زمان در درمان‌های دیگر و دارا بودن مشکلات جسمانی مزمن و ممکن نبودن پیگیری فرد طی مراحل مداخله بود. اصول اخلاقی پژوهش شامل راز داری و حفظ حریم خصوصی اشخاص و خروج داوطلبانه شرکت کنندگان از پژوهش بود. داده‌های به دست آمده با آزمون‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری و با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار

- ۱- مقیاس احساس تنها‌یی (اجتماعی و عاطفی بزرگسالان): مقیاس احساس تنها‌یی توسط دی‌توماسو و اسپینر^۲ (۱۹۹۷) تدوین شده است. این مقیاس دارای ۱۴ سؤال و دو بعد تنها‌یی عاطفی (سؤالات ۱-۳-۵-۶-۸-۱۰-۱۲-۱۳-۱۴) و تنها‌یی اجتماعی (سؤالات ۲-۴-۷-۱۱) را تشکیل می‌دهند. سوالات این پرسشنامه بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۵) نمره گذاری می‌شوند. عبارت ۱۴ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود و حداقل نمره در این آزمون ۱۴ و حداکثر نمره ۷۰ است. دی‌توماسو و اسپینر (۱۹۹۷) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۰ گزارش کردند. این محققان همچنین گزارش کردند که همبستگی معناداری بین زیرمقیاس‌های این ابزار با نمره کل مقیاس احساس تنها‌یی و زیرمقیاس‌های پرسشنامه ادراک دلبستگی^۳ وجود دارد؛ این همبستگی معنادار، نشان از روایی همزمان، افتراقی و همگرای بسته این مقیاس دارد. در ایران نیز در پژوهش جوکار و سلیمی (۱۳۹۰) روایی و پایایی این مقیاس مورد آزمایش قرار گرفت و نتایج همبستگی این مقیاس با سایر مقیاس‌ها نشان دهنده روایی هم گرا و افتراقی مطلوب این مقیاس بود. همچنین این محققین برای پایایی این ابزار از ضریب آلفای

کرونباخ استفاده و مقدار این ضریب را به ترتیب برای بعد تنها یی عاطفی (۰/۹۲) و بعد تنها یی اجتماعی (۰/۹۲) گزارش کردند که نشان می دهد ابعاد این مقیاس از پایایی مطلوبی برخوردار می باشند. در پژوهش حاضر نیز از نمره کل این مقیاس استفاده شد و پایایی این مقیاس از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ بدست آمد.

- پرسش نامه انعطاف پذیری شناختی^۱: پرسش نامه انعطاف پذیری شناختی توسعه دنیس و واندروال (۲۰۱۰) ساخته شده است و دارای ۲۰ گویه است. آزمودنی به هر یک از گویه ها به شکل طیف لیکرت ۷ ارزشی از (۱ کاملاً مخالف) تا (۷ کاملاً موافق) پاسخ می دهد به گونه ای که دامنه احتمالی نمره ها از ۲۰ تا ۱۴۰ متغیر خواهد بود. نمره بالاتر در این پرسش نامه، نشان دهنده انعطاف پذیری شناختی کمتری برخوردار است. دنیس و واندروال نشان می دهد که فرد از انعطاف پذیری شناختی کمتری برخوردار است. دنیس و واندروال (۲۰۱۰) نشان دادند روایی هم گرای این آزمون با مقیاس انعطاف پذیری مارتین ۰/۷۵ است. همچنین این پژوهشگران پایایی این ابزار را به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسش نامه ۰/۹۱ به دست آورند. در ایران نیز پایایی و روایی این پرسش نامه در تحقیقات زیادی مورد بررسی قرار گرفته است. ترخان و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهش خود، همسانی درونی این پرسش نامه را در یک نمونه ۲۴۰ نفری ۰/۸۹ به دست آورده و روایی هم زمان آن را با پرسش نامه افسردگی بک (۰/۶۶) گزارش کردند که در سطح معنادار و نشان دهنده روایی مطلوب این پرسش نامه بود. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسش نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

روش اجرا

مدت جلسات در هر کدام از روش ها ۹۰ دقیقه بود که به صورت گروهی و هفتاهی یک بار به مدت ۸ جلسه اجرا شد. بعد از اتمام مداخلات، از هر دو گروه آزمایش و یک گروه گواه پس آزمون گرفته شد. خلاصه جلسات مداخلات گزارش شده است.

1. Cognitive Flexibility Inventory (CFI)

جدول ۱: محتوای جلسات تنظیم هیجان (گراس، ۲۰۰۲)

اهداف	جلسه
هدف: آشنایی با یکدیگر و شروع رابطه متقابل رهبر گروه مشاوره و اعضا دستور جلسه: ۱- آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و گفتگوی اعضا راجع به اهداف شخصی و جمعی ۲- اهداف اصلی و فرعی گروه و گفتگوی اعضا راجع به اهداف شخصی و جمعی ۳- بیان منطق و مراحل مداخله ۴- بیان چارچوب و قواعد شرکت در گروه	جلسه اول
هدف: ارائه آموزش هیجانی دستور جلسه: شناخت هیجان و موقعیت های برانگیزانده از طریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان ها، ارائه اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات کوتاه مدت و دراز مدت هیجان ها هدف: ارزیابی میزان آسیب پذیری و مهارت های هیجانی اعضا	جلسه دوم
دستور جلسه: ۱- خودارزیابی با هدف شناخت تجربه های هیجانی خود ۲- خودارزیابی با هدف شناسایی میزان آسیب پذیری هیجانی در فرد ۳- خودارزیابی با هدف شناسایی راهبردهای تنظیمی هدف: ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزانده هیجان	جلسه سوم
دستور جلسه: ۱) جلوگیری از انزواه اجتماعی و اجتناب ۲) آموزش راهبرد حل مسئله ۳) آموزش مهارت های بین فردی (گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض)	جلسه چهارم
هدف: تغییر توجه دستور جلسه: ۱) متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی ۲) آموزش توجه	جلسه پنجم
هدف: تغییر ارزیابی های شناختی دستور جلسه: ۱) شناسایی ارزیابی های غلط و اثرات آنها روی حالت های هیجانی ۲) آموزش راهبرد بازارزیابی	جلسه ششم
تکلیف داخل جلسه: تکمیل لیست ارزیابی های غلط، شناسایی این ارزیابی ها و پیامدهای هیجانی آن و تمرین راهبرد در ارزیابی	۱۶۲
۱) شناسایی ارزیابی های غلط و اثرات آنها روی حالت های هیجانی ۲) آموزش راهبرد بازارزیابی	۱۶۲

جدول ۱: محتوای جلسات تنظیم هیجان (گراس، ۲۰۰۲)

جلسه	اهداف
جلسه هفتم	هدف: تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان
دستور جلسه:	
(۱) شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن	
(۲) مواجهه	
(۳) آموزش ابراز هیجان	
(۴) اصلاح رفتار از طریق تغییر تعویت کننده‌های محیطی	
(۵) آموزش تخلیه هیجان، آرمیدگی و عمل معکوس	
جلسه هشتم	هدف: ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربرد
دستور جلسه:	
(۱) ارزیابی میزان نیل به اهداف فردی و گروهی	
(۲) کاربرد مهارت‌های آموخته شده در محیط‌های طبیعی خارج از جلسه	
(۳) بررسی و رفع موانع انجام تکاليف	

پروتکل مراحل درمان مبتنی بر شفقت به صورت خلاصه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۰۹)

جلسه	موضوع	محظا
جلسه آشنایی و بیان قواعد	معرفی و برقراری ارتباط و ایجاد رابطه حسن و اتحاد درمانی و	
جلسه اول	شرح قوانین گروه	جلسات و مشکل فعلی
	تعیین هدف و فرمول‌بندی مراجع	
	گوش سپردن به روایت‌های افراد و همدلی اعضاء با یکدیگر (آموزش همدلی)	
جلسه دوم	توضیح در خصوص شفقت به خود و عناصر آن	تکلیف: تمرین تنفس آرام بخش به معادین
	توصیف مختصی در خصوص کمربوئی و خودناتوان سازی	مرور جلسه قبل و بررسی نوع برخورد اعضاء با خود (سبک
	تعریف خود انتقادی و علل و پیامدهای آن	انتقادگر و با شفقت گر)
	تعریف شفقت	تکلیف: پاسخ به این سوال که چقدر به خودتان شفقت ورز هستید؟

جدول ۲: محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت (گلبرت، ۲۰۰۹)

جلسه	موضوع	محتوای
جلسه سوم	معرفی ویژگی ها و مهارت های شفقت به خود چیست؟	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ شفقت به خود چیست؟
جلسه چهارم	آن بر حالات روانی فرد	بررسی ویژگی ها و مهارت های آن و چگونگی تأثیرگذاری بر حالات روانی فرد
جلسه پنجم	بررسی تصویرسازی ذهنی و معرفی تصویرسازی ذهنی	معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی و نحوه تعامل با آنها
جلسه ششم	آموزش نامه نگاری	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ پرورش خودشفقت ورزی و معرفی مفاهیم: خرد، توانایی، گرمی و مسئولیت‌پذیری در ایجاد شفقت
جلسه هفتم	توضیح ترس از شفقت به خود و شناسایی افکار	آموزش نحوه تصویرپردازی ذهنی خود شفقت ورزی
جلسه هشتم	جمع‌بندی مفاهیم بررسی شده در جلسات	تکلیف: شناسایی افکار ممانعت از پرورش شفقت به خود و اصلاح آنها
۱۶۴ ۱۶۴		تکلیف: تمرکز بر موانع موجود در پرورش شفقت به خود و تمرین شفقت نسبت به آنها
۱۶۳ ۱۶۳		بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل

یافته‌ها

نتایج نشان داد در گروه درمان متمن کز بر شفقت ۸۰ درصد (۱۲ نفر) از شرکت کنندگان دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم و ۲۰ درصد (۳ نفر) تحصیلات دانشگاهی داشتند؛ در گروه آموزش تنظیم هیجان ۷۳/۳ درصد (۱۱ نفر) از شرکت کنندگان دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم و ۲۶/۷ درصد (۴ نفر) تحصیلات دانشگاهی داشتند؛ در گروه گواه نیز ۳ درصد (۱۲ نفر) از شرکت کنندگان دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم و ۲۰ درصد (۳ نفر) تحصیلات دانشگاهی داشتند؛ میانگین سنی گروه درمان متمن کز بر شفقت ۲۷/۴ سال، گروه آموزش تنظیم هیجان ۲۹/۶ سال و گروه گواه ۲۷/۹ سال بود. هم چنین در گروه درمان متمن کز بر شفقت ۴۶/۶ درصد (۷ نفر) از شرکت کنندگان شاغل و ۵۳/۴ درصد (۸ نفر) فاقد شغل؛ در گروه آموزش تنظیم هیجان ۶۶/۶ درصد (۱۰ نفر) شاغل و ۴۳/۴ درصد (۵ نفر) فاقد شغل و در گروه گواه ۴۶/۶ درصد (۷ نفر) شاغل و ۵۳/۴ درصد (۸ نفر) فاقد شغل بودند. آماره‌های توصیفی متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و احساس تنها‌یی در جدول ۳ ارائه شده است.

۱۶۰
۱۶۵

جدول ۳: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه

متغیر	آماره	شفقت	گروه هیجان	گروه کنترل	گروه درمان متمن کز بر هیجان	گروه آموزش تنظیم	پیش‌آزمون پس‌آزمون پیش‌آزمون پس‌آزمون پیش‌آزمون پس‌آزمون
انعطاف‌پذیری	میانگین						۶۶/۹۳ ۶۶/۰۷ ۸۲/۱۳ ۶۴/۳۳ ۷۹/۸۰ ۶۵/۸۷
شناختی	انحراف معیار						۶/۹۰ ۷/۲۶ ۵/۹۳ ۶/۴۰ ۵/۴۰ ۳/۹۶
میانگین	میانگین						۴۷/۵۳ ۴۹/۶۷ ۳۹/۴۷ ۴۹/۴۰ ۳۸/۲۷ ۴۹/۹۳
احساس تنها‌یی	انحراف معیار						۳/۷۴ ۳/۹۸ ۳/۹۸ ۳/۷۲ ۳/۱۷ ۳/۶۹

طبق نتایج جدول ۳ میانگین کل انعطاف‌پذیری شناختی دو گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش و میانگین نمره کل احساس تنها‌یی در دو گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است. قبل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری، مفروضه‌های زیربنایی این تحلیل (مفروضه‌ی نرمال بودن، همگنی

واریانس‌ها و همگنی شبیه رگرسیون) مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. نتایج نشان داد که سطح معناداری از مقدار $0.05 > P$ بیشتر است، بنابراین پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها برقرار بود ($P < 0.05$). نتایج آزمون بررسی همگنی شبیه رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون نمره کل انعطاف‌پذیری شناختی و احساسات تنهایی در گروه‌های آزمایش و گواه نشان داد که شبیه رگرسیون برای نمره کل متغیرها برقرار بود. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. بر اساس این آزمون همگنی واریانس‌ها در گروه‌ها برقرار بود ($P < 0.05$). با برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس استفاده از این آزمون بلامانع است.

جدول ۴: خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین نمره‌های پس آزمون متغیرهای وابسته گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

		آزمون	اثر	آرژش	آماره F	سطح	درجه آزادی	درجه آزادی	اندازه	توان	آزمون
							فرضیه	خطا	معنی‌داری	اثر	آزمون
۱		اثر پیلایی									
	۰/۷۵۸	لمبادی ویلکر		۰/۰۵۹	۶۰/۹۴۱		۴	۷۸	۰/۰۰۱	۰/۷۵۸	
	۰/۸۴۱	گروه	اثر هتلینگ	۱۰/۵۶۵	۱۰۰/۳۶۶		۴	۷۶	۰/۰۰۱	۰/۸۴۱	
	۰/۹۰۹	بزرگترین ریشه روی		۱۰/۰۲۱	۲۰۰/۴۱۵		۲	۴۰	۰/۰۰۱	۰/۹۰۹	

۱۶۶
۱۶۶
۱۴۰، ۱۷۱، ۵۸، ۶۷، ۵۰، ۱۷، ۰۷، ۰۶، ۰۵، ۰۴، ۰۳، ۰۲، ۰۱، ۰۰
۱۶۶

با توجه نتایج مندرج در جدول ۴، در مرحله پس آزمون بین گروه درمان متمرکز بر شفقت، گروه آموزش تنظیم هیجان و گروه کنترل از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته (انعطاف‌پذیری شناختی و احساسات تنهایی) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بهمنظور بررسی نقطه این تفاوت، تحلیل کوواریانس چندمتغیری در متن مانکووا روی نمره‌های انعطاف‌پذیری شناختی و احساسات تنهایی انجام شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای بررسی تفاوت پس آزمون متغیرهای وابسته در گروههای آزمایش و کنترل

		متغیر	منبع	مجموع	درجه	میانگین	آماره F	سطح	اندازه	توان
				مجذورات	آزادی	مجذورات		معنی داری	اثر	آزمون
1	0/۸۴۹	انعطاف الگوی اصلاح شده		۳۱۶۵/۸۸۷	۴	۷۹۱/۴۷۲	۷۶/۹۶۲	۰/۰۰۱		
		پذیری پیش آزمون		۱۱۴۶/۰۹۲	۱	۱۱۴۶/۰۹۲	۱۱۱/۴۴۵	۰/۰۰۱		
		شناختی گروه	خطا	۴۱۱/۳۵۸	۴۰	۱۱۲/۴۴۴	۱۱۵۶/۳۶۳	۰/۰۰۱		
1	0/۸۷۰	احساس الگوی اصلاح شده		۱۲۰۵/۱۴۱	۴	۳۰۱/۲۸۵	۱۰۴/۶۴۰	۰/۰۰۱		
		نهایی پیش آزمون		۶۶/۱۱۱	۱	۶۶/۱۱۱	۴/۴۲۹	۰/۰۱۵		
		گروه	خطا	۱۱۵/۱۷۰	۴۰	۲/۸۷۹	۳۸۵/۰۳۷	۰/۰۰۱		

با توجه به جدول ۵، پس از تعدیل نمرات پیش آزمون اثر گروه بر نمره کل انعطاف-

پذیری شناختی معنادار است ($F=112/444$ و $P=0/001$). هم‌چنین پس از تعدیل نمرات پیش آزمون اثر گروه بر نمره کل احساس تنها معدنادر است ($F=133/728$ و $P=0/001$). بنابراین نشان می‌دهد بین سه گروه از لحاظ انعطاف‌پذیری در مردان دارای اعتیاد تفاوت

معنادار وجود دارد. هم‌چنین مقدار اندازه اثر برای متغیر انعطاف‌پذیری برابر $\eta^2=0.84$ بود که نشان می‌دهد میزان تفاوت در جامعه 84 و در سطح قابل قبولی می‌باشد. علاوه بر این مقدار

اندازه اثر برای متغیر احساس تنها برابر $\eta^2=0.87$ بود که نشان می‌دهد میزان تفاوت در جامعه 87 درصد و در سطح قابل قبولی می‌باشد. جهت بررسی مقایسه رویکردهای متتمرکز بر شفقت و آموزش تنظیم هیجان در نمره کل انعطاف‌پذیری شناختی و احساس تنها در جدول ۶ نتایج مقایسه زوجی میانگین نمرات تعدیل یافته گروههای آموزش مورد مطالعه

در مرحله پس آزمون بر اساس تعدیل بونفرونی گزارش شده است.

جدول ۶: نتایج مقایسه میانگین تعدیل بافته گروه‌های آزمایش در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و احساس تنهایی

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین	خطای سطح استاندارد معنی‌داری
انعطاف‌پذیری	آموزش تنظیم هیجان	درمان متمرکز بر شفقت	-۳/۹۲۳
	آموزش تنظیم هیجان	کنترل	۱/۱۸۳
شناختی	درمان متمرکز بر شفقت	کنترل	۱۲/۹۵۶
	آموزش تنظیم هیجان	درمان متمرکز بر شفقت	-۱/۶۳۹
احساس تنهایی	آموزش تنظیم هیجان	کنترل	-۷/۸۵۷
	درمان متمرکز بر شفقت	کنترل	-۹/۴۹۵

نتایج جدول ۶ نشان داد، هر دو گروه درمان متمرکز بر شفقت و آموزش تنظیم هیجان بر انعطاف‌پذیری شناختی و احساس تنهایی در مردان دارای اعتماد به مواد اثربخش بودند. طبق یافته‌ها، درمان متمرکز بر شفقت در مقایسه با آموزش تنظیم هیجان اثربخشی بالاتری در کاهش احساس تنهایی (عاطفی- اجتماعی) داشته است. هم‌چنین آموزش تنظیم هیجان در مقایسه با درمان متمرکز بر شفقت اثر گذاری بیشتری در افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در مردان دارای اعتماد به مواد داشته است.

۱۶۸
168

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و آموزش تنظیم هیجان بر انعطاف‌پذیری شناختی و احساس تنهایی (عاطفی- اجتماعی) در معتادین خودمعرف به سازمان بهزیستی انجام شد. نتایج نشان داد که اثر درمان متمرکز بر شفقت و آموزش تنظیم هیجان بر انعطاف‌پذیری شناختی معتادان معنادار است. در خصوص اثربخشی رویکرد شفت محور بر انعطاف‌پذیری شناختی این یافته با نتایج به دست آمده از پژوهش‌های ریچاردسون، هوگ، جس و کونورس^۱ (۲۰۱۳)، ترخان و همکاران (۱۳۹۹)، توحیدی‌فر، کاظمیان و هارون‌رشیدی (۱۴۰۱)، بشیرپور و همکاران (۱۳۹۶) مطابقت و همسویی و در خصوص اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر انعطاف‌پذیری شناختی با نتایج پژوهش‌های سوسا و لاگانا

۱۴۰۱، ۱۳۹۶، ۱۳۹۹، ۲۰۱۳
Vols. ۱۷, No. ۶۷, Spring 2023

(۲۰۱۹)، قربانی و همکاران (۱۳۹۸) و عاشوری و رشیدی (۱۳۹۸) مطابقت و همسویی دارد. هم‌چنین نتایج نشان داد، آموزش تنظیم هیجان در مقایسه با درمان متمن‌کز بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی معتقدان اثرگذاری بیشتری داشته است. به عنوان نمونه‌هایی از تأثیر درمان متمن‌کز بر شفقت در حیطه سلامت روان، نتایج تحقیق بشیرپور و همکاران (۱۳۹۶) نشان داد که این درمان در افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، ولع مصرف و شدت وابستگی در افراد وابسته به مواد اثربخش است. ترخان و همکاران (۱۳۹۹) نیز در پژوهشی به بررسی اثربخشی مداخله متمن‌کز بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی و کفايت اجتماعی پرداخته و به این نتیجه دست یافتند که این مداخله درمانی با تقویت نگرش مثبت نسبت به خود به طور معناداری در افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و کفايت اجتماعی اثربخش است. پورمحمد قوچانی و عرب (۱۳۹۸) در پژوهشی به این نتایج دست یافتند که درمان متمن‌کز بر شفقت در کاهش احساس تنها‌ی و نشخوار فکری اثربخش است. به عنوان نمونه‌ای اثربخشی رویکرد تنظیم هیجان نیز می‌توان به تحقیقات سوسا و لاگانا (۲۰۱۹) اشاره داشت که نشان دادند تنظیم هیجان در افزایش کمبود توجه و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در افراد وابسته پس از برخورداری از مهارت‌های تنظیم هیجان افزایش می‌یابد و این رویکرد درمانی می‌تواند باعث کاهش مشکلات روان شناختی شود آن‌ها شود. با توجه به نتایج حاصل، می‌توان این گونه بیان نمود که درمان متمن‌کز بر شفقت به دنبال شفاف‌سازی اجزای اصلی شفقت مثل حساسیت توأم با توجه، انگیزه مراقبت، همدردی، همدلی، تحمل پریشانی و داشتن دیدگاه غیرقضاؤتی است و در این روش درمانی بر آزادسازی افراد از تله‌های ذهنی مانند خود ارزیابی‌ها و برچسب زدن‌های آزاردهنده که با هیجانات دردناک همراه هستند، تأکید می‌شود و پس از سپری کردن جلسات درمانی، ارزیابی منفی از خود تغییر می‌یابد و شناخت‌ها تصحیح و ترس و اجتناب از خود کاهش می‌یابد که این علائم نشان از افزایش انعطاف‌پذیری شناختی دارد. زمانی که افراد دارای اعتیاد در جلسات درمان متمن‌کز بر شفقت قرار می‌گیرند و مهارت‌ها و تکنیک‌های این رویکرد درمانی را آموزش می‌یابند، بعد از مدتی ساختار ذهنی آن‌ها مسلح به ذهن شفقت ورز می‌شود. در چنین شرایطی این افراد با منحرف کردن توجه خود از هیجان‌های منفی، مدت زمان برانگیختگی هیجان‌های

۱۶۹
۱۶۹

۱۴۰۲
۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023
۳۳ هفدهم، شماره ۶۷، پارس

خود را کنترل و تنظیم می‌کنند و تلاش می‌کنند معنای حالت‌های احساسی و ادراکی خود را تغییر دهند. در چنین حالتی احساسات و هیجان‌های آن‌ها، دردناک و یا حالت اجتنابی ندارد و به نگاه بهتر و واقع‌بینانه‌تری نسبت به هیجان‌های خود دست می‌یابند و در کل انعطاف‌پذیری شناختی بیشتری را به دست آورند (یارانل^۱ و نف، ۲۰۱۸). با این وجود، آموزش تنظیم هیجان در مقایسه با درمان متمرکز بر شفقت، روی تکنیک‌ها و راهبردهایی تمرکز دارد که احتمالاً می‌تواند بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در معتادین اثرگذاری بالاتر و بیشتری داشته باشد. راهبردهای منفی تنظیم هیجانی در افراد معتاد بر اثر مهارت‌های پایین هیجانی و ناتوانی در حل مسائل است (هولی و همکاران، ۲۰۱۸). در واقع می‌توان این‌گونه تبیین کرد که این افراد دارای رشد ناکافی در عواطف و مدیریت مناسب در هیجانات و رفتار هستند و کنترل ضعیف بر هیجانات آن‌ها، ریسک شروع مصرف مواد و آغاز چرخه رفتار اعتیادی را افزایش می‌دهد (مسلک و کیانی، ۱۴۰۰). افرادی که این دوره‌ی درمانی را سپری می‌کنند به راهبردهای ارزیابی مجدد شناختی تجهیز می‌گردند (دانگ و پوتنزا^۲، ۲۰۱۴). این توانایی‌ها به افراد، به ویژه معتادان کمک می‌کند که بهتر بتوانند هیجانات درونی خود را مدیریت کنند و از سوی دیگر بر نقاط قوت خود و بازنولید هیجانات مثبت تأکید کنند. هم‌چنین با سپری کردن جلسات آموزش تنظیم هیجان، افراد دارای اعتیاد یاد می‌گیرند که لازم نیست با استفاده از راهبردهایی مثل نشخوار فکری، فاجعه‌سازی، ملامت خویش و دیگران با افکار مزاحم برآمده از اعتیاد روبرو شوند (آرگیل و لو^۳، ۲۰۱۰). بهمین جهت آموزش تنظیم هیجان با آگاه‌سازی فرد نسبت به هیجانات خود در شرابط مختلف، به فرد کمک می‌کند که کنترل بیشتری بر روابط اجتماعی و فردی خود داشته باشد و در موقعیت‌های استرس‌زا و پرتنش با ادراک بالاتر از گرینه‌های مختلف حل مسئله، میزان انعطاف‌پذیری شناختی بالایی را از خود نشان دهد.

یافه‌های دیگر پژوهش نشان داد اثر درمان متمرکز بر شفقت و آموزش تنظیم هیجان بر احساس تنهایی معتادین خود معرف به سازمان بهزیستی معنادار است. در خصوص اثربخشی

۱۷۰
170

۱۴۰۰، ۱۷۰، نو، ۶۷، سپتامبر ۲۰۲۳

رویکرد شفت محور بر احساس تنها بی، این یافته با نتایج پژوهش های بوئرسما و همکاران (۲۰۱۵) و توحیدی فر و همکاران (۱۴۰۱) همسو و در خصوص اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر احساس تنها بی، یافته ها با نتایج پژوهش کاظمی رضایی، کاکابرایی و حسینی (۱۳۹۹) مطابقت و همسویی دارد. همچنان با توجه به نتایج به یافته های حاصل، درمان متمن کز بر شفقت در مقایسه با آموزش تنظیم هیجان بر احساس تنها بی (عاطفی و اجتماعی) در جامعه معتادین اثر گذاری بیشتری داشته است. به عنوان نمونه هایی از تأثیر درمان متمن کز بر شفقت و تنظیم هیجان در این حیطه، می توان به پژوهش توحیدی فر و همکاران (۱۴۰۱) اشاره کرد که در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان متمن کز بر شفقت بر احساس تنها بی و انعطاف پذیری شناختی مردان پرداختند، به این نتیجه رسیدند که این رویکرد درمانی در کاهش احساس تنها بی و افزایش انعطاف پذیری شناختی افراد اثربخش است. نتایج پژوهش سعیدی و همکاران (۱۳۹۹) نیز نشان داد که این رویکرد درمانی در کاهش احساس تنها بی اثر معناداری دارد. از سوی دیگر، گاروسا و همکاران (۲۰۱۴) معتقدند که برخورداری از مهارت های تنظیم هیجان می تواند سلامت روان را در افراد دارای مشکلات روانی ارتقا بخشد. گراتس و تال (۲۰۱۰) نیز نشان داده اند که مدیریت هیجانات را می توان به افراد آموخت و از بروز مشکلات روان شناختی و بین فردی در افراد جلوگیری کرد. در تبیین این یافته باید گفت آموزش تنظیم هیجان شکل خاصی از خودنظم بخشی است (تیس و براتس لوسکی^۱، ۲۰۰۰) که با آگاه نمودن افراد از هیجان های مثبت و منفی و پذیرش و کنار آمدن مؤثر و سایر فرایندهای ذهنی و انگیزشی منجر به کاهش احساسات منفی عاطفی و اجتماعی و بهبود روابط فرد با دیگران می گردد (دیمف و کورنر^۲، ۲۰۰۷). در واقع، عدم نظم جویی هیجان عامل مهمی در شروع رفتار اعتیادی و تداوم اثرات سوء این رفتارها بر سلامت، ارتباطات عاطفی- اجتماعی و دیگر حوزه های زندگی معتادین است (اعظمی، سهرابی، بر جعلی و چوپان، ۱۳۹۲). از همین رو، راهبردهای مناسب تنظیم هیجان با هماهنگ کردن فرایندهای ذهنی، زیستی و انگیزشی موجب می شود فرد از نظر نظم جویی هیجانی و تعدیل احساسات در وضعیت بهتری قرار گیرد و با پاسخ های ویژه و کارآمد در موقعیت های

۱۷۱

۱۷۱

۱۷۲
172

۱۴۰۲، ۱۷، نویسنده، پژوهشگاه ۲۰۲۳

متفاوت و روابط بین فردی، در نهایت کاهش احساسات تنهایی را تجربه نماید (گراس، ۲۰۰۲). اما درمان متمرکز بر شفقت در مقایسه با آموزش تنظیم هیجان، روی تکنیک‌ها و راهبردهایی تمرکز دارد که احتمالاً می‌تواند بر کاهش احساس تنهایی (عاطفی-اجتماعی) در معتادین اثرگذاری بیشتری داشته باشد. درمان متمرکز بر شفقت بر پایه‌ی دو فرایند اصلی بنیان شده است. اولین فرایند به تمامی فرایندهای تجربی اشاره دارد که شامل افزایش مهروزی و مهربانی با خود و دیگران است. همچنین فرایندهای رفتاری این مدل شامل شرطی‌زدایی، مدیریت تقویت آزادی خود و روابط یاری‌رسان است. فرایندهای تجربی این مدل مرتبط با سازه‌ی مدیریت احساسات است (گیلبرت، ۲۰۱۶). وقتی مراجعین در جلسات درمانی شفقت‌محور قرار می‌گیرند توجه شفیق، تصویرسازی شفیق، استدلال شفیق، رفتار شفیق، ادراک شفیق و احساس شفیق و دیگر فنون درمان متمرکز بر شفقت را می‌آموزند و ساختار روانی آن‌ها مجهز به ذهن شفیق می‌گردد، بعد از مدتی دیدگاه متعادل‌تری نسبت به خود پیدا می‌کنند و رخدادهای محیطی را ارزش‌گذاری و قضاوت نمی‌کنند و از لحاظ عاطفی و هیجانی در شرایط بهتر و مناسب‌تری قرار می‌گیرند (گیلبرت، ۲۰۱۸). از طرفی درمان متمرکز بر شفقت از طریق آموزش شفقت سبب گسترش مهربانی و عدم قضاوت در مورد اطرافیان می‌شود و هیجانات مثبت را جایگزین هیجانات مخرب و منفی می‌کند. از این طریق با توجه به بیان مستمر احساسات درونی خود با نزدیکان بر نگرانی‌های خود غلبه و از این طریق به صورت فعال‌تر در روابط اجتماعی و بین‌فردی حضور پیدا می‌کنند و در نتیجه احساس تنهایی آن‌ها به میزان زیادی می‌تواند کاهش پیدا کند. شاید به همین دلایل است که در پژوهش حاضر رویکرد متمرکز بر شفقت در کاهش احساس تنهایی معتادین اثرگذاری بیشتری نسبت به آموزش تنظیم هیجان داشته است.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به در دسترس بودن اعضای نمونه، محدودیت سنی و جنسیت اشاره کرد که بهتر است در تعیین نتایج آن به زنان و سایر گروه‌های سنی احتیاط شود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با موضوع مشابه بر روی گروه‌های سنی دیگر به ویژه نوجوانان و نیز فرهنگ‌های متفاوت انجام شود. همچنین این پژوهش قادر به پیگیری بود و در مورد تداوم اثر درمان نتایجی به دست نداد، به همین جهت پیشنهاد

می شود در پژوهش‌های آتی سودمندی روش‌های درمانی و آموزشی به کار گرفته شده به صورت طولی و نحوه اثرگذاری آن‌ها در طول زمان مورد ارزیابی قرار گیرد. عدم کنترل وضعیت اقتصادی و اجتماعی و یکسان بودن پژوهشگر و درمانگر که که ممکن است سوگیری در نتایج را افزایش دهد، از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر است. بدینهای است تلاش در جهت رفع محدودیت‌های ذکر شده، پژوهش را با اعتبار بیشتری همراه می‌سازد. در خصوص پیشنهادات کاربردی نیز با توجه به تأثیر مثبت آموزش تنظیم هیجان و درمان متمن‌کر بر شفقت بر افزایش سطح انعطاف‌پذیری شناختی و نیز کاهش احساس تنها‌بی معتادین، این مداخله‌ها می‌توانند به عنوان برنامه‌های پیشگیرانه برای سایر افراد مستعد به سوء مصرف مواد یا در قالب برنامه‌های مداخله‌ای برای کاهش آسیب در افراد دارای اعتیاد، به ویژه توسط درمانگران و یا مشاوران مدنظر قرار گیرند. همچنین استفاده از این رویکردهای آموزشی و درمانی به عنوان مکمل درمان‌های دارویی در مراکز دولتی و خصوصی ترک اعتیاد، از دیگر پیشنهادات این پژوهش است. در پایان به مسئولین پیشنهاد می‌گردد برای آموزش این شیوه‌های درمانی و آموزشی به روان‌شناسان و درمانگران که در این حوزه فعالیت می‌کنند در جهت کاهش آسیب‌های روانی و رفتاری افراد دارای اعتیاد برنامه‌ریزی و اقدام نمایند.

۱۷۳
173

۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023
مالیات هدف‌های شماره ۶۷
Spring 2023

منابع

- احمدی، محمدرضا؛ اکبری‌زاده، مسلم، و ریاحی، همیرا (۱۳۹۸). اثربخشی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی مادران کودکان با ناتوانایی یادگیری. نشریه توانمندسازی کودکان/استثنایی، ۱۰ (۳۳)، ۷۱-۸۴.
- اعظمی، یوسف؛ سهرابی، فرامرز؛ برجعلی، احمد و چوبان، احمد (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس بر کاهش خشم در افراد وابسته به مواد مخدر. مجله فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۶ (۴)، ۵۳-۶۶.
- امیدیان، سارا؛ کاظمیان مقدم، کبری و هارون رشیدی، همایون (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی و باورهای ارتباطی در زنان دارای همسر وابسته به مواد. فصلنامه علمی اعتیاد‌پژوهی، ۱۶ (۶۴)، ۳۲۷-۳۰۹.

آسمان کناری، مجتبی (۱۳۹۷). بررسی کیفی عوامل مؤثر بر ترک اعتیاد کارتن خواب‌های موفق به ترک اعتیاد. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه علامه طباطبائی.

بشیر پور، سجاد؛ محمدی، نسیم و اسدی شیشه‌گردان، سارا (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش خودشفقتهای شناختی در ولع مصرف، شدت وابستگی و انعطاف‌پذیری شناختی افراد وابسته به مواد. مجله روان‌شناسی بالینی، ۳(۹)، ۱۰۱-۹۳.

پورکرد، مهدی؛ غلام‌رضایی، سیمین؛ غضنفری، فیروزه و رضایی، فاطمه (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان‌های مبتنی بر سبک زندگی آدلری، پذیرش و تعهد و شفقت درمانی بر خودکارآمدی پرهیز از مواد و کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد افیونی. فصلنامه علمی اعتیاد‌پژوهی، ۱۶(۶۴)، ۱۷۶-۱۴۵.

پورمحمد قوچانی، کامران و عرب، سیمین (۱۳۹۸). اثربخشی گروه درمانی متمرکز بر شفقت بر احساس تنهایی و نشخوار فکری زنان با سندورم پیش از قاعدگی. فصلنامه روان‌شناسی تحلیلی، ۳۹(۳۹)، ۴۲-۲۹.

ترخان، میانا؛ نشاط دوست، حمید طاهر و ترخان، مرتضی (۱۳۹۹). مداخله مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی و کفايت اجتماعی زنان دارای تعارضات زناشویی، فصل نامه علمی - پژوهشی شناخت اجتماعی، ۱۵(۲)، ۷۸-۵۶.

توحیدی‌فر، مریم؛ کاظمیان مقدم، کبری و هارون رشیدی، همایون (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی و انعطاف‌پذیری شناختی مردان سالمند، فصلنامه مطالعات روان‌شناسی، ۱۲(۷)، ۱۱۶-۹۷.

توصیفیان، نگین؛ قادری بگه جان، کاوه؛ خالدیان، محمد و فرخی، نورعلی (۱۳۹۶). مدل‌یابی ساختاری کارکرد خانواده و ولع مصرف مواد در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون با تأکید بر نقش واسطه‌ای خود شفقت‌ورزی. فصلنامه اعتیاد‌پژوهی، ۱۱(۴۴)، ۲۲۶-۲۰۹.

جوکار، بهرام و سلیمی، عظیمه (۱۳۹۰). ویژگی‌های روانسنجی فرم کوتاه مقیاس احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی بزرگسالان، مجله علوم رفتاری، ۵(۴)، ۳۱۷-۳۱۱.

خوانساری، میناسداد؛ تاجری، بیوک؛ سرداری‌پور، مهران؛ حاتمی، محمد و حسین‌زاده تقوایی، مرجان (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر شفقت و تئوری انتخاب بر احساس شرم و سطوح انتقادی دانش‌آموزان دختر. فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناسی، ۱۲(۲)، ۳۵۶-۳۴۱.

۱۷۴
 ۱۷۴

۱۴۰۰: ۱۷؛ ۱۳۹۸: ۳۹؛ ۱۳۹۶: ۱۰؛ ۱۳۹۹: ۲۹؛ ۱۴۰۱: ۱۲؛ ۱۳۹۰: ۵؛ ۱۳۹۷: ۹

سعادتی، نادره، رستمی، مهدی و دربانی، سید علی (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمن کر بر شفقت در تقویت عزت نفس و سازگاری پس از طلاق زنان. دو فصلنامه روان‌شناسی خانواده، ۲(۳)، ۵۸-۴۵.

سعیدی، محمد؛ شیبانی، کریمه؛ طیبی، رضا و اصغری، مرتضی (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی و درمانی متمن کر بر شفقت بر احساس تنها بی زنان در شرف طلاق. مجله مطالعات ناتوانی، ۱۶(۹)، ۶۵-۴۹.

شفیعی، محمد؛ اکبری، صادق و حیدری‌راد، حسن (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش شفقت به خود بر احساس تنها بی و تاب آوری زنان بی بضاعت. مجله روان‌پژوهی‌شناخت، ۵(۶)، ۸۴-۷۱. شهبازی، جمشید؛ خدابخشی کولاوی، آناهیتا؛ داودی، حسین و حیدری، حسن (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی الگوی شفقت به خود متمن کر بر ذهن آگاهی و درمان دلبلستگی محور بر احساس شرم نوجوانان پسر با آمادگی به اعتیاد. مجله پرستاری کودکان، ۷(۱)، ۲۲-۱۲.

صادقی، رضا؛ سودانی، منصور و غلامزاده جفره، مریم (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش متمن کر بر شفقت خود بر کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۴(۵۷)، ۱۵۰-۱۳۱.

۱۷۵
۱۷۵

عاشوری، محمد و رشیدی، اعظم (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر انعطاف‌پذیری شناختی دانش‌آموزان ناشنوای نشریه توامندسازی کودکان استثنایی، ۱۰، ۲۶۱-۲۵۰.

۳۰ هفدهم، شماره ۶۷، پارچه Vol. 17, No. 67, Spring 2023

عامری، نرجس (۱۴۰۱). روابط ساختاری طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون: نقش میانجی شفقت به خود. فصلنامه اعتیاد‌پژوهی، ۱۶(۶۶)، ۷۰-۴۷.

قریانی، مریم؛ کاظمی زهرانی، حمید؛ محمدی، محسن و ابراهیمی جوزدانی، فرزانه (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر انعطاف‌پذیری شناختی، تحمل پریشانی و ابراز گری هیجانی نوجوانان پسر دارای مشکلات رفتاری، سومین کنفرانس بین‌المللی نوآوری و تحقیقی در علوم تربیتی. مدیریت و روان‌شناسی. تهران. ایران.

کاشفی‌زاده، مهسا؛ طاهر، محبوبه؛ حسین خانزاده، عباسعلی و حاج ابوطالبی، نرگس (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر خود تنظیمی ارادی

در افراد دارای اختلال مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۶(۶۶)، ۱۹۲-۱۷۱.

کاظمی رضایی، سید وحید؛ کاکابرایی، کامران و حسینی، سیدصادق (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مهارت تنظیم هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی بیماران قلبی عروقی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲۲، ۱۱۱-۹۸.

مسلک، لیلا و کیانی، قمر (۱۴۰۰). تأثیر آموزش راهبرد تنظیم شناختی هیجان بر گرایش به اعتیاد و تکاشگری فرزندان دارای پدر معتاد در شهر زنجان: یک مطالعه کارآزمایی آموزشی تصادفی شده. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۲(۳)، ۳۰۳-۲۸۳.

مقدری، شیرین؛ حاجی علی زاده، کبری؛ سماوی، عبدالوهاب و امیر فخرایی، آزیتا (۱۳۹۹). بررسی مدل روابط ساختاری بین حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی با میانجیگری عزت نفس، احساس تنها و خودکنترلی در افراد وابسته به مواد مخدر. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۹۰-۱۷۱.

References

- Aghajani, S., Ahmadi, S., & Fllahi, V. (2021). Causal Modeling of Tendency to Addiction Based on Anxiety Sensitivity Mediated by Mediation Difficult in Emotion Regulation in Male Adolescents. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 28(4), 477-488.
- Allen, L. B., McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2008). *Emotional disorders: A unified protocol*. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 216-249). New York, US: Guilford Press.
- Argyle, M., & Lu, L. (2010). The happiness of extraverts. *Personality and Individual Differences*, 11(10), 1011-7.
- Asano, K., & Shimizu, E. (2018). A case report of compassion focused therapy (CFT) for a Japanese patient with recurrent depressive disorder: the importance of layered processes in CFT. *Case Reports in Psychiatry*, 98, 213-225.
- Au, T. M., Sauer-Zavala, S., King, M. W., Petrocchi, N., Barlow, D. H., & Litz, B. T. (2017). Compassion-based therapy for trauma-related shame and posttraumatic stress: Initial evaluation using a multiple baseline design. *Behavior Therapy*, 48(2), 207-221.
- Beaumont, E., Irons, C., Rayner, G., & Dagnall, N. (2016). Does compassion-focused therapy training for health care educators and providers increase self-compassion and reduce self-persecution and self-criticism? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 36(1), 4-10.

۱۷۶
176

۱۴۰۲، ۱۷، نو، ۵۸، سپتامبر ۲۰۲۳

- Boersma, K., Hakanson, A., Salomon Son, E., & Johansson, I. (2015). Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation: A replicated single case experimental study for individuals with social anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45(2), 89-98.
- Brassell, A. A., Rosenberg, E., Parent, J., Rough, J. N., Fondacaro, K., & Seehuus, M. (2018). Parent's psychological flexibility: Associations with parenting and child psychosocial wellbeing. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(2), 111-120.
- Breslau, J., Yu, H., Han, B., Pacula, R. L., Burns, R. M., & Stein, B. D. (2017). Did the dependent coverage expansion increase risky substance use among young adults? *Drug and Alcohol Dependence*, 178, 556-561.
- Burch, J. M. (2017). *The Role of Emotion Regulation in the Cognitive Behavioral Treatment of Youth Anxiety and Depression* (Doctoral dissertation, Fairleigh Dickinson University).
- Buruck, G., Dörfel, D., Kugler, J., & Brom, S. S. (2016). Enhancing well-being at work: The role of emotion regulation skills as personal resources. *Journal of Occupational Health Psychology*, 21(4), 480-497.
- Cellar, D., Nelson, Z., & Yorke, C. (2000). The Five-Factor Model & driving behavior: Personality & involvement in accidents, *Psychol Rep*, 86(2), 454-6.
- Cooley, J. L., & Fite, P. J. (2016). Peer victimization and forms of aggression during middle childhood: the role of emotion regulation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(3), 535-546.
- Dennis, J., & VanderWal, J. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity, *Cogn Ther Res*, 34(3), 53-241.
- Diefendorff, J. M., Richard, E. M., & Yang, J. (2008). Linking emotion regulation strategies to affective events and negative emotions at work. *J Vocat Behav*, 73(20), 498-508.
- Dimeff, L. A., & Koerner, K. (2007). *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice*, New York: Guilford Press.
- DiTommaso, E., & Spinner, B. (1997). Social and emotional loneliness: A reexamination of Weiss' typology of loneliness. *Pers Indiv Diff*, 22, 417-27.
- Dong, G., & Potenza, M. N. (2014). A cognitive-behavioral model of Internet gaming disorder: theoretical underpinnings and clinical implications. *Journal of Psychiatric Research*, 58: 7-11.
- Fahimdanesh, F., Noferesti, A., & Tavakol, K. (2020). Self-Compassion and forgiveness: major predictors of marital satisfaction in young couples. *Journal of Family Therapy*, 48(3), 221-234.
- Finlay-Jones, A.L., Rees, C.S., & Kane, R.T. (2015). Self-compassion, emotion regulation and stress among Australian psychologists: Testing an emotion regulation model of self-compassion using structural equation modeling. *PloS one*, 10(7), 133-141.

۱۷۷
۱۷۷

۱۴۰۲ شماره ۶۷ چاپ ۳
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

- Fu, X., & Zhang, J. (2017). The influence of strategy video game and its background music on cognitive control. *EC Psychology and Psychiatry*, 2(1), 15-25.
- Garrosa, E., Carmona-Cobo, I., Moreno-Jimenez, B., & Sanz-Vergel, A. (2014). Emotional impact of workplace incivility and verbal abuse at work: Daily recovery influence. *Annals of Psychology*, 31(1), 190-198.
- Gilbert, P. (2016). Compassion focused therapy: special Issue. International. *Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 97-201.
- Gilbert, P. (2018). Moving beyond cognitive behaviour therapy. *Journal of American Psychologist*, 22(5), 400-413.
- Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2010). *Emotion Regulation as a Mechanism of Change in Acceptance-and Mindfulness-Based Treatments*. In R. A. Baer (Ed.), Assessing mindfulness and acceptance: Illuminating the processes of change. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.
- Holley, S. R., Ewing, S. T., Stiver, J. T., & Bloch, L. (2018). The Relationship Between Emotion Regulation, Executive Functioning, and Aggressive Behaviors. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(11), 1692-1707.
- Jiang, T., & Chen, Z. (2020). Meaning in life accounts for the association between long-term ostracism and depressive symptoms: The moderating role of self-compassion. *The Journal of Social Psychology*, 160(5), 535-547.
- Johnco, C., Wuthrich, V., & Rappee, R. (2014). The influence of cognitive flexibility on treatment outcome and cognitive restructuring skill acquisition during cognitive behavioural tretment for anxiety and deoression in older adults: results of a pilot study. *Behavioural Research and Therapy*, 10, 1-33.
- Klemanski, D. H., Curtiss, J., McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2017). Emotion Regulation and the Transdiagnostic Role of Repetitive Negative Thinking in Adolescents with Social Anxiety and Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 41(2), 206-219.
- Lenoue, S. R., & Riggs, P. D. (2016). Substance abuse prevention. *Center to Advance Palliative Care*, 25(2), 297-305.
- Miles, S. R., Thompson, K. E., Stanley, M. A., & Kent, T. A. (2018). Single-session emotion regulation skills training to reduce aggression in combat veterans: A clinical innovation case study. *Psychological Services*, 13(2), 170-177.
- Miller, P. M. (2013). *Principles of Addiction: Comprehensive Addictive Behaviors and Disorders*, Academic Press.
- Navarro-Gil, M., Lopez-del-Hoyo, Y., Modrego-Alarcón, M., Montero-Marin, J., Van Gordon, W., Shonin, E., & Garcia-Campayo, J. (2020). Effects of attachment-based compassion therapy (ABCT) on self-compassion and attachment style in healthy people. *Mindfulness*, 11(1), 51-62.
- Neff, K. D., & Beretvas, S. N. (2013). The role of self-compassion in romantic relationships. *Self and Identity*, 12(1), 78-98.

- Niklas, K., Niklas, A. A., Majewski, D., & Puszczewicz, M. (2016). Rheumatic diseases induced by drugs and environmental factors: the state-of-the-art—part one. *Reumatologia*, 54(3), 122-127.
- Pauley, G., & McPherson, S. (2013). The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression or anxiety. *Psychol Psychother*, 83,(18), 129-143.
- Pirhonen, J., Tiilikainen, E., Pekkarinen, S., Lemivaara, M., & Melkas, H. (2020). Can robots tackle late-life loneliness? Scanning of future opportunities and challenges in assisted living facilities. *Futures*, 124(11), 64-76.
- Reneman, L., Booij, J., De Bruin, K., Reitsma, J. B., De Wolff, F. A., Gunning, W. B., & Van den Brink, W. (2011). Effects of dose, sex, and long-term abstention from use on toxic effects of MDMA (ecstasy) on brain serotonin neurons. *The Lancet*, 358(9296), 1864-1869.
- Richardson, D. A., Hug, E., Jesse, M., Connors, K., & Schwartz, K. (2015). The relationship between compassion and psychological flexibility in medical students. *Obstetrics & Gynecology*, 126, 45S.
- Salo, R., Gabay, S., Fassbender, C., & Henik, A. (2011). Distributed attentional deficits in chronic methamphetamine abusers: evidence from the Attentional Network Task (ANT). *Brain and Cognition*, 77(3), 446-452.
- Sasson, S., Ramsey, S., & Schaid, M. E. (2016). Emotion Regulation Training: Engaging in Cognitive Reappraisal May Reduce Likelihood of Intimate Partner Violence Perpetration. *Violence Research Digest*, 1(1), 12-19.
- Schneider, R. L., Arch, J. J., Landy, L. N., & Hankin, B. L. (2017). The Longitudinal Effect of Emotion Regulation Strategies on Anxiety Levels in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 10, 1-14.
- Sosa, G. W., & Lagana, L. (2019). The effects of video game training on the cognitive functioning of older adults: A community-based randomized controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 80, 20-30.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2014). Using multivariate statistics (New International Edition ed. Vol. 6). *Edinburgh Gate, Harlow, Essex CM20 2JE: Pearson Education*.
- Tice, D.M., & Bratslavsky, E. (2000). Giving in to Feel Good: The Place of Emotion Regulation in the Context of General Self-control, *Psychological Inquiry*, 11, 149-159.
- VonGeusau, N. A., Stalenhoef, P., Huizinga, M., Snel, J., & Ridderinkhof, K. R. (2014). Impaired executive function in male MDMA(ecstasy) users. *Psychopharmacology*, 175(3), 331-441.
- Yarnell, L.M., & Neff, K.D. (2018). Selfcompassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Journal of Self and Identity*, 12(31), 146-159.

۱۷۹
179

۱۴۰۲ هفدهمین شماره ۶۷
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

