فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال هفدهم، شماره شصت و هفتم، ص۱۸۰-۱۵۳، بهار ۱۴۰۲
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 17, No. 67, P 153-180, Spring 2023

مقاله پژوهشی
Research Article

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

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

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۰۹ 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 خودمعرف به سازمان بهزیستی بود. **روش:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد وابسته به مواد خودمعرف به سازمان بهزیستی شهرستان شیراز در سال ۱۴۰۰ بود که از بین آن‌ها ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه انعطاف‌پذیری 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 به‌طور 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 انعطاف‌پذیری شناختی تأثیر بیشتری داشت. **نتیجه‌گیری:** 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 انعطاف‌پذیری شناختی بیشتری دست یابند و احساس تنهایی کمتری را تجربه نمایند. همچنین، درمان متمرکز بر شفقت در افزایش انعطاف‌پذیری 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، انعطاف‌پذیری 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.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.153]

مقدمه

اعتیاد[1] از مهم‌ترین چالش‌های بهداشتی و روانی- اجتماعی است که گستردگی جهانی یافته است (لنو و ریگز[2]، ۲۰۱۶) و امروزه سوء مصرف و اعتیاد افراد به مواد یکی از دغدغه‌های اصلی جامعه بشری تبدیل شده است (آقاجانی، احمدی و فلاحی، ۲۰۲۱). اعتیاد یک بیماری عمده، مزمن و عصبی است که به‌دلیل عوامل ارثی، فیزیکی و محیطی ایجاد می‌شود (میلر[3]، 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[4] و همکاران، ۲۰۱۷). با توجه به تأثیرات سوء جسمانی، روانی، فرهنگی و اقتصادی که این بیماری برای شخص مصرف‌کننده و مصائب بسیاری که برای خانواد مصرف‌کننده به وجود می‌آورد، ضروری است که پیشگیری از این مشکلات را در نظر گرفته و عوامل خطر و نگهدارنده در برابر وابستگی به مواد شناسایی شوند (کاشفی زاده و همکاران، ۱۴۰۱).

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[5] است (نیکلاس، نیکلاس، ماجوسکی و پوژکویکس[6]، ۲۰۱۶). انعطاف‌پذیری شناختی یک عملکرد منحصر به فرد، صفت بارز یا توانایی شناخت کلی است که به فرد اجازه می‌دهد ایده‌های چندگانه را بپذیرد، به طور انعطاف‌پذیر شناخت خود را تغییر دهد و هنگام تغییرات محیطی، الگوهای پاسخ عادی بدهد (جنکو، واتریچ و رپی[7]، ۲۰۱۴؛ براسل[8] و همکاران، ۲۰۱۸). از نظر کولی و فیت[9] (۲۰۱۶) افرادی که تفکر انعطاف‌پذیر دارند، به‌صورت مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌برانگیز یا استرس‌زا را می‌پذیرند و به‌لحاظ روان‌شناختی در مقایسه با افراد

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

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.153]

انعطاف‌ناپذیر پرتحمل و بردبارتر هستند. به طورکلی، توانایی تغییر آمایه‌های شناختی به‌منظور سازگاری با محرک‌های در حال تغییر محیطی، عنصر اصلی در تعاریف عملیاتی انعطاف‌پذیری شناختی است (دنیس و واندروال[1]، ۲۰۱۴) در مقابل آن، مصرف مواد در این توانایی‌ها اختلال ایجاد می‌کند، معتادان در تغییر عادت به مواد و اتخاذ پاسخ‌هایی که با رهاسازی محرک پیشین مرتبط با مواد پاداش‌دهنده باشد، مشکل دارند. درواقع، معتادان در انجام کارها و به یادآوری تکالیف یادگیری، نقص دارند (کلر، نلسون و یورک[2]، ۲۰۰۰). در این رابطه وون گتسو[3] و همکاران (۲۰۱۴) و رنه مان[4] و همکاران (۲۰۱۱) در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که انعطاف‌پذیری شناختی در افراد وابسته به مواد مخدر کاهش می‌یابد و این کاهش انعطاف‌پذیری منجر به افزایش رفتارهای بی‌هدف و کاستی توجه در آنان می‌گردد (سالو، گابی، فاسبندر و هینک[5]، ۲۰۱۱).

از سوی دیگر، طبق بررسی‌ها یکی از مشکلات روان‌شناختی در افراد دارای اعتیاد، تجربه احساس تنهایی[6] است (امیدیان و همکاران، ۱۴۰۰). احساس تنهایی را می‌توان نارسایی و ضعف محسوس در روابط بین فردی دانست که به نارضایتی از روابط اجتماعی فرد منجر می‌گردد (پیرهونن[7] و همکاران، ۲۰۲۰). منزوی 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 تکانشگری در سوءمصرف‌کنندگان مواد مختلف به مراتب بالاتر از افراد فاقد آسیب است. برخی از پژوهش‌ها (پیرهونن و همکاران، ۲۰۲۰؛ مقتدری، حاجی علی زاده، 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 & VanderWal
2. Cellar, Nelson, Yorke
3. Von Geusau
4. Reneman
5. Salo, Gaby, Fassbinder & Henik
6. loneliness
7. Pirhonen

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.153]

با توجه به سطح پایین انعطاف‌پذیری شناختی و تجربه احساس تنهایی 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[1] می‌باشد (آیو[2] 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-ها، انگیزه‌ها و تصویرسازی ذهنی تمرکز دارد (گیلبرت[3]، ۲۰۱۶). اساس آموزش درمان متمرکز بر شفقت شامل مهربانی بنیادین همراه با آگاهی عمیق از رنج بردن خود و دیگران به همراه آرزو و تلاش برای تسکین آن است (ناواروجیل[4] و همکاران، ۲۰۲۰؛ بوئرسما، هاکانسون، سالامونسون و جوهانسون[5]، 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 تن‌آرامی، ذهن‌آرامی، مهربانی با خود و ذهن‌آگاهی 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 (دنیس 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.

1. compassion-based treatment
2. Au
3. Gilbert
4. Navarro-Gil
5. Boersma, Hakanson, SalomonSon & Johansson

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.153]

در این روش درمانی بر ایجاد ارتباط مناسب با اطرافیان و اعتماد تأکید می‌شود (گیلبرت، ۲۰۱۶). از این رو، ارتباط مناسب با اطرافیان و اعتماد به آنان تا حدود زیادی می‌تواند انزوا، طرد و احساس تنهایی را در معتادین کاهش دهد. به عنوان نمونه‌هایی از تأثیر درمان متمرکز 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 متمرکز 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 معتادان 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 حفاظتی 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 متمرکز بر شفقت در طیف گسترده‌ای از اختلالات و انحرافات روانی به ویژه در زمینه‌ی اختلالات مربوط به افسردگی و اضطراب (جیانگ و چن[1]، ۲۰۲۰؛ آسونو و شیمیزو[2]، ۲۰۱۸؛ فنیلی جانز، ریس و کین[3]، ۲۰۱۵؛ پاولی و مک فرسون[4]، ۲۰۱۳)، احساس تنهایی (سعیدی و همکاران، ۱۳۹۹؛ پورمحمد قوچانی و عرب، ۱۳۹۸؛ شفیعی، اکبری و حیدری‌راد، ۱۳۹۸)، خود انتقادی (بیومنت، آیرونز، راینر و داگنال،[5] ۲۰۱۶؛ بوئرسما و همکاران،

1. Jiang & Chen
2. Asano & Shimizu
3. Finlay-Jones, Rees & Kane
4. Pauley & McPherson
5 . Beaumont, Irons, Rayner & Dagnall

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.153]

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 کفایت اجتماعی (ترخان، نشاط دوست و ترخان، ۱۳۹۹)، افزایش بخشش و ایجاد تعاملات مطلوب در زندگی (فهیم دانش، نوفرستی و توکلی[1]، ۲۰۲۰) و افزایش شادی سلامتی و بهزیستی روانی (نف و بریتوایس[2]، 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 آموزش‌محور که می‌تواند در کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد آسیب پذیر، از جمله افراد دارای اعتیاد نقش مؤثری ایفا کند، آموزش تنظیم هیجان[3] می‌باشد (هولی، اوینگ، استیور و بلاک[4]، ۲۰۱۸). گاروسا[5] 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[6] (۲۰۱۰) نیز نشان داده‌اندکه مدیریت هیجانات را می‌توان به افراد آموخت و از بروز مشکلات روان شناختی 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[7] می‌باشد که توسط الن، مکه یو و بارلو[8] (۲۰۰۸) تدوین شده و به‌شیوه گروهی اجرا می‌شود (بروک، دورفل، کوگلر و برام[9]، 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

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

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.153]

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[1]، ۲۰۱۷؛ اسنایدر[2] و همکاران، ۲۰۱۷)، سطح اضطراب و مشکلات روحی (باریچ[3]، ۲۰۱۷) و فشار عصبی (میلس، تامپسون، استنلی و کنت[4]، ۲۰۱۸) را در افراد کاهش داد و فهم افراد را از مدیریت هیجان‌ها (دیفندروف، ریچارد و یانگ[5]، ۲۰۰۸) و بازشناسی هیجان‌ها و سازگای مثبت با دیگران و محیط (یو و همکاران، ۲۰۰۶) بالا برد و به آن‌ها کمک کرد انعطاف‌پذیری شناختی بالاتری داشته باشند (سوسا و لاگانا[6]، ۲۰۱۹؛ فو و ژانگ[7]، ۲۰۱۷؛ ساسون، راسمو، اسچید[8]، 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 پرخطر 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 درصدد پاسخ به این پرسش است که کدام یک از مداخلات متمرکز 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 خودمعرف به سازمان بهزیستی شهرستان شیراز در سال ۱۴۰۰ بود که از بین آن‌ها نمونه‌ای به حجم ۴۵ نفر بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش، به‌صورت دردسترس انتخاب شد و به‌طور 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[9] (۲۰۱۴) که هر گروه نباید کمتر از ۱۵ نفر باشد، انتخاب شد. گروه اول با مداخله متمرکز 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

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.153]

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 به‌دست 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)[1]: مقیاس احساس تنهایی توسط دی‌توماسو و اسپینر[2] (۱۹۹۷) تدوین شده است. این مقیاس دارای ۱۴ سؤال و دو بعد تنهایی عاطفی (سؤالات ۱-۳-۵-۶-۸-۹-۱۰-۱۲-۱۳) و تنهایی اجتماعی (سؤالات ۲-۴-۷-۱۱-۱۴) را تشکیل می‌دهند. سؤالات این پرسشنامه بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف (۱) تا کاملا موافق (۵) نمره‌گذاری می‌شوند. عبارت ۱۴ به صورت معکوس نمره‌گذاری 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 کرده‌اند. این محققان هم‌چنین گزارش کردند که همبستگی معناداری بین زیرمقیاس‌های این ابزار با نمرهٔ کل مقیاس احساس تنهایی و زیرمقیاس‌های پرسشنامه ادراک دلبستگی[3] وجود دارد؛ این همبستگی معنادار، نشان از روایی همزمان، افتراقی و همگرای بسندهٔ 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 هم‌گرا و افتراقی مطلوب این مقیاس بود. هم‌چنین این محققین برای پایایی این ابزار از ضریب آلفای

1 . The Social and Emotional Loneliness Scale for Adalts Scale (SELSA-S)

2. DiTommaso & Spinner

3. Attachment Perception Questionnaire (APQ)

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.153]

کرونباخ استفاده و مقدار این ضریب را به‌ترتیب برای بعد تنهایی عاطفی (۰/۹۲) و بعد تنهایی اجتماعی (۰/۹۲) گزارش کردند که نشان می‌دهد ابعاد این مقیاس از پایایی مطلوبی برخوردار می‌باشند. در پژوهش حاضر نیز از نمره کل این مقیاس استفاده شد و پایایی این مقیاس از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به‌دست آمد.

۲- پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی[1]: پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی توسط دنیس و واندروال (۲۰۱۰) ساخته شده است و دارای ۲۰ گویه است. آزمودنی به هریک از گویه‌ها به شکل طیف لیکرت ۷ ارزشی از (۱ کاملاً مخالف) تا (۷ کاملاً موافق) پاسخ می‌دهد به گونه‌ای که دامنه احتمالی نمره‌ها از ۲۰ تا ۱۴۰ متغیر خواهد بود. نمره بالاتر در این پرسش-نامه، نشان دهنده انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر در فرد است و برعکس، کسب نمره پایین نشان می‌دهد که فرد از انعطاف‌پذیری شناختی کمتری برخوردار است. دنیس و واندروال (۲۰۱۰) نشان دادند روایی هم‌گرای این آزمون با مقیاس انعطاف‌پذیری مارتین ۰/۷۵ است. هم‌چنین این پژوهشگران پایایی این ابزار را به‌روش آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۱ به‌دست آورند. در ایران نیز پایایی و روایی این پرسش‌نامه در تحقیقات زیادی مورد بررسی قرار گرفته است. ترخان و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهش خود، همسانی درونی این پرسش‌نامه را در یک نمونه ۲۴۰ نفری ۸۹ /۰ به‌دست آوردند و روایی هم‌زمان آن را با پرسش‌نامه افسردگی بک (۰/۶۶-) گزارش کردند که در سطح معنادار و نشان دهنده روایی مطلوب این پرسش‌نامه بود. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسش‌نامه به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به‌دست آمد.

روش اجرا

مدت جلسات در هر کدام از روش‌ها ۹۰ دقیقه بود که به‌صورت گروهی و هفته‌ای یک بار به‌مدت ۸ جلسه اجرا شد. بعد از اتمام مداخلات، از هر دو گروه آزمایش و یک گروه گواه پس‌آزمون گرفته شد. خلاصه جلسات مداخلات گزارش شده است.

1. Cognitive Flexibility Inventory (CFI)

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.153]

جدول ۱: محتوای جلسات تنظیم هیجان (گراس[1]، ۲۰۰۲)

جلسه	اهداف
جلسه اول	هدف: آشنایی دستور جلسه: ۱- آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و شروع رابطه متقابل رهبر گروه مشاوره و اعضا 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 دوم	هدف: ارائه آموزش هیجانی دستور جلسه: شناخت هیجان و موقعیت های برانگیزاننده از طریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان‌ها، ارائه اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات کوتاه مدت و دراز مدت هیجان‌ها
جلسه سوم	هدف: ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های هیجانی اعضا دستور جلسه: ۱- خودارزیابی با هدف شناخت تجربه‌های هیجانی خود ۲- خودارزیابی با هدف شناسایی میزان آسیب‌پذیری هیجانی در فرد ۳- خودارزیابی با هدف شناسایی راهبردهای تنظیمی
جلسه چهارم	هدف: ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده‌ی هیجان دستور جلسه: ۱) جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب ۲) آموزش راهبرد حل مسئله ۳) آموزش مهارت‌های بین فردی (گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض)
جلسه پنجم	هدف: تغییر توجه دستور جلسه: ۱) متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی ۲) آموزش توجه
جلسه ششم	هدف: تغییر ارزیابی های شناختی دستور جلسه: ۱) شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی حالت‌های هیجانی ۲) آموزش راهبرد بازارزیابی تکلیف داخل جلسه: تکمیل لیست ارزیابی‌های غلط، شناسایی این ارزیابی‌ها و پیامدهای هیجانی آن و تمرین راهبرد در ارزیابی

1. Gross

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.153]

جدول ۱: محتوای جلسات تنظیم هیجان (گراس[1]، ۲۰۰۲)

جلسه	اهداف
جلسه هفتم	هدف: تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان
	دستور جلسه:
	۱) شناسایی میزان و نحوه‌ی استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن
	۲) مواجهه
	۳) آموزش ابراز هیجان
	۴) اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت 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 تکالیف

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	محتوا
جلسه اول	آشنایی و بیان قواعد جلسات و مشکل فعلی	معرفی و برقراری ارتباط و ایجاد رابطه حسنه و اتحاد درمانی و شرح قوانین گروه تعیین هدف و فرمول‌بندی مراجع گوش سپردن به روایت های افراد و همدلی اعضا با یکدیگر (آموزش همدلی) توضیح در خصوص شفقت به خود و عناصر آن توصیف مختصری در خصوص کمرویی و خودناتوان سازی تکلیف: تمرین تنفس آرام بخش به معتادین
جلسه دوم	معرفی شفقت به خود و خود انتقادی	مرور جلسه قبل و بررسی نوع برخورد اعضا با خود (سبک انتقادگر و با شفقت‌گرا) تعریف خود انتقادی و علل و پیامدهای آن تعریف شفقت تکلیف: پاسخ به این سؤال که چقدر به خودتان شفقت‌ورز هستید؟

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.153]

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

جلسه	موضوع	محتوا
جلسه سوم	معرفی ویژگی‌ها و مهارت‌های شفقت به خود و چگونگی تأثیرگذاری آن بر حالات روانی فرد	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ شفقت به خود چیست؟ بررسی ویژگی‌ها و مهارت‌های آن و چگونگی تأثیرگذاری بر حالات روانی فرد معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی و نحوه تعامل با آن‌ها تکلیف: شناسایی افکار و رفتار خودانتقادگر
جلسه- چهارم	معرفی تصویر سازی ذهنی	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل معرفی تصویرپردازی ذهنی و منطق آن. آموزش تمرین تصویر پردازی و اجرای آن در گروه (تصور رنگ، مکان و ویژگی‌های شفقت‌گر) تکلیف: تمرین تصویرسازی ذهنی
جلسه پنجم	پرورش خود شفقت‌ورزی و معرفی مفاهیم: خرد، توانایی، گرمی و مسئولیت‌پذیری	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ پرورش خودشفقت‌ورزی و معرفی مفاهیم: خرد، توانایی، گرمی و مسئولیت‌پذیری در ایجاد شفقت آموزش نحوه تصویرپردازی در مورد خودشفقت‌ورزی تکلیف: تصویرپردازی ذهنی خود شفقت‌ورزی
جلسه ششم	آموزش نامه نگاری شفقت‌ورزی	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل آموزش نامه نگاری شفقت‌ورزی تکلیف: تصور کنید خود شفقت ورزتان به شما نامه‌ای می‌نویسد، مکالمه را تجسم کرده و آن را یادداشت کنید.
جلسه هفتم	توضیح ترس از شفقت به خود و شناسایی افکار ممانعت کننده از پرورش شفقت به خود	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل ترس از شفقت به خود شناسایی افکار ممانعت از پرورش شفقت به خود و اصلاح آن‌ها تکلیف: تمرکز بر موانع موجود در پرورش شفقت به خود و تمرین شفقت نسبت به آن‌ها
جلسه هشتم	جمع‌بندی مفاهیم بررسی شده در جلسات	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل جمع‌بندی مفاهیم بررسی شده در جلسات، درخواست از اعضا برای توضیح دست آوردهایشان از گروه تکلیف: ادامه به تمرین های تصویرپردازی، ذهن آگاهی، همدلی

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.153]

یافته‌ها

نتایج نشان داد در گروه درمان متمرکز بر شفقت ۸۰ درصد (۱۲نفر) از شرکت‌کنندگان 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 شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم و ۲۶/۷ درصد (۴ نفر) تحصیلات دانشگاهی داشتند؛ در گروه گواه نیز ۸۰ درصد (۱۲نفر) از شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم و ۲۰ درصد (۳ نفر) تحصیلات دانشگاهی داشتند؛ میانگین سنی گروه درمان متمرکز بر شفقت ۲۷/۴ سال، گروه آموزش تنظیم هیجان ۲۹/۶ سال و گروه گواه ۲۷/۹ سال بود. هم‌چنین در گروه درمان متمرکز بر شفقت ۴۶/۶ درصد (۷نفر) از شرکت‌کنندگان 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 درگروه 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.

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

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

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

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.153]

واریانس‌ها و همگنی شیب 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 ۰/۰۵ بیشتر است، بنابراین پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها برقرار بود (P>۰/۰۵). نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمره کل انعطاف‌پذیری شناختی و احساس تنهایی در گروه‌های آزمایش و گواه نشان داد که شیب 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>۰/۰۵). با برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس استفاده از این آزمون بلامانع است.

جدول ٤: خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

اثر	آزمون	ارزش	آماره F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آزمون
گروه	اثر پیلایی	۱/۲۶۲	۳۴/۱۷۴	۴	۸۰	۰/۰۰۱	۰/۶۳۱	۱
	لمبدای ویلکز	۰/۰۵۹	۶۰/۹۴۱	۴	۷۸	۰/۰۰۱	۰/۷۵۸	
	اثر هتلینگ	۱۰/۵۶۵	۱۰۰/۳۶۶	۴	۷۶	۰/۰۰۱	۰/۸۴۱	
	بزرگترین ریشه روی	۱۰/۰۲۱	۲۰۰/۴۱۵	۲	۴۰	۰/۰۰۱	۰/۹۰۹	

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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.153]

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

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آزمون
انعطاف	الگوی اصلاح شده	۳۱۶۵/۸۸۷	۴	۷۹۱/۴۷۲	۷۶/۹۶۲	۰/۰۰۱	۰/۸۴۹	۱
پذیری	پیش‌آزمون	۱۱۴۶/۰۹۲	۱	۱۱۴۶/۰۹۲	۱۱۱/۴۴۵	۰/۰۰۱		
شناختی	گروه	۲۳۱۲/۷۲۶	۲	۱۱۵۶/۳۶۳	۱۱۲/۴۴۴	۰/۰۰۱		
	خطا	۴۱۱/۳۵۸	۴۰	۱۰/۲۸۴				
احساس	الگوی اصلاح شده	۱۲۰۵/۱۴۱	۴	۳۰۱/۲۸۵	۱۰۴/۶۴۰	۰/۰۰۱	۰/۸۷۰	۱
تنهایی	پیش‌آزمون	۶۶/۱۱۱	۱	۶۶/۱۱۱	۴/۴۲۹	۰/۰۱۵		
	گروه	۷۷۰/۰۷۴	۲	۳۸۵/۰۳۷	۱۳۳/۷۲۸	۰/۰۰۱		
	خطا	۱۱۵/۱۷۰	۴۰	۲/۸۷۹				

با توجه به جدول ۵، پس از تعدیل نمرات پیش آزمون اثر گروه بر نمره کل انعطاف-پذیری شناختی معنادار است (F=۱۱۲/۴۴۴ و P=۰/۰۰۱). هم‌چنین پس از تعدیل نمرات پیش آزمون اثر گروه بر نمره کل احساس تنهایی معنادار است (F=۱۳۳/۷۲۸ و P=۰/۰۰۱). بنابراین نشان می دهد بین سه گروه از لحاظ انعطاف‌پذیری در مردان دارای اعتیاد تفاوت معنادار وجود دارد. هم‌چنین مقدار اندازه اثر برای متغیر انعطاف‌پذیری برابر۸۴ =η2 بود که نشان می دهد میزان تفاوت در جامعه ۸۴ و در سطح قابل قبولی می باشد. علاوه بر این مقدار اندازه اثر برای متغیر احساس تنهایی برابر۸۷ =η2 بود که نشان می دهد میزان تفاوت در جامعه ۸۷ درصد و در سطح قابل قبولی می باشد. جهت بررسی مقایسه رویکردهای متمرکز بر شفقت و آموزش تنظیم هیجان در نمره کل انعطاف‌پذیری شناختی و احساس تنهایی در جدول ۶ نتایج مقایسه زوجی میانگین نمرات تعدیل یافته گروه‌های آموزش مورد مطالعه در مرحله پس‌آزمون بر اساس تعدیل بونفرونی گزارش شده است.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.153]

جدول ٦: نتایج مقایسه میانگین تعدیل‌یافته گروه‌های آزمایش در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی واحساس تنهایی

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه		تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
انعطاف‌پذیری شناختی	آموزش تنظیم هیجان	درمان متمرکز بر شفقت	-۳/۹۲۳	۱/۱۸۳	۰/۰۰۶
	آموزش تنظیم هیجان	کنترل	۱۶/۸۷۹	۱/۱۸۳	۰/۰۰۱
	درمان متمرکز بر شفقت	کنترل	۱۲/۹۵۶	۱/۱۷۲	۰/۰۰۱
احساس تنهایی	آموزش تنظیم هیجان	درمان متمرکز بر شفقت	-۱/۶۳۹	۰/۶۲۶	۰/۰۳۷
	آموزش تنظیم هیجان	کنترل	-۷/۸۵۷	۰/۶۲۶	۰/۰۰۱
	درمان متمرکز بر شفقت	کنترل	-۹/۴۹۵	۰/۶۲۰	۰/۰۰۱

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 اعتیاد 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 اثرگذاری بیشتری در افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در مردان دارای اعتیاد به مواد داشته است.

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 معناداراست. در خصوص اثربخشی رویکرد شفت محور بر انعطاف‌پذیری شناختی این یافته با نتایج به‌دست آمده از پژوهش‌های ریچاردسون، هوگ، جس و کونورس[1] (۲۰۱۳)، ترخان و همکاران (۱۳۹۹)، توحیدی‌فر، کاظمیان و هارون رشیدی (۱۴۰۱)، بشیرپور و همکاران (۱۳۹۶) مطابقت و همسویی و در خصوص اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر انعطاف‌پذیری شناختی با نتایج پژوهش‌های سوسا و لاگانا

1. Richardson, Hug, Jesse & Connors

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.153]

(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 متمرکز بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی معتادان اثرگذاری بیشتری داشته است. به عنوان نمونه‌هایی از تأثیر درمان متمرکز 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 متمرکز بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی و کفایت 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 کفایت اجتماعی اثربخش است. پورمحمد قوچانی و عرب (۱۳۹۸) در پژوهشی به این نتایج دست یافتند که درمان متمرکز بر شفقت در کاهش احساس تنهایی و نشخوار فکری اثربخش است. به عنوان نمونه‌ای اثربخشی رویکرد تنظیم هیجان نیزمی‌توان 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 این‌گونه بیان نمود که درمان متمرکز بر شفقت به‌دنبال شفاف‌سازی اجزای اصلی شفقت مثل حساسیت توأم با توجه، انگیزه مراقبت، همدردی، همدلی، تحمل پریشانی و داشتن دیدگاه غیرقضاوتی 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 متمرکز بر شفقت قرار می‌گیرند و مهارت‌ها و تکنیک‌های این رویکرد درمانی را آموزش می‌بینند، بعد از مدتی ساختار ذهنی آن‌ها مسلح به ذهن شفقت‌ورز می‌شود. در چنین شرایطی این افراد با منحرف کردن توجه خود از هیجان‌های منفی، مدت زمان برانگیختگی هیجان‌های

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.153]

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[1] 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[2]، 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 بازتولید 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 روبه‌رو شوند (آرگیل و لو[3]، ۲۰۱۰). به‌همین جهت آموزش تنظیم هیجان با آگاه سازی فرد نسبت به هیجانات خود در شرایط 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 گزینه‌های مختلف حل مسئله، میزان انعطاف‌پذیری شناختی بالایی را از خود نشان دهد.

یافته‌های 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

1. Yarnell
2. Dong & Potenza
3. Argyle & Lu

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.153]

رویکرد شفت‌محور بر احساس تنهایی، این یافته با نتایج پژوهش‌های بوئرسما و همکاران (۲۰۱۵) و توحیدی‌فر و همکاران (۱۴۰۱) همسو و در خصوص اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر احساس تنهایی، یافته‌ها با نتایج پژوهش کاظمی رضایی، کاکابرایی و حسینی (۱۳۹۹) مطابقت و همسویی دارد. هم‌چنین با توجه به نتایج به یافته‌های حاصل، درمان متمرکز بر شفقت در مقایسه با آموزش تنظیم هیجان بر احساس تنهایی (عاطفی و اجتماعی) در جامعه معتادین اثرگذاری بیشتری داشته است. به عنوان نمونه‌هایی از تأثیر درمان متمرکز بر شفقت و تنظیم هیجان در این حیطه، می‌توان به پژوهش توحیدی‌فر و همکاران (۱۴۰۱) اشاره کرد که در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر احساس تنهایی و انعطاف‌پذیری شناختی مردان پرداختند، به این نتیجه رسیدند که این رویکرد درمانی در کاهش احساس تنهایی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی افراد اثربخش است. نتایج پژوهش سعیدی و همکاران (۱۳۹۹) نیز نشان داد که این رویکرد درمانی در کاهش احساس تنهایی اثر معناداری دارد. از سوی دیگر، گاروسا و همکاران (۲۰۱۴) معتقدند که برخورداری از مهارت‌های تنظیم هیجان می‌تواند سلامت روان را در افراد دارای مشکلات روانی ارتقا بخشد. گراتس و تال (۲۰۱۰) نیز نشان داده‌اندکه مدیریت هیجانات را می‌توان 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 خودنظم‌بخشی است (تیس و براتس لوسکی[1]، ۲۰۰۰) که با آگاه نمودن افراد از هیجان‌های 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 می‌گردد (دیمف و کورنر[2]، ۲۰۰۷). در واقع، عدم نظم‌جویی هیجان عامل مهمی در شروع رفتار اعتیادی و تداوم اثرات سوء این رفتارها بر سلامت، ارتباطات عاطفی- اجتماعی و دیگر حوزه‌های زندگی معتادین است (اعظمی، سهرابی، برجعلی و چوپان، ۱۳۹۲). از همین رو، راهبردهای مناسب تنظیم هیجان با هماهنگ کردن فرایندهای ذهنی، زیستی و انگیزشی موجب می‌شود فرد از نظر نظم جویی هیجانی و تعدیل احساسات در وضعیت بهتری قرار گیرد و با پاسخ‌های ویژه و کارآمد در موقعیت‌های

1. Tice & Bratslavsky
2. Dimeff & Koerner

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.153]

متقاوت و روابط بین‌فردی، 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 مهرورزی 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 به‌همین 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 تعمیم 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 فاقد دوره پیگیری بود و در مورد تداوم اثر درمان نتایجی به دست نداد، به‌همین جهت پیشنهاد

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.153]

می‌شود در پژوهش‌های آتی سودمندی روش‌های درمانی و آموزشی به کار گرفته شده به‌صورت طولی و نحوه اثرگذاری آن‌ها در طول زمان مورد ارزیابی قرار گیرد. عدم کنترل وضعیت اقتصادی و اجتماعی و یکسان بودن پژوهشگر و درمانگرکه که ممکن است سوگیری در نتایج را افزایش دهد، از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر است. بدیهی 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 متمرکز بر شفقت بر افزایش سطح انعطاف‌پذیری شناختی و نیز کاهش احساس تنهایی 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.

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, 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)، ۸۴-۷۱.

اعظمی، یوسف؛ سهرابی، فرامرز؛ برجعلی، احمد و چوپان، احمد (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس بر کاهش خشم در افراد وابسته به مواد مخدر. *مجله فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۴(۱۶)، ۶۶-۵۳.

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.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.153]

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

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

پورکرد، مهدی؛ غلامرضایی، سیمین؛ غضنفری، فیروزه و رضایی، فاطمه (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان‌های مبتنی بر سبک زندگی آدلری، پذیرش و تعهد و شفقت‌درمانی 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 گروه‌درمانی متمرکز بر شفقت بر احساس تنهایی و نشخوار فکری زنان با سندورم پیش از قاعدگی. *فصلنامه روان شناسی تحلیلی*، ۱۰(۳۹)، ۴۲-۲۹.

ترخان، مبینا؛ نشاط دوست، حمید طاهر و ترخان، مرتضی (۱۳۹۹)، مداخله مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی و کفایت اجتماعی زنان دارای تعارضات زناشویی، *فصل نامه علمی ـ 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 روان-شناختی*، ۷(۱۲)، 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، میناسادات؛ 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 روانشناختی*، ۱۲(۲)، ۳۴۱-۳۵۶.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.153]

سعادتی، نادره، رستمی، مهدی و دربانی، سید علی (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت در تقویت عزت‌نفس 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 متمرکز بر شفقت بر احساس تنهایی زنان در شرف طلاق. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۹(۱۶)، ۶۵-۴۹.

شفیعی، محمد؛ اکبری، صادق و حیدری‌راد، حسن (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش شفقت به خود بر احساس تنهایی و تاب آوری زنان بی بضاعت. *مجله روان‌پزشکی شناخت*، ۵(۶)، ۸۴-۷۱.

شهبازی، جمشید؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا؛ داوودی، حسین و حیدری، حسن (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی الگوی شفقت به خود متمرکز بر ذهن آگاهی و درمان دلبستگی 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 متمرکز بر شفقت خود بر کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۷)، ۱۵۰-۱۳۱.

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

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 اعتیاد پژوهی*، ۱۶(۶۶)، ۷۰-۴۷.

قربانی، 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 بین المللی نوآوری و تحقیق در علوم تربیتی*. مدیریت و روانشناسی. تهران. ایران.

کاشفی‌زاده، مهسا؛ طاهر، محبوبه؛ حسین خانزاده، عباسعلی و حاج‌ابوطالبی، نرگس (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن‌آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر خودتنظیمی ارادی

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.153]

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 رفتاردرمانی 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 تکانشگری فرزندان دارای پدر معتاد در شهر زنجان: یک مطالعه کارآزمایی آموزشی تصادفی شده. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۳(۱۲)، ۳۰۳-۲۸۳.

مقتدری، 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 تنهایی و خودکنترلی در افراد وابسته به مواد مخدر. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۸)، 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.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.153]

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.

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.153]

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.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.153]

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. *Future*s, 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.

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.153]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.153] [Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-24]