

## تأثیر مدل نادیده انگاری تاخیری به شیوه رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در نادیده انگاری پاداش تاخیری، تکانشگری و هیجان خواهی در افراد مبتلا به اختلال های مصرف مواد

فرشاد احمدی<sup>۱</sup>، سیدعلی کاظمی رضایی<sup>۲</sup>، کمال پرهون<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۴/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۰۲

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر مدل نادیده انگاری تاخیری با رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نادیده انگاری پاداش تاخیری، تکانشگری و هیجان خواهی در افراد مبتلا به اختلال های مصرف مواد بود. **روش:** طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون و مرحله پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به مصرف مواد در کلینیک های سنتدج در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۷ بودند. از بین این جامعه، تعداد ۴۰ بیمار مبتلا به مصرف مواد، با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند (۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه گواه). در این پژوهش، پرسش نامه انتخاب پاداش (کربای و همکاران، ۱۹۹۹)، مقیاس تکانشگری بارت (بارت و همکاران، ۱۹۹۷) و مقیاس هیجان خواهی زاکرمن (زاکرمن، ۱۹۷۸) استفاده شدند. پس از اجرای پیش آزمون، گروه آزمایش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن- آگاهی را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای در طی ۸ هفته دریافت کرد، در حالی که گروه گواه مداخله ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات درمانی، پس آزمون در هر دو گروه انجام شد. پس از ۴۵ روز آزمون پیگیری نیز صورت گرفت. داده ها با آزمون تحلیل واریانس آمیخته تحلیل شدند. **یافته ها:** نتایج نشان داد که مداخله مدل نادیده انگاری تاخیری با رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش نادیده انگاری پاداش تاخیری، تکانشگری و هیجان خواهی در افراد مبتلا به اختلال های مصرف مواد شد و تأثیر این مداخله در طول زمان ماندگار بود. **نتیجه گیری:** نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مدل نادیده انگاری تاخیری با روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، راهبردی مؤثر در بهبود علائم نادیده انگاری پاداش تاخیری، تکانشگری و هیجان خواهی در افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد است و می توان از آن به عنوان روش درمانی مؤثر بهره برد.

**کلیدواژه ها:** مدل نادیده انگاری تاخیری، رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، نادیده انگاری پاداش تاخیری، تکانشگری، هیجان خواهی، اختلال مصرف مواد

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. پست الکترونیک:

(farshadahmadi22@yahoo.com)

۲. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۳. پژوهشگر پسا دکتری روان شناسی شناختی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

## مقدمه

اعتیاد یا سوء مصرف مواد به حالتی گفته می‌شود که فرد با وجود عواقب و علائم نامطلوب ناشی از مصرف، اقدام به ادامه مصرف ماده‌ای می‌کند که در وی ایجاد تغییرات خلقی یا رفتاری کرده و او را دچار اختلال‌های عصبی ناشی از آن رفتارها می‌کند (ژو، ژو و لی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). اختلال مصرف مواد یکی از مهم‌ترین مشکلات تهدید کننده سلامت عمومی در سراسر جهان است و در سبب‌شناسی این اختلال عوامل گوناگون ژنتیکی، محیطی، اجتماعی و شخصیتی در گرایش به این پدیده موثر هستند (سانچو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). با توجه به روند رو به رشد اعتیاد، شناسایی مدل‌هایی مختلف در زمینه سبب‌شناسی و مداخله در اعتیاد ضروری به نظر می‌رسد تا جنبه‌های گسترده‌ای از عوامل زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی، خانوادگی و فرهنگی را مورد بررسی قرار دهد (سپرس<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). از مهم‌ترین مدل‌ها در ارتباط با پدیده اعتیاد، می‌توان به مدل‌های روانی-اجتماعی اشاره کرد. از زیرگروه‌های این مدل می‌توان از مدل بوم‌شناختی یاد کرد. این نظریه نگاه سیستمی به پدیده اعتیاد دارد و آن را در چارچوب سیستم‌ها و ریزسیستم‌ها بررسی می‌نماید و اعتیاد را پیامد مستقیم و غیرمستقیم این سیستم‌ها و ریزسیستم‌ها می‌داند (بارنت، اوبراین، هال و کارتر<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰). نظریه تعامل خانواده (بروک، بروک، گوردن، وایتمن و چن<sup>۵</sup>، ۱۹۹۰)، اعتیاد را یک بیماری خانواده می‌پندارد و مهم‌ترین مکانسیم خانوادگی در اعتیاد را دلبستگی عاطفی والد-فرزند می‌داند. در واقع زمانی که پیوند عاطفی والدین و فرزندان ضعیف و معیوب می‌شود، فرد برای جستجوی پیوند عاطفی مناسب به گروه‌های نامناسب گرایش می‌یابد.

از سوی دیگر مدل‌های زیستی و آسیب‌پذیری‌های بیولوژیکی در تبیین اعتیاد وجود دارند که در این زمینه پژوهشگران به بررسی عوامل تعیین کننده ژنتیکی و بررسی درگیری‌های سیستم‌های دوپامینرژیک و اپیویدی، اختلال در لوب پیشانی، جسم مخطط،

1. Zhou, Zhou & Li  
2. Sancho  
3. Spears

4. Barnett, O'Brien, Hall, & Carter  
5. Brook, Brook, Gordon,  
Whiteman, & Chen

لوکوس سرولئوس و سینگولای قدامی و سایر ساختارهای درگیر می‌پردازند (ژو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). از دیگر عوامل زمینه ساز اعتیاد، صفات ویژه هستند که از جمله آن‌ها می‌توان به تکانشگری، هیجان‌خواهی و نادیده انگاری پاداش تاخیری<sup>۲</sup> اشاره نمود. بنا به اعتقاد بسیاری از پژوهشگران، شخصیت مهم‌ترین عامل زیرساز در گرایش به اعتیاد است و این تصور وجود دارد که سوء مصرف کنندگان مواد، دارای ضعف‌های شخصیتی هستند که آن‌ها را نسبت به مصرف داروها و معتاد شدن به آن‌ها آسیب‌پذیر می‌سازد (پرزپیورکا، بلاچینو و کودو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). از ابعاد برجسته و مهم شخصیتی در ارتباط با اعتیاد می‌توان به هیجان‌خواهی، تکانشگری و نادیده انگاری پاداش تاخیری اشاره نمود.

نادیده انگاری پاداش تاخیری یک شاخص اقتصادی- رفتاری برای تصمیم‌گیری تکانشی است (مادن و بیکل<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰). در واقع، نادیده انگاری پاداش تاخیری یکی از متغیرهایی است که در افراد دارای سوء مصرف مواد مخدر بالاست. این مفهوم بدین معنی است که فرد مصرف کننده برای پاداش‌های فوری کوچک‌تر نسبت به پاداش‌های تاخیری بزرگ‌تر اولویت بیشتری قائل است (ماکیلوپ<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳). تکانشگری، یکی از متغیرهایی است که افراد را نسبت به ارتکاب جرم آسیب‌پذیر نموده و می‌تواند پیامد ناتوانی فرد در تنظیم و کنترل هیجان‌های منفی باشد. در واقع تکانشگری به عنوان واکنش‌های بدون زمینه، بدون برنامه و سریع به محرک‌های درونی یا بیرونی بدون توجه به پیامدهای منفی به خود یا دیگران تعریف شده است (اووید<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). تکانشگری محور عمده در تشخیص انواع آسیب‌های فردی و اجتماعی است که ارتکاب جرم و مصرف مواد نیز یکی از آن‌هاست (لین، ژانگ، ژو و ژیانگ<sup>۷</sup>، ۲۰۱۶). با توجه به اینکه مولفه نادیده انگاری تاخیری با تکانشگری تعریف شده و بین این دو همپوشی زیادی وجود دارد از این رو، این دو مولفه می‌تواند در صورت مدیریت نادرست به عنوان عواملی خطر ساز در آسیب‌پذیری، تشدید و عود، در اختلال‌های مصرف مواد مهم قلمداد شوند.

1. Zhou  
2. Delayed reward discounting (DRD)  
3. Przepiorka, Blachnio, & Cudo

4. Madden, & Bickel  
5. MacKillop  
6. Obeid  
7. Lin Zhang, Zhou, & Jiang

براساس شواهد پژوهشی، یکی دیگر از عوامل مؤثر در فرایند اختلال مصرف مواد، هیجان خواهی است (وانگ، یانگ و ژانگ<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). زا کرمن<sup>۲</sup> هیجان طلبی را به صورت صفتی تعریف کرده است که ویژگی آن جستجوی هیجان و تجربه متنوع، تازه، پیچیده و جدید و میل پرداختن به خطرهای بدنی، اجتماعی و مالی به خاطر خود این تجربه‌ها است (آبست<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). سطح بالای هیجان طلبی، ناکارآمد نیست، ولی به نظر می‌رسد ناکارآمدی آن در افراد سوء مصرف کننده مواد دیده می‌شود (تاتاری<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). چهار ویژگی، هیجان خواهی، تجربه جویی، بازداری زدایی و حساسیت نسبت به یکنواختی<sup>۵</sup> ابعاد مهم در هیجان طلبی هستند. در واقع ابعادی هستند که مادر و بیگل (۲۰۱۰) در توصیف نادیده انگاری پاداش تأخیری با عنوان عدم خود کنترلی، تکانشی بودن، تجربه هیجانات آنی از آن یاد کرده‌اند.

از آنجایی که این سه مولفه ارتباط تنگاتنگی با هم دارند و دارای مولفه‌های زیستی و روان شناختی قوی هستند و می‌توانند به عنوان زیرسازهای قدرتمندی، فرد را به دام اعتیاد بکشانند؛ بنابراین مدلی با رویکرد یکپارچه‌نگر با مداخله‌های درمانی ویژه هم در جنبه روانی و هم جنبه زیستی نیازمند است که آسیب‌زا بودن این مولفه در ارتباط با اعتیاد را کاهش دهند. با توجه به اینکه اعتیاد محصول ترکیبی از عوامل زیستی، روان شناختی، محیطی و اجتماعی است، نیاز به داشتن مدلی که به صورت یکپارچه تمامی عوامل فوق را در برداشته باشد؛ بیش از پیش احساس می‌گردد. از این رو، یکی از برجسته ترین مدل‌هایی که در سال‌های اخیر در این زمینه مطرح شده است، مدل نادیده انگاری تأخیری (اونز<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۷) است.

بر مبنای این مدل، اختلال می‌تواند در نتیجه ناتوانی فرد در کنترل هیجان‌ها، تکانه‌ها و تأخیر در ارضا باشد و این ناتوانی به سبب عوامل رفتاری، شناختی، زیستی و شیمی اعصاب است. ناتوانی فرد در مدیریت تکانه‌ها و خواسته‌ها، امیال و اهداف و هیجان‌ها در کنار آسیب‌پذیری زیستی مشکل فرد را دو چندان می‌نماید. از طرف دیگر مدیریت نادیده

1. Wang, Yang, Zhang  
2. zuckerman  
3. Obst

4. Tatari  
5. boredom susceptibility  
6. Owens

انگاری پاداش تاخیری می‌تواند به عنوان عامل محافظت‌کننده فرد را در برابر وسوسه و گرایش به سمت رفتارهای مشکل‌آفرین حفظ کند. رویکردها و مداخله‌های گوناگونی در ارتباط با این مدل وجود دارند که از جمله می‌توان به رویکردهای روان‌شناختی، زیستی، دارویی و دستکاری مناطق مغزی و عصبی ویژه و تحریک مجموعه اشاره کرد (ماکیلوپ، ۲۰۱۳).

در این مدل از تکنیک‌های رویکرد رفتاری-شناختی (از جمله تکنیک دسته‌بندی پاداش<sup>۱</sup>، تکنیک تفکر آینده‌نگر متناوب<sup>۲</sup>، تکنیک آموزش حافظه‌کاری<sup>۳</sup> و درمان‌های موج سوم (از جمله رویکرد ذهن آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۴</sup>) در کاهش نادیده انگاری پاداش تاخیری، استفاده می‌شود (وارما<sup>۵</sup>، ۲۰۲۰). در واقع پژوهش‌های گوناگونی نشان داده‌اند که تکنیک‌های ذکر شده، در کاهش نادیده انگاری تاخیری و به تبع آن در هیجان-خواهی و تکانشگری موثر بوده و گرایش فرد به سوی مصرف ماده را به طور معناداری کاهش می‌دهد (موریسون، مادن، اودوم، فریدل و توهیگ<sup>۶</sup>، ۲۰۱۴؛ هیز، استروسل و ویلسون<sup>۷</sup>، ۲۰۱۱).

در میان رویکردهای ذکر شده به مدل نادیده انگاری تاخیری، در پژوهش حاضر اثر رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به مدل نادیده انگاری تاخیری در افراد مبتلا به مصرف مواد مورد بررسی قرار گرفت. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، مداخله‌ای است که توسط تیزدل و همکاران مطرح شد. این مداخله کوتاه مدت و ساختاریافته از روی مدل کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی کابات زین ساخته شده و اصول درمان شناختی نیز به آن اضافه شده است (کنگ، اسموکی و رابینز<sup>۸</sup>، ۲۰۱۱). این مداخله به افراد مهارت‌هایی را آموزش می‌دهد که بدون هیچ قضاوتی بتوانند از افکارشان آگاه‌تر شوند و همچنین بتوانند به جای افکار منفی، افکار مثبت یا خنثی را به عنوان انعکاسی از واقعیت در

1. reward bundling  
2. episodic future thinking  
3. working memory training  
4. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

5. Varma  
6. Morrison, Madden, Odum, Friedel, and Twohig  
7. Hayes, Strosahl, & Wilson  
8. Keng, Smoski, & Robins

نظر بگیرند و به آن‌ها تنها به عنوان رخداد‌های ذهنی گذرا نگاه کنند (گلدبرگ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۹).

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نادیده انگاری پاداش تاخیری در افراد مبتلا به مصرف مواد موثر واقع شده است (موریسون و همکاران، ۲۰۱۴). هیز و همکاران (۲۰۱۱) نشان دادند که آموزش چگونگی آگاهی نسبت به احساسات بدنی، افکار و هیجان‌ها و شیوه پاسخ دهی به شکل سازگارانه به آن‌ها در کاهش نادیده انگاری پاداش تاخیری و تکانشگری در افراد مبتلا به مصرف مواد مخدر موثر بوده است. شواهد پژوهشی حاکی از آن است که مدل نادیده انگاری تاخیری با رویکردهای ویژه در پیشگیری و درمان اعتیاد موثر بوده است و در میان این رویکردها و پژوهش‌های گوناگون، سودمندی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در حیطه‌های گوناگونی از جمله نادیده انگاری پاداش تاخیری (وارما، ۲۰۲۰)، تنظیم هیجان (پوتک<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲)، کاهش رفتار اعتیادی (رانگ، پک، هینکمپ، پرستون و مادام<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹)، سوء مصرف مواد (واپرن<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۲) و تکانشگری (لین و همکاران، ۲۰۱۶) به اثبات رسیده است. افزون بر این، شواهد تجربی زیادی نشان داده‌اند که متغیرهای نادیده انگاری پاداش تاخیری، تکانشگری و هیجان خواهی در اعتیاد نقش مهمی دارند (رابینز، کوران و دی وت<sup>۵</sup>، ۲۰۱۲؛ شفر<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۲، راسموسن<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). تأثیر ذهن آگاهی در کنترل تکانه، کاهش نادیده انگاری پاداش تاخیری (وارما، ۲۰۲۰) نیز تأیید شده است. بنابراین سوال اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا مدل نادیده انگاری تاخیری به شیوه رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در نادیده انگاری پاداش تاخیری، تکانشگری و هیجان خواهی در افراد مبتلا به اختلال‌های مصرف مواد و اعتیادی موثر است؟

1. Goldberg  
2. Potek  
3. Rung, Peck, Hinnenkamp, Preston,  
& Madden

4. Wupperman  
5. Robbins, Curran, & De Wit  
6. Sheffer  
7. Rasmussen

## روش

## جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر در قالب یک طرح شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه انجام شد. از بین بیماران مرد مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر سنندج در فاصله بهمن ۱۳۹۷ تا خرداد ۱۳۹۸، ۴۰ نفر که برای شرکت در پژوهش اعلام آمادگی کرده و ملاک‌های ورود و خروج را دارا بودند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (دو گروه ۲۰ نفره) قرار گرفتند. جهت تعیین حجم نمونه از نرم‌افزار جی پاور استفاده شد. حجم نمونه براساس مؤلفه‌های آلفای ۰/۰۵، توان آزمون ۰/۸۰، تعداد گروه‌های ۲ و اندازه‌گیری ۳ به دست آمد. معیارهای ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه جهت ورود به پژوهش، حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم بیماری‌های جسمی با استفاده از پرونده پزشکی و نظر کادر درمان کلینیک، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، دامنه سنی ۱۸ تا ۴۵ سال، تشخیص افراد براساس نظر کارشناسان مرکز و به علاوه انجام مصاحبه نیمه‌ساختار یافته SCID-I، تسلط به زبان رسمی؛ نداشتن افکار خودکشی؛ تعهد به مداخله و شرکت در پیگیری؛ عدم شرکت در یک برنامه ذهن‌آگاهی در زمان اجرای طرح حاضر؛ عدم دریافت تمرینات ذهن‌آگاهی در شش ماه گذشته و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل، غیبت بیش از دو جلسه در درمان؛ بروز استرس‌های بزرگ و حوادث حاد و غیرمنتظره در هر مرحله از انجام پژوهش بود.

## ابزار

۱- پرسش‌نامه انتخاب پاداش<sup>۱</sup>: این پرسش‌نامه توسط کربای، پرتی، بیکل<sup>۲</sup> (۱۹۹۹) طراحی شد و شامل ۲۷ گویه است. در آن انتخاب‌هایی بین پاداش‌های کوچک‌تر فوری و پاداش‌های بزرگ‌تر همراه با تأخیر ارائه می‌شود. پاداش‌های فوری در دامنه‌ای بین ۱۱ تا ۷۸ دلار و پاداش‌های همراه با تأخیر در دامنه بین ۲۵ تا ۸۵ دلار با تأخیر ۷ تا ۱۸۶ روز قرار دارند. پاداش‌های همراه با تأخیر بر مبنای اندازه در سه گروه قرار گرفته‌اند که هر گروه شامل ۹ گویه است. پاداش‌های کوچک (از ۲۵ تا ۳۵ دلار)، پاداش‌های متوسط (از ۵۰ تا

1. Monetary-Choice Questionnaire

2. Kirby, Petry, &amp; Bickel

۶۰ دلار) و پاداش‌های بزرگ (از ۷۵ تا ۸۵ دلار). کربای و همکاران (۱۹۹۹) ضریب آلفای کرونباخ را بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند. جبرائلی، فعله‌گری و صیدی (۱۳۹۹) ضریب آلفای کرونباخ کل را ۰/۸۹ و ضریب اعتبار بازآزمایی را ۰/۷۸ گزارش نمودند.

۲- مقیاس هیجان‌خواهی زاگرم (نسخه پنجم): این مقیاس جهت ارزشیابی عوامل هیجان‌خواهی تهیه شده و از چهار عامل فرعی «هیجان‌خواهی و ماجراجویی»، «تجربه‌طلبی»، «گریز از بازداری» و «ملال‌پذیری» تشکیل شده و برای هر یک از عوامل، ده گویه در نظر گرفته شده است. گویه‌ها از پرسش‌های دوجزئی تشکیل شده که اجزای هر گویه با دو جزء «الف» و «ب» از هم مجزا و مشخص می‌شوند. به طوری که شرکت‌کنندگان بتوانند به یک جزء از هر گویه پاسخ دهند. این پاسخ با گذاشتن علامت (x) در پاسخ‌نامه مربوط به آن جزء از گویه مشخص می‌شود. نمره خام در هر یک از عوامل چهارگانه در هر عامل از صفر تا ده است که بر اساس کلید نمره‌گذاری تعیین می‌شود. سپس با مراجعه به جدول تبدیل، ارزش واقعی به دست می‌آید. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ی ۰/۸۳ تا ۰/۸۶ گزارش شده است. احمدی، حسینی، مرادی و سعیدپور (۱۳۹۵)، ضریب آلفای کرونباخ کل را ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند.

۳- پرسش‌نامه تکانشگری بارت: این پرسش‌نامه توسط بارات، استنفورد، کنت و فلتوس<sup>۱</sup> در سال ۱۹۹۷ ساخته شد. دارای ۳۰ پرسش چهار گزینه‌ای است و سه عامل تکانشگری شناختی<sup>۲</sup> (تصمیمات سریع)، تکانشگری حرکتی<sup>۳</sup> (وارد عمل شدن بدون تصمیم پیشین) و تکانشگری بی‌برنامگی<sup>۴</sup> (عدم آینده‌نگری) را ارزیابی می‌کند. مطالعات متعددی، روایی و اعتبار قابل قبول این مقیاس را گزارش کرده‌اند (مانند استنفورد و بارت<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹؛ مک لیش و اکسبای<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶). نسخه فارسی این آزمون در سال ۱۳۸۷ توسط اختیاری و همکاران به فارسی ترجمه شد و کارایی آن در جمعیت ایرانی به اثبات رسید (فرید حسینی و همکاران، ۱۳۸۸). ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای کل

1. Barrat, Stanford, Kent & Felthous  
2. cognitive impulsivity  
3. motor impulsivity

4. nonplaning  
5. Stanford, Barratt  
6. McLeish & Oxoby



پرسش‌نامه در گروه دارای سوء‌مصرف مواد و هم‌تایان سالم به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۳ گزارش شده است.

## روش اجرا

پس از انجام هماهنگی‌های لازم با کلینیک‌های ترک اعتیاد، با توجه به غربال‌گری‌های به عمل آمده بر مبنای ابزارهای تشخیصی و ملاک‌های ورود به پژوهش گروه نمونه انتخاب شد. همه اعضا گروه نمونه بر گه رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش را تکمیل و امضاء کردند. با رعایت اصول اخلاقی از جمله احترام به اصل رازداری؛ ارائه اطلاعات کافی در مورد چگونگی پژوهش به تمامی شرکت‌کنندگان؛ آزاد بودن برای خروج از روند پژوهش در هر مرحله‌ای از طرح؛ با روش تصادفی ساده و استفاده از قرعه‌کشی به دو گروه ۲۰ نفره تخصیص یافتند. گروه آزمایش ۸ جلسه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌گروهی را به صورت یک جلسه در هفته و هر جلسه به مدت یک و نیم ساعت دریافت کردند و گروه گواه در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. برنامه مداخله مورد استفاده در پژوهش حاضر توسط یک متخصص بالینی با اشراف کامل به درمان‌های ذهن‌آگاهی و شناخت درمانی با استفاده از مباحث نظری و تمرینات عملی در یکی از کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر سنندج انجام شد. خلاصه‌ای از جلسات آموزشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در جدول ۱ ارائه شده است.

### جدول ۱: محتوای جلسات مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسه	محتوای جلسه‌ها
اول	توجه به هدایت خودکار و آموزش حضور ذهن، واریسی بدنی
دوم	رویاریوی با موانع، تمرین بر روی حس‌های ناراحت، سرگردانی ذهنی و عادات تکرار شونده ذهن، تمرین در دنیای واقعی.
سوم	حضور ذهن از تنفس، مراقبه نشستن به عنوان تمرین، رویاریوی با افکار از طریق تحت کنترل در آوردن آن‌ها، بازشناسی الگوهای افکار خودکار، عمومیت بخشی به تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای.
چهارم	ماندن در زمان حال، تماس راحت، کشف تجربه، دلبستگی و بی‌زاری، محدود کردن و گسترش توجه، توجه به شناخت‌های معیوب، درگیر شدن و جایگزینی آن‌ها.
پنجم	اجازه / مجوز، ایجاد رابطه‌ای متفاوت با تجربه، چگونگی ایجاد و استفاده از پذیرش، استفاده از فضای تنفس - دستور العمل‌های گسترده، ادامه‌ی شیوه‌های شناختی.

**جدول ۱: محتوای جلسات مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی**

جلسه	محتوای جلسه‌ها
ششم	افکار حقایق نیستند، رویارویی با افکار در شناخت درمانی و رویکرد حضور ذهن، دیدن «نوار در ذهن» برای آگاهی از آنچه در ذهن می‌گذرد، آماده شدن برای آینده، ادامه‌ی شیوه‌های شناختی.
هفتم	چطور می‌توانم به بهترین شکل از خود مراقبت کنم، توجه به ارتباط بین فعالیت و خلق، شناسایی نشانه‌های خود، برنامه فعالیت برای رویارویی با خطر، پیشگیری از عود.
هشتم	بازنگری مطالب گذشته، نگاه رو به جلو، برنامه فعالیت برای پیشگیری از عود مجدد.

**یافته‌ها**

میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه آزمایش  $23/60 \pm 5/09$  سال و گروه گواه  $24/5 \pm 65/62$  سال بود. جهت بررسی معناداری این تفاوت از آزمون تی مستقل استفاده شد که نتایج نشان داد بین دو گروه تفاوت وجود ندارد ( $t=0/87, P>0/05$ ). همچنین دو گروه از لحاظ سطح تحصیلات نیز همگن بودند ( $P>0/05, t=0/19$ ، مجذور خی). آماره‌های فراوانی و درصد متغیرهای جمعیت شناختی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۲ ارائه شده است.

**جدول ۲: آماره‌های فراوانی و درصد متغیرهای جمعیت شناختی به تفکیک گروه‌ها**

متغیرها	سطوح	آزمایش فراوانی (%)	گواه فراوانی (%)
سن	۲۵-۲۰ سال	۶ (۳۰٪)	۵ (۲۵٪)
	۳۵-۲۶ سال	۸ (۴۰٪)	۹ (۴۵٪)
سطح تحصیلات	۳۶-۴۵ سال	۶ (۳۰٪)	۶ (۳۰٪)
	زیر دیپلم	۶ (۳۰٪)	۵ (۲۵٪)
	دیپلم	۸ (۴۰٪)	۹ (۴۵٪)
	فوق دیپلم	۳ (۱۵٪)	۴ (۲۰٪)
کارشناسی و بالاتر	۳ (۱۵٪)	۲ (۱۰٪)	

آماره‌های توصیفی در متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی در متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

پیگیری		پس آزمون		پیش آزمون		گروه‌ها	متغیرها
SD	M	SD	M	SD	M		
۳/۵۵	۳۳/۹۰	۱/۲۳	۳۲/۴۵	۴/۴۸	۴۱/۱۵	آزمایش	نادیده‌انگاری
۳/۷۶	۳۹/۷۵	۲/۱۶	۳۵/۴۰	۵/۱۸	۴۰/۲۵	گواه	پاداش تاخیری
۲/۵۵	۱۰/۵۰	۲/۹۰	۱۳/۴۵	۳/۶۹	۲۰/۰۵	آزمایش	تکانشگری
۳/۴۴	۱۹/۳۰	۳/۱۸	۱۸/۸۵	۳/۶۱	۲۰/۴۰	گواه	شناختی
۲/۴۷	۱۵/۸۵	۲/۹۰	۱۶/۶۵	۴/۸۰	۳۰/۲۵	آزمایش	تکانشگری
۴/۳۱	۳۰/۵۰	۳/۴۶	۲۹/۵۵	۴/۲۷	۳۱/۴۰	گواه	رفتاری
۲/۴۹	۱۵/۳۵	۲/۷۵	۱۶/۱۵	۴/۶۸	۲۹/۸۰	آزمایش	بی‌برنامگی
۳/۳۵	۲۹/۱۰	۳/۴۳	۲۷/۳۱	۴/۴۹	۲۸/۱۴	گواه	
۵/۰۴	۴۱/۷۰	۶/۱۸	۴۴/۳۰	۸/۸۷	۷۹/۹۵	آزمایش	تکانشگری کل
۸/۰۲	۷۹/۹۰	۸/۲۳	۷۸/۵۵	۹/۹۱	۷۸/۳۴	گواه	
۱/۷۴	۳/۹۵	۱/۸۴	۳/۷۰	۱/۶۳	۷/۶۰	آزمایش	هیجان‌طلبی
۱/۵۶	۶/۰۵	۱/۰۷	۶/۴۰	۱/۰۷	۶/۹۵	گواه	
۱/۵۳	۳/۴۱	۱/۹۸	۳/۶۵	۱/۵۳	۶/۶۰	آزمایش	تجربه‌جویی
۱/۴۶	۶/۵۶	۱/۳۳	۶/۳۰	۱/۹۳	۷/۴۰	گواه	
۱/۰۳	۲/۷۶	۱/۰۹	۳/۵۱	۱/۴۹	۶/۸۵	آزمایش	ملال‌پذیری
۱/۱۲	۶/۷۸	۱/۹۰	۷/۷۸	۱/۱۵	۷/۳۵	گواه	
۰/۹۸	۲/۵۴	۱/۰۳	۲/۹۶	۱/۲۶	۶/۷۵	آزمایش	گریز از-
۱/۵۵	۵/۹۰	۱/۶۷	۶/۳۷	۰/۹۸	۷/۳۷	گواه	بازداری
۲/۳۶	۱۱/۹۵	۳/۱۵	۱۳/۸۰	۱/۵۵	۲۶/۸۰	آزمایش	هیجان‌خواهی
۳/۹۵	۲۴/۸۰	۱/۹۵۴	۲۵/۲۰	۱/۹۵	۲۷/۹۵	گواه	کل

جهت بررسی تغییرات ایجاد شده، با توجه به این که هم طرح بین آزمودنی (مقایسه دو گروه) و هم طرح درون آزمودنی‌ها (مقایسه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) وجود دارد، از روش تحلیل واریانس بین-درون آزمودنی آمیخته استفاده شد. پیش از انجام تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر از پیش فرض‌های نرمال بودن نمونه مورد نظر در متغیرهای وابسته، یکسانی واریانس خطا در دو گروه آزمایش و گواه، همگنی ماتریس

واریانس - کواریانس در بین سطوح متغیرهای وابسته و همگنی کواریانس‌ها اطمینان حاصل شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلکز حاکی از نرمال بودن توزیع نمره‌ها در متغیرهای مورد بررسی در جامعه پژوهش بود ( $P > 0/05$ ). همچنین نتایج آزمون لون شرط برابری واریانس‌های خطا بین گروهی را در دو گروه تأیید کرد ( $P > 0/05$ )؛ افزون بر این، نتایج آزمون همگنی کواریانس کرویت موچلی برقراری شرط کرویت ماتریس واریانس کواریانس برای داده‌های مطالعه حاضر را تأیید کرد ( $P > 0/05$ ).

نتایج آزمون چند متغیری، نیز حاکی از تفاوت بین گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته در بعد زمان و تعامل زمان و گروه بود ( $F = 0/998$  = مجذور اتا،  $P < 0/001$ ). پس آزمون تا پیگیری در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در یکی از متغیرهای وابسته نسبت به گروه گواه تفاوت وجود دارد. نتایج مربوط به تحلیل واریانس آمیخته در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تفاوت‌های دو گروه در متغیرهای مورد بررسی

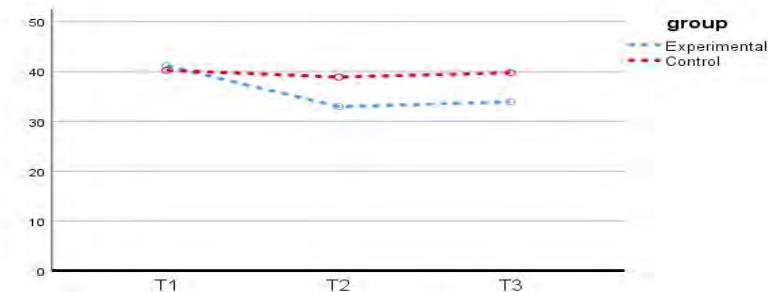
متغیرها	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه-آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذور اتا
	زمان	۵۵۱۵/۰۱	۲	۲۵۷/۵۰	۵۵/۰۷	۰/۰۰۰۵	۰/۵۹
نادیده‌انگاری	زمان*	۳۰۸/۳۱	۲	۱۵۴/۱۵	۳۲/۹۷	۰/۰۰۰۵	۰/۴۶
پاداش تاخیری	گروه	۳۹۶/۰۳	۱	۳۹۶/۰۳	۹/۰۵	۰/۰۱	۰/۳۰
	زمان	۷۱۹/۱۱	۲	۳۵۹/۵۵	۱۵۱/۹۲	۰/۰۰۰۵	۰/۸۰
تکانشگری	زمان*	۴۰۸/۳۵	۲	۲۰۴/۱۷	۸۶/۲۷	۰/۰۰۰۵	۰/۶۹
شناختی	گروه	۹۰۷/۵۰	۱	۹۰۷/۵۰	۴۳/۷۲	۰/۰۰۰۵	۰/۵۳
	زمان	۱۶۶۸/۳۱	۲	۸۳۴/۱۵	۲۴۹/۱۳	۰/۰۰۰۵	۰/۸۶
تکانشگری	زمان*	۱۳۱۹/۲۱	۲	۶۵۹/۶۰	۱۹۷/۰۱	۰/۰۰۰۵	۰/۸۳
رفتاری	گروه						

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تفاوت‌های دو گروه در متغیرهای مورد بررسی

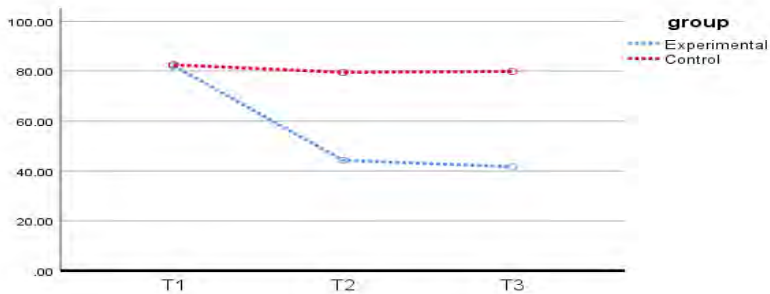
متغیرها	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه- آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذور اتا
	گروه	۲۶۰۴/۰۸	۱	۲۶۰۴/۰۸	۶۶/۰۵	۰/۰۰۰۵	۰/۶۳
	زمان	۱۶۶۲/۶۱	۲	۸۳۱/۳۰	۲۴۴/۱۸	۰/۰۰۰۵	۰/۸۶
بی برنامه‌گی	زمان*	۱۴۰۹/۳۱	۲	۷۰۴/۶۵	۲۰۶/۹۸	۰/۰۰۰۵	۰/۸۴
	گروه						
	گروه	۲۷۲۶/۵۳	۱	۲۷۲۶/۵۳	۶۶/۰۶	۰/۰۰۰۵	۰/۶۳
	زمان	۱۳۲/۰۶	۲	۶۶/۰۳	۵۱/۱۷	۰/۰۰۰۵	۰/۵۷
هیجان‌طلبی	زمان*	۶۵/۸۶	۲	۳۲/۹۳	۲۵/۵۲	۰/۰۰۰۵	۰/۴۰
	گروه						
	گروه	۱۶۸/۰۳	۱	۱۶۸/۰۳	۹۷/۵۸	۰/۰۰۰۵	۰/۷۲
	زمان	۱۸۰/۷۱	۲	۹۰/۳۵	۹۸/۸۰	۰/۰۰۰۵	۰/۷۲
تجربه‌جویی	زمان*	۶۰/۴۵	۲	۳۰/۲۲	۳۳/۰۵	۰/۰۰۰۵	۰/۴۶
	گروه						
	گروه	۲۳۵/۲۰	۱	۲۳۵/۲۰	۱۲۸/۴۱	۰/۰۰۰۵	۰/۷۷
	زمان	۱۷۵/۷۱	۲	۸۷/۸۵	۱۱۰/۲۴	۰/۰۰۰۵	۰/۷۴
ملال‌پذیری	زمان*	۷۹/۷۱	۲	۳۹/۸۵	۵۰/۰۲	۰/۰۰۰۵	۰/۵۶
	گروه						
	گروه	۲۳۲/۴۰	۱	۲۳۲/۴۰	۱۰۷/۴۶	۰/۰۰۰۵	۰/۷۳
	زمان	۲۰۴/۱۱	۲	۱۰۲/۰۵	۱۴۱/۱۹	۰/۰۰۰۵	۰/۷۸
گریز از بازداری	زمان*	۵۴/۹۵	۲	۲۷/۴۷	۳۸/۰۱	۰/۰۰۰۵	۰/۵۰
	گروه						
	گروه	۱۸۰/۰۷	۱	۱۸۰/۰۷	۶۱/۹۷	۰/۰۰۰۵	۰/۶۲

همان‌گونه که نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در جدول ۵ نشان می‌دهد اثر عامل زمان و تعامل زمان و گروه بر نادیده‌انگاری پاداش تاخیری و زیر مولفه‌های تکانشگری و هیجان‌خواهی معنادار است. براساس نتایج به دست آمده می‌توان عنوان کرد که بین گروه آزمایش و گواه در متغیرهای مورد بررسی در عامل زمان و تعامل

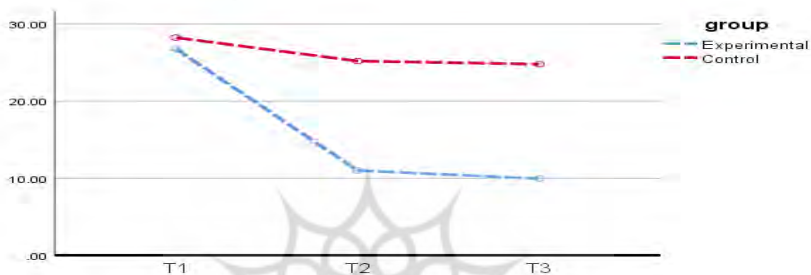
زمان و گروه تفاوت وجود دارد. بدین معنی که بین میانگین نمرات متغیرهای ذکر شده در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری صرف نظر از گروه تفاوت وجود دارد. افزون بر این معنادار شدن اثر تعاملی حاکی از آن است که اثر گروه با توجه به سطوح زمان اندازه‌گیری متفاوت است؛ بدین معنی که در میانگین نمرات سه گروه در مرحله پیش‌آزمون تفاوت وجود ندارد. همچنین از معنادار بودن تعامل بین گروه و زمان می‌توان نتیجه گرفت که در نمره‌های دو گروه آزمایش و گواه در طول زمان تغییرات یکسانی ایجاد نشده است. بدین معنی که در گروه گواه با توجه به عدم دریافت مداخله تغییرات در طول زمان رخ نداده است. همچنین، نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط نشان داد اثر عامل گروه بر نادیده‌انگاری پاداش تاخیری و زیر مولفه‌های تکانشگری و هیجان‌خواهی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود. با مشاهده میانگین‌ها در مرحله پیگیری در گروه آزمایش ملاحظه می‌شود که اثر مداخله ماندگار بوده است. بر اساس میزان ضریب اتای به دست آمده در تفاوت‌های بین گروهی می‌توان چنین بیان کرد که مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به ترتیب ۰/۳۰، ۰/۵۳ و ۰/۶۳، ۰/۶۳، ۰/۷۳، ۰/۷۲، ۰/۷۷، ۰/۷۳، ۰/۶۲، ۰/۷۸ از تغییرات واریانس متغیرهای نادیده‌انگاری به پاداش تاخیری، تکانشگری شناختی، تکانشگری رفتاری، بی‌برنامگی، هیجان‌طلبی، تجربه‌طلبی، ملال‌پذیری، گریز از بازداری در مرحله پس‌آزمون را در گروه نمونه تبیین کرد. می‌توان اظهار داشت که مداخله مورد استفاده در پژوهش حاضر منجر به کاهش معنادار تکانشگری و هیجان‌خواهی در افراد گروه نمونه شده است. تفاوت‌های بین دو گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای مورد بررسی در شکل‌های ۱ تا ۳ ارائه شده است.



شکل ۱: وضعیت دو گروه در نادیده‌انگاری به پاداش تاخیری در مراحل مختلف پژوهش



شکل ۲: وضعیت دو گروه در تکانشگری در مراحل مختلف پژوهش



شکل ۳: وضعیت دو گروه در هیجان خواهی در مراحل مختلف پژوهش

## بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر مدل نادیده انگاری تاخیری با رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نادیده انگاری پاداش تاخیری، تکانشگری و هیجان خواهی در افراد مبتلا به مصرف مواد انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش مدل نادیده انگاری تاخیری از طریق رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نادیده انگاری پاداش تاخیری بالا در افراد مبتلا به مصرف مواد موثر بود. به عبارت دیگر از طریق مدل نادیده انگاری تاخیری با رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، میزان نادیده انگاری تاخیری بالا، کاهش یافت. این یافته با مطالعات پیشین از جمله پژوهش‌های موریسون و همکاران (۲۰۱۴)، مکرچار، گرین و میرسور<sup>۱</sup> (۲۰۱۰)، هیز و همکاران (۲۰۱۱)، هسو، کولینز و مارلات<sup>۲</sup> (۲۰۱۳) و فرناندز، وود، استین و روسی<sup>۳</sup> (۲۰۱۰) همسو بود. هیز و همکاران (۲۰۱۱) از طریق مدل نادیده انگاری تاخیری که

1. McKerchar, Green, & Myerson  
2. Hsu, Collins & Marlatt

3. Fernandez, Wood, Stein, & Rossi

رویکرد های مختلفی به آن وجود دارد، نشان دادند که با رویکردهای رفتاری، تحریک مناطق مغزی در گیر در نادیده انگاری تاخیری و به ویژه درمان های نسل سوم از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی، می توان باعث ترمیم و تغییرات عصب زیست- شناختی زیان بخشی شد که به وسیله مواد ایجاد شده اند. همچنین آن ها نشان داده اند که با این رویکردها می توان میزان نادیده انگاری تاخیری افراد مصرف کننده را کاهش داد که در سال های اخیر این مولفه به عنوان یکی از برجسته ترین عوامل زیربنایی در گرایش افراد به سوی مواد مخدر یاد شده است.

در تبیین یافته های پژوهش حاضر مبنی بر اینکه مدل نادیده انگاری تاخیری با رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نادیده انگاری پاداش تاخیری موثر بوده است، می توان اظهار داشت که مدل نادیده انگاری تاخیری دارای مولفه زیست شناختی بسیار قوی است که بالا بودن نادیده انگاری تاخیری، به سبب آسیب در لوب پیشانی، جسم مخطط، سیستم دوپامینرژیک و سینگولای قدامی است. از طرفی با توجه به اینکه مطالعات عصب شناختی متعدد نشان داده اند که مصرف مواد با نقص در سیستم پیش پیشانی و کژکاری در سیستم دوپامینرژیک مرتبط است (ویتمن و پاولوس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹)؛ از این رو می توان گفت که یک هم پوشی قوی زیست شناختی بین نادیده انگاری تاخیری با اختلال های اعتیادی وجود دارد که شناخت این تشابه زیست شناختی قدرتمند، می تواند به کشف عوامل زیر بنایی در جهت تشخیص، سبب شناختی و درمان اختلال مصرف مواد منجر شود.

همچنین نتایج نشان داد که آموزش مدل نادیده انگاری تاخیری از طریق رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش تکانشگری در افراد مبتلا به مصرف مواد موثر بود. این یافته با یافته های هرشبرگ، آم و سایدرز<sup>۲</sup> (۲۰۱۷)، سانچو و همکاران (۲۰۱۸) سپرس و همکاران، (۲۰۱۷) همسو است. در تبیین این یافته ها می توان چنین عنوان کرد که تکانشگری، نشانه های وسوسه و سایر عواطف منفی که توسط عوامل متعددی برانگیخته می شوند، بیشتر ناشی از نقص در عملکرد سیستم پیش پیشانی دوپامینرژیک



است. با توجه به اینکه انعطاف‌پذیری مغز در اثر تمرین‌های ذهن آگاهی و راهکارهای شناختی مرتبط با آن، می‌تواند در کاهش واکنشگری به نشانه‌های ولع مصرف، عواطف منفی و تکانشگری کمک‌کننده باشد؛ از این رو، با کاهش این مولفه‌ها، می‌توان شاهد بازسازی و ترمیم تغییرات عصب زیست-شناختی در این افراد بود (برور، الوافی و دیویس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴).

افزون بر این، یافته‌ها نشان داد که آموزش مدل نادیده‌انگاری تاخیری از طریق رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش هیجان خواهی در افراد مبتلا به مصرف مواد موثر است. در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان نمود که مداخله‌های رفتاری و ذهن آگاهی با کنترل شناختی و تنظیم هیجان مرتبط است. فقدان خودآگاهی و سوگیری در توجه در جریان تجربه عواطف منفی باعث ناتوانی در کنترل امیال و تکانه‌ها به تع آن هیجان خواهی نامناسب می‌شود. ذهن آگاهی با فرایند کنترل توجه و تکانه و تنظیم هیجان‌ها ارتباط دارد. بنابراین، فرایند ضمنی ذهن آگاهی (مانند تنظیم هیجان) به افراد برای تصمیم‌گیری درباره درگیر شدن یا نشدن در فرایند تنظیم هیجانی، به علاوه نحوه تنظیم تکانه‌های شناختی و رفتاری و چگونگی برنامه‌ریزی برای نحوه پاسخ‌دهی به تکانه‌ها و انتخاب راهبرد تنظیم هیجانی مناسب کمک می‌کند (گلدستاین<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۹).

با توجه به اینکه مدل نادیده‌انگاری تاخیری زیربناهای زیستی و روان‌شناختی قوی را برای درمان اعتیاد به وضوح مشخص می‌کند، بنابراین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کنار تشخیص زیربناهای زیستی اعتیاد توسط این مدل، می‌تواند در درمان اعتیاد بسیار کارساز باشد. در واقع این درمان که یک مداخله کوتاه مدت و ساختار یافته است، به افراد مهارت‌هایی را آموزش می‌دهد که بدون هیچ قضاوتی بتوانند از افکارشان آگاه شوند و همچنین قادر باشند به جای افکار منفی، افکار مثبت یا خنثی را به عنوان انعکاسی از واقعیت در نظر بگیرند (وارما، ۲۰۲۰). در این رویکرد افراد با آموختن تکنیک‌های ذهن آگاهی و انجام تمرینات مربوط به آن یاد گرفتند که در مواجهه با

موقعیت‌های احتمالی سوء مصرف مواد، به جای ارضاء نادیده انگاری تاخیری بالا، هیجان خواهی و تکانشگری، از طریق متمرکز کردن توجه خود بر بدن، تجربیات درونی را همان گونه که هستند بپذیرند، آن‌ها را مورد قضاوت قرار ندهند و ظرفیت پردازش ذهنی بدون قضاوت را در خود افزایش دهند. از این رو، این نوع سبک پردازش، باعث کاهش نادیده انگاری تاخیری بالا، هیجان خواهی و تکانشگری می‌شود و وقتی این مولفه‌ها کاهش یابند به طور معناداری گرایش به سوی مواد مخدر کاهش خواهد یافت (لیو، کوئی، دوپری، کوغان و اوشری<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰).

به طور کلی در تبیین چگونگی کاهش نادیده انگاری تاخیری، هیجان خواهی و تکانشگری و ارتباط این مولفه‌ها با اعتیاد می‌توان اظهار داشت که فردی که نادیده انگاری تاخیری بالا و به تبع آن هیجان خواهی و تکانشگری زیادی دارد، برای برآورده ساختن امیال فوری و تجارب متنوع خود، به صورت مستمر در پی موقعیت‌های متنوعی در زندگی خود می‌گردد که گاه منجر به انجام رفتارهای مشکل آفرین و گرایش به سوی مصرف مواد می‌شود. افرادی که خود کنترلی پایین و نادیده انگاری پاداش تاخیری بالا دارند (کربای و همکاران، ۱۹۹۹)، در کاهش میزان مصرف مواد ناموفق بوده و براساس نظر سلیگمن دچار درماندگی آموخته شده می‌شوند و در نتیجه و به تبع آن، براساس نظریه تحقیر خود کاپلان (کاپلان، مارتین و روبینز<sup>۲</sup>، ۱۹۸۲)، اعتماد به نفس خود را نیز از دست می‌دهند که همگی این عوامل، زنگ خطری برای مصرف مواد هستند. دستاورد رویکرد آموزش ذهن آگاهی با تکنیک‌های شناختی، این است که به افراد می‌آموزد که از احساس‌ها و هیجان‌ها، امیال و تکانه‌های خود آگاهی پیدا کنند، به تنفس و بدن خود توجه نمایند و هیجان‌ها، امیال و تکانه‌های خود را مدیریت کنند و به آن‌ها به عنوان مشت‌افکار و احساس‌های گذرا نگاه کنند. بنابراین فرد با تمرینات ذهن آگاهی میزان مقاومت خود را در برابر امیال و تکانه‌ها افزایش داده و تنوع طلبی را در خود کاهش می‌دهد. این روند به صورت چشمگیری نه تنها دور معیوب را شکسته بلکه فرد را از گرایش به سوی مواد باز می‌دارد. محدود بودن گروه نمونه به بیماران مرد، استفاده از ابزارهای خود گزارشی، نبود

1. Liu, Cui, Dpreuy, Kogan, & Oshri

2. Kaplan, Martin, & Robbins

پیگیری طولانی مدت، نبود پیشینه داخلی در ارتباط با مولفه نادیده انگاری پاداش تاخیری و به علاوه انتخاب نمونه به صوت در دسترس از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بودند. از این رو پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی تاثیر این مدل بر نمونه‌هایی از بیماران زن و مرد در دیگر شهرها مورد بررسی قرار گیرد.

## تشکر و قدردانی

از همراهی و همگامی صمیمانه تمامی شرکت کنندگان در پژوهش حاضر و مسئولین کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر سنندج تشکر و قدردانی می‌شود.

## منابع

- احمدی، فرشاد؛ حسنی، جعفر؛ مرادی، علیرضا و سعیدپور، صابر (۱۳۹۵). نقش تشخیصی انقطاع پاداش تاخیری و هیجان خواهی در افراد مبتلا به مصرف مواد محرک و افیونی. *فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیاد پژوهی*، ۱۰ (۴۰)، ۲۱۶-۲۰۱
- جبرائیلی، هاشم؛ فعله گری، مهسا و صیدی، طناز (۱۳۹۹). ویژگی‌های روانسنجی و ساختار عاملی نسخه فارسی مقیاس سنجش کاهش اهمیت تاخیری، *تازه‌های علوم شناختی*، ۲۲ (۲)، ۲۱-۱۲
- فرید حسینی، فرهاد؛ علی ملایری، نوشین؛ اسعدی، سید محمدی؛ اختیاری، حامد؛ صفایی، هومن و عدالتی، هانیه (۱۳۸۸). ارزیابی تصمیم‌گیری مخاطره آمیز در بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت مرزی و ضد اجتماعی، *مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی*، ۱۱ (۲)، ۹۵-۱۰۴.

## References

- Barnett, A., O'Brien, K., Hall, W., & Carter, A. (2020). Support for the psychosocial, disease and brain disease models of addiction: A survey of treatment providers' attitudes in Australia, the UK, and U.S. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 115, 108033. doi:https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108033
- Brewer, J. A., Elwafi, H. M., & Davis, J. H. (2013). Craving to quit: psychological models and neurobiological mechanisms of mindfulness training as treatment for addictions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(2), 366-379.
- Brook, J. S., Brook, D. W., Gordon, A. S., Whiteman, M., & Cohen, P. (1990). The psychosocial etiology of adolescent drug use: a family interactional approach. *Genetic Social and General Psychology Monographs*, 116(2), 111-267.
- Fernandez, A. C., Wood, M. D., Stein, L. A. R., & Rossi, J. S. (2010). Measuring mindfulness and examining its relationship with alcohol use and negative

- consequences. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 24(4), 608-616.
- Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of current depressive symptoms: a meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 48(6), 445-462.
- Goldstein, R. Z., Craig, A. D. B., Bechara, A., Garavan, H., Childress, A. R., Paulus, M. P., & Volkow, N. D. (2009). The neurocircuitry of impaired insight in drug addiction. *Trends in cognitive sciences*, 13(9), 372-380.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change.* : Guilford Press.
- Hershberger, A. R., Um, M., & Cyders, M. A. (2017). The relationship between the UPPS-P impulsive personality traits and substance use psychotherapy outcomes: A meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 178, 408-416.
- Hsu, S. H., Collins, S. E., & Marlatt, G. A. (2013). Examining psychometric properties of distress tolerance and its moderation of mindfulness-based relapse prevention effects on alcohol and other drug use outcomes. *Addictive Behaviors*, 38(3), 1852-1858.
- Kaplan, H. B., Martin, S. S., & Robbins, C. (1982). Application of a general theory of deviant behavior: self-derogation and adolescent drug use. *Journal of Health and Social Behavior*, 23(4), 274-294.
- Keng, S.-L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clinical psychology review*, 31(6), 1041-1056.
- Kirby, K. N., Petry, N. M., & Bickel, W. K. (1999). Heroin addicts have higher discount rates for delayed rewards than non-drug-using controls. *The Journal of Experimental Psychology*, 128(1), 78-87.
- Lin, L., Zhang, J., Zhou, L., & Jiang, C. (2016). The relationship between impulsivity and suicide among rural youths aged 15-35 years: a case-control psychological autopsy study. *Psychology, health & medicine*, 21(3), 330-337.
- Liu, S., Cui, Z., Duprey, E. B., Kogan, S. M., & Oshri, A. (2020). Adverse Parenting Is Indirectly Linked to Delayed Reward Discounting via Blunted RSA Reactivity: the Protective Role of a Shift-and-Persist Coping Strategy. *Adversity and Resilience Science*, 1(3), 149-163.
- MacKillop, J. (2013). Integrating behavioral economics and behavioral genetics: delayed reward discounting as an endophenotype for addictive disorders. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 99(1), 14-31.
- Madden, G. J., & Bickel, W. K. (2010). *Impulsivity: The behavioral and neurological science of discounting*: American Psychological Association.
- McKerchar, T. L., Green, L., & Myerson, J. (2010). On the scaling interpretation of exponents in hyperboloid models of delay and probability discounting. *Behavioural processes*, 84(1), 440-444.

- McLeish, K. N., & Oxoby, R. J. (2007). Measuring impatience: Elicited discount rates and the Barratt Impulsiveness Scale. *Personality and Individual Differences, 43*(3), 553-565.
- Morrison, K. L., Madden, G. J., Odum, A. L., Friedel, J. E., & Twohig, M. P. (2014). Altering impulsive decision making with an acceptance-based procedure. *Behavior Therapy, 45*(5), 630-639.
- Obeid, S., Saade, S., Haddad, C., Sacre, H., Khansa, W., Al Hajj, R., . . . Hallit, S. (2019). Internet Addiction Among Lebanese Adolescents: The Role of Self-Esteem, Anger, Depression, Anxiety, Social Anxiety and Fear, Impulsivity, and Aggression-A Cross-Sectional Study. *Journal of Nervous & Mental Disease, 207*(10), 838-846.
- Obst, E., Bernhardt, N., Gan, G., Plawecki, M. H., O'Connor, S., Smolka, M. N., & Zimmermann, U. S. (2020). Sensation seeking, impulsivity, and aggression moderate sex effects on adolescent laboratory bingeing. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors.*
- Owens, M. M., Gray, J. C., Amlung, M. T., Oshri, A., Sweet, L. H., & MacKillop, J. (2017). Neuroanatomical foundations of delayed reward discounting decision making. *Neuroimage, 161*, 261-270.
- Potek, R. (2012). *Mindfulness as a school-based prevention program and its effect on adolescent stress, anxiety and emotion regulation.* : New York University.
- Przepiorka, A., Blachnio, A., & Cudo, A. (2019). The role of depression, personality, and future time perspective in internet addiction in adolescents and emerging adults. *Psychiatry Research, 272*, 340-348.
- Rasmussen, N. H., Smith, S. A., Maxson, J. A., Bernard, M. E., Cha, S. S., Agerter, D. C., & Shah, N. D. (2013). Association of HbA1c with emotion regulation, intolerance of uncertainty, and purpose in life in type 2 diabetes mellitus. *Primary Care Diabetes, 7*(3), 213-221.
- Robbins, T. W., Curran, H. V., & de Wit, H. (2012). Special issue on impulsivity and compulsivity. *Psychopharmacology, 219*(2), 251-252.
- Rung, J. M., Peck, S., Hinnenkamp, J. E., Preston, E., & Madden, G. J. (2019). Changing Delay Discounting and Impulsive Choice: Implications for Addictions, Prevention, and Human Health. *Perspectives on Behavior Science, 42*(3), 397-417.
- Sancho, M., De Gracia, M., Rodríguez, R. C., Mallorquí-Bagué, N., Sánchez-González, J., Trujols, J., . . . Menchón, J. M. (2018). Mindfulness-Based Interventions for the Treatment of Substance and Behavioral Addictions: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry, 9*, 95. doi:10.3389/fpsyt.2018.00095
- Sheffer, C., Mackillop, J., McGeary, J., Landes, R., Carter, L., Yi, R., . . . Bickel, W. (2012). Delay discounting, locus of control, and cognitive impulsiveness independently predict tobacco dependence treatment outcomes in a highly dependent, lower socioeconomic group of smokers. *American Journal on Addictions, 21*(3), 221-232.

- Spears, C. A., Hedeker, D., Li, L., Wu, C., Anderson, N. K., Houchins, S. C., . . . Wetter, D. W. (2017). Mechanisms underlying mindfulness-based addiction treatment versus cognitive behavioral therapy and usual care for smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85*(11), 1029-1040.
- Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1992). Impulsivity and the multi-impulsive personality disorder. *Personality and Individual Differences, 13*(7), 831-834.
- Tatari, F., Farnia, V., Momeni, K., Davarinejad, O., Salemi, S., Soltani, B., . . . Alikhani, M. (2020). Predicting addiction potential based on sensation-seeking, psychological hardiness and assertiveness in students in western Iran: an analytical study. *Journal of Substance Use, 1*-6. doi:10.1080/14659891.2020.1760371
- Varma, M. (2020). *The Effects of Values Activation on Temptation Coping and Confidence: Testing Delayed Reward Discounting and Religiosity/Spirituality as Moderators*. Unpublished Phd dissertation, Seattle Pacific University.
- Wang, Z., Yang, X., & Zhang, X. (2020). Relationships among boredom proneness, sensation seeking and smartphone addiction among Chinese college students: Mediating roles of pastime, flow experience and self-regulation. *Technology in Society, 62*, 101319. doi:https://doi.org/10.1016/j.techsoc.2020.101319
- Wittmann, M., & Paulus, M. P. (2009). Intertemporal choice: Neuronal and psychological determinants of economic decisions. *Journal of Neuroscience, Psychology, and Economics, 2*(2), 71-74.
- Wupperman, P., Marlatt, G. A., Cunningham, A., Bowen, S., Berking, M., Mulvihill-Rivera, N., & Easton, C. (2012). Mindfulness and modification therapy for behavioral dysregulation: results from a pilot study targeting alcohol use and aggression in women. *Journal of Clinical Psychology, 68*(1), 50-66.
- Zhou, Y., Zhou, C., & Li, R. (2014). Sex differences in exercise and drug addiction: A mini review of animal studies. *Journal of Sport and Health Science, 3*(3), 163-169.
- Zhou, Z., Blandino, P., Yuan, Q., Shen, P. H., Hodgkinson, C. A., Virkkunen, M., & Goldman, D. (2019). Exploratory locomotion, a predictor of addiction vulnerability, is oligogenic in rats selected for this phenotype. . *Proceedings of the National Academy of Sciences, 11*(16), 13107-13115.