

اثربخشی راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان در بهبود کارکردهای اجرایی معتادان بهبود یافته مراکز کاهش آسیب (DIC)

عبدالله برهانی^۱، علیرضا مرادی^۲، روژین میرانی^۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۰۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۶/۰۱

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان در بهبود کارکردهای اجرایی در معتادان بهبود یافته مراکز کاهش آسیب شهر کرج بود. **روش:** روش پژوهش آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل می‌باشد. نمونه مورد نظر شامل ۲۴ مرد از معتادان بهبود یافته مراکز کاهش آسیب شهر کرج بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند. گروه آزمایش برنامه راهبردهای نظم‌جویی هیجان مبتنی بر مدل گروس به مدت ده جلسه گروهی دریافت کردند در حالی که گروه کنترل تا پایان طرح هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. برای جمع‌آوری اطلاعات از آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین و برای تحلیل از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد آموزش راهبردهای تنظیم فرآیندی هیجان موجب ارتقا کارکردهای اجرایی در افراد گروه آزمایش شد. **نتیجه‌گیری:** آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان تلویحات کاربردی مفیدی در درمان و پیشگیری از عود اعتیاد دارد.

کلیدواژه‌ها: تنظیم فرآیندی هیجان، کارکردهای اجرایی، اعتیاد، مراکز کاهش آسیب

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران، پست الکترونیک:

meysamborhani9@gmail.com

۲. استاد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

مقدمه

یکی از موارد جدی تهدید کننده سلامت که در سال‌های اخیر با توجه به تغییرات سریع اجتماعی، از سوی سازمان‌های بهداشتی، مجریان قانون و سیاست‌گذاران اجتماعی به عنوان یکی از مهم‌ترین مشکلات در جامعه مورد توجه قرار گرفته است، شیوع اعتیاد و رفتارهای پرخطر در میان اقشار مختلف است (فرگوسن^۱، ۲۰۰۹). در بررسی سبب‌شناسی سوء مصرف مواد و بازگشت پس از درمان، محققان و نظریه‌پردازان مختلف، نقص در تنظیم هیجان، تحمل پایین ناراحتی، اجتناب هیجانی، رفتارهای بدون تفکر و عادت‌ی، نشخوار فکری، سوگیری نسبت به نشانه‌های مواد، خودکارآمدی پایین، نقص در مهارت‌های مقابله‌ای و خطای معنوی را عنوان نموده‌اند (بلوم^۲، ۲۰۰۵؛ به نقل از بابایی، ۱۳۹۱). سطح پایین نظم‌جویی هیجانی که ناشی از ناتوانی در مقابله موثر با هیجان‌ها و مدیریت آن‌هاست در شروع مصرف مواد نقش دارد (پارکر، تیلور، ایستابروک، شل، و وود^۳، ۲۰۰۸). یکی از کارکردهای روان‌شناختی فردی که در اثر سوء مصرف مواد دچار اختلال می‌شود کارکردهای اجرایی است. کارکردهای اجرایی مربوط به فرایند کنترل شناختی چندبعدی است که شامل توانایی ارزیابی، سازماندهی و دستیابی به اهداف است. همچنین ظرفیتی برای انعطاف‌پذیری رفتارهای سازگارانه، زمانی که با یک مشکل و موقعیت جدید مواجه می‌شوند، می‌باشد. نتایج پژوهش‌های رشد شناختی نشان می‌دهد که رشد تنظیم هیجانی به طور قوی توسط چندین هسته از کارکردهای اجرایی مثل کنترل توجه، بازداری رفتارهای نامناسب، تصمیم‌گیری و دیگر فرایندهای شناختی سطح بالا حمایت شده است (تاتنهام، هری و کیسی^۴، ۲۰۱۱). شواهد چندین مطالعه مختلف نشان می‌دهد که رشد جنبه‌هایی از کارکردهای اجرایی مثل بازداری کنترل شده و توجه اجرایی، به طور قوی با افزایش درک هیجانی و تنظیم هیجان در ارتباط است. رشد علوم شناختی از این ادعا که کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی در ارتباط با یکدیگر هستند

1. Fergosen
2. Blum
3. Parker, Taylor, Eastabrook, Schell,
& Wood

4. Tatenham, HeriT & Kasy

حمایت می‌کند. هیجان و شناخت به شکل پیچیده‌ای به یکدیگر متصل هستند و هر دو برای پردازش اطلاعات و اجرای عمل کار می‌کنند (بل و ولفه، ۲۰۰۷). به علاوه محتمل است که تنظیم هیجان و کارکردهای اجرایی هر دو برهم تأثیر بگذارند. هیجان می‌تواند برای کمک به سازماندهی افکار شخص، یادگیری و عمل استفاده شود و فرایندهای شناختی هم از تنظیم هیجانات شخص بازخورد می‌گیرند (دیلون، ۲۰۰۹). هیجان در تمام اختلالات عاطفی نقش بسزایی دارد. ناهماهنگی هیجانی در اکثر اختلالات روانی بروز می‌کند (آلداو، نولن-هوکسما، و اشویزر، ۲۰۱۰).

توانایی مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند (ترینیداد و جانسون، ۲۰۰۲). هرچند هیجان‌ها مبنای زیستی دارند اما افراد قادرند بر شیوه‌هایی که این هیجان‌ها را ابزار می‌کنند اثر بگذارند. این توانایی که تنظیم هیجان نامیده می‌شود به فرایندهایی اشاره دارد که بر هیجان‌های کنونی فرد و چگونگی تجربه و ابراز آن‌ها اثر می‌گذارد (گروس، ۲۰۱۰).

مدیریت موثر هیجان‌ها، عبارت است از: ۱. تسکین و آرام ساختن خود به هنگام ناراحتی؛ ۲. اعمال خودکنترلی؛ ۳. مدیریت خشم؛ ۴. کنترل تکانه‌ها؛ ۵. ابراز هیجان‌ها در زمان و مکان مناسب؛ ۶. اجتناب از اضطراب، خشم و افسردگی مداوم؛ ۷. اداره کردن ناکامی‌ها و مشکلات اجتناب‌ناپذیر زندگی؛ ۸. جلوگیری از سایه افکندن هیجان‌های منفی بر روی قضاوت و توانایی حل مسئله؛ ۹. تحمل ناکامی و ۱۰. پذیرش و ارزش گذاشتن به خودمان (کلارک، ۲۰۰۱؛ رستمی و نیلوفری، ۱۳۸۹). از آنجا که تنظیم هیجان نقش محوری در تحول بهنجار داشته و ضعف آن، عاملی مهم در ایجاد اختلال‌های روانی به شمار می‌رود، نظریه‌پردازان بر این باورند، افرادی که قادر به مدیریت صحیح هیجانات‌شان در برابر رویدادهای روزمره نیستند، بیشتر نشانه‌های تشخیصی اختلالات روانی را نشان می‌دهند و کیفیت زندگی در این افراد افت قابل ملاحظه‌ای خواهد داشت (کلبر، ۲۰۰۹).

1. Bell, & Wolpne
2. DeLeon
3. Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer

4. Trinidad & Johnson
5. Clark
6. Kleber

هسته مرکزی درمان در این پژوهش آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان مبتنی بر مدل گراس (۲۰۰۳) می‌باشد. گراس بر اساس مدل کیفیت تولید هیجان، مدل فرایند نظم‌جویی هیجان را ارائه کرد که مدل اولیه شامل پنج مرحله (شروع، موقعیت، توجه، ارزیابی و پاسخ) می‌باشد. به اعتقاد گراس هر مرحله از فرایند تولید هیجان، یک هدف نظم‌دهی بالقوه دارد و فرایندهای تنظیم هیجان، می‌توانند در نقاط مختلف این فرایند اعمال شوند. گراس بر اساس مدل اولیه، مدل فرایند نظم‌جویی هیجان را ارائه کرد و پنج نقطه از مراحل تولید هیجان را مشخص کرد که هر نقطه، محل اعمال یک خانواده از فرایندهای نظم‌دهی هیجان است. این پنج نقطه شامل انتخاب موقعیت (اجتناب)، اصلاح موقعیت (خوداظهاری)، گسترش توجه (حواس‌پرتی)، تغییر شناختی (بازارزیابی) و تعدیل پاسخ (بازداری)، می‌باشد. در شروع یک هیجان عواملی وجود دارد که فرد را در موقعیت برانگیختگی هیجانی قرار می‌دهد یا او را از آن موقعیت دور می‌کند (اجتناب). در مرحله دوم یا اصلاح موقعیت، می‌توان در فرایند تولید هیجان تغییراتی ایجاد کرد. در این مرحله یکی از راهبردهای تنظیم هیجان، خوداظهاری می‌باشد. در مرحله سوم (توجه) یکی از راه‌های ایجاد تغییر و نظم‌جویی هیجان، تغییر جهت و یا گسترش توجه می‌باشد. سه شیوه گسترش توجه شامل حواس‌پرتی، تمرکز و نشخوار فکری است. از بین این فنون، حواس‌پرتی یکی از فنون فراشناختی تنظیم هیجان به حساب می‌آید (پاپا‌جورجیو^۱ و ولز، ۱۳۸۶). فرد با تمرکز، توجه خود را تماماً روی موقعیت یا جنبه خاصی از آن تشدید می‌کند و نشخوار فکری شامل تمرکز توجه روی احساسات و پیامدهای آن است. در چهارمین مرحله از مراحل تولید هیجان (ارزیابی)، ایجاد تغییرات شناختی، وظیفه نظم‌جویی بخشی در این مرحله است و یکی از راهبردهای آن، بازارزیابی شناختی است. آخرین مرحله، مرحله پاسخ‌دهی است و تعدیل پاسخ آخرین بخش از فرایند نظم‌جویی هیجان را تشکیل می‌دهد.

در مطالعه‌ی اکسلرود، پرپلتیکووا، هولتزمن و سینها^۱ (۲۰۱۱) که به بررسی نظم جویی هیجان و فراوانی سوء مصرف مواد در زنان مبتلا به سوء مصرف مواد و اختلال شخصیت مرزی دریافت کننده رفتار درمانی دیالکتیکی پرداخته‌اند به این نتیجه رسیده‌اند که نظم جویی هیجان بهبود یافته نه تنها موجب بهبود خلق بلکه همچنین با کاهش فراوانی سوء مصرف مواد مرتبط بود. همچنین اسزاز، سزانسوگوتی و هوفمن^۲ (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای که به بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای نظم جویی هیجان بر وسوسه سیگار کشیدن، سوگیری توجه و هیجانات منفی پرداخته‌اند به این نتیجه رسیده‌اند افرادی که از راهبردهای بازاریابی بیشتر استفاده می‌کردند وسوسه کمتر، عاطفه (هیجان) منفی کمتر و سوگیری توجه کمتری را در برابر نشانه‌های سیگار کشیدن نشان دادند. در مطالعه دیگری دیمف و کورنر^۳ (۲۰۰۷) نشان داده‌اند که مصرف کنندگان مواد در نظم جویی هیجانات‌شان مشکل دارند و یا اینکه حالات هیجانی منفی‌شان سبب تسریع استفاده از مواد می‌گردد. در واقع مدیریت هیجان‌ها به منزله فرایندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف او بر عهده دارد و هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجانات می‌تواند فرد را در برابر اختلالات روانی آسیب‌پذیر سازد (گارنفسکی و کرایچ،^۴ ۲۰۰۳). بنابراین می‌توان گفت تنظیم هیجان عامل کلیدی و تعیین کننده در بهزیستی روانی و کارکرد اثربخش می‌باشد (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱)، که در سازگاری با رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی نقش اساسی ایفا می‌کند (گروس،^۵ ۱۹۹۸) تا جایی که می‌توان گفت که تنظیم هیجان بر کل کیفیت زندگی فرد اثر می‌گذارد (مشهدی، میردورقی و حسنی، ۲۰۱۲). در واقع نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که نظم جویی مؤثر هیجان‌ها دارای پیامدهای مطلوبی بر بهداشت روانی، بهزیستی روان‌شناختی، سلامت جسمانی و روابط بین فردی می‌باشد (ریف و سینگر، ۱۹۹۸؛ به نقل از حسنی، ۲۰۱۲).

1. Axelrod, Perepletchikova, Holtzman, & Sinha
2. Szasz, Szentagotai, & Hofmann

3. Dimeff, & Korner
4. Garnefesi & Kraaij
5. Gross

با عنایت به شیوع گسترده و وسیع انواع مواد روان‌گردان در کشور به ویژه در میان اقشار جوان ضرورت کنترل و مهار این پدیده در ابعاد مختلف اجتناب‌ناپذیر است. هر چند در سال‌های اخیر تلاش‌های علمی در دو جنبه بنیادی و کاربردی در چالش با این معضل قابل ملاحظه بوده، لکن نظر به حساسیت موضوع ارائه روش‌های درمانی و آموزشی متنوع می‌تواند بسیار موثر باشد. پژوهش حاضر نیز در این راستا قابل ارزیابی بوده به ویژه آن‌که به دو جنبه اساسی سلامت روان‌شناختی یعنی هیجان و شناخت (کارکردهای اجرایی) و بازپروری آن‌ها می‌پردازد. این پژوهش هم از جنبه بنیادی و هم کاربردی به مساله درمان اعتیاد پرداخته است. به بیان دیگر با توجه به رابطه تنظیم هیجان با مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی (برنامه‌ریزی، حل مسئله، بازداری کنترل شده، حافظه کاری و...) و تاثیر هیجان و شناخت در کیفیت زندگی انسان، این پژوهش بر آن است تا اثر بخشی آموزش راهبردهای تنظیم فرآیندی هیجان را بر بهبود کارکردهای اجرایی در افراد بهبود یافته مراکز کاهش آسیب بررسی نماید.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر در قالب یک تحقیق آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل انجام شد. هر دو گروه در طول اجرای برنامه درمانی ۳ بار به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه مورد ارزیابی قرار گرفتند. جامعه آماری این تحقیق شامل تمامی معتادان بهبود یافته در سال ۱۳۹۵ است که در مراکز کاهش آسیب البرز مشغول به کار شده‌اند و از بین آن‌ها ۲۴ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب شدند. سپس از ۲۴ نفر انتخاب شده ۱۲ نفر به صورت تصادفی در گروه آزمایشی و ۱۲ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند که تا پایان اجرای پژوهش یک نفر از اعضای گروه آزمایش از پژوهش خارج شد. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: سابقه سوءصرف مواد مخدر، جنسیت مذکر، عدم مصرف مواد مخدر و داروهای درمان اعتیاد در زمان تحقیق، محدوده سنی ۶۰-۳۰ سال، حداقل تحصیلات زیر دیپلم، رضایت و موافقت برای

شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بودند از: دریافت سایر مداخلات روان‌شناختی، مصرف مواد در زمان پژوهش، مصرف داروهای روان‌پزشکی.

ابزار

آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین: در مطالعه رفتارهای انتزاعی و انعطاف‌پذیری شناختی از این آزمون به طور وسیعی استفاده شده است. رایج‌ترین شاخص‌های اندازه‌گیری کارکردهای اجرایی شناختی، در آزمون ویسکانسین، تعداد طبقات درست شده توسط افراد و میزان خطاهای تکراری است (استراس و الساندر^۱، ۲۰۰۶). در این آزمون تعداد طبقات تکمیل شده به ده کارتی که به صورت متوالی و درست بر اساس معیار مورد نظر انتخاب می‌شود، اشاره دارد که حداکثر شش طبقه است. خطاهای تکراری شامل تعداد خطاهایی است که پس از در نظر گرفتن قاعده جدید و دریافت بازخورد، از فرد سر می‌زند. این آزمون ابتدا توسط گرانت و برگ^۲ (۱۹۴۸) طراحی شد. آزمون متشکل از دو دسته کارت ۶۴ تایی غیرمشابه با رنگ‌های سبز، آبی، قرمز و زرد و اشکال مثلث، ستاره، صلیب و دایره و با تعداد یک، دو، سه و چهار به عنوان کارت‌های پاسخ و چهار کارت به عنوان کارت‌های محرک می‌باشد. برای اجرای آزمون ابتدا ۴ کارت محرک در مقابل فرد قرار داده می‌شود. آزمون گر ابتدا رنگ را به عنوان معیار دسته‌بندی قرار می‌دهد بدون این که این اصل را به فرد اطلاع دهد و از وی می‌خواهد بقیه کارت‌ها را یک به یک در زیر چهار کارت الگو قرار دهد. بعد از هر کوشش گفته می‌شود جای‌گذاری وی درست است یا خیر. اگر فرد بتواند به طور متوالی ۱۰ دسته‌بندی صحیح انجام دهد، اصل دسته‌بندی تغییر می‌کند و اصل بعدی، شکل خواهد بود. تغییر اصل فقط با تغییر الگوی بازخورد بله و خیر انجام می‌شود بدین ترتیب پاسخ صحیح قبلی در اصل جدید، پاسخ غلط تلقی می‌شود. اصل بعدی تعداد است و سپس سه اصل به ترتیب تکرار می‌شوند. آزمون وقتی متوقف می‌شود که فرد بتواند با موفقیت، ۶ طبقه را به طور صحیح دسته‌بندی کند. روایی این آزمون برای نقایص شناختی به دنبال آسیب‌های مغزی بالا

۰/۸۶ و اعتبار آن در نمونه ایرانی با روش بازآزمایی ۰/۸۵ و اعتبار بین ارزیاب در حد عالی و بالا ۰/۸۳ گزارش شده است (مرادی، جباری، میرآقایی و پرهون، ۱۳۹۰).

روند اجرا

بیمارانی که واجد شرایط بودند، به شیوه در دسترس انتخاب شدند. پس از انتخاب، اطلاعاتی در مورد نوع درمان، نحوه حضور آن‌ها در جلسه، تعداد و زمان جلسات ارائه شد. جلسات هفته‌ای یک‌بار در مرکز اجرا شدند. افراد به طور شبانه‌روزی در مرکز مشغول به فعالیت بودند. در آغاز درمان ابتدا پیش‌آزمون به عمل آمد و شاخص‌های کارکردهای اجرایی ارزیابی گردید. سپس افراد به صورت گروهی تحت آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان به مدت ده جلسه قرار گرفتند. برای کنترل عوامل تهدید کننده روایی درونی پژوهش، یک گروه کنترل هم در نظر گرفته شد که فقط در مرکز حضور داشتند و درمان خاصی دریافت نمی‌کردند. در پایان جلسات، شاخص‌هایی که در پیش‌آزمون ارزیابی شده بودند مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین یک پیگیری یک ماهه نیز انجام شد.

محتوای جلسات آموزشی راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان مبتنی بر مدل گراس در جدول ۱ ارائه شده است. بسته کامل درمان آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان مبتنی بر مدل گراس توسط قانڈنیای جهرمی، حسنی و حاتمی (۱۳۹۲)، اعتباریابی گردید. با توجه به آنچه در محتوای جلسات آموزشی راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان مبتنی بر مدل گراس مشاهده می‌شود، هنگام آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان مبتنی بر مدل گراس، درمان‌گر مهارت‌ها را برای رفتارهای سوء‌مصرف مواد هدف‌گذاری می‌کند. جلسات ۹۰ دقیقه زمان نیاز داشت.

جدول ۱: محتوای جلسات آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرایندی هیجان مبتنی بر مدل گراس

جلسات	مراحل	محتوای جلسات
اول	-	بیان منطق و مراحل مداخله، ضرورت تنظیم هیجان، چرا باید این مهارت را بیاموزیم، دیدگاه‌های درست در مورد هیجان‌ها کدامند، مروری بر هیجان‌های اولیه و ثانویه، همه هیجان‌ها به ما کمک می‌کنند.
دوم	انتخاب موقعیت	ارائه آموزش هیجانی: هیجان نرمال و هیجان مشکل‌آفرین، خودآگاهی هیجانی: (۱) آموزش و معرفی هیجان. (۲) شناسایی و نام‌گذاری و برجسته‌زدن به احساسات. (۳) تمایز میان هیجان‌های مختلف. (۴) شناسایی هیجان در حالت فیزیکی و روان‌شناختی. (۵) عوامل موفقیت در تنظیم هیجان.
سوم	انتخاب موقعیت	ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های هیجانی اعضا: (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 فرد. (۴) پیامدهای شناختی و واکنش‌های هیجانی. (۵) پیامدهای فیزیولوژیک و واکنش‌های هیجانی. (۶) پیامدهای رفتاری و واکنش‌های هیجانی و رابطه این سه با هم. (۷) معرفی هیجان خشم و راه‌های غلبه بر خشم.
چهارم	اصلاح موقعیت	ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان: (۱) جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب. (۲) آموزش راهبردهای حل مسئله. (۳) آموزش مهارت‌های بین فردی (گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض).
پنجم	گسترش توجه	تغییر توجه: (۱) متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی. (۲) آموزش توجه.
ششم	ارزیابی شناختی	تغییر ارزیابی‌های شناختی: (۱) شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی حالت‌های هیجانی. (۲) آموزش راهبرد باز ارزیابی.
هفتم	تعدیل پاسخ	تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان: (۱) شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن. (۲) مواجهه. (۳) آموزش ابراز هیجان. (۴) اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت‌کننده‌های محیطی. (۵) آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس.
هشتم	ارزیابی و کاربرد	ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربرد: (۱) ارزیابی میزان نیل به اهداف. (۲) کاربرد مهارت‌های آموخته شده در محیط‌های طبیعی خارج از جلسه. (۳) بررسی و رفع موانع انجام تکالیف.
نهم	-	مرور جلسات و تمرین مهارت‌های آموخته شده.
دهم	-	مرور جلسات و تمرین مهارت‌های آموخته شده.

یافته‌ها

دامنه‌ی سنی گروه آزمایش بین ۳۰ تا ۵۸ سال با میانگین ۴۱/۲ سال؛ و گروه کنترل ۳۱ تا ۵۶ سال با میانگین سنی ۴۱/۳ سال بود. آماره‌های توصیفی متغیرها به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

متغیرها	گروه‌ها	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
کوشش‌های صحیح	آزمایش	۷۵/۳۳	۸۶/۳۶	۸۵/۵۴
	کنترل	۷۴/۷۵	۷۷/۰۸	۷۷/۴۱
پاسخ‌های درجاماندگی	آزمایش	۱۵/۸۱	۱۲/۰۰	۱۱/۷۲
	کنترل	۱۵/۳۳	۱۴/۳۳	۱۴/۲۵
خطاهای درجاماندگی	آزمایش	۱۰/۹۰	۸/۲۷	۸/۳۶
	کنترل	۱۰/۹۰	۱۰/۵۰	۱۰/۵۰
طبقات تکمیل شده	آزمایش	۳/۸۱	۵/۰۹	۵/۰۰
	کنترل	۳/۸۳	۳/۸۳	۳/۹۱

برای بررسی اثربخشی مداخله بر کارکردهای اجرایی می‌بایستی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شود. یکی از مفروضه‌های این تحلیل برابری واریانس‌های خطاست نتایج آزمون لون حکایت از آن داشت که در تمام متغیرها این شرط برقرار است ($P > 0/05$). مفروضه دیگر این تحلیل برابری ماتریس واریانس-کواریانس است که نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این مفروضه داشت ($P > 0/05$, $M=2/34$, $P > 0/05$). بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج حکایت از متفاوت بودن گروه‌ها در ترکیب خطی مولفه‌ها داشت ($F=24/20$, $P < 0/001$, $\eta^2=0/84$ = اندازه اثر، $F=24/20$, $P < 0/001$, $\eta^2=0/84$ = لامبدای ویلکز). برای بررسی تفاوت‌ها از تحلیل کواریانس تک‌متغیری به شرح جدول ۳ استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت در مولفه‌ها

متغیرها	آماره F	معناداری	توان آزمون
کوشش‌های صحیح	۸۶/۷۹	۰/۰۰۰۵	۰/۸۱
پاسخ‌های درجاماندگی	۷۸/۴۵	۰/۰۰۰۵	۰/۷۹
خطاهای درجاماندگی	۷۵/۷۹	۰/۰۰۰۵	۰/۷۹
طبقات تکمیل شده	۱۸/۳۳	۰/۰۰۰۵	۰/۸۰

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به منظور ارزیابی اثربخشی آموزش تنظیم فرایندی هیجان بر بهبود کارکردهای اجرایی در معنادران بهبود یافته مراکز کاهش آسیب انجام شد. در این پژوهش درمان بر اساس پروتکل درمانی آموزش تنظیم فرایندی هیجان مبتنی بر مدل گراس در قالب ده جلسه درمانی برای یک گروه آزمایش اجرا شد. این پروتکل توسط جیمز گراس (۲۰۰۳) برای آموزش چگونگی مدیریت و تنظیم هیجانات افراد ساخته شده است. از مهم ترین عوامل در شروع و تداوم سوء مصرف موادمخدر مشکل در تنظیم هیجانها است. در واقع تنظیم هیجان عامل مهمی در شروع رفتار اعتیادی و تداوم اثرات سوء این رفتارها بر شناخت و دیگر حوزه های زندگی بیماران است. بر اساس مطالعات انجام شده هیجانها می توانند هم سازمان دهنده توجه و هم مانعی برای سازمان دهی توجه باشند. می توانند حل مسئله را هم تسهیل و هم مختل کنند. همچنین هم باعث ایجاد روابط و هم تخریب آن شوند. این تعاملات دو سویه بین تنظیم هیجان و مولفه های کارکردهای اجرایی، نشان دهنده ضرورت آموزش تنظیم هیجان به منظور بهبود کارکردهای اجرایی می باشد (نؤمن و همکاران، ۲۰۱۰).

رویکردی که در چند سال اخیر در مورد مسئله اعتیاد در جهان گسترش یافته و یکی از موثرترین رویکردهای نظری در این زمینه است، رویکرد اعتیاد به عنوان یک بیماری مغزی است. اعتیاد به طور فزاینده ای به عنوان یک اختلال مغزی مزمن و عود کننده مورد توجه قرار گرفته است (مینتزر و استیزر، ۲۰۰۲). مصرف مواد می تواند باعث آسیب های عصب روان شناختی از جمله آسیب به کارکردهای اجرایی شود. سوء مصرف مواد طیف گسترده ای از مشکلات رفتاری (شامل تأخیر و جلوگیری در شروع وظایف، عدم پایداری در رسیدن به اهداف و کاهش کنترل بر عواطف و هیجانات)، کاهش بازداری از پاسخ که منجر به پاسخ های تکانشی و رفتارهای نامناسب اجتماعی می شود و نقص در عملکردهای اجرایی را موجب می شود (وینستین و شافر، ۲۰۰۸).

یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های مشابه پیشین در زمینه تأثیر تنظیم هیجان بر کارکردهای اجرایی همسو است (گراس، ۲۰۰۳؛ اسمیت و آریگو، ۲۰۰۹؛ ازبرگ و همکاران، ۲۰۰۵). لویس^۳ (۲۰۰۴)، ضمن مقایسه تنظیم هیجان با مولفه‌های کارکردهای اجرایی بیان می‌کند که مفاهیم تنظیم هیجان و کارکردهای اجرایی شبیه به هم می‌باشند. نوجوانی که توانایی تنظیم هیجان خوبی دارد، می‌تواند رفتارهایش را کنترل نماید و در بافت‌های گوناگون و سازگاری با رویدادهای پراسترس منعطف‌تر عمل کند. همچنین تنظیم هیجان می‌تواند به عنوان ابزاری برای فهم چگونگی تأثیر هیجان بر فرایندهای دیگر مانند توجه، حل مسئله و رفتار در نظر گرفته شود. مایر و سالووی (۲۰۰۷) در پژوهش خود نشان دادند که نظم‌جویی هیجان با توانایی ذهنی بیشتر برای پردازش اطلاعات همراه است این توانمندی می‌تواند به افراد کمک کند تا درک بهتری از پیامدهای منفی و زیان‌بار مصرف مواد داشته باشند و بنابراین در برابر فشارهای روانی و اجتماعی برای مصرف مواد موفق‌تر عمل کنند. برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که گروه‌های فرهنگی در کنش‌ها و فراوانی بازداری یا فرونشانی هیجان‌ها و درجه هیجان منفی حاصل از آن‌ها، با هم متفاوت هستند. به نظر می‌رسد پژوهش‌های انجام شده در کشورهای غربی، در خصوص ابرازگری یا فرونشانی هیجان‌ها، به مسئله هنجارها و ارزش‌های فرهنگی کمتر توجه شده است. مثلاً بر خلاف فرهنگ غرب که فرونشانی هیجان‌ها را با علائم آسیب روانی مرتبط می‌داند در فرهنگ آسیایی دامنه وسیعی از شرایط وجود دارد که فرونشانی یا منع هیجان‌ها را تشویق می‌کند، در حالی که در کشورهای اروپایی روی کارکردهای خودحمایتی بیشتر تأکید می‌شود (عیسی‌زادگان و همکاران، ۱۳۹۱).

در تبیین اثر بخشی آموزش تنظیم هیجان بر کارکردهای اجرایی در این پژوهش می‌توان گفت که راهبردهای نظم‌جویی هیجان‌ها به افراد کمک می‌کند تا برانگیختگی‌ها و هیجان‌های منفی را تنظیم نمایند. این شیوه تنظیم با رشد، پیشرفت یا بروز اختلال‌های روانی رابطه مستقیم دارد (کریج، پریموم بوم^۴ و گارنفسکی، ۲۰۰۲). نظم‌جویی هیجان

1. Smyth & Arigo
2. Eisenberg

3. Lewis
4. Pruyboom

باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگارانه افراد می شود (گروس و جوهن، ۲۰۰۳). برخی از پژوهش ها نشان می دهد که توانایی تنظیم موفق هیجان با شماری از پیامدهای سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی مرتبط است. برعکس، فرض بر این است که نارسایی در تنظیم هیجان، مکانیسم زیربنایی بسیاری از اختلالات روانی می باشد. هیجان با هماهنگی کردن فرایندهای زیستی، ذهنی و انگیزشی موجب می شود که وضعیت فرد در ارتباط با محیط تثبیت شود و فرد را به پاسخ های ویژه و کارآمد مجهز می کند و در نهایت موجب بقای جسمانی و اجتماعی وی می شود. از طرفی هیجان ها در ایجاد و حفظ و قطع روابط میان فردی نقش مهمی ایفا می کنند و این کار را با تنظیم فاصله بین افراد انجام می دهند زیرا هیجان ها افراد را به سمت هم می کشانند و یا از هم دور می کنند (ایزبرگ و همکاران، ۲۰۱۰). به نظر می رسد که همپوشی قابل ملاحظه ای بین مولفه های کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجان وجود دارد. مسئله توجه، تمرکز، جابجایی، پردازش اطلاعات، حل مسئله و بسیاری از مفاهیم دیگر کارکردهای اجرایی از نکات قابل ملاحظه در تنظیم هیجان می باشد و زمانی که با آموزش تنظیم هیجان، کارکردهایی اجرایی به موازات هیجانان بهبود می یابند نتیجه را می توان در ارتقا کیفیت زندگی افراد مشاهده کرد. به طور کلی می توان نتیجه گرفت که بهبود کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانان در افراد معتاد بهبود یافته می تواند منجر به تداوم درمان و کاهش نرخ عود و بازگشت مجدد به مصرف گردد. تضمین ایجاد و حتی تداوم امید به درمان و زندگی، نیازمند توجه به عوامل تهدید کننده زندگی معتادان و همچنین ارتقا مهارت ها و کارکردهای اجرایی بیمار است. بنابراین به منظور تدوین برنامه های پیشگیری در سطح دوم و سوم، تداوم فرایند درمان و هر گونه سیاست گذاری در سطح کلان نیازمند توجه به مسئله بهبود توانایی فرد از جمله کارکردهای اجرایی در زمینه های مختلف می باشد (نریمانی، آریان پور و احمدی، ۱۳۹۰). به طور کلی می توان نتیجه گرفت که بهبود تنظیم هیجانان در افراد معتاد بهبود یافته می تواند منجر به تداوم درمان و کاهش نرخ عود و بازگشت مجدد به مصرف گردد.

منابع

- Abolghasemi, A., Allahgholilu, k., Narimani, M., Zahed, A. (2010). Emotion regulation strategies in substance abusers have high reactivity and low. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*, 20(77), 15-22.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237.
- Axelrod, S. R., Pereplechikova, F., Holtzman, K., & Sinha, R. (2011). Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 37(1), 37-42.
- Babayi, Z., Hasani, G., Mohammadkhani, SH.(2012). The effects of emotion regulation skills training based on dialectical behavior therapy tempted people with substance abuse. Single-subject study. *Journal of Clinical Psychology*, 4(3),15-21.
- Bell, M. A., & Wolfe, C. D. (2007). The integration of cognition and emotion during infancy and early childhood: Regulatory processes associated with the development of working memory. *Brain and Cognition*, 65(1), 3-13.
- Blume, A. W. (2005). *Treating drug problems*. New York: John Wiley.
- Cakmak, A. F., Cevik, E. I. (2010). Cognitive emotion regulation questionnaire: Development of Turkish version of 18- item short form. *African Journal of Business Management*, 4, 2097-2102.
- Clark, M., Hampson, S. E. (2001). Implementing a psychological intervention to improve lifestyle self-management in patients with type 2 diabetes. *Patient Education and Counseling*, 42(3), 245-256.
- DeLeon, G. (2009). *The therapeutic community: Theory model and method*. New York: Springer.
- Dimeff, L. A., Korner, K.(2007). *Dialectical behavior therapy in clinical practic*. NewYork: Gilford press.
- Eisenberg, N., Sadovsky, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Losoya, S. H., Valiente, C., ... & Shepard, S. A. (2005). The relations of problem behavior status to children's negative emotionality, effortful control, and impulsivity: concurrent relations and prediction of change. *Developmental psychology*, 41(1), 193-211.
- Fergus, S., & Zimer man, M. A. (2009). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of public Health*, 26, 399-419.
- Gamefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., Kommer, T. (2003). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. *Personality and Individual Differences*, 25, 603-611.
- Gamefski, N., Van-Der-Kommer, T., Kraaj, V., Teerds, J., Lederstee, J., Tein, E. O. (2001). The relationship between cognitive Emotion Regulation Strategies and Emotional problems: Comparison between a Clinical Sample. *European Journal Personality*, 16, 403-420.
- Grant, D. A., & Berg, E. (1948). A behavioral analysis of degree of reinforcement and ease of shifting to new responses in a Weigl-type card-sorting problem. *Journal of experimental psychology*, 38(4), 404-411.
- Gross, J. J. (1998).The emerging field of emotion regulation:An integrative review. *Review general Psychology*, 2(3), 271-299.

- Gross, J. J., John, O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal Personality Society Psychology*, 85(2), 348-362.
- Lewis, D. L. & Stieben, J. (2004). Emotion regulation in the brain: Conceptual issues and directions for developmental research. *Child Development*, 75, 371-376.
- Mashhadi, A., Mirdurghi, F., Hasani, G.(2011). The role of cognitive emotion regulation strategies in internalizing disorders in children. *Journal of Clinical Psychology*, 3(3), 23-34.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (2007). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27(4), 267-298.
- Mintzer, M. Z., Stitzer, M. L. (2002). Cognitive impairment in methadone maintenance patients. *Drug Alcohol Depend*, 67, 41-51.
- Moradi, A., Jabbari, H., Miraghayi, A., Parhon, H. (2011). AIDS patients in executive function performance. *Journal of Modern Psychology*, 6, 15-24.
- Nejat, S., Montazeri, A., Holakouie Naieni, K., Mohammad, K., Majdzadeh, S. R. (2006). The World Health Organization Quality of Life Questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 4(4), 1-12.
- Parker, J. D., Taylor, R. N., Eastabrook, J. M., Schell, S. L., Wood, L. M. (2008). Problem Gambling In Adolescence: Relationships with Internet Misuse, Gaming Abuse And Emotional Intelligence. *Personality and Individual Differences*, 45, 174-180.
- Ryff, C. D., Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychology Inquiry*, 9(1), 1-28.
- Struss, D. T., & Alesander, M. P. (2006). executive function and the frontal lobes: A conceptual view. *Psychological reaserch*, 63(3-4), 289-298.
- Smyth, L., Arigo, P. C. (2009). Trait emotional intelligence, conflict communication patterns, and relationship satisfaction. *Personality and individual differences*, 44(6), 1314-1325.
- Szasz, P. L., Szentagotai, A., & Hofmann, S. G. (2011). The effect of emotion regulation strategies on anger. *Behavior research and therapy*, 49(2), 114-119.
- Tottenham, N., Herii, A., Voss, H. U., Glover, G. H., & Casey, B. J. (2011). Biological substrates of emotional reactivity and regulation in adolescence during an emotional go -no go task. *Biological psychiatry*, 63(10), 927-934.
- Trinidad, D. R., Johnson, C. A. (2002).The Association between Emotional Intelligence and Early Adolescent Tobacco and Alcohol Use. *Personality and Individual Differences*, 32(1), 95-105.
- Weinstein, C. S., Shaffer, H. J. (2008). Neurocognitive aspects of substance abuse treatment: A psychotherapist's primer. *Psychotherapy Theory Research & Practice*, 30, 317-333.