



اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان هیجان مدار بر بهبود ادراک شایستگی در افراد با مسمومیت مواد روانگردان

نوید شیرمردی: دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد امارات متحده عربی، دانشگاه آزاد اسلامی، امارات، ایران
پرویز عسکری: استاد، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران (* نویسنده مسئول) Askari47@yahoo.com
فرشاد بهاری: استادیار، گروه روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

درمان مبتنی بر شفقت،
درمان هیجان مدار،
ادراک شایستگی،
افراد با مسمومیت مواد
روانگردان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۱۱

تاریخ چاپ: ۱۴۰۴/۰۲/۱۰

زمینه و هدف: امروزه سوء مصرف مواد به یکی از مهمترین مسائل و مشکلات مرتبط با سلامت روان تبدیل شده است؛ هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان هیجان مدار بر بهبود ادراک شایستگی در افراد با مسمومیت مواد روانگردان بود.

روش کار: برای انجام تحقیق حاضر از نو آزمایشی حاضر که با گروه پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری با گروه گواه انجام شد از بین افراد وابسته به مواد روانگردان که به مراکز درمان اعتیاد سرپایی شهر اهواز مراجعه کرده و در این مراکز پذیرش شدند. به صورت هدفمند ۴۵ نفر و به طور تصادفی به گروه‌های آزمایش ۱ (درمان مبتنی بر شفقت)، آزمایش ۲ (درمان هیجان مدار) و گواه تقسیم شدند. تمام آزمودنی‌ها پرسشنامه ادراک شایستگی اجتماعی پرندین را تکمیل کردند. گروه اول ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یکبار تحت دوره درمانی مبتنی بر شفقت بر اساس پروتکل درمان متمرکز بر شفقت گیلبرت و گروه دوم ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت درمان هیجان مدار بر اساس پروتکل درمان هیجان مدار گرینبرگ و واتسون قرار گرفتند، گروه کنترل نیز مداخله‌ای دریافت نکردند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان هیجان مدار بر بهبود ادراک شایستگی در افراد با مسمومیت مواد روانگردان شهر اهواز تفاوت معناداری وجود ندارد.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج توصیه می‌شود مسولین و متخصصین جهت بهبود ادراک شایستگی در افراد با مسمومیت مواد روانگردان از درمان مبتنی بر شفقت و درمان هیجان مدار استفاده کنند.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت کننده: حامی مالی نداشته است.

شیوه استناد به این مقاله:

Shirmardi N, Askari P, Bahari F. Investigating the Effectiveness of Compassion-Based Therapy and Emotion-Oriented Therapy on Improving Flexibility in People with Psychoactive Substance Poisoning. Razi J Med Sci. 2025(30 Apr);32.16.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 4.0 صورت گرفته است.



Investigating the Effectiveness of Compassion-Based Therapy and Emotion-Oriented Therapy on Improving Flexibility in People with Psychoactive Substance Poisoning

Navid Shirmardi: PhD Student, Department of Psychology, United Arab Emirates Branch, Islamic Azad University, Emirates, Iran

Parviz Askari: Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran (*Corresponding Author) Askari47@yahoo.com

Farshad Bahari: Assistant Professor, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran

Abstract

Background & Aims: Nowadays, drug abuse has become one of the most important issues and problems related to mental health (1), drug addiction is a learned habit that includes psychological and physiological factors and leads a person to dependence and continued use (2). Psychologists have found that stressful life factors can weaken people's mental health and their social functioning and lead to psychological damage in them. Some people go through stressful events without reducing their mental health and suffering from mental illness (6). An important concept that is presented in the direction of substance abuse is the perception of competence; Perception of competence is one of the components and concepts of self-concept, which refers to the process of a person becoming aware of his characteristics, the type of relationships with others, feedback from events, capacities and abilities, and focuses on various cognitive, physical and social fields (7). The basic principle in therapeutic compassion refers to the issue that external soothing factors and behaviors should be internalized, in this way, as the human mind reacts to external issues, it also finds comfort in front of internal factors (13), to In addition, in this treatment, people learn not to suppress or avoid their painful feelings and experiences, so they can recognize their experience in the first step and feel compassion for it (14). On the other hand, emotion-oriented therapy, which is a combination of experiential and systemic therapy, is offered; Emotion-oriented therapy is determined by three stages of connection and awareness, recall and discovery and emotional reconstruction in eight steps; These three stages overlap, and throughout the treatment, the client is viewed as an expert on his experience and the therapist as a guide and facilitator for the client's goals (18). In this treatment, it is believed that the way people organize and process their emotional experiences and the interaction patterns they create and strengthen have led to their helplessness (19), in other words, it can be called emotion-oriented therapy. By creating constructive interactions between people and identifying safe attachment patterns, it reduces cognitive distortions in people (20).

According to the presented materials and the negative impact of psychoactive substance poisoning on individual and social life on the one hand, the lack of general consensus regarding the choice of the best type of intervention to reduce the negative effects of these substances, the importance of the perception of competence in life, and since by reviewing the research Conducted inside and outside the country, no research was found in the field of the subject, so the researchers are trying to answer the question, is the therapy based on compassion and emotion therapy based on the perception of competence effective in people dependent on psychoactive substances?

Methods: To carry out the present research, the present experiment was carried out with the pre-test-post-test-follow-up group with the control group among the people addicted to psychoactive substances who visited outpatient addiction treatment centers in Ahvaz and were admitted to these centers. 45 people were purposefully and randomly divided into experiment 1 (compassion-based therapy), experiment 2 (emotion-oriented therapy) and control groups. All the subjects completed the Parandin Social Competence Perception Questionnaire. The first group underwent 8 sessions of 60 minutes once a week under compassion-based therapy based on Gilbert's compassion-focused therapy protocol, and the second group underwent 12 60-minute sessions of emotion-oriented therapy based on Greenberg and Watson's emotion-

Keywords

Compassion-Based Therapy,
Emotion-Oriented Therapy,
Competence Perception,
People with Psychoactive Substance Intoxication

Received: 01/03/2025

Published: 30/04/2025

oriented therapy protocol. The control group did not receive any intervention. Finally, to analyze the data from descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics including mixed variance analysis with repeated measurement, Benferroni post hoc test using SPSS computer software version 27 was used at a significant level, $05/0 \alpha=0$ was used.

Results: As seen in Table 2; In the stages of pre-test, post-test and follow-up, the value of F is significant at the level of $P=0.001$. These findings show that there is a significant difference in the dependent variables in the pre-test, post-test and follow-up stages. Also; In the interaction between the group * measurement steps for the perception of competence, the value of F is significant at the level of $P=0.001$. These findings also show that in dependent variables, the interaction of group * measurement steps is significant. Also; In the groups of compassion-based therapy and emotion-oriented therapy, the F value is significant at the level of $P=0.001$ for the perception of competence. These findings show that there is a significant difference in the dependent variables between the groups of compassion-based therapy and emotion-oriented therapy. As can be seen in Table 3, in the variable of competence perception, the treatment groups based on compassion and emotion-oriented treatment, in the post-test and follow-up phases, compared to the pre-test, is significant at the level of $p>0.05$. While in the control group, these differences are not significant ($p<0.05$). Also, in all three groups of compassion-based treatment, emotion-based treatment and the control group, there are no significant differences in the variable of competence perception in the follow-up stage compared to the post-test ($p<0.05$). As seen in Table 4, in each variable of competence perception; In the pre-test stage, there is no significant difference between the groups of compassion-based therapy and emotion-based therapy compared to the control group ($p<0.05$). However, in the post-test and follow-up phases, the comparison between the emotion-oriented treatment group compared to the compassion-based and evidence-based treatment groups is significant at the $p<0.05$ level. Also, in the post-test and follow-up stages, the comparison of the two groups of compassion-based therapy and emotion-oriented therapy is not significant at the $p<0.05$ level.

Conclusion: Considering the confirmation of the effectiveness of emotion-oriented therapy on improving the perception of competence, in explaining this finding, it can be argued that one of the goals of emotion-oriented therapy is to establish effective cognitive regulation skills. Emotion regulation is a pattern of organizing emotions in response to environmental conditions and is a basic principle in initiating, evaluating and organizing adaptive behavior as well as preventing negative emotions and maladaptive behaviors, and is considered one of the most important elements in the development of social-emotional skills and maintaining a relationship with It is the people around you. This treatment not only suppresses unwanted emotions, but also causes the person to always express his emotions in a calm situation. Social-emotional learning helps people feel more competent and efficient in daily responsibilities and life challenges (8). Regarding the confirmation of the effectiveness of compassion-based therapy on improving the perception of competence in explaining this research finding, it can be said that compassion-based therapy works like physical therapy of the mind, which neutralizes the threat system and activates the relief system; As a result of the transformation of this system, the perception of competence increases. People with self-compassion are better able to deal with distressing events; because they have a higher acceptance ability than other people; Therefore, the emotional turmoil in these people decreases and the tolerance of the turmoil increases, which finally realizes the ability to relieve and control oneself. This treatment with its techniques increases the self-esteem of a person, which improves their perception of competence (10).

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Shirmardi N, Askari P, Bahari F. Investigating the Effectiveness of Compassion-Based Therapy and Emotion-Oriented Therapy on Improving Flexibility in People with Psychoactive Substance Poisoning. *Razi J Med Sci.* 2025(30 Apr);32.16.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

*This work is published under **CC BY-NC-SA 4.0** licence.

مقدمه

امروزه سوءمصرف مواد به یکی از مهمترین مسائل و مشکلات مرتبط با سلامت روان تبدیل شده است (۱)، اعتیاد به مواد یک عادت آموخته شده است که شامل عوامل روانشناختی و فیزیولوژیکی است و فرد را به سمت وابستگی و ادامه مصرف سوق می‌دهد (۲).

آمارهای جهانی نشان می‌دهد که تعداد قابل توجهی از افراد در سراسر دنیا از سوءمصرف مواد داشته و طبق گزارش دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، در سال ۲۰۲۰، حدود ۲۷۵ میلیون نفر مواد مصرف کرده‌اند و مهم‌تر اینکه بیش از ۳۶ میلیون نفر از اختلالات مصرف مواد رنج می‌برند (۳)، در مورد ایران، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که شیوع مصرف مواد در جمعیت ایرانی حدود ۱۱.۹ درصد است که این اطلاعات نشان می‌دهد که سوءمصرف مواد یک چالش جدی در جامعه است و نیاز به راهکارها و برنامه‌های مؤثر در جلوگیری از مصرف مواد و درمان اعتیاد دارد برنامه‌های پیشگیری، آموزش‌های آگاهی بخشی، درمان‌های نوین و حمایت اجتماعی از افراد مبتلا به اعتیاد، می‌توانند در کاهش این مشکل و بهبود سلامت روان جامعه نقش مهمی ایفا کنند (۱). از سوی دیگر اختلال مصرف مواد به صورت اختلالات عودکننده مزمن ظاهر می‌شود که با مصرف اجباری مواد علیرغم پیامدهای نامطلوب جدی، از دست دادن کنترل بر مصرف، و ظهور حالات هیجانی منفی در طول پرهیز مشخص می‌شود (۴).

یکی از عواملی که ارتباط نزدیکی با مصرف مواد دارد انعطاف پذیری است؛ در سال‌های اخیر انعطاف‌پذیری به صورت فزاینده‌ای به عنوان سازه بااهمیتی در ایجاد دامنه وسیعی از ابعاد بالینی از جمله اضطراب، افسردگی، دشواری تنظیم هیجانی، سوءمصرف مواد و اختلالات دیگر مشخص شده است (۳)؛ انعطاف‌پذیری در واقع به توانایی افراد برای تمرکز بر موقعیت کنونی و استفاده از فرصت‌های آن موقعیت برای گام برداشتن در راستای اهداف و ارزشهای درونی با وجود رویدادهای روانشناختی چالش برانگیز یا ناخواسته اشاره دارد (۵). روانشناسان دریافته‌اند که عوامل فشارزای زندگی می‌توانند سلامت روان افراد و عملکرد اجتماعی آنها را تضعیف کند و منجر به آسیب‌های روانشناختی در آنها

گردد. برخی از افراد بدون اینکه سلامت روانی آنها کاهش یابد و دچار بیماری روانی شوند، رویدادهای فشارزا را پشت سر می‌گذارند (۶). مفهوم مهمی که در راستای سوءمصرف مواد ارائه شده ادراک شایستگی است؛ ادراک شایستگی از مولفه و مفاهیم خودپنداره است که به فرایند آگاهی یافتن فرد از خصوصیات خود، نوع روابط با دیگران، بازخورد از وقایع، ظرفیت‌ها و توانایی‌ها اشاره دارد و بر زمینه‌های مختلف شناختی، جسمی و اجتماعی متمرکز است (۷).

شایستگی اجتماعی به قابلیت درک دیدگاه دیگران، یادگیر یاز تجربیات و استفاده از آن برای موقعیت‌های اجتماعی جدید و توانایی واکنش مناسب سازمان یافته به منظور مدیریت چالش‌ها و بحران‌های اجتماعی همراه با توانایی عملکرد فرد در اجرای استقلال شخصی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی است که شامل مهارت‌های شناختی، رفتاری، هیجانی و انگیزشی می‌باشد (۸). افراد دارای شایستگی اجتماعی رفتارهایی از خود بروز می‌دهند که پیامدهای مثبت روانی و اجتماعی دارد، مانند پذیرش توسط همسالان و دوستان و رابطه مؤثر و سازش یافته با دیگران. افراد فاقد شایستگی اجتماعی اغلب موارد دچار مشکلات رفتاری و سازگاری در تعاملات خود بوده و رفتارهای پرخطری نظیر مصرف مواد مخدر را نشان می‌دهند (۹). افزایش شایستگی اجتماعی از عوامل پیشگیری از سوءمصرف مواد است (۱۰). افراد دارای شایستگی اجتماعی پایین در برابر مصرف مواد آسیب پذیر بوده و میزان ابتلا به اعتیاد در این افراد بیشتر از سایرین است (۱۱).

شایان ذکر است در زمینه درمان غیردارویی اعتیاد رویکردهای مختلفی مورد استفاده قرار گرفته است لکن روشی که بتواند ماندگاری در دوره پرهیز را تداوم بخشد از اهمیت بسیاری برخوردار خواهد بود و در این راستا می‌توان به دو روش مهم از جمله درمان مبتنی بر شفقت و درمان هیجان مدار اشاره نمود. درمان مبتنی بر شفقت به حمایت از خود در هنگام تجربه رنج یا درد اشاره دارد؛ خواه ناشی از اشتباهات شخصی و نارسایی‌ها یا چالش‌های بیرونی زندگی باشد (۱۲). این درمان مبتنی بر یک فرض نظری است که سه سیستم عاطفی (تهدید، انگیزه و آرامش) وجود دارد و

را سازماندهی و پردازش می‌کنند و الگوهای تعاملی که خود ایجاد کرده و تقویت میکنند، منجر به درملندگی آنها شده است (۱۹). به عبارتی می‌توان گفت درمان هیجان مدار با ایجاد تعاملات سازنده بین افراد و شناسایی الگوهای دلبستگی ایمن باعث کاهش تحریف‌های شناختی در افراد می‌شود (۲۰). نتایج تحقیق گولدمن و گرینبرگ (۲۰۱۵) حاکی از آن بود که درمان هیجان مدار را می‌توان به طور موفقیت‌آمیزی برای درمان اختلالات شخصیت که در بیماری اعتیاد موج می‌زند، استفاده کرد اما بایستی توجه و حضور کامل درمانگران به ظرفیت‌های هیجانی مراجعین برای تنظیم، تأمل یا ذهنی کردن هیجان‌شان لحاظ گردد و در واقع تکنیک متمرکز درمان‌های میتمرکز بر هیجان می‌تواند سازماندهی هیجان‌های افراد مبتلا به اختلال شخصیت کمک زیادی کند (۲۱).

با توجه به مطالب ارائه شده و تأثیر منفی مسمومیت مواد روانگردان بر زندگی فردی و اجتماعی از یک طرف، عدم اجماع نظر کلی در مورد انتخاب بهترین نوع مداخله جهت کاهش آثار منفی این مواد، اهمیت ادراک شایستگی در زندگی و از آنجا که با مرور تحقیقات انجام شده در داخل و خارج از کشور تحقیقی در زمینه موضوع مورد نظر یافت نشد لذا محققین در پی پاسخگویی به این سوال هستند که آیا درمان مبتنی بر شفقت و درمان هیجان مدار بر ادراک شایستگی در افراد وابسته به مواد روانگردان اثربخش است؟

روش کار

برای انجام تحقیق حاضر از نو آزمایشی حاضر که با گروه پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری با گروه گواه انجام شد و دارای کد اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1403.093 می‌باشد از بین افراد وابسته به مواد روانگردان که به مراکز درمان اعتیاد سرپایی شهر اهواز مراجعه کرده و در این مراکز پذیرش شدند. به صورت هدفمند ۴۵ نفر و به طور تصادفی به گروه‌های آزمایش ۱ (درمان مبتنی بر شفقت)، آزمایش ۲ (درمان هیجان مدار) و گواه تقسیم شدند. لازم به

تقویت سیستم تسکین دهنده به ما کمک می‌کند افکار و احساسات منفی را از طریق ترویج پیوند اجتماعی و رفتارهای مثبت خود مدیریت کنیم (۱۳). اصل اساسی در شفقت درمانی به این موضوع اشاره دارد که عوامل و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند، به این ترتیب ذهن انسان همانگونه که نسبت به مسائل بیرونی واکنش نشان میدهد، در مقابل عوامل درونی نیز آرامش پیدا می‌کند (۱۳)، به علاوه افراد در این درمان یاد میگیرند که احساسات و تجارب دردناک خود را سرکوب نکرده و از آنها اجتناب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (۱۴).

در شفقت‌درمانی افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند. احساس رضایت، قناعت، آرامش، امنیت و بهزیستی از هیجان‌ات مربوط به این سیستم است (۱۵). همچنین درمان متمرکز بر شفقت بر کمک به مردم برای درک اینکه مغز انسان به گونه‌ای تکامل یافته است که فرد را مستعد نشخوار فکری، سوگیری منفی‌گرایی و نظارت بر خود انتقادی می‌کند، تمرکز دارد (۱۶). در این درمان، افراد یاد می‌گیرند که توجه خود را از شرمساری به خاطر این مشکلات به نحوه کار دلسوزانه با آنها تغییر دهند (۱۲). این امر به ویژه در مصرف مواد افیونی که در آن مصرف‌کنندگان در حال حاضر نسبت به مصرف مواد مخدر خود و علائم ترک احساس شرمندگی زیادی می‌کنند، مرتبط است (۱۷).

از سوی دیگر درمان هیجان مدار که ترکیبی از درمان تجربی و سیستمی است ارائه می‌شود؛ درمان هیجان مدار با سه مرحله پیوستگی و آگاهی، فراخوانی و کشف و بازسازی هیجانی در هشت گام تعیین می‌شود؛ این سه مرحله باهم همپوشی دارند و در سرتاسر درمان به مراجع به عنوان فرد متخصص در مورد تجربه خود و به درمانگر به عنوان راهنما و تسهیلگر برای اهداف مراجع نگریسته می‌شود (۱۸). در این درمان نظر بر این است که شیوه‌ای که افراد تجارب هیجانی

دقیقه‌ای هفته‌ای یکبار را به صورت فردی دریافت کردند، در حالی که برای گروه گواه مداخله‌ای صورت نگرفت. نهایتاً برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی مانند محاسبه فراوانی و درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار و روش‌های آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر، آزمون تعقیبی بنفرونی با استفاده از نرم‌افزار کامپیوتری SPSS نسخه ۲۷ استفاده در سطح معنی‌داری، $\alpha = 0.05$ استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار ادراک شایستگی در گروه‌های مختلف نشان داده شده است. همان طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود؛ در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای ادراک شایستگی مقدار F در سطح $P=0.001$ معنی‌دار هستند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که در متغیرهای وابسته در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار دیده می‌شود. همچنین؛ در تعامل بین گروه * مراحل اندازه‌گیری برای ادراک شایستگی مقدار F در سطح $P=0.001$ معنی‌دار هستند. این یافته‌ها نیز نشان می‌دهند که در متغیرهای وابسته، تعامل گروه * مراحل اندازه‌گیری معنی‌دار می‌باشد. همچنین؛ در گروه‌های درمان مبتنی بر شفقت و درمان درمان هیجان مدار برای ادراک شایستگی مقدار F در سطح $P=0.001$ معنی‌دار هستند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که در متغیرهای وابسته بین گروه‌های درمان مبتنی بر شفقت و درمان هیجان مدار و گواه تفاوت معنی‌دار دیده می‌شود.

همان‌گونه که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، در متغیر ادراک شایستگی، گروه‌های درمان مبتنی بر شفقت و درمان هیجان مدار، در مراحل پس آزمون و پیگیری در قیاس با پیش‌آزمون، در سطح $p < 0.05$ معنی‌دار است، در حالی که در گروه گواه، این تفاوت‌ها معنادار نیست ($p > 0.05$). همچنین، در هر سه گروه درمان مبتنی بر شفقت، درمان هیجان مدار و گروه گواه، در متغیر ادراک شایستگی در مرحله پیگیری در

ذکر است معیارهای ورود به پژوهش شامل (دریافت تشخیص مسمومیت بر اثر سوء مصرف مواد روانگردان بر اساس ملاک‌های پنجمین راهنمای آماری و تشخیص اختلال‌های روانی (DSM-5)؛ همکاری و همراهی مراجع و حداقل یکی از اعضای خانواده وی در طول دوره مداخله؛ عدم همزمانی سایر اختلال‌های عصبی - رشدی و یا سایر اختلال‌های روانی و همچنین ناتوانی ذهنی بر اساس اظهارات مستقیم اطرافیان و ثبت در پرونده روانپزشکی که ممکن است تشخیص اختلال وابستگی را منتفی سازند؛ موافقت و امضای رضایت‌نامه کتبی توسط یکی از اعضای خانواده فرد بیمار) و معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل (دریافت مداخلات درمانی مرتبط با ترک مواد حین شرکت در پژوهش؛ مصرف مستمر دارو یا متادون که ممکن بود در مداخلات مورد تحقیق، تداخل ایجاد کند؛ عدم همکاری یا عدم حضور در ۲ جلسه پیاپی درمان) بود. در ادامه و قبل، بلافاصله بعد و در مرحله پیگیری ۹۰ روزه تمام آزمودنی‌ها پرسشنامه ادراک شایستگی اجتماعی پرندین را تکمیل کردند. این پرسشنامه توسط پرندین (۱۳۸۵) بر اساس مدل چهار بعدی فلنر (۱۹۹۰) ساخته و هنجار شده است و چهار بعد مهارت رفتاری، مهارت شناختی، مهارت هیجانی و آمیبه‌های انگیزشی را در بر می‌گیرد. در این پرسشنامه هر سوال دارای ۷ گزینه شامل: کاملاً موافقم، موافقم، تاحدی موافقم، نظری ندارم، تا حدی مخالفم، مخالفم و کاملاً مخالفم می‌باشد و آزمودنی باید گزینه‌ای را انتخاب کند که بیشتر بیانگر احساسات و نظرات او باشد. روش نمره‌گذاری به شیوه لیکرتی می‌باشد و از سیستم ۱ تا ۷ پیروی می‌کند؛ به این ترتیب که اگر آزمودنی گزینه کاملاً مخالفم را انتخاب کند نمره ۱، مخالفم نمره ۲، تا حدی مخالفم ۳، نظری ندارم ۴، تا حدی موافقم ۵، موافقم ۶ و کاملاً موافقم نمره ۷ می‌گیرد. کسب نمره بالا نشان‌دهنده بالا بودن شایستگی اجتماعی و برعکس می‌باشد.

در ادامه دو گروه آزمایش درمان خودشفقت ورزی (آزمایش ۱) طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یکبار و درمان هیجان مدار (آزمایش ۲) ۱۲ جلسه ۶۰

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار ادراک شایستگی در گروه‌های مختلف

| متغیر | مراحل | آزمایش ۱ | | آزمایش ۲ | | گواه |
|---------------|-----------|----------|--------------|----------|--------------|-------|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | |
| ادراک شایستگی | پیش آزمون | ۱۵۴/۱۶ | ۱۳/۸۴ | ۱۵۳/۸۳ | ۱۲/۷ | ۱۱/۳۵ |
| | پس آزمون | ۱۶۴/۵۸ | ۱۵/۷۳ | ۱۶۱/۶۶ | ۱۳/۵ | ۱۱/۷۹ |
| | پیگیری | ۱۶۴/۴۱ | ۱۵/۶۸ | ۱۶۱/۸۳ | ۱۲/۹۶ | ۱۱/۸۲ |

جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر در سه گروه در سه مرحله

| متغیر | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح | اندازه اثر |
|---------------|--------------|---------------|------------|-----------------|--------|-----------|------------|
| | | | | | | معنی‌داری | |
| ادراک شایستگی | مراحل | ۹۰۰ | ۱/۶۵ | ۵۴۳/۲۱ | ۲۵۷/۱۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۸ |
| | مراحل * گروه | ۴۵۵/۹۴ | ۳/۳۱ | ۱۳۷/۵۲ | ۶۵/۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۹ |
| | بین گروهی | ۶۸۸/۲۲ | ۲ | ۳۴۴/۱۱ | ۹/۶۴ | ۰/۰۰۸ | ۰/۳۲ |

جدول ۳- نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) به تفکیک گروه‌ها

| متغیر | مقایسه مراحل | آزمایش ۱ | | آزمایش ۲ | | گواه |
|---------------|--------------|------------------|---------------|------------------|---------------|------|
| | | تفاضل میانگین‌ها | سطح معنی‌داری | تفاضل میانگین‌ها | سطح معنی‌داری | |
| ادراک شایستگی | پس آزمون | ۱۰/۴۱ | ۰/۰۰۱ | ۷/۸۳ | ۰/۰۰۱ | ۱/۰ |
| | پیگیری | ۱۰/۲۵ | ۰/۰۰۱ | ۸ | ۰/۰۰۱ | ۱ |
| | پس آزمون | ۰/۱۶ | ۱ | ۰/۱۷ | ۱ | ۱/۰ |

جدول ۴- نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه سه گروه به تفکیک مراحل

| متغیر | مقایسه گروه‌ها | پیش آزمون | | پس آزمون | | پیگیری |
|---------------|----------------|------------------|---------------|------------------|---------------|--------|
| | | تفاضل میانگین‌ها | سطح معنی‌داری | تفاضل میانگین‌ها | سطح معنی‌داری | |
| ادراک شایستگی | آزمایش ۱ | ۰/۳۳ | ۱/۰ | ۲/۹۱ | ۱ | ۲/۵۸ |
| | آزمایش ۱ | ۰/۷۵ | ۱/۰ | ۹/۶۶ | ۰/۰۰۱ | ۹/۲۵ |
| | آزمایش ۲ | ۱/۰۸ | ۱/۰ | ۶/۷۵ | ۰/۰۰۱ | ۶/۶۶ |

قیاس با پس‌آزمون، تفاوت‌ها معنادار نیست ($p > 0/05$).

همان‌گونه که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، در هر متغیر ادراک شایستگی؛ در مرحله پیش‌آزمون، بین گروه‌های درمان مبتنی بر شفقت و درمان دارن هیجان مدار در قیاس با گروه گواه معنی‌دار نیست ($p > 0/05$). اما، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، مقایسه بین گروه درمان دارن هیجان مدار در قیاس با گروه‌های درمان مبتنی بر شفقت و گواه، در سطح $p < 0/05$ معنی‌دار است. همچنین، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، مقایسه دو گروه درمان مبتنی بر شفقت و درمان دارن هیجان مدار در سطح $p < 0/05$

معنی‌دار نیست.

بحث

نتایج نشان داد، گروه‌های درمان مبتنی بر شفقت و درمان هیجان مدار، در متغیر ادراک شایستگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در قیاس با پیش‌آزمون، معنی‌دار است، در حالی که در گروه گواه، این تفاوت‌ها معنادار نیست. همچنین، در هر سه گروه درمان مبتنی بر شفقت، درمان هیجان مدار و گروه گواه، در متغیر ادراک شایستگی در مرحله پیگیری در قیاس با پس‌آزمون، معنی‌دار نیست. همچنین، در مرحله پیش

یادگیری اجتماعی - هیجانی به افراد کمک میکند که احساس شایستگی و کارآمدی بیشتری در مسؤلیت‌های روزانه و چالش‌های زندگی داشته باشند (۸).

با توجه به تایید اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود ادراک شایستگی در تبیین این یافته‌ی پژوهش می‌توان گفت درمان مبتنی بر شفقت مانند فیزیوتراپی ذهن عمل می‌کند که سیستم تهدید را خنثی و سیستم تسکین را فعال می‌کند؛ در نتیجه تحول این سیستم ادراک شایستگی افزایش می‌یابد. افرادی که نسبت به خود شفقت دارند بهتر می‌توانند با وقایع ناراحت کننده کنار بیایند؛ زیرا از توانایی پذیرش بالاتری نسبت به دیگر افراد برخوردارند؛ بنابراین آشفتگی عاطفی در این افراد کاهش می‌یابد و تحمل آشفتگی افزایش می‌یابد که در نهایت توانایی تسکین و کنترل بالای خویشتن را برای افراد محقق می‌سازد. این درمان با تکنیک‌های خود باعث افزایش عزت‌نفس در فرد می‌شود که ادراک شایستگی در آنان را بهبود می‌بخشد. این درمان می‌تواند دیدگاه افراد را به زندگی عوض کند؛ گونه‌ای که به کمک این درمان، افراد سطح انتظارات چرخه معیوب انتقاد از خویش را بازبینی و جرأت‌مندانه تر و با نگاهی دلسوزانه به خود، معیارهای واقعی و در دسترس برای خود تعیین می‌کنند که در راستای آن احساس شایستگی افزایش می‌یابد. وجود نگرش شفقانه به افراد کمک میکند بین خودشان و دیگران نوعی ارتباط احساس کنند و به واسطه این احساس بر نگرانی از طرد شدن و قضاوت شدن غلبه کنند؛ بنابراین افرادی که شفقت بالاتری نسبت به خود دارند ادراک شایستگی در آنان بهبود می‌یابد. با توجه به تایید عدم تفاوت اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان هیجان مدار بر بهبود ادراک شایستگی، در تبیین این یافته می‌توان گفت هر دو روش به یک میزان بر بهبود ادراک شایستگی اثرگذار بودند (۱۶).

درمان مبتنی بر شفقت خود سبب شده است افراد با مسمومیت مواد روانگردان با غلبه بر مشکلات و شناسایی شایستگی‌های فردی در رویارویی با موقعیتها، با تمرکز مثبت و برنامه‌ریزی منظم و ارزیابی شرایط،

آزمون، در متغیر ادراک شایستگی بین گروه‌های درمان مبتنی بر شفقت و درمان هیجان مدار در قیاس با گروه گواه، و همچنین مقایسه دو گروه درمان مبتنی بر شفقت و درمان هیجان مدار معنی‌دار نیست. اما، در مراحل پس از آزمون و پیگیری، مقایسه بین گروه‌های درمان مبتنی بر شفقت و درمان هیجان مدار در قیاس با گروه گواه، معنی‌دار است. نتایج حاکی از تداوم یافته‌ها در مرحله پیگیری نیز بود. این یافته با پژوهش‌های غزنوی و همکاران (۱۳۹۸)، کارلیل و همکاران (۲۰۱۹) و ویلسون و همکاران (۲۰۱۹) همسو می‌باشد (۲۰، ۱۷، ۱۳).

اعتیاد یکی از بحرانی‌ترین معضلاتی است که به مقیاس جهانی رسیده و از مرزهای بهداشتی فراتر رفته و به معضلی روانی، اجتماعی و خانوادگی تبدیل شده است (۲۰). اعتیاد می‌تواند اثرات روانی و اجتماعی بسیاری در زندگی فرد داشته باشد. دروغ گفتن، دزدی کردن و خیانت همه از عوارض اعتیاد است (۲۲). مفهوم مهمی که در راستای سوءمصرف مواد ارائه شده ادراک شایستگی است؛ ادراک شایستگی از مولفه و مفاهیم خودپنداره است که به فرایند آگاهی یافتن فرد از خصوصیات خود، نوع روابط با دیگران، بازخورد از وقایع، ظرفیت‌ها و توانایی‌ها اشاره دارد و بر زمینه‌های مختلف شناختی، جسمی و اجتماعی متمرکز است (۷).

با توجه به تایید اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر بهبود ادراک شایستگی، در تبیین این یافته این گونه می‌توان استدلال کرد که یکی از اهداف درمان هیجان‌مدار برقراری مهارت‌های کارآمد تنظیم شناختی هیجان است. تنظیم هیجان، الگوی سازمان‌دهی هیجان‌ها در پاسخ به شرایط محیطی و یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی و سامان‌دهی رفتار سازگارانه و همچنین جلوگیری از هیجانهای منفی و رفتارهای ناسازگارانه محسوب می‌شود و یکی از مهمترین عناصر تحول مهارت‌های عاطفی - اجتماعی و حفظ رابطه با اطرافیان است. این درمان تنها باعث فرونشاندن هیجان‌های نامطلوب نمی‌شود، بلکه سبب می‌شود همیشه فرد در یک موقعیت آرام، هیجان‌هایش را بروز دهد.

کنترل هیجان‌ات در راستای بهبود ادراک شایستگی به‌عنوان یک فعالیت درسی در جدول فوق برنامه دوره‌های متوسطه گنجانده شود. نهایتاً با توجه به اثر بخشی رویکرد هیجان مدار و مبتنی بر شفقت پیشنهاد می‌گردد مراکز مشاوره، تعامل و همکاری‌های بیشتری با استفاده از پکیج‌های درمانی در جهت بهبود ولع مصرف داشته باشند تا زمینه رسیدن به ترک اعتیاد برای افراد ایجاد گردد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج توصیه می‌شود مسئولین و متخصصین جهت بهبود ادراک شایستگی در افراد با مسمومیت مواد روانگردان از درمان مبتنی بر شفقت و درمان هیجان مدار استفاده کنند.

ملاحظات اخلاقی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری زیر نظر کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد امارات و با کد اخلاقی به شناسه IR.IAU.SRB.REC.1403.093 انجام گرفته است.

مشارکت نویسندگان

نوید شیرمردی نگارش مقاله و پرویز عسگری ویراستاری مقاله را بر عهده داشتند و فرشاد بهاری داده‌ها را تجزیه و تحلیل و آن را تفسیر نمود.

References

1. Kotwal N, Kumar S, Malhotra M, Thakur A, Sarwar M. Profile and Pattern of Substance Abusers: Substance Abuse, a global Problem. *Curr Trends Biomed Eng Biosci.* 2020;18(2):38-40.
2. Ogilvie L, Carson J. Addiction recovery stories: Jerome Carson in conversation with Lisa Ogilvie. *Adv Dual Diagnos.* 2022;15(2):73-78.
3. Hosseini Nejad, N, Al-Barzi M, Mam-Sharifi P. The effectiveness of cognitive-behavioral counseling based on acceptance and commitment therapy on the psychological flexibility of mothers dependent on substance abuse. *Psychological Sciences Monthly.* 2021;20(107):2016-2025.
4. Koob GF, Kandel DB, Baler RD, Volkow ND. *Neurobiology of Addiction.* In: Tasman, A., et al.

فرایندهای ذهنی، انگیزشی و پذیرش خود، به خود اجازه دهند تا احساساتشان مناسب ابراز شده و سطح سلامت و انسجام هیجانی خود را حفظ نمایند. انسجام و تنظیم و مدیریت سازگارانه هیجان نیز باعث می‌گردد افراد احساسات منفی و مثبت را تعدیل کنند و موقعیت را بهتر درک کنند و یاد بگیرند چگونه هیجانهای خود را مدیریت کنند و این سازماندهی ظرفیت روانی، ذهنی و ادراک شایستگی افراد را ارتقا می‌دهد. همچنین درمان هیجان‌مدار کمک می‌کند تا افراد با بهره‌گیری از ذهن آگاهی و حل مسأله بتوانند چرخه معیوب انتقاد نسبت به خویش و همچنین ترسیم انتظارات سطح بالا از خود را مورد سؤال قرار دهد و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود، معیارهای واقعی و توقعات قابل دستیابی که مستلزم سختی و آزار نباشد را باز طراحی کند، موفقیت در این تکنیک‌ها سبب بهبود ادراک شایستگی در آنان می‌شود (۱۰).

با این حال این پژوهش صرفاً در میان افراد وابسته به مواد روانگردان شهر اهواز انجام شده است. لذا در تعمیم یافته‌های این پژوهش به سایر نمونه‌های غیرمشابه باید جوانب احتیاط را رعایت نمود. همچنین عدم استفاده از افراد وابسته به سایر اختلالات مصرف مواد و استفاده از پرسشنامه‌های خود گزارش دهی که ممکن است منجر به تحریف سوگیری و یا اثرات ناشی از خستگی و غیره در اطلاعات دریافتی شود از محدودیت‌های این پژوهش می‌باشند که ممکن است بر نتایج تاثیر داشته باشند. در نهایت با توجه به تایید اثر رویکرد هیجان‌مدار و رویکرد مبتنی بر شفقت، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، طی یک پژوهش آزمایشی به ترکیب این دو رویکرد درمانی پرداخته شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد به دلیل ارتباط ویژگی‌های شفقت به خود که در درمان مبتنی بر شفقت آموزش داده می‌شود، در حوزه‌های پیشگیری مربوط به افراد وابسته به سو مصرف مواد و گروه‌های پرخطر، برنامه‌های آموزشی خودشفقت ورزی گنجانده شود. از طرف دیگر با توجه به طیف وسیع مخاطبان آموزش و پرورش توصیه می‌شود تکنیک‌های موجود در درمان هیجان مدار و درمان مبتنی بر شفقت برای

- Tasman's Psychiatry. Springer, Cham. 2023.
5. Cherry KM, Vander Hoeven E, Patterson TS, Lumley MN. Defining and measuring "psychological flexibility": A narrative scoping review of diverse flexibility and rigidity constructs and perspectives. *Clin Psychol Rev.* 2021;84(3):101973.
 6. Waugh CE, Fredrickson BL, Taylor SF. Adapting to life's slings and arrows: Individual differences in resilience when recovering from an anticipated threat. *J Res Pers.* 2008;42(4):1031-1046.
 7. Nelson LR Jr, Signorella ML, Botti KG. Accent, gender, and perceived competence. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences.* 2016; 38(2):166 -85.
 8. Refaeli T, Achdut N. Perceived poverty, perceived income adequacy and loneliness in Israeli young adults: Are social capital and neighborhood capital resilience factors? *Health Soc Care Community.* 2022;30(2):668-684.
 9. Kang Y, Ha J, Ham G, Lee E, Jo H. A structural equation model of the relationships between social-emotional competence, social support, depression, and aggression in early adolescents in South Korea. *Child Youth Serv Rev.* 2022;138:106498.
 10. Gupta R, Chaudhari GP, Daniel BSS. Strengthening mechanisms in ultrasonically processed aluminium matrix composite with in-situ Al3Ti by salt addition. *Composites Part B: Engineering.* 2018;140:27-34.
 11. Jia D, Zhang K, Xu Y. The relationship between social support and relapse tendency among those who struggle with drug addiction: Multiple mediators of exercise self-efficacy and health-related quality of life. *J Drug Issues.* 2024;54(1):120-133.
 12. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J Clin Psychol.* 2013;69(1):28-44.
 13. Wilson AC, Mackintosh K, Power K, Chan SW. Effectiveness of self-compassion related therapies: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness.* 2019;10(6):979-995.
 14. Irons C, Lad S. Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian clinical psychologist.* 2017;3(1):47-54.
 15. Horwood V, Allan S, Goss K, Gilbert P. The development of the compassion focused therapy therapist competence rating scale. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice.* 2020;93(2):387-407.
 16. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Adv Psychiatr Treat.* 2009;15(3):199-208.
 17. Carlyle M, Rockliff H, Edwards R, Ene C, Karl A, Hartley L, et al. Investigating the Feasibility of Brief Compassion Focused Therapy in Individuals in Treatment for Opioid. Substance Abuse: Research and Treatment. 2019;13:1-9.
 18. Zwack R , Greenberg L. Where Are the Emotions? How Emotion-Focused Therapy Could Inspire Systemic Practice. In *Systemic Research in Individual, Couple, and Family Therapy and Counseling* (pp. 249-264). Springer, Cham. 2020.
 19. Greenman PS, Johnson SM. Process research on emotionally focused therapy (EFT) for couples: Linking theory to practice. *Fam Process.* 2013;52(1):46-61.
 20. Ghaznavi Khizrabadi F, Niknam M. Investigating the effectiveness of emotional therapy on the attachment style and sexual satisfaction of couples. *Scientific Journal of Birjand University of Medical Sciences.* 2018;26(2):225-213.
 21. Goldman RN, Greenberg LS. Case formulation in emotion-focused therapy: Co-creating clinical maps for change. *Am Psychol Assoc.* 2015.
 22. Abadie R, Habecker P, Carrasco KG, Chiou KS, Fernando S, Bennett SJ, et al. Employing respondent driven sampling (RDS) to recruit people who inject drugs (PWID) and other hard-to-reach populations during COVID-19: lessons learned. *Front Psychiatry.* 2022;13:990055.