



مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی بر افکار تکرار شونده و ابعاد فراهیجانی منفی افراد دارای مصرف مواد

علیرضا اسماعیل زاده^۱، حسن توزنده جانی^{۱*}، احمد زنده دل^۲، زهرا باقرزاده گلمکانی^۱

۱. گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

۲. گروه آمار، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

چکیده

نوع مقاله: پژوهشی اصیل

مقدمه: باتوجه به افزایش روزافزون مصرف مواد و عوارض ناشی از آن، هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی بر افکار تکرار شونده و ابعاد فراهیجانی منفی بیماران مبتلا به مصرف مواد بود.

روش: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد دارای مصرف مواد مراجعه کننده به مراکز درمان اعتیاد در شهر مشهد در سه ماهه اول سال ۱۴۰۲ بود که ۳ مرکز درمان اعتیاد انتخاب شدند. از میان جامعه آماری با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس و براساس نمره پرسشنامه های افکار تکرار شونده مکاوی (۲۰۱۰) و ابعاد فراهیجانی میتمانسگروبر و همکاران (۲۰۰۹) در پیش آزمون، ۶۰ نفر از افراد دارای مصرف مواد که دارای ملاک های ورود و خروج بودند، انتخاب شدند، که به طور تصادفی در ۳ گروه ۲۰ نفره جایگزین شدند. گروه آزمایشی (A)، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و برای گروه دوم (گروه آزمایشی B)، درمان فراشناختی را دریافت کردند و گروه کنترل (C) هیچگونه درمانی را دریافت نکردند.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که هر دو روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی بر افکار تکرار شونده و ابعاد فراهیجانی منفی بیماران مبتلا به مصرف مواد موثر بود. اما درمان فراشناخت تاثیر بیشتری در کاهش افکار تکرار شونده و کنترل خشونت از ابعاد فراهیجانی منفی داشته است.

نتیجه گیری: بر این اساس، چنین نتیجه گیری شد که هر دو درمان، روش های موثری جهت کاهش مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به مصرف مواد است. لذا، می توان از این دو روش درمانی در مورد سایر آسیب های افراد درگیر مصرف مواد بهره مند شد.

کلیدواژه ها: مصرف مواد، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان فراشناختی، افکار تکرار شونده، ابعاد فراهیجانی منفی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۴/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۸/۲۳

*نویسنده مسئول: حسن
توزنده جانی، گروه روانشناسی، واحد
نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور،
ایران
تلفن: ۰۹۳۶۰۶۲۱۱۱۳
پست الکترونیک:
h.toozandehjani@ymail.com



مقدمه

مصرف مواد^۱ یکی از عوامل اصلی مرگ و میر قابل پیشگیری در سراسر جهان است. تخمین زده می‌شود که مصرف مواد مخدر و الکل، حدود ۵ درصد از بار بیماری جهان را به عهده دارد و از بزرگترین عوامل خطر بیماری‌های جسمانی و روانی به‌شمار می‌رود (۱). با مطالعه روند سوء مصرف مواد در کشور ما مشاهده می‌شود که میزان مبتلایان به سوء مصرف مواد تقریباً هر ۱۲ سال دو برابر شده و سالانه ۰/۸ بر جمعیت آنان افزوده می‌گردد (۲). مصرف مواد آسیب‌ها و مشکلات بسیاری بر افراد و جامعه دارد. یکی از مهم‌ترین مشکلات این افراد اختلالات روانشناختی مرتبط با مصرف مواد است (۳). از جمله اختلالاتی که به‌نظر می‌رسد با مصرف مواد همراه باشند می‌توان به افکار تکرارشونده و ابعاد فراهیجانی منفی اشاره نمود. در دو دهه گذشته تفکر منفی تکرارشونده مورد توجه پژوهشگران و محققان آسیب‌شناسی روانی قرار گرفته است و به‌عنوان یک گرایش شناختی کلی برای فکر کردن مکرر "درباره یک یا چند موضوع منفی که کنترل آن دشوار است" مفهوم‌سازی شده است (۴). افکار تکرارشونده منفی، افکاری خودکار و گذرا و باورهایی منفی درباره خود هستند که بدون تلاش عمدی و انتخاب در ذهن ایجاد می‌شوند و منجر به پاسخ‌های هیجانی نامناسب می‌گردند (۵). به‌عبارت دیگر، این سازه چندبعدی شامل افکار تکراری و افراطی درباره مشکلات اخیر، اتفاقات ناخوشایند گذشته و نگرانی درباره رویدادهای ناخوشایند آینده است (۶). نتایج پژوهش‌های اخیر در زمینه مدل آسیب‌شناسی مشترک اختلال‌های هیجانی، افکار منفی تکرارشونده را به‌عنوان مهم‌ترین فرآیند فراتشخیصی مشترک در شکل‌گیری و تداوم این اختلال‌ها پیشنهاد می‌کنند که برخی از مصادیق آن شامل ناگویی هیجانی، نشخوار فکری و خودنظارتی است (۷).

ابعاد فراهیجانی منفی^۲ یکی دیگر از اختلالات مرتبط با گرایش به مصرف مواد در افراد است (۸). طبق نظریه گاتمن و همکاران (۹)، فراهیجان‌ها که به‌صورت احساس‌هایی که افراد در مورد هیجان‌های خود دارند تعریف می‌شود، به پاسخ

عاطفی اشاره دارند که یک فرد در مورد خلق یا هیجان اولیه خود دارد (۱۰). فراهیجان منفی مجموعه‌ای از هیجان‌ها و احساس‌های فرد است که برای توصیف خود از آن‌ها استفاده می‌کند (۱۱). فراهیجان شامل جنبه‌های عاطفی و انگیزشی است و هم به‌عنوان صفت در نظر گرفته شده است (۱۲). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد به‌طور کلی‌تر، ابعاد فراهیجانی حداقل از دو طریق پیامدهای رفتار، و از طریق مرتبط است: از طریق پیامدهای رفتار، و از طریق پیش‌بینی رفتار. در حمایت از پیوند اول، شواهدی از یک پیوند روانشناختی بین پاداش/تنبیه و احساسات وجود دارد، به‌طوری که بسترهای عصبی برای آن‌ها تا حدی همپوشانی دارند (۱۳). برخی از افراد می‌توانند به‌طور خاص نسبت به ارزش عاطفی پاداش و تنبیه فعلی یا تاخیری حساس باشند، برای مثال: افراد حساس به تنبیه، کمتر مستعد ریسک‌کردن هستند یا افراد حساس به پاداش، می‌توانند بیشتر ماجراجو، جستجوگر و احساساتی باشند (۱۴). در حالت دوم هیجان‌ها که به‌عنوان زمینه تصمیم‌گیری عمل می‌کنند، می‌توانند چنین تصمیماتی را به تصمیمات تکانشی تبدیل کنند (۱۵).

بنابراین، با توجه پیامدهای منفی مصرف مواد بر جامعه، مداخلات روانشناختی ارائه شده است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که درمان‌های مختلفی بر افکار تکرارشونده و ابعاد فراهیجانی منفی موثرند. یکی از این روش‌ها، درمان فراشناختی است (۱۶). درمان فراشناختی به باورها و فرایندهایی اشاره دارد که برای ارزیابی، تنظیم و یا بررسی و بازبینی فکر استفاده می‌شود. باورهای فراشناختی مانند نیاز به کنترل افکار و نیز اهمیت افکار، به‌طور ویژه‌ای در گروه باورهای مربوط به تفکر دسته‌بندی می‌شوند. رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آن‌ها در برابر پاسخدهی به تجربه‌های درونی، به الگویی منجر می‌شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی در این افراد می‌گردد. این الگو سندرم شناختی-توجهی^۳ خوانده می‌شود که شامل نگرانی، نشخوار فکری،

³ Cognitive-attentional syndrome model

¹ substance abuse

² Negative hyperemotional dimensions



توجه تثبیت شده و راهبردهای خودتنظیمی یا رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه می‌باشد (۱۷). برخی مطالعات اثربخشی درمان فراشناختی را بر بهبود علائم منفی در اختلال مصرف مواد (۱۸)، تحمل پریشانی و فراهیجان (۱۹) تحمل پریشانی و حس انسجام (۲۰) درمان فراشناختی بر آستانه تحمل (۲۱) افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد تایید نموده‌اند.

یکی دیگر از درمان‌های موثر بر مشکلات روانشناختی همراه با وابستگی به مواد، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی است. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی با تمرکز بر شناخت‌ها و احساس‌های بدنی در زمان حال، آرامش ذهنی برای فرد ایجاد کرده و باعث افزایش سازگاری و تحمل فرد در برابر درد و فشارهای جسمی و روانی می‌شود (۲۲). در ذهن آگاهی تمرینات به صورت تمرکز بر روی افکار، احساسات و ادراک انجام می‌شود. ذهن آگاهی با تغییر ادراک افراد از حوادث استرس‌زا و افزایش تاب‌آوری و توانایی آن‌ها در کنترل زندگی به افراد کمک می‌نماید (۲۳). این رویکرد با استفاده از نظریه‌های شناختی و رفتاری به درمان ناهنجاری اعتیاد می‌پردازد. پژوهش‌های متعددی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان اعتیاد را تأیید کرده‌اند (۲۴). اثربخشی این رویکرد از آن روست که درمانگر به مراجع کمک می‌کند تا افکاری را که برانگیزنده نگرش مثبت به مواد مخدر است، بازشناسد و افکار غیرمنطقی و باورهای غلط را تغییر دهد. ذهن آگاهی به عنوان یک آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از آنچه اکنون در حال وقوع است، می‌باشد. پایه‌های این مفهوم را می‌توان در کهن‌ترین متن‌های بودایی ردیابی کرد. ذهن آگاهی به عنوان هدفی از مذاهب تعمقی به‌ویژه بودا شناخته می‌شود (۲۵). هدف اصلی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، آن است که بیمار از طریق پایش خودآیند از اثرهای فعالیت مجدد ذهنیت انجामी آگاه یابد و از طریق ایجاد و به کارگیری حالت حضور ذهن در ذهنیت بودن بماند و از

طریق انجام تمرین‌های مکرر با جهت‌دهی قصدمندانه توجه به یک شیء خنثی (مثلاً جریان تنفس) به مشاهده افکار و احساسات یا حس‌های بدنی خود بنشیند (۲۶). لازم به ذکر است، پژوهش‌های مختلفی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تحمل پریشانی (۲۷)، تنظیم شناختی هیجان (۲۸) و افکار تکرارشونده (۲۹) را تایید نموده‌اند.

با توجه به عوارض بسیار خطرناک افکار تکرارشونده و ابعاد فراهیجانی منفی در افراد دارای مصرف مواد و لزوم توجه به درمان‌های موثر، انجام پژوهشی با محوریت بررسی اثرات درمان‌های مختلف بر متغیرهای افکار تکرارشونده و ابعاد فراهیجانی منفی از اهمیت زیادی برخوردار است. همچنین بررسی پیشینه پژوهشی توسط محقق نشان می‌دهد که تا کنون پژوهشی به بررسی و مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی بر افکار تکرارشونده و ابعاد فراهیجانی منفی بیماران مبتلا به مصرف مواد در شهر مشهد نپیداخته است. بنابراین، در راستای پاسخ به خلا پژوهشی، ضرورت انجام پژوهشی با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی بر افکار تکرارشونده و ابعاد فراهیجانی منفی بیماران مبتلا به مصرف مواد را دو چندان نموده است. بنابراین مسئله پژوهشی این است که آیا بین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی بر افکار تکرارشونده و ابعاد فراهیجانی منفی بیماران مبتلا به مصرف مواد تفاوت معنادار وجود دارد؟ در صورت پاسخ مثبت کدامیک از درمان‌ها اثر بیشتری بر افکار تکرارشونده و ابعاد فراهیجانی منفی بیماران مبتلا به مصرف مواد دارند؟

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از لحاظ روش پژوهش، نیمه آزمایشی^۱ با طرح پیش‌آزمون^۲-پس‌آزمون^۳ با گروه کنترل و پیگیری است. جامعه آماری شامل کلیه

۳. Post- Test

۱. Quasi experimental

۲. Pre- test



افراد دارای مصرف مواد مراجعه‌کننده به مراکز درمان اعتیاد در شهر مشهد سه ماهه اول در سال ۱۴۰۲ بود که ۳ مرکز درمان اعتیاد دکتر زین‌العابدین، روحبخش و عبادی انتخاب شدند.

حجم نمونه براساس فرمول کوکران و باتوجه به این که نوع روش مداخله درمان گروهی می‌باشد، برای هر گروه ۲۰ نفر بود. از میان جامعه آماری با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس و براساس نمره پرسشنامه‌های مربوطه در پیش‌آزمون، ۶۰ نفر از افراد دارای مصرف مواد که دارای ملاک‌های ورود و خروج بودند نمونه آماری را تشکیل دادند. این ۶۰ نفر به طور تصادفی در ۳ گروه ۲۰ نفره (۲ گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. گروه آزمایشی (A)، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و برای گروه دوم (گروه آزمایشی B)، درمان فراشناختی را دریافت کردند و گروه کنترل (C) در لیست انتظار قرارگرفت و هیچ‌گونه درمانی را دریافت ننمود.

ابزار گردآوری داده‌ها

پرسشنامه افکار تکرارشونده: ابزاری ۱۰ ماده‌ای است که توسط مک‌اوی (۲۰۱۰) به‌منظور ارزیابی عامل سردرگربانی، سرزنش خود و نشخوار فکری ساخته شده است. در این آزمون از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود براساس یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از یک (کاملاً غلط) تا ۵ (کاملاً صحیح) میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر

عبارت مشخص کنند. ضریب اعتبار همزمان این مقیاس با آزمون یک و ما شادکامی آکسفورد به‌دست‌آمده است که هر دو از لحاظ آماری معنی‌دار بودند. بررسی نسخه ۱۰ سؤالی پرسشنامه افکار تکرارشونده هم در جمعیت غیربالینی و هم در جمعیت بالینی نشان‌داد که این ابزار از پایایی درونی بالایی برخوردار است (آلفای کرونباخ بزرگتر از ۰/۸۱) و همبستگی بالایی با مقیاس ۲۶ آیتمی نسخه اصلی پرسشنامه افکار تکرارشونده دارد. اعتبار همگرایی این ابزار با طیف‌هایی از هیجان‌های گسترده منفی (اضطراب، افسردگی، شرم، خشم و پریشانی عمومی) گزارش شد (۵). پرسشنامه ابعاد فراهیجانی میتمانسگروبر^۱ و همکاران: این پرسشنامه توسط میتمانسگروبر و همکاران (۲۰۰۹) تدوین شده است. دارای ۲۸ گویه است که آزمودنی در یک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای بدان پاسخ می‌دهد. این پژوهشگران مقیاس را شامل شش مؤلفه خشم، شرم، کنترل خشونت و فرونشانی (فراهیجان‌های منفی)، شفقت و علاقه (فراهیجان‌های مثبت) گزارش نمودند. رضایی و همکاران (۶) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در ایران ۰/۷۸ گزارش نمودند. نتایج تحلیل عاملی دو بعد اصلی فراهیجان‌های مثبت و فراهیجان‌های منفی را تأیید نمود. این محققان روایی همزمان آن را با پرسشنامه هوش عاطفی بررسی نمودند و به‌ویژه همبستگی فراهیجان‌های مثبت با مؤلفه‌های هوش عاطفی همبستگی مطلوبی گزارش نمودند (۳۰).

در پژوهش حاضر درمان فراشناختی شامل یک مداخله ۸ جلسه‌ای بود که براساس مدل ولزوپاچورجیا طراحی شد.

جدول ۱: محتوای جلسات درمان فراشناختی	
جلسه	شرح
اول	تدوین و فرمول‌بندی موردی، معرفی مدل و آماده‌سازی، شناسایی و نام‌گذاری دوره‌های نشخوار فکری، تمرین تکلیف آموزش توجه
دوم	معرفی و تمرین ذهن آگاهی گسلیده، معرفی به تعویق انداختن نشخوار فکری
سوم	شناسایی برانگیزاننده‌ها و به‌کارگیری ذهن آگاهی گسلیده، تمرین تکنیک آموزش توجه، بررسی سطح فعالیت و مقابله اجتنابی
چهارم	وارسی به‌کارگیری به تعویق انداختن نشخوار فکری، چالش با باورهای مثبت در مورد نشخوار فکری
پنجم	وارسی کاربرد گسترده‌تر و پایدار ذهن آگاهی گسلیده، ادامه چالش با باورهای مثبت درباره نشخوار فکری، بررسی سطح فعالیت، تمرین تکنیک آموزش توجه

¹ Mitmansgruber



ششم	بررسی و چالش با باورهای منفی درباره هیجانها
هفتم	کار کردن روی تدوین برنامه‌های جدید، بررسی و تغییر ترس از بازگشت علائم
هشتم	جلوگیری از عود، کار بر روی باورهای فراشناختی باقی‌مانده، پیش‌بینی انگیزاننده‌های آتی و بحث درباره نحوه استفاده از برنامه جدید

در پژوهش حاضر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی شامل یک مداخله ۸ جلسه‌ای بود که براساس فرمت سگال، ویلیامز و تیزدل^۱ (۲۰۰۲) طراحی شد.

جدول ۲: محتوای جلسات درمان مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	شرح
اول	ارائه سرفصل‌های هر جلسه، معرفی شناخت درمانی مبتنی بر حضور، مروری بر عوامل استرس، تمرین خوردن کشمش و بحث و ارائه پسخوراند، تمرین واریسی بدن و بحث و پسخوراند، خلاصه جلسه و ارائه تکلیف خانگی
دوم	تعریف سرفصل جلسه (رویارویی با موانع)، تمرین واریسی بدن، تمرین افکار و احساسات، ثبت وقایع خوشایند، آموزش مراقبه نشسته به مدت ۱۵ تا ۱۰ دقیقه، خلاصه جلسات و ارائه تکلیف خانگی
سوم	تعریف ذهن آگاهی از تنفس، تمرین دین و شنیدن، تمرین مراقبه، تمرین فضای تنفس، قدم زدن با حضور ذهن و بازنگری آن، تهیه فهرستی از وقایع ناخوشایند و ارائه تکلیف خانگی
چهارم	آموزش ملندن در زمال حال؛ تمرین دیدن و شنیدن؛ مراقبه ذهن آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار؛ بحث درباره تجارب ناخوشایند و افکار منفی؛ ارائه تکلیف خانگی
پنجم	بحث درباره اجازه؟ مجوز عبور و اینکه چگونه می‌توانیم افکار را همانطوری که هستند بدون قضاوت یا سعی در ایجاد تغییر در آنها بپذیریم، ارائه تکلیف خانگی
ششم	مروری بر مبحث (افکار حقایق نیستند) و روش‌هایی که با استفاده از آنها می‌توان افکار را به نحو متفاوتی دید، ارائه تکلیف خانگی.
هفتم	مروری بر مراقبت از خود به بهترین شکل ممکن و ایجاد رابطه ای متفاوت با تجربه، چگونگی ایجاد و استفاده از پذیرش، ارائه تکلیف خانگی.
هشتم	مروری بر استفاده از آنچه که در زندگی یاد گرفته اید، خلاصه جلسات قبل، ارائه راهبردهایی برای حفظ دستاوردهای برنامه آموزشی و ختم جلسات

یافته‌ها

در جداول زیر به بررسی توصیفی و استنباطی داده‌ها پرداخته می‌شود.

¹ Segal, Williams, Teasdale



جدول ۳: توزیع فراوانی نمونه بر حسب سن و به تفکیک گروه‌ها

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی		درمان فراشناختی		گواه	
مقوله	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
سن	۲۵-۳۵	۵	۵	۲۵	۴
	۳۶-۴۵	۴	۵	۲۵	۴
	۴۶-۵۵	۱۱	۱۰	۵۵	۱۲
	کل	۲۰	۲۰	۱۰۰	۲۰

جدول فوق، توزیع فراوانی نمونه بر حسب سن را نشان می‌دهد. همانطور مشاهده می‌شود اکثر افراد گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۵۵ درصد)، درمان فراشناختی (۵۰ درصد) و گواه (۶۰ درصد) در گروه سنی ۵۵-۴۶ سال می‌باشند.

جدول ۴: شاخص‌های توصیفی

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	تعداد
		میانگین (انحراف معیار میانگین)	میانگین (انحراف معیار میانگین)	میانگین (انحراف معیار میانگین)	
افکار تکرار شونده	فراشناختی	(۰/۹۴۴)۴۲/۵۵	(۱/۲۰۸)۳۷/۳۰	(۱/۱۵۹)۳۷/۱۵	۲۰
	ذهن آگاهی	(۰/۹۹۹)۴۱/۹۵	(۱/۰۶۳)۳۸/۵۰	(۱/۱۰۴)۳۸/۰۵	۲۰
	کنترل	(۰/۸۹۹)۴۳/۹۵	(۱/۱۷۶)۴۳/۱۰	(۱/۰۷۷)۴۳/۳۵	۲۰
فراهیجانی منفی	فراشناختی	(۱/۴۵۷)۷۷/۲۰	(۱/۵۷۸)۷۰/۷۰	(۱/۵۸۲)۷۱/۴۰	۲۰
	ذهن آگاهی	(۱/۳۹۵)۷۵/۹۰	(۱/۴۶۴)۷۱/۳۵	(۱/۳۶۷)۷۱/۹۰	۲۰
	کنترل	(۱/۳۱۷)۷۶/۴۰	(۱/۰۹۴)۷۵/۳۵	(۱/۲۸۶)۷۵/۸۵	۲۰
خشم	فراشناختی	(۰/۶۶۰)۲۰/۲۵	(۰/۶۵۵)۱۷/۸۰	(۰/۶۸۲)۱۸/۰۵	۲۰
	ذهن آگاهی	(۰/۴۹۲)۱۹/۱۰	(۰/۵۲۱)۱۶/۸۰	(۰/۵۴۲)۱۷/۰۵	۲۰
	کنترل	(۰/۵۴۳)۲۰/۰۰	(۰/۴۲۲)۱۹/۷۵	(۰/۳۶۷)۱۹/۸۰	۲۰
شرم	فراشناختی	(۱/۰۱۰)۲۴/۰۰	(۰/۸۸۶)۲۱/۸۵	(۰/۷۹۸)۲۲/۰۰	۲۰
	ذهن آگاهی	(۱/۱۳۲)۲۳/۰۵	(۰/۹۹۹)۲۱/۸۰	(۰/۹۵۴)۲۲/۱۰	۲۰
	کنترل	(۰/۹۱۹)۲۲/۴۰	(۰/۹۱۰)۲۲/۱۵	(۰/۹۱۰)۲۲/۰۵	۲۰



۲۰	(۰/۷۱۶)۲۲/۶۰	(۰/۷۴۵)۲۲/۵۰	(۰/۷۸۰)۲۲/۵۰	فراشناختی	کنترل خشونت
۲۰	(۰/۹۳۱)۲۳/۸۰	(۰/۹۵۳)۲۳/۸۰	(۰/۹۲۸)۲۳/۸۰	ذهن آگاهی	
۲۰	(۱/۱۰۱)۲۴/۴۰	(۱/۰۹۴)۲۴/۴۵	(۰/۹۷۹)۲۴/۳۵	کنترل	
۲۰	(۰/۴۲۸)۸/۷۵	(۰/۴۰۷)۸/۶۰	(۰/۳۲۰)۱۰/۴۵	فراشناختی	فرونشانی
۲۰	(۰/۳۷۳)۸/۹۵	(۰/۳۷۳)۸/۹۵	(۰/۳۱۲)۹/۹۵	ذهن آگاهی	
۲۰	(۰/۲۴۵)۹/۶۰	(۰/۲۵۶)۹/۵۰	(۰/۲۹۳)۹/۶۵	کنترل	

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که در پس‌آزمون و پیگیری افکار تکرارشونده و فراهیجانی منفی آزمودنی‌های گروه‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی نسبت به آزمودنی‌های گروه کنترل میانگین کمتری دارند؛ اما از پس‌آزمون به پیگیری نمرات آزمودنی‌های این گروه‌ها تغییر چشمگیری نداشته است.

جهت پاسخگویی به این فرضیه‌های پژوهشی، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها در جدول زیر آورده شده است.

آزمون ام‌باکس نیز نشان داد که همگنی واتریکس واریانس-کوواریانس برای افکار تکرارشونده ($F=2/33$, $P>0/05$), $Box-M=15/311$ و ابعاد فراهیجانی ($P>0/05$), $Box-M=145/775$, $F=1/226$ محقق شده است. همچنین نتایج آزمون کرویت بارتلت نیز نشان دهنده آن بود که در افکار تکرارشونده ($\chi^2=175/386$, $P<0/01$) و فراهیجانی منفی (خشم، شرم، کنترل، خشونت، فرونشانی) ($\chi^2=787/902$, $P<0/0001$) همبستگی معناداری وجود دارد. آزمون لامبدای ویلکز نیز برای افکار تکرارشونده

جدول ۵: نتایج آزمون لوین جهت بررسی برابری واریانس افکار تکرار شونده در گروه‌های ذهن آگاهی و درمان فراشناختی

متغیرها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	F	سطح معناداری	F	سطح معناداری	F	سطح معناداری
افکار تکرار شونده	۰/۳۲۷	۰/۵۷۱	۰/۰۲۴	۰/۸۷۶	۰/۰۰۸	۰/۹۲۸
فراهیجانی منفی	۰۰۹۸/	۰/۷۵۶	۰/۳۴۸	۰/۵۵۹	۰/۹۴۲	۰/۳۳۸
خشم	۳/۳۲۵	۰/۰۵۴	۳/۰۷۰	۰/۰۸۸	۳/۲۸۲	۰/۰۷۸
شرم	۱/۵۷۷	۰/۲۱۷	۰/۹۲۵	۰/۳۴۲	۱/۷۴۳	۰/۱۹۵
کنترل خشونت	۱/۰۲۷	۰/۳۱۷	۲/۱۶۹	۰/۱۴۹	۱/۶۵۰	۰/۲۰۷
فرونشانی	۰/۵۹۲	۰/۴۴۶	۰/۲۷۵	۰/۶۰۳	۰/۴۷۶	۰/۴۹۴

جدول ۵ نشان می‌دهد که همگنی واریانس‌ها در افکار تکرار شونده و ابعاد فراهیجانی منفی محقق شده است.



و ابعاد فراهیجانی منفی در خصوص مراحل آزمون، بر حسب عضویت گروهی و تعامل آزمون و عضویت گروهی معنادار است ($P < 0/05$).

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری تکرار شده (مکرر) برای افکار تکرار شونده در گروه‌های درمانی

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجذور اتای
افکار تکرار شونده	درون گروهی	زمان	۱	۱۰۹/۳۵۰	۸۷/۸۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹۸
		زمان*گروه	۱	۱۱/۲۵۰	۵/۴۶۰	۰/۰۲۵	۰/۱۲۶
		خطا (زمان)	۳۸	۴۷/۳۰۰			
	بین گروهی	گروه	۱	۷/۵۰۰	۰/۱۱۲	۰/۷۴۰	۰/۰۰۳
		خطا	۳۸	۸۴۹/۶۶۷			
فراهیجانی منفی	درون گروهی	زمان	۱	۶۴۰۷۹۴/۶۷۵	۵۱۹۰/۹۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۹۹۳
		زمان*گروه	۱	۰/۰۷۵	۰/۰۰۱	۰/۹۸۰	۰/۰۰۰۱
		خطا (زمان)	۳۸	۴۶۹۰/۹۱۷			
	بین گروهی	گروه	۱	۰/۰۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۸۰	۰/۰۰۰۱
		خطا	۳۸	۱۵۶۳/۶۳۹			
خشم	درون گروهی	زمان	۱	۳۹۶۳۹/۶۷۵	۵۰۲/۰۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۹۳۰
		زمان*گروه	۱	۳۳/۰۷۵	۰/۶۷۴	۰/۴۱۷	۰/۰۱۷
		خطا (زمان)	۳۸	۷۵۴/۹۱۷			
	بین گروهی	گروه	۱	۱۱/۰۲۵	۱/۶۶۵	۰/۲۰۵	۰/۰۴۲
		خطا	۳۸	۲۵۱/۶۳۹			
شرم	درون گروهی	زمان	۱	۶۰۵۷۰/۱۳۳	۱۱۱۳/۴۴۰	۰/۰۰۰۱	۰/۹۶۷
		زمان*گروه	۱	۲/۷۰۰	۰/۰۵۰	۰/۸۲۵	۰/۰۰۱
		خطا (زمان)	۳۸	۲۰۶۷/۱۶۷			
	بین گروهی	گروه	۱	۰/۹۰۰	۰/۰۵۰	۰/۸۲۵	۰/۰۰۱
		خطا	۳۸	۶۸۹/۰۵۶			
کنترل خشونت	درون گروهی	زمان	۱	۶۴۴۰۳/۳۳۳	۱۵۰۸/۳۳۷	۰/۰۰۰۱	۰/۹۷۵
		زمان*گروه	۱	۴۸/۱۳۳	۱/۱۲۷	۰/۲۹۵	۰/۰۲۹
		خطا (زمان)	۳۸	۱۶۲۲/۵۳۳			
	بین گروهی	گروه	۱	۱۶/۰۴۴	۱/۱۲۷	۰/۲۹۵	۰/۰۲۹
		خطا	۳۸	۵۴۰/۸۴۴			



۰/۹۷۴	۰/۰۰۰۱	۱۴۰۴/۷۵۱	۱۰۳۲۳/۰۷۵	۱	۱۰۳۲۳/۰۷۵	زمان	درون گروهی	فرونشانی
۰/۰۰۰۱	۰/۹۷۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۸	۱	۰/۰۰۸	زمان*گروه		
			۷/۳۴۹	۳۸	۲۷۹/۲۵۰	خطا (زمان)		
۰/۰۰۰۱	۰/۹۷۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۳	۱	۰/۰۰۳	گروه	بین گروهی	
			۲/۴۵۰	۳۸	۹۳/۰۸۳	خطا		

معنادار هستند ($P < ۰.۰۱$)، این نتایج حاکی از آن است که بین گروه‌های آزمایش (دو گروه درمان) و گروه کنترل در افکار تکرار شونده تفاوت وجود دارد.

جدول ۶ نشان می‌دهد که میان دو گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی در افکار تکرار شونده و فراهیجانی منفی (خشم، شرم، کنترل خشونت، فرونشانی) بر حسب آزمون و اثر تعامل آزمون، عضویت گروهی و بر حسب عضویت بین گروهی تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > ۰.۰۱$). نتایج تحلیل واریانس

جدول ۷: آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه میانگین افکار تکرار شونده و ابعاد فراهیجانی منفی بر حسب مراحل آزمون در گروه‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی

متغیرها	گروه مبنا با گروه مقایسه	تفاوت میانگین	P
افکار تکرار شونده	درمان فراشناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	-۰/۵۰۰	۰/۷۴۰
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی	۰/۵۰۰	۰/۷۴۰
فراهیجانی منفی	درمان فراشناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۰/۰۵۰	۰/۹۸۰
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی	-۰/۰۵۰	۰/۹۸۰
خشم	درمان فراشناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۱/۰۵۰	۰/۲۰۵
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی	-۱/۰۵۰	۰/۲۰۵
شرم	درمان فراشناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۰/۳۰۰	۰/۸۲۵
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی	-۰/۳۰۰	۰/۸۲۵
کنترل خشونت	درمان فراشناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	-۱/۲۶۷	۰/۲۹۵
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی	۱/۲۶۷	۰/۲۹۵
فرونشانی	درمان فراشناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	-۰/۰۱۷	۰/۹۷۳
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی	۰/۰۱۷	۰/۹۷۳

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد بر حسب مقایسه بین گروه درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی در افکار تکرار شونده تفاوت معناداری

اندازه‌های تکرار شده نشان داد که برای متغیر افکار تکرار شونده و فراهیجانی منفی (خشم، شرم، کنترل خشونت فرونشانی) در عامل زمان عامل گروه



مشاهده نشده است ($P > 0/05$) و در ادامه نتایج مقایسه میانگین ها براساس عامل زمان قابل مشاهده می باشد.

و پژوهش ها نشان داده است که تمرکززدایی می تواند سطوح نشخوار افسرده ساز را به وسیله آموزش راه های سازگارانه تر

جدول ۸: مقایسه میانگین افکار تکرار شونده و ابعاد فراهیجانی منفی بر حسب زمان

متغیرها	پیش آزمون - پس آزمون		پیش آزمون - پیگیری		پس آزمون - پیگیری	
	اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری
افکار تکرار	۴/۳۵۰	۰/۰۰۰۱	۴/۶۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۳۱۴	۰/۳۰۰
فراهیجانی منفی	۵/۵۲۵	۰/۰۰۰۱	۴/۹۰۰	۰/۰۰۰۱	۰/۰۵۴	-۰/۶۲۵
خشم	۲/۳۷۵	۰/۰۰۰۱	۲/۱۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۰۵۴	-۰/۲۵۰
شرم	۱/۷۰۰	۰/۰۰۰۱	۱/۴۷۵	۰/۰۰۰۱	۰/۲۹۴	-۰/۲۲۵
کنترل خشونت	۰/۰۰۰۱	۱/۰۰۰	-۰/۰۵۰	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	-۰/۰۵۰
فرونشانی	۱/۴۲۵	۰/۰۰۰۱	۱/۳۵۰	۰/۰۰۰۱	۱/۰۰۰	-۰/۰۷۵

جدول ۸ نشان می دهد که در متغیر افکار تکرار شونده و فراهیجانی منفی (خشم، شرم، کنترل خشونت، فرونشانی) از پیش آزمون به پس آزمون و پیش آزمون به پیگیری به جز متغیر کنترل خشونت میانگین ها تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$)، اما از پس آزمون به پیگیری تغییرات معناداری مشاهده نمی شود ($P > 0/05$).

بحث

نتایج پژوهش نشان داد که بین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی بر افکار تکرار شونده و متغیر کنترل خشونت از ابعاد فراهیجانی منفی افراد دارای مصرف مواد تفاوت معنادار وجود دارد و تفاوت میانگین روش مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی برای افکار تکرار شونده و ابعاد فراهیجانی نشان دهنده این است که درمان فراشناخت تاثیر بیشتری در کاهش افکار تکرار شونده و کنترل خشونت از ابعاد فراهیجانی منفی داشته است.

این یافته با بسیاری از پژوهش ها مانند نتایج پژوهش صالحی و همکاران (۳۱) و لمراسکی و همکاران (۳۲) همخوانی داشته است. در تبیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افکار تکرار شونده مطابق با فرضیه تمرکززدایی کابات-زین (۲۳) می توان گفت تمرکززدایی به عنوان توانایی تمرکز بر لحظه حاضر و حالت بدون قضاوت در مورد افکار و احساسات و پذیرش آن ها است

مربوط به تفکر به افراد کاهش دهد. ایده ی اصلی تمرکززدایی مطرح کردن تغییرات اساسی در دیدگاه ها، باورها و الگوهای شناختی نا آشکار شخص است که رابطه بیماران افسرده با افکار و احساسات منفی را شکل می دهد. تمرکززدایی شامل فاصله گرفتن، دوری، انفعال، مجاز دانستن، پذیرش و رها کردن افکار و خلیقات منفی است. افراد در مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، تمرکززدایی از افکار و هیجانات را در طول جلسات مراقبه تمرین می دانند. این جلسات فرد را قادر می سازد تا تمرکززدایی را در یک محیط کنترل شده معمولاً در حالت نشسته با چشم های بسته در فضایی آرام تمرین کنند. وقتی مهارت تمرین شود پذیرش تسهیل می گردد و با زندگی روزمره فرد ادغام می شود و به این طریق بیمار قادر خواهد بود بر افکار نشخواری خود فائق آمده و افکار تکرار شونده کاهش می یابد. همچنین ذهن آگاهی می تواند آگاهی عمیق تر نسبت به احساسات و افکار دشوار را افزایش و استرس را کاهش دهد، پیگیری تکالیف را بالا ببرد و تفکر خلاق افزایش می دهد. بواسطه تمرین ها و تکنیک های مبتنی بر ذهن آگاهی فرد نسبت به فعالیت های روزانه خود آگاهی پیدا می کند، به کارکرد اتوماتیک ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی می یابد و از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار، احساسات و حالت های جسمانی بر آن ها کنترل پیدامی کند و از ذهن روزمره و اتوماتیک متمرکز بر



گذشته و آینده رهامی شود. در ذهن آگاهی، فرد در هر لحظه از شیوه ذهن، یکی انجام دادن و دیگری بودن، یاد می گیرد ذهن را از یک شیوه به شیوه دیگر حرکت دهد که مستلزم آموزش راهبردهای رفتاری شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرآیند توجه است (۳۳).

مداخله درمان فراشناختی از طریق به چالش کشیدن باورهای مثبت و منفی فراشناختی مانع استفاده از افکار نشخوارگونه و تکرارشونده به عنوان شیوه‌ای برای مقابله و خودتنظیمی شده و از این طریق سعی در متوقف ساختن نشخوار ذهنی دارند. اعتقاد بر این است که درمان فراشناختی نیز همچون درمان شناختی قائل به چالش‌گری است اما این بار به جای چالش با محتوای شناختی از طریق واقعیت‌سنجی و دیگر فنون این درمان، به وسیله چالش با باورهای مثبت فراشناختی بیمار در مورد سبب پاسخ نشخواری به بازبینی تهدید به عنوان روشی برای مقابله متوسل می‌شوند (۱۷). در واقع در فراشناخت درمانگران با قطع مکانیسم‌های تداوم بخش راهبردهای ناکارآمد، توجه فرد را از درگیر شدن مکرر با اتفاقات ناخوشایند گذشته خلاص می‌کند و به فرد این توانایی را می‌دهد که توجه و تمرکز خود را از دام حلقه‌های معیوب شناختی هیجانی و رفتاری نجات دهد تا بتواند بر سایر جوانب زندگی معطوف شود. بیمارانی که تحت درمان فراشناختی قرار می‌گیرند در نتیجه انجام تکنیک‌ها و تکالیف این درمان زمان زیادی برای غرق شدن در افکار و خاطرات منفی و نشخوارهای فکری منفی نخواهند داشت.

نتیجه‌گیری

اما آنچه باعث اثربخشی بیشتر درمان فراشناختی می‌شود، این است که فراشناخت باعث می‌شود تا هیجان‌های فراخوانده شده بر اثر محرک‌های محیطی تحت نظارت این فرآیندها قرارگیرند و هنگام تظاهر بیرونی، شکل مدیریت شده و سازماندهی شده‌تری به خود بگیرند (۳۱). به عبارت دیگر هیجان‌ها تحت کنترل فرد قرار گرفته و هر لحظه به وسیله دانش فراشناختی فرد مورد نظارت، بازبینی و کنترل قرار می‌گیرد. در این درمان به مراجعان آموزش

داده می‌شود تا هیجان‌های بنیادین خود را بشناسند و سپس هیجان‌های پرتکرار و قالب‌شان را ثبت کنند و چرخه تأثیر هیجان بر شناخت و رفتار را شناسایی کنند. آن‌ها می‌آموزند که شناخت‌های ناسالم‌شان را بشناسند و آن‌ها را اصلاح کنند. این آگاهی منجر به شناخت بهتر سه عامل شناخت، رفتار و هیجان می‌گردد، در واقع این درمان تأثیر زیادی در اصلاح هیجان‌های خودآیند ناسالم و نشخوارهای فکری آن‌ها دارد.

محدودیت‌های پژوهش: پژوهش مورد نظر با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود، از جمله محدود بودن نمونه پژوهش به افراد دارای مصرف مواد مراجعه‌کننده به مراکز درمان اعتیاد در شهر مشهد که امکان تعمیم نتایج به سایر افراد و سایر مکان‌ها با مشکل روبه‌رو می‌کند. سایر محدودیت‌ها نیز شامل: محدودیت در انتخاب گروه نمونه با توجه به برخی از متغیرهای روانشناختی (مانند دانش و نگرش مراجعان درباره مداخلات درمانی، انتظارات و ذهنیت روانشناختی آن‌ها) و جمعیت شناختی (مانند سطح تحصیلات و شرایط اقتصادی) از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر محسوب می‌شود، لذا، پیشنهاد می‌شود که دیگر افراد در جامعه مانند بیماران جسمی، زوجین و دانشجویان نیز انجام شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله وظیفه خود می‌دانند که از تمامی همکاران و شرکت‌کنندگان که ما را در انجام پژوهش یاری کردند سپاس و قدردانی کنند.

تعارض منافع

هیچگونه تضاد منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی و کد اخلاق

در این پژوهش ملاحظات اخلاقی شامل این موارد بود: اطلاعات کتبی در مورد پژوهش به شرکت‌کنندگان، دادن اطمینان خاطر به آزمودنی‌ها در مورد محرمانه بودن اطلاعات و استفاده از آن فقط در امور تحقیقی، داوطلبانه بودن مشارکت افراد در مطالعه و اخذ رضایت کتبی از افراد شرکت‌کننده. لازم به ذکر است که شناسه



اخلاق پژوهش به شماره
IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1402.028 می‌باشد.

References

1. Smith SA, Waters NJ. Pharmacokinetic and pharmacodynamic considerations for drugs binding to alpha-1-acid glycoprotein. *Pharmaceutical research*. 2019;36(2):30.
2. Amendola S. Burden of mental health and substance use disorders among Italian young people aged 10–24 years: Results from the Global Burden of Disease 2019 Study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2022;57(4):683-94.
3. Naeim M, Rezaeisharif A, Kamran A. The role of impulsivity and cognitive emotion regulation in the tendency toward addiction in male students. *Addictive Disorders & Their Treatment*. 2021;20(4):278-87.
4. McEvoy PM, Mahoney AE, Moulds ML. Are worry, rumination, and post-event processing one and the same?: Development of the Repetitive Thinking Questionnaire. *Journal of anxiety disorders*. 2010;24(5):50-59.
5. Nimbi FM, Tripodi F, Rossi R, Simonelli C. Testing a conceptual model for men's sexual desire referring to automatic thoughts, emotions, sexual function, and sexism. *The Journal of Sexual Medicine*. 2018;15(11):1518-26.
6. Fernández EN, Mairal JB. Behavioral activation versus cognitive restructuring to reduce automatic negative thoughts in anxiety generating situations. *Psicothema*. 2017;29(2):172-7.
7. Ayhan MO, Kavak Budak F. The correlation between mindfulness and negative automatic thoughts in depression patients. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2021;57(4):1944-9.
8. Lobbestael J, Arntz A. Emotional hyperreactivity in response to childhood abuse by primary caregivers in patients with borderline personality disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2015;48:125-32.
9. Capobianco L, Reeves D, Morrison AP, Wells A. Group metacognitive therapy vs. mindfulness meditation therapy in a transdiagnostic patient sample: a randomised feasibility trial. *Psychiatry research*. 2018;259:554-61.
10. Nunes F, Mota CP, Ferreira T, Schoon I, Matos PM. Parental meta-emotion, attachment to parents, and personal agency in adolescents. *Journal of Family Psychology*. 2022;36(6):964.
11. He X, Yuan X, Hu M, Zhou L. The association between parental meta-emotion philosophy and adolescent's behavior problem: The moderating role of vagus. *Acta Psychologica Sinica*. 2020;52(8):971.
12. Johnson-Laird PN, Mancini F, Gangemi A. A hyper-emotion theory of psychological illnesses. *Psychological review*. 2006;113(4):822.
13. Franken IH, Muris P. BIS/BAS personality characteristics and college students' substance use. *Personality and Individual Differences*. 2006;40(7):1497-503.
14. Jarvis CM. *Narratives (In) Fertility: Organizing and Embodiment in Silence and Stigma*: Purdue University; 2021.
15. Hatzopoulos K, Boyes M, Hasking P. Relationships between dimensions of emotional experience, rumination, and nonsuicidal self-injury: An application of the Emotional Cascade Model. *Journal of Clinical Psychology*. 2022;78(4):692-709.
16. Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression*: Guilford press; 2011.



17. Swanson L, Griffiths H, Moritz S, Cervenka S. Metacognitive training for negative symptoms: Support for the cognitive model. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2023;30(2):486-9. *
18. Conway CC, Naragon-Gainey K, Harris MT. The structure of distress tolerance and neighboring emotion regulation abilities. *Assessment*. 2021;28(4):1050-64.
19. Zahedian E, Bahreini M, Ghasemi N, Mirzaei K. Group meta-cognitive therapy and depression in women with breast cancer: a randomized controlled trial. *BMC Women's Health*. 2021;21:1-9.
20. McGuire N. Investigating ways of improving psychosocial recovery from negative symptoms: the role of metacognition: University of Glasgow; 2022.
21. Duan W, Wang Z. Dispositional mindfulness promotes public health of the obesity population by reducing perceived discrimination and weight stigma concerns. *Journal of Public Health*. 2019;27:195-202.
22. Kabat-Zinn J. Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. *Mindfulness: Routledge*; 2013. p. 281-306.
23. Kashefzadeh M, Taher M, Hosseinkhanzadeh AA, Aboutalebi NH. Comparison Of The Effectiveness Of Acceptance And Commitment Therapy, Mindfulness And Motivational Interviewing On Psychological Flexibility In Men With Substance Abuse Disorder Undergoing Maintenance Therapy. *Journal of Pharmaceutical Negative Results*. 2022;13(4):1998-2010.
24. Querstret D, Morison L, Dickinson S, Cropley M, John M. Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy for psychological health and well-being in nonclinical samples: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Stress Management*. 2020;27(4):394.
25. Goldberg SB, Tucker RP, Greene PA, Davidson RJ, Kearney DJ, Simpson TL. Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of current depressive symptoms: a meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*. 2019;48(6):445-62.
26. Li Y, Ju R, Hofmann SG, Chiu W, Guan Y, Leng Y, Liu X. Distress tolerance as a mechanism of mindfulness for depression and anxiety: Cross-sectional and diary evidence. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2023;23(4):100392.
27. Ramezani S, Afkhamzadeh AR, Qorbani H, Naimi S, Rahmani S. Effect of mindfulness-based cognitive therapy on substance dependence intensity and cognitive emotion regulation in patients under methadone maintenance treatment. *Practice in Clinical Psychology*. 2019;7(3):225-34.
28. Kashefinishabouri J, Eftekhari Saadi Z, Pasha R, Heidari A, Makvandi B. The effect of mindfulness-based cognitive therapy and emotion-regulation training on rumination and social anxiety in teenagers prone to addiction. *Journal of Occupational Health and Epidemiology*. 2021;10(1):1-11.
29. Norman E, Furnes B. The concept of "metaemotion": What is there to learn from research on metacognition? *Emotion Review*. 2016;8(2):187-93.
30. Salehi SM, Yousefi N, Moradi O. Comparing the Effectiveness of Wells' Meta-cognition Training with Kabat-Zinn's Mindfulness Training on Academic Procrastination of Students with Math Anxiety. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*. 2022;3(3):452-67.
31. Lemraski SS, Akbari H, Mirani A. Effectiveness of Cognitive-Based Mindfulness on Self-Compassion and Integrative Self-Knowledge in Individuals with Borderline Personality Disorder. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling (JARAC)*. 2024;6(1):150-7.
32. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Guilford press; 2012.



Comparing the Effectiveness of Cognitive Therapy Based on Mindfulness and Metacognitive Therapy on Repetitive Thoughts and Negative Meta-Emotional Dimensions of People with Substance Abuse

Ali Reza Esmailzadeh¹, Hasan Tuzandeh Jani^{1*}, Ahmad Zendedel², Zahra Bagherzadeh Golmakani¹

1. Department of Psychology, Neyshabur branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran
2. Department of Statistics, Neyshabur branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

Type of Article Original Research

Received: 11/07/2024

Accepted: 13/11/2024

***Corresponding Author:**
Hasan Tuzandeh Jani,
Department of Psychology,
Neyshabur Branch, Islamic
Azad University, Neyshabur,
Iran

TEL: 09360621113

Email:
(h.toozandehjani@ymail.com)

Abstract

Introduction: Due to the increasing use of drugs and their side effects, the purpose of this study was to compare the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness and metacognitive therapy on repetitive thoughts and negative meta-emotional aspects of drug abuse patients.

Methods: The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and control and follow-up groups. The statistical population included all drug addicts who were referred to addiction treatment centers in Mashhad in 1402. Three addiction treatment centers were selected. From the statistical population, using the available sampling method and based on the scores of the repetitive 09153529801 questionnaire by McAvoy (2010) and meta-emotional dimensions of Mitmans Gruber et al. They were selected. These 60 individuals were randomly assigned to three groups of 20. The experimental group (A) received cognitive therapy based on mindfulness, the second group (experimental group B) received metacognitive therapy and the control group (C) did not receive any therapy.

Results: The results of the research showed that both methods, cognitive therapy based on mindfulness and metacognitive therapy, were effective in reducing repetitive thoughts and negative meta-emotional aspects of patients with substance abuse. However metacognitive therapy had a greater effect in reducing repetitive thoughts and suppressing negative meta-emotional aspects.

Conclusion: Based on this, it was concluded that both treatments are effective methods for reducing psychological problems in patients with substance abuse. Therefore, these two treatment methods can be used for other issues of people involved in substance abuse.

Keywords: Substance Abuse, Cognitive Therapy Based on Mindfulness, Repetitive Thoughts, Negative Meta-Emotional Dimensions

► **Please cite this article as:** Esmailzadeh A. R, Tuzandeh Jani H, Zendedel A, Bagherzadeh Golmakani Z. Comparing the Effectiveness of Cognitive Therapy Based on Mindfulness and Metacognitive Therapy on Repetitive Thoughts and Negative Meta-Emotional Dimensions of People with Substance Abuse. J Neyshabur Univ Med Sci 2023;11(2):61-74.