

## مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی بر عملکرد اجرایی بیماران مصرف‌کننده مت‌آمفتامین

### Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and mindfulness therapy on the executive function of methamphetamine consuming patients

Sima Badiee

Ph.D. Student in General Psychology, Department of Psychology, Emirates Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates.

Dr. Taher Tizdast\*

Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran. [tahertizdast@yahoo.com](mailto:tahertizdast@yahoo.com)

Dr. Hasan Ahadi

Professor, Department of Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.

سیما بدیعی

دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی.

دکتر طاهر تیزدست (نویسنده مسئول)

دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد تکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تکابن، ایران.

دکتر حسن احدی

استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

### Abstract

This study aimed to compare the effectiveness of cognitive behavioral therapy and mindfulness therapy on the executive performance of methamphetamine-consuming patients. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group with a three-month follow-up period. The statistical population of this research includes all addicts who were referred to addiction treatment clinics in Tehran between September and February 2021. 45 people were selected purposefully and randomly assigned to two experimental groups and one control group. The research tool was the Wisconsin Grant and Berg (WCST, 1948) card sorting test. Cognitive behavioral therapy intervention by Frey (2008) and mindfulness by Craft and Williams (2012) was implemented during 8 sessions on the members of the experimental group, but the control group did not receive any intervention. The data were analyzed by repeated measures analysis of variance test. The results showed that there was a significant difference between the groups in the post-test and follow-up of the executive performance of methamphetamine users ( $P < 0.05$ ) and both treatments had a significant effect on the correct classes completed, remaining errors and total errors ( $P < 0.05$ ). Mindfulness therapy has been superior to cognitive behavioral therapy in affecting the variables of survival errors in the post-test phase ( $P < 0.05$ ). Therefore, it can be said that mindfulness treatment is more effective in the effectiveness of one of the components of executive functions, so mindfulness can be used in the treatment of people addicted to methamphetamine.

**Keywords:** Mindfulness, Cognitive Behavior, Executive Function.

### چکیده

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی بر عملکرد اجرایی بیماران مصرف‌کننده مت‌آمفتامین بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه معتمدین مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های ترک اعتیاد شهر تهران که در فاصله زمانی شهريور تا بهمن‌ماه ۱۴۰۰ بود. تعداد ۴۵ نفر به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. ابزار پژوهش آزمون دسته‌بندی کارت‌های فری (۲۰۰۸) و ذهن‌آگاهی (WCST، 1948) بود. مداخله درمان شناختی رفتاری فری (۲۰۰۸) و ذهن‌آگاهی (WCST، 2012) در طی ۸ جلسه بر روی اعضای گروه آزمایش کرفت و ویلیامز (۲۰۱۲) در طی ۸ جلسه بر روی اعضای گروه آزمایش اجرا شد، اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت ننمودند. داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر تحلیل شدند. نتایج نشان داد بین گروه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری عملکرد اجرایی بیماران مصرف‌کننگان مت‌آمفتامین تفاوت معناداری وجود داشت ( $P < 0.05$ ) و هر دو درمان بر طبقات صحیح تکمیل شده، خطاهای در جاماندگی و خطاهای کل تأثیر معناداری داشتند ( $P < 0.05$ ) و درمان ذهن‌آگاهی در تأثیر بر متغیرهای خطاهای در جاماندگی در مرحله پس‌آزمون نسبت درمان شناختی رفتاری برتری داشته است ( $P < 0.05$ ). بنابراین می‌توان گفت درمان ذهن‌آگاهی در اثربخشی بر یکی از مؤلفه‌های عملکردی در اجرایی اثربخش‌تر می‌باشد که بدین ترتیب می‌توان از ذهن‌آگاهی در درمان افراد وابسته به مت‌آمفتامین استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: ذهن‌آگاهی، شناختی رفتاری، عملکرد اجرایی.

## مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر، به عنوان جدی‌ترین مسئله اجتماعی در ایران، وجود مختلف جامعه‌شناسی، روانشناسی، حقوقی، اقتصادی، سیاسی و ... دارد. ویژگی اصلی انواع مختلف اعتیاد و اختلالات مرتبط با مصرف مواد، مجموعه‌ای از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک است که نشان می‌دهد فرد به رغم مشکلات مهم به وجود آمده، به مصرف ماده ادامه می‌دهد (صادقی پور میبدی و همکاران، ۱۴۰۰). از طرفی در بین مواد محرك آمفتامین‌ها و به ویژه مت آمفتامین قوی ترین مواد هستند، خطر وابستگی و مشکلات سلامت روان بیشتری را در برابر دارند و با نرخ بالای روان پریشی (ویدنور<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۰)، افسردگی (لیونگ<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۳) و مشکلات شناختی توجه، حواس پرتی و نقش عملکرد اجرایی ارتباط دارند (چن<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). طی سال‌های اخیر رویکردهای روان‌شناختی در حوزه آسیب‌شناسی روانی و بهویژه اعتیاد و سوءصرف مواد تبیین‌های قابل توجه دارای پشتوانه پژوهشی را ارائه داده است (آگباریا، ۲۰۲۳). در این راستا سازه‌ای همچون عملکردهای اجرایی در ارتباط با اعتیاد معرفی شد (کراپلین<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۲) نقایص کارکردهای شناختی می‌تواند پیش‌بینی کننده قابل اعتمادی برای پاسخ ضعیف به درمان باشد و افراد دارای سوءصرف مواد با اختلال شناختی بالا در طی درمان با مشکلات زیادی روبرو می‌شوند (لویز<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). کارکردهای اجرایی به پردازش اطلاعات در غیاب هرگونه نفوذ عاطفی اشاره دارد و به معنای مهارت‌های هدفمند و مبتنی بر آینده مانند برنامه‌ریزی، بازداری، انعطاف‌پذیری، حافظه کاری و پایش است که به صورت ناوابسته به زمینه، غیر هیجانی و تحلیلی سنجش می‌شود (چن و همکاران، ۲۰۲۰).

یکی از درمان‌های مؤثر در حوزه اعتیاد، درمان شناختی رفتاری می‌باشد (مگیل<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). گزارش‌های فراتحلیلی نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری، در ترک اعتیاد در گروه‌های مختلف موفق بوده است (آگباریا<sup>۷</sup>، ۲۰۲۳). فنونی که در درمان شناختی رفتاری به منظور ترک اعتیاد به کار می‌رود شامل کنترل محرك، تقویت مثبت، راهکارهای شناختی رفتاری برای مدیریت و کنار آمدن با استرس، فراهم کردن حمایت اجتماعی، بازسازی شناختی، همچنین ایجاد آرامش با فراهم کردن پاسخ‌های جایگزین به استرس است (بونس<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). رفتاردرمانی شناختی به این دلیل در کمک به افراد مبتلا به اعتیاد مؤثر است که این افراد نه تنها وابستگی فیزیولوژیک به مواد مخدر دارند (که البته این علائم را می‌توان با دارو کنترل کرد)، بلکه وابستگی روان‌شناختی و رفتاری هم به دارند (آزاد<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). رفتار درمانی شناختی با اثرگذاری بر روی افکار، هیجانات، رفتار و همچنین در افزایش احساس خودکارآمدی و ایجاد توانایی در ترک موفق و بهویژه در انتبطاق و یادگیری راههای کنترل و کنار آمدن با استرس<sup>۱۰</sup> در شرایط ترک و بعد از ترک بسیار اثربخش است (رسمی نژاد و همکاران، ۱۳۹۹). شفیعی و همکاران (۱۳۹۶) نیز اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری بر کارکرد اجرایی جانبازان را تأیید کرده و نشان دادند درمان شناختی- رفتاری، موجب افزایش کارکرد اجرایی جانبازان می‌شود. در این راستا پژوهش‌ها تأثیر درمان شناختی رفتاری را در افراد دچار اعتیاد تأیید نموده‌اند (ناطقی و سهرابی، ۱۴۰۰؛ رسمی نژاد و همکاران، ۱۳۹۹).

درمان دیگری که در این حوزه معرفی شده است، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌باشد. در مداخله‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی، برخلاف راهبردهای مبتنی بر تغییر بهجای تغییر محتوا افکار و نگرش‌های ناکارآمد، بر پذیرش، تمرکز‌زدایی و تغییر رابطه و نگرش فرد نسبت به افکار به عنوان نوعی واقعیت ذهنی، همچنین در مقابل تغییر و اجتناب از هیجان‌های منفی، بر پذیرش بدون قضاوت، مواجهه و افزایش تحمل، حالت‌های هیجانی منفی، افکار و تصورات تأکید می‌شود. مداخله‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی در حال حاضر در درمان اختلال سوءصرف مواد نیز مورد توجه قرار گرفته‌اند (کورکی<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). برنامه‌های آموزش استاندارد شده ذهن‌آگاهی در ابتدا بر کاهش پریشانی عاطفی متمرکز بودند و درواقع، مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای اختلالات و علائم روان‌پژوهشی از طریق فراتحلیل کارآمد و

1. Weidenauer  
2. Leung  
3. Chen  
4. Kräplin  
5. López  
6. Magill  
7. Agbaria  
8. Boness  
9. Azad  
10. Coping skills  
11. Korecki

قابل مقایسه با سایر درمان‌های فعال و سربه‌سر هستند (روزنال<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی آموزش‌هایی را در شیوه‌هایی ارائه می‌دهند که برای برانگیختن حالت ذهن‌آگاهی طراحی شده‌اند، یعنی حالتی از آگاهی فراشناختی که با نظرات دقیق و بدون قضاوت لحظه‌به‌لحظه شناخت، عواطف، احساس و ادراک بدون اصرار بر افکار گذشته و آینده مشخص می‌شود. تمرين ذهن‌آگاهی برای شامل دو عنصر اصلی پیشنهاد شده است: توجه متمرکز و نظرات باز. در حین تمرين توجه متمرکز، توجه روی یک شیء حسی متمرکز می‌شود (اغلب حس تنفس، اما می‌توان از حس‌های درونی و عمقی بدن یا کانون‌های بینایی خارجی نیز استفاده کرد)، درحالی که فرد اذاعن می‌کند و سپس از افکار و احساسات منحرف‌کننده جدا می‌شود (انگستروم<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). در این راستا در درمان و پیشگیری از عود مصرف مواد، استفاده از روش‌هایی که بتواند بر این مشکلات تأثیرگذار باشد، ضروری است و به نظر می‌رسد می‌تواند اثربخشی درمان را افزایش دهد. برخی از پژوهشگران بر این باورند که به کارگیری روش ذهن‌آگاهی به علت سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی<sup>۳</sup>، حضور در لحظه، مشاهده گری، بدون داوری، رویارویی و رهاسازی، در تلفیق با فنون رفتاردرمانی شناختی سنتی، به علت تأثیر بر این فرآیندها می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از ترک، اثربخشی درمان را افزایش داده و به پیشگیری از عود مصرف مواد کمک نماید (حسینی و همکاران، ۱۴۰۰). رجبیان (۱۳۹۶) نشان داد که مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود ترکیب کلی حافظه کاری مؤثر بوده اما اثری در بهبود بازداری و انعطاف‌پذیری شناختی نداشته است پژوهش‌ها اثر بخشی درمان شناختی رفتاری را برای بهبود کیفیت خواب و درمان می‌خواهی تأیید کرده‌اند.

همان‌طور که ملاحظه می‌شود، پژوهش‌های پیشین هم تأثیر درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر اعتیاد و متغیر عملکردهای اجرایی تأیید نموده‌اند. با این حال، همواره محققان و متخصصان حوزه‌های مختلف آسیب‌شناسی روانی، به دنبال شناسایی درمان‌هایی با پشتونه پژوهش بیشتر و کارآمدتر و اثربخش‌تر بوده‌اند، این در حالی است که بر اساس نتایج پژوهش‌های قبلی می‌بایست نقش عوامل شناختی و هیجانی در بروز و تداوم نقاچیس کارکردهای اجرایی در نظر گرفته شود (داودی و همکاران، ۱۳۹۶) و پیامد درمان‌های روان‌شناختی بر مشکلات همبود با آن مورد مطالعه قرار گیرد. اگرچه هر دو روش درمانی مستلزم کار با الگوهای فکری و کمک به بیماران برای کنترل بهتر افکار و احساسات و درنتیجه پاسخ‌دهی مناسب به آنها هستند، اما در مقایسه با درمان شناختی رفتاری، درمان ذهن‌آگاهی بیشتر مبتنی بر بدن و تجربه احساسات است و می‌کوشد تا به افراد بیاموزد که آنها چیزی فراتر از افکار و احساسات هستند. از این‌رو ابزارهای مورد استفاده در این روش درمانی نیز با روش‌های مورد استفاده در درمان شناختی رفتاری بسیار متفاوت است. بدین ترتیب با توجه بر بررسی پیشینه پژوهش‌های انجام‌شده در ایران و عدم انجام پژوهشی در زمینه لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی بر عملکرد اجرایی بیماران معتمد به مت‌آمftamien در سال ۱۴۰۰ انجام پذیرفت.

## روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مصرف‌کنندگان مت‌آمftamien مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های ترک اعتیاد شهر تهران که در فاصله زمانی شهریور تا بهمن‌ماه ۱۴۰۰ بود. حجم نمونه در این پژوهش با توجه به تعداد گروه‌ها و تعداد متغیرهای مورد بررسی تعیین شد. بر این اساس، از جامعه مذکور ۴۵ نفر پس از مصاحبه مقدماتی و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه (گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری ۱۵ نفر)، (گروه آزمایش ذهن‌آگاهی، ۱۵ نفر) و (گروه گواه، ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش شامل: ۱- داشتن سن بین ۲۰ تا ۴۵ سال، ۲- دارا بودن حداقل تحصیلات سیکل، ۳- دارا بودن ملاک‌های تشخیصی وابستگی به مت‌آمftamien به تشخیص اولیه روان‌پزشک و تشخیص روانشناس بالینی بر اساس نتایج مصاحبه بالینی ساختیافته بر اساس DSM-5، ۴- حداقل دوره مصرف مواد فوق یک سال کامل شمسی، ۵- عدم دریافت یک مداخله روان‌شناختی دیگر- رضایت کامل برای شرکت در پژوهش بر اساس فرم گواهی شرکت در پژوهش و معیارهای خروج از پژوهش شامل: ۱- دریافت هم‌زمان یک مداخله روان‌شناختی دیگر، ۲- داشتن دو جلسه غیبت در شرکت در جلسات همکاری نکردن در تکمیل پرسشنامه‌ها

1. Rosenthal

2. Engström

3. Desensitization

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی بر عملکرد اجرایی بیماران مصرف‌کننده مت آمفتامین  
Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and mindfulness therapy on the executive function of ...

در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از انجام هماهنگی لازم با مدیریت یکی از مراکز مشاوره شهر تهران، پرونده شرکت‌کنندگان در اختیار پژوهشگر قرار گرفت و با تماس تلفنی، مصاحبه اولیه‌ای با هریک از مصرف‌کنندگان مت آمفتامین به عمل آمده و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج ۴۵ نفر از مردان انتخاب و با گمارش تصادفی در سه گروه شامل دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. پس از جایگزینی در گروه‌ها، شرکت‌کنندگان پیش از اجرای مداخله، به آزمون کارت‌های ویسکانسین به عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند. گروه آزمایشی اول، درمان شناختی رفتاری و گروه آزمایشی دوم، ذهن‌آگاهی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شیوه گروهی به صورت حضوری با توالی هر هفته دو جلسه در هفته توسط پژوهشگر دریافت کردند. اما شرکت‌کنندگان گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از پایان جلسات درمانی، مجدداً هر سه گروه در مرحله پس‌آزمون و ۶۰ روز بعد در مرحله پیگیری به پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند در این پژوهش ملاحظات اخلاقی به شرح ذیل رعایت شد: ۱- پیش از شروع مطالعه، شرکت‌کنندگان از موضوع و روش اجرای پژوهش مطلع شدند، ۲- پژوهشگر متعهد شد تا از اطلاعات خصوصی شرکت‌کنندگان محافظت کند و از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش استفاده کند، ۳- پژوهشگر متعهد شد نتایج پژوهش را در صورت تمایل شرکت‌کنندگان برای آنها تفسیر کند، ۴- در صورت مشاهده‌ی هرگونه ابهام، راهنمایی‌های لازم به آزمودنی‌ها ارائه شد، ۵- مشارکت در تحقیق هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت‌کنندگان به دنبال نداشت، ۶- این پژوهش با مواری دینی و فرهنگی شرکت‌کنندگان همراه بود و جامعه هیچ‌گونه مغایرتی نداشت. درنهایت برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس آمیخته و نرم‌افزار spss نسخه ۲۶ استفاده شد.

#### ابزار سنجش

**آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین<sup>۱</sup> (WCST):** آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین توسط گرانت و برگ<sup>۲</sup> در سال ۱۹۴۸ ساخته شده است و توانایی انتزاع و تغییر راهبردهای شناختی را در پاسخ به بازخوردهای محیطی ارزیابی می‌کند. این آزمون متشکل از ۶۴ کارت غیر متشابه با شکل‌های متفاوت (مثلث، ستاره، صلب و دائره) و رنگ‌های مختلف است (بارسلو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱). آزمون دسته‌بندی ویسکانسین را می‌توان به چندین روش نمره‌گذاری کرد. رایج‌ترین شیوه نمره‌گذاری، ثبت تعداد طبقات به دست آمده و خطای در جاماندگی می‌باشد. طبقات به دست آمده به تعداد دوره‌های صحیح یا به عبارت دیگر ۱۰ جایگذاری صحیح متواالی اطلاق می‌شود که این تعداد در دامنه‌ای از صفر تا شش که در این حالت آزمون طبیعتاً متوقف می‌شود، قرار می‌گیرد. موقعی که آزمودنی بر طبق اصل موقفيت آمیز قبلی دسته‌بندی را ادامه دهد و همچنین زمانی که در اولین سری، در دسته‌بندی بر یک حدس غلط اولیه پافشاری کند، خطای در جاماندگی وجود دارد (نیهوس و بارسل<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). پایایی این آزمون در پژوهش اسپیرن و استرائوس<sup>۵</sup> (۱۹۹۸) بر اساس ضریب توافق ارزیابی کنندگان ۰/۸۳ گزارش شده است. همچنین آنها میزان پایایی این آزمون را با روش باز آزمایی در بازه ۶۰ روزه برای سنجش نقايسش شناختی به دنبال آسیب‌های مغزی بالای ۰/۸۶ ذکر کرده است در پژوهش اسمعیل‌زاده روزبهانی و همکاران (۱۴۰۰) پایایی این آزمون با استفاده از سه روش آلفای کرونباخ، تصنیف اسپیرمن - براون و گاتمن به ترتیب برای در جاماندگی ۰/۸۶، ۰/۷۷ و ۰/۷۲، زمان رسیدن به الگوی اول ۰/۷۹، ۰/۷۱ و ۰/۷۰، کوشش‌های لازم برای رسیدن به الگوی اول ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۷۶ و انعطاف‌پذیری شناختی ۰/۸۲، ۰/۷۴ و ۰/۸۱ به دست آمده است. در محاسبه روابی آزمون نیز از طریق آزمون تحلیل عامل تأییدی، ضریب روابی ۰/۶۲ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

**پروتکل ذهن‌آگاهی:** پروتکل ذهن‌آگاهی بر اساس پروتکل کاربرد ذهن‌آگاهی در درمان اعتیاد و رفتارهای اعتیادی (کرفت و ویلیامز<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲) در ۸ جلسه‌ی ۶۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای دوبار توسط پژوهشگر برای گروه آزمایش انجام شد که خلاصه جلسات به شرح ذیل می‌باشد.

1. Wisconsin Card Sorting Test

2. Grant & Berg

3. Barceló

4. Nyhus & Barcelo

5. Spreen & Strauss

6. Kraft & Williams

### جدول ۱. پروتکل ذهن‌آگاهی (گرفت و ویلیامز، ۲۰۱۲)

جلسات	محتوا
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی، آشنایی افراد با موضوع پژوهش و توضیحات مقدماتی، مفهوم‌سازی مشکل، آموزش آرمیدگی عضلانی و تصویرسازی ذهنی مثبت، پاسخ به پرسشنامه‌ها (اجرای پیش‌آزمون)، بستن قرارداد درمانی، هدایت خودکار و عود، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف خانگی (نوشتن افکار مزاحم و منفی)
دوم	مرور تکلیف قبلی، آشنایی با مفاهیم درمانی ذهن‌آگاهی، آگاهی بیشتر از احساسات، افکار و حس‌های بدنی لحظه‌به‌لحظه و تجربه بودن در لحظه، گسترش و پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند، آگاهی از برانگیزندگان و اشتیاق، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف خانگی (مشاهده افکار و هیجانات بدون پاسخ‌گویی و واکنش)
سوم	مرور تکلیف قبلی، ارائه آموزش‌هایی به بیمار درباره عملکرد هیجان‌ها، مشاهده افکار و هیجان‌ها بدون قضاؤت درباره آنها، آموزش آگاهی از هیجانات مثبت (شادی، علاقه‌مندی، عشق)، تغییر عادات قدیمی افکار، ذهن‌آگاهی در زندگی روزمره، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف خانگی (نوشتن هیجانات مثبت عدمه و ثبت در فرم مربوطه)
چهارم	مرور تکلیف قبلی، توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردنک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش آگاهی از هیجانات منفی (اضطراب، غمگینی، خشم، نفرت) پذیرش و تجربه این هیجانات، ذهن‌آگاهی در موقعیت‌های پرخطر، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف خانگی (نوشتن هیجانات منفی عدمه و ثبت در فرم مربوطه)
پنجم	مرور تکلیف قبلی، معرفی مدل رفتاری سه‌بعدی به‌منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/ احساسات، عملکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث در مورد تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، پذیرش و عملکرد ماهرانه، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف خانگی
ششم	مرور تکلیف قبلی، تمرين عملی آموخته‌ها، توضیح مفاهیم نقش و زمینه، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، افکار را افکار دیدن، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف خانگی (استاندهای مجدد)
هفتم	مرور تکلیف قبلی، گزارش پیشرفت درمان (وارسی کردن)، تمرين تمرکزی (تمرکز بر تنفس، صدای محيطی، پیاده‌روی، غذا خوردن، مسواک زدن و...)، تعادل خود مراقبتی و سبک زندگی، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف خانگی (تمرکزدهی مجدد، ارزش‌گذاری مجدد)
هشتم	مرور تکلیف قبلی، آرمیدگی عضلانی و تصویرسازی ذهنی مثبت، بحث پیرامون پیشامدهای منفی و مفهوم عود، برنامه‌ریزی آینده و استفاده از فنون ذهن‌آگاهی در همه‌ی شرایط و زمان‌ها برای زندگی، حمایت اجتماعی و ادامه تمرين، جمع‌بندی جلسات، پاسخ به پرسشنامه‌ها (اجرای پس‌آزمون)، دریافت بازخورد، تکلیف مادام‌العمر

**پروتکل درمانی جلسات رفتاردرمانی شناختی (CBT):** این برنامه طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای هفته‌ای دوبار تنظیم شده است. جلسات هشت‌گانه مداخله‌ای این پژوهش بر اساس دستورالعمل‌های فری<sup>۱</sup> (۲۰۰۸) انجام گرفت که خلاصه جلسات به شرح ذیل می‌باشد:

### جدول ۲. پروتکل درمانی جلسات رفتاردرمانی شناختی فری (۲۰۰۸)

جلسات	فعالیت‌ها
اول	آشنایی اعضاء با یکدیگر، ارائه توضیحاتی راجع به فرآیند و قوانین مشاوره گروهی و قوانین مربوطه (میزان ساعت مشاوره گروهی، چگونگی تعامل اعضاء با یکدیگر، تعداد جلسات، همکاری اعضاء...).
دوم	بحث در رابطه با میزان آمادگی بر ترک موفق، توضیح و بحث در رابطه با تأثیر عوامل جسمانی، افکار، هیجانات، رفتار، عادات، موقعیت‌ها و حمایت‌های اجتماعی بر ترک موفق، تعیین تاریخ ترک
سوم	ارزیابی شرایط شرکت‌کنندگان، تشویق شرکت‌کنندگان به ادامه برنامه ترک، بحث در رابطه با وسوسه بعد از ترک، گفتگو در رابطه با تجربیات شرایط جسمانی،
چهارم	تعريف استرس، گفتگو راجع به استرس و هیجانات منفی، گفتگو با شرکت‌کنندگان در رابطه با روش‌های جایگزین در موقع داشتن هیجان‌های منفی و استرس
پنجم	تعريف لغزش و عود مجدد، بحث گروهی و ایجاد تغییر نگرش نسبت به لغزش و عود به عنوان تجربیاتی برای موفقیت در آینده، آشنایی با تکنیک توقف فکر
ششم	بررسی افکار ناکارآمد در موقعیت‌های پرخطر که احتمال مصرف مواد را زیاد می‌کنند، جایگزین کردن خودگویی‌های مثبت و تشویق‌آمیز راجع به پرهیز از مواد

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی بر عملکرد اجرایی بیماران مصرف‌کننده مت‌آفتامین  
Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and mindfulness therapy on the executive function of ...

هفتم بروزی موقعیت‌هایی که منجر به برانگیختن احساسات بد می‌شود مانند گرسنگی، عصبانیت، خستگی، دلتگی ... ارائه رفتارهای جایگزین برای کم کردن احساسات بد (بحث گروهی)

هشتم سوال از شرکت‌کنندگان در رابطه با تصویرسازی از خود، گفتگو در رابطه با احساس شرکت‌کنندگان نسبت به خویش و ایجاد تصویر متفاوتی از خویش به عنوان یک فرد غیرمعتاد

## یافته ها

یافته‌های پژوهش در مورد اطلاعات جمعیت‌شناختی نشان داد که ۱۵ نفر (۴۵٪) نفر گروه شناختی رفتاری، ۱۵ نفر درمان ذهن‌آگاهی و ۱۵ نفر گروه گواه) حضور داشتند که میانگین و انحراف استاندارد معیار سن برای گروه شناختی رفتاری به ترتیب ۳۴/۵۱ و ۵/۲۹ سال، برای گروه ذهن‌آگاهی ۳۳/۷۵ و ۵/۶۱ سال و برای گروه گواه ۳۳/۵۸ و ۵/۴۸ بود. همچنین جنسیت همه افراد شرکت‌کننده مرد بود. ۵۶ درصد از مردان شرکت‌کننده متاهل و ۳۴ درصد نیز مجرد بودند. در شاخص تحصیلات نیز ۷۱ درصد از شرکت‌کنندگان زیر دیپلم و ۲۹ درصد نیز بالای دیپلم بودند. و همچنین مدت مصرف در ۶۴ درصد شرکت‌کنندگان از ۵ تا ۱۰ سال و در ۳۶ درصد شرکت‌کنندگان از ۱۱ تا ۱۵ سال بود. در ادامه یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه می‌شود. برای توصیف داده‌ها از میانگین به عنوان شاخص گرایش مرکزی و انحراف معیار به عنوان شاخص پراکندگی استفاده شد.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیر خطای کل و مؤلفه‌های آن در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

	پیگیری انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	پس‌آزمون انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	پیش‌آزمون انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	گواه	طبقات صحیح درمان شناختی رفتاری	طبقات صحیح درمان ذهن‌آگاهی
۱۰/۰۶	۷۰/۴۷	۱۰/۲۰	۷۰/۴۷	۱۰/۱۹	۷۰/۹۳	۷۰/۹۳	گواه	طبقات صحیح درمان شناختی رفتاری	طبقات صحیح درمان ذهن‌آگاهی
۷/۳۲	۴۸/۸۷	۷/۱۹	۴۹/۱۳	۱۰/۵۳	۷۴/۰۰	۶۹/۰۷	کنترل	طبقات صحیح درمان شناختی رفتاری	طبقات صحیح درمان ذهن‌آگاهی
۷/۴۶	۳۷/۲۰	۷/۴۳	۳۷/۴۰	۹/۸۹	۳۸/۸۰	۳۸/۲۰	کنترل	طبقات صحیح درمان شناختی رفتاری	طبقات صحیح درمان ذهن‌آگاهی
۵/۲۸	۳۶/۵۳	۵/۱۱	۳۷/۶۷	۴/۳۹	۳۹/۲۰	۳۸/۲۰	کنترل	طبقات صحیح درمان شناختی رفتاری	طبقات صحیح درمان ذهن‌آگاهی
۵/۲۸	۲۳/۷۳	۴/۶۹	۲۵/۰۰	۳/۰۸	۳/۸۲	۳/۸۲	کنترل	طبقات صحیح درمان شناختی رفتاری	طبقات صحیح درمان ذهن‌آگاهی
۲/۹۶	۱۷/۲۷	۲/۸۹	۱۸/۷۳	۱۴/۹۳	۱۲۹/۱۳	۱۲۹/۱۳	گواه	طبقات صحیح درمان شناختی رفتاری	طبقات صحیح درمان ذهن‌آگاهی
۱۴/۲۸	۱۲۸/۸۷	۱۴/۷۲	۱۲۸/۴۷	۱۴/۹۳	۱۳۴/۳۳	۱۳۴/۳۳	گواه	طبقات صحیح درمان شناختی رفتاری	طبقات صحیح درمان ذهن‌آگاهی
۱۰/۷۰	۹۰/۱۳	۱۰/۸۰	۹۰/۴۰	۱۶/۲۱	۱۳۰/۹۳	۱۳۰/۹۳	کنترل	طبقات صحیح درمان شناختی رفتاری	طبقات صحیح درمان ذهن‌آگاهی
۹/۷۸	۶۸/۸۷	۹/۳۴	۶۹/۲۷	۱۳/۴۵	۱۳۰/۹۳	۱۳۰/۹۳	کنترل	طبقات صحیح درمان شناختی رفتاری	طبقات صحیح درمان ذهن‌آگاهی

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، مؤلفه‌های خطای کل برای سه گروه گواه، درمان شناختی رفتاری، درمان ذهن‌آگاهی در سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) نشان داده شده است. میانگین خطای کل در مرحله پس‌آزمون در گروه‌های درمان شناختی رفتاری، ذهن‌آگاهی و کنترل به ترتیب برابر با ۶۹/۲۷، ۹۰/۴۰ و ۹۰/۴۰ می‌باشد. در گروه کنترل میانگین نمره خطای کل در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد. ولی در گروه‌های درمان ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری شاهد کاهش قابل توجه خطای کل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون هستیم. بررسی معنادار بودن این تغییرات با استفاده از آزمون تحلیل واریانس آمیخته صورت گرفت. قبل از اجرای آزمون، آزمون تحلیل واریانس آمیخته، از آزمون کولموگروف - اسمایرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات خطای کل و مؤلفه‌های آن در مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری (۰/۰۵ < p < ۰/۰۱) از آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌های خطای کل در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون ( $F=0/186$ ,  $P=0/20$ ), پس‌آزمون ( $F=1/105$ ,  $P=0/123$ ) و پیگیری ( $F=1/133$ ,  $P=0/263$ ) در متغیر طبقات صحیح تکمیل شده در ۳ مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون ( $F=1/782$ ,  $P=0/214$ ), پس‌آزمون ( $F=1/543$ ,  $P=0/252$ ) و پیگیری ( $F=1/346$ ,  $P=0/46$ ) در متغیر خطای در جاماندگی در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون ( $F=1/23$ ,  $P=0/252$ ) و پیگیری ( $F=1/72$ ,  $P=0/45$ ) و پیگیری ( $F=0/19$ ,  $P=0/19$ ) و برای بررسی همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس با استفاده از آزمون امباکس در متغیر خطای کل ( $F=1/04$ ,  $P=0/32$ ,  $MBOX=17/47$ ,  $F=1/35$ ,  $P=0/33$ )، متغیر طبقات صحیح تکمیل شده ( $F=1/817$ ,  $P=0/1$ ,  $MBOX=31/54$ ,  $P=0/1$ ) استفاده شد؛ که نتایج این آزمون‌ها معنی‌دار نبود. همچنین بهمنظور بررسی

پیش‌فرض کرویت از آزمون موجلی استفاده شد و نتایج نشان داد پیش‌فرض کرویت برای هیچ‌کدام از مؤلفه‌های خطای کل به جز طبقات صحیح تکمیل شده رعایت نشده است، بنابراین برای تفسیر نتایج از روش گرینهاؤس - گیسر استفاده شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس آمیخته مربوط به اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی

متغیر	عوامل	منابع تغییر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	میزان اثر
	زمان		۱۹۹۱/۷۶	۲	۹۹۵/۸۸	۲۷/۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲
طبقات	درون‌گروهی	زمان × گروه	۸۱۰/۹۸	۴	۲۰۲/۷۵	۵/۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۲۳
صحیح	خطا		۲۴۱/۱۸	۷۶	۳۶۰/۰۷	-	-	-
تکمیل شده	گروه		۲۴۱/۱۸	۷۶	۱۷۱۱/۱۴	۲۰/۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۰۵۲
	خطا		۳۱۴۸/۶۸	۷۶	۸۲/۸۶	-	-	-
	زمان		۸۲۰/۹۳	۱/۴۵	۵۷۰/۰۶	۰/۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۱
خطای	درون‌گروهی	زمان × گروه	۱۶۱۹/۶۳	۲/۹۱	۵۵۷/۲۴	۲/۴۵	۰/۰۰۵	۰/۱۱
در جاماندگی	خطا		۱۲۵۴۴/۸۹	۵۵/۲۲	۲۲۷/۱۷	۴/۹۵	۰/۰۱	۰/۲۱
	گروه		۲۲۵۵/۲۲	۲	۱۱۲۷/۶۱	-	-	-
	خطا		۸۶۵۶/۴۱	۳۸/۰۰۲	۲۲۷/۸	-	-	-
	زمان		۴۱۶۴۱	۱/۷۳	۲۴۰/۰۸	۲/۵۴	۰/۰۰۹	۰/۰۶
خطای کل	درون‌گروهی	زمان × گروه	۱۵۱/۳۱	۳/۴۷	۴۳/۶۳	۰/۴۶	۰/۰۷۴	۰/۰۰۲
	خطا		۶۲۱۸/۹۳	۶۵/۹۱	۹۴/۳۶	-	-	-
	گروه		۹۴/۷۲	۲	۴۷/۳۶	۰/۵۲	۰/۰۶	۰/۰۰۳
	خطا		۳۴۴۶/۵۳	۳۸	۹۰/۷	-	-	-

بر این اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته در جدول ۴ ارائه شده است. همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌گردد در متغیر طبقات صحیح تکمیل شده اثر زمان معنادار است ( $P < 0.05$ ) بنابراین بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در این متغیر تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین با توجه به نتایج جدول نشان دهد بین گروه و زمان در متغیرهای طبقات صحیح تکمیل شده، خطای در جاماندگی و خطای کل تفاوت معناداری وجود دارد و مشخص می‌گردد بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه درمانی و گروه کنترل در متغیر واپسخانه تفاوت وجود دارد همچنین در اثر گروه با توجه به مقادیر و سطح معناداری F در متغیرهای طبقات صحیح تکمیل شده، خطای در جاماندگی و خطای کل بین دو گروه درمان شناختی رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد مقایسه دوبعدی این گروه‌ها به تفکیک هر مرحله با استفاده از آزمون بنفرونی صورت گرفته است که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین مؤلفه‌های خطای کل

متغیر	پیش‌آزمون			پس‌آزمون			گروه	
	میانگین	آماره	نتفاوت	میانگین	آماره	نتفاوت		
درمان	کنترل	۳/۰۶۷	۳/۷۷۶	۱/۰۰۰	۳/۷۷۶	-۲۱/۳۳۳*	۳/۰۶۲	۰/۰۰۰۱
شناختی	درمان	۴/۹۳۳	۴/۷۷۶	۰/۵۷۸	۴/۹۳۳	-۱۱/۷۳۳*	۳/۰۶۲	۰/۰۰۱
طبقات	رفتاری	ذهن‌آگاهی	-۱/۸۶۷	-۱/۸۶۷	-۱/۸۶۷	-۳۳/۰۶۷*	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰۱
صحیح	درمان	کنترل	۳/۷۷۶	۳/۷۷۶	۳/۷۷۶	-۱۱/۷۳۳*	۳/۰۶۲	۰/۰۰۱
تکمیل شده	ذهن‌آگاهی	شناختی	-۴/۹۳۳	-۴/۹۳۳	-۴/۹۳۳	-۱۱/۶۶۷*	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
	رفتاری						-۱۲/۸۰۰*	۱/۶۹۴
	کنترل						-۰/۴۰۰	-۰/۰۰۰۱

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی بر عملکرد اجرایی بیماران مصرف‌کنندگان مت‌آمftamien  
Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and mindfulness therapy on the executive function of ...

خطای گی	در جاماندگی	درمان ذهن‌آگاهی	درمان شناختی رفتاری	درمان ذهن‌آگاهی	درمان ذهن‌آگاهی	درمان شناختی رفتاری	درمان ذهن‌آگاهی					
۰/۰۰۱	۱/۶۹۴	۶/۴۶۷*	۰/۰۰۱	۱/۵۸۴	۶/۲۶۷*	۱/۰۰۰	۱/۳۸۸	۰/۶۰۰	درمان	درمان	درمان	درمان
۰/۰۰۱	۱/۶۹۴	-۱۹/۲۶۷*	۰/۰۰۱	۱/۵۸۴	-۱۸/۹۳۳*	۱/۰۰۰	۱/۳۸۸	-۱/۰۰۰	کنترل	درمان	درمان	درمان
۰/۰۰۱	۱/۶۹۴	-۶/۴۶۷*	۰/۰۰۱	۱/۵۸۴	-۶/۲۶۷*	۱/۰۰۰	۱/۳۸۸	-۰/۶۰۰	درمان	ذهن‌آگاهی	ذهن‌آگاهی	شناختی رفتاری
۰/۰۰۱	۴/۲۹۱	-۳۸/۷۳۳*	۰/۰۰۱	۴/۳۲۳	-۳۸/۰۶۷*	۱/۰۰۰	۵/۴۴۳	۵/۲۰۰	کنترل	درمان	درمان	خطای کل
۰/۰۰۱	۴/۲۹۱	۲۱/۲۶۷*	۰/۰۰۱	۴/۳۲۳	۲۱/۱۳۳*	۱/۰۰۰	۵/۴۴۳	۳/۴۰۰	درمان	ذهن‌آگاهی	ذهن‌آگاهی	شناختی رفتاری
۰/۰۰۱	۴/۲۹۱	-۶۰/۰۰۰*	۰/۰۰۱	۴/۳۲۳	-۵۹/۲۰۰*	۱/۰۰۰	۵/۴۴۳	۱/۸۰۰	کنترل	درمان	درمان	خطای کل
۰/۰۰۱	۴/۲۹۱	-۲۱/۲۶۷*	۰/۰۰۱	۴/۳۲۳	-۲۱/۱۳۳*	۱/۰۰۰	۵/۴۴۳	-۳/۴۰۰	درمان	ذهن‌آگاهی	ذهن‌آگاهی	شناختی رفتاری

با توجه به جدول ۵ ملاحظه می‌شود تفاوت معناداری بین گروه‌های شناختی رفتاری و کنترل در متغیر طبقات صحیح تکمیل شده ( $P<0.05$ ) و بین گروه‌های درمان شناختی رفتاری و کنترل در متغیرهای طبقات صحیح تکمیل شده، خطای در جاماندگی و خطای کل و درمان ذهن‌آگاهی و کنترل در متغیرهای طبقات صحیح تکمیل شده، خطای در جاماندگی و خطای کل ( $P<0.05$ ) وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد بین روش درمان ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری در سطح معنی‌داری  $0.05$  اختلاف معنادار وجود دارد. مطابق با جدول ۵ اختلاف میانگین روش درمان شناختی رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی برای متغیر عملکرد اجرایی و مؤلفه‌هایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به صورت مثبت معنادار شده است. درنتیجه روش درمان ذهن‌آگاهی در کاهش خطای کل، طبقات صحیح تکمیل شده و خطاب در جاماندگی اثربخشی بیشتری نسبت به فراشناخت درمانی داشته است ( $P<0.05$ ).

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی بر عملکرد اجرایی مصرف‌کنندگان مت‌آمftamien نتایج نشان داد که هر دو مداخله گروه درمانی بر عملکرد اجرایی بیماران مصرف‌کنندگان آمftamien مؤثر بودند و مداخله درمان ذهن‌آگاهی اثربخشی بیشتری در عملکرد اجرایی بیماران معنادار به مت‌آمftamien نسبت به درمان شناختی رفتاری داشته است.

در بخش اول یافته‌های پژوهش نشان داد درمان ذهن‌آگاهی بر عملکرد اجرایی مصرف‌کنندگان مت‌آمftamien موثر بوده است. این یافته با یافته‌های مطالعات پیشین از جمله واحدی و همکاران (۱۳۹۷)، فرهادی و همکاران (۱۳۹۷) همسو بود. طبق نظریه تیزدل<sup>۱</sup> ذهن ما اغلب در مورد واقعی که اتفاق می‌افتد تفسیر و استنباط می‌کند و باعث واکنش‌ها و احساسات پایداری می‌شوند. در افرادی که مستعد اختلال روانی هستند، ذهن دائماً به سمت افکار ناراحت‌کننده و منفی گرایش پیدا می‌کند که این خود باعث تداوم بیشتر غم و هیجانات منفی می‌شود. در اصل، فرض بر این است که آسیب‌پذیری در مقابل اختلال روانی، ناشی از پیوندهای مکرر بین خلق و الگوهای منفی خود ایجادگیر و نالیدانه تفکر است که به نوبه خود به تغییراتی در سطوح شناختی و عصبی می‌انجامد، ذهن‌آگاهی با ترغیب فرد به تمرین برای توجه به ویژگی‌های تجارب به شیوه‌های خالی از قضاوت، موجب کدگذاری اختصاصی تر اطلاعات در حافظه سرگذشتی می‌شود که به نوبه خود می‌تواند بازخوانی اختصاصی تر از حافظه را به همراه داشته باشد. این روش به تعديل احساسات بدون قضاوت و واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی همان‌طور که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند (بحرینی و همکاران، ۱۴۰۰). بدین ترتیب در تبیین این یافته می‌توان عنوان داشت از آنجایی که این نوع شناخت درمانی شامل مراقبه‌های مختلف، یوگای کشیدگی، آموزش مقدماتی درباره افسردگی، تمرین مرور بدن و چند تمرین شناخت درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد. تمامی این تمرین‌ها بهنوعی توجه به موقعیت‌های بدنی و پیرامون را در لحظه‌ی حال میسر می‌سازد، بنابراین توانسته پردازش‌های خودکار نگرانی، دل مشغولی، اضطراب و افسردگی را کاهش دهد و با کم کردن اثرات افکار و هیجانات منفی، بر میزان عملکردهای اجرایی بیماران معنادar تحت آموزش بیفزاید.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد درمان شناختی رفتاری بر عملکرد اجرایی مصرف کنندگان مت‌آفتابی مؤثر بوده است. این یافته با یافته‌های مطالعات پیشین از جمله روdbاری و همکاران (۱۳۹۹)، آگبریا (۲۰۲۳)، بارون<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان عنوان داشت آموزش مهارت حل مسئله در این دوره آموزشی که عبارت از فرایند شناختی - رفتاری که توسط خود فرد هدایت می‌شود و فرد سعی می‌کند با کمک آن راه حل‌های مؤثر یا سازگارانه‌ای برای مسائل زندگی روزمره خویش پیدا کند و حل مسئله یک فرایند آگاهانه، منطقی، تلاش بر و هدفمند است و با توجه به اینکه فردی که توانایی حل مسئله بالاتری دارد، بهتر می‌توان انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشد، با محیط سازگار شده و به اقتضای آن پاسخ دهد و به هدف‌های خود بهتر دست یافته و تنش کمتری را تجربه می‌نماید، می‌توان نتیجه گرفت افراد دچار اعتیادی که آموزش حل مسئله را در قالب این دوره آموزشی دریافت نمودند، توانستند در مواجهه با مسائل مختلف زندگی اجتماعی، خانوادگی و فردی و شغلی از راهبردهای آموزش‌دهنده‌شده بهره گیرند و مسائل خود را به نحو بهتری حل نمایند و بیشتر از راهبرد مسئله محور بهره گیرند و کمتر از مشکلات خود اجتناب کرده و درنهایت عملکردهای اجرایی در ایشان بهبود یابد.

درنهایت یافته‌های پژوهش نشان داد بین اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر عملکرد اجرایی تفاوت معناداری وجود دارد و درمان ذهن‌آگاهی اثربخش‌تر بوده است. این یافته با یافته‌های مطالعات پیشین از جمله مطالعه روdbاری و همکاران (۱۳۹۹)، واحدی و همکاران (۱۳۹۷)، فرهادی و همکاران (۱۳۹۷)، آگبریا (۲۰۲۳)، بارون و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین اثربخشی بیشتر درمان ذهن‌آگاهی می‌توان گفت که تمرین ذهن‌آگاهی منجر به افزایش فراشناخت افراد می‌شود که باعث می‌شود افراد از جریان هوشیاری خود آگاهی پیدا کنند. افزایش آگاهی شناختی امکان نظارت بهتر بر فرآیندهای هیجانی و شناختی خودکار را فراهم می‌کند. ذهن‌آگاهی همچنین پذیرش افکار و احساسات را بدون قضاوت آنها افزایش می‌دهد. وقتی افراد تمرین ذهن‌آگاهی می‌کنند، افکار خود را در لحظه فعلی حس می‌کنند به جای اینکه در گذشته باشند یا آینده را تصویر کنند. بنابراین می‌توان گفت که این مداخله که با افزایش تمرکز و دقت و انعطاف‌پذیری و قدرت حل مسئله، عملکردهای اجرایی افراد را افزایش داده است.

مواد آفتابیم و مت آفتابیم بیشترین توان ایجاد آسیب‌های شناختی، رفتاری، اجتماعی و زیست شناختی را دارند. از آنجایی که کارکردهای اجرایی پیچیده مثل استدلال، برنامه ریزی و سازماندهی جزء کنش‌های عالی کرتکس پیشانی است، اعتقاد بر این است که آسیب یا اختلال در مناطق زیر کرتکسی مغز با توانایی افراد برای انجام برنامه ریزی و سازماندهی به طور معنا داری مرتبط است نتایج حاصل از پژوهش که نشان داده است که درمان ذهن‌آگاهی بیشتر از درمان شناختی رفتاری بر عملکرد اجرایی مصرف کنندگان مت آفتابیم تأثیر معناداری داشته است، با در نظر گرفتن نتایج بدست آمده می‌توان عنوان داشت که درمان ذهن‌آگاهی نسبت به درمان شناختی رفتاری، در بهبود وضعیت روان‌شناختی مصرف کنندگان مت آفتابیم تأثیر بیشتری داشته و کارایی بالاتری دارد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به انتخاب نمونه‌گیری هدفمند از میان بیماران مصرف کننده مت آفتابیم یک شهر خاص اشاره کرد که از اعتبار بیرونی پژوهش کاست. همین‌طور عدم توجه به برخی از متغیرهای روان‌شناختی (مثل ذهنیت روان‌شناختی و بینش مراجعتی انگیزه) مراجع حوادث متقارن با پژوهش و استرس‌های همزمان با اجرای پژوهش). از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود که اعتبار درونی را به مخاطره می‌اندازد. همین‌طور پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده برای کاهش سوگیری احتمالی و کنترل متغیرهای مداخله‌گر نمونه از شهرها و گروه‌های مختلف و با حجم بیشتر انجام شود تا با اطمینان بیشتری بتوان نتایج را تعیین داد.

## منابع

- اسماعیل‌زاده روزبهانی، آ.، بهروزی، ن.، امیدیان، م.، و مکتبی، غ. (۱۴۰۰). تأثیر توانبخشی شناختی رایانه‌ای بر اجرایی و حل مسئله در دانش آموزان با اختلال یادگیری ریاضی. *توانمندسازی کودکان استثنائی*, ۱۲(۴)، ۶۷-۹۸. [https://www.ceciranj.ir/article\\_139620.html](https://www.ceciranj.ir/article_139620.html)
- بحریانی، ز.، کهرمازی، ف.، و نیک‌منش، ز. (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و عواطف مثبت و منفی در دختران نوجوان دچار نشانگان بدريخت‌انگاری بدن. *پژوهش توانبخشی در پرستاری*, ۸(۲)، ۶۴-۷۹. <http://ijrn.ir/article-1-685-fa.html>
- حسینی، ز.، احمدی، و.، و مامی، ش. (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و شادکامی مردان مصرف کننده مت آفتابیم. *خانواده درمانی کاربردی*, ۱(۲)، ۱۷۷-۱۹۹. [https://www.ajtj.ir/article\\_131270.html](https://www.ajtj.ir/article_131270.html)
- داودی، ا.، نیسی، ع.، خزانی، ح.، ارشدی، ن.، و زکی‌ثی، ع. (۱۳۹۶). بررسی نقش برخی از عوامل شناختی و هیجانی در پیش‌بینی اختلال بی‌خوابی. *محله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*, ۲۷(۱۵۰)، ۱۰۷-۱۲۱. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-8648>
- رجیان، ع. (۱۳۹۶). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود حافظه کاری، بازداری و انعطاف‌پذیری شناختی افراد مبتلا به اختلال اضطراب غرگیر. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی*. دانشگاه فردوسی مشهد.

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی بر عملکرد اجرایی بیماران مصرف‌کننده مت آمفتامین  
Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and mindfulness therapy on the executive function of ...

رستمی نژاد، ش.، عارفی، م.، و خادمی، ع. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر مولفه‌های استعداد اعتماد دانش آموزان مقطع متوسطه. *مطالعات تاثویری*, ۱۰، ۱۰-۱۴. <http://jdisabilstud.org/article-1-1446-fa.html>

رودباری، ا.، آقایوسفی، ع.، علیپور، ا.، و اورکی، م. (۱۳۹۹). مقایسه اثر درمان ترکیبی شناختی رفتاری و متادون درمانی با انجمان معتادان گمنام بر کارکردهای اجرایی معتادان داوطلب ترک شهر جیرفت. *محله دانشگاه علوم پزشکی جیرفت*, ۷(۲)، ۳۶۶-۳۷۳. <http://journal.jmu.ac.ir/article-1-352-fa.html>

شفیعی، م.، صادقی، م.، و رمضانی، ش. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کارکرد اجرایی و اجتناب تجربی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. *طب جانباز*, ۴(۴)، ۱۷۵-۱۶۹. <https://ijwph.ir/article-1-673-en.html>

صادقی پور میبدی، م.، زارع نیستانک، م.، فروزنده، ا.، و بنی طباء، س. م. (۱۴۰۰). بررسی نقش اختلالات روانی در پیش‌بینی جستجوی درمان (درمان خواه و غیر درمان خواه) در بین افراد دارای اختلال سوءصرف مواد شهرستان میبد. *محله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*, ۴۰۴۵-۴۰۳۴. <https://www.sid.ir/paper/963713/fa.html>

فرهادی، ط.، اصلی آزاد، م.، و شکرخدایی، ن. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر کارکردهای اجرایی و همچو شناختی نوجوانان مبتلا به اختلال وسوسات فکری-عملی. *توانمندسازی کودکان استثنائی*, ۹(۴)، ۸۱-۹۲. [https://www.ceciranj.ir/article\\_91194.html](https://www.ceciranj.ir/article_91194.html)

کرفت، ج.، و ویلیامز، ر. (۲۰۱۲). کاربرد ذهن‌آگاهی در درمان اعتماد و رفتارهای اعتمادی. *ترجمه منوچهر ازخوش و فاطمه خان‌زاده* (۱۳۹۵). تهران: ارسپاران. ناطقی، م.، و سهرابی، ف. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تکانشگری نوجوانان دارای اعتماد به مواد مخدر. *ایده‌های توین روانشناسی*, ۱۱(۱۵)، ۱-۸. <http://jnlp.ir/article-1-642-fa.html>

واحدی، ش.، میرنسب، م.، فتحی آذر، ا.، و دامغانی میر محله، م. (۱۳۹۷). تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کنش‌های اجرایی مغز و یادگیری هیجانی اجتماعی دانش آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. *سلامت روان کودک*, ۵(۲)، ۵۸-۴۷. <http://childmentalhealth.ir/article-1-322-fa.html>

Agbaria, Q. (2023). Cognitive behavioral intervention in dealing with Internet addiction among Arab teenagers in Israel. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 21, 2493-2507. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00733-6>

Azad, A. H., Khan, S. A., Ali, I., Shafi, H., Khan, N. A., & Umar, S. A. (2022). Experience of psychologists in the delivery of cognitive behaviour therapy in a non-western culture for treatment of substance abuse: a qualitative study. *International journal of mental health systems*, 16(1), 55. <https://doi.org/10.1186/s13033-022-00566-3>

Barceló F. (2001). Does the Wisconsin Card Sorting Test measure prefrontal function?. *The Spanish journal of psychology*, 4(1), 79–100. <https://doi.org/10.1017/s1138741600005680>

Barron, J. M., & Storch, E. A. (2021). Editorial: Cognitive Behavior Therapy and Executive Function in Neurodegenerative Disorders, Psychiatric Disorders, and Injury Research. *Frontiers in psychiatry*, 12, 780748. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.780748>

Boness, C. L., Votaw, V. R., Schwobel, F. J., Moniz-Lewis, D. I. K., McHugh, R. K., & Witkiewitz, K. (2023). An evaluation of cognitive behavioral therapy for substance use disorders: A systematic review and application of the society of clinical psychology criteria for empirically supported treatments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 30(2), 129–142. <https://doi.org/10.1037/cps0000131>

Chen, T., Su, H., Zhong, N., Tan, H., Li, X., Meng, Y., Duan, C., Zhang, C., Bao, J., Xu, D., Song, W., Zou, J., Liu, T., Zhan, Q., Jiang, H., & Zhao, M. (2020). Disrupted brain network dynamics and cognitive functions in methamphetamine use disorder: insights from EEG microstates. *BMC psychiatry*, 20(1), 334. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02743-5>

Engström, M., Willander, J., & Simon, R. (2022). A review of the methodology, taxonomy, and definitions in recent fMRI research on meditation. *Mindfulness*, 13(3), 541–555. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01782-7>

Free, M. L. (2008). *Cognitive therapy in groups: Guidelines and resources for practice*. New Jersey: Wiley.

Grant, D. A., & Berg, E. A. (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. <https://doi.org/10.1037/h0059831>

Korecki, J. R., Schwobel, F. J., Votaw, V. R., & Witkiewitz, K. (2020). Mindfulness-based programs for substance use disorders: a systematic review of manualized treatments. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 15(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s13011-020-00293-3>

Kräplin, A., Joshanloo, M., Wolff, M., Krönke, K. M., Goschke, T., Bühringer, G., & Smolka, M. N. (2022). The relationship between executive functioning and addictive behavior: new insights from a longitudinal community study. *Psychopharmacology*, 239(11), 3507–3524. <https://doi.org/10.1007/s00213-022-06224-3>

Leung, J., Mekonen, T., Wang, X., Arunogiri, S., Degenhardt, L., & McKetin, R. (2023). Methamphetamine exposure and depression-A systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol review*, 42(6), 1438–1449. <https://doi.org/10.1111/dar.13670>

López, G., Orchowski, L.M., Reddy, M.K., Nargiso, J., & Johnson, J. E. (2021). A review of research-supported group treatments for drug use disorders. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 16, 51. <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00371-0>

Magill, M., Kiluk, B. D., & Ray, L. A. (2023). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Alcohol and Other Drug Use Disorders: Is a One-Size-Fits-All Approach Appropriate?. *Substance abuse and rehabilitation*, 14, 1–11. <https://doi.org/10.2147/SAR.S362864>

Nyhus, E., & Barceló, F. (2009). The Wisconsin Card Sorting Test and the cognitive assessment of prefrontal executive functions: a critical update. *Brain and cognition*, 71(3), 437–451. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2009.03.005>

Rosenthal, A., Levin, M. E., Garland, E. L., Romanczuk-Seifert, N. (2021). Mindfulness in Treatment Approaches for Addiction — Underlying Mechanisms and Future Directions. *Current Addiction Reports*, 8(8), 282–297. <https://doi.org/10.1007/s40429-021-00372-w>

Spreen, O., & Strauss, E. (1998). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms and commentary* (2nd ed.), New York: Oxford University Press.

Weidenauer, A., Bauer, M., Sauerzapf, U., Bartova, L., Nics, L., Pfaff, S., ... Willeit, M. (2020). On the relationship of first-episode psychosis to the amphetamine-sensitized state: a dopamine D<sub>2/3</sub> receptor agonist radioligand study. *Translational psychiatry*, 10(1), 2. <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0681-5>