مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۲۳، فروردین ۱۴۰۴، ۱۴۰-۱۲۳

مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان چشم‌انداز زمان بر تنظیم هیجان افراد وابسته به مواد مخدر: یک مطالعه نیمه‌تجربی

حدیث ولی‌زاده[۱]، شهرام مامی[۲]، حمیرا سلیمان‌نژاد[۳]، زینب میهن‌دوست[٤]

دریافت مقاله۱۴۰۳/۰۹/۱۸ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۱۴۰۳/۱۱/۳۰ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۳/۱۲/۱۸ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۱۲/۱۹

چکیده

زمینه و هدف: سوءمصرف مواد یک فاجعه برای افراد مصرف‌کننده، خانواده‌شان و جامعه می‌باشد. روند رو به افزایش آن، چالش های بزرگی را برای افراد و سیستم‌های بهداشتی ایجاد می‌کنند. استراتژی‌های درمانی مؤثر برای مقابله با این چالش‌ها ضروری هستند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان چشم‌انداز زمان بر تنظیم هیجان افراد وابسته به مواد مخدر انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه مردان وابسته به مواد مخدر مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۳ بود که ۶۰ نفر از آن‌ها به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه (۲۰ نفره) جایگزین شدند. گروه فراشناختی ۸ جلسه و گروه چشم‌انداز زمان ۶ جلسه تحت مداخله قرار گرفتند و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه دشواری در تنظیم هیجان Gratz و Roemer (۲۰۰۴) انجام شد. داده‌ها با استفاده از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: اثر مداخلات بر بهبودی تنظیم هیجان (P=۰/۰۰۱، F=۹۵۹/۵۰) افراد وابسته به مواد مخدر معنی‌دار بود و این اثرات مثبت در دوره پی‌گیری پایدار ماند. هم‌چنین، بین شیوه‌های درمانی تفاوت آماری معنادار وجود داشت (P<۰/۰۰۱) و درمان فراشناختی بر تنظیم هیجان این افراد اثربخشی بیشتری داشت (P<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر درمان فراشناختی بر تنظیم هیجان افراد وابسته به مواد مخدر در پژوهش حاضر، توجه بیشتر به انجام آموزش‌ها بر اساس این مداخله پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: وابستگی به مواد مخدر، تنظیم هیجان، درمان فراشناختی، درمان چشم‌انداز زمان

ارجاع: ولی‌زاده ح، مامی ش، سلیمان‌نژاد ح، میهن‌دوست ز. مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان چشم‌انداز زمان بر تنظیم هیجان افراد وابسته به مواد مخدر: یک مطالعه نیمه‌تجربی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، سال ۱۴۰۴، دوره ۲۴ شماره ۱، صفحات: ۱۴۰-۱۲۳.

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران
۲- (نویسنده مسئول) استادیار، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران
تلفن: ۰۹۱۸۱۴۱۳۲۳۶، پست الکترونیکی: Shahram.mami@yahoo.com
۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران
٤- استادیار، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/jrums.24.2.123]

مقدمه

وابستگی به مواد مخدر (Drug addiction) یکی از چالش‌های بزرگ جامعه جهانی است (۱). این معضل اجتماعی با رشد فزاینده ای روبه‌رو است که موجب بروز اثرات متفاوتی بر فرد و جامعه می‌شود (۲). طبق گزارش جهانی دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد در سال ۲۰۲۲، حدود ۲۷۵ میلیون نفر بین سنین ۶۴-۱۵ در سال ۲۰۲۰ مواد مخدر مصرف کرده‌اند که نسبت به سال ۲۰۰۶ این آمار ۳۲ درصد افزایش داشته است، هم‌چنین در مقایسه با سال ۲۰۰۹ تا سال ۲۰۱۸ میزان اعتیاد به مواد مخدر ۳۰ درصد افزایش داشته است (۳). از طرفی، وابستگی به مواد مخدر در خوش‌بینانه‌ترین حالت ۱/۱۲ درصد از کل جمعیت ایران می‌باشد، و در جوانان به‌مراتب بیشتر از بقیه گروه ها است (۴).

یکی از متغیرهای تأثیرگذار در استمرار مصرف مواد مخدر، تنظیم هیجان (Emotion regulation) است (۵). تنظیم هیجان شامل گستره‌ای از راهبردهای شناختی و رفتاری برای حفظ، کاهش یا افزایش هیجان است (۶). تحقیقات کنونی از سهم قوی دشواری در تنظیم هیجانی در علت‌شناسی مصرف مواد حمایت می‌کند (۸، ۷)، تا جایی که اختلالات مصرف مواد مکرراً به‌عنوان اختلالات تنظیم هیجانی تصور شده است (۹). نتایج تحقیقات نشان داد که دشواری در تنظیم هیجان بر گرایش به مواد مخدر (۱۱، ۱۰) و تداوم اعتیاد نقش مهمی ایفا می‌کند (۸).

نظر به آن‌چه بیان شد، لازم است در خصوص مشکلات افراد وابسته به مواد به دنبال مداخلات و تدابیری بود که در تغییر دیدگاه فرد نسبت به خود تأثیر به‌سزایی داشته باشد (۱۲). در این راستا یکی از روش‌های درمانی که اخیراً رواج یافته، درمان فراشناختی (Metacognitive therapy) است (۱۳). درمان فراشناختی به‌منظور رفع نواقص شناختی و رفتاری ظهور پیدا کرد که بر اساس مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی شکل‌گرفته است (۱۴). این درمان به دلیل تقویت مهارت‌های مقابله‌ای، تنظیم حالات شناختی، هیجانی و خلقی، تغییر الگوهای تفکر و پردازش شناختی، منجر به کاهش نگرانی، نشخوار فکری و افزایش انعطاف پذیری در کنترل شناختی می‌شود (۱۵). محققان معتقدند درمان فراشناختی از طریق کاهش هیجانات منفی بر تنظیم هیجان (۲۱-۱۶) و هم‌چنین کاهش قابل ملاحظه ولع و تداوم مصرف مواد (۲۲) تأثیر به‌سزایی داشته است.

یکی دیگر از مداخلات جدید که کارآزمایی‌های بالینی آن در تحقیقات متعدد نشان داده شده است، درمان چشم‌انداز زمان (perspective therapy Time) است (۲۳). چشم‌انداز زمان فرآیندی است که طی آن جریان مداوم هستی در دسته‌بندی‌های زمانی قرار می‌گیرد که به نظم، انسجام و معنا دادن به زندگی افراد کمک می‌کند (۲۴). درمان چشم‌انداز زمان یک روش درمانی نوین مبتنی بر زمان است که بر ادراک مراجع از گذشته، حال و آینده تمرکز می‌کند؛ تا تعادل زمانی حاصل شود (۲۵). هنگامی‌که افراد تجربیات خود را به اشتراک می‌گذارند، می‌توانند اطلاعات ظاهراً یکسانی را از دیدگاه‌های زمانی مختلف به دست آورند (۲۶). افراد تحت این درمان با تمرکز بر جنبه‌های مثبت رویدادهای گذشته، حال و آینده به تعادل زمانی در خویش کمک می‌کنند (۲۷). نتایج تحقیقات نشان داد، این درمان با تضعیف نگرش‌های منفی نسبت به گذشته و تقدیرگرایی حال بر تنظیم هیجان تأثیر داشته است (۳۱-۲۸).

بنابراین، با استناد به پژوهش‌های انجام شده از سازه‌های مهم برای افراد وابسته به مواد مخدر، تنظیم هیجان محسوب می‌شود (۱۰) و فقدان آن سبب به وجود آمدن مشکلات می‌شود (۱۲). با وجود اثربخشی‌های متفاوت رویکردهای روان‌شناختی در مدیریت این مسئله، شواهد کافی درباره تفاوت بین دو رویکرد درمان فراشناختی و درمان چشم‌انداز زمان برای این جمعیت خاص وجود ندارد. هم‌چنین، انجام مداخلات مقایسه‌ای می‌تواند در انتخاب

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/jrums.24.2.123]

CCBY-NC.4.0 DEED

روش مداخله‌ای کارآمدتر کمک کند (۳۲) و به درمانگران در بهبودی تنظیم هیجان این افراد یاری رساند. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان چشم‌انداز زمان بر تنظیم هیجان افراد وابسته به مواد مخدر بود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی با روش پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری ۲ ماهه همراه با گروه گواه می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد وابسته به مواد مخدر مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۳ بود. برای انجام این پژوهش ابتدا به مراکز ترک اعتیاد شهر کرمانشاه مراجعه و از جامعه مذکور بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: جنسیت مرد، تشخیص قطعی اعتیاد و مصرف مواد بیش از یک سال، عدم دریافت روان‌درمانی و دارودرمانی قبل از ورود به پژوهش، قرار گرفتن در محدوده سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، داشتن تحصیلات حداقل دیپلم، رضایت جهت شرکت در پژوهش و نداشتن بیماری جسمی و اختلالاتی (مثل اختلال خلقی، اختلال دوقطبی، اختلال روان پریشی و اختلال افسردگی) عمده بر اساس پرونده فرد بود و معیارهای خروج شامل غیبت در دو جلسه آموزشی، عدم همکاری، انصراف از ادامه همکاری، امتناع از تکمیل کردن پرسش‌نامه و انجام ندادن تکالیف مشخص‌شده در دوره آموزشی بود.

مطابق با نظر Gall و همکاران حجم نمونه مورد نیاز برای پژوهش‌های نیمه تجربی برابر با ۱۵ نفر است (۳۳). لذا بر اساس ملاک‌های ورود و برای جبران احتمال افت شرکت‌کنندگان، در مجموع تعداد ۶۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و بر اساس یک تولیدکننده اعداد تصادفی (http://stattrek.com/statistics/random-number-generator.aspx) در سه گروه جای‌دهی شدند (هر گروه ۲۰ نفر).

به‌منظور انجام پژوهش بعد از دریافت مجوزهای لازم از کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام IR.IAU.ILAM.REC.1403.095 ملاحظات اخلاقی و بالینی در این پژوهش رعایت شد، به‌طوری‌که پس از انتخاب افراد بر اساس اصول اخلاقی، در مورد موضوع و اهداف پژوهش اطلاعات مختصری به آن‌ها ارائه شد، به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که نتایج پژوهش به‌صورت نتیجه‌گیری کلی منتشر می‌شوند و آن‌ها اختیار دارند در هر مرحله‌ای از آموزش انصراف دهند و رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان گرفته شد. برای ویژگی‌های جمعیت شناختی اطلاعات مرتبط با سن، سطح تحصیلات، طول مدت اعتیاد و وضعیت تأهل جمع‌آوری شد و پرسش‌نامه تنظیم هیجان به‌صورت خودگزارشی تکمیل گردیدند.

مقیاس تنظیم هیجان ابتدا توسط هر سه گروه تکمیل شد و سپس برای گروه آزمایشی اول، جلسات آموزشی بر اساس درمان فراشناختی به‌صورت گروهی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه و به مدت ۲ ماه و برای گروه آزمایشی دوم، جلسات آموزشی درمان چشم‌انداز زمان به‌صورت گروهی به مدت ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفته‌ای یک جلسه و به مدت ۲ ماه، توسط درمانگر حوزه اعتیاد که سابقه ۷ سال کار در مراکز ترک اعتیاد داشت و دوره‌های آموزشی را گذرانده بود، برگزار شد و گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. لازم به ذکر است برای گروه کنترل به‌منظور رعایت اصول اخلاقی پس از اتمام مطالعه درمان فراشناختی اجرا شد. پس از پایان جلسات درمانی که ۲ ماه به طول انجامید، پرسش‌نامه تنظیم هیجان در مرحله پس‌آزمون بلافاصله و پی‌گیری به فاصله ۲ ماه بعد انجام گرفت.

ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها عبارت بودند از:

پرسش‌نامه دشواری در تنظیم هیجان (Difficulty Emotion Regulation Questionnaire): این پرسش‌نامه توسط Gratz و Roemer در سال ۲۰۰۴ برای سنجش دشواری در تنظیم هیجانی تهیه شده که دارای ۳۶ سؤال چندبعدی لیکرتی پنج‌درجه‌ای برای محاسبه نمره کل و شش خرده مقیاس است که نمره کل در دامنه

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.61186/jrums.24.2.123]

CCBY-NC.4.0 DEED

۳۶ تا ۱۸۰ قرار می‌گیرد. نمره‌های بالا بیانگر مشکلات تنظیم هیجانی بیشتر و یا ضعف در خودتنظیمی هیجانی است. علاوه بر نمره کل، شامل نمره شش خرده مقیاس است که عدم پذیرش هیجان‌ها با سؤال‌های ۱۱، ۱۲، ۲۱، ۲۳، ۲۵، ۲۹؛ زیرمقیاس دشواری در انجام اهداف با سؤال‌های ۱۳، ۱۸، ۲۰، ۲۶، ۳۳؛ زیرمقیاس دشواری در کنترل تکانه با سؤال‌های ۳، ۱۴، ۱۹، ۲۴، ۳۲؛ زیرمقیاس فقدان آگاهی هیجانی با سؤال‌های ۲، ۶، ۸، ۱۰، ۱۷، ۳۴؛ زیرمقیاس استفاده از دسترسی به راهبردهای هیجانی با سؤال‌های ۱۵، ۱۶، ۲۲، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۵، ۳۶ و زیرمقیاس ابهام هیجانی با سؤال‌های ۴، ۵، ۷، ۹؛ سنجیده می‌شود. این پرسش‌نامه علاوه بر این تنظیم هیجانی مشکل در تنظیم هیجانی را نیز ارزیابی می‌کند؛ اما بیشتر بر مشکل‌های خودتنظیمی متمرکز است (۳۴). این مقیاس جنبه‌های مختلف اختلاف در تنظیم هیجانی را می‌سنجد. نمره‌گذاری گویه‌ها در پرسش‌نامه از طریق درجه‌بندی لیکرتی صورت می‌گیرد. پاسخ هر آزمودنی در دامنه‌ای از یک تا پنج قرار دارد: (نمره ۱) تقریباً هرگز؛ (نمره ۲) گاهی اوقات؛ (نمره ۳) تقریباً نیمی از اوقات؛ (نمره ۴) بیشتر اوقات؛ (نمره ۵) تقریباً همیشه. در این پرسش‌نامه سؤالات ۱، ۲، ۳، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ دارای نمره‌گذاری معکوس می‌باشند. نمرات بالاتر به معنای دشواری بیشتر در تنظیم هیجانی می‌باشند. حداقل امتیاز ممکن ۳۶ و حداکثر ۱۸۰ می‌باشد. Gratz و Roemer در بررسی روایی و پایایی پرسش‌نامه همبستگی درونی آلفای کرونباخ را برای نمره کل ۰/۹۳، عدم پذیرش هیجان‌ها ۰/۸۵، رفتارهای هدف محور ۰/۸۹، کنترل تکانه‌ها ۰/۸۶، ضعف در آگاهی هیجانی ۰/۸۰، عدم دستیابی به راهبردها ۰/۸۸ و وضوح هیجان‌ها ۰/۸۴؛ هم‌چنین، پایایی مقیاس را با روش ضریب همبستگی آزمون بازآزمون بعد از هشت هفته برای نمره کل ۰/۸۸، عدم پذیرش هیجان‌ها ۰/۶۹، رفتارهای هدف محور ۰/۶۹، کنترل تکانه‌ها ۰/۵۷، ضعف در آگاهی هیجانی ۰/۶۸، عدم دست‌یابی به استراتژی‌ها ۰/۶۹ و وضوح هیجان‌ها ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند (۳۴). در ایران Shahamat در رابطه با نسخه ترجمه شده این مقیاس همسانی درونی را برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای هر کدام از شش خرده مقیاس دشواری نظم‌بخشی هیجانی، ضریب آلفای کرونباخ را بیش از ۰/۸۰ به دست آورده است (۳۵). در پژوهش حاضر، میزان پایایی از طریق ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۸ محاسبه شد.

برای گروه آزمایش اول درمان فراشناختی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام گرفت. درمان فراشناختی مورد استفاده در این پژوهش بر اساس پروتکل درمانی Wells بود (۳۶). شرح جلسات درمان فراشناختی در جدول ۱ آمده است.

برای گروه آزمایش دوم درمان چشم‌انداز زمان طی ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام گرفت. درمان چشم‌انداز زمان مورد استفاده در این پژوهش بر اساس پروتکل درمانی Zimbardo و همکارش بود (۳۷). شرح جلسات درمان چشم‌انداز زمان در جدول ۲ آمده است.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/jrums.24.2.123]

CCBY-NC.4.0 DEED

جدول ۱- محتوای جلسات درمان فراشناختی برای افراد وابسته به مواد مخدر (۳۶)

جلسه	محتوا
۱	ضمن خوشامدگویی به شرکت‌کننده‌ها، برای ارتباط بهتر از افراد خواسته می‌شود خود را معرفی نمایند. برخی ویژگی‌های حضور در کلاس مانند زمان حضور با توافق و نظر جمع مشخص می‌گردد، ارائه دورنمایی از برنامه جلسات آتی، تعریف رویکرد فراشناختی و استفاده از استعاره التیام زخم، چالش با باورهای پیرامون استفاده از مواد مخدر، ایجاد همدلی و حس مشترک در مورد مشکل بین اعضای گروه و ایجاد یک رابطه درمانی، علائم تمرین ذهن‌آگاهی انفصالی، معرفی به تعویق انداختن نگرانی، ارائه تکلیف خانگی: تمرین ذهن‌آگاهی انفصالی و به تعویق انداختن نگرانی.
۲	مرور تکلیف خانگی، تحلیل مزایا و معایب نگرانی و نشخوار فکری، ادامه چالش با باورهای منفی درباره‌ی علائم، ارزیابی بیشتر شرایط افراد وابسته به مواد مخدر و باورهای فراشناختی مثبت و منفی برای درک بهتر فرد از عملکرد معیوب فراشناخت، تلاش برای شناسایی و تغییر باورهای فراشناختی منفی و رفتارهای مخرب و اجتنابی، ارائه تکلیف خانگی: ادامه تمرین ذهن‌آگاهی انفصالی و به تعویق انداختن نگرانی.
۳	مرور تکلیف خانگی، ادامه تمرین ذهن‌آگاهی انفصالی و به تعویق انداختن نگرانی، بررسی علل قابل حل آسیب و فراشناخت‌ها در مورد مزایای نشخوار و به چالش کشیدن سایر افکار ناسازگار، یافتن شواهد تأییدکننده و نفی‌کننده‌ی غیرقابل‌کنترل بودن نشخوار فکری با همراهی افراد وابسته به مواد مخدر، بررسی و متوقف کردن سرکوب فکر، ارائه تکلیف خانگی: ادامه ذهن‌آگاهی انفصالی، ثبت میزان نشخوار فکری خود و عوامل و شرایط برانگیزاننده‌ی آن.
۴	مرور تکلیف خانگی، چالش و مواجهه با باورهای مثبت درباره‌ی نشخوار فکری و نگرانی و باورهای وسواسی، مرور به تعویق انداختن نگرانی و گسترش کاربردهای آن، بررسی و متوقف کردن سرکوب فکر، ادامه تمرین ذهن‌آگاهی انفصالی، ارائه تکلیف خانگی: ادامه ذهن‌آگاهی انفصالی و به تعویق انداختن نگرانی همراه با گسترش کاربردهای آن و متوقف کردن تلاش برای سرکوب فکر منفی.
۵	مرور تکلیف خانگی، استراتژی‌های کنترل ذهن مانند سرکوب فکر، جلوگیری از استرس و استفاده از استراحت و خواب برای کنار آمدن با افکار و احساسات در طول درمان و با گفتگوی سقراطی در سطح بالا با افراد و تشریح افکار و منافع اجرای تمرینات ذهن‌آگاهی انفصالی، ارائه تکلیف خانگی: ادامه تعمیم تکنیک به تعویق انداختن نگرانی و نشخوار فکری، متوقف کردن رفتارهای غیر انطباقی خاص.
۶	مرور تکلیف خانگی، بررسی نگرانی‌ها و رفتارهای غیر انطباقی در زندگی به‌طور عام، کار با تک‌تک اعضای گروه بر روی باورهای استرس‌زا و منتشر و افکار کنترل‌گر، فکر نگه‌دارنده نگرانی و نشخوار فکری، بررسی مقابله‌ای اجتنابی و غیر انطباقی و حذف، ایجاد باور همجوشی، تکنیک آموزش توجه برای تقویت حس انعطاف‌پذیری و کنترل بر تفکر، ارائه تکلیف خانگی: خودداری از نگرانی و نشخوار فکری، حذف افکار کنترل‌گر منفی و نگران‌کننده.
۷	مرور تکلیف خانگی، تحلیل باورهای جدید مزایا و معایب بررسی افکار خود، بازبینی مجدد در راستای تهدید به چالش کشیدن اعتقاد فراشناختی منفی و مثبت، متوقف کردن پایش تهدید و ارائه گزینه‌های جانشین، آموزش تمرکز مجدد توجه، چالش با باورهای مثبت و منفی باقی‌مانده، کار روی نگرانی نشخوار فکری، باورها مقابله و توجه کاربر روی باورهای باقی‌مانده، تغییر مفهوم موضوعات ازجمله ترس‌ها و نگرانی‌ها و افکار مثبت و منفی، ارائه تکلیف خانگی: درخواست از بیمار برای نوشتن برگه‌ی خلاصه درمان با پردازش مفهومی، ادامه خودداری از نگرانی و نشخوار فکری، تمرین آگاهی از پایش تهدید و کنار گذاشتن آن، بازگشت به روند قبل از رویداد آسیب‌زا و به‌کارگیری راهبردهای جدید.
۸	مرور تکلیف خانگی، شروع کاربر روی طرح کلی درمان و پردازش مفهومی جدید، کار بر روی موضوعات باقی‌مانده، تدوین برنامه‌ی جدید برای مقابله با افکار مزاحم و علائم اجتناب‌های باقی‌مانده، ادامه تمرین ذهن‌آگاهی انفصالی، مرور و تمرین مهارت‌های ارائه‌شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند. راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخ‌گویی به سؤالات اعضاء و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضاء جهت شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/jrums.24.2.123]

CCBY-NC.4.0 DEED

جدول ۲- محتوای جلسات درمان چشم‌انداز زمان برای افراد وابسته به مواد مخدر (۳۷)

جلسه	محتوا
۱	ضمن خوشامدگویی به شرکت‌کننده‌ها، برای ارتباط بهتر از افراد خواسته می‌شود خود را معرفی نمایند. برخی ویژگی‌های حضور در کلاس مانند زمان حضور با توافق و نظر جمع مشخص می‌گردد، در ضمن تشریح درمان چشم‌انداز زمان بسیاری از مراجعین متوجه خواهند شد که بازگشت به گذشته منجر به انواع آسیب‌های روانی در آن‌ها شده است. زمانی که هدف درمان چشم‌انداز زمان محقق شود افراد به‌آرامی به سمت جلو حرکت می‌کنند و سفر خود را به آینده شروع می‌کنند. در انتهای جلسه از مشارکت‌کنندگان خواسته می‌شود که پرسش‌نامه‌های پژوهش را تکمیل کنند.
۲	در این جلسه به بررسی گذشته و بیان خلاصه‌ای از جلسه قبل، آشنایی با مفاهیم اولیه گذشته منفی، تکنیک جایگزینی چشم‌انداز زمان، بررسی دقیق‌تر گذشته مثبت و منفی، جایگزینی گذشته مثبت به‌جای گذشته منفی پرداخته می‌شود. تکنیک نفس کشیدن، آرام‌سازی عضلاتی آموزش داده می‌شود و مزایای آن ذکر شد.
۳	در این جلسه بیان خلاصه‌ای از جلسه قبل، بررسی رابطه افکار و احساس، بررسی نقش خاطرات مثبت در حال و آینده و آشنایی با راهبردهای تنظیم هیجان پرداخته می‌شود. به این صورت که در ابتدا شرکت‌کنندگان تکنیک نفس کشیدن را تمرین خواهند کرد. از افراد پرسیده می‌شود آیا زمانی که استرس داشتند، از تکنیک نفس کشیدن استفاده کردند یا خیر، و آیا به نظرشان این تکنیک مفید است و سپس طیفشان مورد بحث و بررسی قرار گرفت. سپس از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا چند خاطره مثبت گذشته خودشان را به اشتراک بگذارند و به آن‌ها توضیح داده شد که هر زمان به خاطرات منفی گذشته باز می‌گردند باید فوراً جای آن را به یکی از خاطره‌های مثبت گذشته بدهند. از مثال‌های فردی ویژه خود مراجعین استفاده شد و جابه‌جا کردن گذشته‌های منفی با گذشته‌های مثبت تمرین می‌شود. در پایان جلسه تکنیک تنفس عمیق با مراجعین تمرین می‌شود و یک تکنیک آرام‌سازی عضلاتی نیز به آن‌ها ارائه شد.
۴	در این جلسه بیان خلاصه‌ای از جلسه قبل، بررسی احساسات اعضاء پس از جلسه گذشته، ارائه توضیحاتی در خصوص حال تقدیرگرا و حال لذت‌گرا پرداخته می‌شود. در نشانگان تعلل ورزی ازجمله رفتار وقت‌کشی و هدر دادن وقت، احساس غرق شدن در مسئولیت، ناتوانی در رسیدن به هدف‌های مهم زندگی، انجام کارها با سرعت زیاد در آخرین دقایق، خیال‌بافی در مورد انجام کارها و نداشتن برنامه‌ریزی بحث می‌شود. نقش و تأثیر مشکل تعلل ورزی افراد بر سایر مشکلات زندگی‌شان و مشکلات نزدیکانشان بحث می‌شود. کار برگی به شرکت‌کنندگان داده می‌شود تا طی هفته جاری رویدادهای مثبت (هرچند کوچک) ثبت کنند. و احساسات خود را در لحظه وقوع آن رویداد یادداشت کنند و در جلسه بعد به آزماینده تحویل دهند. در انتهای جلسه تکنیک تنفس سه‌دقیقه‌ای بر روی افراد اجرا می‌شود.
۵	در این جلسه بیان خلاصه‌ای از جلسه قبل، بررسی باور اعضاء در خصوص حال تقدیرگرا، بررسی اهمیت تصمیم‌گیری در اولویت‌بندی وظایف مربوط به حال و آینده، اصلاح سبک تصمیم‌گیری پرداخته می‌شود. توصیه می‌شود که اگر افراد در انجام فعالیت‌های روزمره به خاطر عدم تمرکز کافی مشکل دارند، فهرستی از کارهایی که می‌خواهند انجام دهند را تهیه کنند، از مراجعین خواسته می‌شود یک یا دو هدف کوتاه‌مدت در نظر بگیرند و در جلسه بعد رسیدن یا عدم رسیدن به هدف موردنظر خود را برای اعضاء کلاس شرح دهند.
۶	این جلسه نیز با مروری بر جلسات گذشته و هم‌چنین مفاهیم تنظیم هیجان آغاز شد و در مورد پیشرفت اعضاء بحث و گفت‌وگو شد. اهداف کوتاه‌مدت افراد را که در هفته گذشته در نظر گرفته بودند موردبررسی قرار گرفت و در مورد دلایل تحقق یا عدم تحقق آن بحث شد. افراد تکنیک نفس کشیدن خود را روزانه تمرین کنند. هم‌چنین گذشته‌های منفی را با گذشته مثبت جایگزین می‌نمایند. در این جلسه مراجعین دانستند که اعتیاد مسئله‌ای قابل‌حل است و می‌توانند به‌خوبی آن را از روند زندگی‌شان حذف کنند. مرور و تمرین مهارت‌های ارائه‌شده در جلسات گذشته برای کمک به آنان تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند. راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخگویی به سؤالات اعضاء و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضاء جهت شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون

تجزیه‌وتحلیل آماری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز پس از بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون Kolmogorov-Smirnov، برابری واریانس‌های خطا از طریق آزمون Levene، بررسی پیش‌فرض کرویت از طریق آزمون Mauchly، بررسی پیش‌فرض همگنی ماتریس کوواریانس گروه‌ها از طریق آزمون ام‌باکس، آزمون تعقیبی Bonferroni جهت مقایسه بین گروه‌ها و از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر

CCBY-NC.4.0 DEED

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.61186/jrums.24.2.123]

استفاده شد. از آزمون مجذور کای و آنالیز واریانس یک‌طرفه به‌منظور مقایسه ویژگی های جمعیت شناختی گروه‌های مورد مطالعه استفاده شد. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در جدول ۳، داده‌های جمعیت‌شناختی گزارش شده است. مقایسه بین گروه‌ها از نظر اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان تفاوت معنی‌داری نشان نداد (P>۰/۰۵).

جدول ۳- ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد وابسته به مواد مخدر شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۳ برحسب گروه‌های مورد بررسی

متغیر	طبقات	گروه فراشناختی (n=۲۰) (درصد) تعداد	گروه چشم‌انداز زمان (n=۲۰) (درصد) تعداد	گروه گواه (n=۲۰) (درصد) تعداد	مقدار P
سن (سال)	۲۰-۲۵	۴ (۲۰)	۵ (۲۵)	۶ (۳۰)	۰/۰۸۹*
	۳۰-۲۶	۸ (۴۰)	۶ (۳۰)	۹ (۴۵)	
	۳۵-۳۱	۶ (۳۰)	۸ (۴۰)	۴ (۲۰)	
	۴۰-۳۶	۲ (۱۰)	۱ (۵)	۱ (۵)	
سطح تحصیلات	دیپلم	۴ (۲۰)	۳ (۱۵)	۲ (۱۰)	۰/۹۲۸*
	کاردانی	۸ (۴۰)	۹ (۴۵)	۷ (۳۵)	
	کارشناسی	۶ (۳۰)	۵ (۲۵)	۸ (۴۰)	
	کارشناسی ارشد	۲ (۱۰)	۳ (۱۵)	۳ (۱۵)	
طول مدت اعتیاد (سال)	۱-۴	۷ (۳۵)	۹ (۴۵)	۶ (۳۰)	۰/۰۹۸*
	۸-۵	۱۰ (۵۰)	۷ (۳۵)	۹ (۴۵)	
	۱۲-۹	۳ (۱۵)	۴ (۲۰)	۵ (۲۵)	
وضعیت تأهل	مجرد	۱۲ (۶۰)	۷ (۳۵)	۶ (۳۰)	۰/۱۱۹*
	متأهل	۸ (۴۰)	۱۳ (۶۵)	۱۴ (۷۰)	
		انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
سن (سال)		۲۷/۶۵ ± ۴/۹۰	۲۷/۹۵۰ ± ۴/۴۷	۲۷/۰۱ ± ۳/۵۳	۰/۱۰۶**
طول مدت اعتیاد (سال)		۵/۳۵ ± ۲/۷۹	۴/۶۵ ± ۲/۷۳	۵/۵۵ ± ۲/۵۲	۰/۵۴۳**

**** آزمون مجذور کای، ** آنالیز واریانس یک‌طرفه، P<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار***

در ادامه، آماره‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های مورد بررسی در جدول ۴ مشاهده می‌شود. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات تنظیم هیجان و ابعاد آن (عدم پذیرش هیجان، دشواری در انجام هدف، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای هیجانی و ابهام هیجانی) در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش داشته است. به‌منظور تحلیل داده‌ها از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد، لذا ابتدا مفروضه‌های زیربنایی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/jrums.24.2.123]

CCBY-NC.4.0 DEED

این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون Kolmogorov-Smirnov برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات استفاده شد. نتایج نشان داد که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها در گروه‌ها رد نشد (P>۰/۰۵). نتایج آزمون Levene نشان داد برابری واریانس متغیرهای تنظیم هیجان و خرده مقیاس‌های آن در گروه‌ها رد نشد (P>۰/۰۵). هم‌چنین، نتایج آزمون کرویت Mauchly حاکی از رد نشدن کرویت بود (۰/۸۹۳=مقدار آماره موخلی، P=۰/۶۷۳). نتیجه آزمون ام‌باکس نیز نشان داد همگنی ماتریس کوواریانس گروه‌ها برقرار است (Box's M=۳/۹۰۵، P=۰/۸۹۳). به این ترتیب، شرایط لازم برای انجام آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر برقرار است.

جدول ٤- میانگین و انحراف معیار نمره تنظیم هیجان در افراد وابسته به مواد مخدر شهر کرمانشاه در سال ۱٤۰۳ برحسب گروه‌های مورد مطالعه (n=۲۰ در هر گروه)

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پی‌گیری
		انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین
تنظیم هیجان (نمره کلی)	فراشناختی	۱۳۷/۵۱ ± ۵/۵۱	۶۴/۴۱ ± ۴/۱۸	۵۷/۴۱ ± ۳/۶۹
	چشم‌انداز زمان	۱۳۷/۸۷ ± ۴/۳۳	۶۷/۳۵ ± ۳/۲۱	۶۰/۴۵ ± ۲/۹۹
	کنترل	۱۳۶/۷۵ ± ۵/۶۲	۱۳۴/۸۵ ± ۵/۸۷	۱۳۵/۰۱ ± ۶/۵۲
عدم پذیرش هیجان‌ها	فراشناختی	۲۴/۲۵ ± ۲/۹۱	۱۲/۱۱ ± ۱/۵۵	۱۰/۵۱ ± ۱/۳۵
	چشم‌انداز زمان	۲۵/۱۵ ± ۲/۴۵	۱۲/۴۱ ± ۱/۴۲	۱۰/۶۵ ± ۱/۱۳
	کنترل	۲۴/۸۵ ± ۲/۸۸	۲۴/۶۵ ± ۲/۶۱	۲۵/۰۵ ± ۲/۶۶
دشواری در انجام اهداف	فراشناختی	۲۰/۱۱ ± ۱/۶۱	۹/۷۵ ± ۰/۹۶	۸/۹۱ ± ۰/۸۵
	چشم‌انداز زمان	۲۰/۰۱ ± ۱/۳۷	۱۰/۳۱ ± ۱/۰۸	۹/۴۱ ± ۰/۹۹
	کنترل	۲۰/۰۵ ± ۱/۶۳	۱۹/۷۵ ± ۱/۶۵	۲۰/۰۵ ± ۱/۴۶
دشواری در کنترل تکانه	فراشناختی	۲۰/۲۱ ± ۱/۵۱	۹/۷۵ ± ۱/۱۶	۸/۹۱ ± ۰/۷۸
	چشم‌انداز زمان	۲۰/۱۱ ± ۱/۵۵	۹/۸۱ ± ۱/۱۵	۸/۸۵ ± ۰/۸۱۲
	کنترل	۲۰/۴۲ ± ۱/۱۴	۲۰/۰۱ ± ۱/۵۲	۱۹/۶۱ ± ۲/۳۴
فقدان آگاهی هیجانی	فراشناختی	۲۵/۳۵ ± ۲/۲۷	۱۱/۷۱ ± ۱/۶۵	۹/۸۵ ± ۰/۷۴
	چشم‌انداز زمان	۲۴/۷۵ ± ۲/۴۲	۱۲/۳۵ ± ۱/۴۶	۱۰/۹۱ ± ۱/۴۲
	کنترل	۲۴/۱۵ ± ۳/۰۸	۲۳/۷۵ ± ۲/۸۱	۲۳/۴۵ ± ۲/۹۴
دسترسی محدود به راهبردهای هیجانی	فراشناختی	۳۱/۴۵ ± ۳/۸۷	۱۱/۸۱ ± ۲/۸۳	۱۰/۷۱ ± ۱/۷۸
	چشم‌انداز زمان	۳۱/۹۱ ± ۲/۵۷	۱۲/۹۱ ± ۲/۴۶	۱۱/۸۵ ± ۳/۸۳
	کنترل	۳۱/۶۲ ± ۲/۶۶	۳۱/۲۵ ± ۲/۶۱	۳۱/۲۹ ± ۲/۶۷
ابهام هیجانی	فراشناختی	۱۶/۱۵ ± ۱/۱۳	۸/۰۱ ± ۱/۰۳	۷/۱۵ ± ۰/۵۱
	چشم‌انداز زمان	۱۵/۹۵ ± ۱/۲۷	۹/۳۹ ± ۱/۳۵	۸/۶۵ ± ۰/۸۳
	کنترل	۱۵/۷۱ ± ۱/۱۷	۱۵/۴۵ ± ۱/۳۱	۱۵/۵۵ ± ۱/۲۳

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/jrums.24.2.123]

CCBY-NC.4.0 DEED

بر اساس جدول ۵، آزمون با فرض کرویت در اثرات بین آزمودنی، اثر اصلی گروه در نمره تنظیم هیجان و ابعاد آن معنی دار به‌دست آمده است (P<۰/۰۰۱). به عبارت دیگر، میانگین کلی نمره تنظیم هیجان و ابعاد عدم پذیرش هیجان، دشواری در انجام هدف، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای هیجانی و ابهام هیجانی در گروه‌های آزمایش (درمان فراشناختی و درمان چشم‌انداز زمان) و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد (P<۰/۰۰۱). به طوری که به ترتیب ۹۷/۳ درصد، ۸۸/۶ درصد، ۹۱/۴ درصد، ۹۴/۲ درصد، ۸۱/۷ درصد، ۹۰/۳ درصد و ۸۵/۱ درصد تفاوت مشاهده شده در میانگین نمره تنظیم هیجان و ابعاد عدم پذیرش هیجان، دشواری در انجام هدف، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای هیجانی و ابهام هیجانی در مراحل مختلف آزمون، ناشی از اثر مداخله می‌باشد.

بر اساس جدول ۵، نتایج اثرات درون آزمودنی نیز نشان داده است که اثر اصلی زمان در نمره تنظیم هیجان و ابعاد آن معنی‌دار به‌دست آمده است (P<۰/۰۰۱). به عبارت دیگر، تفاوت بین میانگین نمره تنظیم هیجان و ابعاد عدم پذیرش هیجان، دشواری در انجام هدف، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای هیجانی و ابهام هیجانی در مراحل مختلف آزمون، ناشی از اثر مداخله می‌باشد (جدول ۵).

دسترسی محدود به راهبردهای هیجانی و ابهام هیجانی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در کل نمونه پژوهش معنی‌دار بوده است (P<۰/۰۰۱). به طوری که به ترتیب ۹۸/۶ درصد، ۸۸/۲ درصد، ۹۴/۱ درصد، ۹۱/۲ درصد، ۹۲/۸ درصد، ۹۱/۲ درصد و ۹۱/۸ درصد تفاوت مشاهده شده در میانگین نمره تنظیم هیجان و ابعاد عدم پذیرش هیجان، دشواری در انجام هدف، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای هیجانی و ابهام هیجانی در مراحل مختلف آزمون، ناشی از اثر مراحل مختلف آزمون می‌باشد.

هم‌چنین، اثر تعاملی زمان و گروه در نمره تنظیم هیجان و ابعاد عدم پذیرش هیجان، دشواری در انجام هدف، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای هیجانی و ابهام هیجانی معنی‌دار به‌دست آمده است (P<۰/۰۰۱)، که نشان می‌دهد روند تغییرات میانگین نمرات تنظیم هیجان و ابعاد آن در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در سه گروه مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری دارند و به ترتیب ۹۷/۱ درصد، ۷۹/۱ درصد، ۸۸/۶ درصد، ۸۱/۲ درصد، ۸۵/۲ درصد، ۸۱/۲ و ۸۴/۴ درصد از تفاوت مشاهده شده بین گروه‌ها در مراحل مختلف آزمون، ناشی از اثر مداخله می‌باشد (جدول ۵).

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثربخشی درمان فراشناختی و درمان چشم‌انداز زمان بر تنظیم هیجان و خرده مقیاس‌های آن در افراد وابسته به مواد مخدر شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۳

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	مجذور اتا	توان آزمون
تنظیم هیجان	اثر زمان	۱۰۳۸۲۱/۹۴	۲	۵۱۹۱۰/۹۷	۴۱۲۱/۷۳	< ۰/۰۰۱	۰/۹۸۶	۱
	اثر گروه	۹۲۴۵۴/۴۷	۲	۴۶۲۲۷/۲۳	۱۰۴۳/۴۷	< ۰/۰۰۱	۰/۹۷۳	۱
	اثر زمان*گروه	۴۸۳۳۷/۶۲	۴	۱۲۰۸۴/۴۰	۹۵۹/۵۰	< ۰/۰۰۱	۰/۹۷۱	۱
عدم پذیرش هیجان‌ها	اثر زمان	۳۱۶۷/۸۱	۲	۱۵۸۳/۹۰	۴۲۶/۹۳	< ۰/۰۰۱	۰/۸۸۲	۱
	اثر گروه	۳۲۵۲/۰۷	۲	۱۶۲۶/۰۳	۲۲۰/۹۰	< ۰/۰۰۱	۰/۸۸۶	۱
	اثر زمان*گروه	۱۶۰۱/۲۵۶	۴	۴۰۰/۳۱	۱۰۷/۹۰	< ۰/۰۰۱	۰/۷۹۱	۱
دشواری در انجام هدف	اثر زمان	۱۹۸۱/۰۳	۲	۹۹۰/۵۱	۹۱۶/۷۹	< ۰/۰۰۱	۰/۹۴۱	۱
	اثر گروه	۱۸۹۳/۶۳	۲	۹۴۶/۸۱	۳۰۱/۷۸	< ۰/۰۰۱	۰/۹۱۴	۱

CCBY-NC.4.0 DEED

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.61186/jrums.24.2.123]

	اثر زمان*گروه	۹۵۷/۱۳	۴	۲۳۹/۲۸	۲۲۱/۴۷	< ۰/۰۰۱	۰/۸۸۶	۱
دشواری در کنترل تکانه	اثر زمان	۲۲۱۶/۴۱	۲	۱۱۰۸/۲۰	۵۸۷/۲۴	< ۰/۰۰۱	۰/۹۱۲	۱
	اثر گروه	۱۹۹۷/۵۴	۲	۹۹۸/۷۷	۴۶۳/۷۲	< ۰/۰۰۱	۰/۹۴۲	۱
	اثر زمان*گروه	۹۳۱/۱۲	۴	۲۳۲/۷۸	۱۲۳/۳۵	< ۰/۰۰۱	۰/۸۱۲	۱
فقدان آگاهی هیجانی	اثر زمان	۳۵۹۰/۱۴	۲	۱۷۹۵/۰۷	۷۳۸/۲۳	< ۰/۰۰۱	۰/۹۲۸	۱
	اثر گروه	۲۵۴۲/۷۴	۲	۱۲۷۱/۳۷	۱۲۷/۲۶	< ۰/۰۰۱	۰/۸۱۷	۱
	اثر زمان*گروه	۱۵۹۹/۳۲	۴	۳۹۹/۸۳	۱۶۴/۴۳	< ۰/۰۰۱	۰/۸۵۲	۱
دسترسی محدود به راهبردهای هیجانی	اثر زمان	۷۱۴۳/۶۰	۲	۳۵۷۱/۸۰	۷۵۵/۱۱	< ۰/۰۰۱	۰/۹۱۲	۱
	اثر گروه	۶۷۳۲/۴۰	۲	۳۳۶۶/۲۰	۲۶۵/۰۱	< ۰/۰۰۱	۰/۹۰۳	۱
	اثر زمان*گروه	۳۴۰۴/۵۰	۴	۸۵۱/۱۲	۱۷۹/۹۳	< ۰/۰۰۱	۰/۸۱۲	۱
ابهام هیجانی	اثر زمان	۱۱۰۳/۰۱	۲	۵۵۱/۵۰	۶۴۱/۳۲	< ۰/۰۰۱	۰/۹۱۸	۱
	اثر گروه	۹۰۱/۶۴	۲	۴۵۰/۸۲	۱۶۳/۱۸	< ۰/۰۰۱	۰/۸۵۱	۱
	اثر زمان*گروه	۵۳۰/۲۸	۴	۱۳۲/۵۷۲	۱۵۴/۱۶	< ۰/۰۰۱	۰/۸۴۴	۱

در جدول ۶، بررسی نتایج آزمون Bonferroni در مقایسه گروه‌های مورد مطالعه (فراشناختی، چشم‌انداز زمان و گواه) برحسب موقعیت (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) نیز نشان داد که بین گروه فراشناختی و چشم‌انداز زمان، در متغیر تنظیم هیجان تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). هم‌چنین، بین گروه فراشناختی و گروه گواه، گروه چشم‌انداز زمان و گروه گواه تفاوت معنادار آماری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). به‌عبارتی، هر دو درمان بر بهبود تنظیم هیجان افراد وابسته به مواد مخدر اثر داشته‌اند، اما درمان فراشناختی بر تنظیم هیجان افراد وابسته به مواد مخدر اثربخشی بیشتری داشته است.

جدول ٦- نتایج آزمون تعقیبی Bonferroni برای مقایسه میانگین نمرات تنظیم هیجان در گروه‌های مورد بررسی برحسب مراحل اندازه‌گیری در افراد وابسته به مواد مخدر شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۳

متغیر	زمان	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار P
تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	درمان فراشناختی	درمان چشم‌انداز زمان	-۰/۳۵۰	۱/۶۴۱	۰/۹۹۹
			کنترل	۰/۷۵۰	۱/۶۴۱	۰/۹۹۹
		درمان چشم‌انداز زمان	کنترل	۱/۱۰۰	۱/۶۴۱	۰/۹۹۹
	پس‌آزمون	درمان فراشناختی	درمان چشم‌انداز زمان	-۲/۹۵۰	۱/۴۴۲	<۰/۰۰۱
			کنترل	-۷۰/۴۵۰	۱/۴۴۲	<۰/۰۰۱
		درمان چشم‌انداز زمان	کنترل	-۶۷/۵۰۰	۱/۴۴۲	<۰/۰۰۱
	پی‌گیری	درمان فراشناختی	درمان چشم‌انداز زمان	-۳/۰۵۰	۱/۴۷۴	<۰/۰۰۱
			کنترل	-۷۷/۶۰۰	۱/۴۷۴	<۰/۰۰۱
		درمان چشم‌انداز زمان	کنترل	-۷۴/۵۵۰	۱/۴۷۴	<۰/۰۰۱

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان چشم‌انداز زمان بر تنظیم هیجان افراد وابسته به مواد مخدر بود. یافته‌های پژوهش نشان داد، در متغیر تنظیم هیجان و خرده مقیاس‌های آن (عدم پذیرش هیجان، دشواری در انجام هدف، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای هیجانی و ابهام هیجانی) افراد وابسته به مواد مخدر

CCBY-NC.4.0 DEED

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.61186/jrums.24.2.123]

اثر مداخله‌های درمان فراشناختی و درمان چشم‌انداز زمان در پس‌آزمون و پی‌گیری حفظ شد، و بین این دو درمان تفاوت معناداری وجود دارد و این تفاوت از نظر آماری به نفع گروه درمان فراشناختی است.

نتایج نشان داد درمان فراشناختی بر تنظیم هیجان افراد وابسته به مواد مخدر تأثیر معنی‌داری دارد. این یافته با برخی از نتایج Sheykhangafshe و همکاران (۱۶)، Vahidi Moghadam و همکاران (۱۷)، Salguero و Ramos-Cejudo (۱۸)، Merkebu و همکاران (۱۹)، Khajevand و همکاران (۲۰) و Elahi و همکاران (۲۱) همسو است. در این ارتباط پژوهش ناهمسویی یافت نشد.

در تبیین نتایج پژوهش می‌توان گفت که روش درمانی فراشناختی از طریق توانا ساختن افراد وابسته به مواد مخدر به شکلی متفاوت با افکارشان می‌تواند ارتباط برقرار کنند، بنابراین این درمان کنترل و آگاهی فراشناختی قابل‌انعطافی را گسترش می‌دهند و از انجام پردازش به‌صورت نگرانی، نشخوار فکری و بازنگری تهدید جلوگیری نمایند (۳۸). هم‌چنین، افرادی که تکنیک‌های فراشناختی را می‌آموزند می‌توانند بر راهبردهای شناختی خود نظارت بیشتری داشته باشند و با استفاده از راهبردهای برنامه‌ریزی، کنترل نظارت و نظم‌دهی بر کار خود، نواقص سیستم شناختی خود را شناسایی کنند (۳۹). احتمالاً استفاده از همین تکنیک‌ها و پشتوانه نظری و تجربی می‌توان نتیجه گرفت روش درمان فراشناختی توانسته بهبودی تنظیم هیجان و خرده مقیاس‌های آن (عدم پذیرش هیجان، دشواری در انجام هدف، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای هیجانی و ابهام هیجانی) افراد وابسته به مواد مخدر را در مرحله پس آزمون بهبود بخشیده و اثربخشی خود را در مرحله پی‌گیری نیز حفظ کند.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که درمان چشم‌انداز زمان بر تنظیم هیجان افراد وابسته به مواد مخدر تأثیر معنی‌داری دارد. این یافته با برخی از نتایج Gohar (۲۸)، Esmaili و همکاران (۲۹)، Morgenroth و همکاران (۳۰) و Burhan-Cavusoglu و همکاران (۳۱) همسو می‌باشد. در این ارتباط پژوهش ناهمسویی یافت نشد.

در تبیین این نتایج می‌توان این‌گونه بیان نمود که افرادی که در تنظیم هیجان دچار دشواری و نقص هستند، فاقد تعادل زمانی هستند و چشم‌اندازهای زمانی نامتعادلی دارند. این رویکرد درمانی به آن‌ها کمک می‌کند هیجانشان را تداوم و انسجام بخشند و این امر به افراد وابسته به مواد کمک می‌کند در تنظیم هیجان نقص نداشته باشند (۳۰). بنابراین، می‌توان گفت عدم اتخاذ ابعاد مناسبی از چشم‌انداز زمان در برابر رویدادهای زندگی باعث به وجود آمدن فشار روانی در افراد وابسته به مواد مخدر شده که ممکن است منجر به دشواری در تنظیم هیجان در میان آنان گردد. چشم‌انداز زمان از طریق اتخاذ ابعاد مناسب و صحیح در زندگی این افراد باعث تقویت عزت‌نفس فرد شده و هم‌چنین نحوه مقابله وی با تجربه‌های زندگی خصوصاً تجربه‌های منفی را تقویت بخشد (۲۸). بر این اساس، درمان چشم‌انداز زمان به‌عنوان یک مکانیسم می‌تواند به تنظیم هیجانی افراد کمک نماید، بنابراین می‌توان با تغییر چشم‌انداز زمانی منفی به مثبت در افراد وابسته به مواد مخدر توانایی آنان را برای پذیرش احساسات، کنترل تکانه و داشتن رفتار هدف‌مند افزایش داد (۳۰). در نهایت این افراد نسبت به هیجانات خود آگاهی پیداکرده و می‌تواند راهبردهای مناسبی را برای مواجه شدن با هیجانات مختلف به کار برد؛ درنتیجه این درمان می‌تواند احساس‌ها و هیجان‌های مثبت را در افراد وابسته به مواد مخدر شکل دهد (۳۱)، بنابراین، واکنش این افراد به رویدادها و موقعیت‌های مختلف زندگی تحت تأثیر قرار می‌گیرد و این امر منجر به کاهش دشواری در تنظیم هیجان در این افراد می‌گردد. احتمالاً استفاده از همین تکنیک‌ها و پشتوانه نظری و تجربی می‌توان نتیجه گرفت روش درمان چشم‌انداز زمان توانسته

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/jrums.24.2.123]

CCBY-NC.4.0 DEED

بهبودی تنظیم هیجان و خرده مقیاس‌های آن (عدم پذیرش هیجان، دشواری در انجام هدف، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای هیجانی و ابهام هیجانی) افراد وابسته به مواد مخدر را در مرحله پس آزمون بهبود بخشیده و اثربخشی خود را در مرحله پی‌گیری نیز حفظ کند.

هم‌چنین، نتایج این پژوهش نشان داد که بین درمان فراشناختی و درمان چشم‌انداز زمان بر تنظیم هیجان افراد وابسته به مواد مخدر تفاوت معنی‌داری وجود دارد، چون‌که تفاوت میانگین درمان فراشناختی با درمان چشم‌انداز زمان از نظر آماری به نفع گروه فراشناختی است. مطالعه‌ای جهت همسویی یا ناهمسویی این یافته، یافت نشد.

در تبیین اثربخشی بیشتر درمان فراشناختی بر تنظیم هیجان افراد وابسته به مواد مخدر می‌توان گفت یکی از برتری‌های درمان فراشناختی توانایی شناختی است که به افراد وابسته به مواد مخدر کمک می‌کنند تا افکارشان را کنترل و بازرسی کنند. در واقع این رویکرد درمانی آگاهی فرد را از فرآیند تفکر خود بیشتر ساخته و به آن‌ها کمک می‌کند تا توانایی کنترل این فرآیند را داشته باشند، درنتیجه مؤثرتر عمل خواهد کرد (۱۷). Smit و همکاران در این رابطه بیان می‌کنند، درمان فراشناختی به افراد کمک می‌کند که خوب برنامه‌ریزی کنند، فعالیت‌های شناختی افراد جهت داشته باشد، افراد اهداف ویژه را تشخیص دهند و با استفاده از راهبردهای این رویکرد درمانی به تغییر شناخت‌ها و فراشناخت‌های خود بپردازند (۳۸).

در تبیینی دیگر می‌توان عنوان کرد؛ از دلایل مؤثر بودن این شیوه درمانی می‌تواند این باشد که درمان فراشناختی بر این اصل استوار است که اختلال روان‌شناختی به دلیل اثرات سبک تفکر یعنی سندرم شناختی-توجهی بر تجربه‌های هیجانی و باورها تداوم می‌یابد. سندرم شناختی-توجهی به شیوه‌های خاص موجب تداوم برداشت منفی فرد از خود و ادراک تهدید می‌شود. این امر طیف وسیعی از امکانات را برای درمان فراهم می‌سازد (۳۹). بدین ترتیب، این درمان بر تغییر سندرم شناختی-توجهی، تغییر باورهای فراشناختی و ایجاد شیوه‌های جایگزین تجربه کردن و مقابله با رویدادهای درونی متمرکز است. بنابراین، روش درمان فراشناختی از طریق ارائه یادگیری به سطح آگاهانه به خودآگاهی افراد کمک می‌کند تا آن‌ها بتوانند بر فرآیندهای تفکر و رفتار خود تسلط پیدا کنند (۱۴). Wells نیز بیان می‌کند این رویکرد درمانی چون برای کنترل و تغییر تفکر است، به بهبودی تنظیم هیجان افراد کمک می‌کند (۳۶). بنابراین، روش بسیار مهمی به نسبت رویکردهای درمانی دیگر نظیر چشم‌انداز زمان است، چرا که درمان چشم‌انداز زمان صرفاً بر اساس تجارب گذشته یک فرد نیست، بلکه با تجزیه‌وتحلیل و شناخت برنامه‌های زندگی افراد در ارتباط است. اما در درمان فراشناختی افراد با استفاده از راه‌کارهای درمانی این روش می‌آموزند در مقابل افکار، باورها، هیجان‌های منفی و کنترل آن‌ها چگونه عمل نمایند تا دچار دور باطل نشوند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و عدم امکان انتخاب افراد شرکت‌کننده به‌صورت تصادفی بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی نمونه‌گیری به شیوه تصادفی انجام شود. از محدودیت‌های دیگر می‌توان به همکاری نامناسب برخی از آزمودنی‌ها و گردآوری داده‌ها تنها بر اساس ابزارهای خودگزارشی اشاره کرد. از این‌رو، به نظر می‌رسد که در تعمیم نتایج آن باید جوانب احتیاط رعایت شود. لذا پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابهی در مورد زنان وابسته به مواد مخدر صورت گیرد و به مقایسه این روش‌های درمانی با روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن‌آگاهی، رفتاردرمانی دیالکتیکی و غیره می‌تواند نتایج مفیدی داشته باشد. با توجه به اثربخشی درمان فراشناختی و درمان چشم‌انداز زمان بر روی افراد وابسته به مواد مخدر پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی این درمان بر روی مشکلات و اختلالات مرتبط با مواد (اختلالات مرتبط با

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/jrums.24.2.123]

CCBY-NC.4.0 DEED

الکل، کافئین، حشیش، مواد توهم‌زا، فن‌سایکلیدین، مواد استنشاقی، مواد شبه افیونی، مواد محرک، توتون و داروهای آرامش بخش، خواب‌آور یا ضد اضطراب) نیز مطالعه و بررسی شود.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان فراشناختی می‌تواند به‌عنوان یک روش مؤثرتر در بهبودی تنظیم هیجان افراد وابسته به مواد مخدر نسبت به درمان چشم‌انداز زمان مورد استفاده قرار گیرد. با توجه به نتایج حاصله پژوهش حاضر، توصیه می‌گردد درمان فراشناختی در خصوص کار با افراد وابسته به مواد مخدر مورد توجه درمانگران و متخصصان روان‌شناسی قرار گیرد و آموزش‌های لازم جهت بالا بردن سطح آگاهی روان‌شناسان و درمانگران در این راستا انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل رساله دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی است. بدین‌وسیله از کلیه مسئولین و اساتید راهنمای و مدیریت مراکز ترک اعتیاد شهر کرمانشاه و افراد وابسته به مواد مخدر شرکت‌کننده در پژوهش و خانواده آن‌ها و هم‌چنین درمانگر حوزه اعتیاد که در اجرای این پژوهش یاری نموده‌اند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تعارض در منافع: نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافعی گزارش نمی‌کنند.

حامی مالی: این پژوهش هیچ‌گونه حامی مالی ندارد.

ملاحظات اخلاقی (کد اخلاق): این مقاله حاصل مستخرج از رساله دکتری تخصصی نویسنده اول در واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران می‌باشد و دارای کد اخلاق IR.IAU.ILAM.REC.1403.095 از کمیته ملی اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام می‌باشد.

مشارکت نویسندگان

- **طراحی ایده:** حدیث ولی‌زاده
- **روش کار:** حدیث ولی‌زاده، شهرام مامی، حمیرا سلیمان‌نژاد، زینب میهن‌دوست
- **جمع‌آوری داده‌ها:** حدیث ولی زاده، شهرام مامی، حمیرا سلیمان نژاد، زینب میهن دوست
- **تجزیه و تحلیل داده‌ها:** حدیث ولی زاده، شهرام مامی
- **نظارت:** شهرام مامی
- **مدیریت پروژه:** شهرام مامی
- **نگارش- پیش نویس اصلی:** حدیث ولی زاده، شهرام مامی، حمیرا سلیمان نژاد، زینب میهن دوست
- **نگارش- بررسی و ویرایش:** حدیث ولی زاده، شهرام مامی، حمیرا سلیمان نژاد، زینب میهن دوست

References

1. Abbasi M, Alizadehfard S, Ghaffari khalig H. Comparison of Empathy and Emotion Recognition between Healthy and Substance-Dependent Individuals under Treatment after Two Months, Six Months, and One Year. *Etiadpajohi* 2023; 17(68): 113-38. [Farsi]
2. Opheim E, Dalgard O, Ulstein K, Sorli H, Backe O, Foshaug T, et al. Towards elimination of hepatitis C in Oslo: Cross-sectional prevalence studies among people who inject drugs. *Drugpo* 2024; 123(1): 1042-79.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/jrums.24.2.123]

CCBY-NC.4.0 DEED

3. Ma Z, Liu Y, Wan C, Jiang J, Li X, Zhang Y. Health-related quality of life and influencing factors in drug addicts based on the scale QLICD-DA: a cross-sectional study. *HRQOL* 2022; 20(1): 109-20.
4. Bahram Abadian F, Mojtabaie M, Sabet M. Comparison of the efficacy of acceptance and commitment-based therapy and schema therapy on self-efficacy and craving for change in addicts. *JPS* 2021; 20(106): 1849-63. [Farsi]
5. Burgkart PL, Vuzic X, Fuchshuber J, Unterrainer HF. Attachment styles, personality organization, and substance use as predictors of emotion regulation strategies suppression and reappraisal in young adults. *FPSYT* 2022; 12(1): 745-86.
6. Ozer D, Altun OS, Avsar G. Investigation of the relationship between internet addiction, communication skills and difficulties in emotion regulation in nursing students. *JAPNU* 2023; 42(1): 18-24.
7. Flores-Kanter PE, Moretti L, Medrano LA. A narrative review of emotion regulation process in stress and recovery phases. *Heliyon* 2021; 1(1): 6-8.
8. Weiss NH, Kiefer R, Goncharenko S, Raudales AM, Forkus SR, Schick MR, et al. Emotion regulation and substance use: a meta-analysis. *J Drugalcdep* 2022; 23(1): 109-31.
9. Dingle GA, Neves DD, Alhadad SS, Hides L. Individual and interpersonal emotion regulation among adults with substance use disorders and matched controls. *BJC* 2018; 57(2): 186-99.
10. John-Henderson NA, Counts CJ, Strong NC, Larsen JM, Jeffs M. Investigating the role of emotion regulation in the relationship between childhood trauma and alcohol problems in American Indian adults. *JAD* 2024; 34(4): 440-45.
11. Garke M, Isacsson NH, Sorman K, Bjureberg J, Hellner C, Gratz KL, et al. Emotion dysregulation across levels of substance use. *Psychres* 2021; 296(1): 1136-62.
12. Xia W, Li HC, Liang T, Luo Y, Ho LL, Cheung AT, et al. Structured online training for university students to deliver peer-led addiction counselling for young drug abusers in China: Effect on improving knowledge, attitude, confidence, and skills. *PEC* 2022; 105(4): 1009-17.
13. Ahmadi Roghabadi A, Bagherzadeh Golmakani Z, Akbarzade M, Mansouri A, Khodabakhsh M. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and metacognitive therapy on adaptive and maladaptive strategies of cognitive emotion regulation in patients with substance use disorder undergoing methadone maintenance treatment. *RCPC* 2022; 12(1): 60-78. [Farsi]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/jrums.24.2.123]

CCBY-NC.4.0 DEED

14. Brown RL, Wood A, Carter JD, Kannis-Dymand L. The metacognitive model of post-traumatic stress disorder and metacognitive therapy for post-traumatic stress disorder: A systematic review. *CPP* 2022; 29(1): 131-46.
15. Bailey R, Wells A. Feasibility and preliminary efficacy of metacognitive therapy for health anxiety: A pilot RCT. *JADR* 2024; 16(1): 1007-51.
16. Sheykhangafshe FB, Niri VS, Amiri ZA, Larmaei ST, Esrafilian F. The Effectiveness of Metacognitive Therapy on Depression, Emotion Regulation, and Self-concept in Students with Social Anxiety Disorder: A Quasi-Experimental Study. *JJHS* 2024; 16(3): 1-10.
17. Vahidi Moghadam N, Khademi A, Hosseinzadeh M, Zeinali A. Comparison of the Effectiveness of Metacognitive Therapy and Positive Therapy on Emotional Regulation of patients with Chronic Hypertension. *IJNR* 2024; 19(3): 1-11. [Farsi]
18. Salguero JM, Ramos-Cejudo J. A multi-study examination of the relevance of the metacognitive beliefs about uncontrollability in emotion regulation and clinical symptoms. *JAD* 2023; 340(1): 809-12.
19. Merkebu J, Kitsantas A, Durning SJ, Ma T. What is metacognitive reflection? The moderating role of metacognition on emotional regulation and reflection. *FEDUC* 2023; 1(8): 141-65.
20. Khajevand S, Bahrainian A, Nasri M, Shahabizadeh F. Investigating the effectiveness of metacognitive interpersonal therapy on the cognitive regulation of emotion and emotional inhibition in adolescents with high-risk behaviors. *Journal of Cognitive Psychology* 2023; 11(4): 1-2.
21. Elahi M, Najafi M, Mohammadifar M. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and metacognitive therapy on psychological distress (stress, anxiety, and depression) in drug addicts. *JMPR* 2023; 18(71): 13-22. [Farsi]
22. Moeini P, Malihi Alzakerini S, Asadi J, Khajvand Khosheli A. The Comparison of the Effectiveness of Metacognitive Education and Treatment and Cognitive-Behavioral Stress Management on Feeling of Cohesion and Depression in the Spouses of Substance-Dependent Men. *SQRA* 2021; 15(59): 173-99. [Farsi]
23. Cao H, Yang L, He Y, Su H, Zhang J, Zhang Y. The influence of time perspectives on addictive behavior and its mechanism. *APS* 2019; 27(4): 666-78.
24. Borisenkov MF, Popov SV, Smirnov VV, Gubin DG, Petrov IM, Vasilkova TN, et al. Association between food addiction and time perspective

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/jrums.24.2.123]

CCBY-NC.4.0 DEED

during COVID-19 isolation. *EWD* 2022; 27(5): 1585-91.

25. Lin CC. The influence of parenting on gratitude during emerging adulthood: the mediating effect of time perspective. *CP* 2023; 42(1): 174-84.
26. Fang D, Maglio SJ. Time perspective and helpfulness: Are communicators more persuasive in the past, present, or future tense? *JESP* 2024; 110(1): 1045-64.
27. McKay MT, Worrell FC, Zivkovic U, Temple E, Mello ZR, Musil B, et al. A balanced time perspective: Is it an exercise in empiricism, and does it relate meaningfully to health and well-being outcomes? *IJP* 2019; 54(6): 775-85.
28. Gohar M. Emotion regulation in relation to Cognitive Flexibility and Time Perspective. *PID* 2022; 25(1): 11-27.
29. Esmaili V, Ariapooran S, Amiri H. The Effectiveness of Emotional Regulation and Time Perspective Therapies on Anxiety and Emotional Dysregulation in Adolescents during the COVID-19 Outbreak. *PS* 2022; 18(3): 1-18. [Farsi]
30. Morgenroth O, Keck M, Gensicke M. Time will tell: Time perspective as a source for metacognitive emotion-focused coping and its measurement. *PID* 2021; 168(1): 1103-27.
31. Burhan-Cavusoglu P, Oktay F, Bayram N. Why is time perspective important for emotion regulation? The role of time perspectives on emotion dysregulation among young adults. *AYNA* 2020; 7(2): 146-66.
32. Azizpour A, Azmoudeh M, Ayromlou H, Hoseini Nasab S. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Compassion-Focused Therapy on Death Anxiety and Fear of Falling in Patients with Multiple Sclerosis: A Quasi-Experimental Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2025; 23(8): 677-90.
33. Gall M, Borg W, Gall J. Quantitative and qualitative research methods in educational sciences and psychology. Translated by Ahmad Reza Nasr, et al. *SAMT* 2016; 1(3): 8-11.
34. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *JPBA* 2004; 26(1): 41-54.
35. Shahamat, F. Predicting General Health Symptoms (Somatization, anxiety, depression) from Early Maladaptive Schemas. *JMPR* 2011; 5(20): 103-24. [Farsi]
36. Wells A. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *JBTEP* 2006; 37(3): 206-12.
37. Zimbardo PG, Boyd JN. Time perspective, health, and risk taking. InUnderstanding

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/jrums.24.2.123]

CCBY-NC.4.0 DEED

behavior in the context of time. Psychology Press. 2006. pp. 97-119.

38. Smit K, De Brabander CJ, Boekaerts M, Martens RL. The self-regulation of motivation: Motivational strategies as mediator between motivational beliefs and engagement for learning. *IJER* 2017; 82(1): 124-34.

39. Wells A, Reeves D, Heal C, Fisher P, Doherty P, Davies L, et al. Metacognitive therapy home-based self-help for anxiety and depression in cardiovascular disease patients in the UK: A single-blind randomised controlled trial. *PLoS* 2023; 20(1): 10041-61.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/jrums.24.2.123]

CCBY-NC.4.0 DEED

Comparing the Effectiveness of Metacognitive Therapy and Time Perspective Therapy on Emotion Regulation in Individuals with Substance Use Disorder: A Quasi-Experimental Study

Hadis Valizadeh[1], Shahram Mami[2], Homeira Soleimannejad[3], Zainab Mihandost[4]

Received: 08/12/24 Sent for Revision: 18/02/25 Received Revised Manuscript: 08/03/25 Accepted: 09/03/25

Background and Objectives: Substance abuse is a disaster for individuals, their families, and society. Its increasing trend creates significant challenges for individuals and healthcare systems. Effective treatment strategies are essential to address these challenges. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of metacognitive therapy and time perspective therapy on emotion regulation in individuals with substance use disorder.

Materials and Methods: This research was a quasi-experimental study with a pre-test, post-test, and follow-up design with a control group. The statistical population included all men with substance use disorder referred to addiction treatment centers in Kermanshah in 2024. Sixty individuals were selected via convenience sampling and randomly assigned to three groups (n=20 per group). The metacognitive group received 8 sessions, and the time perspective group received 6 sessions of intervention, while the control group received no intervention. Data were collected using the Difficulties in Emotion Regulation Scale by Gratz and Roemer (2004). The data was analyzed using two-way repeated measures ANOVA.

Results: The effect of the interventions on improving emotion regulation ($F=959.50$, $p=0.001$) in individuals with substance use disorder was significant, and these positive effects remained stable during the follow-up period. Additionally, there was a statistically significant difference between the treatment methods ($p<0.001$), with metacognitive therapy being more effective in regulating the emotions of these individuals ($p<0.001$).

Conclusion: Considering the impact of metacognitive therapy on emotion regulation in individuals with substance use disorder in the present study, more attention to providing training based on this intervention is recommended.

Keywords: Drug dependence, Emotion regulation, Metacognitive therapy, Time perspective therapy

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical considerations: The Ethics Committee of Azad University, Ilam Branch, approved the study (IR.IAU.ILAM.REC.1403.095).

Authors' contributions:

- **Conceptualization:** Hadis Valizadeh
- **Methodology:** Hadis Valizadeh, Shahram Mami, Homeira Soleimannejad, Zeinab Mihandoost
- **Data collection:** Hadis Valizadeh, Shahram Mami, Homeira Soleimannejad, Zeinab Mihandoost
- **Formal analysis:** Hadis Valizadeh, Shahram Mami
- **Supervision:** Shahram Mami
- **Project administration:** Shahram Mami
- **Writing - original draft:** Hadis Valizadeh, Shahram Mami, Homeira Soleimannejad, Zeinab Mihandoost
- **Writing - review & editing:** Hadis Valizadeh, Shahram Mami, Homeira Soleimannejad, Zeinab Mihandoost

Citation: Valizadeh H, Mami Sh, Soleimannejad H, Mihandost Z. Comparing the Effectiveness of Metacognitive Therapy and Time Perspective Therapy on Emotion Regulation in Individuals with Substance Use Disorder: A Quasi-Experimental Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2025; 24 (2): 123-40. [Farsi]

1- PhD Student of General Psychology, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran
2- Assistant Professor, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran, ORCID: 0000-0003-2461-435X (Corresponding Author) Tel: 09181413236, E-mail: Shahram.mami@yahoo.com
3- Assistant Professor, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran
4- Assistant Professor, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran

CCBY-NC.4.0 DEED

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/jrums.24.2.123]