فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، سال دهم، شماره سی و هفتم، بهار۱۳۹۵
Quarterly Journal of Research on Addiction, Vol. 10, No. 37, Spring 2016

مقاله
پژوهشی
Research
Article

اثربخشی برنامه مداخله‌ای فراشناختی ولز بر کاهش افکار ناکارامد در معتادین با سوءمصرف مواد

حسین زارع [۱]، شیدا شریفی ساکی [۲]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۳/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۱۱

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان فراشناخت به شیوه گروهی بر تعدیل نگرش‌های ناکارامد معتادین مرد تحت درمان با متادون بود. **روش:** از بین مراجعین تحت درمان با متادون ماه‌های بهمن تا اردیبهشت۱۳۹۳ مرکز متادون‌درمانی طریقت نو شهر تهران ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) گماشته شدند. شرکت‌کنندگان به پرسش‌نامه نگرش‌های ناکارآمد بک و وایسمن قبل از آموزش به شیوه فراشناختی و بعد از آن پاسخ دادند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد بین دو گروه در نگرش‌های ناکارآمد تفاوت معناداری وجود دارد، و میانگین گروه آزمایش در نگرش ناکارآمد پایین‌تر بود. **نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد این آموزش با توجه به مفاهیمی مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده بدون داوری، رویارویی و رهاسازی می‌تواند در جلوگیری از لغزش معتادان موثر باشد.

کلید واژه‌ها: درمان شناختی-رفتاری، درمان فراشناختی، سوءمصرف مواد، افکار ناکارامد

۱. نویسنده مسئول: استاد گروه روانشناسی عمومی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران، پست الکترونیک: h_zare@pnu.ac.ir
۲. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

مقدمه

امروزه مصرف مواد و پیامدهای ناشی از آن یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامت عمومی در سراسر جهان به شمار می‌رود (دالی و مارلات[1]، ۲۰۰۵). وابستگی و سوءمصرف مواد به عنوان اختلالی مزمن و عودکننده است که پیشآیندهای زیستی، فرهنگی، روانی، اجتماعی، رفتاری و معنوی در شیوع و تداوم آن نقش دارند (بروک و اسپیتز[2]، ۲۰۰۲؛ والاس[3]، ۲۰۰۳؛ نقل از دباغی، ۱۳۸۷). علاوه بر این، اعتیاد با صدمه‌های جسمانی، مالی و خانوادگی متعددی نیز همراه است که در صورت تداوم این مشکل و عودهای مکرر در این بیماران، منجر به افت جدی در عملکرد فردی و اجتماعی آنان می‌گردد. راهبردهای درمانی مختلفی در حوزه اعتیاد صورت می‌گیرد. در طی سال‌های گذشته شیوه‌های مختلف درمانی جهت کنترل اعتیاد شکل گرفته که یکی از آن‌ها برنامه دارویی درمان نگهدارنده با متادون[4] است. یافته‌های این روش نشان داده است که این دارو، جایگزین مناسبی بخصوص برای مواد افیونی[5] همچون تریاک، کراک و هروئین است و تأثیر مطلوبی بر کاهش مصرف مواد، علامت‌های ترک، علامت‌های روانپزشکی و رفتارهای خطرناک این بیماران در دوره درمان داشته است (لشنر[6]، ۱۹۹۹). با این حال برخی بیماران مصرف کننده مواد افیونی در درمان نگهدارنده متادون، با گذشت مدت زمانی از درمان، لغزش‌های متعددی را تجربه کرده و حتی ممکن است سراغ مواد دیگری همچون محرک‌ها بروند و زمینه عود در آن‌ها فراهم شود (کوران، بولتون، وانیگرانت، و اسمیت[7]، ۱۹۹۹). به نظر می‌رسد اثربخش نبودن درمان نگهدارنده در میان این افراد، تنها ناشی از تداوم مصرف داروی متادون طی زمان نیست، بلکه عوامل مختلفی وجود دارند که اثربخشی این روش درمانی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. از آنجایی که اعتیاد نیز همانند دیگر بیماری‌های روانی، از چندین علت موثر نشات می‌گیرد اگر در درمان آن تنها یکی از عوامل (درمان دارویی) مد نظر قرار گیرد، به فرض تأثیر مثبت آن، عوامل دیگر

سال دهم، شماره ۳۷، بهار ۱۳۹۵
Vol. 10, No. 37, Spring 2016

1 . Dalley & Marlatt
2 . Brook & Spitz
3 . Wallace
4 . methadone
5 . opioids
6 . Leshner
7 . Curran, Bolton, Wanigaratne, & Smyth

می‌توانند تأثیر عامل مورد نظر را کاهش دهند (برین و مک للان[1]، ۱۹۹۶). نظریه‌های سبب‌شناسی همچون نظریه شناختی بر این فرض استوار است که وابستگی به مواد، به علت واسطه‌های شناختی است (گرمن، اسپیر، گرین والدو لابووی[2]، ۲۰۰۱). بیشتر مداخله‌های روانشناختی انجام شده در درمان اعتیاد نیز بر رویکردهای شناختی رفتاری[3]به عنوان رویکردی موثر در درمان این بیماری اشاره نموده‌اند (مک گاورن[4] و همکاران، ۲۰۰۹). همچنین گروه درمانی شناختی رفتاری و درمان نگهدارنده با متادون در درمان اختلال‌های افسردگی و اضطراب همبود با سوءمصرف مواد موثر بوده است (قدسی و ماکسول[5]، ۱۹۹۰).

رویکرد شناختی دارای محدودیت‌هایی است که از آن جمله می‌توان به تاکید آن بر محتوای باورها (شناخت‌ها) و نادیده گرفتن فرایندهای پویا و باورهای فراشناختی اشاره کرد (ولز[6]، ۲۰۰۹؛ ترجمه اکبری، محمدی و اندوز، ۱۳۹۱) یکی از درمان‌های غیردارویی نوظهور، درمان مبتنی بر رویکرد فراشناختی است. درمان فراشناختی[7] یک چارچوب کلی در مفهوم‌سازی آسیب‌پذیری، ایجاد و حفظ اختلال‌های روانی ارائه می‌دهد. این مدل پیشنهاد می‌کند که اختلال‌های روانی (اختلال‌های خلقی، اختلال‌های وابسته به مواد) از طریق الگوهای پایدار تفکر (نگرانی یا نشخوار فکری[8]) و راهبردهای غیرمنعطف کنترل توجه مانند پایش و نظارت بر تهدید و نگرانی، راهبردهای کنترل فکر[9] (مانند سرکوب افکار) و رفتارهای ناسازگارانه (مانند اجتناب و استفاده از مواد) ایجاد و حفظ می‌شوند که مجموع این عوامل به تشکیل یک نشانگان توجهی- شناختی[10] می‌انجامد و این نشانگان باعث شکست در اصلاح باورهای ناسازگار با خود می‌شود. در این راستا رویکرد فراشناختی با آموزش راهبردهای منعطف کنترل توجه و تغییر در نشخوارهای ذهنی، به تغییر در خلق می‌پردازد و به بیمار فرصت می‌دهد تا به جای تمرکز بر افکار خودآیند

سال دهم، شماره ۳۷، بهار ۱۳۹۵
Vol. 10, No. 37, Spring 2016

1 . Brien & McLellan
2 . Gorman, Speer, Gruenewald, & Labouvie,
3 . cognitive-behavioral approaches
4 . McGovern
5 . Ghodse & Maxwell
6. Wells
7. Meta Cognitive Therapy (MCT)
8. rumination
9. thought control strategies
10. Cognitive Attentional Syndrome (CAS)

منفی، فرایند اندیشناکی را مورد آماج قرار داده و بر سبک‌های تکرار شونده تفکر غلبه و رابطه جدیدی با افکار و باورهایش برقرار کند (ولز، ۲۰۰۹؛ ترجمه اکبری و همکاران، ۱۳۹۱). در یک مطالعه همبستگی که روی افراد دچار اختلال وابستگی به مواد صورت گرفته است، نتایج نشان داد که بین باورهای فراشناختی و وابستگی به مواد رابطه وجود دارد، خصوصاً که بین سه عامل فراشناختی (باورهای مثبت در مورد نگرانی، باورهای منفی در مورد نگرانی و باورها در مورد اطمینان شناختی پایین) با وابستگی به مواد رابطه مثبت و معناداری وجود داشت و در مورد دو مقیاس بعدی (باورها در مورد نیاز به کنترل فکر، باورها در مورد خودآگاهی شناختی) رابطه ضعیفی وجود داشت. همچنین در دو تحقیق مقدماتی دیگر (اسپادا، نیکویک، گیووانی[1] و ولز، 2010؛ اسپادا و ولز، ۲۰۱۱) یافته‌ها نشان دادند که افراد وابسته به مواد در مقایسه با افراد بهنجار در باورهای فراشناختی نمرات بالاتری را گزارش کردند.

کارول[2] (۱۹۹۶؛ نقل از ایروبین، بوئرز، دان و ونگ[3]، ۱۹۹۹) بیان می‌کند که نظر به تردیدهایی که در درمان و پیشگیری از عود در اعتیاد وجود دارد، نیاز به مداخله‌های تجربی جدیدتر تأثیرگذار بر متغیرهای میانجی احساس می‌شود. یکی از این متغیرهای واسطه‌ای شناختی موثر در اعتیاد، نگرش‌های ناکارامد است. بررسی‌ها نیز نشان داده‌اند که فرایند اعتیاد تحت تاثیر باورها و نگرش‌های فرد قرار دارد (روهنسو، سیروتا، مارتین، مونتی[4]، ۲۰۰۴؛ اسکینر و آیوبین[5]، ۲۰۱۰) و معمولا افراد به صورت ناگهانی و بی‌دلیل به مصرف مجدد روی نمی‌آورند بلکه به طور فعال درگیر مواد می‌شوند و نگرش‌ها و باورها و اهدافشان در این زمینه نقش مهمی را ایفا می‌کنند (بک، رایت، نیومن و لیس[6]، ۱۹۹۳).

نگرش‌های ناکارآمد فرض‌ها و باورهای ناکارآمدی‌اند که موجب سوگیری ادراک فرد از رویدادها شده و احساس‌ها و ادراک‌های فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد و فرد را مستعد افسردگی و سایر آشفتگی‌های روانی می‌کند (گلداسمیت، تران، اسمیت، هاو[7]، ۲۰۰۹). بر

1. Spada, Nikcevic, Giovanni
2. Karol
3. Irvin, Bowers, Dunn, & Wang
4. Rohsenow, Sirota, Martin, & Monti
5. Skinner & Aubin
6. Beck, Wright, Newman, & Liese
7. Goldsmit, Tran, Smith, & Howe

اســـاس مـدل شـــناختی بـک (۱۹۹۳) بـاورهای مرتبط با مواد، ناگهانی و بلافاصـــله فعال نمی‌شـوند مگر اینکه افراد افسـرده شـده و هیجان منفی را تجربه کنند. بدین ترتیب افرادی که هیجان‌های منفی را به شکل اضطراب و افسردگی تجربه می‌کنند ممکن است انتظاراتی از مصـرف مواد داشـته باشند مبنی بر اینکه مصرف مواد می‌تواند باعث کاهش نگرانی‌های آنان شـود (به نقل از گلداسـمیت و همکاران، ۲۰۰۹). بدین ترتیب با فعال شـدن نشـانگان شناختی توجهی که خود از باورهای فراشناختی ناشی می‌شود افراد راهبردهای ناکارآمدی را نیز برای تنظیم فکر و هیجان خود اسـتفاده می‌کنند که در نهایت منجر به مصـــرف مواد می‌شـود. به گفته راچمن و سـیلوا[1] (۱۹۷۸) افکار ناراحت کننده و سرزده، که ممکن است به شـکل تصـویرهای ناخواسـته یا ناخوشـایند و چرخشـی ظاهر شوند، غالبا تجربه طبیعی و جهانی افراد هسـتند؛ آنچه که باعث مشـکل و آسیب روانی افراد می‌گردد راه‌های برخورد بـا این افکـار اســـت. پژوهش‌ها نشـــان داده‌اند که افراد از راهبردهای مختلفی برای کنترل افکـار ســـرزده خود کـه بـه طور معمول اتفاق می‌افتد اســـتفاده می‌کنند، که برخی از این راهبردها با پریشـــانی عاطفی آنان ارتباط دارد (کلارک[2]، ۲۰۰۴، ولز و دیویس[3]، ۱۹۹۴). ولز و دیویس (۱۹۹۴) تلاش کردند فنون مقابله‌ای شـناختی افراد در برابر افکار ناخواسـته را، که راهبردهای کنترل تفکر دارند به شـکل تجربی مورد بررسـی قرار دهند. بهره‌گیری از دو راهبرد نگرانی و خود تنبیهی از پیشـایندها و یا همبسـته‌های برخی از مشـکلات روانشـناختی هستند. در درمان شناختی رفتاری به دلیل پرداختن به محتوای فکر، توجهی به راهبردهای کنترل فکر نشده است در حالی که درمان فراشناختی به فرایند افکار (چگونگی انـدیشـــیـدن) می‌پردازد (ولز ۲۰۰۹؛ ترجمـه اکبری و همکـاران، ۱۳۹۱). ولز در رویکرد فراشـــناختی آموزش و تمرین تکنیک‌های کنترل توجه و فنون ذهن آگاهی انفصـــالی را به منظور تعدیل نشانگان شناختی توجهی در بیماران، ارائه کرده است (ولز، ۲۰۰۶).

اگرچه پژوهش‌ها در باب اثربخشـی درمان فراشـناختی در حوزه اعتیاد بسـیار کم بوده اما درمان‌های جدید موج سـومی با تاکید بر انعطاف‌پذیری روانشـناختی گام‌های جدیدی در

1. Rachman & Silva
2. Clark
3 . Wells, A., & Davies

حوزه روان‌درمانی اعتیاد برداشته‌اند. برخی این درمان‌ها فنون شناختی رفتاری سنتی را با ذهن آگاهی[1] ترکیب کرده‌اند (هیز، لومبا و باند[2]، ۲۰۰۶). روش ذهن‌آگاهی به دلیل توجه به مفاهیمی مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده بدون داوری، رویارویی و رهاسازی می‌تواند در جلوگیری از لغزش معتادان موثر باشد (ویتکیویتز، مارلات و واکر[3]، ۲۰۰۵). در این راستا یعقوبی عسگر آباد، بساک نژاد، مهرابی‌زاده هنرمند و ضمیری نژاد (۱۳۹۲) در پژوهشی به اثربخشی درمان گروهی فراشناختی بر علائم افسردگی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون پرداختند. یافته‌ها نشان داد که درمان گروهی فراشناختی در کاهش علائم افسردگی در مرحله پس آزمون بر معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون تأثیر معناداری دارد. به نظر می‌رسد در حوزه درمان اعتیاد عوامل مختلفی وجود دارند که اثربخشی دارو درمانی صرف را بویژه در طولانی مدت، تحت تأثیر قرار داده و با توجه به گسترش اعتیاد، ارزیابی تجربی مداخله‌های جدیدتر روانشناختی بر متغیرهای میانجی در این حوزه احساس می‌شود (کارول[4]، ۱۹۹۶؛ نقل از ایروین[5] و همکاران، ۱۹۹۹). از آنجایی که افکار منفی و مزاحم در معتادان از تجربه های همیشگی آنان محسوب می‌شود به درمان‌هایی نیاز است که در جهت تعدیل شناختی به جای سرکوب فکر، مستقیما تعدیل نشانگان توجهی- شناختی را در دستور کار قرار دهند که به نظر می‌رسد رویکرد فراشناختی و تکنیک‌های آن در این طیف قرار می‌گیرند (ولز ۲۰۰۹؛ ترجمه اکبری و همکاران، ۱۳۹۱).

نظر به اهمیت ارائه مداخلات غیر دارویی(رواندرمانی) برای مشکلات روانشناختی معتادان و ضرورت ماندگاری آنان در دوره پرهیز از مواد در برنامه‌های درمانی با متادون، و از سویی نیاز جدی مراکز درمانی اعتیاد به برنامه‌های رواندرمانی گروهی، هدف پژوهش حاضر بررسی درمان فراشناخت به شیوه گروهی بر تعدیل نگرش‌های ناکارآمد معتادین مرد تحت درمان با متادون بود.

سال دهم، شماره ۳۷، بهار ۱۳۹۵
Vol. 10, No. 37, Spring 2016

1. Mindfulness
2. Hayes, Luoma, & Bond
3. Witkiewitz, Marlatt, & Walker
4. Caroll
5. Irvin

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش در این مطالعه شبه‌آزمایشی بود. طرح پژوهش از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. گروه آزمایش تحت درمان گروهی فراشناختی ولز قرار گرفت و گروه گواه هیچ آموزشی دریافت نکرد. جامعه آماری این مطالعه شامل مراجعین ماه‌های بهمن ۱۳۹۲ تا اردیبهشت۱۳۹۳ مرکز متادون درمانی امید شهرتهران بود که تحت درمان با متادون بودند. تعداد افراد این مرکز ۲۵۰ نفر بود. در پژوهش حاضر ۳۰ نفر از این افراد به روش نمونه‌گیری هدفدار با توجه به معیارهای ورود شامل ۱) مصرف تریاک، شیره، هروئین؛ ۲) طول اعتیاد حداقل ۱ و حداکثر ۵ سال؛ ۳) داشتن سن بین ۲۵ تا ۴۰ سال؛ ۴) مرد بودن؛ و ۵) نداشتن بیماری‌های مهم جسمانی و روانی انتخاب شدند. سپس آنها به روش تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل ۱) عدم شرکت در حداقل یک جلسه درمان ۲) ابتلا به نشانه های توهم و هذیان.

ابزار

مقیاس نگرش‌های ناکارآمد: بک و وایسمن[1] (۱۹۷۸) برای سنجش نگرش‌های ناکارآمد پرسش‌نامه‌ای ۴۰ گویه‌ای تنظیم کردند. این ماده ها در یک طیف از (۱) کاملاً مخالف تا (۷) کاملاً موافق نمره‌گذاری می‌شود. گویه‌های ۳۷، ۳۰،۳۵، ۲۹، ۲۴، ۱۷، ۱۲، ۶، ۲ و ۴۰ به صورت معکوس نمره‌گذاری می شوند. اعتبار این پرسش‌نامه از ۰/۸۴ تا ۰/۹۲ گزارش شده است (طهرانی‌زاده، ۱۳۸۳). در این مطالعه اعتبار[2] به‌دست آمده از روش همسانی درونی برابر با ۰/۸۸ بود.

روش اجرا

بین دانشگاه و مرکز متادون‌درمانی طریقت نو شهر تهران هماهنگی‌های لازم انجام شد. از بین ۲۵۰ نفرمراجع مرکز، و در نظر گرفتن معیارهای ورود ۳۰ نفر انتخاب شدند و سپس

1. Beck & Wissman
2. Reliability

افراد به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری مجزای آزمایش و گواه قرار گرفتند. سپس هر دو گروه به مقیاس ارزیابی نگرش‌های ناکارآمد پاسخ دادند. برای گروه آزمایش درمان فراشناختی و آموزش تکنیک‌های آن به صورت گروهی طی ۸ جلسه و هر جلسه ۱ ساعت اجرا گردید. اساس روش درمان فراشناختی، پیاده‌سازی الگوی گام به گام فراشناختی ولز بود که در کتاب راهنمای عملی درمان فراشناختی برای سوءمصرف مواد (۲۰۰۹) ارائه شده است. یک هفته پس از اتمام جلسه‌ها از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. ضمنا در گروه آزمایش سه نفر به دلیل غیبت از جلسه‌ها ریزش داشتند که برای هماهنگی تعداد افراد دو گروه، ۳ نفر از گروه گواه نیز به طور تصادفی حذف شدند و در هر یک از گروه‌های آزمایش و گواه ۱۲ نفر قرار گرفتند.

جدول ۱: شرح الگوی فراشناختی ولز به تفکیک جلسات

جلسات	شرح
۱	خوش‌آمدگویی، ارائه خلاصه‌ای از مدل درمان و اهداف جلسه‌ها، انجام پیش‌آزمون.
۲	آشنایی با درمان فراشناختی، آشنا کردن بیماران با دو راهبرد نگرانی و نشخوار فکری به عنوان راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد با افکار مزاحم، تحلیل سود و زیان نگرانی و نشخوارذهنی.
۳	تحلیل فرآیند سرکوب افکار و آشنایی گروه با سندرم توجهی– شناختی.
۴	آزمایش فرونشانی افکار و تمرین هشیاری فراگیر بی‌طرفانه (ذهن‌آگاهی انفصالی) هنگام مواجهه با افکار مزاحم و مشاهده جریان فکر بدون تفسیر، تعبیر و کنترل آن‌ها.
۵	آموزش فن مواجهه و پاسخ دادن و به تعویق انداختن نگرانی و هرگونه عملی به منظور فاصله گرفتن از فکر و پردازش فراشناختی افکار مزاحم و به تعویق انداختن نگرانی و انجام هرگونه رفتاری.
۶	بحث درمورد باورهای فرا شناختی مثبت و منفی ناکارآمد و چالش‌های کلامی با آن‌ها.
۷	آموزش تکنیک آموزش توجه به عنوان یک راهبرد فراشناختی کارآمد.
۸	مرور نقش راهبردهای ناکارآمد در حفظ اختلال‌ها و نقش تکنیک‌ها و مراحل درمانی سپری شده در رفع اختلال.

سال دهم، شماره ۳۷، بهار ۱۳۹۵
Vol. 10, No. 37, Spring 2016

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول۲: آماره‌های توصیفی نگرش ناکارآمد به تفکیک گروه و نوع آزمون

نوع آزمون	آزمایش		گواه	
	میانگین	انحراف‌استاندارد	میانگین	انحراف‌استاندارد
پیش‌آزمون	۱۶۲/۶۷	۱۰/۰۰	۱۵۶/۵۰	۱۴/۹۴
پس‌آزمون	۱۳۸/۹۲	۱۰/۰۴	۱۵۴/۰۰	۱۴/۱۹

برای بررسی اثربخشی برنامه فراشناختی می‌بایستی از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شود. یکی از پیش‌فرض‌های این آزمون برابری واریانس‌هاست. نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این پیش‌فرض داشت (F=۰/۵۶, P>۰/۰۵). نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نیز حکایت از نرمال بودن توزیع داشت. بنابراین تحلیل کواریانس به شرح زیر انجام شد.

جدول۳: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی اثربخشی برنامه فراشناختی بر نگرش‌های ناکارآمد

منبع	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۰/۸۶	۲۸/۷۸۰	۰/۰۱	۰/۵۱
گروه‌ها	۰/۲۰	۶/۶۵۰	۰/۰۱	۰/۱۹
خطا	۰/۸۱	-	-	-

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تأثیر درمان فراشناخت به شیوه گروهی بر تعدیل نگرش‌های ناکارامد معتادین مرد تحت درمان با متادون بود. یافته‌ها نشان داد که بین دو گروه تفاوت معناداری در میانگین های متغیر نگرش ناکارآمد وجود دارد به طوری که میانگین گروه آزمایش که این روش درمانی را دریافت کرده بود پس از درمان کاهش معناداری نسبت به گروه کنترل داشت. نتیجه این پژوهش با پژوهش حاجی علیزاده، بحرینیان، نظیری، و مدرس غروی (۱۳۸۷) همسو است. نگرش‌های ناکارآمد به عنوان یک عامل آسیب‌پذیر، احتمال گرایش به سوءمصرف مواد را افزایش می‌دهد. افراد معتاد دارای نگرش‌های ناکارآمد بسیاری هستند و به واسطهٔ داشتن همین نگرش‌ها، در مواجهه با موقعیت‌های زندگی، دچار احساس‌ها و هیجان‌های منفی می‌شوند که این گونه هیجان‌ها، مهم ترین

محرک‌های سوء مصرف مواد و به دنبال آن وابستگی به مواد هستند. نگرش‌های ناکارآمد، نگرش ها و باورهایی هستند که فرد را مستعد افسردگی و یا به طور کلی آشفتگی روانی می‌کند (میرندا، گروس، پرسونز و هان[1]، ۲۰۰۳). از جمله عواملی که می‌تواند بر نگرش‌های ناکارآمد اثرگذار باشد، فراشناخت است. پژوهش‌ها حاکی از ارتباط بین مولفه‌های فراشناخت، نگرش‌های ناکارآمد و اختلال‌های هیجانی بوده است (ولز و کینگ[2]، ۲۰۰۶؛ رولافز، هیبرز، پترز و آرنتز[3]، ۲۰۱۱). بر اساس مبانی نظری فراشناخت می‌توان بیان کرد که نگرش‌های ناکارآمد می‌تواند به عنوان پردازش‌های شناختی هشیار و مرتبط با مولفه‌های فراشناختی مورد توجه قرار گیرند (پترسون [4] و همکاران، ۲۰۰۷؛ پاپاجورجیو[5] و ولز، ۲۰۰۱؛ بومان و میجر[6]، ۱۹۹۱). این پردازش‌ها می‌توانند بر فعالیت‌های شناختی فرد نظارت و کنترل داشته و راه انداز آشفتگی‌های هیجانی شود. برخی پژوهش‌ها، ارتباط مثبت و معناداری بین حالت‌های هیجانی، شناخت و فراشناخت به دست آورده‌اند (اسمیت، میر و بلکوود[7]، ۲۰۰۵). برخی دیگر از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که در بیماران مبتلا به اختلال‌های روانشناختی، اختلال در فراشناخت نیز مشاهده می‌شود (ولز و پوردون[8]، ۱۹۹۹؛ ولز، ۲۰۰۰). شاید بتوان گفت اختلال در مولفه‌های فراشناخت می‌تواند علتی برای تداوم مشکلات روانشناختی و شناختی افراد باشد (ولز،۲۰۰۰؛ ولز و پاپاجورجیو، ۲۰۰۱).

بر اساس بررسی‌های انجام شده، فرآیندهای اعتیاد تحت تأثیر باورها و نگرش‌های بیماران است (هولمن[9]، ۲۰۰۴). مطالعه نشان داده است که نگرش افراد، با پاسخ‌های شناختی و عاطفی آنها مطابقت دارد (فرهودیان، ۱۳۸۱). می‌توان گفت که افراد، مواد مصرف می‌کنند چون بر این باورند که مواد می‌تواند احساس‌های منفی آن‌ها را کاهش دهد، یا این حالت‌ها را تعدیل نماید. افراد افسرده مواد مصرف می‌کنند، زیرا به اثرات درمانی آن اعتقاد دارند و از این طریق خود درمانی می‌کنند. کمبود انرژی، خلق پایین و خستگی در

1. Miranda, Gross, Persons, & Hahn
2. King
3. Roelofs, Huibers, Peeters, & Arntz
4. Peterson
5. Papageorgio
6. Bouman & Meijer
7. Smith, Muir, Blackwood
8. Purdon
9. Holman

افراد افسرده، در کوتاه‌مدت می‌تواند به وسیلهٔ مصرف مواد از بین برود. مصرف مواد، خلق منفی بعدی در افراد مصـرف کننده ایجاد می‌کند که این خود باعث تداوم در مصـرف می‌شـود. عوامل شناختی و سیستم‌های عقیدتی در نوجوانانی که سوءمصرف مواد دارند، با نوجوانان گریزان از مواد، به میزان قابل ملاحظه‌ای تفاوت دارند. در مجموع باید اذعان داشـت که فرآیندهای شـناختی، از قبیل باورهای مرتبط با مواد، نگرش‌های ناکارآمد نقش بسیار مهمی در سوءمصرف و وابستگی به آن دارند.

فراشـناخت نیز یکی از متغیرهایی اسـت که در جریان سـوءاسـتفاده از مصـرف مواد مخدر مختل می‌گردد و ممکن اسـت بطور ویژه‌ای با تحلیل‌های شـناختی افراد وابسـته به مواد مخدر ارتباط داشـته باشـد. از دیدگاه فراشـناختی، سـوءاسـتفاده از مواد، تغییرات سـریع معنی‌داری در رویدادهای شـناختی، مانند احسـاس‌ها، افکار یا خاطره‌ها به وجود می‌آورد. مواد مخدر و داروهای روان گردان ممکن اسـت رویدادهای شـناختی را مسـتقیماً (برای مثال، ایجاد آرامش، ایجاد اجتناب، گریز از شناخت‌های دردناک و ایجاد آگاهی و توجه) و یا بطور غیرمسـتقیم (برای مثال، احسـاس دلبسـتگی، بهت‌زدگی و ارزیابی های سرکوب شـده) با تغییر باورها و نگرش‌ها در مورد اجتناب از رویدادهای شـناختی تحت تأثیر قرار دهد (توناتو[1]، ۱۹۹۹؛ نقل از ابولقاسـمی، ۱۳۸۶). یافته‌های پژوهشـی مبتنی بر بررسی رابطه نگرش‌هـای ناکارآمد به عنوان یک مولفه شـناختی با فراشـناخت نشـان می‌دهند که فراشناخت و مولفه‌های آن می‌توانند بر نگرش‌های ناکارآمد و مولفه‌های آن در افراد مبتلا بـه اختلال‌هـای روانشـناختی اثرگذار باشـد (بنازی[2]، ۲۰۰۶). بنابراین با توجه به این که باورهای فراشـناختی ناکارآمد و نگرش‌های ناکارآمد، هر دو در به وجود آمدن پیامدهای روان‌شـناختی (مانند اضـطراب، افسردگی، نگرانی) دخیل هستند و این اختلال‌ها موجب به وجود آمـدن احسـاس‌های منفی در افراد می‌شـود درنتیجه این گونه هیجان‌ها، به عنوان مهم‌ترین محرک‌های سـوءمصـرف مواد و به دنبال آن وابسـتگی به مواد در نظر گرفته می‌شـونـد. لـذا درمـان فراشـناختی با تأثیر بر نگرش‌های ناکارآمد می‌تواند با تعدیل این نگرش‌ها و در نتیجه تأثیر بر هیجان‌ها و احسـاس‌های منفی مانند اضـطراب و افسـردگی،

1. Toneatto
2. Benazzi

سال دهم، شماره ۳۷، بهار ۱۳۹۵
Vol. 10, No. 37, Spring 2016

افراد را در برابر مهم‌ترین محرک‌هایی که به سوی مواد مخدر و در نتیجه وابستگی به مواد کشیده می‌شوند توانمند سازد. فراشناخت درمانی را می‌توان درمانی تلقی کرد که بیماران را در شناسایی الگوهای فکری و مقابله‌ای ناکارآمد که باعث آشفتگی‌های هیجانی مزمن می‌شوند، توانمند می‌سازد. همچنین فراشناخت درمانی به بیماران کمک می‌کند تا این الگوها را تغییر دهند و به اصلاح فراباورها درباره افکار و احساس‌هایشان بپردازند. گروه درمانی فراشناختی بر نگرش‌های ناکارآمد و مولفه‌های آن در مردان وابسته به مواد مخدر که تحت درمان با متادن می‌باشند تأثیر گذار است و باعث کاهش این نگرش‌های ناکارآمد می‌شود. همچنین نتایج نشان داد که این درمان بعد از یک ماه نیز همچنان موثر است. در مورد محدودیت‌های پژوهش می‌توان بیان کرد که این پژوهش در مرکز متادون درمانی طریقت نو شهرتهران انجام گرفته است و تعمیم نتایج حاصل از آن با احتیاط باید صورت گیرد. چرا که در روند درمانی یک بیمار عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی بسیاری دخیل است، بنابراین ممکن است در شرایط فرهنگی و یا اقتصادی متفاوت، روند درمان به صورت فردی و یا گروهی متفاوت باشد. در این تحقیق عواملی مانند شرایط خانوادگی بیمار، سطح فرهنگی و میزان تحصیلات به دلیل پیچیدگی متغیرها، نادیده گرفته شد. پیشنهاد می‌شود تحقیقاتی در خصوص عوامل موثر در اثربخشی درمانی مانند شخصیت بیمار، مدت وابستگی، اشتغال، تحصیلات، وضعیت خانوادگی انجام شود. توصیه می‌گردد پژوهشی در خصوص میزان بازگشت بیماران وابسته به اعتیاد در شش ماه بعد از اتمام درمان که تحت درمان گروهی به شیوه مداخله فراشناختی ولز قرار گرفته‌اند، در مقایسه با بیمارانی که تحت درمان فردی قرار گرفت اند، انجام شود.

سال دهم، شماره ۳۷، بهار ۱۳۹۵
Vol. 10, No. 37, Spring 2016

منابع

ابوالقاسمی، عباس، احمدی، محمد و کیامرثی، آرش (۱۳۸۶). بررسی ارتباط فراشناخت و کمال گرایی با پیامدهای روان شناختی در افراد معتاد به مواد مخدر. *دو ماهنامه تحقیقات علوم رفتاری، ۵(۲)*، ۷۳-۷۹.

حاجی علیزاده، کبری، بحرینیان، سید عبدالمجید، نظیری، قاسم و مدرس غروی، مرتضی (۱۳۸۷). مقایسه نگرش‌های ناکارآمد در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد و افراد عادی و پیامدهای شناختی آن. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۲(۷)، ۶۸-۷۵.

دباغی، پرویز (۱۳۸۷). اثر بخشی پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی در درمان وابستگی به مواد افیونی و سلامت روانی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۲ (۷)*، ۲۲-۴۴.

طهرانی زاده، مریم (۱۳۸۳). *بررسی نارساکنش وری نگرش دختران فراری و عادی*. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه تربیت مدرس.

فرهودیان، علی (۱۳۸۱). تفاوت های فردی در ساختار نگرش. *تازه های علوم شناختی، ۴(۴)*، ۶۳-۶۳.

ولز، آدرین (۲۰۰۹). *فراشناخت درمانی برای اضطراب و افسردگی*، ترجمه مهدی اکبری، ابوالفضل محمدی و زهرا اندوز، (۱۳۹۱). تهران :کتاب ارجمند

یعقوبی عسگرآباد، اسماعیل، بساک نژاد، سودابه، مهرابی زاده هنرمند، مهناز، و ضمیری نژاد، سمیه (۱۳۹۲). اثربخشی درمان گروهی فراشناختی برعلایم افسردگی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون در مشهد، *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۵*، ۱۷۴-۱۶۷.

Beck, A.T.; Wright, F.D.; Newman, C.F.; and Liese, B.S. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford Press

Benazzi F. (2006). Borderline personality-bipolar spectrum relationship. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 30(1)*, 68-74.

Bouman, T.K., & Meijer, K. J. (1991). A preliminary study of worry and metacognitions in hypochondriasis. *Clinical Psychology* & *Psychotherapy, 6(2)*, 96-101.

Brien, C. P. O., & McLellan, A. T. (1996). Myths about the treatment of addiction. *Lancet, 347*, 237-240.

Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD.* New York: Guilford Press.

Curran, V. H., Bolton, J., Wanigaratne, S. D. & Smyth, C. (1999). Increased Methadone Dosage Increases Craving for Opiates but has no Cognitive or Sedative effects: a double blind, placebo-controlled study in methadone maintenance patients. *Addiction, 94 (5)*, 666- 674.

Daley, D.C., & Marlatt, G.A. (2005). Relapse prevention. In J.H. Lowinson, P. Ruiz, R.B. Millman, & J.G. Langrod (Eds.), Substance Abuse: A Comprehensive Textbook, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, pp. 772- 785

Ghodse, H., Maxwell, D. (1990). *Substance Abuse and Dependency.* MC Millan Press.

Goldsmith, A. A., Tran, G. Q., Smith, J. P., & Howe, S. R. (2009). Alcohol expectancies and drinking motives in college drinkers: Mediating effects on the relationship between generalized anxiety and heavy drinking in negative-affect situations. *Addictive Behaviors, 34*, 505-513.

Gorman, D. M., Speer, P. W., Gruenewald, P. J., & Labouvie, E. W. (2001). Spatial dynamics of alcohol availability, neighborhood structure and violent crime. *Journal of Studies on Alcohol, 62*, 628-636.

Hayes, S., Luoma, J. B., & Bond, F. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy, (44)*, 1-25.

Holman, R.C. (2004) .*Emotion and motive Effects on Drug Related cognition*. Handbook of addictive disorders a practical Guide to diagnosis and treatment. United States of America published John Wiley x sons, Inehoboken, Newjersey.

Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E., & Wong, M. C. (1999). Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*, 563–570.

Leshner, A. (1999). Principles of drug addiction treatment: a research-based guide. *National Institute of health (NIH) publication, 9*, 3-33.

McGovern, M. P., Lambert-Harris, C., Acquilano, S., Xie, H., Alterman, A. I., & Weiss, R. D. (2009). A cognitive behavioral therapy for co-occurring substance use and posttraumatic stress disorders. *Addictive Behaviors, 34*, 892–897.

Miranda, J., Gross, J. J. Persons J. B. & Hahn, J. (2003). Mood matters: Negative moodinduction activates dysfunctional attitudes in women vulnerable to depression cognitive. *Therapy and Researc*h, *22*, 363-376.

Papageorgio, C., & Wells, A. (2001). Metacognition beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive Research*, 8(2), 160-164.

Peterson, T.J., Feldman, G., Harley, R, Fresco, D. M., Graves, L., Holmes, A., et al. (2007). Extreme response style in recurrent and chronically depressed patients: Change with antidepressant administration and stability during continuation treatment, *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75(1)*, 145-53.

Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 16, 233–248.

Roelofs, J., Huibers, M., Peeters, F., Arntz, A., & Os, J. V. (2011). Positive and negative beliefs about depressive rumination. A psychometric evaluation of two self-report scales and a test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive* Therapy and Research, *34(2)*, 196 205.

Rohsenow, D. J., Sirota, A. D., Martin, R. A., Monti, P. M. (2004). The Cocaine Effects Questionnaire for Patient Populations: Development and Psychometric Properties, *Addictive Behaviors*, *29*, 537-553.

Skinner, M., & Aubin, H. J. (2010). Craving's Place in Addiction Theory: Contributions of the Major Models, *Neuroscience and Bio behavioral Review*s, *34*, 606-23.

Smith, D. J., Muir, W. J., Blackwood, D. H. (2005). Borderline personality disorder characteristics in young adults with recurrent mood disorder: a comparison of bipolar and unipolar depression. Journal of Affective *Disorders, 87(1)*, 17-23.

Spada, M., M., & Wells, A. (2011). Meta Cognitive beliefs about alcohol use: Development and validation of two self-report scales. *Addictive behavior, 33*, 515-527.

Spada, M., M., Nikcevic, V, A. Giovanni, B. Wells, A. (2010). Meta Cognition as a mediator of the relationship between emotion and smoking dependence. *Addictive behaviors, 32*, 2120-2139.

Wells A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. UK: Wiley.

Wells, A., & Davies, M. I. (1994). The Thought Control Questionnaire: a measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behavior Research and Therapy, 32*, 871–878.

Wells, A., & King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of* Behavior Therapy *and Experimental* Psychiatry, *37(3)*, 206-12.

Wells, A., & Papa Georgiou, C. (2000). Social phobia: Effects of external attention focus on anxiety, negative beliefs and perspective taking. *Behavior* Research and *Therapy*, *29*, 357- 370.

Wells, A., & Papa Georgiou, C. (2001). Brief cognitive therapy for social phobia: A case series. *Behavior Research and Therapy*, *39*, 713–720.

Wells, A., & Purdon, C. (1999). Introduction: metacognition and cognitive behavior therapy. *Clinical Psychology* & *Psychotherapy*, *6*, 71-72.

Wells, A., (2006). Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques, *Journal of Rational- Emotional & Cognitive-Behavioral Therapy*, *23*, 337-35.

Witkiewitz, K., Marlatt, G.A., & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *19*, 211–228**.**