

اثربخشی درمان فراشناختی بر عقاید وسوسه‌انگیز و باورهای مرتبط با مواد در بیماران وابسته به مواد صنعتی

صحرا سترگ^۱، حمید کاظمی^۲، زهره رئیسی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۵/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۸/۰۲

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فراشناخت بر عقاید وسوسه‌انگیز و باورهای مرتبط با مواد در بیماران وابسته به مواد صنعتی بود. **روش:** پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه همراه با گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری عبارت بود از تمامی افراد وابسته به مواد صنعتی که به مراکز درمانی ترک اعتیاد در سطح شهر اصفهان مراجعه کرده بودند. از جامعه آماری ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس از سه مرکز انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر وابسته به کراک هرورین و ۱۵ نفر وابسته به شیشه) و یک گروه گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش ۸ جلسه درمان گروهی فراشناخت دریافت کردند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان فراشناختی در اصلاح عقاید وسوسه‌انگیز و باورهای مرتبط با مواد در هر دو گروه وابسته به مواد کراک هرورین و شیشه تأثیر معناداری داشته است. همچنین، اثربخشی این درمان در پیگیری دو ماهه از ثبات برخوردار بود. **نتیجه‌گیری:** فراشناخت متغیری میانجی و مهم در پیشگیری، کنترل و درمان وابستگی به مواد صنعتی نوین است.

کلید واژه‌ها: درمان فراشناخت، عقاید وسوسه‌انگیز، باورهای مرتبط با مواد، وابستگی به مواد صنعتی

۱. نویسنده مسؤل: کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد. پست الکترونیک: sh.setorg@gmail.com

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد

مقدمه

در حیطه تعریف سلامتی به ابعاد روانی و اجتماعی توجه شده است که در این چارچوب در بحث پیشگیری پدیده‌های ناهنجار اجتماعی، وابستگی به مواد و اعتیاد به عنوان پراهمیت‌ترین مورد، ابعاد گسترده‌ای را به خود اختصاص می‌دهد. این موضوع با تغییراتی که در قرن بیست و یکم در سیر همه‌گیرشناسی بیماری‌ها ایجاد شده است از اهمیت بیشتری برخوردار گشته و از طرفی همراهی بیماری‌های روانی با پدیده وابستگی به مواد باب تازه‌ای را در حیطه بررسی این اختلال گشوده است (بخشی پور رودسری و بواله‌ری، ۱۳۸۳). اختلال وابستگی به مواد، در جایگاه دومین اختلال روان پزشکی بعد از اختلال افسردگی اساسی قرار گرفته است (کسلر، برگلوند و دملا، ۲۰۰۵) که از نظر این میزان شیوع بسیار حایز اهمیت است و تاکنون این اختلال، از معضلات جهان امروز بوده است (باقیانی مقدم، فاضل پور و رهایی، ۱۳۸۷). در تحقیقات به دست آمده روزانه پانصد هزار نفر از جوانان کشور مبتلا به اختلال وابستگی به مواد می‌شوند و جمعیت وابستگان به مواد هر ده سال دو برابر می‌شود و سن شروع اعتیاد در کشور به طور متوسط به زیر پانزده سال رسیده است. از طرفی درصد بالایی از کسانی که موفق به ترک اعتیاد می‌شوند بعد از مدتی مجدداً گرفتار شده و خسارت فزاینده‌ای را به امکانات جامعه وارد می‌کنند (هادیان مبارکه، نوری و ملک پور، ۱۳۹۰). علاوه بر این، تغییر الگوی مصرف از مواد افیونی مانند تریاک و مشتقات آن به مواد صنعتی کراک و شیشه این وضعیت را بسیار دشوارتر کرده است. امروزه میزان تولید مواد مخدر سنتی کاهش یافته و مواد مخدر صنعتی ارزان قیمت‌تر و تولید بیشتری داشته است. بدین ترتیب، اختلال وابستگی به مواد نیاز به مبارزه بیشتری را می‌طلبد به طوری که جدای از مشکلات فردی، خانوادگی و اقتصادی ناشی از وابستگی به مواد در گذشته مشکلات بهداشتی پرخطر نظیر تزریق مشترک، استفاده از سرم‌های آلوده و افزایش احتمال ابتلا به بیماری‌های عفونی و واگیردار نظیر ایدز، هپاتیت و همین‌طور ناهنجاری‌های شدید رفتاری از جمله جرم و جنایت با تغییر الگوی مصرف به سمت کراک و شیشه شیوع یافته است. بنابراین، ضرورت انجام پژوهش‌های مشابه مطالعه

حاضر، به منظور شناخت علل و درمان آن ضرورت می‌یابد. با توجه به تحقیق انجام شده توسط هادیان مبارکه و همکاران (۱۳۹۰) این تغییر الگوی مصرف کم خطر به پر خطر در کشور ایران هم اتفاق افتاده و یکی از معضلات جدی کشور مواد مخدر صنعتی کراک و شیشه شده است که لزوم پژوهش در زمینه مداخلات بالینی در این موضوع را ایجاد می‌کنند. بر خلاف شباهت‌های بنیادی در مکانیزم‌های آسیب شناختی اختلال‌های روان شناختی مختلف، هر اختلال محتوای خاص خود را در سطوح شناختی و فراشناختی دارد. بنابه گزارش، اکثر بیماران احساس می‌کنند کنترلی بر افکار و رفتارشان ندارند و الگوهای تفکر و توجه شان بر خود و موضوعات تهدید کننده متمرکز است، که درمان فراشناختی بر تغییر این الگوهای تفکر تأکید می‌کند و آن‌ها را بسیار مهم می‌داند (ولز، ۱۳۸۸).

رویکردهای شناختی معاصر نسبت به مشکلات بالینی، گستره مؤلفه‌های مختلف تشکیل دهنده تفکر را مشخص نکردند، ولی این که فراشناخت چگونه متشکل از دانش هشیاری در مورد حالت‌های شناختی فرد، تجربه‌های فراشناختی و راهبردهای کنترل است، بررسی شده است. همچنین، فراشناخت مرکب از دانش ضمنی ناهشیار است که به نیروهای اجرایی متمرکز در فعالیت شناختی جهت می‌دهد (بیابانگرد، ۱۳۸۱).

درمان فراشناختی در سال‌های اخیر مطرح شده است و از جنبه‌های مختلف، نظیر داشتن ساختاری منظم، تعداد محدود جلسات درمانی، تأکید بر فرایند شناخت به جای محتوای آن و طراحی فنون خاص نظیر آموزش توجه حایز اهمیت است. درمان فراشناختی از طریق تغییر توجه به حذف سبک‌های تفکر ناسازگارانه-به عنوان مانعی در جهت پردازش شناختی و هیجانی طبیعی-پرداخته و انعطاف پذیری در کنترل شناختی را افزایش می‌دهد. همچنین، تکنیک ذهن آگاهی گسلیده که با آگاه ساختن از رویدادهای درونی بدون پاسخدهی به آن‌ها منجر به ایجاد فرا آگاهی می‌شود از جمله تکنیک‌های اصلی این درمان است. درمان فراشناختی با ارایه مدل‌های ویژه برای هر اختلال و ارزشیابی تجربی آن‌ها با استقبال گسترده‌ای در سطح جهان مواجه شده است، به گونه‌ای که به‌رغم زمان کوتاهی که از ظهور این رویکرد می‌گذرد کارهای پژوهشی زیادی در زمینه ارزشیابی نظریه بنیادی فراشناخت و فنون درمانی بر آمده از آن انجام شده است

(ولز^۱، ۲۰۰۸). از جمله کاربرد این درمان در اختلال‌های اضطراب اجتماعی (کلارک^۲ و ولز، ۱۹۹۵؛ ولز و پاپاجورجیو^۳، ۲۰۰۱)، استرس پس از آسیب (ولز و سمبی^۴، ۲۰۰۴)، اختلال‌های اضطراب فراگیر (ولز، ۲۰۰۸)، اختلال وسواس فکری و عملی و اختلال افسردگی (فیشر^۵ و ولز، ۲۰۰۸) مؤثر بوده است. از طرفی ویژگی‌های منحصر به فرد رویکرد فراشناختی مانند تأکید آن بر حضور ذهن و آگاهی لحظه به لحظه از رخداد‌های درونی، بدون درگیر شدن در آن‌ها که متأثر از فلسفه شرق است در کنار تأکید بر فرایند تفکر، درباره تفکر و عناصری مانند فرا آگاهی و فرا باوری با بسیاری مفاهیم مورد تأکید در فرهنگ ایران سنخیت دارد و این موضوع می‌تواند اجرای فنون مربوط به این دو رویکرد را در مورد مراجعان ایران آسان سازد (ولز، ۱۳۸۸). در فرایند درمان‌های انجام شده در جهت بهبودی اختلال وابستگی به مواد، وسوسه‌ها و تمایلات غیرقابل کنترل، در طول درمان و بعد از آن، عامل مهمی در عدم موفقیت درمان و بازگشت هستند. به همین سبب، در سال‌های اخیر بررسی‌هایی صورت گرفته است که بر رابطه بین وسوسه و سوگیری توجه، صحنه‌گذارده‌اند به طوری که سوگیری توجه به عنوان مؤلفه شناختی وسوسه و یا مسؤول آن در نظر گرفته شده است (رحمانیان، میرجعفری و حسنی، ۱۳۸۵). با توجه به رابطه‌ای که بین سوگیری توجه و وسوسه مصرف مواد است، انجام مداخله در سطح توجه که یکی از تکنیک‌های درمان فراشناخت است برای تعدیل وسوسه مصرف مواد در افراد وابسته به مواد ضروری به نظر می‌رسد.

باورهای فراشناختی به طور بالقوه عاملی برای گرایش و استفاده از مواد است. از جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: "عدم مصرف مواد موجب ناراحتی روان شناختی و هیجانی می‌شود"، "عدم مصرف مواد موجب می‌شود که رویدادهای شناختی ناخوشایند و بد تداوم یابند"، "عدم مصرف مواد خوابم را آشفته می‌سازد و رویدادهای شناختی منفی تشدید می‌شوند" و "بدون مصرف مواد زندگی کسل کننده می‌شود" و... چنین باورهای مختلفی منجر به عود و بازگشت اعتیاد می‌شوند (مارلات و گوردن^۶، ۱۹۸۵). بر اساس نظریه فراشناختی ولز، باورهای فراشناختی ممکن است بیانگر تفاوت‌هایی در

مهارت‌های مقابله‌ای باشند، در مجموع، باورهای فراشناختی مختل، مهارت‌های مقابله‌ای را تضعیف می‌کند و به دنبال آن تعاملات شناختی (باورهای غیرمنطقی مبارزه جویانه) و رفتاری (رفتارهای غیر مؤثر) شکل می‌گیرند (ابوالقاسمی، احمدی و کیامرثی، ۱۳۸۶) که در این میان عقاید و سوسه انگیز و باورهای مرتبط با مواد می‌توانند نمونه‌ای از باورهای غیر منطقی حاصل از این تعاملات شناختی باشند.

حداقل سه نوع عقیده مرتبط با مواد وجود دارد: انتظاری، متمرکز بر تسکین و تسهیل کننده یا اجازه دهنده. عقاید انتظاری شامل انتظار پاداش است، نظیر "مهمانی امشب عالی خواهد بود. من نمی‌توانم منتظر این باشم که بروم..." عقاید متمرکز بر تسکین، عقایدی هستند که فرض می‌کنند مصرف مواد یک حالت ناراحت کننده را از میان بربوهاهد داشت. برای مثال: "من نمی‌توانم ترک را تحمل کنم، من نیاز به مصرف مواد دارم". بالاخره، عقاید تسهیل کننده یا اجازه دهند، عقایدی هستند که مصرف دارو را به‌رغم پی‌آمدهای بالقوه آن‌ها قابل قبول در نظر می‌گیرند، مثلاً: "تنها افراد ضعیف با مواد مشکل دارند، در مورد من صدق نمی‌کند". همچنین، عقاید اجازه دهنده وجه اشتراک زیادی با دلیل تراشی دارند. بیماران، افکاری دارند که به نظر می‌رسد مصرف داروی آن‌ها را توجیه می‌کند، نظیر "من مجبورم که کراک مصرف کنم و اگر مصرف نکنم قادر نخواهم بود روی کارم تمرکز کنم" چنین تفکری نوعی خود اغفالی است (بک، راش، شاو و امری^۱، ۱۹۷۹). علاوه بر این موضوع، سبک‌های شناختی و اسنادی مختل، مکانیسم‌های دفاعی همانند انکار، عقلانی سازی و سرزنش کردن در افراد مبتلا به اختلال وابستگی به مواد دیده شده است (کوشنر، شر و بیتمن^۲، ۱۹۹۰) که وجود این مکانیسم‌ها نیز می‌توانند به عنوان دلیلی بر وجود مهارت‌های مقابله‌ای ناسازگار در این افراد باشند. از آن سو، تغییرات شناختی ممکن است حاصل تقویت کننده‌های مثبت و منفی نیرومندی از مصرف مواد باشند، به این ترتیب که استفاده از مواد، باورها و انتظارات مثبتی را در مورد اثر مواد مخدر و روان گردان به وجود می‌آورند که همچنین، با باورهای اختصاصی و نگرش در مورد تأثیر رویداد شناختی مرتبطانند (توناتو^۳، ۱۹۹۹)، این موضوع را مارلات و

گوردن نیز در مدل شناختی رفتاری پیشگیری از بازگشت به اعتیاد، مطرح کرده‌اند که درمان جو هنگامی که در موقعیتی پر خطر قرار می‌گیرد در صورت فقدان پاسخ‌های مقابله‌ای مناسب، احساس خودکارآمدی وی کاهش یافته و انتظارات مثبتی در زمینه اثرات مصرف مواد در موقعیت پر خطر شکل می‌گیرد که این وضعیت منجر به پاسخ به سوسه‌ها، لغزش و سپس بازگشت می‌شود (فرانکن، کرون، ویرز، جانسون، ۲۰۰۰). بدین ترتیب، عقاید و سوسه‌انگیز و باورهای مرتبط با مواد عامل مهمی در عدم موفقیت درمان و بازگشت هستند. باورهای مرتبط با مواد می‌توانند به عنوان تعاملات شناختی ناشی از نقایص فراشناختی و مصرف مواد به عنوان یک رفتار مقابله‌ای ناسازگار باشند. در درمان فراشناخت با تکنیک‌هایی به اصلاح نقایص فراشناخت و باورهای مرتبط با مواد و در نتیجه تضعیف رفتار مقابله‌ای مصرف پرداخته می‌شود (حاجی علیزاده، بحرینیان، نظیری و مدرس غروی، ۱۳۸۸).

با توجه به آنچه گفته شد این نیاز احساس می‌شد که پژوهش در جهت به کارگیری درمان فراشناختی در عقاید و سوسه‌انگیز و باورهای مرتبط با مواد برای درمان وابستگان به مواد ضروری است. بدین منظور سؤال پژوهش حاضر این است که آیا درمان فراشناختی بر عقاید و سوسه‌انگیز و باورهای مرتبط با مواد در بیماران وابسته به مواد صنعتی اثربخش است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش مورد نظر از نوع مطالعات شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون، با گروه گواه و پیگیری دو ماهه است. جامعه آماری این پژوهش عبارت بود از: تمامی افراد وابسته به مواد صنعتی که به مراکز درمانی ترک اعتیاد در سطح شهر اصفهان مراجعه کرده بودند. از این میان بر اساس نمونه‌گیری در دسترس، ۴۵ نفر از افراد وابسته به کراک‌هروئین و شیشه از مراجعین سه مرکز به عنوان نمونه‌ی پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر وابسته به کراک‌هروئین و ۱۵ نفر وابسته به شیشه) و یک گروه گواه (۱۵ نفر، وابسته به هر دو ماده) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود

آزمودنی‌ها به طرح پژوهش عبارت بودند از: تشخیص وابستگی به کراک‌هرئین یا شیشه به عنوان آخرین ماده‌ی مصرفی بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و تشخیص متخصص سم زدایی مراکز، مذکر بودن، حداقل سواد خواندن و نوشتن، سابقه‌ی مصرف متادون کمتر از یک سال، عدم تشخیص سایر اختلالات روان‌شناختی، تمایل به شرکت در جلسات درمانی، و ملاک‌های خروج عبارت بودند از: عدم علاقه‌مندی افراد به ادامه‌ی شرکت در جلسات درمانی، غیبت بیش از دو جلسه، قطع درمان تحت نظارت مراکز ترک اعتیاد.

ابزار

۱. پرسشنامه عقاید و سوسه‌انگیز^۱: این پرسشنامه، مقیاسی خودسنجی است که توسط رایت و بک (۱۹۹۳)، ساخته شده است. این پرسشنامه باورهای مربوط به وسوسه‌ی مواد را می‌سنجد و دارای ۲۰ گویه است که هر کدام در یک مقیاس ۷ درجه‌ای (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) نمره گذاری می‌شوند. روایی و اعتبار مناسبی برای این پرسشنامه گزارش شده است (بک و همکاران، ۱۹۹۳). برای بررسی روایی این پرسشنامه با توجه به بررسی‌های انجام شده در زمینه رابطه میزان وسوسه و سوگیری توجه نسبت به محرک‌ها مربوط به مواد (اهرمن، رایبیز، برامول، لنکفورد، مونتروزا و ابرین^۲، ۲۰۰۲)، ضریب همبستگی پیرسون (۰/۲۸-) گزارش شده است و برای سنجش اعتبار بر حسب آلفای کرونباخ (۰/۸۴) و روش تنصیف (۰/۸۱) گزارش شده است (رحمانیان، میرجعفری و حسنی، ۱۳۸۵). همچنین، محمدخانی، صادقی و فرزاد (۱۳۹۰) اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ (۰/۷۷) گزارش کردند.

۲. پرسشنامه‌ی باورهای مرتبط با مواد^۳: این پرسشنامه، مقیاسی خودسنجی است که توسط رایت و بک (۱۹۹۳)، ساخته شده و باورهای مرتبط با مواد را می‌سنجد. دارای ۲۰ گویه است که شامل عبارت‌هایی درباره‌ی پیامدهای مثبت و منفی مصرف مواد است.

1. Craving believes questionnaire
2. Erhman, Robbins, Bromwell, Lankford, Monterosso & O'Brien
3. Dependent beliefs questionnaire

عبارت‌های مثبت، شامل مواردی است که اثرات مواد بر افزایش خلق و خو دارد و عبارت‌های منفی به اثرات منفی مواد و این که این اثرات قابل اغماض هست یا نه، اشاره دارد. پاسخ‌دهی در طیف لیکرت ۷ درجه‌ای (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) است. روایی و اعتبار مناسبی را بک و همکاران، (۱۹۹۳) برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند. در ایران، رحمانیان و همکاران (۱۳۸۵)، همسانی درونی این پرسشنامه را ۰/۸۲ گزارش دادند. محمدخانی و همکاران (۱۳۹۰) نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ اعتبار آن را ۰/۸۶ گزارش کردند.

روش اجرا

بعد از انتخاب نمونه و تقسیم تصادفی آن‌ها دو گروه آزمایشی، درمان فراشناختی را به صورت گروهی، در هشت جلسه‌ی یک ساعته به مدت دو ماه دریافت کردند که ساختار این جلسات بر اساس الگوی فراشناختی ولز مبتنی بر نقایص فراشناختی به شرح زیر طراحی شود.

جلسه اول: آموزش تکنیک آموزش توجه؛ جلسه دوم: آموزش تکنیک ذهن آگاهی گسلیده و آزمایش سرکوب-عدم سرکوب؛ جلسه سوم: آموزش تکنیک به تعویق انداختن توجه متمرکز بر باورهای کنترل ناپذیری؛ جلسه چهارم: آموزش تکنیک متمرکز کردن مجدد توجه بر نشانه‌های ایمنی؛ جلسه پنجم: استفاده از تکنیک رویارویی و جلوگیری از پاسخ متمرکز بر باورهای اطمینان بخشی؛ جلسه ششم: آموزش تکنیک ایجاد تغییر در پایش تهدید متمرکز بر باورهای خود آگاهی؛ جلسه هفتم: استفاده از تکنیک اسناددهی مجدد کلامی و رفتاری متمرکز بر باورهای خطر؛ جلسه هشتم: آموزش تکنیک بررسی شواهد مخالف و آماده کردن اعضا برای شناسایی موانع موجود در به کارگیری تکنیک‌ها و در نهایت نتیجه‌گیری انجام شد. لازم به ذکر است که طرح درمانی هر جلسه متمرکز بر عقاید وسوسه‌انگیز و باورهای مرتبط با مواد بود. در پایان جلسات درمانی با بازآزمایی مجدد تأثیر درمان فراشناختی بررسی شد. سپس بعد از گذشت دو ماه به منظور سنجش پایا بودن اثر درمانی، تمامی آزمودنی‌ها با همان ابزار پژوهشی مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته‌ها

شرکت کنندگان پژوهش در دامنه سنی ۲۳ تا ۴۹ سال بودند. میانگین و انحراف معیار سن گروه گواه به ترتیب ۳۴ و ۳/۶۴ و گروه آزمایش اول (مصرف کنندگان کراک-هروئین) ۳۵/۲۷ و ۸/۴۷ و گروه آزمایش دوم (مصرف کنندگان شیشه) ۳۲ و ۳/۵۸ بود که نتایج آزمون t مستقل حکایت از برابری میانگین سنی گروه‌ها داشت. هر سه گروه مذکر، حداقل تحصیلات راهنمایی و حداکثر لیسانس داشتند. مدت زمان مصرف‌شان از ابتدای زمان ابتلا به این اختلال با میانگین ۱۲ سال و انحراف استاندارد ۵/۸۲ بود. سایر ویژگی‌های جمعیت شناختی اعضای گروه‌های آزمایش و کنترل از جمله مدت زمان ماده‌ی مصرفی و مصرف متادون تفاوت معناداری نداشت. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	نوع آزمون	گروه آزمایشی کراک		گروه آزمایشی شیشه		گروه گواه
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
عقاید	پیش آزمون	۷۰/۴۷	۱۷/۶۶	۷۱/۲۷	۱۳/۷۵	۷۹/۴۰
	پس آزمون	۵۸/۲۲	۱/۸۵	۵۸/۴۲	۱/۸۴	۷۶/۰۹
وسوسه‌انگیزی	پیگیری	۵۷/۵۷	۱/۹۰	۵۹/۳۵	۱/۸۹	۷۷/۱۵
	پیش آزمون	۶۰/۶۰	۱۸/۴۳	۵۹/۴۰	۱۶/۹۷	۶۹/۵۳
باورهای مرتبط به مواد	پس آزمون	۴۹/۷۳	۲/۲۹	۴۸/۵۶	۲/۳۱	۶۱/۲۵
	پیگیری	۵۱/۵۳	۲/۳۹	۵۰/۸۰	۲/۴۰	۶۳/۹۳

برای بررسی پیش شرط برابری واریانس‌های خطا از آزمون لون به شرح زیر استفاده

شد.

جدول ۲: نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های خطا در متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	نوع آزمون	آماره F	معناداری
عقاید و وسوسه‌انگیزی	پس آزمون	۲/۱۱۴	۰/۱۳۳
	پیگیری	۱/۶۵۸	۰/۲۰۳
باورهای مرتبط با مواد	پس آزمون	۳/۹۶۳	۰/۰۳۷
	پیگیری	۲/۰۸۹	۰/۱۳۶

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود نتایج حکایت از برابری واریانس‌های خطا در پس‌آزمون و پیگیری دارد. برای بررسی نرمال بودن توزیع‌ها نیز از آزمون کولموگروف اسمیرنف تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۳: نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع‌ها در متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	نوع آزمون	مقدار آماره گولموگروف-اسمیرنف	معناداری
	پیش‌آزمون	۰/۷۳۱	۰/۶۵۹
عقاید وسوسه‌انگیز	پس‌آزمون	۰/۶۳۴	۰/۸۱۶
	پیگیری	۰/۵۱۵	۰/۹۵۳
	پیش‌آزمون	۰/۶۴۰	۰/۸۰۷
باورهای مرتبط با مواد	پس‌آزمون	۰/۸۱۱	۰/۵۲۷
	پیگیری	۰/۹۳۴	۰/۳۴۸

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود نتایج حکایت از برقراری پیش‌شرط نرمال بودن توزیع‌ها در هر سه مرحله سنجش دارند. بنابراین، با توجه به برقراری پیش‌شرط‌ها تحلیل کواریانس به شرح زیر برای بررسی اثربخشی درمان فراشناخت بر عقاید وسوسه‌انگیز و باورهای مرتبط با مواد انجام گرفت.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی اثربخشی درمان فراشناخت بر عقاید وسوسه‌انگیز و باورهای مرتبط با مواد

متغیرها	نوع آزمون	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
عقاید وسوسه‌انگیز	پس‌آزمون	۱۴۵۹/۲۹۷	۲۸/۹۳۲	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱/۰۰۰
	پیگیری	۱۶۲۲/۹۲۱	۳۰/۴۳۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱/۰۰۰
باورهای مرتبط با مواد	پس‌آزمون	۷۳۰/۵۹	۸/۶۳۳	۰/۰۰۱	۰/۲۶	۰/۹۵
	پیگیری	۷۴۶/۴۲۰	۸/۸۲۰	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۰/۹۶

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود نتایج حکایت از آن دارد که درمان فراشناختی توانسته است هم عقاید وسوسه‌انگیز و هم باورهای مرتبط با مواد را اصلاح کند. همچنین، نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که درمان در هر دو متغیر پایدار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

راهکارهای مداخله‌ای متعددی برای درمان وابستگی به مواد مطرح شده است. در این میان با وجود کارآمدی نسبی اغلب شیوه‌های درمانی در کاهش آسیب‌های ناشی از این اختلال و کمک در زمینه بهبودی آن، هنوز کاستی‌هایی وجود دارد که به تبع آن مدل‌های نظری جایگزین در حال شکل‌گیری هستند و درمان‌های جدیدی نیز به کار گرفته شده‌اند. گرچه قضاوت درباره اندازه اثر و کارآمدی روش‌های مختلف درمانی مرتبط با اختلال وابستگی به مواد بسیار زود است. با این همه به نظر می‌رسد که به کارگیری درمان فراشناختی در جهت اختلال وابستگی به مواد با توجه به تأثیرگذاری بر نقایص فراشناخت در مقایسه با سایر مدل‌های نظری در وضعیت بهتری قرار دارد. ولز به عنوان مشهورترین چهره در این حوزه تأکید کرده است، زمانی که نقایص فراشناختی به صورت مستقیم مورد چالش قرار گیرند بسیاری از رفتارهای مقابله‌ای همچون مصرف مواد را می‌توان اصلاح کرد. پژوهش حاضر با هدف اثر بخشی درمان فراشناختی ولز بر اصلاح نقایص فراشناخت متمرکز بر عقاید و سوسه انگیز و باورهای مرتبط با مواد در بیماران وابسته به مواد صنعتی انجام گرفت. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری نشان داد که با توجه به نتایج مرحله پس آزمون به نظر می‌رسد که الگوی فراشناختی ولز در بهبود عقاید و سوسه انگیز و باورهای مرتبط با مواد در بیماران وابسته به مواد مؤثر است. دیدگاه نظری و درمانی فراشناخت بر نقایص فراشناخت و عقاید و سوسه انگیز و باورهای مرتبط با مواد به عنوان نتیجه کنترل فراشناختی شناخت تأکید و بیان می‌کند که نقایص فراشناختی در تداوم و تغییر شناخت مؤثر است. به این ترتیب در درمان فراشناخت سعی می‌شود، نقایص فراشناختی را که باعث شکل‌گیری عقاید و سوسه انگیز و باورهای مرتبط با مواد می‌شود تغییر داده شود و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه مصرف مواد کاهش یابد. از این لحاظ در چارچوب نظرات فراشناختی ولز می‌توان استنباط کرد که نتیجه این پژوهش با مطالعه فیروزآبادی، قنبری هاشم آبادی، و طباطبایی و همکاران (۱۳۸۸) همسو است. در پژوهش فیروزآبادی و همکاران (۱۳۸۸) تکنیک‌های ذهن آگاهی گسلیده و توجه برگردانی به عنوان دو تکنیک اصلی درمان فراشناخت در کاهش و سوسه و احتمال لغزش در شش مورد از مراجعه‌کنندگان مرد وابسته به مواد اثر گذار بوده است. نتایج

پژوهش حاضر همچنین با پژوهش رحمانیان و همکاران (۱۳۸۵)، فرانکن و همکاران (۲۰۰۰) و موناfo و آلبری^۱ (۲۰۰۶) همسو است. این پژوهش‌ها به این موضوع اشاره می‌کنند که سوگیری توجه نسبت به نشانه‌های مرتبط با مواد به طور خودکار اتفاق می‌افتد و به عنوان تعیین‌کننده مهم در وسوسه مصرف و رفتار جستجوی مواد به شمار می‌رود. زیرا که در باب تکنیک ذهن آگاهی گسلیده تأیید می‌شود که این تکنیک با اصلاح توجه و خارج کردن آن از حالت سوگیرانه و خودکار نسبت به نشانه‌های مرتبط با مواد، در کاهش وسوسه مصرف می‌تواند مؤثر باشد که نتایج حاصل از این پژوهش را مورد تأیید قرار می‌دهند.

در تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان مطرح کرد که بر اساس نظریه عملکرد اجرایی خود تنظیمی ولز و ماتیس^۲ (۱۹۹۴) مبنی بر اثربخشی تکنیک‌های مؤثر بر سرکوب افکار، زمانی که افراد در جهت سرکوب افکار مرتبط با مواد تلاش می‌کنند، در حقیقت درباره آن بیشتر فکر می‌کنند و این امر شاید به این دلیل باشد که سرکوب افکار مزاحم یک سرمایه گذاری معنادار در منابع شناختی محدود شده است (سالکاووسکیس و رینولدز^۳، ۱۹۹۴). در اختلال وابسته به مواد، عقاید وسوسه انگیز از جمله "وسوسه نیرومندتر از قدرت اراده من است و یا من یا وسوسه می‌شوم و مواد را مصرف می‌کنم و یا وسوسه نمی‌شوم و بین این دو، حالتی وجود ندارد". افکار مزاحمی محسوب می‌شوند که بیماران وابسته سعی در سرکوب آن دارند. لذا درمان فراشناختی که به جای محتوای شناخت بر کنترل فرایندهای حاکم بر آن تمرکز می‌کند، می‌تواند به عنوان یک منبع شناختی اصلاح شده در جهت کاهش عقاید وسوسه انگیز مؤثر باشد. به این ترتیب که با اعمال تکنیک‌هایی از این درمان همچون ذهن آگاهی گسلیده و توجه برگردانی با جدا کردن توجه سوگیرانه متمرکز بر نشانه‌های مرتبط با مواد به کاهش عقاید وسوسه انگیز پرداخت.

یافته‌های حاصل از این پژوهش در چارچوب اثربخشی درمان فراشناخت بر اصلاح باورهای مرتبط با مواد با نتیجه به دست آمده از پژوهش ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۸۶) و گاوین و الینوود^۴ (۱۹۸۸) که نشان داده‌اند وجود نقایص فراشناخت باعث شکل‌گیری تعاملات شناختی و رفتاری غیر مؤثر در افراد می‌شود و با ضعیف ساختن مهارت‌های

مقابله‌ای، زمینه استفاده از مواد را فراهم می‌کنند، همسو است. در تبیین این نتیجه، می‌توان بیان کرد که با توجه به ماهیت هر یک از اختلالات روان‌شناختی، نواقص فراشناخت و افکار ناکارآمد در هر اختلال حاصل می‌شود و به عنوان شیوه‌ای برای مقابله و عملکرد اجرایی خود تنظیمی در بیماران عمل می‌کند. با این که این افکار همیشه به طور داوطلبانه به وجود نمی‌آیند، ادامه آن‌ها تابع کنترل داوطلبانه است و با باورهای مثبت درباره مفید بودن راهبردهای فراشناختی ارتباط دارد. اما این افکار ناکارآمد، خود تمرکزی، نشخوار و کنترل ناپذیری آن‌ها، نه تنها باعث منحرف کردن توجه از راهبردهای مقابله‌ای سازگار می‌شود، بلکه در عدم کارآمدی فراشناخت‌ها نیز سهیم هستند و باعث می‌شوند که افراد انعطاف خود را در پردازش مؤثر و کارا از دست بدهند. باورهای مرتبط با مواد (برای مثال: بدون مصرف مواد، نمی‌توانم اجتماعی باشم و یا مصرف مواد، تنها راه بالا بردن خلاقیت و باروری من است) از جمله باورهای ناکارآمد هستند که می‌توانند به عنوان تعاملات شناختی ناشی از نواقص فراشناختی و حتی به دنبال مصرف مواد، به عنوان یک نقص فراشناختی مثبت ایجاد شوند. این باورها چون باعث تداوم مصرف به عنوان یک رفتار مقابله‌ای ناسازگار می‌شوند، به عنوان یک عامل مهم در عدم موفقیت درمان و بازگشت به شمار می‌آیند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که درمان فراشناختی همچنان که در پژوهش حاضر مشخص شد، موجب آگاهی بیماران از فرایند سیستم پردازش فراشناختی می‌شود، وضعیت ذهن را تغییر می‌دهد و تفکر را کنترل می‌کند و می‌تواند در کاهش باورهای مرتبط با مواد مؤثر باشد. زیرا این درمان، توجه را از توقف بر روی باورهای ناکارآمد مرتبط با مواد از جمله: "تنها راه مقابله با خشم، مصرف مواد است و بدون مصرف مواد زندگی کسل‌کننده است" منحرف کرده و به سمت یادگیری این موضوع هدایت می‌کند که این افکار الزاماً به عمل ختم نمی‌شوند. در واقع، افراد با ایجاد آگاهی فراشناختی، باورهای خود را درباره مصرف مدیریت و کنترل می‌کنند. برای مثال در می‌یابند، در لحظات عصبانیت و یا لحظات کسل‌کننده زندگی، مصرف مواد را به عنوان راهبرد مقابله‌ای در پیش نگیرند.

کمبود مطالعات خارجی و داخلی در زمینه اثر بخشی درمان فراشناخت بر اختلال وابستگی به مواد، از محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌رود. کم بودن نمونه‌های زن باعث شد این پژوهش فقط بر روی نمونه‌های مرد انجام شود، همین‌طور غربالگری آزمودنی‌ها تنها بر اساس استناد به محتویات پرونده روان‌پزشکی آنان در مراکز ترک اعتیاد و یکسان نبودن ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها از نظر مدت زمان مصرف مواد، سابقه و نوع ماده مصرفی، عدم وجود شرایط کنترل شده برای نظارت دقیق‌تر بر انجام تکالیف خانگی و وقوع لغزش، کوتاه بودن مرحله پیگیری دو ماهه و محدود بودن نمونه به مراکز ترک اعتیاد شهر اصفهان از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی ضمن رفع محدودیت‌ها، تعمیم آن‌ها با احتیاط صورت پذیرد، و آزمودنی‌های جنس زن نیز بررسی شوند. مرحله پیگیری با مدت زمان طولانی‌تر در نظر گرفته شود. پیشنهاد می‌شود با توجه به این که افراد مصرف کننده از سطوح شناختی و فراشناختی متفاوتی برخوردار هستند، روان‌درمانی مبتنی بر فراشناخت به صورت فردی اجرا شود تا نتایج دقیق‌تری در اثر آموزش به دست آید. از طرفی کارآیی درمان فراشناختی بر روی سایر مصرف‌کنندگان مواد مانند الکل و سیگار و ... با توجه به متغیرهایی مانند نوع، شیوه و مدت زمان مصرف نیز مورد بررسی قرار گیرد. همچنین، درمان فراشناختی با دیگر درمان‌های رایج برای اختلال وابستگی به مواد از جمله درمان ماتریکس مقایسه شود. از آن‌جا که گرایش به مصرف مواد یک متغیر چند علیتی است، شناسایی سایر عوامل و انجام پژوهش‌های بیشتر برای تدوین یک الگو برای شناسایی عوامل خطر ساز گرایش به مصرف مواد و ارایه راهکارهای عملی برای پیشگیری از شیوع اختلال وابستگی به مواد امری ضروری است.

با توجه به این که مصرف متادون همه مراجعان کمتر از یک سال بوده و اغلب در مراحل اولیه رشد و بهبودی درمان قرار داشتند. همچنین بر روی یک نقص فراشناخت، تنها یک جلسه درمانی تمرکز می‌شد و مراجعان تنها یک هفته وقت برای تمرین و انجام تکالیف شان داشتند. لذا درصدهای به دست آمده مبنی بر میزان اثر بخشی این درمان در این پژوهش مناسب بوده است. از طرف دیگر با اشاره به ماهیت اختلال وابستگی به مواد و

این ویژگی بیماران وابسته که اغلب نیازمند به تکرار و تمرکز بیشتر بر روی یک موضوع در جلسات درمان هستند، یک جلسه درمان برای بررسی یک باور کافی نیست که این موضوع با برگزاری گروهی جلسات بیشتر تقویت شد. در نتیجه، با توجه به شرایط مطرح شده، اثر بخشی درمان فراشناخت رضایت بخش بوده و نتایج به دست آمده مبتنی بر پایداری درمان در مدت دو ماه نیز، کاربردی بودن این درمان در دراز مدت را امیدوار کننده می سازد و یافته ها می توانند تأکیدی بر اهمیت متغیر میانجی فراشناخت در کنترل، بهبود و پیشگیری از اختلال وابستگی به مواد در بین افراد مصرف کننده باشند.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس؛ احمدی، محسن و کیامرثی، آذر (۱۳۸۶). بررسی ارتباط فراشناخت و کمال گرایی با پیامدهای روان شناختی در افراد معتاد به مواد مخدر. *دوفصلنامه تحقیقات علوم رفتاری*، ۵ (۱)، ۷۳-۷۹.
- باقیانی مقدم، محمدحسین. فاضل پور، شکوه. رهایی، زهده (۱۳۸۷). مقایسه دیدگاه معتادین و غیرمعتادین در مورد علل گرایش به اعتیاد. *فصلنامه طلوع بهداشت*، ۷ (۳)، ۴۰-۴۸.
- بخشی پور رودسری، عباس و بوالحری، جعفر (۱۳۸۳). *راهنمای پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد ویژه روانشناسان بالینی و مشاوره، مددکاران، پرستاران و دیگر کارشناسان بهداشتی*، تهران: نشر سلمان بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۸۱). تحلیل بر فراشناخت و شناخت درمانی، *تازه های علوم شناختی*، ۴ (۴)، ۱۶-۲۴.
- حاجی علیزاده، کبری؛ بحرینیان، سید عبدالمجید؛ نظیری، قاسم و مدرس غروی، مرتضی (۱۳۸۸). نقش متغیرهای شناختی و ابعاد فراشناختی و هیجانات در رفتار سوء مصرف. *تازه های علوم شناختی*، ۱۱ (۳)، ۱۲-۱۹.
- رحمانیان، مهدیه. میر جعفری، سید احمد. حسینی، جعفر (۱۳۸۵). رابطه ی وسوسه مصرف مواد و سوء گیری توجه: مقایسه افراد وابسته به مواد افیونی، مبتلا به عود و ترک کرده. *مجله ی روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران*؛ ۱۲ (۳)، ۲۱۶-۲۲۲.
- فیروزآبادی، عباس؛ قنبری هاشم آبادی، بهرام علی و طباطبایی، سید محمود (۱۳۸۸). اثر بخشی تکنیک های هوشیاری فراگیر انفصالی و توجه برگردانی در میزان وسوسه مصرف مواد و احتمال لغزش در بیماران مرد وابسته به مواد مخدر. *اصول بهداشت روانی*، ۱۱ (۴)، ۳۰۱-۲۹۲.
- محمدخانی، شهرام، صادقی، نگار و فرزاد، ولی اله (۱۳۹۰). مدل روابط علی هیجان منفی، باورهای مرکزی، باورهای مرتبط با مواد، عقاید وسوسه انگیز و تنظیم هیجان با بازگشت به مصرف مواد، *فصلنامه پژوهش های نوین روان شناختی*، ۶ (۲۳)، ۱۵۹-۱۸۵.
- هادیان مبارکه، رضا، نوری، ابوالقاسم و ملک پور، مختار (۱۳۹۰). سایکودرام و اعتیاد. *فصلنامه تازه های روان درمانی*، ۱۶ (۵۶)، ۴۷-۵۳.
- ولز، آدریان (۱۳۸۸). *راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی*. تهران: انتشارات ورای دانش.

- Beck, A., Wright, F., Newman, C. Liese, B. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*, New York: Guilford Press.
- Beck, A.T, Rush, A. J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford.
- Clark, D. M., Wells, A. (1995). *A cognitive model of social phobia*, New York: Guilford, 69 – 93.
- Ehrman, R. N., Robbins, S. J, Bromwell, M. A., Lankford, M. E., Monterosso, J. R., O'Brien, C. P. (2002). Comparing attentional bias to smoking cues in current smokers, former smokers, and non-smokers using a dot-probe task. *Drug Alcohol Depend*, 67(2), 185-91
- Fisher, P. L., Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive – compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 117-132.
- Franken I. H., Kroon L.Y., Wiers, R.W., Jansen, A. (2000). Selective cognitive processing of drug cues in heroin dependence. *Journal Psychopharmacol*, 14(3), 395 – 401.
- Gawin, F.G., Ellinwood, E.H. (1988). Cocaine and other stimulants: Actions, abuse, and treatment. *New England Journal of Medicine*, 318(18), 1173 – 1182.
- Kasvikis, Y., Bradley, B.P., Morks, I., Gray, J.A. (1991). Post withdrawal exposure treatment to prevent relapse in opiate addicts. *Addiction*, 20(2), 85 – 118.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Clinical Psychological Psychotherapy*, 62, 593 – 602.
- Kushner, M.G, Sher, K.J., Beitman, B.D. (1990). The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 685 – 695.
- Marlatt, G.A., Gorden, J. (1985). *Relapse prevention*. New York: Guilford.
- Munafò, M., Albery, I.P. (2006). *Cognition and addiction*. Oxford University press: 79 – 80.
- Salkovskis, P.M., & Reynolds, M. (1994). Thought suppression and smoking cessation. *Behavior Research and Therapy*, 32, 193-201
- Toneatto, T. (1999). Metacognition and substance use. *Addictive behavior*, 24(2), 167 – 74.
- Wells, A. (2008). Meta-cognition and worry, a cognitive model of generalized anxiety disorder, *Behavioral and cognitive psychotherapy*, 23, 301-320.
- Wells, A. Matthews, G. (1994). Qualitative dimensions of normal worry and normal obsession: a comparative study. *Behavior research and therapy*, 32, 867- 870.
- Wells, A. Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD, A core treatment manual. *Cognitive and Behavior practice*, 11, 365 – 377.
- Wells, A., Papageorgiou, C. (2001). Social phobic interception, effect of bodily information on anxiety beliefs and self processing, *Behavior research and therapy*, 39, 1 – 11.