

اثربخشی درمان فراشناختی گروهی بر ترک اعتیاد و سنجش پایداری اثر آن

مریم پشم دوست^۱، عدرا غفاری^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۶/۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۱۸

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی گروهی بر ترک اعتیاد و سنجش پایداری اثر آن صورت گرفت. **روش:** نوع پژوهش آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش تمامی معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر تبریز در نیمه دوم سال ۱۳۹۲ و نیمه اول سال ۱۳۹۳ بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده تعداد ۵۰ نفر (مداخله فراشناختی ۲۵ نفر و کنترل ۲۵ نفر) انتخاب شد. مقیاس‌های افکار اعتیاد مک مولین، مراحل آمادگی برای تغییر و اشتیاق برای درمان اعتیاد و نگرش نسبت به اعتیاد در گروه نمونه اجرا شد. روش درمانی فراشناختی گروهی در ۸ جلسه یک ساعته اجرا شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد درمان فراشناختی گروهی باعث کاهش نگرش نسبت به اعتیاد و افزایش تمایل به تغییر و درمان اعتیاد می‌شود. **نتیجه‌گیری:** درمان فراشناختی گروهی از روش‌های درمانی تأثیرگذار بر نگرش نسبت به اعتیاد و تمایل به تغییر و درمان می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: درمان فراشناختی گروهی ترک اعتیاد، مراکز ترک اعتیاد، سنجش پایداری

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، اردبیل، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد، واحد اردبیل، اردبیل، ایران، پست الکترونیک: elhammahdavi628@yahoo.com

مقدمه

امروزه اعتیاد^۱ یک بیماری زیستی - روانی - اجتماعی قلمداد می‌شود و عوامل متعددی در گرایش به سوء مصرف مواد^۲ مخدر موثر است. این عوامل در تعامل با یکدیگر منجر به سوء مصرف و سپس وابستگی به مواد می‌شوند زیرا به صورت درهم تنیده‌ای در پیدایش اعتیاد مؤثرند. اعتیاد یک ناهنجاری فردی است که جسم، فکر، احساسات و عاطفه، ارزش‌ها، روابط فردی، خانوادگی، اجتماعی، معنوی و روانی را در بر می‌گیرد (رستمی، ۱۳۸۸). آمارهای رسمی حکایت از شیوع فزاینده اعتیاد در دو دهه اخیر دارد. طبق آخرین تحقیقاتی که توسط وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی با همکاری نهادهای بین-المللی صورت گرفته است، حدود سه میلیون نفر مصرف کننده مواد افیونی بویژه تریاک، هروئین، شیره و مرفین در کشور وجود دارد. همچنین براساس ارزیابی سریع وضعیت اعتیاد در ایران مشخص شده است که در سال‌های اخیر رشد متوسط سالانه سوء مصرف در کشور ۸ درصد بوده است (آقایی، ۱۳۹۱). 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 قیمت تر 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 نیز شیوع یافته است. بنابراین، ضرورت انجام پژوهش‌های مشابه مطالعه حاضر، به منظور شناخت علل و درمان آن ضرورت می‌یابد. هر نوع ماده‌ای که ایجاد وابستگی نماید و پس از مصرف تغییراتی را در فرد بوجود آورد که از نظر اجتماعی قابل قبول و پذیرش نباشد و اجتماع نسبت به آن حساسیت یا واکنش نشان دهد، آن مواد غیر مجاز و کسی که چنین موادی را مصرف می‌کند، معتاد شناخته می‌شود

1. addiction

2. substance abuse

(سادوک و سادوک^۱، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی و فغانی جدیدی، ۱۳۸۹). اعتیاد همواره مشکلات زیادی را برای فرد، خانواده و جامعه به بار می آورد. خوشبختانه عده‌ای از معتادان به این نتیجه می‌رسند که باید درمان شوند و در پی درمان بر می‌آیند و به مراکز ترک اعتیاد مراجعه می‌کنند. ولی متأسفانه برخی از این افراد منصرف می‌شوند و فرآیند درمان را رها می‌کنند. برخی نیز به طور جدی می‌کوشند که خود را تغییر دهند، اما پس از مدتی عهد و پیمان خویش را می‌شکنند و مصرف مواد را از سر می‌گیرند (آقایی، ۱۳۹۱). بنابراین یک مداخله روانشناختی که بتواند در تغییر نگرش و افکار افراد موثر باشد، می‌تواند در پایداری به درمان و عدم سوء مصرف دوباره مواد تاثیر بگذارد. یکی از این درمان‌های روانشناختی که امروزه تحقیقات بسیاری را متوجه خود کرده است، درمان فراشناختی^۲ است که از سوی ولز^۳ مطرح گردید. ولز در تعریف فراشناخت^۴ بیان می‌کند که فراشناخت عبارت است از شناخت درباره شناخت (ولز، ۲۰۰۴؛ ترجمه آهوقلندری، ۱۳۸۳). فراشناخت در حقیقت به فرآیندی شناختی و آگاهانه ارجاع دارد، که موضوع آن بازبینی یا کنترل شناخت است. فراشناخت مفهومی چندبعدی است و شامل باورها، فرآیندها و راهبردهایی می‌شود که نظارت و کنترل شناخت را به عهده دارند. اغلب فعالیت‌های شناختی به عوامل فراشناختی وابسته‌اند (ولز، ۲۰۰۴؛ ترجمه آهوقلندری، ۱۳۸۳). 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 حائز 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 انعطاف‌پذیری 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 (ولز، ۲۰۰۸؛ ترجمه محمدخانی، ۱۳۸۸). اعتقاد بر این است که

باورهای مرتبط با مواد می‌توانند به عنوان تعاملات شناختی ناشی از نقایص فراشناختی و مصرف مواد به عنوان یک رفتار مقابله‌ای ناسازگار باشد. در درمان فراشناخت با تکنیک-هایی 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). یعقوبی عسگرآباد، بساک نژاد، مهربانی زاده هنرمند و ضمیری نژاد (۱۳۹۲) در پژوهشی نشان دادند که درمان فراشناختی در کاهش علائم در مرحله پس‌آزمون در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون، تاثیر معناداری داشت. بطور کلی نتایج پژوهش‌ها نشان دهنده تاثیر مصاحبه انگیزشی و همچنین درمان فراشناختی بر ترک اعتیاد و تداوم آن است. سترگ، کاظمی و رئیسی (۱۳۹۲) نیز در نتایج بررسی خود گزارش نمودند که درمان فراشناختی در اصلاح عقاید وسوسه انگیز و باورهای مرتبط با مواد در هر دو گروه وابسته به مواد کراک، هرویین و شیشه تأثیر معناداری داشته است. همچنین، اثربخشی این درمان در پیگیری دو ماهه از ثبات برخوردار بود. در پژوهش دیگری استیوان و آندرسما^۱ (۲۰۱۰) نشان دادند که روش درمان فراشناختی تاثیر معناداری بر ترک مواد و همچنین پیشگیری از عود دارد. با توجه به مطالب بیان شده پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی گروهی بر ترک اعتیاد در مراکز ترک اعتیاد و سنجش پایداری اثر آن صورت گرفت.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

در این پژوهش از روش آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش شامل معتادان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر تبریز در سال ۱۳۹۳-۱۳۹۲ بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده تعداد ۵۰ نفر انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه (گروه مداخله فراشناختی ۲۵ نفر و گروه کنترل ۲۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: مرد بودن، سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال، واجد ملاک‌های وابستگی به مواد، فاقد اختلالات شدید روانی با ارزیابی پزشک و

روانپزشک، و فاقد بیماری جسمانی که مانع از مشارکت در برنامه شود. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: عدم علاقه‌مندی افراد به شرکت در جلسات درمانی، غیبت بیش از دو جلسه، قطع درمان تحت نظارت مراکز ترک اعتیاد.

ابزار

۱- مقیاس افکار اعتیاد مک مولین^۱: این مقیاس افکار در سال ۱۹۹۰ توسط مک مولین برای ارزیابی باورهای غیرمنطقی افراد وابسته به مواد شیمیایی ساخته شد. این آزمون را می‌توان هم برای ارزیابی وضعیت مراجع و هم برای ارزیابی میزان پیشرفت برنامه درمانی به کار برد. این مقیاس دارای ۴۲ عبارت بوده و پنج باور غیرمنطقی را می‌سنجد. زیرمقیاس‌های آن عبارتند از: من مقصر نیستم؛ من قدرت کافی برای مقابله با آن را دارم؛ مشروب نوشیدن کاری خوب، لذت‌بخش و جالب است؛ من الکلی (معتاد به الکل) نیستم/ مشکلی ندارم؛ من به نوشیدن الکل نیاز دارم. مقیاس افکار اعتیاد مک مولین یک ابزار خودگزارشی ۴۲ پرسشی است و یک ابزار بسیار سودمند برای شناسایی تغییرات در طول زمان، به ویژه تغییرات ناشی از رفتار درمانی شناختی در موارد گوناگون اعتیاد است. در پژوهش مک مولین (۱۹۹۰) اعتبار فرم موازی و همسانی درونی این مقیاس به ترتیب برابر ۰/۷۸ و ۰/۸۰ گزارش شده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شد. در پژوهش نجفی ابهری این ضریب برابر ۰/۸۳ گزارش شده است.

۲- مقیاس مراحل آمادگی برای تغییر و اشتیاق برای درمان اعتیاد^۲: این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط میلر و تونیکان^۳ ساخته شد. امروزه از این ابزار برای ارزیابی معتادین به دیگر انواع مواد مخدر غیر از الکل نیز استفاده می‌شود. این مقیاس دارای نسخه‌های مختلفی است که از جمله می‌توان به پرسش‌نامه فردی مصرف مواد/الکل (پرسش‌نامه حاضر) که دارای ۱۹ عبارت است، پرسش‌نامه ۳۲ عبارتی مواد/الکل مربوط به شریک زندگی مردان، پرسش‌نامه ۳۲ عبارتی مواد/الکل مربوط به شریک زندگی زنان، پرسش‌نامه ۳۲

1. Mac Mullen Scales Addiction Thoughts (MAT)
2. Scale stage of readiness for change and the desire to treat addiction
3. Miller & Tonigan

عبارتی الکل مربوط به شریک زندگی مردان و پرسش نامه ۳۲ عبارتی الکل مربوط به شریک زندگی زنان اشاره کرد. مقیاس مراحل آمادگی برای تغییر و اشتیاق برای درمان دارای ۳ زیرمقیاس بازشناسی، دوسوگرایی و اقدامات به عمل آمده است. زیرمقیاس بازشناسی نشانگر آگاهی شرکت کننده نسبت به وجود مشکل و تمایل وی نسبت به ایجاد تغییر است. زیرمقیاس دوسوگرایی بیانگر شک و عدم اطمینان نسبت به وجود مشکل و آسیب‌ها است و زیرمقیاس اقدامات انجام شده در برگیرنده فعالیت‌هایی است که فرد به منظور ایجاد تغییر انجام داده است. اعتبار فرم موازی و همسانی درونی این مقیاس به ترتیب برابر ۰/۷۸ و ۰/۸۰ گزارش شده است. علاوه بر آن میزان همسانی درونی این آزمون توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شد که از نظر معیارهای روان‌سنجی مورد تایید می‌باشد (میلر و تونیگان، ۱۹۹۶).

۳- پرسش نامه نگرش نسبت به اعتیاد: این پرسش نامه خود گزارشی توسط نظری (۲۰۰۰) ساخته شده و به صورت طیف لیکرت نمره گذاری می‌شود و در مورد سوالات مساعد یا نگرش مثبت به اعتیاد به هر یک از پاسخ‌های "کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم" به ترتیب نمره‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ داده می‌شود و در مورد سوالات نامساعد یا نگرش منفی به اعتیاد، نمره گذاری معکوس انجام می‌شود. بنابراین دامنه نمرات فرد بین ۳۲ تا ۱۶۰ در نوسان خواهد بود و کسب نمره بالاتر نشانگر نگرش مساعد و مطلوب نسبت به اعتیاد و مصرف مواد مخدر است. اعتبار فرم موازی و همسانی درونی این مقیاس به ترتیب برابر ۰/۷۹ و ۰/۸۱ گزارش شده است (نظری، ۲۰۰۰). علاوه بر آن میزان همسانی درونی این آزمون توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شد که از نظر معیارهای روان‌سنجی مورد تایید می‌باشد (نونالی و برنستین^۱، ۱۹۹۴).

روش اجرا

روش درمان فراشناختی گروهی براساس مدل درمانی فراشناختی ولز (۱۹۹۴-۱۹۹۷) به صورت گروهی و در ۸ جلسه یک ساعته براساس الگوی فراشناختی ولز مبتنی بر نقایص فراشناختی به شرح زیر صورت گرفت (ولز، ۲۰۰۴؛ ترجمه آهوقلندری، ۱۳۸۳).

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان فراشناختی گروهی

جلسه	عنوان
جلسه اول	تدوین مفهوم سازی موردی، ارائه منطق درمان، آماده سازی بیماران برای درمان، اجرای آزمایش تکنیک توجه، تکلیف خانگی: تمرین تکنیک توجه، پذیرایی از بیماران
جلسه دوم	مرور تکلیف خانگی تمرین تکنیک توجه، ادامه آماده سازی بیماران در صورت نیاز، اجرای آزمایش ذهن آگاهی گسلیده و آزمایش سرکوب-عدم سرکوب، تکلیف خانگی: تمرین ذهن آگاهی گسلیده و آزمایش سرکوب-عدم سرکوب، پذیرایی از بیماران
جلسه سوم	مرور تکلیف خانگی، تمرین ذهن آگاهی گسلیده و آزمایش سرکوب-عدم سرکوب، چالش باورهای مربوط به سرکوب و عدم سرکوب، اجرای آزمایش به تعویق انداختن توجه متمرکز با باورهای کنترل-ناپذیری، تکلیف خانگی: تمرین به تعویق انداختن توجه متمرکز با باورهای کنترل ناپذیری
جلسه چهارم	مرور تکلیف خانگی تمرین به ویژه توجه متمرکز بر باورهای کنترل ناپذیری، چالش با باورهای مربوط به باورهای کنترل ناپذیری، اجرای آزمایش متمرکز کردن مجدد توجه نشانه های ایمنی، تکلیف خانگی: تمرین متمرکز کردن مجدد توجه بر نشانه های ایمنی، پذیرایی از بیماران
جلسه پنجم	مرور تکلیف خانگی تمرین توجه بر نشانه های ایمنی، چالش با باور مربوط به توجه بر نشانه های ایمنی، اجرای آزمایش استفاده از تکنیک رویارویی و جلوگیری از پاسخ متمرکز بر باورهای اطمینان بخشی، تکلیف خانگی: تمرین رویارویی و جلوگیری از پاسخ متمرکز بر باورهای اطمینان بخشی
جلسه ششم	مرور تکلیف خانگی تمرین به ویژه باورهای مربوط به اطمینان بخشی، چالش با باورهای مربوط به اطمینان بخشی، اجرای آزمایش ایجاد تغییر در پایش تهدید متمرکز بر باورهای خود آگاهی، تکلیف خانگی: تمرین پایش تهدید متمرکز بر باورهای خود آگاهی
جلسه هفتم	مرور تکلیف خانگی تمرین به ویژه باورهای مربوط به خود آگاهی، چالش با باورهای مربوط به خود آگاهی، اجرای آزمایش استفاده از رفتارهای متمرکز بر باورهای خطر، تکلیف خانگی: تمرین رفتارهای متمرکز بر باورهای خطر
جلسه هشتم	مرور تکلیف خانگی تمرین به ویژه رفتارهای متمرکز بر باورهای خطر، چالش با باورهای مربوط به خطر، اجرای آزمایش تکنیک بررسی شواهد مخالف و آماده کردن اعضا برای شناسایی موانع موجود در به کارگیری تکنیک ها، نتیجه گیری

یافته ها

یافته های پژوهش نشان داد میانگین سن گروه کنترل ۲۴/۳۲ و گروه آزمایش ۹۶/۳۰ سال می باشد. همچنین در بین گروه کنترل ۸ درصد با کمترین فراوانی دارای تحصیلات لیسانس و ۵۶ درصد با بیشترین فراوانی دارای تحصیلات زیر دیپلم بودند. در بین گروه آزمایش ۹ درصد با کمترین فراوانی دارای تحصیلات لیسانس و ۶۰ درصد با بیشترین

فراوانی دارای تحصیلات زیردیپلم بودند. به علاوه در گروه کنترل ۴۹/۳۳ درصد متاهل، ۱۷/۲۷ درصد مطلقه و ۳۳/۴۰ درصد مجرد و در گروه آزمایش در گروه کنترل ۵۰/۱۸ درصد متاهل، ۱۳/۴۸ درصد مطلقه و ۳۶/۳۴ درصد مجرد بودند. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

متغیرها	گروه‌ها	نوع آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	
نگرش نسبت به اعتیاد	کنترل	پیش آزمون	۱۴۵/۸۰	۵/۷۱۵۴۸	
		پس آزمون	۱۳۶/۸۰	۶/۶۵۸۳۳	
	آزمایش	پیش آزمون	۱۴۲/۰۰	۶/۹۵۲۲۲	
		پس آزمون	۱۲۰/۴۰	۶/۸۱۹۰۹	
تمایل به تغییر و درمان	کنترل	پیش آزمون	۲۴/۲۰	۸/۲۶۶۴۰	
		پس آزمون	۲۶/۴۰	۱/۷۰۷۸۳	
	آزمایش	پیش آزمون	۲۸/۸۰	۰/۷۶۳۷۶	
		پس آزمون	۲۲/۵۵	۱/۸۸۶۷۵	
	افکار اعتیاد	کنترل	پیش آزمون	۷۸/۶۰	۱/۴۴۳۳۸
			پس آزمون	۱۱۶/۷۲۰۰	۹/۳۰۷۳۴
افکار اعتیاد	کنترل	پیش آزمون	۱۳۶/۲۸۰۰	۱۰/۹۱۸۳۳	
		پس آزمون	۱۳۹/۵۲۰۰	۹/۵۷۴۷۹	
	آزمایش	پیش آزمون	۱۱۹/۹۶۰۰	۲۵/۰۲۵۷۹	
		پس آزمون	۱۲۴/۷۶۰۰	۱۲/۰۹۹۰۲	
		پیگیری	۱۲۳/۰۸۰۰	۲۶/۹۷۸۲۶	

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
نگرش نسبت به اعتیاد	۲۹۴۰۰/۰۰	۳۷۷/۴۶۱	۰/۰۰۰۵	۰/۷۲۴
تمایل به تغییر و درمان	۷۰۰۴/۱۷	۴۰۶۶/۹۳۵	۰/۰۰۰۵	۰/۹۶۶
افکار اعتیاد	۶۳۸۶۰/۱۷	۶۶۶/۰۷۷	۰/۰۰۰۵	۰/۸۲۲

برای بررسی اثر درمان فراشناختی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج حکایت از اثربخشی مداخله داشت ($F=3/003, P < 0/01$)، $F=0/542$ ، لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول ۳ استفاده شد. همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود درمان فراشناختی بر هر سه متغیر اثربخش بوده است. برای بررسی پایداری اثربخشی از آزمون اندازه گیری مکرر به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۴: نتایج آزمون اندازه گیری مکرر برای بررسی پایداری اثر درمان فراشناختی بر متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	میانگین مجدورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان
نگرش به اعتیاد	۳۴۱۵۲/۸۴	۲۷۹/۷۱۰	۰/۰۰۰۵	۰/۹۱	۱
تمایل به تغییر	۳۰۱۵۲/۴۸	۳۲۸۳/۸۸۰	۰/۰۰۰۵	۰/۹۹	۱
افکاراعتیاد	۶۶/۰۰	۱/۶۶۰	۰/۱۹۷	۰/۰۰۸	۰/۰۷

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی گروهی بر ترک اعتیاد و سنجش پایداری آن صورت گرفت. نتایج به دست آمده نشان داد که درمان فراشناختی گروهی بر نگرش نسبت به اعتیاد، تمایل به تغییر و درمان و پایداری اثر آن در معنادان تاثیر معناداری دارد. به عبارتی در پژوهش حاضر درمان فراشناختی گروهی باعث کاهش نگرش نسبت به اعتیاد و افزایش تمایل به تغییر و درمان در معنادان مرکز ترک اعتیاد شد. همچنین بخش دیگری از نتایج نشان داد که درمان فراشناختی گروهی بر افکار اعتیاد و پایداری اثر آن در معنادان مراکز ترک اعتیاد تاثیر ندارد. این نتایج با یافته های پژوهش اسپادا، و ولز^۱ (۲۰۰۸)، استیوان و آندرسمان^۲ (۲۰۱۰)، هاریسون و برین^۳ (۲۰۱۰)، نقل از یعقوبی عسگرآباد و همکاران، (۱۳۹۲)، اکبری، رضایی، درکه و آقاییگی (۱۳۹۱)، کاشفی، آقا محمدیان و ثمری (۱۳۹۱)، یعقوبی عسگرآباد و همکاران (۱۳۹۲) و سترگ، کاظمی و رئیسی (۱۳۹۲) همسو است. در پژوهش دیگری هاریسون و برین (۲۰۱۰)، نقل از یعقوبی و همکاران، (۱۳۹۲) نشان دادند که درمان فراشناختی تاثیر معناداری بر کاهش گرایش به مصرف مواد دارد. انتظارات فرد در مورد اثرات پاداش دهنده ی مواد، باور و

نگرش در مورد مسئولیت رفتار و تقویت دریافتی از جمله عواملی هستند که موجب گرایش به مصرف و همچنین مصرف مجدد علی رغم بروز مشکلات می شوند. مصرف کنندگان مواد مخدر میزان بالایی از تحریف های شناختی و تفکرات ناکارآمد را به کار می برند. در این میان راهبردهای کنترلی فراشناختی پاسخی هستند که افراد در کنترل فعالیت های سیستم شناختی خود انجام می دهند. این راهبردها ممکن است راهبردهای تفکر را تشدید یا سرکوب کنند و ممکن است به سمت افزایش فرایندهای بازبینی جهت دهند. این فرایندهای بازبینی می تواند شامل دوری از مصرف، کاهش تمایل به مصرف باشد. علاوه بر این راهبردهای درمان فراشناختی تحت عنوان پاسخ های رفتاری و راهبردهای کنترل فکر مشخص شده اند. پویایی راهبردهای کنترل فکر به کار برده شده توسط افراد، فرایند بررسی دقیق و موشکافانه پیامدهای نگرانی و اضطراب را تشدید می کند. رفتارهای مقابله ای، شامل اجتناب، جست و جوی اطلاعات، توجه برگردانی، استفاده از الکل، مصرف مواد و غیره است. این رفتارها موجب تداوم ارزیابی ها و باورهای منفی در باره نگرانی می شوند زیرا با سپردن کنترل به دست عوامل خارجی، فرایند خودگردانی را مختل می کنند (ولز، ۲۰۰۴؛ ترجمه آهوقلندری، ۱۳۸۴). در این میان، اصل بنیادین درمان فراشناختی آن است که اختلالات (گرایش به مصرف مواد، عود و ...) با فعال شدن نوعی سبک تفکر ناسازگارانه، موسوم به سندرم شناختی - توجهی، مرتبط است. سندرم شناختی - توجهی شامل نوعی سبک تفکر تکرار شونده^۱ به صورت نگرانی یا نشخوار فکری متمرکز بر تهدید و رفتارهای مقابله ای ناسازگارانه (مانند فرونشانی فکر، مصرف مواد، اجتناب) است. این سبک پیامدهایی دارد که به حفظ و تداوم هیجان ها و تقویت افکار منفی منجر می شود (ولز، ۲۰۰۸؛ ترجمه محمدخانی، ۱۳۸۸). یک فرایند مهم در درمان فراشناختی، ناتوانی فرد در درگیر نشدن در فرایند نگرانی به هنگام فعال شدن آن است. این ناتوانی به صورت تفکر مداوم در باره نگرانی از مصرف مواد، به منظور مقابله با آن یا تلاش برای اطمینان دادن به خود از طریق خودگویی^۲ آشکار می شود (ولز، ۲۰۰۴؛ ترجمه آهوقلندری، ۱۳۸۴). درمان فراشناختی با به کارگیری فنون آموزش توجه^۳ و فنون

ذهن آگاهی گسلیده^۱ موجب تغییر در نگرش‌های افراد می‌گردد. هدف از طراحی فنون آموزش توجه، تدوین شیوه‌ای برای تاثیر گذاشتن بر جنبه‌های مختلف سندرم شناختی - توجهی و فراشناخت‌های برانگیزاننده آن است. منظور از فنون ذهن آگاهی گسلیده نیز حالت آگاهی از رویدادهای درونی، بدون پاسخ به آن‌ها از طریق ارزیابی مداوم، تلاش برای کنترل یا سرکوب آن‌ها، یا پاسخ دهی رفتاری به آن‌ها است. نمونه بارز این وضعیت تصمیم‌گیری به استفاده از راهبردهایی مانند نگران نشدن در پاسخ به یک فکر (مانند ترس از برگشت به مصرف مواد) و در عوض، اجازه دادن به آن فکر است تا فضای ذهنی خاص خود را بدون انجام هر گونه تفسیر یا اقدام دیگر اشغال کند (ولز، ۲۰۰۵). مفهوم ذهن آگاهی گسلیده متضاد سندرم شناختی - توجهی است و به افراد در کنار آمدن با نگرانی شروع دوباره مصرف مواد کمک می‌کند اما در خصوص توانایی کنترل افکار اعتیاد تاثیری ندارد. در واقع به کارگیری فنون آموزش توجه و فنون ذهن آگاهی گسلیده موجب تغییر در نگرش‌های افراد می‌گردد، اما بر تاثیر گذاری افکار اعتیاد کاربرد ندارد. عدم کنترل نوع مواد مصرفی و مدت مصرف و نیز محدود بودن نمونه به معتادین مراکز ترک اعتیاد یک شهر از جمله محدودیت‌های پژوهش است. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی نوع مواد مصرفی و مدت مصرف افراد کنترل گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد تا در مناطق دیگر نیز چنین پژوهشی انجام شود. با عنایت به تاثیر درمان فراشناختی گروهی بر کاهش نگرش نسبت به اعتیاد و افکار اعتیاد و همچنین افزایش تمایل به تغییر و درمان، پیشنهاد می‌شود از این روش درمانی به صورت گسترده در مراکز ترک اعتیاد و مراکز بهبودی اقامتی میان مدت (کمپ) استفاده شود.

منابع

- اکبری، رضا؛ رضایی، محسن؛ درکه، حسن؛ آقابیگی، حسن (۱۳۹۱). اثربخشی گروه درمانی به شیوه شخص محور برای ترک وابستگی به مواد مخدر. دومین همایش سراسری اعتیاد و آسیب‌های روانی و اجتماعی، دانشگاه خوارزمی.
- آقایی، سعید (۱۳۹۱). رد پای مواد مخدر و محرک جدید. چاپ اول، اردیبهشت: انتشارات نگین سبلان.

حاجی عزیزاده، کبری؛ بحرینیان، سید عبدالمجید؛ نظیری، قاسم و مدرس غروی، مرتضی (۱۳۸۸). نقش متغیرهای شناختی و ابعاد فراشناختی و هیجانات در رفتار سوء مصرف. *تازه‌های علوم شناختی*، ۱۱(۳)، ۱۹-۱۲.

دلاور، علی (۱۳۸۵). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*، تهران: نشر رشد. رستمی، رضا (۱۳۸۸). *بررسی سابقه سوء استفاده در دوران کودکی معنادان مرد در مقایسه با جمعیت غیر معنادار*. پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشگاه تهران.

سادوک، بنیامین جیمز؛ سادوک، ویرجینا آلکوت (۱۳۸۹). *خلاصه روانپزشکی*. ترجمه فرزین رضائی، تهران: انتشارات ارجمند (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۷).

سادوک بنجامین؛ سادوک، ویرجینا (۱۳۹۰). *دستنامه جیبی روانپزشکی بالینی کاپلان و سادوک*. ترجمه محسن ارجمند، فرزین رضاعی، نادیا فغانی جدیدی. تهران: انتشارات ارجمند (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۰).

سترگ، صحرا؛ کاظمی، حمید و رئیسی، زهره (۱۳۹۲). *اثربخشی درمان فراشناختی بر عقاید و سوسه‌انگیز و باورهای مرتبط با مواد در بیماران وابسته به مواد صنعتی*. *فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی*، ۷(۲۸)، ۱۴۷-۱۶۲.

کاشفی، طیبه؛ آقامحمدیان، حمیدرضا؛ ثمری، علی اکبر (۱۳۹۱). *بررسی ارتباط باورهای فراشناختی و میزان رفتارهای خودتخریب‌گرایانه در افراد معنادار به مواد*. دومین همایش سراسری اعتیاد و آسیب‌های روانی و اجتماعی، دانشگاه خوارزمی.

ولز، آدریان (۱۳۸۳). *کاربرد فراشناخت در تبیین و درمان اختلالات هیجانی*، ترجمه رئوف آهو قلندری. تهران: انتشارات کنکاش (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۴).

ولز، آدریان. (۱۳۸۸). *راهنمای عملی درمان فراشناخت اضطراب و افسردگی*، ترجمه شهرام محمد خانی. تهران: انتشارات و رای دانش.

یعقوبی عسگرآباد، اسماعیل؛ بساک نژاد، سودابه؛ مهربانی زاده هنرمند، مهناز و ضمیری نژاد، سمیه (۱۳۹۲). *اثربخشی درمان گروهی فراشناختی بر علائم افسردگی معنادان تحت درمان نگهدارنده با متادون شهر مشهد*. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۱۵(۱)، ۱۷۴-۱۶۷.

Miller, W. R.; Tonigan, J.S. (1996). Assessing drinkers motivation for change: the stages of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES), *Psychology of Addictive Behavior*, 10(2), 81-89.

Nunnally, J.C. & Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric theory*, 3rd Ed. New York: McGraw-Hillp 246.

Spada, M.M. & Wells, A. (2008). Meta Cognitive beliefs about alcohol use: Development and validation of two self-report scales. *Addictive behavior*, 33, 515-527.

Steven, J. & Ondersma, M. (2010). The impact of Meta cognitive therapy on substance abuse treatment retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 59, 167-175. Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 107° 121.