

Research
Article

The Effectiveness of Metacognitive Therapy on Emotion Regulation and Relapse Self-Efficacy in Individuals with Substance Dependence*

Hadis Valizadeh¹, Shahram Mami², Homeira Soleimannejad³, Zeinab Mihandoost⁴

Received: 2024/12/17

Accepted: 2025/06/02

Abstract

Objective: The present study aimed to investigate the effectiveness of metacognitive therapy on emotion regulation and relapse self-efficacy in individuals with substance dependence. **Method:** This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design, a control group, and a two-month follow-up phase. The statistical population consisted of all individuals with substance dependence who referred to addiction treatment centers in Kermanshah in 2024. A sample of 40 people (20 for each group) was selected using convenience sampling, considering the inclusion criteria. They were then randomly assigned to either the experimental or control group. Participants in both groups completed the difficulties in emotion regulation scale and the relapse self-efficacy scale at pretest, posttest, and follow-up. Metacognitive therapy was administered to the experimental group over eight 90-minute sessions, once a week. The control group received no intervention. Data were analyzed using repeated measures Analysis of Variance and Bonferroni's post-hoc test. **Results:** The results showed a significant difference between the experimental and control groups in terms of emotion regulation and relapse self-efficacy. Specifically, metacognitive therapy significantly reduced difficulties with emotion regulation and increased relapse self-efficacy in the experimental group. The treatment effects were sustained at the follow-up stage. **Conclusion:** It is suggested that mental health and addiction professionals use this treatment as an effective intervention to reduce the psychological problems of individuals with substance dependence.

Keywords: Metacognitive therapy, Emotion regulation, Relapse self-efficacy, Substance use

*. This article is part of the first author's doctoral dissertation in psychology at Islamic Azad University, Ilam Branch.

1. Ph.D Student of General Psychology, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.

2. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran. 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.

اثربخشی درمان فراشناختی بر تنظیم هیجان و خودکارآمدی ترک افراد وابسته به مواد مخدر*

حدیث ولی زاده^۱، شهرام مامی^۲، حمیرا سلیمان نژاد^۳، زینب میهن دوست^۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۲۷

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان فراشناختی بر تنظیم هیجان و خودکارآمدی ترک افراد وابسته به مواد مخدر انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر نیمه-آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری شامل همه افراد وابسته به مواد مخدر مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۳ بود. از این بین، نمونه‌ای به حجم ۴۰ نفر (۲۰ نفر برای هر گروه) به روش نمونه گیری در دسترس با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. شرکت کنندگان هر دو گروه پرسش نامه‌های دشواری در تنظیم هیجان و خودکارآمدی ترک را در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تکمیل کردند. درمان فراشناختی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با فراوانی یک جلسه در هفته بر روی گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد بین گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر تنظیم هیجان و خودکارآمدی ترک تفاوت معنادار وجود داشت. به طور خاص، درمان فراشناختی باعث کاهش دشواری در تنظیم هیجان و افزایش خودکارآمدی ترک در گروه آزمایش شد و اثرات درمان در مرحله پیگیری پایدار بود. **نتیجه گیری:** پیشنهاد می‌شود متخصصین حوزه سلامت روان و اعتیاد از این درمان به عنوان مداخله‌ای اثربخش در جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد وابسته به مواد مخدر بهره ببرند.

کلیدواژه‌ها: درمان فراشناختی، تنظیم هیجان، خودکارآمدی ترک، مصرف مواد

*این مقاله بخشی از رساله دکتری تخصصی روان‌شناسی نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام است.

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. پست الکترونیک:

Shahram.mami@yahoo.com

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.

۴. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.

مقدمه

وابستگی به مواد مخدر^۱ یکی از چالش‌های بزرگ جامعه جهانی است (عباسی و همکاران، ۱۴۰۲) که موجب بروز اثرات متفاوتی بر فرد و جامعه می‌شود (سیسیلی^۲ و همکاران، ۲۰۲۲) و با رشد فزاینده‌ای روبه‌رو است (اوفیم^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). طبق گزارش جهانی دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد^۴ حدود دویست و هفتاد و پنج میلیون نفر بین سنین ۶۴-۱۵ در سال ۲۰۲۰ مواد مخدر مصرف کرده‌اند که این آمار ۳۲ درصد افزایش نسبت به سال ۲۰۰۶ داشته است. همچنین، در مقایسه با سال ۲۰۰۹ تا سال ۲۰۱۸، میزان اعتیاد به مواد مخدر ۳۰ درصد افزایش داشته است (ما^۵ و همکاران، ۲۰۲۲). وابستگی به مواد مخدر در خوش‌بینانه‌ترین حالت ۱/۱۲ درصد از کل جمعیت ایران می‌باشد و در جوانان به مراتب بیشتر از بقیه گروه‌ها است (بهرام‌آبادیان و همکاران، ۱۴۰۰). نوجوان و همکاران (۱۴۰۱) شیوع مصرف مواد را حدود ۹/۱۱ درصد گزارش کرده است. توجه به واقعیت‌های فوق سبب شده است که روانشناسان و متخصصین حیطه علوم رفتاری در تلاش‌اند تا متغیرهای تأثیرگذار در شکل‌گیری و استمرار اختلالات مصرف مواد را بشناسند تا از این طریق بتوانند از آن در پیشگیری و درمان این اختلال بهره‌مند شوند. یکی از این متغیرها دشواری در تنظیم هیجان^۶ می‌باشد (کاوالی و سرونکا^۷، ۲۰۲۱).

تنظیم هیجان شامل گستره‌ای از راهبردهای شناختی و رفتاری برای حفظ کاهش یا افزایش هیجان است که بر تلاش‌های افراد برای تأثیرگذاری بر احساسات تمرکز می‌کند (اوزر^۸ و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین، این امکان را فراهم می‌نماید تا فرد با دقت قضاوت نماید و بپذیرد کدام پیامدهای عاطفی درست است و از کدام یک باید اجتناب نماید (کاوالی و سرونکا، ۲۰۲۱). نقص یا دشواری در تنظیم هیجان استفاده لحظه‌ای از استراتژی‌هایی را توصیف می‌کند که در گرایش به رفتارهای پرخطر نظیر مصرف مواد می‌شود

1. substance dependence
2. Ceceli
3. Opheim
4. United Nations Office on Drugs
and Crime (UNODC)

5. Ma
6. emotion regulation
7. Cavalli & Cservenka
8. Ozer

(فلورس کانتر^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). تحقیقات کنونی از سهم قوی دشواری در تنظیم هیجانی در علت شناسی مصرف مواد حمایت می‌کند، تا جایی که اختلالات مصرف مواد مکرراً به عنوان اختلالات تنظیم هیجانی تصور شده است (وایس^۲ و همکاران، ۲۰۲۲). افراد ضعیف در این توانایی قادر به پاسخ مناسبی در مقابل محرک‌های اجتماعی نیستند و به علت فقدان خویشتن‌داری عاطفی براحتی تسلیم و سوسه مصرف مواد می‌شوند (معرفت و نامدارپور، ۱۴۰۱). نتایج تحقیقات پژوهشگران نشان داد که دشواری در تنظیم هیجان بر گرایش به مواد مخدر (بلندنظر و همکاران، ۱۴۰۲؛ گارکه^۳ و همکاران، ۲۰۲۱) و تداوم اعتیاد نقش مهمی ایفا می‌کند (گارلند^۴ و همکاران، ۲۰۱۹).

علاوه بر تنظیم هیجان، از بین انبوهی از متغیرهای فردی تأثیرگذار بر مصرف مواد مخدر می‌توان به خودکارآمدی ترک^۵ اشاره نمود (فلیز و پولات^۶، ۲۰۲۳). خودکارآمدی به عنوان یکی از معروف‌ترین سازه‌های کلیدی در ارتقای الگوهای سلامت است (استال^۷ و همکاران، ۲۰۲۳). مطابق با نظریه یادگیری اجتماعی (بندورا^۸، ۱۹۸۶) تجارب مقابله‌ای موفقیت‌آمیز، یک عامل محافظت‌کننده در مقابل مصرف مواد است که این امر منجر به افزایش خودکارآمدی جهت ترک مواد می‌شود (جعفری و همکاران، ۱۴۰۰). خودکارآمدی ترک به باور یک فرد در مورد شایستگی خود برای مقابله با امیال چالش‌برانگیز و سوسه‌انگیز مصرف گفته می‌شود که نتیجه مشاهده کردن مجموعه‌ای از تجارب موفق خود و دیگران در ترک مواد است (پورکرد و همکاران، ۱۴۰۱). در همین راستا، خودکارآمدی نقش مهمی در پیشگیری و درمان بالینی افراد دارای اختلال سوءمصرف مواد (ایکس‌یو^۹، ۲۰۲۳) و جلوگیری از گرایش به اعتیاد (کاراتای و باس^{۱۰}، ۲۰۱۷) دارد. یافته‌های پژوهشی حاکی از این است که خودکارآمدی پایین مصرف مواد را در افراد افزایش می‌دهد (فلیز و پولات، ۲۰۲۳) و منجر به طولانی‌تر شدن دوره ترک

1. Flores-Kanter
2. Weiss
3. Garke
4. Garland
5. relapse self-efficacy

6. Filiz & Polat
7. Stull
8. Bandura
9. Xu
10. Karatay & Bas

مواد (اسلسنیک^۱ و همکاران، ۲۰۲۳) می‌گردد و تأثیر بسزایی در انگیزه درمانی افراد وابسته به مواد مخدر دارد (بزداق و کوهادر^۲، ۲۰۲۲).

نظر به آنچه بیان شد، لازم است در خصوص مشکلات افراد وابسته به مواد مخدر به دنبال مداخلات و تدابیری بود که در تغییر دیدگاه فرد نسبت به خود تأثیر بسزایی داشته باشد. در این راستا، یکی از روش‌های درمانی که اخیراً رواج یافته درمان فراشناختی^۳ است (احمدی رق‌آبادی و همکاران، ۱۴۰۱). درمان فراشناختی نیز رویکرد نوظهوری است که در مهروموم‌های اخیر در زمینه درک و درمان افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد مطرح شده است (ولز^۴، ۲۰۱۱). درمان فراشناختی تأثیر اساسی بر باورها و تفکرات افراد با مصرف مواد دارد و پایه و اساس تجربه‌های هیجانی عادی و غیرعادی و هشیار در این افراد را تشکیل می‌دهد (علی‌زاده و همکاران، ۱۴۰۳). طی این سال‌ها چند مطالعه در زمینه اثربخشی درمان فراشناختی در افراد وابسته به مواد مخدر انجام شده است. در این راستا، علی‌زاده و همکاران (۱۴۰۳) نیز در پژوهش خود نشان دادند درمان فراشناختی بر تکانشگری و هیجان‌خواهی در مردان دارای مصرف مواد تحت درمان با متادون اثرگذار است. احمدی رق‌آبادی و همکاران (۱۴۰۱) به این نتیجه رسیدند درمان فراشناختی می‌تواند بر راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده متادون تأثیر بگذارد. نتایج این مطالعات نشان می‌دهد مداخلاتی همچون درمان فراشناختی که بر تغییر ارتباط فرد با افکار و احساسات ناکارآمد تمرکز می‌کند به مراتب مفیدتر از تلاش برای تغییر محتوای فکر و باور است (بیلی و ولز^۵، ۲۰۲۴). بنابراین، به نظر می‌رسد این رویکرد می‌تواند نقص‌ها و کاستی‌های نظریه‌های شناختی را جبران کند و تا حد زیادی مانع عود بیماری پس از درمان شود (جانسون^۶ و همکاران، ۲۰۲۴). درمان فراشناختی به دلیل تقویت مهارت‌های مقابله‌ای تغییر الگوهای تفکر و پردازش شناختی و توجه به آن‌ها منجر به کاهش نگرانی، نشخوار فکری اجتناب و

بازداری افکار و افزایش انعطاف‌پذیری در کنترل شناختی می‌شود (سان^۱ و همکاران، ۲۰۲۳). محققان معتقدند درمان فراشناختی از طریق تعدیل و اصلاح باورهای فراشناختی می‌تواند بر کاهش قابل ملاحظه مصرف مواد (معینی و همکاران، ۱۴۰۰)، تنظیم هیجان (وحیدی‌مقدم و همکاران، ۱۴۰۳؛ شیخان‌گافشه^۲ و همکاران، ۲۰۲۴؛ شرافتی و همکاران، ۲۰۲۳؛ اسمعیلی و همکاران، ۱۴۰۱ و باتبی^۳ و همکاران، ۲۰۲۰) و افزایش خودکارآمدی (باقری و همکاران، ۱۴۰۳؛ جویلا مارل^۴ و همکاران، ۲۰۲۳؛ خرازی نوتاش و همکاران، ۱۳۹۸؛ خسروشاهی و همکاران، ۱۳۹۸؛ والنسیا-والجو^۵ و همکاران، ۲۰۱۹) تأثیر بسزایی داشته باشد.

با توجه به اینکه شیوع مصرف مواد مخدر بالاست (نوجوان و همکاران، ۱۴۰۱) و روند روبه افزایش آن چالش‌های بزرگی را برای افراد و سیستم‌های بهداشتی ایجاد می‌کند (اوفیم و همکاران، ۲۰۲۴)؛ بنابراین، پژوهش‌هایی که با هدف کاهش مشکلات این گروه از افراد انجام می‌شود می‌تواند نقش پیشگیرانه‌ای در بروز این چالش‌ها داشته باشد. از این رو، شناسایی عواملی که بر وابستگی افراد به مواد مخدر دخالت دارند و اثرگذاری این عوامل بر افراد وابسته به مواد مخدر ضرورت پیدا می‌کند. بر این اساس، استراتژی‌های درمانی مؤثر برای مقابله با این چالش‌ها ضروری هستند. در همین راستا، درمان فراشناختی یکی از درمان‌های روان‌شناختی که می‌تواند به این امر کمک نماید (احمدی رق‌آبادی و همکاران، ۱۴۰۱). در صورت اثربخش بودن این روش درمانی بر متغیرهای پژوهش حاضر می‌توان با به کارگیری آن میزان وابستگی افراد به مواد مخدر را کاهش داد. بنابراین، ازجمله اهمیت‌های این پژوهش این است که بر اساس یافته‌های آن می‌توان دریچه‌ای نو جهت تبیین و سبب‌شناسی وابستگی به مواد مخدر ارائه کرد و از این طریق راهبردهای درمانی جدید معرفی کرد. با توجه به اینکه هر یک از پژوهش‌های قبلی اثربخشی درمان‌های دیگر را بر تنظیم هیجان و خودکارآمدی ترک این افراد را مورد مطالعه قرار داده است، این موضوع به عنوان یک خلأ پژوهشی محقق را بر آن داشت تا به بررسی

1. Sun
2. Sheykhangafshe
3. Batebi

4. Joie-La Marle
5. Valencia-Vallejo

تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر تنظیم هیجان و خودکارآمدی ترک پیردازد. نتایج این پژوهش نه تنها شکاف پژوهشی موجود را پر می‌کند، بلکه می‌تواند چارچوب مناسبی برای درمان و پیشگیری از مشکلات سلامت روان در بین این افراد فراهم سازد. از این رو، این پژوهش بر آن بود تا اثربخشی درمان فراشناختی را بر بهبود سازه‌های روان‌شناختی در بین این افراد بررسی نماید، زیرا به نظر می‌رسد که این روش درمانی از سازوکارهای اصلاحی برخوردار است که می‌تواند متغیرهای مورد اشاره را تحت تأثیر قرار دهد. بر همین اساس، پژوهش حاضر در راستای اهمیت و ضرورت بیان شده با هدف تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر تنظیم هیجان و خودکارآمدی ترک افراد وابسته به مواد مخدر انجام شد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر نیمه-آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری دوماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه افراد وابسته به مواد مخدر مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۳ بود. از این بین، نمونه‌ای به حجم ۴۰ نفر (۲۰ نفر برای هر گروه) به روش نمونه‌گیری در دسترس با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. انتخاب حجم نمونه ۴۰ نفری (برای هر گروه ۲۰ نفر) بر اساس توصیه کوهن^۱ (۲۰۰۰) در مورد مطالعات آزمایشی (کفایت حداقلی هر گروه ۱۵ نفر) لحاظ شد. ملاک‌های ورود به پژوهش رضایت آگاهانه و تمایل به شرکت در پژوهش، جنسیت مرد، تشخیص قطعی اعتیاد و مصرف مواد مخدر بیش از یک سال، قرار گرفتن در محدوده سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، داشتن تحصیلات حداقل دیپلم، عدم همزمانی جلسات مشاوره یا درمانی دیگر با اجرای جلسات پژوهش حاضر، و نداشتن مشکل جسمانی یا اختلال روانی شدید بود که طی یک مصاحبه کوتاه با آزمودنی‌ها بررسی شد. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم تمایل به ادامه همکاری، انجام ندادن تکالیف و بیش از دو جلسه غیبت

متوالی بود. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی از جمله کسب رضایت آگاهانه و اطمینان از حفظ حریم خصوصی و رازداری رعایت گردید. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS-26 تحلیل شدند.

ابزار

۱- پرسش‌نامه دشواری در تنظیم هیجان^۱: این پرسش‌نامه توسط گراتز و رومر^۲ (۲۰۰۴) برای سنجش دشواری در تنظیم هیجانی تهیه شده که دارای ۳۶ سؤال می‌باشد. نمره‌های بالا بیانگر مشکلات تنظیم هیجانی بیشتر و یا ضعف در خودتنظیمی هیجانی است. علاوه بر نمره کل، شامل نمره شش خرده مقیاس عدم پذیرش هیجان‌ها (۸ سؤال)، دشواری در انجام اهداف (۵ سؤال)، دشواری در کنترل تکانه (۵ سؤال)، فقدان آگاهی هیجانی (۶ سؤال)، دسترسی به راهبردهای هیجانی (۸ سؤال) و ابهام هیجانی (۴ سؤال) است. نمره گذاری گویه‌ها در پرسش‌نامه از طریق درجه‌بندی لیکرتی صورت می‌گیرد. پاسخ هر آزمودنی در دامنه‌ای از یک تا پنج قرار دارد: (۱) تقریباً هرگز؛ (۲) گاهی اوقات؛ (۳) تقریباً نیمی از اوقات؛ (۴) بیشتر اوقات؛ (۵) تقریباً همیشه. در این پرسش‌نامه سؤالات ۱، ۲، ۳، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ دارای نمره گذاری معکوس می‌باشند. حداقل امتیاز ممکن ۳۶ و حداکثر ۱۸۰ می‌باشد. نمره بین ۳۶ تا ۷۲ بیانگر دشواری در تنظیم هیجان در حد پایین، نمره بین ۷۲ تا ۱۰۸ بیانگر دشواری در تنظیم هیجان در حد متوسط و نمره بالاتر از ۱۰۸ بیانگر دشواری در تنظیم هیجان در حد بالا می‌باشد. گراتز و رومر (۲۰۰۴) در بررسی روایی پرسش‌نامه همبستگی درونی آلفای کرونباخ مقیاس 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 باز آزمون بعد از هشت هفته برای شش خرده مقیاس بین ۰/۵۷ تا ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. در ایران، خانزاده و همکاران (۱۳۹۱) پایایی مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ برای شش خرده مقیاس بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۸ و پایایی باز آزمون آن را در

1. difficulty in emotion regulation scale (DERS)

2. Gratz & Roemer

دامنه بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند. شهادت (۱۳۸۹) در رابطه با نسخه ترجمه شده این مقیاس همسانی درونی را برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای هر کدام از شش خرده مقیاس ضریب آلفای کرونباخ را بیش از ۰/۸۰ به دست آورده است. در پژوهش حاضر، میزان پایایی از طریق ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۸ محاسبه شد.

۲- پرسش‌نامه خودکارآمدی ترک اعتیاد^۱: این پرسش‌نامه که جهت بررسی میزان خودکارآمدی در مددجویان وابسته به مواد مخدر توسط برامسون^۲ (۱۹۹۹) طراحی و مورد استفاده قرار گرفته است، شامل ۱۶ سؤال می‌باشد. این ابزار ۱۶ سؤالی دارای چهار خرده مقیاس شامل مهارت حل مسئله (سؤالات ۱۳، ۳، ۱۴، ۱۶)، مهارت ابراز وجود (سؤالات ۴، ۵، ۷، ۱۵)، مهارت تصمیم‌گیری (سؤالات ۱، ۲، ۱۱، ۱۲) و مهارت ارتباطی (سؤالات ۶، ۸، ۹، ۱۰) است. طبق دستورالعمل برامسون در خصوص نحوه نمره‌دهی، پاسخ‌ها به صورت هفت گزینه‌ای و با استفاده از مقیاس لیکرت (هر مقیاس یک نمره) بدین صورت مشخص می‌گردد: ۱= قطعاً خیر، ۲= احتمالاً خیر، ۳= شاید خیر، ۴= نمی‌توانم بیان کنم، ۵= شاید بله، ۶= احتمالاً بله، و ۷= قطعاً بله. دامنه نمره این پرسش‌نامه بین ۱۶ تا ۱۱۲ بود. عبارات ۲-۵-۷-۸-۱۰-۱۱-۱۲-۱۶ دارای نمره گذاری معکوس می‌باشند. نمرات بالاتر به معنای خودکارآمدی قوی می‌باشند. برامسون (۱۹۹۹) در بررسی روایی و پایایی پرسش‌نامه همبستگی درونی آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۷۹ گزارش کرده است. تعیین روایی و پایایی این پرسش‌نامه توسط حبیبی و همکاران (۱۳۹۱) سنجیده شده و نتایج به دست آمده این گونه بود که ضریب همبستگی پیرسون که بین نمرات دو پرسش‌نامه (خودکارآمدی ترک اعتیاد برامسون و خودکارآمدی عمومی) به دست آمده نشان داد که بین این دو پرسش‌نامه همبستگی بالا (۰/۶۱) و معناداری به لحاظ آماری وجود داشت. ساختار عاملی پرسش‌نامه نیز با استفاده از تحلیل عاملی مورد تأیید قرار گرفت. فاصله اطمینان در این پژوهش برای هر ضریب آلفا ۰/۹۵ لحاظ گردید. اعتبار پرسش‌نامه خودکارآمدی در ترک اعتیاد برامسون از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به

دست آمد. در تحلیل عاملی ۴ عامل مهارت‌های حل مسئله، تصمیم‌گیری، ابراز وجود و ارتباط شناسایی شدند. میزان آلفا برای عامل‌ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۷۸ به دست آمده است. در پژوهش حاضر، میزان پایایی از طریق ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ محاسبه شد.

روش اجرا

در این پژوهش ابتدا اطلاع‌رسانی لازم به مراکز ترک اعتیاد شهر کرمانشاه که از شرایط لازم برای اجرای مداخله و آموزش برخوردار بودند، صورت گرفت. پس از اخذ فهرست افراد دارای پرونده درمانی در این مراکز که برای شرکت در پژوهش اعلام آمادگی کرده بودند، از میان داوطلبان واجد ملاک‌های ورود به مطالعه، تعداد ۴۰ نفر مرد وابسته به مواد مخدر به روش تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. در مرحله پیش از مداخله، ضمن توضیح هدف، اهمیت و نحوه اجرای پژوهش اصول اخلاقی از جمله حفظ محرمانگی اطلاعات و رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه مورد تأکید قرار گرفت و شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی را امضا نمودند. سپس، اعضای هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون پرسش‌نامه‌های تنظیم هیجان و خودکارآمدی ترک را تکمیل کردند. گروه آزمایش در ادامه طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای که به صورت هفتگی برگزار شد در مداخله گروهی درمان فراشناختی (بر اساس پروتکل ولز، ۲۰۱۱) شرکت نمودند. این جلسات توسط درمانگری دارای مدرک دکتری تخصصی روان‌شناسی که به درمان فراشناختی تسلط کامل داشت در فضای اختصاصی یکی از مراکز ترک اعتیاد شهر کرمانشاه اجرا گردید. در مقابل، گروه کنترل طی این مدت فقط درمان دارویی خود را ادامه دادند و هیچ‌گونه مداخله روان‌شناختی دریافت نکردند. پس از پایان مداخله، هر دو گروه مجدداً مقیاس‌های تنظیم هیجان و خودکارآمدی ترک را به عنوان پس‌آزمون تکمیل کردند. به منظور ارزیابی ماندگاری آثار درمان، دو ماه بعد نیز آزمون پیگیری برای هر دو گروه اجرا و داده‌ها جمع‌آوری شد. شرح ساختار جلسات درمان فراشناختی و محتوای آن در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان فراشناختی (ولز، ۲۰۱۱)

جلسه	اهداف	محتوا	تکلیف
اول	معارفه، آشنایی با مدل فراشناختی	اجرای پیش آزمون، معرفی شرکت کنندگان، تعریف رویکرد فراشناختی و استفاده از استعاره التیام زخم، نیاز و ضرورت درمان، تمرین ذهن آگاهی انحصالی.	تمرین ذهن آگاهی انحصالی
دوم	ارائه منطق درمان فراشناختی	بررسی پیوند بین فراشناخت‌ها، احساسات و رفتار، تغییر فراشناخت‌های غیر مفید به فراشناخت‌های مفید، به تعویق انداختن نشخوار فکری و نگرانی.	ثبت نشخوار فکری، تمرین به تعویق انداختن نگرانی
سوم	شناسایی باورهای مثبت و منفی	تمرین ذهن آگاهی، آموزش توجه انتخابی و به چالش کشیدن باورهای فراشناختی مثبت در مورد نشخوار فکری و نگرانی	تمرین ذهن آگاهی
چهارم	شناسایی راهبردهای کنترل فراشناختی	تمرین آموزش توجه به چالش کشیدن فراشناخت‌های غیرقابل کنترل و باورهای مثبت در مورد نشخوار فکری و به چالش کشیدن باورهای فراشناختی مفید برای برنامه‌ریزی فعالیت‌های لذت‌بخش، بررسی و متوقف کردن سرکوب فکر.	به تعویق انداختن نگرانی و متوقف کردن تلاش برای سرکوب فکر منفی
پنجم	آشناسازی با دو راهبرد نگرانی و نشخوار فکری	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 تشریح افکار و منافع اجرای تمرینات ذهن آگاهی انحصالی.	شناسایی باورهای منفی و به چالش کشیدن باورهای فراشناختی منفی
ششم	آشناسازی با سندرم توجهی- شناختی	ارزیابی باورهای منفی و استراتژی‌های بی‌فایده و همچنین بررسی ترس‌های مکرر افراد، تکنیک آموزش توجه برای تقویت حس انعطاف‌پذیری و کنترل بر تفکر.	خودداری از نگرانی و نشخوار فکری، حذف افکار کنترل‌گر منفی
هفتم	آموزش تکنیک متمرکز کردن توجه بر موقعیت	بررسی تعصبات در برابر شواهد غیرقابل تأیید، خودداری از قضاوت‌هایی که شواهد کافی برای آن‌ها وجود ندارد و بررسی معایب تصمیمات عجولانه، تمرین آگاهی از پایش تهدید و کنار گذاشتن آن، بازگشت به روند قبل از رویداد آسیب‌زا و به کارگیری راهبردهای جدید.	تمرین آگاهی از پایش تهدید و کنار گذاشتن آن
هشتم	جلوگیری از عود	بررسی اجمالی جلسات، شناسایی موانع موجود در استفاده از روش‌ها، بحث درباره جلوگیری از عود و کار بر روی باورهای فراشناختی باقی‌مانده.	تمرین ذهن آگاهی

یافته‌ها

یافته‌های مربوط به شاخص‌های دموگرافیک اعضای نمونه تحقیق شامل سن، سطح تحصیلات، سابقه اعتیاد و وضعیت تأهل در دو گروه آزمایش و گروه گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	طبقات	گروه آزمایش (درصد) تعداد	گروه گواه (درصد) تعداد	معناداری
سن	۲۵-۲۰	۴ (۲۰)	۶ (۳۰)	۰/۱۱
	۲۶-۳۰	۸ (۴۰)	۹ (۴۵)	
	۳۱-۳۵	۶ (۳۰)	۴ (۲۰)	
	۳۶-۴۰	۲ (۱۰)	۱ (۵)	
سطح تحصیلات	دیپلم	۴ (۲۰)	۲ (۱۰)	۰/۹۳
	کاردانی	۸ (۴۰)	۷ (۳۵)	
	کارشناسی	۶ (۳۰)	۸ (۴۰)	
	کارشناسی ارشد	۲ (۱۰)	۳ (۱۵)	
سابقه اعتیاد	۴-۱	۷ (۳۵)	۶ (۳۰)	۰/۵۴
	۵-۸	۱۰ (۵۰)	۹ (۴۵)	
	۸ سال به بالا	۳ (۱۵)	۵ (۲۵)	
وضعیت تأهل	مجرد	۱۲ (۶۰)	۶ (۳۰)	۰/۱۲
	متاهل	۸ (۴۰)	۱۴ (۷۰)	

چنان‌که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، تعداد (درصد) سن بین ۲۰ تا ۲۵ سال در گروه آزمایش ۴ (۲۰) و در گروه کنترل ۶ (۳۰)؛ سن ۲۶ تا ۳۰ سال در گروه آزمایش ۸ (۴۰) و در گروه کنترل ۹ (۴۵)؛ سن ۳۱ تا ۳۵ سال در گروه آزمایش ۶ (۳۰) و در گروه کنترل ۴ (۲۰)؛ سن ۳۶ تا ۴۰ سال در گروه آزمایش ۲ (۱۰) و در گروه کنترل ۱ (۵) بود. تعداد (درصد) سطح تحصیلات دیپلم در گروه آزمایش ۴ (۲۰) و در گروه کنترل ۲ (۱۰)؛ کاردانی در گروه آزمایش ۸ (۴۰) و در گروه کنترل ۷ (۳۵)؛ کارشناسی در گروه آزمایش ۶ (۳۰) و در گروه کنترل ۸ (۴۰)؛ کارشناسی ارشد در گروه آزمایش ۲ (۱۰) و در گروه کنترل ۳ (۱۵) بود. تعداد (درصد) سابقه اعتیاد بین ۱ تا ۴ سال در گروه آزمایش ۷ (۳۵) و

در گروه کنترل ۶ (۳۰)؛ سابقه اعتیاد بین ۵ تا ۸ سال در گروه آزمایش ۱۰ (۵۰) و در گروه کنترل ۹ (۴۵)؛ سابقه اعتیاد ۸ سال به بالا در گروه آزمایش ۳ (۱۵) و در گروه کنترل ۵ (۲۵) بود. تعداد (درصد) افراد مجرد در گروه آزمایش ۱۲ (۶۰) و در گروه کنترل ۶ (۳۰)؛ افراد متأهل در گروه آزمایش ۸ (۴۰) و در گروه کنترل ۱۴ (۷۰) بود. در نهایت، نتایج آزمون خی دو نشان داد که دو گروه آزمایش و کنترل با هم تفاوتی نداشتند ($p > 0.05$). در ادامه یافته‌های مربوط به شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش بر حسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی تنظیم هیجان و خودکارآمدی ترک بر حسب عضویت گروهی و

مرحله ارزیابی

متغیر	مرحله	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری		
گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تنظیم هیجان درمان فراشناختی	۱۳۷/۵۰	۵/۵۱	۶۴/۴۰	۴/۱۸	۶۲/۲۰	۵/۰۳
کنترل	۱۳۶/۷۵	۵/۶۲	۱۳۴/۸۵	۵/۸۷	۱۳۵/۰۰	۶/۵۲
خودکارآمدی درمان فراشناختی	۳۰/۱۵	۲/۳۲	۹۳/۱۵	۳/۹۷	۹۴/۴۰	۴/۰۳
ترک	۳۰/۵۰	۳/۰۶	۳۰/۲۰	۲/۶۴	۳۰/۶۰	۲/۴۷

چنان که در جدول ۳ مشاهده می‌شود میانگین نمرات در گروه آزمایش نشان‌دهنده تغییراتی در جهت کاهش نمرات دشواری در تنظیم هیجان و افزایش نمرات خودکارآمدی ترک پس از دریافت مداخله درمانی است. این تغییرات در مرحله پیگیری نیز تداوم یافت. در مقابل، نمرات گروه کنترل در طول مراحل پژوهش تغییرات محسوسی را نشان نمی‌دهد. برای تحلیل نتایج از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، جهت بررسی پیش‌فرض‌ها از آزمون کولموگراف اسمیرنوف^۱ برای نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین^۲ برای بررسی همگنی واریانس گروه‌ها، آزمون ام‌باکس^۳ برای برابری ماتریس واریانس-کوواریانس و آزمون ماچلی^۴ برای پیش‌فرض برابری کرویت استفاده شد. نتایج آزمون کولموگراف

1. Kolmogorov-Smirnov test
2. Levine test

3. M. box test
4. Mauchly's test

اسمیرنف حاکی از آن بود که نمرات متغیرهای وابسته در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال بودند. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس نمرات در گروه‌ها برابر است. نتایج آزمون ام باکس برای بررسی برابری ماتریس واریانس - کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و کنترل نیز نشان داد که ماتریس واریانس - کوواریانس متغیرهای وابسته دو گروه برابر است. همچنین، نتایج آزمون ماچلی نشان داد که مفروضه کرویت برای اثرهای مربوط به دو متغیر تنظیم هیجان و خودکارآمدی ترک و گروه رعایت شده است. بنابراین، می‌توان بیان کرد که فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی برای تمام متغیرها رعایت شده است. به این ترتیب، شرایط لازم برای انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برقرار است. جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بر اساس آزمون اسفیریستی^۱ را نشان می‌دهد. دلیل گزارش دادن این جدول به این خاطر می‌باشد که آزمون کرویت ماوچلی معنی‌دار نشده است، بنابراین در جدول زیر آزمون اسفیریستی گزارش شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بر روی نمرات تنظیم هیجان و خودکارآمدی ترک در دو گروه

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
تنظیم هیجان	زمان	۳۸۵۵۳/۰۱	۲	۱۹۲۷۶/۵۰	۱۲۶۶/۸۳	* ۰/۰۰۰	۰/۹۷	۱
	عضویت گروهی	۶۷۶۸۷/۵۰	۱	۶۷۶۸۷/۵۰	۱۱۱۶/۹۲	* ۰/۰۰۰	۰/۹۶	۱
	تعامل زمان و عضویت گروهی	۳۴۹۴۸/۵۵	۲	۱۷۴۷۴/۲۷	۱۱۴۸/۳۹	* ۰/۰۰۰	۰/۹۶	۱
خودکارآمدی ترک	زمان	۲۸۴۴۱/۰۵	۲	۱۴۲۲۰/۵۲	۱۸۰۸/۶۰	* ۰/۰۰۰	۰/۹۷	۱
	عضویت گروهی	۵۶۰۷۳/۶۳	۱	۵۶۰۷۳/۶۳	۲۷۸۶/۳۲	* ۰/۰۰۰	۰/۹۸	۱
	تعامل زمان و عضویت گروهی	۲۸۵۷۸/۷۱	۲	۱۴۲۸۹/۳۵	۱۸۱۷/۳۵	* ۰/۰۰۰	۰/۹۸	۱

* $p < ۰/۰۰۱$.

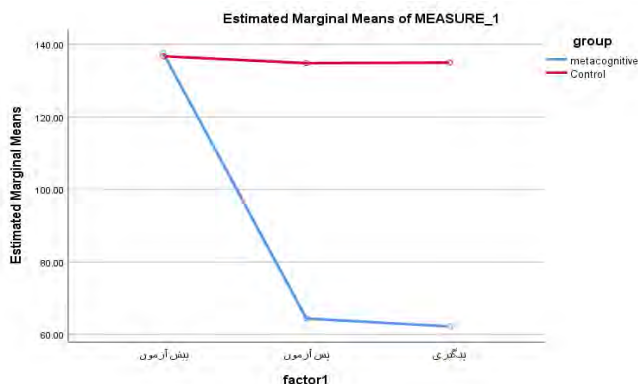
نتایج جدول ۴ نشان داد که بر اساس ضریب F محاسبه شده، عامل زمان یا مرحله ارزیابی تأثیر معناداری بر نمره تنظیم هیجان و خودکارآمدی ترک داشت ($p < 0/001$). اندازه اثر نشان می‌دهد که عامل زمان ۹۷ درصد از تفاوت در واریانس تنظیم هیجان و ۹۷ درصد از واریانس خودکارآمدی ترک را تبیین کرد. همچنین، بر اساس ضریب F محاسبه شده، تأثیر عامل عضویت گروهی درمان فراشناختی نیز بر تنظیم هیجان ($p < 0/001$) و خودکارآمدی ترک ($p < 0/001$) معنادار بود. اندازه اثر نشان می‌دهد که عامل عضویت گروهی ۹۶ درصد از تفاوت در واریانس تنظیم هیجان و ۹۸ درصد از واریانس خودکارآمدی ترک را تبیین کرد. علاوه بر این، نتایج بیانگر آن است که اثر متقابل عضویت گروهی و عامل زمان بر نمره تنظیم هیجان ($p < 0/001$) و خودکارآمدی ترک ($p < 0/001$) معنادار بود. بنابراین، نتیجه گرفته می‌شود که دریافت درمان فراشناختی در مراحل مختلف ارزیابی بر نمره تنظیم هیجان و خودکارآمدی ترک تأثیر معنادار داشت. اندازه اثر نشان می‌دهد تعامل گروه و زمان ۹۶ درصد از تفاوت در واریانس تنظیم هیجان و ۹۸ درصد از واریانس خودکارآمدی ترک را تبیین کرد. به عبارت دیگر، درمان فراشناختی با توجه به میانگین نمره تنظیم هیجان و خودکارآمدی ترک گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل موجب کاهش تنظیم هیجان و افزایش خودکارآمدی ترک در گروه آزمایش شده است و این تأثیر در طول زمان پایدار بود. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه زوجی میانگین نمرات متغیرهای وابسته پژوهش در مراحل سه گانه در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی درون گروهی بر حسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی

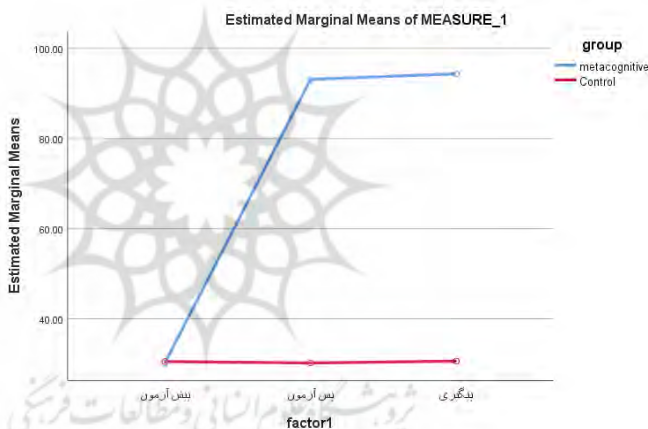
متغیر	گروه	مرحله مبنا	مرحله مورد مقایسه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
تنظیم هیجان	گروه آزمایش	پیش آزمون (۱۳۷/۵۰)	پس آزمون (۶۴/۴۰)	۷۳/۱۰	۱/۷۱	*۰/۰۰۰
			پیگیری (۶۲/۲۰)	۷۵/۳۰	۱/۷۲	*۰/۰۰۰
		پس آزمون (۶۴/۴۰)	پیگیری (۶۲/۲۰)	۲/۲۰	۰/۸۵	۰/۰۷
	گروه کنترل	پیش آزمون (۱۳۶/۷۵)	پس آزمون (۱۳۴/۸۵)	۱/۹۰	۰/۸۸	۰/۱۳
			پیگیری (۱۳۵/۰۰)	۱/۷۵	۰/۹۹	۰/۲۸
		پس آزمون (۱۳۴/۸۵)	پیگیری (۱۳۵/۰۰)	-۰/۱۵	۰/۸۵	۱
خودکارآمدی ترک	گروه آزمایش	پیش آزمون (۳۰/۱۵)	پس آزمون (۹۳/۱۵)	-۶۳/۳۰	۱/۱۱	*۰/۰۰۰
			پیگیری (۹۴/۴۰)	-۶۴/۲۵	۱/۰۷	*۰/۰۰۰
		پس آزمون (۹۳/۱۵)	پیگیری (۹۴/۴۰)	-۴/۲۵	۰/۷۶	۰/۳۵
	گروه کنترل	پیش آزمون (۳۰/۵۰)	پس آزمون (۳۰/۲۰)	۰/۳۰	۰/۳۶	۱
			پیگیری (۳۰/۶۰)	-۰/۱۰	۰/۵۵	۱
		پس آزمون (۳۰/۲۰)	پیگیری (۳۰/۶۰)	-۰/۴۰	۰/۵۶	۱

* $p < ۰/۰۰۱$.

بررسی آماره‌های توصیفی و نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که در گروه آزمایش تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$)، در حالی که در گروه کنترل این تفاوت‌ها معنادار نبود ($p > ۰/۰۵$). این یافته‌ها بیانگر اثربخشی پایدار مداخله در گروه آزمایش است که تا مرحله پیگیری نیز حفظ شده است. در نمودار ۱ و ۲ نمرخ تغییرات دو متغیر تنظیم هیجان و خودکارآمدی ترک برای دو گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است.



نمودار ۱: نمیرخ نمرات تنظیم هیجان آزمودنی‌های پژوهش بر حسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی



نمودار ۲: نمیرخ نمرات خودکارآمدی ترک آزمودنی‌های پژوهش بر حسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر تنظیم هیجان و خودکارآمدی ترک افراد وابسته به مواد مخدر انجام شد. نتایج نشان داد که درمان فراشناختی بر تنظیم هیجان و خودکارآمدی ترک افراد وابسته به مواد مخدر تأثیر معنادار داشت و توانست تنظیم هیجان افراد وابسته به مواد مخدر را کاهش و خودکارآمدی ترک آنان را افزایش دهد.

اولین یافته مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی درمان فراشناختی بر تنظیم هیجان با نتایج پژوهش وحیدی مقدم و همکاران (۱۴۰۳)، شرافتی و همکاران (۲۰۲۳)، اسمعیلی و همکاران (۱۴۰۱)، شیخان گافشه و همکاران (۲۰۲۴) و گزارش باتبی و همکاران (۲۰۲۰) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد وابسته به مواد مخدر از طریق درمان فراشناختی متوجه این موضوع می‌شوند که مشکل اصلی آنان باورهایشان درباره‌ی نگرانی و راهبردهای دردسرساز برای کنترل نگرانی‌هایش است. بنابراین، در درمان فراشناختی با استفاده از روش اسنادسازی مجدد کلامی و آزمایش‌های رفتاری به اصلاح یا تضعیف باورهای مربوط به خطرناک بودن نگرانی پرداخته می‌شود. در درمان فراشناختی بعد از اینکه باورهای فراشناختی منفی درباره کنترل‌ناپذیری و خطرناک بودن نگرانی به طور قابل ملاحظه‌ای تغییر پیدا کرد، باورهای فراشناختی مثبت باید مورد توجه قرار گیرد. در نهایت، این درمان می‌تواند سطح دشواری در تنظیم هیجان افراد وابسته به مواد مخدر را پایین بیاورد (شیخان گافشه و همکاران، ۲۰۲۴). از آنجایی که هیجان‌ها معرف داده‌های درونی هستند که بر انگیزش و رفتار اثر می‌گذارند و همچنین می‌توانند بر طیفی از فرایندهای شناختی از جمله حافظه، قضاوت، تصمیم‌گیری و سوگیری در توجه اثر بگذارد، به نظر می‌رسد که خیلی از این هیجانات از تغییر در موفقیت یا شکست حاصل شده و از یک عمل برنامه‌ریزی شده نشات می‌گیرند. هیجان‌های ظاهر شده ممکن است باعث سوگیری در برنامه‌های در دست اقدام شوند. از عوامل تأثیرگذار در نگرش این افراد در موقع پرتنش نوع باورهای فراشناختی افراد است (شرافتی و همکاران، ۲۰۲۳). بر این اساس، روش درمانی فراشناختی از طریق توانا ساختن افراد وابسته به مواد مخدر به شکلی متفاوت می‌تواند با افکارشان ارتباط برقرار کنند، کنترل و آگاهی فراشناختی قابل‌انعطافی را گسترش دهند و از انجام پردازش به صورت نگرانی و نشخوار فکری و بازنگری تهدید جلوگیری نمایند (باتبی و همکاران، ۲۰۲۰). به عبارتی، این روش درمانی به افراد وابسته به مواد مخدر مکانیزم‌هایی را می‌دهد که موجب کاهش نگرانی، نظارت بر تهدید و خودکنترلی ناسازگارانه می‌شود و با آموزش پردازش انعطاف‌پذیر هیجانی طرح و برنامه‌ای را در آینده برای راهنمایی تفکر و رفتار در مواجهه با تهدید و آسیب‌پذیری می‌دهد

(شیخان گافشه و همکاران، ۲۰۲۴)، در نتیجه می‌تواند به کاهش دشواری تنظیم هیجان در افراد وابسته به مواد مخدر کمک کند. بنابراین، این رویکرد درمانی از طریق مراحل مفهوم‌سازی مورد، آماده‌سازی بیمار برای شروع درمان، آموزش توجه و ذهن آگاهی گسیلده، چالش با باورهای فراشناختی منفی، چالش با باورهای فراشناختی مثبت درباره‌ی نشخوار فکری، حذف رفتارهای باقیمانده و پایش تهدید و همچنین با استفاده از تکنیک‌های تصویرسازی ابرها، تمثیل ایستگاه قطار، تمثیل کودک نافرمان و تجویز ذهن سرگردان در بهبودی تنظیم هیجان افراد وابسته به مواد مخدر کمک می‌کند. احتمالاً استفاده از همین تکنیک‌ها و پشتوانه نظری و تجربی می‌توان نتیجه گرفت روش درمان فراشناختی توانسته تنظیم هیجان افراد وابسته به مواد مخدر را در مرحله پس‌آزمون بهبود بخشیده و اثربخشی خود را در مرحله پیگیری نیز حفظ کند.

یافته دوم مبنی بر اثربخشی درمان فراشناختی بر خودکارآمدی ترک با نتایج پژوهش باقری و همکاران (۱۴۰۳)، خرازی نوتاش و همکاران (۱۳۹۸)، خسروشاهی و همکاران (۱۳۹۸)، جویلا مارل و همکاران (۲۰۲۳) و والنسیا-والجو و همکاران (۲۰۱۹) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت با توجه به دیدگاه تئوری شناختی اجتماعی بندورا، خودکارآمدی مفهومی بین حرفه‌ای بوده که در ارتباط با درک افراد از توانایی‌شان برای تغییر یا ادامه رفتاری به صورت موفقیت‌آمیز است. بر این اساس، خودکارآمدی با تلاش و ثبات قدم فرد در هر جنبه از زندگی ربط دارد. افراد وابسته به مواد مخدر به طور معمول دچار مشکلات متعددی مانند خشونت بین فردی، تصادفات جاده‌ای، مشکلات خانوادگی و اجتماعی، افزایش رفتارهای پرخطر جنسی و ابتلا به بیماری‌هایی چون ایدز می‌شوند (سیسیلی و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین، این افراد با خودکارآمدی پایین در هنگام مواجهه شدن با مشکلات احتمالاً به سمت استفاده مجدد مواد کشیده خواهند شد، زیرا احساس می‌کنند که قادر نیستند بتوانند معیارهای عملکرد و موفقیت خود را در زمینه‌های ارزشمند زندگی برآورده کنند (جویلا مارل و همکاران، ۲۰۲۳). از آنجایی که درمان فراشناختی به باورهای مثبت مانند تعدیل باورهای مرتبط با کنترل ناپذیری افکار و باورهای مربوط به خطر، اهمیت و معنای این افکار توجه دارد، می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر افزایش

خودکارآمدی افراد داشته باشد (سان و همکاران، ۲۰۲۳). در این درمان تلاش شده تا مراجع درباره احساس‌ها و افکار درونی خود آگاهی یابد و توانایی‌های موجود خویش را بشناسد. بنابراین، شناسایی توانمندی‌های فرد سبب می‌شود تا بر احساس کارآمدی و موفقیت وی اثر بگذارد (والنسیا-والجو و همکاران، ۲۰۱۹). از طرفی دیگر، افراد وابسته به مواد مخدر به علت این که در برآورده ساختن معیارهای عملکرد و موفقیت خودشان در حیطه‌های ارزشمند زندگی مثل کار، تحصیل، روابط عاشقانه، دوستی‌ها، عملکرد اخلاقی یا توانایی کنترل علائم اختلال روانی مثل افسردگی، اضطراب و اعتیاد احساس شکست و ناتوانی می‌کنند، دچار احترام به خویشتن کم یا به عبارتی خودکارآمدی پایین می‌شوند که احتمالاً به طرف مصرف مواد کشیده می‌شوند. این احتمال وجود دارد که مسائل شخصی از طریق اشتغال ذهنی، انزوا و قضاوت مختل به کاهش مهارت و عملکرد ضعیف منجر شود و آمادگی فرد را برای مراقبت از خویش کاهش دهد و در او تعریف‌های شناختی ایجاد کند (دلاور و همکاران، ۱۳۹۵) و از این طریق خودکارآمدی ترک مواد را کاهش دهد. از آنجا که فراشناخت شامل ساختارهای روان‌شناختی دانش‌ها و وقایع فرآیندهایی است که در کنترل، اصلاح و تفسیر تفکر دخالت دارند و همچنین مسئله که خودکارآمدی شامل باور فرد درباره توانایی انجام دادن کارها است، می‌توان نتیجه گرفت که چون خودکارآمدی با شیوه تفکر فرد رابطه دارد و آموزش تکنیک‌های فراشناختی نیز بر این مسائل (شیوه تفکر، بازآرایی و تغییر) تأکید دارد آموزش این تکنیک‌های فراشناختی می‌تواند به افراد دارای خودکارآمدی پایین در بالا بردن خودکارآمدی کمک کند (جویلا مارل و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین، این درمان با استفاده از فنون آموزش توجه و فنون ذهن آگاهی گسلیده موجب تغییر در نگرش‌های افراد می‌شود که این امر منجر به افزایش خودکارآمدی در میان افراد می‌گردد. احتمالاً استفاده از همین تکنیک‌ها و پشتوانه نظری و تجربی می‌توان نتیجه گرفت که روش درمان فراشناختی توانسته خودکارآمدی ترک افراد وابسته به مواد مخدر را در مرحله پس‌آزمون افزایش داده و اثربخشی خود را در مرحله پیگیری نیز حفظ کند.

این پژوهش نیز مانند بسیاری از مطالعات در حوزه درمان‌های روان‌شناختی و اعتیاد با محدودیت‌هایی مواجه بود که باید در تفسیر نتایج و تعمیم آن‌ها به دیگر جوامع و گروه‌ها احتیاط کرد. اولین محدودیت مطالعه حاضر استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس و غیر تصادفی بود که منجر به انتخاب نمونه‌ای از مردان وابسته به مواد مخدر در مراکز ترک اعتیاد شهر کرمانشاه شد. بنابراین، تعمیم نتایج به سایر گروه‌های آسیب‌پذیر یا سایر جوامع، به‌ویژه زنان یا جوامع با ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی متفاوت، نیازمند تحقیقاتی مستقل و وسیع‌تر است. علاوه بر این، استفاده از پرسش‌نامه‌های خود گزارشی به عنوان تنها ابزار جمع‌آوری داده‌ها احتمال تأثیر سوگیری‌های گزارش دهی از سوی افراد و خطاهای اندازه‌گیری را افزایش می‌دهد. همچنین، این پژوهش متغیرهای بالقوه مؤثر مانند شدت وابستگی به مواد، سابقه درمانی یا شرایط اجتماعی و اقتصادی افراد را کنترل نکرده است که ممکن است بر نتایج تأثیر گذار باشد. برای رفع این محدودیت‌ها، پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و در جوامع مختلف استفاده شود تا نتایج به گروه‌های متنوع‌تری تعمیم یابد. همچنین، برای افزایش دقت و جامعیت نتایج توصیه می‌شود به غیر از پرسش‌نامه از مصاحبه و سنجش کیفی برای گردآوری اطلاعات، نیز استفاده شود. جهت کاهش سوگیری‌های ناشی از خود گزارشی، استفاده از ابزارهای ارزیابی مختلف می‌تواند به تأیید بیشتر تغییرات ناشی از درمان کمک کند. در نهایت، بر اساس یافته‌های این پژوهش و اثربخشی درمان فراشناختی در بهبود تنظیم هیجان و خودکارآمدی ترک، پیشنهاد می‌شود که این درمان به طور منظم و در قالب برنامه‌های دوره‌ای در مراکز ترک اعتیاد ارائه شود و مراکز، دوره‌های آموزشی برای خانواده‌های افراد وابسته به مواد مخدر در خصوص درمان فراشناختی ارائه شود تا نقش حمایتی آن‌ها در روند درمان و پایداری نتایج درمانی تقویت شود.

تشکر و قدردانی و حمایت مالی

پژوهش حاضر بخشی از رساله دکتری تخصصی روان‌شناسی نویسنده اول پس از تأیید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام به شماره IR.IAU.ILAM.REC.1403.095 انجام گرفت. این پژوهش با حمایت مالی

سازمان یا نهادهی انجام نشده و هزینه‌های آن توسط نویسندگان مقاله تأمین شده است. نویسندگان این مقاله از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش حاضر و افرادی که در مطالعه ما را یاری کردند کمال تشکر و قدردانی را دارند.

تعارض منافع

در این مقاله هیچ گونه تعارض منافع وجود ندارد.

منابع

- احمدی رق‌آبادی، علی؛ باقرزاده گلمکانی، زهرا؛ اکبرزاده، مهدی؛ منصوری، احمد و خدابخش، محمدرضا (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان فراشناختی بر راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده متادون. *پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*، ۱۲(۱)، ۷۸-۶۰.
- اسمعیلی، وحید؛ آریاپوران، سعید و امیری، حسن (۱۴۰۱). اثربخشی درمان‌های تنظیم هیجان و چشم‌انداز زمان بر افسردگی و نشخوار فکری مشترک دانش‌آموزان نوجوان در دوره کوید-۱۹. *تدریس پژوهی*، ۱۰(۴)، ۸۵-۵۸.
- باقری، الهه؛ گودرزی، کورش؛ روزبهرانی، مهدی و کاکابرایی، کیوان (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی، درمان راه حل محور و تمرینات استقامتی بر باورهای خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر دارای اختلال هراس اجتماعی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۳(۱۳۷)، ۱۳۳-۱۵۳.
- بلندنظر، کاظم؛ تیموری، سعید؛ رجایی، علیرضا و نجات، حمید (۱۴۰۲). تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر خودکنترلی، تنظیم هیجانی و تحمل آشفتگی معنادان متجاهر. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۹(۴)، ۶۲-۵۲.
- بهرام‌آبادیان، فاطمه؛ مجتبائی، مینا و ثابت، مرداد (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر خودکارآمدی و اشتیاق به تغییر در افراد معتاد متجاهر. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰(۱۰۶)، ۱۸۴۹-۱۸۶۳.
- پورکرد، مهدی؛ غلامرضایی، سیمین؛ غضنفری، فیروزه و رضایی، فاطمه (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان‌های مبتنی بر سبک زندگی آدلری، پذیرش و تعهد و شفقت درمانی بر خودکارآمدی پرهیز از مواد و کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد افیونی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۴)، ۱۴۵-۱۷۶.

جعفری، عیسی؛ حقیقت، فاطمه و پورمحسنی کلوری، فرشته (۱۴۰۰). اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انگیزش درمان و خودکارآمدی ترک در افراد وابسته به مواد. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۱(۴۳)، ۱-۲۳.

حبیبی، رحیم؛ کارشکی، حسین؛ دشتگرد، علی؛ حیدری، عباس و طلایی، علی (۱۳۹۱). روسازی و تعیین پایایی پرسشنامه خودکارآمدی ترک اعتیاد برامسون. *نظام سلامت حکیم*، ۱۵(۱)، ۵۳-۵۹.

خانزاده، مصطفی؛ سعیدیان، محسن؛ حسین چاری، مسعود و ادریسی، فروغ (۱۳۹۱). ساختار عاملی و ویژگی‌های روانسنجی مقیاس دشواری در نظم بخشی هیجانی. *مجله علوم رفتاری*، ۶(۱)، ۸۷-۹۶.

خرازی نوتاش، هانیه؛ خادمی، علی؛ باباپور، جلیل و علیوندی وفا، مرضیه (۱۳۹۸). تأثیر درمان فراشناختی بر خودکارآمدی درد و ترس از پیشرفت بیماری در پرستاران مبتلا به سردردهای میگرنی. *مجله بالینی پرستاری و مامایی*، ۸(۲)، ۳۷۸-۳۸۷.

خسروشاهی، حسین؛ میرزائیان، بهرام و حسن زاده، رمضان (۱۳۹۸). تأثیر درمان فراشناختی بر شاخص‌های سلامت عمومی و خودکارآمدی و ادراک بیماری در بیماران کرونر قلبی. *مطالعات ناتوانی*، ۹، ۶۲.

دلاور، محمد؛ گودرزی، محمدعلی و وطن‌خواه، محمد (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی، خودکارآمدی ترک مواد و ولع مصرف معتادان تحت درمان نگه دارنده متادون. *دستاوردهای روانشناسی بالینی*، ۲(۲)، ۱-۲۲.

شهامت، فاطمه (۱۳۸۹). پیش‌بینی نشانه‌های سلامت عمومی (جسمانی‌سازی، اضطراب و افسردگی) بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۵(۲۰)، ۱۲۴-۱۰۳.

عباسی، مهناز؛ عزیزاده فرد، سوسن و غفاری خلیق، حدیث (۱۴۰۲). مقایسه همدلی و شناسایی هیجان بین افراد سالم و افراد وابسته به مواد تحت درمان بعد از دو ماه، شش ماه و یک سال. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۷(۶۸)، ۱۱۳-۱۳۸.

علی‌زاده، الهام؛ مامی، شهرام و محمدیان، فتح‌الله (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس بر تکانشگری و هیجان‌خواهی در مردان دارای سوءمصرف مواد تحت درمان با متادون شهر ایلام. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۱۱(۵)، ۱۷۳-۱۵۸.

معرفت، محمد و نامدارپور، فهیمه (۱۴۰۱). گرایش به مواد مخدر بر اساس الگوی مهارت‌های ارتباطی و تنظیم هیجانی با میانجیگری نقش حمایتی خانواده. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۲۰(۳)، ۴۱۰-۴۰۱.

معینی، پوبک؛ ملیحی الذاکرینی، سعید؛ اسدی، جانشیر و خواجوند خوشلی، افسانه (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی آموزش و درمان فراشناختی و مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر احساس انسجام و افسردگی در همسران مردان وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۵ (۵۹)، ۱۷۳-۲۰۴.

نوجوان، نصرت؛ سلیمانی، اسماعیل و عیسی زادگان، علی (۱۴۰۱). اثربخشی مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر ولع مصرف و پردازش هیجانی در افراد وابسته به مواد در مرحله بازتوانی غیر دارویی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۶ (۶۵)، ۷۵-۹۶.

وحیدی مقدم، ندا؛ خادمی، علی؛ حسین زاده تقوایی، مرجان و زینالی، علی (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان فراشناخت و درمان مثبت‌نگر بر تنظیم هیجانی بیماران مبتلا به فشارخون مزمن. *نشریه پژوهش پرستاری ایران*، ۱۹ (۳)، ۴۷-۵۷.

References

- Bailey, R., & Wells, A. (2024). Feasibility and preliminary efficacy of metacognitive therapy for health anxiety: A pilot RCT. *Journal of Affective Disorders Reports*, 16, 100751.
- Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(3), 359-373.
- Batebi, S., Arani, A. M., Jafari, M., Sadeghi, A., Isfeedvajani, M. S., & Emami, M. H. D. (2020). A randomized clinical trial of metacognitive therapy and nortriptyline for anxiety, depression, and difficulties in emotion regulation of patients with functional dyspepsia. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 23(2), 448.
- Bozdağ, N., & Çuhadar, D. (2022). Internalized stigma, self-efficacy and treatment motivation in patients with substance use disorders. *Journal of Substance Use*, 27(2), 174-180.
- Bramson, J. H. (1999). The impact of peer mentoring on drug avoidance self-efficacy and substance use. University of Northern Colorado.
- Cavalli, J. M., & Cservenka, A. (2021). Emotion dysregulation moderates the association between stress and problematic cannabis use. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 597789.
- Ceceli, A. O., Bradberry, C. W., & Goldstein, R. Z. (2022). The neurobiology of drug addiction: cross-species insights into the dysfunction and recovery of the prefrontal cortex. *Neuropsychopharmacology*, 47(1), 276-291.
- Cohen, M. L. (2000). Changing patterns of infectious disease. *Nature*, 406(6797), 762-767.
- Filiz, N., & Polat, S. (2023). The correlation between the addiction profile and general self-efficacy of patients receiving treatment for substance use disorder. *Journal of Substance Use*, 28(3), 360-366.
- Flores-Kanter, P. E., Moretti, L., & Medrano, L. A. (2021). A narrative review of emotion regulation process in stress and recovery phases. *Heliyon*, 7(6), e07218.

- Garke, M. Å., Isacson, N. H., Sörman, K., Bjureberg, J., Hellner, C., Gratz, K. L., ... & Jayaram-Lindström, N. (2021). Emotion dysregulation across levels of substance use. *Psychiatry Research*, 296, 113662.
- Garland, E. L., Reese, S. E., Bedford, C. E., & Baker, A. K. (2019). Adverse childhood experiences predict autonomic indices of emotion dysregulation and negative emotional cue-elicited craving among female opioid-treated chronic pain patients. *Development and Psychopathology*, 31(3), 1101-1110.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Johnson, S. U., Hagen, R., Dammen, T., & Papageorgiou, C. (2024). Videoconference-delivered metacognitive therapy for anxiety and depression in post-COVID-19 syndrome: A baseline-controlled single-arm pilot trial. *General Hospital Psychiatry*, 88, 77-78.
- Joie-La Marle, C., Parmentier, F., Weiss, P. L., Storme, M., Lubart, T., & Borteyrou, X. (2023). Effects of a new soft skills metacognition training program on self-efficacy and adaptive performance. *Behavioral Sciences*, 13(3), 202.
- Karatay, G., & Gürarslan Baş, N. (2017). Effects of role-playing scenarios on the self-efficacy of students in resisting against substance addiction: a pilot study. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 54, 0046958017720624.
- Ma, Z., Liu, Y., Wan, C., Jiang, J., Li, X., & Zhang, Y. (2022). Health-related quality of life and influencing factors in drug addicts based on the scale QLICD-DA: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 20(1), 109.
- Opheim, E., Dalgard, O., Ulstein, K., Sørli, H., Backe, Ø., Foshaug, T., ... & Midgard, H. (2024). Towards elimination of hepatitis C in Oslo: Cross-sectional prevalence studies among people who inject drugs. *International Journal of Drug Policy*, 123, 104279.
- Özer, D., Altun, Ö. Ş., & Avşar, G. (2023). Investigation of the relationship between internet addiction, communication skills and difficulties in emotion regulation in nursing students. *Archives of Psychiatric Nursing*, 42, 18-24.
- Sherafati, H., Taheri, E., & Amiri, M. (2023). Comparing the effectiveness of metacognitive therapy and Barlow transdiagnostic treatment on cognitive emotion regulation in patients with generalized anxiety disorder. *Fundamentals of Mental Health*, 25(2), 79-83.
- Sheykhgafshe, F. B., Niri, V. S., Amiri, Z. A., Larmaei, S. T., & Esrafilian, F. (2024). The effectiveness of metacognitive therapy on depression, emotion regulation, and self-concept in students with social anxiety disorder: A quasi-experimental study. *Jundishapur Journal of Health Sciences*, 16(3), e145992.
- Slesnick, N., Zhang, J., Feng, X., Mallory, A., Martin, J., Famelia, R., ... & Kelleher, K. (2023). Housing and supportive services for substance use and self-efficacy among young mothers experiencing homelessness: A

- randomized controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 144, 108917.
- Stull, S. W., Linden-Carmichael, A. N., Scott, C. K., Dennis, M. L., & Lanza, S. T. (2023). Time-varying effect modeling with intensive longitudinal data: Examining dynamic links among craving, affect, self-efficacy and substance use during addiction recovery. *Addiction*, 118(11), 2220-2232.
- Sun, S., Cao, X., Li, X., Nyeong, Y., Zhang, X., & Wang, Z. (2023). Avoiding threats, but not acquiring benefits, explains the effect of future time perspective on promoting health behavior. *Heliyon*, 9(9), e19842.
- Valencia-Vallejo, N., López-Vargas, O., & Sanabria-Rodríguez, L. (2019). Effect of a Metacognitive Scaffolding on Self-Efficacy, Metacognition, and Achievement in E-Learning Environments. *Knowledge Management & E-Learning*, 11(1), 1-19.
- Weiss, N. H., Kiefer, R., Goncharenko, S., Raudales, A. M., Forkus, S. R., Schick, M. R., & Contractor, A. A. (2022). Emotion regulation and substance use: A meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 230, 109131.
- Wells, A. (2011). Metacognitive therapy for anxiety and depression. Guilford press.
- Xu, Z. (2023). Research Related to Self-Efficacy in Substance Use Disorders. *Journal of Education, Humanities and Social Sciences*, 8, 1567-1571.