

Research Paper



Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Metacognitive Therapy on Psychological Distress (Stress, Anxiety, and Depression) in Drug Addicts



Mohammad Elahi¹, Mahmoud Najafi^{2*}, Mohammad Ali Mohammadyfar³

1. Ph. D student, Department of Psychology, Islamic Azad University, Semnan Branch, Semnan, Iran.
2. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology & Education, Semnan university, Semnan, Iran.
3. Associate Professor, Department. of Education, Faculty of Psychology & Education, Semnan university, Semnan, Iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.55173.5416

DOR: [20.1001.1.27173852.1402.18.71.2.9](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.55173.5416)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16947.html



ARTICLE INFO

Keywords:
cognitive-behavioral therapy, metacognitive therapy, psychological distress, stress, anxiety, depression.

Received: 2023/01/31
Accepted: 2023/05/17
Available: 2023/12/21

ABSTRACT

The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of cognitive-behavioral (CBT) therapy and metacognitive therapy (MCT) on psychological distress (stress, anxiety and depression) in drug addicts. The research method was a quasi-experiment with pre-test and post-test control group and the statistical population were all drug addicts in Semnan city in the year 2021. Participants were assigned by random sampling into three groups, two experimental groups (cognitive- behavioral therapy and metacognitive therapy) and one control group. The research tool was Laviband and Laviband (1995) depression, anxiety and stress scale. Data analysis was done by multivariate covariance analysis. The findings showed that both interventions were effective in improving psychological distress in drug dependent people. Also, there was no significant difference between the effectiveness of the two treatments ($p < 0.01$). According to the results of the research, cognitive-behavioral therapy and meta-cognitive therapy can be used to improve the mental health of substance dependent people.



* Corresponding Author: Mahmoud Najafi

E-mail: m_najafi@semnan.ac.ir

مقاله پژوهشی

	مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان فراشناختی بر پریشانی روانشناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) افراد وابسته به مصرف مواد	
---	---	---

محمد الهی^۱، محمود نجفی^{۲*}، محمد علی محمدی^۳

۱. کارشناسی ارشد، دانشجوی دکترا، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد واحد سمنان، سمنان، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

۳. دانشیار، گروه علوم تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

			DOI: 10.22034/JMPR.2023.55173.5416 DOR: 20.1001.1.27173852.1402.18.71.2.9 URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16947.html	
---	---	---	---	---

چکیده	مشخصات مقاله
پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان فراشناختی بر پریشانی روانشناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) افراد وابسته به مصرف مواد انجام شد. روش پژوهش، شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و جامعه آماری کلیه افراد وابسته به مصرف مواد شهرستان سمنان در سال ۱۴۰۰ بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس، ۷۵ نفر با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش ۱ (درمان شناختی-رفتاری)، گروه آزمایش ۲ (درمان فراشناختی) و یک گروه گواه جایگذاری شدند. ابزار پژوهش، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لایباند و لایباند (۱۹۹۵) بود. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل کواریانس چندمتغیره انجام شد. یافته‌ها نشان دادند هر دو مداخله در بهبود پریشانی روانشناختی در افراد وابسته به مواد مؤثر واقع شدند. همچنین بین اثربخشی دو درمان، تفاوت معنادار نبود ($p < 0/01$). باتوجه به نتایج پژوهش می‌توان از درمان شناختی-رفتاری و فراشناختی جهت ارتقای سلامت روان افراد وابسته به مواد استفاده نمود.	کلیدواژه‌ها: درمان شناختی-رفتاری، درمان فراشناختی، پریشانی روانشناختی، استرس، اضطراب، افسردگی دریافت شده: ۱۴۰۱/۱۱/۱۱ پذیرفته شده: ۱۴۰۲/۰۲/۲۷ منتشر شده: ۱۴۰۲/۰۹/۳۰

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

* نویسنده مسئول: محمود نجفی

رایانامه: m_najafi@semnan.ac.ir

مقدمه

در سال‌های اخیر، سوء مصرف مواد در سراسر دنیا افزایش چشمگیری داشته است (مانسیل، روکا و سیلوا^۱، ۲۰۲۱) و اثرات روانی شایعی برای مبتلایان به دنبال دارد (ژو^۲، ۲۰۲۲). در واقع اعتیاد^۳ یکی از مهم‌ترین آسیب‌های اجتماعی می‌باشد که تأثیر مستقیم بر اهداف سلامت داشته (سازمان جهانی بهداشت^۴، ۲۰۱۸) و نوعی ناهنجاری روانی اجتماعی است که از مصرف غیرطبیعی و غیرمجاز برخی مواد مانند الکل، تریاک و مواد محرک ناشی شده و باعث وابستگی روانی یا فیزیولوژیکی فرد می‌گردد (سادوک و سادوک^۵، ۲۰۱۶). همچنین اعتیاد شرایط مزمن و پیشرونده‌ای است که با ویژگی‌هایی همچون رفتارهای اجبارگونه، ولع^۶ غیر قابل کنترل، باورهای مرتبط با مصرف^۷، رفتارهای جستجوگرانه مواد و مصرف مداوم آن با وجود پیامدهای زیان بار اجتماعی، روانی، جسمی، خانوادگی و اقتصادی که به همراه دارد، مشخص می‌شود (دیو، گالو و لاکستون^۸، ۲۰۰۴). 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 (مک کیل لوپ، کنا، لژیو و ری^۹، ۲۰۱۷). اختلالات مرتبط با اعتیاد و مصرف مواد، در جایگاه دومین اختلالات روانپزشکی بعد از اختلال افسردگی اساسی قرار گرفته است که از نظر اندازه شیوع بسیار حائز اهمیت است و تاکنون این اختلال، از معضلات جهان امروز بوده است (سادوک، سادوک و روئیز^{۱۰}، ۲۰۱۵). در ایران تعداد افراد سوء مصرف کننده مواد حدود ۲ میلیون نفر برآورد شده است (رستمی‌نژاد، عارفی و خادمی، ۱۳۹۹).

فشار روانی^{۱۱} با شدت و ضعف متفاوت تقریباً در زندگی همه انسان‌ها وجود دارد (هتچ، پوتر، مارتوس، رز و فردیو^{۱۲}، ۲۰۲۰). اعتیاد با صدمه‌های روانشناختی، جسمانی، مالی و خانوادگی متعددی همراه است، که در صورت تداوم این مشکلات و عودهای مکرر در این بیماران منجر به افت جدی عملکرد فردی، اجتماعی و روانی آنان می‌گردد. یکی از متغیرهای تأثیرگذار بسیار شایع بر پدیدآیی و تداوم وابستگی به مواد، پریشانی روانشناختی^{۱۳} است (دن‌ادن^{۱۴} و همکاران،

۲۰۲۰؛ آدامز^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۸). پریشانی روانی، حالت ذهنی نامطلوب اضطراب و افسردگی (بیقراری، تنیدگی، استرس، ترس و تحریک‌پذیری) است (اسپندلو و جوبرت^{۱۶}، ۲۰۱۸). اضطراب و افسردگی از جمله شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی گزارش شده است که با توجه به شیوع بالای و هزینه‌های بهداشتی توجه بسیاری از متخصصان را به خود جلب کرده است (سگالس، لبد، سلوات-پژول، ریل و همکاران^{۱۷}، ۲۰۲۱). تحقیقات در این حیطه نشان داده‌اند سابقه اضطراب و افسردگی در افراد وابسته به مواد وجود دارد (کریمی، همایونی و همایونی، ۱۳۹۷) و مبتلایان به اختلالات اضطرابی، بیشتر در معرض وابستگی به مواد و اعتیاد هستند (ژونگ، لی، یو، یانگ و همکاران^{۱۸}، ۲۰۲۱). طبق مطالعات پیشین رفتارهای وابستگی در زمینه‌های مختلف منجر به بروز پریشانی روانشناختی می‌شوند (کرک، میر، ویشمن، دیاکون و آرک^{۱۹}، ۲۰۱۹؛ هرشنبرگ، موندادی، رایت و تاس^{۲۰}، ۲۰۱۷). پریشانی روا نشناختی، یک اصطلاح کلی برای توصیف احساسات یا هیجانات ناخوشایندی است که موجب تأثیر منفی بر سطح عملکرد ما در زندگی (چاترجی، آلگرایا و تکیوچی^{۲۱}، ۲۰۱۱) و نگرش منفی نسبت به محیط، دیگران و حتی خودمان می‌شود (دریپو، مارچاند و بیولیو-پریوست^{۲۲}، ۲۰۱۲) و ممکن است با مجموعه‌ای از علایم بیماری روانی - فیزیولوژی و رفتاری مانند افسردگی، استرس، اضطراب، آشفتگی، روان رنجوری، تنزل توانایی هوشی، اختلالات خواب، اختلال در عملکرد جنسی، دردهای جسمانی، ناتوانی در تنظیم هیجان و تنش در رابطه با همسر تظاهر یابد (کیانی، سماواتیان و پورعبدیان، ۱۳۹۱). برخی پژوهشگران بر این باورند که افسردگی و اضطراب بخشی از سازه کلی پریشانی روانشناختی است (هاوسورن^{۲۳}، ۲۰۰۹). پریشانی روانی می‌تواند نوعی نابهنجاری تلقی شود که مسئول تفکر و رفتار ناسازگارانه بوده و نیازمند مداخله تخصصی است. با پیشرفت علوم و به موازات آن، پیچیده‌تر شدن زندگی فردی و اجتماعی و بالا رفتن میزان استرس افراد، لزوم توجه به مسایل تنش‌زای روانی و عاطفی انسان‌ها بیش از پیش احساس می‌شود (کاپلان، سادوک و گرب^{۲۴}، ۲۰۰۳). پریشانی با اختلالات خوردن (ویوجانویک، دوچرو برنز^{۲۵}، ۲۰۱۷) اختلالات

1. Mancinelli, Ruocco, Silvia
2. zhou
3. Addiction
4. World Health Organization
5. Sadock & Sadock
6. Craving
7. Addiction belief
8. Dawe, Gullo & Loxton
9. MacKillop, Kenna, Leggio & Ray
10. Ruiz
11. Stress
12. Hatch, Potter, Martus, Rose & Freude
13. Psychological distress
14. Den Ouden

15. Adams
16. Spindelov & Joubert
17. Segalàs, Labad, Salvat-Pujol, Real
18. Xiong, Lai, Wu, Yuan
19. Kirk, Whisman, Deacon & Arch
20. Hershenberg, Mavandadi, Wright & Thase
21. Chatterji, Alegria & Takeuchi,
22. Drapeau, Marchand, & Beaulieu-Prévost
23. Hawthorne
24. Kaplan, Sadock, Grebb
25. Vujanovic, Dutcher, Berenz

اضطرابی (مایکل، رِوا، یانگ و مک کابه^۱، ۲۰۱۶) اختلالات وسواسی جبری (ماکاتی، کاپرون، گوتری، اسمیت و کوگل^۲، ۲۰۱۵) افسردگی (هالیدی، پدرسون و لونتال^۳، ۲۰۱۶) مشکلات خواب (شرت و همکاران^۴، ۲۰۱۶) و اعتیاد مرتبط است.

راهبردهای درمانی مختلفی در حوزه اعتیاد صورت می‌گیرد. در طی سالهای گذشته شیوه‌های مختلف درمانی جهت کنترل اعتیاد شکل گرفته که یکی از آنها درمانهای دارویی است. با این حال برخی بیماران مصرف کننده مواد افیونی در درمان با گذشت مدت زمانی از درمان لغزشهای متعددی را تجربه کرده و حتی ممکن است سراغ مواد دیگری بروند و زمینه عود در آنها فراهم شود. به نظر می‌رسد اثربخش نبودن انواع درمانها در افراد تنها ناشی از نوع درمان و طی دوره زمانی نیست بلکه عوامل مختلفی وجود دارند که اثربخشی این روش درمانی را تحت تاثیر قرار می‌دهند. از آنجایی که اعتیاد نیز همانند دیگر بیماریهای روانی از چندین علت موثر نشأت می‌گیرد. درمان شناختی رفتاری به عنوان یک روش سودمند برای اختلالات روانی و مشکلاتی که یک جنبه کلیدی مشترک -افکار ناکارآمد- دارند کاملاً جا افتاده است (بک^۵، ۱۹۹۱). پژوهشهای فراتحلیل متعددی نشان داده‌اند که روش شناختی رفتاری در طیف وسیعی از اختلالات روانی به ویژه اعتیاد موثر است و شواهد تجربی محکمی در تایید آن فراهم شده است (تولین^۶، ۲۰۱۰). یکی از امیدوارکننده‌ترین انواع روان درمانی‌ها برای معتادان به ویژه در جلوگیری از عود و بازگشت به مواد مخدر، درمان شناختی رفتاری است. الیوت^۷ (۱۹۹۹) بیان می‌کند که معتادان با فراگیری مهارت‌های مقابله‌ای می‌توانند بازگشت به مواد را به تأخیر انداخته و یا فرآیند بهبودی کامل را در درمان مشکلاتی علاوه بر اعتیاد اضطراب، چاقی و سیگار کشیدن تجربه نمایند. در نظریه‌های شناختی، فرایندهای شناختی عامل اصلی نگهداری رفتار محسوب می‌شوند. یکی از فرض‌های اساسی شناخت درمانی این است که افراد برحسب ادراکاتی که از امور و رویدادها دارند به آنها واکنش نشان می‌دهند. دیگر اینکه شناخت‌های نادرست ممکن است منجر به اختلالات هیجانی در افراد شوند. از این‌رو هدف عمده شناخت درمانی ایجاد تغییر و اصلاح در فرایندهای شناختی افراد است. بنابراین تغییرات مطلوب در رفتار مراجعان از راه تغییر الگوهای فکری، باورها و نگرش‌هایشان به دست می‌آید. نتایج پژوهشی که رعدی (۱۳۸۰)، تحت عنوان بررسی تأثیر مشاوره گروهی

به شیوه شناختی - رفتاری بر کاهش بازگشت معتادان به مواد مخدر انجام داد نشان داد که مشاوره گروهی با شیوه شناختی-رفتاری، در کاهش میزان بازگشت معتادان به اعتیاد (عود) مؤثر بوده است. پژوهشگران دیگر نیز در پژوهشهای خود به نتایج مشابهی مبنی بر این که درمان شناختی -رفتاری، در کاهش عود بیماران معتاد به مواد مخدر مؤثر است دست یافتند.

درمان فراشناختی نیز یک الگوی درمان فراتشخیصی مبتکرانه است. درمان فراشناختی بر اساس مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی^۸ شکل گرفته است (ولز و متیو^۹، ۱۹۹۶). درمان فراشناختی نیز رویکرد نوظهوری است که در سالهای اخیر در زمینه درک و درمان اختلالهای عاطفی مطرح شده است. طی این سالها چند مطالعه در زمینه اثربخشی درمان فراشناختی در مورد اعتیاد انجام شده است. نتایج این مطالعات نشان می‌دهد مداخلاتی همچون درمان فراشناختی که بر تغییر ارتباط بیمار با افکار و احساسات ناکارآمد تمرکز می‌کند به مراتب مفیدتر از تلاش برای تغییر محتوای فکر و باور است. بنابراین، به نظر می‌رسد این رویکرد می‌تواند نقصها و کاستیهای نظریه‌های شناختی را جبران کند و تا حد زیادی مانع عود این بیماری پس از درمان اعتیاد است و همچنین می‌تواند نقش بسزایی در اقدامات پیشگیرانه داشته باشد (اسپادا، کاسلی، نیکوی و ولز^{۱۰}، ۲۰۱۵) با اینحال، در زمینه اثربخشی مدل فراشناختی در مورد انواع اختلالهای هیجانی نسبت به درمان شناختی رفتاری در شروع راه هستیم و به جز چند مطالعه کنترل شده، مطالعات زیادی انجام نشده است و بیشتر این بررسی‌ها اثر فنون خاص درمان فراشناختی (مانند آموزش توجه، ذهن آگاهی گسلیده و به تعویق انداختن نشخوار فکری) را به طور مجزا مورد ارزیابی قرار داده‌اند (ولز و همکاران^{۱۱}، ۲۰۰۹).

درمان فراشناختی به ویژه به منظور رفع نواقص شناختی-رفتاری ظهور پیدا کرد. به عقیده ولز، شناخت درمانی با توجه به این نظر که افکار منفی در اختلالهای هیجانی از فعالیت باورهای ناکارآمد منتج می‌شوند، بیشتر روی منشأ محتوای افکار تأکید دارد، ولی در مورد اینکه چگونه این افکار شکل می‌گیرد و با چه سازوکاری این تفکرات ناکارآمد را برجسته می‌سازد تلاشی صورت نگرفته است. لذا برای فهم فرآیندهای تفکر لازم است که بر باورهای فرد درباره تفکر، راهبردهای فردی در مورد کنترل توجه و همچنین نوع باورهای فراشناختی او تأکید نماییم. آنچه در درمان فراشناختی مورد تأکید قرار می‌گیرد عواملی است که تفکر را کنترل می‌کند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهد نه چالش با افکار و خطاهای شناختی یا مواجه

1. Michel, Rowa, Young, McCabe
2. Macatee, Capron, Guthrie, Schmidt & Cogle
3. Holliday, Pedersen & Leventhal
4. Short
5. Beck
6. Tolin
7. Elliott

8. Self-regulation executive function (S-REF)
9. Wells & Matthews
10. Spada, Caselli, Nikčević & Wells
11. Wells

طولانی مدت و مکرر با باورها در مورد تروما یا نشانه‌های بدنی. باورهای فراشناختی، کلید و راهنمایی است که شیوه پاسخدهی افراد به افکار منفی، باورها، علائم و هیجانات را تحت تأثیر قرار می‌دهد و نیروی محرکه‌ای در پس الگوی تفکر مسموم است که به رنج روانی و هیجانی می‌انجامد.

مداحی (۱۳۹۶) در مطالعه خود دریافت باورهای فراشناختی ۲۴ درصد از احتمال عود سوء مصرف مواد را پیش‌بینی می‌کنند و بنابراین با توجه به مختل بودن باورهای ناکارآمد فراشناختی در بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد، به نظر می‌رسد درمان‌های مبتنی بر باورهای فراشناختی از عود بیماران در طول دوره درمان پیشگیری می‌کند. رستمی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۹) نشان دادند درمان شناختی - رفتاری موجب کاهش در خودنمایی و افکار مثبت به مواد و نمره کل استعداد اعتیاد می‌شود. بر این اساس مداخله گروهی شناختی - رفتاری بر گرایش نوجوانان به مصرف مواد نقش پیشگیری دارد. جانسون و هوفارت^۱ (۲۰۱۷) درمان شناختی رفتاری و درمان فراشناختی را بر اختلالات اضطرابی معتادان اثربخش ارزیابی نمودند. آنابول و اوزن^۲ (۲۰۱۹) در پژوهشی تحت عنوان مقایسه فراشناخت در بیماران وابسته به مواد و افراد فاقد اختلال روانپزشکی دریافتند که نمرات پرسشنامه فراشناخت بیماران با تشخیص وابستگی به مواد تحت درمان در بیمارستان در مقایسه با افراد بدون تشخیص روانپزشکی بالاتر بود. این نتایج نشان می‌دهد که مصرف مواد تأثیر منفی بر فراشناخت دارد. لذا فرآیندهای فراشناخت و زیرمجموعه‌های آن عامل مهمی در تشخیص و درمان اختلال وابستگی به مواد است، بنابراین باید از ظرفیت مفهوم فراشناخت در جهت فهم بهتر و بدست آوردن بینش کاملتری نسبت به فرآیند اعتیاد استفاده کرد. فرنی^۳ و همکاران (۲۰۲۱) دریافت نشانه‌های روانشناختی، نقش مهمی در ایجاد اعتیاد افراد دارند. شناسایی این علائم در بیماران صرعی می‌تواند در طراحی مداخلات پیشگیرانه و درمانی برای کاهش مشکلات صرع و همچنین تشنج و سوء مصرف مواد در این بیماران مفید باشد. در زمینه سوء مصرف مواد، مانند تمام اختلالات روانی، نظریات سبب شناسی اولیه از مدل‌های روانپوشی مایه گرفته‌اند و مدل‌های بعد از تبیین‌های رفتاری، ژنتیک و شناختی استفاده کرده‌اند (سادوک، سادوک و روئیز، ۲۰۱۵). ولی این دیدگاه‌ها محدودیت‌هایی دارد و باورهای فراشناختی را نادیده می‌گیرد. دو درمان شناختی - رفتاری و فراشناختی توسط درمانگران برای بهبود طیف وسیعی از مشکلات استفاده می‌شود و هر دو شیوه هدف محور - کوتاه مدت و

ساختاریافته هستند. اما تمرکز درمان شناختی - رفتاری عمدتاً بر محتوای شناخت است. در مقابل تمرکز درمان فراشناختی بر سطحی فراتر (شناخت درباره شناخت). با توجه به مطالبی که مطرح شد در این پژوهش برآنیم تا به این سؤال کلی پاسخ دهیم که آیا بین اثربخشی درمان فراشناختی و درمان شناختی - رفتاری بر پریشانی روانی در افراد وابسته به مواد تفاوت وجود دارد؟

روش

پژوهش حاضر در قالب یک طرح شبه آزمایشی و به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با سه گروه آزمایش^۱ (درمان شناختی - رفتاری)، گروه آزمایش^۲ (درمان فراشناختی) و گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه افراد وابسته به مصرف مواد شهرستان سمنان در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. تعداد ۷۵ نفر از معتادان مراجعه کننده به مراکز درمان اعتیاد با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس این تعداد به صورت گمارش تصادفی و با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج در دو گروه آزمایش^۱ (۲۵ نفر)، گروه آزمایش^۲ (۲۵ نفر) و یک گروه گواه (۲۵ نفر) جایگذاری شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از مرد بودن داشتن حداقل تحصیلات سیکل، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۵۵ سال، دارا بودن ملاک‌های تشخیصی DSM5 برای اختلال وابستگی به مواد، طول مدت وابستگی به مواد حداقل ۲ سال و عدم دارا بودن مشکلات طبی یا قانونی تأثیر گذار بر روند بیماری.

ابزار

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس^۴: این مقیاس دارای ۲۱ گویه با طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (هیچ، کمی، گاهی، همیشه از صفر تا ۳) است که توسط لایوباند و لایوباند در سال ۱۹۹۵ ساخته شده است. این مقیاس شامل سه مؤلفه افسردگی، اضطراب و استرس است. طیف نمره فرد در هر یک از خرده مقیاسها از صفر تا ۲۱ متغیر خواهد بود که نمره بالاتر در این مقیاسها بیانگر علائم شدیدتر است (لایوباند و لایوباند ۱۹۹۵) این پرسشنامه را در یک نمونه غیربالینی اجرا کردند و ضریب آلفای کرونباخ برای سه خرده مقیاس در اضطراب، استرس و افسردگی به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴ و ۰/۹۰ به دست آوردند. فرم ۲۱ سوالی این پرسشنامه توسط (صاحبی و همکاران، ۱۳۸۴) برای جمعیت ایرانی اعتباریابی شده است. آنها این مقیاس را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آنها سه عامل افسردگی، اضطراب و استرس را تأیید می‌کرد و ضریب آلفای کرونباخ برای این سه عامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود. در این پژوهش همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ برای این سه عامل به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۸ و ۰/۸۳ به دست آمد.

پروتکل درمان شناختی رفتاری: روان‌درمانی گروهی شناختی - رفتاری مشتمل بر ۱۰ جلسه درمانی (هر جلسه ۹۰-۶۰ دقیقه) می‌باشد. محتوای جلسه‌ها بر مبنای رویکرد شناختی - رفتاری، در چارچوب طرح درمانی

1. Johnson & Hoffart
2. Ünböl & Özen
3. Farnia

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک نوع آزمون و گروه‌ها

متغیرها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون (تعدیل شده)	
		انحراف میانگین	انحراف استاندارد	انحراف میانگین	انحراف استاندارد
استرس	درمان	۲۳/۸۸	۵/۲۶	۱۱/۶۸	۴/۹۳
	شناختی- رفتاری				
	درمان	۲۳/۹	۵/۴	۱۱/۴۰	۵/۷
	فراشناختی				
اضطراب	گواه	۲۵/۹۹	۴/۴۱	۲۴/۳۷	۴/۷۸
	درمان	۲۰/۱۷	۷/۱۲	۱۰/۹۶	۵/۴۳
	شناختی- رفتاری				
	درمان	۲۲/۲۰	۶/۳۸	۱۰/۶۶	۶/۷
افسردگی	فراشناختی	۲۶/۴۶	۵/۷۷	۲۵/۸۱	۵/۵۲
	گواه	۲۳/۷۳	۴/۶	۹/۲۳	۵/۹۳
	شناختی- رفتاری				
	درمان	۲۳/۰۸	۴/۷	۱۱/۳۲	۵/۴۲
پیشانی روانشناختی	فراشناختی	۲۷/۹۳	۴/۷۷	۲۳/۷۵	۶/۵۳
	گواه	۳۳/۹۰	۷/۰۸	۱۶/۳۵	۱۶/۳۵
	شناختی- رفتاری				
	درمان	۳۴/۶۹	۵/۵۲	۱۷/۹۱	۷/۰۷
	فراشناختی	۳۸/۷۲	۵/۸۸	۳۵/۰۹	۵/۹۳
	گواه				

ویلدرموت^۱ (۲۰۰۸) در ۱۰ جلسه (آشنایی، افکار، احساسات، رفتار، بازسازی افکار، نشانه‌ها و زنجیره‌ها، جرات ورزی، تکانشگری، خودکنترلی و بالا بردن خلق، مدیریت استرس و حل مسئله، عزت نفس و پیشگیری از عود) طراحی گردیده است. در هر جلسه، ابتدا هدف از تشکیل جلسه، سپس موضوعات مربوط به آن جلسه، مطرح می‌شود و اعضای گروه، با بحث و تبادل نظر به بررسی مطالب می‌پردازند. در پایان هر جلسه، مطالب جمع بندی شده و تکلیفی برای جلسه‌ی بعد به صورت تایپ شده ارائه می‌شود.

پروتکل درمان فراشناختی: روان درمانی گروهی فراشناختی مشتمل بر ۱۰ جلسه درمانی (هر جلسه ۶۰ تا ۹۰ دقیقه) می‌باشد. محتوای جلسه‌ها بر مبنای رویکرد فراشناختی در چارچوب طرح درمانی ولز (۲۰۰۹) در ۱۰ جلسه (آشنایی، تمرین ذهن‌آگاهی گسلیده، تکنیک آموزش توجه، چالش کلامی با باورهای مربوط به آمیختگی افکار، اجرای آزمایشهای رفتاری در مورد آمیختگی افکار، آزمایشهای رفتاری رویارویی، جلوگیری از پاسخ، تغییر باورها، برنامه جدید برای مقابله با افکار مزاحم و پیشگیری از عود) طراحی گردیده است. در هر جلسه، ابتدا هدف از تشکیل جلسه، سپس موضوعات مربوط به آن جلسه، مطرح می‌شود و اعضای گروه، با بحث و تبادل نظر به بررسی مطالب می‌پردازند. در پایان هر جلسه، مطالب جمع بندی شده و تکلیفی برای جلسه‌ی بعد به صورت تایپ شده ارائه می‌شود.

نتایج

پژوهش حاضر شامل ۷۵ مرد در بازه سنی ۲۰ تا ۵۵ سال با میانگین سنی ۳۲/۴۶ و انحراف استاندارد ۶/۴۲ بودند. تعداد ۲۶ نفر از شرکت کنندگان (۳۴/۷ درصد)، مجرد، ۲۶ نفر (۳۴/۷ درصد) متأهل و ۲۳ نفر (۳۰/۷ درصد) مطلقه بودند. میزان تحصیلات ۱۶ نفر (۲۱/۳ درصد) زیر دیپلم، ۲۳ نفر (۳۰/۷ درصد) دیپلم، ۲۲ نفر (۲۹/۳ درصد) فوق دیپلم، ۱۲ نفر (۱۶ درصد) کارشناسی و ۲ نفر (۲/۷ درصد) کارشناسی ارشد بود. داده‌های جدول ۱ بیانگر میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها در نمره کل پریشانی روانشناختی و زیرمقیاس‌های آن (استرس، اضطراب، افسردگی) در مرحله پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها می‌باشد.

جهت بررسی مقایسه اثربخشی دو روش درمان شناختی- رفتاری و درمان فراشناختی بر پریشانی روانشناختی، از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. ابتدا پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته یعنی استرس، $k-S=0/76$ ، $df=75$ ، $p=0/60$ ، اضطراب $k-S=0/63$ ، $df=75$ ، $p=0/74$ ، و افسردگی $k-S=0/70$ ، $df=75$ ، $p=0/70$ بررسی و تأیید شد. به منظور بررسی یکسانی ماتریس کواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد. نتایج نشان داد که مفروضه یکسانی کواریانس برقرار می‌باشد ($P=0/86$ ، $F=0/423$ ، $M=2/64$ باکس). با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های مربوطه، تحلیل کواریانس چندمتغیره انجام شد و نتایج آن نشان داد تفاوت معناداری در ترکیب خطی متغیرها وجود دارد ($p=0/005$ ، $F=2/92$ ، $df=0/73$ لامبدای ویلکز). به منظور مقایسه گروه‌های آزمایش و گواه در تک تک متغیرهای وابسته از آزمون کواریانس تک متغیره استفاده شد. در جدول ۲ نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره برای استرس، اضطراب و افسردگی در پس‌آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس برای مقایسه میانگین های نمرات پس از آزمون دو گروه آزمایش و گروه گواه در متغیرهای وابسته

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش آزمون	۱	۱۷۹/۱۵	۱	۱۷۹/۱۵	۶/۹۷	۰/۰۱	۰/۰۹
استرس	گروه	۲۶۸۶/۲۷	۲	۱۱۹۳/۱۳	۴۸/۳۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷
خطا		۱۷۵۱/۳۱	۷۱	۲۴/۶۶			
پیش آزمون	۱	۳۷۵/۸۳	۱	۳۷۵/۸۳	۱۲/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۱۴
اضطراب	گروه	۲۵۲۳/۷۳	۲	۱۲۶۱/۸۶	۴۱/۸۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴
خطا		۲۱۴۳/۰۳	۷۱	۳۰/۱۸			
پیش آزمون	۱	۴۷۸/۸۱	۱	۴۷۸/۸۱	۱۶/۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۱۸
افسردگی	گروه	۱۷۵۷/۷۰	۲	۸۷۸/۸۵	۲۹/۷۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵
خطا		۲۰۹۷/۱۸	۷۱	۲۹/۵۳			

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می شود تفاوت نمره های پس از آزمون سه گروه گواه و آزمایش برای متغیر استرس معنادار و میانگین نمره های گروه آزمایش در متغیر استرس با مقدار $F = (۴۸/۳۷)$ در سطح $(p > ۰/۰۵)$ و $۰/۵۷ =$ مجذور اتا، بیش از گروه گواه است. بنابراین نتایج به دست آمده حاکی از تاثیر درمان فراشناختی بر بهبود استرس در گروه آزمایش است. همچنین بر اساس جدول، تفاوت نمره های پس از آزمون سه گروه گواه و آزمایش برای متغیر اضطراب معنادار و میانگین نمره های گروه آزمایش در متغیر اضطراب با مقدار $F = (۴۱/۸۰)$ در سطح $(p > ۰/۰۵)$ و $۰/۵۴ =$ مجذور اتا، بیش از گروه گواه است. بنابراین نتایج به دست آمده حاکی از تاثیر درمان فراشناختی بر بهبود اضطراب در گروه آزمایش است. در ادامه نتایج نشان می دهد تفاوت نمره های پس از آزمون سه گروه گواه و آزمایش برای متغیر افسردگی معنادار و میانگین نمره های گروه آزمایش در متغیر افسردگی با مقدار $F = (۲۹/۷۵)$ در سطح $(p > ۰/۰۵)$ و $۰/۴۵ =$ مجذور اتا، بیش از گروه گواه است. بنابراین نتایج به دست آمده حاکی از تاثیر درمان فراشناختی بر بهبود افسردگی در گروه آزمایش است.

جدول ۳: مقایسه زوجی گروه های آزمایش (درمان شناختی رفتاری) و آزمایشی ۲ (درمان فراشناختی) و گواه در پس از آزمون

گروه ها	متغیر	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
گروه ۲ آزمایش	استرس	۰/۳۰۱	۱/۴۰	۰/۸۳
گروه گواه		-۱۲/۰۴	۱/۴۲	۰/۰۰۰
گروه ۲ آزمایش	اضطراب	۱/۰۲	۱/۵۶	۰/۵۱
گروه گواه		-۱۲/۶۱	۱/۶۷	۰/۰۰۰
درمان شناختی- رفتاری	افسردگی	۲/۴۵	۱/۵۴	۰/۱۱
گروه گواه		-۱۲/۲۳	۱/۶۴	۰/۰۰۰
گروه ۲ آزمایش	پیشانی روانشناختی	-۱/۸۰	۱/۷۸	۰/۳۱۶
گروه گواه		-۱۵/۸۶	۱/۹۷	۰/۰۰۰
گروه ۲ آزمایش	اضطراب	-۱۲/۳۴	۱/۴۲	۰/۰۰۰
گواه		-۱۳/۶۴	۱/۶۱	۰/۰۰۰
درمان شناختی- رفتاری	افسردگی	-۹/۷۸	۱/۶۷	۰/۰۰۰
گواه	پیشانی روانشناختی	-۱۴/۰۵	۱/۹۶	۰/۰۰۰

* $p < ۰/۰۵$

مطابق با مندرجات جدول ۳، مقایسه دو به دوی گروه ها به لحاظ نمرات ابعاد پیشانی روانشناختی نشان می دهد که دو گروه آزمایش در متغیرهای استرس، اضطراب و افسردگی تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند و میزان اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان فراشناختی بر این متغیرها تقریباً یکسان بوده است ($p > ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان فراشناختی بر پیشانی روانشناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) افراد وابسته به مصرف مواد شهرستان سمنان انجام شد. نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی هر دو مداخله بر کاهش علایم پیشانی روانی در افراد وابسته به مواد بود. همچنین نتایج مقایسه نشان داد که بین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان فراشناختی بر پیشانی روانشناختی در افراد وابسته به مواد تفاوت معنادار وجود نداشت.

نتایج تحلیل کواریانس حاکی از آن بود که درمان شناختی رفتاری بر پیشانی روانی افراد وابسته مواد تأثیر مثبت دارد؛ این یافته با نتایج مطالعات معینی و همکاران (۱۴۰۰)، محمدخانی، حسنی، سپاه منصور، محمودی و لاریجانی (۱۳۹۲) و شیخان و همکاران (۱۳۹۵) پاپاجوجیو و ولز^۱ (۲۰۰۳) یعقوبی عسگرآباد و همکاران (۱۳۹۱)، رسولی آزاد و

فنون مثل حلقه کلامی مثبت اندیشی و فکر کردن به کلمه‌ها و مسائل مثبت را می‌آموزند و تاثیر افکار خوب یا بد را در وضعیت روانی خود درک می‌کنند. درمان فراشناختی می‌تواند اثرات سودمند بر تمرکز و توجه معنادار داشته باشد و اثرآموزش توجه بر باورهای فراشناختی مثبت و منفی به طور واضحی همخوان با این عقیده است که اصلاح مستقیم پردازشهای توجهی می‌تواند منجر به تغییرات همزمان در باورهای ناکارآمد شوند. این اثر به طور آشکار به دیدگاه پویای شناخت در اختلالات روانشناختی مربوط می‌شود. چندین مکانیسم می‌تواند زیربنای اثربخشی بالینی فراشناختی شود که شامل کمرنگ شدن توجه متمرکز بر خود، قطع راهبردهای پردازشی مبتنی بر نگرانی و نشخوارفکری، افزایش کنترل اجرایی بر پردازش و توجه و تقویت شیوه پردازش فراشناختی هستند. استفاده از رویکردهای توجهی مانند فنون آموزش توجه مبتنی بر الگوی فراشناختی نشان می‌دهد که چنین پاسخهایی بدون خطر هستند و بایستی نادیده گرفته شوند. این رویکرد نه تنها توجه را از حالت جسمانی و هیجانی دور می‌سازد، بلکه در حالت‌های هیجانی، توجه انتخابی به افکار منفی را کاهش می‌دهد. این رویکرد اثرات درمانی خود را از طریق قطع فعالیت‌های پردازشی مقاوم مانند نگرانی و نشخوار فکری اعمال می‌کند. بدین معنی که مصرف مواد به این افراد کمک می‌کند تا بتوانند از هر دو مداخله شناختی- رفتاری و فراشناختی در مدیریت استرس باعث بالا رفتن سطح سلامت جسمانی، روحی و اجتماعی افراد شده و بر کاهش خودسرزنش‌گری مؤثرند.

باورهای فراشناختی باعث میشوند که این افراد در موقعیتهای مشکل ساز، دچار سندرم شناختی- توجه ای گردند و با فعال شدن این سندرم، باورهای فراشناختی منفی (نظارت و سوگیری توجه بر تهدید) برای مقابله با هیجانات ناخوشایند به مصرف مواد روی آورند. در حالی که در درمانهای شناختی رفتاری بر محتوای افکار همچون مثلث شناختی افراد در مورد خود، جهان و آینده و همچنین بر افکار غیر منطقی آنان توجه می‌شود و بیشتر محتوا افکار را به چالش میکشد اما در درمان فراشناختی بر فرایند افکار توجه می‌شود و نقش آگاهی یافتن نسبت به فرایند افکار را تاکید مینماید و ضعف درمان شناختی رفتاری را هم در این مورد آشکار میکند. در تبیین دیگر از اثر بخشی الگوی فراشناختی میتوان گفت که به جای چالش با افکار مزاحم و اضطراب، شامل ارتباط با افکار میباشد که مانع از ایجاد مقاومت یا تحلیل ادراکی پیچیده می‌شود و معنادار را به این سمت هدایت میکند که افکار مزاحم، الزاماً به عمل ختم نمیشود و صرفاً یک فکر مزاحم است که باید به حال خودش رها کرد و درگیر آن نشد، که در نتیجه به مصرف مواد برای فرار از افکار مزاحم کمتر روی بیاورند. به عبارت دیگر معنادار می‌آموزند که رویدادهای استرس‌زای زندگی را فاجعه آمیز تلقی نکنند و در مقابل آنها هیچگونه پاسخ- دهی تلاشگرانه شناختی یا رفتاری نشان ندهند که این خود باعث کاهش افسردگی در این افراد گردید که این آموزه‌ها با استفاده از تکنیکهای تکلیف ببر، تصویرسازی ابرها، تمثیل ایستگاه قطار، تمثیل کودک نافرمان و تجویز ذهن سرگردان فراهم شد. پاپا جورجیو و ولز^(۲۰۰۴) معتقدند که درمان فراشناختی باید مقدمه درمان شناختی باشد در آن

همکاران (۱۳۸۸)، رستمی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۹)، شاره، غرایب و عاطف وحید (۱۳۸۹)، علوی پایدار، خدابخش و مهری نژاد (۱۳۹۷) و فرنی و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. همچنین بر اساس یافته‌ها، درمان فراشناختی موجب بهبود پریشانی روانشناختی در افراد وابسته به مواد شد که با پژوهش‌های معینی و همکاران (۱۴۰۰)، مداحی (۱۳۹۶)، اشنایدر، باکر، ریکر، کاراماتیوکس و جلیک^۱ (۲۰۱۸)، جلینک، وان کواکوبکه و مارتیز^۲ (۲۰۱۷)، جانسون و هوفارت^۳ (۲۰۱۷)، ریس و فیت (۲۰۱۳) همسو بود. درمان شناختی رفتاری بر شناسایی و اصلاح ارزیابی منفی افکار مزاحم، اصلاح نگرشهای مربوط به احساس مسئولیت افراطی و جلوگیری از خنثی‌سازی ناشی از این احساس، افزایش مواجهه و کاهش رفتارهای اجتنابی متمرکز است. این درمان موجب تعدیل تکانشگری و اضطراب در بیماران می‌شود و به دلیل ساز و کارهای نهفته آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند در کنار آمدن با وسوسه در بیماران مؤثر باشد. تکنیک‌های شناختی- رفتاری مدیریت باعث می‌شوند که حس کنترل، خودکارآمدی، عزت نفس و امیدواری در افراد وابسته مواد افزایش یابد. این مهارت، خلق و خوی منفی و رفتارهای افسرده‌ساز را کاهش می‌دهد.

در طول فرآیند درمان فراشناختی، تغییر در باورها و افکار بیماران به طور مستقیم به کاهش علائم وسوسه مصرف مواد منجر می‌شود (ریس و فیت^۴، ۲۰۱۳). باورهای شناختی به عنوان اینکه حاصل باورهای فراشناخت هستند مورد توجه قرار می‌گیرد و به این ترتیب در رویکرد فراشناختی به سطوح بالاتری از شناخت، یعنی فراشناخت تأکید می‌شود و درمان بر تغییر باورهای فراشناختی متمرکز است.

اشنایدر و همکاران (۲۰۱۸) دریافتند که آموزش و درمان فراشناختی در کاهش نشانه‌های افسردگی و سوگیری‌های شناختی اثرگذار است. وجود این علائم در افراد معتاد می‌تواند پیامدهای نامطلوبی برای روند درمان اعتیاد آنها به همراه داشته باشد. طبق دیدگاه فراشناختی، نشخوار فکری بر هیجان، تداوم خلق افسرده و سوگیری در تفکر و رفتار نقش مهمی دارد. طبق پژوهش ولز و همکاران (۲۰۱۲)، درمان فراشناختی در کاهش علائم بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم اثربخشی طولانی دارد. دیدگاه افراد افسرده نسبت به خود و دیگران منفی است و فکر می‌کند دیگران نیز چنین دیدگاهی نسبت به او دارند. همین امر سبب می‌شود سطح شایستگی ادراک شده وی پایین بیاید و ارتباطش با دیگران محدود گردد. هدف و محتوای اصلی برنامه آموزش و درمان فراشناختی بر این محور است که الگوهای آشفته و تحریف شده تفکر در پریشانی‌های روانشناختی بر مبنای واقعیت نیستند و معمولاً تک بعدی و اغراق‌آمیز می‌باشند. درمان فراشناختی در از بین بردن پردازشهای ماندگار و جلوگیری از تجربه‌های ذهنی افکار مزاحم و اضطراب‌زا مفید می‌باشد. اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش افسردگی را می‌توان اینگونه تبیین نمود که معنادار با استفاده از

1. Schneider, Buckner, Riker, Karamatskos & Jelinek
2. Jelinek, Van Quaquebeke & Moritz
3. Johnson & Hoffart
4. Rees & Fitt

باورهای مثبت و منفی پیرامون افکار منفی مورد چالش قرار گیرد. سپس از طریق تمرین توجه به بیمار آموزش داده می شود که این افکار را قطع کند و به دنبال آن درمانها رایج شناختی اجرا گردد. به این ترکیب کارکرد اجرایی خودنظم بخش از کار می افتد و حتی در صورت وقوع مجدد افت خلق، احتمال ورود به دوره های افسردگی اساسی کاهش می یابد.

به طور کلی میتوان گفت که درمان فراشناختی از طریق مکانیسمهای عمومی تفکر (دیدگاه فراشناختی) تأثیرش بر سوگیری شناختی ویژه هر بیماری را اعمال میکند و در کنار آن بر روی محتوای افکار ناکارآمد نیز کار میکند (دیدگاه شناختی). به عبارت دیگر آموزش و درمان فراشناختی هم محتوای شناختی و هم باورهای فراشناختی را هدف میگیرد و میتوان گفت با یک درمان فراگیر شناختی-رفتاری برای افکار مزاحم، کاملاً همخوانی دارد. در عین حال هم منظر شناختی و هم فراشناختی اتخاذ میکند که یکی نیستند اما مکمل هم میباشند (جلینک و همکاران ۲۰۱۷). هر دو رویکرد آموزش و درمان فراشناختی با کاستن باورهای دخیل در تداوم نشانه های افسردگی میتوانند به کنترل مکانیسمهای زیربنایی علائم شناختی هیجانی و رفتاری کمک کنند. به علاوه هر دوی این درمانها با هدف قرار دادن عوامل کنترل شناخت نه تنها افکار ناکارآمد و باورهای غیرمنطقی را کاهش میدهند بلکه راهبردهای ناکارآمد رفتاری مانند اجتناب و انزوا را نیز میکاهند. بنابراین آموزش و درمان فراشناختی و مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری مکمل هم بود و هر دو بر سیستمهای شناختی، هیجانی و رفتاری افسرده ساز مؤثرند و هر دو میتوانند با مداخله مستقیم بر مکانیسمهای تداوم بخش افسردگی موجب کاهش یافتن علائم افسردگی گردند. باورهای منفی، سوگیریهای شناختی، پردازش های ناکارآمد و راهبردهای مقابله ای غیر مؤثر و ناسازگارانه مهمترین عوامل آسیب شناسی و تداوم افسردگی هستند. این دو مداخله با اصلاح شیوه تفکر و اصلاح شناختی رفتاری می توانند موجب شوند که درک و پیش بینی شرایط توسط این افراد در مقابله با موقعیتهای استرس زا افزایش یابد و برای زندگی خویش هدف و معنایی بیابند. گسترش آگاهی فراشناختی و نیز تکنیکهای شناختی-رفتاری در مدیریت استرس باعث بالا رفتن سلامت جسمی، روحی و اجتماعی آنان شده و بر کیفیت زندگی آنان در ابعاد مختلف میافزاید. عزت نفس خودارزشمندی، افزایش حمایت اجتماعی و خودسرزنشگری و دوری از اجتناب سبب بهبود افسردگی در مردان وابسته به مواد میشود.

در تبیین این موضوع می توان به این موضوع اشاره کرد که در هر دو مداخله بر هر دو بعد شناختی و رفتاری توجه میشود. در واقع باورهای شناختی به عنوان اینکه حاصل باورهای فراشناخت هستند مورد توجه قرار می گیرند و به این ترتیب در رویکرد فراشناختی به سطوح بالاتری از شناخت یعنی فراشناخت تأکید می شود. درمان بر تغییر و باورهای فراشناختی متمرکز است. هر دو رویکرد شناختی رفتاری و فراشناختی تأکید می نمایند که محتوای باورها و افکار افراد وابسته به مواد را تعیین می کنند. نتایج پژوهش شاره، غرابی و عاطف وحید (۱۳۸۹) نشان داد که درمان فراشناختی و ترکیبی بیش از درمان با فلووکسامین باورهای

فراشناختی و پریشانی ذهنی را بهبود می بخشند، اما از این نظر بین درمان فراشناختی و ترکیبی تفاوت معناداری وجود ندارد.

هر دو رویکرد شناختی-رفتاری و درمان فراشناختی تأکید می نمایند که محتوای باورها و افکار، سطح سلامت روان فرد را تعیین می کنند. درمان شناختی رفتاری بیان می کند که شیوه تفسیر این باورها و افکار موجب بروز مشکلات می شود. این دیدگاه فرض می نماید که مشکلات روانشناختی نتیجه نگرشهای تحریف شده و نادرست فرد نسبت به خود و جهان است. از این رو درمان شناختی-رفتاری به تغییر محتوای افکار و باور شخص درباره درست بودن این محتوا می پردازد. در مقابل درمان فراشناختی با شیوه تفکر افراد سرو کار دارد و معتقد است که مشکلات افراد، محصول سبک تفکر انعطاف ناپذیر و تکراری در واکنش به افکار، احساسات و باورهای منفی است. می توان گفت که درمانهای شناختی - رفتاری جزو درمانهای محتوا مدار هستند. درمانگر بیشتر به محتوای افکار و باورهای فرد می پردازد و این محتوا را به چالش می کشد. درمان فراشناختی بیشتر به فرایند علاقه مند است و تمرکز آن بر محتوا معمولاً در حیطه فراشناختی می باشد. بنابر آنچه گفته شد، درمان فراشناختی کامل کننده درمان شناختی-رفتاری می باشد. این رویکرد که جدید تر از رویکرد شناختی-رفتاری است با توجه به نتایج این پژوهش و تحقیقات ذکر شده به اندازه رویکرد شناختی-رفتاری در کاهش پریشانی روانشناختی و آمیختگی فکر افراد وابسته به مواد مؤثر است.

در روند پژوهش حاضر، پژوهشگر با محدودیت هایی روبرو بود که ممکن است بر کیفیت نتایج تأثیر گذاشته باشند. از این جمله، می توان به عدم انجام آزمون پیگیری به دلیل محدودیت زمانی و مکانی بخاطر شرایط پاندمی کرونا اشاره نمود. از طرفی نمونه مورد نظر در پژوهش حاضر را مردان در سن جوانی و میانسالی تشکیل داده بودند، پیشنهاد می شود با توجه به تفاوت های شناختی نوجوانان و افراد میانسال این پژوهش روی نمونه پسران نوجوان هم انجام شود. پیشنهاد می شود پژوهش هایی مختص افراد وابسته به مواد به تفکیک مواد مصرفی از جمله مخدرها، محرک ها و توهم زها با هدف ارتقای کیفی درمان های غیردارویی اعتیاد صورت گیرد. پیشنهاد کاربردی این است که با توجه به اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان فراشناختی، این مداخلات در مراکز مشاوره و درمان بازتوانی اعتیاد بر روی معتادان استفاده شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می دانند که از افراد شرکت کننده در پژوهش که با اطمینان کامل با پژوهشگران همکاری کردند، صمیمانه سپاسگزاری نمایند.

تضاد منافع

بنا به اظهار نویسندگان در مقاله حاضر هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

- Adams, T. G., Kelmendi, B., Brake, C. A., Gruner, P., Badour, C. L., & Pittenger, C. (2018). The role of stress in the pathogenesis and maintenance of obsessive-compulsive disorder. *Chronic Stress*, 2, 2470547018758043.
- Andreou, C., Balzan, R. P., Jelinek, L., & Moritz, S. (2018). Metacognitive training and metacognitive therapy. A reply to Lora Capobianco and Adrian Wells. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 59, 162-163.
- Asl Alavi Paidar, A., Khodabakhsh, R., Mehrinejad, S.A. (2017). Comparison of the Effectiveness of Behavioral-Cognitive & Metcognitive Approaches on Obsessive Compulsive Disorder. *Quarterly Journal of Psychological Studies (PSYS)*. 13(1), 83-100.
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: past, present, and future. *J Consult Clin Psychol*, 61(2), 194.
- Chatterji, P., Alegria, M., & Takeuchi, D. (2011). Psychiatric disorders and labor market outcomes: Evidence from the National Comorbidity Survey-Replication. *J Health Econ*, 30(5), 858-868.
- Drapeau, A., Marchand, A., & Beaulieu-Prévost, D. (2012). Epidemiology of psychological distress. *Mental illnesses-understanding, prediction and control*, 69(2), 105-106.
- Dawe, S., Gullo, M. J., & Loxton, N. J. (2004). Reward drive and rash impulsiveness as dimensions of impulsivity: implications for substance misuse. *Addictive behaviors*, 29(7), 1389-1405.
- Den Ouden, L., Tiego, J., Lee, R. S., Albertella, L., Greenwood, L. M., Fontenelle, L., ... & Segrave, R. (2020). The role of experiential avoidance in transdiagnostic compulsive behavior: A structural model analysis. *Addictive Behaviors*, doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106464.
- Elliott, J. G. (1999). Practitioner review: School refusal: Issues of conceptualisation, assessment, and treatment. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(7), 1001-1012.
- Farnia, V., Afshari, D., Abdoli, N., Radmehr, F., Moradinazar, M., Alikhani, M., ... & Farhadian, N. (2021). The effect of substance abuse on depression, anxiety, and stress (DASS-21) in epileptic patients. *Clin Epidemiol Glob Health*, 9, 128-131.
- Hatch, D. J., Potter, G. G., Martus, P., Rose, U., & Freude, G. (2020). Lagged versus concurrent changes between burnout and depression symptoms and unique contributions from job demands and job resources. *J Occup Health Psychol*. 24(6), 617-628.
- Hawthorne, G. (2009). K10: Assessing Mental Health Distress in South Australia: The Assessment of the Determinants and Epidemiology of Psychological Distress (ADEPD) Study. *University of Adelaide-Department of Health*.
- Holliday, S. B., Pedersen, E. R., & Leventhal, A. M. (2016). Depression, posttraumatic stress, and alcohol misuse in young adult veterans: The transdiagnostic role of distress tolerance. *Drug Alcohol Depend*, 161, 348-355.
- Hershenberg, R., Mavandadi, S., Wright, E., & Thase, M. E. (2017). Anhedonia in the daily lives of depressed veterans: A pilot report on experiential avoidance as a moderator of emotional reactivity. *J Affect Disord*.

منابع

- رستمی‌نژاد، شکوفه؛ عارفی، مرضیه و خادمی، علی (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر مؤلفه‌های استعداد اعتیاد دانش آموزان مقطع متوسطه. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۰ (۳۲)، ۱-۸.
- رسولی آزاد، مراد؛ قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی و طباطبایی، سیدمحمود (۱۳۸۸). تاثیر گروه درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر مردان وابسته به مواد افیونی با همبودی اختلال افسردگی اساسی. *مجله اصول بهداشت روان*، ۱۱ (۳)، ۱۹۵-۲۰۴.
- شاره غرابی، بنفشه و عاطف‌وحید، محمدکاظم (۲۰۱۰). مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی، درمان با فلوروکسامین و درمان ترکیبی بر بهبود باورهای فراشناختی و پریشانی ذهنی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی اجباری. *تازه های علوم شناختی*، ۴۸ (۱۲)، ۶۲-۴۸.
- شیخان، ریحانه؛ غضنفری، فیروزه؛ جدیدی، فاطمه؛ آدینه، مصطفی و صدر محمدی، رضوان (۱۳۹۵). سبک های دلبستگی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به عنوان پیش بینی کننده های اختلال استرس پس از سانحه در جانبازان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۶ (۱۳۷)، ۹۵-۱۰۴.
- کریمی، جواد؛ همایونی، عاطفه و همایونی، فرشته (۱۳۹۷). پیش بینی اضطراب سلامت بر پایه ی اجتناب تجربی و حساس بودن به علائم اضطراب در جمعیت غیربالینی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان شناختی*، ۱۲ (۴)، ۷۹-۶۶.
- کیانی، فریبا؛ سماواتیان، حسین و پورعبدیان، سیامک (۱۳۹۱). اثر تعاملی استرس مزمن کاری و پریشانی روانی بر گزارش دهی علایم بیماری جسمی در میان کارکنان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۱۵ (۱)، ۸۶-۹۴.
- لاریجانی، زبین سادات؛ محمدخانی، پروانه؛ حسنی، فریبا؛ سپاه منصور، مژگان و محمودی، غلامرضا (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی در دانشجویان با نشانه های افسردگی، باورهای فراشناختی مثبت و منفی درباره نشخوار فکری و اجتناب تجربه ای. *مجله مطالعات روانشناختی*، ۱۰ (۲)، ۳۵-۳۰.
- مداحی، محمد ابراهیم (۱۳۹۶). نقش باورهای فراشناخت در پیش‌بینی عود سوء مصرف مواد. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۶ (۶۳)، ۴۴۸-۴۲۹.
- معینی، پوپک؛ ملیحی، سعید؛ اسدی، جوانشیر و خواجوند، 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*، ۱۱ (۵۹)، ۲۰۴-۱۷۳.
- یعقوبی عسگرآباد، اسماعیل؛ بساک نژاد، سودابه؛ مهرابی زاده هنرمند، مهناز و ضمیری نژاد، سمیه (۱۳۹۲). اثربخشی درمان گروهی فراشناختی بر علایم افسردگی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون شهر مشهد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۵ (۱)، ۱۶۷-۱۷۴.

- Jelinek, I., Van Quaquebeke, N., & Moritz, S. (2017). Cognitive and Metacognitive Mechanisms of Change in Metacognitive Training for Depression. *Scientific Reports*, 7(1), 1-8.
- Johnson, S., & Hoffart, A. (2017). Metacognitive therapy versus disorder-specific CBT for comorbid anxiety disorders: A randomized controlled trial. *J Anxiety Disord*, 50, 103-112.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., Grebb, J. A. (2003). Contributions of the psychosocial sciences to human behavior in: Synopsis of psychiatry. Baltimore: Williams and Wilkins, 157-206.
- Kirk, A., Meyer, J. M., Whisman, M. A., Deacon, B. J., & Arch, J. J. (2019). Safety behaviors, experiential avoidance, and anxiety: A path analysis approach *J Anxiety Disord*.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1996). Manual for the depression anxiety stress scales. *Psychology Foundation of Australia*.
- MacKillop, J., Kenna, G. A., Leggio, L., & Ray, L. A. (Eds.). (2017). Integrating Psychological and Pharmacological Treatments for Addictive Disorders: An Evidence-based Guide. Taylor & Francis.
- Mancinelli, E. Ruocco, E. & Silvia, N. (2022). A network analysis on self-harming and smartphone addiction – The role of self-control, internalizing and externalizing problems in a sample of self-harming adolescents. *Compr Psychiatry*. 112,152285 .
- Michel, N. M., Rowa, K., Young, L., & McCabe, R. E. (2016). Emotional distress tolerance across anxiety disorders. *Jo J Anxiety Disord*, 40, 94-103.
- Macatee, R. J., Capron, D. W., Guthrie, W., Schmidt, N. B., & Cogle, J. R. (2015). Distress tolerance and pathological worry: Tests of incremental and prospective relationships. *Behavior therapy*, 46(4), 449-462.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognit Ther Res.*, 27(3), 261-273.
- Radi M. Effects of group counseling Cognitive - Behavioral Addiction referred to reducing the Welfare Organization of Kurdistan. *J Cogn*. 2001;2-3:18-24. [Persian].
- Rees, C., & Fitt, S. (2013). Metacognitive Therapy for Obsessive Compulsive Disorder by Videoconference: A Preliminary Study. *Behavior Change*, 29, 213-229.
- Spendelov, J. S., & Joubert, H. E. (2018). Does experiential avoidance mediate the relationship between gender role conflict and psychological distress?. *Am J Mens Health*, 12(4), 688-695.
- Segalàs, C., Labad, J., Salvat-Pujol, N., Real, E., Alonso, P., Bertolín, S., ... & Soria, V. (2021). Sleep disturbances in obsessive-compulsive disorder: influence of depression symptoms and trait anxiety. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-10.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). Synopsis of psychiatry: behavior sciences, *clinical psychiatry*. Wolters Kluwer.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2016). Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (10th ed., vol. 1). Philadelphia: Lippincott/Williams & Wilkins.
- Short, N. A., Babson, K. A., Schmidt, N. B., Knight, C. B., Johnson, J., & Bonn-Miller, M. O. (2016). Sleep and affective functioning: Examining the association between sleep quality and distress tolerance among veterans. *Pers Individ Dif*, 90, 247-253.
- Spada, M. M., Caselli, G., Nikčević, A. V., & Wells, A. (2015). Metacognition in addictive behaviors. *Addictive behaviors*, 44, 9-15.
- Sahebi, A., Asghari, M. J., & Salari, R. S. (2005). Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian population.
- Schneider, B. C., Buckner, L., Riker, S., Karamatskos, E., & Jelinek, L. (2018). A Pilot Study of Metacognitive Training (D-MCT) for Older Adults with Depression. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 29, 7-19.
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies?: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*, 30(6), 710-720.
- Ünubol, H., & Özen, H. (2019). Metacognitions of substance-addicted patients compared to individuals without a diagnosis of a psychiatric disorder. *J Cogn Behav Psychother Res*, 8, 107-116.
- Vujanovic, A. A., Dutcher, C. D., & Berenz, E. C. (2017). Multimodal examination of distress tolerance and posttraumatic stress disorder symptoms in acute-care psychiatric inpatients. *J Anxiety Disord*, 48, 45-53.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. R. (2009). Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. *Cognit Ther Res*, 33(3), 291-300.
- Wildermuth, S. A. (2008). Cognitive behavioral group therapy for adolescents with type I diabetes. Regent University.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour research and therapy*, 34(11-12), 881-888.
- Wells, A. (2013). Advances in metacognitive therapy. *Int J Cogn Ther*. 2021;14(1):235-246. doi: 10.1007/s41811-021-00100-2. Epub 2021 Feb 11. PMID: 33613821, 6(2), 186-201.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. R. (2012). Metacognitive Therapy in Treatment Resistant Depression: a Platform Trial. *Behavior Research Therapy*, 50(6), 367-373
- World Health Organization (2018). Global Status Report on Alcohol and Health. ISBN 978-92-4-156563-9.
- Xiong, A., Lai, X., Wu, S., Yuan, X., Tang, J., Chen, J., ... & Hu, M. (2021). Relationship between cognitive fusion, experiential avoidance, and obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *Frontiers in Psychology*.
- Zhou, Z. (2022, February). Drug Abuse and Adolescents' Cognitive Development. In 2021 International Conference on Education, Language and Art (ICELA 2021) (pp. 590-595). Atlantis Press.