

مقاله‌ی پژوهشی

اثر بخشی گروه‌درمانی بر مبنای روش‌های هوشیاری فراگیر انفصالی
در کاهش میل و احتمال مصرف افراد وابسته به مواد

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی گروه‌درمانی بر مبنای روش‌های هوشیاری فراگیر انفصالی (DM) در کاهش میل و احتمال مصرف افراد وابسته به مواد بود.

روش کار: در این کار آزمایی بالینی با دو گروه آزمون و شاهد، ابتدا ۲۴ نفر از مراجعین مرکز یاوران امید مشهد در سال ۱۳۹۲ به صورت هدف‌مند انتخاب و به روش تصادفی به دو گروه مساوی تقسیم شدند. این تعداد به دلیل ریزش به ۵ نفر در هر گروه رسید. گروه آزمون ۳ هفته (۶ جلسه‌ی یک ساعته) در جلسات گروه‌درمانی بر مبنای روش‌های DM و گروه شاهد در این زمان در برنامه‌ی گروه‌درمانی معمول مرکز شرکت کردند. دو گروه قبل و بعد از درمان پرسش‌نامه‌های پیش‌بینی از بازگشت، فراشناخت-۳۰، سئوالی، افسردگی و اضطراب بک و هم‌چنین گروه آزمون پرسش‌نامه‌های بهبود کلی بالینی و رضایت‌مندی مراجع را در پس‌آزمون تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها به کمک آزمون‌های آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره، آزمون تی و محاسبه درصد بهبودی با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۹ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نمرات متغیرها در دو گروه تفاوت معنی‌داری نشان نداد ($P > 0/05$) اما نتایج آزمون تی نشان‌دهنده‌ی کاهش معنی‌دار اضطراب گروه آزمون بود ($P = 0/03$). نمرات درصد بهبودی، رضایت‌مندی مراجع و بهبود کلی بالینی نشان‌دهنده‌ی بهبود بیشتر گروه آزمون و رضایت از درمان و گزارش میزان بهبودی کلی بسیار مطلوب از سوی این گروه بود.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد گروه‌درمانی بر مبنای روش‌های هوشیاری فراگیر انفصالی در کاهش میل و احتمال مصرف افراد وابسته به مواد مفید است.

واژه‌های کلیدی: گروه‌درمانی، میل، وابستگی به مواد، هوشیاری

* زهرا غلامی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام، تربت جام، ایران
حسین شاره
دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، استادیار
دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران

*مؤلف مسئول:

دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام، تربت جام، ایران

zahragholami014@gmail.com

تاریخ وصول: ۹۳/۱۰/۰۲

تاریخ تایید: ۹۴/۰۵/۲۱

پی‌نوشت:

این مطالعه با کد N121721413015 با تایید کمیته‌ی اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از همکاری خانم‌ها لایلا غلامی، مینا قربانی و فرزانه نژاد سیستمی تقدیر و تشکر می‌شود.

مقدمه

تفکر و دانش درباره‌ی این که چه می‌دانیم و چه نمی‌دانیم اطلاق می‌شود. ولز^۱ که بنیان‌گذار درمان فراشناختی است معتقد است آن چه که موجب بروز اختلالات هیجانی در افراد می‌گردد محتوای باورها و افکار نیست بلکه نحوه‌ی برخورد با این محتوا است. او با طراحی تکنیک‌های توجه برگردانی^{۱۱} و هوشیاری فراگیر انفضالی^{۱۲} (DM) سعی در اصلاح شیوه‌های ناکارآمد برخورد با افکار و باورهای منفی نمود (۱۱). تحقیقات نیز حاکی از رابطه‌ی بین فراشناخت‌ها و وابستگی به مواد می‌باشد (۱۳،۱۴)، به طوری که هر چه فرد دارای باورهای فراشناختی ناکارآمد، هیجان‌ناپذیری و تمایل برای سرکوب فکر بیشتری در خود باشد احتمال این که در آینده به سمت وابستگی به مواد گرایش پیدا کند یا به این اختلال دچار شود بیشتر است (۱۵). در این راستا فیروزآبادی (۱۶) در مطالعه‌ی خود با طرح موردی نتیجه گرفت روش‌های DM و توجه برگردانی در کاهش وسوسه‌ی افراد سم‌زدایی شده موثرند و تاثیر روش‌های DM در این زمینه بیشتر است.

هم‌چنین تحقیقات حاکی از آن است که گروه‌درمانی تاثیرات مستقیم و غیر مستقیم فراوانی در بازپروری منش و کنش افراد وابسته به مواد دارد (۳) لذا در این راستا برنامه‌های گروه‌درمانی با ساختارهای مشخص از جمله گروه‌درمانی معتادان گمنام^{۱۳} (NA) (۳) و مدل فرانظری^{۱۴} (۱۷) و هم‌چنین گروه‌درمانی‌های فاقد ساختار به وجود آمد که هر کدام بر جنبه‌های خاصی از درمان تاکید دارد ولی با وجود تمام این تلاش‌ها بسیاری از افراد وابسته بعد از ترک مجدداً به سوی مصرف مواد بازگشت می‌کنند (۸) که نشان‌دهنده‌ی وجود خلأیی در برنامه‌های درمانی است. از این رو با بررسی روش‌های جدیدی از جمله استفاده از درمان‌های موج سوم که درمان فراشناختی از جمله آن‌ها است احتمالاً می‌توان گام موثری در رفع این کاستی‌ها برداشت لذا پژوهش حاضر در راستای تحقیقات پیشین به بررسی مدل جدیدی از گروه‌درمانی ساختاری بر مبنای روش‌های DM که نوعی از فنون فراشناختی است پرداخته و هم‌زمان تاثیر این روش با مدلی از گروه‌درمانی فاقد ساختار مقایسه شده است تا بتوان به درمانی موثرتر دست یافت.

روش کار

این پژوهش بالینی با کد NI ۲۰۱۵۰۴۱۳۲۱۷۲۷ با تایید معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام صورت گرفت.

ابتدا براساس ملاک‌های حایز اهمیت در پژوهش و به روش نمونه‌گیری

وابستگی به مواد^۱ مخدر یکی از مهم‌ترین آسیب‌های اجتماعی جوامع امروزی است و با وجود تلاش‌های بسیاری که در جهت رفع آن صورت گرفته هنوز درمانی قطعی برای آن وجود ندارد (۱). متأسفانه به دلیل پنهان‌کاری افراد وابسته، آمار دقیقی از تعداد مصرف‌کنندگان در دست نیست و آمار موجود بر اساس افراد خودمعرف بوده که بیشتر جنبه‌ی تبلیغاتی دارد. به گزارش رابین^۲ و گیر^۳ افرادی که تحصیلات پایین دارند یا تحصیلات خود را رها کرده‌اند، مجردند یا از همسر خود جدا شده‌اند، بیشتر در معرض خطر قرار دارند. به نظر می‌رسد سن و جنسیت نیز از عوامل موثر در این زمینه باشند به طوری که هر سن^۴ و وان‌هاست^۵ در بررسی خود به این نتیجه رسیدند که جوانان (به ویژه در ۲۵ و ۳۴ سالگی) بیشتر در معرض تجربه‌ی مصرف و وابستگی به مواد مخدر بوده و مطالعات نشان می‌دهد مردان بیشتر از زنان در خطر ابتلا قرار دارند (به نقل از ۲).

از آن جا که این مشکل، اختلالی جسمی، روانی و اجتماعی است گستره‌ی متنوعی از درمان‌های دارویی، روان‌شناختی و مداخلات اجتماعی برای مهار آن شکل گرفته است. یکی از درمان‌های دارویی درمان نگهدارنده^۶ با متادون^۷ است که در آن، ماده‌ی کم ضرتر متادون جای‌گزین ماده‌ی مصرفی اصلی می‌گردد (۳). بررسی‌ها نشان می‌دهد بسیاری از افراد بعد از اتمام درمان دارویی مجدداً مصرف مواد را آغاز می‌کنند (۴-۸)، به طوری که یک نشانه‌ی تصویری یا غیر تصویری (برای نمونه صوت یا بویی در محیط خارج) و یا یک تخیل درون روانی، می‌تواند عامل القای ولع مصرف گردد (۹) و بیمار تحت درمان را دچار انواع افکار و تصاویر ذهنی در مورد مواد و نوعی کشش درونی به سمت ماده‌ی مورد نظر نماید و چون تسلطی بر این افکار و تصاویر ندارد تمام ذهنش مشغول ماده‌ی مورد نظر و مصرف فوری آن می‌گردد (۱۰). لذا، در این شرایط لازم است افراد در کنار درمان دارویی با روش‌های موثر مواجهه با این قبیل افکار آشنا شوند.

شیوه‌هایی که افراد در برخورد با افکار، نگرش‌ها، امیال و باورهای خود برمی‌گزینند متأثر از فراشناخت^۸ آن‌ها است (۱۱). واژه‌ی فراشناخت که نخستین بار توسط فلاول^۹ (۱۲) به کار برده شد به فرایند تفکر درباره‌ی

¹Substance Dependence

²Rabin

³Gear

⁴Hersen

⁵Van Hasselt

⁶Maintenance

⁷Methadon

⁸Metacognition

⁹Flavell

¹⁰Wells

¹¹Distraction

¹²Detached Mindfulness

¹³Narcotic Anonymous

¹⁴Transtheoretical Model

توسط گودرزی به فارسی ترجمه شده است. هر سؤال شامل یک موقعیت فرضی است که شدت نیرومندی میل به مصرف مواد در آن موقعیت خاص و احتمال مصرف مواد در آن موقعیت را می‌سنجد. هر کدام از این دو قسمت در هر سؤال بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (هیچ، ضعیف، متوسط، قوی، بسیار قوی) نمره‌ای بین ۰-۴ می‌گیرد و بر این اساس حداقل و حداکثر نمره‌ای که آزمودنی در هر قسمت این مقیاس می‌تواند کسب کند به ترتیب ۰ و ۱۸۰ است که نمره‌ی بیشتر در قسمت اول این مقیاس نشان دهنده میزان میل بیشتر به مصرف مواد و در قسمت دوم نشان دهنده احتمال بیشتر مصرف مواد خواهد بود (۱۶). فیروزآبادی با استفاده از آلفای کرونباخ همسانی درونی این مقیاس برای میزان میل به مصرف مواد را ۰/۷۴ و برای احتمال مصرف ۰/۷۸ گزارش کرده است (۱۶) و کافی، ملازاده اسفنجانی، نوری و صالحی در پژوهش خود آلفای کرونباخ را برای میزان میل ۰/۸۱ و برای احتمال مصرف ۰/۷۸ اعلام کردند که نشانگر اعتبار خوب مقیاس می‌باشد. پژوهشگران حیطه‌ی اعتیاد این مقیاس را دارای روایی محتوا دانسته‌اند (۱۸).

ب- پرسش‌نامه‌ی فراشناخت-۳۰ سؤالی (MCQ-30): این پرسش‌نامه فرم کوتاه پرسش‌نامه‌ی فراشناخت ۶۵ سؤالی (MCQ-65) کارترایت-هاتون و ولز است که دارای ۳۰ سؤال می‌باشد و توسط ولز و کارترایت-هاتون (۱۹) ساخته شده است. این مقیاس باورهای افراد را درباره‌ی تفکرشان می‌سنجد و دارای پنج خرده‌مقیاس است که هر خرده-مقیاس شش ماده دارد. خرده‌مقیاس‌ها عبارتند از: ۱- باورهای مثبت به نگرانی (مانند، نگرانی به من کمک می‌کند تا با مسایل مقابله کنم)، ۲- باورهای منفی به نگرانی که بر کنترل ناپذیری و خطرناک بودن نگرانی‌ها تاکید می‌کنند (مانند وقتی نگرانیم شروع می‌شود، نمی‌توانم جلوی آن را بگیرم)، ۳- اطمینان شناختی پایین (مانند حافظه‌ی ضعیفی دارم)، ۴- لزوم کنترل افکار (مانند، ناتوانی در کنترل افکارم، نشانه‌ی ضعف من است)، ۵- خودآگاهی شناختی (مانند توجه زیادی به شیوه‌ای که ذهنم کار می‌کند، دارم) (۱۱). سؤال‌های MCQ-30 بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (موافق نیستم، کمی موافقم، تقریباً موافقم، کاملاً موافقم) نمره‌ای بین ۱-۴ دریافت می‌کنند و حداکثر و حداقل نمره‌ای که آزمودنی می‌تواند از این مقیاس کسب کند به ترتیب ۱ و ۱۲۰ و در هر خرده‌مقیاس ۱-۲۴ است، نمره‌ی بیشتر در هر خرده‌مقیاس نشانه‌ی قوت آن خرده‌مقیاس است. این پرسش‌نامه توسط شیرین‌زاده دستگیری برای جمعیت ایرانی ترجمه و آماده شد. در نمونه‌ی ایرانی، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده‌مقیاس‌های باورهای منفی به

هدف‌مند ۲۴ آزمودنی مرد از مراجعین تحت درمان نگهدارنده با متادون سال ۱۳۹۲ مرکز ترک اعتیاد یاوران امید مشهد بر اساس مطالعه‌ی پرونده مراجعین و مشورت با روان‌پزشک و روان‌شناس مرکز واجد شرایط تشخیص داده شدند. سپس با استفاده از جدول اعداد تصادفی در دو گروه آزمون (۱۲ نفر) و شاهد (۱۲ نفر) به تصادف قرار گرفتند. این تعداد در نهایت به دلیل ریزش به ۵ نفر در هر گروه کاهش یافت. برخی از شرایط انتخاب نمونه‌ی اولیه عبارت بود از: وابستگی به مواد مطابق با معیارهای نسخه‌ی تجدید نظر شده‌ی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR)^۱، مرد بودن، توانایی خواندن و نوشتن، نداشتن سابقه‌ی بیماری جسمی و روان‌پزشکی مشکل‌آفرین، عدم دریافت درمان غیردارویی و دارویی (غیر از متادون) هم‌زمان با پژوهش و تکمیل فرم موافقت‌نامه جهت شرکت در پژوهش. در این فرم آزمودنی‌ها ضمن اعلام موافقت خود از حقوقی که به عنوان مشارکت‌کننده در پژوهش داشتند از جمله مصونیت از هر گونه آسیب جسمی و روحی، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی آن‌ها و امکان ترک پژوهش در زمانی که تمایل به ادامه‌ی همکاری ندارند مطلع شدند. هم‌چنین ملاک‌هایی که در این پژوهش برای خروج آزمودنی‌ها از روند تحلیل آماری در نظر گرفته شد عبارت بودند از: داشتن یک جلسه غیبت، تاخیر بیش از ۱۰ دقیقه در بیشتر جلسات، انجام ندادن تکالیف در اکثر جلسات، عدم رعایت قوانین مورد توافق توسط اعضای گروه از جمله رازداری و رعایت نظم، عدم تمایل آزمودنی به ادامه‌ی پژوهش، دریافت درمان‌های دارویی و غیر دارویی و ایجاد مشکلات جسمی و روحی غیر منتظره در طی پژوهش که موجب اخراج در نتایج شود.

دو گروه قبل و بعد از گروه درمانی پرسش‌نامه‌های پیش‌بینی از بازگشت (RPS)^۲، فراشناخت-۳۰ سؤالی (MCQ-30)^۳، افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-11)^۴ و اضطراب بک (BAI)^۵ و هم‌چنین گروه آزمون پرسش‌نامه‌های بهبود کلی بالینی (CGI)^۶ و رضایت‌مندی مراجع (CSQ)^۷ را در پس‌آزمون تکمیل کردند.

ابزار پژوهش

الف- پرسش‌نامه‌ی پیش‌بینی از بازگشت (RPS): یک مقیاس خودسنجی ۴۵ سؤالی ارایه شده توسط رایت^۸ و همکارانش است که

^۱Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-4th ed., text revision

^۲Relapse Prediction Scale

^۳Meta Cognitions Questionnaire-Short Form

^۴Beck Depression Inventory-2nd ed

^۵Beck Anxiety Inventory

^۶Clinical Global Index

^۷Client Satisfaction Questionnaire

^۸Wright

^۹Meta Cognitions Questionnaire-Long Form

شدید) نمره‌ای بین ۰-۳ دریافت می‌کند و بر این اساس، حداقل و حداکثر نمره‌ای که از این مقیاس به دست می‌آید ۰ و ۶۳ است. نمرات بالاتر اضطراب بیشتر را نشان می‌دهد (۰-۷= خیلی کم، ۸-۱۵= خفیف، ۱۶-۲۵= متوسط، ۲۶-۳۳= شدید). کاویانی و موسوی در تحقیقی بعد از ترجمه‌ی این مقیاس به زبان فارسی به بررسی روایی و پایایی آن در جمعیت ایرانی پرداختند. بر اساس این بررسی این مقیاس از پایایی به روش بازآزمایی با فاصله‌ی یک ماه ($r=0.83$, $P<0.001$) و روایی مناسبی ($r=0.72$, $P<0.001$) برخوردار است (۲۵).

ه- پرسش‌نامه‌ی رضایت‌مندی مراجع (CSQ): این پرسش‌نامه که برای سنجش میزان رضایت مراجع از خدماتی که طی درمان دریافت کرده توسط لارسن^۷ (۲۶) طرح‌ریزی شد و دارای ۸ سؤال است که هر سؤال ۴ پاسخ دارد که بر اساس درجه‌ی مثبت یا منفی بودن‌شان نمره‌ای بین ۰-۴ می‌گیرند (بسیار مثبت، مثبت، منفی، بسیار منفی) و بر این اساس حداکثر و حداقل نمره‌ای که آزمودنی در این مقیاس کسب می‌کند به ترتیب ۸ و ۳۲ است. نمره‌ی بالاتر رضایت بیشتر از درمان را نشان می‌دهد. ضریب همسانی درونی این پرسش‌نامه ۰/۹۳ و از اعتبار سازه و محتوای خوبی برخوردار است (۲۷). پایایی این مقیاس در جمعیت ایرانی خوب گزارش شده است (۲۸).

و- مقیاس بهبود کلی بالینی (CGI): این مقیاس که دومین خرده‌مقیاس پرسش‌نامه برداشت کلی مراجع از درمان است توسط جیوی^۸ (۲۹) طراحی و برای سنجش میزان پاسخ به درمان، در انتهای درمان (پس-آزمون و پی‌گیری) توسط مراجع تکمیل می‌گردد که دارای یک سؤال با مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت است و بر اساس آن مراجع نمره‌ای بین ۱-۷ دریافت می‌نماید (بهبود بسیار زیادی یافته‌ام، بهبود زیادی یافته‌ام، کمی بهبود یافته‌ام، تغییری نکرده‌ام، کمی بدتر شده‌ام، بسیار بدتر شده‌ام). نمرات بالاتر، نشانه‌ی بهبود کمتر خواهد بود. این پرسش‌نامه توسط شماره از طریق ترجمه و ترجمه‌ی مجدد به فارسی برگردانده شد که روایی محتوایی آن توسط روان‌شناسان بالینی و روان‌پزشکان مورد تایید قرار گرفت و در یک نمونه‌ی ۲۳ نفری از مبتلایان به اختلال وسواس فکری-عملی پایایی آن به روش بازآزمایی با فاصله‌ی یک هفته ۰/۹۱ به دست آمد (۲۸).

ساختار کلی جلسات در این پژوهش، بر مبنای کتاب شناخت‌درمانی گروهی نوشته مایکل فری (۳۰) و کتاب درمان فراشناختی برای اختلالات اضطرابی و افسردگی نوشته آدرین ولز (۱۱) طرح‌ریزی شد و بر این اساس آزمودنی‌های گروه آزمون به مدت ۳ هفته (۶ جلسه‌ی یک

نگرانی ۰/۸۷، باورهای مثبت به نگرانی ۰/۸۶، خودآگاهی شناختی ۰/۸۱، اطمینان شناختی پایین ۰/۸۰ و نیاز به کنترل افکار ۰/۷۱، گزارش شده است (۲۰). شماره در پژوهشی به دلیل وجود تفاوت میان نسخه‌ی اصلی و ترجمه شده، این مقیاس را مجدداً ترجمه کرد و در پژوهش او پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۴ به دست آمد که نشانه‌ی پایایی بالای این مقیاس است (۲۱).

ج- پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک- ویرایش دوم ($BDI-II$): پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک (BDI) برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک^۱، مندلسون^۲، موک^۳ و ارباف^۴ معرفی شد، در سال ۱۹۷۱ تجدید نظر و با نام $BDI-1A$ در ۱۹۷۸ منتشر گردید (۲۲). بک و همکارانش برای هماهنگی بیشتر این مقیاس با ملاک‌های $DSM-IV$ یک تجدید نظر اساسی در آن انجام دادند که حاصل آن $BDI-11$ بود. این مقیاس مانند نسخه‌ی اولیه خود دارای ۲۱ سؤال است که برای تشخیص و سنجش شدت افسردگی طی دو هفته‌ی اخیر در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا به کار می‌رود. سؤالات در این پرسش‌نامه با زمینه‌هایی مانند احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، تحریک‌پذیری، آشفتگی خواب و از دست دادن اشتها ارتباط دارند. هر سؤال یک مقیاس ۴ درجه‌ای است که نمره‌ای بین ۰-۳ را دریافت می‌کند، لذا حداقل و حداکثر نمره‌ای که می‌توان از این مقیاس کسب کرد به ترتیب ۰ و ۶۳ است. نمرات برش در این مقیاس به این صورت است: ۰-۱۳ غیر افسرده، ۱۴-۱۹ افسردگی خفیف تا متوسط، ۲۰-۲۸ افسردگی متوسط تا شدید، ۲۹-۳۳ افسردگی شدید (۲۲). مشخصات روان‌سنجی این پرسش‌نامه در یک نمونه‌ی ۹۴ نفری در ایران به این شرح بود: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی با فاصله‌ی یک هفته ۰/۹۴ (۲۳). دابسون و محمدخانی نیز در پژوهش خود بر روی ۳۵۴ نفر که تشخیص افسردگی اساسی را دریافت کرده بودند، اعتبار کلی این مقیاس را ۰/۹۱ ذکر کردند و روایی این آزمون را تایید نمودند. شواهد فوق نشان‌دهنده‌ی پایایی و روایی بالای این مقیاس است (۲۴).

د- پرسش‌نامه‌ی اضطراب بک (BAI): این پرسش‌نامه توسط بک و استیر^۵ (۲۲) با در نظر گرفتن دو بعد اصلی اضطراب، یعنی علائم شناختی و فیزیولوژیکی تدوین گردید. این مقیاس دارای ۲۱ سؤال است که فراوانی علائم اضطراب را در هفته‌ی گذشته بررسی می‌کند. هر سؤال بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت (خیلی کم، خفیف، متوسط و

¹Beck²Mendelson³Mock⁴Erbaugh⁵Amended Beck Depression Inventory⁶Steer⁷Larsen⁸Guy

نتایج حاصل از درصد فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان داد گروه آزمون دارای تحصیلات ابتدایی (۴۰٪)، راهنمایی (۲۰٪)، کاردانی (۲۰٪) و کارشناسی (۲۰٪) و گروه شاهد از تحصیلات ابتدایی (۲۰٪)، راهنمایی (۲۰٪) و دیپلم (۶۰٪) برخوردارند. در گروه آزمون ۲۰ درصد متاهل، ۶۰ درصد مجرد و ۲۰ درصد متارکه کرده بودند و در گروه شاهد ۴۰ درصد متاهل و ۶۰ درصد متارکه کرده بودند. ماده‌ی مصرفی در اعضای گروه آزمون، کریستال (۴۰٪)، هروین (۴۰٪) و کریستال و تریاک (۲۰٪) و در گروه شاهد، کریستال (۴۰٪)، تریاک (۲۰٪) و کریستال و تریاک (۴۰٪) بود. مدت زمان وابستگی به مواد در گروه آزمون ۱۰ سال (۴۰٪)، ۸ سال (۲۰٪)، ۲۰ سال (۲۰٪)، ۲۶ سال (۲۰٪) و در گروه شاهد این زمان ۵ سال (۶۰٪)، ۲۰ سال (۲۰٪) و ۴۲ سال (۲۰٪) بود. دفعات اقدام به ترک در گروه آزمون ۳ بار (۲۰٪) و بیش از ۱۰ بار (۸۰٪) و در گروه شاهد این تعداد یک بار (۲۰٪)، ۳ بار (۲۰٪)، ۷ بار (۲۰٪) و بیش از ۱۰ بار (۴۰٪) بود. وضعیت اشتغال در گروه آزمون، بی‌کار (۲۰٪)، آزاد (۶۰٪) و کارمند (۲۰٪) و در گروه شاهد، آزاد (۸۰٪) و بی‌کار (۲۰٪) بود. دامنه‌ی سنی اعضای گروه آزمون ۵۷-۴۱ سال و گروه شاهد ۵۷-۳۳ سال بود. میانگین طول مدت درمان با متادون در گروه شاهد ۱۹/۷ ماه (دامنه‌ی ۲ تا ۳۶ ماه) و در گروه آزمون ۲۳/۶ ماه (دامنه‌ی ۴ تا ۳۶ ماه) بود.

آزمون خی دو نشان داد که بین دو گروه از لحاظ متغیرهای جمعیت-شناختی مانند تحصیلات ($P=0/255$)، تاهل ($P=0/155$)، ماده‌ی مصرفی ($P=0/343$)، طریقه‌ی مصرف ($P=0/333$)، مدت زمان وابستگی ($P=0/015$)، تعداد دفعات اقدام به ترک ($P=0/446$)، طول مدت درمان ($P=0/682$)، وضعیت اشتغال ($P=0/238$) و سن ($P=0/973$) تفاوت معنی‌داری وجود ندارد که نشانگر همگنی نسبی دو گروه از نظر ویژگی‌های فوق می‌باشد.

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (جدول ۱) نشان داد بین دو گروه بعد از اتمام دوره‌ی گروه‌درمانی در مولفه‌های فراشناخت (باور مثبت به نگرانی $P=0/321$ ، باور منفی به نگرانی $P=0/367$ ، اطمینان شناختی $P=0/057$ ، نیاز به کنترل افکار $P=0/303$ ، خودآگاهی شناختی $P=0/790$ و فراشناخت $P=0/600$)، اضطراب ($P=0/105$) و افسردگی ($P=0/108$) تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. لازم به ذکر است که داده‌ها مفروضه‌های استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (نرمال بودن نمونه، همگنی واریانس‌ها و برابری شیب‌های رگرسیون) را دارا بودند. از سوی دیگر نمرات ضریب اثر در احتمال مصرف مواد (۰/۴۶۴) و میل به مصرف مواد (۰/۳۳۳) اندازه‌ای بین کم تا متوسط و در اضطراب (۰/۷۵۱)، افسردگی (۰/۵۱۶) و اطمینان شناختی (۰/۵۲۲) بیش از حد

ساعته) در جلسات گروه‌درمانی بر مبنای روش‌های DM شرکت کردند. برنامه‌ی درمانی گروه آزمون به طور کلی در هر جلسه، بررسی تکالیف جلسه‌ی قبل به صورت گزارش شفاهی تک تک اعضا، آموزش روش جدید و تعیین تکلیف برای جلسه‌ی آینده (که شامل استفاده از روش آموخته شده در زمان مواجهه با افکار مزاحم در فاصله‌ی بین جلسات بود) را شامل می‌شد. با آزمودنی‌ها در جلسه‌ی اول آزمایش فرونشانی عدم فرونشانی^۱، در جلسه‌ی دوم روش تداعی آزاد^۲ و افکار بر روی برگ‌ها^۳، در جلسه‌ی سوم روش پلنگ^۴ و تلفن همراه^۵، در جلسه‌ی چهارم روش خیال‌پردازی^۶ و استعاره‌ی ابر^۷، در جلسه‌ی پنجم روش کودک متمرده^۸ و در جلسه‌ی ششم روش قطار مسافری^۹ تمرین شد. گروه شاهد نیز هم‌زمان برنامه‌ی گروه‌درمانی معمول مرکز را ادامه دادند. به این صورت که در طول جلسات به ترتیب درباره‌ی مهارت‌های ارتباط موثر، خشم و راه‌های کنترل آن، تغییر چیست و چگونه می‌توانید تغییر کنید، مهارت‌های حل مسئله، متادون و عوارض آن و مهارت نه گفتن به بحث و تبادل نظر پرداختند.

داده‌های حاصل از پرسش‌نامه‌ها در دو گروه به کمک روش‌های آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA)^{۱۰} و آزمون تی وابسته به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۹ تجزیه و تحلیل شد. هم-چنین از درصد بهبودی برای محاسبه میزان بهبودی آزمودنی‌ها در متغیرها استفاده شد $\Delta \% = (A_0 - A_1)/A_0$ که در آن A_0 نمره‌ی پرسش‌نامه مورد سنجش در خط پایه، A_1 نمره‌ی همان پرسش‌نامه در خاتمه‌ی درمان و Δ میزان تغییرات است (۳۱). لازم به ذکر است در پژوهش حاضر، اجرای تمام ابزارها توسط یک ارزیاب مستقل (یک کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی که در زمینه‌ی اجرای پرسش‌نامه‌های پژوهش آموزش کافی را دیده بود) صورت گرفت تا از سوگیری در پاسخ آزمودنی‌ها به پرسش‌نامه‌ها جلوگیری شود. هم‌چنین سعی شد آزمودنی‌ها متوجه این که جزو کدام گروه (آزمون یا شاهد) هستند نشوند و در حد امکان از این که عملکرد آن‌ها با عملکرد گروهی دیگر مورد مقایسه واقع می‌شود بی‌اطلاع باشند تا سوگیری‌ها در پاسخدهی به ابزارها کاهش یابد.

نتایج

¹Suppression-Countersuppression Experiment

²Free Association

³Thoughts on Leaves

⁴Tiger Task

⁵Cellular Phone

⁶Phantasy

⁷Clouds Metaphor

⁸Recalcitrant Child

⁹Passenger Train

¹⁰Multivariate Analysis of Covariance

متوسط بوده که نشان‌دهنده‌ی معنی‌داری بالینی تفاوت دو گروه در موارد فوق است (۳۲).

جدول ۱- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره از مقایسه‌ی نمرات متغیرهای دو گروه پس از اتمام گروه‌درمانی

متغیر	شاهد		آزمون		ارزش F	معنی‌داری	ضریب اثر				
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون								
	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین							
احتمال مصرف	۷۰/۰۰	۴۶/۱۴	۵۹/۴۰	۳۷/۹۳	۳۴/۲۰	۲۵/۵۳	۱۲/۲۰	۱۸/۳۶	۳/۴۵	۰/۱۳	۰/۴۶
میل به مصرف	۶۱/۴۰	۳۵/۸۹	۵۴/۴۰	۳۳/۲۰	۴۲/۴۰	۲۹/۷۱	۲۰/۶۰	۲۸/۵۰	۰/۱۲	۰/۳۲	۰/۳۳
باور مثبت به نگرانی	۱۳/۸۰	۴/۸۱	۱۶/۶۰	۶/۳۸	۱۹/۰۰	۴/۹۴	۱۷/۴۰	۶/۵۰	۱/۴۰	۰/۳۲	۰/۳۲
باور منفی به نگرانی	۱۷/۴۰	۶/۹۸	۱۹/۰۰	۶/۴۸	۲۱/۰۰	۲/۲۳	۱۸/۴۰	۲/۱۹	۱/۱۲	۰/۳۶	۰/۲۷
اطمینان شناختی	۱۳/۴۰	۷/۷۹	۱۶/۴۰	۶/۵۸	۱۷/۴۰	۲/۸۸	۱۶/۲۰	۲/۵۸	۹/۰۷	۰/۵۷	۰/۷۵
نیاز به کنترل افکار	۱۷/۰۰	۶/۰۰	۱۶/۸	۴/۸۰	۲۱/۸۰	۲/۴۸	۲۱/۰۰	۱/۲۲	۱/۵۴	۰/۳۰	۰/۳۴
خودآگاهی شناختی	۱۳/۰۰	۵/۱۹	۱۵/۶۰	۵/۰۲	۲۰/۰۰	۱/۵۸	۲۰/۲۰	۲/۸۶	۰/۰۸	۰/۷۹	۰/۰۳
فراشناخت	۷۴/۶۰	۲۶/۱۱	۸۰/۴۰	۲۶/۷۶	۹۹/۲۰	۷/۶۶	۹۳/۲۰	۱۲/۹۱	۰/۳۴	۰/۶۰	۰/۱۰
افسردگی	۳۳/۲۰	۱۶/۱۳	۲۶/۲۰	۲۰/۳۶	۳۳/۲۰	۸/۷۰	۲۰/۶۰	۱/۱۹	۴/۲۷	۰/۱۰	۰/۵۲
اضطراب	۳۱/۶۰	۱۸/۴۴	۲۷/۶۰	۱۵/۹۹	۳۰/۶۰	۱۶/۸۰	۹/۴۴	۹/۸۳	۴/۳۷	۰/۱۰	۰/۵۲

۱۹	۳	۴
۲۶	۲	۵
۲۶/۰۰	۱/۸	میانگین
۴/۰۶	۰/۸۳	انحراف استاندارد

هم‌چنین نمرات حاصل از پرسش‌نامه‌ی CSQ (جدول ۲) در گروه آزمون بین ۲۹-۱۹ با میانگین ۲۶ و نشان‌دهنده‌ی رضایت بالای آزمودنی‌ها از درمان است. در این گروه یک نفر رضایت خود را ۱۹ و سایر آزمودنی‌ها رضایت خود را از درمان بین ۲۹-۲۶ گزارش نمودند که نشان می‌دهد اغلب مراجعین رضایت تقریباً کاملی از درمان ارایه شده داشته‌اند چون هر چه نمره‌ی CSQ به ۳۲ نزدیک شود یعنی رضایت درمان بیشتر بوده است و هر چه به صفر نزدیک شود یعنی رضایتی از درمان ارایه شده وجود نداشته است. نمره‌ی پرسش‌نامه‌ی CGI گروه آزمون (جدول ۲) بین ۱-۳ با میانگین ۱/۸ بود که در کل، نشان‌دهنده‌ی بهبودی زیاد آزمودنی‌ها در اثر درمان است چون هر چه نمره‌ی آزمودنی به یک نزدیک شود مراجع بهبودی بیشتر و هر چه به ۷ نزدیک شود میزان بهبودی از درمان را کمتر و بدتر گزارش نموده است.

جدول ۲- نتایج حاصل از میزان رضایت از درمان و بهبود کلی بالینی گروه آزمون پس از خاتمه‌ی گروه‌درمانی

آزمودنی	بهبودی کلی (CGI)	رضایت‌مندی از درمان (CSQ)
۱	۲	۲۸
۲	۲	۲۹
۳	۱	۲۸

جهت بررسی بیشتر تغییرات هر گروه بعد از درمان، از آزمون تی وابسته استفاده گردید (جدول ۳). نتایج نشان داد گروه آزمایش در مقیاس اضطراب کاهش معنی‌داری داشته است ($P=0/031$) ولی گروه شاهد در هیچ یک از موارد مورد بررسی تغییر معنی‌داری را نشان نداد. هم‌چنین نمرات بهبودی دو گروه (جدول ۴) نشان داد گروه آزمون بعد از اتمام دوره‌ی گروه‌درمانی در تمامی موارد بررسی شده، به جز خرده‌مقیاس خودآگاهی شناختی، اوضاع بهتری نسبت به پیش‌آزمون داشته، در حالی که گروه شاهد در خرده‌مقیاس‌های باور مثبت به نگرانی، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار، خودآگاهی شناختی و مقیاس فراشناخت در پایان دوره‌ی گروه‌درمانی اوضاع بدتری را نسبت به پیش‌آزمون نشان داد. میزان بهبودی در تمام موارد به جز باورهای منفی به نگرانی در گروه آزمون بیش از گروه شاهد بود.

جدول ۳- خلاصه نتایج آزمون تی وابسته حاصل از مقایسه‌ی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در هر یک از گروه‌های آزمون و شاهد پس از اتمام گروه‌درمانی

متغیر	شاهد		آزمون	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
معنی‌داری				

میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
۷۰/۰۰	۴۶/۱۴	۵۹/۴۰	۳۷/۹۳	۱/۷۴	۳۴/۲۰	۲۵/۵۳	۱۸/۳۶	۱/۴۱	۱۸/۳۶	۱۲/۲۰	۱۸/۳۶	۰/۲۲	۱/۴۱
۶۱/۴۰	۳۵/۸۹	۵۴/۴۰	۳۳/۲۰	۰/۹۴	۴۲/۴۰	۲۹/۷۱	۲۸/۵۰	۱/۴۹	۲۸/۵۰	۲۰/۶۰	۲۸/۵۰	۰/۲۱	۱/۴۹
۱۳/۸۰	۴/۸۱	۱۶/۶۰	۶/۳۸	۱/۴۴	۱۹/۰۰	۴/۹۴	۱۷/۴۰	۲/۱۳	۱۷/۴۰	۱۷/۴۰	۴/۹۴	۰/۰۹	۲/۱۳
۱۷/۴۰	۶/۹۸	۱۵/۰۰	۶/۴۸	۱/۸۰	۲۱/۰۰	۲/۲۳	۱۸/۴۰	۱/۸۱	۲/۱۹	۱۸/۴۰	۲/۲۳	۰/۱۴	۱/۸۱
۱۳/۴۰	۷/۷۹	۱۶/۴۰	۶/۵۸	۱/۴۸	۱۷/۴۰	۲/۸۸	۱۶/۲۰	۰/۶۲	۲/۵۸	۱۶/۲۰	۲/۸۸	۰/۵۶	۰/۶۲
۱۷/۰۰	۶/۰۰	۱۶/۸۰	۴/۸۰	۰/۱۲	۲۱/۸۰	۲/۴۸	۲۱/۰۰	۰/۵۴	۱/۲۲	۲۱/۰۰	۲/۴۸	۰/۶۱	۰/۵۴
۱۳/۰۰	۵/۱۹	۱۵/۶۰	۵/۰۲	۱/۴۸	۲۰/۰۰	۱/۵۸	۲۰/۲۰	۰/۱۱	۲/۸۶	۲۰/۲۰	۱/۵۸	۰/۹۱	۰/۱۱
۷۴/۶۰	۲۶/۱۱	۸۰/۴۰	۲۶/۷۶	۱/۵۵	۹۹/۲۰	۷/۶۶	۹۳/۲۰	۰/۹۶	۱۲/۹۱	۹۳/۲۰	۷/۶۶	۰/۳۸	۰/۹۶
۳۱/۶۰	۱۸/۴۴	۲۷/۶۰	۱۵/۹۹	۰/۹۹	۳۰/۶۰	۱۶/۸۰	۹/۴۴	۳/۲۷	۹/۸۳	۹/۴۴	۱۶/۸۰	۰/۰۳	۳/۲۷
۳۳/۲۰	۱۶/۱۳	۲۶/۲۰	۲۰/۳۶	۰/۹۸	۳۳/۲۰	۸/۷۰	۲۰/۶۰	۲/۳۰	۱۱/۱۹	۲۰/۶۰	۸/۷۰	۰/۰۸	۲/۳۰

بحث

این پژوهش با هدف بررسی تاثیر روش‌های هوشیاری انفصالی در کاهش میل و احتمال مصرف افراد وابسته به مواد انجام شد. نتایج حاصل از آن گرچه تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه آزمون و شاهد نشان نداد که می‌تواند به دلیل تعداد کم شرکت‌کنندگان، مدت زمان کوتاه درمان و همچنین عدم امکان کنترل عوامل مداخله‌گری چون نوع ماده‌ی مصرفی، مدت و شدت وابستگی به مواد، شیوه‌ی مصرف، تعداد دفعات اقدام به ترک، وضعیت تاهل و شرایط خانوادگی، تحصیلات، شغل و درآمد، سبک‌های یادگیری، توانایی تصویرسازی و تجسم و ویژگی‌های خلقی و شخصیتی شرکت‌کنندگان باشد اما نمرات ضریب اثر در احتمال و میل به مصرف مواد، اضطراب، افسردگی و اطمینان شناختی نشان-دهنده‌ی معنی‌داری بالینی این درمان در مقایسه با گروه شاهد است که امروزه پژوهشگران آن را مهم‌تر از معنی‌داری آماری می‌دانند (۳۱). نتایج حاصل از پرسش‌نامه‌های CGI و CSQ در این پژوهش نشان‌دهنده‌ی بهبودی کلی و رضایت از درمان بالای گروه آزمون و موید این موضوع است. هم‌چنین آزمودنی‌های گروه آزمون بعد از گروه‌درمانی در تمام موارد بررسی شده در این پژوهش به جز خرده‌مقیاس خودآگاهی شناختی نسبت به قبل از درمان وضعیت بهتری را نشان دادند و نمرات درصد بهبودی آن‌ها به جز در مقیاس باورهای منفی به نگرانی، بهبود بیشتری را نسبت به گروه شاهد نشان داد. این در حالی است که گروه شاهد در خرده‌مقیاس‌های باور مثبت به نگرانی، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار، خودآگاهی شناختی و مقیاس کلی فراشناخت نتایج بدتری را بعد از گروه‌درمانی نشان دادند. لازم به ذکر است که بسیاری از پژوهشگران و درمانگران معتقدند بررسی بهبودی و رضایت‌مندی و هم-چنین اندازه اثر شاخص دقیق‌تری از اثربخشی مداخلات درمانی را در مقایسه با شاخص‌های آماری ارائه می‌کند (۲۷، ۳۰-۳۲). لذا با توجه به نتایج فوق، برنامه‌ی پیشنهادی در این پژوهش با عنوان گروه‌درمانی بر

هم‌چنین نمرات بهبودی دو گروه (جدول ۴) نشان داد گروه آزمون بعد از اتمام دوره‌ی گروه‌درمانی در تمامی موارد بررسی شده، به جز خرده-مقیاس خودآگاهی شناختی، اوضاع بهتری نسبت به پیش‌آزمون داشته، در حالی که گروه شاهد در خرده‌مقیاس‌های باور مثبت به نگرانی، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار، خودآگاهی شناختی و مقیاس فراشناخت در پایان دوره‌ی گروه‌درمانی اوضاع بدتری را نسبت به پیش-آزمون نشان داد. میزان بهبودی در تمام موارد به جز باورهای منفی به نگرانی در گروه آزمون بیش از گروه شاهد بود.

جدول ۴- مقایسه‌ی میزان درصد بهبودی گروه آزمون و شاهد در

متغیرهای پژوهش پس از اتمام گروه‌درمانی

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
احتمال مصرف	شاهد	۱۰/۴۰	۱۴/۳۶	-۶	۳۱
آزمون	شاهد	۷۹/۲۰	۲۳/۷۵	۴۵	۱۰۰
میل به مصرف	شاهد	۸/۴۰	۱۸/۸۳	-۱۴	۳۰
آزمون	شاهد	۴۸/۲	۴۳/۰۶	-۲	۹۷
باور مثبت به نگرانی	شاهد	-۱۴/۰۰	۲۲/۸۰	-۳۷	۲۰
آزمون	شاهد	۱۱/۲۰	۱۴/۷۵	۰	۳۶
باور منفی به نگرانی	شاهد	۱۳/۶۰	۲۰/۰۸	-۹	۴۴
آزمون	شاهد	۱۱/۴۰	۱۴/۳۶	-۵	۲۸
اطمینان شناختی	شاهد	-۲۰/۶۰	۲۵/۴۰	-۵۳	۱۷
آزمون	شاهد	۱۰/۲۰	۱۹/۵۲	-۲۱	۳۳
نیاز به کنترل افکار	شاهد	۱/۸۰	۲۳/۷۵	-۳۸	۲۷
آزمون	شاهد	۶/۲۰	۱۲/۵۳	-۱۴	۱۷
خودآگاهی شناختی	شاهد	-۱۶/۴۰	۲۲/۴۳	-۴۴	۱۸
آزمون	شاهد	-۰/۴۰	۱۶/۹۴	-۲۵	۲۲
فراشناخت	شاهد	-۷/۸۰	۱۱/۱۶	-۲۰	۹
آزمون	شاهد	۶/۲۰	۱۳/۶۶	-۱۱	۲۲
افسردگی	شاهد	۲۲/۲۰	۳۷/۳۸	-۲۳	۷۰
آزمون	شاهد	۳۷/۰۰	۳۲/۰۳	۰	۷۴
اضطراب	شاهد	۱۰/۸۰	۱۷/۴۵	-۴	۳۹
آزمون	شاهد	۴۴/۶۰	۲۳/۵۳	۸	۶۶

در حالی است که گروه شاهد تغییرات معنی داری در هیچ یک از موارد نشان نداد.

اگر چه حجم کم نمونه و محدود کردن انتخاب به یک مرکز درمانی، امکان تعمیم داده‌های حاصل از این پژوهش را محدود می‌کند ولی نتایج به دست آمده در این زمان کوتاه می‌تواند نشانه‌ی مفید بودن این درمان و پیشنهاد خوبی برای تلفیق این روش‌ها با سایر گروه‌درمانی‌ها برای درمان افراد وابسته به مواد و سایر اختلالات هیجانی و حتی به عنوان شیوه‌ی پیشگیرانه برای آموزش در مقاطع تحصیلی باشد زیرا امروزه می‌دانیم فراشناخت‌ها در بسیاری از اختلالات هیجانی موثرند پس شیوه‌هایی که باعث بهبود این سطح شناختی گردند می‌توانند در این راستا موثر باشند. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش عدم هم‌تاسازی دقیق آزمودنی‌های دو گروه شاهد و آزمون از لحاظ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و نداشتن دوره‌ی پی‌گیری به دلیل عدم همکاری مرکز مورد نظر بود.

ولز برای درمان اختلالات اضطرابی و افسردگی حدود ۱۰ جلسه درمان را مطرح نموده و از روش‌های متعدد که مهم‌ترین آن‌ها DM است استفاده کرده است (۱۱) در حالی که به خاطر محدودیت دسترسی به آزمودنی‌ها، تنها ۶ جلسه درمان با استفاده از روش‌های DM صورت گرفت که این امر خود نوعی محدودیت برای مطالعه‌ی حاضر می‌باشد. انجام یک درمان ۱۰ جلسه‌ای که سایر روش‌های درمان فراشناختی هم مورد استفاده قرار گیرد احتمالاً اثربخشی این رویکرد درمانی را در درمان سوءمصرف مواد تایید خواهد کرد. در ضمن ارایه‌ی درمان فراشناختی برای آزمودنی‌های همگن که سوءمصرف یک ماده را داشته باشند می‌تواند ارزیابی دقیق‌تری از این که این درمان بر روی چه گروهی از سوءمصرف‌کنندگان مواد موثرتر است به وجود آورد.

نتیجه‌گیری

بنابراین نتایج این پژوهش استفاده از برنامه‌های گروه‌درمانی بر مبنای روش‌های هوشیاری انفضالی که نوعی درمان فراشناختی است نسبت به گروه‌درمانی با موضوعات آزاد و گروه‌درمانی‌های متداول در مراکز ترک اعتیاد مفیدتر است لذا می‌توان با غنی کردن گروه‌درمانی‌ها با روش‌های فراشناختی نتایج بهتری در درمان افراد وابسته به مواد کسب نمود.

مبنای روش‌های DM روشی مفیدتر از گروه‌درمانی با موضوعات آزاد در جهت درمان افراد وابسته به مواد است. این نتایج با نظریه‌ی ولز که این روش‌ها را در کاهش سرکوب افکار، بهبود باورهای فراشناختی، تقویت اطمینان شناختی و درمان اختلالاتی چون اضطراب، افسردگی و وابستگی به مواد موثر می‌داند (۱۱) هم‌سو است.

هم‌چنین مقایسه‌ی میانگین نمرات درصد بهبودی، بیشترین تفاوت بین دو گروه را در احتمال و میل به مصرف مواد نشان داد که مبین مفید بودن این روش‌ها در کاهش میل و احتمال مصرف مواد است و هم‌سو با تحقیقات اسپادا^۱ و همکاران (۱۳)، اسپادا و ولز (۳۳)، تیتو^۲ (۳۴)، احمدی طهور سلطانی و نجفی (۳۵)، ساعد و همکاران (۱۵)، حاجی-علی‌زاده و همکاران (۱۴) و فیروزآبادی (۱۶)، محمدی‌فر، کافی انارکی و نجفی (۳۶) و سترگ، کاظمی و رئیسی (۳۷) است که معتقدند بین فراشناخت‌ها و وابستگی به مواد، رابطه وجود دارد و درمان فراشناختی می‌تواند در این راستا مفید باشد. هم‌چنین نتایج حاصل از این پژوهش با مطالعات الیس^۳ و هادسون^۴ (۳۸) که درمان فراشناختی را به دلیل تأثیری که بر باورهای مثبت و منفی می‌گذارد درمانی مناسب برای اختلالات هیجانی از جمله اضطراب می‌داند؛ اسپادا و کاسلی^۵ (۳۹) که ابعاد فراشناختی به ویژه باورهای فراشناختی مثبت و اطمینان شناختی پایین را جزو علل به وجود آورنده‌ی اضطراب و نگرانی بر می‌شمارند و معتقدند با بهبود این موارد اضطراب کاهش خواهد یافت. پاپاجورجیو و ولز (۴۰، ۴۱)، سالاری‌فر و پوراعتقاد (۴۲)، هاشمی و همکاران (۴۳) که درمان فراشناختی را در کاهش افسردگی اساسی موثر می‌دانند، هم‌سو است.

این پژوهش علاوه بر تایید مفید بودن روش‌های روش‌های DM در کاهش اضطراب، حساسیت بالای این مقیاس را نسبت به این روش‌ها در مقایسه با سایر موارد بررسی شده نشان می‌دهد به طوری که در گروه آزمون، تنها تغییرات مشاهده شده در مقیاس اضطراب معنی دار شد. این

¹Spada

²Tonaetto

³Ellis

⁴Hadson

⁵Caselli

References

1. Delavarpoor MA, Soltani M, Hosseinchari M. [Prediction of recovery or relapse from substance abuse based on the emotional intelligence and religious coping]. J Psychiatr Clin Psychol 2008; 3: 307-15. (Persian)
2. Bahrami Ehsa H. [Addiction and process of prevention]. 4th ed. Tehran: Samt; 2011: 17-26. (Persian)
3. Ekhtiyari H, Behzadi A, Sadeghi M, Mirbaha H, Noroozi L, Alavi AH. [A guide to identify and treat drug addiction in Iran]. 3rd ed. Tehran: Arjmand; 2012: 67-93. (Persian)
4. Farzam H, Farhadi KH, Rezaie M, Tolouie AR. [Comparing ultra rapid opiate detoxification with methadone in recurrent of self-introduced addicted subjects]. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences 2010; 3(14): 14-18. (Persian)

5. Lawental E. Ultra rapid opiate detoxification as compared to 30-day inpatient detoxification Program: A retrospective follow-up study. *J Subst Abuse* 2000; 11(2): 173-81.
6. Najafi K, Amir Alavi C, Zarrabi H, Alimohammadzadeh A, Khodaei E, Salajegheh A. [Survey the prevalence of recommence in ultra rapid opiate and heroin dependents]. *Journal of Guilan University of Medical Sciences* 2008; 67: 55-64. (Persian)
7. Sadeghiyeh Ahari S, Azami A, Barak M, Amani F, Seddigh A. [Main factors in resorting to drug addiction among those who voluntarily referring to detox centers affiliated to Tehran welfare safe]. *Research and scientific journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2004; 12(3): 36-40. (Persian)
8. Noroozi MR, Naderi SH, Binazadeh M, Sefatiyan S. [A comprehensive guide to treat drug addiction]. 2nd ed. Tehran: Pishgamane Tosea; 2005: 25-37. (Persian)
9. Ekhtiyari H, Behzadi A, Oghabiyani MA, Edalati H, Mokri A. [Illustrative signs inducing craving for injecting heroin]. *Journal of advances in cognitive science* 2006; 3: 43-51. (Persian)
10. Weinstein A, Feldtkeller B, Malizia W, Bailey N. Integrating the cognitive and physiological aspects of craving. *J Psychopharmacol* 1998; 12: 31-8.
11. Wells A. [Metacognitive therapy for anxiety and depression]. 1st ed. Tehran: Varaye Danesh; 2009: 28-151. (Persian)
12. Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *J Am Psychologist* 1979; 34(10): 906-11.
13. Spada MM, Nikcevic AV, Moneta GB, Wells A. Metacognition as a mediator of the relationship between emotion and smoking dependence. *J Addict Behav* 2007; 32(10): 2120-9.
14. Haji Alizadeh K, Bahrinian M, Naziri GH, Modarres Gharavi M. [The role of cognitive variables metacognitive dimensions and emotions in substance abuse behaviors]. *Journal of advances in cognitive science* 2010; 11(3): 70-84. (Persian)
15. Saed O, Purehsan S, Aslani J, Zargar M. [The role of thought suppression meta-cognitive factors and negative emotions in prediction of substance dependency disorder]. *Journal of research on addiction* 2011; 18: 70-84. (Persian)
16. Firoozabadi A, Ghanbari Hashemabadi BA, Tabatabaie M. [The efficacy of detached mindfulness and distraction techniques in craving and relapse rates in opiate dependent male subjects]. *Journal of fundamentals of mental health* 2010; 4: 292- 301. (Persian)
17. Ziaudini H, Hosseini M, Nocani M, Tofani Kh. [Group treatment for substance abuse]. 2nd ed. Tehran: Arjmand; 2010: 20-301. (Persian)
18. Kafi SM, Mollazadeh R, Nouri M, Salehi I. [The effectiveness of transactional behavior analytic group therapy on the prevention of relapse among detoxified people]. *Journal of new research of psychology* 2011; 23: 116-37. (Persian)
19. Wells A, Cartwright- Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *J Behav Res Ther* 2004; 42(4): 385-96.
20. Shirinzadeh Dastgiri S, Goudarzi MA, Rahimi CH, Naziri GH. [Study of factor structure validity and reliability of metacognition questionnaire-30]. *Journal of psychology* 2008; 12(4): 445-61. (Persian)
21. Shareh H, Gharaie B. Comparison of metacognitive therapy fluvoxamine and combined treatment in improving metacognitive beliefs and subjective distress of patients with obsessive- compulsive disorder. *Journal of advances in cognitive science* 2010; 1: 1-16. (Persian)
22. Marnat Gray G. [Handbook of psychological assessment]. 4rd ed. Tehran: Roshd; 1997: 1010-20. (Persian)
23. Fata L, Birashk B, Atef-Vahid MK, Dobson KS. [Meaning assignment structures/schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: comparing two conceptual frameworks]. *Journal of psychiatry and clinical psychology* 2003; 42: 312-26. (Persian)
24. Dabson K, Mohammadkhani P. [Research on beck depression questionnaire-II in a large sample of those afflicted with major depression]. *Journal of rehabilitation of mental and illnesses disorders* 2007; 29: 82-8. (Persian)
25. Kaviyani H, Mousavi A. [Psychometric properties of Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI)]. *Journal of Tehran University of Medical Sciences* 2008; 2(66): 136-40. (Persian)
26. Larsen DL, Attkisson CC, Hargreaves WA, Nguyen TD. Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *J Eval Program Plann* 1979; 2: 197-207.
27. McMurtry SL, Hudson WW. The client satisfaction inventory: Results of an initial validation study. *J Res Soc Work Pract* 2000; 5(10): 644-63.
28. Shareh H. Validation and investigating the psychometric properties of the client satisfaction questionnaire and client clinical global index in a sample of patients with obsessive-compulsive disorder. In press.
29. Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. 2nd ed. US: Rockville, MD; 1976: 218-22.
30. Free M. [Cognitive therapy in groups]. 1st ed. Mashhad: Jihad; 2003: 17-175. (Persian)
31. Barlow DH, Hersen M. Single case experimental designs strategies for studying behavior change. 2nd ed. New York: Pergamon; 1984: 46-68.
32. Cohen J. A power primer. *Psychol Bull* 1992; 112(1): 155-9.

33. Spada MM, Wells A. Metacognition about alcohol use in problem drinking. *J Clin Psychol Psychother* 2006; 13(2): 138-43.
34. Tonaetto T. Metacognition and substance use. *J Addict Behav* 1999; 24(2): 167-74.
35. Ahmadi Tahour Soutani M, Najafi M. [The comparison of metacognitive beliefs and ambiguity tolerance among addicted, smokers and normal individuals]. *Journal of clinical psychology* 2006; 31: 43-51. (Persian)
36. Mohammadifar MA, Kafi Anaraki M, Najafi M. [The role of metacognition and negative emotions on prediction of abuse behaviors]. *Journal of research on addiction* 2014; 29(8): 67-76. (Persian)
37. Setorg S, Kazemi H, Raisi Z. [Effectiveness of metacognitive therapy on craving beliefs and substance related beliefs in substance abuse disorder patients]. *Journal of research on addiction* 2014; 28(7): 148-62. (Persian)
38. Ellis DM, Hudson JL. The metacognitive model of generalized anxiety disorder in children and adolescents. *J Clin Child Fam Psychol Rev* 2010; 13: 151-63.
39. Spada MM, Caselli G, Manfredi C, Rebecchi D, Rovetto F, Ruggiero GM, et al. Parental overprotection and metacognitions as predictors of worry and anxiety. *J Behav Cogn Psychother* 2012; 33(5): 629-37.
40. Papageorgiou C, Wells A. Treatment of recurrent major depression with attention training. *J Cogn Behav Pract* 2000; 7: 407-13.
41. Papageorgiou C, Wells A. An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *J Cogn Ther Res* 2003; 27: 261-73.
42. Salarifar MH, Pouretamad HR. [The relationship between metacognitive beliefs and anxiety and depression disorder]. *Yafteh* 2012; 50: 29-38. (Persian)
43. Hashemi Z, Mahmoud Alilou M, Hashemi Nosratabad T. [The effectiveness of metacognitive therapy on major depression disorder: A case report]. *Journal of clinical psychology* 2011; 3: 85-97. (Persian)