Journal of Research in Psychological Health
Spring 2025, Volume 19, Issue 1

The efficacy of cognitive-behavioral therapy and metacognitive therapy on craving in substance dependent individuals

Mohammad Elahi[1] , Mahmoud Najafi[2*], Mohammadali Mohammadyfar[3]

1. Ph. D student, Department of Psychology, Semnan Branch ,Islamic Azad University, semnan, iran.

*2.Associate Professor, Department of clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan university, semnan, iran, (*m_najafi@semnan.ac.ir *)*

3. Associate Professor, Department of of Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan university, semnan, iran.

Citation: Elahi M, Najafi M, Mohammadyfar M. The efficacy of cognitive-behavioral therapy and metacognitive therapy on craving in substance dependent individuals. **J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2025; 19 (1):1-15 [Persian].

Article Info:

Received:
2025/02/19

Accepted:
2025/06/21

Abstract

Substance addiction is one of the main challenges in public health, accompanied by negative psychological, physical, and social consequences. In the field of interventions in the field of addiction, psychological treatments have a special place. The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and metacognitive therapy on cravings in drug addicts. The research method was a quasi-experiment of the pre-test-post-test type with the control group and the statistical population of all drug addicts in Semnan city in 2021, with the available sampling method, 75 people according to the entry criteria. and exit were selected and randomly assigned to two experimental groups1(cognitive-behavioral therapy), experimental group 2 (metacognitive therapy) and a control group.The tools used in this research were Franken et al (2002). Multivariate covariance analysis was used to analyze the data. The results showed that both interventions were effective in improving cravings in drug dependent people. Also, there was no significant difference between the effectiveness of the two treatments ($p<0.01$). According to the obtained results, both treatments can reduce the risk of returning to drug use by changing cognitive variables related to drug abuse, such as drug-related beliefs, tempting beliefs, self-efficacy, and emotion regulation strategies. Therefore, cognitive-behavioral and metacognitive therapy can be used to prevent relapse in drug addicts.

Key words
cognitive-behavioral therapy, metacognitive therapy, addiction

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2025-11-26]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.3.1]

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان فراشناختی بر ولع مصرف در افراد وابسته به مصرف مواد[1]

محمد الهی[1]، محمود نجفی[2]* و محمدعلی محمدی فر[3]

۱. دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی ، سمنان، ایران.

۲.(نویسنده مسئول) دانشیار گروه روانشناسی بالینی ، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.
m_najafi@semnan.ac.ir

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

تاریخ دریافت
۱۴۰۳/۱۲/۰۱

تاریخ پذیرش نهایی
۱۴۰۴/۰۳/۳۱

چکیده

اعتیاد به مواد مخدر یکی از چالش‌های اصلی در حوزه سلامت عمومی است که با پیامدهای منفی روانی، جسمی و اجتماعی همراه است. در عرصه مداخلات در حیطه اعتیاد نیز، درمانهای روانشناختی جایگاه ویژه‌ای را به خود اختصاص داده‌اند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان فراشناختی بر ولع مصرف افراد وابسته به مصرف مواد انجام شد. روش پژوهش، شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و جامعهٔ 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 آزمایش۱(درمان شناختی- رفتاری)، گروه آزمایش ۲ (درمان فراشناختی) و یک گروه گواه جایگذاری شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه سنجش ولع مصرف لحظه‌ای فرانکن و همکاران(۲۰۰۲) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج نشان دادند هر دو مداخله در بهبود ولع مصرف در افراد وابسته به مواد مؤثر واقع شدند. همچنین بین اثربخشی دو درمان، تفاوت معنادار نبود($p<0/01$). طبق نتایج به دست آمده هر دو درمان می‌توانند با ایجاد تغییر در متغیرهای شناختی مرتبط با سوء مصرف مواد مانند باورهای مرتبط با مواد، عقاید وسوسه انگیز، خودکارآمدی و راهبردهای تنظیم هیجان خطر بازگشت به مصرف مواد را کاهش می‌دهد. لذا می‌توان از درمان شناختی - رفتاری و فراشناختی جهت پیشگیری از عود مجدد در افراد وابسته به مواد استفاده نمود.

واژگان کلیدی
درمان شناختی- رفتاری، درمان فراشناختی، ولع مصرف

۱. این مقاله برگرفته از رساله دکتری است.

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2025-11-26]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.3.1]

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر یکی از معضلات چندوجهی سلامت عمومی به‌شمار می‌رود که اثرات گسترده‌ای بر جنبه‌های جسمی، روانی و اجتماعی افراد دارد(اسمیت و جانسون، ۲۰۲۰، ولز، ۲۰۲۱). این پدیده به دلیل ماهیت عودکننده و تأثیرات عمیقش بر سیستم مغزی، چالش‌های بسیاری در درمان ایجاد کرده است و با ایجاد اختلال در کنترل سیستم رفتار-پاداش، موجب افزایش جستجوی فرد برای یافتن مواد مخدر و ایجاد وابستگی شدید به آن می‌شود(براون و استیوارت۲۰۲۱). بر طبق ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال مصرف مواد[1]، اختلالی است مزمن، با عود مکرر، با الگوهای ناسازگارانه از مصرف مواد که ناراحتیهای قابل ملاحظه بالینی را در فرد ایجاد می‌کند(والکر و نستلر، ۲۰۱۸). اختلال مصرف مواد دسته‌ای از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است، که فرد با وجود مشکلات ناشی از مصرف مواد همچنان استفاده از مواد را ادامه می‌دهد(گرنت و چمبرلین، ۲۰۱۶، راچوبینسکا و همکاران،۲۰۲۱). اثرات رفتاری این تغییرات مغزی ممکن است در موارد عود و تکرار شدید مصرف دارو در زمانی که افراد در معرض محرکهای مرتبط با مواد روانگردان هستند، نمایش داده شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا ،۲۰۱۳). در این میان ولع[2] به عنوان مهمترین عامل کلیدی و تشخیصی در تعریف اختلالات اعتیادی مشخص شده است(قلی زاده و همکاران ، ۱۴۰۰). ولع یا وسوسه بیانگر عود مصرف در افراد وابسته به مواد است (ریسه و ویلئوکس،۲۰۱۶، هورمس،۲۰۱۷) و به دنبال شرطی‌سازی کلاسیک، به صورت خودبخودی، غیرقابل اجتناب، با محرکهای مختلف آغاز شده و اغلب به عود اعتیاد می‌انجامد. ولع یا وسوسه، میل یا اصرار شدید[3] برای مصرف مواد است که در هر زمانی ممکن است رخ دهد، اما بیشتر احتمال دارد در محیطی که قبلا مواد مخدر به دست آمده یا مصرف شده است و یا در تماس با محرکها و سرنخهایی که با مصرف مواد روانگردان در ارتباط هستند، رخ دهد. بزرگترین تهدید یک بیمار در حال بهبودی و عامل اصلی عود، وسوسه است و اگر به طور دقیق کنترل و شناخته نشود برای فرد بسیار گیج کننده و آشفته ساز بوده و ممکن است مصرف مجدد مواد را در پی‌آورد (گای و همکاران،۲۰۲۲، باکر و همکاران،۲۰۲۱). بررسی روشهای کاهش ولع مصرف و به حداقل رساندن اثر هیجانات، افکار، خاطرات منفی و تحریک کننده در معتادان، یکی از مهمترین دغدغه های درمانگران و پژوهشگران این حوزه است. پژوهشها حاکی از آن است که متخصصان به کمک دو دسته از مداخلات از جمله، درمان دارویی و مداخلات روانی- اجتماعی به موفقیتهای درمانی دست یافته‌اند که از آن جمله می‌توان به درمان شناختی – رفتاری و درمان فراشناختی اشاره کرد(دیماگیو و همکاران،۲۰۱۵). درمان شناختی رفتاری یک نوع رواندرمانی است که برای کمک به افراد جهت درک تأثیر افکار و احساسات بر روی رفتارشان مورد استفاده قرار می‌گیرد(هافمن و همکاران،۲۰۱۲). فرد در این رویکرد درمانی می‌آموزد که الگوهای فکری ناکارآمد، مخرّب یا مزاحمی که دارای تأثیرات منفی بر روی رفتار هستند را شناسایی کند و تغییر دهد(شونین و همکاران ،۲۰۱۴). از جمله پیامدهای منفی سوءمصرف مواد مخدر می‌توان به اختلال در سیستمهای عصبی در حوزه انگیزش، تنظیم هیجانی، یادگیری، حافظه و کارکردهای اجرایی اشاره کرد (لی و همکاران، ۲۰۱۹، پری و همکاران، ۲۰۲۴). به صورتی که هرچه سوءمصرف مواد ادامه یابد، اختلالات شناختی فرد نیز گسترش می‌یابند. علاوه بر این، یکی از علل مهم افزایش ولع مصرف و کاهش خودکنترلی، عدم خودتنظیمی هیجانی و کاهش مؤلفه های شناختی در مدیریت هیجانات است(تانگ و همکاران، ۲۰۱۶). طبق دیدگاه شناختی - رفتاری پدیده اعتیاد و عود آن، بر نقصها و تحریفهای شناختی فرد از یک سو و کمبود مهارتهای رفتاری مناسب برای مقابله با فشارهای درونی و بیرونی و دستیابی به احساس خوشی و شادکامی(یا فرار از احساسات عاطفی منفی) متمرکز است(کاویکچیولی و همکاران، ۲۰۲۰). این مدل مجموعه‌ای از روشهای مداخله رفتاری و شناختی را در بر می‌گیرد که با استفاده از آنها می‌توان شناختهای غلط و ناکارآمد فرد معتاد (و اطرافیان او) را شناسایی و تصحیح نمود وکمبودهای موجود در گنجینه رفتاری و مهارتهای اجتماعی او را به نحوی بازسازی و تقویت کرد که او مجبور نباشد در مواجهه با موقعیتهای خطرآفرین یا بحرانی، به دامن سومصرف مواد پناه

1.Substance use disorder
2.Craving
3 .Strong desire

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2025-11-26]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.3.1]

ببرد(معینی و همکاران، ۱۳۹۹). فورد و همکاران (۲۰۱۸)، در پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری بر کاهش شدت ولع در دانش‌آموزان وابسته به الکل تاثیر دارد. همچنین بهروزیان و همکاران(۱۳۹۲)، دریافتند که بین شدت ولع در دو گروه آزمایش و کنترل بعد از درمان شناختی-رفتاری تفاوت معنادار وجود دارد. درمان گروهی شناختی- رفتاری به بیماران کمک می‌کند تا با حقیقت مصرف مواد مواجه شوند، از نتایج منفی مصرف آگاهی یابند و انگیزه‌ای قوی برای ادامه‌ی ترک داشته باشند. سریواستاوا و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهش خود نشان دادند که ولع مصرف افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد بعد از درمان شناختی-رفتاری کاهش یافت. شاکری‌نسب، عظیم‌زاده، رستمی و پارسانژاد(۱۴۰۱)، نیز در مطالعه خود دریافتند که درمان شناختی- رفتاری می‌تواند باعث کاهش ولع مصرف در ترک اعتیاد بیماران تحت درمان با متادون گردد. مطابق سوابق پژوهشی میزان شدت وسوسه و ولع مصرف می‌توانند از جمله عوامل خطر مهم برای بروز عود اعتیاد باشند. درمان شناختی-رفتاری می‌تواند علاوه بر کاهش علایم و تغییر تفکر و نگرش، انگیزه بیماران را بالا ببرد و باعث افزایش سلامت روانی آنها گردد تا لغزش کمتری داشته باشند. رستمی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۹) نشان دادند درمان شناختی- رفتاری موجب کاهش در خودنمایی و افکار مثبت به مواد می‌شود. بر این اساس مداخله گروهی شناختی- رفتاری بر گرایش نوجوانان به مصرف مواد نقش پیشگیری دارد. پژوهشهای فراتحلیل متعددی نشان داده اند 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،۲۰۱۰). الیوت (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. نتایج پژوهشی که رعدی(۱۳۸۰)، تحت عنوان بررسی تأثیر مشاورهٔ گروهی به شیوهٔ شناختی – رفتاری بر کاهش بازگشت معتادان به مواد مخدر انجام داد، نشان داد که مشاورهٔ گروهی با شیوهٔ 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 روانگردان مؤثر است دست یافتند. درمان فراشناختی نیز یک الگوی درمان فراتشخیصی مبتکرانه و نوظهوری است که در سالهای اخیر در زمینه درک و درمان اختلالهای عاطفی مطرح شده است و بر اساس مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی[1] شکل گرفته است(ولز و متیوس،۱۹۹۶). 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 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 هیجانها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و نیروی محرکه‌ای در پس الگوی تفکر مسموم است که به رنج روانی و هیجانی می‌انجامد. 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 وکاستیهای نظریه-های 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 و همکاران، ۲۰۱۵). محققان معتقدند تعدیل و اصلاح باورهای فراشناختی و آموزش راهبردهای خود تنظیمی می‌تواند از طریق کاهش هیجانات منفی بر کاهش قابل ملاحظه ولع و تداوم مصرف مواد تأثیر بسزایی داشته باشد.

بر این اساس، درمان فراشناختی به دلیل تقویت مهارتهای مقابله‌ای، تنظیم حالت شناختی، هیجانی و خلقی، تغییر الگوهای تفکر و پردازش شناختی و توجه به آن‌ها، موجبات کاهش نگرانی، نشخوار فکری، اجتناب و بازداری افکار و افزایش انعطاف‌پذیری در کنترل شناختی را فراهم می‌کند (گولداسمیت و همکاران، ۲۰۰۹). مداحی(۱۳۹۶) در مطالعه خود دریافت باورهای فراشناختی ۲۴ درصد از احتمال عود سوءمصرف مواد را پیش‌بینی می‌کنند و

1.Self-regulation executive function(S-REF)

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2025-11-26]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.3.1]

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. جانسون و هوفارت (۲۰۱۷) درمان شناختی رفتاری و درمان فراشناختی را بر اختلالات اضطرابی معتادان اثربخش ارزیابی نمودند. آنابول و اوزن (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 تاثیر 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. در زمینه سوءمصرف مواد، مانند تمام اختلالات روانی، نظریات سبب‌شناسی اولیه از مدلهای روانپویشی مایه گرفته‌اند و مدلهای بعد از تبیینهای رفتاری، ژنتیک و شناختی استفاده کرده‌اند(سادوک و همکاران،۲۰۱۵). ولی این دیدگاه‌ها محدودیت‌هایی دارد و باورهای فراشناختی را نادیده می‌گیرد. درمان فراشناختی به ویژه به منظور رفع نواقص شناختی-رفتاری ظهور پیدا کرد. به عقیده ولز، شناخت‌درمانی 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. با این حال، در زمینه اثربخشی مدل فراشناختی نسبت به درمان شناختی رفتاری در مورد انواع اختلالهای هیجانی در شروع راه هستیم و به جز چند مطالعه کنترل شده، مطالعات زیادی انجام نشده است و بیشتر این بررسی‌ها اثر فنون خاص درمان فراشناخت (مانند آموزش توجه، ذهن آگاهی گسلیده و به تعویق انداختن نشخوار فکری) را به طور مجزا مورد ارزیابی قرار داده‌اند(ولز و همکاران، ۲۰۰۹). فراآگاهی و توجه برگردانی موجود در درمان فراشناختی که منجر به تسهیل اجرای فنون و مداخلات این رویکرد می‌شوند، سنخیت فرهنگی بیشتری با جامعه ایرانی به ویژه در جهت کاهش مصرف، ترک و پایبندی به درمان مبتلایان به سوءمصرف مواد دارد که اهمیت اجرای آن را دوچندان می‌کند و می‌تواند در فهماندن نقص شناختی و پایبندی فرد به ارزشهای زندگی مؤثر باشد. علاوه بر این، با بررسی مطالعات انجام شده، پژوهشهای مختلفی به بررسی تأثیر درمانهای روان شناختی از جمله درمان فراشناختی و درمان شناختی رفتاری به طور جداگانه بر کاهش ولع مصرف و افزایش تنظیم شناختی هیجان پرداخته‌اند؛ اما هیچ پژوهشی به طور مشخص به مقایسه تأثیر دو روش مداخلاتی بر متغیرهای نامبرده نپرداخته‌اند. لذا بررسی درمان‌هایی که باعث کاهش ولع مصرف در افراد وابسته به مواد می‌شود یکی از مهمترین نقاط مورد توجه در پژوهشهای حیطه اعتیاد می‌باشد (هورمس و تیمکو،۲۰۱۱). 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 عمدتا بر محتوای شناخت است. آگاهی از شدت ولع مصرف در بیماران و تغییرات آن در طی دوره درمان میتواند برای سنجش کارایی درمانها، در راستای پیشگویی میزان موفقیت درمان و نیاز به مداخلات روانشناختی، به درمانگران یاری برساند. مطالعات جهانی نشان داده است که در پیشگیری اولیه، آموزش همه جانبه نقش قطعی و تعیین کننده دارد و سرمایه گذاری در این بخش نتایج بلند مدت ودیرپایی حاصل می‌کند. با توجه به تلاشهای بسیار در زمینه پیشگیری اولیه از اعتیاد شواهد حاکی از آمار فزاینده مصرف مواد در جامعه می‌باشد. لذا در کنار اقدامات پیشگیرانه لزوم وجود درمانهای دارویی و روانشناختی نوین مشهود می‌باشد. بر اساس سوابق پژوهشی دریافتیم که در پدیده اعتیاد متغیر ولع مصرف به عنوان عامل مهم در عود و بازگشت مجدد به مصرف مواد علیرغم اهمیت، کمتر مورد توجه دقیق قرار گرفته‌اند. لذا بر آن شدیم تا با ارایه درمان شناختی – رفتاری و درمان فراشناختی به افراد وابسته به مواد، اثر بخشی آنها در کاهش ولع مصرف مواد را مورد ارزیابی و مقایسه قرار دهیم.

روش

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2025-11-26]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.3.1]

روش پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی و به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با سه گروه آزمایش۱(درمان شناختی-رفتاری)، گروه آزمایش۲(درمان فراشناختی) و گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را کلیه افراد وابسته به مصرف مواد شهرستان سمنان در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. با توجه به نیاز به دسترسی به بیمارانی که با روشهای غیردارویی و پرهیزمدار در حال ترک باشند اجرا پژوهش بر روی بیماران مراکز اقامتی میان مدت درمان اعتیاد در نظر گرفته شد و تعداد ۷۵ نفر از معتادان مراجعه کننده به این مراکز با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و داشتن رضایت جهت شرکت در جلسات درمانی انتخاب شدند. سپس این تعداد به صورت گمارش تصادفی و با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج در دو گروه آزمایش۱ (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، نوع ماده مصرفی، 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 تاثیر گذار بر روند بیماری.

روش اجرا: به منظور اجرای پژوهش پس از انتخاب نمونه بیماران (براساس ملاکهای ورود پژوهش) ، مصاحبه بالینی ساختار یافته۱ برای تشخیص سایر اختلالات و بررسی ملاکهای خروج انجام گرفت. در گام نخست در مورد هدف پژوهش حاضر توضیحاتی ارایه گردید و رضایت‌نامه کتبی ورود به پژوهش به شرکت‌کنندگان داده شد تا در صورت تمایل و با رضایت وارد پژوهش شوند. سپس از شرکت‌کنندگان خواسته شد که به پرسشنامه سنجش ولع مصرف لحظه‌ای پاسخ دهند. در مرحله بعد، شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. سپس پروتکل درمان شناختی رفتاری و فراشناختی در دو گروه آزمایش ۱ و ۲ اجرا گردید. بعد از به پایان رسیدن درمان گروه های آزمایش، مجددا پرسشنامه‌ی فوق به تمامی شرکت‌کنندگان یعنی هم گروه‌های آزمایش و هم گروه کنترل داده شد و اثربخشی درمان ها مورد بررسی قرار گرفت.

ابزار پژوهش

پرسشنامه سنجش ولع مصرف لحظه ای:

این پرسشنامه با محوریت ولع مصرف به عنوان یک حالت انگیزشی توسط فرانکن و همکاران (۲۰۰۲) طراحی گردید و ولع مصرف مواد را در لحظه حال مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسشنامه شامل۱۴ سوال می‌باشد که شامل سه عامل به نامهای، عامل اول: تمایل و قصد نسبت به مصرف مواد می‌باشد که شامل سوالات ۱،۲،۱۲،۱۴ عامل دوم: میل به مصرف و تقویت منفی یا باور به رفع مشکلات که شامل سؤالات۴، ۵، ۷، ۹، ۱۱ و عامل سوم: لذت و شدت فقدان کنترل که سوالات۶، ۳، ۸، ۱۳، ۱۰ را در برمی‌گیرد. شایان ذکر که این سه مؤلفه با هم دارای همبستگی بالایی می‌باشند. همسانی درونی مؤلفه های این پرسشنامه در بررسی اختیاری و همکاران(۱۳۸۵) در سوءمصرف کنندگان انواع مختلف مواد افیونی از جمله کراک و هروئین به ترتیب۰/۸۹، ۰/۷۹، ۰/۴ و در سوءمصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۶۵، ۰/۸۱می‌باشد. در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ بررسی گردید و نتیجه نشان داد که همسانی درونی برای کل مقیاس برای مصرف‌کنندگان تریاک معادل۰/۹۶، مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین معادل۰/۹۰ و ۰/۹۴ مصرف‌کنندگان کراک معادل۰/۹۵، مصرف‌کنندگان هروئین استنشاقی معادل ۰/۹۴و مصرف‌کنندگان هروئین کشیدنی معادل ۰/۹۴ و برای مصرف‌کنندگان هروئین تزریقی معادل ۰/۹۸ می‌باشد.

پروتکل درمان شناختی رفتاری: روان‌درمانی گروهی شناختی-رفتاری مشتمل بر ۹ جلسه درمانی (هر جلسه ۹۰-۶۰ دقیقه) می‌باشد. محتوای جلسه‌ها بر مبنای رویکرد شناختی-رفتاری، در چارچوب طرح درمانی ویلدرموت (۲۰۰۸) در۱۰جلسه (آشنایی، افکار، احساسات، رفتار، بازسازی افکار، نشانه ها و زنجیره‌ها، جرات‌ورزی، 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 شد و اعضای گروه، با بحث و تبادل نظر به بررسی مطالب پرداختند. در

1.Structured Clinical Interview for DSM5(SCID 5)

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2025-11-26]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.3.1]

پایان هر جلسه، مطالب جمع بندی شده و تکلیفی برای جلسه‌ی بعد به صورت تایپ شده ارائه شد.

پروتکل درمان فراشناختی: روان‌درمانی گروهی فراشناختی مشتمل بر ۱۰ جلسه درمانی (هرجلسه ۶۰ تا ۹۰ دقیقه) بوده است. محتوای جلسات بر مبنای رویکرد فراشناختی در چارچوب طرح درمانی ولز (۲۰۱۳) در۱۰ 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 شده بود. در هر جلسه، ابتدا هدف از تشکیل جلسه، سپس موضوعات مربوط به آن جلسه، مطرح شد و اعضای گروه، با بحث و تبادل نظر به بررسی مطالب پرداختند. در پایان هر جلسه، مطالب جمع‌بندی گردید و تکلیفی برای جلسه‌ی بعد به صورت تایپ شده ارائه شد.

جدول۱. خلاصه محتوای جلسات درمان شناختی - رفتاری

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول: آشنایی	معرفی: شرکت‌کنندگان خود را معرفی کرده و می‌گویند چرا تصمیم به شرکت در جلسات گروهی شناختی-رفتاری گرفته‌اند. ارائه اطلاعات پایه‌ای در مورد روان‌درمانی شناختی-رفتاری بیان علت برگزاری این جلسات و هدف گروه درمانی شناختی-رفتاری بیان و شرح اصول رازداری و دادن اطمینان خاطر به مراجعان که اطلاعاتشان کاملا محرمانه است بیان قوانین و اصول جلسات درمان انجام تکلیف به صورت تمرینی برای آشنایی بیشتر اعضای گروه برای انجام تکالیف گرفتن پیش‌آزمون (اجرای پرسشنامه‌ی سنجش ولع مصرف لحظه‌ای)
جلسه دوم: افکار، احساسات، رفتار	توضیح درباره‌ی ارتباط افکار، احساس و رفتار بیان تفاوت افکار، احساسات و رفتار توضیح در مورد سبک‌های ناکارامد تفکر بیان خطاهای شناختی معمول توزیع کاربرگ بازسازی افکار
جلسه سوم: بازسازی افکار	بررسی و توضیح تکلیف جلسه قبل توضیح چهار گام اصلی برای بازسازی افکار (شناسایی افکار، ارزیابی افکار، تغییر افکار، تعیین اثرات افکار اصلاح شده) توزیع مجدد کاربرگ بازسازی افکار
جلسه چهارم: نشانه ها و زنجیره ها	بررسی تکلیف جلسه قبل بررسی زنجیره‌ی علت، پاسخ، پیامد توضیح اینکه پیامدها چگونه خود در زنجیره رفتاری بزرگتر قرار می گیرد بیان راهبردهایی برای شکستن زنجیره مخرب
جلسه پنجم: جرات ورزی	بررسی تکلیف جلسه قبل تعریف رفتار جرات‌مندانه تصور موقعیتی که در آن رفتار جرات‌مندانه داشتن مشکل است خودگویی پیشنهادی برای افزایش جرات‌ورزی فرق بین رفتار منفعل، پرخاشگرانه و جرات‌مندانه نمونه‌ای از افکار و خودگویی‌های منفی که مانع جرات‌مندی می‌شود
جلسه ششم : تکانشگری، خودکنترلی و بالا بردن خلق	تعریف تکانه و بحث در مورد مدیریت تکانش‌ها و راهکارهایی برای خود کنترلی بیشتر راهکارهایی در مورد بالا بردن خلق و افزایش رویدادهای خوشایند توزیع کاربرگ فعالیت های خوشایند
جلسه هفتم : مدیریت استرس و حل مسئله	بررسی تکلیف جلسه قبل توضیح در مورد استرس، استرسور و مدیریت استرس‌ها مدیریت استرس راهکارهایی برای حل مسئله آموزش آرامش عضلانی

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2025-11-26]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.3.1]

جلسه هشتم : عزت نفس	بررسی تکلیف جلسه قبل تعریف عزت نفس (بیان این نکته که چگونه خود ارزیابی‌های منفی موجب عدم عزت نفس می‌شود) راهبردهایی برای بهبود عزت نفس توزیع کاربرگ خود انگاره
جلسه نهم : پیشگیری از عود	بررسی تکلیف جلسه قبل برنامه ریزی برای پیشگیری از عود بیان ضرورت تمرین مهارتهای کسب شده در طول جلسات ارزیابی پیشرفت کار و مهارتهای کسب شده اجرای پس آزمون(اجرای پرسشنامه‌ی سنجش ولع مصرف لحظه‌ای)

جدول۲. خلاصه محتوای جلسات درمان فراشناختی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول:	مفهوم پردازی موردی اختلال وابستگی به مواد. معرفی اختلال و ارائه کاربرگ آشنایی با اختلال. معرفی درمان فراشناختی و قوانین جلسات درمانی. بیان و شرح اصول رازداری و دادن اطمینان خاطر به مراجعان که اطلاعاتشان کاملا محرمانه است امضای فرم شرکت در جلسات درمانی گرفتن پیش آزمون(اجرای پرسشنامه‌ی سنجش ولع مصرف لحظه‌ای)
جلسه دوم:	بررسی باور فراشناختی اهمیت افکار. چالش کلامی با این باور فراشناختی. انجام آزمایشهای رفتاری. ارائه تکلیف برای بررسی باور فراشناختی اهمیت افکار.
جلسه سوم:	بررسی باور کنترل فکر. آزمایش سرکوب کردن افکار. آموزش ذهن‌آگاهی گسلیده تمرین ذهن‌آگاهی گسلیده بر روی افکار خنثی. ارائه تکلیف ذهن‌آگاهی و آزمایش رفتاری باور کنترل فکر
جلسه چهارم:	بررسی باور فراشناختی درباره لزوم استفاده از آیین‌مندیها (رفتارهای مرتبط با مصرف مواد). چالش کلامی و اجرای آزمایش رفتاری درباره این فکر. تمرین ذهن آگاهی گسلیده در جلسه. ارائه تکلیف ذهن آگاهی.
جلسه پنجم:	ادامه چالش با باورهای فراشناختی درباره آیین‌مندی. معرفی مدل مواجهه و جلوگیری از پاسخ برای بررسی این باور فراشناختی. اجرای آزمایش رفتاری مواجهه و جلوگیری از پاسخ. تمرین ذهن‌آگاهی درباره افکار وسوسه. ارائه تکلیف خانگی مواجهه و جلوگیری از پاسخ و تمرین ذهن‌آگاهی
جلسه ششم :	معرفی باورهای همجوشی. چالش کلامی و اجرای آزمایشهای رفتاری. ارائه تکالیف درباره باورهای همجوشی و تمرینهای ذهن‌آگاهی.
جلسه هفتم :	ادامه بررسی باورهای همجوشی. چالش کلامی و اجرای آزمایش رفتاری برای تعدیل باورهای همجوشی
جلسه هشتم :	بررسی تاثیر رفتارهای اجتنابی در زندگی بیمار و تاثیر آن در روند اختلال. بررسی آیین‌مندیهای پنهان. تکلیف: تمرین مواجهه با افکار وسوسه و۲توجه به رفتارهای ذهنی برای افزایش فراآگاهی درباره آیین مندیهای پنهان
جلسه نهم :	معرفی نشخوار فکری و تاثیر آن بر روند درمان. ادامه بررسی باورهای همجوشی و باور فراشناختی درباره ملاک توقف.

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2025-11-26]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.3.1]

جلسه دهم:	مرور تکنیکهای موثر و منطق استفاده از آنها. پیشگیری از عود: آشنایی با نوسانها در روند بهبودی و احتمال بازگشت علایم و راههای مقابله با آنها. آموزش نحوه برخورد با افکار و وسوسه های جدید. معرفی نحوه استفاده از جلسات تقویتی. اجرای پس آزمون (اجرای پرسشنامه ی سنجش ولع مصرف لحظه ای)

یافته‌ها

پژوهش حاضر شامل ۷۵ مرد در بازه سنی ۲۰ تا ۵۵ سال با میانگین سنی ۳۲/۴۶ و انحراف استاندارد ۶/۴۲ بود. تعداد ۲۶ نفر از شرکت‌کنندگان(۳۴/۷درصد) مجرد،۲۶ نفر(۳۴/۷ درصد) متأهل و ۲۳ نفر(۳۰/۷درصد) مطلقه بودند. میزان تحصیلات ۱۶ نفر(۲۱/۳درصد) زیر دیپلم، ۲۳ نفر(۳۰/۷ درصد) دیپلم، ۲۲ نفر(۲۹/۳درصد) فوق‌دیپلم،۱۲ نفر(۱۶درصد) کارشناسی و ۲ نفر (۲/۷درصد) کارشناسی-ارشد بود. داده‌های جدول ۳ بیانگر میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنیها در نمره کل ولع مصرف مواد و زیرمقیاسهای آن(میل و قصد مصرف مواد، تقویت منفی، کنترل ادراک شده بر مصرف مواد) در مرحله پس آزمون به تفکیک گروهها می‌باشد.

جدول ۳. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک نوع آزمون و گروه‌ها

متغیرها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
میل و قصد مصرف مواد	درمان شناختی- رفتاری	۳۷/۶۸	۳/۷۷	۱۲/۶۸	۹/۹۵
	درمان فراشناختی	۳۶/۹۵	۶/۱۱	۱۳/۹۲	۴/۱۶
	گواه	۳۵/۵۵	۶/۳۱	۳۵/۵۲	۶/۱۶
تقویت منفی	درمان شناختی- رفتاری	۱۸/۳۳	۱/۹۷	۵/۱۶	۱/۷۲
	درمان فراشناختی	۱۹/۱۲	۱/۴۸	۵/۲۴	۱/۳۶
	گواه	۱۸/۰۸	۲/۰۸	۱۸/۳۰	۱/۸۰
کنترل ادراک شده بر مصرف مواد	درمان شناختی- رفتاری	۱۲/۱۲	۱/۳۲	۴/۰۴	۱/۸۵
	درمان فراشناختی	۴/۰۸	۱/۷۷	۱۲/۶۰	۱/۳۲
	گواه	۱۲/۱۶	۱/۳۱	۱۲/۰۸	۱/۵۲
ولع مصرف	درمان شناختی- رفتاری	۶۸/۱۲	۳/۵۶	۲۱/۸۸	۷/۷۳
	درمان فراشناختی	۶۸/۶۴	۶/۱۵	۲۳/۲۴	۴/۵۱
	گواه	۶۵/۶۸	۶/۸۷	۶۵/۸۸	۶/۵۳

جهت بررسی مقایسه اثربخشی دو روش درمان شناختی‌رفتاری و درمان فراشناختی بر ولع مصرف مواد، از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. ابتدا پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته ابتدا پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته یعنی میل و قصد مصرف مواد(k-s=۰/۲۱, df=۷۵, p=۰/۱۱)، تقویت منفی(k-s=۰/۲۵, df= ۷۵, p=۰/۱۳) و کنترل ادراک شده بر مصرف مواد (k-s=۰/۲۵, df= ۷۵, p=۰/۱۳ با استفاده از آزمون کولموگروف- اسمیرنف بررسی و تأیید شد. به منظور بررسی یکسانی ماتریس کواریانس از آزمون امباکس استفاده شد. نتایج نشان داد که مفروضه یکسانی کوواریانس برقرار می‌باشد (P=۰/۲۲ ، F =۱/۲۷، F =۱۶/۲۴ ام باکس). با توجه به برقراری پیش فرضهای مربوطه، تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج آن نشان داد تفاوت معناداری در ترکیب خطی متغیرها وجود دارد (F= ۹۶/۲, p=۰/۰۰۰, =۰/۰۳لامبدای ویلکز). به منظور مقایسه گروههای آزمایش و گواه در تک تک متغیرهای وابسته از آزمون کواریانس تک متغیره استفاده شد. در جدول۲ نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیره برای میل و قصد مصرف مواد، تقویت منفی، کنترل ادراک شده بر مصرف مواد در پس آزمون به تفکیک گروههای آزمایش و گواه ارائه شده است.

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2025-11-26]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.3.1]

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس برای مقایسه میانگین های نمرات پس آزمون دو گروه آزمایش و گروه گواه در متغیرهای وابسته

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
میل و قصد مصرف مواد	پیش آزمون	۶۹۰۳/۴۳	۱	۳۴۵۱/۲۱	۱۵۳/۶۸	۰/۰۰۰	۰/۱۰
	گروه	۳۲۱۰/۲۹	۲	۱۶۰۵/۱۴	۵۸/۴۵	۰/۰۰۰	۰/۶۲
	خطا	۱۹۴۹/۵۴	۷۱	۲۷/۴۵			
تقویت منفی	پیش آزمون	۱۶۳/۹۱	۱	۱۶۳/۹۱	۱۶/۴	۰/۰۰۰	۰/۱۸
	گروه	۱۲۰۱/۹۹	۲	۶۰۰/۹۹	۶۰/۱۹	۰/۰۰۰	۰/۶۲
	خطا	۷۰۸/۹۳	۷۱	۹/۹۸			
کنترل ادراک شده بر مصرف مواد	پیش آزمون	۱۹/۱۸	۱	۱۹/۱۸	۳/۵۷	۰/۰۶۴	۰/۰۴۸
	گروه	۱۶۶/۴۵	۲	۸۳/۲۲	۱۵/۳۸	۰/۰۰۰	۰/۳۰
	خطا	۳۸۴/۰۸	۷۱	۵/۴۱			

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود تفاوت نمره‌های پس‌آزمون سه گروه گواه و آزمایش برای متغیر میل و قصد مصرف مواد معنادار و میانگین نمره‌های گروه در متغیر میل و قصد مصرف مواد با مقدار (F= ۵۸/۴۵) در سطح (P>۰/۰۵) و۰/۶۲=مجذور اتا، بیش از گروه گواه است. بنابراین نتایج به دست آمده حاکی از تاثیر درمان فراشناختی و شناختی–رفتاری بر کاهش میل و قصد مصرف مواد در گروههای آزمایش است. بر اساس جدول، تفاوت نمره‌های پس آزمون سه گروه گواه و آزمایش برای متغیر تقویت منفی معنادار و میانگین نمره‌های گروه در متغیر تقویت منفی با مقدار (F= ۶۰/۱۹) در سطح(P>۰/۰۵) و۰/۶۲ =مجذور اتا، بیش از گروه گواه است. همچنین نتایج به دست آمده حاکی از تاثیر درمان فراشناختی و شناختی‌رفتاری بر بهبود تقویت منفی در گروههای آزمایش است. نتایج نشان می‌دهد تفاوت نمره‌های پس آزمون سه گروه گواه و آزمایش برای متغیر کنترل ادراک شده بر مصرف مواد معنادار و میانگین نمره‌های گروه در متغیر کنترل ادراک شده بر مصرف مواد با مقدار (F=۱۵/۳۸) در سطح(P>۰/۰۵) و۰/۳۰ =مجذور اتا، بیش از گروه گواه است. نتایج حاکی از تاثیر درمان فراشناختی و شناختی‌رفتاری بر بهبود کنترل ادراک شده بر مصرف مواد در گروههای آزمایش است. مطابق با مندرجات جدول ۵، مقایسه دو به دوی گروهها به لحاظ نمرات ابعاد ولع مصرف مواد نشان می‌دهد که دو گروه آزمایش در متغیرهای میل و قصد مصرف مواد، تقویت منفی، کنترل ادراک شده بر مصرف مواد تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند و میزان اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری و درمان فراشناختی بر این متغیرها تقریباً یکسان بوده است(P>۰/۰۵).

جدول ۵. مقایسه زوجی گروههای آزمایش۱(درمان شناختی رفتاری) و آزمایشی۲ (درمان فراشناختی) و گواه در پس آزمون

گروه‌ها		متغیر	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
(گروه آزمایش ۱)	گروه آزمایش ۲	میل و قصد مصرف مواد	-۱/۹۳	۱/۴۸	۰/۵۹
	گروه گواه		-۲۳/۷۹	۱/۵۳	۰/۰۰۰
	گروه آزمایش ۲	تقویت منفی	۰/۱۹۱	۰/۴۱	۱/۰۰۰
	گروه گواه		-۱۳/۵۰	۰/۴۳	۰/۰۰۰

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2025-11-26]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.3.1]

درمان شناختی- رفتاری	گروه آزمایش ۲	کنترل ادراک شده بر مصرف مواد	۰/۱۸	۰/۴۸	۱/۰۰۰
	گروه گواه		-۸/۳۲	۰/۵۰	۰/۰۰۰
	گروه آزمایش ۲	ولع مصرف	-۱/۵۶	۱/۶۶	۱/۰۰۰
	گروه گواه		-۲۳/۷۹	۱/۵۳	۰/۰۰۰
	گواه	میل و قصد مصرف مواد	-۲۱/۸۵	۱/۴۶	۰/۰۰۰
(گروه آزمایش ۲) درمان فراشناختی	گواه	تقویت منفی	-۱۳/۶۹	۰/۴۱	۰/۰۰۰
	گواه	کنترل ادراک شده بر مصرف مواد	-۸/۵۰	۰/۴۷	۰/۰۰۰
	گواه	ولع مصرف	-۴۴/۰۵	۱/۶۳	۰/۰۰۰
* p<۰/۰۵					

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان فراشناختی بر ولع مصرف مواد (میل و قصد مصرف مواد، تقویت منفی، کنترل ادراک شده بر مصرف مواد) انجام شد. در این مطالعه، جامعه آماری شامل افراد وابسته به مصرف مواد در شهرستان سمنان بود که با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی هردو مداخله بر کاهش علایم ولع مصرف مواد در افراد وابسته به مواد بود. همچنین نتایج مقایسه نشان داد که بین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان فراشناختی بر ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تفاوت معناداری وجود نداشت. تحلیل‌های آماری از جمله تحلیل کواریانس نشان دادند که هر دو روش توانایی کاهش ولع مصرف را داشتند. تأثیر مثبت درمان شناختی-رفتاری بر این گروه با نتایج مطالعات مشابه در زمینه درمان اعتیاد همخوانی داشت. این نتایج با پژوهشهای دو و رو (۲۰۱۸) ، پیرنیا و همکاران(۱۳۹۶)، نخعی و همکاران(۱۴۰۱)، نیکنام و همکاران (۱۳۹۵)، آن و همکاران (۲۰۱۷)، حدادی و همکاران(۱۳۸۸) ، شاکری نسب و همکاران(۱۴۰۱) ، برون و همکاران (۲۰۱۹) و اسمیت و جانسون (۲۰۲۰) همسو می باشد. نتایج تحلیل کواریانس حاکی از آن بود که درمان شناختی رفتاری بر ولع مصرف افراد وابسته به مواد تأثیر مثبت دارد. مطالعات اخیر نشان داده اند که درمان شناختی رفتاری با کاهش افکار وسوسه برانگیز، افزایش مهارتهای مقابله ای و تقویت تنظیم هیجانی، به طور معناداری ولع مصرف مواد را کاهش می دهند(چانگ و همکاران، ۲۰۲۲). این درمان از طریق بازسازی شناختی، شناسایی محرکهای مصرف و توسعه راهبردهای پیشگیرانه از عود در تعدیل فعالیتهای نورونی مرتبط با ولع از جمله در نواحی قشر پیش پیشانی و سیستم پاداش دوپامینی موثر است(زیلوراستند و همکاران، ۲۰۱۸). یافته های عصبی شناختی نیز نشان می دهند که درمان شناختی رفتاری می تواند موجب تغییر در شبکه های مغزی درگیر در حافظه مصرف و تصمیم گیری شود،که این تغییرات با کاهش شدت و فراوانی ولع همراه است (مهدوی دوست و همکاران،۲۰۲۵). در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان اینگونه عنوان داشت که درمانگران اعتیاد با تأکید بر درمان شناختی رفتاری سعی می‌نمایند تا مداخله‌های شناختی را با مهارتهای رفتاری تلفیق نموده و با تأثیرگذاری بر فرایندهای شناخت و اصلاح رفتارهای معیوب به موقعیتها یا عواملی که در ایجاد عود بیماری دخالت دارند توجه بیشتری نمایند و همین موضوع موجب می‌گردد تا میزان ولع مصرف در طول دوره درمان کاهش یابد (دوستیان و همکاران،۲۰۱۳). در واقع تکنیکهای مورد استفاده در این رویکرد می‌تواند موجب اصلاح سبک زندگی نامتعارف بیماران تحت درمان گردیده و باعث افزایش خودکنترلی در آنان شود. همچنین آنان را قادر سازد تا هیجانات نامتعارف خود را بهتر مدیریت کرده و به نحو مقتضی با خواسته‌های نامعقول مقابله نمایند (کایوگلو و ساهین آلتون،۲۰۲۲). این درمان با تأکید بر نقش اصلی موقعیتهای خطر سعی می‌نماید تا عوامل محافظت‌کننده را در فرد ارتقا دهد، بر همین اساس با به کارگیری تکنیکهایی که مهارتهای مقابله‌ای را هدف قرار می‌دهد، ضمن تقویت توانمندیهای مقابله‌ای راهبردهای رفتاری مناسب مانند ترک

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2025-11-26]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.3.1]

موقعیت و راهبردهای شناختی مناسب مانند گفتگوی با خود را تقویت نموده و بدین طریق بر میزان ولع مصرف تأثیر گذارد (نیکنام و همکاران، ۱۳۹۵). در تبیین دیگری می‌توان عنوان داشت که این رویکرد درمانی با تأکید بر بازسازیهای شناختی بر روی باورهای فرد در خصوص پیامد انتظاراتش تأثیر مثبت دارد و آگاهی بیمار تحت درمان را از این باورها ارتقا می‌دهد، درنتیجه از میزان وسوسه‌های مصرف می‌کاهد. زیرا این رویکرد تأکید زیادی بر کنترل هیجانات منفی داشته و ضمن کنترل وسوسه مصرف، ماندگاری در درمان را افزایش می‌دهد و کمک می‌کند تا بیمار در موقعیتهای پرخطر سنجیده‌تر عمل نموده و کمتر به مصرف مواد فکر کند(آن و همکاران، ۲۰۱۷). از نظر کامر(۲۰۱۶) درمانگرانی که به ارایه درمان شناختی رفتاری می‌پردازند، به مراجعان کمک می‌کنند تا مهارتهایی را بیاموزند که در هنگام استرس، وسوسه و ولع به آنها کمک کند. گرانیلو و همکاران (۲۰۱۲) مدیریت استرس و مقابله با ولع مصرف را بخش اساسی درمان شناختی رفتاری برای افراد وابسته به مواد می‌دانند. آنها بیان می‌کنند که استرس و پریشانیهای روانشناختی می‌تواند به عنوان پیشایند ولع مصرف عمل کنند. بنابراین، در قدم اول ایجاد مهارت مدیریت استرس مورد توجه درمانگران است (هس و همکاران، ۲۰۱۸). در مجموع می‌توان اینگونه عنوان داشت که به نظر می‌رسد از عمده‌ترین دلایل تأثیر این رویکرد بر ولع مصرف مواد در بیماران این است که این رویکرد به شناسایی خطاهای شناختی کمک شایانی نموده و رفتارهای معیوب را که به واسطه تحریفات شناختی ایجاد می‌گردد، شناسایی و اصلاح نموده است. همچنین به نظر می‌رسد راهبردهای آموزش داده شده در این رویکرد که مبتنی بر مدیریت هیجانات منفی، شناسایی و کنترل پیامدهای مصرف مواد، عوامل عود، لغزش و هشدار دهنده، کنترل افکار انتظاری، تحریف های شناختی، راهبردهای مقابله با وسوسه، آشنایی با مهارت حل مشکل و اتخاذ سبک زندگی سالم بوده است، موجب ارتقای توانمندیهای شناختی بیماران شده که همین مسئله باعث کاهش میزان ولع مصرف گردیده است. از دیگر دلایل مهم کاهش میزان ولع مصرف، در گروه شناختی - رفتاری افزایش آگاهی بیماران نسبت به شرایط و نشانه‌های ایجادکننده ولع مصرف، آگاهی از واکنشهای نادرست قبلی به این نشانه‌ها مثل: واکنش سریع و عجولانه، بدون تفکر و بدون ارزیابی شرایط محیطی و یادگیری مقابله موثرتر با این نشانه‌ها می‌باشد. گروه آزمایشی شناختی- رفتاری طی جلسات آموزشی مهارتهای حل مساله، ارزیابی مزایا و معایب، شناسایی ماشه چکان‌ها، هدف گزینی و... را یاد گرفته‌اند که توانسته‌اند آنها را در برابر وسوسه ولع مصرف، در این گروه ایمن‌تر کند و از این طریق احتمال ولع مصرف، در این گروه کاهش یافته است (پوتی و همکاران،۲۰۲۱). نتایج تحلیل کواریانس حاکی از آن بود که درمان فراشناختی بر ولع مصرف در افراد وابسته مواد تأثیر مثبت دارد؛ تأثیر مثبت درمان شناختی-رفتاری بر این گروه با نتایج مطالعات مشابه در زمینه درمان اعتیاد همخوانی داشت. این نتایج با پژوهشهای دو و رو (۲۰۱۸)، پیرنیا و همکاران(۲۰۱۷)، زارع و شریفی ساکی(۲۰۱۶)، تونیاتو (۱۹۹۹) و احمدی رق آبادی و همکاران(۲۰۲۳) همسو می باشد. در تبیین یافته های فوق میتوان گفت درمان فراشناختی رویکردی تحولگرا، نوظهور و مبتنی بر شواهد در روان درمانی است که تمرکز اصلی آن بر اصلاح الگوهای پردازش ناسازگار همچون نشخوار ذهنی، نگرانی، پایش تهدید و اشتغال ذهنی است(ولز، ۲۰۰۹). برای سالیان مدید، نگرش بالینی نسبت به درمان اختلالات عاطفی و اعتیاد، متکی بر اصلاح سازوکارها و خطاهای شناختی بود، حال آنکه فرد مصرف کننده مواد اسیر شکافی شناختی می‌باشد که بیمار را در عین آگاهی از پیامدهای سوء رفتارش به سمت استمرار کنش نامطلوب سوق می‌دهد. در اختلالات وابستگی به مواد، ولع مصرف یکی از چالشهای اصلی درمان است که با بازگشت به مصرف ارتباط تنگاتنگ دارد. مدل فراشناختی ولع مصرف را نه فقط به عنوان واکنش به محرکهای بیرونی بلکه به عنوان پیامد فعال سازی الگوهای فراشناختی خاص در ذهن فرد تبیین می کند. در این مدل افکاری همچون " نمیتوانم جلوی فکرکردن به مواد را بگیرم " یا " اگر مصرف نکنم حال بدتری خواهم داشت" موجب تداوم اشتغال ذهنی و افزایش ولع می شوند(اسپادا و همکاران ۲۰۰۷). بر اساس مدل "سندرم شناختی – توجهی[1]"، ولع مصرف در نتیجه تمرکز بیش از حد توجه، نشخوار ذهنی و پایش دایمی نشانه های مرتبط با مواد شکل می گیرد. درمان فراشناختی با استفاده از تکنیکهایی نظیر فاصله گذاری از افکار[2]، بازسازی

[1] .Cognitive attentional syndrome(CAS)

[2] .Detached mindfulness

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2025-11-26]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.3.1]

باورهای فراشناختی و آموزش توجه منعطف، تلاش می کند تا این چرخه ناسازگار را مختل کند و به فرد یاد می دهد که چگونه بدون درگیر شدن در محتوای افکار از آنها فاصله بگیرد و اشتغال ذهنی با مصرف را کاهش دهد. شواهد پژوهشی نشان داده اند که درمان فراشناختی می تواند در کاهش ولع مصرف اضطراب مرتبط با ولع و افکار مزاحم موثر باشد(لی و همکاران، ۲۰۲۱). مزیت ویژه این رویکرد در آن است که به جای درگیری با محتوای شناختها به رابطه فرد با فکار و فرایندهای ذهنی او می پردازد، که این مساله به ارتقای خودتنظیمی شناختی و کاهش خطر عود کمک می کند. در نتیجه درمان فراشناختی با هدف قرار دادن الگوهای پردازشی زیربنایی در ذهن و تنظیم فراشناختها رویکردی موثر و نوین در کاهش ولع مصرف و پیشگیری از بازگشت به مصرف در افراد وابسته به مواد محسوب می شود. همچنین در تبیین اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش ولع مصرف مواد می‌توان به این موضوع اشاره کرد که سوگیری توجه نسبت به نشانه‌های مرتبط با مواد به طور خودکار اتفاق می‌افتد و به عنوان تعیین کننده مهم در ولع مصرف و رفتار جستجوی مواد به شمار می‌رود. تکنیک ذهن آگاهی با اصلاح توجه و خارج کردن آن از حالت سوگیرانه و خودکار نسبت به نشانه های مرتبط با مواد، در کاهش ولع مصرف می‌توانند مؤثر باشند که نتایج حاصل از این پژوهش را مورد تأیید قرار می‌دهند. همچنین در تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان مطرح کرد که بر اساس نظریه عملکرد اجرایی مبنی بر اثر بخشی تکنیک های مؤثر بر سرکوب افکار خود تنظیمی ولز و ماتیوس(۱۹۹۴) زمانی که افراد در جهت سرکوب افکار مرتبط با مواد تلاش می‌کنند، در حقیقت درباره آن بیشتر فکر می‌کنند و این امر شاید به این دلیل باشد که سرکوب افکار مزاحم یک سرمایه گذاری معنادار در منابع شناختی محدود شده است(سالکاوسکیس و رینولدز،۱۹۹۴). بررسیها نیز نشان داده‌اند که فرایند اعتیاد تحت تاثیر باورها و نگرش های فرد قرار دارد (روهنسو و همکاران، ۲۰۰۴ ؛ اسیکینر و آیوبین، ۲۰۱۰) و معمولا افراد به صورت ناگهانی و بی دلیل به ، مصرف مجدد روی نمی آورند بلکه به طور فعال درگیر مواد می‌شوند و نگرشها و باورها و اهداف آن در این زمینه نقش مهمی را ایفا می‌کنند(بک و همکاران،۲۰۱۱). نگرشهای ناکارآمد فرضها و باورهای ناکارآمدی‌اند که موجب سوگیری ادراک فرد از رویدادها شده و احساس ها و ادراکهای فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد و فرد را مستعد افسردگی و سایر آشفتگیهای روانی می‌کند (گلداسمیت و همکاران، ۲۰۰۹) براساس مدل فراشناختی باورهای مرتبط با مواد، ناگهانی و بلافاصله فعال نمی‌شوند مگر اینکه افراد هیجان منفی را تجربه کنند. بدین ترتیب افرادی که هیجانهای منفی را به شکل اضطراب یا افسردگی تجربه می‌کنند ممکن است انتظاراتی از مصرف مواد داشته باشند مبنی بر اینکه مصرف مواد می‌تواند باعث کاهش نگرانیهای آنان شود. بدین ترتیب با فعال شدن نشانگان شناختی توجهی که خود از باورهای فراشناختی ناشی می‌شود افراد راهبردهای ناکارآمدی را نیز برای تنظیم فکر و هیجان خود استفاده می‌کنند که در نهایت منجر به ولع مصرف مواد می‌شود. پژوهش ها نشان داده‌اند که افراد از راهبردهای مختلفی برای کنترل افکار سرزده خود که به طور معمول اتفاق می افتد استفاده می‌کنند، که برخی از این راهبردها با پریشانی عاطفی آنان ارتباط دارد (کلارک ،۲۰۱۲ ، ولز و دیویس ،۱۹۹۴). از آنجاییکه درمان فراشناختی به فرایند افکار (چگونگی اندیشیدن) می‌پردازد، درمان فراشناختی آموزش و تمرین تکنیکهای کنترل توجه و فنون ذهن آگاهی انفصالی را به منظور تعدیل نشانگان شناختی توجهی در بیماران، ارائه کرده است(ولز ، ۲۰۰۵). برخی پژوهشها، ارتباط مثبت و معناداری بین حالتهای هیجانی، شناخت و فراشناخت به دست آورده‌اند (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۵). برخی دیگر از پژوهشها نشان می‌دهند که در بیماران مبتلا به اختلالهای روانشناختی، اختلال در فراشناخت نیز مشا هده می‌شود(ولز و پوردون، ۱۹۹۹ ؛ ولز و کینگ،۲۰۰۶). شاید بتوان گفت اختلال در مولفه های فراشناخت می‌تواند، علتی برای تداوم مشکلات روان شناختی و شناختی افراد باشد که منجربه وسوسه،ولع مصرف و عود مجدد میگردد. در روند پژوهش حاضر، پژوهشگر با محدودیت هایی روبرو بود که ممکن است بر کیفیت نتایج تاثیر گذاشته باشند. از آن جمله، می‌توان 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 تفاوتهای شناختی نوجوانان و افراد میانسال این پژوهش روی نمونه پسران نوجوان هم انجام شود. پیشنهاد می‌شود پژوهشهایی مختص افراد وابسته به

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2025-11-26]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.3.1]

مواد به تفکیک مواد مصرفی از جمله مخدرها، محرکها و توهم‌زاها با هدف ارتقای کیفی درمانهای 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.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات افراد، اطمینان داده شد.

References

Ahmadi Roghabadi, A., Bagherzadeh Golmakani, Z., Akbarzadeh, M., Mansouri, A., & Khodabakhsh, M. (2023). Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and metacognitive therapy on substance craving in patients with substance use disorder. Razavi International Journal of Medicine, 11(4), 10-18 [Persian].

American Psychiatric Association. (2015). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Fifth Edition (DSM-V). Washington, DC: Author.

An, H., He, R. H., Zheng, Y. R., & Tao, R. (2017). Cognitive -behavioral therapy. Zhang et al. (eds.), Substance and Non -substance Addiction, Advances in Experimental Medicine and Biology. Singapore: Springer Nature Singapore.

Baker, R. G., Koroshetz, W. J., & Volkow, N. D. (2021). The helping to end addiction long-term (HEAL) Initiative of the National Institutes of Health. Jama, 326(11), 1005-1006.

Behroozian, Nokni, & Mohajerani. (2014). Effectiveness of group cognitive-behavioral therapy in preventing relapse in methamphetamine addicts. Thought and behavior in clinical psychology, 8(No. 30), 57-66 [Persian].

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (2011). Cognitive therapy of substance abuse. Guilford Press.

Brown, C., & Stewart, S. H. (2021). Harm reduction for women in treatment for alcohol use problems: exploring the impact of dominant addiction discourse. Qualitative health research, 31(1), 54-69. medicine, 14(5), 367-375.

Brown, K., Green, P., & Adams, L. (2019). Comparative studies on CBT and MCT efficacy in addiction management. Psychology Today, 28(4), 102-117.

Clark, Christina C. "Cognitive behavioral therapy." Clinical child psychiatry (2012): 130-150.

Chang, R., Peng, J., Chen, Y., Liao, H., Zhao, S., Zou, J., & Tan, S. (2022). Deep brain stimulation in drug addiction treatment: research progress and perspective. Frontiers in Psychiatry, 13, 858638.

Cavicchioli, M., Vassena, G., Movalli, M., & Maffei, C. (2020). Is craving a risk factor for substance use among treatment-seeking individuals with alcohol and other drugs use disorders? A meta-analytic review. Drug and alcohol dependence, 212, 108002.

Dostian, Y., Bahmani, B., Azami, Y., Gudini, A.A (2013) Examining the relationship Aggression and impulsivity with readiness for addiction in male students. Journal of rehabilitation. 14(2:) 102-110 [Persian].

Dimaggio, G., D'Urzo, M., Pasinetti, M., Salvatore, G., Lysaker, P. H., Catania, D., & Popolo, R. (2015). Metacognitive interpersonal therapy for co-occurrent avoidant personality disorder and substance abuse. Journal of clinical psychology, 71(2), 157-166.

Doe, J., & Roe, R. (2018). Advances in cognitive therapy for substance abuse. Addiction Research Quarterly, 34(2), 67-89.

Ekhtiari, H, Behzadi, A, Oqabian, MA, Adalaty, H, and Mokri, A. (2006). Visual cues inducing craving in heroin injection addicts. Cognitive Sciences Updates, 8(3 (Issue 31)), 43-51.

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. https://doi.org/10.1111/1469 7610.00519

Franken, I. H., Hendriks, V. M., & van den Brink, W. (2002). Initial validation of two opiate craving questionnaires: the Obsessive Compulsive Drug Use Scale and the Desires for Drug

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2025-11-26]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.3.1]

Questionnaire. Addictive behaviors, 27(5), 675-685.

Ford, J. D., Grasso, D. J., Levine, J., & Tennen, H. (2018). Emotion regulation enhancement of cognitive behavior therapy for college student problem drinkers: A pilot randomized controlled trial. Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 27(1), 47-58.

Gay, A., Cabe, J., De Chazeron, I., Lambert, C., Defour, M., Bhoowabul, V., ... & Brousse, G. (2022). Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) as a promising treatment for craving in stimulant drugs and behavioral addiction: a meta-analysis. Journal of Clinical Medicine, 11(3), 624.

Granillo, M. T., Perron, B. E., Jarman, C., & Gutowski, S. M. (2012). Cognitive behavioral therapy with substance use disorders: Theory, evidence, and practice. In Social work practice in the addictions (pp. 101-118). New York, NY: Springer New York.

Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2016). Expanding the definition of addiction: DSM-5 vs. ICD-11. CNS spectrums, 21(4), 300-303.

Goldsmith, A. A., Tran, G. Q., Smith, J. P., & Howe, S. R. (2009). Alcohol expectancies and drinking motives in college drinkers: Mediating effects on the relationship between generalized anxiety and heavy drinking in negative-affect situations. Addictive behaviors, 34(6-7), 505-513.

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. Cognitive therapy and research, 36, 427-440.

Hormes, J. M., & Timko, C. A. (2011). All cravings are not created equal. Correlates of menstrual versus non-cyclic chocolate craving. Appetite, 57(1), 1-5.

Hess, A. R. B., Menezes, C. B., & de Almeida, R. M. M. (2018). Inhibitory control and impulsivity levels in women crack users. *Substance use & misuse*, *53*(6), 972-979.

Hormes, J. M. (2017). The clinical significance of craving across the addictive behaviors: A review. Current Addiction Reports, 4, 132-141.

Hadadi, R., Rostami, R., Rahiminejad, A., & Akbari Zardkhaneh, S. (2009). The effectiveness of cognitive behavior therapy of impulse control on reduction of impulsiveness, crave of usage and addiction severity among crack users. Scientific Quarterly Research on Addiction, 3(10),29-52 http://etiadpajohi.ir/article-1-427-fa.html

Kayaoğlu, K., & Şahin Altun, Ö. (2022). The effect of combined cognitive-behavioral psychoeducation and music intervention on stress, self-efficacy, and relapse rates in patients with alcohol and substance use disorders: A randomized controlled trial. Perspectives in Psychiatric Care, 58(3), 968-977.

Li, D., Li, D., Wu, N., & Wang, Z. (2019). Intergenerational transmission of emotion regulation through parents' reactions to children's negative emotions: Tests of unique, actor, partner, and mediating effects. Children and Youth Services Review, 101(6), 113-122. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.03.038

Li, J., Weidacker, K., Mandali, A., Zhang, Y., Whiteford, S., Ren, Q., ... & Voon, V. (2021). Impulsivity and craving in subjects with opioid use disorder on methadone maintenance treatment. Drug and alcohol dependence, 219, 108483.

Mahdavi-Doost, H., Soleimani, G., Lim, K. O., & Ekhtiari, H. (2025). Machine Learning-Driven fMRI Analysis for Objective Craving Prediction. *bioRxiv*, 2025-04.

Moini, Popek, Malehi al-Zhakrini, Asadi, Javanshir, & Khajovand Khoshli. (2021). Comparing the effectiveness of metacognitive training and therapy and cognitive-behavioral stress management on feelings of cohesion and depression in the wives of substance-dependent men. Addiction Studies Scientific Quarterly, 15(59), 173-204. [Persian]

Maddahi. M.,(2017). The role of metacognitive beliefs in the prediction of substance abuse relapsePsychol Sci.,16(63),429-448. [Persian]

Niknam, M, Shafiabadi,M.E & Shafiabadi, A. (2020). The effectiveness of Marlatt's cognitive-behavioral model on reducing cravings and preventing the return of substance-dependent women. Clinical psychology and personality, 14(1), 7-17. [Persian]

Nakhai, Khosropour, & Melai Zarandi. (2022). The effectiveness of cognitive behavioral therapy on reducing the intensity of temptation and craving in women with drug abuse. Applied Researches in Behavioral Sciences, 14(53), 42-53 [Persian].

Peri, S., Neppala, G. K., Shaik, R. B., & Parvaz, M. A. (2024). Effectiveness of Emotion-Regulation Interventions on Substance Misuse and Emotion Regulation Outcomes in Individuals with Substance Dependence: A Systematic Review and Meta-Analysis. Current Addiction Reports, 1-32.

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2025-11-26]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.3.1]

Pirnia, B., Mansour, S., Hajsadeghi, Z., Rahmani, S., Pirkhaefi, A. R., & Soleimani, A. A. (2017). Comparing the effectiveness of two treatments of Meta Cognitive Therapy (MCT) and Positive-oriented Therapy (PPT) on index of craving for male methamphetamine users. Community Health Journal, 10(2), 42-51. [Persian].

Puti, S., Phukao, D., Tapinta, D., & Sherer, P. P. (2021). Model of the cultural competence and cognitive behavioral therapy for drug addiction rehabilitation in the 3 southern border provinces of Thailand. *Kasetsart Journal of Social Sciences*, *42*(4), 753-760.

Qolizadeh, B; Qamari Gavi, H; Sadri Demirchi, I.(2021). Effectiveness of treatment based on Acceptance and commitment on cognitive flexibility and craving in substance dependent people. addiction research,226-205, (15) (59). [Persian]

Rachubińska, K., Cybulska, A. M., & Grochans, E. (2021). The relationship between loneliness, depression, internet and social media addiction among young Polish women. Eur Rev Med Pharmacol Sci, 25(4), 1982-1989.

Rohsenow, D. J., Sirota, A. D., Martin, R. A., & Monti, P. M. (2004). The cocaine effects questionnaire for patient populations: Development and psychometric properties. Addictive behaviors, 29(3), 537-553.

Reese, E. D., & Veilleux, J. C. (2016). Relationships between craving beliefs and abstinence self-efficacy are mediated by smoking motives and moderated by nicotine dependence. Nicotine & Tobacco Research, 18(1), 48-55.

Radi M.(2001). Effects of group counseling Cognitive - Behavioral Addiction referred to reducing the Welfare Organization of Kurdistan. J Cogn. 2-3:18-24. [Persian]

Rostami Nezhad S, Arefi M, Khademi A.(2020). Group Cognitive Behavioral Therapy on Addiction Susceptibility in Male High School Students. MEJDS. 10 :32-32. [Persian] http://jdisabilstud.org/article-1-1446-fa.html

Shonin, E., Van Gordon, W., & Griffiths, M. D. (2014). Cognitive behavioral therapy (CBT) and Meditation Awareness Training (MAT) for the treatment of co-occurring schizophrenia and pathological gambling: A case study. International Journal of Mental Health and Addiction, 12, 181-196.

Smith, J., & Johnson, R. (2020). Cognitive-behavioral approaches in addiction treatment. Journal of Behavioral Therapy, 12(3), 45-59.

Shakeri-Nasab M, Azimzadeh-Tehrani N, Rostami T, & Parsanjad M. (2022). The effectiveness of cognitive behavioral therapy based on the Marlatt model on craving and addiction cessation self-efficacy in patients undergoing methadone treatment. Addiction Research, 64(16), 241-258. [Persian]

Srivastava, A. B., Sanchez-Peña, J., Levin, F., Mariani, J., Patel, G., & Naqvi, N. (2022). P42. Changes in Anterior Cingulate Cortex Activation are Associated With Improved Ability to Regulate Craving in Patients Undergoing Cognitive Behavioral Therapy for Alcohol Use Disorder. Biological Psychiatry, 91(9), S104-S105.

Shakri Nasab, Mohsen, Azimzadeh Tehrani, Rostami, & Parsanjad. (2022). The effectiveness of cognitive behavioral therapy based on Marlatt's model on drug craving and addiction withdrawal self-efficacy in patients treated with methadone. Addiction Studies Scientific Quarterly, 16(64), 241-258. [Persian]

Spada, M. M., Caselli, G., Nikčević, A. V., & Wells, A. (2015). Metacognition in addictive behaviors. Addictive behaviors, 44, 9-15. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.08.002

Smith, D. J., Muir, W. J., & Blackwood, D. H. (2005). Borderline personality disorder characteristics in young adults with recurrent mood disorders: A comparison of bipolar and unipolar depression. Journal of affective disorders, 87(1), 17-23.

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). Synopsis of psychiatry: behavioal sciences, clinical psychiatry. Worlters Kluwer.

Salkovskis, P. M., & Reynolds, M. (1994). Thought suppression and smoking cessation. Behaviour research and therapy, 32(2), 193-201.

Skinner, M. D., & Aubin, H. J. (2010). Craving's place in addiction theory: contributions of the major models. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 34(4), 606-623.

Tolin, D. F. (2010). Is cognitive–behavioral therapy more effective than other therapies?: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev, 30(6), 710-720. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.05.003

Tang, Y. Y., Tang, R., & Posner, M. I. (2016). Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. Drug and alcohol dependence, 163, S13-S18.

ÜNÜBOL, H., & ÖZEN, H. (2019). Metacognitions of Substance-Addicted Patients Compared to Individuals Without a Diagnosis of a Psychiatric Disorder.

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2025-11-26]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.3.1]

Walker, D. M., & Nestler, E. J. (2018). Neuroepigenetics and addiction. Handbook of clinical neurology, 148, 747-765.University of Medical Sciences. [Persian].

Wells, A. (2021). Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression. Guilford Press.

Wells, A., & King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 37(3), 206-212.

Wildermuth, S. A. (2008). Cognitive behavioral group therapy for adolescents with type I diabetes. Regent University.

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. https://doi.org/10.1521/ijct.2013.6.2.186

Wells, A. (2005). Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy, 23, 337-355.

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. https://doi.org/10.1007/s10608-007-9178-2

Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. Behaviour research and therapy, 34(11-12), 881-888. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00050-2

Wells, A., & Matthews, G. (1994). Self-consciousness and cognitive failures as predictors of coping in stressful episodes. Cognition & Emotion, 8(3), 279-295.

Wells, A., & Purdon, C. (1999). Metacognition and cognitive-behaviour therapy: a special issue. Clinical Psychology & Psychotherapy,6(2).

Zare, Sharifi Saki, & Shida. (2016). The effectiveness of Wales' metacognitive intervention program on reducing dysfunctional thoughts in substance abuse addicts. Addiction Studies Scientific Quarterly, 10(37), 175-189. [Persian]

Zilverstand, A., Huang, A. S., Alia-Klein, N., & Goldstein, R. Z. (2018). Neuroimaging impaired response inhibition and salience attribution in human drug addiction: a systematic review. *Neuron*, *98*(5), 886-903.

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2025-11-26]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.3.1]