

اثربخشی درمان فراشناختی بر نقایص شناختی سالمندان مصرف‌کننده مواد

دکتر حسین ذوالفقاری ✉

دانشگاه پیام‌نور واحد تویسرکان

میرنادر میری

دانشگاه تهران

حسن مختاریپور

دانشگاه علامه طباطبائی

پذیرش: ۱۳۹۴/۰۹/۲۵

دریافت: ۱۳۹۴/۰۸/۲۶

سلامت روانی افراد سالمند مصرف‌کننده مواد همواره منظور نظر پژوهشگران فعال در حیطه‌ی اختلالات مربوط به مصرف مواد بوده است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر نظم‌جویی شناختی و سوگیری توجه افراد سالمند مصرف‌کننده مواد شهر همدان انجام گرفت. روش این مطالعه، نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل تمام بیماران مرد سالمند وابسته به مواد مخدر مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر همدان بود. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده شد. حجم نمونه شامل ۴۰ نفر از افراد سالمند مصرف‌کننده مواد حائز معیارهای ورود به مطالعه می‌شد. این افراد به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گواه (۲۰ نفر)، جایگزین شدند. برای گروه آزمایش ۸ جلسه درمان فراشناختی اجرا شد، در حالی که در این مدت به گروه گواه هیچ آموزشی داده نشد. ابزار این مطالعه شامل آزمون رنگ-واژه استروپ (بارهایم، لامی، پرگامین، باکرمز، و ون ایجزردون، ۲۰۰۷) و سبک‌های نظم‌جویی شناختی هیجانی (گارفنلسکی، کرایج، و اسپینهاون، ۲۰۰۲) می‌شد. یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان فراشناختی باعث کاهش نظم‌جویی شناختی منفی و سوگیری توجه، و افزایش نظم‌جویی شناختی مثبت افراد سالمند مصرف‌کننده مواد شده است. نتایج پژوهش در قالب الگوهای فراشناختی و الگوهای مربوط به سوءمصرف مواد مورد بحث و تفسیر قرار گرفت.

کلیدواژه‌ها: درمان فراشناختی، نظم‌جویی شناختی مثبت، نظم‌جویی شناختی منفی، سوگیری توجه، سالمند

این دوره یک ضرورت اجتماعی است. جمعیت‌شناسان آغاز دوران پیری و سالخوردگی را سنین ۶۰ تا ۶۵ سال محسوب می‌کنند. سازمان ملل در سال ۲۰۰۶، تعداد کل سالمندان جهان را ۶۸۷ میلیون ۹۲۳ هزار نفر اعلام کرده است. این تعداد در سال ۲۰۵۰ به رقم ۱ میلیارد و ۹۶۸ میلیون و ۱۵۳ نفر خواهد رسید (ملور، روسو، مک‌کابا، دیویسون، و جورج، ۲۰۰۸). یکی از مسائلی که این جمعیت فزاینده با آن روبرو است اعتیاد می‌باشد. آمارها نشان می‌دهد سالمندان اغلب تریاک و شبه تریاک‌ها را مصرف می‌کنند. آنها معمولاً از دوران جوانی به مواد مخدر روی آورده‌اند و تعداد سالمندانی که به تازگی

پدیده‌ی سالمندی، تغییرات زیستی بیولوژیکی، همراه با کاهش توان زندگی و قابلیت انطباق فرد، در برابر تغییر و تحولات ناگهانی می‌باشد (گورمن، ۲۰۰۰). سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر بوده و توجه به مسائل و نیازهای

حسین ذوالفقاری، دکتری علوم تربیتی، دانشگاه پیام‌نور، تویسرکان، ایران؛ میرنادر میری، کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران؛ حسن مختاریپور، کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به حسین ذوالفقاری، دکتری علوم تربیتی، دانشگاه پیام‌نور، تویسرکان، ایران باشد.

پست الکترونیکی: hossein.zolfaghari59@gmail.com

فراشناختی به حساب می‌آید. مدل فراشناختی^۴ یک چارچوب فراشناختی کلی در مفهوم‌سازی آسیب‌پذیری، ایجاد و حفظ اختلالات روانی ارائه می‌دهد. این مدل پیشنهاد می‌کند که اختلالات روانی (اختلال خلقی، اختلال وابستگی به مواد و غیره) از طریق الگوهای پایدار تفکر (نگرانی یا نشخوار فکری^۵)، راهبردهای توجهی مرتبط با نظارت و تهدید، اجتناب و سرکوب فکر ایجاد و حفظ می‌شوند که مجموع این فاکتورها به تشکیل یک سندرم شناختی-توجهی می‌انجامد و این سندرم باعث شکست در اصلاح باورهای ناسازگار با خود و افزایش دسترسی اطلاعات منفی درباره‌ی خود می‌گردد. به عبارتی سندرم شناختی-توجهی^۶ شامل یک الگوی تفکر پایدار و شامل نگرانی یا نشخوار فکری، توجه متمرکز بر تهدید و رفتارهای مقابله‌ای غیر مفید از جمله وابستگی به مواد، اجتناب و غیره می‌گردد که نتیجه‌ی عکس می‌دهند (کاسلی و اسپادا، ۲۰۱۰).

پژوهش‌های فراوان نشان داده‌اند که باورهای فراشناختی (ابعاد فراشناختی) با دسته‌ی وسیعی از اختلالات روانی ارتباط دارند که از میان آنها می‌توان به مواردی همچون اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی (ولز، ۲۰۰۹)، علائم وسواس فکری-عملی (فیشر و ولز، ۲۰۰۸)، خود بیمار انگاری و اضطراب امتحان (ولز، ۲۰۰۰)، اهمال‌کاری^۷ (اسپادا و همکاران، ۲۰۰۶)، اختلال استرس پس از سانحه (اسپادا و همکاران، ۲۰۰۷) و سایکوز (ولز و پاپاگتورگیو، ۱۹۹۸). در رویکرد فراشناختی، باورهای فراشناختی، کلید و راهنمایی است که شیوه‌ی پاسخ‌دهی افراد به افکار منفی، باورها، علائم و هیجان‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و نیروی محرکه‌ای در پس الگوی تفکر مسموم (سندرم شناختی-توجهی) است که به رنج روانی و هیجانی می‌انجامد (جانک، کالامری، ریمن، و هفولینگر، ۲۰۰۳). دو مورد مهم از باورهای فراشناختی که به تداوم الگوی سندرم شناختی-توجهی کمک می‌کند عبارت از (۱) باورهای فراشناختی مثبت^۸ و (۲) باورهای فراشناختی منفی^۹ هستند. باورهای فراشناختی مثبت به سودمندی نگرانی، نشخوار

معتاد شده باشند، اندک است (گلرنتر و کرانزله، ۲۰۱۰). از طرفی دیگر، به صورت کلی، وابستگی و مصرف مواد به عنوان اختلالات مزمن و عودکننده با تأثیرات و پیش‌آیندهای زیستی، فرهنگی، روانی، اجتماعی، رفتاری و معنوی در نظر گرفته می‌شود و یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامت عمومی در سراسر جهان به شمار می‌آید (بریسلاو، نوواک، و کسلر، ۲۰۰۴). در حال حاضر درمان اعتیاد، خط اول دفاع علیه بیماری‌هایی مانند ایدز و هیپاتیت است. در تحقیق‌های مرتبط با وابستگی به مواد، علاوه بر تبیین ابعاد گوناگون این مشکل، سعی شده است متغیرهایی که این اختلال را پیش‌بینی می‌کنند نیز کشف شود. یکی از متغیرهای مهم، عوامل فراشناختی^۱ است. با وجود تأکید تحقیقات قدیمی‌تر بر تأثیر عوامل شناختی بر اختلال وابستگی به مواد، با مطرح شدن ابعاد فراشناختی، معلوم شده است که باورهای فراشناختی در آسیب‌پذیری نسبت به اختلال وابستگی به مواد نقش دارند و زمینه‌ساز آسیب‌پذیری افراد در وابستگی به مواد می‌باشند (اسپادا، زندوورت، و ولز، ۲۰۰۷).

در زمینه‌ی مصرف و وابستگی به مواد، برخی دیدگاه‌های روان‌شناختی بر ویژگی‌های شخصیتی افراد تمرکز دارند اما در دیدگاه‌های دیگری چون نظریه شناختی-رفتاری^۲ فرض عمده این است که وابستگی به مواد، یک رفتار یادگیری شده است که از طریق شرطی‌سازی ایزاری و کلاسیک و واسطه‌های شناختی^۳ کسب می‌شود. مداخلات شناختی نیز برای وابستگی به مواد عمدتاً بر دو حیطه از واسطه‌های شناختی تمرکز دارند: ۱- شناسایی و اصلاح تجربیات مرتبط با مواد و ۲- استخراج و بازسازی باورها و شناخت‌ها (اسپادا، هیو، و نیکسویچ، ۲۰۰۶). اما این رویکرد دارای محدودیت‌هایی است که از آن جمله می‌توان به تأکید آن بر محتوای باورها (شناخت‌ها) و نادیده گرفتن فرایندهای پویا و باورهای فراشناختی اشاره کرد. یکی از رویکردهای جدید در زمینه سبب‌شناسی و درمان بسیاری از اختلالات روانی مدل فراشناختی ولز (۲۰۰۰، ۲۰۰۹؛ ولز و کارتر، ۲۰۰۱) است و نخستین مدل جهت مفهوم‌سازی عوامل چندگانه

⁴ metacognitive model

⁵ rumination

⁶ cognitive attentional syndrome

⁷ procrastination

⁸ positive metacognitive beliefs

⁹ negative metacognitive beliefs

¹ metacognitive factors

² cognitive behavior theory

³ cognitive intermediate

تعارض‌های میان آنها است. لذا مفهوم نظم‌جویی شناختی هیجانی به دقت مرتبط با مفهوم مقابله است (اولاک، گارنفسکی، و کرایچ، ۲۰۰۷). سبک‌های مقابله در سه بعد (۱) شناختی (با تفکر)، (۲) مداخلات رفتاری و (۳) ترکیبی از دو بعد شناختی و رفتاری هیجان را نظم‌جویی می‌کنند (پارکینسون و توتردل، ۱۹۹۹). نظم‌جویی هیجان نقش برجسته‌ای در تحول و حفظ اختلالات هیجانی دارد و حیطة‌ی گسترده‌ای از هوشیار و ناهوشیار فیزیولوژیکی و رفتاری و فرایندهای شناختی را شامل می‌شود (گراس، ۲۰۰۱). نظم‌جویی شناختی هیجانی به تمام سبک‌های شناختی اطلاق می‌شود که هر فردی از آن به منظور افزایش یا کاهش و یا حفظ هیجان خود استفاده می‌کند (گراس و مونوز، ۱۹۹۵).

در نظم‌جویی هیجان بیشتر از دو پارچوب مهم بررسی می‌شوند که عبارتند از: (۱) راهبردهای نظم‌جویی هیجان که قبل از وقوع حادثه یا در آغاز بروز آن فعال می‌شوند و (۲) راهبردهایی نظم‌جویی هیجان که پس از بروز حادثه و یا بعد از شکل‌گیری هیجان فعال می‌شوند. راهبردهای نظم‌جویی هیجان که قبل از وقوع حادثه فعال می‌شوند در کنترل هیجان منفی حوادث نقش مهمی دارند (گراس، ۱۹۹۸)، زیرا موجب تفسیر واقعه به نحوی می‌شوند که پاسخ‌های هیجانی منفی را کاهش می‌دهد. پژوهش گراس و جان (۲۰۰۳) نشان می‌دهد که تفاوت‌های افراد در استفاده از سبک‌های مختلف نظم‌جویی شناختی هیجانی موجب پیامدهای عاطفی، شناختی و اجتماعی مختلفی می‌شود، چنان که استفاده از سبک‌های ارزیابی مجدد با هیجان‌های مثبت و عملکردهای میان‌فردی بهتر و بهزیستی بالا ارتباط دارد. از طرفی بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی (دیویس و کلارک، ۱۹۹۸) سرکوب هیجان در هنگام رویارویی با یک رویداد استرس‌زا باعث پدید آمدن نشخوار فکری بعد از رویداد می‌شود. مطالعه بر روی مبتلایان به وسواس فکری-عملی نشان می‌دهد این بیماران نسبت به افراد سالم از سبک‌های خود سرزنشی، فاجعه‌انگاری بالاتر و سبک ارزیابی مجدد مثبت کمتر استفاده می‌کنند (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۲). در مطالعه‌ی دیگر سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه‌انگاری و ارزیابی مجدد مثبت از پیش‌بینی کننده‌های قوی هیجان‌های منفی گزارش شده است (مارتین و دالن، ۲۰۰۵). همچنین سبک‌های نظم‌جویی

فکری، نظارت بر تهدید و دیگر راهبردهای مشابه (وابستگی به مواد، سرکوب فکر و غیره) مربوط می‌شوند. دومین حوزه از باورهای فراشناختی با اهمیت منفی و معنای رویدادهای شناختی درونی از قبیل افکار و باورهای متداول سروکار دارد. دو زیر مجموعه از فراباورهای منفی وجود دارد: آنهایی که به کنترل‌ناپذیری افکار مربوط می‌شوند و آنهایی که مربوط به خطر، اهمیت و معنای افکار هستند. این فراباورها به تداوم سندرم شناختی-توجهی منجر می‌شوند، زیرا به شکست در کنترل افکار می‌انجامند و باعث تعبیر و تفسیرهای منفی و تحریف شده از رویدادهای ذهنی می‌گردند. همچنین این فراباورها می‌توانند به ایجاد تجربیات هیجانی یا حالت‌های احساسی منجر شوند (اسپادا و ولز، ۲۰۱۰).

اولین پژوهش‌ها در زمینه‌ی نقش باورهای فراشناختی در وابستگی به مواد توسط ولز (۲۰۰۹) و همکارانش صورت گرفته است. نتایج مطالعات اخیر آنها حاکی از آن است که بین باورهای فراشناختی و وابستگی به مواد رابطه وجود دارد. همچنین در دو تحقیق مقدماتی دیگر (اسپادا و همکاران، ۲۰۰۷؛ اسپادا و ولز، ۲۰۰۸) یافته‌ها نشان داده‌اند که افراد وابسته به مواد در مقایسه با افراد بهنجار در باورهای فراشناختی نمرات بالاتری را گزارش کردند. از سویی دیگر، از نظر آرون بک^۱ (به نقل از جیمز، نیلز، و پارک، ۲۰۱۰) عقاید منفی درباره‌ی خود، عامل محوری در اختلال افسردگی و بسیاری از اختلالات دیگر است و نگرش‌های منفی بخش اصلی تغییرات خلق محسوب می‌شوند. از طرفی تغییر در هر کدام از بخش‌های مختلف عملکرد سیستم‌های شناختی از قبیل حافظه، توجه و هوشیاری موجب تغییر خلق می‌شود. بنابراین نمی‌توان نقش نظم‌جویی شناختی هیجانی را در سازگاری افراد با وقایع استرس‌زای زندگی نادیده گرفت (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶). در رویکردهای نوین نیز، علت اختلالات هیجانی به نقص در کنترل‌های شناختی نسبت داده می‌شود، به طوری که ناتوانی در کنترل هیجان منفی ناشی از وجود افکار و باورهای منفی درباره‌ی نگرانی و استفاده از شیوه‌های ناکارآمد مقابله‌ای است (ولز، ۲۰۰۶).

سبک‌های مقابله مشتمل بر کوشش‌هایی از نوع عملی و درون‌روانی برای مهار مقتضیات درونی و محیطی و

^۱ Beck

نظام‌دار به‌وجود آمده و به فنون مختلفی منجر شده که اثربخشی آن‌ها در مطالعات علمی نشان داده شده است. از آنجایی که مفهوم سبک‌های نظم‌جویی شناختی هیجانی و سوگیری توجه در عرصه‌ی ارائه‌ی پژوهش‌های روان‌شناختی وارد شده است و درباره‌ی تغییرات این سبک‌ها در جوامع خاص (مصرف کنندگان مواد مخدر سالمند) مطالعه‌ای انجام نشده بود، لذا مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین میزان تغییرپذیری هر کدام از سبک‌های نظم‌جویی شناختی هیجانی سازگار و سوگیری توجه، تحت تأثیر درمان فراشناختی صورت گرفته است. بنابراین در این پژوهش تأثیر درمان فراشناختی (ولز، ۲۰۰۹) بر سوگیری توجه و نظم‌جویی شناختی افراد سالمند مصرف کننده‌ی مواد مورد بررسی قرار گرفت. به صورت کلی فرضیه‌های اصلی این پژوهش عبارتند از اینکه (۱) درمان فراشناختی بر نظم‌جویی شناختی هیجانی شناختی افراد معتاد سالمند مؤثر است و (۲) درمان فراشناختی بر سوگیری توجه افراد معتاد سالمند مؤثر است.

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

روش این مطالعه، نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر عبارت بود از تمام بیماران سالمند مرد وابسته به مواد مخدر مراجعه کننده‌ی مراکز ترک اعتیاد شهر همدان. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده شد. به این صورت که از بین نواحی شهر همدان، یک ناحیه انتخاب و در نهایت، ۳ مرکز ترک اعتیاد از آن ناحیه انتخاب گردید. اعضای نمونه از بین افرادی انتخاب شدند که در سال ۱۳۹۴ در مراکز درمان اعتیاد تحت درمان قرار داشتند، به این صورت که با اعلامیه‌ای که در کلینیک‌های درمانی نصب شده بود افراد علاقمند به شرکت در درمان با پژوهشگر تماس گرفته و در یک روز معین در جلسه‌ی معارفه شرکت کردند و نمونه از بین آنها انتخاب گردید. در این درمان، دو گروه ۲۰ نفری شامل گروه آزمایش و گروه گواه به طور تصادفی قرار گرفتند. برای کنترل عوامل مداخله‌گر با توجه به تحقیقات پیشین ویژگی‌های شمول برای انتخاب نمونه شامل جنس مرد، حدود سنی بین ۵۵ تا ۷۵ سال، عدم تشخیص در یکی از محورهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی اختلالات روانی،

شناختی هیجانی تمرکز مجدد مثبت و ارزیابی مجدد مثبت با ناراحتی روان‌شناختی رابطه‌ی معکوس دارد (گارنفسکی، بان، و کرایج، ۲۰۰۵).

یکی دیگر از نقص‌های شناختی عمده‌ای که مورد توجه پژوهشگران این حوزه (حوزه‌ی سالمندان مصرف کننده‌ی مواد) قرار گرفته، موضوع سوگیری توجه^۱ است. سوگیری توجه به تخصیص افتراقی توجه به سوی محرک تهدید کننده نسبت به محرک خنثی اشاره دارد (بارهایم و همکاران، ۲۰۰۷). این موضوع از دو منظر مورد بررسی قرار گرفته است. نخست از منظر فرایند و دوم از منظر محتوا. از منظر فرایند، سوگیری توجه در قالب مراحل مختلف پردازش شناختی مورد تأکید قرار گرفته است. برای مثال اعتقاد بر این است که افراد مضطرب در بخش ابتدایی پردازش اطلاعات (سطح پیش‌توجهی) سوگیری شناختی دارند؛ در حالی که افراد مبتلا به اختلالات افسردگی در بخش نهایی یعنی آن چه به حافظه مربوط می‌شود، سوگیری نشان می‌دهند (ویلیامز، متیوز، و مک لئود، ۱۹۹۶). در بحث محتوا، پژوهشگران سعی کرده‌اند که محتوای فکری خاص بیماران مبتلا به اختلالات هیجانی مختلف را بررسی کنند. در این دیدگاه، آزمایش‌های پردازش اطلاعات بر محرک وابسته به محتوا متکی است تا سوگیری‌های خاص پردازش اطلاعات در اختلال وسواس-بی‌اختیاری را شناسایی کند. پارادایم‌های مختلفی برای بررسی این موضوع به وجود آمده است. در آزمون استروپ^۲ هیجانی، سوگیری توجه را می‌توان از تأخیر زمانی آزمودنی‌ها در نامیدن رنگ واژه‌هایی که در این آزمون تعبیه شده و برای آن‌ها نشانه‌های خطر به شمار می‌رود، استنباط کرد. این چشم‌انداز آزمایشی به طور گسترده‌ای برای بررسی سوگیری‌های پردازش اطلاعات در سایر اختلالات هیجانی (کلارک، ۲۰۰۷) و در افسردگی (آیزمن و همکاران، ۲۰۰۳) استفاده شده است. بررسی از این چشم‌انداز شامل تمرکز بر سوگیری‌ها و ناهنجاری‌های پردازش اطلاعات می‌باشد تا از این طریق مشخصه‌های کلیدی یک اختلال را تبیین کند و بدین ترتیب بینشی را به ماهیت سبب‌شناسی و پایداری آن اختلال فراهم می‌آورد. همانطور که ذکر شد درمان فراشناختی رویکرد نوظهوری است که در نتیجه‌ی مدل‌سازی و فرضیه‌آزمایی

¹ attention bias

² stroop test

فاجعه‌انگاری^۶: تفکر با محتوای وحشت از حادثه، و (۴) سرزنش دیگری^۷: تفکر با محتوای مقصر دانستن و سرزنش دیگران به خاطر آنچه اتفاق افتاده است (گارفنسی، کرایچ، و اسپینهاون، ۲۰۰۱). روایی ساختاری و پایایی این مقیاس در ایران با استفاده از تحلیل عامل تأییدی مورد تأیید قرار گرفته است و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای هر کدام از زیرمقیاس‌ها مابین ۰/۶۴ الی ۰/۸۲ گزارش شده است (عبدی، ۲۰۰۷).

آزمون رنگ-واژه استروپ: این آزمون روش ارزیابی عصب روان‌شناختی رایجی برای کارکردهای اجرایی (توجه انتخابی و متمرکز) به شمار می‌رود. به علاوه، استروپ به نظام پایه توجه نیز اشاره دارد (گراث-مارنات، ۲۰۰۰). آزمون استاندارد کلمه - رنگ استروپ، که گاهی آزمون کلمه - رنگ دنباله‌دار نامیده می‌شود همان فرایندی است که استروپ در سال ۱۹۳۵ انجام داده است. در این آزمون، آزمودنی باید رنگ لغاتی را که با رنگ‌های مختلف نوشته شده است بدون توجه به معنای آنها بیان کند. اجرای آزمون استروپ (نسخه‌ی ویکتوریا) در این پژوهش به صورت چاپ ۲۴ کلمه با نام چهار رنگ در چهار ستون شش‌تایی بود که در نسخه‌ی اول، نام رنگ با کلمه‌ی هماهنگ (توجه اتوماتیک) و در نسخه دوم ناهماهنگ (اثر تداخل برای سنجش توجه اجرایی) مورد ارزیابی قرار گرفت. در هر نسخه، فرد باید در مدت ۱۲ ثانیه تا آنجا که می‌تواند نام رنگی را که کلمات با آن چاپ شده بودند، بخواند. تعداد مواردی که صحیح خوانده می‌شود، نمره‌ی محسوب شده است. دامنه‌ی نمره بین صفر تا ۲۴ است و تعداد خطای بیشتر نشان دهنده‌ی اختلال بالاتر در توجه و تمرکز می‌باشد. روایی این آزمون بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ گزارش شده است (نعمت‌پور، ۱۳۷۴). پایایی آزمون به روش بازآزمایی ۰/۸۹ گزارش شده است (اختیاری، عدالتی و بهزادی، ۱۳۸۷).

مداخله‌ی فراشناختی مورد استفاده در این پژوهش بر اساس درمان فراشناختی ولز (۲۰۰۰) بود. در زیر خلاصه‌ای از طرح درمان فراشناختی در ۸ جلسه آمده است.

عدم دارا بودن مشکلات طبی یا قانونی تأثیرگذار بر روند بیماری فرد شرکت کننده، عدم دریافت داروهای روانپزشکی (اعم از بنزودیازپین‌ها، هر نوع داروی ضد افسردگی و اضطراب) برای مدت بیش از دو هفته قبل از شروع مداخله درمانی و کسب حداقل نمرات در آزمون‌های نظم‌جویی شناختی هیجانی و رنگ-واژه بودند. بیماران دارای شرایط فوق و مایل به همکاری در تحقیق با کسب رضایت‌نامه کتبی وارد پژوهش شدند.

ابزار

پرسش‌نامه سبک‌های نظم‌جویی شناختی هیجانی^۱: پرسش‌نامه‌ی سبک‌های تنظیم شناختی هیجانی ۳۶ آیتم دارد. پاسخگویی به هر یک از آیتم‌های آن به صورت مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای می‌باشد. این پرسش‌نامه دارای ۹ زیرمقیاس است. پنج زیرمقیاس این پرسش‌نامه سبک‌های نظم‌جویی شناختی هیجانی سازگار (مثبت) و چهار زیرمقیاس دیگر سبک‌های نظم‌جویی شناختی هیجانی ناسازگار (منفی) هستند. بنابراین هر فرد در این پرسش‌نامه ۱۱ نمره‌ی جداگانه می‌تواند دریافت کند. الف) سبک‌های نظم‌جویی شناختی هیجانی سازگار: این شیوه‌ی مقابله، شامل ۵ زیرمقیاس می‌باشد و راهبردهای مقابله‌ای بهنجار محسوب می‌شوند که عبارتند از: (۱) پذیرش: تفکر با محتوای پذیرش و تسلیم رخداد، (۲) تمرکز مجدد مثبت^۲: فکر کردن به موضوع لذت بخش و شاد به جای تفکر درباره‌ی حادثه واقعی، (۳) تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی: فکر کردن درباره‌ی مراحل فائق آمدن بر واقعه‌ی منفی یا تغییر آن، (۴) ارزیابی مجدد مثبت^۳: تفکر درباره‌ی جنبه‌های مثبت واقعه یا ارتقای شخصی، و (۵) کنار آمدن با دیدگاه^۴: تفکرات مربوط به کم اهمیت بودن واقعه یا تأکید بر نسبت آن در مقایسه با سایر وقایع. ب) سبک‌های نظم‌جویی شناختی هیجانی ناسازگار: این شیوه‌ی مقابله شامل چهار زیرمقیاس می‌باشد و راهبردهای مقابله‌ای نابهنجار را تشکیل می‌دهند که عبارتند از: (۱) سرزنش خود^۵: تفکر با محتوای تقصیر دانستن و سرزنش خود، (۲) نشخوار فکری: اشتغال ذهنی درباره‌ی احساسات و تفکرات مرتبط با واقعه‌ی منفی، (۳)

¹ cognitive emotional regulation questionnaire

² positive refocusing

³ positive reappraisal

⁴ putting into perspective

⁵ self-blame

⁶ catastrophising

⁷ blaming others

جدول ۱

مراحل هشت‌گانه‌ی مداخله‌ی فراشناختی بر اساس درمان فراشناختی ولز (۲۰۰۰)

جلسات	شرح مختصر
اول	معارفه، ارزیابی علائم و معرفی بدتنظیمی هیجانی و سوگیری توجه، تفکیک اضطراب اجتماعی عادی و مشکل آفرین و مسأله‌ساز برای افراد، مشخص کردن نیاز و ضرورت درمان.
دوم	ارائه‌ی منطق درمان فراشناختی برای اختلالات روان‌شناختی و ارتقای حالت‌های بهنجار، بررسی علائم بدتنظیمی هیجانی و سوگیری توجه در افراد، بررسی علل احتمالی مؤثر در سبب شناسی بدتنظیمی هیجانی و سوگیری توجه، بررسی درمان‌های مختلف برای بدتنظیمی هیجانی و سوگیری توجه، ارائه‌ی توضیحاتی در مورد منطق درمان فراشناختی برای بدتنظیمی هیجانی و سوگیری توجه.
سوم	ارزیابی و شناسایی باورهای مثبت و منفی فراشناختی در افراد و تحلیل مزایا و معایب این باورها.
چهارم	شناسایی راهبردهای کنترل فراشناختی بیماران، تحلیل مزایا و معایب راهبردهای کنترل فراشناختی مورد استفاده، جایگزین کردن راهبردهای کنترل فراشناختی سودمندتر.
پنجم	کاربرد شیوه‌ی فاصله گرفتن از ذهن‌آگاهی (mindfulness) در برخورد با راهبردها و افکار ناکارآمد فراشناختی. (بیماران یاد بگیرند که با افکار خود همچون ابری در ذهن خود برخورد کنند، چنانچه نیاز به پردازش نداشته باشد).
ششم	آشناسازی بیماران با دو راهبرد نگرانی و نشخوار فکری به عنوان راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، تحلیل سود و زیان نگرانی و نشخوار ذهنی، تحلیل فرایند سرکوب افکار به عنوان یک فرایند ناکارآمد (ببر سفید) و آشناسازی با پیامدهای درگیری با علائم، آموزش شیوه‌ی به تعویق انداختن نگرانی.
هفتم	آشناسازی بیماران با نشانگان توجهی شناختی در تداوم اختلال‌های روانی، ارائه‌ی منطق فنون آموزش توجه (attention training technique) به افراد و آموزش این شیوه به افراد.
هشتم	آموزش شیوه‌ی متمرکز کردن توجه بر موقعیت (situational attention refocusing) به عنوان یک راهبرد فراشناختی کارآمد و آماده کردن اعضا برای اختتامیه، شناسایی موانع موجود در به کارگیری روش‌ها، علت‌یابی و رفع آن و در نهایت نتیجه‌گیری.

روش اجرا

پس از مشخص شدن افرادی که از شرایط ورود به مطالعه برخوردار بودند، از تمام شرکت‌کنندگان پیش‌آزمون به عمل آمد. سپس از انتصاب تصادفی برای جایگزینی شرکت‌کنندگان به دو گروه آزمایش و گواه استفاده شد. سپس گروه آزمایش در ۸ جلسه‌ی هفتگی ۱ ساعته در یکی از مراکز روانشناختی، تحت درمان فراشناختی قرار گرفتند، در حالی که افراد گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. در پایان مداخله هر دو گروه طی دو مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه دوباره ارزیابی شدند. به منظور رعایت اصول اخلاقی به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنها به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و آنان اختیار کامل دارند که در پژوهش شرکت نکنند یا در هر مرحله که بخواهند، از ادامه‌ی پژوهش انصراف دهند. در پایان پژوهش نیز افراد گروه

گواه به مدت ۵ جلسه تحت درمان فراشناختی قرار گرفتند. مداخله‌ی فراشناختی مورد استفاده در این پژوهش براساس درمان فراشناختی ولز (۲۰۰۰) بود. همچنین پروتکل درمانی توسط یک کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی که ۶ ماه دوره‌ی درمان فراشناختی را دیده بود، انجام گرفت. در هر جلسه علاوه بر مرور جلسه و تمرینات جلسه‌ی قبل تکالیف خانگی نیز داده شد. اطلاعات حاصل از پرسش‌نامه‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ و روش آماری تحلیل کوواریانس، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) دو گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲

میانگین و انحراف استاندارد دو گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه گواه		گروه آزمایش		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		متغیرها
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۱۰/۱۸	۲۸/۴۵	۱۰/۳۸	۲۸/۵۵	۹/۸۸	۴۶/۶۰	۱۰/۲۹	۲۹/۷۰	نظم‌جویی شناختی مثبت
۷/۳۹	۶۸/۶۵	۷/۳۸	۶۸/۲۵	۷/۷۱	۴۵/۸۰	۸/۰۱	۶۹/۱۰	نظم‌جویی شناختی منفی
۵۱۹/۹۰	۲۴۵۸	۵۱۷/۲۳	۲۴۴۸	۴۷۷/۰۷	۲۱۲۴	۵۱۷/۰۴	۲۴۶۹	سوگیری توجه

لوین در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در جامعه در جدول ۳ ارائه شده است، که بر اساس آن پیش‌فرض تساوی واریانس‌های دو گروه رد نمی‌شود.

جهت بررسی معناداری تفاوت میانگین‌ها در پس‌آزمون، از آزمون کوواریانس استفاده شد. برای بررسی پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون

جدول ۳

نتایج آزمون لوین در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در جامعه

متغیر	مقیاس	درجه‌آزادی اول	درجه‌آزادی دوم	معنی‌داری
نظم‌جویی شناختی	۱۰/۳۷	۱	۳۸	۰/۵۴
سوگیری توجه	۱۱/۰۹	۱	۳۸	۰/۳۰

ضرایب F به دست آمده در سطوح معناداری، با حذف اثر نمره‌های نظم‌جویی شناختی مثبت و منفی و سوگیری توجه، پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش، اثر اصلی متغیر درمان بر نمره‌های پس‌آزمون معنادار است.

در جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس برای اثر درمان فراشناختی بر متغیر نظم‌جویی شناختی مثبت و منفی و سوگیری توجه با کنترل متغیر پیش‌آزمون آورده شده است. همانگونه که در جدول مشاهده می‌گردد، با توجه به

جدول ۴

خلاصه‌ی تحلیل کوواریانس برای اثر درمان فراشناختی بر متغیر نظم‌جویی شناختی

متغیر	منبع کنترل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	اتا
نظم‌جویی شناختی مثبت	پیش‌آزمون	۳۱۳۹/۶۰	۱	۳۱۳۹/۶۰	۱۶۹/۳۰	۰/۰۱	۰/۸۲
	گروه	۲۹۲۷/۹۶	۱	۲۹۲۷/۹۶	۱۵۷/۸۸	۰/۰۱	۰/۸۱
	خطا	۶۸۶/۱۴	۳۷	۱۸/۵۴			
	کل	۶۳۴۴۵/۰	۴۰				
نظم‌جویی شناختی منفی	پیش‌آزمون	۱۱۲۹/۵۲	۱	۱۱۲۹/۵۲	۴۰/۱۷	۰/۰۱	۰/۵۲
	گروه	۵۴۸۲/۱۷	۱	۵۴۸۲/۱۷	۱۹۴/۹۹	۰/۰۱	۰/۸۴
	خطا	۱۰۴۰/۲۲	۳۷	۲۸/۱۱			
	کل	۱۳۸۳۷۹/۰	۴۰				
سوگیری توجه	پیش‌آزمون	۸۶۳۶۳۷۱/۰۲	۱	۸۶۳۶۳۷۱/۰۲	۳۸۷/۹۵	۰/۰۱	۰/۹۱
	گروه	۱۱۶۵۲۹۴/۶۹	۱	۱۱۶۵۲۹۴/۶۹	۵۳/۳۴	۰/۰۱	۰/۵۸
	خطا	۸۲۳۶۶۸/۹۷	۳۷	۲۲۲۶۱/۳۲			
	کل	۲۲۰۵۲۲۸۴/۰	۴۰				

پیش‌آزمون به طور معناداری کوچکتر از میانگین گروه آزمایش است که این امر نشان دهنده‌ی تاثیر درمان فراشناختی بر متغیر نظم‌جویی شناختی مثبت افراد سالمند مصرف‌کننده‌ی مواد است. پس از کم کردن تفاوت میانگین‌ها در پیش‌آزمون، تفاوت بین میانگین‌های تعدیل

ملاحظه‌ی قسمت اول جدول ۴ نشان می‌دهد که پس از کم کردن تفاوت میانگین‌ها در پیش‌آزمون، تفاوت بین میانگین‌های تعدیل شده دو گروه آزمایش و گواه از لحاظ آماری معنی‌دار است ($F=157/88, P<0/01$). بدین معنی که میانگین گروه گواه پس از کم کردن تفاوت اولیه آنها در

شده دو گروه آزمایش و گواه از لحاظ آماری معنی‌دار است ($P < 0.01$, $F = 194/99$).

ملاحظه‌ی جدول ۴ نشان می‌دهد که پس از کم کردن تفاوت میانگین‌ها در پیش‌آزمون، تفاوت بین میانگین‌های تعدیل شده دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ آماری معنی‌دار است ($P < 0.01$, $F = 53/34$). بدین معنی که میانگین گروه کنترل پس از کم کردن تفاوت اولیه‌ی آنها در پیش‌آزمون به طور معناداری کوچکتر از میانگین گروه آزمایش است که این امر نشان دهنده‌ی تأثیر درمان فراشناختی بر متغیر سوگیری توجه است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش یک پژوهش نیمه‌آزمایشی بود که به بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر نظم‌جویی شناختی و سوگیری توجه افراد سالمند مصرف‌کننده‌ی مواد در شهر همدان پرداخت.

در ارتباط با فرضیه اول این پژوهش (نظم‌جویی شناختی مثبت)، یافته‌ها نشان داد که درمان فراشناختی می‌تواند نظم‌جویی شناختی مثبت افراد مصرف‌کننده‌ی مواد را افزایش دهد. این نتایج همسو با یافته‌های اولاک و همکاران (۲۰۰۷) و گراس (۲۰۰۱) بوده است. همانگونه که نظریه پردازان اصلی این حیطه (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۵) عنوان نموده‌اند نظم‌جویی هیجان نقش برجسته‌ای در تحول و حفظ اختلالات هیجانی دارد و حیطه‌ی گسترده‌ای از فرایندهای فیزیولوژیکی، رفتاری، و شناختی را شامل می‌شود. نظم‌جویی شناختی هیجانی به تمام سبک‌های شناختی اطلاق می‌شود که هر فردی از آن به منظور افزایش یا کاهش و یا حفظ هیجان خود استفاده می‌کند. از سویی دیگر بریسلو و همکاران (۲۰۰۴) همواره خاطرنشان کرده‌اند که افراد سالمند مصرف‌کننده‌ی مواد در زمینه‌ی شناسایی و مدیریت هیجان‌های خود دچار مشکل هستند و نمونه‌هایی از ناگویی خلقی نیز در آنها مشاهده شده است. بنابراین به نظر می‌رسد که درمان فراشناختی با ایجاد تغییراتی در نحوه‌ی اندیشیدن این افراد درباره‌ی اندیشه‌های خود و دیگران، و شناسایی بهتر و دقیق‌تر هیجان‌های خود و دیگران، قادر به نظم‌جویی مثبت هیجان‌هاست خود می‌شوند و قادرند به صورت خودانگیخته از فنون نظم‌دهنده‌ی مثبت بهره‌مند شوند. همسو با دیدگاه‌های پایه‌ی ولز (۲۰۰۰، ۲۰۰۹) می‌توان

اشاره داشت که نارساکنش‌وری فرایندهای شناختی و هیجانی و عدم نظم‌جویی مناسب هیجان‌ها و شناخت‌ها، بستر مناسبی را برای گرایش احتمالی فرد به سمت مصرف مواد مخدر فراهم می‌آورد. در نتیجه چنانچه فرد در معرض موقعیت‌های برانگیزاننده قرار گیرد ممکن است به رفتار مصرف دست بزند. از دگرسو، چنانچه نارساکنش‌وری شناختی و هیجانی را به عنوان یک عامل زمینه‌ساز برای مصرف مواد بپذیریم، درمان فراشناختی که تمرکز اصلی خود را بر تغییر و بهبود نقص‌های شناختی-هیجانی گذاشته است، می‌تواند به این گروه از افراد یاری رساند و به ویژه در گروه مصرف‌کنندگان سالمند که با افزایش سن خود نیز ممکن است با برخی مشکلات نقص شناختی روبرو شوند، ممکن است اثرات مثبتی داشته باشد.

در زمینه‌ی بخش دوم فرضیه اول (نظم‌جویی شناختی منفی)، یافته‌ها حاکی از تأثیر درمان فراشناختی بر کاهش استفاده از راهبردهای نظم‌جویی شناختی منفی بود. این یافته‌ها نیز همسو با نتایج جیمنز و همکاران (۲۰۱۰)، کسلی و اسپادا (۲۰۱۰) است. آنگونه که گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) مطرح کرده‌اند، نظم‌جویی شناختی منفی به معنای استفاده از راهبردهای ناکارآمد و منفی برای مدیریت هیجان‌ها در شرایط حساس است (مانند نشخوار فکری، فاجعه‌انگاری، سرزنش دیگری، یا خودسرزنش گری). پژوهش‌ها نشان داده است که افراد سالمند مصرف‌کننده‌ی مواد نیز به میزان بیشتری از گروه بهنجار از این راهبردهای نظم‌جویی دهنده‌ی منفی استفاده می‌کنند و همین امر باعث می‌شود به میزان بیشتری از لحاظ شناختی ناکارآمد شوند. همانگونه که درمان فراشناختی افراد مصرف‌کننده‌ی مواد را توانمند می‌سازد تا به مدیریت مثبت هیجان‌ها بپردازند، آنها را نیز به سمت فاصله‌گیری از راهبردهای نظم‌جویی هیجانی منفی نیز رهنمون می‌سازد. به صورت کلی، درمان فراشناختی افراد مصرف‌کننده‌ی مواد را به نظم‌جویی شناختی مثبت و عدم استفاده از نظم‌جویی شناختی منفی توانمند می‌سازد.

در زمینه‌ی فرضیه دوم، یافته‌ها حاکی از تأثیر درمان فراشناختی بر متغیر سوگیری توجه بود. همسو با یافته‌های بار-هایم و همکاران (۲۰۰۷) نتایج این پژوهش هم نشان داد که سوگیری توجه در افراد سالمند مصرف‌کننده‌ی مواد ممکن است به صورت معناداری بیشتر از افراد گروه بهنجار

در حد خطوط کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان داده است که درمان فراشناختی موجب افزایش نظم‌جویی شناختی مثبت و کاهش نظم‌جویی شناختی منفی و کاهش سوگیری توجه در افراد سالمند مصرف‌کننده مواد می‌شود. از آنجا که نظم‌جویی شناختی و هیجانی در واقع همان شناسایی و مدیریت انواع شناخت‌ها و هیجان‌ها است، پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران آینده به بررسی اثرات درمان فراشناختی بر هوش هیجانی افراد مصرف‌کننده مواد بپردازند.

سپاس‌گزاری

بدین وسیله از تمامی همکاران و شرکت‌کنندگانی که ما را در انجام این پژوهش یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

اختیاری، ح.، عدالتی، ه.، و بهزادی، آ. (۱۳۸۷). ساخت و بررسی کارایی پنج آزمون تصویری ارزیابی ولع مصرف در معتادان مواد افیونی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۴ (۳)، ۴۱۳۴-۳۴.

نعمت‌پور، س. ع. (۱۳۷۴). بررسی تطبیقی فرآیندهای شناختی توجه و حافظه در دانش‌آموزان پسر بهنجار و نابهنجار ۷ تا ۱۰ ساله. (پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان. عبیدی، س. (۱۳۸۵). *رابطه علی دیدگاه گیری، مقایسه‌گری عاطفی، جهت‌گیری نقش جنسی، خودنظارتی و تنظیم هیجان با همدلی هیجانی دانشجویان* (پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه تبریز.

- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2007). Threat-Related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: a meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, 133(1), 1-24.
- Breslau, N., Novak, S. P., & Kessler, R. C. (2004). Psychiatric disorders and stages of smoking. *Biological Psychiatry*, 55, 69-76.
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The meta-cognitions questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279-296.
- Caselli, G., & Spada, M. M. (2010). Metacognitions in desire thinking: a preliminary investigation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 629-637.

باشد. در نتیجه درمان فراشناختی که بر سوگیری توجه نیز تمرکز خاصی دارد می‌تواند به این افراد کمک بسیاری داشته باشد. نتایج حاصله نیز نشان دهنده‌ی همین نکته است. بدین معنا که درمان فراشناختی موجب کاهش قابل ملاحظه‌ی سوگیری توجه در افراد سالمند مصرف‌کننده‌ی مواد شد.

افراد دارای اختلال وابستگی به مواد به دلیل باورهای فراشناختی خاصی که دارند (مثل باورهای فراشناختی در مورد کنترل فکر یا باورهای فراشناختی منفی و غیره) دچار آشفتگی هیجانی می‌شوند. این باورهای فراشناختی باعث می‌شوند که این افراد در موقعیت‌های مشکل‌ساز، دچار سندرم شناختی- توجهی گردند. با فعال شدن سندرم شناختی- توجهی که خود از باورهای فراشناختی ناشی می‌گردد، راهبردهای کنار آمدن مثل وابستگی به مواد فعال می‌گردد، از این رو بیش از پیش زمینه‌ی تداوم اختلال وابستگی به مواد در بیماران فراهم می‌گردد (کارترایت-هتون و ولز، ۱۹۹۷). پس ضروری است که در زمینه‌ی سبب‌شناسی و درمان اختلالات وابستگی به مواد، به عوامل فراشناختی بیش از عوامل شناختی بها داده شود. این امر بویژه بایستی در گروه‌های سنی سالمند منظور نظر قرار گیرد، زیرا پژوهش‌های مختلف از کاهش کارآمدی شناختی در افراد سالمند خبر داده‌اند. پیامد اساسی مدل فراشناختی (فراشناخت به عنوان عامل محوری اختلال روانی) و همچنین نتایج این تحقیق، می‌تواند تلویحاً بیانگر این باشد که در فرایند درمان اختلال وابستگی به مواد نباید افکار و باورهای افراد را زیر سؤال ببریم یا دست به واقعیت‌آزمایی بزنیم. زیرا چنین تلاش‌هایی، هدر دادن وقت و انرژی است. بلکه هدف درمان، بررسی و تغییر چگونگی پاسخ‌دهی افراد معتاد در مورد باورهای‌شان نسبت به تفکرشان می‌باشد و اینکه باورهای فراشناختی منفی از جمله مؤلفه‌های فراشناختی نیرومندی محسوب می‌شود که با آسیب‌پذیری نسبت به اختلال وابستگی به مواد، رابطه‌ی مثبت و نیرومندی دارد. باورهای فراشناختی منفی، منعکس‌کننده‌ی نگرانی‌های فرد درباره‌ی کنترل‌ناپذیری و آسیب افکار می‌باشد. افراد وابسته به مواد برای کنترل باورهای فراشناختی و حتی هیجانان خود به مصرف مواد اعتیادآور روی می‌آورند که این نتایج همسو با نتایج تحقیقات بریسلو و همکاران (۲۰۰۴) و ولز (۲۰۰۹، ۲۰۰۰) می‌باشد.

- Clark, D. A. (2007). *Cognitive-Behavioral therapy for OCD*. New York: Guilford.
- Davies, M. I., & Clark, D. M. (1998). Thought suppression produces a rebound effect with analogue post-traumatic intrusions. *Behaviour Research and Therapy, 36* (6), 571-82.
- Eizenman, M., Yu, L. H., Grupp, L., Eizenman, E., Ellenbogen, M., Gemar, M., & Levitan R. D. (2003). A naturalistic visual scanning approach to assess selective attention in major depressive disorder. *Psychiatry Research, 118*(2), 117-128.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case series. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 39* (2), 117-132.
- Garnefski, N. & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire – development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences, 41*, 1045–1053.
- Garnefski, N., Baan, N., & Kraaij, V. (2005). Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the foot-and-mouth crisis. *Personality and Individual Differences, 38* (6), 1317–1327.
- Garnefski, N., Kraaij, V. & Spinhoven, P. (2002). *CERQ: Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*. Leiderdorp, Netherlands: DATEC.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation, and emotional problems. *Personality and Individual Differences, 30* (8), 1311–1327.
- Gelernter, J., & Kranzler, H. R. (2010). Genetics of drug dependence. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 12*, 77–84.
- Gorman, M. (2000). Development and the right of older people in: Randel J, et al, (Eds.). *The aging and development report: poverty, independence and the worlds older people*. London: Earthscan publication sltd.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85* (2), 348-3662.
- Gross, J. J. & Munoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology–Science & Practice, 2* (2), 151–116.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, 2* (3), 271-299.
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science, 10* (6), 214–219.
- Groth-Marnat, G. (2000). *Neuropsychological assessment in clinical practice: A guide to test interpretation and integration*. New York: John Wiley and Sons.
- Janeck, A. S., Calamari, J. E., Riemann B. C., & Heffolinger, S. K. (2003). Too much Thinking about thinking: Meta cognitive differences in obsessive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 17*, 181-195.
- Jimenez, S. S., Niles, B. L., & Park, C. L. (2010). A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. *Personality and Individual Differences, 49*, 645–650.
- Martin, R., & Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences, 39*, 1249–1260.
- Mellor, D., Russo, S., Mccaba, M. P., Davison, T. E., & George, K. (2008). Depression Training program for caregivers of elderly care recipients: implementation and qualitative evaluation. *Journal of Gerontological Nursing, 34*(9), 8-15.
- Olak, K. A., Garnefski, N. & Kraaij, V. (2007). Adolescents caught between fires: Cognitive emotion regulation in response to war experiences in Northern Uganda. *Journal of Adolescence, 30*, 655–669.
- Parkinson, B. & Totterdell, P. (1999). Classifying Affect-regulation Strategies. *Cognition and Emotion, 13* (3), 277-303.
- Spada, M. M., Zandvoort, M., & Wells, A. (2007). Meta Cognitions in Problem drinkers. *Cognitive Therapy and Research, 31*, 709-716.

- Spada, M. M., Hiou, K., & Nikcevic, A. V. (2006). Metacognitions, emotions and procrastination. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 20*, 319-326.
- Spada, M. M., & Wells, A. (2010). Metacognitions across the continuum of drinking behaviour. *Personality and Individual Differences, 49*, 425-429.
- Spada, M., M., & Wells, A. (2008). Meta Cognitive beliefs about alcohol use: Development and validation of two self-report scales. *Addictive behaviour, 33*, 515-527.
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorder and Meta-Cognition*. Chichester: Jones Willy & Sons
- Wells, A. (2006). Cognition about cognition: metacognition therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice, 14* (1), 18-25.
- Wells, A. (2009). *Meta Cognitive Therapy for Anxiety and depression*. New York: Guilford.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Relation between worry and obsessive compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 899-913.
- Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of GAD. Meta cognition and worry in GAD, panic disorder, Social phobia, depression and none patients. *Behavior therapy, 32*, 85-102.
- Williams, J. M., Mathews, & A., MacLeod, C. (1996). The emotional Stroop task and psychopathology. *Psychological Bulletin, 120*(1), 24-34.

Archive of SID

The Effectiveness of Metacognitive Therapy on Cognitive Deficits in Elderly with Substance use

Hossein Zolfagharii, Ph.D ✉
Payame Noor University, Toyserkan

Mirnader Miri
University of Tehran

Hassan Mokhtarpour
Allameh Tabataba'i University

Received: 2015.11.17

Accepted: 2015.12.16

The mental health of elderly with substance use has ever been informed by various researcher of this branch. The purpose of this study was to determine the effect of metacognitive therapy on cognitive regulation and attentional bias in elderly with substance use in Hamedan city. The method was quasi experimental pretest – posttest design with control group and data was analyzed with Covariance Analysis. Statistical population of this research consisted of all of elderly with substance use who refer to addiction treatment centers of Hamedan city. The sample was 40 elderly with substance use that were selected by multiple-stage cluster sampling method. participants were randomly assigned into experimental and control groups. Participants were asked to complete Stroop Color-Word Test (Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg, & Van Ijzendoorn, 2007) and cognitive emotional regulation questionnaire (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2002) and. Experimental group participated in 8 sessions (1 session a week) Metacognitive Therapy. Each session lasted for 60 minutes. Covariance analysis showed that there is a significant difference between mean scores of experimental and control groups ($p < 0.001$). The results showed that cognitive regulation and attentional bias of elderly with substance use could be influenced by metacognitive therapy.

Keywords: metacognitive therapy, positive cognitive regulation, negative cognitive regulation, additional bias

Hossein Zolfagharii, Ph.D in Educational Sciences, Payame Noor University, Toyserkan, I.R. Iran; Mir Nader Miri, M.A in Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, I.R. Iran; Hassan Mokhtarpour, M.A in Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, I.R. Iran.

✉ Correspondence concerning this article should be addressed to Hossein Zolfagharii, Ph.D in Educational Sciences, Payame Noor University, Toyserkan, I.R. Iran.

Email: Hossein.Zolfaghari59@Gmail.com