



Effectiveness of meta-cognitive therapy on alcoholism potential in students

Hossein Farrokhi^{1*} , Faramarz Sohrabi², Ali Delavar³

1. Master Student of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Allameh Tabataba'i, Tehran, Iran

2. Professor of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Allameh Tabataba'i, Tehran, Iran

3. Professor of Statistics and Research Method, Faculty of Psychology and Education, University of Allameh Tabataba'i, Tehran, Iran

Received: 7 Oct. 2017

Revised: 11 Jul. 2018

Accepted: 28 Aug. 2018

Keywords


Metacognitive therapy
Alcoholism potential
Students

Corresponding author

Hossein Farrokhi, Master Student of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Allameh Tabataba'i, Tehran, Iran

Email: Hossein.farrokhi110@yahoo.com



 doi.org/10.30699/icss.21.2.32

Abstract

Introduction: Alcohol addiction is an important phenomenon, which has attracted college students because of its multi-variable nature. This study aimed to determine the effectiveness of meta-cognitive group therapy on the alcoholism potential in male students.

Methods: This study was considered as a semi-experimental research which has used the pretest-post-test with control group and follow-up stage design. The statistical population included all of the undergraduate male students at Ferdowsi University of Mashhad in the academic year 2017. The sample including 30 subjects was selected by the cluster sampling and they were assigned into experimental and control groups. In this study, meta-cognition questionnaire (MCQ-30) and the addiction potential scale (APS) were used.

Results: The obtained data were analyzed using the analysis of covariance and dependent t-test. The covariance and post-test alcoholism potential scores showed that the effect of meta-cognitive therapy on the alcoholism potential of male students was significant ($P < 0.01$).

Conclusion: Overall, the results indicated that meta-cognitive therapy has decreased the alcoholism potential of the male students and the effect of meta-cognitive therapy on alcoholism potential in a three-month follow-up stage is persistent.



اثربخشی فراساخت درمانی بر میزان استعداد الکلیسم دانشجویان

حسین فرخی^{۱*}، فرامرز سهرابی^۲، علی دل‌آور^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
۲. استاد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
۳. استاد آمار و روش تحقیق، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: اعتیاد به الکل پدیده مهمی است که به دلیل طبیعت چندگانه‌ی آن در سال‌های اخیر دانشجویان را به سمت خود جلب کرده است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی فراساخت درمانی به شیوه گروهی بر میزان استعداد الکلیسم دانشجویان پسر انجام پذیرفت.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان پسر دوره کارشناسی دانشگاه فردوسی مشهد در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بودند که از میان آنان با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، ۳۰ آزمودنی انتخاب و به طور تصادفی در گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. در این پژوهش از پرسشنامه فراساختی (MCQ-30) و مقیاس آمادگی به اعتیاد (APS) استفاده شد.

یافته‌ها: داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس و t زوجی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نمرات کوواریانس پس‌آزمون آمادگی به اعتیاد نشان داد که اثربخشی فراساخت درمانی بر میزان استعداد الکلیسم دانشجویان پسر معنادار بود ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: به طور کلی نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که درمان فراساختی، استعداد الکلیسم دانشجویان را کاهش داده و تأثیر فراساخت درمانی بر میزان استعداد الکلیسم دانشجویان در مرحله پیگیری بعد از ۳ ماه همچنان ماندگار بود.

دریافت: ۱۳۹۶/۰۷/۱۵

اصلاح نهایی: ۱۳۹۷/۰۴/۲۰

پذیرش: ۱۳۹۷/۰۶/۰۶

واژه‌های کلیدی

فراساخت درمانی
استعداد الکلیسم
دانشجویان

نویسنده مسئول

حسین فرخی، دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

ایمیل: Hossein.farrokhi110@gmail.com



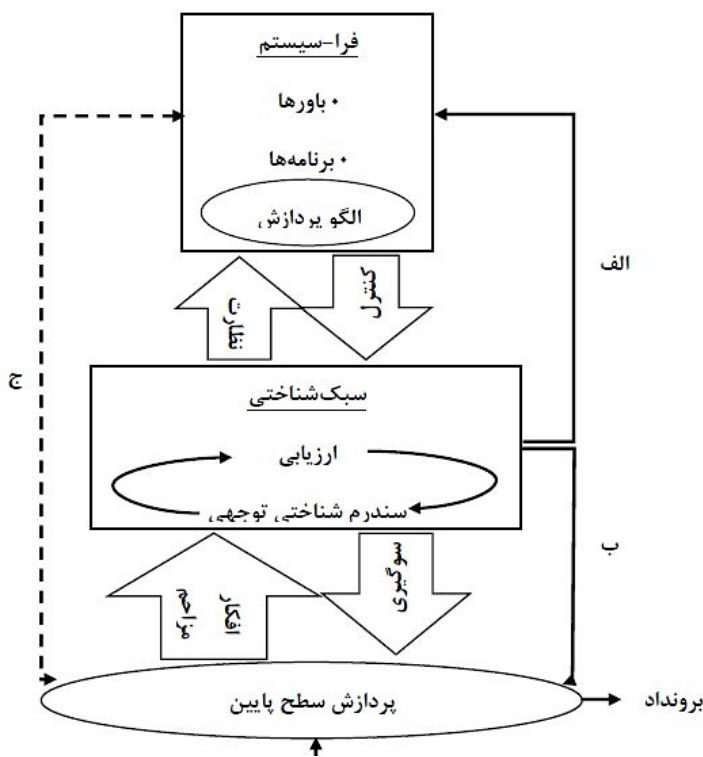
doi.org/10.30699/ics.21.2.32

مقدمه

از معضلات جهان امروز بوده است (۱). یافته‌های جدید بالینی نشان می‌دهد که در شکل‌گیری اعتیاد به الکل، زمینه‌های رشدی ناسالم، استعداد و آمادگی برای اعتیاد، نقش اساسی ایفا می‌کند. نظریه‌ی استعداد به الکل بیان می‌کند برخی از افراد مستعد اعتیاد هستند و اگر در معرض آن قرار بگیرند، مبتلا می‌شوند (در حالی که اگر کسی

امروزه اعتیاد یک بیماری زیستی-روانی-اجتماعی-معنوی قلمداد می‌شود و عوامل متعددی در گرایش به سوءمصرف مواد مخدر مؤثر است. اختلالات اعتیادی و مصرف مواد، در جایگاه دومین اختلالات روان‌پزشکی بعد از اختلال افسردگی اساسی قرار گرفته است که از نظر میزان شیوع شناسی بسیار حائز اهمیت است و تاکنون این اختلال،

پرداخته می‌شود. نتایج مطالعات اخیر Wells و همکارانش این است که بین باورهای فراسناختی و وابستگی به مواد رابطه وجود دارد. همچنین آنان، نشان دادند که افراد وابسته به الکل در مقایسه با افراد بهنجار در باورهای فراسناختی نمرات بالاتری را گزارش کردند (۹). اولین تحقیق در زمینه نقش باورهای فراسناختی در گرایش به الکل توسط Toneatto و همکاران (۲۰۰۷) (۱۱)، Kavanagh و همکاران (۲۰۰۹) (۱۲) و در آخر Caselli و همکاران (۲۰۱۶) (۱۳) میان رابطه میل به الکل و فراسناخت پژوهش‌هایی صورت گرفته است.



شکل ۱. مدل فراسناختی الکلیسم

در نتیجه پژوهش حاضر به دنبال شناسایی رفتارهای مربوط به گرایش دانشجویان نسبت به سوءمصرف الکل است که با آموزش، مداخله و آگاهی بخشی نسبت به خطرات سوءمصرف الکل در صدد پیشگیری از گرایش به سوءمصرف الکل است. بنابراین، تحقیق حاضر به دنبال افزایش سطح دانش و آگاهی درباره سوءمصرف الکل به عنوان یک رفتار پرخطر، کاهش انگیزه دانشجویان در گرایش به سمت الکل با تغییر در جنبه‌های شناختی و فراسناختی نگرش آنان، در جهت ارتقای بهداشت روانی آنها و تعیین میزان تأثیر برنامه مداخله‌ای فراسناختی در کاهش

استعداد نداشته باشد، معتاد نمی‌شود) بر اساس اطلاعات موجود ۵ تا ۱۰ درصد افراد جامعه، مستعد اعتیاد به هستند (۲). با توجه به مشکلات زیاد و گسترده‌ی حاصل‌شده از اعتیاد به الکل، پیشگیری از این معضل الزامی می‌نماید و باید گفت پیشگیری از این مشکل مستلزم شناسایی عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده در برابر وابستگی به مواد است. بنابراین؛ یک مداخله روان‌شناختی که بتواند در تغییر نگرش و افکار افراد مؤثر باشند، می‌تواند در پایداری به درمان و عدم سوءمصرف دوباره الکل و پیشگیری تأثیر بگذارد. یکی از این درمان‌های روان‌شناختی که امروزه تحقیقات بسیاری را متوجه خود کرده است، فراسناخت درمانی است که از سوی Wells مطرح گردید (۳).

فراسناخت اطلاعاتی است که فرد در مورد شناخت، حالات درونی خود و راهبردهای مقابله‌ای که بر آنها اثر می‌گذارد، دارد. بر اساس مدل فراسناختی یادگیری چگونگی تفکر در مورد تفکر (فراسناخت)، یک عنصر مهم در درمان موفق است (۴). درمان فراسناختی رویکرد نوظهوری است که در سال‌های اخیر در زمینه درک و درمان اختلال‌های عاطفی مطرح شده است. Spada و همکاران (۲۰۱۵) مدل عملکرد اجرایی خود تنظیم‌بخشی Self-Regulatory Executive Function S-REF را برای اختلال الکلیسم ارائه می‌دهند (شکل ۱). این مدل تعاملات چندگانه شناخت شامل باورها، فراسناخت‌ها، کنترل توجه، پردازش پیوسته و خودتنظیمی را بیان می‌کند (۵). طی این سال‌ها چندین مطالعه در زمینه اثربخشی درمان فراسناختی در مورد اعتیاد به الکل و پیشگیری از سوءمصرف الکل انجام شده است. نتایج این مطالعات نشان می‌دهد مداخلاتی همچون درمان فراسناختی که بر تغییر ارتباط بیمار با افکار و احساسات ناکارآمد تمرکز می‌کند به مراتب مفیدتر از تلاش برای تغییر محتوای فکر و باور است. بنابراین، به نظر می‌رسد این رویکرد می‌تواند نقص‌ها و کاستی‌های نظریه‌های شناختی را جبران کند و تا حد زیادی مانع عود این بیماری پس از درمان آن گردد. همچنین نقش بسزایی در اقدامات پیشگیرانه داشته باشد (۶، ۷). با این حال، در زمینه اثربخشی مدل فراسناختی 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 روش‌های خاص درمان فراسناختی (مانند آموزش توجه، ذهن آگاهی گسلیده و به تعویق انداختن نشخوار فکری) را به طور مجزا مورد ارزیابی قرار داده‌اند (۸). اعتقاد به این است که باورهای مرتبط با مواد می‌توانند به عنوان تعاملات شناختی ناشی از باورهای فراسناختی و مصرف الکل به عنوان یک رفتار مقابله‌ای ناسازگار باشد. در درمان فراسناخت با روش‌هایی به اصلاح باورهای فراسناخت و باورهای مرتبط با مواد و در نتیجه تضعیف رفتار مقابله‌ای مصرف

پرسشنامه بر اساس کلید نمره‌گذاری می‌شود. پرسشنامه از سه خرده‌مقیاس آمادگی اعتیاد (APS)، تجربه مواد (Addiction Acknowledgment Scale) و مقیاس تجدید نظر شده وابستگی دارو Mac Andrew (استعداد به الکلیسم) (MAC.R) تشکیل شده است. این سه خرده‌مقیاس مجموعاً مقیاس پتانسیل به اعتیاد (APS) نیز نامیده می‌شود. این پرسشنامه در سال ۱۳۷۹ توسط کرد میرزا بر روی دانشجویان دانشگاه تهران هنجاریابی شده است، آلفای به دست آمده در مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۴۸ و ۰/۴۸ بود (۱۴). در این مطالعه آلفای به دست آمده توسط پژوهشگر به ترتیب ۰/۳۳، ۰/۷۸ و ۰/۴۵ بدست آمد. با توجه به اینکه آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های آزمون پایین می‌باشد ولی به دلیلی اینکه به غیر از این پرسشنامه، مقیاس دیگری برای سنجش استعداد به الکلیسم وجود نداشت و همچنین فقط از خرده‌مقیاس استعداد به الکلیسم استفاده شد، استفاده از مقیاس ضرورت داشت. خرده‌مقیاس MAC.R (استعداد به الکلیسم): این خرده‌مقیاس توسط Mac Andrew (۱۹۶۵) برای تفکیک بیماران روانی سرپایی مرد که دچار سوءمصرف الکل نیستند از افراد تحت درمان برای سوءمصرف الکل ساخته شده است. این خرده‌مقیاس شامل ۴۹ سؤال است. برای سنجش اعتبار پرسشنامه از آزمون کودر ریچاردسون استفاده شده است که در اجرای مقدماتی، آلفای به دست آمده برای مقیاس به این ترتیب شامل: ۰/۶۷ بود (۱۵).

پرسشنامه فراشناخت (Metacognitions Questionnaire-30): این پرسشنامه ۳۰ ماده دارد و هر آزمودنی به ماده‌ها به صورت چهار گزینه‌ای (۱=موافق نیستم تا ۴=خیلی زیاد موافقم) پاسخ می‌دهد. این پرسشنامه، پنج مؤلفه‌ی اعتماد شناختی، باورهای مثبت در مورد نگرانی، خودآگاهی شناختی، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار و خطر و باورهای در مورد نیاز به کنترل افکار را می‌سنجد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه و مؤلفه‌های آن در دامنه‌ای از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و ضریب اعتبار باز آزمایی ۰/۷۳ گزارش شده است (۱۶). در نمونه‌ی ایرانی ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده‌مقیاس‌های کنترل ناپذیری، باورهای مثبت، آگاهی شناختی، اعتماد شناختی و نیاز به کنترل افکار به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۸۰، ۰/۸۱، ۰/۸۶، ۰/۸۷ گزارش شده است (۱۷). در این مطالعه آلفای کرونباخ به دست آمده ۰/۸۴ بود.

فرآیند اجرای جلسات: روش درمان فراشناختی گروهی بر اساس الگوی فراشناختی Wells مبتنی بر نقایص فراشناختی به صورت گروهی و در ۸ جلسه دو ساعته به شرح زیر صورت گرفت (۱۸).

استعداد به الکلیسم است. با توجه به کمبود و شکاف میان پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه، در این پژوهش تلاش شده تا نشان داده شود که آیا درمان فراشناختی به کاهش استعداد به الکلیسم در جوانان منجر می‌شود یا خیر؟

روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان مشغول به تحصیل مقطع کارشناسی به تعداد ۱۱۰۴۴ نفر در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ دانشگاه فردوسی مشهد بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای برای نمونه‌گیری استفاده شد، بدین صورت که از بین دانشکده‌های دانشگاه فردوسی، یک دانشکده و از بین کلاس‌های آن دانشکده ۳ کلاس انتخاب شدند که جمعاً ۹۴ نفر بودند. بعد از آن آزمون سطح اعتیادپذیری بر روی ۳ کلاس به صورت جداگانه اجرا گردید و بعد از بررسی نتایج آزمون کسانی که در خرده‌مقیاس آزمون نمره بالاتر از معیار داشتند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند (هر گروه ۱۵ نفر). با هماهنگی دانشگاه و مرکز مشاوره دانشگاه فردوسی گروه آزمایش طی ۸ جلسه دو ساعته در یکی از کلاس‌های دانشکده تحت آموزش درمان فراشناختی قرار گرفتند. بعد از پایان جلسات، آزمون استعداد به الکلیسم ((Mac Andrew Alcoholism Scale-Revised (MAC.R)) برای هر دو گروه آزمایش و کنترل به صورت هم‌زمان انجام شد. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: داشتن نمره بالاتر از معیار در آزمون اعتیادپذیری، سن ۱۸ تا ۲۴ سال، تحصیلات کارشناسی، دارای آگاهی و شناخت لازم برای درک جلسات درمانی و انجام تکالیف و ملاک‌های خروج شامل داشتن هم‌زمان سایر بیماری‌های مزمن و اختلالات روانی، تحت درمان روان‌شناختی دیگر بودن، سوءمصرف مواد و استفاده از دارو بود. از کلیه مشارکت‌کنندگان در پژوهش رضایت‌نامه کتبی دریافت شد و به آنان اطمینان داده شد که اختیار ادامه مشارکت در طرح درمان را دارند. همچنین به آنان اطمینان داده شد که هویت و کلیه اطلاعات کسب شده آنان به صورت محرمانه نزد محقق حفظ خواهد شد. در این پژوهش از مقیاس آمادگی به اعتیاد و پرسشنامه فراشناختی استفاده شد.

پرسشنامه اعتیادپذیری (Addiction Potential Scale): این پرسشنامه از پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه سوتا (MMPI) استخراج شده است. این پرسشنامه شامل ۹۰ سؤال است که در آن آزمودنی پاسخ خود را به صورت بله و خیر معین می‌کند، سپس

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان فراشناختی گروهی

جلسه	محتوای جلسات
اول	تدوین مفهوم سازی موردی، ارائه منطق درمان، آماده سازی بیماران برای درمان، اجرای فن توجه. تکلیف خانگی: تمرین فن توجه، پذیرایی از بیماران.
دوم	مرور تکلیف خانگی تمرین فن توجه، ادامه آماده سازی بیماران در صورت نیاز، اجرای آزمایش ذهن آگاهی گسلیده و آزمایش سرکوب و عدم سرکوب. تکلیف خانگی: تمرین ذهن آگاهی گسلیده و آزمایش سرکوب و عدم سرکوب، پذیرایی از بیماران.
سوم	مرور تکلیف خانگی، تمرین ذهن آگاهی گسلیده و آزمایش سرکوب و عدم سرکوب، چالش با باورهای مربوط به سرکوب و عدم سرکوب، اجرای آزمایش به تعویق انداختن توجه متمرکز با باورهای کنترل ناپذیری. تکلیف خانگی: تمرین به تعویق انداختن توجه متمرکز با باورهای کنترل ناپذیری.
چهارم	مرور تکلیف خانگی تمرین به ویژه توجه متمرکز بر باورهای کنترل ناپذیری، چالش با باورهای مربوط به باورهای کنترل ناپذیری، اجرای آزمایش متمرکز کردن مجدد توجه نشانه های ایمنی. تکلیف خانگی: تمرین متمرکز کردن مجدد توجه بر نشانه های ایمنی، پذیرایی از بیماران.
پنجم	مرور تکلیف خانگی تمرین توجه بر نشانه های ایمنی، چالش با باور مربوط به توجه بر نشانه های ایمنی، اجرای آزمایش استفاده از فن رویارویی و جلوگیری از پاسخ متمرکز بر باورهای اطمینان بخشی. تکلیف خانگی: تمرین رویارویی و جلوگیری از پاسخ متمرکز بر باورهای اطمینان بخشی.
ششم	مرور تکلیف خانگی تمرین به ویژه باورهای مربوط به اطمینان بخشی، چالش با باورهای مربوط به اطمینان بخشی، اجرای آزمایش ایجاد تغییر در پایش تهدید متمرکز بر باورهای خود آگاهی. تکلیف خانگی: تمرین پایش تهدید متمرکز بر باورهای خود آگاهی.
هفتم	مرور تکلیف خانگی تمرین به ویژه باورهای مربوط به خود آگاهی، چالش با باورهای مربوط به خود آگاهی، اجرای آزمایش استفاده از رفتارهای متمرکز بر باورهای خطر. تکلیف خانگی: تمرین رفتارهای متمرکز بر باورهای خطر.
هشتم	مرور تکلیف خانگی تمرین، چالش با باورهای مربوط به خطر، اجرای فن بررسی شواهد مخالف و آماده کردن اعضا برای شناسایی موانع موجود در به کارگیری فن ها. نتیجه گیری

یافته ها

برابر با ۲۳/۲۹، ۱۷/۸۹ و ۱۶/۳۴ است که نشان دهنده این است که نمرات در طی مراحل پس آزمون و پیگیری نسبتاً کاهش یافته است؛ بنابراین نتایج حاکی از تفاوت میانگین نمرات استعداد به الکلیسم در هر مرحله دارد. در حالی که میانگین همین مقیاس در گروه کنترل در مرحله پیش آزمون برابر با ۲۱/۹۲ و در پس آزمون برابر با ۱۸/۷۲ هست که تفاوت محسوسی بین دو گروه آزمایش و گواه اتفاق افتاده است.

پیش فرض های آزمون تحلیل کوواریانس (ANCOVA)

پیش فرض اول: نرمال بودن توزیع نمرات: یکی از پیش فرض های انجام تحلیل کوواریانس نرمال بودن توزیع نمرات است که برای سنجیدن آن از آزمون کلموگروف_اسمیرنوف استفاده شد. آماره Z حاصل از آزمون کلموگروف_اسمیرنوف متغیر استعداد به الکلیسم در هر یک از مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست، بنابراین فرضیه صفر یعنی پیروی داده از توزیع نرمال تأیید می شود. پیش فرض دوم: همگنی رگرسیون: یکی دیگر از پیش فرض های اجرای تحلیل کوواریانس، همگنی ضرایب رگرسیون است. که خطوط رگرسیون

تحلیل داده ها، در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی انجام شد. از آماره های توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد برای توصیف مشخصات جمعیت شناختی و متغیرهای پژوهش استفاده شد. در بخش آمار استنباطی نیز از آزمون t زوجی و تحلیل کوواریانس (ANCOVA) برای به آزمون گذاشتن فرضیه های پژوهش در سطح معناداری ۰/۰۰۱ استفاده شد. داده ها به وسیله نرم افزار SPSS-20 تجزیه و تحلیل شد.

در این پژوهش تعداد ۱۵ جوان پسر با میانگین سنی ۲۰/۴۰ سال و انحراف معیار ۲/۴۱ در گروه آزمایش و تعداد ۱۵ جوان پسر با میانگین سنی ۲۰/۶۰ سال و انحراف معیار ۲/۱۲ در گروه کنترل شرکت داشتند. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار خرده مقیاس استعداد به الکلیسم افراد در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه ها و مراحل گزارش شده است.

نتایج جدول ۲ نشان می دهد که میانگین استعداد به الکلیسم گروه آزمایش در هر یک از مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به ترتیب

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات خرده مقیاس استعداد به الکلیسم افراد در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها	مراحل	گروه آزمایش میانگین \pm انحراف معیار	گروه کنترل میانگین \pm انحراف معیار	تعداد
استعداد به الکلیسم	پیش‌آزمون	۳/۶۹ \pm ۲۳/۲۹	۳/۳۳ \pm ۲۱/۹۲	۱۵
	پس‌آزمون	۳/۲۳ \pm ۱۷/۸۹	۲/۸۹ \pm ۱۸/۷۲	۱۵
	پیگیری	۳/۲۲ \pm ۱۶/۳۴	۱/۵۹ \pm ۱۹/۴۹	۱۵

اجرای تحلیل کوواریانس باید رعایت شود همگنی واریانس‌ها است که به وسیله آزمون لوین بررسی می‌شود. نتایج همگنی واریانس‌ها نشان می‌دهد که در متغیر استعداد به الکلیسم ($F=12/12, P>0/05$) سطح معناداری به دست آمده بزرگ‌تر از $0/05$ است، بنابراین پیش فرض همگنی واریانس‌ها در هر دو متغیر پژوهش رعایت شده است. با توجه به اینکه هر چهار پیش فرض انجام تحلیل کوواریانس تأیید شدند، در ادامه از تحلیل کوواریانس استفاده شد. جهت تعیین اثربخشی فراشناخت درمانی در کاهش استعداد به الکلیسم دانشجویان از آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون بین دو گروه و برای مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش از آزمون T همبسته استفاده شده است.

فرضیه: مداخله فراشناخت درمانی استعداد به الکلیسم را کاهش می‌دهد. نتایج جدول تحلیل کوواریانس نمرات پس‌آزمون استعداد به الکلیسم نشان می‌دهد که پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنادار عامل بین آزمودنی‌های ($Partial \eta^2=0/72, F(27,1)=82/64, P<0/001$) گروه وجود داشت. نمرات میانگین تعدیل‌شده آمادگی به اعتیاد پیشنهاد می‌کند، گروهی که در گروه درمانی فراشناختی شرکت کردند در مقایسه با گروه گواه که تحت هیچ درمانی قرار نگرفتند، دارای استعداد به

هر دو گروه موازی باشد. نتایج آزمون همگنی ضرایب رگرسیون مفروضه استعداد به الکلیسم با F محاسبه شده برای تعامل گروه و پیش‌آزمون در سطح کم‌تر از $0/05$ معنادار نیست ($F=0/354, P>0/05$)، بنابراین نمرات استعداد به الکلیسم از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیونی حمایت می‌کنند و این پیش‌فرض رعایت شده است. پیش فرض سوم: خطی بودن: در این مرحله نمودار پراکنش متغیرها به تفکیک گروه‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد تا مشخص شود آیا بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته ارتباط خطی وجود دارد؟ اگر رابطه خطی وجود نداشت دلیلی برای اجرای تحلیل کوواریانس وجود ندارد اما اگر نوعی رابطه خطی بین آنها وجود داشته باشد یا به عبارت دیگر شیب‌های خطوط رگرسیون تقریباً موازی باشند یعنی ارتباط بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته در هر دو گروه شبیه باشد (مفروضه همگنی رگرسیون‌ها) می‌توان از تحلیل کوواریانس استفاده کرد. مقدار مجذور R نشان‌دهنده درجه و شدت ارتباط بین متغیر وابسته و متغیر تصادفی کمکی است. آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون نیز نشان داد که تعامل متغیرها معنادار نیست. اثر پیلایی شیب رگرسیون نیز ($F=0/910, P=0/55$) نشان می‌دهد که فرض همگنی رگرسیون برقرار است. پیش فرض چهارم: همگنی واریانس‌ها: مفروضه دیگری که برای

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس نمرات پس‌آزمون متغیر استعداد به الکلیسم

متغیرها	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر (مجذور اتا)	توان آزمون
استعداد به الکلیسم	پیش‌آزمون	۳۱۲۱/۴۳	۱	۳۱۲۱/۴۳	۱۱۹/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۱
	گروه	۶۵۰/۲۳	۱	۶۵۰/۲۳	۸۲/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱

داد که درمان فراشناختی در کاهش استعداد به الکلیسم دانشجویان بعد از ۳ ماه همچنان معنادار بوده است ($t(14) = 7/77, P < 0/0001$).

الکلیسم پایین تری بودند و میزان تأثیرگذاری آن ۷۲ درصد است؛ یعنی فراشناخت درمانی بر روی گروه آزمایش به میزان ۷۲ درصد توانسته استعداد به الکلیسم را کاهش دهد. نتایج جدول آزمون t زوجی نشان

جدول ۴. آزمون t همبسته برای مقایسه نمرات پیش آزمون و پیگیری متغیر گروه آزمایش

متغیر	میانگین \pm انحراف معیار	t	درجه آزادی	P
استعداد به الکلیسم (MAC.R)	۲/۲۲ \pm ۵/۵۶	۷/۷۷	۱۴	۰/۰۰۱

بحث

تبیین‌های رفتاری، ژنتیک و شناختی استفاده کرده‌اند. ولی این دیدگاه محدودیت‌هایی دارد و باورهای فراشناختی را نادیده می‌گیرد. در این چارچوب باید گفت یکی از مهم‌ترین متغیرهای پیش‌بین اختلال سوءمصرف مواد، فراشناخت است که شامل باورهای فرد در مورد افکارش است. برخی از پژوهش‌ها، فراشناخت را به عنوان میانجی رابطه‌ی بین هیجانات منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) با سوءمصرف مواد در نظر گرفته‌اند (۱۸). 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 پس‌الگوی تفکر مسموم است که به رنج روانی و هیجانی می‌انجامد (۵). باورهای فراشناختی عوامل میانجی‌گر رابطه بین هیجانات و وابستگی به مواد هستند (۸). Spada و همکاران (۲۰۱۳)، در پژوهشی آینده‌نگر نشان دادند که باورهای فراشناختی و هیجانات منفی عامل خطری برای مصرف الکل و میزان مصرف الکل در بیمارانی که مصرف الکل دارند، است (۲۰). همچنین Caselli و همکاران (۲۰۱۶)، در پژوهشی مداخله‌ای به نقش دیدگاه اصلاح تجربی بر افکار و باورهای فراشناخت با شیوه ذهن آگاهی گسلیده در کاهش اختلال مصرف الکل در بیماران پرداختند (۱۳). طبق رویکرد فراشناختی، وابستگی به مواد در کوتاه مدت به عنوان یک استراتژی مقابله‌ای سازگارانه برای تنظیم هیجانات منفی عمل می‌کند ولی در بلند مدت ناسازگارانه محسوب می‌شود، زیرا باعث ایجاد وابستگی و تولید هیجانات منفی می‌گردد. پژوهش ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۸۶) نشان دادند که فراشناخت در جریان سوءمصرف الکل مختل می‌گردد و با پیامدهای روان‌شناختی افراد معتاد همبستگی مثبت معناداری دارد. مواد مخدر و الکل ممکن است رویدادهای شناختی را مستقیماً (برای مثال، ایجاد آرامش، ایجاد اجتناب، گریز از شناخت‌های دردناک و ایجاد

این پژوهش با هدف بررسی اثر بخشی درمان فراشناختی بر کاهش استعداد به الکلیسم دانشجویان کارشناسی دانشگاه فردوسی انجام گرفت. نتایج تحلیل کوواریانس نمرات پس‌آزمون استعداد به الکلیسم نشان داد که پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنادار عامل بین آزمودنی‌های گروه وجود داشت. نمرات میانگین تعدیل شده آمادگی به اعتیاد پیشنهاد می‌کند، گروهی که در گروه درمانی فراشناختی شرکت کردند در مقایسه با گروه گواه که تحت هیچ درمانی قرار نگرفتند، دارای استعداد به الکلیسم پایین تری بودند. به بیان دیگر درمان فراشناختی بر روی گروه آزمایش ۷۲ درصد مؤثر بوده و توانسته است استعداد به الکلیسم گروه هدف را کاهش دهد. بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. این یافته تحقیق حاضر با سایر یافته‌های تحقیقات دیگر از جمله Spada و همکاران (۲۰۱۵) (۵)، Wells و Spada (۲۰۱۰) (۱۹)، Spada و همکاران (۲۰۰۷) (۹) و Caselli و همکاران (۲۰۱۶) (۱۳) که حاکی از پیشگیری و کاهش الکل در اثر مداخلات فراشناختی می‌باشند، مطابقت دارد. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که فراشناخت، ساختارهای روان‌شناختی، دانش، افکار، تجربه‌ها و راهبردهایی هستند که به کنترل، تعدیل و تفسیر فرآیند تفکر می‌پردازند. کارکرد اجرایی خود نظم‌بخش توضیح می‌دهد که چگونه فراشناخت‌ها به عنوان یکی از عناصر پردازش داده‌ها باعث آغاز و تداوم مشکلات روان‌شناختی می‌شوند، در این مدل فرض بر این است که در اختلالات روانی، باورها و دانش‌هایی که دارای ماهیت فراشناختی هستند، نحوه‌ی تفکر و راهبردهای مقابله‌ای فرد را هدایت می‌کنند (۴). در همین راستا Spada و همکاران (۲۰۰۷)، در پژوهشی به مدل میانجی تعدیل‌کننده فراشناخت‌ها در رابطه بین هیجانات و وابستگی الکل در بین دانشجویان دانشگاه دست یافت (۹). در زمینه سوءمصرف مواد، مانند تمام اختلالات روانی، نظریات سبب‌شناسی اولیه از مدل‌های روان‌پوشی مایه گرفته‌اند و مدل‌های بعد از

تمرکز و توجه معتادان داشته باشد و همچنین تأثیر فن آموزش توجه بر باورهای فراشناختی مثبت و منفی به طور واضحی همخوان با این عقیده است که اصلاح مستقیم پردازش‌های توجهی می‌تواند منجر به تغییرات هم زمان در نگرش‌های ناکارآمد شوند. این اثربخشی به طور آشکار به دیدگاه پویای شناخت در اختلال‌های روان‌شناختی مربوط می‌شود. چندین مکانیسم می‌تواند زیربنای اثربخشی بالینی فراشناختی شود که شامل کمرنگ شدن توجه متمرکز بر خود، قطع راهبردهای پردازشی مبتنی بر نگرانی و نشخوار فکری، افزایش کنترل اجرایی بر پردازش و توجه و تقویت شیوه‌ی پردازش فراشناختی هستند. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان به عدم توجه به متغیر جنسیت در بین آزمودنی‌ها و کوچک بودن گروه نمونه اشاره نمود. همچنین ابزار مورد استفاده شده در این پژوهش در جمعیت ایرانی دارای پایایی پایینی است و برای مطالعات آینده استفاده از ابزارهای معتبرتر در جمعیت ایرانی پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که درمان فراشناختی، استعداد الکلیسم دانشجویان را کاهش داده و تأثیر فراشناخت درمانی بر میزان استعداد الکلیسم دانشجویان در مرحله پیگیری بعد از ۳ ماه همچنان ماندگار بود.

تشکر و قدردانی

در پایان از کلیه دوستان و همکاران عزیز که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند تشکر و قدردانی می‌نماییم. این پژوهش حاصل پایان‌نامه با کد ۲۳۸۸۶۲ بود.

آگاهی و توجه) و یا به‌طور غیرمستقیم (برای مثال، احساس دل‌بستگی، بهت‌زدگی و ارزیابی‌های سرکوب‌شده) با تغییر باورها و نگرش‌ها در مورد اجتناب از رویدادهای شناختی تحت تأثیر قرار دهد (۲۱). Spada و همکاران (۲۰۰۷)، در مطالعه‌ای سهم نسبی فراشناخت و امید را در پیش‌بینی رفتار مصرف الکل را بررسی کردند و نتایج نشان داد که برای مصرف الکل باورهای فراشناختی (باورهای مثبت در مورد نگرانی، باورهای منفی در مورد افکار مربوط به خطر و کنترل ناپذیری، اعتماد شناختی و باور در مورد نیاز به کنترل افکار) و کنترل توجه (تمرکز، تغییر و انعطاف کنترل افکار) نقش تعدیل‌کننده دارند (۹). همچنین Wells و Spada (۲۰۰۸)، در تحقیقی به منظور توسعه ابزار بررسی بالینی باورهای فراشناختی مثبت و منفی در مورد استفاده از الکل، روایی و اعتبار و دقت طبقه‌بندی دو مقیاس فراشناخت‌های مثبت الکل (The Positive Alcohol Metacognitions Scale) و فراشناخت‌های منفی الکل (The Negative Alcohol Metacognitions Scale) در هر دو جمعیت بالینی و جامعه به دست آوردند (۲۲). در ارتباط با اثربخشی درمان فراشناختی می‌توان این‌گونه بیان نمود که معتادان با استفاده از فنونی مثل ذهن آگاهی، در برخورد با فکرها و احساس‌های منفی و نگران ساز به جای چالش با محتوای شناخت‌ها، روش غیر قضاوتی بودن را با کمک تصویرسازی ذهنی آموزش می‌بینند و با گسیختن نشخوارهای ذهنی و کاهش تمایلات خود نظارتی غیر سودمند، سبک‌های سازگارانه تر تفکر را ایجاد می‌کنند. در همین راستا Clark و همکاران (۲۰۱۲)، در پژوهشی سه بخش فراشناخت برای مشکل نوشیدن الکل را فرمول‌بندی کردند و به پیامدهای درمانی و خلاصه‌ای از شواهد این رویکرد در مشکل وابستگی به الکل را نشان دادند (۲۳). این درمان می‌تواند اثرات سودمند بر

References

1. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry : Behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed. New York:Wolters Kluwer;2015.
2. Askari S, Zakiyi A, Alikhani M. The relationship between personality characteristics (neuroticism, psychoticism and extraversion) and site avoidance for preparation of substance abuse among male students. Journal of Psychological Sciences. 2012;10(40):485-497.
3. Normann N, Van Emmerik AA, Morina N. The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: A meta-analytic review. *Depress Anxiety*. 2014;31(5):402-411.
4. Capobianco L, Wells A. Letter to the editor: Metacognitive therapy or metacognitive training: What's in a name? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2018;59:161.
5. Spada MM, Caselli G, Nikčević AV, Wells A. Metacognition in addictive behaviors. *Addictive Behaviors*. 2015;44:9-15.
6. Sellers R, Varese F, Wells A, Morrison AP. A meta-analysis

- of metacognitive beliefs as implicated in the self-regulatory executive function model in clinical psychosis. *Schizophrenia Research*. 2017;179:75-84.
7. Papageorgiou C. Metacognitive Theory, therapy and techniques: Introduction to the special Issue. *Cognitive Therapy and Research*. 2015;39(1):1-3.
 8. Fergus TA, Bardeen JR. The Attention Training Technique: A review of a neurobehavioral therapy for emotional disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2016;23(4):502-516.
 9. Spada MM, Moneta GB, Wells A. The relative contribution of metacognitive beliefs and expectancies to drinking behaviour. *Alcohol & Alcoholism*. 2007;42(6):567-574.
 10. Toneatto T. A metacognitive analysis of craving: Implications for treatment. *Journal of Clinical Psychology*. 1999;55(5):527-537.
 11. Verdejo-García A, Bechara A, Recknor EC, Pérez-García M. Negative emotion-driven impulsivity predicts substance dependence problems. *Drug & Alcohol Dependence*. 2007;91(2):213-219.
 12. Kavanagh DJ, May J, Andrade J. Tests of the elaborated intrusion theory of craving and desire: Features of alcohol craving during treatment for an alcohol disorder. *British Journal of Clinical Psychology*. 2009;48(3):241-254.
 13. Caselli G, Gemelli A, Spada MM, Wells A. Experimental modification of perspective on thoughts and metacognitive beliefs in alcohol use disorder. *Psychiatry Research*. 2016;244:57-61.
 14. Kordmirza E, Azad H, Eskandari H. Normalization of addiction potential scale for spotting individuals exposed to drug abuse among students of Tehran universities. *Journal of Research on Addiction*. 2003;1(2):47-80. (Persian)
 15. Craig RJ. Assessing contemporary substance abusers with the MMPI MAC Andrews Alcoholism Scale: a review. *Substance use & misuse*. 2005 Jan 1;40(4):427-50.
 16. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour research and therapy*. 2004;42(4):385-396.
 17. Shirinzadeh DS, Goodarzi MA, Ghanizadeh A, Naghavi MR. Investigating the factor structure, validity and reliability of the Meta-Cognition Questionnaire-30. *Journal of Psychology*. 2008;12(4):445-461. (Persian)
 18. Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press; 2011.
 19. Spada MM, Wells A. Metacognitions across the continuum of drinking behaviour. *Personality and Individual Differences*. 2010;49(5):425-429.
 20. Spada MM, Caselli G, Wells A. A triphasic metacognitive formulation of problem drinking. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2013;20(6):494-500.
 21. Aboulghasemi A, Ahmadi M, Kiamarsi A. The relationship of metacognition and perfectionism with psychological consequences in the addicts. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2007;5(2):73-79. (Persian)
 22. Spada MM, Wells A. Metacognitive beliefs about alcohol use: Development and validation of two self-report scales. *Addictive Behaviors*. 2008;33(4):515-527.
 23. Clark A, Tran C, Weiss A, Caselli G, Nikčević AV, Spada MM. Personality and alcohol metacognitions as predictors of weekly levels of alcohol use in binge drinking university students. *Addictive Behaviors*. 2012;37(4):537-540.