## مفهوم شناخت درمانی، کاربرد و کارایی آن در پژوهش‌های روان درمانی

## 2-2-1- رویکرد شناختی

کلمه شناخت در لغت به معنی عمل یا فرایند دانستن است. رویکرد شناختی به شخصیت، بر نحوه­ای که افراد از محیط و خودشان آگاه می­شوند، نحوه­ای که درک نموده و ارزیابی می­کنند، یاد می­گیرند و مسایل را حل می­کنند، تمرکز دارد. این واقعاً یک رویکرد روان­شناختی به شخصیت است؛ زیرا منحصراً روی فعالیت‌های ذهنی هشیار تمرکز دارد. این تمرکز روی ذهن، مفاهیمی را که سایر نظریه­پردازان به آنها پرداخته‌اند، نادیده نمی­­­­­­­­گیرد. برای مثال، در رویکرد شناختی، نیازها، سایق‌ها یا هیجانات را جنبه­هایی از شخصیت می­دانند که تحت کنترل فرایندهای شناختی قرار دارند (شولتز، شولتز، سیدنی‌الن 1386، 396). آرنولد (1960) به نقش مهم شناخت در عواطف توجه کرد و احساس را فرآیندی دانست که با درک اشیاء و حوادث و ارزیابی آنها شروع می‌شود. انسان درباره خوب یا بد بودن حوادث تصمیم می‌گیرد. اگر حوادث را سودمند بداند واکنش مثبت و در غیر این صورت واکنش منفی نشان می‌دهد. هرچه به سود انسان باشد باعث خوشحالی و رضایت خاطر او می‌شود و هرچه به زیان او باشد باعث اندوه، خشم و اضطراب او می‌گردد. تجربیات بالینی تأثیر عوامل شناختی را بر عواطف آدمی نشان می‌دهد (آرنولد، ترجمه قراچه داغی 1379، 67).

## 2-2-2- مفاهیم عمده نظریه‌های شناختی

مفاهیم عمده نظریه‌های شناختی عبارتند از: ادراکات ذهنی شخص از رویدادها، تفسیرها و استنادهای مربوط به رفتارها، الگوهای فکری، بیانات شخصی و راهبردهای شناختی، حال با توجه به آنچه گفته شد در شناخت درمانی توجه زیادی به جزئیات و نقش تفکر در تغییرات رفتاری و عاطفی می‌شود زیرا اگر تحریف‌‌های شناختی مکرر باشند، به ناراحتی یا اختلالات روانی منتهی می‌شوند. استنباط کردن و نتیجه گیری جزء کارهای مهم انسان هستند. انسانها باید کارهای خود را زیر نظر بگیرند و برای برنامه­ریزی در زندگی اجتماعی، عاطفی و شغلی خود احتمال پیامدها را بسنجد. ولی وقتی تحریف‌های شناختی زیاد هستند نمی‌توانند این کارها را درست انجام دهند و دچار اضطراب، افسردگی و دیگر اختلالات می‌شوند. شناخت درمانگرها تحریف‌های شناختی را می‌یابند و به بیماران خود کمک می‌کنند اشتباهات‌شان را بفهمند و تفکر خویش را عوض کنند) شارف، ترجمه فیروزبخت 1387).

## 2-2-3- رویکرد شناخت درمانی

شناخت‌ درمانی عبارتست از حل منظم و ساخت‌مند مسأله. محدودیت زمانی دارد و به ندرت بیش از 30 جلسه طول می‌کشد. برای هر جلسه دستور کار تهیه می‌شود. بک معتقد است، درمان‌گر باید با گرمی و خلوص با مراجع همدلی کند. همچنین درمان‌گر باید الگوی اموری باشد که می‌خواهد آموزش دهد (تاد و سی. بوهارت 1389، 438). شناخت درمانی، روان­درمانی نظامداری است که بر پایه نظریه، آسیب شناسی روانی، مجموعه‌ای از اصول و فنون درمانی و انبوهی از دانش است که اساساً از بررسی‌های تجربی بوجود آمده است (کیمیایی 1392). مضمون اصلی نظریه‌های شناختی رفتار درمانی و تغییر رفتار این است که نحوه تفکر افراد چگونه احساس و رفتار آنان را تعیین می‌کند هدف شناخت درمانی تشخیص و اصلاح افکاری است که به احساس‌ها و رفتار‌های نامطلوب می‌انجامد (سیف 1378، 74). شناخت درمانی توسط آرون بک به عنوان درمانی دارای ساختار، کوتاه مدت و متمرکز بر حل مشکلات جاری و تغییر تفکر و رفتار نا‌کارآمد در دانشگاه پنسیلوانیا در اوایل دهه (1960) شکل گرفت. به طور خلاصه مدل شناختی می‌گوید که تفکر تحریف شده یا نا کارآمد (که روی خلق و رفتار بیمار تأثیر می‌گذارد) وجه مشترک تمامی آشفتگی‌های روان شناختی است. ارزشیابی واقع­بینانه و تغییر واقع­گرایانه تفکر منجر به بهبود خلق و رفتار می‌شود. بهبود پایدار با تغییر باورهای ناکارآمد زیر بنایی بیمار حاصل می‌شود. اصول خاصی هستند که زیربنای شناخت درمانی برای همه بیماران محسوب می‌شوند.

**الف.** شناخت درمانی مبتنی بر مدل شناختی ویژه بیمار است. افکار کنونی بیمار که موجب تداوم مشکلات بیمار شده و رفتارهای مشکل ساز وی را نیز پیدا می‌کنند. سپس عوامل تسریع کننده‌ای که روی ادراکات بیمار تأثیر می‌گذارد شناسایی می‌شود. و سپس رویدادهای رشدی و الگوی پایدار تفسیر آن رویدادها بررسی می‌گردد.

**ب.** شناخت درمانی مستلزم اتحاد درمانی قوی است. رابطه درمانی مبتنی بر گرمی، همدلی، اعتماد و توجه خالصانه است.

**پ.** شناخت درمانی مبتنی بر همکاری دوجانبه و مشارکت فعال است. درمان یک کار تیمی است و بیمار و درمانگر با هم تصمیم می‌گیرند هر جلسه روی چه چیز کار کنند. در ابتدا درمانگر نقش فعال‌تری در تعیین سمت و سوی جلیات درمان دارد و با گذشت جلسات بیمار نقش فعال‌تری بازی **می‌کند**.

ت. شناخت درمانی معطوف به هدف و متمرکز برحل مسأله است. درمانگر در جلسه اول می‌خواهد که بیمار مشکلاتش را فهرست کرده و اهداف خود را مشخص کند تا با کمک درمانگر به صورت واقع بینانه‌ای نیل به این اهداف را دنبال کنند.

**ث.** شناخت درمانی بر زمان حال تأکید می‌ورزد. درمان اغلب بیماران مستلزم تأکید جدی بر مشکلات کنونی و موقعیت‌های خاصی است که بیمار را تحت فشار قرار می‌دهد.

ج. شناخت درمانی آمورشی است. هدف این است بیمار بیاموزد خود درمانگر خودش باشد و بر پیشگیری از عود تأکید می‌کند.

**چ.** شناخت درمانی محدودیت زمانی دارد. بیماران مبتلا به اضطراب خفیف در چهار تا چهارده جلسه شرکت می‌کنند. البته همه بیماران ظرف چند ماه بهبود نمی­یابند. برخی بیماران به یک الی دو سال درمان نیاز دارند تا بتوانند باورهای ناکارآمد انعطاف­پذیر و الگوهای رفتاری که منجر به ناراحتی مزمن می‌شوند را تغییر دهند.

**ح.** جلسات شناخت درمانی ساختار دارند. ابتدا در شروع جلسه خلق بیمار بررسی شده و با همکاری بیمار دستور جلسه تعیین می‌گردد. از بیمار خواسته می‌شود درباره جلسه قبل نظر دهد، تکالیف درمانی مرور می‌شوند، تکالیف جدید تعیین می‌شود، محتوای جلسه متوالیاً خلاصه می‌شود و در پایان جلسه از بیمار خواسته می‌شود در باره جلسه نظر و بازخورد بدهد. این ساختار در طی جلسات درمانی همواره ثابت است.

**خ.** شناخت درمانی به بیماران می‌آموزد که افکار و باورهای نا کارآمد خود را شناسایی و ارزیابی کرده و به آن­ها پاسخ دهد. درمانگر به بیمار کمک می‌نماید که افکار خود را به چالش کشیده و اعتبار و کارآیی آن‌ها را ارزیابی کند.

**ر*.*** شناخت درمانی از فنون متنوعی برای تغییر تفکر، خلق و رفتار استفاده می‌کند. انتخاب یک فن بر مبنای ضابطه مندی درمانگر از بیمار و هدف درمانگر در آن جلسه به خصوص صورت می‌گیرد (جوديت اس بك، 1392، 48-44).

## 2-2-4- اصول بنیادی درمان شناختی

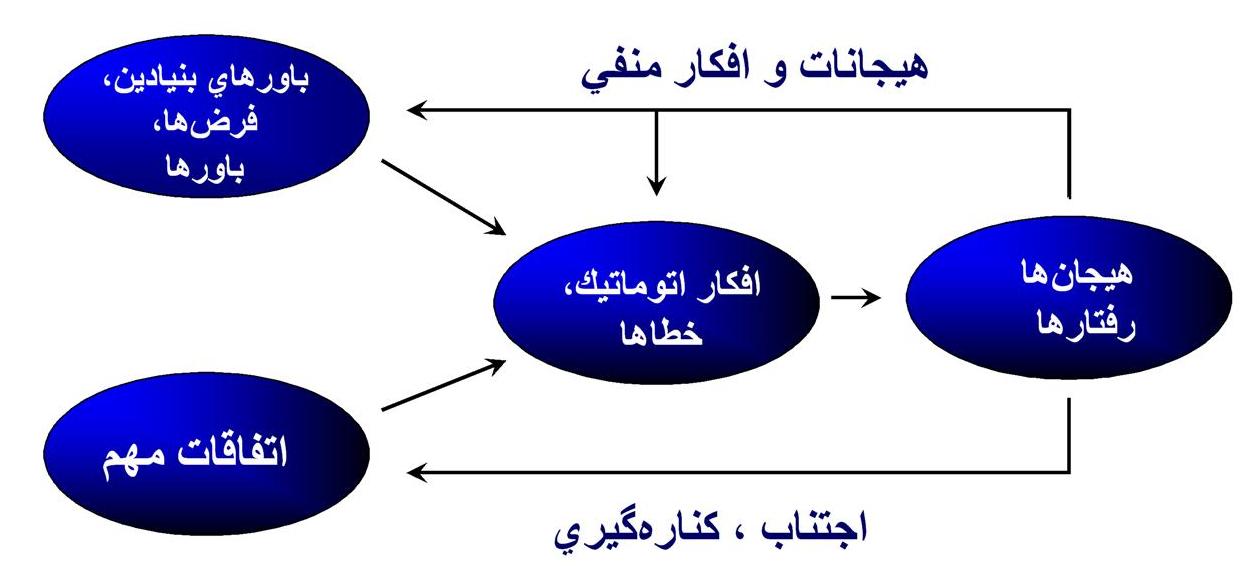
بک که برای مدت چندین سال از روانکاوی استفاده می‌کرد به «افکار خوکار» درمانجویان خود علاقمند شد، افکار خودکار عقاید خصوصی هستند که محرک‌های خاصی آن­ها را راه می‌اندازند و به پاسخ‌های هیجانی منجر می‌شوند. او به عنوان بخشی از مطالعه روانکاوی خود، محتوای رؤیای درمان­جویان افسرده را برای خشمی که آنها به سمت خودشان بر می‌گردانند، بررسی کرد. او متوجه شد بیش از خشمی که به خود برگردانده شده باشد، یعنی آن گونه که فروید در مورد افسردگی نظریه‌پردازی کرده بود، در تعبیر یا تفکر آنها سوگیری وجود دارد (کری 2005). **شناخت درمانگر‌ها علاقه خاصی به تأثیر تفکر بر شخصیت دارند. اگر چه فرایندهای روانی علت اختلالات روانی نیستند ولی یکی از مؤلفه‌های مهم این اختلالات محسوب می‌شوند. در این، افکار خودکاری که انسان‌ها آگاهی کمی از آن‌ها دارند نقش مهمی در رشد و تحول شخصیت بازی می‌کنند. این افکار یکی از جنبه‌های عقاید و یا طرحواره‌های شناختی هستند و برای شناخت نحوه انتخاب کردن و استنباط انسان‌ها مهم اند. آنچه در بررسی اختلالات روانی اهمیت ویژه‌ای دارد، تحریف‌های شناختی است یعنی شیوه‌های فکری نادرستی که موجب غمگینی و نارضایتی انسان می‌شوند.**

## 2-2-5- شناخت درماني گروهي مايكل فري

شناخت درماني گروهي مايكل فري مبتني بر ‌شناخت درماني افسردگي بك (CT)، رفتار درماني عقلاني عاطفي اليس (REBT) و درمان بازسازي شناختي مك مالين (CRT) مي‌­باشد. علت انتخاب اين روش آموزش رواني اين است كه به مراجع قدرت كنش بالايي مي‌دهد و داراي گرايش شناختي بسيار قدرتمندي است و از سويي با توان و مهارت اغلب درمانگران نزديك­تر و سازگارتر است (فری، 1998؛ صاحبی و همکاران 1382).

## 2-2-6- مدل شناخت درمانی مایکل فری

مایکل فری در کتاب معروف خود، مدل شناخت درمانی را ترسیم نمود، که بر پایه شکل زیر می‌باشد.

~~~~

## شکل 2-1- مدل شناخت درمانی، برگرفته از کتاب شناخت درمانی گروهی: مایکل فری (1382). ترجمه علی صاحبی.

## 2-2-7- انواع تکنیک‌های شناخت درمانی

**1. تکنیک پیکان (فلش) رو به پایین[[1]](#footnote-1)**

از این فن حهت دستیابی به باورهای بنیادین استفاده می‌شود. روش اجرا: الف: ابتدا يک فکر منفی اتوماتيک را که احتمال می‌دهيم به يک باور بنيادين ارتباط دارد، انتخاب می‌کنيم. ب. اين فکر را می‌نويسيم. ج: به بيمار می‌گوييم: فرض کنيم اين فکر درست باشد، چه معنی خاصی برای تو دارد؟/ چه چيز اين موضوع تو را ناراحت می‌کند؟ د: يک فلش رو به پايين زير فکر اوليه کشيده و جمله‌ای را که بيمار می‌گويد، زير فلش می‌نويسيم. ه: همان جمله را خوانده و دوباره به بيمار می‌گوييم: فرض کنيم اين فکر هم درست باشد، اين موضوع چه معنی خاصی برای تو دارد؟/ چه چيز اين موضوع تو را ناراحت **می‌کند**؟ و: اين کار را آن قدر ادامه می‌دهيم که به جمله‌ای برسيم که يک باور واسطه‌ای يا ناکارآمد باشد. در اين شرايط معمولاً بيمار ديگر نمی‌تواند به اين کار ادامه دهد، يعنی به جمله‌ای می‌رسيم که به خودی خود ناراحت کننده است و لازم نيست که برای بيمار معنی خاصی داشته باشد.

**2. فن تحلیل سود و زیان**

مثال: 1. فکر ناکارآمد: (اگر به آن مهمانی بروم کسی تحویلم نمی‌گیرد) 2. فکر جایگزین: (نباید درباره نظر مردم نسبت به خودم اهمیتی بدهم).

**3. فن بررسی شواهد**

مانند فن تجلیل سود و زیان عمل می‌کنیم اما در یک ستون شواهد تأیید کننده و در ستون دیگر شواهد رد کننده را می‌نویسیم ودر پایان هر ستون درصد تایید کننده و درصد رد کننده را می‌نویسیم و از هم کم می‌کنیم. مثال: من آدم ناموفقی هستم (به نقل از فری 1382).

## 2-2-8- شناخت درمانی از دیدگاه بک

شناخت درمانی بک یکی از معروف‌ترین نظریه‌هایی است که در مورد علل، درمان، توصیف و روشن سازی افسردگی اساسی انجام گرفته است. در دیدگاه بک، افسردگی با عنوان اختلال در شناخت، نحوه تفکر و باورهای افراد فرمول بندی شده است. از این رو شناخت درمانگری را درمانی فعال، جهت مند و به لحاظ زمانی محدود که بر اهمیت نظام‌های فکری و اعتقادی افراد تأکید **می‌کند**، تعریف می‌کنند (کیمیایی و همکاران 1385). به نظر بک (1974) ناراحتی‌های عاطفی محصول نیروهای اسرارآمیز و نفوذ ناپذیر نیست بلکه غالباً در اثر اشتباه در یادگیری، استنباط‌های غلط و تمیز ندادن خیال از واقعیت است. گاهی انسان بدون دلیل خارجی افسرده می‌شود. در این صورت با اطمینان می‌توان گفت که یک جریان شناختی یعنی یک فکر یا یک خاطره باعث افسردگی او شده است. گاهی برداشت‌های غلط در فرد به صورت یک عادت در می‌آید و چنان ذهن او را مشغول می‌دارد که حتی خود او هم از وجود آن برداشت‌ها بی‌خبر است. گاهی بیمار واقعیت ملموس و عینی را تحریف می‌کند مثلاً یک بیمار پارانوئید خیال می‌کند که همۀ اشخاص به او آسیب می‌رسانند، یا بیمار افسرده فکر **می‌کند** که توانایی خواندن و نوشتن و حتی رانندگی را ندارد. گاهی بیمار اندیشه‌ای غیرمنطقی دارد؛ مثلاً بیمار افسرده با مشاهده اینکه شیر آب دستشویی چکه می‌کند یا پیلوت اجاق گاز خراب شده یا یکی از پله‌ها لق شده است نتیجه می‌گیرد که این خانه برای زندگی کردن مناسب نیست. بک معتقد است که بیماران افسرده برداشتی منفی از خویشتن، برداشتی منفی از محیط اطراف و برداشتی منفی نسبت به گذشته، حال و آینده دارند. در حالت اضطراب، بیماران نگران وقوع خطرات احتمالی هستند و در این اندیشه هستند که حوادث ناخوشایندی احتمالاً اتفاق می‌افتد. همچنین خود را از برخورد با اندیشه‌های نگران کننده ناتوان می‌بینند و محرک‌ها را تعمیم داده و تقریباً هر صدا یا حرکت یا تغییری را در محیط اطراف خطری برای خود محسوب می‌دارند. نظر به اینکه بیماران افسرده و مضطرب دارای احساس باختن، آشفتگی و از هم پاشیدگی در زندگی خود هستند، درمانگر باید به آنان کمک کند تا افکار و رفتار خود را دوباره سازمان دهند. فرایند شناخت درمانی بک شامل مراحل زیر است. (بک 1974): 1. مراجعین از افکار خود آگاه می‌شوند. 2. مراجعین افکار نادرست و ناجور خود را تشخیص می‌دهند. 3. مراجعین به جای افکار نادرست، افکار درست و عینی می‌گذارند. 4. مراجعین تشویق و تقویت می‌شوند و به آنان باز خورد مثبت داده می‌شود. (فری 1384، 104- 103).

## 2-2-9- هدف‌های درمان

هدف اصلی در درمان شناختی، حذف سوگیری‌ها یا تحریف‌های فکری است تا انسان‌ها بهتر کار کنند. شناخت درمانگرها تحریف‌هایی شناختی مراجعان را زیر سؤال می‌برند، می‌آزمایند و مورد بحث قرار می‌دهند تا احساسات، رفتارها و تفکرات مثبت‌تری در بیماران خود ایجاد کنند. هرچه هدف‌ها مشخص‌تر و دقیق‌تر باشند، انتخاب روش‌های تغییر نظام‌های اعتقادی و احساسات و رفتارهای مراجعان آسان‌تر می‌شود این هدف‌ها مؤلفه‌های عاطفی، رفتاری و شناختی دارند (ریچارد اس. شارف 1380).

## 2-2-10- سنجش در شناخت درمانی

در شناخت درمانی از همان آغاز و در طول درمان توجه خاصی به سنجش مشکلات و شناختهای مراجعان می‌شود تا درمانگر بتواند مشکلات درمانجویان را دقیقاً مفهوم­بندی کند و تشخیص بدهد. وی در ادامه سنجش نه تنها روی افکار، احساسات و رفتارهای مراجع بلکه روی کارایی فنون درمانی تمرکز دارد.

## 2-2-10-1- روش‌های استفاده از فنون سنجش

مصاحبه‌ها: شناخت درمانگر در ارزیابی اولیه برای بررسی اجمالی موضوعات مختلف و در عین حال برای برقراری رابطه کاری خوبی با مراجع از مصاحبه استفاده می‌کند.

بازبینی خود: روشی برای سنجش افکار، هیجانات و رفتارهای مراجعان در بیرون از دفتر درمانگر است. در این روش مراجعان هیجانات، افکار و احساسات خویش را ثبت می‌کنند این عمل می‌تواند در قالب یادداشت کردن، ضبط کردن صدا یا پرکردن پرسشنامه انجام شود.

نمونه‌گیری از فکر: یکی دیگر از روش‌های جمع­آوری اطلاعات در مورد شناخت‌هاست. یک راه برای نمونه گیری از شناخت‌ها این است که در فواصل زمانی تصادفی در خانه لحن خاصی داشته باشیم و سپس افکارمان را ثبت کنیم، مراجعان می‌توانند افکارشان را روی نوار ضبط یا در کتابچه‌ای یادداشت کنند.

مقیاس‌ها و پرسش‌نامه‌ها: در کنار این فنون به کمک پرسشنامه‌های خودسنجی نیز می‌توانیم عقاید نامعقول، اظهار‌نظرهای افراد در مورد خودشان و تحریف‌های شناختی را مشخص کنیم. پرسشنامه‌های ساختاری وجود دارد که اهداف معینی را دنبال می‌کنند مثل پرسشنامه افسردگی بک، مقیاس فکر خودکشی و مقیاس نگرش معیوب. این گونه پرسشنامه‌ها معمولاً کوتاه هستند و در هر مقطع از درمان قابل اجرا می‌باشند (اس. شارف 1380).

## 2-2-11- رابطه درمانی

بک تأکید می‌کند که کیفیت رابطه درمانی برای کاربست درمان شناختی اهمیت دارد. مشاوره موفقیت آمیز به خصوصیات خوشایند درمانگران، مانند صمیمیت واقعی، همدلی صادقانه، پذیرش بدون صداقت و توانایی ایجاد اعتماد و برقراری رابطه با درمان­جویان بستگی دارد. درمانگران شناختی شرایط درمانی اصلی را که راجرز در رویکرد فرد مدار توصیف کرد برای به وجود آوردن تأثیر مطلوب درمانی، ضروری می‌داند ولی معتقدند که این شرایط کافی نیستند. درمانگران باید در عین حال برداشت شناختی از درمان جویان داشته باشند، فعال و خلاق باشند، بتوانند درمان جویان را از طریق فرایند سؤال کردن سقراطی درگیر کنند، و در استفاده از راهبردهای شناختی و رفتاری که قصد دارند درمانجویان را در خودیابی‌های مهمی که به تغییر منجر خواهند شد هدایت کنند، افراد ماهر و آگاهی باشند. درمان­گر وظیفه­ی راهنما را دارد که به درمان جویان کمک می‌کند بفهمند چگونه عقاید و نگرش‌های آن­ها بر نحوه‌ای که احساس و عمل می‌کنند تأثیر می‌گذارد. درمانگران همچنین درمان­جویان را ترغیب می‌کنند که در فرایند درمان نقش فعالی داشته باشند، آن­ها همواره در رابطه با درمان­جویان فعال هستند و با آن­ها تعامل حساب شده می‌کنند. درمان­گر و درمان جو با کمک هم نتیجه گیری‌های درمانجو را به شکل فرضیه­ی آزمون پذیر بیان می‌کنند. بک به جای تأکید بر نقش درمان­گر در آموزش، بیشتر برای نقش درمانجو در خود‌یابی ارزش قایل است درمانگران شناختی قصد دارند به درمان­جویان آموزش دهند چگونه درمان­گر خود باشند (کری 2005). بک معتقد است رابطه‌ی مراجع و درمانگر نوعی همکاری است درمانگر به کمک تخصص خویش در خصوص شناخت‌ها، رفتارها و احساسات به مراجعان امکان می‌دهد هدف‌های درمان را مشخص کنند و به آن­ها برسند. فرایند درمان به تعبیری یک اکتشاف علمی مشترک است که طی آن درمانگر و مراجع مفروضات جدید را می‌آزمایند (راس. شارف 1380).

## 2-2-12- فرایند درمان

شناخت درمانی در مقایسه با بسیاری از نظریه‌های درمان، ساخت دارد. جلسه یا جلسات اول به سنجش، برقراری رابطه‌ی توأم با همکاری و مفهوم بندی مورد، اختصاص می‌یابد. در ادامه، مراجع به کمک رویکرد اکتشاف هدایت شده چیزهایی در مورد تفکر نادرست یاد می‌گیرد. جنبه­ی مهم دیگر درمان روش‌های تشخیص افکار خود و ارائه‌ی تکلیف منزل است. پس از تحقق هدف‌ها، نحوه‌ی ختم درمان مورد بررسی قرار می‌گیرد و مراجعان یاد می‌گیرند پس از درمان چطور از آموخته‌های خویش استفاده کنند. در ادامه درمان، مراجعان از مرحله‌ی بینش به سوی تغییر سوق داده می‌شوند.

اکتشاف هدایت شده: اکتشاف هدایت شده که گاهی به آن گفت و شنود سقراطی می‌گویند به مراجعان کمک می‌کند عقاید و مفروضات ناسازگارانه­ی خویش را تغییر دهند. درمانگر مراجع را به نحوی هدایت می‌کند تا شیوه‌های جدید تفکر و رفتار را کشف کند. وی این کار را با طرح مجموعه سؤالاتی انجام می‌دهد که در آن با اطلاعات موجود، عقاید مراجع زیر سؤال می‌روند.

فن سه سؤال: شکل خاصی از روش سقراطی است. در این روش با سه سؤال به مراجع کمک می‌شود در تفکر منفی خویش تجدید نظر کند. هر سؤال به مراجع کمک می‌کند عقاید منفی خودش را بیشتر مورد تفحص قرار دهد و تفکر عینی‌تری پیدا کند.

1. چه شواهدی برای این عقیده دارید؟

2. چه تفسیر دیگری از این وضعیت می‌توانید داشته باشید؟

3. اگر نظرت درست باشد چه عواقبی دارد؟

مشخص کردن افکار خودکار: یکی از مداخلات اولیه در شناخت درمانی این است که از مراجع بخواهیم در مورد افکار منفی خودش صحبت و آنها را ثبت کند. مشخص کردن افکار با روش ثبت افکار معیوب و مطرح کردن آنها در جلسه بعد زمینه را برای جلسات آتی مهیا **می‌کند**.

تکلیف منزل: در شناخت درمانی، بین جلسات تکالیف خاصی به مراجع داده می‌شود که در این تکالیف مراجعان داده جمع می‌کنند، تغییرات شناختی و رفتاری را می‌آزمایند و روی مباحث جلسات قبل کار می‌کنند و در هر جلسه در مورد تکالیف منزل بحث و تکالیف جدیدی داده می‌شود.

ترتیب و قالب جلسه: ترتیب و قالب جلسات بستگی به درمانگر و مشکلات مراجعان دارد (فریمن و همکاران 1990) و معمولاً درمانگر و مراجع برسر دستور کار جلسه به توافق می‌رسند و مبنای این توافق نیز مرور رویدادهای هفته‌ی قبل و مشکلات پیش آمده است. درمانگر مراجع نتیجه‌ی تکلیف منزل را بررسی می‌کنند و به کمک یکدیگر در می‌یابند مراجع چه نتیجه‌ای از آن گرفته است، سپس در رابطه با نگرانی‌های اصلی مراجع تکالیف جدیدی داده می‌شود.

خاتمه دادن درمان: نحوه‌ی خاتمه دادن از همان جلسه‌ی اول مد نظر قرار می‌گیرد. درمانگران در طول درمان، درمانجویان را تشویق می‌کنند افکار و رفتارشان را زیر نظر بگیرند، آنها را گزارش بدهند و پیشرفت خویش را ارزیابی کنند. در مقطع خاتمه‌ی درمان این بحث مطرح می‌شود که مراجع پس از قطع رابطه با درمانگر باید درمانگر خود شود (ریچارد اس. شارف 1380).

شناخت درمانگران برای تغییر اندیشه‌ها و احساس‌های نادرست و ناسازگار روش‌هایی را ابداع کرده و به کار گرفته­اند. به نظر برنر (1980) با استفاده از شیوه‌های زیر می‌توان به مراجع کمک نمود تا نسبت به خطا‌های شناختی خود آگاه گردد و در صدد تغییر افکار نادرست خویش براید.

1. از مراجع خواسته شود تا خلاصه‌ای از موقعیت ناراحت کننده را بنویسد و سپس افکار منفی خود را در ارتباط با آن موقعیت شناسایی کند.

2. از فردی که احساس می‌کند آدم ضعیفی است و هرگز کاری را درست انجام نمی‌دهد خواسته شود تا دلایل موجود را بررسی کند و نظر بدهد.

3. از مراجع خواسته شود به جای سرزنش خویش با خود چنان برخورد کند که اگر دوستش چنین بود با او برخورد و گفتگو می‌کرد.

4. مراجع تشویق شود تا اعتبار اندیشه‌های منفی خویش را بیازماید.

5. از مراجع خواسته شود تا درباره‌ی واقع بینانه بودن افکار و طرز تلقی‌های خود، نظر دیگران را جویا شود.

6. از مراجع خواسته شود تا الفاظی نظیر ضعیف، بازنده، حقیر و نادان را به خود نسبت می‌دهد، معنا کند.

7. مراجع ترغیب و وادار شود تا سود و زیان یک احساس یا فکر منفی را بررسی کند مانند احساس ناتوانی در برقراری روابط اجتماعی و حقیر شمردن خود. به نظر شناخت درمان­گران آنچه انسان را در معرض فشارهای روانی آسیب‌پذیر می‌سازد طرز تفکر همه یا هیچ است. به این دلیل در فرایند درمان باید تلاش گردد تا مراجع دریابد که میان اندیشه‌های منفی و نظام ارزش‌های وی رابطه وجود دارد و برای رهایی از اندیشه‌های منفی لازم است نظام ارزشی سالم­تری را در خود ایجاد کند. در فرایند درمان مراجع متوجه می­شود که کدام افکارش غلط بوده است و پس از اصلاح این افکار، می‌آموزد که چگونه مشکلات هیجانی و رفتاری خود را برطرف سازد (رحیمیان 1377).

## 2-2-13- کاربردهای درمان شناختی

درمان شناختی در آغاز به عنوان رویکردی به درمان افسردگی شهرت یافت ولی پژوهش گسترده‌ای نیز به بررسی و درمان اختلال‌های اضطرابی اختصاص یافته است. از درمان شناختی به طرز موفقیت آمیزی برای درمان اختلال‌هایی از جمله درمان فوبی‌ها، اختلال‌های اضطرابی، اختلال‌های روان – تنی، اختلال‌های خوردن، خشم و حملات وحشتزدگی، اختلال استرس پس از آسیب، رفتار خودکشی‌گرا، اختلال‌های شخصیت مرزی، اختلال‌های شخصیت خود شیفته، اختلال‌های اسکیزوفرنیک، سوء­مصرف مواد، درد مزمن و بیماری جسمانی استفاده شده است. از درمان شناختی برای مداخله در بحران و در مورد زوج‌ها و خانواده‌ها، سوء استفاده کنندگان از کودک، مشاوره‌ی طلاق، مهارت آموزی و کنترل استرس نیز استفاده شده است (کری 2005).

**درمان افسردگی:** بک (1967) ابتدا شناخت درمانی را روی افسردگی اجرا کرد. مفهوم­بندی­هایی که در مورد افسردگی ارایه شده عبارتند از: ترایاد شناختی، مارپیچ نزولی افسردگی و جامعه‌گرایی و خودمختاری. ترایاد شناختی به نگاه منفی افسرده‌ها در مورد خودشان، دنیا و شکست‌های‌شان اشاره دارد. طبق دیدگاه ادراک خویشتن، افسرده‌ها خودشان را انسان‌های بی‌ارزش، تنها و بی‌عرضه‌ای می‌دانند. افسرده‌ها نگاه غم انگیزی به آینده دارند؛ آن­ها معتقدند که مشکلاتشان شدیدتر می‌شود و موفق نخواهند شد. بک دیدگاه نظری دیگر در مورد افسردگی، مارپیچ شناختی است. مارپیچ نزولی افسردگی که با ترایاد شناختی رابطه دارد، روابط طرحواره ها، افکار خودکار منفی، خلق و ادراک‌های منفی را نشان می‌دهد. عقاید بنیادی و طرحواره‌های افسرده‌ها در مورد شکست، زمینه‌ساز برخی واکنش‌ها در آنها می‌شود. بک با بررسی بیشتر افسردگی دریافت دو بعد دیگر هم در افسردگی مهم‌اند: وابستگی اجتماعی و خودمختاری. انسان‌های خودمختار بطور کلی شخصیتی هدفمند، مستقل و مصمم دارند. در هنگام افسردگی از اینکه نمی‌توانند خودپنداره خویش را حفظ کنند، ناراحت می‌شوند. ولی شخصیت‌های سلطه پذیر به وابستگی، نزدیکی و توجه و مراقبت دیگران اهمیت می‌دهند. در درمان اشخاصی که این دو نوع شخصیت را دارند؛ وابسته و خودمختار، بر موارد متفاوتی تأکید می‌شود. در مورد فرد افسرده‌ای که وابسته است، رابطه با درمانگر اهمیت خاصی دارد. چنین بیماری اهمیت خاصی برای توضیحات درمانگر قایل است و از وی پیشنهاد و توصیه می‌خواهد. درمان آن­ها در ابتدا روی احساس‌شان در مورد نظر دیگران و تحریف‌های شناختی شان در مورد واکنش‌های دیگران متمرکز می‌شود. ولی خودمختارها بیشتر دنبال همکاری هستند، به همین جهت توضیحات و تحقق اهداف، شکل مستقیمی به خود می‌گیرد. درمان این افراد روی آن دسته از تحریف‌های شناختی متمرکز می‌شود که با «باید کارها را خودم انجام دهم، آزاد باشم هرکاری می‌خواهم انجام دهم و طبق معیارهای دست بالای خودم رفتار کنم» مربوط­اند. در فنون مورد استفاده برای این افراد، تکلیف­هایی داده می‌شود که احساس درماندگی و بی­کفایتی آنان را کم می‌کنند. (اس. شارف 1380، 30- 29).

## 2-2-14- فنون درمان

با فنون شناختی مختلفی می‌توانیم به مراجعان کمک کنیم به هدف‌های‌شان برسند در بعضی از این فنون، افکار خودکار مشخص و نقد می‌شوند و بعضی دیگر نیز به مفروضات ناسازگارانه یا طرحواره‌های شناختی نامؤثر می‌پردازند فریمن و همکارانش (1990) به هشت مورد از این فنون شناخت درمانی اشاره کرده‌اند که در زیر آن‌ها را ذکر می‌کنیم.

**1- شناخت معنای شخصی:** هر کلمه‌ای بسته به افکار خودکار و طرحواره‌های شناختی افراد، معنای خاصی برای آنها دارد و درمانگر نباید فرض کند که منظور مراجع از کلمات را می‌داند.

**2- زیر سؤال بردن مطلق ها:** درمانگر در این فن اظهارات افراطی مراجع را که در آنها معمولاً از کلمات همه، همیشه، هرگز، هیچ کس و همواره استفاده می‌شود را زیر سؤال می‌برد تا مراجع نظرش را دقیق‌تر بیان کند.

**3- اسناد مجدد:** گاهی مراجعان خودشان را بابت برخی شرایط و وقایع مقصر می‌دانند درحالی که خیلی مقصر نبوده اند، درمانگر با کمک این فن به مراجعان کمک می‌کنند که خود را مقصر ندانند.

**4-برچسب زدن تحریف‌ها:** مراجعان با برچسب زدن به تحریف‌های شناختی می‌توانند افکار خود کاری را که مزاحم استدلال آن­ها می‌شوند، دسته بندی کنند.

**5- فاجعه نساختن:**مراجعان ممکن است از نتیجه‌ای وحشت داشته باشند که پیش نخواهد آمد. فنی که غالبا این وحشت را برطرف **می‌کند** فن «اگر... چه اتفاقی می‌افتد» می‌باشد. این فن خصوصاً وقتی مؤثر است که مراجعان نسبت به یک نتیجه‌ی احتمالی واکنش افراطی نشان می‌دهند.

**6- مبارزه با تفکر دو مقوله‌ای:** گاهی مراجعان، مسائل را به صورت همه یا هیچ یا سیاه و سفید می‌بینند که درمانگر به فرایند ورقه ورقه کردن متوسل می‌شود یعنی تفکر دو مقوله‌ای را به پیوستار تبدیل می‌کند.

**7- فهرست ضعف‌ها و قوت‌ها:** درمانگر از مراجع می‌خواهد که نقاط ضعف و قوت برخی از عقاید یا رفتارهایشان را یادداشت کنند. این رویکرد تا حدی شبیه فن ورقه ورقه کردن است چون ذهن مراجعان را از همه یا هیچ کردن مسائل دور می‌کند.

**8- مرور شناختی:** در این فن مراجعان در جلسه‌ی درمان وقایع بعدی را تجسم می‌کنند و درمانگر به کمک این فن تجسم‌های مخرب را تغییر می‌دهد.

شناخت درمانگرها از فنون رفتاری نیز استفاده می‌کنند مثل فعالیت زمان‌بندی شده، تمرین رفتاری، آموزش مهارت‌های اجتماعی، کتاب درمانی، آموزش ابراز وجود و آموزش آرمیدگی (اس. شارف 1380).

## 2-2-15- تفاوت دیدگاه شناختی درمانی با روان تحلیلی

شناخت درمانی و درمان روان تحلیلی از جهاتی با هم شباهت دارند، در هر دو روش مراجع افکار، طرز تلقی‌ها و انتظارات خود را بیان می‌کند. وظیفه درمانگر آن است تا با برقراری ارتباط میان افکار با احساسات و حوادثی که در زندگی مراجع روی می‌دهد او را به بینش برساند. بر اساس هر دو نظریه درمانگر به دنبال تغییر در ساختار شخصیت بیمار است، زیرا او معتقد است که تغییر رفتار نامطلوب به وسیله رفتار درمانی، به بهبودی مداوم در بیمار منجر نمی‌شود. درمان هم در روش تحلیل روانی و هم در شناخت درمانی بر تغییر ساختار ذهنی بیمار متمرکز است با این تفارت که در تحلیل روانی توجه درمانگر معطوف به طرز تلقی‌ها و افکاری که ریشه در تمایلات سرکوب شده و ناخودآگاه دارد؛ در حالی که در شناخت درمانی درمانگر در پی تغییر و اصلاح افکار غیر واقع بینانه است. در مورد تفاوت دو نظریه می‌توان گفت که شناخت درمانگر به معانی پنهان و ناخودآگاه اندیشه بیمار بی توجه است در صورتی که روان تحلیل گر به کار بر روی این معانی علاقمند است. از آن­جا که شناخت درمان­گر به نقطه نظرهای آگاهانه بیمار علاقه نشان می‌دهد مراجع می‌تواند نظرات و مطالب درمان­گر را با تجربه‌های خودآگاه خویش پیوند دهد و درستی آنها را آزمون کند. در تحلیل روانی مخالفت مراجع با تفسیرهای درمانگر مقاومت تلقی می‌شود. شناخت درمانی در مقایسه با روش تحلیل روانی از لحاظ طول دوره درمان با صرفه­تر است و به دقت کمتری نیاز دارد. کاربرد و آموزش اصول و روش‌های شناخت درمانی برخلاف زیربنای نظری پیچیده­ی تحلیل روانی بسیار ساده است، به طوری که درمانگر کم تجربه هم می‌تواند از این روش استفاده کند (رحیمیان 1387، 80).

## 2-2-16- محدودیت‌ها و انتقادهای وارد شده به درمان شناختی

از درمان شناختی به خاطر تأکید خیلی زیاد بر نیروی تفکر مثبت، خیلی سطحی و ساده بودن، توجه نکردن به اهمیت گذشته درمانجو، گرایش داشتن خیلی زیاد به فن، عدم استفاده از رابطه درمانی، کارکردن فقط روی برطرف کردن نشانه‌ها اما برطرف نکردن علت‌ها و مشکلات زیربنایی، نادیده گرفتن نقش عوامل ناهشیار، و بی­توجهی به نقش احساسات انتقاد شده است. یکی دیگر از انتقادهای وارد شده به درمان شناختی این است که هیجانات در درمان کم اهمیت جلوه داده شده اند (کری 1377).

## 2-2-17- شناخت درمانی در اعتیاد

شناخت درمانی همواره توسط درمانگرانی که در این شیوه مجربند به اجرا در می‌آید. می‌تواند هم بصورت جلسات گروهی یا انفرادی (با خود درمانگر) انجام شود. جلسات بطور میانگین 45 دقیقه بطول می‌انجامد. اساس درمان شناختی بر این مفهوم است که افراد الگوهای متفاوتی از افکار دارند که بر روزانه برطبق آن کار کرده یا تمرین می‌کنند. توسط درمانگر افکار مربوط به اعتیاد تشخیص داده می‌شود. این افکار اغلب سبب بقا اعتیاد و سست شدن ترک عادات می‌شوند. نمونه این افکار اعتقاد به درستی آن است اما نمی‌تواند به اثبات برسد و نیز خود شما هم از اینکه افکارتان درست باشد یا ممکن است درست باشد می‌ترسید. مثال‌های افکار این چنینی:

* اعتیاد از خود من قوی‌تر است؛ و من بر آن کنترلی ندارم.
* مردم فکر می‌کنند من بخاطر اینکه معتادم شکست می‌خورم.
* اگر عاداتم را ترک کنم قادر نخواهم بود دوستی بیابم.
* من یک انسان ضعیفم.

متعاقباً درمان سعی دارد این افکار را از طریق تکالیف و تمرینات معروف به تحریکی (انگیزه) به افکار مفیدتر و مثبتی تبدیل کند. مثالی افکار مثبت و مفید:

* نمی­دانم که آیا اعتیاد از من قوی‌تر است؛ من با درمان کامل خودم می‌توانم آن را کشف کنم.
* من نمی­دانم مردم در مورد من چه فکر می‌کنند;من میدانم که بخاطر اعتیادم شکست نمی خورم.
* من با مردم صحبت می‌کنم و اغلب نظرات مثبتی دریافت می‌کنم. پس یقیناً می‌توانم دوستانی جدید هم داشته باشم. فقط مقداری زمان می‌برد.
* من روی اعتیادم کار می‌کنم و می‌کوشم تا زندگیم را از سر بگیرم بنابراین من بازنده نیستم مطمئناً. این افکار تازه در یک روز شکل نمی‌گیرد؛ زمان می‌برد تا توسط خود فرد پذیرفته شود (صادقی و آتش­پور 1390).

## 2-3- مفهوم شناسی نظری نگرش‌های ناکارآمد

## 2-3-1- تعریف نگرش

معادل واژه Attitude در فارسي، نگرش، ایستار، طرز رفتار، طرز تلقّى، پنداشت، طرز تفکر بر اساس مفروضات پیشین و مانند آن­ها ترجمه شده است. (آذربايجاني 1382، 136)، در اصطلاح، تعاريف بسياري در مديريت و روان­شناسي از نگرش شده است كه در ذيل به برخي از آنها اشاره مي­شود: نگرش يا طرز تلقي عبارت از آمادگي براي واكنش ويژه نسبت به يك فرد، شيء، فكر يا وضعيت است. (رضاییان 1389، 202)، نگرش مجموعه­ای از اعتقادات، عواطف و نیات رفتاری نسبت به یک شیء، شخص یا واقعه است. به عبارتی تمایل نسبتاً پایدار به شخصی، چیزی یا رویدادی است که در احساس و رفتار نمایان می­شود (قلی‌پور 1386، 108). نگرش ارزیابی یا برآوردی است که به صورت مطلوب یا نامطلوب درباره شی یا فرد یا رویدادی صورت می­گیرد. نگرش بازتابی از شیوه احساس فرد نسبت به یک چیز یا یک فرد است. مثلا هنگامی که می‌گوییم «کارم را دوست دارم» نگرش خود را درباره کار ابراز می­نماییم [(رابینز 1376، 40](http://www.pajoohe.com/fa/index.php?Page=definition&UID=46494" \l "_ftn4" \o ")). به حالتى ذهنى یا عصبى حاکى از تمایل، که از طریق تجربه سازمان­یافته و بر پاسخ­هاى فرد به تمامى موضوعات و موقعیت­هایى که با آن در ارتباط است، تأثیرى جهت­دار یا پویا دارد، نگرش گفته مي­شود. (برگ 1378، 538)، نگرش نشان‌دهنده‏ی اثر شناختی و عاطفی به جای تجربه‏ی شخصی از شی­ء یا موضوع اجتماعی مورد نگرش و یک تمایل به پاسخ در برابر آن شی‏ء است. نگرش در این معنی یک «مکانیسم پنهانی» است که رفتار را هدایت می‌کند (کریمی 1387، 162). نگرش، نظري است كه درباره افراد، چيزها يا رويدادها ابراز مي­گردد. و منعكس­كننده نوع احساس فرد درباره آن است (رابینز 1387، 280). نگرش­ها، با توجه به تعاریف مزبور، در زمینه­سازى و شکل­دهى به رفتارها، ایجاد انگیزش­ها، ارضاى نیازها و جهت‌دهى به گرایش­ها تأثیرى جدّى دارند. به همین دلیل، مطالعه آن­ها بخش عمده­اى از روان­شناسى اجتماعى را به خود اختصاص داده است (آذربايجاني 1382، 137)، هیچ مفهوم مجرّدى نتوانسته است همچون مفهوم «نگرش»، موقعیت عمده­اى در روان شناسى اجتماعى کسب کند. (روش بلاو و نیون 1390، 119).

## 2-3-2- عناصر نگرش

نگرش­ها داراي سه بعد شناختي، عاطفي و رفتاري بدین شرح می­باشند:

1. بخش شناختي آن عبارت از باورها و ارزش­ها و اطلاعات درباره هدف شناخته شده به وسيله فرد است.

2. بخش عاطفي آن شامل احساس­ها و عواطف درباره هدف، فرد، فكر، رخداد يا شيء است.

3. بخش رفتاري آن از نگرش سرچشمه مي­گيرد و به نيت «رفتار به صورت معين» بر مي­گردد.

اين اجزاء جداي از يكديگر نيستند. [(رضاییان 1389، 202](http://www.pajoohe.com/fa/index.php?Page=definition&UID=46494" \l "_ftn32" \o "))، جِرد هم معتقد است عناصر تشکیل­دهنده نگرش از همين سه عنصر مي­باشد اما با اين بيان:

1. مولفه­های شناختی عبارت است ­از آگاهی، فهم و دانش نسبت به وجود محصول.

2. مولفه­های عاطفی عبارت ­است ­از ارزیابی، دوست داشتن و ترجیح دادن یک محصول بر محصول دیگر.

3. مولفه­های رفتاری عبارت­ است ­از گرایش، میل، قصد خرید و آزمایش کردن یک محصول (بُهنر و وانِک 1384، 17).

## 2-3-3- اهمیت شناخت نگرش

در ذیل، به برخى کارکردها و آثار مترتب بر شناخت نگرش­ها اشاره مى­شود:

**1. امکان پیش­بینى رفتار:** آگاهى از نگرش­ها تا حد زیادى فرد را قادر به پیش بینى رفتارها مى­سازد. البته روشن است که رفتارها از عوامل متعددى ناشى شده و شرایط و موقعیت­هاى گوناگونى در شکل گیرى و تعدد آنها مؤثر است. اما همه این عوامل و شرایط، رفتار را در بسترهایى همساز با نگرش­ها جهت مى­دهند و با مرور زمان و استمرار عمل برخى از تعارضات بدوى نیز، که معمولاً میان این دو واقع مى­شود، جاى خود را به سازگارى و التیام مى­دهند، اگرچه بعيد نيست که در برخى افراد یا گروه­ها بر اساس بعضى رفتارها و تحت شرایط و اوضاع و احوال خاص فرهنگى ـ اجتماعى، این تعارض میان رفتار و نگرش­شان به صورت ریشه­اى همواره باقى بماند. در حقیقت، امکان پیش بینى درست رفتار بر اساس نگرش، به میزان همسازى میان این دو بستگى دارد. به عنوان مثال، در جایى که میان باورها (عناصر شناختى) و نگرش­ها (عناصر هیجانى) ناهمسازى وجود داشته باشد، از نگرش نمى­توان به عنوان یک مبناى مطمئن در پیش­بینى رفتار استفاده کرد. به اعتقاد برخى، بسیارى از عواملى که پیش­بینى رفتار را از روى نگرش­ها امکان­پذیر مى‌سازند در یک چارچوب نظرى در هم بافته شده­اند و پیش­بینى تنها با درک آن مجموعه امکان­پذیر خواهد بود. قابل ذکر است که نگرش­ها نیز همچون پاسخ­هاى مربوط به محرّک­هاى رفتارى باید ارضا کننده باشند و به پاسخ­هایى منجر شوند که به طور مستقیم، در شخص ایجاد خرسندى مى­کنند. در هر صورت، اگرچه رابطه میان برخى نگرش­ها با نظام احتیاجات فرد، گروه یا جامعه دقیقاً مشخص نیست، اما مى­توان ارتباطى هر چند مبهم یا با واسطه میان آنها پیدا کرد. صاحب‌نظران، مطالعه نگرش را برای درک رفتار اجتماعی، حیاتی می‌دانند. بخشی از این اهمیت، بر این فرض استوار است که نگرش‌ها تعیین‌کننده رفتارها هستند و این فرض به‌طور ضمنی دلالت بر این امر دارد که با تغییر دادن نگرش‌های افراد می‌توانیم رفتار آنان را پیش‌بینی کنیم یا بر رفتار آنان کنترل داشته باشیم. (خواجه سروي و همکاران 1387، 12)، البته باید مدنظر داشته باشیم که برای تغییر رفتار، باید به تغییر نگرش آنها پرداخت. تحقیقات فراتحلیل اخیر نشان می­دهند که یک میزان بالای تغییر در نگرش، گاهی منجر به میزان پایینی تغییر در رفتار می­شود [(اربنت](http://www.pajoohe.com/fa/index.php?Page=definition&UID=46494#_ftn11) و کاترین[[2]](#footnote-2) 2009، 153).

**2. شناخت شخصیت افراد:** از جمله امورى که در توصیف و تشریح شخصیت فرد دخالت تام دارد نگرش­ها مى­باشند. اهمیت نگرش­ها، که خود ناشى از به کار بردن نظام ارزش­هاى فرد هستند، اگر بیش­تر از نظام ارزش­هاى مولّد خود نباشد، دست کم، به اندازه آن در شناخت فرد مؤثر است.

**3. نقش آن در تشخیص پیش داورى­ها:** نگرش­ها به تدریج، نوعى تجلّى کلى غیر قابل فهمى در روش و سیاق زندگى اجتماعى ایجاد مى­کنند و با کمک ارزش­ها و هنجارهاى گروه خودى، به ارزیابى دیگران مى­پردازند. از همین زمان است که بعضى از نگرش­هاى پیچیده و مبهم و از نظر منطقى توجیه­ناپذیر پدیدار مى­شوند و منبع تغذیه پیش داورى­هاى طبقاتى و گروهى مى­گردند (شرف‌الدین ۱۳77، 86).

**4. نقش آن در داورى­هاى علمى:** گولدنر تأثیر پیش فرض­هاى ذهنى را (که در معناى کلى، نگرش را نیز شامل مى­شوند) در قبول برخى نظریات علمى و ردّ نظریات دیگر این چنین ارزیابى مى­کند: «نظریه­اى که با پیش­فرض­هاى ذهنى بررسى کننده نزدیک باشد و جایى در تجربیات شخصى او داشته باشد از نظر روانى، آسان­تر پذیرفته مى­شود. علت پذیرش آن، این است که چنین فرضیاتى بخشى از فرضیات کلى ذهن بررسى­کننده را مى­سازند که او مستقیماً و به­ وضوح، با آن­ها مواجه نبوده است؛ زیرا در دورنماى ذهن او جاى داشته­اند، اما اکنون صریحاً به شکل یک نظریه ارائه مى­گردد و یا به علت وجود تشابه ذهنى و یا تأیید و تکمیل فرضیات ذهنى خود شخص، به آسانى مورد پذیرش قرار مى­گیرد (گولدنر 1388، 48).

## 2-3-5- مفهوم نگرش‌های ناکارآمد

نگرش ناکارآمد در واقع‌ جزیی از باورهای واسطه‌ای ناکارآمد است که در کنار افکار خود کار در نظام شناختی فرد بر رفتار او تأثیر می‌گذارد. این اعتقادات واسطه‌ای ناکارآمد، با نظرات منفی پیش بین (یو[[3]](#footnote-3) 2002) همراه‌ است. نگرش‌های ناکارآمد، نگرش‌ها و باورهایی هستند که فرد را مستعد افسردگی و یا به ‌طور کلی‌ آشفتگی روانی می‌کند. این باورها که در اثر تجربه نسبت به خود و جهان کسب می‌شوند، فرد را آماده می‌سازند تا موقعیت‌های خاص را بیش از حد منفی و ناکارآمد تعبیر کنند. از نظر بک‌ نگرش‌های ناکارآمد معیارهایی انعطاف‌ناپذیر و کمال گرایانه هستند که فرد از آن برای قضاوت‌ درباره‌ی خود و دیگران استفاده می‌کند. از آنجا که این نگرش‌ها انعطاف ‌ناپذیر، افراطی و مقاوم‌ در مقابل تغییراند، ناکارآمد یا نابارور قلمداد می‌شوند (دیویدسون، نیل و کرینگ[[4]](#footnote-4) ‌1998). در واقع نگرش‌های ناکارآمد که بنیادهای آشفته‌کننده‌ی افراد را تشکیل می‌دهند، دو ویژگی‌ اساسی دارند (الیس 1991)؛ اولاً آن‌ها در درون خود توقعات خشک، جزیی و قدرتمندی دارند که‌ معمولاً در قالب کلماتی چون باید، حتماً، الزاماً و ضرورتاً بیان می‌شوند، ثانیاً موجب انتساب‌های‌ بسیار نامعقول و تعمیم مفرط و فاجعه‌آمیز می‌شوند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که شانس بروز اختلالات روانی طی یکسال، در صورت‌ افزایش نمره‌های نگرش ناکارآمد به‌طور معناداری افزایش می‌یابد (ویچ[[5]](#footnote-5)‌ و همکاران 2003). به‌ این ترتیب، چون نارسایی عملکرد تفکر از مهم‌ترین علل آشفتگی‌‌هاست (والن‌[[6]](#footnote-6)و همکاران 1992) هرچه نگرش‌های ناکارآمد و باورهای غیر منطقی افراد بیشتر سود آشفتگی‌های هیجانی نیز بیشتر خواهد شد (اسمیت و هوستنکنت[[7]](#footnote-7) ‌1983؛ واتسون[[8]](#footnote-8)‌ و همکاران 1998).

## 2-3-6- الگوهای شناختی و نظریات نگرش‌های ناکارآمد

**1. الگوی شناختی سالکووسکیس:** جامع‌ترین الگوی شناختی را سالکووسکیس[[9]](#footnote-9) (1985) بر مبنای الگوی شناختی افسردگی و اضطراب بک پیشنهاد کرده است. براساس این الگو، افکار، تجسمات و تکانه‌های مزاحم معمولی، زمانی به اغتشاش می‌انجامند که برای فرد مهم باشند و با افکار خودکار منفی مرتبط گردند. او همچنین بر جداسازی افکار خودکار از افکار مداخله گر تأکید داشت. برطبق نظریه سالکووسکیس (1985. 1989) افکار مزاحم ناخواسته، اغلب خودکار، منفی و ملالت آور می‌باشند (به نقل از حسن شاهی 1382، 50).

**2. نظریه آلیس:** از نظر الیس[[10]](#footnote-10) (1973) انسان‌ها، گرایش نیرومندی برای کژفکری دارند. از این نظر، عقاید نامعقول و نگرش‌های ناکارآمد، به بنیان‌های آشفته‌کننده‌ی رفتار تبدیل می‌شوند. این فلسفه، از یک طرف‌ اندیشه‌ای الزام ‌آور است که در نوع خود قدرتمند، خشک و جزمی است و از طرف دیگر، به‌ استنباط‌های فاجعه‌آمیز منجر می‌شوند (الیس 1991؛ الیس و درایدن[[11]](#footnote-11) 1996). الیس (1973) تأیید این فرایند را در یک چرخه‌ی معیوب توضیح داده است؛ از نظر او افراد، خود را به خاطر اینکه از لحاظ هیجانی ناراحت هستند سرزنش می‌کنند، سپس خود را به خاطر سرزنش کردن پیوسته‌ی‌ خود ملامت نموده و از اینکه درصدد روان درمانی برآمده‌اند مجدداً سرزنش کرده و سپس نتیجه‌ می‌گیرند که به طرز نا امید کننده‌ای مشکل دارند و کاری نمی‌توان برای آنها انجام داد.

**3. نظریه بک(1976):** بک هر چند با مفاهیمی متفاوت، نقش نگرش‌های ناکارآمد و شناخت‌های ناسازگارانه را در ایجاد رفتارهای ناسازگارانه مورد تأکید قرار داده است. از نظر او ابتدا، مراجعان باید از آنچه که به‌ آن فکر می‌کنند آگاه شوند، در گام دوم، باید افکار غلط خود را شناسایی کنند و در ادامه با جایگزین کردن قضاوت‌های درست به جای قضاوت‌های نادرست و دریافت بازخورد لازم که‌ بیانگر درست بودن تغییرات آنهاست دوره‌ی درمان را به سرانجام برسانند. نقش باورها، نگرش‌ها و فرایندهای ذهنی دیگر در بسیاری از اختلالات و مشکلات رفتاری نشان داده شده و معلوم شده است‌ که باورهای غیرمنطقی می‌توانند، رنج‌های افراد را تشدید کنند (الیس 2004؛ ملمد[[12]](#footnote-12) 2003؛ سیاروچی‌[[13]](#footnote-13) 2004؛ رایس و دلو[[14]](#footnote-14) 2001؛ ویب و مک کاب[[15]](#footnote-15) ‌2002، 4). مفهوم نگرش‌های‌ ناکارآمد[[16]](#footnote-16) (DA) اولین بار توسط بک (2006، 1975 و 1979) در توصیف افکار بیماران افسرده و به عنوان مفهوم اصلی مرکزی ایجاد و پایایی اختلال افسردگی مطرح شد.

**4. دیدگاه آسیب‌پذیری - تنیدگی الیور[[17]](#footnote-17) و همکاران:** از نظر الیور و همکاران (2007) آسیب‌پذیری شناختی در قالب دیدگاه آسیب‌پذیری - تنیدگی بر مبنای دو نظریه‌ی ناامیدی و نظریه‌ی بک به صورت سبک شناختی منفی و نگرش ناکارآمد، مفهوم‌ سازی شده است. تلفیق این دو دیدگاه در مفهوم الگوی شناختی ناسازگارانه که شامل سبک‌ شناختی منفی و نگرش‌های ناکارآمد است می‌تواند در طول فرایند رشد پدید آید (الوی[[18]](#footnote-18)‌ و همکاران 2000) و موجب اختلالات رفتاری مختلف شود (وایزمن[[19]](#footnote-19) ‌و بک 1978؛ هفل[[20]](#footnote-20)‌ و همکاران 2003).

## 2-3-7- نقش افكار و باورها در مصرف مواد بر مبنای ديدگاه­‌هاي شناختی

طبق ديدگاه­‌هاي شناختي، وجود برخي افكار و باورهاي غير منطقي بر روي خلق اثر مستقيم دارند. اليس اعتقاد به 11 باور غير منطقي را علت آشفتگي رواني مثل اضطراب، افسردگي و دليل شاد نبودن فرد، مي‌داند. اليس و بك (1380) معتقدند كه در افراد سوء مصرف كننده مواد، وجود چند نگرش و باور غير منطقي رايج، منجر به تحمل پايين ناكامي و در نتيجه احساسات منفي مثل خشم و غمگيني مي‌شوند. يكي از اين باورهاي غير منطقي، اين است كه «امور هميشه بايد بر وفق مراد باشد» زماني كه فرد انتظار دارد همه چيز بايد بر وفق مرادش باشد، مواجهه با كوچكترين مانعي او را تحريك پذير و آشفته مي‌كند و شيوه‌هاي ديگر رسيدن به هدف را ناديده مي‌گيرد، در چنين شرايطي فرد براي مقابله با مشكل و كاهش تنش به سوء مصرف مواد اقدام مي‌كند. بنابراين، خلق منفي بالا كه زمينه ساز گرايش به سو‌ء مصرف مواد است، با احساس درماندگي، ساختار انگيزشي غير انطباقي و باورهاي غيرمنطقي و ناكارآمد، رابطه مستقيم دارد. نتايج تحقيقات نشان مي‌دهد كه تعديل خلق منفي مي‌تواند گرايش به رفتارهاي اعتيادي را كاهش دهد (کولو[[21]](#footnote-21)و همکاران 2005؛ به نقل از رسولي 1386). در مورد سوء مصرف مواد، نظريه‌هاي مختلفي مثل شناختي-رفتاري، روان تحليلي و انگيزشي مطرح مي‌شوند كه هر كدام با توجه به ديدگاه خود به اعتياد، راهكار درماني ارائه مي‌كنند. ديدگاه شناختي-رفتاري و تمام رويكردهاي درماني در اين حوزه، بر اهميت افكار، احساسات و رفتار در اختلال مصرف مواد توجه دارند و با روش اصلاح الگوي شناختي فرد يا بازسازي شناختي، آموزش مهارت‌هاي اجتماعي و مقابله‌اي به درمان آن اقدام مي‌كنند

## 2-3-8- ارتباط نگرش و باور با مصرف مواد بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی

از دیدگاه یادگیری اجتماعی، انتظارات مثبت از مصرف مواد سبب ادامه‌ی مصرف و بازگشت به مصرف می‌شود، در حالی که انتظارات منفی از مصرف مواد جلوگیری می‌کنند (جونز و مک ماهون[[22]](#footnote-22) 2001). در همین چارچوب، براساس نظر بک اکثر بیماران سو مصرف‌کننده‌ی مواد دارای مجموعه‌ای از باورها و نگرش‌های مثبت نسبت به مواد هستند که وقتی تصمیم به توقف مصرف می‌گیرند، فعال می‌شوند. در این هنگام چون فرد تصور می‌کند قادر به کنترل تمایلات خود نیست، احتمال کمی وجود دارد که برای کنترل آن تلاش کند. از این دیدگاه، یک محور مانع عمده در ترک مصوف مواد یا مصرف الکل، شبکه عقایدی ناکارآمدی است که بر محور داروها و مواد متمرکز است و نیز یکی از دلایلی که سبب می‌شود فرد سو مصرف‌کننده‌ی مواد هم‌چنان تمایل قوی به مصرف مواد داشته باشد، این است که عقاید اساسی او نسبت به مزایا و معایب مواد، اساساً تغییر نکرده است (گودرزی 1384).

## 2-3-9- اهمیت و تأثیر نگرش مثبت به مصرف مواد

نقش نگرش مثبت به مواد مخدر به قدري از اهميت برخوردار است كه آلبرت اليس معتقد است كه تفكر و نوع نگرش افراد معتاد است كه آن‌ها را به سوي مصرف مجدد سوق مي‌دهد و يا آن‌ها را براي هميشه از مصرف دور مي‌سازد. نوع نگرش معتاد نسبت به مواد مخدر نوعي تفكر است كه ممكن است منطقي يا غير منطقي باشد و اغلب خودبخود، ناهشيار و دايمي است و به راحتي نمي‌توان اين نوع نگرش را تغيير داد؛ ولي يكي از شيوه‌هايي كه به معتاد كمك مي‌كند تا به شناخت خود برسد بررسي نوع نگرش و ايجاد نگرش منفي نسبت به اعتياد است (الیس 2003). از ميان عوامل محافظت كننده و عوامل خطر آفرين سوءمصرف مواد مخدر، نگرش افراد نسبت به مصرف مواد مخدر از مهم ترين عوامل همبسته با مصرف و يا عدم مصرف مواد به حساب مي‌آيد كه هم مورد تاييد روان شناسان و هم مورد تاكيد جامعه شناسان است (كوپر، فران، روزل و مودر[[23]](#footnote-23) 1997؛ كروگلانسگي و هيگينز[[24]](#footnote-24) 2007) نتايج برخي تحقيقات نشان مي‌دهد كه قصد افراد براي سوءمصرف مواد، دست كم در دفعات اوليه مصرف تحت تاثير نگرش آنان به سوءمصرف مواد قرار دارد (مك كالر، سوسمن، دنت و ترن[[25]](#footnote-25) 2001). نتايج پژوهش جاجري (1386) نيز بيانگر آن است كه اكثر مراجعان معتاد به مراكز ترك اعتياد نسبت به اثرات استفاده از مواد مخدر و تمايل به مصرف مواد مخدر نگرش مثبت داشته اند (بهرامی و همکاران 1392، 59). شناسايي نگرش مثبت در افراد معتاد و تبديل اين نگرش به نگرش منفي نسبت به مصرف مواد مي‌تواند گامي مهم در كاهش مصرف مواد و بازگشت به زندگي طبيعي قلمداد شود؛ زيرا نگرش داراي يك بعد عاطفي و يك بعد رفتاري است و نگرش‌هاي قوي و با بار عاطفي زياد به سود يك موضوع و يا عل يه آن، به خوبي مي‌توانند رفتارهاي گرايشي و اجتنابي را پيش بيني كند. البته به اين نكته نيز بايد توجه كرد كه هميشه نگرش به رفتار منجر نمي شود و ساير عوامل اجتماعي و تاثيرات آنها نيز دخيل است. به طور كل، فروشندگان مواد به اين نكته پي برده اند كه با ايجاد نگرش مثبت نسبت به مواد مخدر و شيوع باورهاي غلط در ميان افراد جامعه، مي‌توانند بازار مصرف خوب و سودآوري را به دست آورند يكي از دلايل اساسي مشكل اعتياد، خطر هنجار شدن مصرف مواد مخدر و نگرش مثبت به مواد مخدر و آثار آن است همچنين، گرايش به مصرف مواد مخدر با اين باور غلط كه «مصرف گهگاهي و تفريحي مواد فرد را معتاد نمي‌كند» فزوني يافته است. در حال حاضر، اين باورهاي غلط در بين جوانان و نوجوانان شايع شده است و مسلماً داشتن چنين نگرش‌هايي، موجب گرايش و افزايش مصرف مواد مخدر در ميان اين گروه‌ها مي‌شود (ابادينسكي[[26]](#footnote-26) 2005)

## 2-4- مفهوم باورها و باورهای مرتبط با مواد مخدر

## 2-4-1- تعریف باور

واژه «Belief» در فارسی به باور، عقیده، ایمان و اعتقاد ترجمه شده است (آریان‌پور و دیگران 1385، 201). این واژه از اصطلاحات مربوط به حوزه روان‌شناسی اجتماعی است كه مباحث مربوط به پدیده روانی اعتقاد را از این حیث كه دارای رفتارسازی اجتماعی است مطالعه می‌كند. در یک تعریف ساده و رسا، «باورها یا عقیده‌ها، اندیشه‌هایی هستند كه فرد به درستی و حقانیت آن‌ها اعتقاد دارد» (پارسا 1383، 312). «کرچ و کرچفلید» باور را چنین تعریف کرده‌اند:‌ «باور، سازمانی باثبات از ادراک و شناختی نسبی درباره جنبه خاصی از دنیای یک فرد است». برای مثال، ‌اعتقاد به بابانوئل که مفاهیم گوناگون به آمیخته‌ای همچون: جنبه جسمانی، ‌لباس و نوع پوشش، جنبه کارکردی آن را دربر می‌گیرد. در مفهوم وسیع‌تر، باورها دربرگیرنده شناخت یا دانسته‌ها، ‌عقاید یا آیین است» (آن ماری و اُدیل 1381، 124).

## 2-4-2- باور و حالات بازنما

یک باور همواره درباره وضع اموری است[[27]](#footnote-27). یک حالت ذهنی به دلیل همین ویژگی «درباره چیزی بودن» است که حالت التفاتی یا به تعبیر ساده‌تر، معنا‌دار می‌شود. همان گونه که معنای یک جمله به وسیله گزاره‌ای تامین می‌گردد که آن را بیان می‌کند، معنای حالت ذهنی نیز، همانند باور به وسیله وضع امور یا گزاره‌ای تامین می‌شود که می‌بایست به خاطر آن صادق باشد. با توجه به همین ویژگی التفاتی است که باورها بازنما بوده و همچون نقشه‌هایی عمل می‌کنند که ما از روی آنها جهان را جهت‌یابی می‌کنیم (فعالی 1389، 90)، البته باید توجه داشت که انسان حالات ذهنی و روانی غیرباوری هم دارد و تمام حالات روانی و ذهنی او از سنخ باور نیستند. ما امیال، آمال، ترس و دیگر حالات گزاره‌ای نیز داریم. تمام این حالات به این اعتبار که نوعی نقشه از قسمتی از جهان در اختیار ما می‌گذارند بازنما هستند. برای مثال ترس از وجود ماری در چمن‌زار، ترس از آن است که جهان به گونه خاصی است؛ یعنی چون جهان به گونه خاصی می‌باشد، ماری در چمن زار وجود دارد. بازنمایی، جزء جدایی ناپذیری از حیات ذهنی ماست (شمس 1382، 103؛ فعالی 1389، 90). ولی این مستلزم آن نیست که همه حالات روانی و ذهنی ما از سنخ باور و یا حتی به صورت گزاره‌ای باشد.

## 2-4-3- منابع باورها

باورها از کجا شکل می‌گیرند؟ منابع شناختی و عاطفی و بینشی شکل‌گیری باورها چیست؟ برخی از روان ‌شناسان اجتماعی به این نتیجه رسیده‌اند که «باورها سه ریشه اصلی دارند: تجربه شخصی، ‌اطلاعات حاصل از دیگران و استنتاج، حتی ممکن است باورها محصول همزمان این سه منبع باشند. مثلاً، ممکن است شخصی نوار جدید آقای X را خیلی خوب توصیف کند زیرا شخصاً به آن گوش داده است. همچنین نوار مزبور ممکن است به این علت خیلی خوب به نظر برسد که فردی مورد اعتماد آن را تعریف کند یا در روزنامه‌ها راجع به آن مطالب مثبت زیادی نوشته شده باشد. در حالت اخیر، باور شخص بر اطلاعات حاصل از دیگران استوار خواهد بود. بالاخره، ‌احتمال دارد که شخص اصلاً به نوار گوش نداده باشد و کسی هم درباره آن با او صحبت نکرده باشد اما باور او و محصول این استنتاج باشد: چون نوارهای آقای X خیلی خوب است، پس نوار جدید او نیز به احتمال نزدیک به یقین خیلی خوب خواهد بود» (بدار و همکاران 1389، 92).

## 2-4-4- رابطه باور و نگرش

نگرش دارای بعد سومی به نام رفتار است. برخی محققان، نگرش را حلقه واسط بین باورها و رفتار دانسته‌اند؛ یعنی باورها وقتی به نگرش تبدیل شوند، می‌توانند در رفتار متجلی گردند. ایشان معتقدند هر نگرشی دارای یک بعد شناختی است که نگرش (که ماهیت عاطفی دارد)، از آن تغذیه می‌گردد. جنبه رفتاری نگرش به هدف‌ها مربوط می‌شود، یعنی اعمالی که در برابر یک موضوع که باور و حالت عاطفی مثبت یا منفی به آن پیدا شده است، نشان داده می‌شودو (بدار و همکاران 1389، 92). نگرش‌ها عقاید و باورها ارتباط تنگاتنگی دارند و می‌توان گفت که زیربنای عقلی و منطقی عقاید و باورها را تشکیل می‌دهد. اگر نگرش تمایلی است به انجام کارهای مناسب یا نامناسب نسبت به موضوعی خارجی، عقیده نمود بیرونی آن است. عقیده اندیشیدن نسبت به واقعی بودن یک موضوع است؛ قضاوتی است که ما نسبت به موضوعی داریم برای مثال، اگر بگوییم «این موضوع بد است» عقیده خود را نسبت به آن موضوع بیان کرده‌ایم. البته تعمیم مذکور تنها ناظر یا فرآیند شکل‌گیری دید قالبی است و نه تایید اتقان آن؛ زیرا از نظر روان‌شناسان اجتماعی، «دید قالبی اعتبار بسیار كمی دارد و اصولاً در مورد گروه در عمل، بی‌معنا و كم‌ارزش است. بسیاری افراد را در هر گروهی می‌توان دید كه دارای ویژگی‌ها و اوصافی مخالف نظر رایج می‌باشند» (کوئن 1388، 405) و همچنین روان‌شناسان اجتماعی درباره آثار و زمینه‌های سوء دید قالبی بر این باورند که «تصورات قالبی، باورهای تعمیم‌یافته‌ای است كه در مورد برخی از اقلیت‌های مذهبی، نژادی و قومی ساخته و پرداخته می‌شود. اعضای این اقلیت‌ها، ویژگی‌های شخصیتی و الگوهای رفتاری خاص و از پیش تعیین شده‌ای از خود نشان می‌دهند. بنابراین، تصورات قالبی در برابر استدلال مخالف سخت مقاومت می‌كند و افرادی كه دارای باورهای قالبی است، همواره دچار تعصب می‌شود» (پارسا 1383، 194).

## 2-4-5- عقاید و باورها در رابطه با مصرف مواد

حداقل سه نوع عقیده مرتبط با مواد وجود دارد: انتظاری، متمرکز بر تسکین و تسهیل کننده یا اجازه دهنده. عقاید انتظاری شامل انتظار پاداش است، نظیر «مهمانی امشب عالی خواهد بود. من نمی‌توانم منتظر این باشم که بروم...» عقاید متمرکز بر تسکین، عقایدی هستند که فرض می‌کنند مصرف مواد یک حالت ناراحت کننده را از میان بر خواهد داشت. برای مثال: «من نمی‌توانم ترک را تحمل کنم، من نیاز به مصرف مواد دارم». بالاخره، عقاید تسهیل کننده یا اجازه دهنده، عقایدی هستند که مصرف دارو را به رغم پیآمدهای بالقوه آن‌ها قابل قبول در نظر می‌گیرند، مثلاً: «تنها افراد ضعیف با مواد مشکل دارند، در مورد من صدق نمی‌کند» همچنین، عقاید اجازه دهنده وجه اشتراک زیادی با دلیل‌تراشی دارند. بیماران افکاری دارند که به نظر می‌رسد مصرف داروی آن‌ها را توجیه می‌کند، نظیر «من مجبورم که کراک مصرف کنم و اگر مصرف نکنم قادر نخواهم بود روی کارم تمرکز کنم» چنین تفکری نوعی خود اغفالی است (بک، راش، شاو و امری[[28]](#footnote-28) 1979) دو مورد مهم از باورهای فراشناختی که به تداوم الگوی سندرم شناختی- توجهی کمک می‌کند عبارتند از: 1. باورهای فراشناختی مثبت 2. باورهای فراشناختی منفی. باورهای فراشناختی مثبت به سودمندی نگرانی، نشخوار فکری، نظارت بر تهدید و دیگر راهبردهای مشابه (وابستگی به مواد، سرکوب فکر و... ) مربوط می‌شوند.

دومین حوزه از باورهای فراشناختی منفی با اهمیت منفی و معنای رویدادهای شناختی درونی از قبیل افکار و باورهای متداول سر و کار دارد. دو زیر مجموعه از فرا باورهای 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 می‌انجامد و باعث تعبیر و تفسیرهای منفی و تحریف شده از رویدادهای ذهنی می‌گردند. همچنین این فرا باورها می‌توانند به ایجاد تجربیات هیجانی یا حالت‌های احساسی منجر شوند اولین تحقیقات در زمینه نقش باورهای فراشناختی در وابستگی مواد توسط ولز و همکارانش صورت گرفته است و نتایج حاکی از آن بود که بین باورهای فراشناختی و وابستگی به مواد رابطه وجود دارد (ولز 2009).

## 2-4-6- باورهای غلط و رایج نسبت به مصرف گونه‌های مواد مخدر

**الف: باورهای غلط در اعتیاد به شیشه**: 1. شیشه اعتیادآور نیست: مصرف شیشه بسیار خطرناک است و باعث ایجاد شدیدترین نوع اعتیاد می‌شود؛ البته این باور غلط زمانی مطرح شد که از یک سو مصرف شیشه باعث منفی شدن آزمایش‌های مربوط به مورفین می‌شد و از سوی دیگر در ترک شیشه علائم جسمی بندرت دیده می‌شود. 2. با شیشه می‌توان مخدرهای تریاک و هروئین را ترک کرد: این باور غلط است. شاید با مصرف شیشه بتوان مخدرها را مصرف نکرد، اما اعتیادی بمراتب سخت‌تر از مخدرهای سنتی ایجاد خواهد کرد. 3. شیشه باعث بالا رفتن توانایی یادگیری و بهبود تمرکز می‌شود: علت اشتباه بودن این باور این است که مصرف شیشه حتی در مقادیر کم نیز باعث اعتیاد شده و بهبود تمرکزی که بر اثر مصرف آن ایجاد می‌‌شود، ربطی به بالا رفتن توانایی یادگیری ندارد. 4. شیشه باعث افزایش انرژی و کاهش خواب می‌شود: معمولاً در اوایل مصرف شیشه بی‌خوابی و همچنین احساس افزایش انرژی وجود دارد، اما بتدریج این اثرات کاهش یافته و فرد فقط باید شیشه مصرف کند تا از خواب‌آلودگی شدیدش جلوگیری کند و انرژی حداقلی داشته باشد. شیشه باعث کاهش وزن می‌شود: در هفته‌های اول مصرف، شیشه باعث کاهش اشتها و به دنبال آن کاهش وزن می‌شود که این اثرات کوتاه‌مدت است؛ به طوری که دوباره اشتها و وزن به حالت اولیه بر می‌گردد. همچنین شیشه با از بین بردن چربی‌های زیر پوستی بخصوص در زنان سبب ایجاد پوستی بدنما و بدشکل می‌شود. شیشه باعث افزایش میل جنسی می‌شود: شیشه باعث افزایش میل جنسی نمی‌شود؛ بلکه با برداشته شدن مهارهای رفتاری موجب بروز تنوع‌طلبی جنسی همچنین رفتارهای جنسی عنان‌گسیخته و مرضی می‌شود که باعث شیوع بیماری‌های خطرناک مانند ایدز نیز می‌شود.

**ب: باور غلط در مصرف حشیش**: یکی از رایج‌ترین باورهای غلط در مصرف‌کنندگان حشیش این است که حشیش اعتیادآور نیست. این باور نادرست است چون حشیش اعتیادآور است و مثل هروئین و تریاک اثرات مخربی بر مغز و عملکرد آن دارد. نکته مهم اینجاست که ایجاد وابستگی جسمی و روانی در حشیش بسیار کندتر از هروئین و تریاک است، اما وقتی وابستگی ایجاد شد، خلاصی از آن به اندازه بقیه موادمخدر دشوار است.

ج: **باورهای غلط در مصرف ترامادول**: 1. ترامادول دارویی مسکن است و به صورت قانونی در داروخانه‌ها فروخته می‌شود، پس اعتیادآور نیست: این باور غلط است؛ چون تارامادول جزو دسته شبه ‌مخدرهایی است که وابستگی بسیار شدیدی ایجاد **می‌کند** و چه در زمان مصرف و چه هنگام قطع مصرف سبب ایجاد تشنج و به دنبال آن مشکلات عروقی و مغزی می‌شود. 2. ترامادول‌های خارجی کیفیتی بهتر از ایرانی دارند و اعتیادآور نیستند: متاسفانه نظارت ضعیف بر تهیه و توزیع داروهای قاچاق باعث شده انبوهی از قرص‌ها و کپسول‌های ترامادول هندی و چینی وارد بازار غیرقانونی دارویی کشور شود و چون کیفیت و اصالت این قبیل داروها به هیچ عنوان مورد تائید نیست، پس در مصرف نوع خارجی ترامادول شاهد بروز عوارض شدید و حادتر هستیم.

د: **باورهای غلط در مصرف‌کنندگان تریاک**: 1. تریاک یک ماده طبیعی و سنتی است، پس عوارض ندارد: این باور غلط است؛ چون بدترین عارضه تریاک اعتیاد به آن است. 2. مصرف تریاک سبب بهبود عملکرد جنسی می‌شود: مصرف تریاک در کوتاه‌مدت سبب آرامش و کاهش اضطراب می‌شود و همین امر به بهبود زودانزالی کمک می‌کند، اما پس از مدتی با مصرف مداوم تریاک این آرامش و اثر ضداضطرابی کاهش یافته و از بین می‌رود و شخص به دوران ابتدایی اختلال جنسی برمی‌گردد. 3. مصرف تریاک سبب کنترل و درمان دیابت می‌شود: مصرف تریاک نه‌تنها کمکی به بهبود دیابت و پایین آوردن قند خون نمی‌کند؛ بلکه با پوشاندن عوارض این بیماری پس از مدتی باعث بروز اختلالات مهلک قلبی و کلیوی می‌شود.

## 2-4-7- ارتباط باور فردی و مصرف مواد

مطالعات نشان داده که اگر هر فرد از تأثير نامطلوب مصرف مواد بر سلامت جسمي، رواني و همچنين كاركرد شغلي و اجتماعي خود و خانواده مطلع باشد و آن را باور كند احتمال كمتري دارد كه به سوء مصرف مواد اقدام كند (بویل 2001؛ به نقل از حاجبی و همکاران 1388). بلاك طي پژوهش خود دريافت كه دانشجويان در سال 1988 بعد از طي يك دوره آموزش نسبت به سال 1987 نگرش منفي تري نسبت به سوء مصرف مواد داشتند و ميزان كمتري از مصرف را در ميان خود گزارش كردند. بنابراين افزايش اطلاعات و دانش در باره سوء مصرف مواد مي‌تواند نگرش منفي نسبت به مصرف آنها را افزايش داده و باعث كاهش احتمال مصرف مواد و كاهش برقراري روابط با افراد مصرف كننده شود. علاوه بر اين باقري و بهرامي (1382) طي گزارشي كه از مطالعه خود منتشر نمودند به همين نتيجه دست يافتند. آنان دريافتند كه بعد از اجراي برنامه آموزشي، تفاوت معني داري بين نگرش افراد گروه مورد و شاهد نسبت به مواد وجود دارد. تحقيقات متعدد ديگري نيز نشان داده اند كه بين شروع مصرف مواد و نگرش‌ها و باورهاي افراد درباره مواد ارتباط وجود دارد (هاوکینز[[29]](#footnote-29) و همکاران 1992) به عبارت ديگر شروع سوء مصرف مواد يك فرآيند رو به پيشرفت است. در آغاز فرد ممكن است نگرش مثبت نسبت به مصرف مواد داشته باشد و مصرف آزمايشي را شروع كند، سپس مصرف او شكل منظم به خود بگيرد و در نهايت دچار سوء مصرف مواد يا وابستگي شود (مک پیک[[30]](#footnote-30) 1991، 78).

## 2-4-8- باورهای غیر منطقی و اعتیاد

باورهای غیرمنطقی، خود دو ویژگی اصلی دارند: 1. توقعات خشک و تعصب آمیزی هستند که معمولاً با کلمات باید و حتما بیان می‌شوند 2. فلسفه‌های خود آشفته ساز، که معمولاً حاصل این توقعات هستند و انتساب‌های بسیار نامعقول و بیش از حد تعمیم یافته ایجاد می‌کنند. در مورد باورهای غیر منطقی تقسیم‌بندی‌های مختلفی وجود دارد و در یک نوع آن ده باور غیر منطقی آمده است که عبارتند از توقع از دیگران، انتظارات بیش از حد از خود، سرزنش کردن، واکنش درماندگی به ناکامی، بی‌مسئولیتی عاطفی، نگرانی زیاد توأم با اضطراب؛ اجتناب از مشکل، باور غیرمنطقی وابستگی، درماندگی برای تغییر و کمال‌گرایی. برنارد باورهای غیرمنطقی را خواست‌ها و هدف‌هایی می‌داند که به صورت اولویت‌هایی ضروری در می‌آیند، به طوری که اگر برآورده نشوند، موجب آشفتگی می‌شوند. از نظر الیس فرد ضمن قبول نکردن واقعیت و جذب نشدن در فرآیند افکار غیر منطقی در برتری جویی مفرط خود مبتلا به عوارض نسبتاً شدید می‌شود که اغلب آن را اختلال عاطفی می‌نامند. به عقیده وی توسل به این عقاید به اضطراب، اختلالات عاطفی و ناراحتی روانی منجر می‌شود. از این رو تا زمانی که تفکر غیر منطقی جریان دارد اختلالات عاطفی نیز به قوت خود باقی خواهد بود. فردی که خود را اسیر و گرفتار افکار غیر منطقی خود **می‌کند** احتمالاً خود را در حالت احساس خشم، مقاومت، خصومت، دفاع، گناه، اضطراب، سستی و رخوت مفرط، عدم کنترل و ناچاری قرار می‌دهد. به طور خلاصه می‌توان گفت که تصورات کاملاً غلط و اشتباه درباره امورات روزمره باعث به وجود آمدن باورهای غیر‌منطقی و غیر واقعی خواهند شد و افرادی که بر باورهای غیر‌منطقی تأکید می‌کنند در زندگی با مشکلات چندی روبه رو خواهند شد و برای آن‌ها دشوار است که به خشنودی دست یابند. از سوی دیگر اگر فرد در برخورد با رویدادهای زندگی توانایی شناسایی شیوه‌های رویارویی سالم را نداشته باشد، در واکنش فعال نسبت به چالش‌های زندگی با دشواری روبه رو خواهد شد و برای حل مشکلات زندگی خود به رفتارهای انحرافی از جمله اعتیاد پناه می‌برد. نینن در تحقیقی نشان داد که باورهای غیر منطقی می‌توانند اثرات مخرب جدی در خانه، محیط آموزشی یا محل کار داشته و در برخورد فرد با محیط اثر بگذارند. باورهای غیر‌منطقی روی سلامتی هیجانی تأثیر می‌گذارند و افسردگی، غمگینی، خود آزاری و خود سرزنشی، پشیمانی و سایر اثرات عمیق هیجانی را به دنبال دارد. نیک سرشت (1380) نیز به این نتیجه رسید که باورهای غیر منطقی پسران بزهکار بیشتر از پسران عادی است و باورهای غیر منطقی دختران بزهکار بیشتر از دختران عادی است. لیرد (1999) بیان می‌کند افرادی که دارای باورهای غیر منطقی هستند معمولاً به شیوه اجتنابی با تعارضات ارتباطی برخورد می‌کنند. همچنین نتایچ پژوهش محمودی (1392) نشان داد که بین باورهای غیرمنطقی با تاب‌آوری و نگرش به مواد مخدر رابطه معناداری وجود دارد، به این صورت که کسانی که باورهای غیرمنطقی بالاتری دارند تاب آوری پایین‌تر دارند و نگرش مثبت‌تری به مصرف مواد مخدر دارند نتایج پژوهش امین‌پور و حمدزاده (1389)، نشان داد که بین میانگین باورهای غیر‌منطقی افراد عادی و افراد معتاد تفاوت معناداری وجود دارد و نمره‌های باورهای غیرمنطقی در افراد معتاد از افراد عادی بالاتر است. باور‌های غیر منطقی در افراد معتاد ناشی از شرمساری، احساس گناه و تقصیر بین فردی است. ناتوانی در ابراز همدلی، نبود درک نسبی زمان و عدم احساس مسئولیت در تصمیم‌گیری از ویژگی‌های افراد معتاد است. به نظر می‌رسد که باورهای غیر‌منطقی و اراده مختل نتیجه اختلال شناختی است که ناتوانی در انتخاب عمل مناسب و اثرات منفی رفتارهای افراد معتاد را افزایش می‌دهد. آنچه به نظر می‌رسد این است که افراد معتاد با توجه به داشتن رفتارهای تکانش‌گری و پر خطر، داشتن بیماری‌های روانی، اعتماد به نفس پایین‌تر، عدم ابراز وجود، عدم توانایی نه گفتن در مقابل فشار همسالان و دوستان، تزلزل در تصمیم گیری، گوشه‌گیری و انزواطلبی، عدم مسئولیت‌پذیری، عدم تحمل ناامنی و شکست، عدم پایبندی مذهبی و باورهای نادرست در مورد مصرف مواد و سایر رفتارها در مقایسه با افراد عادی، بیشتر در معرض باورهای غیر منطقی قرار می‌گیرند و به سوی اعتیاد گرایش پیدا می‌کنند. بنابراین با توجه به تحقیقات ذکر شده از یک دیدگاه می‌توان با برگزاری کارگاه‌های آموزشی به افراد کمک کرد تا باورهای سالم، منطقی و انعطاف پذیرانه را جایگزین باورهای معیوب و غیر سالم شان کنند و به این ترتیب می‌توان از گرایش به اعتیاد پیشگیری کرد.

## 2-4-9- باورهای فراشناختی و اعتیاد

در پژوهش‌های 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 است. با وجود تأکید تحقیقات قدیمی‌تر بر تأثیر عوامل شناختی بر اختلال وابستگی به مواد، با مطرح شدن ابعاد فراشناختی و نظریه عملکرد اجرایی خودتنظیمی در تحقیقات جدیدتر، 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. در زمینه سوءمصرف و وابستگی به مواد، مانند همه اختلالات روانی، نظریات سبب‌شناسی اولیه از مدل‌های روان‌پویشی مایه گرفته‌اند و مدل‌های بعد از تبیین‌های رفتاری، ژنتیک و شناختی استفاده کرده‌اند. برخی نظریات روان‌شناختی درباره مصرف مواد بر ویژگی‌های شخصیتی افراد تمرکز دارند اما در نظریات دیگری چون نظریه ‌شناختی- رفتاری فرض عمده این است که وابستگی به مواد، یک رفتار یادگیری شده است که از طریق شرطی‌سازی ابزاری و کلاسیک و واسطه‌های شناختی کسب می‌شود. مداخلات شناختی نیز برای وابستگی به مواد عمدتاً بر دو حیطه از واسطه‌های شناختی تمرکز دارند: 1. شناسایی و اصلاح تجربیات مرتبط با مواد 2. استخراج و بازسازی باورها و شناخت‌ها. اما رویکرد شناختی 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 است و نخستین مدل جهت مفهوم‌سازی عوامل چندگانه فراشناختی به حساب می‌آید. مدل فراشناختی یک چارچوب فراشناختی کلی در مفهوم‌سازی آسیب‌پذیری، ایجاد و حفظ اختلالات روانی ارایه می‌دهد. این مدل پیشنهاد **می‌کند** که اختلالات روانی (اختلال خلقی، اختلال وابستگی به مواد و...) از طریق الگوهای پایدار تفکر (نگرانی یا نشخوار فکری)، 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 درباره خود می‌گردد. به عبارتی سندرم شناختی توجهی شامل یک الگوی تفکر پایدار و شامل نگرانی یا نشخوار فکری، توجه متمرکز بر تهدید و رفتارهای مقابله‌ای غیرمفید از جمله وابستگی به مواد، اجتناب و... می‌گردد که نتیجه عکس می‌دهند. یک اصل اساسی مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی این است که باورهای فراشناختی که جزء دانش فراشناختی به حساب می‌آید، باعث شکل‌گیری و فعال شدن سندرم شناختی- توجهی می‌گردند و سندرم شناختی- توجهی از طریق چند گذرگاه یا مکانیزم ویژه و آشکار تداوم می‌یابد و تجربه هیجانی منفی را تشدید می‌سازد؛ از این رو افراد برای کاهش و تنظیم هیجانات منفی از راهبردهای خاص همچون وابستگی به مواد، سرکوب فکر، اجتناب و... استفاده می‌کنند و به این صورت اختلالات روانی به دلیل الگوی تفکر شخص و راهبردهای ناکارآمد وی حفظ می‌شود. چنانچه ذکر شد سندرم شناختی- توجهی از باورهای فراشناختی ناشی می‌شود و به واسطه آن سبب حفظ اختلال وابستگی به مواد می‌گردد. مثلاً وابستگی به مواد در کوتاه مدت به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای سازگارانه برای تنظیم هیجان عمل **می‌کند**، ولی در بلندمدت ناسازگارانه محسوب می‌شود، زیرا در بلندمدت باعث ایجاد وابستگی و تولید هیجانات منفی می‌گردد. از این رو باورهای فراشناختی عوامل میانجی‌گر رابطه بین هیجان و وابستگی به مواد هستند. تحقیقات نشان داده‌اند که باورهای فراشناختی (ابعاد فراشناختی) با دسته وسیعی از اختلالات روانی ارتباط دارد که از میان آن­ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: اختلال اضطراب فراگیر، علائم وسواس فکری- عملی، خود بیمارانگاری، اضطراب امتحان، اهمال‌کاری، اختلال استرس پس از سانحه، سایکوز و افسردگی. در رویکرد فراشناختی، باورهای فراشناختی، کلید و راهنمایی است که شیوه پاسخ‌دهی افراد به افکار منفی، باورها، علایم 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. دو مورد مهم از باورهای فراشناختی که به تداوم الگوی سندرم شناختی- توجهی کمک می‌کند عبارتند از: 1. باورهای فراشناختی مثبت 2. باورهای فراشناختی منفی. باورهای فراشناختی مثبت به سودمندی نگرانی، نشخوار فکری، نظارت بر تهدید و دیگر راهبردهای مشابه (وابستگی به مواد، سرکوب فکر و...) مربوط می‌شوند. دومین حوزه از باورهای فراشناختی منفی 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. اخیراً اولین تحقیقات در زمینه نقش باورهای فراشناختی در وابستگی به مواد توسط ولز و همکارانش صورت گرفته است. نتایج مطالعات اخیر آنها حاکی از آن است که بین باورهای فراشناختی و وابستگی به مواد رابطه وجود دارد. در یک مطالعه همبستگی که روی افراد دچار اختلال وابستگی به مواد صورت گرفته است، نتایج نشان داد که بین باورهای فراشناختی و وابستگی به مواد رابطه وجود دارد، خصوصاً که بین سه عامل فراشناختی (باورهای مثبت در مورد نگرانی‌، باورهای منفی در مورد نگرانی و باورها در مورد اطمینان‌ شناختی پایین) با وابستگی به مواد رابطه مثبت و معناداری وجود داشت و در مورد دو مقیاس بعدی (باورها در مورد نیاز به کنترل فکر، باورها در مورد خودآگاهی شناختی) رابطه ضعیفی وجود داشت. همچنین در دو تحقیق مقدماتی دیگر (اسپادا و همکاران 2007؛ اسپادا و ولز 2008) نشان دادند که افراد وابسته به مواد در مقایسه با افراد بهنجار در باورهای فراشناختی نمرات بالاتری را گزارش کردند در همین راستا ساعد و همکاران (1390) در پژوهشی باهدف مقایسه باورهای فراشناختی ناکارآمد در بین افراد وابسته و افراد غیروابسته به مواد بود. نتایج نشان داد که بین سطوح متغیر مستقل (معتاد/ عادی) در متغیر ترکیبی باورهای فراشناختی تفاوت معناداری مشاهده می‌شود و تحلیل مانوا نشان داد که افراد دچار اختلال وابستگی به مواد در باورهای فراشناختی ناکارآمد، نمرات بالاتری را کسب کردند. (ساعد و همکاران 1390، 80-77). این یافته همسو با نظریه فراشناختی عملکرد اجرایی خودتنظیمی در زمینه سبب‌شناختی اختلالات روان‌شناختی، به ویژه اختلال وابستگی به مواد و همچنین هماهنگ با نتایج تحقیقات اسپادا و همکاران (2007)، اسپادا (2008) و ولز (2006) می‌باشد. یافته‌های تحلیل تشخیصی نشان داده که از بین عوامل فراشناختی عامل «باورهای فراشناختی منفی در کنترل‌ناپذیری و خطر افکار» بیش از بقیه عوامل در اختلال وابستگی به مواد نقش دارند، که همسو با یافته‌های ولز (2009) و نظریه فراشناختی عملکرد اجرایی خودتنظیمی ولز و متیوس(1996) می‌باشد. از دیگر عوامل مهم در پیش‌بینی اختلال وابستگی به مواد «خودآگاهی شناختی» و «کنترل فکر» بود. اولین یافته این تحقیق (سهم عامل کنترل فکر) همسو با تحقیق اسپادا و همکاران (2007) ولی از نظر دو عامل (خودآگاهی شناختی و باورهای فراشناختی منفی) مغایر با نتایج تحقیق اسپادا و همکاران (2007) بود. 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...) 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 زمینه تداوم اختلال وابستگی به مواد در بیماران فراهم می‌گردد. پس طبق یافته‌های این تحقیق و تحقیقات پیشین، ضروری است که در زمینه سبب‌شناسی و درمان اختلالات وابستگی به مواد، به عوامل فراشناختی بیش از عوامل شناختی بها داده شود. پیامد اساسی مدل فراشناختی (فراشناخت به عنوان عامل محوری اختلال روانی) نتایج این تحقیقات، 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، رابطه مثبت و نیرومندی دارد. باورهای فراشناختی منفی، منعکس‌کننده نگرانی‌های فرد درباره کنترل‌ناپذیری و آسیب افکار می‌باشد. نتایج این گونه مطالعات می‌تواند نشان‌دهنده این باشد که افراد وابسته به مواد برای کنترل باورهای فراشناختی و حتی هیجانات خود به مصرف مواد اعتیادآور روی می‌آورند که این نتایج همسو با نتایج تحقیق ولز (2009) می‌باشد. می‌توان گفت که عامل ترکیبی «باور‌های فراشناختی منفی»، «کنترل فکر» و «خودآگاهی شناختی»، در آسیب‌پذیری نسبت به اختلال وابستگی به مواد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار هستند و لذا می‌توان با مداخلات مناسب و برنامه‌های درمانی جهت اصلاح این عوامل فراشناختی، امکان کاهش وابستگی به مواد را فراهم ساخت. همچنین از طریق «تابع تشخیصی» می‌توان برای پیش‌بینی عضویت در گروه برای گروه جدیدی از موارد که عضویت آن‌ها در گروه مشخص نیست از این تابع استفاده کرد که نمره بالای فرد می‌تواند نشانه وجود اختلال وابستگی به مواد در فرد یا آسیب‌پذیری زیاد او نسبت به این اختلال در آینده باشد (ساعد و همکاران 1390).

## 2-5- پیشینه تحقیق

با نگاهی به مطالعات قبلی صورت گرفته هر چند نمی‌توان پژوهشی را پیدا نمود که به سنجش کارایی و اثربخشی شناخت درمانی بر نگرش‌های ناکارآمد و باورهای مرتبط با مواد مخدر پرداخته باشد، با این حال می‌توان به برخی مطالعات نسبتاً مشابه داخلی و خارجی اشاره نمود، که در این بخش به مرور کوتاه و نتایج بدست آمده از این پژوهش‌ها پرداخته می‌شود.

## 2-5-1- مطالعات داخلی

سهرابی و همکاران (1393) در پژوهشی که به مقایسه نگرش‌های ناکارآمد در افراد وابسته به مواد و افراد عادی، پرداختند، نشان دادند بین افراد وابسته به مواد و افراد عادی در نگرش­‌های ناکارآمد از نظر آماری تفاوت معناداری وجود دارد. طرحواره­‌های ناسازگار و نگرش­‌های ناکارآمد از جمله عوامل تعیین کننده در گرایش افراد به سوء مصرف مواد است.

دستجانی فراهانی و همکاران (1392) در تحقیقی تحت عنوان «اثربخشی گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر باورهای غیرمنطقی و کیفیت زندگی افراد وابسته به آمفتامین» به این نتیجه رسیدند که گروه درمانی شناختی رفتاری در تغییر باورهای غیرمنطقی و کیفیت زندگی افراد وابسته به آمفتامین مؤثر است باورهای غیرمنطقی در بیماران وابسته به مواد ناشی از شرمساری، احساس گناه، انتظارات بیش از حد از خود، ناتوانی در ابراز همدلی، عدم احساس مسئولیت است، کمال‌گرایی به عنوان یکی از باورهای غیرمنطقی است از اینکه همیشه بر وفق مراد باشد. زمانی که فرد انتظار دارد همه چیز بر وفق مرادش باشد و یا کوچک‌ترین مانعی مواجهه شود تحریک‌پذیر و آشفته می‌شود و شیوه‌های دیگر رسیدن به هدف را نادیده می‌گیرد، در چنین شرایطی فرد برای مقابله با مشکل و کاهش تنش به سومصرف مواد اقدام می‌کند.

سترگ و همکاران (1392) در پژوهش خود تحت عنوان **«**اثربخشی درمان فراشناختی بر عقايد وسوسه‌انگيز و باورهای مرتبط با مواد در بيماران وابسته به مواد صنعتی» با هدف اثر بخشی درمان فراشناخت بر عقايد وسوسه‌انگيز و باورهای مرتبط با مواد در بيماران وابسته به مواد صنعتی بود. روش: پژوهش از نوع شبه‌آزمايشی با پيش‌آزمون-پس‌آزمون و پيگيری دو ماهه همراه با گروه آزمايش و گواه بود. جامعه آماری عبارت بود از تمامی افراد وابسته به مواد صنعتی که به مراکز درمانی ترک اعتياد در سطح شهر اصفهان مراجعه کرده بودند. از جامعه آماری 30 نفر به روش نمونه‌گيری در دسترس از سه مرکز انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمايش (15 نفر وابسته به کراک هرويين و 15 نفر وابسته به شيشه) و يک گروه گواه (15 نفر) قرار گرفتند. گروه‌های آزمايش 8 جلسه درمان گروهی فراشناخت دريافت کردند. يافته‌ها: نتايج نشان داد که درمان فراشناختی در اصلاح عقايد وسوسه‌انگيز و باورهای مرتبط با مواد در هر دو گروه وابسته به مواد کراک هرويين و شيشه تأثير معناداری داشته است. همچنين، اثربخشی اين درمان در پيگيری دو ماهه از ثبات برخوردار بود. نتيجه‌گيری: فراشناخت متغيری ميانجی و مهم در پيشگيری، کنترل و درمان وابستگی به مواد صنعتی نوين است

بیرامی و همکاران (1392) در پژوهشی با عنوان «اثربخشی حضور ذهن درمانی شناختی در کاهش اضطراب اجتماعی و نگرش‌های ناکارآمد» نشان دادند، بین میانگین نمره‌های پس آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری در نگرش‌های ناکارامد وجود داشت. به طوری که فرایند 8 جلسه‌ای آموزش، سبب کاهش نگرش‌های ناکارآمد و اضطراب اجتماعی گروه مورد مطالعه شده بود. و ذهن درمانی شناختی می‌تواند باعث افزایش سلامت روانشناختی افراد مورد مطالعه شود.

خاکپور و مهرآفرید (1391) در پژوهشی تحت عنوان «تأثیر مداخله شناختی - رفتاری گروهی بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد، ناامیدی و افکار خودکشی در زندانیان» با هدف بررسی اثربخشی مداخله شناختی - رفتاری گروهی بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد، ناامیدی و افکار خودکشی در زندانیان جوان انجام شد. این پژوهش از نوع آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری و گروه کنترل بود. مداخله گروهی، طی 12 جلسه اجرا شد. ابزارها شامل پرسشنامه جمعیت شناختی، مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS) و مقیاس ناامیدی بک (BHS) و مقیاس سنجش افکار خودکشی بک(BSSI) بود. برای تحلیل داده‌ها، از تحلیل واریانس به شیوه اندازه‌گیری‌های مکرر و به منظور مقایسه میانگین‌های سه متغیر در گروه آزمایش، از آزمون تعقیبیLSD در زمان‌های سه‌گانه (پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری) استفاده شد. اثر تعاملی عامل زمان آزمون و گروه به طور جداگانه بر هرکدام از متغیرهای وابسته، معنادار بود. همچنین، اثر عامل گروه و اثر زمان آزمون به طور جداگانه بر هرکدام از متغیرهای وابسته معنادار بود. بنابراین، می‌توان گفت که مداخله شناختی - رفتاری گروهی، بر کاهش میزان نگرش‌های ناکارآمد، کاهش ناامیدی و کاهش افکار خودکشی اثربخش بوده است. تفاوت میانگین پیش آزمون و پس آزمون در اندازه گیری هر سه متغیر وابسته معنادار بود. از طرفی، تفاوت میانگین پس آزمون و آزمون پیگیری در هیچ کدام از متغیرهای وابسته معنادار نبود، ولی تفاوت میانگین پیش آزمون و پیگیری در هر سه متغیر وابسته معنادار بود. یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی مداخله شناختی - رفتاری گروهی با پژوهش‌های بسیاری هماهنگ بود. نتایج نشانگر پایداری اثر مداخله در اندازه متغیرهای وابسته بود. نتایج پژوهش نشان می‌دهد مداخله شناختی- رفتاری گروهی بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد، ناامیدی و افکار خودکشی مؤثر است.

قربانی و همکاران (1391) در پژوهشی با عنوان «مقايسه اثربخشي گروه درماني شناختي - رفتاري و درمان نگه دارنده با متادون در تغيير باورهاي مرتبط با مواد و پيشگيري از عود» نشان دادند که درمان شناختي - رفتاري با ايجاد تغيير در متغيرهاي شناختي ميانجي مصرف مواد مانند باورهاي مرتبط با مواد خطر بازگشت به مصرف مواد را کاهش مي‌دهد.

محمدخانی و همکاران (1390) در پژوهش خود با عنوان «مدل روابط علّی هیجان منفی، باورهای مرکزی، باورهای مرتبط با مواد، عقاید وسوسه انگیز و تنظیم هیجان با بازگشت به مصرف مواد» با هدف بررسی روابط مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای شناختی باورهای بنیادی، باورهای مرتبط با مواد، عقاید وسوسه انگیز، هیجان منفی و توانایی تنظیم هیجان با برگشت به مصرف مواد در قالب یک مدل علّی انجام شد. 300 نفر از معـتادان خود مـعرف به مراکز درمان اعـتیاد شهرستان جـهرم از طریق نمونه گیری در دسترس انتخاب و با استفاده از مقیاس‌های نگرش ناکارآمد، باورهای مرتبط با مواد، پرسشنامه افسردگی- اضطراب- استرس، پرسشنامه‌ی عقاید وسوسه انگیز و خرده مقیاس تنظیم هیجان پرسشنامه هوش هیجانی‌شان مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل مسیر مورد بررسی قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که مدل فرضی بازگشت به مصرف مواد از برازش مناسبی برخوردار است و واریانس معناداری از بازگشت به مصرف مواد را تبیین می‌کند. بر اساس این مدل، مجموعه‌ای از متغیرهای شناختی شامل باورهای مرکزی، عقاید مرتبط با مواد و عقاید وسوسه انگیز و راهـبردهای تنـظیم هیجان در رابطه‌ی بین هیجان‌های منفی و بازگشت بـه مـصرف مواد میانجی‌گری می‌کنند. استفاده از تکنیک‌های شناختی رفتاری برای شناسایی و تغییر باورهای مرکزی، باورهای مرتبط با مواد و آموزش راهبردهای انطباقی مقابله با وسوسه و تنظیم هیجان، باید بخش مهم برنامه‌ی درمان سوء مصرف مواد باشد.

صالح‌زاده و همکاران (1390) در پژوهش خود با عنوان «[اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر نگرش‌های ناکارآمد](http://jssu.ssu.ac.ir/files/site1/user_files_714ef7/admin-A-10-1-1099-5028175.pdf)**»** که با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری در اصلاح نگرش‌های ناکارآمد بيماران صورت گرفت، که جامعه 20 نفری مورد نظر به تصادف در دو گروه آزمايش (10 نفر) و گواه (10نفر) قرار داده. درمان شناختی رفتاری طی 8 جلسه هفتگی با تاکيد بر بازسازی شناختی، اصلاح تحريفات شناختی و آموزش تکنيک‌های رفتاری برای گروه آزمايش به کار گرفته شد. مقياس نگرش‌های ناکارآمد به عنوان پيش آزمون، پس آزمون و در مرحله پيگيری برای هر دو گروه به کار برده شد. نتايج تحليل‌ها نشان داد که ميانگين نمرات مقياس نگرش‌های ناکارآمد در گروه آزمايش در مقايسه با گروه کنترل در مرحله پس آزمون و پيگيری کاهش معناداری داشته است. نتيجه‌گيری: درمان شناختی رفتاری در اصلاح نگرش‌های ناکارآمد بيماران کارايی قابل ملاحظه‌ای می‌باشد.

حاجی­علیزاده و همکاران (1388) در پژوهشی با عنوان **«**نقش متغيرهاي شناختي، ابعاد فراشناختي و هيجانات در رفتار سوء­مصرف مواد**»** که از نوع طرح شاهدي مورد و با هدف بررسي نقش متغيرهاي شناختي، ابعاد فراشناختي و هيجانات در رفتار سوء مصرف مواد مراجعان مراکز درمان سوء مصرف مواد (در شهر بندرعباس) و مقايسه آن با گروه عادي بود. نشان دادند که دو بعد فراشناخت (باورهاي مربوط به اطمينان شناختي و کنترل ناپذير بودن افکار) با مصرف مواد رابطه معنادار دارند. همچنين، سوء مصرف کنندگان مواد، اضطراب، افسردگي و استرس بيشتري را تجربه کرده و از نظر شناختي نيز درصد بيشتري از آنها (در مقايسه با گروه شاهد) نگرش‌هاي ناکارآمد را نشان دادند. همچنين، همبستگي معنادار بين 4 بعد از ابعاد فراشناخت (اعتمادشناختي، خودآگاهي شناختي، باورهاي مثبت و باورهاي مربوط به کنترل ناپذيري افکار) با پيآمدهاي روان شناختي (استرس، اضطراب و افسردگي) مشاهده شد. از ديدگاه فراشناختي، سوء مصرف مواد يک روش مؤثر براي تعديل سريع رويدادهاي شناختي مانند احساسات، افکار يا خاطرات است. بنابراين، اين احتمال وجود دارد که رابطه بين هيجان و سوء مصرف مواد به وسيله فراشناخت ميانجي گري شود. اين نتايج مي‌تواند حاکي از نقش مهم نظريه فراشناخت در فهم و درمان سوء مصرف مواد باشد.

لطفی کاشانی (1387) در پژوهشی با عنوان «تأثیر مشاوره‌ی گروهی مبتنی بر رویکرد رفتاری - شناختی در کاهش نگرش‌های ناکارآمد» به این نتیجه رسید که: مقایسه‌ی نمرات نگرش‌های ناکارآمد اعضای گروه به شیوه‌ی اندازه گیری مکرر و پیگیری میزان نگرش‌های ناکارآمد اعضا دو ماه بعد از اتمام درمان نشان دهنده‌ی تأثیر گروه درمانی رفتاری- شناختی در کاهش نگرش‌های ناکارآمد است.

کاویانی و همکاران (1387) در پژوهشی با عنوان «اثر کاهنده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار خودآیندی نگرش‌های ناکارآمد» که با هدف بررسی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی، نگرش ناکارامد و افکار خودکار منفی بود. روش نیمه آزمایشی آزمون- آزمون مجدد در دو گروه آزمایشی و کنترل با کاربرد آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی[[31]](#footnote-31) برای گروه آزمایشی به کار گرفته شد. گروه آزمایشی در معرض 8 جلسه آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی که هفته‌ای 1 بار به مدت 1. 5-2 ساعت برگزار می‌شد، قرار گرفتند. در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه‌های افسردگی بک، افکار خودآیند و نگرش ناکارآمد توسط آزمودنی‌های هر دو گروه تکمیل شد. یافته‌ها نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، افسردگی، افکار خودآیند منفی و نگرش ناکارآمد دانشجویان را کاهش می‌دهد. دلایل تأثیرگذاری این روش درمانی به لحاظ نظری مورد بحث قرار می‌گیرد. با توجه به تأثیرات آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی توصیه به کارگیری گسترده این روش می‌شود.

حاجی علیزاده و همکاران (1387) در پژوهشی تحت عنوان«[مقايسه نگرش‌های نا کارآمد در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و افراد عادی و پيامدهای روانشناختی آن](http://www.etiadpajohi.ir/files/site1/user_files_a3670a/vali_naderi-A-10-372-142-0f2fd58.pdf)**»** با هدف بررسی نقش تحريفات شناختی و پيامدهای روانشناختی آن، در رفتار سوء‌مصرف مواد افراد مراجعه کننده به مراکز درمانی سوءمصرف مواد شهر بندرعباس و مقايسه آن با گروه عادی انجام شد. در این پژوهش مورد – شاهدی يکصد نفر از افراد سوءمصرف کننده مواد، با يکصد نفر افراد عادی که با روش نمونه‌گيری در دسترس انتخاب و از نظر برخی متغيرهای جمعيت شناختی با يکديگر تقريباً همتا شده بود مقايسه شدند. يافته‌ها نشان داد، افراد سوءمصرف کننده مواد، اضطراب، افسردگی و استرس بيشتری را تجربه کرده و از نظر شناختی نيز درصد بيشتری از آنها در مقايسه با گروه گواه، نگرش‌های ناکارآمد را نشان دادند. در مجموع نتايج نشان داد که نگرش‌های ناکارآمد می‌تواند به عنوان يک عامل آسيب‌پذير، احتمال گرايش به سوء مصرف مواد را افزايش دهد و در نتيجه شناخت درمانی برای اين افراد مؤثر به نظر می‌رسد.

دباغی و همکاران (1386) در پژوهش خود تحت عنوان «اثربخشي شناخت درماني گروهي بر پايه تفکر نظاره‌اي (ذهن آگاهي) و فعال سازي طرح واره‌هاي معنوي در پيش گيري از عود مصرف مواد افيوني» نشان داد که که هر دو روش شناخت درماني مبتني بر تفکر نظاره‌اي و فعال سازي طرح واره‌هاي معنوي و رفتاردرماني شناختي در کاهش ميزان عود (01/0> P)، افزايش اطاعت درماني، مدت باقي ماندن در درمان (0001/0> P)، کاهش مصرف مواد افيوني، علايم جسماني، اضطراب، بهبود کارکرد اجتماعي، وضعيت سلامتي و افزايش تأثير معنويت بر رفتار از نالترکسون مؤثرتر است. روش شناخت درماني بر پايه تفکر نظاره‌اي و فعال سازي طرح واره‌هاي معنوي از نظر کاهش ميزان عود، افزايش ميزان اطاعت درماني، کارکرد اجتماعي، کاهش مصرف مواد و بهبود سلامتي و معنويت از رفتاردرماني شناختي مؤثرتر بود (01/0> P). به نظر مي‌رسد به کارگيري شناخت درماني مبتني بر تفکر نظاره‌اي (ذهن آگاهي) و فعال سازي طرح واره‌هاي معنوي به شکل چشم گيري اثربخشي درمان دارويي و رفتاردرماني شناختي را در پيشگيري از عود مواد افيوني افزايش مي‌دهد.

جمعه‌پور (1382) در پژوهش خود با عنوان «[بررسی کارآیی و اثربخشی شناخت‌درمانی در کاهش نگرش‌های ناکارآمد و باورهای مرتبط با مواد افراد معتاد](http://thesis.um.ac.ir/moreinfo-45702-pg-1.html)» که با هدف بررسی کارایی و اثربخشی شناخت‌درمانی در کاهش نگرش‌های ناکارآمد و باورهای مرتبط با مواد افراد معتاد طراحی شده است. در این پژوهش تجربی تک موردی که طرح‌ها در هر زمان تنها یک آزمودنی واحد مورد مطالعه قرار گرفت، و از میان طرح‌های تک موردی در این پژوهش از طرح چند خط پایه‌ای استفاده شد. نمونه‌گیری با استفاده از روش مبتنی بر هدف انجام گرفت یعنی از بیمارانی که جهت ترک اعتیاد در کلینیک تشکیل پرونده می‌دادند و از سوی روانپزشک مرکز، تشخیص وابستگی به مواد برای آنها گذاشته می‌شد با استفاده از مصاحبه غربال سه نفر بعنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. نتایج نشان داد که شناخت درمانی در کاهش نگرش‌های ناکارآمد، باورهای مرتبط با مواد و همچنین افسردگی، اضطراب و استرس افراد وابسته به مواد مخدر کارا و اثربخش بوده و از معناداری بالینی نیز برخوردار می‌باشد. در مجموع با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت، از آنجایی که نگرش‌های ناکارآمد و باورهای مرتبط با مواد نه تنها در عود مجدد اعتیاد، بلکه در گرایش و تداوم مصرف مواد مخدر و همچنین تداوم آشفتگی‌های روانشناختی معتادین مؤثر است.

## 2-5-1- مطالعات خارجی

ژوان[[32]](#footnote-32) و همکاران (2002) در پژوهشی نیمه تجربی (آزمایشی) با عنوان اثربخشی آگاهی فراشناختی بر پیشگیری از افکار (باورهای) نا امیدانه و منفی در افراد دچار عود سوء مصرف نشان دادند که آموزش‌ها مبتنی بر درمان شناختی، آگاهی فراشناختی را بهبود بخشیده و از عود افسردگی جلوگیری نموده، همچنین نتایج پس آزمون نشان داد که آموزش درمان شناختی می‌تواند به کاهش افکار منفی و تغییر باورها به سمت باورهای مثبت عمل نماید.

کسلر و همکاران[[33]](#footnote-33) (2003) پژوهشی را تحت عنوان بررسي کارآيي و اثربخشي شناخت درماني در درمان و جلوگيري از عود و بازگشت افسردگی انجام دادند. اين پژوهش نشان داد که شناخت درماني در درمان و جلوگيري از عود و بازگشت افسردگی مؤثر بوده است.

‌هایس و همکاران[[34]](#footnote-34) (2003) تحقیقی را تحت عنوان «مقايسه سه شيوه دارو درماني، شناخت درماني و رفتاردرماني در كاهش تمایل نوجوانان به مصرف مواد» انجام دادند. نتايج نشان داد كه بين ميانگين نمرات پس‌آزمون تمایل به مصرف مواد چهار گروه دارو درماني، شناخت درماني، رفتاردرماني و گواه تفاوت معناداري وجود دارد. بين ميانگين نمرات تمایل به مصرف مواد پس‌آزمون هر يك از گروه‎ها با گروه گواه تفاوت معناداري وجود داشت. ميزان تاثير دارودرماني 17 درصد، شناخت درماني 52 درصد و رفتاردرماني 13 درصد بود و در نهايت يافته‎هاي پژوهش بيانگر تاثير دارو درماني، شناخت درماني و رفتار درماني در كاهش تمایل به مصرف مواد نوجوانان بوده است.

اسكلمن[[35]](#footnote-35) (2004) 231 دانشجوي دانشگاه پنسيلوانيا را به طور تصادفي به دو گروه آزمايشي و شاهد تقسيم كرد و با هدف پيشگيري از نگرش‌هاي ناكارآمد و افسردگي آن‌ها را تحت آموزش درمان شناختی مبتنی بر آگاهی قرار داد. پس از يك دوره يك‌ساله پيگيري، شركت كنندگان در دورة آموزشي نسبت به گروه شاهد به طور معناداري افسردگي و نگرش‌هاي ناكارآمد كمتري داشتند.

توناتو[[36]](#footnote-36) (2008) در تحقیقی بدین نتیجه رسید که گروه سوء مصرف‌کننده مواد نسبت به گروه نمرات بالاتری در مقیاس نگرش‌های ناکارآمد و باورهای غیرمنطقی داشتند و در نتیجه انجام شناخت درمانی را بر این بیماران ضروری دانستند.

كارولو همكاران[[37]](#footnote-37) (2009) در پژوهش خود که به اثربخشی شناخت درمانی بر درمان اعتیاد، به این نتیجه رسید که این رویکرد درمانی اثر مثبت حود را بر روی گروه مورد مطالعه بر جای گذاشته و نقطه عطف اثربخشي اين رويكرد از آن روست كه درمانگر به مراجع كمك مي‌كند تا افكاري را كه برانگيزنده نگرش مثبت به مواد مخدر است، بازشناسد و افكار غيرمنطقي و باورهاي غلط را تغيير دهد.

تارگینتون، كينگدان، راتود، ويلكاك، برابان و همكاران[[38]](#footnote-38) (2009) در یک مطالعه اثربخشي درمان شناختي رفتاري بر وضعيت سلامت روان شناختي و افکار ناخوشایند را در افراد وابسته به الكل مورد بررسي قرار دادند كه بدين منظور 73 بيمار به صورت تصادفي به دو گروه درمان شناختي رفتاري بدون داروي نالتروكسون و درمان شناختي رفتاري همراه با نالتركسون اختصاص داده شدند. نتايج پژوهش نشان داد، بيماراني كه برنامة درمان شناختي رفتاري را به اتمام رسانده بودند، بهبود معني داري در وضعيت سلامت و بهزيستي روان شناختي داشته و کاهش افکار منفی و ناخوشایند خود نشان دادند.

بولمايجر و همكاران[[39]](#footnote-39) (2010) در مطالعه خود نشان دادند که یکی از مهم‌ترین جنبه‌هاي شناخت درمانی در گروه معتادان خود درمانجو، اين است كه اين گروه از افراد ياد مي‌گيرند با هيجان‌ها و افكار منفي مقابله نموده، حوادث ذهني را به صورت مثبت تجربه كنند.

تاکویا شینجو[[40]](#footnote-40) و همکاران (2015) در مطالعه­ای که اوایل سال نو میلادی 2015 بر روی گروهی از خانواده‌هایی که یکی یا بیشتر از اعضای آن­ها درگیر با مساله اعتیاد بود، در بخشی از یافته­هایشان نشان دادند که نگرش‌های بعضا سهل­گیرانه و درک کلی در سطح پایین، در رابطه با عوارض مواد مخدر با درگیر شدن فرد و در دام اعتیاد افتادن وی همبستگی دارد، همچنین نگرش عمومی نسبت به مواد مخدر با انتخاب اولویت مصرف ماده مخدر دارای ارتباط معنادار بود.

## منابع

آذربايجاني، م. و دیگران. (1382). روانشناسي اجتماعي بانگرش به منابع اسلامی، تهران، انتشارات سمت.

آذرگون ح. ، کجباف م. (1389). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند دانشجویان افسرده دانشگاه اصفهان. [مجله روانشناسی](http://www.noormags.com/view/fa/magazine/1033" \t "_blank). شماره 53. صص 79 تا 94.

آرنولد (1379) شناخت درمانی بک، ترجمه قراچه داغی، تهران، نشر ویس.

آریان‌پور، م. و دیگران. (1385). فرهنگ انگلیسی به فارسی. تهران، جهان‌رایانه. چاپ ششم، ج2.

ابوالقاسمي، ع. ؛ احمدي، م. ؛ كيامرثي، آ. (1386) بررسي ارتباط فراشناخت و كمال گرايي با پيامدهاي روان شناختي در افراد معتاد به مواد مخدر. دوفصلنامه تحقيقات علوم رفتاري. دوره 1. شماره 5. صص73 تا79.

اس. شارف، ر. (1380) نظریه‌های مشاوره و روان درمانی، ترجمه فیروزبخت تهران، موسسه خدمات فرهنگی رسا.

باقري م، بهرامي ه ا. (1382). نقش آموزش مهارت‌هاي زندگي بر دانش و نگرش نسبت به مواد مخدر و عزت نفس دانش آموزان. فصلنامه علمي- پژوهشي سوء مصرف مواد. سال اول. شماره3.

باقياني مقدم، م.. فاضل پور، ش. رهايي، ز. (1387). مقايسه ديدگاه معتادين و غيرمعتادين در مورد علل گرايش به اعتياد. فصلنامه طلوع بهداشت، دوره سوم، شماره7. صص 48 – 40.

بدار، ل. ؛ دزیل، ژ. ؛ لامارش، ل. (1389). روان‌شناسی اجتماعی، حمزه گنجی، تهران. ساوالان، چاپ هفتم.

برگ، ا. (1378). روان شناسى اجتماعى، ج 2. ترجمه على محمد کاردان، تهران، نشر اندیشه، چاپ نهم،

بک، آ. (1379)، شناخت درمانی، ترجمه قراچه داغی، تهران، نشر ویس.

بهرامي فرزانه، معاضديان آ. ، حسيني المدني ع. (1392). اثربخشي آموزش مهارت حل مسأله و تصميم گيري بر كاهش نگرش مثبت وابستگان به مواد افيوني. فصلنامه اعتياد پژوهي سوءمصرف مواد، سال هفتم، شماره 2. صص 59 تا 72.

بُهنر، جِرد و وانِک، میکائیل (1384). نگرش­ها و تغییر آن­ها؛ ترجمه علی مهداد، تهران، انتشارت جنگل.

بيابانگرد، ا. (1381). تحليل بر فراشناخت و شناخت درماني. فصلنامه تازه‌هاي علوم شناختي، دوره4 شماره4. صص 24 تا 17.

بیرامی، م. موحدی، ی. علیزاده، ج. محمدزادگان، ر. (1392). اثربخشی حضور ذهن درمانی شناختی در کاهش اضطراب اجتماعی و نگرش‌های ناکارآمد دانش آموزان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی ششمين همايش بين المللي روانپزشكي كودك و نوجوان. تبریز.

پارسا، م. (1383). زمینه روان‌شناسی نوین، تهران، بعثت، چاپ بیستم

تاد، ج. سی. بوهارت، آ. (1389). اصول روان‌شناسی بالینی و مشاوره، مهرداد فیروزبخت، تهران، رسا، چاپ اول.

جاجري، م. (1386) بررسي تاثير درمان رفتاري در نگرش معتادين به مواد مخدر پايان نامه كارشناسي ارشد روانشناسي. دانشگاه آزاد اسلامي واحد علوم و تحقيقات تهران.

[جمعه‌پور](http://thesis.um.ac.ir/index-l-ath-%D8%AC%D9%85%D8%B9%D9%87%E2%80%8C%D9%BE%D9%88%D8%B1.html) [ح](http://thesis.um.ac.ir/index-l-ath-%20%D8%AD%D9%85%DB%8C%D8%AF.html) (1382). [بررسی کارآیی و اثربخشی شناخت‌درمانی در کاهش نگرش‌های ناکارآمد و باورهای مرتبط با مواد افراد معتاد](http://thesis.um.ac.ir/moreinfo-45702-pg-1.html). پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته [روانشناسی بالینی](http://thesis.um.ac.ir/index-l-fld-%D8%B1%D9%88%D8%A7%D9%86%D8%B4%D9%86%D8%A7%D8%B3%DB%8C%20%D8%A8%D8%A7%D9%84%DB%8C%D9%86%DB%8C.html)، دانشکده [علوم‌تربیتی و روانشناسی](http://thesis.um.ac.ir/index-l-fac-%D8%B9%D9%84%D9%88%D9%85%E2%80%8C%D8%AA%D8%B1%D8%A8%DB%8C%D8%AA%DB%8C%20%D9%88%20%D8%B1%D9%88%D8%A7%D9%86%D8%B4%D9%86%D8%A7%D8%B3%DB%8C.html).

جوديت اس بك (1392). شناخت درماني مباني و فراتر از آن. مترجم: لادن فتي و فرهاد فريد حسيني. ناشر: دانژه.

حاجي عليزاده، ك. ؛ بحرينيان س. ؛ نطیری، ق.  [؛ مدرس غروي م.](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=44199)  (1388). نقش متغيرهاي شناختي، ابعاد فراشناختي و هيجانات در رفتار سوء مصرف مواد. مجله تازه‌هاي علوم شناختي، دوره11، شماره3. مسلسل43.

حاجی­عليزاده، ک. بحرينيان ع. نظيری ق. مدرس غروی م. (1387). مقايسه نگرش‌های ناکارآمد در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و افراد عادی و پيامدهای روانشناختی آن. فصلنامه علمي- پژوهشي اعتياد پژوهي. دوره دوم، شماره 7. صص 78. 67.

حسن­شاهی، م. (1382). نگرش‌های ناکارآمد و راهبردهای کنترل فکر در بیماران وسواسی -اجباری غیربالینی. مجله تازه‌های علوم شناختی، سال پنجم، شماره 4.

# خاکپور، م. مهرآفرید، م. (1391). تأثیر مداخله شناختی - رفتاری گروهی بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد، ناامیدی و افکار خودکشی در زندانیان جوان. فصلنامه علمی ترویجی پیشگیری از جرم. شماره24. دوره هفتم.

# خاكي، غ. (1382). روش تحقيق با رويكردي به پايان نامه نويسي. تهران: انتشارات بازتاب.

خواجه سروي، غ. و اسدي، ع. ؛ (1387). نقش روحانيت و روشنفكران ديني در تغيير نگرش عمومي مردم ايران به نهضت حسيني در جريان انقلاب اسلامي، فصلنامه علمي ـ پژوهشي مطالعات انقلاب اسلامي، سال چهارم، شماره 15.

[دباغي پ. ؛](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=67477) [اصغرنژادفرید، ع. ؛](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=1913) [عاطف وحيد، م](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=1918). ؛ [بوالهري ج.](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=1809)  (1386). اثربخشي شناخت درماني گروهي بر پايه تفکر نظاره‌اي (ذهن آگاهي) و فعال سازي طرح واره‌هاي معنوي در پيشگيري از عود مصرف مواد افيوني*.* مجله روانپزشكي و روانشناسي باليني ايران (انديشه و رفتار)، دوره13. شماره4. پیاپی51.

دباغی، پ. (1385). اثربخشی شناخت درمانی بر اساس تفکر نظاره‌ای و فعال سازی طرح واره‌های معنوی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی. پایان نامۀ دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

[درایدن](http://www.adinehbook.com/gp/search/ref=pd_sa_top/638-6055524-3197043?search-alias=books&author=%D9%88%DB%8C%D9%86%D8%AF%DB%8C+%D8%AF%D8%B1%D8%A7%DB%8C%D8%AF%D9%86&select-author=author-exact)، و. ؛  [نینان](http://www.adinehbook.com/gp/search/ref=pd_sa_top/638-6055524-3197043?search-alias=books&author=%D9%85%D8%A7%DB%8C%DA%A9%D9%84+%D9%86%DB%8C%D9%86%D8%A7%D9%86&select-author=author-exact)، م. (1389). مقدمه‌ای بر شناخت درمانی. مترجم: [رحیم یوسفی](http://www.adinehbook.com/gp/search/ref=pd_sa_top/638-6055524-3197043?search-alias=books&author=%D8%B1%D8%AD%DB%8C%D9%85+%DB%8C%D9%88%D8%B3%D9%81%DB%8C&select-author=author-exact)، [عالیه شاطرلو](http://www.adinehbook.com/gp/search/ref=pd_sa_top/638-6055524-3197043?search-alias=books&author=%D8%B9%D8%A7%D9%84%DB%8C%D9%87+%D8%B4%D8%A7%D8%B7%D8%B1%D9%84%D9%88&select-author=author-exact). نشر: ورای دانش

دستجاني فراهاني، ا. رحمانی، م. تیزدست، ط. (1392). اثربخشي گروه درماني شناختي-رفتاري بر باورهاي غير منطقي و کيفيت زندگي افراد وابسته به آمفتامين. فصلنامه اعتیاد پژوهی دوره هفتم، شماره 28. صص119 تا 129.

ديويسون، ن. (1998). آسيب شناسي رواني. ترجمه ي حميدرضا حسين شاهي برواتي و مهدي دهستاني (1383). تهران: انتشارات روان.

رابینز، ا. (1386). مبانی رفتار سازمانی، ترجمه علی‏ پارسائیان و محمد اعرابی، تهران، دفتر پژوهش‌های فرهنگی.

رحمانيان، م. ميرجعفري، س. حسني، ج. (1385). رابطه ي وسوسه مصرف مواد و سوءگيري توجه: مقايسه افراد وابسته به مواد افيوني، مبتلا به عود و ترك كرده. مجله ي روان پزشكی روان شناسي باليني ايران؛ شماره 12. دوره سوم. صص216. 222.

رحیمیان، ح. (1387). نظریه‌ها و روش‌های مشاوره و روان درمانی. تهران، انتشارات مهرداد. چاپ دوم.

رضاییان، ع. (1389). مدیریت رفتار سازمانی، تهران، انتشارات سمت.

روش بلاو، م. ؛ نیون، ا (1380). روان شناسى اجتماعى، ترجمه سید محمد دادگران، مروارید، تهران، چاپ دوم.

ساروخاني، ب. (1382). روش‌هاي تحقيق در علوم اجتماعي. (جلد اول). تهران: انتشارات پژوهشگاه علوم انساني و مطالعات فرهنگي.

[ساعد ا.](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=106337)  ؛ [يعقوبي ح.](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=24714)  ؛ [روشن ر.](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=97438) ،  [سلطاني م.](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=49364)  (1390) مقايسه باورهاي فراشناختي ناکارآمد در بين افراد وابسته و افراد غير وابسته به مواد. مجله [اعتياد پژوهي،](http://fa.journals.sid.ir/JournalList.aspx?ID=2489)  دوره5. شماره17

سترگ ص. کاظمی ح. رئيسی، ز. (1392). اثربخشی درمان فراشناختی بر عقايد وسوسه‌انگيز و باورهای مرتبط با مواد در بيماران وابسته به مواد صنعتی. فصلنامه علمي-پژوهشي اعتيادپژوهي. 7 (28):147-162.

# سهرابی، ف. اعظمی، ی. دوستیان، ی. (1393). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های ناکارآمد در افراد وابسته به مواد و افراد عادی. فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان شناختی، [دوره 5، شماره 1](http://japr.ut.ac.ir/issue_7063_7094_%D8%AF%D9%88%D8%B1%D9%87+5%D8%8C+%D8%B4%D9%85%D8%A7%D8%B1%D9%87+1%D8%8C+%D8%A8%D9%87%D8%A7%D8%B1+1393%D8%8C+%D8%B5%D9%81%D8%AD%D9%87+1-166.html). صص72. 49.

سیف، ع. (1378). روانشناسی تربیتی. تهران:انتشارات رشد.

شارف، ر. (1387). نظریه‌های روان درمانی و مشاوره. ترجمه مهرداد فیروزبخت. تهران: موسسه خدمات فرهنگی رسا.

شرف الدین، ح. (1377). نگرش، ماهنامه معرفت ویژه نامه علوم سیاسی و جامعه شناسی. سال هفتم، شماره 25.

شمس، م. (1382) آشنایی با معرفت شناسی، قم: انجمن معارف اسلامی ایران، چاپ اول

شولتز، د. شولتز، س. (1386). نظریه­های شخصیت، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، ویرایش.

صادقی، س. ؛ آتش‌پور، ح. (1390). راهنمای کاربردی درمان‌های شناختی - رفتاری اعتیاد به مواد مخدر و الکل. اصفهان، انتشارات اقیانوس معرفت

صالح زاده، م. نجفی، م. ابراهيمی ا. (1390). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نگرش‌های ناکارآمد در بيماران مبتلا به صرع. مجله علمي پژوهشي دانشگاه علوم پزشكي شهید صدوقی يزد. 19 (3):377-387.

ضيايى، س. (1388). اثر آموزش كنترل توجه بر كاهش تورش توجه وابستگان به موادّ مخدّر. پايان‌نامۀ كارشناسى ارشد. مشهد: دانشگاه فردوسى.

عسکري جنت آبادي، م. (1391). بررسی ومقایسه اثربخشی روشهاي طرحواره درمانی گروهی و واقعیت درمانی گروهی در کاهش میزان عود و افزایش سلامت عمومی معتادان. پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد. رشته روانشناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بیرجند.

علایی خرایم، ر. کدیور، پ. محمدخانی، ش. صرامی، غ. علائی خرائم، م. (1389). مدل روابط علی عوامل مؤثر بر مصرف مواد مخدر توسط نوجوانان شهر کرج. [مجله پلیس زن](http://www.noormags.com/view/fa/magazine/1012" \t "_blank). شماره 12.

فرهودیان، ع. (1381). تفاوت‌های فردی در ساختار نگرش. تازه‌های علوم شناختی، سال چهارم.

فری م. (1384). [راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی](http://www.adinehbook.com/gp/product/9647537433/ref=sr_1_1000_6/638-6055524-3197043). مسعود محمدی (مترجم). ناشر: رشد. تهران چاپ اول.

فری، م. (1382). شناخت درمانی گروهی. ترجمه علی صاحبی و همکاران. انتشارات دانشگاه فردوسی مشهد.

فعالی، م. (1389). درآمدی بر معرفت شناسی دینی و معاصر، قم، معارف، چاپ دوم.

[قرباني، ط.](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=72333)   [محمدخاني، ش.](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=65679)   [صرامي غ. (1391).](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=5888)  مقايسه اثربخشي گروه درماني شناختي - رفتاري و درمان نگه دارنده با متادون در تغيير باورهاي مرتبط با مواد و پيشگيري از عود. فصلنامه [اعتياد پژوهي.](http://fa.journals.sid.ir/JournalList.aspx?ID=2489)  شماره 22. دوره ششم.

قلی پور، آ. (1386) مدیریت رفتار سازمانی، تهران، انتشارات سمت.

کاویانی، ح. ؛ حاتمی، ن. ؛ جواهری، ف. (1387). اثر کاهنده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار خود آیندی نگرش‌های ناکارآمد. [مجله پژوهش در سلامت روانشناختی](http://www.noormags.com/view/fa/magazine/508" \t "_blank). شماره 6. صص 5 تا 14.

کاویانی، ح. جواهری، ف. بهیرایی، ه. (1384). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (mbct) در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب: پیگیری60 روزه. [مجله تازه‌های علوم شناختی](http://www.noormags.com/view/fa/magazine/215" \t "_blank). شماره 25، صص 49 تا 59.

کری، ج. (2005). نظریه و کاربست مشاوره و روان درمانی. ترجمه سیدمحمدی. (1385). تهران. ارسباران.

کریمی، ی. (1387). نگرش و تغییر نگرش، تهران، انتشارات نشر ارسباران، چاپ چهارم.

كوئن، ب. (1388). مبانی جامعه‌شناسی. ترجمه غلامعباس توسلی و رضا فاضل، تهران، سمت، چاپ بیست و دوم.

کیمیایی، س. ؛ ارقبایی، م. ؛ نافیان، م ؛ نامقی، پ. (1392). اثربخشی شناخت درمانی بک بر خودکارآمدی دانش آموزان. سومین همایش ملی روان شناسی. دانشگاه آزاد اسلامی مرو دشت.

کیمیایی، س. ؛ دلاور، ع. ؛ شفیع ابادی، ع. ؛ صاحبی، ع. (1384). بررسی و مقایسه تأثیر شناخت درمانی بک با شناخت درمانی تیزدل و تلفی آن با نرمش‌های یوگا در افسردگی اساسی. مجله مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد. دوره 3. شماره2.

گودرزي، ناصر (1385) بررسی اثر بخشی روش درمان فعال سازي رفتاري و قراردادي گروهی بر درمان اختلالات مصرف مواد افیونی پایان نامه دکتري روان شناسی سلامت، چاپ نشده، دانشگاه تهران

گولدنر، ا. (1388). بحران جامعه شناسى غرب، ترجمه فریده ممتاز، شرکت سهامى انتشار، تهران، چاپ دوم.

لطفی کاشانی، ف. (1387). تأثیر مشاوره‌ی گروهی مبتنی بر رویکرد رفتاری - شناختی در کاهش نگرش‌های ناکارآمد. مجله اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی. شماره8. صص67 تا 78.

محمدخاني، ش. صادقي، ن. فرزاد، و. (1390) مدل روابط علي هيجان منفي، باور‌هاي مركزي، باور‌هاي مرتبط با مواد، عقايد وسوسه انگيز و تنظيم هيجان با بازگشت به مصرف مواد. فصلنامه پژوهش‌هاي نوين روان شناختي. شماره 22، دوره 6. 189تا 157.

محمودی، ح. (1392). [بررسی رابطه باورهای غیر منطقی با تاب آوری و نگرش به مواد مخدر در دانشجویان](http://ganj.irandoc.ac.ir/articles/604444). پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته مشاوره. دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.

میري آشتیانی، ا. (1385) جامعه شناسی اعتیاد در ایران امروز، انتشارات مهاجر، چاپ اول.

هاديان مباركه، ر. ؛ نوري، ا. ؛ ملك پور، م. (1390) سايكودرام و اعتياد. فصلنامه تازه‌های روان درماني شماره 16، دوره 16، شماره 56.

**منابع لاتین**

Abela, R. Z. & Skitch ,S. A. (2007). Dysfunctional attitudes , self – steem , and hassles: cognitive vulnerability to depression in children of affectively ill parent Behavior research and therapy: 45,1127 – 1140

Alloy, L. B. , Abramson, L. Y. , Hogan, M. E. , Whitehouse, W. G. , Rose, D. T., Robinson, M. S, et al. (2000). The temple-wisconsin cognitive vulnerability to depression project: lifetime history of axis I psychopathology in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 403-18.

Arbuthnott, Katherine D (2009); “Education for sustainable development beyond attitude change”; International Journal of Sustainability in Higher Education; Vol 10; No 2; pp 154-153.

Astals, M. , DíazL, Domingo, A. , Santos, A. , Bulbena, A. , Torrens, M. (2009). Impact of Co-Occurring Psychiatric Disorders on Retention in a Methadone Maintenance Program. Journal Enviro Public Health, 16, 2822-2832

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G, (1979). Depressogenic assumptions. (eds. ) Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G*, Cognitive therapy of* *depression*. New York: Guilford Press 244- 71.

Beck, A. , Wright, F. , Newman, C. Liese, B. (1993). Cognitive Therapy of Substance Abuse, New York: Guildford Press.

Beck, A. T, Rush, A. J. , Shaw , B. F. , & Emery , G. (1979). Cognitive therapy of depression. Newyork: Guilford.

Beck, A. T. (1964). Depression: *Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorder*. New York. International University Press.

Beck, T. , Brown, G. , Steer, A. R. , & Weissman, N. A. (1991). Factor analysis of the dysfunctional attitude scale in a clinical population. Psychological Assessment, 3, 478-483.

Benjamin, M. , et al. (2003). Cognitive vulnerability to depression and lifetime history of axis I psychopathology: a comparison of negative cognitive styles (CSQ) and dysfunctional attitudes (DAS). *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17, 3-22.

1. downward arrow technique [↑](#footnote-ref-1)
2. Arbuthnott, Katherine [↑](#footnote-ref-2)
3. Liu [↑](#footnote-ref-3)
4. Davison, Neale & Kring [↑](#footnote-ref-4)
5. Weich [↑](#footnote-ref-5)
6. Walen [↑](#footnote-ref-6)
7. Smith & Houstonkent [↑](#footnote-ref-7)
8. Watson [↑](#footnote-ref-8)
9. Salkovskis [↑](#footnote-ref-9)
10. Ellis [↑](#footnote-ref-10)
11. Dryden [↑](#footnote-ref-11)
12. Melmed [↑](#footnote-ref-12)
13. Ciarrochi, [↑](#footnote-ref-13)
14. Rice & Dellwo [↑](#footnote-ref-14)
15. Wiebe & Cabe [↑](#footnote-ref-15)
16. Dysfanctional Attitude [↑](#footnote-ref-16)
17. Oliver [↑](#footnote-ref-17)
18. Alloy [↑](#footnote-ref-18)
19. Weissman [↑](#footnote-ref-19)
20. Haeffel [↑](#footnote-ref-20)
21. . Quello [↑](#footnote-ref-21)
22. Jones & McMahon [↑](#footnote-ref-22)
23. Cooper, Frone, Russel & Muder [↑](#footnote-ref-23)
24. Kruglanski & Higgins [↑](#footnote-ref-24)
25. McCuller, Sussman, Dent & Teran [↑](#footnote-ref-25)
26. Ebadinski, [↑](#footnote-ref-26)
27. چینش خاصی که اشیا در خارج دارند و باور به آن اشاره دارد. [↑](#footnote-ref-27)
28. Beck, Rush, Shaw & Emery [↑](#footnote-ref-28)
29. Hawkins [↑](#footnote-ref-29)
30. Mc peak [↑](#footnote-ref-30)
31. MBCT [↑](#footnote-ref-31)
32. John [↑](#footnote-ref-32)
33. Kessler, Berglund, Demler [↑](#footnote-ref-33)
34. Hayes, Luoma & Bond [↑](#footnote-ref-34)
35. Schulman [↑](#footnote-ref-35)
36. Tonato [↑](#footnote-ref-36)
37. Carroll & etal [↑](#footnote-ref-37)
38. Turkington, Kingdon, Rathod, Wilcock, Brabban & et al,. [↑](#footnote-ref-38)
39. Bohlmeijer & etal [↑](#footnote-ref-39)
40. Takuya Shinjo [↑](#footnote-ref-40)