

اثربخشی فراشناخت درمانی بر میزان اعتیادپذیری دانشجویان دانشگاه پیام نور شهریار

میترا رجبی

کارشناسی ارشد رشته مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی فراشناخت درمانی به شیوه گروهی بر میزان اعتیادپذیری دانشجویان انجام پذیرفت. این مطالعه یک طرح تحقیقی نیمه آزمایشی بود که شامل پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری می‌شد. جامعه آماری پژوهش شامل همه ی دانشجویان پسر دانشگاه پیام نور شهریار است. نمونه با توسط روش نمونه‌گیری خوشه‌ای ۳۰ آزمودنی انتخاب شدند. در این پژوهش از پرسشنامه فراشناختی (MCQ - ۳۰) برای سنجش باورهای فراشناختی و از مقیاس آمادگی به اعتیاد (APS) استفاده شد. داده های به دست آمده با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس و T همبسته مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نمرات کوواریانس پس آزمون آمادگی به اعتیاد نشان داد که اثربخشی فراشناخت درمانی بر میزان اعتیادپذیری دانشجویان پسر معنادار ($P < 0/01$) بود. به طور کلی نتایج پژوهش حاکی از آن است که درمان فراشناختی، اعتیادپذیری دانشجویان را کاهش داده و تأثیر اثر فراشناخت درمانی بر میزان اعتیادپذیری دانشجویان در مرحله پیگیری بعد از ۳ ماه ماندگار هست.

واژه‌های کلیدی: فراشناخت درمانی، اعتیادپذیری، دانشجویان.

۱- مقدمه

گسترش روزافزون اعتیاد به مواد مخدر در ایران در بین سنین و گروه های مختلف ، و هزینه های بالای فرایندهای درمان و بازپروری و همچنین توجه به این نکته که تعداد قابل توجهی از افراد از نظر شخصیتی مستعد اعتیاد به مواد مخدرنده یعنی در معرض خطر جدی اعتیاد به یکی از انواع مواد مخدر قرار دارند تحقیقات نشان داده که همه گروه های سنی به طور یکسان در معرض خطر اعتیاد قرار ندارند و سن افراد آسیب پذیری خاصی را برای ابتلا به اعتیاد فراهم می کند. این آسیب پذیری به ویژه در سنین نوجوانی و جوانی بیشتر است احمدی و رستمی ، ۱۳۹۳). استفاده و وابستگی به مواد روان گردان ، یک تهدید جدی برای سلامت عمومی افراد در سطح جهانی است. این در حالی است که سازمان ملی سوء مصرف مواد (NIDA) مطرح کرده است که سوء مصرف مواد مخدر با بسیاری از مشکلات و بیماری های جسمانی همچون ویروس نقص ایمنی اکتسابی (HIV) ، مشکلات قلبی ، مشکلات تنفسی ، آسیب های کلیوی و کبدی ، عملکرد نابهنجار مغزی ، سرطان و آسیب های پیش تولدی همراه است (آلن ، ۲ ، ۲۰۰۹). همچنین یکی از ویژگی های بارز در اختلال سوء مصرف مواد ، پیامدهای منفی حاصل از آن همچون شرایط پزشکی حاد ، مشکلات قانونی و جرائم و از دست دادن شغل ، دوستان و جایگاه اجتماعی است (گارسیا و همکاران ، ۲۰۰۷). یافته های جدید بالینی نشان می دهد که در شکل گیری اعتیاد ، زمینه های رشدی تاسالم و استعداد و آمادگی برای اعتیاد ، نقش اساسی ایفا می کند. نظریه ی استعداد اعتیاد بیان می کند برخی از افراد مستعد اعتیاد هستند و اگر در معرض آن قرار بگیرند ، مبتلا می شوند درحالی که اگر کسی استعداد نداشته باشد ، معتاد نمی شود) بر اساس اطلاعات موجود ۵ تا ۱۰ درصد افراد جامعه ، مستعد اعتیاد هستند (عسکری و همکاران ۲۰۱۱). با توجه به مشکلات زیاد و گسترده ی حاصل شده از اعتیاد ، پیشگیری از این معضل الزامی می نماید و باید گفت پیشگیری از این مشکل مستلزم شناسایی عوامل خطر و عوامل محافظت کننده در برابر وابستگی به مواد است برخی از پژوهش ها ، فرانشاخت را به عنوان میانجی رابطه بین هیجانات منفی (افسردگی ، اضطراب و استرس) با سوء مصرف مواد در نظر گرفته اند (اسپادا و همکاران ، ۲۰۰۸). فرانشاخت اطلاعاتی است که فرد در مورد شناخت ، حالات درونی خود و راهبردهای مقابله ای که بر آنها اثر می گذارد ، دارد. بر اساس مدل فرانشاختی یادگیری چگونگی تفکر در مورد تفکر (فرانشاخت) ، یک عنصر مهم در درمان موفق است. فرانشاخت به آگاهی در مورد باورها و ارزیابی در مورد شناخت ، همچنین تنظیم و آگاهی از شناخت مداوم اشاره دارد. در این مدل به توصیف انگیزه استفاده از نگرانی به عنوان راهبرد مقابله ای ، ارزیابی منفی از نگرانی و تلاش برای کنترل نگرانی می پردازد (ولز و فیشر ، ۲۰۱۵). فرانشاخت را می توان به سه حیطه دانش ، تجربه و راهبرد تقسیم کرد. تجربه های فرانشاختی ، شامل ارزیابی و احساس های موقعیتی هستند که افراد درباره وضعیت روانی خود دارند ، راهبردهای فرانشاختی پاسخ هایی هستند که برای کنترل و تغییر تفکر به کار گرفته می شوند و در خدمت خود تنظیمی هیجانی و شناختی می باشند. دانش فرانشاختی به باورها و نظریه ها که افراد درباره تفکر دارند اطلاق می شود. باورهای فرانشاختی به دو نوع مثبت و منفی تقسیم می شود. باورهای فرانشاختی مثبت ، به فواید و سودمندی های درگیر شدن در فعالیت های شناختی تشکیل دهنده سندرم توجهی شناختی مربوط می شود. باورهای فرانشاختی منفی باورهایی است که به کنترل ناپذیری ، معنی ، اهمیت و خطرناک بودن افکار و تجربه های شناختی مربوط می شوند (ولز ، ۲۰۰۹). باورهای فرانشاخت به اطلاعات افراد در مورد شناختهایشان و وضعیت درونی شان و راهبردهای مقابله ای که بر روی هر دو تأثیر می گذارد اشاره دارد. این باورها ، بنیان پرورش الگوهای پاسخ دهی به تفکرات ، الگوی تفکرات چرخهای اجتناب ، سرکوب تفکرات ، بازبینی تهدید و رفتارهای غیر انطباقی و رویدادهای درونی مشخص شده با توجه معطوف به خود فزاینده است. باورهای فرانشاختی در مشکلات گوناگون از جمله

افسردگی، اختلال اضطراب فراگیر، استرس پس از آسیب، وسواس، سایکوزه وابستگی به سیگار، اضطراب امتحان نقش دارد (فیشر و ولز، ۲۰۰۹). درمان فراشناختی در سال های اخیر مطرح شده است و از جنبه های مختلف، نظیر داشتن ساختاری منظم، تعداد محدود جلسات درمانی، تأکید بر فرایند شناخت به جای محتوای آن و طراحی فنون خاص نظیر آموزش توجه حائز اهمیت است. درمان فراشناختی از طریق تغییر توجه به حذف سبک های تفکر ناسازگارانه به عنوان مانعی در جهت پردازش شناختی و هیجانی طبیعی پرداخته و انعطاف پذیری در کنترل شناختی را افزایش می دهد. همچنین، فن ذهن آگاهی گسلیده که با آگاه ساختن از رویدادهای درونی بدون پاسخ دهی به آنها منجر به ایجاد فرا آگاهی می شود. از جمله فن های اصلی این درمان است (ولز، ۲۰۰۹). اعتقاد به این است که باورهای مرتبط با مواد می توانند به عنوان تعاملات شناختی ناشی از باورهای فراشناختی و مصرف مواد به عنوان یک رفتار مقابله ای ناسازگار باشد. در درمان فراشناخت با فن هایی به اصلاح باورهای فراشناخت و باورهای مرتبط با مواد و در نتیجه تضعیف رفتار مقابله ای مصرف پرداخته می شود. نتایج مطالعات اخیر ولز و همکارانش این است که بین باورهای فراشناختی و وابستگی به مواد رابطه وجود دارد. همچنین آنان، نشان دادند که افراد وابسته به مواد در مقایسه با افراد بهنجار در باورهای فراشناختی نمرات بالاتری را گزارش کردند (اسپادا و همکاران، ۲۰۰۷). باورهای فراشناختی، کلید و راهنمایی است که شیوه پاسخ دهی افراد به افکار منفی، باورها، علائم و هیجان ها را تحت تأثیر قرار می دهد و نیروی محرکه ای در پس الگوی تفکر مسموم است که به رنج روانی و هیجانی می انجامد (ولز، ۲۰۰۹). باورهای فراشناختی عوامل میانجی گر رابطه بین هیجانات و وابستگی به مواد هستند (اسپادا و همکاران، ۲۰۰۷). طبق رویکرد فراشناختی، وابستگی به مواد در کوتاه مدت به عنوان یک استراتژی مقابله ای سازگارانه برای تنظیم هیجانات منفی عمل می کند ولی در بلندمدت ناسازگارانه محسوب می شود، زیرا باعث ایجاد وابستگی و تولید هیجانات منفی می گردد. اولین تحقیق در زمینه نقش باورهای فراشناختی در گرایش به مواد توسط توناتو (۱۹۹۹) انجام گرفته است و سپس توسط کاوانا و همکاران (۲۰۰۹)، کاسیلی و همکاران (۲۰۱۳)، اسپادا و همکاران (۲۰۱۳)، میان رابطه میل به اعتیاد و فراشناخت پژوهش هایی صورت گرفته است. در زمینه ی سوء مصرف مواد، مانند تمام اختلالات روانی، نظریات سبب شناسی اولیه از مدل های روان پویایی مایه گرفته اند و مدل های بعد از تبیین های رفتاری، ژنتیک و شناختی استفاده کرده اند (سادوک و همکاران، ۲۰۱۵)، برخی نظریات روان شناختی درباره ی مصرف مواد بر ویژگی های شخصیتی افراد تمرکز دارند (حسینی، ۲۰۰۶)، اما در نظریات دیگری چون نظریه ی شناختی رفتاری فرض عمده این است که وابستگی به مواد، یک رفتار یادگیری شده است که از طریق شرطی سازی ابزاری و کلاسیک و واسطه های شناختی کسب میشود (گرمه، ۲۰۰۱). مداخلات شناختی نیز برای وابستگی به مواد عمدتاً بر دو حیطه از واسطه های شناختی تمرکز دارند، شناسایی و اصلاح تجربیات مرتبط با مواد و استخراج و بازسازی باورها و شناخت ها (سائد، ۲۰۱۱)، ولی این دیدگاه محدودیت هایی دارد و باورهای فراشناختی را نادیده می گیرد. در این چارچوب باید گفت یکی از مهم ترین متغیرهای پیش بین اختلال سوء مصرف مواد، فراشناخت است که شامل باورهای فرد در مورد افکارش است (سائد و همکاران، ۲۰۱۰). نتایج مطالعات اخیر حاکی از آن است که بین باورهای فراشناختی و گرایش به مواد رابطه وجود دارد. از این رو پژوهش حاضر به دنبال آن است که آیا نقش متغیرهای ابعاد فراشناختی را در کاهش گرایش به اعتیاد دانشجویان اثر گذار است؟

فرضیه:

- میان اثر بخشی فراشناخت درمانی و میزان اعتیاد پذیری دانشجویان دانشگاه پیام نور شهریار رابطه معناداری وجود دارد.

- میان اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش اعتیاد پذیری (APS, ASS, MAC.R) دانشجویان دانشگاه پیام نور شهریار رابطه معناداری وجود دارد.

- میان مداخله فراشناخت درمانی و آمادگی به اعتیاد در دانشجویان دانشگاه پیام نور شهریار رابطه معناداری وجود دارد.
روش تحقیق: روش پژوهش این مطالعه، کار آزمایشی بالینی به روش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون، پیگیری و با دو گروه آزمایشی و کنترل است. متغیر مستقل این پژوهش درمان فراشناختی و متغیر وابسته سطح اعتیاد پذیری و متغیرهای کنترل عبارت بود از: جنسیت، سن، دین، تحصیلات، تأهل.

ابزار جمع آوری داده ها: در این مطالعه برای ارزیابی اعتیاد پذیری دانشجویان از پرسشنامه اعتیاد پذیری (APS) و برای سنجش فراشناخت آنان از پرسشنامه فراشناخت (MCQ - ۳۰) استفاده می شود.
جامعه آماری: جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه پیام نور شهریار میباشد. نمونه آماری شامل ۳۰ نفر از دانشجویان دانشگاه پیام نور شهریار می باشد.

یافته ها: پس از آنکه اطلاعات مورد نیاز گردآوری و طبقه بندی شد، مرحله تجزیه و تحلیل داده ها، آغاز می شود. داده های حاصل با استفاده از روش تجزیه و تحلیل آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس و اندازه گیری های مکرر مورد بررسی قرار خواهد گرفت. تحلیل داده های جمع آوری شده، در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی انجام شد. از آماره های توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد برای توصیف مشخصات دموگرافیک و متغیرهای پژوهش استفاده شد. در بخش آمار استنباطی نیز از آزمون همبسته و تحلیل کوواریانس (ANCOVA) برای به آزمون گذاشتن فرضیه های پژوهش در سطح معنی داری ۰۰۰۰۱ استفاده شد. داده ها به وسیله نرم افزار SPSS - ۲۰ تجزیه و تحلیل شد. جهت تعیین اثربخشی فراشناخت درمانی در کاهش اعتیاد پذیری دانشجویان از آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه نمرات پیش آزمون، پس آزمون بین دو گروه و برای مقایسه نمرات پیش آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش از آزمون T همبسته استفاده شده است.

جدول ۱: آزمون همبسته برای مقایسه نمرات پیش آزمون و پیگیری متغیرهای گروه آزمایش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	t	درجه آزادی	سطح معناداری
آمادگی به اعتیاد (APS)	۴/۲۲	۱/۵۶	۸/۹۱	۱۴	۰/۰۰۱
استعداد به الکلیسم (MAC.R)	۵/۵۶	۲/۲۲	۷/۷۷	۱۴	۰/۰۰۱

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس نمرات پس آزمون متغیر استعداد به الکلیسم

متغیرها	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر (مجذور اتا)	توان آزمون
استعداد به الکلیسم (MAC.R)	پیش آزمون	۳۱۲۱/۴۳	۱	۳۱۲۱/۴۳	۱۱۹/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۱
	گروه آزمایش	۶۵۰/۲۳	۱	۶۵۰/۲۳	۸۲/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس نمرات پس آزمون متغیر آمادگی به اعتیاد

متغیرها	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر (مجذور اتا)	توان آماري
آمادگی به اعتیاد (APS)	پیش آزمون	۱۸۲۱/۳۳	۱	۱۸۲۱/۳۳	۱۲۲/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱
	گروه آزمایش	۱۶۰۲/۱۹	۱	۱۶۰۲/۱۹	۱۰۷/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۱

بحث و نتیجه گیری: مداخله فراشناخت درمانی، آمادگی به اعتیاد را کاهش می دهد. نتایج جدول تحلیل کوواریانس نمرات پس آزمون آمادگی به اعتیاد نشان می دهد که پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنی دار عامل بین آزمودنی های (۰/۸۰) $P < ۰۰۰۱/۰$ Partial $n = ۰۵ / ۱۰۷$ (۱) ۲۷ F) گروه وجود داشت. نمرات میانگین تعدیل شده آمادگی به اعتیاد پیشنهاد می کند. گروهی که در گروه درمانی فراشناختی شرکت کردند در مقایسه با گروه گواه که تحت هیچ درمانی قرار نگرفتند، دارای آمادگی به اعتیاد پایین تری بودند. به بیان دیگر درمان فراشناختی بر روی گروه آزمایش ۸۰ درصد مؤثر بوده و توانسته است آمادگی به اعتیاد گروه هدف را کاهش دهد. همچنین می توان گفت که: درمان فراشناختی گروهی بر نگرش نسبت به اعتیاد، تمایل به تغییر و پایداری اثر آن در افراد مستعد به اعتیاد تأثیر معناداری دارد. این نتایج با پژوهش های فوق همسو است. در پژوهشی هاریسون و برین (۲۰۱۰)، نشان دادند که درمان فراشناختی تأثیر معناداری بر کاهش گرایش به مصرف مواد دارد. انتظارات فرد در مورد اثرات پاداش دهنده ی مواد، باور و نگرش در مورد مسئولیت رفتار و تقویت رفتاری از جمله عواملی هستند که موجب گرایش به مصرف و همچنین مصرف مجدد علی رغم بروز مشکلات می شوند. مصرف کنندگان مواد مخدر میزان بالایی از تحریف های شناختی و تفکرات ناکارآمد را به کار می برند. در این میان راهبردهای کنترل فراشناختی پاسخ هایی هستند که افراد در کنترل فعالیت های سیستم شناختی خود دارند. این راهبردها ممکن است راهبردهای تفکر را تشدید یا سرکوب کنند و ممکن است به سمت افزایش فرایندهای بازبینی جهت دهند. این فرایندهای بازبینی می تواند شامل دوری از مصرف کاهش تمایل به مصرف باشد. علاوه بر این راهبردهای درمان فراشناختی تحت عنوان پاسخ های رفتاری و

راهبردهای کنترل فکر مشخص شده اند. پویایی راهبردهای کنترل فکر به کار برده شده توسط افراد، فرایند بررسی دقیق و موشکافانه پیامدهای نگرانی و اضطراب را تشدید می‌کند. رفتارهای مقابله‌ای، شامل اجتناب جستجوی اطلاعات، توجه برگردانی، استفاده از الکل، مصرف مواد و غیره است. این رفتارها موجب تداوم ارزیابی‌ها و باورهای منفی درباره نگرانی می‌شوند، زیرا با سپردن کنترل به دست عوامل خارجی، فرایند خودگردانی را مختل می‌کنند (ولز، ۲۰۰۹). در این میان، اصل بنیادین درمان فراشناختی آن است که اختلالات گرایش به مصرف مواد، عود و... با فعال شدن سبک تفکر ناسازگارانه، موسوم به سندرم شناختی توجهی، مرتبط است. این سبک پیامدهایی دارد که به حفظ و تداوم هیجان‌ها و تقویت افکار منفی منجر می‌شود. یک فرایند مهم در درمان فراشناختی، ناتوانی فرد در درگیر نشدن در فرایند نگرانی به هنگام فعال شدن آن است. این ناتوانی به صورت تفکر مداوم درباره نگرانی از مصرف مواد، به منظور مقابله با آن با تلاش برای اطمینان دادن به خود از طریق خودگویی آشکار می‌شود (فیشر و ولز، ۲۰۰۹). درمان فراشناختی با به کارگیری فنون آموزش توجه و فنون ذهن آگاهی گسلیده موجب تغییر در نگرش‌های افراد می‌شود. نمونه بارز این وضعیت تصمیم‌گیری به استفاده از راهبردهایی مانند نگران نشدن در پاسخ دادن به یک فکر (مانند ترس از برگشت به مصرف مواد) و در عوض، اجازه دادن به آن فکر است تا فضای ذهنی خاص خود را بدون انجام هرگونه تفسیر یا اقدام دیگر اشغال کند (ولز، ۲۰۰۹)؛ و همچنین اثربخشی فراشناخت درمانی در کاهش اعتیاد پذیری دانشجویان (R, MAC, ASS, APS) به مدت ۳ ماه ماندگار است. نتایج جدول آزمون همبسته نمرات دوره پیگیری مبتنی بر ثبات تأثیر فراشناخت درمانی بر کاهش اعتیاد پذیری دانشجویان (ASS, APS, MAC, R)، نشان می‌دهد که تأثیر درمان فراشناختی در کاهش اعتیاد پذیری دانشجویان (آمادگی به اعتیاد $t < 0.001/0$)، $P = 0.001/8$ ، استعداد به الکلیسم $(P = 0.001/0 = 77/7P < 0.001/4)$ همچنان بعد از ۳ ماه ماندگار است و در اعتراف به اعتیاد $(P = 0.001/0 = 63/1)$ ، تأثیر معناداری نداشته است. در تبیین این نتیجه، می‌توان بیان کرد که با توجه به ماهیت هر یک از اختلالات روان شناختی، نواقص فراشناخت و افکار ناکارآمد در هر اختلال حاصل می‌شود و به عنوان شیوه‌ای برای مقابله و عملکرد اجرایی خود تنظیمی در بیماران عمل می‌کند، با این که این افکار همیشه به طور داوطلبانه به وجود نمی‌آیند. ادامه آن‌ها تابع کنترل داوطلبانه است و با باورهای مثبت درباره مفید بودن راهبردهای فراشناختی ارتباط دارد؛ اما این افکار ناکارآمد، خود تمرکزی، نشخوار و کنترل ناپذیری آن‌ها، نه تنها باعث منحرف کردن توجه از راهبردهای مقابله‌ای سازگار می‌شود، بلکه در عدم کارآمدی فراشناخت‌ها نیز سهیم هستند و باعث می‌شوند که افراد انعطاف خود را در پردازش مؤثر و کارا از دست بدهند

پیشنهادات پژوهشی:

- به پژوهشگرانی که در این حوزه کار می‌کنند پیشنهاد می‌شود در انجام این روش نمونه‌های خود را از مردان و زنان به طور همزمان انتخاب کنند تا نتایج معتبر تری به دست بیاید و امکان مقایسه اثربخشی فراشناخت درمانی بین دو جنس فراهم شود.
- چون پژوهش حاضر به صورت گروهی اجرا گردید، احتمال دارد در صورت اجرا به شیوه انفرادی نتایج متفاوتی حاصل گردد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی فراشناخت درمانی به صورت انفرادی هم اجرا شود.
- در پژوهش‌های آتی درمان فراشناختی بر دانشجویان سایر مقاطع نیز به کار گرفته شود تا امکان مقایسه اثربخشی فراشناخت درمانی بین سطوح تحصیلات مختلف و ستین گوناگون فراهم شود. : پیشنهاد می‌گردد که درمان فراشناختی را بر مؤلفه‌های دیگری چون پیشگیری از عود مجدد اعتیاد یا درمان اعتیاد و... بپردازند.

- کارگاه های آموزشی این برنامه مداخله ای برای مشاوران و روانشناسان و مددکاران شاغل در دانشگاهها برگزار گردد تا آنان با این نوع برنامه مداخله ای آشنا شوند و آن را برای دانشجویان و نوجوانان به کار گیرند تا نوجوانان در برابر اعتیاد مقاوم گردند و پیشگیری صورت گیرد.

- با عنایت به تأثیر درمان فراشناختی گروهی بر کاهش آمادگی به اعتیاد ، پیشنهاد می شود از این روش درمانی به صورت گسترده در مراکز ترک اعتیاد و مراکز بهبودی اقامتی میان مدت (کمپ) استفاده شود تا هم نقص های درمان های دیگر را پوشش دهد.

منابع:

۱. بهرام نژاد ، علی ربانی باوجدان ، مرجان ربانی باوجدان ، مژگان ، (۱۳۹۱). رابطه بین باورهای فراشناختی در گرایش به اعتیاد در دانشجویان دانشگاه سیستان و بلوچستان ، مجله اعتیاد و سلامت ، ۴: ۳-۱
۲. بهرامی احسان ، هادی (۱۳۹۳). اعتیاد و فرایند پیشگیری. تهران: سازمان سمت.
۳. سترگ ، صحراء کاظمی ، حمید؛ رئیسی ، زهره. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان فراشناختی بر عقاید وسوسه انگیز و باورهای مرتبط با مواد در بیماران وابسته به مواد صنعتی ، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد ، ۷ (۲۸): ۱۴۷ - ۱۶۲
۴. صارمیان ، فرهاد؛ بوالهروی ، جعفر؛ پیروی ، حمید قاضی ، محمود (۱۳۸۶) ، شیوع مصرف مواد در میان دانشجویان تهران ، مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران ، ۲۱۱۵: ۲۲۰-۲۰۹
۵. صرامی ، حمید ، قربانی ، مجید. (۱۳۹۲). بررسی ۴ دهه تحقیقات شیوع شناسی اعتیاد در ایران اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد ، ۲۶۱۷: ۲۹-۵۲
۶. فیشر ، پیتر؛ ولز ، آدریان ، (۱۳۹۰). درمانگری فراشناختی ، مجموعه تند آموز رفتاردرمانی شناختی (ترجمه مژگان آگاه هریس و مسعود جان بزرگی) ، تهران: نشر ارجمند
۷. قدیمی ، آزاده؛ کرمی ، جهانگیری؛ یزدان بخش ، کامران ، (۱۳۹۳). رابطه ی طرحواره های ناسازگار اولیه و باورهای فراشناختی بالاستعداد اعتیاد. مجله اصول بهداشتی ، ۱۷ (۲): ۷۳۶۷
۸. قهوه چی ، فهیمه؛ محمدخانی ، شهرام (۱۳۹۱). رابطه ی باورهای فراشناختی ، راهبردهای خود تنظیمی و هیجانات منفی در مصرف سیگار دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زنجان ، ۲۰ (۸۱): ۱۰۲-۹۳.
۹. -کاشفی ، طیبه ، (۱۳۹۲). رابطه باورهای فراشناختی و رفتارهای خود تخریب گرایانه در افراد معتاد به مواد مخدر فصلنامه علمی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه ، ۱ (۲): ۴۵-۴۰
۱۰. -کرد میرزا ، عزت الله؛ آزاد ، حسین اسکندری ، حسین ، (۱۳۸۲) ، هنجاریابی آزمون APS (مقیاس آمادگی برای اعتیاد به منظور شناسایی افراد مستعد سوء مصرف مواد در بین دانشجویان دانشگاههای تهران ، مجله اعتیاد پژوهی ، ۱ (۲) ۴۷-۸۰

11. Allen , T. H. (2009). Religiosity , Spirituality , and Substance Abuse. Unpublished dissertation , University of Alabama. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders , 5th Edition: DSM – 5. American Psychiatric Association Publication.
12. Askari , S. , Zakiei , A. , Alikhani , M. (2011). The relationship between personality characteristics and locus of control preparations for abuse among male students. Psychological Science , 1: 485-98 [Persian]
13. Gorman , D. M. (2001). Developmental processes. In: Heather NTJ , Peters TJ , Stockwell T. (editors). International Handbook of alcohol dependence and problems , Chichester: Willy. Hosseini , A. (2006). Compare the characteristics of three groups: normal , prone to drug addiction. MS. Dissertation. Tehran: Allameh Tabatabaei University [Persian]
14. Janeck , A. S. , Calamari , J. E. , Riemann , B. C. , & Heffolinger , S. K. (2003). Too much Thinking about thinking: Meta cognitive differences in obsessive disorder. Journal of Anxiety disorders , 17: 181-195.

15. Kavanagh , D. J. , May , J. , & Andrade , J. (2009). Tests of the elaborated intrusion theory of craving and desire: Features of alcohol craving during treatment. *British Journal of Clinical Psychology* , 48: 241-254.
16. Lindberg , A. , Fernie , B. A. (2011). Metacognitions in problem gambling. *J Gambli Stud* , 27: 73-81.
17. Miller , P. M. (2013). *Principles of Addiction*. Academic Press.
18. Nikčević , A. V. , Spada , M. M. (2015). The metacognitions about smoking questionnaire: Development and psychometric properties. *Addictive Behaviors* , 44: 102-107.
19. Nikčević , A. V. , Spada , M. M. (2010). Metacognitions about Smoking: A preliminary investigation. *Clinical Psychology and Psychotherapy* , 17: 536-542.
20. Nosen , E. , Woody , S. R. (2009). Applying lessons learned from obsessions: Metacognitive processes in smoking cessation. *Cogn Ther Res*. 33: 241-254.