# باورهای فراشناختی

 در سال های اخیر فراشناخت به عنوان یکی از پیش بینی کننده های آشکار در مورد تکلیف پیچیده به شمار می آید. واژه فراشناخت نخستین بار توسط فلاول[[1]](#footnote-1) (1979) به کار برده شد، که به فرآیند تفکر در باره تفکر و دانش در مورد اینکه «چه می دانیم» و «چه نمی دانیم» اطلاق می شود. مطالعه فراشناخت ابتدا در حوزه روانشناسی رشد و بعد در روانشناسی حافظه، سالمندی و عصب روانشناسی مطرح شد (وینمن[[2]](#footnote-2)،2010، به نقل از فخری، 1391). فراشناخت یک مفهوم چند وجهی است که شامل دانش (باورها)، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت و یا کنترل می کنند (عاشوری، 1388).

 الگوهاي تفكر منفي بر اساس عادات شناختي خودكار، قديمي و جا افتاده اي قرار دارد كه اغلب به صورت نشخوار ذهني جريان دارد و به طور ناكارآمدي براي اجتناب از افسردگي يا موقعيت هاي مشكل ساز زندگي فراخوانده مي شوند. نشخوار ذهني براي دوري از اضطراب و يا افسردگي انتخاب مي گردد. نشخوار ذهني افراد را بيشتر مضطرب و نگران مي سازد. معمولا افراد بیمار براي رهايي از اضطراب به نشخوار ذهني پناه مي برند. البته پاسخ هيجاني به اضطراب و افسردگي به دو صورت است : ياحواس پرتي (توجه برگرداندن)، و يا نشخوار فكري. نشخوار فكري به عنوان اشتغال دائمي به يك انديشه يا موضوع و تفكر درباره آن شناخته مي شود (آزادی، 1393).

 نشخوار فكري طبقه اي از افكار آگاهانه است كه حول يك محور مشخص و معمولي مي گردد، بدون آنكه تقاضاهاي محيطي فوري، وابسته به آن ها باشد و جنبه تكراري دارند. بر علل و نتايج علائم متمركزند و مانع حل مسئله ناسازگارانه شده و به افزايش افكار منفي مي انجامد. افكار ناخواسته يا مزاحم، مشكل اصلي افراد مضطرب است، زيرا احساس تهديد و هيجان منفي براي آن ها دائمي شده است. علت اينكه افراد، از سبك هاي مختلف براي مقابله با افسردگي و اضطراب استفاده مي كنند اين است كه شخصيت ها متفاوت است. اين گونه سبك پاسخ به اضطراب باعث به طول انجاميدن نشانه‌هاي اضطراب و شدت ‌يافتن آنها مي‌شود. اين نوع سبك مقابله، از ديدگاه روان‌شناسان، مقابله‌اي ناكارآمد و ناسازگار است، زيرا به حل مشكلات كمك نمي‌كند و باعث بدتر شدن اوضاع رواني و خلقي فرد مي‌شود. سبك نشخوار ذهني در پاسخگويي به اضطراب، روشي است كه براثر عادت ايجاد شده است و مي‌توان آن را تغيير داد. طبق اين مدل، فرد مضطرب در مجادله بين ترس از اينكه اضطراب غيرقابل كنترل است و عقيده بر اينكه اضطراب از او محافظت مي‌كند، قفل شده است (محمدخانی،1387).

 در واقع از طريق نشخوار ذهني، شخص خود را در معرض رويارويي هاي متعدد با محرك استرس زا قرار مي دهد. بدين ترتيب، نشخوار ذهني، مي تواند باعث ايجاد نوعي استرس مزمن در فرد گردد. پيامدهاي منفي نشخوار ذهني افسردگي ‏زا شامل:

1- عاطفه منفي؛

2- علائم‏ افسردگي شديدتر و طولاني‏مدت؛

3- تفكر داراي سوگيري منفي؛

4- كمبود انگيزه؛

5- اختلال در تمركز و شناخت؛

6- افزايش استرس (شاملو،1388).

 باورهای فراشناختی یعنی اینکه فرد به دنبال حالت افسردگی و غمگینی، رفتارها و افکاری را نشان می‌دهد که توجه او را به سمت علائم افسردگی جلب می‌کند. مثلا فرد به دنبال رخداد حالت افسردگی در گوشه‌ای می‌نشیند و با خود چنین می‌گوید فقط من هستم که به این حالت گرفتار شده ام. نتیجه‌ی افسردگی من چه خواهد شد؟ اگر از این حالت در نیایم چه اتفاقی می‌افتد. این گونه سبک پاسخ به افسردگی باعث به طول انجامیدن نشانه‌های افسردگی و شدت‌ یافتن آن ها می‌شود. این نوع سبک مقابله، باعث بدتر شدن اوضاع روانی و خلقی فرد می‌شود.تحقیقات نشان داده است که زنان بیش از مردان به نشخوار فکری گرفتار می‌شوند و شاید این یکی از علل شیوع افسردگی در زنان باشد (سالاری فر و پوراعتماد،1390).

# باورهای فراشناختی مثبت ومنفی

 مدل فراشناختی دو نوع باور فراشناختی را شناسایی کرده است: باورهای فراشناختی مثبت، باورهایی هستند که به فواید و سودمندی های درگیر شدن در فعالیت های شناختی خاص مانند نگرانی، نشخوار فکری[[3]](#footnote-3)، پایش تهدید[[4]](#footnote-4) و... مربوط می شوند مانند (نگرانی درباره آینده به من کمک می کند تا از خطر اجتناب کنم). باورهای فراشناختی منفی باورهایی هستند که به کنترل ناپذیری، اهمیت و خطرناک بودن افکار و تجربه های شناختی مربوط می شوند. مثلأ اگر افکار خصمانه ای داشته باشم، ممکن است بر خلاف میل خود به آنها عمل کنم (ولز[[5]](#footnote-5)،2009).

 باورهای فراشناختی پیش بینی کننده ی تجربه احساسات منفی، مانند اضطراب و افسردگی هستند، همچنین پژوهش ها نشان می دهند که باورهای فراشناختی مثبت و منفی ممکن است سبب تداوم نگرانی شوند (پورنامداریان و همکاران،1390) .

 دررویکرد فراشناختی، باورهای فراشناختی، کلید و راهنمایی است که شیوه پاسخدهی افراد به افکار منفی، باورها، علائم و هیجان ها را تحت تأثیر قرار می دهد و نیروی محرکه ای در پس الگوی تفکر مسموم (سندرم شناختی- توجهی) است که به رنج روانی و هیجانی می انجامد. نظریه فراشناختی بر این اصل استوار است که بر خلاف شباهت های بنیادی در سازوکارهای آسیب شناختی اختلال های روانشناختی مختلف، هر اختلال محتوای خاص خود را در سطوح شناختی و فراشناختی دارد (ولز،2009).

 اختلالات روانی زمانی به وجود می آیند، که سبک تفکر و سازگاری فرد بی اختیار به تأکید و تقویت پاسخ های هیجانی پیش می رود که بیشتر از همه ناشی از تکرار تفکر (نشخوار فکری ونگرانی) است (اسکریج [[6]](#footnote-6)،2010، به نقل از آهنی،1392).

 در این رابطه شوارزوکلور[[7]](#footnote-7) (1998) بیان می کنند که مردم احساساتشان را به عنوان اطلاعاتی برای ارزیابی ها و قضاوت ها به کار می گیرند، بنایراین ارزیابی های منفی باعث نابسامانی روانی و نداشتن عملکرد صحیح می شود. برطبق نظریه فراشناخت در اختلال روانشناختی، فراشناخت ها مؤلفه های حساسی در پیش بینی و ایجاد علائم روانشناختی هستند (یلماز و همکاران[[8]](#footnote-8)،2011، به نقل از آهنی،1392).

# الگوهای باورهای فراشناختی

**الگوی سندرم شناختی- توجهی (CAS)**

 رویکرد فراشناختی بر این باور است، که افراد به این دلیل در دام ناراحتی های هیجانی گرفتار می شوند که فراشناخت های آنها به الگوی خاصی از پاسخ دهی به تجربه های درونی منجر می شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می شود. این الگو نشانگان شناختی – توجهی (CAS)[[9]](#footnote-9) خوانده می شود که شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت شده و راهبرهای خودتنظیمی یا رفتارهای مقابله ای ناسازگارانه است (یلماز و همکاران[[10]](#footnote-10)، 2014).

**الگوی ولز و پاپاجيورجيو**

 پاپاجيورجيو[[11]](#footnote-11) و ولز (2004)، يك الگوي‏ فراشناخت باليني را در مورد نشخوار ذهني و افسردگي پيشنهاد كرده‏اند. آن‏ها معتقدند كه باورهاي فراشناختي مثبت در مورد نشخوار ذهني منجر به ابقاي آن مي‏شود. به عبارت‏ ديگر، وقتي نشخوار ذهني به كار مي‏افتد، ابتدا فرد آن را به عنوان يك فرايند كنترل‏ناپذير و آسيب‏زننده ارزيابي مي‏كند. اين امر منجر به پيامدهاي بين فردي و اجتماعي شده و در نهايت‏ باعث به كار افتادن باورهاي فراشناختي منفي در مورد نشخوار ذهني به افسردگي مي‏شود. دستور العمل نشخوار ذهني در افراد افسرده، باعث افت خلق و حل مسئله در اين افراد شده و دستور العمل پرت‏ كردن حواس نيز خلق و حل مسئله آن‏ها را بهبود نمي بخشد. وقتي باورهاي نامعقول به سراغ ما مي آيند ما دچار پيامد هاي بد هيجاني مي شويم (مانند افسردگي،خشم،اضطراب) و اين پيامد هيجاني بد، در ادراك ما اخلال ايجاد مي كند و در چنين مواقعي شاهد برخي افكار ثابت، نشخوار ذهني مستمر و وارسي هاي مكرر مي شويم. با توجه به اين مسئله مي توانيم بگوييم پيامد هاي هيجاني منفي در صورت كنترل نشدن بر نظام فكري ما تاثير گذاشته و باعث ايجاد پيامد هاي هيجاني بدتر در ما مي شوند.سبك هاي هيجاني متفاوت، موجب مي شودكه ما نشخوار ذهني رابراي پاسخ به اضطراب وافسردگي انتخاب كنيم. ظهور نظريه هاي شناختي در آسيب شناسي رواني به افزايش علاقه به ويژگي هاي شناخت و تنظيم آن منجر گرديده است. ولز و ماتئوس نظريه ي كنش اجرايي خود نظم بخش [[12]](#footnote-12) اولين نظري هاي است كه نقش فراشناخت را در سبب شناسي و تداوم اختلالات رواني مفهوم سازي كرده است. بر اساس نظريه ي كنش اجرايي خودنظم بخش اختلالات روان شناختي وقتي تداوم مي يابند كه راهبردهاي مقابله اي ناسازگار مثل تفكر درجاماندگي، نگراني، نشخوارذهني، پايش تهديد، اجتناب و سركوبي فكر، اصلاح خودباورهاي ناكارآمد را با شكست مواجه مي سازد و دسترسي به اطلاعات منفي در مورد خود را افزايش مي دهد. به عبارت ديگر مي توان گفت بر اساس اين نظريه، اختلال رواني فعاليت يك سندرم كلي شناختي توجهي است كه از دانش فراشناختي فرد ناشي مي شود و در موقعيت هاي مشكل زا فعال شده و پردازش مي شود (عاشوری، 1388).

 ولز (2009) نخستین بار با ترکیب رویکرد طرحواره و پردازش اطلاعات، الگوی فراشناختی را بر مبنای مدل عملکرد اجرای خود تنظیمی (S-REF)[[13]](#footnote-13)، برای تبیین و درمان اختلالات هیجانی معرفی کرد. ایده اصلی این نظریه باورهای معیوب در مورد شناخت است که فراشناخت را تشکیل می دهند، چنین باورهایی به ایجاد الگویی از تفکر منجر می شوند که نگرانی، نشخوار فکری ،تثبیت تهدید و افکارغیر قابل کنترل بر آن تسلط دارد (هالجین، ویتبورن،2003؛ ترجمه سیدمحمدی،1390).

**نظریه سبک هاي پاسخ**

 در نظریه سبک هاي پاسخ چنین استدلال شده است که سبک پاسخی نشخواري، در مقایسه با سبک پاسخی منحرف کننده حواس، با افزایش در خلق افسرده رابطه دارد. اثر پاسخ هاي نشخواري بر خلق غمگین و اختلال افسردگی با استفاده از مقیاس پاسخ هاي نشخواري هوکسما و مارو[[14]](#footnote-14) (1991) به فراوانی از سوي پژوهشگران مختلف نشان داده شده است (وونگ[[15]](#footnote-15)،2007، به نقل از آهنی،1392).

 سبک پاسخی نشخواري، نمی تواند پیش بینی کننده مطمئنی براي طول مدت اختلال افسردگی عمده باشد. به هر حال با توجه به پیشینه قابل توجه پژوهشی، این دیدگاه که نشخوار فکري می تواند پیش بینی کننده مهمی براي علائم افسردگی و اختلال افسردگی باشد، دیدگاه نیرومند تري است (باقری نژاد و همکاران، 1389).

**نظریه تغییر درمان الیس**

در نظریۀ درمانی- عقلانی- رفتاری سطوح متفاوتی از تغییر وجود دارد. براساس این نظریه ممتازترین و با دوامترین تغییراتی که افراد می توانند ایجاد کنند، درگیر شدن در بازسازی فلسفی باورهای غیر منطقی است. تغییر در این سطوح می تواند خاص و عام باشد. تغییر فلسفی خاص ره این معنی است که شخص خواسته های مطلق غیر منطقی اش (بایدها و اجبارها) دربارۀ موقعیت ها و شرایط را تغییر دهد. تغییر فلسفی عام به این معنی است که افراد را به پژوهش و قبول یک نگرش کلی نسبت به حوادث زندگی وادار می­کند. دابسون (1988) عقیده دارد که برای ایجاد و تغییر فلسفی چه در سطح عام یا خاص افراد نیاز به اجرای اصول زیر دارند:

 1- آن ها باید درک کنند که تا حد زیادی اختلالات روانشناختی خود را خودشان ایجاد می کنند و اینکه شرایط محیطی می تواند در ایجاد مشکلات سهیم باشد ولی عموماً شرایط محیطی ملاحظات ثانویه در فرآیند تغییر هستند : تغییر اختلالات را دارند.

 2- باید کاملاً درک کنند که آنها توانایی تغییر اختلالات را دارند.

 3- دریابند که اختلالات عاطفی و رفتاری بطور وسیعی از باورهای منطقی مطلق نشأت می گیرند.

4- باورهای غیر منطقی خود را نمایان ساخته و بین آنها و باورهای منطقی تفاوت و تمییز قائل شوند.

5- باورهای غیر منطقی را با استفاده از روش های علمی، منطقی و تجربی به مبارزه بطلبند.

6- جهت درونی کردن باورهای جدید با استفاده از روش های تغییر شناختی و عاطفی غیرمنطقی را ادامه داده و از روش های چند گانه تغییر برای آرام کردن زندگیشان استفاده کنند (الیس و هارپ؛ ترجمه فیروز بخت،1381).

 هر چند پریشانی های روانی از طریق اثرات ترکیبی عواملی نظیر تمایلات زیستی و تجربه های زندگی شخص حاصل می آیند، مع هذا، این نوع پریشانی ها به واسطۀ خود تلقینی یا خود آموزی او، ادامه می یابد. الیس معتقد است که کودکان نسبت به بزرگسالان از توانایی کمتری برای ارزیابی عینی خود و محیط اطرافشان برخوردار هستند و بنابرین آمادگی لازم برای درونی ساختن نگرشهای انتقادی والدین خویش را دارند. او می­گوید، حتی در موارد استثنایی که والدین یک کودک فاقد نگرش های انتقادی هستند کوکان نگرش های انتقادی و مبتنی بر کمال گرایی را از دیگرانی که با آنها در تماس اند، یعنی از آموزگاران، همبستگان، و وسایل ارتباط جمعی می آموزند (بهادری، 1393).

 به هر حال، کودکان نه تنها به دلیل نگرش هایی که والدینشان نسبت به آنان دارند، دچار پریشانی هیجانی می شوند، بلکه به دلیل تمایل خود آنان برای جدی گرفتن، درونی ساختن و جاودانی ساختن این نگرش ها، چنین پریشانی هایی را پیدا می کنند. در نظریۀ درمان عقلانی برانگیزنده، گفته می شود که هر چند کودکان همراه با رشد و بزرگتر شدن یاد می گیرند که با بعضی از فرض های قبلی خود به نبرد بپردازند، اما همزمان با آن، خویشتن را با خود تلفیقی، خود آموزی و خود تبلیغی، گرفتار فرض های غیر منطقی دیگر می کنند. همین خود تبلیغی است که باعث می­شود اعتقادهای غیر منطقی اصلی در شخص پایدار باقی بماند (ساعتچی، 1389).

 درمانگری عقلانی، هیجانی و رفتاری الیس بر فرض های متعددی بنا شده است که می توان آن را در عبارات زیر طبقه بندی کرد:

1ـ تفکر، احساس و رفتار مداوماً در تعامل با یکدیگر و تحت نفوذ یکدیگر قرار می گیرند.

2ـ اختلال های هیجانی از تعامل پیچیده عوامل زیست شناختی و محیطی ایجاد می شود.

3ـ انسان تحت تأثیر اشخاص و اشیاء پیرامون خود است و آنها نیز به طور عمدی افراد پیرامون خود را متأثر می سازند. افراد در واکنش به تأثیرات نظامی که در آن زندگی می کنند تصمیم می گیرند یا انتخاب می کنند که خود را تخریب کنند یا نکنند.

4ـ افراد خویشتن را از نظر شناختی، عاطفی و رفتاری تخریب می کنند.

5ـ وقتی وقایع ناگوار اتفاق می افتد، افراد تمایل دارند دربارۀ آنها باورهای غیر منطقی تولید کنند که برجستگی آنها مطلق بودن و تفکر جزمی نگرانه است.

6ـ وقایع ناگوار به خودی خود به عنوان علت اختلال هیجانی قرار نمی گیرند، بلکه باورهای غیر منطقی به مشکلات شخصیتی منجر می شوند.

7ـ اغلب افراد تمایل عجیبی به ایجاد و هیجان های مخرب و حفظ خود در این شرایط دارند بنابراین در می­یابند که واقعاً غیر ممکن است که از نظر روانی سالم و خوب باقی بمانند.

8ـ هنگامی که مردم به روش خود تخریب گرانه عمل نمی کنند، توانایی آگاه شدن از شیوه های تفکر و نظام باورهای خود و تأثیر منفی آنها را دارند. با این آگاهی آنها ظرفییت مباحثه دربارۀ افکار غیرمنطقی و تغییر آنها را به باورهای منطقی را در می یابند و می توانند با تغییر این باورها دربارۀ وقایع خاص، احساسات نامتناسب و رفتارهای خود تخریب گرانه را تغییر دهند.

9ـ وقتی باورهای غیرمنطقی کشف شد، می توان آنها را با روشهای روشن سازی، چگونگی ترکیب جنبه­های شناخت، عواطف و رفتارهای خنثی کرد. درمان منطقی – هیجانی، اعتقاد دارد که در واقع همۀ مشکلات جدی هیجانی انسان مستقیماً ناشی از افکار جادویی، تخیلی و از نظر تجربی فاقد اعتبار است. بر طبق نظریه درمان منطقی – هیجانی مهم نیست که چه مقدار در وراثت فرد نقص وجود داشته باشد و یا تجربیات او از ضربه های اولیه و یا بعدی زندگی چگونه باشد، علت اصلی که او اکنون واکنش بیشتری یا کمتری نسبت به محرک آزارنده نشان می دهد، این است که اکنون دارای عقاید متعصب، غیرمنطقی و تجربه نشده ای است (شیلینگ،1990، ترجمه آرین،1385).

# تفاوت هاي جنسیتی در باورهای فراشناختی

 بر اساس یافته هاي پژوهشی زنان بیش از مردان گرایش به نشخوار فکري دارند. در نظریه سبک هاي پاسخ، تفاوت هاي جنسیتی در گرایش به نشخوار فکري به عنوان واسطه اي براي تفاوت هاي جنسیتی در افسردگی در نظر گرفته می شود. یعنی، با کنترل تفاوت هاي جنسیتی در نشخوار فکري، تفاوت هاي جنسیتی در افسردگی معنادار نبوده است. دلایل تفاوت هاي جنسیتی در نشخوار فکري ممکن است فراوان باشد. براي نمونه، مشخص شده است که زنان نسبت به مردان، استرس بیشتري را گزارش می کنند. از قبیل، درآمد پایین و نارضایتی در ازدواج. این تفاوت هاي جنسیتی، در تجربه استرس مزمن، می تواند تا اندازه اي در بروز تفاوت هاي جنسیتی در نشخوار فکري سهم داشته باشد. همچنین زنان بیش از مردان احتمال دارد که قربانی حوادث تروماتیک، از قبیل، سوء استفاده جنسی قرار بگیرند . باید در نظر داشت، بر پایه یافته هاي پژوهشی، با کنترل سطح افسردگی، سابقه استرس هاي عمده در زندگی با گرایش به نشخوار فکري رابطه دارد. نولن هوکسما و جکسن[[16]](#footnote-16) (1993) سه مؤلفه اي را پیشنهاد می کنند که می تواند در بروز تفاوت هاي جنسیتی در نشخو ار فکري سهیم باشد:

اول: باورهاي زنان نسبت به هیجانات منفی و مشکل در کنترل این هیجانات است که با نشخوار فکري ارتباط دارد. زنان اعتقاد دارند، هیجانات منفی شدیدتر از آن هستند که بتوان آن ها را کنترل کرد. همچنین زنان ممکن است اعتقاد داشته باشند هیجانات شدید در آنها در مقایسه با مردان، بیشتر به عواملی بستگی دارد، که از کنترل پذیري کمتري برخوردارند (آزادی، 1393).

دوم: زنان بیشتر احتمال دارد، احساسات خود را مسئول وضعیت هیجانی روابط شان بدانند و تمام بار حفظ روابط مثبت با دیگران را، به دوش بکشند . این باور، با افزایش در نشخوار فکري، رابطه دارد . مسئولیت احساسات در تعیین وضعیت هیجانی روابط به این منجر می شود که زنان به کوچکترین تغییري در روابط، حساس و همیشه براي بروز مشکل گوش به زنگ باشند، همیشه مراقب نظرات و رفتارهاي دیگران باشند، همیشه به این فکر کنند که چگونه می توانند دیگران را خوشحال کنند. در این شرایط، زنان همواره نسبت به وضعیت هیجانی خود گوش به زنگ هستند و از آن به عنوان دماسنجی، براي اندازه گیري کیفیت روابط خود، استفاده می کنند . این وضعیت در بروز نشخوار فکري سهیم است.

سوم: زنان بیش از مردان، احساس می کنند در مورد حوادث مهم زندگی شان، از کنترل کمتري برخوردارند و باید توجه داشت که افراد با احساس کنترل کمتر، نشخوار فکري بیشتري را گزارش می کنند. احساس کنترل پایین سهم عمده اي از تفاوت هاي جنسیتی در افسردگی را به عهده دارد. این سه مولفه در کنار یکدیگر، نقش میانجی را در تفاوت هاي جنسیتی در افسردگی به عهده دارند (کاپلان، سادوک و سادوک،2003، ترجمه حسن رفیعی و فرزین رضاعی،1382).

# انواع باورهای فراشناختی

 الیس[[17]](#footnote-17) (1986) اضطراب و اختلالات رفتاری را زاده تفکر خیالی و بی معنی انسان می داند به همین دلیل وجود چند اعتقاد را در ذهن خود غیرمنطقی می داند. باورها شامل:

**1- انتظار تأئید از دیگران**

یکی از باورهای غیر منطق «تأئید دیگران» است. یعنی شما بر این باورید که به تأئید و حمایت دیگران نیاز دارید. و در واقع می خواهید که همه شما را دوست بدارند و مورد پذیرش و احترام قرار دهند. این باور غیر منطقی می تواند به دلایل مختلف برای انسان مشکلاتی فراهم کند. مثلاً چون شخص نمی داند که آیا خواهد توانست مورد تأئید قرار گیرد یا نه، دچار ناراحتی و نگرانی می شود. حال اگر هم تأئید دیگران را به دست آورد و بعد نگران خواهد بود که مبادا آن را از دست بدهد و این نگرانی روی عملکرد او و زندگی آینده اثر بد می گذارد. مورد تأئید همه قرار گرفتن، خواسته ای غیر قابل دسترسی است زیرا کارها و گفته های ما را معمولاً عده ای رد می کنند، و برخی هم نسبت به آن بی تفاوت می مانند. بنابراین بهتر است راه صحیح زندگی خود را ادامه دهید و بدانید که گرچه تأئید دیگران باعث رضایت و خشنودی انسان می­شود ولی امری ضروری و الزامی نیست. این تصور غیر عقلانی است، زیرا چنین هدفی غیر قابل دسترسی است و اگر فردی به دنبال چنین خواسته ای باشد کمتر خود رهبر و بیشتر ناامنی و مضطرب و ناقض خویش خواهد بود. این مطلوب است که انسان مورد محبت و دوستی قرار گیرد، ولی در عین حال فرد منطقی و عقلانی، هیچ گاه علایق و خواسته هایش را قربانی چنین هدفی نمی کند (شفیع آبادی و ناصری،1383).

**2- زیاده از خود انتظار داشتن**

 اعتقاد به این که لازمۀ احساس ارزشمندی وجود حداکثر لیاقت، کمال و فعالیت شدید است. این تصور نیز امکان پذیر نیست و تلاش وسواسی در راه کسب آن، فرد را به اضطراب و بیماری روانی مبتلا می کند و در زندگی احساس حقارت و ناتوانی به فرد دست می دهد. در این مورد شما بر این باورید که باید حتماً فردی موفق باشید، باید به همۀ اهدافتان دست یابید و باید در هر کاری صلاحیت و توانایی لازم را داشته باشید تا آن را در سطحی بالا و با موفقیت کامل انجام دهید. این یک باور غیر منطقی است که می تواند بر زندگی انسان اثر منفی بگذارد، به ویژه هنگامی که شخص با شکستی مواجه شود. بعضی افراد وقتی با شکست روبه رو می شوند احساس می کنند که فرد نالایقی هستند و این تصور نادرست و غیر منطقی از لحاظ جسمی و روانی آنان را بیمار می کند. بنابراین لازم است هنگام شکست و ناکامی در زندگی، از قضاوت دربارۀ خود اجتناب کنید. اگر هم در موردی لازم دیدید که دربارۀ رفتار خود قضاوت کنید و نهایتاً آن را نادرست یا ناشایست تشخیص دادید فقط سعی کنید که به اصلاح آن بپردازید (تقی پور،1387).

**3- سرزنش کردن**

اعتقاد به اینکه گروهی از مردم شرور و بد ذات هستند و باید به شدت تنبیه شوند. سرزنش کردن از باورهای غیر منطقی است که شما دربارۀ خود یا دیگران دارید و معتقدید که اگر عمل اشتباهی انجام دهید باید حتماً سرزنش یا حتی مجازات شوید. این باور می تواند مشکلاتی به بار آورد. اما قبل از هر چیز باید بدانیم که انسان موجود کاملی نیست و فطرتاً جایز الخطاست. لذا هر فردی ممکن است دچار اشتباه شود یا کار غلطی انجام دهد و چون لازمۀ این باور غیر منطقی این است که فرد خطا کار باید سرزنش و مجازات شود، همین باور نادرست شما را نسبت به خودتان یا دیگران خشمگین می کند و حتی در مورد خود دچار احساس گناه و افسردگی هم می شوید. اما باید دانست که این نوع احساس تند و خشم آلود نمی تنواند اشتباهات را تصحیح و خطاها را جبران کند و اصولاً سرزنش کردن مسأله را حل نمی کند بلکه به دنبال آن باشیم که چه کنیم تا در دچار چنین اشتباهی نشویم (جورج و کریستیانی[[18]](#footnote-18)،1993، ترجمه فلاحی و حاجی لو،1381).

**4- واکنش به ناکامی**

اعتقاد به این که اگر وقایع و حوادث آن طور نباشند که فرد می خواهد، نهایت بیچارگی و فاجعه است. واکنش به ناکامی نوعی باور غیرمنطقی است که وقتی کارها آن طور که باید پیش نمی رود و یا مطابق میل شما انجام نمی گیرد و یا مردم بر خلاف آنچه که مورد نظر شماست رفتار می کند، دچار آشفتگی می شوید. گرفتار شدن به آشفتگی یک باور «باور» است که یقیناً غیر منطقی است. سرچشمۀ فرضیۀ ناکامی ـ پرخاشگری طرز فکر غیر عاقلانۀ واکنش به ناکامی است. وقتی به شدت ناکام می شوید و یا در حق تو بی­عدالتی می شود و طردت می کنند باید احساس کنید خیلی افتضاح شد و فاجعۀ هولناکی رخ داده است. این طرز تفکر غلطی است. چرا که اولاً دلیلی وجود ندارد که وقایع و حوادث باید متفاوت با آن چیزی باشند که طبیعتاً هستند. دوم حزن و اندوه شدید، تنها موجب تغییر موقعیت نمی شود بلکه اغلب اوقات آن را بدتر نیز می کند. سوم اینکه اگر یافتن هر نوع چاره ای در موقعیت موجود غیر ممکن است تنها راه چاره آن است که آن را بپذیریم و نهایتا اگر فرد موقعیت را آنطوری که می خواهد و در صدد است تعبیر و تفسیر نکند، محرومیت به اختلالات عاطفی منجر نخواهد شد.

**5- بی مسئولیتی عاطفی (کنترل هیجانی)**

 بر اساس این باور غیر منطقی تصور می کنید که خوشی ها و ناخوشی ها متأثر از عوامل بیرونی و خارج از کنترل انسان است و به همین دلیل چون اعمال دیگران یا حواد ث روزمره دنیا را مسئول ناراحتی های خود می دانید معتقدید که اگر دیگران تغییر کنند یا حادثه ای رخ ندهد احساس راحتی خواهید کرد که چنین باوری می تواند آثار سویی بر جسم و روح انسان بگذارد که یکی از آنها آشفتگی هیجانی است. اگر فردی بپذیرد که اختلالات و عواطف نتیجۀ احساسات و ارزشیابی ها و تلقین فرد به خودش است در این صورت کنترل و تغییر آنها ساده و امکان پذیر خواهد بود. فرد عاقل باهوش می داند که بخش اعظم ناراحتی از درون او ناشی می شود (آزادی، 1393).

**6- نگرانی نسبت به مشکلات آینده (توام با اضطراب)**

 اعتقاد داشتن به افکار غیر منطقی که همواره باید نسبت به وقوع احتمالی برخی رخدادها در آینده احساس نگرانی کنیم و یا به عبارتی باید به هرچیزی که خطرناک و ترس آور به نظر می رسد مشغولیت ذهنی پیدا کرد و در مورد آن مضطرب شد. این تفکر غیر عقلانی است زیرا ناراحتی و اضطراب زیاد، اول: مانع ارزشیابی عین حوادث خطرناک و ترس آور می شود. دوم: اگر اتفاقی بیفتد مانع از مقابلۀ منطقی با آن می شود. سوم: به ظهور خطر کمک می کند. چهارم: امکان وقوع آن بیش از حد افزایش می یابد. پنجم: در اغلب موارد نمی توان از وقوع حوادث غیر قابل پیش بینی جلوگیری کرد. ششم: موجب بدتر شدن حوادث و وقایعی خواهد شد. فرد عقلانی می داند که خطرهای بالقوه به آن اندازه ای که انسان از آنها می ترسد وحشتناک نیستند و اضطراب نه تنها از وقوع آنها جلوگیری نخواهد کرد و بلکه باعث افزایش آن خواهد شد (شفیع آبادی و ناصری، 1383).

**7- اجتناب از رویارویی با مسائل (مشکلات)**

 یک باور غیر منطقی دیگر دوری جستن از مشکلات است. شما پیش خود فکر می کنید دوری گزیدن از مسائل زندگی و شانه خالی کردن از مسئولیت ها خیلی آسان تر و صحیح تر از رو به رو شدن و درگیر شدن با آنهاست. لذا به دنبال چیزهایی هستید که مسأله ساز نباشد. این تفکر غیر عقلانی است، زیرا دوری و اجتناب از یک کار، سخت تر و درناک تر از انجام آن است و به مشکلات خود می تواند مشکل آفرین باشد زیرا طفره رفتن از کارهای ظاهراً سخت و ناخوشایند رفته رفته در ضمیر ناخودآگاه شما اثر پایداری می­گذارد و موجب می شود بعدها رو به رو شدن با هر کاری برایتان مشکل و ناخوشایند باشد. اگر فرد تسلیم شود و دوری را بپذیرد، بر خلاف این ضرب المثل عمل کرده است که «نابرده رنج گنج میسر نمی شود» (الیس و هارپر[[19]](#footnote-19)1990، ترجمه فیروز بخت،1381).

**8- وابستگی**

وابستگی یکی از باورهای غیرمنطقی در زندگی انسانهاست. شما اعتقاد دارید که همواره باید فردی قوی تر از خودتان در کنار شما باشد و در همۀ امور به او تکیه کنید. وابستگی به این شدت می تواند مضر و فلج کننده باشد. ما در تمام مراحل زندگی روزمرۀ خود احتیاج به کمک دیگران داریم، اما این دلیل نمی شود که وابستگی به دیگران بیش از حد متعارف یعنی از دست دادن استقلال، و عدم استقلال یعنی لذت نبردن از زندگی و یا به عبارتی گم کردن زندگی. یک فرد متکی به دیگران ممکن است در زندگی خود احساس آرامش کاذبی بکند زیرا لازمۀ وابستگی این است که اول: همیشه سپاسگزار دیگران باشد. دوم: با دور شدن شخص حمایت کننده، این حمایت ها اجبارا قطع می شود و فرد وابسته، تنها و در تنگنا می ماند. بنابراین بهتر است سعی کنید روی پای خودتان بایستید و شخصاً تصمیم بگیرید. البته هر کاری ممکن است با شکست یا پیروزی همراه باشد. یقیناً عدم موفقیت ناگوار است ولی از ارزش فردی شما به عنوان یک انسان فعال نمی کاهد (پرویزی، 1389).

**9- درماندگی نسبت به تغییر**

اعتقاد فرد به این که تجارب و وقایع گذشته و تاریخچه زندگی تعیین کننده مطلق رفتار کنونی هستند و اثر گذشته را در تعیین رفتار کنونی به هیچ وجه نمی توان نادیده انگاشت. این عقیده غیر عقلانی است. فرد عقلانی در عین حال که گذشته را مهم می شمارد، می تواند با برسی رفتار گذشته و مورد سوال قرار دادن عقاید و باورهای ناراحت کنندۀ گذشته اش به تغییر رفتار کنونی خویش اقدام کند. فرد سالم بیش از آنچه که به گذشته توجه دارد به حال و وضعیت موجود توجه می کند اگر چه ممکن است گذشته، حال را تحت تأثیر قرار دهد ولی ضرورتاً تعیین کنندۀ آن نیست، بلکه افراد از تأثیر فرض گذشته، حال را تحت تأثیر قرار دهد ولی ضرورتاً تعیین کنندۀ آن نیست، بلکه افراد از تأثیر فرض گذشته، حال را تحت تأثیر قرار می دهند (جورج و کریستیانی،1993، ترجمه فلاحی و حاجیلو، 1381).

**10- کمال طلبی (کمال گرایی)**

بر اساس این باور غیر منطقی، شما فکر می کنید که برای هر مشکلی همیشه یک راه حل کامل وجود دارد. بنابراین اگر به آن راه حل اجتماعی دست نیابید آن را فاجعه ای وحشتناک تلقی خواهید کرد. این عقیده غیر عقلانی است، به این دلیل که اولاً: هیچگاه چنین راه حل کاملی وجود ندارد. ثانیاً: نتایجی که فرد را از قصور در پیدا کردن چنین راه حلی تصور می کند غیر واقعی است و تأکید بر پیدا کردن چنین راه حل­های ناقص تری منجر خواهد شد. فرد عقلانی می کوشد تا حتی الامکان راه حل های متعددی را برای مشکل خویش بیابد و از بین آن ها بهترین و عملی ترین را انتخاب کند. اعتقاد بته کمال مطلق در زندگی روزمره بر خلاف واقعیت است زیرا در دنیای مادی چیزی به نام قطعیت، کمال یا حقیقت محض وجود ندارد.

**11- نگرانی افراطی نسبت به مشکلات دیگران**

اعتقاد فرد به این که انسان باید در مقابل مشکلات و اختلالات رفتاری دیگران کاملاً برآشفته و محزون شود. چنین تصوری هم نادرست است. زیرا مشکل دیگران به ما ربطی ندارد و بنابراین نباید شدیداً نگران آنها باشیم حتی اگر مشکل آنها به ما نیز مربوط باشد چگونگی برداشت ما از مشکل است که ما را ناراحت می کند (شفیع آبادی و ناصری،1383).

**باورهای فراشناختی و آشفتگی های روانی**

 انسان از دیر باز به مطالعه و بررسی روح و روان خویش علاقه مند بوده است. این کنجکاوی خصوصاً هنگام آشفتگی های روحی افزایش می یافته و در واقع همین اشتیاق به مسائل روانی بوده که منجر به پیدایش و شکل گیری دانش روانشناسی گردیده و تقریباً با همۀ جنبه های زندگی انسان ارتباط پیدا کرده است. در علم روانشناسی تئوری ها و نظریات گوناگونی وجود دارد که یکی از آنها دیدگاه عقلانی – عاطفی آلبرت الیس است. این روانشناس می گوید، انسان فقط انسان است نه فرشته و نه شیطان و محدودیت های جسمی و روانی ممکن است تا حدودی بر او غلبه کند. انسان موجودی «عقلانی و منطقی» و در عین حال «غیرمنطقی و غیرعقلانی» است (نادری، 1392).

 تفکر غیرعقلانی انسان از یادگیری های غیرمنطقی اولیه اش ریشه می گیرد. زیرا از لحاظ بیولوژیکی آمادگی پذیرش آن را دارد و این طرز تفکر یا باور غیر منطقی است. بنابراین تا هنگامی که تفکرات غیرمنطقی وجود دارد هیجانات شدید و رفتارهای غیرمنطقی مستلزم آگاهی او از خصوصیات فکری یا باورهای غیرمنطقی به شرح زیر است:

الف) باور غیرمنطقی با واقعیت هماهنگی ندارد و مبتنی بر ظن و گمان است.

ب) باور غیرمنطقی با شواهد عینی تأئید نمی شود و فرد در صدد آزمایش آن نیست.

ج) باور غیرمنطقی یا به شکل اطلاعات و یا به صورت تصمیم گیری و یا به صورت تصمیم گیری و نتیجه نادرست است.

د) باور غیرمنطقی با «اجبار» و «الزام»، همراه است که در این صورت خشک و انعطاف ناپذیر به نظر می رسد (فلاحی،1392). اما فکر یا باور فراشناختی غیرمنطقی دارای ویژگی هایی به این شرح است:

الف) باورمنطقی با واقعیت هماهنگی دارد.

ب) باورمنطقی به وسیلۀ شواهد عینی و بیرونی تأئید می شود.

ج) باور منطقی به صورت شرطی یا نسبی است و قطعیت و مطلق گرایی در آن وجود ندارد.

د) باور منطقی ممکن است با عبارت «بهتر است.....» یا «مناسبتر است.....» و یا «خوب است که...» شروع شود. بنابراین هنگامی که حادثه یا رویدادی برای ما رخ می دهد و احساس اضطراب و پریشانی می کنیم بهتر است کمی مکث کنیم و بکوشیم افکار و باورهایمان را در خصوص آن حادثه مورد تجزیه و تحلیل قرار دهیم و هر نشخوار فکری یا باوری را که در آن اجبار وجود دارد شناسایی کرده و بکوشیم تا به جای آن، فکر یا باورمنطقی قرار دهیم (تقی پور، 1387).

 باورها حالتي دو قطبي دارند و تجربه هاي افراد را به دو دسته مثبت و منفي تقسيم مي‌کنند. شما خيلي سريع مي توانيد در ذهن خود حدس بزنيد که يک رويداد آزاردهنده يا خوشايند، دردناک يا لذت بخش، خوب يا بد است. اين که مي توانيد با آن رويداد مقابله کنيد يا خير؟ قهر کردن دوست تان مي تواند براي شما يک تهديد محسوب شود و شما را عصباني کند، يا فرصتي براي تجديد رفتار و دلجويي از او فراهم کند. همان طور که رشد مي کنيد، فهرست هاي ذهني از اين وقايع تهيه مي کنيد، يعني تجربياتي جديد به هر دو سوي مثبت و منفي مي افزاييد. اين ها در حقيقت الگوهايي هستند که تجربه هاي بعدي را با آن ها مقايسه مي کنيد. براي مثال اگر پدرتان هميشه شما را براي کند ياد گرفتن سرزنش مي کرد، الان هم اگر در يادگيري موضوعي کند باشيد، انتظار سرزنش داريد يا خودتان را سرزنش مي کنيد (آزادی، 1393).

 اين قبيل تجربه ها مي تواند در شکل گيري باورهايي مثل اين که «اگر اشتباه کنم، حسابي افتضاح مي شود»، که شايد يکي از باورهاي اصلي باشد، نقش مهمي دارند. در ذهن انسان ها باورهاي بسيار زيادي وجود دارد. به جرات مي توان گفت درباره هر چيزي که با آن آشنايي داريم، باوري هم به آن داريم. براي مثال ممکن است اصلا اهل فوتبال نباشيد ولي حتما در مورد آن باور يا اعتقادي داريد. آنچه براي ما اهميت دارد باورهايمان درباره خودمان است که تعيين کننده حالات ذاتي و تصميم گيري‌هاي ما هستند. البته همه اين باورها ناکارآمد نيستند. مثلا اعتقاد به اين که «من هم حق اشتباه دارم» خيلي از مواقع مي تواند به بهداشت رواني ما کمک زيادي کند (یوسفی،1389).

# دو چهرگی در باورها

ما معمولاً باورهای غیر منطقی را جزء آن دسته از باورها به شمار می آوریم که یا به طور مستقیم همراه با بازتابهایی نظیر، اندوه، افسردگی و خشم ظاهر می شوند یا به صورت درونی و لحظه ای تظاهر می کنند و حاصل آنها عدم تحرک و بی علاقگی به کار و فعالیت است. باورهای منطقی را جزء آن دسته از باورهایی می­دانیم که بازتاب آنها به شکل منطقی ظاهر می شود. هر فردی در زندگی خود در زمانهای مختلف با یکی از این دو نوع باور مواجه می شود. در روش روان درمانی عقلانی – هیجانی، به این نکته توجه می­شود که باورهای غیرمنطقی جای خود را به باورمنطقی بدهند و برای این منظور سعی بر آن است که در رفتار شخص، همواره اندیشه و منطق به جای احساس نقش پیدا می کند، یعنی مجالی برای هیجان باقی نماند (الیس و جیمزنال1990؛ ترجمه فرجاد،1382).

**خصوصیات باورهای فراشناختی**

1- افكار و باورهای فراشناختی با واقعیات موجود هماهنگ و هم جهت نیستند.
2- باورهای فراشناختی توسط شواهد عینی تایید نمی شوند و فرد در صدد آزمایش آنها نیست.

3- باورهای فراشناختی به شكل اطلاعات و یا به شكل تصمیم و تصمیم گیری نادرست است.

24- باورهای فراشناختی با اجبار و الزام و وظیفه است، خشك و انعطاف ناپذیر هستند.
5- باورهای فراشناختی باعث حالتهای آشفته و ناراحت كننده در فرد می شود و در نهایت منجر به اضطراب، افسردگی و احساس گناه می شود (یوسفی،1389)

 ایده اصلی این نظریه باورهای معیوب در مورد شناخت است که فراشناخت را تشکیل می دهند،چنین باورهایی به ایجاد الگویی از تفکر منجر می شوند که نگرانی، نشخوار فکری، تثبیت تهدید و افکار غیر قابل کنترل برآن تسلط دارد (فلاحی،1392).

**الف) پژوهش­هاي انجام شده در داخل كشور**

 صالح پور، غلامی و مرادی (1393) به بررسي رابطه استرس وسوسه مصرف مواد با انعطاف پذیری کنشی در بین معتادین مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد پرداختند. تحقیق بر روی یک نمونه 150 نفری از معتادین مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی صورت پذیرفت. نتایج نشان داد که بین استرس و وسوسه مصرف با انعطاف پذیری کنشی رابطه غیرمستقیم و چندگانه ایی وجود دارد و استرس بصورت منفی بهترین پیش بین انعطاف پذیری کنشی در بین سوء مصرف کنندگان بود.

 نادی (1392) در طی پژوهشی بر روی معتادین و افراد سالم به مقایسه سطح استرس ادراک شده و انعطاف پذیری کنشی پرداخت و بیان نمود که بین سطح استرس ادراک شده و انعطاف پذیری کنشی معتادین با افراد سالم تفاوت وجود دارد و معتادین سطح استرس ادراک شده بالاتری و انعطاف پذیری کنشی کمتری نسبت به افراد سالم دارند.

 ذلکی (1392) به اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر در پیشگیری از عود و وسوسه در معتادان به مواد مخدر پرداخت. یافته ها های حاصل از پژوهش نشان داد که رویکرد گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر پس از 12 جلسه بر روی گروه آزمایش، حاکی از تفاوت بین پیشگیری از عود و وسوسه در معتادین گروه آزمایش و کنترل است و گروه آزمایش وسوسه کمتری در سوء مصرف را نشان می دهند.

 حیدری (1392) در پژوهشی بر روی افراد مبتلا به سوءمصرف مواد به بررسی پیش بینی نشخوار ذهنی بر باورهای فراشناختی پرداختند. نتایج نشان داد که باور مثبت درباره نگرانی، کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی کم، نیاز به کنترل افکار و وقوف شناختی با نشخوار ذهنی رابطه مثبتی دارند و قادر به پیش بینی نشخوار ذهنی افراد مبتلا به سوءمصرف مواد هست.

 رسولی (1392) در پژوهشی به رابطه باورهای فراشناخت با وسوسه مصرف مواد و احساس گناه افراد مبتلا به سوءمصرف مواد در یک نمونه 150 نفری پرداخت. نتایج نشان داد که باورهای فراشناخت با وسوسه مصرف مواد و احساس گناه رابطه مثبتی دارد. مولفه های باورهای فراشناختی غیر قابل کنترل بودن و نشخوار ذهنی می توانند احساس گناه و وسوسه را پیش بینی نماید و نشخوار ذهنی بهترین پیش بین احساس گناه و وسوسه افراد مبتلا به سوءمصر مواد بود.

 مرادی و همکاران (1392) در پژوهشی دیگر با عنوان تاثیر گروه درمانی مراحل تغییر انگیزش بر میزان استرس، اضطراب و احساس گناه افراد وابسته به مواد، نشان داد که گروه درمانی تغییر انگیزش پس از اجرای 12 جلسه بر روی گروه آزمایش سبب کاهش میزان استرس، اضطراب و احساس گناه افراد وابسته به مواد می گردد و رویکرد درمانی مراحل تغییر رویکرد درمانی اثربخشی است.

 سعیدی (1391) در طی پژوهشی بر روی معتادین بیان نمود که بین انعطاف پذیری کنشی معتادین با افراد عادی تفاوت وجود دارد و معتادین انعطاف پذیری کنشی پایین تر نسبت به افراد عادی دارند.

 خلف بیگی (1391) به گروه درمانی بر ادراک استرس و اضطراب افراد مبتلا به سوءمصرف مواد را در یک نمونه 30 نفری مورد بررسی قرار داد که نتایج این بررسی نشان داد، گروه درمانی باعث کاهش ادراک استرس و اضطراب افراد مبتلا به سوءمصرف مواد می گردد.

 سجادی (1391) در پژوهشی به بررسی رابطه باورهای فراشناختی با تحریفات شناختی در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد پرداخت. نتايج تحليل داده‌ها نشان داد كه بين باورهای فراشناختی با تحریف های شناختی همه یا هیچ، تعمیم اغراق آمیز، فیلتر ذهنی، بی توجهی به امر مثبت، نتیجه گیری شتاب زده، استدلال احساسی، درشت بینی و ریز بینی، تحریف باید و بهتر، بر چسب زدن و شخصی سازی رابطه معناداری وجود دارد.

 ریاضی (1391) در پژوهشی بر روی 30 نفر به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر مراحل تغییر بر تاب آوری و استرس بیماران وابسته به مواد افیونی پرداخت و نتایج نشان داد که، درمان مبتنی بر مراحل تغییر پس از 12 جلسه فشرده بروی افراد گروه آزمایش سبب کاهش استرس و افزایش تاب آوری بیماران وابسته به مواد افیونی شد و در نتیجه می توان گفت درمان مبتنی بر مراحل تغییر بر افزایش تاب آوری و کاهش میزان استرس بیماران وابسته به مواد افیونی اثربخش است.

 حسنی (1391) در پژوهشی به رابطه باورهای فراشناختی با سلامت روان در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد در یک نمونه 200 نفری پرداخت و نتایج تحقیق نشان داد که بین باور مثبت درباره نگرانی، کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی کم، نیاز به کنترل افکار و وقوف شناختی مصرف مواد با سلامت روان رابطه منفی معناداری وجود دارد و باور مثبت درباره نگرانی، کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی کم، نیاز به کنترل افکار و وقوف شناختی میزان پایین سلامت روان را پیش بینی می کنند.

 ابراهیمی، زنجانی و بختیاری (1390) در پژوهشی دیگر به اثربخشی درمان مبتنی بر مراحل تغییر بر باورهای غیرمنطقی و اضطراب در یک نمونه 30 نفری از مبتلایان به وابستگی به مواد پرداختند و نشان دادند که درمان مبتنی بر مراحل تغییر در گروه آزمایش پس از اجرای 14 جلسه سبب کاهش باورهای غیرمنطقی و اضطراب در افراد وابسته به مواد افیونی می گردد و بر بهبود مشکلات اضطرابی این افراد اثربخش است.

 اسکندری (1390) در پژوهشی با عنوان بررسی مقایسه انعطاف پذیری کنشی و ناگویی هیجانی در افراد وابسته به مواد روانگردان و افراد عادی در یک نمونه 150 نفری، نشان داد که بین انعطاف پذیری کنشی و ناگویی هیجانی در افراد وابسته به مواد روانگردان و افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد و افراد وابسته به مواد روانگردان به نسبت افراد عادی انعطاف پذیری کنشی پایین تر و ناگویی هیجانی بیشتری دارند.

 علیمرادی و همکاران (1390) در پژوهشی با عنوان مقایسه تاب آوری و استرس ادراک شده بین دو گروه افراد وابسته به مواد مخدر و بهنجار، نشان دادند که بین دو گروه در تاب آوری و استرس ادراک شده تفاوت معناداری وجود دارد و افراد وابسته به مواد مخدر تاب آوری کمتر و استرس ادراک شده بالایی دارند.

 فرزين راد (1390) در تحقيقي به اثربخشی درمان مبتنی بر مراحل تغییر به شیوه گروهی بر نگرش های ناکارآمد و وسوسه مصرف مواد افراد وابسته به سوءمصرف مواد تحت نظر بهزیستی در شهرستان بهبهان پرداخت. نمونه تحقیق شامل 30 نفر بود. يافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر مراحل تغییر به شیوه گروهی پس از 20 جلسه به میزان چشمگیری نگرش های ناکارآمد و میزان وسوسه مصرف مواد را کاهش می دهد و نتایج بعد از یک دوره پیگیری یک ماهه پایدار بود.

 فارسی نژاد (1390) در پژوهشی دریافت که تحریفات شناختی همه یا هیچ، تعمیم اغراق آمیز، فیلتر ذهنی، بی توجهی به امر مثبت، نتیجه گیری شتاب زده، استدلال احساسی، درشت بینی و ریز بینی، تحریف باید و بهتر، بر چسب زدن و شخصی سازی با باور مثبت درباره نگرانی، کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی کم، نیاز به کنترل افکار و وقوف شناختی بیماران وایسته به سوءمصر مواد رابطه مثبتی معناداری دارد.

  بيگدلي (1390) در بررسي رابطه استرس و تاب آوری با وسوسه مصرف مواد افراد مبتلا به سوءمصرف مواد شهر اهواز به اين نتيجه رسيد كه استرس با وسوسه مصرف مواد رابطه معناداري دارد و استرس بصورت مثبتی قادر است میزان مصرف مجدد و وسوسه افراد مبتلا به سومصرف مواد را پیش بینی کند و بین تاب آوری با وسوسه مصرف مواد افراد مبتلا به سوءمصرف مواد رابطه منفی معناداري دارد و تاب آوری پایین میزان مصرف مجدد و وسوسه بالای افراد مبتلا به سومصرف مواد را پیش بینی کند.

 فهدی (1390، به نقل از سعیدی،1391) در طی مطالعه ایی بیان نمود که افراد مبتلا به سوءمصرف مواد در مقایسه با افراد سالم تاب آوری و انعطاف پذیری متفاوتی دارند و در این افراد انعطاف پذیری کنشی پایین تر از افراد عادی می باشد.

 مرادی، حیدری نیا، بابایی و جهانگیری (1388) به بررسي تاثيرآموزش مبتني بر مدل مراحل تغيير در پيشگيري از مصرف مواد مخدر در كارگران پتروشيمي پرداختند. پس از مداخله آموزشي، ميانگين امتيازات آگاهي، نگرش، خودكارآمدي، مهارت هاي مقابله در برابر سوء مصرف مواد، توازن تصميم گيري، فرايندهاي تغيير و رفتارهاي پيشگيري بطور معني داري افزايش يافت، در حالي كه اين تغييرات در گروه شاهد معني دار نبود.

 ایرانپور (1388) در پژوهشی به بررسی میزان اختلالات روانی در افراد وابسته به مواد مراجعه کننده به دو مرکز تهران پرداختند. نتایج بيانگر وجود علائم روانپزشكي و اختلال توام به ميزان نسبتاً زياد در آزمودني ها بود. افرادي با سنين پائين تر بيشترين فراواني و افرادي با تحصيلات بالاتر فراواني كمتري را در اختلالات نشان مي دادند.

 ناظمی (1388) در پژوهشی در بین 200 معتاد در شهر تهران بیان نمود که افراد وابسته به مواد مراجعه کننده به انجمن گروه های گمنام به نسبت افراد بهنجار از اختلالات روانی و احساس گناه بیشتری برخوردارند و همچنین میزان انعطاف پذیری پایینی دارند.

 در پژوهشی که محمدپور (1388) با عنوان بررسی رابطه باورهای فراشناختی با وسوسه مصرف مواد در بین افراد وابسته به مواد روان گردان شهر اهواز انجام داد مشخص گردید که، بین باورهای فراشناختی با وسوسه رابطه منفی معناداری وجود دارد و این باورها میزان بالای وسوسه مصرف را پیش بینی می کند.

 گلستانی (1387) به اثربخشی گروه درمانی مبتنبی بر مراحل تغییر در پیشگیری از عود در معتادان به مواد مخدر پرداخت. یافته ها های حاصل از پژوهش نشان داد که رویکرد گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر مفید در پیشیگیری از عود می باشد و یک روش درمانی موثر تلقی می شود.

 براتی (1386) در پژوهشی تحت عنوان مقایسه اختلالات روانی و استرس افراد وابسته به مواد مخدر و عادی، بیان داشت بین دو گروه از لحاظ کلیه اختلالات روانی و استرس تفاوت معنی داری وجود دارد و افراد وابسته به مواد مخدر از اختلالات روانی و استرس بالاتری را دارند.

 زند و همکاران (1386) در پژوهشی به بررسی تاثیر گروه درمانی انگیزشی بر اختلالات روانی در افراد وابسته به مواد پرداختند. نتایج نشان داد که گروه درمانی انگیزشی پس از اجرای 14 جلسه اختلالات روانی افراد وابسته به مواد را کاهش می دهد اما در دوره پیگیری دو ماهه مشخص شد این درمان فقط اختلالات خودبیمار انگاری، هیستری، شکایات جسمانی و حساسیت در روابط بین فردی افراد وابسته به مواد را کاهش می دهد.

 در پژوهشی دیگر بوزانی (1385، به نقل از گلستانی،1387) تأثیر دو روش آموزش به شیوه سخنرانی و مشاوره گروهی را بر تغییر نگرش معتادان نسبت به مواد مخدر مورد مقایسه قرار داد. گروه نمونه را در این پژوهش 30 نفر معتادان مرد تشکیل می داد که به طور تصادفی از بین 182 نفر از معتادانی انتخاب شده بودند که در مرکز بازپرسی شهر اصفهان تحت درمان بودند. نتایج نشان داد که روش مشاوره گروهی بر خلاف روش سخنرانی توانسته است تغییرات معنی داري در نگرش معتادان نسبت به مواد مخدر ایجاد نماید.

 شاهی (1383) در پژوهشی دیگر نشان دادند که میانگین نمرات افراد وابسته به مواد روانگردان نسبت به افراد عادی در تمامی زیر مقیاس های سلامت عمومی بطور پایایی بالاتر است و این افراد استرس، اضطراب و افسردگی بالایی را گزارش می کنند.

 غفاری نژاد، ضیاءالدین، پویا (1382) در پژوهشی به مقایسه اختلالات روانی در معتادان به تریاک و هروئین پرداخت. نتایج نشان داد که نمره مقیاس های وسواس و اجبار، اضطراب، ترس مرضی، روان پریشی ضریب کلی علائم مرضی و مجموع علائم مثبت مرضی به صورت معنی داری در بیماران وابسته به هروئین از بیماران وابسته به تریاک بیشتر بود.

 ناظر و همکاران (1380) در پژوهشی بر روی یک نمونه 240 نفری معتاد به مواد افیونی نشان دادند که شایعترین اختلال در معتادان به مواد افیونی، اختلالات ضداجتماعی، افسردگی، استرس و اضطراب می باشد.

**ب) پژوهش های انجام شده در خارج از کشور**

 آلورد[[20]](#footnote-20) (2014) در پژوهشی به اثربخشی گروه درمانی مراحل تغییر بر انعطاف پذیری کنشی، کیفیت زندگی و استرس ادراک شده در افراد وابسته به سوءمصرف مواد پرداخت. نمونه تحقیق شامل 25 نفر بود. نتایج نشان داد که گروه درمانی مراحل تغییر پس از اجرای 20 در گروه آزمایش افراد وابسته به سومصرف مواد باعث افزایش انعطاف پذیری کنشی و کیفیت زندگی آنان و کاهش استرس ادراک شده در این افراد می شود. در نتیجه گروه درمانی مراحل تغییر بر انعطاف پذیری کنشی و کیفیت زندگی و کاهش استرس ادراک شده افراد مبتلا به سومصرف مواد اثربخش است.

 جان[[21]](#footnote-21) (2014) در تحقیقی دیگر به تاثیر گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر بر استرس و اضطراب طی 14 هفته مداخله درمانی و پیگیری آن پس از سه ماه بر روی افراد وابسته به مواد به این نتیجه دست یافت که گروه درمان مبتنی بر مراحل تغییر باعث کاهش سطح استرس و اضطراب گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل می گردد. در نتیجه گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر رویکرد درمانی اثربخش بر کاهش استرس و اضطراب افراد وابسته به مواد است.

 یلماز[[22]](#footnote-22) و همکاران (2014) در شواهد پژوهشی خود نشان دادند، که باورهای فراشناختی منفی در مورد غیرقابل کنترل بودن و خطرنگرانی به طور معناداری پیش بینی کننده افسردگی، استرس و اضطراب افراد وابسته به سومصرف مواد می باشند.

 جی یونگ[[23]](#footnote-23) (2013) تحقیقی بر روی افراد وابسته به مواد انجام داد و نتایج حاکی از آن بود که بین باورهای فراشناختی و ابعادش (نشخوار ذهنی، باورهای غیرمنطقی درباره نگرانی) و سلامت روان و ابعادش (اضطراب و افسردگی) و استرس افراد مبتلا به مواد با افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد و افراد وابسته به مواد دارای باورهای فراشناختی بالاتر و میزان اضطراب، افسردگی و استرس بالاتری هستند.

 بارتین[[24]](#footnote-24) و همكاران (2013، به نقل از مرادی و همکاران،1392) در پژوهشی نشان داد كه، برنامه پيشگيري از مصرف مواد مخدر كه شامل مهارت هاي رد يا طرد مواد مخدر، هنجارهاي ضد مواد مخدر، مهارت هاي خودمديريتي فردي و مهارت هاي عمومي اجتماعي بود تلاش داشت تا مهارت هاي مقاومت در برابر مواد مخدر و اطلاعاتي درباره نحوه مقابله با مواد مخدر و همچنين كاهش انگيزه مصرف را ارائه نمايد. اين مطالعه نشان داد كه در گروه مداخله ميزان مصرف سيگار، مشروبات الكلي و مواد مخدر نسبت به گروه شاهد كاهش يافته است و برنامه آموزشي داراي ثمرات مثبت بر شناخت و نگرش و متغيرهاي شخصيتي كه در مصرف مواد تاثير دارند، بوده است.

 راسل[[25]](#footnote-25) (2013) در پژوهشی به اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر بر باورهای فراشناختی افراد وابسته به مواد افیونی پرداخت. نمونه تحقیق شامل 30 تن بود. پروتکل درمانی گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر در طی 14 جلسه برگزار شد. نتایج نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر باعث باور مثبت درباره نگرانی، کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی کم، نیاز به کنترل افکار و وقوف شناختی افراد وابسته به مواد افیونی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل می گردد و گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر بر کاهش باورهای فراشناختی افراد وابسته به مواد افیونی تاثیر زیادی دارد.

 مار[[26]](#footnote-26) و همکاران (2013) در طی پژوهشی بر روی بیماران وابسته به سومصرف مواد تاثیر گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر را بر میزان تاب آوری و عزت نفس در یک نمونه 30 نفری را بررسی نمودند و گزارش کردند که اقدامات درمانی بعد از 14 جلسه بر روی گروه آزمایش تاثیر زیادی در افزایش تاب آوری و عزت نفس افراد مبتلا به سوءمصرف مواد دارد.

 یون[[27]](#footnote-27) (2012) در پژوهشی که بر روی بیماران وابسته به سومصرف مواد انجام داد به بررسی باورهای فراشناختی با وسوسه مصرف مواد در یک نمونه 200 نفری پرداخت. وی بیان کرد که بین باورهای فراشناختی نشخوارفکری و اطمینان شناختی ضعیف با وسوسه رابطه مثبت معنی داری وجود دارد و نشخوارفکری و اطمینان شناختی و در کل باورهای فراشناختی میزان بالای وسوسه مصرف مواد را پیش بینی می کنند.

 پاتریک[[28]](#footnote-28) (2012) تأثیر گروه درمانی مراحل تغییر (انگیزشی) بر کاهش علائم استرس و افزایش نشخوار ذهنی افراد وابسته به سومصرف مواد را مطالعه کرد و دریافت که مداخله گروه درمانی بر پایه مدل انگیزشی پس از اجرای 12 جلسه در کاهش علائم استرس بعد از گذشت سه هفته و نشخوار ذهنی و پاسخ های نشخواری افراد مبتلا به سومصرف مواد موثر است.

 اریکیلا[[29]](#footnote-29) و همکاران (2012) تاثیر درمان مبتنی بر مراحل تغییر را به شیوه گروهی را بر باورهای غیرمنطقی و اضطراب افراد وابسته به سوءمصرف مواد را مورد پژوهش قرار دادند. نتایج نشان داد که باورهای غیرمنطقی افراد و میزان اضظراب افراد مبتلا به مصرف مواد پس از اجرای 14 جلسه مداخله درمانی بهبود قابل ملاحظه ای داشته و بطور معناداری کاهش یافته است و در نتیجه مشخص شد که درمان مبتنی بر مراحل تغییر به شیوه گروهی بر کاهش باورهای غیرمنطقی و اضطراب افراد وابسته به سوءمصرف مواد تاثیر دارد.

 کارت رایت، هالتون[[30]](#footnote-30) و ولز (2011) در پژوهشی دیگر بر روی یک نمونه 200 نفری از بیماران وابسته به سومصرف مواد به این نتیجه رسیدند که باورهای فراشناختی مثبت نگرانی و منفی ارتباط مستقیمی با استعداد افراد در برابر نگرانی آسیب شناختی دارد.

 دیویدسون[[31]](#footnote-31) (2010، به نقل از فرزادی،1390) به بررسی رابطه تاب آوری و ناگویی هیجانی با وسوسه در معتادین به مصرف مواد افیونی پرداختند و نتایج نشان داد که، رابطه معناداری بین ناگویی هیجانی با وسوسه مصرف مواد در معتادین وجود دارد و بین تاب آوری و وسوسه مصرف مواد رابطه منفی معناداری وجود دارد و استرس بطور معناداری پیش بینی کننده وسوسه سوءمصرف مواد معتادین است.

 میلیز و کورنبلیت[[32]](#footnote-32) (2009، به نقل از عاشوری،1388) در پژوهشی که انجام دادند نشان دادند، 7 تا 10 درصد بیماران وابسته به سومصرف مواد اختلالات خلقی شدیدی را تجربه می کنند که با عوامل استرس زا ارتباط مثبت دارد.

 واتکینز[[33]](#footnote-33) (2009، به نقل از بهزادپور و مطهری،1391) در پژوهشی بیان داشت که تمایل بیشتر برای نشخوار فکری و وسوسه با نیاز بیشتر برای درک موقعیت، اهمیت فردی موقعیت و راهبردهای تحلیلی موقعیت همرا است.

 ون برکل و هلی کاترین[[34]](#footnote-34) (2009) به بررسي ویژگی های شخصیتی،‌ استرس و استراتژي هاي مقابله اي در ميان بیماران وابسته به سومصرف مواد و افراد بهنجار پرداخت و دریافتند که بیماران وابسته به سومصرف مواد ویژگی روان رنجورخویی بیشتری دارند و در سایر ابعاد شخصیتی پایین تر از افراد بهنجار هستند و بیشتر از روش مقابله ای اجتنابی و هیجانی و کمتر از روش مسئله مدار استفاده می کنند.

 استيل[[35]](#footnote-35) (2009) به مطالعه مقایسه ميان انعطاف پذیری کنشی و سبك هاي مقابله با استرس در یک نمونه 200 نفری بیماران وابسته به سومصرف مواد و بهنجار پرداخت. نتايج نشان داد بیماران وابسته به سومصرف مواد با افراد بهنجار از لحاظ انعطاف پذیری کنشی و سبک های مقابله با استرس تفاوت دارند و بیماران وابسته به سومصرف مواد انعطاف پذیری کمتری را نشان می دهند و بیشتر از راهبردهای اجتنابی و هیجانی استفاده می کنند.

 ماير[[36]](#footnote-36) (2008) تحقيقي با عنوان مقایسه نشخوار فکری و انعطاف پذیری کنشی و ادراک استرس را در بین بیماران وابسته به سومصرف مواد و افرا عادی انجام دادند. این پژوهش بر روی 100 بیماران وابسته به سومصرف مواد و 100 فرد بهنجار انجام پذیرفت نتيجه نشان داد که بیماران وابسته به سومصرف مواد از لحاظ مقایسه نشخوار فکری و ادراک استرس با افراد سالم متفاوتند و در واقع ادراک استرس بالاتری دارند و پاسخ های نشخواری و منحرف کننده حواس بالاتری نسبت به افراد سالم دارند.

 شارون جيل و ويل كاسپي[[37]](#footnote-37) (2006، به نقل از فارسی نژاد،1390) در بررسي يك نمونه 180 نفري بیماران وابسته به سومصرف مواد به مطالعه افسردگی و استرس به عنوان پيش بين‌هاي سبک های انطباق روانی پرداختند. اين پژوهش نشان داد در بیماران وابسته به سومصرف مواد افسردگی و استرس با سبک مسئله مدار رابطه منفی دارد و بطور منفی آن را پیش بینی می کند در حالیکه با افسردگی و استرس با سبک های گریز و هیجانی رابطه مثبت معناداری دارد و بطور معناداری قادر به پیش بینی آن ها می باشد.

منابع

**منابع فارسی**

آریایی، مهران. (1389). *رابطه تاب آوری با خود اثر بخشی در پزشکان شهرستان کاشمر*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام.

آزادی، مریم. (1393). *مقایسه باورهای فراشناختی و نشخوار فکری بیماران سرطانی با افراد عادی*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی گرمسار.

آهنی، فروغ. (1392). *رابطه باورهای فراشناختی با نشخوار فکری افراد معتاد*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه.

ابراهیمی، امراله؛ زنجانی، سارا و بختیاری، رضا. (1390). اثربخشی درمان مبتنی بر مراحل تغییر بر باورهای غیرمنطقی و اضطراب مبتلایان به وابستگی به مواد. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، سال 29، شماره 167: 46-31.

اسکندری، پرویز. (1390). *مقایسه انعطاف پذیری کنشی و ناگویی هیجانی در افراد وابسته به مواد روانگردان و افراد عاد*ی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم آزادا اسلامی گیلان.

الیس، آلبرت و جیمزنال، ویلیام. (1990). *روانشناسی اهمالکاری*. ترجمه محمد علی فرجاد. (1382). چاپ دوم. تهران: انتشارات رشد.

الیس، آلبرت. هارپر، رابرت. (1381). *زندگی عاقلانه*. ترجمه مهرداد فیروز بخت. چاپ سوم. تهران: انتشارات رشد.

ایرانپور، چیترا. (1388). *بررسی میزان اختلالات روانی در افراد وابسته به مواد*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم تحقیقات کرج.

باقری نژاد، فرزانه؛ اکبری زاده، فریبا و حاتمی، هانیه. (1390). رابطه بین هوش معنوی و باورهای فراشناختی و متغیرهای دموگرافیک در پرستاران بیمارستان فاطمه الزهرا وبنت الهدی شهرستان بوشهر. *فصلنامه طب جنوب*، سال 14 ،شماره 4 : 263-256.

باوی، ساسان. (1388). *اعتیاد، انواع مواد، سبب شناسی، پیشگیری، درمان***.** جلد اول، اهواز: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.

براتی، ساسان. (1386). *مقایسه اختلالات روانی و استرس افراد وابسته به مواد مخدر و عادی*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی تهران.

بشارت، شیرین. صالحی نیما و زبردست، باران. (1387). *رابطه تاب آوری و سخت کوشی با موفقیت ورزشی و سلامت روان در ورزشکاران شهر تهران*. پایان نامه کارشناسی. دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.

بهادری، مهرناز. (1393). *اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر نگرش ناکارآمدی و استرس ادراک شده بیماران ام اس*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم تحقیقات خوزستان.

بيگدلي، غلامرضا. (1390). *رابطه استرس و تاب آوری با وسوسه مصرف مواد افراد مبتلا به سوء مصرف مواد شهر اهواز*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی تهران.

پرویزی، کامل. (1389). *رابطه بین باور های غیر منطقی و آسیب پذیری روانی بین دانش آموزان دختر و پسر دبیرستان های دهدشت*. پایان نامه دوره کارشناسی ارشد. دانشگاه اسلامی واحد اهواز.

پورنامداریان، سینا؛ بیرشک، باقر و اصغرنژاد، فرید. (1391). تبیین سهم باورهای فراشناختی در پیش بینی علایم افسردگی، اضطراب و استرس در پرستاران، *مجله دانش وپژوهش در رون شناسی کاربردی*، سال 13، شماره 3 : 94-87.

تدین، شیرین. (1393). *رابطه سبک های مقابله با استرس با تاب آوری زنان مطلقه شهر اهواز.* پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید چمران اهواز.

تقی پور، سیدحسین. (1387). *از امید تا شادی*. قم:انتشارات مشهور.

جلالی، علیرضا. (1392). *مقایسه انعطاف پذیری کنشی و باور خودکارآمدی زنان معتاد با زنان عادی*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت.

جورج، ریکی. ال پی، کریستانی. ترزی اس. (1993). *روانشناسی مشاوره (مشاوره ها، نظریه ها و کاربردها و اهداف و فرایندهای مشاوره و روان درمانگری)***.** ترجمه رضا فلاحی و محسن حاجیلو. (1381). چاپ سوم. تهران: انتشارات رشد.

حسنی، فریده. (1391). *رابطه باورهای فراشناختی با سلامت روان در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد.* پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.

حسینی، ساره. (1391). *بررسی رابطه بین تاب آوری و فرسودگی شغلی با تعهد سازمانی پرستاران شهر شیراز.* پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی ارسنجان.

حیدری، رستم. (1392). *پیش بینی نشخوار ذهنی بر اساس باورهای فراشناختی در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی کرج.

خدایی، نادر. احمدیان، علی. ناصری، مهرداد. نادریان، فرشید و خانی، محمد. (1389). اثربخشی گروه درمانی به شیوه رفتاری شناختی بر اختلالات شخصیتی معتادین. **فصلنامه** *یافته های نو در روانشناسی*، سال 6، شماره 21: 56-41.

خزائلی پارسا، مریم. (1388). *رابطه ساختار انگیزشی، تاب آوری، استرس ادراک شده و رضایت از زندگی در دختران پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی*. پایان نامه کارشناسی. دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.

خلف بیگی، شیرین. (1391). *تاثیر**گروه درمانی بر ادراک استرس و اضطراب افراد مبتلا به سوء مصرف مواد*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم تحقیقات رضوی.

ذاکر، بیتا. (1393). *تاثیر گروه درمانی مراحل تغییر بر وسوسه در افراد معتاد*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم تحقیقات تبریز.

ذلکی، شیما. (1392). *اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر در پیشگیری از عود و وسوسه در معتادان به مواد مخدر.* پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.

رحیمیان بوگر، فرید و اصغر نژاد، رضا. (1387). رابطه سرسختی روان شناختی و تاب آوری را با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان بازمانده زلزله شهرستان بم. *فصلنامه یافته های نو در روانشناسی*، دوره دوم. 8: 24-15.

رضاپور، غلامعلی. (1389). *رابطه فرسودگی شغلی با سلامت روان با نقش کنترل کنندگی جنسیت و تاب آوری در معلمین ابتدائی*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید چمران اهواز.

رضایی، مونا. (1390). *رابطه تاب آوری و خوش بینی با ویژگی های شخصیتی دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.

رستگار، فاطمه. (1387). *رابطه تنظیم هیجانی با وسوسه در افراد معتاد*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم تحقیقات فارس.

رسولی، نوید. (1392). *رابطه باورهای فراشناخت با وسوسه مصرف مواد و احساس گناه افراد مبتلا به سوءمصرف مواد*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید چمران اهواز.

ریاضی، مینا. (1391). *اثربخشی درمان مبتنی بر مراحل تغییر بر تاب آوری و استرس بیماران وابسته به مواد افیونی*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم تحقیقات خوزستان.

زمانزاده، مریم. (1392). *مقایسه رابطه هوش معنوی و باورهای فراشناختی با بهزیستی روانشناختی پرستاران اهواز*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم تحقیقات خوزستان.

زند، لادن؛ غلامی، فروغ؛ عادلخانی، زهرا و محمدی، لیلا. (1386). تاثیر گروه درمانی انگیزشی بر اختلالات روانی در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه یافته های نو در روانشناسی،* سال 5 (15): 24-17.

زینت، اصغر. (1391). *بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر هیجان خواهی و میزان همدلی زناشویی زوجین***.** پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید چمران.

ساراسون، ایرون.جی و ساراسون، باربارا آر (1990). *روانشناسی مرضی*. ترجمه بهمن نجاریان، محمد علی اصغری مقدم و محسن دهقانی. (1387). جلد دوم، چاپ هفتم. تهران: انتشارات رشد.

ساعتچی، محمود. (1389). نظریه های مشاوره و روان درمانی. تهران: نشر ویرایش.

سالاری فر، هدی و پوراعتماد، سمیه. (1390). *رابطه بین هوش هیجانی و نشخوار فکری با سبک های مقابله با استرس در کارکنان اداری ‌شرکت‌ ملی‌ حفاری ‌ایران‌ در ‌شهرستان اهواز*. پایان­نامه کارشناسی. دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.

سامانی، سینا. صحراگرد، رضا و جوکار، حسین. (1386). رابطه تعاملی تاب آوری، سلامت روانی و رضایت از زندگی بیماران زن، *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال سیزدهم،3: 290 – 295.

ستوده، هدایت اله. (1389). *آسیب شناسی اجتماعی*. چاپ بیست و یکم. تهران: انتشارات آوای نو.

سجادی، مونا. (1391). *بررسی رابطه باورهای فراشناختی با تحریفات شناختی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم تحقیقات فارس.

سعیدی، مرتضی. (1391). *مقایسه ناگویی هیجانی و انعطاف پذیری کنشی معتادین با افراد عادی*. پايان نامه كارشناسي ارشد مشاوره. دانشگاه آزاد اسلامی اهواز

سلامت، راضیه. (1393). *اثربخشی مدیریت استرس بر ضریب سختی و کنترل استرس شغلی زنان در شهرستان آبادان*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران اهواز.

شاکری، ایرج و محمدپور، بابک. (1389). ارتباط سبك‌هاي مقابله‌اي با تاب آوری در دانش آموزان مقطع راهنمايي شهر تهران، *مجله روانپزشكي و روانشناسي باليني ايران*، سال 14، 2: 183-176.

شاملو، سعید. (1388). *بهداشت روانی*. تهران: انتشارات رشد.

شاهی، رضا. (1383). *مقایسه سلامت عمومی افراد وابسته به مواد روانگردان با افراد عادی*. پایان نامه کارشناسی. دانشگاه آزاد اسلامی تربت جام.

شفیع آبادی، عبد الله و ناصری، غلامرضا. (1383). *نظریه های مشاوره و روان درمانی*. چاپ دهم. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.

شکوه، امید. (1393). *مقایسه احساس گناه و مکانیسم های دفاعی معتادین به مواد افیونی با افراد عادی.* پايان نامه كارشناسي ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن.

شیلینگ، لویس. (1990). *نظریه های مشاور (دیدگاه های مشاوره).* ترجمه سیده خدیجه آرین. (1385). چاپ دوم. تهران: انتشارات اطلاعات تهران.

صالح پور، فریبا؛ غلامی، لاله و مرادی، کاظم. (1393). رابطه استرس وسوسه مصرف مواد با انعطاف پذیری کنشی معتادین مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد. *مجله اعتیاد پژوهی*، دوه 19، شماره 4: 246-255.

عاشوری، میعاد. (1388). بررسی مقایسه مولفه ای نشخوار ذهنی در بیماران افسرده و وسواس اجباری با افراد عادی. *مجله علوم پزشکی سمنان.* دوره 10،1،56-43.

عباسپور دوپلانی، طاهره. (1389). رابطه فراشناختی و خلاقیت با تاب آوری در دانشجویان، *فصلنامه یافته های نو در روانشناسی،* سال پنجم. 14.: 124- 111.

علیمرادی، عبدالطیف؛ هوشیاری، سمانه و مدرس غروی، مرتضی. (1390). مقایسه تاب آوری و استرس ادراک شده افراد وابسته به مواد مخدر با افراد بهنجار.*مجله اصول بهداشت روانی*. سال 13 (1): 13-30.

عفراوی، رضا. (1390). مقایسه مولفه های درون گرایی- برون گرایی و جایگاه مهار در افراد عادی و معتادین شهر اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی. دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.

غفاری نژاد، علیرضا و ضیاءالدین، حسن. (1382). مقایسه اختلالات روانی در بیماران وابسته به تریاک و هروئین. *مجله پزشکی هرمزگان*، سال 7، شماره 1: 31-27.

فارسی نژاد، فروغ. (1391). رابطه تحریفات شناختی با باورهای فراشناختی بیماران وایسته به سوء مصرف مواد**.** پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی رودهن.

فخری، مینا. (1391). مقایسه بین نشخوار ذهنی و افسردگی بیماران قلبی و افراد عادی. *مطالعات تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد*، دوره11، شماره 1، 56-44.

فرزين راد، مهرنوش. (1390). اثربخشی درمان مبتنی بر مراحل تغییر به شیوه گروهی بر نگرش های ناکارآمد و وسوسه مصرف مواد افراد وابسته به سوءمصرف مواد. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم تحقیقات خوزستان.

فرطوسی، مرضیه. طالبی، فریبا و کرمی، فهیمه. (1392). *مقایسه باورهای فراشناختی زنان معتاد و زنان عادی.* پایان نامه کارشناسی. دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت.

فلاحی، مریم. (1392). *اثربخشی ذهن آگاهی بر نشخوار فکری و انطباق روانی بیماران سرطانی با افراد عادی*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن.

قائدی، مریم و قائدی، شیدا. (1392). *مقایسه صفات شخصیتی و اختلالات روانی معتادان وایسته به مواد افیونی با معتادان وابسته به مواد روانگردان*. پایان نامه کارشناسی. دانسگاه آزاد اسلامی اهواز.

قاسمی، فروغ. (1391). *مقایسه جایگاه مهار معتادان مراجعه کننده به گروه گمنام با معتادان مراجعه کننده به کلینیک ها***.** پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی رودهن.

قنواتی، سارا. (1392). *اثربخشی مهارت حل مسئله بر سلامت روان و کیفیت زندگی معتادن شهر تهران*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم تحقیقات خوزستان.

کاپلان، هارولد؛ سادوک، ویرجینیا و سادوک، بنیامین (2003). *خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری و روانپزشکی بالینی*. جلد اول، ترجمه حسن رفیعی و فرزین رضائی (1382). چاپ نهم، تهران: انتشارات ارجمند.

کاردان، رضا. (1393). تاثیر گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر بر *نشخوارذهنی و استرس افراد وابسته به مواد.* پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی شیراز.

گلستانی، فاطمه. (1387). اثربخشی گروه درمانی مبتنبی بر مراحل تغییر در پیشگیری از عود در معتادان به مواد مخدر. *اعتیاد پژوهشی*، سال 7، شماره 5: 24-14.

محمدپور، عاطفه. (1388). *بررسی رابطه باورهای فراشناختی با وسوسه مصرف مواد در بین افراد وابسته به مواد روان گردان شهر اهواز*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.

محمدخانی، شیرین. (1387). رابطه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکربا علائم وسواسی در جمعیت غیر بالینی. *مجله روانشناسی بالینی*، سال 1، شماره 3 :51-35.

محمدزاده، حسن. (1387). *بررسی رابطه بین تاب آوری و سلامت روان سالمندان زن شهر اهواز*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.

محمدی، دانیال. (1384). *رابطه تاب آوری با توانمندی روانی پرستاران بیمارستان های شهر آبادان.* پایان نامه کارشناسی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

مرادی، نادر؛ احمدی، علی؛ ناصریان، مهران و رضایی منش، فرهاد. (1392). تاثیر گروه درمانی مراحل تغییر انگیزش بر میزان استرس، اضطراب و احساس گناه افراد وابسته به مواد. *مجله روانشناسی روز.* دوره هشتم، شماره 21: 12-18.

مرادی، محمد؛ حیدری نیا، علیرضا؛ بابایی، غلامرضا و جهانگیری، مهدی. (1388). بررسي تاثيرآموزش مبتني بر مدل مراحل تغيير در پيشگيري از مصرف مواد مخدر در كارگران پتروشيمي. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، دوه 19، شماره 4: 246-255.

مری ماردن ولاسکوتز، گیلین گدی ماورر، کتی کروچ، کارلو سی. دیکلمنته. (2001). **گروه درمانی** *برای معتادان*. ترجمه حسن ضیاالدینی، سید مهدی حسینی فر، مصطفی نوکنی و خاطره طوفانی. (1392). چاپ چهارم. تهران: انتشارات ارجمند.

مریدی، صدف. (1389). *مقایسه تاب آوری دانشجویان دختر و پسر دانشگاه علوم پزشکی اهواز*. پایان نامه کارشناسی. دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.

ملکی، علیرضا. (1391). *مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی و مدیریت استرس بر سلامت روان بیماران ام اس*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی تهران.

مهریار، امیرهوشنگ و جزایری، مجتبی. (1388). *اعتیاد، پیشگیری و درمان*. تبریز: نشر روان.

نادری، سالم. (1393). *رابطه بین وسواس مطالعه و ویژگی­های شخصیتی با سبک مطالعه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.

نادی، عبدالرضا. (1392). *مقایسه استرس ادراک شده و انعطاف پذیری کنشی معتادین با افراد سالم.* پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه.

ناظر، علی؛ معتمدی، رضا؛ افسری، رضا؛ زمان، مینا؛ رضازاده، محمد؛ تقوی، محمد و مریدی، فرشاد (1380). بررسی اختلالات روانی در معتادین به مواد افیونی. *مجله سلامت*، دوره 15، شماره 3: 43-31.

ناظمی، رضا. (1388). *مقایسه اختلالات روانی و احساس گناه افراد وابسته به مواد مراجعه کننده به انجمن گروه های گمنام با افراد بهنجار*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی گیلان.

وزیریان، محسن. (1390). *راهنمای پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد*. تهران: انتشارات انستیتو روانپزشکی و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

هالجین، ریچاردپی. ویتبورن، سوزان کراس. (2003). *آسیب شناسی روانی*. ترجمه، یحیی سید محمدی (1390). جلد دوم. چاپ هشتم. تهران: نشر روان.

هافتن، کیت. کرک، پال. سالکووسکیس، کیسی و کلارک، دیوید (2007). *رفتار درمانی شناختی.* ترجمه حبیب الله قاسم زاده. (1392). تهران: انتشارات ارجمند.

یوسفی، مریم. (1389). *رابطه جهت گیری مذهبی با باورهای غیرمنطقی بیماران مبتلا به ام اس.* پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.

**منابع لاتین**

Adelman, k. (2005). *Resiliency and creativity*. Articles from rostered Lay ministers Volume 21 Number 6.

Alvord, L.H. (2013). The effect of trans theoretical model group therapy on the resilience, quality of life and perceived stress in abusing in drug abuser patient. *American journal of* *Orthodontics Orthodontics*.131(5).571-572.

Cartwright, D., Hatton, S. and Wells, A. Beliefs about worry and intrusion: The meta cognitions questionnaire*. journal Anxiety Disorder*, 2011; 11: 279-315.

Cefai, C. (2008). *Promoting resilience in the Classroom: A guide to developing pupils emotional and cognitive skills*. Jassica kingsley publishers. London. UK.

Dallas, T.X. and David, W. Staley behavioral neuroscience of drug addiction. *Biosocieties* 2013, 39: 22-6.

Diener, E., Lucas, R., Schimmack, U., & Helliwell, J. (2009). *Well being for policy*. New York : Oxford University Press.

Ericila, K., Loies, E., Kalach, O. & Aerberti, R. (2012). The effect of theoretical model group therapy on the irrational beliefs and *anxiety* of abusing in drug abuser. *Journal of Personality assessment*, 63 (2), 262 - 274.

Estelle, B. (2009). *The**Comparison**of occupational* resilience *and coping strategies in* abusing in drug abuser and normal. Master thesis, Department of Industrial Psychology, University of Stellenbosch.

**Giyung**, H.K. (2013). The Comparison meta cognitive belief and mental health of addicts to opiate and normal. .*International Journal of Stres*s, 59 (1): 90-110.

Hamamci, M. (2013). The relationship between meta cognitive belief and mental health in patients with leukemia. *Journal of Applied Psychology* Vol.86,pp. 499-512.

Janeck, A.S., Calamari, J.E., Riemann, B.C. and Heffolinger, S.K. (2006). Too much Thinking about thinking: Meta cognitive differences in obsessive disorder. *Journal of Anxiety disorders*,17: 181-195.

Jan, S. (2014). The effect of trans theoretical model group therapy on the stress and *anxiety* of abusing in drug abuser. *Journal* *of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12,55-76.

Lemey, R. & Ghazal, H. (2001). *Resilience and positive psychology*: Finding hope child and family. 5 .1.، 10-21.

Marsh, P.T. (1996). Resilience: A historical review of the construct. Journal of the California Alliance for the mentally illneses; 7 (3): 4-6.

MaiaDuerr, H. (2008). *The use of meditation and mindfulness practices of support military care providers*: Aprospectus.V2. 28-39.

Mair, A. (2008). *The**Comparison**of* resilience,perceived stress *and* obsessive rumination *in* abusing in drug abuser. Behavior Res There 2012; 46: 487-495.

Mar, H., Franken, I.H.A., Muris, P., Georgieva, I. (2013). The effect of theoretical model group therapy on theresilience and self-esteem of abusing in drug abuser patient**.** *journal of cducational administration*, vol 44, No 1, pages 53-70.

McGuire WJ. The yin and yang of progress in social psychology. J Personal Soc Psychol 2010; 26: 446-56.

Patric, P.. (2012). The effect of theoretical model group therapy on the stress and obsessive rumination of abusing in drug abuser. *Drug and Alcohol, Dependnce*, 48, 119-126.

Rasel, H. (2013). The effect of trans theoretical model group therapy on themeta cognitive beliefs of abusing in drug abuser. *journal of Applied Psychology*, volume 86, issue 3, 401-409.

Scragg, P. (2012). Metacognitive therapy Developed by Adrian Wells. Trauma clinic LTD & university collage, London.

Stive, W. (2013). Resilience and organizational citizenship behavior intentions: pair rewards fair treatment. *journal of social psychology*. 142,3.

Tat, J.O. (2012). Strong and weak principles from pre-contemplation to action on the basis of twelve problem behaviors. Health Psychol. 13:47-51

VanBerkel, H. & HaleyKathryn, T. (2009). Investigating personality characteristic, stress and copping stress in abusing in drug abuser. *International journal of psychological*, vol, 2, 134-149.

Velicer WF, Prochaska JO, Fava JL, Norman GJ, Redding CA. Smoking cessation and stress management: application of the trans-theoretical model of behavior change. Homeostasis 2008; 38: 216-33.

Walf. A. Annalakshmi. N& Bernard. B. (2008). The resilience individual A personality Analyises. *Journal of Indian Academy of Applied Psychology*. 34. 110-118.

Waller, MA. (2009). Resilience in ecosystemic eohtext: Erolution of the child. American journal of Orghopsychiatry 71.:290-297.

Weinstein ND, Rothman AJ, Sutton SR. Stage theories of health behavior: conceptual and methodological issues. Health Psychol 2010; 17: 260-99.

Wells, H.B.(2009). *Depressive rumination: Nature, theory, and treatment* (pp.107-124). New York: Wiley.

Yilmaz, E.A. Gencoze, T., Wells, A. (2014). The causal role of meta cognitions in the development of anxiety, stress and depression:prospective study. Paper presented at the World Congress of Cognitive and Behavior Therapy, Barcelona, Spain.

Youn, P. (2012).Relationship Between meta cognitive beliefs With tendency of abusing in drug abuser. *Personality and individual pifferences*, 30,595,608.

1. - Felaven [↑](#footnote-ref-1)
2. - Vietman [↑](#footnote-ref-2)
3. - rumination [↑](#footnote-ref-3)
4. - threat monitoring [↑](#footnote-ref-4)
5. - Velz [↑](#footnote-ref-5)
6. - Scragg [↑](#footnote-ref-6)
7. - Schwar&color [↑](#footnote-ref-7)
8. - Yilmaz et al [↑](#footnote-ref-8)
9. - cognitive attention syndrome [↑](#footnote-ref-9)
10. - Yilmaz et al [↑](#footnote-ref-10)
11. - Papa Jior Jior [↑](#footnote-ref-11)
12. - Self-Regulatory Executive Function Mode [↑](#footnote-ref-12)
13. - self-regulatory function model [↑](#footnote-ref-13)
14. - Hoksma & Maro [↑](#footnote-ref-14)
15. - Wong [↑](#footnote-ref-15)
16. - Jacsen [↑](#footnote-ref-16)
17. - Elies [↑](#footnote-ref-17)
18. - Jorj & Ceristani [↑](#footnote-ref-18)
19. - Harper [↑](#footnote-ref-19)
20. - Alvord [↑](#footnote-ref-20)
21. - Jan [↑](#footnote-ref-21)
22. - Yelmaz [↑](#footnote-ref-22)
23. - Giyong [↑](#footnote-ref-23)
24. - Bartin [↑](#footnote-ref-24)
25. - Rasel [↑](#footnote-ref-25)
26. - Mar [↑](#footnote-ref-26)
27. - Youn [↑](#footnote-ref-27)
28. - Patric [↑](#footnote-ref-28)
29. - Ericila [↑](#footnote-ref-29)
30. - Cartwright & Hatton [↑](#footnote-ref-30)
31. - Diviedsoon [↑](#footnote-ref-31)
32. - Miliez & Kornblith [↑](#footnote-ref-32)
33. - Watkings [↑](#footnote-ref-33)
34. - Van Berkel & Haley Kathryn - [↑](#footnote-ref-34)
35. - Estelle [↑](#footnote-ref-35)
36. - Mair [↑](#footnote-ref-36)
37. - Sharon Gil & Yael Caspi [↑](#footnote-ref-37)