

## نقش فراشناخت و هیجانات منفی در پیش‌بینی رفتار سوءصرف مواد

محمدعلی محمدی‌فر<sup>۱</sup>، ملیکا کافی انارکی<sup>۲</sup>، محمود نجفی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۲/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۷/۵

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر تعیین نقش فراشناخت و هیجان منفی در پیش‌بینی رفتار سوءصرف مواد بود. **روش:** در یک طرح توصیفی از نوع همبستگی ۲۰۰ نفر شرکت کننده به روش نمونه‌گیری در دسترس از کلینیک‌های ترک اعتیاد شهرستان شاهروド انتخاب شدند. از میان ۲۰۰ نفر شرکت کننده در تحقیق ۱۲۸ نفر معتاد و ۷۲ نفر غیر معتاد بودند. در میان نمونه انتخابی پرسشنامه‌های فراشناخت، اضطراب، افسردگی و استرس اجرا شد. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که هر دو متغیر قادرند تغییرات متغیر وابسته‌ی رفتار سوءصرف مواد را پیش‌بینی کنند. در مورد متغیر هیجان منفی دو زیر مقیاس کنترل ناپذیری و خطر افکار و اطمینان شناختی، در مورد متغیر هیجان منفی دو زیر مقیاس افسردگی و اضطراب قادر به پیش‌بینی تغییرات متغیر وابسته رفتار سوءصرف مواد بودند. **نتیجه‌گیری:** نتایج نشان‌دهنده آن است که با مداخله در متغیرها می‌توان احتمال ابتلا را کاهش داد، و از برگشت و عود افراد تحت درمان جلوگیری کرد.

**کلید واژه‌ها:** فراشناخت، هیجانات منفی، رفتار سوءصرف مواد

۱- نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه سمنان، پست الکترونیک: alimohammadyfar@yahoo.com

۲- کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه سمنان

۳- استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه سمنان

مقدمة

استفاده و وابستگی به مواد روان گردن، یک تهدید جدی برای سلامت عمومی افراد در سطح جهانی است. دفتر آمار و ارقام سازمان ملل، در رابطه با آمار مصرف مواد و جرم و جنایت تخمین زده است که ۱۸۵ میلیون نفر در جهان، معادل ۳/۱ درصد جمعیت عمومی جهان و ۴/۳ درصد از جمعیت سینین پانزده سال و بالاتر، تا کنون حداقل مصرف یک بار مواد غیر قانونی را در کل زندگی خود، تجربه کرده‌اند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴؛ به نقل از بار، جرالد، فرزان، جورج و دسکالین ترجمه‌ی علم مهر جردی، ۱۳۸۸). البته به این موارد باید دو میلیارد نفر مصرف کننده‌ی الكل و حداقل یک میلیارد نفر مصرف کننده‌ی سیگار را اضافه کرد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴؛ به نقل از خدادادی و اختیاری، ۱۳۸۸). این در حالی است که سازمان بین‌المللی سوء‌صرف مواد (NIDA) مطرح کرده است که سوء‌صرف مواد مخدر با بسیاری از مشکلات و بیماری‌های جسمانی همچون ویروس نقص ایمنی اکتسابی، مشکلات قلبی، مشکلات تنفسی، آسیب-های کلیوی و کبدی، عملکرد ناهنجار مغزی، سرطان و آسیب‌های پیش تولیدی همراه است (الن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹) و وابستگی به مواد غیر قانونی، منجر به دو میلیون فوت در جهان (۰/۰٪ جمعیت کل جهان) شده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴، به نقل از بار و همکاران، ترجمه‌ی علم مهر جردی، ۱۳۸۸). همچنین یکی از ویژگی‌های بارز در اختلال سوء‌صرف مواد، پیامدهای منفی حاصل از آن همچون شرایط پزشکی حاد، مشکلات قانونی و جرایم و از دست دادن شغل، دوستان و جایگاه اجتماعی است (پتری، ۱۹۹۸؛ به نقل از گارسیا، پرزو، لوپز، گارسیا، ۲۰۰۷).

با توجه به مشکلات زیاد و گستردگی 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 (راتر<sup>۷</sup>، ۱۹۹۳، به نقل از کیانی دهکردی و همکاران، ۱۳۸۴). در این چارچوب باید گفت یکی از مهم‌ترین متغیرهای پیش‌بین اختلال

سوء‌صرف مواد فراشناخت است که شامل باورهای فرد در مورد افکارش است (سائد، یعقوبی و روشن؛ ۲۰۱۰). در نظریات گذشته، همچون نظریه‌ی شناختی-رفتاری اعتقاد اصلی بر این بود که اختلال یا سوگیری در تفکر موجب اختلال سوء‌صرف مواد می‌شود. ولی این دیدگاه محدودیت‌هایی دارد و باورهای فراشناختی را نادیده می‌گیرد (سائد و همکاران، ۲۰۱۰). فلاول<sup>۱</sup> (۱۹۷۹)، فراشناخت را به عنوان آگاهی از این که فرد چگونه یاد می‌گیرد، آگاهی از چگونگی استفاده از اطلاعات موجود برای رسیدن به یک هدف، توانایی قضاوت درباره‌ی فرایندهای شناختی در یک تکلیف خاص، آگاهی از این که چه راهبردهایی برای چه هدف‌هایی مورد استفاده قرار گیرد و ارزیابی پیشرفت خود در حین و بعد از عملکرد تعریف کرده است. همچنین، باید گفت که فراشناخت تاثیر اساسی بر باورها و تفکر دارد و پایه و اساس تجربه‌های هیجانی عادی و غیرعادی و هشیار ما را تشکیل می‌دهد (ولز<sup>۲</sup>، ترجمه محمدخانی، ۱۳۸۸). از میان این هیجانات پژوهش‌های بسیاری نقش اضطراب، افسردگی و استرس در اختلال سوء‌صرف مواد و رابطه آن با فراشناخت را مورد مطالعه قرار داده‌اند (اسپادا، نیکسویس، مونتا<sup>۳</sup> و ولز، ۲۰۰۷؛ مونتا، ۲۰۱۱) و اگرچه که رابطه‌ی بین هیجانات منفی و مصرف مواد برای دھه‌ها مورد مطالعه قرار گرفته است (کونگر، کابل و هرمن<sup>۴</sup>، ۱۹۷۲ به نفل از گارلندر، کارترا، رویس، هوارد<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱)، هنوز اطلاعات کمی در مورد این که چطور میانجی فراشناخت از طریق هیجانات منفی، احتمال بازگشت به مواد را در افراد در حال ترک افزایش می‌دهد در دست است (گارلندر، کارترا، رویس، و هوارد، ۲۰۱۱). شواهد به دست آمده از همه‌گیر شناسی و مطالعات بالینی رابطه‌ی قوی بین هیجان و سوء‌صرف مواد را نشان می‌دهد. افرادی با آسیب‌های روانی مثل اختلالات خلقی و اضطرابی درجه بالایی از اختلال سوء‌صرف مواد را به عنوان اختلال همراه نشان داده‌اند (مریکانگاس، دیرکر و اسزاماری<sup>۶</sup>؛ به نقل از چیتمن، آلن، یوسل، لمبن<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰). به‌طور مشابه آسیب شناسی روانی-هیجانی در

میان مصرف کنندگان مواد نیز مشاهده شده است و در برخی از مطالعات مطرح شده است که اختلال مصرف مواد ممکن است نقش علت را در ایجاد اختلالات هیجانی بازی کند (اسچوکیت<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶؛ ولکو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴؛ به نقل از چیتمن و همکاران، ۲۰۱۰). تحقیقات بالینی نشان داده‌اند که استرس‌های زندگی نه تنها یک عامل خطر در ایجاد اعتیاد است، بلکه همچنین یک برانگیزاندنده برای عود اعتیاد نیز محسوب می‌شود (براؤن<sup>۳</sup>، ۱۹۹۰ و ۱۹۹۵؛ دوارت<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶؛ مکنال<sup>۵</sup>، ۱۹۹۲؛ ایمت<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷؛ به نقل از بریاند و بلندی، ۲۰۰۹). در واقع، باید گفت که استرس مزمن در میان سوءمصرف کنندگان مواد شایع است (موس<sup>۷</sup>، ۱۹۸۹؛ تات<sup>۸</sup>، ۲۰۰۶؛ به نقل از کول، لوگان، والکر<sup>۹</sup>، ۲۰۱۰) و با عود مصرف مواد نیز در ارتباط است (براؤن، ۱۹۹۰؛ تات، ۲۰۰۶ و ۲۰۰۸؛ به نقل از کول و همکاران، ۲۰۱۰).

همچنین، روبه رو شدن با استرسورهای اجتماعی-محیطی ممکن است افراد در حال ترک را که آسیب پذیر نیز هستند، در برابر برگشت و عود تسلیم سازد (دیاس فریرا<sup>۱۰</sup>؛ ۲۰۰۹؛ به نقل از گارلند، کارترا، روپس، هاوارد<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۱). تحقیقات بالینی پیشنهاد می-کنند که کاهش استرس برای درمان اعتیاد موثر است. بنابراین، روش ساختن عواملی که در تعامل بین استرس (در پژوهش حاضر، سه مقوله‌ی استرس، اضطراب و افسردگی) و سوءصرف مواد هستند در شناسایی درمان مناسب و مفید خواهد بود (بریاندوبلندی، ۲۰۰۹). در این چارچوب باید گفت که برخی از پژوهش‌ها فراشناخت را به عنوان میانجی رابطه‌ی بین هیجانات منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) با سوءصرف مواد در نظر گرفته‌اند (از جمله تحقیقات اسپادا، نیکسویس، مونتاو ولز<sup>۱۲</sup>؛ مونتا، ۲۰۱۱؛ سائید، ۲۰۱۰؛ اسپادا و لز، ۲۰۰۸؛ گارلند، کارترا، روپس و هاوارد، ۲۰۱۱). این یعقوبی و روشن، ۲۰۱۰؛ اسپادا و لز، ۲۰۰۸؛ گارلند، کارترا، روپس و هاوارد، ۲۰۱۱). این امر برگرفته از نظریه‌ی خودتنظیمی عملکرد اجرایی ولزومتیو (۱۹۹۴) است. این نظریه اولین نظریه‌ای بود که عوامل فراشناختی چند گانه را به عنوان عنصر کنترل کننده در پردازش اطلاعات که در اتحاد و بایداری اختلالات روان شناختی، اثر دارد، در نظر گرفت.

(اسپادا و همکاران، ۲۰۰۷). این نظریه مطرح می‌سازد که بدعملکردی روانشناختی به وسیله (الف) افکار تکرار پذیر ب) توجه ثبیت شده و ج) سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار که مشترک کا یک سندروم شناختی-توجهی را به وجود می‌آورند، ایجاد می‌شود (ولز، ۲۰۰۰ به نقل از مونتا، ۲۰۱۱). یک اصل اساسی این است که فراشناخت در ماندگاری سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار شرکت می‌کند. به طور مثال اگرچه سیگار کشیدن به طور کوتاه مدت به عنوان سبک مقابله‌ای سازگار به نظر می‌رسد ولی ناسازگار است چون که در بلندمدت وابستگی و عاطفه‌ی منفی ایجاد می‌کند (اسپادا و همکاران، ۲۰۰۷). از این رو پژوهش حاضر به دنبال آن است که نقش متغیرهای ابعاد فراشناختی و احساس منفی را در پیش-بینی رفتار سوء‌صرف مواد بررسی کند.

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح تحقیق همبستگی از جمله طرح‌های توصیفی است. در پژوهش حاضر جامعه آماری را تمامی افراد مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد درمان نگهدارنده با متادون واقع در شهرستان شاهروд از تاریخ ۹۰/۱۱/۱ تا ۹۱/۴/۳۰ تشکیل می‌دهند که تشخیص اختلال سوء‌صرف مواد گرفته‌اند و تحت درمان با متادون بوده‌اند. با استفاده از روش نمونه‌گیری خوش‌های تصادفی از بین ۲۱ کلینیک ترک اعتیاد موجود در شهر شاهرود ۹ کلینیک به تصادف انتخاب شد و از افراد مراجعه کننده ۱۲۸ نفر که دارای شرایط ورود از جمله مرد بودن، در رده‌ی سنی ۱۸ تا ۵۰ سال قرار داشتند و از حداقل تحصیلات (سوم راهنمایی) برخوردار بودند انتخاب شدند. همچنین، نمونه‌ای در دسترس متشكل از ۷۲ نفر غیر معتاد که قادر هر گونه سابقه‌ی سوء‌صرف مواد بودند در پژوهش شرکت داده شدند.

## ابزار

۱- مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس: لوییاند و لوییاند (۲۰۰۲) به منظور تعریف و اندازه‌گیری سازه‌های اضطراب و افسردگی، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس

(DASS) را ساختند. در واقع این مقیاس، مجموع سه زیرمقیاس خودسنجی است که برای اندازه‌گیری حالات هیجانی منفی، افسردگی، اضطراب و استرس طراحی شده است (کاستلو<sup>1</sup> و کامری<sup>2</sup>، ۱۹۶۷ به نقل از حاجی علیزاده، بحرینیان، نظیری و مدرس غروی، ۱۳۸۸). اعتبار و روایی این آزمون در پژوهش‌های متعدد مورد بررسی قرار گرفته است. یکی از این پژوهش‌ها، مطالعه هنجرایی در نمونه‌ی ایرانی است (صاحبی، سالاری و اصغری، ۱۳۸۴؛ به نقل از حاجی علیزاده و همکاران، ۱۳۸۸). اعتبار این مقیاس در این مطالعه، به وسیله همسانی درونی و روایی آن با استفاده از تحلیل عاملی و روایی ملاک با اجرای همزمان آزمون‌های افسردگی بک، اضطراب زونگ و استرس ادرا ک شده بررسی و همسانی درونی خرده مقیاس‌های DASS با استفاده از آلفای کرونباخ مناسب گزارش شده است (افسردگی=۰/۷۷، اضطراب=۰/۷۹ و استرس=۰/۷۸). همچنین، به منظور بررسی روایی ملاک، پرسشنامه‌های افسردگی بک، اضطراب زونگ و استرس ادرا ک شده به طور همزمان اجرا شدند. همبستگی مقیاس افسردگی DASS با آزمون افسردگی بک ۰/۷۰، همبستگی مقیاس اضطراب آن با آزمون اضطراب زونگ ۰/۶۷ و همبستگی مقیاس استرس آن با آزمون استرس ادرا ک شده ۰/۴۹ گزارش شد (حاجی علیزاده و همکاران، ۱۳۸۸).

۲- پرسشنامه فراشناخت (MCQ-30): این ابزار به منظور سنجش چند عنصر فراشناختی خصیصه‌ای، که برخی از آن‌ها نقش محوری در مدل فراشناختی اختلال روانشناختی دارند، طراحی شده است. پرسشنامه فراشناخت یک مقیاس سی سوالی خودگزارشی است که حیطه‌های فراشناختی زیر را در پنج مقیاس جداگانه اندازه‌گیری می‌کند: (الف) باورهای مثبت درباره نگرانی مانند "نگرانی به من کمک می‌کند تا با مسائل مقابله کنم."، (ب) باورهای منفی درباره نگرانی که با کنترل ناپذیری و خطر مرتبط هستند. برای مثال، "وقتی نگرانی ام شروع می‌شود، نمی‌توانم جلوی آن را بگیرم."، (ج) اطمینان شناختی ضعیف برای مثال، "حافظه‌ی ضعیفی دارم."، (د) لزوم کنترل افکار برای مثال، "ناتوانی در

کنترل افکارم، نشانه ضعف من است."، (ذ) خودآگاهی شناختی، برای مثال، "به نحوه‌ی کار کرد ذهنم توجه زیادی دارم." (ولز، ۲۰۰۰؛ به نقل از محمدخانی و فرجاد، ۱۳۸۸). این مقیاس بر پایه مدل کار کرد اجرایی خود نظم بخشی (ولز و متیو، ۱۹۹۶)، درباره اختلالات هیجانی و الگوی فراشناختی اختلال اضطراب منتشر ساخته شده است (ولز، ۱۹۹۷). سوالات بر روی یک مقیاس لیکرتی از موافق نیستم=۱، تا کاملا موافقم=۴، پاسخ داده می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های آن از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. همبستگی باز آزمایی در فاصله زمانی ۲۲ تا ۱۱۸ روز به شرح زیر بود: نمره کل ۰/۷۵ مقیاس باورهای مثبت ۰/۷۹، کنترل ناپذیری/خطر ۰/۵۹، اطمینان شناختی ۰/۶۹، لزوم ۰/۷۹ و خودآگاهی شناختی ۰/۸۷ بود (ولز، ۲۰۰۴؛ به نقل از محمدخانی و فرجاد، ۱۳۸۸). در ایران شیرین‌زاده دستگیری ضریب همسانی آن را به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده‌مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ گزارش کرده است. همچنین، اعتبار باز آزمایی این آزمون در فاصله چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای خرده مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش شد. برای بررسی روایی آزمون همبستگی کل مقیاس با مقیاس اضطراب صفتی ۰/۴۳ و همبستگی خرده-مقیاس‌ها نیز در دامنه ۰/۲۸ تا ۰/۶۸ گزارش شده است. همچنین، همبستگی خرده‌مقیاس‌های آن با کل آزمون در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۸۷ بود (محمدخانی و فرجاد، ۱۳۸۸).

### یافته‌ها

برای بررسی توانایی تفکیک کنندگی خرده‌مقیاس‌های فراشناخت و افسردگی، اضطراب و استرس از تحلیل رگرسیون لوگستیک به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۱: خلاصه‌ی مدل رگرسیون رفتار سوئمصرف مواد براساس پیش‌بینی کننده‌ها

لگاریتم درست نمایی	ضریب تعیین کاکس و اسنل	ضریب تعیین نیجل کرک
۰/۳۸	۰/۲۸	۱۵۸/۶۹

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود مقادیر هر دو آماره مربوط به ضریب تعیین پژودو (۰/۲۸ و ۰/۳۸) بوده و این نشان می‌دهد که پیش‌بینی کننده‌ها توانسته‌اند بین ۲۸ تا

۳۸ درصد از تغییرات وضعیت سوء مصرف مواد را تبیین کنند. همچنین، نتایج حاصل از آزمون اومنی بوس نشان داد که برآژش مدل قابل قبول و معنادار است ( $P < 0.001$ )<sup>۵۲/۰۷۴</sup> (مجذور خی). جدول زیر درصد صحیح تفکیک کنندگی متغیرهای پیش‌بینی کننده در تفکیک دو گروه معتمد و بهنجار را نشان می‌دهد.

جدول ۲: آماره های توصیفی صحت پیش یینی متغیرهای پیش یینی کننده در تفکیک گروهی

گروه‌ها	معتاد	بهنگار	درصد صحیح
معتاد	۷۹	۱۸	۸۱/۴
بهنگار	۲۲	۳۹	۶۳/۹
کل	۱۰۱	۵۷	۷۴/۷

همان طور که در جدول فوق مشاهده می شود ۷۹ نفر از گروه معتاد (۴/۸۱٪) و ۳۹ نفر از گروه بهنجار (۹/۶۳٪) به درستی به گروه های خود اختصاص یافته اند به گونه ای که در مجموع پیش بینی کننده ها با صحت ۷۴/۷٪ توانسته اند افراد را به گروه های خود تخصیص دهند. جدول زیر ضرایب رگرسیون گروه بندی را بر اساس متغیر های فراشناخت، افسردگی، اضطراب و استرس ارائه کرده است.

### جدول ۳: جدول ضرایب رگرسیون گروه‌بندی بر اساس متغیرهای فراشناخت، افسردگی، اضطراب و استرس

متغیرها	B	انحراف استاندارد	آماره والد	معناداری	Exp(B)
باورهای مثبت درمورد نگرانی	-0/054	0/049	1/242	0/265	0/947
کنترل ناپذیری و خطر افکار	-0/132	0/081	2/646	0/104	0/877
اطمینان شناختی	-0/093	0/057	2/711	0/100	0/911
نیاز به کنترل افکار	0/052	0/073	0/0510	0/475	1/053
خودآگاهی شناختی	0/025	0/066	0/138	0/711	1/025
افسردگی	-0/170	0/074	5/284	0/022	0/844
اصطرباب	-0/137	0/069	3/997	0/046	0/872
استرس	0/185	0/078	5/687	0/017	1/204
مقدار ثابت	2/387	1/159	4/240	0/039	1/0879

با توجه به جدول فوق خرده مقیاس‌های افسردگی ( $B= -0.170$  &  $P<0.05$ )، اضطراب ( $B= -0.137$  &  $P<0.05$ ) و استرس ( $B= -0.185$  &  $P<0.05$ ) متغیرهای بیشترین

کننده معنادار هستند و سایر متغیرها نتوانسته‌اند پیش‌بینی کننده معناداری باشند. لازم به ذکر است که ضرایب منفی در افسردگی و اضطراب حکایت از آن دارد که با افزایش نمرات این دو متغیر احتمال معتاد بودن فرد افزایش می‌یابد.

## بحث و نتیجه‌گیری

در راستای تعیین نقش ابعاد فراشناختی و هیجان منفی در پیش‌بینی رفتار سوء‌صرف مواد باید گفت که نتایج تجزیه تحلیل‌های آماری صورت گرفته مشخص شد که متغیرها قادرند تغییرات متغیر وابسته یعنی رفتار سوء‌صرف مواد را پیش‌بینی کنند. در این بین در مورد متغیر فراشناخت باید گفت که دو خرده‌مقیاس کنترل ناپذیری و خطر افکار و اطمینان شناختی قادر به پیش‌بینی تغییرات متغیر وابسته‌ی رفتار سوء‌صرف مواد هستند و توانایی پیش‌بینی آن‌ها معنادار است. در مورد هیجان منفی دو خرده‌مقیاس افسردگی و اضطراب قادر به پیش‌بینی تغییرات متغیر وابسته‌ی رفتار سوء‌صرف مواد بودند و توانایی

۷۳

73

جلد ۳  
هشتم، شماره ۲، پیاپی ۱۳۹۳  
Vol. 8, No. 29, Spring 2014

پیش‌بینی آن‌ها معنادار است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های صورت گرفته توسط محققین مختلف همخوان است. به عنوان مثال اسپادا، نیکسویس، مونتا و ولز (۲۰۰۷) نشان دادند که سه بعد از پنج بعد فراشناخت شامل باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی، کنترل ناپذیری و خطر افکار و همچنین اطمینان شناختی به طور مثبت و معناداری با وابستگی به سیگار همبستگی دارند. در پژوهش آنان وابستگی به سیگار همچنین به طور مثبت و معناداری با اضطراب و افسردگی همبستگی داشت. حاجی علیزاده، بحرینیان، نظری، مدرس غروی (۱۳۸۸) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که دو بعد اطمینان شناختی و کنترل ناپذیری و خطر افکار از پنج بعد فراشناخت در دو گروه معتاد و غیر معتاد تفاوت معنادار دارد. همین طور، میانگین نمرات مصرف کنندگان مواد در تمام ابعاد فراشناختی بیشتر از افراد بهنجار گزارش شد. آن‌ها در این پژوهش دریافتند که هیجانات (استرس، اضطراب، افسردگی) در دو گروه معتاد و بهنجار در خرده‌مقیاس اضطراب تفاوت معناداری دارد. سوء‌صرف کنندگان مواد در دو مقیاس افسردگی و استرس نیز نمرات بیشتری کسب کرده بودند اگرچه تفاوت معنادار نبوده است. ابوالقاسمی، احمدی،

کیامرثی (۱۳۸۶) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که فراشناخت با پیامدهای روان‌شناختی افراد معتاد همبستگی مثبت معناداری دارد. این پژوهش نشان داد که فراشناخت در افراد معتاد دچار مشکل است و با توجه به این نتیجه می‌توان بیان کرد که رفتار خود تنظیمی در افراد معتاد مختلف است که حاصل آن پیامدهای روان‌شناختی مختلفی مانند اضطراب، استرس، افسردگی و... است. همچنین مونتا (۲۰۱۱) در پژوهش خود سه فرض را مذکور قرار داد. الف) فراشناخت به طور مثبت با وابستگی به الکل رابطه دارد؛ ب) هیجان رابطه‌ی بین فراشناخت و وابستگی به الکل را میانجیگری می‌کند؛ ج) فراشناخت رابطه‌ی بین هیجان و وابستگی به الکل را میانجیگری می‌کند. فرض الف و ب حمایت نشدن و تعامل هیجان و فراشناخت پیش‌بینی کننده‌ی معنادار مثبت در پیش‌بینی وابستگی به الکل نشان داده شد و فرض ج حمایت شد. سائید، یعقوبی، روشن (۲۰۱۰) نشان دادند که میانگین کل زیر گروه‌های باورهای فراشناختی در افراد معتاد در مقایسه با افراد بهنجار بالاتر است و این امر نشان می‌دهد که باورهای فراشناختی در افراد معتاد ناکارآمدتر است. بهویژه این تفاوت در دو زیر گروه کنترل ناپذیری و خطر افکار و نیاز به کنترل افکار معنادار بود. جوردس (۲۰۰۳) نشان داد که مواجهه با استرس احتمال سوء-صرف مواد را افزایش می‌دهد. افراد دارای استرس (مثل افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه) مواد را برای خود درمانی به کار می‌برند. در واقع، آن‌ها از مواد به عنوان مسکن استفاده می‌کنند تا شدت استرس و نگرانی خود را کاهش دهند.

لازم به ذکر است که دو متغیر فراشناخت و هیجان منفی به طور جمعی در معادله‌ی رگرسیون به عنوان متغیرهای مستقل با متغیر وابسته‌ی سوءصرف مواد قرار گرفتند که طی آن متغیر هیجان منفی با سوءصرف مواد دارای رابطه‌ی معنادار شد، لیکن متغیر فراشناخت فاقد این رابطه بود که در تبیین این مساله باید گفت که متغیر فراشناخت با متغیر هیجان منفی دارای همپوشی بالایی است. از این رو به دلیل این که همبستگی بین دو متغیر فراشناخت و هیجان منفی است اضافه کردن هیجان منفی به عنوان متغیر دوم در معادله‌ی رگرسیون کمتر اثر بخش است.

به‌طور کلی می‌توان گفت:

۷۴

74

۱۰۲ پیش‌بینی معمایی در افراد معتاد (۱۳۹۷)، نویسنده: سید علی‌اصغر سعیدی

- ۱- هیجان‌های اضطراب و غمگینی، علائم درونی بنيادینی هستند که از وقوع ناهمخوانی در خود تنظیمی و تهدید بهزیستی فرد حکایت دارند.
  - ۲- این نوع هیجان‌ها به طور طبیعی دوره‌ی محدودی دارند، چون فرد از راهبردهای مقابله‌ای برای کاهش تهدید و کنترل شناخت خود استفاده می‌کند.
  - ۳- اختلال روان‌شناختی از تداوم پاسخ‌های هیجانی ناشی می‌شود.
  - ۴- پاسخ‌های هیجانی به دلیل سبک و راهبردهای تفکر فرد تداوم می‌یابند.
  - ۵- سبک ناسازگارانه‌ای که در اختلال‌ها مشاهده می‌شود، سندروم شناختی توجّهی نامیده می‌شود و شامل نگرانی، نشخوار فکری، پایش تهدید و ... می‌شود که مانع یادگیری انطباقی هستند.
  - ۶- سندروم شناختی-توجّهی نتیجه‌ی باورهای فراشناختی نادرست است که افکار و حالات‌های هیجانی را کنترل و تفسیر می‌کنند.
  - ۷- سندروم شناختی-توجّهی از طریق چندین ساز و کار کاملاً مشخص، موجب تشدید و طولانی شدن تجربه‌ی هیجانی می‌شود.
- در واقع، این اصول به طور خلاصه مطرح می‌سازند که هیجان‌هایی همچون اضطراب، افسردگی، استرس و... از وقوع ناهمخوانی در خود تنظیمی و تهدید بهزیستی در فرد به وجود می‌آید. به دنبال عملکرد نادرست فراشناخت که تحت عنوان سندروم شناختی-توجّهی مطرح می‌شود، این هیجانات منفی در افراد تداوم می‌یابند و تبدیل به اختلال می‌شوند و افراد به منظور تعدیل این هیجانات به عنوان خود درمانگری دست به رفتار سوء-صرف مواد می‌زنند. در این صورت فراشناخت رابطه‌ی بین هیجان و رفتار سوء-صرف مواد را میانجیگری می‌کند.

## منابع

- ابوالقاسمی، عباس و احمدی، کیامرثی. (۱۳۸۶). بررسی ارتباط فراشناخت و کمال‌گرایی با پیامدهای روانشناختی در افراد معتاد به مواد مخدر. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۵(۲)، ۷۹-۷۳.  
 حاجی علیزاده، کبری، مجرینان؛ نظری، مدرس غروی. (۱۳۸۸). نقش متغیرهای شناختی ابعاد فراشناختی و هیجانات در رفتار سوء-صرف مواد. *تازه‌های علوم شناختی*، ۱۱(۳)، ۱-۱۲.

خدادادی، آرش و اختیاری، حامد. (۱۳۸۸). معیارهای تحریک پذیری قشری، ابزار عینی برای شناخت نحوه تأثیر مواد مورد سوءصرف پذیر شمی مغز. *فضل نامه ای اعتماد*, ۹(۳).

کیانی دهکردی، منصوره؛ رفیعی، حسن؛ سمعیعی؛ مرسدله؛ کریم لو، مسعود؛ دولت شاهی، بهروز و بینا زاده، محمد. تاب آوری در برایر وابستگی به مواد در پسران مردان وابسته و غیر وابسته. مجله ای پژوهش حکیم، ۸(۳۶-۴۱).

محمد خانی، شهرام و فرجاد، مریم. (۱۳۸۸). رابطه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر. *عالیمن و سوسای غیر بالینی*، مجله روانشناسی بالینی، ۱(۳)، ۵۱-۳۵.

ولز، آدریان (۱۳۸۸). راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی. ترجمه‌ی شهرام محمد خانی. تهران: انتشارات ورای دانش.

Allen, T. H. (2009). *Religiosity, Spirituality, and Substance Abuse*. Unpublished dissertation, University of Alabama

Briand, L. A., Blendy, J. A. (2009). Molecular and genetic substrates linking stress and addiction. *Journal of Basic Research*, 1314, 219-234.

Cheetman, A., Allen, N. B., Yucel, M., Lubman, D. I. (2010). The role of affective dysregulation in drug addiction. *The Journal of Clinical Psychology Review*, 30, 621-634

Cole, J., Logan, T. K., Walker, R. (2011). Social exclusion, personal control, self- regulation, and stress among substance abuse treatment clients. *Journal of Drug and Alcohol Dependence*, 113, 2-13

Flavell, J. (1979). Metacognition and cognitive monitoring, a new area of cognitive- developmental inquiry. American psychologist, 34, 906 -911

Garcia, A. V., Perez, C. R., Lopez, Garcia, M. P. (2007). Negative emotion-driven impulsivity predicts substance dependence problems, *Drug and alcohol dependence*, 2(86), 139-146.

Garland, E. L., Carter, K., Ropes, K., Howard, M. O. (2011). Thought suppression, impaired regulation of urges, and Addiction-Stroop predict affect-modulated cue-reactivity among alcohol dependent adults, *Biological Psychology*, 89(1), 87-93

Moneta, G. B. (2011). Metacognition, emotion, and alcohol dependence in college students: A moderated mediation model. *Journal of Addictive Behavior*, 36, 781-784.

Saed, O., Yaghubi, H., Roshan, R. (2010). The role of Meta-cognitive belief on substance dependency. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 1676-1680.

Spada, M. M., Nikcevic, A.V., Moneta, G. B., Wells, A. (2007). Meta cognition as a mediator of the relationship between emotion and smoking dependence. *Journal of Addictive Behavior*, 32, 2120-2129.

Spada, M. M., Mohiyeddini, C., Wells, A. (2008). Measuring meta cognitions associated with emotional distress: Factor structure and predictive validity of the meta cognitions questionnaire 30. *Journal of Personality and Individual Differences*, 45, 238-242.