

## نقش فراشناخت و هیجانات منفی در پیش بینی رفتار سوءمصرف مواد

محمدعلی محمدی<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 سوءمصرف مواد بود. **روش:** در یک طرح توصیفی از نوع همبستگی ۲۰۰ نفر شرکت‌کننده به روش نمونه‌گیری در دسترس از کلینیک‌های ترک اعتیاد شهرستان شاهرود انتخاب شدند. از میان ۲۰۰ نفر شرکت‌کننده 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 سوءمصرف مواد را پیش‌بینی کنند. در مورد متغیر فراشناخت دو زیرمقیاس کنترل ناپذیری و خطر افکار و اطمینان شناختی، در مورد متغیر هیجان منفی دو زیرمقیاس افسردگی و اضطراب قادر به پیش‌بینی تغییرات متغیر وابسته رفتار سوءمصرف 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 سوءمصرف 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

## مقدمه

استفاده و وابستگی به مواد روان گردان، 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 سنین پانزده سال و بالاتر، تا کنون حداقل مصرف یک بار مواد غیر قانونی را در کل زندگی خود، تجربه کرده اند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴؛ به نقل از بار، جرالد، فرزانه، جورج و دسکالین ترجمه ی علم مهر جردی، ۱۳۸۸). البته به این موارد باید دو میلیارد نفر مصرف کننده ی الکل و حداقل یک میلیارد نفر مصرف کننده ی سیگار را اضافه کرد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴؛ به نقل از خدادادی و اختیاری، ۱۳۸۸). این در حالی است که سازمان بین المللی سوء مصرف مواد (NIDA)<sup>۱</sup> مطرح کرده است که سوء مصرف مواد مخدر با بسیاری از مشکلات و بیماری های جسمانی همچون ویروس نقص ایمنی اکتسابی، مشکلات قلبی، مشکلات تنفسی، آسیب های کلیوی و کبدی، عملکرد نابهنجار مغزی، سرطان و آسیب های پیش تولدی همراه است (الن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹) و وابستگی به مواد غیر قانونی، منجر به دو میلیون فوت در جهان (۴/۰٪ جمعیت کل جهان) شده است (سازمان بهداشت جهانی ۲۰۰۴، به نقل از بار و همکاران، ترجمه ی علم مهر جردی، ۱۳۸۸). همچنین یکی از ویژگی های بارز در اختلال سوء مصرف 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<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸؛ به نقل از گارسیا<sup>۴</sup>، پرز<sup>۵</sup>، لوپز<sup>۶</sup>، گارسیا، ۲۰۰۷).

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 (راتر<sup>۷</sup>، ۱۹۹۳، به نقل از کیانی دهکردی و همکاران، ۱۳۸۴). 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، یعقوبی و روشن؛ ۲۰۱۰). در نظریات گذشته، همچون نظریه‌ی شناختی-رفتاری اعتقاد اصلی بر این بود که اختلال یا سوگیری در تفکر موجب اختلال سوء مصرف 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 سوء مصرف 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 دهه‌ها مورد مطالعه قرار گرفته است (کونگر، کاپل و هرمن<sup>۴</sup>، ۱۹۷۲ به نقل از گارلند، کارتر، روبس، 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 (گارلند، کارتر، روبس، و هوارد، ۲۰۱۱). شواهد به دست آمده از همه گیر شناسی و مطالعات بالینی رابطه‌ی قوی بین هیجان و سوء مصرف مواد را نشان می‌دهد. افرادی با آسیب‌های روانی مثل اختلالات خلقی و اضطرابی درجه بالایی از اختلال سوء مصرف مواد را به عنوان اختلال همراه نشان داده‌اند (مریکانگاس، دیرکر و اسزاماری<sup>۶</sup>، ۱۹۹۸؛ 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 (اسچو کیت<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 برانگیزاننده برای عود اعتیاد نیز محسوب می‌شود (براون<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵ 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 سوء مصرف 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 (براون، ۱۹۹۰؛ تات، ۲۰۰۶ و ۲۰۰۸؛ به نقل از کول و همکاران، ۲۰۱۰).

همچنین، روبه‌رو شدن با استرس‌ورهای اجتماعی-محیطی ممکن است افراد در حال ترک را که آسیب‌پذیر نیز هستند، در برابر برگشت و عود تسلیم سازد (دیاس فریرا<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۹؛ به نقل از گارلند، کارتر، روپس، هاوارد<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۱). تحقیقات بالینی پیشنهاد می‌کنند که کاهش استرس برای درمان اعتیاد موثر است. بنابراین، روشن ساختن عواملی که در تعامل بین استرس (در پژوهش حاضر، سه مقوله‌ی استرس، اضطراب و افسردگی) و سوء مصرف مواد هستند در شناسایی درمان مناسب و مفید خواهد بود (بریاند و بلندی، ۲۰۰۹). در این چارچوب باید گفت که برخی از پژوهش‌ها فراشناخت را به عنوان میانجی رابطه‌ی بین هیجانات منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) با سوء مصرف مواد در نظر گرفته‌اند (از جمله تحقیقات اسپادا، نیکسویس، مونتاو و لوز<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۷؛ مونتا، ۲۰۱۱؛ سائند، یعقوبی و روشن، ۲۰۱۰؛ اسپادا و لوز، ۲۰۰۸؛ گارلند، کارتر، روپس و هاوارد، ۲۰۱۱). این امر برگرفته از نظریه‌ی خودتنظیمی عملکرد اجرایی ولز و مونتو (۱۹۹۴) است. این نظریه اولین نظریه‌ای بود که عوامل فراشناختی چند گانه را به عنوان عنصر کنترل کننده در پردازش اطلاعات که در ایجاد و پایداری اختلالات روان شناختی اثر دارد، در نظر گرفت

1. Schuckit  
4. Dewart  
7. Moos  
10. Diassferre

2. Volkow  
5. Mcnall  
8. Tate  
11. Garland, Carter, Ropes, Howard

3. Brown  
6. Ouimette  
9. Cole, Logan & Walker

(اسپادا و همکاران، ۲۰۰۷). این نظریه مطرح می‌سازد که بدعملکردی روانشناختی به‌وسیله الف) افکار تکرار پذیر ب) توجه تثبیت شده و ج) سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار که مشترکاً یک سندرم 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. به‌طور مثال اگرچه سیگار کشیدن به‌طور 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 سوء مصرف 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 شاهرود از تاریخ ۹۰/۱۱/۱ تا ۹۱/۴/۳۰ تشکیل می‌دهند که تشخیص اختلال سوء مصرف 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 متشکل از ۷۲ نفر غیر معتاد که فاقد هرگونه سابقه‌ی سوء مصرف مواد بودند در پژوهش شرکت داده شدند.

## ابزار

۱- مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس: لویباند و لویباند (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 اندازه گیری حالات هیجانی منفی، افسردگی، اضطراب و استرس طراحی شده است (کاستلو<sup>۱</sup> و کامری<sup>۲</sup>، ۱۹۶۷ به نقل از حاجی علی زاده، بحرینیان، نظیری و مدرس غروی، ۱۳۸۸). اعتبار و روایی این آزمون در پژوهش های متعدد مورد بررسی قرار گرفته است. یکی از این پژوهش ها، مطالعه هنجاریابی در نمونه ی ایرانی است (صاحبی، سالاری و اصغری، ۱۳۸۴؛ به نقل از حاجی علی زاده 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 آزمون های افسردگی بک، اضطراب زونگ و استرس ادراک شده بررسی و همسانی درونی خرده مقیاس های 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، پرسشنامه های افسردگی بک، اضطراب زونگ و استرس ادراک 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 ادراک شده ۰/۴۹ گزارش شد (حاجی علی زاده و همکاران، ۱۳۸۸).

۲- پرسشنامه فراشناخت (MCQ-30): این ابزار به منظور سنجش چند عنصر فراشناختی خصیصه ای، که برخی از آن ها نقش محوری در مدل فراشناختی اختلال روانشناختی دارند، طراحی شده است. پرسشنامه فراشناخت یک مقیاس سی سوالی خودگزارشی است که حیطه های فراشناختی زیر را در پنج مقیاس جداگانه اندازه گیری می کند: الف) باورهای مثبت درباره نگرانی مانند "نگرانی به من کمک می کند تا با مسائل مقابله کنم"، ب) باورهای منفی درباره نگرانی که با کنترل ناپذیری و خطر مرتبط هستند. برای مثال، "وقتی نگرانی ام شروع می شود، نمی توانم جلوی آن را بگیرم"، ج) اطمینان شناختی ضعیف برای مثال، "حافظه ی ضعیفی دارم"، د) لزوم کنترل افکار برای مثال، "ناتوانی در

کنترل افکارم، نشانه ضعف من است." (ذ) خود آگاهی شناختی، برای مثال، "به نحوه‌ی کارکرد ذهنم توجه زیادی دارم." (ولز، ۲۰۰۰؛ به نقل از محمدخانی و فرجاد، ۱۳۸۸). این مقیاس بر پایه مدل کارکرد 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 کاملاً 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 کنترل افکار ۰/۷۴ و خود آگاهی شناختی ۰/۸۷ بود (ولز، ۲۰۰۴؛ به نقل از محمدخانی و فرجاد، ۱۳۸۸). در ایران شیرین زاده دستگیری ضریب همسانی آن را به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس‌های 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 خرده-مقیاس‌های آن با کل آزمون در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۸۷ بود (محمدخانی و فرجاد ۱۳۸۸).

## یافته‌ها

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

**جدول ۱: خلاصه‌ی مدل رگرسیون رفتار سوء مصرف مواد بر اساس پیش‌بینی کننده‌ها**

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

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود مقادیر هر دو آماره مربوط به ضریب تعیین پزودو (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 برازش مدل قابل قبول و معنادار است ( $P < 0/001$  &  $52/074$  = مجذور خی). جدول زیر درصد صحیح تفکیک کنندگی متغیرهای پیش بینی کننده در تفکیک دو گروه معتاد و بهنجار را نشان می دهد.

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

| گروه ها | معتاد | بهنجار | درصد صحیح |
|---------|-------|--------|-----------|
| معتاد   | ۷۹    | ۱۸     | ۸۱/۴      |
| بهنجار  | ۲۲    | ۳۹     | ۶۳/۹      |
| کل      | ۱۰۱   | ۵۷     | ۷۴/۷      |

همان طور که در جدول فوق مشاهده می شود ۷۹ نفر از گروه معتاد (۸۱/۴٪) و ۳۹ نفر از گروه بهنجار (۶۳/۹٪) 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 متغیرهای فراشناخت، افسردگی، اضطراب و استرس ارائه کرده است.

**جدول ۳: جدول ضرایب رگرسیون گروه بندی بر اساس متغیرهای فراشناخت، افسردگی، اضطراب**

و استرس

| متغیرها                    | B      | انحراف استاندارد | آماره والد | معداری | Exp(B) |
|----------------------------|--------|------------------|------------|--------|--------|
| باورهای مثبت درمورد نگرانی | -۰/۰۵۴ | ۰/۰۴۹            | ۱/۲۴۲      | ۰/۲۶۵  | ۰/۹۴۷  |
| کنترل ناپذیری و خطرافکار   | -۰/۱۳۲ | ۰/۰۸۱            | ۲/۶۴۶      | ۰/۱۰۴  | ۰/۸۷۷  |
| اطمینان شناختی             | -۰/۰۹۳ | ۰/۰۵۷            | ۲/۷۱۱      | ۰/۱۰۰  | ۰/۹۱۱  |
| نیاز به کنترل افکار        | ۰/۰۵۲  | ۰/۰۷۳            | ۰/۵۱۰      | ۰/۴۷۵  | ۱/۰۵۳  |
| خود آگاهی شناختی           | ۰/۰۲۵  | ۰/۰۶۶            | ۰/۱۳۸      | ۰/۷۱۱  | ۱/۰۲۵  |
| افسردگی                    | -۰/۱۷۰ | ۰/۰۷۴            | ۵/۲۸۴      | ۰/۰۲۲  | ۰/۸۴۴  |
| اضطراب                     | -۰/۱۳۷ | ۰/۰۶۹            | ۳/۹۹۷      | ۰/۰۴۶  | ۰/۸۷۲  |
| استرس                      | ۰/۱۸۵  | ۰/۰۷۸            | ۵/۶۸۷      | ۰/۰۱۷  | ۱/۲۰۴  |
| مقدار ثابت                 | ۲/۳۸۷  | ۱/۱۵۹            | ۴/۲۴۰      | ۰/۰۳۹  | ۱۰/۸۷۹ |

با توجه به جدول فوق خرده مقیاس های افسردگی ( $B = -0/170$  &  $P < 0/05$ )، اضطراب ( $B = -0/137$  &  $P < 0/05$ ) و استرس ( $B = 0/185$  &  $P < 0/05$ ) متغیرهای پیش بینی

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 سوء مصرف مواد باید گفت که نتایج تجزیه تحلیل‌های آماری صورت گرفته مشخص شد که متغیرها قادرند تغییرات متغیر وابسته یعنی رفتار سوء مصرف 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 وابسته رفتار سوء مصرف مواد هستند و توانایی پیش‌بینی آن‌ها معنادار است. در مورد هیجان منفی دو خرده‌مقیاس افسردگی و اضطراب قادر به پیش‌بینی تغییرات متغیر وابسته رفتار سوء مصرف مواد بودند و توانایی 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، نظیری، 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. سوء مصرف 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 مختل است که حاصل آن پیامدهای روان‌شناختی مختلفی مانند اضطراب، استرس، افسردگی و... است. همچنین مونتا (۲۰۱۱) در پژوهش خود سه فرض را مد نظر 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 نشدند و تعامل هیجان و فراشناخت پیش‌بینی کننده‌ی معنادار مثبت در پیش‌بینی وابستگی به الکل نشان داده شد و فرض ج حمایت شد. سائد، یعقوبی، روشن (۲۰۱۰) نشان دادند که میانگین کل زیر گروه‌های باورهای فراشناختی در افراد معتاد 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- مصرف 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 سوء مصرف مواد قرار گرفتند که طی آن متغیر هیجان منفی با سوء مصرف 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:

- ۱- هیجان‌های اضطراب و غمگینی، علائم درونی بنیادینی 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، سندرم شناختی توجهی نامیده می‌شود و شامل نگرانی، نشخوار فکری، پایش تهدید و ... می‌شود که مانع یادگیری انطباقی هستند.
- ۶- سندرم شناختی-توجهی نتیجه‌ی باورهای فراشناختی نادرست است که افکار و حالت‌های هیجانی را کنترل و تفسیر می‌کنند.
- ۷- سندرم شناختی-توجهی 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 سندرم شناختی-توجهی مطرح می‌شود، این هیجان‌ها منفی در افراد تداوم می‌یابند و تبدیل به اختلال می‌شوند و افراد به منظور تعدیل این هیجان‌ها به عنوان خود درمانگری دست به رفتار سوء-مصرف مواد می‌زنند. در این صورت فراشناخت رابطه‌ی بین هیجان و رفتار سوء مصرف مواد را میانجیگری می‌کند.

## منابع

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

خدادادی، آرش و اختیاری، حامد. (۱۳۸۸). معیارهای تحریک پذیری قشری، ابزار عینی برای شناخت نحوه تأثیر مواد مورد سوء مصرف ید شمی مغز. *فصل نامه ی اعتیاد*، ۳(۹)، کیانی دهکردی، منصوره؛ رفیعی، حسن؛ سمیعی؛ مرسته؛ کریم لو، مسعود؛ دولت شاهی، بهروز و بینا زاده، محمد. (۱۳۸۴). تاب آوری در برابر وابستگی به مواد در پسران مردان وابسته و غیر وابسته. *مجله ی پژوهش حکیم*، ۸(۲)، ۳۶-۳۱

محمد خانی، شهرام و فرجاد، مریم. (۱۳۸۸). رابطه باورهای فرا شناختی و راهبردهای کنترل فکری علائم و سواسی غیر بالینی، *مجله روانشناسی بالینی*، ۱(۳) ۵۱-۳۵

ولز، آدریان. (۱۳۸۸). *راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی*. ترجمه ی شهرام محمد خانی. تهران: انتشارات ورا ی دانش.

- Allen, T. H. (2009). *Religiosity, Spirituality, and Substance Abuse*. Unpublished dissertation, University of Alabama
- Briand, L. A, B1endy, J. A. (2009). Molecular and genetic substrates linking stress and addiction. *Journal of Brain 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.