

نقش سرکوب فکر، عوامل فراشناختی و هیجانات منفی در پیش بینی اختلال وابستگی به مواد

امید ساعد^۱، سمیه پوراحسان^۲، جلیل اصلانی^۳، محمد زرگر^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۹/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۱۲/۲۲

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر بررسی نقش سرکوب فکر، عوامل فراشناختی، و هیجانات منفی در پیش‌بینی اختلال وابستگی به مواد است. **روش:** طرح تحقیق از یک نگاه از نوع همبستگی و با توجه به هدف دیگر علی-مقایسه ای است. آزمودنی های پژوهش ۷۰ نفر از افراد مبتلا به اختلال وابستگی به مواد و ۷۰ نفر از افراد عادی (جمعاً ۱۴۰ نفر) بودند. افراد وابسته به مواد از میان مردان مراجعه کننده به مراکز درمان سرپایی انتخاب شدند و نمونه عادی نیز از جمعیت عمومی انتخاب شد. روش نمونه گیری در هر دو روش به صورت در دسترس بود. افراد دو گروه به کمک پرسشنامه فراشناخت، سیاهه سرکوب خرس سفید و پرسشنامه‌های اضطراب و افسردگی بک ارزیابی شدند. برای تحلیل داده ها از تحلیل تشخیصی استفاده گردید. **یافته‌ها:** باورهای فراشناختی منفی در مورد نگرانی، افسردگی و سرکوب فکر بیشترین توان پیش بینی معنی دار اختلال وابستگی به مواد را داشتند. **نتیجه گیری:** می توان به کمک عوامل فراشناختی، سرکوب فکر و هیجانات منفی (خصوصاً افسردگی)، اختلال وابستگی به مواد را پیش بینی نمود. بر پایه این الگو می توان یک رویکرد پیشگیرانه از وابستگی به مواد و یک رویکرد روان درمانی بر پایه درمان‌های شناختی و فراشناختی تدارک دید و یافته های این پژوهش را در محیط های بالینی و مشاوره ای برای کمک به افراد وابسته به مواد به کار گرفت.

کلید واژه‌ها: الگوی عملکرد اجرایی خود تنظیمی، باورهای فراشناختی، سرکوب افکار، وابستگی

به مواد

۱. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه تهران. پست الکترونیک:omid_saed@yahoo.com

۲. دانشجوی دکتری روانسنجی دانشگاه علامه طباطبایی

۳. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی

۴. کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه بین المللی امام خمینی قزوین

مقدمه

وابستگی به مواد، یکی از معضلات و نگرانی‌های عمده جهان امروز است. از آنجایی که وابستگی به مواد، اثرات بازدارنده بر رشد و شکوفایی جامعه دارد، تهدیدی جدی و نگران کننده است، و یکی از مهم ترین مشکلات سلامت عمومی در سراسر جهان به شمار می آید (مارگولین^۱، بیتل^۲، الیور^۳ و اوانتس^۴، ۲۰۰۶). در پژوهش‌های مرتبط با وابستگی به مواد، علاوه بر تبیین ابعاد گوناگون این مشکل، سعی شده است متغیرهایی که این اختلال را پیش بینی می کنند نیز کشف شود. یکی از این متغیرهای مهم، عوامل فراشناختی است. با وجود تاکید پژوهش‌های گذشته بر تأثیر عوامل شناختی بر اختلال وابستگی به مواد، با مطرح شدن ابعاد فراشناختی و نظریه عملکرد اجرایی خودتنظیمی^۵ در پژوهش‌های جدیدتر، معلوم شده است که باورهای فراشناختی و سرکوب فکر می تواند زمینه ساز آسیب پذیری افراد در وابستگی به مواد باشند (اسپادا^۶ و ولز^۷، ۲۰۰۶، ۲۰۰۸).

باورهای فراشناختی به باورهایی که فرد در مورد تفکر خود و فرایندهای آن دارد مربوط می شود (ژانک^۸، کالاماری^۹، ریمن^{۱۰} و هفولینگر^{۱۱}، ۲۰۰۳). دو مورد مهم از باورهای فراشناختی که به تداوم سندرم شناختی-توجهی^{۱۲} کمک می کنند عبارتند از: (۱) باورهای فراشناختی مثبت (نگرانی به من کمک می کند تا مشکلاتم را حل کنم) و (۲) باورهای فراشناختی منفی (من هیچ کنترلی بر نگرانی ام ندارم) (ولز، ۲۰۰۹). باورهای فراشناختی، کلید و راهنمایی است که شیوه پاسخ‌دهی افراد به افکار منفی، باورها، علایم و هیجان‌ها را تحت تأثیر قرار می دهد و نیروی محرکه‌ای در پس الگوی تفکر مسموم است که به رنج روانی و هیجانی می انجامد (ولز، ۲۰۰۰، ۲۰۰۹). باورهای فراشناختی عوامل میانجی گر رابطه بین هیجانات و وابستگی به مواد هستند (اسپادا، نیکشویک^{۱۳}، جیوانی^{۱۴} و ولز، ۲۰۰۷، اسپادا، زاندورت^{۱۵} و ولز؛ ۲۰۰۷). طبق رویکرد فراشناختی، وابستگی به مواد

1. Margoline
3. Oliver
5. Self Regulative Executive Function Model
7. Wells
9. Calamari
11. Heffolinger
13. Nikcevic
15. Zandvoort

2. Beitel
4. Avants
6. Spada
8. Janeck
10. Riemann
12. Cognitive Attentional Syndrome
14. Giovanni

در کوتاه‌مدت به‌عنوان یک استراتژی مقابله‌ای سازگارانه برای تنظیم هیجانات منفی عمل می‌کند ولی در بلندمدت ناسازگارانه محسوب می‌شود، زیرا باعث ایجاد وابستگی و تولید هیجانات منفی می‌گردد. اولین تحقیقات در زمینه نقش باورهای فراشناختی در وابستگی به مواد توسط ولز و همکارانش صورت گرفته است. نتایج مطالعات اخیر آن‌ها حاکی از آن است که بین باورهای فراشناختی و وابستگی به مواد رابطه وجود دارد (ولز، ۲۰۰۹). در یک مطالعه همبستگی که بر روی افراد دچار اختلال وابستگی به مواد صورت گرفته است (اسپادا و همکاران، ۲۰۰۷)، مشخص شد که بین باورهای فراشناختی و وابستگی به مواد رابطه وجود دارد، خصوصاً که بین سه عامل فراشناختی باورهای مثبت در مورد نگرانی، باورهای منفی در مورد نگرانی و باورها در مورد اطمینان شناختی پایین با وابستگی به مواد رابطه مثبت و معناداری وجود داشت و در مورد دو مقیاس بعدی باورها در مورد نیاز به کنترل فکر و باورها در مورد خودآگاهی شناختی این رابطه ضعیف بود. همچنین در دو پژوهش مقدماتی دیگر (اسپادا و همکاران، ۲۰۰۷؛ اسپادا و ولز، ۲۰۰۸) یافته‌ها نشان دادند که افراد وابسته به مواد در مقایسه با افراد بهنجار در باورهای فراشناختی نمرات بالاتری را گزارش کردند.

در زمینه نقش سرکوب فکر^۱، هیجانات منفی و ارتباط آن‌ها با وابستگی به مواد نیز مطالعاتی صورت گرفته است. مثلاً شیفمن^۲ (۱۹۹۳) در پژوهش خود نشان داده است که افراد وابسته به مواد، هنگامی که به هیجانات منفی مثل اضطراب و افسردگی دچار می‌شوند، بیشتر به مصرف مواد تمایل دارند. پژوهش‌های دیگر نیز به وفور، ارتباط میان هیجانات منفی و وابستگی به مواد را نشان داده‌اند (برسلاو^۳، ۱۹۹۵؛ برسلاو، نواک^۴ و کسلر^۵، ۲۰۰۴؛ دیرکر^۶، اونولی^۷، استالر^۸ و مریکانگاس^۹، ۲۰۰۲). موراون^{۱۰}، کولینز^{۱۱} و نین‌هاوس^{۱۲} (۲۰۰۲) در پژوهش خود نشان دادند که معتادانی که بیشتر از سرکوب فکر سود می‌جویند، بیش از بقیه دچار وسوسه می‌شوند و مواد مصرف می‌کنند. پالفای^{۱۳}،

1. Thought suppression
4. Novak
7. Avenevoli
10. Muraven
13. Palfai

2. Shiffman
5. Kessler
8. Stolar
11. Collins

3. Breslau
6. Dierker
9. Merikangas
12. Nienhaus

مونتی^۱، کولبی^۲ و روسی نو^۳ (۱۹۹۷) نشان دادند که سرکوب افکار مربوط به نوشیدن مشروبات الکلی در افراد الکلی، به طور تناقض آمیزی باعث شد که آن‌ها در مورد مصرف الکل نظر مثبت تری داشته باشند و در پاسخ دادن به گزینه‌های مثبت در مورد الکل (الکل سبب می‌شود که من شاد باشم) نسبت به گروه کنترل واکنش سریع تری نشان دهند. هم‌چنین سالکوفسکیس^۴ و رینولدز^۵ (۱۹۹۴) در پژوهش خود نشان دادند که افراد وابسته به نیکوتین (افراد سیگاری) که از سرکوب فکر سود می‌جویند، نسبت به افرادی که از توجه‌برگردانی و تمرین تنفس استفاده کرده بودند، بیشتر دچار افکار مزاحم و اشتغال ذهنی شده و به سیگار روی آوردند.

آنچه انجام پژوهش حاضر را ضروری ساخته، اهمیت بعد درمانی و پیشگیرانه عامل ترکیبی باورهای فراشناختی ناکارآمد، تمایل مزمن سرکوب فکر، و هیجانات منفی در بحث اعتیاد است. پژوهش حاضر قصد دارد تا به طور نسبتاً جامعی نقش پیش‌بینی کننده عوامل فراشناختی، هیجانی و تمایل به سرکوب فکر را در دستیابی به یک الگوی پیش‌بینی برای اختلال وابستگی به مواد با به کارگیری الگوی آماری تحلیل تشخیص نمایان سازد. با مشخص کردن متغیرهایی که باعث وابستگی به مواد می‌شوند، می‌توان زمینه را برای پژوهش‌های آزمایشی و مداخله‌ای بعدی فراهم کرد و پیشگیری موثرتری را در این زمینه به عمل آورد.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح تحقیق از یک نگاه از نوع همبستگی و با توجه به هدف دیگر علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه مردان وابسته به مواد بوده که به مراکز درمان سرپایی «ملت دوست» و «بهجو» مراجعه می‌کردند. همچنین افراد غیر وابسته شامل کارکنان و افراد عادی مراجعه کننده به همان مراکز (همراهان بیمار) و همچنین کارکنان دانشگاه شاهد بودند. روش نمونه‌گیری در این تحقیق نمونه‌گیری در دسترس بوده است. در این مطالعه حجم نمونه ۱۴۰ نفر (گروه بالینی ۷۰ نفر و گروه بهنجار ۷۰ نفر) به روش نمونه‌گیری در

دسترس انتخاب شدند. ملاک های ورود بیماران به پژوهش عبارت بودند از: دارا بودن ملاک های تشخیصی ذکر شده در راهنمای تجدیدنظر شده تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای اختلال وابستگی به مواد با تشخیص روان شناس بالینی و روان پزشک خود مرکز، داشتن حداقل ۲۰ سال و حداکثر ۴۰ سال سن، داشتن حداقل یک سال سابقه وابستگی به مواد، دارا بودن حداقل سطح تحصیلات دیپلم، داشتن حداکثر یک ماه سابقه ترک مواد. قبل از هر چیز افراد وابسته به مواد توسط روانپزشک مرکز، معاینه و توسط روانشناس بالینی خود مرکز مورد مصاحبه بالینی قرار می گرفتند. در صورت تشخیص اختلال وابستگی به مواد، افراد در جریان اهداف کلی پژوهش قرار گرفته و بعد از کسب رضایت از آن ها درخواست شد که به سوالات پرسشنامه های تعبیه شده پاسخ دهند. گروه مقایسه نیز با در نظر گرفتن خصوصیات سن، جنس و تحصیلات با گروه بیمار همتا شده بودند.

ابزار

۱. پرسشنامه فراشناخت^۱: این ابزار یک مقیاس متشکل از چند پارامتر فراشناختی است و دامنه وسیعی از شواهد تجربی در حمایت از تئوری فرا شناخت مبتنی بر تحقیقاتی است که با استفاده از همین پرسشنامه صورت گرفته است. این پرسشنامه بر اساس مدل S-REF (ولز^۲ و متیوس^۳، ۱۹۹۶) ساخته شده است و دارای ۳۰ گزینه و ۵ خرده مقیاس است و گزینه های آن از طریق مقیاس چهار درجه ای لیکرت (۱ = کاملاً مخالفم تا ۴ = کاملاً موافقم) محاسبه می شوند. در واقع این مقیاس فرم کوتاه شده پرسشنامه فرا شناخت (فرم ۶۵ سئالی؛ کارت^۴ و ولز، ۱۹۹۷) است. این پرسشنامه ابعاد فراشناختی را در پنج خرده مقیاس جداگانه بررسی می کند که عبارتند از: باورهای مثبت در مورد نگرانی^۵، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر افکار^۶، اطمینان شناختی پایین^۷، نیاز به کنترل افکار^۸،

1. Meta Cognition Questionnaire (MCQ). 30
3. Mathews
5. Positive beliefs about worry
7. Low cognitive confidence

2. Wells
4. Cart
6. Uncontrollability and danger of thoughts
8. Need to thought control

خودآگاهی شناختی^۱ (ولز و کارت، ۲۰۰۴). ویژگی های روان سنجی این مقیاس در نمونه ایرانی نیز مورد بررسی قرار گرفته است (شیرین زاده، ۱۳۸۷). در تحقیق شیرین زاده، ساختار عاملی پرسشنامه بر اساس تحلیل عامل اکتشافی و به روش تحلیل مؤلفه های اصلی با استفاده از چرخش واریماکس بدست آمد و جهت انجام تحلیل عاملی از یک نمونه ۲۵۰ نفری استفاده شد و در این مطالعه نیز همان پنج عامل شناسایی شد. به منظور بررسی روایی همزمان، از اجرای همزمان این پرسشنامه و پرسشنامه اضطراب صفتی اسپیلبرگر استفاده شد، که همبستگی مقیاس فرا شناخت با پرسشنامه اضطراب صفت اسپیلبرگر ۰/۴۵ بوده است. برای تعیین اعتبار همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس ها بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ بود که نشان دهنده اعتبار مطلوب کل مقیاس و خرده مقیاس ها است. اعتبار مقیاس به روش باز آزمایی برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای خرده مقیاس های کنترل ناپذیری و خطر ۰/۵۹، باورهای مثبت ۰/۸۳، خودآگاهی شناختی ۰/۸۱، اطمینان شناختی پایین ۰/۶۴ و نیاز به کنترل فکر ۰/۶۵ بدست آمده است که در کل ضرایب اعتبار حاصل نشان دهنده اعتبار مطلوب پرسشنامه و خرده مقیاس های آن می باشد (شیرین زاده، ۱۳۸۷).

۲. سیاهه سرکوب خرس سفید^۲: سیاهه سرکوب خرس سفید (وگنر^۳ و زاناکاس^۴، ۱۹۹۴)، ۱۹۹۴)، یک سیاهه ۱۵ ماده ای است که برای سنجش تمایل به سرکوب فکر ساخته شده است. دامنه پاسخ به هر ماده این سیاهه از ۱ تا ۵ است. این آزمون از روایی پیش بین و همگرایی خوبی برخوردار است (وگنر و زاناکاس، ۱۹۹۴). همچنین دارای همسانی درونی و اعتبار باز آزمایی خوبی است و ضرایب باز آزمایی آن از ۰/۸۷ تا ۰/۸۹ گزارش شده است (وگنر و زاناکاس، ۱۹۹۴؛ موریس^۵، مرکل باخ^۶، هورس لنبرگ^۷، ۱۹۹۶). اعتبار این مقیاس در این تحقیق توسط پژوهشگر، به دو روش همسانی درونی و باز آزمایی بررسی شد. ضریب آلفای کرونباخ در نمونه وابسته به مواد ۰/۸۷، در نمونه غیر بالینی ۰/۹۰ و در کل نمونه ۰/۸۹ و ضریب اعتبار باز آزمایی آن در نمونه بالینی ۰/۵۳ بود.

1. Cognitive self consciousness

3. Wegner

5. Muris

7. Horselenberg

2. White Bear Suppression Inventory

4. Zanakos

6. Merckelbakh

۳. پرسشنامه اضطراب بک^۱: این پرسشنامه بر اساس ۲۱ نشانه اضطرابی تنظیم شده است و بر طبق مقیاس لیکرت (نمره صفر تا سه برای هر سوال) نمره گذاری می شود. نمرات بالاتر اضطراب بیشتر را نشان می دهد. بک^۲، اپستین^۳، براون^۴ و استیر^۵ (۱۹۸۸)، ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ گزارش نمودند. اعتبار این آزمون از طریق بازآزمون چهار هفته ای و روش همسانی درونی بدست آمده است. اعتبار پرسشنامه به روش بازآزمون، ۰/۸۳ و اعتبار آزمون به روش همسانی درونی برابر با ۰/۸۹ بود. همچنین روایی این آزمون به صورت محاسبه همبستگی میان طبقه ای^۶ بین دو متغیر نمرات حاصل از این پرسشنامه و ارزیابی متخصصین بالینی پیرامون میزان اضطراب افراد در جمعیت مضطرب برابر با ۰/۷۲ بود و این یافته ها نشان می دهد که این پرسشنامه از روایی و اعتبار مطلوبی برخوردار است (کاویانی و موسوی، ۱۳۸۷).

۴. پرسشنامه افسردگی بک^۷: این پرسشنامه در دهه ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ توسط بک و به منظور سنجش و ارزیابی وجود یا عدم وجود افسردگی و نیز شدت آن در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است (بک، استیر و گاربین^۸، ۱۹۸۸). این پرسشنامه دارای ۲۱ پرسش است که هر پرسش آن چهار گزینه (۰، ۱، ۲، ۳) دارد. آزمودنی ها با کشیدن دایره دور شماره ای که با احساسشان در آن هفته مناسب تر است، به سوال ها پاسخ می دهند. این پرسشنامه نشانه های انگیزشی و شناختی، جسمانی و نباتی افسردگی را بررسی می کند. بک، استیر و گاربین (۱۹۸۸)، همسانی درونی را بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ گزارش نموده اند. در ایران نیز روایی همزمان و اعتبار باز آزمایی این آزمون محاسبه شده است و مقدار همبستگی در روایی همزمان ۰/۷۰، همسانی درونی ۰/۸۱ و اعتبار باز آزمایی ۰/۷۷ گزارش شده است (کاویانی، ۱۳۸۷).

یافته ها

نتایج میانگین و انحراف استاندارد در متغیرهای مورد مطالعه (باورهای مثبت در مورد نگرانی، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر افکار، اطمینان شناختی پایین، نیاز به

1. Beck Anxiety Questionnaire
3. Epstein
5. Steer
7. Beck Depression Questionnaire

2. Beck
4. Brown
6. Intra-class
8. Garbin

نقش سرکوب فکر، عوامل فرآشناختی و هیجانات منفی در پیش بینی اختلال وابستگی به مواد...

کنترل افکار، خودآگاهی شناختی، تمایل به سرکوب فکر، اضطراب و افسردگی) به تفکیک گروه در جدول ذیل آمده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه

| میانگین (انحراف استاندارد) | | متغیرها |
|----------------------------|----------------|----------------------------|
| افراد عادی | وابسته به مواد | |
| (۳/۹۲)۱۳/۲۵ | (۵/۰۳) ۱۵/۲۸ | باورهای مثبت در نگرانی |
| (۳/۵۴)۱۲/۷۵ | (۳/۸۱) ۱۷/۹۹ | باورهای منفی کنترل ناپذیری |
| (۳/۶۶)۱۱/۰۴ | (۴/۲۹) ۱۳/۰۲ | اطمینان شناختی پایین |
| (۳/۶۱)۱۴/۷۹ | (۳/۳۸) ۱۹/۰۲ | نیاز به کنترل افکار |
| (۳/۴۷)۱۶/۳۹ | (۲/۵۸) ۱۹/۰۲ | خودآگاهی شناختی |
| (۳/۲۱)۱۷/۰۶ | (۳/۳۳) ۱۹/۳۰ | تمایل به سرکوب فکر |
| (۷/۹۹)۱۰/۹۵ | (۱۰/۶۹) ۱۸/۵۹ | اضطراب |
| (۷/۷۷)۹/۵۳ | (۸/۵۱) ۱۹/۳۰ | افسردگی |

همانگونه که در جدول ۱ ارائه شده است، میانگین نمرات افراد وابسته به مواد در متغیرهای مورد مطالعه (فاکتورهای فرا شناختی، سرکوب فکر و هیجانات منفی از قبیل اضطراب و افسردگی) بیشتر از نمرات افراد عادی است.

جدول ۲: یافته‌های تحلیل واریانس برای ۸ متغیر همراه با لامبدای ویلکز و سطح معناداری آنها (۱۴۰ نفر)

| سطح معناداری | مقدار F | لامبدای ویلکز | درجه | | متغیرها |
|--------------|---------|---------------|---------|---------|---|
| | | | آزادی ۲ | آزادی ۱ | |
| ۰/۰۰۹ | ۷/۰۶۱ | ۰/۹۵۱ | ۱۳۸ | ۱ | ۱. باورهای مثبت دشر مورد نگرانی |
| ۰/۰۰۱ | ۷۰/۹۱۲ | ۰/۶۶۱ | ۱۳۸ | ۱ | ۲. باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر افکار |
| ۰/۰۰۴ | ۸/۵۹۲ | ۰/۹۴۱ | ۱۳۸ | ۱ | ۳. اطمینان شناختی پایین |
| ۰/۰۰۱ | ۴۰/۷۵۴ | ۰/۷۷۲ | ۱۳۸ | ۱ | ۴. نیاز به کنترل افکار |
| ۰/۰۰۱ | ۲۳/۹۳۹ | ۰/۸۵۲ | ۱۳۸ | ۱ | ۵. خودآگاهی شناختی |
| ۰/۰۰۱ | ۱۵/۷۵۸ | ۰/۸۹۸ | ۱۳۸ | ۱ | ۶. تمایل به سرکوب فکر |
| ۰/۰۰۱ | ۲۲/۹۱۸ | ۰/۵۵۸ | ۱۳۸ | ۱ | ۷. اضطراب |
| ۰/۰۰۱ | ۵۰/۲۲۵ | ۰/۷۷۳ | ۱۳۸ | ۱ | ۸. افسردگی |

نتایج جدول ۲ بیانگر این مطلب است که میانگین ۸ متغیر فوق، در گروه وابسته به مواد به طور معناداری بیش از گروه افراد عادی می باشد، به عبارتی افراد گروه وابسته به مواد در ۸ متغیر، نمرات بیشتری را نسبت به افراد گروه عادی کسب کرده اند.

برای بررسی اینکه آیا هشت متغیر پیش بین (باورهای مثبت در مورد نگرانی، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر افکار، اطمینان شناختی پایین، نیاز به کنترل افکار، خودآگاهی شناختی، تمایل به سرکوب فکر، اضطراب و افسردگی) می‌توانند با صحت بالا تفکیکی بین دو گروه قائل شوند از تحلیل تشخیصی به شرح ذیل استفاده شد.

جدول ۳: خلاصه یافته‌های آزمون تابع همراه با مقدار ویژه و تحلیل لامبدای ویلکز تابع تشخیص در دو گروه

| تابع | مقدار ویژه ^۱ | لامبدای ویلکز | خی دو | درجه آزادی | سطح معناداری |
|------|-------------------------|---------------|-------|------------|--------------|
| ۱ | ۰/۸۲ | ۰/۵۵ | ۸۰/۱۵ | ۸ | ۰/۰۰۱ |

قابل ذکر است که در تحلیل تشخیص همزمان، ۸ متغیر پیش بین با هم وارد تحلیل شده‌اند و در این روش پس از ارائه، همه متغیرها در تحلیل باقی ماندند. مقدار لامبدای ویلکز، مقدار عدم پیش بینی متغیر وابسته توسط متغیر مستقل را نشان می‌دهد که هر چه کوچکتر باشد، بهتر است. لذا جدول ۳ نشان می‌دهد که تابع تشخیص بدست آمده می‌تواند به طور معنادار گروه افراد وابسته به مواد و گروه افراد عادی را از هم متمایز سازد ($P < 0/001$).

جدول ۴: خلاصه شاخص‌های "تابع تشخیص" متعارف به روش تحلیل تشخیص همزمان (برای ۸ متغیر) و گام به گام (برای ۳ متغیر)

| شاخص‌های تابع تشخیص متعارف | تحلیل همزمان | تحلیل گام به گام |
|---|--------------|------------------|
| لامبدای ویلکز | ۰/۵۵ | ۰/۵۷ |
| مجذور خی دو | ۸۰/۱۵ | ۷۴/۷۷ |
| درجه آزادی | ۸ | ۳ |
| سطح معناداری تابع | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ |
| تعداد تابع | ۱ | ۱ |
| مقدار ویژه | ۰/۸۱۹ | ۰/۷۲۰ |
| درصد واریانس | ۱۰۰ | ۱۰۰ |
| همبستگی متعارف | ۰/۶۷۱ | ۰/۶۴۹ |
| مجذور اتا | ۰/۴۵ | ۰/۴۳ |
| مرکزواره ^۲ نمره‌ها برای نمونه بالینی | ۰/۸۹۸ | ۰/۸۴۸ |
| مرکزواره نمره‌ها برای نمونه عادی | -۰/۸۹۸ | -۰/۸۴۸ |
| پیش بینی عضویت گروهی | ٪۸۳/۶ | ٪۸۰ |
| سطح معنی داری | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ |

۱. مقدار ویژه، قدرت "تمیز قائل شدن تابع تشخیص بین طبقات" را نشان می‌دهد.

همبستگی متعارف که رابطه خطی چندگانه میان متغیرهای پیش بین را نشان می دهد، مقدار آن در تحلیل همزمان و گام به گام به ترتیب ۰/۶۷۱ و ۰/۶۴۹ می باشد و مجذورات نشان دهنده مقدار مجذور ضریب متعارف می باشد (جدول ۴) و در تحلیل همزمان و گام به گام به ترتیب ۰/۴۵ و ۰/۴۳ است؛ یعنی که روش تحلیل همزمان (با ۸ متغیر) و روش تحلیل گام به گام (با ۳ متغیر)، به ترتیب ۴۵ و ۴۳ درصد واریانس اختلال وابستگی به مواد (پیش بینی عضویت صحیح افراد در گروه) را تبیین می نماید. طبق پیش بینی عضویت گروهی در تحلیل همزمان و گام به گام به ترتیب ۸۳ و ۸۰ درصد افراد به درستی در گروه‌ها طبقه بندی شده اند. در تحلیل تشخیص همزمان از ۱۴۰ نفر، ۱۱۷ نفر (۶۰ نفر از گروه افراد وابسته به مواد و ۵۷ نفر از گروه افراد عادی) به درستی در گروه هایشان جای داده شدند. با توجه به مرکز واره‌های بدست آمده برای دو گروه (جدول ۴)، چنانچه نمره تشخیص بدست آمده در این معادله مثبت باشد، پیش بینی می شود که فرد در گروه وابسته به مواد جای بگیرد و اگر منفی باشد، پیش بینی می شود که فرد در گروه افراد عادی جای داشته باشد.

جدول ۵: ضرایب استاندارد، غیر استاندارد و ضرایب ساختاری تابع تشخیص به روش همزمان (برای ۸ متغیر پیش بین) و روش گام به گام (برای ۳ متغیر)

| متغیرهای پیش بین | به روش همزمان | | به روش گام به گام برای ۳ متغیر پیش بین | |
|-------------------------------|---------------|---------------|--|---------------|
| | استاندارد | غیر استاندارد | استاندارد | غیر استاندارد |
| باورهای مثبت در نگرانی | -۰/۱۴۷ | -۰/۰۳ | ..... | ..... |
| باورهای منفی در کنترل ناپذیری | ۰/۴۶۶ | ۰/۱۲۰ | ۰/۱۴۸ | ۰/۵۴۶ |
| اطمینان شناختی پایین | -۰/۰۷ | -۰/۰۲ | ..... | ..... |
| نیاز به کنترل افکار | ۰/۲۵ | ۰/۰۷ | ..... | ..... |
| خودآگاهی شناختی | ۰/۲۲ | ۰/۰۷ | ..... | ..... |
| تمایل به سرکوب فکر | ۰/۳۲ | ۰/۱۰ | ۰/۱۳۹ | ۰/۴۵۵ |
| اضطراب | -۰/۰۶ | -۰/۰۰۷ | ..... | ..... |
| افسردگی | ۰/۵۱ | ۰/۰۶ | ۰/۶۳ | ۰/۵۱۲ |
| (مقدار ثابت) | ..... | -۶/۳۱ | -۵/۷۱ | ..... |

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می شود ضرایب استاندارد در تابع تشخیص به روش گام به گام، نشان می دهد که از بین ۸ متغیر، ۳ متغیر شامل باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر افکار، افسردگی و تمایل مزمن به سرکوب فکر که به ترتیب دارای ضرایب استاندارد ۰/۵۴۶، ۰/۵۱۲ و ۰/۴۵۵ هستند، بیش از بقیه، در پیش بینی اختلال وابستگی به مواد و در توانایی تشخیص بین طبقات سهم داشتند.

همچنین از طریق ضرایب غیر استاندارد و اعداد ثابت، می توان به روش همزمان (برای ۸ متغیر) یا به روش گام به گام (برای ۳ متغیر)، معادله پیش بین تابع تشخیص را حساب کرد. با قرار دادن نمره های هر فرد در تابع، می توان نمره پیش بینی کننده او را به دست آورد؛ چنانچه نمره تشخیص بدست آمده مثبت باشد، پیش بینی می شود که فرد متعلق به گروه وابسته به مواد است، ولی اگر منفی باشد، پیش بینی می شود که آن فرد متعلق به گروه افراد عادی (گروه غیر بالینی) است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش سرکوب فکر، عوامل فرا شناختی و هیجانات منفی در پیش بینی اختلال وابستگی به مواد بود. یافته ها نشان دادند که هر چه فرد دارای باورهای فراشناختی ناکارآمد و هیجانات منفی بیشتری باشد و تمایل بیشتری به سرکوب فکر از خود نشان دهد، احتمال اینکه در آینده به سمت وابستگی به مواد گرایش پیدا کند یا به این اختلال دچار شود بالاتر است. این یافته ها با برخی پژوهش های انجام شده (اسپادا و همکاران، ۲۰۰۷؛ اسپادا و ولز، ۲۰۰۸؛ برسلاو، ۱۹۹۵؛ برسلاو و همکاران، ۲۰۰۴؛ دیرکر و همکاران، ۲۰۰۲؛ سالکوفسکیس و رینولدز، ۱۹۹۴) هماهنگ است. هم چنین از بین عوامل فراشناختی عامل باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر افکار و از بین هیجانات منفی، افسردگی بیش از بقیه در پیش بینی اختلال وابستگی به مواد سهم داشتند. با توجه به این یافته ها می توان گفت که افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد به دلیل باورهای فراشناختی ناکارآمدی که دارند (مثل باورها در مورد نیاز به کنترل فکر یا باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر افکار) دچار آشفتگی هیجانی می شوند. این باورهای

فراشناختی ناکارآمد، باعث می‌شوند که افراد در موقعیت‌های مشکل‌زا، دچار سندرم شناختی-توجهی گردند، که خود شامل ترکیبی از سبک‌های تفکر تکراری، عادات توجهی ناسازگار، نگرانی، اندیشناکی و راهبردها و رفتارهای مقابله‌ای خودنظم‌بخش و ناسازگار است. با فعال شدن سندرم شناختی-توجهی که خود از باورهای فراشناختی ناشی می‌گردد، راهبردهای کنار آمدن (مثل سوء مصرف مواد) فعال می‌گردد، از این رو بیش از پیش زمینه ایجاد و تداوم اختلال وابستگی به مواد در افراد فراهم می‌شود. هم‌چنین نتایج بدست آمده نشان می‌دهد که افراد معتاد نسبت به افراد عادی بیش از اندازه معمول، بر ذهن و افکارشان نظارت می‌کنند و این نظارت بیش از اندازه، به افزایش دسترسی به اطلاعات منفی در مورد خود¹ می‌انجامد و سبب شکست در کنترل افکار می‌گردد. این حالت می‌تواند افراد (وابسته به مواد) را دچار سبک پردازش از نوع عینی گرداند. به عبارتی این افراد تحت تأثیر عامل خودآگاهی شناختی، افکار یا باورهایشان را به عنوان اموری عینی (واقعی) تجربه می‌کنند و آن‌ها را با واقعیت اشتباه می‌گیرند و نسبت به این افکار به شدت واکنش نشان می‌دهند و در این حالت فرد نمی‌تواند بین وقایع، افکار و ادراک‌های درونی و بیرونی تمایز قائل شود.

از طرف دیگر افرادی که به طور مرضی به سرکوب فکر می‌پردازند، بیش از سایر افراد به افکار مزاحم و اشتغال فکری دچار می‌شوند (سالکوفسکیس و رینولدز، ۱۹۹۴) و همین امر تشدید در هیجانات منفی را به دنبال دارد و سبب می‌شود فرد در بلندمدت برای کاهش افکار مزاحم و هیجانات منفی‌اش و کنترل عوامل اخیر، به راهبردهای ناکارآمد از جمله سوء مصرف مواد پناه ببرد و نسبت به اختلال وابستگی به مواد آسیب‌پذیری داشته باشد. پس طبق یافته‌های این پژوهش و پژوهش‌های پیشین، لازم است که در زمینه سبب‌شناسی و درمان اختلال سوء مصرف مواد، به عوامل فراشناختی، عامل سرکوب فکر و هیجانات منفی شامل اضطراب و افسردگی، بیش از پیش بها داده شود، و از آنجا که از بین عوامل فراشناختی عامل باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری و خطر افکار و از بین

1. self

هیجانان منفی، افسردگی بیش از بقیه عوامل در پیش‌بینی اختلال سوء‌مصرف مواد سهم دارند و می‌تواند این اختلال را پیش‌بینی کنند، لازم است که توجه بیشتری به این عوامل مبذول گردد. بر اساس نتایج این مطالعه و طبق مدل فراشناختی و نظریه عملکرد اجرایی خود تنظیمی می‌توان این نکته را استنباط کرد که در فرایند درمان اختلال سوء‌مصرف مواد نباید افکار و باورهای افراد وابسته به مواد را زیر سوال ببریم یا دست به واقعیت‌آزمایی آنها بزنیم، زیرا چنین تلاش‌هایی هدر دادن وقت و انرژی است، بلکه هدف درمان، بررسی و تغییر چگونگی پاسخ‌دهی افراد وابسته به مواد در مورد باورهایشان نسبت فرایندهای شناختی‌شان می‌باشد.

به طور کلی می‌توان گفت که الگوی پژوهش حاضر مورد تایید قرار گرفت و به بیان دیگر می‌توان از روی ابعاد فراشناختی، تمایل به سرکوب فکر و هیجانان منفی (از قبیل اضطراب و افسردگی)، اختلال وابستگی به مواد را پیش‌بینی نمود. هم‌چنین بر پایه این الگو می‌توان یک رویکرد پیشگیرانه از اختلال وابستگی به مواد را بر پایه درمان شناختی و فراشناختی متمرکز بر عوامل فوق فراهم کرد و از این طریق می‌توان اثربخشی درمان و مداخله را در اختلال وابستگی به مواد افزایش داد. روان‌شناسان و متخصصان بالینی در حیطه درمان این اختلال نیز می‌توانند از نتایج این پژوهش بهره گیرند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به انتخاب غیر تصادفی افراد گروه نمونه اشاره کرد که تا حدودی می‌تواند تعمیم‌پذیر بودن یافته‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود محققان بعدی جهت تایید و حمایت بیشتر از این یافته‌ها، نمونه‌هایی در دیگر مراکز ترک اعتیاد انتخاب کنند تا بدین وسیله نقش و سهم باورهای فراشناختی، هیجانان منفی و سرکوب فکر در اختلال سوء‌مصرف مواد بهتر و با اطمینان بیشتری بررسی گردد. اقدام دیگر استفاده از پژوهش طولی و طرح‌های مداخله‌ای برای بررسی نقش عوامل فوق در زمینه‌سازی و تداوم اختلال سوء‌مصرف مواد است. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی نقش وضعیت اقتصادی-اجتماعی، و دیگر اختلالات روان‌پزشکی، در دو گروه وابسته به مواد و عادی بررسی گردد. از لحاظ

کاربردی نیز پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در مورد کارآیی و اثربخشی تکنیک‌های فراشناختی (مثل تکنیک‌های آموزش توجه^۱ و تکنیک‌های خودآگاهی انفصالی^۲) در کاهش اعتیاد و تغییر باورهای فراشناختی ناکارآمد، سرکوب فکر و هیجانات منفی صورت گیرد.

سپاسگزاری

از مسئولین مرکز ترک اعتیاد بهجو (جناب آقای دکتر ابهریان) و مرکز درمان سرپایی ملت دوست (سرکار خانم بشیری) و کارکنان آن مراکز که در این پژوهش ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

شیرین‌زاده دستگیری، صمد (۱۳۸۷). مقایسه باورهای فراشناختی و مسئولیت‌پذیری در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری، اختلال اضطراب منتشر و افراد بهنجار. **مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران**، ۱۴، ۱، ۵۵-۴۶.

کاویانی، حسین (۱۳۸۷). بررسی اعتبار و روایی مقیاس اضطراب و افسردگی (HADS)، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)، فهرست وارسی صفات خلقی (Mood Adjective Checklist)، BDI. در جمعیت بالینی در مقایسه با گروه سالم. گزارش تحقیق، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان روزبه.

کاویانی، حسین؛ موسوی، اشرف‌السادات (۱۳۸۷). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. **مجله دانشکده پزشکی**، ۶۶، ۲، ۱۴۰-۱۳۶.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 56, 893-897.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. **Clinical Psychology Review**, 8, 77-100.

Breslau, N. (1995). Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence. **Behavior Genetics**, 25, 95-101.

Breslau, N., Novak, S. P., & Kessler, R. C. (2004). Psychiatric disorders and stages of smoking. **Biological Psychiatry**, 55, 69-76.

Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. **Journal of Anxiety Disorders**, 11, 279-296.

1. Attention Training Techniques
2. Detached Mindfulness Techniques

- Dierker, L. C., Avenevoli, S., Stolar, M., & Merikangas, K. R. (2002). Smoking and depression: An examination of mechanisms of comorbidity. **The American Journal of Psychiatry**, 159, 947-953.
- Janeck, A. S., Calamari, J. E., Riemann B. C., & Heffolinger, S. K. (2003). Too much Thinking about thinking: Meta cognitive differences in obsessive disorder. **Journal of Anxiety disorders**, 17, 181-195.
- Margoline, A., Beitel, M., Oliver, Z. S., & Avants, K. (2006). A controlled study of a spirituality focoused intervention for increasing motivation for HIV prevention among drug users. **Aids Education of prevention**, 32, 85-102.
- Muraven, M., Collins, R.L., & Nienhaus, K. (2002). Self-control and alcohol restraint: An initial application of the self-control strength model. **Psychology of Addictive Behaviors**, 16, 113-120.
- Muris, P., Merckelbach, H., & Horselenberg, R. (1996). Individual differences in thought suppression. The White Bear Suppression Inventory: factor structure, reliability, validity and correlates. **Behaviour Research and Therapy**, 34, 501-513.
- Palfai, T. P., Monti, P. M., Colby, S. M., & Rohsenow, D. J. (1997). Effects of suppressing the urge to drink on the accessibility of alcohol outcome expectancies. **Behaviour Research and Therapy**, 35, 59-65.
- Salkovskis, P. M., & Reynolds, M. (1994). Thought suppression and smoking cessation. **Behaviour Research and Therapy**, 32, 193-201.
- Shiffman, S. (1993). Assessing smoking patterns and motives. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 61, 732-742.
- Spada, M, M., Nikcevic, V, A. Giovanni, B. Wells, A. (2007). Meta Cognition as a mediator of the relationship between emotion and smoking dependence. **Addictive behaviours**. 32, 2120-2139.
- Spada, M. M., Wells, A. (2006). Meta Cognitions about Alcoho use in Problem drinkers. **Clinical psychology and psychotherapy**.13, 138-143.
- Spada, M, M., Wells, A. (2008). Meta Cognitive beliefs about alcohol use: Development and validation of two self-report scales. **Addictive behaviour**, 33, 515-527.
- Spada, M. M., Zandvoort, M., wells, A. (2007). Meta Cognitions in Problem drinkers. **Clinical psychology and psychotherapy**. 31, 709-716.
- Wells, A. (2000). **Emotional Disorder and Meta-cognition**. Chichester: Jones Willy & Sons.
- Wells, A. (2009). **Meta Cognitive Therapy for Anxiety and depression**. The Guilford press.
- Wells, A., Cart. W. H. (2004). A Short form of the meta cognition questionnaire: Properties of the MCQ- 30, **Behavior and therapy**, 42, 385-396.

- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. **Behaviour Research and Therapy**, 32, 867–870.
- Wegner, D. M. & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. **Journal of Personality**, 62, 615–640.