

نقش متغیرهای شناختی، ابعاد فراشناختی و هیجانات در رفتار سوء مصرف مواد

هدف: هدف این پژوهش، بررسی نقش متغیرهای شناختی، ابعاد فراشناختی و هیجانات در رفتار سوء مصرف مواد مراجعان مراکز درمان سوء مصرف مواد (در شهر بندرعباس) و مقایسه آن با گروه عادی است. **روش:** پژوهش حاضر یک طرح مورد-شاهدی است که در آن ۱۰۰ نفر از سوء مصرف کنندگان مواد با ۱۰۰ فرد عادی که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب، و از نظر برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی تقریباً هم‌تا شده بودند، مقایسه شدند. داده‌ها به کمک پرسشنامه‌های اطلاعات زمینه‌ای، مصاحبه بالینی، پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد، پرسشنامه فراشناخت و پرسشنامه اضطراب، افسردگی، استرس (DASS)، جمع‌آوری و سپس با بهره‌گیری از شاخص‌های آمار توصیفی، آزمون t و ضریب همبستگی پیرسون تحلیل شدند. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان دادند که دو بعد فراشناخت (باورهای مربوط به اطمینان شناختی و کنترل‌ناپذیر بودن افکار) با مصرف مواد رابطه معنادار دارند. همچنین، سوء مصرف کنندگان مواد، اضطراب، افسردگی و استرس بیشتری را تجربه کرده و از نظر شناختی نیز درصد بیشتری از آنها (در مقایسه با گروه شاهد) نگرش‌های ناکارآمد را نشان دادند. همچنین، همبستگی معنادار بین ۴ بعد از ابعاد فراشناخت (اعتمادشناختی، خودآگاهی شناختی، باورهای مثبت و باورهای مربوط به کنترل‌ناپذیری افکار) با پی‌آمدهای روان‌شناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) مشاهده شد. **نتیجه‌گیری:** از دیدگاه فراشناختی، سوء مصرف مواد یک روش مؤثر برای تعدیل سریع رویدادهای شناختی مانند احساسات، افکار یا خاطرات است. بنابراین، این احتمال وجود دارد که رابطه بین هیجان و سوء مصرف مواد به وسیله فراشناخت میانجی‌گری شود. این نتایج می‌تواند حاکی از نقش مهم نظریه فراشناخت در فهم و درمان سوء مصرف مواد باشد.

کلیدواژه‌ها: فراشناخت، هیجانات، نگرش‌های ناکارآمد، سوء مصرف مواد

کبری حاجی‌علیزاده*
کارشناس سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان
دکتر سیدعبدالمجید بحرینیان
دانشیار گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی
دکتر قاسم نظیری
استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات فارس
دکتر مرتضی مدرس غروی
استادیار گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

* نشانی تماس: هرمزگان، بندرعباس، بلوار امام خمینی،
گلشهر جنوبی، خیابان دهقانی، کوچه لاله‌زار، پلاک ۶
Email: kh-alizadeh1359@yahoo.com

The Role of Cognitive Variables, Metacognitive Dimensions and Emotions in Substance Abuse Behaviors

Objective: This research was carried out to assess the role of cognitive variables, metacognitive dimensions and emotions in substance abuse behaviors among subjects referred to the addiction treatment center in the city of Bandar-Abbas, and to compare them with a normal group. **Method:** This is a case-control study in which 100 substance abusers and 100 normal individuals who were selected using convenience sampling, and matched by certain demographic factors, were compared with each other. Data were gathered using a demographic questionnaire, clinical interview, Metacognition (MCQ- 30), dysfunctional attitudes scale (DAS), and Depression Anxiety Stress Scale DASS. Data were analyzed via descriptive statistic method, T-Test, and Pearson correlation coefficient. **Results:** Results indicated that two dimensions of metacognition (negative beliefs about uncontrollability of thoughts and beliefs about cognitive confidence) were significantly associated with substance abuse. Also, substance abusers had experienced more anxiety, depression, and stress and a higher percentage of them in comparison with the normal group, showed dysfunctional attitudes from a cognitive perspective. **Conclusion:** From a metacognitive standpoint, substance abuse is an effective means of rapidly modifying cognitive events such as feelings, thought or memories. Therefore, it is likely that the relationship between emotion and substance abuse is mediated through metacognition. These results seem to suggest that the use of metacognitive theory could be helpful in the understanding and treatment of substance abuse.

Keyword: metacognition, emotions, dysfunctional attitude, substance abuse

Kobra Haji Alizadeh
Masters in Clinical Psychology
Seyed Abdolmajid Bahreinian
PhD in Clinical Psychology, Associate
Professor Shahid Beheshti University of
Medical Science
Ghasem Naziri
PhD in Clinical Psychology, Assistant
Professor Azad University, Fars Science and
Technology Branch
Morteza Modares Gharavi
PhD in Clinical Psychology, Assistant
Professor Mashhad University of Medical
Science

مقدمه

محتوا را برجسته ساخته‌اند و برای مفهوم‌سازی شناخت در نابهنجاری روان‌شناختی چارچوبی پیشنهاد می‌کنند که بر سطح معنا (تیزدل^{۱۵} و برنارد^{۱۶}، ۱۹۹۳) و فراشناخت (ولز و ماتیوس، ۱۹۹۴) تأکید می‌کند.

فراشناخت مفهومی چندوجهی و دربرگیرنده دانش، باورها، فرآیندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی و بر آن نظارت یا آن را کنترل می‌کنند (موسس^{۱۷} و بیرد^{۱۸}، ۲۰۰۲). بیشتر فعالیت‌های شناختی به عوامل فراشناختی‌ای بستگی دارند که بر آنها نظارت دارند و کنترلشان می‌کنند. اغلب نظریه‌پردازان بین دو جنبه فراشناخت، یعنی دانش فراشناختی و نظارت فراشناختی، تمایز اساسی قائل شده‌اند. دانش فراشناختی (که این راهبردها بر آنها تأثیر می‌گذارند) عبارت است از اطلاعات افراد در مورد شناخت خود و راهبردهای یادگیری. نظارت فراشناختی به دامنه‌ای از کارکردهای اجرایی نظیر توجه کردن، کنترل کردن، واری کردن، برنامه‌ریزی کردن و تشخیص خطاها در عملکرد اشاره دارد (ولز، ۲۰۰۰).

طرح نظریه‌های آسیب‌شناسی روانی (بک، ۱۹۷۶) باعث رشد قابل ملاحظه و تنظیم ویژگی‌های شناخت شد. نظریه عملکرد اجرایی ولز و ماتیوس (۱۹۹۴) ابتدا برای عوامل فراشناختی چندگانه مفهوم‌سازی شد. این عوامل، به‌عنوان کنترل مؤلفه‌های پردازش اطلاعات، بر رشد و ابقای اختلالات روان‌شناختی تأثیر می‌گذارند. این نظریه تحت تأثیر رشد مدل‌های خاص اختلال^{۱۹} و پروتکل‌های درمانی اختلال اضطراب منتشر^{۲۰}، فویسای اجتماعی^{۲۱}، وسواس^{۲۲}، اختلال پس از استرس تروماتیک^{۲۳} و افسردگی است. ولز و ماتیوس (۱۹۹۴) در نظریه عملکرد اجرایی خودتنظیمی^{۲۴} (S-REF) پیشنهاد می‌کنند که

امروزه اختلالات مصرف مواد و عواقب وخیم و ناخوشایند آن از مهم‌ترین مشکلات سلامت عمومی در سراسر دنیا به‌شمار می‌رود. این اختلالات با بسیاری از مشکلات جدی پزشکی، روان‌پزشکی، خانوادگی، شغلی، قانونی، مالی، معنوی و اخلاقی رابطه دارند. اختلالات مصرف مواد نه تنها باعث درد و رنج مصرف‌کننده می‌شود، بار و آسیب فراوانی نیز به خانواده تحمیل می‌کند (دالی^۱ و مارلات^۲، ۲۰۰۵).

بر اساس تحقیقات و بررسی‌های انجام‌شده، فرآیندهای اعتیاد تحت تأثیر باورها و نگرش‌های بیماران قرار می‌گیرد (بیرج^۳، استوارت^۴ و زک^۵، ۲۰۰۴). دسته‌ای از مطالعات نشان داده‌اند که پاسخ‌های شناختی و عاطفی افراد بر نگرش آنها منطبق است (فرهودیان، ۱۳۸۱). نگرش‌های ناکارآمد مفروضات و باورهای سوگیرانه‌ای هستند که فرد درباره خود، جهان، محیط و آینده دارد (آبلا^۶ و اسکیتچ^۷، ۲۰۰۷). این نگرش‌ها فرد را مستعد افسردگی و سایر آشفتگی‌های روان‌شناختی می‌کنند. درمان شناختی «بک» یک نظام روان‌درمانی است که تلاش می‌کند با اصلاح تفکر معیوب یا خطادار، و عقاید ناسازگارانه‌ای که زیربنای این واکنش‌ها هستند، واکنش‌های فزاینده عاطفی و رفتار خودتخدیری را کاهش دهد (بک^۸، ۱۹۷۶؛ بک، راش^۹، شاو^{۱۰} و امری^{۱۱}، ۱۹۷۹؛ به نقل از بک و رایت، ۱۳۸۰). علاوه بر این، درمان‌های شناختی اعتیاد بر کمک به بیمار در کسب مهارت‌های مقابله‌ای لازم برای مدیریت موقعیت‌های خطرناک و درمان اختلالات روان‌شناختی همراه اعتیاد تمرکز دارند.

از طرف دیگر، با این که مدل‌های شناختی اعتیاد نقش باورها و نگرش‌ها را در سوء مصرف مواد نشان داده‌اند، اما در مورد مکانیسم‌هایی که باورها از طریق آنها بر کنترل پردازش شناختی تأثیر می‌گذارند، توضیحی نمی‌دهند. شماری از نظریه‌های اخیر (ولز^{۱۲} و ماتیوس^{۱۳}، ۱۹۹۴؛ ولز و پوردن^{۱۴}، ۱۹۹۹؛ ولز، ۲۰۰۰) محدودیت‌های رویکرد شناخت‌درمانی مبتنی بر

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 1- Dallay | 2- Marlatt |
| 3- Birch | 4- Stewart |
| 5- Zack | 6- Abela |
| 7- Skitch | 8- Beck |
| 9- Rush | 10- Shaw |
| 11- Emery | 12- Wells |
| 13- Matthews | 14- Purdon |
| 15- Teasdale | 16- Barnard |
| 17- Moses | 18- Baird |
| 19- disorder-specific | 20- Generalized Anxiety Disorder |
| 21- Social Phobia | 22- Obsessive-Compulsive Disorder |
| 23- Post-Traumatic Stress Disorder | |
| 24- Self-Regulation Executive Function (S-REF) | |

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع کاربردی و از نظر نحوه جمع‌آوری داده‌ها از نوع غیرآزمایشی است. جامعه آماری این پژوهش شامل افرادی (مذکر) می‌شد که از خرداد تا مهر ۸۶ برای ترک اعتیاد به مراکز درمانی (دولتی و خصوصی) سوء مصرف مواد شهر بندرعباس مراجعه کرده بودند. به منظور انتخاب مبتلایان به سوء مصرف مواد، ابتدا با استفاده از ملاک‌های کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ (DSM-IV) با آزمودنی‌ها مصاحبه شد و افرادی که واجد ملاک‌های فوق نبودند، از آزمایش کنار گذاشته و بقیه وارد جامعه آماری شدند. روش نمونه‌گیری در دسترس بود. یک گروه یکصد نفری از این افراد، جامعه آماری و ۱۰۰ نفر بدون هیچ‌گونه وابستگی یا سوء مصرف مواد گروه شاهد را تشکیل دادند. ابتدا دو گروه براساس متغیرهای کنترل سن، جنس، تحصیلات (کاملاً یا تقریباً) همتا و سپس انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش

۱- پرسشنامه مشخصات عمومی

این پرسشنامه به منظور تعیین مشخصات افراد و کسب اطلاعات در مورد سوابق آنان تهیه شده است. از آزمودنی‌ها خواسته شد تا اطلاعات شخصی‌شان (سن، تحصیلات، شغل و وضعیت تأهل) را در پرسشنامه درج کنند. در مورد سوء مصرف کنندگان مواد، اطلاعات مربوط به مقدار مصرف روزانه دارو (به گرم)، تعداد دفعات بازگشت و عود، نوع ماده مصرفی و سن شروع اعتیاد نیز جمع‌آوری شد.

۲- مقیاس نگرش‌های ناکارآمد^۲

مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS) را بک و وایسمن^۳ (۱۹۷۸) تنظیم کردند. این پرسشنامه براساس نظریه شناختی بک

برای هدایت شناخت و رفتار، دانش فراشناختی به صورت یک طرح اساسی مفهوم‌سازی شده است، اما در اختلال روان‌شناختی به تداخل راهبردهای رفتاری و شناختی با خودتنظیمی می‌انجامد. دانش فراشناختی به باورها و نظریه‌های افراد در مورد شناخت و حالات هیجانی‌شان (نظیر باورهای آنها در مورد معنای خاصی از افکار و اثربخشی حافظه و کنترل شناختی) اشاره دارد. یک اصل اساسی نظریه عملکرد/اجرایی خودتنظیمی، مشارکت این باورها و تجارب (فراشناخت‌ها)، در تداوم اشکال غیرانطباقی مقابله است. این نظریه در حال رشد، از وجود ارتباط میان ابعاد فراشناختی افراد با شمار زیادی از اختلالات روان‌شناختی (نظیر افسردگی، اضطراب منتشر و نشانه‌های وسواس فکری- عملی و اختلال پس از استرس تروماتیک) حمایت می‌کند (بیابانگرد، ۱۳۸۱). دو دلیل عمده در مورد وجود ارتباط اجتناب‌ناپذیر میان فراشناخت‌ها و مصرف الکل و داروهای روان‌گردان عبارت است از:

- ۱- مصرف الکل و داروها به‌عنوان راهبردی برای تنظیم عواطف و شناخت‌های منفی مفهوم‌سازی شده‌اند.
- ۲- هیجانات (اضطراب و افسردگی) با مصرف الکل و داروها و مطابق نظریه عملکرد/اجرایی خودتنظیمی، اغتشاشات هیجانی با ناسازگاری فراشناخت‌ها پیوند دارند. بنابراین، ممکن است عوامل فراشناختی با هیجانات و مصرف داروها رابطه مستقیم و با مصرف الکل از طریق اختلالات هیجانی همبستگی غیرمستقیم داشته باشد.
- در مطالعه اخیر برای اولین بار ارتباط بین فراشناخت‌ها و هیجانات و مصرف مواد به منظور پاسخ به پرسش‌های زیر بررسی شد:

- ۱- آیا سوء مصرف کنندگان مواد و افراد سالم از نظر ابعاد فراشناختی تفاوت دارند؟
- ۲- آیا هیجانات سوء مصرف کنندگان مواد و افراد سالم متفاوت است؟
- ۳- آیا درصد افراد دارای تحریفات شناختی در گروه سوء مصرف کنندگان مواد بیش از افراد سالم است؟

1 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
2 - Dysfunctional Attitudes Scale
3 - Wisemen

تا ۴ = «خیلی زیاد موافقم») محاسبه می‌شود. این مقیاس دارای پنج زیرمقیاس زیر است:

(۱) باورهای مثبت درباره نگرانی، (۲) باور به کنترل-ناپذیری و خطر افکار، (۳) باور به اطمینان شناختی، (۴) باور به نیاز به کنترل افکار و (۵) آگاهی شناختی.

پرسشنامه فراشناخت پایایی و روایی قابل قبولی دارد. دامنه ضریب آلفای کرونباخ^۳ برای زیرمقیاس‌ها ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی برای نمره کل بعد از دوره ۲۲ تا ۱۱۸ روزه ۰/۷۵ و برای زیرمقیاس‌ها ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (ولز و کارترایت-هاتون، ۲۰۰۴).

در ایران شیرین‌زاده دستگیری (۱۳۸۵)، ضریب همسانی درونی^۴ را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱، برای زیرمقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی این آزمون را در فاصله چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کرده است. وی همبستگی کل مقیاس با مقیاس اضطراب خصلتی را ۰/۴۳ و همبستگی زیرمقیاس‌ها را در دامنه ۰/۲۸ تا ۰/۶۸ گزارش کرد. همبستگی زیرمقیاس‌ها با کل آزمون در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۸۷ و با یکدیگر بین ۰/۶۲ تا ۰/۲۶ بود. در پژوهش حاضر نیز ضرایب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها محاسبه شده است (جدول ۱).

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، بالا بودن همسانی درونی سؤال‌ها شاهی بر روایی سازه^۵ هر زیرمقیاس است؛ به این معنا که مجموعه سؤال‌های تشکیل‌دهنده هر زیرمقیاس، یک ویژگی را می‌سنجد. علاوه بر این، هر یک از سؤال‌های زیرمقیاس، در سنجش ویژگی مورد نظر سهمی به‌عده دارند و با توجه به این که ضرایب آلفا در تمام زیرمقیاس بیشتر از ۰/۵۰ است، از این مقیاس می‌توان برای سنجش ابعاد فراشناختی آزمودنی‌های مطالعه استفاده کرد.

در مورد افسردگی واضطراب ساخته شده است. این مقیاس باورها و نگرش‌های افراد را که شامل ملاک‌های به‌شدت انعطاف‌ناپذیر و کمال‌گرایانه آنها برای ارزیابی‌شان از عملکرد شخصی و ارزشمندی خودشان می‌باشد، اندازه می‌گیرد. مقیاس نگرش‌های ناکارآمد بک و وایسمن (۱۹۷۸)، مهم‌ترین آزمون سبک شناختی پژوهش‌های مراکز گوناگون ایالات متحده آمریکا در زمینه درمان شناختی است (لیندزی و پاول، ۱۳۷۷).

در این آزمون، پاسخ‌دهنده باید باور و نگرش خود را در مورد هر سؤال در پاسخنامه مشخص نماید. روش نمره‌گذاری DAS به این شکل است که هر پاسخ نمره‌ای از یک («کاملاً مخالف») تا هفت («کاملاً موافق») می‌گیرد. البته در مورد مواد ۳۷، ۳۵، ۳۰، ۲۹، ۲۴، ۱۷، ۱۲، ۶، ۲ و ۴۰ نمره‌گذاری خلاف سایر موارد است. بنابراین، نمره آزمودنی بین حداقل ۴۰ تا حداکثر ۲۸۰ متغیر خواهد بود. مطابق تحقیقات مختلف، میانگین نمرات افراد سالم از ۱۹ تا ۱۲۸ گزارش شده است که نمرات بالاتر آسیب‌پذیری در برابر افسردگی و داشتن خطاهای شناختی را نشان می‌دهد. در ضمن این ابزار برای تشخیص فرضیه‌هایی که عموماً زیربنای افکار مشخص فردی خاص افسردگی قرار دارند، به‌وجود آمده است. به نظر بک پایبندی به باورها و نگرش‌های ناکارآمد و پذیرفتن قواعد نادرست و انعطاف‌ناپذیر، امکان ابتلا به ناراحتی‌های روانی، به‌ویژه اضطراب و افسردگی، را افزایش می‌دهد.

۳- پرسشنامه فراشناخت^۱ (MCQ-۳۰)

این پرسشنامه یک مقیاس ۳۰ گویه‌ای خود گزارشی است که باورهای افراد را به افکارشان می‌سنجد. این مقیاس بر اساس مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی (REFS) ولز و ماتیس (۱۹۹۶) درباره اختلالات هیجانی و مدل فراشناختی اختلال اضطراب منتشر (ولز، ۱۹۹۵، ۱۹۹۷) به نقل از ولز و کارترایت-هاتون^۲، ۲۰۰۴ ساخته شده است و سؤال‌هایی مثل «من دائماً از افکارم آگاهم» و «به حافظه/اعتماد ندارم» را دربرمی‌گیرد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت (۱ = «موافق نیستم»

1- Metacognition Questionnar 2- Cartwright-Hatton
3- Cronbach's alpha 4- internal consistency
5- construct validity

جدول ۱- ضرایب آلفای کرونباخ و میانگین همبستگی درونی ماده‌ها برای زیرمقیاس‌های پرسشنامه فراشناخت

عوامل شاخص‌ها	ضرایب آلفا	دامنه همبستگی درونی ماده‌ها
باورهای مثبت درباره نگرانی	۰/۷۴۶۴	۰/۵۷۱۸ تا ۰/۳۵۸۵
باور به کنترل ناپذیری افکار	۰/۶۳۳۳	۰/۵۵۶ تا ۰/۱۲۲
باور به اطمینان شناختی	۰/۸۱۵۷	۰/۶۶۵۹ تا ۰/۳۴۷۷
باور به نیاز به کنترل افکار	۰/۵۱۳۹	۰/۴۱۴۷ تا ۰/۱۲۵۱
باور به خودآگاهی شناختی	۰/۷۱۰۵	۰/۵۴۲۹ تا ۰/۳۵۳۴

(صاحبی و همکاران، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر نیز ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس افسردگی ۰/۸۱۲۴، مقیاس اضطراب ۰/۸۱۲۶ و مقیاس استرس ۰/۸۱۲۱ به دست آمد. داده‌ها به کمک آزمون تحلیل واریانس، آزمون نسبت، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون t تحلیل شدند.

یافته‌ها

از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، میانگین سنی سوء مصرف کنندگان مواد و افراد عادی به ترتیب ۲۸/۷۸ و ۲۷/۴ بود (جدول ۲). از لحاظ تحصیلات هم دو گروه تقریباً همتا شده بودند. آزمون مجذور کای (χ^2) نشان داد که بین دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد (جدول ۳). ماده مصرفی آزمودنی‌های این پژوهش به شرح زیر بود: ۳۸ درصد ترکیبی از مواد، ۲۱ درصد هروئین، ۱۸ درصد تریاک، ۱۱ درصد نورجیزک، ۷ درصد شیره و ۵ درصد کراک. ۸۱ درصد آزمودنی‌ها بین صفر تا هفت نوبت گزارش عود داشتند. سن شروع مصرف مواد در ۸۲ درصد بین ۱۶ تا ۲۷ سال بود.

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف مقیاس فراشناخت را در دو گروه نشان می‌دهد. مقایسه دو گروه سوء مصرف کننده مواد و عادی نشان داد که نمره سوء مصرف کنندگان مواد در ابعاد اطمینان شناختی و کنترل ناپذیری افکار به طور معناداری بیشتر است. تفاوت دو گروه در سایر ابعاد (باورهای مثبت به نگرانی، باورهای مربوط به نیاز به کنترل افکار، خودآگاهی شناختی) معنادار نبود.

بررسی و مقایسه دو گروه سوء مصرف کننده مواد و افراد عادی در ابعاد مختلف هیجانات، حاکی از تفاوت معنادار دو گروه در زیرمقیاس اضطراب بود. نمرات سوء مصرف کنندگان مواد در دو مقیاس افسردگی و استرس روانی بیشتر از نمرات افراد عادی بود، ولی تفاوت بین آنها معنادار نبود (جدول ۴).

۴- مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس^۱

لویباند^۲ 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 اندازه‌گیری حالات هیجانی منفی، افسردگی، اضطراب و استرس طراحی شده است (کاستلو^۳ و کامری^۴، ۱۹۶۷).

پایایی و روایی این آزمون در پژوهش‌های متعدد مورد بررسی قرار گرفته است. یکی از این پژوهش‌ها، مطالعه هنجاریابی در نمونه ایرانی است (صاحبی، سالاری و اصغری، ۱۳۸۴). اعتبار این مقیاس در این مطالعه، به وسیله همسانی درونی و روایی آن با استفاده از تحلیل عاملی^۵ و روایی ملاک^۶ با اجرای همزمان آزمون‌های افسردگی بک، اضطراب زونگ و استرس ادراک شده بررسی و همسانی درونی مقیاس‌های DASS، با استفاده از آلفای کرونباخ چنین گزارش شده است: مقیاس افسردگی ۰/۷۷، مقیاس اضطراب ۰/۷۹ و مقیاس استرس ۰/۷۸.

همچنین، به منظور بررسی روایی ملاک DASS، پرسشنامه‌های 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 بود که تمامی این همبستگی‌ها در سطح $p < 0/001$ معنادارند

1- Depression Anxiety Stress Scales (DASS)

2- Lovibond

3- Costello

4- Comery

5- factor analysis

6- criterion validity

جدول ۲- شاخص‌های آزمون t مربوط به مقایسه میانگین نمره‌های دو گروه آزمودنی از نظر سن

شاخص‌ها	تعداد	میانگین	واریانس	مقدار t محاسبه شده	درجه آزادی	سطح معناداری
گروه‌ها						
سالم	۱۰۰	۲۷/۴۶	۶/۲۷	-۱/۶۲	۱۹۸	۰/۱۰۳
سوءمصرف‌کننده مواد	۱۰۰	۲۸/۷۸	۵/۱۵			

جدول ۳- نتایج آزمون t در مورد مقایسه ابعاد فراشناختی در دو گروه عادی و سوءمصرف‌کننده مواد

ابعاد فراشناخت	میانگین گروه سوءمصرف مواد	میانگین گروه عادی	درجه آزادی	t	سطح معناداری
باورهای مثبت درباره نگرانی	۱۳/۹۶	۱۳/۵	۱۹۸	-۰/۷۴۵	۰/۴۵۷
باورهای مربوط به کنترل ناپذیری افکار	۱۵/۹۷	۱۴/۲۳	۱۹۸	۱۹۸	۰/۰۰۱
باورهای مربوط به اطمینان شناختی	۱۴/۰۷	۱۱/۷۶	۱۹۸	-۳/۶۲۵	۰/۰۰۱
باورهای مربوط به نیاز به کنترل افکار	۱۴/۶۵	۱۳/۷۸	۱۹۸	-۱/۷۸۸	۰/۰۷۵
خودآگاهی شناختی	۱۷/۵۰	۱۷/۴۳	۱۹۸	-۰/۱۳۵	۰/۸۹۳

جدول ۴- نتایج آزمون t در مورد مقایسه هیجانات در دو گروه عادی و سوءمصرف‌کننده مواد

هیجانات	میانگین گروه سوءمصرف مواد	میانگین گروه عادی	درجه آزادی	t	سطح معناداری
استرس	۷/۷۷	۶/۷۷	۱۹۸	-۱/۵۹	۰/۱۱۳
اضطراب	۶/۱۶	۴/۵۹	۱۹۸	-۲/۷۲	۰/۰۰۷
افسردگی	۶/۰۴	۴/۸۱	۱۹۸	۱/۸۳	۰/۰۶۷

جدول ۵- شاخص‌های آزمون نسبت، مربوط به مقایسه نسبت ابتلا به تحریفات شناختی

شاخص‌ها	تعداد	نسبت ابتلا	میانگین نسبت‌ها	مقدار Z محاسبه شده	مقدار Z مین جدول	سطح معناداری
سالم	۱۰۰	۰/۲۸	۰/۵۰	۶/۶۴۷	۳/۲۹	۰/۰۰۱
سوءمصرف‌کننده مواد	۱۰۰	۰/۷۵				

جدول ۶- نتایج آزمون t برای مقایسه نگرش‌های ناکارآمد در دو گروه عادی و سوءمصرف‌کننده مواد

گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	نمره t	سطح معناداری
سوءمصرف‌کننده	۱۰۶/۲۶	۶۱۸/۶۷۹	۱۹۸	-۱/۰۶۷	۰/۲۸۷
عادی	۱۰۲/۸۴	۴۰۹/۱۴۶			

یافته‌های پژوهش نشان داد که بین نگرش‌های ناکارآمد سوءمصرف‌کنندگان مواد و افراد عادی تفاوت معناداری وجود ندارد (جدول ۶). ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که در آزمودنی‌های معتاد، نگرش‌های ناکارآمد و افسردگی همبستگی مثبت ($r = ۰/۲۶$) و معناداری دارند ($p < ۰/۰۱$). بین ابعاد فراشناخت و هیجانات نیز همبستگی معناداری دیده شد (جدول ۷).

برای تعیین درصد افراد مبتلا به تحریفات شناختی در دو گروه (سوءمصرف‌کننده مواد و افراد عادی) از آزمون نسبت استفاده شد که یافته‌ها گویای آن بود که نسبت تحریفات شناختی سوءمصرف‌کنندگان مواد به‌طور معناداری بیش از افراد سالم است (جدول ۵).

جدول ۷- ضرایب همبستگی پیرسون برای بررسی ارتباط فراشناخت و نگرش‌های ناکارآمد معنادار با هیجانات

متغیرها	نگرش‌های ناکارآمد	اعتقاد شناختی	باورهای مثبت	خودآگاهی شناختی	باورهای منفی کنترل	نیاز	استرس	افسردگی	اضطراب
اعتقادشناختی	۰/۳۱۶ ^{۰۰}	-							
باورهای مثبت	۰/۳۳۰ ^{۰۰}	۰/۳۴۵ ^{۰۰}	-						
خودآگاهی شناختی	۰/۲۵۸ ^{۰۰}	۰/۴۸۱ ^{۰۰}	۰/۵۴۴ ^{۰۰}	-					
باورهای منفی به کنترل ناپذیری	۰/۳۵۷ ^{۰۰}	۰/۵۶۳ ^{۰۰}	۰/۵۸۱ ^{۰۰}	۰/۵۱۳ ^{۰۰}	-				
باورهای منفی به نیازبه کنترل	۰/۹۹	۰/۴۱۴ ^{۰۰}	۰/۱۱۶	۰/۱۳۴	۰/۲۴۱ ^۰	-			
استرس	۰/۱۸۲	۰/۲۰۸ ^{۰۰}	۰/۵۴۳ ^{۰۰}	۰/۳۴۹ ^{۰۰}	۰/۳۲۷ ^{۰۰}	-۰/۱۶۳ ^{۰۰}	-		
افسردگی	۰/۲۶۶ ^{۰۰}	۰/۹۶	۰/۵۰۰ ^{۰۰}	۰/۳۱۷ ^{۰۰}	۰/۳۲۷ ^{۰۰}	-۰/۱۸۱	۰/۸۰۱ ^{۰۰}	-	
اضطراب	۰/۱۸۹	۰/۲۷۱ ^{۰۰}	۰/۴۸۲ ^{۰۰}	۰/۴۲۵ ^{۰۰}	۰/۲۶۶ ^{۰۰}	۰/۶۲	۰/۷۸۴ ^{۰۰}	۰/۶۷۰ ^{۰۰}	-

جدول ۸- بررسی ارتباط شاخص‌های سوء مصرف مواد (طول دوره سوء مصرف و تعداد گزارش عود) و ابعاد فراشناختی

متغیرها	اعتقاد شناختی	باورهای مثبت	خودآگاهی شناختی	باورهای منفی کنترل	نیاز به کنترل افکار	طول مدت مصرف	تعداد گزارش عود
طول مصرف	۰/۳۰۰ ^{۰۰}	-۰/۲۷۶ ^{۰۰}	۰/۳۹۱ ^{۰۰}	۰/۲۹۵ ^{۰۰}	-۰/۰۱۸	۱	-
تعداد عود	۰/۰۶۵	۰/۱۱۳	۰/۱۷۶	۰/۱۱۴	۰/۰۶۴	۰/۲۰۴ ^{۰۰}	۱

روان‌گردان را بررسی کرده‌اند، همخوانی دارد (اسپادا و ولز، ۲۰۰۶؛ توناتو، ۱۹۹۹؛ اسپادا و نیک سوئیچ^۳، مونتا^۴ و ولز، ۲۰۰۷).

نتایج این پژوهش با نظریه عملکرد/اجرایی خودتنظیمی ولز و ماتیوس (۱۹۹۴) مبنی بر همسویی اختلالات روان‌شناختی با راهبردهای مقابله‌ای غیرانطباقی (نظیر تفکر تکراری، کنترل تهدید، اجتناب و فرونشانی افکار تثبیت‌شده که باعث شکست تغییر باورهای خودناکارآمد و افزایش آمادگی دریافت اطلاعات منفی درباره خود می‌شود) و نیز همسویی با باورهای فراشناختی که منجر به مصرف الکل به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای می‌شود (اما در حقیقت ممکن است نظارت فراشناختی لازم برای پیشبرد اهداف را مختل سازد) همخوان است.

به نظری می‌رسد یافته‌ها این مفهوم را القا کنند که شاید نظریه فراشناختی در فهم سوء مصرف داروها و الکل نقش داشته باشد و به‌ویژه مصرف الکل و داروها ممکن است به‌عنوان یک راهبرد رفتاری در کنترل افکار و هیجانات ناخواسته در نظر گرفته و از طریق باورهای منفی درباره شناخت (باورهای درباره کنترل افکار و هیجانات ناخواسته) اطلاع داده شوند.

از نظر درمانی، این یافته‌ها می‌تواند نشانگر مفید بودن تعدیل و اصلاح باورها در زمینه نیاز به کنترل افکار (از طریق کاهش تلاش برای کنترل آنها و فاجعه‌زدایی و کم‌رنگ کردن اهمیت‌شان) در درمان باشد.

از آنجا که تاکنون در این زمینه پژوهشی نشده و تحقیقات خارجی نیز در این مورد بسیار محدود و اندک است، یافته‌های پژوهش حاضر و پژوهش‌های پیشین از نقش فراشناخت‌ها به عنوان یک میانجی یا واسط بسیار مهم در سوء مصرف مواد و داروهای روان‌گردان حمایت کرده‌اند که مبین آن است که باورهای فراشناختی مانعی بالقوه مهم در درمان سوء مصرف مواد به‌شمار می‌آیند و این باورهای ناکارآمد با عودهای مکرر مرتبط با سوء مصرف مواد همبسته هستند.

برای بررسی ارتباط شاخص‌های سوء مصرف مواد (طول دوره سوء مصرف و دفعات گزارش عود) و ابعاد فراشناختی نیز آزمون همبستگی پیرسون به کار رفت که یافته‌ها نشان‌دهنده همبستگی معنادار بین طول مدت مصرف مواد و چهار بعد فراشناخت (اعتماد شناختی، خودآگاهی شناختی، باورهای مربوط به کنترل ناپذیری افکار و باورهای مثبت) بود (جدول ۸).

بحث

همان‌گونه که اشاره شد، این پژوهش به‌منظور بررسی متغیرهای شناختی و ابعاد فراشناختی و هیجانات سوء مصرف کنندگان مواد و مقایسه آنها با گروه بهنجار انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که دو بعد اعتماد شناختی و کنترل ناپذیری افکار (از پنج بعد فراشناخت) در دو گروه تفاوت معنادار دارد. شایان ذکر است که میانگین نمرات مصرف کنندگان مواد در تمام ابعاد فراشناختی بیشتر از افراد بهنجار گزارش شده است.

اسپادا^۱ و ولز (۲۰۰۵) با بررسی رابطه بین ابعاد فراشناختی، هیجانات و مصرف الکل نشان دادند که چهار بعد از ابعاد فراشناختی (باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی مربوط به کنترل ناپذیر بودن خطر، باورهای مربوط به اطمینان شناختی و باور به نیاز به کنترل افکار) با مصرف الکل رابطه مثبت و معناداری دارد که با یافته این پژوهش همسوست.

مطالعه توناتو^۲ (۱۹۹۹) نیز وجود باورهای فراشناختی مثبت و منفی را در سوء مصرف کنندگان دارو تأیید کرد و خاطرنشان ساخت که باورهای فراشناختی مثبت به داروها، مناسب و مفید بودن داروهای روان‌گردان را در تنظیم حالات هیجانی و شناختی منفی منعکس ساخته و باورهای فراشناختی منفی با اثر تخریبی و کنترل ناپذیر داروها مرتبط می‌باشد.

یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های سایر پژوهش‌هایی که نقش متغیرهای فراشناختی و مصرف الکل و داروهای

1- Spada
3 -Nikcevic

2- Toneatto
4- Moneta

در مورد نگرش‌های ناکارآمد، نتایج این پژوهش حاکی از نبود تفاوت معنادار بین دو گروه و در کل ناهمسو بودن با نتایج حاجی‌پور (۱۳۸۱) و دنوف^{۳۰} (۱۳۸۷) است. درصد افراد مبتلا به تحریفات شناختی (نگرش‌های ناکارآمد) در بین دو گروه نشان داد که نسبت افراد مبتلا به تحریفات شناختی در بین آزمودنی‌های دارای سوء مصرف مواد بیش از آزمودنی‌های سالم است. به‌طور کلی، نتایج تحقیقات متعدد حاکی از آن است که علت اختلالات هیجانی می‌تواند تفکرات ناکارآمد و تحریفات شناختی باشد. اگرچه در زمینه ارتباط بین تحریفات شناختی و اعتیاد تحقیقات اندکی شده، اما بررسی مقالات حاکی از وجود رابطه بین تحریفات شناختی و اعتیاد است. در میان معتادان مسایلی همچون تحریفات شناختی و سبک‌های شناختی و اسنادی مختل، مکانیسم‌های دفاعی همانند انکار، عقلانی‌سازی و سرزنش کردن دیده شده است. نتایج تحقیق حاضر نیز نشان می‌دهد تحریفات شناختی در میان معتادان به مواد مخدر بیش از افراد بهنجار است.

همچنین، نتایج نشان می‌دهند که چهار بعد فراشناخت (اعتماد شناختی، خودآگاهی شناختی، باورهای مثبت و باورهای مربوط به کنترل ناپذیری افکار)، با پی‌آمدهای روان‌شناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) همبستگی معنادار دارد. حالات هیجانی نامطلوب (به‌ویژه اضطراب، افسردگی و استرس) با پی‌آمدهای فراشناختی مرتبط هستند. این رویدادهای شناختی به کرات به عنوان پیشگویی کننده مهم در ازسرگیری و استمرار مصرف مواد و داروهای روان‌گردان معرفی شده‌اند. مواد مخدر و داروهای روان‌گردان می‌توانند رویدادهای شناختی را با تغییر باورها و نگرش‌ها در مورد اجتناب از رویدادهای شناختی

همچنین، بررسی هیجانات (استرس، اضطراب، افسردگی) در دو گروه سوء مصرف کننده مواد و بهنجار حاکی از تفاوت معنادار دو گروه در زیرمقیاس اضطراب است. سوء مصرف کنندگان مواد در دو مقیاس افسردگی و استرس نیز نمرات بیشتری کسب کردند، اگرچه تفاوت معنادار نبود.

اکثر تحقیقات پیشین، سطوح بالاتر استرس (بلوم^۱، مارلات^۲ و اسمالینگ^۳، ۲۰۰۰؛ گورمان^۴، ۱۹۸۸؛ هارویتر^۵ و دیویس^۶، ۱۹۹۴؛ شوال^۷ و گیانکولا^۸، ۲۰۰۱)، اختلالات اضطرابی (کامپتون^۹ و همکاران، ۲۰۰۰؛ اسکویت^{۱۰} و همکاران، ۱۹۹۷؛ ویس^{۱۱} و روزنبرگ^{۱۲}، ۱۹۸۵) و اختلالات خلقی (ریمو^{۱۳} و اسکویت، ۱۹۹۸؛ سویندسن^{۱۴} و مریکانجاس^{۱۵}، ۲۰۰۰؛ توماسون^{۱۶} و واگلوب^{۱۷}، ۱۹۹۵) را در سوء مصرف کنندگان مواد (نسبت به گروه کنترل) نشان داده‌اند که با نتایج این پژوهش در بعد اضطراب همسوست.

در پژوهش‌های خانتزان^{۱۸} (۱۹۷۴)، النجار^{۱۹} و کلارک^{۲۰} (۱۹۹۷) و واگنر^{۲۱} (۲۰۰۱) اضطراب و همبستگی آن با وابستگی به مواد نشان داده شده است که با یافته پژوهش حاضر در یک راستاست. این محققان ذکر می‌کنند که اضطراب افراد وابسته را وامی‌دارد تا در جهت غلبه بر آن مواد مصرف نمایند. در واقع، این افراد به جای مراجعه به روان‌پزشک خود را با الکل و دیگر مواد درمان می‌کنند. شماری از نظریه‌ها و مدل‌های مختلف در مورد همراهی اختلالات سوء مصرف مواد و دیگر اختلالات محور I، به‌ویژه اختلالات اضطرابی و خلقی، دلایلی ارائه کرده‌اند (دوریس^{۲۲}، ابمیر^{۲۳} و شاجاهان^{۲۴}، ۱۹۹۹؛ کوپ^{۲۵} و لموال^{۲۶}، ۱۹۹۷، ۲۰۰۱). مثلاً، افرادی که بیش از یک اختلال در محور I دارند، ممکن است برای خوددرمانی و تنظیم کیفیت حالات هیجانی‌شان مصرف داروها و الکل را شروع کنند که همسو با این دیدگاه است که از الکل اغلب اوقات برای کاهش اضطراب یا نشانه‌های هراس استفاده می‌شود (کوشنر^{۲۷} و همکاران، ۱۹۹۶؛ کوشنر، شر^{۲۸} و بیتمن^{۲۹}، ۱۹۹۰).

1- Blume	2- Marlatt
3- Schmaling	4- Gorman
5- Horwitz	6- Davies
7- Shoal	8- Giancola
9- Compton	10- Schuckit
11- Weiss	12- Rosenberg
13- Raimo	14- Swendsen
15- Merikangas	16- Tomasson
17- Vaglum	18- Khantzian
19- Al-najjar	20- Clarke
21- Wagner	22- Doris
23- Ebmeier	24- Shajahan
25- Koob	26- Le Moal
27- Kushner	28- Sher
29- Beitman	30- Denoff

ناخوشایند را از طریق تضعیف یا انتقال آنها تغییر می‌دهد، بلکه می‌تواند بر چگونگی ادراک آنها تأثیر بگذارد و موجب ناراحتی یا تنش کمتر (مثلاً بی‌تفاوتی) شود. احتمالاً هنگامی که این افراد قادر نیستند منبع آشفتگی شناختی یا هیجانی خود را به‌طور کامل نشان دهند، این پی‌آمدها به‌طور خاص تقویت می‌شوند.

همچنین، با توجه به ارتباط باورهای فراشناختی با پی‌آمدهای روان‌شناختی، رویدادهای شناختی ناخوشایند مکرر با عود اعتیاد فراخوانده می‌شوند. وجود چنین باورهای فراشناختی ممکن است بیانگر تفاوت‌هایی در مهارت‌های مقابله‌ای باشد. در مجموع، باورهای فراشناختی مختل، مهارت‌های مقابله‌ای را تضعیف کرده، تعاملات شناختی (باورهای غیرمنطقی مبارزه‌جویانه) و رفتاری (رفتارهای غیر مؤثر) ویژه را شکل می‌دهند و زمینه استفاده از مواد مخدر را فراهم می‌آورند. بنابراین، مداخلات شناختی خاص (مثلاً، به چالش انداختن باورهای غیرمنطقی و تضعیف خودکارآمدی مصرف و تقویت خودکارآمدی امتناع از مصرف مواد) و مداخلات رفتاری (مثل تغییر رفتارهای غیردرویی برای رویارویی با حالات شناختی) می‌تواند برای مقابله با باورهای مختل افراد معتاد سودمند و مؤثر باشد. یکی از پیشنهادها این پژوهش، تجهیز افراد دارای گرایش به مواد مخدر، به راهبردها و مهارت‌های شناختی و فراشناختی مناسب و مؤثر است. نتایج این پژوهش می‌بایست با رعایت مجموعه‌ای از محدودیت‌ها از قبیل مقبولیت اجتماعی، سوگیری در خودگزارشی، تأثیرات موقعیت، یادآوری ضعیف و خطا در اندازه‌گیری خودگزارشی مورد توجه قرار گیرد و نیز به دلیل کم بودن شمار آزمودنی‌ها و کنترل نکردن متغیرهای مزاحم، استنباط روابط علت و معلولی از یافته‌ها و تعمیم آنها با احتیاط صورت بگیرد، از این رو پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده هر دو جنس بررسی شوند.

سپاسگزاری

از کارکنان مراکز سوء مصرف مواد دانشگاه و بهزیستی، که امکان جمع‌آوری داده‌ها را میسر نمودند، سپاسگزاری می‌شود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۱۰/۲۰؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۲۳

مستقیماً (مثلاً، ایجاد آرامش، ایجاد اجتناب، گریز از شناخت‌های دردناک و ایجاد آگاهی و توجه) یا به‌طور غیرمستقیم (مثلاً، احساس دل‌بستگی، بهت‌زدگی و ارزیابی‌های سرکوب‌شده) تحت تأثیر قرار دهد. این تغییرات شناختی ممکن است حاصل تقویت‌کننده‌های مثبت و منفی نیرومندی از مصرف مواد باشند. به علاوه، استفاده از مواد مخدر نه تنها ممکن است در مورد اثر مواد مخدر و روان‌گردان باور و انتظارات مثبت به وجود آورد، بلکه به دانش و آگاهی درباره پی‌آمدهای شناختی می‌انجامد. عدم مصرف مواد هنگامی که تمایل به مصرف در فرد وجود دارد، ممکن است با باورهای اختصاصی و نگرش در مورد تأثیر رویدادهای شناختی مرتبط باشد (توناتو، ۱۹۹۹).

باورهای فراشناختی ممکن است عاملی بالقوه در گرایش و استفاده از مواد مخدر باشد، مانند باورهایی در این مورد که «عدم مصرف مواد موجب ناراحتی روان‌شناختی و هیجانی می‌شود»، «رویدادهای شناختی ناخوشایند و بد تداوم می‌یابد»، «خوابم آشفته می‌شود»، «رویدادهای شناختی منفی تشدید می‌شوند». چنین باورهای مختلی بالقوه منجر به عود و بازگشت به اعتیاد می‌شوند، به‌ویژه هنگامی که افراد معتاد به‌طور مشخص با حالات هیجانی منفی و ناخوشایند مواجه می‌گردند.

نتایج نشان دادند که بین طول مدت مصرف مواد و چهار بعد فراشناخت نیز همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد. بین نوع ماده مصرفی و خودآگاهی شناختی نیز تفاوت معنادار بود. از طرفی بین طول مدت مصرف مواد و تعداد گزارش‌های عود نیز همبستگی مثبت و معنادار وجود داشت. با توجه به این نتایج می‌توان بیان کرد که رفتار خودتنظیمی افراد معتاد مختل می‌باشد که حاصل آن پی‌آمدهای روان‌شناختی مختلف مانند اضطراب، استرس، افسردگی، عصبانیت و خستگی است. به عبارت دیگر، افراد معتاد کمتر قادر به تنظیم رویدادهای شناختی و روانی هستند و در پی‌گیری اهداف اختصاصی و مداخله دچار ضعف می‌شوند. تمایل قوی آنها به عدم کنترل خویش شاید بازتاب باورهای فراشناختی مختل باشد. این نتایج نشان می‌دهد که فراشناخت ممکن است یک میانجی مهم در سوء مصرف معتادان به مواد مخدر باشد. در این مطالعه، مواد مخدر نه تنها به‌طور مستقیم رویدادهای شناختی

منابع

- بک، آ. تی.، و رایت، ف. (۱۳۸۰). *درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدر* (ترجمه م. ع. گودرزی). شیراز: انتشارات راهگشا.
- بیابانگرد، ا. (۱۳۸۱). تحلیلی بر فراشناخت و شناخت درمانی. *تازه‌های علوم شناختی*، ۴(۴)، ۳۹-۳۲.
- لیندزی، اس. جی. ای.، و پاول، جی. ای. (۱۳۷۷). *اصول روان‌شناسی بالینی بزرگسالان* (ترجمه ه. آ. یانس و م. ر. نیکخوا). تهران: انتشارات بیکران.
- حاجی پور، ح. (۱۳۸۱). بررسی نگرش‌های ناکارآمد، میزان استرس، راهبردهای مقابله با استرس در معتادان به مواد افیونی جویای درمان در مقایسه با افراد غیرمعتاد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- شیرین‌زاده دستگیری، ص. (۱۳۸۵). مقایسه باورهای فراشناختی و مسئولیت‌پذیری در بین بیماران دچار اختلال وسواسی-اجباری، اضطراب منتشر و افراد بهنجار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز.
- صاحبی، ع.، اصغری، م. ج.، و سالاری، ر. (۱۳۸۴). اعتباریابی مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-۲۱) برای جمعیت ایرانی. *روان‌شناسان ایرانی*، ۴، ۳۱۲-۲۹۹.
- فروودیان، ع. (۱۳۸۱). تفاوت‌های فردی در ساختار نگرش. *تازه‌های علوم شناختی*، ۴(۴)، ۶۳-۶۳.
- Abela, J. R. Z., & Skitch, S. A. (2007). Dysfunctional attitudes, self-esteem, and hassles: Cognitive vulnerability to depression in children of affectively ill parents. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1127-1140.
- Al-Najjar, M., & Clarke, D. D. (1996). Self-esteem and trait anxiety in relation to drug misuse in Kuwait. *Substance Use & Misuse*, 31(7), 937-943.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorder*. New York: International universities Press.
- Blume, A. W., Marlatt, G. A., & Schmaling, K. B. (2000). Executive cognitive functioning and heavy drinking behavior among college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(3), 299-302.
- Compton, W. M., Cottler, L. B., Abdallah, A. B., Phelps, D. L., Spitznagel, E. L., & Horton, J. C. (2000). Substance dependence and other psychiatric disorders among drug dependent subjects: Race and gender correlates. *American Journal on Addictions*, 9(2), 113-125.
- Costello, C. G., & Comery, A. L. (1967). Scales for measuring depression and anxiety. *The Journal of Psychology*, 66, 303-313.
- Denoff, M. S. (1987). Irrational beliefs as predictors of adolescent drug abuse and running away. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 412-423.
- Doris, A., Ebmeier, K., & Shajahan, P. (1999). Depressive illness. *Lancet*, 354, 1369-1375.
- Gorman, D. M. (1988). Employment, stressful life events and the development of alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 22, 151-159.
- Dallay, D. C., & Marlatt, G. A. (2005). Relapse prevention. In j. H. lowinson, p. Ruiz, R. B. Millman & j. G. langrod (Eds.), *Substance abuse: A comprehensive text book* (pp. 772-785). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Birch, C. D., Stewart, S. H., & Zack, M. (2004). Emotion and motive effects on drug-related cognition. In R. W. Wiers, & A.W. Stacy (Eds.), *Handbook on Implicit Cognition and Addiction* (pp. 267-280). Thousand Oaks, CA, Sage Publishers, in Press.
- Horwitz, A. V., & Davies, L. (1994). Are emotional distress and alcohol problems differential outcomes to stress? An exploratory test. *Social Science Quarterly*, 73, 607-621.
- Khantzian, E. J. (1974). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.
- Koob, G. F., & Le Moal, M. (2001). Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. *Neuropsychopharmacology*, 24(2), 97-129.
- Koob, G. F., & Le Moal, M. (1997). Drug abuse: Hedonic homeostatic dysregulation. *Science*, 278, 52-58.
- Kushner, M. G., Mackenzie, T. B., Fiszdon, J., Valentiner, D. P., Foa, E., Anderson, N., &

- Wangenstein, D. (1996). The effects of alcohol consumption on laboratory-induced panic and state anxiety. *Archives of General Psychiatry*, 53, 264–270.
- Kushner, M. G., Sher, K. J., & Beitman, B. D. (1990). The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 685–695.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (2002). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Sydney: Psychology Foundation.
- Moses, L. J., & Baird, J. A. (1999). Metacognition. In R. A. Wilson & F. C. Keil (Eds.), *The MIT encyclopedia of the cognitive sciences* (pp. 533-535). Cambridge, MA: MIT Press.
- Raimo, E. B., & Schuckit, M. A. (1998). Alcohol dependence and mood disorders. *Addictive Behaviors*, 23(6), 933–946.
- Schuckit, M. A., Tipp, J. E., Bucholz, K. K., Nurnberger, J. I., Hesselbrock, V. M., Crowe, R. R., & Kramer, J. (1997). The life-time rates of three major mood disorders and four anxiety disorders in alcoholics and controls. *Addiction*, 92, 1289–1304.
- Shoal, G. D., & Giancola, P. R. (2001). Cognition, negative affectivity and substance use in adolescent boys with and without a family history of a substance use disorder. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(5), 675–687.
- Spada, M. M., & Wells, A. (2005). Metacognitions, emotion and alcohol use. *Clinical psychology and psychotherapy*, 12, 150-1550.
- Spada, M. M., & Wells, A. (2006). Metacognitions about alcohol use in problem drinkers. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 138-143.
- Spada, M. M., Nikcevic, A. V., Moneta, G. B., & Wells, A. (2007). Metacognition as a mediator of the relationship between emotion and smoking dependence. *Addictive behaviors*, 32, 2120-2129.
- Swendsen, J. D., & Merikangas, K. R. (2000). The comorbidity of depression and substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 20(2), 175–189.
- Teasdale, J. D., & Barnard, P. J. (1993). *Affect, cognition and change: Remodelling depressive thought*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Tomasson, K., & Vaglum, P. (1995). A nationwide representative sample of treatment-seeking alcoholics: A study of psychiatric comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(5), 378–385.
- Toneatto, T. (1999). Metacognition and substance use. *Addictive behaviors*, 24, 167-174.
- Toneatto, T. (1999). A metacognitive analysis of craving: Implication for treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 527-537.
- Wagner, M. K. (2001). Behavioral characteristic related to substance abuse and risk -taking, sensation-seeking, anxiety sensitivity, and self reinforcement. *Addictive behaviors*, 26, 115-120.
- Weiss, K. J., & Rosenberg, D. J. (1985). Prevalence of anxiety disorder among alcoholics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46, 3–5.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative therapy*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 385-396.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum.
- Wells, A., & Purdon, C. (1999). Metacognition and cognitive-behavior therapy: A special issue. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 71-72.