

نقش باورهای فراشناخت در پیش‌بینی عود سوء مصرف مواد

The role of metacognitive beliefs in the prediction of substance abuse relapse

M. Maddahi, Ph.D.

دکتر محمد ابراهیم مداحی*

چکیده

با توجه به شیوع بالای سوء مصرف مواد و اینکه میزان عود در سوء مصرف کنندگان یکی از دغدغه‌های بزرگ جامعه است. آیا می‌توان عود سوء مصرف مواد را بر اساس عوامل روانشناختی پیش‌بینی کرد؟ هدف از انجام این پژوهش پیش‌بینی عود سوء مصرف مواد بر اساس باورهای فراشناختی می‌باشد. روش این پژوهش از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش، کلیه مراجعین مراکز درمان سرپایی اعتیاد استان قم (حدود ۱۰۰ مرکز که هر کدام بین ۵۰ تا ۴۰۰ بیمار تحت پوشش دارند) می‌باشد، حجم نمونه این پژوهش، از طریق نمونه‌گیری در دسترس ۳۰۰ بیمار انتخاب شد، که شامل ۱۵۰ بیماری که دچار عود سوء مصرف مواد (۷۵ بیمار تحت درمان با متادون MMT و ۷۵ بیمار تحت درمان با بوپرنورفین BMT) و ۱۵۰ بیماری که عود سوء مصرف مواد را نداشته‌اند، می‌باشد و همچنین دو گروه عود کرده و عود نکرده هم‌تا شده‌اند و پرسشنامه‌های باورهای فراشناختی را تکمیل نمودند.

*. عضو هیأت علمی در گروه روانشناسی دانشگاه شاهد.

داده‌های این پژوهش از طریق تحلیل واریانس، همبستگی پیرسون و رگرسیون به روش لجستیک با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته پژوهش نشان داد که، باورهای فراشناختی ۲۴ درصد از احتمال عود سوء مصرف مواد را پیش‌بینی می‌کنند (سطح معناداری ۰/۰۴۶). بنابراین با توجه به مختل بودن باورهای ناکارآمد فراشناختی در بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد، به نظر می‌رسد درمان‌های مبتنی بر باورهای فراشناختی از عود بیماران در طول دوره درمان پیشگیری می‌کند.

واژه- کلیدها: عود سوء مصرف مواد، باورهای فراشناخت.

Abstract

According to prevalence of high substances and it is amount of relapse is one of the biggest concern of society. Is it possible prediction relapse according to factor of psychological? The purpose of this research is prediction of relapse substance based on belief of metacognition. The method of this research is a kind of correlation. From available sampling selected 300 patients that include 150 patients who have relapse substance (75 patients who treated by MMT methadone method therapy and 75 patients who treated by BMTbuprenorphine method therapy) and 150 patients that who didn't have relapse substance and both of group (relapse and didn't relapse) similar to each other and completed questionnaire of belief of metacognition. Data of this research from analyze variance, correlation of Pearson and regression in way of logistic with use SPSS software analyze and resolution. Result of this belief of metacognition 24% from possibility of relapse substance. (significance level 0.046). So attention to disorganized emotion regulation and disarranged belief of metacognitive in patient who have substance. seems to treatment based on belief metacognitive prevented from relapse patients during treatment period.

Keywords: belief of metacognition, relapse substances.

Contact information: maddahi.mohammadebrahim@gmail.com

مقدمه

ابتلا به سوء مصرف مواد به یکی از دغدغه‌های بزرگ جوامع بشری تبدیل شده است (موسسه ملی اعتیاد، ۲۰۰۷). میزان مصرف مواد در بین جوامع مختلف به‌ویژه در میان نوجوانان و جوانان در دهه‌های اخیر افزایش چشمگیری داشته است (ملیچیار و چستانگ، ۲۰۰۷).

طبق آمار سازمان ملل، ۱۸۵ میلیون نفر در جهان به مصرف مواد مخدر طبیعی (تریاک، هروئین، حشیش، ماری جوانا، گراس و کوکائین) می‌پردازند. ۴۰ میلیون نفر به مصرف آفتامین‌ها (داروهای روان‌گردان، شیمیایی و مصنوعی) به نام آفتامین‌ها و ۸ میلیون نفر نیز به مصرف قرص اکس می‌پردازند. سالانه به‌طور متوسط ۵ میلیون نفر در جهان به‌خاطر مصرف مواد مخدر جان خود را از دست می‌دهند و حدود ۴۲ میلیون نفر به‌واسطه مصرف مواد مخدر به بیماری ایدز مبتلا می‌شوند (گرچی و بکرانی، ۱۳۸۵).

در ایران تعداد افراد سوء مصرف کننده مواد ۱۲۰۰۰۰۰ نفر برآورد شده است (نارنجی‌ها ۱۳۸۶). وابستگی به مواد یک اختلال مزمن و بازگشت کننده است که هزینه‌های سنگینی را بر افراد و خانواده‌ها و جامعه تحمیل می‌کند. شیوه‌های درمانی متعددی (هم دارویی، هم روانشناختی) برای درمان سوء مصرف مواد مورد استفاده قرار می‌گیرد با وجود این پس از آن که فرد وابسته مصرف مواد مخدر را برای مدتی طولانی قطع می‌نماید نیز نمی‌توان امیدوار بود که مصرف را از سر نگیرد (پورشهباز، شاملو، جزایری و قاضی طباطبایی، ۱۳۸۴؛ دباغی، اصغرنژاد فرید، عاطف وحید و بوالهری، ۱۳۸۶؛ امینی، افشارمقدم و آذر، ۱۳۸۲؛ بک، نیومن، ایس؛ ۱۳۸۰).

بررسی‌ها نشان می‌دهند ۲۰ تا ۹۰ درصد مبتلایان به سوء مصرف یا وابستگی به مواد که تحت درمان‌های نگهدارنده دارویی و بدون مداخله‌های روانی اجتماعی بوده‌اند، به‌علت تبعیت درمانی پایین و میزان بالای ریزش نتایج منفی و ضعیف داشته‌اند (روزن، ۲۰۰۶).

عوامل متعددی در بازگشت به سوء مصرف و وابستگی به مواد سهیم هستند. از جمله آن، می‌توان به عوامل زیست‌شناختی، روانشناختی، فردی، اجتماعی و خانوادگی اشاره نمود (بشارت، ۱۳۸۶، ۱۳۸۰، کارو، ۱۹۹۹). طی سال‌های اخیر توجه قابل ملاحظه‌ای به عوامل فردی همچون باورهای فراشناختی^۱ معطوف شده است و تأثیر این عوامل در بازگشت و وابستگی به

سوء مصرف مواد دیده شده است (گیووانی، مونتا، ۲۰۱۱). روش‌های درمانی مختلف برای سوء مصرف مواد که عمدتاً بر اساس مدل شناختی- رفتاری شکل گرفته‌اند بر نقش عوامل شناختی همچون باورهای ناکارآمد و فرایند شناختی افراد مبتلا متمرکز شده‌اند. مطالعات اخیر علاوه بر طرح متغیرهای شناختی همچون باورهای فراشناختی، بر اهمیت نقائص تنظیم هیجانی در مبتلایان به سوء مصرف مواد تأکید کرده‌اند (اسپادا، ولز، ۲۰۰۵).

مطالعات اخیر بر نقش باورهای فراشناختی در ابتلا به سوء مصرف مواد و عود آن متمرکز شده‌اند (هنری جارگن، هاگر جوهانس، لیندنمیرر جوهانس؛ ۲۰۰۷).

فراشناخت را هر نوع دانش یا فرایند شناختی که در آن ارزیابی، نظارت یا کنترل شناختی وجود داشته باشد (فلاول، ۱۹۸۹ به نقل از امینی). دانش فراشناختی به باورها و نظریه‌هایی اشاره دارد که افراد در مورد شناخت خود دارند: نظیر باورها در مورد معنای نوع خاصی از افکار و باور در مورد اثربخشی حافظه و کنترل شناختی آشکار و ضمنی، به‌ویژه در زمینه اختلال هیجانی مفید است. دانش فراشناختی آشکار، دانشی هوشیار است (ولز، ۲۰۰۱).

نظریه پردازان (فلاول، ۱۹۸۹؛ ولز، ۲۰۰۱؛ موسس؛ بیرد؛ ۲۰۰۲) بر این عقیده‌اند که باورهای فراشناخت در شکل‌گیری و عود اختلالات از جمله سوء مصرف مواد نقش به‌سزایی دارند. باورهای فراشناخت که از دیدگاه ولز (۲۰۰۴) شامل باورهای مثبت درباره نگرانی (به‌طور مثال: نگرانی که به من کمک می‌کند تا با مسائل مقابله کنم، باورهای منفی درباره نگرانی که با کنترل‌ناپذیری و خطر مرتبط هستند (به‌طور مثال، وقتی نگرانی‌ام شروع می‌شود، نمی‌توانم جلوی آن را بگیرم)، اطمینان شناختی ضعیف (به‌طور مثال، ناتوانی در کنترل دارم)، لزوم کنترل افکار (برای مثال، ناتوانی در کنترل افکارم، نشانه ضعف من است)، خودآگاهی شناختی (برای مثال، به نحوه کارکرد ذهنم توجه زیادی دارم) در صورت ناکارآمد باورهای فراشناختی در خرده‌مقیاس‌های فوق افراد در ابتلا به سوء مصرف مواد و عود آن مؤثر می‌باشند (علیزاده، بحرینیان، نظیری، غروی؛ ۱۳۹۰). یافته‌های پژوهش (گیووانی؛ ۲۰۱۱) نشان داده است که ارتباط باورهای فراشناخت ناکارآمد با ابتلا به سوء مصرف و عود آن معنا دار می‌باشد. اخیراً مطالعاتی به نقش باورهای فراشناختی در ابتلا به سوء مصرف و وابستگی به مواد و بازگشت به آن پس از درمان، صحنه گذاشته‌اند، برای مثال، در پژوهشی که علیزاده، بحرینیان و نظیری و مرد غروی در

سال ۱۳۹۰ انجام دادند، بر نقش مهم فراشناخت در ابتلا و درمان پی بردند. در پژوهش دیگری که در سال ۲۰۱۱ بین ۳۰۰ نفر، مونتا گیوانی انجام داد، ارتباط معناداری بین باورهای فراشناخت و ابتلا به سوء مصرف به دست آوردند.

با وجود تأیید و تأکید نقش باورهای فراشناختی در عود سوء مصرف مواد^۲، روش‌های روان‌درمانی رایج برای سوء مصرف مواد این متغیرها را در نظر نگرفته‌اند. از سوی دیگر نقش مؤلفه‌های مختلف تنظیم هیجانی و باورهای فراشناختی در عود سوء مصرف مواد تفکیک نشده است همچنین مطالعات قابل استفاده در این زمینه در کشور ایران صورت نگرفته است. به همین دلایل، مطالعه حاضر به بررسی نقش باورهای فراشناختی در پیش‌بینی عود سوء مصرف مواد پرداخته است.

عود سوء مصرف مواد: در صورت آنکه فرد پس از درمان سوء مصرف مواد، برای مدت یک ماه ملاک‌های زیر را دارا نباشد و پس از زمان فوق مجدد علائم تشخیصی سوء مصرف مواد ظاهر گردند دچار عود شده است.

ملاک‌های تشخیص برای سوء مصرف مواد:

الگوی غیرانطباقی مصرف مواد که موجب ناراحتی یا تخریب قابل ملاحظه بالینی شده و با یک یا چند علامت از علائم زیر که در طول یک دوره ۱۲ ماهه روی می‌دهند تظاهر می‌کند:

(۱) مصرف مکرر مواد که منجر به ناتوانی در برآوردن تعهدات عمده مربوط به نقش فرد در کار، مدرسه یا خانه می‌شود (مانند غیبت‌های مکرر یا عملکرد ضعیف شغلی مربوط به مصرف ماده؛ غیبت، تعلیق یا اخراج از مدرسه به دلیل مصرف مواد؛ مسامحه نسبت به فرزندان و خانه).

(۲) مصرف مکرر مواد در موقعیت‌هایی که در آنها مصرف ماده از نظر فیزیکی خطرناک است (مثلاً رانندگی یا کار با ماشین آلات تحت تأثیر مواد)

(۳) مشکلات قانونی تکراری مربوط به مواد (مثلاً دستگیری به دلیل رفتارهای نادرست مربوط به مصرف مواد).

(۴) مصرف مداوم مواد علی‌رغم مشکلات پایدار یا عودکننده اجتماعی یا بین فردی که ناشی از تأثیرات ماده بوده یا بر اثر آن تشدید شده‌اند (مانند مشاخره با همسر در مورد نتایج مسمومیت، نزاع فیزیکی).

۱) نشانه‌های فوق هیچگاه واجد ملاک‌های وابستگی به این خانواده از مواد نبوده‌اند (کاپلان، سادوک؛ ۲۰۰۷).

باورهای فراشناخت: عبارت است از هر نوع دانش یا فرایند شناختی که در آن ارزیابی، نظارت یا کنترل شناختی وجود داشته باشد (فلاول، ۱۹۷۹، موسس و بیرد، ۲۰۰۲). فراشناخت یک مفهوم چندوجهی است. این مفهوم دربرگیرنده دانش (باورها)، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می‌کند (موسس و بیرد، ۲۰۰۲). دانش فراشناختی به باورها و نظریه‌هایی اشاره دارد که افراد در مورد شناخت خود دارند؛ نظیر باورها در مورد معنای نوع خاصی از افکار و باور در مورد اثربخشی حافظه و کنترل شناختی آشکار و ضمنی، به‌ویژه در زمینه اختلال هیجانی مفید است.

دانش فراشناختی آشکار، دانشی هشیار می‌باشد. برای مثال، افراد مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته معتقدند که نگران بودن، کنترل‌نشده و خطرناک است و برخی نیز باور دارند که نگران بودن می‌تواند مزایایی داشته باشد (بیابانگرد، ۱۳۸۱). در مطالعه حاضر از پرسشنامه باورهای فراشناختی (ولز، ۱۹۹۷) برای ارزیابی این باورها استفاده شد.

روش

طرح پژوهش، جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: پژوهش حاضر، از نوع مطالعات همبستگی است که به بررسی باورهای فراشناختی در پیش‌بینی عود سوء مصرف مواد انجام می‌پردازد. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه مردان و زنان مبتلا به سوء مصرف و عود آن بودند که طی ۳ ماهه اول سال ۱۳۹۱ به مراکز درمان اعتیاد سرپایی استان قم مراجعه نمودند (حدود صد مرکز درمان سوء مصرف مواد، که هر کدام بین ۵۰ تا ۴۰۰ نفر مراجع دارند در شهر قم فعال می‌باشد).

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: نمونه پژوهش شامل ۱۵۰ فرد دچار عود سوء مصرف مواد (۷۵ نفر تحت درمان MMT و ۷۵ نفر تحت درمان BMT) مراجعه‌کننده به مراکز درمان سوء مصرف مواد شهر قم بودند که با توجه به ملاک‌های ورود پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. همچنین ۱۵۰ نفر از افرادی که سوء مصرف مواد را ترک کرده و در حال حاضر به سوء مصرف مواد بازنگشته‌اند با توجه به سن، جنسیت، ماده

سوء مصرف و تحصیلات به‌عنوان گروه مقایسه با گروه نمونه هم‌تاسازی شدند.

ابزار پژوهش:

پرسشنامه باورهای فراشناختی (MCQ): پرسشنامه فراشناختی یک مقیاس ۳۰ سوالی خودگزارش‌دهی است که حیطه‌های فراشناختی زیر را در پنج مقیاس جداگانه اندازه‌گیری می‌کند: ۱- باورهای مثبت درباره نگرانی (به‌طور مثال: نگرانی که به من کمک می‌کند تا با مسائل مقابله کنم، ۲- باورهای منفی درباره نگرانی که با کنترل ناپذیری و خطر مرتبط هستند (به‌طور مثال، وقتی نگرانی‌ام شروع می‌شود، نمی‌توانم جلوی آن را بگیرم)، ۳- اطمینان شناختی ضعیف (به‌طور مثال، ناتوانی در کنترل دارم)، ۴- لزوم کنترل افکار (برای مثال، ناتوانی در کنترل افکارم، نشانه ضعف من است)، ۵- خودآگاهی شناختی (برای مثال، به نحوه کارکرد ذهنم توجه زیادی دارم) (ولز، ۲۰۰۰).

این مقیاس بر پایه مدل کارکرد اجرایی خود نظم بخش ولز و متیوس (۱۹۹۶) درباره اختلال‌های هیجانی و الگوی فراشناختی اختلال اضطراب منتشر (ولز، ۱۹۹۷) ساخته شده است. سؤالات بر روی یک مقیاس لیکرتی از موافق نیستم (۱) تا کاملاً موافقم (۴) پاسخ داده می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های آن از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گسترده است. همبستگی بازآزمایی در فاصله زمانی ۲۲ تا ۱۱۸ روز به شرح زیر بود، نمره کلی ۰/۷۵، مقیاس‌های باورهای فراشناختی برابر ۰/۷۹، کنترل‌ناپذیری خطر ۰/۵۹، اطمینان شناختی برابر با ۰/۶۹، لزوم کنترل افکار برابر با ۰/۷۴ و خودآگاهی شناختی ۰/۸۷ (ولز، کاترایت، هاتن؛ ۲۰۰۴).

در ایران شیرین‌زاده دستگیری، گودرزی، غنی‌زاده و تقوی (۱۳۸۷) ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را ۰/۹۱ و برای زیرمقیاس‌های آن در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ و پایانی بازآزمایی را در فاصله چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای زیرمقیاس‌های آن در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کرد. همچنین همبستگی کل مقیاس با مقیاس اضطراب خصلتی را ۰/۴۳ و همبستگی زیرمقیاس‌ها را در دامنه ۰/۲۸ تا ۰/۶۸ گزارش نمودند. همبستگی زیرمقیاس‌های آن با کل آزمون در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۸۷ و همبستگی آن‌ها با یکدیگر بین ۰/۶۲ تا ۰/۲۶ بود. در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه MCQ-30، ۰/۸۰ و برای زیرمقیاس‌های باورهای مثبت در مورد نگرانی، کنترل‌ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۵، ۰/۸۳، ۰/۶۳ و ۰/۵۳ به دست آمد.

داده‌ها یافته‌ها

میانگین محاسبه شده برای باورهای فراشناختی نشان می‌دهد که میانگین گروه عود کرده از گروه پاک پائین‌تر است. انحراف معیار خرده‌مقیاس‌ها در دو گروه اختلاف زیادی با هم ندارند. کجی توزیع در اکثر خرده‌مقیاس‌ها کم (کمتر از ۱) است. اختلاف دو گروه در مقدار کمینه و بیشینه قابل توجه نیست.

باورهای فراشناختی با عود سوء مصرف مواد همبستگی مثبت دارند.

جدول ۱: شاخص‌های آماری مرکزی، پراکندگی و پراکندگی نسبی باورهای فراشناختی

بیشینه	کمینه	کشیدگی	چولگی	انحراف معیار	نما	میان	خطای میانگین	میانگین	گروه	باورهای فراشناختی
۲۲	۸	۰/۰۶۶۲	۰/۲۸	۳/۰۴۲۶۴	۱۶	۱۶	۰/۲۴۸۴۳	۸۰/۶۷/۱۵	پاک	باورهای مثبت درباره نگرانی
۲۴	۷	۷	۰/۱۷۴	۳/۲۲۰۹۴	۱۳	۱۴	۰/۲۶۲۹۹	۶۰/۶۷/۱۴	عود کرده	
۲۳	۹	۰/۷۶۶	۰/۶۷	۰/۰۴۵۴۹	۱۸	۱۶	۰/۲۴۸۶۶	۱۵/۹۸۶۷	پاک	کنترل ناپذیری و خطر
۲۱	۷	۰/۰۴۶	۰/۲۰۹	۲/۸۵۵۹۸	۱۲	۱۳	۰/۲۳۳۱۹	۱۳/۴۶۶۷	عود کرده	
۲۴	۸	۰/۷۶۹	۰/۱۱۶	۳/۸۷۷۵۶	۱۶	۱۶	۰/۳۰۹۲۵	۱۶/۳	پاک	اطمینان شناختی
۲۴	۹	۰/۰۲۴	۰/۵۰۸	۳/۲۰۳۲۵	۱۵	۱۴	۰/۲۶۱۵۴	۱۴/۲۶	عود کرده	
۲۳	۹	۰/۱/۱۸۸	۰/۰۵۱	۳/۷۸۶۹۷	۲۰	۱۶	۰/۳۰۹۲۱	۱۶/۱۶۶۷	پاک	نیاز به کنترل افکار
۲۱	۷	۰/۴۹۱	۰/۲۲۴	۳/۰۵۲۳۸	۱۴	۱۴	۰/۲۴۹۲۳	۱۳/۷۲	عود کرده	
۲۲	۸	۰/۵۸۲	۰/۲۷۵	۳/۲۰۷۱۰	۱۶	۱۶	۰/۲۶۱۸۶	۱۵/۴۲	پاک	خودآگاهی شناختی
۲۱	۷	۰/۵۲۸	۰/۰۷۲	۲/۸۵۵۶۹	۱۴	۱۳/۵	۰/۲۳۳۱۷	۱۳/۳۷۳۳	عود کرده	

- باورهای فراشناختی با عود سوء مصرف مواد همبستگی مثبت دارند.

جدول ۲: ضرایب همبستگی بین باورهای فراشناختی و وضعیت سلامت

نتیجه	سطح معناداری	ضریب همبستگی	باورهای فراشناختی
همبستگی معکوس و معنادار	۰/۰۰۱	۰/۱۶۰ (**)	باورهای مثبت درباره نگرانی
همبستگی معکوس و معنادار	۰/۰۰۱	۰/۳۳۱ (**)	کنترل ناپذیری و خطر
همبستگی معکوس و معنادار	۰/۰۰۱	۰/۲۳۴ (**)	اطمینان شناختی
همبستگی معکوس و معنادار	۰/۰۰۱	۰/۲۶۶ (**)	نیاز به کنترل افکار
همبستگی معکوس و معنادار	۰/۰۰۱	۰/۰۲۷۲ (**)	خودآگاهی شناختی

در جدول شماره (۲) همبستگی باورهای فراشناختی با موفقیت درمان نشان داده شده است.

مشاهده می‌شود که همبستگی باورهای فراشناختی با موفقیت درمان منفی است. به این معنا که

افراد دارای عود مصرف در باورهای فراشناختی نمرات کمتری دارند. به این ترتیب تأیید می‌شود که بین عود ترک اعتیاد و باورهای فراشناختی ارتباط معکوس وجود دارد.

- باورهای فراشناختی، عود سوء مصرف مواد را پیش‌بینی می‌کنند.

برای بررسی این مفروض نیز از روش رگرسیون لجستیک استفاده شده است و باورهای فراشناختی به عنوان متغیر پیش‌بین در مدل رگسیون وارد شده‌اند. نتایج این بررسی در جداول ذیل ارائه شده است:

جدول ۳: معناداری مدل

سطح معناداری	درجه آزادی	مجذور خی		
۰/۰۴۶	۱	۳/۹۷۲	Step	گام سوم
۰/۰۰۰۱	۳	۶۰/۶۳۹	Block	
۰/۰۰۰۱	۳	۶۰/۶۳۹	Model	

این مدل رگرسیونی نیز با روش پیش‌رونده اجرا شده است که تا ۳ گام ادامه یافته است. جداول ذیل نتایج گام سوم (آخر) است.

جدول فوق نشان می‌دهد که مقدار مجذور خی در گام هفتم برابر با ۶۰/۶۳ بوده که سطح معناداری آن کمتر از ۵ درصد می‌باشد و نشان‌دهنده تأثیر متغیرهای پیش‌بین بر متغیر ملاک دارد و مدل از برازش مناسبی برخوردار است.

جدول ۴: ضرایب مدل

Nagelkerke R Square	Cox & Snell R Square	-2 Log likelihood	Step
۰/۲۴۴	۰/۱۸۳	۳۵۵/۲۴۹	سوم

در جدول فوق آماره مجذور همبستگی ناگلرک که در واقع ضریب تبیین مدل است نشان داده شده است. این مقدار برای گام سوم برابر با ۰/۲۴ است که نشان می‌دهد ۲۴ درصد تغییرات متغیر وابسته توسط متغیرهای مستقل وارد شده به مدل تبیین می‌شود. به این ترتیب می‌توان با اطمینان حداقل ۹۵ درصد اظهار داشت که باورهای فراشناختی می‌توانند ۲۴ درصد عود مصرف مواد را تبیین نمایند. در جدول ذیل صحت طبقه‌بندی موفقیت ترک بر اساس مدل در نظر

گرفته شده ارائه شده است.

جدول ۵: طبقه‌بندی صورت گرفته مقادیر مشاهده شده و مقادیر پیش‌بینی شده

پیش‌بینی			گام		
درصد صحیح	موفقیت عدم عود				
	عود کرده	پاک	پاک	عود کرده	درصد مجموع
۵۹/۳	۶۱	۸۹	پاک	گام هفتم کنترل ناپذیری و خطر نیاز به کنترل افکار خودآگاهی شناختی	گام هفتم
۷۰/۷	۱۰۶	۴۴	عود کرده		
۶۵			درصد مجموع		

جدول فوق نشان می‌دهد که چقدر پیش‌بینی مدل صحیح است. به عبارت دیگر درست پیش‌بینی کردن موفقیت عدم عود تا چه میزان در گام سوم محقق شده است. در مجموع از ۳۰۰ آزمودنی ۱۰۵ مورد خطای طبقه‌بندی صورت گرفته است. (۴۴ مورد فرد پاک به اشتباه عود کرده و ۶۱ مورد فرد عود کرده به اشتباه پاک طبقه‌بندی شده‌اند). بر این اساس حساسیت این مدل در تعیین افراد پاک ۵۹ درصد و در تعیین افراد عود کرده حدود ۷۱ درصد است. و به طور کلی ۶۵ درصد افراد از طریق باورهای فراشناختی به درستی طبقه‌بندی شده‌اند.

جدول ۶: نتایج آماره والد برای متغیرهای وارد شده در مدل

نسبت پرتوی	سطح معناداری	درجه آزادی	آماره والد	ضریب بتای غیر استاندارد	متغیرهای وارد در گام هفتم	گام هفتم
۰/۸۲۵	۰/۰۰۰۱	۱	۱۳/۳۴۹	۰/۱۹۲	کنترل ناپذیری و خطر	
۰/۹۱۶	۰/۰۴۷	۱	۳/۹۳۵	۰/۰۸۷	نیاز به کنترل افکار	
۰/۹۰۹	۰/۰۴۶	۱	۳/۹۸۸	۰/۰۹۵	خودآگاهی شناختی	
۲۳۹/۳۳۹	۰/۰۰۰۱	۱	۴۴/۶۵۳	۵/۴۷۸	مجموع	

نتایج جدول فوق و آماره والد نشان می‌دهد که در گام سوم متغیرهای (باورهای فراشناختی) کنترل‌ناپذیری، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی در مدل حضور دارند که آماره والد برای همه این طرح‌واره‌ها در سطح خطای معنادار است. مشاهده می‌شود که جهت ضریب بتا در همه متغیرها منفی است. به این معنا که بالا بودن نمره فرد در این مقیاس‌ها موجب

کاهش احتمال عود مصرف مواد خواهد بود. به این ترتیب می‌توان:

- ۱- تأثیر باورهای فراشناختی بر موفقیت ترک مصرف مواد مورد تأیید قرار می‌گیرد.
- ۲- حساسیت مدل را برای طبقه بندی صحیح افراد عود کرده حدود ۷۱٪ دانست.
- ۳- تأیید نمود که ۲۴٪ تغییرات موفقیت ترک توسط باورهای فراشناختی تبیین می‌شود. بر همین اساس مفروضه دوم تحقیق نیز مورد تأیید قرار می‌گیرد.

نتیجه گیری

در این پژوهش بعد از جمع‌آوری داده‌ها و استخراج ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش، اقدام به آزمون فرضیه‌ها برای پیدا کردن باورهای فراشناختی که با عود سوء مصرف مواد همبستگی مثبت دارند. با روش آماری همستگی کندال و توکی مشخص گردید که عود سوء مصرف مواد با باورهای فراشناخت: باورهای مثبت درباره نگرانی، کنترل‌ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی رابطه مستقیم وجود دارد. بعد از آزمون فرضیه‌ها به تحلیل داده‌ها برای پاسخ به مفروض‌ها مبنی بر نقش باورهای فراشناخت در پیش‌بینی عود سوء مصرف مواد در دو مدل انفرادی و ترکیبی از روش آماری لوجستیک استفاده شد و این نتایج به‌دست آمد: باورها فراشناخت در همه خرده‌مقیاس نیز عود را پیش‌بینی می‌کند.

باورهای فراشناختی با موفقیت عدم عود سوء مصرف مواد همبستگی مثبت دارد. آزمون فرضیه نشان داد که بین عود سوء مصرف مواد و باورهای فراشناختی: باورهای مثبت درباره نگرانی، کنترل‌ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی همبستگی معکوس معنی‌دار دارد و افرادی که دچار عود سوء مصرف مواد شده‌اند نمره پایین‌تری در باورهای فراشناختی دریافت نموده‌اند. هانری جارگن و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهشی بین سوء مصرف مواد و اختلال در فراشناخت افراد، رابطه مثبتی مشاهده کردند. سلمانی در ۱۳۹۱ در بین ۱۰۰ نفر دانشجو که ۶۲ پسر و ۳۸ دختر پژوهشی انجام داد، که نتایج نشان داد بین باورهای فراشناختی و گرایش به سوء مصرف مواد رابطه مثبت وجود دارد و باورهای فراشناختی می‌تواند ۳۱/۲ درصد گرایش به مصرف مواد را پیش‌بینی کند. به‌علاوه هر

۵ مولفه فراشناخت با گرایش به اعتیاد رابطه متوسط و مثبتی دارد. حاجی علیزاده و همکاران (۱۳۹۰) باورهای فراشناختی را با سوء مصرف مواد معنادار دانستند. سایر یافته‌های پژوهشی دیگر نیز نقص در باورهای فراشناختی به‌عنوانی عاملی برای عود سوء مصرف مواد دانسته‌اند (توناتو، ۱۹۹۹؛ کاشفی و همکاران، ۱۳۹۰؛ کاشفی و همکاران، ۱۳۹۰؛ ساعد و همکاران، ۱۳۹۰؛ ربانی، باوجدان، بهرام‌نژاد، ۱۳۸۹؛ ابوالقاسمی و همکاران، ۱۳۸۶؛ مایر، سالووی؛ ۱۹۹۷).

باورهای فراشناختی به‌طور ویژه‌ای با تحلیل‌های شناختی افراد وابسته به مواد مخدر دارد. از دیدگاه فراشناختی، سوء استفاده از مواد، تغییرات سریع معنی‌داری در رویدادهای شناختی، مانند احساسات، افکار یا خاطرات به‌وجود می‌آورد. مواد مخدر و داروهای روان‌گردان ممکن است رویدادهای شناختی را مستقیماً (برای مثال، ایجاد آرامش، ایجاد اجتناب، گریز از شناخت‌های دردناک و ایجاد آگاهی و توجه) و یا به‌طور غیرمستقیم (برای مثال، احساس دل‌بستگی، بهت‌زدگی و ارزیابی‌های سرکوب شده) با تغییر باورها و نگرش‌ها در مورد اجتناب از رویدادهای شناختی ممکن است حاصل تقویت‌کننده‌های مثبت و منفی نیرومندی از مصرف مواد مخدر باشند.

پی‌نوشت‌ها:

1- Relapse substances

2- Belief of metacognition

منابع و مآخذ فارسی:

- آدریان، ولز. (۲۰۰۹). راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی، ترجمه شهرام محمدخانی (۱۳۹۰). (چاپ دوم). تهران، انتشارات ورای دانش.
- آقابخشی، حبیب؛ صدیقی، بهرننگ؛ اسکندری، محمد. (۱۳۸۸). بررسی عوامل مؤثر بر گرایش جوانان به سوء مصرف مواد مخدر صنعتی، فصلنامه پژوهش اجتماعی، سال دوم، شماره چهارم، ۸۷-۷۲.

ابوالقاسمی، عباس؛ اله‌قلی لو، کلثوم؛ نریمانی، محمد؛ زاهد، عادل. (۱۳۸۹)، راهبردهای تنظیم هیجان در سوء مصرف کنندگان مواد دارای واکنش‌پذیری بالا و پایین، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیستم، شماره ۱۷، ۲۲-۱۵.

ابوالقاسمی، عباس؛ احمدی، محسن؛ کیامرثی آذر. (۱۳۸۶). بررسی ارتباط فراشناخت و کمال‌گرایی با پیامدهای روان‌شناختی در افراد معتاد به مواد مخدر. تحقیقات علوم رفتاری، دوره پنجم، شماره ۲، ۷۳-۷۹.

اکبری زردخانه، سعید؛ رستمی، رضا؛ زارعان، مصطفی. (۱۳۸۶). رابطه هوش هیجانی و مکانیزم‌های دفاعی با اعتیاد. فصلنامه روانشناسی ایرانی، سال چهارم، شماره ۱۵، ۳۰۳-۲۹۳.

بیابانگرد، اسماعیل. (۱۳۸۱). تحلیلی بر فراشناخت و شناخت‌درمانی، تازه‌های علوم شناختی، سال ۴، شماره ۲۶-۱۸.

پورشهباز، عباس؛ شاملو، سعید؛ جزایری، علی‌رضا؛ قاضی طباطبایی، محمود. (۱۳۸۴). روابط ساختاری عوامل روان‌شناختی و حفاظت خطرزا کنند مصرف مواد در نوجوانان. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره ۱۹، ۵۴-۴۸.

تاجیک، محمدرضا؛ میرآشتیانی، الهام. (۱۳۸۵). جامعه‌شناسی اعتیاد در ایران امروز. تهران: نشر مهاجر.

تیموری، مرضیه. (۱۳۸۸). بررسی رابطه ابعاد فراشناخت با اضطراب و مقایسه ابعاد فراشناخت در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی و عادی شهر شیراز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.

حاجی‌علیزاده، کبری؛ بحرینیان، سیدعبدالمجید؛ نظیری، قاسم؛ مدرس غروی، مرضی. (۱۳۹۰). نقش متغیرهای شناختی، ابعاد فراشناختی و هیجان‌ات در رفتار سوء مصرف مواد. فصلنامه تازه علوم شناختی، سال یازدهم، شماره ۴۹، ۳-۳۵.

حسینی فریده، خیرمحمد. (۱۳۸۹). بررسی نقش معلم در هیجان‌ات تحصیلی ریاضی و تنظیم هیجانی دانش‌آموزان. فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز، سال پنجم، شماره ۳۲، ۲۰-۲۵.

حیدری، علیرضا؛ اقبال، فرشته. (۱۳۹۰). رابطه دشواری در تنظیم هیجانی، سبک‌های دلبستگی و صمیمیت با رضایت زناشویی در زوجین صنایع فولاد شهر اهواز. یافته‌های نو در

روان‌شناسی، دوره هفتم، شماره سوم، ۱۱۴-۱۳۲.

حیدری، علیرضا؛ احتشام‌زاده، پروین؛ حلاجانی، فاطمه. (۱۳۸۹). رابطه تنظیم هیجانی، فراشناخت و خوش‌بینی با اضطراب امتحان دانشجویان. یافته‌های نو در روان‌شناسی، شماره ۵، ۳۱-۲۳.

خدایی، علی. (۱۳۸۴). مقایسه پنج عامل شخصیتی و هوش هیجانی در افراد معتاد و غیر معتاد شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.

دباغی، پرویز؛ اصغرنژاد فرید، علی‌اصغر؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ بوالهروی، جعفر. (۱۳۸۷). اثربخشی پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی در درمان وابستگی به مواد

افیونی و سلامت روانی. اعتیاد پژوهی، سال دوم، شماره ۷، ۴۳-۲۹.

ربانی باوجدان، مرجان؛ ربانی باوجدان، مژگان؛ بهرام‌نژاد، علی. (۱۳۹۸). رابطه بین باورهای فراشناختی در گرایش به اعتیاد در دانشجویان. اولین همایش کشوری دانشجویی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت.

رسولی‌آزاد، مراد؛ فنبری هاشم‌آبادی، بهرام‌علی؛ طباطبایی، سیدمحمود. (۱۳۸۸). تأثیر گروه درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر مردان وابسته به مواد افیونی با همبودی اختلال افسردگی اساسی، سال یازدهم شماره ۳۲، ۲۰۴-۱۹۵.

زاهد، عادل؛ اله قلیلو، کلثوم؛ ابولقاسمی، عباس؛ نریمانی، محمد. (۱۳۸۸). ارتباط بین راهبردهای تنظیم هیجانی و رفتار بین‌فردی در سوء مصرف کنندگان مواد. اعتیاد پژوهی، سال سوم، شماره ۳۴، ۱۱-۴۱.

زرار، محمد امینی. (۱۳۸۶)، بررسی رابطه باورهای فراشناختی با سلامت روانی و پیشرفت تحصیلی. فصلنامه نوآوری‌های آموزشی، شماره ۱۹، سال ششم، ۱۵۴-۱۴۲.

سادوک، بنجامین جیمز؛ کاپلان، ویرجینیا آلکوت. (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی در علوم رفتاری. ترجمه فرزین رضاعی، انتشارات ارجمند. ویرایش دهم. ص ۴۷۸.

ساعد، امید؛ یعقوبی، حمید؛ روشن، رسول؛ سلطانی، مرضیه. (۱۳۸۹). مقایسه باورهای فراشناختی ناکارآمد در بین افراد وابسته و افراد غیر وابسته به مواد. فصلنامه

اعتیادپژوهی، سال پنجم شماره ۱۷، ۴۶-۳۵.

ساعد، امید؛ یعقوبی، حمید؛ روشن، رسول؛ سلطانی، مرضیه. (۱۳۹۰) مقایسه باورهای فراشناختی ناکارآمد در بین افراد وابسته و افراد غیر وابسته به مواد، فصلنامه اعتیاد پژوهی، شماره ۱۷.

سلمانی، بهزاد. (۱۳۹۱). رابطه بین باورهای فراشناختی و گرایش به مصرف مواد، دومین همایش سراسری اعتیاد و آسیب‌های روانی و اجتماعی- انجمن عامی دانشجویی روان‌شناسی دانشگاه خوارزمی، ۱۷.

سیدحسن، اسعدی. (۱۳۸۶). تحلیلی از اثرگذاری کنفوانسیون‌ها، پروتکل‌ها و دیگر اسناد بین‌المللی بر مقررات مبارزه با مواد مخدر از سال ۱۲۸۹ تا ۱۳۸۵. ماهنامه فرهنگی، اجتماعی ایران پاک، شماره اول، ص ۲۰.

صحرائی، محمد. (۱۳۸۷). مقایسه سبک‌های مقابله با استرس بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی و افراد عادی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.

عسگری، پرویز؛ پاشا، غلامرضا؛ امینیان، مریم. (۱۳۸۸). رابطه تنظیم هیجانی، فشارزاهای روانی زندگی و تصویر از بدن با اختلالات خوردن در زنان. اندیشه و رفتار، دوره چهارم، شماره ۱۳، ۶۵-۷۸.

عبدی، سلمان؛ باباپور، خیرالدین جلیل؛ فتحی، حیدر. (۱۳۸۹). رابطه سبک‌های تنظیم هیجانی شناختی و سلامت عمومی دانشجویان. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، سال هشتم، شماره ۴، ۲۶۴-۲۵۸.

عزیزی، علیرضا؛ میرزایی، آزاده؛ شمس، جمال. (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی به سیگار. حکیم، دوره سیزدهم، شماره ۱، ۱۱-۱۸.

قلعه‌بان، مریم؛ بشارت، محمدعلی؛ رحیمی‌نژاد، عباس؛ قربانی، نیما. (۱۳۸۷). بررسی و مقایسه ناگویی خلقی و خودتنظیم‌گری در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و افراد غیر مبتلا. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.

کاشفی، طیبیه؛ آقامحمدیان شهرباف، حمیدرضا؛ ثمری، علی‌اکبر. (۱۳۹۱). بررسی ارتباط

باورهای فراشناختی و میزان رفتارهای خودتخریب‌گرایانه در افراد معتاد به مواد، دومین همایش سراسری اعتیاد و آسیب‌های روانی و اجتماعی - انجمن علمی دانشجویی روان‌شناسی دانشگاه خوارزمی، ۵۰.

کاشفی، طیبه؛ محرابی، پری سحر؛ نجفی‌گل، پریسا. (۱۳۹۰). بررسی مقایسه‌ای باورهای فراشناختی و میزان هیجان‌خواهی در افراد معتاد و عادی. دومین همایش سراسری اعتیاد و آسیب‌های روانی و اجتماعی - انجمن علمی دانشجویی روان‌شناسی دانشگاه خوارزمی؛ ۵۲.

لطف‌آبادی، آ. (۱۳۸۵). آموزش در روانشناسی. تهران انتشارات سمت.

مکری، آذرخش. (۱۳۹۰). نگاهی به مداخلات درمانی مستند و علمی در سوءمصرف مواد مخدر و محرک با تأکید بر کنترل و تنظیم هیجانی. هفدهمین همایش یک روزه اعتیاد و آسیب‌های روانی.

میرزایی، طیبه؛ راوری، علی؛ حنیفی، نسرین؛ میری، سکینه؛ اسکویی، فاطمه؛ خلیل‌آبادی، صدیقه. (۱۳۸۹). عوامل مرتبط با عود اعتیاد از دیدگاه مبتلایان به سوء مصرف مواد مخدر. نشریه پرستاری ایران، دوره ۲۳، شماره ۶۷، ۵۵-۵۰.

نارنجی‌ها، هومان و همکاران. (۱۳۸۶). ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد در ایران سال ۸۶، مؤسسه داریوش، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

نریمانی، محمد؛ هاشمی، تورج؛ قاسم‌زاده، ابوالفضل؛ ماشینچی عباسی، نعیمه؛ فتوحی بناب، سکینه. (۱۳۸۹). آموزش خودتمایزسازی بوئن و عود نشانه‌های سوء مصرف مواد. فصلنامه اعتیاد پژوهی، سال سوم شماره ۱۱. ص ۶۳-۴۲.

نورانی‌پور، رحمت‌اله. (۱۳۸۳). بررسی علل اعتیاد به مواد تغییردهنده خلق و رفتار و روش‌های موثر و کارآمد مشاوره اعتیاد. فصلنامه علمی - پژوهشی سوء مصرف مواد، سال دوم، شماره ۶، ۳۵-۲۸.

یارمحمدی واصل، مسیب. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی اجتماع درمان‌مدار بر علایم روانی مردان وابسته به مواد. تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۹، شماره ۲، ۹۳-۸۳.

منابع و مآخذ خارجی:

- Adams, J., & Heath, B., & Young, A., & Hewitt, S., & Corely, J., & Stallings, M (2003). Relationships between personality and preferred substance and motivations for use among adolescent substance abusers, *The American Journal of Drugs and Alcohol Abuse*, 29, 3, 691-712.
- Aghazadeh, M., & Ahadian, M. (1998). *Theoretical fundamentals and pedagogical applications of meta-cognition theory*. Kermanshah, Peyvand.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders-fourth edition (DSM-IV). DC: American Psychiatric Association, 1994, 191-297.
- Bell, M.A., & Wolfe, C.D., (2004). Emotion and Cognition: An Intricately Bound Development Process, *Child Development*, 75, 366-370.
- Bell, M.A., & Wolfe, C(2004). Emotion and Cognition: An Intricately Bound Development Process, *Child Development*, 75, 366-370.
- Beown, A., & Bransford, J., & Ferrara, R., & Campione, J. (1983). *Leaming, remembering, and understanding*. In J.H.
- Biehler, R., & Snowman, J. (1993). *Psychology applied to teaching*, Houghton Mifflin.
- Brown, A.L. (1982). *Learning and Development: the problem of compatibility*, Access and Induction, Human Development 25.
- Buddy, T(2012). Cognitive Behavior Therapy for Addiction, *Journal Health Alcoholism*, 28.
- Cathlin, MC. (2002). *The practical manual of cognitive-behavior in cocaine abuse*, Espan Honar, 18-125.
- Chambers, R., & Gullone, E., & Allen, N.B., (2009). Mind ful Emotional Regulation: on Integrative Review, *Clinical Psychology Review*, 29, 560-572.
- Fisher, M., & Scott, SR. (1996). Effectiveness study of two group models with substance abusing mentally ill (multi challenged) consumers, *J Alcohol Drug Educ*, 52, 25-38.
- Flavell, E., & Markam, M. (1979). *Handbook of child psychology, cognitive development* (VOL. 3, PP.77-166). New York: John Wiley & Sons.
- Flavell, J(1979). Metacognition and cognitive monitoring: a new area of cognitive developmental inquiry, *American Psychologist*, 14, 49-68.
- Fosca, G.M. (2008). *Beyond the Parent-child Dyad: Testing Family Systems Influences on Childeren's Emotion Regulation*, Doctoral Dissertation of Philosophy, Marquette University, Milwaukee, Wiscansi.

- Frith, C.D. (1971). Smoking Behavior and Its Relation to The Smoker" s Immediate Experience, *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 1091, 73-78.
- Fox, H.C., & Axelrod, S., & Paliwal, P., & Sleep, J., & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and Alcohol Dependence*, 89, 298-388, 33, 388-394.
- Fox, H.C., & Hong, K.A., & Sinha, R. (2008). Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drink, *Addictive Behavior*, 33, 388-394.
- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Gross, J.J., & Thompson, R.A., (2007). *Emotional Regulation, Cconceptual Foundations*, In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp.3-26). New York: Guilford Press.
- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Hasking, P., & Oei, T.P. (2007). Alcohol expectancies, self-efficacy and coping in alcohol dependent sample, *Addictive Behaviors*, 32(1), 99-113.
- Jurgen, H., & Johannes, H., & Johannes, L. (2007). Metacognition in Alcohol Abusers: How are Alcohol-Related Intrusions Appraised?, *Cogn-Ther Res*, 31, 817-831.
- Khantzian, E.J. (1997). The self-medication hypthesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry*, 4, 44-231
- Kozlov, A., & Rokhline, M. (2001). Dependence of the formation of the addictive personality on the predisposing factors. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova*; 101(5): 16-20.
- Marques, AC., & Formigoni, ML. (2001). Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients *Addiction*, 96, 35-46.
- Mayer, JD., Caruso, DR., Salovey, P. (2000). Emotional Intelligence Meets Traditional Standards for An Intelligence, 2(72): 267-298.
- Mayer, JD., Salovey, P.(1997). What Is Emotional Intelligence? In: Salovey P, Sluyter D(Eds). *Emotional Development and Emotional Intelligence: for Educators*, New York , Basic Books, 15.
- Metcalfe, J., & Shimamura, A. (1994). *Metacognition: Knowing about knowing*. Cambridge.Ma: The MIT Press.
- Mayer, J., & Caruso, D., Salovey, P. (2000). Emotional Intelligence Meets Traditional Standards for an Intelligence; 2(72): 267-298

- Moses, L.J., & Baird, J.A. (2002). *Metacognition*. In R.A.Wilson & F.C.Keil (Eds.), *The MIT encyclopedia of the cognitive science*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Moneta, Giovanni. (2011). Metacognition, emotion alcohol dependence in college students: A moderated mediation model. *Addictive Behaviors, Volume 36, Issue 7*. 781-784.
- Ochsner, KN & Gross, J. (2005). The cognitive control of emotion, *TRENDS in cognitive sciences*. 9(5): 242-249
- Parker, JD., & Tylor, RN., Eastabrook, JM., & Schell, SL., Wood, LM. (2008). Problem Gambling In Adolescence: Relationships with Internet Misuse, Gambling Abuse And Emotional Inteeigence. *Personality and Individual Individual Differences, 45*, 174-180.
- Pekrun, R., & Goatz, T., & Perry, R.P., (2005). Achievement Emotions Questionnaire (AEQ), User Mannal, Mannal Version 2005.
- Rostami, R., & Hazratabadi, M., Mohammadi, F(2007). Study of Pilot Diagnosis Of APS, MAC-R, AAS. *Psychological researcher; 1(1-2)*: 11-28.
- Saif, A. (1997). *Learning and Studying Methods*, Tehran, Doran Publications.
- Schraw, G., & Moshman, D. (1995). Metacogntive theories. *Educ Rev Psychol, 7(4)*, 51-71.
- Spad, M., & Wells, A. (2005). Metacognitions, Emotional and alcohol use, *Clinical Psychology & Psychotherapy, Volume 12, Issue 2*, pages 150-155
- Spada, M., & Nikcevic, A., & Moneta, G., Wells, A. (2007). Metacognition az a mediator of the relationship between emotion and smoking dependence, *Addictive Behaviors, Volume 32, Issue 10*, 2120-2129.
- Thompson, R.A. (1994). *Emotion regulation Biological And Behavioral Considerations* (pp.25-52). Chicago: The University of Chinago Press.
- Trinidad, DR., & Unger, Jb., & Chou, CO., & Johnson, A. (2004). The Protective Association of Emotional Intelligence with Psychosocial Smoking Risk Factors for Adolescent, *Personality and Individual Differences, 36*, 945-954.
- Trinidad, DR., & Johnson, CA. (2002). The Association between Emotional Intelligence and Early Adolescent Tobacco and Alcohol Use. *Personality and Individual Differences, 3(21)*: 95-105
- Toneatto, T. (1999). Metacognition and substance use. *Addictive Behaviors 24(2)*, 74-167.
- Tubman, JG., & Vicary, JR, & Von Eye, A., & Lerner, JV(1990). Longitudinal Substance Use and Adult Adjustment *Journal of Substance Abuse* 1990; 2(3): 317-334.

- Vimz, B. & Pina, W. (2010). The assessment of emotion regulation: Improving construct validity in research on psychopathology in Youth. *Journal of psychological Behavior assessment, published online*. 10(1):169-178.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester: Wiley.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and meta-cognition: In innovative cognitive therapy*. Led Chichester: wiley and sons, pp. 14-25.
- Wells, A. (2001). Panic disorder in association with relaxation-induced-anxiety: An intentional training approach to treatment. *Behavior Therapy*, 21, 273-280.
- Wills, A., & Vaccareo, D., & Mcnamaara, G. (1994). Novehty Seeking, Risk Taking, and Related Constructe as Predictors of Adolescent Substance Use: an Applicatin of Cloninger S Theory. *Journal of Substance Abuse*, 6: 1-20.