رابطهٔ باورهای فراشناختی و رفتارهای خودتخریب گرایانه درافراد معتاد به مواد مخدر

طیبه کاشفی[1*]

چکیده

مقدمه:دانش فراشناختی اشاره به عقاید و تئوری هایی دارد که افراد در ارتباط با شناخت ها و هیجاناتخود دارند، که این عقاید می تواند باورهای مربوط به اهمیت قائل شدن برای انواع خاصی از تفکرات دربارهٔ دیگر وقایع شناختی را نیز در بر بگیرد. هدف این پژوهش بررسی رابطهٔ باورهای فراشناختی و رفتارهای خود تخریب گرایانه در افراد معتاد به مواد مخدر می باشد.

روش کار: در این مطالعهٔ توصیفی همبستگی، ۱۳۲نفر از معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهرستان تربت حیدریه در سال ۱۳۹۱به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه باورهای فراشناختی (MCQ-30) و پرسشنامه سنجش رفتارهای خودتخریب گرایانه(آقامحمدیان۱۳۸۸) استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از، ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته‌ها:بیشترین رفتارهای خود تخریبی در شرکت کنندگان، مصرف دائم مواد،مصرف تفننی مواد گوناگون، و کشیدن سیگار بود. بین نمرات افراد در مقیاس باورهای فراشناختی ومیزان رفتارهای خودتخریب گرایانه همبستگی منفی معنی داری وجود داشت. همچنین نمرهٔ کلی رفتارهای خود تخریبی با نمرات افراد در ابعادباورهای مثبت دربارهٔ نگرانی، کنترل ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی رابطهٔ منفی معناداری داشت($p<۰/۰۱$).

نتیجه گیری: فراشناخت نقش مهمی در انتخاب و تداوم مکانیسم‌های مقابله‌ای ناسازگار دارد. در اصل استفاده از مکانیسم های مقابله ای ناسازگار، سبب شکل گیری و تداوم رفتارهای نامتناسب و خود تخریبی می شود، از این رو میتوان با تغییر باورهای فراشناختی که شیوه های ناسازگارانهٔ برخی از رفتارها را زیاد می کنند و یا باعث گرایش به اعتیاد می شوند، به بهبود وضعیت زندگی فردی و اجتماعی افراد کمک کرد.

واژه‌های کلیدی:اعتیاد؛ باورهای فراشناختی؛ رفتارهای خود تخریبی

۱-**نویسنده مسؤول؛**کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه،تربت حیدریه،ایران

پست الکترونیکی:
Kashefi88@gmail.com

تلفن:۰۹۱۵۵۳۱۱۶۷۶

آدرس:دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه،تربت حیدریه،ایران

فصلنامه علمی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه،دوره اول،شماره۲،تابستان ۱۳۹۲

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2026-10-17]

مقدمه

بشر امروزی بیش از پیش با معضلات و مسائل تنش زا و آسیب رسان درگیر بوده ومتأسفانه بسیاری از افراد صرف نظر از سطح فرهنگی و طبقه اجتماعی و اقتصادی، به این سبک زندگی و انجام رفتارهای خود تخریب گرایانه وآسیب رسان که به سلامت جسم و روان شان لطمات جبران ناپذیری وارد می سازد مبادرت می‌ورزند. در این میان جوانان و نوجوانان با توجه به شرایط و تغییرات زیستی و روانی بیشتر از سایرین در معرض خطر بوده و امکان بروز اینگونه رفتارها در آنها در قیاس با افراد دیگر جامعه بیشتر است. رفتارهای خودتخریبی طبق تعریف" اقدامی مهلک یا غیر مهلک عمدی است، که فرد با علم به خطرناک بودن آن به انجامش مبادرت می ورزد و نتایج زیان بخش را نصیب خود نموده و حتی مستقیم و یا غیرمستقیم خانواده، اطرافیان و حتی در معنای وسیع کلمه جامعه را از نتایج مخرب آن متضررمی کند"(۱). عادت‌های خود تخریبی ممکن است نه تنها باعث به وجود آمدن بیماری شود، بلکه می تواند زندگی خوب جسمانی و روانی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. کنترل این رفتارهای خود تخریبی به طور خاص مشکل است، زیرا آنها بطور نسبتاً وسیعی خارج از حوزه پزشکی و درمانهای سنتی هستند و در مراحل ابتدایی با نشانه‌ها و علائم مرضی ناخوشایند همراه نیستند. لذا آنچنان مورد توجه قرار نمی گیرند، مگر در مراحل پیشرفته بیماری. این گونه رفتارها در اوایل سالهای نوجوانی افزایش یافته، در اواخر نوجوانی در سطح بالایی باقی مانده و در اوایل بزرگسالی کاهش می یابند(۲). عوامل زیادی می‌تواند یک فرد را مستعد اینگونه رفتارهای خود تخریبیکه مهمترین آنهااعتیاد به مواد مخدر[1]است سازد و در مقابل، عوامل پیشگیری کننده‌ای نیز وجود دارد که فرد را از گرفتار شدن در دام آنها محافظت میکند. تحقیقات متعدد مهم ترین عوامل ترغیب کننده افراد به مصرف مواد را خجالتی بودن، ناتوانی از رد کردن درخواست دیگران و فشار دوستان، حس بزرگ شدن،کاهش افسردگی، افزایش تمایلات عاطفی، دست کم گرفتن خطر و ماجراجویی عنوان نموده‌اند(۳). بعضی پژوهش ها سطح پایین تحمل ناکامی را در شروع، تداوم و عود سوء مصرف مواد مهم می دانند(۴). بر اساس دیدگاه‌های شناختی، رفتارهای اعتیادی تحت تأثیر باورها و نگرش های افراد قرار دارد(۵).اما نظریه‌های شناختی جدید بر نقش فراشناخت نیز در سبب شناسی و تداوم اختلالات روانی از جمله اعتیاد تأکید دارند(۶).از دیدگاه فراشناختی، سوء استفاده از مواد، تغییرات سریع معناداری در رویدادهای شناختی، مانند احساسات، افکار یا خاطرات به وجود می-آورد(۷). مواد مخدر و داروهای روان گردان ممکن است رویدادهای شناختی را مستقیماً(برای مثال، ایجاد آرامش، ایجاد اجتناب، گریز از شناخت‌های دردناک و ایجاد آگاهی و توجه) و یا بطور غیر مستقیم(برای مثال، احساس دلبستگی، بهت زدگی و ارزیابی‌های سرکوب شده)، با تغییر باورها و نگرش‌ها در مورد اجتناب از رویدادهای شناختی تحت تأثیر قرار دهد. این تغییرات شناختی ممکن است حاصل تقویت کننده‌های نیرومندی باشد که از مصرف مواد مخدر حاصل میشود. بعلاوه، استفاده از مواد مخدر نه تنها ممکن است باورها و انتظارات مثبتی را در مورد اثر مواد مخدر به وجود آورد، بلکه باعث بدست آوردن دانش و آگاهی دربارۀ پیامدهای شناختی می شوند(۸).

به اعتقاد فلاول[2]، فراشناخت دانش یا فرایندی شناختی است که در ارزیابی، بازبینی یا کنترل شناخت مشارکت دارد و عملکرد شناختی را تنظیم میکند. اکثر نظریه پردازان بین دو جنبه فراشناخت تمایز قائل شده‌اند: دانش فراشناختی که عبارت است از اطلاعاتی که افراد در مورد شناخت خود دربارۀ عوامل و راهبردهای یادگیری مرتبط با تکلیف دارند؛ و تنظیم فراشناختی که به انواع اعمال اجرایی نظیر توجه، بازبینی، برنامه ریزی و شناسایی خطاها در عملکرد اشاره دارد و بر فعالیت‌های شناختی اثر می گذارد(۹). فراشناخت از متغیرهایی است که در جریان سوء مصرف مواد مخدر مختل می‌گردد و ممکن است بطور ویژه‌ای با تحلیل‌های

1.Substance Dependence

2.Flowel.

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2026-10-17]

شناختی افراد وابسته به مواد مخدر ارتباط داشته باشد. طبق نظر ولز[1](۱۰) در فرایند تحلیل اطلاعات، شناخت تحت تأثیر عوامل عاطفی و فراشناختی قرار می گیرد. بنابراین تغییرات عاطفی و احساسی ممکن است در ارزیابی ها و شناخت تغییر ایجاد کند. دیدگاه فراشناختی هرگونه لغزش در نظارت از سطح عینی شناخت به فرا سطح را عامل اختلال روانی معرفی می کند(۱۰). از طرفی امروزه وجود استرس ها و فشارهای اجتماعی بیش از هر دوره دیگری سلامت روان انسان را به خطر انداخته و او را به طرف اختلالات روانی و انجام رفتارهای خود تخریبی از جمله سوء مصرف مواد مخدر سوق می‌دهد(۱۲). البته همیشه واکنش انسان به این شدت نیست؛ اما بهم خوردن تعادل روانی و آسیب دیدن روابط اجتماعی از پیامدهای ناخوشایند اینگونه رفتارها است. از آنجا که ارتکاب این رفتارها از سوی عده‌ای از افراد باعث تعمیم و گسترش این رفتارها به سایر اقشارجامعه گردیده و قبح مسئله از بین می‌رود، همچنین در صورت عدم برخورد صحیح و منطقی و اقدامات پیشگیری کننده در زمان مقتضی این رفتارها شدت یافته و لطمات جبران ناپذیری برسلامت جسمی و روانی فرد و جامعه وارد آمده و هزینه‌های مالی و معنوی هنگفتی بر فرد و جامعه وارد خواهد آمد، لذا برای جلوگیری از چنین وضعیتی می‌بایست به شناسایی کمیت و کیفیت اینگونه رفتارهای خودتخریب‌گرایانه در میان قشر عظیم جوان و نوجوان پرداخت. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین باورهای فراشناختی، و رفتارهای خود تخریبی درافراد معتاد صورت گرفت.

روش

این پژوهش یک مطالعهٔتوصیفی از نوع همبستگی است. جامعهٔ آماری این پژوهش را تمامی معتادان تحت درمان با متادون مراجعه کننده به مراکز درمان خصوصی و دولتی سرپایی و بستری شهرستان تربت حیدریه در سال۱۳۹۱ تشکیل میدادند. به کمک نمونه گیری در دسترس، از بین مراجعانی که در دومهٔ اول سال۱۳۹۱به مراکز درمان و بستری ترک اعتیاد مراجعه کرده و از سوی روان پزشک و روان شناس بالینی مرکز و بر اساس چهارمین ویراست تجدید نظر شدهٔ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا(DSM-IV)معیارهای تشخیصی اختلال وابستگی به مصرف مواد را دارا بوده، و حداقل دارای مدرک تحصیلی راهنمایی و مقیم تربت حیدریه بودند ۱۳۲ نفر(۱۲۰مرد و۱۲زن) بعنوان شرکت کننده انتخاب شدند و از آنان خواسته شد تا پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کنند. به منظور گردآوری داده‌ها در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

ابزارپرسشنامه فراشناخت(MCQ)[2]،که توسط کارترایت- هاوتون و ولز[3](۱۱) به منظور اندازه گیری تفاوت های فردی در باورهای مثبت و منفی در مورد نگرانی و افکار مزاحم ناخوانده، بازبینی و قضاوت فراروانشناختی در مورد کارآمدی شناختی طراحی شده است. پرسشنامه فراشناخت(MCQ-30) فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت (MCQ) است که توسط ولز و کرترایت- هاتون (۲۰۰۴) ساخته شده است و شامل ۳۰ گویهٔ خودگزارشی است که باورهای افراد درباره تفکرشان را می سنجد. پاسخ در این مقیاس بر اساس چهار درجه ای لیکرت (۱= موافق نیستم تا ۴= خیلی زیادموافقم) محاسبه می شود. این مقیاس همانند MCQدارای پنج خرده مقیاس است که هر کدام شش ماده را شامل می شوند،MCQ1[4]: باورهای فراشناختی مثبت در زمینه نگرانی، MCQ2[5]:باورهای فراشناختی منفی در مورد عدم کنترل افکار وخطرات، MCQ3[6]:اطمینان شناختی، MCQ4[7] :عقاید در زمینه نیاز به کنترل افکار،MCQ5[8]:خود آگاهی شناختی.شیرین زاده (۱۲) این پرسشنامه را برای جمعیت ایرانی ترجمه و آماده نموده است. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در نمونهٔ ایرانی۹۱٪ گزارش شده است.

1.Wells.

2. Meta Cognitons Questionnaire
3.Wells&Certwright-Hatton.
4.Positive belifs
5.Negative belifs
6.Cognitive confidence
7.Need to control thoughts
8.Cognitive self- consciosness

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2026-10-17]

ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های کنترل ناپذیری، باورهای فراشناختی، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار به ترتیب در نمونه ایرانی ۸۷٪، ۸۶٪، ۸۱٪، ۸۰٪ و۷۱٪ گزارش شده است. لازم به ذکر است که شاره(۱۳) مطرح کرد که با توجه به اینکه فرم ترجمه شدهٔ این پرسشنامه با فرم اصلی تفاوت‌هایی داشت، در برخی از آیتم ها تغییرات جزئی اعمال شد و پایایی به روش آلفای کرونباخ را برای کل پرسشنامه ۹۴٪ به دست آورد، در پژوهش حاضر از پرسشنامه فوق به منظور اندازه گیری باورهای فراشناختی استفاده شده است.

ازپرسشنامهٔ محقق ساخته **"سنجش رفتارهای خود تخریب گرایانه":**به منظور بررسی میزان شیوع رفتارهای-خودتخریبی استفاده شد. این پرسشنامه شامل۳۱ سوال به صورت فهرستی از رفتارهای خود تخریب گرایانه می‌باشد که ابتدا با بلی یا خیر نوع رفتار را مشخص می‌کند، اگر آزمودنی آن نوع رفتار را داشت، در۳ سطح میزان شدت رفتارها را به تصویر می‌کشد(کمی، زیاد و به شدت). شواهد مربوط به اعتبار و روایی از تحقیقی که بر روی ۸۷۳ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد صورت گرفته بدست آمده و برای سنجش اعتبار پرسشنامه از آلفای کرانباخ استفاده شده است. مقدار ضریب آلفای کرانباخ برابر۸۳۶٪ می‌باشد که این دلالت بر اعتبارمقیاس اندازه‌گیری قوی در این پرسشنامه دارد.

شیوهٔ اجرا

محقق جهت اجرای پژوهش و گردآوری داده‌ها به مراکز ترک اعتیاد رفته و ضمن مصاحبه با آندسته از افرادی که مایل به شرکت در پژوهش بودند و ملاکهای شرکت درپژوهش را (تحصیلات مقطع راهنمایی تحصیلی و بالاتر، مقیم تربت حیدریه بودن و داشتن ملاک های کامل وابستگی به مواد بر اساس کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا) داشتند، انتخاب و ازآنان خواست تا پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کنند.

نتایج

در پژوهش حاضر۱۲۰مرد و۱۲زن با میانگین سن ۳۳/۲۱ سال سن انتخاب شدند. اطلاعات بدست آمده از طریق ابزارهای تحقیق با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون مورد تحلیل قرار گرفت.

جدول۱: درصد فراوانی بیشترین و کمترین رفتارهای خودتخریب گرایانه در افراد معتاد

متغیر	رفتارهایخودتخریبی	
	فراوانینسبی	درصد
مصرف دائم مواد	۱۲۷	۹۶/۲
مصرف تفننی موادمختلف	۱۲۱	۹۱/۷
مصرف سیگار	۹۲	۶۹/۷
اعتیادبه اینترنت	۹	۶/۸
اعتیادبه کامپیوتر	۱۵	۱۱/۴
اعتیادبه قلیان	۲۸	۲۱/۲

مجموع تعداد پاسخ های مثبت افراد معتاد به رفتارهای خود تخریبی ۱۶۰۵ و مجموع پاسخ های منفی آنها ۲۴۸۶ بود. بیشترین رفتار خود تخریبی در افراد معتاد، مصرف دائم مواد ۹۶/۲٪، مصرف تفننی مواد گوناگون ۹۱/۷٪، و مصرف سیگار۶۹/۷٪، و کمترین رفتارهای خودتخریبی به ترتیب اعتیاد به اینترنت با ۶/۸٪، اعتیاد به کامپیوتر ۱۱/۴٪، و اعتیاد به قلیان ۲۱/۲٪ بود. همچنین بیشترین پاسخ ها در افراد معتاد بر اساس شدت درجه کمی مصرف تفننی مواد(با فراوانی۶۹)، شدت درجه زیاد مصرف تفننی مواد(با فراوانی۴۰)، و شدت درجه خیلی زیاد نیز مصرف دائم مواد(با فراوانی۳۵) بود.

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2026-10-17]

جدول۲: نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین باورهای فراشناختی بارفتارهای خود تخریبی معتادان

متغیر	نمره کل در رفتارهای خودتخریب گرایانه		
	میانگین (انحراف معیار)	ضریب همبستگی	سطح معناداری
نمره کلی باورهایفراشناختی	(۱۴/۱۸)۸۷/۵۲	**-۰/۷۰۱	۰/۰۰۰
باورهای مثبت درباره‌ی نگران	(۴/۷۷)۱۵/۹۷	**-۰/۶۷۹	۰/۰۰۰
کنترل ناپذیری و خطر	(۴/۰۰)۱۷/۴۷	**-۰/۲۹۴	۰/۰۰۱
اطمینان شناختی	(۵/۰۰)۱۶/۳۴	**-۰/۳۹۹	۰/۰۰۰
نیاز به کنترل فکر	(۳/۲۵)۱۸/۸۷	**-۰/۲۷۹	۰/۰۰۱
خودآگاهی شناختی	(۳/۷۴)۱۸/۹۲	**-۰/۳۰۲	۰/۰۰۰
نمره کل رفتارخود تخریب گرایانه	(۹/۲۱)۲۱/۲	----	----

میانگین باورهای فراشناختی آزمودنی ها ۸۷/۵ با انحراف معیار۱۴/۱ و رفتارهای‌خودتخریبی ۲۱/۲ با انحراف معیار ۹/۲۱بود. نتایج حاصل از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین باورهای فراشناختی و رفتارهای‌خودتخریبی معتادان همبستگی معکوس معناداری وجود دارد.به عبارت دیگر با افزایش نمرات فرد در عامل کلی باورهای فراشناختی نمرهٔ رفتارهای خود تخریبی وی کاهش می‌یابد.

بحث

هدف از پژوهش حاضر، بررسی رابطه باورهای فراشناختی با رفتارهای خودتخریب‌گرایانه در افراد معتاد شهرستان تربت حیدریه در سال ۱۳۹۱بوده است. نتایج این پژوهش حاکی از این است که بیشترین رفتارهای خود تخریبی در افراد مصرف دائم مواد و سیگار می‌باشد، که این یافته همسو با یافته های بریگهام[11](۱۴) است که اعلام داشت رفتارهایی از قبیل مصرف مواد، سیگارکشیدن، مصرف الکل و داروها برای رفع تنش و رژیم غذایی نامناسب جزء رفتارهای خودتخریب-گرایانه و از عوامل اصلی مرگ در امریکا می‌باشد.به عبارت دیگر از آنجایی که نمرات بالا در پرسشنامه رفتارهای خود-تخریبی نشانگر عدم توجه به سلامت جسمانی می‌باشد و با توجه به اینکه مواد مخدر،پس از مدتی وابستگی ایجاد کرده و فرد را معتاد می‌کند و افراد معتاد در کنار مصرف مواد، انواع دیگر رفتارهای خود تخریبی را از خود نشان می دهند، می‌توان اینگونه بیان کرد که افراد معتاد روش های مثبت کنترل رفتار را در اختیار ندارند، و از طریق روش های نامعقول مانند سیگار، مواد مخدر و داروهای روان گردان سعی در افزایش انگیختگی خود دارند و نسبت به سلامتی خود بی‌اهمیت هستند(۱۵)، بنابراین اگر چه استفاده از مواد در کوتاه مدت و میزان پایین ممکن است به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای انطباقی جلوه‌گر شود، لیکن در بلند مدت راهبرد غیر انطباقی است، زیرا وابستگی ایجاد می‌کند و در ارتباط با عاطفه منفی است(۱۶). همچنین رفتارهای خودتخریبی با باورهای فراشناختی همبستگی منفی معنادار(۰/۷۰۱-**) داشت. به بیان دیگر با افزایش باورهای فراشناختی، میزان خود تخریبی کاهش می‌یابد. این یافته با مفروضات بنیادی مدل عملکرد اجرایی خود نظم جویی ولز و متیوس[12](۵)همخوانی دارد. فرضیهٔ اساسی در مدل عملکرد اجرایی خود نظم جویی این است که فراشناخت نقش مهمی در انتخاب و تداوم مکانیسم‌های مقابله‌ای ناسازگار دارد. همچنین بر اساس اعتقاد فاولس[13](۱۷)می توان اینگونه بیان کرد که، افراد دارای سوء مصرف مواد احتمالا بدلیل برخورداری از سیستم فعال ساز رفتاری قوی تر برای گرایش به مواد مخدر آسیب پذیر تر هستند. تونا‌تو[14](۱۸)نیز در پژوهشی که بر روی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد انجام داد

11. Brigham

12. Wells & Matthews
13.Fowles
14.Toneatto, T.

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2026-10-17]

به این نتیجه رسید که: بین رویدادهای ناخوشایند شناختی با سوء استفاده مواد رابطه ای معنادار وجود دارد، درحالی که با رویدادهای خوشایند این رابطه ضعیف بود. درهمین راستا وی معتقداست فراشناخت ممکن است مهمترین میانجی مصرف مواد در افرادی باشد که در جستجوی درمان هستند. در نتیجه گیری از یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که باورهای فراشناختی مختل، مهارتهای مقابله‌ای را تضعیف می‌کند، در نتیجه تعاملات شناختی(باورهای غیر منطقی مبارزه جویانه) و رفتاری(رفتارهای غیر موثر) ناکارآمد شکل میگیرد و این امر باعث می شود سلامت روانی فرد دچار مشکل شود و در نتیجه وی جهت رفع این حالات ناخوشایند روحی با نگاهی مثبت و ابزاری به مصرف مواد مخدر بنگرد و نسبت به سلامت خود بی توجه باشد. همچنین افراد دارای فراشناخت مختل، دارای نمرهٔ بالا در پرخاشگری، قانون شکنی و تکانشگری نیز بوده و گرایش‌های قوی تری برای ارائه پاسخ‌های سوگیرانه به محرک‌های خطرناک یا غیر منتظره دارند. بنابراین به نظر می رسد باورهای فراشناختی مختل از قابل توجه ترین علل روی آوری، حفظ و عود رفتارهای خود تخریبی که از جمله مهمترین آنها وابستگی به مواد مخدر است می باشند.

جامعه آماری پژوهش(معتادین کلنیک‌ها)و نوع پژوهش(همبستگی) محدودیت هایی را در زمینهٔ تعمیم یافته‌ها، تفسیر و اسنادهای سبب شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کند که باید در نظر گرفته شود. . نمونه گیری گسترده تر و تجهیز افراد دارای گرایش به مواد مخدر به راهبردها و مهارت های شناختی و فراشناختی مناسب و موثر از پیشنهادات این پژوهش است.

تشکر و قدر دانی

این مقاله ماحصل پایان نامه دانشجویی در دوره کارشناسی ارشد می باشد. از کلیه افرادی که در این تحقیق پژوهشگر را یاری دادند، به ویژه بیماران مرکز درمان اعتیاد دکتر برادران تشکر و قدردانی می‌گردد.

References:

1. Purafkary N. *Comprehensive dictionaryof psychology- psychiatry.*Tehran:Farhangmoaser publishers 1385.(Persian).

2. *Laura EB. Development through the lifespan.* Translated by:*YahyaSeyedMohamadi(1384)*. Tehran: Arasbaran publishers 2001.

3. Tonetti L, Adan A, Caci H, Depascalis V, Fabbri M, Natale V. *Morningness- eveningness preference and sensation seeking*. European Psychiatry 2010; 25(2): 111-115.

4. LindgrenKP, MullinsPM, Neighbors C, Blayney JA. *Curiosity killed the cocktail?Curiosity, sensation seeking, and alcohol-related problems in college women*. ddictive Behavior. In Press.2010

5. Wells A, Matthews G.*Attention and emotion, A clinical perspective*. Hove: Erlbum. 1994

6. Wells A, Matthews G.*Modeling cognition in emotional disorder.The S-REF model*. Behaviour research and therapy 1996; 34: 881-888

7. Spada MM, Wells A. *Metacognitions, emotion and alcohol use*. Clinical Psychology and Psychotherapy2005; 12: 150-155

8. Spada MM. NikcevicAV.*Metacognitions in problem drinks*. *Cgnitive Therapy and Research*. PersIndivDif 2007; 31(5),709-716

9. Wells A.*Emotion disorders and metacognition: innovative cognitive therapy*. Chichester :Wiley and sons 2000; 55: 520-25

10. Spada MM, Wells A.*Metacognitions about alchol use in problem drinkers*. Clinical Psychology and Psychotherapy2006; 13: 138-143

11. Wells A, Certwright-HattonS.*A short from of metacognitonsquestionnaire.*Behaviour Research and therapy2004؛42(40):385-396

12. Shirinzadeh-DastgiryS.*Comparison of meta-cognition beliefs and responsibility in obsessive-compulsive disorder pations, generalized anxiety disorder and normal people*. [dissertation]. Shiraz: Shiraz University2006; 40-42.

13. SharrehH.*Comparison of metacognitive therapy (MCT), fluvoxamine and combined*

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2026-10-17]

treatment in improving metacognitive beliefs and subjective distress of patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) [dissertation]. Tehran: Iran University of Medical Sciences 2009; 17-25.

14. Brigham A,Krol E, SolomonE.*Social psychology*. NEW YORK.1999.

15. Dom G, Hulstijn W, Sabbe B. *Differences in impulsivity and sensation seeking between early- and late- onset alcoholics*. Addictive Behaviors 2006; 31(2), 298-308.

16. Abolghasemi A, Ahmadi M, Kiamarsi A. *The relationship of metacognition and perfectionism with psychological consequences in the addicts*. Journal of Research in Behavioral Sciences 2007; 5(2): 73-78. (Persian)

17. Fowles DC. *Electrodermalhyporeactivity and antisocial behavior: does anxiety mediate the relationship?*. Journal of Affective Disorder 2000; 61(2,3):177-189

18. Toneatto T. *Metacognition and substance use*. Addictive Behaviors 1999; 24(2):167-7

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2026-10-17]