MEJDS. 2021; 11:65.

Published online 2021 Aug. **Original Article**

Comparing the Effects of Dialectical Behavior Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Alexithymia in Males with Substance Use Disorder

Saadatkhah M[1], *Narimani M[2], Mousazadeh T[3], Taklavi Varnyab S[3]

Author Address
1. Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran;
2. Professor, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.
***Corresponding author's email:** narimani@uma.ac.ir

Received: 2019 December 28; **Accepted:** 2020 March 27

Abstract

Background & Objectives: Social deviations and related issues existed as long as human history. Substance Use Disorder (SUD) is among the causes of social deviation, physiologically and psychologically; it adversely affects individuals' all functioning aspects. SUD treatment programs impose a high economic burden on societies. The etiology and prevention of the factors affecting SUDs are essential. According to studies, there is a significant difference concerning the components of alexithymia between individuals with SUDs and the healthy population. Alexithymia is a personality trait that includes defects in cognitive emotions, descriptive emotions, and objective thinking (inclined to an imaginative manner of thinking). It also indicated the lack of words to express emotions. Therefore, the current study aimed to compare the effects of Dialectical Behavior Therapy (DBT) and Mindfulness–Based Cognitive Therapy (MBCT) on alexithymia in individuals with SUD.

Methods: This was an experimental study with pretest–posttest–follow–up and a control group design. The statistical population of this study included all males with SUDs in Ardabil City, Iran who were referred to the Welfare Office for treatment in 2017–2018. In total, 45 eligible subjects were selected by the convenience sampling method and randomly divided into 3 groups (DBT, MBCT, control). The inclusion criteria of the study were as follows: receiving a definitive diagnosis of SUDs for more than one year; receiving no psychotherapy and pharmacotherapy before entering the study; male gender; an age of >17 years; having an educational level of diploma to the doctoral degree, and providing informed consent forms to participate in the research. The exclusion criteria of the study included not attending treatment sessions, presenting severe psychiatric disorders, generating suicidal ideation, having debilitating diseases, such as cancer and hepatitis, and unwillingness to participate in the study. The instrument used in this study for data collection was the Toronto Alexithymia Scale (Bagby et al., 1994). DBT was performed in 8 sessions based on the package of McKay et al. (2018); eight sessions of MBCT were also conducted as per the package of Segal et al. (2013). However, no intervention was provided to the control group. Descriptive statistics, such as mean and standard deviation, as well as inferential statistics, including repeated–measures Analysis of Variance (ANOVA) and Least Significant Difference (LSD) posthoc test were used to analyze the obtained data in SPSS. The significance level of the tests was considered to be 0.05.

Results: The obtained results suggested that the mean changes of alexithymia remained significant over time (p<0.001); group effect and time*group interaction effect were also significant (p<0.001). In the experimental groups, the difference between pretest and posttest scores was significant (p<0.001); however, in the control group, there was no significant difference between pretest and posttest scores (p=0.484). There was a significant difference in the mean posttest and follow–up values between the DBT (p=0.016) and the MBCT (p=0.013) groups, highlighting that the effects of the interventions did not last until the follow–up phase.

Conclusion: According to the present study data, DBT and MBCT were effective in reducing alexithymia in males with SUDs. Therefore, these approaches can be used to treat alexithymia disorder in individuals with SUDs; consequently, they can prevent the recurrence of SUDs.

Keywords: Dialectical behavior therapy, Mindfulness–Based cognitive therapy, Alexithymia, Substance use disorder.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.154.3]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.146]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۶۵.

انتشار برخط مرداد ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر ناگویی خُلقی در مردان دارای اختلال اعتیاد به مواد مخدر

منوچهر سعادتخواه[۱]، *محمد نریمانی[۲]، توکل موسی‌زاده[۳]، سمیه تکلوی ورنیاب[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران؛

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران؛

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** narimani@uma.ac.ir

تاریخ دریافت: ۷ دی ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۸ فروردین ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: بین مؤلفه‌های ناگویی خُلقی در معتادان و افراد عادی تفاوت معنادار وجود دارد؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر ناگویی خُلقی در مردان دارای اختلال اعتیاد به مواد مخدر انجام گرفت.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون چندگروهی و مرحلهٔ پیگیری بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را تمامی مردان وابسته به اختلال اعتیاد شهر اردبیل تشکیل دادند که در سال ۹۷ـ۱۳۹۶ به ادارهٔ بهزیستی برای درمان مراجعه کردند. تعداد ۴۵ نفر از افراد واجد شرایط به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. سپس به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش دیالکتیکی، گروه آزمایش ذهن‌آگاهی و گروه گواه قرار گرفتند (هر گروه پانزده نفر). ابزار پژوهش مقیاس بیست‌سؤالی ناگویی خُلقی تورنتو (بگبی و همکاران، ۱۹۹۴) بود. جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی در هشت جلسه براساس تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی مک‌کی و همکاران (۲۰۱۸) و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در هشت جلسه براساس جلسات آموزشی سگال و همکاران (۲۰۱۳) صرفاً برای گروه‌های آزمایش اجرا شد. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی LSD در نرم‌افزار SPSS استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، تغییرات میانگین متغیر ناگویی خلقی در طول زمان معنادار بود (p<۰/۰۰۱)؛ همچنین اثر گروه و اثر متقابل زمان و گروه معنادار بود (p<۰/۰۰۱). در گروه‌های آزمایش اختلاف بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار بود (p<۰/۰۰۱). در مقایسهٔ میانگین نمرات بین پس‌آزمون و پیگیری در گروه درمان دیالکتیکی (p=۰/۰۱۶) و گروه درمان ذهن‌آگاهی (p=۰/۰۱۳) تفاوت معنادار وجود داشت که نشان می‌دهد در مرحلهٔ پیگیری اثرات درمان‌ها ماندگاری نداشت.

نتیجه‌گیری: باتوجه به نتایج پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر کاهش ناگویی خُلقی در مردان دارای اختلال اعتیاد به مواد مخدر مؤثر هستند.

کلیدواژه‌ها: رفتاردرمانی دیالکتیکی، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، ناگویی خُلقی، اختلال اعتیاد به مواد مخدر.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.154.3]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.146]

۱ مقدمه

انحرافات اجتماعی و مسائل مربوط به آن به درازای تاریخ بشری قدمت دارد؛ اما با پیشرفت تاریخ بشری روزبه‌روز بر کمیت و کیفیت انحرافات افزوده شده است؛ به‌طوری‌که در دوران معاصر موضوع انحرافات اجتماعی شکل بسیار پیچیده‌ای به خود گرفته است و به‌عنوان پدیده‌ای اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی جوامع را به‌شدت تحت‌تأثیر قرار داده است؛ ازاین‌رو اندیشمندان در حوزه‌های مختلف علمی همواره تلاش کرده‌اند تا ضمن بیان آثار و نتایج بغرنج اجتماعی انحرافات اجتماعی، علل و عوامل بروز این پدیده را تبیین کنند. سوءمصرف مواد مخدر یکی از عوامل انحرافات اجتماعی محسوب می‌شود و از لحاظ فیزیولوژیک و نیز از حیث روان‌شناختی تأثیر سوء بر تمامی عملکرد فرد می‌گذارد (۱). سوءمصرف تمامی داروها موجب فعال‌سازی مستقیم سیستم پاداش مغز می‌شود که در این‌صورت فرد از فعالیت‌های عادی غفلت می‌ورزد؛ زیرا به‌صورت مستقیم گذرگاه‌های پاداش را فعال می‌کند و اغلب به این داروها نشئه‌آور می‌گویند (۲). باتوجه به اینکه برنامه‌های درمانی سوءمصرف مواد هزینهٔ مالی بیشتری را بر دوش جوامع می‌گذارند، سبب‌شناسی و پیشگیری از عوامل مؤثر بر سوءمصرف مواد ضروری است (۳). بدین‌علت پژوهش‌های اخیر بر عوامل خطرساز و سبب‌شناسی متمرکز شده‌اند (۴).

ناگویی خُلقی، ویژگی شخصیتی است که شامل اختلال در احساسات شناختی، اختلال در احساسات توصیفی و تفکر عینی (متمایل به سبک فکرکردن خیالی) می‌شود؛ همچنین به‌معنای «فقدان کلمات برای بیان احساسات» مفهومی است که توسط سیفنوس در سال ۱۹۷۰ براساس مشاهدات و تجربیات بالینی خود در بیمارستان عمومی شهر بوستون ابداع شد. این واژه اصطلاح یونانی «آلکسیمیا»[1] است که در آن a به‌معنای فقدان، لکسیس[2] به‌معنای کلمات و تایمیوس[3] به‌معنای احساسات است؛ بنابراین معنای لغوی این اصطلاح فقدان لغات برای بیان هیجانات است (۵). بین ناگویی خُلقی و اختلال روانی ازجمله تکانشگری، نبود مسئولیت‌پذیری و رفتار ضداجتماعی در افراد وابسته به هروئین رابطهٔ معنادار وجود دارد (۶) و بین مؤلفه‌های ناگویی خُلقی و پرخاشگری میان معتادان و افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد (۷). بهبودی در ناگویی خُلقی در افراد به‌ویژه در معتادان می‌تواند به بهبود تفکرات، احساسات و سبک شناختی یا جهت‌گیری بیرونی و به‌تبع آن بهبود و پیشرفت در زندگی شخصی خود کمک کند؛ زیرا تحقیقات رابطهٔ معناداری را بین ناگویی خُلقی و آمادگی به مواد مخدر (۸)، رابطه با سوءمصرف مواد، دارو و وابستگی به الکل (۹)، همچنین پیش‌بینی آمادگی فرد به اعتیاد با ابعاد ناگویی خُلقی، نشان داده‌اند (۱۰)؛ بنابراین طبق نتایج مطالعات پیشین، می‌توان با پرورش توانایی‌های کنترل و تنظیم هیجانات، به‌عنوان سپری دفاعی دربرابر اعتیاد بهره جست (۱۱).

مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود افراد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد زیاد است، مقابله کنند و مقاومت بیشتری از خود نشان دهند (۱۲). تحقیقات متفاوتی با رویکردهای درمانی مختلف، برای بهبودی این ویژگی شخصیتی انجام شده است؛ ولی براساس درمان‌های موج سوم تحقیقی در این زمینه صورت نگرفته است. یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی دیالکتیکی است که توسط مارشا لینهان[4] برای درمان اختلال شخصیت مرزی ابداع شد و در سال ۲۰۰۱ برای درمان آن به‌صورت سرپایی شناخته شد. این رویکرد مبتنی‌بر نظریهٔ زیست‌ـ اجتماعی تبادلی است؛ بنابراین برای تنظیم خُلق اختلال شخصیت مرزی مناسب است. این رویکرد توسط فلسفهٔ دیالکتیکی دو دیدگاه متضاد یعنی درمان شناختی-رفتاری و مراقبه را در قالب مجموعه‌ای منسجم از اصول درمانی به‌کار می‌برد. این درمان در اختلالات دیگری ازجمله در درمان اعتیاد نیز استفاده می‌شود (۱۳)؛ مثلاً تحقیقات اثربخشی معنادار رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش علائم در افراد وابسته به اختلالات اعتیاد (۱۴)، درمان مناسب برای مداخله در اختلالات مصرف مواد (۱۵)، کاهش طرحواره‌های ناسازگار در افراد معتاد (۱۶) و بهبود رفتارهای مرتبط با الکل و تنظیم عواطف در بیماران وابسته به الکل (۱۷) را نشان داده‌اند.

از دیگر درمان‌های موج سوم شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی است که ابتدا برای درمان و پیشگیری از عود افسردگی معرفی شد. بعدها در سایر قسمت‌ها ازجمله در اعتیاد نیز به‌کار رفت. اختلالات مصرف مواد با اختلال در تنظیم فرایندهای عصبی عمل می‌کنند. آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند این مکانیزم‌های عصبی‌شناختی را هدف قرار دهد تا اثرات درمانی درخورتوجهی بر اختلالات مصرف مواد ایجاد کند و از عود جلوگیری کند (۱۸). نتایج تحقیقات اثرگذاری این درمان را بر کاهش ولع مصرف معتادان به هروئین (۱۹) یا کاهش آسیب‌های روانی ناشی‌از مصرف آمفتامین‌ها (۲۰) و تحمل پریشانی و وسوسه در بیماران وابسته به متامفتامین (۲۱) مشخص کرده است. این رویکرد، شناخت‌درمانی را با تکنیک‌های مراقبه ترکیب می‌کند و کنترل توجه را به بیماران آموزش می‌دهد تا آن‌ها بتوانند به تغییرات خُلقی خود آگاه باشند و همچنین از عود اختلال پیشگیری کنند. بیماران در این درمان یاد می‌گیرند که توجه خود را از احساسات و افکار ناکارآمد منحرف کنند و به‌جای آن به بدن و آنچه در اطرافشان می‌گذرد، معطوف کنند (۲۲). در این راستا نتایج مطالعات آمیمیا و ساکایری رابطهٔ معکوس نقش ذهن‌آگاهی را با تمایلات آلکسیتایمیک، فرسودگی و عملکرد نشان داد (۲۳).

اعتیاد به مواد مخدر دربردارندهٔ آسیب‌های جدی ازجمله آسیب‌های اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی و انواع بیماری‌ها ازجمله هپاتیت، ایدز و انواع بیماری‌های واگیردار است و نیز موجب افزایش طلاق، سرقت، فحشا، خشونت، خودکشی، دیگرکشی و غیره در جامعه می‌شود؛ بنابراین پیشگیری و کاهش جرم و جنایت ناشی‌از اعتیاد انجام تحقیقات علمی را می‌طلبد و انجام چنین پژوهش‌هایی در کشور ما ضروری است. باتوجه به مطالب مذکور، پژوهشی در رابطه با بررسی متغیر ناگویی خُلقی در افراد دارای اختلال اعتیاد به مواد مخدر انجام نشده است؛ بنابراین هدف اصلی این پژوهش مقایسهٔ اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر ناگویی

[1]. Alexithymia
[2]. Lexis
[3]. Thymios
[4]. Marsha Linehan

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.154.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.146]

خُلقی در مردان دارای اختلال اعتیاد به مواد مخدر بود.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر، از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون چندگروهی و مرحلهٔ پیگیری سه‌ماهه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی مردان دارای سوءمصرف مواد شهر اردبیل تشکیل دادند که در سال ۹۷ـ۱۳۹۶ به ادارهٔ بهزیستی برای درمان مراجعه کردند تعداد هر گروه پانزده نفر بود؛ بنابراین ۴۵ نفر از افراد واجد شرایط به‌صورت نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و در سه گروه (دو گروه درمان دیالکتیکی و درمان ذهن‌آگاهی و یک‌گروه گواه) به‌طور تصادفی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به تحقیق عبارت بود از: تشخیص قطعی اعتیاد و مصرف مواد بیش از یک سال؛ دریافت‌نکردن روان‌درمانی و دارودرمانی قبل از ورود به تحقیق؛ مذکربودن؛ دامنهٔ سنی بیشتر از هفده سال؛ تحصیلات دیپلم تا دکتری؛ تکمیل رضایت‌نامه. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از تحقیق شامل حاضرنشدن در جلسات، داشتن اختلالات روان‌پزشکی شدید، داشتن افکار خودکشی، داشتن بیماری‌های ناتوان‌کننده مانند سرطان و هپاتیت و تمایل‌نداشتن به شرکت در تحقیق بود.

در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارهای زیر به‌کار رفت.

ـ مقیاس ناگویی خُلقی تورنتو[1] : در این پژوهش از مقیاس بیست‌سؤالی ناگویی خلقی ارائه‌شده در سال ۱۹۹۴ استفاده شد. این مقیاس را تیلور[2] در سال ۱۹۸۶ ساخت و در سال ۱۹۹۴ توسط بگبی و همکاران تجدیدنظر شد (۲۴). سال‌ها مقیاس ناگویی خُلقی تورنتو بیست‌سؤالی تنها مقیاس خودگزارشی برای سازهٔ ناگویی خُلقی بود که برای پژوهش‌ها و کار بالینی مناسب قلمداد شد و ساختار چهارعاملی داشت. از آن زمان تلاش‌هایی برای ارتقا و بهبود این مقیاس انجام گرفت تا اینکه پژوهشگران برخلاف ساختار چهارعاملی در نسخهٔ ابتدایی، با تحلیل عاملی اکتشافی به تأیید دوعاملی برای این مقیاس رسیدند. نسخهٔ تجدیدنظرشدهٔ مقیاس ناگویی خُلقی تورنتو بیست‌سؤالی است و شیوهٔ نمره‌گذاری این آزمون براساس مقیاس لیکرت (۱=کاملاً مخالف تا ۵=کاملاً موافق) است. تنها سؤالات ۴، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمرهٔ آزمودنی در این پرسشنامه ۲۰ و حداکثر آن ۱۰۰ است که مساوی یا کمتر از ۵۱ غیر آلکسی‌تایمیا و مساوی یا بزرگ‌تر از ۶۱ آلکسی‌تایمیا محسوب می‌شود (۲۴). بگبی و همکاران دریافتند که در پژوهش اعتباریابی آن‌ها، مقیاس ناگویی خُلقی تورنتو بیست‌سؤالی واجد سه عامل ساختاری است که با سازهٔ ناگویی خُلقی همخوانی دارد. پژوهش‌های دیگر نیز از این نتایج حمایت کردند (۲۴). در این مقیاس، سازهٔ ناگویی خُلقی در سه زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در بیان احساسات و تفکر با جهت‌گیری خارجی ارزیابی می‌شود: خرده‌مقیاس اول شامل هفت ماده است که توانایی آزمودنی را در شناسایی احساسات و تمایز میان احساسات با حس‌های بدنی ارزیابی می‌کند؛ خرده‌مقیاس دوم پنج ماده دارد که توانایی شخص را در بیان احساسات و اینکه آیا قادر است احساسات خود را در قالب لغات بیان کند یا خیر، می‌سنجد؛ خرده‌مقیاس سوم هشت ماده دارد و میزان درون‌نگری و عمیق‌شدن فرد را در احساسات درونی خود و دیگران بررسی می‌کند (۲۴). نسخهٔ فارسی مقیاس ناگویی خُلقی تورنتو توسط بشارت پایایی و روایی شد. در پژوهش وی، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی خُلقی کل ۰/۸۵ و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات ۰/۸۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵ و تفکر عینی ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانهٔ همسانی درونی خوب مقیاس است. پایایی بازآزمایی مقیاس ناگویی خُلقی تورنتو در نمونه‌ای ۶۷نفری در دو نوبت با فاصلهٔ چهار هفته از $r=۰/۸۰$ تا $r=۰/۸۷$ برای ناگویی خُلقی کل و زیرمقیاس‌های مختلف به تأیید رسید. روایی هم‌زمان مقیاس ناگویی خُلقی تورنتو برحسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این ابزار و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی و تأیید شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد، بین نمرهٔ آزمودنی‌ها در مقیاس ناگویی خُلقی کل با هوش هیجانی ($p<۰/۰۰۱$، $r=۰/۸۰$)، بهزیستی روان‌شناختی ($p<۰/۰۰۱$، $r=-۰/۷۸$) و درماندگی روان‌شناختی ($p<۰/۰۰۱$، $r=۰/۴۴$) همبستگی معنادار وجود دارد. ضرایب همبستگی بین زیرمقیاس‌های ناگویی خُلقی و متغیرهای مذکور نیز معنادار بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در نسخهٔ فارسی مقیاس ناگویی خُلقی تورنتو تأیید کرد (۲۵).

ـ شیوهٔ اجرای جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی: به‌منظور حفظ حرمت انسانی و رعایت ملاحظات اخلاقی، برای اجرای جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی با برنامه‌ریزی قبلی و هماهنگی با مسئولان مراکز ترک اعتیاد، گام اول پس از انتخاب تصادفی، دعوت از تمامی افراد شرکت‌کننده بود که در سال ۱۳۹۷ برای درمان اعتیاد به مراکز درمانی بهزیستی مراجعه کرده بودند. در گام دوم توسط پژوهشگر با افراد دعوت‌شده مصاحبهٔ تشخیصی سوءمصرف انجام شد. تاریخ و ساعت شروع کلاس جلسهٔ درمانی به اطلاع آن‌ها رسید. در گام سوم، براساس تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی مک‌کی و همکاران (۲۶) در جدول ۱ و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی سگال و همکاران (۲۲) در جدول ۲، در دو گروه آزمایش مداخله به‌صورت جداگانه آغاز شد. جلسات درمانی افراد در گروه آزمایش به‌نحوی بود که هیچ‌یک از اعضای گروه‌های گواه و آزمایش با یکدیگر تماس نداشتند. پس از پایان دوره نیز پس‌آزمون تعیین میزان کیفیت به‌وسیلهٔ مقیاس ناگویی خُلقی تورنتو (۲۴) برای هر دو گروه توسط پژوهشگر انجام پذیرفت. پس از سه ماه آزمون پیگیری گرفته شد. هر کدام از درمان‌های دیالکتیکی و ذهن‌آگاهی، هشت جلسه طبق پروتکل درمانی آن رویکرد اجرا شد. در ذیل خلاصهٔ محتویات جلسات درمانی اجراشده برای گروه‌های درمان آورده شده است.

[1]. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

[2]. Taylor

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.154.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.146]

جدول ۱. خلاصهٔ محتوای جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی

جلسات	محتوای جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT)
اول	آشنایی با اعضا، بیان موضوع و اهداف درمان و تعداد جلسات، اجرای پیش‌آزمون
دوم	آموزش مفهوم کلی درمان و مشکل، آماده‌سازی اعضا و بستن بعضی قراردادهای درمانی ازجمله دربارهٔ رفتار خودتخریبی. انجام تمرین نظام‌مند برای حفظ سلامت روانی و فیزیکی
سوم	توضیح اجزای درمان و آموزش مهارت در چهار حیطه: مهارت‌های ذهن‌آگاهی؛ مهارت کارآمدی بین‌فردی؛ مهارت تحمل پریشانی(رنج)؛ مهارت تنظیم هیجانی. ابتدا آموزش حیطهٔ اول در این جلسه. تکالیف خانگی: تمرین تمرکز بر یک‌شیء؛ مثلاً خوردن شیرینی و تمرکز بر تمامی جوانب آن ازجمله مزه و طعم و غیره، تمرین تنفس آگاهانه
چهارم	مرور مطالب جلسهٔ قبل، توضیح اجزای درمان و آموزش مهارت افزایش کارآمدی بین‌فردی، تهیهٔ فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش در لیست برنامه. تکالیف خانگی: مثلاً چگونگی کنترل رفتار تکانه‌ای خود، تمرین نه گفتن
پنجم	مرور تکالیف خانگی، توضیح تأثیر تکالیف، آماده‌کردن فرد برای تغییر، مهارت تحمل پریشانی (رنج)، مهارت پرت‌کردن حواس، مواجه‌شدن با احساسات و موقعیت‌های سخت و دشوار، تحمل و پذیرش موضوعات بحرانی. تکالیف خانگی: خودآرام‌بخشی با حواس پنج‌گانه، نحوهٔ پرت‌کردن حواس از چیزهای رنج‌آور، مهارت پذیرش بنیادین
ششم	مرور محتوای جلسهٔ قبل و بررسی تکالیف، آموزش مهارت تنظیم هیجانی، آموزش مهارت‌های مهم ازجمله افزایش هیجانات مثبت و کاهش هیجانات منفی، ابراز وجود، جرئت‌داشتن و عزت‌نفس. تکالیف خانگی: تمرین شناسایی هیجانات و ثبت آن‌ها؛ مثلاً ثبت رفتارهای خودآسیب‌رسان، برنامه‌ریزی خواب، ورزش، خوراک و برنامهٔ تفریحی
هفتم	مرور محتوای جلسهٔ قبل و بررسی تکالیف، آموزش ارتباط مثبت با خانواده و اطرافیان تکالیف خانگی: تمرین تناسب‌بخشی بین رفتار خود و دیگران
هشتم	مروری بر تمامی جلسات گذشته، ارائهٔ راهبردهای نهایی، داشتن برنامه‌ریزی کامل برای بعد از اتمام دورهٔ درمان، اجرای پس‌آزمون

جدول ۲. خلاصهٔ محتوای جلسات شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی

جلسات	محتوای جلسات درمان شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی (MBCT)
اول	آشنایی با اعضا، ارائهٔ توضیحات مقدماتی درخصوص بیان موضوع و اهداف درمان و تعداد جلسات نیز پیش‌آزمون اجرا شد.
دوم	آموزش مفهوم درمان ذهن‌آگاهی، مرور واکنش به جلسهٔ قبل، توضیح مختصری دربارهٔ نحوهٔ مدیتیشن و مراقبهٔ اسکن بدن صورت گرفت. تکالیف خانگی: تمرین خانگی برای مراقبهٔ اسکن بدن
سوم	آموزش ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان و بیان چگونگی قضاوت‌نشدن مهارت‌ها صورت گرفت. از شرکت‌کنندگان خواسته شد شکلاتی را که در دستشان است با تمامی احساسات و توجه کامل بخورند. آنگاه که احساساتشان به این روش از خوردن معطوف شد، از آنان خواسته شد نظرات خود را بگویند. تکالیف خانگی: تمرین خوردن کشمش باتوجه و ذهن‌آگاهی و بدون قضاوت و نوشتن نظرات و احساسات خود
چهارم	بررسی افکار و احساسات و نحوهٔ پاسخ‌های مقابله‌ای به احساسات درونی و بیرونی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه) انجام پذیرفت. در ادامه خواسته شد مراقبهٔ اسکن کل بدن صورت گیرد و سپس به قسمتی از بدن معطوف شوند. بعد از شرکت‌کنندگان خواسته شد هیجانی‌بودن و خردمندانه‌بودن این مراقبه را توضیح دهند؛ همچنین موانع تمرین (ازجمله بی‌قراری و پرسه‌زدن ذهن و...) را بازگو کنند. تکالیف خانگی: مراقبهٔ اسکن کل بدن و سپس معطوف به قسمتی از بدن و نوشتن هیجاناتشان
پنجم	توضیح تأثیرات انجام اعمال ذهن‌آگاهی و نحوهٔ ازبین‌بردن موانع تمرین بررسی شد و روش غیرقضاوتی‌بودن و رهاکردن افکار مزاحم تمرین شد. تکالیف خانگی: در آخر این جلسه تمرین خانگی داده شد؛ مثل تمرین اسکن بدن به‌صورت نشسته، تمرین سه‌دقیقه‌ای فضای تنفسی، تمرین دیدن و شنیدن و نوشتن نظرات و احساسات خود
ششم	بررسی تمرینات خانگی و نحوهٔ مقابله با افکار و نگرش‌ها و موقعیت‌های ناخوشایند براساس مراقبهٔ نشستهٔ چهاربعدی مثل توجه به تنفس، افکار، صداهای بدن. تکالیف خانگی: انجام مراقبهٔ نشسته و مقابله با افکار ناخوشایند
هفتم	نقاط قوت و ضعف اعضا بررسی شد، اینکه در تمرینات خانگی چه کارهایی انجام دادند و کدام‌یک تأثیرگذار بود و کدام‌یک اثری نداشت. در ادامهٔ این جلسه دنبالهٔ مراقبهٔ نشسته گفته شد و کاربرد آن در زندگی روزمره تمرین شد؛ همچنین تکلیف خانگی در این باره داده شد. تکالیف خانگی: مثلاً «در موقعیت‌های ناگوار چطور باید از خود مراقبت کرد».
هشتم	مروری بر تمامی جلسات گذشته، ارائهٔ راهبردهای نهایی، اینکه برنامه‌ریزی کاملی برای بعد از اتمام دورهٔ درمان داشته باشند و اجرای پس‌آزمون صورت گرفت.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.154.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.146]

۳ یافته‌ها

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی نظیر میانگین و انحراف معیار استفاده شد؛ همچنین روش‌های استنباطی نظیر آزمون کرویت موچلی برای بررسی یکنواختی کوواریانس، پیش‌فرض‌های کوواریانس (ازجمله طبیعی‌بودن توزیع نمرات به‌وسیلهٔ کولموگروف‌اسمیرنف با نتیجهٔ بین ۲+ و ۲ـ، همگونی واریانس‌ها توسط آزمون لون با سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵، اجرای آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی پیش‌آزمون)، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی LSD به‌کار رفت. تمامی داده‌ها به‌وسیلهٔ نرم‌افزار آماری SPSS تجزیه‌وتحلیل شدند. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

آزمودنی‌های این پژوهش را فقط مردان تشکیل دادند که در دامنهٔ سنی بیشتر از هفده سال قرار داشتند. درصد بیشتر (۴۴/۴درصد) از تعداد کل مربوط به ردهٔ سنی ۱۷تا۲۵ سال بود. در قسمت تأهل، مجردان با ۸۴/۴درصد بیشتر بودند. از لحاظ تحصیلات، افراد دارای تحصیلات کمتر از دیپلم درصد بیشتری (۶۴/۴درصد) داشتند و از لحاظ شغلی نیز بیکارها ۸۴/۴درصد بودند که در تک‌تک گروه‌ها این مطالب صدق کرد. در هر سه گروه موضوعات یادشده بیشتر بود. درنهایت مواد مصرفی بیشتر شیشه بود که ۴۲/۲درصد را به‌خود اختصاص داد. در گروه‌های دیالکتیکی و گواه نیز درصد این مواد بیشتر از بقیه بود و فقط در گروه ذهن‌آگاهی درصد کراک با شیشه یکی بود (جدول ۳).

جدول ۳. مؤلفه‌های دموگرافیک به‌تفکیک گروه‌های شرکت‌کننده

متغیرها		گروه دیالکتیکی		گروه ذهن‌آگاهی		گروه گواه	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سن	۱۷تا۲۵	۵	۳۳/۰	۷	۴۶/۰	۸	۵۳/۳
	۲۶تا۳۵	۴	۲۷/۰	۳	۲۰/۰	۳	۲۰/۰
	۳۶تا۴۵	۳	۲۰/۰	۳	۲۰/۰	۰	۰
	۴۶تا۵۵	۲	۱۳/۰	۱	۷/۰	۲	۱۳/۳
	بیشتر از ۵۶	۱	۷/۰	۱	۷/۰	۲	۱۳/۳
تأهل	مجرد	۱۳	۸۶/۷	۱۲	۸۰/۰	۱۳	۸۶/۷
	متأهل	۲	۱۳/۳	۳	۲۰/۰	۲	۱۳/۳
تحصیلات	کمتر از دیپلم	۹	۶۰/۰	۱۱	۶۹/۰	۹	۵۹/۰
	دیپلم	۴	۲۶/۷	۴	۲۵/۰	۴	۲۷/۰
	فوق‌دیپلم	۲	۱۳/۳	۱	۶/۰	۰	۰
	لیسانس	۰	۰	۰	۰	۱	۷/۰
	فوق‌لیسانس و بیشتر	۰	۰	۰	۰	۱	۷/۰
شغل	بیکار	۱۳	۸۶/۷	۱۴	۹۳/۰	۱۱	۹۲/۰
	شاغل	۲	۱۳/۳	۱	۷/۰	۴	۸/۰
مواد مصرفی	تریاک	۱	۷/۰	۱	۷/۰	۲	۱۳/۰
	حشیش	۰	۰	۱	۷/۰	۱	۷/۰
	هروئین	۱	۷/۰	۱	۷/۰	۴	۲۷/۰
	شیشه	۸	۵۳/۰	۶	۴۰/۰	۵	۳۳/۰
	کراک	۵	۳۳/۰	۶	۴۰/۰	۳	۲۰/۰

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌تفکیک گروه‌های درمانی و گروه گواه

مقیاس	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ناگویی خُلقی	گواه	۷۶/۶۷	۱۷/۹۴۳	۷۶/۱۳	۱۸/۸۳۷	۷۶/۰۰	۱۹/۰۷۵
	درمان دیالکتیکی	۶۷/۰۰	۱۰/۳۸۵	۵۶/۷۳	۱۰/۶۲۷	۵۷/۵۳	۱۰/۹۴۱
	درمان ذهن‌آگاهی	۶۷/۶۰	۱۱/۱۶۶	۵۷/۴۰	۱۰/۶۰۹	۵۸/۱۳	۱۰/۷۹۶

در جدول ۴ میانگین و انحراف معیارهای سه گروه در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است. در نمرات میانگین پس‌آزمون درمقایسه با پیش‌آزمون تغییرات درخورتوجهی دیده شد؛ یعنی بر اثر اعمال درمان‌ها در گروه‌های دیالکتیکی و ذهن‌آگاهی کاهش وجود داشت و در گروه گواه تغییر محسوسی در پس‌آزمون و پیگیری ملاحظه نشد. قبل از اجرای روش تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌های آن بررسی و ملاحظه شد که مفروضهٔ همسانی ماتریس واریانس‌ـ کوواریانس با آزمون‌های ام‌باکس ($p>۰/۰۵$) و لون ($p>۰/۰۵$) برقرار است. برای بررسی نرمال‌بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف استفاده شد که نتایج حاکی‌از نرمال‌بودن توزیع بود ($p>۰/۰۵$). فرض

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.154.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.146]

کرویت نیز برقرار نبود (p<۰/۰۰۱)؛ بنابراین از نتیجهٔ آزمون گرین‌هاوس ـ گیسر استفاده شد؛ ازاین‌رو باتوجه به نتایج پیش‌فرض‌ها و برای بررسی معناداری تغییرات کاهشی یادشده، روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به‌کار رفت (جدول ۵).

جدول ۵. مقدار F و مقدار p آزمون‌های اثر زمان، اثر گروه و اثر متقابل زمان و گروه برای ناگویی خُلقی در تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

متغیر / آزمون	ناگویی خُلقی			
	مقدار F	مقدار p	مجذور اتا	توان آزمون
اثر زمان	۱۰۰/۰۰	<۰/۰۰۱	۰/۷۰۴	۱
اثر گروه	۶/۴۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۹۸	۱
اثر زمان و گروه	۲۰/۸۳	<۰/۰۰۱	۰/۲۳۴	۰/۸۸۲

باتوجه به مندرجات جدول ۵، اثر زمان، اثر گروه و اثر متقابل زمان و گروه معنادار بود (p<۰/۰۰۱). معناداری اثر «زمان» در درمان‌های دیالکتیکی و ذهن‌آگاهی نشان داد که ناگویی خُلقی در طول درمان در حال کاهش بوده است. اثر «گروه» نیز مشخص کرد که در میانگین نمرات بین‌گروه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد. معناداربودن اثر «زمان و گروه» نیز به این معنا بود که اثر درمانی روی گروه‌ها متفاوت است. برای مقایسهٔ زوجی گروه‌ها از آزمون مقایسهٔ میانگین استفاده شد (جدول ۶).

جدول ۶. انجام مقایسه‌های زوجی برای مقایسهٔ میانگین نمرات ناگویی خُلقی در گروه‌های آزمایش و گروه گواه

متغیر	گروه‌ها	مراحل آزمون	پس‌آزمون			پیگیری	
			تفاوت میانگین	خطای معیار	P	تفاوت میانگین	خطای معیار	P
ناگویی خُلقی	درمان	پیش‌آزمون	*۱۰/۲۰۰	۵/۷۶۱	<۰/۰۰۱	*۹/۴۶۷	۱/۲۳۴	<۰/۰۰۱
	دیالکتیکی	پس‌آزمون	–	–	–	*ـ۰/۷۳۳	۰/۲۶۷	۰/۰۱۶
	درمان	پیش‌آزمون	*۱۰/۲۶۷	۱/۳۸۹	<۰/۰۰۱	*۹/۴۶۷	۱/۳۹۳	<۰/۰۰۱
	ذهن‌آگاهی	پس‌آزمون	–	–	–	*ـ۰/۸۰۰	۰/۲۷۹	۰/۰۱۳
	گواه	پیش‌آزمون	۰/۵۳۳	۰/۷۴۲	۰/۴۸۴	۰/۶۶۷	۰/۷۱۵	۰/۳۶۷
		پس‌آزمون	–	–	–	۰/۱۳۳	۰/۳۷۶	۰/۷۲۸

جدول ۶ نشان می‌دهد، در گروه‌های آزمایش اختلاف بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار است (p<۰/۰۰۱)؛ ولی در گروه گواه اختلاف بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار نیست (p=۰/۴۸۴)؛ همچنین در مقایسهٔ میانگین نمرات بین پس‌آزمون و پیگیری در گروه درمان دیالکتیکی (p=۰/۰۱۶) و گروه درمان ذهن‌آگاهی (p=۰/۰۱۳) تفاوت معنادار است؛ بنابراین باتوجه به افزایش اندک میانگین نمرهٔ ناگویی خُلقی در هر دو درمان و در مرحلهٔ پیگیری به‌نظر می‌رسد که اثرات درمان‌ها ماندگاری ندارد.

۴ بحث

هدف این پژوهش مقایسهٔ اثربخشی دو روش رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر ناگویی خُلقی در مردان دارای اختلال اعتیاد به مصرف مواد بود. یافته‌ها نشان داد دو روش مذکور تأثیر معناداری بر بهبود ناگویی خُلقی مردان دارای اختلال اعتیاد به مواد مخدر داشتند. ناگویی خُلقی از متغیرهای واسطه‌ای بسیار مهم درخصوص زندگی شخصی هر فرد به‌ویژه در افراد با سوءمصرف مواد مخدر است و با روش‌های درمانی موج سوم که به‌نسبت درمان‌های جدیدی‌اند، برای درمان آن اقدام شده است. درخصوص متغیر ناگویی خُلقی در افراد دارای سوءمصرف مواد مخدر به‌صورت مستقیم تحقیقی صورت نگرفته است؛ ولی برای دیگر هیجانات و رفتارهای مخصوص این قشر پژوهش‌های زیادی انجام شده است؛ بنابراین در اینجا همسویی با آن تحقیقات ذکر خواهد شد. نتایج پژوهش حاضر با سایر پژوهش‌های مرتبط در این راستا و درخصوص هیجانات همخوانی دارد. طبق تحقیق آمیمیا و ساکایری، ذهن‌آگاهی با تمایلات آلکسیتایمیک، فرسودگی و عملکرد رابطهٔ معکوس دارد (۲۳). پسدرسکا و همکاران در پژوهشی دریافتند که روابط بین ناگویی خُلقی و اختلال روانی ازجمله تکانشگری، نبود مسئولیت‌پذیری و رفتار ضداجتماعی در افراد وابسته به هروئین معنادار است (۶). مطالعات نریمانی و پوراسمعلی نشان داد، با پرورش توانایی‌های کنترل و تنظیم هیجانات و هوش معنوی می‌توان به‌عنوان سپری دفاعی دربرابر اعتیاد بهره جست؛ همچنین می‌توان با پرورش چنین ویژگی‌هایی به افراد معتاد در رهایی از اعتیادشان یاری رساند (۱۱). نریمانی و همکاران طبق تحقیقی دریافتند که تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش علائم در افراد وابسته به اختلالات اعتیاد معنادار است (۱۴). یافته‌های حاصل از پژوهش کیانی و همکاران نشان داد، ذهن‌آگاهی در کاهش آسیب‌های روانی ناشی‌از مصرف آمفتامین‌ها مؤثر است (۲۰). طبق تحقیق ماهونی و همکاران رابطهٔ بین ناگویی خُلقی و آمادگی به مواد مخدر معنادار است (۸). دوبی و همکاران طبق تحقیقی مشخص کردند، ناگویی خُلقی با سوءمصرف مواد و دارو و وابستگی به الکل

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.154.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.146]

رابطه دارد (۹). برمس و همکاران نشان دادند، توانایی پردازش و مدیریت هیجان‌ها (ازجمله ناگویی خُلقی) باعث می‌شود فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد زیاد است، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند و درنتیجه دربرابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان دهد (۱۲). تحقیق مظفری و همکاران مشخص کرد که رفتاردرمانی دیالکتیکی مداخله‌ای است که برای اختلالات مصرف مواد اثربخش است (۱۵). مافی و همکاران بهبود رفتارهای مرتبط با الکل و تنظیم عواطف در بیماران وابسته به الکل را توسط رفتاردرمانی دیالکتیکی به اثبات رساندند (۱۷). توکلی و همکاران طبق تحقیقی در رابطه با اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر طرحواره‌های ناسازگار معتادان با اختلال شخصیت ضداجتماعی به این نتیجه دست یافتند که رفتاردرمانی دیالکتیکی درمان مؤثری برای کاهش طرحواره‌های ناسازگار است (۱۶). کاظم‌پور و روستایی نشان دادند، ابعاد ناگویی خُلقی می‌تواند آمادگی اعتیاد را به‌صورت معناداری پیش‌بینی کند (۱۰). حسینی کتکی و همکاران براساس پژوهشی دریافتند، بین مؤلفه‌های ناگویی خُلقی (دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در بیان احساسات و تفکر عینی) و پرخاشگری (پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت) میان معتادان و افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد (۷). طبق مطالعات کاظمی زهرانی و جلالی درمان ذهن‌آگاهی بر تحمل پریشانی و وسوسه در بیماران وابسته به متامفتامین اثربخش است (۲۱). سلیمی و همکاران در تحقیقی مشخص کردند، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش معنادار نمرات ولع هروئین در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه در پس‌آزمون و پیگیری می‌شود؛ یعنی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی به‌عنوان روان‌درمانی مدرن، روشی اثربخش برای کاهش ولع مصرف معتادان به هروئین است (۱۹). پریدی و همکاران در پژوهشی نشان دادند، اختلالات مصرف مواد موجب اختلال در تنظیم فرایندهای عصبی می‌شود؛ همچنین آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند این مکانیزم‌های عصبی‌شناختی را هدف قرار دهد تا اثرات درمانی درخورتوجهی بر اختلالات مصرف مواد ایجاد کند و از عود جلوگیری کند (۱۸).

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت افرادی که ناگویی خُلقی زیادی دارند معمولاً در بیان هیجانات خود دارای مشکل هستند. این افراد برای تحمل افکار و احساسات منفی خود از رفتارهای جایگزین و جبرانی استفاده می‌کنند و درنتیجه چنین رفتارهای منفی ادامه می‌یابد. بهبود در ناگویی خُلقی در افراد دارای سوءمصرف مواد می‌تواند به بهبود تفکرات، احساسات و سبک شناختی یا جهت‌گیری بیرونی و به‌تبع آن بهبود و پیشرفت در زندگی شخصی خود کمک کند. همچنان‌که در افراد دارای سوءمصرف مواد دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در بیان احساسات و همچنین تفکر عینی (زیرمقیاس‌های ناگویی خُلقی) دارای مشکل هستند، با رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی می‌توان آن‌ها را درمان کرد.

در تحقیق حاضر محدودیت‌هایی وجود داشت. باتوجه به شرایط نمونهٔ انتخابی ازجمله استفاده فقط از یک جنس (مرد) و نیز دسترسی فقط به مراجعان خود معرف، عوامل مؤثر بر اعتبار بیرونی و تجربهٔ شرکت‌کنندگان در پیش‌آزمون که در پاسخ‌گویی به پس‌آزمون با هم یکی هستند را آسان می‌کند؛ اما عوامل مؤثر بر اعتبار درونی را تهدید می‌کند که در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را در نظر گرفت. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی از هر دو جنس و نیز از نمونهٔ بیشتری استفاده شود و حتی چندین شهر بررسی شود. استفاده از آزمون‌های همتا در پس‌آزمون برای مهارکردن آشنایی با آزمون، ایده‌آل به‌نظر می‌رسد.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به نتایج تحقیق حاضر نتیجه گرفته می‌شود که رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر کاهش ناگویی خُلقی در مردان دارای اختلال اعتیاد به مواد مخدر مؤثر هستند؛ بنابراین می‌توان از این روش‌های درمانی برای درمان ناگویی خُلقی در افراد دارای اختلال اعتیاد به مواد مخدر استفاده کرد و به‌تبع آن از عود اعتیاد جلوگیری کرد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگانی که در انجام این پژوهش با ما همکاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری دانشگاه آزاد واحد اردبیل در گروه روان‌شناسی با کد ۱۱۹۲۰۷۰۵۹۷۱۰۱۵ است. همهٔ شرکت‌کنندگان رضایت‌نامهٔ شرکت در پژوهش را تکمیل کردند؛ همچنین به‌منظور حفظ حرمت انسانی و رعایت ملاحظات اخلاقی، برای اجرای جلسات درمانی با برنامه‌ریزی قبلی و هماهنگی با مسئولان مراکز ترک اعتیاد، از تمامی افراد شرکت‌کننده که در سال ۱۳۹۷ برای درمان اعتیاد به مراکز درمانی بهزیستی مراجعه کرده بودند، دعوت شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

منابع مالی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی مستقلی است که بدون حمایت مالی سازمان خاصی صورت گرفته است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول پژوهشگر اصلی، نگارندهٔ مقدمه، بحث و یافته‌ها و کاربرد SPSS بود که در انجام این پژوهش ۵۰درصد مشارکت داشت. نویسندهٔ دوم تحلیل داده‌ها را برعهده داشت که در انجام این پژوهش ۳۰درصد مشارکت داشت. نویسندگان سوم و چهارم به‌ترتیب نگارندهٔ روش‌شناسی و بررسی جداول بودند که هریک در انجام این پژوهش ۱۰ درصد مشارکت داشتند.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.154.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.146]

References

1. Narimani M, Eyvazi N, Abolghasemi A. Effectiveness of teaching emotional intelligence in preventing students' tendency to substance a abuse. Scientific Quarterly Research on Addiction. 2014;8(30):9–19. [Persian] http://etiadpajohi.ir/article-1-640-en.pdf
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Seyyed Mohammadi Y. (Persian translator). 1st ed. Tehran: Ravan Pub; 2013, pp: 723–893.
3. Peiper NC, Ridenour TA, Hochwalt B, Coyne-Beasley T. Overview on prevalence and recent trends in adolescent substance use and abuse. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2016;25(3):349–65. doi: 10.1016/j.chc.2016.03.005
4. Ouzir M, Errami M. Etiological theories of addiction: A comprehensive update on neurobiological, genetic and behavioural vulnerability. Pharmacol Biochem Behav. 2016;148:59–68. doi: 10.1016/j.pbb.2016.06.005
5. Mehrabizade Honarmand M, Afshari A, Davoudi I. Barrasi sefat shakhsiati, sabk–haye delbastegi, rouydad–haye tanidegiza va jensiat be onvan pishbin–haye nagouie kholghi [Investigation of personality traits, attachment styles, stressful events and gender as predictors of Alexithymia]. Journal of Psychology. 2010;14(3):319–44. [Persian]
6. Psederska E, Savov S, Atanassov N, Vassileva J. Relationships between Alexithymia and Psychopathy in Heroin dependent individuals. Front Psychol. 2019;10:2269. doi: 10.3389/fpsyg.2019.02269
7. Hosseini Katki S, Najafi M, Mohammadifar M. A comparison of Alexithymia, character and temperament, and aggression between addicts and healthy individuals. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2017;14(4):455–63. [Persian] https://rbs.mui.ac.ir/article-1-499-en.pdf
8. Mahoney JJ, Thompson-Lake DGY, Cooper K, Verrico CD, Newton TF, De La Garza R. A comparison of impulsivity, depressive symptoms, lifetime stress and sensation seeking in healthy controls versus participants with cocaine or methamphetamine use disorders. J Psychopharmacol. 2015;29(1):50–6. doi: 10.1177/0269881114560182
9. Dubey A, Pandey R, Mishra K. Role of emotion regulation difficulties and positive/negative affectivity in explaining alexithymia - health relationship: an overview. Indian Journal of Social Science Researches. 2010;7(1):20–31.
10. Kazempour SM, Roustaee Z. Rabete nagouie kholghi ba amadegi etiad dar daneshjouyan [The relationship between Alexithymia and addiction preparation in students]. In: 3rd National Conference on Strategies for Development and Promotion of Educational Sciences, Psychology, Counseling and Education in Iran [Internet]. Tehran, Iran: Association of Development and Promotion of Fundamental Sciences and Technologies; 2016. [Persian] https://civilica.com/doc/594668/
11. Narimani M, Pouresmali A. The comparison of Alexithymia and spiritual intelligence in addicts, addicts under methadone treatment, and non-addicts. Scientific Quarterly Research on Addiction. 2012;6(22):7–22. [Persian] http://etiadpajohi.ir/article-1-321-en.pdf
12. Brems C, Johnson ME, Neal D, Freemon M. Childhood abuse history and substance use among men and women receiving detoxification services. Am J Drug Alcohol Abuse. 2004;30(4):799–821. doi: 10.1081/ada-200037546
13. Swales MA, Heard HL. Dialectical behaviour therapy: distinctive features. London ; New York: Routledge; 2009, pp:13–21.
14. Narimani M, Bagiyan-Kulemarez MJ, Bavand-Poouri AR, Bakhti M. the effectiveness of group psychotherapy based on Dialectical Behavior Therapy (DBT) on the degree of craving and difficulty in emotional self-regulation of methamphetamine users. Journal of Clinical Psychology. 2015;6(4):85–101. [Persian] doi: 10.22075/jcp.2017.2185
15. Mozafari S, Hosseini J, Tabatabaeirad E. Dialectical behavior therapy and substance abuse disorder: a review of theory and research. Social Health and Addiction. 2017;4(13):111–30. [Persian]
16. Tavakkoli H, Asghari Ebrahimabadi MJ, Amin Yazdi SA, Moshiryan Farahi SM. The effectiveness of dialectical behavior group therapy on maladaptive schemas of addicts with antisocial personality disorder. Personality and Individual Differences. 2016;5(11):27–41. [Persian]
17. Maffei C, Cavicchioli M, Movalli M, Cavallaro R, Fossati A. Dialectical behavior therapy skills training in alcohol dependence treatment: findings based on an open trial. Subst Use Misuse. 2018;53(14):2368–85. doi: 10.1080/10826084.2018.1480035
18. Priddy SE, Howard MO, Hanley AW, Riquino MR, Friberg-Felsted K, Garland EL. Mindfulness meditation in the treatment of substance use disorders and preventing future relapse: neurocognitive mechanisms and clinical implications. Subst Abuse Rehabil. 2018;9:103–14. doi: 10.2147/sar.s145201
19. Salimi H, Haghnazari A, Ahmadi-Tahour-Soltani M, Zohre-Vand M. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on drug craving in Heroin addicts treated by Methadone maintenance. Journal of Clinical Psychological. 2016;8(2):23-31. [Persian] 10.22075/JCP.2017.2233
20. Kiani A, Ghasemi N, Pourabbas A. The comparsion of the efficacy of group psychotherapy based on acceptance and commitment therapy, and mindfulness on craving and cognitive emotion regulation in methamphetamine

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.154.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.146]

addicts. Scientific Quarterly Research on Addiction. 2013;6(24):27–36. [Persian] https://etiadpajohi.ir/article-1-308-en.pdf
21. Kazemi-Zahrani H, Jalali N. Effectiveness of mindfulness-based relapse prevention on distress and temptation tolerance in Methamphetamine dependent patients. Journal of Police Medicine. 2019;8(1):21–6. [Persian] doi: 10.30505/8.1.21
22. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press; 2013, pp:44–62.
23. Amemiya R, Sakairi Y. The role of mindfulness in performance and mental health among Japanese athletes: An examination of the relationship between alexithymic tendencies, burnout, and performance. Journal of Human Sport and Exercise. 2019;14(2):456–68. doi: 10.14198/jhse.2019.142.17
24. Bagby R M, Parker J D, Taylor G J. The twenty-item Toronto Alexithymia scale I. item selection and cross-validation of the factor structure. J Psychosom Res. 1994; 38(1):23-32. https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1
25. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. Psychol Rep. 2007;101(1):209–20. doi: 10.2466/pr0.101.1.209-220
26. McKay M, Wood JC, Brantley J. The dialectical behavior therapy skills workbook: practical DBT exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation, & distress tolerance. 2nd ed. Andooz Z, Hamidpour H, Jomehpour H. (Persian translator). Tehran: Arjmand Pub; 2018.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.154.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.146]