فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال شانزدهم، شماره شصت و ششم، ص ۲۹۰-۲۶۷، زمستان ۱۴۰۱
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 16, No. 66, P 267-290, Winter 2023

**مقاله پژوهشی**
**Research Article**

# اثربخشی درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی بر ناگویی خلقی و خودنظم‌دهی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد در مراکز سرپایی*

فاطمه باقری[۱]، فیروزه غضنفری[۲]، فضل اله میردریکوند[۳]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۰۸

## چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی بر ناگویی خلقی و خودنظم‌دهی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد در مراکز سرپایی بود. **روش:** پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون -پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد در مراکز سرپایی شهر خرم‌آباد در سال ۱۴۰۰ بود. از این بین، ۱۸ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۹ نفر) و کنترل (۹ نفر) قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی را در ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای با فراوانی دو جلسه در هفته دریافت کردند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس ناگویی خلقی تورنتو و پرسشنامه خودنظم‌دهی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون ناپارامتری یو من‌ویتنی تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین دو گروه تفاوت معناداری وجود داشت و درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی باعث کاهش ناگویی خلقی و افزایش خودنظم‌دهی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد شد. **نتیجه‌گیری:** بنا بر نتایج پژوهش حاضر، می‌توان از درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی برای کاهش مشکلات هیجانی و بهبود مهارت‌های خودنظم‌دهی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد بهره برد.

**کلیدواژه‌ها:** درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی، ناگویی خلقی، خودنظم‌دهی، اختلال مصرف مواد

*. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در دانشگاه لرستان است.

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران. پست الکترونیک: Fatemehbagheri037@gmail.com
۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.
۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم¬آباد، ایران.

[ Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-06 ]

[ DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.267 ]

**مقدمه**

مصرف مواد[1] همچنان یک نگرانی مربوط به سلامت عمومی در سراسر جهان است که سلامت، امنیت و بقای جامعه بشری در قرن بیست و یکم را تهدید می‌کند (دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد[2]، ۲۰۱۹) و به یکی از بیست عامل اصلی مشکلات مربوط به سلامت افراد در سراسر جهان تبدیل شده است (سلیمان، علم، حبیب، عبداله و حسن، ۲۰۲۲). بر اساس تعریف پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی، مصرف مواد شامل الگوی ناسازگار مصرف مواد است که به‌وسیله عوارض ناخوشایند عودکننده و قابل‌ملاحظه مرتبط با مصرف مکرر مواد در فرد ظاهر می‌شود. ویژگی اصلی هرکدام از اختلالات مرتبط با مصرف یک ماده، مجموعه‌ای از علائم جسمانی، رفتاری و شناختی است که علی‌رغم مشکلات چشمگیری که برای فرد به وجود می‌آورد، همچنان ادامه می‌یابد (انجمن روانپزشکی امریکا[3]، ۲۰۱۳؛ بشارت، حایری و مقدم‌زاده، ۱۳۹۷). طبق گزارش‌های اخیر، حدود ۲۶۹ میلیون نفر در سراسر جهان، حداقل یک بار از مواد مخدر در طی سال گذشته استفاده کرده بودند و شیوع مصرف مواد از سال ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۸ به بیش از ۱۲درصد افزایش‌یافته است (دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، ۲۰۲۰). در ایران نیز شیوع مصرف مواد ۱۱/۹ درصد (مرادیان‌آذر و همکاران، ۲۰۲۰؛ نوجوان، سلیمانی و عیسی‌زادگان، ۱۴۰۱) و شیوع مصرف مواد بیش از ۵/۴ درصد برآورد شده است (عنایت و غفاری، ۱۳۹۸؛ صادقی، سودانی و غلامزاده جفره، ۱۳۹۹؛ اکبری، آریانپور و رضاپور میرصالح، ۱۴۰۱). مطالعات صورت‌گرفته در این حوزه نشان می‌دهند که این اختلال با عواملی مانند بیگانگی اجتماعی و روان‌پریشی (لورفا، اوگوو، ایفاگوازی و چوکوورجی[4]، ۲۰۱۸ )، استرس (دبنام، میلان، مولن، لسی و برادشاو[5]، ۲۰۱۷)، خطر ابتلا به افسردگی (بگاچه، کیان‌مهر، صابونچی، مرذلک و دلما، ۲۰۱۹)، اختلالات شدید

1. substanse abuse
2. United Nations Office on Drug and Crime (UNODC)
3. American Psychiatric Association
4. Lorfa, Ugwu, Ifeagwazi, & Chukwuorji
5. Debnam, Milam, Mullen, Lacey & Bradshaw



سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

[ Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-06 ]

[ DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.267 ]

انگیزشی و عدم کنترل رفتار (پالاد و اسنایدر[1]، ۲۰۱۹)، مشکل در سلامت روان (حدود ۲/۳ درصد) (اورکی، ۱۳۹۸) و مشکلات شناختی (رامی و رگیر[2]، ۲۰۱۹) مرتبط است.

یکی از عواملی که نقش مهمی در گرایش افراد به مصرف مواد ایفا می‌کند، ناگویی خلقی[3] است (آقایار و شریفی درآمدی، ۱۳۹۴). در مطالعات مختلفی رابطه ناگویی خلقی با مصرف مواد نشان داده شده است (توربرگ[4] و همکاران، ۲۰۱۱؛ دورادِ[5] و همکاران، ۲۰۱۷؛ قربانی، خسروانی، شریفی باستان و جماعتی اردکانی، ۲۰۱۷؛ لومیننت، کوردویل سوسا، فانتینی ودیتیمری[6]، ۲۰۱۶؛ موری[7] و همکاران، ۲۰۱۶). اصطلاح ناگویی خلقی نخستین‌بار توسط سیفنئوس[8] در سال ۱۹۳۷ مطرح شد (نیکولو[9] و همکاران، ۲۰۱۱) که به معنی اختلال در پردازش هیجانی به‌ویژه نارسایی در شناسایی و تشخیص هیجان‌ها است (چن، وو، جینک و چان[10]، ۲۰۱۱) و با نارسایی در شناسایی احساسات، نارسایی در توصیف احساسات خود به‌صورت کلامی و سبک‌شناختی عینی شناسایی می‌شود (زیووتوفسکی[11] و همکاران، ۲۰۲۰؛ همینگ، تایلور، هادوک، شاو و پرات[12]، ۲۰۱۹). ویژگی اصلی این سازه، ناتوانی در شناخت هیجان‌های خود و تنظیم واکنش‌های هیجانی در مواجهه با موقعیت‌های احساسی است (لیندزلی و سیاروچی[13]، ۲۰۰۹). شیوع ناگویی خلقی در جمعیت عمومی ۱۰ درصد تخمین زده شده است (پالما الوارز[14] و همکاران، ۲۰۲۱؛ فرانز[15] و همکاران، ۲۰۰۸؛ متیلا، سالمین، نومی وجوکاما[16]، ۲۰۰۶) درحالی‌که در بیماران دارای اختلال مصرف‌مواد، حدود ۴۲ تا ۶۷ درصد است (دیهان[17] و همکاران، ۲۰۱۲). در مطالعات متعددی مشخص شده است که افراد با سطوح بالای ناگویی خلقی

1. Palad & Snyder
2. Ramey & Regier
3. Alexithymia
4. Thorberg
5. Dorard
6. Luminet, Cordovil Sousa, Fantini, & DeTimary
7. Morie
8. Siphonus
9. Nicolo
10. Chen, Xu, Jing & Chan
11. Zhyvotovska
12. Hemming, Taylor, Haddock , Shaw & Pratt
13. Lindsay & Ciarrochi
14. Palma-Alvarez
15. Franz
16. Mattila, Salminen, Nummi & Joukamaa
17. De Haan



[ Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-06 ]

[ DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.267 ]

مصـرف الکل بیشـتر و در کل وابسـتگی بیشـتری به مواد مخدر دارند (کوبان و اوندر[1]، ۲۰۲۱).

یکی دیگر از عواملی که موردتوجه پژوهشـگران قرار گرفته و بر مصـرف و مصـرف مواد مؤثر است، وجود مهارت‌های فردی همچون خود نظم‌دهی[2] است (اوریت و رابینز[3]، ۲۰۱۶؛ زینالی، ۲۰۱۴). خودنظم‌دهی، یک عامل محافظتی در بهبود بسـیاری از مشـکلات روانی و اجتماعی به شـمار می‌رود و به معنی توانایی نظارت و تعدیل احسـاسـات، رفتار و شناخت است که به افراد امکان دستیابی به اهداف و سازگاری با شرایط متغیر را می‌دهد (وینک[4] و همکاران، ۲۰۲۰؛ برگر، کافمن، لیونه و هنیک[5]، ۲۰۰۷؛ کارولی[6]، ۱۹۹۳). به‌عبارت‌دیگر، خودنظم‌دهی فرایندی اسـت که بر اسـاس آن، فرد رفتار خود را مورد نظارت قرار داده، مطابق با معیارها و اهدافی که دارد رفتار خود را ارزیابی کرده و بر اساس این ارزیابی، رفتار خود را تنظیم می‌کند (مک دونالد و پالفای[7]، ۲۰۰۸). مطالعات انجام شـده نشـان می‌دهند، افرادی که از خودنظم‌دهی پایینی برخوردارند، مهارت‌های لازم را برای تنظیم هیجان‌های خود ندارند و برای تنظیم هیجان‌های خود به سـاختارهای بیرونی متکی هسـتند (تانگنی، بومیسـتر و بون[8]، ۲۰۰۴). این عامل نقش مهمی در پرهیز مصـرف مواد ایفا می‌کند (موراون، کولینز و نینهوس[9]، ۲۰۰۲؛ موراون و همکاران، ۲۰۰۵؛ براون[10]، ۱۹۹۸؛ بامیستر، هزرتون و تیک[11]، ۱۹۹۴)؛ به‌طوری که نمرات خود نظم‌دهی، رابطه مثبتی با طول پرهیز از مصـرف مواد دارد و با افزایش نمرات خود نظم‌دهی، مدت پرهیز نیز افزایش می‌یابد (فراری، استیونز و جیسون[12]، ۲۰۰۹).

بر اسـاس اینکه اعتیاد یک بیماری غیرقابل‌کنترل، اجباری و با عودهای مکرر اسـت، روش‌های درمانی زیادی برای آن به وجود آمده اسـت، اما بیشـتر افرادی که دارای این اختلال هسـتند به مراقبت‌های طولانی‌مدت و مکرری نیاز دارند (مؤسـسـه ملی مصـرف

1. Coban & Onder
2. self regulation
3. Everitt & Robbins
4. Vink
5. Berger, Kofman, Livneh & Henik
6. Karoly
7. Macdonald & Palfai
8. Tangney, Baumeister & Boone
9. Muraven, Collins & Nienhaus
10. Brown
11. Baumeister, Heatherton & Tice
12. Ferrari, Stevens & Jason



سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

[ Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-06 ]

[ DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.267 ]

مواد[1]، ۲۰۱۶). یکی از رویکردهای درمانی، درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی[2] است که نخستین‌بار توسط الن فرانک[3] برای افراد مبتلا به اختلال دوقطبی طراحی شد (هابرگ[4] و همکاران، ۲۰۱۳). این درمان به طور خاص برای مدیریت حوادث استرس‌زا، بهبود اختلالات اجتماعی و ریتم‌های شبانه‌روزی[5] و پایبندی افراد به داروها توسعه پیدا کرده است (استردو[6] و همکاران، ۲۰۲۰؛ فرانک[7] و همکاران، ۱۹۹۷) و بر الگوهای نامناسب و بی‌نظمی‌های ریتم شبانه‌روزی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی تمرکز دارد، مشکلات بین‌فردی آنها را کاهش می‌دهد، ریتم روزمره اجتماعی را تنظیم می‌کند و در نهایت دوره‌های خلق پایدار و بهبودی را افزایش می‌دهد (هابرگ و همکاران، ۲۰۱۳). هدف اصلی این درمان، تنظیم ریتم‌های روزمره اجتماعی و بیولوژیکی به‌منظور افزایش ثبات خلق‌وخو و تسهیل خواب است (هیراکاوا و تراو[8]، ۲۰۱۹؛ فرانک، ۲۰۰۵). فرض بر این است که تغییر در سیستم‌های بیوشیمیایی که خواب، انرژی و خلق‌وخو را تنظیم می‌کند، خطر ابتلا به دوره‌های دوقطبی را در افراد آسیب‌پذیر افزایش می‌دهد و عوامل استرس‌زای بین‌فردی مانند غم و اندوه، انتقال نقش و تعارض در روابط، می‌تواند ریتم اجتماعی و شبانه‌روزی را مختل کرده و بر روحیه، تأثیر منفی داشته باشد. درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی با ایجاد برنامه‌های روزمره برای خواب و بیداری، وعده‌های غذایی، فعالیت‌های هدفمند و رفع مشکلات بین‌فردی، باعث ثبات ریتم‌های اجتماعی بیماران، بهبود خلق‌وخو و عملکرد فعلی آنها می‌شود (فرانک، ۲۰۰۷). تا کنون اثربخشی این درمان بر بهبود افسردگی و خلق‌وخو (فرانک، ۲۰۰۷)، تعدیل افسردگی در بیماران مبتلا به افسردگی عمده (کراو[9] و همکاران، ۲۰۲۰)، تنظیم سبک زندگی و بهبود خلق‌وخو در افراد دارای اختلال دوقطبی (گلدشتاین[10] و همکاران، ۲۰۱۴)، بهبود عملکرد کلی (لام و چونگ[11]، ۲۰۲۱)، بهبود علائم اضطراب، افسردگی و شیدایی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی

1. National Institute on Drug Abuse (NIDA)
2. Interpersonal and Social Rhythm Therapy
3. Ellen Frank
4. Hoberg
5. circadian rhythms
6. Steardo
7. Frank
8. Hirakawa & Terao
9. Crowe
10. Goldstein
11. Lam & Chung



[ Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-06 ]

[ DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.267 ]

(استرادو و همکاران، ۲۰۲۰)، بهبود بدتنظیمی هیجان و کاهش عود در مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین (قنبری پیرکاشانی، شهیدی، حیدری و نجاتی، ۱۳۹۹) مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است.

با توجه به مطالب ذکر شده و آمارهای موجود به نظر می‌رسد عوامل مؤثر بر ترک و پرهیز از مواد هنوز به طور دقیق شناسایی نشده و روش‌های درمانی اثربخشی لازم را در این افراد نداشته باشند (بشرپور، عطادخت، خسروی نیا و نریمانی، ۱۳۹۲). از این رو، باتوجه به شیوع بالای مصرف مواد و دشواری‌هایی که در درمان این افراد وجود دارد (تاپلین و ماتیک[1]، ۲۰۱۵) و با توجه به اینکه در افراد مبتلا به مصرف مواد که به دنبال درمان اختلال خود می‌روند، بعد از یک سال بهبودی، میزان عود و مرگ‌ومیر به حدود ۶۰ درصد می‌رسد، شناسایی عوامل مؤثر بر جنبه‌های متعدد اختلال مصرف مواد از جمله پیشگیری، توسعه، درمان و بهبود آن برای کاهش مؤثرتر و کارآمدتر آن بر افراد، خانواده‌ها و جوامع امری ضروری است (لانس[2]، ۲۰۲۱). مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد اگرچه شواهد تحقیقاتی مختلفی از اثربخشی درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی بر متغیرهای مختلفی از نمونه‌های متفاوت مورد بررسی قرار گرفته؛ اما این‌گونه پژوهش‌ها در حوزه مصرف‌مواد کمتر انجام شده؛ لذا این مطالعه در جهت بررسی اثربخشی درمان ریتم اجتماعی و میان فردی در کاهش ناگویی خلقی و ارتقا مهارت‌های خودنظم‌دهی اجرا شده است تا اثربخشی آن مشخص شود و در عرصه کمک به افراد مبتلا به مصرف مواد مورد استفاده قرار گیرد. از این رو، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال بود که آیا درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی بر ناگویی خلقی و خودنظم‌دهی در افراد مبتلا به مصرف مواد مراکز سرپایی مؤثر است؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مردان مبتلا به مصرف مواد مراکز سرپایی ترک اعتیاد شهر

1. Taplin & Mattick
2. Lance



[ Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-06 ]

[ DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.267 ]

خرم‌آباد در سال ۱۴۰۰ بود. در پژوهش‌های آزمایشی حداقل حجم نمونه برای هر یک از زیرگروه‌ها ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (دلاور، ۱۳۹۰). بنابراین، از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر(۱۵ نفر برای هر گروه) به روش نمونه‌گیری دردسترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل ابتلا به مصرف مواد، داشتن حداقل ۲۰ و حداکثر ۵۰ سال، سواد خواندن و نوشتن، عدم مصرف داروهای روان‌پریشی، مدت مصرف مواد حداقل ۴۸ ماه و معیارهای خروج از پژوهش شامل عدم تمایل برای همکاری در پژوهش، غیبت بیش از سه جلسه، ابتلا به اختلالات روان‌پریشی و دریافت درمان‌های غیردارویی دیگر بود. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی افراد رعایت شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل ناپارامتری یو من‌ویتنی در نرم افزار اس‌پی‌اس‌اس تحلیل شدند. مطالعه حاضر، در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی لرستان با شناسه اخلاق IR.LUMS.REC.1400.243مصوب گردیده است.

## ابزار

۱. پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو[1]: این مقیاس در سال ۱۹۹۴ توسط پارکر، تیلور و باگبی[2] با ۲۰ گویه و سه مؤلفه دشواری در شناسایی احساسات (۷ سوال)، دشواری در توصیف احساسات (۵ سوال) و تفکر عینی (۸ سوال) ساخته شد. آزمودنی‌ها بر اساس طیف لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) به سؤالات هر ماده پاسخ می‌دهند. سؤالات ۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ دارای نمره‌گذاری معکوس هستند، به‌طوری‌که به پاسخ کاملاً مخالفم نمره ۵ و کاملاً موافقم نمره ۱ اختصاص داده می‌شود. در این مقیاس حداقل نمره کل، ۲۰ و حداکثر ۱۰۰ است. هر چه نمره فرد در مؤلفه‌ها بیشتر باشد فرد مشکلات شدیدتری را در بیان و تشخیص احساسات خود دارد. در مطالعات زیادی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (پارکر، تایلورو بگبی، ۲۰۰۱). در نسخه ایرانی بشارت (۲۰۰۷) ضریب آلفای کرونباخ برای کل این مقیاس ۰/۸۵ و برای مؤلفه

1. Toronto Alexithymia Questionnaire
2. Parker, Taylor & Bagby



سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

[ Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-06 ]

[ DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.267 ]

دشواری در شناسایی احساسات ۰/۸۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵ و تفکر عینی ۰/۷۲ به‌دست‌آمده است که نشان می‌دهد این مقیاس از همسانی درونی خوبی برخوردار است. همچنین پایایی بازآزمایی آن نیز در دو نوبت با فاصله چهارهفته‌ای در یک نمونه ۶۷ نفری برای ناگویی خلقی کل ۰/۷۰ و برای مؤلفه‌های آن ۰/۷۷ مورد تأیید قرار گرفت. علاوه بر این، روایی هم‌زمان نیز بر اساس همبستگی بین مؤلفه‌های آزمون و مؤلفه‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (بشارت، ۲۰۰۷). در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۳ به دست آمد.

۲. پرسشنامه خودنظم‌دهی[1]: پرسشنامه خودنظم‌دهی توسط براون، میلر و لاوندووسکی[2] در سال ۱۹۹۹ برای سنجش فرایندهای مرتبط با خودنظم‌دهی ساخته شد. در این مقیاس ۶۳ سؤال و ۷ مؤلفه پذیرش (۹ سوال)، ارزیابی (۹ سوال)، راه‌اندازی (۹ سوال)، بررسی (۹ سوال)، برنامه‌ریزی (۹ سوال)، اجرا (۹ سوال) و سنجش (۹ سوال) وجود دارد. آزمودنی‌ها بر اساس طیف لیکرت از ۱ تا ۵ به هر سؤال پاسخ می‌دهند. در این پرسشنامه نمره بالاتر از ۲۳۹ نشان‌دهنده خودنظم‌دهی بالا، بین ۲۱۴ تا ۲۳۹ خودنظم‌دهی متوسط و پایین‌تر از ۲۱۳ نشان‌دهنده خودنظم‌دهی پایین در افراد است. روایی واگرای پرسشنامه با مقیاس‌های مصرف الکل ۰/۲۳-، خطرپذیری ۰/۲۴۴- و برانگیختگی ۰/۴۶۹- به‌دست‌آمده است که نشان از معنادار بودن این روایی است. این پرسشنامه در ایران توسط برجعلی‌لو، مجتهدزاده و محمدی (۱۳۹۲) اعتباریابی شد که اعتبار بازآزمایی آن برای کل پرسشنامه ۰/۹۴ و با همسانی درونی ۰/۹۱ گزارش شده است. در این پژوهش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸ به دست آمد.

## روش اجرا

در این پژوهش درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی (فرانک، ۲۰۰۷) در ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و با فراوانی دو جلسه در هفته انجام شد. همچنین اجرای آزمون‌های پژوهش، قبل

1. The Self-Regulation Questionnaire (SRQ)

2. Brown, Miller & Lawendowski



[ Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-06 ]

[ DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.267 ]

از شروع مداخله (پیش‌آزمون) و بعد از پایان یافتن جلسات درمان (پس‌آزمون) اجرا شد. خلاصه جلسات درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی در جدول ۱ آورده شده است.

**جدول ۱: خلاصه جلسات درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی**

| مرحله | جلسه | خلاصه محتوای جلسات |
|---|---|---|
| اولیه | اول | آشنایی افراد با روند جلسات درمانی، جمع‌آوری اطلاعات درمورد تاریخچه مصرف مواد، نوع مصرف، شدت مصرف، ارائه اطلاعاتی درباره ماهیت مصرف مواد و روند آن و اثرات مخربی که مصرف مواد بر زندگی وی بر جای گذاشته است. |
| | دوم | جمع‌آوری اطلاعاتی درباره تعداد افراد مهم زندگی فرد، رابطه‌ای که فرد مصرف‌کننده مواد با آن‌ها دارد، انتظارات افراد از این روابط، دیدگاه‌های مثبت و منفی مرتبط با روابط و انتظاراتی که فرد مصرف‌کننده در خود یا دیگران انتظار دارد ببیند. |
| | سوم | مشخص‌کردن ریتم‌های شبانه‌روزی مانند غذا خوردن، خواب و بیداری و فعالیت‌های مهم افراد و تعیین بی‌نظمی‌های موجود در این روال‌های روزمره؛ آموزش درباره ارتباط بین وضعیت خلق‌وخو با روابط بین‌فردی و حوادث مهم زندگی مانند ازدست‌دادن عزیزان و غیره. |
| | چهارم | بحث کردن درمورد کشمکش‌های بین‌فردی، انتقال نقش و نقص‌های بین‌فردی در افراد مبتلا به مصرف مواد، تعریف و مشخص‌کردن این کشمکش‌ها و ارائه مهارت‌های عملی برای حل کردن این کشمکش‌ها. |
| میانی | پنجم | نظارت و ثبت روال‌های روزمره، شناسایی و نظم‌دهی به این فعالیت‌ها، به‌کارگیری راهبردهایی برای منظم‌کردن ریتم‌های شبانه‌روزی و بررسی تأثیر منظم بودن روال‌ها بر خلق‌وخوی افراد. |
| | ششم | بهبود روابط بین‌فردی برای گسترش روابط اجتماعی و دریافت حمایت از افراد مهم زندگی، کاهش مشکلات بین‌فردی و تنهایی با افزایش دادن مهارت‌های اجتماعی و تثبیت روابط فعلی و کمک به افراد برای ایجاد روابط جدیدتر. |
| | هفتم | شناخت و آگاهی از هیجانات و احساسات خود، آگاهی از رابطه بین هیجانات و لغزش و مدیریت‌کردن آن، رابطه بین هیجانات فرد با روابطی که با افراد مهم زندگی خود دارد. |
| | هشتم | آموزش مهارت‌هایی برای تنظیم هیجانات و خلق‌وخو و آگاهی از رابطه بین هیجانات با وسوسه مصرف مواد، لغزش و عود مصرف. |
| پایانی | نهم | نظارت و سنجش وضعیت خلق‌وخو و ارائه مهارت‌هایی برای تنظیم نوسانات هیجانی و افزایش سطح عواطف مثبت و کاهش دادن هیجانات منفی و مخرب. |
| | دهم | ارائه آموزش‌هایی برای افزایش مهارت‌های ارتباطی و بین‌فردی، حل کردن مشکلات بین‌فردی و گسترش دادن راهکارهایی برای حل کردن مسائل بین‌فردی. |
| | یازدهم | ارزیابی‌کردن راهبردهایی که برای ارتقا روابط بین‌فردی استفاده شده است، بحث کردن درمورد احتمال لغزش، افکار و هیجانات پیش‌وپس آیند لغزش و مدیریت‌کردن آن‌ها. |
| | دوازدهم | جمع‌بندی جلسات گذشته، کمک به افراد برای پیش‌بینی موقعیت‌های مشکل‌زا در روابط بین‌فردی و بررسی کردن راهبردهای به کار برده شده به‌منظور مدیریت‌کردن آن‌ها. |



سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

[ Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-06 ]

[ DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.267 ]

## یافته‌ها

در این پژوهش، ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شـــدند، اما ۶ نفر از گروه آزمایش به دلیل غیبت بیش از ســـه جلســـه، عدم تمایل برای شـــرکت در پژوهش و عود مصـــرف در طی جلسات درمان و ۶ نفر از گروه کنترل به دلیل بیماری کرونا و عدم تمایل برای شرکت در پس‌آزمون از تحلیل کنار گذاشته شدند و در نهایت داده‌های مربوط به ۹ نفر از افراد گروه آزمایش و ۹ نفر از افراد گروه کنترل وارد تحلیل شـدند. یافته‌های توصـیفی نشـان داد که میانگین ســـن شـــرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۳۷/۲۲ و در گروه کنترل ۳۶/۲۲ بود. بیشترین فراوانی تحصیلات در هر دوگروه، دیپلم و کمترین فراوانی، کارشناسی ارشد و بالاتر (۱ نفر) بود. ۴۴/۴ درصد از افراد گروه آزمایش و ۵۵/۶ درصد از گروه کنترل دارای شغل آزاد بودند. از لحاظ سابقه اعتیاد در خانواده، گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۴۴/۴ و ۲۲/۲ درصـد سـابقه اعتیاد در خانواده را گزارش دادند. تعداد سـال‌های مصـرف مواد در هر دو گروه آزمایش و کنترل، بیش از ۱۰ ســال به ترتیب با فراوانی ۷۷/۸ و ۵۵/۵ درصــد بود. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است.

**جدول ۲: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل**

| متغیرها | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| دشواری در تشخیص | آزمایش | ۲۵/۵۵ | ۴/۶۶ | ۱۵/۶۶ | ۲/۴۴ |
| احساسات | کنترل | ۲۳/۸۸ | ۶/۹۳ | ۲۴/۷۷ | ۶/۷۰ |
| دشواری در توصیف | آزمایش | ۱۹/۷۷ | ۰/۶۶ | ۱۲/۳۳ | ۱/۳۲ |
| احساسات | کنترل | ۱۹/۷۷ | ۱/۰۹ | ۲۰/۱۱ | ۱/۳۶ |
| تفکر عینی | آزمایش | ۲۰/۸۸ | ۲/۷۱ | ۱۶/۸۸ | ۱/۱۶ |
| | کنترل | ۲۲/۲۲ | ۳/۸۶ | ۲۱/۴۴ | ۳/۸۱ |
| ناگویی خلقی کل | آزمایش | ۶۶/۲۲ | ۶/۶۴ | ۴۴/۸۸ | ۳/۴۰ |
| | کنترل | ۶۵/۸۸ | ۱۰/۴۰ | ۶۶/۳۳ | ۱۰/۴۶ |
| پذیرش | آزمایش | ۲۳/۰۰ | ۶/۱۸ | ۳۵/۰۰ | ۱/۴۱ |
| | کنترل | ۲۳/۷۷ | ۶/۷۰ | ۲۵/۳۳ | ۶/۶۳ |



[ Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-06 ]

[ DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.267 ]

**جدول ۲: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل**

| متغیرها | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| ارزیابی | آزمایش | ۳۰/۶۶ | ۳/۴۲ | ۳۴/۱۱ | ۱/۳۶ |
| | کنترل | ۳۰/۳۳ | ۵/۱۹ | ۳۰/۱۱ | ۳/۸۸ |
| راه‌اندازی | آزمایش | ۲۷/۶۶ | ۳/۹۳ | ۳۴/۷۷ | ۰/۶۶ |
| | کنترل | ۲۶/۷۷ | ۴/۴۰ | ۲۶/۶۶ | ۵/۹۷ |
| بررسی | آزمایش | ۲۵/۲۲ | ۶/۵۵ | ۳۳/۴۴ | ۰/۵۲ |
| | کنترل | ۲۷/۱۱ | ۵/۷۳ | ۲۸/۸۸ | ۵/۴۸ |
| برنامه‌ریزی | آزمایش | ۲۶/۰۰ | ۳/۶۰ | ۳۵/۷۷ | ۰/۴۴ |
| | کنترل | ۲۶/۰۰ | ۵/۸۷ | ۲۷/۵۵ | ۶/۰۰ |
| اجرا | آزمایش | ۲۴/۳۳ | ۴/۹۷ | ۳۶/۵۵ | ۰/۸۸ |
| | کنترل | ۲۷/۴۴ | ۴/۷۱ | ۲۸/۴۴ | ۵/۱۷ |
| سنجش | آزمایش | ۲۷/۴۴ | ۴/۷۱ | ۳۳/۳۳ | ۱/۲۲ |
| | کنترل | ۲۶/۰۰ | ۴/۳۰ | ۲۷/۲۲ | ۴/۲۹ |
| خودنظم دهی کل | آزمایش | ۱۸۴/۲۲ | ۳۰/۳۶ | ۲۴۳/۰۰ | ۲/۹۵ |
| | کنترل | ۱۸۷/۴۴ | ۲۸/۷۸ | ۱۹۴/۲۲ | ۲۷/۷۲ |

نتایج جدول ۲ نشـــان می‌دهد که میانگین نمرات ناگویی خلقی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نســـبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش‌یافته اســـت؛ درحالی‌که در گروه کنترل میانگین نمرات در این متغیر تغییر چندانی نکرده اســت. همچنین بر اســاس جدول ۲ میانگین نمرات خودنظم‌دهی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، افزایش ولی میانگین نمرات این متغیر در گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون تغییر محســـوســـی نداشـــته اســـت. به‌منظور بررسی تأثیر درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی بر ناگویی خلقی و خودنظم‌دهی به دلیل برقرار نبودن مفروضه‌های آزمون پارامتریک از آزمون ناپارامتریک یو من‌ویتنی برای مقایسه گروه آزمایش و کنترل استفاده شده است. در جدول ۳ نتیجه آزمون یو من‌ویتنی برای مولفه‌های ناگویی خلقی و خودنظم‌دهی در دو گروه آزمایش و کنترل ارائه شـــده است.



سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

[ Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-06 ]

[ DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.267 ]

**جدول ۳: نتیجه آزمون یو من‌ویتنی مؤلفه‌های ناگویی خلقی و خودنظم‌دهی**

| متغیر | گروه‌ها | جمع رتبه‌ها | میانگین رتبه‌ها | من ویتنی | Z | P |
|---|---|---|---|---|---|---|
| دشواری درتشخیص احساسات | آزمایش | ۵۱/۰۰ | ۵/۶۷ | ۶/۰۰ | -۳/۰۵ | ۰/۰۰۲ |
| | کنترل | ۱۲۰/۰۰ | ۱۳/۳۳ | | | |
| دشواری در توصیف احساسات | آزمایش | ۴۵/۰۰ | ۵/۰۰ | ۰/۰۰۱ | -۳/۵۹ | ۰/۰۰۰۱ |
| | کنترل | ۱۲۶/۰۰ | ۱۴/۰۰ | | | |
| تفکر عینی | آزمایش | ۶۰/۰۰ | ۶/۷۲ | ۱۵/۵۰ | -۲/۲۵ | ۰/۰۲۴ |
| | کنترل | ۱۱۰/۰۰ | ۱۲/۲۸ | | | |
| پذیرش | آزمایش | ۱۲۳/۵۰ | ۱۳/۷۲ | ۲/۵۰ | -۳/۳۸ | ۰/۰۰۱ |
| | کنترل | ۴۷/۵۰ | ۵/۲۸ | | | |
| ارزیابی | آزمایش | ۱۱۰/۰۰ | ۱۲/۲۲ | ۱۶/۰۰ | -۲/۲۰ | ۰/۰۲۸ |
| | کنترل | ۶۱/۰۰ | ۶/۷۸ | | | |
| راه‌اندازی | آزمایش | ۱۱۱/۵۰ | ۱۲/۳۹ | ۱۴/۵۰ | -۲/۳۴ | ۰/۰۱۹ |
| | کنترل | ۵۹/۵۰ | ۶/۶۱ | | | |
| بررسی | آزمایش | ۱۰۷/۵۰ | ۱۱/۹۴ | ۱۸/۵۰ | -۲/۰۹ | ۰/۰۴۵ |
| | کنترل | ۶۳/۵۰ | ۷/۰۶ | | | |
| برنامه‌ریزی | آزمایش | ۱۱۷/۰۰ | ۱۳/۰۰ | ۹/۰۰ | -۲/۸۶ | ۰/۰۰۴ |
| | کنترل | ۵۴/۰۰ | ۶/۰۰ | | | |
| اجرا | آزمایش | ۱۱۷/۵۰ | ۱۳/۰۶ | ۸/۵۰ | -۲/۸۷ | ۰/۰۰۴ |
| | کنترل | ۵۳/۵۰ | ۵/۹۴ | | | |
| سنجش | آزمایش | ۱۲۱/۰۰ | ۱۳/۴۴ | ۵/۰۰ | -۳/۱۷ | ۰/۰۰۱ |
| | کنترل | ۵۰/۰۰ | ۵/۵۶ | | | |

بر اساس نتایج جدول۳، مقدار Z مشاهده شده ناشی از مقایسه دو گروه در خرده مقیاس دشواری در تشخیص احساسات بر مبنای آزمون یو من‌ویتنی برابر ۳/۰۵- است. این مقدار با توجه به سطح آلفای ۰/۰۰۲ معنادار است. همچنین Z مشاهده شده برای خرده مقیاس‌های دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۳/۵۹- و ۲/۲۵- است که این مقادیر در سطح آلفای ۰/۰۰۰۱ و ۰/۰۲۴ معنادار هستند؛ بنابراین درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی میزان ابعاد مختلف ناگویی خلقی در افراد مبتلا به مصرف مواد را



[ Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-06 ]

[ DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.267 ]

تغییر داده و بر آن تأثیر معناداری داشته است. همچنین Z مشاهده شده و سطوح آلفا در مؤلفه‌های پذیرش (P=۰/۰۰۱، Z=-۳/۳۸)، ارزیابی (P=۰/۰۲۸، Z=-۲/۲۰)، راه‌اندازی (P=۰/۰۱۹، Z=-۲/۳۴)، بررسی (P=۰/۰۴۵، Z=-۲/۰۹)، برنامه‌ریزی (P=۰/۰۰۴، Z=-۲/۸۶)، اجرا (P=۰/۰۰۴، Z=-۲/۸۷) و سنجش (P=۰/۰۰۱، Z=-۳/۱۷) با توجه به مقادیر بحرانی معنادار است. بنابراین درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی میزان ابعاد مختلف خودنظم‌دهی را در افراد مبتلا به مصرف مواد تغییر داده و بر خودنظم‌دهی تأثیر معناداری داشته است. در مجموع، نتایج نشان داد بین گروه آزمایش و کنترل در ناگویی خلقی وخودنظم‌دهی تفاوت معناداری وجود دارد. به طوری که این درمان باعث کاهش ناگویی خلقی و افزایش نمرات خودنظم‌دهی در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش نسبت به کنترل شد.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی بر ناگویی خلقی و خودنظم‌دهی در افراد مبتلا به مصرف مواد مراکز سرپایی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی در مرحله پس‌آزمون بر ناگویی خلقی و خودنظم‌دهی تأثیر معناداری داشته است. بر اساس بررسی‌های انجام شده در خصوص تأثیر درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی بر ناگویی خلقی در افراد مبتلا به مصرف مواد، تا کنون پژوهش‌های زیادی صورت نگرفته، ولی پژوهش‌های مشابه و همسویی در این حوزه در مطالعات داخلی انجام شده است که از جمله آن‌ها می‌توان به اثربخشی درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی در مقایسه با توان‌بخشی شناختی بر کاهش بی‌نظمی هیجان و افزایش پاسخ بازدارنده (قنبری پیر کاشانی، شهیدی، حیدری و نجاتی، ۱۴۰۰)، بهبود بدتنظیمی هیجان و کاهش عود در افراد وابسته به مت‌آمفتامین (قنبری پیرکاشانی و همکاران، ۱۳۹۹) اشاره کرد.

مطالعات انجام شده در حوزه اعتیاد نشان می‌دهد که اعتیاد به مواد مخدر با اختلال در ریتم شبانه‌روزی همراه است. افراد مبتلا به اعتیاد اختلالات شدیدی را در چرخه خواب/بیداری، چرخه فعالیت، عادات غذایی و همچنین ریتم‌های غیرعادی در دمای بدن،


سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023
[ Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-06 ]
[ DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.267 ]

سطح هورمون‌ها و فشارخون تجربه می‌کنند (جونز، کناتسون و هینز[1]، ۲۰۰۳). معمولاً اختلالات خواب به دنبال مصرف مواد بسیار مشکل‌ساز است و حتی مدت‌ها پس از مصرف مواد ادامه می‌یابد و اغلب منجر به عود می‌شود (جونز و همکاران، ۲۰۰۳). نتیجه مطالعات نشان داده است که مصرف مکرر مواد به طور مستقیم بر ریتم‌های شبانه‌روزی تأثیر می‌گذارد. علاوه بر این، فعال‌شدن سیستم پاداش مغز از ریتم‌های شبانه‌روزی پیروی می‌کند (موری و همکاران، ۲۰۱۶)؛ درنتیجه افراد مبتلا به مصرف مواد برای مقابله با هیجانات نامنظم خود از مواد استفاده می‌کنند. از سوی دیگر، افراد با سطوح بالای ناگویی خلقی نمی‌توانند عواطف و احساسات خود را از طریق کلمات بیان کنند و به دلیل آگاهی هیجانی پایینی که دارند کمتر با دیگران احساس همدردی می‌کنند (مایر، دی پائولو و سالووی[2]، ۱۹۹۰). این افراد در موقعیت‌های اجتماعی احساس ناراحتی می‌کنند و مشکلات زیادی را در روابط بین‌فردی و اجتماعی نشان می‌دهند و ممکن است از مواد مخدر و الکل برای آرامش خود در موقعیت‌های اجتماعی استفاده کنند (کاروکیوی[3] و همکاران، ۲۰۱۰؛ اسپیتزر، سیبل- جورگس، بارنو، گراب و فریبرگ[4]، ۲۰۰۵) تا برون‌گراتر و اجتماعی‌تر به نظر برسند و بتوانند احساسات خود را راحت‌تر ابراز کنند (توربرگ و همکاران، ۲۰۱۱). در تبیین علت تأثیر درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی بر ناگویی خلقی می‌توان گفت، درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی برای تثبیت ریتم‌های روزمره افراد و بهبود کیفیت روابط بین‌فردی و عملکرد آنها طراحی شده است. در این درمان به افراد کمک می‌شود تا با منظم نمودن ریتم‌های روزانه، به تقویت سیستم‌های شبانه‌روزی آسیب‌پذیر آن‌ها کمک شود (فرانک، سوارتز و بلاند[5]، ۲۰۰۷). با توجه به این که اختلال در ریتم‌های اجتماعی می‌تواند با تأثیر بر سیستم شبانه‌روزی بدن بر خلق‌وخوی افراد تأثیر داشته باشد (فرانک، سوارتز و کوفر[6]، ۲۰۰۰)، با تنظیم ریتم‌های اجتماعی به افراد آسیب‌پذیر کمک می‌شود تا خطر ابتلا به علائم خلقی را کاهش دهند. همچنین در این

1. Jones, Knutson & Haines
2. Mayer, DiPaolo & Salovey
3. Karukivi
4. Spitzer, Siebel-Jürges, Barnow, Grabe & Freyberger
5. Frank, Swartz & Boland
6. Kupfer



سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

[ Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-06 ]

[ DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.267 ]

درمان نظم‌دهی به ریتم‌های اجتماعی و کارکردن بر روی چهار حوزه از مشکلات بین‌فردی یعنی غم و اندوه حل نشده، انتقال نقش، اختلافات مربوط به نقش و نقایص بین‌فردی درهم‌آمیخته می‌شود. در غم و اندوه حل نشده، به بیمار کمک می‌شود تا احساسات دردناک خود را درباره روابط، مشاغل و فرصت‌های ازدست‌رفته ابراز کرده، روابط و اهداف جدیدتر را ایجاد کند و بر فرصت‌های آینده تمرکز داشته باشد. در اختلافات نقش بین‌فردی، انتظارات غیر متقابل افراد از همدیگر شناسایی و اصلاح می‌شود. در انتقال نقش، روابط مهم افراد در قبل و بعد از نقش مورد بررسی قرار می‌گیرد و در کمبودهای بین‌فردی، عوامل استرس‌زایی که منجر به شروع دوره‌های خلقی شده شناسایی می‌شوند (فرانک و همکاران، ۲۰۰۰). علاوه بر این، با استفاده از تکنیک‌های روان‌درمانی بین‌فردی مانند تجزیه‌وتحلیل ارتباط، به افراد کمک می‌شود تا حوزه‌های بین‌فردی مشکل‌دار شناسایی شوند و افراد بتوانند به نحو مؤثرتری با افراد مهم زندگی خود تعامل داشته باشند. همچنین با استفاده از نقش‌آفرینی، محیط امنی برای تمرین ابراز احساسات و ابراز وجود به وجود می‌آید (فرانک و همکاران، ۲۰۰۷). درنتیجه با استفاده از این مهارت‌ها، شدت عوامل استرس‌زا کاهش می‌یابد و با حفظ ریتم‌های اجتماعی در مؤلفه رفتاری درمان، عزت‌نفس و حمایت اجتماعی افزایش می‌یابد؛ چرا که افراد مبتلا به ناگویی خلقی دارای حمایت اجتماعی ضعیف و مشکلات بین‌فردی بیشتری هستند (مزیو[1] و همکاران، ۲۰۱۹). نتایج پژوهش‌های انجام شده نیز نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی بیشترین تأثیر را بر سلامت روان دارد (مارگراف، لاوال، ژانگ و اسچنیدر[2]، ۲۰۱۶). درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی به‌عنوان یک درمان یکپارچه به افراد کمک می‌کند تا با پرداختن به مشکلات بین‌فردی و اجتماعی، تعداد و شدت عوامل استرس‌زای بین‌فردی را کاهش دهند و با منظم‌کردن ریتم‌های روزانه و میزان تأثیری که رویدادهای مثبت و منفی زندگی بر ریتم‌های روزانه دارد، ثبات ریتم‌های اجتماعی را افزایش دهند (فرانک، ۲۰۰۷). همچنین با شناسایی و ردیابی حالات خلقی و به‌حداقل‌رساندن بی‌نظمی هیجانی (سوارتز[3]

1. Meziou
2. Margraf, Lavallee, Zhang & Schneider
3. Swartz



سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

[ Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-06 ]

[ DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.267 ]

و همکاران، ۲۰۱۱) نرخ بهبودی و دوره سلامتی طولانی‌تری را تجربه کنند (وینستوک[1]، ۲۰۱۴). بنابراین درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی با بهبود روابط بین‌فردی، گسترش شبکه‌های اجتماعی و ارائه حمایت اجتماعی (لیورس، جامسون و تورپرگ[2]، ۲۰۱۳) به طور غیرمستقیم، نوسانات عاطفی را کاهش می‌دهد (قنبری پیرکاشانی و همکاران، ۱۴۰۰) و با به‌کارگیری مهارت‌هایی برای ابراز هیجانات، شناسایی مشکلات بین‌فردی و تنظیم ریتم‌های شبانه‌روزی آسیب‌پذیری که در اثر استرس‌های بین‌فردی به وجود آمده‌اند، بر تمام مؤلفه‌های ناگویی خلقی اثربخشی لازم را داشته است تا افراد سطوح ناآگاهی هیجانی پایین‌تری را گزارش دهند.

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی بر خودنظم‌دهی در افراد مبتلا به مصرف مواد تأثیر مثبت و معناداری داشته است. در خصوص اثربخشی درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی بر خودنظم‌دهی در تحقیقات داخلی و خارجی پژوهشی یافت نشد و امکان مقایسه یافته‌ها وجود ندارد. اگرچه تحقیقات دیگری درخصوص خودنظم‌دهی در افراد وابسته به مواد (ابراهیمی و زینالی، ۱۳۹۷) انجام گرفته است. در توجیه یافته‌های حاصل از اثربخشی درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی بر خودنظم‌دهی می‌توان گفت که خودنظم‌دهی در مدیریت افکار و احساسات برای تغییر رفتار نقش مهمی دارد (باومیستر و وهس[3]، ۲۰۰۷). معمولاً مصرف‌کنندگان مواد در تنظیم، درک و مدیریت احساسات و کنترل تکانشگری مشکلات زیادی دارند (فاکس، آکسلورد، پالیوال، اسلیپر و سینها[4]، ۲۰۰۷) و اغلب از خودنظم‌دهی پایین‌تری برخوردارند، در نتیجه در پیش‌بینی نیازهای دیگران توانایی کمتری دارند و اغلب به سمت مصرف مواد می‌روند (دوران، مک کارگ و کوهن[5]، ۲۰۰۷). علاوه بر این، خودنظم‌دهی می‌تواند روابط سالم در آینده، مقابله مؤثر، سلامت روانی بهتر و همدلی بیشتر را در افراد پیش‌بینی کند (گالیتو، پلانتز، بوتز و بومیستر[6]، ۲۰۰۷؛ میشل، شودا و پیک[7]، ۱۹۸۸). درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی باعث

1. Weinstock
2. Lyvers, Jamieson & Thorberg
3. Baumeister & Vohs
4. Fox, Axelrod, Paliwal, Sleeper & Sinha
5. Doran, McChargue & Cohen
6. Gaillot, Plant, Butz, & Baumeister
7. Mischel, Shoda & Peake


سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

[ Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-06 ]
[ DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.267 ]

تثبیت ریتم‌های روزمره افراد و درعین‌حال بهبود کیفیت روابط بین‌فردی و عملکرد آن‌ها در نقش‌های اجتماعی می‌شود. در این درمان فرض بر این است که رویدادهای استرس‌زای زندگی و اختلال در ریتم‌های اجتماعی باعث عود در افراد می‌شوند. افراد آسیب‌پذیر در برابر اختلال در ریتم‌های شبانه‌روزی مشکلات بیشتری دارند. عوامل استرس‌زای روانی اجتماعی می‌توانند با این آسیب‌پذیری زیستی تعامل کنند و باعث ایجاد علائم در افراد شود (فرانک و همکاران، ۲۰۰۰). پژوهش‌ها نیز حاکی از آن است که ریتم اجتماعی نامنظم (زمان صرف غذا، زمان خواب، الگوهای تعامل اجتماعی نامنظم) با مشکلات بیشتری در سلامتی، افسردگی، اضطراب و استرس مرتبط است. درحالی‌که منظم بودن ریتم‌های اجتماعی با سلامت کلی، رضایت از زندگی و سلامت روانی مثبت در ارتباط است (مانک، فرانک، پوتز و کوفر[1]، ۲۰۰۲). درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی به طور خاص، الگوی ریتم‌های اجتماعی، رفتار اجتماعی و رویدادهایی که باعث بی‌نظمی می‌شوند را برای حفظ ریتم‌های شبانه‌روزی منظم مورد هدف قرار می‌دهد. در واقع تأکیدی که بر حفظ ریتم‌های اجتماعی می‌شود، به افراد کمک می‌کند تا با سرعت بخشیدن به فعالیت‌های روزانه‌شان به سطح عملکرد مناسب خود برسند (فرانک و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین برای افراد شرایطی به وجود می‌آید تا تأثیر بیماری بر مسیر زندگی، روابط بین‌فردی و عزت‌نفس خود را مورد کاوش قرار دهند. از سوی دیگر، با استفاده از مداخلات روان‌درمانی بین‌فردی به افراد کمک می‌شود تا رابطه متقابل بین مشکلات بین‌فردی و اختلالات خلقی را شناسایی کنند (فرانک و همکاران، ۲۰۰۷)؛ بنابراین درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی با منظم‌کردن ریتم‌های روزمره و کاهش نوسانات هیجانی با به‌کارگیری مهارت‌های روان‌درمانی بین‌فردی، باعث افزایش ثبات خلق‌وخو و کاهش عود (پاور[2]، ۲۰۰۴) و بهبود علائم افسردگی، اضطراب و عملکرد عمومی در افراد می‌شود (استرادو و همکاران، ۲۰۲۰). در این پژوهش نیز به طور غیرمستقیم بر خودنظم‌دهی تأثیر معناداری داشته و مهارت‌های خودنظم‌دهی را در این افراد بهبود بخشیده است.

1. Monk, Frank, Potts & Kupfer
2. Power



سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

[ Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-06 ]

[ DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.267 ]

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود که مهم‌ترین آن، کم بودن تعداد آزمودنی‌های پژوهش بود که این امر در انتخاب روش آماری و نتیجه پژوهش تأثیر زیادی داشت. از دیگر محدودیت‌ها می‌توان به میسر نشدن دوره پیگیری اشاره کرد. براین اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از تعداد آزمودنی‌های بیشتری استفاده شود. همچنین جهت بررسی تأثیر این درمان، دوره پیگیری مدنظر قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که این درمان در مقایسه با درمان‌های دارویی و سایر درمان‌های رایج در مراکز ترک اعتیاد و در هر دو جنس مورد بررسی و مقایسه قرار گیرد. در مجموع بر اساس یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی به‌عنوان یک درمان کارآمد در کاهش مشکلات هیجانی و افزایش مهارت‌های خودنظم‌دهی در کنار سایر روش‌های درمانی در افراد مبتلا به مصرف مواد استفاده شود.

## تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت مادی و معنوی ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور جمع‌آوری و تهیه شده است. لذا از ستاد مبارزه با مواد مخدر و کلیه افراد شرکت‌کننده در پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.



سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

## منابع

ابراهیمی، آیسان و زینالی، علی (۱۳۹۷). مدل علی روابط بین شیوه‌های فرزندپروری، سبک‌های دلبستگی و خودتنظیمی در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی سوءمصرف مواد*، ۱۲(۴۵)، ۱۱۲-۹۲.

اکبری، مریم؛ آریانپور، حمیدرضا و رضاپور میرصالح، یاسر (۱۴۰۱). اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر مسئولیت‌پذیری، منبع کنترل و کاهش دوز داروهای آگونیست در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۶۵(۱۶)، ۲۲۷-۲۵۴.

اورکی، محمد (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی بر افسردگی و عود در افراد وابسته به هروئین. *مجله ایرانی روان‌شناسی سلامت*، ۲(۱)، ۱۸-۹.

آقایار، سیروس و شریفی درآمدی، پرویز (۱۳۹۴). *هوش هیجانی: کاربرد هوش در قلمرو هیجان*. تهران: انتشارات سپاهان.

[ Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-06 ]

[ DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.267 ]

برجعلی‌لو، سمیه؛ مجتهدزاده، ریتا و محمدی، آیین (۱۳۹۲). ساختار عاملی و اعتباریابی نسخه فارسی پرسشنامه خود نظم دهی در بین دانشجویان پزشکی. *نشریه مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی یزد*، ۸(۲)، ۳۵-۲۵.

بشارت، محمد علی؛ حائری، مهسا و مقدم‌زاده، علی (۱۳۹۷). بررسی نقش ناگویی طبعی و حمایت اجتماعی ادراک شده در نتایج درمان دارویی، درمان انگیزشی و درمان ترکیبی (دارویی- انگیزشی) سوءمصرف مواد. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۱۷(۶۵)، ۴۵-۲۲.

بشر پور، سجاد؛ عطا دخت، اکبر؛ خسروی نیا، دیبا و نریمانی، محمد (۱۳۹۲). نقش خودکنترلی و خود دلسوزی به خود در پیش‌بینی انگیزش درمان افراد وابسته به مواد. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۵(۴)، ۷۰-۶۰.

دلاور، علی (۱۳۹۰). *روش های تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی*. تهران: نشر ویرایش.

صادقی، رضا؛ سودانی، منصور و غلامزاده جفره، مریم (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش متمرکز بر شفقت خود بر کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۷)، ۱۵۰-۱۳۱.

عنایت، حلیمه و غفاری، داریوش (۱۳۹۸). مطالعه پدیدارشناسانه بسترهای اعتیاد به مواد مخدر در زنان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۳(۵۱)، ۵۴-۳۱.

قنبری پیر کاشانی، نیکزاد؛ شهیدی، شهریار؛ حیدری، محمود و نجاتی، وحید (۱۳۹۹). اثربخشی درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی بر بد تنظیمی هیجان در سوءمصرف کنندگان مت‌آمفتامین. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۸)، ۲۳۶-۲۱۷.

قنبری پیرکاشانی، نیکزاد؛ شهیدی، شهریار؛ حیدری، محمود و نجاتی، وحید (۱۴۰۰). اثربخشی درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی (IPSRT) با و بدون درمان توانبخشی شناختی مبتنی بر رایانه (CRT) در بهبود بدتنظیمی هیجان و بازداری پاسخ در سوءمصرف کنندگان مت‌آمفتامین. *مجله بین المللی رفتارهای پرخطر و اعتیاد*، ۱۰(۴)، ۹-۱.

نوجوان، نصرت، سلیمانی، اسماعیل و عیسی‌زادگان، علی (۱۴۰۱). اثربخشی مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ولع مصرف و پردازش هیجانی در افراد وابسته به مواد در مرحله بازتوانی غیردارویی. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۵)، ۹۶-۷۵.

**References**

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (5th Ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2007). Self-regulation, ego depletion, and motivation. *Social and personality psychology compass*, 1, 1-14.



[ Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-06 ]

[ DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.267 ]

Baumeister, R. F., Heatherton, T. F., & Tice, D. M. (1994). *Losing control: How and why people fail at self-regulation*. San Diego, CA: Academic Press.

Begdache, L., Kianmehr, H., Sabounchi, N., Marszalek, A., & Dolma, N. (2019). Principal component regression of academic performance, substance use and sleep quality in relation to risk of anxiety and depression in young adults. *Trends in neuroscience and education*, 15, 29-37.

Berger, A., Kofman, O., Livneh, U., & Henik, A. (2007). Multidisciplinary perspectives on attention and the development of self-regulation. *Progress in neurobiology*, 82(5), 256–286.

Besharat, M. A. (2007). Reliability and factorial validity of a Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological reports*, 101, 209-220.

Brown, J. M. (1998). *Self-regulation and the addictive behaviors. 2nd ed*. Plenum: New York.

Brown, J. M., Miller, W. R., & Lawendowski, L. A. (1999). The self-regulation questionnaire. *Innovations in clinical practice: A source book*, 17, 281–292.

Chen, J., Xu, T., Jing, J. & Chan. R. (2011). "Alexithymia and emotional regulation": A cluster analytical approach. *BMC Psychiatry*, 11(1), 1-6.

Coban, O. G., & Onder, A. (2021). Alexithymia is associated with internalizing disorders in a clinical adolescent outpatient sample. *The journal of nervous and mental disease*, 209(9), 636-639.

Crowe, M., Inder, M., Douglas, K., Carlyle, D., Wells, H., Jordan, J., & Porter, R. (2020). Interpersonal and social rhythm therapy for patients with major depressive disorder. *American journal of psychotherapy*, 73(1), 29-34.

De Haan, H. A., Schellekens, A. F., Van Der Palen, J., Verkes, R. J., Buitelaar, J. K., & De Jong, C. A. (2012). The level of alexithymia in alcohol-dependent patients does not influence outcomes after inpatient treatment. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 38(4), 299-304.

Debnam, K. J., Milam, A. J., Mullen, M. M., Lacey, K., & Bradshaw, C. P. (2017). The moderating role of spirituality in the association between stress and substance use among adolescents: Differences by gender. *Journal of youth and adolescence*, 47(4), 818–828.

Doran, N., McChargue, D., & Cohen, L. (2007). Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. *Addictive behaviors*, 32(1), 90-98.

Dorard, G., Bungener, C., Phanb, O., Edel, Y., Corcos, M., & Berthoz, S. (2017). Is alexithymia related cannabis use disorder? Results from a case-control study in outpatient adolescent cannabis abusers. *Journal of psychosomatic research*, 95, 74-80.

Everitt, B. J., & Robbins, T. W. (2016). Drug addiction: updating actions to habits to compulsions ten years on. *Annual review of psychology*, 67, 23-50.



[ Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-06 ]

[ DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.267 ]

Ferrari, J. R., Stevens, E. B., & Jason, L. A. (2009). The role of self-regulation in abstinence maintenance: Effects of communal living on self-regulation. *Journal of groups in addiction & recovery*, 4, 32-41.

Fox, H. C., Axelrod, S. R., Paliwal, P., Sleeper, J., & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and alcohol dependence*, 89(2-3), 298-301.

Frank, E. (2005). *Treating bipolar disorder-A clinician's guide to interpersonal and social rhythm therapy*. New York: Guilford Press.

Frank, E. (2007). Interpersonal and social rhythm therapy: a means of improving depression and preventing relapse in bipolar disorder. *Journal of clinical psychology*, 63(5), 463-473.

Frank, E., Hastala, S., Ritenour, A., Houck, P., Tu, X. M., Monk, T. H., & Kupfer, D. J. (1997). Inducing lifestyle regularity in recovering bipolar disorder patients: results from the maintenance therapies in bipolar disorder protocol. *Biological psychiatry*, 41(12), 1165–1173.

Frank, E., Swartz, H. A., & Boland, E. (2007). Interpersonal and social rhythm therapy: an intervention addressing rhythm dysregulation in bipolar disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*, 9(3), 325-340.

Frank, E., Swartz, H. A., & Kupfer, D. J. (2000). Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. *Biological psychiatry*, 48(6), 593-604.

Franz, M., Popp, K., Schaefer, R., Sitte, W., Schneider, C., Hardt, J., & Braehler, E. (2008). Alexithymia in the German general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(1), 54–62.

Gaillot, M., Plant, E. A., Butz, D. A., & Baumeister, R. F. (2007). Increasing self-regulatory strength can reduce the depleting effect of reducing stereotypes. *Personality and social psychology bulletin*, 33(2), 281-294.

Ghorbani, F., Khosravani, V., Sharifi Bastan, F., & Jamaati Ardakani, R. (2017). The alexithymia, emotion regulation, emotion regulation difficulties, positive and negative affects, and suicidal risk in alcohol-dependent outpatients. *Psychiatry research*, 252, 223–230.

Goldstein, T. R., Fersch-Podrat, R., Axelson, D. A., Gilbert, A., Hastala, S. A., Birmaher, B., & Frank, E. (2014). Early intervention for adolescents at high risk for the development of bipolar disorder: pilot study of Interpersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT). *Psychotherapy*, 51(1), 180-189.

Hemming, L., Taylor, P., Haddock, G., Shaw, J., & Pratt, D. (2019). A systematic review and meta analysis of the association between alexithymia and suicide ideation and behavior. *Journal of affective disorders*, 254, 34-48.

Hirakawa, H., & Terao, T. (2019). Modified interpersonal and social rhythm therapy via modulation of ambient light. *Bipolar disorders*, 21(6), 564-574.

Hoberg, A. A., Vickers, K. S., Ericksen, J., Bauer, G., Kung, S., Stone, R., & Frye, M. A. (2013). Feasibility evaluation of an interpersonal and social



سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

[ Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-06 ]

[ DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.267 ]

rhythm therapy group delivery model. *Archives of psychiatric nursing,* 27(6), 271-277.

Jones, E. M., Knutson, D., & Haines, D. (2003). Common problems in patients recovering from chemical dependency. *American family physician*, 68, 1971– 1978.

Karoly, P. (1993). Mechanisms of self-regulation: a systems view. *Annual review of psychology*, 44, 23–52.

Karukivi, M., Hautala, L., Kaleva, O., Haapasalo-Pesu, K. M., Liuksila, P. R., Joukamaa, M., & Saarijärvi, S. (2010). Alexithymia is associated with anxiety among adolescents. *Journal of affective disorders*, 125(1–3), 383–387.

Lam, C., & Chung, M. H. (2021). A meta-analysis of the effect of interpersonal and social rhythm therapy on symptom and functioning improvement in patients with bipolar disorders. *Applied research in quality of life*, 16(1), 153-165.

Lance, M. K. (2021). *The lived experience of hope in the midst of recovery from a substance use disorder: a phenomenology*. Master dissertation, University of Kentucky.

Lindsay, J., & Ciarrochi, J. (2009). Substance abusers report being more alexithymic than others but do not show emotional processing deficits on a performance measure of alexithymia. *Addiction research & theory*, 17(3), 315-321.

Lorfa, S. K., Ugwu, C., Ifeagwazi, C. M., & Chukwuorji, J. C. (2018). Substance use among Youths: roles of psychoticism, social alienation, thriving and religious commitment. *African journal of drug & alcohol students*, 17(2), 133-146.

Luminet, O., Cordovil De Sousa Uva, M., Fantini, C., & De Timary, P. (2016). The association between depression and craving in alcohol dependency is moderated by gender and by alexithymia factors. *Psychiatry research*, 239, 28-38.

Lyvers, M., Jamieson, R., & Thorberg, F. A. (2013). Risky cannabis use is associated with alexithymia, frontal lobe dysfunction, and impulsivity in young adult cannabis users. *Journal of psychoactive drugs*, 45(5), 394-403.

Macdonald, A., & Palfai, T. (2008). Predictors of exercise behavior among university student women: Utility of a goal-systems/self-regulation theory framework. *Personality and individual differences*, 44(4), 921-931.

Margraf, J., Lavallee, K., Zhang, X., & Schneider, S. (2016). Social rhythm and mental health: a cross-cultural comparison. *PloS one*, 11(3), 1-16.

Mattila, A. K., Salminen, J. K., Nummi, T., & Joukamaa, M. (2006). Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of psychosomatic research*, 61(5), 629–635.

Mayer, J. D., DiPaolo, M., & Salovey, P. (1990). Perceiveing affective content in ambiguous visual stimuli: a component of emotional intelligence. *Journal of personality assessment*, 54, 772-781.



[ Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-06 ]

[ DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.267 ]

Meziou, O., Ghali, F., Khelifa, E., Maamri, A., Ben Saadi, S., Mrizak, J., & Zalila, H. (2019). Alexithymia, impulsivity and sensation seeking in Buprenorphine addiction: A comparative study. *Journal of substance use*, 24(1), 101-104.

Mischel, W., Shoda, Y., & Peake, P. K. (1988). The nature of adolescent competencies predicted by preschool delay of gratification. *Journal of personality and social psychology*, 54(4), 687-696.

Monk, T. H., Frank, E., Potts, J. M., & Kupfer, D. J. (2002). A simple way to measure daily lifestyle regularity. *Journal of sleep research,* 11, 183–190.

Moradinazar, M., Najafi, F., Jalilian, F., Pasdar, Y., Hamzeh, B., Shakiba, E., & Mirzaei-Alavijeh, M. (2020). Prevalence of drug use, alcohol consumption, cigarette smoking and measure of socioeconomic-related inequalities of drug use among Iranian people: findings from a national survey. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 15(1), 1-11.

Morie, K. P., Yip, S. W., Nich, C., Hunkele, K., Carroll, K. M., & Potenza, M. N. (2016). Alexithymia and addiction: A review and preliminary data suggesting neurobiological links to reward/loss processing. *Current addiction reports*, 3(2), 239–248.

Muraven, M., Collins, R. L., & Nienhaus, K. (2002). Self-control and alcohol restraint: An initial application of the self-control strength model. *Psychology of addictive behaviors*,16, 113–120.

Muraven, M., Collins, R. L., Morsheimer, E. T., Shiffman, S., Nienhaus, K., & Paty, J. A. (2005). The morning after: limit violations and the self-regulation of alcohol consumption. *Psychology of addictive behaviors*, 19(3), 253-262.

National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2016). *Genetics and Epigenetics of Addiction*. United States: National Institute on Drug Abuse.

Nicolo, G., Semerari, A., lysaker, P. H., Dimaggio, G., Conti, l., D'Angerio, S., Procacci, M., Popolo, R., & Carcione, A. (2011). Alexithymia in personality disorders: correlations with symptoms and interpersonal functioning. *Psychiatry research,* 190(1), 37-42.

Palad, V., & Snyder, J. (2019). "We don't want him worrying about how he will pay to save his life": Using medical crowdfunding to explore lived experiences with addiction services in Canada. *International journal of drug policy*, 65, 73–77.

Palma-Álvarez, R. F., Ros-Cucurull, E., Daigre, C., Perea-Ortueta, M., Martínez-Luna, N., Serrano-Pérez, P., & Roncero, C. (2021). Is alexithymia related to retention and relapses in patients with substance use disorders?: A one year follow-up study. *Addictive behaviors*, 113, 1-8.

Parker, J. D., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and individual differences*, 30(1), 107-115.

Power, M. (2004). *Mood disorders: a handbook of science and practice*. New York: Chichester Wiley.

Ramey, T., & Regier, P. S. (2019). Cognitive impairment in substance use disorders. *CNS spectrums*, 24(1), 102-113.



[ Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-06 ]

[ DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.267 ]

Soliman, S. S., Allam, H. K., Habib, N. M., Abdallah, A. R., & Hassan, O. M. M. (2022). Work schedule and substance abuse in vocational students. *Journal of public health research*, 11(1), 1-15.

Spitzer, C., Siebel-Jürges, U., Barnow, S., Grabe, H., & Freyberger, H. (2005). Alexithymia and interpersonal problems. *Psychother psychosom*, 74(4), 240–246.

Steardo, L., Luciano, M., Sampogna, G., Zinno, F., Saviano, P., Staltari, F., & Fiorillo, A. (2020). Efficacy of the interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT) in patients with bipolar disorder: results from a real-world, controlled trial. *Annals of general psychiatry*, 19(1), 1-7.

Swartz, H. A., Frank, E., O'Toole, K., Newman, N., Kiderman, H., Carlson, S., & Ghinassi, F. (2011). Implementing interpersonal and social rhythm therapy for mood disorders across a continuum of care. *Psychiatric services*, 62(11), 1377-1380.

Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of personality*, 72, 27–32.

Taplin, S., & Mattick, R. P. (2015). The nature and extent of child protection involvement among heroin-using mothers in treatment: High rates of reports, removals at birth and children in care. *Drug and alcohol review*, 34(1), 31-37.

Thorberg, F. A., Young, R. M., Sullivan, K. A., Lyvers, M., Connor, J. P., & Feeney, G. F. (2011). Alexithymia, craving and attachment in a heavy drinking population. *Addictive behaviors*, 36(4), 427–430.

United Nation Office on Drugs and Crime (2019). *World drug report.* Vienna: UNODC.

United Nation Office on Drugs and Crime (2020). *World drug report.* Vienna: UNODC.

Vink, M., Gladwin, T. E., Geeraerts, S., Pas, P., Bos, D., Hofstee, M., & Vollebergh, W. (2020). Towards an integrated account of the development of self-regulation from a neurocognitive perspective: A framework for current and future longitudinal multi-modal investigations. *Developmental cognitive neuroscience*, 45, 1-9.

Weinstock, L. M. (2014). Interpersonal and Social Rhythm Therapy. *The encyclopedia of clinical psychology*, 5, 1-3.

Zeinali, A. (2014). Relationship of attachment styles with addiction susceptibility in children. *Journal of applied science and agriculture*, 9(3), 1321-1327.

Zhyvotovska, L. V., Boiko, D. I., Kadzhaia, N. V., Shkodina, A. D., Demianenko, I. V., & Borysenko, V. V. (2020). Association between emotional-volitional dysfunction and features of aggression or hostility in mens with different forms of substance addictions: a cross-sectional study. *Wiadomosci Lekarskie*, 73(6), 1129-1133.



[ Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-06 ]

[ DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.267 ]