فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال هفدهم، شماره شصت و هفتم، ص۷۸-۵۵، بهار ۱۴۰۲
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 17, No. 67, P 55-78, Spring 2023

مقاله پژوهشی
Research Article

اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر باورهای فراشناختی و الکسیتیمیا در افراد مبتلا به مصرف مواد در مراکز سرپایی*

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

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۲۵

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر باورهای فراشناختی و الکسیتیمیا در افراد مبتلا به مصرف مواد در مراکز سرپایی بود. **روش:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مردان مبتلا به 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 فراتشخیصی یکپارچه را در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه فراشناخت و مقیاس الکسیتیمیای تورنتو استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تست یومن‌ویتنی تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر باورهای فراشناختی و الکسیتیمیا تاثیر معناداری داشت. **نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج می‌توان گفت که از درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش مشکلات شناختی و هیجانی افراد مبتلا به مصرف مواد بهره برد.

کلیدواژه‌ها: درمان فراتشخیصی یکپارچه، باورهای فراشناختی، الکسیتیمیا، 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، خرم‌آباد، ایران.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.55]

مقدمه

امروزه اعتیاد به مواد مخدر و داروها به یکی از بزرگ‌ترین نگرانی‌های مرتبط با سلامت عمومی افراد در دنیای مدرن تبدیل شده است (بیچر[1]، ۲۰۱۸) که عوامل متعدد زیستی، روانی، اجتماعی، خانوادگی و داروشناختی در پیدایش آن نقش اساسی دارند (گالانتر[2]، ۲۰۰۶). سوءمصرف مواد[3] که به‌عنوان استفاده مضر یا خطرناک از مواد روان‌گردان مانند الکل، مواد افیونی و داروهای غیرقانونی شناخته می‌شود، یکی از بزرگ‌ترین مسائل بهداشت عمومی است که جامعه امروزی با آن مواجه شده (وانگ، وانگ، لی و ژو[4]، ۲۰۱۴) و به یکی از بیست عامل اصلی مشکلات مرتبط با سلامت افراد در سراسر جهان تبدیل شده است (سلیمان، علم، حبیب، عبداله و حسن، ۲۰۲۲). بر اساس گزارش جهانی مواد مخدر[5]، حدود ۳۵ میلیون نفر از اختلالات مصرف مواد رنج می‌برند (دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد[6]، ۲۰۱۹). در سال ۲۰۱۷ حدود ۵۸۵۰۰۰ نفر در سراسر جهان به دلیل مصرف مواد مخدر، جان خود را از دست دادند و تقریباً ۴۲ میلیون سال زندگی سالم در اثر مصرف مواد از بین رفت (ناوارو[7] و همکاران، ۲۰۲۱؛ دجنهارت[8] و همکاران، ۲۰۱۹). در ایران نیز شیوع مصرف مواد ۱۱/۹ درصد (مرادیان‌آذر و همکاران، ۲۰۲۰؛ نوجوان، سلیمانی و عیسی‌زادگان، ۱۴۰۱) و شیوع سوءمصرف 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). بنابراین؛ با افزایش سرسام‌آور مصرف مواد، این پدیده همچنان به‌عنوان یک نگرانی بهداشتی در سراسر جهان مطرح است؛ چرا که با مشکلات سلامتی مزمن و حادی مانند بیماری‌های قلبی و عروقی، سرطان (معتمدی و همکاران، ۲۰۱۶؛ پوم پیلی[9] و همکاران، ۲۰۱۵)، فشارخون بالا/سکته مغزی، عوارض باروری، دیابت، مشکلات تنفسی و آسیب کبدی (شولت و هسر[10]، ۲۰۱۴) در

1. Beacher
2. Galanter
3. substance abuse
4. Wang, Wang, Li & Zhou
5. World Drug Report
6. United Nations Office on Drug and Crime (UNODC)
7. Navarro
8. Degenhardt
9. Pompili
10. Schulte & Hser

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.55]

ارتباط است و بیش از هر بیماری قابل پیشگیری دیگری به بیماری، ناتوانی و مرگ افراد منجر می‌شود (مؤسسه ملی سوءمصرف مواد مخدر[1]، ۲۰۲۰).

مطالعات نشان می‌دهد که عواملی مانند تنظیم هیجانی و شناختی در وابستگی به مواد نقش مهمی دارند، اما موضوع مهم‌تر در این زمینه، فراشناخت[2] است (ولز[3]، ۲۰۰۲). معمولاً افراد مبتلا به سوءمصرف مواد برای تنظیم رویدادهای شناختی، به‌ویژه رویدادهای ناخوشایند از مواد استفاده می‌کنند. شواهد نیز نشان می‌دهد، افرادی که رفتارهای اعتیادآور دارند دارای باورهای فراشناختی ناکارآمد، باورهای فراشناختی درباره افکار مرتبط با مواد و باورهای فراشناختی درمورد ولع مصرف هستند (اسپادا، کاسلی، نیکوویچ و ولز[4]، ۲۰۱۵). یکی از رویکردهایی که در اختلالات روانی و از جمله در اعتیاد نقش دارد، مدل فراشناختی ولز است. در این مدل، فراشناخت به‌عنوان عامل مهمی در توسعه و نگهداری اختلالات روان‌شناختی مطرح شده است (ولز و کارترایت- هاتون[5]، ۲۰۰۴) و اختلالات روانی از جمله مصرف مواد به دلیل وجود الگوهای ثابت تفکر (نشخوار فکری یا نگرانی)، راهبردهای توجهی مربوط به نظارت و تهدید، اجتناب و سرکوب فکر، ایجاد و حفظ می‌شوند که مجموع این عوامل باعث تشکیل سندروم شناختی–توجهی[6] می‌شود. این سندروم با استفاده از مکانیسم‌هایی، تجربه هیجانی افراد را تشدید می‌کند؛ در نتیجه افراد برای کاهش و تنظیم هیجانات منفی خود از راهبردهای خاصی مانند وابستگی به مواد استفاده می‌کنند. در واقع باورهای فراشناختی این سندروم را به وجود می‌آورند و آن را فعال می‌کنند (ولز، ۲۰۱۱). باورهای فراشناختی، به باورهایی اشاره دارد که افراد درمورد تفکر و فرایندهای مربوط به آن دارند (جانک، کالامری، ریمان و هفولینگر[7]، ۲۰۰۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که باورهای فراشناختی می‌توانند پیش‌بینی‌کننده اضطراب و افسردگی و همچنین تداوم نگرانی در افراد شوند (پورنامداریان، ۱۳۹۰).

1. National Institute on Drug Abuse
2. Metacognitive
3. Wells
4. Spada, Caselli, Nikcevic, & Wells
5. Wells & Cartwright-Hatton
6. Cognitive Attentional Syndrome
7. Janeck, Calamari, Riemann & Heffolinger

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.55]

از سوی دیگر، الکسی‌تایمیا[1] یکی از ویژگی‌های شخصیتی است که در ایجاد اعتیاد دخالت دارد (موری[2] و همکاران، ۲۰۱۶) و بر توانایی افراد در تشخیص، مدیریت و بیان احساسات و حالات جسمانی تأثیر می‌گذارد (تایلور، بگبی و پارکر[3]، ۱۹۹۷). در مطالعات متعددی مشخص شده است که افراد با سطوح بالای الکسی‌تایمیا مصرف الکل بیشتر و در کل وابستگی بیشتری به مواد مخدر دارند (کوبان و اوندر[4]، ۲۰۲۱). این اصطلاح به معنی اختلال در پردازش هیجانی، به‌ویژه نارسایی در شناسایی و تشخیص هیجان‌ها است (چن، وو، جینگ و چان[5]، ۲۰۱۱) و با نارسایی در شناسایی احساسات، نارسایی در توصیف احساسات خود به‌صورت کلامی و سبک شناختی عینی شناسایی می‌شود (زیووتوفسکا[6] و همکاران، ۲۰۲۰؛ همینگ، تایلور، هادوک، شاو و پرات[7]، ۲۰۱۹). شیوع الکسی‌تایمیا در بیماران دارای اختلال مصرف مواد حدود ۴۲ تا ۶۷ درصد است (کوریوس و بکرا[8]، ۲۰۱۸؛ پالما-الوارز[9] و همکاران، ۲۰۲۱). تحقیقات اخیر نیز نشان می‌دهد که الکسی‌تایمیا با اعتیاد شدید (کوریوس و بکرا، ۲۰۱۸؛ استاسیوز[10] و همکاران، ۲۰۱۲؛ توربرگ[11] و همکاران، ۲۰۱۱) افکار ناخواسته و وسواسی درباره مصرف مواد (لیورس، لی سیچکا و توربرگ[12]، ۲۰۱۴؛ توربرگ و همکاران، ۲۰۱۱) و سطح بالاتر ولع (سالدین[13] و همکاران، ۲۰۱۲؛ توربرگ و همکاران، ۲۰۱۱) همراه است.

در سال‌های اخیر پیشرفت‌های زیادی در درمان اختلالات مصرف مواد به‌صورت مداخلات دارویی، روان‌شناختی و اجتماعی به وجود آمده است (مک کی[14]، ۲۰۰۷). پژوهشگران این حوزه اعتقاد دارند، اعتیاد یک اختلال روانی، زیستی، جسمی و اجتماعی است و آنچه اهمیت دارد هدایت کردن فرد وابسته به مواد به یک برنامه درمانی است که با شرایط وی متناسب باشد (راهبریان، محمدی، عباسی و سلیمانی، ۱۳۹۶). یکی از

1. alexithymia
2. Morie
3. Taylor, Bagby & Parker
4. Coban & Onder
5. Chen, Xu, Jing & Chan
6. Zhyvotovska
7. Hemming, Taylor, Haddock, Shaw & Pratt
8. Cruise & Becerra
9. Palma-Alvarez
10. Stasiewicz
11. Thorberg
12. Lyvers, Lysychka & Thorberg
13. Saladin
14. Mckay

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.55]

روش‌های درمانی که برای منظم‌کردن تجارب رفتاری، عاطفی-هیجانی و شـــناختی در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد متناسب است، درمان فراتشخیصی یکپارچه[1] است (میرابی، حســنی، گلشــنی و کشــاورزی ارشــدی، ۱۳۹۹). این درمان ازجمله رویکردهای درمانی جدید در زمینه مشکلات هیجانی است که توسط بارلو[2] و همکاران (۲۰۱۰) برای افرادی که مبتلا به اختلالات هیجانی، به‌ویژه اختلالات خلقی و اضــطرابی هســتند، به وجود آمده اســت (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷). این پروتکل یک مداخله شـناختی رفتاری فراتشـخیصـی است که مکانیسم‌های مشترک مرتبط با روان‌رنجورخویی و اختلال در تنظیم هیجان را که زمینه‌ساز همه اختلالات اضـطرابی، افسـردگی و مرتبط با هیجان اسـت را مورد هدف قرار می‌دهد (بولیس، بوچر، سوآر-رزاوالا، فارچوین و بارلو[3] و همکاران، ۲۰۱۹؛ بارلو، سوآر-زاوالا، کارل، بولیس و الارد[4]، ۲۰۱۴) در این درمان، برای همه اختلالات هیجانی از اصول و پروتکل‌های یکسانی استفاده می‌شود (بارلو و همکاران، ۲۰۱۸) و اعتقاد بر این است که هیجان و تنظیم هیجان در ایجاد و تداوم اختلال‌های هیجانی نقش کلیدی دارند (گروس و تامسـون[5]، ۲۰۰۷). فرض بر این اسـت، افراد مبتلا به اختلالات هیجانی از راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه‌ای استفاده کرده و سعی می‌کنند تا با هیجانات ناخوشایند خود روبه‌رو نشوند یا شدت آن‌ها را کاهش دهند، که این امر باعث می‌شود علائم بیماری آن‌ها تداوم داشـته باشـد؛ از این رو در این درمان به بیماران کمک می‌شـود تا با هیجانات ناخوشـایند خود مواجه شوند، این هیجانات را تجربه کنند و به طور سازگارانه‌تری به آن‌ها پاسخ دهند (فارچوین[6] و همکاران، ۲۰۱۲). این پروتکل یکپارچه دارای پنج بخش درمانی اســت که عبارت‌اند از: آگاهی هیجانی مبتنی بر زمان حال، انعطاف‌پذیری شــناختی، شــناســایی و جلوگیری از الگوهای اجتناب هیجانی، افزایش آگاهی از احسـاسـات بدنی و تحمل آنها، مواجهه هیجانی ذهنی و مبتنی بر موقعیت (بارلو و همکاران، ۲۰۱۸). تا کنون اثربخشی این درمان بر روی اضطراب (بارلو و همکاران، ۲۰۱۸؛ نیوبای، مک کینون، کیوکن، گیل بادی

1. Unified Transdiagnostic Therapy
2. Barlow
3. Bullis, Boettcher, Sauer-Zavala, Farchione & Barlow
4. Barlow, Sauer-Zavala, Carl, Bullis & Ellard
5. Gross & Thompson
6. Farchione

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.55]

و داگلیش[1]، ۲۰۱۵)، افسردگی (نیوبای و همکاران، ۲۰۱۵)، مهارت‌های تنظیم هیجان، کیفیت زندگی و اختلال عملکرد (بولیس و همکاران، ۲۰۱۵)، کاهش علائم بالینی در مقایسه با دارودرمانی در افراد مبتلا به اختلالات هیجانی (کورپاس، موریانا، ونکسلا و گالوز- لارا[2]، ۲۰۲۱)، کاهش پیامدهای مرتبط با نوشیدن، اضراب و افسردگی در اختلال همبودی مصرف الکل با اختلالات اضطرابی (فارچوین و همکاران، ۲۰۲۱)، کاهش نشانه‌های بالینی افسردگی، اضطراب و رفتارهای پرخطر و بهبود تنظیم هیجان در افراد وابسته به متادون (رشید و رشید، ۱۴۰۰) مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است.

بنابر 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، با توجه به شیوع بالای سوءمصرف مواد و دشواری‌هایی که در درمان این افراد وجود دارد (تاپلین و ماتیک[3]، ۲۰۱۵)، 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[4]، ۲۰۲۱). مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد اگرچه شواهد تحقیقاتی مختلفی از اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر متغیرهای مختلفی از نمونه‌های متفاوت مورد بررسی قرار گرفته؛ اما این‌گونه پژوهش‌ها بر متغیرهای باورهای فراشناختی و الکسی‌تایمیا در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد انجام نشده است؛ لذا این مطالعه در جهت بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش باورهای فراشناختی ناکارآمد و الکسی‌تایمیا اجرا شده است تا اثربخشی آن مشخص شود و در عرصه کمک به افراد مبتلا به سوءمصرف مواد مورداستفاده قرار گیرد. از این رو، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سوال بود که آیا درمان فراتشخیصی یکپارچه بر باورهای فراشناختی و الکسی‌تایمیا در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد مراکز سرپایی مؤثر است؟

1. Newby, McKinnon, Kuyken, Gilbody & Dalgleish
2. Corpas, Moriana, Vencesla, & Galvez-Lara
3. Taplin & Mattick
4. Lance

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.55]

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 سوءمصرف مواد مراکز سرپایی ترک اعتیاد شهر خرم‌آباد در سال ۱۴۰۰ بود. با توجه به اینکه در مطالعات آزمایشی حداقل تعداد افراد نمونه در هر زیرگروه ۱۵ نفر ذکر شده است (دلاور، ۱۳۹۰)؛ در پژوهش حاضر از این جامعه، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود، انتخاب و به صورت تصادفی در دوگروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل ابتلا به سوءمصرف مواد، داشتن حداقل ۲۰ و حداکثر ۵۰ سال، سواد خواندن و نوشتن، عدم مصرف داروهای روان‌پریشی، مدت سوءمصرف 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 پژوهش، ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شده بودند، اما ۶ نفر از گروه آزمایش به دلیل غیبت بیش از سه جلسه، عدم تمایل برای شرکت در پژوهش در طی جلسات درمان و ۶ نفر از گروه کنترل به دلیل بیماری کرونا و عدم تمایل برای شرکت در پس‌آزمون از پژوهش کنار گذاشته شدند و در نهایت ۹ نفر از گروه آزمایش و ۹ نفر از گروه کنترل باقی ماند و داده‌های مربوط به این افراد وارد تحلیل شدند. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی افراد رعایت شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل ناپارامتری یو من‌ویتنی در نرم‌افزار 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 فراشناخت[1]: این پرسشنامه توسط ولز و همکاران (۲۰۰۴) برای سنجش باورهایی که افراد درمورد تفکرشان دارند، ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۳۰

1. Metacognitions Questionnaire

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.55]

گویه اســت که پنج مؤلفه باورهای مثبت درمورد نگرانی (۶ ســوال)، اعتمادشــناختی (۶ سوال)، باورهای منفی درمورد کنترل‌ناپذیری و خطر افکار (۶ سوال)، خودآگاهی شناختی (۶ سوال) و باورهای مربوط به نیاز به کنترل افکار (۶ سوال) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در این مقیاس، آزمودنی به هر سؤال براساس طیف لیکرت از ۱ (موافق نیستم) تا ۴ (کاملاً موافقم) پاسـخ می‌دهد. ضـریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های این پرسـشـنامه براسـاس گزارش‌های ولز و کارترایت-هاتون (۲۰۰۴) از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ است. شیرین‌زاده دستگیری، گودرزی، رحیمی و نظری(۱۳۸۷) برای جامعه‌ایرانی این پرسشنامه را اعتباریابی کردند که همســانی درونی آن با کمک آلفای کرونباخ ۰/۹۱ برای کل‌مقیاس و ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ برای مؤلفه‌های آن گزارش شده است. همچنین در فاصله چهار هفته پایایی بازآزمایی آن برای کل مقیاس۰/۷۳ و مؤلفه‌های آن در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ مشــخص شــد. علاوه بر این، همبستگی کل مقیاس با اضطراب خصلتی ۰/۴۳ و برای مؤلفه‌های آن بین ۰/۲۸ تا ۰/۶۸ در نظر گرفته شده است.

۲- پرسـشـنامه الکسـی‌تایمیا تورنتو[1]: این مقیاس در سـال ۱۹۹۴ توسـط باگبی، پارکر و تیلور[2] با ۲۰ گویه و سه مؤلفه ناتوانی در شناسایی احساسات (۷ سوال)، ناتوانی 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 اختصــاص داده می‌شــود. در این مقیاس، حداقل نمره کل، ۲۰ و حداکثر ۱۰۰ خواهد بود. هر چه نمره فرد در مؤلفه‌ها بیشتر باشد، فرد مشکلات شدیدتری را در بیان و تشـخیص احسـاسـات خود دارد. در مطالعات زیادی ویژگی‌های روان‌سـنجی این مقیاس مورد بررسـی و تأیید قرار گرفته اسـت (تیلور، بگبی و پارکر[3]، ۲۰۰۱). ضـریب آلفای کرونباخ برای الکسی‌تایمیای کل در نسخه ایرانی (بشارت، ۲۰۰۷) این مقیاس ۰/۸۵ و برای مؤلفه دشواری در شناسایی احساسات ۰/۸۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵

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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]
[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.55]

و تفکر عینی ۰/۷۲ به‌دست‌آمده است که نشان می‌دهد این مقیاس از همسانی درونی خوبی برخوردار است. همچنین پایایی بازآزمایی آن در دو نوبت، با فاصله چهارهفته‌ای در یک نمونه ۶۷ نفری برای الکسی‌تایمیای 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).

روش اجرا

در این پژوهش، درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اساس پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو و همکاران (۱۳۹۷) در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و با فراوانی یک جلسه در هفته انجام شد. خلاصه جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه (بارلو و همکاران، ۱۳۹۷)

جلسه	شرح جلسه
اول	افزایش انگیزه بیمار برای مشارکت در درمان، کمک به بیمار در بررسی مزایا و معایب تغییر، تعیین اهداف درمانی و ارائه منطق درمان.
دوم	آموزش روانی، شناسایی هیجانات، ارائه مفهوم رفتارهای هیجان-خواست، ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه‌بخشی هیجانات و مدل ARC.
سوم	آموزش‌دادن افزایش آگاهی‌هیجانی، یادگرفتن مشاهده هیجانات و واکنش به هیجانات، استفاده از راهبردهای ذهن‌آگاهی.
چهارم	آموزش ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی، آگاهی از تأثیر روابط بین افکار و هیجانات، شناسایی کردن ارزیابی‌های ناسازگار خودکار و تله‌های فکری، ارزیابی مجدد و افزایش دادن انعطاف‌پذیری افکار.
پنجم	کمک به بیمار برای شناخت الگوهای اجتناب از هیجانات، آشنایی با راهبردهای مرتبط با اجتناب هیجانی، تأثیری که این راهبردها بر تجارب هیجانی دارد و آگاهی یافتن از تأثیرات متضادی که اجتناب از هیجانات به دنبال دارد، بررسی رفتارهای هیجان‌خواست، شناخت رفتارهای هیجان خواستی که ناسازگار هستند و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین در مواجهه با رفتارها.
ششم	آگاهی از احساسات‌جسمانی و تحمل کردن آن‌ها، آگاهی از نقشی که احساسات‌جسمانی در تجارب هیجانی افراد دارند، انجام‌دادن تمرینات مواجهه برای افزایش‌آگاهی از احساسات‌جسمانی و تحمل کردن علائم آن‌ها.
هفتم	مواجهه با هیجانات مبتنی بر موقعیت، طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی مکرر به صورت عینی، تجسمی و بدون اجتناب
هشتم	پیشگیری از عود، مرور کردن مفاهیم کلی که در طی درمان آموزش‌داده‌شده و بحث درمورد پیشرفت و بهبود بیمار در طی درمان.

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.55]

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد که میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۳۷/۱۱ و در گروه کنترل ۳۶/۲۲ بود. بیشترین فراوانی تحصیلات در هر دو گروه، دیپلم و کمترین فراوانی، کارشناسی ارشد و بالاتر (۱ نفر) بود. ۷۷/۸ 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 ۳۳/۳ و ۲۲/۲ درصد سابقه اعتیاد در خانواده را گزارش دادند. ۸۸/۹ و ۵۵/۵ درصد از افراد گروه آزمایش و کنترل بیش از ۱۰ سال سابقه اعتیاد به مواد داشتند. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش 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
تضاد شناختی	آزمایش	۱۱/۳۳	۲/۸۷	۶/۷۷	۰/۶۶
	کنترل	۱۱/۱۱	۳/۸۲	۱۱/۶۶	۴/۵۸
باورهای مثبت	آزمایش	۱۵/۳۳	۲/۳۴	۹/۰۰	۰/۵۰
درباره نگرانی	کنترل	۱۵/۷۷	۲/۱۰	۱۷/۲۲	۲/۵۸
خودآگاهی شناختی	آزمایش	۱۹/۸۸	۴/۹۱	۱۴/۴۴	۰/۵۲
	کنترل	۲۰/۴۴	۲/۵۰	۱۹/۴۴	۲/۲۹
کنترل‌ناپذیری و	آزمایش	۱۵/۰۰	۲/۵۹	۷/۸۸	۰/۳۳
خطر افکار	کنترل	۱۴/۸۸	۴/۳۴	۱۵/۷۷	۴/۳۲
نیاز به کنترل افکار	آزمایش	۱۶/۵۵	۳/۶۰	۸/۸۸	۰/۳۳
	کنترل	۱۶/۰۰	۴/۱۲	۱۵/۷۷	۴/۳۲
باورهای فراشناختی	آزمایش	۷۸/۱۱	۱۱/۷۶	۴۷/۰۰	۱/۴۱
کل	کنترل	۷۸/۲۲	۱۴/۹۷	۸۰/۲۲	۱۵/۷۳
دشواری در	آزمایش	۲۳/۴۴	۶/۱۶	۱۴/۵۵	۲/۶۹
تشخیص احساسات	کنترل	۲۳/۸۸	۶/۹۳	۲۴/۷۷	۶/۷۰
دشواری در توصیف	آزمایش	۱۸/۴۴	۰/۸۸۱	۱۱/۰۰	۲/۵۴
احساسات	کنترل	۱۹/۷۷	۱/۰۹	۲۰/۱۱	۱/۳۶
تفکر عینی	آزمایش	۲۳/۵۵	۲/۸۷	۱۶/۰۰	۲/۱۷
	کنترل	۲۲/۲۲	۳/۸۶	۲۱/۴۴	۳/۸۱
الکسی‌تایمیای کل	آزمایش	۶۵/۴۴	۸/۴۸	۴۱/۵۵	۴/۷۷
	کنترل	۶۵/۸۸	۱۰/۴۰	۶۶/۳۳	۱۰/۴۶

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.55]

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات باورهای فراشناختی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش‌یافته است؛ درحالی‌که در گروه کنترل میانگین نمرات در این متغیر تغییر چندانی نکرده است. همچنین بر اساس جدول ۲ میانگین نمرات الکسی‌تایمیا در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون کاهش ولی میانگین نمرات این متغیر در گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون تغییر محسوسی نداشته است. به‌منظور بررسی تأثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر باورهای فراشناختی و الکسی‌تایمیا 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 متغیر باورهای فراشناختی و الکسی‌تایمیا ارائه شده است.

جدول ۳: نتیجه آزمون یو من‌ویتنی برای مؤلفه‌های باورهای فراشناختی و الکسی‌تایمیا

متغیر	گروه‌ها	جمع رتبه‌ها	میانگین رتبه‌ها	آماره من ویتنی	Z	P
تضاد شناختی	آزمایش	۵۹/۵۰	۶/۶۱	۱۴/۵۰	−۲/۳۷	۰/۰۱۷
	کنترل	۱۱۱/۵۰	۱۲/۳۹			
باورهای مثبت درباره نگرانی	آزمایش	۴۵/۰۰	۵/۰۰	۰/۰۰	−۳/۶۹	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۱۲۶/۰۰	۱۴/۰۰			
خودآگاهی شناختی	آزمایش	۴۷/۰۰	۵/۲۲	۲/۰۰	−۳/۴۹	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۱۲۴/۰۰	۱۳/۷۸			
کنترل ناپذیری و خطر افکار	آزمایش	۴۵/۰۰	۵/۰۰	۰/۰۰	−۳/۴۷	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۱۲۶/۰۰	۱۴/۰۰			
نیاز به کنترل افکار	آزمایش	۴۵/۰۰	۵/۰۰	۰/۰۰	−۳/۴۷	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۱۲۶/۰۰	۱۴/۰۰			
دشواری در تشخیص احساسات	آزمایش	۴۹/۵۰	۵/۵۰	۴/۵۰	−۳/۱۸	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۲۱/۵۰	۱۳/۵۰			
دشواری در توصیف احساسات	آزمایش	۴۵/۰۰	۵/۰۰	۰/۰۰	−۳/۵۹	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۱۲۶/۰۰	۱۴/۰۰			
تفکر عینی	آزمایش	۵۸/۰۰	۶/۴۴	۱۳/۰۰	−۲/۴۶	۰/۰۱۴
	کنترل	۱۱۳/۰۰	۱۲/۵۶			

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.55]

نتیجه آزمون یو من‌ویتنی بر اساس جدول ۳ نشان می‌دهد که Z مشاهده شده و آلفا برای مؤلفه‌های تضاد شناختی، باورهای مثبت درباره نگرانی، خودآگاهی شناختی، کنترل‌ناپذیری و خطر افکار و نیاز به کنترل افکار با توجه به مقادیر بحرانی معنادار است؛ بنابراین درمان فراتشخیصی یکپارچه میزان ابعاد مختلف باورهای فراشناختی در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد را تغییر داده و بر آن تأثیر معناداری داشته است. همچنین آماره Z مشاهده شده و سطوح آلفا برای مؤلفه‌های دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی با توجه به مقادیر بحرانی معنادار است. به‌عبارت‌دیگر، درمان فراتشخیصی یکپارچه میزان ابعاد الکسی‌تایمیا را در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد تغییر داده و بر آن تأثیر معناداری داشته است. در مجموع، نتایج نشان داد بین گروه آزمایش و کنترل در باورهای فراشناختی و الکسی‌تایمیا تفاوت معناداری وجود دارد؛ به طوری که این درمان باعث بهبود باورهای فراشناختی و الکسی‌تایمیا در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش نسبت به کنترل شد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر باورهای فراشناختی و الکسی‌تایمیا در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد مراکز سرپایی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه در مرحله پس‌آزمون بر باورهای فراشناختی و الکسی‌تایمیا تأثیر معناداری داشته است. بر اساس بررسی‌های انجام شده در خصوص تأثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر باورهای فراشناختی در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد، تا کنون پژوهش‌های زیادی صورت نگرفته، ولی پژوهش‌های مشابه و همسویی در این حوزه در مطالعات داخلی و خارجی انجام شده است که از جمله آن‌ها می‌توان به اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در مقایسه با طرحواره درمانی بر کاهش گرایش به مواد در مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون (میرآبی و همکاران، ۱۳۹۹)، بهبود تنظیم هیجان و کاهش نشانه‌های بالینی افسردگی، اضطراب و رفتارهای پرخطر در افراد وابسته به متادون (رشید و رشید، ۱۴۰۰)، کاهش پیامدهای مرتبط با نوشیدن و همچنین پیامدهای مرتبط با

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.55]

اضطراب و افسردگی در اختلال همبودی مصرف الکل و اختلالات اضطرابی (فارچوین و همکاران، ۲۰۲۱) اشاره کرد.

نتیجه مطالعه مداحی (۱۳۹۶) درمورد نقش باورهای فراشناختی در پیش‌بینی‌کردن عود سوءمصرف مواد نشان داد که باورهای فراشناختی حدود ۲۴ درصد از احتمال عود سوءمصرف مواد را پیش‌بینی می‌کنند. از منظر فراشناختی، سوءمصرف مواد می‌تواند تغییرات قابل‌توجهی را در رویدادهای شناختی؛ مانند احساسات، افکار و خاطرات ایجاد کنند (اسپادا و ولز[1]، ۲۰۰۵). داروهای روان‌گردان نیز ممکن است به طور مستقیم یا غیرمستقیم با تغییر دادن باورها و نگرش‌ها درمورد اجتناب از رویدادهای شناختی بر این رویدادها تأثیر داشته باشند (اسپادا و نیکوویچ[2]، ۲۰۰۷). از سوی دیگر سندروم توجهی شناختی که دارای راهبردهای مقابله‌ای ناسازگاری همچون نگرانی، نشخوار فکری، سرکوب افکار و اجتناب است، باعث می‌شود افکار و احساسات منفی و ناراحت‌کننده ادامه داشته باشند. باورهای فراشناختی مثبت و منفی که مسئول ایجاد این راهبردهای مقابله‌ای هستند، باعث فعال‌شدن و تداوم افکار مزاحم شده و تلاش برای سرکوب آن‌ها منجر به افزایش شدت افکار منفی و ولع مصرف مواد می‌شود. در این شرایط، چیزی جز احساسات منفی حاصل نمی‌شود. در نتیجه سوءمصرف‌کنندگان مواد برای تنظیم این احساسات و فرار از ناهماهنگی حالات فعلی، از مواد مخدر بیشتری استفاده می‌کنند (دباغی، فهیمی، رحیم خانلی، تقوا و عظیمی، ۱۳۹۴). در تبیین علت تأثیر درمان فرا تشخیصی یکپارچه می‌توان گفت، این درمان یکی از مؤلفه‌های کلیدی و اصلی مرتبط با پردازش هیجانی مشکل‌ساز به‌ویژه واکنش‌های تنفرآمیز نسبت به احساسات را که باعث می‌شود افراد از راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی استفاده کنند، مورد هدف قرار می‌دهد. افراد یاد می‌گیرند تا راهبردهای اجتناب از هیجان را شناسایی کنند، چرا که این راهبردها باعث می‌شوند، افراد نتوانند در یک موقعیت، احساسات خود را به طور کامل تجربه کنند. همچنین به افراد آموزش داده می‌شود تا سه نوع اجتناب از هیجان رفتاری، شناختی و ایمنی را در موقعیت‌های روزمره خود شناسایی و این اجتناب‌ها را به شیوه مؤثرتری اصلاح

1. Spada & Wells
2. Nikcevic

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.55]

کنند (بارلو و همکاران، ۲۰۱۸). از سوی دیگر یکی از مهارت‌های اصلی در پروتکل یکپارچه، به چالش کشیدن افکار خودکار مرتبط با تهدیدهای داخلی و خارجی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی است. به افراد آموزش داده می‌شود که ممکن است رویدادها و موقعیت‌ها را اشتباه ارزیابی کنند و این ارزیابی‌ها بر نحوه واکنش‌های هیجانی آن‌ها تأثیر داشته باشد. همچنین، افکار خودکاری که در نتیجه ارزیابی‌ها به وجود می‌آیند، به چالش کشیده می‌شوند. اما بر خلاف درمان‌های شناختی، در درمان فرا تشخیصی یکپارچه هیچ تلاشی برای ازبین‌بردن یا جایگزینی افکار منفی با ارزیابی‌های واقعی‌تر نیست، بلکه به افراد کمک می‌شود تا به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی که یک راهبرد تنظیم هیجان سازگارانه‌تری است مجهز شوند (بارلو و همکاران، ۲۰۱۸). افراد از راهبردهای ارزیابی مجدد شناختی در قبل، حین و بعد از موقعیت‌های هیجانی استفاده می‌کنند تا ارزیابی‌های ناسازگار را شناسایی کنند و با استفاده از ارزیابی مجدد، انعطاف‌پذیرتر باشند. باتوجه به اینکه این ارزیابی‌ها و راهبردهای ناسازگار باعث افزایش علائم افسردگی و اضطراب در افراد می‌شوند (آلدائو، نولن هوکسما وسوییزر[1]، ۲۰۱۰؛ کالمز و رابرتز[2]، ۲۰۰۷؛ هونگ[3]، ۲۰۰۷؛ نولن هوکسما[4]، ۲۰۰۰)، درمان فرا تشخیصی یکپارچه با استفاده از مهارت‌هایی همچون، افزایش آگاهی هیجانی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مواجهه با هیجانات، باعث بهبود علائم افسردگی، اضطراب، کیفیت زندگی و مهارت‌های تنظیم هیجان می‌شود (بولیس و همکاران، ۲۰۱۵؛ بارلو و همکاران، ۲۰۱۸). در این پژوهش نیز، درمان فراتشخیصی یکپارچه به طور مستقیم با به چالش کشیدن ارزیابی‌های خودآیند و تله‌های فکری، آگاهی از اینکه افکار و هیجانات بر همدیگر اثر می‌گذارند و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در شیوه ارزیابی و تفسیر کردن موقعیت‌ها، بر باورهای فراشناختی ناکارآمد این افراد اثربخشی لازم را داشته و آن را به طور معناداری کاهش داده است.

1. Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer
2. Calmes & Roberts
3. Hong
4. Nolen-Hoeksema

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]
[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.55]

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده درمان فراتشخیصی یکپارچه بر الکسی‌تایمیا در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد تأثیر مثبت و معناداری داشته است. در خصوص اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر الکسی‌تایمیا در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد تا کنون پژوهش‌های زیادی صورت نگرفته، ولی پژوهش‌های مشابه و همسویی در مطالعات داخلی انجام شده است که از جمله آن‌ها می‌توان به اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه درکاهش الکسی‌تایمی و تنظیم شناختی هیجانی منفی در بیماران مبتلا به نارسایی عروق کرونر قلب (نوری‌زاده میرآباد، خواستاری، شیرمردی، خسروی فارسانی و بامداد، ۱۳۹۶) و کاهش الکسی تایمی در افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن (محمدپور، گودرزی، هادیان فرد و تقوی، ۱۴۰۰) اشاره کرد. معمولا افراد مبتلا به الکسی تایمی از احساسات خود آگاهی کمتری دارند و به دلیل عدم آگاهی هیجانی نمی‌توانند درباره احساسات خود صحبت کنند (تیلور و باگبی، ۲۰۰۴). افراد مبتلا به سوءمصرف مواد نیز در شناسایی و بیان هیجانات مشکلات بیشتری دارند. از سوی دیگر، مشخص شده است که الکسی‌تایمی با تنظیم ضعیف احساسات همراه بوده (پاندی، ساکسنا و دوبی[1]، ۲۰۱۱) و شکل خاصی از بی‌نظمی هیجانی است. به نظر می‌رسد روی‌آوردن به مواد مخدر به‌عنوان مکانیزمی در نظر گرفته شود که افراد برای مقابله با این احساسات نامنظم از آن استفاده می‌کنند. از سوی دیگر، از آن جایی که اختلالات مصرف مواد با اختلالات عاطفی همراه هستند، الکسی‌تایمی می‌تواند با اختلالات افسردگی (تایلور و همکاران، ۱۹۹۷) و اضطراب (انور، الکین، شریدن ووایس[2]، ۲۰۰۲) دیده شود. درنتیجه، افراد مبتلا به الکسی‌تایمی ممکن است با روی‌آوردن به مصرف الکل و مواد مخدر به دنبال تسکین اضطراب یا افسردگی ناشی از الکسی‌تایمیای خود باشند (استوارتز، زلنسکی وایفرت[3]، ۲۰۰۲). در تبیین علت تأثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه می‌توان گفت، این پروتکل یکپارچه یک رویکرد درمانی است که بر هیجانات افراد تمرکز می‌کند و شامل راهبردهایی است که ویژگی‌های هیجانی اصلی موجود در اختلالات عاطفی مانند روان‌رنجورخویی و تنظیم هیجان را که

1. Pandey, Saxena & Dubey
2. Onur, Alkin, Sheridan & Wise
3. Stewart, Zvolensky & Eifert

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.55]

زمینه‌ساز اضطراب، افسردگی و اختلالات هیجانی مرتبط است را مورد هدف قرار می‌دهد (فارچوین و همکاران، ۲۰۲۱). این درمان به افراد کمک می‌کند تا هیجانات خود را شناسایی کنند و درک بیشتری از احساسات خود به دست آورند. افراد می‌توانند با شناخت سه مؤلفه هیجانات خود یعنی جنبه فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری آگاهی بیشتری درمورد هیجانات خود کسب کرده و دید عینی‌تری نسبت به آن‌ها داشته باشند. همچنین افراد یاد می‌گیرند که به‌جای اجتناب یا فرار از هیجانات ناخوشایند با آن‌ها روبه‌رو شوند، آن‌ها را تجربه کنند و یاد بگیرند که با روش‌های سازگارانه‌ای به آن‌ها پاسخ دهند. در واقع در این درمان تلاشی برای ازبین‌بردن احساسات ناراحت‌کننده وجود ندارد، بلکه تأکید بر این است که هیجانات به یک سطح عملکردی مناسب بازگردند، به‌طوری‌که حتی احساسات ناراحت‌کننده را بتوان مفید و سازگار ارزیابی کرد (بارلو و همکاران، ۲۰۱۸). افراد با نظارت دقیق بر پاسخ‌های خود به تجارب هیجانی، می‌توانند آگاهی بیشتری نسبت به الگوهای واکنش عاطفی خود و محرک‌های مرتبط با آن‌ها به دست بیاورند. برای نظارت دقیق بر احساسات به افراد آموزش داده می‌شود تا رویداد، موقعیت یا پیشایندی که باعث پاسخ هیجانی می‌شود را شناسایی کرده، همچنین پیامدهای کوتاه‌مدت و بلندمدت پاسخ‌های هیجانی که به‌عنوان پیامد شناخته می‌شوند را نیز شناسایی کنند و به‌جای اجتناب از مواجهه با هیجانات ناخوشایند، احساسات خود را مدیریت کنند. شناسایی هیجانات در این افراد ابزار موثری در برخورد با سوءمصرف مواد است و زمانی که بتوانند هیجانات خود را توصیف کنند، کنترل بهتری بر رفتار خود خواهند داشت (احمدی و قاسمی‌پور، ۱۴۰۰). از آن جایی که مهارت‌های آگاهی و شناسایی احساسات گام‌های اساسی در تنظیم هیجانی هستند (برکینگ[1] و همکاران، ۲۰۱۱؛ گراتز و رومر[2]، ۲۰۰۴) و الکسی‌تایمیا نیز جزئی از بی‌نظمی هیجانی در نظر گرفته می‌شود، درمان فرا تشخیصی یکپارچه با به‌کارگیری راهبردهایی مانند افزایش آگاهی ذهنی، ارزیابی مجدد شناختی، استفاده از روش‌های مواجهه و تغییر گرایش‌های کنشی مرتبط با احساسات آشفته، پاسخ‌های منفی افراد به تجربیات عاطفی را مورد هدف قرار می‌دهد و با پرداختن به این فرایندهای عاطفی

1. Berking
2. Gratz & Roemer

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]
[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.55]

باعث بهبود اختلالات عملکردی و کیفیت زندگی، علائم اضطراب و افسردگی و بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان می‌شود (بولیس و همکاران، ۲۰۱۵). این رویکرد باهدف قراردادن عواطف منفی و مشکلات مرتبط با تنظیم هیجان که به مصرف مواد (مشکلات مربوط به آن) کمک می‌کند (فارچوین و همکاران، ۲۰۱۲)، به افراد این امکان را می‌دهد تا به شیوه مؤثرتری با هیجانات خود مواجه شوند و با اصلاح راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار، عملکرد بهتری داشته باشند و هیجانات خود را بهتر تحمل کنند. باتوجه به اینکه بخش زیادی از درمان به شناسایی و آگاهی از هیجانات، مدیریت و تنظیم هیجانات در زندگی افراد می‌پردازد، باعث کاهش اضطراب و افسردگی شده و همچنین باعث بهبود شناسایی انواع احساسات، تشخیص احساسات عاطفی و بدنی و بهبود بیان احساسات افراد گروه آزمایش نسبت به کنترل شده و سطح الکسی‌تایمی در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد به دنبال این مداخله کاهش‌یافته است.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود که مهم‌ترین آن، عدم تمایل آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش، استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی برای گردآوری داده‌ها و کم بودن تعداد آزمودنی‌های پژوهش بود که این امر در انتخاب روش آماری و نتیجه پژوهش تاثیر زیادی داشت. از دیگر محدودیت‌ها می‌توان به میسر نشدن دوره پیگیری اشاره کرد. براین‌اساس، 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 فراتشخیصی یکپارچه به عنوان یک درمان کارآمد و کم‌هزینه در کاهش مشکلات شناختی و هیجانی در کنار سایر روش‌های درمانی در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد استفاده شود.

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.55]

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.

منابع

احمدی، سبا و قاسمی پور، یداله (۱۴۰۰). مقایسه ترس از صمیمیت، ناگویی هیجانی و ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی در افراد موفق و ناموفق در ترک اعتیاد. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۶۲(۱۵)، ۲۰۴-۱۸۵.

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)، ۲۵۴-۲۲۷.

بارلو، دیوید. اچ؛ الارد، کریستن؛ فرهولم، کریستوفر؛ فارچیون، تاد؛ بویسیو، کریستینا؛ آلن، لارا و اهرنریچی، ژیل (۱۳۹۷). *درمان مشکلات هیجانی: پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلال‌های هیجانی (کتاب تمرین مراجع)*. ترجمه: علی محرابی، ابوالفضل محمدی و علیرضا محسنی اژیه. تهران: ابن سینا. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۱).

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.

پور نامداریان، سعید (۱۳۹۰). *بررسی نقش باورهای فراشناختی در پیش‌بینی علائم افسردگی، اضطراب، استرس در پرستاران شاغل در بیمارستان بعثت همدان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات تهران.

دباغی، پرویز؛ فهیمی، صمد؛ رحیم خانلی، معصومه؛ تقوا، ارسیا و عظیمی، زینب (۱۳۹۴). رابطه بین سوگیری توجه، حساسیت اضطرابی و باورهای فراشناختی در سوءمصرف کنندگان مواد: با تاکید بر اثرات واسطه ای راهبردهای تنظیم هیجان. *مجله بین المللی علوم رفتاری کاربردی*، ۲(۴)، ۳۲-۲۳.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.55]

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

راهبریان، مهسا؛ محمدی، ابولفضل؛ عباسی، آمنه و سلیمانی، مهدی (۱۳۹۶). مشکلات تنظیم هیجان و آمادگی به اعتیاد در دانش‌آموزان ایران. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۵(۴)، ۲۴۲-۲۳۵.

رشید، زهرا و رشید، مصطفی (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی درمان فرا تشخیصی یکپارچه بر علائم اختصاصی افسردگی اساسی، رفتارهای پرخطر، تنظیم هیجان و اضطراب افراد وابسته به متادون. *فصلنامه ایده‌های نوین روان‌شناسی*، ۹(۱۳)، ۱۲-۱.

شیرین زاده دستگیری، صمد؛ گودرزی، محمد علی؛ رحیمی، چنگیز و نظری، قاسم (۱۳۸۷). بررسی ساختار عاملی، روایی و اعتبار پرسش‌نامه فراشناخت. *مجله روان‌شناسی*، ۴۸، ۴۶۱-۴۴۵.

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.

محمدپور، سمانه؛ گودرزی، محمد علی؛ هادیان فرد، حبیب و تقوی، محمد رضا (۱۴۰۰). اثربخشی درمان فرا تشخیصی بر اجتناب از تصویر بدنی و ناگویی خلقی در اختلال بدشکلی بدن. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۶۴(۱۱)، ۸-۱.

مداحی، محمد ابراهیم (۱۳۹۶). نقش باورهای فراشناخت در پیش‌بینی عود سوءمصرف مواد. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۱۶(۶۳)، ۴۴۸-۴۳۰.

میرابی، تارا؛ حسنی، فریبا؛ گلشنی، فاطمه و کشاورزی ارشدی، فرناز (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی بر گرایش به مواد در مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۷)، ۹۴-۷۳.

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 غیرداروی. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۵)، ۹۶-۷۵.

نوری‌زاده میرآبادی، مریم؛ خواستاری، سهیلا؛ شیرمردی، سارا؛ خسروی فارسانی، آتوسا و بامداد، سارا (۱۳۹۶). اثربخشی مداخله مبتنی بر تنظیم هیجان بر راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجانی

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.55]

و ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به نارسایی عروق کرونر قلب. *مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۲(۱۰)، ۱۳-۱.

References

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217–237.

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala S., & Cassiello-Robbins, C. (2017). The Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorderscompared with diagnosis- specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 74(9), 875-884.

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., & Allen, L. B. (2010). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. New York, NY: Oxford University Press.

Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Carl, J. R., Bullis, J. R., & Ellard, K. K. (2014). The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism: Back to the future. *Clinical psychological science*, 2(3), 344–365.

Barlow, T. J., Farchione, C. P., Fairholme, K. K., Ellard, C. L., Boisseau, L. B., Allen, J., Ehrenreich-May, G. (2018). *The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide.* New York, NY: Oxford University Press.

Beacher, N. J. (2018). *Heterogeneous development of drug abuse: Individual differences and predisposition to addiction*. Master dissertation, University of New Jersey.

Berking, M., Margraf, M., Ebert, D., Wupperman, P., Hofmann, S. G., & Junghanns, K. (2011). Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive–behavioral therapy for alcohol dependence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(3), 307–318.

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.

Bullis, H., Boettcher, S., Sauer-Zavala, T. J., Farchione, D. H., & Barlow, T. J. (2019). What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clinical psychology science and practice*, 26(2), 1–19**.**

Bullis, J. R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., & Barlow, D., Cation, H. (2015). The unified protocol for trans diagnostic treatment of emotional disorders. *Behavior modification*, 39(2), 295- 321.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.55]

Calmes, C., & Roberts, J. (2007). Repetitive thought and emotional distress: rumination and worry as prospective predictors of depressive and anxious symptomatology. *Cognitive therapy and research*, 31, 343–356.

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.

Corpas, J., Moriana, J. A., Venceslá, J. F., & Gálvez-Lara, M. (2021). Effectiveness of brief group transdiagnostic therapy for emotional disorders in primary care: A randomized controlled trial identifying predictors of outcome. *Psychotherapy research*, 32(4), 456-469.

Cruise, K. E., & Becerra, R. (2018). Alexithymia and problematic alcohol use: A critical update. *Addictive behaviors*, 77, 232–246.

Degenhardt, L., Grebely, J., Stone, J., Hickman, M., Vickerman, P., Marshall, B. D., & Larney, S. (2019). Global patterns of opioid use and dependence: harms to populations, interventions, and future action. *Lancet*, 394(0208), 1560–1579.

Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., & Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 43(3), 666–678.

Farchione, T. J., Fitzgerald, H. E., Curreri, A., Janes, A. C., Gallagher, M. W., Sbi, S., & Barlow, D. H. (2021). Efficacy of the Unified Protocol for the treatment of comorbid alcohol use and anxiety disorders: Study protocol and methods. *Contemporary clinical trials*, 108, 1-8.

Galanter, M. (2006). Innovations: alcohol & drug abuse: spirituality in Alcoholics Anonymous: a valuable adjunct to psychiatric services. *Psychiatric services*, 57(3), 307-309.

Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41–54.

Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). *Emotion regulation: Conceptual foundations*. New York: Guilford publications.

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

Hong, R. Y. (2007). Worry and rumination: Differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *Behaviour research and therapy*, 45, 277–290.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.55]

Janeck, A. S., Calamari, J. E., Riemann, B. C., & Heffolinger, S. K. (2003). Too much thinking about thinking: metacognittive difference in obsessive disorder. *Journal of anxiety disorders*, 17(2), 181-195.

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.

Lyvers, M., Lysychka, O., & Thorberg, F. (2014). Alexithymia and drinking in young adults: The role of alcohol-related intrusive thoughts. *Personality and individual differences*, 57, 70–73.

Mckay, J. R. (2007). Lessons learned from psychotherapy research of alcoholism. *Clinical and experimental research*, 31, 48-54.

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.

Motamedi, M., Caldwell, L., Smith, R., Wegner, L., Smith, E., & Jones, D. (2016). Girls just want to know where to have fun: Preventing substance use initiation in an under-resourced community in South Africa through HealthWise. *Prevention science*, 17(6), 700-709.

National Institute on Drug Abuse. (2020). *Commonly abused drugs*. Washington, D.C: National Institute on Drug Abuse.

Navarro, P. A., Paranhos, T., Lovo, E., De Oliveira-Souza, R., Gorgulho, A. A., De Salles, A., & López, W. O. C. (2021). Safety and feasibility of nucleus accumbens surgery for drug addiction: a systematic review. *Neuromodulation: technology at the neural interface*, 25(2), 171-184.

Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., & Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical psychology review*, 40, 91-110.

Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of abnormal psychology*, 109, 504–511.

Onur, E., Alkin, T., Sheridan, M. J., & Wise, T. N. (2002). Alexithymia and emotional intelligence in patients with panic disorder, generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *Psychiatry quarterly*, 84(3), 303–311.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.55]

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.

Pandey, R., Saxena, P., & Dubey, A. (2011). Emotion regulation difficulties in alexithymia and mental health. *Europe's journal of psychology*, 7(4), 604-623.

Pompili, M., Venturini, P., Lamis, D. A., Waford, R. N., Erbuto, D., Serafini, G., & Girardi, P. (2015). Rehabilitation of the adolescent with a substance use disorder: Overview of treatment efficacy. *International journal of emergency mental health and human resilience*, 17(3), 617-623.

Saladin, M. E., Santa Ana, E. J., LaRowe, S. D., Simpson, A. N., Tolliver, B. K., Price, K. L., & Brady, K. T. (2012). Does alexithymia explain variation in cue-elicited craving reported by methamphetamine- dependent individuals? *The American journal on addictions*, 21(2), 130–135.

Schulte, M. T., & Hser, Y. I. (2014). Substance use and associated health conditions throughout the lifespan. *Public health reviews*, 35(2), 1-27.

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.

Spada, M. M., & Nikcevic, A. V. (2007). Metacognition as a mediator of the relationship between emotion and smoking dependence. *Addictive behaviors*, 32(10), 2120–2129.

Spada, M. M., & Wells, A. (2005). Metacognitions, emotion and alcohol use. *Clinical psychology and psychotherapy*, 12, 150–155.

Spada, M. M., Caselli, G., Nikcevic, A. V., & Wells, A. (2015). Metacognition in addictive behaviors. *Addictive behaviors*, 44, 9–15.

Stasiewicz, P. R., Bradizza, C. M., Gudleski, G. D., Coffey, S. F., Schlauch, R. C., Bailey, S. T., & Gulliver, S. B. (2012). The relationship of alexithymia to emotional dysregulation within an alcohol dependent treatment sample. *Addictive behaviors*, 37(4), 469–476.

Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., & Eifert, G. H. (2002). The relations of anxiety sensitivity, experiential avoidance, and alexithymic coping to young adults' motivations for drinking. *Behavior modification*, 26(2), 274-296.

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.

Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2004). New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and psychosomatics*, 73(2), 68-77.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.55]

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

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. New York: Cambridge University Press.

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.

Wang, D., Wang, Y., Li, R., & Zhou, C. (2014). Impact of physical exercise on substance use disorders: a meta-analysis. *PloS one*, 9(10), 1-15.

Wells, A. (2002). *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester, UK: Wiley.

Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. USA: Guilford.

Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour research and therapy*, 42(4), 385-396.

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 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.55]