

اثربخشی درمان ریتم اجتماعی و میان فردی بر ناگویی خلقی و خودنظم دهی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد در مرکز سرپایی*

فاطمه باقری^۱، فیروزه غضنفری^۲، فضل الله میر دریکوند^۳

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

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان ریتم اجتماعی و میان فردی بر ناگویی خلقی و خودنظم دهی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد در مرکز سرپایی بود. **روش:** پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد در مرکز سرپایی شهر خرم آباد در سال ۱۴۰۰ بود. از این بین، ۱۸ نفر به روش نمونه گیری 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 میان فردی را در ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای با فراوانی دو جلسه در هفته دریافت کردند. جهت جمع آوری داده‌ها از مقیاس ناگویی خلقی تورنتو و پرسشنامه خودنظم دهی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون ناپارامتری یو من ویتنی تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین دو گروه تفاوت معناداری وجود داشت و درمان ریتم اجتماعی و میان فردی باعث کاهش ناگویی خلقی و افزایش خودنظم دهی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد شد. **نتیجه گیری:** بنابراین تأثیر پژوهش حاضر، می‌توان از درمان ریتم اجتماعی و میان فردی برای کاهش مشکلات هیجانی و بهبود مهارت‌های خودنظم دهی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد

بهره برد.

کلیدواژه‌ها: درمان ریتم اجتماعی و میان فردی، ناگویی خلقی، خودنظم دهی، اختلال مصرف مواد

* این مقاله برگفته 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.

٤٥

مصرف مواد 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 متعدد، ۲۰۱۹) و به یکی از بیست عامل اصلی مشکلات مربوط به سلامت افراد در سراسر جهان تبدیل شده است (سلیمان، علم، حبیب، عبدالله و حسن، ۲۰۲۲). بر اساس تعریف پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی، مصرف مواد شامل الگوی ناسازگار مصرف مواد است که به وسیله عوارض ناخوشایند عود‌کننده و قابل ملاحظه مرتبط با مصرف مکرر مواد در فرد ظاهر می‌شود. ویژگی اصلی هر کدام 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 ادame می‌یابد (انجمن روانپژوهی امریکا، 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 ۱۲ درصد افزایش یافته است (دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متعدد، ۲۰۲۰). در ایران نیز شیوع مصرف مواد ۱۱/۹ درصد (مرادیان آذر و همکاران، ۱۴۰۰؛ نوجوان، سلیمانی و عیسی‌زادگان، ۱۴۰۱) و شیوع مصرف مواد بیش از ۵/۴ درصد برآورده است (عنایت و غفاری، ۱۳۹۸؛ صادقی، سودانی و غلامزاده جفره، ۱۳۹۹؛ اکبری، ۱۴۰۱). مطالعات صورت گرفته در این حوزه نشان می‌دهند که این اختلال با عواملی مانند بیکانگی اجتماعی و روان‌پریشی (لورفا، اوگوو، ایفاگوازی و چوکوورجی، ۲۰۱۸)، استرس (دبنا، میلان، مولن، لسی و برادشاو، ۲۰۱۷)، خطر ابتلاء افسدگر (بگاجه، کانمه، صابنه، مذکو و دلمه، ۲۰۱۹)، اختلالات شدید

۲۶۸

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

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. substance 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 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

انگیزشی و عدم کنترل رفتار (پالاد و استایدر^۱، ۲۰۱۹)، مشکل در سلامت روان (حدود ۲۳ درصد) (اورکی، ۱۳۹۸) و مشکلات شناختی (رامی و رگیر^۲، ۲۰۱۹) مرتبط است. یکی از عواملی که نقش مهمی در گرایش افراد به مصرف مواد ایفا می‌کند، ناگویی خلقی^۳ است (آقایار و شریفی درآمدی، ۱۳۹۴). در مطالعات مختلفی رابطه ناگویی خلقی با مصرف مواد نشان داده شده است (توربرگ^۴ و همکاران، ۲۰۱۱؛ دوراد^۵ و همکاران، ۲۰۱۷؛ قربانی، خسروانی، شریفی باستان و جماعتی اردکانی، ۲۰۱۷؛ لومینت، کوردویل سوسا، فانتینی و دیتمیری^۶، ۲۰۱۶؛ موری^۷ و همکاران، ۲۰۱۶). اصطلاح ناگویی خلقی نخستین بار توسط سیفنسوس^۸ در سال ۱۹۳۷ مطرح شد (نیکولو^۹ و همکاران، ۲۰۱۱) که به معنی اختلال در پردازش هیجانی بهویژه نارسانی در شناسایی و تشخیص هیجان‌ها است (چن، وو، جینک و چان^{۱۰}، ۲۰۱۱) و با نارسانی در شناسایی احساسات، نارسانی در توصیف احساسات خود به صورت کلامی و سبک‌شناختی عینی شناسایی می‌شود (زیوتوفسکی^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۰؛ همینگک، تایلور، هادوک، شاو و پرات^{۱۲}، ۲۰۱۹).

ویژگی اصلی این سازه، ناتوانی در شناخت هیجان‌های خود و تنظیم واکنش‌های هیجانی در مواجهه با موقعیت‌های احساسی است (لیندلی و سیاروچی^{۱۳}، ۲۰۰۹). شیوع ناگویی خلقی در جمعیت عمومی ۱۰ درصد تخمین زده شده است (پالما الوارز^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۱؛ فرانز^{۱۵} و همکاران، ۲۰۰۸؛ متیلا، سالمین، نومی و جوکاما^{۱۶}، ۲۰۰۶) در حالی که در بیماران دارای اختلال مصرف مواد، حدود ۴۲ تا ۶۷ درصد است (دیهان^{۱۷} 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 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

صرف الكل بیشتر و در کل وابستگی بیشتری به مواد مخدر دارند (کوبان و اووندر^۱، ۲۰۲۱).

یک دیگر از عواملی که مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته و بر صرف و صرف مواد مؤثر است، وجود مهارت‌های فردی همچون خود نظم‌دهی^۲ است (اوریت و رایتزر^۳، ۲۰۱۶؛ زینالی، ۲۰۱۴). خودنظم‌دهی، یک عامل محافظتی در بهبود بسیاری از مشکلات روانی و اجتماعی به شمار می‌رود و به معنی توانایی نظارت و تعديل احساسات، رفتار و شناخت است که به افراد امکان دستیابی به اهداف و سازگاری با شرایط متغیر را می‌دهد (وینک^۴ و همکاران، ۲۰۲۰؛ برگر، کافمن، لیونه و هنیک^۵، ۲۰۰۷؛ کارولی^۶، ۱۹۹۳). به عبارت دیگر، خودنظم‌دهی فرایندی است که بر اساس 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^۷، ۲۰۰۸). مطالعات انجام شده نشان می‌دهند، افرادی که از خودنظم‌دهی پایینی برخوردارند، مهارت‌های لازم را برای تنظیم هیجان‌های خود ندارند و برای تنظیم هیجان‌های خود به ساختارهای بیرونی متکی هستند (تانگنی، بومیستر و بون^۸، ۲۰۰۴). این عامل نقش مهمی در پرهیز صرف مواد ایغا می‌کند (موراون، کولیتز و نینهوس^۹، ۲۰۰۲؛ موراون و همکاران، ۲۰۰۵؛ براون^{۱۰}، ۱۹۹۸؛ بامیستر، هزرتون و تیک^{۱۱}، ۱۹۹۴)؛ به طوری که نمرات خود نظم‌دهی، رابطه مثبتی با طول پرهیز از صرف مواد دارد و با افزایش نمرات خود نظم‌دهی، مدت پرهیز نیز افزایش می‌یابد (فراری، استیونز و جیسون^{۱۲}، ۲۰۰۹).

بر اساس اینکه اعتیاد یک بیماری غیرقابل کنترل، اجباری و با عودهای مکرر است، روش‌های درمانی زیادی برای آن به وجود آمده است، اما بیشتر افرادی که دارای این اختلال هستند به مراقبت‌های طولانی مدت و مکرری نیاز دارند (مؤسسه ملی صرف

۲۷۰
270

۱۴۰. ۱
۷۰۱، ۱۶، No. ۶۶، Winter 20۲۳
الله زمستانی، ۱۴۰. ۱
۷۰۱، ۱۶، No. ۶۶، Winter 20۲۳

-
- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

مواد^۱، ۲۰۱۶). یکی از رویکردهای درمانی، درمان ریتم اجتماعی و میانفردي^۲ است که نخستین بار توسط الن فرانک^۳ برای افراد مبتلا به اختلال دوقطبی طراحی شد (هابرگ^۴ و همکاران، ۲۰۱۳). این درمان به طور خاص برای مدیریت حوادث استرس‌زا، بهبود اختلالات اجتماعی و ریتم‌های شبانه‌روزی^۵ و پاییندی افراد به داروهای توسعه پیدا کرده است (استردو^۶ و همکاران، ۲۰۲۰؛ فرانک^۷ و همکاران، ۱۹۹۷) و بر الگوهای نامناسب و بی‌نظمی‌های ریتم شبانه‌روزی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی تمرکز دارد، مشکلات بین‌فردي 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 به منظور افزایش ثبات خلق و خو و تسهیل خواب است (هیراکاوا و تراو،^۸ ۲۰۱۹؛ فرانک، ۲۰۰۵). فرض بر این است که تغییر در سیستم‌های بیوشیمیابی که خواب، انرژی و خلق و خو را تنظیم می‌کند، خطر ابتلا به دوره‌های دوقطبی را در افراد آسیب‌پذیر افزایش می‌دهد و عوامل استرس‌زای بین‌فردي 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 میانفردي با ایجاد برنامه‌های روزمره برای خواب و بیداری، وعده‌های غذایی، فعالیت‌های هدفمند و رفع مشکلات بین‌فردي، باعث ثبات ریتم‌های اجتماعی بیماران، بهبود خلق و خو و عملکرد فعلی آنها می‌شود (فرانک، ۲۰۰۷). تا کنون اثربخشی این درمان بر بهبود افسردگی و خلق و خو (فرانک، ۲۰۰۷)، تعدیل افسردگی در بیماران مبتلا به افسردگی عمدی (کراو^۹ و همکاران، ۲۰۲۰)، تنظیم سبک زندگی و بهبود خلق و خو در افراد دارای اختلال دوقطبی (گلدشتاین^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۴)، بهبود عملکرد کلی (لام و چونگ^{۱۱}، ۲۰۲۱)، بهبود علائم اضطراب، افسردگی و شیدایی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی

۲۷۱

۲۷۱

سال شصت و هفتم، شماره ۶۴، زمستان ۱۴-۱، Vol. 16, No. 66, Winter 2023

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

(استراد و همکاران، ۲۰۲۰)، بهبود بدبنتظامی هیجان و کاهش عود در مصرف کنندگان مت آفتامین (قبری پیر کاشانی، 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 هاتیک، 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، ۲۰۲۱). مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد اگرچه شواهد تحقیقاتی مختلفی از اثربخشی درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردي بر متغیرهای مختلفی از نمونه‌های متفاوت مورد بررسی قرار گرفته؛ اما این گونه پژوهش‌ها در حوزه مصرف مواد کمتر انجام شده؛ لذا این مطالعه در جهت بررسی اثربخشی درمان ریتم 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 میان‌فردي بر ناگویی خلقی و خودنظم‌دهی در افراد مبتلا به مصرف مواد مراکز سرپایه، مؤثر است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مردان مبتلا به مصرف مواد مراکز سرپایی ترک اعتیاد شهر

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 ۵ سال، سواد خواندن و نوشتن، عدم مصرف داروهای روان‌پریشی، مدت مصرف مواد حداقل ۴۸ ماه و معیارهای خروج از پژوهش شامل عدم تعاییل 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 من ویتنی در نرم افزار اس‌پی‌اس‌اس تحلیل شدند. مطالعه حاضر، در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی لرستان با شناسه اخلاق IR.LUMS.REC.1400.243 مصوب گردیده است.

ابزار

۱. پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو^۱: این مقیاس در سال ۱۹۹۴ توسط پارکر، تیلور و باگبی^۲ 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 نمره گذاری معکوس هستند، به طوری که 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 روان‌سننجی این مقیاس مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (پارکر، تایلور و 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

دشواری در شناسایی احساسات ۰/۸۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵ و تفکر عینی ۰/۷۲ به دست آمده است که نشان می‌دهد این مقیاس از همسانی درونی خوبی برخوردار است. همچنین پایایی بازآزمایی آن نیز در دو نوبت با فاصله چهار هفته‌ای 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 درمان‌شناختی 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 خودنظم دهی^۱: پرسشنامه خودنظم دهی توسط براون، میلر و لاوندووسکی^۲ در سال ۱۹۹۹ برای سنجش فرایندهای مرتبط با خودنظم دهی 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 خودنظم دهی بالا، بین ۲۱۴ تا ۲۳۹ خودنظم دهی متوسط و پایین‌تر از ۲۱۳ نشان‌دهنده خودنظم دهی پایین در افراد است. روایی واگرایی پرسشنامه با مقیاس‌های مصرف کل ۰/۲۳، خطرپذیری ۰/۲۴۴ و برانگیختگی ۰/۴۶۹ به دست آمده است که نشان از معنادار بودن این روایی است. این پرسشنامه در ایران توسط برجعلی‌لو، مجتبه‌زاده 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

۲۷۴
۲۷۴

۱۴۰۱
۷۰۱، ۱۶، No. ۶۶، Winter 2023
سال زمستانی ۱۴۰۱، شماره ۷۰۱، ۱۶، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱

از شروع مداخله (پیش آزمون) و بعد از پایان یافتن جلسات درمان (پس آزمون) اجرا شد.
خلاصه جلسات درمان ریتم اجتماعی و میان فردی در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان ریتم اجتماعی و میان فردی

مرحله	جلسه	خلاصه محتوای جلسات
اولیه	اول	آشنایی افراد با روند جلسات درمانی، جمع آوری اطلاعات درمورد تاریخچه مصرف مواد، نوع مصرف، شدت مصرف، ارائه اطلاعاتی درباره ماهیت مصرف مواد و روند آن و اثرات محربی که مصرف مواد بر زندگی وی بر جای گذاشته است.
	دوم	جمع آوری اطلاعاتی درباره تعداد افراد مهم زندگی فرد، رابطه‌ای که فرد مصرف کننده مواد با آن‌ها دارد، انتظارات افراد از این روابط، دیدگاه‌های مثبت و منفی مرتبط با روابط و انتظاراتی که فرد مصرف کننده در خود یا دیگران انتظار دارد بینند.
	سوم	مشخص کردن 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 خلق و خو با روابط بین فردی و حوادث مهم زندگی مانند ازدست دادن عزیزان و غیره.
	چهارم	بحث کردن درمورد کشمکش‌های بین فردی، انتقال نقش و نقص‌های بین فردی در افراد مبتلا به مصرف مواد، تعریف و مشخص کردن این کشمکش‌ها و ارائه مهارت‌های عملی برای حل کردن این کشمکش‌ها.
میانی	پنجم	ناظارت و ثبت روال‌های روزمره، شناسایی و نظم دهی به این فعالیت‌ها، به کارگیری راهبردهایی برای منظم کردن ریتم‌های شبانه‌روزی و بررسی تأثیر منظم بودن روال‌ها بر خلق و خوی افراد.
	ششم	بهبود روابط بین فردی برای گسترش روابط اجتماعی و دریافت حمایت از افراد مهم زندگی، کاهش مشکلات بین فردی و تنهایی با افزایش دادن مهارت‌های اجتماعی و تثیت 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 مدیریت کردن آن، رابطه بین هیجانات فرد با روابطی که با افراد مهم زندگی خود دارد.
	هشتم	آموزش مهارت‌هایی برای تنظیم هیجانات و خلق و خو و آگاهی از رابطه بین هیجانات با وسوسه مصرف مواد، لغزش و عود مصرف.
پایانی	نهم	ناظارت و سنجش وضعیت خلق و خو 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 بین فردی، حل کردن مشکلات بین فردی و گسترش دادن راهکارهایی برای حل کردن مسائل بین فردی.
	یازدهم	ارزیابی کردن راهبردهایی که برای ارتقا روابط بین فردی استفاده شده است، بحث کردن درمورد احتمال لغزش، افکار و هیجانات پیش‌وپس آیند لغزش و مدیریت کردن آن‌ها.
دوازدهم		جمع‌بندی جلسات گذشته، کمک به افراد برای پیش‌بینی موقعیت‌های مشکل‌زا در روابط بین فردی و بررسی کردن راهبردهایی به کار برده شده به‌منظور مدیریت کردن آن‌ها.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند، اما ۶ نفر از گروه آزمایش به دلیل غیبت بیش از سه جلسه، عدم تمایل برای شرکت در پژوهش و عود مصرف در طی جلسات درمان و ۶ نفر از گروه کنترل به دلیل بیماری کرونا و عدم تمایل برای شرکت در پس آزمون 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 شدند. یافته‌های توصیفی نشان داد که میانگین سن شرکت کنندگان در گروه آزمایش ۳۷/۲۲ و در گروه کنترل ۳۶/۲۲ بود. بیشترین فراوانی تحصیلات در هر دو گروه، دبیلم 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 درصد سابقه اعتیاد در خانواده را گزارش دادند. تعداد سال‌های مصرف مواد در هر دو گروه آزمایش و کنترل، بیش از ۱۰ سال به ترتیب با فراوانی ۷۷/۸ و ۵۵/۵ درصد بود. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس آزمون ارائه شده است.

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

متغیرها	گروه	میانگین پیش‌آزمون	انحراف معیار پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون	انحراف معیار پس‌آزمون	میانگین	انحراف معیار
دشواری در تشخیص	آزمایش	۲۵/۵۵	۴/۶۶	۱۵/۶۶	۲/۴۴	۶/۷۰	۱/۳۲
احساسات	کنترل	۲۳/۸۸	۶/۹۳	۲۴/۷۷	۱/۳۶	۱۶/۸۸	۱/۱۶
دشواری در توصیف	آزمایش	۱۹/۷۷	۰/۶۶	۱۲/۱۳۳	۱/۳۶	۲۱/۴۴	۳/۸۱
احساسات	کنترل	۱۹/۷۷	۱/۰۹	۲۰/۱۱	۱/۳۶	۴۴/۸۸	۳/۴۰
تفکر عینی	آزمایش	۲۰/۸۸	۲/۷۱	۱۶/۸۸	۱/۱۶	۶۶/۲۲	۱۰/۴۶
ناگویی خلقی کل	آزمایش	۶۶/۲۲	۳/۸۶	۲۱/۴۴	۳/۸۱	۶۶/۳۳	۱/۴۱
کنترل	کنترل	۶۵/۸۸	۱۰/۴۰	۶۶/۳۳	۱/۴۱	۲۵/۳۳	۶/۶۳
پذیرش	آزمایش	۲۳/۰۰	۶/۱۸	۳۵/۰۰	۱/۴۱		
	کنترل	۲۳/۷۷	۶/۷۰				

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

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

۲۷۷
۲۷۷

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات ناگویی خلقی در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون کاهش یافته است؛ در حالی که در گروه کنترل میانگین نمرات در این متغیر تغییر چندانی نکرده است. همچنین بر اساس جدول ۲ میانگین نمرات خودنظم دهی در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، افزایش ولی میانگین نمرات در گروه کنترل در مرحله پس آزمون تغییر محسوسی نداشته است. به منظور بررسی تأثیر درمان ریتم اجتماعی و میانفردى بر ناگویی خلقی و خودنظم دهی به دلیل برقرار نبودن مفروضه‌های آزمون پارامتریک از آزمون ناپارامتریک یو من ویتنی برای مقایسه گروه آزمایش و کنترل استفاده شده است. در جدول ۳ نتیجه آزمون یو من ویتنی برای مولفه‌های ناگویی خلقی و خودنظم دهی در دو گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است.

جدول ۳: نتیجه آزمون یو من ویتنی مؤلفه‌های ناگویی خلقي و خودنظم‌دهی

P	Z	من ویتنی	میانگین رتبه‌ها	جمع رتبه‌ها	گروه‌ها	متغیر
۰/۰۰۲	-۳/۰۵	۶/۰۰	۱۳/۳۳	۱۲۰/۰۰	آزمایش کنترل	دشواری در تشخیص احساسات
۰/۰۰۱	-۳/۵۹	۰/۰۰۱	۱۴/۰۰	۱۲۶/۰۰	آزمایش کنترل	دشواری در توصیف احساسات
۰/۰۲۴	-۲/۲۵	۱۵/۵۰	۱۲/۲۸	۱۱۰/۰۰	آزمایش کنترل	تفکر عینی پذیرش
۰/۰۰۱	-۳/۳۸	۲/۵۰	۵/۲۸	۴۷/۵۰	آزمایش کنترل	ارزیابی راهاندازی
۰/۰۲۸	-۲/۲۰	۱۶/۰۰	۶/۷۸	۶۱/۰۰	آزمایش کنترل	بررسی برنامه‌ریزی
۰/۰۱۹	-۲/۳۴	۱۶/۵۰	۶/۶۱	۵۹/۵۰	آزمایش کنترل	اجرا
۰/۰۴۵	-۲/۰۹	۱۸/۵۰	۷/۰۶	۶۳/۵۰	آزمایش کنترل	سنجهش
۰/۰۰۴	-۲/۸۶	۹/۰۰	۶/۰۰	۵۴/۰۰	آزمایش کنترل	بر اساس نتایج جدول ۳، مقدار Z مشاهده شده ناشی از مقایسه دو گروه در خرده مقیاس دشواری در تشخیص احساسات بر مبنای آزمون یو من ویتنی 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 خلقي در افراد مبتلا به مصرف مواد را

۲۷۸
278

۱۴۰۱، ۷۰، ۱۶، No. ۶۶، Winter 2023

تغییر داده و بر آن تأثیر معناداری داشته است. همچنین Z مشاهده شده و سطوح آلفا در مؤلفه‌های پذیرش ($Z=-3/38$, $P=0/001$), ارزیابی ($Z=-2/20$, $P=0/028$), راهاندازی ($Z=-2/09$, $P=0/045$), بررسی ($Z=-2/34$, $P=0/019$)، برنامه‌ریزی ($Z=-3/17$, $P=0/004$)، اجرا ($Z=-2/86$, $P=0/004$) و سنجش ($Z=-2/87$, $P=0/004$) 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 و خودنظم‌دهی 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 همسوی 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 (قبری پیر کاشانی، شهیدی، حیدری و نجاتی، ۱۴۰۰)، بهبود بدنتظامی هیجان و کاهش عود در افراد وابسته به مت‌آمفتابین (قبری پیر کاشانی 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،

سطح هورمون‌ها و فشارخون تجربه می‌کنند (جونز، کناتسون و هینتز^۱، 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، فعال شدن 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 سالوروی^۲، ۱۹۹۰). این افراد در موقعیت‌های اجتماعی احساس ناراحتی می‌کنند و مشکلات زیادی را در روابط بین فردی و اجتماعی نشان می‌دهند و ممکن است از مواد مخدر و الكل برای آرامش خود در موقعیت‌های اجتماعی استفاده کنند (کاروکیو^۳ و همکاران، ۲۰۱۰؛ اسپیتزر، سیبل - جورگس، بارنو، گراب و فریبرگ^۴، ۲۰۰۵) تا برون‌گراتر و اجتماعی تر به نظر برستند 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 بین فردی 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^۵، ۲۰۰۷). با توجه به این که اختلال در ریتم‌های اجتماعی می‌تواند با تأثیر بر سیستم شبانه‌روزی بدن بر خلق و خوی افراد تأثیر داشته باشد (فرانک، سوارتز و کوفر^۶، ۲۰۰۰)، با تنظیم ریتم‌های اجتماعی به افراد آسیب‌پذیر کمک می‌شود تا خطر ابتلا به علائم خلقی را کاهش دهند. همچنین در این

۲۸۰
280

۱۴۰.۱
۷۰۱، ۱۶، No. ۶۶، Winter 2023
سال

-
1. Jones, Knutson & Haines
 2. Mayer, DiPaolo & Salovey
 3. Karukivi

4. Spitzer, Siebel-Jürges, Barnow, Grabe & Freyberger
5. Frank, Swartz & Boland
6. Kupfer

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 در هم آمیخته می‌شود. در غم و اندوه حل نشده، به بیمار کمک می‌شود تا احساسات در دنیاک خود را درباره روابط، مشاغل و فرصت‌های ازدست‌رفته ابراز کرده، روابط و اهداف جدیدتر را ایجاد کند و بر فرصت‌های آینده تمکن 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 استرس‌زا بی که منجر به شروع دوره‌های خلقی شده شناسایی می‌شوند (فرانک و همکاران، ۲۰۰۰). علاوه بر این، با استفاده از تکنیک‌های روان‌درمانی بین‌فردی مانند تجزیه و تحلیل 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 تمرين ابراز احساسات و ابراز وجود به وجود می‌آید (فرانک و همکاران، ۲۰۰۷). درنتیجه با استفاده از این مهارت‌ها، شدت عوامل استرس‌زا کاهش می‌باید و با حفظ ریتم‌های اجتماعی در مؤلفه رفتاری درمان، عزت‌نفس و حمایت اجتماعی افزایش می‌باید؛ چرا که افراد مبتلا به ناگویی خلقی دارای حمایت اجتماعی ضعیف و مشکلات بین‌فردی بیشتری هستند (مزیو ۱ 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^۱، ۲۰۱۶). درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی به عنوان یک درمان یکپارچه به افراد کمک می‌کند تا با پرداختن به مشکلات بین‌فردی و اجتماعی، تعداد و شدت عوامل استرس‌زا بین‌فردی را کاهش دهند و با منظم کردن 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 به حداقل رساندن بی‌نظمی هیجانی (سوارتز^۲

1. Meziou

3. Swartz

2. Margraf, Lavallee, Zhang & Schneider

و همکاران، ۲۰۱۱) نرخ بهبودی و دوره سلامتی طولانی تری را تجربه کنند (وینستوک^۱، ۲۰۱۴). بنابراین درمان ریتم اجتماعی و میان فردی با بهبود روابط بین فردی، گسترش شبکه های اجتماعی و ارائه حمایت اجتماعی (لیورس، جامسون و توربرگ^۲، ۲۰۱۳) به طور غیر مستقیم، نوسانات عاطفی را کاهش می دهد (قبری پیر کاشانی و همکاران، ۱۴۰۰) و با به کار گیری مهارت هایی برای ابراز هیجانات، شناسایی مشکلات بین فردی و تنظیم ریتم های شبانه روزی آسیب پذیری که در اثر استرس های بین فردی به وجود آمده اند، بر تمام مؤلفه های ناگویی خلقی اثربخشی لازم را داشته است تا افراد سطوح نا آگاهی هیجانی پایین تری را گزارش دهند.

بر اساس نتایج به دست آمده درمان ریتم اجتماعی و میان فردی بر خودنظم دهی در افراد مبتلا به مصرف مواد تأثیر مثبت و معناداری داشته است. در خصوص اثربخشی درمان ریتم اجتماعی و میان فردی بر خودنظم دهی در تحقیقات داخلی و خارجی پژوهشی یافته نشد و امکان مقایسه یافته ها وجود ندارد. اگرچه تحقیقات دیگری در خصوص خودنظم دهی در افراد وابسته به مواد (ابراهیمی و زینالی، ۱۳۹۷) انجام گرفته است. در توجیه یافته های حاصل از اثربخشی درمان ریتم اجتماعی و میان فردی بر خودنظم دهی می توان گفت که خودنظم دهی در مدیریت افکار و احساسات برای تغییر رفتار نقش مهمی دارد (باومیستر و وهس، ۲۰۰۷). معمولاً مصرف کنندگان مواد در تنظیم، درک و مدیریت احساسات و کنترل تکانشگری مشکلات زیادی دارند (فاکس، آکسلورد، پالیوال، اسلیپر و سینهها، ۲۰۰۷) و اغلب از خودنظم دهی پایین تری برخوردارند، در نتیجه در پیش بینی نیازهای دیگران توانایی کمتری دارند و اغلب به سمت مصرف مواد می روند (دوران، مک کارگ و کو亨، ۲۰۰۷). علاوه بر این، خودنظم دهی می تواند روابط سالم در آینده، مقابله مؤثر، سلامت روانی بهتر و همدلی بیشتر را در افراد پیش بینی کند (گالیتو، پلانتز، بوتز و بومستر، ۲۰۰۷؛ مشا، شودا و سک، ۱۹۸۸). درمان ریتم اجتماعی و میان فردی باعث

۲۸۲

سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

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

تبیین ریتم‌های روزمره افراد و در عین حال 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 شباهه‌روزی 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. درحالی که منظم بودن ریتم‌های اجتماعی با سلامت کلی، رضایت از زندگی و سلامت روانی مثبت در ارتباط است (مانک، فرانک، پوتز و کوفر، ۲۰۰۲). درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردي به طور خاص، الگوي ریتم‌های اجتماعی، رفتار اجتماعي و رویدادهایي که باعث بى‌نظمي می‌شوند را برای حفظ ریتم‌های شباهه‌روزی 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 میان‌فردي با منظم کردن ریتم‌های روزمره و کاهش نوسانات هیجانی با به کار گيری مهارت‌های روان‌درمانی بین‌فردی، باعث افزایش ثبات خلق و خو و کاهش عود (پاور، 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.

۲۸۳
283

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

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 به عنوان 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.

۲۸۴
284

منابع

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

اکبری، مریم؛ آریانپور، حمیدرضا و رضاپور میرصالح، یاسر (۱۴۰۱). اثربخشی واقعیت درمانی گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر مسئولیت‌پذیری، منع کنترل و کاهش دوز داروهای آگونیست در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده. *فصلنامه علمی اعتیاد‌پژوهی*، ۱۶(۶۵)، 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.

۱۴۰۱
۷۳، زمستان ۱۶، شماره ۶۶، Winter 2023

بر جعلی لو، سمية؛ مجتهدزاده، ریتا و محمدی، آین (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)، ۳۵-۴۵.

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) سوءصرف مواد. مجله علوم روان‌شناسی، 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). روش‌های تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی. تهران: نشر ویرايش. صادقی، رضا؛ سودانی، منصور و غلامزاده جفره، مريم (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش متمن کز 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 بسترهاي اعتیاد به مواد مخدر در زنان. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۳(۵۱)، ۵۴-۳۱.

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

قبیری پیر کاشانی، نیکزاد؛ شهیدی، شهریار؛ حیدری، محمود و نجاتی، وحید (۱۴۰۰). اثربخشی درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی (IPSRT) با و بدون درمان توابع‌بخشی شناختی مبتنی بر رایانه (CRT) در بهبود بد تنظیمی هیجان و بازداری پاسخ در سوءصرف کنندگان مت‌آفتامین. مجله بین‌المللی رفتارهای پرخطر و اعتیاد، ۱۰(۴)، ۹-۱.

نوجوان، نصرت، سلیمانی، اسماعیل و عیسی‌زادگان، علی (۱۴۰۱). اثربخشی مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی برولع 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.

- 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.

- 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., Erickson, J., Bauer, G., Kung, S., Stone, R., & Frye, M. A. (2013). Feasibility evaluation of an interpersonal and social

- 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). Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: a component of emotional intelligence. *Journal of personality assessment*, 54, 772-781.

۲۸۸
288

۱۴۰، ۱۶، ۶۹، زمستنی، ۲۰۲۳، شماره ۱۶، سال

- 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., Hunkeler, 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, I., 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-Alvarez, 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.

۲۸۹
289

سال
شماره
۱۴۰۶
۱۳۴-۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

- 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 men with different forms of substance addictions: a cross-sectional study. *Wiadomosci Lekarskie*, 73(6), 1129-1133.

۲۹۰
290

۱۴۰، ۱۶، ۵۹، زمستنی، ۶۹، ۰۹، ۲۰۲۳