

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

Saadatkhah M¹, *Narimani M², Mousazadeh T³, Taklavi Varnyab S³

Author Address

1. Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran;
2. Professor, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.

*Corresponding author's email: narimani@uma.ac.ir

Received: 2019 December 28; Accepted: 2020 March 27

Abstract

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

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

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

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

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

مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ناگویی خلقی در مردان دارای اختلال اعتیاد به مواد مخدر

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

توضیحات نویسندگان

۱. گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران؛
 ۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران؛
 ۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.
 *رایانامه نویسنده مسئول: narimani@uma.ac.ir

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

چکیده

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

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون چندگروهی و مرحله پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی مردان وابسته به اختلال اعتیاد شهر اردبیل تشکیل دادند که در سال ۹۷-۱۳۹۶ به اداره بهزیستی برای درمان مراجعه کردند. تعداد ۴۵ نفر از افراد واجد شرایط به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی در گروه آزمایش دیالکتیکی، گروه آزمایش ذهن‌آگاهی و گروه گواه قرار گرفتند (هر گروه پانزده نفر). ابزار پژوهش مقیاس بیست‌سؤالی ناگویی خلقی تورنتو (بگی و همکاران، ۱۹۹۴) بود. جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی در هشت جلسه براساس تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی مک‌کی و همکاران (۲۰۱۸) و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در هشت جلسه براساس جلسات آموزشی سگال و همکاران (۲۰۱۳) صرفاً برای گروه‌های آزمایش اجرا شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی LSD در نرم‌افزار SPSS استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

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

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

کلیدواژه‌ها: رفتاردرمانی دیالکتیکی، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، ناگویی خلقی، اختلال اعتیاد به مواد مخدر.

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

ناگویی خلقی، ویژگی شخصیتی است که شامل اختلال در احساسات شناختی، اختلال در احساسات توصیفی و تفکر عینی (متماثل به سبک فکرکردن خیالی) می‌شود؛ همچنین به‌معنای «فقدان کلمات برای بیان احساسات» مفهومی است که توسط سیف‌نوس در سال ۱۹۷۰ براساس مشاهدات و تجربیات بالینی خود در بیمارستان عمومی شهر بوستون ابداع شد. این واژه اصطلاح یونانی «آلکسیمیا»^۱ است که در آن a به‌معنای فقدان، لکسیس^۲ به‌معنای کلمات و تایمیس^۳ به‌معنای احساسات است؛ بنابراین معنای لغوی این اصطلاح فقدان لغات برای بیان هیجان‌ات است (۵). بین ناگویی خلقی و اختلال روانی ازجمله تکانشگری، نبود مسئولیت‌پذیری و رفتار ضداجتماعی در افراد وابسته به هروئین رابطه‌ی معنادار وجود دارد (۶) و بین مؤلفه‌های ناگویی خلقی و پرخاشگری میان معتادان و افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد (۷). بهبودی در ناگویی خلقی در افراد به‌ویژه در معتادان می‌تواند به بهبود تفکرات، احساسات و سبک شناختی یا جهت‌گیری بیرونی و به‌تبع آن بهبود و پیشرفت در زندگی شخصی خود کمک کند؛ زیرا تحقیقات رابطه‌ی معناداری را بین ناگویی خلقی و آمادگی به مواد مخدر (۸)، رابطه با سوء‌مصرف مواد، دارو و وابستگی به الکل (۹)، همچنین پیش‌بینی آمادگی فرد به اعتیاد با ابعاد ناگویی خلقی، نشان داده‌اند (۱۰)؛ بنابراین طبق نتایج مطالعات پیشین، می‌توان با پرورش توانایی‌های کنترل و تنظیم هیجان‌ات، به‌عنوان سپری دفاعی در برابر اعتیاد بهره‌جست (۱۱).

مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود افراد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد زیاد است، مقابله کنند و مقاومت بیشتری از خود نشان دهند (۱۲). تحقیقات متفاوتی با رویکردهای درمانی مختلف، برای

بهبودی این ویژگی شخصیتی انجام شده است؛ ولی براساس درمان‌های موج سوم تحقیقی در این زمینه صورت نگرفته است. یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی دیالکتیکی است که توسط مارشا لینهان^۴ برای درمان اختلال شخصیت مرزی ابداع شد و در سال ۲۰۰۱ برای درمان آن به‌صورت سرپایی شناخته شد. این رویکرد مبتنی بر نظریه زیست-اجتماعی تبادلی است؛ بنابراین برای تنظیم خلق اختلال شخصیت مرزی مناسب است. این رویکرد توسط فلسفه دیالکتیکی دو دیدگاه متضاد یعنی درمان شناختی-رفتاری و مراقبه را در قالب مجموعه‌ای منسجم از اصول درمانی به‌کار می‌برد. این درمان در اختلالات دیگری ازجمله در درمان اعتیاد نیز استفاده می‌شود (۱۳)؛ مثلاً تحقیقات اثربخشی معنادار رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش علائم در افراد وابسته به اختلالات اعتیاد (۱۴)، درمان مناسب برای مداخله در اختلالات مصرف مواد (۱۵)، کاهش طرحواره‌های ناسازگار در افراد معتاد (۱۶) و بهبود رفتارهای مرتبط با الکل و تنظیم عواطف در بیماران وابسته به الکل (۱۷) را نشان داده‌اند.

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

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

3. Thymios

4. Marsha Linehan

1. Alexithymia

2. Lexis

خُلُقی در مردان دارای اختلال اعتیاد به مواد مخدر بود.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر، از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون چندگروهی و مرحله پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی مردان دارای سوءمصرف مواد شهر اردبیل تشکیل دادند که در سال ۹۷-۱۳۹۶ به اداره بهزیستی برای درمان مراجعه کردند تعداد هر گروه پانزده نفر بود؛ بنابراین ۴۵ نفر از افراد واجد شرایط به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در سه گروه (دو گروه درمان دیالکتیکی و درمان ذهن‌آگاهی و یک‌گروه گواه) به‌طور تصادفی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به تحقیق عبارت بود از: تشخیص قطعی اعتیاد و مصرف مواد بیش از یک سال؛ دریافت نکردن روان‌درمانی و دارودرمانی قبل از ورود به تحقیق؛ مذکور بودن؛ دامنه سنی بیشتر از هفده سال؛ تحصیلات دیپلم تا دکتری؛ تکمیل رضایت‌نامه. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از تحقیق شامل حاضر نشدن در جلسات، داشتن اختلالات روان‌پزشکی شدید، داشتن افکار خودکشی، داشتن بیماری‌های ناتوان‌کننده مانند سرطان و هیپاتیت و تمایل نداشتن به شرکت در تحقیق بود.

در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارهای زیر به‌کار رفت.

- مقیاس ناگویی خُلُقی تورنتو^۱: در این پژوهش از مقیاس بیست‌سؤالی ناگویی خُلُقی ارائه‌شده در سال ۱۹۹۴ استفاده شد. این مقیاس را تیلور^۲ در سال ۱۹۸۶ ساخت و در سال ۱۹۹۴ توسط بگی و همکاران تجدیدنظر شد (۲۴). سال‌ها مقیاس ناگویی خُلُقی تورنتو بیست‌سؤالی تنها مقیاس خودگزارشی برای سازه ناگویی خُلُقی بود که برای پژوهش‌ها و کار بالینی مناسب قلمداد شد و ساختار چهارعاملی داشت. از آن زمان تلاش‌هایی برای ارتقا و بهبود این مقیاس انجام گرفت تا اینکه پژوهشگران برخلاف ساختار چهارعاملی در نسخه ابتدایی، با تحلیل عاملی اکتشافی به تأیید دوعاملی برای این مقیاس رسیدند. نسخه تجدیدنظرشده مقیاس ناگویی خُلُقی تورنتو بیست‌سؤالی است و شیوه نمره‌گذاری این آزمون براساس مقیاس لیکرت (۱=کاملاً مخالف تا ۵=کاملاً موافق) است. تنها سؤالات ۴، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره آزمون در این پرسشنامه ۲۰ و حداکثر آن ۱۰۰ است که مساوی یا کمتر از ۵۱ غیر آکسی‌تایمیا و مساوی یا بزرگ‌تر از ۶۱ آکسی‌تایمیا محسوب می‌شود (۲۴). بگی و همکاران دریافتند که در پژوهش اعتباریابی آن‌ها، مقیاس ناگویی خُلُقی تورنتو بیست‌سؤالی واجد سه عامل ساختاری است که با سازه ناگویی خُلُقی همخوانی دارد. پژوهش‌های دیگر نیز از این نتایج حمایت کردند (۲۴). در این مقیاس، سازه ناگویی خُلُقی در سه زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در بیان احساسات و تفکر با جهت‌گیری خارجی ارزیابی می‌شود: خرده‌مقیاس اول شامل هفت ماده است که توانایی آزمون‌دهی را در شناسایی احساسات و تمایز میان احساسات با حس‌های بدنی ارزیابی می‌کند؛ خرده‌مقیاس دوم پنج ماده دارد که توانایی شخص را

در بیان احساسات و اینکه آیا قادر است احساسات خود را در قالب لغات بیان کند یا خیر، می‌سنجد؛ خرده‌مقیاس سوم هشت ماده دارد و میزان درون‌نگری و عمیق‌شدن فرد را در احساسات درونی خود و دیگران بررسی می‌کند (۲۴). نسخه فارسی مقیاس ناگویی خُلُقی تورنتو توسط بشارت پایایی و روایی شد. در پژوهش وی، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی خُلُقی کل ۰/۸۵ و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات ۰/۸۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵ و تفکر عینی ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. پایایی بازآزمایی مقیاس ناگویی خُلُقی تورنتو در نمونه‌ای ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از $I=0/87$ تا $I=0/87$ برای ناگویی خُلُقی کل و زیرمقیاس‌های مختلف به تأیید رسید. روایی هم‌زمان مقیاس ناگویی خُلُقی تورنتو برحسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این ابزار و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی و تأیید شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد، بین نمره آزمون‌دهی‌ها در مقیاس ناگویی خُلُقی کل با هوش هیجانی ($I=0/80$, $p<0/001$)، بهزیستی روان‌شناختی ($I=-0/78$, $p<0/001$) و درماندگی روان‌شناختی ($I=0/44$, $p<0/001$) همبستگی معنادار وجود دارد. ضرایب همبستگی بین زیرمقیاس‌های ناگویی خُلُقی و متغیرهای مذکور نیز معنادار بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در نسخه فارسی مقیاس ناگویی خُلُقی تورنتو تأیید کرد (۲۵).

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

2. Taylor

1. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی	
جلسات	محتوای جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT)
اول	آشنایی با اعضا، بیان موضوع و اهداف درمان و تعداد جلسات، اجرای پیش‌آزمون
دوم	آموزش مفهوم کلی درمان و مشکل، آماده‌سازی اعضا و بستن بعضی قراردادهای درمانی از جمله درباره رفتار خودتخریبی. انجام تمرین نظام‌مند برای حفظ سلامت روانی و فیزیکی
سوم	توضیح اجزای درمان و آموزش مهارت در چهار حیطه: مهارت‌های ذهن‌آگاهی؛ مهارت کارآمدی بین‌فردی؛ مهارت تحمل پریشانی (رنج)؛ مهارت تنظیم هیجان. ابتدا آموزش حیطه اول در این جلسه.
چهارم	تکالیف خانگی: تمرین تمرکز بر یک‌شیء؛ مثلاً خوردن شیرینی و تمرکز بر تمامی جوانب آن از جمله مزه و طعم و غیره، تمرین تنفس آگاهانه
پنجم	مرور مطالب جلسه قبل، توضیح اجزای درمان و آموزش مهارت افزایش کارآمدی بین‌فردی، تهیه فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش در لیست تکالیف خانگی: مثلاً چگونگی کنترل رفتار تکانه‌ای خود، تمرین نه گفتن
ششم	مرور تکالیف خانگی، توضیح تأثیر تکالیف، آماده‌کردن فرد برای تغییر، مهارت تحمل پریشانی (رنج)، مهارت پرت‌کردن حواس، مواجهه‌شدن با احساسات و موقعیت‌های سخت و دشوار، تحمل و پذیرش موضوعات بحرانی.
هفتم	تکالیف خانگی: خودآرام‌بخشی با حواس پنج‌گانه، نحوه پرت‌کردن حواس از چیزهای رنج‌آور، مهارت پذیرش بنیادین
هشتم	مرور محتوای جلسه قبل و بررسی تکالیف، آموزش مهارت تنظیم هیجان، آموزش مهارت‌های مهم از جمله افزایش هیجان‌ات مثبت و کاهش هیجان‌ات منفی، ابراز وجود، جرئت‌داشتن و عزت‌نفس.
نهم	تکالیف خانگی: تمرین شناسایی هیجان‌ات و ثبت آن‌ها؛ مثلاً ثبت رفتارهای خودآسیب‌رسان، برنامه‌ریزی خواب، ورزش، خوراک و برنامه تفریحی
دهم	مرور محتوای جلسه قبل و بررسی تکالیف، آموزش ارتباط مثبت با خانواده و اطرافیان
یازدهم	تکالیف خانگی: تمرین تناسب‌بخشی بین رفتار خود و دیگران
دوازدهم	مروری بر تمامی جلسات گذشته، ارائه راهبردهای نهایی، داشتن برنامه‌ریزی کامل برای بعد از اتمام دوره درمان، اجرای پس‌آزمون

جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	
جلسات	محتوای جلسات درمان شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT)
اول	آشنایی با اعضا، ارائه توضیحات مقدماتی درخصوص بیان موضوع و اهداف درمان و تعداد جلسات نیز پیش‌آزمون اجرا شد.
دوم	آموزش مفهوم درمان ذهن‌آگاهی، مرور واکنش به جلسه قبل، توضیح مختصری درباره نحوه مدیتیشن و مراقبه اسکن بدن صورت گرفت.
سوم	تکالیف خانگی: تمرین خانگی برای مراقبه اسکن بدن
چهارم	آموزش ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان و بیان چگونگی قضاوت‌نشدن مهارت‌ها صورت گرفت. از شرکت‌کنندگان خواسته شد شکلاتی را که در دستشان است با تمامی احساسات و توجه کامل بخورند. آنگاه که احساساتشان به این روش از خوردن معطوف شد، از آنان خواسته شد نظرات خود را بگویند.
پنجم	تکالیف خانگی: تمرین خوردن کشمش با توجه و ذهن‌آگاهی و بدون قضاوت و نوشتن نظرات و احساسات خود
ششم	بررسی افکار و احساسات و نحوه پاسخ‌های مقابله‌ای به احساسات درونی و بیرونی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه) انجام پذیرفت. در ادامه خواسته شد مراقبه اسکن کل بدن صورت گیرد و سپس به قسمتی از بدن معطوف شوند. بعد از شرکت‌کنندگان خواسته شد هیجانی‌بودن و خردمندانه‌بودن این مراقبه را توضیح دهند؛ همچنین موانع تمرین (از جمله بی‌قراری و پرسه‌زدن ذهن و...) را بازگو کنند.
هفتم	تکالیف خانگی: مراقبه اسکن کل بدن و سپس معطوف به قسمتی از بدن و نوشتن هیجان‌اتشان
هشتم	توضیح تأثیرات انجام اعمال ذهن‌آگاهی و نحوه از بین بردن موانع تمرین بررسی شد و روش غیرقضاوتی‌بودن و رهاکردن افکار مزاحم تمرین شد.
نهم	تکالیف خانگی: در آخر این جلسه تمرین خانگی داده شد؛ مثل تمرین اسکن بدن به صورت نشسته، تمرین سه دقیقه‌ای فضای تنفسی، تمرین دیدن و شنیدن و نوشتن نظرات و احساسات خود
دهم	بررسی تمرینات خانگی و نحوه مقابله با افکار و نگرش‌ها و موقعیت‌های ناخوشایند براساس مراقبه نشسته چهاربعدی مثل توجه به تنفس، افکار، صداها، بدن.
یازدهم	تکالیف خانگی: انجام مراقبه نشسته و مقابله با افکار ناخوشایند
دوازدهم	نقاط قوت و ضعف بررسی شد، اینکه در تمرینات خانگی چه کارهایی انجام دادند و کدام یک تأثیرگذار بود و کدام یک اثری نداشت. در ادامه این جلسه دنباله مراقبه نشسته گفته شد و کاربرد آن در زندگی روزمره تمرین شد؛ همچنین تکالیف خانگی در این باره داده شد.
سیزدهم	تکالیف خانگی: مثلاً «در موقعیت‌های ناگوار چطور باید از خود مراقبت کرد».
چهاردهم	مروری بر تمامی جلسات گذشته، ارائه راهبردهای نهایی، اینکه برنامه‌ریزی کاملی برای بعد از اتمام دوره درمان داشته باشند و اجرای پس‌آزمون صورت گرفت.

۳ یافته‌ها

آزمودنی‌های این پژوهش را فقط مردان تشکیل دادند که در دامنه سنی بیشتر از هفده سال قرار داشتند. درصد بیشتر (۴۴/۴ درصد) از تعداد کل مربوط به رده سنی ۱۷ تا ۲۵ سال بود. در قسمت تأهل، مجردان با ۸۴/۴ درصد بیشتر بودند. از لحاظ تحصیلات، افراد دارای تحصیلات کمتر از دیپلم درصد بیشتری (۶۴/۴ درصد) داشتند و از لحاظ شغلی نیز بیکارها ۸۴/۴ درصد بودند که در تک‌تک گروه‌ها این مطالب صدق کرد. در هر سه گروه موضوعات یادشده بیشتر بود. در نهایت مواد مصرفی بیشتر شیشه بود که ۴۲/۲ درصد را به خود اختصاص داد. در گروه‌های دیالکتیکی و گواه نیز درصد این مواد بیشتر از بقیه بود و فقط در گروه ذهن‌آگاهی درصد کراک با شیشه یکی بود (جدول ۳).

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی نظیر میانگین و انحراف معیار استفاده شد؛ همچنین روش‌های استنباطی نظیر آزمون کرویت موجلی برای بررسی یکنواختی کوواریانس، پیش‌فرض‌های کوواریانس (از جمله طبیعی بودن توزیع نمرات به وسیله کولموگروف اسمیرنوف با نتیجه بین $+2$ و -2 ، همگونی واریانس‌ها توسط آزمون لون با سطح معناداری بیشتر از $0/05$ ، اجرای آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی پیش‌آزمون)، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی LSD به کار رفت. تمامی داده‌ها به وسیله نرم‌افزار آماري SPSS تجزیه و تحلیل شدند. سطح معناداری آزمون‌ها $0/05$ در نظر گرفته شد.

جدول ۳. مؤلفه‌های دموگرافیک به تفکیک گروه‌های شرکت‌کننده

متغیرها	گروه دیالکتیکی		گروه ذهن‌آگاهی		گروه گواه	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سن	۵	۳۳/۰	۷	۴۶/۰	۸	۵۳/۳
	۴	۲۷/۰	۳	۲۰/۰	۳	۲۰/۰
	۳	۲۰/۰	۳	۲۰/۰	۰	۰
	۲	۱۳/۰	۱	۷/۰	۲	۱۳/۳
	۱	۷/۰	۱	۷/۰	۲	۱۳/۳
تأهل	۱۳	۸۶/۷	۱۲	۸۰/۰	۱۳	۸۶/۷
	۲	۱۳/۳	۳	۲۰/۰	۲	۱۳/۳
تحصیلات	۹	۶۰/۰	۱۱	۶۹/۰	۹	۵۹/۰
	۴	۲۶/۷	۴	۲۵/۰	۴	۲۷/۰
	۲	۱۳/۳	۱	۶/۰	۰	۰
	۰	۰	۰	۰	۱	۷/۰
	۰	۰	۰	۰	۱	۷/۰
شغل	۱۳	۸۶/۷	۱۴	۹۳/۰	۱۱	۹۲/۰
	۲	۱۳/۳	۱	۷/۰	۴	۸/۰
	۱	۷/۰	۱	۷/۰	۲	۱۳/۰
مواد مصرفی	۰	۰	۱	۷/۰	۱	۷/۰
	۱	۷/۰	۱	۷/۰	۴	۲۷/۰
	۸	۵۳/۰	۶	۴۰/۰	۵	۳۳/۰
	۵	۳۳/۰	۶	۴۰/۰	۳	۲۰/۰
	۱	۷/۰	۱	۷/۰	۲	۱۳/۰

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

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

در جدول ۴ میانگین و انحراف معیارهای سه گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است. در نمرات میانگین پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون تغییرات درخورتوجهی دیده شد؛ یعنی بر اثر اعمال درمان‌ها در گروه‌های دیالکتیکی و ذهن‌آگاهی کاهش وجود داشت و در گروه گواه تغییر محسوسی در پس‌آزمون و پیگیری

کرویت نیز برقرار نبود ($p < 0/001$)؛ بنابراین از نتیجهٔ آزمون و برای بررسی معناداری تغییرات کاهشی یادشده، روش تحلیل گرین-هاوس - گیسر استفاده شد؛ از این رو باتوجه به نتایج پیش فرض‌ها واریانس با اندازه‌گیری مکرر به‌کار رفت (جدول ۵).

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

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

باتوجه به مندرجات جدول ۵، اثر زمان، اثر گروه و اثر متقابل زمان و گروه معنادار بود ($p < 0/001$). معناداری اثر «زمان» در درمان‌های دیالکتیکی و ذهن‌آگاهی نشان داد که ناگویی خُلقی در طول درمان در حال کاهش بوده است. اثر «گروه» نیز مشخص کرد که در میانگین نمرات بین گروه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد. معنادار بودن اثر «زمان و گروه» نیز به این معنا بود که اثر درمانی روی گروه‌ها متفاوت است. برای مقایسهٔ زوجی گروه‌ها از آزمون مقایسهٔ میانگین استفاده شد (جدول ۶).

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

متغیر	گروه‌ها	مراحل آزمون	پس‌آزمون		
			تفاوت میانگین	خطای معیار	P
درمان	دیالکتیکی	پیش‌آزمون	* ۱۰/۲۰۰	۵/۷۶۱	< ۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	-	-	-
ناگویی خُلقی	ذهن‌آگاهی	پیش‌آزمون	* ۱۰/۲۶۷	۱/۳۸۹	< ۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	-	-	-
گواه		پیش‌آزمون	۰/۵۳۳	۰/۷۴۲	۰/۴۸۴
		پس‌آزمون	-	-	-

جدول ۶ نشان می‌دهد، در گروه‌های آزمایش اختلاف بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار است ($p < 0/001$)؛ ولی در گروه گواه اختلاف بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار نیست ($p = 0/484$)؛ همچنین در مقایسهٔ میانگین نمرات بین پس‌آزمون و پیگیری در گروه درمان دیالکتیکی ($p = 0/016$) و گروه درمان ذهن‌آگاهی ($p = 0/013$) تفاوت معنادار است؛ بنابراین باتوجه به افزایش اندک میانگین نمرهٔ ناگویی خُلقی در هر دو درمان و در مرحلهٔ پیگیری به‌نظر می‌رسد که اثرات درمان‌ها ماندگاری ندارد.

۴ بحث

هدف این پژوهش مقایسهٔ اثربخشی دو روش رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ناگویی خُلقی در مردان دارای اختلال اعتیاد به مصرف مواد بود. یافته‌ها نشان داد دو روش مذکور تأثیر معناداری بر بهبود ناگویی خُلقی مردان دارای اختلال اعتیاد به مواد مخدر داشتند. ناگویی خُلقی از متغیرهای واسطه‌ای بسیار مهم در خصوص زندگی شخصی هر فرد به‌ویژه در افراد با سوءمصرف مواد مخدر است و با روش‌های درمانی موج سوم که به‌نسبت درمان‌های جدیدی‌اند، برای درمان آن اقدام شده است. درخصوص متغیر ناگویی خُلقی در افراد دارای سوءمصرف مواد مخدر به‌صورت مستقیم تحقیقی صورت نگرفته است؛ ولی برای دیگر هیجانات و رفتارهای

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

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

۵ نتیجه‌گیری

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

۶ تشکر و قدردانی

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

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری دانشگاه آزاد واحد اردبیل در گروه روان‌شناسی با کد ۱۵۰۵۹۷۱۰۷۰۵۹۷۱۰۱۱۹۲ است. همه شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه شرکت در پژوهش را تکمیل کردند؛ همچنین به منظور حفظ حرمت انسانی و رعایت ملاحظات اخلاقی، برای اجرای جلسات درمانی با برنامه‌ریزی قبلی و هماهنگی با مسئولان مراکز ترک اعتیاد، از تمامی افراد شرکت‌کننده که در سال ۱۳۹۷ برای درمان اعتیاد به مراکز درمانی به‌زیستی مراجعه کرده بودند، دعوت شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

منابع مالی

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

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول پژوهشگر اصلی، نگارنده مقدمه، بحث و یافته‌ها و کاربرد SPSS بود که در انجام این پژوهش ۵۰ درصد مشارکت داشت. نویسنده دوم تحلیل داده‌ها را برعهده داشت که در انجام این پژوهش ۳۰ درصد مشارکت داشت. نویسندگان سوم و چهارم به ترتیب نگارنده روش‌شناسی و بررسی جداول بودند که هر یک در انجام این پژوهش ۱۰ درصد مشارکت داشتند.

References

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

addicts. *Scientific Quarterly Research on Addiction*. 2013;6(24):27–36. [Persian] <https://etiadjpajohi.ir/article-1-308-en.pdf>

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