

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 پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۱۳

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 یومن‌ویتی 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:

Fatemebagheri037@gmail.com

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

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^۱، ۲۰۱۸) که عوامل متعدد زیستی، روانی، اجتماعی، خانوادگی و داروشناختی در پیدایش آن نقش اساسی دارند (گالانتر^۲، ۲۰۰۶). سوء مصرف مواد^۳ که به عنوان 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^۴، ۲۰۱۴) و به یکی از بیست عامل اصلی مشکلات مرتبط با سلامت افراد در سراسر جهان تبدیل شده است (سلیمان، علم، حبیب، عبدالله و حسن، ۲۰۲۲). بر اساس گزارش جهانی مواد مخدر^۵، حدود ۳۵ میلیون نفر از اختلالات مصرف مواد رنج می‌برند (دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد^۶، 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^۷ و همکاران، ۲۰۲۱؛ دجنهارت^۸ و همکاران، ۲۰۱۹). در ایران نیز شیوع مصرف مواد ۱۱/۹ درصد (مرادیان آذر و همکاران، ۲۰۲۰؛ نوجوان، سلیمانی و عیسی‌زادگان، ۱۴۰۱) و شیوع سوء مصرف مواد بیش از ۵/۴ درصد برآورد شده است (عنایت و غفاری، ۱۳۹۸؛ صادقی، سودانی و غلامزاده جفره، ۱۳۹۹؛ اکبری، آریانیپور و رضاپور میرصالح، ۱۴۰۱). بنابراین؛ با افزایش سرسام‌آور مصرف مواد، این پدیده همچنان به عنوان یک نگرانی بهداشتی در سراسر جهان مطرح است؛ چرا که با مشکلات سلامتی مزمن و حادی مانند بیماری‌های قلبی و عروقی، سرطان (معمدی و همکاران، ۲۰۱۶؛ پوم پیلی^۹ و همکاران، ۲۰۱۵)، فشارخون بالا/اسکته مغزی، عوارض باروری، دیابت، مشکلات تنفسی و آسیب کبدی (شولت و هسر^{۱۰}، 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

ارتباط است و بیش از هر بیماری قابل پیشگیری دیگری به بیماری، ناتوانی و مرگ افراد منجر می‌شود (مؤسسه ملی سوء مصرف مواد مخدر^۱، 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^۲ است (ولز^۳، ۲۰۰۲). معمولاً افراد مبتلا به سوء مصرف 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 در مورد ولع مصرف هستند (اسپادا، کاسلی، نیکوویچ و ولز^۴، 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^۵، 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^۶ 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 در مورد تفکر و فرایندهای مربوط به آن دارند (جانک، کالامری، ریمان و هفولینگر^۷، 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
4. Metacognitive
3. Wells
4. Spada, Caselli, Nikcevic, & Wells

5. Wells & Cartwright-Hatton
6. Cognitive Attentional Syndrome
7. Janeck, Calamari, Riemann & Heffolinger

از سوی دیگر، الکسی تایمیا^۱ یکی از ویژگی‌های شخصیتی است که در ایجاد اعتیاد دخالت دارد (موری^۲ و همکاران، ۲۰۱۶) و بر توانایی افراد در تشخیص، مدیریت و بیان احساسات و حالات جسمانی تأثیر می‌گذارد (تیلور، بگبی و پارکر^۳، ۱۹۹۷). در مطالعات متعددی مشخص شده است که افراد با سطوح بالای الکسی تایمیا مصرف الکل بیشتر و در کل وابستگی بیشتری به مواد مخدر دارند (کوبان و اوندر^۴، ۲۰۲۱). این اصطلاح به معنی اختلال در پردازش هیجانی، به ویژه نارسایی در شناسایی و تشخیص هیجان‌ها است (چن، وو، جینگ و چان^۵، ۲۰۱۱) و با نارسایی در شناسایی احساسات، نارسایی در توصیف احساسات خود به صورت کلامی و سبک شناختی عینی شناسایی می‌شود (زیووتوفسکا^۶ و همکاران، ۲۰۲۰؛ همینگ، تیلور، هادوک، شاو و پرات^۷، ۲۰۱۹). شیوع الکسی تایمیا در بیماران دارای اختلال مصرف مواد حدود ۴۲ تا ۶۷ درصد است (کوریوس و بکرا^۸، ۲۰۱۸؛ پالما-الوارز^۹ و همکاران، ۲۰۲۱). تحقیقات اخیر نیز نشان می‌دهد که الکسی تایمیا با اعتیاد شدید (کوریوس و بکرا، ۲۰۱۸؛ استاسیوز^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۲؛ توربرگ^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۱) افکار ناخواسته و وسواسی درباره مصرف مواد (لیورس، لی سیچکا و توربرگ^{۱۲}، ۲۰۱۴؛ توربرگ و همکاران، ۲۰۱۱) و سطح بالاتر ولع (سالدین^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۲؛ توربرگ و همکاران، ۲۰۱۱) همراه است.

در سال‌های اخیر پیشرفت‌های زیادی در درمان اختلالات مصرف مواد به صورت مداخلات دارویی، روان‌شناختی و اجتماعی به وجود آمده است (مک کی^{۱۴}، 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

روش‌های درمانی که برای منظم کردن تجارب رفتاری، عاطفی-هیجانی و شناختی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد متناسب است، درمان فراتشخیصی یکپارچه^۱ است (میرابی، حسنی، گلشنی و کشاورزی ارشدی، ۱۳۹۹). این درمان از جمله رویکردهای درمانی جدید در زمینه مشکلات هیجانی است که توسط بارلو^۲ و همکاران (۲۰۱۰) برای افرادی که مبتلا به اختلالات هیجانی، به ویژه اختلالات خلقی و اضطرابی هستند، به وجود آمده است (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷). این پروتکل یک مداخله شناختی رفتاری فراتشخیصی است که مکانیسم‌های مشترک مرتبط با روان‌رنجورخویی و اختلال در تنظیم هیجان را که زمینه‌ساز همه اختلالات اضطرابی، افسردگی و مرتبط با هیجان است را مورد هدف قرار می‌دهد (بولیس، بوچر، سوآر-رزاولا، فارچوین و بارلو^۳ و همکاران، ۲۰۱۹؛ بارلو، سوآر-زاولا، کارل، بولیس و الارد^۴، 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 تامسون^۵، ۲۰۰۷). فرض بر این است، افراد مبتلا به اختلالات هیجانی از راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه‌ای استفاده کرده و سعی می‌کنند تا با هیجان‌ناخوشایند خود روبه‌رو نشوند یا شدت آن‌ها را کاهش دهند، که این امر باعث می‌شود علائم بیماری آن‌ها تداوم داشته باشد؛ از این رو در این درمان به بیماران کمک می‌شود تا با هیجان‌ناخوشایند خود مواجه شوند، این هیجان‌ناخوشایند را تجربه کنند و به طور سازگارانه‌تری به آن‌ها پاسخ دهند (فارچوین^۶ و همکاران، ۲۰۱۲). این پروتکل یکپارچه دارای پنج بخش درمانی است که عبارت‌اند از: آگاهی هیجانی مبتنی بر زمان حال، انعطاف‌پذیری شناختی، شناسایی و جلوگیری از الگوهای اجتناب هیجانی، افزایش آگاهی از احساسات 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

و داگلیش^۱، (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، موریلانا، ونکسلا و گالوز-لارا^۲، ۲۰۲۱)، کاهش پیامدهای مرتبط با نوشیدن، اضطراب 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 سوء مصرف مواد و دشواری‌هایی که در درمان این افراد وجود دارد (تاپلین و ماتیک^۳، 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^۴، 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 این گونه پژوهش‌ها بر متغیرهای باورهای فراشناختی و الکسی تایمیا در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد انجام نشده است؛ لذا این مطالعه در جهت بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش باورهای فراشناختی ناکارآمد و الکسی تایمیا اجرا شده است تا اثربخشی آن مشخص شود و در عرصه کمک به افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مورد استفاده قرار گیرد. از این رو، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سوال بود که آیا درمان فراتشخیصی یکپارچه بر باورهای فراشناختی و الکسی تایمیا در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مراکز سرپایی مؤثر است؟

1. Newby, McKinnon, Kuyken, Gilbody & Dalgleish
2. Corpas, Moriana, Vencesla, & Galvez-Lara

3. Taplin & Mattick
4. Lance

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 دو گروه 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 اسپاس‌اس 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 فراشناخت^۱: این پرسشنامه توسط ولز و همکاران (۲۰۰۴) برای سنجش باورهایی که افراد در مورد تفکرشان دارند، ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۳۰

گویه است که پنج مؤلفه باورهای مثبت در مورد نگرانی (۶ سوال)، اعتمادشناختی (۶ سوال)، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری 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) پاسخ می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های این پرسشنامه براساس گزارش‌های ولز و کارترایت-هاتون (۲۰۰۴) از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ است. شیرین زاده دستگیری، گودرزی، رحیمی و نظری (۱۳۸۷) برای جامعه ایرانی این پرسشنامه را اعتباریابی کردند که همسانی درونی آن با کمک آلفای کرونباخ ۰/۹۱ برای کل مقیاس و ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ برای مؤلفه‌های آن گزارش شده است. همچنین در فاصله چهار هفته پایایی بازآزمایی آن برای کل مقیاس ۰/۷۳ و مؤلفه‌های آن در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ مشخص شد. 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- پرسشنامه الکسی تایمیا تورنتو: این مقیاس در سال ۱۹۹۴ توسط باگبی، پارکر و تیلور^۲ 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 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 خواهد بود. هر چه نمره فرد در مؤلفه‌ها بیشتر باشد، فرد مشکلات شدیدتری را در بیان و تشخیص احساسات خود دارد. در مطالعات زیادی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (تیلور، باگبی و پارکر^۳، ۲۰۰۱). ضریب آلفای کرونباخ برای الکسی تایمیا 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

و تفکر عینی ۰/۷۲ به دست آمده است که نشان می‌دهد این مقیاس از همسانی درونی خوبی برخوردار است. همچنین پایایی بازآزمایی آن در دو نوبت، با فاصله چهار هفته‌ای در یک نمونه ۶۷ نفری برای الکسی تایمیا 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	آموزش دادن افزایش آگاهی هیجانی، یاد گرفتن مشاهده هیجانات و واکنش به هیجانات، استفاده از راهبردهای ذهن آگاهی.
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 هیجان‌خواستی که ناسازگار هستند و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین در مواجهه با رفتارها.
ششم	آگاهی از احساسات جسمانی و تحمل کردن آن‌ها، آگاهی از نقشی که احساسات جسمانی در تجارب هیجانی افراد دارند، انجام دادن تمرینات مواجهه برای افزایش آگاهی از احساسات جسمانی 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 آموزش داده شده و بحث در مورد پیشرفت و بهبود بیمار در طی درمان.

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
الکسی‌تایمپای کل	آزمایش	۶۵/۴۴	۸/۴۸	۴۱/۵۵	۴/۷۷
	کنترل	۶۵/۸۸	۱۰/۴۰	۶۶/۳۳	۱۰/۴۶

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات باورهای فراشناختی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون 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 الکسی‌تایمیا در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون کاهش ولی میانگین نمرات این متغیر در گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون تغییر محسوس‌تری 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 من‌ویتنی	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
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						
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																
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																										
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																																				
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																																														
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																																																								
تفکر عینی	آزمایش	۵۸/۰۰	۶/۴۴	۱۳/۰۰	-۲/۴۶	۰/۰۱۴																																																																		
	کنترل	۱۱۳/۰۰	۱۲/۵۶																																																																					

نتیجه آزمون یو من ویتنی 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. به عبارت دیگر، 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

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 پیش‌بینی کردن 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 قابل توجهی را در رویدادهای شناختی؛ مانند احساسات، افکار و خاطرات ایجاد کنند (اسپادا و ولز، 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^۲، 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، رحیم‌خانلی، 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

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 فراتشخیصی یکپارچه هیچ تلاشی برای از بین بردن 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. با توجه به اینکه این ارزیابی‌ها و راهبردهای ناسازگار باعث افزایش علائم افسردگی و اضطراب در افراد می‌شوند (آلدائو، نولن هوکسما و سویزر، ۲۰۱۰؛ کالمز و رابرتز، ۲۰۰۷؛ هونگ، ۲۰۰۷؛ نولن هوکسما، ۲۰۰۰)، درمان فراتشخیصی 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.

بر اساس نتایج به دست آمده درمان فراتشخیصی یکپارچه بر الکسی تایمیا در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تأثیر مثبت و معناداری داشته است. در خصوص اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر الکسی تایمیا در افراد مبتلا به سوء مصرف 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 در کاهش الکسی تایمی و تنظیم شناختی هیجانی منفی در بیماران مبتلا به نارسایی عروق کرونر قلب (نوری زاده 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. معمولاً 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 باگی، ۲۰۰۴). افراد مبتلا به سوء مصرف مواد نیز در شناسایی و بیان هیجانات مشکلات بیشتری دارند. از سوی دیگر، مشخص شده است که الکسی تایمی با تنظیم ضعیف احساسات همراه بوده (پاندی، ساکسنا و دویی^۱، ۲۰۱۱) و شکل خاصی از بی‌نظمی هیجانی است. به نظر می‌رسد روی آوردن به مواد مخدر به عنوان 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، الکسی تایمی می‌تواند با اختلالات افسردگی (تایلور و همکاران، ۱۹۹۷) و اضطراب (انور، الکین، شریدن و وایس^۲، ۲۰۰۲) دیده شود. در نتیجه، افراد مبتلا به الکسی تایمی ممکن است با روی آوردن به مصرف الکل و مواد مخدر به دنبال تسکین اضطراب یا افسردگی ناشی از الکسی تایمیا خود باشند (استوارتز، زلنسکی و ایفرت^۳، 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

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 در مورد هیجانات خود کسب کرده و دید عینی‌تری نسبت به آن‌ها داشته باشند. همچنین افراد یاد می‌گیرند که به جای 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 از بین بردن احساسات ناراحت‌کننده وجود ندارد، بلکه تأکید بر این است که هیجانات به یک سطح عملکردی مناسب بازگردند، به طوری که 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 پیش‌بینی 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 به جای 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^۱ و همکاران، ۲۰۱۱؛ گراتز و رومر^۲، 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

باعث بهبود اختلالات عملکردی و کیفیت زندگی، علائم اضطراب و افسردگی و بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان می‌شود (بولیس و همکاران، ۲۰۱۵). این رویکرد باهدف قراردادادن 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 الکسی‌تیمی در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد به دنبال این مداخله کاهش یافته 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. 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 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.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت مادی و معنوی ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور جمع آوری و تهیه شده است. لذا از ستاد مبارزه با مواد مخدر و کلیه افراد شرکت کننده 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 آگونست در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده. فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، ۶۵(۱۶)، ۲۵۴-۲۲۷.

بارلو، دیوید. اچ؛ الارد، کریستن؛ فرهولم، کریستوفر؛ فارچون، 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 اژی. 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)، ۶۰-۷۰.

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؛ رحیم‌خانلی، معصومه؛ تقوای، ارسیا و عظیمی، زینب (۱۳۹۴). رابطه بین سوگیری توجه، حساسیت اضطرابی و باورهای فراشناختی در سوء‌مصرف کنندگان مواد: با تاکید بر اثرات واسطه‌ای راهبردهای تنظیم هیجان. مجله بین‌المللی علوم رفتاری کاربردی، ۲(۴)، ۳۲-۲۳.

- 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 دانش آموزان ایران. *مجله روان شناسی بالینی*، ۵(۴)، ۲۳۵-۲۴۲.
- 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 ایده های نوین روان شناسی*، ۹(۱۳)، ۱۲-۱.
- شیرین زاده دستگیری، صمد؛ گودرزی، محمد علی؛ رحیمی، چنگیز و نظری، قاسم (۱۳۸۷). بررسی ساختار عاملی، روایی و اعتبار پرسش نامه فراشناخت. *مجله روان شناسی*، 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 اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۷)، ۱۵۰-۱۳۱.
- عنایت، حلیمه و غفاری، داریوش (۱۳۹۸). مطالعه پدیدارشناسانه بسترهای اعتیاد به مواد مخدر در زنان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، 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 پیش بینی عود سوء مصرف مواد. *مجله علوم روان شناختی*، ۱۶(۶۳)، ۴۴۸-۴۳۰.
- میرایی، تارا؛ حسنی، فریبا؛ گلشنی، فاطمه و کشاورزی ارشدی، فرناز (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان فراطشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی بر گرایش به مواد در مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۷)، ۹۴-۷۳.
- نوجوان، نصرت؛ سلیمانی، اسماعیل و عیسی زادگان، علی (۱۴۰۱). اثربخشی مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر ولع مصرف و پردازش هیجانی در افراد وابسته به مواد در مرحله بازتوانی غیر دارویی. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۶(۶۵)، ۹۶-۷۵.
- نوری زاده میرآبادی، مریم؛ خواستاری، سهیلا؛ شیرمردی، سارا؛ خسروی فارسانی، آتوسا و بامداد، سارا (۱۳۹۶). اثربخشی مداخله مبتنی بر تنظیم هیجان بر راهبردهای نظم دهی شناختی هیجانی

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 disorders compared 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.

- 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.

- Janeck, A. S., Calamari, J. E., Riemann, B. C., & Heffolinger, S. K. (2003). Too much thinking about thinking: metacognitive 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., & Dalglish, 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.

- 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.

- 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.