Journal of Police Medicine

Summer 2017; Vol. 6, No. 2: 151-160

Original Article

Determination of the Tendency to Addiction According to Self-Differentiation and Alexithymia in University Students

Received: 3 May 2016 **Revised:** 14 December 2016 **Accepted:** 26 April 2017

Mohammad Akbari Booreng[1*]
Somayeh Mohtashaminia[2]
Mohammad Hossein Salarifar[3]

[1] PhD, Department of Educational Sciences, Faculty of Educational Sciences & Psychology, University of Birjand, Birjand, Iran.

[2] MA, Department of Clinical Psychology, Faculty of Human Science, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

[3] PhD, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences & Psychology, University of Birjand, Birjand, Iran.

ABSTRACT

Aim: The purpose of this study was to investigate the relationship between self-differentiation and alexithymia and addiction tendency in medical students.

Materials and Methods: This descriptive correlational study was conducted in male and female students of Birjand University of Medical Sciences during the 2014-15 academic year and 337 students were selected by random cluster sampling method. In order to collect information, Scorner & Frederlinder self-differentiation, Toronto alexithymia and Qorbani addiction tendencies questionnaires were used. Data were analyzed using multiple stepwise regression analysis.

Results: self-differentiation and its components (my position and emotional responsiveness) as well as alexithymia and one of its component (difficulty in identifying emotions) predicted addiction tendency in students ($p<0.001$).

Conclusion: Regarding the role of alexithymia and self-differentiation in predicting addiction tendency in students, the necessity of the attention of authorities, planners and administrators of educational system in order to reduce alexithymia and improve self-differentiation through workshops is necessary.

[*] **Corresponding Author:**
Mohammad Akbari Booreng
Tel: (+98) 5632227042
akbaryborng2003@birjand.ac.ir

Keywords: Alexithymia, Self-Differentiation, Tendency to Addiction, Students

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.30505/6.2.151]

تابستان ۱۳۹۶- دوره ۶- شماره ۲- صفحات ۱۶۰-۱۵۱

مجله طب انتظامی

مقاله تحقیقی

تبیین گرایش به اعتیاد بر اساس خود تمایزیافتگی و ناگویی خلقی در دانشجویان

تاریخ دریافت: ۱۴ اردیبهشت ۱۳۹۵ **تاریخ اصلاح:** ۱۰ دی ۱۳۹۵ **تاریخ پذیرش:** ۲۰ فروردین ۱۳۹۶

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به‌منظور بررسی رابطه خودتمایزیافتگی و ناگویی خلقی با گرایش به اعتیاد در دانشجویان علوم پزشکی انجام شد.

روش: این پژوهش همبستگی توصیفی در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه علوم پزشکی بیرجند در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ انجام شد و ۳۳۷ دانشجو به شیوه خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. به‌منظور گردآوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌های خودتمایزیافتگی اسکورن و فرایدلندر، ناگویی خلقی تورنتو و گرایش به اعتیاد قربانی استفاده شد. داده‌ها از طریق رگرسیون چندگانه از نوع گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: خودتمایزیافتگی و مولفه‌های جایگاه من و واکنش‌پذیری عاطفی و همچنین ناگویی خلقی و مولفه دشواری در تشخیص احساسات پیش‌بینی‌کننده گرایش به اعتیاد در دانشجویان بودند ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نقش ناگویی خلقی و خودتمایزیافتگی در پیش‌بینی گرایش به اعتیاد در دانشجویان، لزوم توجه مسئولین، برنامه‌ریزان و دست‌اندرکاران نظام آموزشی به منظور کاهش ناگویی خلقی و بهبود خودتمایزیافتگی از طریق برگزاری کارگاه‌ها ضروری به نظر می‌رسد.

محمد اکبری بورنگ [۱*]
سمیه محتشمی‌نیا [۲]
محمدحسین سالاری‌فر [۳]

[۱] استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه بیرجند، بیرجند، ایران.
[۲] کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.
[۳] استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه بیرجند، بیرجند، ایران.

[*] نویسنده مسئول:
محمد اکبری بورنگ
تلفن: ۵۶۳۲۲۲۷۰۴۲ (۹۸+)
پست الکترونیک:
akbaryborng2003@birjand.ac.ir

کلیدواژه‌ها: خودتمایزیافتگی، ناگویی خلقی، گرایش به اعتیاد، دانشجویان

مقدمه

ورود به دانشگاه، گذاری مهم و حساس در زندگی جوانان محسوب می‌شود و غالبا با تغییرهای زیادی در نگرش‌ها، نقش‌ها، انتظارها و روابط، همراه است. آشنانبودن با محیط دانشگاه، عدم علاقه به رشته تحصیلی، دوری و جدایی از خانواده، ناسازگاری با سایر افراد در محیط خوابگاه، کافی‌نبودن امکانات رفاهی- اقتصادی و مشکلاتی مانند این، ازجمله مسائلی است که می‌تواند سبب افزایش آسیب‌پذیری دانشجویان شود [۱]. با توجه به این‌که رشد و شکوفایی هر کشور در گرو توجه به جوانان، به‌ویژه دانشجویان است، شادابی و نشاط آنها، امکان تبدیل توانایی‌های بالقوه را به توانایی‌های بالفعل فراهم می‌کند و این امر باعث رشد و توسعه کشور خواهد شد. امروزه یکی از نگرانی‌های اساسی روان‌شناسان، جامعه‌شناسان و سیاست‌گذاران، موضوع اعتیاد در جوانان، به‌ویژه در دانشجویان است. چرا که این پدیده، اثرات پایداری بر شخصیت دانشجویان گذاشته و متعاقبا پیامدهای ناگواری برای افراد جامعه به دنبال خواهد داشت [۲]. این مساله در یافته‌ی تحقیق‌های *فلچر* [۳]، *مالتبی* و *دی* [۴] بررسی و تایید شده است. پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه اعتیاد، عوامل خطرساز متعددی را برای این اختلال مطرح کرده‌اند که از میان آنها می‌توان به میزان بالای تعارض خانوادگی، مشکلات

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.30505/6.2.151]

Journal of Police Medicine
Summer 2017; Vol. 6, No. 2: 151-160

تحصیلی، بروز همزمان اختلالات روانی- شخصیتی، مصرف مواد از سوی همسالان و والدین، تکانشگری و شروع زودرس مصرف سیگار اشاره کرد [۵]. از دیگر عوامل موثر بر گرایش به اعتیاد می‌توان به استرس ادراک‌شده [۶]، فقر مالی، وجود الگوهای نامناسب برای همسان‌سازی و بیکاری نیز اشاره کرد [۷، ۸]. مطالعات انجام‌شده توسط *شیلدر* و *بلوک*، افسردگی و تغییرات خلقی را از عوامل موثر در گرایش به اعتیاد دانسته‌اند و *کوپس* و همکاران نیز در مطالعات خود بین شکست تحصیلی و گرایش به اعتیاد رابطه معناداری به‌دست آورده‌اند [۹، ۱۰].

یکی از عوامل دیگری که می‌تواند در گرایش به اعتیاد نقش داشته باشد، خودتمایزیافتگی است. خودتمایزیافتگی، اشاره به توانایی ایجاد تعادل بین فرایندهای عقلی و فرایندهای عاطفی در سطح درون‌روانی و ایجاد تعادل بین حفظ فردیت همراه با تجربه‌ی صمیمیت در سطح بین‌فردی می‌کند [۱۱، ۱۲]. تمایزیافتگی، به‌دست‌آوردن کنترل عاطفی و درعین‌حال ماندن در جو عاطفی خانواده است. این مفهوم بیانگر میزان توانایی فرد برای تفکر واقع‌بینانه راجع به موضوعات عاطفی در خانواده است. تمایزیافتگی شامل نوعی ظرفیت درون‌فردی برای متمایزکردن تفکر و احساس و نیز توانایی بین‌فردی برای حفظ استقلال درون بافت روابط عمیق با افراد مهم زندگی است. درواقع جدایی میان افکار و احساس و حفظ آرامش و اضطراب اندکی که مشخص‌کننده تمایزیافتگی‌اند باعث می‌شود تا فرد بهتر بتواند به شناسایی و توصیف هیجانات خود بپردازد [۱۳]. از نظر *بوئن*، تمایزیافتگی به معنای رسیدن به حدی از استقلال عاطفی است، که فرد بتواند در موقعیت‌های عاطفی و هیجانی، بدون غرق شدن در جو عاطفی آن موقعیت‌ها، به‌صورت عقلانی و خودمختار تصمیم‌گیری کند. افرادی که از سطوح پایین تمایزیافتگی برخوردارند، هویت شخصی تعریف‌شده‌ای ندارند و به خاطر کسب رضایت دیگران، رفتار و عقاید خود را تغییر می‌دهند؛ به حمایت از دیگران می‌پردازند و خود نیز به دنبال حمایت هستند و به‌طور کلی می‌توان گفت هیجانات و تأثیرپذیری از محیط در آنها غالب است [۱۴].

لتی [۱۵] در پژوهشی به ارتباط تمایزیافتگی در تئوری *بوئن* با مصرف الکل به‌صورت کلی و همچنین ارتباط آن با سوءمصرف در دانشجویان پرداخته است، یافته‌ها نشان می‌دهد که دانشجویان با تمایزیافتگی پایین، با احتمال بیشتری به مصرف الکل می‌پردازند. این مسئله منجر شده است که تمایزیافتگی بالا به عنوان یک عامل نگهدارنده در مقابل خطر مصرف الکل و مواد مخدر و تمایزیافتگی پایین، افراد را داوطلب خطر ورود به اعتیاد می‌کند. در مطالعه‌ای دیگر نیز، اختلال سوءمصرف مواد با مشکلات ارتباطی و تمایزیافتگی پایین ارتباط داشت [۱۲، ۱۶].

در تحقیقات صورت گرفته توسط *توایسون* و *فریدلندر* [۱۱]، *توربرگ* و *لیورس* [۱۶، ۱۷]، *ماینارد* و *هابر* [۱۸]، *جانسون* و همکاران [۱۹] و *بیبی* و *فریش* [۲۰]، نتایج حاکی از وجود ارتباط بین خودتمایزیافتگی و گرایش به اعتیاد است. *افارل* و *بیچلر* [۱۶] در پژوهش خود نشان دادند که بین اختلال سوءمصرف مواد با مشکلات ارتباطی و تمایزیافتگی پایین، ارتباط معناداری وجود دارد.

توربرگ و *لیورس* [۱۷] نشان دادند، افرادی که تحت درمان رهایی از اعتیاد (الکل، هرویین، آمفتامین و کانابیس) بودند، میزان دلبستگی ناایمن و ترس از صمیمیت بالاتری دارند و سطح دلبستگی و تمایزیافتگیشان نسبت به گروه کنترل (افرادی بدون سابقه‌ی اعتیاد به مواد مخدر) پایین‌تر است. علاوه بر عوامل بیان‌شده، می‌توان به نقش برجسته مشکلات هیجانی و ناتوانی در کنترل و تنظیم هیجانات به‌طور کلی و ناگویی خلقی به طور خاص در گرایش به مصرف مواد اشاره کرد.

ناگویی خلقی (الکسی تایمی) به یک سبک شناختی- عاطفی اشاره دارد که نتیجه آن اختلال خاص در بیان و پردازش هیجانات است و معنای حقیقی آن، پریشانی در توصیف کلامی احساسات است [۲۱]. الکسی تایمی به دشواری در خودنظم‌دهی هیجانی و به عبارت دیگر، به ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و نظم‌دهی هیجان‌ها گفته می شود [۲۲]. افرادی که ابتلای شدیدی به اختلال الکسی تایمی دارند، قادر به درک یا تشخیص هیجان‌ها و احساس‌های خود نیستند و به جای آن به بزرگنمایی و سوءتعبیر مشکلات جسمی، که به دنبال برانگیختگی‌های هیجانی به‌وجود می‌آیند، می‌پردازند [۲۳]. این افراد در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش و نظم‌دهی هیجان‌ها با دشواری‌هایی مواجه هستند و در تمایز احساسات درونی از احساسات بدنی مشکل دارند [۲۶-۲۴]. مفهوم ناگویی خلقی بر پایه‌ی مشاهده بیماران روان‌تنی استوار است که اولین بار توسط *سیفنئوس* [۲۷] مطرح شد. این مسئله اساسا با مشکل در تشخیص و بیان احساسات، خیال‌بافی بسیار کم، سبک شناختی با جهت‌گیری بیرونی و وابسته به محرک (یا به عبارتی فکر برون‌مدار توأم با اصل اخلاقی سودمندگرایی) و همچنین مشکل در تمیزدادن بین احساسات و حواس فیزیکی مشخص می‌شود. گمان می‌رود که این ویژگی‌ها، یک نوع کمبود در پردازش شناختی و نظم‌دهی حالت‌های عاطفی را منعکس می‌کنند [۲۸].

تیلور ۵ مشخصه درباره ناگویی خلقی مطرح کرد [۲۸] که شامل دشواری در توصیف احساسات، دشواری در تمایز بین احساسات و برانگیختگی بدنی (به دلیل برانگیختگی هیجانات)، فقدان درون‌نگری، همنوایی اجتماعی بالا، فقر زندگی تخیلی و ناتوانی در یادآوری رویاها است. این اختلالات با بسیاری از اختلالات پزشکی و روان‌پزشکی نیز همبستگی مثبت دارد [۲۹].

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.30505/6.2.151]

تابستان ۱۳۹۶- دوره ۶- شماره ۲- صفحات ۱۶۰-۱۵۱

فریدبرگ و *کوئیک* [۳۰]، معتقدند که الکسی تایمی می‌تواند به عنوان یک صفت شخصیتی دائمی، عامل پرخطر رشد شکایات روان‌تنی، روان‌پزشکی و پزشکی هم‌چون وابستگی به مواد مخدر باشد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که، سطوح بالای ناگویی خلقی با گستره‌ی متنوعی از اختلال‌های روان‌پزشکی مانند افسردگی [۳۱]، اضطراب [۳۲]، روان رنجورخویی [۳۳]، الکلیسم و سوءمصرف مواد، سبک زندگی فاقد تحرک، سوءتغذیه و عادات غذایی نادرست [۳۴]، در ارتباط هستند. *کریستال* [۳۵]، معتقد است که ناگویی خلقی به عنوان نارسایی در درک، پردازش و توصیف هیجان، باعث می‌شود برخی افراد آمادگی وابستگی به مواد را داشته باشند. از آنجایی که افراد مبتلا به ناگویی خلقی، نشانه‌های بدنی انگیختگی هیجانی را بد تفسیر می‌کنند، درماندگی هیجانی را از طریق شکایت‌های بدنی نشان می‌دهند و در اقدامات درمانی نیز به دنبال درمان نشانه‌های جسمانی هستند [۳۶]. به همین دلیل احتمال گرایش به مصرف مواد در آن‌ها وجود دارد. به طوری که مبتلایان به ناگویی خلقی، احساس‌های نامتمایز دارند و این احساس‌ها همراه با یک برانگیختگی جسمانی است. اما به علت مشکل در تمایز، توصیف و تنظیم احساس‌ها، برانگیختگی فعال باقی مانده و از بین نمی‌رود و این امر باعث اختلال در دستگاه عصبی خودکار و دستگاه ایمنی می‌شود. چنین برانگیختگی که همراه با ناگویی خلقی است، باعث تولید علائم بیماری‌های جسمی [۳۷] و اضطراب و افسردگی [۳۸] می‌شود و درنهایت ممکن است مصرف مواد به‌منظور کاهش این علائم و کاستن از میزان اضطراب و افسردگی فرد با ناگویی خلقی بالا صورت گیرد.

نتایج پژوهشی که *هاویلند* و همکاران [۳۵] به بررسی ناگویی خلقی و اعتیاد پرداختند، نشان می‌دهد که ناگویی خلقی در الکلی‌هایی که به‌تازگی پرهیز را شروع کرده‌اند، با پیشرفت درمان کاهش پیدا می‌کند و چنین نتیجه می‌گیرند که ناگویی خلقی یک واکنش موقعیتی در بسیاری از بیماران است. نتایج پژوهش *تربرگ* و همکاران [۳۹]، حاکی از آن است که بین مصرف الکل و نمره بالای ناگویی خلقی، رابطه مستقیمی وجود دارد. در مطالعه‌ای دیگر، بیماران وابسته به کوکایین، نمره‌های ناگویی خلقی بالاتری نسبت به گروه کنترل دارند [۴۰].

حمیدی و همکاران [۴۱] در پژوهش خود بیان می‌کنند که میان ناگویی خلقی و اعتیاد، رابطه معناداری وجود دارد. *تربرگ* و همکاران [۳۹] نیز رابطه‌ی مستقیمی بین مصرف الکل و نمره بالای ناگویی خلقی را تایید می‌کنند. *کلر* و *ویلسون* [۴۰] نشان دادند بیماران وابسته به کوکایین، نمره‌های ناگویی خلقی بالاتری نسبت به گروه کنترل دارند. همچنین *اکبری‌شایه* و همکاران [۴۲] در پژوهش خود نشان دادند که علاوه بر ارتباط مثبت و معنی‌دار میان ناگویی خلقی و اعتیاد، وابسته‌ترین ویژگی در آمادگی به اعتیاد کل نیز ناگویی خلقی است. همچنین تحقیقات دیگری نشان می‌دهد که بین هر ۳ زیرمولفه ناگویی خلقی در افراد معتاد با افراد عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد [۴۱]، *لیندسای*، *سیاروچی* [۴۳] و *قلعه‌بان* [۳۵] نیز در پژوهش‌های جداگانه این مسئله را تایید می‌کنند.

اعتیاد را می‌توان یک بیماری جسمانی- روانی- اجتماعی دانست که در شکل‌گیری آن، زمینه‌های پیش‌اعتیادی متعددی نقش اساسی ایفا می‌کنند [۴۴]. شناسایی این عوامل در قشر جوان و دانشجو می‌تواند در کنترل و پیشگیری از ابتلا به آن موثر باشد. *فرانکویس* و همکاران [۴۵]، ویژگی‌های شخصیتی از جمله خودتمایزیافتگی و ناگویی خلقی را یکی از پیش‌بین‌های قوی اعتیاد معرفی می‌کند که با استفاده از آن‌ها می‌توان استعداد اعتیاد افراد را مورد بررسی قرار داد. بر اساس آنچه بیان شد، می‌توان گفت خودتمایزیافتگی و ناگویی خلقی ازجمله مولفه‌هایی هستند که در گرایش به اعتیاد در جوانان نقش موثری دارند. این پژوهش با هدف پاسخ به رابطه‌ی خودتمایزیافتگی و ناگویی خلقی با گرایش به اعتیاد طراحی و اجرا شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نظر هدف، پژوهشی بنیادی است که با روش توصیفی- همبستگی انجام گرفت. جامعه آماری این پژوهش، کلیه دانشجویان دختر و پسر دانشگاه علوم پزشکی شهرستان بیرجند به تعداد ۲۷۵۷ نفر بود. با توجه به حجم جامعه و بر مبنای استفاده از فرمول کوکران، حجم نمونه ۳۳۷ نفر با آلفای ۰/۰۵ برآورد شد و نمونه مورد بررسی به شیوه خوشه‌ای تصادفی انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفت.

در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌های تمایزیافتگی خود، ناگویی خلقی تورنتو و گرایش به اعتیاد استفاده شد.

پرسش‌نامه تمایزیافتگی خود: پرسش‌نامه خود سنجی توسط *اسکورن* و *فرایدلندر* [۱۲] تهیه شد و سپس مورد تجدیدنظر قرار گرفت [۴۶]. این پرسش‌نامه دارای ۴۵ سوال است. پاسخ‌ها در یک مقیاس ۶درجه‌ای لیکرت از ۱ (در مورد من صحیح نیست) تا ۶ (در مورد من صحیح است) درجه‌بندی شده و شامل ۴ خرده مقیاس (واکنش‌پذیری عاطفی، جایگاه من، جدایی عاطفی، هم‌آمیختگی با دیگران) است. مقیاس واکنش‌پذیری عاطفی دارای ۱۱ گزینه است که تمایل پاسخ به محرک‌های محیطی بر اساس پاسخ‌های خودکار و طغیان هیجانی را می‌سنجد. مقیاس جدایی عاطفی دارای ۱۲ گزینه است که ترس از صمیمیت یا غرق‌شدن در روابط نزدیک و رفتارهای دفاعی برای مقابله با این ترس‌ها را مشخص می‌کند.

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-09-12]
[DOI: 10.30505/6.2.151]

Journal of Police Medicine
Summer 2017; Vol. 6, No. 2: 151-160

مقیاس هم‌آمیختگی با دیگران، این خرده مقیاس در فرم تجدیدنظر دارای ۱۲ گزینه است که درگیری عاطفی شدید با افراد هویت ساز شدید با یکی از والدین را منعکس می‌کند. نتایج تحقیقات انجام‌شده اعتبار و روایی بالایی را نشان داده‌اند. پایایی فرم تجدید نظر شده آن با روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۶، خرده مقیاس هم‌آمیختگی با دیگران ۰/۸۶، واکنش‌پذیری عاطفی ۰/۸۹، جایگاه من ۰/۸۱ و جدایی عاطفی ۰/۸۴ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ توسط *اسکورن* و *فریدلندر* [۱۲] برای این پرسش‌نامه ۰/۸۸ است. در پژوهش *اسکیان* [۴۷] ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به‌دست آمده است. *یونسی* ضرایب اعتبار این پرسش‌نامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه کرده که اعتبار بالای این پرسش‌نامه را نشان می‌دهد [۴۸، ۴۹]. این آزمون در ایران توسط *یونسی* [۴۸] بر روی نمونه عادی هنجاریابی شده و اعتبار آن از طریق بازآزمایی و آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۵، واکنش‌پذیری عاطفی ۰/۷۷، موقعیت من ۰/۶۰، گسلش عاطفی ۰/۶۵ و امتزاج با دیگران ۰/۷۰ به‌دست آمده است. روایی آزمون نیز از طریق تحلیل عاملی مورد بررسی قرار گرفته و ۴ عامل با ارزش ویژه بالاتر از ۱ به‌دست آمده که در مجموع ۵۷/۶۷ واریانس را تبیین می‌کند. در این پژوهش نیز برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد که آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۶۵ به‌دست آمد.

مقیاس ناگویی خلقی تورنتو (TAS-20): این مقیاس ۲۰ماده‌ای توسط *بگبی* و همکاران [۵۰] ساخته شده و ناگویی خلقی را در ۳ زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساس‌ها (۷ ماده)، دشواری در توصیف احساس‌ها (۵ ماده) و تفکر برون مدار (۸ ماده) ارزیابی می‌کند. در این مقیاس نمره بالاتر، نشان‌دهنده شدت بیشتر ناگویی خلقی است. *قربانی* و همکاران [۵۱]، آلفای این مقیاس را در نمونه ایرانی برای دشواری در تشخیص احساس‌ها ۰/۷۴، برای دشواری در توصیف احساس‌ها ۰/۶۱ و برای تفکر برون مدار ۰/۵۰ به‌دست آورده‌اند. *محمد* [۵۲] اعتبار کل مقیاس را در نمونه ایرانی با استفاده از روش دونیمه‌کردن و باز آزمایی ۰/۷۴ و ۰/۷۲ گزارش کرده است. *مدستین* و همکاران [۵۳] در نمره‌گذاری مقیاس ناگویی خلقی، نمرات ۶۰ به بالا را به عنوان ناگویی خلقی و نمرات ۵۲ به پایین را به عنوان غیرناگویی خلقی در نظر گرفته‌اند. *بوشارد* [۵۴] در پژوهشی که بر روی ۵۴۱ بیمار مبتلا به افسردگی، اضطراب و وسواس فکری- عملی و ۱۷۲ گروه غیربیمار انجام شد، روایی همزمان مقیاس، بر اساس همبستگی زیرمقیاس‌های این آزمون با مقیاس‌های هوش هیجانی (R=۰/۰۸۰، p<۰/۰۱)، بهزیستی روان‌شناختی (R =۰/۰۷۸،p<۰/۰۱) و درماندگی (p<۰/۰۱=۰/۰۴۴) بررسی و تایید شده است. *بگبی* و همکاران [۵۰] در پژوهش خود اعتباریابی آن را واجد ۳ عامل ساختاری دانسته‌اند که با سازه ناگویی خلقی همخوانی دارد، پژوهش‌های دیگر نیز از این نتایج حمایت کرده‌اند [۵۵]. *برسی* و همکاران [۵۵] دریک نمونه ۸۰ نفره از دانشجویان، پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه کرده است. آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۵، برای دشواری در تشخیص احساسات ۰/۷۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۲ و تفکر با جهت‌گیری خارجی ۰/۵۳ به‌دست آمده است. همچنین روایی همزمان این مقیاس، با همبسته نمودن نمره کل مقیاس ناگویی خلقی با مقیاس هوش هیجانی در یک نمونه ۸۰ نفری بررسی شده است. نتایج نشان می‌دهد که میان نمره آزمودنی‌ها در این مقیاس با هوش هیجانی (R=-۰/۴۷۰، p<۰/۰۰۱)، رابطه معنی‌داری وجود دارد. در این پژوهش نیز برای بررسی پایایی، از آلفای کرونباخ استفاده شد که آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۷۲ به‌دست آمد.

پرسش‌نامه گرایش به اعتیاد: این پرسش‌نامه توسط *قربانی* در سال ۱۳۸۰ نوشته شده است [۵۱] که دارای ۳۰ سوال است و میزان گرایش به مصرف مواد را می‌سنجد. سوال‌های پرسش‌نامه شامل ۳ رتبه بوده که به هر سوال نمره ۱ تا ۳ داده می‌شود. نمره بالا در هر یک از سوال‌ها، نشان‌دهنده‌ی گرایش به مصرف مواد است و برای اینکه آزمودنی سوگیری نداشته باشد، برخی از سوال‌ها دارای نمره معکوس می‌باشند. برای تعیین روایی پرسش‌نامه از روایی محتوا استفاده شده که بر طبق استفاده از متون، نظر اساتید دانشگاه و همچنین کارشناسان مراکز درمان اعتیاد، تغییرات نهایی در آن انجام گرفته است. پایایی پرسش‌نامه با اجرا بر روی آزمودنی‌های متفاوت محاسبه شده است که نتایج آن به این ترتیب است: ضرایب پایایی به‌دست آمده از اجرا بر روی ۲ گروه ۳۰ نفره از دانش آموزان دبیرستانی ۰/۸۴ و ۰/۹۰ است و ضریب پایایی به‌دست آمده از اجرا بر روی ۶۰ نفر از معتادان داوطلب برای ترک، ۰/۷۶ محاسبه شده است. برای محاسبه ضریب پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است [۵۱]. مقدار آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۱ در این پژوهش به‌دست آمد.

پرسشنامه‌ها توسط محقق بعد از هماهنگی با استاد مربوطه، در اختیار مشارکت‌کنندگان در پژوهش قرار گرفت. مشارکت در پژوهش داوطلبانه بود و دانشجویانی که به هر دلیلی تمایلی به همکاری نداشتند، می‌توانستند پرسشنامه دریافت نکنند. به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آنان در اختیار هیچ کسی قرار نخواهد گرفت و صرفا به منظور همین پژوهش استفاده خواهد شد. همچنین به منظور اطمینان بیشتر شرکت‌کنندگان، نام و نام خانوادگی یا شماره دانشجویی از آنان دریافت نشد.

داده‌های گردآوری‌شده با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (رگرسیون چندگانه)، به‌منظور پیش‌بینی گرایش به اعتیاد بر اساس

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.30505/6.2.151]

مجله طب انتظامی
تابستان ۱۳۹۶- دوره ۶- شماره ۲- صفحات ۱۶۰-۱۵۱

خودتمایزیافتگی، ناگویی خلقی و مولفه‌های آنها، با کمک نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

به‌منظور پیش‌بینی گرایش به اعتیاد بر اساس خودتمایزیافتگی و ناگویی خلقی، از رگرسیون چندگانه از نوع گام به گام استفاده شد. بر اساس نتایج، متغیر خودتمایزیافتگی و ناگویی خلقی ۰/۰۴۹ از گرایش به اعتیاد را پیش‌بینی کرد که این مقدار در سطح ۰/۰۱ معنادار بود ($F_{۲/۳۳۴}$=۸/۵۷۳، p<۰/۰۱). بنابراین خودتمایزیافتگی و ناگویی خلقی، پیش‌بینی‌کننده گرایش به اعتیاد در دانشجویان بودند (جدول ۱).

جدول ۱) رگرسیون چندگانه مربوط به پیش‌بینی گرایش به اعتیاد بر اساس ناگویی خلقی و خودتمایزیافتگی (R^2=۰/۰۴۹)

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	ضرایب استانداردنشده		ضرایب استانداردشده	سطح معناداری
		B	Std. Error	Beta	
گرایش به اعتیاد	ناگویی خلقی	۰/۱۶۱	۰/۰۵۶	۰/۱۵۴	۰/۰۰۵
	ناگویی خلقی + خودتمایزیافتگی	-۰/۱۱۳	۰/۰۳۸	-۰/۱۷۰	۰/۰۰۰

به منظور پیش‌بینی گرایش به اعتیاد بر اساس مولفه‌های خودتمایزیافتگی از رگرسیون چندگانه از نوع گام به گام استفاده شد. بر اساس نتایج، مولفه‌های جایگاه من و واکنش‌پذیری عاطفی ۰/۰۹۲ از گرایش به اعتیاد را پیش‌بینی کردند که این مقدار در سطح ۰/۰۱ معنادار بود ($F_{۲/۳۳۴}$=۱۷/۰۱۵، p<۰/۰۱). سایر مولفه‌ها به دلیل عدم نقش معنادار در پیش‌بینی متغیر ملاک، وارد مدل نشدند. بنابراین مولفه‌های جایگاه من و واکنش‌پذیری عاطفی، پیش‌بینی‌کننده گرایش به اعتیاد در دانشجویان بودند (جدول ۲).

جدول ۲) رگرسیون چندگانه مربوط به پیش‌بینی گرایش به اعتیاد بر اساس جایگاه من و واکنش پذیری عاطفی از مولفه‌های خودتمایزیافتگی (R^2=۰/۰۹۲)

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	ضرایب استانداردنشده		ضرایب استانداردشده	سطح معناداری
		B	Std. Error	Beta	
گرایش به اعتیاد	جایگاه من	-۰/۴۵۲	۰/۰۸۶	-۰/۲۷۵	۰/۰۰۰
	جایگاه من + واکنش پذیری عاطفی	-۰/۱۸۱	۰/۰۷۳	-۰/۱۳۱	۰/۰۰۰

به منظور پیش‌بینی گرایش به اعتیاد بر اساس مولفه‌های ناگویی خلقی از رگرسیون چندگانه از نوع گام به گام استفاده شد. بر اساس نتایج، تنها متغیر دشواری در تشخیص احساسات، وارد معادله رگرسیون شد که به لحاظ آماری معنادار بود (p<۰/۰۱، $F_{۱/۳۳۵}$=۹/۳۶). سایر مولفه‌ها به دلیل عدم نقش معنادار در پیش‌بینی متغیر ملاک، وارد مدل نشدند. بنابراین نتیجه‌گیری می‌شود که مولفه دشواری در تشخیص احساسات، پیش‌بینی‌کننده گرایش به اعتیاد در دانشجویان بود (جدول ۳).

جدول ۳) رگرسیون چندگانه مربوط به پیش‌بینی گرایش به اعتیاد بر اساس مولفه دشواری در تشخیص احساسات از مولفه‌های ناگویی خلقی

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	ضرایب استانداردنشده		ضرایب استانداردشده	سطح معناداری
		B	Std. Error	Beta	
گرایش به اعتیاد	دشواری در تشخیص احساسات	۰/۲۹۳	۰/۰۹۶	۰/۱۶۵	۰/۰۰۲

بحث

هدف از این پژوهش، بررسی ارتباط خودتمایزیافتگی و ناگویی خلقی با گرایش به اعتیاد بود. بر اساس یافته‌ها، خودتمایزیافتگی پیش‌بینی‌کننده گرایش به اعتیاد در دانشجویان بود و این مسئله با یافته‌های *لتی* [۱۵]، *توایسون* و *فریدلندر* [۱۱]، *توربرگ* و *لیورس* [۱۶، ۱۷]، *مایناراد* و *هابر* [۳۵]، *جانسون* و همکاران [۱۹]، *بیبی* و همکاران [۱۶] بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت، افراد تمایزیافته تعریف مشخصی از خود و عقایدشان دارند. می‌توانند جهت خویش را در زندگی انتخاب نمایند و در موقعیت‌های شدید عاطفی که در بسیاری از افراد منجر به بروز رفتارهای غیرارادی و گرفتن تصمیمات نافرجام می‌شود، کنترل خود را از دست ندهند و با درنظرگرفتن عقل و منطق تصمیم‌گیری کنند. در مقابل، افراد تمایزنایافته که هویت تعریف‌شده‌ای ندارند، در تنش‌ها و مسائل بین شخصی همراه با موج عاطفی خانواده حرکت می‌کنند و در نتیجه اضطراب مزمن بالایی را تجربه کرده و مستعد مشکلات روان‌شناختی بوده و برای کاهش اضطراب به مصرف مواد مخدر روی می‌آورند [۵۶]؛ به‌طور کلی بین

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.30505/6.2.151]

Journal of Police Medicine
Summer 2017; Vol. 6, No. 2: 151-160

بیماری‌های روانی، جسمانی، سوءمصرف مواد و مشکلات اجتماعی با تمایزیافتگی پایین ارتباط معناداری وجود دارد [۵].

در زمینه اصلاح تمایزیافتگی پایین *غفاری* و همکاران [۵۷] در پژوهشی که به بررسی اثر آموزش خانواده با استفاده از تئوری سیستمی بوین بر تمایزیافتگی و کارکرد خانواده‌های دارای فرزند معتاد پرداختند، نشان دادند خانواده درمانی سیستمی، موجب افزایش تمایزیافتگی و بهبود کارکرد افراد معتاد می‌شود. بنابراین الزامات بالینی برای پیگیری و درمان سوءمصرف مواد باید مورد توجه قرار گیرد.

بر اساس نتایج این پژوهش، ناگویی خلقی، پیش‌بینی‌کننده گرایش به اعتیاد در دانشجویان بود. این یافته هم‌سو با یافته‌های *تربرگ* و همکاران [۳۹]، *کلر* و *ویلسون* [۴۰]، *حمیدی* و همکاران [۴۱]، *لیندسای* و *سیاروچی* [۴۳]، *قلعه‌بان* [۳۵]، *الیسون* و *رابین* [۵۸] و *واینر* [۵۹] است که در نتایج نشان داده‌اند میان مصرف الکل و کوکایین و نمره بالای ناگویی خلقی رابطه مستقیمی وجود دارد. ناگویی خلقی می‌تواند به ایجاد مشکلاتی در روابط بین فردی، انطباق با هیجانات مختلف و آسیب‌پذیری بیشتر فرد در برابر حوادث استرس‌آور زندگی منجر شود. علاوه بر این می‌تواند در استفاده از مکانیسم‌های مقابله‌ای ناکارآمد، احتمال گرایش به سوءمصرف مواد و الکل را نیز افزایش دهد [۶۰، ۶۱]. در تبیین این یافته می‌توان گفت، ناگویی خلقی به عنوان نارسایی در درک، پردازش و توصیف هیجان، باعث می‌شود برخی افراد آمادگی وابستگی به مواد را داشته باشند و از آنجایی که افراد مبتلا به ناگویی خلقی، نشانه‌های بدنی انگیختگی هیجانی را بد تفسیر می‌کنند، درماندگی هیجانی را از طریق شکایت‌های بدنی نشان می‌دهند و در اقدامات درمانی نیز به دنبال درمان نشانه‌های جسمانی هستند [۳۷]. به همین دلیل احتمال گرایش به مصرف مواد در آن‌ها وجود دارد. افراد با ناگویی خلقی بالا در ابراز کلامی احساسات درونی دچار نقص بوده و بدنشان از جانب آن‌ها احساس خود را بیان می‌کند. احساس درد، نمونه بارز چنین ابرازی است که این افراد برای مقابله و تسکین چنین احساساتی به خوددرمانی و استفاده از مواد مخدر روی می‌آورند [۵، ۵۷]. *کریستال* معتقد است که ناگویی خلقی به عنوان نارسا کنش‌وری هیجانی باعث می‌شود برخی افراد، آمادگی وابستگی به مواد را داشته باشند [۳۵].

در زمینه بهبود ناگویی خلقی نیز *شاهقلیان* و همکاران [۶۲] در پژوهش خود نشان دادند ناگویی خلقی با سبک دوسوگرایی ابراز هیجان رابطه مستقیمی دارد، درنتیجه می‌توان با استفاده از راهبردهای آموزش سبک‌های ابرازگری هیجانی درست، به افراد در جهت پیشگیری و درمان این سازه کمک کرد. *نیکوگفتار* [۶۳] نیز دریافت با آموزش هوش هیجانی به افراد مبتلا به ناگویی خلقی می‌توان از دشواری در توصیف احساسات کاست و بر مهارت‌های اجتماعی او افزود که این خود باعث بهبود ناگویی خلقی خواهد شد.

در این پژوهش واکنش پذیری عاطفی و جایگاه من از مولفه‌های خود تمایزیافتگی و همچنین دشواری در تشخیص احساسات از مولفه‌های ناگویی خلقی، پیش‌بینی‌کننده گرایش به اعتیاد در دانشجویان بود. این یافته با پژوهش‌های *کاظمیان* و *دلاور* [۱۸] که نشان داده‌اند تمایزیافتگی و خرده مقیاس‌های آن (واکنش پذیری عاطفی، جدایی عاطفی، جایگاه من و آمیختگی با دیگران) تمایل به اعتیاد را پیش‌بینی می‌کنند همسو بود. همچنین یافته‌های *فریدبرگ* و *کوئیک* [۳۰]، *کلر* و *ویلسون* [۴۰]، *حمیدی* و همکاران [۴۱]، *لیندسای* و *سیاروچی* [۴۳] و *قلعه‌بان* [۳۵] که نتایج نشان داده‌اند بین هر ۳ زیرمولفه ناگویی خلقی با اعتیاد تفاوت معناداری وجود دارد، با یافته‌های این پژوهش هم‌سو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، افرادی با تمایزیافتگی پایین، سطوح بالایی از اضطراب مزمن را تجربه می‌کنند و مستعدترین افراد برای مشکلات حاد روانی هستند. درنتیجه ممکن است نشانه‌هایی از گرایش به مواد نیز در آن‌ها دیده شود [۶۴]. این افراد، هویت شخصی تعریف‌شده‌ای ندارند و به خاطر کسب رضایت دیگران، رفتار و عقاید خود را تغییر می‌دهند؛ به حمایت از دیگران می‌پردازند و خود نیز به دنبال حمایت هستند و به‌طور کلی می‌توان گفت هیجانات و تاثیرپذیری از محیط در آن‌ها غالب است [۱۳]. افراد مبتلا به ناگویی خلقی در شناسایی صحیح هیجان‌ها از چهره دیگران، مشکل دارند و ظرفیت آن‌ها برای همدردی با حالت‌های هیجانی دیگران محدود است و دشواری در برقراری رابطه عاطفی که از مشخصه‌های اصلی ناگویی خلقی است، می‌تواند سوءمصرف مواد را تسهیل کند [۳۶]؛ به‌طوری که مبتلایان به ناگویی خلقی، احساس‌های نامتمایز دارند که این احساس‌ها همراه با یک برانگیختگی جسمانی است. اما به علت مشکل در تمایز، توصیف و تنظیم احساس‌ها، برانگیختگی فعال باقی مانده و از بین نمی‌رود. همین امر باعث اختلال در دستگاه عصبی خودکار و دستگاه ایمنی می‌شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش، نتیجه گرفته می‌شود که خودتمایزیافتگی و ناگویی خلقی، پیش‌بینی‌کننده گرایش به اعتیاد می‌باشند. بنابراین تلاش جهت بهبود خودتمایزیافتگی و کاهش ناگویی خلقی از سوی مسئولین و دست‌اندرکاران مربوطه جهت کاهش گرایش به اعتیاد بسیار ضروری است.

تشکر و قدردانی: محققین از تمامی مشارکت‌کنندگان در تحقیق سپاس‌گزاری می‌نمایند.

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.30505/6.2.151]

تابستان ۱۳۹۶- دوره ۶- شماره ۲- صفحات ۱۶۰-۱۵۱

منابع

1- Abolghasemi A. The study of simple and multiple relationship between academic stressors and academic performance of students according to religious attitudes. J Educ Psycho. 2005;11(1-2):1-18. [Persian]
2- Bayani AA, Goudarzi H, Bayani A, Kouchaki AM. The relationship between the religious orientation and anxiety and depression of university students. Q J Fundam Ment Health. 2008;10(3):209-14. [Persian]
3- Fletcher SK. Religion and life meaning: Differentiating between religious beliefs and religious community in constructing life meaning. J Aging Stud. 2004;18(2):171-85.
4- Maltby J, Day L. Should never the twain meet? integrating molels of religious personality and religious mental health. J Personal Indiv Diff. 2004;36(6):1275-90.
5- Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. Rafiee H, Rezaei F, translators. Tehran: Arjmand; 2009. [Persian]
6- Nezafat Takleh S, Nadrmohammadi M. The relationship between coping strategies and perceived stress with psychological well-being among children of drug-addicted parents. J Curr Res Sci. 2016;S(2):923-8.
7- Abolghasemi A, Ahmadi Amoli M, Kiyamarsi A. The relationship between metacognition and perfectionism with psychological consequences in addicted people. J Res Behav Sci. 2007;5(2):73-9. [Persian]
8- Narimani M. Addiction, reasons and methods of prevention and treatment. Ardebil: Sheikh Safioddin; 2002. [Persian]
9- Kaffashian MA. Intuitive of abandon of addiction. Tehran: Abed Publication; 2002. [Persian]
10- Rosenhan DL, Seligman MEP. Psychopathology. Seyed Mohammmadi Y, Translator. Tehran: Savalan Publications; 2002.
11- Tuason MT, Friedlander ML. Do parents' differentiation levels predict those of their adult children? and other tests of Bowen theory in a Philippine sample. J Couns Psychol. 2000;47(1):27-35
12- Skowron EA, Friedlander ML. The Differentiation of Self Inventory: Development and initial validation. J Couns Psychol. 1998;45(3):235-46.
13- Bowen M. Family therapy in clinical practice. New york : Jason Aronson; 1993.
14- Prochaska JO, Norcross JC. Systems of psychotherapy. A transtheoretical analysis. Seyed Mohammmadi Y, translator. Tehran: Roshd; 2003.[persian]
15- Latty ChR. Effects of differentiation on college student [Dissertation]. East Lansing: Michigan state University; 2005.
16- Thorberg FA, Lyvers M. Attachment, fear of intimacy and differentiation of self among clients in substance disorder treatment facilities. J Addict Behav. 2006;31(4):732-7.
17- Thorberg FA, Lyvers M. Attachment in relation to affect regulation and interpersonal functioning among substance use disorder in patients. J Addict Res Theory. 2010;18(4):464-78.
18- Kazemiyan S, Delavar A. Study the relationship between differentiation and married men's addiction attitude. J Order Secur Law. 2012;16(4):105-15. [Persian]
19- Johnson P, Buboltz WC, Seemann E. Ego identity status: A step in the differentiation process. J Counc Dev. 2003;81(2):191-5.
20- Beebe R, Frisch N. Development of the differentiation of Sself and role inventory for nurses (DSRI-RN): A tool to measure internal dimensions of workplace stress. J Nurs Outlook. 2009;57(5):240-5.
21- Kathleen M C. Therapy manuals for drug addiction: A cognitive - behavioral approach: Treating cocaine addiction. Bakhshipour Roodsari A, Mohammad Khani S, translators. Tehran: Espand Art; 2002. [Persian]
22- Swart M, Kortekaas R, Aleman A. Dealing with feelings: Characterization of trait alexithymia on emotion regulation strategies and cognitive-emotional processing. J Plos One. 2009;4(6):e5751.
23- Porcelli P, Bagby RM, Taylor GJ, De Carne M, Leandro G, Todarello O. Alexithymia as predictor of treatment outcome in patients with functional gastrointestinal disorders. J Psychosom Med. 2003;65(5):911-8.
24- Verissimo R, Mota Cardoso R, Taylor G. Relationships between alexithymia, emotional control, and quality of life in patients with inflammatory bowel disease. J Psychother Psychosom. 1998;67(2):75-80.
25- Luminet O, Rimé B, Bagby RM, Taylor G. A multimodal investigation of emotional responding in alexithymia. J Cogn Emot. 2004;18(6):741-66.
26- Humphreys TP, Wood LM, Parker JD. Alexithymia and satisfaction in intimate relationships. J Personal Individ Differ. 2009;46(1):43-7.
27- Sifneos PE. The prevalence of 'alexithymic'characteristics in psychosomatic patients. J Psychother Psychosom. 1973;22(2-6):255-62.
28- Taylor GJ. The alexithymia construct: Conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. J New Trends Exp Clin Psychiatry. 1994;10(2):61-74.

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-09-12]
[DOI: 10.30505/6.2.151]

Journal of Police Medicine
Summer 2017; Vol. 6, No. 2: 151-160

29- De Rick A, Vanheule S. Alexithymia and DSM-IV personality disorder traits in alcoholic inpatients: A study of the relation between both constructs. J Personal Individ Differ. 2007;43(1):119-129.
30- Friedberg F, Quick J. Alexithymia in chronic fatigue syndrome: Associations with momentary, recall, and retrospective measures of somatic complaints and emotions. J Psychosom Med. 2007;69(1):54-60.
31- Hintikka J, Honkalampi K, Lehtonen J, Viinamäki H. Are alexithymia and depression distinct or overlapping constructs?: A study in a general population. J Compr Psychiatry. 2001;42(3):234-9.
32- Berthoz S, Consoli S, Perez Diaz F, Jouvent R. Alexithymia and anxiety: Compounded relationships? A psychometric study. J Eur Psychiatry. 1999;14(7):372-8.
33- Espina A. Alexithymia in parents of daughters with eating disorders: Its relationships with psychopathological and personality variables. J Psychosom Res. 2003;55(6):553-60.
34- Helmers KF, Mente A. Alexithymia and health behaviors in healthy male volunteers. J Psychosom Res. 1999;47(6):635-45.
35-Ghaleban M. The study and compare alexithymia and self-regulation in people with substance abuse and healthy normal individuals [Dissertaton]. Tehran: Tehran University; 2008. [Persian]
36- Taylor GJ, Parker JD, Bagby RM, Acklin MW. Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients. J Psychosom Res. 1992;36(5):417-24.
37- Lumley MA, Mader C, Gramzow J, Papineau K. Family factors related to alexithymia characteristics. J Psychosom Med. 1996;58(3):211-6.
38- Devine H, Stewart SH, Watt MC. Relations between anxiety sensitivity and dimensions of alexithymia in a young adult sample. J Psychosom Res. 1999;47(2):145-58.
39- Thorberg FA, Young RM, Sullivan KA, Lyvers M. Alexithymia and alcohol use disorders: A critical review. J Addict Behav. 2009;34(3):237-45.
40- Cleland C, Magura S, Foote J, Rosenblum A, Kosanke N. Psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) for substance users. J Psychosom Res. 2005;58(3):299-306.
41- Hamidi S, Rostami R, Farhoodi F, Abdolmanafi A. A study and comparison of Alexithymia among patients with substance use disorder and normal people. J Procedia-Soc Behav Sci. 2010;5:1367-70.
42- Aakbari Shaye Y, Vatankhah M, Zargar Y, Teymoori N, Ahmadiyan A. The relationship between personality traits, thrill-seeking, alexithymia and coping styles and addiction potential in students of Ferdowsi University of Mashhad. J Soc Secur Stud. 2013;33(4):163-79. [Persian]
43- Lindsay J, Ciarrochi J. Substance abusers report being more alexithymic than others but do not show emotional processing deficits on a performance measure of alexithymia. J Addict Res Theory. 2009;17(3):315-21.
44- Galanter M. Innovations: Alcohol & drug abuse: Spirituality in Alcoholics Anonymous: A valuable adjunct to psychiatric services. J Psychiatr Serv. 2006;57(3):307-9.
45- Franques P, Auriacombe M, Tignol J. Addiction and personality. J L'Enceph. 2000;26(1):68-78.
46- Skowron EA, Schmitt TA. Assessing interpersonal fusion: Reliability and validity of a new DSI fusion with others subscale. J Marital Fam Ther. 2003;29(2):209-22.
47- Eskian P. Effect of psychodrama on increasing differentiation of the original family in female high school students in area 5 Tehran [Dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University; 2004. [Persian]
48- Younesi F. Standardization and Study of the Psychometric Properties of Self-differentiation test Among 25- to 50-year-old [Dissertation]. Tehran: Allameh Tabataba'i University; 2006. [Persian]
49- Karami J, Zakiei A, Alikhani M. Explanation of self-differentiation in accordance with attachment styles and alexithymia. J Behav Sci. 2014;8(2):139-47. [Persian]
50- Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. J Psychosom Res. 1994;38(1):23-32.
51- Ghorbani N, Bing MN, Watson PJ, Davison HK, Mack DA. Self-reported emotional intelligence: Construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and the United States. Int J Psychol. 2002;37(5):297-308.
52- Mohamad S. The study of personality characteristics people with ulcerative colitis And comparison with the non-addicts [Dissertation]. Tehran: Tehran Psychiatric Institute; 2001. [Persian]
53- Modestin J, Furrer R, Malti T. Study on alexithymia in adult non-patients. J Psychosom Res. 2004;56(6):707-9.
54- Bouchard G. Alexithymia among students and professionals in function of disciplines. Soc Behav Personal: Int J. 2008;36(3):303-14.
55- Mehrabizade Honarmand M, Afsari A, Davodi I. The study of personality traits, attachment styles, life stressors and gender as predictors of alexithymia. J Psychol. 2010;14(3):319-4. [Persian]
56- Soleimannejad A. The study of effectiveness of psychodrama on increasing individual self differentiation of original family in female nursing students. J Urmia Univ Med Sci. 2010;21(1):42-52. [Persian]

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.30505/6.2.151]

تابستان ۱۳۹۶- دوره ۶- شماره ۲- صفحات ۱۶۰-۱۵۱

57- Ghaffari F, Rafiey H, Sanai B. The Effectiveness of Family Training From "Bowen Family System" on Self Differentiation and the Function of Families with Addicted Children. J Fam Res. 2010;6(2):227-39. [Persian]
58- Elieson MV, Rubin LJ. Differentiation of self and major depressive disorders: A test of Bowen theory among clinical, traditional, and Internet groups. Fam Ther. 2001;28(3):125-42.
59- Weiner El. Emotional cutoff and divorce adjustment [Dissertation]. Manhattan: Kansas State University; 1989.
60- Fatahinia M. Comparison of personality traits, perfectionism, alexithymia in irritable bowel syndrome (IBS) paitients referred to gastrointestinal clinics and healthy population with control of mental health in Ahvaz [Dissertation]. Ahvaz: Shahid Chamran University; 2010. [Persian]
61- Galeban M. Examination and comparison of alexithymia and self-regulation in patients with substance abuse disorder and normal individuals [Dissertation]. Tehran: Tehran University; 2008. [Persian]
62- Shahgholian M, Moradi A, Kafee M. Relationship of alexithymia with emotional expression styles and general health among university students. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2007;13(3):238-48. [Persian]
63- Nikoogoftar M. Emotional intelligence training, alexithymia, general health, and academic achievement. J Iran Psychol. 2009;5(19):184-98.
64- Goldenberg H, Goldenberg I. Family therapy: An overview. Boston: Cengage Learning; 2012.

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-09-12]
[DOI: 10.30505/6.2.151]