مجله علوم پزشکی زانکو/ دانشگاه علوم پزشکی کردستان/ زمستان ۱۳۹۹/ ۴۹-۴۰

مقاله پژوهشی
(Original paper)

بررسی اثربخشی درمان شناختی ذهن‌آگاهی بر اختلال‌های شخصیت پارانوئید و اسکیزوتایپی در معتادان

ناصر سراج خرمی[۱]، ناهید افشاری*[۲]

۱- استادیارگروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران

۲- دانشجوی کارشناسی‌ارشد، روان‌شناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران

نویسنده مسئول: تلفن: ۰۹۹۲۸۹۵۵۳۱۰ پست الکترونیک: Afshari704@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اختلال‌های شخصیت پارانوئید و اسکیزوتایپی در معتادان است.

مواد و روش‌کار: پژوهش حاضر به روش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه پژوهش شامل مردان مبتلا به اعتیاد شهرستان اندیمشک بود که به صورت بستری یا سرپائی به کمپ ترک اعتیاد واقع در آن شهرستان مراجعه کرده بودند. از نمونه‌گیری در دسترس به منظور انتخاب افراد مورد نظر استفاده شد. در نهایت، ۲۰ نفر براساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند که به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله شامل حضور پویا در لحظه مبتنی بر یوگا (۱۰ نفر) و گروه کنترل (۱۰ نفر) جای گرفتند. انتخاب نمونه‌های پژوهش از ۱۳ خرداد ۹۸ آغاز شد و مدت ۸ هفته به طول انجامید.

یافته‌ها: با کنترل پیش‌آزمون بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ اختلال‌های شخصیت پارانوئید و اسکیزوتایپی تفاوت معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۰۰۱$ و $F=۷۹/۹۰$).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توانند برکاهش اختلال‌های شخصیت خوشه A در معتادان تأثیر مثبت داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: ذهن‌آگاهی، درمان رفتار شناختی، اختلال‌های پارانوئید، اختلال شخصیتی اسکیزوتایپی، اعتیاد

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-19]

مقدمه

سوء مصرف مواد به عنوان یکی از بزرگ‌ترین مشکلات عصر حاضر گستره‌ای جهانی پیدا کرده است (۱). گردش مالی مواد مخدر در جهان سالانه بیش از چهار و نیم هزار میلیارد دلار برآورد شده و این گردش مالی بالا باعث شده است که دست کشیدن از این حوزه برای قاچاق‌چیان دشوار باشد (۲). از مهمترین عارضه‌های روانی- اجتماعی اعتیاد بروز اختلال‌های شخصیتی در مصرف‌کنندگان است (۳). بنابراین، ردی از یک چرخه معیوب به چشم می‌خورد. اختلال شخصیت عبارت است از الگوی ناسازگارانه و بادوام تجربه درونی و رفتار که به زمان نوجوانی یا جوانی بر می‌گردد، و حداقل در زمینه‌های شناخت، هیجان-پذیری، عملکرد میان فردی، و کنترل تکانه نمود می-یابد. دستنامه آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی، ویرایش پنجم (DSM-5th) یک رشته تشخیص مجزا را شامل می‌گردد که به سه گروه دسته‌بندی می‌شوند. گروه الف شامل اختلال‌های شخصیت پارانوید، اسکیزوئید، و اسکیزوتایپی است که در ویژگی‌های رفتار عجیب و غریب و غیر عادی مشترک هستند. گروه ب مشتمل بر اختلال‌های شخصیت ضد اجتماعی، مرزی، نمایشی، و خود شیفته است که بیش از حد نمایشی، هیجانی، دمدمی یا غیر قابل پیش‌بینی هستند. درگروه ج نیز اختلال‌های شخصیت اجتنابی، وابسته، و وسواسی قرار دارد که رفتارهای مضطرب و بیمناک را شامل می‌شوند (۴).

مطابق آنچه در این پژوهش مد نظر بود گروه الف واکاوی شد. آرتور (Arthur) اظهار می‌دارد فردی که افکار پارانوئید دارد، دنیا را منفی ارزیابی می‌کند و اغلب منتظر نتایج منفی است (۵). همچنین، در متن تجدید نظر شده پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، سردرگمی‌ها و تحریف‌ها در خودپنداره اساسی فرد، ویژگی اصلی اختلال شخصیت اسکیزوتایپی است. این گونه افراد فاقد خودفرمانی یا انگیزش هستند و معیارهای روشنی ندارند که رفتار خود را در برابر آن ارزیابی کنند. افراد مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپی نه تنها در درک خودپنداره و انگیزش خود، بلکه در شناختن انگیزه‌ها و رفتارهای دیگران نیز مشکل دارند (۴).

از سوی دیگر، در سال‌های اخیر پژوهش‌ها در مورد ذهن‌آگاهی و مطالعات مبتنی بر آن افزایش پیدا کرده است. بیشاپ و همکاران (۲۰۰۴) چارچوبی کلی برای سازمان‌دهی به مطالعات ذهن‌آگاهی تدوین نمودند. آنها تعریفی عملی از ذهن‌آگاهی مطرح کردند و فرضیه‌ای قابل آزمون و راهنمایی برای ساختن ابزارهای سنجش ذهن‌آگاهی ارائه نموده‌اند. اولین تعریف بر خودتنظیمی توجه تأکید دارد، به گونه‌ای که توجه فرد در تجارب جاری حفظ شده باشد. دومین محتوا در بر دارنده رویکردی است که فرد به تجارب خود به گونه‌ای کنجکاوانه، پذیرنده، و بدون در نظر گرفتن مطلوبیت و ارزش آن تجربه نگاه می‌کند (۶). همان گونه که انتظار می‌رود، ذهن‌آگاهی با کاهش افسردگی، اضطراب، و افزایش احساس بهزیستی روانی همراه است (۷). مدیتیشن همچنین ترکیبی از دو سیستم شفابخشی قدرتمند است که عبارت است از مراقبه متفکرانه با روان‌درمانی مدرن. مدیتیشن روش درمانی به نسبت جدیدی است که از ترکیب روش‌های کهن مراقبه و رویکردهای جدید تشکیل شده است (۸). تاثیر مدیتیشن عمیق و سریع است. با استفاده از آن طول جلسات درمانی کاهش می‌یابد و مددجو سریع‌تر می-تواند تعادل روانی و ذهنی خود را بیابد (۹). جذابیت مراقبه متعالی نسبت به سایر انواع مدیتیشن در علمی بودن و سادگی آن است (۱۰).

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-19]

پارسانیا و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی با هدف تعیین اختلالات شخصیت در افراد دارای اختلال سو-مصرف مواد دریافتند با توجه به شیوع بالای اختلال-های شخصیتی در افراد معتاد، مداخله‌های روان‌پزشکی در مراکز درمان سوء مصرف مواد در کنار دارو درمانی کاملاً ضروری و لازم است (۱۱). ایمانی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی با هدف اثربخشی درمان ذهن-آگاهی بر ارتقاء کیفیت زندگی سوء مصرف‌کنندگان مواد مخدر دریافتند که برنامه آموزشی گروه درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند جزء برنامه‌های مداخله‌ای در جمعیت سو مصرف‌کنندگان مواد مخدر قرار گیرد و کیفیت زندگی آنها را ارتقاء دهد (۱۲). همچنین، حامدی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی ذهن‌آگاهی و مشاوره بر کاهش آسیب و پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر دریافتند که آموزش ذهن‌آگاهی و مشاوره رفتاری، سبب کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد به دنبال مداخله‌های بالینی جلوگیری از عود سو مصرف می-شود (۱۳). بر اساس مطالب مطرح شده، پرداختن به اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اختلال‌های شخصیت پارانوئید و اسکیزوتایپی در معتادان ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است. بنابراین، مسأله اصلی این پژوهش معرفی راهبردهایی است که به تبیین چگونگی تأثیر مهارت‌های ذهن‌آگاهانه در کاهش نشانه‌های اختلال شخصیت خوشه A و تغییر رفتاری مثبت در افراد مبتلا به اعتیاد می‌پردازد.

مواد و روش‌کار

روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش-آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه پژوهش شامل مردان مبتلا به اعتیاد شهرستان اندیمشک بود که به صورت بستری یا سرپائی به کمپ ترک اعتیاد واقع در این شهرستان مراجعه کرده بودند. شیوه نمونه‌گیری در این پژوهش از نوع نمونه‌گیری دردسترس بود. از میان شرکت‌کنندگان پس از برآورده شدن معیارهای ورود (معتاد، ۱۸ سال و بالاتر، بروز علائم اختلال شخصیت خوشه A، علاقه‌مند و داوطلب شرکت در پژوهش، امضا فرم رضایت آگاهانه) و معیارهای خروج (تمایل به عدم شرکت در پژوهش)، ۲۰ نفر انتخاب شد که به‌صورت تصادفی در دو گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (۱۰ نفر) و گروه گواه (۱۰ نفر) جای گرفتند. این نمونه‌گیری از ۱۳ خرداد ۱۳۹۸ آغاز شد (۱۴).

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه بود. از هر دو گروه پیش‌آزمون پرسشنامه تفکرات پارانوئید و پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپی تکمیل و جمع‌آوری شد. سپس، گروه آزمایش (درمان شناخت مبتنی بر ذهن‌آگاهی) تحت هشت جلسه مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر مدیتیشن قرار گرفت (۱۵) و مجدد پس‌آزمون با پرسشنامه‌های مذکور برگزار شد. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند.

پرسشنامه سنجش افکار پارانویید[1] (GPTS)

ابزاری است که جهت اندازه‌گیری صفات و رگه-های تفکر پارانوئید توسط گرین و همکاران (۲۰۰۸) ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۱۶ سؤال است که وجود افکار گزند و آسیب را در یک ماه گذشته بررسی می‌کند. هرکدام از سؤالات روی پنج مقیاس (هرگز، خیلی‌کم، تاحدودی، زیاد، و خیلی‌زیاد) درجه‌بندی شده است. این پرسشنامه در بین جمعیت بالینی و غیربالینی ارزیابی و ضریب اعتبار همسانی درونی آن، ۰/۷۷ و اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه ۰/۸۷ گزارش شد (۱۶). در این پژوهش آلفای کرونباخ برای پرسشنامه سنجش افکار پارانوئید ۰/۹۴۵ با تنصیف ۰/۹۱۷ بدست آمد.

1- Green et al. Paranoid Thought Scales

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-19]

پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپی[2] (EPQ-R)

این پرسشنامه ۷۴ ماده، توسط راین (۱۹۹۱) برای سنجش ملاک‌های نه‌گانه اسکیزوتایپی بر اساس راهنمای آماری تشخیصی ساخته شده است. پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپی به صورت بلی/ خیر جواب داده می‌شود. جواب بلی نمره یک و جواب خیر نمره صفر می‌گیرد. این ابزار سه عامل دارد (ادراکی- شناختی، بین فردی، و سازمان نایافتگی) که این سه عامل ملاک‌های نه‌گانه را در بر می‌گیرند. همسانی درونی کل مقیاس۰/۹۱ و عامل‌ها در دامنه‌ای بین ۰/۷۱ تا ۰/۷۸ (میانگین ۰/۷۴) قرار دارند. اعتبار بازآزمایی دوماهه آن به طور میانگین ۰/۸۲ بود. روایی همزمان آن به وسیله همبستگی آن با پرسشنامه صفات اسکیزوتایپی- نسخه الف ۰/۸۱ و با مقیاس‌های اسکیزوفرنی ۰/۵۹ تا ۰/۶۵ گزارش شده است (۱۷). در این پژوهش آلفای کرونباخ برای پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپی ۰/۹۴۴ با تنصیف ۰/۸۸۷ بدست آمد.

همچنین، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار، و در سطح آمار استنباطی از آنالیز کوواریانس جهت تحلیل داده‌های پژوهش استفاده شد. نتایج آماری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ در سطح معناداری ۰/۵۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

نتایج توصیفی پژوهش نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن در گروه آزمایش و شاهد به‌ترتیب برابر ۷/۱۴±۳۹/۳۵ و ۷/۵۴±۳۹/۴۷ بود. همچنین، میانگین و انحراف معیار مدت اعتیاد در دو گروه آزمایش و شاهد به‌ترتیب ۸/۷۹±۱۷/۴۰ و ۸/۲۷±۱۶ بود.

جدول۱: میانگین و انحراف معیار اختلال شخصیت پارانوئید در گروه آزمایش و گواه

گروه‌ها	مرحله سنجش	تعداد	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	پیش‌آزمون	۱۰	۳۴۳/۷۵	۵۸/۸۹
	پس‌آزمون	۱۰	۳۶۲/۶۵	۵۳/۵۷
گواه	پیش‌آزمون	۱۰	۳۴۳/۷۳	۴۴/۵۳
	پس‌آزمون	۱۰	۳۳۱/۰۷	۴۴/۱۰

جدول۲: میانگین و انحراف معیار اختلال شخصیت اسکیزوتایپی در گروه آزمایش و گواه

گروه‌ها	مرحله سنجش	تعداد	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	پیش‌آزمون	۱۰	۶۶/۳۰	۱۶/۷۱
	پس‌آزمون	۱۰	۷۲/۲۵	۱۴/۱۹
گواه	پیش‌آزمون	۱۰	۶۴/۸۰	۱۹/۳۳
	پس‌آزمون	۱۰	۶۲/۸۰	۱۹/۷۸

برای بررسی همگنی واریانس‌های دو گروه از نظر متغیرهای وابسته، از آزمون لوین (Levenes' test) استفاده شد. نتایج آزمون همگنی واریانس‌های لوین برای مقایسه پیش‌آزمون گروه‌ها نشان‌دهنده همگنی واریانس‌ها بود که برای متغیر اختلال شخصیت پارانوئید (P=۰/۵۵۱ , F=۰/۳۶۵) و برای متغیر اختلال شخصیت اسکیزوتایپی (P=۰/۶۴۵ , F=۰/۳۹۰) با توجه به عدم معناداری آزمون لوین، اجازه استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس وجود داشت. بدین معنی که گروه-های آزمایش و کنترل پیش از اعمال مداخله آزمایشی (در مرحله پیش‌آزمون) از نظر واریانس‌ها همگن بودند. همچنین، برای بررسی پیش‌فرض‌های مانکووا، ابتدا همگنی شیب پیش‌آزمون‌ها با پس‌آزمون‌ها محاسبه شد. نتایج آزمون بررسی شیب‌های رگرسیون تحلیل کواریانس متغیرهای پژوهش نشان داد، با توجه به برقراری همگنی شیب رگرسیون و رعایت دیگر

2- Eysenck Personality Questionnaire- Revised

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-19]

پیش‌فرض‌ها (E>۰/۰۷، Sig=۰/۳۶۹)، استفاده از تحلیل کواریانس یک متغیره و چند متغیره بدون مانع است. همچنین، همگنی میان شیب ترکیب خطی پیش-آزمون‌های اختلال‌های شخصیت پارانوئید (F=۹۰ و P=۰/۰۰۱) و اسکیزوتایپی(F=۶۲/۹، P=۰/۰۰۱) با پس‌آزمون‌های آنها نشان داد که میان پیش‌آزمون و پس‌آزمون اختلال شخصیت پارانوئید در گروه آزمایش و کنترل تفاوتی وجود ندارد. همچنین، پیش‌آزمون اختلال شخصیت اسکیزوتایپی نشان داد که میان پیش‌آزمون و پس‌آزمون اختلال شخصیت اسکیزوتایپی در گروه آزمایش و کنترل تفاوتی وجود ندارد. بنابراین، مهمترین شرط تحلیل کوواریانس یعنی یک سو بودن پیش‌آزمون و پس‌آزمون‌ها برقرار بود.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس مانکوا بر میانگین پس آزمون نمرات اختلال‌های شخصیت پارانوئید و اسکیزوتایپی در معتادها

نام آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	F	سطح معناداری
آزمون اثر پیلایی	۰/۸۶	۲	۲۶	۷۹/۹۰	۰/۰۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۴	۲	۲۶	۷۹/۹۰	۰/۰۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۶/۱۴	۲	۲۶	۷۹/۹۰	۰/۰۰۰۱
آزمون بزرگترین ریشه‌روی	۶/۱۴	۲	۲۶	۷۹/۹۰	۰/۰۰۰۱

یکی از فرضیه‌های پژوهش بیان می‌کند که مداخله درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی براختلال‌های شخصیت پارانوئید و اسکیزوتایپی در معتادها اثر دارد. همان گونه که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود با کنترل پیش‌آزمون، سطح معناداری همه آزمون‌ها بیانگر آن هستند که بین گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (اختلال‌های شخصیت پارانوئید و اسکیزوتایپی) تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۰۰۱ و F=۷۹/۹۰). بنابراین، فرضیه اصلی پژوهش تایید شد.

جدول٤: نتایج تحلیل کوواریانس مانکوا بر پس‌آزمون میانگین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اختلال شخصیت پارانوئید در معتادها

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۱۲۸۳/۲۶	۱	۱۲۸۳/۲۶	۶۱/۲	۰/۰۰۱	۰/۹۱
عضویت‌گروهی	۸۴۲/۷	۱	۸۴۲/۷	۶۲/۷	۰/۰۰۱	۰/۶۱
خطا	۳۷۳/۷	۲۷	۱۳/۸			

فرضیه دوم پژوهش بیان می‌کند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختلال شخصیت پارانوئید در معتادان اثر دارد. همان طوری که جدول ۴ نشان می-دهد، با کنترل پیش‌آزمون بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ اختلال شخصیت پارانوئید تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۰۱ و F=۶۲/۷). به عبارت دیگر، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با توجه به میانگین اختلال شخصیت پارانوئید گروه آزمایش

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-19]

نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش اختلال شخصیت پارانوئید گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۶۱ بود. به عبارت دیگر، ۰/۶۱ درصد تفاوت‌های فردی در نمره پس‌آزمون اختلال شخصیت پارانوئید مربوط به تأثیر، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بود. بنابراین فرضیه دوم پژوهش تایید شد.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس مانکوا بر پس‌آزمون میانگین نمره درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اختلال شخصیت اسکیزوتایپی در معتادها

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۱۲۷۵/۱۶	۱	۱۲۷۵/۱۶	۶۰/۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰
عضویت‌گروهی	۹۷۶/۷	۱	۹۷۶/۷	۶۱/۷	۰/۰۰۱	۰/۶۰
خطا	۴۵۶/۷	۲۷	۱۴/۸			

فرضیه سوم پژوهش بیان می‌کند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اختلال شخصیت اسکیزوتایپی در معتادها اثر دارد. همان طوری که در جدول ۵ نشان می‌دهد، با کنترل پیش‌آزمون بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ اختلال شخصیت اسکیزوتایپی تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$ و $F=۶۱/۷$). به عبارت دیگر، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با توجه به میانگین اختلال شخصیت اسکیزوتایپی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش میزان اختلال شخصیت اسکیزوتایپی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۶۰ بود. به عبارت دیگر، ۰/۶۰ درصد تفاوت‌های فردی در نمره پس‌آزمون اختلال شخصیت اسکیزوتایپی مربوط به تأثیر، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است. بنابراین، فرضیه سوم پژوهش تأیید شد.

جدول٦: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر بر میانگین نمره اختلال شخصیت پارانوئید و اسکیزوتایپی گروه‌های آزمایش و گواه

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیگیری	۱۲۹۳/۴۲	۱	۱۲۹۳/۴۲	۶۳/۴	۰/۰۰۱	۰/۹۲
عضویت گروهی	۸۵۲/۳	۱	۸۵۲/۳	۶۲/۸	۰/۰۰۱	۰/۶۱
خطا	۳۸۳/۸	۲۷	۱۳/۹			

همان طوری که در جدول ۶ نشان می‌دهد، با کنترل پیگیری بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ اختلال‌های شخصیت پارانوئید و اسکیزوتایپی تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$ و $F=۶۲/۸$). به عبارت دیگر، اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اختلالات شخصیت پارانوئید و اسکیزوتایپی تفاوت دارد. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۶۱ بود. به عبارت دیگر، ۰/۶۱ درصد تفاوت‌های فردی در نمره پیگیری اختلال شخصیت پارانوئید و اسکیزوتایپی، مربوط به تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های فرضیه اول با نتایج مطالعات کر و بوئن (Kor & Bowen) همخوانی دارد. در این حوزه، درمان‌های شناختی ـ رفتاری از دهه ۱۹۷۰ مطرح شده

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-19]

است. درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن تأثیر قابل توجهی بر درمان و جلوگیری از عود سوظن و بدگمانی، و در یک کلام نگرش منفی نسبت به زندگی دارد. حضور ذهن معمولاً به عنوان حالت آگاهی و داشتن توجه به آنچه در زمان حال روی می‌دهد تعریف می‌شود (۱۸)

پژوهشگرانی همچون دسی و رایان (Deci & Ryan) نشان داده‌اند که افزایش حضور ذهن با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش درد، نگرش منفی، توهم خیانت، افسردگی، تعارض زناشویی و بیماری‌های دیگر ارتباط دارد. حضور ذهن می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار خودکار، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و نقش مهمی در تنظیم رفتاری ایفا کند. همچنین، با افزودن وضوح و حیات به تجربه‌ها، می‌تواند سلامتی و شادمانی را به همراه داشته باشد. بسیاری از نظریه‌های آسیب‌شناسی روانی و روان‌درمانی اهمیت آگاهی، حضور، و مشاهده‌گری را در سلامت روانی مورد بحث قرار داده‌اند (۱۹).

در تبیین فرضیه دوم مشخص شد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش اختلال شخصیت پارانوئید شده است. به این مفهوم، که ۰/۶۱ درصد تفاوت‌های فردی در نمره پس‌آزمون اختلال شخصیت پارانوئید مربوط به تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن-آگاهی است. نتایج حاصل از بررسی این فرضیه با نتایج افرادی چون آقاگدی وگل‌پرور (۱۳۹۷)، بوئن (۲۰۰۷)، و مارلت (Marlet) همخوانی دارد. می‌توان گفت فنون حضور ذهن در افزایش آرام‌بخشی عضلانی و کاهش نگرانی، استرس و اضطراب مؤثر است. به نظر می‌رسد مکانیسم اصلی ذهن‌آگاهی خودکنترلی توجه باشد چرا که متمرکز کردن مکرر توجه روی یک محرک خنثی مثل تنفس، یک محیط توجهی مناسب به وجود می‌آورد (۲۰).

همچنین، بررسی فرضیه سوم نشان داد درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش میزان اختلال شخصیت اسکیزوتایپی می‌شود. به این مفهوم که ۰/۶۰ درصد تفاوت‌های فردی در نمره پس‌آزمون اختلال شخصیت اسکیزوتایپی مربوط به تاثیر، آموزش ذهن‌آگاهی است. نتایج حاصل از بررسی این فرضیه با نتایج ماتا (Mata) همخوانی دارد. در تبیین یافته‌های فوق، محققان زیادی بیان کرده‌اند که تمرینات حضور ذهن می‌تواند باعث ایجاد تغییراتی در الگوهای فکری، یا نگرش‌های فرد در مورد افکار خود شود. برای مثال، کابات زین (Kabat Zinn) در سال ۱۹۹۴ بیان کرد که مشاهده بدون قضاوت درد و افکار مرتبط با اضطراب ممکن است منجر به فهم و درک این نکته شود که اینها فقط افکار هستند و نمایان‌گر حقیقت یا واقعیت نیستند و لزوماً نباید باعث فرار یا رفتار اجتنابی شوند. لینهان (Linhan) نیز خاطرنشان کرد که مشاهده افکار و احساسات و به کار گرفتن برچسب های توصیفی برای آنها، این درک و فهم را به وجود می‌آورد که آنها همیشه نشانگر صحیحی از واقعیت نیستند. برای مثال، احساس ترس به این معنی نیست که خطر جدی وجود دارد و تفکر من مقصرم لزوماً واقعی نیست (۲۱).

تیزدل (Tizdel) و همکاران در بحث خود از درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بیان کردند که آموزش ذهن‌آگاهی باعث عدم محوریت ذهن فرد نسبت به الگوهای فکری تکراری و همچنین کاهش نشخوار فکری می‌شود. این نوع تفکر خاص بیماران افسرده است؛ یعنی مهارت حضور ذهن، بیمارانی را که سابقه افسردگی دارند، متوجه افکار زائد خود می‌سازد و مجدد افکار آنها را به سایر جنبه‌های زمان حال، نظیر تنفس، راه رفتن همراه حضور ذهن یا صداهای محیطی، معطوف می‌کند و از این طریق باعث کاهش نشخوار فکری می‌شود. تیزدل این پدیده را بینش فراشناختی

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-19]

می‌نامد. آنها بیان کردند که مزیت عملی مهارت‌های حضور ذهن در ترغیب تغییرات شناختی این است که این تمرین‌ها حتی در دوره بهبودی قابل انجام هستند. دوره‌هایی که افکار افسردگی ممکن است به ندرت رخ دهند، کم‌تر می‌توان از تکنیک‌های سنتی شناخت درمانی نظیر چالش با افکار و تحریف شناختی استفاده کرد. به عبارت دیگر، دیدگاه مبتنی بر حضور ذهن در مورد کلیه افکار فرد می‌تواند کاربرد داشته باشد (۲۲).

یافته‌های هر پژوهش با توجه به محدودیت‌های آن قابل بهره‌برداری است. مطالعه حاضر با هدف اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی براختلال‌های شخصیت پارانوئید و اسکیزوتایپی در معتادان انجام شد. بنابراین، تعمیم یافته‌های آن در درمان از محدودیت برخوردار است. این مسأله بر اهمیت پژوهش‌های تکمیلی دلالت دارد. با توجه به اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اختلال‌های شخصیتی بررسی شده در مردان معتاد پیشنهاد می‌شود در استفاده از این روش درمانی و توسعه نظری و عملی آن در مراکز ترک اعتیاد، کارگاه‌های آموزشی ویژه روانشناس‌ها برگزار شود. همچنین، با تأکید بیشتر بر مؤلفه‌ها از کلی‌نگری دوری و نتایج جزئی‌تر استخراج شود.

تشکر و قدردانی

با تشکر از کلیه کسانی که در به انجام رسیدن این پژوهش همکاری کردند.

References

1. Ghanbari Bahram A. Intervention and evaluation of risk behavior control measures in North Khorasan prisons. Research project, Ferdowsi University of Mashhad. 2010.
2. Nowruzi R. Political Deputy. Security Department of North Khorasan Governorate. 2016.
3. Kaplan H, Sadock B, Eds. Synopsis of psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins. 2007.
4. Halgen RP, Kars Wittenborn S. Abnormal psychology: Clinical perspectives on psychological disorders,7th ed, DSM-5 update, 2014.
5. Bazdar F, Mousazadeh T, Narimani M, Ahmadi V. The role of styles of thinking and attributional styles and optimism and pessimism in the prediction of obsessive-compulsive disorder. Journal of Ilam Medical Sciences University.2015;23(2):125-33.
6. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, Segal ZV, Abbey S, Speca M, Velting D, Devins G. Mindfulness: A proposed operational definition. Clin Psychol.2004;11(3): 230-41.
7. Mennin, D. Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contribution. Behavior Therapy. 2009; 40:142-54.
8. Amans M. Meditation therapy. Tehran: Creative imagination; 2009.
9. Lee SH, Ahn SC, Lee YJ, Choi TK, Yook KH, Suh SY. Effectiveness of a meditation-based stress management program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with anxiety disorder. Journal of Psychosomatic Research. 2007;62(2):189-95.
10.Identity J. Meditation. Tehran: Phoenix Press; 2010.
11. Parsania Z, Firozeh M, Tak Falah L, Mohammadi Semnani S, Jahan E, Emami A. Assessment of personality disorders in people with substance abuse disorders referred to addiction treatment centers. Journal of Medical Sciences, Islamic Azad University. 2012; 22(2): 152-6.
12. Imani S, Habibi M, Pashaee S, Zahiri Sarvari M, Mirzaee J, Zaree M. The effectiveness of mindfulness therapy on improving the quality of life of drug abusers. Health Psychology. 2013;2(1):63-81.
13. Hamedi A, Shahidi SH, Khademi A. Effectiveness of mindfulness and harm reduction counseling on drug relapse prevention. Quarterly Journal of Research on Addiction. 2014;7(28):101-18.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-19]

14. Shojaeyan M, Abolmaali Kh. Effectiveness of cognitive therapy based mindfulness on increasing the psychological capital of veterans. Iranian Journal of War and Public Health. 2016;8(4):195-201.
15. Taheri S, Sajadiean E. Effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on fatigue symptoms, self-compassion and mindfulness on staff with chronic fatigue syndrome. Quarterly Journal of Career & Organizational, 2017;9(30):145-71.
16. Green CE, Freeman D, Kuipers E, Bebbington P, Fowler D, Dunn G, Garety PA. Measuring ideas of persecution and social reference: The Green et al. Paranoid Thought Scales (GPTS). Psychological Medicine. 2008;38(1):101.
17. Raine A. The SPQ: a scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. Schizophr Bull. 1991;17(4):555-64.
18. Crane R. Mindfulness based cognitive therapy. New York: Routledge Press, 2009.
19. Birami M, Asadi Magareh S, Hosseini Asl M. Predicting changes in health behaviors based on variables of cohesion, overall self-efficacy, optimism, and pessimism in the student population. Journal of Modern Psychological Research. 2014;9(36):19-36.
20. Birami M, Abdi R. The effect of mindfulness-based techniques on reduction of students' test anxiety. Journal of Educational Sciences. 2010:2(6):35-54.
21. Kaviani H, Javaheri F, Bahiraei H. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in reducing negative self-thoughts, dysfunctional attitude, depression, and anxiety: 60-day follow-up. News in Cognitive Sciences. 2005;25:49-59.
22. Omidi A, Mohammadkhani P. Mind presence training as a clinical intervention: A conceptual and experimental review. Mental Health Quarterly. 2008;1(1): 30-8.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-19]

Original paper

Investigating the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on paranoid and schizotypal personality disorders in addicts

Naser Seraj Khorami[1], Nahid Afshari[2*]
1-Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Dezful, Iran
2-Master student, personality psychology, Islamic Azad University, Dezful, Iran
Corresponding Author: Tel: +989928955310 Email: Afshari704@gmail.com

Abstract

Background and Aim: The aim of this study was to investigate the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on paranoid personality and schizotypal personality disorders in addicts

Materials and Methods: The present study is a quasi-experimental study with pre-test, post-test and with a control group. The study population included men with addiction in Andimeshk county who were admitted to Outpatient Depression Camp in Andimeshk as hospitalized or outpatient cases. Using the available sampling method, among those who attended, 20 patients were selected after having the inclusion and exclusion criteria, which were randomly divided into two groups: mindfulness intervention group (n=10) and control group (n=10). It started on June 3, 2019 and lasted for 8 weeks.

Results: There was a significant difference between the experimental and control group ($p < 0/0001$ and $F = 79/90$). regarding the paranoid and schizotypal personality disorders

Conclusion: The results of this study showed that cognitive therapy based on mindfulness can have a positive effect on reducing the personality disorders of cluster A in addicts.

Keywords: Mindfulness-based cognitive therapy, Paranoid, Schizotypy, Addicts

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-19]