

اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر میزان ولع مصرف و دشواری در خودنظم‌بخشی هیجانی مصرف‌کنندگان شیشه

تاریخ دریافت: ۹۳/۳/۱۳

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱/۲۲

محمد نریمانی*، محمد جواد بگیان کوله مرز**، احمدرضا باوندپوری***، مجتبی بختی****

چکیده

مقدمه: در فرآیند درمان و پیشگیری از بازگشت اعتیاد، حالت‌های هیجانی منفی و مثبت، و وسوسه از مهم‌ترین عوامل خطر بازگشت می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر میزان ولع مصرف و دشواری در خودنظم‌بخشی هیجانی مصرف‌کنندگان شیشه اجرا شد.

روش: این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی بوده و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه‌ی سوء مصرف‌کنندگان ماده محرک شیشه مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد تحت پوشش بهزیستی شهرستان نورآباد در زمستان و بهار ۹۳-۱۳۹۲ تشکیل می‌دهند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از مصرف‌کنندگان شیشه مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. براساس میزان تمایل به شرکت در مطالعه، مصاحبه‌ی تشخیصی ساختار یافته و ملاک-های ورود، از میان مصرف‌کنندگان شیشه، ۳۰ آزمودنی انتخاب شده و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. آموزش روان‌درمانی گروهی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی، طی ۱۲ جلسه بر گروه آزمایش انجام شد. مقیاس‌های ولع مصرف اختیاری و دشواری در خودنظم‌بخشی هیجانی گراتز در سه مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری دوماهه توسط کلیه شرکت‌کنندگان تکمیل شد. برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها نیز از روش تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری نشان داد که میزان ولع مصرف و مشکلات در نظم‌جویی هیجانی گروه آزمایش کاهش یافته است. بازبینی دیداری نمودارهای اثربخشی و اندازه‌ی ضریب تأثیر نیز بیانگر کاهش معنادار و قابل توجه نمرات میزان ولع مصرف و نظم‌جویی هیجانی در پس‌آزمون آزمودنی‌ها گروه آزمایش بود و نتایج در مرحله پیگیری حفظ شدند.

نتیجه‌گیری: آموزش راهبردهای گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) از طریق کاهش راهبردهای سازش نیافته و افزایش راهبردهای سازش یافته نظم‌جویی شناختی هیجانی می‌تواند زمینه را برای بهبود و عدم بازگشت مصرف شیشه فراهم نماید.

واژه‌های کلیدی: رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT)، دشواری در خودنظم‌بخشی هیجانی، ولع مصرف، شیشه

m_narimani@uma.ac.ir
javadbagiyani@yahoo.com
bahearnavidi@gmail.com
bakhti89@gmail.com

* استاد، گروه روان‌شناسی عمومی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
** نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران
*** کارشناس دانشکده افسری دانشگاه امام حسین تهران، تهران، ایران
**** کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

مقدمه

اختلالات سوء مصرف مواد از رایج‌ترین مشکلات روانپزشکی است که از تعامل عوامل ژنتیکی و محیطی مثل ناپهنجاری‌های رشدی و وضعیت نامساعد روانی - اجتماعی ناشی می‌شود. این اختلالات می‌تواند در اثر مصرف الکل، مواد افیونی^۱، حشیش^۲، مت‌آمفتامین‌ها، کوکائین^۳ و غیره به وجود آمده و به شکل مستی^۴، وابستگی^۵ و سوءمصرف^۶ خود را نشان دهد [۱]. انجمن روانپزشکی آمریکا^۷ [۲] علائم وابستگی به مواد را شامل مجموعه‌ای از علائم فیزیولوژیکی، رفتاری و شناختی می‌داند که براساس آن فرد علی‌رغم داشتن اختلالات وابسته به مواد، مصرف آن را ادامه می‌دهد. در چنین مواردی الگویی از مصرف وجود دارد که معمولاً منجر به تحمل^۸، محرومیت^۹ و رفتار اجباری برای مصرف می‌شود. مطابق با این تعریف سوءمصرف مواد منجر به تخریب کارکردهای روانی یا جسمانی می‌شود، در حالی که وابستگی وقتی ایجاد می‌شود که فرد به صورت اجباری و غیرقابل کنترل به مصرف پرداخته و در صورت عدم مصرف علائم ترک^{۱۰} را نشان می‌دهد [۳]. در سال - های اخیر الگوی مصرف ایرانیان به میزان زیادی تغییر یافته است و سوءمصرف‌کنندگان مواد به خصوص نسل جوان در پی تجربه مواد جدیدی مانند مت‌آمفتامین^{۱۱}، کراک^{۱۲} و هروئین^{۱۳} هستند. مت‌آمفتامین که کریستالیزه^{۱۴} آن در کشور ما با نام شیشه^{۱۵} رواج یافته است، یکی از مواردی است که به شدت مورد سوء مصرف قرار گرفته است. فراوانی مصرف آن در طرح ملی شیوع شناسی مصرف مواد مخدر در بین شهروندان ایرانی که توسط قنبری برزیان و همکاران ۱۳۹۰ انجام شد ۲۶/۲۲ گزارش

شده است [۴]. همچنین در بین مواد اعتیادآور، آمفتامین‌ها خصوصاً مت‌آمفتامین قوی‌ترین مواد هستند، خطر وابستگی و مشکلات سلامت روان بیشتری را در بر دارند [۵،۶] و با نرخ بالای روان‌پریشی [۷]، افسردگی [۸، ۹] و مشکلات شناختی، توجه، حواس‌پرتی ارتباط دارند [۱۰ و ۱۱]. عوامل تداوم بخش رفتارهای اعتیادآور، شامل ولع مصرف [۶] و کژکاری در تنظیم شناختی و هیجانی است. بک، رایت، نیومن و لیس^{۱۶} [۱۲]. عنوان کردند که ولع مصرف ریشه شناختی در باورهای نادرست در زمینه نیاز به مواد دارد. به نظر می‌رسد که ولع مصرف مواد بوسیله فرآیندهای شناختی - هیجانی خودکار یا غیرخودکار کنترل می‌شوند، به گونه‌ای که نظریه‌های ولع مصرف عموماً تأکید می‌کنند اشتیاق‌ها در افراد با فعال شدن هیجان‌ها و انگیزه‌های جستجوی مواد در ارتباطند [۱۳]. هورمس و روزین^{۱۷} [۱۴] ولع مصرف را احساس بسیار قوی و خواستن فوری یک چیز؛ به طوری که امکان هرگونه تمرکز بر موضوعی غیر از موضوع خواسته شده ناممکن باشد تعریف می‌کنند.

یکی از متغیرهایی که مصرف‌کنندگان مواد با آن درگیر می‌باشند، خودنظم بخشی هیجانی^{۱۸} است. تنظیم هیجان وجه ذاتی گرایش‌های پاسخ‌های هیجانی است [۱۵]. خودنظم بخشی هیجانی به اعمالی اطلاق می‌شود که به منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار می‌رود. مفهوم کلی خود نظم بخشی هیجانی دلالت بر شیوه‌های شناختی دستکاری ورود اطلاعات فراخواننده هیجان دارد [۱۶]. راهبردهای خود نظم بخشی هیجانی شامل نه راهبرد مقابله‌ای شناختی متفاوت؛ یعنی خودملامت‌گری، پذیرش و عینیت بخشی، نشخوار فکری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد روی برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، تسهیل حادثه از طریق کل‌نگری، فاجعه سازی و سرزنش دیگران می‌شود [۱۷]. واضح است که پاسخ‌های هیجانی به رویدادهای استرس‌زا را می‌توان با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای شناختی تنظیم نمود [۱۸]. اگر چه مفهوم سازی - های خودنظم بخشی هیجانی ممکن است متفاوت باشد [۱۹]، اما بسیاری از مؤلفان در ملاحظه‌ای آن ترکیبی از فرایندهای فیزیولوژیکی، رفتاری و شناختی توافق دارند که

- 1 . opiates
- 2 . hashish
- 3 . cocaine
- 4 . drunkenness
- 5 . dependency
- 6 . abuse
- 7 . American Psychology of Association
- 8 . tolerance
- 9 . deprivation
- 10 . withdrawal
- 11 . methamphetamine
- 12 . crack
- 13 . heroin
- 14 . cristae
- 15 . crystal

16 . Wright, Beck & Newman
17 . Hormes & Rozin
18 . emotional self-regulation

بازگشت به کار می‌روند، شامل مهارت‌های ذهن آگاهی^۴، تحمل پریشانی^۵، نظم جویی هیجان و روابط میان فردی مؤثر^۶ هستند [۲۵، ۲۶]. در این راستا، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که رفتار درمانی دیالکتیک درمان مؤثری برای افراد مبتلا به اختلال‌های همزمان شخصیت مرزی و سوء مصرف مواد است [۲۷، ۲۸]. نتایج پژوهش‌های برون والو، گراتز، نیک، دلانی- برومنسی، لانچ و همکاران^۷ [۲۸] نشان می‌دهند که نظم جویی نامناسب هیجان‌ها یکی از عوامل آسیب شناختی اساسی در وابستگی به مواد می‌باشد. دباغی، اصغر نژاد، عاطف وحید و بوالهروی [۲۹] نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند در کاهش میزان عود، افزایش اطاعت درمانی و میزان ابقاء در درمان مؤثر باشد. چانی، روزال و کامینکس^۸ [۳۰] در پژوهشی دریافتند که تجارب هیجان‌های منفی نظیر غمگینی، ملال^۹، اضطراب و احساس گوشه گیری^{۱۰} با سوء مصرف مواد رابطه مثبت دارند. لینهان، دیمف، راینولد، کومیس و ولچ^{۱۱} [۲۷] در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش وسوسه‌ی مصرف مواد زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثر است. بابایی، حسنی و محمدخانی [۳۱] در یک طرح تک آزمودنی به این نتیجه رسیدند آموزش مهارت‌های نظم جویی هیجانی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک موجب کاهش چشم گیر نمرات وسوسه مصرف کنندگان مواد می‌شود. سولر، پاسکال، براچینا، آوارز و پرز^{۱۲} [۳۲] نیز در پژوهش‌های جداگانه‌ای نشان داده‌اند که رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش رفتارهای تکانه‌ای و بهبود کیفیت زندگی مؤثر است. گودمن و همکاران^{۱۳} [۳۳] در مطالعه‌ای دریافتند که آموزش مهارت‌های گروهی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی باعث بهبود مهارت‌های خودنظم بخشی هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌شود.

فرد را قادر می‌سازد تا تجربه و ابراز هیجانات منفی و مثبت را تعدیل نمایند [۲۰]. راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجانات به افراد کمک می‌کند تا برانگیختگی‌ها و هیجان‌های منفی را تنظیم نمایند. این شیوه تنظیم با رشد، پیشرفت یا بروز اختلال‌های روانی رابطه مستقیم دارد [۲۱]. از سوی دیگر نظم جویی هیجانی و مخصوصاً راهبرد مثبت باز ارزیابی شناختی هیجانات باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگارانه افراد می‌شود [۲۲]. بنابراین، اشتباه یا اعتقادات بی منطق و نادرست، فرد راهبردهای شناختی خود را برای مواجه شدن با موقعیت تنیدگی زا بر می‌گزیند. در این دیدگاه، به افراد در بازسازی الگوی فکری آنان از طریق بازسازی شناختی کمک می‌شود [۲۳]. نتایج تحقیقات کریچ، وان، گارنفسکی، اسپروورس، لو- فو- وانگ و وان^۱ [۲۴] بیانگر رابطه‌ی قوی بین راهبردهای نظم جویی شناختی هیجانی نامطلوب با آسیب‌شناسی روانی است.

یکی از نوآوری‌ها در درمان‌های روانشناختی، به ویژه سوء مصرف مواد و اعتیاد، که به مهارت‌های نظم جویی هیجانی توجه خاصی داشته، رفتاردرمانی دیالکتیک^۲ (DBT) است. رفتاردرمانی دیالکتیک، درمانی که از ابتدای تأسیس تاکنون موفقیت‌های متعددی در عرصه‌های مختلف کسب نموده، برای افرادی با اختلال‌های متعدد و سخت روانشناختی که به طور مزمن خودکشی‌گرا^۳ هستند، طراحی شده است. تعداد زیادی از این بیماران مبتلا به اختلال‌های سوء مصرف مواد نیز می‌باشند [۲۵]. علاوه بر این، رفتار درمانی دیالکتیک برای افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، مفاهیم و وجوه طراحی شده‌ای را به منظور ترک مواد و کاهش زمان و اثرات ناسازگار بازگشت تدارک دیده است [۲۶]. پروتکل درمانی استاندارد رفتاردرمانی دیالکتیک برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، شامل مهارت‌های اساسی است که با درمان مشکلات اعتیادآور مرتبط هستند. برای بیماران مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد، این مهارت‌های اساسی به عنوان یک تجویز، در شکل استاندارد، آموخته می‌شوند. این مهارت‌ها که جهت مقابله با وسوسه و کاهش خطر

4 . Mindfulness

5 . Distress tolerance

6 . Interpersonal effectiveness

7 . Bornovalova, Gartz, Daughters, Nick, Delany-Brumsey, Lynch and et all

8 . Chaney, Roszell & Cummings

9 . Boredom

10 . Withdrawal Sensation

11 . Linehan, Dimeff, Reynolds, Comois & Welch

12 . Soler, Pascuala, Barrachina, Alvarez & Perez

13 . Goodman and etal

1 . Kraaij, van, Garnefski, Schroevers, Lo-Fo-Wong & van

2 . Dialectical Behavior Therapy (DBT)

3 . Suicidal

روش

طرح پژوهش: در این مطالعه از روش پژوهشی شبه آزمایشی استفاده شد. طرح پژوهش حاضر پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری (۲ ماهه) با گروه گواه^۷ بود که در آن اثربخشی یک متغیر مستقل یعنی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر متغیرهای وابسته یعنی میزان ولع مصرف و دشواری در خودنظم بخشی هیجانی مورد بررسی قرار گرفته است و شامل مراحل اجرایی زیر بود: ۱- جایگزین کردن تصادفی آمودنی‌ها؛ ۲- اجرای پیش‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها؛ ۳- اجرای متغیر مستقل روی گروه آزمایش؛ ۴- اجرای پس-آزمون و جمع‌آوری داده‌ها و ۵- اجرای آزمون پیگیری و جمع‌آوری داده‌ها (با فاصله زمانی ۲ ماه).

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این پژوهش شامل افراد سوء مصرف کننده شیشه بود که در سه مرکز بازتوانی اعتیاد شهرستان نورآباد (دلفان) در فاصله ماه‌های زمستان و بهار ۹۳-۱۳۹۲ خدمات درمان نگهدارنده را دریافت می‌کردند. محقق به منظور انتخاب آزمودنی‌ها، فهرستی از سوء مصرف کنندگان شیشه را که در این مراکز خدمات درمانی دریافت می‌کردند تهیه نمود. این فهرست شامل ۸۰ نفر بود. سپس به کمک همکاران، مصاحبه نیمه ساختاریافته شاخص شدت اعتیاد و میزان ولع مصرف به منظور تعیین معیارهای ورود به پژوهش، با تک تک افراد انجام شد. نحوه استخراج ملاکهای پژوهش به این صورت بود که پرسشنامه‌ای توسط پژوهشگران تنظیم شد که شامل سن، سطح تحصیلات، نوع ماده‌ای مصرفی، مدت مصرف، سابقه مصرف سایر مواد و داروهای روانگردان، سابقه ترک و سابقه بیماری‌های جسمانی و روانی بود. ملاکهای ورود عبارت بودند از: ۱- تشخیص سوء مصرف مواد بر حسب معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه پنجم و تشخیص متخصص سم‌زدایی مراکز، ۲- مصرف غالب شیشه حداقل به مدت ۶ ماه، ۳- نداشتن بیماری‌های روانپزشکی جدی (تشخیص به کمک MMPI-2 و مصاحبه بالینی)، ۴- تعدد ترک‌های ناموفق پیشین، ۵- دامنه سنی بین ۱۸ تا ۴۵ سال، ۶- جنسیت مرد، ۷- نداشتن حداقل سواد کافی برای پاسخگویی به سؤالات، ۸- عدم

آندرادا، ناکسیو، جرمی، آبرلیه، گرامر، ویسمن و لینهان^۱ [۳۴] در یک مطالعه‌ای موردی به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث بهبود خودنظم بخشی هیجانی می‌شود.

در مجموع نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که رفتاردرمانی دیالکتیکی بر اختلال سایکو-سوماتیک مانند اختلالات درد^۲ [۳۵]، شرابخواری و افسردگی [۳۶]، پراشتهایی و بی-اشتهایی عصبی^۳ [۳۷]، اختلالات خلقی^۴ [۳۸]، وسواس کندن مو^۵ [۳۹]، اختلال استرس پس‌سازحه^۶، دانش‌آموزان آزار دیده (PTSD) [۴۰]، و اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی [۴۱] مؤثر می‌باشد.

همچنین با توجه به ماهیت رفتاردرمانی دیالکتیکی به دلیل توجه به مفاهیمی مانند پذیرش احساسات و هیجانات خود، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری، آموزش تحمل پریشانی (تکنیک‌های ذهن‌آگاهی)؛ کنترل رفتارهای تکانه‌ای، شناسایی رفتارهای خود تخریبی و افزایش کارآمدی بین‌فردی ضمن کاهش علائم و پیامدهای مرتبط با مصرف مواد، می‌تواند نقش مهمی در کاهش میزان ولع مصرف و افزایش هیجانات مثبت در افراد مصرف کننده مواد داشته باشد [۴۲]. از سوی دیگر با توجه به اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و مهارت آموزی گروهی آن در کاهش تکانشگری، خودآسیبی، تنظیم هیجان و بهبود بخشیدن به تعدادی از مسائل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم، بی‌ثباتی عاطفی، کیفیت زندگی و تحریک پذیری [۴۳، ۴۴] و تأکید این رویکرد درمانی بر نظم جویی هیجانی در طی درمان، و همچنین نقش مهم هیجان‌های مثبت و منفی در بازگشت مجدد سوء مصرف مواد این پژوهش با هدف بررسی این سؤال انجام شد که اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر میزان ولع مصرف و دشواری در خودنظم بخشی هیجانی مصرف کنندگان شیشه چگونه است؟

1. Andrada, Neacsiu, Jeremy, Eberle, Kramer, Wiesmann & Linehan
2. pain disorder
3. bulimia nervosa & anorexia nervosa
4. mood disorders
5. trichotillomania
6. Posttraumatic Stress disorder

7. The pretest-posttest-followup control group design

وضعیت سلامت جسمانی روانی، نوع ماده‌ی مصرفی، مدت مصرف را شامل می‌شد.

۲- مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور یک DSM-V: در این پژوهش برای بررسی سلامت روانی و جسمانی مصرف کنندگان شیشه از یک مصاحبه کلینیکی نیمه ساختاریافته که برای تشخیص گذاری اختلالات محور یک بر اساس DSM-V به کار می‌رود استفاده شد. برای نیل به این هدف پژوهشگران باید تشخیص می‌دادند که مصرف کنندگان شیشه توهم و هذیان فعال نداشته و در دوره بهبودی نسبی باشند. منظور از بهبودی نسبی دوره‌ای است که معنادار علائم حاد مانیا نظیر (تحریک پذیری، انحراف پذیری و پرحرفی) یا علائم سایکوتیک (توهم، هذیان، سستی تداعی و اوتیسم) را نداشته باشند. مطالعات نشان داده اند که SCID تشخیص های پایایی را برای بیشتر اختلالات روانپزشکی ایجاد می کند. در ایران نسخه-ی فارسی آن توسط شریفی و همکاران [۴۵] بررسی و برای جمعیت ایرانی مطلوب گزارش شده است.

۳- شاخص های تصویری سنجش شدت ولع مصرف شیشه: برای سنجش شدت ولع مصرف شیشه از شاخص ولع مصرف شیشه که توسط مکرری، اختیاری، عدالتی گنجگاهی و نادری [۴۶] در آزمایشگاه ارزیابی عصب-شناختی مرکز ملی مطالعات ایران طراحی شده، استفاده شد. این مقیاس توسط آنتون، موهاک و لاتمن در سال ۱۹۹۵ تهیه شده است و دارای ۱۳ موقعیت مرتبط به مصرف شیشه در طول هفته گذشته است که از آزمودنی خواسته می‌شود میزان میل به مصرف شیشه خود را در مقیاس ۵ درجه‌ای از "خیلی زیاد" تا "اصلاً" مشخص کنند. نمره به دست آمده نشان دهنده میل و وسوسه در طول هفته گذشته می‌باشد. دامنه نمرات بین ۰ تا ۵۲ بوده و نمره بالاتر نشان دهنده‌ی وسوسه بیشتر می‌باشد.

۴- پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجانی^۲ (DERS): مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی یک مقیاس ۳۶ آیتمی است که توسط گراتز و رومر^۳ [۴۷] طراحی شده است که دارای یک نمره کلی و ۶ نمره اختصاصی در زیر مقیاس-های است که مربوط به ابعاد مختلف دشواری در تنظیم

شرکت در سایر جلسات روان درمانی و انجمن معتادان گمنام^۱ NA و عدم مصرف دارو در زمان آموزش و ۹- اخذ رضایت نامه کتبی و تمایل به شرکت در جلسات درمانی. همچنین ملاکهای خروج عبارت بودند از: ۱- عدم علاقمندی افراد به ادامه‌ی شرکت در جلسات درمانی، ۲- غیبت بیش از دو جلسه و ۳- قطع درمان تحت نظارت مراکز ترک اعتیاد. پس از انجام مصاحبه، نهایتاً ۴۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس برای ورود به پژوهش انتخاب شدند. این تعداد به صورت قرعه کشی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. پس از انتخاب این دو گروه، اهداف درمانی به آن‌ها و خانواده‌هایشان توضیح داده شد و شرکت یا عدم شرکت در پژوهش منوط به نظر مراجعین گردید. محقق در این پژوهش چهار مرحله را پیش بینی کرده بود: مرحله اول که همان مرحله پیش‌آزمون بود. این مرحله به منظور بررسی شرایط حضور بیماران برای ورود به پژوهش در نظر گرفته شده بود، ۲ ماه به طول انجامید. در این مرحله مقیاس‌های شاخص‌های تصویری سنجش شدت ولع مصرف شیشه و دشواری در خودنظم‌بخشی هیجانی تکمیل شد. مرحله دوم که ۳ ماه به طول انجامید، مرحله اجرای مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی برای گروه آزمایش بود. مرحل، سوم بلافاصله پس از اتمام مداخله، با تکمیل مجدد مقیاس‌های سنجش شدت ولع مصرف شیشه و دشواری در خودنظم‌بخشی هیجانی انجام شد. و در نهایت مرحله چهارم پس از دو ماه با پاسخگویی به همان مقیاس-ها دوباره اجرا شد. تست ادرار و مورفین و محرک نیز توسط پرستار هفته‌ای یکبار بدون اعلام قبلی انجام می‌گرفت. در این پژوهش در صورتی که برخی آزمودنی‌ها تمایل به مصرف داروی جایگزین داشتند، از پژوهش خارج می‌شدند. در ادامه از بین ۴۰ آزمودنی ۳ نفر از هر گروه (۶ نفر) به این دلیل از پژوهش خارج شدند. در حین اجرای مداخله، غیر از آزمودنی‌هایی که به دلیل درخواست داروی جایگزین از پژوهش خارج شدند از هر گروه ۲ نفر ریزش داشتند و به دین ترتیب در هر گروه ۳۰ نفر باقی ماند.

ابزار

۱- پرسشنامه‌ی اطلاعات جمعیت شناختی: این پرسشنامه-ی محقق ساخته سؤالاتی درباره‌ی سن، میزان تحصیلات،

2 . Difficulty Emotion Regulation Scale

3 . Gratz & Roemer

1 . Narcotics anonymous

برای (زیر مقیاسها $P < 0/01$ و $P > 0/57$) و نمره کل، $P = 0/88$ ، $P < 0/01$) مناسب گزارش شد. عباسی، درگاهی، بگیان کوله مرز، بختی و درگاهی [۴۸] پایایی و اعتبار این مقیاس را با دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه کردند دامنه نمرات برای مولفه‌های دشواری در خودنظم بخشی هیجانی به ترتیب برابر $0/86$ و $0/74$ ($P < 0/01$)، $0/54$ ، $r = \eta = 100$) بدست آمد. این نتایج حاکی از اعتبار مناسب این مقیاس در فرهنگ ایرانی است. لازم به ذکر است نمرات بالاتر در این مقیاس نشان دهنده دشواری‌های بیشتر در مقوله تنظیم هیجان‌هاست.

هیجانی است این زیر مقیاسها عبارتند از: عدم پذیرش هیجانها، ناتوانی در به کارگیری رفتارهای متناسب با هدف، مشکل در کنترل تکانه، عدم آگاهی هیجانی، دسترسی کم به راهبردهای تنظیم هیجانی، نبود شفافیت هیجانی. نحوه پاسخ دهی یه این مقیاس بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت است. این پژوهشگران به بررسی پایایی و روایی این مقیاس در یک نمونه ۴۷۹ نفری از دانشجویان دوره لیسانس نیز پرداختند. این مقیاس در نمره کل (ضریب آلفای کرونباخ $0/93$) و در همه زیر مقیاسها (ضریب آلفای بزرگتر از $0/80$) ثبات درونی خوبی نشان داد و پایایی آزمون - باز آزمون آن نیز در یک دوره زمانی ۴-۸ هفته‌ای

جدول ۱) محتوای جلسات آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی متناسب با سوء مصرف کنندگان مواد

محتوای جلسات	جلسات آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی
توضیحات مقدماتی، مفهوم سازی مشکل، آماده سازی افراد نمونه تحقیق و اجرای پیش آزمون و آموزش مهارت‌های پرت کردن حواس، بستن قرارداد برای کاهش رفتارهای خود تخریبی و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی.	جلسه اول
آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش به مراجعین در مورد این که چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می‌شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند، متمرکز می‌مانند، چطور کار می‌کنند. می‌شود.	جلسه دوم و سوم
بررسی افکار و احساسات و توضیح و شناساندن پاسخهای مقابله‌ای که درونی و یا بیرونی هستند؛ ۲) با همکاری مراجعین افکار و احساساتی که منجر به خود تخریبی یا رفتارهای تکانشی و وسوسه انگیز ناسازگار می‌شود، بررسی می‌شود؛ ۳) تکالیف خانگی از مراجعین خواسته می‌شود که تمام افکار و احساساتی که منجر به ناسازگاری در آنها می‌شوند را یادداشت کنند.	جلسه چهارم
آموزش تحمل پریشانی (مهارت‌های پایندگی در بحران‌ها، منحرف کردن حواس، تسکین دادن به خود با استفاده از حواس شش گانه و تمرین ذهن آگاهی).	جلسه پنجم
به مراجعین کمک می‌شود تا کنترل رفتارهای تکانه‌ای خود را تمرین کنند و بازخوردهایی را تهیه کنند تا به یک سطح منطقی از تسلط و کنترل بر خود برسند. مثلاً به مراجعین یاد داده می‌شود پاسخ‌های درونی، افکاری هستند که با تکانه‌ها ناسازگارند. برای مثال گفتن این جمله با خود که: این واقعاً مسخره است، من بجای خشمگین شدن لبخند خواهم زد. تمرین و باز خورد.	جلسه ششم
کاهش آسیب پذیری بدنی پرخوری و کم خوری، مواد مخدر، الکل، ورزش، بیماری و درد بدنی، بهداشت خواب، تنش و فشار بدنی، شناسایی رفتارهای خودتخریبی، نظارت بر خود بدون قضاوت، کاهش آسیب پذیری شناختی و افزایش هیجان‌های مثبت.	جلسه هفتم
آموزش تنظیم هیجان (اهداف آموزش تنظیم هیجان، دانستن اینکه چرا هیجان‌ها مهم هستند، تشخیص هیجان، کاهش آسیب پذیری و رنج هیجانی، افزایش هیجان مثبت)، تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد با عاقله اخیر.	جلسه هشتم و نهم
افزایش کارآمدی بین فردی (حفظ و تداوم سلامت روابط خوبشاوندی، علاقمندی و غیره). آموزش مهارت‌های فردی مهم (توصیف و بیان کردن، ابراز وجود و جرأت داشتن، اعتماد آشکار، مذاکره کردن و عزت نفس).	جلسه دهم و یازدهم
جمع‌بندی، تمرین و مرور جلسات قبل و سپس اجرای پس‌آزمون.	جلسه دوازدهم

اجازه از آنها، رضایت آنها برای شرکت در این پژوهش جلب شد. همچنین از آزمودنی‌ها درخواست شد تا در دوره گروه درمانی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی شرکت کنند. قبل از شروع روش آموزشی هر دو گروه مورد مطالعه، تحت پیش‌آزمون قرار گرفتند و از آنها درخواست شد تا پرسشنامه‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود تکمیل نمایند و تا حد امکان سوآلی را بی‌جواب نگذارند. گروه آزمایش تحت آموزش گروه درمانی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار گرفتند. مدت جلسات درمانی شامل ۱۲ جلسه‌ی یک ساعته و به صورت گروهی و هفته‌ای یکبار در کلینیک شفاء اجرا گردید. در طی این جلسات دو هفته بعد از اتمام آموزش از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و در نهایت پس از دوماه هر دو گروه مجدداً به سوآلات مقیاس‌ها پاسخ دادند.

یافته‌ها

بررسی مفروضه‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

- ۱- متغیر وابسته از داده‌های فاصله‌ای یا نسبی تشکیل شده است؛
- ۲- در هر گروه نمونه‌ها بصورت تصادفی انتخاب شده است؛
- ۳- واریانس‌های جامعه مساوی می‌باشد و اینکه
- ۴- جامعه دارای توزیع نرمال می‌باشد. همانطور که می‌دانیم یکی از پیش فرض‌های مهم اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نرمال بودن متغیرها است. که آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که مفروضه فوق فراهم می‌باشد. به علاوه استفاده از آماره لون^۳ نشان داد؛ که مفروضه برابری واریانس خطای متغیر وابسته برای اکثر متغیرها رعایت شده است. بنابراین فرض برابری واریانس‌های / کوواریانس به درستی رعایت شد. همچنین استفاده از آزمون موچلی نشان داد که مفروضه کرویت برای اثرهای مربوط به زمان، زمان و گروه و گروه رعایت شده است. بنابراین می‌توان بیان کرد که فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی برای تمام متغیرها رعایت شده است.

برنامه آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) در جلسه‌های گروهی: رفتار درمانی دیالکتیکی عمدتاً روانی-آموزشی است و بر اکتساب مهارت‌های رفتاری تأکید دارد. راهبردهای دیالکتیکی در کل درمان جاری است. سه نوع راهبرد دیالکتیکی وجود دارد. اولین در مورد این است که درمانگر چگونه تعاملات درون روابط درمان را پی ریزی می‌کند؛ دومی شامل این است که چگونه درمانگر رفتارهای ماهرانه را معین می‌کند و سومی شامل راهبردهای خاص معینی است که در طول اداره درمان استفاده می‌شود. موقعیت درمان دیالکتیکی تلفیق دائمی پذیرش با تغییر، انعطاف پذیری با پایداری، تربیت (پرورش) با به چالش طلبیدن و تمرکز روی ظرفیت‌ها با نقایص می‌باشد. رفتاردرمانی دیالکتیکی بر مبنای کار لینهان و دیمف^۱ [۲۷] و توسط سالباچ-آندره و همکاران^۲ [۴۹] برای یک دوره ۳ ماهه (۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) برنامه ریزی شده بود. مصرف کنندگان شیشه هفته‌ای یک بار به صورت گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی را طبق محتوای جدول ۱ آموزش می‌دیدند.

روند اجرای پژوهش: شیوه اجرا در این پژوهش به این صورت بود که با تهیه معرفی‌نامه از سوی بهزیستی در کلینیک‌های ترک اعتیاد شهرستان نورآباد (دلفان) حضور یافته، سپس با کسب اجازه از مسئولان کلینیک و بیان اهداف پژوهش به مطالعه‌ی پرونده‌های موجود برای دسترسی به نمونه مورد نظر از بین افرادی که تمایل به همکاری و شرکت در پژوهش را داشتند، پرداخته شد. پس از انجام مصاحبه بالینی تشخیصی با توجه به ملاک‌های DSM-V (و با رسیدن به تشخیص واحد از طرف پژوهشگران و نظر تشخیصی روانپزشک مربوطه مندرج بر روی پرونده بیماران) از بین ۸۰ مصرف کننده شیشه ۴۰ نفر که توانایی شرکت در پژوهش را داشتند و ۱/۵ انحراف معیار نمره بالاتر در مقیاس دشواری در خودنظم بخشی هیجانی و شاخص‌های تصویری سنجش شدت ولع مصرف شیشه با توجه به ملاکهای ورود و خروج بصورت در دسترس انتخاب شدند. سپس با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش برای افراد نمونه پژوهش و کسب

1 . Linehan & Deimof

2 . Salbach-Andrae, Bohnkamp, Pfeiffer & Lehmkuhl

3 . Levene

جدول ۲) مقایسه میانگین و انحراف استاندارد نمرات مؤلفه‌های دشواری در خودنظم‌بخشی هیجانی و میزان ولع مصرف در پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های مورد مطالعه

متغیر		آزمایش						کنترل					
		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی		۱۸/۴۰	۱/۹۸	۱۴/۱۰	۱/۵۱	۱۴	۱/۱۵	۱/۶۰	۱۶/۹۰	۱/۴۴	۱۵/۲۰	۱/۰۵	
دشواری‌های دست‌زدن به رفتار هدفمند		۱۵/۷۵	۱/۲۹	۱۲/۷۵	۱/۲۰	۱۲/۲۳	۱/۱۸	۱/۶۵	۱۴/۹۰	۱/۴۴	۱۴/۷۰	۱/۱۷	
دشواری‌های کنترل‌تکانه		۱۷/۰۵	۱/۵۳	۱۳/۸۰	۱/۱۵	۱۲/۶۵	۱/۲۲	۱/۹۰	۱۶/۹۵	۱/۰۹	۱۴/۴۰	۱/۴۲	
فقدان آگاهی هیجانی		۱۷/۴۰	۱/۶۸	۱۲/۰۵	۱/۲۳	۱۱/۹۸	۱/۰۶	۱/۶۳	۱۷/۶۵	۱/۲۰	۱۵/۱۵	۱/۵۹	
راهبردهای تنظیم‌هیجانی محدود		۲۳/۰۵	۲/۱۶	۱۷/۱۵	۱/۳۴	۱۷	۱/۳۷	۲/۲۵	۲۲/۳۵	۱/۷۸	۲۱/۲۵	۱/۲۹	
فقدان شفافیت‌هیجانی		۱۵/۲۵	۱/۶۸	۱۰/۷۵	۱/۲۵	۹/۸۸	۱/۱۶	۱/۸۰	۱۵/۲۵	۱/۲۶	۱۳/۲۵	۱/۳۳	
دشواری در خودنظم‌بخشی هیجانی کل		۱۰۶/۰۹	۳/۵۵	۸۹/۰۶	۴/۳۳	۸۷/۷۴	۲/۵۴	۵/۴۰	۱۰۶/۱۵	۳/۹۷	۹۳/۹۵	۲/۴۵	
ولع مصرف		۳۱/۵۰	۴/۰۳	۲۲/۷۵	۱/۸۸	۲۱/۸۹	۱/۱۲	۲۸/۶۵	۱/۸۷	۲۵	۲۳/۵۰	۲/۵۶	

ولع مصرف ۲۸/۶۵ (و ۱/۸۷)، نمره کلی پس‌آزمون گروه کنترل در دشواری در خودنظم‌بخشی هیجانی ۹۸ (و ۳/۹۷) و ولع مصرف ۲۵ (و ۱/۶۸) و در مرحله پیگیری نمره دشواری در خودنظم‌بخشی هیجانی ۹۳/۹۵ (و ۲/۴۵) و ولع مصرف ۲۳/۵۰ (و ۲/۵۶) می‌باشد. به عبارتی نمرات گروه آزمایش در تمام مؤلفه‌های دشواری در خودنظم‌بخشی هیجانی و ولع مصرف کاهش داشته است. اما در گروه گواه نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت چندانی با هم ندارند.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پیش‌آزمون گروه آزمایش در دشواری در خودنظم‌بخشی هیجانی ۱۰۶/۰۹ (و ۳/۵۵) و ولع مصرف ۳۱/۵۰ (و ۴/۰۳)، نمره کلی پس‌آزمون گروه آزمایش در دشواری در خودنظم‌بخشی هیجانی ۸۹/۰۶ (و ۴/۳۳) و ولع مصرف ۲۲/۷۵ (و ۱/۸۸) و نمره پیگیری گروه آزمایش در دشواری در خودنظم‌بخشی هیجانی ۸۷/۷۴ (و ۲/۵۴) و ولع مصرف ۲۱/۸۹ (و ۱/۱۲) می‌باشد. همچنین میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پیش‌آزمون گروه کنترل در دشواری در خودنظم‌بخشی هیجانی ۱۰۶/۱۵ (و ۵/۴۰) و

جدول ۳) نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثربخشی مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی بر عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی

منبع	SS	df	MS	F	P	Eta
زمان	۴۱۸/۶۱	۱	۴۱۸/۶۱	۱۴۸/۲۸	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۶۵
زمان*گروه	۴۰/۶۱	۱	۴۰/۶۱	۱۴/۳۸	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۳۸
خطا	۱۰۷/۲۷	۲۸	۲/۸۲	-	-	-
بین‌گروهی	۱۱۰/۲۰	۱	۱۱۰/۲۰	۲۵/۵۱	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۴۰
خطا	۱۶۴/۱۱	۲۸	۴/۳۱	-	-	-

پذیرش پاسخ‌های هیجانی گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی داری وجود دارد. از آنجایی که اثر تعامل بین عامل درون گروهی زمان اندازه گیری و عامل بین گروهی معنی دار بود اثر ساده بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون گروهی با استفاده از تصحیح بن فرنی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی گروه‌های آزمایش و گواه وجود نداشت. اما در مرحله پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمرات عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی به طور معنی‌داری کمتر از گروه گواه است ($P < 0/001$).

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود تأثیر زمان اندازه گیری بر نمرات عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی معنی‌دار می‌باشد ($F(28, 1) = 148/28, P < 0/001$) می‌توان بیان کرد که صرف نظر از گروه آزمایشی بین میانگین نمرات عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنی‌دار می‌باشد ($P < 0/001$ ، $F(28, 1) = 14/38$) می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی در زمانهای مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همانطور که در جدول مشاهده می‌شود تأثیر گروه نیز بر نمرات عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی معنی‌دار است ($P < 0/001$ ، $F(28, 1) = 25/51$) می‌توان نتیجه گرفت که صرف نظر از زمان اندازه گیری بین میانگین نمرات عدم

جدول ۴) نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی اثربخشی مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی بر دشواری در دست زدن به رفتار هدفمند

منبع	SS	df	MS	F	P	Eta
درون گروهی	زمان	۱	۶۹۶/۲۰	۳۹۴/۹۴	$P < 0/001$	۰/۶۹
	زمان*گروه	۱	۱۶/۲۰	۸/۱۴	$P < 0/001$	۰/۳۰
	خطا	۲۸	۷۵/۶۰	۱/۹۸	-	-
بین گروهی	گروه	۱	۴۴/۴۰	۲۲/۶۴	$P < 0/001$	۰/۳۷
	خطا	۲۸	۷۴/۵۱	۱/۹۶	-	-

دشواری در دست زدن به رفتار هدفمند گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. از آنجایی که اثر تعامل بین عامل درون گروهی زمان اندازه گیری و عامل بین گروهی معنی‌دار بود. اثر ساده بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون گروهی با استفاده از تصحیح بن فرنی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات دشواری در دست زدن به رفتار هدفمند بین گروه‌های آزمایش و گواه وجود نداشت. اما در مرحله پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمرات دشواری در دست زدن به رفتار هدفمند گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی به طور معنی‌داری کمتر از گروه گواه است ($P < 0/001$).

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود تأثیر زمان اندازه گیری بر نمرات دشواری در دست زدن به رفتار هدفمند معنی‌دار می‌باشد ($F(28, 1) = 394/94, P < 0/001$) می‌توان بیان کرد که صرف نظر از گروه آزمایشی بین میانگین نمرات دشواری در دست زدن به رفتار هدفمند در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنی‌دار می‌باشد ($P < 0/007$ ، $F(28, 1) = 8/14$) می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات دشواری در دست زدن به رفتار هدفمند در زمانهای مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همانطور که در جدول مشاهده می‌شود تأثیر گروه نیز بر نمرات دشواری در دست زدن به رفتار هدفمند معنی‌دار است ($P < 0/001$ ، $F(28, 1) = 22/64$) می‌توان نتیجه گرفت که صرف نظر از زمان اندازه گیری بین میانگین نمرات

جدول ۵) نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی اثربخشی مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی بر دشواری در کنترل تکانه

Eta	P	F	MS	df	SS	منبع	
						زمان	درون گروهی
۰/۷۳	$P_{\leq 0/001}$	۳۰۰/۸۹	۵۶۱/۸۰	۱	۵۶۱/۸۰	زمان	درون گروهی
۰/۴۲	$P_{\leq 0/001}$	۱۶/۵۱	۴۲/۳۶	۱	۴۲/۳۶	زمان*گروه	
-	-	-	۱/۸۶	۲۸	۷۰/۹۵	خطا	
۰/۴۶	$P_{\leq 0/001}$	۲۸/۶۷	۱۱۸/۳۶	۱	۱۱۸/۳۶	گروه	بین گروهی
-	-	-	۳/۱۰	۲۸	۱۱۷/۸۳	خطا	-

گرفت که صرف نظر از زمان اندازه گیری بین میانگین نمرات دشواری در کنترل تکانه گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی داری وجود دارد. از آنجایی که اثر تعامل بین عامل درون گروهی زمان اندازه گیری و عامل بین گروهی معنی دار بود اثر ساده بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون گروهی با استفاده از تصحیح بن فرنی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات دشواری در کنترل تکانه بین گروه‌های آزمایش و گواه وجود نداشت. اما در مرحله پس-آزمون و پیگیری میانگین نمرات دشواری در کنترل تکانه گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی به طور معنی‌داری کمتر از گروه گواه است ($P_{\leq 0/001}$).

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود تأثیر زمان اندازه گیری بر نمرات دشواری در کنترل تکانه معنی‌دار می‌باشد ($F(1, 28) = 300/89, P < 0/001$) می‌توان بیان کرد که صرف نظر از گروه آزمایشی بین میانگین نمرات دشواری در کنترل تکانه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنی‌دار می‌باشد ($F(1, 28) = 16/51, P < 0/001$) می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات دشواری در کنترل تکانه در زمانهای مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همانطور که در جدول مشاهده می‌شود تأثیر گروه نیز بر نمرات دشواری در کنترل تکانه معنی‌دار است ($F(1, 28) = 28/67, P < 0/001$) می‌توان نتیجه

جدول ۶) نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی اثربخشی مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی بر فقدان آگاهی هیجانی

Eta	P	F	MS	df	SS	منبع	
						زمان	درون گروهی
۰/۷۰	$P_{\leq 0/001}$	۲۷۳/۲۲	۵۶۷/۱۱	۱	۵۶۷/۱۱	زمان	درون گروهی
۰/۳۱	$P_{\leq 0/001}$	۱۰/۳۴	۲۶/۲۸	۱	۲۶/۲۸	زمان*گروه	
-	-	-	۲/۰۷	۲۸	۷۸/۸۷	خطا	
۰/۳۲	$P_{\leq 0/001}$	۱۸/۶۲	۴۰/۸۳	۱	۴۰/۸۳	گروه	بین گروهی
-	-	-	۲/۱۹	۲۸	۳۰/۸۳	خطا	-

تفاوت است. همانطور که در جدول مشاهده می‌شود تأثیر گروه نیز بر نمرات فقدان آگاهی هیجانی معنی‌دار است ($F(1, 28) = 273/22, P < 0/001$) می‌توان نتیجه گرفت که صرف نظر از زمان اندازه گیری بین میانگین نمرات فقدان آگاهی هیجانی گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی داری وجود دارد. از آنجایی که اثر تعامل بین عامل درون گروهی زمان اندازه گیری و عامل بین گروهی معنی دار بود. اثر ساده بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون گروهی با استفاده از تصحیح بن فرنی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج

همانطور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود تأثیر زمان اندازه گیری بر نمرات فقدان آگاهی هیجانی معنی‌دار می‌باشد ($F(1, 28) = 273/22, P < 0/001$) می‌توان بیان کرد که صرف نظر از گروه آزمایشی بین میانگین نمرات فقدان آگاهی هیجانی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنی‌دار می‌باشد ($F(1, 28) = 10/34, P < 0/001$) می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات فقدان آگاهی هیجانی در زمانهای مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه

مشاهده می‌شود تأثیر گروه نیز بر نمرات دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی معنی‌دار است ($P < 0/001$)، $F(28 و 1) = 23/02$ می‌توان نتیجه گرفت که صرف نظر از زمان اندازه‌گیری بین میانگین نمرات دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. از آنجایی که اثر تعامل بین عامل درون گروهی زمان اندازه‌گیری و عامل بین گروهی معنی‌دار بود. اثر ساده بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون گروهی با استفاده از تصحیح بن فرنی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی بین گروه‌های آزمایش و گواه وجود نداشت. اما در مرحله پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمرات دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی به طور معنی‌داری کمتر از گروه گواه است ($P < 0/001$).

نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات فقدان آگاهی هیجانی بین گروه‌های آزمایش و گواه وجود نداشت. اما در مرحله پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمرات فقدان آگاهی هیجانی گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی به طور معنی‌داری کمتر از گروه گواه است ($P < 0/001$).

همانطور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود تأثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی معنی‌دار می‌باشد ($P < 0/001$)، $F(28 و 1) = 326/82$ می‌توان بیان کرد که صرف نظر از گروه آزمایشی بین میانگین نمرات دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنی‌دار می‌باشد ($P < 0/001$)، $F(28 و 1) = 20/73$ می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی در زمانهای مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همانطور که در جدول ۷

جدول ۷) نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثربخشی مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی بر دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی

منبع	SS	df	MS	F	P	Eta
درون گروهی	زمان	۱	۹۱۱/۲۵	۳۲۶/۸۲	$P < 0/001$	۰/۷۲
	زمان*گروه	۱	۵۷/۸۰	۲۰/۷۳	$P < 0/001$	۰/۴۸
	خطا	۲۸	۲/۷۸	-	-	-
بین گروهی	گروه	۱	۱۰۸/۳۰	۲۳/۰۲	$P < 0/001$	۰/۳۹
-	خطا	۲۸	۴/۷۰	-	-	-

جدول ۸) نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثربخشی مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی بر فقدان شفافیت هیجانی

منبع	SS	df	MS	F	P	Eta
درون گروهی	زمان	۱	۳۶۹/۰۵	۱۹۱/۷۱	$P < 0/001$	۰/۷۲
	زمان*گروه	۱	۲۶/۴۵۰	۱۲/۸۰	$P < 0/001$	۰/۳۴
	خطا	۲۸	۲/۰۶	-	-	-
بین گروهی	گروه	۱	۱۲۸/۱۳	۲۵/۸۱	$P < 0/001$	۰/۴۰
-	خطا	۲۸	۲/۲۵	-	-	-

صرف نظر از گروه آزمایشی بین میانگین نمرات فقدان شفافیت هیجانی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه

همانطور که در جدول ۸ مشاهده می‌شود تأثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات فقدان شفافیت هیجانی معنی‌دار می‌باشد ($P < 0/001$)، $F(28 و 1) = 191/71$ می‌توان بیان کرد که

زمان اندازه‌گیری و عامل بین گروهی معنی‌دار بود. اثر ساده بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون گروهی با استفاده از تصحیح بن فرنی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات فقدان شفافیت هیجانی گروه‌های آزمایش و گواه وجود نداشت. اما در مرحله پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمرات فقدان شفافیت هیجانی گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی به طور معنی‌داری کمتر از گروه گواه است ($P < 0.001$).

جدول ۹) نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثربخشی مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی بر میزان ولع

مصرف

منبع		SS	df	MS	F	P	Eta
درون گروهی	زمان	۱۴۸/۸۱	۱	۱۴۸/۸۱	۳۴۴/۳۷	$P < 0.001$	۰/۷۰
	زمان*گروه	۲۴۱/۵۱	۱	۲۴۱/۵۱	۵۵/۹۰	$P < 0.001$	۰/۵۹
	خطا	۱۶۴/۱۷	۲۸	۴/۳۲	-	-	-
بین گروهی	گروه	۱۲۱/۳۵	۱	۱۲۱/۳۵	۲۷/۹۶	$P < 0.001$	۰/۴۲
	خطا	۱۷۸/۷۳	۲۸	۲/۲۵	-	-	-

نمرات میزان ولع مصرف گروه‌های آزمایش و گواه وجود نداشت. اما در مرحله پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمرات میزان ولع مصرف گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی به طور معنی‌داری کمتر از گروه گواه است ($P < 0.001$).

بحث

هدف پژوهش حاضر اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر میزان ولع مصرف و دشواری در خودنظم‌بخشی هیجانی مصرف‌کنندگان شیشه بود. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش مهارت‌های مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی به آزمودنی‌های گروه آزمایش موجب کاهش چشم‌گیر نمرات میزان ولع مصرف شیشه شده است، به طوری که نمرات پس‌آزمون در طی دوازده جلسه مداخله-ی آموزشی کاهش قابل توجهی نسبت به نمرات قبل از مداخله داشتند. یافته‌ها حاکی از مؤثر بودن مداخله‌ای آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی بر میزان ولع مصرف شیشه آزمودنی‌ها گروه آزمایش بود. این نتایج با نتایج پژوهش‌های دیگر برای مثال [۲۵، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۱ و ۳۳] همخوانی دارد. در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت، مداخله‌ی آموزشی رفتاردرمانی دیالکتیک می‌تواند

نیز معنی‌دار می‌باشد ($F(1, 28) = 12/80, P < 0.001$) می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات فقدان شفافیت هیجانی در زمانهای مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همانطور که در جدول مشاهده می‌شود تأثیر گروه نیز بر نمرات فقدان شفافیت هیجانی معنی‌دار است ($F(1, 28) = 25/81, P < 0.001$) می‌توان نتیجه گرفت که صرف نظر از زمان اندازه‌گیری بین میانگین نمرات فقدان شفافیت هیجانی گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. از آنجایی که اثر تعامل بین عامل درون گروهی

همانطور که در جدول ۹ مشاهده می‌شود تأثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات میزان ولع مصرف معنی‌دار می‌باشد ($F(1, 28) = 344/37, P < 0.001$) می‌توان بیان کرد که صرف نظر از گروه آزمایشی بین میانگین نمرات میزان ولع مصرف در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنی‌دار می‌باشد ($F(1, 28) = 55/90, P < 0.001$) می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات میزان ولع مصرف در زمانهای مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همانطور که در جدول مشاهده می‌شود تأثیر گروه نیز بر نمرات میزان ولع مصرف معنی‌دار است ($P < 0.001$)، $F(1, 28) = 27/96$ می‌توان نتیجه گرفت که صرف نظر از زمان اندازه‌گیری بین میانگین نمرات میزان ولع مصرف گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. از آنجایی که اثر تعامل بین عامل درون گروهی زمان اندازه‌گیری و عامل بین گروهی معنی‌دار بود. اثر ساده بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون گروهی با استفاده از تصحیح بن فرنی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری بین میانگین

توانایی بیماران را جهت کنار آمدن مؤثر با وسوسه و نشانه‌های ترک افزایش دهد. علاوه بر این، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهند که مهارت‌های مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک می‌توانند در انتخاب راهبردهای مقابله‌ای با میل، ولع مصرف و همچنین حالات هیجانی که می‌توانند منجر به بازگشت رفتارهای مصرفی و اجباری در سوء مصرف مواد شوند، مؤثر واقع گردد. هیجان‌های منفی و ناتوانی در مدیریت مناسب آنها نیز یکی از محرک‌های مهم برای از سوگیری سوء مصرف مواد عنوان شده است. پژوهش‌های تجربی انجام گرفته در این زمینه نشان داده است که سوء مصرف کنندگانی که از راهبردهای نظم جویی هیجان سازگارانه‌تری استفاده می‌کنند، در دوره‌ی درمان موفق‌تر هستند. بر عکس، افرادی که قادر به کنترل هیجان‌های خود نیستند، به احتمال زیاد مصرف کننده‌ی دائمی مواد می‌شوند [۴۷].

بنابراین، استفاده از مهارت‌های نظم جویی هیجانی، ذهن آگاهی و تحمل رنج و پریشانی به عنوان یکی از برنامه‌های درمانی جامع در پیشگیری از ولع مصرف مواد مطرح می‌باشد. از سوی دیگر باید توجه داشت که ارتقای سلامت روان مستلزم آموزش روش دستیابی به سبک زندگی سالم، رفتارهای مقابله‌ای سازگارانه و نیز، کمک به افراد در معرض خطر برای پرهیز از رفتارهای پرخطر است [۳۴]. بنابراین آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک با آگاه نمودن افراد در حال پرهیز از مواد، از وسوسه و هیجان‌های مثبت و منفی همراه با آن (مواد)، و پذیرش و کنار آمدن مؤثر با آنها، می‌تواند سلامت روان این افراد را ارتقا بخشد [۲۶]. از طرفی رفتار درمانی دیالکتیک یکی از رویکردهای درمانی است که به پرورش سبک زندگی سالم و رفتارهای مقابله‌ای مؤثر توجه داشته است رفتار درمانی دیالکتیک ساختار روشنی دارد و از تکنیک‌های رفتاری و اعتباربخشی^۱ به طور همزمان استفاده می‌کند [۲۷]. در آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک، بر تمرینات و مهارتهایی تأکید می‌شود که می‌توان کاهش قابل ملاحظه‌ی شدت ولع مصرف در میان آزمودنی‌های این پژوهش را با آنها مرتبط دانست. برای مثال کاربرد اعتباربخشی منجر به پذیرش مشکلات هیجانی شده و این پذیرش در نهایت منجر به تسهیل تغییرات می‌-

گردد [۲۷]. همچنین در این مهارت، تمریناتی همچون تمرینات خودمشاهده‌گری و مهارت‌های کاهش آسیب پذیری^۲، به بیماران برای پرورش سبک زندگی بدون مواد و مقاومت در برابر وسوسه و ولع مصرف کمک می‌کند [۲۶]. در مجموع درمان دیالکتیکی از طریق ترکیب نمودن تمرینات ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجان با اصول رفتار درمانی به مصرف کنندگان مواد یاد می‌دهد تا با حالتی بدون قضاوت به مشاهده پیامدهای فیزیولوژیکی، ذهنی و رفتاری مصرف مواد بپردازند. و علاوه بر آن سعی در پذیرش این رفتارها بدون قید و شرط داشته باشند. که این تحمل و قبول تغییر باعث تجربه هیجانات مثبت آنها می‌شود. از سوی دیگر مصرف کنندگان مواد با تمرین این مؤلفه‌ها می‌توانند در زندگی روزمره و در مقابله با موقعیت‌هایی که از لحاظ هیجانی و علائم بیماری دچار مشکل می‌شده‌اند، مهارت‌های کنار آمدن و حل مسئله را فرا گیرد که نوعی ترکیب درمان رفتاری و حمایتی با حل مسئله شناختی است [۴۱]. بنابراین کاهش رفتارهای پرخطر و منحل کیفیت زندگی، توانایی در حل تعارضات بین فردی و بهبود روابط بین شخصی مصرف کنندگان مواد، افزایش اعتماد بنفس، و کاهش تجربه‌های ناخوشایند روزانه، بی‌ثباتی عاطفی، توانایی تنظیم و تعدیل هیجانات منفی، تنش و عصبانیت همراه آن با آموزش این مهارت‌ها حاصل شود، که این امر باعث می‌شود مصرف کنندگان مواد از ولع مصرف کمتر و کیفیت زندگی مطلوب‌تری برخوردار شوند [۴۴].

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که آموزش مهارت‌های مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی به آزمودنی‌های گروه آزمایش موجب کاهش چشم‌گیر نمرات دشواری در خودنظم بخشی هیجانی مصرف کنندگان شیشه شده است، به طوری که نمرات پس‌آزمون در طی دوازده جلسه مداخله‌ی آموزشی کاهش قابل توجهی نسبت به نمرات قبل از مداخله داشتند. یافته‌ها حاکی از مؤثر بودن مداخله‌ی آموزش مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیکی بر خودنظم بخشی هیجانی مصرف کنندگان شیشه آزمودنی‌ها بود. این نتایج با نتایج پژوهش‌های دیگر برای مثال [۲۴، ۳۰، ۳۴، ۳۶، ۴۳، ۴۴] همخوانی دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت رفتاردرمانی دیالکتیک به دلیل سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش،

1 . Validation

2 . Reducing Vulnerability

پژوهش پژوهشگر با محدودیت‌های مواجهه است از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر؛ ۱- کم بودن نمونه‌های زن باعث شد این پژوهش فقط بر روی مردان انجام شود، ۲- همین‌طور یکسان نبودن ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها از نظر مدت زمان مصرف، سابقه و نوع ماده‌های مصرفی دیگر، ۳- عدم وجود شرایط کنترل شده برای نظارت دقیق‌تر بر انجام تکالیف خانگی و وقوع لغزش، ۴- کوتاه بودن مرحله پیگیری دو ماهه، ۵- محدود بودن نمونه به مراکز ترک اعتیاد شهرستان نورآباد (دلفان)، و ۶- در نهایت در این پژوهش درمانگر و پژوهشگر متفاوت نبوده است که این امر ممکن است نتایج مربوط به پژوهش را تحت تأثیر قرار داده باشد.

بر اساس بررسی‌های صورت گرفته در زمینه کاربرد رفتاردرمانی دیالکتیکی در بهبود مهارت‌های خودنظم بخشی هیجانی این نتیجه حاصل شد که از یک سو، به دلیل فقدان یک رویه نظام‌مند درمانی و از سوی دیگر، به لحاظ غالب بودن درمان‌های دارویی نسبت به درمان‌های غیردارویی (روان‌شناختی) برای درمان مصرف‌کنندگان شیشه در کشور، درمانگران اعتیاد در سطح وسیع از این رویکرد استفاده نمی‌کنند. با توجه به اینکه پژوهش حاضر، اولین پژوهش انجام گرفته مبنی بر اثرگذاری رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش میزان ولع مصرف در داخل کشور است بنابراین، پیشنهاد می‌شود، برای ارزیابی هرچه دقیق‌تر اثربخشی این رویکرد، مداخله مورد نظر در حجم نمونه‌های وسیع‌تری در هر دو جنس اجرا شود. مرحله پیگیری با مدت زمان طولانی‌تری در نظر گرفته شود، پیشنهاد می‌شود با توجه به اینکه افراد مصرف‌کننده از سطوح هیجانی و شناختی متفاوتی برخوردار هستند، روان‌درمانی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی به صورت فردی اجرا شود تا نتایج دقیق‌تری در اثر آموزش به دست آید. از طرفی کارآیی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر روی سایر مصرف‌کنندگان مواد مانند هروئین، کراک، الکل و سیگار با توجه به متغیرهایی مانند، شیوه و مدت زمان مصرف نیز مورد بررسی قرار گیرد. همچنین، روان‌درمانی گروهی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی با دیگر درمان‌های رایج برای اختلال وابستگی به مواد از جمله درمان ماتریکس مقایسه شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از این روش درمانی در مراکز کلینیکی

افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند در تلفیق با فنون رفتاردرمانی شناختی، اثربخشی درمانی را افزایش دهد. بنابراین، افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی در درمان دیالکتیکی و ایجاد تفکر مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند توانایی مقابله‌ی بیمار را در کنار آمدن با وسوسه و نشانه‌های ترک به عنوان شاخص اصلی تداوم مصرف در این بیماران افزایش دهد [۴۱]. از سوی دیگر عمل مخالف به عنوان یکی از مهم‌ترین راهبردهای مهارت‌نظم‌جویی هیجان‌مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی، بیماران را برای انجام عمل مخالف در برابر هیجان‌های منفی و وسوسه ولع مصرف مجدد مواد ترغیب می‌کند. به علاوه تعداد زیادی از بیماران در اولین علامت‌هایی از مشکلات هیجانی، مواد مصرف می‌کنند؛ بنابراین توجه سرسختانه بر آگاهی به هیجان‌های حاضر، ضروری است. "عمل مخالف" در برابر هیجان‌ها، به این بیماران کمک می‌کند هنگامی که این مشکلات هیجانی را تجربه می‌کنند از "سقوط به اعماق و در واقع مصرف مجدد مواد در امان بمانند" [۲۷]. همچنین تمرینات ذهن‌آگاهی در مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک به وسیله‌ی افزایش توانایی فرد در چرخش توجهش از آنچه مفید یا مؤثر نیست (مثلاً ولع مصرف مواد) به آنچه مفید و مؤثر است، به تعدیل هیجانی یا به عبارتی انعطاف‌پذیری توجه در او کمک کند [۳۱]. همچنین مهارت‌های مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک با تشویق بیمار برای در نظر گرفتن اهداف کوتاه مدت و اهداف بلند مدت، انجام فعالیت‌های لذت‌بخش به طور روزانه و تمریناتی جهت مقابله با خشم و احساس گناه، افکار منفی و ترس و نیز پیشنهاد راهکارهایی برای بهبود روابط میان فردی، می‌تواند وی را برای پرورش سبک زندگی بدون مواد و مقابله‌ی مؤثر با وسوسه و ولع مصرف توانمند سازد [۳۰].

نتایج تحقیق حاضر از چندین زاویه و در عرصه‌های گوناگون می‌تواند به کار گرفته شود؛ این یافته‌ها را می‌توان در حوزه‌های روان‌شناسی، مشاوره و روان‌درمانی به کار بست. چرا که نتایج حاصل از کارآمدی مؤثر آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی به صورت ترکیب یک روش درمانی - آموزشی و حمایتی منجر به کاهش ولع مصرف و بهبود خودنظم بخشی هیجانی مصرف‌کنندگان شیشه شده است. در هر

- 6- Heyman G M. Received Wisdom Regarding the Roles of Craving and Dopamine in Addiction: A Response to Lewis s Critique of Addiction: A Disorder of Choice. *Pers on Psycho Sci.* 2011; 6 (2), 156° 60.
- 7- McKetin R, Kelly E, and McLaren J. The relationship between crystalline methamphetamine use and methamphetamine dependence. *Drug Alcohol Depend.* 2006; 85 (15): 198-204.
- 8- Semple SJ, Strathdee SA, Zians J, and Thomas L. Patterson, Methamphetamine-Using Parents: The Relationship Between Parental Role Strain and Depressive Symptoms. *J Stud Alcohol Drugs.* 2011; 72 (6): 954° 64.
- 9- Waldrop AE, Price KL, Desantis SM, Simpson AN, Back SE, Mcrae AL, Spratt EG, kreek Mj, Brady KT. Community-dwelling cocaindependent men and women respond differently to social stressor versus cocaine cues. *J psyneuen.* 2010; 35 (6):798-806.
- 10- Salo R, Fassbender C, Iosif AM, Ursu S, Leamon MH, Carter, C. Predictors of methamphetamine psychosis: history of ADHD-relevant childhood behaviors and drug exposure. *Psychiatry Res.* 2013; 210 (2): 529-35.
- 11- Karen C, Annette E, Fleckenstein S, Reid J, Robison E, Michael J, Ken R, Glen R, Hanson H. Methamphetamine/amphetamine abuse and risk of Parkinson's disease in Utah: A population-based assessment. . *Drug Alcohol Depend.* 2015; 146 (18): 30-8.
- 12- Beck AT, Wright FD, Newman CF, and Liese BS. *Cognitive Therapy of Substance Abuse.* New York: The Guilford Press; 1993. p. 286-312.
- 13- Tiffany ST. A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: Role of automatic and non-automatic processes. *Psychol Rev.* 1990; 97 (10): 147-68.
- 14- Hormes GM, & Rozin P. Dose" Craving Crave nature at the joints? Absence of a synonym for craving in many languages. *J Addict Behav.* 2010; 35 (8): 459-63.
- 15- Amstadter A. Emotion regulation and anxietydisorders. *J Anxiety Disord.* 2008; 22 (8): 211° 22.
- 16- Ochsner KN, & Gross JJ. The cognitivecontrol of emotion. *Trends Cogn Sci.* 2005; 9 (2): 242-9.
- 17- Garnefski N, Van den Kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, & Onstein E. The relationshipbetween cognitive emotion regulation strategies andemotional problems: Comparison between clinical and anonclinical sample. *Europ J Perso.* 2002; 16 (4): 403° 20.
- 18- Folkman S, & Moskowitz JT. Coping: Pitfalls and promise. *Annu Rev psych.* 2004; 55 (8): 745° 74.
- 19- Gross JJ, & Barrett LF. Emotion Generation and Emotion Regulation: One or Two Depends on Your Point of View, *Emot Rev.* 2011; 3 (1): 8° 16.

ترک اعتیاد در کنار مداخلات دارویی استفاده شود. از آن جا که گرایش به مصرف مواد یک متغیر چند علیتی است، شناسایی سایر عوامل و انجام پژوهش‌های بیشتر برای تدوین یک الگو برای شناسایی عوامل خطر ساز گرایش به مصرف مواد و ارائه راهکارهای عملی برای پیشگیری از شیوع اختلال وابستگی به مواد امری ضروری است. همچنین پیشنهاد می‌شود از این روش درمانی در کنار مداخلات دارویی برای اختلالات دیگر از جمله اختلالات درد، سردردهای میگرنی، وسواس‌کندن مو، اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD)، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، زنان و کودکان مورد آزار جسمی و هیجانی، افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی، اختلالات دوقطبی و اسکیزوفرنی استفاده شود. پیشنهاد می‌شود تأثیر این مداخله‌ی آموزشی را در مقایسه با سایر مهارت‌های و رویکردهای درمانی همچون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، روان‌درمانی شناختی- تحلیلی و رفتاردرمانی شناختی- رفتاری (CBT) مورد بررسی قرار دهند تا اثربخشی هر کدام روشن شود. در آخر برای رسیدن به نتیجه‌گیری قطعی‌تر، نیاز به مطالعات بیشتر است.

تشکر و قدردانی

از مسئولان بهزیستی شهرستان نورآباد (دلفان)، کلینیک ترک اعتیاد شفاء و کلیه‌ی افرادی که پژوهشگران را در انجام این پژوهش با شکیبایی همراهی کردند، صمیمانه سپاسگزاریم.

منابع

- 1- Pates R, & Riley D. (Eds.). *Interventions for Amphetamine Misuse.* United States: Blackwell publishing LTD; 2010. p. 129-47.
- 2- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Fifth edition (DSM-5) Washington: APA; 2013. p. 481-591.
- 3- Abou° Saleh MT. Substance use disorder: recent advances in treatment and models of care. *J Psycho Res.* 2006; 61(9): 305° 10.
- 4- Sarami H, Ghorbani M, Minooi M. Survey of Four Decades of Addiction Prevalence researches in Iran. *Quart J Res on Addict.* 2013; 7 (26): 29-52.
- 5- Topp L, Degenhardt L, Kaye S, and Darke S. The emergence of potent forms of methamphetamine in Sydney, Australia: A case study of the IDRS as a strategic early warning system. *Drug Alcohol Rev.* 2002; 21(6): 341-8.

- of dialectical behavior therapy plus Olanzapin for borderline personality disorder. *Am J psychiatry*. 2013; 162 (7): 1221-4.
- 33- Goodman M, Carpenter D, Cheuk Y, Tang E, Avedon J, Fernandez N, Kathryn A, Nicholas J, Blair S, Antonia S, Triebwasser J, Larry J, Erin A, Hazlett A. Dialectical behavior therapy alters emotion regulation and amygdala activity in patients with borderline personality disorder. *J Psychi Res*. 2014; 57 (8): 108-16.
- 34- Andrada D, Neacsiu A, Jeremy W, Eberle R, Kramer R, Wiesmann T, Linehan M. Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *Behav Res Ther*. 2014; 59 (12): 40-51.
- 35- Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2001; 69 (6): 1061-5.
- 36- Safer D L, Robinson AH, Jo b. Outcome from a Randomized Controlled Trail Of Group Therapy for Binge Eating Disorder: Comparing Dialectical Behavior Therapy Adapted for Binge Eating to and Active Comparison Group Therapy. *J Abnorm Psychol*. 2010; 41 (2): 106-20.
- 37- Safer DL, James L. Dialectical Behavior Therapy Modified for Adolescent Binge Eating Disorder: A Case Report. *Cogn & Beha Prac*. 2007; (14): 157-67.
- 38- VanDijk S, Jeffrey J, Katz MR. A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *J Emo Behav Disorder*. 2013; 21(5): 277° 85.
- 39- Stacy S, Welch & Junny Kim. DBT-Enhanced Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Trichotillomania: An Adolescent Case Study. *Cogn & Beha Prac*. 2012; 19 (3): 483-93.
- 40- Steil R, Dyer A, Priebe K, Kleindienst N, & Bohus R. Dialectical Behavior Therapy For Posttraumatic Stress Disorder Related Childhood Sexual Abuse: A Pilot S tudy of an Intensive Residential Treatment Program. *J Trauma Stress*. 2011; 24 (1): 102- 6.
- 41- Narimani M, Bagiyani- Kulemarez MJ, Ahadi B, Abolghasemi A. The study of Effectiveness of Group Training of Dialectical Behavioral Therapy (DBT) on reducing of Symptoms of Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD) and promoting quality of life of students. *J Clin psychology*. 2014; 6 (1): 39-51.
- 42- Witkiewitz K, Marlatt GA, & Walker D. Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *J Cogn Psychother*. 2005; 19 (2): 211° 28.
- 43- Vanden Bosch LMC, Verhuel R, Schippers GM, & Brink W. Dialectical Behavior therapy of borderline patient with and without substance use problems Implementation and long-term effects. *J Addive Behav*. 2002; 27 (6): 911-23.
- 20- Bridges LJ, Denham SA, Ganiban JM. Definitional issues in emotion regulation research. *Child Dev*. 2004; 75 (2): 340-5.
- 21- Kraaij V, Pruyboom E, & Garnefski N. Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: A longitudinal study. *Aging Ment Health*. 2002; 4 (6): 275-81.
- 22- Gyurak A, Gross JJ, and Etkin A. Explicit and Implicit Emotion Regulation: A Dual-Process Framework. *Cogn Emot*. 2011; 25 (3): 400° 412.
- 23- Garnefski N, & Kraaj V. Relationship between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *J Perso Indiv Differ*. 2006; (40): 1659-69.
- 24- Kraaij V, van EA, Garnefski N, Schroevers MJ, Lo-Fo-Wong D, & van EP. Effects of a cognitive behavioral self-help program and a computerized structured writing intervention on depressed mood for HIV-infected people: a pilot randomized controlled trial. *J Pati Educ Counsel*. 2010; 80 (2): 200-4.
- 25- Dimeff LA, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for substance abuser. *Addict Sci Clin Pract* . 2008; 4 (2): 39-47.
- 26- Dimeff KA, and Koerner K. Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice Applications across Disorders and Setting. New York: The Guilford Press Publications; 2007. p. 100-218.
- 27- Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comois KA, Welch SS, Heagerty P, et al. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend*. 2008; 67 (5): 13-29.
- 28- Bornovalova MA, Gartz KL, Daughters SB, Nick B, Delany-Brumsey A, Lynch TR, et all. A multimodal assessment of the relationship between emotion dysregulation and borderline personality disorder among inner-city substance user in residential treatment. *J Psychiatr Res*. 2008; 42 (8): 717-26.
- 29- Dabbaghi P, Asgharnejad Farida A, Atef-Vahidb MK, Bolharic J. Effectiveness of group cognitive therapy based on mindfulness and spiritual schema activation in the prevention of opioid abuse relapse. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2008; 13(4): 366-75. [Persian].
- 30- Chaney, EF, Roszell DK, Cummings C. Relapse in opiate addicts: a behavioral analysis. *Addict Behav*. 2010; 2 (1); 7: 877-84.
- 31- Babaei Z, Hasani J, Mohammadkhani S. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Based Emotion Regulation Skill Training in Substance Abusers Craving: a Single Subject Study. *J clin psycho*. 2012; 4 (3): 33-41.
- 32- Soler J, Pascuala JC, Barrachina J, Alvarez E, and Perez V. Double blind placebo controlled study

- 44- Kroger CH, Schweiger U, Sipos V, Kliem S, Arnold R, Schunert T, et al. Dialectical behaviour therapy and an added cognitive behavioural treatment module for eating disorders in women with borderline personality disorder and anorexia nervosa or bulimia nervosa who failed to respond to previous treatments. An open trail with a 15-month follow up. *J Behav Ther Exp Psychiatr*, 2010; 10 (41): 381-8.
- 45- Sharifi V, Assad SM, Mohammadi MR, et al. A Persian translation of the structured clinical interview for diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th Edition: psychometric properties. *Compr Psychi*. 2009; 50 (1): 86-91.
- 46- Mokri A, Ekhtiari H, Edalati H, Ganjgahi H, Naderi P. Relationship Between Craving Intensity and Risky Behaviors and Impulsivity Factors in Different Groups of Opiate Addicts. *Iran J Psych Clin Psychol*, 2008; 14 (3): 258-68.
- 47- Gratz KL, and Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure and Initial Validation of The Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychop Behav Assess*. 2004; 26 (1): 41-54.
- 48- Abbasi M, Dargahi S, Bagiyan Kulemarez MJ, Bakhti M, Dargahi A. Examining the Role of Difficulty in Emotional Self Regulation, Impulsiveness and Defensive Mechanisms in Discriminate Smokers and Non Smokers Students. *Arch Hyg Sci*. 2014; 33 (2):59-69.
- 49- Salbach-Andrae H, Bohnekamp I, Pfeiffer E, Lehmkuhl U. Dialectical Behavior Therapy of Anorexia and Bulimia Nervosa Among Adolescents: A Case Series. *Cogn & Behav Pract*. 2008; 189 (5): 415-25.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

The Effectiveness of Group Psychotherapy based on Dialectical Behavior Therapy (DBT) on the Degree of Craving and Difficulty in Emotional Self-regulation of Methamphetamine Users

Narimani, M. Ph.D., Bagiyani-Kulemarez, M.J. * Ph.D Student., Bavand-Pouri, A.R. B.A., Bakhti, M., M.A.

Abstract

Introduction: In the process of the treatment and returning of addiction, positive and negative emotional states, as well as temptation belong to the most important risk factor for returning. The aim of this study was to determine Effectiveness of Group psychotherapy based on Dialectical Behavior Therapy (DBT) on the degree of craving and difficulty in Emotional Self-regulation of Methamphetamine users.

Method: The present study was a Quasi-experimental research and was conducted through the pre-test, post-test design with control group. The statistical population of the study consisted of all Stimulant Methamphetamine Abusers referring to rehabilitation center under the supervision of the Welfare organization in Nourabad from the winter of 1392 to the spring of 1393. The research sample included 30 Methamphetamine Abusers referring to rehabilitation centers that were selected through available sampling. Based on their tendency to participation in the study, structural diagnostic interview and inclusion criteria, 30 participation were selected and were assigned to the experimental (n=15) and control (n=15) groups. The experimental group received 12 sessions of Dialectical Behavior Therapy. All participants completed the voluntary Craving scale and Gratz Difficulties in emotion regulation Questionnaire as the pre-test, post-test and the follow up stage after a 2 months interval. Data was analyzed through ANOVA with repeated measures.

Results: The results of ANOVA with repeated measure showed that the degree of craving and difficulty declined in the Emotional Self-regulation of the experimental group. The visual inspection of effectiveness charts and size effects, too, indicated a significant and considerable decrease in the degree of craving scores in the post-test of the experimental group participants. These results were maintained in the follow-up stage.

Conclusion: Training in the Group Dialectical Behavior Therapy Strategies through reducing the maladaptive Strategies and increasing the adaptive Cognitive° Emotional Regulation Strategies can pave the way for improvement and relapse prevention of Methamphetamine Abusers.

Keywords: Dialectical Behavioral Training, Difficulty in Emotional Self-regulation, Craving, Methamphetamine

*Correspondence E-mail:
Javabagiyani@yahoo.com