

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی در افزایش تحمل آشفتگی و بهبود تنظیم هیجانی سوء مصرف کنندگان مواد

محسن ندیمی^۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۶/۰۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۸/۱۱

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه‌ی گروهی، در افزایش تحمل آشفتگی و بهبود تنظیم هیجانی سوء مصرف کنندگان مواد می‌باشد. **روش:** پژوهش حاضر شبه-آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه معتادین مراجعه کننده به مرکز درمان اعتیاد امید زاهدشهر در تابستان ۱۳۹۱ بود. با روش نمونه‌گیری در دسترس، از بین معتادان مراجعه کننده، ۲۸ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند و پرسش‌نامه‌های دشواری در تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی بر روی آن‌ها در پیش‌آزمون، پس-آزمون و پیگیری، اجرا شد. گروه آزمایش به مدت ۲۰ جلسه‌ی یک‌ساعته تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی به صورت گروهی قرار گرفتند و گروه گواه تنها داروی نالتراکسون دریافت کردند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیکی در افزایش تحمل آشفتگی و بهبود تنظیم هیجانی سوء مصرف کنندگان مواد موثر می‌باشد. **نتیجه‌گیری:** با آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی، می‌توان میزان تحمل آشفتگی و تنظیم هیجان را که دلیل اصلی روی‌آوری و تداوم مصرف مواد می‌باشند در افراد بهبود بخشید.

کلیدواژه‌ها: رفتار درمانی دیالکتیکی، تحمل آشفتگی، تنظیم هیجانی، سوء مصرف مواد

۱. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران. پست الکترونیک: mohsen_nadimi_psychologist@yahoo.com

مقدمه

در بررسی تاریخ، بشری را نمی‌توان یافت که با مسائل مربوط به مواد مخدر دست به گریبان نبوده است. شاید بتوان گفت مواد مخدر همراه با بشر در این جهان یافت شده است و تا زمانی که انسان در این عرصه وجود دارد، پابرجا خواهند بود، و اثرات آن‌ها همواره در سرنوشت ملت‌ها و اقوام قابل شناسایی است. امروزه اعتیاد پا از مرزهای بهداشتی - روانی فراتر نهاده و به یک معضل اجتماعی تبدیل شده است (وزیران و مستشاری، ۱۳۸۱).

اختلال سوء مصرف مواد، یک اختلال عودکننده‌ی مزمن است و با مسائل زیادی در حوزه‌های پزشکی، روانپزشکی، خانوادگی، شغلی، قانونی، مالی و معنوی همراه است. این اختلال نه تنها زندگی فرد را تحت الشعاع قرار می‌دهد، بلکه نواقص و ناراحتی‌های زیادی را برای خانواده و جامعه ایجاد کرده و بار زیادی به آن‌ها تحمیل می‌کند. اعتیاد مانند هر اختلال مزمن دیگری نیاز به مدیریت در طی زمان دارد (دالی و مارلات^۱، ۲۰۰۵؛ ترمور، کرول، پرینس، گسکاس، وندن برینک و ون امیگدن^۲، ۲۰۰۵).

سوء مصرف و وابستگی به آن، آسیب‌های جدی اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و بهداشتی بر جوامع وارد می‌سازد که از آن جمله می‌توان به مواردی همچون بیماری‌های جسمانی و اگیرداری همچون هپاتیت، ایدز و بیماری‌های روانی - اجتماعی همچون ازدیاد جرایم مرتبط با اعتیاد مثل سرقت، قتل، خودسوزی، بیکاری، خشونت خانوادگی، کودک‌آزاری، افزایش آمار طلاق و افت تحصیلی فرزندان^۳ که والدین معتاد دارند، اشاره نمود (وست^۴، ۲۰۰۸). مفهوم وابستگی به مواد در طی چند دهه گذشته معانی رسمی بسیار و معانی معمول فراوان داشته است. امروزه وابستگی به مواد به نوعی الگوی ناسازگارانه مصرف مواد اطلاق می‌گردد که با مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی ظرف دوره ۱۲ ماهه آشکار می‌شود که مصرف مداوم مواد آن را ایجاد می‌کند (هالجن و ویتبورن^۵، ۱۳۸۶).

1. Substance Abuse Disorder

3. Termor, Krol, Prins, Geskus, Van den Brink & Van Ameijden

5. Halgin & Whitbourne

2. Daley & Marlatt

4. West

اگر چه در باب علل و علت‌شناسی این اختلال بحث و جدل زیادی وجود دارد، لیکن فرض خوددرمانی^۱ (SMH)، توضیحی مبسوط درباره علل روی‌آوری به این اختلال ارائه می‌دهد. این نظریه برای یکی از بزرگ‌ترین مسائل بهداشتی عمومی و پزشکی معنایی روانشناسی قائل می‌شود (خانتزیان^۲، ۱۹۹۷). خانتزیان (۱۹۹۷)، این نظریه را حدود دو دهه پیش مطرح نمود. وی بر این باور بود که این نظریه چشم‌انداز مفیدی فراهم می‌آورد که به کمک آن می‌توان عوامل قدرتمند هیجانی و دردی که وابستگی فرد به الکل و دیگر مواد اعتیادآور را توجیه می‌کند، درک نمود. هدف از این فرضیه نادیده انگاشتن نقش عوامل فرهنگی-اجتماعی و زیستی-ژنتیکی نمی‌باشد، بلکه کمکی برای نظریه‌های دیگر به شمار می‌رود. مزیت اساسی فرض خوددرمانی این است که ابعاد روانشناسانه و هیجانی اعتیاد را مورد رسیدگی قرار می‌دهد، چیزی که در اکثر بررسی‌های بالینی و علمی نادیده انگاشته شده است. خانتزیان (۱۹۹۷) در مدل فرض خوددرمانی، به نقایص موجود در ایگوی^۳ این افراد و ناتوانایی آن‌ها برای تحمل عواطف اشاره می‌کند. وی اشاره می‌کند که این افراد با مصرف ماده ترجیحی شان تسکین می‌یابند و حالات عاطفی شان برای آن‌ها قابل تحمل‌تر می‌گردد. اکثر وابستگان به مواد افیونی در پاسخ به این سؤال که هنگام مصرف مواد برای اولین بار چه احساسی داشتید، علاوه بر اذعان به احساس آرامش عمومی و بهبود سطح عاطفی شان، اشاره کردند که افیون‌ها عاطفه شدید پرخاشگرانه آن‌ها را تقلیل دادند. به نظر می‌رسد، همین اثر "خوددرمانی" افیون‌ها نیز دلیل و بهانه مناسبی برای ادامه مصرف دارو و یا عود می‌باشد (خانتزیان، ۱۹۹۷). ورمسر^۴ (۱۹۷۴)، به نقایص در دفاع هیجانی این افراد استناد نموده است، و به توصیف این پرداخته که چطور این افراد گاه‌تحت تأثیر رنجش ناشی از شرم و خشم شدیدشان از پای در می‌آیند و چطور گاهی از اوقات عاری از هرگونه هیجان می‌باشند. در برخی مطالعات نیز اشاره شده است که هیجانان این بیماران بین هیجانان شدید خشم و رنجش و احساسات مبهم افسردگی و

1 Self Medication Hypothesis

2. Khantzian

3. Ego

4. Wermser

ناراحتی در تغییر و تناوب است (خانتزبان و ویلسون^۱، ۱۹۹۳). بنابراین به نظر می‌رسد اختلال در تنظیم هیجانی و تحمل آشفتگی از قابل توجه‌ترین علل روی آوری، حفظ و عود وابستگی به مواد مخدر می‌باشد.

بر طبق فرض خوددرمانی، این افراد دارای تحمل آشفتگی پایین و اختلال تنظیم هیجانی می‌باشند (خانتزبان، ۱۹۹۷)، و این درست همان مواردی است که در مهارت‌آموزی رفتار درمانی دیالکتیکی^۲ (DBT) آموزش داده می‌شود. علاوه بر این، در این درمان علی‌رغم تأکید بر تغییر مراجع، عود بیمار نیز مورد تأیید قرار می‌گیرد و مانع از آن می‌گردد که احساسات و هیجانات منفی حاصل از این شرایط بیمار را مستأصل نماید (دیمف و لینهان^۳، ۲۰۰۸).

تحمل آشفتگی به عنوان ظرفیت تجربه و تحمل کردن حالات روانشناختی منفی تعریف می‌شود. آشفتگی ممکن است نتیجه فرایندهای شناختی یا جسمانی باشد اما به صورت یک حالت هیجانی ظاهر می‌شود که اغلب با تمایلات عمل برای تسکین تجربه هیجانی مشخص می‌شود (سیمونز و گاهر^۴، ۲۰۰۵). تنظیم هیجانی نیز به عنوان مقوله‌ای مشتمل بر آگاهی و درک هیجانات، پذیرش هیجانات، توانایی برای کنترل کردن رفتارهای تکانشی و رفتار کردن مطابق با اهداف مطلوب به منظور دستیابی به اهداف فردی و مطالبات موقعیتی، شناخته می‌شود (گراتز و رومر^۵، ۲۰۰۴) که در سوء مصرف کنندگان مواد دچار اختلال می‌باشد. رفتار درمانی دیالکتیکی نوعی از درمان شناختی- رفتاری است که توسط مارشال لینهان^۶ برای درمان افرادی که دارای رانه‌های خودکشی‌گرای مزمن می‌باشند، تدوین شد و حاوی چهار بخش مشتمل بر مهارت‌آموزی انفرادی، مهارت‌آموزی گروهی، مشاوره تلفنی و گروه مشاوره درمانگر می‌باشد (علیلو و شریفی، ۱۳۹۰). فرض بنیادی دکتر لینهان (۱۹۹۳) در تدوین برنامه رفتار درمانی دیالکتیکی این بود که افراد دارای رانه‌های خودکشی‌گرایی، فاقد مهارت‌های مورد نیاز برای حل مسئله خویش می-

1. Willson

2. Dialectical Behavior Therapy

3. Dimeff & Linehan

4. Simons & Gaher

5. Gratz & Roemer

6. Marsha Linhan

باشند و همین عامل نیز باعث درد و رنج‌های عمیق این بیماران و مشکلات آن‌ها در ایجاد زندگی ارزشمند می‌باشد.

تا به امروز، رفتار درمانی دیالکتیکی در درمان شماری از مشکلات رفتاری به کار گرفته شده است. به کارگیری درمان در اقدام به خودکشی و رفتارهای خودجرحی (محمدمیگونی، احدی، پاشاشریفی و جزایری، ۱۳۸۹؛ وودبری و پوپنو، ۲۰۰۸؛ مک-کویلان، نیکاسترو، گوئوت، گیرارد، لیسر و فرور، ۲۰۰۵)، سوء مصرف مواد (عزیزی، برجعلی و گلزاری، ۲۰۱۰؛ بابایی، حسنی و محمدخانی، ۱۳۹۱؛ فیشر، ۲۰۰۷)، اختلال پرخوری (کروگر، شویگر، سیوس، کلیم، آرنولد و کال، ۲۰۱۰؛ ابوالقاسمی و جعفری، ۱۳۹۱)؛ حاکی از کارآمدی این درمان می‌باشد. بنابراین با تلفیق فرضیه خوددرمانی با مهارت‌آموزی دیالکتیکی می‌توان گفت، درمانگر هم ظرفیت تحمل بیمار را که از نظر تئوری خوددرمانی علت اصلی روی آوری به اعتیاد است را افزایش می‌دهد، و هر جا که بیمار احساس کرد درمانگر روی پذیرش صرف تأکید دارد، روی تغییر نیز تأکید می‌ورزد. در ایران نیز پژوهش‌هایی در راستای اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تحمل آشفتگی و تنظیم هیجان صورت گرفته است که از آن جمله می‌توان به پژوهش‌های گلشنی، مظاهری، برجعلی و احدی (۸۹)، بابایی، حسنی و محمدخانی (۱۳۹۱)، عزیزی، برجعلی و گلزاری (۲۰۱۰) و علوی، مدرس غروی، یزدی و صالحی (۱۳۹۰) اشاره کرد. هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی در افزایش تحمل آشفتگی و بهبود تنظیم هیجانی افراد دارای وابستگی به مواد می‌باشد که بر این اساس، فرضیات پژوهش عبارتند از: آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی همراه با دارو-درمانی در افزایش تحمل آشفتگی سوء مصرف کنندگان مواد موثر است و همچنین آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی همراه با دارو درمانی در بهبود تنظیم هیجانی سوء مصرف کنندگان مواد موثر است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

پژوهش حاضر شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون-پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل معتادین مراجعه کننده به مرکز درمانی ترک اعتیاد امید زاهدشهر در تابستان ۱۳۹۱ بود. نمونه تحقیق شامل ۲۸ نفر از معتادانی بود که پس از گذراندن موفق دوره سم زدایی، به روش نمونه گیری در دسترس، انتخاب شدند. سپس آن‌ها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند (۱۴ نفر در هر گروه). ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن معیارهای سوء مصرف مواد بر پایه معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه چهارم تجدید نظر شده، گذشتن بیش از یک-هفته از سم زدایی موفقیت آمیز و عدم مصرف منظم داروهای ضد روان پریشی در زمان ورود به برنامه درمان، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: داشتن اختلال‌های روان پریشی، دو قطبی و یا افسردگی شدید، ابتلا به بیماری جسمانی خاص در زمان اجرای پژوهش و نداشتن سواد در حد خواندن و نوشتن.

۱۴۶

146

ابزار

۱- مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی: مقیاسی خود گزارشی است که برای ارزیابی دشواری‌های موجود در تنظیم هیجانی به شکل جامع تری نسبت به ابزارهای موجود در این زمینه، توسط گراتز و رومر در سال ۲۰۰۴ ساخته شده است و دارای ۳۶ سوال و ۶ زیر مقیاس است. پلسخ دهی در طیف لیکرت پنج درجه‌ای (۱) تقریباً هرگز، (۲) گاهی اوقات، (۳) تقریباً نیمی از اوقات، (۴) بیشتر اوقات، و (۵) تقریباً همیشه انجام می‌شود. زیر-مقیاس‌ها عبارتند از: عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی (عدم پذیرش)، دشواری‌های دست زدن به رفتار هدفمند (اهداف)، دشواری‌های کنترل تکانه (تکانه)، فقدان آگاهی هیجانی (آگاهی)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی (راهبردها)، و فقدان شفافیت هیجانی (شفافیت). مولفین مقیاس در یک نمونه ۴۷۹ نفری از دانشجویان ضریب آلفای کرونباخ کل را ۰/۹۳ گزارش نمودند و در تمام زیر مقیاس‌ها ضریب آلفا بزرگتر از ۰/۸ بود. اعتبار باز آزمایی در یک دوره زمانی ۸-۴ هفته‌ای در نمره کل ($r = ۰/۸۸, P < ۰/۰۰۱$)

و در زیرمقیاس‌ها معنادار بود. همچنین اعتبار این مقیاس توسط امینیان (۱۳۸۸) مورد محاسبه قرار گرفت (نقل از حیدریان، احتشام‌زاده، و حلاجانی، ۱۳۸۸). در این تحقیق اعتبار مقیاس با دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف محاسبه شد که به ترتیب برابر ۰/۸۶ و ۰/۸۰ بود. روایی همزمان این مقیاس نیز با نمره هیجان‌خواهی زاگرمین معنادار گزارش شد ($r=0.76, P<0.05$).

۲- مقیاس تحمل‌پریشانی: این مقیاس خودسنجی توسط سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ ساخته شد و دارای ۱۵ سوال و ۴ زیرمقیاس می‌باشد. زیرمقیاس‌های آن عبارتند از: تحمل، جذب، ارزیابی، و تنظیم که روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای (۱) کاملاً موافق، (۲) اندکی موافق، (۳) به یک اندازه موافق و مخالف، (۴) اندکی مخالف، (۵) کاملاً مخالف نمره-گذاری می‌شوند (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). ضرایب آلفا برای این مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمده است. علوی (۱۳۸۸) نیز همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس (۰/۷۱) و اعتبار متوسطی را برای این زیر-مقیاس‌ها نشان داد (۰/۵۴ برای زیرمقیاس تحمل، ۰/۴۲ برای زیرمقیاس جذب، ۰/۵۶ برای زیرمقیاس ارزیابی، و ۰/۵۸ برای زیرمقیاس تنظیم). عزیزی (۱۳۸۸)، آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۶۷، و ضریب اعتبار بازآزمایی برای کل مقیاس را ۰/۸۱ و برای زیرمقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم، به ترتیب، ۰/۷۱، ۰/۶۹، ۰/۷۷ و ۰/۷۳ گزارش نموده است.

۳- پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: این پرسش‌نامه دارای پرسش‌هایی در زمینه سن، میزان تحصیلات، نوع ماده مصرفی، سابقه عود، وضعیت شغلی، وضعیت تأهل و مدت زمان اعتیاد، می‌باشد که توسط پژوهشگر طی یک مصاحبه ساختار یافته تکمیل گردید.

روش اجرا

جدول ۱: محتوای جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک

جلسه	محتوا
اول	آشنایی اولیه و معرفی متقابل افراد به یکدیگر، معرفی رفتاردرمانی دیالکتیکی و اهداف آن.
دوم	آموزش تصمیم‌گیری بر اساس ذهن خردمند، پذیرش بنیادین، قضاوت و برچسب‌ها.
سوم	آموزش پذیرش بنیادین، توجه‌برگردانی از رفتارهای خودجرحی، توجه‌برگردانی از طریق فعالیت‌های لذت‌بخش.
چهارم	آموزش توجه‌برگردانی از طریق معطوف کردن توجه به کار یا موضوعی دیگر.
پنجم	آموزش توجه‌برگردانی از طریق ترک موقعیت، توجه‌برگردانی از طریق تکالیف و کارهای روزمره.
ششم	آموزش توجه‌برگردانی از طریق شمارش، و خودآرامش‌بخشی.
هفتم	آموزش تصویرسازی از مکان امن، و کشف ارزش‌ها.
هشتم	آموزش شناسایی قدرت برتر و ارتباط بهتر با قدرت برتر، و تعیین وقت استراحت برای خود.
نهم	آموزش زندگی در زمان حال، استفاده از افکار مقابله‌ای خودتشویق‌گرایانه.
دهم	آموزش پذیرش بنیادین، خودگویی‌های تأییدگرایانه، و راهبردهای مقابله‌ای جدید.
یازدهم	آموزش قضاوت نکردن و تجارب روزمره، و ارتباط آگاهانه با دیگران.
دوازدهم	آموزش انجام کار موثر، توجه آگاهانه در زندگی روزمره، برنامه روزانه و توجه آگاهی.
سیزدهم	آموزش شناخت هیجان و چیستی هیجان.
چهاردهم	آموزش غلبه بر موانع هیجان‌های سالم، هیجان‌ها و تبدیل شدن به رفتار.
پانزدهم	آموزش کاهش آسیب‌پذیری جسمی در برابر هیجان‌های آشفته‌ساز.
شانزدهم	آموزش مشاهده خویشتن بدون قضاوت درباره خویشتن.
هفدهم	آموزش کاهش آسیب‌پذیری شناختی، و افزایش هیجان‌های مثبت.
هجدهم	آموزش توجه آگاهانه به هیجان بدون قضاوت درباره هیجان.
نوزدهم	آموزش رویارویی با هیجان، عمل کردن برخلاف امیال شدید هیجانی.
بیستم	آموزش حل مساله

گروه آزمایش بمدت ۲۰ جلسه‌ی یک‌ساعته تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی قرار گرفتند و گروه گواه تنها داروی نالتراکسون دریافت کردند و هیچ آموزشی ندیدند. در این برنامه آموزشی ابتدا ۲ جلسه به مهارت‌های ذهن آگاهی که هدف اصلی آن ایجاد توانایی فرد در کنترل توجه از طریق آموزش غیرقضاوتی، خودذهن آگاهی، و کارآمد بودن است اختصاص یافت. سپس ۸ جلسه به مهارت‌آموزی تحمل آشفتگی که در آن از طریق یک‌سری اعمال رفتاری از قبیل فعالیت‌ها، مشارکت داشتن در یک‌سری کارها، مقایسه خود با کسانی که وضعیت برتری دارند، ایجاد تعمدی هیجان‌های مثبت، فرونشانی

موقتی شرایط دردناک، و جایگزین کردن افکار، پرداخته تا فرد حواس گردانی کرده و قدرت تحمل پریشانی و رنج و اندوه را در خود بالا ببرد. پس از آن مجدداً ۲ جلسه به مهارت‌های ذهن آگاهی و در انتهای آموزش، ۸ جلسه مهارت تنظیم هیجانی گنجانده شد که در آن به فرد آموخته می‌شد که چگونه به آرامش رسیده و بتواند هیجانات خود را کنترل و تنظیم کند. پس از پایان کار مداخله، دو گروه به کمک پرسش‌نامه‌های یادشده مورد سنجش قرار گرفتند. سپس، بعد از گذشت ۲ ماه از پس‌آزمون، هر دو گروه مجدداً در دوره پیگیری، مورد آزمون قرار گرفتند. ضمناً مهارت‌آموزی رفتاردرمانی دیالکتیکی، بر اساس راهنمای دستی رفتاردرمانی دیالکتیکی لینهان (۱۹۹۳a، ۱۹۹۳b) و تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی مک‌کی، وود و برنتلی^۱ (۱۳۹۱)، مطابق جدول ۱ انجام شد.

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آمار توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیرها	آزمایش	
	تعداد (درصد)	گواه تعداد (درصد)
مجرد	۴ (۲۸/۵۷)	۳ (۲۱/۴۲)
وضعیت تأهل	متاهل	۸ (۵۷/۱۴)
	متارکه	۲ (۱۴/۲۸)
تحصیلات	زیر دیپلم	۹ (۶۴/۲۸)
	دیپلم و فوق دیپلم	۴ (۲۸/۵۷)
	لیسانس و بالاتر	۱ (۷/۱۴)
سابقه عود	۱ تا ۳ بار	۹ (۶۴/۲۸)
	بیش از ۳ بار	۵ (۳۵/۷۱)
	تریاک یا شیره	۱۱ (۷۸/۵۷)
نوع ماده مصرفی	هروئین	۳ (۲۱/۴۲)
	شیشه	۰ (۰)
	مواد دیگر	۲ (۱۴/۲۸)

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

متغیرها	گروه آزمایش			گروه گواه		
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
تحمل پریشانی هیجانی	۱/۲۴ (۰/۲۰)	۳/۵ (۰/۸۳)	۳/۳۸ (۰/۸۵)	۱/۲۸ (۰/۲۲)	۱/۵ (۰/۳۴)	۱/۳۳ (۰/۲۳)
جذب شدن با هیجانات منفی	۱/۳۸ (۰/۳۲)	۳/۶۱ (۰/۷۹)	۳/۴۷ (۰/۸۲۴)	۱/۳۳ (۰/۲۹۲)	۱/۴۳ (۰/۳۰)	۱/۳۸ (۰/۳۷)
برآورد ذهنی پریشانی	۱/۳۱ (۰/۱۴)	۳/۵۵ (۰/۷۰)	۳/۹۱ (۰/۷۰)	۱/۲۶ (۰/۱۳)	۱/۳۰ (۰/۱۳)	۱/۳۱ (۰/۱۴)
تنظیم برای تسکین پریشانی	۱/۳۸ (۰/۳۷)	۳/۷۱ (۰/۸۶)	۳/۵۴ (۰/۸۵)	۱/۴ (۰/۳۲)	۱/۳۱ (۰/۳۱)	۱/۴۳ (۰/۳۰)
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۴/۵۵ (۰/۳۲)	۲/۳۸ (۰/۹۰)	۲/۴۸ (۰/۸۰)	۴/۶۳ (۰/۲۴)	۴/۶۱ (۰/۲۲)	۴/۶۳ (۰/۲۲)
دشواری‌های دست زدن به رفتار هدفمند	۴/۵۱ (۰/۳۳)	۲/۲۸ (۰/۹۱)	۲/۴۸ (۰/۸۵)	۴/۵ (۰/۳۵)	۴/۵ (۰/۳۶)	۴/۵ (۰/۳۷)
دشواری‌های کنترل تکانه	۳/۷۸ (۰/۴۰)	۲/۳۹ (۰/۸۷)	۲/۵۴ (۰/۹۰)	۴/۶۸ (۰/۲۵)	۴/۵۷ (۰/۲۵)	۴/۶۳ (۰/۲۶)
فقدان آگاهی هیجانی	۴/۵۱ (۰/۲۵)	۲/۳۴ (۰/۶۲)	۲/۴۱ (۰/۷۱)	۴/۴۳ (۰/۲۳)	۴/۴۳ (۰/۲۹)	۴/۴۲ (۰/۲۵)
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	۴/۵۳ (۰/۴۵)	۲/۵۱ (۰/۸۶)	۲/۴۴ (۰/۸۳)	۴/۵۵ (۰/۳۲)	۴/۵ (۰/۳۰)	۴/۵ (۰/۲۹)
فقدان شفافیت هیجانی	۴/۶۸ (۰/۱۹)	۲/۴ (۰/۸۳)	۲/۶ (۰/۸۵)	۴/۵۱ (۰/۳۸)	۴/۳۷ (۰/۳۸)	۴/۴۶ (۰/۴۰)

برای بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در افزایش تحمل آشفتگی می‌بایستی از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شود. نتایج آزمون لون برای بررسی واریانس‌ها حکایت از برقراری این پیش فرض داشت ($P > 0/05$). همچنین نتایج آزمون باکس جهت بررسی همسانی ماتریس کوواریانس‌ها معنادار نبود ($P > 0/05$, $M = 24/93$ باکس). در نهایت با بررسی شیب رگرسیون بین دو گروه، در نمرات پیش آزمون تفاوت معنادار به

دست نیامد. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری حکایت از معناداری تفاوت‌ها داشت ($F=86/311, P<0/001, \eta^2=0/097$, لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در مولفه‌های تحمل آشفستگی

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
تحمل پریشانی هیجانی	۱۰/۱۷	۱۰۴/۵۸	۰/۰۰۰۵	۰/۸۴
جذب شدن با هیجانات منفی	۱۳/۴۵	۱۲۰/۱۶	۰/۰۰۰۵	۰/۸۱
برآورد ذهنی پریشانی	۱۷/۲۷	۱۸۰	۰/۰۰۰۵	۰/۸۱
تنظیم برای تسکین پریشانی	۲۲/۹۱	۲۱۹/۱۴	۰/۰۰۰۵	۰/۷۳

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود در تمامی مولفه‌های تحمل آشفستگی تفاوت معنادار وجود دارد ($P<0/001$). علاوه بر این، برای بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در بهبود تنظیم هیجانی، می‌بایستی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شود. نتایج آزمون لون برای بررسی واریانس‌ها حکایت از برقراری این پیش‌فرض داشت ($P>0/05$). همچنین نتایج آزمون باکس جهت بررسی همسانی ماتریس کواریانس‌ها معنادار نبود ($M=28/55, P>0/05$). در نهایت بررسی شیب رگرسیون بین دو گروه در نمرات پیش‌آزمون تفاوت معنادار نسان نداد. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری حکایت از معناداری تفاوت‌ها داشت ($F=76/338, P<0/001, \eta^2=0/102$, لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در مولفه‌های تنظیم هیجانی

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۲۱/۴۵	۸۸/۸۵	۰/۰۰۰۵	۰/۸۶
دشواری‌های دست زدن به رفتار هدفمند	۲۶/۶۸	۱۱۱/۵۴	۰/۰۰۰۵	۰/۸۴
دشواری‌های کنترل تکانه	۳/۸۲	۱۰/۵۴	۰/۰۰۰۵	۰/۷۹
فقدان آگاهی هیجانی	۳۹/۳۶	۱۴۷/۳۵	۰/۰۰۰۵	۰/۸۱
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	۲۰/۸۳	۶۸/۷۳	۰/۰۰۰۵	۰/۷۷
فقدان شفافیت هیجانی	۲۹/۵۵	۱۱۷/۲۳	۰/۰۰۰۵	۰/۸۳

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می شود در تمامی مولفه های تنظیم هیجانی تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/001$). برای بررسی پایداری اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر هر دو متغیر از آزمون اندازه گیری مکرر به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۶: نتایج آزمون اندازه گیری مکرر برای بررسی پایداری اثر رفتار درمانی

دیالکتیکی بر متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری
تحمل آشفتگی	۰/۱۶۳	۱	۰/۱۶۳	۰/۳۰۴	۰/۵۸۶
تنظیم هیجانی	۰/۰۶۳	۱	۰/۰۶۳	۰/۱۳۰	۰/۷۲۱

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می شود، تفاوت هیچ یک از متغیرها بین پس آزمون و پیگیری معنادار نبوده است ($P > 0/05$). به بیان دیگر اثر مداخله پایدار مانده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی در افزایش تحمل آشفتگی و بهبود تنظیم هیجانی سوء مصرف کنندگان مواد صورت گرفته است. یافته های پژوهش نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی به طور معناداری باعث بهبود و افزایش تحمل آشفتگی در تمام زیرمقیاس های آن (تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم) شده است. همچنین در دوره پیگیری تغییری در پاسخ های افراد مشاهده نشد، بنابراین می توان نتیجه گرفت که پس از ۲ ماه نیز، اثر DBT بر تمام زیرمقیاس های تحمل آشفتگی پایدار بوده است. یافته های پژوهش، همسو با پژوهش های عزیززی و همکاران (۲۰۱۰)، علوی و همکاران (۱۳۹۰)، فیشر (۲۰۰۷)، و میلر، راتوس، لینهان، واتزler و لیتق^۱ (۱۹۹۷)، می باشد.

افراد دارای تحمل آشفتگی پایین، اولاً هیجان را غیر قابل تحمل می دانند و نمی توانند به آشفتگی و پریشانی شان رسیدگی نمایند، ثانیاً این افراد، وجود هیجان را نمی پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آشفتگی می کنند زیرا که توانایی مقابله ای خود با هیجانات را دست کم می گیرند. سومین مشخصه ی عمده ی تنظیم هیجانی افراد با تحمل آشفتگی

پایین، تلاش فراوان این افراد برای جلوگیری از هیجانات منفی تجربه شده می‌باشد. لازم به ذکر است که اگر این افراد قادر به تسکین این هیجانات نباشند، تمام توجه‌شان جلب این هیجان آشفته‌کننده می‌گردد و عملکردشان به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). تحمل آشفستگی در پژوهش در زمینه تنظیم هیجانی، سازه‌ای معمولی می‌باشد. برای مثال، رفتار درمانی دیالکتیکی دکتر مارشال لینهان، بر این اصل بنا شده است که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی دارای تحمل آشفستگی پایینی می‌باشند (لینهان، ۱۹۹۳a).

در چارچوب نظریه‌ی ایس^۱، مولفه‌ی تحمل آشفستگی، از طریق اصلاح باور ناسازگارانه‌ی تحمل کم ناکامی، می‌تواند به کاهش آشفستگی هیجانی کمک کند. در نظریه‌ی ایس، تحمل کم ناکامی از این باور ناشی می‌شود که ناکامی، غیر قابل تحمل بوده و باید به هر قیمتی از آن اجتناب کرد. این مفهوم، معادل تحمل اندک آشفستگی، در DBT می‌باشد (علوی، ۱۳۸۸). پژوهش‌های بسیاری در زمینه اعتیاد نشان داده‌اند افرادی که دچار سوء- مصرف مواد هستند در مولفه‌های تحمل پریشانی و فشار روانی دارای مشکل می‌باشند (اسمیت^۲، ۲۰۰۰؛ لوبوسکو^۳، ۲۰۰۶؛ لوونگروپ^۴، ۲۰۰۶؛ هامفری^۵، ۲۰۰۷؛ کاونینگتون^۶، ۲۰۰۸؛ دان^۷، ۲۰۰۸؛ رضایی دوگانه، ۱۳۷۹؛ بشارت، ۱۳۸۳ و ناطق، ۱۳۸۵)، و در مهارت- های ضروری جهت رویارویی با مشکلات، نقایصی دارند و به همین دلیل از سوء مصرف مواد به عنوان روشی برای مقابله استفاده می‌کنند تا بتوانند هیجانات نامطلوب ناشی از موقعیت‌های دشوار را کاهش دهند (دالی و مارلات، ۲۰۰۵؛ سوبل^۸ و سوبل، ۱۹۹۷؛ گزوپ^۹، ۱۹۹۴). کاری^{۱۰} (۱۹۹۳)، به نقل از باکنر، لثوق و اسمیت^{۱۱}، (۲۰۰۷)، ترنر^{۱۲} (۱۹۹۷)، به نقل از باکنر و همکاران، (۲۰۰۷)، به بررسی سوء مصرف کنندگان الکل و مواد پرداختند و در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که افراد با تحمل پریشانی پایین، از سوء مصرف مواد، برای تنظیم هیجانات استفاده می‌کنند. براون، لجوز و کاهلر^{۱۳} (۲۰۰۲)،

1. Ellis	2. Smith	3. Lubusko	4. Lowengrub
5. Humphrey	6. Covington	7. Dunn	8. Sobell
9. Gossop	10. Kary	11. Buckner, Keugh, Schmidt	12. Terner
13. Brown & Lejuez & Kahler			

نیز در تحقیقی که بر روی افراد سیگاری پرداختند، مشخص کردند افرادی که دارای تحمل آشفتگی بالاتری می‌باشند، در زمینه ترک سیگار در یک برهه ۳ ماهه موفق‌تر بودند. یعنی هرچه تحمل آشفتگی بالاتری داشتند، به همان میزان تحمل این افراد برای تحمل هیجانات بدون روی آوری به سیگار بیشتر بود.

خانتریان در فرضیه خوددرمانی، ریشه اختلال‌های اعتیادی را رنج و پریشانی‌های روان-شناختی می‌داند. از نظر او افرادی که تسلیم اعتیاد می‌شوند، اغلب به طور مداوم با آشفتگی‌های اساسی زیادی روبرو هستند و همین آشفتگی، عامل اصلی در گرایش به اعتیاد است. خانتریان اشاره می‌کند که در هیچ موقعیت دیگری تا این حد مشهود نیست، افرادی که آسیبی شدید را تجربه کرده‌اند، به اختلال مصرف مواد مبتلا شده‌اند (خانتریان و آلبنیز، ۱۳۹۱). وی به نقایص موجود در ایگوی افراد معتاد و ناتوانی آن‌ها برای تحمل عواطف اشاره می‌کند و بیان می‌کند که این افراد با مصرف ماده تریجیحی‌شان، خود را تسکین می‌دهند و حالات عاطفی‌شان قابل تحمل‌تر می‌گردد. به نظر می‌رسد همین اثر خود درمانی نیز دلیل و بهانه مناسبی برای مصرف مواد باشد. در مجموع در ارتباط با فرایند اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر خرده‌مقیاس‌های تحمل آشفتگی، به نظر می‌رسد آموزش پذیرش بنیادین، تحمل پریشانی هیجانی را بهبود بخشیده است. آموزش توجه‌برگردانی از رفتارهای خودآسیب‌رسان، توجه‌برگردانی از طریق فعالیت‌های لذت-بخش، و توجه‌برگردانی از طریق معطوف کردن توجه به کار یا موضوعی دیگر، توجه-برگردانی از افکار، و توجه‌برگردانی از طریق ترک موقعیت، بر خرده‌مقیاس جذب شدن با هیجانات منفی اثربخش بوده و آن را بهبود بخشیده است. آموزش کشف ارزش‌ها، تصویرسازی از مکان امن، و شناسایی قدرت برتر و ارتباط بهتر با آن، بهبود برآورد ذهنی پریشانی را منجر شده است و آموزش راهبردهای مقابله‌ای جدید، خودگویی‌های تأیید-گرایانه، استفاده از افکار مقابله‌ای خود تشویق‌گرایانه و زندگی در زمان حال نیز تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی را موجب شده است.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داده است که رفتاردرمانی دیالکتیکی به طور معناداری باعث بهبود راهبردهای تنظیم هیجانی و همچنین زیرمقیاس‌های تنظیم هیجانی (عدم پذیرش، اهداف، تکانه، آگاهی، راهبردها و شفافیت) در سوءمصرف کنندگان مواد شده است؛ بدین ترتیب می‌توان گفت که فرضیه دوم نیز تأیید شده است. همچنین در دوره پیگیری تغییری در پاسخ‌های افراد مشاهده نشده است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که پس از ۲ ماه نیز، اثر DBT بر تمام زیرمقیاس‌های تنظیم هیجانی پایدار بوده است. یافته‌های پژوهش، همسو با پژوهش‌های بابایی و همکاران (۱۳۹۱)، علوی و همکاران (۱۳۹۰)، گلشنی و همکاران (۱۳۸۹)، و فیلدمن، هارلی، کریگان، جاکوبو و فاوا^۱ (۲۰۰۹)، می‌باشد. از آنجایی که تنظیم هیجان بخش مهمی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می‌دهد، تعجب آور نیست که آشفتگی در هیجان و تنظیم آن، می‌تواند منجر به اندوهگینی و حتی آسیب روانی شود (آمستادتر^۲، ۲۰۰۸). زمانی که فردی معتاد می‌شود مجموعه‌ای از رویدادها یا عوامل تنش‌زا به تنهایی می‌توانند اعتیاد را تداوم بخشند. وایس، تال، لاوندر و گرتس^۳ (۲۰۱۳)، در تحقیقی آزمایشی، به این نتیجه رسیدند که عدم تنظیم هیجانات می‌تواند در اختلال سوءمصرف مواد نقشی اساسی داشته باشد. یکی از بهترین نظریه‌ها در توضیح شروع، استمرار و بهبودی موفقیت‌آمیز اختلال‌های مصرف مواد، فرضیه خود-درمانی خانتزیان (SMH) می‌باشد. طبق فرضیه خوددرمانی، اعتیاد به مواد مخدر در حکم ابزاری جهت تعدیل عواطف استرس‌زا است. مصرف کنندگان مواد، هیجانات منفی و بی-قراری را غیرقابل تحمل و مستأصل‌کننده توصیف می‌کنند و نمی‌توانند این حالات هیجانی را بدون اتکا به مواد، مدیریت کنند. مصرف کنندگان مواد، از خواص فیزیولوژیکی و روان‌شناختی مواد، جهت تنظیم و تعدیل هیجانات منفی‌شان و دستیابی به ثبات هیجانی استفاده می‌نمایند (خانتزیان، ۱۹۹۷؛ خانتزیان، ۱۹۹۳؛ ساه، رافینز و رایبترز^۴، ۲۰۰۸). در مدل بک^۵ نیز، هیجانات منفی و ناتوانی در مدیریت مناسب آن‌ها، یکی از محرک‌های مهم برای از سرگیری سوءمصرف مواد عنوان شده است. پژوهش‌های تجربی انجام گرفته در

1. Feldman, Harley, Kerrigan, Jacobo, Fava
3. Weiss, Tull, Lavender & Gratz
5. Beck

2. Amstader
4. Suh & Ruffins & Robins

این زمینه نشان داده است که سوء مصرف کنندگانی که از راهبردهای تنظیم هیجان بهتر استفاده می کنند، در دوره‌ی درمان موفق تر هستند. برعکس، افرادی که قادر به کنترل هیجانات خود نیستند، به احتمال زیاد مصرف کننده‌ی دائمی مواد می شوند (دوران، مک چارگو و کوهن^۱، ۲۰۰۷). در مجموع در ارتباط با فرایند اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خرده مقیاس های تنظیم هیجانی، احتمالاً ناشی از محتوای آموزشی است که در جلسات ارائه و تمرین شدند، به بیان دیگر آموزش عمل کردن بر خلاف امیال شدید هیجانی بر زیرمقیاس عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، آموزش حل مسئله بر زیرمقیاس دشواری دست زدن به رفتار هدفمند، آموزش رویارویی با هیجان و آموزش کاهش آسیب پذیری جسمی در برابر هیجان های آشفته ساز بر زیرمقیاس دشواری کنترل تکانه، آموزش شناخت هیجان و چستی هیجان بر زیرمقیاس فقدان آگاهی هیجانی، آموزش افزایش هیجان های مثبت بر زیرمقیاس دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، و آموزش توجه آگاهانه به هیجان بدون قضاوت درباره آن بر زیرمقیاس فقدان شفافیت هیجانی، اثربخش هست و توانسته است موارد ذکر شده را بهبود ببخشد.

همان گونه که ذکر شد، افرادی که به سوء مصرف مواد گرایش دارند یا در آن گرفتار شده اند، دارای ضعف هایی در تنظیم هیجانی و تحمل آشفتگی هایشان هستند و خود مویید این ضرورت است که موارد ذکر شده را باید در اولویت آموزش قرار داد؛ لذا پیشنهاد می گردد در سطح کلان جامعه، سازمان ها و مراکز مسئول، با اطلاع رسانی، برگزاری کارگاه ها و جلسات آموزشی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی، برای عموم مردم مخصوصاً افرادی که مستعد ابتلا به سوء مصرف مواد می باشند (از جمله نوجوانان و جوانان) در زمینه آموزش مهارت های تنظیم هیجان و افزایش تحمل پریشانی و آشفتگی، در جهت پیشگیری از سوء مصرف مواد و ایمن تر شدن افراد جامعه اقدام نمایند. همچنین با توجه به این که راهبردهای تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی عموماً در کودکی آموخته و در پایان نوجوانی تقریباً به سبک خودکار شناختی فرد تبدیل شده و تقریباً تثبیت می شوند، لذا توصیه می شود که آموزش توقف استفاده از راهبردهای منفی و استفاده از راهبردهای

مثبت و سازگاران در سنین کودکی و توسط والدین آغاز شده و از طریق آموزش مهارت‌های مربوطه، در مدارس تکمیل گردد. به عنوان محدودیت در انجام پژوهش، می‌توان به روش نمونه‌گیری اشاره کرد که به ناچار مجبور شدیم از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده کنیم.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس و جعفری، عیسی (۱۳۹۱). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تصویر بدنی و خودکارآمدی در دختران مبتلا به پر خوری عصبی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۴(۲)، ۳۷-۲۹.
- بابایی، زهرا؛ حسنی، جعفر و محمدخانی، شهرام (۱۳۹۱). تأثیر آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک در وسوسه‌ی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد: مطالعه‌ی تک‌آزمودنی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۴(۳)، ۴۱-۳۳.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۳). بررسی تأثیر هوش هیجانی بر کیفیت روابط اجتماعی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۲، ۳۰.
- حیدری، علیرضا؛ احتشام‌زاده، پروین؛ حلاجانی، فاطمه (۱۳۸۸). رابطه تنظیم هیجانی فراشناخت و خوشبینی با اضطراب امتحان دانشجویان. *یافته‌های نو در روانشناسی*، ۴(۱۱)، ۱۹-۷.
- خانتزبان، ادوارد و آلینیز، مارک (۱۳۹۱). *درک اعتیاد به عنوان راهی برای خوددرمانی*. ترجمه فاطمه نعمت‌اللهی و مهدیه ساسانی نژاد. چاپ اول، تهران: انتشارات اطلاعات.
- رضایی دوگانه، ابراهیم (۱۳۷۹). بررسی نیمرخ روانی معتاد با استفاده از پرسش‌نامه چند وجهی شخصیتی مینه‌سوتا. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- عزیزی، علیرضا (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش مصرف مواد و افزایش تحمل آشفتگی و بهبود تنظیم هیجانی افراد دارای وابستگی به مواد. پایان‌نامه کارشناسی-ارشد روان‌شناسی. دانشگاه علامه طباطبایی.
- علوی، خدیجه (۱۳۸۸). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی (با تکیه بر مولفه‌های هوشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی) بر نشانه‌های افسردگی در دانشجویان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.
- علوی، خدیجه؛ مدرس غروی، مرتضی؛ یزدی، امیر و صالحی، جواد (۱۳۹۰). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی (با تکیه بر مولفه‌های هوشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی) بر نشانه‌های افسردگی در دانشجویان. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۳(۲)، ۱۳۵-۱۲۴.

- علیلو، مجید محمود و شریفی، محمد امین (۱۳۹۰). رفتار درمانی دیالکتیکی برای اختلال شخصیت مرزی. چاپ اول، تهران: مرکز مشاوره دانشگاه تهران.
- گلشنی، فاطمه؛ مظاهری، محمدعلی؛ برجعلی، احمد و احدی، حسن (۱۳۸۹). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان اختلال شخصیت مرزی. *مجله تحقیقات روان شناختی*، ۲(۵)، ۳۶-۲۰.
- محمدمیگونی، احمد؛ احدی، حسن؛ پاشاشریفی، حسن و جزایری، مجتبی (۱۳۸۹). اثربخشی رفتاردرمانگری دیالکتیکی همراه با دارو درمانگری در مقایسه با دارو درمانگری در کاهش افکار خودکشی بیماران دچار افسردگی اساسی اقدام کننده به خودکشی. *فصلنامه روان شناسی کاربردی*، ۴(۱۶)، ۴۱-۲۵.
- مک کی، متیو؛ وود، جفری و برنتلی، جفری (۱۳۹۱). *تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی*. ترجمه حسن حمیدپور، حمید جمعه پور و زهرا اندوز. چاپ اول. تهران: انتشارات ارجمند.
- ناطق، ابراهیم (۱۳۸۵). *مقایسه هوش هیجانی در مردان معتاد به مواد افیونی و غیر معتاد*. پایان نامه کارشناسی- ارشد روان‌شناسی. دانشگاه شهید بهشتی.
- وزیریان، محسن و مستشاری، گلاره (۱۳۸۱). *راهنمای کاربردی در درمان سوء مصرف کنندگان مواد*. ناشر: پوشکوه، چاپ دوم، صفحه: ۱-۲۵۱.
- هالچین، ریچارد پی و ویتبورن، سوزان کراس (۱۳۸۶). *آسیب‌شناسی روانی: دیدگاه‌های بالینی درباره‌ی اختلال‌های روانی*. ترجمه یحیی سیدمحمدی. جلد دوم. تهران: روان.
- Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 211-221.
- Azizi, A., Borjali, A., Golzari, M. (2010). The Effectiveness of Emotion Regulation Training and Cognitive Therapy on the Emotional and Addictive Problems of Substance Abusers. *Iran J Psychiatry*, 5(2), 60-65.
- Brown, R. A., Lejuez, C. W., Kahler, C. W., et al. (2002). Distress tolerance and duration of past smoking cessation attempts. *Journal of Abnormal Psychology*. 111: 180-185.
- Buckner, D., Keugh, M. E., & Schmidt, N. B. (2007). Problematic alcohol and cannabis use among young adults: The role of depression and discomfort and distress tolerance. *Addictive behaviors*, 32, 1957-1963.
- Covington, S., Burke, C. Keaton, S. & Norcott, C. (2008). Evaluation of a trauma. In Formed and Gender-Responsive Intervention for women in Drug Treatment. *Journal of Psychoactive*. 387-399.
- Daley, A.C., & Marlatt, G. A. (2005). Lewinson, JH., Ruiz, P., Millman, RB., Langrod, JG. (eds.). *substance abuse (A comprehensive textbook)*. 4 th edit. Boston: Williams & Wilkin, 674-81.
- Dimeff, L. A., Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abuser. *Addiction Science Clinical Practice*. 4(2): 39-47.
- Doran, N., McChargue, D., Cohen, L. (2007). Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. *Addiction Behavior*. 32: 90-98.
- Dunn, S. (2008). *Addiction and Emotional Intelligence*. MA, Clinical Psychology. The EQ coach. 3 pages [http:// www.susandunn.cc](http://www.susandunn.cc).

- Feldman, G., Harley, R., Kerrigan, M., Jacobo, M., & Fava, M. (2009). Change in emotional processing during a dialectical behavior therapy-based skills group for major depressive disorder. *behavior research and therapy*, 47, 316-321.
- Fischer, R. S. (2007). *Treatment of co-morbid methamphetamine substance abuse and borderline personality disorder features using modified dialectical behavior therapy*. PhD thesis, Western Michigan University, USA.
- Gossop, M. (1994). *Drug and alcohol problems*. Investigation. In S.I. E. hindsey, and G. E. Powell (Eds.). *The handbook of clinical adult psychology*. (413-438). London: Routledge.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional of emotion regulation and dysregulation development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- Humphrey, K. (2007). *The impact of a relationship skills training program on the communication and problem solving abilities of individuals in a male residential substance abuse treatment program*. Michigan State University. 107 pages.
- Khantzian, E. (1993). *Affects and addictive suffering, a clinical perceptives*. In: Ablon, S., Brown, D., Khantzian E. G., Mack, G.E., eds. *Human feelings. Explorations in affect development and meaning*. Hillsdale, New Jersey: Analytic press, 256-279.
- Khantzian, E. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harward Review Psychiatry*, 4(5), 231-244.
- Khantzian E. G., Willson A. (1993). *Substance dependence, repetition and the nature of addictive suffering*, In: Wilson. A., Gedo G: E., eds. *Hierarchical concepts in psychoanalysis: theory research and clinical practice*. New York: Guilford, 263-283.
- Kroger, CH., Schweiger, U., Sipos, V., Kliem, S., Arnold, R., Kahl, K. et all. (2010). Dialectical behavior therapy and an added cognitive behavioral treatment module for eating disorder in women with borderline personality disorder and anorexia nervosa or bulimia nervosa who failed to respond to previous treatment. An open trail with a 15-month follow up. *Journal Behavior therapy Express Psychiatry*. 41, 381-388.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lowengrub, K. (2006). From Hang-Ups to hangovers: Are there differences between impulse control disorders and addiction? *Psychiatric Times*, 23(1), 70-73.
- Lubusko, A. (2006). *Self-control and attention-deficit hyperactivity disorder: Individual differences in ego depletion in a university sample*. University of Manitoba (Canada), 106 pages.
- McQuillan, A., Nicastrro, R., Guenot, F., Girard, M., Lissner, C., & Ferrero, F. (2005). Intensive dialectical behavior therapy for outpatients with borderline personality disorder who are in crisis. *Psychiatrie servay*, 56(2), 193-197.

- Miller, A. L., Rathus, J. H., Linehan, M. M., Watzler, S., Leigh, E. (1997). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal patients. *Journal of Practice psychiatry Behavior Health*, (2): 76-86.
- Simons, J. S & Gaher, R.M. (2005). The distress tolerance scale: Development & validation of a self report measure. *Motivation & emotion*, 20(9), 83- 102.
- Smith, J. (2000). *Emotional intelligence and behavior: An exploratory study of people on parole*. Kansas State University. 279 pages.
- Sobell, M. B., Sobell, L. C. (1997). *Problem drinkers guided self-change treatment*. New York: Guilford Press.
- Suh, J. J., Ruffins, S., Robins, C. E., et al. (2008). Self-Medication Hypothesis: connecting affective experience and drug choice. *Psychoanalyze Psychology*, 25, 518-550.
- Termor shaizen, F., Krol, A., Prins, M., Geskus, R., Van den Brink, W., & Van Ameijden, E. (2005). Prediction of relapse to frequent heroin use and the role of methadone prescription: An analysis of the Amsterdam Cohort study among drug users. *Drug and alcohol dependence*, 79(2), 231-240.
- Weiss, N. H., Tull, M. T., Lavender, J., Gratz, K. L. (2013). Role of emotion dysregulation in the relationship between childhood abuse and probable PTSD in a sample of substance abusers. *Child Abuse & Neglect*, In Press, May 2013.
- West, R. (2008). *Theory of Addiction*, Blackwell publishing, oxford, 9-28.
- Woodberry, K. A., & Popenoe, E. (2008). Implementing Dialectical Behavior Therapy with Adolescents and their Families in a community outpatient clinic. *Cognitive Behavior Practice*, 15, 277-286.
- Wurmser L. (1974). Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. *Journal of Psychoanal Assoc*; 22, 820-43.