

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی (مبتنی بر آموزش مهارت‌ها) بر
کاهش تکانشگری و افزایش تنظیم هیجانی زنان وابسته به متامفتامین

**Effectiveness of dialectical behavior therapy (based on skills
training) on reduce impulsivity and increase emotional
regulation in women dependent on Methamphetamine**

محسن ندیمی

دانشجوی دکترای روانشناسی عمومی، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد
اسلامی، بیرجند، ایران mohsen93nadimi@yahoo.com

Mohsen Nadimi

Ph.D Student in General Psychology, Young Researchers and Elite Club,
Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

پذیرش: دی ۹۴

دریافت: آبان ۹۴

نوع مقاله: پژوهشی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

Abstract

The study was conducted aiming at assessing the effectiveness of dialectical behavior therapy to reduce impulsivity and increase emotional regulation in women dependent on methamphetamine. This was a quasi-experimental study type pretest-posttest with control group. The statistical population consisted of all female dependent on Methamphetamine were treated with Metadon Maintenance Therapy in Birjand in 2014. 34 subjects were selected by convenience sampling and were equally and randomly assigned into two groups (experimental and control). Then Experimental group was under dialectical behavior therapy in group for 12 90-minute sessions only. Barrat Impulsivity Scale and Difficulties in Emotion Regulation Scale was used to collect data that was conducted in the pre-test, post-test and follow-up period in both groups. Data were analyzed with covariance analysis at significance level of $P < 0.05$. The results showed that dialectical behavior therapy is significantly effective in reduce impulsivity and increase emotional regulation in women dependent on Methamphetamine ($P < 0.001$).

keywords: Dialectical Behavior Therapy, Impulsivity, Emotional Regulation, Methamphetamine

چکیده

هدف پژوهش، بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش تکانشگری و افزایش تنظیم هیجانی زنان وابسته به متامفتامین بود. پژوهش حاضر طرحی نیمه-تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود و جامعه آماری آن، کلیه زنان وابسته به متامفتامین بود که در مراکز درمانی ترک اعتیاد شهر بیرجند در سال ۱۳۹۳ تحت درمان نگهدارنده با متادون قرار داشتند. با روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۳۴ نفر انتخاب و به صورت مساوی و کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. سپس تنها گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت رفتار درمانی دیالکتیکی به صورت گروهی قرار گرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس تکانشگری بارت و پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجانی (DERS) استفاده شد که در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری، بر روی هر دو گروه اجرا گردید. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس در سطح معناداری $P < 0.05$ تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی بطور معناداری در کاهش تکانشگری و افزایش تنظیم هیجانی زنان وابسته به متامفتامین موثر می‌باشد ($P < 0.001$).

واژه‌های کلیدی: رفتار درمانی دیالکتیکی، تکانشگری، تنظیم هیجانی، متامفتامین

مقدمه

کشور ما از دیرباز با معضل سوءمصرف مواد و آسیب‌های جسمی و روانی و زیان‌های اجتماعی و اقتصادی ناشی از آن دست به گریبان بوده است، اما امروزه با مشکل جدیدی در این حوزه روبه‌رو هستیم و آن تغییر الگوی مصرف مواد مخدر از مواد سنتی به مواد صنعتی است و این پدیده در نوع خود چالش‌های جدیدی را می‌طلبد؛ چرا که مواد صنعتی برخلاف مواد سنتی از مرز جغرافیایی مشخصی وارد کشور نمی‌شوند و لابراتورهای کوچک و ناامن خانگی به محل‌های ساخت و تولید این مواد تبدیل گشته‌اند (محمدی، ۱۳۹۰). سوءمصرف متامفتامین یا شیشه که یک ماده صد درصد صنعتی است در کشور ما حدود یک دهه است که آغاز شده و مصرف آن در سال‌های اخیر رشد فزاینده‌ای در میان سوءمصرف‌کنندگان مواد داشته است. قیمت این ماده، در حال کاهش و مصرف آن رو به افزایش است (سیه‌جانی، اورکی، زارع، ۱۳۹۲). فراوانی مصرف آن در طرح ملی شیوع شناسی مصرف مواد مخدر در بین شهروندان ایرانی که توسط قنبری برزیان و همکاران (۱۳۹۰)؛ به نقل از نریمانی، کوله مرز، باوندپوری، بختی، ۱۳۹۳) انجام شد، ۲۶/۲۲ گزارش شده است. همچنین در بین مواد اعتیادآور، آمفتامین‌ها خصوصاً متامفتامین قوی‌ترین مواد هستند، خطر وابستگی و مشکلات سلامت روان بیشتری را در بر دارند (توپ، دگنهارت، کای، دارک^۱، ۲۰۰۲؛ هایمن^۲، ۲۰۱۱) و با نرخ بالای روان‌پریشی (مک‌کتین، کلی، مک‌لارن^۳، ۲۰۰۶) افسردگی (سمپل، استرادی، زیانس، توماس^۴، ۲۰۱۱؛ والدروپ^۵ و همکاران، ۲۰۱۰) و مشکلات شناختی (سالو^۶ و همکاران، ۲۰۱۳؛ کارن^۷ و همکاران، ۲۰۱۵) ارتباط دارند.

^۱- Topp, Degenhardt, Kay, Darke

^۲- Heyman

^۳- McKetin, Kelly, McLaren

^۴- Semple, Strathdee, Zians, Thomas

^۵- Waldrop

^۶- Salo

^۷- Karen

مصرف این مواد موجب بالا رفتن خلق، هوشیاری و آگاهی می‌گردد (کرنینگ^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). عوامل مختلف مانند پذیرفته‌شدن از طرف دوستان، هیجان‌خواهی و تنوع‌طلبی، عدم کنترل زندگی عاطفی و بالغ نشان دادن خود، تکانشگری (دوران، مک-چارگو، کوهن^۲، ۲۰۰۷)، ناآگاهی از عواطف (گلمن^۳، ۱۹۹۵)، مقابله با هیجانات و عواطف منفی (ترینیداد، انگر، چو، جاسون^۴، ۲۰۰۴) و هوش هیجانی پایین (پارکر، تیلور، استابروک، اسچل، وود^۵، ۲۰۰۸) در آغاز اعتیاد به متامفتامین موثر دانسته شده‌اند.

تصور اکثر افراد جامعه در مورد اعتیاد این است که مواد مخدر و سوءمصرف مواد عمدتاً پدیده‌ای مردانه است؛ در حالی که زنان هم هم‌پای مردان در معتاد شدن پیش می‌روند بطوری‌که آمارها از افزایش تدریجی تعداد زنان مبتلا به سوءمصرف مواد خبر می‌دهند (دهقانی فیروزآبادی، قاسمی، صفری، ابراهیمی، اعتمادی، ۱۳۹۲). در زمینه اعتیاد، مدل‌ها و نظریه‌های متفاوتی، حاکی از عوامل زیست‌شناختی، اجتماعی و محیطی ارائه شده است (آیواسیک و سامر^۶، ۲۰۱۰). یکی از نظریه‌هایی که از بعد روان‌شناختی به این موضوع می‌نگرد، نظریه خوددرمانی خانتزیان^۷ (۱۹۹۷) است. خانتزیان با ارائه این نظریه سایر ابعاد زیستی، فرهنگی و اجتماعی وابستگی به مواد را نادیده نگرفته است بلکه آن را کمکی به دیگر نظریه‌ها می‌داند. خانتزیان اعتقاد دارد از آنجایی که مصرف‌کنندگان مواد، هیجانات منفی و بی‌قراری را غیرقابل تحمل و مستأصل‌کننده توصیف و نمی‌توانند این حالات هیجانی را بدون اتکا به مواد مدیریت کنند، از خواص فیزیولوژیکی و روان‌شناختی مواد برای دستیابی به ثبات هیجانی استفاده می‌کنند. طبق این فرضیه، اعتیاد به مواد مخدر در حکم ابزاری برای تعدیل

^۱- Kring

^۲- Doran, McChargue, Cohen

^۳- Goleman

^۴- Trinidad, Unger, Chou, Johnson

^۵- Parker, Taylor, Eastabrook, Schell, Wood

^۶- Ayvasik, Sumer

^۷- Khantzian

عواطف استرس‌زا است. این نظریه بر این فرض استوار است که افراد بسیاری به خاطر اختلال در تنظیم هیجانی و عدم کنترل تکانه به اعتیاد روی می‌آورند (اسماعیلی‌نسب، اندامی‌خشک، آزرمی، ثمررخی، ۱۳۹۳). وی اشاره می‌کند که این افراد با مصرف ماده ترجیحی‌شان تسکین می‌یابند و حالات عاطفی‌شان برای آنها قابل تحمل‌تر می‌گردد. اکثر وابستگان به مواد افیونی در پاسخ به این سؤال که هنگامی برای اولین بار مواد را مصرف کردید چه احساسی داشتید، علاوه بر اذعان به احساس آرامش عمومی و بهبود سطح عاطفی‌شان، اشاره کردند که افیون‌ها عاطفه شدید پرخاشگرانه آنها را تقلیل دادند. به نظر می‌رسد، همین اثر "خود درمانی" افیون‌ها نیز دلیل و بهانه مناسبی برای ادامه مصرف مواد و یا عود می‌باشد (عزیزی، برجعلی، گلزاری، ۲۰۱۰). ورمسر نیز، به نقایص در دفاع هیجانی این افراد استناد نموده است، و به توصیف این پرداخته که چطور این افراد گاهاً تحت تأثیر رنجش ناشی از شرم و خشم شدیدشان از پای در می‌آیند و چطور گاهی از اوقات عاری از هر گونه هیجان می‌باشند (علوی، ۱۳۸۸). در برخی مطالعات نیز اشاره شده است که هیجان‌ات این بیماران بین هیجان‌ات شدید خشم و رنجش و احساسات مبهم افسردگی و ناراحتی در تغییر و تناوب است (خانتزیان، آلبینز، ۱۳۹۱).

تنظیم هیجان به عنوان فرآیندهایی که از طریق آنها افراد هیجان‌اتشان را برای پاسخ به توقعات محیطی هشیارانه و ناهشیارانه تعدیل می‌کنند، در نظر گرفته می‌شود (آلداو، نولن هوکسما، سویزر^۱، ۲۰۱۰). شکست در تنظیم هیجان، بی‌نظمی نامیده می‌شود. بی‌نظمی هیجان به عنوان روش‌های ناسازگارانه پاسخ به هیجان‌ات تعریف شده است که شامل پاسخ‌های فاقد پذیرش، دشواری در کنترل تکانه در بستر پریشانی هیجانی، و نقص در استفاده عملکردی از هیجان‌ات به عنوان اطلاعات است (گراتز و رومر^۲، ۲۰۰۴). اختلالات و علائم فیزیولوژیکی گوناگونی وجود دارد که با بی‌نظمی هیجان ارتباط دارند؛ بعضی از این موارد شامل درد، استعمال دخانیات، گسیختن، اختلالات

¹- Aldao, Nolen-Hoeksema, Schweizer

²- Gratz, Romer

خوردن و اعتیاد می‌شود (مک‌لم، ۱۳۹۰). همچنین شماری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که دشواری در تنظیم هیجان با طیف وسیعی از اختلالات از جمله سوء مصرف مواد در ارتباط است (گراتز و رومر، ۲۰۰۴). افرادی که راهبردهای تنظیم هیجان ضعیف را فرا گرفته‌اند ممکن است بیش از دیگران مستعد استفاده از رفتارهای پرخطر به عنوان ابزاری برای تسکین هیجان منفی باشد (اوربک، ایبلا، رینگوهو^۱، ۲۰۰۷).

اصطلاح تکانشگری به رفتارهایی از جمله عجله و شتاب، بی‌اختیاری، بی‌صبری و فقدان توجه به پیامدهای یک عمل گفته می‌شود. هینز، بویی، توماس و بلانگن^۲ (۲۰۱۵) بر اساس تحقیقات، چهار بعد شخصیتی را در ارتباط با ابعاد متفاوت رفتارهای تکانشگرانه معرفی کردند که شامل فقدان برنامه‌ریزی، فوریت، هیجان‌طلبی و فقدان پایداری می‌باشد. این افراد به طور گسترده در رفتارهای هدفمند و خودتنظیمی دچار مشکل هستند (بیکل، جارمولوویز، مولر، گاتچالین و مک کلور^۳، ۲۰۱۲). از سوی دیگر به نظر می‌رسد که جنبه‌های متفاوت تکانشگری با جنبه‌های مختلف رفتارهای پرخطر (کاسونینار، دیر و سیدرز^۴، ۲۰۱۳؛ دیک^۵ و همکاران، ۲۰۱۰) و پیامدهای درمانی ضعیف در افراد سوء مصرف کننده مواد رابطه دارد (لوری، لندال و لدگروود^۶، ۲۰۱۴؛ استیونز^۷ و همکاران، ۲۰۱۴؛ استیریترو و همکاران، ۲۰۰۸). برای مثال، فقدان برنامه‌ریزی، اما نه فوریت، با نوشیدن الکل در نمونه‌های غیربالینی دانشجویان دانشگاه رابطه دارد (آنستیس، سلبی و جوینر^۸، ۲۰۰۷؛ لینام و میلر^۹، ۲۰۰۴). به علاوه، هیجان‌ات منفی با مشکلات شدید و درگیری در انواع رفتارهای پرخطر مثل مصرف الکل، قماربازی و پرخوری مرضی ارتباط دارد (کاسونینار و همکاران، ۲۰۱۳). سرانجام، در افراد

¹- Auerbach, Abela, Ringo Ho

²- Heinz, Bui, Thomas, Blonigen

³- Bickel, Jarmolowicz, Mueller, Gatchalian, McClure

⁴- Coskunpinar, Dir, Cyders

⁵- Dick

⁶- Loree, Lundahl, Ledgerwood

⁷- Stevens

⁸- Anestis, Selby, Joiner

⁹- Lynam, Miller

سوء مصرف کننده مواد، تکانه‌های هیجانی منفی (و نه فقدان برنامه‌ریزی) پیش‌بینی کننده قوی برای مشکلات روانی، اجتماعی، خانوادگی و شدت مصرف مواد و الکل هستند (وردیجو گارسیا، بچرا، رکنور و پرز-گارسیا^۱، ۲۰۰۷). به علاوه، تکانشگری، ویژگی مهم مهم بعضی اختلالات روانی از جمله سوء مصرف مواد است (داو و لوکستن^۲، ۲۰۰۴). بیشتر تحقیقات انجام شده به بررسی رابطه تکانشگری با سوء مصرف مواد محرک و کوکائین پرداخته‌اند (مولر و داگرتی^۳، ۲۰۰۲؛ بوتلر و مونگومری^۴، ۲۰۰۴). شواهد حاکی از آن است که تکانشگری هم باعث ایجاد و هم پیامد اختلالات سوء مصرف مواد است (کروز و بتیگر^۴، ۲۰۰۹؛ دویت^۵، ۲۰۰۹). همچنین، مشکلات ناشی از تکانشگری مثل بازداری ضعیف، تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی می‌تواند یک مانع عمده در مسیر درمان افراد مبتلا به اختلالات سوء مصرف مواد مخصوصاً در شروع، پیروی و تداوم درمان باشد. در نمونه‌های بالینی، تکانشگری با عواملی که در عود نقش دارند مثل وسوسه و شدت مصرف مواد ارتباط دارد و این یک عامل میانجی بالقوه در پاسخ‌دهی و اثربخشی درمان‌های این اختلال است (لوری و همکاران، ۲۰۱۴). بر این اساس، تکانشگری یک هدف بسیار مهم برای مطالعات تجربی و تحقیقات بالینی بین افراد جستجوکننده درمان برای اختلال سوء مصرف مواد است (استیونز و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین، تحقیقات اخیر در نمونه‌های غیربالینی نشان داده‌اند که وقتی در طی یک دوره میزان تکانشگری فرد کاهش می‌یابد، احتمال سوء مصرف مواد و مشکلات وابسته به آن نیز کاهش پیدا می‌کند (کینگ، فلمینگ، موناها و کاتالانو^۶، ۲۰۱۱؛ لیتفیلد^۷ و همکاران، ۲۰۰۹).

یکی از نوآوری‌ها در درمان‌های روانشناختی، به ویژه سوء مصرف مواد و اعتیاد که به مهارت‌های هیجانی توجه خاصی داشته، رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) است.

¹- Verdejo-García, Bechara, Recknor, Pérez-García

²- Dawe, Loxton

³- Moeller, Dougherty

⁴- Crews, Boettiger

⁵- De Wit

⁶- King, Fleming, Monahan, Catalano

⁷- Littlefield

رفتار درمانی دیالکتیکی، درمانی است که از ابتدای تأسیس تاکنون موفقیت‌های متعددی در عرصه‌های مختلف کسب نموده است (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۳). پروتکل درمانی استاندارد رفتار درمانی دیالکتیکی برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، شامل مهارت‌های اساسی است که با درمان مشکلات اعتیادآور مرتبط هستند. برای بیماران مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد، این مهارت‌های اساسی به عنوان یک تجویز، در شکل استاندارد آموخته می‌شوند. این مهارت‌ها که جهت مقابله با وسوسه و کاهش خطر بازگشت به کار می‌روند، شامل مهارت‌های ذهن‌آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجان و روابط بین‌فردی هستند (دیمف و لینهان^۱، ۲۰۰۸؛ دیمف و کورنر^۲، ۲۰۰۷). در این راستا پژوهش‌ها نشان داده‌اند که رفتار درمانی دیالکتیکی درمان موثری برای افراد مبتلا به اختلال‌های شخصیت مرزی و سوءمصرف مواد است (لینهان و همکاران، ۲۰۰۸).

آندرادا، ناکسیو، جرمی، ابرلیه، گرامر، ویسمن و لینهان (۲۰۱۴)، در مطالعه‌ای موردی به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیکی باعث بهبود تنظیم هیجانی می‌شود. ندیمی (۱۳۹۲) نیز در پژوهشی به بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجانی و تحمل آشفتگی مردان سوءمصرف کننده مواد پرداخت که نتایج نشان داد رفتار درمانی دیالکتیکی به طور معناداری تنظیم هیجان و تحمل آشفتگی را بهبود بخشید و پس از گذشت دو ماه نیز اثربخشی آن پایدار ماند. پژوهش‌هایی هم در زمینه اثربخشی DBT بر کاهش تکانشگری وجود دارد که به عنوان مثال می‌توان به پژوهش‌های امامقلی‌پور، زمانی، جهانگیر، ایمانی، زمانی (۱۳۹۴)، زمانی، فرهادی، جمیلیان، حبیبی (۱۳۹۳)، فلیس‌چاکر^۳ و همکاران (۲۰۱۱) و پریپلتچیکوا^۴ و همکاران (۲۰۱۱) اشاره کرد.

^۱- Dimeff, Linehan

^۲- Koerner

^۳- Fleischhaker

^۴- Perepletchikova

با توجه به اثرات سوء وابستگی به مواد مخدر بویژه متامفتامین و گسترش روزافزون مصرف این ماده محرک بویژه در زنان، اهمیت موضوع در خصوص نیاز به ارایه راهکارهای جدید در پیشگیری و درمان سوءمصرف‌کنندگان مواد بویژه در زنانی که مسئولیت ویژه‌ای در جامعه بر عهده دارند دوچندان می‌شود. از آنجایی که این افراد دچار مشکلاتی در زمینه تنظیم هیجان و کنترل تکانه‌های خود می‌باشند و این موارد در ابتلاء، استمرار و عود بیماری موثرند، هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رفتار-درمانی دیالکتیکی بر کاهش تکانشگری و افزایش تنظیم هیجانی زنان وابسته به متامفتامین می‌باشد.

روش

پژوهش حاضر یک طرح نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود که دارای دوره پیگیری نیز می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه زنان وابسته به متامفتامین بود که تحت درمان نگهدارنده با متادون در مراکز درمانی ترک اعتیاد شهر بیرجند در سال ۱۳۹۳ قرار داشتند. نمونه شامل ۳۴ نفر از زنانی است که پس از گذراندن موفق دوره سم‌زدایی، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس آنها به صورت مساوی (هر گروه ۱۷ نفر) و کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. ملاک ورود به پژوهش عبارت بودند از داشتن معیارهای سوءمصرف مواد بر پایه معیارهای DSM-IV، گذشتن بیش از یک هفته از سم‌زدایی موفقیت‌آمیز و عدم مصرف منظم داروهای ضد روان‌پریشی در زمان ورود به برنامه درمان. و ملاک حذف افراد عبارت بودند از داشتن اختلال‌های روان‌پریشی، دو قطبی و یا افسردگی شدید، ابتلا به بیماری جسمانی خاص در زمان اجرای پژوهش و نداشتن سواد در حد خواندن و نوشتن.

ابزار پژوهش

پژوهش‌های علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقیاس تکانشگری بارت^۱: مقیاس تکانشگری توسط بارت در سال ۱۹۹۴ ساخته شده است. این مقیاس ۳۰ گویه دارد و سه خرده‌مقیاس تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی‌برنامگی را اندازه‌گیری می‌کند. آزمودنی به هر گویه بر اساس یک مقیاس چهار درجه‌ای (هرگز/ تقریباً همیشه) پاسخ می‌دهد و نمره هر فرد بر اساس نمره سه خرده‌مقیاس و یک نمره کل محاسبه می‌شود (پورکرد، ابوالقاسمی، نریمانی، رضایی جمالویی، ۱۳۹۲). اعتبار کل پرسشنامه از دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی مورد تحلیل قرار گرفته است که به ترتیب مقادیر آن ۰/۸۱ و ۰/۷۷ گزارش شده است. در مجموع نتایج این پژوهش حمایت تجربی کافی برای استفاده از این مقیاس در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی در ایران فراهم کرد (جاوید، محمدی، رحیمی، ۱۳۹۱). نادری و حق‌شناس (۱۳۸۸) در پژوهشی برای نخستین بار در ایران به روایی این مقیاس پرداختند. در این تحقیق برای روایی همگرا از نمرات مقیاس هیجان‌خواهی ذاکرمن استفاده شد که نتایج حکایت از رابطه‌ای معنادار داشت. همچنین ضریب اعتبار به روش تصنیف ۰/۶۰ و همسانی درونی ۰/۷۲ گزارش شد.

مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی (DERS): یک شاخص خودگزارشی است که برای ارزیابی دشواری‌های موجود در تنظیم هیجانی به شکل جامع‌تری نسبت به ابزارهای موجود در این زمینه، توسط گراتز و رومر در سال ۲۰۰۴ ساخته شده است و دارای ۳۶ عبارت و ۶ خرده‌مقیاس است که پاسخ هر آزمودنی در دامنه‌ای از ۱ تا ۵ قرار می‌گیرد. خرده‌مقیاس‌ها 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). نتایج همسانی درونی کل مقیاس ($\alpha = 0.93$)، حاکی از پایایی مناسب این مقیاس است. همچنین نتایج پایایی آزمون-بازآزمون برای نمرات کلی این مقیاس (۰/۸۸، $P < 0.01$) نیز مناسب گزارش شده است (گراتز و رومر، ۲۰۰۴). نتایج همسانی درونی فرم ترجمه شده به فارسی این

^۱- Barrat Impulsivity Scale

مقیاس برای کل مقیاس ($\alpha = 0/86$, $M=91/31$ و $SD=17/78$) و همچنین برای خرده مقیاس‌ها؛ $0/75$ برای عدم پذیرش، $0/74$ برای اهداف، $0/76$ برای تکانه، $0/63$ برای آگاهی، $0/74$ برای راهبردها، و $0/85$ برای شفافیت در یک جمعیت ایرانی گزارش شده است (علوی، ۱۳۸۸).

روش اجرا

پس از انتخاب نمونه و جای دادن آنها به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل، پرسش‌نامه‌های ذکر شده در ۲ گروه اجرا شدند. سپس گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ جلسه در هفته) تحت رفتار درمانی دیالکتیکی به صورت گروهی قرار گرفتند و گروه گواه هیچ گونه آموزشی ندید. مهارت‌آموزی DBT، بر اساس تکنیک‌های رفتار درمانی دیالکتیکی مک‌کی، وود و برنتلی (۱۳۹۱)، انجام گردید و خلاصه‌ای از محتوای جلسات در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود.

یافته‌ها

جدول شماره ۱. محتوای جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی اولیه، چرا باید این مهارت‌ها را بیاموزیم؟ شروع مراحل خودآگاهی
جلسه دوم	آموزش مهارت‌های شناخت خود؛ آموزش مهارت‌های شناخت خود (خودآگاهی هیجانی)
جلسه سوم	آموزش خودآرامش‌بخشی، تصمیم‌گیری بر اساس ذهن خردمند، پذیرش بنیادین، قضاوت و برجسب‌ها
جلسه چهارم	توجه‌برگردانی از رفتارهای خودجرحی، توجه‌برگردانی از طریق فعالیت‌های لذت‌بخش، توجه‌برگردانی از طریق معطوف کردن توجه به کار یا موضوعی دیگر
جلسه پنجم	توجه به ذهن خردمند، ذهن هیجانی و ذهن منطقی در مورد تفاسیر و پاسخ به هیجانات، مشاهده و توصیف آنها (خودمشاهده‌گری)
جلسه ششم	آموزش زندگی در زمان حال، استفاده از افکار مقابله‌ای خودتشویق‌گرایانه، نقش خودگویی‌های مثبت و مهارت‌های حل‌مساله در مهار هیجان‌ها
جلسه هفتم	آموزش مهارت‌های کاهش آسیب (برنامه‌ریزی برای خواب، ورزش، تغذیه مناسب، کاهش مصرف مواد و پرکردن اوقات فراغت)

جلسه هشتم	آموزش مهارت دوری از ذهن هیجانی، آموزش تصویرسازی از مکان امن، و کشف ارزش‌ها
جلسه نهم	مسلط شدن بر دنیای خود: آموزش برنامه‌ریزی برای افزایش تجارب مثبت، تهیه فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش
جلسه دهم	آگاهی هیجانی و عمل کردن به شیوه مناسب در برابر هیجان‌های منفی (خشم، ترس، افسردگی، استرس و احساس گناه)
جلسه یازدهم	کاربرد مهارت‌های حل مسأله و عمل مخالف برای هیجان‌های منفی
جلسه دوازدهم	مرور جلسات و تمرینات داده شده

میانگین سنی اعضای نمونه را که همگی زنان تشکیل داده‌اند، ۲۹ سال با حداقل سن ۱۶ و حداکثر ۴۷ سال بود که ۶۴/۷ درصد از آنها متأهل، ۱۴/۷ درصد مجرد و ۲۰/۵ درصد افراد متارکه کرده بودند. ۶۱/۷۶ درصد (۲۱ نفر) از افراد از ۱ تا ۳ بار و ۲۳/۵۲ درصد (۸ نفر) بیش از ۳ بار دچار عود شده بودند. از نظر وضعیت تحصیلی، تعداد ۲ نفر فوق‌لیسانس، ۹ نفر لیسانس، ۱۲ نفر دیپلم و تعداد ۱۱ نفر زیر دیپلم بودند.

جدول شماره ۲ و ۳ آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه را به تفکیک گروه ارائه کرده است. تحلیل داده‌ها بر اساس نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش و کنترل در مورد کلیه متغیرها صورت گرفت. میانگین و انحراف معیار (اعداد داخل پرانتز) نمرات پاسخ‌های هر دو گروه به تفکیک زیرمقیاس‌ها در جدول زیر آمده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات گروه آزمایش و گواه به تفکیک زیرمقیاس‌های تکانشگری

تکانشگری	گروه آزمایش			گروه گواه		
	پیش-آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش-آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
تکانشگری شناختی	۲۸/۲۹	۱۸/۱۴	۱۷/۹۳	۲۹/۳۷	۲۹/۸۱	۳۰/۱۲
	(۶/۵۲)	(۴/۸۹)	(۴/۵۱)	(۷/۱۱)	(۷/۳۴)	(۷/۲۸)

۳۱/۲۲	۳۱/۷۴	۳۲/۸۴	۱۹/۰۸	۱۹/۸۴	۳۱/۳۹	تکانشگری حرکتی
(۸/۰۹)	(۷/۲۱)	(۷/۷۶)	(۴/۹۴)	(۵/۰۸)	(۷/۸۱)	
۳۱/۹۴	۳۱/۴۱	۳۲/۱۱	۱۸/۶۴	۱۸/۸۲	۳۰/۶۴	بی‌برنامگی
(۸/۱۵)	(۷/۸۲)	(۷/۷۶)	(۴/۶۷)	(۴/۵۸)	(۷/۴۶)	

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات گروه آزمایش و گواه به تفکیک زیرمقیاس -

های تنظیم هیجانی

گروه گواه			گروه آزمایش			تنظیم هیجانی
پیگیری	پس-آزمون	پیش-آزمون	پیگیری	پس-آزمون	پیش-آزمون	
۴/۵۵	۴/۹۰	۴/۳۸	۲/۵۹	۲/۴۲	۴/۶۳	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی
(۰/۲۴۵)	(۰/۲۱۳)	(۰/۲۴۷)	(۰/۷۰۴)	(۰/۸۰۲)	(۰/۷۲۸)	
۴/۵۸	۴/۳۵	۴/۲۵	۲/۵۱	۲/۳۲	۴/۶۱	دشواری‌های دست‌زدن به رفتار هدفمند
(۰/۳۵۰)	(۰/۳۴۹)	(۰/۴۰۹)	(۰/۷۸۵)	(۰/۸۸۶)	(۰/۴۱۱)	
۴/۹۹	۴/۶۴	۴/۷۴	۲/۶۶	۳/۰۶	۳/۸۱	دشواری‌های کنترل تکانه
(۰/۳۱۳)	(۰/۳۶۷)	(۰/۳۱۸)	(۰/۸۸۱)	(۰/۷۸۳)	(۰/۳۱۶)	
۴/۶۱	۴/۴۳	۴/۵۸	۲/۲۷	۲/۹۵	۴/۲۵	فقدان آگاهی هیجانی
(۰/۲۶۷)	(۰/۳۲۹)	(۰/۳۸۳)	(۰/۶۵۶)	(۰/۵۱۶)	(۰/۳۰۹)	
۴/۱۵	۴/۶۵	۴/۰۹	۲/۵۳	۲/۳۶	۴/۹۸	دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی
(۰/۳۲۰)	(۰/۳۴۸)	(۰/۳۳۶)	(۰/۷۹۱)	(۰/۷۴۳)	(۰/۵۴۶)	
۴/۵۶	۴/۳۷	۴/۱۹	۲/۷۰	۲/۲۴	۴/۷۶	فقدان شفافیت هیجانی
(۰/۳۵۴)	(۰/۳۴۹)	(۰/۳۶۱)	(۰/۷۳۹)	(۰/۷۳۱)	(۰/۱۲۳)	

در پژوهش حاضر جهت بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش تکانشگری و افزایش تنظیم هیجانی زنان وابسته به متامفامین، به طور جداگانه از

آزمون تحلیل کوواریانس استفاده گردید. قبل از انجام آزمون تحلیل کوواریانس، لازم است مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گیرد.

عدم معناداری تعامل متغیر پراش (پیش‌تست) و متغیر وابسته در هر دو متغیر تکانشگری ($F=5/23$) و تنظیم هیجانی ($F=3/14$) و خرده‌مقیاس‌های آن بیانگر این است که داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می‌کنند ($P>0/05$). همچنین موازی بودن تقریبی و وجود رابطه خطی بین متغیرها نیز بیانگر تأیید مفروضه مذکور است. با توجه به شرط ارتباط خطی که بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته وجود دارد و از طرف دیگر شیب‌های خطوط رگرسیون موازی می‌باشد. بنابراین مفروضه همگنی رگرسیون مورد تأیید است. از طرفی نتایج آزمون لوین در هر یک از متغیرهای وابسته تکانشگری ($F=4/01$) و تنظیم هیجانی ($F=2/66$) غیرمعنادار شد ($P>0/05$)، بنابراین شرط یکسانی واریانس خطا بین گروه‌ها برقرار می‌باشد. معنادار نشدن آزمون کولموگروف اسمیرنوف ($P>0/05$) نیز حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرهای پیش‌تست در گروه آزمایش و گواه است. بنابراین با توجه به رعایت پیش-فرض‌های تحلیل کوواریانس، به مقایسه متغیرها در دو گروه آزمایش و کنترل پرداخته می‌شود.

نتایج تحلیل کوواریانس در ارتباط با هر یک از متغیرهای تکانشگری و تنظیم هیجانی در جدول زیر آمده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین نمرات گروه آزمایش و گواه

Eta	R ²	معنادار ی	آماره F	میانگین	درجه	مجموع	
				مجدورات	آزادی	مجدورات	
۰/۴۱	۰/۹۴	۰/۰۰۰	۴۲/۷۰۹	۳۰۴/۱۰۸	۱	۳۰۴/۱۰۸	تکانشگری
۰/۵۲	۰/۹۲	۰/۰۰۰	۳۱/۱۲۸	۱۹۸/۱۸۲	۱	۱۹۸/۱۸۲	تنظیم هیجانی

همان‌گونه که نتایج تحلیل کواریانس در جدول فوق نشان می‌دهد، اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی پس از کنترل اثر پیش‌تست (متغیر پراش) بر کاهش تکانشگری معنادار شده است، لذا بین دو گروه تفاوت وجود دارد یعنی تکانشگری در گروه آزمایش کاهش یافته است. نتایج تحلیل کواریانس در ارتباط با خرده‌مقیاس‌های تکانشگری از جمله تکانشگری شناختی ($F=41/58, P<0/001$)، تکانشگری حرکتی ($F=40/16, P<0/001$) و بی‌برنامگی ($F=42/14, P<0/001$) معنادار شد که حاکی از اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش تمام مولفه‌های تکانشگری است.

همان‌گونه که نتایج تحلیل کواریانس جدول فوق در ارتباط با تنظیم هیجان نیز نشان می‌دهد، اثربخشی درمان دیالکتیکی پس از کنترل اثر پیش‌تست (متغیر پراش) معنادار شده است، یعنی منجر به افزایش تنظیم هیجانی زنان وابسته به متامفتامین شده است. نتایج تحلیل کواریانس در ارتباط با هر یک از خرده‌مقیاس‌های تنظیم هیجانی از جمله عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی ($F=30/85, P<0/001$)، دشواری‌های دست زدن به رفتار هدفمند ($F=32/54, P<0/001$)، دشواری‌های کنترل تکانه ($P<0/05$)، فقدان آگاهی هیجانی ($F=32/35, P<0/001$)، دسترسی محدود به راهبرد-های تنظیم هیجانی ($F=28/73, P<0/001$) و فقدان شفافیت هیجانی ($P<0/001$)، نیز معنادار شد که حاکی از اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در افزایش مولفه‌های تنظیم هیجانی است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس تفاوت میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله پیگیری

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری
تکانشگری	۰/۱۵۷	۱	۰/۱۵۷	۰/۲۹۷	۰/۶۱۲
تنظیم هیجانی	۰/۰۷۴	۱	۰/۰۷۴	۰/۱۵۱	۰/۷۱۳

نتایج تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر درون گروهی برای نمرات تکانشگری و تنظیم هیجانی مرحله پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش در جدول فوق آمده است. غیرمعناداری متغیر تکانشگری برابر ۰/۶۱۲ و متغیر تنظیم هیجان برابر ۰/۷۱۳ ($P > ۰/۰۵$) حاکی از یکسان بودن میانگین نمرات پاسخ‌های افراد در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در هر یک از شاخص‌های تکانشگری و تنظیم هیجان است، لذا اثرات رفتار درمانی دیالکتیکی پس از گذشت ۳ ماه، پایدار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش تکانشگری و افزایش تنظیم هیجانی زنان وابسته به متامفتامین بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی به طور معناداری باعث کاهش تکانشگری در زنان وابسته به متامفتامین می‌شود که با نتایج حاصل از تحقیق فلیس‌چاکر و همکاران (۲۰۱۱)، پرپلتچیوکوا و همکاران (۲۰۱۱)، لیتفیلد و همکاران (۲۰۰۹)، سولر^۱ و همکاران (۲۰۰۹)، مک‌کالان^۲ و همکاران (۲۰۰۵)، میلر^۳ و همکاران (۲۰۰۷)، وندن بوش، کوتر، استیجنز، ورهول و برینک (۲۰۰۲)، امامقلی‌پور و همکاران (۱۳۹۴)، زمانی و همکاران (۱۳۹۳)، و صفاری‌نیا، نیکوگفتار و دماوندیان (۱۳۹۳) همخوان است. تحقیقات نشان می‌دهند که رابطه سوءمصرف یا وابستگی به مواد با تکانشگری رابطه‌ای دو سویه است (فیلمور و ویفر، ۲۰۱۳؛ کینگ، پاتوک پکهام، داگر، تیم و گاتز، ۲۰۱۴). سایموتو (۱۹۹۸)، به نقل از صفاری‌نیا و همکاران، (۱۳۹۳) معتقد است برای درک رفتار تکانشی و خود آسیب‌رسان باید بدانیم که چرا یک رفتار خاص، در یک زمان خاص، تحت یک پیامد خاص و توسط یک فرد خاص انجام می‌شود. این موضوع اشاره به نقش کارکردی رفتارهای تکانشی دارد که یک جنبه مهم آن بر اساس نظر لوید ریچاردسون و همکاران (۲۰۰۷)، به نقل از صفاری‌نیا و همکاران، (۱۳۹۳) کارکرد درون

¹- Soler

²- Mcquillan

³- Miller

فردی است که به دو صورت تقویت منفی خودکار و تقویت مثبت خودکار عمل می‌کند. آنها معتقدند که رفتارهای تکانشی ممکن است به صورت تقویت منفی خودکار و با هدف متوقف کردن یا حذف حالت‌های عاطفی و شناختی نامطلوب (رهایی از ناکامی‌ها، کاهش دردهای عاطفی، بیان خشم نسبت به دیگران، و کاهش تنش) و یا تقویت مثبت خودکار که اشاره به استفاده از رفتار خودآسیب‌رسان برای ایجاد بعضی از حالت‌های درونی دارد، عمل کنند. کارکردهای اجتماعی رفتارهای تکانشی توسط محیط خارجی فرد تنظیم می‌شوند. تقویت مثبت اجتماعی اشاره به این دارد که استفاده از رفتار تکانشی برای جلب توجه و یا برای دسترسی به برخی از منابع خاص اجتماعی است. همچنین، تقویت منفی اجتماعی اشاره به استفاده از رفتارهای تکانشی برای گریز از برخی وظایف یا تکالیف شخصی دارد. اعتیاد و سوء‌مصرف، مدرسه‌گریزی، انزوا و گوشه‌نشینی معرف عملکرد تقویت اجتماعی منفی رفتار تکانشی است (لوید ریچاردسون و همکاران، ۲۰۰۷، به نقل از صفاری‌نیا و همکاران، ۱۳۹۳).

رفتاردرمانگری دیالکتیکی در حقیقت تغییر و اصلاح درمانگری رفتاری - شناختی است و در افرادی استفاده می‌شود که با هیجانات خارج از کنترل و همچنین مسایل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم، بی‌ثباتی عاطفی و تحریک‌پذیری دست و پنجه نرم می‌کنند و از متخصصین بالینی خواسته می‌شود تا به درمانجو در درک رفتارهای مختل‌کننده به عنوان رفتار اکتسابی برای حل مشکل کمک کنند و درمانجو فاقد مهارت‌های لازم و ضروری برای واکنش نشان دادن به شیوه‌ای خلاق‌تر است (امام‌قلی‌پور و همکاران، ۱۳۹۴). این یکی از دلایلی است که رفتاردرمانگری دیالکتیکی در کاهش هیجانی هیجان منفی خشم و رفتارهای تکانشی ثمربخش بوده است (سولر و همکاران، ۲۰۰۹). افراد وابسته به متامفتمین که در کنترل تکانه دچار مشکل می‌باشند به گونه‌ای فزاینده تکانشی و بی‌مسئولیت هستند که بیش از هر چیز با عدم تنظیم هیجان‌های منفی شناخته و از لحاظ شناختی به هم ریخته می‌شوند. مضاف بر این، عدم تنظیم عواطف مثبت را بروز می‌دهند که باعث هیجان‌زدگی غیرمنطقی و سطحی می‌شود. از آنجائی که این افراد فاقد تفکر منطقی هستند و هنگامی که تلاش

می‌کنند تا خود را از الزام‌ها و اجبارهای اجتماعی خلاص کنند، نه می‌توانند رفتار طرح‌ریزی شده و از پیش برنامه‌ریزی شده‌ای داشته باشند و نه می‌توانند به پیامدهای اعمال خود توجهی کنند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت یکی از علت‌های موفقیت رفتاردرمانی دیالکتیکی در پژوهش‌های ذکر شده، کاهش رنج افراد درگیر مشکلات هیجانی بوده است که مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث کاهش هیجانات نامناسب از جمله تکانشگری شده است (زمانی و همکاران، ۱۳۹۳). با توجه به این یافته می‌توان گفت آموزش مهارت‌های کارآمدی بین فردی منجر به افزایش ثبات عاطفی و ویژگی‌های بین فردی می‌شود؛ چرا که نیاز به پذیرفته‌شدن در برابر دیگران دارند، در حقیقت این افراد به دلیل مسائل سرشتی زیربنایی و یا به خاطر ناکامی نیازهای اولیه‌شان توسط مراقبان غیرحساس، میزان پرخاشگری آن‌ها بیش از حد معمول است. این افراد همواره در رابطه وابستگی و استقلال بوده‌اند که منجر به دوسوگرایی و روابط بی‌ثبات، حالت‌های پوچی، تهی بودن، جستجوی روابط بیش از حد نزدیک یا هم‌جوشی آرمانی و مواردی از این قبیل می‌شود. آموزش مهارت‌های کارآمدی بین فردی موجب شناسایی سبک‌های ارتباطی و تناسب بین خواسته‌های خود و دیگران و شناسایی روابط فردی و مشکلات روابط فردی می‌شود که اصلاح آن، کاهش تکانشگری را در پی خواهد داشت (سولر و همکاران، ۲۰۰۹).

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی به طور معناداری باعث افزایش تنظیم هیجانی در زنان وابسته به متامفتامین شده است که نتایج همسو با پژوهش‌های آندرادا و همکاران (۲۰۱۴)، سافر، رایبسون، جو (۲۰۱۰)، چانی، روژل، کامینگ^۱ (۲۰۱۰)، کروگر و همکاران (۲۰۱۰)، فیلدمن و همکاران (۲۰۰۹)، وندن‌بوش، ورهول، اسپیر، برینگ^۲ (۲۰۰۲)، ندیمی (۱۳۹۲)، بابایی، حسنی، محمدخانی (۱۳۹۱)، گلشنی، مظاهری، برجعلی، احدی (۱۳۸۹) و علوی (۱۳۸۸) می‌باشد.

^۱- Chaney, Roszell, Cummings

^۲- Vanden Bosch, Verhuel, Schippers, Brink

از آنجایی که تنظیم هیجان بخش مهمی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می‌دهد، تعجب‌آور نیست که آشفتگی در هیجان و تنظیم آن، می‌تواند منجر به اندوهگینی و حتی آسیب روانی شود. زمانی که فردی معتاد می‌شود مجموعه‌ای از رویدادها یا عوامل تنش‌زا به تنهایی می‌توانند اعتیاد را تداوم بخشند (آمستاتر، ۲۰۰۸). وایس، تال، لاوندر، گراتز^۱ (۲۰۱۳)، در تحقیقی آزمایشی، به این نتیجه رسیدند که عدم تنظیم هیجان‌ها می‌تواند در اختلال سوء مصرف مواد نقشی اساسی داشته باشد. یکی از بهترین نظریه‌ها در توضیح شروع، استمرار و بهبودی موفقیت‌آمیز اختلال‌های مصرف مواد، فرضیه خود درمانی خانتریان می‌باشد. طبق فرضیه خود درمانی، اعتیاد به مواد مخدر در حکم ابزاری جهت تعدیل عواطف استرس‌زا است. مصرف‌کنندگان مواد، هیجان‌ها منفی و بی‌قراری را غیر قابل تحمل و مستأصل‌کننده توصیف می‌کنند و نمی‌توانند این حالات هیجانی را بدون اتکا به مواد، مدیریت کنند. مصرف‌کنندگان مواد، از خواص فیزیولوژیکی و روان‌شناختی مواد، جهت تنظیم و تعدیل هیجان‌ها منفی‌شان و دستیابی به ثبات هیجانی استفاده می‌نمایند (ساه و همکاران، ۲۰۰۸). در مدل بک نیز، هیجان‌ها منفی و ناتوانی در مدیریت مناسب آن‌ها، یکی از محرک‌های مهم برای از سرگیری سوء مصرف مواد عنوان شده است. پژوهش‌های تجربی انجام گرفته در این زمینه نشان داده است که سوء مصرف‌کنندگانی که از راهبردهای تنظیم هیجان بهتر استفاده می‌کنند، در دوره درمان موفق‌تر هستند. برعکس، افرادی که قادر به کنترل هیجان‌ها خود نیستند، به احتمال زیاد مصرف‌کننده دائمی مواد می‌شوند (دوران و همکاران، ۲۰۰۷).

در تبیین این یافته می‌توان گفت که رفتاردرمانی دیالکتیکی به دلیل سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند در تلفیق با فنون شناختی- رفتاری، 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

^۱ - Weiss, Tull, Lavender, Gratz

آمدن با وسوسه و نشانه‌های ترک به عنوان شاخص اصلی تداوم مصرف در این بیماران را افزایش دهد (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۳). از سوی دیگر عمل مخالف به عنوان یکی از مهمترین راهبردهای مهارت تنظیم هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی، بیماران را برای انجام عمل مخالف در برابر هیجان‌های منفی و وسوسه ولع مصرف مجدد مواد ترغیب می‌کند. به‌علاوه 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" (لینهان و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین تمرینات ذهن آگاهی در مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی به وسیله افزایش توانایی فرد در چرخش توجهش از آنچه مفید یا مؤثر نیست به آنچه مفید و مؤثر است، به تعدیل هیجانی یا به عبارتی انعطاف‌پذیری توجه در او کمک می‌کند (بابایی و همکاران، ۱۳۹۱). علاوه بر این، مهارت‌های مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک با تشویق بیمار برای در نظر گرفتن اهداف کوتاه‌مدت و اهداف بلندمدت، 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 مقابله مؤثر با وسوسه و ولع مصرف توانمند سازد (چانی و همکاران، ۲۰۱۰).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی می‌تواند تکانشگری را کاهش و تنظیم هیجانی را در زنان وابسته به متامفتامین افزایش دهد و اثرش پس از گذشت ۳ ماه نیز پایدار بماند. همان‌گونه که اشاره شد، افرادی که به سوءمصرف مواد گرایش دارند یا به آن وابسته شده‌اند، دارای ضعف‌هایی در کنترل تکانه و تنظیم هیجان و عواطف خود هستند و خود موید این ضرورت است که موارد ذکر شده را باید در اولویت آموزش قرار داد؛ لذا در جهت پیشگیری از سوءمصرف مواد و ایمن‌تر شدن افراد جامعه پیشنهاد می‌گردد در سطح کلان جامعه، سازمان‌ها و

مراکز مسئول با اطلاع‌رسانی، برگزاری کارگاه‌ها و جلسات آموزشی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی برای عموم مردم بویژه زنان و افرادی که مستعد ابتلا به سوءمصرف مواد می‌باشند (از جمله نوجوانان و جوانان) در زمینه کاهش تکانشگری و افزایش تنظیم هیجانی اقدام نمایند. در زمینه درمان نیز پیشنهاد می‌گردد بخش روانشناسی و مشاوره در مراکز درمان سوءمصرف مواد، همسو با درمان دارویی، فعالانه با آموزش مهارت‌های مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی به افراد تحت درمان، موارد ذکر شده را بهبود و به پروسه درمان سرعت بخشند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به روش نمونه‌گیری اشاره کرد که قادر به نمونه‌گیری تصادفی نشده و به ناچار از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده گردید. پیشنهاد می‌شود از این روش درمانی در کنار مداخلات دارویی برای اختلالات دیگر نیز استفاده شود. همچنین تأثیر این مداخله آموزشی را در مقایسه با سایر مهارت‌ها و رویکردهای درمانی همچون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، روان‌درمانی شناختی تحلیلی و رفتاردرمانی شناختی- رفتاری (CBT) مورد بررسی قرار دهند تا میزان اثربخشی هرکدام مشخص شود. از آنجایی که پژوهش حاضر تنها بر روی زنان انجام گردید، پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه نیز بر روی مردان صورت گیرد و میزان اثربخشی در دو جنس مقایسه گردد.

منابع

- اسماعیلی نسب، مریم؛ اندامی خشک، علیرضا؛ آزرمی، هاله؛ مرخی، امیر (۱۳۹۳). نقش پیش‌بینی‌کنندگی دشواری در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در اعتیاد پذیری دانشجویان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۸(۲۹)، ۴۹-۶۳.
- امامقلی پور، سامره؛ زمانی، سعید؛ جهانگیر، امیرحسین؛ ایمانی، سعید؛ زمانی، نرگس (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش کنترل تکانه و رفتاردرمانی دیالکتیک بر تکانشگری، بی‌برنامگی حرکتی و شناختی دختران نوجوان مبتلا به اختلال نامنظم خلقی اخلال‌گرانه. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۹(۳۵)، ۱۶-۷.
- بابایی، زهرا؛ حسنی، جعفر؛ محمدخانی، شهرام (۱۳۹۱). تأثیر آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک در وسوسه افراد مبتلا به سوءمصرف مواد: مطالعه‌ی تک آزمودنی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۴(۳)، ۴۱-۳۳.
- پورکرد، مهدی؛ ابوالقاسمی، عباس؛ نریمانی، محمد؛ رضایی‌جمالویی، حسن (۱۳۹۲). بررسی اثر مستقیم و غیرمستقیم خودکارآمدی، تکانشوری، فعال‌سازی - بازداری رفتاری و مهارت‌های اجتماعی بر سوءمصرف مواد در دانش‌آموزان. *فصلنامه علمی پژوهشی اعتیادپژوهی*، ۷(۲۶)، ۲۸-۱۱.
- جاوید، محبوبه؛ محمدی، نوراله؛ رحیمی، چنگیز (۱۳۹۱). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی یازدهمین ویرایش مقیاس تکانشگری بارت. *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۲(۸)، ۳۴-۲۳.
- خانتزیان، ادوارد؛ آلبینیز، مارک (۱۳۹۱). *درک اعتیاد به عنوان راهی برای خود درمانی*. ترجمه فاطمه نعمت‌اللهی و مهدیه ساسانی‌نژاد. چاپ اول، تهران: انتشارات اطلاعات.
- دهقانی فیروزآبادی، سمیره؛ قاسمی، حامد؛ صفری، سعیده؛ ابراهیمی، علی اکبر؛ اعتمادی، عذرا (۱۳۹۳). اثربخشی جلسات گروهی مصاحبه انگیزشی بر ارتقاء عزت نفس و خودکارآمدی زنان معتاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۷(۲۶)، ۱۵۸-۱۴۵.

زمانی، نرگس؛ فرهادی، مهران؛ جمیلیان، حمیدرضا؛ حبیبی، مجتبی (۱۳۹۳). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی با تکیه بر مولفه‌های تحمل‌پریشانی و نظم‌بخشی هیجانی بر رفتارهای تکانشی و خشم‌های انفجاری. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۱۷(۱۱)، ۶۱-۵۳.

سیه‌جانی، لیلی؛ اورکی، محمد؛ زارع، حسین (۱۳۹۲). طول مدت مصرف متامفتامین (شیشه) و اختلالات توجه پایدار در سوءمصرف کنندگان متامفتامین. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۷(۲۰)، ۶۶-۵۳.

صفاری‌نیا، مجید؛ نیکوگفتار، منصوره و دماوندیان، ارمغان (۱۳۹۳). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان بزهکار مقیم کانون اصلاح و تربیت تهران. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۴(۱۵)، ۱۵۸-۱۴۱.

علوی، خدیجه (۱۳۸۸). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی (با تکیه بر مولفه‌های هوشیاری فراگیر بنیادین، تحمل‌پریشانی و تنظیم هیجانی) بر نشانه‌های افسردگی در دانشجویان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه فردوسی مشهد.

گلشنی، فاطمه؛ مظاهری، محمدعلی، برجعلی، احمد، احدی، حسن (۱۳۸۹). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در درمان اختلال شخصیت مرزی. *مجله تحقیقات روان‌شناختی*، ۲(۵)، ۱۰-۱.

محمدی، کورش (۱۳۹۰). بررسی علل تغییر الگوی مصرف مواد مخدر از سنتی (کم‌خطر) به صنعتی (پرخطر) در ایران. دومین همایش سراسری آسیب‌های اجتماعی و فرهنگی، تهران، ایران.

مک‌کی، متیو. وود، جفری. برنتلی، جفری (۱۳۹۱). تکنیک‌های رفتار درمانی دیالکتیکی. ترجمه حسن حمیدپور، حمید جمعه‌پور و زهرا اندوز. چاپ اول. تهران: انتشارات ارجمند.

مک‌الم، گایل (۱۳۹۰). تنظیم هیجان کودکان. ترجمه احمدرضا کیانی و فاطمه بهرامی. چاپ اول، تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۷)

نادری، فرح؛ حق‌شناس، فریبا (۱۳۸۸). اعتباریابی مقیاس تکانشگری بارت و رابطه تکانشگری و احساس تنهایی با میزان استفاده از تلفن همراه در دانشجویان دانشگاه آزاد اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

ندیمی، محسن (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی در افزایش تحمل آشفتگی و بهبود تنظیم هیجانی سوء مصرف کنندگان مواد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند.

نریمانی، محمد؛ بگلایان کوله مرز، محمدجواد؛ باوندپوری، احمدرضا؛ بختی، مجتبی (۱۳۹۳). اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی بر میزان ولع مصرف و دشواری در خود‌نظم‌بخشی هیجانی مصرف کنندگان شیشه. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۶(۴)، ۸۵-۱۰۱.

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion- regulation strategies across psychopathology: A meta_analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 211-221.
- Andrada D, Neacsiu A, Jeremy W, Eberle R, Kramer R, Wiesmann T, Linehan M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *Behav Res Ther*; 59(12): 40-51.
- Anestis, M. D., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2007). The role of urgency in maladaptive behaviors. *Behaviour Research and Therapy*, 45(12), 3018-3029.
- Auerbach, R.P., Abela, J. R. Z., Ringo Ho, M. (2007). Responding to symptom of depression and anxiety: Emotion regulation, neurotism and engagement in risky behaviors. *Behavior research and therapy*, 45, 2182-2191.
- Ayvasik, H. B., Sumer, H. C. (2010). Individual differences as predictors illicit drug use among Turkish college student. *Journal of psychology*, 144 (6), 489-505.
- Azizi, A., Borjali, A., Golzari, M. (2010). The Effectiveness of Emotion Regulation Training and Cognitive Therapy on the Emotional and Additional Problems of Substance Abusers. *Iran J Psychiatry*, 5(2), 60-65.
- Bickel, W. K., Jarmolowicz, D. P., Mueller, E. T., Gatchalian, K. M., & McClure, S. M. (2012). Are executive function and impulsivity antipodes? A conceptual reconstruction with special reference to addiction. *Psychopharmacology*, 221(3), 361-387.
- Chaney, EF, Roszell DK, Cummings C. (2010). Relapse in opiate addicts: a behavioral analysis. *Addict Behav*; 2 (1): 877-84.
- Coskunpinar, A., Dir, A. L., & Cyders, M. A. (2013). Multidimensionality in impulsivity and alcohol Use: A meta-analysis using the UPPS of impulsivity. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37(9), 1441-1450.
- Crews, F. T., Boettiger, C. A. (2009). Impulsivity, frontal lobes and risk for addiction. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 93(3), 37-247.
- Dawe, S., & Loxton, N.J. (2004). The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 28, 343° 351.
- De Wit, H. (2009). Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: A review of underlying processes. *Addiction Biology*, 14(1), 22-31.
- Dick, D. M., Smith, G., Olausson, P., Mitchell, S. H., Leeman, R. F., O Malley, S. S., & Sher, K. (2010). Understanding the construct of

- impulsivity and its relationship to alcohol use disorders. *Addiction Biology*, 15(2), 217-226.
- Dimeff KA, and Koerner K. (2007). *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice Applications across Disorders and Setting*. New York: The Guilford Press Publications; 100-218.
- Dimeff LA, Linehan MM. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abuser. *Addict Sci Clin Pract*; 4 (2): 39-47.
- Doran, N., McChargue, D., Cohen, L. (2007). Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. *Addiction Behavior*. 32: 90-98.
- 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.
- Fillmore MT, Weafer J. (2013). *Behavioral inhibition and addiction*. In: MacKillop J, de Wit H, editors. *The Wiley-Blackwell Handbook of Addiction Psychopharmacology*. John Wiley and Sons Limited; West Sussex UK: in press.
- Fleischhaker, C. H., Bohme, R., Sixt, B., Bruck, C. H., Schneider, C., Schulz, E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(1): 3.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York: Bantam books.
- Gratz, K. L., Romer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26 (1), 41° 54.
- Heinz, A. J., Bui, L., Thomas, K. M., & Blonigen, D. M. (2015). Distinct Facets of Impulsivity Exhibit Differential Associations with Substance Use Disorder Treatment Processes: A Cross-Sectional and Prospective Investigation Among Military Veterans. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22,1-37.
- Heyman G M. (2011). 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*; 6 (2), 156° 60.
- Karen C, Annette E, Fleckenstein S, Reid J, Robison E, Michael J, Ken R, Glen R, Hanson H. (2015). Methamphetamine/amphetamine abuse and risk of Parkinson's disease in Utah: A population-based assessment. *Drug Alcohol Depend*; 146 (18): 30-8.
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard review of psychiatry*, 4, 231 4.
- King, K. M., Fleming, C. P., Monahan, K., & Catalano, R. (2011). Changes in self-control and attention problems during middle school predict

- alcohol and marijuana use during high school. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25, 69° 79.
- King, K.M., Patock-Peckham, J.A., Dager, A.D., Thimm, K., & Gates, J.R. (2014). On the mismeasurement of impulsivity: Trait, behavioral, and neural models in alcohol research among adolescents and young adults. *Current Addiction Reports*, 1, 19° 32.
- Kring, A. M., Davison, G. C., Neale J. M., & Johnson, S. L. (2009). *Abnormal Psychology*. 3th Ed. John Wiley Pub, 390-403.
- Kroger CH, Schweiger U, Sipos V, Kliem S, Arnold R, Schunert T, et all. (2010). 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*; 10 (41): 381-8.
- Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comois KA, Welch SS, Heagerty P, et al. (2008). 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*; 67 (5): 13-29.
- Littlefield, A. K., Stevens, A. K., Cunningham, S., Jones, R. E., King, K. M., Littlefield, A. K., Sher, K. J., & Wood, P.K. (2009). Is maturing out of problematic alcohol involvement related to personality change? *Journal of Abnormal Psychology*, 62,118-360.
- Loree, A. M., Lundahl, L. H., & Ledgerwood, D. M. (2014). Impulsivity as a predictor of treatment outcome in substance use disorders: Review and synthesis. *Drug and Alcohol Review*, 35: 21-29.
- Lynam, D. R., & Miller, J. D. (2004). Personality pathways to impulsive behavior and their relations to deviance: Results from three samples. *Journal of Quantitative Criminology*, 20(4), 319-341.
- McKetin R, Kelly E, and McLaren J. (2006). The relationship between crystalline methamphetamine use and methamphetamine dependence. *Drug Alcohol Depend*; 85 (15): 198-204.
- Mcquillan, A., Nicastrro, R., Guenot, F., Girard, M., Lisser, C., & Ferrero, F. (2005). Intensive dialectical behavior therapy for outpatients with borderline personality disorder who are in crisis. *Psychiatr Serv*, 556, 193-7.
- Miller, A. M., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford, 38-95.
- Moeller, G. F., Dougherty, D. M. (2002). Impulsivity and substance abuse: what is the connection? *Addictive Disorders and Their Treatment*, 1, 3° 10.
- Parker, J.D., Taylor, R.N., Eastabrook, J. M., Schell, S. L. Wood, L. M. (2008). Problem gambling in adolescence: Relationships with internet

- misuse, gaming abuse and emotional intelligence. *Personality and individual Differences*, 45, 174-180.
- Perepletchikova, F., Axelrod, S. R., Kaufman, J., Rounsaville, B. J., Douglas-Palumberi, H., Miller, A, L. (2011). Adapting Dialectical Behaviour Therapy for Children: Towards a New Research Agenda for Paediatric Suicidal and Non- Suicidal Self-Injurious Behaviours. *Child Adolesc Ment Health*. 16(2), 116° 121.
- SaferD L, Robinson AH, Jo b. (2010). 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*; 41 (2): 106-20.
- Salo R, Fassbender C, Iosif AM, Ursu S, Leamon MH, Carter, C. (2013). Predictors of methamphetamine psychosis: history of ADHD-relevant childhood behaviors and drug exposure. *Psychiatry Res*; 210 (2): 529-35.
- Seiple SJ, Strathdee SA, Zians J, and Thomas L. (2011). Patterson, Methamphetamine-Using Parents: The Relationship Between Parental Role Strain and Depressive Symptoms. *J Stud Alcohol Drugs*; 72 (6): 954° 64.
- Soler, J., Pascual, J., Tiana, T., Barrachina, J., Gich, I., & Alvarez, E. (2009). Dialectical behavior therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder. *Behav Res Ther*, 47: 335-358.
- Stevens, L., Verdejo-García, A., Goudriaan, A. E., Roeyers, H., Dom, G., & Vanderplasschen, W. (2014). Impulsivity as a vulnerability factor for poor addiction treatment outcomes: A review of neurocognitive findings among individuals with substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47(1), 58-72.
- Streeter, C. C., Terhune, D. B., Whitfield, T. H., Gruber, S., Sarid-Segal, O., Silveri, M. M., & Yurgelun-Todd, D. A. (2008). Performance on the Stroop predicts treatment compliance in cocaine-dependent individuals. *Neuro psychopharmacology*, 33(4), 827-836.
- Suh, JJ., Ruffins, S., Robins, C. E., et al. (2008). Self-Medication Hypothesis: connecting affective experience and drug choice. *Psychoanalyze Psychology*, 25: 518-550.
- Topp L, Degenhardt L, Kaye S, and Darke S. (2002). 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*; 21(6): 341-8.
- Trinidad, D. R., Unger, J. B, Chou, C. P. Johnson, A. (2004). The protective association of emotional intelligence with psychosocial smoking risk factors for adolescents. *Personality and individual Differences*, 36: 945-954.
- Vanden Bosch, L. M. C., Verhuel, R., Schippers, G. M., & Brink, W.(2002). Dialectical Behavior therapy of borderline patient with and without

- substance use problems Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors*, 27: 911-923.
- Verdejo-García, A., Bechara, A., Recknor, E. C., & Pérez-García, M. (2007). Negative emotion- driven impulsivity predicts substance dependence problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 91(2-3), 213-219.
- Waldrop AE, Price KL, Desantis SM, Simpson AN, Back SE, Mcrae AL, Spratt EG, kreek Mj, Brady KT. (2010). Community-dwelling cocainedependent men and women respond differently to social stressor versus cocaine cues. *J psyneuen*; 35 (6):798-806.
- 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*, 37(11): 944-54.

