

Research  
Article

## The Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy on Pathological Narcissism and Abstinence Self-Efficacy in People with Stimulant Use

---

Marzieh Mashalpour Fard<sup>1</sup>, Kholood Nozari<sup>2</sup>

Received: 2025/02/16

Accepted: 2026/02/16

---

### Abstract

**Objective:** The present study aimed to investigate the effectiveness of group dialectical behavior therapy (DBT) on pathological narcissism and abstinence self-efficacy among individuals with stimulant use. The study aimed to examine the effectiveness of group dialectical behavior therapy on pathological narcissism and self-efficacy for quitting in people with stimulant use. **Method:** This was a quasi-experimental study utilizing a pretest-posttest design with a control group. The statistical population encompassed all individuals with stimulant use referring to addiction treatment centers under the supervision of the Abadan Welfare Organization in 2023. A sample of 50 individuals with a history of stimulant use was selected via purposive sampling and randomly assigned to either the experimental group (n = 25) or the control group (n = 25). Participants completed the pathological narcissism inventory and the abstinence self-efficacy questionnaire. The experimental group underwent eight 90-minute sessions of group DBT. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance.

**Results:** The results indicated a significant difference between the experimental and control groups regarding pathological narcissism and abstinence self-efficacy at the posttest stage. Specifically, group DBT led to a significant reduction in pathological narcissism and a substantial increase in abstinence self-efficacy among individuals with stimulant use. **Conclusion:** It is suggested that mental health and addiction professionals utilize group DBT as an effective intervention to diminish pathological narcissism and enhance abstinence self-efficacy in individuals seeking treatment for substance use.

**Keywords:** Group dialectical behavior therapy, Pathological narcissism, Abstinence self-efficacy, Substance use

- 
1. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Payam-e-Noor University, Tehran, Iran. email: Mashalpour.m@pnu.ac.ir
  2. MA, Department of Psychology, Payam-e-Noor University, Tehran, Iran.

## اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر خودشیفتگی مرضی و خودکارآمدی ترک در افراد مبتلا به مصرف مواد محرک

مرضیه مشعل پور فرد<sup>۱</sup>، خلود نوذری<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۲۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۲۸

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر خودشیفتگی مرضی و خودکارآمدی ترک در افراد مصرف کننده مواد محرک پرداخت. **روش:** این پژوهش نیمه-آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل همه افراد مبتلا به مصرف مواد محرک مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد زیر نظر سازمان بهزیستی شهر آبادان در سال ۱۴۰۲ بود. نمونه‌ای شامل ۵۰ نفر از افراد با سابقه مصرف مواد محرک به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۵ نفر) و کنترل (۲۵ نفر) قرار گرفتند. شرکت کنندگان پرسش‌نامه‌ی خودشیفتگی مرضی و پرسش‌نامه خودکارآمدی ترک را تکمیل کردند. جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش کوواریانس چندمتغیره انجام شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد بین گروه آزمایش و کنترل در رابطه با خودشیفتگی مرضی و خودکارآمدی ترک در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود داشت. به عبارت دیگر، آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی باعث کاهش خودشیفتگی مرضی و افزایش خودکارآمدی ترک در افراد مبتلا به مصرف مواد محرک شد. **نتیجه‌گیری:** پیشنهاد می‌شود متخصصان حوزه سلامت روان و اعتیاد با بکارگیری رفتاردرمانی دیالکتیک گروهی در جهت کاهش خودشیفتگی مرضی و افزایش خودکارآمدی ترک افراد در جستجوی درمان مصرف مواد بهره ببرند.

**کلیدواژه‌ها:** رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی، خودشیفتگی مرضی، خودکارآمدی ترک، مصرف

مواد

۱. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. پست الکترونیک:

Mashalpour.m@pnu.ac.ir

۲. کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

## مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر<sup>۱</sup> اختلالی چند عاملی است که تحت تاثیر عوامل متعددی قرار دارد و آسیب‌های جدی به جنبه‌های مختلف جسمانی، اجتماعی، روان‌شناختی و خانوادگی فرد وارد می‌کند (کانست و هوک<sup>۲</sup>، ۲۰۲۴). اعتیاد علاوه بر اینکه پیامدهای منفی فردی به دنبال دارد، خانواده و جامعه را نیز تحت تأثیر مخرب خود قرار می‌دهد (قدیربخشی و همکاران، ۱۴۰۲). مطالعات نشان داده است مصرف مواد یک پدیده رو به رشدی است که از نوجوانی تا جوانی افزایش می‌یابد و تفاوت قابل ملاحظه‌ای در استعداد اشخاص نسبت به وابستگی به مواد وجود دارد (جان<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). برخلاف باور برخی مصرف‌کنندگان، همه افراد در برابر وابستگی به مواد یکسان نیستند و بخشی از جمعیت به سرعت و به آسانی در دام اعتیاد گرفتار می‌شوند (جینگ<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). افراد مصرف‌کننده مواد بیش از دیگران با چالش‌های شناختی، رفتاری، جسمی و روانی مانند افسردگی و اضطراب مواجه هستند. این مشکلات همراه با علائم وابستگی افراد مصرف‌کننده مواد را در چرخه معیوب مصرف علیرغم آگاهی از عواقب آن گرفتار می‌کند. به طور کلی، اختلال مصرف مواد نتیجه تعامل چندبعدی عوامل زیستی، روانی و اجتماعی است و درمان مؤثر نیازمند رویکردی یکپارچه است که به تمامی این ابعاد توجه کند (رولووا<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). افراد مستعد مصرف مواد اغلب برای تسکین کوتاه‌مدت مشکلات زندگی به مواد پناه می‌برند، ولی این راه‌حل موقتی به سرعت به وابستگی تبدیل شده و روابط شخصی و خانوادگی، سلامت عاطفی و کارکرد اجتماعی فرد را مختل می‌کند (جینگ و همکاران، ۲۰۲۴). سه مرحله برای اعتیاد معرفی شده است: مرحله اول: شروع اعتیاد؛ مرحله دوم: مرحله استقرار که این وضعیت حداقل یک ماه طول می‌کشد؛ و مرحله سوم: زوال و انهدام جسمانی و روانی که موجب انحطاط قوای مغزی و فکری می‌گردد. همچنین، تحقیقات نشان داده است مردان بیشتر از زنان در معرض خطر مصرف مواد هستند (دهقانی و همکاران، ۲۰۱۳). یافته‌های پژوهشی نشان داده است که مصرف

مواد محرک با ویژگی‌های خودشیفتگی و اختلالات خودکارآمدی ارتباطی تنگاتنگ دارد و این عوامل هم در شروع مصرف و هم در خطر عود پس از ترک نقش مهمی دارند (ریگال<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۲؛ آکدنیز<sup>۲</sup>، ۲۰۲۲).

خودشیفتگی مرضی<sup>۳</sup> به عنوان نیاز شدید برای تحسین و به رسمیت شناخته شدن توسط دیگران همراه با مشکل در تنظیم این نیازها تعریف شده است (سالازار<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۱) و با حوزه‌های کارکردی همچون جامعه‌ستیزی، مشکل در تنظیم هیجان، مشکلات ارتباطی، مصرف مواد و پرخاشگری مرتبط است (ریگال و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین، دلایل روانی-اجتماعی در کنار ویژگی‌های شخصیتی همچون خودشیفتگی می‌توانند از عوامل گرایش افراد به مصرف مواد باشند (موناسیس<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). خودشیفتگی موجب ایجاد تضاد بین ایده‌آل‌های آرمانی و تجربه خود و دیگران در فرد می‌شود و این شرایط سبب تجربه اختلال عاطفی همراه با سرخوردگی، خشم، احساس پوچی یا اضطراب شدید در فرد می‌شود. بنابراین، فرد برای کاهش آلام خود ممکن است به سمت اعتیاد گام بردارد (موسوی‌نسب و همکاران، ۲۰۲۲). برخی افراد دارای شخصیت خودشیفته برای نشان دادن برتری ذاتی خود نسبت به سایرین (سالازار و همکاران، ۲۰۲۱) و نیاز به تأیید و تحسین از سوی دیگران ممکن است به مصرف مواد روی آورند تا تصویر ایده‌آل و فریبده‌ای از خود در چشم دیگران را حفظ کنند (آکدنیز، ۲۰۲۲). خودشیفتگی مرضی اساساً با ترکیبی از سه پدیده روان‌پویایی مشخص می‌شود: خودتنظیمی ناکارآمد، تنظیم هیجانی ناکارآمد و روابط بین فردی ناکارآمد (باچ<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). سازه شخصیتی دیگری که در مدل‌های اعتیاد به مواد مخدر بسیار مورد توجه است خودکارآمدی است. خودکارآمدی پایین پیش‌بینی کننده قوی برای عود مصرف مواد است (هاپکینز و همکاران، ۲۰۲۲). به این ترتیب، خودکارآمدی ترک<sup>۷</sup> یکی از متغیرهای کلیدی در میزان مصرف مواد محرک است (جعفری‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۵). خودکارآمدی ترک به باور

1. Riegel  
2. Akdeniz  
3. narcissistic personality disorder  
4. Salazar

5. Monacis  
6. Bach  
7. abstinence self-efficacy

فرد نسبت به توانایی خود برای مدیریت و غلبه بر چالش‌های مرتبط با فرآیند ترک مواد مخدر اشاره دارد و یک عامل شناختی مهم در جلوگیری از بازگشت افراد به سوی مصرف مجدد مواد و تحمل درد ناشی از ترک در افراد مصرف‌کننده مواد محسوب می‌شود (هاپکینز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). اصطلاح خودکارآمدی برای اولین بار توسط بندورا<sup>۲</sup> (۱۹۹۳) در نظریه یادگیری اجتماعی برای معنا بخشیدن به احساسات افراد از توانایی و کارآمدی در تولید، تغییر و کنترل رویدادهای روزمره زندگی بکار برده شد (مولایی و همکاران، ۲۰۱۰). احساس ناکافی بودن خودکارآمدی در افراد مبتلا به مصرف مواد محرک می‌تواند مانع از تلاش‌های مؤثر در جهت ترک و حفظ بهبودی شود. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که خودکارآمدی یک ویژگی تعدیل‌کننده یا میانجی برای پرهیز از مصرف مواد می‌باشد (هیرشی و جنش<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵) و سطوح بالاتر خودکارآمدی در مصرف با افزایش احتمال پرهیز از مصرف مواد (ونگ و لانگشور<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸) بعد از یک دوره یک ساله پیگیری گزارش شده است، زیرا باور به توانایی در کنترل رفتارهای خود می‌تواند به افراد کمک کند تا در مواقعی که در معرض خطر بازگشت به مصرف مواد هستند تصمیمات بهتری بگیرند و با چالش‌ها به طور مؤثرتری مقابله کنند.

۱۱۵

115

درمان‌های اصلی در اعتیاد به مواد محرک بر تغییر الگوهای فکری، افزایش آگاهی، پذیرش و بهبود تنظیم هیجانات تمرکز دارند. نتایج پژوهش‌ها نشان داده است رفتاردرمانی دیالکتیکی<sup>۵</sup> (قدرتی تربتی و همکاران، ۱۳۹۸) و درمان‌های نگهدارنده با متادون و ماتریکس بر تنظیم هیجانی (فتاحی شنگل آباد و میرهاشمی، ۱۳۹۷) و تمایل مصرف مواد مخدر افراد وابسته به مواد اثربخش بوده است (پادسکی و مونی<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲؛ جعفری و نژاد محمد، ۱۳۹۷). بنابراین، یافته‌ها نشان داده است که یکی از روش‌های درمانی مؤثر بر ولع مصرف مواد، اختلالات خلقی (سالسمان<sup>۷</sup>، ۲۰۲۰) و اضطرابی برای افراد مصرف‌کننده

1. Hopkins
2. Bandura
3. Hirschi & Jaensch
4. Wong & Longshore

5. dialectical behavior therapy
6. Padesky & Mooney
7. Salsman

مواد روش رفتاردرمانی دیالکتیک است (رضایی و همکاران، ۱۳۹۷؛ بهرامی مقدم و همکاران، ۱۳۹۷). رفتاردرمانی دیالکتیکی نوعی درمان شناختی رفتاری است که تلاش می‌کند تا الگوهای فکری منفی را شناسایی کرده و آنها را به سمت رفتارهای مثبت سوق دهد (ووگل<sup>۱</sup>، ۲۰۲۳). درمان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی به بیمار می‌آموزد: ۱- با رفتارهای ناسالم مقابله و آنها را تغییر دهد، ۲- شدت هیجان‌های خود را کاهش دهد، و ۳- در مواقع بحرانی تعادل هیجانی خود را حفظ کند (سالازار و همکاران، ۲۰۲۱). یافته‌ها حاکی از آن است که این روش با آموزش مهارت‌های نظم‌بخشی هیجان، تحمل پریشانی (ندیمی، ۱۳۹۴) و کارآمدی بین‌فردی نه تنها به افزایش معنادار خودکارآمدی (رنجکش و همکاران، ۲۰۲۰)، تاب‌آوری و بهزیستی روانی (غلامی و همکاران، ۱۳۹۷) در مصرف‌کنندگان مواد منجر می‌شود، بلکه همزمان با کاهش قابل توجه رفتارهای مشکل‌سازي همچون مصرف مواد، افکار خودکشی، و رفتارهای خودآسیب‌رسان (آسرنوا<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۱) نیز همراه است. این درمان با ایجاد تغییرات مثبت در فرآیندهای روان‌شناختی زیربنایی نقش بسزایی در پیشگیری از رفتارهای پرخطر، تثبیت بهبودی و پیشگیری از عود ایفا می‌کند (دکو و کارمل<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰). یافته‌های پژوهشی آنستیس<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد درمان دیالکتیک بر مشکلات مرتبط با اختلالات شخصیت نیز موثر است و با افزایش تحمل پریشانی در این افراد باعث کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان و یا افکار خودکشی می‌شود. رفتاردرمانی دیالکتیکی به عنوان یکی از مداخلات روان‌شناختی شناخته‌شده با درمان اختلالات مرتبط با تنظیم هیجانی بر رفتارهای آسیب‌زا بسیار مؤثر گزارش شده است (هاکتانیر و کالیندر<sup>۵</sup>، ۲۰۲۰). این روش درمانی با تمرکز بر آموزش تاب‌آوری، تعاملات اجتماعی، مقابله با استرس (هاکتانیر و کالیندر، ۲۰۲۰) و مدیریت هیجان به تحمل آشفتگی‌های هیجانی افراد کمک می‌کند تا خودکارآمدی خود را در فرآیند ترک بازبند و بر مشکلات غلبه کنند (لینهان<sup>۶</sup>، ۲۰۲۱؛ منینگ<sup>۷</sup> و همکاران

1. Vogel  
2. Asarnow  
3. DeCou & Carmel  
4. Anestis

5. Haktanir & Callender  
6. Linehan  
7. Manning

(۲۰۱۸). در پژوهش‌های مختلفی (مکلارن و بست<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳) مشخص شده است که خصوصیات شخصیت مرزی، خودشیفته و ضداجتماعی به ترتیب شایعترین خصوصیات شخصیتی افراد وابسته به مواد می‌باشند. پژوهش حاضر برای نخستین بار بر ویژگی‌های خودشیفتگی مرضی و خودکارآمدی ترک به عنوان عواملی کلیدی و مهم در فرآیند ترک و عود مصرف مواد تاکید کرد. بنابراین، هدف گیری این دو سازه شخصیتی به صورت همزمان در جامعه مورد تحقیق از جنبه‌های نوآورانه پژوهش حاضر بود تا خلاء ادبیات پژوهشی موجود در زمینه رویکردهای اثربخش در کمک به درمان افراد مصرف کننده مواد را برطرف کند. به نظر می‌رسد روش رفتار درمانی دیالکتیک گروهی می‌تواند بر متغیرهای وابسته پژوهش حاضر اثر بخش باشد و نتایج جدیدی در حوزه درمان اختلالات مرتبط با مصرف مواد ارائه دهد و راه‌حل‌های کاربردی برای درمانگران در اختیار قرار دهد. در نتیجه، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر خودشیفتگی مرضی و خودکارآمدی ترک در افراد مصرف کننده مواد محرک انجام شد.

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر نیمه-آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل همه افراد مبتلا به مصرف مواد محرک مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد زیر نظر سازمان بهزیستی شهر آبادان در سال ۱۴۰۲ بود. از میان جامعه مذکور، نمونه‌ای به حجم ۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۵ نفر) و کنترل (۲۵ نفر) جایگزین شدند. برای تعیین حجم نمونه، از پیشنهاد کوهن<sup>۲</sup> (۲۰۰۰) مبنی بر در نظر گرفتن حداقل ۱۵ نفر در هر گروه برای طرح‌های آزمایشی استفاده شد و با توجه به دشواری شرایط جامعه مورد مطالعه و احتمال ریزش آزمودنی‌ها محقق ۲۵ نفر در هر گروه در نظر گرفت. ملاک‌های ورود به تحقیق شامل تشخیص وابستگی به مواد محرک

مانند متاآمفتامین حداقل شش ماه قبل از ورود به پژوهش، نداشتن بیماری جسمی جدی و عدم شرکت در جلسات روان درمانی و دارو درمانی دیگر حداقل یک ماه قبل از پژوهش، پرکردن رضایت نامه آگاهانه، و کسب نمره یک انحراف معیار پایین تر از میانگین پرسش نامه خودکارآمدی ترک (جهت اطمینان از انتخاب افرادی که در متغیر باور به توانایی ترک دارای سطح پایینی هستند) و کسب نمره یک انحراف معیار بالاتر از میانگین در پرسش نامه خودشیفتگی مرضی (به منظور انتخاب افراد دارای خودشیفتگی مرضی بالا در نمونه انتخاب شده و حصول اطمینان از کارآمدی روش درمانی) بود. ملاک‌های خروج شامل عدم تمایل به ادامه همراهی در جلسات و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی بود. در یک جلسه معارفه قبل از شروع جلسات، توضیحاتی مختصر پیرامون هدف تحقیق و همچنین ملاحظات اخلاقی به تمام شرکت کنندگان ارائه شد، از جمله این که شرکت در این تحقیق داوطلبانه بوده و شرکت کنندگان حق انصراف در هر مرحله از تحقیق را دارند و همچنین تمامی اطلاعات شرکت کنندگان محرمانه باقی خواهد ماند. بنابراین، تمامی ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر رعایت شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره با استفاده از نرم افزار SPSS-23 انجام شد.

### ابزار

۱- پرسش نامه‌ی خودشیفتگی مرضی<sup>۱</sup>: پرسش نامه خودشیفتگی مرضی پینکاس<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۹) ۵۲ سوالی است که برای بررسی جنبه‌های بزرگ منشانه و آسیب پذیر خودشیفتگی ساخته شده است. نمره گذاری در این پرسش نامه به صورت مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از به شدت مخالفم (نمره ۱) تا به شدت موافقم (نمره ۷) می‌باشد و نمره‌های بالاتر بیانگر میزان بالاتری از خودشیفتگی مرضی می‌باشد. خرده‌مقیاس‌های این پرسش نامه عبارتند از: حرمت خود مشروط، پنهان‌سازی خود، و خیال‌پردازی بزرگ منشانه. همسانی درونی این پرسش نامه ۰/۸۰ گزارش شده است و همچنین این مقیاس با مقیاس شخصیت خودشیفته همبستگی مثبت ۰/۱۳ نشان داده است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۵ گزارش شده است (پینکاس و همکاران، ۲۰۰۹). پرسش نامه خودشیفتگی مرضی در ایران

1. pathological narcissism inventory

2. Pincus

توسط سلیمانی و همکاران (۱۳۹۴) در جامعه دانشجویان ایرانی مورد هنجاریابی قرار گرفته است که نتایج همسانی درونی قابل قبولی برای خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه گزارش شده است. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های خودشیفتگی بزرگ‌منشانه، خودشیفتگی آسیب‌پذیر و خودشیفتگی مرضی به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۰ و ۰/۹۳ محاسبه شد.

۲- پرسش‌نامه خودکارآمدی ترک<sup>۱</sup>: پرسش‌نامه خودکارآمدی ترک اعتیاد به مواد توسط برامسون<sup>۲</sup> (۱۹۹۱) طراحی و مورد استفاده قرار گرفته است که شامل ۱۶ گویه است و مهارت‌هایی همچون حل مسئله، تصمیم‌گیری، ابراز وجود و ارتباط را می‌سنجد. نمره‌دهی آیتم‌های این پرسش‌نامه به صورت طیف هفت گزینه‌ای لیکرت از قطعا خیر = ۱ تا قطعا بله = ۷ است. نمره این پرسش‌نامه بین ۱۶ تا ۱۱۲ می‌باشد. حییبی و همکاران (۱۳۹۱) اعتبار محتوایی و صوری این مقیاس را مناسب گزارش نمودند. همچنین، حییبی و همکاران (۱۳۹۱) میزان پایایی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۲ محاسبه شد.

## روش اجرا

در پژوهش حاضر از روش رفتاردرمانی دیالکتیک گروهی (قهاری، ۱۳۹۱) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و با فراوانی دو جلسه در هفته برای گروه آزمایش انجام شد. ابزارهای پژوهش قبل از شروع مداخله (پیش‌آزمون) و بعد از اتمام جلسات آموزشی (پس‌آزمون) اجرا شدند. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. محتوای جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی (قهاری، ۱۳۹۱)

جلسات	مهارت	محتوای هر جلسه
اول	مقدمه و آموزش هوشیاری فراگیر (رشد خردورزی، توانایی دیدن آنچه درست است، عمل کردن به شکل عاقلانه، مشارکت کامل و عاری از قضاوت در	آشنایی با اهداف و قوانین، آشنایی با سه حالت ذهن منطقی، هیجانی و خردگرا
دوم	تجارب زندگی)	چگونه شامل اتخاذ موضع غیر قضاوتی خود ذهن آگاهی و کارآمد عمل کردن
سوم	آموزش تنظیم هیجانی (تنظیم حالات هیجانی پریشان‌کننده از طریق توجه مستقیم به تجارب درونی)	تمرین عملی مهارت‌های چه چیز و چگونه
چهارم	آموزش تحمل پریشانی گام‌های اصلی تحمل پریشانی در سرواژه ACCEPTS خلاصه شده است:	آموزش بخشی از مهارت‌های تنظیم هیجانی شامل تعریف هیجان و مؤلفه‌های آن
پنجم	فعالیت‌ها، مشارکت، مقایسه، هیجان‌ها، فرونشانی، افکار و حس‌ها	آموزش بخش دیگر مهارت‌های تنظیم هیجان شامل الگوی شناسایی هیجان و مؤلفه‌های آن
ششم		آموزش مهارت‌های پذیرش هیجان‌ها حتی در صورت منفی بودن و آموزش مهارت‌هایی برای کاهش آسیب-پذیری نسبت به هیجان‌های منفی
هفتم		آموزش تحمل پریشانی، آموزش راهبردهای بقا در بحران شامل مهارت‌های پرت کردن حواس و خود آرام سازی با حواس پنجگانه
هشتم		آموزش مهارت‌های بهسازی لحظات و تکنیک سود و زیان در هنگام مواجهه با ناکامی یا احساس خشم

۱۲۰

120

### یافته‌ها

از منظر جمعیت‌شناختی، نتایج نشان داد در گروه آزمایش ۳۰ درصد از افراد بین ۱۸ تا ۳۰ سال، ۴۱ درصد بین ۳۱ تا ۴۰ سال و ۲۹ درصد بین ۴۱ تا ۵۰ سال داشتند. همچنین، در گروه کنترل ۳۲ درصد از افراد بین ۱۸ تا ۳۰ سال، ۳۸ درصد بین ۳۱ تا ۴۰ سال و ۳۰ درصد بین ۴۱ تا ۵۰ سال داشتند. و از نظر سطح تحصیلات، در گروه آزمایش، ۳۵ درصد دارای مدرک زیر دیپلم و ۴۳ درصد دارای مدرک دیپلم و ۲۲ درصد دارای مدرک بالاتر از دیپلم بودند. در گروه کنترل، ۳۴ درصد دارای مدرک زیر دیپلم و ۳۸ درصد دارای مدرک دیپلم و ۲۸ درصد دارای مدرک بالاتر از دیپلم بودند. یافته‌های آزمون خی نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر توزیع فراوانی سنی و تحصیلات تفاوت

معنی داری وجود نداشت ( $p > 0/05$ ). شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش حاضر در گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد خودشیفتگی مرضی و خودکارآمدی ترک در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
خودشیفتگی مرضی	آزمایش	۲۲۴/۸۲	۱۸/۱۲	۱۹۳/۴۳	۱۵/۶۷
	کنترل	۲۲۳/۳۱	۱۹/۲۴	۲۱۹/۹۸	۱۸/۲۹
حرمت خود مشروط	آزمایش	۷۸/۳۵	۷/۲۸	۶۲/۵۴	۶/۴۳
	کنترل	۷۷/۷۴	۷/۶۱	۷۶/۲۳	۷/۳۸
پنهان‌سازی خود	آزمایش	۸۱/۲۵	۸/۷۸	۶۷/۵۶	۷/۳۲
	کنترل	۸۰/۲۶	۸/۳۰	۷۹/۲۱	۸/۱۹
خیال‌پردازی بزرگ‌منشانه	آزمایش	۷۶/۱۵	۷/۶۱	۶۴/۴۸	۷/۲۳
	کنترل	۷۶/۶۷	۷/۴۶	۷۶/۲۵	۷/۳۴
خودکارآمدی ترک	آزمایش	۵۷/۰۸	۷/۲۵	۷۵/۵۴	۸/۶۷
	کنترل	۵۷/۳۳	۷/۷۶	۵۸/۶۲	۷/۵۰
حل مسئله	آزمایش	۱۴/۸۲	۲/۳۶	۱۸/۲۹	۳/۰۴
	کنترل	۱۴/۳۸	۲/۲۱	۱۴/۹۳	۲/۵۸
تصمیم‌گیری	آزمایش	۱۳/۶۷	۲/۳۴	۱۹/۲۳	۳/۱۷
	کنترل	۱۳/۷۹	۲/۲۰	۱۴/۰۶	۲/۲۱
ابراز وجود	آزمایش	۱۵/۱۷	۲/۷۸	۲۰/۲۷	۳/۴۸
	کنترل	۱۴/۸۹	۲/۹۳	۱۴/۶۴	۲/۸۲
ارتباط	آزمایش	۱۳/۵۷	۲/۴۹	۱۸/۸۵	۳/۴۷
	کنترل	۱۳/۷۱	۲/۵۸	۱۴/۳۰	۲/۸۱

قبل از تحلیل داده‌ها به روش تحلیل کوواریانس، بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس انجام شد. بر اساس آزمون همگنی شیب رگرسیون، تعامل پیش‌آزمون‌ها در سطح عامل با پس‌آزمون‌های دو متغیر خودشیفتگی مرضی ( $F=1/65$ ) و خودکارآمدی ترک ( $F=1/54$ ) معنی‌دار نبودند ( $p > 0/05$ ) که تاییدکننده فرض همگنی شیب رگرسیون بود. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای متغیر خودشیفتگی مرضی ( $F=0/31$ ،  $p=0/43$ ) و خودکارآمدی ترک ( $F=0/45$ ،

$p=0/37$ )، غیرمعنی دار شد و در نتیجه فرض همگنی واریانس‌ها تأیید شد. به منظور بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. با توجه به اینکه نتایج این آزمون غیر معنادار بود، پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها رعایت شد. همچنین، نتایج آزمون ام‌باکس ( $p=0/25$ , Box's  $M = 31/44$ ) نشان‌دهنده همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس بود. بنابراین، با توجه به رعایت پیش فرض‌های لازم، از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

جدول ۳: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	معنی داری	اندازه اثر
لامبدای ویلکز	0/17	17/26	9	41	* 0/001	0/67

\*  $p < 0/001$ .

همانطوری که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون لامبدای ویلکز به عنوان رایج‌ترین آزمون نشان داد که بین نمره‌های گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری در مرحله پس‌آزمون وجود داشت ( $p < 0/001$ ) و 67 درصد تغییرات مربوط به عضویت گروهی بود. برای بررسی دقیق این تفاوت‌ها، نتایج کوواریانس در نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در متن مانکوا

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر
خودشیفتگی مرضی	2135/68	1	2135/68	34/28	* 0/001	0/64
حرمت خود مشروط	436/29	1	436/29	11/27	* 0/001	0/16
پنهان‌سازی خود	923/71	1	923/71	16/38	* 0/001	0/28
خیال‌پردازی بزرگ‌منشانه	719/68	1	719/68	14/86	* 0/001	0/24
خودکارآمدی ترک	1973/49	1	1973/49	38/71	* 0/001	0/65
حل مسئله	624/81	1	624/81	13/93	* 0/001	0/19
تصمیم‌گیری	536/42	1	536/42	12/56	* 0/001	0/18
ابراز وجود	487/23	1	487/23	11/21	* 0/001	0/16
ارتباط	528/37	1	528/37	12/49	* 0/001	0/17

\*  $p < 0/001$ .

با توجه به جدول ۴، بین دو گروه آزمایش و کنترل در رابطه با خودشیفتگی مرضی و خودکارآمدی ترک تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $p < 0/001$ ). به طور خاص، گروه آزمایش در تمام مولفه‌های خودشیفتگی مرضی نمرات کمتر و در تمام مولفه‌های خودکارآمدی ترک نمره بیشتری نسبت به گروه کنترل کسب کردند. به عبارت دیگر، رفتاردرمانی دیالکتیک گروهی باعث شد کاهش خودشیفتگی مرضی و افزایش خودکارآمدی ترک در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش شد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر خودشیفتگی مرضی و خودکارآمدی ترک در افراد مبتلا به مصرف مواد محرک بود. نتایج حاصل از یافته‌ها نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود داشت. این یافته با نتایج ملک‌زاده و همکاران (۱۳۹۹)، آسرنوا و همکاران (۲۰۲۱) و سالسمان (۲۰۲۰) همسو است. رفتاردرمانی دیالکتیکی ترکیبی از درمان‌های حمایتی، شناختی و رفتاری است و بر اصول ذهن‌آگاهی در زمان مواجهه با سختی‌ها مبتنی است (لینهان، ۲۰۲۰). رفتاردرمانی دیالکتیکی با افزایش تاب‌آوری و تاثیر بر فرآیند تنظیم هیجان به یادگیری راهبردهای مقابله‌ای، شناسایی و درک هیجان‌ها، کنترل رفتارهای تکانه‌ای در موقعیت‌های چالش‌برانگیز به منظور کمک به افراد در جهت غلبه بر ترس و اضطراب و افزایش قدرت پذیرش تجارب هیجانی کمک می‌کند. بنابراین، رفتاردرمانی دیالکتیکی با تکیه بر درمان‌های شناختی-رفتاری به کنترل و تعدیل هیجانات منفی در افراد دارای سابقه مصرف مواد کمک کرده تا رفتارهای مثبت را جایگزین رفتارهای آسیب‌زا کرده و کمتر به سمت مصرف مواد روی آورد (ووگل، ۲۰۲۳). تجربه رویدادهای سخت و کشش به سمت مصرف مجدد مواد در هنگام مواجهه با تجارب گذشته و نیز ناکامی‌ها از دلایلی است که می‌تواند افراد را در مرحله ترک به سمت مصرف مجدد مواد سوق دهد. افراد وابسته به مواد که مهارت‌های لازم برای تحمل پریشانی‌های پس از ترک را ندارند و یا به جای پذیرش هیجانات منفی آنها را سرکوب کرده و یا اجتناب می‌کنند با احتمال بیشتری دچار رفتارهای ناسازگارانه می‌شوند. تصور

افراد از توان تحمل شرایط سخت و توانایی‌شان در مقابل فشارها و وسوسه‌های دوران ترک می‌تواند هیجان‌ات و انگیزه‌های آن را تحت تأثیر قرار دهد. هنگامی که فرد این تصور را از خود داشته باشد که توان کنترل عوامل فشارزا را دارد و می‌تواند از راه‌حل‌ها و تکنیک‌های لازم برای کنترل شرایط خود استفاده کند در رویارویی با شرایط فشارزا کمتر دچار اضطراب شده و خودکارآمدی ترک بیشتری تجربه می‌کند. تجربه تسلط و کنترل محیط موجب افزایش ادراک کارآمدی در فرد می‌شود.

افراد مبتلا به خودشیفتگی مرضی اگرچه به برتریشان نسبت به دیگران معتقدند، اما در پس ظاهر دارای اعتماد به نفس بالایشان در برابر انتقادات دارای عزت نفس بسیار آسیب‌پذیری هستند (سالازار و همکاران، ۲۰۲۱). افراد دارای خودشیفتگی مرضی در نظم‌دهی به هیجان دارای مشکل هستند و در مقابل ناکامی ممکن است راهبردهایی مانند کمال‌گرایی، خیال‌پردازی‌های بزرگ‌منشانه، رفتار پرخاشگرانه و کناره‌گیری اجتماعی را در پیش گیرند (موناسیس و همکاران، ۲۰۲۰). تجربه هیجان‌ات منفی در این افراد رفتارهای ناسازگارانه و عود مصرف مواد را به دنبال خواهد داشت. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد بدتنظیمی هیجان نقش میانجی در رابطه بین خودشیفتگی آسیب‌پذیر و آمادگی به اعتیاد را ایفا می‌کند (آکدنیز، ۲۰۲۲). بین خودشیفتگی آسیب‌پذیر و احساسات ناخوشایند ارتباط قوی وجود دارد. در نظریه خود‌درمانی (سالافیا و ریمزیم، ۲۰۲۰)، فرض می‌شود افرادی که آمادگی به اعتیاد بیشتری دارند از احساسات ناخوشایند خود بیشتر اجتناب می‌کنند. این در حالی است که تجربه عواطف منفی در این افراد می‌تواند در نتیجه عدم سازگاری بین خود ایده‌آل و خود واقعی بوجود آید و سبب احساس ناکارآمدی و انزجار در فرد شود.

رفتاردرمانی دیالکتیک با افزایش دانش فرد در زمینه سلامت روان شناختی و عمومی به فرد کمک می‌کند تا علاوه بر یادگیری روش‌های مثبت مقابله و مدیریت استرس به توانایی‌های خود برای کنترل شرایط سخت واقف شوند و از روش‌های تنظیم هیجانی بهره ببرد. همچنین، فرد اگرچه خود را فردی کارآمد و توانا در تحمل شرایط سخت دوره

ترک می‌داند اما اطمینان دارد با دریافت کمک‌های حرفه‌ای از سوی متخصصان می‌تواند موفق‌تر عمل کند. در واقع، در این روش درمانی فرد تحت آموزش مهارت‌های کارآمد، مهارت‌های ذهن‌آگاهی و تحمل پریشانی قرار می‌گیرد و با مواجهه با موقعیت‌های فراخوان رفتار مصرف مواد و به کمک مهارت انطباق و کنترل هیجانی با توانایی خودکارآمدی بیشتری به بازسازی رفتار فرد کمک می‌کند.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز بود. در طول جلسات نوع همکاری و رغبت شرکت کنندگان در امر درمان کاملاً با یکدیگر یکسان نبود و تفاوت‌های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی آزمودنی‌ها در نظر گرفته نشد. در پژوهش حاضر فقط از روش رفتاردرمانی دیالکتیک جهت درمان و از پرسش‌نامه برای گردآوری اطلاعات استفاده شد و به دلیل محدودیت‌های اجرایی از مصاحبه استفاده نشد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی اثربخشی رویکردهای درمانی دیگر از جمله طرحواره درمانی به همراه رویکردهای نوین درمانی دیگر (رویکردهای داستان درمانی، راه‌حل محور، رفتاری-التقاطی) بر خودشیفتگی مرضی و خودکارآمدی ترک مورد مطالعه و بررسی قرار گیرند. همچنین، پیشنهاد می‌شود با توجه به کم‌هزینه بودن گروه درمانی و جذابیت رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیکی از این روش در کلینیک‌های ترک برای افراد مصرف‌کننده مواد استفاده شود و روان‌شناسان و مددکاران نیز تحت این آموزش قرار گیرند تا گام‌های هدفدار و مثبت در راستای خدمت به افراد مصرف‌کننده مواد برداشته شود.

## منابع

بهرامی مقدم، مصطفی؛ بختیاری الوار، ناهیده؛ حاجی، زینب و فتحی، زینب (۱۳۹۷). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر اضطراب فراگیر GAD و سوء مصرف مواد مخدره. علوم حرکتی و رفتاری، ۲۰۳-۲۱۰، (۳)۱.

جعفری، اصغر و نژادمحمد، ساتی (۱۳۹۷). تاثیر مداخلات مبتنی بر الگوی ماتریکس در تغییر منبع کنترل و کاهش ولع و گرایش به مصرف شیشه در مردان تحت درمان. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۶۹-۱۸۸، (۴۵)۱۲.

جعفری نژاد، مصطفی؛ بساک نژاد، سودابه؛ مهربانی زاده هنرمند، مهناز و زرگر، یداله (۱۳۹۵). اثربخشی درمان‌های مبتنی بر مدل سرپایی عمقی ماتریکس و مدل مراحل تغییر بر بهبود خودتنظیمی و خودکارآمدی پرهیز از مواد. اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۴۷-۵۶، (۳۵)۹.

حبیبی، رحیم؛ کارشکی، حسین؛ دشتگرد، علی؛ حیدری، عباس و طلائی، علی (۱۳۹۱). رواسازی و تعیین پایایی پرسشنامه خودکارآمدی ترک اعتیاد برامسون. نشریه حکیم، ۱۵(۱)، ۵۸-۵۳.  
رضایی، زینب؛ رسولی آزاد، مراد؛ مهرزاد، فاطمه؛ فرهاد، مجید و آزاد میوه، زهرا (۱۳۹۷). تاثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر ولع مصرف و افسردگی در افراد تحت درمان با متادون. *دوماهنامه علمی-پژوهشی فیض*، ۲۲(۶)، ۶۰۹-۶۰۲.

سلیمانی، مهدی؛ پاست، نگین؛ مولایی، مهري؛ محمدی، ابوالفضل؛ دشتی پور، معصومه؛ صفا، یاسمن و پینکاس، آیرون (۱۳۹۴). ویژگی های روانسنجی پرسشنامه خودشیفتگی مرضی. *روانشناسی معاصر*، ۱۱(۱)، ۹۵-۱۱۰.

غلامی، سارا؛ حسنی، فریبا؛ گلشنی، فاطمه و کشاورزی ارشدی، فرناز (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مهارت های رفتار درمانی دیالکتیکی بر تاب آوری افراد معتاد در حال سم زدایی از مواد افیونی. *مجله دانشکده پزشکی*، ۶۱(۱)، ۶۹-۷۸.

فتاحی شنگل آباد، محمدرضا و میرهاشمی، مالک (۱۳۹۷). اثربخشی درمان ماتریکس بر تنظیم هیجانی بیماران وابسته به متامفتامین. *فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه تهران*، ۲۸(۱)، ۵۷-۵۰.

قدرتی تربتی، عباس؛ نجات، حمید؛ تونزنده جانی، حسن؛ ثمری، علی اکبر و اکبری امرغان، حسین (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک و درمان متمرکز بر شفقت بر سطح کورتیزول خون و خود کنترلی در سوء مصرف کنندگان مواد مخدر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه*، ۷(۴)، ۴۸-۳۵.

قدیربخشی، جغناپ؛ عشایری، طاها و احمدی میلایی، مرضیه (۱۴۰۲). مرور نظام مند و فراترکیب پژوهش های مرتبط با عوامل موثر بر مصرف مواد مخدر در ایران بین سال ۱۳۸۱ تا ۱۴۰۰. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۷(۶۹)، ۳۸-۷.

قهاری، شهربانو (۱۳۹۱). *فنون رفتار درمانی دیالکتیک*. نشر: شرکت نشر قطره.  
ملک زاده، محمد؛ موحذزاده، بهرام و حقیقی، صادق (۱۳۹۹). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک به شیوه گروهی بر خودکارآمدی مقابله با مشکلات در افراد سوء مصرف کننده مواد. *ارمغان دانش*، ۲۵(۲)، ۲۸۶-۲۷۵.

ندیمی محسن (۱۳۹۴). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی در افزایش تحمل آشفتگی و بهبود تنظیم هیجانی سوء مصرف کنندگان مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۹(۳۶)، ۱۶۰-۱۴۱.

## References

- Akdeniz, S. (2022). Personality traits and narcissism in social media predict social media addiction. *Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fakültesi Dergisi*, 4(2), 224-237.
- Anestis, J. C., Charles, N. E., Lee-Rowland, L. M., Barry, C. T., & Gratz, K. L. (2020). Implementing dialectical behavior therapy skills training with at-risk male youth in a military-style residential program. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(2), 169-183.

- Asarnow, J. R., Berk, M. S., Bedics, J., Adrian, M., Gallop, R., Cohen, J., ... & McCauley, E. (2021). Dialectical behavior therapy for suicidal self-harming youth: Emotion regulation, mechanisms, and mediators. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(9), 1105-1115.
- Bach, B., Kramer, U., Doering, S., Di Giacomo, E., Hutsebaut, J., Kaera, A., ... & Renneberg, B. (2022). The ICD-11 classification of personality disorders: a European perspective on challenges and opportunities. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 9(1), 12.
- Bramson, J. (1999). *The impact of peer mentoring on drug avoidance self-efficacy and substance use*. Doctoral dissertation of Psychology. University of Northern Colorado, Greeley, Colorado.
- Cohen, M. L. (2000). Changing patterns of infectious disease. *Nature*, 406(6797), 762-767.
- DeCou, C. R., & Carmel, A. (2020). *Efficacy of dialectical behavior therapy in the treatment of suicidal behavior*. In *The Handbook of Dialectical Behavior Therapy* (pp. 97-112). Academic Press.
- Dehghani F, S., Ghasemi, H., Safari, S., Ebrahimi, A. A., & Etemadi, O. (2013). The effectiveness of group motivational interviewing sessions on enhancing of addicted women's self-esteem and self efficacy. *Scientific Quarterly Research on Addiction*, 7(26), 145-158.
- Haktanir, A., & Callender, K. A. (2020). Meta-analysis of dialectical behavior therapy (DBT) for treating substance use. *Research on Education and Psychology*, 4, 74-87.
- Hirschi, A., & Jaensch, V. K. (2015). Narcissism and career success: Occupational self-efficacy and career engagement as mediators. *Personality and Individual Differences*, 77, 205-208.
- Hopkins, P. D., Spears, C. A., Hoover, D. S., Li, L., Cambron, C., Potter, L. N., ... & Wetter, D. W. (2022). Trajectories of motivation and self-efficacy during a smoking quit attempt: An ecological momentary assessment study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 36(1), 78-89.
- Jing, C., Kuai, H., Matsumoto, H., Yamaguchi, T., Liao, I. Y., & Wang, S. (2024). Addiction-related brain networks identification via graph diffusion reconstruction network. *Brain Informatics*, 11(1), 1-11.
- John, M. L., Otene, I. J. J., & Antenyi, G. E. (2023). An overview of drug abuse: Causes, effects, and control measures. *Asian Journal of Medicine and Health*, 21(11), 263-268.
- Kunst, M., & Hoek, D. (2024). Psychological distress among domestic burglary victims: a systematic review of possible risk and protective factors. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(1), 430-447.
- Linehan, M. M. (2020). *Dialectical behavior therapy in clinical practice*. Guilford Publications.
- Linehan, M. M. (2021). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- MacLaren, V. V., & Best, L. A. (2013). Disagreeable narcissism mediates an effect of BAS on addictive behaviors. *Personality and Individual Differences*, 55(2), 101-105.
- Manning, K., Paulus, D. J., Hogan, J. B., Buckner, J. D., Farris, S. G., & Zvolensky, M. J. (2018). Negative affectivity as a mechanism underlying perceived distress tolerance and cannabis use problems, barriers to cessation,

- and self-efficacy for quitting among urban cannabis users. *Addictive Behaviors*, 78, 216-222.
- Molaie, A., Shahidi, S., Vazifeh, S., & Bagherian, S. (2010). Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and movie therapy on improving abstinence self-efficacy in Iranian substance dependent adolescents. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1180-1184.
- Monacis, L., Griffiths, M. D., Limone, P., Sinatra, M., & Servidio, R. (2020). Selfitis behavior: Assessing the Italian version of the Selfitis Behavior Scale and its mediating role in the relationship of dark traits with social media addiction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5738.
- Mosavi Nasab, S., Soleimani, M., & Mohammadi, A. (2022). Comparison of pathological narcissism and its dimensions in people with substance use disorders with non-clinical people. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 9(1), 106-117.
- Padesky, C. A., & Mooney, K. A. (2012). Strengths-based cognitive-behavioural therapy: A four-step model to build resilience. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(4), 283-290.
- Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimentel, C. A., Cain, N. M., Wright, A. G., & Levy, K. N. (2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological Assessment*, 21(3), 365-379.
- Ranjekesh, A., Bafrooei, K. B., Nazari, A., & Fallah, M. H. (2023). The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Training Package based on the Experience of Perfectionist Adolescents on Adolescent Self-Efficacy. *Quarterly Journal of Psychological Methods and Models Winter*, 13(50), 93-106.
- Riegel, K. D., Schlosserova, L., & Zbornik, T. S. (2022). Self-reported narcissistic traits in patients with addiction through the lens of the ICD-11 model for personality disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1041480.
- Rolová, G. (2020). Health Literacy in Residential Addiction Treatment Programs: Study Protocol of a Cross-Sectional Study in People with Substance Use Disorders. *Addictology*, 20.
- Salafia, C., & Rimzhim, A. (2020). Motivation for selfie-posting mediates the relationship between narcissism and empathy. *The Journal of Social Media in Society*, 9(2), 353-380.
- Salazar, J., Page, B., & Ripoll, C. (2021). Features, state and context of narcissism in drug misuse. *Substance Use & Misuse*, 56(1), 11-24.
- Salsman, N. L. (2020). Dialectical behavior therapy for individuals with substance use problems: theoretical adaptations and empirical evidence. *The Handbook of Dialectical Behavior Therapy*, 141-174.
- Vogel, E. (2023). *Exploring Treatment Mechanisms in Dialectical Behavior Therapy for the Treatment of Binge Eating: Mindfulness and Self-Compassion* (Doctoral dissertation, Palo Alto University).
- Wong, E. C., & Longshore, D. (2008). Ethnic identity, spirituality, and self-efficacy influences on treatment outcomes among Hispanic American methadone maintenance clients. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 7(3), 328-340.