

تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش تکانشگری در زنان مبتلا به همبودی اختلالات شخصیت مرزی و سوءمصرف مواد

علی رضا آقاییوسفی^۱، مرتضی ترخان^۲، طاهره قربانی^۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۶/۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۳/۲۱

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش تکانشگری در زنان مبتلا به همبودی اختلالات شخصیت مرزی و سوءمصرف مواد انجام شد. **روش:** پژوهش در چارچوب طرح‌های تجربی تک‌آزمودنی با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه پلکانی انجام شد. بر اساس مصاحبه تشخیصی ساختاریافته و ملاک‌های ورود، از میان بیماران زن مبتلا به همبودی اختلالات شخصیت مرزی و سوء-مصرف مواد چهار نفر به صورت هدفمند انتخاب شدند. هر چهار آزمودنی در خلال دوازده جلسه تحت رفتار درمانی دیالکتیک قرار گرفتند. به منظور سنجش تکانشگری از پرسشنامه تکانشگری بارت استفاده شد. **یافته‌ها:** رفتار درمانی دیالکتیک به کاهش نمرات تکانشگری در زنان مبتلا به همبودی اختلالات شخصیت مرزی و سوءمصرف مواد منجر شد. نمودارهای اثربخشی و اندازه اثر بیانگر کاهش معنادار تکانشگری در آزمودنی‌ها بودند. **نتیجه‌گیری:** مداخله رفتاردرمانی دیالکتیک می‌تواند به کاهش تکانشگری منجر شود و تولویحات کاربردی مطلوبی در زمینه درمان و پیشگیری از سوءمصرف مواد دارد. **کلیدواژه‌ها:** رفتاردرمانی دیالکتیک، سوءمصرف مواد، تکانشگری

۱. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۳. نویسنده مسئول: مربی گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور و دانشجوی دکتری روان‌شناسی، تهران، ایران، پست الکترونیک: ghorbani_190@yahoo.com

مقدمه

اصطلاح تکانشگری به رفتارهایی از جمله عجله و شتاب، بی‌اختیاری، بی‌صبری و فقدان توجه به پیامدهای یک عمل گفته می‌شود. هیزن، بویی، توماس و بلانگن^۱ (۲۰۱۵) بر اساس تحقیقات چهار بعد شخصیتی را در ارتباط با ابعاد متفاوت رفتارهای تکانشگرانه معرفی کردند: (۱) فقدان برنامه ریزی: گرایش به درگیر شدن در اعمال فوری به جای عمل همراه با تفکر دقیق و برنامه ریزی. (۲) فوریت: مشکل برای مقاومت در برابر تکانه‌های قوی و گرایش به عمل از روی بی‌ملاحظگی در هنگام تجارب هیجانی منفی یا مثبت. (۳) هیجان طلبی: گرایش به جست و جوی هیجان و ماجراجویی (۴) فقدان پایداری: مشکل در نگهداشتن توجه بر انجام تکلیف و شکست در تحمل خستگی. تحقیق نشان می‌دهد که به خاطر آسیب پیش‌پیشانی، عملکردهای اجرایی و توانایی کنترل تکانه‌ها در افراد تکانشگر به صورت معناداری ضعیف است، به همین دلیل این افراد به طور گسترده در رفتارهای هدفمند و خودتنظیمی دچار مشکل هستند (بیکل، جارمولوویز، مولر، گاتچالین و مک‌کلور^۲، ۲۰۱۲). از سوی دیگر به نظر می‌رسد که جنبه‌های متفاوت تکانشگری با جنبه‌های مختلف رفتارهای پرخطر (کاسونینار، دیر و سیدرز^۳، ۲۰۱۳؛ دیک^۴ و همکاران، ۲۰۱۰) و پیامدهای درمانی ضعیف در افراد سوءمصرف کننده مواد رابطه دارد (لوری، لندال و لدگروود^۵، ۲۰۱۴؛ استیونز^۶ و همکاران، ۲۰۱۴؛ استیرتر^۷ 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 سوءمصرف کننده مواد، تکانه‌های هیجانی منفی (و نه فقدان برنامه ریزی) پیش‌بینی‌کننده قوی برای مشکلات روانی، اجتماعی، خانوادگی و شدت مصرف مواد و الکل

- 1 . Heinz, Bui, Thomas & Blonigen
2 . Bickel, Jarmolowicz, Mueller, Gatchalian, & McClure
3 . Coskunpinar, Dir, & Cyders
4 . Dick
5 . Loree, Lundahl, & Ledgerwood
6 . Stevens
7 . Streeter
8 . Anestis, Selby, & Joiner
9 . Lynam, & Miller

هستند (وردیجو-گارسیا، بچرا، رکنور و پرز-گارسیا، ۲۰۰۷). به علاوه، تکانشگری ویژگی مهم بعضی اختلالات روانی از جمله سوء مصرف مواد و اختلال شخصیت مرزی 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 مونتگومری^۴، ۲۰۰۴). شواهد حاکی از آن است که تکانشگری هم باعث ایجاد و هم پیامد اختلالات سوء مصرف مواد است (کروز و بتیگر^۵، ۲۰۰۹؛ دویت^۶، 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 غیر بالینی 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، موناهان و کاتالانو^۷، ۲۰۱۱؛ لیتفیلد^۸ و همکاران، ۲۰۰۹).

اختلال شخصیت مرزی اختلالی است که با مشکلات فراگیر تنظیم هیجان و رفتارهای تکانه‌ای مشخص می‌شود. رفتارهای خودآسیبی غیر خودکشی‌گرا و رفتارهای تکانشی حاکی از این ویژگی‌ها است و این می‌تواند به دلیل مشکل این افراد در تنظیم هیجان باشد. رفتارهای تکانشی یا خودآسیبی در ۷۰ تا ۸۰ درصد افراد دارای اختلال شخصیت مرزی دیده می‌شود. البته تمام افراد مبتلا به اختلال شخصیت در پاسخ به هیجانات منفی

- 1 . Verdejo-García, Bechara, Recknor & Pérez-García
- 2 . Dawe & Loxton
- 3 . Moeller & Dougherty
- 4 . Butler & Montgomery
- 5 . Crews, & Boettiger
- 6 . De Wit
- 7 . King, Fleming, Monahan & Catalano
- 8 . Littlefield

شدید رفتار خود آسیب‌زنی نشان نمی‌دهند (براون، کومتویز و لینهن^۱، ۲۰۰۲؛ کلین دینست^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). افراد شرکت‌کننده در برنامه درمانی سوء مصرف مواد در تکانشگری هم کاهش نشان می‌دهند (بلونیگن، تیمکو، موس و موس^۳، ۲۰۰۹). تکانشگری تعدیل‌کننده رابطه بین فرایند درمان و کاهش در مشکلات مرتبط با مصرف الکل (مخصوصاً در افراد جوان) است (بلونیگن، تیمکو و موس^۴، ۲۰۱۳) است. بنابراین، مکانیسم‌های بالقوه تغییر در مداخلات موفق اختلال سوء مصرف مواد ممکن است سطح تکانشگری را کاهش دهند (بلونیگن و همکاران، ۲۰۱۳). با وجود این، تحقیقات کمی به بررسی نقش تکانشگری و تأثیرات آن بر دستیابی به درمان اختلالات سوء مصرف مواد یا همبودی اختلالات سوء مصرف مواد و شخصیت‌مرزی پرداخته‌اند. اگر جنبه‌های مختلف تکانشگری بر فرایند درمان سوء مصرف مواد اثر می‌گذارد، لازم است که متخصصان بالینی به اثرات این عامل مهم توجه نشان دهند. از این رو تحقیق حاضر به بررسی تاثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش تکانشگری در زنان دارای همبودی اختلال وابستگی به مواد و اختلال شخصیت‌مرزی پرداخته است.

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

این پژوهش در چارچوب طرح‌های تجربی تک‌آزمودنی با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه‌ی پلکانی انجام شد. برای انتخاب نمونه‌ی این پژوهش، از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. به این ترتیب که، بر اساس مطالعه تشخیصی ساختاریافته، از بین مراجعه‌کنندگان به یکی از مراکز ترک اعتیاد شهر نجف‌آباد، ۴ زن دارای همبودی اختلالات شخصیت‌مرزی و اختلال سوء مصرف مت‌آمفتامین به صورت در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های انتخاب عبارت بودند از: سن ۲۸ تا ۳۵ سال، تحصیلات حداقل دیپلم، سابقه مصرف شیشه حداکثر ۱ سال، و عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی. در انتخاب آزمودنی‌ها علاوه بر تشخیص روانپزشک از مصاحبه تشخیصی سازمان یافته استفاده شد.

۸۲

82

سال نهم، شماره ۳۳، تابستان ۱۳۹۴
Vol. 9, No. 34, Summer 2015

1 . Brown, Comtois & Linehan
3 . Blonigen, Timkco, Moos & Moos

2 . Kleindienst
4 . Blonigen, Timko & Moos

شرکت کننده اول: زن ۳۴ ساله و متأهل که از ۲۰ سالگی به هروئین وابسته شده بود و در حال حاضر ۳ ماه بود که شیشه مصرف می کرد. ایشان همزمان با اختلال وابستگی به مواد، تشخیص اختلال شخصیت مرزی نیز دریافت نمود. سابقه ۷ بار ترک داشت که بیشترین مدت ترک ۶ هفته بود. شرکت کننده دوم: زن ۲۹ ساله و متأهل که از سن ۱۷ سالگی به مصرف هروئین وابسته شده و شش ماه بود که شیشه مصرف می کرد. ایشان همزمان با اختلال وابستگی به مواد، تشخیص اختلال شخصیت مرزی نیز دریافت نموده بود. سابقه ۱۰ بار ترک داشت که بیشترین مدت آن ۲ هفته بود. شرکت کننده سوم: زن ۳۱ ساله و متأهل که از سن ۱۶ سالگی به مصرف هروئین وابسته شده و ۱ سال بود که شیشه مصرف می کرد. همزمان با اختلال وابستگی به مواد، مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نیز بود. سابقه ۶ بار ترک داشت که بیشترین آن ۴ ماه بود. شرکت کننده چهارم: زن ۲۸ ساله و متأهل که از سن ۱۸ سالگی به مصرف هروئین وابسته شده و ۱ سال بود که شیشه مصرف می کرد. او همزمان با اختلال وابستگی به مواد، مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نیز بود. سابقه ۱۴ بار ترک داشته که بیشترین آن ۶ ماه بود.

۸۳

83

ابزار

مقیاس تکانشگری بارت^۱: این مقیاس سه عامل تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی برنامه گی را بررسی می کند (بارت، استانفورد، کنت و فلورانس، ۱۹۹۷). 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 موقعیت های پژوهشی و بالینی در ایران فراهم کرد (به نقل از جاوید، محمدی و رحیمی، ۱۳۹۱). نادری و حق شناس (۱۳۸۸) در پژوهشی برای نخستین بار در ایران به روایی یابی این مقیاس پرداختند. در این تحقیق برای روایی همگرا از نمرات مقیاس هیجان خواهی ذاکرمن استفاده شد که نتایج حکایت از رابطه ی معنادار نمرات داشت. همچنین ضریب اعتبار به روش تنصیف ۰/۶۰ و همسانی درونی ۰/۷۲ گزارش شد.

طیف پاسخگویی به مقیاس لیکرت ۴ تایی از به‌ندرت تا تقریباً همیشه می‌باشد. سوالات ۱، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۰، ۲۹، و ۳۰ معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. سوالات ۱، ۷، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۲۷، ۲۹، و ۳۰ مربوط به زیرمقیاس بی‌برنامگی می‌باشند. سوالات ۲، ۳، ۴، ۸، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۳، و ۲۵ مربوط به زیرمقیاس تکانشگری حرکتی می‌باشند. سوالات ۵، ۶، ۹، ۱۱، ۲۰، ۲۴، ۲۶، و ۲۸ مربوط به زیرمقیاس تکانشگری شناختی می‌شوند.

روند اجرا

شرکت کنندگان طی دوازده جلسه (۶۰ دقیقه‌ای) با محتوای جدول زیر تحت رفتار درمانی دیالکتیک قرار گرفتند و در هر جلسه تمریناتی به عنوان تکلیف خانگی به افراد آموزش داده شد.

جدول ۱: محتوای جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	چرا باید این مهارت‌ها را بیاموزیم؟ شروع مراحل خودآگاهی
جلسه دوم و سوم	آموزش مهارت‌های شناخت خود؛ آموزش مهارت‌های شناخت خود (خودآگاهی هیجانی)
جلسه چهارم	نام‌گذاری هیجان‌ها، شناخت اسطوره‌ها (بحث در مورد تفاسیری که فرد در مورد هیجان‌اتش دارد).
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	نقش خودگویی‌های مثبت و مهارت‌های حل مسأله در مهار هیجان‌ها
جلسه هفتم	آموزش مهارت‌های کاهش آسیب (برنامه ریزی برای خواب، ورزش، تغذیه مناسب، کاهش مصرف مواد و پر کردن اوقات فراغت)
جلسه هشتم	آموزش مهارت دوری از ذهن هیجانی
جلسه نهم	مسلط شدن بر دنیای خود: آموزش برنامه ریزی 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

پس از اتمام جلسات درمان سه بار، یک، سه و شش ماه پس از درمان مورد پیگیری قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری^۱ نمودارها و شاخص روند^۲، ثبات^۳، درصد داده‌های غیر همپوش^۴ و درصد داده‌های همپوش^۵ استفاده شد (فراهانی، عابدی، آقامحمدی و کاظمی، ۱۳۹۰). نمرات خام اندازه‌گیری‌های مکرر طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است.

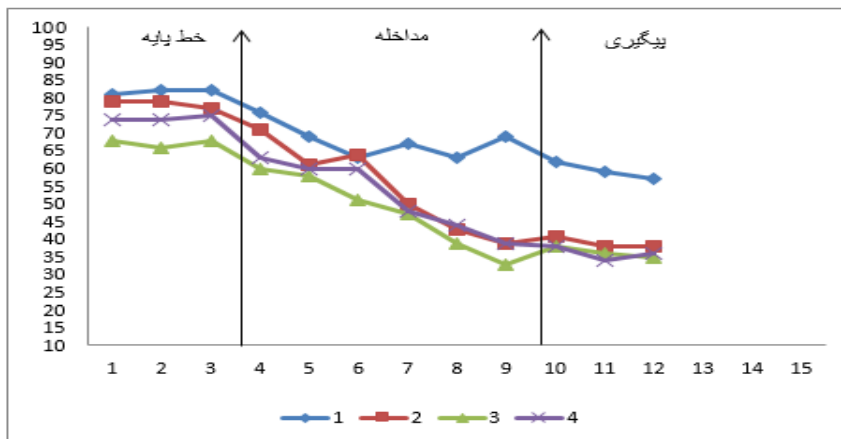
جدول ۲: نمرات عملکرد تمایز یافتگی در موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری برای چهار شرکت-کننده

شرکت کننده	خط پایه			مداخله						پیگیری		
	۱	۲	۳	۱	۲	۳	۴	۵	۶	پیگیری	پیگیری	پیگیری
۱	۸۱	۸۲	۸۲	۷۶	۶۹	۶۳	۶۷	۶۳	۶۹	۵۹	۵۷	۵۷
۲	۷۹	۷۹	۷۷	۷۱	۶۱	۶۴	۵۰	۴۳	۳۹	۴۱	۳۸	۳۸
۳	۶۸	۶۶	۶۸	۶۰	۵۸	۵۱	۴۷	۳۹	۳۳	۳۸	۳۵	۳۶
۴	۷۴	۷۴	۷۵	۶۳	۶۰	۶۰	۴۸	۴۴	۳۹	۳۸	۳۶	۳۴

۸۵

85

نمودار مربوط به خطوط پایه، مداخله، و پیگیری در زیر ارائه شده است.



نمودار ۱: نمودار نمرات تکانشگری در موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری برای چهار آزمودنی

1. Visual analysis
4. Percentage of Non-Overlapping Data

2. Trending
5. Percentage of Overlapping Data

3. Stability

برای تحلیل دیداری نمودار داده‌ها، پس از رسم نمودار برای هر شرکت‌کننده، در مرحله-
 ی اول با استفاده از میانه‌ی داده‌های موقعیت خط پایه و مداخله، خط میانه‌ی داده‌ها موازی
 با محور X کشیده شد و یک محفظه‌ی ثبات^۱ روی خط میانه قرار گرفت. محفظه‌ی ثبات
 یعنی دو خط موازی که یکی پایین و دیگری بالای خط میانه رسم شود. فاصله و دامنه‌ی
 بین دو خط، میزان بیرون افتادگی یا تغییر پذیری سری داده‌ها را نشان می‌دهد. با استفاده از
 معیار ۸۰-۲۰ درصدی، اگر ۸۰ درصد نقاط داده‌ها زیر یا درون ۲۰ درصد مقدار میانه
 (محفظه‌ی ثبات) قرار گیرند، گفته می‌شود، داده‌ها ثبات دارند (فراهانی و همکاران،
 ۱۳۹۰). پس از آن برای بررسی روند داده‌ها، از روش دو نیم کردن^۲ استفاده شد و
 محفظه‌ی ثبات خط روند بر اساس معیار ۸۰-۲۰ درصدی رسم شد. پس از رسم خط میانه
 و خط روند و محفظه‌ی ثبات آنها، شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و شاخص‌های
 تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی مانند تغییر سطح و روند و درصد داده‌های
 غیرهمپوش - نشان‌دهنده‌ی درصد غیر همپوشی نقاط دو موقعیت آزمایشی (خط پایه و
 مداخله) است - محاسبه شد. میزان کنترل آزمایشی در پژوهش مورد مفرد، به تغییر سطح
 از یک موقعیت به موقعیت دیگر و درصد داده‌های غیر همپوش بستگی دارد. به این معنی
 که تغییرات اندک در مقادیر متغیر وابسته در طی مداخله‌ای که بعد از یک مسیر داده‌ی
 متغیر در موقعیت خط پایه قرار دارد نسبت به تغییرات اندک در مداخله‌ای که ثبات در
 مسیر داده‌های خط پایه وجود داشته، کنترل آزمایشی کمتری دارد. همچنین، هر چه
 درصد داده‌های غیر همپوش بین دو موقعیت مجاور بالاتر (یا درصد داده‌های همپوش
 پایین‌تر) باشد، با اطمینان بیشتری می‌توان مداخله را اثربخش دانست (فراهانی و همکاران،
 ۱۳۹۰). جدول ۳، نتایج تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی را برای نمودار داده-
 های شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱ طبق فرم تحلیل دیداری نشان می‌دهد (فراهانی و
 همکاران، ۱۳۹۰).

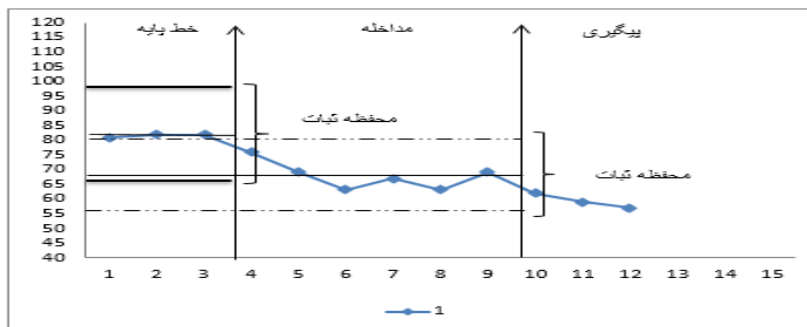
جدول ۳: متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۱

بین موقعیت ها		درون موقعیتی		
$\frac{B}{A}$	مقایسه موقعیت	B	A	توالی موقعیت ها
	تغییرات روند	۶	۳	طول موقعیت ها
نزولی به صعودی	تغییر جهت			سطح
منفی	اثر وابسته به هدف	۶۸	۸۲	میانگین
با ثبات به با ثبات	تغییر ثبات	۶۷/۸	۸۱/۶	دامنه‌ی تغییرات
	تغییر در سطح	۷۶-۶۳	۸۲-۸۱	دامنه‌ی تغییرات محفظه‌ی ثبات ۲۰٪ از میانه‌ی هر موقعیت
$\frac{۶۳}{۸۲}$	تغییر نسبی	باثبات	باثبات	تغییر سطح
$\frac{۷۶}{۸۲}$	تغییر مطلق			تغییر نسبی
$\frac{۶۸}{۸۲}$	تغییر میانه	۶۳-۶۹	۸۱-۸۲	تغییر مطلق
$\frac{۶۷/۸}{۸۱/۶}$	تغییر میانگین	۷۶-۶۹	۸۱-۸۲	روند
	همپوشی داده‌ها			جهت
٪۱۰۰	PND	نزولی	صعودی	ثبات
٪۰	POD	باثبات	باثبات	مسیرهای چندگانه
		خیر	خیر	

۸۷

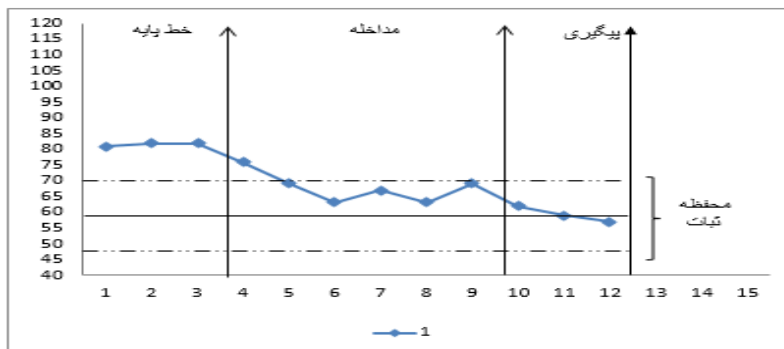
87

بر اساس تحلیل دیداری نمودار داده‌های شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۱، نمودار خط میانه و محفظه‌ی ثبات آن‌ها به قرار زیر به دست آمد.



نمودار ۲: نمودار خط میانه و محفظه‌ی ثبات برای شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۱ در موقعیت خط پایه و مداخله

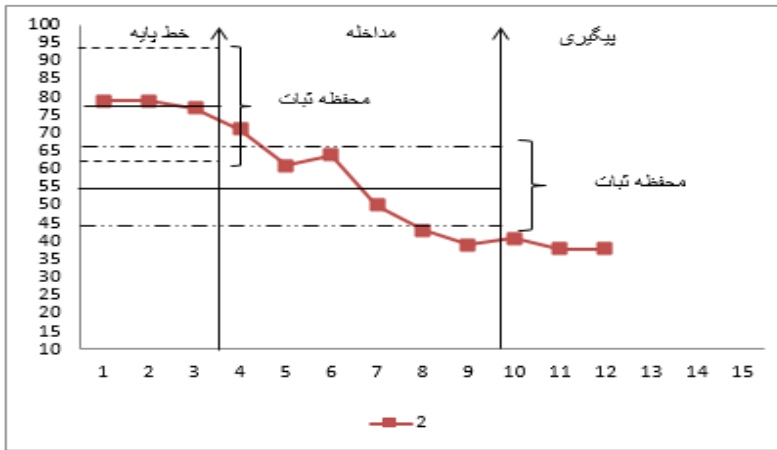
نمودار خط میانه و محفظه‌ی ثبات برای شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۱ در موقعیت پیگیری در زیر ارائه شده است.



نمودار ۳: نمودار خط میانه و محدوده ی ثابت برای شرکت کننده ی شماره ی ادر موقعیت پیگیری
 تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای شرکت کننده ی شماره ۲ در جدول ۴
 ارائه شده است.
 جدول ۴: متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای شرکت کننده ی شماره ۲

بین موقعیت ها		درون موقعیتی		
$\frac{B}{A}$	مقایسه موقعیت	B	A	توالی موقعیت ها
	تغییرات روند	۶	۳	طول موقعیت ها
$\frac{\text{نزولی}}{\text{به صعودی}}$	تغییر جهت			سطح
	اثر وابسته به هدف	۵۵/۵	۷۹	میانه
$\frac{\text{با ثبات}}{\text{به با ثبات}}$	تغییر ثبات	۵۴/۶	۷۸/۳	میانگین
	تغییر در سطح	۷۱-۳۹	۷۹-۷۷	دامنه ی تغییرات
$\frac{۴۳}{۷۹}$	تغییر نسبی	بی ثبات	با ثبات	دامنه ی تغییرات محدوده ی ثابت ۲۰٪ از میانه ی هر موقعیت
$\frac{۷۱}{۷۷}$	تغییر مطلق			تغییر سطح
$\frac{۵۵/۵}{۷۹}$	تغییر میانه	۴۳-۶۴	۷۷-۷۹	تغییر نسبی
$\frac{۵۴/۶}{۷۸/۳}$	تغییر میانگین	۷۱-۳۹	۷۹-۷۷	تغییر مطلق
	همپوشی داده ها			روند
٪۱۰۰	PND	نزولی	صعودی	جهت
٪۰	POD	باثبات خیر	باثبات خیر	ثبات مسیرهای چندگانه

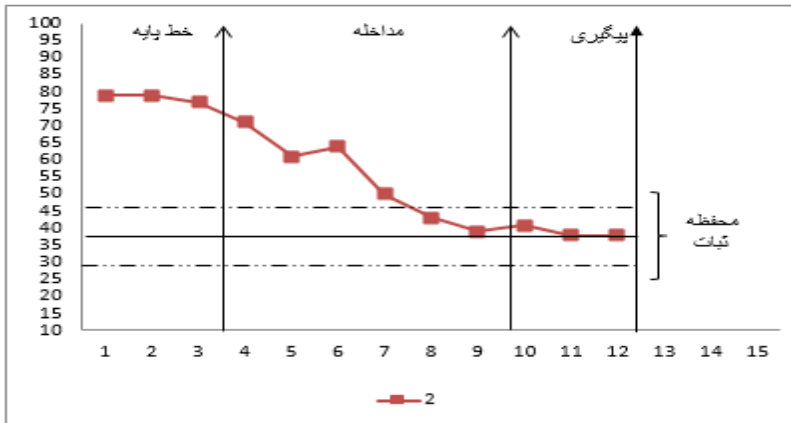
نمودار خط میانه و محفظه‌ی ثبات برای شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۲ در موقعیت خط پایه و مداخله در زیر ارائه شده است.



نمودار ۴: نمودار خط میانه و محفظه‌ی ثبات برای آزمودنی شماره‌ی ۲ در موقعیت خط پایه و مداخله

نمودار خط میانه و محفظه‌ی ثبات برای شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۲ در موقعیت پیگیری در زیر ارائه شده است.

۸۹
89



نمودار ۵: نمودار خط میانه و محفظه‌ی ثبات برای شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۲ در موقعیت پیگیری

تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۳ در جدول ۵ ارائه شده است.

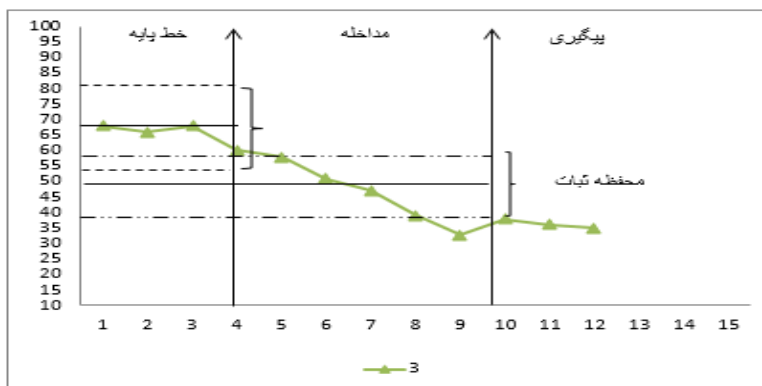
جدول ۵: متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای شرکت کننده‌ی شماره ۳

بین موقعیت ها		درون موقعیتی		
$\frac{B}{A}$	مقایسه موقعیت	B	A	توالی موقعیت ها
	تغییرات روند	۶	۳	طول موقعیت ها
$\frac{\text{نزولی}}{\text{به شیب صفر}}$	تغییر جهت			سطح
منفی	اثر وابسته به هدف	۴۹	۶۸	میانه
$\frac{\text{با ثبات}}{\text{به با ثبات}}$	تغییر ثبات	۴۸	۶۷-۳	میانگین
	تغییر در سطح	۶۰-۳۳	۶۸-۶۶	دامنه ی تغییرات
$\frac{۳۹}{۶۸}$	تغییر نسبی	با ثبات	با ثبات	دامنه ی تغییرات محفظه ی ثبات ۲۰٪ از میانه ی هر موقعیت
$\frac{۶۰}{۶۸}$	تغییر مطلق			تغییر سطح
$\frac{۴۹}{۶۸}$	تغییر میانه	۳۹-۵۸	۶۶-۶۸	تغییر نسبی
$\frac{۴۸}{۶۷/۳}$	تغییر میانگین	۶۰-۳۳	۶۸-۶۸	تغییر مطلق
	همپوشی داده ها			روند
۱۰۰٪	PND	نزولی	صعودی	جهت
۰٪	POD	باثبات خیر	باثبات خیر	ثبات مسیرهای چندگانه

۹۰

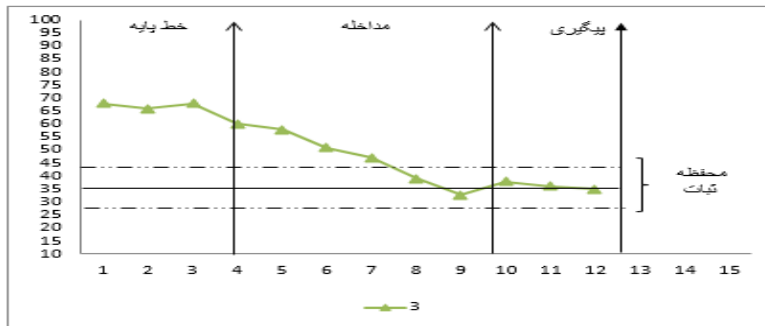
90

نمودار خط میانه و محفظه ی ثبات برای شرکت کننده ی شماره ۳ در موقعیت خط پایه و مداخله در زیر ارائه شده است.



نمودار ۶: نمودار خط میانه و محفظه ی ثبات برای شرکت کننده ی شماره ۳ در موقعیت خط پایه و مداخله

نمودار خط میانه و محفظه‌ی ثابت برای شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۳ در موقعیت پیگیری در نمودار ۷ ارائه شده است.



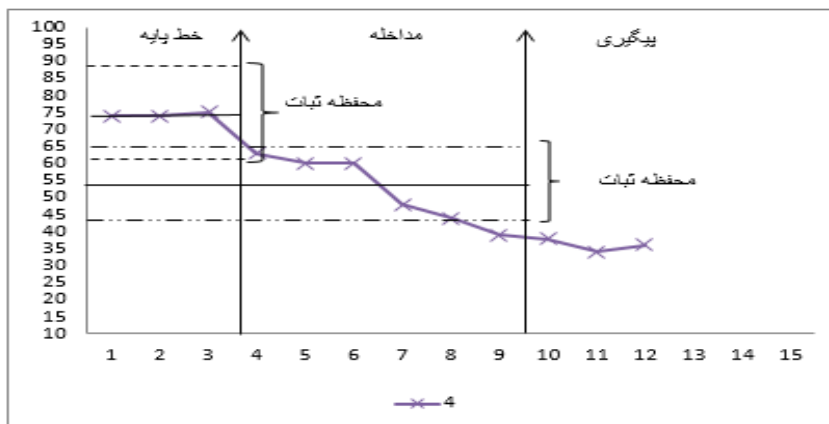
نمودار ۷: نمودار خط میانه و محفظه‌ی ثابت برای شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۳ در موقعیت پیگیری

جدول ۶: متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای شرکت کننده‌ی شماره ۴

بین موقعیت ها		درون موقعیتی		
$\frac{B}{A}$	مقایسه موقعیت	B	A	توالی موقعیت ها
	تغییرات روند	۶	۳	طول موقعیت ها
$\frac{\text{نزولی}}{\text{به صعودی}}$	تغییر جهت			سطح
	اثر وابسته به هدف منفی	۵۴	۷۴	میانه
$\frac{\text{با ثبات}}{\text{به با ثبات}}$	تغییر ثبات	۵۲/۳	۷۴/۶	میانگین
	تغییر در سطح	۶۳-۳۹	۷۵-۷۴	دامنه ی تغییرات
$\frac{۴۴}{۷۵}$	تغییر نسبی	با ثبات	با ثبات	دامنه ی تغییرات محفظه ی ثابت ۲۰٪ از میانه ی هر موقعیت
$\frac{۶۳}{۷۵}$	تغییر مطلق			تغییر سطح
$\frac{۵۴}{۷۵}$	تغییر میانه	۴۴-۶۰	۷۴-۷۵	تغییر نسبی
$\frac{۵۲/۳}{۷۴/۶}$	تغییر میانگین	۶۳-۳۹	۷۴-۷۵	تغییر مطلق
	همپوشی داده ها			روند
٪۱۰۰	PND	نزولی	صعودی	جهت
٪۰	POD	باثبات	باثبات	ثبات
		خیر	خیر	مسیرهای چندگانه

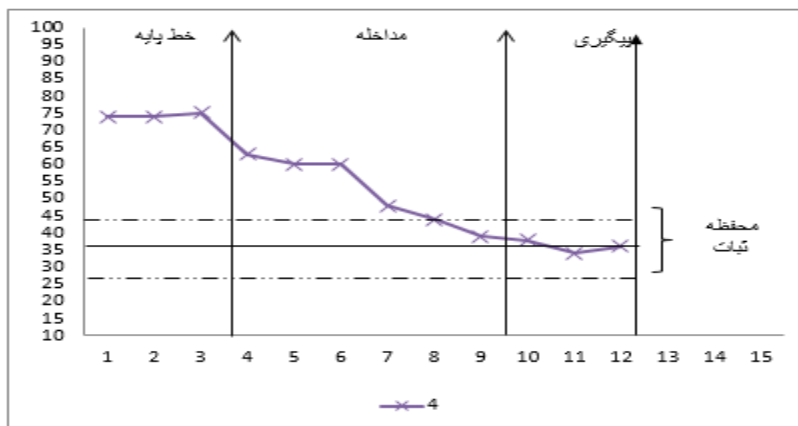
تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۴ در جدول ۶ ارائه شده است.

نمودار خط میانه و محفظه‌ی ثبات برای شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۴ در موقعیت خط پایه و مداخله در زیر ارائه شده است.



نمودار ۸: نمودار خط میانه و محفظه‌ی ثبات برای شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۴ در موقعیت خط پایه و مداخله

نمودار خط میانه و محفظه‌ی ثبات برای شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۴ در موقعیت پیگیری در زیر ارائه شده است.



نمودار ۹: نمودار خط میانه و محفظه‌ی ثبات برای شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۴ در موقعیت پیگیری

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به بررسی تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش تکانشگری در زنان دارای همبودی اختلال وابستگی به مواد و اختلال شخصیت مرزی پرداخته است. نتایج مربوط به داده‌های هر چهار آزمودنی پس از دریافت آموزش و در جلسات پیگیری روندی نزولی در جهت هدف پژوهش نشان داد. آزمودنی شماره یک، طی ۳ نقطه خط پایه روندی صعودی و ثابت در نمرات خود نشان داد. با شروع آموزش تغییری در سطح و روند (طبق شاخص تغییر سطح و تغییر روند) نمرات ایجاد شده و روند نمرات از صعودی به نزولی تغییر یافت که این نشان دهنده اثر بخشی آموزش بوده است. کاهش میانگین نمرات از ۸۱/۶ در خط پایه به ۶۷/۸ نشان دهنده بهبود عملکرد در آزمودنی مورد نظر است. همچنین شاخص PND نشان می‌دهد که مداخله با ۱۰۰ درصد اطمینان موثر بوده است. در مورد آزمودنی شماره ۲ پس از آغاز مداخله در سطح نمرات تغییراتی ایجاد شده است (طبق شاخص تغییر سطح) و به طور کلی میانگین نمرات از ۷۸/۳ در خط پایه به ۵۴/۶ در مداخله رسیده است. درصد همپوشی داده‌ها صفر بود. یعنی طبق شاخص PND درمان با ۱۰۰ درصد اطمینان اثربخش بوده است. در آزمودنی شماره ۳ نیز در خط پایه روندی ثابت در داده‌ها وجود داشت. در این آزمودنی نیز با ادامه مداخله تغییری در سطح نمرات رخ داده است. میانگین نمرات در این آزمودنی از ۶۷/۳ در موقعیت خط پایه به ۴۸ در موقعیت مداخله رسیده است که تغییری قابل قبول است. همچنین طبق شاخص PND با ۱۰۰ درصد اطمینان می‌توان گفت که مداخله مؤثر بوده است. در مورد آزمودنی شماره ۴ نمرات خط پایه نشان می‌دهد که پس از آغاز مداخله در سطح نمرات تغییراتی ایجاد شده است (طبق شاخص تغییر سطح) و به طور کلی میانگین نمرات از ۷۴/۶ در خط پایه به ۵۲/۳ در مداخله رسیده است. درصد همپوشی داده‌ها نیز صفر بود. یعنی طبق شاخص PND درمان با ۱۰۰ درصد اطمینان اثربخش بوده است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که رفتار درمانی دیالکتیک باعث کاهش تکانشگری در افراد دارای همبودی سوء مصرف مواد و اختلال شخصیت مرزی می‌شود. این یافته‌ها با نتایج حاصل از تحقیق

فلیس چاکر^۱ و همکاران (۲۰۱۱)، پلتچیکوا و همکاران^۲ (۲۰۱۱) و صفاری نیا، نیکوگفتار و دماوندیان (۱۳۹۳) همخوان است. این محققان نشان دادند که رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش رفتارهای تکانشگرانه و خودآسیب رسان افراد دارای شخصیت مرزی موثر است. همچنین این نتایج با یافته‌های لیتفیلد و همکاران (۲۰۰۹) مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان و کاهش تکانشگری در افراد سوء مصرف کننده مواد همسو است. سایموتو (۱۹۹۸)، به نقل از صفاری نیا و همکاران، (۱۳۹۳) معتقد است برای درک رفتار خود-آسیب رسان 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 خود-آسیب رسان دارد که یک جنبه مهم آن بر اساس نظر لویید ریچاردسون و همکاران (۲۰۰۷)، به نقل از صفاری نیا و همکاران، (۱۳۹۳) کارکرد درون فردی است که به دو صورت تقویت منفی خودکار و تقویت مثبت خودکار عمل می‌کند. آن‌ها معتقدند که رفتارهای خود-آسیب رسان 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 خودآسی رسان توسط محیط خارجی فرد تنظیم می‌شوند. تقویت مثبت اجتماعی اشاره به این دارد که استفاده از رفتار خودآسیب‌رسان برای جلب توجه و یا برای دسترسی به برخی از منابع خاص اجتماعی است. همچنین، تقویت منفی اجتماعی اشاره به استفاده از رفتارهای خودآسیب‌رسان برای گریز از برخی وظایف یا تکالیف شخصی دارد. مدرسه‌گریزی، انزوا و گوشه نشینی و تنفر از دعوای پدر و مادر، معرف عملکرد تقویت اجتماعی منفی رفتار خودآسیب‌رسان است (لویید ریچاردسون و همکاران، ۲۰۰۷؛ به نقل از صفاری نیا و همکاران، ۱۳۹۳).

با توجه به نتایج تحقیق حاضر، می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک از جمله مهارت‌های ذهن آگاهی و تنظیم هیجان باعث کاهش رفتارهای خودآسیب رسان و تکانشگری در بین زنان مبتلا به همبودی اختلالات سوء مصرف مواد و شخصیت مرزی می‌شود. در نتیجه با آموزش این مهارت‌ها می‌توان گامی در جهت کاهش رفتارهای تکانشگرانه و سوء مصرف مواد برداشت. چرا که تحقیقات نشان می‌دهند که رابطه سوء مصرف مواد و تکانشگری رابطه‌ای دو سویه است (فیلمور و ویفر^۱، ۲۰۱۳؛ کینگ، پانوک - پکهام، داگر، تیم و گاتز^۲، ۲۰۱۴). این تحقیقات نشان می‌دهند که ویژگی‌های شخصیتی خاص از جمله تکانشگری برای کاهش مصرف و رفتارهای پرخطر در بین افراد سوء مصرف کننده و افراد دارای شخصیت مرزی تغییرات درمانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و با توجه به این متغیر و کاهش آن می‌توان فرایند درمان این بیماران را بهبود بخشید.

منابع

جاوید، محبوبه، محمدی، نوراله و رحیمی، چنگیز (۱۳۹۱). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی یازدهمین ویرایش مقیاس تکانشگری بارت. *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۲(۸)، ۲۳-۳۴.

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

فراهانی، حجت‌الله؛ عابدی، احمد؛ آقامحمدی، سمیه و کاظمی، زینب (۱۳۹۰). *روش‌شناسی طرح‌های مورد منفرد در علوم رفتاری و پزشکی (رویکردی کاربردی)*. تهران: انتشارات دانژه

نادری، فرح؛ حق‌شناس، فریبا (۱۳۸۸). اعتباریابی مقیاس تکانشگری بارت و رابطه‌ی 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

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.

Barratt, E., Stanford, M.S., Kent, T. A., & Felthous, A. (1997). Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression, *Society of Biological Psychiatry*, 41, 1045-1061.

- 1 . Fillmore & Weafer
- 2 . King, Patock-Peckham, Dager, Thimm, & Gates

- 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.
- Blonigen, D. M., Timko, C., & Moos, R. H. (2013). Alcoholics anonymous and reduced impulsivity: A novel mechanism of change. *Substance Abuse*, 34, 4-12.
- Blonigen, D.M., Timko, C., Moos, B. S., & Moo, R.H. (2009). [http://refhub.elsevier.com/S0306-4603\(14\)00374-8/rf0015](http://refhub.elsevier.com/S0306-4603(14)00374-8/rf0015). Anonymous, and 16-year changes in impulsivity and legal problems among meError! Hyperlink reference not valid.and women with alcohol use disorders. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 32, 701-712.
- Brown, M. Z., Comtois, K.A., & Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and non-suicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 198-202.
- Butler, G. K. L., Montgomery, A.M.J. (2004). Impulsivity, risk taking and recreational 'ecstasy' (MDMA) use. *Drug and Alcohol Dependence*, 76, 55-62.
- 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.
- Fillmore, M.T., & Weafer, J. (2013). *Behavioral inhibition and addiction*. In J. MacKillop, & H. DeWit (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of addiction psychopharmacology* (pp. 135-164). United Kingdom: Wiley, Blackwell.
- 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, 3. <http://www.capmh.com/content/5/1/3>
- 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.
- 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.
- Kleindienst, N., Bohus, M., Ludäscher, P., Limberger, M. F., Kuenkele, K., Ebner-Priemer, U. W., Schmahl, C. (2008). Motives for non-suicidal self-injury among women with borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(3), 230–236.
- 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*, 118, 318–360.
- 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.
- Moeller, G. F., Dougherty, D. M., 2002. Impulsivity and substance abuse: what is the connection? *Addictive Disorders and Their Treatment*, 1, 3–10.
- 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
- Stevens, L., Verdejo-García, A., Goudriaan, A. E., Roeyers, H., Dom, G., & Vanderplassen, 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.
- Timko, C., Finney, J. W., Moos, B. S., & Moos, R. H. (2011). Alcoholics Anonymous attendance, decreases in impulsivity and drinking and psychosocial outcomes over 16 years: Moderated-mediation from a developmental perspective. *Addiction*, 106, 2167–2177.
- 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.