

تأثیر آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک در وسوسه‌ی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد: مطالعه‌ی تک آزمودنی

تاریخ دریافت: ۹۱/۳/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۱/۸/۱۷

زهرا بابایی*، جعفر حسنی**، شهرام محمدخانی***

چکیده

مقدمه: در فرایند درمان و پیشگیری از بازگشت اعتیاد، حالت‌های هیجانی منفی و مثبت، و وسوسه از مهم‌ترین عوامل خطر بازگشت می‌باشد. هدف مطالعه‌ی حاضر بررسی اثربخشی آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک در کاهش وسوسه‌ی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد بود.

روش: پژوهش در چارچوب طرح‌های تجربی تک آزمودنی با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه‌ی پلکانی اجرا شد. بر اساس میزان تمایل به شرکت در مطالعه، مصاحبه‌ی تشخیصی ساختار یافته و ملاک‌های ورود، از میان بیماران مرد مبتلا به سوء مصرف مواد، سه نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند. هر سه آزمودنی به صورت انفرادی در خلال ده جلسه تحت آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک قرار گرفتند. به منظور سنجش وسوسه از نسخه‌ی فارسی پرسشنامه‌ی عقاید وسوسه انگیز (بک، ۱۹۹۳) استفاده شد.

یافته‌ها: آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک به آزمودنی‌های پژوهش موجب کاهش چشم‌گیر نمرات وسوسه در مقیاس عقاید وسوسه‌انگیز شد، به طوری که نمرات در طی ده جلسه‌ی مداخله‌ی آموزشی کاهش قابل توجهی نسبت به نمرات خط پایه داشتند. بازبینی دیداری نمودارهای اثربخشی و اندازه‌ی ضریب تأثیر نیز بیانگر کاهش معنادار و قابل توجه شدت وسوسه‌ی آزمودنی‌ها بود.

نتیجه‌گیری: آزمودنی‌های مداخلات آموزشی نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک می‌تواند در انتخاب راهبردهای مقابله‌ای با وسوسه مؤثر واقع شود و تلویحات کاربردی مطلوبی در زمینه درمان و پیشگیری از بازگشت سوء مصرف مواد دارد.

واژه‌های کلیدی: رفتار درمانی دیالکتیک، سوء مصرف مواد، نظم‌جویی هیجان، وسوسه

babae2108@yahoo.com

hasanimehr57@yahoo.com

sh.mohammadkhani@gmail.com

* نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

** استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

*** استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

مقدمه

در گستره کنونی، سوء مصرف مواد^۱ و اعتیاد^۲ مشکلات متعدد اجتماعی و روان‌شناختی را در سراسر دنیا ایجاد نموده است. شیوع و بروز این پدیده در جامعه ایران هم منجر به طیف وسیعی از آسیب‌های روانی/ اجتماعی و خانوادگی گردیده است. بر همین اساس، در فرایند درمان سوء مصرف مواد و ترک اعتیاد، نباید تنها به سم‌زدایی و کناره‌گیری از مواد توجه نمود، بلکه باید از انواع روان‌درمانی به منظور تحلیل وابستگی روانی بهره جست [۱]. لازم به ذکر است که دفتر پیشگیری از جرم و کنترل مواد سازمان ملل (۲۰۰۵)، تعداد مصرف‌کنندگان جهان را ۲۰۰ میلیون نفر، یا ۵ درصد کل جمعیت جهان برآورد کرده که از این تعداد ۱۶ میلیون نفر یا ۰/۴ درصد جمعیت مصرف‌کننده‌ی مواد افیونی هستند. در ایران نیز شمار مصرف‌کنندگان مواد نزدیک به ۱/۸ تا ۳/۳ میلیون نفر برآورد شده که مواد افیونی بیشترین مواد مصرفی می‌باشد [۲]. علاوه بر این، مطالعات گذشته نشان می‌دهد که اثربخشی درمان‌های نگه‌دارنده‌ی دارویی، بدون مداخله‌های روانی/ اجتماعی، به علت اطاعت^۳ دارویی پایین و میزان بالای ریزش^۴ ضعیف است. همچنین بررسی‌ها نشان می‌دهند ۲۰ درصد تا ۹۰ درصد معتادانی که تحت درمان قرار می‌گیرند، دچار بازگشت^۵ می‌شوند [۳]. یافته‌های پژوهشی نیز نشان داده‌اند که وسوسه‌ی^۶ مصرف نقش مهمی در بازگشت پس از درمان و حفظ موقعیت مصرف و وابستگی به مواد دارد [۴] و از مهم‌ترین عوامل بازگشت پس از قطع مصرف می‌باشد [۵]. وسوسه میل شدید و مقاوم برای مصرف مواد است که اگر برآورده نشود، رنج‌های روان‌شناختی و بدنی نظیر ضعف، بی‌اشتهایی، اضطراب، بی‌خوابی، پرخاشگری و افسردگی را در پی خواهد داشت [۶]. به علاوه دامنه‌ی وسیعی از تجارب هیجانی منفی نظیر غمگینی، ملال^۷، اضطراب، و احساس گوشه‌گیری^۸ قابل‌نشانه‌گذاری برای سوء مصرف مواد هستند [۷]. بر همین اساس می‌توان گفت

که در درمان و پیشگیری از بازگشت اعتیاد، تجارب هیجانی منفی و مثبت، میل و وسوسه از مهم‌ترین عوامل خطر بازگشت می‌باشند [۸]. علاوه بر موارد فوق، فرض بر این است که افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، مواد را به منظور مدیریت حالت‌های هیجانی نامطلوب مصرف می‌کنند، حالت‌های هیجانی که به خاطر مشکلاتی در فهم و برخورد مؤثر با آن هیجان‌ها، به طور غیر قابل کنترل تجربه می‌شوند [۹، ۱۰]. در یک نگاه کلی می‌توان گفت که حالت‌های هیجانی (به خصوص حالت‌های هیجانی منفی) نقش مهمی در شروع مصرف مواد، تدوام مصرف و بازگشت دارند، به عنوان مثال پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ۳۲ درصد بازگشت پس از حالت‌های هیجانی منفی و ۵ درصد پس از حالت‌های هیجانی مثبت اتفاق می‌افتد [۱۱]. در این راستا، نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند که نظم‌جویی نامناسب هیجان‌ها^۹ یکی از عوامل آسیب‌شناختی اساسی در وابستگی به مواد، می‌باشد [۱۲، ۱۳، ۱۴]. افزون بر موارد فوق، یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که نشانه‌های نارسایی نظم‌جویی هیجان^{۱۰} در بیش از نیمی از اختلالات محور I و در تمام اختلالات شخصیتی محور II اتفاق می‌افتد [۱۵]. در گستره‌ی پژوهشی کنونی سازه‌ی نارسایی نظم‌جویی هیجان به عنوان یک سازه‌ی چند بعدی در نظر گرفته می‌شود که دارای ابعاد مختلف می‌باشد: الف) فقدان آگاهی، درک و پذیرش هیجان‌ها؛ ب) فقدان دستیابی به راهبردی انطباقی برای تعدیل کردن شدت و یا مدت پاسخ‌های هیجانی؛ ج) بی‌زاری از تجربه‌ی رنج هیجانی به عنوان بخشی از اهداف مطلوب و د) عدم توانایی در کنترل رفتار به هنگام پریشانی هیجانی [۱۲]. در نقطه مقابل، سازه‌ی نظم‌جویی هیجان قرار دارد که به منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار گرفته می‌شود. در متون روان‌شناختی، این مفهوم اغلب به منظور توصیف فرآیند تعدیل عاطفه منفی به کار گرفته شده است [۱۵]. اعتقاد بر این است که نظم‌جویی کارآمد تجارب هیجانی تعیین‌کننده شادمانی روان‌شناختی، کیفیت زندگی برتر و بهداشت روانی بالا است. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که نظم‌جویی

- 1- Substance abuse
- 2- Addiction
- 3- compliance
- 4- dropout
- 5- Relapse
- 6- Craving
- 7- Boredom
- 8- Withdrawal Sensation

9- Emotion dysregulation

10- emotion regulation

اختلال شخصیت مرزی انجام داد و رفتار درمانی دیالکتیک را با درمان‌های معمول (TAU)^۳ بعد از یک دوره ۱۲ ماهه ماهه درمان مقایسه نمود. نتایج نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیک منجر به کاهش معنادار رفتارهای خودکشی‌گرایانه، خود آسیب‌زنی غیر خودکشی‌گرا و روزهای بستری شدن و بهبود سازگاری عمومی و اجتماعی می‌شود [۱۹]. همچنین شواهد نشان می‌دهند که رفتار درمانی دیالکتیک در درمان و بهبود اختلال شخصیت مرزی، اختلال خوردن همراه با اختلال شخصیت مرزی، کاهش علائم و بهبود افسردگی، و الکلیسم مؤثر است [۲۰، ۲۱، ۲۲]. علاوه بر این، رفتار درمانی دیالکتیک برای افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، مفاهیم و وجوه طراحی شده‌ای را به منظور ترک مواد و کاهش زمان و اثرات ناسازگار بازگشت تدارک دیده است. در رفتار درمانی دیالکتیک برای افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، میل نزولی و کاهش وسوسه‌ی مصرف یکی از راهبردهای خاص رفتاری می‌باشد [۱۸]. پروتکل درمانی استاندارد رفتار درمانی دیالکتیک برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، شامل مهارت‌های اساسی است که با درمان مشکلات اعتیادآور مرتبط هستند. برای بیماران مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد، این مهارت‌های اساسی به عنوان یک تجویز، در شکل استاندارد، آموخته می‌شوند. این مهارت‌ها که جهت مقابله با وسوسه مصرف و کاهش خطر بازگشت به کار می‌روند، شامل مهارت‌های ذهن آگاهی^۴، تحمل پریشانی^۵، نظم‌جویی هیجان و روابط روابط میان فردی مؤثر^۶ هستند [۲۳]. در این راستا، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که رفتار درمانی دیالکتیک درمان مؤثری برای افراد مبتلا به اختلال‌های همزمان شخصیت مرزی و سوء مصرف مواد است [۱۸، ۲۳]. در مجموع با توجه به ماهیت رفتار درمانی دیالکتیک و اثربخشی آن در درمان و بهبود اختلالات شدید هیجانی نظیر اختلال شخصیت مرزی و اختلال افسردگی اساسی، و تأکید این رویکرد درمانی بر نظم‌جویی هیجانی در طی درمان، و همچنین نقش مهم هیجان‌های مثبت و منفی و وسوسه در بازگشت سوء مصرف مواد، این پژوهش با هدف بررسی این

هیجان بر نحوه‌ی تجربه و تجلی تجارب هیجانی تأثیر می‌گذارد [۱۶]. نظم‌جویی هیجان به گونه‌ای فزاینده در الگوهای آسیب روانی وارد شده است. و شواهد مختلف نشان داده‌اند افرادی که قادر به مدیریت پاسخ‌های هیجانی در برابر حوادث روزمره نباشند، دوره‌های طولانی و سختی از اختلال‌هایی همچون افسردگی و اضطراب را تجربه خواهند نمود [۱۷]. به علاوه، الگوهای اختلال خوردن و سوء مصرف الکل پیشنهاد می‌کنند که این افراد به علت بی‌کفایتی در نظم‌جویی هیجان به منظور فرار از ضعف در مهارت‌های نظم‌جویی هیجان به مصرف افراطی غذا یا الکل روی می‌آورند. رابطه بین ناکارآمدی نظم‌جویی هیجان با سوء مصرف الکل و اختلال خوردن، توسط حساسیت به پاداش تعدیل می‌شود. در این زمینه اعتقاد بر این است که افراد دارای مشکلات نظم‌جویی هیجان و سطوح بالای حساسیت به پاداش، با احتمال بیشتری به مصرف مواد روی می‌آورند تا پریشانی ناشی از عدم نظم‌جویی هیجان را بهبود بخشند [۱۷]. بنابراین با توجه به مطالب فوق می‌توان ادعا داشت که نظم‌جویی ناکارآمد تجارب هیجانی از هسته‌های اساسی سوء مصرف مواد و وسوسه مصرف است. در نتیجه مداخلاتی که بر تعدیل و مدیریت راهبردهای نظم‌جویی هیجان تأکید دارند، می‌توانند نقش مهمی در درمان، پیشگیری از بازگشت و بروز وسوسه داشته باشند. یکی از نوآوری‌ها در درمان‌های روان‌شناختی، به ویژه سوء مصرف مواد و اعتیاد، که به مهارت‌های نظم‌جویی هیجان توجه خاصی داشته، رفتار درمانی دیالکتیک (DBT)^۱ است. رفتار درمانی دیالکتیک، درمانی که از ابتدای تاسیس تاکنون موفقیت‌های متعددی در عرصه‌های مختلف کسب نموده، برای افرادی با اختلال‌های متعدد و سخت روان‌شناختی که به طور مزمن خودکشی‌گرا^۲ هستند، طراحی شده است. تعداد زیادی از این بیماران مبتلا به اختلال‌های سوء مصرف مواد نیز می‌باشند [۱۸]. پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند که رفتار درمانی دیالکتیک در درمان بیماران دارای اختلال‌های همبود مؤثر است. لینهان (۱۹۹۱) اولین آزمایش تصادفی کنترل شده را برای زنان خودکشی‌گرای مزمن مبتلا به

3- Treatment as usual
4- Mindfulness
5- Distress tolerance
6- Interpersonal effectiveness

1- Dialectical Behavior Therapy (DBT)
2- Suicidal

سؤال انجام شد که اثربخشی آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک در کاهش وسوسه‌ی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد چگونه است؟

روش

طرح پژوهش: این پژوهش در چارچوب طرح‌های تجربی تک آزمودنی با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه‌ی پلکانی مورد بررسی قرار می‌گیرد. اجرای مداخله‌ی آموزشی نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک به عنوان متغیر مستقل و وسوسه‌ی مصرف مواد، به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. برای انتخاب نمونه‌ی این پژوهش، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد.

آزمودنی‌ها: بر اساس میزان تمایل به شرکت در مطالعه و مصاحبه‌ی تشخیصی ساختار یافته، از میان بیماران مرد مبتلا به سوء مصرف مواد در یکی از مراکز ترک اعتیاد تهران، سه نفر که ماده‌ی یکسانی (تریاک و شیره) با میزان مشابه مصرف کرده‌اند، به طور تصادفی انتخاب شدند. به منظور کنترل آثار جمعیت‌شناختی، آزمودنی‌ها بر پایه‌ی سن (۲۰-۳۵)، میزان تحصیلات و عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی و اختلالات روانی همتاسازی شدند. در انتخاب آزمودنی‌ها علاوه بر تشخیص روان‌پزشک از مصاحبه تشخیصی ساختار یافته نیز استفاده شد و در صورت همخوانی تشخیص مبتنی بر مصاحبه با تشخیص روان‌پزشک آزمودنی برای مطالعه انتخاب می‌شد و در غیر این صورت از مطالعه کنار گذاشته می‌شد.

آزمودنی اول: مردی ۳۲ ساله و متأهل که سوء مصرف مواد را از ۱۸ سالگی و با دو ماده‌ی تریاک و شیره آغاز کرده بود. سابقه‌ی اختلال جسمانی و اختلال روانی (به غیر از سوء مصرف مواد) نداشته است. برای بار پنجم به درمان اقدام کرده بود. طولانی‌ترین دوره‌ی پرهیز، ۳ هفته بوده است.

آزمودنی دوم: مردی ۳۳ ساله و متأهل که سوء مصرف مواد را از ۱۹ سالگی و با ماده‌ی شیره آغاز کرده بود، و سپس با دو ماده‌ی تریاک و شیره ادامه داده بود. سابقه‌ی اختلال جسمانی و اختلال روانی (به غیر از سوء مصرف مواد) نداشته است. برای بار سوم به درمان اقدام کرده بود. طولانی‌ترین دوره‌ی پرهیز، ۱۲ روز بوده است.

آزمودنی سوم: مردی ۳۳ ساله و متأهل که سوء مصرف مواد را از ۱۸ سالگی و با دو ماده‌ی تریاک و شیره آغاز کرده بود. سابقه‌ی اختلال جسمانی و اختلال روانی (به غیر از سوء مصرف مواد) نداشته است. برای بار دوم به درمان اقدام کرده بود. طولانی‌ترین دوره‌ی پرهیز، ۴۰ روز بوده است.

ابزار:

۱- پرسشنامه‌ی اطلاعات جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه‌ی محقق ساخته سوالاتی درباره‌ی سن، میزان تحصیلات، وضعیت سلامت جسمانی و اختلالات روان‌پزشکی و ماده‌ی مصرفی و میزان و مدت مصرف را شامل می‌شد.

۲- پرسشنامه‌ی عقاید وسوسه‌انگیز: به منظور سنجش وسوسه از نسخه‌ی فارسی پرسشنامه‌ی عقاید وسوسه‌انگیز استفاده شد [۲۴]. این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی است که عقاید مربوط به وسوسه‌ی مصرف مواد را می‌سنجد و دارای ۲۰ ماده است که هر کدام در یک مقیاس ۱ تا ۷ درجه‌ای (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) درجه بندی می‌شوند. رحمانیان، میر جعفری و حسنی (۱۳۸۵) اعتبار این مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ (۰/۸۴) و روش تصنیف (۰/۸۱) گزارش کرده‌اند [۲۵].

روند اجرای پژوهش: پس از ارجاع بیماران از طرف روان‌پزشک به درمانگر و احراز شرایط ورود به پژوهش، آزمودنی‌های مورد نظر انتخاب شدند، سپس آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌ی عقاید وسوسه‌انگیز را تکمیل نمودند. آزمودنی اول با تکمیل پرسشنامه‌ی مذکور وارد طرح مداخله آموزشی شد، در جلسه دوم درمان آزمودنی اول، آزمودنی دوم وارد مداخله آموزشی شد و در جلسه سوم آزمودنی اول و جلسه دوم آزمودنی دوم، آزمودنی سوم وارد مداخله آموزشی شد. هر سه آزمودنی طی ۱۰ جلسه (هر هفته یک جلسه‌ی ۶۰ دقیقه‌ای) تحت آموزش مهارت نظم‌جویی هیجانی بر اساس راهنمای عملی مهارت‌های آموزشی رفتار درمانی دیالکتیک برای درمان اختلال شخصیت مرزی قرار گرفتند و در هر جلسه تمریناتی به عنوان تکلیف خانگی تعیین می‌شد [۲۶]. هر سه آزمودنی به صورت انفرادی در خلال ده جلسه تحت آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک قرار گرفتند. خلاصه‌ای از

محتوای جلسات آموزشی مهارت نظم‌جویی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک در جدول ۱ ارائه شده است:

جدول ۱) محتوای جلسات آموزشی مهارت نظم‌جویی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک

جلسات	محتوای جلسات
جلسه ۱	چرا باید این مهارت را بیاموزیم؟؛ دیدگاه‌های درست در مورد هیجان‌ها کدامند؟؛ مروری بر هیجان‌های اولیه و ثانویه، همه‌ی هیجان‌ها به ما کمک می‌کنند.
جلسه ۲	نام گذاری هیجان‌ها، چگونه هیجان‌ها عمل می‌کنند؟ و تحلیل عملکردی، مباحثه در مورد تفاسیری که هر فرد در مورد هیجان‌هایش دارد (اسطوره‌ها)، توجه به نقش ذهن هیجانی و ذهن منطقی و ذهن خردمندانه در مورد تفاسیر و پاسخ به هیجان‌ها.
جلسه ۳	نقش خودگویی‌های مثبت در مورد هیجان‌ها، مشاهده و توصیف هیجان‌ها (خود مشاهده گری) و مهارت حل مسأله.
جلسه ۴	آموزش مهارت کاهش آسیب پذیری (برنامه‌ریزی برای: خواب کافی، برنامه‌ریزی برای رفع کسالت جسمانی و روانی، مقابله با مصرف مواد، تغذیه‌ی کافی و مناسب، ورزش کردن).
جلسه ۵	تصمیماتی در راستای مهارت کاهش آسیب پذیری (دوری از ذهن هیجانی).
جلسه ۶	تسلط بر دنیای خود: آموزش برنامه‌ریزی برای افزایش تجارب مثبت، تهیه‌ی فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش.
جلسه ۷	آگاهی بر هیجان‌ها و انجام عمل مخالف در برابر ترس، احساس گناه و شرم، خشم و افسردگی.
جلسه ۸	کاربرد مهارت حل مسأله و عمل مخالف در مورد ترس و خشم و احساس گناه و غمگینی.
جلسه ۹	مرور جلسات و تمرین مهارت‌های آموخته شده.
جلسه ۱۰	مرور جلسات و تمرین مهارت‌های آموخته شده.

یافته‌ها

به منظور تحلیل و تفسیر داده‌های جمع‌آوری شده با توجه به طرح‌های تک آزمودنی، شاخص‌های تغییرات روند، شیب، و میزان تغییرپذیری برای هر آزمودنی محاسبه شد و روند تغییرات شدت وسوسه در طی جلسات بر روی نمودارها به طور جداگانه نشان داده شد. در جدول ۲، تغییرات شدت نمرات وسوسه در مقیاس عقاید وسوسه‌انگیز برای هر سه آزمودنی در طی ده جلسه‌ی مداخله‌ی آموزشی نشان داده شده است.

با توجه به آنچه در محتوای جلسات آموزشی مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک مشاهده می‌شود، هنگام آموزش مهارت‌های نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک، درمانگر مهارت‌ها را برای رفتارهای سوء مصرف و وسوسه‌ی بیمار هدف‌گذاری کرده و مثال‌های مناسبی جهت روشن و عینی کردن هر نکته بیان می‌کند. اثبات این موضوع که چگونه مهارت‌ها می‌توانند برای مشکلات هیجانی و مسائلی که فرد مبتلا به سوء مصرف با آنها درگیر است، مفید باشد، ضروری است.

جدول ۲) تغییرات نمرات شدت وسوسه در مقیاس عقاید وسوسه‌انگیز مربوط به سه آزمودنی در طی ده جلسه‌ی آموزشی

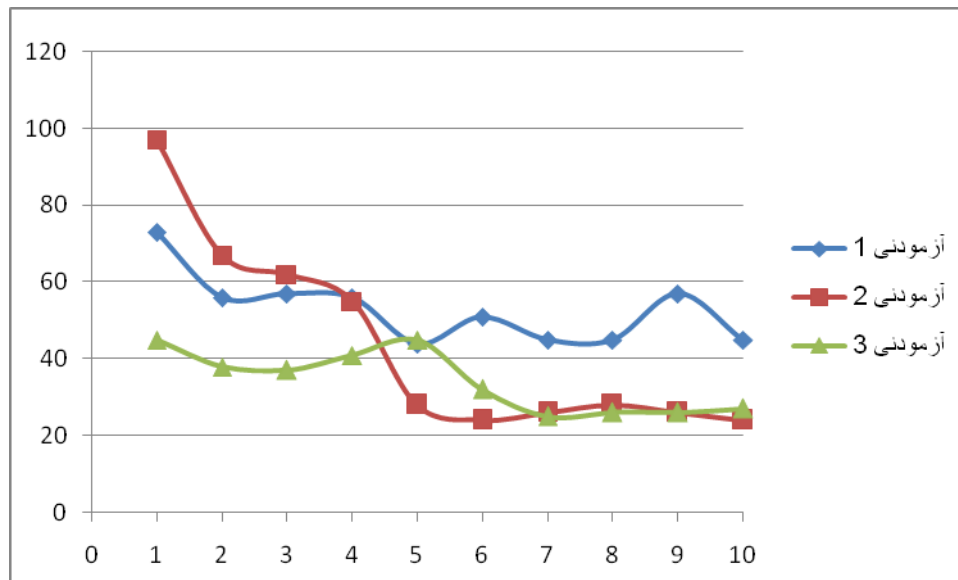
جلسه	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
آزمودنی اول	۷۳	۵۶	۵۷	۵۶	۴۴	۵۱	۴۵	۴۵	۵۷	۴۵
آزمودنی دوم	۹۷	۶۷	۶۲	۵۵	۲۸	۲۴	۲۶	۲۸	۲۶	۲۴
آزمودنی سوم	۴۵	۳۸	۳۷	۴۱	۴۵	۳۲	۲۵	۲۶	۲۶	۲۷

داشته است. نمرات آزمودنی دوم، کاهش شدت وسوسه را در طی جلسات داشته که این کاهش، از آزمودنی اول

همان گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد، نمرات آزمودنی اول در طی جلسات تغییراتی در جهت کاهش شدت وسوسه

کاهش داشته و این کاهش تا پایان دوره‌ی جلسات نیز پایدار بوده است. در نمودار ۱ تغییرات نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس عقاید وسوسه‌انگیز مشاهده می‌شود.

بیشتر می‌باشد. نمرات آزمودنی سوم نیز تغییراتی در جهت کاهش شدت وسوسه در طی جلسات داشته است. بدین ترتیب نمرات هر سه آزمودنی در طول مداخله‌ی آموزشی،



نمودار ۱) تغییرات نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس عقاید وسوسه‌انگیز

روند، شیب و میزان تغییرپذیری نمرات آزمودنی‌ها مورد بررسی قرار گرفته است.

بازبینی دیداری نمودارهای اثربخشی و اندازه‌ی ضریب تأثیر بیانگر کاهش معنادار و قابل توجه وسوسه‌ی هر سه بیمار بود. این نکته در جدول ۳ بر اساس شاخص‌های تغییرات

جدول ۳) شاخص‌های تغییرات روند، شیب و میزان تغییرپذیری نمرات آزمودنی‌ها

آزمودنی	میانگین خط پایه	میانگین مداخله	انحراف استاندارد	درصد بهبودی (MPI)	درصد کاهش نمرات (MPR)	میزان تغییرپذیری کوهن
۱	۷۳	۵۰/۶۷	۵/۸۹	۳۰/۵۹	۴۴/۰۶	۲/۲۸
۲	۹۷	۳۷/۷۸	۱۷/۹۸	۶۱/۰۳	۱۵۶/۷۵	۵/۳۲
۳	۴۵	۳۳/۰۰	۷/۴۸	۲۶/۶۶	۳۶/۳۶	۱/۳۰

وسوسه‌ی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد بود. آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک به آزمودنی‌های گروه آزمایش موجب کاهش چشم‌گیر نمرات وسوسه در مقیاس عقاید وسوسه‌انگیز شد، به طوری که نمرات در طی ده جلسه‌ی مداخله‌ی آموزشی کاهش قابل توجهی نسبت به نمرات خط پایه داشتند. یافته‌ها حاکی از مؤثر بودن مداخله‌ی آموزشی نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش وسوسه آزمودنی‌ها بود. در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان

داده‌های جدول ۳ نشانی می‌دهند که در هر سه آزمودنی میزان بهبودی و کاهش نمرات قابل ملاحظه است و بالاترین درصد بهبودی متعلق به آزمودنی دوم بود. به عبارت دیگر می‌توان گفت که آموزش نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک منجر به کاهش میزان وسوسه‌ی آزمودنی‌ها شده است.

بحث

هدف مطالعه‌ی حاضر بررسی اثربخشی آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک در

هیجانی شده و این پذیرش در نهایت منجر به تسهیل تغییرات می‌گردد [۲۹]. همچنین در این مهارت، تمریناتی همچون تمرینات خودمشاهده‌گری و مهارت‌های کاهش آسیب‌پذیری^۲، به بیماران برای پرورش سبک زندگی بدون مواد و مقاومت در برابر وسوسه‌ی مصرف‌کننده می‌کند [۲۳، ۲۶]. "عمل مخالف"^۳ به عنوان یکی از مهم‌ترین راهبردهای مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک، بیماران را برای انجام عمل مخالف در برابر هیجان‌های منفی و وسوسه ترغیب می‌کند. به علاوه تعداد زیادی از بیماران در اولین علامت‌هایی از مشکلات هیجانی، مواد مصرف می‌کنند؛ بنابراین توجه سرسختانه بر آگاهی به هیجان‌های حاضر، ضروری است. "عمل مخالف" در برابر هیجان‌ها، به این بیماران کمک می‌کند هنگامی که این مشکلات هیجانی را تجربه می‌کنند از "سقوط به اعماق"^۴ و در واقع مصرف مجدد مواد در امان بمانند [۲۳]. [۲۳]. تمرینات ذهن آگاهی در مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک به وسیله‌ی افزایش توانایی فرد در چرخش توجهش از آنچه مفید یا مؤثر نیست (مثلاً وسوسه‌ی مصرف مواد) به آنچه مفید و مؤثر است، به تعدیل هیجانی یا به عبارتی انعطاف‌پذیری توجه در او کمک کند [۳۰]. همچنین مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک با تشویق بیمار برای در نظر گرفتن اهداف کوتاه مدت و اهداف بلند مدت، انجام فعالیت‌های لذت‌بخش به طور روزانه و تمریناتی جهت مقابله با خشم و احساس گناه و ترس و نیز پیشنهاد راهکارهایی برای بهبود روابط میان فردی، می‌تواند وی را برای پرورش سبک زندگی بدون مواد و مقابله‌ی مؤثر با وسوسه‌ی مصرف‌کننده توانمند سازد [۲۶]. و در آخر برای رسیدن به نتیجه‌گیری قطعی‌تر، نیاز به مطالعات بیشتر است. برای افزایش اعتبار بیرونی یافته‌ها به پژوهشگران علاقمند پیشنهاد می‌شود که رفتار درمانی دیالکتیک و مهارت‌های مبتنی بر این رویکرد درمانی را در طرح‌های گروهی مورد بررسی قرار دهند و مطالعات پیگیری را دنبال نمایند. همچنین پیشنهاد می‌شود تأثیر این مداخله‌ی آموزشی را در مقایسه با سایر مهارت‌های مبتنی بر رفتار

گفت مداخله‌ی آموزشی نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک می‌تواند توانایی بیماران را جهت کنار آمدن مؤثر با وسوسه و نشانه‌های ترک افزایش دهد. علاوه بر این، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهند که مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک می‌تواند در انتخاب راهبردهای مقابله‌ای با میل و وسوسه و همچنین حالات هیجانی که می‌توانند منجر به بازگشت رفتارهای مصرفی و اجباری در سوء مصرف مواد شوند، مؤثر واقع گردد. هیجان‌های منفی و ناتوانی در مدیریت مناسب آنها نیز یکی از محرک‌های مهم برای از سرگیری سوء مصرف مواد عنوان شده است. پژوهش‌های تجربی انجام گرفته در این زمینه نشان داده است که سوء مصرف‌کنندگانی که از راهبردهای نظم‌جویی هیجان سازگارانه‌تری استفاده می‌کنند، در دوره‌ی درمان موفق‌تر هستند. بر عکس، افرادی که قادر به کنترل هیجان‌های خود نیستند، به احتمال زیاد مصرف‌کننده‌ی دائمی مواد می‌شوند [۲۷]. بنابراین، استفاده از راهبردهای نظم‌جویی هیجان به عنوان یکی از برنامه‌های درمانی جامع در پیشگیری از بازگشت اعتیاد مطرح می‌باشد. از سوی دیگر باید توجه داشت که ارتقای سلامت روان مستلزم آموزش روش دستیابی به سبک زندگی سالم، رفتارهای مقابله‌ای سازگارانه و نیز، کمک به افراد در معرض خطر برای پرهیز از رفتارهای پرخطر است [۲۸]. بنابراین آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان با آگاه نمودن افراد در حال پرهیز از مواد، از وسوسه و هیجان‌های مثبت و منفی همراه با آن، و پذیرش و کنار آمدن مؤثر با آنها، می‌تواند سلامت روان این افراد را ارتقا بخشد [۲۳]. از طرفی رفتار درمانی دیالکتیک یکی از رویکردهای درمانی است که به پرورش سبک زندگی سالم و رفتارهای مقابله‌ای مؤثر توجه داشته است. رفتار درمانی دیالکتیک ساختار روشنی دارد و از تکنیک‌های رفتاری و اعتباربخشی^۱ به طور همزمان استفاده می‌کند [۲۹]. در مهارت نظم‌جویی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک، بر تمرینات و مهارت‌هایی تأکید می‌شود که می‌توان کاهش قابل ملاحظه‌ی شدت وسوسه در میان آزمودنی‌های این پژوهش را با آنها مرتبط دانست. برای مثال کاربرد اعتباربخشی منجر به پذیرش مشکلات

- 2- Reducing Vulnerability
- 3- Opposite Action
- 4- Falling into the abyss

- 1- Validation

emotion dysregulation and borderline personality disorder among inner-city substance user in residential treatment. *J Psychiatr Res.* 2008; 42: 717-726.

13- Kring AM, Werner KH. Emotion regulation in psychopathology. In: Philippot P, Feldman RS. editors. *The regulation of emotion.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum. 2004; 359-385.

14- Gross JJ, Munoz RF. Emotion regulation and mental health. *Clin Psychol: Sci Pract.* 1995; 2: 151-164.

15- Hasani J. The Effect of Reappraisal and Suppression of Emotional Experiences on Regional Brain Activity with Regard to Extraversion and Neuroticism Dimensions. Unpublished PHD's thesis, Tarbiat Modares university of Tehran, Iran; 2009. [Persian].

16- Gross JJ. *Handbook of emotion regulation.* New York: Guilford Press; 2007.

17- Aldao A, Nolen-Hoksema S. Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behav Res Ther.* 2010; 48: 974-983.

18- Dimeff LA, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for substance abuser. *Addict Sci Clin Pract.* 2008; 4(2): 39-47.

19- Freeman C, Power M. *Handbook of evidence-based psychotherapies: A guide for research and practice,* England: John Wiley & Sons Ltd; 2007.

20- Kroger CH, Schweiger U, Sipos V, Kliem S, Arnold R, Kahl K. et al. Effectiveness of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behav Res Ther.* 2006; 44: 1211-1217.

21- Kroger CH, Schweiger U, Sipos V, Kliem S, Arnold R, Schunert T. et al. Dialectical behaviour therapy and an added cognitive behavioural treatment module for eating disorders in women with borderline personality disorder and anorexia nervosa or bulimia nervosa who failed to respond to previous treatments. An open trail with a 15-month follow up. *J Behav Ther Exp Psychiatr.* 2010; 41: 381-388.

22- Feldman G, Harley R, Kerrigan M, Jacobo M, Fava M. Change in emotional processing during a dialectical behaviour therapy-based skills group for major depressive disorder. *Behav Res Ther.* 2009; 47(4): 316-321.

23- Dimeff LA, Koerner K. *Dialectical behavior therapy in clinical practice.* New York: Guilford Press; 2007.

24- Beck AT, Clark DA. An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behav Res Ther.* 1993; 35: 49-58.

25- Rahmanian M, Mirjafari A, Hasani J. The Relationship between Craving and Attentional Bias in Opioid Dependent, Relapsed and Abstinent Individuals. *IJPCP.* 2006; 12(3): 216-222. [Persian].

درمانی دیالکتیک و یا سایر رویکردهای درمانی همچون دارو درمانی و رفتار درمانی شناختی مورد بررسی قرار دهند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری صمیمانه‌ی مسئول و کارکنان محترم مرکز ترک اعتیاد صبحدم که در اجرا و مراحل انجام این پژوهش امکانات لازم را در اختیار پژوهشگران قرار دادند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1- Narimani M. The assessment of the effect of cognitive behavior therapy in addiction treatment and rehabilitation of addicts. *Conse Res Dev.* 2008; 9(10): 42-59. [Persian].

2- Mokri A. Brief of the status of drug abuse in Iran. *Arch Ir Med.* 2002; 5: 184-190.

3- Roozen HG, Waart RD, Windt D, Brink W, Yong CA, Kerkbof AFMA. Systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2006; 16: 311-323.

4- Mokri A, Ekhtiyari H, Edalati H, Ganjghahi H, Naderi P. The relationship of impulsivity induces and risk-seeking behaviors with craving intensity in different opiate addict groups. *J Psychiatr Clin Psychol.* 2009; 14(3): 258-268. [Persian].

5- Abrams DB. Transdisciplinary concept and measures of craving commentary and future direction. *Addict.* 2000; 25: 237-246.

6- Addolorato G, Leggio L, Abeavoli L, Gasbarrini G. Neurobiochemical and clinical aspects of craving in alcohol addiction: A review. *Addict Behav.* 2005; 30: 1209-1224.

7- Chaney EF, Roszell DK, Cummings C. Relapse in opiate addicts: a behavioral analysis. *Addict Behav.* 1982; 7: 877-884.

8- Witkiewitz K, Mralatt A, Walkers D. Mindfulness based relapse prevention for alcohol and substance use disorders: The meditation tortoise wins the race. *J Cogn Psychother.* 2005; 19: 221-229.

9- Lindsay J, Ciarrochi j. Substance abuser report being more alexithymic than others but do not show emotional processing deficits on a performance measure of alexithymia. *Addict Res Theor.* 2009; 17(3): 315-321.

10- Taylor GJ, Parker JDA, Bagby RM. A preliminary investigation of alexithymia in men whit psychoactive substance dependence. *Am J Psychiatr.* 1990; 147: 1228-1230.

11- Otto MW, Safren SA, Pollak MH. Internal cue exposure and treatment of substance use disorders: Lessonse from the treatment of panic disorder. *J Anxiety Disord.* 2004; 18: 69-87.

12- Bornovalova MA, Gartz KL, Daughters SB, Nick B, Delany-Brumsey A, Lynch TR. et al. A multimodal assessment of the relationship between

- 26- Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993.
- 27- Doran N, McChargue D, Cohen L. Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. *Addict Behav.* 2007; 32: 90-98.
- 28- Jane-Llopis E, Andreson P. Mental health promotion and mental disorder prevention across European member states: A collection of country stories. Luxembourg: European Communities; 2006.
- 29- Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 2000.
- 30- Lynch TR, Bronner LL. Mindfulness and dialectical behavior therapy: Application with depressed older adults with personality disorders. New York: Elsevier; 2006.

Archive of SID