تأثیر مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک بر وسوسه و اضطراب افراد مبتلا به سوء مصرف مواد

محمد حسن دوازده امامی[1]، امیر محسن راه‌نجات[2]، یاسر بولاغی[3]، محسن احمدی طهورسلطانی[4]، امیرسام کیانی مقدم[5]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: حالات هیجانی منفی و مثبت، وسوسه و اضطراب، از مهم‌ترین عوامل خطر اعتیاد می‌باشند. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک (Dialectical behavior therapy یا DBT) بر وسوسه و اضطراب افراد مبتلا به سوء مصرف مواد انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و همراه با گروه شاهد بود. نمونه‌ها (۲۸ نفر) به روش در دسترس از میان سوء مصرف‌کنندگان مواد در مراکز ترک اعتیاد شهر اهواز، بر اساس مصاحبه بالینی انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و شاهد تقسیم‌بندی شدند. هر دو گروه مراحل ترک و سم‌زدایی را سپری کردند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه تحت آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر DBT قرار گرفتند، اما گروه شاهد هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه عقاید وسوسه‌انگیز و پرسش‌نامه اضطراب Beck (Beck Anxiety Inventory یا BAI) جمع‌آوری گردید.

یافته‌ها: تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آزمایش و شاهد از لحاظ میزان اضطراب و وسوسه وجود داشت ($P < ۰/۰۰۱$ برای هر دو). به عبارت دیگر، میزان اضطراب و وسوسه در گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون و گروه شاهد، به طور معنی‌داری کاهش یافت.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج می‌توان گفت که مداخلات آموزشی نظم‌جویی هیجان مبتنی بر DBT، روش درمانی مناسبی برای دانشجویان در جهت کاهش علایم اضطراب و وسوسه سوء مصرف‌کنندگان مواد می‌باشد.

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

ارجاع: دوازده امامی محمد حسن، راه‌نجات امیر محسن، بولاغی یاسر، احمدی طهورسلطانی محسن، کیانی مقدم امیرسام. **تأثیر مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک بر وسوسه و اضطراب افراد مبتلا به سوء مصرف مواد.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۶؛ ۱۵ (۴): ۵۳۲-۵۲۶

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۶/۱۱ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۸/۱۹

مقدمه

اعتیاد (Addiction) نوعی بیماری است که در آن بیمار رفتاری را کـه عـوارض بـدی دارد، به طور مداوم تکرار می‌کند. این بیماری با ایجاد اختلال در کنترل سیستم رفتـار- پاداش، باعث تکرار آن رفتار می‌گردد (۱). بررسی اعتیـاد بـه عنـوان عارضـه‌ای روانـی، اجتماعی و اقتصادی از دیدگاه علوم پزشکی، روان‌شناسی و جامعه‌شناسـی و همچنـین، از دیدگاه‌های فلسفه، قانون، اخلاق و مذهب صورت می‌گیرد. از سـال ۱۹۶۴ مـیلادی، سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization یـا WHO) اسـتفاده از عبارت وابستگی دارویی یا وابستگی به دارو را به جای اصطلاح اعتیاد توصـیه نموده است. در گستره کنونی، سوء مصرف مواد (Substance abuse) و اعتیاد مشکلات متعدد اجتماعی و روان‌شناختی را در سراسـر دنیـا ایجـاد کـرده اسـت. شیوع و بروز این پدیده در جامعـه ایـران نیـز منجـر بـه بـروز طیـف وسـیعی از آسیب‌های روانی، اجتماعی و خانوادگی گردیده است. بر همین اساس، در فراینـد درمان سوء مصرف مواد و ترک اعتیاد، نباید تنها به سم‌زدایـی و کنـاره‌گیـری از مواد توجه نمود، بلکه باید از انواع روان درمانی‌هـا بـه منظـور تحلیـل وابسـتگی روانی بهره گرفت (۲).

لازم به ذکر است که دفتر پیشگیری از جرم و کنتـرل مـواد سـازمان ملـل، تعداد مصرف‌کنندگان جهان را ۲۰۰ میلیون نفر یا ۵ درصد کـل جمعیـت جهـان برآورد کرده است کـه از ایـن تعـداد، ۱۶ میلیـون نفـر یـا ۰/۴ درصـد جمعیـت، مصرف‌کننده مواد افیونی هستند. در ایران نیز شمار مصرف‌کنندگان مواد، نزدیک به ۱/۸ تا ۳/۳ میلیون نفر بـرآورد شـده اسـت کـه مـواد افیـونی بیشـترین مـواد مصرفی را به خود اختصاص می‌دهد (۳). علاوه بر این، نتـایج مطالعـات پیشـین نشان می‌دهد که اثربخشی درمان‌های نگهدارنـده دارویـی بـدون مداخلـه‌هـای روانی- اجتماعی، به علت اطاعت (Compliance) دارویی پایین و میزان بالای ریزش (Dropout)، ضعیف است. همچنین، بررسی‌ها نشان می‌دهد کـه ۲۰ تـا

۱- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران
۳- کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
۴- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌اله، تهران، ایران
۵- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
نویسنده مسؤول: امیرسام کیانی مقدم
Email: kianimoghadam@sbmu.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.4.18.3]

۹۰ درصد معتادانی که تحت درمان قرار می‌گیرند، دچار بازگشت (Relapse) می‌شوند (۴). یافته‌های مطالعه‌ای حاکی از آن بود که اضطراب و وسوسه مصرف، نقش مهمی را در بازگشت پس از درمان و حفظ موقعیت مصرف و وابستگی به مواد ایفا می‌کند (۵) و از مهم‌ترین عوامل بازگشت پس از قطع مصرف به شمار می‌رود (۶).

Drummond در تحقیق خود، وسوسه (Craving) را به معنی خواستن، تکانه‌ها، تمایلات، نیاز یا اجبار برای مصرف تعریف نمود (۷). وسوسه تجربه خودآگاه تمایل به مصرف مواد است (۸). همچنین، برخی پژوهش‌ها نشان داده است که عوامل فردی مانند اختلالات و بیماری‌های روانی از جمله اضطراب و افسردگی، از جمله عوامل اعتیاد به شمار می‌روند (۹). در میان بیمارانی که برای سوء مصرف مواد به دنبال درمان هستند، سه چهارم آنان تاریخچه اختلالات روان‌پزشکی دارند و دو سوم همراه با سوء مصرف مواد، اختلالات روان‌پزشکی نیز دارند (۱۰). مطالعات نشان داده‌اند که افراد دارای اختلال اضطرابی یا خلقی، بیشتر از جمعیت عمومی اعتیاد دارند و همچنین، مشاهده شده است کسانی که مواد مصرف می‌کنند، از اختلالات اضطرابی یا خلقی رنج می‌برند (۱۱). بنابراین، شرایط روان‌پزشکی همچون اختلالات اضطرابی، عامل خطرناک و مهمی برای سوء استفاده دارویی، وابستگی و عود می‌باشد (۱۳، ۱۲).

در یک نگاه کلی می‌توان گفت که حالت‌های هیجانی (به خصوص حالت‌های هیجانی منفی) نقش مهمی در شروع مصرف مواد، تداوم مصرف مواد و بازگشت دارند. به عنوان مثال، مطالعات نشان داده‌اند که ۳۲ درصد بازگشت‌ها پس از حالت‌های هیجانی منفی و ۵ درصد پس از حالت‌های هیجانی مثبت اتفاق می‌افتد (۱۴). در این راستا، نتایج تحقیقات مختلف حاکی از آن است که نظم‌جویی نامناسب هیجانات (Emotion dysregulation)، یکی از عوامل آسیب‌شناختی اساسی در وابستگی به مواد می‌باشد (۱۷-۱۵). نظم‌جویی نامناسب هیجانات، از جمله ویژگی‌های برجسته شرایط روان‌شناختی و از جمله اهداف درمان است. به عنوان مثال، ارزیابی شناختی به عنوان یک راهبرد مؤثر در نظم‌جویی هیجان (Emotion regulation) محسوب می‌شود (۱۸). نشانه‌های نارسایی نظم‌جویی هیجان در بیش از نیمی از اختلالات محور I و در تمام اختلالات شخصیتی محور II اتفاق می‌افتد (۱۹). در گستره پژوهشی کنونی، سازه نارسایی نظم‌جویی هیجان به عنوان یک سازه چند بعدی در نظر گرفته می‌شود که دارای ابعاد مختلفی است که از آن جمله می‌توان به «فقدان آگاهی، درک و پذیرش هیجان‌ها؛ فقدان دستیابی به راهبردی انطباقی برای تعدیل کردن شدت و یا مدت پاسخ‌های هیجانی؛ بیزاری از تجربه رنج هیجانی به عنوان بخشی از اهداف مطلوب و عدم توانایی در کنترل رفتار به هنگام پریشانی هیجانی» اشاره نمود (۱۵).

در نقطه مقابل نارسایی نظم‌جویی، نظم‌جویی هیجان قرار دارد. نظم‌جویی هیجان، اصلی اساسی در شروع، ارزیابی و سازماندهی رفتار ناسازگارانه و همچنین، جلوگیری از هیجانات منفی و رفتارهای ناسازگارانه می‌باشد (۲۰). این سازه مفهوم پیچیده‌ای است که طیف گسترده‌ای از فرایندهای زیستی، اجتماعی، رفتاری و همچنین، فرایندهای شناختی هشیار و ناهشیار را در برمی‌گیرد (۲۱). به عبارت دیگر، واژه نظم‌جویی هیجان مشتمل بر راهبردهایی است که باعث کاهش، حفظ و یا افزایش یک هیجان می‌شود (۲۲) و به فرایندهایی اشاره دارد که بر هیجان‌های کنونی فرد و چگونگی تجربه و ابراز آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۲۳). نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که تفاوت‌های فردی در نظم‌جویی هیجانات مثبت، با تاب‌آوری روان‌شناختی و بهزیستی روان‌شناختی ارتباط دارد (۲۴).

از آن‌جایی که نظم‌جویی هیجان، نقشی محوری در تحول بهنجار دارد و ضعف در آن، عامل مهمی در ایجاد اختلالات روانی به شمار می‌رود (۲۵)، نظریه‌پردازان اعتقاد دارند افرادی که قادر به مدیریت هیجاناتشان در برابر رویدادهای روزمره نیستند، بیشتر نشانه‌های تشخیصی اختلالات درونی‌سازی مانند افسردگی و اضطراب را نشان می‌دهند (۲۷، ۲۶). بنابراین، می‌توان گفت که نظم‌جویی هیجان، عاملی کلیدی و تعیین کننده در بهزیستی روان‌شناختی و کارکرد اثربخش است (۲۸، ۲۱) که در سازگاری با رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی نقشی اساسی را ایفا می‌کند (۲۹-۲۷، ۲۳)، تا جایی که می‌توان گفت بر کل کیفیت زندگی فرد اثر می‌گذارد. بنابراین، با توجه به مطالب بیان شده، نتیجه‌گیری می‌شود که نظم‌جویی ناکارامد تجارب هیجانی، از جمله هسته‌های اساسی سوء مصرف مواد و وسوسه مصرف می‌باشد. 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 دارد، رفتار درمانی دیالکتیکی (Dialectical behavior therapy یا DBT) است. این نوع درمان که از ابتدای تأسیس تاکنون موفقیت‌های متعددی در عرصه‌های مختلف کسب نموده است، برای افراد مبتلا به اختلالات متعدد و سخت روان‌شناختی که به طور مزمن خودکشی‌گرا (Suicidal) هستند، طراحی شد. تعداد زیادی از این بیماران، به سوء مصرف مواد نیز روی آورده‌اند (۳۰). DBT، درمان امیدوار کننده‌ای برای کاهش خشم و رفتار خشونت‌آمیز می‌باشد. این درمان، رفتار ناسازگارانه را با آموزش نظم‌جویی هیجان، تحمل پریشانی، اثربخشی فردی و مهارت خودمدیریتی بهبود می‌دهد (۳۱). آموزش مهارت DBT، اختلالات هیجانی را در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی کاهش می‌دهد. شواهد اولیه نشان می‌دهد که استفاده از مهارت‌های DBT، واسطه تغییرات مشاهده شده در اختلال شخصیت مرزی است (۳۲). DBT برای اولین بار برای مشکلات متعدد نوجوانان خودکشی‌گرا استفاده گردید که بیش از یک دهه درمان روان‌شناختی تجربی حمایتگری برای این جمعیت وجود نداشت (۳۳).

روش DBT، درمان مؤثری برای خودآسیبی عمدی است و برخی از شواهد جدید نشان می‌دهد که آموزش DBT به تنهایی می‌تواند درمان مفید و سازگاری باشد (۳۴). Linehan اولین آزمایش تصادفی کنترل شده را بر روی زنان خودکشی‌گرای مزمن مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام داد و DBT را با درمان‌های معمول (Treatment as usual) بعد از یک دوره ۱۲ ماهه مقایسه نمود. نتایج نشان داد که DBT منجر به کاهش معنی‌دار رفتارهای خودکشی‌گرایانه، خودآسیب‌زنی غیر خودکشی‌گرا و روزهای بستری شدن و بهبود سازگاری عمومی و اجتماعی می‌شود (۳۵). همچنین، شواهد حاکی از آن است که DBT در درمان و بهبود اختلال شخصیت مرزی، کاهش علایم و بهبود افسردگی و الکلیسم مؤثر است (۳۸-۳۶). علاوه بر این، DBT 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 این روش برای مبتلایان به سوء مصرف مواد، میل نزولی و کاهش وسوسه مصرف یکی از راهبردهای خاص رفتاری می‌باشد (۳۰).

پروتکل درمانی استاندارد DBT برای مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.4.18.3]

شامل مهارت‌های اساسی است که با درمان مشکلات اعتیادآور مرتبط می‌باشد. این مهارت‌های اساسی برای بیماران مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد، به عنوان یک تجویز در شکل استاندارد آموخته می‌شود. این مهارت‌ها که جهت مقابله با وسوسه مصرف و کاهش خطر بازگشت به کار می‌رود، شامل مهارت‌های ذهن‌آگاهی (Mindfulness)، تحمل پریشانی (Distress tolerance)، نظم‌جویی هیجان و روابط میان فردی مؤثر (Interpersonal effectiveness) می‌باشد (۳۹). در این راستا، نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که DBT درمان مؤثری برای افراد مبتلا به اختلالات هم‌زمان شخصیت مرزی و سوء مصرف مواد است (۳۹، ۳۰). در مجموع، با توجه به ماهیت DBT و اثربخشی آن در درمان و بهبود اختلالات شدید هیجانی همچون 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، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر DBT بر وسوسه و اضطراب افراد مبتلا به سوء مصرف مواد انجام شد.

مواد و روش‌ها

این تحقیق از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و همراه با گروه شاهد بود. اجرای مداخله آموزشی نظم‌جویی هیجان مبتنی بر DBT به عنوان متغیر مستقل و وسوسه مصرف مواد و اضطراب نیز به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. برای انتخاب نمونه‌ها، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده گردید. بدین ترتیب، از میان بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد در مراکز ترک اعتیاد شهر اهواز، ۲۸ نفر بر اساس مصاحبه بالینی انتخاب شدند. این افراد از لحاظ سن، وضعیت اجتماعی- اقتصادی، عدم ابتلا به بیماری‌های حاد جسمانی و روانی و سایر متغیرهای مورد نظر همتاسازی شدند. این افراد ماده یکسانی (تریاک یا شیره) مصرف می‌کردند. سپس نمونه‌ها به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد قرار گرفتند. هر دو گروه مراحل ترک و سم‌زدایی را سپری کرده بودند و حداقل یک دوره بازگشت به مواد را گزارش نمودند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه تحت آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر DBT قرار گرفت و گروه شاهد هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد، اما جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از خاتمه جلسات درمانی، گروه شاهد سه جلسه تحت آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان قرار گرفتند.

ابزارهای مورد استفاده در مطالعه به تفصیل در ادامه آمده است.

پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی: این پرسش‌نامه محقق ساخته شامل سؤالاتی درباره سن، میزان تحصیلات، وضعیت سلامت جسمانی و اختلالات روان‌پزشکی، ماده مصرفی و میزان و مدت مصرف بود.

پرسش‌نامه عقاید وسوسه‌انگیز: به منظور سنجش وسوسه، از نسخه فارسی پرسش‌نامه عقاید وسوسه‌انگیز استفاده شد (۴۰). این پرسش‌نامه یک مقیاس خودسنجی می‌باشد که عقاید مربوط به وسوسه مصرف مواد را مورد سنجش قرار می‌دهد و از ۲۰ ماده تشکیل شده است که هر ماده در یک مقیاس ۱ تا ۷ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) درجه‌بندی می‌شود. رحمانیان و همکاران اعتبار این مقیاس را با استفاده از ضریب Cronbach's alpha، ۰/۸۴ و با کمک روش تنصیف، ۰/۸۱ گزارش کردند (۴۱). اعتبار این ابزار در مطالعه حاضر از طریق ضریب Cronbach's alpha، ۰/۸۷ به دست آمد.

پرسش‌نامه اضطراب Beck (Beck Anxiety Inventory یا BAI): این پرسش‌نامه از ۲۱ پرسش چهار گزینه‌ای تشکیل شده است (۳ تا صفر) که حالتی از افزایش شدت می‌باشد. دامنه نمرات نیز از صفر تا ۶۳ است. این مقیاس بیشتر بر جنبه‌های فیزیولوژیکی اضطراب تأکید دارد و مشخصات روان‌سنجی آن شامل پایایی و روایی مورد تأیید قرار گرفته است (۴۲). Beck و Clark همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۵ گزارش کردند (۴۰). پایایی این آزمون در ایران با استفاده از روش ضریب Cronbach's alpha، ۰/۷۸ گزارش شده است. همچنین، در بررسی روایی این آزمون با کاربرد روش تجربی افتراقی بین دو گروه اضطرابی و بهنجار، T در سطح کمتر از ۰/۰۰۱، معادل ۱۲/۳ محاسبه گردید (۴۳).

پس از احراز شرایط ورود به پژوهش، آزمودنی‌های مورد نظر انتخاب شدند. سپس پرسش‌نامه عقاید وسوسه‌انگیز را تکمیل نمودند و گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه هفتگی (هر جلسه ۶۰ دقیقه) تحت آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان بر اساس راهنمای عملی مهارت نظم‌جویی هیجان طبق مهارت‌های آموزش DBT برای درمان اختلالات شخصیت مرزی قرار گرفتند و در هر جلسه تمریناتی به عنوان تکلیف خانگی تعیین می‌شد (۴۴). خلاصه‌ای از محتوای جلسات آموزشی مهارت نظم‌جویی هیجانی مبتنی بر DBT در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات آموزشی مهارت نظم‌جویی هیجانی مبتنی بر Dialectical behavior therapy (DBT)

جلسات	محتوای جلسات
اول	چرا باید این مهارت را بیاموزیم؟، دیدگاه‌های درست در مورد هیجان‌ها کدامند؟ مروری بر هیجان‌های اولیه و ثانویه، همه هیجان‌ها به ما کمک می‌کنند.
دوم	نامگذاری 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
سوم	نقش خودگویی‌های مثبت در مورد هیجان‌ها، مشاهده و توصیف هیجان‌ها (خودمشاهده‌گری) و مهارت حل مسأله
چهارم	آموزش مهارت کاهش آسیب‌پذیری (برنامه‌ریزی برای خواب کافی، برنامه‌ریزی برای رفع کسالت جسمانی و روانی، مقابله با مصرف مواد، تغذیه کافی و مناسب، ورزش کردن)
پنجم	تصمیماتی در راستای مهارت کاهش آسیب‌پذیری (دوری از ذهن هیجانی)
ششم	تسلط بر دنیای خود: آموزش برنامه‌ریزی برای افزایش تجارب مثبت، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش
هفتم	آگاهی بر هیجان‌ها و انجام عمل مخالف در برابر ترس، احساس گناه و شرم، خشم و افسردگی
هشتم	کاربرد مهارت حل مسأله و عمل مخالف در مورد ترس و خشم و احساس گناه و غمگینی
نهم	مرور جلسات و تمرین مهارت‌های آموخته شده
دهم	مرور جلسات و تمرین مهارت‌های آموخته شده

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.4.18.3]
www.mui.ac.ir

جدول ۲. داده‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در گروه‌های آزمایش و شاهد

متغیرها	گروه	تعداد	پیش‌آزمون	تعداد	پس‌آزمون
			میانگین ± انحراف معیار		میانگین ± انحراف معیار
عقاید وسوسه‌انگیز	آزمایش	۱۴	۹۳/۱۲ ± ۳/۶۴	۱۴	۴۵/۸۱ ± ۲/۶۵
	شاهد	۱۴	۷۹/۲۵ ± ۴/۲۴	۱۴	۷۸/۰۹ ± ۱/۸۷
اضطراب	آزمایش	۱۴	۳۴/۷۲ ± ۳/۰۸	۱۴	۲۴/۲۲ ± ۳/۲۷
	شاهد	۱۴	۳۳/۱۶ ± ۲/۴۵	۱۴	۳۰/۸۵ ± ۲/۹۵

با توجه به آنچه در محتوای جلسات آموزشی مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر DBT مطرح می‌شود، هنگام آموزش مهارت‌های نظم‌جویی، درمانگر مهارت‌ها را برای رفتارهای سوء مصرف و وسوسه بیمار هدف‌گذاری می‌کند و مثال‌های مناسبی جهت روشن و عینی کردن هر نکته بیان می‌نماید. اثبات این موضوع که چگونه مهارت‌ها می‌توانند برای مشکلات هیجانی و مسایلی که فرد مبتلا به سوء مصرف با آن‌ها درگیر است، مفید باشد، ضروری به نظر می‌رسد.

یافته‌ها

میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون عقاید وسوسه‌انگیز و اضطراب دو گروه آزمایش و شاهد در جدول ۲ ارایه شده است.

همان‌گونه که داده‌های جدول ۱ نشان می‌دهد، در هر دو متغیر میانگین نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون پایین‌تر از گروه شاهد بود.

در جدول ۳، نتایج تحلیل واریانس چند متغیره بر تفاضل نمرات پس‌آزمون- پیش‌آزمون متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش و شاهد نشان داده شده است.

داده‌های جدول ۲ نشان داد که سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره را مجاز شمردند؛ بدین معنی که بین آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و شاهد حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود داشت.

در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس تک متغیره روی تفاضل نمرات پس‌آزمون- پیش‌آزمون متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش و شاهد ارایه شده است.

بر اساس داده‌های جدول ۴، تفاوت معنی‌داری بین آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و شاهد در همه متغیرهای وابسته وجود داشت.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام مطالعه حاضر، بررسی اثربخشی آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر DBT بر وسوسه و اضطراب افراد مبتلا به سوء مصرف مواد بود. آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر DBT به آزمودنی‌های گروه آزمایش، موجب کاهش چشمگیر نمرات وسوسه و اضطراب در مقیاس عقاید وسوسه‌انگیز و اضطراب شد. یافته‌ها حاکی از مؤثر بودن مداخله آموزشی نظم‌جویی هیجان مبتنی بر DBT بر کاهش وسوسه و اضطراب آزمودنی‌ها بود. در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که مداخله آموزشی نظم‌جویی هیجان مبتنی بر DBT می‌تواند مهارت‌های مقابله‌ای آزمودنی‌ها در برابر وسوسه و اضطراب به مصرف و سوء مصرف مواد را افزایش و در نتیجه، خطر عود را کاهش دهد. هیجانات منفی و ناتوانی در مدیریت مناسب آن‌ها نیز یکی از محرک‌های مهم برای از سرگیری سوء مصرف مواد عنوان شده است. تحقیقات تجربی انجام گرفته در این زمینه نشان می‌دهد که سوء مصرف‌کنندگانی که از راهبردهای نظم‌جویی هیجان سازگارانه‌تری استفاده می‌نمایند، در دوره درمان موفق‌تر هستند. بر عکس افرادی که قادر به کنترل هیجان‌های خود نیستند، به احتمال زیاد مصرف‌کننده دایمی مواد می‌شوند (۴۵). بنابراین، استفاده از راهبردهای نظم‌جویی هیجان به عنوان یکی از برنامه‌های درمانی جامع در پیشگیری از بازگشت اعتیاد مطرح می‌باشد.

بر اساس نتایج بررسی حاضر، سطح پایین نظم‌جویی هیجان افراد سوء مصرف کننده مواد، ناشی از ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجانات و مدیریت آن‌ها به ویژه در شروع مصرف مواد است (۴۶). این یافته‌ها در راستای فرضیه Goleman مبنی بر پایین بودن هوش و تنظیم هیجانی افراد سوء مصرف‌کننده مواد می‌باشد (۴۷). می‌توان گفت هنگامی که فرد برای مصرف مواد تحت فشار قرار می‌گیرد، مدیریت ضعیف هیجان‌ها خطر سوء مصرف مواد را افزایش می‌دهد. بر عکس، مدیریت مؤثر هیجان‌ها خطر سوء مصرف مواد را کاهش می‌دهد. توانایی مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالا است، از راهبردهای مقابله‌ای مناسبی استفاده نماید. از طرف دیگر، DBT یکی از رویکردهای درمانی است که به پرورش زندگی سالم و رفتارهای مقابله‌ای مؤثر توجه دارد. این روش ساختار روشنی دارد و از تکنیک‌های رفتاری و اعتباربخشی (Validation) به طور هم‌زمان استفاده می‌کند (۴۸). در مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر DBT، بر تمرینات و مهارت‌هایی تأکید می‌شود (۴۸) که می‌توان کاهش قابل ملاحظه شدت وسوسه و اضطراب در میان آزمودنی‌های پژوهش حاضر را با آن‌ها مرتبط دانست.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره بر تفاضل نمرات پس‌آزمون- پیش‌آزمون متغیرهای اضطراب و عقاید وسوسه انگیز در گروه‌های مورد بررسی

منبع	آزمون	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	مقدار P
گروه	Pillais Trace	۰/۸۵۲	۲۴۸/۳۵	۲	۲۵	۰/۰۰۱
	Wilks Lambda	۰/۰۶۳	۲۴۸/۳۵	۲	۲۵	۰/۰۰۱
	Hotelling's Trace	۱۲/۷۹۰	۲۴۸/۳۵	۲	۲۵	۰/۰۰۱
	Roy's Largest Root	۱۲/۷۹۰	۲۴۸/۳۵	۲	۲۵	۰/۰۰۱

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.4.18.3]

جدول ٤. نتایج تحلیل واریانس تک متغیره بر تفاضل نمرات پس‌آزمون- پیش‌آزمون متغیرهای اضطراب و عقاید وسوسه‌انگیز در گروه‌های مورد بررسی

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار P
گروه	اضطراب	۵۰۷/۳۰	۱	۵۰۷/۳۰	۱۵۲/۳۱	۰/۰۰۱
	عقاید وسوسه‌انگیز	۳۹۶/۰۴	۱	۳۹۶/۰۴	۲۸۷/۱۲	۰/۰۰۱
خطا	اضطراب	۱۳۹/۶۰	۲۶	۵/۳۶		
	عقاید وسوسه‌انگیز	۸۴/۷۶	۲۶	۳/۲۶		
کل	اضطراب	۱۸۳۱/۰۷	۲۸			
	عقاید وسوسه‌انگیز	۱۴۹۵/۰۳	۲۸			

در این مهارت، تمریناتی همچون خودمشاهده‌گری و مهارت‌های کاهش آسیب‌پذیری (Reducing vulnerability)، به بیماران برای پرورش سبک زندگی بدون مواد و مقاومت در برابر وسوسه مصرف کمک می‌کند (۴۴، ۳۹).

عمل مخالف (Opposite action) به عنوان یکی از مهم‌ترین راهبردهای مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر DBT، بیماران را برای انجام عمل مخالف در برابر اضطراب و وسوسه ترغیب می‌کند. تمرینات ذهن‌آگاهی در مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر DBT، با افزایش توانایی فرد در چرخش توجهش از آنچه مفید یا مؤثر نیست به آنچه مفید و مؤثر است، به تعدیل هیجانی در او کمک می‌کند (۴۹). در نهایت، به علاقمندان و پژوهشگران در این زمینه پیشنهاد می‌شود که اثربخشی DBT و مهارت‌های مبتنی بر این رویکرد را برای اعتباریابی بیشتر به شیوه گروهی بر روی اختلالات روان‌پزشکی و سایر اختلالات هیجانی مورد بررسی قرار دهند و نتایج آن را با سایر مهارت‌های مبتنی بر DBT و سایر رویکردهای درمانی مانند دارو درمانی و رفتار درمانی شناختی مورد بررسی قرار دهند.

سپاسگزاری

بدین وسیله از همکاری صمیمانه مسؤول و کارکنان محترم مرکز ترک اعتیاد شهر اهواز که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. West R, Brown J. Theory of addiction. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2013.
2. Narimani M. A study of the cognitive-behavior psychotherapy efficiency on discontinuance of addiction and rehabilitation of addicts. Counseling Research and Development 2004; 3(9-10): 42-59. [In Persian].
3. Mokri A. Brief overview of the status of drug abuse in Iran. Arch Iran Med 2002; 5(3): 184-90. [In Persian].
4. Roozen HG, de Waart R, van der Windt DA, van den Brink W, de Jong CA, Kerkhof AJ. A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. Eur Neuropsychopharmacol 2006; 16(5): 311-23.
5. Mokri A, Ekhtiari H, Edalati H, Ganjgahi H, Naderi P. Relationship between craving intensity and risky behaviors and impulsivity factors in different groups of opiate addicts. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2008; 14(3): 258-68. [In Persian].
6. Witkiewitz K, Marlatt AG, Walker D. Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. J Cogn Psychother 2005; 19(3): 211-29.
7. Drummond DC. What does cue-reactivity have to offer clinical research? Addiction 2000; 95(Suppl 2): S129-S144.
8. Franken IH, Kroon LY, Wiers RW, Jansen A. Selective cognitive processing of drug cues in heroin dependence. J Psychopharmacol 2000; 14(4): 395-400.
9. Mohseni-Tabrizi R, Jazayeri A, Babaei N. Matrix development for researches and prevention program in Iran. Tehran, Iran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2014. [In Persian].
10. Ross HE, Glaser FB, Germanson T. The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. Arch Gen Psychiatry 1988; 45(11): 1023-31.
11. Volkow ND. Comorbidity: Addiction and other mental illnesses. North Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse (NIDA); 2008.
12. Sinha R, Fuse T, Aubin LR, O'Malley S. Psychological stress, drug-related cues and cocaine craving. Psychopharmacology 2000; 152(2): 140-8.
13. Jacobsen LK, Southwick SM, Kosten TR. Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: A review of the literature. Am J Psychiatry 2001; 158(8): 1184-90.
14. Otto MW, Safren SA, Pollack MH. Internal cue exposure and the treatment of substance use disorders: Lessons from the treatment of panic disorder. J Anxiety Disord 2004; 18(1): 69-87.
15. Bornovalova MA, Gratz KL, Daughters SB, Nick B, Delany-Brumsey A, Lynch TR, et al. A multimodal assessment of the relationship between emotion dysregulation and borderline personality disorder among inner-city substance users in residential treatment. J Psychiatr Res 2008; 42(9): 717-26.
16. Philippot P, Feldman RS. The regulation of emotion. Hove, UK: Psychology Press; 2004. p. 359-85.
17. Gross JJ, Munoz RF. Emotion regulation and mental health. Clin Psychol 1995; 2(2): 151-64.
18. Sarkheil P, Zilverstand A, Kilian-Hutten N, Schneider F, Goebel R, Mathiak K. fMRI feedback enhances emotion regulation as evidenced by a reduced amygdala response. Behav Brain Res 2015; 281: 326-32.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.4.18.3]

19. Hasani J. The effect of reappraisal and suppression of emotional experiences on regional brain activity with regard to extraversion and neuroticism dimensions [PhD Thesis]. Tehran, Iran: Tarbiat Modares University; 2009. [In Persian].
20. Garnefski N, Van Den Kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Onstein E. The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: Comparison between a clinical and a non-clinical sample. Eur J Pers 2002; 16(5): 403-20.
21. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Pers Individ Dif 2001; 30(8): 1311-27.
22. Jermann F, Van der Linden M, d'Acremont M, Zermatten A. Cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ): Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the French translation. Eur J Psychol Assess 2006; 22(2): 126-31.
23. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. Rev Gen Psychol 1998; 2(3): 271-99.
24. Goodall K. Individual differences in the regulation of positive emotion: The role of attachment and self esteem. Pers Individ Dif 2015; 74: 208-13.
25. Cicchetti D, Cohen DJ. Developmental psychopathology. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2006.
26. Mennin D, Farach F. Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. Clin Psychol 2007; 14(4): 329-52.
27. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. Perspect Psychol Sci 2008; 3(5): 400-24.
28. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. Pers Individ Dif 2006; 40(8): 1659-69.
29. Gross JJ. Emotion regulation: Past, present, future. Cogn Emot 1999; 13(5): 551-73.
30. Dimeff LA, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for substance abusers. Addict Sci Clin Pract 2008; 4(2): 39-47.
31. Frazier SN, Vela J. Dialectical behavior therapy for the treatment of anger and aggressive behavior: A review. Aggress Violent Behav 2014; 19(2): 156-63.
32. Neacsiu AD, Eberle JW, Kramer R, Wiesmann T, Linehan MM. Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. Behav Res Ther 2014; 59: 40-51.
33. Klein DA, Miller AL. Dialectical behavior therapy for suicidal adolescents with borderline personality disorder. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2011; 20(2): 205-16.
34. Gibson J, Booth R, Davenport J, Keogh K, Owens T. Dialectical behaviour therapy-informed skills training for deliberate self-harm: A controlled trial with 3-month follow-up data. Behav Res Ther 2014; 60: 8-14.
35. Freeman C, Power M. Handbook of evidence-based psychotherapies: A Guide for Research and Practice. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2007.
36. Kroger C, Schweiger U, Sipos V, Arnold R, Kahl KG, Schunert T, et al. Effectiveness of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. Behav Res Ther 2006; 44(8): 1211-7.
37. Kroger C, 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 trial with a 15-month follow-up. J Behav Ther Exp Psychiatry 2010; 41(4): 381-8.
38. Feldman G, Harley R, Kerrigan M, Jacobo M, Fava M. Change in emotional processing during a dialectical behavior therapy-based skills group for major depressive disorder. Behav Res Ther 2009; 47(4): 316-21.
39. Dimeff LA, Koerner K. Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings. New York, NY: Guilford Press; 2007.
40. Beck AT, Clark DA. An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. Behav Res Ther 1997; 35(1): 49-58.
41. Rahmanian M, Mirjafari A, Hasani J. The relationship between craving and attentional bias in opioid dependent, relapsed and abstinent individuals. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2006; 12(3): 216-22.
42. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II, Beck depression inventory: Manual. New York, NY: Psychological Corporation; 1996.
43. Beck AT, Clark DA. Anxiety and depression: An information processing perspective. Anxiety Research. 1988; 1(1): 23-36.
44. Linehan M. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York, NY: Guilford Publications; 1993.
45. Doran N, McChargue D, Cohen L. Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. Addict Behav 2007; 32(1): 90-8.
46. Parker JDA, Taylor RN, Eastabrook JM, Schell SL, Wood LM. Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. Pers Individ Dif 2008; 45(2): 174-80.
47. Goleman D. Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ. London, UK: Bloomsbury Publications; 2009.
48. Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, NY: Guilford Press; 1993.
49. Lynch TR, Bronner LL. Mindfulness and dialectical behavior therapy (DBT): Application with depressed older adults with personality disorders. In: Baer A, Editor. Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications. Philadelphia, PA: Elsevier Academic Press; 2006.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.4.18.3]

The Effect of Dialectical Behavior Therapy-Based Emotional Management on Anxiety and Temptation in Patients with Drug Abuse

Mohammad Hasan Davazdah-Emami[1], Amir Mohsen Rahnejat[2], Yser Bolaghi[3], Mohsen Ahmadi-Tahorsoltani[4], Amir Sam Kianimoghadam[5]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Negative and positive emotional states, temptation, and anxiety are among the most important risk factors for addiction. This research aimed to study the effect of dialectical behavior therapy (DBT)-based emotional management training on anxiety and temptation in patients with drug abuse.

Methods and Materials: This was an experimental research with pretest/posttest method and control group. To select the sample, the available sampling method was used. Among patients with substance abuse in addiction treatment centers in Ahwaz City, Iran, based on clinical interviews, 28 were selected. They were randomly divided into two equal groups of experimental and control. Both groups passed the leaving and detoxification steps. The experimental group received 10 sessions of dialectical behavior therapy-based emotional management training, but the control group did not receive any intervention. The research tools were demographic questionnaire, Craving Believes Questionnaire (CBQ), and Beck Anxiety Inventory (BAI).

Findings: After the intervention, there were significant differences between experimental and control groups regarding anxiety and temptation ($P < 0.001$ for both). In other words, the rate of anxiety and temptation in experimental group significantly decreased in comparison with pretest and control group.

Conclusions: The current study indicated that dialectical behavior therapy-based emotional management training would be an appropriate treatment for university students in order to decrease the symptoms of anxiety and temptation in those with drug abuse.

Keywords: Behavior therapy, Drug abuse, Anxiety, Emotional adjustment, Craving

Citation: Davazdah-Emami MH, Rahnedjat AM, Bolaghi Y, Ahmadi-Tahorsoltani M, Kianimoghadam AS. **The Effect of Dialectical Behavior Therapy-Based Emotional Management on Anxiety and Temptation in Patients with Drug Abuse.** J Res Behav Sci 2018; 15(4): 526-32.

Received: 02.09.2017 Accepted: 10.11.2017

1- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3- Department of Clinical Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran
4- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5- PhD Student, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Corresponding Author: Amir Sam Kianimoghadam, Email: kianimoghadam@sbmu.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.4.18.3]