

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علامه طباطبائی
دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی

پایان نامه

جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی بالینی

موضوع:

اثر بخشی گروه درمانی رفتاردرمانی دیالکتیکی در پیشگیری از عود و بهبود مهارت های تنظیم هیجانی و تحمل آشفتگی افراد وابسته به مواد افیونی

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر احمد برجعلی

استاد مشاور:

جناب آقای دکتر محمود گلزاری

استاد داور:

جناب آقای دکتر اسکندری

پژوهشگر:

علیرضا عزیزی

سال تحصیلی ۱۳۸۸-۸۹

تقدیم به پدرم سمبل استقامت و ایستادگی

و

تقدیم به مادرم سمبل ایثار و از خودگذشتگی

و

تقدیم به خواهرانم سمبل مهربانی و دلسوزی

و

تقدیم به برادرانم سمبل فداکاری و فرزانیگی

تشکر و قدردانی

پس از سپاسگذاری از خداوند متعال که توفیق انجام این پژوهش را به بنده ارزانی داشت بر خود لازم می دانم که از زحمات و کوشش های بی دریغ جناب آقای دکتر احمد برجعلی به عنوان استاد راهنمای بنده در انجام این پژوهش کمال تشکر و قدر دانی به عمل آورم.

همچنین از جناب آقای دکتر محمود گلزاری که به عنوان استاد مشاور بنده در انجام پژوهش کمک های بی شائبه ای نمودند، سپاسگزارم.

چکیده

بررسی اثربخشی مهارت آموزی رفتاردرمانی دیالکتیکی در بهبود مهارت های تنظیم هیجانی، تحمل آشفتگی و پیش گیری از عود هدف اصلی این پژوهش بود. در یک طرح شبه آزمایشی، ۳۹ بیمار مرد با تشخیص وابستگی به مواد افیونی بر پایه معیارهای DSM-IV بعد از دوره سم زدایی در دو گروه آزمایشی (گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و نالترکسون، گروه رفتاردرمانی شناختی و نالترکسون) و یک گروه گواه جای گرفتند. گروه های آزمایشی در طی ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه ای مورد درمان قرار گرفتند. آزمودنی ها در آغاز درمان و در هفته شانزدهم به کمک مصاحبه ساختار یافته شاخص درمان مواد افیونی، مقیاس تحمل آشفتگی و دشواری در تنظیم هیجانی مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه گواه بدون هیچ درمان گروهی تنها داروی نالترکسون دریافت کرد. داده ها به کمک روش آماری تحلیل کوواریانس و آزمون خی دو تحلیل شدند. نتایج نشان داد که هر دو روش مهارت آموزی گروهی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی و رفتاردرمانی شناختی گروهی در کاهش میزان عود ($P < 0/05$)، افزایش اطاعت درمانی ($P < 0/01$)، مدت زمان باقی ماندن در درمان ($P < 0/01$)، مصرف مواد افیونی ($P < 0/05$) موثرتر از دارو درمانی می باشند. روش رفتار درمانی دیالکتیکی در زمینه بهبود مهارت های تحمل آشفتگی موثرتر از دو درمان دیگر می باشد ($P < 0/001$). لیکن، بین سه روش تفاوتی از نظر بهبود تنظیم آشفتگی به چشم نمی خورد ($P > 0/05$). بنابراین، این گونه به نظر می رسد که اضافه کردن مهارت آموزی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر میزان کارایی دارودرمانی می افزاید و در برخی مولفه ها از رفتاردرمانی شناختی نیز موثرتر می باشد.

کلید واژه ها : درمان گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی، تنظیم هیجانی، تحمل آشفتگی، کاهش

عود، مصرف کنندگان مواد افیونی

فهرست مطالب

۱	فصل اول.....
۲	مقدمه.....
۲	بیان مسئله.....
۸	اهمیت و ضرورت تحقیق.....
۹	اهداف تحقیق.....
۹	هدف اصلی.....
۱۰	هدف های فرعی.....
۱۱	فرضیه های پژوهش.....
۱۲	تعریف مفاهیم و واژگان اختصاصی پژوهش.....
۱۵	خلاصه فصل.....
۱۶	فصل دوم.....
۱۷	اختلالات مرتبط با مواد افیونی (اپیوئید).....
۱۹	همه گیر شناسی.....
۲۰	شیوع مصرف مواد در ایران.....
۲۱	نوروفارماکولوژی.....
۲۲	تحمل و وابستگی.....
۲۲	هم ابتلائی.....
۲۳	سبب شناسی.....
۲۳	عوامل روانی - اجتماعی.....
۲۴	عوامل ژنتیک و زیستی.....
۲۴	عوامل روان پوششی.....
۲۵	مواد افیونی.....
۲۵	علائم بالینی ترک مواد افیونی.....
۲۶	خصوصیات بالینی.....
۲۶	اثرات نامطلوب.....
۲۷	درمان و بازپروری.....
۲۷	ترک نظارت شده و سم زدایی.....
۲۷	داروهای شبه افیونی برای ترک مواد افیونی.....
۲۷	روان درمانی.....
۲۸	جوامع درمانی.....

۲۸	آموزش و تعویض سوزن.....
۲۹	معتادان گمنام.....
۲۹	درمان سوء مصرف مواد در ایران.....
۳۱	نگاهی اجمالی به درمان شناختی- رفتاری در اعتیاد.....
۳۲	مؤلفه‌های اصلی درمان شناختی- رفتاری.....
۳۲	تحلیل کارکردی.....
۳۲	مهارت‌آموزی.....
۳۴	تکالیف اساسی.....
۳۵	طول مدت درمان.....
۳۶	قاعده ۲۰/۲۰/۲۰.....
۳۶	اولین بخش جلسه درمان.....
۳۶	ارزیابی وضعیت بیمار.....
۳۷	آزمایش‌های ادرار.....
۳۹	مسأله‌گشایی.....
۴۰	بحث درباره تمرین‌های عملی.....
۴۱	دومین بخش جلسه درمان.....
۴۱	معرفی موضوع جلسه.....
۴۲	ربط دادن هر موضوع به نگرانی‌های جاری بیمار.....
۴۲	بررسی واکنش‌ها.....
۴۴	سومین و آخرین بخش جلسه درمان.....
۴۴	تعیین یک تمرین عملی.....
۴۵	پیش‌بینی موقعیت‌های خطرآفرین.....
۴۶	موضوعات.....
۴۷	تئوری زیستی- اجتماعی اختلال شخصیت مرزی.....
۴۸	نظریه دیالکتیک.....
۵۰	کارکرد ها و سبک های درمانی.....
۵۰	مراحل درمان.....
	منطق استفاده از رفتاردرمانی دیالکتیکی برای درمان افراد مبتلا به اختلال
۵۲	شخصیت مرزی و سوء مصرف مواد.....
۵۵	فرضیه خود درمانی.....
۵۶	مهارت های هسته ای ذهن آگاهی.....
۵۸	مهارت های "چه" ذهن آگاهی.....
۶۰	مهارت های "چگونگی" ذهن آگاهی.....

۶۲	تکلیف بیرون از جلسه.....
۶۲	ارتقای پذیرش از طریق مهارت های مبتنی بر ذهن آگاهی و مکانیزم تغییر آن.....
۶۳	مهارت های تاثیرگذاری بین فردی.....
۶۴	مهارت های تعدیل هیجانی.....
۶۶	شناسایی و برجسب گذاری بر روی هیجان ها.....
۶۷	کاهش آسیب پذیری نسبت به "ذهن هیجانی".....
۶۷	افزایش رویدادهای هیجانی مثبت.....
۶۸	افزایش حضور ذهن نسبت به هیجان های جاری.....
۶۸	انجام عمل متضاد.....
۶۹	به کارگیری تکنیک های تحمل آشفتگی.....
۶۹	مهارت های تحمل آشفتگی.....
۷۵	اعتباریابی و مکانیزم اثربخشی احتمالی آن.....
۷۶	مقایسه رفتاردرمانی دیالکتیکی با سایر رویکرد ها در حوزه مصرف مواد.....
۸۱	سوابق پژوهشی.....
۸۱	سوابق پژوهشی در ایران.....
۸۲	پیشینه پژوهشی در خارج از کشور.....
۸۷	فصل سوم: مواد و روش ها.....
۸۷	طرح کلی پژوهش.....
۸۸	جامعه آماری.....
۸۸	نمونه و روش نمونه گیری.....
۸۸	ملاک های ورود آزمودنی ها به پژوهش.....
۸۸	ملاک های خروج آزمودنی ها از پژوهش.....
۸۹	روش انجام پژوهش.....
۹۰	شاخص درمان افیون ها.....
۹۱	اجرای OTI.....
۹۱	پیشنهادات عمومی.....
۹۲	بخش اول : اطلاعات جمعیت شناختی و پیشینه درمانی.....
۹۲	بخش دوم: استفاده از مواد.....
۹۴	بخش سوم: رفتارهای پر خطر جنسی و تزریقی.....
۹۶	بخش چهارم: عملکرد اجتماعی.....
۹۶	بخش پنجم: بزهکاری.....
۹۷	بخش ششم: تندرستی.....
۹۸	بخش هفتم: انطباق روانشناختی.....

۹۸	..... پایایی و روایی OTI
۹۹	..... پایایی و روایی در ایران
۱۰۰	..... مقیاس تحمل آشفتگی
۱۰۰	..... مقیاس دشواری در تنظیم هیجان
۱۰۱	..... روش تجزیه و تحلیل داده ها
۱۰۳	..... فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها
۱۰۴	..... ویژگی های جمعیت شناختی
۱۰۷	..... تحلیل فرضیات پژوهش
۱۳۵	..... فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری
۱۳۶	..... خلاصه ای بر فصل گذشته
۱۳۷	..... بحث
۱۴۸	..... محدودیت ها
۱۴۹	..... پیشنهاد ها

فهرست جداول

- جدول ۱-۲- مقایسه رویکردهای مختلف در زمینه درمان اعتیاد ۷۹
- جدول ۱-۳- دیاگرام طرح پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون ۸۷
- جدول ۲-۳- کمیت و میزان مصرف معادل با نمره های Q ۹۳
- جدول ۳-۳: میزان همبستگی بین زیرمقیاس های شاخص شدت اعتیاد و شاخص درمان افیون ها ۹۹
- جدول ۱-۴- توزیع فراوانی آزمودنی های پژوهش، نمره خن دو و سطح معنی داری بر حسب گروه، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلات، شغل و وضعیت سکونت ۱۰۵
- جدول ۲-۴- توزیع فراوانی آزمودنی های پژوهش در سه گروه مورد بررسی بر حسب نوع ماده مصرفی، روش مصرف و سابقه مصرف در خانواده ۱۰۶
- جدول ۳-۴- میزان عود در گروه های رفتاردرمانی دیالکتیک (N=۱۳)، رفتاردرمانی شناختی (N=۱۳) و نالترکسون ۱۰۷
- جدول ۴-۴- میزان مصرف نالترکسون در سه گروه مورد بررسی ۱۰۸
- جدول ۵-۴- آزمون لوین برای آزمون برابری واریانس نمرات تحمل آشفتگی ۱۰۹
- جدول ۶-۴- تحلیل کوواریانس برای کنترل اثر نمرات پیش آزمون تحمل آشفتگی ۱۰۹
- جدول ۷-۴- خلاصه نتایج آزمون بونفرونی در ارتباط با تفاوت نمره های پیش آزمون - پس آزمون نمره تحمل آشفتگی گروه های رفتاردرمانی دیالکتیک (N=۱۳)، رفتاردرمانی شناختی (N=۱۳) و نالترکسون (N=۱۲) ۱۱۰
- جدول ۸-۴- آزمون لوین برای آزمون برابری واریانس نمرات پیش آزمون - پس آزمون تنظیم هیجانی ۱۱۱
- جدول ۹-۴- تحلیل کوواریانس برای کنترل اثر نمرات پیش آزمون تنظیم هیجانی ۱۱۱
- جدول ۱۰-۴- خلاصه نتایج آزمون بونفرونی در ارتباط با تفاوت نمره های پیش آزمون - پس آزمون نمره تنظیم هیجانی گروه های رفتاردرمانی دیالکتیک (N=۱۳)، رفتاردرمانی شناختی (N=۱۳) و نالترکسون (N=۱۲) ۱۱۲
- جدول ۱۱-۴- آزمون لوین برای آزمون برابری واریانس نمرات پیش آزمون - پس آزمون شاخص های درمان مواد افیونی ۱۱۲
- جدول ۱۲-۴- تحلیل کوواریانس برای کنترل اثر نمرات پیش آزمون شاخص درمان مواد افیونی ۱۱۳
- جدول ۱۳-۴- خلاصه نتایج آزمون بونفرونی در ارتباط با تفاوت نمره های پیش آزمون - پس آزمون نمره شاخص درمان مواد افیونی گروه های رفتاردرمانی دیالکتیک (N=۱۳)، رفتاردرمانی شناختی (N=۱۳) و نالترکسون (N=۱۲) ۱۱۳
- جدول ۱۳-۴- خلاصه نتایج آزمون بونفرونی در ارتباط با تفاوت نمره های پیش آزمون - پس آزمون نمره شاخص درمان مواد افیونی گروه های رفتاردرمانی دیالکتیک (N=۱۳)، رفتاردرمانی شناختی (N=۱۳) و نالترکسون (N=۱۲) ۱۱۴
- جدول ۱۴-۴- آزمون لوین برای آزمون برابری واریانس نمرات پیش آزمون - پس آزمون کاهش مصرف مواد افیونی ۱۱۵
- جدول ۱۵-۴- تحلیل کوواریانس برای کنترل اثر نمرات پیش آزمون کاهش مصرف مواد افیونی ۱۱۶
- جدول ۱۶-۴- خلاصه نتایج آزمون بونفرونی در ارتباط با تفاوت نمره های پیش آزمون - پس آزمون نمره کاهش مصرف مواد افیونی گروه های رفتاردرمانی دیالکتیک (N=۱۳)، رفتاردرمانی شناختی (N=۱۳) و نالترکسون (N=۱۲) ۱۱۶
- جدول ۱۷-۴- آزمون لوین برای آزمون برابری واریانس نمرات پیش آزمون - پس آزمون ۱۱۷
- جدول ۱۸-۴- تحلیل کوواریانس برای کنترل اثر نمرات پیش آزمون رفتارهای پرخطر جنسی و تزریقی ۱۱۸
- جدول ۱۹-۴- خلاصه نتایج آزمون بونفرونی در ارتباط با تفاوت نمره های پیش آزمون - پس آزمون نمره رفتارهای پرخطر جنسی و تزریقی گروه های رفتاردرمانی دیالکتیک (N=۱۳)، رفتاردرمانی شناختی (N=۱۳) و نالترکسون (N=۱۲) ۱۱۸
- جدول ۲۰-۴- آزمون لوین برای آزمون برابری واریانس نمرات پیش آزمون - پس آزمون رفتار ۱۱۹
- جدول ۲۱-۴- تحلیل کوواریانس برای کنترل اثر نمرات پیش آزمون رفتارهای پرخطر جنسی و تزریقی ۱۲۰
- جدول ۲۲-۴- خلاصه نتایج آزمون بونفرونی در ارتباط با تفاوت نمره های پیش آزمون - پس آزمون نمره رفتارهای بزهکارانه گروه های رفتاردرمانی دیالکتیک (N=۱۳)، رفتاردرمانی شناختی (N=۱۳) و نالترکسون (N=۱۲) ۱۲۰

- جدول ۲۳-۴- آزمون لوین برای آزمون برابری واریانس نمرات پیش آزمون- پس آزمون..... ۱۲۱
- جدول ۲۴-۴- تحلیل کوواریانس برای کنترل اثر نمرات پیش آزمون کارکرد اجتماعی ۱۲۲
- جدول ۲۵-۴- خلاصه نتایج آزمون بونفرونی در ارتباط با تفاوت نمره های پیش آزمون- پس آزمون نمره کارکرد اجتماعی گروه های رفتاردرمانی دیالکتیک (N=۱۳)، رفتاردرمانی شناختی (N=۱۳) و نالترکسون (N=۱۲)..... ۱۲۲
- جدول ۲۶-۴- آزمون لوین برای آزمون برابری واریانس نمرات پیش آزمون- پس آزمون..... ۱۲۳
- جدول ۲۷-۴- تحلیل کوواریانس برای کنترل اثر نمرات پیش آزمون تندرستی..... ۱۲۴
- جدول ۲۸-۴- خلاصه نتایج آزمون بونفرونی در ارتباط با تفاوت نمره های پیش آزمون- پس آزمون نمره تندرستی گروه های رفتاردرمانی دیالکتیک (N=۱۳)، رفتاردرمانی شناختی (N=۱۳) و نالترکسون (N=۱۲)..... ۱۲۴
- جدول ۲۹-۴- آزمون لوین برای آزمون برابری واریانس نمرات پیش آزمون- پس آزمون..... ۱۲۵
- جدول ۳۰-۴- تحلیل کوواریانس برای کنترل اثر نمرات پیش آزمون علائم جسمانی..... ۱۲۶
- جدول ۳۱-۴- خلاصه نتایج آزمون بونفرونی در ارتباط با تفاوت نمره های پیش آزمون- پس آزمون نمره علائم جسمانی گروه های رفتاردرمانی دیالکتیک (N=۱۳)، رفتاردرمانی شناختی (N=۱۳) و نالترکسون (N=۱۲)..... ۱۲۶
- جدول ۳۲-۴- آزمون لوین برای آزمون برابری واریانس نمرات پیش آزمون- پس آزمون..... ۱۲۷
- جدول ۳۳-۴- تحلیل کوواریانس برای کنترل اثر نمرات پیش آزمون اضطراب..... ۱۲۸
- جدول ۳۴-۴- خلاصه نتایج آزمون بونفرونی در ارتباط با تفاوت نمره های پیش آزمون- پس آزمون نمره اضطراب گروه های رفتاردرمانی دیالکتیک (N=۱۳)، رفتاردرمانی شناختی (N=۱۳) و نالترکسون (N=۱۲)..... ۱۲۸
- جدول ۳۵-۴- آزمون لوین برای آزمون برابری واریانس نمرات پیش آزمون- پس آزمون..... ۱۲۹
- جدول ۳۶-۴- تحلیل کوواریانس برای کنترل اثر نمرات پیش آزمون اختلال درکارکرد اجتماعی..... ۱۳۰
- جدول ۳۷-۴- خلاصه نتایج آزمون بونفرونی در ارتباط با تفاوت نمره های پیش آزمون- پس آزمون نمره اختلال درکارکرد اجتماعی گروه های رفتاردرمانی دیالکتیک (N=۱۳)، رفتاردرمانی شناختی (N=۱۳) و نالترکسون..... ۱۳۰
- جدول ۳۸-۴- آزمون لوین برای آزمون برابری واریانس نمرات پیش آزمون- پس آزمون..... ۱۳۱
- جدول ۳۹-۴- تحلیل کوواریانس برای کنترل اثر نمرات پیش آزمون افسردگی..... ۱۳۲
- جدول ۴۰-۴- خلاصه نتایج آزمون بونفرونی در ارتباط با تفاوت نمره های پیش آزمون- پس آزمون نمره افسردگی گروه های رفتاردرمانی دیالکتیک (N=۱۳)، رفتاردرمانی شناختی (N=۱۳) و نالترکسون (N=۱۲)..... ۱۳۲

فهرست نمودارها

- نمودار ۱-۴: تغییر نمرات تحمل آشفتگی پیش‌آزمون و پس‌آزمون سه گروه ۱۱۰
- نمودار ۲-۴: تغییر نمرات تنظیم هیجانی پیش‌آزمون و پس‌آزمون سه گروه ۱۱۲
- نمودار ۳-۴: تغییر نمرات شاخص درمان مواد افیونی پیش‌آزمون و پس‌آزمون سه گروه ۱۱۴
- نمودار ۴-۴: تغییر نمرات مصرف مواد افیونی پیش‌آزمون و پس‌آزمون سه گروه ۱۱۷
- نمودار ۵-۴: تغییر نمرات رفتارهای پرخطر جنسی و تزریقی پیش‌آزمون و پس‌آزمون سه گروه ۱۱۹
- نمودار ۶-۴: تغییر نمرات رفتارهای بزهکارانه پیش‌آزمون و پس‌آزمون سه گروه ۱۲۱
- نمودار ۷-۴: تغییر نمرات کارکرد اجتماعی پیش‌آزمون و پس‌آزمون سه گروه ۱۲۳
- نمودار ۸-۴: تغییر نمرات تندرستی پیش‌آزمون و پس‌آزمون سه گروه ۱۲۵
- نمودار ۹-۴: تغییر نمرات علائم جسمانی پیش‌آزمون و پس‌آزمون سه گروه ۱۲۷
- نمودار ۱۰-۴: تغییر نمرات اضطراب پیش‌آزمون و پس‌آزمون سه گروه ۱۲۹
- نمودار ۱۱-۴: تغییر نمرات اختلال درکارکرد اجتماعی پیش‌آزمون و پس‌آزمون سه گروه ۱۳۱
- نمودار ۱۲-۴: تغییر نمرات افسردگی پیش‌آزمون و پس‌آزمون سه گروه ۱۳۳

فصل اول

کلیات تحقیق

مقدمه:

در بررسی تاریخ، بشری را نمی توان یافت که با مسائل مربوط به مواد مخدر دست به گریبان نبوده است. شاید بتوان گفت مواد مخدر همراه با بشر در این جهان یافت شده است و تا زمانی که انسان در این عرصه وجود دارد، پا بر جا خواهند بود، و اثرات آنها همواره در سرنوشت ملت ها و اقوام قابل شناسایی است. امروزه اعتیاد پا از مرزهای بهداشتی - روانی فراتر نهاده و به یک معضل اجتماعی تبدیل شده است. در کشور ما علاوه بر عوامل متعدد اجتماعی، فرهنگی، و بعضا تاریخی دخیل در این پدیده شوم، قرار گرفتن بر سر راه مهم ترین مسیر جهانی ترافیک قاچاق مواد مخدر، باعث شده است که یکی از قربانیان اصلی سوء مصرف مواد در دنیا به شمار برویم. شیوه ها و سیاست های اعمال شده که با صرف هزینه های انسانی و مالی همراه بوده است، دست آورد مطلوبی نداشته است. لذا به نظر می رسد باید سعی بیشتری در جهت شناخت علمی این موضوع مبذول داشت. تجربه مراکز درمانی و نیز منابع معتبر علمی قابل اعتماد میزان عود اعتیاد در یک سال پس از سم زدایی را بالاتر از ۹۰٪ نشان می دهد (وزیران و مستشاری، ۱۳۸۱).

بیان مسئله:

مفهوم وابستگی به مواد در طی چند دهه گذشته معانی رسمی بسیار و معانی معمول فراوان داشته است. امروزه وابستگی به مواد به نوعی الگوی ناسازگارانه مصرف مواد اطلاق می گردد که با مجموعه ای از

نشانه های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی ظرف دوره ۱۲ ماهه آشکار می شود که مصرف مداوم مواد آن را ایجاد می کند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷).

طیف کامل روش های روان درمانی برای درمان اختلالات وابستگی به مواد به کار گرفته شده است. روان درمانی فردی، رفتار درمانی، درمان شناختی- رفتاری، روان درمانی خانوادگی، گروه های حمایتی (نظیر معتادین گمنام) و آموزش مهارت های اجتماعی برای بیماران که مهارت های اندکی برای زندگی در جامعه دارند، برای درمان این افراد به کار گرفته شده اند.

اگر چه در باب علل و علت شناسی این اختلال بحث و جدل زیادی وجود دارد، لیکن فرض خود درمانی^۱ (SMH) توضیحی مبسوط درباره علل روی آوری به این اختلال ارائه می دهد. این نظریه برای یکی از بزرگترین مسائل بهداشتی عمومی و پزشکی معنایی روانشناسی قائل می شود (خانتزیان^۲، ۱۹۹۷).

خانتزیان (۱۹۹۷) این نظریه را حدود دو دهه پیش مطرح نمود. وی بر این باور بود که این نظریه چشم انداز مفیدی فراهم می آورد که به کمک آن می توان عوامل قدرتمند هیجانی و دردنی که وابستگی فرد به الکل و دیگر مواد اعتیادآور را توجیه می کند، درک نمود. هدف از این فرضیه نادیده انگاشتن نقش عوامل فرهنگی، اجتماعی و زیستی- ژنتیکی نمی باشد، بلکه کمکی برای نظریه های دیگر به شمار می رود. مزیت اساسی SMH این است که ابعاد روانشناسانه و هیجانی اعتیاد را مورد رسیدگی قرار می دهد، چیزی که در اکثر بررسی های بالینی و علمی نادیده انگاشته شده است (خانتزیان، ۱۹۹۷).

خانتزیان (۱۹۹۷) در مدل SMH به نقایص موجود در ایگوی این افراد و ناتوانایی آنها برای تحمل عواطف اشاره می کند. وی اشاره می کند که این افراد با مصرف ماده ترجیحی شان تسکین می یابند و حالات عاطفی شان برای آنها قابل تحمل تر می گردد. اکثر وابستگان به مواد افیونی در پاسخ به این سؤال که هنگامی برای اولین بار مواد را مصرف کردید چه احساسی داشتید، علاوه بر اذعان به احساس آرامش عمومی و بهبود سطح عاطفی شان، اشاره کردند که افیون ها عاطفه شدید پرخاشگرانه آنها را

¹ - Self-Medication Hypothesis

² - Khantzian

تقلیل دادند. به نظر می رسد، همین اثر "خود درمانی" افیون ها نیز دلیل و بهانه مناسبی برای ادامه مصرف دارو و یا عود می باشد(خانتزیان، ۱۹۹۷).

بر طبق SMH، مشکل افراد دارای وابستگی به مواد فراتر از عدم تحمل آشفتگی حاصل از عواطف آنهاست. شیوه طبیعی رشد عواطف به این صورت است که عواطف به تدریج از حالت تمایز نیافته جسمانی و غیر کلامی به صورت تمایز یافته (مثلا می توان میان احساسات اضطراب و افسردگی تمایز قائل شد) در می آید، بعدی غیر جسمانی اتخاذ می کنند و می توان آنها را به کمک کلمات توصیف کرد (کریستال^۱ و راسکین^۲، ۱۹۷۰؛ کریستال، ۱۹۷۸، ۱۹۸۲، ۱۹۸۸). افراد دارای وابستگی به مواد در این روند رشدی متوقف می شوند و یا پس رفت می کنند (کریستال و راسکین، ۱۹۷۰، ۱۹۹۳؛ کریستال، ۱۹۷۸، ۱۹۸۲، ۱۹۸۸). کریستال مکررا ناتوانایی این افراد برای گزارش احساساتشان در قالب کلمات را مورد تاکید قرار می دهد، حالتی که در متون روانشناسی از آن تحت عنوان "آلکسی تایمی" یاد می شود. ورسمر^۳(1996، به نقل از خانتزیان، ۱۹۹۷) به "نقایص در دفاع هیجانی" این افراد استناد نموده است، و به توصیف این پرداخته که چطور این افراد گاهی تحت تاثیر رنجش ناشی از شرم و خشم شدیدشان از پای در می آیند و چطور گاهی از اوقات عاری از هر گونه هیجان می باشند. در برخی مطالعات نیز اشاره شده است که هیجانات این بیماران بین هیجانات شدید خشم و رنجش و احساسات مبهم افسردگی و ناراحتی در تغییر و تناوب است (خانتزیان و ویلسون^۴، ۱۹۹۳؛ خانتزیان، ۱۹۹۳). بنابراین به نظر می رسد عدم شناسایی هیجانات، اختلال در تنظیم هیجانی و تحمل آشفتگی از قابل توجه ترین علل روی آوری، حفظ و عود وابستگی به مواد مخدر می باشد. این گزینه ها درست همان مواردی است که در مهارت آموزی رفتار درمانی دیالکتیکی^۵(رفتار درمانی دیالکتیکی) آموزش داده می شود. علاوه بر این، در این درمان علی رغم تاکید بر تغییر مراجع، عود بیمار نیز مورد تأیید قرار می گیرد

¹ - Krystal

² - Raskin

³ - Wersmer

⁴ - Willson

⁵ - Dialectical Behavioral Therapy

و مانع از آن می گردد که احساسات و هیجانات منفی حاصل از این شرایط بیمار را مستاصل نماید (لینهان^۱ و دیمف^۲، ۲۰۰۸).

رفتار درمانی دیالکتیکی نوعی از درمان شناختی-درمانی است که توسط لینهان برای درمان افرادی که دارای رانه های خودکشی گرای مزمن می باشند، تدوین شد (لینهان، ۱۹۹۳؛ لینهان، ۲۰۰۰؛ لینهان و دیمف، ۲۰۰۸). فرض بنیادی لینهان (۱۹۹۳) در تدوین برنامه رفتاردرمانی دیالکتیکی این بود که افرادی دارای رانه های خودکشی گرایی، فاقد مهارت های مورد نیاز برای حل مساله خویش می باشند و همین عامل نیز باعث درد و رنج های عمیق این بیماران و مشکلات آنها در ایجاد زندگی ارزشمند می باشد. از نظر لینهان، تاکید تنها بر روی تغییرات رفتاری خیلی سریع کارساز نمی باشد، خیلی از بیماران در پاسخ به انتقاد و تغییر سریعاً موضع می گیرند و به طرق مختلف به آن پاسخ می دهند. مثلاً بیمار ممکن است هیجان ناشی از انتقاد را بازداری کند، و یا این که در ابراز آن اغراق نماید، گاهی از اوقات برخی از بیماران جلسه درمان را ترک می کنند و یا حتی به سوی درمان گر حمله می کنند. از سویی دیگر اگر درمان گر، بیمار را تشویق به پذیرش شرایط موجود و تحمل آن نماید و متمایل به تغییر بیمار نباشد، بیمار ممکن است تصور کند درمان گر وی را در انبوهی از مشکلات رها نموده است. به طور خلاصه، بیماران تاکید تنها روی تغییر و یا پذیرش را بی اعتبار نمودن نیازها و تجاربشان تصور می کنند. برای رهایی از این تنگنا، رفتاردرمانی دیالکتیکی اصولی دارد که پذیرش و تغییر را در هم می آمیزد، یعنی درمان بین تمایل برای فرونشاندن تجارب دردناک با تلاش برای پذیرش درد غیر قابل اجتناب توازن برقرار می کند. بدون این تلفیق و توازن، مشکلات بیمار روی هم انباشته می شود و در نهایت هم بیمار و هم درمان گر را از پای در می آورد. بنابراین هدف اصلی این درمان، کمک به بیمار برای تغییر یک سری از مسائل و تحمل-حداقل تا حدی- درد ناشی از مسائل و مشکلات دیگر است (لینهان، الف، ۱۹۹۳، ب).

^۱ - Linehan

^۲ - Dimeff

فصل اول: کلیات تحقیق

رفتاردرمانی دیالکتیکی مشتمل بر چهار بخش درمانی؛ درمان انفرادی، گروه درمانی، جلسه گروهی درمانگران و مشاوره تلفنی؛ می باشد. در بخش مهارت آموزی به چهار مهارت تحمل آشفتگی^۱، تنظیم هیجانی^۲، اثرگذاری بین فردی^۳ و همچنین مهارت ذهن آگاهی پایه^۴ پرداخته می شود.

تا به امروز، رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان شماری از مشکلات رفتاری به کار گرفته شده است. به کارگیری درمان در اقدام به خودکشی و رفتارهای خودجراحی(لینهان، آرمسترانگ^۵، سوزز^۶، آلمون^۷ و هیرد^۸، ۱۹۹۱؛ لینهان، هیرد و آرمسترانگ، ۱۹۹۳؛ کونز^۹ و رابینز، توید^{۱۰}، لینچ^{۱۱}، کنزائز^{۱۲}، مورس^{۱۳}، بیشاپ^{۱۴}، باترفیلد^{۱۵}، باستیان^{۱۶}، ۲۰۰۱؛ ورهئول^{۱۷}، ون دن بوچ^{۱۸}، کوئتر^{۱۹}، دریدر^{۲۰}، استینن^{۲۱}، ون دن بریک^{۲۲}، ۲۰۰۳)، سوء مصرف مواد(لینهان، دیمف^{۲۳}، رینولدز^{۲۴}، کمتویز^{۲۵}، ولچ^{۲۶}، هیگرتی^{۲۷}، کیولاهان^{۲۸}، ۲۰۰۰؛ دیمف، ریزوی^{۲۹}، بروان^{۳۰}، لینهان، ۲۰۰۰)، پراشتهایی روانی(سافر^{۳۱}، تلچ^{۳۲} و آگراس^{۳۳}، ۲۰۰۱)، اختلال پرخوری(تلچ، آگراس و لینهان، ۲۰۰۱)؛ حاکی از کارآمدی این درمان می باشد.

- 1 - Distress Tolerance
- 2 - Emotional Regulation
- 3 - Interpersonal Effectiveness
- 4 - Core Mindfulness
- 5 - Armstrong
- 6 - Suarez
- 7 - Allmon
- 8 - Heard
- 9 - Koons
- 10 - Tweed
- 11 - Lynch
- 12 - Gonzaez
- 13 - Morse
- 14 - Bishop
- 15 - Butterfield
- 16 - Bastian
- 17 - Verheual
- 18 - van den Bosch
- 19 - Koeter
- 20 - de Ridder
- 21 - Stingnen
- 22 - van den Brink
- 23 - Dimeff
- 24 - Reynolds
- 25 - Comtois
- 26 - Welch
- 27 - Heagerty
- 28 - Kivlahan
- 29 - Rizvey
- 30 - Brown
- 31 - Safer
- 32 - Telch
- 33 - Agras

فصل اول: کلیات تحقیق

در هنگام اقدام به پرهیز از مواد، دیالکتیک رفتاردرمانی دیالکتیکی به این صورت قابل توجه است که علی رغم تلاش برای ترک سریع و همیشگی مواد (یعنی تغییر)، مراجع بایستی همواره به خود این گونه تلقین کند که عود به معنای عدم موفقیت بیمار در دسترسی به نتایج مدنظرش نمی باشد. رویکرد دیالکتیکی اصرار به پرهیز کلی از مواد را با پاسخ بی طرفانه و مسئله مدار به عود در هم می آمیزد.

بنابراین با تلفیق فرضیه خود درمانی با مهارت آموزی دیالکتیکی می توان گفت، بنا بر فرضیه خوددرمانی این افراد قادر به بازشناسی هیجانانگشان نمی باشند، اختلال در تنظیم هیجانی و تحمل آشفتگی دارند. برای بهبود توانایی بازشناسی هیجانی این افراد از بخش مهارت های ذهن آگاهی، که از جمله مهارت های پذیرش می باشد، استفاده می شود. از سویی دیگر برای بهبود تنظیم هیجانی، تحمل آشفتگی این افراد بخش های تنظیم هیجانی، تحمل آشفتگی و اثرگذاری بین فردی که از جمله مهارتهای تغییر-محور می باشند، آموزش داده می شوند. با به کارگیری این شیوه هم توازن تغییر-پذیرش درمان رعایت می شود و هم همه جوانب مورد نظر نظریه خود-درمانی مورد هدف قرار می گیرند.

اشکال کار در این است که لینهان معتقد است که آنچه سبب اثربخشی درمان می گردد، جامعیت آن است و نمی توان فقط با به کارگیری یکی از چهار سبک درمانی (انفرادی، گروهی، گروه مشاوره درمانگر و مشاوره تلفنی) به اثربخشی درمان امیدوار بود (لینهان و دیمف، ۲۰۰۸). لیکن این درمان بسیار وقت گیر و طولانی است و اندیشیدن برای نوعی درمان کوتاه و کارآمد لازم و ضروری می نماید. بسیاری از محققان با اتکا به کارهای بالینی شان و نه پژوهش های کنترل شده معتقدند مهارت آموزی رفتار درمانی دیالکتیکی به تنهایی برای این جمعیت درمان مناسبی است. ساکлер^۱ (۲۰۰۸) گزارش می کند "علی رغم این که لینهان و دیمف (۲۰۰۸) معتقدند که به کارگیری بخشی از برنامه رفتاردرمانی دیالکتیکی (از قبیل، گروه درمانی) چندان موثر نیست، لیکن من با این نتیجه مخالفم. بر اساس تجارب حاصل از کارهای بالینی ام در کلینیک ها و مراکز پژوهشی مرتبط با سوءمصرف مواد معتقدم که برخی از تکنیک های این رویکرد درمانی جدای از کاربرد کل مدل رفتاردرمانی دیالکتیکی موثر و کارساز بوده است."

¹ - Sackler

گلانسر-ادوارد^۱ نیز در ضمیمه مقاله لینهان و دیمف (۲۰۰۸) می نویسد که نتیجه پژوهش لینهان در زمینه عدم کارآمدی گروه درمانی در درمان بیماران رفتاردرمانی دیالکتیکی خودکشی گرا (لینهان، الف ۱۹۹۳) چندان دور از انتظار نبود، لیکن شاید لزومی نداشته باشد که در درمان افراد با رانه های خودکشی گرای کمتر و یا جمعیت های مبتلا به سوء مصرف مواد که جزء اختلالات روانپزشکی با شدت کمتر می باشد، نیز کل مدل رفتاردرمانی دیالکتیکی اجرا گردد. گاوریل^۲ (۲۰۰۸) نیز در ضمیمه همان مقاله می افزاید که علی رغم این که امکان فراهم سازی گروه های مهارت آموزی فشرده لینهان در مراکز بالینی آنها وجود دارد، لیکن اجرای کل برنامه رفتاردرمانی دیالکتیکی فقط برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی امکان پذیر می باشد. بنابراین لازم است در زمینه کارآمدی گروه درمانی رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان افراد دارای وابستگی به مواد پژوهش هایی به عمل آید.

بر این اساس پژوهش حاضر بر این است تا مشخص سازد، آیا مهارت آموزی رفتاردرمانی دیالکتیکی که در اساس برای اختلال شخصیت مرزی تدوین شده است، سبب بهبود مهارت های تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی افراد دچار وابستگی به مواد می گردد یا نه؟ آیا این مهارت آموزی سبب کاهش وابستگی به مواد می شود یا خیر؟ آیا این مهارت آموزی از دارو درمانی صرف بهتر عمل می کند یا نه؟ آیا به کارگیری این روش از اثربخشی معادل یا بهتر از روش های شناخت درمانی برخوردار است؟ اگر این گونه باشد، می توان با یک درمان ۱۶ ساعته سبب بهبود یکی از عود کننده ترین اختلالات شویم.

اهمیت و ضرورت تحقیق:

اعتیاد به مواد مخدر، علاوه بر زیان های جدی و خطرناک جسمی از قبیل ابتلا به بیماری های عفونی واگیر دار، همچون ایدز، هپاتیت و سل عوارض و مشکلات عدیده اجتماعی و اقتصادی از قبیل افزایش جرم های مرتبط با مواد مخدر همچون جنایت، سرقت، فقر، تکدی گری و هدر رفتن سرمایه های کلان انسانی و مادی کشور را به دنبال داشته است (بنتین، سولویک و سورسون، ۱۹۹۳؛ به نقل از میرزازاده، حق دوست و دوست محمدی، ۱۳۸۵).

^۱ - Glasner-Edwards

^۲ - Gavriel