

رفتار درمانی دیالکتیکی و اختلال مصرف مواد: مروری نظری و پژوهشی

سارا مظفری^۱، سید جواد حسینی^۲، الهه سادات طباطبایی راد^۳

چکیده

اعتیاد یک بیماری روان پزشکی مزمن می باشد که در بسیاری از جوامع از جمله جامعه ایران در حال گسترش است. اعتیاد به مواد مخدر پدیده پیچیده ای است که ابعاد مختلف زندگی فرد از جمله ابعاد اجتماعی، اقتصادی، جسمی و روانی را تحت تأثیر قرار می دهد. از جمله پیامدهای روانی حاصل از اعتیاد می توان به اختلالات خلقی مثل افسردگی و اضطراب، پر خاشگری و اختلال در کنترل تکانه، فراموشی، توهم و هذیان ناشی از مواد صنعتی و... اشاره کرد. از آنجایی که پیامدهای ناشی از اعتیاد بخصوص پیامدهای روانی در زندگی فرد اختلال ایجاد می کند و با توجه به نقش عوامل روانی در وابستگی به مواد و تداوم اعتیاد، لازم است در کنار درمان های دارویی و زیستی از مداخلات روان شناختی نیز استفاده شود. یکی از درمان های روان شناختی به کار رفته در حوزه اعتیاد رفتار درمانی دیالکتیک می باشد. کاربرد رفتار درمانی دیالکتیکی با گذشت زمان توسعه یافته است و در حال حاضر برای درمان بسیاری از مشکلات مانند افسردگی، اضطراب، خشم، سوء مصرف مواد و اختلالات خوردن کاربرد دارد. این مقاله مروری بر کاربرد فنون رفتار درمانی دیالکتیکی است که به عنوان درمان مکمل در کنار سایر درمان ها تلقی می شود. بر اساس مبانی نظری و پژوهشی می توان گفت رفتار درمانی دیالکتیکی مداخله ای برای اختلالات مصرف مواد اثربخش است.

کلیدواژه ها: رفتار درمانی دیالکتیک، اختلال مصرف مواد

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. پست الکترونیک:

Mozaffarisara@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۳. کارشناس ارشد روان شناس بالینی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران

مقدمه

اعتیاد به موادمخدر، یکی از مسائل مهم در هر جامعه و از گسترده ترین عوامل خطرزا در سلامتی است که می توان آن را از منظر عوامل زیست شناختی، روان شناختی و اجتماعی بررسی کرد (کتیبایی، حمیدی، یاریان، قنبری و سید موسوی، ۱۳۸۹). مصرف مواد در کشور ما سابقه ای چند هزارساله دارد. با توجه به اولین احکام مربوط به ممنوعیت مصرف تریاک که به ۴۰۰ سال پیش بازمی گردد، روشن می شود که عوارض آن صدها سال است که توجه سیاستمداران را به خود جلب کرده است. عوارض متعدد بهداشتی، روان شناختی، اجتماعی و سیاسی اعتیاد سلامت اجتماع را از جهات گوناگون به خطر می اندازد (مشکی، خواجوی، هاشمی زاده، زارعی و بیدل، ۱۳۹۴). درصد بالایی از کسانی که موفق به ترک اعتیاد می شوند، بعد از مدتی مجدداً گرفتار شده و خسارات فزاینده ای را به امکانات جامعه وارد می سازند. بنابراین، ضرورت انجام پژوهش های پیگیر علمی به منظور شناخت علل و پیامدهای اعتیاد و همچنین راهکارهای پیشگیری از عود آن احساس می شود (هادیان مبارکه، نوری و ملک پور، ۱۳۹۰).

۱۱۲

سوءاستفاده از مواد، تغییرات سریع و معنی داری در رویدادهای شناختی، مانند احساسات، افکار و باورها به وجود می آورد. موادمخدر ممکن است رویدادهای شناختی را مستقیم یا غیرمستقیم با تغییر باورها و نگرش ها در مورد اجتناب از رویدادهای شناختی تحت تأثیر قرار دهد. این تغییرات ممکن است حاصل تقویت کننده های مثبت و منفی نیرومندی از مصرف موادمخدر باشد. بعلاوه استفاده از مواد نه تنها ممکن است باورها و انتظارات مثبتی را در مورد اثر موادمخدر به وجود آورد بلکه باعث به دست آوردن دانش و آگاهی درباره پیامدهای شناختی می شوند (طباطبایی چهر، ابراهیمی ثانی و مرتضوی، ۱۳۹۱).

اعتیاد به موادمخدر بسیاری از رفتارهای طبیعی و رایج موجود در سبک زندگی فرد معتاد را مختل می کند و در فرد هیچ تمایلی برای پرداختن به تفریحات سالم و فعالیت های طبیعی باقی نمی گذارد. به طوری که فرد از نظر روانی همواره درگیر تهیه و مصرف موادمخدر و یا سپری کردن دوره نشئگی پس از مصرف ماده مخدر است. در بسیاری از

موارد در زمینه تغییر رفتار، بیماران حالتی توأم با دوسوگرایی و تردید دارند. آنان خواهان تغییر هستند. ممکن است توانایی انجام آن را هم داشته باشند، دلایل و علل خوبی را برای تغییر برمی‌شمارند، می‌دانند به آن نیاز هم دارند و به هدف هم خواهند رسید، اما شروع درمان را تا ماه‌ها به تأخیر می‌اندازند و این جایی است که فکر بیمار متوقف می‌شود (قاسمی ارگنه، حیدری، قاسمی و فیروزآبادی، ۱۳۹۳). به نظر می‌رسد درمان‌های موج سوم شناختی-رفتاری با تأکید بر ذهن‌آگاهی و توجه بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، در بازتوانی افراد وابسته به موادمخدر مؤثر می‌باشد (خدایاری فرد، حجازی و حسینی نژاد، ۱۳۹۴). روان‌درمانی‌های موج سوم اصولاً نشأت گرفته از روان‌درمانی‌های شناختی-رفتاری هستند که موج اول آن با نظریه رفتارگرایی کلاسیک و درمان‌های مبتنی بر مطالعات آزمایشگاهی رفتار و یادگیری ایجاد شد. موج دوم بر فرایندهای شناختی و نقش فرایندهای شناختی در پدیدآیی و درمان اختلالات روان‌شناختی تأکید دارند و از ترکیب این دو موج مجموعه‌ای از درمان‌ها تحت عنوان درمان‌های شناختی-رفتاری ایجاد شده‌اند. موج سوم نیز تلفیق سنت‌های معنوی شرقی، از جمله فنون مراقبه، تفکر نظاره‌ای با رفتاردرمانی-شناختی سنتی است که از این تلفیق به عنوان موج سوم روان‌درمانی یاد می‌شود (سهرابی، ۱۳۹۴). تحقیقات نشان می‌دهد که رفتاردرمانی دیالکتیک ممکن است جایگاه مهمی در درمان امروزی اختلالات مصرف مواد داشته باشد. برخی مراکز درمانی درمان‌های سرپایی برای مصرف مواد شروع به استفاده از مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک برای سوءمصرف مواد کردند. مهارت‌های آموزش داده شده در رفتاردرمانی دیالکتیک برای مسائلی مانند عود، همچنین مهارت‌های شناسایی محرک‌ها، کنترل میل و مدیریت احساسات خسته‌کننده استفاده می‌شوند. مهارت‌های آموزش داده شده در رفتاردرمانی دیالکتیک به نظر می‌رسد برای حمایت از بنیان‌های درمان سوءمصرف مواد، انگیزه برای تغییر، انگیزه برای ادامه درمان و ذهن‌آگاهی در موقعیت‌های پرخطر مورد نیاز باشد. علاوه بر این، رفتاردرمانی دیالکتیک روی رفتارهای ناسازگار فرد مانند سوءمصرف مواد، به‌عنوان یک عمل برای تنظیم یا از بین بردن احساسات خسته‌کننده یا ناخواسته در

طول زمان آشفتگی تمرکز می‌کند (کریچنر^۱، ۲۰۱۴). هدف از مطالعه‌ی حاضر بررسی پژوهش‌های انجام گرفته در خصوص درمان‌های موج سوم و سوء مصرف مواد و اعتیاد بود. در ادامه به تشریح درمان‌های موج سوم و پژوهش‌های انجام گرفته در این زمینه پرداخته می‌شود.

درمان‌های موج سوم

تحول رفتار درمانی در سه مرحله صورت گرفته است. رفتار درمانی نسل اول که بر مطالعه‌ی رفتار آشکار تأکید داشت و تا سال ۱۹۵۰ بر روان‌شناسی حاکم بود. درمانگران پیرو این نوع رفتار درمانی فنون شرطی‌سازی، آرمیدگی، مواجهه، تقویت و تنبیه را به کار می‌گرفتند. در اواسط دهه‌ی ۱۹۵۰ با تأکید بندورا بر مشاهده، معرفی باورهای غیرمنطقی توسط الیس و مدل شناختی بک از افسردگی، راه برای توجه به مؤلفه‌ی شناختی و ادغام آن در رفتار درمانی باز شد. به این ترتیب نسل دومی از رفتار درمانی پدید آمد که علاوه بر به کارگیری فنون رفتاری، بر مهارت‌هایی مانند بازسازی شناختی و آموزش مهارت‌های زندگی نیز تأکید داشت. سومین نسل از درمان‌های رفتاری در دهه‌ی ۱۹۹۰ پدید آمد که بر پذیرش توأم با تغییر و ذهن آگاهی تأکید داشت. در این نوع رفتار درمانی که موج سوم نامیده می‌شود، نه تنها از راهبردهای رفتاری و شناختی استفاده می‌شود، بلکه از بیماران خواسته می‌شود که درد و رنج را به عنوان بخش غیرقابل اجتناب زندگی بپذیرند و بدانند تغییر بدون پذیرش امکان‌پذیر نیست. بهره‌گیری از ذهن آگاهی و کمک به بیماران برای یافتن ارزش‌های نوین و اهداف جدید، راه را برای تغییر سازنده هموار می‌کند و این چیزی است که رفتار درمان‌گران موج سوم بر آن تأکید دارند (قهاری، ۱۳۹۳). روان‌درمانی‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی به عنوان درمان‌های موج سوم شناختی-رفتاری تعریف می‌شود. روان‌درمانی‌های موج سوم که دارای پشتوانه تجربی هستند شامل درمان پذیرش و تعهد^۲ (ACT)، رفتار درمانی دیالکتیکی^۳ (DBT)، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۴

1. Kirchner

2. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

3. Dialectic Behavior Therapy (DBT)

4. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)

(MBCT)، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی^۱ (MBSR)، فعال‌سازی رفتاری^۲ (BA)، روان‌درمانی تحلیل تابعی^۳ (FAP)، زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی^۴ (IBCT)، سیستم تحلیل رفتاری-شناختی^۵ (CBASP) و طرح‌واره‌درمانی^۶ (ST) است (به نقل از سهرابی، ۱۳۹۴).

رفتاردرمانی دیالکتیکی

رفتاردرمانی دیالکتیکی یک برنامه‌ی آموزشی برای مهارت‌ها است که توسط دکتر لینهان به منظور درمان اختلال شخصیت مرزی ارائه شده است. کاربرد رفتاردرمانی دیالکتیکی باگذشت زمان توسعه یافته است و محدود به اختلال شخصیت مرزی نمی‌شود و در حال حاضر برای درمان بسیاری از مشکلات مانند افسردگی، اضطراب، خشم، سوء‌مصرف مواد و اختلالات خوردن کاربرد دارد (گوردن شیتز، ترجمه ایزدی و غیائی، ۱۳۹۴). این رویکرد، مداخلات مربوط به درمان‌های شناختی رفتاری را که مبتنی بر اصل تغییر می‌باشند با آموزه‌ها و فنون فلسفه‌ی شرقی‌دن که مبتنی بر اصل پذیرش می‌باشند درآمیخته است (به نقل از علوی، مدرس غروی، امین یزدی و صالحی فدردی، ۱۳۹۰). جهت‌گیری نظری درمان، ترکیبی از سه موقعیت نظری می‌باشد: دانش رفتاری، فلسفه‌ی دیالکتیک و عمل‌دن. دانش رفتاری اصول تغییر رفتار است که با پذیرش مراجع تلاقی می‌شود. این بخش در چهارچوب دیالکتیک متعادل شده است. رفتاردرمانی دیالکتیک مبتنی بر مواضع نظری رفتارگرایی است. با این حال روش‌ها و راهکارهای آن به طور قابل توجهی با جهت‌گیری‌های درمانی دیگر از جمله درمان‌های روان‌پوشی، مراجع‌محوری، راهبردی و شناختی همپوشانی دارند (لینچ، تروست، سالسمن و لینهان^۷، ۲۰۰۷). این شیوه‌ی درمان برای افرادی که قصد کنترل هیجان‌های آشفته‌ساز را دارند، بسیار مؤثر و اثربخش است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که رفتاردرمانی دیالکتیکی به تقویت توانمندی افراد برای برخورد درست با ناراحتی می‌پردازد، بدون این که افراد کنترل خود را از دست بدهند یا

1. Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)
2. Behavior Activation (BA)
3. Functional Analytic Psychotherapy (FAP)

4. Integrative Behavioral Couple Therapy (IBCT)
5. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)
6. Schema Therapy (ST)
7. Lynch, Trost, Salsman & Linehan

دست به رفتارهای مخرب بزنند (مک کی، وود و برنتلی، ترجمه حمیدپور، جمعه‌پور و اندوز، ۱۳۹۲). در رفتاردرمانی دیالکتیکی، "دیالکتیک" به نیازها و خواسته‌های متضاد می‌پردازد و "رفتار" به داشتن اهداف استراتژیک - که فرد را مدام با فعالیتهای مورد مقایسه قرار می‌دهد - اشاره می‌کند. بنابراین، رفتاردرمانی دیالکتیکی فرآیندی است که می‌تواند با استفاده از احساس، حتی با وجود موانع، به فرد کمک کند که به اهدافش دست یابد. رفتاردرمانی دیالکتیکی به فرد کمک می‌کند تا برای رسیدن به اهداف، هیجان را بهتر تنظیم کند، با احساس‌هایش بدون ترس و وحشت مواجه شود، حس هویت شخصی را افزایش دهد، قضاوتش را بهبود بخشد، مهارت‌های مشاهده‌ای را بهتر کند و احساس بحران در زندگی را کاهش دهد (مارا، ترجمه کربلایی، میگونی و باغانی، ۱۳۹۵).

نظریه‌ی زیستی اجتماعی لینهان

جزء کلیدی رفتاردرمانی دیالکتیکی نظریه‌ی زیستی اجتماعی اختلال است که می‌گوید رفتار مشکل‌ساز یا مختل به‌خصوص رفتارهای بسیار ناکارآمد ممکن است نتیجه‌ی آشفتنگی هیجانی یا تلاش در جهت تنظیم مجدد احساسات باشد. ابطال‌سازی نقش مهمی در تداوم مشکلات رایج تنظیم هیجان بازی می‌کند و الگوهای رایج متعاقباً به‌عنوان تلاش فرد برای تنظیم هیجان و کنار آمدن با ابطال‌سازی توسعه می‌یابند. این الگوها مشکلاتی می‌شوند که خودشان باید درمان شوند. منطبق رفتاردرمانی دیالکتیکی آموزش و حمایت از تنظیم هیجانی و برقراری مجدد سازمان‌دهی طبیعی و کارکردهای ارتباطی هیجان است (کوآرنر، ۲۰۱۲).

انواع مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی

این درمان، چهار حیطه‌ی اصلی در ارتباط با مهارت‌ها را مورد توجه قرار می‌دهد (گوردن شیتز، ترجمه ایزدی و غیائی، ۱۳۹۴).

حیطه‌ی ذهن آگاهی: ذهن آگاهی که از آیین ذن اقتباس شده است به معنای حضور ذهن در اینجا و کنون است. در ذهن آگاهی از فرد خواسته می‌شود که تنها یک فعالیت را انجام

دهد و زمانی که فعالیت مورد نظر را انجام می‌دهد، کاملاً بر آن متمرکز باشد و آن را با حضور ذهن کامل انجام دهد. مهارت‌های عمده‌ی ذهن آگاهی عبارتند از مشاهده، توصیف و مشارکت. در مشاهده از فرد خواسته می‌شود که از احساسات، افکار و رفتاری که در یک لحظه‌ی خاص دارد، آگاه باشد و بدون قضاوت و ارزش‌گذاری پذیرای آنان باشد. در توصیف از فرد خواسته می‌شود که احساسات خود را صرفاً احساس ببیند، نه واقعیت و آن‌ها را با استفاده از کلمات توصیف کند. در مشارکت از فرد خواسته می‌شود که وقتی کاری انجام می‌دهد، در آن کار غرق شود و بدون توجه به گذر زمان یا نتایج که ممکن است به بار آورد، تنها و تنها بر فعالیتی که انجام می‌دهد متمرکز باشد (قهاری، ۱۳۹۵).

حیطه‌ی کارآمدی بین فردی: این حیطه مهارت‌هایی را برای گسترش و حفظ روابط پرثمر و رضایت‌بخش آموزش می‌دهد (گوردن شیتز، ترجمه ایزدی و غیائی، ۱۳۹۴).

حیطه‌ی تنظیم هیجان: درمانگرانی که در این حوزه کار می‌کنند، به بیماران کمک می‌کنند تا هیجان‌های خود را بپذیرند و آن‌ها را به شیوه‌ای مناسب کنترل و ابراز کنند. شناسایی باورهای اشتباه نسبت به هیجان‌ها و اصلاح آن‌ها، شناسایی هیجان‌های اولیه و ثانویه از جمله فوننی هستند که به بیماران آموزش داده می‌شوند (قهاری، ۱۳۹۵).

حیطه‌ی تحمل پریشانی: این حیطه به مواجه شدن با احساسات و موقعیت‌های سخت و دشوار می‌پردازد. همچنین مهارت‌های لازم برای تحمل و پذیرش موارد بحرانی در این حیطه قرار داده می‌شوند. رفتاردرمانی دیالکتیکی بر مشکلات و نگرانی‌های فعلی در اینجا و اکنون که منجر به رفتارها و هیجان‌ات درد و سرساز می‌شود، تمرکز می‌کند (گوردن شیتز، ترجمه ایزدی و غیائی، ۱۳۹۴).

اصول دیالکتیک

مناظره‌ها (دیالکتیک‌ها)، به عنوان فلسفه‌ی اساسی رفتاردرمانی دیالکتیک توصیف شده است. فرآیندی که باعث رشد و پیشروی درمان می‌شود و تناقض‌ها را برطرف می‌کند. رفتاردرمانی دیالکتیک بر سه فرضیه‌ی منطقی تمرکز می‌کند و واقعیت را در سه حالت

زیر توصیف می‌کند: ۱) درهم‌تنیده یا نظام‌مند است؛ ۲) متضاد یا ناهمگون است؛ ۳) پیوسته در حال تغییر است (اسوالز و ال‌هرد، ترجمه علیزاده و علیزاده، ۱۳۹۳).

در هم‌تنیدگی واقعیت

مناظره بر یکپارچگی و درهم‌تنیدگی واقعیت تأکید می‌کند. فلسفه‌ی مناظره بر روابط موجود درون و بین سیستم‌ها و پیچیدگی رابطه‌ی علی اهمیت می‌دهد. در فرآیند درمان، درمانگر رفتاردرمانی دیالکتیک، به سیستم رابطه‌ی درمانی و تنش‌ها یا رفتارهای مخل درمان که امکان بروز دارند، توجه می‌کند. دستورالعمل‌های خاص رفتاردرمانی دیالکتیک، توجه درمانگر را به تبادلات بین درمانگر و مراجع جلب می‌کند و می‌پذیرد که درمانگر بخشی از بافت است، بنابراین از آن تأثیر می‌پذیرد. درمانگر رفتاردرمانی دیالکتیک، درمان را سیستمی می‌بیند که درمانگر و مراجع متقابلاً بر هم تأثیر می‌گذارند (اسوالز و ال‌هرد، ترجمه علیزاده و علیزاده، ۱۳۹۳).

تضاد

دیالکتیک بر پیچیدگی کلیات نیز تمرکز می‌کند. واقعیت، ایستا نیست بلکه از نیروهای متضاد در تنش بین فرض و ضد فرض متشکل است. هنگامی که این نیروهای متضاد به سمت سنتز حرکت می‌کنند، پیشرفت روی می‌دهد و مجموعه‌ی جدیدی از نیروهای متضاد از درون سنتز به وجود می‌آید. در فلسفه، به جهان ناهمگونی اشاره می‌شود که در آن واقعیت نه سیاه است، نه سفید و نه خاکستری. درمانگر رفتاردرمانی دیالکتیک با حرکت سریع، بین راهبردهای پذیرش که طی آن مراجع را در لحظه می‌پذیرد و راهبردهای تغییر که طی آن رفتار مراجع تغییر می‌یابد، تعادل برقرار می‌کند. درمانگر تلاش می‌کند به مراجع کمک کند تا دریابد که پاسخ‌ها ممکن است هم معتبر باشند و هم مسئله‌ای برای حل کردن داشته باشد. توانمندی درمانگر رفتاردرمانی دیالکتیک در ترکیب پذیرش و تغییر از طریق ترکیب جنبه‌های ذن با رفتارگرایی ممکن می‌شود. رفتاردرمانی شناختی فونونی برای تغییر و تمرین‌های ذن و فونونی برای پذیرش فراهم می‌کنند (اسوالز و ال‌هرد، ترجمه علیزاده و علیزاده، ۱۳۹۳).

تغییر

دیالکتیک، بر تغییر به عنوان یکی از جنبه‌های اساسی واقعیت تأکید می‌کند. تغییر، جوهر اصیل تجربه است و انسان و محیط، تغییر مداوم را با برطرف کردن تضاد از طریق سنتز تحمل می‌کنند. این تغییر یا رشد، ممکن است در امتداد مسیر مثبت روی ندهد. وجود تغییرات طبیعی، بافتی در درمان به وجود می‌آورد که انطباق بیشتری با دنیای خارج از درمان دارد و می‌تواند به مراجع کمک کند که آموخته‌های خود را به روابط غیر درمانی نیز تعمیم دهد. هم رفتارگرایی و هم ذن، در مورد تغییر بحث می‌کنند اما این بحث‌ها اندکی متفاوت هستند. رفتاردرمانی، تغییرات را با استفاده از مداخلاتی مانند مدیریت وابستگی‌های شرطی، رویارویی، حل مسئله یا آموزش مهارت‌ها ارتقا می‌دهد که باید مراجع و درمانگر فعالانه در تغییر هیجان‌ها، افکار، رفتارها یا محیط مشارکت داشته باشند. در ذن برخلاف رفتارگرایی استاد و شاگرد هیچ‌یک، به صورت عمدی تلاش نمی‌کنند تغییراتی در شاگرد به وجود آورند، بلکه آن‌ها آگاهانه واقعیت را آن‌چنان که هست می‌پذیرند. بنابراین رفتاردرمانی و تمرین‌های ذن دو رویکرد متفاوت برای تغییر در درمان پیشنهاد می‌کنند (اسوالز و ال هرد، ترجمه علیزاده و علیزاده، ۱۳۹۳).

راهبردهای دیالکتیکی

راهبردهای دیالکتیکی به دو طبقه راهبردهای پذیرشی و راهبردهای تغییر دسته‌بندی می‌شوند.

الف) راهبردهای پذیرشی

در راهبردهای پذیرشی درمانگر با ایجاد فضای گرم و همدلی به درمان‌جو نشان می‌دهد که او را به عنوان یک انسان با همه‌ی کلیت و یکپارچگی اش می‌پذیرد. چنین چیزی راه را برای پذیرش خود در بیمار فراهم می‌کند. بسیاری از درمان‌جویان از پذیرش احساسات درونی خود سر باز می‌زنند و به خود می‌گویند: من نباید چنین احساسی داشته باشم. عدم پذیرش خود ناشی از قضاوت نسبت به خود و هیجان‌های خود و ناشی از بی‌اعتمادی به خود و تجارب درونی است و دلیل آن هم این است که به دیگران اهمیت بیشتری می‌دهیم

و حتی بیشتر از خودمان به آن‌ها اعتماد داریم. پذیرش هیجان‌ها به تعدیل و کاهش آن‌ها منجر می‌شود. به این ترتیب فرد آمادگی بیشتری برای حل مشکل خواهد داشت (قهاری، ۱۳۹۳).

ب) راهبردهای تغییر - حل مسئله

راهبردهای تغییر - حل مسئله به عنوان دومین دسته از راهبردهای درمانی دیالکتیکی، همسو با راهبردهای پذیرشی به کار گرفته می‌شوند. هدف از به کارگیری آن‌ها تغییر رفتارهای ناکارآمدی است که در کیفیت زندگی فرد مداخله می‌کنند، به روابط بین فردی درمان‌جو با دیگران صدمه می‌زنند، زیان‌هایی را برای فرد به بار می‌آورند و معمولاً با ارزش‌های درمان‌جو همسو نیستند. رفتاردرمان‌گران دیالکتیکی فنون و راهبردهایی را از درمان‌های نسل اول و دوم استخراج می‌کنند و در صورت نیاز آن‌ها را به کار می‌گیرند. این فنون عبارتند از: رویارویی، مهارت‌آموزی، مدیریت وابستگی و بازسازی شناختی به منظور تغییر شناخت و رفتار. این که کدام یک از فنون و راهبردها مؤثرند به مشکل بیمار و عوامل تداوم‌بخش آن بستگی دارد (قهاری، ۱۳۹۳).

۱۲۰

مروری بر پژوهش‌های مرتبط با رفتاردرمانی دیالکتیکی

عزیزی (۱۳۸۸) پژوهشی با موضوع اثربخشی گروه‌درمانی رفتاردرمانی دیالکتیکی در پیشگیری از عود و بهبود مهارت‌های تنظیم هیجانی و تحمل آشفتگی افراد وابسته به مواد افیونی به صورت شبه آزمایشی بر روی ۳۹ بیمار مرد مبتلا به اعتیاد انجام داد. نتایج نشان داد که روش مهارت‌آموزی گروهی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی و رفتاردرمانی شناختی در کاهش میزان عود، افزایش اطاعت درمانی و مدت‌زمان باقی ماندن در درمان مؤثرتر از دارودرمانی است. همچنین نشان داده شد که روش رفتاردرمانی دیالکتیکی در زمینه بهبود مهارت‌های تحمل آشفتگی مؤثر از دارودرمانی و درمان شناختی رفتاری است.

ندیمی (۱۳۹۴) پژوهشی با عنوان اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی در افزایش تحمل آشفتگی و بهبود تنظیم هیجانی سوء مصرف مواد انجام داد. این پژوهش به صورت

شبه آزمایشی بر روی ۲۸ نفر در دو گروه ۱۴ نفری گواه و آزمایش صورت گرفت. نتایج نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی در افزایش تحمل آشفتگی و بهبود تنظیم هیجانی سوء مصرف مواد مؤثر است. در مطالعه‌ای دیگر معتمدی (۱۳۹۲) به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر افزایش تاب‌آوری و پیشگیری از بازگشت در افراد وابسته به مواد پرداخت. این پژوهش به صورت شبه آزمایشی بر روی ۲۰ نفر با تشخیص اختلال سوء مصرف مواد افیونی که دوره سم‌زدایی را با موفقیت به پایان رسانده بودند انجام شد. نتایج حاکی از آن بود که بین دو گروه در افزایش تاب‌آوری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. این نتایج نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی در افزایش تاب‌آوری و پیشگیری از بازگشت به مواد مؤثر است.

آقایوسفی، اورکی، قربانی و مهدیه (۱۳۹۵) پژوهشی با موضوع تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر افزایش تمایزیافتگی خویشتن در زنان مبتلا به همبودی اختلالات شخصیت مرزی و سوء مصرف مواد انجام دادند. پژوهش بر روی چهار آزمودنی در خلال دوازده جلسه تحت رفتاردرمانی دیالکتیک انجام شد. نتایج نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک می‌تواند در کمک به افزایش تمایزیافتگی خویشتن و همچنین درمان و پیشگیری از سوء مصرف مواد مؤثر باشد. آقایوسفی، ترخان و قربانی (۱۳۹۴) در پژوهش دیگری با موضوع تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش تکانش‌گری در زنان مبتلا به همبودی اختلالات شخصیت مرزی و سوء مصرف مواد به این نتیجه رسیدند که مداخله رفتاردرمانی دیالکتیک می‌تواند به کاهش تکانش‌گری منجر شود و در زمینه درمان و پیشگیری از سوء مصرف مواد مؤثر باشد.

بابایی، حسنی و محمدخانی (۱۳۹۱) پژوهشی با عنوان تأثیر آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک در وسوسه افراد مبتلا به سوء مصرف مواد به صورت تک‌آزمودنی انجام دادند. نتایج حاکی از آن بود که آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک به آزمودنی‌های پژوهش موجب کاهش چشم‌گیر نمرات وسوسه در مقیاس عقاید وسوسه‌انگیز شد که می‌تواند کاربردی مطلوب در زمینه درمان و پیشگیری از بازگشت سوء مصرف مواد داشته باشد.

آقاسی و آتش پور (۱۳۹۵) پژوهشی با عنوان تأثیر مداخله مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک بر وسوسه مردان با اختلالات اعتیادی به مواد افیونی و مت‌آفتامین بر روی ۴۵ بیمار (۱۵ نفر در گروه آزمایش مواد افیونی ۱۵ نفر در گروه آزمایش شیشه و ۱۵ نفر در گروه گواه) به صورت نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون انجام دادند. نتایج نشان داد که می‌توان در کنار دارودرمانی از آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک بر وسوسه مردان با اعتیاد به مواد بهره برد. تقی زاده، قربانی و صفاری‌نیا (۱۳۹۴) پژوهشی با موضوع اثربخشی تکنیک‌های تنظیم هیجانی رفتاردرمانی دیالکتیک بر راهبردهای تنظیم هیجان زنان با اختلالات شخصیت مرزی و اختلال سوءمصرف مواد انجام دادند. نتایج نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک نمرات را در راهبردهای منفی تنظیم هیجانی در زنان مبتلا به همبودی اختلالات شخصیت مرزی و سوءمصرف مواد کاهش داد.

لطیفی نژاد (۱۳۹۰) پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش رفتارهای خودتخریبی و مشکلات بین‌فردی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با و بدون مشکلات سوءمصرف مواد بر روی ۳۱ بیمار انجام داد. نتایج نشان داد که بین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر روی مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی با و بدون سوءمصرف مواد تفاوت معناداری وجود ندارد. ذاکری (۱۳۹۵) پژوهشی با موضوع اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد انجام داد. نتایج حاکی از آن بود که رفتاردرمانی دیالکتیکی در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معناداری بر بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد تأثیر داشته است.

نریمانی، بگیان کوله مرز، باوندپوری و بختی (۱۳۹۳) پژوهشی با عنوان اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر میزان ولع مصرف و دشواری در خودنظم‌بخشی هیجانی مصرف‌کنندگان شیشه انجام دادند. نتایج نشان داد که آموزش راهبردهای گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی از طریق کاهش راهبردهای سازش نیافته و افزایش راهبردهای سازش یافته نظم‌جویی شناختی هیجانی می‌تواند زمینه را برای بهبود و عدم بازگشت مصرف شیشه فراهم نماید.

ندیمی و پیشگر (۱۳۹۴) مطالعه‌ای با عنوان اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی در بهبود تنظیم هیجانی زنان مبتلا به سوء مصرف مواد انجام دادند. نتایج حاکی از آن بود که رفتاردرمانی دیالکتیکی به طور معناداری در بهبود تنظیم هیجانی زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مؤثر بود.

خرمند (۱۳۹۳) در مطالعه‌ای با عنوان اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی بر تاب‌آوری و تنظیم هیجانی زنان با همسر سوء مصرف کننده مواد به این نتیجه دست یافتند که در پس‌آزمون، توانایی تنظیم هیجانی در آزمودنی‌های گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی نسبت به آزمودنی‌های گروه کنترل، افزایش معناداری داشته است. همچنین نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که در پس‌آزمون، تاب‌آوری آزمودنی‌های گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی نسبت به آزمودنی‌های گروه کنترل، افزایش معناداری داشته است. در نتیجه رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث افزایش توانایی تنظیم هیجانی و تاب‌آوری زنان با همسر دارای سوء مصرف شد.

توکلی، اصغری ابراهیم‌آباد، امین یزدی و فراچی (۱۳۹۵) در پژوهشی با موضوع اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر طرح‌واره‌های ناسازگار معنادان با اختلال شخصیت ضداجتماعی به این نتیجه دست یافتند که بین طرح‌واره‌های گروه آزمایش با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و به‌طور کلی می‌توان گفت رفتاردرمانی دیالکتیکی درمان مؤثری جهت کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار می‌باشد. ندیمی، پیشگر و جهانی (۱۳۹۳) پژوهشی با عنوان اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در افزایش تحمل پریشانی زنان سوء مصرف کننده مواد به صورت نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بر روی ۳۰ زن مراجعه کننده به مراکز درمان اعتیاد شهر بیرجند انجام دادند. افراد گروه مداخله در ۲۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی شرکت کردند. نتایج نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی به طور معناداری در افزایش تحمل پریشانی سوء مصرف کنندگان مواد مؤثر می‌باشد. ندیمی (۱۳۹۵) پژوهشی با عنوان اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی (مبتنی بر آموزش مهارت‌ها) بر کاهش تکانش‌گری و افزایش تنظیم هیجانی زنان وابسته به متامفتامین انجام داد. پژوهش طرحی نیمه تجربی از

نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود که بر روی ۳۴ نفر انجام شد. گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی به صورت گروهی قرار گرفت. نتایج نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی به طور معناداری در کاهش تکانش‌گری و افزایش تنظیم هیجانی زنان وابسته به متامفتامین مؤثر بود.

اکسلرود، پرپلتچیکوا، هولتزمن و سینها^۱ (۲۰۱۱) پژوهشی تحت عنوان تنظیم هیجان و فراوانی مصرف مواد در زنان وابسته به مواد مخدر و دارای اختلال شخصیت مرزی دریافت‌کننده‌ی رفتاردرمانی دیالکتیک انجام دادند. افراد گروه نمونه به مدت ۲۰ هفته رفتاردرمانی دیالکتیک را دریافت کردند. نتایج بهبود تنظیم هیجان، بهبود خلق و خو و کاهش فراوانی استفاده از مواد مخدر را نشان داد. بکستد، لمبرت، دوبوز و لینهان^۲ (۲۰۱۵) پژوهشی در خصوص رفتاردرمانی دیالکتیک با نوجوانان سرخپوست آمریکایی/بومی آلاسکا و مبتلا به اختلالات مصرف مواد با ترکیب یک درمان مبتنی بر شواهد با عقاید فرهنگی، سنتی و اخلاقی انجام دادند. نتایج نشان داد که ۹۶ درصد نوجوانان بهبود یافتند.

باورز^۳ (۲۰۱۶) پژوهشی با عنوان استفاده از رفتاردرمانی دیالکتیک در افراد در حال بهبود از مصرف انجام داد. نتایج نشان داد که مهارت‌های آموزش داده شده در رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌توانند گزینه‌ی مناسبی در کنترل علائم برای سوء مصرف مواد باشند. کرباسون، نیشیکاوا و دیکسون^۴ (۲۰۱۱) پژوهشی با عنوان رفتاردرمانی برای اختلالات همبود خوردن و مصرف مواد بر روی ۲۵ زن مبتلا به اختلال خوردن و مصرف مواد در طول یک سال انجام دادند. شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی انتخاب شدند. گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک را دریافت کرد و گروه کنترل درمان معمولی را دریافت کردند. نتایج نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک برای درمان افراد مبتلا به اختلال خوردن و مصرف مواد مؤثر باشد.

کرچنر^۵ (۲۰۱۴) در پژوهشی به رویکرد ذهن‌آگاهی برای درمان سوء مصرف مواد از

1. Axelrod, Perepletchikova, Holtzman & Sinha
2. Beckstead, Lambert, DuBose & Linehan

3. Bowers
4. Courbasson, Nishikawa & Dixon
5. Kirchner

طریق تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیک پرداخت و به این نتیجه رسید که برای مراجعانی که سابقه‌ای از عود یا تکمیل ناموفق در درمان معمولی داشته‌اند، رفتاردرمانی دیالکتیک می‌تواند مفید باشد. رویسون و لاکزاکوسکی^۱ (۲۰۱۵) در پژوهشی به بررسی رفتاردرمانی دیالکتیک به عنوان ابزاری برای کاهش رفتارها و نگرش‌های اعتیادآور بر روی ۱۳ شرکت‌کننده‌ی ۱۴ تا ۲۶ سال پرداختند. نتایج نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی رفتارهای خودتخریبی و میل برای عود، اختلالات هویت و عزت‌نفس پایین، تعارض ارتباطی و مشکلات مهارت‌های اجتماعی و دوگانگی تفکر و اختلال در تنظیم هیجانی را کاهش می‌دهد. ریزوی، دیمف، اسکاتچ، کارول و لینهان^۲ (۲۰۱۱) پژوهشی تحت عنوان یک مطالعه‌ی موردی در مورد رفتاردرمانی دیالکتیک به این نتیجه رسیدند که هم‌شدت هیجان‌ات و هم‌میل به استفاده از مواد به‌طور معناداری کاهش یافت. دیمف و لینهان (۲۰۰۸) در پژوهشی با عنوان رفتاردرمانی دیالکتیک برای سوء‌مصرف کنندگان مواد به این نتیجه رسیدند که رفتاردرمانی دیالکتیک برای بیماران مبتلا به اختلال سوء‌مصرف مواد با مشکلات متعدد و پیچیده که ریشه در عدم کنترل هیجانی دارند و به رویکردهای دیگر پاسخ ندادند، اثربخش بوده است.

نتیجه‌گیری

وابستگی به مواد در اکثر جوامع یک مشکل سلامت عمومی محسوب می‌شود. اعتیاد به مواد مخدر بسیاری از رفتارهای طبیعی و رایج موجود در سبک زندگی فرد معتاد را مختل می‌کند و در فرد هیچ تمایلی برای پرداختن به تفریحات سالم و فعالیت‌های طبیعی باقی نمی‌گذارد. این مشکل، یک اختلال چندعاملی سلامت است که اغلب سیری مزمن، عودکننده و فروکش‌کننده دارد. در کشور ما بار اختلالات سوء‌مصرف مواد پس از سوانح و حوادث، بیماری‌های قلبی و عروقی و افسردگی در رده چهارم طبقه‌بندی بار بیماری‌ها قرار دارد (فیجانی، ۱۳۹۱). اعتیاد قابل پیشگیری و قابل درمان است، اما درمان آن ساده نیست، زیرا اعتیاد ابعاد گوناگون دارد و جنبه‌های مختلف زندگی فرد را مختل می‌کند.

1. Robison & Luczakowsky

2. Rizvi, Dimeff, Skutch, Carroll & Linehan

درمان‌های متعددی در رابطه با اعتیاد وجود دارد که هر کدام روش خاص خود را دارند اما هدف از هر نوع درمان این است که فرد بتواند مصرف مواد خود را قطع نموده، به سبک زندگی عاری از مواد بازگشته و کارکرد خود را در خانواده، محل کار و اجتماع به دست آورد. برنامه‌های مؤثر در درمان اعتیاد نوعاً از اجزای مختلفی تشکیل یافته است که هر کدام به یکی از جنبه‌های بیماری اعتیاد یا عوارض آن می‌پردازد. بهترین نتایج درمانی زمانی به دست می‌آید که رویکردی چند رشته‌ای و جامع شامل مداخلات متنوع دارویی و روان‌شناختی برای پاسخ به نیازهای گوناگون به کار گرفته شود (فیجانی، ۱۳۹۱). در فرایند درمان و پیشگیری از بازگشت اعتیاد، حالت‌های هیجانی منفی و مثبت و وسوسه از مهم‌ترین عوامل خطر بازگشت می‌باشد (بابایی و همکاران، ۱۳۹۱). رفتاردرمانی دیالکتیک با تمرکز بر تنظیم هیجانی از طریق انتخاب راهبردهای مقابله‌ای و راهبردهای هیجانی از بازگشت اعتیاد جلوگیری می‌کند. مهارت‌های آموزش داده شده در رفتاردرمانی دیالکتیک برای مسائلی مانند عود، مهارت‌های شناسایی محرک‌ها، کنترل میل و مدیریت احساسات انگیزه برای تغییر، انگیزه برای ادامه‌ی درمان و ذهن‌آگاهی در موقعیت‌های پرخطر استفاده می‌شوند. رفتاردرمانی دیالکتیک روی رفتارهای ناسازگار فرد به‌عنوان یک عمل برای تنظیم یا از بین بردن احساسات ناخواسته تمرکز می‌کند (کرچنر، ۲۰۱۴). به طور کلی مرور انجام‌شده بر پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که مداخلات متعددی در مورد اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر اختلال سوءمصرف مواد انجام شده است که حاکی از اثرگذاری این مداخله در درمان اختلال مصرف مواد می‌باشد. این درمان از طریق کمک به فرد برای رسیدن به اهداف، تنظیم بهتر هیجان‌ها، مواجهه با احساس، افزایش حس هویت شخصی، بهبود قضاوت، بهبود مهارت‌های مشاهده‌ای و کاهش احساس بحران در زندگی و با مهارت‌های ذهن‌آگاهی، کارآمدی بین فردی، تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در درمان سوءمصرف مواد مؤثر واقع می‌شود. با توجه به پیشینه‌ی نظری و پژوهشی استفاده از رفتاردرمانی دیالکتیک برای درمان افراد مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد پیشنهاد می‌شود.

منابع

- اسوازل، میکلا ای و ال هرد، هیدی (۱۳۹۳). رفتاردرمانی دیالکتیک، ترجمه عزیزه علیزاده و عیسی علیزاده، تهران: نشر ساوالان.
- آقاسی، آفرین و آتش پور، سید حمید (۱۳۹۵). تأثیر مداخله مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک بر وسوسه مردان با اختلالات اعتیادی به مواد (افیونی - مت آمفتامین). *مجله سلامت جامعه*، ۱۰(۲)، ۱۱-۲۳.
- آقایوسفی، علی رضا؛ اورکی، محمد؛ قربانی، طاهره و مهدیه، ملیحه (۱۳۹۵). تعیین میزان رفتاردرمانی دیالکتیک برافزایش تمایزیافتگی خویشتن در زنان مبتلابه همبودی اختلالات شخصیت مرزی و سوءمصرف مواد. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۶(۲۳)، ۶۱-۸۰.
- آقایوسفی، علی رضا؛ ترخان، مرتضی و قربانی، طاهره (۱۳۹۴). تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش تکانش‌گری در زنان مبتلابه همبودی اختلالات شخصیت مرزی و سوءمصرف مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد*، ۹(۳۴)، ۷۹-۹۷.
- بابایی، زهرا؛ حسنی، جعفر و محمدخانی، شهرام (۱۳۹۱). تأثیر آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک در وسوسه افراد مبتلابه سوءمصرف مواد: مطالعه تک آزمودنی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۴(۳)، ۴۱-۳۳.
- تقی زاده، محمد احسان؛ قربانی، طاهره و صفاری نیا، مجید (۱۳۹۴). اثربخشی تکنیک‌های تنظیم هیجانی رفتاردرمانی دیالکتیک بر راهبردهای تنظیم هیجان زنان با اختلالات شخصیت مرزی و اختلال سوءمصرف مواد: طرح خط پایه چندگانه. *فصلنامه علمی- پژوهشی پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۹(۳)، ۶۶-۷۳.
- توکلی، حامد؛ اصغری ابراهیم آباد، محمدجواد؛ امین یزدی، سید امیر و مشیریان فراحی، سید محمدمهدی (۱۳۹۵). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر طرح‌واره‌های ناسازگار معتادان با اختلال شخصیت ضداجتماعی. *فصلنامه شخصیت و تفاوت‌های فردی*، ۵(۱۱)، ۲۷-۴۱.
- خدایاری فرد، محمد؛ حجازی، الهه و حسینی نژاد، ناهید (۱۳۹۴). اثربخشی مشاوره شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و رضایت زناشویی زنان وابسته به سوءمصرف مواد دارای همسر و فرزند. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۶(۲)، ۶۱-۷۵.
- خردمند، هاجر (۱۳۹۳). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی بر تاب‌آوری و تنظیم هیجانی زنان با همسر سوءمصرف کننده مواد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، چاپ نشده، دانشگاه فردوسی مشهد.

ذاکری، مرتضی (۱۳۹۵). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلابه اختلال سوءمصرف مواد. نهمین کنگره بین‌المللی روان‌درمانی (اجلاس آسیایی در بستر ارزش‌های فرهنگی).

سهرابی، فرامرز (۱۳۹۴). روان‌درمانی‌های موج سوم: خاستگاه، حال و چشم انداز، با تأکید ویژه بر طرح‌واره درمانی. فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۵(۱۸)، ۱۴-۱.

طباطبایی چهر، محبوبه؛ ابراهیمی ثانی، ابراهیم و مرتضوی، حامد (۱۳۹۱). اثربخشی روان‌درمانی گروهی شناختی- رفتاری در تغییر باورهای غیر منطقی افراد معتاد. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۴(۳)، ۴۳۰-۴۱۹.

عزیزی، علیزاده (۱۳۸۹). اثربخشی گروه درمانی رفتاردرمانی دیالکتیکی در پیشگیری از عود و بهبود مهارت‌های تنظیم هیجانی و تحمل آشفتگی افراد وابسته به مواد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی، چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبائی.

علوی، خدیجه؛ مدرس غروی، مرتضی؛ امین یزدی، سیدامیر و صالحی فدردی، جواد (۱۳۹۰). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی (با تکیه بر مؤلفه‌های هوشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی) بر نشانه‌های افسردگی در دانشجویان. اصول بهداشت روانی، ۱۳(۲)، ۱۳۵-۱۲۴.

فیجانی، پویا (۱۳۹۱). اثربخشی روان‌درمانی رفتاری - شناختی در کاهش برخی نشانه‌های اختلالات روانی سوءمصرف کنندگان مواد محرک (شیشه). پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، چاپ نشده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک.

قاسمی ارگنه، حامد؛ حیدری، حمید؛ قاسمی، نظام‌الدین و دهقانی فیروزآبادی، سمیره (۱۳۹۳). بررسی کارآیی مصاحبه انگیزشی بر تغییر سبک زندگی معتادین زن در حال بهبود. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، ۸(۳۱)، ۳۴-۲۵.

قهاری، شهربانو. (۱۳۹۳). فنون رفتاردرمانی دیالکتیکی (راهنمای روان‌شناسان، روان‌پزشکان و مشاوران)، تهران: نشر قطره.

قهاری، شهربانو. (۱۳۹۵). فنون رفتاردرمانی دیالکتیکی (راهنمای روان‌شناسان، روان‌پزشکان و مشاوران)، تهران: نشر دانژه.

کتیبایی، ژیا؛ حمیدی، هوشنگ؛ یاریان، سجاده؛ قنبری؛ سعید و سیدموسوی، پرینا سادات (۱۳۸۹). مقایسه کیفیت زندگی و تنیدگی و سلامت روان در معتادان و غیرمعتادان مبتلابه HIV و افراد سالم. مجله علوم رفتاری، ۴(۲)، ۱۳۹-۱۳۵.

- گوردون شیتز، ملانی (۱۳۹۴). رفتاردرمانی دیالکتیکی برای تنظیم هیجان‌ها و رفتارهای ناشی از آن. ترجمه شیرین ایزدی و مهناز غیائی، تهران: انتشارات ارجمند.
- لطیفی نژاد، محمود (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش رفتارهای خودتخریبی و مشکلات بین فردی در بیماران مبتلابه اختلال شخصیت مرزی با و بدون مشکلات سوءمصرف مواد. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی، چاپ نشده، دانشگاه محقق اردبیلی.
- مارا، توماس (۱۳۹۵). رفتاردرمانی دیالکتیکی برای افسردگی و اضطراب. ترجمه احمد کربلایی، محمد میگونی و طاهره باغانی، تهران: انتشارات ارجمند.
- مشکی، مهدی؛ خواجوی، عبدالجواد؛ هاشمی زاده، هاید؛ زارعی، محمد و بیدل، سکینه (۱۳۹۴). الگوی سوءمصرف موادمخدر بر اساس عوامل جمعیت شناختی در معتادان خودمعرف شهرستان قوچان. مجله دانشکده علوم پزشکی نیشابور، ۳(۴)، ۲۶-۱۹.
- معمدی، هادی (۱۳۹۲). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی برافزایش تاب‌آوری و پیشگیری از بازگشت در افراد وابسته به مواد. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره خانواده، چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبائی.
- مک کی، متیو؛ وود، جفری و برنتلی، جفری (۱۳۹۲). تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی، ترجمه حسن حمیدپور، حمید جمعه پور و زهرا اندوز، تهران: انتشارات ارجمند
- ندیمی، محسن (۱۳۹۴). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی در افزایش تحمل آشفتگی و بهبود تنظیم هیجانی سوءمصرف مواد. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، ۹(۳۶)، ۱۶۰-۱۴۱.
- ندیمی، محسن و پیشگر، معصومه (۱۳۹۴). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی در بهبود تنظیم هیجانی زنان مبتلابه سوءمصرف مواد. اولین همایش علمی پژوهشی روانشناسی، علوم تربیتی و آسیب شناسی جامعه.
- ندیمی، محسن. (۱۳۹۵). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی (مبتنی بر آموزش مهارت‌ها) بر کاهش تکانش‌گری و افزایش تنظیم هیجانی زنان وابسته به متامفتامین. رویش روان‌شناسی، ۵(۴)، ۷۴-۴۷.
- ندیمی، محسن؛ پیشگر، معصومه و جهانی، کامبیز (۱۳۹۳). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در افزایش تحمل پریشانی زنان سوءمصرف کننده مواد. کنفرانس بین‌المللی علوم رفتاری و مطالعات اجتماعی.
- نریمانی، محمد؛ بگیان کوله مرز، محمد جواد؛ باوندپوری، احمدرضا و بختی، مجتبی (۱۳۹۳). اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر میزان ولع مصرف و دشواری در خودنظم بخشی هیجانی مصرف‌کنندگان شیشه. مجله روانشناسی بالینی، ۶(۴)، ۸۵-۱۰۱.

هادیان مبارکه، رضا؛ نوری، ابوالقاسم و ملک پور، مختار (۱۳۹۰). سایکودرام و اعتیاد. فصلنامه تازه های روان درمانی، ۱۶(۵۶)، ۴۷-۵۳.

- Axelrod, S. R., Perepletchikova, F., Holtzman, K., & Sinha, R. (2011). Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *The American journal of drug and alcohol abuse, 37*(1), 37-42.
- Beckstead, D. J., Lambert, M. J., DuBose, A. P., & Linehan, M. (2015). Dialectical behavior therapy with American Indian/Alaska Native adolescents diagnosed with substance use disorders: Combining an evidence based treatment with cultural, traditional, and spiritual beliefs. *Journal Addictive behaviors, 51*, 84-87.
- Bowers, R. (2016). *Using Dialectical Behavior Therapy (DBT) with Individuals in Chemical Use Recovery*. Unpublished Dissertation, Thesis of Master of Arts in Adlerian Counseling and Psychotherapy, the Faculty of the Adler Graduate School.
- Courbasson, C., Nishikawa, Y., & Dixon, L. (2012). Outcome of dialectical behaviour therapy for concurrent eating and substance use disorders. *Clinical psychology & psychotherapy, 19* (5), 434-449.
- Dimeff, L. A., & Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction science & clinical practice, 4*(2), 39-47.
- Kirchner, N. C. (2014). *Taking a Mindful Approach to Substance Abuse Treatment through Dialectical Behavior Therapy Techniques*. Unpublished Dissertation, Thesis of Master of Science Degree in Counselor Education, Winona State University.
- Koerner, K. (2012). *Doing dialectical behavior therapy: A practical guide*. Guilford Press.
- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., & Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review Clinical Psychology, 3*, 181-205
- Rizvi, S. L., Dimeff, L. A., Skutch, J., Carroll, D., & Linehan, M. M. (2011). A pilot study of the DBT coach: an interactive mobile phone application for individuals with borderline personality disorder and substance use disorder. *Journal Behavior therapy, 42* (4), 589-600.
- Robison S, Luczakowsky N (2015) Dialectical Behavior Therapy as a Tool for Reducing Addictive Behaviors and Attitudes: An Adolescent Group Review. *MOJ Addiction Medicine & Therapy, 1*(1), 00005. DOI: 10.15406/mojamt.2015.01.00005.