سال دوازدهم، شماره شماره چهل و نهم، ویژه‌نامه ۲
Vol. 12, No. 49, Special Issue 2

مقاله
پژوهشی
Research
Article

تأثیر آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک در تکانشگری افراد مبتلا به سوءمصرف مواد: مطالعه تک‌آزمودنی

بهاره میراحمدی[۱]، جعفر حسنی[۲]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۸/۰۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۱/۱۹

چکیده

هدف: تکانشگری یکی از عوامل خطرساز شخصیتی گرایش به مصرف مواد، به شمار می‌رود. هدف‌مطالعه حاضر تعیین اثربخشی آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک در تکانشگری‌افراد مبتلا به سوءمصرف مواد بود. **روش:** پژوهش در چارچوب طرح تجربی تک‌آزمودنی اجرا شد. بر اساس مصاحبه تشخیصی ساختار یافته و ملاک‌های ورود، از میان مردان مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد، چهار نفر به‌صورت تصادفی انتخاب شدند و به صورت انفرادی طی ده جلسه تحت آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک قرار گرفتند. از مقیاس تکانشگری بارت (۲۰۰۴) جهت اندازه‌گیری تکانشگری استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک به شرکت‌کنندگان موجب کاهش نمرات هر چهار نفر در تکانشگری هیجانی، زود انگیختگی حرکتی و بی برنامگی شناختی می‌شود. به طوری‌که هر چهار شرکت‌کننده در طی جلسات کاهش قابل ملاحظه‌ای در این مقیاس نسبت به خط پایه داشتند. **نتیجه‌گیری:** مداخلات مبتنی بر کاهش تکانشگری نظیر آموزش راهبردهای نظم‌جویی هیجان می‌تواند نقش محوری در درمان و پیشگیری از سوءمصرف مواد داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: نظم‌جویی هیجان، رفتاردرمانی دیالکتیک، تکانشگری، سوءمصرف مواد

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران، پست‌الکترونیکی: hasanimehr57@yahoo.com

مقدمه

اعتیاد یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است (گلانتر[1]، ۲۰۰۶). اعتیاد یکی از مشکلات اساسی در جامعه است؛ مشکلی که میلیون‌ها زندگی را ویران و سرمایه‌های کلان ملی را صرف مبارزه، درمان و آسیب‌های ناشی از آن می‌کند. روزانه شمار زیادی از افراد به مصرف مواد روی می‌آورند و دچار پیامدهای جسمانی، روانی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی آن می‌شوند (زنجانی و صادقی، ۱۳۹۴). در واقع، اعتیاد مشکل جدی و شایع جهان معاصر می‌باشد، که آن را چنین تعریف کرده‌اند: هر ماده‌ای، طبیعی یا مصنوعی، به غیر از غذا که به وسیله ماهیت شیمیایی ساختار یا عملکرد زندگی ارگانیسم را تغییر می‌دهد. سوءمصرف مواد موضوعی است که مورد توجه روان‌شناسان بالینی و روان‌پزشکان قرار گرفته است، چرا که این مسئله دارای عواقب سوء و منفی بلندمدت در اقشار مختلف جامعه است (کوب و والکو[2]، ۲۰۱۶). براساس گزارش سازمان ملل در سال ۲۰۰۵، ایران بالاترین نسبت معتادان به هروئین و تریاک را در جهان دارد. براساس این گزارش در ایران از هر ۱۷ فرد یک نفر به این مواد معتاد است. علاوه بر این، ۲۰ درصد از جمعیت ۱۶-۱۵ سال کشور به نحوی در سوءاستفاده از مواد مخدر دست دارند (ابولقاسمی و همکاران، ۱۳۸۹).

سوءمصرف مواد یک پدیده چندعلیتی با ماهیت بسیار مرموز است. یکی از عواملی که در گرایش به سوءمصرف مواد نقش اساسی دارد، تکانشگری می‌باشد. تکانشگری به عنوان زمینه‌ساز واکنش‌های بدون برنامه و سریع به محرک‌های درونی یا بیرونی، بدون توجه به پیامدهای منفی این واکنش‌ها به خود یا دیگران تعریف شده است (جنچ[3] و همکاران، ۲۰۱۴). داو و لوکستون[4] (۲۰۰۴) در پژوهشی دریافتند تکانشگری محور عمده‌ای در تشخیص انواعی از اختلالات بالینی مانند وابستگی به مواد است. تکانشگری به رفتاری که با احتیاط کم و ناکافی انجام می‌شود، اشاره دارد. تکانشگری عموما به صفت کژکاری ناظر، است و با اعمالی مانند خودکشی ارتباط دارد که ممکن است جنایی و یا

1. Galanter
2. Koob, & Volkow
3. Jentsch
4. Dawe, & Loxton

خشمگینانه باشد و از نظر جسمانی به خود فرد آسیب رساند، یا با استانداردهای اجتماعی پذیرفته شده نامتناسب باشد (ردی[1] و همکاران، ۲۰۱۴). در نظریه وایتساید و لینام، تکانشگری سازه‌ای شخصیتی و دربرگیرنده چهار مؤلفه فوریت؛ فقدان تفکر پیشینی؛ فقدان استمرار و تهییج‌طلبی است. اعتقاد بر این است که تکانشگری یکی از مهم‌ترین عوامل خطر شخصیتی گرایش به مصرف مواد، به شمار می‌رود (جونز،پالوزی و ماک[2]، ۲۰۱۴).

در مطالعات مختلف نقش تکانشگری بر سوءمصرف مواد نشان داده شده است (بیوک، هامر،گرانت و دانیوب[3]، ۲۰۰۴؛ ومک‌هاگ، نیلسن و ویس[4]، ۲۰۱۵). علاوه تکانشگری هسته اصلی بسیاری از آسیب‌های اجتماعی مانند مصرف مواد، قماربازی بیمارگون، اختلال‌های شخصیت و رفتارهای پرخاشگرانه است (آرک و سانتیستبان[5]، ۲۰۰۶). در پژوهش فوکس و همکاران (۲۰۰۷)، مشاهده شده که افراد وابسته به کوکائین در مقایسه با گروه کنترل، مشکلاتی در زمینه فهم و مدیریت هیجانات و مهار تکانه در هفته اول پرهیز گزارش کردند و با ادامه پرهیز، افراد وابسته به کوکائین، تنها در مهار تکانه دچار مشکلات مداوم شدند (جنچ[6] و همکاران، ۲۰۱۴). یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که افراد مبتلا به سوء مصرف مواد از سطوح بالاتر تکانشگری برخوردار هستند (اسچرایبر،گرانت و اودلاگ[7]، ۲۰۱۲). بنابراین توجه به تکانشگری در مداخلات از خاصی برخوردار است.

از سوی دیگر، نظم‌جویی هیجان به عنوان یکی از عوامل روان‌شناختی، مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است. همچنین، تنظیم هیجان یک انگیزه اساسی و مهم برای مصرف مواد است. در واقع مصرف کنندگان مواد اغلب، مصرف خود را به مسکن بودن مواد نسبت می‌دهند. گزارش شده است مصرف مواد زمانی بیشتر می‌شود که افراد عصبانی، غمگین یا پریشان می‌شوند. به عبارت دیگر، مصرف مواد، یکی از ساز و کارهای

1. Reddy
2. Jones, Paulozzi, & Mack
3. Bjork, Hommer, Grant, & Danube
4. McHugh, Nielsen, & Weiss
5. Arce, & Santisteban
6. Jentsch
7. Schreiber, Grant, & Odlaug

مقابله‌ای هیجان‌مدار است و مصرف بالای مواد و سیگار در دانشجویان نشان‌دهنده محبوبیت بالای این ساز و کار مقابله‌ای در این قشر است (توماس[1]، ۲۰۱۱). در این زمینه خانتزیان[2] (۱۹۹۷) اعتقاد دارد، از آنجایی که مصرف‌کنندگان مواد، هیجانات منفی و بی‌قراری را غیرقابل تحمل و مستأصل کننده توصیف می‌کنند و نمی‌توانند این حالات هیجانی را بدون اتکا به مواد مدیریت کنند، از خواص جسمانی و روان‌شناختی مواد برای دستیابی به ثبات هیجانی استفاده می‌کنند. طبق این فرضیه، اعتیاد به مواد مخدر در حکم ابزاری برای تعدیل عواطف استرس‌زا است. این نظریه، بر این فرض استوار است که افراد بسیاری به خاطر تحمل پریشانی پایین و اختلال در تنظیم هیجانی به اعتیاد روی می‌آورند (تول، ویس، آدامز و گراتز[3]، ۲۰۱۲).

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند افرادی که نظم‌جویی هیجانی مطلوبی دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانمندتر هستند. آن‌ها فشارهای ناخواسته دیگران را درک و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می‌دهند (کابر و بولینگ[4]، ۲۰۱۴). در مقابل، کسانی که نظم‌جویی هیجانی ضعیف‌تری دارند، برای مقابله با هیجان‌های منفی خود، اغلب به سوی مصرف مواد کشیده می‌شوند (هاپوود[5] و همکاران، ۲۰۱۵). پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند افراد سوءمصرف‌کننده‌ای که دچار مشکلات روان‌شناختی مثل استرس، اضطراب و افسردگی می‌شوند، برای تسکین حالات هیجانی آزارنده از مواد استفاده می‌کنند (تانگ، تانگ و پاسنر[6]، ۲۰۱۶). بک[7] بیان می‌کند، هیجان‌های منفی و ناتوانی در مدیریت مناسب آن‌ها یکی از محرک‌های مهم برای از سرگیری سوءمصرف مواد می‌باشد (ویس[8] و همکاران، ۲۰۱۲). علاوه براین، پژوهش‌های انجام گرفته در این زمینه نشان داده است سوءمصرف‌کنندگانی که از راهبردهای نظم‌جویی هیجان بهتر استفاده می‌کنند، در دوره درمان موفق‌تر هستند. برعکس، افرادی که قادر به کنترل هیجان‌های خود نیستند، به

سال ۱۲، شماره ۴۹، ویژه‌نامه ۲
Vol. 12, No. 49, Special Issue 2

1. Thomas
2. Khantzian
3. Tull, Weiss, Adams, & Gratz
4. Kober, & Bolling
5. Hopwood
6. Tang, Tang, & Posner
7. Beck
8. Weiss

احتمال زیاد مصرف‌کننده دائمی مواد می‌شوند. همچنین رشد عاطفی نابسنده، دشواری نظم‌جویی هیجان، یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی و سازمان‌دهی رفتار سازگارانه و همچنین جلوگیری از هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگارانه محسوب می‌شود (هاپوود و همکاران، ۲۰۱۵). از آنجا که نظم‌جویی هیجان بخش مهمی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می‌دهد، تعجب‌آور نیست که آشفتگی در هیجان و نظم‌جویی آن می‌تواند منجر به اندوهگینی و حتی آسیب روانی شود (برکینگ[1] و همکاران، ۲۰۱۴). افراد باید توانایی‌های مربوط به این سطح را به منظور استفاده از دانش‌های آن، در عمل پرورش دهند. توانایی نظم‌جویی هیجان منجر به حفظ خلق و راهکارهای بهبود خلق و خو می‌شود. افرادی که توانایی نظم‌جویی هیجان‌های خودشان را ندارند، به احتمال بیشتری تحت تاثیر عوامل محیطی قرار می‌گیرند (داوانزاتو،جورمن،سیمر وگوتلیب[2]، ۲۰۱۳).

با توجه به مطالب فوق می‌توان اذعان داشت که نظم‌جویی ناکارآمد تجارب هیجانی از هسته‌های اساسی سوءمصرف مواد و وسوسه مصرف است. در نتیجه مداخلاتی که بر تعدیل و مدیریت راهبردهای نظم‌جویی هیجان تأکید دارند، می‌توانند نقش مهمی در درمان، پیشگیری از بازگشت و بروز وسوسه داشته باشند. یکی از نوآوری‌ها در درمان‌های روان‌شناختی، به ویژه سوءمصرف مواد و اعتیاد، که به مهارت‌های نظم‌جویی هیجان توجه خاصی داشته، رفتار درمانی دیالکتیک است. رفتار درمانی دیالکتیک، درمانی که از ابتدای تاسیس تاکنون موفقیت‌های متعددی در عرصه‌های مختلف کسب نموده، برای افرادی با اختلال‌های متعدد روان‌شناختی که به طور مزمن خودکشی‌گرا هستند، طراحی شده است. تعداد زیادی از این بیماران مبتلا به اختلال‌های سوءمصرف مواد نیز می‌باشند (رایزوی، استفل و کارسون وانگ[3]، ۲۰۱۳). پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند که رفتار درمانی دیالکتیک در درمان بیماران دارای اختلال‌های همبود مؤثر است. علاوه بر این، رفتاردرمانی دیالکتیک برای افراد مبتلا به سوءمصرف مواد، مفاهیم و وجوه طراحی شده‌ای را به منظور ترک مواد و کاهش زمان و اثرات ناسازگار بازگشت تدارک دیده

1. Berking
2. Davanzato, Joormann, Siemer, & Gotlib
3. Rizvi, Steffel, & Carson-Wong

است. در رفتار درمانی دیالکتیک برای افراد مبتلا به سوءمصرف مواد، میل نزولی و کاهش وسوسه‌ی مصرف یکی از راهبردهای خاص رفتاری می‌باشد (کورباسون، نیشیکاو و دیاکسون[1]، ۲۰۱۲). پروتکل درمانی استاندارد رفتاردرمانی دیالکتیک برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، شامل مهارت‌های اساسی است که با درمان مشکلات اعتیادآور مرتبط هستند. برای بیماران مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد، این مهارت‌های اساسی به عنوان یک تجویز در شکل استاندارد، آموخته می‌شوند. این مهارت‌ها که جهت کاهش خطر بازگشت به کار می‌روند، شامل مهارت‌های ذهن‌آگاهی[2]، تحمل پریشانی[3]، نظم‌جویی هیجان و روابط بین‌فردی مؤثر[4] هستند (بلوم، ودوارد، ساسماراس و پانتالون[5]، ۲۰۱۲).

با توجه به مطالب فوق می‌توان بیان نمود که نظم‌جویی نامتناسب هیجانی از عوامل اساسی سوءمصرف مواد است. از سویی دیگر با توجه به ماهیت رفتاردرمانی دیالکتیک و اثربخشی آن در درمان و بهبود اختلالات شدید هیجانی نظیر اختلال شخصیت مرزی و اختلال افسردگی اساسی، و تاکید این رویکرد درمانی بر نظم‌جویی هیجانی در طی درمان، و همچنین نقش مهم هیجان‌های مثبت و منفی و وسوسه در بازگشت سوءمصرف مواد، پژوهش حاضر در نظر دارد براساس آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک، میزان تکانشگری افراد دچار سوءمصرف مواد را کاهش دهد. بنابراین هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک بر تکانشگری افراد دچار سوءمصرف مواد می‌باشد.

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

این پژوهش در چارچوب طرح تجربی تک‌موردی با استفاده از طرح خطوط پایه پلکانی، مورد بررسی قرار گرفت. به منظور اجرای طرح، ابتدا شرکت‌کنندگان تحت مصاحبه ساختار یافته بر اساس DSM-V (نسخه ۵) توسط روان‌پزشک مرکز ترک اعتیاد طلوع در

1. Courbasson, Nishikawa, & Dixon
2. mindfulness
3. distress tolerance
4. interpersonal effectiveness
5. Bloom, Woodward, Susmaras, & Pantalone

بندرعباس قرار گرفتند و علاوه بر تشخیص روان‌پزشک توسط روان‌شناس نیز مورد مصاحبه قرار گرفتند. رضایت آگاهانه از آن‌ها اخذ شد. شرکت‌کنندگان قبل از شروع درمان برای تعیین خط پایه پرسش‌نامه تکانشگری را تکمیل نمودند. سپس تحت آموزش مهارت نظم‌جویی هیجانی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک، بر اساس راهنمای عملی مهارت‌های آموزشی رفتاردرمانی دیالکتیک برای درمان اختلال شخصیت مرزی قرار گرفتند.

جامعه آماری پژوهش را افراد مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد (شیشه و تریاک) تشکیل دادند که در شش ماهه دوم سال ۹۳ به مرکز ترک اعتیاد طلوع در شهر بندرعباس مراجعه کردند. از میان افراد مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد، تعداد ۲ نفر از آن‌ها که به شیشه اعتیاد داشت و ۲ نفر که به مواد افیونی (تریاک) اعتیاد داشت، و در دامنه‌ی سنی ۲۵ تا ۴۵ سال قرار داشتند، به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: مصرف مواد مخدر (تریاک و شیشه)؛ جنسیت مذکر؛ دارا بودن تشخیص اختلال سوءمصرف مواد بر اساس ملاک‌های DSM-V؛ نداشتن ملاک‌های سایر اختلال‌های محور I و II بر اساس نظر روان‌پزشک و مصاحبه بالینی ساخت‌یافته بر پایه‌ی DSM-V؛ محدوده‌ی سنی ۴۵-۲۵ سال؛ رضایت و موافقت شرکت‌کنندگان برای حضور در پژوهش؛ دارا بودن حداقل تحصیلات در حد خواندن و نوشتن؛ فقدان بیماری‌های جسمانی؛ عدم سابقه دریافت مداخله‌های روان‌درمانی دیگر در حین فرآیند آموزش. پس از توضیحات کامل و روشن در مورد اهداف و روش انجام پژوهش و تاکید در خصوص بی‌نامی آزمودنی‌ها و محرمانه بودن اطلاعات، و هر زمان که بخواهند می‌توانند از پژوهش خارج شوند. از بیماران رضایت‌نامه کتبی اخذ شد، سپس از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا سوالات پرسش‌نامه‌ها را به دقت خوانده و پاسخ دهند. پس از مصاحبه ساختاریافته و در نظر گرفتن شرایط پژوهش، نمونه مورد پژوهش (۲ نفر مصرف‌کننده شیشه و ۲ نفر مصرف‌کننده تریاک) انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان طی ۱۰ جلسه (هر هفته یک جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) تحت آموزش مهارت نظم‌جویی هیجانی بر اساس راهنمای عملی مهارت‌های آموزشی رفتار

سال ۱۲، شماره ۴۹، ویژه‌نامه ۲
Vol. 12, No. 49, Special Issue 2

درمانی دیالکتیک برای درمان اختلال شخصیت مرزی (لین‌هان[1]،۱۹۹۳) قرار گرفتند. محتوای جلسات آموزشی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول۱: راهنمای عملی مهارت‌های آموزشی رفتاردرمانی دیالکتیک برای درمان اختلال شخصیت مرزی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه۱	چرا باید این مهارت را بیاموزیم؟ دیدگاه‌های درست در مورد هیجان‌ها کدامند؟مروری برهیجان-های اولیه و ثانویه، همه هیجان‌ها به ما کمک می کنند.
جلسه۲	نام‌گذاری هیجان‌ها، چگونه هیجان‌ها عمل می کنند؟ تحلیل رفتاری، مباحثه درموردتفاسیری که هر فرد در مورد هیجان‌هایش دارد(اسطوره‌ها)، توجه به نقش ذهن هیجانی و ذهن منطقی‌وذهن خردمندانه در مورد تفاسیر و پاسخ به هیجان‌ها.
جلسه۳	نقش خودگویی‌های مثبت در مورد هیجان‌ها، مشاهده و توصیف هیجان‌ها (خود مشاهده‌گری)و مهارت حل‌مسئله.
جلسه ۴	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).
جلسه۵	تصمیماتی در راستای مهارت کاهش آسیب‌پذیری (دوری از ذهن هیجانی).
جلسه۶	تسلط بر دنیای خود: آموزش برنامه‌ریزی برای افزایش تجارب مثبت، تهیه فهرستی ازتجربه‌های لذت‌بخش.
جلسه ۷	آگاهی بر هیجان‌ها و انجام عمل مخالف در برابر ترس، احساس گناه و شرم، خشم و افسردگی.
جلسه ۸	کاربرد مهارت حل مسئله و عمل مخالف در مورد ترس و خشم و احساس گناه و غمگینی.
جلسه۹	مرور جلسات و تمرین مهارت‌های آموخته شده.
جلسه ۱۰	مرور جلسات و تمرین مهارت‌های آموخته شده.

ابزار

۱-مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I (SCID-I): مصاحبه مزبور ابزار انعطاف‌پذیری است که توسط فرست و همکاران برای تشخیص گذاری اختلالات عمده‌ی محور I براساس DSM-IV تهیه شده است (هاشمی، محمودعلیلو و هاشمی‌نصرت‌آباد، ۱۳۸۹). ترن و اسمیت ضریب کاپای ۶۰ درصد را به عنوان ضریب اعتبار بین ارزیاب‌ها

1. Linehan

برای این مصاحبه گزارش کرده‌اند. شریفی و همکاران این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، بر روی یک نمونه‌ی ۲۹۹ نفری اجرا کردند که نتایج نشان دهنده توافق تشخیصی متوسط یا خوب (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد) برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی بود. علاوه‌براین، توافق کلی به دست آمده (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد) نیز رضایت‌بخش بود (هاشمی، محمودعلیلو و هاشمی‌نصرت‌آباد، ۱۳۸۹). همچنین اعتبار مقیاس در این پژوهش با استفاده از آزمون ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

۲-مقیاس تکانشگری بارت: ویرایش یازدهم این پرسش‌نامه توسط پروفسور ارنست بارت ساخته شده است (بارات[1]، ۱۹۹۴). دارای ۳۰ پرسش می‌باشد، که سه عامل تکانشگری شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی را ارزیابی می‌کند. پرسش‌ها به صورت چهارنمره‌ای (لیکرت) که از هرگز (۱) تا همیشه (۴) نمره‌گزاری می‌شوند. بالاترین نمره آن ۱۲۰ است. به منظور اجتناب شرکت‌کنندگان از ایجاد سبک پاسخ تعدادی از سؤالات به گونه‌ای نوشته شده‌اند که فقدان تکانشگری را نشان می‌دهند. بارت، استنفرد و پاتون اعتبار و روایی این مقیاس را در همه نمونه‌ها، بالا گزارش کردند. همسانی درونی در نمونه مجرمان ۰/۸۰، برای دانشجویان لیسانس، ۰/۸۲ و برای بیماران روان‌پزشکی ۰/۸۳ به دست آمده است. یافته‌های جاوید، محمدی و رحیمی (۱۳۹۱) در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی یازدهمین ویرایش مقیاس تکانشگری بارت، اعتبار کل را از دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۷ گزارش داد. روایی همگرا با محاسبه ضریب همبستگی خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه با یکدیگر توسط جاوید و همکاران تأیید شد (جاوید، محمدی و رحیمی، ۱۳۹۱). اعتبار آن در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

یافته‌ها

با عنایت به طرح تک‌آزمودنی، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های اندازه اثر، کوهن، تغییرات روند و شیب برای هر شرکت‌کننده استفاده شد و روند تغییرات نمرات در

1. Barratt

طی جلسات بر روی نمودارها به طور جداگانه نشان داده شد. برای تحلیل داده‌ها از روش بازبینی دیداری نمودارها و ضرایب تأثیر استفاده شد. فراز و فرود متغیر وابسته، پایه سنجش میزان تغییر به شمار رفت. افزون بر این، از ملاک معناداری بالینی هم برای تحلیل داده‌ها بهره گرفته شد. برای عینی سازی میزان بهبودی از فرمول زیر، برای تعیین درصد بهبودی استفاده شد.

MPI = [(Baseline Mean – Treatment Phase Mean) / Treatment phase Mean] × 100
MPR= [(Baseline Mean – Treatment Phase Mean) / Baseline Mean] × 100
Cohen's d = M1 - M2 / spooled where spooled =√[(s 12+ s 22) / 2]
rYl = d / √(d² + 4)(effect-size)

آماره‌های جمعیت‌شناختی نمونه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول۲: آماره‌های جمعیت شناختی افراد مورد بررسی

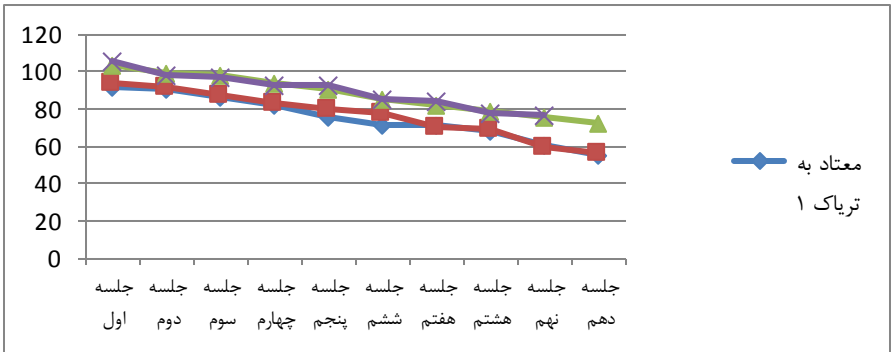
نفر	سن	وضعیت تاهل	سطح تحصیلات	ماده مصرفی	مدت مصرف
۱	۳۶	متاهل	دیپلم	تریاک	۱۳ سال
۲	۲۸	مجرد	دیپلم	تریاک	۱۰ سال
۳	۳۲	متاهل	فوق دیپلم	شیشه	۱۱ سال
۴	۳۶	مجرد	دیپلم	شیشه	۸ سال

نمرات خام تکانشگری طی ده جلسه در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول۳: نمرات خام مقیاس تکانشگری کل در طی ۱۰ جلسه‌ی مداخله آموزشی

نفر	جلسه۱	جلسه۲	جلسه۳	جلسه۴	جلسه۵	جلسه۶	جلسه۷	جلسه۸	جلسه۹	جلسه۱۰
۱	۹۲	۹۱	۸۶	۸۲	۷۶	۷۱	۷۱	۶۸	۶۱	۵۵
۲	۹۴	۹۲	۸۷	۸۳	۸۰	۷۸	۷۰	۶۹	۶۰	۵۶
۳	۱۰۴	۹۹	۹۸	۹۴	۹۱	۸۵	۸۲	۷۹	۷۶	۷۲
۴	۱۰۶	۹۸	۹۷	۹۳	۹۳	۸۵	۸۴	۷۸	۷۷	۷۳

جدول ۳ تغییرات نمرات مقیاس تکانشگری بارت مربوط به آزمودنی‌ها را طی ده جلسه نشان می‌دهد. همان‌طور که مشهود است نمرات هر ۴ شرکت‌کننده در طی جلسات کاهش یافته است. نمرات شرکت‌کننده اول و دوم که ماده مصرفی آن‌ها افیونی بوده کاهش بیشتری نسبت به شرکت‌کننده سوم و چهارم که شیشه مصرف کرده‌اند داشته‌است.



نمودار ۱: تغییرات نمرات تکانشگری شرکت‌کننده‌ها در طول دوره

ویژگی‌های توصیفی به تفکیک جلسات در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ٤: ویژگی‌های توصیفی (خط پایه، مداخله، میزان اثربخشی، اندازه اثر و شاخص کوهن) در خرده‌مقیاس‌های زودانگیختگی در ده جلسه

متغیرها	نفرات	قبل از مداخله	بعد از مداخله	انحراف - استاندارد	بهبودی پس از مداخله ٪	کاهش نمرات ٪	اندازه اثر	شاخص کوهن
شناختی	۱	۲۹	۱۳	۵/۰۱	۵۵/۸۶	۶۵/۴۴	۰/۷۳	۳/۰۹
	۲	۳۰	۱۵	۴/۱۱	۵۳/۴۳	۵۹/۳۳	۰/۷۰	۳/۰۰
	۳	۳۰	۱۹	۳/۷۱	۳۳/۸۳	۴۴/۱۷	۰/۶۸	۲/۳۳
	۴	۳۲	۱۸	۳/۸۸	۳۴/۹۳	۴۵/۴۵	۰/۶۹	۲/۷۶
حرکتی هیجانی	۱	۳۵	۲۰	۴/۳۳	۵۵/۸۶	۷۶/۵۳	۰/۸۲	۳/۰۱
	۲	۳۴	۲۱	۴/۰۹	۴۵/۴۴	۷۱/۷۶	۰/۸۰	۲/۹۳
	۳	۴۰	۲۸	۳/۸۹	۳۳/۵۴	۵۶/۳۴	۰/۶۹	۲/۵۸
	۴	۳۸	۲۹	۳/۶۵	۳۲/۸۹	۵۴/۲۲	۰/۶۸	۲/۴۷
بی برنامگی	۱	۲۹	۲۱	۳/۰۱	۴۴/۸۶	۶۳/۳۴	۰/۷۳	۲/۲۲
	۲	۳۱	۲۰	۳/۱۱	۴۵/۴۳	۷۴/۲۶	۰/۸۱	۲/۹۴
	۳	۳۳	۲۴	۳/۰۹	۴۵/۸۳	۶۲/۳۳	۰/۷۱	۲/۱۵
	۴	۳۵	۲۷	۳/۵۴	۴۶/۹۳	۷۵/۱۴	۰/۸۳	۳/۱۱
انگیختگی کل	۱	۹۲	۵۵	۹/۱۹	۵۴/۵۵	۸۷/۳۳	۰/۸۴	۳/۷۶
	۲	۹۴	۵۶	۹/۵۶	۵۴/۴۳	۸۳/۲۲	۰/۸۷	۳/۹۹
	۳	۱۰۴	۷۲	۸/۳۱	۴۱/۲۳	۵۹/۲۱	۰/۷۱	۲/۷۶
	۴	۱۰۶	۷۳	۸/۴۴	۴۲/۲۱	۶۰/۲۳	۰/۷۳	۲/۸۷

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان طبق مدل دیالکتیک بر تکانشگری هیجانی در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد بود. در این پژوهش درمان بر اساس راهنمای عملی مهارت‌های آموزشی رفتار درمانی دیالکتیک برای درمان اختلال شخصیت مرزی (لین‌هان، ۱۹۹۳) در قالب ده جلسه‌ی درمانی برای نمونه مورد پژوهش (۲ نفر مصرف‌کننده شیشه و ۲ نفر مصرف‌کننده تریاک) اجرا شد. نتایج حاصل از تجزیه تحلیل داده‌ها حاکی از اثرگذاری آموزش مهارت نظم‌جویی هیجانی بر تکانشگری این افراد بود. اوربک و همکاران (۲۰۰۷) معتقدند افرادی که سطوح بالایی از نقایص تنظیم هیجان را بروز می‌دهند بیش از دیگران احتمال دارد در رفتارهای پرخطری که به دنبال آن به افسردگی یا اضطراب منجر می‌شود، درگیر شوند. طبق نظر این پژوهشگران افرادی که راهبردهای تنظیم هیجان ضعیف را فراگرفته‌اند ممکن است بیش از دیگران مستعد استفاده از رفتارهای پرخطر به‌عنوان ابزاری برای تسکین هیجان منفی باشند. در نتیجه براساس نظر این محققان می توان گفت بدتنظیمی هیجانی عاملی در افزایش احتمال رو آوردن افراد به رفتارهای پرخطر از جمله مصرف مواد است. آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان به شرکت‌کنندگان موجب کاهش نمرات هر چهار آزمودنی در تکانشگری شناختی شد؛ به طوری که هر چهار نفر در طی جلسات کاهش قابل ملاحظه‌ای در این مقیاس نسبت به خط پایه داشتند. لازم به ذکر است که این کاهش در مورد شرکت‌کنندگانی که شیشه مصرف کرده بودند کمتر بود. این کاهش نمرات تا پایان جلسات پایدار بود. در پژوهش شریبر و همکاران (۲۰۱۲) که تنظیم هیجان و تکانشگری را در افراد وابسته به مواد مورد بررسی قرار داده بودند، نتایج نشان داد گروه دچار عدم تنظیم هیجان بالاتر، نمرات بالاتری را در دو مولفه تکانشگری شامل تکانشگری شناختی و اجتنابی نشان دادند. امروزه تکانشگری به صورت یک بعد شناختی، مفهوم‌پردازی می‌شود به این معنا که تکانشگری، با عدم بازداری شناختی و روند تصمیم‌گیری کند و ناقص در افراد همراه می‌باشد. در واقع

مشخص شده تکانشگری یکی از وجه مشخصه‌های انواع اعتیاد است (اسشافر[1] و همکاران، ۲۰۱۷).

در تبیین این یافته‌ها می توان گفت که امروزه تکانشگری به صورت یک بعد شناختی، مفهوم‌پردازی می شود به این معنا که تکانشگری، با عدم بازداری شناختی و روند تصمیم‌گیری کند و ناقص در افراد همراه است (داو، گلو و لوکستون[2]، ۲۰۰۸). مشخص شده است که تکانشگری یکی از وجه مشخصه‌های انواع اعتیاد است. به گونه‌ای که عده‌ای از افراد در تمامی موقعیت‌ها به صورت تکانشی عمل می کنند (وابسته به صفت) در حالی که عده‌ای دیگر در موقعیت‌های بخصوص به این شیوه عمل می‌نمایند. مانند مواجهه شدن با نشانه‌های ایجاد کننده ولع مصرف (وابسته به موقعیت). (میرث[3] و همکاران، ۲۰۰۹). براساس مدل شناختی، زنجیره اعتیاد اغلب سیری تسلسلی دارد که از اضطراب یا خلق پایین شروع می‌شود و به خود درمانی با مصرف الکل یا مواد منتهی می‌شود. در مدل‌های اختلالات مصرف مواد فرض می‌شود اشخاصی که نمی توانند هیجان خود را درست تنظیم کنند، ممکن است به اختلال مصرف مواد به عنوان راهی برای تخفیف هیجانات‌شان روی آورند. درمان‌های بسیاری که برای اختلال‌های مصرف مواد به کار می‌روند بر کاستن از روش‌های ناسازگارانه تنظیم هیجان و انجام روش‌های سازگارانه تنظیم هیجان تاکید دارند (محمدخانی، صادقی و فرزاد، ۱۳۹۰). آموزش تنظیم هیجان در شرکت کنندگان این پژوهش منجر به کاهش تکانشگری حرکتی آن‌ها شد. این کاهش در مورد دو شرکت کننده‌ای که شیشه مصرف می کردند کمتر بود. تکانشگری رفتاری می تواند پیامد قطع سیگار را هم پیش‌بینی نماید. مطالعه نوجوانانی که سیگار می کشند نشان داد که برخی مقیاس‌های رفتاری خاص برای تکانشگری با توانایی آغاز و با حفظ پرهیز از سیگار کشیدن در میان نوجوانان ارتباط دارد (کابر و بولینگ، ۲۰۱۴). در پژوهش ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۸۹) که به بررسی راهبردهای تنظیم هیجان در سوءمصرف کنندگان مواد دارای واکنش‌پذیری بالا و پایین پرداخته‌اند به این نتیجه رسیدند

1. Schäfer
2. Gullo, & Dawe
3. Myrseth

که سوءمصرف‌کنندگان مواد دارای واکنش پذیری بالا از راهبردهای تنظیم هیجان منفی و سوء مصرف‌کنندگان مواد دارای واکنش پذیری پایین از راهبردهای تنظیم هیجان مثبت بیشتری استفاده می‌کنند. نتایج این مطالعه بیان می‌کند واکنش پذیری و تکانشگری بالا و استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان منفی بیشتر، از عوامل خطرزا برای سوءمصرف مواد است.

به طور کلی، نتایج این مطالعات همسو با یافته‌های پژوهش می‌باشد. نتایج مطالعه شریر[1] و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که افراد دارای اختلال هیجانی، نمرات بالاتری در تکانشگری و استدلال شناختی کسب کردند. فوکس[2] و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهشی دریافتند که سوءمصرف‌کنندگان کوکائین در درک و تنظیم هیجانات و کنترل تکانشگری به‌ویژه در مراحل اولیه وابستگی دشواری‌های زیادی دارند. در تبیین این یافته‌ها می‌توان چنین اذعان کرد که افراد وابسته به مواد با قرار گرفتن در موقعیت‌های مختلف به احتمال بیشتری به صورت تکانشی عمل می‌کنند و مصرف مواد هم بر میزان تکانشی بودن آن‌ها می‌افزاید؛ در نتیجه این افراد کمتر بر هیجانات خود کنترل دارند. لذا آموزش تنظیم هیجان به این افراد می‌تواند نقش موثری در کنترل و بازداری تکانه در این افراد ایفا کند. توانایی مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند. اصولا افراد دارای تنظیم هیجانی بالا در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند و فشارهای ناخواسته دیگران را درک و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می‌دهند.

آموزش تنظیم هیجان طبق مدل دیالکتیک روی افراد این پژوهش باعث کاهش بی‌برنامگی آن‌ها شد. به طوری که هر چهار نفر در طی جلسات آموزشی به مرور کاهش قابل توجهی در این مقیاس را نشان می‌دهند که باز هم همانند نتایج قبلی این تحقیق افرادی که مصرف شیشه داشتند کاهش کمتری را نشان دادند. می‌توان این احتمال را ذکر کرد که مصرف شیشه و موادی از این قبیل که صنعتی هستند نسبت به مواد افیونی مخرب‌تر

1. Schreiber
2. Fox

هستند و کارکرد مصرف‌کننده را بیشتر تخریب می‌کنند. بارت (۱۹۹۴) در پژوهشی نشان داد بیماران روانی به ویژه افرادی که دارای مشکلات مربوط به سوءمصرف مواد هستند، بیشتر مستعد تکانشوری هستند. یانگ[1] (۱۹۹۹) معتقد است که سوءمصرف مواد کنترل تکانشوری را با مشکل مواجه می‌کند. مولر[2] و همکاران (۲۰۰۱) در پژوهش‌های مجزایی بر روی افراد وابسته به کوکائین نتیجه‌گیری کردند که تکانشوری به عنوان پیش بینی‌کننده مهم مصرف کوکائین است.

آموزش نظم‌جویی شناختی طبق مدل دیالکتیک در این تحقیق روی شرکت‌کنندگان منجر به کاهش در مقیاس تکانشگری کل شد. این کاهش در مورد شرکت‌کنندگانی که شیشه مصرف می‌کردند کمتر بود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند نوجوانان و جوانانی که تنوع طلب و تحریک‌پذیر هستند، بیشتر به دنبال مواد می‌روند. رشد عاطفی نابسنده، دشواری در ساماندهی رفتار و هیجان و داشتن هیجان‌های منفی از ویژگی‌های افرادی است که وابستگی دارویی دارند (انوک[3]، ۲۰۱۱). همچنین نتایج پژوهش ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۸۹) نشان داده مولفه‌های تکانشوری حرکتی، سیستم بازداری رفتاری، سیستم فعال‌ساز رفتاری، بی‌برنامگی و تکانشوری شناختی به ترتیب از قوی‌ترین پیش‌بینی کننده‌های گرایش به سوءمصرف مواد در نوجوانان بوده است. افرادی که نمی‌توانند برانگیختگی‌های خود را کنترل کنند به احتمال زیاد مصرف‌کننده دائمی مواد می‌شوند (ویس و همکاران، ۲۰۱۲). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، رفتار درمانی دیالکتیکی در حقیقت تغییر و اصلاح درمانگری رفتاری-شناختی است و در افرادی استفاده می‌شود که با هیجانات خارج از کنترل و همچنین مسائل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم، بی‌ثباتی عاطفی و تحریک‌پذیری دست و پنجه نرم می‌کنند. از متخصصین بالینی خواسته می‌شود تا به درمانجو در درک رفتارهای مختل‌کننده به عنوان رفتار اکتسابی برای حل مشکل کمک کنند و درمانجو فاقد مهارت‌های لازم و ضروری برای واکنش نشان دادن به شیوه‌ای خلاق‌تر است. این یکی از دلایلی است که رفتاردرمانگری دیالکتیکی در کاهش

1. Young
2. Moeller
3. Enoch

هیجانی هیجان منفی خشم و رفتارهای تکانشی ثمربخش بوده است (سولر و همکاران، ۲۰۰۹).

از آنجا که نمونهٔ این پژوهش را تنها، مردان تشکیل می‌دادند تعمیم نتایج، به دیگر افراد جامعه که تحصیلات دانشگاهی ندارند و همچنین، جامعهٔ زنان با محدویت همراه است. پیشنهاد می‌شود، جهت پیشگیری از سوءمصرف مواد و ایمن‌تر شدن افراد جامعه در سطح کلان جامعه، سازمان‌ها و مراکز مسئول با اطلاع‌رسانی، برگزاری کارگاه‌ها و جلسات آموزشی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی برای عموم مردم به ویژه زنان و افرادی که مستعد ابتلا به سوءمصرف مواد می‌باشند (از جمله نوجوانان و جوانان) اقدام نمایند. در زمینه درمان پیشنهاد می‌شود بخش روان‌شناسی و مشاوره در مراکز درمان سوءمصرف مواد، همسو با درمان دارویی، فعالانه با آموزش مهارت‌های مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی به افراد تحت درمان، موارد ذکر شده را بهبود و به پروسه درمان سرعت بخشند.

سال ۱۲، شماره ۴۹، ویژه‌نامه ۲
Vol. 12, No. 49, Special Issue 2

منابع

ابوالقاسمی، عباس؛ اله‌قلی‌لو، کلثوم؛ نریمانی، محمد؛ و زاهد، عادل (۱۳۸۹). راهبردهای تنظیم هیجان در سوءمصرف‌کنندگان مواد دارای واکنش‌پذیری بالا و پایین. *مجله علوم پزشکی گیلان*، ۲۰(۷۷)، ۲۲-۱۵.

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

زنجانی، زهرا؛ و صادقی، مصطفی (۱۳۹۴). پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد براساس ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجانی در دانشجویان. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۲(۸)، ۳۸-۲۳.

محمدخانی، شهرام؛ صادقی، نگار؛ و فرزاد، ولی ا... (۱۳۹۰). مدل روابط علی هیجان منفی، باورهای مرکزی، باورهای مرتبط با مواد، عقاید وسوسه‌انگیز و تنظیم هیجان با بازگشت به مصرف مواد. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۶(۱۲۳)، ۱۸۵-۱۵۹.

مداحی، محمد ابراهیم (۱۳۹۶). نقش باورهای فراشناخت در پیش‌بینی عود سوءمصرف مواد. *علوم روانشناختی*، ۱۶(۶۳)، ۴۴۸-۴۲۹.

هاشمی، زهره؛ محمودعلیلو، مجید؛ هاشمی نصرت‌آباد، تورج (۱۳۸۹). اثربخشی درمان‌فراشناختی برا اختلال افسردگی اساسی: گزارش موردی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۲(۷)، ۹۷-۸۵.

Arce, E., & Santisteban, C. (2006). Impulsivity: A review. *Psicothema*, 18(2), 213-220.

Auerbach, R. P., Abela, J. R. Z., Ringo H. O. M. (2007). Responding to symptom of depression and anxiety: Emotion regulation, neurotism and engagement in risky behaviors. *Behavior research and therapy,* 45, 2182-2191.

Barratt, E. (1994). *Impulsivity: integrating cognitive, behavioral, Biological and environmental data*. In W. B. Mccwn, J. L. John, Washington, DC: American Psychological Association.

Berking, M., Wirtz, C. M., Svaldi, J., & Hofmann, S. G. (2014). Emotion regulation predicts symptoms of depression over five years. *Behavior Research and Therapy,* 57, 13-20.

Bloom, J. M., Woodward, E. N., Susmaras, T., & Pantalone, D. W. (2012). Use of dialectical behavior therapy in inpatient treatment of borderline personality disorder: a systematic review. *Psychiatric Services,* 63(9), 881-888.

Courbasson, C., Nishikawa, Y., & Dixon, L. (2012). Outcome of dialectical behavior therapy for concurrent eating and substance use disorders. *Clinical psychology & psychotherapy,* 19(5), 434-449.

D'Avanzato, C., Joormann, J., Siemer, M., & Gotlib, I. H. (2013). Emotion regulation in depression and anxiety: examining diagnostic specificity and stability of strategy use. *Cognitive Therapy and Research,* 37(5), 968-980.

Enoch, M. A. (2011). The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. *Psychopharmacology,* 214(1), 17-31.

Fox, H. C., Axelrod, S. R., Paliwal, P., Sleeper, J., & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and alcohol dependence,* 89(2-3), 298-301.

Galanter, M., (2006). Innovations: Alcohol and drug abuse: Spirituality alcoholics anonymous: A valuable adjunct to psychiatric services. *Psychiatric Services,* 5(3), 307-309.

Gullo, M. J., & Dawe, S. (2008). Impulsivity and adolescent substance use: Rashly dismissed as "all-bad"? *Neuroscience & Bio behavioral Reviews,* 32(8), 1507-1518.

Hopwood, C. J., Schade, N., Matusiewicz, A., Daughters, S. B., & Lejuez, C. W. (2015). Emotion regulation promotes persistence in a residential substance abuse treatment. *Substance use & misuse,* 50(2), 251-256.

Jentsch, J. D., Ashenhurst, J. R., Cervantes, M. C., Groman, S. M., James, A.S., & Pennington, Z. T. (2014). Dissecting impulsivity and its relationships to drug addictions. *Annals of the New York Academy of Sciences,* 1327(1), 1-26.

Jones, C. M., Paulozzi, L. J., & Mack, K. A. (2014). Alcohol involvement in opioid pain reliever and benzodiazepine drug abuse-related emergency department visits and drug-related deaths-United States, 2010. MMWR. *Morbidity and mortality weekly report,* 63(40), 881-885.

Kober, H., & Bolling, D. (2014). *Emotion regulation in substance use disorders. Handbook of emotion regulation*, 2, 428-446.

Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry,* 3(8), 760-773.

Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford Press.

McHugh, R. K., Nielsen, S., & Weiss, R. D. (2015). Prescription drug abuse: from epidemiology to public policy. *Journal of substance abuse treatment*, 48(1), 1-7.

Moeller, F. G., Dougherty, D. M., Barratt, E. S., Schmitz, J. M., Swann, A. C., & Grabowski, J. (2001). The impact of impulsivity on cocaine use and retention in treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 21(4), 193-198.

Myrseth, H., Pallesen, S., Molde, H., Johnsen, B. H., & Lorvik, I. M. (2009). Personality factors as predictors of pathological gambling. *Personality and individual differences*, 47(8), 933-937.

Reddy, L. F., Lee, J., Davis, M. C., Altshuler, L., Glahn, D. C., Miklowitz, D. J., & Green, M. F. (2014). Impulsivity and risk taking in bipolar disorder and schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*, 39(2), 456-460.

Rizvi, S. L., Steffel, L. M., & Carson-Wong, A. (2013). An overview of dialectical behavior therapy for professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(2), 73-80. DOI: 10.1037/a0029808.

Schäfer, J. Ö., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2017). Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of youth and adolescence*, 46(2), 261-276.

Schreiber, L. R., Grant, J. E., & Odlaug, B. L. (2012). Emotion regulation and impulsivity in young adults. *Journal of psychiatric research*, 46(5), 651-658.

Soler, J., Pascual, J., Tiana, T., Barrachina, J., Gich, I., & Alvarez, E. (2009). Dialectical behavior therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder. *Behavior Research Therapy*, 47, 335-358.

Tang, Y. Y., Tang, R., & Posner, M. I. (2016). Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 163, S13-S18.

Thomas, C. (2011). *A review of the relationships between mindfulness, stress, coping styles and substance use among University students*. Cowan University. Faculty of Computing, Health and Science.

Tull, M. T., Weiss, N. H., Adams, C. E., & Gratz, K. L. (2012). The contribution of emotion regulation difficulties to risky sexual behavior within a sample of patients in residential substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 37(10), 1084-1092.

Weiss, N. H., Tull, M. T., Viana, A. G., Anestis, M. D., & Gratz, K. L. (2012). Impulsive behaviors as an emotion regulation strategy: Examining associations between PTSD, emotion dysregulation, and impulsive behaviors among substance dependent inpatients. *Journal of anxiety disorders*, 26(3), 453-458.

Young, K. S. (1999). *Internet addiction: symptoms, evaluation and treatment. Innovations in clinical practice: A source book*, 17, 19-31.