

مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک و درمان متمرکز بر شفقت بر سطح

کورتیزول خون و خود کنترلی در سوء مصرف کنندگان مواد مخدر

عباس قدرتی تربتی^۱، حمید نجات^{۲*}، حسن توزنده جانی^۱، علی اکبر ثمری^۴، حسین اکبری امرغان^۳

۱. گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، نیشابور، ایران

۲. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران

۳. گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قوچان، قوچان، ایران

۴. گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشمر، کاشمر، ایران

چکیده

زمینه و هدف: اختلال سوء مصرف مواد پیامدهای منفی و روزافزون در تمام جوامع دارد و درمان‌های روانشناختی در جهت کاهش این اختلال کمک کننده هستند. هدف این مطالعه نیز مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک و شفقت درمانی بر کورتیزول خون و خود کنترلی در سوء مصرف کنندگان مواد مخدر بود.

روش‌ها: در این پژوهش نیمه تجربی جامعه آماری را کلیه مردان مراجعه کننده به کلینیک ترک اعتیاد بزرگمهر تربت حیدریه در سال ۱۳۹۷ تشکیل می دادند. نمونه‌ها به روش در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش دیدند، ولی گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. در پایان پژوهش، آموزش‌های گروه مداخله به گروه کنترل نیز ارائه شد. از ابزار پرسشنامه خود کنترلی تانجی و بررسی آزمایشگاهی سطح کورتیزول خون استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون مانکوا و نرم‌افزار SPSS ورژن ۱۶ تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: یافته‌ها نشان داد در دو گروه آزمایش، مداخله صورت گرفته بر خودکنترلی و کورتیزول خون تأثیر معنی داری داشت ($p=0/001$)، اما با توجه به تفاوت میانگین، اثر بخشی شفقت درمانی بر دو متغیر مذکور بیشتر از رفتار درمانی دیالکتیک بود.

نتیجه‌گیری: درمان‌های روانشناختی از جمله مداخلات انجام شده در این پژوهش می‌توانند کمک به سزایی در درمان اختلال سوء مصرف مواد داشته باشند. لذا با توجه به کم هزینه و اثربخش بودن این درمان‌ها، توصیه می‌شود در درمان سوء مصرف مواد از آن‌ها استفاده شود.

کلید واژه‌ها:

رفتار درمانی دیالکتیک، درمان متمرکز بر شفقت، سطح کورتیزول خون، خودکنترلی، سوء مصرف مواد مخدر

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه محفوظ است.

مقدمه

بهداشت جهانی، کمیته کنترل جهانی مواد مخدر و سازمان یونسکو حاکی از مصرف روزافزون این مواد در سطح جهان می باشد (۲). پژوهش‌ها نشان داده اند که وجود تنش‌های بدنی و روانشناختی موجب تحریک هیپوتالاموس و ترشح عامل آزادکننده کورتیکوتروپین شده و در نتیجه به افزایش ترشح کورتیزول از غده فوق کلیوی منجر می شود (۳، ۴). کورتیزول

سوء مصرف مواد مخدر، مصرف مکرر و افزایش یافته یک ماده است که محرومیت از آن سبب ناراحتی و میل غیر قابل کنترل برای مصرف مجدد آن ماده می شود و به تباهی جسمی روانی منجر می شود (۱). وابستگی به مواد و انواع داروها به صورت یک معضل جهانی و فراگیر نمایان شده و آمارهای منتشر شده از سوی سازمان‌های بین المللی به ویژه سازمان

را کاهش می دهد. توانایی مدیریت هیجان ها باعث می شود که فرد در موقعیت هایی که خطر مصرف بالاست، از راهبردهای مقابله ای مناسب استفاده کند. افرادی که خودکنترلی بالایی دارند، در پیش بینی خواسته های دیگران توانایی بیشتری دارند. آن ها فشارهای ناخواسته دیگران را درک و هیجان های خود را بهتر مهار می کنند در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می دهند. در مقابل افرادی که خودکنترلی پایین تری دارند، برای مقابله با هیجان های منفی خود، اغلب بسوی مصرف مواد پیش می روند (۹).

میزان شیوع بالای اعتیاد درمان های متناسب با نیاز بیماران را بسیار مهم و اجتناب ناپذیر می کند ولیکن علیرغم تلاش های بسیار متخصصان اعتیاد و به کارگیری درمان های مختلف روزآمد، عاملی که درمان را با مشکل مواجه می کند لغزش ها و عود است (۱۰). درمان های رفتاری می تواند اثربخشی داروهای پزشکی را افزایش داده و به بیماران کمک کند تا مدت طولانی تری درمان را ادامه دهند (۱۱).

افراد دارای سوء مصرف مواد دارای عدم خودکنترلی و اختلال در هورمون های استرس از جمله کورتیزول می باشند (۱۲) و این درست همان مواردی است که در مهارت آموزی رفتار درمانی دیالکتیکی آموزش داده می شود. علاوه بر این، در این درمان علی رغم تأکید بر تغییر رفتار افراد، عود بیمار نیز مورد تأیید قرار می گیرد و مانع از آن می گردد که احساسات و هیجانات منفی حاصل از این شرایط بیمار را مستأصل نماید (۱۳).

تحمل آشفتگی به عنوان ظرفیت تجربه و تحمل کردن حالات روانشناختی منفی تعریف می شود. آشفتگی ممکن است نتیجه فرایند های شناختی یا جسمانی باشد، اما به صورت یک حالت هیجانی ظاهر می شود که اغلب با تمایلات عمل برای تسکین تجربه هیجانی مشخص می شود. خودکنترلی نیز به عنوان مقوله ای مشتمل بر، آگاهی و درک هیجانات، پذیرش هیجانات، توانایی برای کنترل کردن رفتارهای تکانشی و رفتار کردن مطابق با اهداف مطلوب به منظور دستیابی به اهداف فردی و

هورمونی کاتابولیک و اصلی ترین شکل گلوکوکورتیکوئید در انسان بوده که از قسمت قشری غده فوق کلیه در پاسخ به استرس های فیزیولوژیک و روانی، ترشح می شود. کورتیزول به سادگی وارد سلول های مغز می شود و تغییرات آن می تواند موجب تغییر رفتار، تداخل در عملکرد شناختی، اختلالات گوارشی (زخم معده، اختلال در جذب) و عملکرد بد سیستم ایمنی شود. بنابراین اضطراب جسمانی و شناختی در ترشح هورمون کورتیزول در افراد دارای سوء مصرف مواد و پیامدهای منفی بعد از آن نقش مهمی دارد (۵). مشکلات روانی و شخصیتی می تواند علت و معلول در سوء مصرف مواد باشند و در بیشتر مطالعاتی که انجام شده، ابتلای همزمان سوء مصرف مواد و اختلالات روانی گزارش شده است. نادیده گرفتن اختلالات روانی پیش و پس از ترک یکی از عواملی می باشد که به شکست درمان و برگشت مجدد به مواد مخدر منجر می شود (۶، ۱).

درمان های رفتاری و روانشناختی یکی از روش های موثر در کاهش هورمون های استرس بدن از جمله کورتیزول است. سرکوبی مزمن هیجانات منجر به ایجاد تنش، روان رنجوری و احتمالاً روان پریشی می شود. رهاسازی این انرژی سرکوب شده و هیجانات مسدود شده از طریق روان درمانی می تواند کمک موثری در کاهش تنیدگی و حفظ سلامت کل ارگانسیم نماید (۷).

فقدان خودکنترلی از مشکلات عمده دیگر افراد دارای سوء مصرف مواد است. افراد فاقد خودکنترلی، احتمالاً نسبت به دیگران در معرض خطر بیشتری در رابطه با سوء مصرف مواد قرار دارند. خود کنترلی یک انگیزه اساسی و مهم برای مصرف یا عدم مصرف مواد است، در واقع مصرف کنندگان مواد، اغلب مصرف خود را به مسکن بودن مواد نسبت می دهند (۸). همچنین گزارشات بیانگر آن است که مصرف مواد و دخانیات هنگامی بیشتر می شود که افراد عصبانی، مضطرب، غمگین و پریشان هستند. هنگامی که فرد برای مصرف مواد تحت فشار قرار می گیرد، مدیریت موثر هیجان ها خطر سوء مصرف مواد

خود شفقت دارد. مهربانی با خود و درک خود به جای قضاوت یا انتقاد از کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود شده است. اعتراف به اینکه همه انسان‌ها دارای نقص هستند، اشتباه می‌کنند و دارای رفتارهای ناسالم می‌شوند مشخصه اشتراکات انسانی است. بهوشیاری در مقابل همانندسازی فزاینده منجر به یک آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می‌شود و باعث می‌شود جنبه‌های دردناک نادیده گرفته نشود و در عین حال نیز مکرر ذهن را اشغال می‌کند (۱۱). تصویر سازی مشفقانه تغییر پذیری ضربان قلب را افزایش می‌دهد و میزان کورتیزول را در افرادی با میزان پایین از خود انتقادگری را کاهش می‌دهد. درمان متمرکز بر شفقت است که کانون درمان تمرکز بر مدل تنظیم هیجان‌ها دارد و مداخلات درمانی در راستای ایجاد روش‌های خاص تنظیم هیجان، وضعیت‌های مغزی و تجارب شخصی که زیر بنای فرآیند تغییر رفتار هستند، بکار برده می‌شوند. این مساله به ویژه در پرداختن به خود انتقادگری و شرم در افرادی که تاریخچه زندگی خشن و ناگواری دارند، حائز اهمیت است (۱۶).

لذا با توجه به پیامدهای منفی و روزافزون ناشی از اختلال سوء مصرف مواد در جامعه و اهمیت این موضوع همچنین نقش موثر درمان‌های روانشناختی در جهت کاهش اختلال سوء مصرف مواد، این مطالعه با هدف مقایسه اثر بخشی رفتاری درمانی مبتنی بر دیالکتیک و شفقت درمانی بر تغییرات سطح کورتیزول خون و خود کنترلی در سوء مصرف کنندگان مواد مخدر انجام گردید.

روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. در این پژوهش جامعه آماری کلیه مردان دارای اختلال سوء مصرف مواد مخدر شهر تربت حیدریه بودند که به مرکز ترک اعتیاد بزرگمهر مراجعه داشتند. روش نمونه‌گیری به شیوه نمونه‌گیری در دسترس بود، بدین ترتیب که از بین پرونده‌های افراد مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد شهرستان تربت حیدریه، تعداد ۴۵ نفر بر اساس فرمول

مطالبات موقعیتی، شناخته می‌شود که در سوء مصرف کنندگان مواد دچار اختلال می‌باشد (۱۴).

رفتار درمانی دیالکتیکی (Dialectical Behavior Therap) نوعی از درمان شناختی رفتاری است که برای درمان افرادی که دارای امکان خودکشی مزمن می‌باشند، تدوین شده و حاوی چهار بخش مشتمل بر مهارت آموزی انفرادی، مهارت آموزی گروهی، مشاوره تلفنی و گروه مشاوره درمانگر می‌باشد. فرض اساسی برنامه رفتار درمانی دیالکتیکی این است که افراد فاقد تنظیم شناختی هیجانی، فاقد مهارت‌های مورد نیاز برای حل مسئله خویش می‌باشند و همین عامل نیز باعث درد و رنج‌های عمیق این بیماران و مشکلات آن‌ها در ایجاد زندگی ارزشمند می‌باشد. پروتکل درمانی استاندارد رفتار درمانی دیالکتیکی شامل مهارت‌های اساسی است که با درمان مشکلات اختلال سوء مصرف مواد مرتبط هستند. برای بیماران مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد، این مهارت‌های اساسی به عنوان یک تجویز، در شکل استاندارد آموخته می‌شوند. این مهارت‌ها که جهت مقابله با وسوسه و کاهش خطر بازگشت به کار می‌روند شامل مهارت‌های ذهن آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجان و روابط بین فردی هستند. رفتار درمانی دیالکتیکی موجب افزایش تصویر بدنی مثبت می‌شود و باعث افزایش خودکارآمدی در افراد، از جمله افراد دارای اختلال سوء مصرف می‌گردد (۱۳).

شفقت به خود به عنوان راهی برای کاهش اضطراب مرتبط با اختلالات روانی است. درمان مبتنی بر شفقت (Compassion Focused Therapy) می‌تواند نقش حفاظتی در برابر افسردگی، اضطراب و تفکر سرکوب کننده ایفا کند، این درمان می‌تواند باعث توسعه دلسوزی به خود و کاهش خودانتقادی بار افسردگی، اضطراب و استرس، سرکوب افکار و عواطف منفی، تنظیم هیجانی و خودکنترلی شود. شفقت به خود به عنوان سازه سه مولفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و بهوشیاری در مقابل همانندسازی فزاینده تعریف شده است (۱۵). ترکیب این سه مولفه مرتبط، خصوصیات فردی است که بر

آزمایشگاه در لوله خشک استریل گرفته شد و به آزمایشگاه پارسیان ارسال گردید. بررسی سطح کورتیزول خون به روش ELIZA و با استفاده از کیت IBL (ساخت کشور آلمان) انجام شد.

پس از انتخاب حجم نمونه و تبیین اهداف پژوهش همچنین اخذ رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان، جایگذاری آنان در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل انجام شد و افراد هر سه گروه جهت پیش آزمون پرسشنامه خودکنترلی تانجی را تکمیل و بررسی سطح سرمی کورتیزول خون نیز انجام گردید. یکی از دو گروه آزمایش متغیر مستقل رفتار درمانی دیالکتیک و گروه دیگر شفقت درمانی را دریافت نمودند. جلسات آموزش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هفته، مطابق جدول ۱ ارائه شد. در هر جلسه تمریناتی به عنوان تکلیف خانگی تعیین می شد. در حالی که گروه کنترل به همان روش جاری و معمول (درمان نگهدارنده با متادون) تحت درمان قرار گرفتند و تا پایان فرآیند پژوهش از دریافت این مداخلات بی بهره بودند. به افراد گروه کنترل اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرآیند پژوهشی این مداخله را دریافت خواهند نمود. بعد از پایان جلسات آموزشی بلافاصله بر روی گروه‌های آزمایش و کنترل پس آزمون توسط پرسشنامه خود کنترلی تانجی و بررسی سطح سرمی کورتیزول خون نیز انجام گردید.

در خلال جلسات آموزشی از آزمودنی‌ها تست‌های اداری کروماتوگرافی مطابق با پروتکل درمانی (Methadone Maintenance Therapy (MMT)) انجام شد. همچنین به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات افراد محرمانه می ماند و خسارت و عارضه‌ای متوجه آنان نمی باشد، نتایج به صورت گروهی بررسی می شوند و هر زمان که بخواهند می توانند از گروه انصراف دهند. برای تجزیه و تحلیل داده‌های این تحقیق، از نرم افزار SPSS شماره ۱۶ استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌های این تحقیق، در دو سطح آمار توصیفی و آمار استنباطی تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) انجام گردید.

آماري $N = \frac{2(\alpha\beta) + (\alpha\alpha/2)^2}{d^2}$ ، همچنین مطالعات مشابه (۱۷) انتخاب و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تخصیص داده شد. نمونه‌های انتخاب شده دارای معیارهای ورود به پژوهش شامل: نداشتن بیماری‌های روانپزشکی و اختلالات روانی به جز سوء مصرف مواد، رضایت نامه کتبی و تمایل به شرکت در جلسات درمانی، جنسیت مرد، منفی بودن تست کروماتوگرافی اعتیاد، داشتن حداقل تحصیلات سیکل و حداکثر لیسانس، حداقل سن ۲۰ و حداکثر ۴۰ سال (۱۸)، عدم شرکت در سایر جلسات روان درمانی و انجمن معتادان گمنام و داشتن اعتیاد به مواد مخدر (در گذشته) حداقل به مدت ۱۲ ماه (۱۹) بودند.

ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل داشتن غیبت بیش از دو جلسه، عدم علاقمندی و همکاری افراد و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در فرآیند آموزش بودند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه خودکنترلی تانجی و سنجش آزمایشگاهی سطح کورتیزول خون بودند. پرسشنامه خودکنترلی تانجی که دارای ۳۶ سوال بوده و هدف آن سنجش میزان کنترل افراد بر خودشان است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت ۵ درجه‌ای (۱=هرگز و ۵=بسیار زیاد) برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سؤالات را با هم جمع می شوند. حداکثر نمره برای پرسشنامه خود کنترلی تانجی ۱۸۰ و حداقل ۳۶ است. نمره بالا بیانگر خودکنترلی بیشتر و نمره پایین نشان دهنده خودکنترلی کمتر فرد بود. روایی و پایایی پرسشنامه خود کنترلی تانجی توسط موسوی مقدم و همکاران محاسبه و مورد تایید قرار گرفته است (۲۰). روایی این مقیاس با ارزیابی همبستگی آن با مقیاس‌های پیشرفت تحصیلی، سازگاری، روابط مثبت و مهارت‌های بین فردی مورد تایید قرار گرفته است. همچنین پایایی آن بر روی دو نمونه آماری با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و ۰/۸۵ بدست آمده است (۲۱).

جهت اندازه گیری سطح سرمی کورتیزول خون ساعت ۸ صبح، میزان ۵ سی سی نمونه خون وریدی توسط کارشناس

جدول ۱. محتوای جلسات رفتار درمانی مبتنی بر دیالکتیک

| جلسات | محتوی جلسات |
|------------|--|
| جلسه اول | آشنایی اولیه، بیان هدف از تشکیل جلسات آموزش، طول مدت زمان آن، تعداد جلسات، اجرای پیش آزمون (پرکردن پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه خود کنترلی تانجی همچنین اخذ نمونه جهت بررسی سطح کورتیزول خون). |
| جلسه دوم | غلبه بر موانع هیجان های سالم و دادن مهارت امیدواری که فرد بتواند چگونگی تاثیر هیجان ها بر افکار و رفتارهایشان را بشناسند. |
| جلسه سوم | کاهش آسیب پذیری جسمی در برابر هیجان های آشفته ساز و اینکه چگونه افکار و رفتارهای افراد می توانند بر هیجان هایشان اثر بگذارند. |
| جلسه چهارم | کاهش آسیب پذیری شناختی و پی بردن به اینکه افکار چگونه بر احساس ها تاثیر می گذارند. |
| جلسه پنجم | افزایش هیجان های مثبت و خوشایند (مثل شادی، خوشحالی و شغف) و غلبه بر هیجان های منفی (مثل خشم، ترس و غم) |
| جلسه ششم | توجه آگاهانه نسبت به هیجانات بدون قضاوت (یادگیری مهارت توجه آگاهانه به هیجان ها بدون قضاوت کردن آن ها، شناس شدت افزایی، دردسرافزینی و آزار رسانی هیجان ها را کاهش می دهد) |
| جلسه هفتم | رویاری با هیجان (مواجهه شدن با هیجانات به جای اینکه از آن ها اجتناب کنیم، که یکی از اهداف اصلی رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیکی است). |
| جلسه هشتم | عمل کردن برخلاف امیال شدید هیجان و اینکه چرا باید احساس خود را درک کنیم. |
| جلسه نهم | حل مسئله (پیش از آن که احساس های آشفته ساز فعال بشوند باید جهت نظم بخشیدن به هیجان ها اقدام کرد. فرآیند حل مسئله با تحلیل رفتار آغاز می گردد و اساسا تحلیل رفتار به معنی دنبال کردن سلسله وقایعی است که منجر به هیجان مشکل آفرین می گردد). |
| جلسه دهم | دریافت بازخورد از اعضای گروه درباره اصول آموزش داده شده، مرور و جمع بندی مطالب گذشته و اجرای پس آزمون (تکمیل پرسشنامه خود کنترلی تانجی، همچنین اخذ نمونه جهت بررسی سطح کورتیزول خون). |

جدول ۲. محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت مبتنی بر طرح درمانی گیلبرت

| جلسات | محتوی جلسات |
|------------|--|
| جلسه اول | آشنایی اولیه، برقراری ارتباط، آشنایی با مفهوم کلی شفقت به خود و همدلی و اجرای پیش آزمون (پرکردن پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه خود کنترلی تانجی همچنین اخذ نمونه جهت بررسی سطح کورتیزول خون). |
| جلسه دوم | بیان اهداف جلسه، تعریف گروه، تمرین تنفس آرام بخش ریتمیک و بیان ویژگیهای یک گروه |
| جلسه سوم | آموزش همدلی، بررسی نوع برخورد اعضا با خود (سبک انتقادگر یا شفقت گر)، تعریف خودانتقادی و علل پیامدهای آن، تعریف شفقت، آموزش برای درک و فهم این که افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند. پذیرفته نشدن و طرد شدن از سوی گروه، بزرگترین ترس فرد در مصاحبه جهت گزینش است. |
| جلسه چهارم | توضیح در مورد شفقت به خود. ویژگی ها و مهارت های آن، چگونگی تأثیرگذاری آن بر حالات روانی فرد، معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی و نحوه تعامل آن ها با هم. شکل گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود. |

ادامه جدول ۲.

| | |
|-----------|---|
| جلسه پنجم | آموزش بخشایش آموزش، آموزش مفهوم بهوشیاری، منطق آن و نحوه اجرای تمرین های آن (تمرکز بر تنفس و ردیابی احساسات و افکار و مشاهده صرف آن ها بدون هیچ واکنشی) |
| جلسه ششم | معرفی تصویرپردازی ذهنی و منطق آن، آموزش تصویرپردازی و اجرای آن در گروه (تصور رنگ، مکان و ویژگیهای شفقت گر) |
| جلسه هفتم | پرورش خود (self) شفقت ورز و معرفی مفاهیم : خرد، توانایی، گرمی و مسئولیت پذیری در ایجاد شفقت، آموزش نحوه تصویرپردازی در مورد خود شفقت ورز، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی در خود جهت برخورد مناسب و کارآمد با محیط |
| جلسه هشتم | تمرکز باز خود شفقت ورز و شناسایی ابعاد مختلف آن (توجه، تفکر، احساس، رفتار، بهوشیاری) |
| جلسه نهم | یادآوری مهارت های شفقت، نقش شفقت در هدایت تفکر، واکنشهای آموزش افکار و رفتار شفقت گر در مقابل انتقادگر |
| جلسه دهم | دریافت بازخورد از اعضای گروه درباره اصول آموزش داده شده، مرور و جمع بندی مطالب گذشته و اجرای پس آزمون (پرکردن پرسشنامه خود کنترلی تانجی همچنین اخذ نمونه جهت بررسی سطح کورتیزول خون). |

نتایج

(F) بود که این تعامل معنی دار نبود و دلالت بر برقراری مفروضه همگنی شیب رگرسیون داشت. بررسی نتایج آزمون کرویت موخلی نیز نشان داد که این آزمون نیز برای هیچ یک از متغیرها معنی دار نبوده ($p > 0/05$)، بنابراین فرض برابری واریانس های درون آزمودنی ها رعایت شده است. با توجه به تأیید شدن کلیه پیش فرض ها میتوان از روش مانکوا جهت بررسی فرضیه های پژوهش استفاده نمود.

نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری حاکی از آن است که هر چهار آماره یعنی اثر پیلایی ($F=8/705, P=0/000$)، لامبدای ویلکز ($F=10/323, P=0/000$)، اثر هتلینگ ($F=11/963, P=0/000$) و بزرگترین ریشه روی ($F=23/938, P=0/000$) معنادار می باشند. این بدین معنی است که بین سه گروه رفتاردرمانی دیالکتیک، شفقت درمانی و کنترل حداقل به لحاظ یکی دو متغیر سطح کورتیزول خون و خود کنترلی تفاوت معنادار وجود دارد و میزان این تفاوت ۳۳٪ می باشد، یعنی ۳۳ درصد تفاوت های فردی در متغیرها، مربوط به تفاوت بین گروه ها می باشد. برای تشخیص اینکه کدام نوع روش درمانی روی متغیرهای وابسته، نسبت به گروه کنترل تاثیر بیشتر داشته است (مقایسه تأثیر درمان) از جدول تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده و در جدول ۴ ارائه شده است.

یافته های پژوهش به صورت میانگین و انحراف استاندارد برای متغیرهای پژوهش و یافته های استنباطی است که در ادامه در جدول ۳ تا ۵ ارائه شده است. میانگین سنی شرکت کنندگان $33 \pm 5/63$ سال، اکثریت آن ها مجرد (۵۳٪)، تحصیلات اکثر آنها دیپلم (۴۶٪) و بیشترین ماده مصرفی شیشه (۴۰٪) بود. میانگین و انحراف معیار مربوط به دو متغیر در پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش دیالکتیک و شفقت درمانی و یک گروه کنترل به تفکیک در جدول ۳ نشان داده شده است. در این پژوهش برای تحلیل استنباطی نتایج از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد، ابتدا پیش فرض های مورد نیاز بررسی شد. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنف نشان دهنده نرمال بودن توزیع جوامع بود ($p > 0/05$). آزمون لوین در متغیر کورتیزول ($F=2/418, P=0/101$) و در خود کنترلی ($F=0/228, P=0/632$) نشان داد پیش فرض برابری واریانس ها در همه متغیرهای پژوهش تأیید شدند. بر اساس نتایج آزمون باکس ($M \text{ box}=10/616, F=1/647, P=0/130$) به دست آمد که بیانگر تأیید پیش فرض برابری کواریانس ها در همه تحلیل می باشد. جهت بررسی شیب رگرسیون در متغیر کورتیزول ($F=1/623, P=0/315$) و در خود کنترلی ($F=0/2999, P=0/589$)

جدول ۳. نمره سطح کورتیزول خون و خود کنترلی در سه گروه تحت مطالعه

| متغیرها | پیش آزمون | پس آزمون | |
|--------------|----------------------------|----------------------------|--------------------|
| | انحراف معیار \pm میانگین | انحراف معیار \pm میانگین | |
| سطح کورتیزول | گروه آزمایش DBT | ۱۷/۳۳ \pm ۱/۴۴۷ | ۱۵/۷۶ \pm ۱/۵۷۹ |
| | گروه آزمایش CFT | ۱۷/۸۰ \pm ۱/۰۱۴ | ۱۵/۶۰ \pm ۰/۹۴۸ |
| | گروه کنترل | ۱۷/۴۰ \pm ۱/۲۷۰ | ۱۷/۳۳ \pm ۰/۹۹۴ |
| خودکنترلی | گروه آزمایش DBT | ۶۶/۹۳ \pm ۱۰/۲۷۱ | ۷۵/۷۳ \pm ۶/۷۷۶ |
| | گروه آزمایش CFT | ۶۹/۰۶ \pm ۱۱/۰۹۳ | ۸۶/۴۰ \pm ۱۰/۷۷۵ |
| | گروه کنترل | ۶۵/۴۰ \pm ۹/۰۴۵ | ۶۶/۲۶ \pm ۱۰/۴۷۷ |

جدول ۴. تحلیل کواریانس چندمتغیره مقایسه سه گروه در متغیرهای پژوهش

| متغیرها | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F | سطح معناداری | میزان تاثیر | توان آماری |
|--------------|---------------|------------|-----------------|--------|--------------|-------------|------------|
| سطح کورتیزول | ۲۶/۹۷۸ | ۲ | ۱۳/۴۸۹ | ۸/۸۰۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۹ | ۰/۹۶۱ |
| خودکنترلی | ۳۲۰۴/۴۴۴ | ۲ | ۱۶۰۲/۲۲۲ | ۱۷/۹۰۹ | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۶ | ۱/۰۰۰ |

بر اساس نتایج جدول ۴، با حذف تأثیر نمرات پیش آزمون، تفاوت بین میانگین نمره های پس آزمون در متغیر سطح کورتیزول خون و خود کنترلی در سه گروه رفتاردرمانی دیالکتیک، شفقت درمانی و گروه کنترل معنادار است ($p < ۰/۰۵$). میزان تأثیر این درمان بر کاهش سطح کورتیزول ۲۹ درصد و بر افزایش نمره خودکنترلی ۴۶ درصد بوده است.

جدول ۵. آزمون بونفرونی برای مقایسه سه گروه در متغیرهای پژوهش

| متغیرها | گروه | انحراف معیار \pm میانگین | سطح معناداری |
|--------------|-----------------------------|----------------------------|--------------|
| کورتیزول خون | دیالکتیک درمانی-شفقت درمانی | ۰/۲۰ \pm ۰/۴۵۱ | ۱/۰۰۰ |
| | دیالکتیک درمانی-کنترل | ۱/۵۳ \pm ۰/۴۵۱ | ۰/۰۰۴ |
| | شفقت درمانی-کنترل | ۱/۷۳ \pm ۰/۴۵۱ | ۰/۰۰۱ |
| خود کنترلی | دیالکتیک درمانی-شفقت درمانی | ۱۰/۶۶ \pm ۳/۴۵۳ | ۰/۰۱۱ |
| | دیالکتیک درمانی-کنترل | ۱۰/۰۰ \pm ۳/۴۵۳ | ۰/۰۱۸ |
| | شفقت درمانی-کنترل | ۲۰/۶۶ \pm ۳/۴۵۳ | ۰/۰۰۰ |

جهت بررسی اینکه کدام یک از گروهها در مرحله پس آزمون با هم تفاوت دارند، آزمون بونفرونی انجام گرفت. با توجه به نتایج آزمون بونفرونی در جدول ۵، در متغیر سطح کورتیزول خون بین دیالکتیک درمانی و درمان مبتنی بر شفقت تفاوت معنادار آماری وجود ندارد ($P=۱/۰۰۰$). بین رفتار درمانی دیالکتیک و گروه کنترل در مرحله پس آزمون با هم تفاوت معنادار آماری وجود ندارد ($P=۰/۰۰۴$). همچنین بین درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل نیز در متغیر کورتیزول خون تفاوت معنادار وجود دارد ($P=۰/۰۰۱$). به عبارتی هر دو درمان بر کاهش سطح کورتیزول خون افراد دارای سوء مصرف مواد نقش داشته اند ($p < ۰/۰۵$). همچنین با

خستگی و هورمون های مرتبط با استرس مرتبط است. همچنین افراد وابسته به مواد مخدر در کنترل تکانه دچار مشکل می باشند که این تکانشی بودن باعث افزایش سطح هورمون های استرس بدن از جمله کورتیزول می شود. بنابراین یکی از علت های موفقیت رفتاردرمانی دیالکتیکی در این مطالعه، کاهش رنج و کاهش هیجانات نامناسب این افراد شده است (۲۲). نتایج بدست آمده پیرامون اثر بخشی دیالکتیک درمانی بر کورتیزول با پژوهش های هسیاو و همکاران (۲۳)، صمدی و همکاران (۲۴) و نقی نسب اردھائی و همکاران (۷) مطابقت دارد.

هسیاو و همکاران در سال ۲۰۱۱ با هدف بررسی اثرات طولانی مدت روان درمانی نسبت به دارو درمانی بر کورتیزول دوره های صبح تا شب در بیماران سرپایی دارای اختلال افسردگی اساسی، نشان داد که روان درمانی گروهی نسبت به دارو درمانی موثرتر واقع گردید که می تواند مربوط به کاهش وضعیت اضطراب در یک دوره طولانی مدت و تاثیر آن بر روی غدد درون ریز بدن و کاهش استرس منفی در این افراد باشد.

صمدی و همکاران در سال ۱۳۹۵ با هدف تعیین اثر بخشی آموزش روان درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی شش هفته ای بر غلظت کورتیزول بزاقی تیراندازان و عملکرد ورزشی نشان داد که پس از شش هفته، این مداخله روان درمانی باعث کاهش معنی داری در غلظت کورتیزول بزاقی و افزایش معنی داری در بررسی عملکرد ورزشی در گروه مداخله گردید.

نقی نسب اردھائی و همکاران در سال ۱۳۹۳ با هدف تعیین اثر آموزش تکنیک های روان درمانی بدنی بر سطح کورتیزول بزاقی و میزان استرس دختران دبیرستانی انجام داد و نشان داد که روان درمانی بدنی باعث کاهش استرس و کاهش میزان غلظت کورتیزول بزاقی دانش آموزان دختر شد.

تمرینات رفتار درمانی دیالکتیکی در افرادی بکار می رود که دارای خودکنترلی پایین هستند و درگیر هیجانات خارج از کنترل مانند افسردگی، اضطراب، خشم، بی ثباتی عاطفی و تحریک پذیری درگیر هستند. افراد دارای سوء مصرف مواد فاقد مهارت های لازم و ضروری برای واکنش نشان دادن به

توجه به تفاوت میانگین، اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش سطح کورتیزول خون، نسبت به دیالکتیک درمانی بیشتر است.

با توجه به نتایج آزمون بونفرونی در جدول بالا، در متغیر خودکنترلی بین دیالکتیک درمانی و درمان مبتنی بر شفقت تفاوت معنادار آماری وجود دارد ($P=0/011$). بین رفتار درمانی دیالکتیک و گروه کنترل در متغیر خودکنترلی تفاوت معنادار است ($P=0/018$). همچنین بین درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل نیز در متغیر خودکنترلی تفاوت معنادار وجود دارد ($P=0/000$). به عبارتی هر دو درمان بر افزایش خودکنترلی خون افراد دارای سوء مصرف مواد نقش داشته اند ($p<0/05$), همچنین با توجه به تفاوت میانگین، اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش خودکنترلی، نسبت به دیالکتیک درمانی بیشتر است.

بحث

هدف این مطالعه نیز مقایسه اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک و شفقت درمانی بر سطح کورتیزول خون و خود کنترلی در سوء مصرف کنندگان مواد مخدر بود. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که هر دو درمان در افزایش خودکنترلی و کاهش سطح کورتیزول خون تأثیر معنی داری داشته اند. اما با توجه به تفاوت میانگین، اثر بخشی شفقت درمانی بر دو متغیر خود کنترلی و سطح کورتیزول بیشتر از رفتار درمانی دیالکتیک بود. افراد مبتلا به سوء مصرف مواد با استفاده از مکانیسم دفاعی انکار، همواره از پذیرش اعتیاد خود اجتناب می کنند. هدف رفتاردرمانی دیالکتیک نیز تعادل آفرینی بین تغییر و پذیرش است تا رفتارهایی که موجب رنج بیشتر خودشان یا دیگران می شود را تغییر دهند و هم زمان تمام نقاط ضعف و قوت خود را بپذیرند و در تحمل شرایط استرس زا از آن ها کمک بگیرند. تمرینات رفتار درمانی دیالکتیکی، در کاهش استرس و هیجانات منفی مؤثر است. اثر بخشی این تمرینات بر افزایش عملکرد و عوامل مرتبط با آن از جمله توجه و تمرکز، احساس کنترل، اضطراب و عوامل فیزیولوژیک مثل درد،

دارای اختلال سوء مصرف مواد از یک سو توانست پریشانی ناشی از تجارب منفی و احساساتی که خود را تهدید می کند را تعدیل نمایند و از سوی دیگر باعث شود که افراد ماهیت ناراحتی و مشکل خود را بیشتر بشناسند و بتوانند با آن مقابله کنند و نهایتاً باعث کاهش استرس و هورمون های مرتبط با آن در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد در این مطالعه شود. نتایج بدست آمده پیرامون اثر بخشی شفقت درمانی بر کورتیزول نیز با پژوهش های Pace et al (۲۷) و Rockliff and et all (۲۸) همسو می باشد.

پیس و همکاران در سال ۲۰۱۳ با هدف بررسی اثر بخشی شفقت درمانی مبتنی بر شناخت با کاهش (C-reactive protein (CRP)) و کورتیزول از قبل تا بعد از مداخله در برنامه مراقبتی نوجوانان نشان داد که این مداخله باعث کاهش غلظت CRP و کورتیزول در طی مدت شش هفته گردید. همچنین از تاثیر مثبت این مداخلات در بهبود نوجوانان در معرض خطر بیماری های التهابی و استرس زا می توان استفاده کرد.

راکلیف و همکاران در سال ۲۰۰۸ با هدف بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تغییرپذیری های ضربان قلب و پاسخ کورتیزول بزاقی نشان داد که این درمان یک سیستم تسکین دهنده را تحریک کند و با تاثیر بر فعالیت محور هیپوتالاموس هیپوفیز و آدرنال باعث تنظیم تغییرات ضربان قلب و کاهش کورتیزول بزاقی می شود.

عدم خود کنترلی یک وضعیت انگیزشی نامناسب برای سوء مصرف مواد است که در سازمان شناختی فرد معتاد شکل می گیرد و به دنبال آن افکار وسوسه انگیزی برای اثرات مواد در ذهن فرد به وجود می آید. معمولاً این افکار وسوسه انگیز باعث می شود که فرد وجود آن را دلیل بر شکست برنامه درمانی خود در نظر بگیرد. غالباً چون یکی از عناصر اصلی درمان متمرکز بر شفقت تقویت حس پذیرش افکار می باشد، آموزش این برنامه باعث می شود افراد معتاد خود را به دلیل داشتن چنین افکار مواد خواهانه سرزنش نکرده و هیچ قضاوت و ارزیابی غیر واقعی از آن نداشته باشند. لذا جنبه کلیدی درمان

شیوه های خلاق تر می باشد و این یکی از دلایلی است که رفتار درمانی دیالکتیکی در افزایش خودکنترلی، کاهش هیجانان منفی و رفتارهای تکانشی ثمربخش بوده است (۲۵) از آنجایی که افراد وابسته به مواد فاقد خودکنترلی و تفکر منطقی هستند، نمی توانند خود را از الزام های اجتماعی خلاص کنند و به پیامدهای رفتار خود توجه نمی کنند (۲۲). یکی از علل موفقیت درمان رفتار درمانی دیالکتیکی در این پژوهش، کاهش هیجانان نامناسب از جمله تکانشگری افراد دارای سوء مصرف مواد بود که نهایتاً منجر به بهبود خودکنترلی در این افراد شد. در زمینه اثر بخشی اثر بخشی دیالکتیکی بر خود کنترلی نتایج مطالعه حاضر با مطالعات Robinson and Lacsacoskye (۲۶)، آقاسی و آتش پور (۱۸) همسو است.

روبینسون و لاکزاکوسکی در سال ۲۰۱۵ با هدف بررسی رفتار درمانی دیالکتیکی به عنوان ابزاری برای کاهش رفتارهای اعتیاد آور و بهبود خودکنترلی در یک گروه نوجوان نشان داد که درمان رفتار درمانی دیالکتیکی به منظور کاهش رفتارهای خود مخرب و تمایل به عود، بهبودی خودکنترلی، اختلالات هویت و عزت نفس پایین و مشکلات مهارت های اجتماعی و همچنین باعث تقویت تفکر ارزیابی، و تنظیم هیجانی در افراد دارای سوء مصرف مواد می شود.

آقاسی و همکاران در سال ۱۳۹۶ با هدف بررسی اثر بخشی آموزش رفتار درمانی دیالکتیک بر ولع مصرف و خود کنترلی مصرف کنندگان مواد (افیونی - مت آمفتامین) نشان داد که آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی بر وسوسه مصرف و خودکنترلی مواد (افیونی - مت آمفتامین) مؤثر بوده و می توان در کنار درمان های دارویی، از آموزش رفتار درمانی دیالکتیک بر وسوسه مردان با اعتیاد به مواد بهره برد.

رفتار درمانی مبتنی بر شفقت سبب گسترش مهربانی، درک خود، پرهیز از انتقاد و قضاوت های ناگوار نسبت به خود می گردد. در این پژوهش نیز به افراد آموزش داده شد تا در برابر مشکلات از درک خود بجای انتقاد و قضاوت های بی مورد خود استفاده کنند. همچنین آموزش خود شفقت ورزی در افراد

مورد مصرف مواد مخدر، آشنا کردن افراد با عوارض جسمی و روحی مختلف، خطرات آن برای خود و دیگران، شناخت موقعیت های وسوسه انگیز و پی بردن به توانایی هایشان در کنترل این موقعیت ها، از میزان وابستگی افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد کاسته و در جهت ارج نهادن به ارزش های انسانی و متعالی در این افراد گام بردارد. این روش درمانی توانسته است با تغییر افکار در مورد توانایی های خود جهت تغییر امور در پرهیز از افکار منفی باعث شود تا این افراد زندگی خود را صرف فعالیت های چون کار و تفریحات سالم کنند و از تمرکز بر روی مواد دست کشیده و باعث توجه به سایر امور مثبت شوند.

از محدودیت های این پژوهش می توان به، ناتوانی در کنترل متغیرهایی چون نوع ماده مصرفی، عدم اجرای دوره پیگیری و محدود بودن جامعه به مردان وابسته به مواد اشاره کرد. از نقاط قوت این مطالعه می توان دقت بالای دستگاه های آزمایشگاهی سنجش سطح کورتیزول خون، منظم بودن کلاس های برگزار شده، تمایل و علاقه زیاد شرکت کنندگان گروه آزمایش جهت شرکت در جلسات و حتی پیگیری نتایج مطالعه توسط آنها را نام برد.

نتیجه گیری

در اختلال سوء مصرف مواد درمان های روانشناختی می توانند کمک به سزایی داشته باشند. از جمله این درمان ها، مداخلات انجام شده در این مطالعه بودند که باعث کاهش سطح کورتیزول خون و افزایش خودکنترلی افراد گردید. لذا با توجه به کم هزینه و اثربخش بودن این درمان در بهبود نشانه های روان شناختی توصیه می شود در دوره بعد از سم زدایی، از این درمان ها استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور با کد IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1397.016 می باشد و در مرکز کارآزمایی بالینی با کد IRCT20181022041421N1 به ثبت رسیده است. با تشکر از

متمركز بر شفقت در بیماران با اختلالات روانی از جمله بیماران دارای اختلال سوء مصرف مواد شامل کمک به آن ها برای مهربانی به خود، بهبود خودکنترلی، رشد گرمی، پذیرش، مراقبت و نگرش مناسب به سوی تجربیات درونی دشوار می باشد. نتایج بدست آمده پیرامون اثربخشی شفقت درمانی بر خود کنترلی با مطالعات توصیفیان و همکاران (۲۹) و بشر پور و همکاران (۳۰) همسویی دارد.

توصیفیان و همکاران در سال ۱۳۹۷ با هدف مدل یابی ساختاری کارکرد خانواده با تاکید بر نقش واسطه ای خود شفقت ورزی بر خودکنترلی مصرف مواد در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون نشان داد که خود شفقت ورزی و کارکرد خانواده عامل مهمی در بهبود خود کنترلی در زمینه مصرف مواد معتادان می باشند. از این رو در درمان نگهدارنده با متادون توجه به نقش کارکرد خانواده و شفقت درمانی در مسیر درمان امری ضروری است. بشر پور و همکاران در سال ۱۳۹۳ با هدف تعیین نقش درمان مبتنی بر شفقت، خودکنترلی شناختی و ادراک بیماری در پیش بینی ولع مصرف در افراد با وابستگی به مواد نشان داد که ولع مصرف با خود قضاوتی همبستگی مثبت و با خود شفقتی ارتباط منفی داشت. درمان مبتنی بر شفقت باعث بهبود ادراک افراد دارای وابستگی به مواد در پیش بینی ولع مصرف و خودکنترلی آن ها گردید.

در تبیین تاثیر بیشتر شفقت درمانی نسبت به رفتار درمانی دیالکتیک می توان گفت که، افرادی که خود شفقتی بالایی دارند تلاش می کنند نسبت به همه جنبه های منفی زندگی خود از جمله رفتارهای اعتیادی خود آگاه بوده و به وجود آن ها اعتراف کنند، رفتارهای خود را ارزیابی و دید انتقادی نسبت به خود پیدا کنند. که یکی از جنبه ها مهم در رفتار درمانی مبتنی بر شفقت، افزایش آگاهی نسبت به شرایط برانگیزاننده ولع مصرف مواد و آگاهی از واکنش های نادرست قبلی به این نشانه ها می باشد. درمان خودشفقتی شناختی با آموزش مفاهیمی چون توجه به سلامتی خود، اطرافیان و آموزش رشد احساسات ارزشمند، توانسته با تغییر احساسات و هیجانات در

زحمات بی دریغ آزمودنی های شرکت کننده در مطالعه و مسئولین محترم مرکز کلینیک ترک اعتیاد بزرگمهر تربت حیدریه که ما را در انجام این طرح یاری کردند.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

مشارکت نویسندگان:

۱) مفهوم پردازی و طراحی مطالعه (عباس قدرتی تربیتی ؛ حمید نجات)، جمع آوری داده ها (عباس قدرتی تربیتی ؛ حسین اکبری امرغان)، تجزیه و تحلیل و تفسیر داده ها (قدرتی تربیتی ؛ حمید نجات ؛ علی اکبر ثمری)

۲) تهیه پیش نویس مقاله یا بازبینی آن جهت تدوین محتوای اندیشمندانه (عباس قدرتی تربیتی ؛ حمید نجات ؛ حسن توزنده جانی ؛ علی اکبر ثمری ؛ حسین اکبری امرغان)

۳) تایید نهایی دستنوشته پیش از ارسال به مجله (حمید نجات ؛ حسن توزنده جانی ؛ علی اکبر ثمری ؛ حسین اکبری امرغان)

References

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry, Lippincott Williams & Wilkins. 15th ed;2010.
2. Vsevolozhskaya OA, Anthony JC. Transitioning from First Drug Use to Dependence Onset: Illustration of a Multiparametric Approach for Comparative Epidemiology. *Neuropsychopharmacology*. 2016;41(3):869-76.
3. Aguilar R, Jimenez M, Alvero-Cruz J R. Testosterone, cortisol and anxiety in elite field hockey players. *Physiology & behavior*. 2013;119:38-42.
4. Heidari-Rarani M, Noori A, Ghodousi A. Effects of Methamphetamine on Pituitary Gonadal Axis and Spermatogenesis in Mature Male Rats. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2014;16(12):37-42. Epub 2013-10-01.
5. Ehrlenspiel F, Strahler K. *Psychoneuroendocrinology of sport and exercise*. 1st Ed. New York : Routledge; 2012:154-156.
6. Dinas P, Koutedakis Y, Flouris A. Effects of exercise and physical activity on depression. *Irish Journal of Medical science*. 2011;180:319-25.
7. Naghinasab Ardehae F, Karami A, Javan M, Seifi M. Effectiveness of body psychotherapy technique on stress and salivary cortisol level in high school girl students. *J Gorgan Univ Med Sci*. 2014; 16 (4) :7-13 [Persian]
8. Veemz B, Pina W. The assessment of emotion regulation improving construct. validity in online do I, 10, 1007, S. 10862-010-9178-5;2010.
9. Snyder DK, Balderrama-Durbin C, Fissette CL. Treating infidelity and comorbid depression: a case study involving military deployment. 2012; 1(3): 21-27.
10. Rosenberg H. Clinical and laboratory assessment of the subjective experience of drug craving *Clinic Psychol Rev*. 2009;29(6):19-34.
11. Neff KD. The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*. 2009; 52(4), 211-214.
12. Khantzian E. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review Psychiatry*. 1997;4(5):231-244.
13. Dimeff LA, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for substance abuser. *Addict Sci Clin Pract*. 2008;4 (2):39-47.
14. Simons, JS, Gaher R.M. The distress tolerance scale: Development & validation of a self report measure. *Motivation & emotion*. 2005; 20(9), 83- 102.
15. Brooks M, Kay-Lambkin F, Bowman J, Childs S. Self-compassion amongst clients with problematic alcohol use. *Mindfulness Journal*. 2012; 3(4), 308-317.
16. Rockliff H, Gilbert P, McEwman K, Lightman S, Glover D. A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol response to compassion focus imagery. *Journal of clinical neuropsychiatry*. 2008;5:132-139.
17. Esnaasharan S, Yazdkhasti F, Oreyzi HR. Comparison of the Effectiveness of Psychodrama and Dialectical Behavioral Therapy in Emotion Regulation and Distress Tolerance among the Women under Abstinence. *Quarterly Journal of Research on Addiction*. 2018;12(45):247-264.
18. Aghasi A, Atashpour SH. The Impact of Dialectical Behavior Therapy-based Intervention on Craving Men with Addiction Disorders (opioid - methamphetamine).

- Community Health journal. 2017;10(2):11-23[Persian].
19. Haljin R, Whitburne S. Psychological Pathology. Translation by Seyyed Mohammadi Y. 7th ed. Tehran: Ravan Publishing. 2014;152-154.
20. Mousavimoghadam SR, Houry S, Omidi A, Zahirikhah N. Evaluation of relationship between intellectual intelligence and self-control, and defense mechanisms in the third year of secondary school girls. Medical sciences. 2015; 25 (1) :59-64. [Persian]
21. Tangney J, Baumeister RF, Boone AL. High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. Journal of Personality. 2004; 7(2), 271-324.
22. Jamilian HR, Malekirad AA, Farhadi M, Habibi M, Zamani N. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core distress tolerance and emotion regulation components) on Expulsive Anger and Impulsive Behaviors. 2014;6(7):116-123.
23. Hsiao FH, Jow GM, Lai YM, Chen YT, Wang KC, Ng SM, et al. The long-term effects of psychotherapy added to pharmacotherapy on morning to evening diurnal cortisol patterns in outpatients with major depression. Psychother Psychosom. 2011; 80(3):166-72.
24. Samadi H, Hoseini F, Bidaki R. The Effectiveness of 6-Week Mindfulness Training on Shooter's Salivary Cortisol Concentration and Sport Performance. Journal of sabzevar university of medical sciences. 2016; 23(4), 11-22. [Persian]
25. Heinz AJ, Bui L, Thomas KM, Blonigen DM. Distinct Facets of Impulsivity Exhibit Differential Associations with Substance Use Disorder Treatment Processes: A Cross-Sectional and Prospective Investigation Among Military Veterans. J Subst Abuse Treat 2015; 22(10):1-37.
26. Robison S, Luczakowsky N. Dialectical Behavior Therapy as a Tool for Reducing Addictive Behaviors and Self control Attitudes: An Adolescent Group Review. Addiction Medicine & Therapy Journal. 2015;1(1), 5.
27. Pace TW, Negi LT, Dodson-Lavelle B, Ozawa-de Silva B, Reddy SD, Cole SP, et al. Engagement with cognitively-based compassion training is associated with reduced salivary C-reactive protein from before to after training in foster care program adolescents. Psychoneuroendocrinology. 2013;38(2):294-9.
28. Rockliff H, Gilbert P, McEwan K, Lightman S, Glover D. A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery. Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation. 2008 ;5(3):132-9.
29. Tosifian N, Ghaderi Begeh-Jan K, Khaledian M, Farrokhi N. Structural Modeling of Family Function and Drug Craving in Addicted People under Methadone Maintenance Treatment with an Emphasis on the Mediating Role of Self-Compassion. Research on Addiction Journal. 2018;11(44):209-226.
30. Basharpour S, Khosravinia D, Atadokht A, Daneshvar S, Narimani M, Massah O. The role of self-compassion, cognitive self-control, and illness perception in predicting craving in people with substance dependency. Journal of Clinical Psychology. 2014; 2(3):155-164.

Comparing the effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Compassion Focused Therapy on blood cortisol levels and self-control in drug abusers

Abbas Ghodrati Torbati^{1,2}, Hamid Nejat^{*3}, Hasan Toozandehjani¹, Ali Akbar Samari⁴, Hossain Akbari Amarghan³

1. Department of Psychology, Islamic Azad University, Neyshabur Branch, Neyshabur, Iran
2. Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran
3. Department of Psychology, Islamic Azad University, Quchan Branch, Quchan, Iran
4. Department of Psychology, Islamic Azad University, Kashmar Branch, Kashmar, Iran

Corresponding author: hnejat54@yahoo.com

Abstract

Background & Aim: Substance abuse disorder has an increasing negative implication in all societies. Psychological treatments are helpful in reducing this disorder. The aim of this study was to compare the effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Compassion Focused Therapy on blood cortisol levels and self-control in drug abusers.

Methods: The research method was quasi-experimental. The statistical population of the study included all men with substance abuse in the Bozorgmehr clinic of Torbat-e-Heydariyeh in 2018, 60 of whom were selected by available sampling method and were randomly assigned to two experimental groups and a control group. The experimental group was trained for 10 sessions of 90 minutes, but the control group did not receive any training. To collect data, self-control questionnaire and vitro serum levels of cortisol, were used. The data were analyzed using Mancova in spss 24 software.

Results: The results showed that there was a significant effect on self-control and cortisol levels in two groups of Dialectical Behavior Therapy ($p = 0.001$). However, according to the mean difference, the effectiveness of Compassion Focused Therapy on two self-control variables and cortisol levels was higher than Dialectical Behavior Therapy.

Conclusion: Psychological treatments such as interventions applied in this study can help to treat substance abuse disorder. Therefore, considering the low cost and effectiveness of these treatments, it is recommended to use them in the treatment of substance abuse.

Keywords:

Dialectical behavior Therapy,
Compassion Focused Therapy,
Blood cortisol levels,
Self-control,
Drug abuse

How to Cite this Article: Ghodrati Torbati A, Nejat H, Toozandehjani H, Samari A.A, Akbari Amarghan H. Comparing the effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Compassion Focused Therapy on blood cortisol levels and self-control in drug abusers. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. 2020;7(4):35-48.