

تأثیر مداخله مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک بر وسوسه مردان با اختلالات اعتیادی به مواد (افیونی - مت آمفتامین)

آفرین آقاسی^۱، سید حمید آتش پور^{۲*}

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۷/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱/۲۱

خلاصه

مقدمه: یکی از مهم‌ترین آسیب‌های اجتماعی، اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش رفتار درمانی دیالکتیک بر وسوسه مصرف‌کنندگان مواد (افیونی - مت آمفتامین) انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل مردان با اعتیاد به تریاک، هرویین، شیر و شیشه مراجعه‌کننده به مراکز ترک و درمان اعتیاد شهرستان شهرضا بود. برای اجرای مداخله آموزشی، ۴۵ مرد مصرف‌کننده مواد به شیوه نمونه‌گیری غیراحتمالی در دسترس انتخاب و به شکل تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند. ۱۵ نفر در گروه آزمایش مواد افیونی، ۱۵ نفر در گروه آزمایش شیشه و ۱۵ نفر در گروه گواه قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده پرسشنامه عقاید وسوسه‌انگیز (beck) بود. طرح پژوهش نیمه آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. پس از یازده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش گروهی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک، داده‌های به دست آمده با روش آماری تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آموزش متغیر مستقل بر وسوسه مصرف‌کنندگان مواد (افیونی - مت آمفتامین) مؤثر بوده است. با این حال تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آزمایش از نظر تأثیرپذیری از مداخله درمانی وجود نداشت ($p > 0/05$). تفاوت هر دو گروه آزمایش با گروه گواه معنی‌دار بوده است ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: می‌توان در کنار درمان‌های دارویی، از آموزش رفتار درمانی دیالکتیک بر وسوسه مردان با اعتیاد به مواد بهره برد.

واژه‌های کلیدی: رفتار درمانی دیالکتیک، وسوسه، مواد افیونی، مت آمفتامین

۱ - کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

۲ - استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: hamidatashpour@gmail.com ، تلفن: ۰۹۱۳۱۰۶۸۷۰۷

مقدمه

"اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد" (Substance-related and addictive disorders) از رایج ترین مشکلات روانپزشکی هستند که از تعامل عوامل ژنتیکی و محیطی ناشی می‌شوند. این اختلالات می‌توانند در اثر مصرف الکل (alcohol)، مواد افیونی (opiates)، حشیش (hashish)، مت آمفتامین‌ها (methamphetamines)، کوکائین (cocaine) و غیره به وجود آمده و به شکل مستی (drunkenness)، وابستگی (dependency) و سوءمصرف خود را نشان دهند [۱].

اعتیاد به مواد مخدر، بیماری روانی عودکننده و مزمنی است که با اختلالات انگیزشی شدید و از دست دادن تسلط رفتاری همراه است [۲]. پنجمین مجموعه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth revised edition) ویژگی مهم اختلالات اعتیادی به مواد را وجود یکی از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی می‌داند که افراد با وجود مشکلات قابل توجه مرتبط با سوءمصرف، هنوز به مصرف آن ادامه می‌دهند [۳].

اعتیاد به مواد مخدر و الکل از جمله معضلات کنونی جوامع بشری است که عوامل روانشناختی مهمی چون اضطراب، استرس، افسردگی [۴]، تحمل پریشانی پایین و اختلال در تنظیم هیجانی [۵] نقش به سزایی در ابتلاء به آن داشته و افراد را به مشکلاتی مانند ناتوانی از انجام وظایف خانوادگی، شغلی و غیره مبتلا می‌نماید [۶].

در طول سالیان اخیر مدل زیستی- روانی- اجتماعی (biological, psychological, social)، وابستگی به مواد را مشکلی چند وجهی دانسته است که نیاز به تخصص در رشته‌های مختلف دارد [۷]. مطالعات گذشته نشان می‌دهند که اثربخشی درمان‌های نگره دارنده‌ی دارویی، بدون مداخله‌های روانی- اجتماعی، به علت اطاعت دارویی پایین و میزان بالای ریزش، ضعیف است. همچنین بررسی‌ها نشان می‌دهند بیست تا نود درصد معتادانی که تحت درمان قرار می‌گیرند، دچار بازگشت می‌شوند [۸].

تجارب و تکانه‌های هیجانی منفی یا مثبت و حالت‌های

هیجانی که به طور غیر قابل کنترل تجربه می‌شوند [۹]، میل و وسوسه (craving) از مهم‌ترین عوامل خطر بازگشت هستند [۱۰]. عوامل تداوم بخش رفتارهای اعتیادآور شامل ولع مصرف [۱۱] و اختلال در تنظیم شناختی و هیجانی است [۱۲]. وسوسه میل شدید و مقاوم برای مصرف مواد است که اگر برآورده نشود، رنج‌های روان‌شناختی و بدنی نظیر ضعف، بی‌اشتهایی، اضطراب، بی‌خوابی، پرخاشگری و افسردگی را در پی خواهد داشت [۱۳].

یکی از متغیرهایی که مصرف‌کنندگان مواد با آن درگیر می‌باشند، خود نظم بخشی هیجانی (Emotional Self-Regulation) است. خود نظم‌بخشی هیجانی به همه راهبردهای آگاهانه و غیرآگاهانه‌ای اطلاق می‌شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی، تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار می‌رود [۱۴].

افراد دارای مشکلات نظم‌جویی هیجان و سطوح بالای حساسیت به پاداش، با احتمال بیشتری به مصرف مواد روی می‌آورند تا پریشانی ناشی از عدم نظم‌جویی هیجان را بهبود بخشند [۱۵]. تحمل پریشانی، از سازه‌های معمول برای پژوهش در زمینه بی‌نظمی عاطفی است. تحمل پریشانی را توانایی فرد در تجربه و تحمل حالت هیجانی منفی تعریف کرده‌اند. در حقیقت، تحمل پریشانی، به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره می‌کند. افراد با تحمل پریشانی پایین در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجان‌ات منفی خود درگیر بی‌نظمی رفتاری می‌شوند [۱۶].

یافته‌های پژوهش Pottera و همکاران [۱۷] نشان داد که تحمل پریشانی واسطه‌ای در رابطه بین شدت علائم استرس پس از ضربه و استفاده از ماری جوانا به عنوان یک روش مقابله است.

از روش‌های روان‌شناختی مورد استفاده در درمان وسوسه این افراد می‌توان به آموزش تنظیم هیجان‌ات و تحمل پریشانی (Distress Tolerance) مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک (Dialectical Behavior Therapy) اشاره نمود. رفتار درمانی دیالکتیک اولین بار توسط Linehan [۱۸] برای درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (Borderline Personality Disorder) که به طور مکرر خودکشی

دیالکتیک می‌تواند در انتخاب راهبردهای مقابله‌ای با وسوسه مؤثر واقع شود.

نتایج پژوهش Van den Bosch و همکاران [۲۵] در یک تحقیق طولی پیمایشی با عنوان تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر افراد اختلال شخصیت مرزی با و بدون سوءمصرف مواد، نشان داد رفتار درمانی دیالکتیک در کاهش رفتارهای خود آزاری و رفتارهای تکانشی آسیب رساندن به خود و استفاده از الکل بسیار مؤثر بود.

Linehan و همکاران [۱۸] در پژوهشی با عنوان مقایسه تاثیر رفتار درمانی دیالکتیک و برنامه دوازده قدم و Comprehensive Validation Therapy بر زنان وابسته به مواد مخدر با اختلال شخصیت مرزی دریافتند که هر دو روش در کاهش آسیب‌های روانی مؤثر بودند اما به Dialectical Behavior Therapy بسیار مقرون به صرفه‌تر از درمان معمول در کاهش شدت پزشکی اقدام به خودکشی، بستری، ملاقات بخش‌های اورژانسی و استفاده از تخت‌های شرایط بحرانی می‌باشد.

با توجه به اهمیت ارتباط میان عواملی همچون وسوسه، هیجانات مثبت و منفی به عنوان عوامل تأثیرگذار بر نتایج درمانی و پیش‌بینی کننده‌های قوی شکست و موفقیت در درمان، ضروری است تا به منظور کاهش لغزش بیماران و افزایش ماندگاری آنها در دوره پرهیز از مواد در برنامه‌های درمانی همچون درمان دارویی نگهدارنده، از مداخلات غیردارویی (روان درمانی) به عنوان درمانی برای مهار یا کنترل این عوامل استفاده شود. لذا پژوهش حاضر به دنبال بررسی اثربخشی آموزش رفتار درمانی دیالکتیک بر وسوسه مردان با اختلالات اعتیادی به مواد (افیونی_ مت آمفتامین) بوده است.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. در این پژوهش جامعه آماری را کلیه مردان با اعتیاد به مواد (تریاک، هرویین، شیر، شیشه) مراجعه کننده به مراکز ترک و درمان اعتیاد شهرستان شهرضا از استان اصفهان (۱۰ مرکز) که حدود ۱۰۰۰ نفر بودند، تشکیل می‌دادند. روش نمونه‌گیری به شیوه نمونه‌گیری غیراحتمالی در دسترس بود، بدین ترتیب که ابتدا از بین ۱۰

می‌کردند، ابداع شد. این روش بر این نکته تأکید می‌کند که رفتارهای غیرانطباقی بیماران (مثل: خودزنی، رفتارهای خودکشی گرایانه، سوءمصرف الکل و داروها) در خدمت تنظیم تجربه‌های هیجانی آزاردهنده است [۱۹]. بدنه اصلی تمرکز رفتار درمانی دیالکتیک، حول یادگیری، بکارگیری و تعمیم مهارت‌های انطباقی خاصی است که در این روش درمانی آموزش داده می‌شود و هدف نهایی آن، کمک به بیمار برای شکستن و فایق آمدن بر این چرخه معیوب است [۲۰]. این روش بر سه پایه رفتارگرایی، فلسفه دیالکتیکال و آیین دن (zen practice) استوار است. رفتار درمانی دیالکتیک شیوه درمانی یکپارچه‌نگر است. در این رویکرد به بیمار آموخته می‌شود تضادهای موجود در درون خود و یا میان خود و محیط را بشناسد و از طریق ترکیب و تلفیق آنها با یکدیگر به نتیجه‌ای کارآمد دست یابد [۲۱].

تکنیک‌های اصلی رفتار درمانی دیالکتیکی در درمان اعتیاد عبارتند از قرار دادن سر نخ‌ها (Clues)، مهارت‌آموزی (Skills training) و مدیریت وابستگی (Contingency Management) [۱۹]. در رفتار درمانی دیالکتیکی استاندارد اهداف مهم درمان اعتیاد عبارتند از: میل نزولی و کاهش وسوسه مصرف، کاهش عدم کنترل رفتاری شدید (تنظیم هیجانات و تحمل پریشانی، کاهش رفتارهای تهدیدکننده زندگی (مصرف مواد و خودکشی)، افزایش رفتارهای سازگارانه، مهارت‌آموزی شامل ذهن‌آگاهی (Mindfulness) و کارآمدی بین فردی (Interpersonal Effectiveness) [۲۲].

نتایج پژوهش Azizi و همکاران [۲۳] با عنوان اثربخشی مهارت‌آموزی رفتار درمانی دیالکتیکی و رفتار درمانی شناختی در بهبود مهارت‌های تنظیم هیجانی، تحمل آشفتگی و پیشگیری از عود، نشان داد که هر دو روش مهارت‌آموزی گروهی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی و رفتار درمانی شناختی گروهی در کاهش میزان عود، افزایش اطاعت درمانی، مدت زمان باقی ماندن در درمان، مصرف مواد افیونی، مؤثرتر از دارو درمانی می‌باشد. Babaiee و همکاران [۲۴] در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در وسوسه افراد مبتلا به سوءمصرف مواد، اشاره می‌کنند که مداخلات آموزشی نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی

مورد بررسی قرار گرفته است. در یکی از مطالعاتی که توسط Rahmanian و همکاران [۲۷] انجام شد، اعتبار این مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و با روش تصنیف ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. هم چنین برای بررسی روایی این پرسشنامه با توجه به بررسی‌های انجام شده در زمینه رابطه میزان وسوسه و سوگیری توجه نسبت به محرک‌های مربوط به مواد، ضریب همبستگی پیرسون ۰/۸۴ و روش تصنیف ۰/۸۱ گزارش شده است [۲۷].

پس از انتخاب حجم نمونه و جایگذاری آنان در دو گروه آزمایش (مواد افیونی، مت آمفتامین) و یک گروه گواه که افراد هر سه گروه پرسشنامه عقاید وسوسه‌انگیز را به عنوان پیش‌آزمون تکمیل نمودند. افراد گروه‌های آزمایش، متغیر مستقل آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانات و تحمل پریشانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک را بر اساس پروتکل رفتار درمانی دیالکتیک [۲۸] به صورت جدا از هم دریافت نمودند. جلسات آموزش گروهی در کلینیک ترک و درمان اعتیاد نوید سلامت با تجهیزات آموزشی، توسط محقق که دوره‌های آموزشی ویژه روانشناسان برای ترک و درمان اعتیاد (Methadone Maintenance Treatment) و آموزش (Buprenorphine Maintenance Treatment) و آموزش رفتار درمانی دیالکتیک را گذرانده بود، برگزار شد. هر یک از دو گروه آزمایش برنامه‌ی آموزشی مهارت‌های تنظیم هیجانات و تحمل پریشانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک (متغیر مستقل) را، یک جلسه نود دقیقه‌ای در هفته و به صورت جداگانه، مطابق جدول شماره یک، دریافت کردند. در هر جلسه تمریناتی به عنوان تکلیف خانگی تعیین می‌شد. در حالی که گروه گواه به همان روش جاری و معمول (دارودرمانی) تحت درمان قرار می‌گرفت و تا پایان فرایند پژوهش از دریافت این مداخله بی‌بهره بود. به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. بعد از پایان جلسات آموزشی (۸۵ روز) بلافاصله بر روی گروه‌های آزمایش و گواه پس‌آزمون پرسشنامه عقاید وسوسه‌انگیز اجرا شد.

لازم به ذکر است که جلسات آموزشی به صورت دو جلسه در هفته (یک جلسه در هفته برای هر یک از دو گروه آزمایش

مرکز ترک اعتیاد شهرستان شهرضا، به شیوه تصادفی (قرعه‌کشی) ۲ مرکز ترک و درمان اعتیاد صدر و روزنه انتخاب شدند. سپس از بین افراد مصرف‌کننده مواد افیونی و شیشه حاضر در این دو مرکز، تعداد ۴۵ نفر با توجه به سن، سطح تحصیلات، نوع ماده‌ی مصرفی، مدت مصرف، سابقه ترک و عدم سابقه بیماری‌های جسمانی و روانی و ملاک‌های دیگر ورود به پژوهش که شامل: داشتن سابقه اعتیاد به مواد محرک جهت شرکت در گروه نمونه مت-آمفتامین (مصرف غالب شیشه به مدت حداقل ۶ ماه)، داشتن سابقه اعتیاد به مواد مخدر جهت شرکت در گروه نمونه مواد مخدر، نداشتن بیماری‌های روانپزشکی و اختلالات روانی به جز سوءمصرف مواد، رضایتنامه کتبی و تمایل به شرکت در جلسات درمانی، داشتن حداقل تحصیلات سیکل و حداکثر لیسانس، حداقل سن ۲۰ و حداکثر ۴۰ سال، عدم شرکت در سایر جلسات روان درمانی و انجمن معتادان گمنام Narcotic Anonymous بود. انتخاب و در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه به شکل تصادفی (قرعه کشی از بین افراد مصرف‌کننده مواد افیونی و شیشه حاضر در این دو مرکز) گمارش شدند (۱۵ نفر در گروه آزمایش شیشه، ۱۵ نفر در گروه آزمایش مواد افیونی و ۱۵ نفر در گروه گواه).

ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: بیش از دو جلسه غیبت، عدم علاقمندی و همکاری افراد و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در فرایند آموزش، قطع درمان تحت نظارت مراکز ترک اعتیاد، در صورتی که برخی آزمودنی‌ها طبق نظر پزشک یا بنا بر تمایل خود نیاز به تعویض داروی مصرفی داشتند.

ابزار پژوهش نسخه فارسی پرسشنامه عقاید وسوسه‌انگیز Beck & Clark (۱۹۹۳) بود که این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی است و عقاید مربوط به وسوسه مصرف مواد را می‌سنجد و دارای ۲۰ ماده است که هر کدام در یک مقیاس ۱ تا ۷ درجه‌ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق درجه‌بندی می‌شوند. نمرات بالا (۱۴۰) نشان‌دهنده وسوسه شدید و نمرات متوسط (۸۰) تا پایین نشان‌دهنده وسوسه متوسط و نمرات کم (۲۰) نشان‌دهنده وسوسه ضعیف می‌باشد [۲۶]. این پرسشنامه در مطالعات مختلفی توسط متخصصان بالینی

به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات افراد محرمانه می‌ماند و خسارت و عارضه‌ای متوجه آنان نمی‌باشد، نتایج به صورت گروهی بررسی می‌شوند و هر زمان که بخواهند می‌توانند از گروه انصراف دهند.

مواد افیونی و شیشه) در حدود ۳ ماه اجرا گردید. در خلال جلسات آموزشی طبق جدول زمانی تصادفی تست‌های ادراری موجود در پرونده بیماران مطابق با پروتکل درمانی BMT و MMT از آزمودنی‌ها تست مورفین و شیشه به عمل آمد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، پژوهش به صورت داوطلبانه و با رضایت کتبی شرکت‌کنندگان در پژوهش اجرا شد. هم‌چنین

جدول ۱- خلاصه جلسات آموزشی آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانات و تحمل پریشانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک (مطابق پروتکل مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیک لینهان، ۲۰۰۴)

جلسه	شرح جلسه
اول	ابتدا محقق ضمن خوش آمد گویی و سپاسگزاری از آزمودنی‌ها، هدف از تشکیل جلسات آموزش، طول مدت زمان آن، تعداد جلسات، شرایط خروج از جلسات و تکالیف خانگی در بین جلسات را برای آن‌ها توضیح می‌دهد، سپس آزمودنی‌ها با یکدیگر آشنا می‌شوند. اجرای پیش‌آزمون.
دوم	سؤال در مورد اینکه: چرا باید این مهارت را بیاموزیم؟ دیدگاه‌های درست در مورد هیجان‌ها کدامند؟ مروری بر هیجان‌های اولیه و ثانویه، و اینکه همه هیجان‌ها به ما کمک می‌کنند. مهارت‌های تنظیم هیجانات به افراد کمک می‌کند تا با هیجان‌های اولیه و ثانویه به شیوه‌های مؤثرتری کنار بیایند و از رنج روزافزون اجتناب کنند.
سوم	سؤال در مورد اینکه چگونه هیجان‌ها عمل می‌کنند؟ نام‌گذاری هیجان‌ها، و تحلیل عملکردی، مباحثه در مورد تفاسیری که هر فرد در مورد هیجان‌هایش دارد (اسطوره‌ها)، توجه به نقش ذهن هیجانی و ذهن منطقی و ذهن خردمندانه در مورد تفاسیر و پاسخ به هیجان‌ها.
چهارم	در پایان جلسه، محقق در جدول زمان‌بندی تصادفی تست‌های ادراری، نتیجه تست مورفین و شیشه افراد گروه را علامت‌گذاری می‌کند.
پنجم	مشاهده و توصیف هیجان‌ها (خود مشاهده‌گری)، نقش خودگویی‌های مثبت در مورد هیجان‌ها، و اینکه بر موانع هیجان‌های سالم غلبه کنید. اگر افراد رفتارهای سالم‌تری بروز دهند و افکار خود تائیدگرایانه بیشتری داشته باشند، باعث می‌شود تجارب هیجانی رضایت‌بخش‌تری برای آن‌ها پیش بیاید.
ششم	آموزش مهارت کاهش آسیب‌پذیری جسمانی (برنامه‌ریزی برای خواب کافی، برنامه‌ریزی برای رفع کسالت جسمانی و روانی، مقابله با مصرف مواد، تغذیه کافی و مناسب، ورزش کردن). عادت‌های صحیح بخش مهمی از مدیریت حالت تغییرات، افسردگی، خشم، کج‌خلقی یا زودرنجی هستند.
هفتم	اتخاذ تصمیماتی در راستای مهارت کاهش آسیب‌پذیری شناختی (دوری از ذهن هیجانی و تعادل آفرینی بین افکار و احساسات). آموزش مهارت حل مسئله، مهارت حل مسئله این توانایی را به ما می‌دهد که با توجه به تجارب عملی و توانمندی‌های ذهنی خود بتوانیم در جهت حل مسئله یا مشکل قدم برداشته و به نتیجه مطلوب دست یابیم.
هشتم	در پایان جلسه محقق در جدول زمان‌بندی تصادفی تست‌های ادراری نتیجه تست مورفین یا شیشه افراد گروه را علامت‌گذاری می‌کند.
	تسلط بر دنیای خود: آموزش برنامه‌ریزی برای افزایش تجارب مثبت، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش.
	آگاهی بر هیجان‌ها و انجام عمل مخالف در برابر ترس، احساس گناه و شرم، خشم و افسردگی. عمل مخالف در مورد ترس و خشم و احساس گناه و غمگینی. برعکس تمایل‌های هیجانی‌تان عمل کنید. ذهن خود را از حس جاری و کنونی پر کنید.

جلسه اول آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی: راهبردهای پرت کردن حواس، ارتقاء لحظه جاری، خود آرام بخشی با استفاده از حواس پنجگانه، تکنیک سود و زیان.

کثیر افراد ترجیح می‌دهند هیجان‌های دردناک را تجربه نکنند. بنابراین آن را نادیده می‌گیرند و نمی‌توانند تحمل کنند، پس دست به رفتارهای غیر انطباقی می‌زنند. درمانگر در تحمل پریشانی به فرد کمک می‌کند تا هیجان دردناک را تجربه کند و بتواند آن را تحمل کند.

در پایان جلسه، محقق در جدول زمان‌بندی تصادفی تست‌های ادرازی نتیجه تست مورفین یا شیشه افراد گروه را علامت‌گذاری می‌کند.

جلسه دوم آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی: تعریف پذیرش بنیادین و چگونگی استفاده از این مهارت، آموزش تغییر شیوه‌های تفکر، ایجاد انگیزه (اراده) برای عمل متعهدانه.

در پایان جلسه، محقق در جدول زمان‌بندی تصادفی تست‌های ادرازی، نتیجه تست مورفین یا شیشه افراد گروه را علامت‌گذاری می‌کند.

ارزیابی میزان موفقیت در فراگیری و اجرای مهارت‌های جلسه قبل، تمرین مهارت‌های آموخته شده و مرور جلسات گذشته، تقدیر و تشکر از همکاری افراد گروه، اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

افراد دارای سطح تحصیلات سیکل تا لیسانس بودند که سطح تحصیلات دیپلم دارای بیشترین فراوانی با ۳۷/۷ درصد و سطح تحصیلات لیسانس دارای کمترین فراوانی ۱۳/۲ درصد بود. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه کاهش داشته است.

نتایج داده‌های جمعیت شناختی نشان‌گر آن بود که افراد گروه پژوهش دارای دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال بودند، که در این میان دامنه سنی ۲۵ تا ۳۰ سال ۳۹/۹ درصد؛ ۳۱ تا ۳۵ سال ۳۷/۷ درصد بیشترین فراوانی و دامنه سنی ۳۶ تا ۴۰ سال کمترین درصد فراوانی (۲۲/۲٪) را داشت. همچنین این

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار متغیرهای وسوسه در گروه‌های آزمایش و گواه

گروه آزمایش محرک	گروه آزمایش مخدر	گروه گواه
میانگین	میانگین	میانگین
۱۰۶/۹۳ ± ۱۷/۵۴	۹۱/۱۳ ± ۲۳/۷۱	۱۰۲/۶۰ ± ۱۶/۴۷
۷۷/۶۶ ± ۲۵/۳۰	۶۱/۶۶ ± ۲۷/۹۹	۱۰۲/۲۰ ± ۲۰/۱۳

پیش‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت.

همان‌گونه که مشخص است نمرات وسوسه در هر دو گروه آزمایش و گواه دارای توزیع نرمال می‌باشد. نتایج آزمون لوین نیز نشان داد که پیش‌فرض یکسانی واریانس‌ها برقرار است ($p > 0.05$).

جهت بررسی معناداری تأثیر آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش وسوسه مردان مبتلا به سوءمصرف مواد (افیونی - مت‌آمفتامین) از تحلیل کواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است. قبل از ارائه نتایج آزمون تحلیل کواریانس پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات

جدول ۳- نتایج آزمون کلمو گراف، اسمیرنوف و شاپیرو ویلک در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات وسوسه

آزمون شاپیرو ویلک			آزمون کلموگراف، اسمیرنوف			گروه
معناداری	درجه آزادی	آماره	معناداری	درجه آزادی	آماره	
۰/۱۷	۱۵	۰/۹۱	۰/۱۸	۱۵	۰/۱۸	گروه آزمایش
۰/۴۹	۱۵	۰/۹۵	۰/۲۰	۱۵	۰/۱۶	گروه گواه

گروهی مهارت تنظیم هیجانات و تحمل پریشانی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک کاهش یافته است. مقدار تأثیر آموزش گروهی مهارت تنظیم هیجانات و تحمل پریشانی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک بر میزان وسوسه مردان با اعتیاد به مواد (افیونی-مت آفتماین) ۰/۲۴ بوده است. این بدان معناست که ۲۴ درصد تغییرات متغیر وابسته توسط عضویت گروهی تبیین می‌شود.

با توجه به نتایج جدول ۴، آموزش متغیر مستقل (آموزش گروهی مهارت تنظیم هیجانات و تحمل پریشانی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک) توانسته منجر به ایجاد تفاوت معنی‌دار میانگین نمرات متغیر وابسته (وسوسه مردان با اعتیاد به مواد (افیونی-مت آفتماین) در مرحله پس‌آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ گردد ($p < ۰/۰۱$). لذا این نتیجه حاصل می‌شود که با کنترل متغیرهای مداخله‌گر، میانگین نمرات متغیر وسوسه مردان با اعتیاد به مواد (افیونی-مت آفتماین) با آموزش

جدول ۴- تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان وسوسه مردان با اعتیاد به مواد (افیونی-مت آفتماین) در مرحله پس‌آزمون

شاخص‌های آماری	متغیرها	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح	اندازه اثر	توان
		مجذورات	آزادی	مجذورات		معناداری		آزمون
پیش‌آزمون		۸۷۸/۴۴	۱	۸۷۸/۴۴	۱/۱۸	۰/۲۸۱	۰/۰۲	۰/۱۸
عضویت گروهی		۹۹۴۰/۴۵	۱	۹۹۴۰/۴۵	۶/۷۰	۰/۰۰۳	۰/۲۴	۰/۸۹
خطا		۳۰۴۰۶/۲	۴۱	۷۴۱/۶۱				
کل		۳۳۴۹۴۵	۴۵					

محرک و مخدر تأثیر معنی‌دار داشته است ($p < ۰/۰۱$)، با این حال بین این دو گروه آزمایش از نظر تأثیرپذیری از آموزش گروهی مهارت تنظیم هیجانات و تحمل پریشانی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک تفاوت معنی‌دار وجود ندارد. قابل ذکر است که تفاوت هر دو گروه آزمایش مواد مخدر و محرک با گروه گواه معنی‌دار است ($p < ۰/۰۱$).

جهت بررسی میزان تفاوت تأثیرپذیری گروه آزمایش مواد مخدر و گروه گواه از آموزش گروهی مهارت تنظیم هیجانات و تحمل پریشانی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک به بررسی آزمون تعقیبی کمترین تفاوت معنی‌دار پرداخته می‌شود. همان‌گونه که نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد آموزش گروهی مهارت تنظیم هیجانات و تحمل پریشانی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک هر چند بر هر دو گروه آزمایش مواد

جدول ۵- نتایج تحلیل آزمون کمترین تفاوت معنی دار

p	خطای استاندارد تفاوت	تفاوت میانگین ها		
۰/۰۷۲	۹/۶۰	۱۷/۸۹	گروه آزمایش مواد مخدر	گروه آزمایش مواد محرک
۰/۰۱۲	۹/۱۲	-۲۴/۰۱	گروه گواه	
۰/۰۷۴	۹/۶۰	-۱۷/۸۹	گروه آزمایش مواد محرک	گروه آزمایش مواد مخدر
۰/۰۰۰۱	۹/۳۶	-۴۱/۹۰	گروه گواه	
۰/۰۱۴	۹/۱۲	۲۴/۰۱	گروه آزمایش مواد محرک	گروه گواه
۰/۰۰۰۱	۹/۳۶	۴۱/۹۰	گروه آزمایش مواد مخدر	

بحث

در تبیین نتایج به دست آمده می توان گفت: افراد مبتلا به سوءمصرف مواد با استفاده از مکانیسم دفاعی انکار (Defense mechanism of denial)، همواره از پذیرش اعتیاد خود اجتناب می کنند، با توجه به اینکه هدف رفتاردرمانی دیالکتیک تعادل آفرینی بین تغییر و پذیرش است، علی رغم تأکید بر تغییر مراجع، 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. مهارت پذیرش بنیادین (Radical Acceptance) به این افراد می آموزد تا رفتارهایی را که موجب رنج بیشتر خودشان یا دیگران می شود، تغییر دهند و همزمان خودشان را با تمام نقاط ضعف و قوت، هیجانات و احساسات بپذیرند، ارزش هایشان را کشف کنند و در تحمل شرایط استرس زا از آن ها کمک گیرند و با اعمال متعهدانه و پیاده سازی قصدهای خود به زندگی رضایت بخش تری دست یابند [۳۲].

در جریان بهبودی اولیه فرد انتظار دارد هیجانات قدرتمند بسیاری را تجربه کند، برخی از هیجانات زمانی که افراد وارد مرحله بهبودی اولیه می شوند مشترک اند. مهارت های تنظیم هیجانات به افراد کمک می کند تا با واکنش های اولیه و ثانویه خود به شیوه هایی مؤثرتر و جدیدتر مقابله کنند و شدت فرآیندهای هیجانی آشفته ساز را کاهش دهند، ارائه راه کارهای ایجاد انگیزه برای عمل کردن با ذهن خردمند، موجب می شود انگیزه ها از حالات بیرونی و سطحی تر، به انگیزه های درونی شده و عمیق تر و ماندگار تغییر یافته و به پیشبرد پاکی در فرد کمک می کنند [۳۲].

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان می دهد آموزش مهارت تنظیم هیجانات و تحمل پریشانی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک بر وسوسه هر دو گروه آزمایش تأثیر معنی دار داشته است، با این حال بین این دو گروه آزمایش (مردان با اعتیاد به مواد افیونی - مردان با اعتیاد به مت آمفتامین) از نظر تأثیرپذیری از آموزش مهارت تنظیم هیجانات و تحمل پریشانی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک تفاوت معنی دار وجود ندارد. قابل ذکر است که تفاوت هر دو گروه آزمایش با گروه گواه معنی دار بود.

نتایج پژوهش حاضر با نتایج تحقیق Bosch [۲۵] همسو می باشد. نتایج این تحقیق از جهت تأثیر برنامه رفتاردرمانی دیالکتیک بر کارکرد درون فردی (تنظیم هیجانی) رفتارهای خود-آسیب رسان با نتایج تحقیق Herpertz و Schnell [۲۹] همسو است.

نتایج این پژوهش با پژوهش Babaiee و همکاران [۲۴] و همچنین پژوهش Narimani و همکاران [۳۰] همسو است. Narimani و همکاران در بررسی اثربخشی مهارت آموزی رفتاردرمانی دیالکتیکی در بهبود مهارت های تنظیم هیجانی، تحمل آشفتگی و پیش گیری از عود در سوءمصرف کنندگان شیشه، به این نتیجه دست یافتند که اضافه کردن مهارت آموزی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر میزان کارایی دارودرمانی می افزاید و در برخی مؤلفه ها از رفتاردرمانی شناختی نیز مؤثرتر می باشد. نتایج این پژوهش همچنین با پژوهش Dimeff و Linehan [۱۹]؛ Linehan و همکاران [۱۸]؛ Rizvi و همکاران [۳۱] نیز همسو می باشد و نتایج این تحقیقات را تأیید می نماید.

از طرفی معاشرت با دوستان معتاد و در جمع بودن را دوست دارند. نیاز به امنیت و آرامش، نیاز به محبت و تعلق خاطر و نیاز به احترام و عزت نفس افراد و تأیید شدن از طرف دیگران، از مهم ترین نیازهای روانی افراد بشر محسوب می شوند. افراد معتاد به دلیل تجارب تلخ شان دچار ناسازگاری می شوند که تنها به وسیله آموزش های گروهی فرصت تجربه کردن روابط نزدیک و صمیمی و واقعی با دیگر پرهیزکنندگان مواد برای آن ها فراهم می شود، همچنین شیوه های ارتباطی که در گروه یاد می گیرند و می توانند آن ها را در موقعیت های واقعی زندگی خود بکار برند، باعث اصلاح روابطشان با دیگران شده و در نتیجه از حمایت های عاطفی و اجتماعی برخوردار می شوند [۳۵].

نتیجه گیری: تأثیرات روانی آموزش گروهی رفتار درمانی

دیالکتیکی بر وسوسه افراد مبتلا به سوء مصرف مواد بسیار موفقیت آمیز بود، چرا که افراد در چنین گروهی کمتر مقاومت می کردند، زمانی که گروهی از افراد را شبیه به خود می دیدند که هدف مشترکی را دنبال می کنند، فشارهای روانی ناشی از ترک کاهش پیدا می کرد و در هر گامی که با موفقیت برمی داشتند اعتماد به نفس بیشتری پیدا می کردند. با تمرینات توجه آگاهی و آرام بخشی که دریافت می کردند از فشار روانی ناشی از ترک کاسته می شد و در واقع آرامش بیشتر، میزان عود را بسیار کمتر می کرد. بنابراین می توان از آموزش رفتار درمانی دیالکتیک در کاهش وسوسه مبتلایان به اختلالات اعتیادی بهره برد. پژوهش حاضر با محدودیت هایی نظیر عدم دسترسی کافی به مصرف کنندگان مواد افیونی و مت آمفتامین، استفاده از پرسشنامه به عنوان ابزار پژوهشی (به دلیل خودگزارشی بودن آن) و محدودیت جغرافیایی نتایج پژوهش مواجه بود.

تعارض منافع

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

سهم نویسندگان

خانم آفرین آقاسی کار اجرای مداخله آموزشی و نگارش مقاله و آقای حمید آتش پور، کار راهنمایی و نگارش روش پژوهش و یافته ها را بر عهده داشتند.

استفاده از افکار مقابله ای خود تشویق گرایانه، کاهش تجربه های ناخوشایند روزانه، بی ثباتی عاطفی، توانایی تنظیم و تعدیل هیجانات منفی موجب افزایش اعتماد به نفس و انگیزه برای پرهیز می شود، که این امر باعث می شود مصرف کنندگان مواد از ولع مصرف کمتر و کیفیت زندگی مطلوب تری برخوردار شوند [۳۴]. مهارت های توجه برگردانی از افکار موجب می شود فرد در هنگام هجوم افکار وسوسه انگیز بتواند توجه خود را به تصاویر ذهنی خلاق و نوآیند منعطف کند و ذهن خود را از درگیری بیشتر با این افکار، باز می دارد. به کارگیری ذهن آگاهی موجب کاهش نشخوار فکری شده و در عین حال کمک می کند ذهن فرد کمتر درگیر تجارب دردناک گذشته و می دهد تا دست از قضاوت ها و افکار منفی بردارد و سطح آرامش خود را افزایش دهد [۳۰].

مهارت های تحمل پریشانی مانند خود آرام بخشی باعث می شود، فرد در زمان پرهیز و مواجه با عوارض روانی و جسمانی ترک وقتی که کلافه شده خودش را آرام کند و در مقابله با موقعیت های مشکل آفرین عملکرد بهتری از خودش نشان دهد. این مهارت ها به افراد در دوره پرهیز کمک می کند تا با وقایع آشفته ساز بهتر مقابله کنند، آن ها را مقاوم تر بار می آورد و شیوه های جدیدی به آن ها یاد می دهد تا بتوانند اثرات آشفته ساز شرایط وسوسه انگیز را کاهش دهند [۳۳]. حضور در لحظه، مشاهده گری بدون داوری، آموزش تحمل پریشانی (تکنیک های ذهن آگاهی) افزایش انعطاف پذیری [۳۲]؛ کنترل رفتارهای تکانه ای، شناسایی رفتارهای خود تخریبی و افزایش کارآمدی بین فردی ضمن کاهش علائم و پیامدهای مرتبط با مصرف مواد، می تواند نقش مهمی در کاهش میزان ولع مصرف و افزایش هیجانات مثبت در افراد مصرف کننده مواد داشته باشد [۱۰].

تجربیات نشان می دهد گرچه مشکلاتی که افراد با آن ها وارد مشاوره می شوند، می توانند متفاوت باشند اما علل زیربنایی ایجاد کننده این مشکلات در اغلب موارد مشابه هستند. به نظر می رسد در افراد معتاد فارغ از اینکه چه نوع ماده ای مصرف می کنند نوعی گرایش اجتنابی از موقعیت های تعارض آمیز و بالقوه تنش زا وجود دارد. افراد مصرف کننده مواد از جامعه بهنجار فاصله می گیرند و

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد بوده بدین ترتیب از تمامی افرادی که در پژوهش حاضر شرکت داشته و یا همکاری کرده‌اند، قدردانی می‌شود.

تأییدیه اخلاقی: جهت تأمین تأییدیه اخلاقی، تمام فرایندها

انجام مداخله توسط استاد راهنما مورد نظارت دقیق قرار گرفته و شرح جلسات آموزشی و مداخله‌ای نیز در گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) مورد بررسی و تأیید قرار گرفت.

References

1. Pates R, Riley D. The psychological and psychiatric effects of amphetamines, Interventions foramphetamine misuse. 2nd ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010: 27-38.
2. Self DW, Staley JK. Behavioral neuroscience of drug addiction. 2nd ed. Berlin Heidelberg :Springer-Verlag ; 2010: 343-86.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). 5nd ed. Unaitet Stste of America : American Psychiatric Pub; 2013: 481-591.
4. Fizollahi S, Abolghasemi A, Babazadeh A. The Role Of Emotion Regulation, Dissociative Experiences And Intolerance Of Uncertainty In The Prediction Of Craving Beliefs In Drug Abusers With Traumatic Experience. Trends in life sciences 2015; 4(1):184-9.
5. affective experience and drug choice. Psychoanalytic psychology 2008; 25(3):518-32.
6. Kring A, Davison G, Neale J & Johnson S. Abnormal psychology. United States of America: Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2007: 287-333.
7. World Health Organization. Principles of Drug Dependence Treatment. New York: United Nations Office on Drugs and Crime Vienna ; 2009: 1-3
8. Roozen HG, de Waart R, van der Windt DA, van den Brink W, de Jong CA, Kerkhof AJ. A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. European neuropsychopharmacology 2006;16(5):311-23.
9. Chaney EF, Roszell DK, Cummings C. Relapse in opiate addicts: A behavioral analysis. Addictive Behaviors 1982;7(3):291-7.
10. Witkiewitz K, Marlatt GA, Walker D. Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. Journal of Cognitive Psychotherapy 2005;19(3):211-28.
11. Banna KM, Back SE, Do P, See RE. Yohimbine stress potentiates conditioned cue-induced reinstatement of heroin-seeking in rats. Behavioural brain research 2010;208(1):144-8.
12. Heyman GM. Received Wisdom Regarding the Roles of Craving and Dopamine in Addiction A Response to Lewis's Critique of Addiction: A Disorder of Choice. Perspectives on Psychological Science 2011;6(2):156-60.
13. Addolorato G, Leggio L, Abenavoli L, Gasbarrini G, Group ATS. Neurobiochemical and clinical aspects of craving in alcohol addiction: a review. Addictive behaviors 2005;30(6):1209-24.
14. McDermott MJ, Tull MT, Gratz KL, Daughters SB, Lejuez C. The role of anxiety sensitivity and difficulties in emotion regulation in posttraumatic stress disorder among crack/cocaine dependent patients in residential substance abuse treatment. Journal of Anxiety Disorders 2009;23(5):591-9.

15. Aldao A, Nolen-Hoeksema S. Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour research and therapy* 2010;48(10):974-83.
16. Keough ME, Riccardi CJ, Timpano KR, Mitchell MA, Schmidt NB. Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior Therapy* 2010;41(4):567-74.
17. Potter CM, Vujanovic AA, Marshall-Berenz EC, Bernstein A, Bonn-Miller MO. Posttraumatic stress and marijuana use coping motives: the mediating role of distress tolerance. *Journal of Anxiety Disorders* 2011;25(3):437-43.
18. Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, et al. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and alcohol dependence* 2002;67(1):13-26.
19. Dimeff LA, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addict Sci Clin Pract* 2008;4(2):39-47.
20. Bornovalova MA, Daughters SB. How does dialectical behavior therapy facilitate treatment retention among individuals with comorbid borderline personality disorder and substance use disorders? *Clinical psychology review* 2007;27(8):923-43.
21. Swales MA. Dialectical Behaviour Therapy: Description, research and future directions. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy* 2009;5(2):164-77.
22. Stotts AL, Northrup TF. The promise of third-wave behavioral therapies in the treatment of substance use disorders. *Current opinion in psychology* 2015;2:75-81.
23. Azizi A, Borjali A, Golzari M. The effectiveness of emotion regulation training and cognitive therapy on the emotional and addictional problems of substance abusers. *Iranian Journal of Psychiatry* 2010;5(2):60-5.
24. Babaiee Z, Hasani J, Mohamadkhani SH. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Based Emotion Regulation Skill Training in Substance Abusers Craving: a Single Subject Study. *Journal of Clinical Psychology* 2012; 4, 3 (15): 33-44. [Persian]
25. van den Bosch LM, Verheul R, Schippers GM, van den Brink W. Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems: Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors* 2002;27(6):911-23.
26. Beck AT, Clark DA. An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour research and therapy* 1997;35(1):49-58.
27. Rahmanian M, Mirjafari A, Hasani J. The relationship between craving and attentional bias in opioid dependent, relapsed and abstinent individuals. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2006;12(3):216-22.[Persian]
28. Linnehan M. dialectical behavior therapy skills Handbook.2004. Translation: Atashpour H, Aghasi A. Esfahan: Rahavarde Aftab ; 2016 : 65-129.
29. Schnell K, Herpertz SC. Effects of dialectic-behavioral-therapy on the neural correlates of affective hyperarousal in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research* 2007;41(10):837-47.
30. Narimani M, Bagiyan-Kulemarez MJ, Student, Bavand-Pouri AR, Bakhti M. The Effectiveness of Group Psychotherapy based on Dialectical Behavior Therapy (DBT) on the Degree of Craving and Difficulty in Emotional Self-regulation of Methamphetamine Users. *Journal of Clinical Psychology* 2015; 6, 4 (24): 83-101. [Persian]
31. Rizvi SL, Dimeff LA, Skutch J, Carroll D, Linehan MM. A pilot study of the DBT coach: an interactive mobile phone application for individuals with borderline

- personality disorder and substance use disorder. Behavior therapy 2011;42(4):589-600.
32. Kirchner N. (dissertation). Taking a Mindful Approach to Substance Abuse Treatment through Dialectical Behavior Therapy Techniques. Winona : Winona State University; 2014: 1-22
https://www.winona.edu/counseloreducation/Media/DBT_in_Substance_Abuse_Treatment_-_Spring_2014_Capstone.pdf
 33. McKay M, Wood JC, Brantley J. The dialectical behavior therapy skills workbook: Practical DBT exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation & distress tolerance. California Oakland : Newharbinger Publications Inc ; 2010: 31-63
 34. Kröger C, Schweiger U, Sipos V, Kliem S, Arnold R, Schunert T, et al. Dialectical behaviour therapy and an added cognitive behavioural treatment module for eating disorders in women with borderline personality disorder and anorexia nervosa or bulimia nervosa who failed to respond to previous treatments. An open trial with a 15-month follow-up. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry; 2010 : 41(4):381-8.
 35. Mahssa O, Farmani F, Karimi R, Karami H, Hosaini F, Farhoudian A. Group Reality Therapy in Addicts Rehabilitation Process to Reduce Depression, Anxiety and Stress. Iranian Rehabilitation Journal 2015; 13(1):44-50. [Persian]

The Impact of Dialectical Behavior Therapy - based Intervention on Craving Men with Addiction Disorders (opioid - methamphetamine)

Aghasi A¹, Atashpour S.H²

1-MSc. of Psychology, Islamic Azad University of Isfahan, Isfahan, Iran.

2 -Assistant Professor, Dept. of Psychology, Islamic Azad University of Isfahan, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)

Email: hamidatashpour@gmail.com, Tel:09131068707

Received: 2 April 2016

Accepted: 16 October 2016

Introduction: One of the most important social harms is drug addictive disorders. The present study was conducted aiming to investigate the effectiveness of dialectic behavioral therapy on the temptation of drug (opiate, met-amphetamine) users.

Material and methods: The statistical population of the study included men with addiction to opium, Heroin, sheereh [boiled and refined opium residue] and glass referring to the addiction withdrawal and therapy centers in the town of Shahreza. In order to administer intervention training sessions, 45 drug users were selected through non-probable available sampling method and put into experimental and control groups. 15 individuals were put into opiate drug experimental group, 15 into glass experimental method and 15 into the control group. The applied instrument was Beck's questionnaire of tempting beliefs. The research design was semi-experimental with pretest, posttest and control group type. After conducting 11 sessions (ninety-minutes) of group teaching of dialectic behavioral therapy, the achieved data were analyzed through covariance method.

Findings: the results showed that teaching independent variable was effective on drug (opiate, met-amphetamine) users while there was not a significant difference between the two experimental groups in case of the effectiveness of therapeutic intervention ($p>0.05$). The difference between both experimental groups with the control group was significant ($p>0.05$).

Conclusion: Teaching dialectic behavioral therapy can be employed besides medication in treating temptation of men with drug addiction.

Key words: Dialectic behavioral therapy, Temptation, Opiate, Met-amphetamine

Please cite this article as follows:

Aghasi A, Atashpour S.H. The Impact of Dialectical Behavior Therapy - based Intervention on Craving Men with Addiction Disorders (opioid - methamphetamine). Community Health journal 2016; 10(2):11-23

Funding: The results showed that the intervention group based on dialectical behavior therapy is effective on craving men with addiction disorders.

Conflict of interest: In this study, did not report any potential conflicts of interest with the authors.

Ethical approval: For ethical approval, Supervisor had complete control over the process.