

Effectiveness of compassion-enriched acceptance and commitment therapy on depression, stress, and anxiety in opioid addicts receiving methadone maintenance compared to Venlafaxine combination therapy

Shomali-Ahmadabadi M¹, AhmadiMehrabadi SA², Zabihi M^{2*}, Dastjerdi Gh³, Movahedian Z¹, Barkhordari-Ahmadabadi A⁴

1- Department of Education, Ardakan, Yazd, I.R. Iran.

2- Department of Toxicology and Pharmacology, Faculty of Pharmacy, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, I.R. Iran.

3- Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Taft Psychiatry Hospital, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, I.R. Iran.

4- Master of Psychology, Payame Noor University, Meybod, Yazd, I.R. Iran.

Received: 2022/03/17 | Accepted: 2022/08/1

Abstract:

Background: Psychological problems can reduce the effectiveness of opioid withdrawal, so complementary therapies are used to increase the effectiveness of treatment in these patients. In this study, the addition of the "compassion-enriched acceptance and commitment" psychotherapy method to Venlafaxine to control depression, stress, and anxiety in opioid addicts receiving methadone maintenance treatment (MMT) was investigated.

Materials and Methods: This study is a clinical trial with pre-test and post-test design. Forty opioid addicts treated with MMT were selected by voluntary sampling method and after matching were divided into two groups (n=20), including Venlafaxine alone and Venlafaxine in combination with compassion-enriched acceptance and commitment. Patients were evaluated on the DASS21 anxiety-stress-depression questionnaire. Data were analyzed using chi-square, paired and independent t-tests, and analysis of covariance with a 95% confidence interval.

Results: Findings showed that both intervention methods were effective on depression, anxiety and stress ($P<0.05$). However, combination therapy of compassion-enriched acceptance and commitment therapy with Venlafaxine had a greater effect on depression, anxiety, and stress in patients undergoing methadone maintenance treatment ($P<0.05$).

Conclusion: Adding compassion-enriched acceptance and commitment Psychotherapy to Venlafaxine improves the control of depression, anxiety, and stress in opioid addicts under MMT and can be used as an effective method in the treatment of mental disorders in these patients.

Keywords: Depression, Anxiety, Stress, Venlafaxine, Compassion-enriched acceptance and commitment, Opioid dependence, Methadone maintenance treatment

*Corresponding Author

Email: mzabihi100@gmail.com

Tel: 0098 913 153 6813

Fax: 0098 353 820 3419

Conflict of Interests: No

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, September, 2022; Vol. 26, No 4, Pages 457-465

Please cite this article as: Shomali-Ahmadabadi M, AhmadiMehrabadi SA, Zabihi M, Dastjerdi Gh, Movahedian Z, Barkhordari-Ahmadabadi A. Effectiveness of compassion-enriched acceptance and commitment therapy on depression, stress, and anxiety in opioid addicts receiving methadone maintenance compared to Venlafaxine combination therapy. *Feyz* 2022; 26(4): 457-65.

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر افسردگی، استرس و اضطراب در بیماران سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون در مقایسه با درمان ترکیبی با ونلافاکسین

مهدی شمالی احمدآبادی^۱، سیدرضا احمدی مهرآبادی^۲، محسن ذبیحی^{۳*}، قاسم دستجردی^۴، زهرا موحدیان^۱، عاطفه برخورداری^۵
خلاصه:

سابقه و هدف: مشکلات روانی می تواند اثربخشی درمان های سوء مصرف مواد مخدر را کاهش دهد، بنابراین از درمان های مکمل برای افزایش اثربخشی درمان در این بیماران استفاده می شود. در این مطالعه، تأثیر ترکیب روان درمانی «پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت» با ونلافاکسین برای کنترل افسردگی، استرس و اضطراب در معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده متادون مورد بررسی قرار گرفت. **مواد و روش ها:** این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی با طرح پیش آزمون و پس آزمون است. ۴۰ نفر از بیماران سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون به روش نمونه گیری داوطلبانه انتخاب شدند و پس از همسازی در دو گروه قرار گرفتند. گروه اول تحت درمان ترکیبی درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت و ونلافاکسین و گروه دوم تحت درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت قرار گرفتند. ارزیابی بیماران براساس پرسشنامه اضطراب - استرس - افسردگی (DASS21) انجام شد. داده ها با استفاده از آزمون های کای اسکور، زوجی و گروه های مستقل و تحلیل کوواریانس و در سطح اطمینان ۹۵ درصد تجزیه و تحلیل شد. **نتایج:** هر دو روش مداخله ای بر افسردگی، اضطراب و استرس مؤثر بوده است ($P < 0/05$). اما درمان ترکیبی درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت و ونلافاکسین تأثیر بیشتری بر افسردگی، اضطراب و استرس بیماران سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون داشته است ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: ترکیب مداخله پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت با ونلافاکسین، کنترل افسردگی، اضطراب و استرس را در معتادان به مواد افیونی تحت درمان متادون بهبود می بخشد و می تواند به عنوان روشی مؤثر در درمان اختلالات روانی در این بیماران استفاده شود. **واژگان کلیدی:** افسردگی، اضطراب، استرس، ونلافاکسین، پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت، وابستگی به اپیوئیدها، درمان نگهدارنده با متادون

دوماه نامه علمی - پژوهشی فیض، دوره بیست و ششم، شماره ۴، مهر - آبان ۱۴۰۱، صفحات ۴۶۵-۴۵۷

مقدمه

درمان نگهدارنده با متادون یکی از اقداماتی است که در راستای درمان اعتیاد انجام می شود [۱]. از آنجایی که اختلال سوء مصرف مواد همواره با اختلالات روانی [۲] چون افسردگی و اضطراب [۳، ۴] و استرس [۵] نیز همراه است، بنابراین درمان های مکمل می تواند اثربخشی برنامه درمانی اعتیاد با نگهدارنده متادون را افزایش دهد.

ونلافاکسین یک داروی مهار بازجذب مجدد سروتونین، نوراپی نفرین و دوپامین بوده که به دلیل عدم تأثیر بر گیرنده های موسکارینی، نیکوتینی، هیستامینرژیک یا آدرنرژیک و همچنین آنزیم مونوآمین اکسیداز در مقایسه با سایر داروهای ضدافسردگی هدفمندتر عمل کرده [۶]. نتایج بهتری بر افسردگی، اضطراب و استرس دارد. ونلافاکسین دارای جذب گوارشی با نیمه عمر ۳/۵ ساعت برای خود و نیمه عمر ۹ ساعت برای متابولیت های آن است [۷]. نتایج مطالعات مختلف حاکی از تأثیر ونلافاکسین بر افسردگی [۸، ۹]، اضطراب [۱۰] و استرس [۱۱] است. افسردگی، اضطراب و استرس ریشه در افکار و رفتارهای ناکارآمد و مشکلات هیجانی و فیزیولوژیکی دارد و مصرف ونلافاکسین نیز عمدتاً با نگرانی هایی چون وابستگی، عوارض دارویی و عود همراه است [۱۱]: از این رو بسیاری از مداخله گران از درمان های روانشناختی در کنار درمان های دارویی استفاده می کنند [۱۲، ۱۳]. اثربخشی درمان های روانشناختی در مواردی که بیماران تحت مداخله ترکیب دو درمان مکمل قرار گرفتند، بیشتر بوده است [۱۴]. درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت یکی از مداخلاتی است که توجه بسیاری از روان درمانگران را به خود جلب کرده، نتایج مؤثری در بهبود

۱. دکتری روانشناسی، سازمان آموزش و پرورش، اردکان، یزد، ایران
 ۲. دانشجوی داروشناسی، گروه سم شناسی و داروشناسی، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران
 ۳. استادیار، گروه سم شناسی و داروشناسی، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
 ۴. گروه روان پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران
 ۵. کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه پیام نور، میبد، یزد، ایران
- *نشانی نویسنده مسؤوله:
دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، گروه سم شناسی و داروشناسی
تلفن: ۰۹۱۳۱۵۳۶۸۱۳
پست الکترونیک: mzabihi100@gmail.com
تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۲۶
تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۵/۱۰

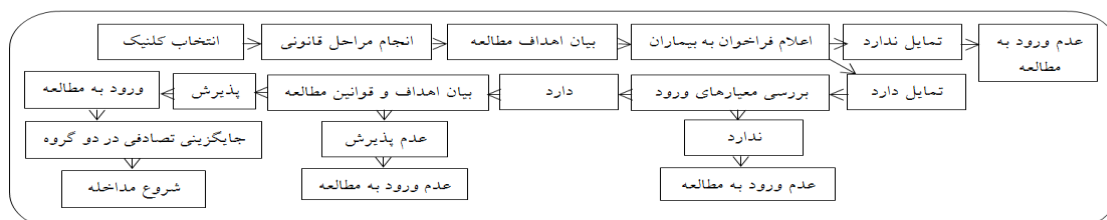
مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود که پس از تصویب طرح و دریافت کد اخلاق IR.SSU.MEDICINE.REC.1399.170 و تأیید در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی و دریافت کد IRCT20191106045356N3 انجام شد. جامعه آماری متشکل از تمامی بیماران سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر یزد در سال ۱۳۹۹ بود. تعیین حجم نمونه براساس مقالات موجود و مشابه در این زمینه و پس از مشاوره با متخصص آمار انجام گردید. ماکزیمم حجم نمونه با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان ۹۰ درصد و در نظر گرفتن ۲۰ درصد ریزش، ۲۰ نفر برای هر گروه برآورد گردید. خروجی نرم‌افزار stata 14 جهت برآورد حجم نمونه مورد نظر همراه با فرمول مورد استفاده و اجزای مختلف آن به صورت زیر بود:

$$n = \frac{\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta} \right)^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

به منظور انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری داوطلبانه استفاده شد. ابتدا با اعلام فراخوانی از بیماران سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون برای شرکت در پژوهش دعوت شد تا در یک جلسه توجیهی حضور یابند. با توجه به خطر شیوع ویروس کرونا جلسات به صورت مجازی برگزار شد. در این مرحله با ۱۱۷ نفر تماس گرفته شد. متقاضیان پس از آگاهی از اهداف پژوهش به سؤالات آزمون (DASS21) جواب دادند. در نهایت افراد دارای معیارهای ورود پس از هم‌تاسازی در دو گروه ۲۰ نفره قرار گرفتند. فلوچارت نمونه‌گیری مراحل پژوهش در شکل شماره ۱ ارائه شده است.

اختلالات روانی داشته است [۱۵]. در درمان پذیرش و تعهد، اعتقاد بر این است که تلاش برای رهایی از افکار، احساسات و علائم بدنی، خود عامل تشدید مشکلات روانی است و احیای ارزش‌ها، انعطاف‌پذیری روانشناختی و دستیابی به یک زندگی غنی، هدف اصلی خواهد بود [۱۶]. نتایج مطالعات مختلف، حاکی از اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی، اضطراب و استرس است [۱۷، ۱۸]. Gilbert (۲۰۱۴) معتقد است انسان زمانی می‌تواند به آرامش دست یابد که رخدادهای، افکار، رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی و تصاویر را درونی کند تا ذهن همان‌طور که به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، به درونیات نیز واکنش نشان دهد [۱۹]. شفقت به خود به دلیل نقش محافظتی در برابر علائم بیماری‌های روانی می‌تواند به بهبود افسردگی، اضطراب و استرس منجر شده [۲۰-۲۲]، همچنین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را بهبود بخشد [۲۳]. هدف درمان شفقت، تجربه احساسات و افکار به گونه‌ای است که به طور طبیعی اتفاق می‌افتد [۲۴]. نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد که ترکیب دارو و روان‌درمانی نتایج بهتری را در درمان مشکلات روانی به همراه دارد [۲۵-۲۹]. چراکه در کنار مشکلات دارودرمانی همچون عوارض و اعتیاد دارویی [۳۰]، روان‌درمانی نیز مشکلاتی چون پرهزینه بودن، طولانی بودن و دشواری اجرا را دارد [۳۱] و این مسأله می‌تواند موانع زیادی را در شروع و تداوم درمان ایجاد نماید. بنابراین درمانگران از ترکیب دارو و روان‌درمانی برای کاهش این مشکلات استفاده می‌کنند. همچنین ابهامات و سؤالات زیادی در خصوص اثربخشی این روش‌ها وجود دارد. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تأثیر درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت و ونلافاکسین بر افسردگی، اضطراب و استرس در معنادان تحت درمان نگهدارنده با متادون در مقایسه با درمان ترکیبی انجام شد.



شکل شماره ۱- فلوچارت نمونه‌گیری و مراحل پژوهش

مشابه و تأثیرگذار در پارامترهای مورد مطالعه، عدم شرکت در پژوهش همزمان و همچنین ملاک‌های خروج نمونه از پژوهش هم عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش و عدم پایبندی به قوانین گروه، بروز واکنش ناخواسته به دارو و تشدید اختلال بیمار تعیین

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل کسب نمره بالاتر از ۳۰ در آزمون (DASS21)، تمایل برای شرکت در پژوهش، پایبندی به قوانین آزمایش، شرکت منظم در برنامه‌های آموزشی و رعایت دستورات روانپزشک در مصرف دارو، عدم مصرف دیگر داروهای

شد. ملاحظات اخلاقی نیز شامل: بی‌نام بودن پرسشنامه‌ها، رضایت آگاهانه و کتبی، محرمانه ماندن اطلاعات، عدم دریافت هزینه دارو و دوره آموزشی و حق انصراف در هر مرحله از پژوهش در هر دو گروه آزمایش و گواه بود. در این مطالعه کورسوسازی برای پژوهشگران و مشاور آمار انجام شد. گروه اول، درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت و ونلافاکسین و گروه دوم درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت را دریافت کردند. دارودرمانی توسط روانپزشک ۲۸ روز قبل از شروع روان‌درمانی آغاز شد و تا انتهای آن ادامه یافت. دوز تجویزی متادون ۵ تا ۱۰ میلی‌گرم در روز و برای ونلافاکسین ۷۵ میلی‌گرم در روز در نظر گرفته شد. روان‌درمانی نیز توسط دکتر روانشناسی و متخصص در زمینه درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت و با نظارت اساتید راهنما و مشاور، در ۸ جلسه یک‌ساعته انجام شد. در طول مدت مداخله ۴ نفر از گروه اول (۲ نفر به دلیل عوارض دارویی و ۲ نفر نیز به دلیل مشکلات شخصی) و ۵ نفر نیز از گروه دوم (۳ نفر به دلیل مشکلات شخصی و ۲ نفر به دلیل عدم پایداری به قوانین گروه)، از مطالعه خارج شدند. جلسات آموزشی به صورت مجازی انجام شد؛ ولی شرکت‌کنندگان در ساعت‌های مشخص می‌توانستند با درمانگر ارتباط داشته باشند و سؤالات خود را مطرح نمایند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه اضطراب، استرس و افسردگی: به منظور سنجش پریشانی روانی از پرسشنامه اضطراب، استرس و افسردگی لایویند (۱۹۹۵) (DASS-21) استفاده شد. فرم کوتاه این مقیاس توسط لایویند در سال ۱۹۹۵ تهیه شده و دارای ۲۱ سؤال است. گویه‌ها روی مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای از صفر (اصلاً) تا سه (خیلی زیاد) پاسخ داده می‌شوند و نمره بالاتر نشان‌دهنده نشانه‌های شدیدتر است. سه سازه افسردگی، اضطراب و استرس هریک به وسیله هفت گویه در این مقیاس ارزیابی می‌شود. پایایی و روایی این مقیاس برای نمونه ایرانی مناسب گزارش شده است؛ همبستگی خرده‌مقیاس افسردگی با آزمون افسردگی بک ۰/۷، همبستگی خرده‌مقیاس اضطراب با مقیاس خودارزیابی اضطراب زانک، ۰/۶۷ و همبستگی خرده‌مقیاس استرس با مقیاس استرس ادراک‌شده، ۰/۴۹ به دست آمده است [۳۲]. چهارچوب کلی جلسات درمان پذیرش و تعهد براساس راهنمای درمانی هیز و همکاران (۱۹۹۹)، توهی (۲۰۰۷) و گیلبرت (۲۰۱۴) تهیه شد و روایی آن به تأیید چهار نفر از اساتید خبره دانشگاهی رسید. خلاصه جلسات درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت در جدول شماره ۱، ارائه شده است.

جدول شماره ۱- خلاصه جلسات درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت

جلسه	محتوا
جلسه اول	آشنایی با اعضای گروه و برقراری رابطه درمانی، تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان، تصریح رابطه درمانی، معرفی مداخله درمانی، گفتگو در خصوص استرس، اضطراب و افسردگی و علل آن، گفتگو در خصوص کارهایی که اعضا در جهت کاهش استرس، اضطراب و افسردگی انجام داده‌اند و بررسی پیامدهای آن، آموزش تمرین تنفس و ارائه تکلیف
جلسه دوم	بررسی تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، استعاره چاله، معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی و نحوه تعامل آن‌ها با یکدیگر، آشنایی با هیجانات منفی و تهدیدکننده از دیدگاه CFT، ماهیت شفقت و ارائه تکلیف
جلسه سوم	بررسی تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، معرفی کنترل به عنوان مسأله، بحث در مورد دنیای درون و تفاوت آن با دنیای بیرون، استعاره پلی‌گراف، آشنایی با ویژگی‌های افراد دارای شفقت (مهربانی، همدلی، تحمل پریشانی، قضاوت نکردن)، پرورش و درک این‌که دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند، پرورش حس اشتراکات انسانی در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه و شرم و ارائه تکلیف
جلسه چهارم	بررسی تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، معرفی پذیرش و تمایل به عنوان جایگزینی برای کنترل، استعاره میهمان و بیان احساسات پاک و ناپاک، تمرین پرورش خود مشفق (خود، قدرت، مهربانی، قضاوت نکردن در مورد خود و مسئولیت‌پذیری)، نحوه تصویرسازی در مورد خود مشفق، تمرین رشد خود مشفق و ارائه تکلیف
جلسه پنجم	بررسی تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، آشنایی با ویژگی‌های پنهان زبان که باعث آمیختگی می‌شود، بیان گسلش، استعاره اتوبوس، تمرین مهارت‌های شفقت (رفتار مشفقانه، تصویر ذهنی مشفقانه، احساس مشفقانه) و آموزش همدلی، ارائه تکلیف
جلسه ششم	بررسی تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، معرفی انواع خود، استعاره شطرنج آشنایی با گذشته و آینده مفهوم‌سازی‌شده، پرورش شفقت‌ورزی نسبت به دیگران، آموزش بخشش، متمرکز کردن خود مشفق به سمت دیگران، ارائه تکلیف
جلسه هفتم	بررسی تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خود پذیرا و مشاهده‌گر، شناسایی ارزش‌ها و سنجش ارزش‌های مراجع، آموزش نوشتن نامه‌های مشفقانه، ایجاد آمادگی برای اتمام جلسات ارائه تکلیف
جلسه هشتم	بررسی تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، تعهد به عمل و ارزش‌ها با وجود موانع، استعاره نهال، ارزیابی تعهد به عمل، ارائه تکلیف دائمی، تکمیل پس‌آزمون

اطلاعات جمع‌آوری‌شده با استفاده از نسخه ۲۶ نرم‌افزار SPSS و خطای ۰/۰۵، تحلیل شد. برای توصیف داده‌ها از میانگین و انحراف معیار و برای تحلیل روابط بین متغیرها از آزمون‌های

کای‌اسکوئر، t زوجی و گروه‌های مستقل و تحلیل کوواریانس استفاده شد.

نتایج

شفقت نیز ۴۳/۳ (انحراف معیار ۵/۹) بود و اختلاف گروه‌ها نیز براساس آزمون کای اسکوئر معنی‌دار نبود ($P > ۰/۰۵$). جدول شماره ۲ به مقایسه متغیرهای دموگرافیک در گروه‌های تحت مداخله اختصاص یافته است.

براساس یافته‌های دموگرافیک میانگین سنی در گروه درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت و ونلافاکسین ۳۸/۲ (انحراف معیار ۳/۸) و در گروه درمان پذیرش و تعهد غنی شده با

جدول شماره ۲- مقایسه متغیرهای دموگرافیک بین دو گروه

متغیر	درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت و ونلافاکسین	درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت	P
وضعیت تأهل	مجرد	۴ (۲۵٪)	$P = ۰/۴۰$
	متاهل	۱۲ (۷۵٪)	
تحصیلات	دیپلم و پایین‌تر	۱۲ (۷۵٪)	$P = ۰/۹۵$
	فوق دیپلم	۴ (۲۵٪)	

انحراف معیار نمرات متغیرهای پژوهش در مراحل مداخله به تفکیک گروه در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

براساس یافته‌های جدول شماره ۲ و نتایج آزمون آماری کای اسکوئر، بین دو گروه از لحاظ متغیرهای دموگرافیک تفاوت آماری معناداری وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$). مقایسه میانگین و

جدول شماره ۳- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای پژوهش در مراحل مداخله به تفکیک گروه

متغیر	مرحله	درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت و ونلافاکسین	درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت	P
افسردگی	پیش آزمون	۱۰/۵۶ ± ۲/۸۹	۱۰/۳۰ ± ۲/۸۹	$P = ۰/۲۹۱$
	پس آزمون	۵/۴۳ ± ۱/۴۷	۷/۱۳ ± ۱/۴۵	t test
		$P = ۰/۰۰۱$	$P = ۰/۰۰۱$	
		p.s.t test		
اضطراب	پیش آزمون	۷/۲۵ ± ۱/۰۶	۷/۸۰ ± ۲/۴۲	$P = ۰/۲۴۹$
	پس آزمون	۳/۶۲ ± ۱/۵۰	۵/۲۰ ± ۱/۶۹	t test
		$P = ۰/۰۰۱$	$P = ۰/۰۰۷$	
		p.s.t test		
استرس	پیش آزمون	۱۳/۴۶ ± ۲/۶۴	۱۳/۴۶ ± ۲/۶۴	$P = ۰/۴۷۳$
	پس آزمون	۷/۱۲ ± ۰/۹۵	۹/۰۰ ± ۱/۳۶	t test
		$P = ۰/۰۰۱$	$P = ۰/۰۰۱$	
		p.s.t test		

پس آزمون شده است ($P < ۰/۰۱$). به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش، از روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA)، استفاده شد. پیش فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری یعنی نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب‌های رگرسیون و همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

نتایج آزمون t گروه‌های مستقل نشان می‌دهد که تفاوت آماری معناداری بین میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در گروه‌های شرکت کننده در پژوهش در مرحله پیش آزمون وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$). همچنین نتایج آزمون t زوجی نیز نشان می‌دهد که تأثیر هر دو مداخله بر نمرات افسردگی، اضطراب و استرس به لحاظ آماری معنی‌دار بوده و باعث کاهش نمرات آن در مرحله

جدول شماره ۴- پیش فرض های آزمون تحلیل کواریانس

متغیر	گروه	آزمون شاپیروویلک		آزمون لوین		همگنی شیب رگرسیون		آزمون باکس	
		آماره	سطح معناداری	F	سطح معناداری	F	سطح معناداری	M باکس ^۱	F
افسردگی	۱	۰/۹۵۱	۰/۵۰۶	۱/۳۲۸	۰/۲۵۹	۰/۱۳۶	۰/۲۴۹	۲/۵۸۶	۰/۳۸۲
	۲	۰/۹۰۵	۰/۱۱۵						
اضطراب	۱	۰/۸۹۳	۰/۰۶۲	۱/۴۵۷	۰/۲۳۷	۰/۰۹۳	۰/۵۱۴	۰/۸۹۱	۰/۳۸۲
	۲	۰/۹۰۰	۰/۰۹۴						
استرس	۱	۰/۹۰۱	۰/۰۸۴	۰/۷۶۲	۰/۳۹۰	۰/۲۵۲	۰/۱۲۷		
	۲	۰/۹۱۹	۰/۱۸۷						

گروه ها: ۱. درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت و ونلافاکسین ۲. درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت، Box's M^۱

نتایج جدول شماره ۴ نشان می دهد که تمامی مقادیر آزمون شاپیروویلک، باکس، لوین و همگنی شیب های رگرسیون برای متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس در هر دو گروه غیرمعنی دار است ($P > ۰/۰۵$). بنابراین پیش فرض های آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری به درستی رعایت شده است. نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

جدول شماره ۵- نتایج حاصل از تحلیل کواریانس با کنترل پیش آزمون

شاخص آزمون	مقدار	نسبت F	سطح P	اندازه اثر	توان آزمون
اثر پیلای Pillai & Trace	۰/۵۹۵	۱۱/۷۷۷	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵	۰/۹۹۸
لامبدای ویلکز Wilks Lambda	۰/۴۰۵	۱۱/۷۷۷	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵	۰/۹۹۸
اثر هتلینگ Hotelling & Trace	۱/۴۷۲	۱۱/۷۷۷	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵	۰/۹۹۸
بزرگ ترین ریشه روی Roy & Largest Root	۱/۴۷۲	۱۱/۷۷۷	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵	۰/۹۹۸

نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان می دهد که پس از کنترل اثر پیش آزمون، حداقل بین میانگین یکی از متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس بین گروه های مداخله در مرحله پس آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). ضریب اندازه اثر نشان می دهد که نزدیک به ۶۰ درصد تفاوت دو گروه در متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس مربوط به مداخله آزمایشی است. جهت پی بردن به تفاوت های تک متغیر، تحلیل کواریانس تک متغیری در متن مانکوا انجام گرفت. (جدول شماره ۶)

جدول شماره ۶- نتایج حاصل از تحلیل کواریانس در متن مانکوا با کنترل پیش آزمون

متغیر	منبع تغییر	SS	df	MS	F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
افسردگی	گروه	۱۷/۱۲۴	۱	۱۷/۱۲۴	۸/۵۸۵	۰/۰۰۷	۰/۲۴۸	۰/۸۰۵
	خطا	۵۱/۸۵۸	۲۶	۱/۹۹۵				
اضطراب	گروه	۲۱/۲۱۳	۱	۲۱/۲۱۳	۸/۴۲۴	۰/۰۰۷	۰/۲۴۵	۰/۷۹۸
	خطا	۶۵/۴۷۵	۲۶	۲/۵۱۸				
استرس	گروه	۲۶/۶۷۴	۱	۲۶/۶۷۴	۱۷/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۴۰۵	۰/۹۸۲
	خطا	۳۹/۱۷۳	۲۶	۱/۵۰۷				

جدول شماره ۶ نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای بررسی معناداری تفاوت میانگین ها در متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس را نشان می دهد. براساس یافته های جدول بین میانگین های تعدیل شده نمرات متغیرهای پژوهش برحسب عضویت گروهی «درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت و ونلافاکسین با درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت» در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). با در نظر گرفتن میانگین های به دست آمده در جدول شماره ۳، می توان نتیجه گرفت که درمان

مقاومت کمتری در جلسات روان‌درمانی شرکت نمایند. ممکن است بیماران تحت درمان متادون تلاش کنند برای رهایی از نشانه‌های منفی شناختی، فیزیولوژیک و احساسی ناشی از افسردگی، اضطراب و استرس از تجربه، این نشانه‌های منفی را حذف کنند، تلاشی که به تشدید این نشانه‌ها می‌انجامد. درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت به بیماران تحت درمان متادون این آموزش را داد تا نشانه‌های منفی شناختی، فیزیولوژیک و احساسی را پذیرفته، به جای تلاش برای حذف و رهایی از آن، ارزش‌های زندگی خود را بازسازی و در راستای دستیابی ارزش‌هایشان تلاش کنند. Peyamannia و Larsson نیز نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی، اضطراب و استرس مؤثر است. شفقت به خود توانایی تبدیل درک، پذیرش و عشق به درون است. از آنجایی که ممکن است بسیاری از بیماران تحت درمان متادون از ابراز همدردی با خودشان ناتوان باشند، احتمال دارد خطاها و شکست‌های خود را که در فرآیند درمان اعتیاد ممکن است به وجود آید، منبعی برای سرزنش خود قرار داده، به دلیل احساس گناه ایجادشده درمان را رها کرده یا افسردگی، اضطراب و استرس را تجربه کنند. از این‌رو غنی کردن درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت به خود نیز با ایجاد مهارت‌هایی در جهت تقویت من مشفق، اثرات خودسرزنشگری را در آموزش‌گیرندگان بهبود می‌بخشد.

نتیجه‌گیری

در مجموع یافته‌های پژوهش، حاکی از اثربخشی بیشتر درمان تلفیقی روان‌درمانی و دارودرمانی بر افسردگی، اضطراب و استرس در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون بود. بدین‌ترتیب استفاده همزمان از روان‌درمانی و دارودرمانی می‌تواند باعث کاهش بیشتر نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون شود. تعداد کم اعضای نمونه، انتخاب نمونه به روش غیرتصادفی داوطلبانه، استفاده از پرسشنامه به‌عنوان تنها ابزار اندازه‌گیری پژوهش، عدم امکان برگزاری جلسات حضوری به دلیل شیوع و خطر ابتلا به کووید ۱۹، عدم برگزاری دوره پیگیری و عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر از مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر بود.

تشکر و قدردانی

از کلیه افرادی که در این پژوهش یاری رساندند و همچنین شرکت‌کنندگان در پژوهش تقدیر می‌شود.

ترکیبی درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت و ونلافاکسین در مقایسه با مداخله درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت تأثیر بیشتری بر افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون داشته است.

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت بر افسردگی، استرس و اضطراب در بیماران سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون در مقایسه با درمان ترکیبی با ونلافاکسین انجام شد. به‌طورکلی نتایج نشان داد که هر دو مداخله انجام‌شده بر نمرات افسردگی، اضطراب و استرس مؤثر بوده و میانگین نمرات پس از انجام مداخله کاهش معنی‌داری داشته است ($P < 0.05$). به‌طورکلی نتایج نشان داد که مداخله درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت و ونلافاکسین تأثیر بیشتری را بر افسردگی، اضطراب و استرس در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون داشته است. نتایج به‌دست‌آمده با نتایج سایر مطالعات از جمله پژوهش Cuijpers و همکاران، Jobst و همکاران، Kamenov و همکاران، Liu و همکاران و Xiang و همکاران که نشان دادند درمان ترکیبی دارو و روان‌درمانی تأثیر بیشتری بر اختلالات روانی دارد، همسوست. در توضیح یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که ونلافاکسین به‌عنوان یک داروی کارآمد به میزان زیادی بازجذب سروتونین و نوراپی‌نفرین را مهار می‌کند و افسردگی، اضطراب و استرس را کاهش می‌دهد و همچنین فاقد اثرات آنتی‌کولینرژیک، آنتی‌هیستامینرژیک و ضد آلفا آدرنرژیک می‌باشد و باعث کاهش سریع و طولانی‌مدت پاسخ بنا‌آدرنرژیک می‌شود. همچنین ونلافاکسین قابلیت اتصال پروتئینی نسبتاً کمی دارد و مهار محدودی از سیستم آنزیمی کبدی را نشان می‌دهد. از این‌رو پیامدهای بالینی ونلافاکسین شامل اثربخشی قوی، نمایه عوارض جانبی مطلوب و پتانسیل نسبتاً کم برای تداخلات دارویی بوده، این شرایط مقاومت دارویی را در بیماران کاهش می‌دهد [۳۱]. همسو با یافته‌های این بخش Du و همکاران و Whiston و همکاران نیز نشان دادند که ونلافاکسین بر افسردگی مؤثر است. Junli و همکاران و Sharbafchi و همکاران نیز نشان دادند که ونلافاکسین بر اضطراب و استرس مؤثر است که با نتایج این بخش همسوست. در واقع ونلافاکسین می‌تواند پیامدهای آنتی‌درمانی را ایجاد کرده، نقش یک تقویت‌کننده فوری برای بیماران داشته باشد. این ویژگی باعث می‌شود که بیماران تحت درمان متادون راحت‌تر و با

References:

- [1] Dalsbø TK, Steiro A, Strømme H, Reinart LM. Effectiveness of Tapering from Methadone or Buprenorphine Maintenance Treatment Compared to Traditional Maintenance Treatment for People with Opiate Addiction: Systematic Review. *NIPH* 2018; 29553678.
- [2] Maremmanni AG, Pacini M, Maremmanni I. What we have learned from the methadone maintenance treatment of dual disorder heroin use disorder patients. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16(3): 44-7.
- [3] Windarwati HD, Megananda NK, Nova R, Kusumawati MW, Ati NAL. Stress, anxiety, and depression with potential adolescent drug abuse: a cross-sectional study. *J Keperawatan* 2021; 13(1): 191-202.
- [4] Giovannetti C, Garcia Arce S, Rush B, Mendive F. Pilot evaluation of a residential drug addiction treatment combining traditional Amazonian medicine, ayahuasca and psychotherapy on depression and anxiety. *J Psychoact Drugs* 2020; 52(5): 472-81.
- [5] Wemm SE, Sinha R. Drug-induced stress responses and addiction risk and relapse. *Neurobiol Stress* 2019; 10: 100148.
- [6] Papp M, Gruca P, Lason M, Niemczyk M, Willner P. The role of prefrontal cortex dopamine D2 and D3 receptors in the mechanism of action of venlafaxine and deep brain stimulation in animal models of treatment-responsive and treatment-resistant depression. *J Psychopharmacol* 2019; 33(6): 748-56.
- [7] Toan TTT, Dao AQ, Vasseghian Y. A state-of-the-art review on the nanomaterial-based sensor for detection of venlafaxine. *Chemosphere* 2022; 297: 134-16.
- [8] Du Y, Feng R, Zhang W, Fang J, Ma K, Wang E, et al. Single IV-ketamine Augmentation of Newly Initiated Venlafaxine Hydrocortisone for Treatment-resistant Depression: Randomized, Double-blind Controlled Study Protocol. *Re Squ* 2022; 1-14.
- [9] Whiston A, Lennon A, Brown C, Looney C, Larkin E, O'Sullivan L, et al. A Systematic Review and Individual Patient Data Network Analysis of the Residual Symptom Structure Following Cognitive-Behavioral Therapy and Escitalopram, Mirtazapine and Venlafaxine for Depression. *Front Psychiatry* 2022; 13: 312-42.
- [10] Liang J, Lu M, Liang J, Jiang L, Zhao L. Clinical Analysis of Topiramate Titration Combined With Venlafaxine in the Treatment of Chronic Migraine With Generalized Anxiety Disorder. *Chin Gen Pract* 2021; 24(2): 243.
- [11] Sharbafchi MR, Afshar H, Adhamian P, Feizi A, Daghighzadeh H, Adibi P. Effects of venlafaxine on gastrointestinal symptoms, depression, anxiety, stress, and quality of life in patients with the moderate-to-severe irritable bowel syndrome. *Jo I Uni Med Sci* 2020; 25(12): 1-8. [in Persian]
- [12] Ghorbani A, Ghezelbash S, Alizadeh Mirashrafi H, Khosravi M. Effect of Spiritual Group Therapy on Depression, Anxiety and Stress of the Mothers of Children With Cancer. *Com Med J* 2021; 11(3): 196-209. [in Persian]
- [13] Järvelä-Reijonen E, Puttonen S, Karhunen L, Sairanen E, Laitinen J, Kolehmainen M, et al. The effects of acceptance and commitment therapy (ACT) intervention on inflammation and stress biomarkers: a Randomized Controlled Trial. *I J Beh Med* 2020; 27(5): 539-55.
- [14] Ariana-Kia E, Moradi A, Hatami M. The Effectiveness of Combined of Brief Behavioral Activation Therapy and Mindfulness-based Cognitive Therapy in Patients with Major Depressive Disorder. *J Clin Psychol* 2014; 6(1): 15-27. [in Persian]
- [15] Yadavaia JE, Hayes SC, Vilardaga R. Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: A randomized controlled trial. *J Con Beh Sci* 2014; 3(4): 248-57.
- [16] Coto-Lesmes R, Fernández-Rodríguez C, González-Fernández S. Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *J Affective Disord* 2020; 263: 107-20.
- [17] Peyamannia B. The Effectiveness of ACT Matrix with compassion on cognitive emotion regulation strategy in Students with Test Anxiety Disorders. *New Thoughts Edu* 2021; 16: 217-36.
- [18] Larsson A, Hartley S, McHugh L. A randomised controlled trial of brief web-based acceptance and commitment Therapy on the general mental health, depression, anxiety and stress of college Students. *JCI Beh Sci* 2022; 24: 10-7.
- [19] Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *J Clin Psychol* 2014; 53(1): 6-41.
- [20] Woodfin V, Molde H, Dundas I, Binder P-E. A Randomized Control Trial of a Brief Self-Compassion Intervention for Perfectionism, Anxiety, Depression, and Body Image. *Fro Psychology* 2021; 12: 32-43.
- [21] Hughes M, Brown SL, Campbell S, Dandy S, Cherry MG. Self-compassion and anxiety and depression in chronic physical illness populations: A systematic review. *Mindfulness* 2021; 12(7): 1597-610.
- [22] Asadi H, Mohammadi M, Naziri G, Davoodi A. Comparison of the Effectiveness of ACT Matrix with ACT Focused on Compassion on Social Anxiety Disorder. *P M M* 2021; 12(45): 59-78. [in Persian]
- [23] Lathren CR, Rao SS, Park J, Bluth K. Self-compassion and current close interpersonal

relationships: A scoping literature review. *Mindfulness* 2021; 12(5): 1078-93.

[24] Cuijpers P, Andersson G, Donker T, van Straten A. Psychological treatment of depression: results of a series of meta-analyses. *Nord J Psychiatry* 2011; 65(6): 354-64.

[25] Jobst A, Brakemeier E-L, Buchheim A, Caspar F, Cuijpers P, Ebmeier KP, et al. European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe. *Eur Psychiatry* 2016; 33(1): 18-36.

[26] Kamenov K, Twomey C, Cabello M, Prina AM, Ayuso-Mateos JL. The efficacy of psychotherapy, pharmacotherapy and their combination on functioning and quality of life in depression: a meta-analysis. *Psychol Med* 2017; 47(3): 414-25.

[27] Liu W, Li G, Wang C, Wang X, Yang L. Efficacy of sertraline combined with cognitive behavioral therapy for adolescent depression: a systematic review and meta-analysis. *Comand Mat Met Med* 2021; 2021.

[28] Berlim MT, Turecki G. Definition, assessment, and staging of treatment—resistant refractory major

depression: a review of current concepts and methods. *Can Am J Psychiatry* 2007; 52(1): 46-54.

[29] Xiang Y, Cuijpers P, Teng T, Li X, Fan L, Liu X, et al. Comparative short-term efficacy and acceptability of a combination of pharmacotherapy and psychotherapy for depressive disorder in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2022; 22(1): 1-13.

[30] Mohr DC, Ho J, Duffecy J, Baron KG, Lehman KA, Jin L, et al. Perceived barriers to psychological treatments and their relationship to depression. *J Clin Psychol* 2010; 66(4): 394-409.

[31] Hosseini Kiasari ST, Ghamari Givi H, Khaleqkhah A. The Efficacy of Cognitive-Existential Group Therapy in Reducing the Levels of Depression, Anxiety and Stress in Patients with Multiple Sclerosis. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2015; 24(122): 368-72. [in Persian]

[32] Schueler YB, Koesters M, Wieseler B, Grouven U, Kromp M, Kerekes M, et al. A systematic review of duloxetine and venlafaxine in major depression, including unpublished data. *Acta Psychiatr Scand* 2011; 123(4): 247-65.