Original Article

The effect of dialectical behavioral therapy on craving and depression in methadone patients

Rezaei Z[1*], Rasoli-Azad M[1], Mehrzad F[2], Farhad M[3], Azad-Miveh Z[4]

1- Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.
2- Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.
3- Clinical Research Development Unit-Matini/Kargarnejad Hospital, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.
4- Mental Affairs Specialist, Governmental Center for Drug Abuse, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.

Received: 2018/10/18 | Accepted: 2018/12/2

Abstract:

Background: Methadone maintenance treatment (MMT) is a common medication for opioid dependence disorder. Despite the positive results, this therapy has many physical and psychological effects. The aim of this study was to determine the effectiveness of a dialectical behavioral therapy (DBT) on craving and depression in people under the methadone maintenance therapy.

Materials and Methods: This is a randomized, controlled clinical trial with intervention (DBT) and control (MMT) groups. Initial diagnostic evaluations were performed by psychiatrist and clinician at a clinical interview. Fifty men referred to methadone treatment clinic were randomly assigned to the two groups (intervention and control). Data were collected through demographic information questionnaire, craving scale, depression questionnaire, treatment validity questionnaire, and treatment alliance questionnaire for pre-test, post-test and follow up.

Results: The results showed that the scores of the intervention group were significantly reduced in comparison with the control group in craving and depression after 4 months of intervention and 2 months follow-up ($P<0.01$).

Conclusion: The combination of the methadone therapy and dialectical behavior therapy can be useful in reducing craving and psychological problems of opiate dependent people. Considering the emphasis on a dialectical behavioral therapy on emotional regulation as the main mechanism for change, this treatment can be a useful therapy for other psychological disorders that are involved with emotional problems.

Keywords: Methadone maintenance therapy, Dialectical behavior therapy, Craving, Depression

* **Corresponding Author.**
Email: zeinab.rezaie90@yahoo.com
Tel: 0098 910 448 5113
Fax: 0098 315 554 1112

IRCT Registration No. IRCT20170314033079N3 Conflict of Interests: ***No***

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, December, 2019; Vol. 22, No 6, Pages 602-609

Please cite this article as: Rezaei Z, Rasoli-Azad M, Mehrzad F, Farhad M, Azad-Miveh Z. The effect of dialectical behavioral therapy on craving and depression in methadone patients. ***Feyz*** 2019; 22(6): 602-9.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-30]

تاثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر ولع مصرف و افسردگی در افراد تحت درمان با متادون

زینب رضایی [۱*]، مراد رسولی آزاد [۲]، فاطمه مهرزاد [۳]، مجید فرهاد [۴]، زهرا آزاد میوه [۵]

خلاصه:

سابقه و هدف: درمان نگهدارنده با متادون (MMT) درمان دارویی رایج در اختلال وابستگی به مواد افیونی می‌باشد. این درمان، باوجود نتایج مثبت، عوارض جسمی و روان‌شناختی بسیاری دارد. هدف این مطالعه تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) بر ولع مصرف و افسردگی در افراد تحت درمان با متادون است.

مواد و روش‌ها: برای انجام این کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده ارزیابی‌های تشخیصی اولیه با استفاده از مصاحبه بالینی توسط روان‌پزشک و پزشک کلینیک مربوطه انجام شده و ۵۰ مرد مراجعه‌کننده به کلینیک متادون درمانی به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله (DBT) و کنترل (MMT) وارد شدند. داده‌های آماری با بررسی اطلاعات جمعیت شناختی، مقیاس ولع مصرف، پرسشنامه افسردگی، پرسشنامه اعتباردرمانی و پرسشنامه اتحاد درمانی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌دست آمدند.

نتایج: نتایج به‌دست آمده نشان داد که نمرات گروه مداخله نسبت به گروه کنترل در ولع مصرف و افسردگی بعد از ۴ ماه مداخله و ۲ ماه دوره پیگیری به‌میزان قابل توجهی کاهش پیدا کرد ($P<۰/۰۱$)

نتیجه‌گیری: ترکیب متادون درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند در کاهش ولع مصرف و مشکلات روان‌شناختی افراد وابسته به مواد افیونی مفید باشد. باتوجه به تاکید رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان به‌عنوان مکانیزم اصلی تغییر، این درمان می‌تواند درمانی مفید برای سایر اختلالات روان‌شناختی که درگیر مشکلات هیجانی هستند، باشد.

واژگان کلیدی: درمان نگهدارنده با متادون، رفتاردرمانی دیالکتیکی، ولع مصرف، افسردگی

دو ماه‌نامه علمی– پژوهشی فیض، دوره بیست و دوم، شماره ۶، آذر و دی ۹۷، صفحات ۶۰۹-۶۰۲

مقدمه

متادون یک ماده مخدر مصنوعی شبه‌افیونی است که به‌صورت خوراکی، وریدی و زیرپوستی مورد استفاده قرار می‌گیرد و با اتصال به‌گیرنده‌های اپیوئیدی سطح نخاعی انتقال ایمپالس درد را مهار می‌کند. متادون که به‌جای مواد مورد استفاده معتادان به آنها داده می‌شود، موجب فرونشینی علایم ترک شده و تا زمانی تجویز می‌شود که بتوان بیمار را از متادون که خود اعتیادآور است بازگرفت [۱].

در ایران، از سال ۱۳۸۴ این دارو در سیستم درمانی کشور قرار گرفته و در حال حاضر بیش از ۳۰۰۰ مرکز در کشور این دارو را براساس پروتکل درمانی کشوری در اختیار بیماران قرار می‌دهند. از سال ۱۳۸۸ متادون تنها در درمان نگهدارنده مورد استفاده قرار می‌گیرد [۲]. بررسی‌ها نشان داده‌اند که یکی از چالش‌های عمده کنونی در درمان نگهدارنده با متادون، میزان ماندگاری بر درمان یا پیشگیری از عود اعتیاد است. مطالعات اپیدمیولوژیک به‌طور مداوم نرخ بالای مشکلات روحی و روانی را در مصرف‌کنندگان مواد گزارش می‌دهند که از آنها جمله می‌توان به سطوح بالای پریشانی و تنش، عدم دسترسی به استراتژی‌های تنظیم هیجان [۳] و شرکت در رفتارهای مخاطره‌آمیز و ولع مصرف [۴] اشاره کرد. یکی از مشکلات مهم در مصرف کنندگان مواد ولع مصرف یا تمایل شدید و اجتناب ناپذیر بیمار به ادامه مصرف مواد می‌باشد [۵]؛ عاملی که به‌عنوان ریشه اصلی عود و شکست‌های درمانی شناخته شده است [۶]. به‌نظر می‌رسد ولع مصرف که ریشه در باورهای نادرست در زمینه نیاز به مواد دارد، به‌وسیله فرآیندهای شناختی-هیجانی خودکار و غیر خودکار کنترل می‌شود؛ به‌گونه‌ای‌که نظریه‌های ولع مصرف تاکید می‌کنند که اشتیاق‌ها در افراد با فعال شدن هیجان‌ها و انگیزه جستجوی مواد در ارتباط می‌باشند [۵]. افسردگی از دیگر مشکلات مطرح برای مصرف‌کنندگان مواد می‌باشد [۷]. افسردگی اختلالی است که فرد مبتلا به آن دارای علایمی از قبیل خلق پایین

[۱] کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

[۲] استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

[۳] استادیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

[۴] پزشک عمومی، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان کارگرنژاد و متینی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

[۵] کارشناسی امور روانی، مرکز دولتی سوء مصرف مواد، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

* **نشانی نویسنده مسئول:**
کاشان، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، گروه روانشناسی بالینی

تلفن: ۰۹۱۰۴۴۸۵۱۱۳ **دورنویس:** ۰۳۱۵۵۴۱۱۱۲

پست الکترونیک: zeinab.rezaie90@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۷/۲۶ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۱۳۹۷/۹/۱۱

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-30]

یا کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی-اشتهایی و افکار مرگ و خودکشی است. اختلالات مصرف مواد اغلب با افسردگی و سایر اختلالات روانی رخ می‌دهد. حدود یک-سوم از افراد مبتلا به اختلال افسردگی مواد مصرف می‌کنند [۸]. برخی از پژوهش‌ها نرخ همبودی اختلال افسردگی اساسی با مصرف مواد را تا ۶۷ درصد تخمین زده‌اند. همچنین، ممکن است این همبودی با طیف شدید اختلالات روانی و خطر بالای خودکشی همراه باشد [۹]. علی‌رغم اینکه در درمان این دسته افراد همیشه دارودرمانی خط مقدم درمان بوده است، اما افراد مبتلا به سوءمصرف مواد تحت درمان دارویی با عود اختلال مواجه می‌شوند [۱۰]. از طرف دیگر، اگرچه درمان‌های دارویی بر بهبود علایم اعتیاد اثر مثبت دارند، اما قادر نیستند عدم تاثیر بر احساسات و هیجانات و نگرش-های منفی بیمار نسبت به بیماری‌اش را تغییر دهند [۱۱]. درمان شناختی-رفتاری، رایج‌ترین روان‌درمانی در حوزه اعتیاد می‌باشد [۱۲]. اجرای مداخلات روان‌شناختی با تمرکز بر اصلاح سبک‌های - اسنادی، چالش با باورهای غیرمنطقی، آرام‌سازی و آموزش مهارت-های مقابله‌ای ازجمله راه‌بردهای درمانی در رویکرد شناختی-رفتاری است [۱۳]. بااین‌حال، مطالعات نشان داده‌اند که تغییر در شناخت همیشه نافع نیست و در بسیاری از موارد بیماران قادر به اصلاح شناخت‌های معیوب خود نیستند [۱۴]. یکی از نوآوری‌ها در درمان-های روان‌شناختی به‌ویژه در سوءمصرف مواد و اعتیاد که به‌مهارت-های تنظیم هیجان توجه خاصی داشته است، رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌باشد [۱۵]. رفتاردرمانی دیالکتیکی نوعی درمان شناختی–رفتاری است که توسط مارشا لینهان برای درمان افرادی که دارای تکانه‌های خودکشی‌گرای مزمن بودند، تدوین شد [۱۶]. رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌عنوان درمان اختلالات تنظیم هیجان و با تمرکز بر تکانه‌های خطرناک در اختلال شخصیت مرزی و سوءمصرف مواد تعریف شده است و هدف آن بهبود و تنظیم هیجانات به‌عنوان مکانیزم اولیه تغییر است. پژوهش‌ها اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهبود تنظیم هیجان، خلق‌وخو و کاهش استفاده از مواد مخدر را تایید کرده‌اند [۱۷]. مرور برخی مطالعات نشان می‌دهد درمان‌هایی که در آن بر ذهن‌آگاهی تاکید می‌شود، به‌علت تاثیر بر آمیگدال، قشر پره‌فرونتال و فرونتولیمبیک باعث تعدیل بهینه در سیستم تنظیم هیجان و به‌تبع آن کاهش وسوسه می‌شوند [۱۸]. همچنین، شواهد نشان می‌دهند که رفتاردرمانی دیالکتیکی در بهبود اختلال شخصیت مرزی [۱۹]، اختلال دوقطبی [۲۰] اختلال خوردن [۲۱]، کاهش و بهبود علایم افسردگی [۲۲] و الکلیسم [۲۳] موثر می‌باشد. باتوجه به ماهیت رفتاردرمانی دیالکتیکی و اثربخشی آن در درمان و بهبود اختلالات شدید هیجانی، نظیر اختلال شخصیت مرزی و اختلال افسردگی اساسی، تاکید این رویکرد درمانی بر تنظیم هیجان در طی درمان و همچنین نقش مهم هیجانات اعم از هیجانات مثبت و منفی در ولع مصرف و بازگشت به مصرف مواد، این پژوهش با هدف بررسی تاثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر ولع مصرف و میزان افسردگی افراد تحت درمان با متادون انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این کارآزمایی بالینی تصادفی شده با کد IRCT20170-314033079N3 در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران ثبت شده است. جهت انجام پژوهش ابتدا پژوهش‌گر با در دست داشتن معرفی‌نامه کتبی از دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان به مراکز درمانی ترک اعتیاد مراجعه نمود. سپس، با مشاوره روان‌پزشک و پزشک بیماران و مراجعه به پرونده بیماران و انجام مصاحبه بالینی با آنها، افرادی که دارای معیارهای ورود به تحقیق بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در اولین دیدار محقق، برای رعایت کدهای اخلاقی، به شرکت‌کنندگان اطلاعاتی در مورد پژوهش، تصادفی‌سازی، محرمانه بودن اطلاعات و حق خروج از پژوهش در هر زمانی‌که بخواهند، داده شد و رضایت آنها برای شرکت در پژوهش اخذ شد. همچنین، توضیح داده شد که گروه کنترل فقط از دارودرمانی بهره‌مند می‌شوند و در لیست انتظار قرار خواهند گرفت تا بعد از دوره پیگیری درمان، درصورت تمایل رفتاردرمانی دیالکتیکی برای آنها نیز اجرا گردد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: تمایل به شرکت در پژوهش، محدوده سنی ۱۸-۴۰ سال، سطح تحصیلات حداقل سوم راهنمایی، تست مرفین منفی، مصرف کننده مواد افیونی (تریاک، شیره و یا هروئین)، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن جسمی (هپاتیت، ایدز و...) در زمان ورود به درمان، عدم ابتلا به طیف شدید اختلالات شخصیت در زمان ورود به درمان، و عدم ابتلا به طیف اختلالات شدید روان‌پزشکی در زمان ورود به درمان. همچنین، معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: تست مرفین مثبت در حداقل سه هفته (عود)، غیبت بیش از ۵ جلسه متوالی از جلسات درمان، و عدم انجام تکالیف. در مرحله پیش‌آزمون برای تمام شرکت‌کنندگان کلیه ابزارهای پژوهش اجرا شدند. سپس، بیماران به ۲ گروه ۲۵ نفره تقسیم شدند. گروه کنترل تحت درمان با متادون قرار گرفت. گروه مداخله به‌مدت ۱۶ جلسه ۹۰-۱۲۰ دقیقه‌ای و یک‌بار در هفته تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار گرفت. در این برنامه درمانی ابتدا یک جلسه مقدماتی به‌مدت ۲ ساعت به‌منظور معرفی برنامه و ساختار درمان، تکالیف خانگی و رسیدگی به سوالات آزمودنی‌ها اختصاص داده شد. و در پایان‌جلسه شرکت‌کنندگان پرسشنامه اعتبار درمان را به‌منظور اندازه‌گیری میزان

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-30]

درک و پذیرش منطق درمان تکمیل نمودند. همچنین، در جلسه پایانی درمان با ارائه پرسشنامه (اتحاد درمانی) به کلیه افراد گروه آزمایش، میزان همکاری آنها در درمان سنجیده شد. پس از پایان کار مداخله، مجددا پرسشنامه‌ها اجرا شدند. بعد از گذشت ۲ ماه از اجرای پس‌آزمون، هر ۲ گروه کنترل و آزمایش برای مشخص کردن اینکه درصورت وجود تغییر، این تغییر در طول زمان دوام داشته است یا خیر، مجددا در دوره پیگیری مورد آزمون قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهش

فرم مشخصات دموگرافیک

این پرسشنامه دارای پرسش‌هایی در زمینه سن، میزان تحصیلات، نوع ماده مصرفی، سابقه عود، وضعیت شغلی، وضعیت تاهل، مدت زمان اعتیاد، و سابقه زندان بود که توسط پژوهش‌گر طی یک مصاحبه ساختاریافته تکمیل گردید.

مصاحبه بالینی ساختار یافته اختلالات محور I (SCID-I)

قبل از مرحله ارزیابی و برای رعایت معیارهای ورود و خروج و به‌منظور ارزیابی اختلالات مصرف مواد (شامل وابستگی مواد و سوءمصرف مواد) از مصاحبه بالینی ساختاریافته راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی استفاده گردید [۲۴]. SCID به‌طور گسترده‌ای برای تشخیص‌های محور I براساس DSM-IV توسط متخصصان بالینی و آموزش دیده اجرا می‌شود. مطالعات نشان داده‌اند که SCID تشخیص‌های پایایی برای بیشتر اختلالات روان‌پزشکی ایجاد می‌کند. این ابزار برای تشخیص اختلالات اخیر مصرف مواد و در طول عمر و همچنین، برای تشخیص اختلالات همبود با وابستگی به مواد به‌کار می‌رود. خصوصیات روان‌سنجی نسخه فارسی آن نیز در ایران توسط شریفی و همکاران بررسی شده است. درمجموع، کاپا برای تشخیص طول عمر ۰/۵۵ و برای تشخیص اخیر ۰/۵۲ بود که نشان‌دهنده خصوصیات روان‌سنجی مناسب برای جمعیت ایرانی است [۲۵].

پرسشنامه ولع مصرف لحظه‌ای (DDQ)

این پرسشنامه توسط Franken و همکاران با محوریت ولع مصرف به‌عنوان یک حالت انگیزشی، طراحی گردیده و ولع مصرف مواد در لحظه حال را مورد سنجش قرار می‌دهد [۲۶]. پرسشنامه شامل ۱۴ سوال می‌باشد که سه عامل به نام‌های: عامل اول "تمایل و قصد نسبت به مصرف مواد" که شامل سوالات ۱، ۲، ۱۲ و ۱۴ است، عامل دوم "میل به‌مصرف و تقویت منفی" یا باور به رفع مشکلات زندگی و کسب لذت هم‌زمان با مصرف مواد است که شامل سوالات ۴، ۵، ۷، ۹ و ۱۱ است و عامل سوم "لذت و شدت فقدان کنترل" که سوالات ۳، ۶، ۸، ۱۰ و ۱۳ را در بر می‌گیرد. شایان ذکر است که این سه مقوله باهم دارای همبستگی بالایی می‌باشند. همسانی درونی مولفه‌های این پرسشنامه در سوءمصرف کنندگان انواع مختلف مواد افیونی از جمله کراک و هروئین به‌ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۹، ۰/۴۰ و در سوء مصرف کنندگان مت آمفتامین به‌ترتیب ۰/۷۸، ۰/۶۵، ۰/۸۱ می‌باشد [۲۷]. در پژوهش حاضر نیز هم‌سانی درونی با روش آلفای کرونباخ بررسی گردید و نتیجه نشان داد که هم‌سانی درونی کل مقیاس برای مصرف‌کنندگان تریاک معادل ۰/۹۶ می‌باشد.

پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)

این پرسشنامه که شامل ۲۱ سوال است، توسط Beck و همکاران به‌منظور سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته شده است. محتوای این پرسشنامه به‌طور جامع نشانه‌شناسی افسردگی است، اما بیشتر بر محتوای شناختی تاکید دارد. Osman و همکاران با بررسی پژوهش‌هایی که از این ابزار استفاده کرده بودند، دریافتند که ضریب اعتبار آن از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ متغیر بوده است [۲۸]. در ایران نیز پژوهش‌هایی مختلفی انجام گرفته است. قاسم زاده و همکاران با بررسی ۱۲۵ دانشجوی ایرانی اعتبار این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و ضریب بازآزمایی ۰/۷۴ برآورد نموده‌اند [۲۹].

پرسشنامه میزان همکاری (WAI-SR)

این پرسشنامه [۳۰] به‌منظور سنجش میزان همکاری آزمودنی با درمان و درمان‌گر ساخته شده است. پرسشنامه مذکور یک ابزار خودسنجی ۱۲ ماده‌ای است که توسط آزمودنی در پایان دوره درمان و بر اساس یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از ۱ (به ندرت) تا ۷ (همیشه) رتبه‌بندی می‌شود.

پرسشنامه اعتبار درمان (ECQ)

پرسشنامه بورکووک و نائو [۳۱] توسط Devilly و Borkovec [۳۲] طراحی شده و مورد بررسی روان‌سنجی قرار گرفته است. این پرسشنامه که با نام پرسشنامه "درجه قابل قبول بودن/انتظار" معرفی شده است، دارای دو بخش شناختی و عاطفی است: بخش شناختی شامل ۴ ماده است که افکار بیمار راجع به درمان را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. بخش عاطفی شامل ۲ ماده است که به بررسی احساس بیمار نسبت به درمان می‌پردازد. سه ماده اول که همگی شناختی هستند، درجه قابل قبول بودن درمان را ارزیابی

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-30]

می‌کنند و سه ماده دوم انتظار بیمار از درمان را می‌سنجند که شامل یک ماده شناختی و دو ماده عاطفی هستند. برای نمره‌گذاری ماده-های آزمون از دو مقیاس استفاده می‌شود. برخی از ماده‌ها روی یک مقیاس ۹ درجه‌ای از ۱ تا ۹ و برخی دیگر روی یک مقیاس ۱۱ درجه‌ای از ۰ تا ۱۰۰ درصد نمره‌گذاری می‌شوند. در نتیجه به-منظور استفاده از نتایج این پرسشنامه در مطالعات برآیند بالینی، لازم است به استانداردسازی هر ماده و به‌دست آوردن یک نمره کلی در هریک از دو عامل اقدام شود. نتایج مطالعاتی که به بررسی تحلیل عامل ECQ پرداخته‌اند وجود دو عامل درجه قابل قبول بودن و انتظار از درمان را تأیید کرده‌اند [۳۳].

روش تجزیه‌وتحلیل آماری داده‌ها

به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۷ استفاده گردید. برای بررسی اثر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر متغیرهای وابسته در پس‌آزمون و دوره پیگیری از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است. سطح معنی‌داری نیز $P<۰/۰۵$ درنظر گرفته شد.

نتایج

در این پژوهش ۵۰ بیمار تحت درمان نگهدارنده با متادون در دو گروه مداخله و کنترل مورد بررسی قرار گرفتند. در جدول شماره ۱ میانگین، انحراف معیار و درصد فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌ها ارائه شده است. تحلیل یافته‌های توصیفی نشان می‌دهد که تفاوت میانگین متغیرهای کمی به‌جز متغیر دوز متادون معنی‌دار نبوده است. همچنین، تفاوت نسبت فراوانی متغیر-های کیفی نشان داد تفاوت دو گروه برای این متغیرها معنی‌دار نمی-باشد. قابل ذکر است که تمامی شرکت‌کنندگان پژوهش از شرایط یکسانی در زمینه‌های سابقه ترک، سابقه لغزش و سابقه زندانی شدن برخوردار بودند. همچنین، داروی دریافتی شرکت‌کنندگان از نوع شربت متادون بود. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری متغیرهای ولع مصرف و افسردگی در جدول شماره ۲ آمده است. میانگین متغیرهای ولع مصرف و افسردگی در هر دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون بالا بوده است. این درحالی است که در مرحله پس‌آزمون میانگین این دو متغیر در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته و این روند در مرحله پیگیری نیز مشهود است. همچنین، نمرات ولع مصرف و افسردگی در طول مراحل ارزیابی در گروه آزمایش به-میزان چشم‌گیرتری نسبت به گروه کنترل تغییر یافته است.

جدول شماره ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی گرهای مطالعه

متغیرهای جمعیت‌شناختی	گروه کنترل	گروه آزمایش	آماره	سطح معنی‌داری
سن (سال)	۳۶/۲±۴/۵	۳۴/۵ ±۵/۰۰	t =۱/۱۵	۰/۲۵
مدت زمان درمان متادون (ماه)	۶/۸۵ ±۲/۶۲	۵/۸ ±۲/۷۰	t =۱/۲۴	۰/۲۲
دوز متادون دریافتی (میلی‌لیتر)	۱۳/۴ ±۵/۶	۱۵/۲±۴/۱	t = -۲/۴	۰/۰۲
سن شروع مصرف مواد (سال)	۲۰/۵± ۴/۹۸	۲۱/۴ ±۴/۰۴	t = -۰/۵۹	۰/۵۵
سیکل	۱۱ (۴۴)	۱۴ (۵۶)	X^2= ۰/۹۶	۰/۳۲
دیپلم	۱۴ (۵۶)	۱۱ (۴۴)		
منزل شخصی	۹ (۳۶)	۹ (۳۶)	X^2= ۱/۳	۰/۴۹
مستاجر	۱۳ (۵۲)	۱۰ (۴۰)		
منزل پدری	۳ (۱۲)	۶ (۲۴)		
مجرد	۱۱ (۴۴)	۸ (۳۲)	X^2=۲/۶	۰/۲۶
متاهل	۱۰ (۴۰)	۱۵ (۶۰)		
مطلقه	۴ (۱۶)	۲ (۸)		
سابقه حبس در زندان	۶ (۲۴)	۲ (۸)	X^2= ۳/۱	۰/۳۷
مصرف مواد	۸ (۳۲)	۱۲ (۴۸)		
مشکلات خانوادگی	۲ (۸)	۳ (۱۲)		
درگیری و نزاع	۴ (۱۶)	۳ (۱۲)		
درآمد کمتر از ۵۰۰ هزار تومان	۷ (۲۸)	۱۰ (۴۰)	X^2= ۲/۰۴	۰/۳۶
۵۰۰ هزار تا ۱ میلیون تومان	۱۵ (۶۰)	۱۱ (۴۴)		
۱ میلیون تومان به بالا	۳ (۱۲)	۴ (۱۶)		
مصرف خوراکی	۸ (۳۲)	۶ (۲۴)	X^2= ۱/۱	۰/۲۹
مصرف تدخینی	۱۷ (۶۸)	۱۹ (۶۶)		

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-30]

جدول شماره ۲- میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد پژوهش به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه در مراحل ارزیابی

متغیرها	گروه آزمایش			گروه کنترل		
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
ولع مصرف	۲/۳±۰/۴۷	۲/۲۵±۰/۹۱	۲/۰۰±۰/۰۰	۲/۷±۱/۰۳	۳/۴±۱/۱	۲/۶±۰/۷۴
افسردگی	۱/۷±۱/۳	۰/۳۵ ±۰/۶۷	۰/۲±۰/۴۱	۰/۸۵±۰/۷۴	۱/۰۵±۰/۸۲	۱/۱±۰/۹۱
اعتباردرمانی	۳۸/۶±۷/۲	---	---	---	---	---
اتحاد درمانی	----	۵۸/۸±۳/۱۸	---	---	---	---

بحث

در مطالعه حاضر تاثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر ولع مصرف و افسردگی در افراد تحت درمان با متادون مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها نشان دادند که رفتاردرمانی دیالکتیکی در بیماران تحت درمان با متادون در کاهش ولع مصرف و افسردگی موثر است. بر اساس این نتایج، ترکیب هم‌زمان متادون‌درمانی با رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند برای افراد وابسته به مصرف متادون موثر باشد. این مطالعه اولین پژوهش در زمینه بررسی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر ولع مصرف و افسردگی افراد تحت درمان با متادون می‌باشد. در مطالعه حاضر افراد گروه آزمایش که به‌مدت ۱۶ جلسه تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار گرفتند، کاهش قابل‌توجهی در نمرات ولع مصرف نشان دادند. باتوجه به اینکه ولع مصرف یکی از فاکتورهای مهم در وابستگی و برگشت به مصرف مواد در میان افراد مبتلا به اختلال وابستگی به متادون می‌باشد، انجام پژوهش‌هایی در این خصوص اهمیت دارد. در زمینه بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر میزان ولع مصرف افراد تحت درمان با متادون پیشینه‌ای در دست نمی‌باشد، اما برخی از مطالعات تاثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر مشکلات روان‌شناختی مانند اشتیاق و وسوسه به مصرف مجدد مواد را بررسی کرده‌اند [۲۱]. نتایج این مطالعات نشان دهنده تاثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش ولع مصرف در این افراد بوده است. با توجه به اینکه کژتنظیمی هیجان از هسته‌های اساسی در سوءمصرف مواد است، درنتیجه مداخلاتی که بر تعدیل و مدیریت راه‌بردهای تنظیم هیجانی تاکید دارند، می‌توانند نقش مهمی در درمان ولع مصرف در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد داشته باشند [۳۳]. در مطالعه حاضر نمره افسردگی گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به‌میزان قابل‌توجهی کاهش پیدا کرد. مرور برخی تحقیقات نشان می‌دهد که اختلالات مصرف مواد اغلب همراه با افسردگی و سایر اختلالات روانی رخ می‌دهد. برخی پژوهش‌ها نرخ همبودی اختلال افسردگی اساسی با مصرف مواد را تا ۶۷ درصد تخمین زده‌اند. همچنین، ممکن است این همبودی با طیف شدید اختلالات روانی و خطر بالای خودکشی در افراد تحت درمان با متادون همراه باشد [۹]. علی‌رغم اینکه پژوهش در زمینه بررسی تاثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر میزان افسردگی افراد تحت درمان با متادون محدود می‌باشد، مرور مطالعات پیشین نشان می‌دهند که رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهبود علائم افسردگی در سایر اختلالات حوزه روان‌پزشکی موثر است. مطالعه‌ای در تایوان که به مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و رفتاردرمانی شناختی در کاهش افسردگی و رفتارهای خودکشی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پرداخته بود، نشان داد که هر دو گروه کاهش مشابهی در تلاش‌های خودکشی و افسردگی پس از ۶ ماه مداخله و دوره پیگیری داشته‌اند. به‌علاوه، درحالی‌که درمان شناختی-رفتاری در اصلاح باورهای غیرمنطقی و خطاهای شناختی موثرتر از درمان دیالکتیکی بوده، رفتاردرمانی دیالکتیکی بیشتر در افزایش پذیرش و کاهش میزان سرکوب افراد مبتلا به افسردگی موثر بوده است [۳۳]. باتوجه به اینکه در افراد مبتلا به اختلال افسردگی انواع هیجانات منفی همچون بی‌قراری، ناراحتی، غم و اندوه، خشم و تحریک پذیری و خستگی افزایش می‌یابد به‌کارگیری درمانی که به این هیجانات توجه نماید، حائز اهمیت می‌شود [۳۴]. رفتاردرمانی دیالکتیکی که بر نقش هیجانات به‌عنوان مکانیزم اصلی تغییر تاکید دارد [۳۳]، با افزایش اعتماد به نفس و توانایی تنظیم احساسات منفی و شناسایی و درک احساسات به فرد مبتلا به افسردگی در دست‌یابی به این هدف کمک می‌کند. بنابراین، نتایج این نوع تحقیقات حاکی از آن است که با توسعه مهارت‌های تنظیم هیجان می‌توان به افراد در کنترل نشانه‌های افسردگی و کاهش رفتارهای خطرناک (خودکشی، خودجرحی) کمک کرد. از جمله محدودیت-های این پژوهش نیز می‌توان به دشوار بودن پیگیری برای ادامه جلسات و همچنین انجام تمرینات و تکالیف به‌وسیله بیماران و مشکلات رفت‌وآمد بیماران به درمانگاه اشاره کرد.

نتیجه‌گیری

همان‌طور که نتایج این مطالعه نشان داد، ترکیب دارو-درمانی با رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث کاهش ولع مصرف و علائم افسردگی در افراد تحت درمان با متادون می‌شود.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-30]

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی کاشان که در اجرای این مطالعه همکاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را ابراز می‌نماییم. همچنین، از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کاشان به‌خاطر تأمین منابع مالی تحقیق صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

References:

[1] Bass SB, Jessop A, Maurer L, Gashat M, Al Hajji M, Gutierrez M. Mapping the Barriers and Facilitators of HCV Treatment Initiation in Methadone Maintenance Therapy Patients: Implications for Intervention Development. ***J Health Com*** 2018; 23(1): 117-27.

[2] Otaghsara SR. The relative efficiency of public and non-public health centres in Iran [Dissertation]. University of Keele.

[3] Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, et al. Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. ***J Psychiatric Res*** 2005; 39(1): 1-9.

[4] Saedy M, Ardani AR, Kooshki S, Firouzabadi MJ, Emamipour S, Mahboub LD, et al. Effectiveness of acceptance–commitment therapy on craving beliefs in patients on methadone maintenance therapy: a pilot study. ***J Ration Emot Cogn Behav Ther*** 2018; 8(1):1-5.

[5]Serre F, Fatseas M, Denis C, Swendsen J, Auriacombe M. Predictors of craving and substance use among patients with alcohol, tobacco, cannabis or opiate addictions: Commonalities and specificities across substances. ***Addictive Behav*** 2018; 83: 123-9.

[6] Witkiewitz K, Bowen S, Douglas H, Hsu SH. Corrigendum to "Mindfulness-based relapse prevention for substance craving" [Addictive Behaviors 38 (2013) 1563-1571]. ***Addictive Behav*** 2018; 82: 202.

[7] El Hage C, Ghabrash MF, Dubreucq S, Brissette S, Lespérance F, Lespérance P, et al. A pilot, open-label, 8-week study evaluating desvenlafaxine for treatment of major depression in methadone-maintained individuals with opioid use disorder. ***Int J Clin Psychophar*** 2018; 33(5): 268-73.

[8] Kaplan BJ. Kaplan, Sadock's Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Williams & Wilkins Co; 1998.

[9] Hensley L, Sulo S, Kozmic S, Parilla BV. Opioid Addiction in Pregnancy: Does Depression Negatively Impact Adherence With Prenatal Care? ***J Addict Med*** 2018; 12(1): 61-4.

[10] Bowen S, Somohano VC, Rutkie RE, Manuel JA, Rehder KL. Mindfulness-Based Relapse Prevention for Methadone Maintenance: A Feasibility Trial. ***J Altern Complement Med*** 2017; 23(7): 541-4.

[11] Kiluk BD, DeVito EE, Buck MB, Hunkele K, Nich C, Carroll KM. Effect of computerized cognitive behavioral therapy on acquisition of coping skills among cocaine-dependent individuals enrolled in methadone maintenance. ***J Substance Abuse Treat.*** 2017; 27(6): 87-92.

[12] Hassan A, Bhatia SK, Bhatia SC. Cognitive-Behavioral Therapy and Other Psychosocial Interventions for Substance Use Disorders. ***Substance Non Related Addict Dis*** 2017; 27(6): 227.

[13] Vujanovic AA, Meyer TD, Heads AM, Stotts AL, Villarreal YR, Schmitz JM. Cognitive-behavioral therapies for depression and substance use disorders: An overview of traditional, third-wave, and transdiagnostic approaches. ***Am J Drug Alcohol Abuse*** 2017; 43(4): 402-15.

[14] Lau MA, McMain SF. Integrating mindfulness meditation with cognitive and behavioural therapies: The challenge of combining acceptance-and change-based strategies. ***Canadian J Psych*** 2005; 50(13): 863-9.

[15] Owens MD, Nason E, Yeater E. Dialectical behavior therapy for multiple treatment targets: a case study of a male with comorbid personality and substance use disorders. ***Int J Ment Health Addict*** 2017; 27(6): 1-15.

[16] NavarroHaro MV, Botella C, Guillen V, Moliner R, Marco H, Jorquera M, et al. Dialectical Behavior Therapy in the Treatment of Borderline Personality Disorder and Eating Disorders Comorbidity: A Pilot Study in a Naturalistic Setting. ***Cognit Ther Res*** 2018; 27(6): 1-4.

[17] Beckstead DJ, Lambert MJ, DuBose AP, Linehan M. Dialectical behavior therapy with American Indian/Alaska Native adolescents diagnosed with substance use disorders: Combining an evidence based treatment with cultural, traditional, and spiritual beliefs. ***Addictive Behav***. 2015; 51: 84-7.

[18] Tang YY, Hölzel BK, Posner MI. The neuroscience of mindfulness meditation. ***Nat Rev Neurosci*** 2015; 16(4): 213 -25.

[19] Coyle TN, Shaver JA, Linehan MM. On the potential for iatrogenic effects of psychiatric crisis services: The example of dialectical behavior therapy for adult women with borderline personality disorder. ***J Consult Clin Psychol*** 2018; 86(2): 116-24.

[20] Afshari B, Omidi A, Sehat M. The effect of dialectical behavior therapy on executive function in patients with a bipolar disorder. ***Feyz*** 2018; 22(4): 404-10. [in Persian]

[21] Mulkens S, de Vos C, de Graaff A, Waller G. To deliver or not to deliver cognitive behavioral therapy for eating disorders: Replication and exten-

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-30]

sion of our understanding of why therapists fail to do what they should do. ***Behav Res Ther*** 2018; 23(7): 57-63.
[22] Lin TJ, Ko HC, Wu JY, Oei TP, Lane HY, Chen CH. The effectiveness of dialectical behavior therapy skills training group vs. cognitive therapy group on reducing depression and suicide attempts for borderline personality disorder in Taiwan. ***Arch Suicide Res*** 2018; 22(6): 1-18.
[23] Nyamathi AM, Shin SS, Smeltzer J, Salem BE, Yadav K, Ekstrand ML, et al. Achieving drug and alcohol abstinence among recently incarcerated homeless women: a randomized controlled trial comparing dialectical behavioral therapy-case management with a health promotion program. ***Nurs Res*** 2017; 66(6): 432-41.
[24] Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM–5) amer psychiatric pub; 2013.
[25] Sharifi V, Assadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. A persian translation of the structured clinical interview for diagnostic and statistical manual of mental disorders: psychometric properties. ***Compr Psychiatry*** 2009; 50(1): 86-91.
[26] Franken IH, Hendriks VM, van den Brink W. Initial validation of two opiate craving questionnaires the obsessive compulsive drug use scale and the desires for drug questionnaire. ***Addict Behav*** 2002; 27(5): 675-85.
[27] Poor-seyed M SF, Mousavi Svo, Kafi SM. Comparing and the Relationship between Stress and Craving Usage in Addicted to Opium and Industrial Substances. ***J Research on Addiction.*** 2013; 6(24): 9-26.
[28] Osman A, Kopper BA, Barrios F, Gutierrez PM, Bagge CL. Reliability and validity of the Beck depression inventory-II with adolescent psychiatric inpatients. ***Psychol Assess*** 2004; 16(2): 120 -32.
[29] Ghassemzadeh , H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhani, N. psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory second edition: BDI-Persian. ***Depression and Anxiety*** 2005; 21(1): 192 -185.
[30] Killian M, Forrester D, Westlake D, Antonopoulou P. Validity of the working alliance inventory within child protection services. ***Res Soc Work Pract*** 2017; 27(6): 704-15.
[31] Borkovec TD, Nau SD. Credibility of analogue therapy rationales. ***J Behav Ther Exp Psychiatry*** 1972; 3(4): 257-60.
[32] Devilly GJ, Borkovec TD. Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. ***J Behav Ther Exp Psychiatry*** 2000; 31(2): 73-86.
[33] Moore KE, Oberleitner L, Smith KMZ, Maurer K, McKee SA. Feasibility and effectiveness of continuing methadone maintenance treatment during incarceration compared with forced withdrawal. ***J Addict Med*** 2018; 12(2): 156-62.
[34] Van Dijk S. DBT made simple: a step-by-step guide to dialectical behavior therapy: new harbinger pub; 2013.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-30]