

The impact of dialectical behavior therapy on emotion regulation and distress tolerance in patients under methadone therapy

Rezaei Z¹, Vahed N², Rasoli-Azad M¹, Mousavi Gh³, Ghaderi A^{4,5*}

1- Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.

2- Department of Addiction Studies, Faculty of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, I. R. Iran.

3- Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.

4- Department of Addiction Studies, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.

5- Clinical Research Development Unit-Matini/Karegarnejad Hospital, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.

Received: 2018/11/21 | Accepted: 2019/01/13

Abstract:

Background: Methadone maintenance treatment (MMT) is a common medication in opioid dependence disorder. This treatment, despite the positive results, has many psychological problems such as difficulty in emotion regulation and distress tolerance. This study aimed to determine the effectiveness of dialectical behavioral therapy (DBT) on emotional regulation strategies and distress tolerance in patients under methadone therapy.

Materials and Methods: This study was a randomized controlled clinical trial with the intervention and control groups. Fifty men referred to the methadone treatment clinic were randomly assigned to two groups. In this study, emotion regulation questionnaire, distress tolerance questionnaire, corrective therapy questionnaire, and unified therapy questionnaire in three stages of pre-test, post-test and follow-up were used. Statistical analysis of the data was performed using SPSS 17 with Leven test, chi-square, t-test and repeated measure ANOVA.

Results: The results showed that the scores of the intervention group significantly decreased in the distress tolerance after 4 months of the intervention ($P<0.01$) and 2 months follow-up compared to the control group ($P<0.01$). Also, the scores of the intervention group significantly increased in the emotion regulation after 4 months of intervention ($P<0.01$) and 2 months follow-up ($P<0.01$) compared to the control group.

Conclusion: The simultaneous combination of methadone therapy and dialectical behavior therapy can be useful in reducing the psychological problems of patients with opioid dependence.

Keywords: Methadone maintenance therapy, Dialectical behavior therapy, Emotional regulation strategies, Distress tolerance

*Corresponding Author:

Email: gaderiam@yahoo.com

Tel: 0098 918 771 7435

Fax: 0098 315 5541 112

Conflict of Interests: No

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, April, 2019; Vol. 23, No 1, Pages 52-60

Please cite this article as: Rezaei Z, Vahed N, Rasoli-Azad M, Mousavi Gh, Ghaderi A. The impact of dialectical behavior therapy on emotion regulation and distress tolerance in patients under methadone therapy. *Feyz* 2019; 23(1): 52-60.

تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر استراتژی‌های تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی در بیماران تحت درمان با متادون

زینب رضایی^۱، ندا واحد^۲، مراد رسولی آزاد^۳، غلامعباس موسوی^۴، امیر قادری^{۵*}

خلاصه:

سابقه و هدف: درمان نگهدارنده با متادون (Methadone maintenance treatment; MMT)، یک درمان دارویی رایج در اختلال وابستگی به مواد افیونی می‌باشد. این درمان، باوجود نتایج مثبت، مشکلات روان‌شناختی متعددی مانند مشکل در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی دارد. هدف این مطالعه تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) بر استراتژی‌های تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی در بیماران تحت درمان با متادون است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده با گروه مداخله و گروه کنترل می‌باشد. تعداد ۵۰ مرد مراجعه کننده به کلینیک درمان با متادون به‌طور تصادفی در دو گروه گماشته شدند. در این مطالعه از پرسشنامه تنظیم هیجانی، پرسشنامه تحمل پریشانی، پرسشنامه اعتباردرمانی و پرسشنامه اتحاد درمانی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری استفاده شد.

نتایج: نمرات گروه مداخله در تحمل پریشانی بعد از ۴ ماه مداخله ($P < 0/01$) و ۲ ماه دوره پیگیری ($P < 0/01$) نسبت به گروه کنترل به‌طور معناداری کاهش پیدا کرد. همچنین، نمرات گروه مداخله در تنظیم هیجان بعد از ۴ ماه مداخله ($P < 0/01$) و ۲ ماه دوره پیگیری ($P < 0/01$) نسبت به گروه کنترل به‌طور معناداری افزایش پیدا کرد.

نتیجه گیری: ترکیب هم‌زمان متادون درمانی با رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند در کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران وابسته به مواد افیونی مفید باشد.

واژگان کلیدی: درمان نگهدارنده با متادون، رفتاردرمانی دیالکتیکی، استراتژی‌های تنظیم هیجانی، تحمل پریشانی

دو ماه‌نامه علمی- پژوهشی فیض، دوره بیست و سوم، شماره ۱، فروردین- اردیبهشت ۹۸، صفحات ۶۰-۵۲

مقدمه

یبوست، خواب‌آلودگی، مشکلات جنسی و درد استخوان و مفاصل از شایع‌ترین عوارض ناشی از مصرف متادون است [۳]. حدود ۲۰ تا ۹۰ درصد معتادانی که تحت درمان با متادون قرار می‌گیرند، دچار عود نیز می‌شوند [۴]. وابستگی به مواد یکی از اختلالات مزمن و عودکننده‌ای است که فرد را مستعد مشکلات جدی مثل ایدز، هپاتیت و سایر اختلالات مزمن می‌کند [۵]. میزان بالای هم-بودی این بیماری با اختلالات روان‌پزشکی مانند افسردگی، اضطراب و اختلالات شخصیت تأثیرات شدیدی بر سلامت بیماران به‌جای می‌گذارد [۶]. مطالعات اپیدمیولوژیک به‌طور مداوم نرخ بالای مشکلات روحی و روانی را در مصرف‌کنندگان مواد گزارش می‌دهد و از آن‌جمله می‌توان به عدم دسترسی به استراتژی‌های تنظیم هیجان [۷]، شرکت در رفتارهای مخاطره‌آمیز و ولع مصرف [۸] اشاره کرد. همچنین، کژکاری در تنظیم هیجان، از مشکلات مطرح شده برای مصرف‌کنندگان مواد می‌باشد [۹]. مطالعات قبلی نشان داده‌اند که به‌دلیل تعارض راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان با اهداف خودتنظیمی در طول دوره‌های آشفتگی هیجانی، این راهبردهای ناسازگار در رشد و تداوم حالات آسیب‌شناختی نقش دارند [۱۰]. شماری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند افراد در معرض خطر بالای اختلالات مصرف مواد رفتارهای باثبات و تنظیم شده هیجانی اندکی نسبت به افرادی که کمتر در معرض

متادون یک ماده مخدر مصنوعی شبه‌افیونی است که به-صورت خوراکی، وریدی و زیرپوستی مورد استفاده قرار می‌گیرد [۱]. در ایران از سال ۱۳۸۴ این دارو در سیستم درمانی کشور قرار گرفت [۲]. علی‌رغم فواید استفاده از این نوع درمان که منجر به کاهش عوارض ناشی از سوء مصرف مواد و محافظت گروه‌های در معرض خطر از بروز مشکلاتی مانند هپاتیت یا ایدز می‌گردد، این دارو ممکن است در مصرف‌کنندگان عوارضی را ایجاد کند.

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

^۲ گروه مطالعات اعتیاد، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

^۳ استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

^۴ مربی، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

^۵ استادیار، گروه مطالعات اعتیاد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

^۶ استادیار، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان کارگرنژاد و متینی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

* نشانی نویسنده مسئول:

کاشان، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، گروه مطالعات اعتیاد

دورنویس: ۰۳۱۵۵۵۴۱۱۱۲

تلفن: ۰۹۱۸۷۷۱۷۴۳۵

پست الکترونیک: gaderiam@yahoo.com

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۷/۱۰/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۸/۳۰

دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در افراد تحت درمان با متادون انجام شد.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده با دو گروه مداخله و کنترل می‌باشد. 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 زمانی که بخواهند، داده شد و رضایت آن‌ها برای شرکت در پژوهش اخذ گردید. همچنین، توضیح داده شد که گروه کنترل فقط از دارو-درمانی بهره‌مند می‌شوند و در لیست انتظار قرار خواهند گرفت تا بعد از دوره پیگیری درمان، در صورت 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 (سیکل)، تست مرفین منفی قبل از مصرف متادون، مصرف کننده مواد افیونی (تریاک، شیر، 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 (ارزیابی به-وسیله SCID-II)، و عدم ابتلا به طیف اختلالات شدید روان-پزشکی در زمان ورود به درمان. همچنین، معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: تست مرفین مثبت در حداقل ۳ هفته (عود)، غیبت بیش از ۵ جلسه متوالی از جلسات درمان بر اساس پروتکل درمان، و عدم انجام تکالیف. سپس، شرکت‌کنندگان به صورت مساوی و تصادفی در گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. در مرحله پیش‌آزمون برای تمام شرکت‌کنندگان کلیه ابزارهای پژوهش اجرا شدند. سپس، بیماران به دو گروه (۲۵ نفره) تقسیم شدند. افراد گروه مداخله در گروه‌های کوچک‌تر مورد درمان قرار گرفتند. گروه کنترل تحت درمان با متادون قرار گرفت. گروه مداخله به مدت ۱۶ جلسه ۹۰-۱۲۰ دقیقه‌ای و یک‌بار در هفته تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار گرفت (جدول شماره ۱). در این برنامه درمانی ابتدا یک جلسه مقدماتی به مدت ۲ ساعت به منظور معرفی برنامه و ساختار درمان، تکالیف خانگی و رسیدگی به

اعتیاد هستند، نشان می‌دهند [۱۱]. براین اساس تنظیم هیجان ضعیف یک پیش‌زمینه مهم برای اختلالات مصرف مواد به حساب می‌آید. از سازه‌های معمول برای پژوهش در زمینه کژکاری در تنظیم هیجان، تحمل پریشانی است که به صورت توانایی فرد در تجربه و تحمل هیجانات منفی تعریف می‌شود [۱۲]. پریشانی ممکن است نتیجه فرآیندهای شناختی-جسمانی باشد، اما به-صورت یک حالت هیجانی ظاهر می‌شود که اغلب با تمایلات برای تسکین تجارب هیجانی مشخص می‌شود و در سوء مصرف کنندگان مواد دچار مشکل می‌باشد [۱۳]. با توجه به آن‌که اعتیاد پدیده‌ای چندعاملی است، به منظور بهبود کامل باید چندین دوره درمانی صورت گیرد [۱۴]. با وجود این‌که درمان‌های دارویی بر بهبود علائم اعتیاد اثر مثبت دارند، اما قادر نیستند عدم تاثیر بر احساسات و هیجانات و نگرش‌های منفی بیمار نسبت به بیماری-شان را تغییر داده و نقش بیمارگونه را از افراد بگیرند [۱۵]. علی-رغم اینکه نتایج تحقیقات درمان نگهدارنده با متادون را به‌عنوان یکی از مهم‌ترین رویکردهای رایج و اثربخش به‌شمار می‌آورند [۱۶]، اما به دلیل تاکید بیشتر بر نشانه‌های جسمانی و توجه کمتر بر ابعاد روان‌شناختی، اجتماعی و محیطی، نیاز به درمان در حوزه‌های فوق ضرورت پیدا می‌کند. درمان شناختی-رفتاری، رایج‌ترین روان‌درمانی در حوزه اعتیاد می‌باشد [۱۷]، با این حال، مطالعات نشان داده‌اند که تغییر در شناخت همیشه نافع نیست و در بسیاری از موارد بیماران قادر به اصلاح شناخت‌های معیوب‌شان نیستند [۱۸]. با توجه به اینکه تنظیم هیجان ناکارآمد از هسته‌های اساسی در سوء مصرف مواد است، در نتیجه مداخلاتی که بر تعدیل و مدیریت راه‌بردهای تنظیم هیجانی تاکید دارند، می‌توانند نقش مهمی در درمان سوء مصرف مواد داشته باشند [۱۹]. یکی از نوآوری‌ها در درمان‌های روان‌شناختی به‌ویژه در سوء مصرف مواد و اعتیاد که به مهارت‌های تنظیم هیجان توجه خاصی داشته است، رفتاردرمانی دیالکتیکی (Dialectical behavioral therapy; DBT) می‌باشد [۲۰]. رفتاردرمانی دیالکتیکی در ابتدا برای درمان بیمارانی به کار رفته که دچار اختلال شخصیت مرزی و رفتارهای شبه‌خودکشی بوده و خودزنی‌های مزمنی داشته‌اند [۲۱]. هدف رفتاردرمانی دیالکتیکی تعادل آفرینی بین تغییر و پذیرش است [۲۲]. تمرکز اولیه DBT این است که به مراجعین آموزش دهد تا پاسخ‌های هیجانی خود به رویدادها را تنظیم کنند [۲۳]. DBT عمدتاً بر نقش تنظیم هیجان تأکید دارد [۲۴]. با توجه به ماهیت رفتاردرمانی دیالکتیکی و اثربخشی آن در درمان و بهبود اختلالات شدید هیجانی، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی

سرکوب بیانگر طراحی شده است. این دو استراتژی قوی‌ترین و پر استفاده‌ترین استراتژی‌هایی هستند که در تنظیم هیجانی انطباقی و غیر انطباقی استفاده می‌شوند. پرسش‌نامه شامل ۱۰ گویه است که در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای درجه‌بندی می‌شوند. دو نمره برای مقیاس‌های ارزیابی مجدد شناختی و سرکوبی از جمع کردن نمرات سوالات هر کدام از مقیاس‌ها به دست می‌آید. این مقیاس در فرهنگ ایرانی هنجاریابی شده است. قاسم پور و همکاران اعتبار این مقیاس را براساس هم‌سانی درونی با دامنه آلفای کرونباخ (۰/۶۰-۰/۸۱) و روایی آن را از طریق تحلیل مولفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین دو خرده‌مقیاس (۰/۱۳=I) و روایی ملاکی، مطلوب گزارش نموده‌اند. همچنین، پایایی این مقیاس در این پژوهش با استفاده از آزمون ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمده است [۲۸].

پرسش‌نامه تحمل پریشانی (DTS):

این پرسش‌نامه توسط Simons و Gaher به منظور ارزیابی میزان تحمل پریشانی هیجانی از ابعاد مختلف ساخته شده است. یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که دارای ۱۵ ماده و ۴ خرده مقیاس به این شرح است: (۱) تحمل (تحمل پریشانی هیجانی) که با سوالات (۱، ۵، ۳، ۱) جذب (جذب شدن به وسیله هیجانانگیز منفی) که با سوالات (۲، ۴، ۲، ۵، ۳) ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی) که با سوالات (۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲)، و (۴) تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی) که با سوالات (۱۴، ۱۳، ۸)، اندازه‌گیری می‌شود. عبارات این پرسش‌نامه روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای (۱= کاملاً موافق، ۲= اندکی موافق، ۳= نه موافق نه مخالف، ۴= اندکی مخالف و ۵= کاملاً مخالف) نمره گذاری می‌شود. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالاست. برای به دست آوردن تحمل پریشانی کلی نمره تمام سوالات باهم جمع می‌شود و برای به دست آوردن نمره هریک از ابعاد نمره سوالات هر بعد مطابق آن‌چه در بالا ذکر شد، باهم جمع می‌شوند. این مقیاس دارای اعتبار و روایی مناسبی می‌باشد. ضرایب آلفا برای این مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۷۸ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمده است. همچنین، مشخص شده است که این مقیاس دارای روایی ملاکی و هم‌گرایی اولیه خوبی است. علوی نیز همسانی درونی بالینی را برای کل مقیاس (۰/۷۱=α)، و پایایی متوسطی را برای خرده‌مقیاس‌ها نشان داده است. عزیزی ضریب پایایی به روش بازآزمایی برای کل مقیاس‌ها را ۰/۸۱ محاسبه کرده است [۲۹].

سوالات آزمودنی‌ها اختصاص داده شد. و در پایان جلسه شرکت‌کنندگان پرسشنامه اعتبار درمان را به منظور اندازه‌گیری میزان 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، مجدداً پرسشنامه‌ها اجرا شدند. سپس، بعد از گذشت ۲ ماه از اجرای پس‌آزمون، هر دو گروه مطالعه برای مشخص کردن این‌که در صورت وجود تغییر، این تغییر در طول زمان دوام داشته است یا خیر، مجدداً در دوره پیگیری مورد آزمون قرار گرفتند. هر یک از شرکت‌کننده‌ها نیز فرم رضایت آگاهانه را تکمیل نمودند. همچنین، به هر یک از شرکت‌کننده‌ها گفته شد در صورت عدم تمایل به ادامه جلسات از مطالعه خارج خواهند شد.

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 به منظور ارزیابی اختلالات مصرف مواد (شامل وابستگی و سوء مصرف مواد)، از مصاحبه بالینی ساختاریافته راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (SCID-I) استفاده گردید [۲۵]. SCID، به طور گسترده 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 روان-پزشکی ایجاد می‌کند [۲۶]. این ابزار برای تشخیص اختلالات مصرف مواد و در طول عمر و همچنین، برای تشخیص اختلالات هم‌بود با وابستگی به مواد به کار می‌رود. خصوصیات روان‌سنجی نسخه فارسی آن نیز در ایران توسط شریفی و همکاران (۲۰۰۹) بررسی شده است. در مجموع، کاپا برای تشخیص طول عمر ۰/۵۵ و برای تشخیص اخیر ۰/۵۲ بود که نشان‌دهنده خصوصیات روان‌سنجی مناسب برای جمعیت ایرانی است [۲۷].

پرسشنامه تنظیم هیجان (ERQ):

این پرسش‌نامه برای ارزیابی تفاوت‌های فردی در استفاده عادی از استراتژی‌های تنظیم هیجان، ارزیابی مجدد شناختی و

فرم تجدیدنظر شده پرسش نامه میزان همکاری (WAI-SR):

پرسش نامه میزان همکاری به منظور سنجش میزان همکاری آزمودنی با درمان و درمان گر ساخته شده است. یک ابزار خودسنجی ۱۲ ماده ای است که توسط آزمودنی در پایان دوره درمان و بر اساس یک مقیاس لیکرت ۷ درجه ای از ۱ (به ندرت) تا ۷ (همیشه) رتبه بندی می شود [۳۰].

پرسش نامه اعتبار درمان (ECQ):

پرسش نامه Borkovec و Nau [۳۱] توسط Devilly و Borkovec [۳۲] گسترش یافت و مورد بررسی روان سنجی قرار گرفت. این پرسش نامه که با نام پرسشنامه "درجه قابل قبول بودن/انتظار (ECQ)" معرفی شده است، در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت. دارای دو بخش شناختی و عاطفی است: بخش اول) شناختی: شامل ۴ ماده است که افکار بیمار راجع به درمان را

مورد ارزیابی قرار می دهد. بخش دوم) عاطفی: شامل ۲ ماده است که به بررسی احساس بیمار نسبت به درمان می پردازد. سه ماده اول که همگی شناختی هستند، درجه قابل قبول بودن درمان را ارزیابی می کنند و سه ماده دوم، انتظار بیمار از درمان را می سنجند که شامل یک ماده شناختی و دو ماده عاطفی هستند. برای نمره گذاری ماده های آزمون از ۲ مقیاس استفاده می شود. برخی از ماده ها روی یک مقیاس ۹ درجه ای از ۱ تا ۹ و برخی دیگر روی یک مقیاس ۱۱ درجه ای از ۰ تا ۱۰۰ درصد نمره گذاری می شوند؛ در نتیجه به منظور استفاده از نتایج این پرسش نامه در مطالعات برآیند بالینی، لازم است به استانداردهای هر ماده و به دست آوردن یک نمره کلی در هریک از دو عامل اقدام شود. نتایج مطالعاتی که به بررسی تحلیل عامل ECQ پرداخته اند، وجود دو عامل درجه قابل قبول بودن و انتظار از درمان را تأیید کرده اند [۳۲].

جدول شماره ۱- محتوای جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی

جلسه	صورت جلسه
مقدماتی	توضیح رفتاردرمانی دیالکتیکی، اصول و اهداف درمان، معرفی کوتاه محتوای هر جلسه، حقوق و انتظارات درمان
اول	تعریف ذهن آگاهی، توضیح مهارت ذهن آگاهی، انواع مهارت توجه آگاهی، اهمیت یادگیری مهارت های توجه آگاهی، تمرین بی توجهی، تمرین تمرکز، ثبت سه دقیقه ای افکار، ناهم جوشی افکار، تمرین توصیف هیجان، تنفس آگاهانه
دوم	توجه آگاهی به هیجانات، توضیح و آموزش تکنیک ذهن خردمند و تمرین آن، توضیح و آموزش تکنیک پذیرش بنیادین، تمرین قضاوت های منفی و ذهن آغازگر، ناهم جوشی قضاوت، توضیح انجام کار موثر، توضیح موانع ذهن آگاهی و برخورد با آن
سوم	تعریف هیجان، نحوه عمل هیجان ها، آشنایی با مهارت های تنظیم هیجان
چهارم	آموزش و تمرین تکنیک هیجان های تان را بشناسید، تمرین ثبت هیجان ها، موانع هیجان سالم و نحوه غلبه بر آن
پنجم	تمرین و شناسایی رفتارهای خود آسیب رسان، ناهم جوشی فکر و هیجان
ششم	افکار مقابله ای، افزایش هیجان های مثبت، توجه آگاهی به هیجانات بدون قضاوت درباره هیجان ها
هفتم	رویارویی با هیجان ها، عمل متضاد
هشتم	حل مسئله و تحلیل رفتار
نهم	مهارت های بنیادین تحمل آشفتگی، توضیح انواع راهبرد مقابله ای خود آسیب رسان و پیامدهای منفی آن، آموزش تکنیک پذیرش بنیادین، تمرین پذیرش بنیادین از طریق خودگویی مقابله ای
دهم	آموزش و تمرین انواع تکنیک های توجه برگردانی (از طریق فعالیت های لذت بخش، معطوف کردن توجه به کار یا موضوعی دیگر، شمارش، ترک موقعیت، تکالیف یا کارهای روزمره، توجه برگردانی از افکار و رفتارهای خود آسیب رسان)، تدوین برنامه توجه برگردانی، آموزش تکنیک خودآرامش بخشی و تمرین انواع آن (حواس پنج گانه، تدوین طرح آرمیدگی)
یازدهم	تصویرسازی امن، شناسایی ارزش ها، عمل متعهدانه
دوازدهم	زندگی در زمان حال، افکار مقابله ای خود تشویق گرایانه، تدوین راهبردهای مقابله ای جدید
سیزدهم	تعریف اعتیاد، درمان های رایج اعتیاد، بررسی نوع اعتیاد شرکت کنندگان، معرفی و آموزش تکنیک پرهیز دیالکتیکی، بررسی جوانب مثبت و منفی پرهیز (ترک)، توضیح و بررسی لغزش و علت آن، توضیح مهارت ذهن پاک، ذهن معنادار، انواع رفتارهای مربوط به ذهنیت پاک و ذهنیت معنادار، روابط حمایتی و تهیه لیستی از افراد حامی
چهاردهم	آموزش تکنیک سوزاندن پل و ایجاد روابط سالم جدید، جایگزینی رفتارهای سالم با رفتارهای اعتیاد آور
پانزدهم	توضیح مهارت های ارتباطی و انواع آن، شناسایی سبک ارتباطی، تناسب بین خواسته های من با خواسته های دیگران، تمرین بایدگویی، آموزش مهارت های کلیدی بین فردی، موانع استفاده از مهارت های بین فردی، طرح یک درخواست ساده و تمرین آن، پیش نویس های جسارت مندی و تمرین آن
شانزدهم	تمرین گوش دادن فعال، بررسی انواع موانع آن، آموزش مهارت "نه گفتن"، مقابله با مقاومت و تعارض ها، تمرین چگونگی مذاکره، فهرست ارتباط موثر
خاتمه	مروری بر محتوای جلسات درمان، پرسش و پاسخ

تحت درمان DBT قرار گرفت. در جدول شماره ۲ میانگین، انحراف معیار و درصد فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌ها ارائه شده است. تحلیل یافته‌های توصیفی از طریق آزمون t نشان می‌دهد که تفاوت میانگین متغیرهای کمی به جز متغیر دوز متادون معنی‌دار نبوده است. همچنین، بررسی تفاوت نسبت فراوانی متغیر-های کیفی از طریق آزمون مجذور کای نشان داد تفاوت دو گروه برای این متغیرها معنادار نمی‌باشد. 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. براساس یافته‌های جدول شماره ۳، میانگین متغیرهای تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در هر دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش-آزمون پایین بوده است. این درحالی است که در مرحله پس‌آزمون میانگین این دو متغیر در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش 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 چشم‌گیری نسبت به گروه کنترل تغییر یافته است که نشان دهنده اثربخشی بیشتر رفتاردرمانی دیالکتیکی در پژوهش حاضر می‌باشد.

روش تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها

به منظور دستیابی به نتایج تحقیق از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۷ استفاده گردید. در تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده گردید. در قسمت آمار توصیفی از جدول فراوانی و مقیاس‌های گرایش مرکزی استفاده شد. به علت داشتن شرایط آزمون پارامتری در قسمت آمار استنباطی برای بررسی اثر DBT بر متغیرهای وابسته در پس‌آزمون و پیگیری، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده گردید. شرط استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه-گیری‌های مکرر، برابری واریانس‌ها در گروه‌های مطالعه و نرمال بودن توزیع نمرات در دو گروه است که برابری واریانس با استفاده از آزمون مانچلی و توزیع نرمال با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف آزمون گردید. از آزمون تحلیل کوواریانس نیز در مورد هریک از سطوح متغیرها استفاده گردید.

نتایج

در این پژوهش ۵۰ بیمار تحت درمان نگهدارنده با متادون مورد بررسی قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان در دو گروه مداخله و کنترل جایگزین شدند. هر گروه شامل ۲۵ نفر بود. گروه کنترل فقط تحت درمان نگهدارنده با متادون قرار گرفت اما گروه مداخله

جدول شماره ۲- مشخصات جمعیت‌شناختی افراد مورد مطالعه

متغیرها	وضعیت	MMT	DBT-ST-MMT	آماره	سطح معناداری
سن	میانگین	۳۶/۲	۳۴/۵	$t=1/15$	۰/۲۵۲
انحراف معیار		۴/۵	۵/۰۰		
جنسیت	مرد	۲۵ نفر	۲۵ نفر		
	زن	۰ نفر	۰ نفر		
وضعیت تاهل	مجرد	۱۱ نفر	۸ نفر	$X^2=1/7$	۰/۲۶۴
	متاهل	۱۰ نفر	۱۵ نفر		
	طلاق گرفته/جدا شده	۴ نفر	۲ نفر		
میانگین تحصیلات (انحراف استاندارد)		۱۰ (۲/۰۰)	۱۱ (۱/۰۰)	$X^2=0/96$	۰/۳۲۸
مدت زمان درمان متادون (بر حسب سن)	میانگین	۶/۸۵	۵/۸	$t=1/24$	۰/۲۲۶
	انحراف معیار	۲/۶۲	۲/۷		
دوز متادون دریافتی (بر حسب سی سی)	میانگین	۱۳/۴	۱۷/۲	$t=-2/4$	۰/۰۲
	انحراف معیار	۵/۶	۴/۱		
سن شروع مصرف	میانگین	۲۰/۵	۲۱/۴	$t=-0/59$	۰/۵۵
	انحراف معیار	۴/۹۸	۴/۰۴		
روش مصرف	خوراکی	۴ نفر	۲ نفر	$X^2=1/1$	۰/۲۹
	تدخینی	۲۱ نفر	۲۳ نفر		

جدول شماره ۳- میانگین، انحراف معیار و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نمرات تنظیم هیجان در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	ضریب F	اثرات زمان	تعامل زمان	ضریب η^2	سطح معناداری
	مداخله	کنترل	مداخله	کنترل						
تنظیم هیجان	۱۰/۱±۲/۷	۹/۲±۳/۲	۱۳/۲±۱/۶	۸/۴±۲/۲	۱۳/۰۰±۱/۶	۸/۶±۲/۷	۰/۷۱	۰/۵۵	۰/۷۲	۰/۰۰۰
تحمل پریشانی	۳۸/۸±۵/۸	۳۹/۶±۷/۳	۵۷/۸۵±۵/۳	۳۹/۶±۷/۳	۶۱/۸۵±۴/۶	۳۹/۱±۶/۸	۰/۶۸	۰/۵۱	۰/۶۳	۰/۰۰۰
اعتبار درمانی	۳۸/۶±۷/۲									
اتحاد درمانی			۵۸/۸±۳/۱۸							

بحث

در این مطالعه رفتاردرمانی دیالکتیکی در افراد تحت درمان با متادون به کار برده شد. گروه مداخله به مدت ۱۶ جلسه تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار گرفت و بهبود قابل توجهی در استراتژی‌های تنظیم هیجانی این افراد به دست آمد. مطالعات قبلی نشان داده‌اند که عدم دسترسی به استراتژی‌های تنظیم هیجان یکی از مهم‌ترین مشکلات در افراد وابسته به مواد و درمان نگهدارنده با متادون می‌باشد [۳۳]. اگرچه مطالعاتی که بر نقش رفتاردرمانی دیالکتیکی در استراتژی تنظیم هیجان در افراد تحت درمان با متادون اندک می‌باشد، چندین مطالعه به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر مشکلات هیجانی در بیماران مبتلا به سایر اختلالات روان‌شناختی پرداخته‌اند [۳۴]. مطالعه رحمانی و همکاران [۳۵] نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی تأثیرات مثبتی بر شاخص توده بدن، چاقی و مشکلات هیجانی در افراد مبتلا به اختلال خوردن دارد. برخی مطالعات نیز به نقش مثبت رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهبود مشکلات هیجانی و اختلالات رفتاری در بین جمعیت بزرگسال اشاره کرده‌اند. باتوجه به نتایج فوق می‌توان نتیجه گرفت رفتاردرمانی دیالکتیکی نقش مهمی در مشکلات هیجانی افراد تحت درمان با متادون و سایر اختلالات حوزه روان دارد که این می‌تواند به علت تأکید رفتاردرمانی دیالکتیکی به نقش هیجان‌ات به عنوان مکانیزم اصلی تغییر در مشکلات روان‌شناختی باشد. در مطالعه حاضر نتایج حاکی از تأثیر مثبت رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش آستانه تحمل پریشانی در این افراد می‌باشد. باتوجه به نتایج مطالعات پیشین، آستانه پایین تحمل درد و رنج ناشی از رویدادهای آشفته‌ساز یکی از عوامل مهم وابستگی به مصرف مواد در بین افراد مصرف کننده می‌باشد که این منجر به افزایش میزان ماده مصرفی و عمل به رفتارهای خطرناک می‌باشد [۱۳]. این نتایج هم‌سو با پژوهش‌هایی است که در زمینه بررسی

درمان دیالکتیکی بر میزان تحمل پریشانی افراد مبتلا به انواع اختلالات حوزه روان‌شناختی پرداخته است [۳۴]. باتوجه به اینکه تحمل پریشانی یکی از چهار مهارت اساسی در رفتاردرمانی دیالکتیکی است، می‌توان نتیجه گرفت که نتایج مثبت به دست آمده از این مطالعه و مطالعات پیشین به علت تأکید این درمان بر آموزش مهارت تحمل پریشانی به عنوان یکی از مشکلات اصلی در اختلالات روان‌شناختی از جمله اختلال وابستگی به مواد است. این هدف از طریق آموزش مهارت‌هایی برای کاهش رفتارهای نا-سازگار (مثل پذیرش بنیادین) و همچنین استفاده از استراتژی‌های تطبیقی برای تحمل ناراحتی جاری (مثل بحران استراتژی بقا) به بهبود آستانه تحمل پریشانی افراد درگیر در مشکلات حوزه روان کمک می‌کند. از پرسشنامه میزان همکاری به منظور سنجش میزان همکاری آزمودنی با درمان و درمان‌گر استفاده شد و نتایج این پرسشنامه نشان‌دهنده میزان همکاری خوب آزمودنی‌ها با درمان‌گر بود. همچنین، نتایج پرسشنامه اعتبار درمان که به بررسی احساس بیمار نسبت به درمان می‌پردازد، نشان‌دهنده قابل قبول بودن درمان بود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش نیز می‌توان به دشوار بودن پیگیری برای ادامه جلسات، انجام تمرینات و تکالیف به وسیله بیماران، استفاده از ابزارهای مداد کاغذی، مشکلات رفت‌وآمد بیماران به کلینیک ترک اعتیاد، عدم امکان انتخاب تصادفی نمونه از تمامی کلینیک‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی نقاط مختلف شهر و توجه بیشتر به بیماران گروه مداخله اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی حجم نمونه بیشتری در نظر گرفته شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود اثربخشی این مداخله روی سایر متغیر-های روان‌شناختی بیماران نیز مورد بررسی قرار گیرد. از آنجایی که هر مداخله به منظور نشان دادن کارایی لازم نیازمند پشتوانه پژوهشی می‌باشد، پیشنهاد می‌شود این مداخله با سایر رویکردهای روان‌درمانی از جمله درمان شناختی-رفتاری مورد مقایسه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی به شماره ۹۶۳۶ مصوب معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی کاشان می‌باشد و به‌خاطر تأمین منابع مالی تحقیق از آن معاونت صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد. همچنین، از گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی کاشان که در اجرای این مطالعه همکاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را ابراز می‌نمایم.

نتیجه‌گیری

رفتاردرمانی دیالکتیکی یکی از روان‌درمانی‌های مناسب و موثر برای حل مشکلات روان‌شناختی افراد تحت درمان با متادون است. کاربرد هم‌زمان دارودرمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی برای بیماران مبتلا به وابستگی مصرف مواد تأثیرات مثبت فراوانی به‌دنبال خواهد داشت.

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. Doctoral dissertation, University Keele; 2006.
- [3] Karow A, Reimer J, Schäfer I, Krausz M, Haasen C, Verthein U. Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence. *Drug Alcohol Depe* 2010; 112(3): 209-15.
- [4] Jalali A, Yekzaman M, Bazrafshan M-R, Salari N, Rahmati M. Investigating the Effect of Family Counseling on the Acceptance and Support of Patients under Methadone Maintenance Treatment. *Shiraz E-Medical J* 2018; 19(5).
- [5] Moore KE, Oberleitner L, Smith KM, 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.
- [6] Aghataher A, Mahani KN. The Effect of Rational Emotive Behavior Group Therapy on Self-Concept and Depression of Self-Introduced Drug Abusers Referred to Ofogh Addiction Treatment Center in Zarand (Kerman, Iran).
- [7] 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.
- [8] Saedy M, Ardani AR, Kooshki S, Firouzabadi MJ, Emampour 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; 1-15.
- [9] Prosek EA, Giordano AL, Woehler ES, Price E, McCullough R. Differences in emotion dysregulation and symptoms of depression and anxiety among illicit substance users and nonusers. *Subst Use Misuse* 2018; 53(11): 1-4.
- [10] Allard ES, Kensinger EA. Cognitive emotion regulation in adulthood and old age: positive gaze preferences across two strategies. *Aging, Neuropsychology, & Cogn* 2018; 25(2): 213-30.
- [11] Marceau EM, Kelly PJ, Solowij N. The relationship between executive functions and emotion regulation in females attending therapeutic community treatment for substance use disorder. *Drug Alcohol Depe* 2018; 182: 58-66.
- [12] Chowdhury N, Kevorkian S, Hawn SE, Amstadter AB, Dick D, Kendler KS, et al. Associations between personality and distress tolerance among trauma-exposed young adults. *Personality Individual Differences* 2018; 120: 166-70.
- [13] Vujanovic AA, Wardle MC, Bakhshaei J, Smith LJ, Green CE, Lane SD, et al. Distress tolerance: Associations with trauma and substance cue reactivity in low-income, inner-city adults with substance use disorders and posttraumatic stress. *Psychol Addictive Behav* 2018; 32(3): 264.
- [14] Randall J, Cunningham PB, Henggeler SW. The Development and Transportability of Multisystemic Therapy-Substance Abuse: A Treatment for Adolescents with Substance Use Disorders. *J Child Adolescent Substance Abuse* 2018; 27(2): 59-66.
- [15] 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 Treatment* 2017; 82: 87-92.
- [16] Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Systematic Rev* 2014(2).
- [17] Hassan A, Bhatia SK, Bhatia SC. Cognitive-Behavioral Therapy and Other Psychosocial Interventions for Substance Use Disorders. Substance and Nonsubstance Related Addiction Disorder: *Diagnosis Treatment* 2017; 227.
- [18] Lau MA, McMains 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.
- [19] Dingle GA, Neves DdC, Alhadad SS, Hides L. Individual and interpersonal emotion regulation among adults with substance use disorders and matched controls. *British J Clin Psychol* 2018; 57(2): 186-202.
- [20] 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: 1-15.
- [21] McKay M, Wood JC, Brantley J. The dialectical behavior therapy skills workbook: Practical DBT exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation and distress tolerance: ReadHowYouWant. com; 2010.
- [22] Van Dijk S. DBT made simple: A step-by-step guide to Dialectical Behavior Therapy. New Harbinger Publications; 2013 Jan 2.
- [23] Gross JJ, editor. Handbook of emotion regulation. Guilford publications; 2013 Dec 17.
- [24] Harvey P, Rathbone BH. Dialectical Behavior Therapy for At-risk Adolescents: A Practitioner's Guide to Treating Challenging Behavior Problems: New Harbinger Publications; 2014.
- [25] Diagnostic A. Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) American Psychiatric Association website 2017. psychiatrists/practice/dsm. Accessed; 2017.
- [26] Afshari B, Rasouli-Azad M, Ghoreishi FS. Comparison of original and revised reinforcement sensitivity theory in clinically-stable schizophrenia and bipolar disorder patients. *Personal Individual Differences* 2019; 138: 321-7.
- [27] 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.
- [28] Gross JJ editor. Handbook of emotions. Guilford publications; 2013 Dec 17.
- [29] Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation Emotion* 2005; 29(2): 83-102.
- [30] Killian M, Forrester D, Westlake D, Antonopoulou P. Validity of the working alliance inventory within child protection services. *Res Social Work Practice* 2017; 27(6): 704-15.
- [31] Borkovec TD, Nau SD. Credibility of analogue therapy rationales. *J Behav Ther Experi Psychiatry* 1972; 3(4): 257-60.
- [32] Devilly GJ, Borkovec TD. Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. *J Behav Ther Experi Psychiatry* 2000; 31(2): 73-86.
- [33] Westphal M, Aldao A, Jackson C. Emotion dysregulation in comorbid posttraumatic stress disorder and substance use disorders: A narrative review. *Military Psychol* 2017; 29(3): 216-33.
- [34] 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): 412-8. [in Persian]
- [35] Rahmani M, Omidi A, Asemi Z, Akbari H. The effect of dialectical behaviour therapy on binge eating, difficulties in emotion regulation and BMI in overweight patients with binge-eating disorder: A randomized controlled trial. *Ment Health Prevention* 2018; 9: 13-8.