

The Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy Method on Major Depression in Individuals Referred to Residential and Semi-Residential Addiction Recovery Centers

Mohammad Malekzadeh¹, Sadegh Haghghi^{2*}, Bahram Movahedzadeh³

¹Department of Psychology,
Faculty of Medicine, Yasuj
University of Medical
Sciences, Yasuj, Iran.

²Young Researchers & Elite
Club, Yasuj Branch, Islamic
Azad University, Yasuj, Iran.

³Department of Psychology,
Payame Noor University,
Iran, Tehran.

*Corresponding Author:
Sadegh Haghghi, Young
Researchers & Elite Club,
Yasuj Branch, Islamic Azad
University, Yasuj, Iran.

Email:
sadegh.haghghi1369@yahoo.com

Received: 28 Aug, 2017

Accepted: 8 Feb, 2017

Abstract

Background and Objectives: Nowadays, drug abuse and depressive disorders, are one of the major problems and concerns in many countries of the world, especially in country of Iran, which can be a deterrent factor of growth and prosperity of society. The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of group dialectical behavior therapy method on major depression in individuals referred to residential and semi-residential addiction recovery centers in Yasuj city.

Methods: This study was a quasi-experimental study with pretest and posttest design and control group. Data were gathered using Beck Depression Inventory. Dialectical behavior therapy group intervention, was performed on the experimental groups for eight 1.5 hour sessions once a week, but no intervention was done in the control group. After the end of the intervention, the posttest was administered to both groups (experimental and control). Data were analyzed using analysis of covariance test at the significance level of $p < 0.001$.

Results: In this study, group dialectical behavior therapy method resulted in reduction of major depression symptoms in the experimental group as compared to the control group at the significance level of $p < 0.001$.

Conclusion: The results of this study indicated that dialectical behavior therapy can be used as a primary and/or add-on therapy to reduce the symptoms of major depression in individuals with drug abuse referred to addiction recovery centers.

Keywords: Substance-related disorder; Major depressive disorder; Behavior therapy.

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک به شیوه گروهی بر افسردگی اساسی، در افراد مراجعه کننده به مراکز اقامتی و نیمه اقامتی ترک اعتیاد

محمد ملک زاده^۱، صادق حقیقی^{۲*}، بهرام موحدزاده^۳

چکیده

زمینه و هدف: امروزه سوء مصرف مواد و اختلالات افسردگی، یکی از معضلات و نگرانی های عمده در بسیاری از کشورهای جهان، به خصوص در کشور ایران بوده که خود می تواند عامل بازدارنده رشد و شکوفایی در جامعه باشد. در این پژوهش اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک به شیوه گروهی بر افسردگی اساسی در افراد مراجعه کننده به مراکز اقامتی و نیمه اقامتی ترک اعتیاد در شهر یاسوج انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل بود. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک (Beak) جمع آوری شد. مداخله گروهی رفتاردرمانی دیالکتیک بر روی گروه آزمایش طی ۸ جلسه یک ساعت و نیم، به صورت یک بار در هفته اجرا گردید، اما هیچ گونه مداخله ای بر روی گروه کنترل صورت نگرفت. پس از پایان مداخله از هر دو گروه (آزمایشی و کنترل)، پس آزمون به عمل آمد. داده ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: در این مطالعه، رفتاردرمانی دیالکتیک به شیوه گروهی منجر به کاهش افسردگی اساسی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در سطح معنی داری $p < 0/001$ شد.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیک می تواند در کاهش علائم افسردگی اساسی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد (مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد) به عنوان درمان اصلی و یا کمکی مورد استفاده قرار گیرد.

کلید واژه ها: اختلال وابسته به مصرف مواد؛ اختلال افسردگی اساسی؛ رفتار درمانی.

^۱گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران.

^۲باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران.

^۳گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

صادق حقیقی، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:

sadegh.haghighi1369@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۰/۶

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۱/۱۹

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Malekzadeh M, Haghighi S, Movahedzadeh B. The effectiveness of group dialectical behavior therapy method on major depression in individuals referred to residential and semi-residential addiction recovery centers. Qom Univ Med Sci J 2018;12(3):28-35. [Full Text in Persian]

مقدمه

اختلالات مصرف مواد، یکی از مهم‌ترین علل مرگ‌ومیر زودرس در افراد است؛ به طوری که این اختلال عامل خطر بسیاری از بیماری‌ها، از جمله هیپاتیت و ایدز می‌باشد. مصرف مواد باعث ترویج خشونت، جرم، جنایت، کودک‌آزاری، همچنین مشکلات بهداشت عمومی در فرد مصرف‌کننده، اطرافیان و جامعه می‌شود (۲،۱). افراد وابسته به مواد دارای مشکلات عمده روان‌شناختی، از جمله افسردگی اساسی هستند (۳). اختلال افسردگی اساسی بیماری مزمن و ناتوان‌کننده‌ای است که تعداد زیادی از افراد را در سراسر جهان تحت تأثیر خود قرار داده است. فقدان لذت، اختلال خواب، کاهش اشتها و انرژی، خُلق افسرده، کاهش قدرت تمرکز و میل به خودکشی در این اختلال شایع است (۴). عوامل تأثیرگذار در این اختلال شامل: عوامل ژنتیکی، محیطی، شخصیتی و خُلقی می‌باشند که باعث تأثیر قابل توجهی در زندگی روزمره و تعاملات اجتماعی مبتلایان به آن می‌شود (۵). در مطالعات مختلفی نقش سوءمصرف مواد به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده افسردگی گزارش شده است، به طوری که سوءمصرف مواد در بروز اختلالات افسردگی زودرس نقش اساسی را ایفا می‌کند (۶). در این میان می‌توان گفت تغییرات خُلقی و شناختی از ویژگی‌های اصلی اختلال افسردگی است، به طوری که نه تنها اختلالات شناختی با توانبخشی و کارکرد اجتماعی در ارتباط است؛ بلکه این‌گونه افراد دچار نقص در تمرکز و توجه، کاهش حافظه، همچنین ناتوانی در ابراز احساسات خود نیز هستند (۷). برای درمان افسردگی اساسی می‌توان از درمان‌های دارویی و غیردارویی استفاده کرد. درمان‌های دارویی شامل: مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRIS)، مهارکننده‌های بازجذب دوپامین نوراپی‌نفرین (DNRS) و مهارکننده‌های بازجذب سروتونین نوراپی‌نفرین (NaSSAS) است (۸). از درمان‌های غیردارویی نیز می‌توان به رفتاردرمانی شناختی، درمان روان‌پویشی، درمان فردی، خانواده‌درمانی، گروه‌درمانی، زوج‌درمانی، روان‌درمانی، روان‌کاوی، مشاوره و انواع رفتاردرمانی‌ها، به‌خصوص رفتاردرمانی دیالکتیک اشاره کرد (۹). در مطالعات پیشین، کاربرد رفتاردرمانی دیالکتیک در بسیاری از اختلالات همانند اختلال شخصیت مرزی و کاهش اختلالات سوءمصرف مواد

به‌خوبی نشان داده شده است (۱۱،۱۰). مطالعات مختلف نشان داده‌اند رفتاردرمانی دیالکتیک چه به‌صورت فردی و یا گروهی می‌تواند منجر به کاهش علائم افسردگی شود (۱۲). Linehan، بنیان‌گذار رفتاردرمانی دیالکتیک در سال ۱۹۸۰ توانست به افرادی که در تنظیم هیجان‌ات، مهارت‌های تحمل آشفتگی، مهارت‌های نظم‌بخشی هیجانی و مهارت‌های توجه آگاهی مشکل داشتند در جهت کاهش رفتارهای ناسازگار همانند ناتوانی در حل مسئله، پرخاشگری و میل به خودکشی کمک کند (۱۳). رفتاردرمانی دیالکتیک ترکیبی از درمان شناختی رفتاری (رفتاردرمانی، فلسفه دیالکتیک و ذهن‌آگاهی) است. پروتکل این درمان از درمان فردی، گروهی (تیمی شامل مشاور و درمانگر)، آموزش مهارت‌های گروهی، مشاوره تمام‌وقت تلفنی و مدیریت کارها تشکیل شده است. این درمان می‌تواند همانند درمان‌های دیگر در کاهش میل به خودکشی، کاهش خشم، افسردگی و افزایش مهارت‌های ارتباطی بین‌فردی مؤثر واقع گردد (۱۴،۱۵). طی مطالعات مختلف ثابت گردید رفتاردرمانی دیالکتیک در کاهش میزان مصرف داروهای روان‌گردان مؤثر بوده و منجر به کاهش میل به خودکشی، کاهش پرخوری در بیماران سوءمصرف الکل، کاهش اختلال دو قطبی و افزایش سازگاری اجتماعی می‌شود (۱۶-۱۸). همچنین براساس نتایج برخی از تحقیقات، رفتاردرمانی دیالکتیک علاوه بر کاهش علائم افسردگی در بیماران مبتلا به اختلالات روانی باعث ارتقای کیفیت زندگی و افزایش عملکرد فردی ایشان نیز شده است (۱۴).

با در نظر گرفتن مطالب ذکرشده، همچنین شیوع بالای افسردگی و میل به خودکشی در بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد و با توجه به کافی نبودن تحقیقات مداخله‌ای از نوع رفتاردرمانی دیالکتیک بر روی بیماران افسرده وابسته به مواد، این تحقیق با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک به شیوه گروهی بر افسردگی اساسی در افراد مراجعه‌کننده به مراکز اقامتی و نیمه‌اقامتی ترک اعتیاد انجام شد.

روش بررسی

در این مطالعه مداخله‌ای (از نوع نیمه‌آزمایشی به‌صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل)، جامعه آماری را تمامی

پس از پایان ۸ جلسه، مجدداً هر دو گروه بررسی شدند. نتایج به صورت گروهی (نه فردی) تحلیل و ارائه گردید. پرسشنامه افسردگی Beak، برای سنجش افسردگی در افراد بزرگسال توسط Beak، در سال ۱۹۹۶ ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۲۱ ماده است که هر ماده یک طیف چهارگزینه‌ای از شدت افسردگی را نشان می‌دهد و از ۳-۰ نمره گذاری شده است. پاسخ‌ها به صورت اصلاً (۰)، خفیف (۱)، متوسط (۲) و شدید (۳) می‌باشد. بنابراین، نمره کل سیاهه از ۰-۶۳ در نوسان بوده و می‌تواند تمامی عناصر افسردگی براساس نظریه شناختی Beak را پوشش دهد. مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی طی تحقیقات زیادی استفاده شده که از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱، ضریب همبستگی ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی ۰/۹۴ و از روایی بالایی برخوردار است (۲۰، ۱۹).

جهت توصیف داده‌ها از شاخص‌های مرکزی میانگین \pm انحراف معیار استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و آزمون تحلیل کوواریانس (برای تحلیل داده‌ها) تجزیه و تحلیل شدند.

در جدول شماره ۱ تعداد و اهداف جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک بر افسردگی اساسی آورده شده است.

بیماران وابسته به مواد، ساکن در مراکز اقامتی و نیمه‌اقامتی شهر یاسوج تشکیل می‌دادند. از میان این بیماران، تعداد ۴۰ نفر دارای نمره افسردگی Beak بالا (۳۶ و بالاتر)، به روش مصاحبه بالینی براساس معیارهای (DSM-5) تشخیص افسردگی اساسی با روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه ۲۰ نفری (گروه آزمایش و کنترل) قرار گرفتند. مداخله بر روی گروه آزمایش صورت گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: تشخیص افسردگی اساسی، برخورداری از سواد خواندن، نوشتن و عدم ابتلا به بیماری‌های مزمنی نظیر سرطان، حملات صرع و تشنج بود.

تأخیر و بی‌نظمی، غیبت‌های مکرر در جلسات درمانی (بیش از دو جلسه) و عدم انجام تکالیف از معیارهای خروج از مطالعه بود. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، این مطالعه در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی یاسوج (مورخ ۹۵/۸/۲۲، کد اخلاق به شماره IR.YUMS.REC.1395.165) به تصویب رسید. پس از تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه توسط بیماران، برای گروه مداخله ۸ جلسه رفتاردرمانی دیالکتیک به شیوه گروهی (به صورت هفته‌ای یک جلسه، به مدت یک‌ساعت و نیم) اجرا گردید. اما در گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای صورت نگرفت.

جدول شماره ۱: جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک بر افسردگی اساسی بیماران وابسته به مواد

جلسه اول	آشنایی با بیمار و گرفتن شرح حال، تکمیل پرسشنامه‌ها و تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه توسط بیماران
جلسه دوم	اهداف کلی: آموزش مهارت‌ها شامل یادگیری در بهبود مهارت‌ها و تغییر الگوهای رفتاری، هیجانی مرتبط با مشکلات زندگی؛ اهداف اختصاصی: بحث در مورد افسردگی و آموزش مهارت‌های اساسی مانند، خودکارآمدی و بهزیستی روان‌شناختی؛ آشنفگی‌های میان‌فردی: روابط شدید و ناپایدار، اضطراب و اجتناب از رهاشدگی؛ پایان جلسه: جمع‌بندی مطالب
جلسه سوم	بررسی تکالیف جلسه قبلی، توضیح در مورد حُلق، تکانشگری: مشکلات مربوط به مواد مخدر و دیگر مواد مورد بحث قرار گرفت. آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی بنیادین شامل یادگیری درون‌نگری، ارائه بازخورد مثبت و جمع‌بندی جلسه سوم و ارائه تکالیف جلسه سوم.
جلسه چهارم	مرور تکالیف جلسه قبلی، حذف تفکر منفی و آموزش تفکر مثبت در ارتباط با حُلق آشفته، افکار خودآزار، آموزش تنظیمات هیجانی شامل: کنترل هیجانات مثبت و منفی و پایان جلسه: جمع‌بندی جلسه چهارم و ارائه تکالیف.
جلسه پنجم	مرور محتوای جلسه قبل و بررسی تکالیف، آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی، آموزش تفکرات مثبت در ارتباط با حُلق و عاطفه، هیجانات و بهبود ارتباط با افراد و در پایان جلسه: جمع‌بندی مطالب جلسه پنجم و ارائه تکالیف.
جلسه ششم	مرور محتوای جلسه قبل و بررسی تکالیف، آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی، آموزش تفکرات مثبت در ارتباط با حُلق و عاطفه، هیجانات و بهبود ارتباط با افراد و پایان جلسه: جمع‌بندی مطالب جلسه ششم و ارائه تکالیف
جلسه هفتم	مرور محتوای جلسه قبل و بررسی تکالیف، آموزش ارتباط مثبت با خانواده و اطرافیان، آموزش تکنیک‌های کنترل فکر در ارتباط با افکار مخرب، آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی و پایان جلسه: جمع‌بندی مطالب جلسه هفتم و ارائه تکالیف.
جلسه هشتم	مرور محتوای جلسه قبل و بررسی تکالیف، مرور تمامی جلسات و مهارت‌های از قبل آموزش داده شده، بحث در مورد مزایا و معایب آموزش، تعمیم‌دهی مهارت‌ها و بحث در مورد توانبخشی اعضای گروه در جامعه و پایان جلسه: جمع‌بندی نهایی تمامی جلسات

یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۴۰ نفر از بیماران وابسته به مواد، ساکن در مراکز اقامتی و نیمه‌اقامتی شهر یاسوج که دچار بیماری افسردگی اساسی بودند به دو گروه ۲۰ نفری (آزمایش و کنترل) تقسیم شدند. در حین اجرای مداخله و تا پایان تحقیق در هیچ کدام از گروه‌های آزمایش و کنترل، ریزش وجود نداشت. میانگین سنی افراد، $33/5 \pm 7/69$ سال و در دامنه سنی ۲۰-۵۰ سال بود که از

این تعداد، بیشترین میانگین سن بین ۲۰-۳۰ سال ($20/5/37$) و کمترین میانگین سنی بین ۴۱-۵۰ سال ($22/5/41$) برآورد شد. همچنین از نظر تحصیلات، ۱۹ نفر ($47/5$) زیردیپلم و ۲۱ نفر ($52/5$) بالای دیپلم بودند. جدول شماره ۲ آمار کلی متغیرهای دموگرافیک مربوط به دو گروه کنترل و آزمون را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران وابسته به مواد، مراجعه کننده به مراکز اقامتی و نیمه‌اقامتی ترک اعتیاد شهر یاسوج

متغیر	دامنه	گروه مداخله (میانگین یا درصد)	گروه کنترل (میانگین یا درصد)
سن	۲۰-۳۰	۱۷/۵ (۷)	۲۰ (۸)
	۳۱-۴۰	۲۲/۵ (۹)	۱۷/۵ (۷)
	۴۱-۵۰	۱۰ (۴)	۱۲/۵ (۵)
تحصیلات	زیردیپلم	۲۲/۵ (۹)	۲۵ (۱۰)
	بالای دیپلم	۲۵ (۱۰)	۲۷/۵ (۱۱)

در جدول شماره ۳ میانگین \pm انحراف معیار دو گروه آزمایش و کنترل در شرایط پیش‌آزمون - پس‌آزمون آمده است.

به منظور بررسی تفاوت‌های مشاهده شده بین دو گروه از تحلیل کواریانس استفاده شد.

جدول شماره ۳: ویژگی‌های توصیفی دو گروه مداخله و شاهد در نمرات افسردگی اساسی پیش‌آزمون - پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون میانگین \pm انحراف معیار	پس‌آزمون میانگین \pm انحراف معیار
افسردگی اساسی	آزمایش	۵۲/۳۰ \pm ۵/۱۸	۲۴/۵۵ \pm ۴/۵۴
	کنترل	۵۲/۲۰ \pm ۴/۶۱	۵۱/۵۵ \pm ۳/۵۰

برای استفاده از تحلیل کواریانس، ابتدا مفروضه‌های آن بررسی گردید که براساس نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف این فرض برقرار است. مفروضه یکسانی شیب رگرسیون بررسی و با توجه به نتایج حاصل، این فرض نیز مورد تأیید قرار گرفت، لذا می‌توان نتیجه گرفت بین گروه‌ها و پیش‌آزمون، تعاملی وجود نداشته است. برای آزمون این فرض که اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک به شیوه گروهی بر افسردگی اساسی در افراد مراجعه کننده به مراکز اقامتی و نیمه‌اقامتی ترک اعتیاد تأثیر دارد، از آزمون کواریانس یک‌راهه استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۴ آورده شده است.

جدول شماره ۴ میانگین دو گروه آزمایش و کنترل در دو شرایط پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد. میانگین گروه‌ها در پیش‌آزمون - پس‌آزمون یکسان نبود و گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون در نمره کلی افسردگی اساسی، بهبود یافته بود. همچنین بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون، بین گروه آزمایش و کنترل در نمره کلی افسردگی اساسی، تفاوت معنی‌داری ($p < 0/001$) وجود داشت؛ بدین صورت که رفتاردرمانی دیالکتیک به شیوه گروهی بر نمره کلی افسردگی اساسی ($0/94$) تأثیر داشت. بنابراین، رفتاردرمانی دیالکتیک به شیوه گروهی باعث بهبود افسردگی اساسی در گروه آزمایش شد (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴: نتایج تحلیل کوواریانس برای آزمون اثرات بین گروهی در متغیر وابسته

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	f	p	تای
افسردگی اساسی	پیش آزمون	۱۳۸/۰۶	۱	۱۳۸/۰۶	۴۷/۱۰	۰/۰۰۳	۰/۲۲
	پس آزمون	۷۳۱۰/۱۸	۱	۷۳۱۰/۱۸	۵۵۴/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۹۴
	خطای باقیمانده	۴۸۷/۸۴	۳۷	۱۳/۱۸			

بحث

اعتیاد، بیماری مزمنی است که باعث می‌گردد فرد مصرف‌کننده مواد، کنترل فعالیت‌های روزمره و اجتماعی خود را از دست بدهد و در صورت ادامه مصرف نیز می‌تواند دچار بیماری‌ها و عوارض نامطلوبی، از جمله اختلالات روانی مانند اختلال افسردگی اساسی شود (۲۱). هدف از پژوهش حاضر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک به شیوه گروهی بر افسردگی اساسی در افراد مراجعه‌کننده به مراکز اقامتی و نیمه‌اقامتی ترک اعتیاد بود. براساس نتایج این تحقیق، رفتاردرمانی دیالکتیک به شیوه گروهی می‌تواند منجر به کاهش افسردگی اساسی در معتادان وابسته به سوءمصرف مواد گردد.

یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات جمالیان و همکاران (سال ۱۳۹۳)، Axelrod و همکاران (سال ۲۰۱۱) همخوانی داشت (۲۳، ۲۲).

بر این اساس محققان اظهار داشتند رفتاردرمانی دیالکتیک به شیوه گروهی در تحمل آشفتگی، کاهش رفتارهای تکانشی و افزایش مهارت تنظیم احساسات در افراد مؤثر بوده و می‌تواند باعث افزایش خلق و تنظیم احساسات در بیماران گردد (۲۳، ۲۲).

در این ارتباط می‌توان گفت ذهن ما در مورد رویدادهایی که اتفاق می‌افتد آنها را طوری تعبیر و تفسیر می‌کند تا بتواند منجر به واکنش‌ها و احساسات پایدار گردد، اما ذهن افراد مستعد اختلال افسردگی دائما معطوف به افکار بدبینانه، ناراحت‌کننده و منفی است که تکرار این افکار به نوبه خود منجر به تداوم و تشدید اختلال افسردگی، همچنین ایجاد مشکلات فراوان در تنظیم احساسات و هیجان‌اتشان می‌شود (۲۴).

از آنجایی که رفتاردرمانی دیالکتیک به عنوان درمان‌های موج سوم بعد از رفتاردرمانی سنتی و شناخت‌درمانی توانسته خود را به عنوان یک درمان مهم در بسیاری از افراد که در تنظیم

هیجان‌اتشان مشکل دارند، مطرح کند (۲۵)؛ بنابراین رفتاردرمانی دیالکتیک که درمان التقاطی است با اصلاح روابط بین فردی، مواجه کردن فرد با مشکلات، تمرکز بر ذهن‌آگاهی و آموزش تنظیم هیجان‌ات می‌تواند به مراجعان کمک کند (۲۶). این نوع روان‌درمانی با تنظیم هیجان‌ات افراد وابسته به مواد به شکل مؤثرتری باعث ترغیب این افراد به فرآیندهای درمان شده و در نتیجه، زمینه بهبودی آنها را فراهم می‌کند (۲۷). از آنجا که بیماران وابسته به مواد در بسیاری از موارد دچار بیماری‌های روانی بوده و افسردگی بیشترین بار منفی را در زمینه مشکلات خلقی، شناختی و رفتاری در این گونه افراد ایجاد می‌کند؛ لذا رفتاردرمانی دیالکتیک ضمن کاهش هیجان‌ات منفی و تنظیم هیجان‌ات بیماران وابسته به مواد در درمان افسردگی و بهبود خودپنداره ایشان، نقش مؤثر و اساسی برعهده دارد (۲۸-۳۰).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به بی‌حوصلگی و تکمیل ناقص تعدادی از پرسشنامه‌ها توسط برخی از افراد شرکت‌کننده که منجر به اتلاف وقت و حذف آنان از مداخله گردید، اشاره کرد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیک به شیوه گروهی بر افسردگی اساسی در افراد مراجعه‌کننده به مراکز اقامتی و نیمه‌اقامتی ترک اعتیاد مؤثر است؛ به این معنا که رفتاردرمانی دیالکتیک می‌تواند منجر به کاهش علائم افسردگی اساسی در بیماران وابسته به مواد شده و در نهایت، منجر به بهبودی آنها گردد. بنابراین پیشنهاد می‌شود متصدیان بهداشت روانی، به خصوص درمانگران مرتبط با این حیطه، در ابتدا آموزش‌های لازم در ارتباط با رفتاردرمانی دیالکتیک را دریافت کرده، سپس این آموزش‌ها را در مراکز درمانی که افراد وابسته به مواد برای

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی بود. بدین‌وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد، واحد یاسوج، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج و بیماران شرکت‌کننده در این طرح، نهایت تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

افسردگی اساسی به آنها مراجعه می‌کنند جهت بهبودی این‌گونه افراد به کار برند. همچنین توصیه می‌گردد از رفتار درمانی دیالکتیک به‌عنوان درمانی اصلی در درمان افسردگی اساسی بیماران مبتلا به سوء‌مصرف مواد و به‌عنوان درمانی کمکی به همراه دارو درمانی استفاده شود.

References:

1. van Huijstee AN, Mansvelter HD. Glutamatergic synaptic plasticity in the mesocorticolimbic system in addiction. *Front Cell Neurosci* 2015;8:466. PubMed
2. Köpetz CE, Lejuez CW, Wiers RW, Kruglanski AW. Motivation and self-regulation in addiction: A call for convergence. *Perspect Psychol Sci* 2013;8(1):3–24. SAGE
3. Han DH, Kim SM, Choi JE, Min KJ, Renshaw PF. Adjunctive aripiprazole therapy with escitalopram in patients with co-morbid major depressive disorder and alcohol dependence: Clinical and neuroimaging evidence. *J Psychopharmacol* 2013;27(3):282-91. PubMed
4. Saavedra K, Molina-Márquez AM, Saavedra N, Zambrano T, Salazar LA. Epigenetic Modifications of Major Depressive Disorder. *Int J Mol Sci* 2016;17(8). PubMed
5. Wei Y, Bu S, Liu X, Li H. Association study of three single-nucleotide polymorphisms in the cyclic adenosine monophosphate response element binding 1 gene and major depressive disorder. *Exp Ther Med* 2015;9(6):2235-40. PubMed
6. Sihvola E, Rose RJ, Dick DM, Pulkkinen L, Marttunen M, Kaprio J. Early-onset depressive disorders predict the use of addictive substances in adolescence: A prospective study of adolescent Finnish twins. *J Addiction* 2008;103(12):2045-53. PubMed
7. Li J, Xu C, Cao X, Gao Q, Wang Y, Wang Y, et al. Abnormal activation of the occipital lobes during emotion picture processing in major depressive disorder patients. *J Neural Regen Res* 2013;8(18):1693. PubMed
8. Han C, Wang SM, Lee SJ, Jun TY, Pae CU. Optimizing the use of aripiprazole augmentation in the treatment of major depressive disorder: from clinical trials to clinical practice. *Chonnam Med J* 2015;51(2):66-80. PubMed
9. Driessen E, Hollon SD, Bockting CL, Cuijpers P, Turner EH. Does publication bias inflate the apparent efficacy of psychological treatment for major depressive disorder? A systematic review and meta-analysis of US National Institutes of Health-funded trials. *J PLoS One* 2015;10(9):e0137864. PubMed
10. Andreasson K, Krogh J, Rosenbaum B, Gluud C, Jobes DA, Nordentoft M. The DiaS trial: dialectical behavior therapy versus collaborative assessment and management of suicidality on self-harm in patients with a recent suicide attempt and borderline personality disorder traits-study protocol for a randomized controlled trial. *J Trials* 2014;15(1):194. PubMed
11. Dimeff LA, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for substance abusers. *J Addict Sci Clin Pract* 2008;4(2):39-47. PubMed
12. Lynch TR, Whalley B, Hempel RJ, Byford S, Clarke P, Clarke S, et al. Refractory depression: Mechanisms and evaluation of radically open dialectical behaviour therapy (RO-DBT) [REFRAMED]: Protocol for randomised trial. *J BMJ open* 2015;5(7):e008857. PubMed

13. Neacsiu AD, Rizvi SL, Linehan MM. Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *J Behav Res Ther* 2010;48(9):832-9. PubMed
14. Blackford JU, Love R. Dialectical behavior therapy group skills training in a community mental health setting: A pilot study. *Int J Group Psychother* 2011;61(4):645-57. PubMed
15. Bedics JD, Atkins DC, Comtois KA, Linehan MM. Treatment differences in the therapeutic relationship and introject during a 2-year randomized controlled trial of dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy experts for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol* 2012;80(1):66. PubMed
16. Pistorello J, Fruzzetti AE, MacLane C, Gallop R, Iverson KM. Dialectical behavior therapy (DBT) applied to college students: a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 2012;80(6):982. PubMed
17. Robinson AH, Safer DL. Moderators of dialectical behavior therapy for binge eating disorder: Results from a randomized controlled trial. *Int J Eat Disord* 2012;45(4):597-602. PubMed
18. Goldstein TR, Axelson DA, Birmaher B, Brent DA. Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: a 1-year open trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(7):820-30. PubMed
19. Beak AT, Ward Ch, Mendelson Hi, Mock J, Erbauch J. Depression inventory for measuring depression. *J Arch Gen Psychology* 1996;4:561-71. Link
20. Fata L, Birashk B, Atef Wahid MK, Dobson KS. Meaning assignment structures/ schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: comparing two conceptual frameworks. *Iranian J Pshychiatry Clin Psychol* 2005;11(3):312-26. [Full Text in Persian] Link
21. Vanderschuren LJ, Ahmed SH. Animal studies of addictive behavior. *Cold Spring Harb Perspect Med* 2013;3(4):a011932. PubMed
22. Jamilian HR, Malekirad AA, Farhadi M, Habibi M, Zamani N. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core distress tolerance and emotion regulation components) on expulsive anger and impulsive behaviors. *Glob J Health Sci* 2014;6(7):116. PubMed
23. Axelrod SR, Pereplechikova F, Holtzman K, Sinha R. Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2011;37(1):37-42. PubMed
24. Moradiyani Gizeh Rod SK, Mir Drikvand FA, Hosseini Ramaghani N, Mehrabi M. The effectiveness of mindfulness-based parenting training on anxiety, depression and aggression of mothers with children suffering from oppositional defiant disorder. *J Armaghane Danesh* 2016;21(6):576-90. [Full Text in Persian] Link
25. Van Dijk S. *DBT made simple: A step-by-step guide to dialectical behavior therapy*. London: NewHarbinger Pub; 2013.
26. Sadock BJ, Sadock VA, Pipino LL. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Pub; 2007.
27. Wallace LM, Masson PC, Safer DL, von Ranson KM. Change in emotion regulation during the course of treatment predicts binge abstinence in guided self-help dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Eat Disord* 2014;2(1):35. PubMed
28. Belin D, Deroche-Gamonet V. Responses to novelty and vulnerability to cocaine addiction: contribution of a multi-symptomatic animal model. *Cold Spring Harb Perspect Med* 2012;2(11):a011940. PubMed
29. Fassbinder E, Schweiger U, Martius D, Brand-de Wilde O, Arntz A. Emotion regulation in schema therapy and dialectical behavior therapy. *J Front Psychol* 2016;7:1373. PubMed
30. Herschell AD, Lindhiem OJ, Kogan JN, Celedonia KL, Stein BD. Evaluation of an implementation initiative for embedding dialectical behavior therapy in community settings. *J Eval Program Plann*. 2014;43:55-63. PubMed