Research Paper
Comparison of the Effectiveness of Music Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Quality of Life, Craving and Emotion Regulation in Patients Under Methadone Maintenance Therapy

Seyed Reza Eshaghi Farahmand1, *, Hassan Ahadi2, Maryam Kalhornia Golkar3, Mastoreh Sedaghat4

Objectives
The purpose of this study was to compare the effectiveness of Music Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Quality of Life (QoL), craving, and emotional regulation in patients under methadone maintenance therapy.

Method
The method of the study was quasi-experimental and multi-group pre-test and post-test design. The statistical population consisted of all clients treated with methadone maintenance therapy in addiction treatment clinics affiliated with Tehran Health Organization in 2018. Then 54 people of whom (18 in each group) were selected through purposeful sampling in two experimental groups (Music Therapy and Cognitive Behavioral Therapy) and a control group was included. The data was collected using the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, the Quality of Life Questionnaire, and Craving Questionnaire. The ANCOVA was used for data analysis.

Results
The results showed that both Music Therapy and Cognitive Behavioral Therapy Improved the QoL, emotion regulation in the experimental group compared to the control group and significantly reduced craving (P<0.01). The results of the follow-up test showed that the mean scores of the experimental groups in the study variables were significantly different from the control group.

Conclusion
There was a significant difference between the treatment groups in terms of their effect on the QoL and negative cognitive emotion regulation so that Cognitive Behavioral Therapy was more effective in regulating negative emotions and enhancing the QoL but there was no significant difference in regulating for positive emotions and reducing craving. These results suggest that both treatments significantly increase the QoL, emotional regulation, and it reduces craving.

Key words:
Music therapy, Cognitive behavioral therapy, Quality of Life (QoL), Emotion regulation, Craving

Extended Abstract

1. Introduction
Due to the widespread use of methadone maintenance therapy in Iran and a 48.2% relapse rate in this treatment [31], as well as the poor treatment with no psychosocial interventions on treatment compliance, and among the high dropouts. The need to use other psychological therapies associated with this treatment, including standard Cognitive Behavioral Therapy to reduce craving [21], to increase QoL [29], and

* Corresponding Author:
Hassan Ahadi, PhD.
Address: Department of Psychology, Allameh Tabataba’i University, Tehran, Iran.
Tel: +98 (912) 6049225
E-mail: drhahadis@gmail.com
the Emotional Regulation of Ford, et al. [32] is felt over and over. On the other hand, while Cognitive Behavioral Therapy seeks to directly change the behavior of people with substance abuse, Music Therapy has positive effects on mood and by reducing their negative emotions. Numerous studies have also shown that Cognitive Behavioral Therapy has no advantage over other treatments that are not focused on coping skills [33]. Therefore, the question of the present study is whether Cognitive Behavioral Therapy as a standard treatment of Music Therapy as a creative and complementary treatment of addiction is different in QoL, craving, and emotional regulation of methadone maintenance patients or not.

2. Methods

The method of this study was semi-experimental with pre-test and post-test. The statistical population of this study consisted of all clients undergoing methadone maintenance therapy in addiction treatment clinics affiliated to Tehran Health Organization in 2019. In this study, first, in coordination with the Health Care System of Tehran, referring to addiction clinics, they were asked to refer to methadone maintenance practitioners who have at least one year of treatment experience.

The inclusion criteria for this study were as follows: addicts on methadone maintenance treatment, male gender, no physical problems, no history of exposure to psychological training, age 18-40 years, no history of drug use.

The exclusion criteria were as follows: failure of the sample group or family to participate in each phase of the study, having physical and mental problems, history of psychiatric problems, professional athletes, over 40 years of age, and drug use.

The researcher interviewed and surveyed the inclusion and exclusion criteria and 60 persons were selected by purposive sampling; then, randomly divided into three groups. The researcher then randomly selected into two groups as the experimental group and control group. Then one of the experimental groups was randomly assigned to 8 sessions of Music Therapy group and the other group 8 sessions of Cognitive Behavioral Therapy by the researcher. The control group received no training. Data were collected by using the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire [34], QoL Questionnaire [36], and Craving Questionnaire [38]. The ANCOVA method was used for data analysis.

3. Results

The purpose of this study was to compare the efficacy of Music Therapy and cognitive behavioral therapy on QoL, craving, and emotional regulation in methadone maintenance patients. The findings showed that Music Therapy increased QoL, negative cognitive emotion and positive emotions and decreased craving. Also, findings showed that cognitive behavioral therapy increased QoL and regulated positive emotions and decreased craving. Negative emotions were regulated (Tables 1-5).

Table 1. Mean±SD of Variables in the experimental and control groups

| Variables                        | Groups                        | Mean±SD      | Pre-test | Post-test |
|----------------------------------|-------------------------------|--------------|----------|-----------|
| Quality of Life                  | Cognitive Behavioral Therapy | 104.27±8.89  | 124.50±6.87 |
|                                  | Music Therapy                 | 103.83±15.22 | 112.05±13.26 |
|                                  | Control                       | 108.05±7.24  | 109.22±7.71  |
| Positive cognitive emotion regulation | Cognitive Behavioral Therapy | 48±9.12     | 61.98±9.02 |
|                                  | Music Therapy                 | 51.61±8.56   | 57.00±9.36 |
|                                  | Control                       | 53.83±10.66  | 50.22±5.51  |
| Negative cognitive emotion regulation | Cognitive Behavioral Therapy | 58.38±12.30  | 47.83±7.88 |
|                                  | Music Therapy                 | 59.72±8.98   | 50.27±6.28 |
|                                  | Control                       | 55.84±8.04   | 56.88±4.94  |
| Craving                          | Cognitive Behavioral Therapy | 72.50±12.06  | 49.77±7.68 |
|                                  | Music Therapy                 | 75.70±13.02  | 55.77±10.45 |
|                                  | Control                       | 71.61±9.46   | 69.27±7.25  |
Table 2. Results of test of Levin’s variance homogeneity and slope homogeneity in experimental and control group based on research variables

| Variable                        | Levin’s Variance Homogeneity | slope Homogeneity | Linearity | The Distribution of Data is Normal |
|---------------------------------|------------------------------|-------------------|-----------|------------------------------------|
|                                 | F               | P     | F   | P     | F   | P     | K-S | P    |
| Quality of Life                 | 1.12            | 0.33  | 1.36| 0.28  | 61.45 | 0.001 | 0.69 | 0.713 |
| Positive cognitive emotion regulation | 2.22         | 0.12  | 1.61| 0.20  | 22.83 | 0.001 | 0.87 | 0.593 |
| Negative cognitive emotion regulation | 1.22        | 0.30  | 1.10| 0.38  | 4.86  | 0.04  | 0.16 | 1.120 |
| Craving                         | 1.25            | 0.29  | 21.07| 0.001 | 91.67 | 0.001 | 0.63 | 0.748 |

Table 3. One-way analysis of covariance of Quality of Life in two experimental and one control group

| The Dependent Variable | The Sum of the Squares | df | Mean Squares | F     | Sig. | Eta Squared |
|------------------------|------------------------|----|--------------|-------|------|-------------|
| Quality of Life        | 46.2441                | 2  | 1220.73      | 45.37 | ≤0.001 | 0.67        |
| Positive cognitive emotion regulation | 1787.62          | 2  | 893.81       | 30.61 | ≤0.001 | 0.59        |
| Negative cognitive emotion regulation | 1169.42      | 2  | 584.71       | 22.73 | ≤0.001 | 0.52        |
| Craving (Post-test difference pre-test) | 7697.65        | 2  | 3848.82      | 74.49 | ≤0.001 | 0.74        |

Table 4. Follow-up test results to compare groups’ means of Quality of Life in the post-test phase

| Scale                          | Comparison        | Average Difference | The Standard Error | Sig. | Eta Squared |
|--------------------------------|-------------------|--------------------|--------------------|------|-------------|
| Quality of Life                | Group 1 & 2       | 11.57              | 1.85               | ≤ 0.001 | 0.67        |
|                                | Group 1 & 3       | 17.67              | 1.87               | ≤ 0.001 | 0.67        |
|                                | Group 2 & 3       | 6.10               | 1.80               | = 0.005 | 0.67        |
| Positive cognitive emotion regulation | Group 1&2     | 8.64               | 3.80               | = 0.08 | 0.59        |
|                                | Group 1&3         | 16.47              | 2.43               | ≤ 0.001 | 0.59        |
|                                | Group 2&3         | 7.82               | 2.61               | = 0.01 | 0.59        |
| Negative cognitive emotion regulation | Group 1&2     | -11.65             | 3.59               | = 0.007 | 0.59        |
|                                | Group 1&3         | -14.64             | 2.28               | ≤ 0.001 | 0.52        |
|                                | Group 2&3         | -2.98              | 2.45               | = 0.69 | 0.52        |
| Craving (Post-test difference pre-test) | Group 1&2 | -2.02              | 2.39               | = 0.99 | 0.52        |
|                                | Group 1&3         | -26.27             | 2.39               | ≤ 0.001 | 0.74        |
|                                | Group 2&3         | -24.25             | 2.39               | ≤ 0.001 | 0.74        |

Explanation: 1 = Cognitive Behavioral Therapy Group 2 = Music Therapy Group 3 = Control Group
Table 5. Follow-up test results to compare groups› means of Quality of Life in the post-test phase

| Scale                  | Comparison of Groups | Average Difference | Standard Error | Sig.    | Eta squared |
|------------------------|----------------------|--------------------|----------------|---------|-------------|
| Quality of Life        | 1 & 2                | 11.57              | 1.85           | Ps≤0.001|             |
|                        | 1 & 3                | 17.57              | 1.87           | Ps≤0.001| 0.67        |
|                        | 2 & 3                | 6.10               | 1.80           | P=0.005 |             |
| Positive cognitive emotion regulation | 1 & 2 | 8.64 | 3.80 | - |             |
|                        | 1 & 3                | 16.47              | 2.43           | -       | 0.59        |
|                        | 2 & 3                | 7.82               | 2.61           | -       |             |
| Negative cognitive emotion regulation | 1 & 2 | -11.65 | 3.59 | - |             |
|                        | 1 & 3                | -14.64             | 2.28           | -       | 0.52        |
|                        | 2 & 3                | -2.98              | 2.45           | -       |             |
| Craving (Post-test difference pre-test) | 1 & 2 | -2.02 | 2.39 | - |             |
|                        | 1 & 3                | -26.27             | 2.39           | -       | 0.74        |
|                        | 2 & 3                | -24.25             | 2.39           | -       |             |

4. Discussion

Comparison of Music Therapy and cognitive behavioral therapy compared with cognitive behavioral therapy showed that Cognitive Behavioral Therapy had an effective role in enhancing QoL and reducing negative emotions than Music Therapy. Mental Analysis Irvine et al.; Carroll et al.; Kaden; Silva and Serra showed that cognitive-behavioral interventions have a significant role in reducing the use and experience of the patient’s experience and play a major role in improving psychological symptoms and reducing the rate of relapse and return to substance use [51]. Also, the results are consistent with the findings of McGaugh, Heron, and Otto [52]; Ocilla, Hepner, Manoz & Watkins [55], and Driessen & Hollon [55] who showed that a Cognitive Behavioral Therapy of addiction improves mood and tolerance, communication with others, and QoL. But there was no significant difference concerning Craving and positive cognitive emotion regulation.

As the results also point out, Music Therapy is a complementary therapy and can play an important role along with other therapies such as drug therapy, and it has a stronger role in enhancing positive emotions than negative emotions.

One of the important limitations of this study was the difficulty in satisfying the sample group for cooperation. Also Controlling for other disturbing variables (use of other medications, income, social support) decreased the subjects’ ability to control these variables. Caution should be exercised when generalizing the results to the female gender because of the use of the male gender. Finally, it is recommended to use Music Therapy as a complementary therapy.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study has been registered by the Iranian Registry of Clinical Trials (Code: IRCT20191030045280N1). All ethical principles were observed in this study. Participants were free to leave the study at any time and were assured of the confidentiality of their information.

Funding

This research did not receive any grant from funding agencies in the public, commercial, or non-profit sectors.
Authors contributions

All authors were equally contributed in preparing this article.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.
مقایسه اثر بخشی موسیقی درمانی و رفتاردرمانی شناختی بر کیفیت زندگی، وضعیت ولع و تنظیم هیجانی بیماران تحت درمان نگهداری‌های متنوع

سید رضا اسحاقی فرهنگی، دکتر حسن احدی

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثرات بخشی موسیقی درمانی و رفتاردرمانی شناختی بر کیفیت زندگی، وضعیت ولع و تنظیم هیجانی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون بود.

روش این پژوهش شبه آزمایشی و از نوع پیش آزمون و پس آزمون چند گروهی بود و جامعه آماری آن کلیه مراجعان تحت درمان نگهدارنده با متادون بود.

مواد و روش‌ها

18 نفر از شرکت‌کنندگان به دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل تقسیم شدند که در آن سه گروه 1397 نگهدارنده با متادون در کیلینک‌های درمانی اعتیاد شهر تهران تحت مراجعه و در سال 1398 به همراه گروه کنترل در این پژوهش از مراجعین تحت درمان مبتلا به اعتیاد به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند.

به طور مکرر موظف بود تا اطلاعات شناختی، کیفیت زندگی و وضعیت ولع مصرف این گروه‌ها را ثبت کنند و تجویز راهکارهای مناسب و توانمندی‌های آن‌ها را با کمک مدیر نگهداری‌ها و گروه‌های کنترل ارائه دهند.

نتایج پژوهش نشان داد هم موسیقی درمانی و هم رفتاردرمانی شناختی میزان کیفیت زندگی و تنظیم هیجانی گروه آزمایش را نسبت به گروه کنترل ارتقا دادند.

آزمایش در متغیرهای مورد مطالعه به طور معنی‌داری متفاوت با گروه کنترل بود. بین گروه‌های درمانی از لحاظ اثر بخشی بر کیفیت زندگی و تنظیم هیجانات منفی هیجانی شناختی تفاوت معنی‌داری وجود داشت؛ به نحوی که رفتاردرمانی شناختی در تنظیم هیجانات منفی و افزایش کیفیت زندگی مؤثرتر بود.

این نتایج حاکی از این است که این دو نوع درمان به طور معنی‌داری باعث افزایش کیفیت زندگی و تنظیم هیجانات منفی و کاهش ولع مصرف می‌شود.

کلیدواژه‌ها: موسیقی درمانی، رفتاردرمانی شناختی، کیفیت زندگی

مقدمه

استفاده و سوء استفاده از مواد و الکل با انواع آسیب‌های اقتصادی، اجتماعی و سلامتی سروکار دارد که هم برای خود مصرف‌کننده و هم برای سایرین از جمله خانواده، دوستان، محله‌های محلی و شهری و در بعضی موارد مصرف‌کننده، دامنه‌ای از اختلالات روانی و رفتاری بدست می‌آورد که به نوعی از اختلالات روانی مصرف مواد از جمله اعتیاد، اضطراب، روان‌سازی، بیماری‌های روانی مشابه است.

درمان‌های تحت نگهداری بیماران تحت درمان اعتیاد به‌طور مکرر توسط متخصصین روان‌پزشکی و روان‌پزشکان بیماری‌های روانی و روان‌سازی به‌طور مکرر در کیلینک‌های درمانی و به‌طور مکرر در بیمارستان‌های بهداشتی و درمانی انجام می‌شود.

یکی از اقدامات درمانی بکر در این زمینه موسیقی درمانی می‌باشد که به‌طور مکرر در کیلینک‌های درمانی و به‌طور مکرر در بیمارستان‌های بهداشتی و درمانی انجام می‌شود.

مراجعه

استفاده و سوء استفاده از مواد و الکل با انواع آسیب‌های اقتصادی، اجتماعی و سلامتی سروکار دارد که هم برای خود مصرف‌کننده و هم برای سایرین از جمله خانواده، دوستان، محله‌های محلی و شهری و در بعضی موارد مصرف‌کننده، دامنه‌ای از اختلالات روانی و رفتاری بدست می‌آورد که به نوعی از اختلالات روانی مصرف مواد از جمله اعتیاد، اضطراب، روان‌سازی، بیماری‌های روانی مشابه است.

درمان‌های تحت نگهداری بیماران تحت درمان اعتیاد به‌طور مکرر توسط متخصصین روان‌پزشکی و روان‌پزشکان بیماری‌های روانی و روان‌سازی به‌طور مکرر در کیلینک‌های درمانی و به‌طور مکرر در بیمارستان‌های بهداشتی و درمانی انجام می‌شود.

یکی از اقدامات درمانی بکر در این زمینه موسیقی درمانی می‌باشد که به‌طور مکرر در کیلینک‌های درمانی و به‌طور مکرر در بیمارستان‌های بهداشتی و درمانی انجام می‌شود.
کهن‌های نسبی از مطالعات موسيقی درمانی و دارای خطه‌های ارتباطی با مداخلات مبتنی بر موسيقی وجود دارد که آن‌ها بهبودی در اثر این نوع مداخلات نشان داده‌اند. در این پژوهش به دنبال پاسخ به این سؤال هستیم که آیا موسيقی درمانی اثری بر کیفیت زندگی، ولع مصرف، تنظیم و احساسات شرکتکننده دارد؟

بیش از همه در مطالعات اثربخشی موسيقی درمانی، اثربخشی این نوع مداخلات بر سه متغیر کیفیت زندگی، ولع مصرف و تنظیم مورد بررسی قرار گرفته است. بسیاری از مطالعات اثرات این نوع مداخلات را بر این سه متغیر بررسی کرده‌اند و نتایج آن‌ها نشان دهنده اثرات مثبتی بر این سه متغیر می‌باشند. در نتیجه، این پژوهش در محیط‌های طبی به‌طور کلی اثرات موسيقی درمانی را بر این سه متغیر بررسی می‌کند و نتایج آن را برای تولید آگاهی و شناخت دقیق این نوع مداخلات و در تهیه برنامه‌های پیشگیری و درمانی بهره‌برداری خواهد کرد.

یکی از عوامل مهم در این نوع مداخلات موسيقی درمانی نیز راهکار تغییر امکانات خودبیانگری و حمایت از افراد است. افراد به منظور بهبود وضعیت خود بهبودی نیازمند به افزایش دیدگاه و افتاری که در واقع شرایط‌هایی ممکن است در آنها تشکیل شود. به همین دلیل، افراد به منظور بهبود وضعیت خود بهبودی نیازمند به افزایش دیدگاه و افتاری که در واقع شرایط‌هایی ممکن است در آنها تشکیل شود. به همین دلیل، افراد به منظور بهبود وضعیت خود بهبودی نیازمند به افزایش دیدگاه و افتاری که در واقع شرایط‌هایی ممکن است در آنها تشکیل شود. به همین دلیل، افراد به منظور بهبود وضعیت خود بهبودی نیازمند به افزایش مهارت‌های شناختی و فردی است که در این نوع مداخلات به‌طور عمده بررسی می‌شود.

در این پژوهش به‌طور کلی اثرات موسيقی درمانی بر کیفیت زندگی، ولع مصرف و تنظیم در افراد با اختلال مصرف مواد نشان داده می‌شود. به همین دلیل، این پژوهش در محیط‌های طبی به‌طور کلی مطالعه‌های مربوط به اثرات موسيقی درمانی به منظور بهبود وضعیت خود بیانگری و حمایت از افراد است.

5. American Music Therapy Association
6. Self- Expression
7. Cooperative Group Activity
8. Synchronized Sensorimotor Experience
9. Emotional Expression
10. Social Cohesion
درمان از جمله درمان استفاده‌های شخصی و تغییر رویکرد درمان، کنترل علائم بیماری و ولع مصرف در بیماران، کنترل علائم و بهبود کیفیت زندگی بیماران. برای این کاربرد، تحقیقات حاصل از بررسی وظایف، تغییر خود‌تنظيمی فردی، تغییر رویکرد به سوی تغییرات پذیرفتگی، تغییر رفتار درمانی شناختی و رفتار مالی به طور کلی اهمیت دارند.

به طور کلی، مطالعات حاصل از بررسی استفاده‌های شخصی درمان و کنترل علائم بیماری و ولع مصرف در بیماران، کنترل علائم و بهبود کیفیت زندگی بیماران. برای این کاربرد، تحقیقات حاصل از بررسی وظایف، تغییر خود‌تنظيمی فردی، تغییر رویکرد به سوی تغییرات پذیرفتگی، تغییر رفتار درمانی شناختی و رفتار مالی به طور کلی اهمیت دارند.
پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان

این پرسش‌نامه توسط گارنفسکی و همکاران هلند تدوین شده و دارای دو نسخه انگلیسی و هلندی است. سوالی است که جهت این پرسش‌نامه یک ابزار خود گزارشی شناسایی راهبردهای مقابله ای شناختی افراد مورد استفاده قرار می‌گیرد. پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان برای افراد بالای سال (هم افراد بهنجار، هم جمعیت های بالینی) ساخته شده و از پایه تجربی و نظری خوبی برخوردار است و دارای نه خرده مقیاس پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، ملامت دیگران است. هر سؤال در مقیاس لیکرت (تقریباً همیشه) درجه‌بندی می‌شود و هر خرده مقیاس شامل چهار ماده است. نمره کل هر خرده مقیاس از طریق جمع‌کردن نمره ماده‌ها به دست می‌آید.

با پذیرش ضرایب کرونباخ در دامنه 0/92 تا 0/76 و اعتبار پرسش‌نامه مذکور از 0/77 تا 0/51 در دامنه همبستگی طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین خرده مقیاس‌ها (با دامنه همبستگی) و اعتبار ملایمی گزارش شده است.

مقایسه کیفیت زندگی وضعیت جسمانی و روانی ساخته شده و هشت حیطه مختلف سلامت (عملکرد جسمانی، محدودیت نقش جسمانی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت در نقش روانی، سلامت روحی) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. مقایسه کیفیت زندگی وضعیت جسمانی و روانی در ایران توسط منتظری و همکاران هنجاریابی شده و روایی آن در مطالعات متعددی به اثبات رسیده است. آزمون روایی همگرایی نتایج مطلوبی به دست داده و تمامی ضرایب همبستگی پیش از به دست آمده است و پایایی بازآزمایی آن 0/4 مقدار توصیه شده است.

سید رضا اسحاقی فرهمند و همکاران. مقایسه اثربخشی موسیقی درمانی و رفتاردرمانی شناختی بر کیفیت زندگی، ولع مصرف و تنظیم هیجانی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادوکین

| جلسه | اجزای پیشآموزی سلیم و آذینهای ادمان ادویه، ادمان ادویه، سلیم و آذینهای ادمان ادویه، ادمان ادویه | موسیقی درمانی | رفتاردرمانی شناختی |
|---|---|---|---|
| ۱ | اجرای پیشآموزی سلیم و آذینهای ادمان ادویه، ادمان ادویه | موسیقی درمانی | رفتاردرمانی شناختی |
| ۲ | اجرای پیشآموزی سلیم و آذینهای ادمان ادویه، ادمان ادویه | موسیقی درمانی | رفتاردرمانی شناختی |
| ۳ | اجرای پیشآموزی سلیم و آذینهای ادمان ادویه، ادمان ادویه | موسیقی درمانی | رفتاردرمانی شناختی |
| ۴ | اجرای پیشآموزی سلیم و آذینهای ادمان ادویه، ادمان ادویه | موسیقی درمانی | رفتاردرمانی شناختی |
| ۵ | اجرای پیشآموزی سلیم و آذینهای ادمان ادویه، ادمان ادویه | موسیقی درمانی | رفتاردرمانی شناختی |
| ۶ | اجرای پیشآموزی سلیم و آذینهای ادمان ادویه، ادمان ادویه | موسیقی درمانی | رفتاردرمانی شناختی |
| ۷ | اجرای پیشآموزی سلیم و آذینهای ادمان ادویه، ادمان ادویه | موسیقی درمانی | رفتاردرمانی شناختی |
| ۸ | اجرای پیشآموزی سلیم و آذینهای ادمان ادویه، ادمان ادویه | موسیقی درمانی | رفتاردرمانی شناختی |
| ۹ | اجرای پیشآموزی سلیم و آذینهای ادمان ادویه، ادمان ادویه | موسیقی درمانی | رفتاردرمانی شناختی |
| ۱۰ | اجرای پیشآموزی سلیم و آذینهای ادمان ادویه، ادمان ادویه | موسیقی درمانی | رفتاردرمانی شناختی |
| ۱۱ | اجرای پیشآموزی سلیم و آذینهای ادمان ادویه، ادمان ادویه | موسیقی درمانی | رفتاردرمانی شناختی |
| ۱۲ | اجرای پیشآموزی سلیم و آذینهای ادمان ادویه، ادمان ادویه | موسیقی درمانی | رفتاردرمانی شناختی |
پرسش نامه ولع مصرف

این مقاله یک پرسش نامه 17 سؤالی است که توسط فرانکن ساخته شده است و مشتق از یک پرسش نامه روانشناسی است که برای وابستگی به هروئین مورد استفاده قرار می‌گیرد، اما به علت توانایی سنجش کای مواد بعداً در سنجش ولع مصرف در سایر موارد به کار رفته است. این ابزار سه زیرمقیاس میل و قصد مصرف مواد، تقویت منفی و کنترل ادارک شده بر مصرف مواد را دارد و بر اساس مقیاس لیکرت درجه‌ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق تنظیم شده است.

اعتبار کلی این پرسش نامه را به روش فرانکن و همکاران 0/75 و 0/80، 0/77 و 0/85 آلفای کرونباخ مقدار آلفای 39[28] گزارش دادند. در پژوهش مکری و همکاران گزارش شده 0/81 و 0/65، 0/78 کرونباخ این مقیاس به ترتیب است.

روش مداخله

آموزش موسیقی درمانی

برای گروه آزمایش هشته جلسه موسیقی درمانی به صورت گروهی آموزش ماهانه 14 جلسه می‌باشد. قالب ماهانه که در جلسات آموزش طلبه به ترتیب شماره 1 آورده شده است.

روش‌های رفتاردرمانی شناختی

برای گروه به صورت رفتاردرمانی شناختی در هشت جلسه و هر جلسه به مدت 90 دقیقه اجرا شده است.

نتایج نشان داد میانگین و انحراف معیار سن نمونه پژوهش، رفتاردرمانی شناختی 30/16 ± 5/3 در گروه موسیقی درمانی بود. سابقه مصرف 31/00 ± 5/2 و 31/94 ± 5/7، گروه رفتاردرمانی شناختی درصد افراد گروه موسیقی درمانی دارای شغل آزاد، 50 درصد کارمند بودند. این میزان برای گروه رفتاردرمانی شناختی 38 درصد و برای گروه کنترل 22 درصد بیکار و 22 درصد آزاد بود.

درصد کارمند بودند.

روش‌های رفتاردرمانی شناختی

نیازمند برای کاهش ولع مصرف و تنظیم هیجانی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون

جدول شماره 13. Desires For Drug Questionnaire (DDQ)
جدول ۲. مقایسه اثرات موسیقی درمانی و رفتار درمانی شناختی بر اعضای گروه‌های آزمون و کنترل

| متغیرهای پژوهش | گروه‌های آزمون | کنترل | گروه‌های پژوهش | گروه‌های آزمون | کنترل |
|----------------|---------------|-------|----------------|---------------|-------|
| نمره تفاضل ولع مصرف | ۲۷/۹۸±۱۳/۲۶ | ۲۷/۹۵±۱۲/۸۴ | ۲۷/۹۸±۱۳/۲۶ | ۲۷/۹۵±۱۲/۸۴ | ۲۷/۹۸±۱۳/۲۶ |
| نمره تفاضل گهواره | ۳۷/۳۷±۱۷/۶۲ | ۳۷/۳۷±۱۷/۶۲ | ۳۷/۳۷±۱۷/۶۲ | ۳۷/۳۷±۱۷/۶۲ | ۳۷/۳۷±۱۷/۶۲ |

پرای استفاده از تحلیل کوئیلی یالس از آزمون ۳۷/۳۷±۱۷/۶۲ و همگنی شیب‌ها، خلا بودن و نرمال بودن توزیع چاپ استفاده شد. همان‌طور که در جدول شماره ۳ ملاحظه می‌شود، نمره و پیوستگی همگنی واریانس، نرمال بودن داده‌ها و همگنی شیب گرسنگی برای تمامی متغیرها به‌طور یکسان صفر و همگنی باشند و این در میانگین و انحراف معیار متغیرها در گروه‌های آزمون و کنترل میانگین و انحراف معیار متغیرها در هر گروه با یکدیگر برابر است.

نتایج مندرج در جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که تمامی عملکرد در میانگین و انحراف معیار متغیرهای تحقیق به‌طور یکسان صفر و همگنی باشند و این در مینی‌گری و گروه‌های آزمون و کنترل میانگین و انحراف معیار متغیرها در هر گروه با یکدیگر برابر است. علاوه بر این، در جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که تمامی متغیرهای تحقیق، همگنی، نرمال بودن و همگنی شیب‌ها، نرمال بودن داده‌ها و نرمال بودن توزیع چاپ صفر و همگنی باشند و این در میانگین و انحراف معیار متغیرها در هر گروه با یکدیگر برابر است.
یافته‌ها نشان داد که موسیقی درمانی باعث افزایش کیفیت زندگی، کاهش هیجانی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون بود. یافته‌ها همچنین نشان داد که موسیقی درمانی و رفتاردرمانی شناختی در مورد مصرف و تنظیم منفی شناختی هیجان معنی‌دار نبود. همچنین یافته‌ها نشان داد که باعث می‌گردد و احساسات مثبت را افزایش می‌دهد.

طرح این پژوهش بر اساس مفهوم واقعی درمان موسیقی و رفتاردرمانی شناختی در بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد گردیده و هدف آن می‌بود تا اثربخشی موسیقی درمانی و رفتاردرمانی شناختی در مورد مصرف و تنظیم منفی شناختی هیجان و کیفیت زندگی ابزاری به‌شمار آید که می‌تواند بهبود بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد را بهبود بخشی نماید.

**جدول 5: مقایسه نمره‌های تفاضل پس آزمون و پیش آزمون در گروه‌های مختلف**

| گروه‌ها                     | تفاضل پس آزمون | تفاضل پیش آزمون |
|------------------------------|------------------|-------------------|
| موسیقی درمانی                | گروه 1           | گروه 2            |
| رفتاردرمانی شناختی          | گروه 3           | گروه 4            |
| کنترل                          | گروه 5           | گروه 6            |
که رفتارهایی در این فرد مؤثر بوده است، اما به دلیل اینکه مورد نظر تفاوت قرار گرفته است فراموش شده است. یک کمیک شده است که این مورد می‌تواند آن‌ها را در پی داشته باشد. پیرو رتوح و همکاران نشان دادند که این درمان به لحاظ مقایسه یکی‌گوش یکی‌سازی یکی با مصرف مواد یکسان باشد. با این تحقیق دیدگاهی که این درمان را به بهبود کیفیت زندگی به خصوص در دامنه‌های معنی‌دار و رویکرد هیجان‌های اجتماعی باعث افت آزمودنی‌ها سایر متغیرهای مزاحم خواهد شد. با کنترل استفاده کرده و در بخش‌های محدودیت‌های مهم این پژوهش مشکل به عنوان یک درمان مکمل در کنار سایر روش‌های درمانی پررنگ‌تری دارد تا هیجانات منفی؛ بنابراین از این درمان می‌توان داشته باشد و این امر در مورد افزایش هیجانات مثبت نقش مهمی در کنار سایر درمان‌ها یافته شده است. موسیقی درمانی به عنوان یک درمان مکمل است و معنی‌داری با یکدیگر نداشتند. همچنین نتایج به دست آمده عمده‌ای در بهبود علائم روانی و کاهش میزان عود و برگشت مؤثری در کاهش مصرف و میزان اشتیاق تجربه شده بیمار و سهم و همکاران، کادن، سیلوا و سرا مداخلات شناختی رفتاری نشان دادند. در پژوهش‌های ایروین و همکاران، کارول منفی نقش مؤثرتری نسبت به موسیقی درمانی داشت. نتایج شناختی رفتاری در افزایش کیفیت زندگی و کاهش هیجانات شناختی، یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان با بررسی مقایسه دو درمان موسیقی درمانی و رفتاردرمانی بالا ببرد و باعث ارتقاء تنظیم هیجانی و کاهش ولع مصرف می‌کند، می‌تواند کیفیت زندگی این افراد را بهتر نماید و باعث ارتقای تنظیم‌های اجتماعی و کاهش ولع مصرف مواد تمرکز دارد. می‌تواند کیفیت زندگی این افراد را بهتر نماید و باعث ارتقای تنظیم‌های اجتماعی و کاهش ولع مصرف می‌کند، می‌تواند کیفیت زندگی این افراد را بهتر نماید و باعث ارتقای تنظیم‌های اجتماعی و کاهش ولع مصرف می‌کند. هافمن و همکاران به این نتیجه دست یافتند که درمان باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران دارای مصرف مواد و همکاران نشان دادند که این رفتارهایی در این افراد مؤثر بوده اند، اما به دلیل اینکه هم بر فرآیندهای شناختی و هم رفتاری بیماران دارای همکاران، سوگارمن و همکاران. همچنین نتایج به دست آمده عمده‌ای در بهبود علائم روانی و کاهش میزان عود و برگشت مؤثری در کاهش مصرف و میزان اشتیاق تجربه شده بیمار و سهم و همکاران، کادن، سیلوا و سرا مداخلات شناختی رفتاری نشان دادند. در پژوهش‌های ایروین و همکاران، کارول منفی نقش مؤثرتری نسبت به موسیقی درمانی داشت. نتایج شناختی رفتاری در افزایش کیفیت زندگی و کاهش هیجانات شناختی، یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان با بررسی مقایسه دو درمان موسیقی درمانی و رفتاردرمانی بالا ببرد و باعث ارتقای تنظیم‌های اجتماعی و کاهش ولع مصرف می‌کند، می‌تواند کیفیت زندگی این افراد را بهتر نماید و باعث ارتقای تنظیم‌های اجتماعی و کاهش ولع مصرف می‌کند. هافمن و همکاران به این نتیجه دست یافتند که درمان باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران دارای مصرف مواد و همکاران نشان دادند که این رفتارهایی در این افراد مؤثر بوده اند، اما به دلیل اینکه هم بر فرآیندهای شناختی و هم رفتاری بیماران دارای همکاران، سوگارمن و همکاران. همچنین نتایج به دست آمده عمده‌ای در بهبود علائم روانی و کاهش میزان عود و برگشت مؤثری در کاهش مصرف و میزان اشتیاق تجربه شده بیمار و سهم و همکاران، کادن، سیلوا و سرا مداخلات شناختی رفتاری نشان دادند. در پژوهش‌های ایروین و همکاران، کارول منفی نقش مؤثرتری نسبت به موسیقی درمانی داشت. نتایج شناختی رفتاری در افزایش کیفیت زندگی و کاهش هیجانات شناختی، یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان با بررسی مقایسه دو درمان موسیقی درمانی و رفتاردرمانی بالا ببرد و باعث ارتقای تنظیم‌های اجتماعی و کاهش ولع مصرف می‌کند، می‌تواند کیفیت زندگی این افراد را بهتر نماید و باعث ارتقای تنظیم‌های اجتماعی و کاهش ولع مصرف می‌کند. هافمن و همکاران به این نتیجه دست یافتند که درمان باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران دارای مصرف مواد و همکاران نشان دادند که این رفتارهایی در این افراد مؤثر بوده اند، اما به دلیل اینکه هم بر فرآیندهای شناختی و هم رفتاری بیماران دارای همکاران، سوگارمن و همکاران. همچنین نتایج به دست آمده عمده‌ای در بهبود علائم روانی و کاهش میزان عود و برگشت مؤثری در کاهش مصرف و میزان اشتیاق تجربه شده بیمار و سهم و همکاران، کادن، سیلوا و سرا مداخلات شناختی رفتاری نشان دادند. در پژوهش‌های ایروین و همکاران، کارول منفی نقش مؤثرتری نسبت به موسیقی درمانی داشت. نتایج شناختی رفتاری در افزایش کیفیت زندگی و کاهش هیجانات شناختی، یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان با بررسی مقایسه دو درمان موسیقی درمانی و رفتاردرمانی بالا ببرد و باعث ارتقای تنظیم‌های اجتماعی و کاهش ولع مصرف می‌کند، می‌تواند کیفیت زندگی این افراد را بهتر نماید و باعث ارتقای تنظیم‌های اجتماعی و کاهش ولع مصرف می‌کند. هافمن و همکاران به این نتیجه دست یافتند که درمان باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران دارای مصرف مواد و همکاران نشان دادند که این رفتارهایی در این افراد مؤثر بوده اند، اما به دلیل اینکه هم بر فرآیندهای شناختی و هم رفتاری بیماران دارای همکاران، سوگارمن و همکاران.
مواجهه بود در تهیه نتایج به جنسیت زن، به دلیل استقلال از جنسیت مدرن، باید جوانب احتیاط رعایت شود درمان زنان بیشتر می‌شود از موسیقی درمانی به عنوان یک درمان مؤثر استفاده شود.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش در سایت کارآزمایی بالینی یافت، کد IRCT20191030045280N1 اصلی در این مطالعه رهایی شده است و اکثریت اعضای آن با هم موسیقی درمانی، با هم آنها اطلاعات خواهد که اطلاعاتشان محروم خواهد شده.

نمونه‌سازی

تمام نویسندگان در طراحی، اجرای نگارش همه پژوهش حاضر مشارکت داشتند.

مشارکت نویسندگان

این تحقیق هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش‌های عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرد.

تعارض منافع

بنا به اظهار نویسندگان، این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافعی ندارد.
References

[1] Nutt DJ, King LA, Phillips LD. Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis. The Lancet. 2010; 376(9752):1558-65. [DOI:10.1016/S0140-6736(10)61462-6]

[2] Tomás-Rosselló J, Rawson RA, Zarza MJ, Bellow A, Busse A, Saenz E, et al. United Nations Office on Drugs and Crime international network of drug dependence treatment and rehabilitation resource centres: Treatnet. Substance Abuse. 2010; 31(4):251-63. [DOI:10.1080/08997077.2010.514243] [PMID]

[3] Abue S. Mental Health Services Administration. Results from the. 2013 Jan 10; 2013.

[4] Jhanjee S. Evidence based psychosocial interventions in substance use. Indian Journal of Psychological Medicine. 2014; 36(2):112-8. [DOI:10.1016/j.ijpmed.2013.06.006] [PMID] [PM-CID]

[5] Aletraris L, Paino M, Edmond MB, Roman PM, Bride J. The effect of music and music therapy in substance abuse treatment programs. Journal of Addictions Nursing. 2014; 25(4):190-6. [DOI:10.1097/JAN.0000000000000048] [PMID] [PM-CID]

[6] Malchiodi CA, Crenshaw DA, editors. Creative arts and play therapy for attachment problems. New York: Guilford Publications; 2015. https://books.google.com/books?id=5R80CgAAQBAJ&dq

[7] Shuman J, Kennedy H, DeWitt P, Edelblute A, Wamboldt AE, Saenz E, et al. United Nations Office on Drugs and Crime international network of drug dependence treatment and rehabilitation resource centres: Treatnet. Substance Abuse. 2010; 31(4):251-63. [DOI:10.1080/08997077.2010.514243] [PMID]

[8] Alper MZ. Group music therapy impacts mood states of adolescents in a psychiatric hospital setting. The Arts in Psychotherapy. 2016; 49:50-6. [DOI:10.1016/j.artspr.2016.05.014]

[9] Pelletier CL. The effect of music on decreasing arousal due to stress: A meta-analysis. Journal of Music Therapy. 2004; 41(3):192-214. [DOI:10.1093/jmt/41.3.192] [PMID]

[10] Sharma M, Jagdev T. Use of music therapy for enhancing self-esteem among academically stressed adolescents. Pakistan Journal of Psychological Research. 2012; 27(1):53-64. https://psycnet.apa.org/record/2012-30966-001

[11] Ross S, Cidambi I, Dermatis H, Weinstein J, Zaidonis D, Roth S, et al. Music therapy: A novel motivational approach for dually diagnosed patients. Journal of Addictive Diseases. 2008; 27(1):41-53. [DOI:10.1300/J069v27n01_05] [PMID]

[12] Baker FA, Gledhill LM, Dingle GA. Music therapy and emotional exploration: Exposing substance abuse clients to the experiences of non-drug-induced emotions. The Arts in Psychotherapy. 2007; 34(4):321-30. [DOI:10.1016/j.artspr.2007.04.005]

[13] Gooding LF. The effect of a music therapy social skills training program on improving social competence in children and adolescents with social skills deficits. Journal of Music Therapy. 2011; 48(4):440-62. [DOI:10.1093/jmt/48.4.440] [PMID]

[14] Lin ST, Yang P, Lai CY, Su YY, Yeh YC, Huang MF, et al. Mental health implications of music: Insight from neuroscientific and clinical studies. Harvard Review of Psychiatry. 2011; 19(1):34-46. [DOI:10.1016/j.hrpj.2011.04.006] [PMID]

[15] Jones JD. A comparison of songwriting and lyric analysis techniques to evoke emotional change in a single session with people who are chemically dependent. Journal of Music Therapy. 2005; 42(2):94-110. [DOI:10.1093/jmt/42.2.94] [PMID]

[16] Magee WL, Davidson JW. The effect of music therapy on mood states in neurological patients: A pilot study. Journal of Music Therapy. 2002; 39(1):20-9. [DOI:10.1093/jmt/39.1.20] [PMID]

[17] Dougherty KM. Music therapy in the treatment of the alcoholic client. Music Therapy. 1984; 4(1):47-54. [DOI:10.1093/jmt/4/1.47]

[18] Rio R. Adults in recovery: A year with members of the choirhouse. Nordic Journal of Music Therapy. 2005; 14(2):107-19. [DOI:10.1080/089813059047813]

[19] Silverman MJ. Effects of a single lyric analysis intervention on withdrawal and craving with inpatients on a detoxification unit: A cluster-randomized effectiveness study. Substance Use & Misuse. 2016; 51(2):241-9. [DOI:10.3109/10826084.2015.1092990] [PMID]

[20] Hohmann L, Bradt J, Stegemann T, Koelsch S. Effects of music therapy and music-based interventions in the treatment of substance use disorders: A systematic review. PloS One. 2017; 12(11):e0187363. [DOI:10.1371/journal.pone.0187363] [PMID] [PMCID]

[21] Dingle GA, Gledhill L, Baker FA. Can music therapy engage patients in group cognitive behaviour therapy for substance abuse treatment? Drug and Alcohol Review. 2008; 27(2):100-6. [DOI:10.1080/09595230701829371] [PMID]

[22] Stead M, McDermott L, Gordon R, Angus K, Hastings G. A review of the effectiveness of social marketing alcohol, tobacco and substance misuse interventions. National Social Marketing Centre. 2006; Report 3. http://www.asrem.org/corsi aggiornamento_convegni/comunicazione%20per%20la%20slute/Alcol,%20tabacco%20ed%20abuso%20sostanze%20nol%20Marketing%sociale.PDF

[23] Carroll KM, Ball SA, Nich C, Martino S, Frankforter TL, Farentinos C, et al. Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study. Drug and Alcohol Dependence. 2006; 81(3):301-12. [DOI:10.1016/j.drugalcdep.2005.08.002] [PMID] [PMCID]

[24] Feeney GF, Connor JP, Young RM, Tucker J, McPherson A. Improvement in measures of psychological distress amongst amphetamine misusers treated with brief Cognitive-Behavioural Therapy (CBT). Addictive Behaviors. 2006; 31(10):1833-43. [DOI:10.1016/j.addbeh.2005.12.026] [PMID]

[25] Pan S, Jiang H, Du J, Chen H, Li Z, Ling W, et al. Efficacy of cognitive behavioral therapy on opiate use and retention in methadone maintenance treatment in China: A randomised trial. PloS One. 2015; 10(6):e0127598. [DOI:10.1371/journal.pone.0127598] [PMID] [PMCID]

[26] Raylu N, Oei TP. A cognitive behavioural therapy programme for problem gambling: Therapist manual. London: Routledge; 2010. [DOI:10.4324/9780203850428]
[27] Roos CR, Bowen S, Witkiewitz K. Baseline patterns of substance use disorder severity and depression and anxiety symptoms moderate the efficacy of mindfulness-based relapse prevention. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2017; 85(11):1041-51. [DOI:10.1037/ccp0002499] [PMID] [PMCID]

[28] Berking M, Margraf M, Ebert D, Wupperman P, Hofmann SG, Junghanns K. Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2011; 79(3):307-18. [DOI:10.1037/a0023421] [PMID] [PMCID]

[29] Peyravi H, Alavi SS, Ghanizadeh M. The effect of compliance with group therapy on quality of life, global function and care after treatment in opium addicted under MMT (Methadone Maintanence Therapy) (Persian). Iran Journal of Nursing. 2018; 30(10):45-57. [DOI:10.29252/ijn.30.10.45]

[30] Dingle GA, Cruwys T, Frings D. Social identities as pathways into and out of addiction. Frontiers in Psychology. 2015; 6:1795. [DOI:10.3389/fpsyg.2015.01795] [PMID] [PMCID]

[31] Matin BK, Jalilian F, Alavijeh MM, Ashtarian H, Mahboubi M, Afsar A. Using the PRECEDE model in understanding determinants of quality of life among Iranian male addicts. Global Journal of Health Science. 2014; 6(6):19-27. [DOI:10.5339/gjhs.v6n6p19] [PMID] [PMCID]

[32] Ford JD, Steinberg KL, Hawke J, Levine J, Zhang W. Randomized trial comparison of emotion regulation and relational psychotherapies for PTSD with girls involved in delinquency. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2012; 41(1):27-37. [DOI:10.1080/15374416.2012.632343] [PMID]

[33] Willenbring ML. The past and future of research on treatment of alcohol dependence. Alcohol Research & Health. 2005; 29(3):121-128. [DOI:10.2190/AR.29.3.B]

[34] Garnelius N, Kraaij V. The cognitive emotion regulation questionnaire. European Journal of Psychological Assessment. 2007; 23(3):141-9. [DOI:10.1027/1015-5799.23.3.141]

[35] Mashhadi A, Hasan J, Mirdoraghi F. [Factor structure, reliability and validity of Persian Version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-children form (CERQ-KP) (Persian)]. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2012; 14(55):246-59. [DOI:10.22107/jfpmh.2013.942]

[36] Ware Jr JE, Gandek B. Overview of the SF-36 health survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) project. Journal of Clinical Epidemiology. 1998; 51(11):903-12. [DOI:10.1016/S0895-4356(98)00081-X]

[37] Montazeri A, Goshstasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. Quality of Life Research. 2005; 14(3):675-82. [DOI:10.1007/s11136-004-1014-5] [PMID]

[38] Franken IHA, 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. Addictive Behaviors. 2002; 27(5):675-85. [DOI:10.1006/adbv.2002.0339] [PMID] [PMCID]

[39] Hassani-Abharian P, Mokri A, Ganghah H, Oghabian MA, Ekhtiari H. Validation for Iranian versions of “desire for drug questionnaire” and “obsessive compulsive drug use scale” in heroin dependents. Archives of Iranian Medicine. 2016; 19(9):659-65. [PMID]

[40] Unkefer RF, Thaut M, editors. Music therapy in the treatment of adults with mental disorders: Theoretical bases and clinical interventions. New York: Schirmer Books; 1990. https://books.google.fr/books?hl=en&redir_esc=y&hl=fr&id=iEQJAlQAAAM&dq=iranian+journal+of+psychiatry&lr=

[41] Kim KJ, Lee SN, Lee BH. Music therapy inhibits morphine-seeking behavior via GABA receptor and attenuates anxiety-like behavior induced by extinction from chronic morphine use. Neuroscience Letters. 2018; 674:81-7. [DOI:10.1016/j.neulet.2018.03.035] [PMID]

[42] Gardstrom SC, Klemm A, Murphy KM. Women’s perceptions of the usefulness of group music therapy in addictions recovery. Nordic Journal of Music Therapy. 2017; 26(4):338-58. [DOI:10.1080/08098131.2016.1299649]

[43] Streeter E, Davies MEP, Reiss JD, Hunt A, Caley R, Roberts C. Computer aided music therapy evaluation: Testing the Music Therapy Logbook prototype 1 system. The Arts in Psychotherapy. 2012; 39(1):1-10. [DOI:10.1016/j.aitp.2011.11.004]

[44] Ghetti C, Chen XJ, Fachner J, Gold C. Music therapy for people with substance use disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017; 2017(3):CD012576. [DOI:10.1002/14651858.CD012576] [PMCID]

[45] Choi AN, Lee MS, Lee JS. Group music intervention reduces aggression and improves self-esteem in children with highly aggressive behavior: A pilot controlled trial. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2010; 7(2):213-7. [DOI:10.1093/ecam/nem182] [PMID] [PMCID]

[46] Jasemi Zergani E, Naderi F. The effectiveness of music on quality of life and anxiety symptoms in the post traumatic stress disorder in Bustan Hospital of Ahvaz City. Review of European Studies. 2016; 8(3):237-43. [DOI:10.5539/res.v8n3p237]

[47] Dillard LM. Musical countertransference experiences of music therapists: A phenomenological study. The Arts in Psychotherapy. 2006; 33(3):208-17. [DOI:10.1016/j.aip.2006.01.002]

[48] Silverman MJ. Effects of music therapy on psychiatric patients’ proactive coping skills: Two pilot studies. The Arts in Psychotherapy. 2011; 38(2):125-9. [DOI:10.1016/j.aip.2011.02.004]

[49] Coates JM, Gullo MJ, Feehey GF, Young RM, Connor JP. A randomized trial of personalized cognitive-behavior therapy for alcohol use disorder in a public health clinic. Frontiers in Psychiatry. 2018; 9:297. [DOI:10.3389/fpsyg.2018.00297] [PMID] [PMCID]

[50] Hoffman CJ, Ersser SJ, Hopkinson JB, Nicholls PG, Harrington JE, Thomas PW. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in mood, breast-and endocrine-related quality of life, and well-being in stage 0 to III breast cancer: a randomized, controlled trial. Journal of Clinical Oncology. 2012; 30(12):1335-42. [DOI:10.1200/JCO.2010.34.0331] [PMID]

[51] Miller WR, Sorensen JL, Selzer JA, Brigham GS. Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: A review with suggestions. Journal of Substance Abuse Treatment. 2006; 31(1):25-39. [DOI:10.1016/j.jsat.2006.03.005] [PMID]
[52] McHugh RK, Hearon BA, Otto MW. Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. Psychiatric Clinics of North America. 2010; 33(3):511-25. [DOI:10.1016/j.psc.2010.04.012] [PMID] [PMCID]

[53] Sugarman DE, Nich C, Carroll KM. Coping strategy use following computerized cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. Psychology of Addictive Behaviors. 2010; 24(4):689-95. [DOI:10.1037/a0021584] [PMID] [PMCID]

[54] Osilla KC, Hepner KA, Muñoz RF, Woo S, Watkins K. Developing an integrated treatment for substance use and depression using cognitive-behavioral therapy. Journal of Substance Abuse Treatment. 2009; 37(4):412-20. [DOI:10.1016/j.jsat.2009.04.006] [PMID] [PMCID]

[55] Driessen E, Hollon SD. Motivational interviewing from a cognitive behavioral perspective. Cognitive and Behavioral Practice. 2011; 18(1):70-3. [DOI:10.1016/j.cbpra.2010.02.007]
