

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش وسواس فکری و عملی مصرف مواد، اضطراب و افسردگی معتادان تحت متادون درمانی

عباس همت^۱، جهانگیر محمدی بایتمر^۲، دکتر رضا پیرزه^۳، دکتر محسن داداشی^۴ 

نویسنده‌ی مسئول: دکتر محسن داداشی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران mohsendadashi@zums.ac.ir

دریافت: ۹۶/۵/۲۲ پذیرش: ۹۶/۹/۲۶

چکیده

زمینه و هدف: موج سوم درمان شناختی رفتاری از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شامل رویکردها و روش‌های جدیدی است که پتانسیل بالایی برای رسیدگی به موارد پیچیده سوءمصرف مواد دارد. به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تاکید بر ذهن آگاهی و توجه بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، در بازتوانی معتادان تحت متادون درمانی موثر باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش وسواس فکری و عملی مصرف مواد، اضطراب و افسردگی معتادان تحت متادون درمانی انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه‌ی شبه تجربی، جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی مردان معتاد تحت درمان با متادون شهر زنجان در سال‌های ۹۴ تا ۹۵ بود. نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده و مساوی در دو گروه مداخله و کنترل قرار داده شدند و گروه مداخله در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد شرکت کردند. پرسش‌نامه‌های مقیاس وسواس فکری-عملی مصرف مواد مدل و همکاران، اضطراب و افسردگی در قالب پیش‌آزمون، پس‌آزمون و یک دوره پیگیری سه‌ماهه در دو گروه اجرا شد.

یافته‌ها: گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور موثری توانست وسواس فکری و عملی مصرف مواد، اضطراب و افسردگی را کاهش دهد ($P < 0/05$). اندازه‌ی اثر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون در مورد وسواس فکری و عملی مصرف مواد ($1/04$)، اضطراب ($1/64$) و افسردگی ($1/76$) بزرگ بود؛ و این تاثیرات در یک دوره پیگیری سه‌ماهه با ثبات باقی ماندند.

نتیجه‌گیری: پژوهش حاضر نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور موثری در کاهش وسواس فکری-عملی مصرف مواد، اضطراب و افسردگی موثر است؛ بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را می‌توان به‌عنوان یک مداخله موثر برای اختلالات روان‌شناختی مرتبط با سوءمصرف مواد در بیماران تحت متادون درمانی به کار برد.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، وسواس فکری و عملی، اضطراب، افسردگی، معتاد، متادون درمانی

-
- ۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
 - ۲- کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
 - ۳- متخصص روان‌پزشکی، استادیار گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
 - ۴- دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
 - ۵- دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، استادیار مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

مقدمه

مصرف مواد یکی از جدی‌ترین معضلات بشری در سال‌های اخیر و یکی از پیچیده‌ترین پدیده‌های انسانی است که پایه‌ها و بنیان‌های جامعه انسانی را به تحلیل می‌برد و پیشگیری از آن نیازمند کاربرد تئوری‌های متعدد در رشته‌های علمی مختلف و تکنیک‌های متنوع است. دامنه‌ی تاثیرات اعتیاد از آن رو حائز اهمیت است که علاوه بر فرد معتاد، خانواده و دوستان نیز در معرض آثار ویرانگر آن قرار خواهند گرفت (۱). طبق معیارهای (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5th Editions) DSM-V سوءمصرف مواد به صورت یک الگوی غیر انطباقی مصرف مواد که موجب اختلال واضح بالینی یا ناراحتی می‌شود، به همراه مواردی نظیر مصرف مکرر مواد در حد ایجاد اختلال در انجام وظایف، ایجاد خطرهای فیزیکی و مشکلات قانونی برای وی و ادامه دادن به مصرف مواد به‌رغم مشکلات پدید آمده برای فرد تعریف می‌شود (۲).

بسیاری از محققانی که درباره‌ی تمایل به مصرف مواد تحقیق کرده‌اند آن را یک راهبرد مقابله با تغییرات در نظر گرفته‌اند. به عبارت دیگر، سوءمصرف کنندگان مواد قادر به شناسایی، توصیف، پذیرش و تحمل احساسات منفی نیستند؛ بنابراین، آن‌ها به دنبال راه‌های سریع برای مدیریت موقعیت‌های فشارزا با اثرات منفی هستند. برای رسیدن به این هدف، خود را با مواد مخدر درمان می‌کنند. در حقیقت، این‌گونه می‌توان بیان کرد که سوءمصرف مواد، راهی برای جلوگیری از احساسات منفی مانند افسردگی یا اضطراب است (۳). بیماران وابسته به مواد اغلب در مهارت‌های زندگی خود نقص دارند؛ بنابراین درمان رفتاری شناختی می‌تواند برای یادگیری مهارت‌های اجتماعی مانند حل مسئله، مدیریت خشم، حل تعارض، اعتمادبه‌نفس به کار گرفته شود و به عنوان یکی از رویکردهای درمان برای بیماران وابسته به مواد معرفی شده

است. در حال حاضر اعتقاد بر این است که مداخلات رفتاری شناختی برای کاهش مصرف مواد و کاهش افسردگی، اضطراب موثر هستند (۴). رویکرد شناختی رفتاری برای درمان اختلال وابستگی به مواد، بر اجتناب کامل از همه سرنخ‌های مربوط به مواد تاکید دارد. بخش زیادی از تلاش‌های بیمار صرف جلوگیری از نگرش‌های منفی نسبت به عود می‌شود. یکی از خطرات تاکید بیش از حد بر اجتناب می‌تواند نگرش منفی نسبت به همه‌ی حوادث، احساسات و خاطرات باشد و ممکن است منجر به فاصله‌گیری از گروه درمان شود و خطر بیشتری برای عود بیماری ایجاد کند (۳). یکی از عوامل موثر در عود سوءمصرف مواد، اختلالات روانی است، به طوری که در برخی از مطالعه‌ها، عوامل مربوط به جنبه روانی تندرستی، مهم‌ترین عوامل در عدم تداوم ترک شناخته شدند. همچنین افرادی که در معرض تعارض‌های روانی و اختلال‌های اضطرابی بوده‌اند، احتمال عود بیشتری دارند (۵). افسردگی از عوامل مهم کاهش تبعیت از درمان است. عدم مشارکت بیماران افسرده در درمان، بر مشکلات طبی آن‌ها می‌افزاید و سلامت آنان را به مخاطره انداخته و در نهایت باعث مرگ زودرس آنان خواهد شد (۶). اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی هستند که سالانه میلیون‌ها نفر را در دنیا دچار مشکل می‌سازند. اختلال اضطراب فراگیر با افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های طبی همراه بوده و نیز به عنوان یک عامل خطر در سبب‌شناسی گسترده‌ای از اختلالات روان‌پزشکی به‌ویژه افسردگی و سوءمصرف الکل مورد توجه قرار گرفته است، به‌گونه‌ای که تشخیص و درمان به‌موقع آن یکی از چالش‌های مهم در محافل بالینی است (۷). نتایج مطالعه مقدماتی مورت نشان داده تلفیق محتوای درمانی که در برگیرنده تکنیک‌های CBT سستی نیز باشد، در درمان بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی موثرتر است و این مسئله در پیچه‌ای رو به پیشرفت روش‌های درمانی

مداخلات درمانی دیگری لازم است تا شاخص‌های پیش‌آگهی ضعیف، مقاومت درمانی و محدودیت‌های مداخلات درمانی فعلی را هدف قرار دهند. تحقیقات اخیر روی درمان پذیرش و تعهد نتایج رضایت‌بخش و دلایل منطقی برای استفاده از آن در کار بالینی و حوزه‌های مختلف مثل اضطراب، افسردگی، سوءمصرف مواد، وسواس، درد مزمن و ... فراهم کرده‌اند (۱۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک‌شکل از درمان شناختی رفتاری مبتنی بر زمینه‌گرایی عملکردی است و ریشه در نظریه جدیدی در مورد زبان و شناخت دارد که نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی نامیده می‌شود (۱۲). هدف این درمان، کاهش اجتناب تجربی همراه با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. فردی که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دارد از رویدادهای ناخواسته اجتناب نمی‌کند و سعی در تغییر و کنترل آن‌ها ندارد؛ بنابراین انرژی خود را به جای مقابله با اجتناب از رویدادهای ناخواسته، صرف ارزش‌ها و کیفیت زندگی می‌کند (۱۳). در این رویکرد درمانی به بیمار آموزش داده می‌شود که تلاش برای اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی آزاردهنده‌اش بی‌تاثیر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید سعی کند آن‌ها را به‌طور کاملی بپذیرد. در گام بعدی به آگاهی روانی فرد در زمان حال تاکید می‌شود و فرد به حالات روانی، جسمانی، افکار، احساسات و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در گام سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناخت) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. سپس در گام چهارم بر تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی داستان زندگی‌اش (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است تاکید می‌شود. در گام پنجم، به فرد کمک می‌شود تا ارزش‌های شخصی‌اش را بشناسد و به شکل عملیاتی بتواند آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها) و درنهایت، برای انجام عمل متعهدانه و معطوف به اهداف و ارزش‌های

باز می‌کند؛ باوجود اینکه ACT رویکرد جایگزین قوی است که باعث افزایش مقبولیت و مشارکت در تغییرات رفتاری و مواجهه درمانی با ایجاد واکنش انعطاف‌پذیری و یادگیری جدید بهنگام رویارویی با محرک‌های اضطراب‌آور می‌شود، مطالعات تجربی اخیر نشان داده که آموزش تکنیک پذیرش در کنار فنون درمان شناختی رفتاری به ویژه رویارویی پریشانی و اضطراب را به میزان بیشتری پایین آورده و نیز تحمل افراد برای علائم اضطرابی را افزایش می‌دهد (۸). در پژوهش توهی، کراسبی پیرامون اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر اختلالات اضطرابی، سه آزمودنی به ترتیب مبتلابه اختلال وحشت‌زدگی همراه با فوبی مکان‌های باز، فوبی اجتماعی همراه با اضطراب فراگیر و اختلال استرس پس از سانحه، پس از دریافت ۴ الی ۱۰ جلسه ACT بهبود یافتند (۹). در اختلال وسواس فکری و عملی فرد افکار، تصاویر ذهنی یا تکانه‌های مزاحم و تکرارشونده‌ای را تجربه می‌کند که افکار وسواسی تعریف می‌شوند. رفتارهای تکرارشونده بعدی که هدف از آن‌ها کاهش اضطراب همراه با افکار وسواسی است، اعمال وسواسی خوانده می‌شوند (۱۰). هر دو نوع رفتار اجتناب و اعمال وسواسی بیمار را از رویارویی با افکار و موقعیت‌های برانگیزاننده این افکار بازمی‌دارند. به این ترتیب اعمال وسواسی و اجتناب مانع ارزیابی مجدد می‌شوند. معمولاً اتفاقی که پس از بازداری از پاسخ می‌افتد این است که ابتدا افزایش چشمگیری در میزان اضطراب و ناراحتی و میل به انجام تشریفات در فرد مبتلا ایجاد می‌شود و چنانچه این وضعیت ادامه یابد، اضطراب شدت می‌یابد (۱۱). با توجه به تعریف اختلال وسواس فکری و عملی و شباهت آن با اختلال سوءمصرف مواد می‌توان افکار و رفتارهای مواد جوینانه در اختلال سوءمصرف مواد را می‌توان نوعی اختلال وسواسی اجباری دانست. بیمارانی که به کوشش‌های درمان درمان شناختی رفتاری، دارودرمانی پاسخ نمی‌دهند می‌بایست با گزینه‌های درمانی دیگری بررسی شوند (۱۰). لذا،

مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی به فرد انگیزه داده شود (۱۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال آن است که به افراد بیاموزند چگونه دست از بازداری فکر بردارند، چگونه از افکار مزاحم بگسلند و نیز باعث می‌شوند فرد هیجانات نامطبوع را بیشتر تحمل کند (۱۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیچ محتوای شناختی، هیجان یا احساس فیزیولوژیکی خاصی را مخاطب قرار نمی‌دهد. درمان، هم فضای شناختی که افکار وسواسی، اضطراب و مانند این‌ها در آن رخ می‌دهد و هم پاسخ‌ها به این تجارب شناختی را هدف قرار می‌دهد (۱۵).

پژوهش‌ها نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رمان اختلالات روان‌شناختی مختلفی از جمله افسردگی؛ سایکوزها؛ سوءمصرف مواد؛ فرسودگی شغلی؛ کاهش درد موثر بوده است. کیانی و همکاران در پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان شیشه در نمونه‌ای به حجم ۳۴ نفر نشان دادند که دو گروه درمانی بر شدت ولع مصرف در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تاثیر معناداری داشتند. همچنین در مقایسه‌ی اثربخشی این دو درمان بر ابعاد نه‌گانه تنظیم شناختی هیجان تفاوت معناداری مشاهده نشد و هر دو درمان به یک میزان بر شاخص‌های شناختی تنظیم هیجان تاثیرگذار بودند (۱۶). همچنین اساموت و همکاران در مطالعه‌ای دیگر با قرار دادن ۱۰۴ نفر از افراد سوءمصرف‌کننده مواد در دو گروه درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان داد که میزان ماندن افراد در درمان‌ها روان‌شناختی شدیداً چالش‌برانگیز است، به‌گونه‌ای که ۹۰ نفر از ۱۰۴ فرد مشارکت‌کننده در درمان تنها در یک جلسه خود را نگه داشته و حدود یک‌سوم آن‌ها بعد از جلسه درمانی ریزش داشته‌اند و تنها ۲۱ درصد در درمان شناختی رفتاری ۱۲ درصد در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تمام ۱۲ جلسه درمان

حاضر شده‌اند. با این وجود، تاثیر این دو درمان بر مصرف آفتامین و تسکین آسیب‌های روان‌شناختی آن معنادار بوده است (۱۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) از روش‌های رفتاری و شناختی حاصل می‌شود و به‌عنوان موج سوم درمان رفتاری معرفی می‌شود (۱۸). از دیدگاه ACT، مشکل عمده بیماران محدودیت و انعطاف‌ناپذیری در رفتار آن‌ها است. بیماران بیشتر وقت و انرژی خود را صرف تجربیات شخصی و رنج‌آور می‌کنند تا از آن‌ها اجتناب کنند و این باعث می‌شود آن‌ها از فعالیت‌های روزمره زندگی دور بمانند.

ACT یک درمان مناسب برای موقعیت بالینی است که در آن بیمارانی با اختلالات وابستگی به مواد درمان می‌شوند؛ زیرا این رویکرد درمانی شبیه به رویکرد ۱۲ مرحله‌ای، مصاحبه انگیزشی، کاهش آسیب و مدل‌های پیشگیری از عود است. ماهیت درمان فراشناختی در ACT می‌تواند سایر کمبودهای کوتاه‌مدت در درمان شناختی را تکمیل کند و باعث بهبودی افسردگی و اضطراب بیماران گردد (۳) در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیمار آموزش داده می‌شود که در گام اول هیجانات خود را بپذیرد و با زندگی در زمان حال از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری برخوردار شود. از آنجا که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب ارتقای سطح فعالیت افراد می‌گردد، می‌تواند در کنترل اجتناب منفی افراد از افکار و واقعیت‌های بیرونی موثر باشد. همچنین از این درمان می‌توان به‌عنوان پیشگیری اولیه و افزایش آگاهی افراد برای رویارویی با موقعیت‌های آشفته ساز، ارتقای سطح بهداشت روانی و ایجاد انگیزه در بیمارانی که دچار اختلال افسردگی، اضطراب، سوءمصرف مواد، وسواس فکری و عملی و اختلالاتی از این نوع می‌باشند، استفاده نمود و سطح کیفیت زندگی آنها را در جامعه افزایش داد.

این رویکرد اخیراً در پژوهش‌های روان‌شناسی وارد شده است و در زمینه‌ی سوءمصرف مواد کمتر مورد استفاده قرار گرفته

پرسشنامه‌های ذکر شده در قالب پس‌آزمون در هر دو گروه اجرا شد. گروه‌های موردنظر سه ماه بعد از درمان انجام شده بر روی گروه مداخله مورد پیگیری قرار گرفتند و در نهایت پرسشنامه‌ها بعد از سه ماه مجدداً اجرا و داده‌های موردنظر جمع‌آوری و تحلیل شدند. در گروه مداخله در مراحل درمان ۵ نفر و در گروه کنترل ۴ نفر خراج شدند و در نهایت در گروه مداخله ۱۰ نفر و در گروه کنترل ۱۱ نفر باقی ماندند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک محقق ساخته شامل سؤالات مربوط به اطلاعات فردی بیماران از قبیل سن، جنس، تاهل و مقطع تحصیلی.

پرسشنامه مقیاس وسواس فکری و عملی مصرف مواد: مقیاس وسواس فکری و عملی مصرف مواد که از مقیاس وسواس فکری یل براون با این زمینه که بین اختلال وسواس فکری و وابستگی به مواد شباهت‌هایی وجود دارد استخراج شده است. اساس شباهت‌ها بروز متداوم افکار برگشت‌پذیر است که متوقف نمی‌شوند و به همراه رفتارهای اجباری ناتوان‌کننده‌ای هستند. علاوه بر این ولع مصرف مواد که بزرگ‌ترین خصیصه وابستگی به مواد است با وسواس فکری در ارتباط است. مدل و همکاران با اعمال تغییراتی در پرسشنامه یل براون آن را به گونه‌ای درآوردند تا بتوانند ویژگی‌های افکار و اعمال وسواسی افراد وابسته به الکل را بسنجند. این پرسشنامه شامل ۱۳ سؤال است که بر روی یک مقیاس ۰ تا ۱۰ تنظیم شده است به گونه‌ای که هرچقدر نمره بالاتر باشد ولع فرد بیشتر است. حیدری نتایج آلفا کرونباخ برای همسانی درونی این مقیاس را ۰/۸۳ و نتایج آزمون test-retest را ۰/۸۰ گزارش کرده است (۲۰).

پرسشنامه افسردگی بک: یک شاخص خود گزارش دهی ۲۱ گزاره‌ای از نشانه‌های افسردگی تجربه شده در دو هفته گذشته است. در این آزمون در برابر هر یک از ماده‌های موردنظر که مشخص‌کننده یکی از علائم مرضی افسردگی است، ۴ تا ۶

است. از آنجایی که تاکنون تاثیر این دسته از تمرینات به‌طور جامع مورد بررسی قرار نگرفته و مطالعات محدودی انجام شده است، بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش وسواس فکری-عملی مصرف مواد، اضطراب و افسردگی معنادان تحت متادون درمانی بود.

روش بررسی

این مطالعه از نوع شبه تجربی با کد اخلاق ZUMS.REC.1395.34 می باشد که با شماره IRCT2016062328603N1 در پایگاه کارآزمایی بالینی ثبت گردیده و دارای دو گروه مداخله و کنترل همراه با گمارش تصادفی و پیش‌آزمون-پس‌آزمون و نیز یک دوره پیگیری ۳ ماهه است. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه‌ی افراد تحت درمان متادون در مراکز ترک اعتیاد شهر زنجان بود که با توجه به اینکه در روش‌های آزمایشی نمونه‌ای به حجم حداقل ۱۵ نفر در هر گروه توصیه شده است (۱۹) با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر انتخاب شد. معیارهای ورود شامل داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در تحقیق؛ متادون درمانی حداقل به مدت دو هفته؛ مرد بودن؛ داشتن حداقل ۱۸ و حداکثر ۴۵ سال سن؛ داشتن حداقل دیپلم و معیارهای خروج شامل دو جلسه غیبت در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و استفاده‌ی هم‌زمان از سایر رویکردهای روان‌درمانی شناخته‌شده بود. بعد از انتخاب نمونه موردنظر، آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی ساده (روش قرعه‌کشی) در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل گمارده شدند. سپس مقیاس وسواس فکری و عملی مصرف مواد و پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب بک در قالب پیش‌آزمون اجرا شد. گروه مداخله تحت هشت جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) هیز ۲۰۰۲ (جدول ۱) به‌صورت گروهی قرار گرفتند. بعد از انجام مداخله درمانی،

همتا بودن آزمودنی‌ها در میانگین‌های پیش‌آزمون متغیرهای اندازه‌گیری شده در دو گروه مداخله و کنترل و به‌منظور بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در سه دوره ارزیابی (پس‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) با رعایت پیش‌فرض‌های لازم از جمله نسبی بودن مقیاس متغیرها، نرمال بودن توزیع آن‌ها، اجرای پیش‌آزمون قبل از شروع تحقیق، همگنی شیب رگرسیون، خطی بودن همبستگی متغیر هم‌پراش و متغیر مستقل و یکسان بودن واریانس‌های متغیرها در هر دو گروه از تجزیه و تحلیل واریانس یک‌طرفه درون آزمودنی‌ها (اندازه‌گیری مکرر) و برای بررسی این که کدام مجموعه نمره‌ها با یکدیگر تفاوت دارند، از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. به‌منظور برآورد دقیق‌تر اندازه اثر و به خاطر محدودیت ضریب جزئی اتا در تخمین تأثیرات درمان در سه سطح مختلف زمانی و مقایسه دوبه‌دو آن‌ها، از اندازه‌ی اثر هجز که برای نمونه‌های کوچک مناسب‌تر است، استفاده شد. فرمول برآورد اندازه اثر هجز در زیر آورده شده است. همچنین از تحلیل کواریانس برای مقایسه اثربخشی با شرایط بدون درمان استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار (SPSS-22) تجزیه و تحلیل شدند.

$$hedges' g = \frac{M1 - M}{SD Pooled}$$

$$SD Pooled = \sqrt{\frac{(s1^2) + (s2^2)}{2}}$$

فرمول اندازه اثر هجز

جمله نوشته شده است که به ترتیب بیانگر خفیف‌ترین تا شدیدترین وجه آن خصیصه موردنظر است. ارزش‌های کمی هر ماده از ۰ تا ۳ به این ترتیب تعیین شده است: ۰ = سلامت روانی در ماده موردنظر، ۱ = احساس اختلال خفیف در ماده موردنظر، ۲ = احساس اختلال شدید در ماده موردنظر و ۳ = احساس اختلال حاد و شدید در ماده موردنظر. نمره به‌دست‌آمده از این مقیاس از ۰ تا ۶۲ متغیر است که نمره بالاتر بیانگر افسردگی بیشتر است (۲۱). در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی، پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم از اعتبار قابل قبولی برخوردار است. در مطالعه‌ای قاسم‌زاده و همکاران در نمونه غیر بالینی و بالینی ضرایب همسانی درونی به ترتیب از ۰/۹۰ و ۰/۸۹ و ضرایب باز آزمایی در نمونه غیر بالینی ۰/۹۴ گزارش شد (۲۲).

پرسشنامه اضطراب بک: این پرسشنامه به‌طور اختصاصی شدت علائم اضطراب بالینی را می‌سنجد، شامل ۲۱ گزاره است که در برابر هر گزاره چهار گزینه برای انتخاب قرار داده شده است. هر گزاره بازتاب یکی از علائم اضطراب است. افزون بر مطالعات بک و همکاران که شواهد متقینی از پایایی و اعتبار بالای این مقیاس گزارش کرده‌اند (۲۳)، در مطالعه رفیعی و سیفی ثبات درونی این پرسشنامه از طریق محاسبه آلفا ۰/۹۲ و باز آزمون ۰/۸۳ برآورده شده است (۲۴). نقطه برش تشخیصی در این ابزار نمره ۱۶ گزارش شده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد، فراوانی و جدول‌ها) و از روش آمار استنباطی، آزمون کای دو X^2 برای بررسی همتا بودن متغیرهای جمعیت شناختی، آزمون t مستقل برای بررسی

جدول ۱: پروتکل اجرایی جلسات ACT (هیز ۲۰۰۲)

جلسه اول: خوشامدگویی و آشنایی و معارفه‌ی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر؛ بیان احساسات افراد قبل از آمدن به جلسه؛ دلیل آمدن به این جلسه و انتظاری که از جلسات درمانی دارند؛ بیان تجارب مشابه قبلی؛ بیان قوانینی که رعایت آن‌ها در گروه الزامی است از جمله: به‌موقع آمدن-عدم غیبت (وقت‌شناسی) انجام تکالیف و. بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر؛ بیان موضوع پژوهش و اهداف آن و بیان این موضوع که روی اهداف فکر شود؛ ارائه کلی مطالب آموزشی پیرامون تعهد و پذیرش و نتایج آن؛ اجرای تکنیک‌های ناامید سازی فرد در مرحله اول.

جلسه دوم: توضیح و بیان این اصل که چرا نیاز به مداخلات روان‌شناختی احساس می‌شود؟ ایجاد امید و انتظار درمان در کاهش این فشارها؛ بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات، آگاهی بخشی در این زمینه که افکار را به‌عنوان افکار و احساسات را به‌عنوان احساسات و خاطرات را فقط به‌عنوان خاطره بپذیریم؛ ارائه‌ی تکلیف در زمینه پذیرش خود و احساسات ناشی از بیماری. اجرای تکنیک‌های اجتناب و کنترل

جلسه سوم: بررسی تکالیف جلسه قبل، صحبت درباره‌ی احساسات و افکار اعضای گروه؛ آموزش این مطلب که اعضا، بدون قضاوت در مورد خوب یا بد بودن افکار و احساسات خود، آن‌ها را بپذیرند؛ آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آن‌ها با افکار و احساسات؛ ارائه‌ی تکلیف اینکه چقدر خود و احساسات خود و چقدر دیگران و احساسات دیگران را می‌پذیریم؟

جلسه چهارم: بررسی تکالیف؛ ارائه‌ی تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس؛ ارائه‌ی تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر؛ تأکید دوباره بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار؛ تأکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر؛ تکالیف: رویدادهای زندگی (آزاردهنده) را به‌نوعی دیگر نگاه کنیم و اعتیاد را پایان کار نبینیم و آن را فقط به‌عنوان یک بیماری تصور کنیم نه بیشتر.

جلسه پنجم: بررسی تکالیف؛ آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی به این موضوع که آنچه نمی‌توانیم تغییر دهیم را بپذیریم؛ شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا به اینکه احساسات خود را قضاوت نکنند؛ ارائه‌ی این تکنیک که با ذهن آگاه بودن در هر لحظه، از وجود احساسات خود آگاهی یابند، فقط شاهد آن‌ها باشند ولی قضاوت نکنند؛ ارائه تکلیف خانگی ذهن آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت.

جلسه ششم: ارائه‌ی بازخورد و نظرسنجی کوتاه از فرآیند آموزش؛ درخواست از اعضای گروه جهت برون‌ریزی احساسات و هیجانات خود در خصوص تکالیف جلسه قبل؛ آموزش و ارائه اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان؛ (آموزش تعهد به عمل یعنی بعد از انتخاب مسیر ارزشمند و درست در خصوص رسیدن به آرامش یا قبول هر رویدادی در زندگی، به آن عمل کنیم و خود را نسبت به انجام آن متعهد سازیم)؛ ارائه‌ی تکنیک توجه انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خود آیند منفی؛ تمرین مجدد ذهن آگاهی به همراه اسکن بدن. اجرای تکنیک‌های پذیرش و ارزش

جلسه هفتم: ارائه‌ی بازخورد و جستجوی مسائل حل‌نشده در اعضای گروه؛ شناسایی طرح‌های رفتاری در خصوص امور پذیرفته‌شده و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها؛ ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه‌های مختلف، به‌گونه‌ای که مناسب‌تر باشد نه عملی‌تر.

جلسه هشتم: بررسی تکالیف؛ جمع‌بندی مطالب؛ اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره؛ ارائه‌ی بازخورد به اعضا

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل

نتایج آزمون کای دو			
P.value	X ² مقدار آماره	گروه کنترل تعداد (%)	گروه مداخله تعداد (%)
		۱۰ (۱۰۰)	۱۰ (۱۰۰)
		۸ (۲۷/۷)	۵ (۵۰)
۰/۲۸۴	۱/۱۴	۳ (۲۷/۳)	۵ (۵۰)
		۹ (۸۱/۸)	۵ (۵۰)
۰/۱۲۲	۲/۳۹	۲ (۱۸/۲)	۵ (۵۰)
		۳ (۲۷/۳)	۴ (۴۰)
۰/۳۵۰	۱/۲	۶ (۵۴/۵)	۶ (۶۰)
		۲ (۱۸/۲)	۰ (۰)
۰/۲۸۴	۱/۱۵	۸ (۲۷/۷)	۵ (۵۰)
		۳ (۲۷/۳)	۵ (۵۰)
		۵ (۴۵/۵)	۱ (۱۰)
		۲ (۱۸/۲)	۵ (۵۰)
۰/۲۶۳	۵/۲۵	۲ (۱۸/۲)	۲ (۲۰)
		۱ (۹/۱)	۰ (۰)
		۱ (۹/۱)	۲ (۲۰)
مستقل T نتایج آزمون			
P.value	T مقدار آماره	M ± SD	M ± SD
۰/۰۶۷	-۱/۹۴	۵/۲ ± ۳۳/۴	۵/۳ ± ۲۸/۹

رعایت شده است. نتایج آزمون T مستقل نشان داد که بین گروه مداخله و کنترل در میانگین‌های پیش‌آزمون وسواس فکری و عملی مصرف مواد ($T=۰/۲۳۲$ ، $P=۰/۸۱۹$)، اضطراب ($T=۱/۸۸$ ، $P=۰/۰۸$) و افسردگی ($T=۰/۴۱۳$ ، $P=۰/۶۸۴$) تفاوت معناداری یافت نشد ($P>۰/۰۵$).

پیش‌فرض‌های استفاده از آمار پارامتریک در این پژوهش از جمله نسبی بودن مقیاس متغیرها، نرمال بودن توزیع با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف (آزمون نرمال بودن) ($P>۰/۰۵$) و یکسان بودن واریانس‌های متغیرها در هر دو گروه مداخله و کنترل با استفاده از آزمون لوین (LEVENE) ($P>۰/۰۵$).

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد و نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه عامل درون‌گروهی در متغیرهای اندازه‌گیری

Eta	P.value	مرحله		متغیر
		M ± SD	M ± SD	
۰/۶۶۶	۰/۰۰۱	۵۹ ± ۱۹/۰۴	۶۱/۳ ± ۲۶/۱۴	پیش‌آزمون
		۵۱/۵ ± ۱۷/۵	۳۷ ± ۱۹/۷	پس‌آزمون
		۴۷/۴۵ ± ۱۶/۷	۳۵/۹ ± ۱۱/۹	پیگیری
۰/۷۸۱	۰/۰۰۱	۱۸/۴۵ ± ۱۲/۰۲	۱۸/۶ ± ۱۲/۶۶	پیش‌آزمون
		۲۳/۱ ± ۱۲/۳۶	۱۱/۲ ± ۷/۹۸	پس‌آزمون
		۲۲/۴۵ ± ۱۱/۳۸	۶/۸ ± ۵/۴	پیگیری
۰/۷۵۱	۰/۰۰۱	۲۵/۵۵ ± ۱۰/۶۷	۲۷/۶ ± ۱۲/۱۴	پیش‌آزمون
		۲۷/۵۵ ± ۱۲/۷۸	۱۱/۳ ± ۷/۷۹	پس‌آزمون
		۲۶/۹ ± ۱۰/۳	۷/۵ ± ۴/۶	پیگیری

همان‌طور که نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهد اثر اصلی زمان در سه دوره ارزیابی در متغیرهای وابسته معنادار است. به عبارتی دیگر بین میانگین‌های ۳ دوره ارزیابی متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی LSD نیز نشان داد که مداخله توانسته است فکری و عملی مصرف مواد، اضطراب و افسردگی بیماران را از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری به‌طور معناداری کاهش

برای هرکدام از مقایسه‌ها ضریب $(P < ۰/۰۱)$. اما مجزا گزارش شده است که نشان می‌دهد مقدار قابل‌توجهی از واریانس هرکدام از متغیرهای وابسته از طریق تفاوت‌های موجود در گروه‌های مداخله‌ای (متغیر مستقل) تبیین می‌شود. میزان ضریب اتا متغیر مستقل به ترتیب در مورد متغیرهای وابسته نیز در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۴: آماره‌های توصیفی و برآورد اندازه اثر هجرت در سه دوره زمانی و مقایسه دوبه‌دو آن‌ها در متغیرهای وابسته (گروه مداخله)

متغیرها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌پس		
				ESsg	ESsg	ESsg
وسواس فکری و عملی مصرف مواد	۶۱/۳ ± ۲۶/۱۴	۳۷ ± ۱۹/۷	۳۵/۹ ± ۱۱/۹	۱/۰۴	۱/۲۵	۰/۰۶۷
اضطراب	۱۸/۶ ± ۱۲/۶۶	۱۱/۲ ± ۷/۹۸	۶/۸ ± ۵/۴	۱/۶۴	۲/۲۳	۰/۶۵
افسردگی	۲۷/۶ ± ۱۲/۱۴	۱۱/۳ ± ۷/۷۹	۷/۵ ± ۴/۶	۱/۶	۲/۱۸	۰/۶

هجرت به ترتیب اندازه اثر ۰/۲، ۰/۵ و ۰/۸ را کوچک، متوسط و بزرگ گزارش کرده است. بر اساس جدول ۴ اندازه اثر درمان

گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون در کاهش وسواس فکری و عملی

پذیرش و تعهد در کاهش وسواس فکری و عملی مصرف مواد، اضطراب و افسردگی از مرحله پیش‌آزمون به پیگیری دارد. همان‌طور که از جدول ۴ می‌توان مشاهده کرد در مرحله پیگیری یعنی ۳ ماه بعد از مداخله هنوز تاثیرات درمانی به قوت خویش باقی هستند.

مصرف مواد ($\text{hedges}'g = 1/04$)، اضطراب ($\text{hedges}'g = 1/64$) و افسردگی ($\text{hedges}'g = 1/6$) بزرگ بود. از مرحله پیش‌آزمون به پیگیری سه‌ماهه بر اساس طبقه‌بندی هجز اندازه اثر بزرگ‌تری به دست آمد. بررسی اندازه اثر این مداخله نیز نشان از تأثیر درمان گروهی مبتنی بر

جدول ۵: میانگین و انحراف استاندارد و نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه گروه مداخله با کنترل در متغیرهای وابسته

Eta	P.value	گروه‌های مورد مطالعه		مرحله	متغیر
		کنترل	مداخله		
		M ± SD	M ± SD		
۰/۲۷۹	۰/۰۱۷	۵۵/۵۱ ± ۱۷/۴۷	۳۷ ± ۱۹/۷	پس‌آزمون	وسواس فکری و عملی مصرف مواد
۰/۲۶۸	۰/۰۱۹	۴۷/۴۵ ± ۱۶/۷	۳۵/۹ ± ۱۱/۸۹	پیگیری	
۰/۵۲۳	۰/۰۰۰	۲۳/۱ ± ۱۲/۴	۱۱/۲ ± ۸	پس‌آزمون	اضطراب
۰/۶۲۲	۰/۰۰۰	۲۲/۴۵ ± ۱۱/۴	۶/۸ ± ۵/۴	پیگیری	
۰/۵۷۹	۰/۰۰۰	۲۷/۵۵ ± ۱۲/۷	۱۱/۳ ± ۷/۷۹	پس‌آزمون	افسردگی
۰/۷۲۸	۰/۰۰۰	۲۶/۹ ± ۱۰/۳	۷/۵ ± ۴/۶	پیگیری	

**P<0/01, *P<0/05

بحث

هدف اصلی این مقاله اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش وسواس فکری و عملی مصرف مواد، اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا به سوءمصرف اپیوئیدها از طریق ارزیابی میزان وسواس فکری و عملی مصرف مواد، اضطراب و افسردگی قبل و بعد از مداخله و یک دوره پیگیری ۳ ماهه بود. بیمارانی که در این پژوهش شرکت کرده بودند قبلاً هم درمان شناختی رفتاری و هم درمان دارویی را دریافت کرده بودند، اما بهبودی به دست نیاورده بودند. نتایج این مطالعه نشان داد گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اساس پروتکل هیز (۲۰۰۲) به‌طور موثری توانسته است وسواس فکری و عملی مصرف مواد، اضطراب و افسردگی را کاهش دهد. میزان اندازه‌ی اثر در هر سه متغیر بالا و نشانه اثربخشی مناسب مداخله درمانی

با توجه به نتایج جدول ۵ با کنترل اثر پیش‌آزمون نتایج آزمون کوواریانس نشان داد که در متغیرهای وابسته وسواس فکری و عملی مصرف مواد، اضطراب و افسردگی هم در مرحله پس‌آزمون و هم پیگیری بین گروه مداخله و گروه کنترل تفاوت معناداری به دست آمد ($P < 0/05$) آمد که نشان می‌دهد گروه‌درمانی ACT در کاهش وسواس فکری و عملی مصرف مواد، اضطراب و افسردگی از لحاظ آماری از شرایط بدون مداخله اثربخش‌تر است. برای هرکدام از مقایسه‌ها ضریب اتا مجزا گزارش شده است که نشان می‌دهد مقدار قابل توجهی از واریانس هرکدام از متغیرهای وابسته از طریق تفاوت‌های موجود در گروه‌های مداخله‌ای (متغیر مستقل) تبیین می‌شود. میزان ضریب اتا متغیر مستقل به ترتیب در مورد متغیرهای وابسته نیز در جدول ۵ گزارش شده است.

درمان‌های معمول، برای بیماران افسرده و سوء‌مصرف الکل که با برنامه ۲۰ گام بستری‌شده بودند (بهبود بهتر و سریع‌تری را در پی دارد (۲۹). در این رویکرد درمانی به بیماران آموزش داده شد چگونه راهبردهای کنترل فکر را رها کنند، چگونه با افکار مزاحم آمیخته نشوند و چگونه هیجان‌ناطمبوع را بیشتر تحمل کنند. در حقیقت استفاده از تکنیک‌های گسلش و پذیرش میزان آزارندگی این موقعیت‌ها را برای آزمودنی‌ها کاهش می‌داد و گرچه در این درمان فراوانی و محتوای فکر و سواسی به‌طور مستقیم هدف قرار داده نمی‌شد، اما کاهش اضطراب موقعیت‌های و سواسی در نتیجه استفاده از تکنیک‌های گسلش و پذیرش، منجر به کاهش افکار و اعمال و سواسی شد.

افسردگی از عوامل مهم کاهش تبعیت از درمان است. این اختلال با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی و افکار مرگ و خودکشی و با تغییر در سطح فعالیت، توانایی‌های شناختی، همراه است. سوء‌مصرف کنندگان مواد دچار افسردگی نیز می‌شوند و این موضوع بر مشکلات آنها می‌افزاید (۶). مولفه پذیرش ACT، بیمار را قادر می‌سازد تا تجربه‌های ناخوشایند را بدون در نظر گرفتن کنترل آن‌ها حس کند. این منجر به کاهش تاثیر این تجربیات در زندگی بیمار خواهد شد. افرادی که اعتقاد دارند دلایل بیشتری برای افسردگی دارند، تمایل دارند افکار افسردگی خود را، نشخوار کنند. این نشخوار اغلب با تلاش بیمار برای پیدا کردن علت افسردگی همراه است. این موضوع آن‌ها را از درک موقعیت فعلی خود دور می‌سازد و به رویدادهای منفی گذشته یا به آینده منفی ناشناخته منتقل می‌کند (۳۰).

فرآیند دیگری که به تبیین و اثربخشی این یافته کمک می‌کند خود مشاهده‌گر است. ایجاد یک خود مشاهده‌گر در مراجع از طریق کاربرد مهارت گسلش، ذهن آگاهی و ارتباط با زمان حال است. مزیت بزرگ این خود این است که به‌عنوان زمینه‌ای در نظر گرفته می‌شود که در آن محتوای هشیاری

است. این یافته با نتایج تحقیقات کلدوی و همکاران، آلفونسو و همکاران، گارسیا و همکاران همسو بوده است (۲۷-۲۵). برای بیماران که به کوشش‌های درمانی (درمان شناختی رفتاری، دارودرمانی) پاسخ نمی‌دهند می‌بایست گزینه‌های درمانی دیگری بررسی شود. بیمارانی با افکار و سواسی وابسته به مواد، اغلب در مهارت‌های زندگی خود نقص دارند. اجتناب تجربه‌ای، آمیختگی شناختی، دلبستگی به خود مفهوم‌سازی شده، فقدان ارتباط با زمان حال، ارزش‌های نامشخص و فقدان مشارکت در فعالیت ارزشمند از جمله مشکلاتی است که این بیماران با آنها روبرو هستند. یکی از درمان‌های جدید موج سوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله‌ی عملی-موقعیتی است که مبتنی بر نظریه‌ی نظام ارتباطی است که رنج بشر را ناشی از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌داند که توسط آمیختگی شناختی و اجتناب تجربی پرورش می‌یابد. در بافت روابط درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اقدامات مستقیم و فرآیندهای کلامی غیرمستقیم را به‌منظور ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتر به‌واسطه‌ی پذیرش، گسلش شناختی، ایجاد حس متعالی از خود، در لحظه بودن، ارزش‌ها و ایجاد الگوهای عمل متعهدانه در ارتباط با آن ارزش‌ها، به کار می‌گیرد (۲۸)؛ که این مولفه‌ها بیماران را ترغیب می‌کند تا باوجود موانع و مشکلات در راستای اهداف خود حرکت کنند و از احساسات و افکار منفی همچون ناامیدی، وسوسه و افکار مربوط به مصرف، افسردگی، استرس ناشی از علائم ترک رهایی یابند و با تحقق اهداف، قدرت برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری خود را بالا برده و سبب کاهش و سواس فکری و عملی مصرف مواد گردند؛ بنابراین همسو با یافته‌های کیانی و همکاران می‌توان گفت شناخت درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در کاهش میزان عود، افزایش اطاعت درمانی و میزان ابقا در درمان موثر باشد (۱۶) و در پژوهشی دیگر پترسون نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با

تهدیدکننده نیست؛ و هدف این است تا مراجع به این درک برسد که خود را از تجربیات درونی‌اش جدا ببیند (۳۱). تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث پیرامون ارزش‌ها همگی منجر به کاهش شدت افسردگی در بیماران شد. هدف از تاکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این بود که به آنها کمک کنیم تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به‌عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه کنونی خود آگاه شوند و در مسیر ارزش‌هایشان حرکت کنند. اختلال اضطراب نیز یکی دیگر از عواملی است که در سوء‌مصرف کنندگان مواد باعث کاهش تبعیت از درمان می‌شود و گوش به زنگی را به خطر می‌اندازد، لذا به کارگیری یک شیوه درمانی موثر در جهت کاهش اضطراب این بیماران حائز اهمیت و ضروری به نظر می‌رسد. اکثر این افراد درصدد کنترل رویدادهای درونی خویش (بیماری و احساسات و افکار متعاقب آن) برمی‌آیند که این خود باعث انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌شود. در جلسات درمانی، بعد از تفهیم ناکارآمدی کنترل و مشخص کردن شیوه‌های کنترل هر بیمار، مفهوم پذیرش و تمایل به‌عنوان جایگزینی برای کنترل معرفی و تفهیم و تمرین‌های مربوطه انجام شد. پذیرش تجارب، باعث افزایش ارتباط با زمان حال و در نتیجه کاهش اضطراب شد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک عامل مهم در ایجاد و حفظ آسیب‌های روانی، اجتناب تجربی است که به معنای ارزیابی منفی اغراق‌آمیز از تجارب درونی (افکار، احساسات و هیجانات) و عدم تمایل به تجربه آنها است که به تلاش برای کنترل یا فرار از آنها منجر می‌شود. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق پذیرش احساسات ناخوشایند غیرقابل اجتناب و پریشان‌کننده مانند اضطراب و افسردگی، پرورش ذهن آگاهی به‌منظور خنثی کردن درگیری مفرط با شناخت‌ها و مشخص کردن ارزش‌های شخصی مرتبط با

اهداف رفتاری است و بیمار تشویق می‌شود تا درحالی‌که به‌سوی اهداف ارزشمند خود در حرکت است، با تجربیاتش به‌طور کامل و بدون مقاومت ارتباط برقرار کند و آنها را بدون قضاوت کردن بپذیرد (۳۲). این فرایند قویا توسط فرهنگ تقویت می‌شود. فرهنگ این عقیده را پرورش می‌دهد که انسان‌های سالم، درد و رنج روانی ندارند مانند استرس، افسردگی، خاطرات آسیب‌های گذشته، اضطراب، وسواس و امثال آن. اینکه عدم وجود رویدادها و تجربیات منفی مطلوب است. راه‌حل‌های اجتنابی (الکل، دارو و مانند آن) در رسانه‌ها به‌صورت گسترده‌ای نمایان می‌شود. نگرش این‌چنینی در بیماری که مبتلابه اختلالی مزمن (وسواس فکری و عملی میل به مصرف) است می‌تواند منجر به پیامدهای هیجانی منفی بسیاری مانند ترس، اضطراب و افسردگی شود. تصور اینکه این بیماری همیشه با من است منجر به احساس ناامیدی در فرد می‌شود (۲۸).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرصتی را فراهم می‌کند که با استفاده از آن بتوان به بیماران آموزش داد که اشتیاق (تمایل به مصرف) می‌تواند یک تجربه شخصی باشد که لزوماً منفی نیست. این می‌تواند صرفاً یک احساس زودگذر باشد و لزوماً منجر به اقدام نمی‌شود. فرد می‌تواند به‌سادگی جریان این احساس را در ذهن خود مشاهده کند، حضور خود را قبول کند و از اقدام به آن جلوگیری کند. بیمار طبیعتاً علائم جسمی و روانی مربوط به خروج مواد در طول دوره درمان را تجربه خواهد کرد. با این وجود، از او انتظار می‌رود که احساسات خود را پذیرفته و آنها را تا زمانی که کاهش می‌یابند، مشاهده کند. همچنین این تبیین می‌تواند برای درمان سایر احساسات منفی مانند افسردگی یا اضطراب مفید باشد (۳). یافته‌های این پژوهش نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران می‌آموزد کنترل فکر را رها کنند، با افکار مزاحم آمیخته نشوند و هیجانات ناخوشایند مثل اضطراب و افسردگی را تحمل کنند. همسو با این یافته‌ها ایفرت و هفتر نشان دادند که

نتیجه گیری

پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی گروهی درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش وسواس فکری و عملی مصرف مواد، اضطراب و افسردگی معتادان تحت متادون درمانی انجام شد. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف پذیری روان شناختی می تواند توانایی مقابله بیمار را در کنار آمدن با افکار وسواسی مصرف مواد افزایش و اضطراب و افسردگی را در آن‌ها کاهش دهد. فرآیندهای موجود در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همچون پذیرش، مشاهده گری، گسلش شناختی، توجه و تمرکز به اکنون و تعهد به ارزش‌ها سبب می شود که بیماران دیدگاه مثبتی در زندگی خود اتخاذ کرده و کمتر به سرزنش خود و دیگران پردازند.

تقدیر و تشکر

این مقاله به‌عنوان بخشی از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد استخراج و بودجه این مطالعه از محل اعتبارات معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی زنجان تامین گردیده است. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان تشکر نموده و سپاس خود را از شرکت‌کنندگان این مطالعه ابراز می‌داریم.

رویکردهای مبتنی بر پذیرش، به جای تاکید بر کاهش اضطراب، تمایل به تجربه آن را پرورش می‌دهند و قرار گرفتن در معرض این احساسات ناخوشایند را از راه مشخص کردن ارزش‌ها و ارتباط دادن رفتار با ارزش‌ها و اهداف شخصی تسهیل می‌کنند (۳۳). همچنین، جوردین و دولین نیز در مطالعه موردی خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی باعث کاهش اضطراب و افسردگی فرد می‌شود (۳۴). استعاره‌های به کار گرفته شده در جلسات مداخله برای آن‌ها الهام‌بخش و تنش‌زدا به نظر می‌رسید و آن‌ها در هنگام کار و تمرین و انتقال این تکالیف به محیط‌های خانوادگی خود علاقه و اشتیاق نشان می‌دادند. نکته‌ی قابل توجه این بود که اعضا با انجام تکالیف و تمرین‌ها و مشاهده‌ی تاثیرات آن‌ها، احساس کنترل بیشتری بر بیماری خویش داشتند. این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی از جمله محدود بودن حجم نمونه است که قابل تعمیم به دیگر جامعه‌ها پژوهشی نیست لذا پیشنهاد می‌شود جهت تعمیم نتایج پژوهش حاضر در جمعیت‌های دیگر نیز تکرار شود. همچنین این پژوهش فقط بز جامعه‌ی مردان صورت گرفته و تعمیم آن به جامعه زنان باید با احتیاط صورت گیرد.

References

- 1- Khodaei A, Akhtari F, Hashemi J, Beheshti B, Nazari V. Effectiveness of emotional management and self-confidence education in reducing the relapse in substance abusers. *J Police Med*. 2017; 6: 103-10 [Persian].
- 2- American Psychiatric Association. [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM.5]. Tehran: Arjmand. 2015.
- 3- Saedy M, Kooshki S, Jamali M, Emamipour S, Rezaei A. Effectiveness of acceptance-commitment therapy on anxiety and depression among patients on methadone treatment: A Pilot Study. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2015; 9.
- 4- Baker A, Boggs TG, Lewin TJ. Randomized controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions among regular users of amphetamine. *Addiction*. 2001; 96: 87-1279.

- 5- Mirzaei T, Ravary A, Hanifi N, Miri S, Oskouie F, Mirzaei-Khalil-Abadi S. Addicts' perspectives about factors associated with substance abuse relapse. *Iran J Nurse*. 2010; 23: 49-55.
- 6- Tayyebi A, Dehkordi K, Ebadi AR, Sahraei A, Einollahi HB. The effect of aromatherapy with lavender oil on depression, anxiety and stress in hemodialysis patients: Clinical trial. *J Evidence Based Care*. 2015; 5: 65-74 [Persian].
- 7- Durham RC. Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Psychol Res Behav Manage*. 2007; 6: 183-87.
- 8- Meuret AE, Twohig MP, Rosenfield D, Hayes SC, Craske MG. Brief acceptance and commitment therapy and exposure for panic disorder: A Pilot Study. *Cogn Behav Pract*. 2012; 19: 18-606.
- 9- Twohig MP, Crosby JM, Enno A. Treatment of three anxiety disorder cases with acceptance and commitment therapy in a private practice. *J Cog Psychother*. 2011; 25.
- 10- Izadi R, Abedi MR. Alleviation of obsessive symptoms in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder using acceptance and commitment-based therapy. *Feyz*. 2013; 17: 86-275.
- 11- Narimani M, Maleki-Pirbazari M, Mikaeili N, Abolghasemi A. Appraisal of effectiveness and comparison of exposure and response prevention therapy and acceptance and commitment therapy (ACT)-based training on improving of obsessive and compulsive disorder patients' components of life quality. *J Clin Psychol*. 2016; 8: 25-36.
- 12- Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behav Ther*. 2004; 35: 65-639.
- 13- Hayes SC, Strosahl KD, Bunting K, Twohig M, Wilson K.G. What is acceptance and commitment therapy? In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.). a practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: 2010.
- 14- Alilou M, Nosratabad H, Sohrabi F. Effectiveness of combined intervention based acceptance and commitment therapy (ACT) with exposure techniques on patient's anxiety symptoms intensity and sensitivity dimensions in general anxiety disorder (GAD). *J Clin Psychol*. 2016; 8: 62-75.
- 15- Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive compulsive disorder. *Behav Ther*. 2006; 37: 3-13.
- 16- Kiani A, Ghasemi N, Poor-Abbasi A. Compare the effectiveness of group psychotherapy based on acceptance and commitment and mindfulness on craving and cognitive emotion regulation in methamphetamine. *Quarter J Res Addict*. 2012; 6.
- 17- Smout MF, Longo M, Harrison S, Minniti R, Wickes W, White JM. Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: A preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior

- therapy and acceptance and commitment therapy. *Substance Abuse*. 2010; 312: 98-107.
- 18- Saedy M, Judi M. Acceptance and commitment therapy (ACT) method in the treatment of drug addiction disorder using hypnotism. *Iranian J Psychiatr Behavior Sci*. 2012; 6: 7-106.
- 19- Delavar A. Drrvanshnasy research methodology and science education. Tehran: Roshd; 2007. 100-99[In Persian] p.
- 20- Heidari Z. The efficacy of neurofeedback on craving opioid dependence patients. *Azad University of Tonkabon*. 2013.
- 21- Beck A, Steer R, Carbin M. Psychometric properties of the beck depression inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*. 1988: 77-100.
- 22- Ghassemzadeh H, Mojtabei R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a persian-language version of the beck depression Inventory--Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depress Anxiety*. 2005; 21: 185-92.
- 23- De Beurs E, Wilson K, Chambless D, Feske U. Convergent and divergent validity of the Beck Anxiety Inventory for patients with panic disorder and agoraphobia. *Depression & Anxiety*. 1997; 6: 136-40.
- 24- Rafiei M, Seifi A. An investigation into reliability and validity of Beck anxiety inventory among the university students. *J Thought Behav Clin*. 2013; 7: 43-50. [in Persian].
- 25- Kaldavi A, Borjali A, Falsafinezhad M, Sohrabi F. The effectiveness of mindfulness-based predictive modeling returning in relapse prevention and motivation drug-dependent individuals. *J Clin Psychol*. 2012; 3: 69-79.
- 26- Alfonso JP, Caracuel A, Delgado-Pastor LC, Verdejo-Garcia A. Combined goal management training and mindfulness meditation improve executive functions and decision-making performance in abstinent polysubstance abusers. *Drug and Alcohol Dependence*. 2011; 117: 78-81.
- 27- Marlatt GA, Bowen S, Chawla N, Witkiewitz K. Mindfulness-based relapse prevention for substance abusers: therapist training and therapeutic relationships. New York: Guilford Press; 2008.
- 28- Nasiri S, Ghorbani M, Adibi P. The effectiveness of acceptance and commitment therapy in quality of life in patients with functional gastro intestinal disorder. *J Clin Psychol*. 2016; 7: 93-102.
- 29- Petersen CL, Zettle RD. Treating inpatients with comorbid depression and alcohol use disorders: A comparison of acceptance and commitment therapy versus treatment as usual. *Psychol Rec*. 2009; 59: 521-36.
- 30- Vilardaga R, Hayes SC, Schelin L. Philosophical, theoretical and empirical foundations of acceptance and commitment Therapy. *Anuario de psicologia*. 2007; 38: 117.
- 31- Garnefski N, Baan N, Kraaij V. Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the foot-and-mouth crisis. *Personal Individud Differ*. 2005; 38: 27-1317.

- 32- Irandoust F, Taher Neshatdoust H, Nadi MA. The impact of based on acceptance and commitment therapy on quality of life in women with chronic back pain. *J Behav Sci.* 2014; 8: 89-96 [Persian].
- 33- Eifert GH, Heffner MT. The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *J Behav Ther Exp Psychiatr.* 2003; 34: 293-312.
- 34- Jourdain RL, Dulin PL. "Giving It Space" A case study examining acceptance and commitment therapy for health anxiety in an older male previously exposed to nuclear testing. *Clin Case Stud.* 2009; 8: 25-210.

The Effectiveness of Group Therapy Based on Acceptance and Commitment to Reduce Obsessive-Compulsive Use of Substance, Anxiety and Depression of Addicts under Methadone Treatment

Hemmat A¹, Mohammadi Bytamar J¹, Pirzeh R², Dadashi M^{1,3}

¹Dept.of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan Iran.

²Dept.of Psychiatry, Faculty of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.

³Social Detriments of Health Research Center, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.

Corresponding Author: Dadashi M, Dept.of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan Iran.

E-mail: mohsendadashi@zums.ac.ir

Received: 13 Aug 2017 **Accepted:** 17 Dec 2017

Background and Objective: The third wave of cognitive behavioral therapy (CBT) including acceptance and commitment therapy (ACT) embraces new approaches and methods potentially capable of addressing complex cases of substance abuse. It seems that the third wave of (CBT) emphasizing mindfulness and psychological resilience are effective in the rehabilitation of addicts undergoing methadone treatment. The present study intended to assess the effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment in reducing the obsessive-compulsive use of substance, anxiety and depression of addicts under methadone treatment.

Materials and Methods: In this quasi-experimental study, the statistical population included all addicted men who received methadone treatment in Zanjan in 1983-94. A sample of 30 patients was selected through convenience sampling & randomly assigned into two groups, intervention and control. The intervention group participated in 8 sessions of 90-minute group therapy based on acceptance and commitment. Obsessive-compulsive use of substance and anxiety/depression questionnaires were completed in the form of a pre-test, a post-test and a quarterly follow-up period in both groups.

Results: Group therapy based on acceptance and commitment effectively reduced the obsessive-compulsive use of substance, anxiety and depression ($P < 0.05$). The effectiveness of this intervention in increasing physical health was not statistically significant ($P > 0.05$). The effect of group therapy based on acceptance and commitment was substantial in comparison to the control group in the post-test phase regarding the obsessive-compulsive use of substance (1.04), anxiety (1.63) and depression (1.6), furthermore, these effects remained stable over a quarterly follow-up period.

Conclusion: The present study showed that acceptance and commitment therapy is effective in decreasing obsessive-compulsive use of substance, anxiety and depression. Therefore, acceptance and commitment therapy can be used as an effective intervention for psychological disorders associated with drug abuse in methadone-treated patients.

Keywords: *Acceptance & Commitment Therapy, Obsessive-Compulsive, Anxiety, Depression, Addicted, Methadone treatment*