



اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در مردان تحت درمان با متادون

لیلا محمدی^۱، مریم صالح‌زاده ابرقوئی^{۲*}، منصوره نصیریان^۳

چکیده

مقدمه: امروزه درمان‌های موج سوم در روان‌درمانی به جای چالش با شناخت‌ها، بر آگاهی و پذیرش افراد از احساسات و هیجان‌ها و شناخت‌ها و رفتارها تأکید دارند. به همین دلیل پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در مردان معتاد تحت درمان با متادون انجام شد.

روش بررسی: جامعه مورد بررسی در این مطالعه را کلیه مردان معتاد تحت درمان متادون مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمانی ترک اعتیاد استان اصفهان در سال ۹۴-۹۳ تشکیل داده‌اند. بدین منظور ۲۴ نفر از مردان معتاد تحت درمان با متادون به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به روش تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و کنترل جهت انجام آزمایش گمارده شدند. سپس هر دو گروه پرسشنامه تنظیم شناختی-هیجان را تکمیل کردند. مداخلات درمانی با رویکرد پذیرش و تعهد روی گروه آزمایش به صورت گروهی، طی ۸ جلسه ۱ ساعته، هفته‌ای یک‌بار، برگزار شد. در نهایت اطلاعات جمع‌آوری شده به وسیله پرسشنامه، توسط نرم‌افزار SPSS و با استفاده از روش آماری کواریانس تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد روش درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش میزان سرزنش خود، نشخوار ذهنی، فاجعه‌آمیزی‌پنداری و سرزنش دیگران تأثیر مثبت و معنی‌دار داشته است و بر افزایش میزان پذیرش، توجه مجدد مثبت، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، باز ارزیابی مثبت، اتخاذ دیدگاه تأثیر مثبت و معنی‌دار داشته است.

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به دلیل آموزش پذیرش افکار و شرایط به مراجعان در بهبود تنظیم هیجان مردان تحت درمان با متادون تأثیر داشته است.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تنظیم هیجان، درمان نگهدارنده با متادون، اعتیاد

۱- کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد

۲- استادیار، گروه علوم تربیتی و روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه یزد

۳- استادیار، روانپزشک، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

* (نویسنده مسئول): تلفن: ۰۹۱۳۲۵۴۴۷۱۶، پست الکترونیکی: m.salehzadeh@yazd.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۲/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۵/۱۵

مقدمه

وابستگی به مواد مخدر اختلالی مزمن و اغلب عودکننده است که و در مردها شایع‌تر است (۱). بسیاری از معتادین علیرغم درمان‌های مختلف قادر به وضعیت پرهیز دائمی نیستند و در صورت عدم وجود روش درمان محافظت‌کننده، ناگزیر از ادامه حیاتی بدون مداوم مواد خواهند بود. یکی از روش‌های درمانی که علاوه بر پیشگیری از عود مجدد مواد، باعث بهبود کیفیت روانی و جسمانی بیمار می‌شود؛ درمان نگهدارنده با متادون است. متادون به عنوان یک درمان نگهدارنده و طولانی مدت تا زمانی که فرد توانایی لازم برای سم‌زدایی موفقیت‌آمیز را پیدا کند حتی تا سال‌ها می‌تواند ادامه پیدا کند (۲).

تعداد معتادان به مواد افیونی در کشور مدام در حال افزایش است (۲). درمان نگهدارنده با متادون هرچند خود نوعی اعتیاد جسمانی به این دارو ارزیابی شود اما مساوی اعتیاد تلقی نمی‌شود. زیرا فرد به سبب مصرف منظم این دارو از مصرف - نشنگی - خماری - جستجوی نوبت بعدی مواد - مصرف رها می‌شود (۲). از آنجایی که افراد دارای سوءمصرف مواد نشانه‌هایی از راهبردهای تنظیم شناخت و هیجان منفی و رفتار بین فردی مختل را از خود نشان می‌دهند. تنظیم هیجان به عنوان یکی از متغیرهای روانشناختی، مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است. پژوهش‌های زیادی نشان می‌دهند که سوءمصرف‌کنندگان در معرض عدم تنظیم هیجانی قرار دارند (۳-۵). با این حال، پژوهش‌های اندکی به بررسی درمان تنظیم هیجانی با سوءمصرف مواد پرداخته‌اند (۶). اگرچه بر عوامل اجتماعی در گرایش به مواد تأکید بسیاری می‌شود، اما سوء مصرف می‌تواند با فرایندهای زیستی و روانشناختی مرتبط باشد (۷). تنظیم هیجان، به عنوان یکی از متغیرهای روان‌شناختی، مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است. شواهد زیادی نشان می‌دهند که تنظیم هیجانی با موفقیت یا عدم موفقیت در حوزه‌های مختلف زندگی مرتبط است (۳).

هنگامی که یک شخص، برای مصرف مواد مخدر تحت فشار قرار می‌گیرد، مدیریت مؤثر هیجان‌ها خطر سوء مصرف را کاهش می‌دهد. توانایی مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد

در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند. افرادی که تنظیم هیجانی بالایی دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند. آنها فشارهای ناخواسته دیگران را درک و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می‌دهند. در مقابل، کسانی که تنظیم هیجانی پایین‌تری دارند، برای مقابله با هیجان‌های منفی خود، اغلب به سوی مصرف مواد کشیده می‌شوند (۸).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، که حاصل از موج سوم به نام درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است، توانسته در کاهش دردهای مزمن (۹)، خودبیمارانگاری و کاهش رفتارهای خطرناک معتادان (۱۰) مفید باشد. در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی (Psychological Acceptance) فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. نشان داده شده افرادی که تنظیم هیجانی بالایی دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند. آنها فشارهای ناخواسته همسالان را درک و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می‌دهند. در مقابل، کسانی که تنظیم هیجانی پایینی دارند، برای مقابله با هیجان‌های منفی خود، عموماً به سوی مصرف مواد کشیده می‌شوند (۶).

از آنجا که پژوهش اندکی در زمینه تنظیم شناختی-هیجانی افراد معتاد انجام شده است این پژوهش به دنبال آن است تا نشان دهد، آیا شیوه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب تنظیم شناختی هیجانی و مؤلفه‌های آن در افراد تحت درمان با داروی متادون می‌شود؟

روش بررسی

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه مردان معتاد تحت درمان متادون مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمانی ترک اعتیاد استان در سال ۹۴-۱۳۹۳

گزارش شده است (۱۲). در این پژوهش نیز میزان آلفای کرونیباخ ۰/۶۶ به دست آمد.

پس از نمونه‌گیری، مداخلات درمانی (رویکرد پذیرش و تعهد) روی گروه آزمایش به صورت گروهی، طی ۸ جلسه ۱ ساعته، هفته‌ای یک‌بار، برگزار شد و از طرف دیگر گروه کنترل هیچ آموزشی را دریافت نکردند. دوره اجرای آموزش دو ماه به طول انجامید. در پایان آموزش، پس‌آزمون روی دو گروه اجرا شد. در پایان هر جلسه هم تکلیفی داده می‌شد.

در این قسمت به اختصار به عناوین و ساختار کلی جلسات اشاره می‌شود. چهار چوب کلی جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس راهنمای درمانی هیز و همکاران (۱۹۹۹) و توهی (۲۰۰۷) تهیه و تدوین شده. شرح جلسات بدین صورت است؛ جلسه اول: آشنایی با اعضاء گروه و برقراری رابطه درمانی، تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان، تصریح رابطه درمانی، معرفی و سنجش هیجان، شروع درماندگی خلاق و ارائه تکلیف، جلسه دوم؛ بررسی تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل (در هر جلسه انجام می‌شود)، ادامه درماندگی خلاق، استعاره چاله و ارائه تکلیف، جلسه سوم، معرفی کنترل به عنوان مسئله، بحث در مورد دنیای درون و تفاوت آن با دنیای بیرون، استعاره پلی‌گراف و ارائه تکلیف، جلسه چهارم؛ معرفی پذیرش و تمایل به عنوان جایگزینی برای کنترل، استعاره میهمان و بیان احساسات پاک و ناپاک، جلسه پنجم؛ آشنایی با ویژگی‌های پنهان زبان که باعث آمیختگی می‌شود، بیان گسلس، استعاره اتوبوس، جلسه ششم؛ معرفی انواع خود، استعاره شطرنج، آشنایی با گذشته و آینده مفهوم‌سازی شده، جلسه هفتم؛ حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خودپذیرا و مشاهده‌گر، شناسایی ارزش‌ها و سنجش ارزش‌های مراجع و در نهایت جلسه هشتم؛ تعهد به عمل و ارزش‌ها با وجود موانع، استعاره نهال، ارزیابی تعهد به عمل، ارائه تکلیف دائمی، پرکردن پس‌آزمون.

نتایج

یافته‌های توصیفی نشان داد که افراد مورد مطالعه در هر دو گروه در بازه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال بوده‌اند. بیشترین فراوانی سنی

تشکیل دادند. ابتدا ۲۸ نفر از مردان معتاد تحت درمان متادون، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به طور تصادفی در دو گروه ۱۴ نفره (آزمایش و کنترل) قرار گرفتند. افراد مورد مطالعه باید دارای شرایط زیر می‌بودند، تا وارد مطالعه می‌شدند:

۱. عدم وجود اختلال روانی شدید مانند سایکوز
 ۲. عدم وجود سایکوز آنی ناشی از مصرف مواد روان‌گردان
 ۳. عدم برخورداری از بیماری‌های مزمن جسمی که وضعیت خلق و عواطف را تحت تأثیر قرار داده باشند.
 ۴. عدم استفاده هم‌زمان از کلاس‌های NA و مشابه آن
 ۵. عدم استفاده از مواد افیونی و مرفین‌دار
 ۶. طول مصرف متادون حداقل ۶ ماه گذشته باشد.
 ۷. محدوده سنی ۲۰-۴۵ سال
- و کسانی که معیارهای زیر را داشتند از مطالعه کنار گذاشته شدند:

۱. عدم شرکت منظم در کلاس‌های آموزشی
 ۲. عدم انجام تکالیف منزل
 ۳. عدم تکمیل پرسشنامه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون
- پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی پرسشنامه خودسنجی است که در سال ۱۹۹۹ توسط گرانفسکی، کراج و اسپینوون (Granefski, Kraaij, Spinhoven) طراحی شده و در سال ۲۰۰۱ به چاپ رسیده است. ساختار این پرسشنامه چندبعدی بوده و به منظور شناسایی راهبردهای مقابله شناختی بعد از تجربه‌ای ناگوار بکار می‌رود. نسخه اصلی این پرسشنامه با ۹ مؤلفه (سرزنش خود، پذیرش، نشخوارذهنی، توجه مجدد مثبت، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، باز ارزیابی مثبت، اتخاذ دیدگاه، فاجعه آمیزپنداری، سرزنش دیگران) دارای ۳۶ ماده است، که روایی محتوایی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان به ترتیب برابر ۰/۷۳، ۰/۸۰، ۰/۷۷، ۰/۷۵، ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۵، ۰/۸۷ محاسبه و در سطح $P < ۰/۰۰۱$ تایید شد (۱۱). هر مقیاس از ۴ تا ۲۰ نمره دارد. ضریب آلفای کرونیباخ برای نوجوانان غیرمراجعه‌کننده به مراکز روانپزشکی، بین ۰/۶۸ تا ۰/۷۹ و برای مراجعه‌کننده به مرکز روانپزشکی، بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۵

شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش بین ۳۵-۴۰ و در گروه کنترل بین ۳۰-۳۵ بوده است. تحصیلات افراد گروه نمونه از سطح بی سواد تا فوق دیپلم بوده است، بیشترین افراد مورد مطالعه در گروه آزمایش زیر دیپلم و

گروه کنترل را افراد دیپلمه تشکیل می‌دادند. به منظور بررسی میزان تأثیر آموزش داده شده در پیش‌آزمون و پس‌آزمون ابتدا میانگین و انحراف معیار اندازه‌گیری می‌شود.

یافته‌های توصیفی سن و تحصیلات آزمودنی بر حسب گروه مورد مطالعه

تعداد	میانگین	انحراف استاندارد		
۱۲	۳۵/۷	۵/۷	سن	آزمایش
۱۲	۸/۳۴	۱/۳	تحصیلات	
۱۲	۳۳/۱	۳/۴	سن	کنترل
۱۲	۱۰/۵	۱/۹	تحصیلات	

باتوجه به نتایج جدول ۱ میانگین و انحراف معیار، مقیاس تنظیم شناختی-هیجان نشان داده شده است. پیش‌آزمون-پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل در خرده

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تنظیم هیجان	آزمایش	۱۰۰/۶۶	۱۵/۷۳	۱۰۷/۱۹	۱۷/۱۴
	کنترل	۱۰۵/۶۹	۱۵/۷۱	۱۰۶/۲۲	۱۳/۳۸
سرزنش خود	آزمایش	۱۳/۲۵	۳/۳۸	۹/۳۳	۲/۹۰
	کنترل	۱۱/۶۶	۳/۳۱	۱۲/۶۶	۲/۷۷
سرزنش دیگران	آزمایش	۱۱/۵۸	۲/۹۶	۹/۸۳	۳/۵۸
	کنترل	۸/۹۱	۳/۴۲	۱۰/۹۱	۳/۰۵
نشخوار فکری	آزمایش	۱۲/۵۸	۳/۵۰	۹/۱۶	۲/۷۲
	کنترل	۱۱/۵۸	۳/۱۷	۱۲/۳۳	۲/۲۲
فاجعه‌آمیز پنداری	آزمایش	۱۳/۵۰	۲/۲۳	۹/۳۳	۳/۲۵
	کنترل	۱۰/۵۰	۴/۲۵	۱۱/۰۸	۳/۸۲
اتخاذ دیدگاه	آزمایش	۱۲/۰۰	۲/۲۱	۱۴/۵۰	۲/۰۶
	کنترل	۱۳/۵۸	۲/۴۲	۱۲/۰۸	۲/۴۶
تمرکز مجدد مثبت	آزمایش	۱۱/۰۰	۳/۹۷	۱۳/۹۱	۴/۰۱
	کنترل	۱۳/۰۸	۲/۶۷	۱۲/۹۱	۳/۳۴
ارزیابی مجدد مثبت	آزمایش	۱۰/۳۸	۳/۱۷	۱۲/۷۵	۳/۵۷
	کنترل	۱۳/۳۸	۲/۶۷	۱۲/۹۱	۳/۳۴
پذیرش	آزمایش	۱۱/۳۳	۳/۳۹	۱۴/۰۰	۲/۶۲
	کنترل	۱۲/۵۸	۳/۰۵	۱۱/۷۵	۲/۷۰
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	آزمایش	۱۳/۴۱	۲/۹۰	۱۵/۵۰	۳/۸۹
	کنترل	۱۳/۴۱	۱/۷۸	۱۲/۵۹	۲/۵۵

با توجه به اینکه پیش فرض‌های آزمون مانکوا از جمله نرمال بودن، همگنی واریانس‌های جامعه و آزمون باکس شده است، در جدول زیر به مقایسه روش، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و گروه کنترل (تحت هیچگونه درمانی نبوده‌اند)، پرداخته شد.

جدول ۲: کوواریانس چندمتغیری جهت بررسی اثربخشی درمان ACT بر تنظیم شناختی هیجان

معناداری	خطای فرضیه	F	P Value
۰/۰۵	۹	۴/۴۹	۰/۹۰

جدول ۳: نتایج تحلیل تأثیر عضویت گروهی بر نمرات تنظیم هیجان و خرده مقیاس‌های آن در پس‌آزمون

مربع میانگین	f	df	معنی‌داری	اندازه اثر	قدرت آزمون
تنظیم هیجان	۲۹/۷	۱	۰/۰۰۰۲	۰/۵۸	۰/۸۵
سرزنش خود	۳۷/۲	۱	۰/۰۰۳	۰/۵۱	۰/۹۳
سرزنش دیگران	۴/۴۹	۱	۰/۰۴	۰/۲۵	۰/۴۸
نشخوار فکری	۱۴/۹۱	۱	۰/۰۷	۰/۲۲	۰/۴۳
فاجعه‌آمیزپنداری	۱۰/۴۸	۱	۰/۰۱	۰/۳۸	۰/۷۵
اتخاذ دیدگاه	۱۳/۷۰	۱	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۸۷
تمرکز مجدد مثبت	۱۵/۷۰	۱	۰/۰۰۳	۰/۶۸	۰/۹۲
ارزیابی مجدد مثبت	۱۱/۶۱	۱	۰/۵۴	۰/۰۲	۰/۰۸
پذیرش	۴/۲۶	۱	۰/۰۰۳	۰/۵۲	۰/۹۲
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۱۴/۶۱	۱	۰/۰۱	۰/۳۶	۰/۷۰

کنترل و افزایش میزان اتخاذ دیدگاه، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی می‌شود.

نتیجه پژوهش با نتایج (۱۳)، (۱۴)، (۱۵)، (۱۶)، همسو می‌باشد. در پژوهشی نشان داده شد سبک‌های تنظیم هیجان شناختی هدف مفیدی در مداخلات رفتاری است (۱۳). در پژوهشی دیگر نشان داده شد، آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند سازگاری آنان در ابعاد اجتماعی، هیجانی ارتقاء بخشد (۱۴). در مطالعه‌ای دیگر نشان داده شد درمان ACT به دلیل مولفه‌های مشترک درمان در کاهش آسیب روانی ناشی از مصرف آمفتامین موثر است (۱۵). تحقیقات دیگر نشان داده است که استفاده از برخی راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان همچون ارزیابی مجدد شناختی در مواجهه با استرس، در بسیاری از مواقع علاوه بر کاستن از هیجانانگ منفی، می‌تواند

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد نمرات پیش‌آزمون رابطه معنی‌داری با نمرات پس‌آزمون دارد ($p < 0/01$). بدین معنی که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تنظیم شناختی-هیجان و زیر مقیاس‌های آن در مردان تحت درمان متادون مؤثر است، لذا فرضیه‌های پژوهش تأیید می‌گردد. میزان تأثیر بین ۰/۱۷ تا ۰/۵۸ می‌باشد، یعنی ۵۸ درصد از واریانس نمرات تنظیم شناختی-هیجان در مرحله پس‌آزمون ناشی از عضویت گروهی است. توان آماری آزمون ۰/۵۲ تا ۱/۰۰ است که حاکی از دقت آماری بسیار بالای این آزمون و کفایت حجم نمونه است.

بحث

نتایج پژوهش نشان داد، روش درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش سبب بهبود تنظیم هیجانی معتادان تحت درمان متادون می‌شود و سبب کاهش میزان سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری و فاجعه‌آمیزپنداری نسبت به گروه

مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی بر شدت ولع مصرف شیشه در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری مثبت تأثیر معنی‌داری داشتند (۱۵). همچنین در مقایسه اثربخشی این دو درمان بر ابعاد نه‌گانه تنظیم شناختی هیجان تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد و هر دو درمان به یک میزان بر شاخص‌های شناختی تنظیم هیجان تأثیرگذار بودند.

در مورد کاربرد مهارت‌های گسلش شناختی هدف این است که رویدادهای درونی اعم از افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی را فقط به عنوان آنچه که هستند، نه آنچه می‌گویند که هستند، در نظر گرفته شوند. با این هدف مراجع می‌آموزد که با این رویدادهای درونی، بدون آغشته‌شدن با آنها یا اجتناب از آنها برخورد کند و نظاره‌گر آنها باشد (۱۸). برطبق این دیدگاه هیچ‌کدام از این تجربیات درونی شخصی، اگر همان‌گونه که هستند تجربه شوند، به طور ذاتی برای سلامتی فرد مضر نیستند، پس نیازی به کنترل کردن آنها نیست، بلکه مهم کاربرد این تجربیات درونی است و باید دید اگر براساس آنها عمل شود، به مراجع کمک می‌کند تا در مسیر و جهت ارزش‌هایش حرکت کند.

یکی دیگر از فرآیندهای این درمان که به اثر بخشی آن کمک زیادی می‌کند، ایجاد یک خود مشاهده‌گر یا خود به عنوان زمینه در مراجع از طریق کاربرد مهارت گسلش، ذهن‌آگاهی و ارتباط با زمان حال است (۱۷). در واقع این خود مشاهده‌گر جایگزینی برای خود مفهوم‌سازی شده یعنی خودی که با افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی تعریف می‌شود، می‌باشد. مزیت بزرگ این خود این است که به عنوان زمینه‌ای در نظر گرفته می‌شود که در آن محتوای هشپاری تهدیدکننده نمی‌باشد. در کل هدف این است که مراجع به این درک برسد که خود را از تجربیات درونی‌اش جدا ببیند.

پژوهشی در این ارتباط نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در کاهش میزان عود، افزایش اطاعت درمانی و میزان ابقاء در درمان موثر باشد (۲۰)، بنابراین پژوهشگران بر این باورند که بکارگیری روش‌های درمانی مانند درمان پذیرش و تعهد به دلیل سازوکارهای نهفته در آن مانند

باعث افزایش هیجان‌ات مثبت شود (۱۶). بیماران تحت درمان با داروی متادون با مشکلات روانشناختی متعددی نظیر استرس، اضطراب، افسردگی و نوسانات خلقی روبرو هستند و وجود این مشکلات بر اثر عدم شناسایی هیجان‌ات و کوشش در زمینه مهار و کنترل هیجان‌ات و احساسات و افکار مربوط به آنها است (۱۴).

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را می‌توان به واسطه فرایندهای حاکم بر آن تبیین کرد، یکی از مهمترین تکنیک‌های این درمان، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه می‌باشد. ترغیب بیماران به شناسایی ارزش‌هایشان و تعیین اهداف، اعمال، موانع و در نهایت تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها، با وجود مشکلات باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن منجر به رضایت از زندگی می‌شود، آنها را از گیرافتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی از قبیل اضطراب، استرس، یاس و ناامیدی، افسردگی که به نوبه خود باعث افزایش شدت مشکلات می‌شود، رهایی دهد. این نتیجه با نتایج پژوهش با پژوهش (۱۷)، (۱۸) همخوان است.

فرایند موثر دیگر این درمان، معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل و پذیرش می‌باشد. مولفه تمایل و پذیرش این امکان را برای مراجع فراهم می‌کند تا تجربیات درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای کنترل آنها بپذیرد و انجام این کار باعث می‌شود که آن تجربیات کمتر تهدیدکننده به نظر برسند و تاثیر کمتری را بر زندگی فرد داشته باشند. فرآیندهای ذهن‌آگاهی مورد استفاده در این درمان باعث تغییرات چشمگیری در روش استفاده مراجع از توجه خود می‌شود. به عبارتی باعث جهت‌گیری توجه شده تا دیدگاهی را نسبت به رویدادهای ذهنی ایجاد نماید که به فرد اجازه می‌دهد تا رویدادهای ذهنی را مشاهده کند، به جای اینکه این رویدادها را قسمتی از وجود خود بدانند (۱۹). بنابراین این درمان با توجه به تاکید بر پذیرش تجارب و انجام اعمال داوطلبانه و ارادی دارد، می‌تواند هم در بهبود کیفیت زندگی و عملکرد افراد دارای اختلال مزمن و هم در کاهش علائم و نشانه‌های آن اختلال موثر باشد. کیانی و همکاران بیان کردند روان‌درمانی گروهی

دستور کار مراکز آموزش روش‌های درمان روانشناختی قرار بگیرد. در این پژوهش نیز مانند پژوهش‌های دیگر دارای محدودیت‌هایی بوده است، که امیدواریم این محدودیت‌ها در پژوهش‌های دیگر رفع شود، نتایج پژوهش حاضر محدود به جامعه‌ای است که در پژوهش شرکت داشته‌اند و قابل تعمیم به دیگر جامعه‌های پژوهشی نیست. اجرای مصاحبه با آزمودنی‌ها صورت نگرفت و نتایج صرفاً بر خودگزارش‌دهی متمرکز شده است و پایین بودن سطح سواد برخی از آزمودنی‌ها درمانگر را در انتقال مفاهیم این درمان با مشکل مواجه می‌کرد.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه نشان داده شد، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش سبب تنظیم شناختی هیجان در مردان تحت درمان با متادون می‌شود. همچنین سبب اثربخشی بر روی سرزنش خود، سرزنش دیگران، فاجعه‌آمیزپنداری، اتخاذ دیدگاه تمرکز مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی شده است.

پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند در تلفیق با فنون رفتار درمانی شناختی، اثربخشی درمان‌ها را افزایش دهد. بنابراین، افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی در درمان پذیرش و تعهد می‌تواند توانایی مقابله بیمار را در کنار آمدن با وسوسه و نشانه‌های ترک به عنوان شاخص اصلی تداوم مصرف در این بیماران افزایش دهد.

این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی از جمله نتایج پژوهش حاضر محدود به جامعه‌ای بود که در پژوهش شرکت داشته‌اند و قابل تعمیم به دیگر جامعه‌های پژوهشی نیست همچنین پایین بودن سطح سواد برخی از آزمودنی‌ها درمانگر را در انتقال مفاهیم این درمان با مشکل مواجه می‌کرد، لذا پیشنهاد می‌شود، که جهت تعمیم نتایج پژوهش حاضر در جمعیت‌های دیگر نیز تکرار شود در ضمن با توجه به نوپا بودن روش درمان بکار برده شده در این پژوهش پیشنهاد می‌شود که آموزش این روش درمانی به درمان‌گران در

References:

- 1- Sadock BJ, Sadock VA. *Summary of psychiatry and behavioral sciences-Clinical Psychiatry*. Translation Porafkary N. Tabriz 2011; 629(1): 624.
- 2- Behdani F, Heyrani P, Arshadi H. *The demographic characteristics of patients undergoing methadone treatment in hospitals in Mashhad in the years 1385-1384 Hejazi*. Mashhad Uni Med Sci 2004; 33-34: 53-9.
- 3- Doran N, Mc charque D, Cohen L. *Implisivity and the reinforcing value of cigarette smoking*. Addictive Behavior 2007; 32(1): 90-8.
- 4- Fox HC, Axelrod SR, Paliwal P, Sleeper J, Sinha R. *Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence*. Drug and Alcohol Dependence 2007; 89(33): 388-94.
- 5- Fox HC, Hong KA, Sinha R. *Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinks*. Addictive Behavior 2008; 33(2): 388-94.
- 6- Zahed A, Elah GHalillo K, Abolghasemi A, Narimani M. *The relationship between emotion regulation strategies and interpersonal behavior in substance abusers*. J res add 2010; (11): 99-113. [Persian]
- 7- Glantz MD. *Vulnerability to drug abuse: Introduction and overview*. Washington, DC; American Psychological Asso 1992.

- 8- Beirami M, Movahedi Y, Minashiri AA. *Comparing students' cognitive emotion regulation in smokers and non-smokers*. J Mazandaran Uni Med Sci 2012; 23(9): 143-50.
- 9- Vowles KE, Sowden G, Ashworth J. *A Comprehensive Examination of the Model Underlying Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain*. Behavior Therapy 2014; 45(3): 390-401.
- 10- González-Menéndez A, Fernández P, Rodríguez F, Villagrúa P. *Long-term outcomes of Acceptance and Commitment Therapy in drug-dependent female inmates: A randomized controlled trial*. Int J Clin Health Psychology 2014; 14(1): 18-27.
- 11- Besharat MA, Bazzazian S. *Psychometri properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in a sample of Iranian population*. J Shahid Beheshti School of Nur Midwifery 2013; 61-70.
- 12- Peivastegar MA, Heydary Abdi A. *Comparison of Cognitive Emotion Regulation Strategies referred to hospitals with symptoms of depression in adolescents and young adults*. Quarterly Applied Psychology 2008; 2(3). [Persian]
- 13- Abdi S, Babapoor J, Fathi H. *The relationship between cognitive emotion regulation and public health at the University*. Aannals of military and health sci res 2010; 8(4): 258-68. [Persian]
- 14- Narimani M, Abasi M, Abolghasemi A, Ahadi B. *Comparison of the effectiveness of acceptance / commitment with emotion regulation training on adjustment of students with dyscalculia*. Middle Eastern J Disability Studies 2013; 4(2): 174-76. [Persian]
- 15- Kiani AR, Ghasemi N, Pourabas A. *Effectiveness of group therapy and mindfulness-based acceptance and commitment on craving and cognitive emotion regulation in consumer glass*. J Sub Abuse Add Res 2012; (25): 27-36. [Persian]
- 16- Shiota MN. *Silver linings and candles in the dark: Differences among positive coping strategies in predicting subjective well-being*. Emotion 2006; 6(2), 335-39.
- 17- Garnefski N, Baan N, Kraaij V. *Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the foot-and-mouth crisis, Personality and Individual Differences* 2005; 38(6): 1317-27.
- 18- Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin C. *Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial*. Behavior res therapy 2012; 50: 367-73.
- 19- Brown KW, Ryan RM. *The benefits of being present: Acceptance and Commitment Training and Its role in psychological wellbeing*. J Personality Soc Psychology 2003; 84(22): 822-48.
- 20- Dabaghi P, Asgharnejad F, Atef AA, Abolhari J. *The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy group (mindfulness), and activating the mental schemas in preventing relapse of opioid*. Ir J Psychiatry and Clin Psycho 2008; 13(4): 366-75.

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Emotion Regulation in Men under Methadone Treatment

Mohammadi L(MSc)¹, Salehzade Abarghoei M(PhD)*², Nasirian M(MD)³

¹ Psychology Department, Islamic Azad University, Yazd, Iran

² Department of Psychology and Educational Sciences, Humanities Faculty, Yazd University, Yazd, Iran

³ Department of Psychiatry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Received: 4 May 2015

Accepted: 6 Aug 2015

Abstract

Introduction: Today, third wave therapy in psychotherapy puts special emphasis on the individuals' awareness as well as their emotional and cognitive acceptance rather than challenging the cognitions. Therefore, this study aimed to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive emotion regulation in the addicted men under Methadone treatment.

Method: The study population consisted of all the addicted men under Methadone treatment referring to an addiction treatment clinic in Isfahan in 2014-2015, out of which 24 addicted men were selected via convenience sampling method, and then were appointed randomly into two experimental and control groups (n= 12). Both groups filled Cognition Emotion Regulation Questionnaire. The therapeutic interventions based on acceptance and commitment therapy were held for the experimental group for 8 sessions of one hour once a week. Ultimately, the collected data were analyzed applying SPSS software via ANCOVA method .

Result: The findings of the present study demonstrated a significant positive impact of acceptance and commitment therapy on reduction of self blame, rumination, catastrophizing as well as blaming others. Moreover, a significant increase was observed in regard with the acceptance, positive refocus, refocus on planning, positive reappraisal and positive perspective.

Conclusion: It was concluded that acceptance and commitment therapy seems to be beneficial to enhancing the emotion regulation of addicted men under Methadone treatment, which can be related to training the referents to accept their thoughts and conditions.

Keywords: Acceptance and commitment therapy (ACT); Addiction; Cognitive emotion regulation; Methadone treatment

This paper should be cited as:

Mohammadi L, Salehzade Abarghoei M , Nasirian M. ***Effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive emotion regulation in men under methadone treatment.*** J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2015; 23(9): 853-61.

***Corresponding author: Tel: 09132544716, Email: m.salehzadeh@yazd.ac.ir**