



<https://jacp.scu.ac.ir/>

ISSN (P): 2538-5755

ISSN (E): 2588-6126

Received: 13 May 2020

Accepted: 17 November 2020

Research Article

Doi: [10.22055/JACP.2022.36919.1186](https://doi.org/10.22055/JACP.2022.36919.1186)

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Craving and Emotion Regulation Strategies in Patients Under Treatment of Maintenance Methadone Therapy

Rozhin Mirani ^{1*}, Alireza Moradi ², Robabeh Noury ³, Meysam Borhani ⁴

1- PhD student in health psychology, Karaj branch of Islamic Azad University, Karaj, Iran

2- Professor of Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

3- Associate Professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

4- MA degree in clinical psychology, Khwarazmi University, Tehran, Iran

Citation: Mirani, R., Moradi, A., Noury, R., & Borhani, M. (2020). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on craving and emotion regulation strategies in patients under treatment of maintenance methadone therapy. *Clinical Psychology Achievements*, 6(1), 23-32.

Abstract

This study aimed to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on the craving and emotion regulation strategies in patients under treatment of maintenance methadone. The research method was semi-experimental with pre-test -post-test and follow-up design with a control group. The sample consisted of 24 male patients referred to the clinic in the city of Karaj selected through the purposive sampling method and randomly assigned into experimental and control groups. The experimental group got acceptance and commitment therapy and maintenance methadone therapy, while the control group received only maintenance methadone therapy. The data were collected using a craving questionnaire (Salehiet al., 2010) and an emotion regulation questionnaire (Gartz & Roemer, 2008). The data were analyzed by multivariate covariance analysis. The results showed that the treatment based on acceptance and commitment caused a significant reduction ($p < 0.05$) in craving and also improved emotion regulation. Treatment based on acceptance and commitment has favorable practical implications in the treatment and prevention of substance abuse relapse.

Keywords: Acceptance and commitment, craving, emotion regulation strategies, maintenance methadone

* **Corresponding Author:** Rozhin Mirani

E-mail: rojhinmirany10@gmail.com





بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر وسوسه و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون

روژین میرانی^{۱*}، علیرضا مرادی^۲، ربابه نوری^۳، عبدالله برهانی^۴

- ۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
- ۲- استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
- ۳- دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
- ۴- کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر وسوسه و تنظیم هیجان در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون می‌باشد. این پژوهش در قالب طرح نیمه‌تجربی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. نمونه موردنظر شامل ۲۴ مرد از مراجعه‌کنندگان به کلینیک ترک اعتیاد شهر کرج بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه سنجش وسوسه مصرف مواد پس از ترک صالحی فدردی و همکاران (۱۳۸۹) و پرسش‌نامه تنظیم هیجان گراتز و روئمر (۲۰۰۸) استفاده شد. برای تحلیل یافته‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش معنی‌دار ($p < 0.05$) وسوسه و همچنین بهبود تنظیم هیجان شده است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تلویحات کاربردی مطلوبی در زمینه درمان و پیشگیری از عود سوءمصرف مواد دارد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، وسوسه، راهبردهای تنظیم هیجان، درمان نگهدارنده با متادون

مقدمه

اعتیاد یکی از بزرگترین معضلات اجتماعی در جامعه است که با مشکلات زیادی در حوزه‌های پزشکی، روان‌پزشکی، خانوادگی، شغلی، قانونی، مالی و معنوی همراه می‌باشد. اعتیاد نه تنها زندگی فرد را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد بلکه نواقص و ناراحتی‌های زیادی را برای خانواده و جامعه ایجاد کرده و بار زیادی را به آن‌ها تحمیل می‌کند. این بیماری مانند هر اختلال دیگری نیاز به مدیریت درمان در طی زمان دارد (Termorshuizen et al., 2015). ترک مصرف مواد مخدر از جمله مسائلی است که همواره مورد توجه مسئولین و همچنین خود مبتلایان به سوءمصرف مواد و خانواده‌های آنان بوده است (لاله، ۱۳۹۵). در سال‌های اخیر پژوهش‌های زیادی درباره روش‌های مختلف درمان وابستگی به مواد مخدر مانند درمان نگه‌دارنده با متادون و سم‌زدایی صورت گرفته است. مشکل عمده در درمان معتادان، حتی با دوره پاک‌ی طولانی‌مدت، میزان بالای عود آن‌ها می‌باشد (Daley et al., 2014). در بررسی سبب‌شناسی سوءمصرف مواد و بازگشت پس از درمان، محققان و نظریه‌پردازان مختلف، وسوسه، نقص در تنظیم هیجان، تحمل پایین ناراحتی اجتناب هیجانی، رفتارهای بدون تفکر و عادت، نشخوار فکری، سوگیری نسبت به نشانه‌های مواد، خودکارآمدی پایین، نقص در مهارت‌های مقابله‌ای و خطای معنوی را عنوان نموده‌اند (Blume, 2015). علاوه بر این پژوهشگران در درمان افراد معتاد به برخی ویژگی‌های هیجانی، محیطی و بین‌فردی که منجر به سوءمصرف مجدد مواد می‌شود اشاره کرده‌اند، بنابراین در درمان و پیشگیری از عود اعتیاد، حالت‌های هیجانی و میل و وسوسه از مهم‌ترین عوامل خطر عود می‌باشند (Marlatt & Witkiewitz, 2009). از عوامل مهمی که در اکثر پژوهش‌ها به‌عنوان عامل مصرف و تداوم آن مطرح شده است می‌توان به کژکاری در تنظیم هیجان اشاره کرد. در این راستا یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که نشانه‌های نارسایی تنظیم هیجان در اکثر اختلالات روانی اتفاق می‌افتد (حسنی، ۱۳۹۷). نارسایی تنظیم هیجان یک سازه چندبعدی در نظر گرفته می‌شود که شامل موارد زیر است:

الف) فقدان آگاهی، درک و پذیرش هیجان‌ها (ب) فقدان دست‌یابی به راهبردهای انطباقی برای تعدیل کردن شدت و یا مدت پاسخ‌های هیجانی (ج) بی‌زاری از تجربه رنج هیجانی به‌عنوان بخشی از اهداف مطلوب (د) عدم‌توانایی در کنترل رفتار به‌هنگام پریشانی هیجانی (Gartz & Roemer, 2008). در واقع واژه تنظیم هیجان به‌منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به‌کار گرفته می‌شود (حسنی، ۱۳۹۷). فرض بر این است که افراد مبتلا به سوءمصرف مواد، مواد را به‌منظور مدیریت حالت‌های هیجانی نامطلوب مصرف می‌کنند، حالت‌های هیجانی که به‌خاطر مشکلاتی در فهم و برخورد مؤثر با آن هیجان‌ها، به‌طور غیرقابل کنترل تجربه می‌شوند (Lindsay & Ciarrochi, 2016). می‌توان گفت که حالت‌های هیجانی و به‌ویژه حالت‌های هیجانی منفی نقش مهمی در سوءمصرف مواد و بازگشت دارند. به‌عنوان مثال پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ۳۲٪ بازگشت‌ها پس از حالت‌های هیجانی منفی و ۵٪ پس از حالت‌های هیجانی مثبت اتفاق می‌افتد (Otto et al., 2012). بسیاری از درمان‌گران نیز در زمینه درمان سوءمصرف مواد با این نظر موافقت می‌کنند که هیجان‌های منفی و تنظیم‌نشده دلیل اولیه اعتیاد می‌باشد. احساس یأس^۱ و ناامیدی^۲ که اغلب در کنار افسردگی^۳ توصیف می‌شود، در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد موجب تداوم مصرف می‌شود. مطالعات مختلف نیز نشان داده‌اند که القاء خلق منفی می‌تواند موجب افزایش وسوسه مصرف گردد. به‌علاوه دامنه وسیعی از تجارب هیجانی منفی نظیر غمگینی، ملال^۴، اضطراب^۵ و احساس گوشه‌گیری قابل نشانه‌گذاری برای سوءمصرف مواد می‌باشند (پورعلی و همکاران، ۱۳۹۸). در واقع در درمان و پیشگیری از بازگشت اعتیاد، حالت‌های هیجانی منفی و مثبت و وسوسه از مهم‌ترین عوامل خطر محسوب می‌شوند (Marlatt & Witkiewitz, 2009).

درمان‌های زیادی برای اعتیاد انجام گرفته است و هرکدام در جای خود اثربخشی کافی هم داشته‌اند اما آمار بالای مصرف‌کنندگان نشان‌دهنده این مسئله است که نیاز به توسعه درمان‌های جدید برای اعتیاد وجود دارد. درمان‌هایی که ضمن

1. Despair
2. Hopelessness
3. Depression
4. Boredom
5. Anxiety

داشتن اثربخشی بالا با عود و بازگشت پایین‌تری در بلندمدت همراه باشند (بزمی، ۱۳۹۷). در موج سوم روان‌درمانی‌ها که به روان‌درمانی‌های پست مدرن معروف هستند، عقیده براین است که شناخت‌ها و هیجانات را باید در بافت مفهومی پدیده‌ها در نظر گرفت. به همین دلیل به جای رویکردهایی مانند درمان شناختی رفتاری که شناخت‌ها و باورهای ناکارآمد را اصلاح می‌کنند تا هیجانات و رفتارها اصلاح شود، در درمان‌های موج سوم به بیمار آموزش داده می‌شود تا در گام اول هیجانات خود را بپذیرد و با زندگی در "اینجا و اکنون" از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری برخوردار شود. به همین دلیل در این درمان‌ها فنون شناختی رفتاری سنتی را با ذهن‌آگاهی ترکیب می‌کنند (Hayes et al., 2016). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سال ۱۹۸۶ توسط هایز ایجاد شد و منتج از مکاتب و رویکردهای درمانی مختلف مانند رفتاردرمانی، روانکاوی، گشتالت، ذهن‌آگاهی و همچنین جنبش فلسفی اگزیستانسیالیسم می‌باشد. این رویکرد به جای تغییر شکل، محتوا و یا فراوانی افکار، به دنبال تغییر کارکرد آن‌هاست (دهقانی و رضایی، ۱۳۹۶). در رویکرد درمانی پذیرش و تعهد بر خلاف درمان شناختی رفتاری، محتوای افکار، احساسات و حس‌های بدنی بررسی نمی‌شود بلکه شیوه‌هایی که فرد بدان وسیله به تجارب خویش می‌پردازد، مورد بررسی قرار می‌گیرد (Hayes et al., 2015). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل دو بخش ذهن‌آگاهی و عمل و تجربه در زمان حال می‌باشد و به افراد آموزش می‌دهد تا با پذیرش احساسات و هیجانات خود و خودداری از اجتناب تجربی^۱، "در اینجا و اکنون" زندگی کنند و در نتیجه بهتر با وسوسه‌های مصرف خود مقابله کنند (Smout, 2008). درک اولیه ACT^۲ از مشکلات انسان مبتنی بر ۶ فرایند اصلی است. در واقع براساس این دیدگاه ریشه اختلالات روانی و از جمله اعتیاد به علت انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی است که این انعطاف‌ناپذیری حاصل ۶ فرایند می‌باشد: اجتناب از تجارب، هم‌جوئی شناختی، فقدان ارزش‌ها، عدم حضور در زمان حال، وابستگی به خود مفهوم‌سازی شده^۳ و فقدان تعهد. مشکل در هر یک از ۶ مورد اخیر موجب انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌شود که این انعطاف‌ناپذیری به معنای مجموعه رفتارهایی است که در راستای ارزش‌های فرد نیستند. هدف ACT این است که انعطاف روان‌شناختی را در فرد ایجاد کند و او را به سمت رفتارهایی در راستای ارزش‌هایش سوق دهد. مرور مطالعات گذشته نشان می‌دهد که اثربخشی درمان‌های نگره‌دارنده دارویی بدون مداخلات روانی اجتماعی، به علت اطاعت دارویی پایین و میزان بالای ریزش، ضعیف می‌باشد (Rozen & Waart, 2016). همچنین پژوهش‌های زیادی صورت گرفته است که نقش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در تنظیم هیجان و کاهش ولع مصرف به اثبات رسانده‌اند. حسینیان و همکاران (۱۳۹۳) در مطالعه‌ای که بر روی فرسودگی شغلی پرستاران انجام دادند، نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تنظیم هیجان نقش معنی‌داری دارد. همچنین کیانی و همکاران (۱۳۹۱) نشان دادند که این درمان می‌تواند در کاهش ولع مصرف و تنظیم شناختی بیماران مصرف‌کننده شیشه مؤثر باشد. همچنین محمدی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تنظیم شناختی معتادان تحت درمان دارویی مؤثر می‌باشد. به‌طور کلی مطالعات انجام‌شده، ACT را به‌عنوان درمانی مناسب برای اختلالات خلقی (Zettle & Hayes, 2012; Zettle, 2015; حر و همکاران، ۱۳۹۲)، اختلال استرس پس از سانحه (Blume, 2015; Orsillo & Batten, 2010)، سازگاری زناشویی (صمدی و دوستکام، ۱۳۹۶)، اختلال هراس (Levitt et al., 2011)، اختلال اضطراب منتشر (Roemer & Orsillo, 2017) و اختلالات مصرف مواد (Hayes et al., 2010) می‌دانند. در همین راستا پژوهش حاضر برآن است تا اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر تنظیم شناختی هیجان بیماران تحت درمان نگره‌دارنده با متادون بررسی نماید.

روش پژوهش

پژوهش حاضر در قالب یک طرح نیمه‌تجربی که پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل نامیده می‌شود، صورت گرفت. این طرح از دو گروه آزمودنی تشکیل شده است که شامل یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه بیمارانی است که به مراکز درمان سوءمصرف مواد شهر کرج مراجعه کرده‌اند که از بین آن‌ها ۲۴ نفر

مراجع مرد به روش نمونه‌گیری در دسترس، با تشخیص اصلی و اولیه وابستگی به مواد برطبق ملاک‌های تشخیصی DSM.5 انتخاب شد. سپس از ۲۴ نفر انتخاب شده ۱۲ نفر به‌صورت تصادفی در گروه آزمایشی و ۱۲ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش به‌صورت گروهی تحت درمان ACT و متادون درمانی قرار گرفتند و گروه کنترل تنها درمان دارویی متادون را دریافت کردند.

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه سنجش وسوسه مصرف مواد پس از ترک: این پرسش‌نامه توسط صالحی فردی و همکاران در سال ۱۳۸۹ ساخته شده است و از ۲۰ گویه تشکیل شده است که به‌منظور سنجش میزان افکار و خیالات مربوط به مواد و وسوسه مصرف به‌کار می‌رود. میزان اعتبار این پرسش‌نامه برحسب آلفای کرونباخ (۰/۹۴) گزارش شده است.

پرسش‌نامه تنظیم هیجان: این مقیاس توسط (Gartz & Romer, 2008) ساخته شده است و دارای ۳۶ گویه است و نمره‌گذاری آن در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است. نمرات بالا نشان‌دهنده دشواری بیشتر در تنظیم هیجان است. ضریب اعتبار کل مقیاس با استفاده از روش‌های همسانی درونی ۰/۹۴ و برای هر یک از خرده‌مقیاس‌ها آلفای کرونباخ بیشتر از ۰/۸۲ به‌دست آمده است. در بررسی ساختار عاملی ویژه‌ی روان‌سنجی مقیاس در جمعیت ایرانی که توسط خانزاده و همکاران (۱۳۹۱) روی دانشجویان شیراز صورت گرفت، ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها ۸۴/۰ به‌دست آمد.

شیوه اجرای پژوهش

بیمارانی که با توجه به معیارهای ورود به پژوهش واجد شرایط بودند، به‌شیوه در دسترس انتخاب شدند. پس از انتخاب اطلاعاتی در مورد نوع درمان، نحوه حضور آن‌ها در جلسه، تعداد و زمان جلسات به هر آزمودنی داده شد. آزمودنی‌ها هفته‌ای یک‌بار برای شرکت در جلسات به مرکز مراجعه کردند. در آغاز درمان ابتدا پیش‌آزمون به‌عمل آمد و شاخص‌های وسوسه و تنظیم هیجان ارزیابی گردید. سپس جلسات درمانی در قالب پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اجراء شد. این پروتکل توسط Hayes et al. (1999) طراحی شده است و در ایران توسط هنرپروران (۱۳۹۳)، کیانی و همکاران (۱۳۹۱)، حسینیان و همکاران (۱۳۹۳) و انوری و همکاران (۱۳۹۳) انجام شده و تمام پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی این درمان در مورد اختلالات مختلف از جمله سوء‌مصرف مواد بوده است. در پایان جلسات، شاخص‌هایی که در پیش‌آزمون ارزیابی شده بودند مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته‌ها

براساس نتایج حاصل از پژوهش میانگین سنی گروه آزمایش ۲۴/۴۵ و میانگین سنی گروه کنترل ۲۴/۱۶ به‌دست آمد. همچنین میانگین سن شروع مصرف در گروه آزمایش ۱۸/۹۶ سال و در گروه گواه ۱۹/۶ می‌باشد. آماره‌های توصیفی متغیرها به تفکیک گروه و نوع آزمون در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروهها و نوع آزمون

گروه	تعداد	خرده‌مقیاس	پیش‌آزمون میانگین-انحراف استاندارد	پس‌آزمون میانگین-انحراف استاندارد
آزمایش	۱۰	وسوسه	۴/۰۹-۳۴/۱۰	۴/۸۰-۲۵/۱۱
	۱۰	تنظیم هیجان	۵/۱۲-۱۱۴/۹۱	۷/۹۰-۹۴/۷۳
کنترل	۱۲	وسوسه	۶/۰۵-۳۵/۱۵	۴/۷۷-۳۳/۳۵
	۱۲	تنظیم هیجان	۶/۹۰-۱۱۳/۱۰	۵/۹۵-۱۱۱/۲۰

برای بررسی اثربخشی مداخله می‌بایستی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شود. نتایج آزمون نرمال بودن (کالموگروف-اسمیرنوف) متغیرهای وابسته پژوهش نشان داد که توزیع نمرات این متغیرها در مرحله پس‌آزمون تابع توزیع نرمال است ($p > 0.05$). نتایج آزمون لون برای یکسان بودن واریانس گروه‌ها در متغیرهای وسوسه و تنظیم هیجان نشان داد که واریانس شرکت‌کننده‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در این متغیرها یکسان می‌باشد. همچنین آزمون فرض همگنی شیب رگرسیون نشان داد که تحلیل واریانس عاملی تعامل گروه و متغیر وسوسه ($F=0.32, p=0.653$) و تعامل گروه و متغیر تنظیم هیجان ($F=0.28, p=0.632$) معنی‌دار نمی‌باشد. لذا پیش فرض همگنی شیب رگرسیون برای هر دو متغیر وابسته پژوهش رعایت شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معنی‌داری	اندازه اثر
تنظیم	پیش‌آزمون	۳۱۷۰/۹۶	۱	۳۱۷۰/۹۶	۳۱/۴۴	۰۰۵/۰	۷۵/۰
هیجان	گروه	۹۹/۵۱	۱	۹۹/۵۱	۵۱/۹۶	۰۰۵/۰	۰/۸۳
وسوسه	پیش‌آزمون	۲۵۱/۸۳	۱	۲۵۱/۸۳	۱۷/۳۰	۰۰۵/۰	۰/۷۷
	گروه	۱۷۰/۹۶	۱	۱۷۰/۹۶	۷۰/۸۳	۰۰۵/۰	۰/۶۷

یافته‌ها نشان می‌دهد بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $P < 0.05$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد (جدول ۲). براین اساس می‌توان بیان داشت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است در متغیرهای تنظیم هیجان و وسوسه تاثیر گذاشته و موجب کاهش وسوسه در بیماران و همچنین تنظیم مؤثر هیجان‌ات شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور ارزیابی اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در بیماران تحت درمان نگره‌دارنده با متادون انجام شد. در این پژوهش درمان براساس پروتکل درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Hayes et al., 1999) در قالب دوازده جلسه درمانی برای یک گروه آزمایش اجراء شد. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها حاکی از اثرگذاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای انتخاب شده است. پژوهش‌های زیادی به بررسی اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی در بهبود راهبردهای تنظیم شناختی انجام شده است. روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله درمان‌های است که در این زمینه مورد توجه پژوهشگران بوده است. کیانی و همکاران (۱۳۹۱) که اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را در تنظیم شناختی هیجان بررسی کردند و نتایج پژوهش آن‌ها حاکی از اثربخشی این درمان در بهبود راهبردهای سازگاران بود. در پژوهشی که حسینیان و همکاران (۱۳۹۳)، در زمینه بررسی مؤلفه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رابطه آن با تنظیم شناختی هیجان انجام دادند نتایج حاکی از این بود که اجتناب از تجارب که از اصلی‌ترین هسته‌های انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است، با راهبردهای سازگاران تنظیم هیجان همبستگی منفی معنی‌داری دارد و در نتیجه از آنجا که یکی از اهداف اصلی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش اجتناب می‌باشد می‌توان نتیجه گرفت که این درمان می‌تواند منجر به بهبود راهبردهای سازگاران تنظیم هیجان گردد. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های Hayes & Masuda (2016) که نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش انعطاف روان‌شناختی و بهبود راهبردهای تنظیم هیجان می‌شوند، همسو می‌باشد. همچنین نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های پژوهش‌های ایزدی و عابدی (۱۳۹۶)، دهقانی و رضایی (۱۳۹۶) و محمدی و همکاران (۱۳۹۵) مبنی بر کاربست مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش اختلالات نیز همسو و هم‌جهت می‌باشد. نتایج این تحقیق با یافته‌های Hayes & Masuda (2016) که نشان دادند مداخلات درمان ACT با افزایش انعطاف روان‌شناختی و سلامت

روان و راهکارهای تنظیم هیجان همبستگی مثبت دارند، همسو و هم‌جهت می‌باشد. تجربه هیجان‌های منفی مانند اضطراب، افسردگی و خشم، موجب فعال شدن باورهای اعتیادی می‌شود که در جای خود موجب برانگیخته شدن وسوسه مصرف مواد می‌گردد و توانایی فرد در استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان، می‌تواند اثر وسوسه بر مصرف مواد را تحت تأثیر قرار دهد (محمدخانی و همکاران، ۱۳۹۰). در همین راستا فرض بر این است که افراد مبتلا به سوءمصرف مواد، مواد را به‌منظور مدیریت حالت‌های هیجانی نامطلوب استفاده می‌کنند، حالت‌های هیجانی که به‌خاطر مشکلاتی در فهم و برخورد مؤثر با آن هیجان‌ها، به‌طور غیرقابل کنترل تجربه می‌شوند (Lindsay & Ciarrochi, 2016). بنابراین در درمان اعتیاد توجه به تنظیم هیجان ضروری به‌نظر می‌رسد. مدیریت هیجان‌ها به‌منزله فرایندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اعمال او بر عهده دارد و هرگونه اشکال و نقص در نظم‌جویی هیجان‌ها می‌تواند فرد را در برابر اشکال مختلف آسیب‌شناسی آسیب‌پذیر سازد (Garnefski & Kraiji, 2012).

هیجان‌های منفی و موقعیت‌هایی که آن‌ها را رشد می‌دهند، موجب تلاش برای رهایی از آن‌ها توسط افراد می‌شوند. برای یک مصرف‌کننده مواد، رهایی از هیجان‌های منفی و اضطراب به‌صورت سوءمصرف مواد نمایان می‌شود. درواقع هنگامی که فرد برای مصرف مواد تحت فشار قرار می‌گیرد، مدیریت مؤثر هیجان‌ها، خطر سوءمصرف مواد را کاهش می‌دهد. توانایی مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر استفاده کند (ابوقاسمی و همکاران، ۱۳۹۶). به‌طور کلی پژوهش‌ها نشان‌دهنده این مطلب هستند که حضور راهبردهای ناسازگارانه نظم‌جویی هیجان آسیب‌رسان‌تر از عدم وجود راهبردهای سازگارانه است (Chaney et al., 2013). ACT در کار با مصرف‌کنندگان مواد، بر این مسئله تأکید دارد که به بیمار کمک کند تا تماس روان‌شناختی مناسبی با حوزه مشکلاتش پیدا کند و بر شناخت‌ها و هیجان‌اتش مسلط شود تا الگوی مخرب مصرف موادمش را متوقف سازد. درواقع از دیدگاه ACT علت اصلی شروع و تداوم اعتیاد اجتناب، عدم تماس با زمان حال، گسلس شناختی، فقدان تعهد نسبت به ارزش‌های زندگی است که موجب انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی در فرد معتاد می‌شود و منجر به یک چرخه معیوب می‌گردد. هدف درمان ACT شکستن این چرخه با تخریب اجتناب و فرار و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و پذیرش نسبت به افکار و هیجان‌ات نامطلوب است. هم‌زمان درمان پذیرش و تعهد به مراجعان کمک می‌کند تا بر حوزه‌های ارزشمند زندگی‌شان متمرکز شوند. حوزه‌های ارزشمندی که در طول کشمکش با مواد در حاشیه قرار گرفته‌اند (Eifert & Forsyth, 2012). استقبال قابل توجه مراجعان از این شیوه درمانی و مفهوم‌سازی منحصر به فرد آن از اختلالات سوءمصرف مواد، در نوع خود قابل توجه است. با توجه به تجربیات محقق در این پژوهش به‌نظر می‌رسد که علت این امر، توجه زیاد و اساسی درمان به بافت زندگی مراجعان است. در این درمان برخلاف بسیاری از شیوه‌های درمانی دیگر، هیچگونه ارزش یا سبک خاص زندگی به مراجعان تحمیل نمی‌شود. در عوض مراجعان براساس نظام ارزش‌های خود به تصمیم‌گیری راجع به تغییر می‌پردازند. برای مثال وقتی که برای یک مراجع به‌خصوص مسأله آبرو و حرف مردم مهم و ارزشمند است، درمانگر مانند آنچه که در برخی از شیوه‌های درمانی مرسوم است به غیرمنطقی بودن آن حمله نمی‌کند و اجازه می‌دهد تا مراجع در راستای فرهنگ، عرف و شرایط زندگی خود، دست به انتخاب‌های بهتری بزند.

جامعه در حال توسعه ما در گذار از سنت به مدرنیته و آشفتگی‌های خاص مرتبط با این گذار که ممکن است در حوزه‌های متعدد سیاسی، فرهنگی، اجتماعی، مذهبی و مانند آن نمایان گردد، مشکلاتی دارد که حداقل در کوتاه‌مدت قابل حل نیستند. در این شرایط خاص، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و نگرش برخاسته از آن می‌تواند با تشخیص و شناسایی عناصر قابل تغییر و غیرقابل تغییر فردی و محیطی، انرژی افراد را بر امور سازنده‌تر متمرکز سازد و از اتلاف انرژی و سرمایه زندگی افراد و جامعه جلوگیری نماید. در کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌نظر می‌رسد که عوامل زیر می‌تواند در اثربخشی این درمان سهم بسزایی داشته باشد: تأثیر تمارین و تجارب مستقیم بر درمان؛ با توجه

به اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اساساً یک درمان مبتنی بر تجربه است، درمانگر مفاهیم، نگرش‌ها و رفتارهای موردنظر را از طریق تمارینی که فرد را به تجربه مستقیم هدایت می‌کند، به مراجعان انتقال می‌دهد. تأثیر استفاده از استعاره در درمان: آزمودنی‌هایی که در این درمان شرکت داشتند، یکی از جنبه‌های مؤثر و مهیج این درمان را استفاده از استعاره‌ها ارزیابی کردند. آن‌ها عنوان نمودند که در بسیاری از موقعیت‌های مشکل زندگی با یادآوری یک یا چند مورد از استعاره‌های درمان، توانسته‌اند به خوبی با موقعیت موردنظر کنار بیایند. اهداف درمان باید براساس یافته‌های علمی تعیین شود نه براساس خواسته‌های مراجع: چه بسا خواسته‌های مراجع بخشی از اختلال او باشد و دنباله‌روی درمانگر از آن‌ها، به جای درمان، مشکل را مزمن می‌سازد. یکی از کارهای مهمی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مراجعان انجام می‌دهد، باز تعریف اهداف درمان در یک جو همراه با مشارکت و عاری از هرگونه تحمیل و فشار است. مراجعان اولین چیزی که در این درمان آموختند این بود که گاهی راه‌حلی که انسان به دنبال آن است، خود جزئی از مشکل است و باید در وهله اول تغییر کند. تأکید درمانگر بر تخفیف علائم در مرتبه دوم اهمیت باشد: تجربه اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان داد که تأکید بر بهبود عملکرد به جای تخفیف و تسکین علائم، در نهایت علاوه بر ارتقاء کیفیت زندگی مراجعان، علائم آن‌ها را نیز کاهش می‌دهد. استفاده از تمارین مبتنی بر آگاهی: یکی از اهداف اصلی در درمان ایجاد پذیرش در مراجعان نسبت به علائم روان‌شناختی خویش است. برای این منظور یکی از بهترین پیشنهادات، اجرای تمرینات مبتنی بر آگاهی است.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس، اله‌قلی‌لو، کلثوم، نریمانی، محمد و زاهد، عادل. (۱۳۹۶). راهبردهای تنظیم هیجان در سوءمصرف‌کنندگان مواد دارای واکنش‌پذیری بالا و پایین. *مجله دانشکده علوم پزشکی گیلان*، ۲۰(۷۷)، ۳۶-۱۷.
- انوری، محمدحسن، ابراهیمی، امراله، نشاط‌دوست، حمید طاهر، افشار، حمید و عابدی، احمد. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر پذیرش درد، اضطراب مرتبط با درد و شدت درد بیماران مبتلا به درد مزمن. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۱۱(۶)، ۶۳-۷۹.
- ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۶). کاهش علائم وسواس در بیماران مبتلا به وسواس فکری-عملی مقاوم به درمان از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. *دوماهنامه علمی پژوهشی فیض*، ۱۷(۳)، ۲۸۶-۲۷۵.
- بزمی، نعیمه. (۱۳۹۷). *روان‌شناسی وابستگی به مواد*. تهران: انتشارات ارجمند.
- پورعلی، ملیحه، یعقوبی، حسن و یوسفی، رحیم. (۱۳۹۸). نقش صفات بنیادی شخصیت و تنظیم شناختی هیجان در پیش‌بینی آسیب‌پذیری نسبت به اعتیاد. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۲(۴/۱)، ۴۸۴-۴۷۶.
- حر، مریم، آقایی، اصغر، عابدی، احمد و عطاری، عباس. (۱۳۹۲). تأثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱(۲)، ۱۲۹-۱۲۱.
- حسینی، جعفر. (۱۳۹۷). خصوصیات روان‌سنجی پرسش‌نامه نظم‌جویی شناختی هیجان، حسنی، جعفر. (۱۳۸۹). خصوصیات روان‌سنجی پرسش‌نامه‌ی نظم‌جویی شناختی هیجان. *روان‌شناسی بالینی*، ۲(۳)، ۸۴-۷۳.
- حسینیان، سیمین، پردلان، نوشین، حیدری، حمید و سلیمی، سمانه. (۱۳۹۳). تحلیل ساختاری فرسودگی شغلی پرستاران با مؤلفه‌های مبتنی بر پذیرش، تعهد و تنظیم هیجان. *فصلنامه دانشکده علوم پزشکی مازندران*، ۲۴(۱۱۳)، ۴۶-۳۷.

- خانزاده، مصطفی، سعیدیان، محسن، حسین چاری، مسعود و ادیسی، فروغ. (۱۳۹۱). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس دشواری در نظم‌دهی هیجان. *مجله علوم رفتاری*، ۶(۱)، ۸۷-۹۶.
- دهقانی، اکرم و رضایی، صدیقه. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کیفیت زندگی بیماران تحت درمان نگه‌دارنده با متادون. *مجله افق دانش*، ۲۵(۳)، ۲۷۶-۲۶۵.
- صالحی فدردی، جواد، برعرفان، زرین و ضیایی، سیدامیر. (۱۳۸۹). ساخت و اعتباریابی خصوصیات روان‌سنجی پرسش‌نامه وسوسه مصرف. *مجله مطالعات تربیتی و روان‌شناسی*، ۱۱(۲)، ۲۹-۵۳.
- صمدی، حمید و دوستکام، محسن. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سازگاری زناشویی زنان نابارور. *مجله اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۱۱(۵۳)، ۶۷-۷۶.
- کیانی، احمدرضا، قاسمی، نظام‌الدین و پورعباس، علی. (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان شیشه. *فصلنامه اعتیاد‌پژوهی سوءمصرف مواد*، ۶(۲۴)، ۳۶-۲۷.
- لاله، محمود. (۱۳۹۵). *اعتیاد: بیماری فردی فاجعه اجتماعی*. تهران: انتشارات تیمورزاده.
- محمدخانی، شهرام، صادقی، نگار و فرزاد، ولی‌اله. (۱۳۹۰). مدل روابط علی هیجان منفی، باورهای مرکزی، باورهای مرتبط با مواد، عقاید وسوسه‌انگیز و تنظیم هیجان با بازگشت به مصرف مواد. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناسی*، ۶(۲۳)، ۱۳۸-۱۵۸.
- محمدی، لیلا، ابرقویی، مریم و نصیریان، منصوره. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تنظیم شناختی هیجان در مردان تحت درمان متادون. *مجله دانشگاه شهید صدوقی یزد*، ۲۳(۹)، ۸۵۳-۸۶۱.
- هنرپروران، نازنین. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) بر بخشش و سازگاری زناشویی زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر. *زن و جامعه (جامعه‌شناسی زنان)*، ۵(۳)، ۱۳۵-۱۵۰.
- Blume, A. W. (2015). *Treating drug problems*. New York: John Wiley.
- Chaney, E. F., Roszell, D. K., & Cummings, C. (2013). Relapse in opiate addicts: A behavioral analysis. *Addictive Behaviors*, 7(3), 877-884.
- Daley, A. C., Marlatt, G. A., Lewinson, J. H., & Langrod, J. G. (2014). *Substance abus (A comprehensive textbook)*. 4th edit. Boston: Williams& Wilkin.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2012). Acceptance and commietment therapy for anxiety disorder: A practioners treatment guide to using mindfulness, acceptance values-based behavior change strategies. *Journal of Contempt Psychotherapy*, 36, 191-192.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2012). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40, 1659-1669.
- Gartz, K. I., & Romer, L. (2008). Multicimentional assessment of emotion regulation and dysrugulation: Development, factor structure and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Hayes, S. C., & Masuda, A. (2016). Acceptance and commietment therapy: model, process and outcome. *Journal of Behavior Research & Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2015). *Acceptance and commitment therapy: Anexperiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Gifford, E. V., & Follette, V. M. (2010). Emotional avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1152-1168.
- Hayes, S., Luoma, J. B., & Bond, f. (2016). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and therapy, 44*(1),1-25.
- Hayes, S., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bessett, R. D., Pisrorello, J., . . . & Polusny, M. A.(1999). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of aworking model. *Psychological Research, 54*(4), 553-578.
- Hayes, S., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Batten, S. V., & Byrd, M. (2010). A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance abusing methadone and opiate addicts. *Behavior Therapy, 35*(4), 667-688.
- Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2011). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challeng in patients with panic disorder. *Addiction and Theory, 35*, 747-766.
- Lindsay, J., & Ciarrochi, J. (2016). Substance abuser report being more alexithymic than others but don't show emotional processing deficit on a performance measure of alexithymia. *Addiction and Theory, 17*(3), 315-321.
- Marlatt, A., & Witkiewitz, K. (2009). Overview of harm reduction treatments for alcohol problems. *International Journal of Drug Policy, 17*(4), 285-294.
- Orsillo, S. M., & Batten, S. V. (2010). Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behave Modify, 29*(1), 94-129.
- Otto, M., Safren, S. A., & Pollak, M. H. (2012). Internal cue exposure and treatment of substance use disorder: Lesson from the treatment of panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 18*(1), 69-87.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2017). An open trial of acceptance-base behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Theapy, 38*(1), 72-85.
- Rozen, H. G., Warrt, R. D., Windt, D., Brink, W., Yong, C. A., & Keakbofa, M. (2016). A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. *Eur Neuropsychopharmacol, 16*(5), 311-323.
- Smout, M. (2008). Psychotherapy for methamphetamine dependence. *Drug and Alcohol. Services South Australia, 429*.
- Termorshuizen, F., Krol, A., & Prins, M. (2015). Prediction of relapse to frequent heroin use and the role of methadone prescription: An analysis of the Amsterdam cohort study among drug users. *Drug and Alcohol Dependence, 79*(2), 231-240.
- Zettle, R. D. (2015). Acceptance and commitment therapy VS systematic desensitization in treatment of mathematics anxiety. *Journal of Psychological Research, 53*(2), 197-215.
- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (2012). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason giving. *Anal Verbal Behave, 4*, 30-38.