



مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تنظیم شناختی هیجان و خود کارآمدی مقابله با مشکلات در افراد وابسته به مصرف مواد تحت درمان با متادون

علی جهانگیری^{۱*}، ملیحه شیردل^۲، سونیا قره چورلو^۳ 

^۱ استادیار گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
^۲ دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بجنورد، باشگاه پژوهشگران جوان، بجنورد، ایران
^۳ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی مدرس دانشگاه پیام نور مرکز بجنورد، بجنورد، ایران
* نویسنده مسئول: علی جهانگیری، گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه پیام نور (صندوق پستی ۱۹۳۹۵-۳۶۹۷) تهران، ایران، ایمیل: a15um@hotmail.com

DOI: 10.29252/nkjmd-010026

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجانی و خودکارآمدی مقابله با مشکلات در مردان وابسته به مواد تحت درمان با متادون می باشد.
روش کار: پژوهش حاضر به شیوه شبه آزمایشی (پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل) بود. جامعه آماری این پژوهش شامل مردان وابسته به مصرف مواد شهر بجنورد بود که تحت درمان با متادون قرار گرفته بودند. نمونه مورد نظر شامل ۳۰ مرد بود که به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس بصورت تصادفی در دو گروه گروه کنترل و گروه آزمایش تقسیم شدند. از گروه آزمایش خواسته شد تا ۱۰ جلسه در جلسات گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار بگیرند ولی گروه کنترل در معرض فعالیتی قرار نگرفتند. در انتهای هر دو گروه همزمان تحت پس آزمون توسط پرسشنامه های خودکارآمدی در مقابل مشکلات و تنظیم شناختی هیجانی قرار گرفتند. داده ها بوسیله تحلیل کوواریانس چند متغیری تحلیل شد.

یافته ها: یافته های حاصل از پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، باعث افزایش نمرات خرده مقیاس رویکرد مسئله مدار خودکارآمدی و خرده مقیاس های تنظیم شناختی هیجان (تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر روی برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و اتخاذ دیدگاه) بطور معناداری (P 0/001) گردیده است.
نتیجه گیری: از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و تنظیم شناختی هیجان معتادان تحت درمان متادون می توان کمک کرد.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۲/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۲/۱۸

واژگان کلیدی:

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
تنظیم شناختی هیجان
خودکارآمدی در مقابل مشکلات

مقدمه

درمانهای مختلف قادر به وضعیت پرهیز دایمی نیستند و در صورت عدم وجود روش درمان محافظت کننده، ناگزیر به سوء مصرف مداوم مواد خواهند بود. یکی از روشهای درمانی که علاوه بر پیشگیری از عود مجدد مواد باعث بهبود کیفیت روانی و جسمانی بیمار می شود؛ درمان نگهدارنده با متادون است. متادون به عنوان یک درمان نگهدارنده و طولانی مدت تا زمانی که فرد توانایی لازم برای سم زدایی موفقیت آمیز را پیدا کند حتی تا سالها می تواند ادامه پیدا کند [۴]. درمان نگهدارنده با متادون هرچند خود نوعی وابستگی جسمانی به این دارو ارزیابی می شود ولی معادل اعتیاد تلقی نمی شود، زیرا فرد به سبب مصرف منظم این دارو از مصرف نشئگی، خماری، جستجوی نوبت بعدی مواد رها می شود [۵].

از دیدگاه روانشناختی افراد سوء مصرف کننده مواد دارای ویژگی های شخصیتی آسیب پذیری می باشند. خصوصیات روانی-شخصیتی افراد سوء مصرف کننده مواد صرفا ناشی از مواد مخدر نیست، بلکه آنها قبل از اعتیاد

یکی از مهمترین موضوعات نگران کننده در عصر حاضر، افزایش روز افزون آسیبهای اجتماعی است که موجب ایجاد چالشهای بزرگی در سطح جوامع شده است و ضرورت مقابله با آنها، نیازی اساسی می باشد. هر جامعه برای مقابله با چالشهای فرا روی خود، نیازمند شناخت صحیح پدیده های آسیب زا و تجزیه و تحلیل روند آنها و ارایه نسخه های کاربردی و در نهایت عملیاتی کردن آنها است. یکی از این آسیبهای اجتماعی مهم در جامعه ما، مساله سوء مصرف مواد مخدر می باشد [۱]. سوء مصرف مواد پدیده ای است که سلامت جامعه را به مخاطره می اندازد و سالیانه قربانیان بی شماری را به جامعه تحمیل می کند. بر اساس گزارش های آماری، وابستگی به مواد در ایران روندی افزایشی داشته است [۲].

وابستگی به مواد پدیده پیچیده ای است که اغلب مزمن و عود کننده بوده و در مردها شایعتر است و بر حوزه های مختلف فردی، اجتماعی، روانشناختی و زناشویی تأثیر می گذارد [۳]. بسیاری از این افراد علیرغم

دوران نوجوانی توان کمتری خواهند داشت و مشکلات رفتاری بیشتری را به صورت پرخاشگری، افسردگی و اضطراب نشان خواهند داد [۱۷]. به طور کلی مطالعات نشان می دهند که استفاده از سبک های هیجان محور در مقابله با موقعیت های استرس زا با سطح بالایی از فشار روانی همراه است، در حالیکه استفاده از روشهای مساله محور با سطح پایینی از استرس و فشار روانی همراه می باشد [۱۸].

افراد وابسته به مواد به طور کلی از کمبود مهارت های مقابله ای مناسب در مقابل حل مسائل و مشکلات خود رنج می برند، مهارت های مقابله ای این افراد عمدتاً عبارتند از: اجتناب، حل فوری مشکل با کمترین تفکر در مورد پیامد آن و رفتارهای پرخاشگرانه مطالعات نشان می دهند افرادی که وابستگی به مواد دارند برای مقابله با فشارها و استرس های ناشی از محیط بیشتر از سبک های مقابله ای هیجان محور استفاده می کنند تا سبکهای مقابله ای مساله محور [۱۹].

از آنجاییکه افراد دارای سوء مصرف مواد نشانه هایی از راهبردهای تنظیم شناخت و هیجان منفی و رفتار بین فردی مختل را از خود نشان می دهند [۲۰]. تنظیم هیجانی به عنوان یکی از متغیرهای روانشناختی، مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است. پژوهشهای زیادی نشان می دهند که سوء مصرف کنندگان مواد در تنظیم هیجانانشان مشکلات جدی دارند [۲۱، ۲۲]. افراد دارای سوء مصرف مواد هیجانهای منفی مانند استرس، ترس، خشم، غم، سرخوردگی، ناامیدی، و غیره حساس هستند و در تنظیم هیجان های خود مشکل دارند [۲۳، ۲۴]. تنظیم هیجان تمامی فرایندهای بیرونی و درونی مسئول برای نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنشهای هیجانی است که به صورت هشیار یا نا هشیار انجام میشود در بر می گیرد [۲۵]. به عبارت دیگر تنظیم هیجان به فرآیندهای اشاره دارد که به وسیله آن ما بر اینکه چه هیجانهایی را تجربه کنیم، چه موقع آنها را تجربه کنیم و چگونه آنها را بیان کنیم تأثیر میگذارد [۲۶]. مدل تنظیم شناختی هیجان یکی از مهمترین مدلهای کنترل هیجان است که به کمک راهبردهای و فرآیندهای شناختی انجام میشود [۲۷]. تنظیم شناختی هیجان به تمامی سبکهای شناختی اطلاق میشود که افراد از آن برای افزایش، کاهش یا حفظ تجارب هیجانی استفاده میکنند. به عبارت دیگر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان کنش هایی هستند که نشانگر راههای کنار آمدن فرد با شرایط استرس زا و اتفاقات ناگوار می باشند [۲۸].

زمانی که یک شخص، برای مصرف مواد مخدر تحت فشار قرار می گیرد، مدیریت موثر هیجانها خطر سوء مصرف را در فرد کاهش می دهد. اما زمانی که آن شخص نتواند از راهبردهای مقابله با مشکلات مناسبی استفاده کند به احتمال زیاد به مصرف مواد مخدر گرایش پیدا می کند. افرادی که تنظیم هیجانی بالایی دارند، در پیش بینی خواسته های دیگران توانایی بیشتری دارند. آنها فشارهای ناخواسته دیگران را درک و هیجان های خود را بهتر مهار می کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری از خود نشان می دهند. در مقابل، کسانی که تنظیم هیجانی پایینی دارند، برای مقابله با هیجان های منفی خود، اغلب به سوء مصرف مواد کشیده می شوند [۲۹].

تاکنون اثر شیوه های درمانی زیادی برای کاهش مشکلات افرادی که سوء مصرف مواد دارند مورد بررسی قرار گرفته است. تحقیقات اخیر روی درمان پذیرش و تعهد (ACT) بعنوان یکی از درمانهای موج سوم درمان شناختی- رفتاری نتایج رضایت بخش و دلایلی منطقی برای استفاده از این درمان در کار بالینی و غیر بالینی فراهم کرده اند [۳۰]. در موج سوم

دارای نارسایی های روانی و شخصیتی عدیده ای بوده اند که بعد از اعتیاد به صورت مخرب تری ظاهر و تشدید می شود. به همین دلیل مشکل فرد معنادار تنها مصرف مواد مخدر نیست، بلکه در اصل رابطه متقابل شخصیت او و اعتیاد مطرح است [۶]. در مورد سبب شناسی سوء مصرف مواد مخدر عوامل مختلفی مانند درهم ریختگی اجتماعی، فشار همسالان، عوامل خانوادگی، ژنتیکی، مشکلات هیجانی و مشکلات روانی مطرح شده است. همچنین ضعف در عملکرد خانواده، مشکلات، تعارضات و درگیری های خانوادگی از سایر علل گرایش به مواد می باشند [۱]. از آنجایی که سطح کیفیت زندگی در ابعاد مختلف زندگی فرد سوء مصرف کننده مواد بشدت پایین می آید؛ لذا نیازهای متفاوت زیست شناختی، روانشناختی، اجتماعی و هیجانی این افراد که در مقایسه با افراد سالم متفاوت است باید مورد بررسی قرار گیرد [۶].

تحقیقات متعدد نشان می دهد یکی از مشکلات افراد دارای سوء مصرف مواد ناکارآمدی آنها در مقابله با استرسهای و مشکلات زندگی می باشد. مقوله استرس و راهبردهای مقابله با آن از جمله نخستین موضوعاتی است که در پنجاه سال اخیر به طور تجربی مورد کاوش قرار گرفته و همین امر باعث شده که تحقیقات متعدد و فراوان در مورد چگونگی مقابله با آن صورت گیرد. نتایج بعضی از تحقیقات نشان می دهد که روشها یا راهبردهایی که افراد در پاسخ دادن به محرکهای تنش زا مربوط به زندگی نشان می دهند، نقش مهمی در احتمال قربانی شدن یا گرفتار آمدن آنها به آسیب روانی و اجتماعی برعهده دارد [۶، ۷]. استانتون و همکاران (۲۰۰۸) در تحقیق خویش نشان داد که افرادی که برای کنترل مشکلات خود از راهبردهای مناسب استفاده می کنند، کمتر دچار آسیب روانی و اجتماعی می شوند [۸]. برخی از ویژگی های خاص شخصیتی باعث می شوند تا افراد در موقعیتهای گوناگون زندگی، رفتارهای سازگارانه و متعادل از خود نشان دهند. داشتن آگاهی و دانش لازم درباره ی این ابعاد شخصیتی، در پیشگیری یا اقدامات احتمالی در مورد بروز سوء مصرف مواد و برخی اختلالات روانی می تواند به فرد کمک کند [۹]. یکی از این ویژگی ها خود کارآمدی در مقابله با مشکلات است. خودکارآمدی یکی از سازه های مهم در نظریه شناختی- اجتماعی بندورا است و به معنی اطمینان و باور فرد نسبت به توانایی های خود در کنترل افکار، احساسات، فعالیتها و نیز عملکرد موثر در موقعیتهای استرس زا است [۱۰]. بندورا معتقد است، حس خودکارآمدی می تواند نقش مهمی در رویکرد و نگاه فرد به اهداف، تکالیف و چالش هایش داشته باشد [۱۱].

خود کارآمدی در مقابله با مشکلات که بخشی از خودکارآمدی محسوب می شود، به معنی باور افراد به توانایی مقابله با رویدادهای تنیدگی زا و برخورد مطلوب و مناسب آنان با وقایع است [۱۲]. خود کارآمدی در مقابله با مشکلات شامل اعتماد افراد به توانایی های انگیزشی و منابع شناختی خود هنگام مواجهه با وقایع و حوادث نیازمند مقابله است [۱۳]. و این راهبرد یکی از مهارت های فردی است که در ارتباط بین فشار روانی و اختلالات جسمی و روانی میانجی گری می کند [۱۴]. افراد با سطوح بالای خود کارآمدی در مقابله با مشکلات، بیشتر به تلاش خود متکی هستند و هنگام مواجهه با موانع، پافشاری بیشتری از خود نشان می دهند [۱۵، ۱۶].

نتیجه مطالعه ای که با هدف بررسی رابطه بین راهبردهای مقابله ای با توانایی مدیریت هیجانات انجام گرفت نشان داد که چنانچه نوجوانان به راهبردهای مقابله ای کارآمد مجهز نباشند و توانایی کمی برای درک هیجان های خود و دیگران داشته باشند، در برخورد با استرس ها و بحران های

گروه کنترل در معرض فعالیتی قرار نگرفتند. در انتها هر دو گروه همزمان تحت پس آزمون قرار گرفتند. کلیه ملاحظات اخلاقی در این پژوهش رعایت گردید. افراد نمونه بصورت داوطلبانه در این مطالعه شرکت نمودند و به آنها گفته شد هر زمانی که بخواهند می توانند گروه را ترک نمایند در ضمن کلیه اطلاعات آنها نزد محقق محرمانه باقی می ماند.

مقیاس خودکار آمدی مقابله با مشکلات: مقیاس خودکار آمدی مقابله با مشکلات در سال ۲۰۰۶ بوسیله چسنی و همکاران به منظور ارزیابی خودکار آمدی مربوط به شیوه مقابله فرد در برابر مشکلات ساخته شد. این مقیاس دارای سه زیر مقیاس راهکارهای مساله مدار (۱۲ عبارت)، متوقف کردن افکار و هیجانات منفی (۹ عبارت) و کسب حمایت از دوستان و خانواده (۵ عبارت) است این مقیاس یک آزمون ۲۶ عبارتی است که در آن از آزمودنی خواسته شده است که در یک مقیاس لیکرت یازده درجه ای (از ۰ هیچ وقت نمی توانم از پس آن برآیم تا ۱۰ نمره مطمئنم می توانم از پس آن برآیم) مشخص کند که در هنگام مواجه با مشکلات تا چه حد می تواند هریک از کارهای بیان شده را انجام دهد [۱۲]. رحیمی و زارعی (۱۳۹۵) برای محاسبه پایایی این آزمون از آلفای کرونباخ استفاده نمودند که ضریب پایایی برای زیر مقیاس راهکارهای مقابله مساله مدار ۰/۸۲؛ برای مقیاس متوقف ساختن افکار و هیجانات منفی ۰/۸۷؛ و برای مقیاس کسب حمایت از جانب دوستان و خانواده ۰/۷۷ محاسبه شد [۳۷].

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گرانفسکی، وکرایچ (۲۰۰۷): این پرسشنامه در کشور هلند تدوین شده است و یک پرسشنامه چند بُعدی می باشد که به منظور شناسایی مقابله ای شناختی افراد بعد از تجربه موفقیت ها و حوادث منفی ساخته شده است. برخلاف سایر پرسشنامه های مقابله ای که بصورت آشکار بین افکار فرد و اعمال واقعی وی تمایز قابل نمی شوند، این پرسشنامه افکار فرد را پس از مواجهه با یک تجربه منفی یا واقعیت آسیب زا را ارزیابی می کند. این پرسشنامه یک ابزار خود سنجی ۳۶ سوالی می باشد که ۹ راهبرد مقابله ای شناختی متفاوت (خود ملامت گری، پذیرش و عینیت بخشی، نشخوار فکری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر روی برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، تسهیل حادثه از طریق کل نگری، فاجعه سازی و سرزنش دیگران) را می سنجد. دامنه نمرات مقیاس از ۱ تقریباً هرگز تا ۵ تقریباً همیشه است. هر خرده مقیاس شامل ۴ ماده است. نمره کل هر یک از خرده مقیاسها از طریق جمع کردن نمرات مربوط به هر خرده آزمون به دست می آید. بنابراین نمرات بالا در هر خرده آزمون بین ۵ تا ۲۰ خواهد بود [۳۸].

مطالعات زیادی بر روی این پرسشنامه انجام شده است که نتایج همه آنها دلایل بر روایی و اعتبار مناسب این پرسشنامه می باشد. تحقیقات روی راهبردهای تنظیم شناختی هیجانات نشان داده اند که تمامی زیر مقیاس های این آزمون از همسانی درونی خوبی برخوردارند. پیوسته گر و حیدری (۱۳۸۷) ضریب اعتبار آلفای کرونباخ آن را برای بیماران مراجعه کننده به مرکز روان پزشکی بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ گزارش کرده اند [۳۹، ۳۸].

یافته ها

در این پژوهش، در گروه مداخله ۲۰ درصد افراد دارای تحصیلات کارشناسی، ۳۵ درصد کاردانی و ۴۵ درصد زیر دیپلم بودند. در گروه کنترل ۲۵ درصد افراد دارای تحصیلات کارشناسی، ۳۰ درصد افراد کاردانی، و ۴۵ درصد افراد زیر دیپلم بودند. ۴۵ درصد سن افراد در گروه مداخله بین ۲۰ تا ۳۰ سال و ۵۵ درصد سن افراد بین ۳۰ تا ۴۰ سال بود. در گروه کنترل نیز ۴۸ درصد

درمان شناختی رفتاری که به درمان های پست مدرن معروف اند، عقیده بر این است که شناخت هیجانات را باید در بافت مفهومی پدیده ها در نظر گرفت. به همین دلیل به جای رویکردهای شناختی رفتاری که، شناخت ها و باورهای ناکارآمد را اصلاح می کرده تا هیجانات و رفتارها اصلاح شوند، در اینجا به مراجع آموزش داده می شود که در گام اول هیجانات خود را بپذیرد و در «اینجا و اکنون»، انعطاف پذیری بیشتری برخوردار شود. به همین دلیل در این درمان ها فنون شناختی رفتاری سنتی را با ذهن آگاهی ترکیب می کنند [۳۱]. اقدامات مداخله ای پذیرش و ذهن آگاهی به همراه راهبردهای تغییر رفتاری و تعهد، به مراجع کمک می کند تا یک زندگی سرزنده، هدفمند و با مفهوم را برای خود ایجاد نمایند. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمک به افراد جهت برخورداری از یک زندگی رضایت بخش تر، حتی با وجود افکار، عواطف و احساسات نامطلوب را مورد تاکید قرار می دهد [۳۲].

درمان پذیرش و تعهد از شش فرایند تشکیل شده که این شش فرایند منجر به انعطاف پذیری روانشناختی می شوند. این شش فرایند عبارتند از: پذیرش، خنثی سازی (گسلش) و عمل متعهدانه، ارزش ها برقراری تماس با لحظه جاری، خودزمینه ای [۳۱]. این درمان بر روی متغیرهایی مانند پذیرش درد و اضطراب [۳۳] افسردگی [۳۴] و سواس فکری عملی و کیفیت زندگی [۳۵] خودکار آمدی زوجین [۳۶] انجام شده است.

همانطور که بیان گردید مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد نسل جدیدی از درمان های شناختی رفتاری محسوب می شود که انعطاف پذیری روانشناختی را در افراد افزایش می دهد. علی رغم اهمیت این نوع مشاوره در بهبود بسیاری از مراجعین به خصوص در حیطه مشکلات فردی خانوادگی و آسیب های اجتماعی، در کشور ما تحقیقات بسیار اندکی در مورد اثربخشی آن صورت گرفته است. هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تنظیم شناختی هیجان و خود کارآمدی مقابله با مشکلات در مردان معتاد تحت درمان با متادون می باشد.

روش کار

روش پژوهش از نوع شبه آزمایش از نوع طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مردان وابسته به مواد شهر بجنورد بود که در شش ماهه نخست سال ۱۳۹۶ تحت درمان نگهدارنده با متادون در کلینیک های درمان اعتیاد قرار گرفته بودند. از این تعداد ۳۰ نفر که داوطلب شرکت در این مطالعه بودند و نمرات پایینی در پرسشنامه های خودکار آمدی در مقابل مشکلات و تنظیم شناختی هیجانی کسب نموده بودند جهت نمونه آماری انتخاب شدند صرفاً افرادی می توانستند عضو نمونه پژوهش قرار بگیرند که دارای شرایط ذیل باشند:

عدم وجود سایکوز آنی ناشی از مواد روان گردان

عدم وجود اختلالات روانی شدید

عدم استفاده همزمان از کلاسهای NA و مشابه آن

طول مصرف متادون حداقل ۳ ماه گذشته

محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال و کسانی که این معیارها را نداشتند از مطالعه کنار گذاشته شدند.

نمونه اولیه بصورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و بصورت تصادفی در دو گروه گروه کنترل (۱۵ نفر) و گروه آزمایش (۱۵ نفر) تقسیم گردیدند. از گروه آزمایش خواسته شد تا در حدود ۲/۵ ماه (۱۰ جلسه) در جلسات مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) قرار بگیرند ولی

سن افراد بین ۲۰ تا ۳۰ و ۵۲ درصد سن آنها بین ۳۰ تا ۴۰ سال بود. ارزش T گروه های مستقل نشان می دهد بین دو گروه از نظر سن ($P=0/65$) و تحصیلات ($P=0/84$) تفاوت معناداری وجود ندارد. لذا دو گروه از نظر ویژگی های جمعیت شناختی همتا هستند. همچنین ارزش T گروه های مستقل نشان می دهد که میانگین نمرات خودکارآمدی ($0/62$) و تنظیم شناختی هیجان ($0/58$) در پیش آزمون در هر دو گروه تفاوت معناداری ندارند.

آزمون لوین پیش فرض تساوی واریانس های دو گروه مداخله و کنترل را در جامعه برای آزمون تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار می دهد. نتایج بررسی آزمون لوین که در [جدول ۱](#) آمده است، نشان می دهد که با توجه به سطح معنا داری این آزمون (مقدار سطح معنا داری بزرگ تر از $0/05$) پیش فرض تساوی واریانسها برقرار است. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری^۱ بر روی نمرات پیش آزمون و پس آزمون برای مقایسه نتایج درمان گروه آزمایش با گروه کنترل در [جدول ۳](#) آورده شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات گروهی رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)

زمان	رئوس طرح درمان اعمال شده بر روی گروه آزمایش شرح جلسات
جلسه اول	آشنایی با اعضای گروه، برقراری رابطه درمانی، تأیید قوانین حاکم بر جلسات درمان، اجرای پیش آزمون، تصریح رابطه درمانی، درماندگی خلاق، ارایه تکلیف
جلسه دوم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، ادامه درماندگی خلاق، استعاره چاله و شناسایی راه حل های ناکارآمد برای حل مشکل، ارایه تکلیف
جلسه سوم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، بررسی راهبردهای کنترل خاصی که فرد تاکنون استفاده کرده است، معرفی کنترل، به عنوان مسأله، بحث در مورد دنیای درون و تفاوت آن با دنیای بیرون، استعاره پلی گراف و ارایه تکلیف
جلسه چهارم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، معرفی پذیرش و تمایل به عنوان جایگزینی برای کنترل، استعاره میهمان و بیان احساسات پاک و ناپاک، ارایه تکلیف
جلسه پنجم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، آشنایی با ویژگیهای پنهان زبان که باعث آمیختگی میشود، بیان گسلش، استعاره اتوبوس، ارایه تکلیف
جلسه ششم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، معرفی انواع خود، استعاره شطرنج، آشنایی با گذشته و آینده مفهوم سازی شده، ارایه تکلیف
جلسه هفتم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خود پذیرا و مشاهده گر، شناسایی ارزشها و سنجش ارزشهای مراجع، ارایه تکلیف
جلسه هشتم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، ایجاد الگوهای منعطف رفتار از طریق مواجهه ارزش محور، تمایل به جای اجتناب، استعاره مسافران در اتوبوس، ارایه تکلیف
جلسه نهم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، پذیرش افکار و هیجانات نامطبوع در زمان حال و اکنون، ارایه تکلیف
جلسه دهم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، تمرین تکنیک های درمان، آموزش چگونگی برخورد با موانع در یک زندگی ارزشمند، ارایه تکلیف
جلسه یازدهم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، تعهد به عمل و ارزشها با وجود موانع، استعاره نهال، ارایه تکلیف
جلسه دوازدهم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، ارزیابی تعهد به عمل، ارایه تکلیف دائمی، اجرای پس آزمون

جدول ۲: نتیجه آزمون لوین برای بررسی پیش فرض تساوی واریانس ها در هر دو گروه مداخله و کنترل

منبع تغییرات متغیر وابسته	F	df1	df2	سطح معناداری
رویکرد مسئله مدار	۱/۸۹	۱	۲۸	۰/۶۲
رویکرد هیجان مدار	۲/۶۲	۱	۲۸	۰/۴۹
رویکرد حمایت مدار	۰/۹۶	۱	۲۸	۰/۵۴
تنظیم هیجان	۲۹/۷	۱	۲۸	۰/۲۵
خود ملامت گری	۰/۲۱	۱	۲۸	۰/۳۸
سرزنش دیگران	۱/۴۶	۱	۲۸	۱/۳۴
فاجعه آمیز پنداری	۱/۸۱	۱	۲۸	۰/۱۹
نشخوار فکری	۱/۲۱	۱	۲۸	۰/۴۵
تمرکز مجدد مثبت	۲/۱۴	۱	۲۸	۰/۲۱
تمرکز مجدد بر روی برنامه ریزی	۳/۰۱	۱	۲۸	۰/۲۲
ارزیابی مجدد مثبت	۲/۵۴	۱	۲۸	۰/۱۴
پذیرش	۱/۶۹	۱	۲۸	۰/۱۳
اتخاذ دیدگاه	۱/۵۴	۱	۲۸	۰/۲۱

¹ Mancova

جدول ۳: میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل کوواریانس متغیرهای خودکار آمدی مقابله با مشکلات و متغیرهای تنظیم شناختی هیجان در هر دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	قبل از مداخله		بعد از مداخله		اندازه اثر	سطح معناداری	F
	گروه کنترل	میانگین (انحراف استاندارد)	گروه مداخله	میانگین (انحراف استاندارد)			
رویکرد مسئله مدار	۵۶/۶۰ (۱۱/۸۴)	۵۵/۲۰ (۱۱/۶۱)	۵۴/۷۰ (۱۰/۱۸)	۸۹/۰۷ (۱۰/۰۹)	۰/۶۲	۰/۰۰۰	۲۲/۵۱
رویکرد هیجان مدار	۴۹/۷۳ (۷/۲۰)	۴۹/۹۳ (۶/۵۵)	۴۹/۷۳ (۷/۲۹)	۵۷/۸۷ (۷/۵۹)	۰/۲۶	۰/۶۱	۱۳/۵۶
رویکرد حمایت مدار	۳۹/۶۷ (۴/۴۶)	۳۶/۵۳ (۶/۰۴)	۳۹/۰۰ (۴/۷۸)	۳۳/۰۷ (۶/۸۱)	۰/۲۱	۰/۶۳	۱۵/۲۵
تنظیم هیجان	۱۰۵/۶۹ (۱۵/۷۱)	۱۰۰/۶۶ (۱۵/۷۳)	۱۰۶/۲۲ (۱۳/۳۸)	۱۰۷/۱۹ (۱۷/۱۴)	۰/۵۸	۰/۰۰۱	۲۹/۷
خود ملامت گری	۱۱/۶۶ (۳/۳۱)	۱۳/۲۵ (۳/۳۷)	۱۲/۶۶ (۲/۷۷)	۹/۳۳ (۲/۹۰)	۰/۵۱	۰/۰۰۳	۳۷/۲
فاجعه آمیز پنداری	۱۰/۵۰ (۴/۲۵)	۱۳/۵۰ (۲/۲۳)	۱۲/۶۰ (۶/۷۳)	۱۱/۰۸ (۳/۲۲)	۰/۳۷	۰/۰۰۰	۱۰/۴۸
نشخوار فکری	۱۱/۵۸ (۳/۱۸)	۱۲/۵۸ (۳/۵۰)	۱۲/۳۳ (۲/۲۲)	۹/۱۶ (۲/۷۲)	۰/۲۲	۰/۰۰۳	۱۴/۹۱
تمرکز مجدد مثبت	۱۳/۰۸ (۲/۶۷)	۱۱/۰۰ (۳/۹۷)	۱۲/۹۱ (۳/۳۴)	۱۳/۹۱ (۱/۳۲)	۰/۶۸	۰/۰۰۰	۱۵/۷۰
تمرکز مجدد بر روی برنامه ریزی	۱۳/۴۱ (۱/۷۸)	۱۳/۴۱ (۲/۹۰)	۱۲/۵۹ (۲/۵۵)	۱۵/۵۰ (۳/۸۹)	۰/۳۶	۰/۰۰۱	۱۴/۶۱
ارزیابی مجدد مثبت	۱۳/۳۸ (۲/۶۷)	۱۰/۳۷ (۳/۱۷)	۱۲/۹۱ (۳/۳۴)	۱۲/۷۵ (۳/۵۷)	۰/۰۲	۰/۵۴	۱۱/۶۱
پذیرش	۱۲/۵۸ (۳/۰۵)	۱۱/۳۳ (۳/۳۹)	۱۱/۷۵ (۲/۷۰)	۱۴/۰۰ (۲/۶۲)	۰/۵۲	۰/۰۰۳	۴/۲۶
اتخاذ دیدگاه	۱۳/۵۸ (۲/۴۲)	۱۲/۰۰ (۲/۲۱)	۱۲/۰۸ (۲/۴۶)	۱۴/۵۰ (۲/۰۶)	۰/۳۶	۰/۰۰۱	۱۳/۷۰

دیدگاه و تمرکز مجدد بر روی برنامه ریزی (۰/۳۶) و ارزیابی مجدد مثبت (سطح معناداری ۰/۵۴) است. همچنین نتایج نشان می دهد که میانگین نمرات در خرده مقیاس های خود ملامت گری، فاجعه آمیز پنداری، نشخوار فکری بطور معناداری (سطح معناداری ۰/۰۰) کاهش یافته است. اندازه اثر در این خرده مقیاس ها به ترتیب از بیشترین تا کمترین عبارتند از : خود ملامت گری (۰/۵۱)، فاجعه آمیز پنداری (۰/۳۷) و نشخوار فکری (۰/۲۲). بنابر این می توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکار آمدی و تنظیم شناختی هیجان معنادار تحت درمان متادون موثر بوده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تنظیم شناختی هیجان و خود کار آمدی مقابله با مشکلات در مردان وابسته به مواد تحت درمان با متادون انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در خود کار آمدی مقابله با مشکلات و تنظیم شناختی هیجانی گروه نمونه موثر است. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش معنی دار نمرات رویکرد مسئله مدار گروه آزمایش گردیده ولی این شیوه درمانی در رویکرد هیجان مدار و حمایت مدار گروه نمونه تغییراتی معنی داری را ایجاد نکرده است. نتایج این پژوهش با نتایج به دست آمده از پژوهش جعفری، شهیدی و عابدین [۴۰]، ملازاده و عاشوری [۴۱]، ماسودا، هیز، ساکت و توهینگ [۴۲]، دولان، مارتین و روهسنو [۴۳] و بدر و همکاران [۴۴] همخوانی دارد.

در تبیین این مساله می توانیم به این مساله اشاره کنیم که رویکردی که عموماً توسط افراد معتاد جهت روبرو شدن با مشکلات زندگی استفاده

نتایج **جدول ۳** نشان می دهد که میانگین و انحراف استاندارد حیطه های مختلف خود کار آمدی و تنظیم شناختی هیجان در گروه مداخله، در مقایسه با گروه کنترل در برخی خرده مقیاس ها بطور معناداری افزایش یافته است، که این مساله به این معنی است که آموزش تکنیک های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به تغییر در خود کار آمدی و تنظیم شناختی هیجان در شرکت کنندگان منجر شده است. نتایج **جدول ۲** نشان می دهد که میانگین نمرات شرکت کنندگان در گروه مداخله به نسبت گروه کنترل در خرده مقیاس های خودکار آمدی که شامل رویکرد مسئله مدار، هیجان مدار و حمایت مدار می باشد، نتایج متفاوتی داشته است. تفاوت در میانگین پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش در خرده مقیاس رویکرد مسئله مدار بطور معناداری افزایش یافته و اندازه اثر آن نیز ۰/۶۲ است. افزایش میانگین پس آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، در خرده مقیاس رویکرد هیجان مدار، معنادار نمی باشد. همچنین میانگین نمرات در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، در خرده مقیاس رویکرد حمایت مدار کاهش یافته، اما این کاهش نمره، معنی دار نمی باشد. بنابر این می توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته در خود کار آمدی معنادار تحت درمان متادون تاثیر داشته باشد.

نتایج تحلیل کوواریانس در خرده مقیاس های تنظیم شناختی هیجان نشان می دهد که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش معنی دار نمرات (سطح معناداری ۰/۰۰) در متغیرهای تنظیم هیجان، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر روی برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و اتخاذ دیدگاه شده است. اندازه اثر در این متغیرها به ترتیب از بیشترین اندازه اثر به کمترین عبارتند از : تمرکز مجدد مثبت (۰/۶۸)، تنظیم هیجان (۰/۵۸)، پذیرش (۰/۵۲)، اتخاذ

فرایند موثر دیگر درمان پذیرش و تعهد، معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی همان پذیرش می باشد. مولفه پذیرش این امکان را فراهم می کند تا فرد تجربیات درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای کنترل آنها بپذیرد و انجام این کار باعث می شود که آن تجربیات کمتر تهدید کننده به نظر برسند و تاثیر کمتری را بر زندگی فرد داشته باشند. فرآیندهای ذهن آگاهی مورد استفاده در این درمان باعث تغییرات چشمگیری در روش استفاده مراجع از ذهن آگاهی می شود. به عبارتی دیگر باعث سوءگیری توجه فرد شده تا وی دیدگاهی را نسبت به رویدادهای ذهنی ایجاد نماید که این مساله به فرد اجازه می دهد تا رویدادهای ذهنی را بهتر مشاهده کند، به جای اینکه این رویدادها را قسمتی از وجود خود بداند. بنابراین این درمان با توجه به تاکید که بر پذیرش تجارب و انجام اعمال داوطلبانه و ارادی دارد می تواند در تنظیم هیجانات فرد موثر باشد [۵۱].

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 می گویند که هستند، در نظر گرفته شوند. با این هدف مراجع می آموزد که با این رویدادهای درونی بدون آغشته شدن با آنها یا اجتناب از آنها برخورد کند و نظاره گر آنها باشد [۵۲]. بر طبق این دیدگاه هیچ کدام 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 بر اساس آنها عمل شود، به مراجع کمک می کند تا بتواند هیجانات خویش را به شکل مناسبی مدیریت نمایند. پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده گری بدون داوری و خودداری از اجتناب تجربی می تواند در تنظیم هیجانی و کنار آمدن با وسوسه و نشانه های ترک به عنوان شاخص اصلی تداوم مصرف در بیماران معتاد موثر باشد [۵۳].

یکی دیگر از فرایندهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که به اثربخشی آن کمک زیادی می کند، ایجاد یک خود مشاهده گر یا خود به عنوان زمینه در مراجع از طریق کاربرد مهارت گسلش، ذهن آگاهی و ارتباط با زمان حال است. در واقع این خود مشاهده گر جایگزینی برای خود مفهوم سازی شده یعنی خودی که با افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی تعریف می شود، می باشد. مزیت بزرگ این خود این است که بعنوان زمینه ای در نظر گرفته می شود که در آن محتوای هوشیاری تهدید کننده نمی باشد. در کل هدف این است که مراجع به این درک برسد که خود را از تجربیات درونی اش جدا ببیند [۳۲]. این پژوهش نیز همانند سایر پژوهشها دارای محدودیتهایی بود از جمله اینکه؛ پژوهش حاضر محدود به جامعه ای است که در این مطالعه شرکت داشته اند و قابل تعمیم به دیگر جامعه های پژوهشی نیست. همچنین پایین بودن سطح سواد برخی از آزمودنی ها درمانگر را در انتقال مفاهیم این درمان با مشکل مواجه می کرد.

نتیجه گیری

براساس یافته های این مطالعه می توان نتیجه گیری کرد که، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT می تواند باعث بهبود تنظیم هیجانی و خودکارآمدی در مقابل مشکلات معتادان تحت درمان متادون می شود.

می شود رویکردهای اجتنابی، حل فوری مشکل با کمترین تفکر در مورد پیامد آن و رفتارهای پرخطرانه و گاهی اوقات رویکردهای حمایت مدار است. این افراد در چنین مواقعی کمتر بدنبال استفاده کردن از رویکرد مساله مدار هستند [۴۵]. عموماً این افراد کمتر سعی می کنند مساله و مشکل را حل کنند بلکه صورت مساله را پاک می کنند. همانطور که می دانیم اجتناب از تجارب از اصلی ترین هسته های انعطاف ناپذیری روان شناختی است. عموماً افراد معتاد بدلیل اینکه انعطاف ناپذیری روانی دارند نمی توانند با مسایل روبرو شوند و از آنها اجتناب می کنند در صورتیکه یکی از اهداف اصلی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش اجتناب و افزایش انعطاف پذیری روانی در افراد می باشد [۴۶] که در نهایت بدلیل اینکه در این روش آزمودنیها یاد می گیرند تا از مسایل و مشکلات اجتناب و فرار نکنند و سعی کنند با مسایل شان روبرو شوند کم کم توانستند به انعطاف پذیری روانی رسیده و مسایل شان را بهتر از گذشته حل نمایند و این در نهایت به افزایش خود کارآمدی آنها در مقابل مشکلات منجر شده است [۴۷].

عموماً که کسانی که اطمینان کمتری به توانایی خود در انجام رفتارهایی مانند پرهیز از مواد دارند، ممکن است در مرحله پیش تأملی یا ناآگاهی از مراحل تغییر گیر کرده باشند و از بابت احتمال تغییر احساس ناامیدی کنند. برای اینکه فرد وابسته به مصرف مواد از مرحله عزم و آمادگی به مرحله اقدام و ابقاء برسد، باید خودکارآمدی و اطمینان به خود، در او تقویت شود. یکی از مراحل مهم در اکثریت مشاوره ها، به خصوص مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر عهده گرفتن مسئولیت درمان توسط مراجع می باشد. خودکارآمدی به نحوی پاسخ به این سوال است که آیا من میتوانم از عهده انجام کار برآیم یا نه؟ در فرایند مشاوره پذیرش و تعهد با دادن تکالیف مناسب و کار روی ارزشهای مراجعین، محققین توانستند خودکارآمدی را در آنها افزایش دهند. مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر انعطاف پذیری، شفاف سازی ارزشها و بحث روی این موضوع که تغییر امکانپذیر است و همچنین انجام موفقیت آمیز تمرینات مختلف توانست درافزایش خودکارآمدی و پذیرش مسئولیت مشاوره توسط مراجع مؤثر باشد. با توجه به ویژگی های خاص مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد و همچنین فنون استفاده شده در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش خودکارآمدی در معتادین وابسته به سوء مصرف مواد گردید [۴۸].

نتایج این پژوهش همچنین نشان داد، روش درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش سبب بهبود تنظیم هیجانی معتادان تحت درمان متادون می باشد و سبب کاهش میزان ملامت گری، فاجعه آمیز پنداری، نشخوار فکری بطور معناداری گردید. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش باعث تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر روی برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و اتخاذ دیدگاه شده است. که نتایج این تحقیق همسو با تحقیقات هایز و همکاران [۴۸] نریمانی [۴۹] و کیانی [۵۰] می باشد. در تبیین نتایج این پژوهش می توان گفت که اجتناب از تجارب که از اصلی ترین هسته های انعطاف ناپذیری روان شناختی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است، با راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان همبستگی منفی معناداری دارد و در نتیجه از آنجا که یکی از اهداف اصلی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش اجتناب می باشد می توان نتیجه گرفت که این درمان می تواند منجر به بهبود راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان گردد [۴۸].

ما را یاری کردند تشکر می شود. حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است.

تشکر و قدر دانی: بدین وسیله از مدیریت، همکاران و پرسنل محترم کلینیکهای درمان اعتیاد شهر بجنورد، و تمام که در اجرای این پژوهش

References

- SHAMS EH, NEZHADNADERI S. A comparative study of the quality of life and religious attitude among Addicted/non-addicted individuals in Kerman City. 2009.
- Aghabakhshi H. Family Addiction and pathology: Social worker approach. Tehran, Iran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences Publications; 1999.
- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
- 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.
- Hojjati H, Aloustani S, Akhondzadeh G, Heidari B, Sharif Nia H. Study of mental health and its relation with quality of life in addicts. SSU_Journals. 2010;18(3):207-14.
- Cohen S, E, G, W S, Krantz D S. Behavior, health and Enviromental Stress. New York 1986.
- Lazarus S. Psychological Stress and Coping. American Jof Psychology, SRichard: Postpresent, Future" Psych, Samatic medicine 1993.
- Stanton A, L T, H A, G & Mendola R. Coping and adjustment to infertility. Journal of social and clinical psychology. 2008.
- Sarvghad S, Barzgar M, Balaghi T. The relationship between perfectionism dimensions, stress coping styles, and personality traits in female and male students of Marvdasht Islamic Azad University. 2011.
- Caprara GV, Pastorelli C, Regalia C, Scabini E, Bandura A. Impact of adolescents' filial self-efficacy on quality of family functioning and satisfaction. Journal of Research on Adolescence. 2005;15(1):71-97.
- Cain AS, Bardone-Cone AM, Abramson LY, Vohs KD, Joiner TE. Refining the relationships of perfectionism, self-efficacy, and stress to dieting and binge eating: Examining the appearance, interpersonal, and academic domains. International Journal of Eating Disorders. 2008;41(8):713-21.
- Chesney MA, Neilands TB, Chambers DB, Taylor JM, Folkman S. A validity and reliability study of the coping self-efficacy scale. British journal of health psychology. 2006;11(3):421-37.
- Sandler IN, Tein JY, Mehta P, Wolchik S, Ayers T. Coping efficacy and psychological problems of children of divorce. Child development. 2000;71(4):1099-118.
- Chan DW. Dimensions of teacher self-efficacy among Chinese secondary school teachers in Hong Kong. Educational Psychology. 2008;28(2):181-94.
- Kardum I, Krapic N. Personality traits, stressful life events, and coping styles in early adolescence. Personality and individual differences. 2001;30(3):503-15.
- Nicholls AR, Polman RC, Levy AR, Borkoles E. The mediating role of coping: A cross-sectional analysis of the relationship between coping self-efficacy and coping effectiveness among athletes. International Journal of Stress Management. 2010;17(3):181.
- Trinidad DR, Johnson CA. The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. Personality and individual differences. 2002;32(1):95-105.
- Stanton A, H T, G A, Mendola R. Coping and adjustment to infertility. Journal of social and clinical psychology. 2008.
- Ferguson E. Personality and coping traits: A joint factor analysis. British journal of health psychology. 2001;6(4):311-25.
- Doran N, McChargue D, Cohen L. Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. Addictive behaviors. 2007;32(1):90-8.
- Fox H, Axelrod S, Paliwal P, Sleeper J, Sinha R. Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. Drug and alcohol dependence. 2007;89(2-3):298-301.
- Fox H, Hong K, Sinha R. Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinkers. Addictive behaviors. 2008;33(2):388-94.
- Ghiasvand M, ghorbani M. Effectiveness of emotion regulation training in improving emotion regulation strategies and control glycemic in type 2 diabetes patients. 2015.
- Goleman DP. Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ for character, health and lifelong achievement. New York: Bantam Books; 1995.
- Grezzelschak S, Lincoln TM, Westermann S. Cognitive emotion regulation in patients with schizophrenia: evidence for effective reappraisal and distraction. Psychiatry research. 2015;229(1-2):434-9.
- Szczygiel D, Buczny J, Bazińska R. Emotion regulation and emotional information processing: The moderating effect of emotional awareness. Personality and Individual differences. 2012;52(3):433-7.
- Zlomke KR, Hahn KS. Cognitive emotion regulation strategies: Gender differences and associations to worry. Personality and Individual Differences. 2010;48(4):408-13.
- Bruggink A, Huisman S, Vuijk R, Kraaij V, Garnefski N. Cognitive emotion regulation, anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder. Research in Autism Spectrum Disorders. 2016;22:34-44.
- Beirami M, Movahedi Y, Minashiri A. Comparing students' cognitive emotion regulation in smokers and non-smokers. J Mazandaran Uni Med Sci. 2012;23(9):143-50.
- Baruch B, kanker J, Basch A. Acceptance and commitment therapy: enhancing the relationships. Journal of clinical case studies. 2012.
- Flaxman PE, Blackledge JT, Bond FW. Acceptance and commitment therapy: Distinctive features: Routledge; 2010.
- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. Behaviour research and therapy. 2006;44(1):1-25.
- Anvari M, Ebrahimi E, Neshat Dost H, Afshar H, Abedi A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment (ACT) Group Therapy on Accepting Pain, Anxiety, and Related to Pain and Pain Intensity in Patients with Pain Chronic J. of Is. Med S. 2014.
- Izadi R, Abedi MR. Reduction of Obsessive-Compulsive Symptoms in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Practicable Resistant Therapy through Acceptance and Commitment-Based Treatment. Feaz 2013.
- Ebrahimi A, Rezaiean M, Khorvash M, Zargham M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Accepting Pain, Quality of Life, and Reducing Pain Related Anxiety in Patients with Chronic Pelvic Pain. The Congress of Psychosocial Sciences. Chaharmahal va Bakhtiari province medical sciences and health services. 2013;5th
- Luszczynska A, Gutiérrez-Doña B, Schwarzer R. General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. International journal of Psychology. 2005;40(2):80-9.
- Rahimi M, Zarei E. Role of Adult Attachment in the Life of an Educational Life by Mediating Self-Efficiency Dimensions and Perfectionism Quar. J of Research in School and Virtual Learning Year 2016;3(12, Spring).
- Yousefi-Nooraie R, Farhoudian A, Amini H, Mohammadi M-R, Mesgarpour B, Mansouri N, et al. Prevalence of mental disorders among high-school students in Iran: a systematic review. Iranian Journal of Psychiatry. 2009;4(1):1-6.

39. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*. 2006;40(8):1659-69.
40. Jafari M, Shahidi S, Abedin A. Comparison of the Effect of Over-Theoretical and Cognitive-Behavioral Therapies on Improving Self-efficacy of Avoidance in Male Adolescent Boys. *Behavioral Sciences Research*. 2009.
41. Malazadeh J, Ashoori A. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy in Preventing Recurrence and Improving the Mental Health of Addicted Addicts. *Daneshvar Behavioral Sciences / Shahed University*. 2009.
42. Masuda A, Hayes SC, Sackett CF, Twohig MP. Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety year old technique. *Behaviour Research and Therapy*. 2004;42(4):477-85.
43. Dolan SL, Martin RA, Rohsenow DJ. Self-efficacy for cocaine abstinence: pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addict Behav*. 2008;33(5):675-88. DOI: 10.1016/j.addbeh.2007.12.001 PMID: 18191329
44. Badr HE, Moody PM. Self-efficacy: a predictor for smoking cessation contemplators in Kuwaiti adults. *Int J Behav Med*. 2005;12(4):273-7. DOI: 10.1207/s15327558ijbm1204_8 PMID: 16262546
45. Forman EM, Herbert JD, Moitra E, Yeomans PD, Geller PA. A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behav Modif*. 2007;31(6):772-99.
46. Roemer L, Lee JK, Salters-Pedneault K, Erisman SM, Orsillo SM, Mennin DS. Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behav Ther*. 2009;40(2):142-54. DOI: 10.1016/j.beth.2008.04.001 PMID: 19433145
47. Zettle RD. Acceptance and Commitment Therapy (Act) vs. Systematic Desensitization in Treatment of Mathematics Anxiety. *The Psychological Record*. 2003;53(2):197-215. DOI: 10.1007/bf03395440
48. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Bissett R, Piasecki M, Batten SV, et al. A Preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. *Behavior Therapy*. 2004;35(4):667-88. DOI: 10.1016/S0005-7894(04)80014-5
49. Narimani M, Abbasi M, Abolghasemi A, Ahadi B. The Effectiveness of Training Acceptance / Commitment and Training Emotion Regulation on High-Risk Behaviors of Students with Dyscalculia. *International Journal of High Risk Behaviors & Addiction*. 2013;2(2):51-8. DOI: 10.5812/ijhrba.10791 PMID: PMC4070147
50. Kiani A, Ghasemi N, Pourabbas A. The Comparison of the Efficacy of Group Psychotherapy Based on Acceptance and Commitment Therapy, and Mindfulness on Craving and Cognitive Emotion Regulation in Methamphetamine Addicts. *Research on Addiction*. 2013;6(24):27-36.
51. Pourfaraj OM. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy in social phobia of students. *Knowledge Health*. 2011;6(2):1-5.
52. Levitt JT, Brown TA, Orsillo SM, Barlow DH. The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy*. 2004;35(4):747-66. DOI: 10.1016/S0005-7894(04)80018-2
53. Paul H. Acceptance and commitment therapy: An experimental approach to behavior change. HAWORTH PRESS INC 10 ALICE ST, BINGHAMTON, NY 13904-1580 USA; 2002.



Research Article

The Effectiveness of Acceptance and Commitment (Act) Therapy on Cognitive-Emotional Regulation and Self-Efficacy in Struggling with Problems in People with Substance Abuse Treated with Methadone

Ali Jahangiri ^{1,*} , Maliheh Shirdal ², Sonya Gharachoorlou ³

¹ Assistant Professor of Psychology and Consultation, Payame Noor University, Tehran, Iran

² Ph.D. Student, Islamic Azad University, Bojnourd Branch, Young Researchers Club, Bojnourd, Iran

³ Master of General Psychology Teacher of Payame Noor University of Bojnourd, Bojnourd, Iran

* **Corresponding author:** Ali Jahangiri, Assistant Professor of Psychology and Consultation, Payame Noor University (PO Box 19395-3697) Tehran, Iran, E-mail: a15um@hotmail.com

DOI: [10.29252/nkjmd-010026](https://doi.org/10.29252/nkjmd-010026)

How to Cite this Article:

Jahangiri A, Shirdal M, Gharachoorlou S. The Effectiveness of Acceptance and Commitment (Act) Therapy on Cognitive-Emotional Regulation and Self-Efficacy in Struggling with Problems in People with Substance Abuse Treated with Methadone. JNKUMS. 2018; 10 (2): 41-49

URL: <http://journal.nkums.ac.ir/article-1-1517-fa.html>

Received: 14 Mar 2018

Accepted: 08 May 2018

Keywords:

Acceptance and
Commitment therapy
Cognitive emotional
Regulation
Self-efficacy in struggling
with problems

Abstract

Introduction: The aim of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment (ACT) therapy on cognitive-emotional regulation and self-efficacy in struggling with problems in men with substance abuse treated with methadone.

Methods: The present study was quasi-experimental (pre-test and post-test with control group). The statistical population of this study included methadone- treated men in Bojnourd. The sample included 30 men selected by available sampling method and then randomly divided into two control and experimental groups. The experimental group was asked to receive a 10 -session group meetings based on acceptance and commitment, but the control group was not exposed to any activity. At the end, both groups underwent a post-test simultaneously by self-efficacy questionnaire and emotional cognitive regulation. Data were analyzed by multivariate covariance analysis.

Results: The findings of the study showed that acceptance and commitment therapy increased the scores of subscale of the automatic problem-oriented approach and those of cognitive-emotional regulation (positive re-focus, re-focus on planning, positive revaluation, Acceptance and adoption of the viewpoint) were significant. (P 0/001).

Conclusions: Acceptance and commitment therapy and also cognitive- emotional regulation can help the methadone treated patients.