



The Effect of Acceptant and Commitment Therapy on Adaptive and Maladaptive Strategies of Cognitive Emotion Regulation in in Methadone Maintenance Addicts

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان در افراد معتاد تحت درمان نگهدارنده با متادون

Sareh Peyman, Ph.D Student

Psychology, department of psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran

Mahin Askari, Ph.D

Department of School Medicine, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran

Abdolvahab Samavi, Ph.D

Professor Department of educational sciences faculty of Humanities University of hormozgan. Bandar Abbas. Iran

Azita Amirfakhraei, Ph.D

Department of psychology Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran.

ساره پیمان
دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

مهین اسکری*
دانشیار دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران

سیدعبدالوهاب سماوی
استاد گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران

آزیتا امیرفخرایی
استادیار گروه روانشناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

چکیده

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یک اختلال روان‌پزشکی، با ابعاد زیست‌شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی یکی از مشکلات عصر حاضر است. هدف از این پژوهش تعیین اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان در افراد معتاد تحت درمان نگهدارنده با متادون در مراکز ترک اعتیاد شیراز در سال (1399) بود. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و روش نمونه‌گیری هدفمند بود که با توجه به ملاک‌های ورود و خروج مورد نظر در روش پژوهش انجام شد. گروه آزمایشی، در 12 جلسه 90 دقیقه‌ای تحت مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند اما گروه کنترل در زمان انجام پژوهش مداخله خاصی را دریافت نکردند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه‌ی نظم‌جویی شناختی هیجان گارنفسکی (Garnefsky 1999) بود که به منظور تعیین اثربخشی درمان، قبل از شروع مداخله و پس از آن توسط آزمودنی‌ها تکمیل گردید. نتایج اجرای تحلیل کوواریانس حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان و کاهش استفاده از راهبرد ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان در افراد معتاد گردید ($P < 0/01$). نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تاثیر معناداری بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد معتاد در حال ترک دارد و درمان موثری برای بهبود بیماران مبتلا به اعتیاد است و می‌توان از این شیوه درمانی در کنار سایر روشهای دارویی استفاده کرد.

کلید واژه: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تنظیم شناختی هیجان، معتاد، متادون

Abstract

Drug addiction as a psychiatric disorder with biological, psychological, social and spiritual dimensions is one of the problems of the present age. The main purpose of this study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on adaptive and maladaptive strategies of cognitive emotion regulation in methadone maintenance addicts in Shiraz addiction treatment centers in (1399). This research was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design with a control group and purposive sampling method, which was performed according to the desired entry and exit criteria in the research method. The group performed an experiment in 12 0-minute sessions of treatment on acceptance and testing, but the control group performed the intervention during the research. The instrument used in this study was Garnefsky Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (1999) which was completed by the subjects before and after the intervention to determine the effectiveness of the treatment. The results of analysis of covariance indicated that the treatment was based on Acceptance and commitment increased adaptive cognitive emotion regulation strategies and decreased the use of maladaptive cognitive emotion regulation strategies in addicted individuals ($P < 0.01$). The results showed that acceptance-based therapy has a significant effect on cognitive regulation of emotion in addicts leaving and is an effective treatment for the recovery of addicted patients and this treatment can be used along with other drugs.

Keywords: addicted, acceptance and commitment therapy, cognitive emotion regulation, methadone

مقدمه

خواسته‌های درونی یا بیرونی مربوط می‌شود راهکارهایی که افراد برای تنظیم هیجان‌ات شان به کار می‌برند، در مطالعات نظری و کاربردی بسیار مورد استفاده بوده است و تحت عنوان راهکارهای سازگارانه و ناسازگارانه مورد بررسی واقع شده‌اند (Hwang, 2006). در همین راستا (Granfski, Kreich & Spinhaun, 2001) نه راهکار متنوع تنظیم شناختی هیجان را تحت عنوان سرزنش خود (تفکر با محتوای مقصر دانستن و سرزنش خود)، پذیرش (تفکر با محتوای پذیرش و تسلیم رخداد)، نشخوار ذهنی (اشتغال ذهنی درباره‌ی احساسات و تفکرات مرتبط با واقعه‌ی منفی) تمرکز مجدد مثبت (فکر کردن به موضوع لذت بخش و شاد به جای تفکر درباره‌ی حادثه‌ی واقعی)، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی (فکر کردن درباره‌ی مراحل فایده‌آمیز بر واقعه منفی یا تغییر آن)، ارزیابی مجدد مثبت (تفکر درباره جنبه‌های مثبت واقعه یا ارتقای شخصی)، اتخاذ دیدگاه (تفکرات مربوط به کم اهمیت بودن واقعه یا تاکید بر نسبت آن در مقایسه با سایر وقایع)، فاجعه آمیز پنداری (تفکر با محتوای وحشت از حادثه) و سرزنش دیگران (تفکر با محتوای مقصر دانستن و سرزنش دیگران به خاطر آنچه اتفاق افتاده است) معرفی کرده‌اند. راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان شامل باز ارزیابی مثبت، تمرکز مجدد روی برنامه ریزی، پذیرش، تمرکز دوبار مثبت است و راهبردهای کمتر انطباقی تنظیم شناختی هیجان شامل سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری و فاجعه سازی است (Leahy RL, Trich D, 2011). به عبارتی تنظیم هیجانی شامل دامنه گسترده‌ای از رویدادهای آگاهانه و نا آگاهانه، جسمانی شناختی و رفتاری است (Butt, Sanam & Yahya, 2013). بر اساس مطالعه جانفزا و شیرازی (1394) با عنوان نقش پیش بینی کنندگی دشواری‌های تنظیم هیجانی و خود کنترلی با استعداد به اعتیاد در افراد وابسته به مواد نتایج نشان داد که بین دشواری دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی (ابعاد دشواریهای تنظیم هیجانی) با استعداد به اعتیاد رابطه همسو و معنی داری وجود داشت. همچنین بین خود کنترلی و استعداد به اعتیاد رابطه ناهمسو وجود داشت. طبق گزارش مطالعات صورت گرفته، تنظیم هیجانی با موفقیت یا عدم

اعتیاد بانی پدید آمدن بسیاری از ناهنجاری‌های اجتماعی و آسیب‌های خانوادگی می‌باشد. معضل اعتیاد علاوه بر ایجاد مشکلات و عوارض جسمی و روانی برای شخص معتاد، سلامت جامعه را نیز از نظر بهداشتی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی مورد تهدید و آسیب جدی قرار می‌دهد و باعث رشد و گسترش انواع مختلف آسیب‌های اجتماعی می‌شود (Kakoui & Qawami, 2015). با توجه به افزایش روز افزون مصرف مواد مخدر در سطح جامعه جهانی که از لحاظ تعداد مصرف کنندگان، مقدار مصرف مواد و شدت نوع ماده مصرفی بر فرد و جامعه تحمیل می‌شوند؛ اهمیت استفاده از برنامه‌های پیشگیری و درمان بیش از پیش احساس می‌شود (Meshki & Asli Nejad, 2013). از پیامدهای جسمی و روانی اعتیاد در شخص معتاد می‌توان به کاهش کیفیت رضایت زندگی و افت جدی در کنش‌های فردی و اجتماعی و بهداشتی در معتادین اشاره نمود. بیشتر مطالعات نشان دهنده این موضوع است که معتادین درجات بالاتری از تشویش و اضطراب و پریشانی و درجات کمتری از هنجارهای خلقی را تجربه می‌کنند (movahedi et al, 2014). هیجان یکی از بعدهای مهم ذات انسان را شامل می‌شود (Gross, 1998). براساس تعریف Gross (1999) تنظیم هیجان فرآیندی است که توسط آن، افراد هیجان‌های خود و چگونگی تجربه یا ابراز این هیجان‌ها را تحت نفوذ خود قرار می‌دهند. در واقع، تنظیم هیجانی به عنوان فرآیند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرایندهای اجتماعی، روانی و فیزیکی در به انجام رساندن اهداف فرد تعریف می‌شود. تنظیم هیجان نوع خاصی از نظام مند بودن است و به عنوان جریان‌های بیرونی و درونی واسط در بازنگری، ارزیابی و متعادل سازی بروز هیجان، اندازه و طول زمان کنش‌های هیجانی تعریف شده است (Thompson, 2009). ناکارآمدی در در تنظیم هیجان اغلب، باعث ناکامی در مدیریت و کنترل هیجان خود می‌شود (Carlson, 2012). بنابراین، تنظیم هیجان عبارت است از یک روند انحصاری که تجربه هیجان را در راستای دستیابی به پذیرش اجتماعی متعادل می‌کند و به وضعیت‌های فیزیکی و روان شناختی در جوابگویی به

مدرن شناخته می‌شوند (Hayes, 2004). همچنین به دلیل ماهیت فراتشخیصی، این رویکرد می‌تواند به طور موثری مشکلات روان شناختی مهم همراه با مصرف مواد شامل افسردگی، اضطراب را هدف بگیرد (Lee et al, 2015). اهمیت نتایج این پژوهش از آن جهت است که با توجه به مطالعات صورت گرفته در داخل و خارج کشور تحمل سختی‌های هنگام ترک در مرحله‌های مختلف استعمال مواد از جمله شروع مصرف، تداوم، دفعه‌های مصرف و تحمل پریشانی و حساسیت، می‌تواند از عوامل بوجود آورنده عود در افرادی که در حال ترک هستند باشد. لذا روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند با شیوه موثر به فرد کمک کند تا وابستگی خود را به اعتیاد کاهش داده و عوارض ناشی از ترک را تقلیل داده و از بازگشت مجدد بهبود یافتگان به اعتیاد پیشگیری نماید. رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یکی از مداخلات مؤثر بر درمان اعتیاد با به کار گیری دامنه ای از تجارب آموزشی به فرد کمک کند از نظر شخصیتی گشوده، آگاه و فعال شود و در نهایت نوعی ویژگی به نام انعطاف پذیری روان شناختی را در خود رشد دهد. انعطاف پذیری روان شناختی را می‌توان توانایی تماس با لحظه حال به عنوان یک انسان خودآگاه و تغییر یا پافشاری بر یک رفتار هنگام پیگیری اهداف ارزشمند تعریف کرد (Wynne, McHugh, Gao, Keegan, Byrne & Rowan, 2019). گرچه این رویکرد نقش شناخت را در ایجاد هیجان‌های ناخوشایند مهم می‌داند اما در مقایسه با رفتاردرمانی شناختی تاکید بیشتری بر پذیرش و تمایل به تجربه رویدادهای درونی و بر تعامل مبتنی بر ارزش‌ها در زندگی دارد و به جای تمرکز بر بازسازی شناختی، بر پذیرش تاکید می‌کند و افکار را، تنها بخشی از تجارب معمول انسانی و یکی از چندین عامل محتمل که می‌تواند باعث این هیجان منفی شود، می‌داند (Herbert & Lee, E. & Levin, M.E. & Twohing, 2013). در یک فراتحلیل به این نتیجه رسیدند که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان دارویی در افراد مصرف کننده مواد مخدر به تنهایی بیشتر بود. بر اساس یافته‌های (Mohammadi et al, 1394) در مطالعه ای تحت عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم

موفقیت درحوزه‌های مختلف زندگی ارتباط دارد (Jacobs, M., Snow, J., Geraci, 2008) افراد برخوردار از تنظیم شناختی هیجان فشارهای ناخواسته دیگران را درک و هیجان‌های خود را بهتر کنترل نموده و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت زیادی نشان می‌دهند (Tang YY, Tang, R, Posner MI, 2013). مصرف کنندگان مواد از خواص فیزیولوژیک و روان شناختی مواد برای تنظیم هیجان‌ات منفی خود استفاده می‌کنند و مصرف مواد را به عنوان یک راهبرد مقابله ای برای خلاصی سریع از هیجان‌ات منفی می‌دانند (Azizi, Mirzaei, Shams, 2010). احتمال سوء مصرف مواد در افرادی که نمی‌توانند برانگیختگی هیجانی خود را کنترل کنند، بیشتر است (Doran, McChargue & Cohen, 2007). راهبردهای سازگاران تنظیم شناختی هیجانی در درمان اعتیاد توسط پژوهش‌های هیلی، استانتون و مینوچین مورد تایید قرار گرفته است. (Steplater & Kelly, 2012). براساس نتایج تحقیقات کسانی که سابقه اعتیاد و مصرف مواد مخدر را دارند در کنترل هیجان‌ات خود اعم از ترس، اضطراب، خشونت، ناامیدی چندان موفق نیستند (Qasemi et al, 2011). Kinman & Grant (2010) رابطه معکوس بین راهبردهای سازگاران تنظیم شناختی هیجان و تمایل به روی آوری مجدد به مصرف مواد مخدر را نشان دادند، براین اساس می‌توان گفت افراد مصرف کننده مواد مخدر در مرحله ای از زندگی خود در موقع رویارویی با مشکلات و سختی‌ها به جای این که چالشی سازگاران با مساله داشته باشند به روش‌های دیگری مانند پناه بردن به الکل و مواد مخدر و سایر روش‌های ناکارآمد متوسل می‌شوند. به دلیل کاستی‌های روش‌های درمانی و رویکردهای روان شناختی مورد استفاده برای مصرف کنندگان مواد، لزوم استفاده از مدل‌های نظری جایگزین و رویکردهای جدید در مورد افراد وابسته به سوء مصرف مواد احساس می‌شود. محققان از چند دهه قبل در تلاش برای بهبود مداخلات درمانی و یافتن درمانی کارا تر، به درمان‌های جدیدتری از جمله درمان‌هایی که مبتنی بر توجه و آگاهی و پذیرش هستند روی آورده‌اند (Hayes, Strosal, Wilson, 1999). امروزه با نسل سوم درمان‌هایی مواجه هستیم که تحت عنوان کلی مدل‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد یا روان درمانی‌های پست

هم مرتبط هستند و هیچ یک از آن‌ها نباید کاملاً مجزا در نظر گرفته شود (Bach & Moran, 2008). چنانچه این رویکرد برای اختلالات مصرف مواد به کار رود، مراجعین، به جای مصرف مواد، با روش‌های پذیرش و ذهن آگاهی رابطه با تجربه‌های داخلی (مثال، در پاسخ به ولع یا فرار از احساس منفی)، همزمان با حرکت رو به جلو در ایجاد الگوهای معنادار فعالیت‌هایی را می‌آموزند که با مصرف مواد ناهماهنگ است). مصرف مواد مخدر و دیگر رفتارهای اعتیاد آور اغلب برای اجتناب و یا کنترل تجربیات داخلی و ناراحتی همراه با آن‌ها به کار می‌رود. پیامدهای پریشان‌کننده و اجتناب ناپذیر منفی مصرف مواد مخدر اغلب به طور مداوم به چرخه مداوم اجتناب تجربه ای منجر می‌شود (Hassani, 2010). مهارت‌های پذیرش، گسلش شناختی، خود به عنوان زمینه و ذهن آگاهی به عنوان اساسی ترین توانایی‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جهت نیل به انعطاف پذیری شناختی به فرد کمک می‌کند تا به جای اجتناب و سرکوب درونی خود در جهت پذیرش و مشاهده کردن رویدادهای ذهنی قدم بردارد و با پذیرش احساسات و هیجانات خود و خود داری از اجتناب تجربی، در لحظه و اکنون زندگی کرده و در مواجهه با وسوسه‌های مصرف مواد موفق عمل کنند (Hayes et al, 2012). با توجه به مطالب فوق الذکر و بر اساس مطالعات صورت گرفته بر روی اثر بخشی درمان‌های موج سوم از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان افراد مبتلا به اعتیاد، و اهمیت توجه و استفاده از درمان‌های روان شناختی مؤثر در جامعه هدف مورد پژوهش، هدف از این پژوهش بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای سازگاران و ناسازگاران تنظیم شناختی هیجان در افراد معتاد تحت درمان نگهدارنده با متادون بود. بنابراین فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر است:

- 1- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای سازگاران تنظیم شناختی هیجان در افراد معتاد تحت درمان نگهدارنده با متادون تأثیر دارد.
- 2- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای ناسازگاران تنظیم شناختی هیجان در افراد معتاد تحت درمان نگهدارنده با متادون تأثیر دارد.

شناختی هیجان در مردان تحت درمان با متادون نتایج نشان داد روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش میزان سرزنش خود، نشخوار ذهنی، فاجعه آمیز پنداری و سرزنش دیگران تأثیر مثبت و معنی دار داشته است و بر افزایش میزان پذیرش، توجه مجدد مثبت، توجه مجدد به برنامه ریزی مثبت، اتخاذ دیدگاه تأثیر مثبت معنی دار داشته است. پس می‌توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل آموزش پذیرش افکار و شریط به مراجعان در بهبود تنظیم هیجان افراد معتاد موثر است. در مطالعه (Jahangiri et al, 1397) تحت عنوان اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و انعطاف پذیری روان شناختی در معتادان تحت درمان متادون نتایج نشان داد که روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف پذیری و روان شناختی و کاهش نشخوار فکری مؤثر بوده است. (Kiyani et al, 1391) در پژوهشی به مقایسه اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف کنندگان شیشه در شهر بهارستان اصفهان پرداختند که نتایج به دست آمده نشان داد در هر دو گروه درمانی بر شدت ولع مصرف در دو مرحله پس آزمون و پیگیری تأثیر معناداری دارد و در مقایسه اثربخشی این دو درمان بر ابعاد نه گانه تنظیم شناختی هیجان تفاوت معناداری مشاهده نشد و هر دو درمان به یک میزان بر شاخص‌های شناختی تنظیم هیجان تأثیر گذار بودند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از راهبردهای پذیرش و ذهن آگاهی، به جای تمرکز بر انواع نشانه‌ها، بر تغییر عملکرد تمرکز می‌شود و به جای کاهش فراوانی یا تغییر محتوای خاص تجربه‌های درونی بر تغییر رابطه فرد با رفتار تمرکز می‌شود. در این درمان به جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در عمل می‌تواند در قالب شش فرایند که از درون با هم مرتبط هستند، مورد توجه قرار بگیرد. این شش فرایند عبارتند از پذیرش، ناهم آمیزی، ارتباط با لحظه اکنون، عمل متعهدانه، خود به عنوان بافت و ارزش‌ها. راهبردهای اصلی درمان برای مقابله با آسیب شناسی روانی در رابطه با این فرایندها تعیین می‌شود. این فرایندهای اساسی در بسیاری از زمینه‌های مهم با

روش

روش پژوهش، جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. گروه آزمایش تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند اما گروه کنترل در زمان انجام پژوهش مداخله خاصی را دریافت نکردند و بعد از اتمام پژوهش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند. جامعه آماری مطالعه حاضر مشتمل بر بیماران مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شیراز در سال 1399 بود. ابتدا براساس نمونه گیری هدفمند از افراد مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد تعداد 40 نفر که براساس اجرای پرسشنامه‌های تنظیم شناختی نمره‌های پایین تر از حد میانگین گرفته بودند، به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند و در مرحله بعد، بطور تصادفی در دو گروه 20 نفری، گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) گروه کنترل گمارده شدند. به منظور اجرای جلسات مداخله، ابتدا برای همه افراد نمونه، توضیحاتی درباره اهداف درمان داده شد و پس از بحث درباره مفید بودن و لزوم شرکت آنان در گروه درمانی و توافق حاصل شده، تعهد شفاهی مبنی بر شرکت در جلسات درمان به طور مستمر از آن‌ها گرفته شد. گروه‌های آزمایشی 12 جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به صورت هفته ای دو جلسه 90 دقیقه ای به صورت گروهی بر اساس پروتکل‌های درمانی دریافت کردند. بعد از اتمام جلسات استاندارد درمان، آزمودنی‌ها مجدداً به پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی به عنوان پس آزمون پاسخ دادند و نتایج با پیش آزمون همین پرسشنامه مقایسه شد. و در نهایت میزان اثربخشی درمان با گروه کنترل مورد مقایسه قرار گرفت. سطح تحصیلات آزمودنی‌ها حداقل دیپلم، سن حداقل 18 سال بود، ملاک‌های ورود در این پژوهش شامل افرادی که به مواد سنتی مانند تریاک اعتیاد داشتند، گذشت حداقل شش هفته از شروع درمان نگهدارنده با متادون، عدم مصرف داروهای ضد سایکوز و تضعیف کننده سیستم اعصاب (بنزودیازپین‌ها)، نداشتن اختلالات شخصیتی (بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM_5)، عدم مصرف همزمان سایر مواد مخدر، عدم مصرف متامفتامین‌ها، عدم مصرف مواد بصورت تزریقی بود. ملاک‌های خروج در پژوهش حاضر عدم حضور در جلسات

درمان بطور منظم بود. ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل داوطلبانه بودن و حضور آگاهانه آزمودنی‌ها در پژوهش و حفظ اطلاعات شرکت کنندگان و عدم افشای اطلاعات آنها بود.

ابزار سنجش

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: این پرسشنامه توسط Granfski, Kreich & Spinhaun (1999) ساخته شد. این پرسشنامه 36 عبارت دارد که به افکار اشخاص بعد از تجارب منفی می‌پردازد و افراد 12 سال به بالایی توانند به آن پاسخ دهند. این پرسشنامه از 9 خرده مقیاس تشکیل شده است و شامل 9 راهبرد شناختی، ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، فاجعه سازی و ملامت دیگران می‌باشد که به دو گروه راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان تقسیم می‌شوند. پاسخ‌ها در طیف لیکرت 5 درجه‌ای نمره گذاری می‌شوند. نمرات بالا در هر خرده مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر از راهبرد مذکور در مقابله یا مواجهه با وقایع استرس زا و منفی می‌باشد (Granfski, Kreich & Spinhaun, 2002). ضریب آلفا برای خرده مقیاس آن بین 0/71 تا 0/81 محاسبه شده است (Granfski, Kreich, 2006). روایی سازه مقیاس این پرسشنامه در ایران با استفاده از تحلیل عامل تاییدی، بررسی شده است و ضریب آلفای کرونباخ برای هر کدام از خرده مقیاس‌ها در دامنه 0/64 تا 0/82 گزارش شده است (Mehrabizadeh Honarmand, Karim Nejad & Khajehuddin, 2013).

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

بعد از انجام هماهنگی‌های لازم و شرکت آزمودنی‌ها در جلسه معارفه از آن‌ها خواسته شد به پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گرانفسکی پاسخ دهند، بعد از مصاحبه بالینی ساختاریافته بر مبنای DSM_5 برای تشخیص و غربالگری موارد اختلالات شخصیتی و همچنین دارا بودن ملاک‌های ورود به پژوهش، آزمودنی‌ها به شکل تصادفی در گروه آزمایشی و گروه کنترل

توجه به "اینجا و اکنون"، با مشکلات روبه رو کرده و آن‌ها را بر توجه و آگاهی دعوت کرده و موجبات تغییر فراهم می‌شود. در این پروتکل بیماران به طور مداوم مفاهیم پذیرش، گسلش، توجه آگاهی و عمل طبق ارزش‌ها را انجام می‌دهند. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول زیر آمده است:

قرار گرفتند. گروه‌های آزمایشی 12 جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به صورت هفته ای دو جلسه 90 دقیقه ای به صورت گروهی بر اساس پروتکل درمانی مطابق جدول (1) دریافت کردند. در این پژوهش از پروتکل درمانی برگرفته از پروتکل Hayes, Estrosal & Wilson (1999) و Tohi (2007) ترجمه Mohammad, Salehzadeh Abarquei & Nasirian (2015) استفاده شد. در این پروتکل بیماران را با

جدول 1: خلاصه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه‌های درمان	رئوس درمان برای گروه آزمایش
1	آشنایی با بیمار، برقراری رابطه درمانی، بیان مقررات حاکم بر جلسات درمان، معرفی و ارزیابی هیجان، شروع درماندگی خلاق، ارائه تکلیف
2	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، ادامه درماندگی خلاق، استعاره چاله و شناسایی راه حل‌های ناکارآمد برای حل مشکل، ارائه تکلیف
3	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، بررسی راهبردهای کنترل خاصی که فرد تا کنون استفاده کرده است، معرفی کنترل به عنوان مسئله، بحث در مورد دنیای درون و تفاوت آن با دنیای بیرون، ارائه تکلیف
4	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، معرفی پذیرش و تمایل به عنوان جایگزینی برای کنترل، استعاره میهمان و بیان احساسات پاک و ناپاک، ارائه تکلیف
5	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، آشنایی با ویژگی‌های پنهان زبان که باعث آمیختگی می‌شود، بیان گسلش و استعاره اتوبوس، ارائه تکلیف
6	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، معرفی انواع خود، استعاره شطرنج، آشنایی با گذشته و آینده مفهوم سازی شده، ارائه تکلیف
7	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، ارائه تکلیف
8	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، ایجاد الگوهای منعطف رفتار از طریق مواجهه ارزش محور، تمایل به جای اجتناب، استعاره مسافران در اتوبوس، ارائه تکلیف
9	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، پذیرش افکار و هیجانات نامطبوع در زمان حال و اکنون، ارائه تکلیف
10	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، تمرین تکنیک‌های درمان، آموزش چگونگی برخورد با موانع در یک زندگی ارزشمند، ارائه تکلیف
11	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، تعهد به عمل و ارزش‌ها با وجود موانع، استعاره نهال و ارائه تکلیف
12	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، ارزیابی تعهد به عمل و ارائه تکلیف دائمی

یافته‌ها

کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) با کمک نرم افزار SPSS نسخه 23 استفاده شد. برای بررسی پیش فرض‌های آماری شامل نرمال بودن نمرات از آزمون کلموگروف

برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های آزمایشی از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و تحلیل

اسمیرنوف و برای برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. پس از بررسی داده‌ها از طریق اکسپلور، داده پرت قابل ملاحظه ای مشاهده نشد و تعداد داده‌های گمشده نیز در حد صفر بود. مشخصات جمعیت شناختی اعضای نمونه در گروه آزمایش از لحاظ جنسیت مردان 80 درصد و زنان 20 درصد را تشکیل می‌دادند 75 درصد آنان دیپلمه و 25 درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. میانگین سنی اعضای نمونه در گروه آزمایش 23 سال بود.

جدول 2: شاخص‌های توصیفی نمره‌های گروه‌های تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (n=20) و گروه کنترل (n=20) در راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (راهبردهای سازگاران و راهبردهای ناسازگاران)

گروه‌ها	مراحل	میانگین	میانه	انحراف معیار	k-s	Sig
آزمایش (ACT)	پس آزمون سازگاران	59/25	70	27/70	1/325	0/060
	پس آزمون ناسازگاران	27/45	28	16/59	1/093	0/104
کنترل	پس آزمون سازگاران	37/95	40	6/90	0/969	0/305
	پس آزمون ناسازگاران	60/25	58	6/21	0/856	0/457

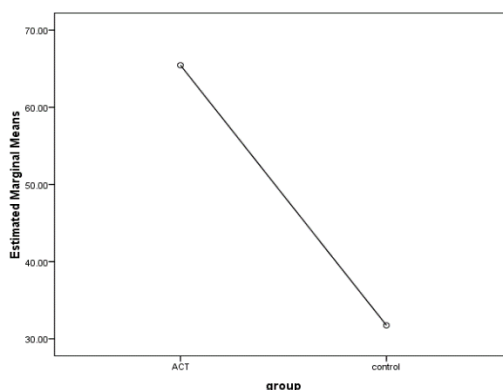
با توجه به پیش فرض نرمال بودن نمرات تفاوت مشاهده شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال جامعه با توجه به آزمون کلموگروف اسمیرنوف فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در پیش آزمون و پس آزمون رد نشد.

جدول 3: خلاصه آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها

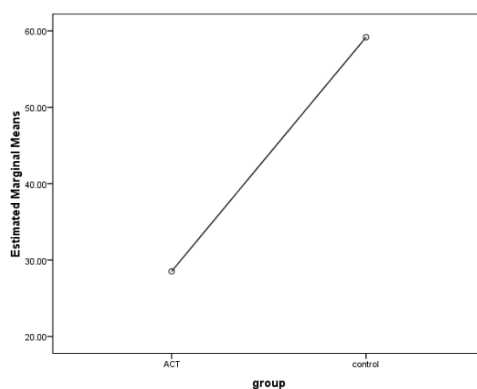
منابع	متغیرهای وابسته	SS	df 1	df 2	MS	F	Sig	مجذور ایتا	توان آزمون
گروه‌ها	راهبردهای سازگاران	8535/495	1	36	8535/495	86/149**	0/001	0/705	1
	راهبردهای ناسازگاران	7055/534	1	36	7055/534	74/477**	0/001	0/674	1

با توجه به نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها و شاخص‌های محاسبه شده (نسبت‌های F و سطوح معناداری آنها) می‌توان نتیجه گرفت که میانگین‌های نمره‌های 2 گروه در متغیرهای راهبردهای سازگاران و ناسازگاران تنظیم شناختی هیجان متفاوت است. در نتیجه، شواهد کافی برای پذیرش فرضیه‌های پژوهش وجود دارد. علاوه بر این، مقدار مجذور ایتا نشان دهنده اندازه ارتباط بین درمان مبتنی بر

پذیرش و تعهد با متغیرهای راهبردهای سازگاران (0/705) و راهبردهای ناسازگاران (0/674) است. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) در پس آزمون راهبردهای سازگاران از گروه کنترل بالاتر بوده است. حال آن که، میانگین گروه آزمایش در پس آزمون راهبردهای ناسازگاران از گروه کنترل کمتر بوده است.



شکل 1: توزیع میانگین‌های اصلاح شده نمره‌های آزمودنی‌های دو گروه در پس آزمون راهبردهای سازگاران



شکل 2: توزیع میانگین‌های اصلاح شده نمره‌های آزمودنی‌های دو گروه در پس آزمون راهبردهای ناسازگاران

بحث و نتیجه گیری

Jahangiri et al (1397) تحت عنوان اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و انعطاف پذیری روان شناختی در معتادان تحت درمان متادون، و مطالعه Janfaza & shirazi (1394) با عنوان نقش پیش بینی کنندگی دشواری‌های تنظیم هیجانی و خود کنترلی با استعداد به اعتیاد در افراد وابسته به مواد، و با یافته‌های Kinman & Grant (2010) که رابطه معکوس بین راهبردهای سازگاران تنظیم شناختی هیجان و تمایل به روی آوری مجدد به مصرف مواد مخدر را نشان دادند، و با فراتحلیل صورت گرفته توسط Lee, E & Levin, M.E. & Twohing (2015) مبنی بر اینکه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان دارویی در افراد مصرف کننده مواد مخدر به تنهایی بیشتر بود، و همچنین مطالعه Kiyani et al (1391) که در پژوهشی به

هدف از این پژوهش بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای سازگاران و ناسازگاران تنظیم شناختی هیجان در افراد معتاد تحت درمان نگهدارنده با متادون بود. بر اساس نتایج به دست آمده از آنالیز مانکوا در جدول شماره 3 میانگین نمره‌های گروه آزمایشی با گروه گواه متفاوت است و نتایج به دست آمده حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای سازگاران و ناسازگاران تنظیم شناختی هیجان مؤثر بوده است. بر این اساس، شواهد کافی برای پذیرش فرضیه‌های پژوهش به دست آمد. نتایج این پژوهش با یافته‌های Mohammadi et al (1394) در مطالعه‌ی تحت عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در مردان تحت درمان با متادون، و مطالعه

اتفاقاتی که پشت سر گذاشته است رها کند. به طوری که بتواند بدون این تجربه‌ها و جدای از این تجربه وارد عمل شود. در چهارمین قدم سعی می‌کند برای کاستن تمرکز و توجه بر خود تجسمی یا داستان شخصی (قربانی بودن) است، که فرد در ذهن و تخیلات خود آن را ساخته و پرداخته است. گام پنجم، کمک به فرد برای این که ارزش‌ها و توانایی‌های شخصی خود را بشناسد و به طور واضح، مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاصی تبدیل سازد. و در آخر به وجود آوردن انگیزه عمل متعهدانه یعنی فعالیتی معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی (Molavi et al, 2014). این شش فرایند زیربنایی در بسیاری از زمینه‌ها با هم ارتباط درونی دارند و به دو حیطة ذهن آگاهی و تغییر رفتار طبقه بندی می‌گردند (Mirzai & Nonahal, 2014). چهار فرایند اول، یعنی پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه و ارتباط با لحظه اکنون فرایندهای پذیرش و ذهن آگاهی و چهار فرایند آخر، یعنی خود به عنوان زمینه، ارتباط با لحظه اکنون، ارزش‌ها و عمل متعهدانه فرایند تغییر و تعهد را تشکیل می‌دهند. این فرایندها، ویژگی‌های کارکردی متفاوتی دارند. برای مثال فرایندهای پذیرش و گسلش باعث ضعیف شدن روند زبانی می‌شوند؛ خود نیز به عنوان شاخص و رابطه با لحظه حال، سبب زیاد شدن تجربه و تلطیف زمان حال و اکنون می‌گردد، و ارزش‌ها و عمل متعهدانه، نیز مشمول رهبری زمینه‌های عملی و تاثیر گذار زبان به سمت مدل‌های تبدیل رفتار می‌گردند (Ezadi & Abedi, 2015). عامل تمایل و پذیرش در این درمان این موضوع را محتمل می‌سازد تا فرد بیمار تجربیات درونی ناخوشایند و نا مطلوب را بدون تلاش برای کنترل آن‌ها قبول کند و این عمل باعث می‌گردد که تجربیات ناخوشایند کمتر مضر به نظر برسند و کمتر زندگی فرد را تحت تاثیر قرار دهند. فرایندهای ذهن آگاهی مورد استفاده در این روش درمانی باعث تغییرات وسیعی در روش استفاده مراجع از توجه به خود می‌شود. یا به دیگر سخن باعث سوگیری توجه شده تا دیدگاهی را نسبت به رویدادهای ذهنی ایجاد نماید و به فرد اجازه می‌دهد که اتفاقات ذهنی را مشاهده کند بدون آنکه این اتفاقات قسمتی از وجود فرد تلقی گردد (Brown & Rayan, 2003). در ادامه تبیین یافته‌های پژوهش با

مقایسه اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف کنندگان شیشه در شهر بهارستان اصفهان همسو بود، در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت، افراد مصرف کننده مواد مخدر در مرحله ای از زندگی خود در موقع رویارویی با مشکلات و سختی‌ها به جای این که چالشی سازگاران با مساله داشته باشند به روش‌های دیگری مانند پناه بردن به الکل و مواد مخدر و سایر روش‌های ناکارآمد متوسل می‌شوند. درمان براساس پذیرش و تعهد می‌تواند سطح سازگاری افراد را در زمینه‌های گوناگون اجتماعی افزایش دهد (arimani et al, 2013). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مهم ترین هدف بوجود آوردن انعطاف پذیری روانی می‌باشد، یعنی بوجود آوردن توانایی گزینش و انتخاب عملی از میان گزینه‌های مختلف و انتخاب مناسب ترین گزینه‌ها است و نه اقدامی که مخصوصا جهت جلوگیری از تفکرات احساسی، رویدادهای گذشته یا خواسته‌هایی که باعث آشفتگی می‌شود (Pourfaraj Omran, 2011). در حقیقت این درمان بر مبنای این فرض است که اصلی ترین مانعی که مراجعه کنندگان با آن روبرو می‌شوند پرهیز تجربه ای است که به پرهیز فرد از تفکرات، احساسات، حواس و سایر رخدادهای شخصی گفته می‌شود (Kamali & Kiyani Raad, 2014). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شش فرایند زیربنایی دارد که منجر به تساهل پذیری اطلاعات و آگاهی می‌شود. این شش فرایند عبارتند از: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال و اکنون، ارزش‌ها، عمل متعهدانه (Hossinaei et al, 2013). در این روش درمانی سعی بر آن است که ابتدا فرد نسبت به قبول نمودن تجربه‌هایی که در ذهن خود دارد (تفکرات و احساسات) اقدام کند و اقدامات و اعمال کنترلی غیر موثر کم شود. به فرد بیمار یاد داده می‌شود اعمالی مانند کنترل و اجتناب باعث شدت یافتن تجربه‌های ذهنی ناخوشایند می‌گردد و توصیه می‌شود مسائل را همان طوری که هستند قبول کنند. در قدم بعد بر آگاهی و اطلاعات روانی فرد اضافه می‌شود یعنی فرد از تمام حالت‌ها، افکار، احساسات و رفتار خود در لحظه اطلاع و آگاهی پیدا می‌کند. در گام سوم به شخص یاد می‌دهند که خود را از تجربه‌های ذهنی یا

نمونه گیری در دسترس بود. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آینده اثر بخشی این درمان روی گروه‌های هدف مصرف کنندگان سایر مواد مخدر نیز انجام گیرد. و این روش با سایر رویکردهای درمانی مورد مقایسه قرارگیرد. همچنین پژوهشگران در آینده ضمن استفاده از طرح پیگیری، پژوهش را با شناسایی فاکتورهای مکنون انجام دهند تا دقت مطالعات و تعمیم پذیری مطالعات افزایش یابد. همچنین دوره‌ها و کارگاه‌های آموزشی و مهارت آموزی برای مشاوران و روان شناسان مراکز ترک اعتیاد به جهت آشنایی با روش‌های درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد صورت پذیرد. و با توجه به اهمیت نقش خانواده‌ها تاکید بیشتری روی مداخله درمانی خانواده‌ها صورت پذیرد و در نهایت با توجه به مشکلات مالی و شغلی اعضاء گروه هدف وجود یک مددکار اجتماعی در فرایند مداخله درمانی بسیار کمک کننده خواهد بود.

منابع

- Asli Nejad, Meshki, M., & M. (2013). Teaching life skills and preventive behaviors of substance abuse in students". *Journal of Fasa University of Medical Sciences*, 11 (3). [Pesian]
- Azizi, A., Mirzaei, A., & Shams, J. (2010). The study of the relationship between disturbance tolerance and emotional regulation with students' dependence on smoking. *Hakim Research Journal*. 13 (1). [Pesian]
- Bach, P. A., & Moran, D. J. (2008). *ACT in practice: Case conceptualization in acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Butt, M. M., Sanam, F., Gulzar, S., Yahya, F. (2013). Cognitive emotional regulation and forgiveness. *Interdisciplinary Journal of contemporary research in Business*, 4 (12), 769-792. [Pesian]
- Carlson, JM. (2012). Trait reappraisal is associated with resilience to acute psychological stress. *Journal of research in personality*, 46, 609-613.
- Cohen, O. , & Dekel , R. (2000). Sense of coherence ways of coping and well-being. *Contemporary family therapy*, (22) , 467-486.
- Doran, N., McChargue, D., Cohen, L. (2007). Impulsivity and the reinforcing value of cigarette

توجه مشاهدات صورت گرفته در این پژوهش طی فرایند درمان می‌توان گفت، از آنجا که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیازمند آگاهی هشیار از هیجان‌ات است، شرکت کنندگان به جای اجتناب از احساسات دردناک با فهم و آگاهی بهتر به آن‌ها نزدیک می‌شدد و هیجان‌ات منفی آنان به احساسات مثبتی تبدیل می‌شدند. همچنین در جریان درمان به شرکت کنندگان کمک شد با شناخت بیشتر خود و روابطی که با آن مواجه هستند بتوانند از حساسیت بیش از حد در روابط بین فردی بکاهند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانست با ایجاد ویژگی‌های مثبتی چون ادراک معقول، صبر و بردباری و تعادل هیجانی در طول تجربه‌های دشوار برای برقراری ثبات هیجانی به افراد کمک نماید. با توجه به ارتباط دو طرفه بین شناخت و هیجان و تاثیر هر کدام بر دیگری، تفکر به عنوان یکی از مولفه‌های شناخت می‌تواند دامنه کیفی و کمی هیجان‌ات را تحت تاثیر قرار داده ضمن اینکه نوع تفکر در فرد تعیین کننده چگونگی پردازش هیجانی، ابراز و مدیریت هیجان‌ها بوده است. در افراد معتاد هر دو طرف این رابطه مشکل دارد. زیرا این افراد بخاطر ناتوان بودن در مدیریت هیجان‌ها نوعی دیدگاه خاص را در خود پرورده اند که چگونگی ابراز و تنظیم هیجان‌ات را تحت تاثیر قرار می‌دهند. این افراد همواره و با تاثیر متقابل این دو عنصر در ارتباط با خود و محیط پیرامونشان با مسایل و آسیب‌های روانی اجتماعی متعددی مواجه هستند. بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند با استفاده از فرایندهای فوق در افزایش راهبردهای سازگاران و کاهش راهبردهای ناسازگاران تنظیم شناختی هیجان مؤثر واقع شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند میزان عود یا بازگشت مجدد را کاهش دهد، و پایبندی به درمان را افزایش داده و باعث افزایش زمان بقای بهبودی گردد. لذا استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را می‌توان در کنار درمان‌های نگهدارنده با متادون در اولویت برنامه‌های درمانی ترک اعتیاد قرار داد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به نداشتن طرح پیگیری به دلیل محدودیت‌هایی که تحت تاثیر بیماری کرونا ایجاد شد، اشاره کرد. همچنین تاثیر احتمالی متغیرهای مخدوش کننده مانند سطح فرهنگی و اجتماعی و اقتصادی

- Acceptance and commitment therapy (p. 6). New York: Guilford.
- Hwang j., 2006. A proves sing model of emotion regulation: insight from the attachment system. PH.D thesis in art and science, United state, Georgia State University.
- Hosniyaei, A., Ahadi, H., Fathi, L., Heidari, A.R., & Mazaheri, M.R.(2013). Effect of group training based on acceptance and commitment on job stress and burnout. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 19(2), 109-120. [Pesian]
- Izadi, R., & Abedi, MR. (2015). *Acceptance and commitment based therapy*. Tehran, Gangal Publications.
- Jacobs, M., Snow, J., Geraci, M., Vythilingam, M., Blair, RJR., Dennis , S., Charney , Daniel S., Pine, B., 2008. Association between Level of Emotional Intelligence and Severity of Anxiety in Generalized Social Phobia. *J Anxiety Disord*. 2008 Dec; 22(8): 1487–1495. Published online 2008 Mar 13. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.03.003. [Pesian]
- Jahangiri, Milad; Golmohamedian, Mohsen; Hojjatkah, Seyyed Mohsen (2017). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment to rumination and psychological flexibility in addicts undergoing methadone treatment. *Addiction Quarterly Journal of Substance Abuse Research*. 48 (12), 184-169. [Pesian]
- Janfaza, Manor; Shirazi, Mahmoud (2014). The predictive role of emotional regulation and self-control difficulties with addiction potential in substance dependent individuals. *Addiction Quarterly Journal of Substance Abuse Research*. 33 (9), 69-57. [Pesian]
- Kakouie Dinaki, I., & Qavami, N.(2015). Study of gender characteristics and consequences of women's tendency to substance abuse. *Social Health and Addiction*, 1(4). [Pesian]
- Kiyani, AR., Qasemi, N., & Pourabbas, A. (2012).The effectiveness of group therapy and mindfulness-based acceptance and commitment therapy on craving and cognitive emotion regulation in glass consumers. *Addiction Research*, 6 (24), 36-27. smoking. *Addictive Behaviors*, 32(1), 90–98. DOI: 10.1016/j.addbeh.2006.03.023.
- Forman, EM., Herbert, JD., Moitra, E., Yeomans, PD., Geller ,PA. A., 2007. Randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behav Modif*. 2007;31(6):772-99.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40, 1659-1669.
- Garnefski, N., Baan, N., & Kraaij, V.(2005). Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the foot-and-mouth crisis. *Personality and Individual Differences*; 38(6): 1317-27.
- Gross, J. J., 1998a. Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224-237.
- Gross, J., Jazaieri. (2013). Emotion, Emotion Regulation, and Psychopathology: An Affective Science Perspective . *Clinical Psychological Science* 2 (4), 387-401.
- Garnefski,N., Karaaij, V.(2006). Relationship between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and individual difference*,40(8),1659-1669
- Grooss J. J. (2015). *Handbook of Emotion Regulation*: Guilford Publications; 2015.
- Hasani, J. (2010). Reliability and validity of Persian of the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). *Journal of clinical psychology*, 24,139-152. [Pesian]
- Hayes, S., Luoma. J.B., & Bond. F. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, (44), 1-25.
- Hayes, S., Strosahl, K. D., & Wilson, K. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of Mindful change*. The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G., 1999.

- on students' social fear. *Journal of Knowledge and Health*, 18, 1-5. [Pesian]
- Patrusia, A. Bach., Daniel J. Moran. (2014). *The effectiveness of group acceptance and commitment therapy on students' social phobia*. Translated by Kamali, Sara, Kian Rad, Niloufar. Arjmand Book Publication.
- Paul Edward Faxman, G. T., & Franco, B. (2015). *Acceptance and commitment-based therapies*. Translators Mirzaei, Mosleh, Nonhal, Saman. Arjmand Publications.
- Qasemi, N., Rabiee, M., Haghayegh, S.A., & Palahang, H. (2011). Comparison of the level of excitement of coping strategies and the level of vulnerability to stress among methadone maintenance treatment addicts and healthy individuals. *Addiction Research*, 5 (18), 20-7. [Pesian]
- Sadock, B., Sadock, J., & Werginia A., & Runes, P. (2015). *Summary of psychiatry*. Translate by Rezaei F. Tehran. Arjomand.
- Tang, Y. Y., Tang, R., Posner, M. I. ,2016. Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 163, 13-18.
- Thompson, R.J., Dizén, m., Berenbaum, H., 2009. The unique relations between emotional awareness and facets of affective instability. *Journal of Research in Personality*. 43: 875-9.
- Wynne, B., McHugh, L., Gao, W., Keegan, D., Byrne, K., Rowan, C., ... & Mulcahy, H. E. (2019). Acceptance and commitment therapy reduces psychological stress in patients with inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*, 156(4), 935-945. [Pesian]
- Muqtada'i, M., & Khoshakhlaq, H. (2015). The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on the psychological flexibility of veterans' spouses. *Journal of Janbazan Medicine*, 7 (4), 184-188. [Pesian]
- Lee, E, B., An, W., Levin, M.E., & Twohing, M.P. (2015). An initial meta-analysis of acceptance and commitment Therapy for treating substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 155, 1-7, DOI: 10.1016/i.drugalcdp 2015.08.004.
- Myberg, L. (2011). *Forgiveness as a mechanism of self-regulation: An ego depletion model*. Unpublished dissertation in psychology, University of Richmond.
- Mohammadi, Leila; Salehzadeh Abargoi, Maryam; Naseerian, Mansoura (2014). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the cognitive regulation of emotion in men treated with methadone. *Scientific research journal of Shahid Sadougi University of Medical Sciences, Yazd*. 23 (9), 861-853. [Pesian]
- Movahedi, Y., Kharazi Notash, H., & Bigloo, M. (2014). Comparison of physical and psychological dimensions of health-related quality of life in addicts and normal peers. *Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 1 (2), 63-72. [Pesian]
- Mehrabizade Honarmand, M., Karimnejhad, F., & Khajedin, N. (2014). The effect of transe theoretical model on self-efficacy of abstinence and strategies of cognitive emotion regulation inhabitant addicts. *The Studies in Medical Sciences*, 25(1), 32-42. [Pesian]
- Pourfaraj Omran, M. (2011). The effectiveness of group therapy based on acceptance and contention