

مقایسه اثر بخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری و درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در مبتلایان مصرف کننده مواد

محرک

علی رحیمی^۱، نادره سهرابی^{۲*}، آذرمیدخت رضایی^۲ و سیروس سروقد^۲

تاریخ دریافت: ۹۶/۶/۱۵ تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۱۰

چکیده

مقایسه اثر بخش درمان گروهی شناختی رفتاری و درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در مبتلایان مصرف کننده مواد محرک (مت امفتامین) بود. این پژوهش از نوع آزمایشی می باشد. جامعه آماری، شامل تمامی مردان مصرف کننده مواد (مت امفتامین) هستند که به مراکز درمانی سرپایی شهر شیراز مراجعه کرده اند. شرکت کنندگان در پژوهش شامل ۲۸ مصرف کننده مت امفتامین که به صورت تصادفی در ۳ گروه شامل: گروه آزمایشی مداخله درمان بر اساس پروتکل درمان گروه شناختی رفتاری مدل ماتریکس، مداخله درمان بر اساس پروتکل درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد که در ۲۴ جلسه ۶۰ دقیقه ای در ۱۲ هفته (هفته ای ۲ جلسه) از مداخله های درمانی بهره بردند و گروه گواه که مداخله درمانی دریافت نکرد. گروههای آزمایشی و گواه پرسش نامه تنظیم شناختی هیجان را در پیش از مداخله، پس از مداخله و پیگیری ۳ ماهه تکمیل کردند. درمان گروهی شناختی-رفتاری و درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجانی در پس آزمون اثر بخش می باشند، ولی در مرحله پیگیری این اثر بخش کاهش یافته اند و هم چنین، درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد اثر بخش تر از درمان گروهی شناختی رفتاری بر بهبود تنظیم شناختی هیجان در پس آزمون و پیگیری است.

واژه های کلیدی: تنظیم شناختی هیجان، درمان گروهی شناختی - رفتاری، درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد.

^۱-دانشجوی دکترای، گروه روان شناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

^۲- گروه روان شناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

*- نویسنده مسئول مقاله: sohrabi_sh2006@yahoo.com

پیشگفتار

مصرف مواد مخدر و محرک یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است (Galanter, 2006) که تاثیرات مخرب روانی و جسمانی مواد محرک به مراتب بسیار شدیدتر از سایر مواد مخدر است. امروزه شیوع مصرف مواد محرکها بویژه مت آمفتامین^۱ که یک ماده اعتیادآور شدید است، رو به افزایش است (Aram, Bailey, Levin & see, 2016). مت آمفتامین ماده ای متفاوت از دیگر محرکهاست که آثار جسمانی، روان شناختی، و محیطی بسیار خطرناکی از خود برجای می گذارد (Seewer , 2015). مصرف مت آمفتامین با فعالیت های جنایتکارانه (Winslow , 2015) و علائم روان پزشکی و عصبی و تغییر در ظاهر جسمانی همراه است. بیش تر مصرف کنندگان پس از مصرف، آثار فوری مت آمفتامین را تجربه می کنند. این آثار شامل افزایش انرژی، تیز شدن حواس، افزایش ضربان قلب، افزایش فشار خون و تنفس، کاهش زمان واکنش و اشتها می شود (Cohen , Greenberg , Urea , Helpin & Spann, 2015).

پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روان پزشکی نشان می دهد که یکی از ملاک های اختلال های روانی، بدتنظیمی در هیجان بیماران قلمداد شده است (Grass & Thompson, 2016). تنظیم شناختی هیجان^۲، به شیوه شناختی مدیریت و دست کاری ورود داده های فراخواننده هیجان، اشاره دارد (Gratz & Romero , 2012). توانایی مدیریت هیجانها باعث می شود که فرد در موقعیت هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله ای مناسب استفاده کند (Trinidad et al, 2014). افرادی که تنظیم هیجان بالایی دارند، در پیش بینی خواسته های دیگران توانایی بیشتری دارند. آنها فشارهای ناخواسته دیگران را درک و هیجان های خود را بهتر کنترل می کنند و در نتیجه، در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری از خود نشان می دهند (Trinidad & Johnson , 2012). از سوی دیگر، افرادی که تنظیم هیجان پایینی دارند، برای روبه رو شدن با هیجان های منفی و ناکار آمد خود، عموماً مصرف مواد را به عنوان راهی برای تنظیم هیجان انتخاب می کنند (Trinidad et al, 2014).

گروه درمانی^۳ درمان انتخابی برای برخی از اختلالات روان شناختی است که دارای مزایایی همچون صرفه جویی در وقت و نیرو، آموزش مهارت های اجتماعی و اصلاح و بهبود روابط بین فردی می باشد. این مزایا باعث استفاده گسترده از این روش به عنوان درمان انتخابی برای مصرف کنندگان مواد شده است (Brink & Hassen, 2006). بیش تر مطالعات انجام شده پیرامون

¹ - methamphetamine

² - Cognitive emotion regulation

³ - group therapy

اثر بخشی رویکردهای گوناگون روان‌درمانی در درمان مصرف‌کنندگان مواد بر رویکرد شناختی-رفتاری به عنوان رویکردی موثر در درمان این بیماری اشاره کرده‌اند. درمان شناختی-رفتاری^۱ به آن دسته از درمان‌های روان‌شناختی اطلاق می‌شود که دارای وجوه مشترکی بوده که بیش‌تر متمرکز بر شناسایی، ارزشیابی و اصلاح سطوح گوناگون افکار و باورهای آسیب‌دیده بیمار است که با رفتار و هیجان‌های وی گره خورده است (Marlatt & Gorden, 2010). این رویکرد یک درمان مشکل‌مدار است که تعاریف شناختی، اسنادهای غلط و عزت‌نفس پایین را مورد توجه قرار می‌دهد. هدف این درمان این است که نگرش‌های خودمحکوم‌کننده را کاهش داده و اسنادهای مثبت را افزایش داده و مهارت‌های مقابله‌ای را بهبود بخشد، به بیان دیگر، درمان شناختی-رفتاری مداخله‌ای است که تغییر هیجانی و رفتاری را به وسیله آموختن شیوه‌های نوین مقابله و شناخت افکار به شیوه مشکل‌مدارانه، در فرد بوجود می‌آورد (Carroll & Rounsaville, 2015).

(Ghorbani, mohammadkhani & Salami, 2013) در پژوهش خود با عنوان مقایسه اثر بخشی گروه درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر مهارت‌های مقابله‌ای و نگه‌دارنده با متادون در بهبود راهبردهای تنظیم هیجان پیشگیری از عود نشان دادند که درمان شناختی رفتاری در مقایسه با درمان نگه‌دارنده به بهبود معنادار تنظیم هیجان افراد مصرف‌کننده مواد منجر شد، ولی تفاوتی معنادار بین گروه درمان نگه‌دارنده با متادون و گروه کنترل مشاهده نشد. هم‌چنین، مقدار عود به مصرف در دو گروه تفاوتی معنادار نشان نداد. مدل درمانی شناختی-رفتاری بر پایه ماتریکس که در درمان مصرف‌کنندگان مت‌آفتمین متداول است، این مدل درمانی موفقیت‌های بسیاری در مورد کاهش ولع مصرف و کاهش مقدار مصرف مواد در مصرف‌کنندگان داشته است (2015, Rovsone, Gonzales, Greenwell & Chalk). اما مطالعات در خصوص تأثیر آن بر سایر مشکلات بسیار محدود است.

درمان بر پایه پذیرش و تعهد^۲ در تلاش است تا هدف را از اجتناب هیجان‌های ناخوشایند به تجربه کامل این هیجان‌های تغییر دهد. این تجربیات در خدمت رسیدن به اهداف ارزشمند شخصی است (Blockledge & Hayes, 2012). بتازگی پژوهش‌ها آثار راهبردهای پذیرش را برای تنظیم هیجان بررسی کرده‌اند. پذیرش، ویژگی مهم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است و به این گونه تعریف شده است: پذیرش فعال و آگاهانه افکار، هیجان‌ها و حس‌های بدنی منفی که در طی زندگی فرد ایجاد شده است؛ بدون تلاش‌های غیر ضروری برای تغییر فراوانی یا شکل آن‌ها، بویژه موقعی که اعمال چنین تغییری موجب آسیب روان‌شناختی می‌شود (هیز و همکاران، 2016). درمان

¹ - behavior cognitive therapy

² -acceptance and commitment therapy

مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان داده است که در اختلالات مرتبط با اختلال مصرف مواد سودمند است (Hayes et al, 2015). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این فرض عمل می‌کند که اجتناب از تجارب خاص ناخوشایند (افکار، احساسات، هیجان‌های جسمی) فراگیر است، این امر ممکن است بیماری را باشد و منجر به ترک درمان و مصرف بیش‌تر مواد شود (Hayes et al, 2015). در پژوهش (Khacbaz, Farhodean, Azkhash, & Dolatshahi, 2014) با عنوان اثر بخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی افراد وابسته به مت‌امتامین مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش ۳۰ نفر از افراد وابسته به مت‌امتامین که به مراکز درمانی اقامتی یا سرپایی در شهر تهران مراجعه کرده بودند و در مرحله بهبودی به سر بردند، انتخاب شدند. نتایج پژوهش نشان داد که درمان پذیرش و تعهد به صورت گروهی می‌تواند به گونه معنادار و اثر بخش نمرات تنظیم هیجان و ابعاد آن را بهبود ببخشد.

اهمیت و ضرورت این پژوهش به این دلیل است که درمان شناختی رفتاری و پذیرش و تعهد به صورت نوین‌ترین و پرکاربردترین شیوه‌ها، یعنی شیوه گروهی که از حمایت تجربی فراوانی برخوردارند در مورد تعدادی از مردان مصرف‌کننده مت‌امتامین که در تنظیم هیجان مشکل دارند، اجرا شد.

جامعه آماری، روش نمونه‌گیری و نمونه آماری

روش این پژوهش از نوع آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش، شامل تمامی مردان مصرف‌کننده مواد (مت‌امتامین) هستند که به مراکز درمانی سرپایی شهر شیراز مراجعه کردند و در حال سپری کردن دوران ترک مصرف هستند، روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند است، در ابتدا به ۵ مرکز از مراکز درمانی سرپایی منطقه ۲ شهر شیراز مراجعه نموده و فهرستی از مردان مصرف‌کننده مواد (مت‌امتامین) که در مرحله ترک مواد بسر می‌بردند، تهیه گردید. سپس مراجعه‌کنندگان به این مراکز، مصاحبه نیمه ساختار یافته شدت اعتیاد انجام شد و بر اساس ملاک‌های ورود بررسی شدند که عبارت‌اند از: مردان وابسته به مت‌امتامین، مصرف غالب مت‌امتامین نسبت به سایر مواد دست‌کم به مدت ۶ ماه، مصرف نکردن داروهای ضد روان‌پریشی الکل و مواد مخدر، در زمان ورود به درمان داشتن سن کمینه ۲۰ سال و بیشینه ۵۰ سال، دارا بودن تحصیلات دست‌کم در سطح سوم راهنمایی، موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش بر اساس امضای رضایت‌نامه کتبی و ملاک‌های خروج عبارت‌اند از: داشتن علائم سایکوز، غیبت پیش از سه جلسه. سپس در مورد تشکیل جلسه‌های درمان گروهی به شیوه شناختی رفتاری و درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد با آن‌ها صحبت شد و فرم رضایت آگاهانه

را در اختیار آن‌ها قرار داده شد و پس از موافقت و امضای فرم یاد شده به عنوان نمونه پژوهش وارد درمان شدند که ۳۶ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شد، شرکت‌کنندگان در پژوهش به صورت تصادفی در ۳ گروه که شامل: گروه آزمایشی (مداخله درمان بر اساس پروتکل درمان گروه شناختی رفتاری بر اساس مدل ماتریکس، مداخله درمان بر اساس پروتکل درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد) به صورت گام به گام اجرا شد و گروه کنترل که مداخله درمانی دریافت نمود در این پژوهش، ۳ نفر در گروه آزمایش به علت عدم شرکت به مدت پیش از سه جلسه متوالی و همچنین، ۴ نفر از گروه آزمایش و گروه گواه ۲ نفر به دلیل استفاده هم‌زمان متادون از ادامه پژوهش کنار گذاشته شدند. بنابراین، نتایج با بررسی در مورد ۱۷ نفر از گروه آزمایش و ۱۱ نفر از گروه گواه بدست آمد.

پروتکل‌های درمانی به شرح زیر می‌باشند:

۱- پروتکل درمان گروهی شناختی رفتاری بر اساس مدل ماتریکس

در این پژوهشی از ویرایش چهارم پروتکل درمانی ماتریکس اینکاسی استفاده شده است (Mokri, 2015).

جدول ۱- خلاصه محتوای اصلی جلسه‌های درمان گروهی شناختی رفتاری بر اساس مدل ماتریکس اینکاسی.

جلسات	محتوای جلسه	جلسات	محتوای جلسه
جلسه ۱	چرامواد را ترک می‌کنیم؟ (ترازوی تغییر)	جلسه ۲	شروع‌کننده‌ها (عوامل برانگیزاننده، تلنگرها، ...)
جلسه ۳	سیر بهبودی	جلسه ۴	شروع‌کننده‌ها بیرونی
جلسه ۵	شروع‌کننده‌های درونی	جلسه ۶	مشکلات عمده بهبودی: بی‌اعتمادی خانواده
جلسه ۷	مشکلات عمده بهبودی: کاهش انرژی و توان	جلسه ۸	مشکلات عمده بهبودی: مصرف نایجابی دارو و مواد دیگر بعنوان جایگزین
جلسه ۹	وسوسه	جلسه ۱۰	با وسوسه چه باید کرد؟
جلسه ۱۱	راه‌های نادرست برخورد با وسوسه	جلسه ۱۲	افکار، احساسات و رفتارهای زمینه ساز مصرف
جلسه ۱۳	احساس بی‌حوصلگی و افسردگی	جلسه ۱۴	جلوگیری از عود: فعالیت‌های جلوگیری کننده
جلسه ۱۵	جلوگیری از عود: فعالیت‌های مستعدکننده	جلسه ۱۶	کار و بهبودی
جلسه ۱۷	شرم و گناه	جلسه ۱۸	مشغول ماندن
جلسه ۱۹	انگیزه برای بهبودی	جلسه ۲۰	راستگویی
جلسه ۲۱	پاکی کامل	جلسه ۲۲	روابط جنسی اعتیادگونه
جلسه ۲۳	پیشگیری عود و جلوگیری از آن	جلسه ۲۴	زرنگ باشید نه قوی

۲- پروتکل درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد

همچنین، در این پژوهش از پروتکل درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد (Hayes , Gifford & bitten , 2014) استفاده شد.

جدول ۲- خلاصه محتوای جلسه‌های درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد.

جلسه‌ها	محتوای جلسه	جلسه‌ها	محتوای جلسه
جلسه ۱: آماده شدن برای شروع	جلسه‌های ۲ و ۳: آگاهی نسبت به هزینه‌هایی که فرد به دنبال مصرف مواد متحمل می‌شود.	جلسه‌های ۴ و ۵: مواجهه با سیستم ناامیدی خلاق.	جلسه‌های ۶ و ۷: مسیله اصلی، کنترل هیجان‌های افراطی است.
جلسه‌های ۸ و ۹: تمایل هیجانی.	جلسه‌های ۱۰ و ۱۱: تمایز فرد از برنامه ریزی	جلسه‌های ۱۲ و ۱۳: موانع پذیرش هیجانی	جلسه‌های ۱۴ و ۱۵: حرکت از پذیرش هیجانی به سمت تغییر رفتار.
جلسه‌های ۱۶ و ۱۷: ارزش‌ها و اهداف	جلسه‌های ۱۸ و ۱۹: گسترش تمایل هیجانی	جلسه‌های ۲۰ و ۲۱: پذیرش مسئولیت برای تغییر.	جلسه‌های ۲۲ و ۲۳: تعهد دادن و پایبندی به آن.

ابزارهای پژوهش

شاخص شدت اعتیاد: برای بررسی وضعیت بالینی بیماران، شاخص شدت اعتیاد، ویرایش پنجم (McLellan & et al , 1995) مورد استفاده قرار گرفت. شاخص شدت اعتیاد یک مصاحبه نیمه ساختار یافته است این پرسش نامه مشکلات بیماران را در هر زمینه در طی ۳۰ روز گذشته، در سال گذشته و در طول عمر گردآوری می‌کند. در هر بخش، یک نمره کلی ترکیبی (۱-۰) می‌دهد و چگونگی وضعیت فرد در آن بخش را درجه‌بندی می‌کند. بدین ترتیب که اگر وضعیت‌های ذکر شده بیش‌تر از ۶ ماه زمان برده باشد، نمره کامل و اگر کم‌تر از ۶ ماه باشد، نمره صفر دریافت خواهد شد. این شاخص دارای ۱۱۶ پرسش بدین شرح است: ۸ پرسش درباره وضعیت پزشکی، ۲۱ پرسش درباره وضعیت شغلی، ۲۴ پرسش در زمینه وضعیت مصرف مواد مخدر و الکل، ۲۷ پرسش پیرامون وضعیت حقوقی، ۲۳ پرسش در زمینه وضعیت خانوادگی، ۱۰ پرسش در زمینه حمایت اجتماعی و ۱۳ پرسش درباره وضعیت روانی بیمار است. اعتبار و روایی نسخه فارسی به کار برده شده در این بررسی، توسط عاطف وحید و همکاران، با همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه تهران و مرکز ملی مطالعات اعتیاد انجام گرفته و مورد تأیید قرار گرفته است (Mokri , Ekhtiyari , Edalati , & Ganjgahi , 2007).

مقیاس تنظیم شناختی هیجان: مقیاس تنظیم شناختی هیجانی به وسیله (Garnefski , Kraaij & spinhoven, 2012) بمنظور ارزیابی چگونگی تفکر پس از تجربه رخداد‌های تهدید کننده یا استرس زای زندگی تهیه شده است. این مقیاس دارای ۳۶ ماده است که روش پاسخ دادن به این مواد به صورت طیف لیکرت پنج درجه‌ای در دامنه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) می‌باشد Samani (2010 & Sadegi). این پرسش‌نامه ۹ خرده مقیاس را مورد سنجش قرار می‌دهد. این ۹ خرده مقیاس عبارتند از: ۱- مقصر دانستن خود؛ ۲- مقصر دانستن دیگران؛ ۳- پذیرش؛ ۴- نشخوار فکری؛ ۵- فاجعه آمیز پنداری؛ ۶- تمرکز مثبت دوباره؛ ۷- باز ارزیابی مثبت؛ ۸- تمرکز بر برنامه‌ریزی؛ ۹- دیدگاه وسیع‌تر. اعتبار آن بر اساس الفای کرونباخ به این شرح گزارش شد تمرکز دوباره مثبت ۰/۷۵، ارزیابی دوباره مثبت ۰/۶۵، تمرکز بر برنامه ریزی ۰/۷۱، دیدگاه وسیع‌تر ۰/۷۴، سرزنش دیگران ۰/۸۸، سرزنش خود ۰/۸۵، نشخوار فکری ۰/۸۰، فاجعه آمیز پنداری ۰/۷۸، و پذیرش ۰/۷۲. سامانی و صادقی ضریب الفایی در دامنه ای بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۱، را بدست آورده‌اند و اعتبار عاملی اعتبار سازه ۰/۷۰ را نشان داده است (Samani & Sadegi 2010).

یافته‌های پژوهش

در ابتدا شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار متغیر تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول‌های ۳ و ۴ ارائه شده است.

جدول ۳- آمار توصیفی متغیر تنظیم شناختی هیجان مثبت.

شناختی رفتاری		بر پایه پذیرش و تعهد		کنترل
تعداد	۹	۸	۱۱	
میانگین	۳۶/۶۷	۳۵/۱۲	۳۳/۱۴	پیش آزمون
انحراف از معیار	۱۰/۱۲	۶/۰۱	۸/۹۳	
میانگین	۴۶/۸۰	۵۶/۳۸	۳۴/۸۷	پس آزمون
انحراف از معیار	۱۳/۷۴	۵/۹۷	۸/۹۳	
میانگین	۴۳/۹۶	۵۳/۷۸	۳۴/۳۹	پیگیری
انحراف از معیار	۱۳/۱۸	۴/۹۸	۸/۷۹	

جدول ۴- آمار توصیفی متغیر تنظیم شناختی هیجان منفی.

کنترل	بر پایه پذیرش و تعهد	شناختی رفتاری	تعداد	
۱۱	۸	۹	میانگین	پیش آزمون
۶۷/۱۶	۶۴/۵	۶۵/۵۶	انحراف از معیار	
۲/۰۱	۷/۶۸	۵/۲۶	میانگین	پس آزمون
۷۱/۰۷	۴۹/۹۱	۵۱/۲۱	انحراف از معیار	
۲/۲۳	۵/۳۷	۴/۷۶	میانگین	پپیگیری
۶۸/۳۵	۵۷/۳۰	۵۷/۹۶	انحراف از معیار	
۲/۱۱	۶/۰۱	۴/۹۶		

برای بررسی فرضیه‌های اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری و درمان گروهی برپایه پذیرش تعهد بر تنظیم شناختی هیجان مبتلایان مصرف‌کننده مواد محرک (مت‌امفتامین) از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده کردیم. برای بررسی مولفه‌های مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان در ابتدا پیش فرضیات نرمال بودن و آزمون لوین را برای مولفه‌ها بررسی شد که نتایج آزمون نشان داد تمامی متغیرهای مولفه‌های مثبت و منفی از توزیع نرمال و آزمون لوین پیروی می‌کنند ($p > 0.05$).

جدول ۵- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره مربوط به متغیر تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی در پس آزمون.

متغیر	منبع	مقدار	آماره F	درجه آزادی آزمون	درجه آزادی خطا	مقدار P
تنظیم شناختی هیجان	ازمون پیلای	۰/۸۶۷	۱/۶۸۲	۲	۲۲	۰/۰۰۲
	ازمون پیلای مثبت	۰/۲۲۶	۳۷/۵۷۷	۲	۲۲	۰/۰۰۱
	ازمون پیلای منفی	۰/۷۶۳	۳/۴۲۴	۲	۲۲	۰/۰۵۱
	ازمون پیلای (گروه)	۱/۱۵۴	۱۵/۶۸۴	۴	۴۶	۰/۰۰۱

جدول ۶- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره مربوط به متغیر تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی در پیگیری.

متغیر	منبع	مقدار	آماره F	درجه آزادی آزمون	درجه آزادی خطا	مقدار-P
تنظیم	آزمون پیلای	۰/۶۹۱	۴/۹۰۹	۲	۲۲	۰/۰۱۷
شناختی	آزمون پیلای مثبت	۰/۲۱۳	۴۰/۶۲۱	۲	۲۲	۰/۰۰۱
هیجان	آزمون پیلای منفی	۰/۳۸۲	۱۷/۷۵۹	۲	۲۲	۰/۰۰۱
	آزمون پیلای (گروه)	۱/۲۰۴	۱۷/۴۰۱	۴	۴۶	۰/۰۰۱

بر اساس جدول‌های ۵ و ۶ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان می‌دهد که بین روش‌های درمان گروهی شناختی رفتاری و درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد با کنترل بر متغیر تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی در مراحل پس آزمون و پیگیری مبتلایان مصرف کننده مواد محرک (مت امفتامین) تفاوتی معنی دار وجود دارد ($p < ۰/۰۵$).

همچنین، برای نشان دادن این که کدام درمان‌ها بر تنظیم شناختی هیجان اثربخش‌تر در مراحل پس آزمون و پیگیری است، از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد.

جدول ۷- آزمون تعقیبی توکی برای متغیر تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی در پس آزمون.

	مقایسه گروهها	اختلاف میانگین‌ها	خطای انحراف از معیار	مقدار-p	
				حد پایین	حد بالا
تنظیم شناختی هیجان	آزمایش (شناختی رفتاری)	۱/۲۹۹	۲/۷۵۸	۰/۶۴۲	-۴/۴۰۷
	پایه پذیرش و تعهد				
	کنترل	$-۲۰/۸۵۸^{\circ}$	۲/۵۸۱	۰/۰۰۱	-۱۷/۵۲۰
منفی	آزمایش (بر پایه پذیرش و تعهد)	$-۲۲/۱۵۸^{\circ}$	۲/۱۶۰۴	۰/۰۰۱	-۲۷/۵۴۴
	کنترل				
تنظیم شناختی هیجان	آزمایش (شناختی رفتاری)	$-۹/۵۸^{\circ}$	۲/۲۵۴	۰/۰۰۱	-۱۴/۲۴۳
	پایه پذیرش و تعهد				
	کنترل	$۱۱/۹۲۷^{\circ}$	۲/۱۰۹	۰/۰۰۱	۷/۵۶۵
مثبت	آزمایش (بر پایه پذیرش و تعهد)	$۲۱/۵۰۸^{\circ}$	۲/۱۲۷	۰/۰۰۱	۱۷/۱۰۷
	کنترل				

جدول ۸- آزمون تعقیبی توکی برای متغیر تنظیم شناختی هیجانی مثبت و منفی.

فاصله اطمینان ۹۵ درصدی		مقدار- p	خطای انحراف از معیار	اختلاف میانگین ها	مقایسه گروهها		
حد بالا	حد پایین				آزمایش	کنترل	
۳/۶۵۷	-۲/۳۳۲	۰/۶۵۲	۱/۴۴۸	۰/۶۶۲	آزمایش (بر پایه پذیرش و تعهد)	آزمایش (شناختی رفتاری)	تنظیم شناختی
-۸/۵۸۸	-۱۴/۱۹۲	۰/۰۰۱	۱/۳۵۵	-۱۲/۳۹۰*	کنترل	کنترل	هیجان منفی
-۹/۲۲۶	-۱۴/۸۷۹	۰/۰۰۱	۱/۳۶۶	-۱۳/۰۵۳*	کنترل	آزمایش (بر پایه پذیرش و تعهد)	هیجان مثبت
-۳/۹۲۳	-۱۳/۵۵۷	۰/۰۰۱	۲/۳۳۳	-۸/۷۵*	آزمایش (بر پایه پذیرش و تعهد)	آزمایش (شناختی رفتاری)	تنظیم شناختی
۱۵/۱۵۸	۶/۱۲۵	۰/۰۰۱	۲/۱۸۳	۱۰/۶۴۲*	کنترل	کنترل	هیجان مثبت
۲۳/۹۴۸	۱۴/۸۳۴	۰/۰۰۱	۲/۲۰۳	۱۹/۳۹۲*	کنترل	آزمایش (بر پایه پذیرش و تعهد)	هیجان مثبت

بر اساس جدول‌های ۷ و ۸ مشاهده می‌شود که در متغیر تنظیم شناختی هیجانی منفی در پس ازموم و پیگیری بین روش های درمان گروهی شناختی رفتاری و درمان گروهی برپایه پذیرش و تعهد تفاوتی معنی دار وجود ندارد. ($p > 0/05$). و هر دو روش موثر بوده اند به این دلیل که تفاوتی معنی دار با گروه کنترل دارند ($p < 0/05$). هم‌چنین، در متغیر تنظیم شناختی هیجان مثبت در پس ازموم و پیگیری بین روش های درمان گروهی شناختی رفتاری و درمان بر پایه پذیرش و تعهد تفاوتی معنی دار وجود دارد و روش درمان بر پایه پذیرش و تعهد اثربخش تر بوده است و روش‌های درمانی نیز موثر بوده اند به این دلیل که تفاوت معنی داری بین روش‌های درمانی و گروه کنترل وجود دارد. ($p < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

این بحث با هدف بررسی مقایسه اثر بخش درمان گروهی شناختی - رفتاری و درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجانی در مبتلایان مصرف کننده مواد محرک (مت آمفتامین) انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که درمان گروهی شناختی - رفتاری و درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد توانستند که بر بهبود تنظیم شناختی هیجانی در پس آزمون اثر بخش باشند، ولی در مرحله پیگیری این اثر بخش کاهش یافته اند. همچنین، درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد اثر بخش‌تر از درمان گروهی شناختی رفتاری بر بهبود تنظیم شناختی هیجانی در پس آزمون و پیگیری است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های (Irvin, Bowers & Dunn, 2011; Tajeri, 2011; Ahadi & Jomheri, 2012; Keani, Ghasemi & Marques & Formigoni Daffern & Bucks, 2014; Khacbaz et al Poorabas, 2013; Ghorbani et al Marlal et al, 2016; Robertson, 2016) همخوان است. در تبیین یافته بالا می‌توان اظهار داشت وجود اهداف درمانی مناسب، الزاما به منزله درمان اثربخشی نیست. قابلیت کاربرد و اثربخشی شیوه‌های درمانی گوناگون به هنگام کار آزمایش‌های بالینی و دستیابی به اهداف درمانی، به عوامل گوناگونی بستگی دارند: عواملی همچون انتخاب گروه‌های هدف مناسب، انتخاب روش درمانی متناسب با نیازهای بیمار، انتخاب مکان مناسب اجرا، اجرای مداخله در زمان مناسب، تبعیت از راهکارهای درمان (سیدمحمدی، ۲۹۱۵). اهداف ذکر شده در این پژوهش با انتخاب درمان گروهی شناختی - رفتاری و درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد در کوتاه مدت گزینه مناسبی بوده، اما به عنوان یک مداخله طولانی مدت تاثیر آن کاهش یافته است. پس بهتر است در طولانی مدت به عنوان درمانی مکمل در کنار سایر روش‌های درمانی به کار روند. و همچنین، اثربخش‌تر بودن درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد از درمان گروهی شناختی رفتاری بر بهبود تنظیم شناختی هیجانی مبتلایان مصرف کننده مواد محرک (مت آمفتامین) به این معنا نیست که درمان‌های ذکر شده در تضاد با یکدیگر باشند بلکه باید در کنار همدیگر برای درمان مصرف‌کنندگان مواد قرار گیرند. بنابراین، پژوهشگران بر این باورند که بکارگیری روش‌های درمانی مانند درمان پذیرش و تعهد به دلیل ساز و کارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده گری بدون داوری و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند در تلفیق با فنون رفتار درمانی شناختی، اثربخشی درمان‌ها را افزایش دهد.

رویکرد درمانی پذیرش و تعهد به جای این که روی برطرف سازی و حذف عوامل آسیب زا تمرکز کند به مراجعان کمک می‌کند تا هیجان‌های خود را بپذیرند و خود را با کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلاتشان شده رها کند و به آن‌ها اجازه می‌دهد که منازعه و کشمکش با افکار و هیجان‌ها را کنار بگذارد. به بیان دیگر، سازه اصلی و مهم در درمان مبتنی بر پذیرش و

تعهد، انعطاف پذیری روان شناختی است، به معنای توانایی برای انجام عمل موثر در راستای ارزش‌های فردی در حقیقت افراد وابسته به مت‌امفتامین عملکرد بهتری در تنظیم کنش و واکنش‌های هیجانی نشان دادند که این امر می‌تواند ناشی از تمایل آن‌ها در تجربه کردن تجارب روان شناختی منفی، تجارب هیجانی، افکار و خاطرات نامطلوب باشد (Blockledge & Hayes, 2012).

اثر بخشی مداخلات درمانی شناختی رفتاری به معتادان کمک می‌کند تا راهکارهایی مناسب برای رویارویی با عوارض دوران ترک نظیر میل به مصرف مواد بدتنظیمی هیجانی، اجتناب و غیره ارائه می‌کند. در حقیقت توانایی مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند (Marlatt & orden, 2010). به هر حال، در این مطالعه مانند سایر پژوهش‌ها، محدودیت‌های زمانی و مالی وجود داشت لذا، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی بتوان از بسته‌های درمانی التقاطی و جامع‌تر در طولانی مدت که بتواند تمامی نیازهای متغیر بیماران طی زمان را پوشش دهد، استفاده شود.

سپاسگزاری

در پایان از همه مصرف‌کنندگان مواد (مت‌امفتامین) شهر شیراز که در این پژوهش شرکت نمودند و ستاد مبارزه با مواد مخدر و مراکز درمانی ترک اعتیاد شهر شیراز که با همکاری خود امکان انجام پژوهش را فراهم کردند، قدردانی می‌شود.

References

- Aram, P. W., Bailey. G. J. R., Lavin, A., & See. R. (2016). Methamphetamine Self- Administration Produces Attentional Set-Shifting Deficits and Alters Prefrontal Cortical Neurophysiology in Rats. *Biological Psychiatry*. 69, 253–259.
- Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2012). Emotion Regulation in Acceptance and Commitment Therapy. *Psychotherapy in Practice*. 57(2), 243-245.
- Brink, W.V., & Hassen, C.H. (2015). Evidenced-base Treatment of opioid-Dependent patients. *Canadian Journal of psychiatry*, 51:635-646.
- Carroll, K. M., Farentinos, C., Ball, S. A., Crits-Christoph, P., Libby, B., Morgenstern, J., Obert, J. L., Polcin, D., & Woody, G. E. (2014). MET meets the real world: design issues and clinical strategies in the Clinical Trials Network. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 73-80

- Cohen, J. B., Greenberg, R., Uri, J., Halpin, M., & Zweben, J. K. (2015). Women with Methamphetamine Dependence: Research on Etiology and Treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 4, 347-351.
- Galanter, M. (2016). Innovations: Alcohol & drug abuse, spirituality in alcoholics anonymous. *Psychiatric Services*, 57, 307-309.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. H. (2002). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
- Ghorbani, T. Mohammadkhani, S., & Salami, G. (2013). Comparison of the efficacy cognitive behavioral therapy group in conforming and preserving therapy skills methadone in promit emotion regulation strategies and prevention of relapse. *Journal Research on Addiction*, 6 (22), 59-74.
- Gratz, K. L., & Romer, L. (2012). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26 (1), 41-54.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A., (2016). Emotional Regulation; CconceptualFoundations, In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp . 3-26). New York: Guilford Press.
- Halgin, R. & Whitbourne, S. (2015). *Psychological Disorders (DSM-5)*, 1st Vol, translated by Yahya seyed Mohammadi. Ravan Publication.
- Hayes, S. C., Bissett R. T, Korn Z, Zettle RD, Rosenfarb IS, Cooper, L.D. et al (2016). The Impact of Acceptance versus Control Rationales on Pain Tolerance. *The Psychological Record*. 49(1): 33-47.
- Hayes, S., Gifford, E., & Batten, S. (2014). Individual therapy protocol acceptance and commitment therapy for the treatment of polisubstance. Translated: Asghari, f., Bahrami, S., khagehpoor, M., & Dabaghi, S. Tehran, publication pazhvak honor & andishe
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T.,Pistorello, J., Toarmino, D., & McCurry, S. M. (2015). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of aworking model. *Behavior Therapy*, 54, 553-578.
- Irvin, J.E., Bowers, C.A., Dunn, M.E. (2011). Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*.67:563-570.
- Keani, A., Ghasemi, N., & Poorabas, A. (2013). Comparison of the efficacy acceptance and commitment therapy group and mindfulness in cognitive emotion regulation and cravingon substance use methamphetamine, *Journal Research on Addiction*, 7 (28), 27-36.

- Khacbaz, H ., Farhodian, A., Azkhosh, M., & Dolatshahi, B .(2014). Effectiveness of acceptance and commitment therapy group in emotion regulation on substance use methamphetamine , *Journal Research on Addiction* , 8 (31) 59-74.
- Marlatt, G. A. Bowen, S., Chawla, N., & Witkiewitz, K. (2016). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Abusers: Therapist Training and Therapeutic Relationships. In S. Hick and T. Bien (Eds.), *Mindfulness and the Therapeutic Relationship*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J.R. (2010). *Relapse prevention: Maintenance strategies in treatment of addiction behaviors*. Newyork: Guilford.
- Marques, A. C., & Formigoni, M.L. (2011). Comparison of individual and group cognitive-behavioural therapy for alcohol and/ or drug-dependent patients. *Addiction*
- McLellan, A.T.; Kushner, H.; Metzger, D.; Peters, R.; Smith, I.; Grissom, G.; Pettinati, H.; & Argeriou, M. (1995). The Fifth edition of the Addiction Severity Index. *Substance Abuse Treatment*, 9(3), 199-213.
- Mokri ,A. (2015). *Treatment Guidelines for Stimulant Abuse Based on the Modified Matrix* , Tehran , Sapidbarg
- Mokri, A .,Ekhtiyari, H .,Edalati, H.,& Ganjgahi, H (2007). Relationship between degree of craving and different dimensions of addiction severity in heroin Intravenous users iranian . *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, Volume 14, Issue 3, pp. 80-269.
- Robertson, T., Daffern. M., & Bucks. R. S. (2016). Emotion regulation and aggression. *Aggression and Violent Behavior*. 17. 72-82 .
- Samani. S ., & Sadegi , L .(2010). Psychometric Properties of the Cognitive Emotion regulation Questionnaire . *Journal of Psychological Models and Methods* , 1 (1) , 51-62
- Seewer, N. (2015). The effects of adult attachment styles on treatment outcome of methamphetamine abuser. Proquest LLC. 789 east Eisenhower parkway. P.O. Box 1346. Ann Arbor, MI. 3376385. 48106-1346.
- Stotts, A. L., Green. C., Masuda, A., Grabowski, J., Wilson, K., Northrup, T. F., Moeller, F. G., & Schmitz, J. M. (2015). A Stage I pilot study of acceptance and commitment therapy for methadone detoxification. *Drug and Alcohol Dependence*. IN PRESS.
- Tabebordbar, F. (2014). Meta analysis of effectiveness of CBT treatment on addiction and general health of addicted . *Journal of Psychological Models and Methods* , 4 (14), 1-12.
- Tajeri , B ., Ahadi , H ., & Jomheri , F. (2012). Studying effectiveness of cognitive – behavior skills training on attitude , depression & mood addicts in

methamphetamine addicts. *Journal of Psychological Models and Methods* . 2 (5) , 81-99

-Trinidad, D.R., & Jahnsone, C.A. (2014). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences*. 32, 95-105.

-Trinidad, D. R., Unger, J. b., Chou, C. O., & Johnson. A. (2004). The Protective Association of Emotional Intelligence with Psychosocial Smoking Risk Factors for Adolescent. *Personality and Individual Differences*; 36: 945-954.

-Winslow, B. T., Woorhees, I. K., & Pehl, A. K. (2015). Methamphetamine Abuse. *American Academy of Family Physicians*. 76, 1169-1174.

