

مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش تکانشگری افراد معتاد

کامران امیریان^۱، شهرام مامی^۲، وحید احمدی^۳، جهانشاه محمدزاده^۴

۱- گروه روان شناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران. ۲- گروه روان شناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران. نویسنده مسئول. ۳- گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران. ۴- گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ایلام، ایلام، ایران.

اطلاعات مقاله	چکیده
<p>نوع مقاله پژوهشی</p> <p>تاریخچه مقاله دریافت: ۱۳۹۶/۵/۱۸ پذیرش: ۱۳۹۶/۹/۲۵</p> <p>کلید واژگان ACT، DBT، تکانشگری، افراد معتاد.</p> <p>نویسنده مسئول Email: Shmami-psycho@ilam-iau.ac.ir</p>	<p>مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy) و رفتاردرمانی دیالکتیکی (Dialectical Behavior Therapy) بر کاهش تکانشگری افراد معتاد انجام شد.</p> <p>روش کار: پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی، پیش آزمون، پس آزمون، گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد معتاد شهر کرمانشاه بود. حجم نمونه، شامل ۶۰ نفر بود که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی ساده در سه گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (۲۰ بیمار در هر گروه). افراد در ACT و DBT هر کدام به ترتیب ۱۰ و ۱۲ جلسه تحت مداخله قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله ای را دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش مقیاس تکانشگری بود که در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری روی مشارکت کنندگان اجرا شد. داده های به دست آمده با روش های تحلیل واریانس با اندازه های تکراری و آزمون تعقیبی بونفونی با SPSS-۲۰ تجزیه و تحلیل شدند.</p> <p>یافته ها: نتایج نشان داد در مرحله بعد از مداخله و مرحله پیگیری دو گروه آزمایش یعنی ACT و DBT نسبت به گروه کنترل اثربخشی بیشتری در کاهش نمرات تکانشگری داشتند. در پایان دوره مداخله و مرحله پیگیری، بین اثربخشی ACT و DBT بر کاهش نمرات تکانشگری تفاوت معناداری وجود نداشت.</p> <p>بحث: در مجموع این پژوهش می تواند حمایت های تجربی برای ACT و DBT بر کاهش تکانشگری فراهم می کند.</p>

مقدمه

وابستگی به موادمخدر علاوه بر اینکه احتمال ابتلا به بیماری های جسمانی و روانی را افزایش می دهد، آسیب های بسیاری را بر افراد مبتلا، نظام مراقبت های بهداشتی و جوامع تحمیل می کند (۱). با توجه به اینکه برنامه های درمانی سوءمصرف موادمخدر، هزینه مالی سنگینی را بر دوش جوامع می گذارد، سبب شناسی و پیشگیری از عوامل مؤثر بر سوءمصرف موادمخدر ضروری است (۲). به همین دلیل، حجم زیادی از پژوهش ها بر شناسایی عوامل پیشگیرانه و خطرهای بالقوه مرتبط با مصرف موادمخدر تمرکز کرده اند، به این امید که شناسایی گروه های در معرض خطر به راهبردهای مؤثری برای جلوگیری از سوءمصرف مواد منجر شود (۳). در نتیجه پژوهش های اخیر بر عوامل خطرساز و سبب شناسی چندگانه متمرکز شده اند (۴). از مکانیزم های شناخته شده که بر گرایش افراد به مصرف موادمخدر و وابستگی به آن تأثیر می گذارد تکانشگری است. تکانشگری به صورت فقدان توانایی در به تأخیر انداختن

کامرواسازی تعریف شده است. تکانشگری بر حسب نظر Paton مبادرت آنی به عمل، عدم تمرکز بر فعالیت در دست اقدام و فقدان برنامه ریزی و تفکر و همچنین به عنوان پیش آمادگی و بخشی از یک الگوی رفتاری و نه یک اقدام منفرد تعریف شده است (۵). تکانشگری از زندگی در زمان حال و توجه کمتر به آینده، عدم برنامه ریزی در زندگی، دشواری در انجام امور و ناتمام رهاکردن آن ها، ایجاد دردسر برای خود و دیگران و پرخاش به دیگران مشخص می شود. اگرچه بعضی از جنبه های تکانشگری انطباقی و کارکردی در نظر گرفته شده است، اما معمولاً به صفت کژکاری اشاره دارد که با اعمال جنایی و یا خشمگینانه و آسیب جسمانی به فرد مرتبط است. تکانشگری همچنین با اختلالات سوءمصرف مواد رابطه دارد. پژوهش های اخیر نیز یک مسیر ژنتیک به سمت صفت تکانشگری پیشنهاد کرده اند که به عنوان عامل خطری برای ظهور بعدی اختلالات مصرف مواد عمل می کند (۶). اقدامات تکانشی معمولاً پیامدهای ناگواری را به دنبال دارد. تکانشگری

عامل محوری در بروز رفتارهای خودکشی، سوءمصرف موادمخدر، پرخاشگری، اختلالات شخصیتی، مشکلات نارسایی توجه و رفتارهای مجرمانه در نظر گرفته شده است (۷). نکته بسیار مهم این است که بایستی به این موضوع مهم تأکید نمود که سوءمصرف موادمخدر از همه رویدادهای مهم زندگی اثر می پذیرند و بر این اصل مهم تأکید نمود که هرگونه درمان موفقیت آمیز در سوءمصرف موادمخدر، می بایست علاوه بر دارودرمانی، بر نقش عوامل روان شناختی و جامعه شناختی نیز توجه جدی داشته باشند و از این عوامل برای درمان موفق بیماران استفاده نمایند. امروزه درمان های جدید در روان شناسی که تحت عنوان موج سوم روان درمانی از آن یاد می گردد بر نقش منابع روان شناختی فرد در رویارویی با عوامل فشارزا تأکید دارد، زیرا از این طریق می توان تدابیر درمانی مناسب را برای کمک به فرد تحت فشار فراهم نمود (۸).

از جمله درمان هایی که در راستای کاهش تکانشگری سوءمصرف کنندگان مواد مطرح می باشد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT می باشد. ACT یک مداخله روان شناختی است که راهبردهای مبتنی بر آگاهی و پذیرش را همراه با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار به منظور افزایش انعطاف پذیری روان شناختی به کار می گیرد (۹). هدف ACT ایجاد تغییر مستقیم در مراجع نیست، بلکه هدف آن، کمک به مراجع است تا بتواند به روش های متفاوتی با تجاربش ارتباط برقرار کند و قادر گردد تا به طور کامل با زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش درگیر گردد. هدف ACT افزایش انعطاف پذیری روان شناختی و رفتاری در زمینه هایی است که اجتناب تجربه ای غلبه دارد و فرد را از زندگی اساسی باز می دارد. انعطاف پذیری روان شناختی، توانایی فرد در انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که مناسب تر است را افزایش می دهد نه انتخاب عملی که صرفاً برای اجتناب از افکار، احساسات یا خاطره های آشفته ساز انجام می شود را بر فرد تحمیل نماید. همچنین توانایی برای ارتباط کامل با زمان حال و تغییر یا حفظ رفتار در خدمت اهداف ارزشمند و مهم زندگی است (۱۰). کشاورز افشار، برابری و همکاران (۱۱) در مطالعه ای به اثربخشی ACT بر گرایش به مصرف و کیفیت زندگی در سوءمصرف کنندگان مواد مخدر پرداختند که نتایج حاکی از اثربخشی ACT بود. محمودی و قادری (۱۲) در مطالعه ای به این نتیجه رسیدند که ACT باعث کاهش افسردگی، استرس و اضطراب معتادان ترک کرده زندان مرکزی تبریز گردید.

یکی دیگر از نوآوری ها در درمان های روان شناختی، به ویژه سوءمصرف مواد، که به مهارت های نظم جویی هیجانی توجه خاصی داشته، رفتار درمانی دیالکتیکی DBT است. DBT که از ابتدای تأسیس تاکنون موفقیت های متعددی در عرصه های مختلف کسب نموده، برای افرادی با اختلال های متعدد و

سخت روان شناختی که به طور مزمن خودکشی گرا هستند، طراحی شده است. تعداد زیادی از این بیماران مبتلا به اختلال های سوءمصرف موادمخدر نیز می باشند (۱۳). علاوه بر این، DBT برای افراد مبتلا به سوءمصرف مواد، مفاهیم و وجوه طراحی شده ای را به منظور ترک موادمخدر و کاهش زمان و اثرات ناسازگار عود تدارک دیده است (۱۴). پروتکل درمانی استاندارد DBT برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، شامل مهارت های اساسی است که با درمان مشکلات اعتیادآور مرتبط هستند. برای بیماران مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد، این مهارت های اساسی به عنوان یک تجویز، در شکل استاندارد، آموخته می شوند. این مهارت ها که جهت مقابله با وسوسه و کاهش خطر عود به کار می روند، شامل مهارت های ذهن آگاهی، تحمل پریشانی، نظم جویی هیجان و روابط میان فردی مؤثر هستند (۱۳). مظفری، حسینی و طباطبایی راد (۱۵) بر اساس مبانی نظری و پژوهشی نتیجه گرفتند که DBT مداخله ای اثربخش برای اختلالات مصرف موادمخدر است. آقاییوسفی، اورکی، قربانی و مهدیه (۱۶) در پژوهش خود نشان دادند، DBT موجب افزایش چشمگیر نمرات تمایز یافتگی خویشتن در زنان مبتلا به همبودی اختلالات شخصیت مرزی و سوءمصرف موادمخدر شد.

امروزه سوءمصرف موادمخدر به صورت یک مشکل جهانی درآمده است. در ایران نیز طی ۲۰ سال گذشته، میزان سوءمصرف موادمخدر بیش از ۳ برابر نرخ رشد جمعیت بوده است. عوارض بسیار جدی سوءمصرف مواد بر سلامت فرد، زندگی خانوادگی، اقتصاد، امنیت و رشد فرهنگی جامعه بسیار گسترده و ژرف است. به این ترتیب درمان سوءمصرف مواد همواره به عنوان یکی از دغدغه های سیاست گذاران سلامت مطرح بوده و نیز مبالغ چشمگیری از اعتبار بخش سلامت را به خود اختصاص می دهد. تاکنون شیوه های درمانی متعددی از درمان های روانکاو، رفتاردرمانی، گروه درمانی، دارودرمانی و غیره روی بیماران مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد صورت گرفته و هر یک از این شیوه ها تا حدودی اثرگذار بوده و عدم بازگشت مجدد سوءمصرف مواد را به همراه داشته اند. در این میان، از بین رویکردهای روانی اجتماعی که در زمینه درمان وابستگی به مواد ارزشیابی شده اند، درمان های موج سوم در روان درمانی، حمایت تجربی بسیار بالایی به دست آورده اند. لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی ACT و DBT در کاهش تکانشگری افراد سوءمصرف کننده موادمخدر مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد کرمانشاه انجام شده است.

روش کار

این پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش

شامل افراد معتاد بود که در سه مرکز بازتوانی اعتیاد کرمانشاه در فاصله سال ۱۳۹۶ خدمات درمان نگهدارنده را دریافت می کردند. پژوهشگر به منظور انتخاب مشارکت کنندگان، فهرستی از سوءمصرف کنندگان موادمخدر را که در این مراکز خدمات درمانی دریافت می کردند، تهیه نمود. این فهرست شامل ۱۱۲ نفر بود. سپس به کمک همکاران، مصاحبه نیمه ساختاریافته به منظور تعیین معیارهای ورود به پژوهش، با تک تک افراد انجام شد. نحوه استخراج ملاک های پژوهش به این صورت بود که پرسش نامه ای توسط پژوهشگران تنظیم شد که شامل سن، سطح تحصیلات، نوع ماده مصرفی، مدت مصرف، سابقه مصرف سایر مواد و داروهای روان گردان، سابقه ترک و سابقه بیماری های جسمانی و روانی بود. ملاک های ورود عبارت بودند از: تشخیص سوءمصرف مواد بر حسب معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه پنجم و تشخیص پزشک درمانگر مراکز، مصرف غالب یک ماده حداقل به مدت ۶ ماه، نداشتن بیماری های روان پزشکی جدی (تشخیص به کمک MMPI-۲ و مصاحبه بالینی)، افرادی که برای اولین بار جهت درمان مراجعه کرده بودند، دامنه سنی بین ۱۸ تا ۴۵ سال، جنسیت مرد، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن برای پاسخگویی به سوالات، عدم شرکت در سایر جلسات روان درمانی و انجمن معتادان گمنام و عدم مصرف داروهای روان گردان در زمان آموزش و اخذ رضایت نامه کتبی و تمایل به شرکت در جلسات درمانی. همچنین ملاک های خروج عبارت بودند از: عدم رضایت افراد به ادامه ی شرکت در جلسات درمانی، غیبت بیش از دو جلسه و قطع درمان تحت نظارت مراکز ترک اعتیاد. پس از انجام مصاحبه، نهایتاً ۶۰ نفر

به روش نمونه گیری در دسترس برای ورود به پژوهش انتخاب شدند. این تعداد به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند. پس از انتخاب این سه گروه، اهداف درمانی به آن ها و خانواده هایشان توضیح داده شد و شرکت یا عدم شرکت در پژوهش منوط به نظر مراجعین گردید. پژوهشگر در این پژوهش چهار مرحله را پیش بینی کرده بود: مرحله ی اول که همان مرحله ی پیش آزمون بود. این مرحله به منظور بررسی شرایط حضور بیماران برای ورود به پژوهش در نظر گرفته شده بود، ۲ ماه به طول انجامید. در این مرحله مقیاس تکانشگری تکمیل شد. مرحله دوم که ۳ ماه به طول انجامید، مرحله اجرای مداخله ی ACT در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای و DBT در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای برای گروه های آزمایش بود. مرحله ی سوم بلافاصله پس از اتمام مداخله، با تکمیل مجدد مقیاس انجام شد. در نهایت مرحله چهارم پس از سه ماه با پاسخ گویی به همان مقیاس دوباره اجرا شد. در ضمن در گروه ACT ۲ نفر، در گروه DBT ۱ نفر و در گروه کنترل ۱ نفر حاضر به ادامه همکاری با پژوهشگر نشدند و نتایج حاصل از ۵۶ نفر از شرکت کنندگان تحلیل گردید (جدول ۱ و ۲). در پایان بعد از جمع آوری پرسش نامه ها، اطلاعات به دست آمده با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار)، و نیز آزمون های آماری تحلیل واریانس با اندازه های تکراری و آزمون تعقیبی بونفرونی و کمک-نرم افزار آماری SPSS-۲۰ تجزیه و تحلیل شدند. پژوهش را ابزارهای ذیل، برای جمع آوری داده ها استفاده شد. ویرایش یازدهم فرم فارسی مقیاس تکانشگری: این پرسش نامه توسط Stanford, Patton و Barrat ساخته شده است. این

جدول ۱- محتوای جلسات آموزش گروهی ACT متناسب با سوءمصرف کنندگان مواد

جلسات آموزش	محتوای جلسات
اول	آشنایی؛ بیان اهداف پژوهش، زمان، مکان و طول جلسات و قوانین گروه؛ بستن قرارداد درمانی، آشنایی با تنظیم هیجانات.
دوم	آشنایی کلی با درمان پذیرش و تعهد، نقش آن در تنظیم هیجان و چگونگی تأثیر آن در کاهش مصرف مواد.
سوم	رویارویی با قواعد درمان جو "نامیدی خلاقانه" و استفاده از تمثیل "مردی در چاه" و "کشاورز و الاغ".
چهارم	کنترل به عنوان مشکل اصلی: بررسی راهبردهای ناکارآمد و رها کردن آن ها؛ تمرین تکنیک ها، ارائه تمثیل "دروغ سنج".
پنجم	پذیرش به عنوان روش جایگزین اجتناب تجربه ای؛ تمرین تکنیک ها، ارائه تمثیل "دو کفه ترازو".
ششم	خود به عنوان بافتار: ایجاد احساس متعالی از خود؛ تمرین تکنیک ها، ارائه تمثیل "صفحه شطرنج".
هفتم	سازماندهی قواعد زبان: تمرین خورده هستم
هشتم	همجوشی شناختی و ذهن آگاهی؛ تمرین تکنیک ها، تمرین شیر و تمرین برگ های روی رودخانه.
نهم	روشن سازی ارزش ها؛ ایجاد تعهد به اعمال ارزشمند: تمرین مراسم تشییع جنازه و تمثیل: "خوردن کل سیب"؛ تمرین تکنیک ها.
دهم	مرور جلسات، تمرین پیش گیری از عود

جدول ۲- محتوای جلسات آموزش گروهی DBT متناسب با سوء مصرف کنندگان مواد

جلسات آموزش	محتوای جلسات
اول	توضیحات مقدماتی، مفهوم سازی مشکل، آماده سازی افراد نمونه تحقیق و اجرای پیش آزمون و آموزش مهارت های پرت کردن حواس، بستن قرارداد برای کاهش رفتارهای خود تخریبی و تهیه فهرست فعالیت های لذت بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی.
دوم و سوم	آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش به مراجعین در مورد این که چه مهارت هایی مشاهده و توصیف می شوند و چگونه مهارت ها مورد قضاوت قرار نمی گیرند، متمرکز می ماند، چطور کار می کنند.
چهارم	۱- بررسی افکار و احساسات و توضیح و شناساندن پاسخ های مقابله ای که درونی و یا بیرونی هستند؛ ۲- با همکاری مراجعین افکار و احساساتی که منجر به خودتخریبی یا رفتارهای تکانشی و وسوسه انگیز ناسازگار می شود، بررسی می شود؛ ۳- تکالیف خانگی از مراجعین خواسته می شود که تمام افکار و احساساتی که منجر به ناسازگاری در آن ها می شوند را یادداشت کنند.
پنجم	آموزش تحمل پریشانی مهارت های پایبندی در بحران ها، منحرف کردن حواس، تسکین دادن به خود با استفاده از حواس شش گانه و تمرین ذهن آگاهی).
ششم	به مراجعین کمک می شود تا کنترل رفتارهای تکانه ای خود را تمرین کنند و بازخوردهایی را تهیه کنند تا به یک سطح منطقی از تسلط و کنترل بر خود برسند. مثلاً به مراجعین یاد داده می شود پاسخ های درونی، افکاری هستند که با تکانه ها ناسازگارند. برای مثال گفتن این جمله با خود که: این واقعاً مسخره است، من بجای خشمگین شدن لبخند خواهم زد. تمرین و بازخورد.
هفتم	کاهش آسیب پذیری بدنی پرخوری و کم خوری، موادمخدر، الکل، ورزش، بیماری و درد بدنی، بهداشت خواب، تنش و فشار بدنی، شناسایی رفتارهای خودتخریبی، نظارت بر خود بدون قضاوت، کاهش آسیب پذیری شناختی و افزایش هیجان های مثبت.
هشتم و نهم	آموزش تنظیم هیجان (اهداف آموزش تنظیم هیجان، دانستن اینکه چرا هیجان ها مهم هستند، تشخیص هیجان، کاهش آسیب پذیری و رنج هیجانی، افزایش هیجان مثبت)، تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه اخیر.
دهم و یازدهم	افزایش کارآمدی بین فردی (حفظ و تداوم سلامت روابط خویشاوندی، علاقمندی و غیره). آموزش مهارت های فردی مهم (توصیف و بیان کردن، ابراز وجود و جرأت داشتن، اعتماد آشکار، مذاکره کردن و عزت نفس).
دوازدهم	جمع بندی، تمرین و مرور جلسات قبل و سپس اجرای پس آزمون.

یافته ها

در مجموع ۶۰ نفر در مطالعه شرکت کردند. مولفه های جمعیت شناختی افراد تحت مطالعه به صورت زیر است (جدول ۳) میانگین نمرات تکانشگری در گروه ACT در پس آزمون (۵۸/۹۴) و پیگیری (۵۷/۰۴) و گروه DBT در پس آزمون (۶۱/۲۷) و پیگیری (۶۰/۸۲) نسبت به مرحله پیش آزمون کاهش داشت اما در گروه کنترل تفاوت معناداری مشاهده نشد (جدول ۴). همچنین تأثیر زمان اندازه گیری بر نمرات تکانشگری معنادار می باشد $P < 0/001$ ، $F(1, 16) = 54/32$ و می توان نتیجه گیری کرد که صرف نظر از عضویت گروهی، بین میانگین نمرات تکانشگری در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه نیز

پرسش نامه همبستگی بالایی با پرسش نامه تکانشگری *Iisang* دارد و ساختار گویه های گردآوری شده در آن نشان دهنده ابعدی از تصمیم گیری شتاب زده و فقدان دوراندیشی است. این پرسش نامه دارای ۳۰ گویه می باشد که به صورت چهار گزینه ای پاسخ داده می شوند (۱۷). در ایران نیز، جاوید، محمدی و رحیمی، اعتبار آن را با استفاده از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای کل مقیاس ۰/۸۴ و برای خرده مقیاس ها بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۸ گزارش نمودند. برای روایی نیز همبستگی این مقیاس با مقیاس هیجان خواهی *Zakerman* و مقیاس تکانشگری *Iisang* محاسبه شد که نتایج به ترتیب بین ۰/۴۰ تا ۰/۶۰ گزارش شد (۱۸).

جدول ۳- میانگین مؤلفه های دموگرافیک افراد معتاد

میانگین (درصد)		مؤلفه ها	میانگین (درصد)		مؤلفه ها
۳۲ (۵۳/۳۳)	زیردبیلیم	تحصیلات	۲۷/۹۲ (۳/۴۰)		سن
۲۴ (۰/۴۰)	دبیلیم		۴۰ (۶۶/۶۷)	مجرد	وضعیت تأهل
۴ (۶/۶۷)	دانشگاهی		۲۰ (۳۳/۳۴)	متأهل	
۱۹/۴۶ (۳/۴۴)		سن شروع	۲۸ (۳۸/۸۹)	بیکار	وضعیت اشتغال
۶ (۱۰/۰)	تریاک	توزیع فراوانی نوع اعتیاد	۱۶ (۲۶/۶۷)	نیمه وقت	
۲ (۳/۳۴)	حشیش		۱۶ (۲۶/۶۷)	تمام وقت	
۸ (۱۳/۳۴)	هروئین		۱۲ (۰/۲۰)	بار سوم	
۲۴ (۴۰/۰)	شیشه	تعداد دفعات اقدام به ترک	۲۰ (۳۳/۳۳)	بار چهارم	
۲۰ (۳۳/۳۴)	کراک		۲۸ (۴۶/۶۷)	بار پنجم و بیشتر	

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار نمرات تکانشگری در سه گروه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

کنترل			DBT			ACT			گروه مقیاس
پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون	پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون	پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون	
۶۹/۳۸ (۴/۳۷)	۷۰/۶۱ (۴/۵۴)	۷۲/۷۵ (۴/۸۴)	۶۰/۸۲ (۴/۱۶)	۶۱/۲۷ (۴/۲۲)	۷۲/۱۵ (۴/۶۰)	۵۷/۰۴ (۴/۴۸)	۵۸/۹۴ (۴/۵۷)	۷۲/۹۵ (۵/۲۷)	تکانشگری

نمرات تکانشگری معنادار است $F(1, 16) = 9.52, P < 0.001$ که نشان می دهد صرف نظر از زمان اندازه گیری بین میانگین نمرات تکانشگری گروه ACT و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد (جدول ۵). از آنجایی که اثر تعامل بین عامل درون گروهی

معنادار می باشد $F(1, 17) = 17.12, P < 0.001$ که نشان می دهد تفاوت میانگین نمرات تکانشگری در زمان های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. تأثیر گروه نیز بر

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی اثربخشی ACT بر تکانشگری

Eta	P	F	MS	df	SS	منبع		مقیاس
۰/۶۵	۰/۰۰۱	۵۴/۳۲	۲۳۵/۵۴	۱	۵۸۴/۳۲	زمان	درون گروهی	
۰/۳۵	۰/۰۰۱	۱۷/۱۲	۸۹/۵۴	۱	۱۱۲۲/۴۵	زمان*گروه		
-	-	-	۵۴/۴۵	۱۶	۸۹۵/۵۶	خطا		
۰/۷۶	۰/۰۰۱	۹/۵۲	۶۵۷/۴۵	۱	۴۵/۶۵۷	گروه	بین گروهی	
-	-	-	۶۸۹/۳۶	۱۶	۷۸۵/۰۸	خطا	-	-

همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنادار می باشد $F(1, 17) = 12.80, P < 0.001$ که نشان می دهد تفاوت میانگین نمرات تکانشگری در زمان های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همان طور که در جدول مشاهده می شود تأثیر گروه نیز بر نمرات تکانشگری معنادار است $F(1, 17) = 25.81, P < 0.001$ که نشان می دهد صرف نظر از زمان اندازه گیری بین میانگین نمرات تکانشگری گروه DBT و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. از آنجایی که اثر تعامل بین عامل درون گروهی و عامل بین گروهی معنی دار بود. اثر ساده بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون گروهی با استفاده از تصحیح بنفرنی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که در مرحله پیش آزمون تفاوت

زمان اندازه گیری و عامل بین گروهی معنی دار بود. اثر ساده بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون گروهی با استفاده از تصحیح بنفرنی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که در مرحله پیش آزمون تفاوت معنی داری بین میانگین نمرات تکانشگری بین گروه های آزمایش و کنترل وجود نداشت. اما در مرحله پس آزمون و پیگیری میانگین نمرات تکانشگری گروه ACT به طور معنی داری کمتر از گروه کنترل است $P < 0.001$. همان طور که در جدول ۶ مشاهده می شود تأثیر زمان اندازه گیری بر نمرات تکانشگری نیز معنادار می باشد $F(1, 17) = 19.71, P < 0.001$ می توان بیان کرد که صرف نظر از عضویت گروهی بین میانگین نمرات تکانشگری در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد.

معنی داری بین میانگین نمرات تکانشگری بین گروه های آزمایش و کنترل وجود نداشت. اما در مرحله پس آزمون و پیگیری میانگین نمرات تکانشگری گروه DBT به طور معنی

داری کمتر از گروه کنترل است ($P < 0.001$). بر اساس نتایج جدول ۷، بین اثربخشی ACT و DBT بر کاهش تکانشگری در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری نبود.

جدول ۶- نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی اثربخشی DBT بر تکانشگری

مقیاس	منبع		SS	df	MS	F	P	Eta
	زمان	زمان*گروه						
تکانشگری	درون گروهی	زمان	۳۶۵/۰۶	۱	۳۶۹/۰۵	۱۹۱/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۷۲
		زمان*گروه	۲۶/۴۵۰	۱	۲۶/۴۵۰	۱۲/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۳۴
		خطا	۸۵/۷۰	۱۷	۲/۰۶	-	-	-
	بین گروهی	گروه	۱۲۸/۱۳	۱	۱۲۸/۱۳	۲۵/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۴۰
		خطا	۱۷۸/۷۳	۱۷	۲/۲۵	-	-	-
		-	-	-	-	-	-	-

جدول ۷- آزمون بون فرونی برای مقایسه میانگین سه گروه در کاهش تکانشگری

مقیاس	گروه	ACT		DBT		کنترل	
		تفاوت میانگین	معناداری	تفاوت میانگین	معناداری	تفاوت میانگین	معناداری
تکانشگری	ACT	-	-	-۲/۳۳	۰/۰۰۷	-۱۱/۶۷	۰/۰۰۱
	DBT	۲/۳۳	۰/۰۰۷	-	-	-۹/۳۴	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۱/۶۷	۰/۰۰۱	۹/۳۴	۰/۰۰۱	-	-

بحث و نتیجه گیری

مطالعه نشان داد که آموزش ACT و DBT بر کاهش چشم گیر نمرات تکانشگری افراد سوء مصرف کننده مواد اثر دارد. همچنین نتایج آزمون تعقیبی بون فرونی نشان داد که این معناداری در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون در متغیر تکانشگری وجود دارد، ولی بین پس آزمون و مرحله پیگیری در متغیر تکانشگری معناداری آماری وجود نداشت. همچنین در مرحله پس آزمون و پیگیری بین ACT و DBT معناداری آماری وجود ندارد. این یافته ها با نتایج پژوهشگرانی همچون تامرادی و خسروی (۱۹)، ندیمی (۲۰) و رادفر، ملازمانی و کاوئی (۲۱) همسو می باشد.

هدف ACT این است که فرآیندهای پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، تصریح ارزش ها و مشارکت در فعالیت ارزشمند که همه ی آن ها انعطاف پذیری روان شناختی را حمایت می کنند، تقویت نماید. در حقیقت زمانی که فرد شدیداً در چرخه اجتناب تجربه ای، آمیختگی شناختی گیر کند، دچار انعطاف ناپذیری روان شناختی شده است. انعطاف پذیری ذهنی می تواند فرد را از دام افکار ناکارآمد و وسوسه هایی برهاند که زمینه ساز تکانشگری و گرایش به مصرف مواد است. بدین ترتیب آموزش راهبردهایی چون ذهن آگاهی می تواند این افراد را از بند افکار ناکارآمد و وسوسه ها برهاند و متعاقباً افراد دارای وابستگی به مواد بتوانند در مواجهه

با استرس های روزانه و مشکلات روزمره بهتر و معقولانه تر با تکانشگری ها و گرایش به مصرف مواد کنار آیند (۲۲). همین طور در ACT مفهوم درهم آمیختگی با گسلش شناختی میزان تأثیری است که یک فکر (مثلاً میل به مصرف) بر رفتار دارد؛ رفتار وابسته به بافت و رفتار وابسته به فکر در پیوستار میان درهم آمیختگی یا گسلش شناختی قرار می گیرند و زمانی که فرد با افکارش در هم می آمیزد نمی تواند قضاوت ذهنی خود را از واقعیت تمیز دهد (۲۳). Wilson, Strosahl, Hayes, Bissett و et al معتقد است که ACT به جای برطرف سازی و حذف عوامل آسیب زا، به بیماران کمک می کند تا هیجانات و شناخت های کنترل شده ی خود را پذیرفته و از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلاتشان شده است، رهایی یابند (۲۴). Williams Mark, Segal, Zindel. معتقدند که روش ذهن آگاهی عنصر اصلی بالابردن خودآگاهی لازم برای توانمندسازی و پاسخ های مطلوب در شرایط بحرانی است و همواره به عنوان یک محرک قوی دائمی پیش گیرنده عمل می کند. این رویکرد می تواند در رهاسازی افراد از افکار خودکار، عادت ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی در کاهش تکانشگری و تنظیم رفتاری ایفا کند (۲۵). اقدامات مداخله ای پذیرش و ذهن آگاهی به همراه راهبردهای تغییر رفتاری و تعهد به مراجعه کنندگان کمک می کند تا یک زندگی هدفمند و با مفهومی برای خود ایجاد نموده

و رفتارهای اجتنابی و متعارض خود را رها کنند (۲۶). رویکرد ACT سعی دارد با ایجاد انعطاف پذیری روان شناختی از یک سو و ترغیب فرد به اقدام و عمل در زمینه‌ی ارزش‌های فردی موجب کاهش تکانشگری زندگی شخص شود. در واقع هدف ACT کمک به افراد ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است. این فنون با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه حاضر و برگرداندن توجه بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات موجب کاهش تکانشگری می‌شود (۲۷).

DBT در حقیقت تغییر و اصلاح رفتاردرمانی شناختی است و در افرادی استفاده می‌شود که با هیجانات خارج از کنترل و همچنین مسایل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم، بی‌ثباتی عاطفی و تحریک پذیری دست و پنجه نرم می‌کنند و از متخصصین بالینی خواسته می‌شود تا به درمانجو در درک رفتارهای مختل کننده به عنوان رفتار اکتسابی برای حل مشکل کمک کنند و درمانجو فاقد مهارت‌های لازم و ضروری برای واکنش نشان دادن به شیوه‌های خلاق تر است. این یکی از دلایلی است که DBT در کاهش هیجانی، هیجان منفی خشم و رفتارهای تکانشی ثمربخش بوده است (۲۸). افراد وابسته به مواد که در کنترل تکانه دچار مشکل می‌باشند به گونه‌ای فزاینده تکانشی و بی‌مسئولیت هستند که بیش از هر چیز با عدم تنظیم هیجان‌های منفی شناخته و از لحاظ شناختی به هم ریخته می‌شوند. مضاف بر این، عدم تنظیم عواطف مثبت را بروز می‌دهند که باعث هیجان زدگی غیرمنطقی و سطحی می‌شود. از آنجائی که این افراد فاقد تفکر منطقی هستند و هنگامی که تلاش می‌کنند تا خود را از الزام‌ها و اجبارهای اجتماعی خلاص کنند، نه می‌توانند رفتار طرح ریزی شده و از پیش برنامه ریزی شده‌ای داشته باشند و نه می‌توانند به پیامدهای اعمال خود توجهی کنند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت یکی از علت‌های موفقیت DBT در پژوهش‌های ذکرشده، کاهش رنج افراد درگیر مشکلات هیجانی بوده است که مهارت‌های DBT باعث کاهش هیجانات نامناسب از جمله تکانشگری شده است (۲۹).

نتایج پژوهش حاضر از چندین زاویه و در عرصه‌های گوناگون می‌تواند به کار گرفته شود؛ این یافته‌ها را می‌توان در حوزه‌های روان‌شناسی، مشاوره و روان‌درمانی به کار بست. چرا که نتایج حاصل از کارآمدی مؤثر آموزش ACT و DBT به صورت

ترکیب یک روش درمانی آموزشی و حمایتی منجر به کاهش تکانشگری در افراد معتاد شده است. از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به این محدودیت‌ها اشاره نمود؛ این پژوهش فقط روی مردان انجام شد، یکسان نبودن ویژگی‌های جمعیت شناختی مشارکت‌کنندگان از نظر مدت زمان مصرف، سابقه و نوع ماده‌های مصرفی دیگر، عدم وجود شرایط کنترل شده برای نظارت دقیق تر بر انجام تکالیف خانگی و وقوع لغزش، محدودبودن نمونه به مراکز ترک اعتیاد کرمانشاه. بر اساس بررسی‌های صورت گرفته درمانگران اعتیاد در سطح وسیع از این رویکردها استفاده نمی‌کنند لذا پیشنهاد می‌شود، برای ارزیابی هرچه دقیق‌تر، مداخله موردنظر در حجم نمونه‌های وسیع‌تری در هر دو جنس اجرا شود. با توجه به اینکه افراد مصرف‌کننده از سطوح هیجانی و شناختی متفاوتی برخوردار هستند، اثربخشی درمان‌ها به صورت فردی اجرا شود تا نتایج دقیق‌تری در اثر آموزش به دست آید. کارآیی درمان‌های سایر سوءمصرف‌کنندگان مواد مانند هروئین، کراک، الکل و سیگار با توجه به متغیرهایی مانند، شیوه و مدت زمان مصرف نیز مورد بررسی قرار گیرد. در پژوهش‌های آینده از این روش درمانی در مراکز کلینیکی ترک اعتیاد در کنار مداخلات دارویی استفاده شود. از آنجا که گرایش به مصرف مواد یک متغیر چندعلتی است، شناسایی سایر عوامل و انجام پژوهش‌های بیشتر برای تدوین یک الگو برای شناسایی عوامل خطر ساز گرایش به مصرف مواد و ارائه راهکارهای عملی برای پیشگیری از شیوع اختلال وابستگی به مواد امری ضروری است. تأثیر این مداخله‌ی آموزشی را در مقایسه با سایر مهارت‌ها و رویکردهای درمانی همچون روان‌درمانی شناختی-تحلیلی و رفتاردرمانی شناختی، مورد بررسی قرار دهند تا اثربخشی هر کدام روشن شود.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه دوره دکتری تخصصی روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام می‌باشد. از مسئولان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کلینیک‌های ترک اعتیاد و کلیه‌ی افرادی که پژوهشگران را در انجام این پژوهش با شکیبایی همراهی کردند، صمیمانه سپاس گزاریم.

References

- 1- Tremain D, Freund M, Wye P, Wolfenden L, Bowman J, Dunlop A, et al. Provision of chronic disease preventive care in community substance use services: client and clinician report. *JSAT* 2016; 68(2):24-30.
- 2- Peiper NC, Ridenour TA, Hochwalt B, Coyne-Beasley T. Overview on Prevalence and Recent Trends in Adolescent Substance Use and Abuse. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2016; 25(3):349-65.
- 3- Harrop E, Catalano RF. Evidence-Based Prevention for Adolescent Substance Use. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2016; 25(3):387-410.
- 4- Ouzir M, Errami M. Etiological theories of addiction: *Pharmacol. Biochem. Behav* 2016; 148(2):59-68.
- 5- Basharpour S, Abbasi A. Relations of distress tolerance, negative and positive urgency with severity of dependence and craving in people with substance dependency. *J Res Behave Sci* 2014; 12(1):92-102. [Persian]
- 6- Boothby CA, Kim HS, Romanow NK, Hodgins DC, McGrath DS. Assessing the role of impulsivity in smoking & non-smoking disordered gamblers. *Addict Behav* 2017; 70(5):35-41.
- 7- Kaiser A, Bonsu JA, Charnigo RJ, Milich R, Lynam DR. Impulsive Personality and Alcohol Use: Bidirectional Relations Over One Year. *JSAD* 2016; 77(3):473-82.
- 8- Mami Sh, Amirian K. The effect of cognitive-behavioral therapies in treatment of addicts in iran by systematic review and Meta-analysis method. *Qom Univ Med Sci J* 2017; 10(12):24-34. [Persian]
- 9- Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and Commitment Therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther.* 2013; 44(2):180-98.
- 10- Stewart C, White R, Ebert B, Mays L, Nardozzi Bockarie H. A preliminary evaluation of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) training in Sierra Leone. *JCBS.* 2016; 5(1):16-22.
- 11- Keshavarz Afshar H, Barabari A, Ghazinejad N, Amiri A. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the Attitude of Abuse and the Quality of Life in Substance Abusers. *J Police Med.* 2018; 7(1): 1-6. [Persian]
- 12- Mahmoudi H, Ghaderi S. Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy in Reducing Depression, Stress, and Anxiety among Ex-Addicts in Tabriz Central Prison. *Etiadpajohi.* 2017; 11(43): 195-210. [Persian]
- 13- Dimeff LA, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for substance abuser. *Addict Sci Clin PrACT.* 2008; 4(2):39-47.
- 14- Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comois K A, Welch SS, Heagerty P, et al. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *j.drugalcdep.* 2008; 67(5):13-29.
- 15- Mozafari S, Hosseini J, Tabatabaeirad E. Dialectical Behavior Therapy and Substance Abuse Disorder: A Review of Theory and Research. *sh-addiction.* 2017; 4 (13):111-30. [Persian]
- 16- Aghayousefi AR, Oraki M, Ghorbani T, Mahdih M. The Effect of Dialectic Behavior Therapy to Increase the Self-Differentiation in Women with Borderline Personality Disorder and Substance Use. *Jcps.* 2017; 6(23): 61-80. [Persian]
- 17- Patton JH, Stanford MS, Barrat ES. Factor structure of the barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* 1994; 51(2):768-74.
18. Javid M, Mohammadi N, Rahimi Ch. Psychometric Properties of the Persian Edition of the Eleventh Edition of the Barrett Impulsivity Scale. *jpmm* 2011; 2(8):23-34. [Persian]
- 19- Tamaradi AR, Khosravi S. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Impulse Control and Relapse in Addicts. Third International Conference on Recent Innovations in Psychology, Counseling and Behavioral Sciences, Tehran, Nikan Institute of Higher Education 2016. [Persian]
- 20- Nadimi M. Effectiveness of dialectical behavior therapy (based on skills training) on reduce impulsivity and increase emotional regulation in women dependent on Methamphetamine. *Frooyesh* 2016; 5(1):47-74. [Persian]
- 21- Radfar Sh, Molazamani F, Kavei S. The comparison of the effectiveness of acceptance commitment therapy and dialectical behavior therapy in oppositional defiant disorder In a Military Hospital. *Jmp* 2016; 7(25):5-19. [Persian]
- 22- Izadi R, Abedi MR. Alleviation of obsessive symptoms in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder using acceptance and commitment-based therapy. *J Kashan Univ Med Sci.* 2013; 17(3):275-86. [Persian]
- 23- Lee EB, An W, Levin ME, Twohig MP.

An initial metaanalysis of acceptance and commitment therapy for treating substance use disorders. *Drug Alcohol Depend.* 2015; 155: 1-7.

24- Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bissett RT, Pistorello J, Toarmino D, et al. Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. *Psychol Rec.* 2004; 54(4):553-78.

25-Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams, John D. Teasdale. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*, 2nd edition. New York City: Guildford Press; 2012.

26- Khodayari Fard M, Hejazi E, Hoseiniezah N. The effectiveness of acceptance and commitment consultation (ACT) on self-efficacy and marital satisfACTion substance using married women with children. *Appl Psychol Res Q.* 2015; 6(2):61-75. [Persian]

27- Momeni F, Bidokhti NM, Porshahbaz A. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on reduction of craving, depression and anxiety symptoms among the opiate abusers under MMT. *Res Addict.* 2009; 3 (11):83-98. [Persian]

28- Heinz AJ, Bui L, Thomas KM, Blonigen DM. Distinct Facets of Impulsivity Exhibit Differential Associations with Substance Use Disorder Treatment Processes: A Cross-Sectional and Prospective Investigation Among Military Veterans. *J Subst Abuse Treat* 2015; 22(10):1-37.

29- Zamani N, Farhadi M, Jamilian H R, Habibi M. Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy (Based on Core Distress Tolerance and Emotion Regulation Components) on Expulsive Anger and Impulsive Behaviors. *Amuj* 2015; 17(11):53-61. [Persian]

Comparison of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Dialectical Behavior Therapy (DBT) on Impulsivity in Addicted People

Amirian K (MSc), Mami Sh (Ph.D)*, Ahmadi V (Ph.D), Mohammadzadeh J (Ph.D)

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to compare the effectiveness of ACT and DBT on impulsivity in Addicted People.

Methods: The present study is a quasi-experimental, pre-test, post-test, control and follow-up group. The statistical population includes all addicts in Kermanshah city. The sample size consisted of 60 people who were selected by convenience sampling and randomly divided into three experimental and control groups (20 patients in each group). Individuals in ACT and DBT each received 10 and 12 sessions respectively, and the control group did not receive any intervention. The research tools were impulsivity scale which was performed in all three stages: pre-test, post-test and follow-up on subjects. Data were analyzed using repeated measures and Bonferroni's post hoc test using SPSS-20.

Results: The results showed that in the post-intervention and follow-up stages, the two experimental groups, ACT and DBT, had more efficacies in decreasing impulsivity scores than the control group. At the end of the intervention and follow-up phase, there was no significant difference between the effectiveness of ACT and DBT on impulsivity scores.

Conclusion: This research provides a total empirical support for ACT and DBT for reducing impulsivity.

Keywords: ACT, DBT, impulsive, addicted people.

*Corresponding Author: Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran. Email: Shmami-psycho@ilam-iau.ac.ir