

مقاله پژوهشی

سلامت جامعه

دوره یازدهم، شماره ۳ و ۴، پاییز و زمستان ۱۳۹۶

مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکال در افزایش بازداری رفتاری و کاهش فعال سازی رفتاری مردان سوءمصرف کننده مواد

کامران امیریان^۱، شهرام مامی^{۲*}، وحید احمدی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۲/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۶/۲۰

خلاصه

مقدمه: امروزه درمان های موج سوم در روان درمانی به جای چالش با شناخت ها، بر آگاهی و پذیرش از هیجان ها، شناخت ها و رفتارها تأکید دارند. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکال در بازداری رفتاری و فعال سازی رفتاری مردان سوءمصرف کننده مواد بود.

مواد و روش ها: در این مطالعه از نوع نیمه تجربی، جامعه آماری سوءمصرف کنندگان مواد شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۶ بودند. ۶۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی ساده در سه گروه بیست نفری (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) قرار گرفتند. گروه های درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکال هر کدام ۱۰ و ۱۲ جلسه تحت مداخله قرار گرفتند و گروه گواه مداخله ای دریافت ننمود. ابزار گردآوری داده ها مقیاس بازداری رفتاری و فعال سازی رفتاری بود که در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری سه ماهه اجرا شد. داده ها با روش تحلیل واریانس با اندازه های تکراری تجزیه و تحلیل شدند. **یافته ها:** بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه های آزمایش تفاوت معنی داری وجود داشت ($p \leq 0.001$). مقایسه گروه های درمانی حاکی از آن بود که بین درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکال در بازداری رفتاری و فعال سازی رفتاری تفاوت معنی داری وجود ندارد.

نتیجه گیری: با توجه به تأثیر درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکال در بازداری رفتاری و فعال سازی رفتاری مردان سوءمصرف کننده مواد، این درمان برای بازداری رفتاری و فعال سازی رفتاری مردان سوءمصرف کننده مواد توصیه می شود. **واژه های کلیدی:** سوءمصرف مواد، درمان پذیرش و تعهد، رفتاردرمانی دیالکتیکال، بازداری رفتاری، فعال سازی رفتاری

۱- دانشجوی دکترا، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ایلام، ایلام، ایران.

۲- استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ایلام، ایلام، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: Shmami-psycho@ilam-iau.ac.ir، تلفن: ۰۹۱۸۱۴۱۳۲۳۶

۳- استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ایلام، ایلام، ایران.

مقدمه

وابستگی به مواد علاوه بر اینکه احتمال ابتلا به بیماری‌های جسمانی و روانی را می‌افزاید، آسیب‌های بسیاری نیز بر افراد مبتلا، نظام مراقبت‌های بهداشتی و جوامع تحمیل می‌کند [۱]. با توجه به اینکه برنامه‌های درمانی سوءمصرف مواد، هزینه مالی سنگینی را بر دوش جوامع می‌گذارد، سبب‌شناسی و پیشگیری از عوامل مؤثر بر سوءمصرف مواد ضروری است [۲]. در نتیجه پژوهش‌های اخیر بر عوامل خطرساز و سبب‌شناسی چندگانه متمرکز شده‌اند [۳].

از جمله این عوامل می‌توان به بازداری رفتاری و فعال‌سازی رفتاری اشاره نمود. بر اساس نظریه Gari، سیستم‌های بازداری رفتاری و فعال‌سازی رفتاری مبنای تفاوت‌های فردی هستند و فعالیت هر یک از سیستم‌های مغزی رفتاری، واکنش‌های متفاوتی در افراد برمی‌انگیزد [۴]. پیش‌بینی بر این است که افرادی در معرض بیش‌ترین خطر مشکلات مواد و الکل قرار دارند که فعالیت سیستم بازداری رفتاری آنان پایین‌تر از سطح فعالیت این سیستم در افراد عادی، و فعالیت سیستم فعال‌سازی رفتاری آنان بالاتر از سطح فعالیت این سیستم در افراد عادی می‌باشد [۵].

درمان پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy) یک مداخله روان‌شناختی است که راهبردهای مبتنی بر آگاهی و پذیرش را همراه با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار به منظور افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به کار می‌گیرد [۶]. هدف ACT ایجاد تغییر مستقیم در مراجع نیست، بلکه هدف آن کمک به مراجع است تا بتواند به روش‌های متفاوتی با تجاربش ارتباط برقرار کند و قادر باشد به طور کامل با زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش درگیر شود. هدف ACT افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و رفتاری در زمینه‌هایی است که اجتناب تجربه‌ای غلبه دارد و فرد را از زندگی اساسی باز می‌دارد [۷].

نتایج مطالعه Forouzanfar و همکاران نشان داد که ACT باعث افزایش تحمل پریشانی و کاهش حساسیت اضطرابی زنان وابسته به سوءمصرف مواد شد [۸].

پروتکل درمانی استاندارد رفتاردرمانی دیالکتیکال (Dialectical Behavior Therapy) برای افراد

مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، شامل مهارت‌های اساسی است که با درمان مشکلات اعتیادآور مرتبط هستند. برای بیماران مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد، این مهارت‌ها به‌عنوان یک تجویز، در شکل استاندارد، آموخته می‌شوند. این مهارت‌ها که جهت مقابله با وسوسه و کاهش خطر عود به کار می‌روند، شامل مهارت‌های ذهن‌آگاهی، تحمل پریشانی، نظم‌جویی هیجان و روابط میان‌فردی مؤثر هستند [۹].

نتایج پژوهش Esnaasharan و همکاران نشان داد که DBT بر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی زنان معتاد اثربخش بوده است [۱۰].

با توجه به اهمیت ارتباط میان عواملی هم‌چون بازداری، فعال‌سازی رفتاری به‌عنوان عوامل تأثیرگذار بر نتایج درمانی و پیش‌بینی‌کننده‌های قوی شکست و موفقیت در درمان، ضروری است تا به‌منظور کاهش لغزش بیماران و افزایش ماندگاری آن‌ها در دوره پرهیز از مواد در برنامه‌های درمانی هم‌چون درمان دارویی نگه‌دارنده، از مداخلات غیردارویی (روان‌درمانی) به‌عنوان درمانی برای مهار یا کنترل این عوامل استفاده شود. لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی ACT و DBT در افزایش بازداری رفتاری و کاهش فعال-سازی رفتاری مردان سوءمصرف‌کننده مواد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد کرمانشاه انجام شده است.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه از روش نیمه‌تجربی استفاده شد. طرح پژوهش حاضر پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه گواه بود.

جامعه آماری این پژوهش شامل مردان سوءمصرف‌کننده مواد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد کرمانشاه در سال ۱۳۹۶ بود. پژوهشگران به‌منظور انتخاب آزمودنی‌ها، فهرستی از سوءمصرف‌کنندگان مواد را که در این مراکز خدمات درمانی دریافت می‌کردند تهیه نمودند. استخراج ملاک‌های پژوهش توسط پرسش‌نامه‌ای شامل سؤالاتی در مورد سن، سطح تحصیلات، مدت مصرف، سابقه مصرف سایر مواد و داروهای روان‌گردان، سابقه ترک و سابقه بیماری‌های جسمانی و روانی بود که توسط پژوهشگران تنظیم شد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: تشخیص سوءمصرف مواد بر حسب معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه پنجم و

نمره‌گذاری آزمون در یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای (۱=اصلاً درست نیست، ۲=تاحدی درست است، ۳=درست است و ۴=کلاماً درست است) صورت می‌گیرد. جمع نمرات سؤالات هر خرده‌مقیاس، نمره فرد را در آن خرده‌مقیاس نشان می‌دهد و مشخص می‌کند که فرد دارای سیستم فعال‌سازی رفتاری است یا بازداری رفتاری. بالاترین نمره‌ای که فرد در سیستم بازداری رفتاری می‌تواند اخذ نماید ۲۸ و پایین‌ترین نمره ۷ است. در سیستم فعال‌سازی رفتاری نیز بالاترین نمره ۵۲ و پایین‌ترین نمره ۱۳ می‌باشد. Carver و White در مطالعه‌ای ثبات درونی به روش ضریب آلفای کرونباخ را برای تمام خرده‌مقیاس‌ها بالای ۰/۷۱ گزارش کردند [۱۲]. در ایران نیز اعتبار به روش بازآزمایی برای تمام خرده‌مقیاس‌ها بالای ۰/۷۱ گزارش شده است [۱۳]. در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ اعتبار کل مقیاس ۰/۸۱ به دست آمد.

یافته‌ها

سن، وضعیت تأهل و اشتغال، میزان تحصیلات، سن شروع سوء‌مصرف مواد، تعداد دفعات اقدام به ترک و توزیع فراوانی نوع اعتیاد افراد نمونه در گروه‌های ACT، DBT و گواه در جدول ۳ با یکدیگر مقایسه شده‌اند و تفاوت معنی‌داری نداشتند.

بررسی استفاده از آماره لون نشان داد؛ که مفروضه برابری واریانس خطای متغیر وابسته برای اکثر متغیرها رعایت شده است. بنابراین فرض برابری واریانس‌های-کوواریانس به درستی رعایت شد. همچنین استفاده از آزمون موجلی نشان داد که مفروضه کرویت برای اثرهای مربوط به زمان، زمان و گروه و گروه رعایت شده است. بنابراین می‌توان بیان کرد که فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی برای تمام متغیرها رعایت شده است.

همان‌طور که در جدول ۴ قابل مشاهده است میانگین دو گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون به طور معنی‌داری در بازداری رفتاری افزایش و در فعال‌سازی رفتاری کاهش پیدا کرده است ($p \leq 0/05$).

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود زمان اندازه‌گیری بر نمرات متغیرهای پژوهش، تأثیر معنی‌دار دارد.

تشخیص پزشک درمانگر مراکز، مصرف غالب یک ماده حداقل به مدت ۶ ماه، نداشتن بیماری‌های روانپزشکی جدی (تشخیص به کمک MMPI-2 و مصاحبه بالینی)، نداشتن سابقه مراجعه برای درمان، دامنه سنی ۱۸ تا ۴۵ سال، نسبت مرد، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن برای پاسخگویی به سؤالات، عدم شرکت در سایر جلسات روان‌درمانی و انجمن معتادان گمنام، عدم مصرف داروهای روان‌گردان در زمان آموزش، اخذ رضایت‌نامه کتبی و تمایل به شرکت در جلسات درمانی. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: عدم رضایت به ادامه شرکت در جلسات درمانی، غیبت بیش از دو جلسه و قطع درمان تحت نظارت مراکز ترک اعتیاد. پس از انجام مصاحبه، در نهایت ۶۰ نفر مطابق با نمونه‌گیری مبتنی بر ملاک ورود، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. این تعداد به صورت تصادفی ساده در سه گروه ۲۰ نفری شامل دو گروه آزمایش و یک گروه گواه گمارده شدند. سپس اهداف درمانی به آن‌ها و خانواده‌هایشان توضیح داده شد. پژوهشگر در این پژوهش چهار مرحله را پیش‌بینی کرده بود: مرحله اول یا مرحله پیش‌آزمون، پرسش‌نامه بازداری رفتاری و فعال‌سازی رفتاری تکمیل شد. مرحله دوم که ۳ ماه به طول انجامید، اجرای مداخله ACT در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و DBT در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی و هفته‌ای یکبار برای گروه‌های آزمایش بود [جدول ۱، ۲]، [۹، ۱۱]. مرحله سوم بلافاصله پس از اتمام مداخله، با تکمیل مجدد مقیاس انجام شد و در نهایت، مرحله چهارم پس از سه ماه با پاسخگویی به همان مقیاس دوباره اجرا شد. در گروه ACT ۲ نفر، در گروه DBT ۱ نفر و در گروه گواه ۱ نفر حاضر به ادامه همکاری با پژوهشگر نشدند و داده‌های حاصل از مشارکت ۵۶ نفر از شرکت‌کنندگان تحلیل گردید. بعد از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها، اطلاعات با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری و آزمون تعقیبی بونفونی توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ تجزیه و تحلیل شدند. پرسش‌نامه بازداری رفتاری و فعال‌سازی رفتاری: مقیاس نظام‌های مغزی فعال‌سازی-بازداری رفتاری از ۲۴ گویه تشکیل شده است. مقیاس سیستم بازداری رفتاری شامل ۷ گویه و مقیاس سیستم فعال‌سازی رفتاری شامل ۱۳ گویه می‌باشد و ۴ ماده آن سؤالات انحرافی هستند. خرده‌مقیاس سیستم فعال‌سازی رفتاری به سه خرده‌مقیاس پاسخ‌دهی به پاداش، سائق و جستجوی سرگرمی تقسیم می‌شود که مجموع نمرات آن‌ها سیستم فعال‌سازی رفتاری کل را تشکیل می‌دهد.

جدول ۱- محتوای جلسات آموزش گروهی ACT متناسب با سوءمصرفکنندگان مواد

جلسات	محتوای جلسات
اول	آشنایی؛ بیان اهداف پژوهش، زمان، مکان و طول جلسات و قوانین گروه؛ بستن قرارداد درمانی، آشنایی با تنظیم هیجانان.
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	گواه به عنوان مشکل اصلی: بررسی راهبردهای ناکارآمد و رها کردن آن‌ها؛ تمرین تکنیک‌ها، ارائه تمثیل «دروغ‌سنج».
پنجم	پذیرش به عنوان روش جایگزین اجتناب تجربه‌ای؛ تمرین تکنیک‌ها، ارائه تمثیل «دو کفه ترازو».
ششم	خود به عنوان بافتار؛ ایجاد احساس متعالی از خود؛ تمرین تکنیک‌ها، ارائه تمثیل «صفحه شطرنج».
هفتم	سازماندهی قواعد زبان: تمرین «من این فکر را دارم که شکست می‌خورم» به جای گفتن «من یک شکست خورده هستم»
هشتم	جدی نگرفتن فکر و ذهن آگاهی؛ تمرین تکنیک‌ها، تمرین شیر و تمرین «برگ‌های روی رودخانه».
نهم	روشن‌سازی ارزش‌ها؛ ایجاد تعهد به اعمال ارزشمند: تمرین «مراسم تشییع جنازه» و تمثیل: «خوردن کل سیب»؛ تمرین تکنیک‌ها.
دهم	مرور جلسات، تمرین پیشگیری از عود

جدول ۲- محتوای جلسات آموزش گروهی DBT متناسب با سوءمصرفکنندگان مواد

جلسات	محتوای جلسات
اول	توضیحات مقدماتی، مفهوم‌سازی مشکل، آماده‌سازی افراد نمونه پژوهش و اجرای پیش‌آزمون و آموزش مهارت‌های پرت‌کردن حواس، بستن قرارداد برای کاهش رفتارهای خودتخریبی و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش 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 مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می‌شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند، متمرکز می‌مانند، چطور کار می‌کنند.
چهارم	۱- بررسی افکار و احساسات و توضیح و شناساندن پاسخ‌های مقابله‌ای که درونی و یا بیرونی هستند؛ ۲- بررسی افکار و احساساتی که منجر به خودتخریبی یا رفتارهای تکانشی و وسوسه‌انگیز ناسازگار می‌شوند؛ ۳- تکالیف خانگی که از مراجعین خواسته می‌شود تمام افکار و احساساتی که منجر به ناسازگاری در آن‌ها می‌شوند را یادداشت کنند.
پنجم	آموزش تحمل پریشانی مهارت‌های پایدگی در بحران‌ها، منحرف‌کردن حواس، تسکین‌دادن به خود با استفاده از حواس شش‌گانه و تمرین ذهن آگاهی).
ششم	به مراجعین کمک می‌شود تا گواه رفتارهای تکانه‌ای خود را تمرین کنند و بازخوردهایی ارائه نمایند تا به یک سطح منطقی از تسلط و گواه بر خود برسند. به مراجعین یاد داده می‌شود پاسخ‌های درونی، افکاری هستند که با تکانه‌ها 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 آسیب‌پذیری بدنی پر خوری و کم‌خوری، موادمخدر، الکل، ورزش، بیماری و درد بدنی، بهداشت خواب، تنش و فشار بدنی، شناسایی رفتارهای خودتخریبی، نظارت بر خود بدون قضاوت، کاهش آسیب‌پذیری شناختی و افزایش هیجان‌های مثبت.
هشتم و نهم	آموزش تنظیم هیجان (اهداف آموزش تنظیم هیجان، دانستن اینکه چرا هیجان‌ها مهم هستند، تشخیص هیجان، کاهش آسیب‌پذیری و رنج هیجانی، افزایش هیجان مثبت)، تغییردادن عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه اخیر.
دهم و یازدهم	افزایش کارآمدی بین‌فردی (حفظ و تداوم سلامت روابط خویشاوندی، علاقمندی و غیره). آموزش مهارت‌های فردی مهم (توصیف و بیان کردن، ابراز وجود و جرأت داشتن، اعتماد آشکار، مذاکره‌کردن و عزت نفس).
دوازدهم	جمع‌بندی، تمرین و مرور جلسات قبل و سپس اجرای پس‌آزمون.

می‌توان گفت صرف نظر از عضویت گروهی، بین میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد. اثر تعامل بین زمان و پیگیری تفاوت معنی‌دار می‌باشد که نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود تأثیر گروه نیز بر نمرات متغیرهای پژوهش معنی‌دار است که نشان می‌دهد صرف نظر از زمان اندازه‌گیری بین میانگین نمرات متغیرهای پژوهش معنی‌دار وجود دارد. و گواه تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

می‌توان گفت صرف نظر از عضویت گروهی، بین میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد. اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنی‌دار می‌باشد که نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود تأثیر گروه نیز بر نمرات متغیرهای پژوهش معنی‌دار است که نشان می‌دهد صرف نظر از زمان اندازه‌گیری، بین میانگین نمرات متغیرهای پژوهش گروه ACT و گواه تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود زمان اندازه‌گیری بر نمرات متغیرهای پژوهش تأثیر معنی‌دار داشته

جدول ۳- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌های آزمایشی ACT، DBT و گروه گواه (هر گروه ۲۰ نفر)

متغیرها	گروه‌ها	ACT	DBT	گواه	سطح معنی‌داری
سن		۲۷/۵۶	۲۷/۶۶	۲۸/۲۸	۰/۹۶
وضعیت تأهل	مجرد	۱۴	۱۵	۱۵	۰/۸۶
	متأهل	۴	۴	۴	
وضعیت اشتغال	بیکار	۱۴	۱۵	۱۵	۰/۷۶
	نیمه‌وقت	۴	۴	۴	
تحصیلات	تمام‌وقت	۰	۰	۰	
	سیکل و پایین‌تر	۱۰	۱۱	۱۰	
	بین سیکل و دیپلم	۷	۶	۸	۰/۶۶
	دیپلم تا لیسانس	۱	۲	۱	
سن شروع	لیسانس و بالاتر	۰	۰	۰	
		۲۱/۵۹	۲۰/۸۹	۲۱/۳۹	۰/۷۸
	سه	۳	۴	۳	
	تعداد دفعات اقدام به ترک	۶	۵	۷	۰/۸۹
	چهار	۹	۱۰	۹	
	پنج و بیشتر	۲	۳	۲	
توزیع فراوانی نوع اعتیاد	تریاک	۴	۳	۳	
	حشیش	۳	۴	۴	۰/۶۹
	هروئین	۵	۵	۶	
	شیشه	۴	۴	۴	
کراک					

Fisher Test, $p \leq 0.05$

جدول ۴- مقایسه نمرات بازداری رفتاری و فعال‌سازی رفتاری مردان سوء‌مصرف‌کننده مواد در سه گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مقیاس	گروه	ACT	DBT	گواه
پیش‌آزمون	مرحله	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین
		۱۴/۹۲ \pm ۲/۲۱	۱۴/۰۲ \pm ۲/۳۲	۱۴/۶۵ \pm ۲/۴۳
بازداری رفتاری	پس‌آزمون	۲۰/۷۶ \pm ۱/۹۷	۱۹/۹۸ \pm ۱/۶۵	۱۵/۲۳ \pm ۱/۷۶
	پیگیری	۲۰/۹۵ \pm ۱/۵۴	۲۰/۰۹ \pm ۱/۳۲	۱۵/۴۷ \pm ۱/۵۴
فعال‌سازی رفتاری	پیش‌آزمون	۴۱/۶۵ \pm ۱/۷۹	۴۲/۷۹ \pm ۱/۸۹	۴۰/۱۸ \pm ۱/۷۳
	پس‌آزمون	۲۷/۳۴ \pm ۱/۶۰	۲۸/۴۰ \pm ۱/۵۰	۳۵/۰۹ \pm ۱/۶۱
	پیگیری	۲۶/۷۹ \pm ۱/۴۴	۲۷/۴۳ \pm ۱/۱۸	۳۴/۰۱ \pm ۱/۳۰

متغیر بازداری رفتاری و فعال‌سازی رفتاری وجود دارد، ولی بین پس‌آزمون و مرحله پیگیری در متغیر بازداری رفتاری و فعال‌سازی رفتاری معنی‌داری آماری وجود نداشت. همچنین، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین ACT و DBT بر افزایش بازداری رفتاری و کاهش فعال‌سازی رفتاری مردان سوء‌مصرف‌کننده مواد معنی‌داری آماری وجود نداشت. این یافته‌ها با نتایج پژوهشگرانی هم‌چون Forouzanfar [۱۴]، Aghasi و Atashpour [۱۵]، Kiani و همکاران [۱۶] Radfar و همکاران [۱۷] همسو می‌باشد.

بر اساس نتایج جدول ۷، ACT و DBT نسبت به گروه گواه بر بازداری رفتاری و فعال‌سازی رفتاری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری اثرگذارتر بودند.

بحث

مطالعه نشان داد آموزش ACT و DBT بر افزایش بازداری رفتاری و کاهش فعال‌سازی رفتاری افراد سوء‌مصرف‌کننده مواد اثر دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نیز نشان داد این معنی‌داری در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثربخشی ACT بر بازسازی رفتاری و فعال‌سازی رفتاری

اندازه اثر	سطح معناداری	آماره بحرانی	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع	مقیاس
۰/۸۲	۰/۰۰۱	۱۲۸/۲۷	۳۱۸/۶۶	۱	۳۱۸/۶۶	زمان	بازداری رفتاری
۰/۵۸	۰/۰۰۱	۱۴/۳۸	۳۰/۶۶	۱	۳۰/۶۶	زمان*گروه	
-	-	-	۲/۲۸	۳۵	۹۷/۲۹	خطا	
۰/۵۳	۰/۰۰۱	۲۵/۵۱	۱۱۰/۲۰	۱	۱۱۰/۲۰	گروه	بین گروهی
-	-	-	۳/۳۱	۳۵	۱۵۴/۱۱	خطا	-
۰/۶۸	۰/۰۰۱	۳۸۴/۹۳	۴۹۳/۳۵	۱	۴۹۳/۳۵	زمان	فعال‌سازی رفتاری
۰/۳۵	۰/۰۰۱	۷/۱۲	۱۵/۲۱	۱	۱۵/۲۱	زمان*گروه	
-	-	-	۱/۸۷	۳۵	۶۵/۷۰	خطا	
۰/۴۵	۰/۰۰۱	۲۳/۲۴	۴۳/۶۰	۱	۴۳/۶۰	گروه	بین گروهی
-	-	-	۱/۵۶	۳۵	۵۴/۳۱	خطا	-

جدول ۶- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثربخشی DBT بر بازسازی رفتاری و فعال‌سازی رفتاری

اندازه اثر	سطح معناداری	آماره بحرانی	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع	مقیاس
۰/۶۵	۰/۰۰۱	۱۴۸/۲۸	۴۱۸/۶۱	۱	۴۱۸/۶۱	زمان	بازداری رفتاری
۰/۳۸	۰/۰۰۱	۱۴/۳۸	۴۰/۶۱	۱	۴۰/۶۱	زمان*گروه	
-	-	-	۲/۲۸	۳۶	۱۰۷/۲۷	خطا	
۰/۴۰	۰/۰۰۱	۲۵/۵۱	۱۱۰/۲۰	۱	۱۱۰/۲۰	گروه	بین گروهی
-	-	-	۴/۳۱	۳۶	۱۶۴/۱۱	خطا	-
۰/۶۹	۰/۰۰۱	۳۹۴/۹۴	۶۹۶/۲۰	۱	۶۹۶/۲۰	زمان	فعال‌سازی رفتاری
۰/۳۰	۰/۰۰۱	۸/۱۴	۱۶/۲۰	۱	۱۶/۲۰	زمان*گروه	
-	-	-	۱/۹۸	۳۶	۷۵/۶۰	خطا	
۰/۳۷	۰/۰۰۱	۲۲/۶۴	۴۴/۴۰	۱	۴۴/۴۰	گروه	بین گروهی
-	-	-	۱/۹۶	۳۶	۷۴/۵۱	خطا	-

جدول ۷- آزمون بونفرونی برای مقایسه میانگین سه گروه در بازسازی رفتاری و فعال‌سازی رفتاری

مقیاس	گروه	ACT		DBT	
		تفاوت میانگین	معناداری	تفاوت میانگین	معناداری
بازداری رفتاری	ACT	-	-	۰/۷۸	۰/۴۹۴
	DBT	-۰/۷۸	-	-	-
	گواه	-۵/۵۳	۰/۰۰۱	-۴/۷۵	۰/۰۰۱
فعال‌سازی رفتاری	ACT	-	-	-۱/۰۶	۰/۰۰۴
	DBT	۱/۰۶	-	-	-
	گواه	۷/۷۵	۰/۰۰۱	۶/۶۹	۰/۰۰۱

مصرف مواد است. آموزش راهبردهایی چون ذهن‌آگاهی می‌تواند این افراد را از بند افکار ناکارآمد و وسوسه‌ها، فعال‌سازی رفتاری به‌رساند و متعاقباً افراد دارای وابستگی به مواد بتوانند در مواجهه با استرس‌های روزانه و مشکلات روزمره بهتر و معقولانه‌تر با وسوسه‌ها و گرایش دوباره به مصرف مواد کنار آیند [۱۹].

در ACT، مفهوم درهم‌آمیختگی یا گسلس شناختی میزان تأثیری است که یک فکر (مثلاً میل به مصرف) بر رفتار دارد؛

هدف ACT این است که فرآیندهای پذیرش، گسلس، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، تصریح ارزش‌ها و مشارکت در فعالیت ارزشمند که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را حمایت می‌کنند، تقویت نماید. در حقیقت زمانی که فرد در چرخه اجتناب تجربه‌ای - آمیختگی شناختی گیر کند، دچار انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی شده است [۱۸]. انعطاف‌پذیری ذهنی می‌تواند فرد را از دام افکار ناکارآمد و وسوسه‌ها، فعال‌سازی رفتاری به‌رساند که زمینه‌ساز عود و گرایش به

سوءمصرف مواد انجام شده است که حاکی از اثرگذاری این مداخله در درمان اختلال مصرف مواد می‌باشد. این درمان از طریق کمک به فرد برای رسیدن به اهداف، تنظیم بهتر هیجان‌ها، مواجهه با احساس، افزایش حس هویت شخصی، بهبود قضاوت، بهبود مهارت‌های مشاهده‌ای، کاهش احساس بحران در زندگی و با مهارت‌های ذهن‌آگاهی، کارآمدی بین‌فردی، تنظیم هیجان، تحمل پریشانی، افزایش بازداری رفتاری و کاهش فعال‌سازی رفتاری در درمان سوءمصرف مواد مؤثر واقع می‌شود [۲۷].

در هر پژوهش پژوهشگر با محدودیت‌های مواجهه است از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر؛ نبودن نمونه زن، عدم وجود شرایط برای نظارت دقیق‌تر بر انجام تکالیف خانگی و وقوع لغزش، کوتاه بودن مرحله پیگیری سه ماهه، محدود بودن نمونه به مراکز ترک اعتیاد شهرستان کرمانشاه را می‌توان نام برد.

پیشنهاد می‌شود، مداخله در نمونه‌های وسیع‌تری در هر دو جنس و اثربخشی درمان‌ها به صورت فردی اجرا شود. پیگیری طولانی‌تری صورت گیرد. کارآیی درمان‌ها روی سوءمصرف‌کنندگان مواد به‌طور جداگانه مورد بررسی قرار گیرد. از این روش درمانی در مراکز کلینیکی ترک اعتیاد استفاده شود. بررسی سایر عوامل برای تدوین یک الگو جهت شناسایی عوامل خطر ساز گرایش به مصرف مواد و ارائه راه‌کارهای عملی برای پیشگیری امری ضروری است. تأثیر این مداخله آموزشی در مقایسه با رویکردهای درمانی هم‌چون روان‌درمانی شناختی تحلیلی، رفتاردرمانی شناختی و درمان ماتریکس مورد بررسی قرار گیرد تا اثربخشی هر کدام روشن شود.

نتیجه‌گیری: گروه‌درمانی مبتنی بر ACT و DBT به

واسطه رفتار متقابل و پیچیده تجارب انسانی که عنصر درمانی نامیده می‌شود، به عنوان یکی از نقاط قوت آن نسبت به درمان‌های رایج توانست اثربخشی قابل ملاحظه‌ای داشته باشد و می‌توان گفت ACT و DBT تأثیر اثربخش‌تری نسبت به درمان‌های معمول و نگهدارنده در بهبود بازداری رفتاری و کاهش فعال‌سازی رفتاری داشته است. با توجه به نتایج

رفتارهای وابسته به‌بافت و وابسته به‌فکر در پیوستار میان درهم‌آمیختگی یا گسلس شناختی قرار می‌گیرند و زمانی که فرد با افکارش درهم می‌آمیزد نمی‌تواند قضاوت ذهنی خود را از واقعیت تمیز دهد [۲۰].

Segal و همکاران معتقدند ذهن‌آگاهی عنصر اصلی بالابردن خودآگاهی لازم برای توانمندسازی و پاسخ‌های مطلوب در شرایط بحرانی است و همواره به‌عنوان یک محرک قوی دائمی پیش‌گیرنده عمل می‌کند. این رویکرد می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار خودکار، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک نماید و از این رو، نقش مهمی در کاهش استرس و تنظیم رفتاری ایفا کند [۲۱]. اقدامات مداخله‌ای پذیرش و ذهن‌آگاهی به همراه راهبردهای تغییر رفتاری و تعهد، به مراجعه‌کنندگان کمک می‌کند تا یک زندگی هدفمند و بامفهوم برای خود ایجاد نموده و رفتارهای اجتنابی و متعارض خود را رها کنند [۲۲]. رویکرد ACT سعی دارد با ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ترغیب فرد به عمل در زمینه ارزش‌های فردی موجب افزایش بازداری رفتاری و کاهش فعال‌سازی رفتاری شخص شود [۲۳]. در واقع، هدف ACT کمک به افراد برای 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 تفکرات منفی می‌شود [۲۴].

در فرایند درمان و پیشگیری از بازگشت اعتیاد، حالت‌های هیجانی منفی و مثبت، وسوسه و بازداری رفتاری و فعال‌سازی رفتاری از مهم‌ترین عوامل خطر بازگشت می‌باشند [۲۵]. DBT با تمرکز بر تنظیم هیجانی از طریق انتخاب راهبردهای مقابله‌ای و راهبردهای هیجانی از بازگشت اعتیاد جلوگیری می‌کند. مهارت‌های آموزش داده شده در DBT برای مسائلی مانند عود، مهارت‌های شناسایی محرک‌ها، گواه میل و مدیریت احساسات انگیزه برای تغییر، انگیزه برای ادامه درمان و ذهن‌آگاهی در موقعیت‌های پرخطر استفاده می‌شوند. DBT روی رفتارهای ناسازگار فرد به‌عنوان یک عمل برای تنظیم یا از بین بردن احساسات ناخواسته تمرکز می‌کند [۲۶]. به‌طور کلی، مرور انجام شده بر پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد مداخلات متعددی در مورد اثربخشی DBT بر اختلال

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

سه‌م نویسندگان

این مقاله برگرفته از رساله‌ی دکتری دانشجو کامران امیریان می‌باشد. استاد راهنمای این پژوهش شهرام مامی و استاد مشاور وحید احمدی می‌باشد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران لازم می‌دانند از همکاری صمیمانه مردانی که در گروه‌های آزمایش و کنترل شرکت کردند، تشکر و سپاسگزاری نمایند.

پژوهش حاضر، درمان ACT و DBT برای مردان سوءمصرف‌کننده مواد توصیه می‌گردد. هم‌چنین توصیه می‌شود پژوهش‌های دیگری جهت بررسی اثربخشی ACT و DBT، در زمینه اختلالات خلقی و اضطرابی، کیفیت زندگی، عملکرد اجتماعی و شغلی افراد سوءمصرف‌کننده مواد انجام شود. برگزاری کارگاه‌های آموزشی در چارچوب ACT و DBT برای درمانگران و برنامه‌های درمانی برای سوءمصرف‌کنندگان مواد در جهت درمان بازدارنده رفتاری و فعال‌سازی رفتاری نیز توصیه می‌شود.

تعارض منافع

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;68:24-30.
2. Peiper NC, Ridenour TA, Hochwalt B, Coyne-Beasley T. Overview on prevalence and recent trends in adolescent substance use and abuse. CAPC 2016;25(3):349-65.
3. Ouzir M, Errami M. Etiological theories of addiction: A comprehensive update on neurobiological, genetic and behavioural vulnerability. PBB 2016;148:59-68.
4. Xiaoxu W, Xiaoxiang C, Li H, Liqun L. Behavioral inhibition improvement through an emotional working memory (EWM) training intervention in children with attention deficit/hyperactivity disorder. NeuroQuantology 2017;15(2):261-8.
5. Haghshenas M, Gholamali LM, Fathabadi J. On the Comparison of Behavioral Activation/Inhibitory System and Temperament and Character between Addicted and Non-addicted Persons. etiadpajohi 2017;11(41):153-72. [Persian]
6. 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. Behavior therapy 2013;44(2):180-98.
7. Stewart C, White RG, Ebert B, Mays I, Nardozi J, Bockarie H. A preliminary evaluation of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) training in Sierra Leone. JCBS 2016;5(1):16-22.
8. Forouzanfar A, Gholamali LM, Shoa KM. The Effectiveness of Group Counselling based on Acceptance and Commitment Therapy in Distress Tolerance and Anxiety Sensitivity among Female Substance Abusers. Reserch on addiction 2018;11(44):135-54. [Persian]
9. Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, 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. Drug and alcohol dependence 2002;67(1):13-26.
10. Esnaasharan S, Yazdkhasti F, Oreyzi H. Comparison of the Effectiveness of Psychodrama and Dialectical Behavioral Therapy in Emotion Regulation and Distress Tolerance among the Women under Abstinence. QJRA 2018;12(45):247-64. [Persian]
11. Lanza PV, Garcia PF, Lamelas FR, González-Menéndez A. Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavioral therapy in the treatment of substance use disorder with incarcerated women. JCP 2014;70(7):644-57.
12. Carver CS, White TL. Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: the BIS/BAS scales. JPSP 1994;67(2):319-33.
13. Hassani J. Assessment of Psychometric properties of Behavioral activation and Behavioral inhibition systems scale associated with impulsivity and anxiety. RJMS 2016;23(144):68-80. [Persian]

14. Forouzanfar A. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Substance Abuse Disorders: A Theoretical and Research Review. *Social Health & Addiction* 2016;3 (9):139-60. [Persian]
15. Aghasi A, Atashpour SH. The Impact of Dialectical Behavior Therapy - based Intervention on Craving Men with Addiction Disorders (opioid - methamphetamine). *CHJ* 2016;10(2):11-23. [Persian]
16. Kiani A, Ghasemi N, Pourabbas A. The comparison of the efficacy of group psychotherapy based on acceptance and commitment therapy, and mindfulness on craving and cognitive emotion regulation in methamphetamine addicts. *Research on addiction* 2013;6(24):27-36.[Persian]
17. 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]
18. Izadi R, Abedi MR. Alleviation of obsessive symptoms in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder using acceptance and commitment-based therapy. *KAUMS Journal (FEYZ)* 2013;17(3):275-86. [Persian]
19. Hayes SC, Levin M. Mindfulness and acceptance for addictive behaviors: Applying contextual CBT to substance abuse and behavioral addictions. 1nd ed. Oakland, CA: Context Press; 2012: 376.
20. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy* 2004;35(4):639-665.
21. Segal ZV, Williams M, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. 2nd ed. New York City: Guildford Press; 2018: 1-471.
22. Khodayari Fard M, Hejazi E, Hoseinenezhad N. The effectiveness of acceptance and commitment consultation (ACT) on self-efficacy and marital satisfaction substance using married women with children. *Appl Psychol Res* 2015;6(2):61-75. [Persian]
23. 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. *Research on Addiction* 2009;3(11):83-98.
24. Czajkowski SM. Health-related quality of life outcomes in clinical research: NHLBI policy and perspectives. *The Annals of thoracic surgery* 1998;66(4):1486-1487.
25. Babaei Z, Hasani J, Mohammadkhani Sh. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Based Emotion Regulation Skill Training in Substance Abusers Craving: a Single Subject Study. *Jcp.* 2012;4(3):33-41. [Persian]
26. Kirchner NC. (dissertation). Taking a Mindful Approach to Substance Abuse Treatment through Dialectical Behavior Therapy Techniques. Winona State University; 2014: 22.
27. Beckstead DJ, Lambert MJ, DuBose AP, Linehan M. Dialectical behavior therapy with American Indian/Alaska Native adolescents diagnosed with substance use disorders: Combining an evidence based treatment with cultural, traditional, and spiritual beliefs. *Addictive behaviors* 2015;51:84-7.

Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Dialectic Behavioral Therapy (DBT) on Behavioral Inhibition and Behavioral activation on Men with Substance Abuse

Amirian K¹, Mami Sh², Ahmadi V³

1- Phd student, Dept of Psychology, , Islamic Azad University ,Ilam Branch, Ilam, Iran.

2- Asistant prof, Dept of Psychology, , Islamic Azad University, Ilam Branch, Ilam, Iran.

Email: Shmami-psycho@ilam-iau.ac.ir, Tel: 09181413236

3- Asistant prof, Dept of Psychology, , Islamic Azad University, Ilam Branch, Ilam, Iran.

Received: 20 March 2018 Accepted: 11 Septeber 2018

Introduction: Acceptance and commitment therapy (ACT) and dialectical behavior therapy (DBT) are commonly grouped under the name "the third wave of cognitive behavior therapy" and are based on the acceptance- and mindfulness-based approaches rather than challenging them. The purpose of the present study was to compare the effectiveness of these two approached on behavioral inhibition and behavioral activation in men with substance abuse.

Materials and Methods: In this semi-experimental study, 60 men were selected using available sampling method among all men with substance abuse referred to the Drug Rehabilitation Centers in Kermanshah City in 2017-18. The participants were randomly divided into three groups of 20, two experimental groups and one control group. Participants in the acceptance and commitment therapy and dialectic behavioral therapy received 10 and 12 sessions of intervention respectively and the control group received nothing. The instrument for collecting data was a behavioral inhibition and behavioral activation scale, which was performed in all three stages of pre-test, post-test and three-month follow up on the subjects. The data were analyzed using repeated measures analysis of variance post hoc test.

Results: The results showed that there was a significant difference between the mean scores of pre-test, post-test and follow up values of the experimental groups ($p \leq 0.001$). However, this finding was not observed between the two experimental groups.

Conclusions: The results showed that men with substance abuse may benefit from recent acceptance- and mindfulness-based approaches including acceptance and commitment therapy and dialectic behavioral therapy.

Keywords: Substance abuse, Acceptance and commitment therapy, Dialectic behavioral therapy, Behavioral inhibition, Behavioral activation

Please cite this article as follows:

Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Dialectic Behavioral Therapy (DBT) on Behavioral Inhibition and Behavioral activation on Men with Substance Abuse. Amirian K, Mami Sh, Ahmadi V. Community Health journal 2017, 2018; 11(3, 4): 86-95.

Funding: This research was funded by Islamic Azad University, Ilam Branch, Iran.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Islamic Azad University, Ilam Branch approved the study.