اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش ولع‌مصرف در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین: یک مطالعه تجربی

کیومرث ارجمند قجور*[۱]، مجید محمود علیلو[۲]، زینب خانجانی[۳]، عباس بخشی‌پور رودسری[٤]

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۱۱/۱۹ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۰۲/۰۹

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: سوءمصرف مواد، به عنوان یکی از بیماری‌های مزمن روانپزشکی، امروزه به یکی از مشکلات عمده در جوامع تبدیل شده است. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش ولع‌مصرف در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین بود.

مواد و روش کار: در مطالعه حاضر از طرح تجربی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه ناهمزمان استفاده شد. سه نفر از بیماران مرد وابسته به مت‌آمفتامین که به اداره بهزیستی تکاب و مرکز ترک اعتیاد این شهرستان مراجعه کرده بودند از طریق مصاحبه تشخیصی و مصاحبه بالینی ساختاریافته و به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. از ابزارهای پژوهش مانند مصاحبه بالینی ساختاریافته(SCID-5-RV)، پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی، آزمایش ادرار، پرسشنامه ولع‌مصرف (DDQ) و پروتکل انفرادی ACT برای افراد سوءمصرف کننده مواد، استفاده شد. نتایج به دست آمده به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا (RCI)، فرمول درصد بهبودی، بهبود بالینی معنادار و سنجش عملیاتی مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: داده‌های به دست آمده نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش شدت آماج‌های درمانی (ولع مصرف کلی و خرده‌مقیاس‌های مرتبط) بیماران از لحاظ آماری در سطح ($P<۰/۰۵$)، بالینی و سنجش عملیاتی معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش ولع مصرف کلی و خرده‌مقیاس‌های مرتبط با آن در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین موثر است.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ولع مصرف، مت‌آمفتامین

مجله پزشکی ارومیه، دوره سی‌ام، شماره سوم، ص ۲۲۸-۲۱۷، خرداد ۱۳۹۸

آدرس مکاتبه: تبریز، بلوار ۲۹ بهمن، دانشگاه تبریز، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی، تلفن: ۰۹۱۴۹۴۶۶۵۱۴

Email: Arjomand_k@yahoo.com

مقاله حاضر از رساله دکترای تخصصی رشته روانسناسی دانشگاه تبریز استخراج شده است..

مقدمه

امروزه اعتیاد[1] و وابستگی به مواد در میان فراگیرترین بحران‌های اجتماعی و سلامتی قرار گرفته و موج تخریب کننده آن بر کلیه زمینه‌های اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی، روانی و تربیتی اثر گذاشته است. دفتر پیشگیری از جرم وکنترل مواد سازمان ملل[2] (۱) در سال ۲۰۰۵، شمار مصرف‌کنندگان موجود مواد را در جمعیت ۴۶-۵۱ ساله‌ی سراسر جهان ۲۰۰ میلیون نفر برآورد نموده است. در کشور ایران نیز این مساله شکل مخاطره آمیز و کاملاً پیچیده‌ای به خود گرفته و روز به روز در حال گسترش یافتن می‌باشد و از این طریق سالانه هزینه‌های زیادی به کشور خسارت وارد می‌کند. در بین مواد اعتیادآور، آمفتامین‌ها[3] خصوصاً مت‌آمفتامین[4] قوی‌ترین مواد هستند و خطروابستگی و مشکلات

[۱] دانشجوی دکترای تخصصی روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

[۲] دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، استاد دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

[۳] دکترای تخصصی روانشناسی، استاد دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

[٤] دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، استاد دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

1. addiction
2. United Nation Office for Drug Control
3. amphetamine
4. Methamphetamine

سلامت روان بیشتری را در بر دارند (۲)و با نرخ بالای روان‌پریشی (۳)، افسردگی (۴)، و مشکلات شناختی (۵) ارتباط دارند. در سال-های اخیر با افزایش چشمگیر و قابل توجه سوءمصرف این مواد در جامعه مواجه هستیم (۶).

شواهد روزافزون زیادی وجود دارد که مصرف طولانی مدت مت-آمفتامین‌ها، تغییرات ماندگاری را در سیستم انتقال دهنده‌های عصبی دوپامین به وجود می‌آورد و چون این سیستم انتقال دهنده عصبی در کارکردهای شناختی، حرکتی و پاداش درگیر هستند، دامنه وسیعی از الگوهای رفتاری و شناختی را در برمی‌گیرند (۷). به عنوان مثال، مصرف طولانی مدت کوکائین با کاهش کارکرد گیرنده‌های دوپامین (۸) و اختلال در کارکرد قشر پیش‌پیشانی (۹)، کمربند قدامی و مخچه باعث اختلال در حافظه، شناخت‌ها و هیجانات می‌شود که این عوامل با ایجاد ولع‌مصرف[5] و ادامه مصرف مواد به رغم میل فرد در ارتباط است (۱۰).

از میان عوامل مؤثر در سوءمصرف مواد، ولع‌مصرف، نقش مهم‌تری در پدیده بازگشت[6] و حفظ موقعیت سوءمصرف و وابستگی به مواد دارد. ولع‌مصرف، یک میل غیرقابل‌کنترل برای مصرف مواد است، میلی که اگر برآورده نشود رنج‌های روانشناختی و بدنی فراوانی همچون ضعف[7]، بی‌اشتهایی، اضطراب، بی‌خوابی، پرخاشگری و افسردگی را در پی دارد (۱۱).پس از رسیدن به حالت پرهیز، میل شدیدی برای تجربه دوباره اثرات ماده مصرفی دیده می‌شود. این احساس ممکناست از چند ساعت پس از ترک تا چندین ماه پس از پایان درمان دیده شود. این پدیده معمولاً به میزان زیادی، در نخستین ماه‌های سم‌زدایی گزارش می‌شود. سپس فراوانی وشدت آن، کاهش می‌یابد، اگرچه به‌ندرت ناپدید می‌شود (۱۲).

ولع‌مصرف در فرآیند سوءمصرف مواد به وضعیتی انگیزشی اطلاق می‌شود که با یک میل شدید برای استفاده از مواد همراه است. در وضعیت فیزیولوژیک، تمایل به مصرف غذا در حین گرسنگی، نوشیدن آب در شرایط تشنگی و برقراری یک ارتباط جنسی همگی تحت کنترل یک سیستم عاطفی-انگیزشی می‌باشند که یک وضعیت عمومی اشتها، تمایل یا علاقه به انجام یک فعالیت را برای پاسخگویی به یک سائق[8] زیستی هدایت می‌نمایند. اما در فرآیند اعتیاد به علت تاثیرگذاری نوروبیولوژیک داروها بر سیستم پاداش مغزی فرد این نظام فیزیولوژیک جهت‌گیری دیگری نیز پیدا کرده و یک اشتها و تمایل به ماده مورد سوءمصرف به مجموعه تمایلات فرد افزوده می‌شود. در واقع اختلال اعتیاد از زمانی آغاز می‌شود که این تمایل تا حدی شدید گردد که بر ملاحظات و مقتضیات زمانی –مکانی و اخلاقی فرد غلبه پیدا نماید (۱۳).

مرور مطالعات گذشته نشان می‌دهد، اثربخشی درمان‌های نگهدارنده‌ی دارویی، بدون مداخله‌های روانی – اجتماعی، به علت اطاعت دارویی[9] پایین و میزان بالای ریزش[10] ضعیف می‌باشد (۱۴). در حال حاضر انجمن روانپزشکی آمریکا[11] (۱۵)، درمان‌های غیردارویی و روانی –اجتماعی را از مؤلفه‌های اساسی هر نوع برنامه-ی درمانی سوءمصرف مواد در نظر می‌گیرد.

در موج سوم روان‌درمانی‌ها که به روان‌درمانی‌های پست‌مدرن معروف هستند، عقیده بر این است که شناخت‌ها و هیجانات را باید در بافت مفهومی پدیده‌ها در نظر گرفت. به همین دلیل، به جای رویکردهایی مانند درمان شناختی- رفتاری[12] که شناخت‌ها و باورهای ناکارآمد را اصلاح کرده تا هیجانات و رفتارها اصلاح شود، در اینجا به بیمار آموزش داده می‌شود که در گام اول هیجانات خود را بپذیرد و با زندگی در «اینجا و اکنون[13]» از انعطاف‌پذیری روانشناختی بیشتری برخوردار شود. به همین دلیل در این درمان‌ها فنون شناختی- رفتاری سنتی را با ذهن‌آگاهی[14] ترکیب می‌کنند (۱۶).

درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT)[15]، که حاصل از موج سوم روان‌درمانی است و توسط استیون هیز و همکاران[16] (۱۷) در دانشگاه نوادا مطرح و شناخته شد، توانسته در کاهش دردهای مزمن، خودبیمارانگاری و کاهش رفتارهای خطرناک معتادان مفید باشد (۱۸). در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد[17] در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترل ناموثر کاهش یابد (۱۷).

به طور کلی به این درمان‌های موج سوم، رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی[18] گفته می‌شود که طیفی از رویکردها را شامل می‌شود. برخی از آنها عبارتند از کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی[19]، درمان پذیرش و تعهد[20]، رفتاردرمانی دیالکتیک[21]، فعال‌سازی رفتاری[22]، پیشگیری از عود بر پایه ذهن‌آگاهی. این رویکردها با تاکید برموضوعاتی مانند پذیرش، ذهن‌آگاهی، ارزش‌ها، معنویت، روابط و

5.craving
6.relapse
7.asthenia
8.drive
9.compliance
10.dropout
11. American Psychiatry Association (APA)
12.cognitive-behavioural therapy
13.here and now
14.mindfulness
15.Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
16.Hayes et al
17.Psychological Acceptance
18.mindfulness
19.Mindfulness-based cognitive therapy(MBCT)
20.Acceptance and commitment Therapy
21.Dialectic behavior therapy
22.Behavior activation

دیالکتیک وارد حوزه‌هایی شده‌اند که به دلیل زوایای کمتر تجربی در رویکردهای رفتاری شناختی سنتی، ازپرداختن به آنها در کارهای بالینی خودداری می‌شد (۱۸). از فرآیند و مولفه‌های اصلی درمان ACT می‌توان به پذیرش، گسلش شناختی، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعدانه اشاره کرد (۱۶).

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای درمان طیف گسترده‌ای از وضعیت‌های بالینی معلوم شده است (۱۷). بررسی‌های مختلف نشان داده‌اند که ولع‌مصرف معتادان، نه تنها با تکانشگری بلکه با ویژگی‌های تعیین‌کننده شدت اعتیاد، طولمدتآن، ترک‌های ناموفقوعواملدیگرمرتبط باآنمانند سوءمصرف چنددارو[۲۳] (۱۹) نیز،ارتباط مستقیمی داشته و از آنها تأثیر می‌پذیرد.گانزالز و منندز[۲۴](۲۰) در پژوهشی با عنوان نتایج بلندمدت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر زنان‌زندانی وابسته به مواد نشان داد که مداخلات شناختی رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان سوءمصرف مواد موثر هستند. نتایج فراتحلیل، لی و همکاران[۲۵](۲۱) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله امیدبخش برای اختلالات مصرف مواد است. این فراتحلیل، اثر کوچک تا متوسط درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بعد از درمان در طول شرایط کنترل شده نشان داد. این اندازه اثر وقتی که داده‌هایی پیگیری در تجزیه و تحلیل استفاده شد، افزایش یافت. مطالعه استاتز، ماسودا[۲۶] و ویلسون(۲۲) نتایج مثبت مستقیم و بلندمدت (یک‌ساله) ترکیب درمان نگهدارنده با متادون با ۲۴ جلسه هفتگی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد را ارائه کرد. این پژوهش نشان داد که رویکرد پذیرش و تعهد که روی پذیرش پریشانی اجتناب‌ناپذیر همراه با ترک مواد مخدر تمرکز می‌کند، می‌تواند نتایج سم‌زدایی متادون را بهبود بخشد. توهیگ و همکاران[۲۷] (۲۳) در یک پژوهش موردی اثر بخشی این درمان را بر سه جوان وابسته به مواد مخدر مورد سنجش قرار دادند. نتایج بهبود افسردگی، اضطراب، نشانه‌های ولع و سطوح کلی اجتناب تجربه‌ای نسبت به خط پایه را نشان داد.

با توجه به مباحث مطرح شده و نظر به اینکه پژوهش‌های انجام یافته در خصوص اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر روی بیماران وابسته به مواد به ویژه از لحاظ متغیرهایی مانند ولع مصرف اندک می‌باشد و از طرف دیگر ادبیات تحقیق نشان می‌دهد سابقه روان‌درمانی‌های موج سوم در ایران چندان طولانی نیست و پژوهش‌های کمی در این زمینه صورت گرفته است، به همین خاطر پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش ولع‌مصرف در بیماران وابسته به مت‌آمفتامینطراحی وجهت آزمودن فرضیه‌های زیر انجام شد:

۱- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد(ACT) در کاهش ولع‌مصرف کلی در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین مؤثر است.

۲- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد(ACT) در کاهش تمایل و قصد مصرف مواد در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین مؤثر است.

۳- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد(ACT) در کاهش تقویت منفی در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین مؤثر است.

۴- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد(ACT) در کاهش لذت و شدت فقدان کنترل در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین مؤثر است.

مواد و روش کار

طرح این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش ولع مصرف بیماران وابسته به مت‌آمفتامین، از نوع طرح خط پایه چندگانه[۲۸] ناهمزمان[۲۹] یا پلکانی با آزمودنی‌های متفاوت[۳۰] و سنجش پیوسته[۳۱] بود. نمونه آماری در پژوهش حاضر شامل ۳ نفر از بیماران مرد وابسته به مت‌آمفتامین بود که از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند[۳۲] از بین جامعه آماری تحقیق یعنی مراجعه‌کنندگان به مراکز ترک اعتیاد و اداره بهزیستی شهرستان تکاب در سال ۱۳۹۶ (جهت درمان سوءمصرف مواد و دریافت خدمات مشاوره و روانشناختی) و پس از مصاحبه‌ی تشخیصی توسط محقق و انجام مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته، انتخاب شد. نمونه مورد پژوهش پس از احراز شرایط پژوهش یعنی ملاک‌های ورود و خروج این تحقیق، وارد فرآیند مطالعه شدند.ملاک‌های ورود شامل نمرات بالا در مقیاس ولع مصرف، جنسیت مرد،ابتلاء فرد به اختلال سوءمصرف مواد و وابستگی به مت‌آمفتامین مطابق با معیارهای DSM5، سطح تحصیلات سیکل، انگیزش کافی جهت شرکت در پژوهش و عدم دریافت درمان‌های دیگر در زمان اجرای پژوهش به غیر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهدمی‌باشد. ملاک‌های خروج عبارتند از: نمرات پایین در مقیاس ولع مصرف، جنسیت زن، وابستگی به مواد افیونی و عدم ابتلاء به سوءمصرف مت‌آمفتامین، نداشتن انگیزه کافی برای درمان، خطر آشکار خودکشی و دریافت درمان‌های دارویی یا غیردارویی به غیر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمان اجرای مطالعه حاضر.

[23].poly drugs
[24].Ganzaltz&Menendz
[25].Li et al
[26].Masuda
[27].Tohig et al
[28].Multiple-baseline design
[29].nonconcurrent
[30].Different individuals
[31].Continuous assessment
[32].Purposeful sampling

ابزارهای پژوهش عبارتند از:

۱- مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-5-RV[33]): این مصاحبه براساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای وابستگی به مت‌آمفتامین و برای تأیید تشخیص ثبت شده در پرونده بیماران انجام گرفت. تران و اسمیت[34] (۲۴)، ضریب کاپای ۶۰درصد را به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID-5-RV گزارش کرده‌اند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط و یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد) به‌دست‌آمده نیز خوب بود. از این ابزارکه بوسیله محمدخانی در سال ۱۳۹۶ترجمه شده است،به عنوان تأیید تشخیصی روانپزشک استفاده گردید.

۲- پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی:این پرسشنامه توسط محقق و به منظور گردآوری اطلاعات جمعیت شناختی نمونه آماری از جمله: سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، نوع ماده مصرفی، سابقه‌ی ترک مواد و... مورد استفاده قرار گرفت.

۳- آزمایش ادرار (کیت ادرار شیشه): به منظور تشخیص وابستگی به مت‌آمفتامین از کیت ادرار شیشه استفاده شد.

۴-پرسشنامه ولع‌مصرف(DDQ)[35]:این پرسشنامه با محوریت ولع‌مصرف‌به عنوان‌یک حالت انگیزشی توسط فرانکن،هندریکز، وندن‌برنیک[36] (۲۵) طراحی گردید و ولع‌مصرف‌مواد را در لحظه حال مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسشنامه شامل ۱۴ سوال بوده و با مقیاس نمره‌گذاری ۷ درجه‌ای لیکرت می‌باشد که سه عامل به نام‌های: عامل اول «تمایل و قصد نسبت به مصرف‌مواد» که شامل سؤالات۱، ۲، ۱۲، ۱۴، عامل دوم «میل به مصرف و تقویت منفی» یا باور به رفع مشکلات زندگی و کسب لذت همزمان با مصرف‌مواد است که شامل سوالات ۵، ۹، ۱۱، ۴، ۷ و عامل سوم «لذت و شدت فقدان کنترل» که سوالات ۳، ۸، ۶، ۱۰، ۱۳ را در بر می‌گیرد. شایان ذکر است که این سه مؤلفه با هم دارای همبستگی بالایی می‌باشند. همسانی درونی مؤلفه‌های این پرسشنامه در بررسی مکری و همکاران (۲۵) در سوءمصرف‌کنندگان انواع مختلف مواد افیونی از جمله کراک و هروئین به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۹، ۰/۷۴و در سوء-مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۶۵، ۰/۸۱می‌باشد. در پژوهش پورسید و همکاران(۲۵) نیز همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ بررسی گردید و نتیجه نشان داد که همسانی درونی برای کل مقیاس برای مصرف‌کنندگان تریاک معادل ۰/۹۶، مصرف‌کنندگان کراک معادل ۰/۹۵ مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین معادل۰/۹۰ و مصرف‌کنندگان هروئین کشیدنی معادل ۰/۹۴، مصرف‌کنندگان هروئین استنشاقی معادل۰/۹۴ و برای مصرف‌کنندگان هروئین تزریقی معادل ۰/۹۸ می‌باشد.در مطالعه‌ای دیگر پایایی درونی و اعتبار این پرسشنامه روی ۱۰۲ بیمار هلندی که تحت درمان وابستگی به مواد بودند آزموده شد. نتایج نشان داد که در مورد هروئین دارای روایی و اعتبار مطلوبی بود و از این ابزار می‌توان در زمینه پژوهش و اقدامات بالینی استفاده کرد(۲۵).

۵-پروتکل انفرادی ACT برای افراد سوءمصرف کننده مواد: این پروتکل درمانی توسط ویلسون، گیفورد و بتن[37] (۲۸) و تحت نظارت استیون هیز تدوین شده است. در این پژوهش بیماران به تعداد ۱۲ جلسه و بر اساس این پروتکل تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. محتوای جلسات به شرح زیر می‌باشد:

جلسه اول: آماده شدن برای شروع (استعاره‌ها و تمرین‌ها شامل ترن هوایی، پاک کردن گل ولای لیوان و رفتن در باتلاق).

جلسه دوم: آگاهی نسبت به هزینه‌هایی که فرد به دنبال مصرف مواد متحمل می‌شود (استعاره‌ها و تمرین‌های صورت برداری، پاک کردن گل و لای از لیوان و راه رفتن در باتلاق).

جلسه سوم: مواجهه با سیستم: ناامیدی خلاق (استعاره‌های انسان در گودال، صخره نوردی و ریگ روان و...).

جلسه چهارم: کنترل هیجانات افراطی بعنوان مساله اصلی (استعاره‌های انسان در گودال، دروغ سنج، پیراشکی کرم دار، عاشق شدن).

جلسه پنجم: تمایل هیجانی (استعاره‌ی ساندویچ عزت نفس و کودک در آبنبات فروشی و...).

جلسه ششم: تمایز فرد از برنامه‌ریزی (استعاره‌ها و تمرین‌هایی مانند دوکامپیوتر، جعبه با وسایل درون آن، و صفحه شطرنج).

جلسه هفتم: موانع پذیرش هیجانی (استعاره‌ها و تمرین هایی مانند هیولای سوار بر اتوبوس، پطروس فداکار، علامت در کوهستان، فرمول بندی مجدد قراردادهای کلامی و...).

جلسه هشتم: حرکت از پذیرش هیجانی به سمت تغییر رفتار (استعاره‌های گدای دم در، کودک کج خلق و...).

جلسه نهم: ارزش‌ها و اهداف (استعاره‌های نقشه سازی، تکلیف سنجش ارزش‌ها و...).

جلسه دهم: پذیرش مسئولیت برای تغییر (استعاره‌های پریدن، کبریت درون مخزن بنزین و ارایه تمرین عملی).

جلسه یازدهم: گسترش تمایل هیجانی به زندگی واقعی: تعهد دادن (تعهد رفتاری و پایبندی به آن، تمام کردن کار ناتمام و...).

33.Structured Clinical Interview for DSM
34.Tran & Smith
35.desire for drugquestionnaire (DDQ)
36.Hendricks & Van denBrink
37.Wilson, K &Gifford,E&Batten,S

جلسه دوازدهم: جمع بندی و ارزیابی کلی درمان.

روش اجرا: بیماران شرکت کننده در این پژوهش بعد از بیان اهداف مطالعه و اخذ رضایت‌نامه کتبی، از بین مراجعین به مرکز ترک‌اعتیاد و اداره بهزیستی شهرستان تکاب انتخاب شدند. به منظور دست‌یابی به این هدف ابتدا مصاحبه تشخیصی توسط روانپزشک صورت گرفت و سپس برای تایید تشخیصی از ابزار عینی و مصاحبه بالینی ساختاریافته استفاده و توسط محقق انجام شد. بعد از اینکه تشخیص اولیه و اصلی با همدیگر همخوانی داشت و ملاک‌های ورود و خروج رعایت شد، بیماران بعنوان نمونه آماری در نظر گرفته شدند. سپس به‌طور همزمان وارد مرحله خط پایه شده و به‌طور تصادفی از نظر ترتیب ورود یک به یک با فاصله یک جلسه وارد طرح درمان شدند. بدین نحو که مراجع اول پس از دو جلسه سنجش در مرحله خط پایه یعنی از هفته سوم وارد جلسه اول درمان شد و بعد از آن مراجع دوم در جلسه دوم مراجع اول وارد جلسه اول درمان و مراجع سوم نیز در جلسه دوم مراجع دوم و جلسه سوم مراجع اول وارد جلسه اول طرح درمان شد. روند درمان بر طبق اصول طرح مطالعه تک موردی با خط پایه چندگانه ناهمزمان و در ۱۲ جلسه و سه نوبت پیگیری[38] در طی شش هفته پیگیری انجام شد. بیماران در طی سه مرحله مداخله در هر ملاقات با استفاده از ابزارهای پژوهش و مقیاس‌های روانشناختی مورد ارزیابی قرار گرفتند. تمامی مراحل مداخله توسط پژوهشگر مطالعه حاضر انجام گرفت.کدهای اخلاقی مطرح شده توسط انجمن روانشناسی آمریکا و نیز نظام‌نامه حرفه‌ای سازمان نظام روانشناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران در مطالعه حاضر رعایت گردید.

همانند اکثر طرح‌های تک‌موردی نخستین روش تحلیل نتایج حاصله، استفاده از روش استاندارد ترسیم دیداری[39] یا چشمی بود. تغییرات در علائم اصلی و عملکرد بیماران در طی مراحل خط پایه، درمان و پیگیری به واسطه الگوهای ترسیم دیداری تغییر در سطح، شیب و پایداری[40] نمرات بررسی شد.همچنین از روش شاخص تغییر پایا[41] (RCI) جیکوبسون، فولتی و رونستروف (۲۹) با فرمول اصلاح‌شده کریستنسن و مندوزا[42] (۲۹) برای محاسبه‌ی تغییر آماری معنادار[43] نمرات استفاده شد. برای بررسی بهبودی بالینی معنادار[44] یا سنجش پیشرفت مراجعان در تغییر متغیرهای آماجی علاوه بر درنظرگرفتن نقطه‌ی برش ابزارها از روش درصد بهبودی نیز استفاده شد. ازشاخص‌های شش‌گانه اثربخشی (سنجش عملیاتی) اینگرم، هایس و اسکات[45] (۲۹) نیز به منظور بررسی میزان اثربخشی درمان استفاده گردید.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول (۱): ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش

شرکت کننده	سن	وضعیت تاهل	میزان تحصیلات	وضعیت اشتغال	اقدامات درمانی قبلی	مدت وابستگی	سابقه ترک
بیمار اول	۳۹	متاهل	دیپلم	نانوایی	دارودرمانی	۵ سال	دو بار
بیمار دوم	۳۰	متاهل	سیکل	بیکار	دارودرمانی	۳سال	یک بار
بیمار سوم	۳۶	متاهل	دیپلم	راننده	کمپ ترک اعتیاد	۳ سال	یک بار

در جدول ۲ درصد بهبودی و شاخص تغییر پایای بیماران در متغیر ولع مصرف کلی ارائه شده است.

[38] Follow-up
[39] Visual inspection
[40] Level. Stability
[41] Reliable & change index
[42] Christensen & Mendoza
[43] Statistical significance change
[44] Clinical significance change
[45] Ingram, Hayes & Scott

جدول (۲): درصد بهبودی و شاخص تغییر پایای بیماران در متغیر ولع مصرف کلی پرسشنامه DDQ

فرایند درمان	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم
خط پایه اول	۶۵	۶۴	۶۷
جلسه اول	۶۶	۶۵	۶۶
جلسه دوازدهم	۳۰	۲۸	۲۷
شاخص تغییر پایا (RCI)	-۴/۴۶	-۴/۵۹	-۵/۱۰
درصد بهبودی	۵۳/۸۴	۵۶/۲۵	۵۹/۷۰
درصد بهبودی کلی		۵۶/۵۹	
پیگیری نوبت سوم	۳۱	۲۹	۲۹
شاخص تغییر پایا (RCI)	-۴/۳۳	-۴/۴۶	-۴/۸۴
درصد بهبودی	۵۲/۳۰	۵۴/۶۸	۵۶/۷۱
درصد بهبودی کلی		۵۴/۵۶	

علامت منفی (-) نشان‌دهنده تغییر کاهشی نمرات می‌باشد.

همانطور که جدول ۲ و نمودار ۱ نشان می‌دهد، در بیمار اول، شاخص تغییر پایا بعد از مرحله درمان برابر با (RCI= -۴/۴۶) و بعد از پیگیری (RCI= -۴/۳۳) می‌باشد. همچنین درصد بهبودی پس از درمان در مقایسه با خط پایه ۵۳/۸۴درصد و بعد از پیگیری برابر با ۵۲/۳۰ می‌باشد که نشان‌دهنده‌ی تاثیر مطلوب درمان در بهبود وضعیت ولع مصرف کلی مواد است و یافته‌ها از نظر آماری و بالینی معنادار می‌باشد.

در مورد بیمار دوم نیز شاخص تغییر پایا بعد از مداخله در مقایسه با مرحله خط پایه برابر با (RCI=-۴/۵۹) و بعد از پیگیری هم (RCI=-۴/46) می‌باشد. همچنین درصد بهبودی این بیمار بعد از مراحل درمان در مقایسه با خط پایه و نیز بعد از مرحله سوم پیگیری به ترتیب برابر با ۵۶/۲۵ و ۵۴/۶۸ می‌باشد. یافته‌های موجود از لحاظ آماری و بالینی معنادار است.

مقدار شاخص تغییر پایای بدست آمده از مرحله خط پایه به مراحل پس از درمان بیمار سوم در پرسشنامه DDQ برابر با (RCI= -۵/۱۰) و همچنین شاخص تغییر پایای به دست آمده در نوبت سوم پیگیری (RCI= -۴/۸۴) نسبت به مرحله خط پایه این بیمار حاکی از معنی‌دار بودن تغییرات مشاهده شده از لحاظ آماری است (شاخص تغییر پایای به دست آمده در هر سه بیمار بالاتر از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ بوده و در سطح P<۰/۰۵ معنادار است). درصد بهبودی این بیمار نیز در مرحله پس از درمان و بعد از مرحله سوم پیگیری به ترتیب ۵۹/۷۰ و ۵۶/۷۱ بوده که بالاتر از ۵۰ می‌باشد و حاکی از مناسب و مطلوب بودن تغییرات و معنی‌داری آن از لحاظ بالینی است.بنابراین با توجه به موارد فوق و یافته‌های به دست آمده، فرضیه اول پژوهش تایید می‌شود.

در جدول ۳ درصد بهبودی و شاخص تغییر پایای بیماران در خرده‌مقیاس‌های ولع مصرف ارائه شده است.

جدول (۳): درصد بهبودی و شاخص تغییر پایای بیماران در خرده‌مقیاس‌های ولع مصرف

	تمایل و قصد مصرف مواد			تقویت منفی			لذت و شدت فقدان کنترل		
فرایند درمان	بیمار ۱	بیمار ۲	بیمار۳	بیمار ۱	بیمار ۲	بیمار ۳	بیمار ۱	بیمار ۲	بیمار۳
خط پایه اول	۲۰	۲۱	۲۰	۲۳	۲۲	۲۴	۲۲	۲۱	۲۳
جلسه اول	۲۰	۲۱	۲۱	۲۲	۲۲	۲۳	۲۴	۲۲	۲۲
جلسه دوازدهم	۱۶	۱۰	۹	۷	۱۰	۹	۷	۸	۹
شاخص تغییر پایا (RCI)	-۰/۹۵	-۲/۶۱	-۲/۶۱	-۵/۶۱	-۴/۲۱	-۵/۲۶	-۳/۸۷	-۳/۳۵	-۳/۶۱
درصد بهبودی	۲۰	۵۲/۳۸	۵۵	۶۹/۵۶	۵۴/۵۴	۶۲/۵	۶۸/۱۸	۶۱/۹۰	۶۰/۸۶
درصد بهبودی کلی		۴۲/۴۶			۶۲/۲			۶۳/۶۴	
پیگیری نوبت سوم	۱۶	۱۱	۱۰	۷	۹	۱۰	۸	۹	۹

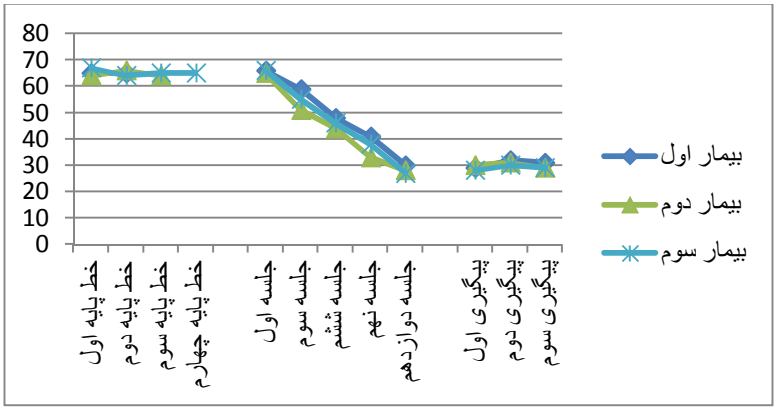
فرایند درمان	تمایل و قصد مصرف مواد			تقویت منفی			لذت و شدت فقدان کنترل		
	بیمار ۱	بیمار ۲	بیمار۳	بیمار ۱	بیمار ۲	بیمار ۳	بیمار ۱	بیمار ۲	بیمار۳
شاخص تغییر پایا (RCI)	-۰/۹۵	-۲/۳۸	-۲/۳۸	-۵/۶۱	-۴/۵۶	-۴/۹۱	-۳/۶۱	-۳/۱۰	-۳/۶۱
درصد بهبودی	۲۰	۴۷/۶۱	۵۰	۶۹/۵۶	۵۹/۰۹	۵۸/۳۳	۶۳/۶۳	۵۷/۱۴	۶۰/۸۶
درصد بهبودی کلی		۳۹/۲۰			۶۲/۳۲			۶۰/۵۴	

علامت منفی (-) نشان‌دهنده تغییر کاهشی نمرات می‌باشد.

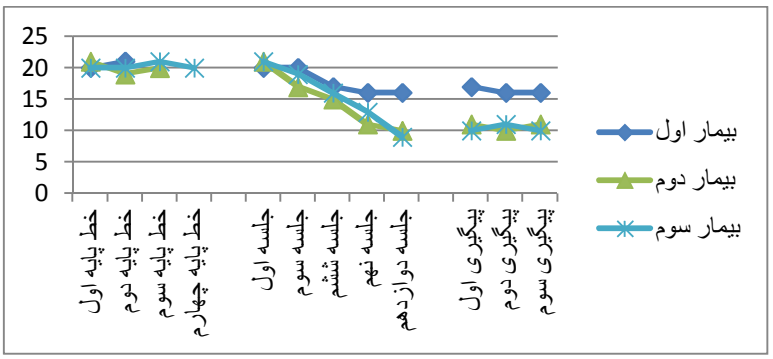
همان‌طور که جدول ۳ و نمودارهای ۲، ۳ و ۴ نشان می‌دهد، در مورد بیمار اول، شاخص تغییر پایا بدست آمده در مرحله پس از درمان در مقایسه با خط پایه در متغیر تمایل و قصد مصرف مواد برابر با (RCI= -۰/۹۵)، تقویت منفی (RCI= -۵/۶۱) و لذت و شدت فقدان کنترل (RCI= -۳/۸۷) و بعد از مرحله سوم پیگیری به ترتیب برابر با (RCI= -۰/۹۵)، (RCI= -۵/۶۱) و (RCI= -۳/۶۱) می‌باشد که این مقدار بدست آمده در متغیر تمایل و قصد مصرف مواد از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ کمتر است و در سطح (P<۰/۰۵) معنادار نیست، اما در دو متغیر تقویت منفی و لذت و شدت فقدان کنترل از لحاظ آماری معنادار است. درصد بهبودی این بیمار در مرحله پس از مداخله و نیز بعد از مرحله سوم پیگیری در متغیر تمایل و قصد مصرف مواد برابر با ۲۰درصد می‌باشد که طبق فرمول درصد بهبودی و با توجه به اینکه این درصد کمتر از ۲۵ می‌باشد، می‌توان گفت درمان ACT نتوانسته در کاهش تمایل و قصد مصرف مواد در این بیمار تاثیرگذار باشد و تغییرات مشاهده شده از لحاظ بالینی معنادار نیست. اما درصد بهبودی در دو متغیر دیگر به ترتیب برابر با ۶۹/۵۶درصد و ۶۸/۱۸درصد می‌باشد و از لحاظ بالینی معنادار است.

در ارتباط با بیمار دوم، شاخص تغییر پایای بدست آمده در مرحله پس از مداخله در مقایسه به مرحله خط پایه در متغیر تمایل و قصد مصرف مواد برابر با (RCI= -۲/۶۱)، تقویت منفی (RCI= -۴/۲۱) و لذت و شدت فقدان کنترل (RCI= -۳/۳۵) می‌باشد و بعد از پیگیری به ترتیب برابر با (RCI=-۲/۳۸)، (RCI= -۴/۵۶) و (RCI= -۳/۱۰) است و از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. همچنین درصد بهبودی این بیمار در مرحله پس از درمان در هر سه متغیر به ترتیب برابر با ۵۲/۳۸، ۵۴/۵۴ و ۶۱/۹۰ می‌باشد و تغییرات مشاهده شده از نظر بالینی معنادار است.

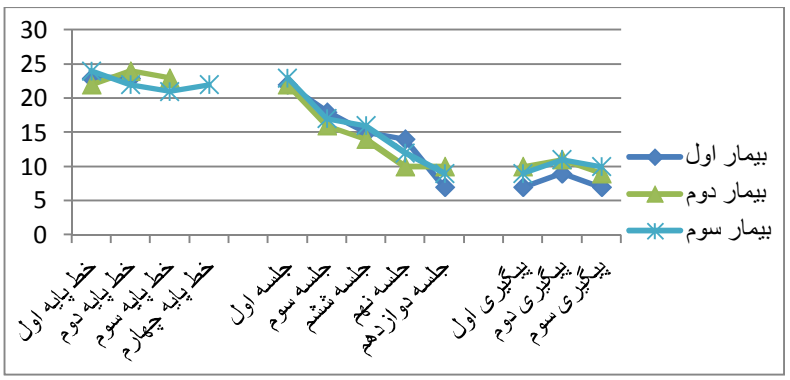
شاخص تغییر پایای بدست آمده بعد از مرحله درمان در مقایسه با مرحله خط پایه در بیمار سوم در متغیر تمایل و قصد مصرف مواد برابر با (RCI=-۲/۶۱)، تقویت منفی (RCI= -۵/۲۶) و لذت و شدت فقدان کنترل (RCI=-۳/۶۱) بوده و بعد از مرحله سوم پیگیری به ترتیب برابر با (RCI=-۲/۳۸)، (RCI=-۴/۹۱) و (RCI= -۳/۶۱) می‌باشد که این مقادیر از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ بالاتر می‌باشد و در سطح (P<۰/۰۵) معنادار است. همچنین درصد بهبودی این بیمار در مرحله پس از درمان در هر سه متغیر به ترتیب برابر با ۵۵درصد، ۶۲/۵درصد و ۶۰/۸۶درصد می‌باشد. یافته‌های موجود نشان می‌دهد که تغییرات حاصله از نظر بالینی معنی‌دار بوده و ناشی از درمانACT است. بنابراین با توجه به موارد فوق، فرضیه دوم، سوم و چهارم پژوهش نیز تایید می‌شود.



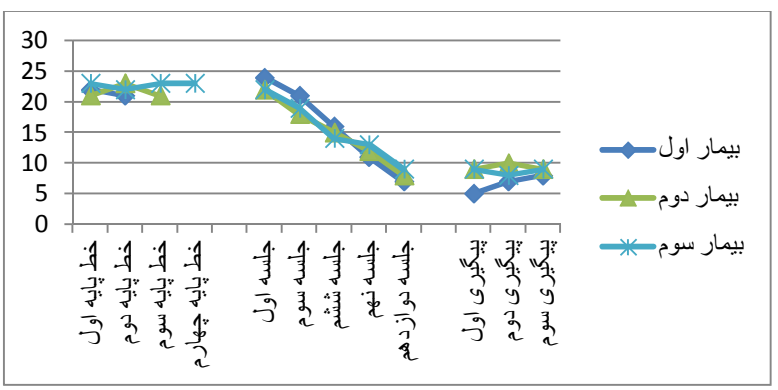
نمودار (۱): روند تغییر نمرات بیماران در ولع مصرف کلی در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری (۶هفته)



نمودار (۲): روند تغییر نمرات بیماران در خرده‌مقیاس تمایل و قصد مصرف مواد در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری



نمودار ۳: روند تغییر نمرات بیماران در خرده‌مقیاس تقویت منفی در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری



نمودار ۴: روند تغییر نمرات بیماران در خرده‌مقیاس لذت و شدت فقدان کنترل در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های مطالعه‌ی حاضرنشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش ولع‌مصرف کلی، تمایل و قصد مصرف مواد، تقویت منفی و لذت و شدت فقدان کنترل در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین موثر است. همچنین در بررسی شاخص‌های شش‌گانه اثربخشی (سنجش عملیاتی) از دیدگاه اینگرم، هایس و اسکات (۲۹) از جمله اندازه تغییر (چقدر کاهش در آماج‌های اصلی درمان اتفاق افتاده است؟)، کلیت تغییر (چند درصد از بیماران تغییر کرده‌اند و چند درصد تغییر نکرده‌اند؟)، عمومیت تغییر (در سایر حوزه‌های زندگی مانند عملکرد شغلی، اجتماعی و روانشناختی چقدر تغییر رخ داده است؟)، میزان پذیرش (افراد تا چه اندازه در فرآیند درمان مشارکت داشته و آن را به پایان رسانده‌اند؟)، ایمنی (آیا در اثر درمان، سلامت روانی و جسمی بیماران کاهش یافته است؟) و ثبات (دستاوردهای درمان چقدر دوام داشته است؟)، نتایج

حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش ولع‌مصرف کلی، تمایل و قصد مصرف مواد، تقویت منفی و لذت و شدت فقدان کنترل در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین است. نتایج به دست آمده با یافته‌های پژوهش توهیگ و همکاران (۲۳)؛ کارول (۲۹)؛ فئینی و همکاران (۳۰)؛ موریت و همکاران (۳۱)؛ وینگارت و همکاران (۳۲) و هیدس و همکاران (۳۳) همخوانی دارد.

در تبیین یافته‌های پژوهش در خصوص متغیر ولع مصرف کلی و خرده‌مقیاس‌های مربوط به آن می‌توان گفت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مفهوم درهم‌آمیختگی یا گسلش شناختی میزان تاثیری می‌باشد که یک فکر (مثلا میل به مصرف) روی رفتار دارد؛ رفتار وابسته به بافت و رفتار وابسته به فکر در پیوستار بین درهم‌آمیختگی یا گسلش شناختی قرار می‌گیرند و وقتی فرد با افکارش درهم می‌آمیزد نمی‌تواند قضاوت ذهنی خودش از واقعیت را از خود واقعیت تمیز دهد (۱۷). در نتیجه، در این درمان با آموزش ذهن‌آگاهی و عمل در زمان حال، تاثیر حساسیت‌های فیزیولوژیکی و هیجان ناشی از مصرف مواد روی رفتار آشکار، به واسطه رابطه فرد با این تجربیات تعدیل می‌شود. بنابراین، در این درمان به مصرف کنندگان مواد آموزش داده می‌شود که بتوانند تجربیات خود را بپذیرند و تحمل کنند، به همان میزان می‌توانند مستقل از این تجربیات عمل کنند. همچنین پژوهشگران بر این باورند که بکارگیری روش‌های درمانی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند اثربخشی درمان را افزایش دهد. بنابراین، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند توانایی مقابله‌ی بیمار رادر کنار آمدن با وسوسه و ولع مصرف و نشانه‌های ترک به عنوان شاخص اصلی تداوم مصرف در این بیماران افزایش دهد (۱۸).هیز و همکاران (۱۶) معتقد است که رویکرد پذیرش و تعهد درمانی به جای برطرف‌سازی و حذف عوامل آسیب‌زا، به بیماران کمک می‌کند تا هیجانات و شناخت‌های کنترل‌شده‌ی خود را پذیرفته و از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلات‌شان شده است، رهایی یابند. سگال و همکاران (۳۴) معتقدند که روش ذهن‌آگاهی عنصر اصلی بالا بردن خودآگاهی لازم برای توانمندسازی و پاسخ‌های مطلوب در شرایط بحرانی است و همواره به عنوان یک محرک قوی دائمی پیش‌گیرنده عمل می‌کند. این رویکرد می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار خودکار، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این‌رو نقش مهمی در کاهش ولع مصرف و احتمال لغزش ایفا می‌کند.

از دلایل دیگر مهم کاهش میزان ولع مصرف و خرده مقیاس‌های مربوط به آن مانند تمایل و قصد مصرف مواد، تقویت منفی و لذت و شدت فقدان کنترل در این پژوهش می‌توان به افزایش آگاهی بیماران نسبت به شرایط و نشانه‌های ایجاد کننده ولع مصرف، آگاهی از واکنش‌های نادرست قبلی به این نشانه‌ها مانند واکنش سریع و عجولانه، بدون تفکر و بدون ارزیابی شرایط محیطی و یادگیری مقابله موثرتر با این نشانه‌ها اشاره کرد.

با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر، روان‌درمانگران و متخصصین درمان اعتیاد به سوءمصرف مواد می‌توانند با استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با رویکردی مقتصدانه‌تر به طراحی و استفاده از درمان‌هایی اقدام نمایند که نیاز به استفاده از برنامه‌های درمانی سنگین را برطرف نماید. همچنین این روش درمانی می‌تواند مکمل درمان‌های اختصاصی دارای حمایت تجربی قبلی باشد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به خود گزارشی بودن متغیرهای مورد بررسی در پژوهش، تک جنسیتی بودن آزمودنی‌های پژوهش و عدم استفاده از آزمودنی زنو کوتاه بودن دوره پیگیری ۶ هفته‌ای پیرامون ماندگاری یا عدم ماندگاری اثرات درماناشاره نمود و بایددر تفسیر نتایج جانب احتیاط را رعایت کرد. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی از دوره پیگیری طولانی‌تر، آزمودنی‌های هر دو جنس و از روش‌های پژوهشی دیگر به‌غیر از مطالعه موردی استفاده شود و اثربخشی این روش درمانی بر روی سایر مصرف‌کنندگان مواد ازجمله بیماران وابسته به مواد افیونی مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر بر گرفته از رساله دکتری تخصصی رشته روانشناسی دانشگاه تبریز می‌باشد. بدینوسیله از مسئولین محترم اداره بهزیستی شهرستان تکاب و نیز مرکز ترک اعتیاد این شهرستان که در انتخاب نمونه آماری پژوهشگر را یاری کردند، همچنین از بیماران گرامی که در طول فرآیند پژوهش شرکت داشتند، تقدیر و تشکر بعمل می‌آید. برای مقاله‌ی حاضر تعارض در منافع وجود نداشت.

References:

1- Dawe S, Gullo MJ, Loxton NJ.Impulsivity and adolescent substance use: Rashly dismissed as ‘‘all-bad’’? NeurosciBiobehav Rev 2008; 32 (5): 1507–18.

2- Tiffany ST. A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: Role of automatic and

non-automatic processes. Psychol Rev 1990;97 (3): 147-68.

3- Alfonso JP, Caracuel A, Delgado-Pastor LC, Verdejo-García A. Combined goal management training and mindfulness meditation improve executive functions and decision-making performance in abstinent poly substance abusers. Drug alcohol depend 2015; 117(1): 78-81.

4- BaerRA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. Clin Psychol 2003; 10 (4): 125-43.

5- Ost LG. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis.Behav ResTher 2008; 46(3): 296-321.

6- Heidari Z, Taremian F, Khalatbari J. The Effect of Modified Alpha-Theta Neurofeedback Protocol on Instant Craving in Opioid Users. J Zanjan Univ 2017; 25 (9), 109- 30. (Persian)

7-Bolla KI, Ernst M, Kiehl KA, Mouratidis M, Eldreth DA. Prefrontal cortical dysfunction in abstinent cocaine abusers. Clin Neuro Psychol 2004; 16 (5): 456–64.

8- Ibrahim F, Kumar N. The Influence of community on Relapse Addiction to Drug use: evidence from Malaysia.Eur J Soil Sci 2009; 3 (11): 89-100.

9- Kazdin AE. Research Design in Clinical Psychology (2ed). Boston: Allay and Bacon; 1992.

10- Leshner A. Principles of drug addiction treatment:a research-based guide. National Institute of health (NIH) publication; 1999.

11- McKay J, Franklin T, Patapis N, Lynch K. Conceptual, methodological, and analytical issues in the study of relapse. Clin Psychol Rev 2006; 26(2): 109-27.

12- Myrseth H, Pallesen SA, Molde H, Johnsen BH, Lorvik IM.“Personality factors as predictors of pathological gambling”.Pers Individ Differ 2009; 47 (2): 933–7.

13-National Institute on Drug Abuse. Craving in drug abuse and addiction. NIH Gruide, 25 (12).1996. Available on: http://grant.nih.gov/grants/guide.

14-Verdejo - Garcia A, Lawrence AJ, Clark L. Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: Review of findings from high risk research, problem gamblers and genetic association studies. Neurosci Bio behav Rev 2008;32 (3): 777–810.

15- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Ed). Washington DC: APA; 2013.

16- Hayes SC, Lillis C. Acceptance and Commitment Therapy (Theory Psychotherapy). Amer Psychological Assn; 2012.

17- Hayes SC, Luoma JB, Bond F, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processes and Outcomes. Behav Res Ther 2006; 4 (1): 1-25.

18- De Groot F, Morrens M, Dom G. Acceptance and commitment therapy (ACT) and addiction: a literature review.Tijdschr Psychiatr 2016; 56(9): 577-85.

19- Hester R, Garavan H. Executive dysfunction in cocaine addiction: evidence for discordant frontal, cingulate, and cerebellar activity. J Neurosci 2004; 24 (5): 11017–22.

20- Fossati A, Barratt E, S, Borroni S, Villa D, Grazioli F, Maffei C. “Impulsivity, aggressiveness, and DSM-IV personality disorders”.Psychiatr Res 2007; 15:(1-3):157-67.

21- Li CS, Milivojevic V, Kemp K, Hong K, Sinha R. Performance monitoring and stop signal inhibition in abstinent patients with cocaine

dependence. J Alcohol Drug Depend 2006;85 (2): 205–12.

22- Hormes GM, Rozin P. Dose" Craving" Crave nature at the joints? Absence of a synonym for craving in many languages. Addict Behav 2010; 35 (4):459-63.

23- Ogels BM, Lunnen KMQ, Bone steel K. Clinical Significance: History, Application and Current Practice.Clin Psychol Rev 2001; 21 (3): 421-446.

24- Tran GQ, Smith GP. Behavioral Assessment in the Measurement of Treatment Outcome, In. S.N. Haynes, & E.M. Heiby (Eds.), Comprehensive Handbook of Psychological Assessment. New York: Wiley; 2004.

25- Poor-seyed MSF, Mousavi SVO, Kafi SM.Comparing and the Relationship between Stressand Craving Usage in Addicted to Opium andIndustrial Substances. Addict Res 2013; 6(24):9-26. (Persian)

26- Patton JH, Stanford MS, Barrat ES. Factor structure of the barratt impulsiveness scale. J Clin Psychol 1995; 51(5): 768-74.

27- Roozen HG, Waart RD, Windt D, Brink W, Yong CA, Kerkbof AFM. A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. Eur Neuro psycho pharmacol 2006; 16 (2): 311-23.

28- Cardaciotto LA. Assessing Mindfulness: The Development of a Bi-Dimensional Measure of Awareness and Acceptance.Unpublished dissertation, Philadelphia, PA: Drexel University; 2005.

29- Dawe S, Loxton NJ. The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. Neurosci Biobehav Rev 2004;28(3):343–51.

30- Semple S, Patterson T, Grant I. Methamphetamine use and depressive symptoms among heterosexual men and women. J Subst Use 2005; 10 (1): 31-47.

31- Shohamy D, Myers CE, Kalanithim J, Gluck M A. Basal ganglia and dopamine contributions to probabilistic category learning. Neurosci Biobehav Rev 2008; 32 (4): 219–36.

32- Smout M. Psychotherapy for Methamphetamine Dependence. Drug Alcohol Serv 2008; 23 (6): 418- 29.

33-Dawe S, Gullo MJ, Loxton NJ. Impulsivity and adolescent substance use: Rashly dismissed as ‘‘all-bad’’? Neurosci Biobehav Rev 2008; 32 (1): 1507–18.

34- Dougherty DM, Mathias ChW, Marsh DM, Moeller FG, Swann AC. “Suicidal behaviors and drug abuse: impulsivity and its assessment”, Drug Alcohol Depend 2004; 76: 93–105.

35- Verdejo-Garcia A, Bechara A, Recknor EC, Perez-Garcia M. Negative emotion-driven impulsivity predicts substance dependence problems. Drug Alcohol Depend 2007; 91(5): 213–9.

36- Lai HMX, Cleary M, Sitharthan T, Hunt GE. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys: A systematic review and meta-analysis. Drug alcohol depend 2017; 154 (2): 1-13.

37- Witkiewitz K, Bowen S. Depression, Craving, and Substance Use Following a Randomized Trial of Mindfulness-Based Relapse Prevention. J Consult Clin Psychol 2015; 78 (3): 362–74.

38-Hayes SC.Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. BehavTher 2004; 35(4): 639-50.

Original Article

THE EFFECTIVENESS OF ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT) IN REDUCING CRAVING IN METHAMPHETAMINE ADDICT PATIENTS: AN EXPERIMENTAL STUDY

Kiumars Arjmand Ghujur[1], Majid Mahmoud Aliloo[2], Zeinab Khanjani[3], Abbas Bakhshipour Rudsari[4]

Received: 01 Feb, 2019; Accepted: 29 Mar, 2019

Abstract

Background & Aims: Today substance abuse, as one of the chronic diseases of psychiatry, has become one of the major problems in the societies .The aim of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) in reducing craving in methamphetamine addict patients.

Materials & Methods: This study used single-case experimental design in asynchronous manner. Three male methamphetamine addict patients that attended Welfare organization and the Addiction Withdrawal Center in Takab were selected by diagnostic and structured clinical interview and purposeful sampling method. Structured Clinical interview (SCID-5-RV), demographic characteristic questionnaire, urine test, Desire for Drug Questionnaire (DDQ), and Individual Therapy Protocol (ACT) were used to collect the necessary data. The achieved results were analyzed by the visual inspection, reliable change index (RCI), change percentage formula, clinical significance change and operational measurement.

Results: Findings showed that acceptance and commitment therapyare statistically significant ($P<0.05$) in reducing craving and its subscales.

***Conclusion*:** Acceptance and commitment therapy (ACT) is effective in reducing the intensity of craving and its subscales in methamphetamine addict patients.

Keywords: acceptance and commitment therapy, craving, methamphetamine

Address: Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz
Tel: +989149466514
Email: Arjomand_k@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2019: 30(3): 228 ISSN: 1027-3727

[1] *Ph.D. student, Department of Psychology. Tabriz University, Tabriz, Iran (Corresponding Author)*
[2] *Professor, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran*
[3] *Professor, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran*
[4] *Professor, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran*