

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

کیومرث ارجمند قجور<sup>۱\*</sup>، مجید محمود علیلو<sup>۲</sup>، زینب خانجانی<sup>۳</sup>، عباس بخشی‌پور رودسری<sup>۴</sup>

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 ولع مصرف 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 ولع مصرف (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 ( $P < 0/05$ )، 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 روانشناسی دانشگاه تبریز استخراج شده است.

### مقدمه

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<sup>۳</sup> خصوصاً مت‌آمفتامین<sup>۴</sup> قوی‌ترین مواد هستند و خطروابستگی و مشکلات

امروزه اعتیاد<sup>۱</sup> 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 و کنترل مواد سازمان ملل<sup>۲</sup> (۱) در سال ۲۰۰۵، شمار مصرف‌کنندگان موجود مواد را در

<sup>۱</sup> دانشجوی دکترای تخصصی روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، استاد دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

<sup>۳</sup> دکترای تخصصی روانشناسی، استاد دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

<sup>۴</sup> دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، استاد دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

1. addiction

2. United Nation Office for Drug Control

3. amphetamine

4. Methamphetamine

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 نگهدارنده دارویی، بدون مداخله‌های روانی-اجتماعی، به علت اطاعت دارویی<sup>۹</sup> پایین و میزان بالای ریزش<sup>۱۰</sup> ضعیف می‌باشد (۱۴). در حال حاضر انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۱۱</sup> (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<sup>۱۲</sup> 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»<sup>۱۳</sup> از انعطاف‌پذیری روانشناختی بیشتری برخوردار شود. به همین دلیل در این درمان‌ها فنون شناختی-رفتاری سنتی را با ذهن‌آگاهی<sup>۱۴</sup> ترکیب می‌کنند (۱۶).

درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش<sup>۱۵</sup> (ACT)، که حاصل از موج سوم روان‌درمانی است و توسط استیون هیز و همکاران<sup>۱۶</sup> (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<sup>۱۷</sup> در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترل نامؤثر کاهش یابد (۱۷).

به طور کلی به این درمان‌های موج سوم، رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی<sup>۱۸</sup> گفته می‌شود که طیفی از رویکردها را شامل می‌شود. برخی از آنها عبارتند از کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی<sup>۱۹</sup>، درمان پذیرش و تعهد<sup>۲۰</sup>، رفتاردرمانی دیالکتیک<sup>۲۱</sup>، فعال‌سازی رفتاری<sup>۲۲</sup>، پیشگیری از عود بر پایه ذهن‌آگاهی. این رویکردها با تاکید بر موضوعاتی مانند پذیرش، ذهن‌آگاهی، ارزش‌ها، معنویت، روابط و

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 ولع مصرف<sup>۵</sup> و ادامه مصرف مواد به رغم میل فرد در ارتباط است (۱۰).

از میان عوامل مؤثر در سوءمصرف مواد، ولع مصرف، نقش مهم‌تری در پدیده بازگشت<sup>۶</sup> و حفظ موقعیت سوءمصرف و وابستگی به مواد دارد. ولع مصرف، یک میل غیرقابل کنترل برای مصرف مواد است، میلی که اگر برآورده نشود رنج‌های روانشناختی و بدنی فراوانی همچون ضعف<sup>۷</sup>، 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 ممکن است 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 و شدت آن، کاهش می‌یابد، اگرچه به‌ندرت ناپدید می‌شود (۱۲).

ولع مصرف 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<sup>۸</sup> زیستی هدایت می‌نمایند. اما در فرآیند اعتیاد به علت تاثیرگذاری نورویولوژیک داروها بر سیستم پاداش مغزی فرد این نظام فیزیولوژیک جهت‌گیری دیگری نیز پیدا

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

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

همین خاطر پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش ولع مصرف در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین طراحی و جهت آزمون فرضیه‌های زیر انجام شد:

- ۱- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش ولع مصرف 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<sup>۲۸</sup> ناهمزمان<sup>۲۹</sup> یا پلکانی با آزمودنی‌های متفاوت<sup>۳۰</sup> و سنجش پیوسته<sup>۳۱</sup> بود. نمونه آماری در پژوهش حاضر شامل ۳ نفر از بیماران مرد وابسته به مت‌آمفتامین بود که از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند<sup>۳۲</sup> 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 تعهد می‌باشد. 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.

دیالکتیک وارد حوزه‌هایی شده‌اند که به دلیل زوایای کمتر تجربی در رویکردهای رفتاری شناختی سنتی، از پرداختن 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 متعانه 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 ولع مصرف معتادان، نه تنها با تکانشگری بلکه با ویژگی‌های تعیین‌کننده شدت اعتیاد، طولمدت‌ان، ترک‌های ناموفق و عوامل دیگر مرتبط با آن‌مانند سوءمصرف چنددارو<sup>۲۳</sup> (۱۹) نیز، ارتباط مستقیمی داشته و از آنها تأثیر می‌پذیرد. گانزالز و مندز<sup>۲۴</sup> (۲۰) در پژوهشی با عنوان نتایج بلندمدت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر زنان زندانی وابسته به مواد نشان داد که مداخلات شناختی رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان سوءمصرف مواد مؤثر هستند. نتایج فراتحلیل، لی و همکاران<sup>۲۵</sup> (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<sup>۲۶</sup> 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<sup>۲۷</sup> (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

29. nonconcurrent

30. Different individuals

31. Continuous assessment

32. Purposeful sampling

23. poly drugs

24. Ganzaltz&Menendez

25. Li et al

26. Masuda

27. Tohig et al

28. Multiple-baseline design

ابزارهای پژوهش عبارتند از:

- ۱- مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-5-RV<sup>33</sup>): 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<sup>34</sup> (۲۴)، ضریب کاپای ۰/۶۰ درصد 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 ۰/۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ درصد) به‌دست‌آمده نیز خوب بود. از این ابزار که بوسیله محمدخانی در سال ۱۳۹۶ ترجمه شده است، به‌عنوان 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، سابقه 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 ولع مصرف<sup>35</sup> (DDQ): این پرسشنامه با محوریت ولع مصرف به‌عنوان یک حالت انگیزشی توسط فرانکن، هندریکز، وندن برنیک<sup>36</sup> (۲۵) طراحی گردید و ولع مصرف مواد 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 مصرف مواد» که شامل سؤالات ۱، ۲، ۱۲، ۱۴، عامل دوم «میل به مصرف و تقویت منفی» یا باور به رفع مشکلات زندگی و کسب لذت همزمان با مصرف مواد است که شامل سؤالات ۵، ۹، ۱۱، ۴، ۷ و عامل سوم «لذت و شدت فقدان کنترل» که سؤالات ۳، ۸، 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 مکرری و همکاران (۲۵) در سوءمصرف‌کنندگان انواع مختلف مواد افیونی از جمله کراک و هروئین به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۹، ۰/۷۴ و در سوء-مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۶۵، ۰/۸۱ می‌باشد. 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

معادل ۰/۹۰ و مصرف‌کنندگان هروئین کشیدنی معادل ۰/۹۴، مصرف‌کنندگان هروئین استنشاقی معادل ۰/۹۴ 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 سوءمصرف‌کننده مواد: این پروتکل درمانی توسط ویلسون، گیفورد و بتن<sup>37</sup> (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 تمرین‌هایی 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...).

36. Hendricks & Van denBrink

37. Wilson, K & Gifford, E & Batten, S

33. Structured Clinical Interview for DSM

34. Tran & Smith

35. desire for drug questionnaire (DDQ)

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<sup>۳۹</sup> 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<sup>۴۰</sup> نمرات بررسی شد. همچنین از روش شاخص تغییر پایا<sup>۴۱</sup> (RCI) جیکوسون، فولتی و رونستروف (۲۹) با فرمول اصلاح‌شده کریستنسن و مندوزا<sup>۴۲</sup> (۲۹) برای محاسبه‌ی تغییر آماری معنادار<sup>۴۳</sup> نمرات استفاده شد. برای بررسی بهبودی بالینی معنادار<sup>۴۴</sup> یا سنجش پیشرفت مراجعان در تغییر متغیرهای آماجی علاوه بر در نظر گرفتن نقطه‌ی برش ابزارها از روش درصد بهبودی نیز استفاده شد. از شاخص‌های شش‌گانه اثربخشی (سنجش عملیاتی) اینگرم، هایس و اسکات<sup>۴۵</sup> (۲۹) نیز به منظور بررسی میزان اثربخشی درمان استفاده گردید.

#### یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

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 ترک اعتیاد 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 تک‌موردی با خط پایه چندگانه ناهمزمان و در ۱۲ جلسه و سه نوبت پیگیری<sup>۳۸</sup> 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

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	۳ سال	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.

<sup>43</sup>Statistical significance change

<sup>44</sup>Clinical significance change

<sup>45</sup>Ingram, Hayes & Scott

<sup>38</sup> Follow-up

<sup>39</sup>Visual inspection

<sup>40</sup>Level. Stability

<sup>41</sup>Reliable & change index

<sup>42</sup>Christensen & Mendoza

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

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

علامت منفی (-) نشان‌دهنده تغییر کاهشی نمرات می‌باشد.

مقدار شاخص تغییر پایای بدست آمده از مرحله خط پایه به مراحل پس از درمان بیمار سوم در پرسشنامه DDQ برابر با  $-۵/۱۰$   $(RCI=)$  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**

فرایند درمان	تمایل و قصد مصرف مواد			تقویت منفی			لذت و شدت فقدان کنترل		
	بیمار ۱	بیمار ۲	بیمار ۳	بیمار ۱	بیمار ۲	بیمار ۳	بیمار ۱	بیمار ۲	بیمار ۳
خط پایه اول	۲۰	۲۱	۲۰	۲۳	۲۲	۲۴	۲۲	۲۱	۲۳
جلسه اول	۲۰	۲۱	۲۱	۲۲	۲۲	۲۳	۲۲	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

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

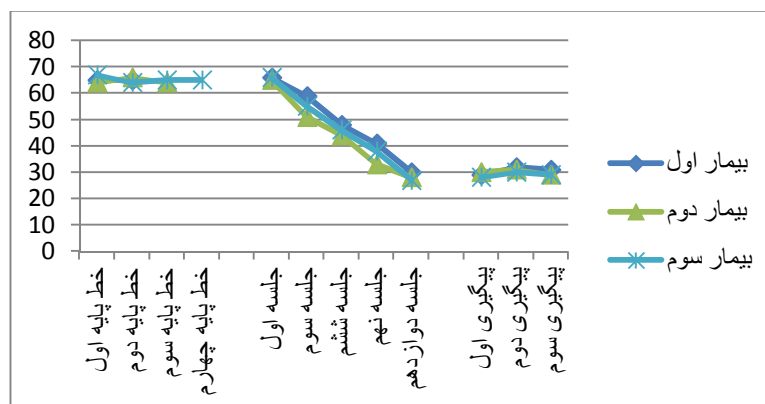
علامت منفی (-) نشان‌دهنده تغییر کاهشی نمرات می‌باشد.

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.

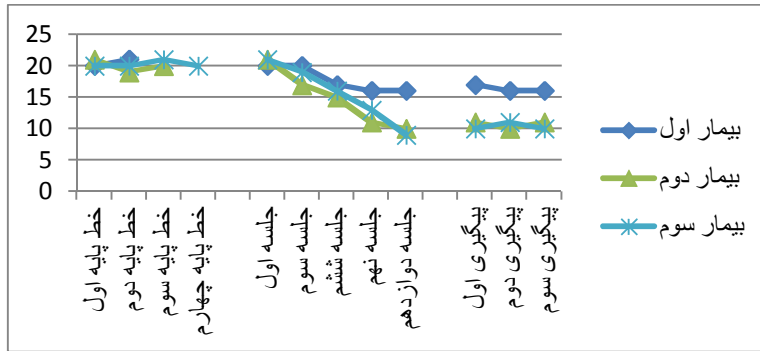
شاخص تغییر پایای بدست آمده بعد از مرحله درمان در مقایسه با مرحله خط پایه در بیمار سوم در متغیر تمایل و قصد مصرف مواد برابر با  $(RCI = -۲/۶۱)$ ، تقویت منفی  $(RCI = -۵/۲۶)$  و لذت و شدت فقدان کنترل  $(RCI = -۳/۶۱)$  بوده و بعد از مرحله سوم پیگیری به ترتیب برابر با  $(RCI = -۲/۳۸)$ ،  $(RCI = -۴/۹۱)$  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  $۵۵$  درصد،  $۶۲/۵$  درصد و  $۶۰/۸۶$  درصد می‌باشد. یافته‌های موجود نشان می‌دهد که تغییرات حاصله از نظر بالینی معنی‌دار بوده و ناشی از درمان ACT است. بنابراین با توجه به موارد فوق، فرضیه دوم، سوم و چهارم پژوهش نیز تایید می‌شود.

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  $۲۰$  درصد 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  $۶۹/۵۶$  درصد و  $۶۸/۱۸$  درصد می‌باشد و از لحاظ بالینی معنادار است.

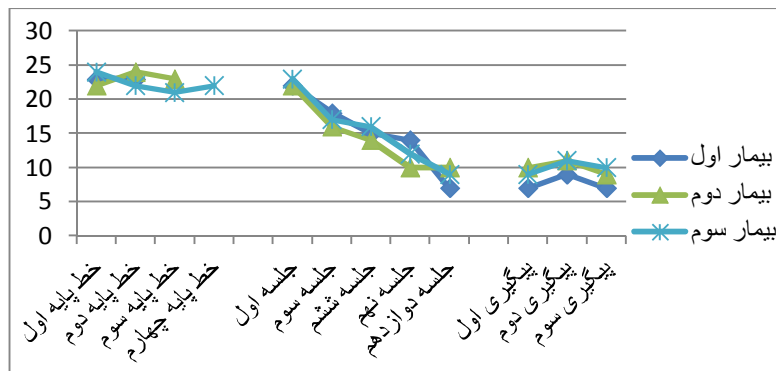
در ارتباط با بیمار دوم، شاخص تغییر پایای بدست آمده در مرحله پس از مداخله در مقایسه با مرحله خط پایه در متغیر تمایل



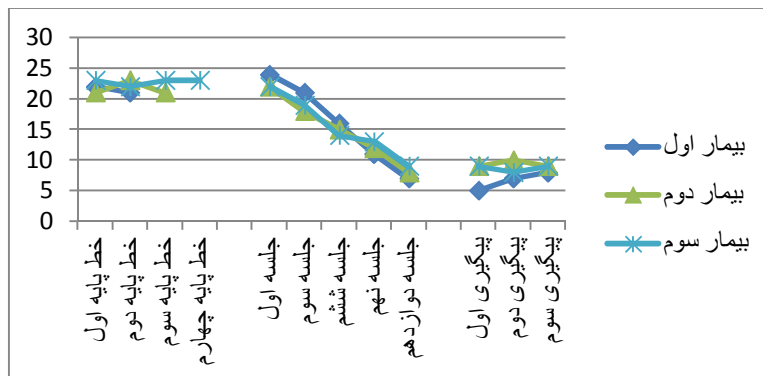
نمودار (۱): روند تغییر نمرات بیماران در ولع مصرف کلی در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری (۶ هفته)



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 حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش ولع مصرف 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، هابس 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



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 زانو کوتاه بودن دوره پیگیری ۶ هفته‌ای پیرامون ماندگاری یا عدم ماندگاری اثرات درمان‌ناشده نمود و باید در 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 به غیر از مطالعه موردی استفاده شود و اثربخشی این روش درمانی بر روی سایر مصرف‌کنندگان مواد از جمله 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

حاکمی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش ولع مصرف کلی، تمایل و قصد مصرف مواد، تقویت منفی و لذت و شدت فقدان کنترل در بیماران وابسته به مت‌امفتامین است. نتایج به دست آمده با یافته‌های پژوهش توهیگ و همکاران (۲۳)؛ کارول (۲۹)؛ فینینی 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 گسلس شناختی میزان تأثیری می‌باشد که یک فکر (مثلاً میل به مصرف) روی رفتار دارد؛ رفتار وابسته به بافت و رفتار وابسته به فکر در پیوستار بین درهم‌آمیختگی یا گسلس 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، تأثیر 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 مصرف‌کنندگان 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 را در 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 بپذیرند 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.

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- Baer RA. 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 Res Ther* 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: Alalay 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, Lørvik 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 Guide, 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 Stress and Craving Usage in Addicted to Opium and Industrial 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 psychopharmacol* 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. *Behav Ther* 2004; 35(4): 639-50.

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

*Kiumars Arjomand Ghujur<sup>1</sup>, Majid Mahmoud Aliloo<sup>2</sup>, Zeinab Khanjani<sup>3</sup>, Abbas Bakhshipour Rudsari<sup>4</sup>*

*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 therapy are 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

<sup>1</sup> Ph.D. student, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran (Corresponding Author)

<sup>2</sup> Professor, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

<sup>3</sup> Professor, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

<sup>4</sup> Professor, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran