



The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Alexithymia and Interpersonal Problems of Men with Substance Use Disorder

Beheshteh Tahmasebi Zadeh¹, Shirin Kooshki², Mohtaram Nemat Tavousi³, Mohammad Oraki⁴

1. Ph.D Student, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. (Corresponding author)* Associate Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

3. Associate Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran.

4. Associate Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

Abstract

Aim and Background: Alexithymia is prevalent in several psychological disorders, including depression, post-traumatic stress disorder and substance use disorder. Due to the prevalence of alexithymia and interpersonal problems among people with substance use disorder, this study aimed to determine the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on alexithymia and interpersonal problems in men with substance use disorders.

Methods and Materials: The method of the present study was quasi-experimental with pre-test, post-test design and two-month follow-up with control group. The statistical population was men with substance abuse who in 2019 had referred to private addiction treatment centers in Tehran for treatment. Two centers were chosen for convenience and among them 42 subjects who fill informed consent were selected and randomly assigned in experimental and control group. Data were collected by Bagby et al.'s Toronto Alexithymian Scale (1994) and Barkham et al.'s Inventory of Interpersonal Problems (1996) in three stages of evaluation. The research findings were finally analyzed using repeated measure analysis of variance test using SPSS software version 22.

Findings: The results of data analysis showed that acceptance and commitment therapy was effective on alexithymia and interpersonal problems ($p < .05$). In addition, the results of the follow-up phase also showed that the effectiveness of acceptance and commitment therapy on alexithymia and interpersonal problems in men with substance use disorder was consistent.

Conclusions: According to these results, addiction therapists can use acceptance and commitment therapy to reduce mood disorders and interpersonal problems in people with a history of addiction.

Keywords: Alexithymia, interpersonal problems, acceptance and commitment therapy, addiction.

Citation: Tahmasebi Zadeh B, Kooshki Sh, Nemat Tavousi M, Oraki M. **The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Alexithymia and Interpersonal Problems of Men with Substance Use Disorder.** Res Behav Sci 2021; 18(4): 510-518.

* Shirin Kooshki,
Email: shi.kooshki@iauctb.ir

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر ناگویی خلقی و مشکلات بین فردی مردان دارای اختلال مصرف مواد

بهشته طهماسبی زاده^۱، شیرین کوشکی^۲، محترم نعمت طاوسی^۳، محمد اورکی^۴

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۳- دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۴- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: ناگویی خلقی شیوع بالایی را در چندین اختلال روانی از جمله اختلالات افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه و اختلال مصرف مواد نشان می‌دهد. با توجه به شیوع ناگویی خلقی و مشکلات بین فردی در میان افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر ناگویی خلقی و مشکلات بین فردی مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش تحقیق حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری دوماه با گروه کنترل بود. جامعه آماری مردان مبتلا به مصرف مواد بودند که در سال ۱۳۹۸ به کلینیک‌های خصوصی ترک اعتیاد شهر تهران جهت درمان مراجعه کرده بودند. دو مرکز به‌صورت در دسترس انتخاب شد و از این میان ۴۲ نفر که رضایت آگاهانه داشتند انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل جایگزین شدند. داده‌ها به‌وسیله مقیاس ناگویی خلقی تورنتو بگی و دیگران (۱۹۹۴) و مشکلات بین فردی بارخام، هاردی و استارتوپ (۱۹۹۶) در سه مرحله ارزیابی جمع‌آوری گردید. یافته‌های پژوهش در نهایت با استفاده از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد درمان پذیرش و تعهد بر ناگویی خلقی و مشکلات بین فردی اثربخش بوده است ($p < 0/05$). همچنین نتایج مرحله پیگیری نشان داد که اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر ناگویی خلقی و مشکلات بین فردی مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد پایدار بوده است.

نتیجه‌گیری: با توجه به این نتایج، روانشناسان و متخصصینی که در حوزه درمان اعتیاد و اختلالات مصرف مواد فعالیت می‌کنند، می‌توانند از درمان پذیرش و تعهد برای کاهش ناگویی خلقی و مشکلات بین فردی در افراد دارای اختلال مصرف مواد استفاده نمایند.

واژه‌های کلیدی: ناگویی خلقی، مشکلات بین فردی، درمان پذیرش و تعهد، اختلال مصرف مواد.

ارجاع: طهماسبی زاده بهشته، کوشکی شیرین، نعمت طاوسی محترم، اورکی محمد. اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر ناگویی خلقی و مشکلات بین

فردی مردان دارای اختلال مصرف مواد. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۹؛ ۱۸(۴): ۵۱۸-۵۱۰.

*- شیرین کوشکی

رایان نامه: shi.koshki@iauctb.ir

مقدمه

در طول دهه گذشته نقش ناگویی خلقی در اختلالات سوءمصرف و رفتارهای اعتیادی توجه پژوهشگران را به خود معطوف کرده است (۱). ناگویی خلقی از ناتوانی در شناخت احساسات، ناتوانی در توصیف احساسات و جهت‌گیری فکری برونی تشکیل شده است (۲). تیلور، باگی و پارکر (۳) بر این باورند که افراد دارای ناگویی خلقی هیجان‌ناشان را از طریق رفتارهای اجباری تنظیم می‌کنند. نقص در تنظیم هیجان‌ها، فرد را برای اختلال خوردن، سوءمصرف مواد، رفتارهای تکانشی و برون‌ریزی و قماربازی مرضی مستعد می‌سازد (۴).

مشکل دیگری که افراد دارای ناگویی خلقی با آن درگیرند مشکلات بین فردی است (۵). مشکلات بین فردی شامل الگوهای تکراری در روابط بین فردی است که ممکن است منجر به تعامل ناکارآمد از طریق راهبردهای مقابله و پاسخ‌های ناسازگار شود (۶). مشاهدات بالینی در مورد عملکرد بین فردی بیماران دارای ناگویی خلقی نشان داده است که این افراد به تبعیت اجتماعی و اجتناب از تعارض گرایش دارند و تمایل دارند تا با دیگران به شیوه‌های غیرهمدلانه، سرد یا کناره‌گیری، نزدیک شوند. این افراد از روابط نزدیک اجتماعی اجتناب می‌کنند و اگر مجبور به برقراری رابطه شوند تلاش می‌کنند تا خود را وابسته نشان دهند که این نوع رابطه سطحی است (۵). افراد با سطوح بالای ناگویی خلقی به علت ناتوانی در شناخت و دادن پاسخ صحیح به موقعیت‌های هیجانی در ایجاد روابط اجتماعی صمیمی و سالم دشواری نشان می‌دهند (۷). ناگویی خلقی به همراه مشکلات بین فردی نظیر وجود مشکل در مردم‌آمیزی، جرات‌ورزی، حمایت‌گری و پرخاشگری موجب آشفتگی روانی در افراد می‌شوند (۸). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مشکلات بین فردی با عوامل بین فردی و نتایج درمان رابطه مستقیم دارند (۹). پژوهش (۱۰) نشان داده است که عوامل بین فردی بیشتر با سطوح خطرناک مصرف مواد و عود مرتبط است. مک کرا دی (۱۱) نشان داده است که پیچیدگی رابطه میان عملکرد بین فردی و درمان اختلال سوءمصرف مواد، مستلزم پژوهش‌های بیشتری است.

درمان پذیرش و تعهد ترکیبی از پذیرش، ذهن آگاهی و ارزش‌های بنیادی در فرایند درمان است تا بتواند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی که شامل قدم به عقب برداشتن و به‌صورت آگاهانه به تجارب درونی (مانند افکار، احساسات و حواس بدنی و...) نگاه

کردن را ایجاد کند (۱۲). با کاربرد این درمان در اختلال سوءمصرف مواد، مراجعین بیشتر راه‌های پذیرش و راه‌های آگاهانه مرتبط با تجارب درونی را یاد می‌گیرند تا این که درگیر مصرف مواد (در پاسخ به وسوسه^۱ یا فرار از هیجان منفی) باشند. به‌علاوه به علت طبیعت فراتشخیصی این درمان می‌تواند به شکل مؤثری بر سایر مشکلات روان‌شناختی معمول همراه با سوءمصرف مواد مانند افسردگی و اضطراب نیز تأثیرگذار باشد (۱۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که انعطاف‌ناپذیری روان-شناختی طیف وسیعی از مشکلات روان‌شناختی از جمله سوءمصرف مواد را پیش‌بینی می‌کند (۱۴). پژوهش‌ها در دهه گذشته تأثیر درمان پذیرش و تعهد را بر درمان اختلالات متفاوت سوءمصرف مواد مانند سیگار کشیدن، مصرف چند ماده‌ای، اپیوم و آمفتامین^۲ را بررسی کرده‌اند (۱۳). گیفورد و دیگران (۱۵)، تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد روی مصرف مواد در درمانجویان درمان نگهدارنده با متادون در سوء مصرف-کننده چند ماده مخدر را گزارش داده‌اند، که در مقایسه با درمان نگهدارنده با متادون به‌تنهایی، درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد ۱۶ هفته‌ای همراه درمان نگهدارنده با متادون به مصرف کمتر افیون و مصرف کمتر کل مواد مخدر در پیگیری شش‌ماهه منتهی شد.

اهمیت ایجاد راهبردهای پیشگیری و درمان مؤثر، بی‌شک سال‌ها است که بر همگان روشن شده است. باوجود تلاش‌های روزافزونی که در راستای پیگیری و درمان سوءمصرف مواد صورت می‌گیرد، همچنان شاهد انتشار آمارهای فزاینده از سوی سازمان جهانی بهداشت و انجمن روان‌پزشکی آمریکا در زمینه شیوع سوءمصرف مواد و مشکلات وابسته به آن هستیم (۱۶). درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد بر ذهن آگاهی و راهبردهای پذیرش تأکید می‌کند تا بر محرک‌های درونی رفتار مصرف مواد مانند وسوسه، آشفتگی و یا افکار استفاده از مواد تأثیر بگذارد و در نتیجه کمتر منجر به مصرف شود (۱۲). هدف اصلی این درمان ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که به افراد اجازه می‌دهد تا با برقراری ارتباط با شرایط فعلی خود، آن را ارزیابی کنند (۱۷). این درمان بر پذیرش ناراحتی درونی تأکید می‌کند و با ایجاد روشی جدید، آگاهانه و انعطاف‌پذیر با تجارب درونی ارتباط برقرار می‌کند (۱۸)؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین

۱. craving

۲. amphetamine

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر ناگویی خلقی و مشکلات بین فردی انجام شده است.

مواد و روش‌ها

روش تحقیق نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه بود. در این پژوهش جامعه آماری افراد مبتلا به مصرف مواد بود که در سال ۱۳۹۸ به کلینیک‌های خصوصی ترک اعتیاد شهر تهران مراجعه کرده بودند. نمونه این مطالعه با روش نمونه‌برداری در دسترس از کل افراد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد انتخاب شده است. از این میان تعداد ۴۲ نفر از افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد تهران که تمایل به همکاری و رضایت آگاهانه داشتند با توجه به ملاک‌های ورود و خروج، در این پژوهش انتخاب شدند. مصاحبه بالینی و پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، مقیاس تکانشگری بارات و مقیاس تحمل آشفتگی برای هر کدام از شرکت‌کنندگان به شکل جداگانه تکمیل شد که به‌عنوان داده‌های پیش‌آزمون قرار داده شد و به شکل تصادفی در دو گروه تقسیم شدند. ملاک‌های ورود به نمونه شامل مواردی از قبیل، گستره سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، داشتن رضایت آگاهانه، واجد ملاک‌های وابستگی به مواد مخدر (بر اساس ملاک‌های DSM-5)، داشتن حداقل تحصیلات سیکل، عدم استفاده از مواد محرک و توهم‌زا، عدم وجود اختلالات روانی و نشانگان سایکوتیک، شدت مصرف و قرار داشتن تحت درمان دارویی با آگونیست‌ها و ملاک‌های خروج از نمونه شامل عدم حضور در جلسات درمان بیشتر از ۲ جلسه و مثبت بودن آزمایش ادرار در طول جلسات درمان بود. سپس فرایند درمان طبق پروتکل‌های پیشنهادی اجرا شد. درمان پذیرش و تعهد نیز در جلسات ۹۰ دقیقه‌ای هرروز در هفته با محتوای یکسان برای جلوگیری از دست دادن جلسات برای اعضای گروه برگزار شد. در آخرین روز درمان‌ها نیز مجدداً ابزارها توسط اعضا پر شدند و از اطلاعات آن‌ها به‌عنوان پس-تست استفاده شد. پس از گذشت ۲ ماه جهت انجام پیگیری مجدداً همان ابزارها توسط گروه نمونه پژوهش تکمیل شد. از آزمون تحلیل واریانس مکرر و آزمون‌های تعقیبی متناسب برای پیگیری تفاوت‌ها استفاده شد.

برای گردآوری اطلاعات از فرم اطلاعات جمعیت شناختی پیشنهادی بهزیستی استفاده شد و اطلاعاتی از قبیل سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، تاریخچه مصرف مواد، شدت مصرف،

اقدامات پیشین برای درمان، سابقه رفتارهای پرخطر، وضعیت طبی و روان‌پزشکی و وضعیت خانوادگی و اجتماعی به دست آمد. مقیاس ناگویی خلقی تورنتو بگی و دیگران (۱۹) و مشکلات بین فردی بارخام، هاردی و استارتوپ (۲۰) نیز دو پرسشنامه مورد استفاده در این تحقیق بودند.

مقیاس ناگویی خلقی تورنتو: مقیاس ناگویی خلقی

تورنتو ۲۰ ماده‌ای توسط بگی و همکاران ساخته شده و ناگویی خلقی را در سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات (۷ ماده)، دشواری در توصیف احساسات (۵ ماده) و جهت‌گیری تفکر بیرونی (۸ ماده) می‌سنجد. طیف پاسخ‌دهی به ماده‌ها طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۵) است (۱۹). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-۲۰ در پژوهش‌های متعدد بین فرهنگی تأیید شده است. در نسخه فارسی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-۲۰، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و جهت‌گیری تفکر بیرونی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. اعتبار بازآزمایی این مقیاس در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ برای ناگویی خلقی کل و زیرمقیاس‌های مختلف تأیید شد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و جهت‌گیری تفکر بیرونی را در نسخه فارسی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-۲۰ تأیید کردند (۲۱). در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ برای دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و برای سبک تفکر بیرونی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۶ و ۰/۵۸ و برای مقیاس کل ۰/۷۳ به دست آمد.

مقیاس مشکلات بین فردی: فرم ۳۲ ماده‌ای مقیاس

مشکلات بین فردی، یک ابزار خودگزارش‌دهی است که ماده‌های آن در رابطه با مشکلاتی است که افراد به‌طور معمول در روابط بین فردی تجربه می‌کنند. این فرم توسط بارخام، هاردی و استارتوپ (۲۰) به‌عنوان یک نسخه کوتاه از فرم اصلی ۱۲۷ ماده‌ای به‌منظور استفاده در خدمات بالینی طراحی شد. این فرم بر اساس تحلیل عاملی اکتشافی فرم ۱۲۷ ماده‌ای و با در نظر گرفتن چهار ماده‌ای که بیشترین بار عاملی را در هر زیرمقیاس دارند، به دست آمد. این مقیاس دارای ۶ زیرمقیاس است:

مسئله؛ استفاده از استعاره بچه. جلسه چهارم: بحث پذیرش/ تمایل تجربه‌ای؛ جایگزین کردن کنترل با تمایل. جلسه پنجم: بیان گسلش و فاصله گرفتن از افکار و احساسات؛ استفاده از استعاره شطرنج. جلسه ششم: آموزش ذهن آگاهی و بودن در زمان حال؛ استفاده از استعاره گدا. جلسه هفتم: شناسایی و تمایز ارزش‌ها و اهداف و اعمالی که اعضا را در راستای این ارزش‌ها سوق می‌دهد. جلسه هشتم: مرور تمام مطالب و استعاره‌های جلسات قبل.

یافته‌ها

در این بخش ابتدا یافته‌های توصیفی در جدول ۱ نشان داده شده است و سپس با بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، یافته‌های استنباطی مطرح می‌شوند و یافته‌ها تجزیه و تحلیل می‌گردند.

همان‌طور که در جدول ۱ نشان داده شده است، بین دو گروه در میانگین نمرات ناگویی خلقی و مشکلات بین فردی تفاوت وجود دارد. برای بررسی معناداری این تفاوت‌ها، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده می‌شود. ابتدا به بررسی پیش‌فرض‌های این آزمون پرداخته شد. پیش‌فرض تساوی کوواریانس‌ها در تمامی متغیرهای وابسته بین دو گروه درمان پذیرش و تعهد و کنترل رعایت شده بود ($p > 0.05$). نتایج حاصل از آزمون لوین در خصوص پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمرات ناگویی خلقی، مشکلات بین فردی، در دو گروه درمان پذیرش و تعهد و گروه کنترل نشان داد واریانس‌ها دو گروه در دو متغیر ناگویی خلقی و مشکلات بین فردی همگن هستند ($p > 0.05$). نتایج آزمون کرویت ماچلی نیز معنادار بود که برای اصلاح درجات آزادی از آزمون کرویت گرین هاوس گایزر استفاده شد.

با توجه به نتایج جدول ۲ در مقادیر می‌توان گفت اثر اصلی زمان، اثر تعاملی زمان و گروه و اثر اصلی گروه برای هم متغیر ناگویی خلقی و هم مشکلات بین فردی معنادار هستند. نمودار ۱، روند تغییرات متغیرهای ناگویی خلقی و مشکلات بین فردی را در بین دو گروه در سه مرحله ارزیابی نشان می‌دهد.

صراحت و مردم‌آمیزی^۳، مشارکت و حمایت‌گری^۴، پرخاشگری^۵، گشودگی^۶، در نظر گرفتن دیگران^۷ و وابستگی به دیگران^۸ است. ضریب آلفای کرونباخ برای فرم ۳۲ ماده‌ای در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ است (۲۰). فتح و دیگران (۲۲) به‌منظور بررسی روایی پرسشنامه مشکلات بین فردی - ۳۲ ماده‌ای از روایی سازه (با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی با چرخش متمایل) استفاده کرده‌اند. در پژوهش آن‌ها همبستگی هر عامل با نمره کل مقیاس برای ابعاد صراحت و مردم‌آمیزی، گشودگی، در نظر گرفتن دیگران، پرخاشگری، حمایت‌گری و مشارکت و وابستگی به ترتیب برابر ۰/۸۱، ۰/۳۰، ۰/۱۶، ۰/۵۹، ۰/۷۲ و ۰/۶۰ به دست آمد. در نهایت نتایج این تحلیل منجر به استخراج ۶ عامل (صراحت و مردم‌آمیزی، گشودگی، در نظر گرفتن دیگران، پرخاشگری، حمایت‌گری و مشارکت و وابستگی شد (۲۲). فتح و دیگران (۲۲) به‌منظور بررسی اعتبار مقیاس مشکلات بین فردی از روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بهره گرفتند. ضریب آلفای کرونباخ برای عوامل صراحت و مردم‌آمیزی، گشودگی، در نظر گرفتن دیگران، پرخاشگری، حمایت‌گری و مشارکت و وابستگی به ترتیب برابر با ۰/۶۳، ۰/۸۳، ۰/۶۰، ۰/۸۳، ۰/۷۱، ۰/۶۳ و برای نمره کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای عوامل صراحت و مردم‌آمیزی، گشودگی، در نظر گرفتن دیگران، پرخاشگری، حمایت‌گری و مشارکت و وابستگی به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۶۵، ۰/۶۱، ۰/۷۹، ۰/۶۹ و برای نمره کل مقیاس ۰/۸۰ به دست آمد.

پروتکل درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اساس

دیدگاه‌های (۱۲): جلسه اول: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، بیان منطق و اهداف درمان، بیان چهارچوب و قواعد شرکت در گروه، صحبت در مورد شناسایی فکر، احساس، علائم بدنی، میل و خاطرات. جلسه دوم: شناخت کارهایی که برای کاهش یا اجتناب از رویدادهای درونی و اضطراب انجام می‌دهند و سنجش اثربخشی آن‌ها (درماندگی خلاق)؛ استفاده از استعاره افتادن در چاه. جلسه سوم: معرفی کنترل به‌عنوان مشکل و

۳. assertiveness and hard to sociable

۴. to be supportive

۵. to be aggressive

۶. to be open

۷. considering

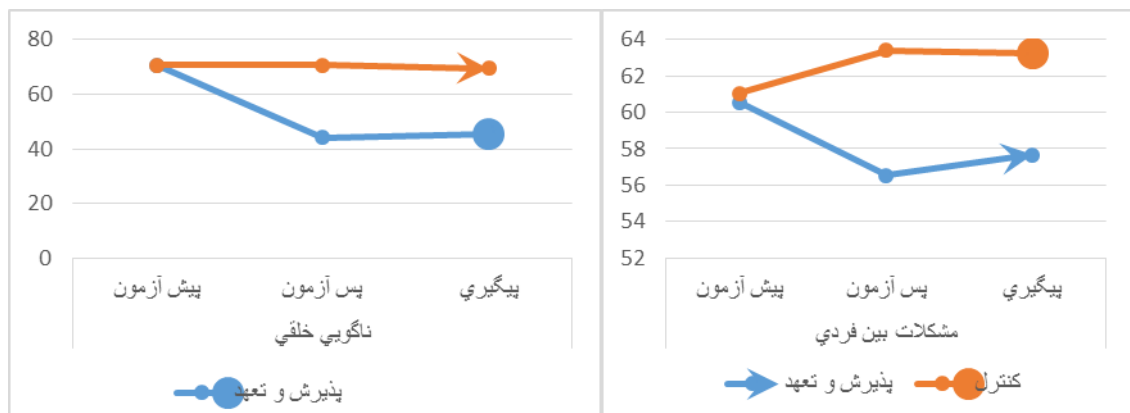
۸. dependency

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه

متغیر	مرحله ارزیابی	پذیرش و تعهد		کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ناگویی خلقی	پیش‌آزمون	۷۰/۵۷	۱۴/۶۱	۷۰/۶۶	۱۷/۳۰
	پس‌آزمون	۴۴/۱۹	۸/۲۸	۷۰/۸۵	۱۷/۱۲
	پیگیری	۴۵/۴۷	۸/۰۷	۶۹/۵۷	۱۷/۰۸
مشکلات بین فردی	پیش‌آزمون	۶۰/۵۷	۱۰/۴۱	۶۱/۰۴	۱۰/۳۹
	پس‌آزمون	۵۶/۵۲	۱۰/۴۴	۶۳/۴۲	۱۰/۰۶
	پیگیری	۵۷/۶۶	۱۰/۶۷	۶۳/۲۸	۹/۶۴

جدول ۲. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت مقایسه تغییر نمرات متغیر ناگویی خلقی و مشکلات بین فردی

متغیرها		آزمون مویلی		فرض کرویت	df	MS	F	p	اندازه اثر
		p	F						
ناگویی خلقی	زمان	۰/۹۷	۰/۵۷۳	کرویت فرض شده	۲	۲۴۰۰/۷۹	۷۰/۰۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۳
	تعامل زمان و گروه			کرویت فرض شده	۲	۲۲۵۵/۱۴	۶۵/۷۷	<۰/۰۰۱	۰/۶۲
	گروه				۱	۹۰۵۲/۵۷	۱۶/۵۹	<۰/۰۰۱	۰/۳۹
مشکلات بین فردی	زمان	۰/۱۹	<۰/۰۰۱	گرین هاوس گایزر	۱/۱۰۳	۱۳/۳۹	۰/۷۴	۰/۴۸۱	۰/۰۲
	تعامل زمان و گروه			گرین هاوس گایزر	۱/۱۰۳	۱۲۱/۵	۱۲/۱۶	<۰/۰۰۱	۰/۲۳
	گروه				۱	۵۹۱/۵	۱/۹۹	۰/۰۴۷	۰/۱۶



نمودار ۱. تغییرات نمرات ناگویی خلقی و مشکلات بین فردی

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر ناگویی خلقی و مشکلات بین فردی مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد بود. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر کاهش ناگویی خلقی مردان دارای اختلال مصرف مواد اثربخش است. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های پیشین همخوان بود (۲۳-۲۶).

در تبیین تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد بر کاهش ناگویی خلقی می‌توان گفت این روش با ارائه تکنیک پذیرش یا

همان‌طور که در نمودار ۱ نشان داده شده است و با توجه به یافته‌های گزارش شده در جدول ۲، بین دو گروه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای ناگویی خلقی و مشکلات بین فردی مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بین دو گروه در این مراحل نیز تفاوت معناداری وجود دارد. از این رو، می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد در کاهش ناگویی خلقی و مشکلات بین فردی مردان مبتلا به ناگویی خلقی و مشکلات بین فردی اثربخش است.

به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، تصریح ارزش‌ها و مشارکت در فعالیت ارزشمند از اهداف درمان پذیرش و تعهد است که در نتیجه همه این‌ها انعطاف‌پذیری روان‌شناختی حاصل می‌شود. انعطاف‌پذیری می‌تواند فرد را از دام افکار ناکارآمد و وسوسه که زمینه‌ساز تکانشگری و مصرف مواد است برهاند (۳۰) و با ایجاد انعطاف‌پذیری و ترغیب فرد به اقدام و عمل در زمینه ارزش‌های فردی موجب کاهش تکانشگری در زندگی فرد شود (۲۹). کاهش تکانشگری با کاهش مشکلات بین فردی نیز در ارتباط است (۳۳).

با توجه به یافته‌های به‌دست‌آمده می‌توان نتیجه گرفت که درمان پذیرش و تعهد بر کاهش ناگویی هیجانی و مشکلات بین فردی مردان دچار اختلال مصرف مواد اثربخش است. تحقیق حاضر محدودیت‌های نیز داشت که در تحقیقات آتی بهتر است جهت کسب نتایج بهتر، این محدودیت‌ها مرتفع گردد که عبارت بودند از: عدم امکان انتخاب تصادفی، استفاده از پرسشنامه خودگزارشی، تک جنسیتی بودن نمونه‌ها.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر مستخرج از رساله‌ی دکتری نویسنده اول است که بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی واحد تهران مرکزی و تمام افرادی که در اجرای این تحقیق ما را یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را دارم.

تمایل به تجربه سختی بدون اقدام به مهار آن باعث درک بیشتر ایستادگی در برابر چالش‌های زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی می‌شود، در نتیجه ابتدا اجتناب، پریشانی و ترس از چالش‌ها و در نهایت ناگویی خلقی کاهش می‌یابد (۲۶). هدف اصلی درمان پذیرش و تعهد ایجاد و افزایش انعطاف‌پذیری است. ایجاد توانایی انتخاب گزینه‌ای از بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر باشد باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی و احساس آرامش می‌شود و به افراد کمک می‌کند که با منابع استرس‌زا به شکل سازگار مقابله کنند. از طرفی این درمان به افراد در شناسایی هیجان‌ها و حالت‌های هیجانی و نحوه ابراز هیجان کمک کرده و باعث کاهش ناگویی خلقی می‌شود (۲۷). درمان پذیرش و تعهد می‌خواهد مراجع تمرکزش را از تغییر و کاهش نشانه به داشتن یک زندگی ارزشمند تغییر دهد (۱۲).

نتایج دیگر پژوهش نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر کاهش مشکلات بین فردی مردان دارای اختلال مصرف مواد اثربخش است. این یافته، با نتایج پژوهش‌های پیشین همخوان بود (۲۸-۳۲).

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که درمان پذیرش و تعهد می‌تواند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را از طریق ذهن آگاهی و فرایند پذیرش، گسلش از افکار، هیجانات، باورها، ارزش‌ها و عمل متعهدانه پرورش دهد. تمرینات ذهن آگاهی با معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون آموزش پذیرش، مشاهده‌گری و توصیف به‌جای قضاوت مشکلات بین فردی را در افراد تعدیل می‌کند (۲۸). تقویت کردن فرایندهای پذیرش، گسلش، خود

References

1. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Reduction of Interpersonal Problems and Experiential Avoidance in University Students. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2017;15(2):168-74.
2. Amin Pur R, Ghorbani M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on stress coping strategies in women with ulcerative colitis. *GOVARESH*. 2015;20(1):34-42.
3. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The Twenty-Item Toronto Alexithymia scale-I: Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*. 1994;38(2):23-32.
4. Barkham M, Hardy GE, Startup M. The IIP-32: A short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *British Journal of Clinical Psychology*. 1996;35(1):21-36.
5. Besharat M. Attachment Styles and Alexithymia. *Psychological Research* 2010;12(3):63-80.
6. Darvish Baseri L, DashtBozorgi Z. Effectiveness of Group Therapy Based on Acceptance and Commitment on Cognitive Emotion Regulation and Alexithymia of Patients with Type 2 Diabetes. *Journal of Nursing Education*. 2017;5(1):7-14.
7. Fath N, Azad Fallah P, Rasool-zadeh Tabatabaei SK, Rahimi C. Validity and Reliability of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32). *Journal of Clinical Psychology*. 2013;5(3):69-80.

8. George B, de Guzman RG. Effectiveness of acceptance and commitment therapy based intervention program (ACTP) on perceived stress and emotion regulation among alcoholics in Kerala, India. *Indian Journal of Positive Psychology*. 2015;6(1):10-8.
9. Gifford EV, Kohlenberg BS, Hayes SC, Antonuccio DO, Piasecki MM, Rasmussen-tall ML, et al. Acceptance-based treatment for smoking cessation. *Behavior therapy*. 2004;35(2):698-705.
10. Hayes SC, Hofmann SG. The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care.. *World Psychiatry*. 2017;16(6):245-6.
11. Hayes SC, Levin M. *Mindfulness and Acceptance for Addictive Behaviors: Applying Contextual CBT to Substance Abuse and Behavioral Addictions*.. Oakland, California, United States: New Harbinger Publications.; 2012.
12. Heaven PCL, Ciarrochi J, Hurrell K. The distinctiveness and utility of a brief measure of alexithymia for adolescents. *Personality and Individual Differences*. 2010;49(3):222-7.
13. Horowitz LM, Rosenberg SE, Bartholomew K. Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1993;61(4):549-60.
14. Hoseini Kotaki SZ, Najafi M, Mohammadifar MA. A Comparison of Alexithymia, Character and Temperament, and Aggression between Addicts and Healthy Individuals. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2017;14(4):455-63.
15. Jamshidi A, Asadi M, Asadian S. The Relationship of Family Risk Factors and Protective factors with Drug Use among Adolescents. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2019;17(3):416-23.
16. Lee EB, An W, Levin ME, Twohig MP. An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. *Drug and alcohol dependence*.. 2015;155(4):1-7.
17. Levin ME, Lillis J, Seeley J, Hayes SC, Pistorello J, Biglan A. Exploring the relationship between experiential avoidance, alcohol use disorders, and alcohol-related problems among first-year college students. . *Journal of American College Health*. 2012;60(5):443-8.
18. Luoma J, Haye S, Walser R. *Learning, ACT: An Acceptance and Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA:: New Harbinger Publications; 2007.
19. Luoma JB, S.C. H, Kohlenberg G. Substance abuse and psychological flexibility: the development of a new measure.. *Addict Res Theory*. 2011;19(1):3-13.
20. M.J. P, de Bruin HA, de Haan TK. The prediction of alexithymia as a state or trait characteristic in patients with substance use disorder and PTSD. *Psychiatry Researc*. 2019;40(7):1-14.
21. Mahapatra A, Sharma P. Association of Internet addiction and alexithymia—A scoping review. *Addictive behaviors*. 2018;81:175-82.
22. McCrady B. To have but one true friend: implications for practice of research on alcohol use disorders and social networks.. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2004;18(7):113-21.
23. McKay M, Lev A, Skeen M. *Acceptance and commitment therapy for interpersonal problems: Using mindfulness, acceptance, and schema awareness to change interpersonal behaviors*. Oakland, California, United States: New Harbinger Publications.; 2012.
24. Morrison KL, Smith BM, Ong CW, Lee EB, Friedel JE, Odum A, et al. Effects of acceptance and commitment therapy on impulsive decision-making.. *Behavior Modification*. 2020;44(4):600-23.
25. Najafi M, Mohammadifar MA, Abdollahi M. The Role of Emotional Performance and Tendency to Substance Abuse: The Role of Emotion Regulation, Distress Tolerance, and Emotion Desire Social Health and Addiction Journal 2015;5(2):53-68.
26. Norouzi M, Zargar F, Norouzi F. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on interpersonal problems and difficulties in emotion regulation among university students. *Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2017;11(3):1-7.
27. Norozi M, Zargar F, Akbari H. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Reduction of Interpersonal Problems and Experiential Avoidance in University Students. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2017;15(2):168-74.

28. Quinlan E, Deane FP, Crowe T. Pilot of an acceptance and commitment therapy and schema group intervention for mental health carer's interpersonal problems. *Journal of contextual behavioral science*. 2018;9:53-62.
29. Rostami R, Dasht Bozorgi Z. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Resiliency and Alexithymia of Somatic Symptoms.. *Practice in Clinical Psychology*. 2019;7(2):87-94.
30. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. The alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*. 1991;32(2):153-64.
31. Vanheule S, Desmet M, Meganck R, Bogaerts S. Alexithymia and interpersonal problems. *Journal of clinical psychology*. 2007;63(1):109-17.
32. Wang C, Mo J, Niu X, Jia X, Lin L. The role of interpersonal problems and family environment in the association between impulsivity and suicidal ideation: a moderate mediation model. *The Journal of nervous mental disease*. 2019;207(1):22-8.
33. White R, Gumley A, McTaggart J, Rattrie L, McConville D, Cleare S, et al. A feasibility study of Acceptance and Commitment Therapy for emotional dysfunction following psychosis.. *Behaviour research and therapy*. 2011;49(12):901-7.
34. Witkiewitz K, Marlatt GA. Comment: Emphasis on interpersonal factors in a dynamic model of relapse. *American Psychologist*. 2005;60(4):340-9.
35. Zanganeh Motlag F, Bani- Jamali S-S, Ahadi H, Hatami HR. The effectiveness of couples therapy based on acceptance and commitment and emotionally focused couples therapy on improvement of intimacy and reduction of Alexithymia among Couples. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2017;12(44):47-56.