

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در پیشگیری از عود در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین

کیومرث ارجمند قجور^{۱*}، مجید محمود علیلو^۲، زینب خانجانی^۲، عباس بخشی پور^۲

۱- دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۲- استاد، گروه روانشناسی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

یافته / دوره بیست و یکم / شماره ۱ / بهار ۹۸ / مسلسل ۷۹

چکیده

دریافت مقاله: ۹۲/۱۰/۱ پذیرش مقاله: ۹۲/۱۱/۱۳

مقدمه: امروزه، سوء مصرف مواد به یکی از مشکلات اساسی در جوامع تبدیل شده و شیوع آن در بین جوانان بیشتر شده است. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در پیشگیری از عود در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین بود.

مواد و روش‌ها: 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 ساختار یافته و به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. از ابزارهای پژوهش مانند مصاحبه بالینی ساختار یافته (SCID)، پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، آزمایش ادرار، مقیاس هشداردهنده عود اعتیاد گورسکی، 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 کاهش احتمال عود در بیماران از لحاظ آماری ($P < 0/05$)، بالینی و سنجش عملیاتی معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری: بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در پیشگیری از عود در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین مؤثر است. واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پیشگیری از عود، مت‌آمفتامین.

*آدرس مکاتبه: تبریز، بلوار ۲۹ بهمن، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

پست الکترونیک: Arjomand_k@yahoo.com

مقدمه

اعتیاد یک بیماری مزمن و پیش‌رونده‌ی مغزی بوده که دارای تاثیرات عمیق اجتماعی، روانشناختی، جسمی و اقتصادی می‌باشد. سوءمصرف مواد، به ویژه در بین نسل جوان رو به افزایش است (۱). مصرف مواد از لحاظ نوع و تاثیراتی که بر فرد مصرف‌کننده می‌گذارد به انواع مختلفی تقسیم می‌شوند. مت‌آمفتامین شکل قوی آمفتامین است که سوءمصرف‌کنندگان آن را به شکل استنشاقی، تدریجی یا تزریقی وریدی مصرف می‌کنند. اثرات روان‌شناختی آن ساعت‌ها طول می‌کشد و اثرات بسیار قوی دارد. برخلاف کوکائین که بایستی از خارج وارد شود، مت‌آمفتامین یک داروی صناعی است که می‌توان آن را در آزمایشگاه‌های غیر قانونی محلی تولید کرد (۲). شواهد روزافزون زیادی وجود دارد که مصرف طولانی مدت مواد محرک مانند مت‌آمفتامین‌ها، تغییرات ماندگاری را در سیستم انتقال دهنده‌های عصبی دوپامین به وجود می‌آورد و چون این سیستم انتقال‌دهنده عصبی در کارکردهای شناختی، حرکتی و پاداش درگیر هستند، دامنه وسیعی از الگوهای رفتاری و شناختی را در برمی‌گیرند (۳)، به عنوان مثال، مصرف طولانی مدت مت‌آمفتامین و کوکائین با کاهش کارکرد گیرنده‌های دوپامین (۴) و اختلال در کارکرد قشر پیش‌پیشانی (۵)، کمربند قدامی و مخچه باعث اختلال در حافظه، شناخت‌ها و هیجانات می‌شود که این عوامل با ایجاد ولع مصرف، لغزش و عود به رغم میل فرد در ارتباط است (۶).

عود یکی از جنبه‌های مهم اعتیاد است که پس از دوره‌ای از قطع مصرف و طی تلاش‌های بازدارنده بروز می‌کند. عود از بحث‌انگیزترین پدیده‌ها در رابطه با مباحث اعتیاد در میان پژوهشگران و همچنین یکی از عوامل ناامیدی به ترک در میان افراد به ترک انواع اعتیاد است (۷). معانی و تعریف‌هایی از پدیده عود ارائه شده است که تغییرات مختلفی نیز در آنها، در طول سال‌ها، اعمال شده

است. عود در ابتدا به عنوان یک شکست فردی در ترک و یا درمان تلقی می‌شد، سپس، عود را اینگونه تعریف می‌کند: «عود فرآیند بازگشت به اعمال غیرسالم گذشته است که فرد را به استفاده مجدد از ماده وادار و ترغیب می‌کند». به طور معمول، افرادی که درگیر عود می‌شوند، نشانه‌هایی از تغییر در افکار، نگرش‌ها، هیجانات و اعمالشان دیده می‌شود (۸). پیشگیری از عود نیز به آن دسته از شیوه‌های نظام‌مند (سیستماتیک) آموزش به بیماران بهبود یافته گفته می‌شود تا از این طریق بتوانند نشانه‌های هشدار دهنده بازگشت را شناسایی و آنها را کنترل کنند (۹).

پدیده بازگشت و عود مصرف مواد یکی از معضلات اصلی درمان افراد دچار سوءمصرف مواد است. تاریخچه پیشگیری از عود اعتیاد به اواسط دهه ۱۹۷۰ برمی‌گردد. در طی این سال‌ها عده‌ای به رواج راهبردهای پیشگیری علاقه‌مند شدند (۱۰). به نظر می‌رسد که بازگشت رفتارهای اعتیادی (مانند سوءمصرف مواد، الکل، قماربازی) در افراد وابسته به مواد نسبتاً رایج است. حدود ۲۰ تا ۸۰ درصد از معتادان ظرف یک سال اول درمان اعتیاد دچار عود می‌شوند (۱۱). مارلات و گوردون (۱۲) احتمال بازگشت به مواد را در خوشبینانه‌ترین شکل تا ۵۰ درصد پیش‌بینی کرده‌اند؛ به نظر آنان این احتمال تا ۹۰ درصد نیز متغیر است. کوب (۱۳) نیز تخمین می‌زند ۸۰ درصد از معتادانی که دوره سم‌زدایی را با موفقیت پشت سر گذاشته‌اند، ظرف مدت یک سال و یا کمتر به مصرف مجدد روی می‌آورند و تنها ۲۰ درصد از آنها بهبودی خود را پس از سم‌زدایی ادامه می‌دهند.

با توجه به اینکه اعتیاد پدیده‌ای چند عاملی است به منظور بهبود کامل بایستی چندین دوره درمانی صورت گیرد (۱۴). دو مقوله اصلی در درمان اعتیاد، دارودرمانی و روان‌درمانی است. در سال‌های اخیر گرایش به درمان‌های تکمیلی و جایگزین افزایش یافته است و به عنوان یک

مقابله کرده و به دنبال آن میزان لغزش و عود را پایین بیاورند (۱۷).

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای درمان طیف گسترده‌ای از وضعیت‌های بالینی معلوم شده است (۱۵). بررسی‌ها نشان می‌دهند که درمان‌های مبتنی بر موج سوم، در اختلال سوءمصرف مواد و پیشگیری از احتمال لغزش و عود، کاهش فشار روانی، درد مزمن، اضطراب، افسردگی، اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، اختلال پس از استرس ضربه‌ای و سایر اختلال‌ها مؤثر می‌باشند (۱۸). مرور پیشینه‌ی پژوهشی نشان می‌دهد که وسوسه و ولع مصرف معتادان، نه تنها با احتمال لغزش و عود، بلکه با ویژگی‌های تعیین‌کننده شدت اعتیاد، طول مدت آن، ترک‌های ناموفق و عوامل دیگر مرتبط با آن مانند سوءمصرف چند دارو (۱۹،۲۰) نیز، ارتباط مستقیمی داشته و از آنها تأثیر می‌پذیرد. همچنین نتایج فراتحلیل لی و همکاران (۲۱) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله امیدبخش برای اختلالات مصرف مواد به ویژه در پیشگیری از عود است. برخی از پژوهشگران بر این باورند که به کارگیری این روش درمانی به علت مکانیزم‌های نهفته در آن مثل پذیرش، افزایش آگاهی، عمل متعهدانه، خود به عنوان زمینه، حضور در لحظه حال، مشاهده‌گری بدون قضاوت و داوری، رویارویی و رهاسازی در ترکیب با فنون رفتار درمانی‌شناختی سنتی می‌تواند موجب افزایش اثربخشی درمان و پیشگیری از عود مصرف مواد گردد (۲۲). توهیگ و همکاران (۲۳) در یک پژوهش موردی اثربخشی این درمان را بر سه بیمار وابسته به مواد مورد سنجش قرار دادند. نتایج بهبود افسردگی، اضطراب، کاهش ولع مصرف، پیشگیری از عود و سطوح کلی اجتناب تجربه‌ای نسبت به خط پایه را نشان داد. دباغی و همکاران (۲۴) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی شناخت درمانی گروهی برپایه تفکر نظاره‌ای (ذهن‌آگاهی) و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی در

درمان فرعی و الحاقی و به طور کلی به عنوان درمان حمایتی در بسیاری از مراکز درمانی و مراقبتی اعتیاد روبه افزایش است.

درمان‌های موج سوم که به آنها درمان‌های پذیرش هم گفته می‌شود، شاخه‌ای از درمان‌های جدید روانشناختی می‌باشد. درمان‌های موج سوم، بر مبنای این فرضیه روی کار آمدند که مشکلات روانی به این دلیل ایجاد می‌شوند که افراد نمی‌خواهند هیجان‌ها، احساسات، افکار ناخوشایند و دردهای بدنی را تجربه کنند. به همین دلیل وقتی کوچکترین اثری از این تجارب درونی ناخوشایند پیدا می‌کنند، به هر طریقی سعی در برطرف کردن آن می‌کنند (۱۵).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یا ACT، که حاصل از موج سوم روان‌درمانی است و توسط استیون هیز و همکاران (۱۶) در دانشگاه نوادا مطرح و شناخته شد، توانسته در کاهش دردهای مزمن، خودبیمارانگاری و کاهش رفتارهای خطرناک معتادان مفید باشد. در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یافته و متقابلاً اعمال کنترل نامؤثر کاهش یابد (۱۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل استفاده از تکنیک‌های مختلف و توجه به مفاهیمی مانند پذیرش، ذهن آگاهی (خود به عنوان زمینه)، زندگی در لحظه اکنون، گسلش شناختی، ارزش‌ها و عمل متعهدانه که باعث انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود، می‌تواند ضمن کاهش وسوسه، علائم و پیامدهای قطع مصرف مواد، اثربخشی درمان و جلوگیری از لغزش و عود بیمار را بالا ببرد (۱۷). فرآیندهای اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال آن است که به افراد مختلف از جمله بیماران وابسته به مواد بیاموزد چگونه دست از بازداری فکر بردارند، چگونه از افکار مزاحم بگسلند و چگونه هیجان‌ات نامطبوع را بیشتر تحمل کنند تا بتوانند با وسوسه‌ی مصرف مواد

بالینی ساختاریافته، انتخاب شد. نمونه مورد پژوهش پس از احراز شرایط پژوهش یعنی ملاک‌های ورود و خروج این تحقیق، وارد فرآیند مطالعه شدند. معیارهای ورود عبارت بودند از: ابتلاء فرد به اختلال وابستگی به مت‌آفتامین، عدم دریافت سایر درمان‌های دارویی و غیردارویی در حین اجرای پژوهش، سابقه قبلی از حداقل یکبار عود، سن ۳۰ تا ۴۰ سال، داشتن انگیزه جهت شرکت در جلسات درمانی و حداقل تحصیلات زیر دیپلم. معیارهای خروج عبارت بودند از: ابتلا به سایر اختلالات روانی به ویژه سایکوز، دریافت درمان‌های دیگر به غیر از درمان ACT در زمان اجرای پژوهش، نداشتن سابقه عود، سن پایین‌تر از ۳۰ و بالاتر از ۴۰، عدم انگیزه جهت ادامه دادن جلسات و خطر آشکار خودکشی.

ابزارهای سنجش عبارتند از:

مصاحبه بالینی ساختار یافته (SCID): این مصاحبه بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای وابستگی به مت‌آفتامین و برای تأیید تشخیص ثبت شده در پرونده بیماران انجام گرفت. تران و اسمیت (۲۷)، ضریب کاپای ۶۰ درصد را به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش کرده‌اند. در بررسی شریفی و همکاران (۲۸)، 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) به دست آمده نیز خوب بود.

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

آزمایش ادرار (کیت ادرار شیشه): به منظور تشخیص وابستگی به مت‌آفتامین از کیت ادرار شیشه استفاده شد.

پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی به این نتیجه دست یافتند که دو روش شناختی-رفتاری و شناخت درمانی مبتنی بر تفکر نظاره‌ای در کاهش میزان عود، افزایش اطاعت درمانی، مدت باقی ماندن در درمان، کاهش مصرف مواد افیونی، علائم جسمانی، اضطراب، بهبود کارکرد اجتماعی و افزایش تأثیر معنویت بر رفتار از نالترکسون مؤثرترند. تامرادی و خسروی (۲۵) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کنترل تکانه و عود در معتادان به این نتیجه دست یافتند که درمان ACT در کاهش و کنترل تکانه و عود در معتادان اثربخش بوده است. زرگر (۲۶) در مقاله‌ای مروری تحت عنوان موج سوم رفتار درمانی، با تأکید بر رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش، روش‌های موج سوم رفتاردرمانی را مطرح کردند و همچنین اثربخشی این روش را در جلوگیری از عود مواد افیونی موثر دانستند.

بنابراین با توجه به مباحث مطرح شده و نظر به اینکه ارائه‌ی راهکارهای پیشگیری از عود در بیماران وابسته به مت‌آفتامین از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد، ضرورت انجام مطالعه حاضر احساس شده و این فرضیه مطرح می‌شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در پیشگیری از عود در بیماران وابسته به مت‌آفتامین مؤثر است.

مواد و روش‌ها

طرح این پژوهش، از نوع طرح خط پایه چندگانه ناهمزمان یا پلکانی با آزمودنی‌های متفاوت و سنجش پیوسته بود. نمونه آماری در پژوهش حاضر شامل ۳ نفر از بیماران مرد وابسته به مت‌آفتامین بود که از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند 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

پروتکل تحت روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار خواهند گرفت. این پروتکل توسط اصغری و همکاران (۳۲) ترجمه شده است.

روش اجرا

بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش 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 و پس از تشریح اهداف پژوهش، رضایت‌نامه کتبی از آن‌ها اخذ شد. بعد از آنکه بیماران بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند، به‌طور همزمان وارد مرحله خط پایه شدند 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 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.

مقیاس هشداردهنده عود اعتیاد گورسکی: این مقیاس دارای ۳۷ سؤال ۵ گزینه‌ای است که به منظور ثبت و اندازه‌گیری وضعیت روانی فرد وابسته به مواد مورد استفاده قرار می‌گیرد و هر گزینه از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود که در آن حداقل نمره ۰ که نشان‌دهنده کمترین میزان وسوسه و وابستگی به مواد بوده و حداکثر آن ۱۴۸ که بیانگر بیشترین وسوسه و وابستگی به مواد است. نمره برش این مقیاس ۸۵ می‌باشد. هر چه معتاد طی ترک بیشتر تحت تاثیر عوامل مختلف جسمی، روانی و اجتماعی قرار گرفته و مجدداً به سوی مواد کشیده شود، علائم بیشتر از خود بروز خواهد داد. تا جایی که در سئوال‌ات انتهایی پرسشنامه علائم به گونه‌ای است که بیمار به‌طور کلی از اطرافیان بریده و در اثر استیصال به مواد پناه برده است (۲۹). ضریب پایایی آزمون توسط اسعدی (۳۰) با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش شده است. در پژوهش نیکنام و همکاران (۳۱) نتایج حاصل از بررسی پایایی پرسشنامه نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس برابر ۰/۸۴ می‌باشد و برای محاسبه ضریب روایی مقیاس علاوه بر اینکه از نظر محتوایی توسط متخصصان بالینی مورد قضاوت بالینی قرار گرفته است از طریق ضریب همبستگی پیرسون بین داده‌های این مقیاس با داده‌های مربوط به پاک‌ی معتادان مورد مطالعه قرار گرفت و ضریب روایی (I-۰/۷۲۷) محاسبه گردید که نشانگر اعتبار بالای این مقیاس و اندازه‌گیری صفت مورد مطالعه یعنی عود اعتیاد است. روایی صوری و محتوایی آن توسط سه تن از متخصصین روانشناسی بالینی تایید شده است.

پروتکل انفرادی ACT برای افراد سوءمصرف

کننده مواد

این پروتکل درمانی توسط ویلسون، گیفورد و بتن (۳۲) و تحت نظارت استیون هیز تدوین شده است. در این پژوهش بیماران به تعداد ۱۲ جلسه و بر اساس این

یافته‌ها

در جدول ۲ ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها ارائه شده است.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش

شرکت کننده	سن	وضعیت تاهل	میزان تحصیلات	وضعیت اشتغال	اقدامات درمانی قبلی	مدت وابستگی ترک	سابقه
بیمار اول	۳۹	متاهل	دیپلم	نانوایی	دارودرمانی	۵ سال	دو بار
بیمار دوم	۳۰	متاهل	زیردیپلم	بیکار	دارودرمانی	۳ سال	یک بار
بیمار سوم	۳۶	متاهل	دیپلم	راننده	کمپ ترک اعتیاد	۲ سال	یک بار

در جدول ۳ درصد بهبودی و شاخص تغییر پایای بیماران در مقیاس هشدار دهنده عود اعتیاد نشان داده شده است.

جدول ۳. درصد بهبودی و شاخص تغییر پایای بیماران در مقیاس هشداردهنده عود اعتیاد

فرایند درمان	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم
خط پایه اول	۱۲۴	۱۱۵	۱۳۶
جلسه اول	۱۲۶	۱۱۲	۱۳۳
جلسه دوازدهم	۷۳	۶۱	۷۸
شاخص تغییر پایا (RCI)	-۶/۲۵	-۶/۶۲	-۷/۱۱
درصد بهبودی	۴۱٪	۴۶٪	۴۲٪
درصد بهبودی کلی		۴۳٪	
پیگیری نوبت سوم	۷۸	۶۹	۸۴
شاخص تغییر پایا (RCI)	-۵/۶۴	-۵/۶۴	-۶/۳۸
درصد بهبودی	۳۷٪	۴۰٪	۳۸٪
درصد بهبودی کلی		۳۸٪/۳۳	

علامت منفی (-) نشان‌دهنده تغییر کاهشی نمرات می‌باشد.

همانطور که داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهد، بیمار اول در مرحله خط پایه نمرات بالایی در مقیاس هشداردهنده عود اعتیاد داشته که در جلسه آخر درمان به بهبودی ۴۱٪ و بعد از مرحله سوم پیگیری به ۳۷٪ رسیده است. با توجه به شاخص تغییر پایای بدست آمده این

جدول ۱. ساختار جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای

سوءمصرف‌کنندگان مواد

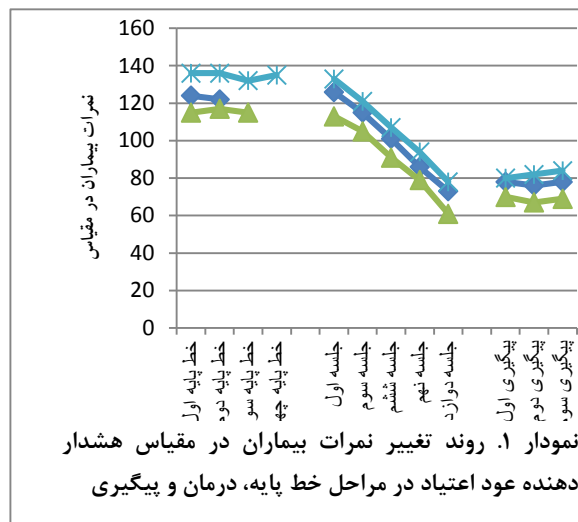
ساختار جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آماده شدن برای شروع (استعاره‌ها و تمرین‌ها شامل ترن هوایی، پاک کردن گل ولای لیوان و رفتن در باتلاق).
جلسه دوم	آگاهی نسبت به هزینه‌هایی که فرد به دنبال مصرف مواد متحمل می‌شود (استعاره‌ها و تمرین‌های صورت برداری، پاک کردن گل و لای از لیوان و راه رفتن در باتلاق).
جلسه سوم	مواجهه با سیستم: نامیدی 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 برنامه ریزی (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 آرایه تمرین عملی).
جلسه یازدهم	گسترش تمایل هیجانی به زندگی واقعی: تعهد دادن (تعهد رفتاری و پایبندی به آن، تمام کردن کار ناتمام و...).
جلسه دوازدهم	جمع بندی و ارزیابی کلی درمان.

آنالیز آماری

همانند اکثر طرح‌های تک موردی نخستین روش تحلیل نتایج حاصله، استفاده از روش استاندارد ترسیم دیداری یا چشمی بود. همچنین از روش شاخص تغییر پایا (RCI) جیکوبسون، فولتی و رونستروف (۳۳) با فرمول اصلاح‌شده کریستنسن و مندوزا برای محاسبه تغییر آماری معنادار نمرات استفاده شد. برای بررسی بهبودی یا تغییر بالینی معنادار یا سنجش پیشرفت مراجعان در تغییر متغیرهای آماجی علاوه بر در نظر گرفتن نقطه‌ی برش ابزارها از روش درصد بهبودی نیز استفاده گردید. جهت بررسی میزان اثربخشی، از شاخص‌های شش‌گانه اثربخشی (سنجش عملیاتی) اینگرم، هاپس و اسکات (۳۴) نیز استفاده شد.

بیمار به زیر نقطه برش یعنی ۸۵ و درصد بهبودی قابل ملاحظه در مرحله پس از درمان (۴۲٪) و بعد از پیگیری (۳۸٪) دلیلی بر معناداری تغییر در شدت علائم هشدار دهنده عود بیمار از لحاظ بالینی است.

بنابراین با توجه به موارد فوق و درصد بهبودی کلی به دست آمده در مرحله پس از درمان (۴۳٪) و مرحله پیگیری (۳۸٪/۳۳) فرضیه پژوهش تایید می‌شود و نتیجه می‌گیریم که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در پیشگیری از عود در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین مؤثر است.



همانطور که نمودار ۱ نشان می‌دهد، در مرحله خط پایه و در هر سه بیمار، سطح نمرات مقیاس هشداردهنده عود اعتیاد بالاست و با ورود به مرحله درمان، نمودار سیر نزولی پیدا کرده و همین روند تا آخر این مرحله ادامه دارد. در مرحله پیگیری با کمی کاهش درصد بهبودی، تغییرات زیادی مشاهده نمی‌شود و حاکی از پایداری نتایج دارد و در مقایسه با مرحله خط پایه کاهش علائم هشداردهنده اعتیاد وجود دارد، هر چند تفاوت‌هایی در بین بیماران مشاهده می‌شود.

همچنین در بررسی شاخص‌های شش‌گانه اثربخشی (سنجش عملیاتی) از دیدگاه اینگرم، هاپس و اسکات (۳۴)، نتایج زیر بدست آمد:

بیمار در مرحله پس از درمان ($RCI = -6/25$) و در آخر مرحله پیگیری ($RCI = -5/64$) و معناداری آن‌ها در سطح ($p < 0.05$) حاکی از معنادار بودن تغییر و بهبودی بوجود آمده در روند و شدت علائم هشدار دهنده عود از نظر آماری است (مقدار شاخص تغییر پایا از ارزش Z یعنی $1/96$ بیشتر است). همچنین با در نظر گرفتن کاهش نمرات بیمار به زیر نقطه برش یعنی ۸۵ و درصد بهبودی بدست آمده در مرحله اتمام درمان (۴۱) و پیگیری (۳۷) نشانگر معناداری قابل قبول تغییر از نظر بالینی می‌باشد.

در بیمار دوم هم در مرحله خط پایه روند تغییرات در حد ثابتی قرار دارد و به مانند بیمار اول روند تغییرات مثبت پس از طی نمودن مراحل درمان ایجاد شده و درصد بهبودی ۴۶٪ بدست آمده است. شاخص تغییر پایای بدست آمده از مرحله خط پایه به مرحله پس از درمان در نمرات مقیاس هشدار دهنده عود اعتیاد گورسکی، ($RCI = -6/62$) و پس از نوبت سوم پیگیری ($RCI = -5/64$) نسبت به مرحله خط پایه، حاکی از معنادار بودن تغییر در روند و شدت علائم هشدار دهنده عود بیمار از نظر آماری است. همچنین با کاهش نمرات بیمار به زیر نقطه برش (۸۵) و درصد بهبودی (۴۶٪) در جلسه آخر مرحله درمان و اتمام مرحله پیگیری (۴۰٪) نشانگر تاثیر معنادار این روش مداخله از نظر بالینی می‌باشد.

بیمار سوم نیز درصد بهبودی ۴۲٪ را پس از مرحله درمان نشان می‌دهد و پیگیری ۶ هفته‌ای نیز نشان می‌دهد ماندگاری نتایج درمانی در این بیمار کمی پایین آمده و به درصد بهبودی ۳۸٪ رسیده است. با توجه به نتایج بدست آمده، این بیمار نیز از نظر آماری کاهش معناداری را در جلسه آخر درمان نسبت به مرحله خط پایه در سطح معناداری ($p < 0.05$) با شاخص تغییر پایای از خود نشان می‌دهد. کاهش نمرات

حاضر مواردی مانند تخفیف هزینه درمان، انجام مصاحبه انگیزشی و انعطاف‌پذیری بالای درمان در نظر گرفته شد و هر سه بیمار با انگیزه بهتر تا آخر درمان حضور داشتند، اگر چه در مورد بیمار سوم به دلیل شغل رانندگی، برخی از جلسات با تاخیر شروع می‌شد.

۵- ایمنی (آیا در اثر درمان، سلامت روانی و جسمی بیماران افزایش یافته است؟): نتایج نشان می‌دهد سلامت روانی و جسمی بیماران در فرآیند درمان کاهش نیافته است، و در اکثر آماج‌های درمانی، در هر سه بیمار با در نظر گرفتن برخی نوسانات در روند تغییرات، بهبودی مشاهده می‌شود و وضعیت نمرات بیماران در مقیاس ارزیابی کلی عملکرد (GAF) و بهبود عملکرد در سایر حوزه‌های زندگی دلیل دیگری بر این ادعا می‌باشد.

۶- ثبات (دستاوردهای درمان چقدر دوام داشته است؟): نتایج شش هفته پیگیری در مطالعه حاضر حاکی از این است که در اغلب آماج‌های درمانی، دستاوردهای درمان دوام داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در پیشگیری از عود در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین انجام شد. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پیشگیری از عود در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین موثر است. همچنین در بررسی شاخص‌های شش‌گانه اثربخشی (سنجش عملیاتی) از دیدگاه اینگرم، هایس و اسکات (۳۴) از جمله اندازه تغییر، کلیت تغییر، عمومیت تغییر، میزان پذیرش، ایمنی و ثبات، نتایج حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پیشگیری از عود در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین است. نتایج به دست آمده با یافته‌های پژوهش توهیگ و همکاران (۲۳)؛ ویتکویتز، مارلات و واکر (۱۸)؛ لی و همکاران (۲۱)؛ بریسلین، زاک و

۱- اندازه تغییر (چقدر کاهش در آماج‌های اصلی درمان اتفاق افتاده است؟): یافته‌های پژوهش حاکی از این است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش احتمال عود بیماران وابسته به مت‌آمفتامین موثر است، چرا که بیماران به درصد بهبودی کلی ۴۳ درصد بعد از مداخله و ۳۸/۳۳ درصد بعد از پیگیری دست یافته‌اند و سطح نمرات آنها در مرحله بعد از درمان و بعد از مرحله پیگیری در مقایسه با مرحله خط پایه کاهش داشته و تغییراتی در آنها مشاهده می‌شود.

۲- کلیت تغییر (چند درصد از بیماران تغییر کرده‌اند و چند درصد تغییر نکرده‌اند؟): یافته‌ها نشان می‌دهد که هر سه بیمار نسبت به مرحله خط پایه در فرآیند درمان و پس از آن، تغییرات محسوسی در آماج درمانی داشته‌اند و تغییرات به وجود آمده هم از لحاظ آماری و هم از لحاظ بالینی معنادار می‌باشد.

۳- عمومیت تغییر (در سایر حوزه‌های زندگی مانند عملکرد شغلی، اجتماعی و روانشناختی چقدر تغییر رخ داده است؟): مقیاس ارزیابی کلی عملکرد (GAF) حاکی از این است که هر سه بیمار بعد از فرآیند درمان و پیگیری در افزایش عملکرد شغلی، اجتماعی و روانشناختی تا اندازه‌ای پیشرفت نموده‌اند. نمرات هر یک از بیماران در مقیاس ارزیابی کلی عملکرد (GAF) به شرح جدول ۴ می‌باشد.

جدول ۴. نمرات بیماران در مقیاس ارزیابی کلی عملکرد

GAF قبل و بعد از درمان ACT		
آزمودنی	قبل از درمان	بعد از درمان
بیمار اول	۴۵	۷۵
بیمار دوم	۴۰	۷۰
بیمار سوم	۴۵	۸۰

با توجه به نتایج جدول ۴ می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر سایر حوزه‌های زندگی از جمله عملکرد شغلی، اجتماعی و روانشناختی تاثیر مثبتی گذاشته است.

۴- میزان پذیرش (افراد تا چه اندازه در فرآیند درمان مشارکت داشته و آن را به پایان رسانده‌اند؟): در مطالعه

مک ماین، (۲۲) و تامرادی و خسروی (۲۵) همخوانی دارد.

در ارتباط با یافته‌ی این پژوهش و تبیین آن می‌توان گفت که اساس درمان پذیرش و تعهد مدل جدیدی از شناخت آدمی است. این مدل به افراد کمک می‌کند در دیدگاه خویش نسبت به مشکلات و مسیری که زندگی آن‌ها در آن جریان دارد تغییر ایجاد کنند. بسیاری از درمان‌ها به درمانجویان کمک می‌کنند تا احساس بهتری داشته باشند. ولی درمان پذیرش و تعهد صراحتاً بر زندگی بهتر تمرکز دارد، صرف‌نظر از اینکه زندگی بهتر با احساس بهتر همراه باشد یا نباشد (۱۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق آموزش، فضایی را برای مراجعان ایجاد کرد تا نگرشی مثبت به افکار، احساسات و خاطرات ناراحت‌کننده‌ای که می‌تواند زمینه وسوسه و عود را مهیا کند، بوجود آورند. در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد هر شش فرآیند بنیادین درمان، یعنی پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان اکنون، عمل متعهدانه، خود به عنوان زمینه و ارزشها، با هم ترکیب می‌شوند تا انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را پدید آورند (۱۷)، مواردی که در اثربخشی درمان ACT در پیشگیری از عود می‌تواند موثر باشد. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که این شش فرآیند اساسی درمان که همه‌ی آن‌ها انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را حمایت می‌کنند، تقویت نماید. در حقیقت زمانی که فرد شدیداً در چرخه‌ی اجتناب تجربی، آمیختگی شناختی گیر کند، دچار انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی شده است (۱۵). انعطاف‌پذیری ذهنی می‌تواند فرد را از دام افکار ناکارآمد و وسوسه‌هایی برهاند که زمینه‌ساز لغزش و عود مصرف مواد و گرایش به مصرف مواد است. بدین ترتیب آموزش راهبردهایی چون ذهن‌آگاهی می‌تواند این افراد را از بند افکار ناکارآمد و وسوسه‌ها برهاند و متعاقباً افراد دارای وابستگی به مواد بتوانند در مواجهه با استرس‌های روزانه و مشکلات روزمره

بهتر و معقولانه‌تر با وسوسه‌ها و لغزش و گرایش دوباره به مصرف مواد کنار آیند.

در تبیین دیگر یافته‌ی پژوهش در خصوص اثربخشی درمان ACT در پیشگیری از عود می‌توان گفت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مفهوم درهم‌آمیختگی یا گسلش 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 گسلش شناختی قرار می‌گیرند و وقتی فرد با افکارش درهم می‌آمیزد، نمی‌تواند قضاوت ذهنی خودش از واقعیت را از خود واقعیت تمیز دهد (۱۵). 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 اگر بتوانند تجربیات خود را بپذیرند و تحمل کنند، به همان میزان می‌توانند مستقل از این تجربیات عمل کنند.

با توجه به اینکه عود و بازگشت مجدد به مصرف مواد، از ویژگی‌های مشکل‌ساز و شایع اختلالات مصرف مواد است، یک نیاز بزرگ به ارائه درمان‌هایی برای مصرف مواد احساس می‌شود که نتایج را در طول زمان حفظ کند. به نظر می‌رسد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اثر بالقوه بزرگ‌تری را در دوره پیگیری نسبت به بعد از درمان نشان داده است که با نظریه‌پردازی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همسان است که در آن افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بعد از درمان ممکن است به ادامه تغییر رفتاری مثبت و رشد در طول زمان منجر شود.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به خود گزارشی بودن متغیرهای مورد بررسی در پژوهش، کوتاه بودن دوره پیگیری ۶ هفته‌ای و تک جنسیتی بودن آزمودنی‌ها (مرد) اشاره کرد که می‌بایست در تعمیم

یافته‌ها به جامعه آماری دیگر احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی از دوره پیگیری طولانی‌تر و از هر دو جنس و افراد مجرد نیز استفاده شود و اثربخشی این روش درمانی بر روی سایر بیماران وابسته به مواد از جمله بیماران وابسته به مواد افیونی مورد ارزیابی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکترای تخصصی روانشناسی 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 و نیز از بیمارانی که در طول فرآیند پژوهش شرکت داشتند، تقدیر و تشکر بعمل می‌آید. شایان ذکر است که نتایج این مطالعه با منافع نویسندگان در تعارض نمی‌باشد.

References

1. Tarabar AF, Nelson LS. The resurgent and abuse of heroin by children in the United States. *Current Opinion in Psychiatry*. 2003; 15(3): 210-215.
2. Barlow D, Durand M. *Abnormal psychology*. Translated by Raza Abdi et al. Tehran: Avicenna Publishing House. 2017; 220-235. (In Persian)
3. Haddad S, Khosravi M, Najafi M, Sabahi P. Comparison of Attention Function in Meth-Amphetamines. *Journal of Clinical Psychology*. 2014; 6 (2): 85-95. (In Persian).
4. Aram PW, Bailey GJR, Lavin A, See R. Methamphetamine Self-Administration Produces Attentional Set-Shifting Deficits and Alters Prefrontal Cortical Neurophysiology in Rats. *Biological Psychiatry*. 2011; 69(3): 253-259.
5. Bolla KI, Ernst M, Kiehl KA, Mouratidis M, Eldreth DA. Prefrontal cortical dysfunction in abstinent cocaine abusers. *Neuropsychology Clinical*. 2004; 16, 456-464.
6. Hester R, Garavan H. Executive dysfunction in cocaine addiction: evidence for discordant frontal, cingulate, and cerebellar activity. *Journal of Neuroscience*. 2004; 24: 1017-1022.
7. Brower KJ, Perron BE. Sleep disturbance as a universal risk factor for relapse in addictions to psychoactive substances. *Journal of Medical Hypotheses*. 2010; 74: 928-933.
8. Ibrahim F, Kumar N. The Influence of community on Relapse Addiction to Drug use: evidence from Malaysia. *European Journal of social Sciences*. 2009; (11) 3: 89-100.
9. Marlatt GA, Barrett k. *Relapse Prevention: In H.P kleber (Ed) the text book of substance abuse*. Washing ton D.C. American psychiatric press Inc. 1994; 121-143.
10. Bahari F. *Addiction to counseling and treatment (Guide to the behavioral change in addicts)*. Tehran: Nashredanjeh, Second Edition. 2013; 115-170. (In Persian).
11. 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. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2008; 32: 777-810.
12. Marlatt G, Gordon J (Eds). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford. 1985; 208-250.
13. Karimian N. Effectiveness of cognitive-behavioral stress management on the prevention of recurrence of dependent men. *Quarterly Journal of Addiction Research*. 2011; 5 (20), 86-73. (In Persian).
14. Porzour C, Alizadeh GJ, Yagooty ZH, Basharpour S. Effectiveness of quality of life-based positive-quality psychotherapy on improving the quality of life of opiate addicts. *Quarterly Journal of Addiction Research*. 2015; 9 (35), 48-137. (In Persian).
15. Hayes SC, Sterosal K. *Practical Guide to Acceptance and Commitment-Based Treatment*, translation by Alizadeh Mousavi and Pir Javid. Tehran: Faraangizesh. 2015; 95-135 (In Persian).

16. Hayes SC, Luoma JB, Bond F, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processes and Outcomes. *Behavior Research and Therapy*. 2006; 4: 1-25.
17. Hayes SC, Lillis C. Acceptance and Commitment Therapy (Theory Psychotherapy). *American Psychological Assn*. 2012; 109-141.
18. Witkiewitz K, Marlatt A, Walker D. Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders: The meditation tortoise wins the race. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2005; 19, 221-229.
19. Ilhan IO, Demirbas H, Dogan YB. Validation study of the Turkish version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale for heavy drinking in a group of male patients. *Drug and Alcohol Review*. 2006; 25: 357-360.
20. Walton-Moss B, McCaul ME. Factors associated with lifetime history of drug treatment among substance dependent women. *Addictive Behaviors*. 2006; 31: 246-53.
21. Li CS, Milivojevic V, Kemp K, Hong K, Sinha R. Performance monitoring and stop signal inhibition in abstinent patients with cocaine dependence. *Drug Alcohol Dependence*. 2006; 85: 205-212.
22. Breslin FC, Zack M, McMains S. An information processing analysis of mind fullness: Implication for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clinical Psychology, Science and Practice*. 2002; 9: 275-299.
23. Twohig MP, Shoenberger D, Hayes SC. A preliminary investigation of Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for marijuana dependence in adults. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 2007; 40: 619-632.
24. Dabbaghi P, Asgharnejad A, Atef VM, Bolhari J. Effectiveness of Group Cognitive Therapy Based on Thinking (Mindfulness) and Activating Spiritual Schemes in Preventing the Recurrence of Opiate Use. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2007; 13 (4): 366-375. (In Persian).
25. Tamoradi A, Khosravi P. The effectiveness of group therapy based on admission and commitment on controlling impulse and relapse in addicts. *Tehran: Third International Conference on Recent Innovations in Psychology. Counseling and Behavioral Sciences*. 2016; 12: 25-42. (In Persian)
26. Zargar F, Mohammadi A, Omidi A, Bagherian R. Third wave of behavioral therapy with an emphasis on acceptance behavioral therapy. *Journal of Behavioral Sciences Research*. 2012; 10 (5): 383-390. (In Persian)
27. Tran GQ, Smith GP. Behavioral Assessment in the Measurement of Treatment Outcome, In. SN. Haynes, & EM. Heiby (Eds), *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment*. New York: Wiley. 2004; 269-290.
28. Sharifi V, Asadi SM, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, Sha'bani A. The Proofreading Diagnostic Interview for DSM-IV. *New*

- cognitive science. 2004; 21 (2). 10-22. (In Persian).
29. Gorski TT. Passages through Recovery. Center City, MN: Hazelden Press. 1989; 47-63.
30. Asadi A. The study of the effect of the company in the groups of anonymous addicts on the rate of addiction recurrence in their addicts. The Center for the Treatment of Addictive Behzisti of Isfahan, a master's thesis. Khorazgan Azad University. 2003; 60-79. (In Persian).
31. Niknam M, Madahi M, Shafiabadi AS. Comparison of the Effectiveness of Marlatt and Meaningful Cognitive-Behavioral Model on Reducing Craving and Preventing the Return of Women Dependent on Materials. Quarterly Journal of Psychological Applications Research. 2017; 8 (2):15-1. (In Persian).
32. Wilson KG, Gifford E, Beten S. Individual Acceptance and Commitment therapy Protocol for drug addicts. Translation by Farhad Asghari et al. Tehran: Pejhwak honar & Andisheh Publications. 2014; 39-65. (In Persian).
33. Jacobson NS, Follette WC, Revenstorf D. Psychotherapy outcome research: Methods or reporting variability and evaluating clinical significance. Behavior Therapy. 1984; 15: 336-352.
34. Ingram RE, Hayes A, Scott W. empirically supported treatments: A critical analysis. In Snyder CR, Ingram RE (Eds.). Handbook of psychological change: Psychotherapy processes and practices for the 21st century. New York: Wiley; 2000; 41-60.

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in Relapse Prevention in Methamphetamine Addict Patients

Arjmand Ghujur K^{1*}, Mahmoud Aliloo M², Khanjani Z², Bakhshipour A²

1. Faculty of psychology, Ph.D. student, Tabriz University, Tabriz, Iran

Arjomand_k@yahoo.com

2. Professor, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

Received: 22 Des 2018

Accepted: 2 Feb 2019

Abstract

Background: Drug abuse has become one of the major problems in society and has become more prevalent among young people. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) in relapse prevention in methamphetamine-dependent patients.

Materials and Methods: In this study, a single-case experimental design with a linear asynchronous base line was used. Three male methamphetamine addicted patients were chosen, who had come to the Welfare Organization, and to the Addiction Withdrawal Center in Takab Township. Patients underwent a diagnostic interview, and a structured clinical interview with a purposeful sampling method. The study tools used were Structured Clinical interview (SCID), demographic characteristic questionnaire, urine test, Gorski Relapse Prediction Scale (1989) and Individual Therapy Protocol (ACT). The results were determined using methods of visual inspection, reliable change index (RCI), improvement percentage formula, clinical significance change and operational measurement.

Results: The data showed that there was a significant reduction in the probability of recurrence in patients ($P < 0.05$), based on clinical and operational measurements.

Conclusion: Acceptance and commitment (ACT) therapy is effective in preventing relapse in methamphetamine-dependent patients.

Keywords: acceptance and commitment therapy, relapse prevention, methamphetamine

***Citation:** Arjmand Ghujur K, Mahmoud Aliloo M, Khanjani Z, Bakhshipour A. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in Relapse Prevention in Methamphetamine Addict Patients. *Yafte*. 2019; 21(1):38-51.