

Effects of Group Acceptance and Commitment Therapy on Substance-Induced Depression Symptoms in Addicted Men

Namdari K¹, *Moslemifar M², Abedi A³, Hoseini SM⁴

Author Address

1. Assistant Professor of Psychology, Department of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran;
2. M.A. in Psychology, Department of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran;
3. Associate Professor of Psychology, Department of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran;
4. Professor of Biological Statistics, Department of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

*Corresponding Author Email: Mhb.Moslemifar@gmail.com

Received: 2019 May 12; Accepted: 2019 Jun 25

Abstract

Background & Objectives: Those who struggle with substance dependence and abuse also suffer from other comorbid health conditions. Psychological disorders accompanying substance dependence have detrimental effects on biopsychosocial and domestic health. Depression is a barrier to withdrawal and exploiting available coping resources. To treat depression, various approaches have been explored, including psychotherapy, pharmacotherapy, and combination therapies. One of these interventions is acceptance and commitment therapy (ACT). This treatment aims to achieve a more valuable and satisfying life by increasing psychological resilience rather than simply focusing on cognitive reconstruction. Although the effectiveness of psychological therapies in improving depressive symptoms has been emphasized in numerous studies, to our knowledge, no study has examined the effect of this treatment exclusively on the known dimensions of depression induced by substance abuse. So, this study aimed at investigating the effects of group ACT on the reduction of depression symptoms in addicted men with substance-induced depressive disorder (SIDD).

Methods: This research was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population consisted of all men diagnosed with substance-induced depression who were referred to addiction treatment centers in Isfahan City, Iran, in 2016. A total of 30 substance-dependent men with moderate to severe depression levels diagnosed based on the Beck Depression Inventory-II (BDI-II; Beck et al., 1996) were selected by purposive sampling method and randomly assigned to the experimental and control groups (n=15 for each group). The inclusion criteria were as follows: being 20 to 40 years old, having depressive symptoms during or shortly after substance use, obtaining moderate to severe depression scores based on BDI-II, lacking severe physical problems preventing them from regularly attending the treatment sessions, and signing a consent letter to participate in the study. The exclusion criteria were as follows: non-cooperation and non-fulfillment of assignments presented in treatment sessions, absence for more than two sessions, physical illnesses found through initial interviews with individuals, and the opinion of the center's consultant. BDI-II was administered in the pretest and posttest for both groups. ACT intervention was provided for the experimental group in eight 90-min sessions. The posttest was conducted at the end of the eighth session for the control and experimental groups. Data analysis was performed by descriptive statistics and inferential statistics using SPSS software version 21. Regarding descriptive statistics, frequency tables, mean and standard deviation were calculated. Regarding inferential statistics, an analysis of covariance was performed. In this analysis, the pretest was considered the covariance. The significance level in all tests was considered 0.05.

Results: The results showed a significant difference between the experimental group and the control group regarding the depressive symptoms ($p<0.001$) as well as cognitive ($p<0.001$), affective ($p<0.001$), and physical ($p<0.001$) dimensions. The effects of ACT on reducing depressive symptoms and cognitive, affective, and physical dimensions were 63%, 61%, 67%, and 77%, respectively.

Conclusion: Based on the study results, group ACT improved dysfunctional negative beliefs, feelings, and physical symptoms due to depression in drug addicts and ultimately reduced cognitive, affective, and physical symptoms of depression in the experimental group. Therefore, group ACT can be an effective intervention to improve SIDD.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Depression, Addiction.

اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی بر کاهش علائم افسردگی ناشی از وابستگی به مواد مخدر در مردان وابسته به مواد

کوروش نامداری^۱، *محبوبه مسلمی فر^۲، احمد عابدی^۳، سیدمحسن حسینی^۴

توضیحات نویسندگان

۱. دکترای روان‌شناسی، استادیار دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران؛

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران؛

۳. دکترای روان‌شناسی، دانشیار دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران؛

۴. دکترای آمار زیستی، استاد دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

*رأباناامه نویسنده مسئول: Mhb.Moslemifar@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۲ اردیبهشت ۱۳۹۸؛ تاریخ پذیرش: ۴ تیر ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: اختلالات روان‌شناختی همراه با اعتیاد مانعی برای ترک و عاملی برای عود مجدد محسوب می‌شود؛ بنابراین باید در طرح درمان، این اختلالات را نیز در نظر گرفت. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم افسردگی ناشی از وابستگی به مواد در مردان وابسته به مواد انجام شد.

روش بررسی: روش این پژوهش، نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی مردان دارای تشخیص افسردگی ناشی از وابستگی به مواد، مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اصفهان در سال ۱۳۹۵ تشکیل دادند. از مراجعه‌کنندگان به کلینیک پارسیان اصفهان که به‌صورت دردسترس در نظر گرفته شد، سی نفر به‌طور هدفمند مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند و به‌شکل تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند (هر گروه پانزده نفر). از پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم (بک و همکاران، ۱۹۹۶) برای پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر دو گروه استفاده شد. به گروه آزمایش طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ارائه شد؛ اما برای گروه گواه مداخله‌ای انجام نشد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی با محاسبه میانگین و انحراف معیار و تحلیل کوواریانس انجام پذیرفت. سطح معناداری در تمامی آزمون‌ها، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین گروه دریافت‌کننده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه در علائم افسردگی ($p < ۰/۰۰۱$) و ابعاد شناختی ($p < ۰/۰۰۱$)، عاطفی ($p < ۰/۰۰۱$) و جسمانی ($p < ۰/۰۰۱$) تفاوت معنادار وجود داشت. میزان تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم افسردگی و ابعاد شناختی، عاطفی و جسمانی، به‌ترتیب ۶۳ درصد، ۶۱ درصد، ۶۷ درصد و ۷۷ درصد بود.

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌های این پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی منجر به کاهش علائم افسردگی ناشی از مواد در زمینه شناختی، عاطفی و جسمانی در مردان وابسته به مواد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افسردگی، اعتیاد.

اختلالات روان‌پزشکی همراه با اعتیاد، تأثیرات مخربی بر سلامت جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی و خانوادگی به‌همراه دارد و پیامدهای این بیماری هزینه‌های گزافی را برای دولت‌ها بر جای می‌گذارد (۱). اختلالات خلقی و در رأس آن افسردگی از اختلالات شایع‌تر است. شیوع افسردگی اساسی در این افراد حدود ۵۰ تا ۶۰ درصد و شیوع افسردگی جزئی ۱۰ درصد گزارش شده است (۲). سوء مصرف باعث ایجاد مجموعه‌ای از نشانه‌های منفی از جمله بی‌لذتی، بی‌حسی عاطفی، احساس بریدن از زندگی یا بی‌تفاوتی به احساسات دیگران، کناره‌گیری، فراموشی و انزوا می‌شود؛ بنابراین سوء مصرف مواد ممکن است خود با تغییر سیستم افیونی ادامه مصرف را تقویت کند (۱)؛ اما به‌جز افسردگی عمده همراه با اعتیاد، نوعی افسردگی القاشده توسط مصرف مواد نیز وجود دارد که در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ از انواع دیگر اختلالات افسردگی تفکیک شده و شیوع آن در کل ۲۶/۰ درصد گزارش شده است (۳)؛ اما در جمعیت وابستگان به مواد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. برای تشخیص‌گذاری این اختلال متخصصان ابتدا وجود نداشتن افسردگی را پیش از مصرف الکل و مواد یا دارو، بررسی می‌کنند. اختلال افسردگی ناشی از مواد یا دارو با تغییر خلقی غالب و پایدار، ظهور آشکار علائم افسردگی یا کاهش درخور توجه در علایق و لذت‌ها در فعالیت‌های روزمره مشخص می‌شود که این علائم در طول مصرف یا بلافاصله پس از مصرف یا ترک ماده یا دارویی خاص به‌وجود می‌آید. همچنین لازم است شدت علائم افسردگی در حد ایجاد اختلال در فعالیت‌های روزمره فرد باشد (۳). افسردگی با ایجاد علائمی چون درماندگی، مانعی برای مقابله با ترک اعتیاد و بهره‌گیری از منابع مقابله‌ای موجود محسوب می‌شود. نتایج برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد، درمان اختلالات خلقی همراه با اعتیاد ممکن است شروع و عود مجدد را کم کند (۴).

در زمینه درمان افسردگی، رویکردهای مختلفی از جمله روان‌درمانی و دارودرمانی و درمان‌های تلفیقی بررسی شده‌اند؛ یکی از این مداخلات، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ است (۵). این درمان از درمان‌های نسل سوم است که تلاش می‌کند به‌جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد را با افکار و احساساتش افزایش دهد. هدف این شیوه درمانی، دستیابی به زندگی ارزش‌مندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نه تمرکز صرف بر بازسازی شناختی است (۶). سوء مصرف‌کنندگان مواد، افکاری چون (من یک شکست‌خورده هستم، من نیاز به مواد دارم) و احساسات (افسردگی و اضطراب) و حس‌های بدنی (علائم ترک) ناخوشایندی را تجربه می‌کنند که پیشامد و نیز پیامد مصرف مواد محسوب می‌شوند. مصرف مواد و رفتارهای اعتیادی اغلب در خدمت اجتناب یا کنترل این تجربیات درونی و ناراحتی‌های مرتبط با آن هستند (۷).

یکی از اهداف اساسی درمان‌های شناختی‌رفتاری زمینه‌گرا، شناسایی و تجربه راه‌های جایگزین (مانند پذیرش و تنظیم هیجانی) است تا

از طریق آن با رویدادهای ناخوشایند شخصی ارتباط برقرار شود. این مطلب به نوبه خود باعث مختل شدن ارتباط علی بین رنج جسمانی-روانی و مصرف دارو یا الکل می‌شود (۸) و عملکرد افکار و احساسات رنج‌آور را تغییر می‌دهد و اجازه بروز رفتارهای جایگزین مصرف مواد را صادر می‌کند (۹)؛ به‌عنوان مثال، در پژوهش دیندو و همکاران، افزایش رفتار مبتنی بر ارزش‌ها، منجر به ترک سریع‌تر مواد در مصرف‌کنندگان مزمن شد (۱۰). در مطالعه بهروز و همکاران در زمینه بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روان‌شناختی و سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو، این درمان در نمرات افسردگی، اضطراب، استرس و سبک‌های مقابله‌ای (مسئله‌مدار، هیجان‌مدار، اجتنابی) تغییر ایجاد کرد (۱۱). همچنین در پژوهش حاج‌حسینی و همکاران با هدف مقایسه کیفیت زندگی و اختلالات روان‌شناختی در دو شیوه تربیتی-آموزشی (انجمن معتادان گمنام) و درمان دارویی (متادون) در معتادان شهرستان شهرکرد، گروه انجمن معتادان گمنام پس از درمان به‌لحاظ همه مؤلفه‌های کیفیت زندگی و هر سه شاخص اختلالات روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب، استرس) در مقایسه با گروه درمان متادون در وضعیت مطلوب‌تری قرار داشتند (۱۲). در پژوهش مک‌کالیون و زولنسکی نیز درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان درمانی پذیرفتنی برای ترک سیگار شناخته شد. این درمان متمرکز بر رفتار اجتنابی و انعطاف‌ناپذیر سیگارکشیدن و مقابله با اجتناب تجربه‌ای بود (۱۳). همچنین دکسیو و همکاران نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نتایج درمانی معمول را در بیماران مبتلا به اختلال مصرف الکل و اختلالات خلقی بهبود می‌بخشد (۱۴). پژوهش میرشریفا و همکاران بر بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و افسردگی بهبود، کاهش معنادار علائم را پس از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان داد (۱۵). در مطالعه موردی اهما و گراس بر یک دختر دانشجوی معتاد به الکل، ترکیب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با مصاحبه انگیزشی، منجر به ذهن‌آگاهی بیشتر به‌ویژه درباره عادت‌های مصرف الکل و افزایش رفتارهای مبتنی بر ارزش‌ها شد (۱۶). در پژوهش گائودیانو و هربرت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش رنج روان‌شناختی از طریق کاهش سطوح آمیختگی شناختی شده است (۱۷). پژوهش مامی و همکاران، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر کاهش درد ادراک‌شده در زنان مبتلا به سرطان پستان نشان داد (۱۸). در تحقیق ناولتون و همکاران، بیمار مبتلا به درد مزمن پس از دریافت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بهبود کیفیت زندگی را ادراک کرد و دیگر خود را به‌عنوان بیماری دائمی نشناخت (۱۹). هرچند در مطالعه حقیقت و محمدی در زمینه مقایسه اثربخشی درمان شناختی و رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم عاطفی در بیماران مبتلا به مصرف مواد، تفاوت معناداری بین این دو درمان مشاهده نشد (۲۰) و همچنین پاورز و همکاران در فراتحلیلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در مقایسه با موقعیت‌های بدون درمان در بهبود بسیاری از زمینه‌ها مؤثرتر دانستند، شواهدی بر برتری آن در مقایسه با درمان‌های

2. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (DSM-5)

قبلی نیافتند (۲۱)؛ اما هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای افسردگی و سایر اختلالات، تنها کاهش علائم نیست؛ بلکه تمرکز این درمان بر تقویت سبک زندگی مبتنی بر ارزش‌ها است (۶).

به هر حال، اگرچه بر اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی در بهبود علائم افسردگی در پژوهش‌های متعددی تأکیده شده است، تحقیقات اندکی به‌طور اختصاصی بر درمان‌های طراحی‌شده برای اختلال افسردگی ناشی از مواد که در طول مصرف مواد یا اندکی پس از ترک آن به وجود آمده، تمرکز کرده‌اند. این اختلال به تازگی در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، کد تشخیصی اختصاصی دریافت کرده است و به عنوان اختلالی مجزا از افسردگی همبود با مواد شناخته می‌شود. همچنین در مطالعات گوناگونی به تحلیل عاملی پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم^۱ با هدف استخراج ابعاد مختلف افسردگی پرداخته شده است (۲۲)؛ اما مطالعه‌ای یافت نشد که تأثیر یک درمان را به تفکیک بر ابعاد شناخته‌شده افسردگی بررسی کرده باشد. به همین دلیل پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم اختلال افسردگی ناشی از مواد در سه بعد شناختی و عاطفی و جسمانی در مردان وابسته به مواد انجام گرفت.

۲ روش بررسی

روش این پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی مردان دارای تشخیص افسردگی ناشی از وابستگی به مواد، مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد

شهر اصفهان در سال ۱۳۹۵ تشکیل دادند. نمونه‌گیری در دو مرحله انجام پذیرفت. ابتدا کلینیک پارسیان اصفهان به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. سپس تمامی مردان وابسته به مواد که در سال ۱۳۹۵ برای خدمات ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند، با استفاده از مصاحبه بالینی انجام‌شده توسط روان‌پزشک و پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم (۲۳)، از لحاظ وجود و شدت علائم افسردگی ناشی از وابستگی به مواد بررسی شدند. در مطالعات مقایسه‌ای تجربی حجم نمونه حداقل پانزده نفر برای هر گروه توصیه شده است (۲۴)؛ بنابراین سی نفر که تمایل به شرکت در این پژوهش را داشتند، مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج به صورت هدف‌مند انتخاب شدند. ملاک‌های ورود و خروج شرکت‌کنندگان به پژوهش شامل داشتن سن ۲۰ تا ۴۰ سال، داشتن علائم افسردگی در طول یا اندک مدتی بعد از وابستگی به مواد، کسب نمره افسردگی متوسط یا شدید براساس پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم (۲۳) (جدول ۱)، فقدان مشکل جسمانی شدید ممانعت‌کننده از حضور مرتب شخص در جلسات درمان، نداشتن نقص عضو و امضای تعهدنامه شرکت مستمر در جلسات درمان بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بود از: همکاری نکردن و انجام ندادن تکالیف ارائه‌شده در جلسات درمان؛ غیبت بیش از دو جلسه؛ داشتن بیماری‌های جسمانی از طریق مصاحبه اولیه با افراد و نظر مشاور مرکز. در جدول ۱، تعیین درجه افسردگی براساس پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم ارائه شده است.

جدول ۱. تعیین درجه افسردگی براساس پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم

درجه افسردگی	نمرات
کمترین حد	۱۳ تا ۲۰
افسردگی خفیف	۱۹ تا ۲۴
افسردگی متوسط	۲۸ تا ۳۰
افسردگی شدید	۳۳ تا ۳۹

شده است. ویرایش دوم پرسشنامه افسردگی بک توسط بک و همکاران در سال ۱۹۹۶ تهیه شد (۲۳). این پرسشنامه شامل ۲۱ ماده است که برای هر ماده می‌توان یکی از چهار گزینه را انتخاب کرد. این گزینه‌ها شدت افسردگی را نشان می‌دهد و هر ماده از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین نمره کلی پرسشنامه از صفر تا ۶۳ متغیر است (۲۳). نقاط برش این پرسشنامه برای هریک از درجات افسردگی در جدول ۱ آمده است. بک و همکاران روایی درونی پرسشنامه را بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ و ضریب آلفا را برای گروه آزمایش ۰/۸۶ و برای گروه گواه ۰/۹۲ گزارش کردند؛ همچنین، آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و پایایی آزمون-بازآزمون در فاصله زمانی دو هفته ۰/۷۳ بود (۲۳). کیسی و همکاران، در نمونه غیربالینی و بالینی ضرایب همسانی درونی را به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی را در نمونه غیربالینی ۰/۹۴ به دست آوردند (۲۵). قاسم‌زاده و همکاران نیز ضریب پایایی کل پرسشنامه را ۰/۸۷ و ضریب بازآزمایی را ۰/۷۴ گزارش کردند (۲۶). به علاوه ون‌وورهیس

افراد به‌طور تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه (هرکدام پانزده نفر) قرار گرفتند. ابتدا از طریق پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم (۲۳) بر هر دو گروه، پیش‌آزمون انجام شد. سپس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت جلسات گروهی هفتگی، هفته‌ای یک‌بار برای افراد گروه آزمایش اجرا شد. تعداد جلسات هشت جلسه و مدت هر جلسه ۹۰ دقیقه بود. افراد گروه گواه به مدت دو ماه فقط تحت نظر روان‌پزشک قرار داشتند و هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از پایان دوره درمان، نتایج آن از طریق انجام مجدد پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم (۲۳) بر هر دو گروه بررسی و مقایسه شد. پیش از مشارکت در پژوهش، همه شرکت‌کنندگان فرم کتبی رضایت آگاهانه را امضا کردند.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزار و جلسات درمانی زیر به کار رفت. پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم: این ابزار، نسخه جدیدتر پرسشنامه افسردگی بک است که برای سنجش شدت افسردگی تهیه

^۱. Beck Depression Inventory-II

و بلومنتریت، در نمونه‌ای از بزرگسالان آمریکایی آلفای کرونباخ را ۰/۹۰ عنوان کردند (۲۷). استفان-دابسون و همکاران نیز در نمونه‌ای ایرانی آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۱ و پایایی به‌روش آزمون-بازآزمون را ۰/۹۴ و پایایی به‌روش دونیمه‌سازی را ۰/۸۹ به‌دست آوردند. همچنین در پژوهش استفان-دابسون و همکاران، تحلیل عاملی پرسشنامه، سه عامل جسمانی-حیاتی و شناختی-روان‌شناختی و بدبینی-احساس بی‌ارزشی را مشخص کرد (۲۲) که ما آن‌ها را به‌ترتیب ابعاد جسمانی و شناختی و عاطفی افسردگی نامیده‌ایم.

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	اهداف
اول	آشنایی با اعضای گروه و انتظارات آن‌ها، تعیین خط‌مشی گروه، ایجاد ارتباط با اعضا، توزیع پرسشنامه‌های پژوهش، توضیحاتی درباره افسردگی و علائم آن، توضیح مختصر روش درمانی، ارائه تکلیف خانگی.
دوم	شرح راهبردهای استفاده‌شده مراجع و کارآمد نبودن آن‌ها، تضعیف وابستگی مراجع به راهبردهای استفاده‌شده‌اش، ایجاد تمایل برای رهاکردن راهبردهای ناکارآمد.
سوم	اشاره به مسئله بودن کنترل، تمایل جایگزین کنترل. راهبردها: نشان دادن چگونگی ایجاد مشکل کردن کنترل، تأثیر کوتاه‌مدت کنترل و شکست آن در بلندمدت، آموزش مدل شرطی‌سازی.
چهارم	آموزش محدودیت‌های زبان در درک تجربیات مستقیم، تضعیف آمیختگی بین خود و زبان، آموزش آگاهی بدون قضاوت. راهبردها: توضیح به مراجع درباره چگونگی قراردادن زبان در پشت تجربیات، ایجاد تمایز بین تصاویر و بازنمایی‌ها از عملکرد، آموزش راهبردهایی برای گسلش، پرورش مهارت‌های تمایل و پذیرش به‌عنوان راهی برای کنترل و مقابله.
پنجم	تضعیف وابستگی به مفهوم خود، ایجاد و آگاهی از خود نظاره‌گر، تمایز بین خود مفهومی و خود نظاره‌گر. راهبردها: کمک به ایجاد تمایز بین هوشیاری و محتوای هوشیاری، تضعیف خودآزمایی، نشان دادن دل‌خواهی بودن محتوا.
ششم	رسیدن به حد بیشتر آگاهی و پذیرش. راهبردها: در نظر گرفتن تکنیک‌های ذهن‌آگاهی.
هفتم	درک اهمیت زندگی مبتنی بر ارزش‌ها، درک عملکرد اهداف در تولید زندگی سالم، تهیه چارچوب ارزش‌ها. راهبردها: معرفی مفهوم ارزش، تمایز بین انتخاب‌ها و قضاوت‌ها، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، شفاف‌سازی ارزش‌های عملی زندگی.
هشتم	درک کیفیت‌های پذیرش و تمایل به‌کارگرفته‌شده و انتخاب، درک ماهیت پذیرش و تعهد و پیوند این دو، بررسی موانع بر سر راه پذیرش و حل آن‌ها. راهبردها: نشان دادن محدودشدنی نبودن پذیرش از لحاظ کیفی، حمایت تعهد توسط پذیرش، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها.

ارائه شده است. پیش از انجام تحلیل کوواریانس، برقراری پیش‌فرض‌های این تحلیل بررسی شد. فرض تحلیل کوواریانس شامل نرمال بودن توزیع‌های نمرات پس‌آزمون است که به‌وسیله آزمون کولموگروف-اسمیرنوف ارزیابی شد. باتوجه به بزرگ‌تر بودن مقادیر احتمال از ۰/۰۵، فرض نرمال بودن توزیع این داده‌ها رد نشد و پیش‌فرض کوواریانس رعایت شد ($p > 0.05$). فرض دیگر تحلیل کوواریانس شامل همگنی واریانس‌ها است که توسط آزمون آماری لون بررسی شد. باتوجه به اینکه هیچ‌یک از مقادیر احتمال کمتر از سطح معناداری ۰/۰۵ نبود، شرط همگنی واریانس‌ها بین گروه‌های همپراش (پیش‌آزمون) و وابسته (پس‌آزمون) برقرار بود ($p > 0.05$). همچنین اثر متقابل بین متغیر همپراش (نمرات پیش‌آزمون) و مستقل (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) معنادار نبود؛ بنابراین فرض همگنی شیب خط رگرسیون نیز رعایت شد ($p > 0.05$). باتوجه به تأییدشدن پیش‌فرض‌های لازم برای انجام تحلیل کوواریانس، از این روش برای تحلیل داده‌ها استفاده شد (جدول ۵).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ در دو سطح آمار توصیفی و آمار استنباطی انجام گرفت. در سطح آمار توصیفی، از جداول فراوانی، محاسبه میانگین، انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی باتوجه به انتخاب روش پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و برای تعدیل اثر متغیرهای همپراش، آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. در این تحلیل پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر کوواریانس در نظر گرفته شد. همچنین برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و برای بررسی همگنی واریانس‌ها، آزمون لون به‌کار رفت. سطح معناداری در تمامی آزمون‌ها، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

ویژگی‌های توصیفی گروه آزمایش و گروه گواه شامل سن، میزان تحصیلات و مدت اعتیاد در جدول ۳ آمده است. در جدول ۴، یافته‌های توصیفی شامل بررسی میانگین و انحراف معیار مقیاس افسردگی و ابعاد شناختی، عاطفی و جسمانی آن در دو گروه

جدول ۳. توزیع فراوانی سن، میزان تحصیلات و مدت اعتیاد اعضا به تفکیک گروه آزمایش و گروه گواه

	گروه آزمایش	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	گروه گواه
سن	۲۵ تا ۲۰ سال	۲	۱۳	۴	۲۷
	۲۶ تا ۳۰ سال	۷	۴۷	۳	۲۰
	۳۱ تا ۳۵ سال	۴	۲۷	۵	۳۳
	۳۶ تا ۴۰ سال	۲	۱۳	۳	۲۰
تحصیلات	کمتر از دیپلم	۵	۳۳	۶	۴۰
	دیپلم	۵	۳۳	۵	۳۳
	کاردانی	۳	۲۰	۱	۷
	کارشناسی	۲	۱۳	۳	۲۰
سابقه اعتیاد	۱ تا ۵ سال	۵	۳۳	۳	۲۰
	۶ تا ۱۰ سال	۲	۱۳	۵	۳۳
	۱۱ تا ۱۵ سال	۶	۴۰	۴	۲۷
	۱۶ سال و بیشتر	۲	۱۳	۳	۲۰
کل		۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰

جدول ۴. یافته‌های توصیفی افسردگی و ابعاد آن در گروه آزمایش و گروه گواه

زیر مقیاس	مرحله	آزمایش		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	گواه
افسردگی	پیش‌آزمون	۳۱/۰۲	۵/۹۶	۳۳/۳۵	۵/۹۷			
	پس‌آزمون	۲۵/۵۳	۵/۸۲	۳۲/۲۹	۵/۰۸			
بعد شناختی	پیش‌آزمون	۱۰/۲۶	۱/۴۸	۱۰/۶۶	۱/۷۹			
	پس‌آزمون	۸/۰۶	۱/۶۲	۱۰/۵۳	۱/۴۵			
بعد عاطفی	پیش‌آزمون	۱۱/۲۷	۲/۱۴	۱۰/۷۸	۱/۸۵			
	پس‌آزمون	۸/۴۶	۱/۷۶	۱۰/۴۰	۱/۶۸			
بعد جسمانی	پیش‌آزمون	۱۰/۵۳	۱/۷۲	۱۰/۷۸	۱/۴۰			
	پس‌آزمون	۸/۱۳	۱/۷۶	۱۰/۸۶	۱/۱۸			

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس درباره اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم افسردگی

متغیرها	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار احتمال	مجذورات	توان آزمون
علائم افسردگی	پیش‌آزمون	۷۴۶/۰۲	۱	۷۴۶/۰۲	۲۱۹/۵۵	<۰/۰۰۱	۰/۸۹	۰/۰۸
	گروه	۱۶۲/۳۷	۱	۱۶۲/۳۷	۴۷/۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۳	۰/۹۹
	خطا	۱۹/۷۴	۲۷	۳/۳۹				
	کل	۹۲۸/۱۳	۲۹					
علائم شناختی	پیش‌آزمون	۴۴/۷۱	۱	۴۴/۷۱	۵۵/۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۷	۰/۰۰۲
	گروه	۳۴/۴۶	۱	۳۴/۴۶	۴۲/۳۹	<۰/۰۰۱	۰/۶۱	۰/۹۸
	خطا	۲۱/۹۴	۲۷	۰/۸۱				
	کل	۱۰۱/۱۱	۲۹					
علائم عاطفی	پیش‌آزمون	۶۴/۶۲	۱	۶۴/۶۲	۹۶/۲۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۷	۰/۰۵
	گروه	۳۹/۲۰	۱	۳۹/۲۰	۵۶/۵۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۷	۰/۹۸
	خطا	۱۸/۷۱	۲۷	۰/۶۹				
	کل	۱۲۲/۵۳	۲۹					

پیش‌آزمون	۴۷/۹۵	۱	۴۷/۹۵	۰/۷۸	۰/۰۷
علائم	گروه	۱	۴۷/۵۹	۰/۷۷	۰/۹۸
جسمانی	خطا	۲۷	۱۳/۵۱		
	کل	۲۹	۱۰۹/۰۵		

مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود بسیاری از مشکلات روان‌شناختی در پژوهش‌های مختلف است. از آن جمله می‌توان به بررسی اثربخشی این درمان در پژوهش‌های هایس و همکاران بر رفتارهای اعتیادی و سوء‌مصرف مواد (۷)، بهروز و همکاران بر سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو (۱۱)، دکسیو و همکاران بر بهبود اختلال مصرف الکل و اختلالات عاطفی همراه با آن (۱۴)، بستامی و همکاران بر کاهش علائم افسردگی کارکنان نظامی مبتلا به دیابت نوع دو (۲۹)، زمستانی و همکاران بر کاهش افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند بیش‌فعال (۳۰)، رجبی و یزدخواستی بر کاهش اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به مالتیپل اسکروزیس (۳۱) و زتل بر کاهش افسردگی (۳۲)، اشاره کرد.

نتایج پژوهش‌های قبلی نشان داد که نشخوار ذهنی و خودسرزنشگری و خودارزیابی به‌طور معنادار با علائم افسردگی مرتبط هستند. این نتایج از مدلی شناختی حمایت می‌کند که در آن افسردگی منحصراً توسط ارزیابی‌های منفی از خود و گذشته و آینده مشخص می‌شود (۳۳). نتایج پژوهش حاضر درباره‌ی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش این باورهای شناختی منفی (بعد شناختی افسردگی)، همسو با پژوهش میرشریفا و همکاران بر بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر و افسردگی همبود است که نشان داد بین گروه آزمایش با دریافت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه تفاوت معناداری از لحاظ کاهش علائم افسردگی وجود داشت (۱۵). در مطالعه‌ی موردی اهما و گراس بر یک دختر دانشجوی معتاد به الکل، ترکیب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با مصاحبه‌ی انگیزی، منجر به ذهن‌آگاهی بیشتر به‌ویژه درباره‌ی عادت‌های مصرف الکل و افزایش رفتارهای مبتنی بر ارزش‌ها شد (۱۶). همچنین بر پیامدهای مثبت درمانی پس از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاهش سطوح آمیختگی شناختی و در نتیجه کاهش رنج روان‌شناختی تأکید شده است (۱۷).

در تبیین یافته‌های پژوهش در بعد شناختی افسردگی می‌توان گفت سوء‌مصرف‌کنندگان مواد افکار ناخوشایندی مانند «من یک شکست‌خورده هستم»، «من بی‌ارزشم» و غیره را تجربه می‌کنند. مصرف مواد و سایر رفتارهای اعتیادی اغلب در خدمت اجتناب یا کنترل این افکار آزاردهنده است. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پذیرش این افکار و باورها است. در این درمان به‌جای اینکه صرفاً بر کاهش نشانه تأکید شود، زمینه‌ای که این افکار مزاحم در آن رخ می‌دهد، تغییر می‌کند و سپس به فرد کمک می‌شود به‌گونه‌ای عمل کند که با ارزش‌هایش منطبق‌تر باشد (۱۰). با این حال، تحقیقات قبلی نشان می‌دهد بهبود علائم افسردگی بستگی به بهبود خودپنداره و احساس خود در فرد دارد (۳۴)؛ بنابراین ممکن است ایجاد تغییرات در آمیختگی شناختی و ارزش‌ها بیشتر معلول کاهش علائم باشد تا علت آن. همچنین سیمون و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که

باتوجه به جدول ۴، میانگین نمرات افسردگی در گروه آزمایش از پیش‌آزمون (31.02 ± 5.96) به پس‌آزمون (25.53 ± 5.82) کاهش معناداری داشته است؛ بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به تفاوت معنادار بین گروه آزمایش و گروه گواه شده است ($p < 0.001$). میزان تأثیر ۰/۶۳ به دست آمد؛ یعنی ۶۳ درصد واریانس از کاهش علائم افسردگی مربوط به مداخله‌ی درمانی حاضر بوده است. باتوجه به نتایج حاصل، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم افسردگی ناشی از سوء‌مصرف مواد در مردان وابسته به مواد تأیید می‌شود.

میانگین نمرات شناختی افسردگی از پیش‌آزمون (10.26 ± 1.48) به پس‌آزمون (8.06 ± 1.62) کاهش معناداری را نشان می‌دهد؛ بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب تفاوت معنادار بین گروه آزمایش و گروه گواه شده است ($p < 0.001$) و در مجموع ۶۱ درصد از واریانس کاهش علائم افسردگی به بعد شناختی افسردگی تعلق دارد. علائم عاطفی افسردگی از پیش‌آزمون (11.27 ± 2.14) به پس‌آزمون (8.46 ± 1.76) دارای کاهش معناداری داشته است؛ بنابراین در بعد عاطفی نیز درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به تفاوت معنادار بین گروه آزمایش و گروه گواه شده است ($p < 0.001$) و در مجموع ۶۷ درصد از واریانس کاهش علائم افسردگی به بعد عاطفی افسردگی تعلق دارد.

علاوه بر این، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم جسمانی افسردگی مؤثر بود؛ به‌طوری‌که علائم جسمانی افسردگی از پیش‌آزمون (10.53 ± 1.72) به پس‌آزمون (8.13 ± 1.76) کاهش معناداری داشته است؛ از این رو در بعد جسمانی نیز درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب تفاوت معنادار بین گروه آزمایش و گروه گواه شده است ($p < 0.001$). در مجموع ۷۷ درصد از واریانس کاهش علائم افسردگی به بعد جسمانی افسردگی تعلق دارد. همچنین توان آماری آزمون نزدیک به ۱۰۰ درصد بود؛ بنابراین باتوجه به نتایج جدول ۵ می‌توان گفت در پژوهش حاضر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم شناختی و عاطفی و جسمانی افسردگی ناشی از وابستگی به مواد مؤثر بوده است.

۴ بحث

هدف مطالعه حاضر، بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم مختلف افسردگی ناشی از سوء‌مصرف مواد بود. نتایج نشان داد که بین گروه آزمایش و گروه گواه در علائم افسردگی شامل علائم شناختی، عاطفی و جسمانی تفاوت معناداری وجود داشت؛ بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود علائم افسردگی ناشی از مواد در هر سه علائم شناختی، عاطفی و جسمانی مؤثر بود. همچنین بیشتر بودن اندازه‌ی اثر (مجذور اتا) و توان آماری (جدول ۵)، بیانگر اثربخشی زیاد درمان بود. این یافته‌ها همسو با پیامدهای مثبت درمان

درمان شناختی رفتاری با مؤلفه بازسازی شناختی درمقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با مؤلفه ناآمیختگی شناختی اثربخشی بیشتری بر کاهش ترس از تاریکی در کودکان داشته است (۳۵). احتمالاً این تفاوت به دلیل منطق آشکار و عینی درمان شناختی رفتاری در برابر منطق ضمنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (استعاره و مثال) است (۳۵)؛ بنابراین ممکن است این درمان مناسب همه افراد نباشد.

در بررسی‌های انجام شده، پژوهشی یافت نشد که به طور اختصاصی اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر علائم عاطفی افسردگی تحلیل کرده باشد؛ این مطلب به جنبه نوآوری پژوهش اشاره دارد. در تبیین یافته‌های پژوهش در این زمینه می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تغییر راهبردهای سازگارانۀ تنظیم هیجانات، منجر به کاهش عواطف منفی و افزایش عواطف مثبت می‌شود (۳۶) و بدین ترتیب سازگاری افراد را در ابعاد عاطفی ارتقا می‌بخشد. واکنش‌پذیری عاطفی (گریش به واکنش نشان دادن به استرس با هیجانات منفی و تفسیر ناسازگارانه از وقایع) عامل خطر مهمی برای افسردگی و افکار خودکشی است (۳۷). در مطالعه‌ای کاهن و همکاران دریافتند اگرچه مبتلایان به اختلال افسردگی عمده درمقایسه با افراد غیرافسرده، واکنش‌پذیری عاطفی بیشتری را در برابر رویدادهای منفی نشان می‌دهند، واکنش‌پذیری عاطفی در سطوح شدید افسردگی درمقایسه با سطوح ضعیف‌تر کاهش می‌یابد (۳۸)؛ بنابراین ممکن است با افزایش شدت افسردگی، کنترل هیجانات منفی افزایش پیدا کند. مؤلفه تمایل و پذیرش (به عنوان جایگزینی برای کنترل عواطف منفی) این امکان را برای فرد وابسته به مواد مهیا می‌سازد تا تجربیات درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای کنترل آن‌ها بپذیرد. این امر باعث می‌شود تجربیاتش کمتر تهدیدکننده به نظر برسد و تأثیر مخرب کمتری بر زندگی فرد داشته باشد؛ در نتیجه راهی افراد از درگیری در دور باطل افکار ناکارآمد و احساسات منفی که منجر به افزایش عواطف منفی می‌شود، سبب کاهش تجربه عواطف منفی می‌شود. هرچند حقیقت و محدودی در مطالعه‌ای در زمینه مقایسه اثربخشی درمان شناختی و رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم عاطفی در بیماران مبتلا به مصرف مواد، تفاوت معناداری را بین این دو درمان مشاهده نکردند (۲۰).

همچنین پژوهشی یافت نشد که به طور مشخص به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم جسمانی افسردگی ناشی از مواد پرداخته باشد؛ اما علائم جسمانی در بیماران مبتلا به افسردگی بسیار شایع است و اغلب با خطر زیاد افکار خودکشی همراه است؛ به طوری که پژوهش فانگ و همکاران بر نوجوانان مبتلا به اولین دوره افسردگی عمده، وجود رابطه معنادار قوی را بین این دو عامل تأیید کرد؛ هرچند سازوکار این ارتباط هنوز مشخص نیست (۳۹). نتایج مطالعه مورین و همکاران بر سالمندان افسرده، رابطه معناداری را بین علائم جسمانی افسردگی با ازکارافتادگی نشان داد؛ در حالی که سایر علائم افسردگی و بیماری‌های جسمانی با ناتوانی در این افراد رابطه معناداری نداشتند؛ در نتیجه درمان منجر به کاهش این علائم، موجب بهبود عملکرد سالمندان افسرده می‌شود (۴۰).

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر در بعد جسمانی افسردگی می‌توان گفت از نظر رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، علائم جسمانی نیز مانند

افکار و احساسات فرآورده ذهنی طبیعی هستند و فرد با استفاده از فنون مشاهده و توصیف بدون قضاوت می‌آموزد که حس‌های بدنی را تنها حس‌های بدنی ببیند نه چیزی بیشتر؛ زیرا هیچ‌یک از این رویدادهای درونی هنگامی که تجربه می‌شوند، ذاتاً برای سلامتی انسان مضر نیستند و آسیب‌زا بودن آن‌ها ناشی از این است که افراد گمان می‌کنند در آن‌ها گیر افتاده‌اند و نمی‌توانند رهایی یابند. نتایج پژوهش مامی و همکاران مشخص کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مداخله‌ای مؤثر بر کاهش درد ادراک شده در زنان مبتلا به سرطان پستان است (۱۸). همچنین نتایج پژوهش موردی نولتون و همکاران بر یک بیمار مبتلا به درد مزمن و افسردگی همبود، بهبودی معناداری را در کاهش علائم افسردگی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و انعطاف‌پذیری مرتبط با درد ناشی از بیماری مزمن نشان داد. بیمار بهبود کیفیت زندگی را ادراک کرد و دیگر خود را به عنوان بیماری دائمی نشناخت. این مطالعه مؤید پتانسیل انتقال از محدودیت‌های ذهنی به ایجاد تمایل برای بازنگری و آغاز زندگی ارزشمند با وجود علائم جسمانی است (۱۹). پاورز و همکاران در فراتحلیلی بر ۹۱۷ پژوهش مرتبط اعلام کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمقایسه با موقعیت‌های بدون درمان در بهبود بسیاری از زمینه‌ها مؤثرتر است؛ اما شواهدی بر برتری آن درمقایسه با درمان‌های قبلی نیافتند (۲۱). با این حال هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای افسردگی و سایر اختلالات، تنها کاهش علائم نیست؛ بلکه تمرکز این درمان بر تقویت سبک زندگی مبتنی بر ارزش‌ها است (۶).

باتوجه به اینکه گروه نمونه تنها متشکل از بیماران مبتلا به افسردگی ناشی از سوءمصرف مواد در مردان بزرگسال ساکن اصفهان بود، در تعمیم نتایج به زنان و سایر قومیت‌ها باید جوانب احتیاط را در نظر گرفت. علاوه بر این، نبود دوره پیگیری از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود به منظور درمان مشکلات روان‌شناختی وابستگان به مواد، از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت ترکیبی با سایر مداخلات استفاده شود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس نتایج این پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی منجر به بهبود باورهای ناکارآمد منفی و عواطف و علائم جسمانی ناشی از افسردگی در افراد وابسته به مواد و در نهایت کاهش علائم شناختی و عاطفی و جسمانی افسردگی در گروه آزمایش می‌شود؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان به عنوان مداخله‌ای مقدماتی مؤثر در بهبود علائم افسردگی ناشی از سوءمصرف مواد، سود جست.

۶ تشکر و قدردانی

از پرسنل محترم کلینیک پارسیان و شرکت‌کنندگان در پژوهش سپاسگزاری می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان پیش از انجام تحقیق، از آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش،

رضایت‌نامه کتبی دریافت شد. پروپوزال این پژوهش در جلسه دانشگاه

اصفهان بررسی شد و در کمیته اخلاق با شناسه

IR.UI.REC.1398.014 تأیید شد.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش بدون هرگونه حمایت مالی انجام شده و برگرفته از پایان‌نامه

کارشناسی‌ارشد دانشگاه اصفهان با کد ۹۵/۵۴۰۹۳ مصوب

نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Lotfi Kashani F, Mojtabai M, Alimehdi M. Comparison of the effectiveness of cognitive a behavior therapy, methadone therapy, and the combination method on reducing depression in addicts. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2017;14(54):18–25. [Persian] http://jsr-p.khuif.ac.ir/article_533890_10a58751a8fad1212e37bd96a898e57d.pdf
2. McGovern MP, Fox TS, Xie H, Drake RE. A survey of clinical practices and readiness to adopt evidence-based practices: Dissemination research in an addiction treatment system. J Subst Abuse Treat. 2004;26(4):305–12. doi: [10.1016/j.jsat.2004.03.003](https://doi.org/10.1016/j.jsat.2004.03.003)
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
4. Fitzsimons HE, Tuten M, Vaidya V, Jones HE. Mood disorders affect drug treatment success of drug-dependent pregnant women. J Subst Abuse Treat. 2007;32(1):19–25. doi: [10.1016/j.jsat.2006.06.015](https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.06.015)
5. Molavi P, Mikaeili N, Rahimi N, Mehri S. The effectiveness of acceptance and commitment therapy based on reducing anxiety and depression in students with social phobia. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2014;14(4):412–23. [Persian] <http://jarums.arums.ac.ir/article-1-745-en.pdf>
6. Roditi D, Robinson ME. The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. Psychol Res Behav Manag. 2011;4:41–9. doi: [10.2147/PRBM.S15375](https://doi.org/10.2147/PRBM.S15375)
7. Hayes SC, Levin ME. Mindfulness & Acceptance for Addictive Behaviors: Applying Contextual CBT to Substance Abuse & Behavioral Addictions. Oakland: Context Press; 2012.
8. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behav Ther. 2013;44(2):180–98. doi: [10.1016/j.beth.2009.08.002](https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002)
9. Stotts AL, Northrup TF. The Promise of third-wave behavioral therapies in the treatment of substance use disorders. Curr Opin Psychol. 2015;2:75–81. doi: [10.1016/j.copsyc.2014.12.028](https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.028)
10. Dindo L, Zimmerman MB, Hadlandsmayth K, StMarie B, Embree J, Marchman J, et al. Acceptance and commitment therapy for prevention of chronic postsurgical pain and opioid use in at-risk veterans: a pilot randomized controlled study. J Pain. 2018;19(10):1211–21. doi: [10.1016/j.jpain.2018.04.016](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.04.016)
11. Behrouz B, Bavali F, Heidarizadeh N, Farhadi M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological symptoms, coping styles, and quality of life in patients with type-2 diabetes. Journal of Health. 2016;7(2):236–53. [Persian] <http://healthjournal.arums.ac.ir/article-1-919-en.pdf>
12. Haj Hosseini M, Hashemi R. Addicts' quality of life and psychological disorders (depression, anxiety, and stress) in two treatment methods: narcotics anonymous vs. methadone maintenance treatment. Research on Addiction. 2016;9(35):119–36. [Persian] <http://etiadpajohi.ir/article-1-1029-en.pdf>
13. McCallion EA, Zvolensky MJ. Acceptance and commitment therapy (ACT) for smoking cessation: a synthesis. Current Opinion in Psychology. 2015;2:47–51. doi: [0.1016/j.copsyc.2015.02.005](https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.02.005)
14. Thekiso TB, Murphy P, Milnes J, Lambe K, Curtin A, Farren CK. Acceptance and commitment therapy in the treatment of alcohol use disorder and comorbid affective disorder: a pilot matched control trial. Behav Ther. 2015;46(6):717–28. doi: [10.1016/j.beth.2015.05.005](https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.05.005)
15. Mirsharifa SM, Mirzaian B, Dousti Y. The efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) matrix on depression and psychological capital of the patients with irritable bowel syndrome. Open Access Maced J Med Sci. 2019;7(3):421–7. doi: [10.3889/oamjms.2019.076](https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.076)
16. Ehman AC, Gross AM. Acceptance and commitment therapy and motivational interviewing in the treatment of alcohol use disorder in a college woman: a case study. Clinical Case Studies. 2019;18(1):36–53. doi: [10.1177/1534650118804886](https://doi.org/10.1177/1534650118804886)
17. Gaudio BA, Herbert JD. Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using acceptance and commitment therapy: pilot results. Behav Res Ther. 2006;44(3):415–37. doi: [10.1016/j.brat.2005.02.007](https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.02.007)
18. Mami S, Tahmasebian H, Jahangiri MM. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on reducing the severity of perceived pain in women with breast cancer. Journal of Clinical Research in Paramedical Sciences. 2019;8(1):1. doi: [10.5812/jcrps.85003](https://doi.org/10.5812/jcrps.85003)
19. Knowlton CN, Kryvanos A, Poole M, Christopher M, Lafavor T. Acceptance and commitment therapy for the treatment of chronic pain and coexisting depression: a single-case study. Clinical Case Studies. 2019;18(4):254–69. doi: [10.1177/1534650119839156](https://doi.org/10.1177/1534650119839156)
20. Haghighat S, Mohammadi A. Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on reducing mood symptoms in patients with substance abuse. International Clinical Neuroscience Journal. 2018;5(4):158–63. doi: [10.15171/icnj.2018.28](https://doi.org/10.15171/icnj.2018.28)

21. Powers MB, Zum Vorde Sive Vording MB, Emmelkamp PMG. Acceptance and commitment therapy: a meta-analytic review. *Psychother Psychosom*. 2009;78(2):73–80. doi: [10.1159/000190790](https://doi.org/10.1159/000190790)
22. Stefan-Dabson K, Mohammadkhani P, Massah-Choulabi O. Psychometrics characteristic of Beck Depression Inventory-II in patients with major depressive disorder. *Archives of Rehabilitation*. 2007;8:80-6 .<http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-135-en.pdf>
23. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II, Beck Depression Inventory: manual. San Antonio, Tex: Psychological Cor; 1996.
24. Delavar A. Raveshhaye tahghigh dar ravanshenasi va oloum tarbiati (reshte ravanshenasi) [Study methods in psychology and educational sciences]. Tehran: Payame Nour Publication; 2007. [Persian]
25. Kapci EG, Uslu R, Turkcapar H, Karaoglan A. Beck Depression Inventory II: evaluation of the psychometric properties and cut-off points in a Turkish adult population. *Depress Anxiety*. 2008;25(10):E104–10. doi: [10.1002/da.20371](https://doi.org/10.1002/da.20371)
26. Ghassemzadeh H, Mojtabei R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depress Anxiety*. 2005;21(4):185–92. doi: [10.1002/da.20070](https://doi.org/10.1002/da.20070)
27. VanVoorhis CRW, Blumentritt TL. Psychometric properties of the beck depression inventory-ii in a clinically-identified sample of mexican american adolescents. *J Child Fam Stud*. 2007;16(6):789–98. doi: [10.1007/s10826-006-9125-y](https://doi.org/10.1007/s10826-006-9125-y)
28. Hayes SC, Smith S. Get out of your mind & into your life: the new acceptance & commitment therapy. Oakland,: New Harbinger Publ; 2005.
29. Bastami M, Goodarzi N, Dowran B, Taghva A. Effectiveness of treatment Acceptance And Commitment Therapy (ACT) on the reduction of depressive symptoms of military personnel with type 2 diabetes mellitus. *Ebnesina*. 2016;18(1):11–8. [Persian] <http://ebnesina.ajau.ac.ir/article-1-401-en.pdf>
30. Zemestani M, Gholizadeh Z, Alaei M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression and anxiety of ADHD children's' mothers. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2018;8(29):61–84. [Persian] doi: [10.22054/jpe.2018.25533.1638](https://doi.org/10.22054/jpe.2018.25533.1638)
31. Rajabi S, Yazdkhasti F. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on anxiety and depression in women with M.S. who were referred to the M.S. association. *Journal of Clinical Psychology*. 2014;6(1):29–38. [Persian] doi: [10.22075/jcp.2017.2152](https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2152)
32. Zettle RD. Acceptance and commitment therapy for depression. *Current Opinion in Psychology*. 2015;2:65–9. doi: [10.1016/j.copsyc.2014.11.011](https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.11.011)
33. Garnefski N, Kraaij V. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Cogn Emot*. 2018;32(7):1401–8. doi: [10.1080/02699931.2016.1232698](https://doi.org/10.1080/02699931.2016.1232698)
34. Hayes AM, Beevers CG, Feldman GC, Laurenceau J-P, Perlman C. Avoidance and processing as predictors of symptom change and positive growth in an integrative therapy for depression. *Int J Behav Med*. 2005;12(2):111–22. doi: [10.1207/s15327558ijbm1202_9](https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm1202_9)
35. Simon E, Driessen S, Lambert A, Muris P. Challenging anxious cognitions or accepting them? Exploring the efficacy of the cognitive elements of cognitive behaviour therapy and acceptance and commitment therapy in the reduction of children's fear of the dark. *Int J Psychol*. 2020;55(1):90–7. doi: [10.1002/ijop.12540](https://doi.org/10.1002/ijop.12540)
36. Spidel A, Lecomte T, Kealy D, Daigneault I. Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention. *Psychol Psychother*. 2018;91(2):248–61. doi: [10.1111/papt.12159](https://doi.org/10.1111/papt.12159)
37. Shapero BG, Farabaugh A, Terechina O, DeCross S, Cheung JC, Fava M, et al. Understanding the effects of emotional reactivity on depression and suicidal thoughts and behaviors: Moderating effects of childhood adversity and resilience. *J Affect Disord*. 2019;245:419–27. doi: [10.1016/j.jad.2018.11.033](https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.033)
38. Kahn JH, Cox DW, Simons KJ, Hamlet AN, Hodge BJ, Lawell KJ. Nonlinear effect of depression symptoms on the time course of emotional reactivity. *Motivation and Emotion*. 2019;43(4):625–35. doi: [10.1007/s11031-019-09754-0](https://doi.org/10.1007/s11031-019-09754-0)
39. Fang X, Zhang C, Wu Z, Peng D, Xia W, Xu J, et al. The association between somatic symptoms and suicidal ideation in Chinese first-episode major depressive disorder. *J Affect Disord*. 2019;245:17–21. doi: [10.1016/j.jad.2018.10.110](https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.110)
40. Morin RT, Nelson C, Bickford D, Insel PS, Mackin RS. Somatic and anxiety symptoms of depression are associated with disability in late life depression. *Aging Ment Health*. 2019;1–4. doi: [10.1080/13607863.2019.1597013](https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1597013)