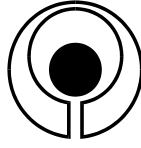


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

گروه مشاوره

پایان نامه کارشناسی ارشد

رشته مشاوره خانواده

عنوان:

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تنظیم هیجانی

افراد وابسته به مت‌آمفتامین بازتوانی شده

پژوهشگر:

حمید خاکباز

اساتیدراهنما:

دکتر علی فرهودیان

دکتر منوچهر ازخوش

استادمشاور:

دکتر بهروز دولتشاهی

شماره ثبت: ۲۵۰-۳۰۰۰

شهریور ۹۳

پدر و مادر، و برداران عزیزم

کہ در تمام مراحل زندگی، دجوبی، حمایت و تشویق آنان، امید بخش تلاش برای فردایی بہتر و یاد آنان چراغی برای

روشنی را ہم بودہ است.

د آغاز لازم می دانم از زحمات پدر و مادر گرامی ام

و کلیه کسانی که در دوران تحصیل همواره مشوق و پشتیبان بنده بوده اند نهایت قدر دانی و تشکر را بنمایم.

بر خود می دانم که از زحمات اساتید محترم دانشگاه، جناب آقای دکتر علی فرهودیان، جناب آقای دکتر منوچهر ازخوش و جناب

آقای دکتر بهروز دولتشاهی که بارها سمانی های خود را اهلشای خوبی برای بنده بوده اند، کمال تشکر و قدر دانی را داشته باشم.

همچنین، از همکاری مرکز خیریه انجمن تولد دوباره در شهر تهران که در اجرای این پژوهش یاری ام کردند، نهایت تشکر و قدر دانی را

دارم.

در پایان از تمامی عزیزانی که در این راه دست یاری ام فشردند، نهایت سپاس را دارم.

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تنظیم هیجانی افراد وابسته به مت‌آمفتامین بازتوانی شده بود.

روش: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی بود که در آن از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون آو پیگیری همراه با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش، همه افراد وابسته به مت‌آمفتامین بازتوانی شده بودند که به مراکز درمانی اقامتی یا سرپایی در شهر تهران مراجعه کرده بودند. در این پژوهش ۴۰ نفر از افراد وابسته به مت‌آمفتامین بازتوانی شده که در مرحله ترک مواد به سر می‌بردند، انتخاب شدند. سپس از این تعداد، ۳۰ نفر از افرادی که نسبت به میانگین گروه نمره بالاتری در مقیاس مشکل در تنظیم هیجان کسب کردند، ۱۵ نفر به صورت تصادفی، در گروه آزمایش، و ۱۵ نفر دیگر در گروه کنترل گمارش شدند. جلسات گروه درمانی شامل هشت جلسه، هفته‌ای ۲ بار و هر بار به مدت ۹۰ دقیقه بود. ابزار پژوهش حاضر مقیاس تنظیم هیجان گراتز و رومر (۲۰۰۱) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، تحلیل واریانس و آزمون t استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان دادند که میانگین نمره تنظیم هیجان و خرده مقیاس‌های آن در دو گروه آزمایش و کنترل از نظر آماری اختلاف معناداری وجود داشت. یافته‌ها بیانگر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود تنظیم هیجانی افراد وابسته به مت‌آمفتامین بازتوانی شده بود ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان داد که درمان پذیرش و تعهد به صورت گروهی می‌تواند به طور معنادار و اثربخش نمرات تنظیم هیجان و ابعاد آن (عدم پذیرش، عدم دستیابی به اهداف، مشکل در کنترل تکانه، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان) را کاهش دهد اما نتوانست بعد فقدان وضوح هیجانات و فقدان آگاهی هیجانی را به طور معنادار کاهش دهد.

واژگان کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، تنظیم هیجان، مت‌آمفتامین

فهرست مطالب

تقدیم

قدردانی

چکیده

فهرست جدول‌ها ی

فصل اول: کلیات پژوهش..... ۱

۱-۱- مقدمه ۲

۱-۲- بیان مسأله ۵

۱-۳- اهمیت و ضرورت ۸

۱-۴- تعریف مفاهیم و واژگان ۱۴

۱-۴-۱- گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۴

۱-۴-۱-۱- تعریف نظری ۱۴

۱-۴-۱-۲- تعریف عملیاتی ۱۵

۱-۴-۱-۲- تنظیم هیجان ۱۵

۱-۴-۱-۲-۱- تعریف نظری ۱۵

۱-۴-۱-۲-۲- تعریف عملیاتی ۱۵

۱-۴-۱-۳- عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی ۱۵

۱-۴-۱-۳-۱- تعریف نظری ۱۵

۱-۴-۱-۳-۲- تعریف عملیاتی ۱۵

۱-۴-۱-۴- اهداف ۱۵

۱-۴-۱-۴-۱- تعریف نظری ۱۶

۱-۴-۱-۴-۲- تعریف عملیاتی ۱۶

۱-۴-۱-۵- تکانه ۱۶

۱-۴-۱-۵-۱- تعریف نظری ۱۶

- ۱۶ ۱-۲-۴-۲- تعریف عملیاتی
- ۱۶ ۱-۴-۶- آگاهی هیجانی
- ۱۶ ۱-۴-۶-۱- تعریف نظری
- ۱۷ ۱-۴-۶-۲- تعریف عملیاتی
- ۱۷ ۱-۴-۷- راهبردهای تنظیم هیجان
- ۱۷ ۱-۴-۷-۱- تعریف نظری
- ۱۷ ۱-۴-۷-۲- تعریف عملیاتی
- ۱۷ ۱-۴-۸- وضوح هیجانی
- ۱۷ ۱-۴-۲-۱- تعریف نظری
- ۱۷ ۱-۴-۲-۲- تعریف عملیاتی
- ۱۸ ۱-۴-۹- مواد محرک
- ۱۸ ۱-۴-۹-۱- تعریف نظری
- ۱۸ ۱-۴-۹-۲- تعریف عملیاتی
- ۱۸ ۱-۴-۱۰- مت‌آمفتامین
- ۱۸ ۱-۴-۹-۱- تعریف نظری
- ۱۹ ۱-۴-۹-۲- تعریف عملیاتی
- ۱۹ ۱-۴-۱۱- افراد وابسته به مت‌آمفتامین بازتوانی شده
- ۱۹ ۱-۴-۱۱-۱- تعریف نظری
- ۱۹ ۱-۴-۱۱-۲- تعریف عملیاتی
- ۱۹ ۱-۵-۵- اهداف پژوهش
- ۱۹ ۱-۵-۱- هدف کلی
- ۱۹ ۱-۵-۲- اهداف اختصاصی
- ۲۰ ۱-۵-۳- اهداف کاربردی
- ۲۰ ۱-۶- فرضیه‌ها

۲۰	..... ۱-۶-۱- فرضیه کلی
۲۱	..... ۱-۶-۲- فرضیه‌های فرعی
۲۲	..... فصل دوم: پیشینه پژوهش
۲۳	..... پیشینه نظری
۲۳	..... ۱-۲- اعتیاد
۲۳	..... ۱-۱-۲- مفهوم اعتیاد
۲۴	..... ۲-۲- نظریه‌های زیستی-روانی اعتیاد
۲۴	..... ۱-۲-۲- نظریه‌های وابستگی جسمانی اعتیاد
۲۴	..... ۲-۲-۲- نظریه‌های مشوق مثبت اعتیاد
۲۵	..... ۳-۲- نظریه‌های روان تحلیلی
۲۶	..... ۴-۲- نظریه‌های اجتماعی-فرهنگی
۲۶	..... ۱-۴-۲- نظریه بی‌هنجاری
۲۶	..... ۲-۴-۲- نظریه انزوا طلبی مرتون
۲۶	..... ۳-۴-۲- نظریه برچسب‌زنی
۲۷	..... ۴-۴-۲- نظریه انتقال فرهنگی
۲۷	..... ۵-۴-۲- نظریه تعهد به رسوم، قواعد و تعلق اجتماعی
۲۸	..... ۵-۲- نظریه‌های رفتاری
۲۹	..... ۶-۲- نظریه‌های شناختی
۲۹	..... ۷-۲- شخصیت و اعتیاد
۳۰	..... ۸-۲- هیجان طلبی
۳۱	..... ۹-۲- عزت نفس
۳۱	..... ۱۰-۲- روان‌آزردگی، گشودگی به تجربه و جهت‌گیری مذهبی بیرونی، خوشایندی، وظیفه‌شناسی
۳۲	..... ۱۱-۲- هیجان و تنظیم هیجان
۳۳	..... ۱۲-۲- تعریف تنظیم هیجان

- ۳۴ ۱۳-۲- مدل‌های تنظیم هیجان
- ۳۴ ۱۴-۲- تفاوت‌های فردی در تنظیم هیجان
- ۳۵ ۱۵-۲- مت‌آفتمین
- ۳۶ ۱۶-۲- پیش‌تاز بودن آفتمین‌ها
- ۳۶ ۱۶-۲-۱- اصطلاحات دیگر مت‌آفتمین
- ۳۷ ۱۶-۲-۳- تصویر جهانی مواد مخدر و محرک
- ۳۷ ۱۶-۲-۴- آمارها
- ۳۸ ۱۶-۲-۴- مصرف مت‌آفتمین‌ها آسیب‌های مختلفی ایجاد می‌کند
- ۴۰ ۱۷-۲- تعریف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)
- ۴۰ ۱۸-۲- مبنای فلسفی ACT
- ۴۰ ۱۸-۲-۱- زمینه‌گرایی عملکردی
- ۴۳ ۱۹-۲- مبنای نظری ACT
- ۴۳ ۱۶-۲-۱- نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی (RFT)
- ۴۷ ۲۰-۲- الگوی ACT
- ۴۷ ۲۰-۲-۱- فرآیندهای زیربنایی ACT
- ۴۹ ۲۰-۲-۱-۱- پذیرش
- ۵۱ ۲۰-۲-۱-۲- گسلش شناختی
- ۵۲ ۲۰-۲-۱-۳- خود به عنوان زمینه
- ۵۳ ۲۰-۲-۱-۴- تماس با زمان حال و اکنون
- ۵۳ ۲۰-۲-۱-۵- ارزش‌ها
- ۵۴ ۲۰-۲-۱-۶- عمل متعهدانه
- ۵۵ ۲۰-۲-۲- انعطاف‌پذیری روان‌شناختی
- ۵۹ ۲۱-۲- نظریه آسیب‌شناسی روانی ACT
- ۵۹ ۲۱-۲-۱- انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی

۶۰	..... ۲-۲۱-۲- آمیختگی شناختی
۶۲	..... ۲-۲۲- اهداف پذیرش و آمیختگی شناختی
۶۲	..... ۲-۲۳- زبان و اجتناب تجربه‌ای
۶۷	..... ۲-۲۴- پیشینه پژوهش
۶۷	..... ۲-۲۴-۱- پژوهش‌های انجام شده در داخل کشور
۶۸	..... ۲-۲۴-۲- پژوهش‌های انجام شده در خارج از کشور
۷۰	..... فصل سوم: روش پژوهش
۷۱	..... ۳-۱- طرح پژوهش
۷۱	..... ۳-۲- جامعه آماری
۷۲	..... ۳-۳- نمونه و روش نمونه‌گیری
۷۳	..... ۳-۴- ملاک‌های ورود و خروج
۷۳	..... ۳-۵- ملاحظات اخلاقی
۷۴	..... ۳-۶- ابزار پژوهش
۷۴	..... ۳-۶-۱- مقیاس تنظیم هیجان گراتز و رومر
۷۴	..... ۳-۶-۱-۱- معرفی، روایی، پایایی و ابزار
۷۵	..... ۳-۶-۲- چک لیست اطلاعات دموگرافیکی
۷۵	..... ۳-۶-۲-۱- معرفی
۷۶	..... ۳-۷- پروتوکل درمان جلسات گروهی
۷۷	..... ۳-۸- روش اجرا
۷۸	..... ۳-۹- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها
۷۹	..... فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده‌ها
۸۰	..... ۴-۱- داده‌های توصیفی
۸۹	..... ۴-۲- داده‌های استنباطی
۸۹	..... ۴-۲-۱- پیش فرض اول: آزمون نرمال بودن توزیع داده‌ها

- ۴-۲-۲- آزمون همگنی واریانس‌های درون گروهی (آزمون موخلی) ۹۰
- ۴-۲-۳- پیش فرض سوم: آزمون همگونی واریانس‌های بین گروهی (آزمون لوین) ۹۱
- ۴-۲-۴- فرضیه کلی: درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به بهبود تنظیم هیجان افراد وابسته به مت‌آمفتامین بازتوانی شده می‌انجامد ۹۱
- ۴-۲-۵- فرضیه اختصاصی ۱: درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) پذیرش پاسخ-های هیجانی افراد وابسته به مت‌آمفتامین بازتوانی شده را افزایش می‌دهد ۹۲
- ۴-۲-۶- فرضیه اختصاصی ۲: درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) امکان دستیابی افراد وابسته به مت‌آمفتامین بازتوانی شده به اهداف هدفمند را افزایش می‌دهد ۹۲
- ۴-۲-۷- فرضیه اختصاصی ۳: درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) کنترل تکانه افراد وابسته به مت‌آمفتامین بازتوانی شده را افزایش می‌دهد ۹۳
- ۴-۲-۸- فرضیه اختصاصی ۴: درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) آگاهی هیجانی افراد وابسته به مت‌آمفتامین بازتوانی شده را افزایش می‌دهد ۹۴
- ۴-۲-۹- فرضیه اختصاصی ۵: درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) امکان دسترسی به راهبردهای تنظیم هیجان افراد وابسته به مت‌آمفتامین بازتوانی شده را افزایش می‌دهد ۹۵
- ۴-۲-۹- فرضیه اختصاصی ۶: درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) وضوح و روشن-سازی هیجانات افراد وابسته به مت‌آمفتامین بازتوانی شده را افزایش می‌دهد ۹۵
- فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری: ۹۷**
- ۵-۱-۱- بحث و نتیجه‌گیری ۹۸
- ۵-۱-۱- فرضیه کلی: درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به بهبود تنظیم هیجان افراد وابسته به مت‌آمفتامین بازتوانی شده می‌انجامد ۹۸
- ۵-۱-۲- فرضیه اختصاصی ۱: درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) پذیرش پاسخ‌های هیجانی افراد وابسته به مت‌آمفتامین بازتوانی شده را افزایش می‌دهد ۱۰۰
- ۵-۱-۳- فرضیه اختصاصی ۲: درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) امکان دستیابی افراد وابسته به مت‌آمفتامین بازتوانی شده به اهداف هدفمند را افزایش می‌دهد ۱۰۱
- ۵-۱-۴- درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) کنترل تکانه افراد وابسته به مت‌آمفتامین بازتوانی شده را افزایش می‌دهد ۱۰۲

۵-۱-۵- فرضیه اختصاصی ۴: درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) آگاهی هیجانی افراد وابسته به مت‌آمفتامین بازتوانی شده را افزایش می‌دهد	۱۰۳
۵-۱-۶- فرضیه اختصاصی ۵: درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) امکان دسترسی به راهبردهای تنظیم هیجان افراد وابسته به مت‌آمفتامین بازتوانی شده را افزایش می‌دهد	۱۰۴
۵-۱-۷- فرضیه اختصاصی ۶: درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) وضوح و روشن‌سازی هیجانات افراد وابسته به مت‌آمفتامین بازتوانی شده را افزایش می‌دهد	۱۰۵
۵-۲- محدودیت‌ها	۱۰۶
۵-۳- پیشنهادها	۱۰۶
منابع	۱۰۷
پیوست‌ها	۱۲۴
پیوست ۱: طرح جلسه‌های درمان	۱۲۵
پیوست ۲: مقیاس مشکل در تنظیم هیجانی (DERS)	۱۲۶

فهرست جدول‌ها

جدول ۱-۴: توزیع سن افراد وابسته به مت‌آمفتامین بازتوانی شده گروه آزمایش	۸۱
جدول ۲-۴: توزیع سن افراد وابسته به مت‌آمفتامین بازتوانی شده گروه کنترل	۸۱
جدول ۳-۴: توزیع میزان تحصیلات افراد وابسته به مت‌آمفتامین بازتوانی شده گروه آزمایش	۸۲
جدول ۴-۴: توزیع میزان تحصیلات افراد وابسته به مت‌آمفتامین گروه کنترل	۸۲
جدول ۵-۴: توزیع وضعیت تأهل افراد وابسته به مت‌آمفتامین گروه آزمایش	۸۳
جدول ۶-۴: توزیع وضعیت تأهل افراد وابسته به مت‌آمفتامین گروه کنترل	۸۳
جدول ۷-۴: توزیع وضعیت اشتغال افراد وابسته به مت‌آمفتامین گروه آزمایش	۸۴
جدول ۸-۴: توزیع وضعیت اشتغال افراد وابسته به مت‌آمفتامین گروه کنترل	۸۴
جدول ۹-۴: آزمون تحلیل واریانس جهت بررسی همسانی گروه‌ها	۸۵
جدول ۱۰-۴: آزمون t جهت بررسی همسان‌سازی گروه‌ها در متغیر تأهل	۸۶

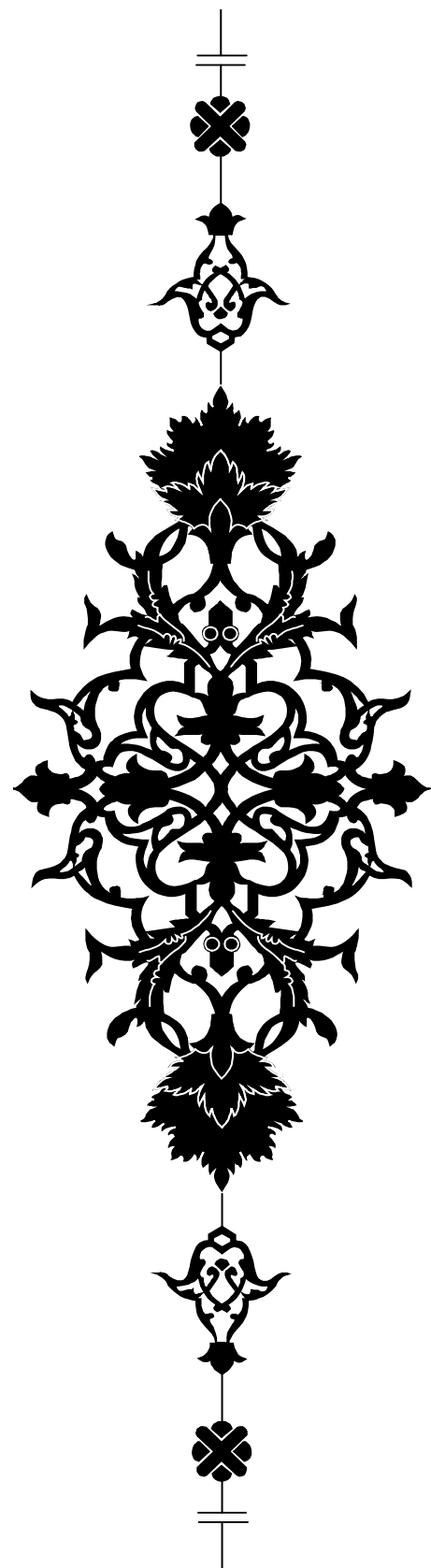
- جدول ۴-۱۱: میانگین و انحراف معیار نمره تنظیم هیجان دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس-آزمون و پیگیری ۸۶
- جدول ۴-۱۲: میانگین و انحراف معیار نمره خرده مقیاس عدم پذیرش هیجانی دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۸۷
- جدول ۴-۱۳: میانگین و انحراف معیار نمره مقیاس مشکل در درگیر شدن با رفتار هدفمند دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۸۷
- جدول ۴-۱۴: میانگین و انحراف معیار نمره مقیاس مشکل در کنترل تکانه دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۸۷
- جدول ۴-۱۵: میانگین و انحراف معیار نمره مقیاس فقدان آگاهی هیجانی دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۸۸
- جدول ۴-۱۶: میانگین و انحراف معیار نمره مقیاس دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۸۸
- جدول ۴-۱۷: میانگین و انحراف معیار نمره مقیاس فقدان وضوح هیجانی دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۸۹
- جدول ۴-۱۸: نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت فرض نرمال بودن متغیر تنظیم هیجان در دو گروه آزمایش و کنترل ۸۹
- جدول ۴-۱۹: نتایج آزمون موخلی جهت همگونی واریانس‌های درون گروهی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) متغیر تنظیم هیجان افراد وابسته به مت‌آمفتامین ۹۰
- جدول ۴-۲۰: نتایج آزمون لوین جهت همگونی واریانس‌های بین گروهی نمرات تنظیم هیجان ۹۱
- جدول ۴-۲۱: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مربوط به متغیر تنظیم هیجان در گروه آزمایش و کنترل ۹۱
- جدول ۴-۲۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مربوط به خرده مقیاس عدم پذیرش در گروه آزمایش و کنترل ۹۲
- جدول ۴-۲۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مربوط به خرده مقیاس اهداف در گروه آزمایش و کنترل ۹۳
- جدول ۴-۲۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مربوط به خرده مقیاس کنترل تکانه در گروه آزمایش و کنترل ۹۳

جدول ۴-۲۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مربوط به خرده مقیاس آگاهی هیجانی در گروه آزمایش و کنترل ۹۴

جدول ۴-۲۶: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مربوط به خرده مقیاس دسترسی به راهبردهای تنظیم هیجان در گروه آزمایش و کنترل ۹۵

جدول ۴-۲۷: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مربوط به خرده مقیاس وضوح و روشن‌سازی هیجانات در گروه آزمایش و کنترل ۹۶

فصل اول:
کلیات پژوهش



۱-۱- مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر و محرک یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است (گالانتر^۱، ۲۰۰۶)، که تأثیرات مخرب روانی و جسمانی مواد محرک به مراتب بسیار بیشتر از مواد مخدر است. در حال حاضر شیوع مصرف محرک‌ها به خصوص مت‌آمفتامین (شیشه) که یک ماده اعتیادآور شدید می‌باشد رو به افزایش است (آرام، بالی، لوین و سی^۲، ۲۰۱۱). در بین مواد اعتیادآور، مت‌آمفتامین‌ها قوی‌ترین مواد هستند و خطر وابستگی و مشکلات سلامت روان بیشتری را در بر دارند (تاپ، دگنر هارت، کی و دارک^۳، ۲۰۰۲). به‌طوری‌که مصرف این ماده باعث نقص در کارکردهای روان‌شناختی مانند حل مسأله، تفکر انتزاعی، تغییر راهبردها و تنظیم هیجان می‌شود (آرام و همکاران، ۲۰۱۱).

در زمینه وابستگی به مواد، عوامل گوناگونی چون: اجتماعی، خانوادگی، زیستی و روان‌شناختی نقش دارند (ماگید، کولدر و استرود^۴، ۲۰۰۹)، اما یکی از متغیرهای مهم مرتبط با فرآیندهای روان‌شناختی، تنظیم هیجان است (میر، کاروسو و سالووی^۵، ۲۰۰۰). تنظیم هیجان، شامل گستره‌ای از راهبردهای شناختی و رفتاری هوشیار و ناهوشیار است که جهت کاهش، حفظ یا افزایش یک هیجان صورت می‌گیرد (گراس، ۲۰۰۱). تنظیم هیجان یک انگیزه اساسی و مهم برای مصرف مواد است؛ در واقع مصرف‌کنندگان مواد، اغلب مصرف خود را به مسکن بودن مواد نسبت می‌دهند (فریت^۶، ۱۹۷۱). لذا، تنظیم هیجانی را می‌توان به عنوان فرآیندهای فیزیولوژیکی، رفتاری و شناختی تعریف کرد که افراد را به تنظیم تجربه و بیان هیجان‌ها قادر می‌سازد (گراس و تامپسون^۷، ۲۰۰۷).

1 Galanter
2 Aram, Bailey, Lavin & See
3 Topp, Degenhardt, Kaye & Darke
4 Magid, Colder & Stroud
5 Mayer, Caruso & Salovey
6 Frith
7 Gross & Thompson

از آن جا که تنظیم هیجان بخش مهمی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می‌دهد، تعجب‌آور نیست که آشفته‌گی در هیجان و تنظیم آن می‌تواند منجر به اندوهگینی و حتی آسیب روانی شود (آمستاتر^۱، ۲۰۰۸).

پژوهش دوران، مک چارگ و کوهن^۲ (۲۰۰۷) اشاره بر این دارند که افرادی که نمی‌توانند برانگیختگی هیجانی خود را کنترل کنند به احتمال زیاد مصرف‌کننده دائمی می‌شوند. همچنین، تحقیق پارکر^۳ و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که دشواری در بازشناسی هیجان‌ها و نارسایی در برقراری رابطه عاطفی با دیگران منجر به سوء مصرف مواد در افراد می‌شود.

سینها^۴ (۲۰۰۱) نیز در مطالعه خود نشان داده که افراد سوء مصرف‌کننده‌ای که دچار مشکلات روان‌شناختی مثل استرس، اضطراب و افسردگی می‌شوند، برای تسکین حالات هیجانی آزارنده از مواد استفاده می‌کنند. به بیان دیگر، این افراد مصرف مواد را به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای اجتنابی، منفی و ناکارآمد برای کاهش مشکلات خود به کار می‌برند (کارور و شی‌پر^۵، ۱۹۹۰). در حقیقت، سطح پایین تنظیم هیجانی که ناشی از ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجان‌ها و مدیریت آن‌هاست، در شروع مصرف مواد نقش دارد. کسانی که تنظیم هیجانی پایینی دارند، برای مقابله با هیجان‌های منفی خود عموماً به سوی مصرف مواد کشیده می‌شوند. توانایی مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند (ترینیداد، آنگر، چو و جانسون^۶، ۲۰۰۴).

در طی سال‌های گذشته، برنامه‌های درمانی مختلفی برای درمان اعتیاد معرفی شده است، اما همچنان کنترل عدم موفقیت برخی بیماران در این برنامه‌های درمانی هستیم. چندین درمان که پایه‌های رویکرد وجودی در آن‌ها وجود دارد برای درمان اختلال‌های سوء مصرف مواد به کار برده می‌شوند (هیز، فولت و لینهان، ۲۰۰۴). برای مثال، متخصصان رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان پذیرش و تعهد در مورد سوء

1 Amstadter

2 Doran, Mc Charque & Cohen

3 Parker

4 Sinha

5 Carver & Scheier

6 Trinidad, Unger, Chou & Johnson

مصرف مواد پژوهش‌های زیادی انجام داده‌اند (هیز، فولت و لینهان، ۲۰۰۴). این درمان‌ها نوعی آرامش خاطر در مراجعان ایجاد می‌کند. برای مثال، در حالی که برنامه‌های دوازده قدمی بر خدا و کمک از او تأکید می‌کند (تونیگان، میلر و اسکرمر^۱، ۲۰۰۲)، ذهن‌آگاهی معنویت را جایگزین برنامه‌های دوازده قدمی می‌کند که پیامدهای مثبتی در حیطه مصرف مواد دارد (لینهان، اسمیت، دیمف، کرافت، کانتر و کومتیوس^۲، ۱۹۹۹). درمان پذیرش تعهد با تأکید بر پذیرش، معنویت، ذهن‌آگاهی و تغییر رفتار به نظر می‌رسد تا اندازه‌ای با برنامه‌های دوازده قدمی موافق باشد (ویلسون، هیز و بیرد، ۲۰۰۰). همچنین، در مدل اساسی این رویکرد شواهدی مبنی بر "اجتناب تجربی"^۳ - تلاش برای تنظیم افکار، احساسات، یا تجربیات شخصی فرد هنگامی که این رفتارها باعث آسیب رفتاری مهمی می‌شود- وجود دارد (هیز، ویلسون، گیفورد، فولت و استروسال، ۱۹۹۶). مبحث اجتناب تجربی در حیطه کار بالینی قرار می‌گیرد. به نظر می‌رسد مصرف‌کنندگان مواد مکرراً برای تنظیم تجارب شخصی منفی خود با انگیزه می‌شوند (شال و گیانکولا^۴، ۲۰۰۱). بنابراین، احتمال عود بیمار بیشتر می‌شود (لیتمن، استاپلتون، آپنهایم، پلگ و جکسون^۵، ۱۹۸۴). اگر چه در ابتدا عوامل گوناگونی در مصرف مواد انگیزه ایجاد می‌کردند اما انواع واکنش‌های مرتبط با مصرف مواد (همچون ولع؛ همراه با علائم ترک) باعث شد که خود مصرف‌کنندگان هدف اجتناب تجربی و مصرف مواد جایگزین قرار گیرند (ناتان^۶، ۱۹۹۷؛ تونیتو^۷، ۱۹۹۹). بیشتر مطالعات انجام شده پیرامون اثربخشی رویکردهای مختلف روان‌درمانی در درمان اعتیاد بر رویکرد شناختی-رفتاری به عنوان رویکردی مؤثر در درمان این بیماری اشاره نموده‌اند. در موج سوم روان‌درمانی که به آن‌ها رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی گفته می‌شود با این فرضیه روی کار آمدند که آسیب روانی با تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجان‌های منفی همراه است (هیز^۸، ۱۹۹۹). این درمان‌ها بر تغییر رابطه مراجع با تجارب درونی و اجتناب‌هایش تأکید دارند.

1 Tonigan, Miller & Schermer

2 Linehan, Schmidt, Dimeff, Craft, Kanter & Comtois

3 Experiential avoidance

4 Shoal & Giancola

5 Litman, Stapleton, Oppenheim, Peleg & Jackson

6 Nathan

7 Toneatto

8 Hayes

در رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش، مشکلات بالینی در قالب رفتاری مفهوم‌بندی می‌شود و عقیده بر این است که شناخت‌ها و هیجان‌ها را باید در بافت مفهومی پدیده‌ها در نظر گرفت (رومر و اورسیلو^۱، ۲۰۰۵). به اعتقاد هیز بسیاری از مشکلات بالینی می‌تواند به نوعی اجتناب از تجارب مفهوم‌بندی شود (بلاکلج و هیز^۲، ۲۰۰۱).

۱-۲- بیان مسأله

اعتیاد، نابهنجاری روانی-اجتماعی است که از مصرف غیر طبیعی و غیر مجاز برخی مواد مانند الکل، تریاک و حشیش ناشی شده و باعث وابستگی روانی یا فیزیولوژی فرد مبتلا به مواد مذکور می‌شود. این وابستگی در عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی فرد وابسته به مواد اثر زیان باری بر جای گذاشته و در موارد شدید حتی زندگی فردی و اجتماعی وی را به‌طور جدی تهدید می‌کند (نوئل، بیورز و بکارا، ۲۰۱۳).

بازنگری در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانپزشکی نشان می‌دهد که بیش از ۵۰٪ از اختلالات محور یک و ۱۰۰٪ اختلالات محور دو دلالت بر نقص‌هایی در تنظیم هیجان دارد (گراس و تامپسون^۳، ۲۰۰۷). در طبقه‌بندی بیماری‌های رایج، شکست در تنظیم هیجان با اشکال مختلف آسیب-شناسی روانی (از هراس و افسردگی گرفته تا اختلال شخصیت مرزی) مرتبط است. پیشینه‌های پژوهشی این امر را تأیید می‌کنند (سارنی^۴، ۱۹۹۹).

توانایی مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند (ترینیداد و همکاران، ۲۰۰۴). افرادی که تنظیم هیجان بالایی دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند. آن‌ها فشارهای ناخواسته دیگران را درک و هیجان‌های خود را بهتر کنترل می‌کنند و در نتیجه، در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری از خود نشان می‌دهند (ترینیداد و جانسون، ۲۰۰۰). از سوی دیگر، افرادی که تنظیم هیجان پایینی دارند، برای روبه‌رو شدن با

1 Roemer & Orsillo
2 Blackledge & Hayes
3 Gross & A
4 Saarni

هیجان‌های منفی و ناکارآمد خود، عموماً مصرف مواد را به عنوان راهی برای تنظیم هیجان انتخاب می‌کنند (ترینیداد و همکاران، ۲۰۰۴). شیوع بالای افسردگی، اضطراب و سایر مشکلات هیجانی و تأثیر این مشکلات روی عملکرد فردی، خانوادگی، شغلی و اجتماعی فرد موجب شده که برخی از محققین، عوامل مرتبط با این مشکلات را مورد توجه قرار دهند؛ که یکی از این عوامل، وجود نوعی اختلال در تنظیم هیجان است. در یک جمع بندی کلی، می‌توان گفت که تنظیم هیجانی از جمله مؤلفه‌های روان‌شناختی است که نقش مهمی در اعتیاد به مواد و عود دارد (هیز، استروسال، ویلسون، بی‌ست، پیستورلو، و مک کوری، ۲۰۰۴).

برای درمان اختلال سوءمصرف مواد علاوه بر درمان‌های دارویی درمان‌های روان‌شناختی متعددی نیز در طول سال‌های متوالی ابداع شده است. نسل اول رویکردهای رفتاری، نسل دوم درمان شناختی-رفتاری و نسل سوم درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) است. ACT در تلاش است تا هدف را از اجتناب هیجان‌ناخوشایند به تجربه کامل این هیجان‌ها تغییر دهد. این تجربیات در خدمت رسیدن به اهداف ارزشمند شخصی است (بلاکلج، و هیز، ۲۰۰۱).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) نشان داده است که در اختلالات مرتبط با سوءمصرف مواد سودمند است (هیز، استروسال، ویلسون، بی‌ست، پیستورلو، و مک کوری^۱، ۲۰۰۴). ACT بر این فرض عمل می‌کند که اجتناب از تجارب خاص ناخوشایند (افکار، احساسات، هیجان‌ها جسمی) فراگیر است، این امر ممکن است بیماری‌زا باشد و منجر به ترک درمان و مصرف بیشتر مواد شود (استوتز، گرین، ماسودا، گرابوسکی، ویلسون، نورتراپ، مولر و اسمیتز^۲، ۲۰۱۲).

مصرف مداوم مواد جهت کاهش حالات هیجانی منفی ممکن است به خاطر دشواری این افراد در تحمل هیجان‌ها منفی باشد. معتادان مشکلات متعددی در زمینه تنظیم حالات هیجانی دارند، همچنین، مشکل بسیاری از معتادان اجتناب از تجارب درونی و نپذیرفتن احساسات و تجربه نکردن کامل آن‌هاست و تا وقتی که این افراد هیجان‌ها خود را نپذیرند و آن‌ها را کامل تجربه نکنند نمی‌توان انتظار درمان موفقیت

1 Hayes, Strosahl, Wilson, Bissett, Pistorello, Toarmino & McCurry

2 Stotts, Green, Masuda, Grabowski, Wilson, Northrup, Moeller & Schmitz