

## مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد و باورهای غلط شناختی در افراد با درمان نگهدارنده

### متادون

حمزه احمدیان<sup>۱</sup>، شعریه جدی‌پور<sup>۲</sup>، حسام احمدیان<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۴/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۱۹

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد و باورهای غلط شناختی در افراد با درمان نگهدارنده متادون انجام شد. **روش:** این مطالعه شبه‌آزمایشی به شیوه پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. از میان همه افراد مراجعه‌کننده به مرکز درمانی سوءمصرف مواد روزبه شهر کامیاران در نیمه اول سال ۱۳۹۷، که تحت درمان نگهدارنده متادون بودند، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر به شیوه در دسترس انتخاب و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و یک گروه گواه (۱۰ نفر) گمارده شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های نگرش‌های ناکارآمد و خطاهای شناختی استفاده و توسط افراد هر سه گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل شد. گروه آزمایشی اول و دوم به ترتیب مداخله درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به شیوه گروهی دریافت کردند. داده‌ها نیز با روش تحلیل کواریانس چند متغیره تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که میانگین نمرات مؤلفه‌های نگرش ناکارآمد از جمله نیاز به تایید دیگران و نیاز به راضی کردن دیگران و مؤلفه‌های باورهای غلط شناختی از جمله فیلتر ذهنی، نتیجه‌گیری شتابزده، استدلال احساسی، باید-بهرتر و شخصی‌سازی در هر دو گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل، به طور معناداری پایین‌تر بود. همچنین میانگین نمرات موفقیت-کامل طلبی، تفکر همه یا هیچ، تعمیم افراطی و بی‌توجهی در گروه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به دو گروه دیگر، به طور معناداری پایین‌تر بود. **نتیجه‌گیری:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر از درمان شناختی-رفتاری بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد و باورهای غلط شناختی مؤثر است.

**کلیدواژه‌ها:** درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نگرش‌های ناکارآمد، باورهای غلط

شناختی، متادون

۱. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد سندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سندج، ایران، پست الکترونیک:

ahmadian2010@gmail.com

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد سندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سندج، ایران

۳. دکترای روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران

## مقدمه

اختلال وابستگی به مواد<sup>۱</sup>، در جایگاه دومین اختلال روان پزشکی بعد از اختلال افسردگی<sup>۲</sup> اساسی قرار گرفته است (کسلر، برگلوند و دملر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). این اختلال از نظر میزان شیوع بسیار حائز اهمیت است و تاکنون از معضلات جهان امروز بوده است (باقیانی مقدم، فاضل پور و رهایی، ۱۳۸۷). در تحقیقات به دست آمده سالانه پنج هزار نفر از جوانان کشور به ویژه زنان، مبتلا به اختلال وابستگی به مواد می شوند و جمعیت وابستگان به مواد در هر دو جنس، هر ده سال دو برابر می شود. درصد بالایی از کسانی که موفق به ترک اعتیاد می شوند بعد از مدتی مجدداً گرفتار شده و خسارت فزاینده ای را به امکانات جامعه وارد می کنند (هادیان مبارکه، نوری و ملک پور، ۱۳۹۰). برخلاف شباهت های بنیادینی که هر نوع اعتیادی بر مکانیزم های جسمی، روانی و شناختی فرد می گذارد، اعتیاد به مواد مخدر محتوای خاص خود را در سطوح شناختی و فراشناختی دارد. اکثر بیماران، احساس می کنند کنترلی بر افکار و رفتارشان ندارند و الگوهای تفکر و توجه شان بر خود و موضوعات تهدید کننده متمرکز است (گونزالس، داگلاس، بتی، آنجلو، گلیک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲). به همین دلیل، در سال های اخیر بررسی هایی صورت گرفته است که بر رابطه بین اعتیاد و سوگیری ها و تحریف های شناختی<sup>۵</sup> صحه گذارده اند، به طوری که سوگیری به عنوان مؤلفه شناختی وسوسه و یا مسئول آن در نظر گرفته شده است (رحمانیان، میرجعفری و حسنی، ۱۳۸۵). در این میان نگرش های ناکارآمد<sup>۶</sup> و باورهای غلط شناختی<sup>۷</sup> از جمله مکانیزم های شناختی تحریف شده مرتبط با مصرف مواد است که در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفته اند.

نگرش های ناکارآمد، باورها و روان بنه های جهت گیرانه ای هستند که فرد نسبت به خود، اطراف، جهان و آینده دارد. این نگرش ها باعث سوءگیری ادراک و فهم فرد از رویدادها شده، عملکرد و احساسات فرد را تحت تأثیر قرار داده و باعث آشفتگی های

1. drug dependence disorder  
2. depression  
3. Kessler, Berglund & Demler  
4. Gonzales, Douglas, Beattie, Angelo & Glik

5. cognitive distortions  
6. inefficient attitudes  
7. false beliefs

هیجانی می‌شود (آبلا و اسکیتچ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). نگرش‌های ناکارآمد، بلافاصله و بعد از وقوع رویدادهای منفی زندگی فعال می‌شوند و پس از فعال شدن، الگویی از پردازش اطلاعات را تحریک می‌کنند که سوگیری منفی دارند، یا به عبارت دیگر با خطاهای منفی در تفکر مشخص می‌شوند (ونگ، ژانگ و ژانگ<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷). بر پایه پژوهش انجام شده توسط گستاد، فرانک، هگتوت و هور<sup>۳</sup> (۲۰۱۱) تحت عنوان گزارشی از نسبت دارو و تأثیر آن بر احساس و هیجان، فرآیندهای اعتیاد تحت تأثیر باورها و نگرش‌های مبتلایان به سوءمصرف مواد می‌باشد.

براساس نظریه شناختی بک تصور می‌شود که افکار منفی یا تفسیرهای تحریف شده، از فعال شدن باورهای منفی انباشته شده در حافظه بلندمدت، نشأت می‌گیرد. طبق این نظریه، اختلال هیجانی با فعال شدن ساختارهای شناختی بدکنش رابطه دارد (راس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳). باورهای غلط شناختی از ساختارهای شناختی بدکنش نشأت می‌گیرد و به طور بالقوه، عاملی برای گرایش به مواد است. از جمله این باورها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: عدم مصرف مواد موجب ناراحتی روان‌شناختی و هیجانی می‌شود، عدم مصرف مواد موجب می‌شود که رویدادهای شناختی ناخوشایند و بد تداوم یابند، عدم مصرف مواد خوابم را آشفته می‌سازد و رویدادهای شناختی منفی تشدید می‌شوند و بدون مصرف مواد زندگی کسل کننده می‌شود و...؛ چنین باورهای مختلفی منجر به عود و بازگشت اعتیاد می‌شوند (لیوی<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴).

حداقل سه نوع عقیده مرتبط با مواد وجود دارد: انتظاری، متمرکز بر تسکین و تسهیل کننده یا اجازه دهنده. عقاید انتظاری شامل انتظار پاداش است، نظیر: مهمانی امشب عالی خواهد بود، من نمی‌توانم منتظر این باشم که بروم. عقاید متمرکز بر تسکین، عقایدی هستند که فرض می‌کنند مصرف مواد یک حالت ناراحت کننده را از میان برخواهد داشت، برای مثال: من می‌توانم ترک را تحمل کنم، من نیاز به مصرف مواد دارم. بالاخره، عقاید تسهیل کننده یا اجازه دهنده، عقایدی هستند که مصرف دارو را به رغم

1. Abela & Skitch
2. Wang, Zhang & Zhang
3. Gjestad, Franck, Hagtvet & Haver

4. Ross
5. Levy

پیآمدهای بالقوه آنها قابل قبول در نظر می‌گیرند، مثلاً: افراد ضعیف با مواد مشکل دارند، در مورد من صدق نمی‌کند (شرودر و آرپلی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). این باورهای نادرست می‌توانند به عنوان تعاملات شناختی ناشی از نقایص فراشناختی مصرف مواد به عنوان یک رفتار مقابله‌ای ناسازگار باشند و منجر به مقاومت درمان و بازگشت دوباره اعتیاد شود (حاجی علیزاده، بحرینیان، نظیری و مدرس غروی، ۱۳۹۲؛ گستفرند<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵).

بدین ترتیب نگرش‌های ناکارآمد و باورهای غلط شناختی عامل مهمی در عدم موفقیت درمان و بازگشت هستند که باید در اولویت‌های پژوهشی و درمانی اعتیاد قرار گیرند. در این میان فنون شناختی-رفتاری می‌تواند در مقابله با وسوسه و عود، افزایش خویش‌تنداری و تغییر نگرش مفید باشد (تاجری، ۱۳۹۴). درمان شناختی-رفتاری رویکردی است مبتنی بر عقل سلیم که بر دو اصل بنیادی استوار است: نخست اینکه شناخت‌واره‌های ما اثری کنترل‌کننده بر هیجان‌ها و رفتار ما دارند؛ و دوم، اینکه چگونگی عملکرد یا رفتار ما اثری قوی در الگوهای فکری و هیجان‌های ما می‌گذارند (کلارک و بک<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). فراگیری این فنون به بیماران کمک می‌کند که در کوتاه مدت توجه خود را از افکار برانگیزاننده دور سازند و در دراز مدت نیز با این افکار به چالش برخیزند. همچنین یادگیری این فنون می‌تواند تعداد دفعه‌های لغزش را کاهش دهد و با افزایش خویش‌تنداری از عود جلوگیری به عمل آورد (تاجری، احدی و جمهری، ۱۳۹۱). این نوع مداخله‌ها در قیاس با رویکردهای دیگر درمانی با اجرای ساده، محدوده زمانی کوتاه‌تر و برنامه‌های نظام‌دار شناختی و رفتاری همراهند (کهرزائی، دانش و آزاد فلاح، ۱۳۹۰). انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۴</sup> (۲۰۱۳) درمان‌های شناختی-رفتاری را از مؤلفه‌های اساسی هر نوع برنامه درمانی اعتیاد در نظر می‌گیرد. مرور پژوهش‌های موجود نیز اثربخشی درمان شناختی-رفتاری را بر بهبود نگرش‌های ناکارآمد در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی (عباسی، کریمی و جعفری، ۱۳۹۵)، بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی

1. Schroeder & Arpaly  
2. Gastfriend  
3. Clark & Beck

4. American Psychological  
Association

(قادری، معروفی و ابراهیمی، ۱۳۹۴) و دانشجویان افسرده (حسینی بهشتیان، ۱۳۸۹) نشان می‌دهد.

از دیگر درمان‌های کاربردی اعتیاد می‌توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۱</sup> اشاره کرد. این درمان نوعی از تحلیل رفتار بالینی است که در روان‌درمانی به کار می‌رود (لانیدی، اشنايدر و ارچ<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵). این روش یک مداخله روان‌شناختی مبتنی بر شواهد است که راهبردهای پذیرش و ذهن آگاهی و گسلش شناختی را به شیوه‌های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار در می‌آمیزد. این امر با هدف افزایش انعطاف پذیری روان‌شناختی انجام می‌شود (هربرت و فورمان<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱). پیام اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که آنچه خارج از کنترل شخصی است را بپذیر و به عملی که زندگی را غنی می‌سازد متعهد باش. در این درمان هدف اصلی کمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است در عین پذیرش رنجی که زندگی ناچاراً با خود دارد (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲).

۲۹۱

291

یک تفاوت کلیدی بین رویکردهای درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری، تأکید بر راهبردهای ذهن آگاهی و پذیرش برای کاهش اثر انگیزه‌های درونی بر رفتار مصرف مواد است (لی، آن، لوین و توهیگ<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵). همچنین برخلاف رویکرد شناختی- رفتاری که شناخت‌ها و باورهای ناکارآمد را اصلاح کرده تا هیجانات و رفتارها اصلاح شود، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به فرد آموزش داده می‌شود که در گام اول هیجانات خود را بپذیرد. به همین دلیل در این درمان‌ها فنون شناختی- رفتاری را با ذهن آگاهی ترکیب می‌کنند (هیز<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۶).

به نظر می‌رسد که توانمندسازی معتادین برای تغییر باورهای غیرمنطقی، عدم بازگشت مجدد به سوء مصرف مواد مخدر و ایجاد انگیزه برای زندگی با کیفیت از راه‌های ارتقاء سطح بهداشت روان معتادین است و یکی از مهم‌ترین راهکارهای پیشگیری و درمان اعتیاد، گروه درمانی‌های روانی از جمله شناختی- رفتاری و یا پذیرش و تعهد است

1. admission and commitment thrapy  
2. Landy, Schneider & Arch  
3. Herbert & Forman

4. Lee, An, Levin & Twohig  
5. Hayes, Bissett, Korn, Zettle,  
Rosenfarb & Cooper

(رویز، ۲۰۱۲). لازم به ذکر است که اگر در درمان اعتیاد تنها یکی از عوامل مد نظر قرار گیرد و از سایر عوامل چشم پوشی شود، احتمال موفقیت در درمان به شدت کاهش خواهد یافت (طباطبایی چهر، ابراهیمی ثانی و مرتضوی، ۱۳۹۱). با توجه به این موارد شناسایی شیوه یا شیوه‌های درمانی مؤثر بر این معضل و تدوین برنامه‌هایی جهت تحت درمان قرار گرفتن افراد درگیر با این مشکل و کاهش آسیب‌های ناشی از آن در جامعه، جزء مهم‌ترین مسائلی است که موجب می‌شود انجام چنین پژوهشی امری ضروری تلقی شود. در جستجوهای انجام شده توسط محقق در مطالعات خارجی و داخلی، آشکار شد که اثربخشی درمان شناختی - رفتاری با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرش‌های ناکارآمد و باورهای غلط شناختی در افراد وابسته به مواد، مورد بررسی قرار نگرفته و پژوهش حاضر اولین مطالعه‌ای است که کارایی مداخلات شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر افراد تحت درمان با متادون مورد بررسی قرار می‌دهد. با درک این مهم، این سوال مطرح می‌شود که آیا بین موج دوم رفتار درمانی (درمان شناختی-رفتاری) نسبت به موج سوم رفتار درمانی (درمان پذیرش و تعهد) بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد و باورهای غلط شناختی تفاوت وجود دارد؟ سپس جهت پاسخگویی به این مهم، سوال اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا بین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد و باورهای غلط شناختی تفاوت معناداری وجود دارد؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این تحقیق در دسته طرح‌های آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل قرار می‌گیرد. جامعه آماری پژوهش شامل همه افراد دارای اعتیاد و مراجعه‌کننده به کلینیک ترک اعتیاد روزبه شهر کامیاران بود که در بازده زمانی شش ماهه دوم سال ۱۳۹۷ به این کلینیک مراجعه کرده و تحت درمان با متادون بودند. لازم به ذکر است که تعداد کل این افراد ۶۵ نفر و همگی با جنسیت مرد بودند. با توجه به ماهیت آزمایشی پژوهش، گروه

نمونه ۳۰ نفر از معتادان بودند که به شیوه نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در سه گروه آزمایش ۱ (ACT)، آزمایش ۲ (CBT) و کنترل (هر گروه ۱۰ نفر) جایگزین شدند. لازم به ذکر است که ملاک‌های ورود به پژوهش شامل امضای توافقتنامه کتبی شرکت در پژوهش، عدم دریافت روش‌های درمانی غیر دارویی دیگر، سن بین ۲۰ تا ۳۵ سال، سطح تحصیلات حداقل ابتدایی، فاقد بیماری روانی (اختلال سایکوتیک) و نبودن سابقه ترک و عود مجدد؛ و ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از یک جلسه و تکمیل پرسش‌نامه به صورت ناقص بود. پس از بیان هدف پژوهش برای رعایت ملاحظات اخلاقی، از شرکت کنندگان رضایت‌نامه کتبی برای شرکت آگاهانه در پژوهش دریافت شد و به آن‌ها اعلام شد هر زمان که بخواهند می‌توانند از ادامه پژوهش انصراف دهند و اطلاعات آنان محرمانه نگهداشته می‌شود.

## ابزار

۱- مقیاس نگرش‌های ناکارآمد<sup>۱</sup>: این مقیاس توسط وایسمن و بک<sup>۲</sup> در سال (۱۹۷۸) براساس نظریه شناختی بک در مورد افسردگی و اضطراب ساخته شده است. این مقیاس، باورها و نگرش‌هایی را اندازه‌گیری می‌کند که شامل ملاک‌های به شدت غیرمنعطف و کمال‌گرایانه، جهت‌ارزیابی عملکرد شخصی و ارزشمندی خویش است. این مقیاس از ۴ خرده‌مقیاس موفقیت - کامل‌طلبی (۳-۵-۶-۷-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲-۱۵-۱۷-۲۱-۲۳)، نیاز به تأیید دیگران (۱۸-۲۲-۲۴-۲۵)، نیاز به راضی کردن دیگران (۱-۲-۴-۱۴-۱۶) و آسیب‌پذیری - ارزشیابی عملکرد (۱۳-۱۹-۲۰-۲۶) می‌باشد. هر گویه در طیف لیکرت ۷ تایی از ۱ تا ۷ نمره‌گذاری می‌شود. حد پایین نمرات ۲۶ و حد بالای آن ۱۸۲ می‌باشد. نمره بین ۲۶ تا ۵۲ بیانگر میزان نگرش‌های ناکارآمد در حد پایین است. نمره بین ۵۲ تا ۱۳۰ بیانگر میزان نگرش‌های ناکارآمد در حد متوسط است. نمره بالاتر از ۱۳۰ بیانگر میزان نگرش‌های ناکارآمد در حد بالا می‌باشد. در پژوهش ابراهیمی و موسوی (۱۳۹۱) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شد که مناسب‌تر از نسخه ۴۰ سوالی است. در این مطالعه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

۲- پرسش‌نامه تحریف‌های شناختی<sup>۱</sup>: این پرسش‌نامه توسط عبدالله‌زاده و سالار (۱۳۸۹) با هدف دستیابی به ابزاری آسان برای آگاهی از تحریف‌های شناختی در زندگی روزمره؛ بر مبنای تحریف‌های شناختی ایس ساخته شد. شامل ۲۰ سوال ۵ گزینه‌ای است که بر اساس مقیاس لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. ده تحریف مورد سنجش عبارتند از: همه-یا هیچ (۱-۲)، تعمیم مبالغه‌آمیز (۳-۴)، فیلتر ذهنی (۵-۶)، بی‌توجهی به امر مثبت (۷-۸)، نتیجه‌گیری شتابزده (۹-۱۰)، درشت‌بینی-ریزبینی (۱۱-۱۴)، استدلال احساسی (۱۲-۱۳)، باید-بهبتر (۱۶-۱۵)، برچسب‌زدن (۱۸-۱۷) و شخصی‌سازی (۱۹-۲۰). سوال شماره یک به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. هر فردی که نمره بیشتری را کسب کند از تفکر مناسب‌تری برخوردار است و هر کس نمره کمتری را به خود اختصاص دهد از تحریف‌های شناختی بیشتری استفاده کرده است (عبدالله‌زاده و سالار، ۱۳۸۹). این آزمون توسط عبدالله‌زاده و سالار (۱۳۸۹) بر روی جمعیت ایرانی، ۱۵۱ زن و ۱۴۶ مرد هنجاریابی شد. آن‌ها ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۰ گزارش کردند. در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش شد.

## روند اجرا

روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از اخذ معرفی‌نامه از دانشکده مربوطه و انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولین مرکز درمانی سوء‌مصرف مواد روزه شهر کامیاران، لیست افراد تحت درمان با متادون تهیه شد. با مراجعه به پرونده‌ی درمانی موجود آنان در کلینیک، افراد واجد شرایط ورود به پژوهش، شناسایی شدند. سپس به صورت انفرادی از افراد مایل به شرکت در پژوهش درخواست همکاری شد و در نهایت از افراد داوطلب رضایت‌نامه کتبی شرکت در پژوهش اخذ شد. نمونه پژوهش با جایگزینی تصادفی در سه گروه شامل یک گروه درمان شناختی-رفتاری، یک گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و یک گروه کنترل قرار گرفتند. قبل از شروع مداخله در گروه‌های آزمایشی، هر سه گروه در یک جلسه مورد ارزیابی با ابزارهای پژوهش قرار گرفتند (پیش‌آزمون)، سپس گروه‌های آزمایش در دو دوره‌ی درمانی به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به طور روزانه (۲ تا



۳ جلسه در هفته) تحت درمان قرار گرفتند. برای گروه کنترل، آموزشی ارائه نشد. لازم به ذکر است که افراد سه گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی هم‌تا شده بودند. در این مطالعه مفاد مطرح شده در بیانیه هلسینکی<sup>۱</sup> رعایت شد که از جمله آن‌ها می‌توان به توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از واحدهای مورد مطالعه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله، پاسخ به سوالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل، اشاره کرد (انجمن جهانی پزشکی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳).

پروتکل جلسات درمان شناختی- رفتاری براساس طرح درمانی بایلینگک، مک کب و آنتونی (۲۰۰۷؛ ترجمه خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۸۹) تنظیم شد و بسته جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز برگرفته از طرح درمانی زتل<sup>۳</sup> (۲۰۰۳) بود. پس از پایان مداخله، هر سه گروه مجدداً با ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند (پس‌آزمون). شرح مختصر محتوای جلسات آموزشی به تفکیک دو گروه در جدول ۱ ارائه شده است.

#### جدول ۱: پروتکل درمانی به تفکیک جلسات

جلسه	رویکرد	محتوا
اول	(CBT)	انجام پیش‌آزمون، خوش‌آمدگویی، ایجاد انگیزه، ساختار جلسات اقدام برای شناخت اعضا، آموزش تفکر، احساس، هیجان، مثال قدیس که نشان دهنده ارزش مطلق است که برای خود و دیگران وضع می‌کنیم اهمیت رازداری و تکلیف خانگی.
	(ACT)	معرفی اعضا، انجام پیش‌آزمون، توضیح مختصر در مورد روش درمان و شناساندن اهداف درمانی.
دوم	(CBT)	مرور جلسه قبل و انجام تکلیف، بالا بردن انگیزه امیدواری و تقویت فرد نسبت به ترک مصرف مواد، مشخص کردن باورهای غیر منطقی، بررسی آن‌ها و تک تک اعضا و بیان موردی از تفکر غیر منطقی برای همدیگر و تجزیه و تحلیل تفکرات غیر منطقی اعضا و اظهار نظر.
	(ACT)	توضیح درماندگی خلاق، کسب راهکارهای فعلی و ایجاد انگیزه برای تغییر آن‌ها به راهکارهای جدید.

## جدول ۱: پروتکل درمانی به تفکیک جلسات

جلسه	رویکرد	محتوا
سوم	(CBT)	مرور و انجام تکلیف خانگی، بررسی توجه به دوسوگرایی در رابطه با ترک مصرف مواد، شناسایی در مقابله با افکار مرتبط با مواد، شناسایی موقعیت‌های وسوسه‌انگیز و نقش ارتباط. (ACT)
		معرفی کنترل به عنوان مشکل، شناسایی راه‌های متداول کنترل رفتار و احساسات و بررسی تأثیر این روش.
چهارم	(CBT)	برانگیزاننده‌ها در مورد مصرف مواد، شناسایی طرح الگوهای ارتباطی با افراد مصرف‌کننده، تکلیف برای جلسه آینده، شناسایی وسوسه‌ها و محرک‌های مصرف.
	(ACT)	درک اهمیت زندگی مبتنی بر ارزش، درک عملکرد اهداف در تولید یک زندگی سالم تهیه چارت ارزش‌ها و حوزه‌های اصلی.
	(CBT)	مرور جلسه قبل، بر طرف کردن مشکلات و سوالات جلسه قبل، آموزش مهارت‌های امتناع از مصرف مواد، ایفای نقش در جلسه درمان، مرور تقویت بین پاسخ‌دهی انفعالی-پرخاشگرانه در مورد مسئولیت‌پذیری.
	(ACT)	آگاهی و پذیرش و آموزش ذهن آگاهی.
ششم	(CBT)	یادگیری و تمرین مهارت‌های امتناع از مصرف مواد، شناسایی نقاط قوت و ضعف ارتباطی، بررسی تفکرات غیر منطقی سطح توقع از دیگران، اعضای گروه تفکرات غیر منطقی خود را که باعث اضطراب‌شان و تغییر در خلق و خوی شده برای رشد اعضا توضیح دادند.
	(ACT)	تضعیف وابستگی به خود مفهومی، ایجاد آگاهی از خود نظاره‌گر، تمایز بین خود مفهومی و خود نظاره‌گر.
هفتم	(CBT)	بحث در مورد شیوه‌های ارتباطی تمرین عملی در گروه توسط اعضا و کار با مدل (آب س) و بحث در مورد ناکامی‌ها، درماندگی در برابر تغییر و اثرات آن، تمرین مهارت‌های ارتباطی بیان احساسات مثبت و تفکرات منطقی.
	(ACT)	توجه به نقش محدود زبان در درک تجربیات مستقیم، آموزش خود آگاهی تضعیف آمیختگی بین خود و زمان.
هشتم	(CBT)	بحث در مورد بی‌توجهی هیجانی و بی‌مسئولیتی هیجانی، تمرین نقش روی تصمیم‌گیری‌های سالم، پیش‌بینی موقعیت خطر آفرین، بحث در مورد تغییرات بیشتر موانع و مشکلات احتمالی، ارائه باز خورد پیشرفت، درمان کاربردی در محیط خانوادگی و اجتماعی و تغییر تفکر غیر منطقی در برابر تفکر منطقی و مثبت‌اندیشی، اجرای پس‌آزمون
	(ACT)	خلاصه‌ای از جلسات قبل، ایجاد تعهد و اجرای پس‌آزمون

## یافته‌ها

نمونه آماری پژوهش حاضر شامل ۳۰ نفر بود که به صورت تصادفی در ۳ گروه جایگزین شدند. میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان به ترتیب ۲۷/۶۳ و ۴/۷۶ سال بود. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	مرحله	CBT		ACT		کنترل	
		میانگین	انحراف- استاندارد	میانگین	انحراف- استاندارد	میانگین	انحراف- استاندارد
موفقیت-کامل	پیش آزمون	۴۷/۲۷	۱۴/۸۸	۳۶/۶۷	۱۶/۴۲	۴۲/۲۷	۱۳/۶۶
طلبی	پس آزمون	۴۲/۲۷	۱۴/۹۴	۲۷/۶۰	۹/۶۵	۴۶/۹۳	۱۵/۳۰
نیاز به تایید	پیش آزمون	۱۶/۹۳	۳/۸۰	۱۷/۹۳	۴/۹۰	۱۷/۶۰	۴/۷۶
دیگران	پس آزمون	۱۲/۷۳	۳/۴۱	۹/۳۳	۰/۸۱۶	۱۸/۲۷	۳/۸۴
نیاز به راضی	پیش آزمون	۲۱/۷۳	۴/۶۳	۱۷/۹۳	۷/۱۸	۲۰/۸۷	۴/۶۴
کردن دیگران	پس آزمون	۱۵/۴۷	۲/۲۹	۱۳/۱۳	۵/۶۸	۲۳/۰۱	۵/۱۵
آسیب پذیری -	پیش آزمون	۱۷/۴۰	۵/۴۶	۱۵/۹۳	۶/۰۱	۱۵/۳۳	۳/۷۱
ارزشیابی عملکرد	پس آزمون	۱۴/۰۱	۲/۸۷	۱۳/۸۰	۶/۳۰	۱۶/۹۳	۳/۹۷
تفکر همه یا هیچ	پیش آزمون	۶/۶۷	۲/۰۲	۵/۶۷	۱/۴۴	۶/۳۳	۱/۳۹
	پس آزمون	۶/۰۷	۱/۰۳	۵/۴۷	۱/۰۶	۶/۸۷	۱/۵۵
تعمیم افراطی	پیش آزمون	۵/۵۳	۲/۴۷	۴/۰۷	۱/۵۸	۶/۶۰	۱/۸۴
	پس آزمون	۵/۱۳	۱/۶۴	۳/۸۷	۱/۷۲	۶/۸۷	۱/۶۴
فیلتر ذهنی	پیش آزمون	۵/۹۳	۲/۰۸	۴/۲۷	۱/۴۸	۵/۴۰	۱/۵۹
	پس آزمون	۳/۶۰	۱/۳۵	۲/۹۳	۱/۰۳	۵/۵۳	۱/۶۴
بی توجهی به امر	پیش آزمون	۵/۱۳	۱/۸۴	۴/۸۰	۲/۱۴	۵/۲۷	۱/۴۳
مثبت	پس آزمون	۴/۸۰	۱/۳۷	۲/۸۷	۰/۷۴	۵/۳۳	۲/۰۹
نتیجه گیری	پیش آزمون	۵/۹۳	۲/۴۳	۵/۱۳	۱/۸۰	۵/۶۷	۱/۹۵
شتابزده	پس آزمون	۴/۴۰	۱/۵۴	۳/۸۰	۱/۸۹	۶/۴۷	۲/۲۳
درشت بینی -	پیش آزمون	۵/۱۳	۱/۸۸	۵/۴۷	۱/۷۲	۵/۶۷	۱/۵۴
ریز بینی	پس آزمون	۵/۱۳	۱/۵۵	۴/۶۷	۱/۵۴	۵/۵۳	۲/۲۹
استدلال احساسی	پیش آزمون	۵/۵۳	۱/۸۸	۵/۱۳	۲/۲۶	۵/۵۳	۱/۹۲
	پس آزمون	۳/۸۰	۱/۲۰	۲/۶۷	۰/۸۱	۵/۹۳	۲/۱۸
باید-بهرتر	پیش آزمون	۵/۷۳	۲/۱۸	۵/۴۷	۲/۲۰	۶/۸۰	۱/۵۲

جدول ۲: آماره های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	مرحله	CBT		ACT		کنترل
		انحراف- میانگین استاندارد	میانگین	انحراف- میانگین استاندارد	میانگین	
برچسب زدن	پس آزمون	۲/۱۶	۴/۶۰	۱/۶۸	۷/۵۳	۱/۷۶
	پیش آزمون	۲/۱۵	۴/۲۰	۱/۸۵	۵/۰۴	۱/۸۰
شخصی سازی	پس آزمون	۲/۰۱	۵/۰۱	۲/۰۳	۵/۱۳	۲/۴۱
	پیش آزمون	۲/۰۱	۵/۷۳	۲/۰۳	۵/۱۳	۱/۳۰
نگرش های	پس آزمون	۲۳/۴۴	۸۸/۴۷	۲۸/۹۶	۹۶/۰۷	۱۸/۵۲
	پیش آزمون	۱۷/۹۰	۶۳/۸۷	۱۶/۹۳	۱۰۵/۱۳	۲۳/۱۱
ناکارآمد	پس آزمون	۱۶/۷۶	۴۹/۲۰	۱۲/۷۱	۵۸/۰۱	۷/۷۳
	پیش آزمون	۱۶/۷۶	۴۹/۲۰	۱۲/۷۱	۵۸/۰۱	۷/۷۳
باورهای غلط	پس آزمون	۷/۴۶	۳۸/۴۰	۵/۷۹	۶۱/۵۳	۸/۱۰
	پیش آزمون	۷/۴۶	۳۸/۴۰	۵/۷۹	۶۱/۵۳	۸/۱۰

به منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نگرش های ناکارآمد در افراد تحت درمان با داروی نگهدارنده متادون می بایستی از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شود. قبل از انجام این آزمون لازم است که پیش فرض های آن شامل نرمال بودن توزیع داده ها، برابری واریانس های خطا بررسی شود. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده ها

متغیرها	نوع آزمون	آماره Z	معناداری
موقفیت- کامل طلبی	پیش آزمون	۰/۰۷۸	۰/۲۰۰
	پس آزمون	۰/۱۶۱	۰/۰۵۵
نیاز به تایید دیگران	پیش آزمون	۰/۱۴۳	۰/۱۲۲
	پس آزمون	۰/۱۰۸	۰/۱۱۳
نیاز به راضی کردن دیگران	پیش آزمون	۰/۰۸۵	۰/۲۰۰
	پس آزمون	۰/۰۹۱	۰/۲۰۰
آسیب پذیری- ارزشیابی عملکرد	پیش آزمون	۰/۱۵۱	۰/۱۲۰
	پس آزمون	۰/۰۹۳	۰/۲۰۰

نتایج آزمون لون جهت بررسی برابری واریانس‌های خطا در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون لون جهت بررسی برابری واریانس‌های خطا

متغیرها	مراحل	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
موفقیت-کامل طلبی	پیش آزمون	۲/۸۷۳	۲	۲۷	۰/۱۱۳
	پس آزمون	۱/۷۵۱	۲	۲۷	۰/۱۸۶
نیاز به تایید دیگران	پیش آزمون	۱/۹۴۸	۲	۲۷	۰/۱۵۵
	پس آزمون	۳/۲۲۷	۲	۲۷	۰/۰۵۴
نیاز به راضی کردن	پیش آزمون	۲/۵۶۵	۲	۲۷	۰/۱۱۷
	پس آزمون	۲/۳۷۶	۲	۲۷	۰/۰۸۰
آسیب پذیری-ارزشیابی	پیش آزمون	۲/۷۲۱	۲	۲۷	۰/۱۱۱
	پس آزمون	۱/۶۵۲	۲	۲۷	۰/۲۰۴

بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج آن حکایت از تفاوت ترکیب خطی متغیرها در گروه‌ها داشت (۰/۵۲۵ = اندازه اثر،  $F = ۹/۶۶۸$ ,  $P < ۰/۰۰۱$ ),  $F = ۰/۲۲۶$  = لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت در مولفه‌ها از تحلیل کواریانس تک‌متغیری به شرح جدول ۵ استفاده شد.

جدول ۵: تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذوراتا
موفقیت-کامل طلبی	۳۰۵۳/۳۳۳	۲	۱۵۲۶/۶۶۷	۸/۳۱۵	۰/۰۰۱	۰/۲۸۴
نیاز به تایید دیگران	۶۰۹/۹۱۱	۲	۳۰۴/۹۵۶	۳۳/۷۷۷	۰/۰۰۱	۰/۶۱۷
نیاز به راضی کردن دیگران	۷۹۷/۷۳۳	۲	۳۹۸/۸۶۷	۱۸/۶۶۶	۰/۰۰۱	۰/۴۷۱
آسیب پذیری-ارزشیابی عملکرد	۹۲/۳۱۱	۲	۴۶/۱۵۶	۲/۱۷۰	۰/۱۲۷	۰/۰۹۴

برای بررسی الگوهای تفاوت در گروه‌ها از آزمون بنفرونی استفاده شد. نتایج نشان داد در مؤلفه موفقیت-کامل طلبی در گروه‌های ACT با کنترل ( $P < ۰/۰۱$ ), در مؤلفه نیاز به تایید دیگران در گروه‌های ACT با CBT و ACT با کنترل و همچنین CBT با کنترل؛ در

مؤلفه نیاز به راضی کردن دیگران در گروه‌های ACT با کنترل و همچنین CBT با کنترل تفاوت وجود دارد.

برای بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش باورهای غلط شناختی در افراد تحت درمان با داروی نگهدارنده متادون می‌بایستی از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شود. قبل از انجام این آزمون لازم است که پیش فرض‌های آن شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها، برابری واریانس‌های خطا بررسی شود. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در جدول ۶ ارائه شده است.

**جدول ۶: نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها**

متغیرها	مراحل	آماره Z	معناداری	متغیرها	مراحل	آماره Z	معناداری
تفکر همه یا هیچ	پیش آزمون	۰/۱۰۸	۰/۰۸۱	درشت بینی -	پیش آزمون	۰/۱۱۵	۰/۱۶۳
	پس آزمون	۰/۱۲۸	۰/۰۵۸	ریزبینی	پس آزمون	۰/۱۲۵	۰/۰۶۲
تعمیم افراطی	پیش آزمون	۰/۱۰۶	۰/۰۹۲	استدلال	پیش آزمون	۰/۱۱۴	۰/۱۷۱
	پس آزمون	۰/۱۲۲	۰/۰۷۹	احساسی	پس آزمون	۰/۱۱۹	۰/۰۹۱
فیلتر ذهنی	پیش آزمون	۰/۱۰۹	۰/۰۷۳	باید-بهرتر	پیش آزمون	۰/۱۲۶	۰/۰۷۰
	پس آزمون	۰/۱۲۵	۰/۰۵۴		پس آزمون	۰/۱۲۳	۰/۰۸۷
بی توجهی به امر	پیش آزمون	۰/۱۲۳	۰/۰۸۵	برچسب زدن	پیش آزمون	۰/۱۰۶	۰/۰۶۵
	پس آزمون	۰/۱۱۷	۰/۰۹۳		پس آزمون	۰/۱۱۴	۰/۰۸۴
نتیجه‌گیری شتاب-	پیش آزمون	۰/۱۱۴	۰/۱۷۰	شخصی	پیش آزمون	۰/۱۱۶	۰/۱۵۵
زده	پس آزمون	۰/۱۲۹	۰/۰۵۹	سازی	پس آزمون	۰/۱۳۹	۰/۰۵۲

نتایج آزمون لون جهت بررسی برابری واریانس‌های خطا در ده مؤلفه‌ی باورهای غلط شناختی در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷: نتایج آزمون لون جهت بررسی برابری واریانس‌های خطا

متغیرها	مراحل	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
تفکر همه یا هیچ	پیش آزمون	۱/۶۹۵	۲	۲۷	۰/۱۹۶
	پس آزمون	۱/۱۳۷	۲	۲۷	۰/۳۳۰
تعمیم افراطی	پیش آزمون	۲/۲۲۰	۲	۲۷	۰/۱۲۰
	پس آزمون	۱/۰۲۷	۲	۲۷	۰/۳۶۷
فیلتر ذهنی	پیش آزمون	۲/۹۴۶	۲	۲۷	۰/۰۹۵
	پس آزمون	۱/۷۲۴	۲	۲۷	۰/۱۹۱
بی توجهی به امر	پیش آزمون	۲/۶۷۴	۲	۲۷	۰/۰۵۱
	پس آزمون	۰/۱۵۴	۲	۲۷	۰/۸۵۷
نتیجه‌گیری شتابزده	پیش آزمون	۲/۳۱۶	۲	۲۷	۰/۱۱۱
	پس آزمون	۰/۴۵۵	۲	۲۷	۰/۶۳۷
درشت‌بینی - ریزبینی	پیش آزمون	۰/۱۳۰	۲	۲۷	۰/۸۷۹
	پس آزمون	۰/۵۰۵	۲	۲۷	۰/۶۰۷
استدلال احساسی	پیش آزمون	۲/۰۰۴	۲	۲۷	۰/۱۴۸
	پس آزمون	۱/۴۹۱	۲	۲۷	۰/۲۳۷
باید-بهرتر	پیش آزمون	۲/۶۳۲	۲	۲۷	۰/۰۸۴
	پس آزمون	۲/۳۱۶	۲	۲۷	۰/۱۱۱
برچسب زدن	پیش آزمون	۳/۰۱۹	۲	۲۷	۰/۰۶۰
	پس آزمون	۰/۵۶۴	۲	۲۷	۰/۵۷۳
شخصی‌سازی	پیش آزمون	۲/۸۶۰	۲	۲۷	۰/۰۶۸
	پس آزمون	۰/۰۸۳	۲	۲۷	۰/۹۲۰

بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج آن حکایت از تفاوت ترکیب خطی متغیرها در گروه‌ها داشت ( $F=۶/۵۵۳$ ,  $P<۰/۰۰۱$ , اندازه اثر =  $۰/۶۶۵$ ). برای بررسی الگوهای تفاوت در مولفه‌ها از تحلیل کواریانس  $۰/۱۱۲$  = لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت در مولفه‌ها از تحلیل کواریانس تک‌متغیری به شرح جدول ۸ استفاده شد.

جدول ۸: نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی الگوهای تفاوت در مولفه‌ها

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذوراتا
تفکر همه یا هیچ	۱۴/۸۰	۲	۷/۴۰	۴/۸۲۶	۰/۰۱۳	۰/۱۸۷
تعمیم افراطی	۶۸/۰۴	۲	۳۴/۰۲	۱۲/۱۹۲	۰/۰۰۱	۰/۳۶۷
فیلتر ذهنی	۵۴/۷۱	۲	۲۷/۳۶	۱۴/۶۸۰	۰/۰۰۱	۰/۴۱۱
بی توجهی به امر مثبت	۵۰/۵۳	۲	۲۵/۲۷	۱۱/۱۱۶	۰/۰۰۱	۰/۳۴۶
نتیجه‌گیری شتابزده	۵۸/۷۱	۲	۲۹/۳۶	۸/۰۲۰	۰/۰۰۱	۰/۲۷۶
درشت بینی - ریزی بینی	۵/۶۴	۲	۲/۸۲	۰/۸۴۲	۰/۴۳۸	۰/۰۳۹
استدلال احساسی	۸۲/۵۳	۲	۴۱/۲۷	۱۷/۹۳۰	۰/۰۰۱	۰/۴۶۱
باید-بهرتر	۹۲/۳۱	۲	۴۶/۱۶	۱۳/۰۱۶	۰/۰۰۱	۰/۳۸۳
برچسب زدن	۳۰/۵۸	۲	۱۵/۲۹	۳/۶۷۶	۰/۱۳۴	۰/۱۲۹
شخصی‌سازی	۴۸/۹۳	۲	۲۴/۴۷	۹/۸۵۵	۰/۰۰۱	۰/۳۱۹

برای بررسی الگوهای تفاوت در گروه‌ها از آزمون بنفرونی استفاده شد. نتایج نشان داد در مؤلفه تفکر همه یا هیچ در گروه‌های ACT با کنترل، در مؤلفه تعمیم افراطی در گروه‌های ACT با کنترل، در مؤلفه فیلتر ذهنی در گروه‌های ACT با کنترل و CBT با کنترل، در مؤلفه بی توجهی به امر مثبت در گروه‌های ACT با CBT و ACT با کنترل، در مؤلفه نتیجه‌گیری شتابزده در گروه‌های ACT با کنترل و CBT با کنترل، در مؤلفه استدلال احساسی در گروه‌های ACT با کنترل و CBT با کنترل، در مؤلفه باید-بهرتر در گروه‌های ACT با کنترل و CBT با کنترل، و در مؤلفه شخصی‌سازی در گروه‌های ACT با کنترل و همچنین CBT با کنترل تفاوت وجود دارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد و باورهای غلط شناختی در افراد تحت درمان با داروی نگهدارنده بود. نتایج نشان داد که در هر دو گروه آزمایشی تحت درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل، مؤلفه‌های نگرش‌های ناکارآمد کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است. همچنین نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر



پذیرش و تعهد نسبت به گروه درمان شناختی-رفتاری، به میزان بیشتری موجب کاهش نگرش‌های ناکارآمد در افراد تحت درمان با داروی نگهدارنده متادون می‌شود. بر این اساس می‌توان گفت که با اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افراد تحت درمان با داروی نگهدارنده متادون، می‌توان به طرز چشمگیری میزان نگرش‌های ناکارآمد و بازگشت مجدد آن‌ها به سمت مصرف مواد مخدر را کاهش و سلامت روان را افزایش داد. در این میان نباید از تأثیر درمان شناختی-رفتاری هم در نگرش‌های ناکارآمد در افراد تحت درمان با داروی نگهدارنده متادون غافل شد. هر چند با توجه به تأثیر بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، این درمان بیشتر مورد تأکید پژوهشگران پژوهش حاضر است.

نتایج فوق با یافته‌های چندین پژوهش که در ادامه بیان خواهد شد، همسو و مشابه است. حسین مردی و خلعتبری (۱۳۹۶) به مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان خشم پرداختند. نتایج مطالعه آنها نشان داد که درمان شناختی-رفتاری از طریق شناسایی افکار و باورهای ناکارآمد و رفع و خنثی‌سازی آن‌ها و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق کاهش اجتناب تجربه‌ای احساسات و افکار ناخوشایند درونی و از طریق گسلش و نظاره افکار ناکارآمد به عنوان فکر و نه واقعیت محض، موجب کاهش پرخاشگری و خشم شدند. از سوی عباسی و همکاران (۱۳۹۵) در طی پژوهشی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی و نگرش‌های ناکارآمد مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد می‌تواند تحمل ناکامی و نگرش‌های ناکارآمد مادران را تعدیل کند و روش مناسبی برای کاهش مشکلات مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی باشد. از طرف دیگر، در پژوهش قادری، معروفی و ابراهیمی (۱۳۹۴) اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش علائم و اصلاح نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I و II بررسی شد. افراد گروه آزمایش تحت درمان شناختی-رفتاری (۱۰ جلسه به صورت فردی) و گروه کنترل تنها درمان دارویی دریافت نمودند. یافته‌ها نشان داد که با کنترل متغیر همپراش، تفاوت میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل برای هر سه متغیر علائم مانیا، علائم افسردگی و اصلاح نگرش‌های ناکارآمد معنی‌دار بود. همچنین ایدلمن،

تالбот، ایورس و هاروی<sup>۱</sup> (۲۰۱۶) در پژوهشی به بررسی تغییر نگرش‌های ناکارآمد در درمان‌های رفتاری، شناختی و شناختی-رفتاری و تأثیر آن بر بی‌خوابی پرداختند. نتایج نشان داد که هدف قرار دادن نگرش‌های ناکارآمد در این درمان‌ها موجب کاهش بی‌خوابی بیماران می‌شود. در تبیین نتایج می‌توان گفت که فرض بنیادی رویکرد شناختی-رفتاری این است که شناخت بر احساس و رفتار تأثیرگذار است و بیش از خود رویدادها، افراد به بازنمایی خود از رویدادها پاسخ می‌دهند. بنابراین در درمان شناختی-رفتاری مستقیماً بر روی شناخت و نگرش‌های ناکارآمد کار می‌شود و این روش سعی در کاهش، کنترل، تغییر و جایگزین کردن افکار دارد. در صورتی که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تغییر به صورت غیرمستقیم انجام می‌شود. برخلاف درمان شناختی-رفتاری، این درمان به تغییر افکار و احساسات و به چالش کشیدن آن‌ها نمی‌پردازد بلکه سعی دارد افراد با پذیرش، آگاه بودن و مشاهده گر بودن نسبت به خود، موجب کاهش قدرت نگرش‌های ناکارآمد و تأثیر آن بر رفتار شود که به نظر می‌رسد در پژوهش حاضر از نظر آماری، این رویکرد جدید درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به رویدادهای درونی از جمله افکار و نگرش‌های ناکارآمد، مؤثرتر از درمان شناختی-رفتاری در افراد تحت درمان با داروی نگهدارنده متادون است. بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که با آموزش مهارت و تغییر در باورهای افراد می‌توان احساس بهتری در آن‌ها ایجاد کرد و به این ترتیب افراد دیدگاه واقع‌بینانه‌تری نسبت به خود، اطرافیان و جهان کسب می‌کنند و با افزایش توان مقابله در برابر مشکلات از خطر ابتلاء و عود اعتیاد کاسته می‌شود.

نتایج همچنین نشان داد که در هر دو گروه آزمایشی تحت درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل، مؤلفه‌های فیلتر ذهنی، نتیجه‌گیری شتابزده، استدلال احساسی، باید-بهرتر و شخصی‌سازی کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است. به علاوه، نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش مؤلفه‌های تفکر همه یا هیچ، تعمیم افراطی و بی‌توجهی به امر مثبت نسبت به گروه کنترل می‌شود. اما در گروه تحت درمان شناختی-رفتاری تفاوت معناداری در این مؤلفه‌ها مشاهده نشد. همچنین

نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه درمان شناختی-رفتاری، به میزان بیشتری موجب کاهش باورهای غلط شناختی در افراد تحت درمان با داروی نگهدارنده متادون می‌شود. بر این اساس می‌توان گفت که با اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افراد تحت درمان با داروی نگهدارنده متادون، می‌توان به طرز چشمگیری میزان باورهای غلط شناختی آن‌ها را کاهش داد. در نتیجه می‌توان استنباط کرد که درمان مذکور موجب کمک به آن‌ها برای افزایش سلامت روان این افراد و کاهش احتمال بازگشت مجدد آن‌ها به سمت مصرف مواد مخدر می‌شود. هر چند درمان شناختی-رفتاری نیز موجب کاهش در باورهای غلط شناختی در افراد تحت درمان با داروی نگهدارنده متادون شود اما با توجه به تأثیر بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، این درمان بیشتر مورد تأکید پژوهشگران پژوهش حاضر است. ایروانی و طاهریان (۱۳۹۵) در پژوهشی اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر روش پذیرش و تعهد بر اضطراب امتحان را مورد مطالعه قرار دادند. از نتایج قابل توجه در این پژوهش، اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر روش پذیرش و تعهد بر باورهای غلط شناختی دانش‌آموزان بود که موجب کاهش اضطراب امتحان آنها شد. مجاهد، کلاتری، مولوی و بخشانی (۱۳۸۸) در پژوهشی با عنوان مقایسه تأثیر درمان شناختی-رفتاری با رویکرد اسلامی و درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بر سلامت روانی به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بر کاهش باورهای غلط شناختی و در نتیجه افزایش میزان سلامت روانی همسران شهدا و جانبازان به شکل معناداری مؤثر است. همچنین کوپرس<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۰) به فراتحلیل اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و سایر درمان‌های روان‌شناختی بر افسردگی پرداختند. آن‌ها در مجموع به این نتیجه رسیدند که درمان مذکور با تغییر و اصلاح باورهای غلط شناختی سبب کاهش افسردگی در جوامع و اقشار مختلف می‌شود.

همچنین فورمن، هربرت، مویتارا، بی‌مانس، گیلر<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی را بر اضطراب و افسردگی بررسی کردند. نتایج حاصل

از تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر از شناخت درمانی بر اضطراب و افسردگی مؤثر است. علت برتری آن تاکید درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرایندهای پذیرش و ذهن آگاهی بجای تلاش برای کنترل و یا حذف افکار خودآیند منفی و باورهای غلط شناختی بود. به علاوه پراودفوت<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۴) در پژوهشی کارآیی بالینی درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب و افسردگی در مراقبت‌های اولیه را بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی-رفتاری با اصلاح باورهای غلط شناختی موجب کاهش اضطراب و افسردگی در بیماران می‌شود. در تبیین نتایج می‌توان گفت در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از درمانجویان خواسته می‌شود بپذیرند که رنج، بخشی از تجربه طبیعی انسان است. با پذیرش رنج به عنوان یک تجربه، می‌توانیم یاد بگیریم که به آن پاسخ سازگارانه‌تری بدهیم و بعضی از ارتباطات کلامی مان را با آن تغییر دهیم. به نظر می‌رسد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان رویکردی که از بسیاری جهات با مواجهه درمانگری همخوانی دارد، بسیار نویدبخش بوده و مستقیماً مسائل همانند با مواجهه یعنی ترس و اجتناب و نگرانی‌های مربوط به کیفیت زندگی را از طریق ضعیف کردن غیرمستقیم باورهای غلط شناختی هدف قرار می‌دهد. مراجعانی که دارای باورهای غلط شناختی و نگرش‌های ناکارآمد هستند و مخصوصاً تشخیص اختلال‌های روان‌شناختی دریافت می‌کنند، همواره این انتظار را دارند که درمانگر کاری برای حذف یا حداقل کاهش نشانه‌هایشان انجام دهد، این هدف در درمان شناختی-رفتاری منعکس می‌شود که بر چالش با شناخت‌واره‌ها با کنترل و کاهش برانگیختگی فیزیولوژیک تمرکز دارد. اما پذیرش در دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمی متفاوت است به این صورت که هدف پذیرش آن است که باعث شود فرد تجارب درونی یعنی افکار، احساسات، خاطرات و حس‌های بدنی را بدون نیاز به دفاع در برابر آنها، بپذیرد. در حقیقت مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌خواهند مراجع تمرکزش را از تغییر و کاهش نشانه به داشتن یک زندگی ارزشمند تغییر دهد (هایز<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۶).

در مجموع می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری با تاکید بر اصلاح محتوای فکر و با برچسب زدن برخی از افکار به عنوان باورهای غلط شناختی و افکار ناکارآمد میل به بازداری آن‌ها را افزایش می‌دهد. از سوی دیگر چالش با فکر، در درمان شناختی-رفتاری به حس کاهش یافته‌ای از کنترل منجر می‌شود، زیرا افکار بازداری شده مرتباً قابل دسترس‌تر می‌شوند. جایگزین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بازسازی شناختی، پذیرش نشانه‌ها و کنترل رفتار فرد است که به نظر می‌رسد این جایگزینی در پژوهش حاضر هم در مورد کاهش نگرش‌های ناکارآمد و هم در مورد باورهای غلط شناختی در افراد تحت درمان با داروی نگهدارنده متادون، مؤثرتر بوده است. در واقع پذیرش نشانه‌ها و کنترل رفتار فرد به طور غیرمستقیم موجب کاهش اثر متغیرهای وابسته پژوهش بر رفتار شده و در نتیجه این افکار در ذهن نیز به عنوان یک رفتار به تدریج خاموش می‌شود.

با توجه به اینکه این مطالعه روی معتادان مرد تحت درمان با داروی نگهدارنده متادون انجام گرفت، لذا در تعمیم نتایج آن، باید جانب احتیاط را رعایت کرد. محدودیت دیگر مربوط به عدم کنترل عوامل زمینه‌ای و فردی است. اصولاً برای بررسی تأثیر درازمدت اثر مداخله، انجام آزمون‌های پیگیری با فواصل منظم ضروری است، اما به دلیل کمبود زمان، امکان اجرای آزمون پیگیری وجود نداشت. یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند برای تدوین برنامه‌های آموزشی، درمانی و پیشگیری از مشکلات روانشناختی و افزایش سلامت روان در افراد مذکور مورد استفاده قرار گیرد. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که این مقایسه اثربخشی را در جامعه‌های پژوهشی و زمان‌های دیگری انجام و تاثیر هر کدام را بعد از گذشت زمان مورد پیگیری قرار دهند تا نتایج منسجم‌تری به دست آید. پیشنهاد می‌شود این پژوهش روی زنان درگیر با اعتیاد نیز انجام شود، چرا که عامل جنسیت ممکن است در نتیجه پژوهش تعیین کننده باشد. با توجه به اینکه هر دو روش مداخله بر بهبود نگرش‌های ناکارآمد و باورهای غلط شناختی در معتادان تحت درمان با متادون تأثیر داشته‌اند، به روان‌شناسان فعال در مراکز درمانی ترک اعتیاد پیشنهاد می‌شود از نتایج حاصل از این پژوهش برای کاهش نگرش‌های ناکارآمد و باورهای غلط شناختی بیماران استفاده کنند.

## منابع

- ابراهیمی، امراه و موسوی، غفور (۱۳۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS-26) در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۲(۵)، ۸۸-۹۲.
- ایروانی، محمدرضا و طاهریان، نفیسه (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر روش پذیرش و تعهد بر اضطراب امتحان دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دوم فنی و حرفه‌ای ناحیه ۲ اصفهان. پنجمین همایش ملی روانشناسی، مشاوره و مددکاری اجتماعی، خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر.
- ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. تهران: نشر جنگل.
- باقیانی مقدم، محمدحسین؛ فاضل پور، شکوه و رهایی، زهده (۱۳۷۸). مقایسه دیدگاه معتادین و غیرمعتادین در مورد علل گرایش به اعتیاد. *فصلنامه طلوع بهداشت*، ۳، ۷۴۰-۷۸۴.
- بایلینگ، پیتر. جی؛ مک کب، رندی. ای و آنتونی، مارتین (۱۳۸۹). *گروه درمانگری شناختی-رفتاری*. ترجمه محمد خدایاری فرد و یاسمین عابدینی. تهران: دانشگاه تهران. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۷).
- تاجری، بیوک (۱۳۹۴). اثربخشی درمانگری شناختی-رفتاری بر میزان وسوسه، نگرش و سازش پذیری معتادان به شیشه. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۶(۱)، ۴۵-۶۲.
- تاجری، بیوک؛ احدی، حسن و جمهری، فرهاد (۱۳۹۱). بررسی تاثیر درمان شناختی-رفتاری بر پرهیز، وسوسه، عود و تغییر نگرش معتادان به شیشه. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۲، ۲۰-۷.
- حاجی علیزاده، کبری؛ بحرینان، سید عبدالمجید؛ نظیری، قاسم و مدرس غروی، مرتضی (۱۳۸۸). نقش متغیرهای شناختی و ابعاد فراشناختی و هیجانات در رفتار سوء مصرف. *تازه‌های علوم شناختی*، ۱۱(۳)، ۱۹-۱۲.
- حسین مردی، علی اصغر و خلعتبری، جواد (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان خشم دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه شهر تهران. *مجله علمی پژوهان*، ۱۶(۲)، ۵۹-۶۶.

حسینی بهشتیان، سیدمحمد (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری حضوری و درمان شناختی رفتاری اینترنتی آفلاین بر میزان افسردگی دانشجویان. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۱۱(۱)، ۱۴۴-۱۲۹.

رحمانیان، مهدیه؛ میرجعفری، احمد و حسنی، جعفر (۱۳۸۵). رابطه وسوسه مصرف مواد و سوگیری توجه: مقایسه افراد وابسته به مواد افیونی، مبتلا به عود و ترک کرده. *مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران*، ۱۲(۳)، ۲۱۶-۲۲۲.

ساعد، امید؛ یعقوبی، حمید؛ روشن، رسول و سلطانی، مرضیه (۱۳۹۰). مقایسه باورهای فراشناختی ناکارآمد در بین افراد وابسته و غیروابسته به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۵(۷)، ۹۱-۷۵. طباطبایی چهر، محبوبه؛ ابراهیمی ثانی، ابراهیم و مرتضوی، حامد (۱۳۹۱). اثربخشی روان درمانی گروهی شناختی- رفتاری در تغییر باورهای غیر منطقی افراد معتاد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۴(۳)، ۴۳۰-۴۱۹.

عباسی، حسین؛ کریمی، بهروز و جعفری، داوود (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی و نگرش‌های ناکارآمد مادران دانش‌آموزان کم توان ذهنی. *فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی افراد استثنایی*، ۲۴(۶)، ۱۰۸-۸۱.

عبدالله زاده، سید احمد و سالار، علی (۱۳۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه تحریف‌های شناختی در زنان و مردان ۲۰ تا ۵۰ ساله شهر تهران. *مجله علمی دانشگاه شهید بهشتی تهران*، ۲۲(۵)، ۹۲-۸۸.

قادری، داود؛ معروفی، محسن و ابراهیمی، امراه (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش علائم و اصلاح نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I و II. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۳۳(۳۵۸)، ۱۹۴۲-۱۹۳۶.

کهرزائی، فرهاد؛ دانش، عصمت و آزادفلاح، پرویز (۱۳۹۰). اثربخشی رفتار درمانگری شناختی در بهبود کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۵(۱۸)، ۲۳-۷.

مجاهد، عزیزا..؛ کلاتری، مهرداد؛ مولوی، حسین و بخشانی، نورمحمد (۱۳۸۸). مقایسه تاثیر درمان شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی و درمان شناختی- رفتاری کلاسیک بر سلامت روانی همسران شهدا و جانبازان. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۱(۴)، ۲۹۱-۲۸۲.

هادیان مبارکه، رضا؛ نوری، ابوالقاسم و ملک پور، مختار (۱۳۹۳). سایکودرام و اعتیاد. *فصلنامه تازه‌های روان درمانی*، ۱۶، ۶۷-۵۶.

## References

- Abela, R. Z., & Skitch, S. A. (2007). Dysfunctional attitudes, self-esteem, and hassles: cognitive vulnerability to depression in children of affectively ill parent. *Behavior research and therapy*, 45, 1127-40.
- American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Ed.). Washington DC: A. P. A.
- Clark, D., & Beck, A. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression; convergence with neurobiological findings. *Trend in cognitive sciences*, 14(9), 418-424
- Cuijpers, P., Smit, S., Bohlmeijer, E., Hollon, S., & Andersson, G. (2010). Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: meta-analytic study of publication bias. *The British Journal of Psychiatry*. 196, 173-178.
- Eidelman, p., Talbot, I., Ivers, H., & Harvey, A. G. (2016). Change in Dysfunctional Beliefs about Sleep in Behavior Therapy, Cognitive Therapy, and Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia. *Journal of Behavior Therapy*, 47(1), 102-115.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31(6), 772-799.
- Gastfriend, D. R. (2005). Physician Substance Abuse and Recovery What Does It Mean for Physicians and Everyone Else. *JAMA*, 293(12), 1513-1515.
- Gjestad, R., Franck, J., Hagtvet, K. A., & Haver, B. (2011). Level and change in alcohol consumption, depression and dysfunctional attitudes among females treated for alcohol addiction. *National Institutes of Health, May-Jun*, 46(3), 292-300.
- Gonzales, R., Douglas, M. A., Beattie, R., Angelo, R., & Glik, O, C. (2012). Understanding Recovery Barriers: Youth Perceptions about Substance use Relapse. *American Journal of Health Behavior*, 5(36), 614-602.
- Halvorsen, M., Wang, S. E., Eiseman, M., & Waterol, K. (2009). Dysfunctional attitudes and early maladaptive schema as predictors of depression: A Year follow up study. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 34(4), 368-379.
- Hayes, S. C., Bissett R. T., Korn, Z., Zettle, R. D., Rosenfarb, I., & Cooper, L. D. (2016). The Impact of Acceptance versus Control Rationales on Pain Tolerance. *The Psychological Record*, 49(1), 33- 47.
- Herbert, J. D., & Forman, E. M. (2011). *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Kessler, R.C., Berglund, P., & Demler, O. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Clinical Psychological Psychotherapy*, 62, 593 – 602.



- Landy, L. N., Schneider, R. L., & Arch, J. J. (2015). Acceptance and commitment therapy for the treatment of anxiety disorders: a concise review. *Current Opinion in Psychology*, 2, 70-74.
- Lee, E. B., An, W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2015). An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 155, 1-7.
- Levy, N. (2014). Addiction as a disorder of belief, *Biology & Philosophy*, 29, 337-355.
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H., De Boer, A. G., Blonk, R. W. & Van Dijk, F. J. (2010). Irrational beliefs in employees with an adjustment, a depressive, or an anxiety disorder: A prospective cohort study. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 28, 57-72.
- Proudfoot, J., Ryden, C., Shapiro, D., Goldberg, D., Marks, H., & Gray, J. (2004). Clinical efficacy of computerised cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 185, 46-64.
- Ross, D. (2013). *The picroeconomics of gambling addiction and supporting neural mechanisms*. In: Levy N (Ed) *Addiction and self-control*. Oxford University Press, New York, pp 38-47
- Ruiz, F. J. (2012). Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International journal of psychology and psychological therapy*, 12(3), 333-357
- Schroeder, T., & Arpaly, A. (2013). Addiction and blameworthiness. In: Levy N (Ed) *Addiction and self-control*. Oxford University Press, New York, 214-238.
- Wang, C., Zhang, K., & Zhang, M. (2017). Dysfunctional attitudes, learned helplessness, and coping styles among men with substance use disorders. *Social Behavior and Personality: An international Journal*, 45, 269-280.
- Zettle, R. D. (2003). Acceptance and commitment therapy (ACT) vs. systematic desensitization in treatment of mathematics anxiety. *Psychological Record*, 53, 197-215.