

شناخت، رفتار، یادگیری

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر صمیمیت زوجی معنادان تحت درمان نگهدارنده با متادون

صالح غیاثی نژاد^۱، علیرضا منظری توکلی^۲، علی دره کردی^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد زرنده، دانشگاه آزاد اسلامی، زرنده، ایران
۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران
۳. افیلیشن سوم: استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول: a.manzari@iauk.ac.ir

تاریخ ارسال: ۱۴۰۳/۰۱/۲۶

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۲/۳۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۱۵

تاریخ چاپ: ۱۴۰۳/۰۴/۰۱

چکیده

هدف از انجام این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر صمیمیت زوجی معنادان تحت درمان نگهدارنده با متادون بود. این پژوهش یک طرح نیمه آزمایشی با پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری بود. نمونه پژوهش شامل ۶۰ نفر از معنادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد در ۶ ماهه اول ۱۴۰۱ بودند که بصورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش (درمان شناختی رفتاری-درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش) و کنترل جایگزین شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه صمیمیت زوجی واکر و تامپسون (۱۹۸۳) بود و نتایج پرسشنامه با استفاده از تحلیل واریانس تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها حاکی از آن بود که بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها، اثر درمان شناختی رفتاری با درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در صمیمیت زوجی معنی دار شده است. همچنین، در مرحله پیگیری در متغیر صمیمیت زوجی تفاوت معنی داری بین میانگین‌های گروه‌های کنترل و آزمایشی وجود داشت. در نتیجه با توجه به میانگین گروه‌ها در صمیمیت زوجی بین اثر بخشی دو مداخله تفاوت معنا داری با هم نداشته است.

کلیدواژه‌گان: درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، صمیمیت زوجی، معنادان.

© ۱۴۰۳ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.



شیوه استناددهی: غیاثی نژاد، صالح، منظری توکلی، علیرضا، و دره کردی، علی. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر صمیمیت زوجی معنادان تحت درمان نگهدارنده با متادون. *شناخت، رفتار، یادگیری*، ۱۱۰-۹۹.

Cognition, Behavior, Learning

Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Marital Intimacy in Methadone Maintenance Treatment Patients

Saleh Saleh Ghiyasi Nejad¹, Alireza Manzari Tavakoli^{2*}, Ali Darekordi³

1. PhD Student, Department of Psychology, Zarand Branch, Islamic Azad University, Zarand, Iran
2. Associate professor, Department of Psychology, Kerman Branch, Islamic Azad University, Kerman, Iran
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Kerman Branch, Kerman, Iran

*Corresponding Author's Email: a.manzari@iauk.ac.ir

Submit Date: 2024-04-14

Revise Date: 2024-05-19

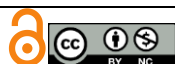
Accept Date: 2024-06-04

Publish Date: 2024-06-21

Abstract

The aim of this study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on marital intimacy in individuals undergoing methadone maintenance treatment. This study employed a quasi-experimental design with pre-test, post-test, and follow-up assessments. The study sample consisted of 60 individuals with opioid use disorder undergoing methadone maintenance treatment, who had visited addiction treatment clinics during the first six months of 2022. Participants were selected using convenience sampling and were randomly assigned to two experimental groups (cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy) and a control group. The research instrument was the Walker and Thompson Marital Intimacy Questionnaire (1983), and data were analyzed using analysis of variance. The findings indicated that, after controlling for the pre-test effect, the impact of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on marital intimacy was statistically significant. Furthermore, at the follow-up stage, there was a significant difference in marital intimacy scores between the control and experimental groups. However, based on the mean scores of marital intimacy, no significant difference was observed between the effectiveness of the two interventions.

Keywords: *Cognitive-behavioral therapy, acceptance and commitment therapy, marital intimacy, substance use disorder.*



How to cite: Saleh Ghiyasi Nejad, S. S., Manzari Tavakoli, A., & Darekordi, A. (2024). Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Marital Intimacy in Methadone Maintenance Treatment Patients. *Cognition, Behavior, Learning*, 1(2), 99-110.

© 2024 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

اعتیاد، بی‌تردید یکی از عواملی است که بنیاد زندگی افراد را در هم می‌شکند و موجبات اختلالات خانوادگی را فراهم می‌سازد. آسیب‌زایی وضعیت موجود زمانی بیشتر می‌شود که همسران افراد معتاد علاوه بر امور خانه‌داری و تربیت فرزندان ناگزیر هستند، مسایل مالی و سرپرستی خانواده را نیز بر عهده بگیرند (Reyes, 2024). همچنین در معرض انواع آسیب‌های سوء مصرف مواد مخدر نیز می‌باشند. شواهد تلخ از گسستگی‌های عاطفی، طلاق و از هم پاشیدگی کانون خانواده از عوارض سوء این مقوله به شمار می‌آید. به طوریکه با نگرستن به ساختار خانواده‌های نابسامان از جمله خانواده‌های معتاد، با فقدان ارتباطات صحیح بین زوجین، آشفتگی‌ها و کشمکش‌های بین اعضاء خانواده روبه‌رو هستیم. همسران سوء مصرف‌کننده بیشتر ارتباطات منفی و آسیب‌پذیر مثل انتقاد، سرزنش، تحقیر و عصبانیت از خودشان نشان می‌دهند و در حل مسایل خانواده سطح پایینی از همدلی و صمیمیت زوجی ابراز می‌کنند (Naderifar et al., 2024; Oh & Hwang, 2018). صمیمیت به عنوان توانایی ارتباط با دیگران با حفظ فردیت تعریف می‌شود. اینگونه تعاریف مبتنی بر خویشتن حاکی از آن است که فرد به درجه‌ای از رشد فردی دست یابد تا بتواند با دیگران رابطه صمیمانه برقرار کند (Bagarozzi, 2001). صمیمیت را می‌توان به عنوان توانایی "شناخت خود" در حضور دیگران دانست که خودآگاهی و رشد هویت، برای ظرفیت قابلیت شخص در جهت صمیمیت، بسیار ضروری است. مفهوم پردازی رایج از صمیمیت، سطح نزدیکی به همسر، به اشتراک گذاری ارزش‌ها و ایده‌ها، فعلیت‌های مشترک، روابط جنسی، شناخت از یکدیگر و رفتارهایی نظیر نوازش کردن است. بدین سان فردی که میزان صمیمیت بالا را تجربه می‌کند قادر است خود را به شیوه مطلوبتری در روابط عرضه کند و نیازهای خود را به شکل موثری به شریک و همسر خود ابراز کند (Navabinejad et al., 2024; Parsakia et al., 2023; Parsakia & Rostami, 2023). کاترر و گلان (۲۰۲۰) صمیمیت را به عنوان رویدادی ارتباطی تعریف می‌کنند که در آن بی‌پرده‌گویی واقعی با همدلی پاسخ داده می‌شود و این بی‌پرده‌گویی ممکن است حس آسیب‌پذیری شخص را افزایش دهد، اما افراد برای کسب صمیمیت لزوماً باید خطر نشان دادن آسیب‌پذیریشان به طرف مقابل را بپذیرند (Cutrer & Glahn, 2020). کسانی که از آسیب‌پذیری می‌ترسند به احتمال زیاد از صمیمیت نیز خواهند ترسید و ممکن است این افراد مشکلات بیشتری را در روابط مهم‌شان تجربه می‌کنند. بالتبع رضایت زوجی می‌تواند در زوج‌هایی که میزان صمیمیت بالاتری دارند، بیشتر باشد یا به عبارتی، زوج‌هایی که صمیمیت بالاتری دارند ممکن است قابلیت بیشتری در مواجهه با مشکلات و تغییرات مربوط به رابطه خود داشته باشند و در نتیجه رضایت زوجی بالاتری را تجربه کنند (Patrick et al., 2007) اما در خانواده‌های افراد معتاد بعلاوه روابط منفی صمیمیت زوجی پایین و بالتبع آن رضایت زوجی کمتر است، بویژه اینکه استفاده از مهارت‌های ناسازگار حل مساله، مثل بحث باز و تشویق را کاهش می‌دهد و خانواده از نظر عملکردی تنزل پیدا می‌کند؛ لذا عملکرد نزولی خانواده منتج به سقوط و اضمحلال کانون خانواده خواهد شد (Cancian, 2018) که نیازمند به کارگیری مداخلاتی مناسب جهت پیش‌گیری از اضمحلال آن هستیم. امروزه تأثیر مثبت مداخلات روان‌شناختی در روند بهبود مسائل روانی افراد معتاد مورد تأیید قرار گرفته است. روان‌شناسان نقش فعالیت‌های فرااندامی در فرایند درمان این مشکل به عهده گرفته‌اند (White, 2019). همچنین باید اشاره نمود که طیف کامل روش‌های روان‌درمانی برای اختلال وابسته به مواد صنعتی وجود دارد. روان‌درمانی فردی، رفتار درمانی، درمان شناختی، روان‌درمانی خانوادگی، گروه‌های حمایتی و روان‌درمانی گروهی از جمله این‌ها می‌باشند. با این وجود صرفه‌جویی وقت و هزینه و نیرو و آموزش مهارت‌ها و اصلاح روابط از جمله مزایای گروه درمانی است. امروزه کاربرد فراوانی در درمان اختلالات روان‌شناختی دارد (Hashemi & Behjati, 2020). (Ardakani, 2020).

رویکرد شناختی رفتاری از جمله رویکردها در روانشناسی است که توجه پژوهشگران و روانشناسان را در چند دهه اخیر به خود جلب کرده است، تأکید آن بر نقش باورها، شناخت‌ها، طرحواره‌ها و نظام پردازش اطلاعات در ایجاد اختلالات روانی می‌باشد. گروه درمانی شناختی رفتاری ترکیبی از دیدگاه بازسازی شناختی در شناخت درمانی به همراه روش‌های اصلاح رفتار در رفتار درمانی است و می‌تواند هیجان‌ها را تنظیم و تصحیح نماید. همچنین این مداخله به دلیل گروهی برگزار شدن، می‌تواند مداخله مناسبی برای خانواده‌های معتادان که نیاز به مهارت‌های

اجتماعی و در جمع بودن را دارند، باشد. این رویکرد می‌تواند به افراد معتاد کمک کند تا تأثیرات روانی منفی مشکلشان را به کمترین مقدار برسانند (Bieling et al., 2022). به طور کلی درمان شناختی رفتاری نوعی از روان درمانی گروهی است که تکیه بر شناخت و ارزیابی غلط مراجعان از پیرامون خود را هدف قرار می‌دهد و این تغییر شناخت بواسطه تقویت نظام شناختی بیمار و تصحیح غلط‌های شناختی او با دادن آگاهی همراه است. حمایت تجربی قوی درباره کاربرد درمان شناختی - رفتاری برای مشکلات روانی شایع در اعتیاد، با ارائه مراقبت بهداشتی نوین و تاکید بر درمان‌های دارای حمایت تجربی کاملاً هماهنگ است. تاکنون مدل‌های شناختی - رفتاری و پروتکل‌های درمانی آن برای شمار زیادی از اختلالات روانی همبود با اعتیاد تدوین شده است و بسیاری از آن‌ها در پژوهش‌های بالینی مؤثر شناخته شده‌اند (Dobson & Dobson, 2018; Dobson & Dozois, 2021).

درمان‌های مبتنی بر پذیرش نیز یکی از درمان‌های شناختی-رفتاری موج سوم شناخته می‌شود و در آن‌ها تلاش می‌شود بجای تغییر شناختها، ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. اصول زیربنایی آن شامل: ۱) پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها ۲) عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنی‌دار شخصی پیش از حذف تجارب ناخواسته، است (Wharton et al., 2019). در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید (این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها)، به‌طور کامل پذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود، یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناخت) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها) در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می‌توانند افکار افسرده‌کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث (تروما)، هراس‌ها و ... باشند (Zhang et al., 2018). در پژوهشی که توسط گریک و گالاقان انجام گرفت نشان داد که شرکت‌کنندگانی که آموزش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش را دیده و مسائل آموزش پذیرش و آگاهی در مورد افکار احساسات مرتبط با مشکل شان، ارزش‌های شخصی مربوط به مشکل شان و تمرکز بر توانمندی‌ها برای حرکت ارزشمند در طول تجربه احساسات را آموخته بودند، شرایط بهتری دارند (Burian et al., 2021).

در راستا با توضیحات و با عنایت به اینکه امروزه در کشور ما پدیده اعتیاد و درمان آن از جمله مسایلی است که باید در اولویت برنامه‌های مراکز مرتبط با بحث اعتیاد قرار گیرد، ضروری است در کنار ارائه خدمات روانشناختی و درمانی به فرد معتاد، برای همسران و فرزندان آن‌ها نیز خدمات مشاوره و روانشناختی ارایه گردد تا به بهبود و ارتقاء کیفیت زندگی و سلامت روان آن‌ها کمک شود. با توجه به آن چه گفته شد و با عنایت به این که در زمینه مداخلات روانشناختی با زنان افراد معتاد، پژوهش‌های کنترل شده و بالینی اندکی در کشور صورت گرفته است و در جستجوهای انجام شده در پژوهش‌های داخلی و خارجی نیز پژوهشی در این باره یافت نشد، لذا مطالعه حاضر بدنبال پاسخ به این سوال است که آیا درمان شناختی رفتاری با درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر صمیمیت زوجی معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون تفاوت معنادار دارد؟

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی است و از لحاظ روش تحقیق نیز مبتنی بر روش تحقیق نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه آماری کلیه معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک

اعتیاد شهر کرمان درشش ماه اول سال ۱۴۰۱ بودند و نمونه پژوهش شامل ۶۰ نفر از معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد در ۶ ماهه اول ۱۴۰۱ بودند که بصورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و بصورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایشی اول تحت آموزش درمان شناختی - رفتاری و گروه آزمایشی دوم دیگری تحت آموزش درمان تعهد و پذیرش قرار گرفتند و گروه کنترل مداخله خاصی دریافت نکردند.

معیارهای شرکت در پژوهش شامل موارد زیر می‌شد؛ - عدم وجود اختلالات سایکوز و پارانوید در آزمودنی‌ها - دریافت رضایت نامه اختیاری و آگاهانه - حداقل یک سال از اعتیاد آن‌ها گذشته باشد - افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون باشند - داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم. معیارهای خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: عدم پاسخگویی جامع به سوالات. نداشتن تمایل به مشارکت در پژوهش. شرکت در پژوهش و یا مداخله‌ای همزمان.

ابزار اندازه‌گیری مورد استفاده در پژوهش، پرسشنامه صمیمیت زناشویی بود. این پرسشنامه توسط واکر و تامپسون (۱۹۸۳) تهیه شده که دارای ۱۷ ماده است و برای سنجش مهر و صمیمیت زناشویی تدوین شده است. این مقیاس جزئی از یک ابزار بزرگتر است که چندین بعد صمیمت را در بر می‌گیرد اما توسط تهیه‌کنندگان آن (الکسیس جی. واکر و لیندا تامپسون) به صورت مقیاس مستقلی گزارش شده است. این مقیاس توسط ثنایی در سال ۱۳۷۹ ترجمه شده است. صمیمیت توجه و اهمیت اعضای خانواده برای یکدیگر تعریف شده است و عوامل نزدیکی عاطفی در قالب مهر، از خود گذشتگی و رضایت را شامل می‌شود احساسی است مبنی بر این که رابطه مهم با توام با عزت همبستگی و تعهد متقابل است. برای تعیین روایی محتوی و صوری ابتدا پرسش‌نامه توسط ۱۵ نفر از اساتید مشاوره و ۱۵ نفر زوج بررسی شده و روایی صوری و محتوی آن تأیید شد. هم چنین مشایخ و عسگریان (۱۳۹۶) در مقاله خود از طریق اجرای همزمان با پرسش‌نامه باگاروزی و برآورد ضریب همبستگی آن‌ها ۰/۸۲ محاسبه کرده است و در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بود که نشان دهنده روایی ملاکی برای این مقیاس است. اعتمادی در مقاله دکتری روی ۱۰۰ زن و شوهر در اصفهان که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند اجرا کرد. ضریب پایایی کل مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶ به دست آمد و حاکی از پایایی قابل قبول پرسش‌نامه بود. مشایخ و عسگریان (۱۳۹۶) نیز پایایی کل را ۰/۸۵ به دست آورد. نمره آزمودنی در این پرسشنامه از طریق جمع نمرات سوالات و تقسیم آن بر عدد ۱۷ حاصل می‌شود. دامنه نمرات بین ۱ تا ۷ است که نمره بالاتر نشانه صمیمیت بیشتر است (Navabinejad et al., 2024; Parsakia et al., 2023). قبل از اجرای پژوهش، این پرسش‌نامه توسط پژوهش‌گر به مدت دو هفته به ۳۰ زن و شوهر برای تعیین پایایی ارائه شد.

جهت گردآوری داده‌های تحقیق ابتدا نامه‌ای از واحد پژوهشی دانشگاه به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر کرمان ارجاع و مجوز کار بر روی معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون گرفته شد. بعد از انتخاب ۶۰ نفر به صورت نمونه‌گیری تصادفی و با گمارش تصادفی به سه گروه آزمایش (دو گروه آزمایش) و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) تقسیم شدند و گروه‌های آزمایش تحت درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و شناختی رفتاری به مدت ۱۲ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای قرار گرفتند و بعد از هر سه گروه پس از آزمون با پرسشنامه مذکور گرفته شد.

پروتکل شناختی رفتاری (Dobson & Dobson, 2018): در جلسات اول و دوم، معرفی اعضا، آشنایی با قوانین و اهداف گروه، بیان هدف جلسه و آشنایی با فرآیند A, B, C انجام شد و تکلیفی برای اعضا ارائه گردید. در جلسات سوم و چهارم، مرور تکالیف صورت گرفت و اعضا با ابعاد اصلی نظریه‌های شناختی-هیجانی، تحریف‌های شناختی و عدم تحمل بلا تکلیفی آشنا شدند. همچنین، آموزش مهارت گوش دادن ارائه شد و تکلیفی برای تمرین داده شد. جلسه پنجم به مرور تکالیف و مطالب جلسه قبل اختصاص یافت و اعضای گروه با مثلث شناختی منفی، خطای منطقی، مهارت‌های ارتباطی و شیوه‌های حل تعارض آشنا شدند. در جلسه ششم، اعضا درباره ماهیت هیجانات، دوسوگرایی در ابراز هیجانات و روش‌های برخورد با انتقاد (انتقادکننده/انتقادشونده) آموزش دیدند. در جلسه هفتم، اعضا با مفهوم پیکان عمودی و انواع باورها آشنا شدند و تکلیفی برای تمرین ارائه شد. در جلسه هشتم، فهرست اصلی باورها و نقشه‌های شناختی تهیه شد، درجه‌بندی واحدهای ناراحتی ذهنی انجام گردید و آموزش‌هایی درباره شناسایی انتظارات و خواسته‌ها ارائه شد. در جلسات نهم و دهم، تغییرپذیری باورها، تحلیل عینی و

تحلیل همسانی باورها مورد بررسی قرار گرفت. در جلسات یازدهم و دوازدهم، روش تحلیل منطقی باورها، راهکارهایی برای تغییر باورهای منفی و شناسایی نیازها و روش سالم ابراز آن آموزش داده شد. در نهایت، بازخورد اعضا درباره برنامه درمانی دریافت شد و فرصتی برای پایان دادن به برنامه گروه درمانی فراهم گردید. پس از اتمام جلسات، پس‌آزمون اجرا شد.

پروتکل درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (Hayes et al., 2012): در پیش‌جلسه، آشنایی اولیه با مراجع و ایجاد ارتباط مناسب برای پر کردن صحیح پرسشنامه‌ها و ایجاد اعتماد انجام شد و پرسشنامه جمعیت‌شناختی و پیش‌آزمون اجرا گردید. در جلسات اول و دوم، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش معرفی شد و قوانین حاکم بر جلسات درمان مشخص گردید. درمانگر اطلاعاتی درباره اعتیاد و پیامدهای آن ارائه داد، اعضا با یکدیگر آشنا شدند و رابطه درمانی شکل گرفت. آموزش روانی انجام شد و پس از استراحت و پذیرایی، تکلیف خانگی ارائه گردید. در جلسات سوم و چهارم، مرور تجربیات جلسه قبل انجام شد و بازخورد اعضا دریافت گردید. سپس، درباره تجربیات و ارزیابی آن‌ها بحث شد، میزان تمایل فرد برای تغییر ارزیابی گردید و انتظارات از ایجاد درماندگی خلاق بررسی شد. پس از استراحت، جمع‌بندی انجام شد و تکلیف خانگی ارائه گردید. در جلسات پنجم و ششم، راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری بررسی شد و اعضا با مفهوم پذیرش و تعهد، اجتناب از تجارب دردناک و پیامدهای آن آشنا شدند. موقعیت‌های اجتناب‌شده شناسایی گردید و روش‌های مقابله کارآمد و ناکارآمد معرفی شد. سپس، تمرینات مربوط به پذیرش انجام شد و تکلیف خانگی ارائه گردید. در جلسات هفتم و هشتم، اعضا با مفهوم آمیختگی به خود، گسلسن شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان و استعاره‌ها آشنا شدند و تمریناتی برای کاهش اتلاف خود با افکار و عواطف ارائه شد. در جلسه نهم، اعضا به تمرین مشاهده خود به‌عنوان زمینه پرداختند و تفاوت بین خود، تجربیات درونی و رفتار را درک کردند. در این تمرینات، تمرکز بر فعالیت‌هایی مانند تنفس و پیاده‌روی انجام شد تا شرکت‌کنندگان بدون قضاوت، هیجانانگ، حس‌ها و شناخت‌های خود را مشاهده کنند. در جلسه دهم، اعضا با مفهوم "ارزش‌های زندگی" آشنا شدند و بر روی تمرکز و انتخاب ارزش‌ها تأکید شد. تکنیک‌های ذهن‌آگاهی آموزش داده شد و اعضا بر زمان حال تمرکز کردند. در جلسه یازدهم، ارزش‌های شخصی هر یک از اعضا بررسی شد و تفاوت میان ارزش‌ها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش‌ها توضیح داده شد. سپس، موانع احتمالی در مسیر دنبال کردن ارزش‌ها شناسایی شد و اهداف مرتبط با آن‌ها تعیین گردید. اعضا سه مورد از مهم‌ترین ارزش‌های خود را مشخص کردند و رفتارهایی که برای تحقق این اهداف باید انجام دهند، تعیین گردید. در جلسه دوازدهم، اعضا مفهوم تعهد به عمل را درک کردند و طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها را ایجاد کردند. همچنین، درباره مفهوم عود و راهکارهای مقابله با آن بحث شد. در پایان، بازخورد اعضا درباره جلسات دریافت گردید، دستاوردها و انتظارات بررسی شد، از مراجعان برای شرکت در گروه قدردانی گردید و پس‌آزمون اجرا شد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۶) جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها در قالب آزمون‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی (سن و تحصیلات) بررسی گردید و نتایج گویای آن بود که تفاوت معنی‌داری بین میانگین سن و تحصیلات آزمودنی‌ها وجود نداشت ($p > 0/05$).

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات کل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری صمیمیت زناشویی به تفکیک دو گروه آزمایش و گروه گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	آزمون پیگیری
صمیمیت زوجی	آزمایش (درمان شناختی رفتاری)	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار
	گواه	۵۵/۶۰ ۸/۶۷	۸۵/۱۵ ۱۶/۸۰	۶۴/۰۵ ۱۷/۹۱
آزمایش (درمان پذیرش و تعهد)	گواه	۵۴/۵۵ ۸/۸۸	۶۱/۱۵ ۱۲/۷۷	۶۵/۵۵ ۱۵/۰۳
	گواه	۵۴/۲۰ ۱۰/۹۶	۵۳/۱۰ ۱۳/۵۲	۵۰/۷۰ ۷/۱۰

در جدول ۱، آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات صمیمیت زوجی به تفکیک برای افراد گروه کنترل، درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در دو مرحله سنجش (پیش آزمون و پس آزمون) نشان داده شده است. همان طور که ملاحظه می‌گردد در گروه کنترل میانگین نمرات در مراحل پیش آزمون و پس آزمون تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد ولی در گروه‌های آزمایش، شاهد افزایش بیشتر نمرات در پس آزمون نسبت به پیش آزمون هستیم. در مرحله پیگیری نیز تفاوت معناداری با نمرات پس آزمون مشاهده نمی‌شود. به منظور مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر صمیمیت زوجی معنادان تحت درمان نگهدارنده با متادون، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. نتایج مربوط به اجرای این آزمون در ادامه ارائه شده است. قابل ذکر است که تمامی پیشفرض‌های تحلیل واریانس مورد تایید قرار گرفتند و استفاده از تحلیل واریانس بلا مانع است.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری‌های مکرر، اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر صمیمیت زوجی معنادان

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
صمیمیت زوجین	زمان	۳۰۱/۶۶	۱/۴۹	۲۰۱/۲۰	۳/۵۷	۰/۰۴	۰/۱۰
	تعامل گروه و زمان	۱۰۵۲/۶۰	۱/۴۹	۷۰۲/۰۵	۱۲/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۲۴

نتایج جدول فوق در صمیمیت زوجی، اثر اصلی زمان و اثر متقابل زمان و گروه به لحاظ آماری معنادار است. معنادار بودن اثر زمان به معنای این است که در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیر صمیمیت زوجین در معنادان تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین، معنادار بودن اثر گروه و زمان به معنای وجود تفاوت معنادار بین دو گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در صمیمیت زوجی است. اندازه اثر اصلی تعامل گروه و زمان به این معنا است که در متغیر صمیمیت زوجین ۲۴ درصد از نمرات ناشی از تغییرات ناشی از زمان و تفاوت بین دو گروه آزمایش و گواه بوده و این تغییرات به صورت پایدار، معنادار شده‌اند. بنابراین می‌توان گفت، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهبود صمیمیت زوجی در معنادان تاثیر معنادار و پایداری داشت.

نتایج جدول ۳ تفاوت بین سه مرحله اجرای آزمون را در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر صمیمیت زوجی معنادان را نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی LSD مقایسه میانگین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر صمیمیت زوجی معنادان

متغیر	گروه‌ها	اختلاف میانگین	سطح معناداری
صمیمیت زوجین	پیش آزمون - پس آزمون	-۲/۷۵	۰/۰۲
	پیش آزمون - پیگیری	-۳/۷۵	۰/۰۴

طبق نتایج حاصله، آزمون تعقیبی LSD مشخص شد که نمرات پیش آزمون صمیمیت زوجی بطور معناداری نسبت به نمرات پس آزمون و پیگیری کوچکتر، بوده است که گویای اثربخشی هر دو درمان در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون بوده‌ایم.

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج آزمون تعقیبی LSD هر دو روش درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر صمیمیت زوجی معنادان تحت درمان نگهدارنده با متادون موثر بوده‌اند، اما بین میزان اثربخشی دو روش درمان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در زمینه تاثیر معنی‌دار اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر صمیمیت زوجی معنادان و فقدان تفاوت معنی‌دار این دو رویکرد با یکدیگر بر متغیر مذکور، بررسی‌های پژوهشی نشان داد که این نتیجه تا حدی با نتایج حاصل از پژوهش‌های پیشین (Abedi et al., 2024; Akrami, 2022; Hosseini et al., 2022; Jafarimanesh et al., 2021; Javidan, 2022; Khanjani et al., 2020) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت با توجه به مطالب مذکور دلیل اثربخشی آموزش شناختی رفتاری بر صمیمیت زناشویی شاید این باشد که اصولاً در این آموزش‌ها زوجین تشویق می‌شوند که شاهد تفسیرهای خود از حوادث زندگی زوجی باشند و مهارت‌هایی را بیاموزند تا بتوانند اعتبار این تفسیرها را از طریق گردآوری و پردازش اطلاعات مورد آزمایش قرار دهند؛ علاوه بر این مداخله‌های ویژه‌ای صورت می‌گیرد که بخشی از آن‌ها بدین ترتیب است. فراهم ساختن رهنمودهایی درباره چگونگی رفتار صمیمانه تر؛ پیشنهاد دادن درباره چگونگی بیان تجربه‌های درونی که احتمالاً هرگز اظهار نشده اند؛ ترغیب زوج‌ها به یادآوری احساسات مثبتی که از تفاوت‌های رفتاری آن‌ها نشأت می‌گیرد آموزش زوج‌ها درباره چگونگی بیان کردن و گوش دادن به تجربه‌ها و احساسات درونی یکدیگر؛ چارچوب بندی مجدد مساله، با اشاره به اینکه تفاوت‌های رفتاری، نتیجه تاریخیچه یادگیری متفاوت آنهاست، تا آنچه هر یک نسبت به دیگری انجام می‌دهند؛ آموزش نحوه صحیح انتقاد از یکدیگر؛ گذراندن اوقات فراغت مشترک برای ایجاد صمیمیت بیشتر و ...

در واقع مهارت شناختی به بررسی و اصلاح انتظارات و باورهای زوجین در مورد صمیمیت می‌پردازد که این انتظارات و باورهای زوجین در مورد صمیمیت عمدتاً غیرواقع بینانه است و به کاهش صمیمیت می‌انجامد. بعلاوه این باورها، انتظارات، برداشتها و اسنادهای مخرب و غیرمنطقی روابط زوجی را تحت الشعاع قرار می‌دهد لذا آموزش‌های شناختی به اصلاح برداشتها و اسنادهای غلط زن و شوهر از رفتار یکدیگر شده و باعث رفع سوءتفاهم، کاهش رنجش و خشم و توجه به جنبه‌های مثبت رفتار یکدیگر می‌شود و در نهایت موجب افزایش صمیمیت می‌شود. آموزش مهارت‌های رفتاری به مبادله رفتارهای مثبت و خوشایند و کاهش رفتارهای منفی و تنبیه منجر می‌شود. افزایش تبادلات رفتاری مثبت، خوشایند به کاهش رفتارهای منفی و تنبیه منجر می‌شود و افزایش تبادلات رفتاری مثبت، نیازهای عاطفی - روانی همسران را ارضا کرده، باعث ایجاد احساسات مثبت نسبت به یکدیگر می‌شود. کاهش رفتارهای منفی و تنبیه به کاهش احساسات منفی نظیر تنفر، خشم و رنجش نسبت به یکدیگر منجر می‌شود. همچنین تغییر در احساس و رفتار زوجین به تغییر نگرش نیز می‌انجامد و همچنین درمان شناختی- رفتاری می‌تواند موجب تقویت مهارت‌های ارتباطی مانند مهارت‌های کلامی و غیرکلامی گردد. تقویت مهارت‌های ارتباطی باعث افزایش خود باوری مثبت و کاهش منفی نگری می‌شود و افزایش خودباوری در نهایت این تغییرات به افزایش صمیمیت زوجی منجر می‌گردد.

از سوی دیگر، روش‌های های ذهن آگاهی در "درمان پذیرش و تعهد" منجر به واقع دیدن و پذیرش هیجانات همان طور است که اتفاق می‌افتد. افرادی که به علت حمایت بین فردی موقعیت‌ها و محرک‌های اطراف خود را تنش زا می‌دانند؛ درمان و هزینه زیادی را صرف فرار از نگرانی و دیگر رویدادهای منفی (اجتناب تجربی) می‌کنند. در نتیجه در برابر هیجانات پاسخ‌های ناسازگارانه از خود نشان می‌دهند (Mousavi, Haghghi et al., 2022).

در "درمان پذیرش و تعهد" با افزایش شناخت و پذیرش ذهن، آگاهانه به افراد دارای اعتیاد کمک می‌کنند تا افکار و عکس العمل‌های منفی مرتبط با روابط زوجی در افراد را به شیوه‌های جدید تجربه کنند و در نتیجه درگیری کمتری با آن‌ها داشته باشند. افکار و موقعیت‌های اجتنابی همچون مانعی برای رشد و پیشرفت رابطه محسوب می‌شوند. باید آن را جدا کرد و پذیرفت. شفاف سازی ارزش‌ها و تعهد به آن فرصتی را فراهم می‌کند تا به شیوه‌ای رفتار کنند تا رضایت و به تبع آن کیفیت ارتباط افزایش یابد و از رنج روانشناختی و میان فردی کاسته شود (Wharton et al., 2019). در طول جلسات آموزش "درمان پذیرش و تعهد" با ارائه روش پذیرش احساسات بدون اقدام به مهار آن‌ها باعث نزدیکی و صمیمیت و موجبات رفتار انعطاف پذیر همخوان با ارزش‌ها فراهم گردید.

با وجود اینکه هر دو رویکرد درمانی در بهبود صمیمیت زوجی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون نقش داشتند، ولی نتایج نشان داد که هیچ تفاوتی بین دو رویکرد درمانی از لحاظ میزان تاثیرگذاری بر بهبود صمیمیت زوجی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون وجود ندارد. دلیل این عدم تفاوت در میزان تاثیرگذاری جامع بودن هر دو رویکرد درمانی بود. هر دو رویکرد بر اصلاح نظام هیجانی و شناختی افراد تمرکز داشتند. دو رویکرد مذکور با تقویت توانایی تنظیم هیجان‌های درونی و همچنین ارزیابی و بازسازی مجدد شناختی و همچنین تغییر تفاسیر

ذهنی پیرامون رویدادهای ادراکی، نه تنها توانستند امنیت روانی مشارکت‌کنندگان را افزایش دهند، بلکه به‌صورتی کارآمد صمیمیت زوجی را در آن‌ها تقویت کردند.

محدودیت‌های پژوهش عبارت است از: ۱. در این پژوهش فقط بر روی جمعیت معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون شهر کرمان کار شده است، لذا در تعمیم نتایج آن به سایر افراد باید جانب احتیاط را رعایت نمود. ۲. براساس اصول اخلاقی، بهتر بود که اعضای گروه کنترل نیز پس از اجرای مرحله پس از آزمون تحت مداخله قرار می‌گرفتند اما به دلیل محدودیت‌هایی امکان برگزاری چنین مداخله‌ای فراهم نشد. ۳. در پژوهش حاضر از پرسشنامه‌های خودسنجی استفاده شد در نتیجه ممکن است برخی از افراد از ارائه پاسخ واقعی خودداری کرده و پاسخ غیرواقعی داده باشند. ۴. وجود تفاوت‌های فردی در میزان انگیزه شرکت‌کنندگان بود و همچنین شرایط خانوادگی (مشکلات اجتماعی و اقتصادی) بهره‌های آزمودنی‌ها نیز از دیگر عوامل تاثیرگذار بر مطالعه بود. ۵. به علت پیچیدگی متغیرها امکان کنترل برخی متغیرها از جمله وضعیت رفاهی و معیشتی، حمایت خانوادگی و ... نبود.

بنابراین و بر اساس یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، علاوه بر استفاده از ابزارهای خود گزارش دهی که امکان سوگیری در آن‌ها محتمل است توصیه می‌شود که از روش‌های پژوهشی دیگر مانند مصاحبه و مشاهده برای سنجش این متغیرها استفاده شود تا سوگیری‌ها به حداقل کاهش یابد. پیشنهاد می‌شود منظور بالا بردن اعتبار بیرونی از نمونه‌هایی با حجم بیشتر و در گروه‌های اجتماعی گوناگون استفاده کنند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از پیگیری‌های کوتاه مدت و بلند مدت برای بررسی تاثیر مداوم روش‌های درمانی شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش استفاده شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های دیگر دو درمان پژوهش حاضر را با سایر رویکردهای روانشناختی مثل درمان فراشناختی، رفتار درمانی دیالکتیک، طرحواره درمانی و غیره مقایسه کرد تا بتوان در تعمیم نتایج و تاثیر روش درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش با دقت و اطمینان بیشتری بحث کرد. ۵- پیشنهاد می‌شود متغیرهای جنسیت، شغل، مدت ازدواج، تعداد فرزندان، تیپ شخصیتی و محل زندگی در پژوهش‌های آتی مورد بررسی قرار گیرد

همچنین، پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های رویکردهای روانشناختی مبتنی بر کنترل خشم و مهارت‌های زندگی در کلینیک‌های ترک اعتیاد برگزار شود زیرا شیوه‌های مقابله با استرس و خشم در این قشر اهمیت ویژه‌ای دارد. پیشنهاد می‌شود بعد از دوره درمان پیگیری و بازتابی‌های لازم صورت گرفته و شرایطی توسط ارگان‌های ذیربط فراهم شود که بیمار بتواند با درمانگرش تماس دائمی داشته باشد. به همین دلیل باشگاه‌هایی توسط سازمان بهزیستی و دانشگاه علوم پزشکی تاسیس و توسط درمانگرانی مجرب مدیریت گردد تا بیمارانی که دوره بهبودی را با موفقیت گذرانده اند بتوانند بطور رایگان مراجعه و پذیرش شوند. روانشناسان هم در طول هفته جلساتی در موضوع‌های مختلف اعتیاد برگزار نمایند تا بیماران در موقعیت‌های خطر آفرین بتوانند از راهنمایی‌های روان‌شناسان - همانند آنچه که در انجمن معتادان گمنام اتفاق می‌افتد - برخوردار باشند. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده این مساله مد نظر قرار داده شود و عوامل تاثیر گذاری که ممکن است روی نتایج درمان بیماران تاثیر متفاوت بگذارد در نظر گرفته شود. در نهایت، با توجه به اثربخشی درمان‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود فنون و روش‌های این رویکرد برای افزایش صمیمیت همسران افراد دارای اعتیاد توسط مشاوران خانواده و ازدواج استفاده شود و همچنین تمرین‌ها و مهارت‌های کاربردی این روش به صورت جلسات آموزشی، کارگاه، فیلم و جزوه جهت پیشگیری از مشکلات زوجی می‌تواند در اختیار همسران قرار گیرد.

اصول اخلاقی

در این مطالعه کد اخلاق از دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان IR.IAU.KERMAN.REC.1400.030 و کد کارآزمایی بالینی IRCT20220520054933N1 اخذ گردید.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

Extended Abstract

Introduction

Substance use disorder has profound consequences on personal and relational well-being, particularly within marital relationships. The disruption caused by addiction often results in emotional detachment, conflicts, and reduced intimacy among couples. Research indicates that the spouses of individuals undergoing methadone maintenance treatment (MMT) experience higher levels of stress, emotional burden, and dissatisfaction in their relationships (Reyes, 2024). Studies suggest that addiction significantly impacts couple dynamics, reducing mutual understanding and increasing negative interactions such as criticism, blame, and hostility (Naderifar et al., 2024; Oh & Hwang, 2018).

Marital intimacy is defined as the ability to maintain a close relationship while preserving individual identity. This concept includes emotional closeness, shared values, mutual activities, and sexual intimacy (Bagarozzi, 2001). Scholars argue that individuals who experience high intimacy are better at expressing their needs and understanding their partners (Navabinejad et al., 2024; Parsakia et al., 2023; Parsakia & Rostami, 2023). According to Cutrer and Glahn (2020), intimacy is a communicative event that requires self-disclosure, which is reciprocated with empathy. However, individuals with addiction or their partners often struggle with self-disclosure due to fears of vulnerability (Cutrer & Glahn, 2020). Lower levels of intimacy are linked to relationship dissatisfaction, and the presence of addiction exacerbates this issue (Patrick et al., 2007).

Psychological interventions have proven beneficial in addressing relationship problems among individuals with addiction (White, 2019). Cognitive-behavioral therapy (CBT) has been widely applied in the treatment of psychological distress, emphasizing cognitive restructuring, emotional regulation, and behavioral modifications (Bieling et al., 2022). Furthermore, acceptance and commitment therapy (ACT) has emerged as an effective third-wave behavioral intervention that encourages individuals to accept their thoughts and emotions rather than attempting to control or suppress them (Wharton et al., 2019). The present study aims to compare the effectiveness of CBT and ACT in improving marital intimacy among individuals undergoing MMT.

Methods and Materials

The study employed a quasi-experimental design with a pre-test, post-test, and follow-up assessment. The research sample comprised 60 individuals with opioid use disorder undergoing MMT, who were recruited from addiction treatment clinics in the first six months of 2022. Participants were selected using convenience sampling and randomly assigned to three groups: CBT, ACT, and a control group.

The intervention groups underwent structured therapy sessions. The CBT group participated in a program emphasizing cognitive restructuring, emotional regulation, and communication skill enhancement. The ACT group received therapy focused on mindfulness, acceptance, and values-based committed action. The control group did not receive any psychological intervention.

Data collection was conducted using the Walker and Thompson Marital Intimacy Questionnaire (1983). The validity of the instrument was confirmed through expert reviews, and its reliability was established with a Cronbach's alpha of 0.96. The collected data were analyzed using repeated measures analysis of variance (ANOVA) to assess changes in marital intimacy across different time points (pre-test, post-test, and follow-up).

Findings

The demographic analysis indicated no significant differences between the groups in terms of age and education level. The mean and standard deviation of marital intimacy scores at different stages of assessment

were examined for each group. In the control group, no substantial changes were observed across pre-test, post-test, and follow-up assessments. However, both the CBT and ACT groups demonstrated significant improvements in marital intimacy scores from pre-test to post-test, which remained stable at follow-up.

The results of repeated measures ANOVA revealed a statistically significant main effect of time, indicating overall changes in marital intimacy scores across the assessment periods. Additionally, the interaction effect between time and group was significant, suggesting that the observed changes differed between the experimental and control groups. Post hoc comparisons using the Least Significant Difference (LSD) test indicated that both CBT and ACT significantly improved marital intimacy compared to the control condition. However, no significant differences were found between the CBT and ACT groups in terms of their effectiveness.

Discussion and Conclusion

The findings suggest that both CBT and ACT effectively enhance marital intimacy among individuals undergoing MMT. The improvements observed in the experimental groups highlight the potential benefits of psychological interventions in addressing relational difficulties associated with addiction.

CBT likely facilitated increased intimacy by promoting cognitive restructuring and emotional regulation, enabling participants to modify maladaptive thought patterns and improve communication with their partners. By encouraging participants to examine their cognitive distortions and enhance their emotional awareness, CBT contributed to the development of healthier relationship dynamics.

Similarly, ACT may have enhanced marital intimacy by fostering psychological flexibility and reducing avoidance behaviors. Participants were guided to accept their thoughts and emotions without attempting to suppress or change them, allowing for more authentic and meaningful interactions with their partners. Through mindfulness and value-based commitment, ACT helped participants engage in relationship-enhancing behaviors, leading to sustained improvements in intimacy.

Despite the efficacy of both interventions, the absence of a significant difference between the two approaches suggests that they may be equally effective in improving marital intimacy. This finding aligns with previous research indicating that various psychological therapies targeting emotional regulation and cognitive restructuring yield comparable outcomes in relationship satisfaction.

The study's limitations include its reliance on self-report measures, which may introduce response biases. Additionally, the sample was limited to individuals undergoing MMT, restricting the generalizability of the findings to broader populations. Future research should explore the long-term effects of these interventions and consider incorporating objective behavioral assessments of marital intimacy.

Overall, the study underscores the importance of psychological interventions in addressing relational challenges among individuals with substance use disorders. The findings suggest that both CBT and ACT can serve as valuable therapeutic approaches for improving marital intimacy, offering practical implications for clinicians and mental health professionals working with couples affected by addiction.

References

- Abedi, G., Ataeifar, R., & Ghamari, M. (2024). The Effectiveness of Group Marital Conflict Resolution Training Based on Choice Theory on Emotional Divorce and Hope for Life in Married Women. *International Journal of Education and Cognitive Sciences*, 5(3), 136-146. <https://doi.org/10.61838/kman.ijecs.5.3.10>
- Akrami, S. (2022). Evaluation of the Effectiveness of Acceptance and Commitment-based Education on Emotional Self-disclosure and Marital Commitment of Women Referring to Gonbad Kavous Clinics. *International Journal of Education and Cognitive Sciences*, 3(2), 23-29. <https://doi.org/10.22034/injoeas.2022.160610>
- Bagarozzi, D. A. (2001). *Enhancing intimacy in marriage*. Branner-Rouledye, Tylor & Forancis group.
- Bieling, P. J., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2022). *Cognitive-behavioral therapy in groups*. Guilford publications.
- Burian, H., Böge, K., Burian, R., Burns, A., Nguyen, M. H., Ohse, L., & Diefenbacher, A. (2021). Acceptance and commitment-based therapy for patients with psychiatric and physical health conditions in routine general

- hospital care-Development, implementation and outcomes. *Journal of psychosomatic research*, 143, 110374. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110374>
- Cancian, F. M. (2018). *Marital conflict over intimacy*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781351328487-33>
- Cutrer, W. R., & Glahn, S. (2020). *Sexual intimacy in marriage*. Kregel Publications.
- Dobson, D., & Dobson, K. S. (2018). *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. Guilford publications.
- Dobson, K. S., & Dozois, D. J. (2021). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. Guilford Publications.
- Hashemi, A. R. M. Y., & Behjati Ardakani, F. (2020). The effectiveness of state relaxation-based group therapy on reducing aggression in adolescent boys covered by the Welfare Organization. *Clinical Psychology Studies*, 11(40), 133-152. <https://doi.org/10.22054/jcps.2021.57713.2486>
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The counseling psychologist*, 40(7), 976-1002. <https://doi.org/10.1177/0011000012460836>
- Hosseini, S. R., Tajik Esmaeili, A. A., Snaei Zaker, B., & Rasouli, M. (2022). Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Couple Therapy and Gottman-based Couple Therapy on Marital Intimacy in Couples with Marital Conflicts. *Psychological Science Journal*, 21(110), 304-287. <https://psychologicalscience.ir/article-1-1344-fa.html>
- Jafarimanesh, M., Zahrakar, K., Taghvaei, D., & Pirani, Z. (2021). The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Marital Burnout in Couples with Marital Conflicts. *sjsph*, 18(4), 435-446. <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-5964-en.html>
- Javidan, L. (2022). The effectiveness of couple therapy with EIS model on positive and negative emotions and marital adjustment of couples. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders (PDMD)*, 1(3), 20-30. https://ijpdmd.com/article_180410.html
- Khanjani Vashki, S., Shafieabadi, A., Farzad, V., & Fatehizadeh, M. (2020). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy and acceptance and commitment-based couple therapy on marital intimacy of conflicting couples in Isfahan. Proceedings of the Sixth Family Conference,
- Mousavi Haghighi, S. E., Rishehri, P., & Mousavi, S. A. (2022). Effectiveness of acceptance and commitment therapy and integrated behavioral couples therapy on intimacy and family functioning in divorce-seeking couples. *Journal of Research and Health*, 12(3), 167-176. <https://doi.org/10.32598/JRH.12.3.1972.1>
- Naderifar, N., Akbari, B., & Sadeghi, A. (2024). The structural equation modeling of the relationship between personality traits and addiction tendencies in adolescents: the mediating role of emotional well-being. *Journal of Psychological Science*, 113-128. <http://psychologicalscience.ir/article-1-2113-fa.pdf>
- Navabinejad, S., Rostami, M., & Parsakia, K. (2024). Influences of Family Structure and Intimacy on Emotional Divorce: A Cross-Sectional Analysis. *Journal of Psychosociological Research in Family and Culture*, 2(1), 23-30. <https://doi.org/10.61838/kman.jpffc.2.1.5>
- Oh, Y. K., & Hwang, S. Y. (2018). Impact of uncertainty on the quality of life of young breast cancer patients: focusing on mediating effect of marital intimacy. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 48(1), 50-58. <https://doi.org/10.4040/jkan.2018.48.1.50>
- Parsakia, K., Farzad, V., & Rostami, M. (2023). The mediating role of attachment styles in the relationship between marital intimacy and self-differentiation in couples. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*, 4(1), 589-607. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.4.1.29>
- Parsakia, K., & Rostami, M. (2023). Digital Intimacy: How Technology Shapes Friendships and Romantic Relationships. *AI and Tech in Behavioral and Social Sciences*, 1(1), 27-34. <https://doi.org/10.61838/kman.aitech.1.1.5>
- Patrick, S., Sells, J. N., Giordano, F. G., & Tollerud, T. R. (2007). Intimacy, differentiation, and personality variables as predictors of marital satisfaction. *The Family Journal*, 15(4), 359-367. <https://doi.org/10.1177/1066480707303754>
- Reyes, M. Q. (2024). Family and Personal Factors Predisposing Adolescents to Addiction in High-Risk Urban Areas. <https://doi.org/10.31219/osf.io/euhk4>
- Wharton, E., Edwards, K. S., Juhasz, K., & Walser, R. D. (2019). Acceptance-based interventions in the treatment of PTSD: Group and individual pilot data using Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 14, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.09.006>
- White, B. Y. (2019). *Intermediate causal models: A missing link for successful science education?* Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315864341-3>
- Zhang, C. Q., Leeming, E., Smith, P., Chung, P. K., Hagger, M. S., & Hayes, S. C. (2018). Acceptance and commitment therapy for health behavior change: a contextually-driven approach. *Frontiers in psychology*, 8, 2350. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02350ER>