

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر وسوسه مصرف و احتمال لغزش در

بیماران وابسته به مت‌آمفتامین

* کیومرث ارجمند قجور^۱، مجید محمود علیلو^۲، زینب خانجانی^۳، عباس بخشی پور^۴
۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز.
۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز.
۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز.
۴. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز.

(تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۰۹/۰۷ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۹/۰۱)

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Reduction of Craving and Lapse in Methamphetamine Addict Patients

* Kiumars Arjmand Ghujur¹, Majid Mahmoud Aliloo², Zeinab Khanjani³, Abbasbakhshipour⁴

1. Ph.D Student in Psychology, Tabriz University.
2. Professor in Department of Psychology, Tabriz University.
3. Professor in Department of Psychology, Tabriz University.
4. Professor in Department of Psychology, Tabriz University.

Original Article

(Received: Nov. 28, 2018 - Accepted: Nov. 22, 2019)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: Today, substance abuse has become one of the major problems in societies and has become more prevalent among young people. The aim of this study is to appointment of acceptance and commitment therapy (ACT) effectiveness in reduction of craving and lapse in methamphetamine addict patients. **Method:** In this study had been used single-case experimental design in kind of multiple-baseline design in asynchronous manner. Three of male methamphetamine addict patients choose that had come to Welfare Organization and to the Addiction Withdrawal Center in Takab Township by diagnostic interview and structured clinical interview and with purposeful sampling method. The study tools had been used such as Structured Clinical interview (SCID), demographic characteristic questionnaire, urine test, Relapse Prediction Scale (RPS) and Individual Therapy Protocol (ACT). The achieved results considered by methods of visual inspection, reliable change index (RCI), change percentage formula, clinical significance change and operational measurement. **Findings:** Achieved data showed that acceptance and commitment therapy in treatment's targets intensity reduction (craving and lapse) statistically is in level of ($P < 0.05$), clinically and significance operational measurement. **Conclusion:** Acceptance and commitment therapy (ACT) is effective in intensity reduction of craving and lapse in methamphetamine addict patients. Given that the therapeutic approach increases psychological flexibility in patients, it can be used to treat methamphetamine dependence.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Methamphetamine, Craving, Lapse.

چکیده

مقدمه: امروزه، سوء مصرف مواد به یکی از مشکلات اساسی در جوامع تبدیل شده و شیوع آن در بین جوانان بیشتر شده است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر وسوسه مصرف و احتمال لغزش در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین بود. **روش:** در مطالعه حاضر از طرح تجربی تک‌موردی از نوع خط پایه چندگانه ناهمزمان استفاده شد. سه نفر از بیماران مرد وابسته به مت‌آمفتامین که در سال ۱۳۹۶ به اداره بهزیستی تکاب و مرکز ترک اعتیاد این شهرستان مراجعه کرده بودند از طریق مصاحبه تشخیصی و مصاحبه بالینی ساختاریافته و به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. از ابزارهای پژوهش مانند مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID)، پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، آزمایش ادرار، مقیاس پیش‌بینی بازگشت (RPS) و پروتکل انفرادی ACT برای افراد سوء مصرف کننده مواد استفاده شد. نتایج به دست آمده به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا (RCI)، فرمول درصد بهبودی، بهبود بالینی معنادار و سنجش عملیاتی مورد بررسی قرار گرفت. **یافته‌ها:** داده‌های به دست آمده نشان داد کاهش میزان وسوسه مصرف و احتمال لغزش در بیماران از لحاظ آماری (در سطح ۰/۰۵)، بالینی و سنجش عملیاتی معنادار است. **نتیجه‌گیری:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش میزان وسوسه مصرف و احتمال لغزش در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین مؤثر است و با توجه به اینکه این روش درمانی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را در بیماران بالا می‌برد، می‌توان از آن در درمان وابستگی به مت‌آمفتامین استفاده کرد.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مت‌آمفتامین، وسوسه مصرف، لغزش.

*نویسنده مسئول: کیومرث ارجمند قجور

Email: Arjomand_k@yahoo.com

*Corresponding Author: Kiumars Arjmand Ghujur

مقدمه

ماندگاری را در سیستم انتقال‌دهنده‌های عصبی دوپامین به وجود می‌آورد و چون این سیستم انتقال‌دهنده عصبی در کارکردهای شناختی، حرکتی و پاداش درگیر هستند، دامنه وسیعی از الگوهای رفتاری و شناختی را در برمی‌گیرند (رابینز^۴، ۲۰۰۵؛ به نقل از حداد و همکاران، ۱۳۹۳). به‌عنوان مثال، مصرف طولانی‌مدت کوکائین با کاهش کارکرد گیرنده‌های دوپامین (آرام، بایلی، لاورین و سی^۵، ۲۰۱۱) و اختلال در کارکرد قشر پیش‌پیشانی (بولا، ارنست، کیل، موراتیدس و الدرت^۶، ۲۰۰۴)، کمربند قدامی و مخچه باعث اختلال در حافظه، شناخت‌ها و هیجانات می‌شود که این عوامل با ایجاد وسوسه مصرف، لغزش و ادامه مصرف مواد به‌رغم میل فرد در ارتباط است (هستر و گاروان^۷، ۲۰۰۴).

از میان عوامل مؤثر در سوءمصرف مواد، لغزش^۸ و عود^۹، وسوسه^{۱۰} مصرف نقش مهم‌تری در حفظ موقعیت سوءمصرف و وابستگی به مواد دارد. وسوسه مصرف، یک میل غیرقابل کنترل برای مصرف مواد است و به معنی خواستن، تکانه‌ها، تمایلات و نیاز یا اجبار برای مصرف مواد می‌باشد (دراموند، ۲۰۱۰). پس از رسیدن به حالت پرهیز، میل شدیدی برای تجربه دوباره اثرات ماده مصرفی دیده می‌شود. این احساس ممکن است از چند ساعت پس از ترک تا چندین

اعتیاد^۱ و وابستگی به مصرف انواع مواد یک پدیده چندعاملی و نیز یک اختلال بسیار پیچیده جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است که ماهیتی عودکننده دارد و از دیدگاه‌های مختلف زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی مورد بررسی قرار گرفته است (ایمانی، حبیبی، پاشایی، ظهیری، میرزایی و زارع، ۱۳۹۲). وقتی که فرد مصرف مواد را آغاز می‌نماید و به مصرف خود ادامه می‌دهد، به تدریج از نظر جسمانی نیز به ماده مورد مصرف وابسته می‌شود و به موازات وابستگی جسمانی و اختلالات بدنی، فرد دچار مشکلات روانی خاصی شده و عملکرد اجتماعی او نیز دچار ناهنجاری می‌شود (بهاری، ۱۳۸۸).

سوءمصرف مواد از لحاظ نوع و تأثیراتی که بر فرد مصرف‌کننده می‌گذارند به انواع مختلفی تقسیم می‌شوند. مت‌آمفتامین^۲ شکل قوی آمفتامین^۳ است که سوءمصرف کنندگان آن را به شکل استنشاقی، تدخین یا تزریق وریدی مصرف می‌کنند. اثرات روان‌شناختی آن ساعت‌ها طول می‌کشد و بخصوص اثرات قوی دارد. برخلاف کوکائین که بایستی از خارج وارد شود، مت‌آمفتامین یک داروی صناعی است که می‌توان آن را در آزمایشگاه‌های غیرقانونی محلی تولید کرد (بارلو و دوراند، ۱۳۹۶؛ ترجمه عبدی و همکاران).

شواهد روزافزون زیادی وجود دارد که مصرف طولانی‌مدت مت‌آمفتامین‌ها، تغییرات

4. Robbins
5. Aram, Bailey, Lavin & See
6. Bolla, Ernst, Kiehl, Mouratidis & Eldreth
7. Hester & Garavan
8. lapse
9. relapse
10. craving

1. addiction
2. Methamphetamine
3. amphetamine

زیست‌شیمیایی قفل‌شده را فعال ساخته و احساس تقویت را دریافت کنند. این اختلال که تحت عنوان سندرم نقص تقویت^۶ نام‌گذاری شده، ارتباط تنگاتنگی با نابهنجاری‌های امواج آلفا-تتای مغز دارد.

تاکنون روش‌های درمانی زیادی برای درمان سوءمصرف مواد ارائه شده است (هستر و گاراوان، ۲۰۰۷). مرور مطالعات گذشته نشان می‌دهد، اثربخشی درمان‌های نگهدارنده‌ی دارویی، بدون مداخله‌های روانی - اجتماعی، به علت اطاعت دارویی^۷ پایین و میزان بالای ریزش^۸ ضعیف می‌باشد (روزن، وارت، وینت، برینک، یانگ و کرک بوف^۹، ۲۰۰۶).

در موج سوم روان‌درمانی‌ها که به روان‌درمانی‌های پست‌مدرن معروف هستند، عقیده بر این است که شناخت‌ها و هیجان‌ها را باید در بافت مفهومی پدیده‌ها در نظر گرفت. به همین دلیل، به‌جای رویکردهایی مانند درمان شناختی-رفتاری^{۱۰} که شناخت‌ها و باورهای ناکارآمد را اصلاح کرده تا هیجان‌ها و رفتارها اصلاح شود، در اینجا به بیمار آموزش داده می‌شود که در گام اول هیجان‌ها خود را بپذیرد و با زندگی در «اینجا و اکنون»^{۱۱} از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری برخوردار شود. به همین دلیل در این درمان‌ها فنون شناختی-رفتاری سنتی را با ذهن‌آگاهی^{۱۲}

ماه پس از پایان درمان دیده شود. این پدیده معمولاً به میزان زیادی، در نخستین ماه‌های سم‌زدایی گزارش می‌شود. سپس فراوانی و شدت آن، کاهش می‌یابد، اگرچه به‌ندرت ناپدید می‌شود (زیکلر^۱، ۲۰۰۵). در بسیاری از تعاریف امروزی از وابستگی دارویی، حس وسوسه مصرف^۲ به‌عنوان پدیده‌ی مرکزی و عامل اصلی لغزش و ادامه سوءمصرف و همچنین بازگشت به اعتیاد پس از دوره‌های درمانی شناخته می‌شود. وسوسه‌مصرف را می‌توان عامل ایجاد علائم ترک^۳ روانی و جسمانی دانست (دراموند، ۲۰۱۰).

مطالعات حاکی از آن است که مکانیسم‌های عصب-شیمیایی مغزی خاصی در وسوسه و ولع مصرف بیماران وابسته به مواد درگیر است (زیکلر، ۲۰۰۵). ماروین^۴ (۲۰۰۸) یکی از مهم‌ترین نظریات در این زمینه را تحت عنوان نظریه آبخاری بلوم^۵ در تبیین اختلال وابستگی به مواد مطرح می‌سازد. این نظریه معتقد است نابهنجاری‌های ژنتیکی، منجر به اختلال در فرآیندهای عصب-شیمیایی شده و همین امر بیماران وابسته به مواد را به‌سوی ماریپیچ سخت ولع مصرف، وسوسه و لغزش می‌کشاند. در این بیماران فرکانس‌های مغزی و به دنبال آن عامل زیست‌شیمیایی خاصی قفل شده و افراد قادر به درک و حس کردن تقویت در شرایط عادی، آن‌گونه که افراد سالم هستند، نمی‌باشند. این افراد تنها به‌وسیله‌ی مصرف مواد می‌توانند آن عامل

6. reward deficiency syndrome

7. compliance

8. dropout

9. Roozen, Waart, Windt, Brink, Yong & Kerckhof

10. cognitive-behavioural therapy

11. here and now

12. mindfulness

1. Zikler

2. Subjective craving

3. Withdrawal

4. Marvin

5. Blum's theory

ترکیب می‌کنند (هایس و لوما و باند^۱، ۲۰۰۶).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ که حاصل از موج سوم روان‌درمانی است و توسط استیون هایس^۳ و همکاران (۱۹۸۷) در دانشگاه نوادا مطرح و شناخته شد، توانسته در کاهش دردهای مزمن، خودبیمارانگاری و کاهش رفتارهای خطرناک معتادان مفید باشد. در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد^۴ در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترل نامؤثر کاهش یابد (هیز و استروسال^۵، ۱۳۹۴؛ ترجمه علیزاده و پیرجاوید). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل استفاده از تکنیک‌های مختلف و توجه به مفاهیمی مانند، پذیرش، ذهن آگاهی (خود به‌عنوان زمینه)، زندگی در لحظه اکنون، گسلش شناختی، ارزش‌ها و عمل متعهدانه که باعث انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود، می‌تواند ضمن کاهش وسوسه، علائم و پیامدهای قطع مصرف مواد، اثربخشی درمان و جلوگیری از لغزش بیمار را بالا ببرد (هایس و لیلیس، ۲۰۱۲). فرآیندهای اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال آن است که به افراد مختلف از جمله بیماران وابسته به مواد بیاموزد چگونه دست از بازداری فکر بردارند، چگونه از افکار مزاحم بگسلند و چگونه هیجانات نامطبوع را بیشتر تحمل کنند تا بتوانند با وسوسه‌ی مصرف مواد مقابله کرده و به دنبال آن میزان لغزش و عود را پایین بیاورند (هایس و لیلیس،

۲۰۱۲).

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای درمان طیف گسترده‌ای از وضعیت‌های بالینی معلوم شده است (هیز و استروسال، ۱۳۹۴). بررسی‌ها نشان می‌دهند که درمان‌های مبتنی بر موج سوم، در اختلال سوءمصرف مواد و پیشگیری از احتمال لغزش و عود، کاهش فشار روانی، درد مزمن، اضطراب، افسردگی، اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، اختلال پس از استرس ضربه‌ای^۶ و سایر اختلال‌ها مؤثر می‌باشند (ویتکوویتز، مارلات و واکر، ۲۰۰۵). مرور پیشینه‌ی پژوهشی نشان می‌دهد که وسوسه و ولع مصرف معتادان، نه تنها با احتمال لغزش و عود، بلکه با ویژگی‌های تعیین‌کننده شدت اعتیاد، طول مدت آن، ترک‌های ناموفق و عوامل دیگر مرتبط با آن مانند سوءمصرف چند دارو^۷ (ایلهان، دمیرباس^۸، ۲۰۰۶؛ والتون موس و مک کال^۹، ۲۰۰۶) نیز، ارتباط مستقیمی داشته و از آن‌ها تأثیر می‌پذیرد. همچنین نتایج فراتحلیل لی و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله امیدبخش برای اختلالات مصرف مواد است. کیانی، قاسمی و پورعباس (۱۳۹۱) در پژوهشی به مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان شیشه پرداختند. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که دو گروه درمانی بر شدت ولع مصرف در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری

1. Hayes, Luoma & Bond
2. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
3. Hayes et al
- 4 Psychological Acceptance
5. Hayes & Strosahl

6. Post Traumatic Disorder (PTSD)
7. poly drugs
8. Ilhan & Demirbas
9. Walton-Moss & McCaul

وسوسه، از مهم‌ترین عوامل اصلی عود می‌باشند (مارلات، ویتکویتز و دیل وورث، ۲۰۰۹)؛ بنابراین در درمان و پیشگیری از عود مصرف مواد و کاهش وسوسه و احتمال لغزش بیماران، استفاده از روش‌های درمانی موج سوم از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که بتواند بر این مشکلات تأثیرگذار باشد و نیز انجام پژوهش در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد و می‌تواند اثربخشی درمان را افزایش دهد. به همین خاطر مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر وسوسه مصرف و احتمال لغزش در بیماران وابسته به مت‌آفتامین انجام گرفت.

روش

طرح این پژوهش، از نوع طرح خط‌پایه چندگانه^۲ ناهمزمان^۳ یا پلکانی با آزمودنی‌های متفاوت^۴ و سنجش پیوسته^۵ بود. نمونه آماری در پژوهش حاضر شامل ۳ نفر از بیماران مرد وابسته به مت‌آفتامین بود که از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند^۶ از بین جامعه آماری تحقیق یعنی مراجعه‌کنندگان به مراکز ترک اعتیاد و اداره بهزیستی شهرستان تکاب در سال ۱۳۹۶ (جهت درمان سوءمصرف مواد و دریافت خدمات مشاوره و روان‌شناختی) و پس از مصاحبه‌ی تشخیصی توسط محقق و انجام مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته، انتخاب شد. نمونه موردپژوهش پس

تأثیر معناداری داشتند. کشاورز افشار، برابری، قاضی‌نژاد و امیری (۱۳۹۶) در پژوهشی نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بر روی بیماران مرد وابسته به مواد در شهر آمل به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر گرایش به مصرف مواد و کیفیت زندگی سوءمصرف‌کنندگان مواد مخدر مؤثر است. رحیمی، سهرابی، رضایی و سروقد (۱۳۹۷) به مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری و درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد بر کاهش علائم اختلال مصرف مواد در مبتلایان مصرف‌کننده مواد محرک (مت‌آفتامین) پرداختند. نتایج نشان داد بین اثربخشی هر دو روش درمانی در مقایسه با گروه کنترل و کاهش علائم اختلال مصرف مواد در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. زرگر، محمدی، امیدی و باقریان سرارودی (۱۳۹۱) در مقاله‌ای مروری تحت عنوان موج سوم رفتاردرمانی، با تأکید بر رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش، روش‌های درمانی موج سوم رفتاردرمانی را مطرح کرده‌اند و همچنان اثربخشی این روش را در جلوگیری از عود مواد افیونی مؤثر دانسته‌اند.

با توجه به موارد یادشده، مداخلات مبتنی بر روان‌درمانی‌های موج سوم از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در حال حاضر در درمان اختلال سوءمصرف مواد موردتوجه قرار گرفته‌اند (لیچ، باون و مارلات^۱، ۲۰۱۰). پژوهش‌ها نشان می‌دهد در ارتباط با پدیده عود اعتیاد، میل و

2. Multiple-baseline design
3. nonconcurrent
4. Different individuals
5. Continuous assessment
6. Purposeful sampling

1. Leigh, Bawen & Marlatt

متوسط و یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ به دست آمده نیز خوب بود. اکثر مصاحبه‌شوندگان و مصاحبه‌کنندگان قابلیت اجرای نسخه فارسی SCID را مطلوب گزارش کرده‌اند؛ بنابراین می‌توان از این ابزار در تشخیص‌گذاری بالینی و پژوهشی استفاده کرد.

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

مقیاس پیش‌بینی بازگشت^۳ (RPS): مقیاس پیش‌بینی بازگشت (رایت^۴ و همکاران، ۱۹۹۳؛ به نقل از بک و رایت، ۱۳۸۰) یک مقیاس خودسنجی ۴۵ سؤالی در مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای است و به منظور پیش‌بینی بازگشت به مصرف مواد در بیماران وابسته به مواد طراحی شد. هر سؤال شامل یک موقعیت می‌شود که آزمودنی باید خود را در آن تصور کند. این مقیاس شامل دو قسمت می‌شود: ۱- شدت نیرومندی میل در موقعیت خاص و ۲- احتمال مصرف در آن موقعیت. روایی صوری و محتوایی پرسشنامه با استفاده از نظرات متخصصین روانشناسی بالینی تأیید شده است (بک و رایت، ۱۳۸۰؛ ترجمه گودرزی). در پژوهش مهرابی و

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

مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID)^۱: این مصاحبه براساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای وابستگی به مت‌آفتامین و برای تأیید تشخیص ثبت‌شده در پرونده بیماران انجام گرفت (فرست و همکاران، ۲۰۰۲؛ ترجمه شریفی و همکاران، ۱۳۸۴). این ابزار توسط پژوهشگران و متخصصان بالینی برای استاندارد کردن فرآیند سنجش در موقعیت بالینی استفاده می‌شود (همان منبع). تران و اسمیت^۲ (۲۰۰۴)، ضریب کاپای ۶۰ درصد را به‌عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش کرده‌اند. در بررسی شریفی و همکاران (۱۳۸۳) که بر روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا گردید، توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی،

3. relapse prediction scale
4. Whright

1. Structured Clinical Interview for DSM
2. Tran & Smith

و مصاحبه بالینی ساختاریافته استفاده و توسط محقق انجام شد. بعدازاینکه تشخیص اولیه و اصلی با همدیگر همخوانی داشت و ملاک‌های ورود و خروج رعایت شد، بیماران به‌عنوان نمونه آماری در نظر گرفته شدند و پس از تشریح اهداف پژوهش، رضایت‌نامه کتبی از آن‌ها اخذ شد. بعدازآنکه بیماران بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند، به‌طور همزمان وارد مرحله خط پایه شدند و به‌طور تصادفی از نظر ترتیب ورود یک‌به‌یک با فاصله یک جلسه وارد طرح درمان شدند. بدین نحو که مراجع اول پس از دو جلسه سنجش در مرحله خط پایه یعنی از هفته سوم وارد جلسه اول درمان شد و بعدازآن مراجع دوم در جلسه دوم مراجع اول وارد جلسه اول درمان و مراجع سوم نیز در جلسه دوم مراجع دوم و جلسه سوم مراجع اول وارد جلسه اول طرح درمان شد. روند درمان بر طبق اصول طرح مطالعه تک موردی با خط پایه چندگانه ناهمزمان و در ۱۲ جلسه و سه نوبت پیگیری^۲ در طی شش هفته پیگیری انجام شد. بیماران در طی سه مرحله مداخله در هر ملاقات با استفاده از ابزارهای پژوهش و مقیاس‌های روان‌شناختی مورد ارزیابی قرار گرفتند. تمامی مراحل مداخله توسط پژوهشگر مطالعه حاضر انجام گرفت

همانند اکثر طرح‌های تک‌موردی نخستین روش تحلیل نتایج حاصله، استفاده از روش استاندارد ترسیم دیداری^۳ یا چشمی بود. همچنین از روش شاخص تغییر پایا^۴ (RCI) جیکوبسون،

همکاران (۱۳۸۳) اعتبار محاسبه‌شده برای این مقیاس با اجرا بر روی ۴۰ بیمار وابسته به مواد در دوره بهبود اولیه و با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس میزان وسوسه ۰/۹۴ و برای خرده مقیاس میزان میل ۰/۹۷ محاسبه شده است. همچنین در پژوهش فیروزآبادی و همکاران (۱۳۸۸)، به‌منظور سنجش میزان پایایی آن بر روی یک نمونه ۴۵ نفره دارای ملاک‌های وابستگی به مواد اجرا شد. ضریب آلفای کرونباخ برای قسمت اول مقیاس که میل به مصرف و میزان وسوسه را می‌سنجد برابر با ۰/۵۸ و برای قسمت دوم که احتمال لغزش و مصرف مواد را می‌سنجد ۰/۶۳ محاسبه شد. همبستگی به‌دست‌آمده بین دو خرده مقیاس مذکور با استفاده از روش همبستگی پیرسون ($r=0/85$) نیز از لحاظ آماری، رابطه‌ی معناداری را نشان می‌دهد ($P<0/001$). در مطالعه حاضر مقدار آلفای کرونباخ برای میزان وسوسه ۰/۷۸ و احتمال مصرف ۰/۸۲ به دست آمد که نشانگر اعتبار خوب مقیاس می‌باشد.

روش اجرا: بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش از بین مراجعین به مرکز ترک اعتیاد و اداره بهزیستی شهرستان تکاب انتخاب شدند. بیماران به تعداد ۱۲ جلسه و بر اساس پروتکل انفرادی ACT برای افراد سوءمصرف کننده مواد (ویلسون، گیفورد و بتن^۱، ۱۳۹۳؛ ترجمه اصغری و همکاران)، تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. به‌منظور دستیابی به این هدف ابتدا مصاحبه تشخیصی توسط روانپزشک صورت گرفت و سپس برای تأیید تشخیصی از ابزار عینی

2. Follow-up
3. Visual inspection
4. Reliable & change index

1. Wilson, K & Gifford, E & Batten, S

ارجمند قجور و همکاران: اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر وسوسه مصرف و احتمال لغزش در...

فولتی و رونستروف (۱۹۸۴) با فرمول اصلاح شده تغییر آماری معنادار^۲ نمرات استفاده شد. برای کریستنسن و مندوزا^۱ (۱۹۸۶) برای محاسبه‌ی بررسی بهبودی یا تغییر بالینی معنادار^۳ یا سنجش علاوه بر در نظر گرفتن نقطه‌ی برش ابزارها از

جدول ۱. ساختار جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای سوء مصرف کنندگان مواد

محتوای جلسات	ساختار جلسات
کسب رضایت مراجع، تشریح مراحل درمان، متقاعد کردن مراجع در رابطه با روش‌های ارزیابی، معرفی کاربرگ جامع اعتیاد به مواد (CSIW-I)، استفاده از استعاره‌هایی مانند ترن هوایی، پاک کردن گل‌ولای لیوان، راه رفتن در باتلاق.	جلسه اول (آماده شدن برای شروع)
تکمیل و بررسی کاربرگ جامع اعتیاد به مواد ۱، آگاه شدن مراجع نسبت به تأثیرات سوء مصرف مواد در زندگی‌اش، استفاده از استعاره‌هایی مانند صورت برداری، پاک کردن گل‌ولای از لیوان.	جلسه دوم (آگاهی نسبت به هزینه‌های مصرف)
القای وضعیت «نامیدی خلاق» با توجه به تلاش مخرب برای به دست آوردن زندگی مطلوب از طریق کنترل تجربه خصوصی، بررسی تاریخچه‌ی تلاش‌های صورت گرفته برای تغییر، بیان «راه‌حل» به‌عنوان بخشی از مشکل.	جلسه سوم (مواجهه با سیستم: نامیدی خلاق)
مشکل «کنترل هیجانات» است، درک کامل مشکل و نه لزوماً انجام اقدامی متفاوت در لحظه حال، قانون ۹۵٪ در مقابل ۵٪، معرفی قانون «اگر چیزی را نخواهی داشته باشی، آن را خواهی داشت»، استفاده از استعاره دروغ‌سنج.	جلسه چهارم (مساله اصلی، کنترل هیجانات افراطی است)
معرفی تمایل به‌عنوان یک جایگزین، تفاوت تمایل به عمل کردن از تمایل به احساس کردن، تأکید بر این نکته که تمایل نمی‌تواند یک برنامه اساسی کنترل باشد، ارتباط برقرار کردن بین هزینه عدم تمایل و ارزیابی ارزش‌ها.	جلسه پنجم (تمایل هیجانی)
بسیاری از رفتارها خودکار هستند: این رفتارها برنامه‌ریزی شده‌اند، همیشه نباید به دنبال یافتن دلیل بود، شما افکار و احساساتتان نیستید، گسترش چشم‌اندازی نسبت به «خود» فراتر از ارزیابی.	جلسه ششم (تمایز فرد از برنامه‌ریزی)
معرفی «تحت‌اللفظی بودن»، معرفی قراردادهای کلامی: برچسب زدن به افکار و احساسات به‌عنوان افکار و احساسات، نه آنچه آن‌ها می‌گویند، استفاده از استعاره‌هایی مانند هیولای سوار بر اتوبوس، پطروس فداکار.	جلسه هفتم (موانع پذیرش هیجانی)
تمایز میان انتخاب و تصمیم، شناسایی ویژگی‌های عمل همسو با اهداف: عمل کردن در مقابل تلاش کردن، تمایل به‌عنوان یک انتخاب و یک عمل، استفاده از استعاره‌هایی مانند گدای دم در کودک کج خلق و سعی در مقابل عمل.	جلسه هشتم (حرکت از پذیرش هیجانی به سمت تغییر رفتار)
معرفی بسته سنجش ارزش‌ها، معین کردن تکلیف سنجش ارزش‌ها برای مراجع، انجام تکلیف سنجش ارزش‌ها توسط مراجع، درمانگر و مراجع در مورد ارزش‌های هر حوزه گفتگو می‌کنند.	جلسه نهم (ارزش‌ها و اهداف)
پذیرش در راستای اقدام مؤثر، بحث در مورد تفاوت میان درد و آسیب (تروما)، تمایل به کناره‌گیری از نقش قربانی، سرزنش در مقابل توان واکنش بازنگری شده، استفاده از استعاره پریدن، کبریت درون مخزن بنزین و علت تامه‌ی جرم.	جلسه دهم (پذیرش مسئولیت برای تغییر)
تعهد رفتاری و پایبندی به آن، تمام کردن کار ناتمام، بخشش و پذیرش خود، دلایل احتمالی همان علت‌ها نیست، تمایل مداوم، انجام تمرین مانند تمرین نقش معکوس، بخشش و پذیرش خود.	جلسه یازدهم (گسترش تمایل هیجانی به زندگی واقعی: تعهد دادن و پایبندی)
تحلیل و پردازش واکنش‌های پایان درمان، خلاصه نمودن موانع بر سر راه اراده، ارزیابی تجارب، مرور و جمع بندی از روند درمان، گفتگو کردن در مورد زندگی بعد از درمان.	جلسه دوازدهم (مرور و جمع‌بندی)

2. Statistical significance change

3. Clinical significance change

1. Christensen & Mendoza

پیشرفت مراجعان در تغییر متغیرهای آماجی روش درصد بهبودی نیز استفاده گردید. جهت بررسی میزان اثربخشی، از شاخص‌های شش‌گانه اثربخشی (سنجش عملیاتی) اینگرم، هایس و اسکات^۱ (۲۰۰۰) نیز استفاده شد.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش

شرکت‌کننده	سن	وضعیت تأهل	میزان تحصیلات	وضعیت اشتغال	اقدامات درمانی	مدت وابستگی	سابقه ترک
بیمار اول	۳۹	متاهل	دیپلم	نانوایی	دارودرمانی	۵ سال	دو بار
بیمار دوم	۳۰	متاهل	سیکل	بیکار	دارودرمانی	۳ سال	یک‌بار
بیمار سوم	۳۶	متاهل	دیپلم	راننده	کمپ ترک اعتیاد	۳ سال	یک‌بار

جدول ۳. درصد بهبودی و شاخص تغییر پایای بیماران در مقیاس پیش‌بینی بازگشت (RPS)

فرایند درمان	میزان وسوسه			احتمال لغزش		
	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم
خط پایه اول	۱۲۹	۱۴۲	۱۳۴	۱۲۵	۱۴۴	۱۳۱
جلسه اول	۱۲۸	۱۴۰	۱۳۱	۱۲۲	۱۴۳	۱۳۳
جلسه دوازدهم	۵۸	۷۵	۵۹	۵۷	۸۹	۵۵
شاخص تغییر پایا (RCI)	-۸/۷۴	-۸/۲۵	-۹/۲۳	-۷/۵۰	-۶/۰۷	-۸/۴۸
درصد بهبودی	۵۵/۰۳	۴۷/۱۸	۵۵/۹۷	۵۴/۴	۳۸/۱۹	۵۸/۰۱
درصد بهبودی کلی		۵۲/۷۲		۵۰/۲		
پیگیری نوبت سوم	۵۹	۷۴	۶۰	۵۸	۸۸	۵۶
شاخص تغییر پایا (RCI)	-۸/۶۲	-۸/۳۷	-۹/۱۱	-۷/۳۹	-۶/۱۸	-۸/۲۷
درصد بهبودی	۵۴/۲۶	۴۷/۸۸	۵۵/۲۲	۵۳/۶	۳۸/۸۸	۵۷/۲۵
درصد بهبودی کلی		۵۲/۴۵		۴۹/۹۱		

علامت منفی () نشان‌دهنده تغییر کاهشی نمرات می‌باشد.

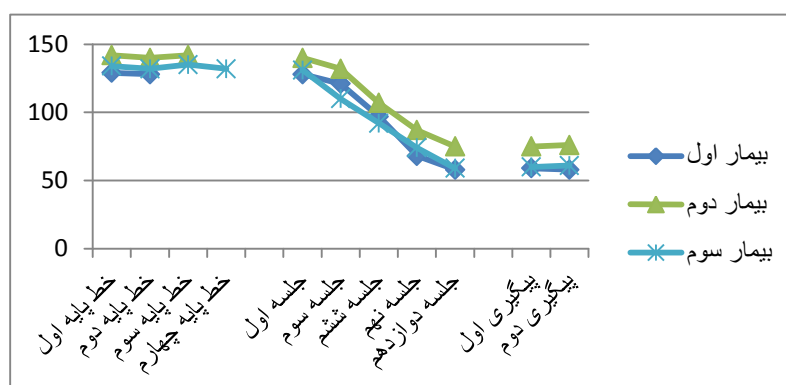
و در میزان وسوسه برابر با ($RCI=-9/23$) و بعد از مرحله سوم پیگیری ($RCI=-9/11$) بوده و در متغیر احتمال لغزش به ترتیب $-8/27$ و $-8/38$ می باشد که این مقادیر از ارزش Z یعنی $1/96$ بالاتر می باشد و در سطح ($P<0/05$) معنادار است. همچنین درصد بهبودی بیمار سوم در مرحله پس از درمان و مرحله سوم پیگیری در میزان وسوسه، بالاتر از 50 بوده و به ترتیب برابر با $55/97$ و $55/22$ می باشد و همین ارقام در متغیر احتمال لغزش به ترتیب برابر با $58/01$ و $57/25$ درصد است. یافته های موجود نشان می دهد که تغییرات حاصله از نظر آماری و بالینی معنی دار می باشد و ناشی از اثرات مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

با مشاهده نمودار ۱ و ۲ مربوط به هر بیمار، در مرحله خط پایه تغییر خاصی در سطح نمرات هر سه بیمار دیده نمی شود اگرچه نمرات بیمار اول پایین تر و نمرات بیمار دوم بالاتر از بقیه است. با ورود به مرحله مداخله درمانی کاهش محسوس و پیوسته ای در نمرات هر سه بیمار تا آخر این مرحله دیده می شود و بیمار اول و سوم تقریباً در یک سطح قرار داشته اما بیمار دوم در سطح بالاتری از بیمار اول و سوم قرار گرفته است. در مرحله پیگیری نیز سطح نمرات آنها در مقایسه با مرحله خط پایه در حد پایینی قرار دارد، اگرچه تفاوت هایی در بین هر سه بیمار مشاهده می شود. بنابراین با توجه به موارد فوق و داده های موجود که در جدول ۳ ارائه شده است، فرضیه های پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش میزان وسوسه و احتمال مصرف

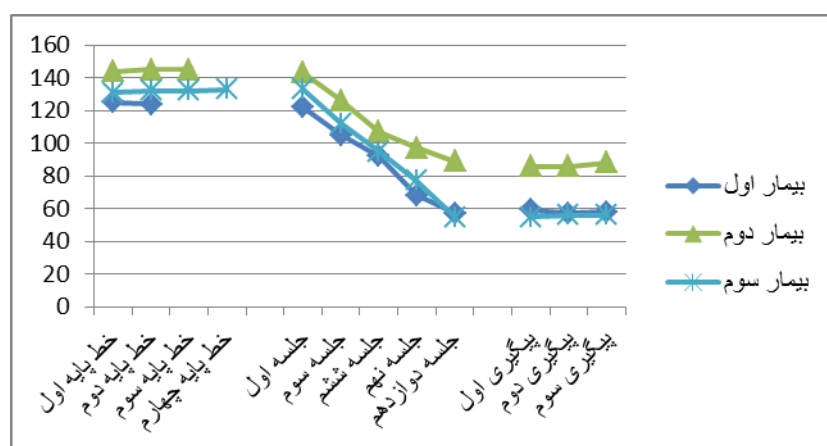
همانطور که جدول ۳ نشان می دهد، در بیمار اول و در متغیر میزان وسوسه، شاخص تغییر پایا بعد از مرحله درمان برابر با ($RCI=-8/74$) و بعد از پیگیری ($RCI=-8/62$) و همین ارقام برای متغیر احتمال لغزش به ترتیب برابر با $-7/50$ و $-7/39$ می باشد (مقدار شاخص تغییر پایای بدست آمده از مقدار Z یعنی $1/96$ بالاتر بوده و در سطح $P<0/05$ معنادار است). همچنین درصد بهبودی در میزان وسوسه پس از درمان در مقایسه با مرحله خط پایه $55/03$ و بعد از پیگیری برابر با $54/26$ و در متغیر احتمال لغزش به ترتیب $54/4$ و $53/6$ درصد می باشد (درصد بهبودی بالاتر از 50 است) که نشان دهنده ی تأثیر مطلوب درمان در بهبود وضعیت میزان وسوسه و احتمال لغزش است و یافته ها از نظر آماری و بالینی در این بیمار معنادار می باشد.

در خصوص بیمار دوم مقادیر شاخص تغییر پایا در نمرات میزان وسوسه از مرحله خط پایه به مرحله درمان ($RCI=-8/25$) و پیگیری ($RCI=-8/37$) و در متغیر احتمال لغزش به ترتیب برابر با $-6/07$ و $-6/18$ می باشد. همچنین نمرات درصد بهبودی میزان وسوسه در مرحله پس از درمان و پیگیری به ترتیب $47/18$ و $47/88$ درصد و در احتمال لغزش $38/19$ و $38/88$ درصد می باشد. یافته ها بر اساس مقادیر شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی نشان می دهد که در میزان وسوسه و احتمال لغزش، نمرات بیمار دوم به لحاظ آماری و بالینی کاهش معناداری یافته است. شاخص تغییر پایای بدست آمده بعد از مرحله درمان در مقایسه با مرحله خط پایه در بیمار سوم

در بیماران وابسته به مت‌آفتامین تأیید می‌شوند.



نمودار ۱. روند تغییر نمرات بیماران در میزان وسوسه در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری (۶ هفته)



نمودار ۲. روند تغییر نمرات بیماران در احتمال لغزش در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری (۶ هفته)

نتیجه‌گیری و بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در میزان وسوسه و احتمال لغزش در بیماران وابسته به مت‌آفتامین انجام شد. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش میزان وسوسه و احتمال لغزش در بیماران وابسته به مت‌آفتامین مؤثر است. همچنین در بررسی شاخص‌های شش‌گانه اثربخشی (سنجش عملیاتی) از دیدگاه اینگرم، هایس و اسکات (۲۰۰۰) از جمله اندازه تغییر

(چقدر کاهش در آماج‌های اصلی درمان اتفاق افتاده است؟)، کلیت تغییر (چند درصد از بیماران تغییر کرده‌اند و چند درصد تغییر نکرده‌اند؟)، عمومیت تغییر (در سایر حوزه‌های زندگی مانند عملکرد شغلی، اجتماعی و روان‌شناختی چقدر تغییر رخ داده است؟)، میزان پذیرش (افراد تا چه اندازه در فرآیند درمان مشارکت داشته و آن را به پایان رسانده‌اند؟)، ایمنی (آیا در اثر درمان، سلامت روانی و جسمی بیماران کاهش یافته است؟) و ثبات (دستاوردهای درمان چقدر دوام

داشته است؟)، نتایج حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش میزان وسوسه و احتمال لغزش در بیماران وابسته به مت‌آفتامین است. نتایج به دست آمده با یافته‌های پژوهش لی و همکاران (۲۰۱۵) که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را یک مداخله امیدبخش برای اختلالات مصرف مواد و پیشگیری از وسوسه و عود یافته بودند، همخوانی دارد. همچنین یافته‌ها با نتایج پژوهش رحیمی و همکاران (۱۳۹۷) مبنی بر اثربخشی این روش درمانی در کاهش علائم اختلال مصرف مواد در بیماران وابسته به شیشه (مت‌آفتامین) و نیز کشاورز افشار و همکاران (۱۳۹۶) که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در کاهش گرایش و میل به سمت مصرف مواد اثربخش یافته بودند، همسو می‌باشد. از دیگر نتایج پژوهش‌هایی که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی دارد می‌توان به پژوهش کیانی و همکاران (۱۳۹۱) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان ولع و وسوسه مصرف در مصرف‌کنندگان شیشه و نیز زرگر و همکاران (۱۳۹۱) که روش‌های درمانی موج سوم را در پیشگیری از عود مؤثر دانسته بودند، اشاره کرد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که به‌کارگیری روش‌های درمانی مانند درمان پذیرش و تعهد به دلیل سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند اثربخشی درمان را افزایش داده و در پیشگیری از عود و کاهش میزان وسوسه و احتمال لغزش مؤثر واقع شود؛ بنابراین، افزایش

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در درمان پذیرش و تعهد می‌تواند توانایی مقابله بیمار را در کنار آمدن با وسوسه و نشانه‌های ترک به‌عنوان شخص اصلی لغزش، عود و تداوم مصرف در این بیماران افزایش دهد. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که فرآیندهای پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، تصریح ارزش‌ها و مشارکت در فعالیت ارزشمند که همه آن‌ها انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را حمایت می‌کنند، تقویت نماید. در حقیقت زمانی که فرد شدیداً در چرخه‌ی اجتناب تجربه‌ای، آمیختگی شناختی گیر کند، دچار انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی شده است (هیز و استروسال، ۱۳۹۴). انعطاف‌پذیری ذهنی می‌تواند فرد را از دام افکار ناکارآمد و وسوسه‌هایی برهاند که زمینه‌ساز لغزش و عود مصرف مواد و گرایش به مصرف مواد است. بدین ترتیب آموزش راهبردهایی چون ذهن‌آگاهی می‌تواند این افراد را از بند افکار ناکارآمد و وسوسه‌ها برهاند و متعاقباً افراد دارای وابستگی به مواد بتوانند در مواجهه با استرس‌های روزانه و مشکلات روزمره بهتر و معقولانه‌تر با وسوسه‌ها و لغزش و گرایش دوباره به مصرف مواد کنار آیند.

هایس و همکاران (۲۰۰۴) معتقد است که رویکرد پذیرش و تعهد درمانی به‌جای برطرف‌سازی و حذف عوامل آسیب‌زا، به بیماران کمک می‌کند تا هیجان‌ات و شناخت‌های کنترل‌شده‌ی خود را پذیرفته و از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلاتشان شده است، رهایی یابند. سگال و همکاران (۲۰۱۲) معتقدند

اثربخشی این روش درمانی در کاهش وسوسه و ولع مصرف و به دنبال آن لغزش و احتمال عود می‌تواند مؤثر بوده و از آن می‌توان در درمان بیماران وابسته به مت‌آفتمین استفاده کرد.

از دلایل دیگر مهم کاهش میزان وسوسه و احتمال لغزش می‌توان به افزایش آگاهی بیماران نسبت به شرایط و نشانه‌های ایجادکننده ولع مصرف، آگاهی از واکنش‌های نادرست قبلی به این نشانه‌ها مانند واکنش سریع و عجولانه، بدون تفکر و بدون ارزیابی شرایط محیطی و یادگیری مقابله مؤثرتر با این نشانه‌ها اشاره کرد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به خود گزارشی بودن متغیرهای موردبررسی در پژوهش، کوتاه بودن دوره پیگیری ۶ هفته‌ای، تک جنسیتی بودن آزمودنی‌ها (مرد)، یکسان نبودن ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها و عدم کنترل کافی بر تمام متغیرهای تأثیرگذار در روند پژوهش اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی از دوره پیگیری طولانی‌تر و نیز از هر دو جنس استفاده شود و نیز اثربخشی این روش درمانی از طریق سایر روش‌های پژوهشی و بر روی بیماران وابسته به مواد افیونی مورد ارزیابی قرار گیرد.

سپاسگزاری

از مسئولین محترم اداره بهزیستی تکاب و مرکز ترک اعتیاد این شهرستان و تمامی بیمارانی که در مطالعه حاضر شرکت داشتند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

که روش ذهن‌آگاهی عنصر اصلی بالا بردن خودآگاهی لازم برای توانمندسازی و پاسخ‌های مطلوب در شرایط بحرانی است و همواره به‌عنوان یک محرک قوی دائمی پیش‌گیرنده عمل می‌کند. این رویکرد می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار خودکار، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی در کاهش وسوسه و احتمال لغزش ایفا می‌کند.

در تبیین دیگر یافته‌های پژوهش در خصوص متغیر وسوسه مصرف و احتمال لغزش می‌توان گفت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مفهوم درهم‌آمیختگی یا گسلس شناختی میزان تأثیری می‌باشد که یک فکر (مثلاً میل به مصرف) روی رفتار دارد؛ رفتار وابسته به بافت و رفتار وابسته به فکر در پیوستار بین درهم‌آمیختگی یا گسلس شناختی قرار می‌گیرند و وقتی فرد با افکارش درهم می‌آمیزد نمی‌تواند قضاوت ذهنی خودش از واقعیت را از خود واقعیت تمیز دهد (هیز و استروسال، ۱۳۹۴). در نتیجه، در این درمان با آموزش ذهن‌آگاهی و عمل در زمان حال، تأثیر حساسیت‌های فیزیولوژیکی و هیجان ناشی از مصرف مواد روی رفتار آشکار، به‌واسطه رابطه فرد با این تجربیات تعدیل می‌شود؛ بنابراین، در این درمان به مصرف‌کنندگان مواد آموزش داده می‌شود که بتوانند تجربیات خود را بپذیرند و تحمل کنند، به همان میزان می‌توانند مستقل از این تجربیات عمل کنند. در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد هر شش فرآیند بنیادین درمان، باهم ترکیب می‌شوند تا انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را پدید آورند، مواردی که در

منابع

۹۵-۸۵

- اورکی، م؛ بیات، ش؛ خدادوست، س. (۱۳۹۲). بررسی مقایسه اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی مارلات با اثربخشی مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در سلامت روان درمان‌جویان وابسته به کراک. فصلنامه روانشناسی سلامت. ۱(۲)، ۲۲-۳۱.
- ایمانی، س؛ حبیبی، م؛ پاشایی، س؛ ظهیری، م؛ میرزایی، ج؛ زارع، م. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر ارتقاء کیفیت زندگی سوءمصرف‌کنندگان مواد مخدر: بهبود سلامت جسمانی و روانی. فصلنامه روانشناسی سلامت. ۲(۱)، ۸۱-۶۳.
- بارلو، د؛ دوراند، م. (۱۳۹۶). روانشناسی نابهنجاری. ترجمه رضا عبدی، غلامرضا چلبیانلو و افسانه جوربنیان. تهران: انتشارات ابن سینا.
- بک، آ. ت؛ رایت، ف. د. (۱۳۸۰). درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدر، ترجمه محمدعلی گودرزی. شیراز: نشر راهگشا.
- بهاری، ف. (۱۳۹۲). اعتیاد مشاوره و درمان (راهنمای تغییر رفتار اعتیادی در معتادان). تهران: نشر دانژه، چاپ دوم.
- حداد، ش؛ خسروی، م؛ نجفی، م؛ صباحی، پ. (۱۳۹۳). مقایسه عملکرد توجه در افراد وابسته به مت آمفتامین. مجله روانشناسی بالینی. ۶(۲)؛
- رحیمی، ع؛ سهرابی، ن؛ رضایی، آ؛ سروقد، س. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری و درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد بر کاهش علائم اختلال مصرف مواد در مبتلایان مصرف‌کننده مواد محرک (مت آمفتامین). فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۹ (۳)، ۸۹-۷۹.
- زرگر، ف؛ محمدی، ا؛ امیدی، ع؛ باقریان سرآوردی، ر. (۱۳۹۱). موج سوم رفتاردرمانی با تأکید بر رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش، مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۰(۵)، ۳۸۳-۳۹۰.
- شریفی و؛ اسعدی، س؛ امینی، ه؛ کاویانی، ح؛ سمنانی، ی؛ شعبانی، ا. (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته تشخیصی برای DSM-IV. تازه‌های علوم شناختی. ۲۱(۲)، ۱۰-۲۲.
- فیروزآبادی، ع؛ قنبری، ب؛ طباطبایی، س. س. (۱۳۸۸). اثربخشی تکنیک‌های هوشیاری فراگیر انفصالی و توجه گردانی در میزان وسوسه مصرف مواد و احتمال لغزش در بیماران مرد وابسته به مواد مخدر. مجله اصول بهداشت روانی. ۱۱(۴) ۳۰۱-۲۹۲.
- کشاورز افشار، ح؛ برابری، ا؛ قاضی نژاد، ن؛ امیری، ا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و

- در کاهش شدت وابستگی مردان وابسته به مواد مخدر مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی. فصلنامه روانشناسی سلامت. ۴ (۱)، ۹۸-۱۱۰.
- نیکنام، م؛ مداحی، م؛ شفیق‌آبادی، ع. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی معنادرمانی بر کاهش ولع و پیشگیری از بازگشت زنان وابسته به مواد. فصلنامه روانشناسی سلامت. ۷ (۱)، ۵۶-۷۴.
- ویلسون، ک. ج؛ گیفورد، ا؛ بتن، س. (۱۳۹۳). پروتکل انفرادی پذیرش و تعهد برای سوءمصرف کنندگان مواد مخدر. ترجمه فرهاد اصغری و همکاران، تهران: انتشارات پژوهاک هنر و اندیشه.
- هیز، ا. س؛ استروسال، ک. (۱۳۹۴). راهنمای عملی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ترجمه ابراهیم عزیزاده و فاطمه پیرجاوید. تهران: فرا انگیزش.
- Aram, PW, Bailey, GJR, Lavin, A, See, R. (2011). Methamphetamine Self-Administration Produces Attentional Set-Shifting Deficits and Alters Prefrontal Cortical Neurophysiology in Rats. *Biological Psychiatry*, 69(3): 253-259.
- Bolla, KI, Ernst, M, Kiehl, KA, Mouratidis, M, Eldreth, DA. (2004). Prefrontal cortical dysfunction in abstinent cocaine abusers. *Neuropsychology Clinical*. 16, 456-464.
- Drummond, D. (2010). Theories of drug craving. Ancient and modern. *Addiction*, 96, 33-46.
- Hayes, SC, Lillis, C. (2012). Acceptance and Commitment Therapy (Theory Psychotherapy). Amer Psychological Assn.
- Hayes S, Luoma JB, Bond F. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, (44), 1-25.
- Hayes, SC. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-65.
- کیانی، ا؛ قاسمی، ن؛ پورعباس، ع. (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان شیشه، فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۶ (۲۷)، ۲۷-۳۷.
- گروسی فرشی، م؛ محمود علیلو، م؛ ارجمند قجور، ک. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین مدت مصرف و ترک در سوگیری توجه نسبت به محرک‌های وسوسه‌انگیز مربوط به مواد افیونی. فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی. ۴ (۱۵)؛ ۱۵۳-۱۷۳.
- ناصری، ا؛ سهرابی، ف؛ برجعلی، ا؛ فلسفی نژاد، م. (۱۳۹۴). کارآمدی طرح‌واره درمانی دوجوهی

- Hayes, SC, Luoma, JB, Bond, F, Masuda, A, & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processes and Outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 4, 1-25.
- Hester, R, Garavan, H. (2007). Executive dysfunction in cocaine addiction: evidence for discordant frontal, cingulate, and cerebellar activity. *Journal of Neuroscience*, 24, 11017-11022.
- Ihan, IO, Demirbas, H, & Dogan, YB. (2006). Validation study of the Turkish version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale for heavy drinking in a group of male patients. *Drug and Alcohol Review*, v25, pp357-360.
- Li, CS, Milivojevic, V, Kemp, K, Hong, K, & Sinha, R. (2006). Performance monitoring and stop signal inhibition in abstinent patients with cocaine dependence. *Drug Alcohol Dependence*, 85, 205-212.
- Leigh, J, Bowen, S, & Marlatt, GA. (2010). Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addictive behaviors*, 30(7):1335-41.
- Marlatt, G, Witkiewitz, K, & Dillworth, T. (2009). Vipassana meditation as a treatment for alcohol and drug use disorders. Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition. New York: Guilford Press.
- Marvin W. Sams ThD, R.EEG T., QEEGT, L.Ac (2008). Mathematically Derived Frequency Correlates in Cerebral Function: Theoretical and Clinical Implications for Neurofeedback Treatment. *Journal of Neurotherapy*, 1, 1-14.
- Mehrabi, H; Neshat Doost, H, Molavi, H. (2004). Effectiveness of family education as an add-on interventional therapy in reducing the relapse of dependent patients. *Journal of Psychology*.3, 278-262.
- Roizen, HG, Waart, RD, Windt, D, Brink, W, Yong, CA, Kerkbof, AFM. (2006). A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. *Eur Neuro psychopharmacol*, 16, 311-323.
- Tran, GQ, & Smith, GP. (2004). Behavioral Assessment in the Measurement of Treatment Outcome, In. S.N. Haynes, & E.M. Heiby (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment* (pp. 269-290). New York: Wiley.
- Walton-Moss, B, & McCaul, ME. (2006). Factors associated with lifetime history of drug treatment among substance dependent women. *Addictive Behaviors*, 31, 246-53.
- Witkiewitz, K, Marlatt, A, & Walker, D. (2005). Mind-fulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders: The meditation tortoise wins the race. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 19, 221-229.
- Zikler, P. (2005). Nicotine medication also reduces craving in cocaine addicts. *NIDA Notes*, 15 (1). Available on: www.drugabuse.gov/NIDA_N.