

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اختلالات مصرف مواد: مروری نظری و پژوهشی

آزاده فروزانفر^۱

چکیده

اختلالات مصرف مواد با مصرف مکرر و ناهنجار مواد و با الکل توصیف می‌شود که اغلب به پریشانی فراوان و اختلال در زمینه‌های فردی، اجتماعی و شغلی منجر می‌شود. تعدادی از رویکردهای درمانی در درمان اختلالات مصرف مواد مؤثر شناخته شده‌اند. با این حال، درمان اختلالات مصرف مواد دشوار است. چنانچه عود مکرر از ویژگی‌های مشکل‌زای رایج این اختلالات است. موج سوم درمان شناختی رفتاری از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل رویکردها و روش‌های جدیدی است که پتانسیل بالایی برای رسیدگی به موارد پیچیده سوءمصرف مواد دارد. هدف از این تحقیق مروری نظری و پژوهشی بر کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان اختلالات مصرف مواد بود. روش پژوهش مطالعات کتابخانه‌ای و یادداشت برداری و خواندن اسناد بود. بر اساس مبانی نظری و پژوهشی می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله امیدبخش برای اختلالات مصرف مواد است. با این حال برای کارایی بیشتر، پژوهش بیشتر با نمونه‌های بزرگ‌تر و دوره پیگیری طولانی، همراه با مطالعه مکانیسم درمان برای شکل‌دهی مدل نظری و پروتکل درمان سوءمصرف مواد مورد نیاز است. در پایان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یک مداخله مؤثر برای اختلالات مصرف مواد توصیه شده است.

کلید واژه‌ها: موج سوم درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اختلالات مصرف مواد

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه تهران، تهران، ایران، پست الکترونیک:

azadehfouzanfar@yahoo.com

مقدمه

وابستگی به مواد مخدر^۱ یکی از مهم‌ترین مسائل اجتماعی جهان امروز است. اعتیاد عامل بروز بسیاری از آسیب‌های اجتماعی و نابسامانی‌های خانوادگی و فردی است. پدیده اعتیاد و به‌ویژه گسترش روزافزون وابستگی و اعتیاد به مواد جدید با توجه به تأثیرات روانی، اخلاقی و اجتماعی، خانواده و جامعه را تهدید می‌کند و به رفتارهای آسیب‌زایی مانند تنش در نقش‌های خانوادگی، ولگردی و خیابان‌گردی، تکدی‌گری، رفتارهای کج‌رو و در موارد حاد و به‌ویژه در موارد اعتیاد زنان به انحراف جنسی و خودفروشی منجر می‌شود (کاکویی و قوامی، ۱۳۹۴). آثار و نتایج زیان‌بار و مخرب فردی، اجتماعی و فرهنگی سوء مصرف، وابستگی و اعتیاد به مواد سبب شده است تا بیماران سوء مصرف مواد^۲ و کادر درمانی جامعه برای پیشگیری، ترک و جلوگیری از عود مصرف مواد اقدام کنند. بر این اساس، متخصصان بهداشتی و مؤسسات آموزشی و درمانی نظریه‌ها، مدل‌ها، راهکارها و فنون مختلفی را در پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد و پیشگیری از عود، ابداع، آزمایش و تجربه کرده‌اند (حامدی، شهیدی و خادمی، ۱۳۹۲). استفاده از درمان‌های دارویی مثل درمان نگهدارنده با متادون^۳ یا سم‌زدایی^۴ یکی از انواع متعدد درمان اعتیاد است اما نکته مهم آن است که درمان‌های غیردارویی اعم از درمان‌های روان‌شناختی و مداخلات اجتماعی عنصر مهمی در درمان اعتیاد است که به مدت زمان بسیار طولانی نیاز دارد. حقیقت آن است که افراد وابسته به مواد مخدر به علت ضعف در مهارت‌ها و توانمندی‌های خاص دچار اعتیاد شده‌اند و درمان‌های دارویی و سم‌زدایی قسمتی از نیازمندی‌های آنان را برطرف می‌سازد و در کنار این درمان‌ها ضروری است که بیماران تغییراتی در سبک زندگی خود ایجاد کنند (نوری، ۱۳۸۴؛ به نقل از طباطبایی‌چهر، ابراهیمی‌ثانی و مرتضوی، ۱۳۹۱). در این میان با وجود کارآمدی نسبی اغلب شیوه‌های درمانی در کاهش آسیب‌های ناشی از این اختلال و کمک در زمینه بهبودی آن، هنوز کاستی‌هایی وجود دارد که به تبع آن مدل‌های نظری جایگزین در حال

شکل‌گیری هستند و درمان‌های جدیدی نیز به کار گرفته شده‌اند (سترگ، کاظمی و ریسی، ۱۳۹۲). موج سوم درمان‌های رفتاری^۱ از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ امید بزرگی برای هدف‌گیری اختلالات پیچیده سوء مصرف مواد دارد (استاتز و نرثراپ^۳، ۲۰۱۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نوعی از رفتاردرمانی است که با استفاده از راهبردهای پذیرش و ذهن‌آگاهی^۴، به جای تمرکز بر انواع نشانه‌ها بر تغییر عملکرد تمرکز می‌کند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش فراوانی یا تغییر محتوای خاص تجربه‌های درونی تمرکز نمی‌شود، بلکه بر تغییر رابطه فرد با رفتار تمرکز می‌شود. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان روان‌شناختی طیف گسترده‌ای از مشکلات، از جمله وابستگی به مواد مخدر، درد مزمن، صرع، افسردگی، اختلال اضطراب اجتماعی و استرس کار مؤثر است (گادیانو، هربرت و هیز^۵، ۲۰۱۰).

اختلالات مصرف مواد

نسخه چهارم راهنمای تشخیصی-آماري اختلالات روانی^۶ دو طبقه مجزا و مستقل برای سوء مصرف و وابستگی به مواد در نظر گرفته بود. اما در نسخه پنجم یک تغییر بسیار مهم ایجاد شده است. به این صورت که دو طبقه مستقل سوء مصرف و وابستگی به مواد حذف شده و یک طبقه واحد به نام اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد جایگزین شده است. منطق ادغام این دو طبقه این است که گروه تحقیقاتی به این نتیجه رسید که بین سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد هیچ مرز مشخصی وجود ندارد و هر دو روی یک بعد قرار دارند. طبق تعریف نسخه پنجم راهنمای تشخیصی-آماري اختلالات روانی، ویژگی اصلی هر یک از انواع اعتیادها و اختلالات با مصرف مواد عبارت است از مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک که نشان می‌دهند فرد، به‌رغم مشکلات مهمی که برایش به وجود می‌آید، به مصرف ماده ادامه می‌دهد. یکی از ویژگی‌های مهم اختلالات مصرف مواد تغییر در مدارهای مغزی است که مدت‌ها بعد از ترک ادامه می‌یابد مخصوصاً در افرادی

1. third-wave behavioral therapies
 2. Acceptance & commitment therapy
 3. Stotts & Northrup

4. Mindfulness
 5. Gaudiano, Herbert & Hayes
 6. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

که اعتیاد شدید دارند. نشانه‌های این تغییرات مغزی را می‌توان در دو نوع رفتار مشاهده کرد: ۱- فرد بارها ترک اعتیاد می‌کند ولی دوباره مصرف را از سر می‌گیرد، و ۲- هر بار در معرض محرک‌هایی قرار می‌گیرد که به‌نوعی با ماده اعتیادی در ارتباط هستند و به شدت هوس مصرف دارد (گنجی، ۱۳۹۲). در مجموع تشخیص اختلال مصرف مواد بر الگوی بیمارگون رفتارهای مرتبط با مصرف مواد استوار است. ملاک‌های اختلالات مصرف مواد شامل موارد زیر است:

دسته‌بندی کنترل معیوب

- ۱- امکان دارد فرد ماده‌ای را با مقادیر بیشتر، طی مدت طولانی‌تر از آنچه در آغاز در نظر داشته است مصرف کند.
- ۲- امکان دارد فرد تمایل مداومی را به کاهش دادن یا تنظیم کردن مصرف مواد ابراز کند و بگوید تلاش‌های ناموفق متعددی را برای کاهش دادن یا قطع مصرف به خرج داده است.
- ۳- ممکن است فرد وقت زیادی را صرف به دست آوردن مواد، مصرف مواد، یا بهبود یافتن از تأثیرات آن کند.
- ۴- در برخی موارد اختلالات مصرف مواد شدیدتر، تقریباً تمام فعالیت‌های روزانه فرد بر محور مواد می‌چرخد.
دسته‌بندی اختلال اجتماعی
- ۵- مصرف مواد عودکننده ممکن است به ناتوانی در برآورده کردن تعهدات نقش عمده در محل کار، مدرسه، یا خانه منجر شود.
- ۶- امکان دارد فرد با وجود داشتن مشکلات اجتماعی یا میان فردی مداوم یا مکرر که در اثر تأثیرات مواد ایجاد یا تشدید می‌شوند به مصرف مواد ادامه دهد.
- ۷- فعالیت‌های مهم اجتماعی، شغلی، یا تفریحی ممکن است به علت مصرف مواد رها شوند یا کاهش یابند.
دسته‌بندی مصرف مخاطره‌آمیز
- ۸- مصرف مخاطره‌آمیز مواد که ممکن است شکل مصرف مواد عودکننده در

موقعیت‌هایی را به خود بگیرد که از لحاظ جسمانی خطرناک هستند.

۹- امکان دارد فرد با وجود آگاهی از اینکه مشکلات جسمانی یا روانی مداوم یا عودکننده‌ای دارد که احتمالاً ناشی از مواد هستند یا توسط مواد تشدید می‌شوند، به مصرف آن ادامه دهد.

ملاک‌های دارویی

۱۰- تحمل با نیاز به افزایش قابل ملاحظه مقدار مواد برای دستیابی به تأثیر مطلوب یا کاهش چشمگیر تأثیر هنگامی که مقدار معمول مصرف شده است، مشخص می‌شود.

۱۱- ترک نشانگانی است که زمانی روی می‌دهد که غلظت مواد در خون یا بافت در فردی که مصرف مواد زیاد و طولانی مدت داشته است، کاهش می‌یابد (سیدمحمدی، ۱۳۹۳).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توسط استیون هیز در ایالات متحده ایجاد شد و بعدها توسط تعدادی از همکاران او، از جمله کرک استروسال و کلی ویلسون توسعه یافت. این مدل، درمانی مبتنی بر اصول علمی است که برای طیفی گسترده از شرایط دردناک بشری اعم از افسردگی و اعتیاد به موادمخدر تا استرس شغلی و اسکیزوفرنی مؤثر است. اگرچه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس آخرین مطالعات در روانشناسی رفتاری انجام شده است، اما تا حدود زیادی به سنت‌های کهن شرقی شبیه است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس مجموعه قواعدی استوار است که «انعطاف‌پذیری روانی»^۱ انسان را ارتقاء می‌دهد. طبق تحقیقات هرچه سطح انعطاف‌پذیری روانی بالاتر باشد، کیفیت زندگی بهتر می‌شود. انعطاف‌پذیری روانی، توانایی سازگاری با موقعیت‌ها همراه گشودگی، آگاهی، تمرکز و اقدام مؤثر طبق ارزش‌ها^۲ (عمیق‌ترین خواسته‌های قلبی فرد برای آنچه می‌خواهد باشد و آنچه به خاطرش در زندگی ایستادگی می‌کند) است (هریس، ۲۰۰۹، ترجمه دوستی، هدایتی و محقق، ۱۳۹۵).

مبنای فلسفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مبنای فلسفه عملی شناخته شده به عنوان بافت گرایی کارکردی^۱ است. بافت گرایی کارکردی رویدادهای روان شناختی را به عنوان تعامل بین ارگانیسم و محیط آن که از لحاظ تاریخی (تاریخچه یادگیری قبلی) و موقعیتی (پیشایندها و پیامدهای فعلی، قواعد کلامی) بافت نامیده می شود، می بیند. این یعنی محیط کنونی و پیامدهای قبلی رفتار روی فرد تأثیر می گذارد (باخ و موران، ۲۰۰۸، ترجمه کمالی و کیانراد، ۱۳۹۳). واحد تحلیلی اصلی بافت گرایی کارکردی «عمل مداوم در بافت» است. اجزای اصلی بافت گرایی کارکردی عبارتند از: ۱- تمرکز بر کل رویداد، ۲- حساسیت به نقش بافت در درک ماهیت و عملکرد یک رویداد، ۳- تأکید بر یک معیار حقیقت عمل گرایانه و ۴- اهداف علمی خاص در برابر به کار بردن آن ملاک حقیقی (هیز، ۲۰۰۴). تحلیل بافتاری کارکردی بر رفتار مداوم مراجع و نیز محیطی که رفتار در آن رخ می دهد، تمرکز می کند (باخ و موران، ۲۰۰۸، ترجمه کمالی و کیانراد، ۱۳۹۳). در حقیقت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به همان اندازه که بر ایجاد تکنیک تأکید دارد، بر کار فلسفی و نظری نیز مبتنی است (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۱).

مبنای نظری درمان

زیربنای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نظریه چهارچوب ارتباطی^۲ است که نظریه ای در باب زبان و شناخت است (فلکسمن، بلک لچ و باند، ۲۰۱۱، ترجمه میزایی و نونهار، ۱۳۹۳). فرض اولیه نظریه چهارچوب ارتباطی این است که رفتار انسان عمدتاً به واسطه شبکه هایی از روابط متقابل یعنی چهارچوب های ارتباطی تعیین می شود. این رابطه ها هسته زبان و شناخت انسان را تشکیل می دهد و به انسان اجازه می دهد که بدون نیاز به تجربه مستقیم یاد بگیرد (هیز، ۲۰۰۵). نظریه چهارچوب ارتباطی پیشنهاد می کند که انسان ها همواره بین حوادث، کلمات، احساسات، تجارب و تصاویر ارتباطاتی برقرار می کنند. آنان در رویارویی با کلمات، احساسات، تجارب و تصاویر به گونه ای عمل می کنند که انگار واقعی هستند. بدین ترتیب خاطره یک حادثه دردناک می تواند همان واکنش هایی را

1. functional contextualism

2. rational frame theory

برانگیزاند که خود آن حادثه برمی‌انگیزاند. یادگیری ارتباطی همچنین چارچوب هم‌آمیزی بین تجارب درونی و حوادث منعکس‌کننده آن‌ها را بنا می‌نهد. از این رو، تجارب درونی به گونه‌ای اضطراب، غمگینی، خشم، یا ناراحتی را برمی‌انگیزاند که انگار حوادث واقعاً دارد اتفاق می‌افتد. این هم‌آمیزی می‌تواند اجتناب تجربه‌ای^۱ را افزایش دهد (رومر و اورسیلو، ۲۰۰۹، به نقل از محمدی و همکاران، ۱۳۹۴).

نظریه چارچوب ارتباطی، یک روایت بافتاری کارکردی از زبان و شناخت انسان است و می‌تواند به خوبی برای مشکلات بالینی کاربرد داشته باشد زیرا تحقیقات بنیادین نظریه چهارچوب ارتباطی مطرح می‌کنند که زبان و شناخت درحالیکه از نظر تکاملی به بقا و موفقیت انسان کمک کرده‌اند، همچنین می‌توانند باعث رنج بیشتر انسان شوند. زبان و شناخت هنگامی مشکل‌ساز می‌شود که افراد دچار هم‌آمیزی^۲ با افکارشان می‌شوند به نحوی که اجتناب تجربه‌ای افزایش می‌یابد و آن‌ها را وادار می‌کند تغییرات بیهوده‌ای در برنامه‌هایشان ایجاد کنند و سرزندگی را از بین می‌برد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک کاربرد بنیادین از تحقیقات نظریه چارچوب ارتباطی است. فرض بر این است که تغییرات بالینی هنگامی رخ می‌دهند که بافت رفتار در راستای کار موفقیت‌آمیز تغییر کند نه اینکه شکل رفتار به سمت یک مدل مشخص تغییر یابد. بنابراین، به جای تأکید بر شکل رفتار، کارکردها و بافت‌های رویدادهای روان‌شناختی مورد کاوش قرار می‌گیرد. به این معنا که حتی مشکلی که مراجع مطرح می‌کند لازم است که با تغییر در بافت رفتار به آن پرداخته شود و نه ضرورتاً تغییر در شکل رفتار. درمانگران درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ممکن است تلاش نکنند تعداد، شدت یا مدت مشکلات را تغییر دهند بلکه بافت آن مشکلات را تغییر می‌دهند (باخ و موران، ۲۰۰۸، ترجمه کمالی و کیانراد، ۱۳۹۳).

فرایندهای اصلی شیوه درمانی

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در عمل می‌تواند در قالب شش فرایند که از درون با هم مرتبط هستند، مورد توجه قرار بگیرد. این شش فرایند عبارتند از پذیرش، ناهم‌آمیزی^۳،

1. experiential avoidance
2. fusion

3. defusion

ارتباط با لحظه اکنون، عمل متعهدانه^۱، خود به عنوان بافت و ارزش‌ها. راهبردهای اصلی درمان برای مقابله با آسیب‌شناسی روانی در رابطه با این فرایندها تعیین می‌شود. این فرایندهای اساسی در بسیاری از زمینه‌های مهم با هم مرتبط هستند و هیچ‌یک از آن‌ها نباید کاملاً مجزا در نظر گرفته شود. رویکرد بافتاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرایندهایی دارد که از درون به هم مرتبط هستند و هر کدام از آن‌ها بدون سایر اصول قابل تعریف نیست (باخ و موران، ۲۰۰۸، ترجمه کمالی و کیانراد، ۱۳۹۳).

پذیرش

پذیرش شامل درگیر شدن فعال در فرایند تجربه احساسات، افکار، و خاطرات، بدون تلاش برای اجتناب و یا تغییر تجارب است. پذیرش همچنین می‌تواند به عنوان رفتار نزدیک شدن به محرک داخلی از نظر روانی آزارنده یا مشکل‌زا، درحالی‌که رفتار انطباقی است، تعریف شود (گیفورد^۲ و هیز، ۱۹۹۷؛ به نقل از براون^۳ و همکاران، ۲۰۰۸). پذیرش آگاهی بدون قضاوت و پذیرفتن فعالانه تجربه افکار، احساسات و حس‌های بدنی را شامل می‌شود (هیز و استروسال^۴، ۲۰۰۴). پذیرش در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به معنای خواستن هیجان‌ها و تجارب آزارنده، تحمل صرف آن‌ها و «از خود استقامت نشان دادن» نیست؛ بلکه، تمایل به تجربه رویدادهای ناخوشایند است یعنی، رویدادهای درونی که در مسیر رفتار همسو با ارزش‌ها، قد علم می‌کنند. بنابراین، پذیرش قطب مخالف اجتناب تجربه‌ای به عنوان یکی از عناصر اصلی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (فلکسمن و همکاران، ۲۰۱۱، ترجمه میرزایی و نونهال، ۱۳۹۳). پذیرش اغلب مورد سوءتعبیر واقع می‌شود. مثلاً به جای اینکه به عنوان عملی در نظر گرفته شود که موجب افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود، به عنوان یک ارزشیابی (قضاوت یا نقطه نظر درباره رویدادها)، انفعال در برابر وقایع، یا حتی بدتر، به عنوان قبول شکست، مطرح می‌شود. ممکن است اشتباهاً این طور برداشت شود که پذیرفتن یک رویداد، حاکی از دوست داشتن آن است. اما پذیرش الزاماً مبنی بر دوست داشتن آن موقعیت یا اتفاق نیست؛

1. committed action
2. Gifford

3. Brown
4. Strosahl

بنابراین، ممکن است شامل قبول و پذیرفتن رویدادی باشد که حتی شخص دوستش ندارد (باخ و موران، ۲۰۰۸، ترجمه کمالی و کیانراد، ۱۳۹۳).

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کنترل و اجتناب زمینه‌ای است که تجربه رویدادهای درونی در این زمینه می‌تواند آسیب‌زا باشد. بنابراین به‌جای تمرکز بر تغییر آن رویداد درونی، درمانگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال تغییر این زمینه است. با تغییر این زمینه و تبدیل آن به زمینه پذیرش، هر رویداد درونی می‌تواند تجربه شود، بدون اینکه آسیب‌زا باشد؛ و با تغییر این زمینه، هدف بافتارگرایی کارکردی، یعنی پیش‌بینی رفتار و تأثیر بر رفتار محقق می‌شود (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۱). هیز و همکاران (۱۹۹۹)، به نقل از باخ و موران، ۲۰۰۸، ترجمه کمالی و کیانراد، ۱۳۹۳). معتقدند که فرایند روان‌درمانی تلویحاً شامل درجه‌ای از پذیرش است. به این معنا که مراجع و درمانگر می‌پذیرند مشکلی وجود دارد که مراجع می‌خواهد برای آن کاری انجام دهد. اما آنچه اغلب مشکل‌ساز می‌شود این است که مراجع برای حل این مشکل، چه کاری می‌خواهد انجام دهد (باخ و موران، ۲۰۰۸، ترجمه کمالی و کیانراد، ۱۳۹۳). پذیرش، برای اینکه همواره فرایند مهمی باشد، اصولاً، باید شامل تمایل به تجربه هر میزان از پریشانی باشد (فلکسمن و همکاران، ۲۰۱۱، ترجمه میرزایی و نونهال، ۱۳۹۳).

ناهم‌آمیزی شناختی

استیون هیز متوجه شد انسان‌ها افکار منفی خود را جدی می‌گیرند و این افکار را بازتابی دقیق از واقعیت تلقی می‌کنند. انسان‌ها چنان محکم به افکار منفی خود چسبیده‌اند که انگار افکارشان با هویتشان یکی است (مک‌کی، فنینگ، آویگیل و اسکین، ۲۰۱۳، ترجمه حمید پور و میرزا بیگ، ۱۳۹۴). وقتی رفتار انعطاف‌ناپذیر است و بیشتر تحت تأثیر شبکه‌های کلامی است تا پیامدهای محیطی تجربه‌شده، می‌توان گفت که فرد درهم‌آمیزی شناختی درگیر شده است. هیز و همکاران (۱۹۹۹) هنگام صحبت از هم‌آمیزی شناختی عنوان می‌کنند که نمادهای کلامی و رویدادهای محیطی «باهم ترکیب شده‌اند» انگار دو چیز مختلف تبدیل به یک ترکیب شده‌اند. به‌طور ساده‌تر، هم‌آمیزی شناختی هنگامی رخ می‌دهد که افراد نمی‌توانند بین مسائل و توصیف آن‌ها تمایز قائل شوند. در نتیجه افراد

به جای تجربه مستقیمی که با دنیا دارند؛ توسط محتوای کلامی افکارشان هدایت می‌شوند (باخ و موران، ۲۰۰۸، ترجمه کمالی و کیانراد، ۱۳۹۳).

ناهم آمیزی شناختی، در اصل، شکستن قواعد زبانی به طریقی که باعث شود کلمات مشکل آفرین، بخش اعظم یا کلی معنای خود را از دست بدهند؛ یعنی، افکار فقط و فقط افکار شوند نه امور واقعی. به بیان فنی تر، «تکنیک‌های ناهم آمیزی شناختی به جای تغییر شکل، فراوانی، یا حساسیت موقعیتی نسبت به افکار، سعی در تغییر کارکردهای نامطلوب آن‌ها و سایر رویدادهای درونی دارند» (فلکسمن و همکاران، ۲۰۱۱، ترجمه میرزایی و نونهال، ۱۳۹۳). اجتناب تجربه‌ای و هم آمیزی زمانی مسلط می‌شود که رفتار کلامی فرد را از زمان حال بیرون می‌آورد. در ناهم آمیزی شناختی تأکید بر تغییر محتوای افکار و احساسات مراجع نیست. هدف این است که نحوه ارتباط مراجع با افکار و احساساتش تغییر یابد. تمرین‌های ناهم آمیزی معمولاً مفید واقع می‌شوند و اغلب با فرایند پذیرش انسجام می‌یابند و با زمان حال و دیدگاه‌گیری در ارتباط است (باخ و موران، ۲۰۰۸، ترجمه کمالی و کیانراد، ۱۳۹۳).

۱۴۰

درمانگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق فرایند ناهم آمیزی شناختی به مراجع می‌آموزد که رویدادهای درونی را همان‌طور که واقعاً هستند، ببینند نه آن‌طور که آن رویدادها می‌گویند. این درنهایت باعث می‌شود فرایند پذیرش بهتر رخ دهد، چون ناهم آمیزی از افکار، ارزشیابی‌ها و احساسات، باعث می‌شود کارکرد این رویدادهای درونی به‌عنوان موانع روان‌شناختی کاهش یابد (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۱). از میان تکنیک‌های مختلف، فن‌های ناهم آمیزی، غالباً زبان وصفی و قضاوت‌گرانه (ارزیاب) را کاملاً برجسته می‌کند و باورهای انسان درباره انطباق واژه‌های قضاوت‌گرانه با واقعیت عینی را تضعیف می‌نماید. این تکنیک‌ها به درمان‌جویان کمک می‌کند تا این مفهوم را از طریق تجربه درک کنند، با این هدف که قداست زبان را تضعیف نمایند و تأثیر آن را کاهش دهند (فلکسمن و همکاران، ۲۰۱۱، ترجمه میرزایی و نونهال، ۱۳۹۳).

خود به‌عنوان یک بافت

پیش‌بینی نظریه چهارچوب ارتباطی این است که تقریباً هر محرکی می‌تواند با محرک

دیگر، ارتباط برقرار کند. به زعم نظریه چهارچوب ارتباطی، سه برداشت از خویشتن را می‌توان متصور شد: محتوا انگاشتتن خویشتن^۱، بافتار انگاشتتن خویشتن^۲ و فرایند انگاشتتن خویشتن^۳. در دسترس‌ترین معنای کلامی از خویشتن، به خویشتنی اشاره دارد که به‌سان محتواست. خویشتن وقتی محتوا انگاشته شود، شخص خویشتن خویش را تقریباً معادل محتوای افکار، هیجان‌ها، خاطرات و حس‌های بدنی که هر لحظه تجربه می‌کند، می‌داند (فلکسمن و همکاران، ۲۰۱۱، ترجمه میرزایی و نونهار، ۱۳۹۳). در این وضعیت، افکار خودشان را جدی می‌گیرند و آن‌ها را نمایانگر واقعیت می‌دانند. فکر و خویشتن با هم یکسان به نظر می‌رسند. علاوه بر افکار، آن‌ها هیجان‌ها را نیز با واقعیت یکی فرض می‌کنند (مک‌کی و همکاران، ۲۰۱۳، ترجمه حمید پور و میرزا بیگ، ۱۳۹۴).

خویشتن بافتاری، در ساده‌ترین وجه آن به خویشتنی اشاره دارد که بخش پایدار و همیشه حاضر فرد است، بخشی که متوجه گذار افکار، هیجان‌ها، خاطرات و حس‌های بدنی در آگاهی شخص است. فرد وقتی با محتوای تجاربتش تعریف نمی‌شود، موقعیت‌های پریشان‌ساز و ارزیابی‌های کلامی حاصل از آن‌ها، کمتر تهدیدآمیز است. هیجان‌ها ناخوشایند، به تدریج، به احساسات نسبتاً گذرای تبدیل می‌شوند که تابع اوضاع و احوال کنونی هستند، نه بیانات تخطی‌ناپذیر شخصیت فرد (فلکسمن و همکاران، ۲۰۱۱، ترجمه میرزایی و نونهار، ۱۳۹۳). خود به‌عنوان فرایند یا خود آگاهی مداوم، وقتی تجربه می‌شود که انسان‌ها رویدادهای رفتاری فوری، چه عمومی چه خصوصی را مشاهده می‌کنند. اهمیت محتوای این پاسخ‌های کلامی کمتر از مشاهده تجربه در حال جریان آن است. دانستن اینکه یک فرد دارد به چه چیزی فکر می‌کند، چه احساس یا حسی دارد، مفید است. به همین دلیل بسیاری از مکاتب درمانی حاوی مداخلاتی است که هدف آن‌ها افزایش توانایی فرد برای مشاهده و توصیف تجربه مداوم است (باخ و موران، ۲۰۰۸، ترجمه کمالی و کیانراد، ۱۳۹۳).

در زمان حال بودن

ارتباط با لحظه حال به معنای حضور روان‌شناختی است یعنی ارتباط هشیارانه و درگیر شدن با هر آنچه که در لحظه در حال اتفاق افتادن است (هریس، ۲۰۰۹، ترجمه امین زاده، ۱۳۹۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و فنون آن، مشاهده و توصیف بدون قضاوت تجارب در زمان حال را تشویق می‌کند، چیزی که خود به‌عنوان یک فرایند دانستن نامیده می‌شود. این تجربه در زمان حال، به مراجعان کمک می‌کند که تغییرات دنیا را آن‌گونه که هست تجربه کنند، نه آن‌گونه که ذهن می‌سازد (هیز، ۲۰۰۴، به نقل از ایزدی و عابدی، ۱۳۹۱). تماس نداشتن با لحظه‌لحظه‌های زندگی، ممکن است باعث شود که فرد فرصت‌های یادگیری یا پاسخ مؤثر به محرک موجود را از دست بدهد. نشخوار فکری درباره شکست‌ها یا خاطرات ناخوشایند، احساس غم، گناه، پشیمانی، شرم، اضطراب، خشم و ملغمه‌ای از هیجان‌ها را سرازیر می‌کند. با این حال، اگر فرد با لحظه‌لحظه‌های زندگی‌اش تماس پیوسته‌ای داشته باشد، ممکن است سر و کله این هیجان‌ها پیدا نشود (یا اگر هم شود، شدید نباشد). مشغله ذهنی با افکار ناخوشایند درباره گذشته و آینده، یا حتی افکار ارزیاب ناخوشایند درباره حال حاضر، نه تنها پریشانی را شدت می‌بخشد، بلکه به اعمال ناکارآمد هم منجر می‌شود. به نظر می‌رسد که هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تمرکز پایدار و پیوسته بر زمان حال نیست، بلکه بازگشت پیوسته به حال حاضر است، آن‌هم در زمان‌هایی که افکار، به‌هنگام پریشانی، فرد را با خود به حاشیه می‌برد (فلکسمن و همکاران، ۲۰۱۱، ترجمه میرزایی و نونهال، ۱۳۹۳). با تمرین‌های ذهن‌آگاهی افراد یاد می‌گیرند که به تماشای احساس‌ها، هیجان‌ها و افکار خود بپردازند. اهمیت ندارد که احساس‌ها یا افکار فرد دردناک هستند یا خوشایند، بلکه مهم این است که فرد یاد بگیرد که فقط نظاره‌گر باشد (مک‌کی و همکاران، ۲۰۱۳، ترجمه حمید پور و میرزا بیگ، ۱۳۹۴). در مقابل راهبردهای تغییر رفتاری، ذهن‌آگاهی متضمن پذیرش تجربه بدون تلاش برای چاره کردن، تغییر، سرکوب و یا اجتناب از تجربه است. با توجه به اینکه ذهن‌آگاهی پذیرش و مشاهده تجربه‌های داخلی دردناک را شامل می‌شود، ذهن‌آگاهی ممکن است از طریق مواجهه تقویت نشده با هیجان‌ها، افکار، احساسات اجتناب شده قبلی، مؤثر واقع

شود. این عمل مهارت یادگیری را شامل می‌شود که همیشه پاسخ به هر حس، انگیزش و یا هیجان لازم نیست. ذهن آگاهی همچنین به کیفیت آگاهی که یک فرد به لحظه حال می‌آورد مربوط می‌شود (زاوالنسکی، برنشتاین و ویوجانویک^۱، ۲۰۱۱).

ارزش‌ها

ارزش‌ها، صفات مطلوب برای عمل مداوم هستند. به عبارت دیگر آن‌ها توصیف می‌کنند که انسان چطور می‌خواهد در زمینه‌ای به‌طور مداوم عمل کند. داشتن ارزش‌های واضح و روشن یک قدم اساسی در خلق زندگی پرمعنا است. معمولاً در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از ارزش‌ها به‌عنوان «جهت‌های انتخاب‌شده زندگی» یاد می‌شود. ارزش‌ها معمولاً با قطب‌نما مقایسه می‌شود چرا که آن‌ها به انسان جهت می‌دهند و سفر انسان را به‌طور مداوم هدایت می‌کنند (هریس، ۲۰۰۹، ترجمه امین زاده، ۱۳۹۴). در این رویکرد، انسان‌ها باید بین دو گزینه دست به انتخاب بزنند: ۱- اجتناب از درد روان‌شناختی و ۲- رویارویی با درد روان‌شناختی. حرکت در مسیر ارزش‌ها بدون شک با درد روان‌شناختی همراه است. واقعیت این است که انسان‌ها در زندگی، هیجان‌های دردناکی را تجربه خواهند کرد. آن‌ها می‌توانند با فرار از این هیجان‌های دردناک، از پیشرفت باز بمانند یا در حین حرکت در مسیر اهداف و ارزش‌های بنیادین خود، این هیجان‌های دردناک را نیز تجربه کنند (مک‌کی و همکاران، ۲۰۱۳، ترجمه حمید پور و میرزا بیگ، ۱۳۹۴). اعتقاد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این است که افکار، احساسات و حواس ناخواسته معمولاً به حرکت در جهت ارزش‌ها کمک می‌کند. اجتناب از این افکار و احساسات دردناک اجتناب‌ناپذیر منجر به یک زندگی محدود و بی‌روح می‌شود، درحالی‌که تمرکز بر ارزش‌ها سرزندگی می‌آورد و تمایل به تجربه هر دردی که ممکن است در یک زندگی خوب تجربه شود را در فرد ایجاد می‌کند. مراجع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این چالش قرار می‌گیرند که بزرگ‌ترین آرزوهای خود را دنبال کند حتی وقتی که ممکن است این کار با افکار، احساسات و حواس ناخواسته همراه شود (باخ و موران، ۲۰۰۸، ترجمه کمالی و کیانراد، ۱۳۹۳). ارزش‌ها نیروی محرک خوبی برای تغییر رفتار به شمار می‌روند (مک‌کی و

همکاران، ۲۰۱۳، ترجمه حمید پور و میرزا بیگ، ۱۳۹۴). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با استفاده از استعاره‌ها و تمرین‌ها به مراجعین در شناسایی جهت‌های ارزشمند زندگی کمک می‌شود (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۱). درمانگران درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این دلیل با درمان‌جویان به روشن‌سازی ارزش‌ها می‌پردازند که سعی دارند به آن‌ها کمک کنند راه‌های ارزشمند زیستن را بشناسند، به گونه‌ای که حس سرزندگی، معنا و هدفمندی بیشتری کنند (فلکسمن و همکاران، ۲۰۱۱، ترجمه میرزایی و نونهال، ۱۳۹۳).

عمل متعهدانه

عمل ارزش‌مدار طیف وسیعی از افکار و احساسات مطلوب و نامطلوب را برمی‌انگیزد. بنابراین عمل متعهدانه به این معناست که برای داشتن زندگی ارزشمند آنچه را لازم است انجام دهید حتی اگر درد و رنج به دنبال داشته باشد. همه مداخلات رفتاری سنتی مانند هدف‌گزینی، مواجهه، فعال‌سازی رفتاری و آموزش مهارت‌ها می‌توانند در این بخش از مدل به کار گرفته شوند. هر مهارتی که می‌تواند زندگی را تسهیل و پربار سازد- از مذاکره تا مدیریت زمان، از جرأت‌ورزی تا حل مسأله، از خود آرام‌سازی تا مقابله با بحران- می‌تواند آموخته شوند (به شرطی که در خدمت زندگی ارزشمند باشد و نه در خدمت اجتناب تجربه‌ای) (هریس، ۲۰۰۹، ترجمه امین زاده، ۱۳۹۴). تعهد یک جنبه مهم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. در واقع، عمل متعهدانه وقتی در درمان اتفاق می‌افتد که مراجع در حال انجام رفتارهایی است که نشان از بهبودی وی دارد. وقتی مراجع به سمت عمل متعهدانه حرکت می‌کند از قوانین نامؤثر و رویدادهای کلامی ناهم‌آمیزی ایجاد می‌کند، با لحظه اکنون تماس برقرار می‌کند و هم‌زمان پاسخ‌های جسمانی و شناختی را می‌پذیرد. در واقع سکوی پرشی دارد که از طریق آن، گام اول به سمت بهبودی را برمی‌دارد (باخ و موران، ۲۰۰۸، ترجمه کمالی و کیانراد، ۱۳۹۳). تعهد همچنین ممکن است تعیین فعالیت‌هایی برای دستیابی به هدف‌های فرد باشد. این برنامه‌ریزی ممکن است شناسایی راهبردهای سودمند برای گشایش مسائلی باشد که احتمالاً در مسیر هدف‌ها سر برمی‌آورند، هدف‌هایی که همسو با ارزش‌های فرد هستند. در پی این برنامه‌ریزی، فرد اغلب به استفاده از راهبردهای ذهن آگاهی، به هنگام مواجهه با موانع شناختی و هیجانی،

متعهد می‌شود. تعهد در سطحی دیگر، برنامه‌ریزی برای رفتار همسو با ارزش‌ها آن‌هم به شیوه‌ای نظام‌مندتر است. گاه برنامه‌ریزی برای نگه‌داشتن رفتار در مسیر موردنظر، ضروری به نظر می‌رسد کنند (فلکسمن و همکاران، ۲۰۱۱، ترجمه میرزایی و نونهال، ۱۳۹۳).

انعطاف‌پذیری روانی

هر شش فرایند بنیادین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باهم ترکیب می‌شوند تا انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را پدید آورند کنند (فلکسمن و همکاران، ۲۰۱۱، ترجمه میرزایی و نونهال، ۱۳۹۳).

هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که شامل تمایل فرد برای درگیر شدن در فعالیت‌های ارزش‌مدارانه، هم‌زمان با حضور رویدادهای خصوصی است (باخ و موران، ۲۰۰۸، ترجمه کمالی و کیانرادی، ۱۳۹۳). دو مؤلفه کلیدی در انعطاف‌پذیری روانی وجود دارد:

۱. توانایی آگاهی ذهنی: حالت ذهنی که معمولاً به «ذهن آگاهی» معروف است. ذهن آگاهی فرد را قادر می‌سازد که با نگرشی باز و کنجکاو (اشتیاق) از تجربه‌های حال خود کاملاً آگاه باشد؛ متعهد و شیفته کاری باشد که در حال انجام آن است؛ تأثیر افکار و احساسات دردناک را کاهش دهد.

۲. توانایی انجام عمل مؤثر: به عبارت دیگر اقدامی که به جای آنکه بدون تفکر و ناگهانی باشد، آگاهانه و عمدی است؛ با انگیزه، هدایت‌شده و توسط ارزش‌های اصلی خود الهام گرفته شده است؛ انعطاف‌پذیر و با وضعیت موجود سازگار است. به عبارت ساده‌تر، انعطاف‌پذیری روانی عبارت است از توانایی برگشتن به لحظه حال، گشودگی و انجام آنچه مهم است. هرچه انعطاف‌پذیری روانی فرد افزایش یابد، به‌طور مؤثرتری می‌تواند بر احساسات دشوار تسلط یابد، فرایندهای فکری بیهوده را قطع کند، بر باورهای محدودکننده خود غلبه کند، بر آنچه انجام می‌دهد تمرکز کند و به آن متعهد باشد (هریس، ۲۰۰۹، ترجمه هدایتی و محقق، ۱۳۹۵).

از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش سلامت روان، در اصل به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بستگی دارد نه کاهش علائم مسأله با اختلال روانی (فلکسمن

و همکاران، ۲۰۱۱، ترجمه میرزایی و نونهال، ۱۳۹۳). وقتی هدف درمان، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است، به جای کاهش نشانه‌های خاص، زندگی کردن به گونه‌ای که ارزش زیستن داشته باشد، می‌تواند آماج بالینی باشد (باخ و موران، ۲۰۰۸، ترجمه کمالی و کیانراد، ۱۳۹۳).

مدل آسیب‌شناسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

رویکرد پذیرش و تعهد فیلسوفانه بر اساس بافت‌گرایی کارکردی است و مدل آسیب‌شناسی آن عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی یک راه «فوق تشخیصی» برای سیستم‌های طبقه‌بندی رسمی است (گانزالز-منندز، فرناندز، رودریگز و ویلاگرا، ۲۰۱۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک فرایند غیرخطی با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، از طریق مداخله در هر یک از شش بعدی است که باهم ارتباط درونی دارند. این شش زمینه می‌تواند به‌عنوان فرایندهایی مشخص شود که با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی همسویی دارد. بر اساس مدل آسیب‌شناسی روانی این درمان، رفتار بالینی می‌تواند با توجه به فرایندهای نمودار انعطاف‌ناپذیری توصیف شود. تکلیف درمانگر رویکرد پذیرش و تعهد این است که برای رفتار مراجع با توجه به این فرایندها توضیحات کارکردی فراهم کند (باخ و موران، ۲۰۰۸، ترجمه کمالی و کیانراد، ۱۳۹۳).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای اختلالات مصرف مواد

اختلالات مصرف مواد متداول و اغلب پیچیده هستند و با مشکلات پزشکی، حقوقی، اجتماعی و روانی همپوشانی دارند (استاتز و نرثراپ، ۲۰۱۵). تعدادی از رویکردهای رفتاردرمانی شامل مدیریت پیشامد، درمان شناختی رفتاری سنتی، مصاحبه انگیزشی، مشاوره دارویی^۱، زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی در درمان اختلالات مصرف مواد مؤثر شناخته شده‌اند (کارول و انکن، ۲۰۱۴؛ مک‌هاگ، هرون و او تو^۲، ۲۰۱۰؛ اسمدس لاند^۳ و همکاران، ۲۰۱۱). اخیراً رویکردهای شناختی رفتاری زمینه‌ای مانند درمان مبتنی بر پذیرش

1. Gonzalez-Menéndez, Fernández, Rodríguez & Villagrà
2. drug counseling

3. Carroll & Onken
4. McHugh, Hearon & Otto
5. Smedslund

و تعهد (هیز و لوین، ۲۰۱۲)، رفتاردرمانی دیالکتیکی^۱ (لینهان^۲، ۱۹۹۳)، پیش‌گیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۳ (ویتکیویتز^۴، مارلات و والکر^۵، ۲۰۰۵) برای درمان اختلالات مصرف مواد مورد استفاده قرار می‌گیرند. یک تفاوت کلیدی بین رویکردهای شناختی رفتاری زمینه‌ای و رویکردهای شناختی رفتاری سنتی، تأکید بر راهبردهای ذهن‌آگاهی و پذیرش برای کاهش اثر انگیزه‌های درونی بر رفتار مصرف مواد است (لی، آن، لوین و توهیگ^۶، ۲۰۱۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یکی از مدل‌های معروف نسل سوم مشاوره شناختی رفتاری است که مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و ناهم‌آمیزی شناختی را برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۱). چنانچه این رویکرد برای اختلالات مصرف مواد به کار رود، مراجعین، به جای مصرف مواد، با روش‌های پذیرش و ذهن‌آگاهی رابطه با تجربه‌های داخلی (مثال، در پاسخ به ولع یا فرار از احساس منفی)، همزمان با حرکت رو به جلو در ایجاد الگوهای معنادار فعالیت را می‌آموزند که با مصرف مواد ناهماهنگ است. به علاوه به علت ماهیت فراتشخیصی این رویکرد، این رویکرد می‌تواند به‌طور مؤثری مشکلات روان‌شناختی مهم همراه با مصرف مواد شامل افسردگی، اضطراب را هدف بگیرد (لی و همکاران، ۲۰۱۵). افراد مصرف‌کننده مواد احساسات (مثلاً، افسردگی، اضطراب) و افکار ناخوشایند (مثلاً، من یک شکست‌خورده هستم) را تجربه می‌کنند هر دو پیامدهای مصرف مواد مخدر است. مصرف مواد مخدر و دیگر رفتارهای اعتیاد آور اغلب برای اجتناب و یا کنترل این تجربیات داخلی و ناراحتی همراه با آن‌ها به کار می‌رود. پیامدهای پریشان‌کننده و اجتناب‌ناپذیر منفی مصرف مواد مخدر اغلب به‌طور مداوم به چرخه مداوم اجتناب تجربه‌ای منجر می‌شود (استاتز و نرثراپ، ۲۰۱۵). نتیجه این راهبردهای اجتناب تجربه‌ای (که در این مورد مصرف مواد مخدر برجسته‌ترین است) از دست دادن انعطاف‌پذیری و نشاط در زندگی مراجعان است. در نهایت، کاهش انرژی و کاهش زنده‌دلی باعث اجتناب بیشتر می‌شود.

1. dialectical behavior therapy
 2. Linehan
 3. mindfulness-based relapse prevention

4. Witkiewitz
 5. Walker
 6. Lee, An, Levin & Twohig

اجتناب موجب زایش اجتناب و عمیق تر غرق شدن در بی معنایی و ناامیدی می شود (هیز و استروسال، ۲۰۰۴). بنابراین، یک هدف اساسی درمان های شناختی رفتاری زمینه ای مانند رویکرد پذیرش و تعهد، شناسایی و تجربه راه های جایگزینی است که به این وقایع خصوصی ناخوشایند مربوط می شود. برای مثال مهارت های پذیرش برای تسهیل افزایش تمایل به زندگی با حوادث پریشان کننده استفاده می شود. همچنین راهبردهای تنظیم هیجان می تواند برای افزایش آگاهی هیجانی و کاهش آسیب پذیری به هیجان های فشار آور استفاده شود. راهبردهای پذیرش و تنظیم هیجان از طریق تمرین های تجربی و استعاره ها مطرح می شود که در آن توجه آگاهانه به پریشانی روانشناختی در یک رفتار غیرقضاوتی هدایت می شود. چنین تغییری در زمینه، عملکرد افکار و احساسات پریشان کننده را تغییر می دهد و رفتارهای جایگزین برای مصرف مواد مخدر را ممکن می سازد (استاتز و نرثراپ، ۲۰۱۵).

مراجعات با اختلالات مصرف مواد اغلب از محرک های مصرف مواد مخدر بی اطلاع هستند و همچنین در توجه به پیامدهای منفی اعتیادشان و رفتارهای مرتبط به آن ناموفق هستند. اغلب تغییر رفتار تکانشی مصرف مواد، بدون این آگاهی چالش برانگیز است و بنابراین بیشتر رویکردهای موج سوم، درمان های شناختی رفتاری زمینه ای تمرین های مبتنی بر ذهن آگاهی (توجه به اینجا و اکنون) را معرفی می کنند. مداخلات ذهن آگاهی، آگاهی از وابستگی های محیط طبیعی را افزایش می دهد و به مصرف کنندگان مواد مخدر در توجه به محرک ها و پیامدها در یک رفتار انعطاف پذیر و غیر واکنشی کمک می کند. در واقع مراجعان قادر می شوند که به جای اجتناب و یا کنترل از طریق مصرف مواد، تصمیم ها و انتخاب هایی بر اساس اهداف مهم شخصی و ارزش ها بگیرند. درمان های شناختی رفتاری زمینه ای مانند رویکرد پذیرش و تعهد به جای تمرکز انحصاری بر کاهش/حذف رفتارهای اعتیاد آور، بر زندگی ارزشمند و معنادار توجه می کنند. بسیاری از مراجعان اختلالات مصرف مواد، خانواده و روابط اجتماعی رها شده دارند. در فرایند تغییر، ایجاد مجدد جهت های ارزشمند یک مرحله چالش انگیز بسیار مهم است (استاتز و نرثراپ، ۲۰۱۵). شواهد تجربی نشان می دهند که اجتناب تجربه ای در ایجاد اعتیاد و به عنوان یک عامل

بازدارنده برای ورود به درمان نقش مهمی ایفا می کند. احتمال اینکه سوء مصرف مواد، توسط اجتناب تجربه ای همراه با پیامدهای بی حس کننده زندگی اعتیاد، برانگیخته شود، نشان می دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ممکن است یک درمان بالقوه مؤثر برای این جمعیت باشد. علاوه بر این، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به خوبی با محیط بالینی در درمان سوء مصرف مواد مناسب است زیرا زمینه های مشترکی با رویکردهای ۱۲ گام^۱ (ویلسون، هیز و برد^۲، ۲۰۰۰) و مدل های پیشگیری از عود^۳ کاهش آسیب (کارول، رونساویل، نیچ و گوردون^۴، ۱۹۹۴؛ مارلات^۵ و گوردون، ۱۹۸۵) دارد (به نقل از هیز و لوین، ۲۰۱۲).

مروری بر پژوهش های مرتبط با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

اگرچه پژوهش مربوط به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبتاً جدید است، توجه زیاد و رو به شتابی را دریافت کرده است. در سال ۲۰۱۰، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به فهرست ملی برنامه ها و شیوه های مبتنی بر شواهد اداره خدمات سلامت فکری و سوء مصرف مواد آمریکا اضافه شد (اداره خدمات سلامت فکری و سوء مصرف مواد، ۲۰۱۰؛ به نقل از هیز و لوین، ۲۰۱۲). در سال های اخیر تحقیقات متفاوتی در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلالات مصرف مواد صورت گرفته است. در ذیل خلاصه ای از این تحقیقات ارائه می شود.

محمدی، صالحزاده و نصیریان (۱۳۹۴) پژوهشی با عنوان «اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در مردان تحت درمان با متادون» انجام دادند. در این پژوهش ۲۴ نفر از مردان معتاد تحت درمان با متادون به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. یافته های حاصل از پژوهش نشان داد که روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش میزان سرزنش خود، نشخوار ذهنی، فاجعه آمیز پنداری و سرزنش دیگران تأثیر مثبت و معنی دار داشته است. همچنین این درمان بر افزایش میزان پذیرش، توجه مجدد مثبت، توجه مجدد به برنامه ریزی، باز ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه

1. 12-step therapy
2. Wilson & Byrd
3. relapse prevention

4. Rounsaville, Nich & Gordon
5. Marlatt

مردان تحت درمان با متادون تأثیر مثبت و معنی‌دار داشته است و در کل باعث بهبود تنظیم هیجان گروه آزمایش شده است. حسینی‌نژاد (۱۳۹۳) در پژوهشی روی ۳۰ زن وابسته به سوء مصرف مواد دارای فرزند و همسر اذعان داشت که مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی، خودکارآمدی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مادران وابسته به سوء مصرف مواد مؤثر است. در پژوهش خاکباز (۱۳۹۳) تحت عنوان اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود تنظیم هیجانی افراد وابسته به مت‌آفتمین ۴۰ نفر از افراد وابسته به مت‌آفتمین بازتوانی شده که در مرحله ترک مواد به سر می‌بردند، انتخاب شدند. سپس از این تعداد، ۳۰ نفر از افرادی که نسبت به میانگین گروه نمره بالاتری در مقیاس مشکل در تنظیم هیجان کسب کردند، ۱۵ نفر به صورت تصادفی، در گروه آزمایش و ۱۵ نفر دیگر در گروه کنترل گمارش شدند. جلسات گروه‌درمانی شامل هشت جلسه، هفته‌ای دو بار و هر بار به مدت ۹۰ دقیقه بود. یافته‌ها نشان دادند که بین میانگین نمره تنظیم هیجان و خرده مقیاس‌های آن در دو گروه آزمایش و کنترل از نظر آماری اختلاف معناداری وجود داشت. ساعدی (۱۳۹۲) در پژوهشی به بررسی اثربخشی روش درمانی پذیرش و تعهد بر اضطراب، افسردگی و بهبود افراد دارای اختلال وابستگی به مواد پرداخت. دو گروه نمونه ۱۴ نفری به روش غیر تصادفی و داوطلبانه انتخاب شدند. ۱۴ نفر به گروه آزمایش (که تحت درمان نگهدارنده با آگونیسست و درمان پذیرش و تعهد قرار گرفتند) و ۱۴ نفر به لیست انتظار (که فقط تحت درمان نگهدارنده با آگونیسست بودند)، اختصاص یافت. نتایج پژوهش بر اثربخشی روش درمانی پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و بهبود اختلال وابستگی به مواد در افراد دارای اختلال وابستگی به مواد مخدر صحه گذاشت ولی نتایجی مبنی بر اثربخشی بر روی اضطراب به دست نیامد. یافته‌های حاصل از پژوهش کیانی، قاسمی و پورعباس (۱۳۹۱) بر ۳۴ مصرف‌کننده ماده شیشه‌نشان داد که گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر شدت ولع مصرف در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معناداری داشتند. همچنین در مقایسه اثربخشی این دو درمان بر ابعاد نه‌گانه تنظیم شناختی هیجان تفاوت معناداری مشاهده نشد و هر دو درمان به یک میزان بر شاخص‌های شناختی تنظیم هیجان تأثیرگذار بودند.

در خارج از کشور، مداخله‌های زیادی بر روی افراد وابسته به سوءمصرف مواد صورت گرفته است. نتایج فراتحلیل لی و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله امیدبخش برای اختلالات مصرف مواد است. این فراتحلیل، اثر کوچک تا متوسط درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بعد از درمان در طول شرایط کنترل‌شده نشان داد. این اندازه اثر وقتی که داده‌های پیگیری در تجزیه و تحلیل استفاده شد، افزایش یافت. این نتایج نشان می‌دهد که اثرات مثبت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طول زمان افزایش می‌یابد یا حداقل با سرعت کمتری نسبت به دیگر درمان‌های فعال کیفیت خود را از دست می‌دهد. تجزیه و تحلیل داده‌های ثانویه پژوهش استاتز و همکاران (۲۰۱۵) از یک مداخله مدیریت وابستگی^۱ سوءمصرف کنندگان کوکائین که به مداخله مدیریت وابستگی پاسخگو نبودند و خط پایه بسیار بالاتر اجتناب و عدم انعطاف رفتاری را در زمینه افکار، احساسات و حس‌های جسمانی پریشان‌کننده مربوط به کوکائین داشتند، نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ترکیب با درمان مدیریت وابستگی اثرات خوبی را برای اختلال مصرف کوکائین افزایش می‌دهد. لانزا، گارسیا، لاملاس^۲ و منندز (۲۰۱۴) در پژوهش خود به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان اختلال سوءمصرف مواد در زنان زندانی پرداختند. شرکت کنندگان ۳۱ زن زندانی مبتلا به اختلال مصرف مواد بودند. بعد از ۱۶ جلسه مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد، نرخ پرهیز ۲۷/۸ درصد، مشاهده شد و پس از شش ماه به ۴۳/۸ درصد افزایش یافت. همچنین درمان باعث کاهش آسیب‌شناسی روانی و افزایش قابل توجه انعطاف‌پذیری روانی در گروه آزمایش شد. گانزالز-منندز و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی با عنوان نتایج بلندمدت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر زنان زندانی وابسته به مواد نشان داد که مداخلات شناختی رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان سوءمصرف مواد مؤثر هستند ولی در پیگیری ۱۸ ماهه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در حفظ میزان پرهیز از استعمال نتایج بهتری نشان داد.

در یک مطالعه درباره سم‌زدایی با متادون، تقریباً تعداد دو برابر شرکت کنندگان در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۳۷ درصد) در مقایسه با کسانی که در مشاوره مواد مخدر (۱۹

درصد) شرکت کرده بودند، به طور موفقیت آمیز بدون هیچ افزایشی در خطر مصرف مواد افیونی از متادون سم‌زدایی شدند (استاتز و همکاران، ۲۰۱۲). اسموت^۱ و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای با قرار دادن ۱۰۴ نفر از افراد سوء مصرف کننده مت‌آفتامین در دو گروه درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان دادند که تأثیر این دو درمان بر مصرف آفتامین و تسکین آسیب‌های روان‌شناختی آن معنادار بوده است. اما تفاوت‌های گروهی قابل توجهی درباره حضور در درمان و نتایج مربوط به مت‌آفتامین به دست نیامد. مصرف مت‌آفتامین، پسمندهای منفی و شدت وابستگی در طول زمان در دو گروه کاهش یافت.

مطالعه استاتز، ماسودا^۲ و ویلسون (۲۰۰۹) نتایج مثبت مستقیم و بلندمدت (یک‌ساله) ترکیب درمان نگهدارنده با متادون با ۲۴ جلسه هفتگی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد را ارائه کرد. این پژوهش نشان داد که رویکرد پذیرش و تعهد که روی پذیرش پریشانی اجتناب‌ناپذیر همراه با ترک مواد مخدر تمرکز می‌کند، می‌تواند نتایج سم‌زدایی متادون را بهبود بخشد. علاوه بر این، فراتر از نشان دادن کاهش مصرف مواد مخدر، مطالعات اخیر اثر مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر کاهش خودخوارشماری^۳ و شرمندگی سوء مصرف کنندگان مواد مخدر نشان داده‌اند (لوما، کوهلنبرگ^۴، هیز، بانتینگ و ری^۵، ۲۰۰۸؛ لوما، کوهلنبرگ، هیز، بانتینگ و فلچر^۶، ۲۰۱۲). مطالعه انجام شده توسط توهیگ، شوینرگر^۷ و هیز (۲۰۰۷) شواهد مقدماتی برای اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افراد وابسته به ماری‌جوآنا ارائه کرد. توهیگ و همکاران (۲۰۰۷) در یک پژوهش موردی اثربخشی این درمان را بر سه جوان وابسته به مواد مخدر مورد سنجش قرار دادند. نتایج بهبود افسردگی، اضطراب، نشانه‌های ولع و سطوح کلی اجتناب تجربه‌ای نسبت به خط پایه را نشان داد. هیز و همکاران (۲۰۰۴) اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در بین افراد با سوء مصرف چندگونه مواد مخدر که تحت درمان نگهدارنده متادون بودند، بررسی

1. Smout
2. Masuda
3. self-stigma
4. Luoma & Kohlenberg

5. Bunting & Rye
6. Fletcher
7. Twohig, Shoenberger & Hayes

کردند. نتایج نشان داد که در مقایسه با درمان نگهدارنده متادون به تنهایی، ۱۶ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با درمان نگهدارنده متادون در مصرف مواد افیونی کمتر (۶۱ درصد در مقابل ۲۸ درصد) و مصرف مواد مخدر کمتر (۵۰ درصد در مقابل ۱۲ درصد) در پیگیری شش ماهه نتیجه داد.

تعدادی از پژوهش‌ها نیز به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سوءمصرف الکل پرداخته‌اند. در مطالعه انجام‌شده توسط پترسون و زتل^۱ (۲۰۰۹) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان‌های معمول، رهایی سریع‌تر برای بیماران در حال تجربه افسردگی و سوءمصرف الکل (که با برنامه ۱۲ گام بستری شده بودند) را نشان داد. همچنین یک مطالعه تجربی نشان داد که پذیرش تجربی ذهن آگاهی ارتباط بین انگیزش‌های خودکار برای نوشیدن الکل و نوشیدن خطرناک را ضعیف کرد (استافین^۲ و مارلات، ۲۰۰۸). به‌علاوه مطالعه هفتر، آیفرت، پارکر، هرماندز و اسپری^۳، (۲۰۰۳) حاکی از کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش میزان مصرف نزدیک به صفر را در یک مراجع مرد وابسته به الکل بود. لوسیانو^۴ و همکاران (۲۰۰۱) نیز اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر افراد وابسته به الکل نشان دادند.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یک رویکرد برای ترک سیگار، نتایج قابل مقایسه‌ای با رویکرد شناختی رفتاری نشان داد (هرماندز- لویز، لوسیانو، بریکر، نیتو و مونتسینوس^۵، ۲۰۰۹). نتایج از درمان جایگزین نیکوتین (گیفورد و همکاران، ۲۰۰۴) یا وقتی که با بوپروپیون توأم می‌شود، در مقایسه با نتایج حاصل از بوپروپیون به تنهایی به‌طور قابل توجهی بهتر بود (گیفورد و همکاران، ۲۰۱۱). در مطالعه دیگری نتایج مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد برای ترک سیگار مثبت بود (بریکر، مان، مارک، لیو و پترسون^۶، ۲۰۱۰). همچنین نتایج یک مطالعه آزمایشی شامل یک بسته درمانی از ترکیب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان جایگزین نیکوتین، مواجهه و پیشگیری از عود به‌منظور بهبود

1. Petersen & Zettle
 2. Ostafin
 3. Heffner, Parker, Hernandez & Sperry

4. Luciano
 5. López, Luciano, Bricker, Nieto & Montesinos
 6. Bricker, Mann, Marek, Liu

تحمل پریشانی در عود اولیه افراد سیگاری حمایت کرد (براون و همکاران، ۲۰۰۸). شرکت کنندگان ۱۶ نفر بودند و نتایج حاکی از افزایش مداومت در پرهیز طولانی تر بود که احتمالاً به دلیل افزایش تحمل پریشانی در این افراد است که احتمال عود را در آنها کاهش داده است. گیفورد و همکاران (۲۰۰۴) کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را با درمان جایگزینی نیکوتین مقایسه کردند و در پیگیری یک ساله نتایج نشان داد که شرکت کنندگان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ۳۵ درصد در مقابل ۱۰ درصد از سیگار پرهیز کرده بودند.

نتیجه گیری

به طور کلی نتایج پژوهش‌های گذشته را می‌توان این طور خلاصه کرد که مداخلات متعددی در داخل و خارج کشور در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلالات مصرف مواد انجام شده است که حاکی از کارایی این رویکرد بر افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد است. نتایج نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد احتمالاً یک درمان مؤثر برای انواع مختلف اختلالات مصرف مواد، الکل و ترک سیگار است. در مورد سوء مصرف شدید مواد شواهدی نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با سایر روش‌های درمانی مؤثر از جمله ۱۲ گام، نگهدارنده با متادون و شناختی رفتاری به همان اندازه مؤثر یا بهتر است (هیز و همکاران، ۲۰۰۴؛ اسموت و همکاران، ۲۰۱۰). ترکیب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان‌های متداول اعتیاد از جمله نگهدارنده با متادون و مدیریت وابستگی موجب افزایش و بهبود نتایج شده است (استاتز و همکاران، ۲۰۱۵؛ ۲۰۰۹؛ هیز و همکاران، ۲۰۰۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در دوره پیگیری ادامه داشته و افزایش یافته است (لانزا و همکاران، ۲۰۱۴؛ گانزالز-منندز و همکاران، ۲۰۱۴). در حالیکه این یافته‌ها اولیه هستند، اگر بتوان آن‌ها را تکرار کرد و در مطالعات آینده مورد بررسی قرار داد، می‌تواند پیامدهای مهمی برای درمان سوء مصرف مواد داشته باشد به دلیل اینکه عود مکرر یکی از ویژگی‌های شایع این اختلالات است.

وابستگی به سوء مصرف مواد یک مشکل بزرگ است و برای آن روش‌های درمان

مؤثر مورد نیاز است. تاکنون شیوه‌های درمانی متعددی از درمان‌های روان‌تحلیل‌گری، رفتاردرمانی، گروه‌درمانی، دارودرمانی و غیره بر روی بیماران مبتلا به اختلال اعتیاد صورت گرفته است. با این حال، درمان اختلالات مصرف‌مواد مشکل است. مرور درمان‌های فعلی نشان می‌دهد که قطع مصرف‌مواد تقریباً تنها در ۳۰ تا ۵۰ درصد افراد تحت درمان با اندازه اثر کلی نسبتاً کوچک دیده می‌شود (هوبارد، کرادوک و آندرسون^۱، ۲۰۰۳؛ پرندرگاست، پوداس، چانگ و ارادا^۲، ۲۰۰۲) و اثرات اغلب طولانی‌مدت نیست (بنیشک^۳ و همکاران، ۲۰۱۴). اما هر یک از این شیوه‌ها تا حدودی اثرگذار بوده و عود و بازگشت مجدد سوءمصرف‌مواد را به همراه داشته‌اند (لی و همکاران، ۲۰۱۵). به نظر می‌رسد که مشکل عمیق‌تر است. به دلیل کاستی‌های روش‌های درمانی و رویکردهای روان‌شناختی مورد استفاده برای مصرف‌کنندگان مواد، لزوم استفاده از مدل‌های نظری جایگزین و رویکردهای جدید در مورد افراد وابسته به سوءمصرف مواد احساس می‌شود. اخیراً درمان شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد برای اختلالات مصرف‌مواد مورد استفاده قرار گرفته است. هدف اصلی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمک به مراجعان است که با هسته مشکلات خود ارتباط پیدا کنند و از آنجا، در بازسازی زندگی‌شان با یک حس ارزش، مؤثر واقع شوند. این یک آموزش اصولی برای ارتباط با موانع شناختی و عاطفی مرتبط با قطع مصرف است و این هدف باید توسط مراجع انتخاب شود. به‌طور خاص، این درمان برای کاهش یا کنترل وقایع خصوصی که با مصرف مواد مخدر در ارتباط است تلاش نمی‌کند، بلکه به ایجاد زمینه‌ای کمک می‌کند که در آن انگیزش برای مصرف و افکار در مورد مصرف می‌تواند تجربه‌شود و به آن‌ها عمل نشود.

همچنانچه عود مکرر یکی از ویژگی‌های مشکل‌ساز و شایع اختلالات مصرف‌مواد است، یک نیاز بزرگ به ارائه درمان‌هایی برای مصرف‌مواد احساس می‌شود که نتایج را در طول زمان حفظ کند. به نظر می‌رسد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، حداقل به‌طور اولیه، در این حوزه امید بخش است. نتایج اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اثر

1. Hubbard, Craddock & Anderson
 2. Prendergast, Podus, Chang, & Urada

3. Benishek

بالقوه بزرگ تری را در دوره پیگیری نسبت به بعد از درمان نشان داده است که با نظریه پردازی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همسان است که در آن افزایش انعطاف پذیری روان شناختی بعد از درمان ممکن است به ادامه تغییر رفتاری مثبت و رشد در طول زمان منجر شود.

پژوهش ها در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلالات مصرف مواد در جمعیت های مختلف شامل مواد هدف مختلف (مواد مخدر، مت آمفتامین، الکل) و محیط های مختلف (زندان، کلینیک متادون، درمان اقامتی و سرپایی) انجام شده است و نتایج پژوهش ها کارایی این رویکرد را در درمان اختلالات مصرف مواد نشان می دهد. با این حال علاوه بر نیاز به انجام مطالعات با نمونه های بزرگ تر و دوره پیگیری طولانی، انجام مطالعات به منظور شناسایی و درک مکانیسم دقیق مسئول تغییر رفتار در این درمان جهت شکل دهی مدل نظری و پروتکل درمان سوء مصرف مواد مهم است. با توجه به پیشینه قوی نظری و پژوهشی، می توان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به مشاوران و درمانگران حوزه اعتیاد جهت انجام مداخله های مرتبط با اختلالات سوء مصرف مواد پیشنهاد نمود.

منابع

ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۱). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. تهران: انتشارات جنگل. باخ، پاتریشیا ا. و موران، دنیل ج. (۲۰۰۸). *ACT در عمل: مفهوم پردازی مورد در درمان پذیرش و تعهد*. ترجمه: یارا کمالی و نیلوفر کیانراد (۱۳۹۳). تهران: انتشارات ارجمند. حامدی، علی؛ شهیدی، شهریار و خادمی، علی. (۱۳۹۲). *اثربخشی ذهن آگاهی و مشاوره کاهش آسیب بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*. (۲۸)۷. ۱۰۱-۱۱۸.

حسینی نژاد، ناهید (۱۳۹۳). *اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی، خودکارآمدی و انعطاف پذیری روان شناختی در مادران وابسته به سوء مصرف مواد*. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه تهران.

خاکباز، حمید (۱۳۹۳). *اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تنظیم هیجانی افراد وابسته به مت آمفتامین بازتوانی شده*. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

ساعدی، مژگان (۱۳۹۲). اثربخشی روش درمانی پذیرش-تعهد بر اضطراب، افسردگی و بهبود افراد دارای اختلال وابستگی به مواد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. چاپ نشده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.

سترگ، صحرا؛ کاظمی، حمید و ریسی، زهره (۱۳۹۲). اثربخشی درمان فراشناختی بر عقاید و سوسه‌انگیز و باورهای مرتبط با مواد در بیماران وابسته به مواد صنعتی. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۷(۲۱)، ۱۶۲-۱۴۷.

سیدمحمدی، یحیی (۱۳۹۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. ویراست پنجم. تهران: نشر روان.

طباطبایی چهر، محبوبه؛ ابراهیمی ثانی، ابراهیم و مرتضوی، حامد (۱۳۹۱). اثربخشی روان‌درمانی گروهی شناختی-رفتاری در تغییر باورهای غیرمنطقی افراد معتاد. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۴(۳)، ۴۳۰-۴۱۹.

فلکسمن، پل ادوارد؛ بلک‌لج، ج ت و باند، فرانک (۱۳۹۳). تندآموز درمان مبتنی بر پذیرش و پای‌بندی. ترجمه: مصلح میرزایی، سامان نون‌هال، تهران: انتشارات ارجمند، (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۱).

کاکی‌دینکی، عیسی و قوامی، نسرین‌السادات (۱۳۹۴). بررسی ویژگی‌های جنسیتی و پیامدهای گرایش زنان به سوء مصرف مواد مخدر. فصلنامه سلامت اجتماعی اعتیاد، ۱(۴)، ۳۲-۹.

کیانی، احمدرضا؛ قاسمی، نظام‌الدین؛ پورعباس، علی (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان شیشه. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۶(۲۴)، ۳۶-۲۷.

گنجی، مهدی (۱۳۹۲). آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5. جلد دوم. تهران: انتشارات ساوالان.

محمدی، ابوالفضل؛ امید، عبدالله؛ اکبری، مهدی؛ توپسرکانی راوی، مهدیه؛ میرزایی، مصلح؛ زرگر، فاطمه و همکاران (۱۳۹۴). مقدمه‌ای بر نسل سوم درمان‌های شناختی-رفتاری. تهران: انتشارات ارجمند.

محمدی، لیلیا؛ صالح‌زاده ابرقویی، مریم و نصیریان، منصوره (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در مردان تحت درمان با متادون. ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲۳(۹)، ۸۵۳-۸۶۱.

مک کی، متیو؛ فینگ، پاتریک؛ آویگیل، لیوف و اسکین، میشل (۱۳۹۴). *رهایی از مشکلات بین فردی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. ترجمه: حسن حمیدپور؛ آنیمیناس میرزاییگ (۱۳۹۴). تهران: انتشارات ارجمند، (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۳).

هریس، راس (۱۳۹۵). *درمان پذیرش و تعهد با عشق*. ترجمه: پیمان دوستی، سپیده هدایتی و حسین محقق، همدان: انتشارات فراگیر هگمتانه، (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۹).

هریس، راس (۱۳۹۴). *ACT به زبان ساده*. ترجمه انوشه امین زاده، تهران: انتشارات ارجمند، (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۹).

Bricker, J. B., Mann, S. L., Marek, P. M., Liu, J., & Peterson, A. V. (2010). Telephone-delivered acceptance and commitment therapy for adult smoking cessation: A feasibility study. *Nicotine & Tobacco Research*, 12(4), 454-458.

Brown, R.A., Palm, K.M., Strong, D.R., Lejuez, C.W., Kahler, C.W., Zvolensky, M.J., Hayes, S. C., Wilson, K.G., & Gifford, E.V. (2008). Distress tolerance treatment for early-lapse smokers: Rationale, program description, and preliminary findings. *Behavior Modification*, 32, 302° 332.

Carroll, K. M., & Onken, L. S. (2005). Behavioral therapies for drug abuse. *American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1452-1460.

Gaudiano, B. A., Herbert, J. D., & Hayes, S. C. (2010). Is it the symptom or the relation to it? Investigating potential mediators of change in acceptance and commitment therapy for psychosis. *Behavior therapy*, 41(4), 543-554.

Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D.O., Piasecki, M. M., & Rasmussen-Hall, M. L. (2004). Acceptance theory-based treatment for smoking cessation: An initial trial of acceptance and commitment therapy. *Behavior Therapy*, 35, 689° 706.

Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Pierson, H. M., Piasecki, M. P., Antonuccio, D. O., & Palm, K. M. (2011). Does acceptance and relationship focused behavior therapy contribute to bupropion outcomes? A randomized controlled trial of functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy for smoking cessation. *Behavior therapy*, 42(4), 700-715.

González-Menéndez, A., Fernández, P., Rodríguez, F., & Villagrà, P. (2014). Long-term outcomes of Acceptance and Commitment Therapy in drug-dependent female inmates: A randomized controlled trial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(1), 18.

Hayes, S. C. & Levin, M. E. (2012). *Mindfulness and Acceptance for Addictive Behaviors: Applying Contextual CBT to Substance Abuse and Behavioral Addictions*. New Harbinger Publications.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665.

Hayes, S. C. (2005). *Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.

- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2004). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer-Verlag.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E., Bissett, R., Batten, S., Piasecki, M., et al. (2004). A preliminary trial of Twelve-Step Facilitation and Acceptance and Commitment Therapy with poly substanceabusing methadone-maintained opiate addicts. *Behavior Therapy*, 35, 667° 688.
- Hayes, SC., Levin, M. (2012). *Mindfulness and Acceptance for Addictive Behaviors: Applying Contextual CBT to Substance Abuse and Behavioral Addictions*. New Harbinger Publications.
- Heffner, M., Eifert, G. H., Parker, B. T., Hernandez, D. H., & Sperry, J. A. (2003). Valued directions: Acceptance and commitment therapy in the treatment of alcohol dependence. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 378-383.
- Hernández-López, M., Luciano, M. C., Bricker, J. B., Roales-Nieto, J. G., & Montesinos, F. (2009). Acceptance and commitment therapy for smoking cessation: a preliminary study of its effectiveness in comparison with cognitive behavioral therapy. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(4), 723.
- Hubbard, R. L., Craddock, S. G., & Anderson, J. (2003). Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *Journal of substance abuse treatment*, 25(3), 125-134.
- Lanza, P. V., Garcia, P. F., Lamelas, F. R., & González-Menéndez, A. (2014). Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavioral therapy in the treatment of substance use disorder with incarcerated women. *Journal of clinical psychology*, 70(7), 644-657.
- 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.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Luciano, M.C., Gómez, S., Hernández, M., & Cabello, F. (2001). Alcoholismo, trastorno de evitación y Terapia de Aceptación y Compromiso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 113, 333-372.
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., & Fletcher, L. (2012). Slow and steady wins the race: A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 43-53.
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Bunting, K., & Rye, A. K. (2008). Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addiction Research and Theory*, 16, 149-165.
- McHugh, R. K., Hearon, B. A., & Otto, M. W. (2010). Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 511-525.
- Ostafin, B. D., & Marlatt, G. A. (2008). Surfing the urge: Experiential acceptance moderates the relation between automatic alcohol motivation

- and hazardous drinking. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(4), 404-418.
- Petersen, C. L., & Zettle, R. D. (2009). Treating inpatients with comorbid depression and alcohol use disorders: A comparison of acceptance and commitment therapy versus treatment as usual. *Psychological Record*, 59, 521-536.
- Prendergast, M. L., Podus, D., Chang, E., & Urada, D. (2002). The effectiveness of drug abuse treatment: A meta-analysis of comparison group studies. *Drug and alcohol dependence*, 67(1), 53-72.
- Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrøm, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M., & Karlsen, K. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5. Art. No.: CD008063. DOI: 10.1002/14651858.CD008063.pub2
- Smout, M. F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W & White, J. M. (2010). Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: A preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy. *Substance Abuse*, 312, 98-107.
- Stotts, A. L., & Northrup, T. F. (2015). The promise of third-wave behavioral therapies in the treatment of substance use disorders. *Current opinion in psychology*, 2, 75-81.
- Stotts, A. L., Green, C., Masuda, A., Grabowski, J., Wilson, K., Northrup, T. F., Moeller, G., & Schmitz, J. M. (2012). A stage I pilot study of acceptance and commitment therapy for methadone detoxification. *Drug and alcohol dependence*, 125(3), 215-222.
- Stotts, A. L., Masuda, A., & Wilson, K. (2009). Using Acceptance and Commitment Therapy during methadone dose reduction: rationale, treatment description, and a case report. *Cognitive and behavioral practice*, 16(2), 205-213.
- Stotts, A. L., Vujanovic, A., Heads, A., Suchting, R., Green, C. E., & Schmitz, J. M. (2015). The role of avoidance and inflexibility in characterizing response to contingency management for cocaine use disorders: A secondary profile analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(2), 408.
- Twohig, M.P., Shoenberger, D., & Hayes, S.C. (2007). A preliminary investigation of Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for marijuana dependence in adults. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40, 619-632.
- Wilson, K. G., Hayes, S. C., & Byrd, M. (2000). Exploring compatibilities between Acceptance and Commitment Therapy and 12-Step treatment for substance abuse. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 18(4), 209-234.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), 211-228.
- Zvolensky, M. J., Bernstein, A., Vujanovic, A. A. (2011). *Distress tolerance: Theory, Research, and Clinical Application*. New York: Guilford Press.