

## اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی زنان وابسته به سوء مصرف مواد\*

آزاده فروزانفر<sup>۱</sup>، مسعود غلامعلی لواسانی<sup>۲</sup>، مهرانگیز شعاع کاظمی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۸/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۰/۲۳

### چکیده

**هدف:** تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی عوامل آسیب‌زا برای اختلالات سوء مصرف مواد محسوب می‌شوند. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی زنان وابسته به سوء مصرف مواد انجام گرفت. **روش:** پژوهش از نوع شبه آزمایشی و طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش زنان وابسته به سوء مصرف مواد بستری در کمپ‌های ترک اعتیاد شهر اراک در بهار سال ۱۳۹۵ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰ زن وابسته به سوء مصرف مواد انتخاب شد و در دو گروه گواه و آزمایش قرار گرفتند. از مقیاس تحمل پریشانی و پرسش‌نامه حساسیت اضطرابی استفاده شد. گروه آزمایش آموزش گروهی را طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش تحمل پریشانی و کاهش حساسیت اضطرابی زنان وابسته به سوء مصرف مواد شد. **نتیجه‌گیری:** مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای زنان وابسته به سوء مصرف مواد قابلیت کاربرد داشته و می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ی روان‌شناختی در کنار درمان‌های دارویی مورد استفاده قرار گیرد.

**کلید واژه‌ها:** مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، تحمل پریشانی، حساسیت اضطرابی، سوء مصرف

مواد

\* این پژوهش با حمایت مادی و معنوی ستاد مبارزه با مواد مخدر انجام شده است.

۱. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه تهران، تهران، ایران، پست الکترونیک:

azadehfroozanfar@yahoo.com

۲. دانشیار گروه مشاوره و روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۳. دانشیار پژوهشکده زنان، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

## مقدمه

نیمی از جمعیت هر جامعه‌ای را زنان تشکیل می‌دهند. زنان به واسطه ویژگی خلقتی و سرشتی، نقش محوری در خانواده و جامعه ایفا می‌کنند. عوامل متعددی از جمله نامساعد بودن شرایط اجتماعی، مشکلات اقتصادی، اختلاف‌های خانوادگی و وجود رفتارهای پرخطر در همسر می‌تواند باعث گرایش به مصرف مواد مخدر، انحرافات اخلاقی و... در زنان شود. آنچه مسلم است، زنان معتاد در جامعه بسیار آسیب‌زاتر از مردان معتادند، چون مصرف مواد در زنان اغلب با آسیب‌های اجتماعی دیگری از جمله فرار از خانه، روسپیگری و فقر توأم است. زمانی که یک زن معتاد می‌شود، تنها خود گرفتار پیامدهای فردی و اجتماعی آن نمی‌گردد، بلکه فرزندان و خانواده را نیز تحت تأثیر قرار داده و ارکان خانواده، مستعد ازهم‌پاشیدگی می‌شود. بدین لحاظ مهم‌ترین عارضه اجتماعی اعتیاد در زنان، متلاشی شدن خانواده است (خادمی، لقایی و علیخانی، ۱۳۸۸). اعتیاد به خودی خود بیماری مزمن و پیچیده‌ای است که به عوامل مختلفی بستگی دارد. به دلیل پیچیدگی بیشتر نقش‌های زنان نسبت به مردان در زندگی، هر عاملی از جمله اعتیاد در این جامعه اهمیت ویژه‌ای دارد و گرفتاری‌ها و معضلات این جامعه را بیشتر می‌کند. اعتیاد در زنان از جهت علل ایجاد آن، میزان شیوع و سیر بیماری و نیز پاسخ به درمان با مردان اختلافات بارزی دارد و این موضوع برای زنان مخرب‌تر از اعتیاد در مردان است (جعفرزاده، نوری و رمضانزاده، ۱۳۹۴). اگرچه رواج مصرف مواد اعتیادآور در مردان بیشتر از زنان است، ولی این فاصله جنسی در همه ملت‌ها به‌طور پیوسته و یکنواخت در حال کاهش است (مک‌هاگ، ویدرسون و گرین فیلد، ۲۰۱۴). به‌طور کلی آمار موجود حاکی از آن است که زنان نه درصد مصرف‌کنندگان مواد مخدر در جامعه را تشکیل می‌دهند و گفته می‌شود وابستگی زنان به سوء مصرف مواد<sup>۲</sup> در طول یک دهه اخیر، به‌طور میانگین چهار برابر شده است (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۳). زنان مصرف‌کننده مواد از لحاظ تاریخی از نظر پژوهش، پیش‌گیری و درمان نادیده گرفته شده‌اند. در نتیجه پر کردن

این فاصله در سطح مشترک پیشگیری و درمان برای زنان با اختلالات سوء مصرف مواد بسیار مهم است (لولیگر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۶).

نظریه‌های مختلفی درباره سوء مصرف مواد و وابستگی به آن‌ها وجود دارد؛ اما اکثریت نظریه پردازان بر این عقیده‌اند که سوء مصرف مواد، مشکلی چندبعدی است؛ یعنی عوامل متعددی نظیر عوامل زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی در بروز آن نقش دارند (فیشر، الیاس و ریز<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸). از بین عوامل روان‌شناختی مؤثر می‌توان به مواردی مانند تحمل پریشانی<sup>۳</sup> (کیوک، ریکاردی، تیمپانو، میتچل و اشمیت<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰) و حساسیت اضطرابی<sup>۵</sup> (استوارت، زاوالنسکی و آیفرت<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱) اشاره نمود. تحمل پریشانی عموماً به‌عنوان توانایی فرد برای تحمل حالت‌های درونی ناخوشایند در نظر گرفته می‌شود. در ادبیات، تحمل پریشانی به روش‌های مختلف فرض می‌شود و گاهی تحمل انواع مختلف حالت‌های درونی منفی مانند هیجان منفی، ابهام، بلا تکلیفی، ناامیدی و ناراحتی جسمانی را شامل می‌شود (کایسر، میلچ، لاینام و چارنیگو<sup>۷</sup>، ۲۰۱۲). دو شکل متمایز تحمل پریشانی مفهوم‌سازی شده است. تحمل پریشانی به ظرفیت ادراک‌شده برای تحمل وضعیت‌های هیجانی منفی / یا حالت‌های آزارنده دیگر (مثلاً ناراحتی جسمانی) و به تظاهر رفتاری تحمل حالت‌های درونی پریشانی آور که به وسیله انواع مختلف عوامل استرس‌زا فراخوانده شده، اشاره می‌کند. افراد با سطوح کمتر تحمل پریشانی هیجانی ممکن است در معرض پاسخ ناسازگارانه به پریشانی و وضعیت‌های برانگیزاننده پریشانی باشند. در نتیجه افراد با تحمل پریشانی کمتر ممکن است برای اجتناب<sup>۸</sup> از هیجان‌های منفی / و یا وضعیت‌های آزارنده مربوط بکوشند. در مقابل، افراد با سطوح بالاتر تحمل پریشانی ممکن است بیشتر قادر باشند به پریشانی یا وضعیت‌های برانگیزاننده پریشانی پاسخ انطباقی بدهند (زاوالنسکی، ویوجانویک، برنشتاین و لیرو<sup>۹</sup>، ۲۰۱۰). افراد با تحمل پریشانی کم در یک

1. Loeliger  
2. Fisher, Elias & Riz  
3. distress tolerance  
4. Keough, Riccardi, Timpano, Mitchell & Schmidt

5. anxiety sensitivity  
6. Stewart, Zvolensky & Eifert  
7. Kaiser, Milich, Lynam & Charnigo  
8. avoidance  
9. Vujanovic, Bernstein & Leyro

تلاش غلط برای مقابله با هیجان‌های منفی خود، درگیری‌های نظمی رفتاری می‌شوند و با پرداختن به برخی رفتارهای مخرب مانند مصرف مواد، درصد تسکین درد هیجانی خود بر می‌آیند (کیوک و همکاران، ۲۰۱۰). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که سطوح بالای عدم تحمل پریشانی با سوء مصرف مواد (کایسر و همکاران، ۲۰۱۲؛ داترز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۵)، میزان بیشتر مصرف مواد (براندون<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۳)، خطر فزاینده عود<sup>۳</sup> مصرف مواد (داترز و همکاران، ۲۰۰۵)، اختلالات سوء مصرف الکل (هالیدی، پترسون و لونتال<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶)، میزان وابستگی به نیکوتین (عزیزی، میرزایی و شمس، ۱۳۸۹) و ترک سیگار (براون و همکاران، ۲۰۰۸) ارتباط دارند.

حساسیت اضطرابی یکی از صفات مرتبط با شخصیت است که امروزه در رفتارهای اعتیادی مورد توجه قرار گرفته است (استوارت و همکاران، ۲۰۰۱). حساسیت اضطرابی ترس از احساس‌های بدنی مربوط به اضطراب است که تصور می‌شود از اعتقاد به اینکه این احساس‌ها، پیامدهای آسیب‌زای جسمی، اجتماعی یا روان‌شناختی دارند، ناشی می‌شود (تیلور<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴). احساس‌های بدنی همراه با اضطراب شامل تپش قلب سریع، عرق کردن، لرزیدن، گیجی و مشکلات تمرکز است. استیون ریس و ریچارد مک‌نلی<sup>۶</sup> اولین نظریه جامع حساسیت اضطرابی را توسعه دادند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که سطوح بالای حساسیت اضطرابی در عموم جمعیت فراگیر است و خطر گسترش انواع مختلف مشکلات روان‌شناختی مانند اختلالات اضطرابی، مشکلات سوء مصرف الکل و مواد، مشکلات با درد مزمن و نگرانی مفرط درباره سلامتی را شامل می‌شود. مطالعات نشان می‌دهد که مردان و زنان از نظر حساسیت اضطرابی متفاوت هستند. زنان تمایل دارند که سطوح بالاتر حساسیت اضطرابی کلی را نشان دهند و نگرانی‌های جسمانی بیشتری را نسبت به مردان گزارش می‌کنند (استوارت و وات<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸). حساسیت اضطرابی با مصرف بیشتر مواد مخدر در بزرگسالان همبستگی دارد. از لحاظ نظری حساسیت اضطرابی عاطفه منفی را

1. Daughters  
2. Brandon  
3. relapse  
4. Holliday, Pedersen & Leventhal

5. Taylor  
6. Reiss & McNally  
7. Watt

تشدید می‌کند و در نتیجه به منظور تقویت منفی انگیزش برای مصرف مواد را افزایش می‌دهد که ممکن است عامل شروع مصرف مواد از دوران نوجوانی باشد (گویلات، پانگ، کرک پاتریک و لونتال، ۲۰۱۵). امروزه نقش حساسیت اضطرابی در احتمال بیشتر وابستگی به تنباکو، مشکلات الکل و مشکلات دارویی (گویلات و همکاران، ۲۰۱۵)، ترک درمان (لجوز و همکاران، ۲۰۰۸)، اختلالات سوء مصرف مواد و الکل (الان، ماکاتی، نور، راینس و اشمیت، ۲۰۱۵)، دشواری ترک ماری‌جوآنا (بوکنر، لین-فلدنر، زاوالنسکی و اشمیت، ۲۰۰۹)، شروع و قطع مصرف سیگار (آسایگ، برنشتاین، زاوالنسکی، استیوس<sup>۴</sup> و استوارت، ۲۰۱۲) و پیش‌بینی گرایش به اعتیاد (خلجی، ۱۳۹۳) مورد توجه قرار گرفته است.

اختلالات مصرف مواد به وسیله مصرف مکرر و ناهنجار داروها و یا الکل توصیف می‌شود که اغلب به پریشانی فراوان و اختلال در زمینه‌های اجتماعی، فردی و شغلی منجر می‌شود. تعدادی از رویکردهای رفتاردرمانی شامل مدیریت پیشامد، درمان شناختی رفتاری سنتی، مصاحبه انگیزشی، مشاوره دارویی<sup>۵</sup>، زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی در درمان اختلالات مصرف مواد مؤثر شناخته شده‌اند (کارول و انکن، ۲۰۱۴؛ مک‌هاگ<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۰؛ اسمدس لاند<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). اخیراً رویکردهای شناختی رفتاری زمینه‌ای مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۹</sup> (مثلاً، هیز<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۲)، دیالکتیکی<sup>۱۱</sup> (مثلاً، لینهان<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۳)، پیش‌گیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی<sup>۱۳</sup> (مثلاً، ویتکیویتز<sup>۱۴</sup> و همکاران، 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

1. Guillot, Pang, Kirkpatrick & Leventhal  
2. Allan, Macatee, Norr, Raines  
3. Buckner & Leen-Feldner  
4. Assayag & Steeves  
5. drug counseling  
6. Carroll & Onken  
7. McHugh

8. Smedslund  
9. acceptance & commitment therapy  
10. Hayes  
11. dialectical behavior therapy  
12. Linehan  
13. mindfulness-based relapse prevention  
14. Witkiewitz

انگیزه‌های درونی بر رفتار مصرف مواد است (مانند تغییر زمینه و کارکرد، بنابراین ولع، پریشانی و افکار مصرف کمتر احتمال دارد به مصرف مواد منجر شود) (لی، آن، لوین و توهیگ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵). رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، یکی از مدل‌های معروف نسل سوم مشاوره شناختی رفتاری است که مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و ناهم‌آمیزی شناختی<sup>۲</sup> را برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۱). در صورتی که این رویکرد برای اختلالات سوء مصرف مواد به کار رود؛ مراجعین به جای مصرف مواد، با روش‌های پذیرش و ذهن آگاهی رابطه با تجربه‌های داخلی (مثال، در پاسخ به ولع یا فرار از احساس منفی)، هم‌زمان حرکت رویه‌جلو در ایجاد الگوهای معنادار فعالیت را می‌آموزند که با مصرف مواد ناهماهنگ است (لی و همکاران، ۲۰۱۵).

داده‌های تجربی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان اختلالات متعدد در حال افزایش است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان داده که در اختلالات سوء مصرف مواد از روش ۱۲ گام بهبودی برای مصرف‌کنندگان چندگانه مواد مخدر بهتر است (هیز و همکاران، ۲۰۰۴). همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان وابستگی به ماری‌جوآنا (توهیگ، شونیرگر<sup>۳</sup> و هیز، ۲۰۰۷)، مت‌آمفتامین (اسموت<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۰)، متادون (استاتز<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۳) و وابستگی به الکل (لوچیانو، گومز، هرناوندز و کابلو<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱؛ پترسون و زتل<sup>۷</sup>، ۲۰۰۹) و ترک سیگار (گیفورد<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۴) مؤثر بوده است. این مطالعات نشان از قدرت این رویکرد در درمان اختلالات سوء مصرف مواد و حمایت از اهداف این مطالعه است.

امروزه اعتیاد و مصرف مواد به‌عنوان یک معضل به‌طور روزافزون در میان زنان ایرانی گسترش می‌یابد. زنان وابسته به سوء مصرف مواد از گروه‌های شدیداً آسیب‌پذیر جامعه‌اند، لذا از جنبه‌های گوناگون از جمله، خطر قرار گرفتن در معرض فحشا و تولد کودکان معتاد و ابتلا به بیماری ایدز، لازم است مورد توجه ویژه قرار بگیرند. همچنین نظر

1. Lee, An, Levin & Twohig  
2. cognitive defusion  
3. Shoenberger  
4. Smout  
5. Stotts

6. Luciano, Gómez, Hernández & Cabello  
7. Petersen & Zettle  
8. Gifford

به نقش زنان در تعلیم و تربیت فرزندان و نقش اساسی آن‌ها در خانواده ضروری است به وضعیت نابهنجار زنان وابسته به سوء مصرف مواد توجه شود و راهکارهایی برای ترک و عود اعتیاد آن‌ها استخراج شود. با توجه به اهمیت تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی در سوء مصرف مواد و نتایج مؤثر رویکرد پذیرش و تعهد بر افراد وابسته به سوء مصرف مواد، با عنایت به اینکه در این زمینه پژوهشی صورت نگرفته است، این پژوهش به اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی زنان وابسته به سوء مصرف مواد می‌پردازد.

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش از نوع شبه آزمایشی و طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری پژوهش شامل زنان وابسته به سوء مصرف مواد بوده که در بهار ۱۳۹۵ به مراکز ترک اعتیاد شهر اراک مراجعه کرده بودند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. از این تعداد ۳۰ نفر زن وابسته به سوء مصرف مواد به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در ۲ گروه (آزمایش ۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. داشتن انگیزه برای شرکت در برنامه و کسب رضایت افراد و همکاری لازم با پژوهشگر هنگام مصاحبه‌ی اولیه اخذ گردید. معیارهای ورود به پژوهش حاضر عبارت بود از: دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال، تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش و داشتن سواد خواندن و نوشتن. ملاک‌های خروج از جلسات مشاوره گروهی ابتلا به بیماری‌های مهم بدنی و روانی که مانع از مشارکت فعال در گروه شود و تشخیص وابستگی به مواد کمتر از یک سال گذشته بود.

## ابزار

۱- مقیاس تحمل پریشانی: مقیاس تحمل پریشانی که به وسیله سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته شده یک ابزار خود گزارشی ۱۵ ماده‌ای است که در آن از افراد خواسته می‌شود میزان موافقت یا مخالفت خود با جملات رادر مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای از کاملاً موافق هستم (۱) تا کاملاً مخالف هستم (۵) درجه‌بندی کنند. نمره بالاتر تحمل بالای

پریشانی را نشان می‌دهد. چهار شکل تحمل پریشانی به وسیله این مقیاس ارزیابی می‌شود.

۱. تحمل (برای مثال: احساسات ناراحتی و پریشانی برای من غیرقابل تحمل است) که با سؤالات ۱، ۳ و ۵ اندازه‌گیری می‌شود؛ ۲. ارزیابی (برای مثال: ناراحتی و پریشانی همیشه برای من امتحان بزرگی است) که با سؤالات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲ اندازه‌گیری می‌شود؛ ۳. جذب (برای مثال: احساسات پریشانی من به حدی شدید هستند که کاملاً بر من مسلط می‌شوند) که با سؤالات ۲، ۴ و ۱۵ اندازه‌گیری می‌شود؛ ۴. تنظیم (برای مثال: زمانی که احساس پریشانی یا ناراحتی می‌کنم، فوراً باید فکری به حال آن بکنم) که با سؤالات ۸، ۱۳ و ۱۴ اندازه‌گیری می‌شود. تحمل پریشانی با سنج‌های پریشانی عاطفی ( $r = -0.59$ ) و بد تنظیمی ( $r = -0.51$ ) رابطه منفی و با سنج‌های هیجان‌پذیری مثبت رابطه مثبت ( $r = 0.26$ ) نشان داده است. ضرایب آلفا برای این خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و ۰/۷۰ برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمده است. همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت شش ماه، ۰/۶۱ بود. همچنین، مشخص شده که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است. این مقیاس با پذیرش خلق رابطه مثبت و با مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای استفاده از الکل و ماری‌جوآنا و همچنین استفاده از آن‌ها برای بهبود، رابطه منفی دارد (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵؛ به نقل از اسماعیلی‌نسب، ۱۳۹۳).

۲- پرسش‌نامه حساسیت اضطرابی: این پرسشنامه توسط ریس، پترسون، گورسکی و مک‌نلی (۱۹۸۶) ساخته شده و دارای ۱۶ عبارت به صورت مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از نمره صفر (کاملاً نادرست) تا نمره چهار (کاملاً درست) است. هر گویه این عقیده را منعکس می‌کند که احساسات اضطرابی به صورت ناخوشایند تجربه می‌شود و توان منتهی شدن به پیامد آسیب‌زارا دارند. درجه تجربه ترس از نشانه‌های اضطرابی با نمرات بالاتر مشخص می‌شود که دارای سه خرده مقیاس: ترس از نگرانی‌های بدنی (۳، ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۵)، ترس از عدم کنترل شناخت با (۲، ۵، ۱۲ و ۱۶) و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران (۱، ۷، ۱۳ و ۱۴) است. آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمده است (نایف، تول و گراتز، ۲۰۱۲؛ به نقل از سیدغلامی، ۱۳۹۲). اعتبار بازآزمایی بعد از دو هفته



۰/۷۵ و به مدت سه سال ۰/۷۱ بوده است (ریس و همکاران، ۱۹۸۶؛ به نقل از سیدغلامی، ۱۳۹۲).

## روش اجرا

پس از کسب مجوز لازم از اداره کل بهزیستی استان مرکزی، اعضای گروه از بین زنان وابسته به سوء مصرف مواد کمپ ترک اعتیاد بانوان خاطره سبز به صورت داوطلبانه انتخاب شدند. پس از نمونه گیری و گمارش تصادفی گروه آزمایش و گواه، اعضای نمونه مقیاس تحمل پریشانی و پرسش نامه حساسیت اضطرابی را به عنوان پیش آزمون تکمیل کردند. سپس مداخلات مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش انجام شد. اعضای گروه گواه در این مدت هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. در پایان جلسه هشتم از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد. ساختار جلسات بر اساس الگو و پروتکل درمانی مبتنی بر کتاب درمان پذیرش و تعهد (هیز، استروسال و ویلسون، ۱۹۹۹) استخراج و مورد استفاده قرار گرفت. ساختار جلسات و محتوای هر جلسه در جدول ۱ ارائه شده است.

### جدول ۱: ساختار و محتوای جلسات

جلسات	محتوای جلسات
اول	آشنایی اعضا با مشاور و یکدیگر، شرح قوانین گروه، اجرای پیش آزمون و ارائه مبحث ناامیدی خلاق.
دوم	ارائه مباحث کنترل و ناامیدی خلاق و تصریح ناکارآمدی کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها.
سوم	معرفی ذهن آگاهی و ارتباط با زمان حال، ارائه مباحث پذیرش و هزینه‌های عدم تمایل: ناراحتی ناپاک/پاکت.
چهارم	معرفی مفهوم ناهم آمیزی از افکار و احساسات دردسرساز، آموزش جدا کردن ارزیابی‌ها از تجربه‌های شخصی و اتخاذ موضع مشاهده‌ی افکار بدون قضاوت.
پنجم	آموزش فنون ذهن آگاهی و تمرین تمرکز آگاهانه، معرفی مبحث واقعیت زدایی از افکار شامل مشاهده، نام-گذاری و رهاسازی افکار.
ششم	ارائه مبحث در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه، استعاره‌ی صفحه شطرنج و انجام تمرین‌های مرتبط.
هفتم	ارائه مبحث ارزش‌ها، شناسایی ارزش‌های زندگی اعضا و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها.
هشتم	ارائه مبحث تعهد، برنامه‌ریزی برای تعهد اعضا نسبت به پیگیری ارزش‌ها، جمع‌بندی مفاهیم و اجرای پس-آزمون.

## یافته‌ها

تحصیلات اعضای مورد پژوهش ۵۳/۳ درصد زیر دیپلم، ۳۶/۷ درصد تحصیلات دیپلم، ۶/۷ درصد فوق دیپلم و ۳/۳ درصد لیسانس بود. همچنین ۵۳/۳ درصد در فاصله سنی ۳۰-۲۰ و ۴۶/۷ درصد در فاصله سنی ۴۰-۳۰ بود. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

متغیرها	گروه‌ها	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تحمل	آزمایش	۱۵	۲۷/۲	۴/۵۵	۳۴/۸	۶/۳۹
پریشانی	گواه	۱۵	۲۹/۶	۴/۷۲	۳۰/۸۷	۵/۳۸
حساسیت	آزمایش	۱۵	۳۶/۸۷	۷/۶	۳۰/۰۷	۹/۳۵
اضطرابی	گواه	۱۵	۳۵/۸۷	۶/۳۸	۳۵/۵۳	۵/۷۵

برای بررسی اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش تحمل پریشانی می‌بایست از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شود. یکی از مفروضه‌های این تحلیل برابری واریانس‌های خطا است. نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این پیش فرض داشت. همچنین نتایج آزمون باکس حکایت از همسانی ماتریس کوواریانس‌ها داشت ( $P > 0.05$ ,  $F = 1.02$ ,  $M = 12.06$  باکس). در نهایت با بررسی شیب رگرسیون بین دو گروه، در نمرات پیش آزمون تفاوت معنادار به دست نیامد ( $P > 0.05$ ). توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج تفاوت معنادار در ترکیب خطی مؤلفه‌های تحمل پریشانی نشان داد ( $P < 0.01$ ,  $F = 7.18$ ,  $\lambda = 0.23$  لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کوواریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در مؤلفه‌های تحمل

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	پریشانی	
			معناداری	مجذوراتا
تحمل پریشانی هیجانی	۱۷/۸۲	۷/۲۷	۰/۰۱۲	۰/۲۱
جذب شدن با هیجانات منفی	۳۰/۷۱	۶/۵	۰/۰۱۷	۰/۱۹
برآورد ذهنی پریشانی	۸۱/۵۴	۵/۲۹	۰/۰۲۹	۰/۱۶
تنظیم برای تسکین پریشانی	۲۲/۳۶	۱۴/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۳۴

همان گونه که مشاهده می‌شود مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود در تمامی مؤلفه‌های تحمل پریشانی شده است. علاوه بر این برای بررسی اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش حساسیت اضطرابی می‌بایست از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شود. یکی از پیش شرط‌های این تحلیل برابری ماتریس کوواریانس‌ها است. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این پیش شرط داشت ( $M=8/64, F=1/27, P>0/05$ ). همچنین، نتایج آزمون لون نیز حکایت از برابری واریانس‌های خطا داشت ( $P>0/05$ ). با توجه به برقراری پیش شرط‌ها نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج حکایت از تفاوت معنادار دو گروه در ترکیب خطی مؤلفه‌های حساسیت اضطرابی داشت ( $F=3/74, P<0/05, \lambda=0/67$ ، و پلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کوواریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

**جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در مؤلفه‌های حساسیت اضطرابی**

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذورات
ترس از نگرانی‌های بدنی	۲۵/۲۲	۶/۴۸	۰/۰۱۷	۰/۱۹
ترس از عدم کنترل شناختی	۳۴/۰۳	۷/۴۶	۰/۰۱۱	۰/۲۲
ترس از مشاهده شدن توسط دیگران	۱۱/۸۳	۶/۷۹	۰/۰۱۵	۰/۲۰

مطابق جدول ۴ در تمامی مؤلفه‌های حساسیت اضطرابی تفاوت بین گروه‌های مورد بررسی وجود دارد. با توجه به آمار توصیفی می‌توان گفت مداخله باعث کاهش نمرات مؤلفه‌های حساسیت اضطرابی شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی زنان وابسته به سوء مصرف مواد مورد آزمون قرار گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود و افزایش تحمل پریشانی در تمام خرده مقیاس‌های آن (تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم) شده است. گرینبرگ (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای نشان داد مداخله مختصر مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش تحمل پریشانی دانشجویان شد. نتایج مطالعه استاتز و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد

که رویکرد پذیرش و تعهد که بر روی پذیرش پریشانی اجتناب‌ناپذیر همراه با ترک مواد مخدر تمرکز می‌کند، می‌تواند نتایج سم‌زدایی متادون را بهبود بخشد. براون و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهشی به منظور بهبود تحمل پریشانی در عود اولیه افراد سیگاری، از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پروتکل درمانی خود استفاده کردند و نتیجه افزایش تحمل پریشانی بود. در تبیین این یافته می‌توان چنین اذعان کرد که رفتارهای عدم تحمل پریشانی زیرمجموعه‌ای از مفهوم گسترده‌تر «اجتناب تجربه‌ای» است (هیز و همکاران، ۱۹۹۶). راهبردهای درمانی که اجتناب را هدف می‌گیرند، برای افزایش تحمل پریشانی مفید است. یکی از این راهبردها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. این درمان راهبردهایی را از درمان‌های مبتنی بر پذیرش اقتباس می‌کند که عمدتاً افزایش تحمل پریشانی در میان مصرف‌کنندگان مواد مخدر را هدف گرفته است (زاوالنسکی و همکاران، ۲۰۱۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صراحتاً با استفاده از فرآیندهای اصلی طراحی شده برای کاهش گریز بی‌اثر و مشکل‌ساز از درد هیجانی، اجتناب تجربه‌ای را با افزایش پذیرش تجربی و آگاهی فکر، هدف قرار می‌دهد (والسر، ۲۰۱۵). بنابراین می‌توان اظهار داشت که مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند زنان وابسته به سوءمصرف مواد را در جهت افزایش تحمل پریشانی یاری رساند.

اثر بخشی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی زنان وابسته به سوءمصرف مواد را می‌توان به واسطه فرایندهای حاکم بر آن تبیین کرد. زاوالنسکی و همکاران (۲۰۱۱) عنوان می‌کنند تحمل پریشانی سالم، آگاهی هشیار از حالت‌های درونی (احساس‌ها، هیجان، انگیزش فعال) و توانایی عدم پاسخ‌دهی خودکار و بدون آگاهی به تنش آزارنده با یک راهبرد تغییر (اجتناب) و/یا به‌طور عادی چشم‌پوشی از علائم هشداردهنده پریشانی را فراهم می‌کند؛ بنابراین، عدم تحمل پریشانی و رفتارهای بیش‌تحملی احتمالاً بدون آگاهی هشیار رخ می‌دهد. در جلسات مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر آگاهی از لحظه اکنون و تمرینات ذهن آگاهی تأکید زیادی شد و در اغلب جلسات تمرینات ذهن آگاهی انجام شد. با راهبردهای مبتنی بر ذهن آگاهی، آگاهی

و مشاهده غیر قضاوتی موقعیت‌ها یا تجربه‌های پریشانی آور مانند احساس‌های آزارنده تمرین شد. آگاهی افزایش یافته از پریشانی و توانایی برای قضاوت در مورد نادیده گرفتن یا پاسخ به نشانه‌های تنش یا ناراحتی، اولین گام مهم در افزایش تحمل پریشانی سالم است (زاوالنسکی و همکاران، ۲۰۱۱). راهبردهای پذیرش برای تسهیل افزایش تمایل به زندگی با حوادث پریشان‌کننده و مداومت در کارهای پریشان‌کننده استفاده شد. با تمرین‌های ناهم‌آمیزی تلاش شد که اعضای گروه به جای گرفتار شدن در افکار، به آن‌ها اجازه دهند که ببینند و بروند. با جایگزین کردن خود به‌عنوان زمینه آموختند که زمینه‌ای برای تجربه هیجان‌ها و افکار و احساسات ناخواسته و دردناک باشند بدون این که در آن‌ها درگیر شوند. از طرف دیگر روشن‌سازی ارزش‌ها و تعهد به انجام اعمال در راستای ارزش‌ها، با وجود مشکلات به آن‌ها کمک کرد که از گیر افتادن در افکار و احساسات منفی رهایی یابند و حس سرزندگی، معنا و هدفمندی بیشتری پیدا کنند. اعضای گروه با روش‌های پذیرش و ذهن‌آگاهی، رابطه با تجربه‌های داخلی (مثل افکار ناخوشایند، احساسات جسمانی، در پاسخ به ولع یا فرار از احساس منفی)، هم‌زمان با حرکت روبه‌جلو در ایجاد الگوهای معنادار فعالیت را آموختند. با توجه به ویژگی‌های خاص مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و همچنین فنون استفاده‌شده در این رویکرد از جمله ذهن‌آگاهی، ناهم‌آمیزی و پذیرش، به نظر قابل توجه است که مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش تحمل پریشانی در زنان وابسته به سوء‌مصرف مواد شود.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معناداری باعث کاهش حساسیت اضطرابی و همچنین خرده‌مقیاس‌های آن (ترس از نگرانی‌های بدنی، ترس از عدم کنترل شناخت و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران) در زنان وابسته به سوء‌مصرف مواد شده است. یافته‌های پژوهش، همسو با پژوهش‌های لانزا، گارسیا، لاملاس و منندز<sup>۱</sup> (۲۰۱۴)، منندز و همکاران (۲۰۱۴)؛ سواين<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۳)؛ فلیدروس<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۳)؛ مورات<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۲)؛ آيفرت

و هفتر<sup>۱</sup> (۲۰۰۳)؛ بارلو<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۰) است. لانزا و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی بر زنان زندانی مبتلا به اختلال مصرف مواد نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش پیش‌رونده حساسیت اضطرابی این زنان شد به شکلی که میزان آن در دوره پیگیری کاهش بیشتری داشت. در پژوهش منندز و همکاران (۲۰۱۴) که برای مقایسه دو درمان شناختی-رفتاری سستی و درمان پذیرش و تعهد بر روی زنان زندانی وابسته به مواد انجام پذیرفت، در گروه آزمایش، بعد از پیگیری ۱۸ ماهه در خرده مقیاس شناختی حساسیت اضطرابی کاهش دیده شد. همچنین نتایج حاصل مؤید نتایج به دست آمده در پژوهش مورات و همکاران (۲۰۱۲) و بارلو و همکاران (۲۰۰۰) در مورد تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش حساسیت اضطرابی است. در این پژوهش‌ها کاهش چشمگیری در حساسیت اضطرابی افراد مبتلا به اختلال هراس دیده شد. در مطالعه‌ی آفرت و هفتر (۲۰۰۳) زنان با حساسیت اضطرابی زیاد درمان پذیرش و تعهد را دریافت نمودند؛ در پایان این زنان رفتار اجتنابی کمتر و ترس و نشانه‌های شناختی با شدت کمتر و افکار فاجعه‌بار کمتری را گزارش دادند. در پژوهش سواين و همکاران (۲۰۱۳) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای درمان اضطراب مؤثر واقع شد. در مطالعه‌ی دیگری فلیدروس و همکاران (۲۰۱۳) اهمیت هدف قرار دادن انعطاف‌پذیری روانی در طول مداخله پذیرش و تعهد را برای کاهش علائم افسردگی و اضطراب نشان دادند. پژوهش رجبی و یزدخواستی (۱۳۹۳) با عنوان «اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام‌اس» گویای اثربخش بودن این درمان در کاهش اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به ام‌اس بود. در خصوص تبیین این یافته می‌توان گفت که 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، ۱۳۹۳). مطالعات همبستگی نشان داده که عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، اضطراب و حساسیت اضطرابی را پیش‌بینی می‌کند (هیز و همکاران ۲۰۰۶). همچنین حساسیت اضطرابی زیاد با تمایل به اجتناب تجربه‌ای قویاً و

به طور مثبت همبستگی دارد (فورسایت، پارکر و فینلای، ۲۰۰۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای از بین بردن خزانه انعطاف ناپذیری که تمایل برای اجتناب یا فرار از رخداد‌های آزارنده شخصی مثل افکار، احساسات، خاطرات و احساس‌های بدنی است و مشخصه اجتناب تجربه‌ای است، سعی می‌کند.

در مجموع در ارتباط با فرایند اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حساسیت اضطرابی زنان وابسته به سوء مصرف مواد، احتمالاً ناشی از محتوای آموزشی است که در جلسات ارائه و تمرین شدند، هدف مرحله اول مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد یک زمینه پذیرش برای ناراحتی‌ها، افکار و هیجان‌های آزاردهنده بود. در جلسات ابتدایی، با کمک استعاره‌ها و تمرین‌ها، هزینه‌های تلاش‌های گذشته اعضای گروه برای کنترل و مدیریت اضطراب و احساسات آزاردهنده بررسی شد و بی‌فایده بودن کنترل برای آن‌ها روشن شد. سپس زنان شروع به یادگیری برخی مهارت‌های اساسی مانند بناراحتی‌ها، احساسات و افکار آزاردهنده و نگاه به آن از دید یک مشاهده گر ذهن آگاه کردند. این تمرین‌ها به آن‌ها کمک کرد که با افکار، احساسات، خاطرات و حس‌های بدنی که از آن‌ها می‌ترسیدند و اجتناب می‌کردند، به طور تجربی تماس برقرار کنند. آن‌ها آموختند که در حضور ناراحتی‌ها و افکار و احساسات آزاردهنده، مهارت‌های ذهن آگاهی را تمرین کنند. تمرین‌های ذهن آگاهی مهارت مهمی برای یادگیری است. چون راهبردهای اجتناب تجربه‌ای گذشته که با هدف کنترل و یا کاهش ناراحتی‌های مربوط به اضطراب در مسیر فعالیت‌های ارزش مدار ایجاد شده را خنثی می‌کند (آیفرت و همکاران، ۲۰۰۹). در نهایت بر آموزش کشف ارزش‌های زندگی اعضای گروه و شناسایی موانع عمل به ارزش‌ها و متعهد کردن آن‌ها در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها تمرکز شد. در این رویکرد تمرین‌های ذهن آگاهی به همراه تکنیک‌های پذیرش و ناهم آمیزی و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها و تعهد رفتاری همگی منجر به کاهش معنادار حساسیت اضطرابی در زنان وابسته به سوء مصرف مواد شد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش این بوده که به علت محدودیت‌های زمانی و عدم دسترسی به مراجعان مطالعات پیگیری صورت نگرفت. پایین بودن سطح سواد برخی از شرکت کنندگان، پژوهشگر را در انتقال مفاهیم این رویکرد با مشکل مواجه می‌کرد. بر اساس نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود رویکرد مورد استفاده در این پژوهش روی گروه‌های بزرگ‌تر و گروه مردان مورد آزمایش مجدد قرار گیرد تا اعتبار این روش با اطمینان بالاتری برآورد شود و مرحله پیگیری در نظر گرفته شود. از طرفی کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی سایر مصرف کنندگان مواد مانند الکل و سیگار و... با توجه به متغیرهایی مانند نوع و مدت زمان مصرف نیز مورد بررسی قرار گیرد. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با دیگر درمان‌های رایج برای اختلال وابستگی به مواد از جمله درمان ماتریکس مقایسه شود.

بر طبق نتایج حاصل، این مطالعه نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای زنان وابسته به سوء مصرف مواد قابلیت کاربرد داشته و می‌تواند به عنوان مداخله‌ای روان‌شناختی در کنار سایر مداخلات مورد استفاده قرار گیرد و همچنین می‌تواند درمان مناسبی برای افزایش تحمل پریشانی و کاهش حساسیت اضطرابی زنان وابسته به سوء مصرف مواد باشد. اهمیت این یافته در این است که بر اساس تحقیقات در داخل و خارج کشور تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی با مراحل متعدد مصرف مواد شامل شروع، تداوم، تعداد دفعات مصرف و عود همراه می‌شود و تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی می‌تواند از عوامل زمینه‌ساز عود مصرف مواد در زنان در حال ترک باشد. از این رو مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند جنبه تکمیلی درمان اعتیاد و یک مداخله مناسب به منظور ارتقای توانمندی افراد وابسته به سوء مصرف مواد و کاهش آسیب‌های ناشی از آن باشد و از بازگشت بهبود یافتگان به اعتیاد پیشگیری نماید.

## منابع

اسماعیلی نسب، مریم؛ اندامی خشک، علیرضا؛ آزر می، هاله و ثمرخی، امیر (۱۳۹۳). نقش پیش‌بینی‌کنندگی دشواری در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در اعتیادپذیری دانشجویان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۸(۲۹)، ۶۳-۴۹.



ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. تهران: جنگل.  
جعفرزاده کلیشمی، مهناز؛ نوری، ربابه و رمضان زاده، فاطمه (۱۳۹۴). نیمرخ مصرف مواد در زنان معتاد.  
مجله دانشکده علوم پزشکی نیشابور، ۳(۱)، ۵۶-۴۹.  
خادمی، ناهید؛ لقایی، زهرا و علیخانی، علیرضا (۱۳۸۸). بررسی الگوی مصرف اعتیاد در زنان معتاد  
مراجعه کننده به مراکز کاهش آسیب. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۳(۱۲)، ۹۰-۷۹.  
خلجی، محمد (۱۳۹۳). پیش بینی گرایش به اعتیاد از طریق حساسیت اضطرابی، خودتنظیمی هیجانی و  
تمایز یافتگی خود در دانشجویان دانشگاه های تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی،  
دانشگاه علم و فرهنگ.  
رجبی، ساجده و یزدخواستی، فریبا (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و  
افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام اس. مجله روان شناسی بالینی، ۶(۲۱)، ۳۸-۲۹.  
ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۹۳). میانگین سنی معتادان زن. بازیابی شده از آدرس:  
[dchq.ir/index.php?option=com\\_content&view=category](http://dchq.ir/index.php?option=com_content&view=category)  
سیدغلامی، فرزانه؛ جعفری، اصغر و قمری، محمد (۱۳۹۲). اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه شناختی-  
رفتاری (CBT) در کاهش علائم حساسیت اضطرابی زنان مطلقه. فصلنامه زن و مطالعات خانواده،  
۵(۱۹)، ۱۱۵-۱۳۲.

شمس، جمال؛ عزیزی، علیرضا و میرزایی، آزاده (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی  
با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. مجله پژوهشی حکیم، ۱۳(۱)، ۱۸-۱۱.  
علوی، خدیجه (۱۳۸۸). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی (با تکیه بر مؤلفه های  
هوشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی) بر نشانه های افسردگی در دانشجویان.  
پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد.  
مک کی، متیو؛ فنینگ، پاتریک؛ آویگیل، لیوف و اسکین، میشل (۱۳۹۴). رهایی از مشکلات بین فردی:  
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. ترجمه: حسن حمیدپور؛ آنی میناس میرزاییگ. تهران: ارجمند.

Allan, N. P., Macatee, R. J., Norr, A. M., Raines, A. M., & Schmidt, N. B. (2015). Relations between common and specific factors of anxiety sensitivity and distress tolerance and fear, distress, and alcohol and substance use disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 33, 81-89.

Assayag, Y., Bernstein, A., Zvolensky, M. J., Steeves, D., & Stewart, S. S. (2012). Nature and role of change in anxiety sensitivity during NRT-aided cognitive-behavioral smoking cessation treatment. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(1), 51-62.

Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 283, 2529° 2536.

Brandon, T. H., Herzog, T. A., Juliano, L. M., Irvin, J. E., Lazev, A. B., & Simmons, N. V. (2003). Pretreatment task persistence predicts smoking cessation outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(3), 448° 456.

- Brown, R. A., Palm, K. M., Strong, D. R., Lejuez, C. W., Kahler, C. W., Zvolensky, M. J., Hayes, S. C., & Gifford, E. V. (2008). Distress tolerance treatment for early-lapse smokers: Rationale, program description, and preliminary findings. *Behavior Modification*, 32, 302-332.
- Buckner, J. D., Leen-Feldner, E. W., Zvolensky, M. J., & Schmidt, N. B. (2009). The interactive effect of anxiety sensitivity and frequency of marijuana use in terms of anxious responding to bodily sensations among youth. *Psychiatry Research*, 166(2), 238-246.
- Daughters, S. B., Lejuez, C. W., Bornovalova, M. A., Kahler, C. W., Strong, D. R., & Brown, R. A. (2005). Distress tolerance as a predictor of early treatment dropout in a residential substance abuse treatment facility. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 729-734.
- Dixon, L. J., Stevens, E. N., & Viana, A. G. (2014). Anxiety sensitivity as a moderator of the relationship between trait anxiety and illicit substance use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(4), 1284-1289.
- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 368-385.
- Eifert, G. H., & Heffner, M. (2003). The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34(3-4), 293-312.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Fox, J. P., Schreurs, K. M., & Spinhoven, P. (2013). The role of psychological flexibility in a self-help acceptance and commitment therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 51(3), 142-151.
- Fisher, L. A., Elias, J. W., & Riz, K. (1998). Predicting relapse to substance abuse as a function personality dimensions. *Alcohol clinical Experimental Research*, 22(5), 1041-1047.
- Forsyth, J. P., Parker, J. D., & Finlay, C. G. (2003). Anxiety sensitivity controllability, and experiential avoidance and their relation to drug of choice and addiction severity in a residential sample of substance-abusing veterans. *Addictive Behaviors*, 28(5), 851-870.
- 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.
- 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.
- Greenberg, L. P. (2015). *The flexibility of distress tolerance through a brief Acceptance and Commitment Therapy intervention: A pilot study*, doctoral dissertation.
- Guillot, C., Pang, R., Kirkpatrick, M., & Leventhal, A. (2015). Negative affect mediates relations between anxiety sensitivity and substance use problems in adolescents. *Drug & Alcohol Dependence*, 156, 85-86.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- 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.
- Holliday, S. B., Pedersen, E. R., & Leventhal, A. M. (2016). Depression, posttraumatic stress, and alcohol misuse in young adult veterans: The transdiagnostic role of distress tolerance. *Drug and alcohol dependence*, 161, 348-355.
- Kaiser, A. J., Milich, R., Lynam, D. R., & Charnigo, R. J. (2012). Negative urgency, distress tolerance, and substance abuse among college students. *Addictive Behaviors*, 37(10), 1075-1083.
- Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., & Schmidt, N. B. (2010). Anxiety Symptomatology: The Association with Distress Tolerance and Anxiety Sensitivity. *Behavior Therapy*, 41, 567-574.
- 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. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2015.08.004.
- Lejuez, C. W., Zvolensky, M. J., Daughters, S. B., Bornoalova, M. A., Paulson, A., Tull, M. T., & Otto, M. W. (2008). Anxiety sensitivity: A unique predictor of dropout among inner-city heroin and crack/cocaine users in residential substance use treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 46(7), 811-818.
- Loeliger, K. B., Marcus, R., Wickersham, J. A., Pillai, V., Kamarulzaman, A., & Altice, F. L. (2016). The syndemic of HIV, HIV-related risk and multiple comorbidities among women who use drugs in Malaysia: important targets for intervention. *Addictive behaviors*, 53, 31-39.
- 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.
- McHugh, R. K., Wigderson, S., & Greenfield, S. F. (2014). Epidemiology of substance use in reproductive-age women. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 41(2), 177-189.
- Meuret, A. E., Twohig, M. P., Rosenfield, D., Hayes, S. C., & Craske, M. G. (2012). Brief acceptance and commitment therapy and exposure for panic disorder: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 606-618.
- Panbianco, D., Gallepe, O., Carrington, P. J., & Colozzi, I. (2016). Personal support networks, social capital, and risk of relapse among individuals treated for substance use issues. *International Journal of Drug Policy*, 27, 146-153.
- 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.
- 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.

- Stewart, S., & Watt, M. (2008). *Overcoming the fear of fear: How to reduce anxiety sensitivity*. New Harbinger Publications.
- Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., & Eifert, G. H. (2001). Negative- reinforcement drinking motives mediate the relation between anxiety sensitivity and increased drinking behavior. *Personality and Individual Differences*, 31, 157-171.
- 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., & 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.
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2013). Acceptance and commitment therapy in the treatment of anxiety: a systematic review. *Clinical psychology review*, 33(8), 965-978.
- Taylor, S. (2014). *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety*. Routledge.
- 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.
- Walser, R. D., Garvert, D. W., Karlin, B. E., Trockel, M., Ryu, D. M., & Taylor, C. B. (2015). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in treating depression and suicidal ideation in Veterans. *Behaviour research and therapy*, 74, 25-31.
- Zvolensky, M. J., Bernstein, A., Vujanovic, A. A. (2011). *Distress tolerance: Theory, Research, and Clinical Application*. New York: Guilford Press.
- Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., Bernstein, A., & Leyro, T. (2010). Distress tolerance: Theory, measurement, and relations to psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 19(6), 406-410.