

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش تکانشگری کلی، شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی بیماران وابسته به مت‌آفتامین

کیومرث ارجمند قجور، مجید محمود علیلو، زینب خانجانی، عباس بخشی پور رودسری

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۸/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۰۱

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش تکانشگری کلی، شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی در بیماران وابسته به مت‌آفتامین بود. **روش:** در مطالعه حاضر از طرح تجربی تک‌موردی از نوع خط پایه چندگانه ناهمزمان استفاده شد. سه نفر از بیماران مرد وابسته به مت‌آفتامین که به اداره بهزیستی تکاب و مرکز ترک اعتیاد این شهرستان مراجعه کرده بودند از طریق مصاحبه تشخیصی و مصاحبه بالینی ساختاریافته و به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. از ابزارهای پژوهش مانند مصاحبه بالینی ساختاریافته، پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، آزمایش ادرار، مقیاس تکانشگری بارت و پروتکل انفرادی ACT برای افراد سوء‌مصرف‌کننده مواد استفاده شد. نتایج به دست آمده به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا (RCI)، فرمول درصد بهبودی، بهبود بالینی معنادار و سنجش عملیاتی مورد بررسی قرار گرفت. **یافته‌ها:** داده‌های به دست آمده نشان داد کاهش تکانشگری کلی و خرده‌مقیاس‌های آن در بیماران از لحاظ آماری، بالینی و سنجش عملیاتی معنادار است. **نتیجه‌گیری:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش شدت تکانشگری کلی، شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی در بیماران وابسته به مت‌آفتامین موثر است.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تکانشگری، مت‌آفتامین

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران، پست

الکترونیکی Arjomand_k@yahoo.com

۲. استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۳. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۴. استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

مقدمه

امروزه سوء مصرف مواد^۱ و وابستگی^۲ به آن به یکی از معضلات عمده زیستی، روانی و اجتماعی تبدیل شده است (نوئل، پرورز و بچارا^۳، ۲۰۱۳). سوء مصرف مواد به واسطه کاهش کیفیت زندگی، افزایش میزان مرگ و میر، تقلیل در ارزش‌های اجتماعی و اخلاقی و افزایش رفتارهای مجرمانه؛ یکی از مهم‌ترین موضوعات مرتبط با سلامت روان قرار گرفته است و تأثیرات مخربی را بر سلامت جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی، خانوادگی و بین فردی به همراه داشته است (لینک^۴ و همکاران، ۲۰۰۶؛ به نقل از گروسی فرشی و همکاران، ۱۳۸۸).

سوء مصرف مواد از لحاظ نوع و تأثیراتی که بر فرد مصرف‌کننده می‌گذارند به انواع مختلفی تقسیم می‌شوند. در بین مواد اعتیادآور، آمفتامین‌ها^۵ خصوصاً مت‌آمفتامین^۶ قوی‌ترین مواد هستند و خطر وابستگی و مشکلات سلامت روان بیشتری را در بر دارند (تاپ و دگنهارت، کی و دارک^۷، ۲۰۰۲) و بانرخ بالای روان‌پریشی (مک کتین و کلی و مک لارن^۸، ۲۰۰۶)، افسردگی (سمپل، پترسون و گرانت^۹، ۲۰۰۵)، و مشکلات شناختی (نوردال، سالو و لیمون^{۱۰}، ۲۰۰۳) ارتباط دارند. در سال‌های اخیر با افزایش چشمگیر و قابل توجه سوء مصرف این مواد در جامعه مواجه هستیم (اختیاری و همکاران، ۱۳۸۷). شواهد روزافزون زیادی وجود دارد که مصرف طولانی مدت مت‌آمفتامین‌ها، تغییرات ماندگاری را در سیستم انتقال دهنده‌های عصبی دوپامین به وجود می‌آورد و چون این سیستم انتقال دهنده عصبی در کارکردهای شناختی، حرکتی و پاداش درگیر هستند، دامنه وسیعی از الگوهای رفتاری و شناختی را در برمی‌گیرند (رابینز^{۱۱}، ۲۰۰۵، به نقل از حداد و همکاران، ۱۳۹۳). به عنوان مثال، مصرف طولانی مدت کوکائین با کاهش کارکرد گیرنده‌های دوپامین (آرام، بایلی، لاورین و سی، ۲۰۱۱) و اختلال در کارکرد قشر پیش‌پیشانی (بولا و

1. substance abuse
2. dependence
3. Noel, Brevers , Bechara
4. Link
5. Amphetamine
6. Methamphetamine
7. Topp, Degenhardt, Kaye, & Darke
8. McKetin
9. Nordahl, Salo, & Leamon
10. Semple, Patterson, & Grant
11. Robbins

همکاران^۱، ۲۰۰۵)، کمربند قدامی و مخچه باعث اختلال در حافظه، شناخت‌ها و هیجانات می‌شود که این عوامل با ایجاد ولع مصرف^۲ و ادامه مصرف مواد به رغم میل فرد و برخی رفتارهای دیگر از جمله تکانشگری در ارتباط است (هستر و گاروان^۳، ۲۰۰۴).

عوامل مختلف شخصیتی در مصرف کنندگان مواد به ویژه مت‌آمفتامین مشاهده می‌شود. تکانشگری^۴ یکی از خصیصه‌های شخصیتی است که می‌تواند افراد را به اعتیادپذیری و مصرف کردن مواد، آسیب‌پذیر سازد. تکانشگری به عنوان زمینه‌ساز واکنش‌های بدون برنامه و سریع به محرک‌های درونی و بیرونی، بدون توجه به پیامدهای منفی این واکنش‌ها به خود یا دیگران تعریف شده است. داو و لوکستون^۵ (۲۰۰۴) در پژوهشی دریافتند تکانشگری محور عمده‌ای در تشخیص انواعی از اختلالات بالینی مانند وابستگی به مواد است. تکانشگری دارای یک ساختار چندبعدی است که شامل ابعادی چون تأکید بر زمان حال، ناتوانی در به تأخیرافکندن پاداش، ناتوانی در بازداری^۶، خطرپذیری، حس جویی، حساسیت به پاداش^۷، بی‌حوصلگی، لذت جویی و ناتوانی در برنامه‌ریزی گزارش شده است (اختیاری، رضوان فرد و مگری، ۱۳۸۷). بارت و همکاران (۱۹۹۵) سه مؤلفه تکانشگری را متمایز کردند: تکانشگری شناختی^۸ (توانایی تمرکز بر کار نزدیک و ناپایداری شناختی)، تکانشگری حرکتی^۹ (عمل کردن بدون نقشه قبلی همراه با سرسختی) و تکانشگری بی‌برنامگی^{۱۰} (ناتوانی در برنامه‌ریزی و تفکر کردن با دقت). وردجیو- گارسیا و همکاران (۲۰۰۸) در بررسی‌های خود در ارتباط با تکانشگری و اعتیاد به دو یافته زیر اشاره می‌کنند: ۱- همخوانی قابل توجهی در مورد بالا بودن سن تکانشگری و شاخص‌های عصبی- شناختی تکانشگری در بین انواع گروه‌های مصرف کننده مواد وجود دارد؛ ۲- تکانشگری در مصرف کنندگان مواد ممکن است در اثر مصرف شدید مواد تحت تاثیر قرار بگیرد. مصرف کنندگان مواد افیونی در زمان مصرف دارو و یا متادون زودانگیخته‌تر می‌شوند، در حالی که مصرف مواد محرک مانند مت‌آمفتامین و کوکائین

1. Bolla
2. craving
3. Hester & Garavan
4. impulsivity
5. Dowe, & Loxton

6. disinhibition
7. reward sensitivity
8. cognitive impulsivity
9. motor impulsivity
10. non-planning impulsivity

در مصرف کنندگان منظم آن مواد کنترل بازداری را در دوزهای پایین بالا می‌برد. با این حال این یافته باید یافته‌ای مستقل از مکانیسم‌های مرتبط با آسیب‌پذیری تلقی شود. درمان سوء مصرف مواد امروزه به یکی از مباحث اساسی در حوزه اعتیاد تبدیل شده است. انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۱ (۲۰۱۳)، درمان‌های غیردارویی و روانی-اجتماعی را از مؤلفه‌های اساسی هر نوع برنامه‌ی درمانی سوء مصرف مواد در نظر می‌گیرد. همچنین در سال‌های اخیر، رویکردی چند رشته‌ای^۲ و الگوی زیستی-روانی-اجتماعی و معنوی^۳ در درمان سوء مصرف مواد اتخاذ شده است (بروک و اسپیتز، ۲۰۰۲؛ والاسی، ۲۰۰۳؛ به نقل از گروسی فرشی و همکاران، ۱۳۸۸). از روش‌های درمانی در اعتیاد می‌توان به درمان‌های موج سوم اشاره کرد. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش^۴، که حاصل از موج سوم روان‌درمانی است و توسط استیون هیز^۵ و همکاران (۱۹۸۷) در دانشگاه نوادا مطرح و شناخته شد، توانسته در کاهش دردهای مزمن، خودبیمارانگاری و کاهش رفتارهای خطرناک معتادان مفید باشد. در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد^۶ در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترل نامؤثر کاهش یابد (هیز و استروسال^۷، ۱۳۹۴). به طور کلی به این درمان‌های موج سوم، رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی^۸ گفته می‌شود که طیفی از رویکردها را شامل می‌شود.

رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش، مشکلات روانی را به سه علت می‌داند: مشکلات افراد در آگاهی از تجارب درونی‌شان، اجتناب از تجارب ناخوشایند درونی و اجتناب از رفتارها و اعمالی که برای فرد مهم و ارزشمند هستند. کاهش یا آگاهی نادرست افراد از تجارب درونی‌شان، توانایی آن‌ها را در استفاده عملکردی از پاسخ‌های هیجانی‌شان کاهش می‌دهد و باعث می‌شود تا افراد نتوانند رفتارهای متناسبی اعمال کنند یا درفهم ریشه رفتارشان مشکل پیدا می‌کنند. یکی دیگر از مسائلی که می‌تواند اختلالات روانی را در افراد دامن

1. American Psychiatric Association (APA)
2. multidisciplinary
3. Bio-psychosocial-spiritual
4. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

5. Hayes
6. psychological acceptance
7. Hayes, & Strosahl
8. mindfulness

بزند، نوع رابطه‌ای است که با هیجانات‌شان برقرار می‌کنند. بیماران، عادت کرده‌اند تا قضاوت‌هایی انتقادگرانه در مورد وجود تجارب ناخوشایند خود داشته باشند و تلاش‌های فزاینده‌ای در جهت اجتناب از این تجارب می‌کنند. این تلاش‌های اجتنابی اغلب اثرات متناقضی دارند و هم موضوعات مورد اجتناب (مانند افکار، احساسات یا حس‌های بدنی) را افزایش می‌دهد و هم ناراحتی روان‌شناختی بیشتری را به همراه می‌آورد و با کیفیت زندگی مداخله پیدا می‌کند. دیدگاه منفی از خود و تجارب، ممکن است که انگیزه افراد را برای تغییرات رفتاری یا درگیری کامل با زندگی‌شان کاهش دهد. تلاش‌های اجتناب از تجارب، تغییر را با مشکل مواجه می‌کند، چرا که پاسخ‌های اجتنابی اغلب از طریق کاهش فوری ناراحتی تقویت منفی می‌شوند. مصرف مواد یکی از مثال‌های بارز فرایند مذکور است. اگر چه سوء مصرف مواد در بلندمدت پیامدهای منفی متعددی دارد، اما اغلب تغییر سریع خلق را در بردارد که لذت‌بخش است و استرس را کاهش می‌دهد. بدین ترتیب رفتار مذکور تداوم می‌یابد. اجتناب از تجارب، انجام ندادن رفتارهای خاصی را دامن می‌زند که فرد از آن‌ها می‌ترسد و این خود، زندگی فرد را محدودتر می‌کند و علائم اختلال را نگه می‌دارد (زرگر و همکاران، ۱۳۹۱). از فرآیندها و مولفه‌های اصلی درمان ACT می‌توان به پذیرش، گسلش شناختی، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعمدانه اشاره کرد (هیز و استروسال، ۱۳۹۴).

مرور مطالعات انجام شده در مورد تکانشگری نشان می‌دهد که رفتارهای تکانشی هسته اصلی بسیاری از اختلال‌های روانی از قبیل بیش‌فعالی - نقص توجه، اختلال سلوک، اختلال‌های کنترل تکانه، سوء مصرف مواد، پر خوری عصبی، رفتار خودکشی‌گرا، و چند اختلال شخصیت را تشکیل می‌دهند (هلندر و اورس، ۲۰۰۱؛ به نقل از عدالتی و همکاران، ۱۳۸۶). مطالعات متعددی در مورد ارتباط تکانشگری و اختلال سوء مصرف مواد انجام گرفته که نشان می‌دهند رفتارهای تکانشی هم به عنوان یکی از عوامل مستعدکننده و تداوم دهنده‌ی این اختلال، در نظر گرفته شده است و هم گاهی تعیین‌کننده نوع مواد مصرفی معتادان می‌باشد مثل گرایش به مصرف محرک‌ها (هلندر و اورس، ۲۰۰۱؛ به نقل از عدالتی و همکاران، ۱۳۸۶؛ مگری و همکاران، ۱۳۸۷).

روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در حال حاضر در درمان اختلال سوءمصرف مواد مورد توجه قرار گرفته است (لیچ، باون و مارلات، ۲۰۰۵). برخی از پژوهشگران بر این باورند که به کارگیری این روش درمانی به علت مکانیسم‌های نهفته در آن مثل پذیرش، افزایش آگاهی، عمل متعهدانه، خود به عنوان زمینه، حضور در لحظه حال، مشاهده‌گری بدون قضاوت و داوری، رویارویی و رهاسازی^۲ در ترکیب با فنون رفتار درمانی شناختی سنتی می‌تواند موجب افزایش اثربخشی درمان، کاهش تکانشگری و پیشگیری از عود مصرف مواد شود (بریسلین، زاک و مک ماین^۳، ۲۰۰۲). موریسون^۴ (۲۰۱۶) در پژوهشی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در تصمیم‌گیری تکانشی در هشت جلسه و بر روی چهل شرکت‌کننده که به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شده بودند، مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج نشان داد این روش درمانی باعث افزایش بازدهی، انعطاف‌پذیری نسبت به احساسات، افکار و حالات بدنی می‌شود و درمان ACT یک درمان مفید برای کمک به تغییر رفتار افراد است و می‌تواند کیفیت زندگی آن‌ها را افزایش دهد. استراتون^۵ (۲۰۰۶) در بررسی‌های خود به این نتیجه رسید که رویکرد درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش رفتارهای تکانشی موثر است. امیریان، مامی، احمدی و محمدزاده (۱۳۹۶) به مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش تکانشگری افراد معتاد پرداختند. نتایج نشان داد هر دو روش درمانی در کاهش نمرات تکانشگری افراد معتاد مؤثر هستند. تامرادی و خسروی (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کنترل تکانه و عود در معتادان به این نتیجه دست یافتند که این درمان در کاهش و کنترل تکانه و عود در معتادان اثربخش بوده است. بنابراین در این تحقیق محققین به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تکانشگری کلی، شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی بیماران وابسته به مت‌آفتامین پرداخته‌اند.

1. Leigh, Bowen, & Marlatt
2. lets go
3. Bresline, Zack, & McMain

4. Morrison
5. Stratton

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح این پژوهش، از نوع طرح خط پایه چندگانه^۱ ناهمزمان^۲ یا پلکانی با آزمودنی‌های متفاوت^۳ و سنجش پیوسته^۴ بود. این طرح یکی از طرح‌های تجربی تک‌موردی در روان‌شناسی بالینی قلمداد می‌شود (کازدین^۵، ۱۹۹۲). نمونه آماری در پژوهش حاضر شامل ۳ نفر از بیماران مرد وابسته به مت‌آفتماین بود که از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند^۶ از بین جامعه آماری تحقیق یعنی مراجعه‌کنندگان به مراکز ترک اعتیاد و اداره بهزیستی شهرستان تکاب در سال ۱۳۹۶ (جهت درمان سوء مصرف مواد و دریافت خدمات مشاوره و روان‌شناختی) و پس از مصاحبه‌ی تشخیصی توسط محقق و انجام مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته، انتخاب شد. نمونه مورد پژوهش پس از احراز شرایط پژوهش یعنی ملاک‌های ورود و خروج این تحقیق، وارد فرآیند مطالعه شدند. معیارهای ورود عبارت بودند از: ابتلاء فرد به اختلال وابستگی به مت‌آفتماین، عدم دریافت سایر درمان‌های دارویی و غیردارویی در حین اجرای پژوهش، سابقه قبلی از حداقل یک‌بار عود، سن ۳۰ تا ۴۰ سال، داشتن انگیزه جهت شرکت در جلسات درمانی و حداقل تحصیلات سیکل. معیارهای خروج عبارت بودند از: ابتلا به سایر اختلالات روانی به ویژه سایکوز، دریافت درمان‌های دیگر به غیر از درمان ACT در زمان اجرای پژوهش، نداشتن سابقه عود، سن پایین‌تر از ۳۰ و بالاتر از ۴۰، عدم انگیزه جهت ادامه دادن جلسات و خطر آشکار خودکشی.

ابزار

۱- مصاحبه بالینی ساختاریافته^۷: این مصاحبه براساس ملاک‌های پنج‌گانه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای وابستگی به مت‌آفتماین و برای تأیید تشخیص ثبت شده در پرونده بیماران انجام گرفت. تران و اسمیت (۲۰۰۴)، ضریب کاپای ۶۰ درصد

1. Multiple-baseline design
2. nonconcurrent
3. different individuals
4. continuous assessment

5. Kazdin
6. purposeful sampling
7. Structured Clinical Interview for DSM

را به عنوان ضریب اعتبار بین ارزیاب‌ها برای SCI D گزارش کرده‌اند. در بررسی شریفی و همکاران (۱۳۸۳)، توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط و یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد) به دست آمده نیز خوب بود.

۲- پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت شناختی: این پرسش‌نامه توسط محقق ساخته شده و به منظور گردآوری اطلاعات جمعیت شناختی نمونه آماری از جمله: سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، نوع ماده مصرفی، سابقه‌ی ترک مواد و... مورد استفاده قرار گرفت.

۳- مقیاس تکانشگری بارت: نسخه اصلی این آزمون در سال ۱۹۵۰ توسط ارنست بارت ساخته شده و از آن زمان به بعد بارها مورد تجدیدنظر قرار گرفت. این پرسش‌نامه همبستگی خوبی با پرسش‌نامه تکانشگری آیزنگ دارد و دارای ۳۰ پرسش بوده و بر اساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود و ماهیت چندبعدی تکانشگری را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسش‌نامه علاوه بر مقیاس تکانشگری کلی، دارای سه خرده‌مقیاس است. الف: تکانشگری شناختی (تصمیم‌گیری شناختی سریع)، ب: تکانشگری حرکتی (عمل کردن بدون فکر) و ج: تکانشگری بی‌برنامگی (ناتوانی در برنامه‌ریزی و تفکر کردن با دقت). علاوه بر نمره هر خرده‌مقیاس جداگانه یک نمره برای کل مقیاس تکانشگری محاسبه می‌شود. به منظور اجتناب افراد از ایجاد سبک پاسخ تعدادی از سوالات به گونه‌ای نوشته شده‌اند که فقدان تکانشگری را نشان می‌دهند و به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات بین ۵۲ و ۷۱ حد طبیعی برای تکانشگری محسوب می‌شود؛ نمرات بالاتر از ۷۱ به شدت تکانشگر هستند و نمرات پایین‌تر از ۵۲ نشان‌دهنده‌ی افرادی است که از سطح تکانشگری پایینی برخوردار هستند (اسدی مجره و همکاران، ۱۳۹۳). در جدیدترین نسخه این مقیاس، بارت، استنفرد و پاتون (۱۹۹۵) اعتبار و روایی را در همه نمونه‌های بالا گزارش کردند. همسانی درونی در نمونه مجرمان ۰/۸۰، برای دانشجویان لیسانس ۰/۸۲ و برای بیماران روانپزشکی ۰/۸۳ گزارش شده است. اختیاری

و همکاران (۱۳۸۷) در طی پژوهشی برای تعیین روایی و اعتبار نسخه‌های فارسی پرسشنامه آیزنگ، بارت، دیکمن و زاگرمین در تعیین رفتارهای مخاطره جویانه و تکانشگری، ضریب آلفا را برای این مقیاس در افراد سالم ۰/۸۳ و در مصرف‌کنندگان مواد ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند. همچنین همبستگی خرده‌مقیاس‌های بی‌برنامگی، حرکتی، شناختی با کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۹۱ و ۰/۸۱، تکانشگری کژکنشی به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۰ و ۰/۴۲ گزارش شده و همبستگی نمره کل مقیاس با رتبه عامل کج‌کنشی معنی‌دار گزارش شده است. در پژوهش حاضر، روایی محتوایی آن توسط سه تن از اساتید روان‌شناسی مورد تایید قرار گرفته است. اعتبار پرسش‌نامه هم با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

۴- پروتکل انفرادی ACT برای افراد سوء‌مصرف‌کننده مواد: این پروتکل درمانی توسط ویلسون، گیفورد و بتن^۱ (۱۳۹۳) و تحت نظارت استیون هیز تدوین شده است. در این پژوهش بیماران به تعداد ۱۲ جلسه و بر اساس این پروتکل تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) قرار گرفتند. این پروتکل توسط اصغری و همکاران (۱۳۹۳) به فارسی ترجمه شده است.

روند اجرا

بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش از بین مراجعین به مرکز ترک اعتیاد و اداره بهزیستی شهرستان تکاب انتخاب شدند. به منظور دست‌یابی به این هدف ابتدا مصاحبه تشخیصی توسط روان‌پزشک صورت گرفت و سپس برای تایید تشخیصی از ابزار عینی و مصاحبه بالینی ساختاریافته استفاده و توسط محقق انجام شد. بعد از این که تشخیص اولیه و اصلی با همدیگر همخوانی داشت و ملاک‌های ورود و خروج رعایت شد، بیماران به عنوان نمونه آماری در نظر گرفته شدند و اهداف پژوهش برای آن‌ها تشریح و رضایت‌نامه کتبی اخذ شد. بعد از آن که بیماران بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند، به‌طور همزمان وارد مرحله خط پایه شدند و به‌طور تصادفی از نظر ترتیب ورود یک به یک با فاصله یک جلسه وارد طرح درمان شدند. بدین نحو که مراجع اول پس از دو جلسه سنجش در مرحله خط پایه یعنی از هفته سوم وارد جلسه اول درمان شد و بعد از آن مراجع دوم در جلسه

دوم مراجع اول وارد جلسه اول درمان و مراجع سوم نیز در جلسه دوم مراجع دوم و جلسه سوم مراجع اول وارد جلسه اول طرح درمان شد. روند درمان بر طبق اصول طرح مطالعه تک موردی با خط پایه چندگانه ناهمزمان و در ۱۲ جلسه و سه نوبت پیگیری^۱ در طی شش هفته پیگیری انجام شد. بیماران در طی سه مرحله مداخله در هر ملاقات با استفاده از ابزارهای پژوهش و مقیاس‌های روان‌شناختی مورد ارزیابی قرار گرفتند. تمامی مراحل مداخله توسط پژوهشگر مطالعه حاضر انجام گرفت.

جدول ۱: ساختار جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای سوءمصرف کنندگان مواد

جلسات	محتوا
جلسه اول	آماده شدن برای شروع (استعاره‌ها و تمرین‌ها شامل ترن هوایی، پاک کردن گل ولای لیوان و رفتن در باتلاق).
جلسه دوم	آگاهی نسبت به هزینه‌هایی که فرد به دنبال مصرف مواد متحمل می‌شود (استعاره‌ها و تمرین‌های صورت برداری، پاک کردن گل ولای لیوان و راه رفتن در باتلاق).
جلسه سوم	مواجهه با سیستم: ناامیدی خلاق (استعاره‌های انسان در گودال، صخره نوردی و ریگ روان و...).
جلسه چهارم	کنترل هیجانات افراطی بعنوان مساله اصلی (استعاره‌های انسان در گودال، دروغ‌سنج، پیراشکی کرم دار، عاشق شدن).
جلسه پنجم	تمایل هیجانی (استعاره‌ی ساندویچ عزت نفس و کودک در آبنبات فروشی و...).
جلسه ششم	تمایز فرد از برنامه‌ریزی (استعاره‌ها و تمرین‌هایی مانند دو کامپیوتر، جعبه با وسایل درون آن، و صفحه شطرنج).
جلسه هفتم	موانع پذیرش هیجانی (استعاره‌ها و تمرین‌هایی مانند هیولای سوار بر اتوبوس، پطروس فداکار، علامت در کوهستان، فرمول‌بندی مجدد قراردادهای کلامی و...).
جلسه هشتم	حرکت از پذیرش هیجانی به سمت تغییر رفتار (استعاره‌های گدای دم‌در، کودک کج خلق و...).
جلسه نهم	ارزش‌ها و اهداف (استعاره‌های نقشه‌سازی، تکلیف سنجش ارزش‌ها و...).
جلسه دهم	پذیرش مسئولیت برای تغییر (استعاره‌های پریدن، کبریت درون مخزن بتزین و ارایه تمرین عملی).
جلسه یازدهم	گسترش تمایل هیجانی به زندگی واقعی: تعهد دادن (تعهد رفتاری و پایبندی به آن، تمام کردن کار ناتمام و...).
جلسه دوازدهم	جمع‌بندی و ارزیابی کلی درمان.

یافته‌ها

همانند اکثر طرح‌های تک‌موردی نخستین روش تحلیل نتایج حاصله، استفاده از روش استاندارد ترسیم دیداری^۱ یا چشمی بود. همچنین از روش شاخص تغییر پایا^۲ جیکوسون، فولتی و رونستروف (۱۹۸۴) با فرمول اصلاح شده کریستنسن و مندوزا^۳ (۱۹۸۶) برای محاسبه‌ی تغییر آماری معنادار^۴ نمرات استفاده شد. برای بررسی بهبودی یا تغییر بالینی معنادار^۵ یا سنجش پیشرفت مراجعان در تغییر متغیرهای آماجی علاوه بر در نظر گرفتن نقطه‌ی برش ابزارها از روش درصد بهبودی نیز استفاده شد. جهت بررسی میزان اثربخشی، از شاخص‌های شش‌گانه اثربخشی (سنجش عملیاتی) اینگرم، هایس و اسکات^۶ (۲۰۰۰) نیز استفاده شد.

ویژگی‌های جمعیت شناختی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش

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

درصد بهبودی و شاخص تغییر پایای بیماران در تکانشگری کلی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: درصد بهبودی و شاخص تغییر پایای بیماران در تکانشگری کلی مقیاس BIS-11

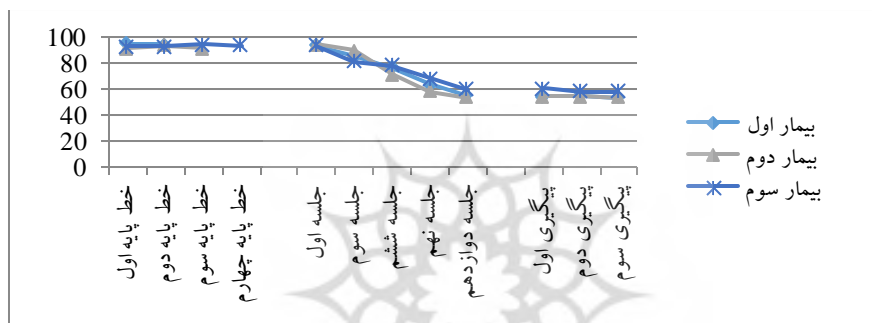
فرایند درمان	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم
خط پایه اول	۹۵	۹۱	۹۲
جلسه اول	۹۳	۹۴	۹۳
جلسه دوازدهم	۵۵	۵۳	۵۹
شاخص تغییر پایا	-۶/۴۱	-۶/۰۸	-۵/۲۸
درصد بهبودی	۴۲/۱۰	۴۱/۷۵	۳۵/۸۶
درصد بهبودی کلی		۳۹/۹۰	

1. visual inspection
2. Reliable & change index (RCI)
3. Christensen & Mendoza
4. statistical significance change
5. clinical significance change
6. Ingram, Hayes & Scott

جدول ۳: درصد بهبودی و شاخص تغییر پایای بیماران در تکانشگری کلی مقیاس BIS-11

بیمار سوم	بیمار دوم	بیمار اول	فرایند درمان
۵۸	۵۳	۵۳	پیگیری نوبت سوم
-۵/۴۴	-۶/۰۸	-۶/۷۳	شاخص تغییر پایا
۳۶/۹۵	۴۱/۷۵	۴۴/۲۱	درصد بهبودی
	۴۰/۳۰		درصد بهبودی کلی

علامت منفی (-) نشان‌دهنده تغییر کاهشی نمرات می‌باشد.



نمودار ۱: روند تغییر نمرات در تکانشگری کلی در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری (۶ هفته)

جدول ۳ و نمودار ۱ نشان می‌دهد، بیمار اول در مرحله خط پایه تکانشگری کلی بالایی داشته که در جلسه آخر درمان به بهبودی ۴۲/۱۰٪ رسیده و بعد از ۶ هفته پیگیری کاهش یا افزایش محسوسی در سطح تغییرات وجود ندارد. با توجه به شاخص تغییر پایای به دست آمده این بیمار در مرحله پس از درمان ($RCI = -۶/۴۱$) و در آخر مرحله پیگیری ($RCI = -۶/۷۳$) و معناداری آن‌ها در سطح ۰/۰۵ حاکی از معنادار بودن تغییر و بهبودی به وجود آمده در روند و شدت تکانشگری کلی از نظر آماری است (مقدار شاخص تغییر پایا از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ بیشتر است). همچنین با در نظر گرفتن کاهش نمرات بیمار به زیر نقطه برش پرسش‌نامه و درصد بهبودی به دست آمده در مرحله اتمام درمان (۴۲/۱۰) و پیگیری (۴۴/۲۱) نشانگر معناداری قابل قبول تغییر از نظر بالینی می‌باشد. در بیمار دوم هم در مرحله خط پایه روند تغییرات در حد ثابتی قرار دارد و به مانند بیمار اول روند

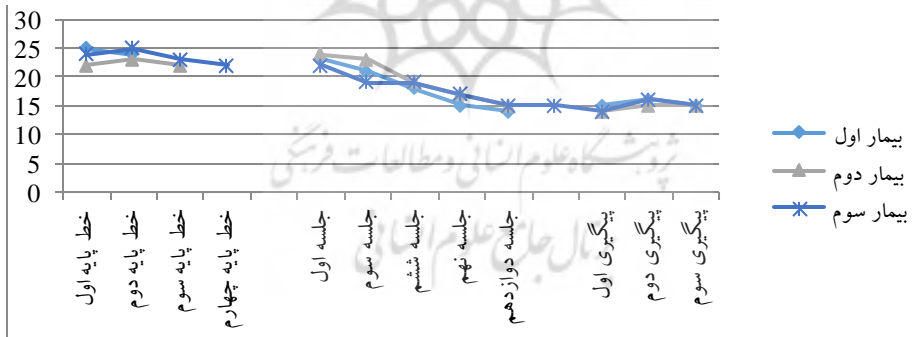
تغییرات مثبت پس از طی نمودن مراحل درمان ایجاد شده و نمره بهبودی $41/75\%$ بدست آمده است. شاخص تغییر پایای بدست آمده از مرحله خط پایه به مراحل پس از درمان در نمرات مقیاس BI S، $(RCI = -6/08)$ و پس از نوبت سوم پیگیری $(RCI = -6/08)$ نسبت به مرحله خط پایه، حاکی از معنادار بودن تغییر در روند و شدت تکانشگری کلی بیمار از نظر آماری است. همچنین با کاهش نمرات بیمار به زیر نقطه برش و درصد بهبودی $(41/75\%)$ در جلسه آخر مرحله درمان و اتمام مرحله پیگیری نشانگر تاثیر معنادار این روش مداخله از نظر بالینی می‌باشد.

بیمار سوم نیز درصد بهبودی $35/86$ را نشان می‌دهد و پیگیری ۶ هفته‌ای نیز نشان می‌دهد ماندگاری نتایج درمانی در این بیمار ثابت بوده و تغییر چندانی نکرده است. با توجه به نتایج بدست آمده این بیمار نیز از نظر آماری کاهش معناداری را در جلسه آخر درمان نسبت به مرحله خط پایه در سطح معناداری $(p < 0.05)$ با شاخص تغییر پایای $(RCI = -5/28)$ کسب نموده است. کاهش نمرات بیمار به زیر نقطه برش در مقیاس تکانشگری بارت و درصد بهبودی قابل ملاحظه در مرحله پس از درمان $(35/86)$ و بعد از پیگیری $(36/95)$ دلیلی بر معناداری تغییر در سطح تکانشگری کلی بیمار از لحاظ بالینی است. بنابراین با توجه به موارد فوق و درصد بهبودی کلی به دست آمده در مرحله پس از درمان $(39/90\%)$ و مرحله پیگیری $(40/30\%)$ می‌باشد.

جدول ۴: درصد بهبودی و شاخص تغییر پایای بیماران در خرده‌مقیاس‌های تکانشگری (شناختی، حرکتی، بی‌برنامگی)

فرایند درمان	تکانشگری شناختی			تکانشگری حرکتی			تکانشگری بی‌برنامگی		
	بیمار ۱	بیمار ۲	بیمار ۳	بیمار ۱	بیمار ۲	بیمار ۳	بیمار ۱	بیمار ۲	بیمار ۳
خط پایه اول	۲۵	۲۲	۲۴	۳۵	۳۴	۳۴	۳۶	۳۴	۳۴
جلسه اول	۲۳	۲۴	۲۲	۳۴	۳۴	۳۶	۳۶	۳۶	۳۵
جلسه دوازدهم	۱۴	۱۵	۱۵	۱۸	۲۰	۲۱	۲۱	۲۰	۲۳
شاخص تغییر پایا	-۴/۸۶	-۳/۰۹	-۳/۹۸	-۵/۵۱	-۴/۵۴	-۴/۲۲	-۴/۳۴	-۴/۰۵	-۳/۱۸
درصد بهبودی	۴۴	۳۱/۸۱	۳۷/۵	۴۸/۵۷	۴۱/۱۷	۳۸/۲۳	۴۱/۶۶	۴۱/۱۷	۳۲/۳۵
درصد بهبودی کلی:	۳۷/۷۷			۴۲/۶۵			۳۸/۳۹		
پیگیری نوبت سوم	۱۵	۱۵	۱۶	۱۹	۲۰	۲۱	۱۸	۱۹	۲۱
شاخص تغییر پایا	-۴/۴۲	-۳/۰۹	-۳/۵۳	-۵/۱۹	-۴/۵۴	-۴/۲۲	-۵/۲۱	-۴/۳۴	-۳/۷۶
درصد بهبودی	۴۰	۳۱/۸۱	۳۳/۳۳	۴۵/۷۱	۴۱/۱۷	۳۸/۲۳	۵۰	۴۴/۱۱	۳۸/۲۳
درصد بهبود کلی	۳۵/۰۴			۴۱/۷۰			۴۴/۱۱		

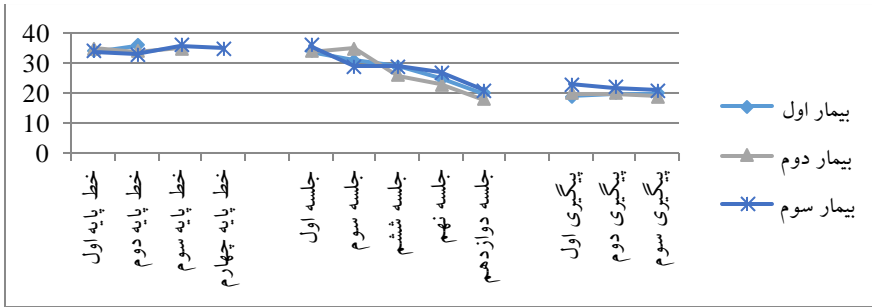
علامت منفی (-) نشان‌دهنده تغییر کاهشی نمرات می‌باشد.



نمودار ۲: روند تغییر نمرات در خرده‌مقیاس تکانشگری شناختی در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری

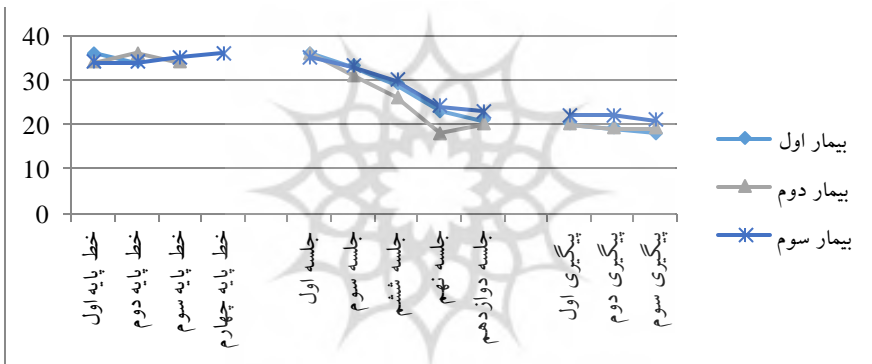
نمودار روند تغییر نمرات در خرده‌مقیاس تکانشگری حرکتی در مراحل خط پایه،

درمان و پیگیری در نمودار ۳ ارائه شده است.



نمودار ۳: روند تغییر نمرات در خرده‌مقیاس تکانشگری حرکتی در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری

نمودار روند تغییر نمرات در خرده‌مقیاس تکانشگری بی‌برنامگی در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری در نمودار ۴ ارائه شده است.



نمودار ۴: روند تغییر نمرات در خرده‌مقیاس تکانشگری بی‌برنامگی در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری

همانطور که جدول ۴ و نمودارهای ۲، ۳ و ۴ ارائه شده، در ارتباط با بیمار اول، مقادیر شاخص تغییر پایای به دست آمده با مقایسه خط پایه در مرحله پس از درمان در متغیر تکانشگری شناختی ($RCI = -4/86$)، تکانشگری حرکتی ($RCI = -4/54$) و تکانشگری بی‌برنامگی ($RCI = -4/34$) و نیز آخرین سنجش در مرحله پیگیری در تکانشگری شناختی ($RCI = -4/42$)، تکانشگری حرکتی ($RCI = -4/54$) و بی‌برنامگی ($RCI = -5/21$) نشان‌دهنده معنادار بودن تغییرات و بهبود تکانشگری شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی بیماران ناشی از مداخله درمانی است. این تغییرات از نظر بالینی نیز معنادار است؛ به طوریکه میزان درصد بهبودی در مرحله پس از درمان و همچنین در سنجش پیگیری در

این بیمار قابل ملاحظه می‌باشد. در خصوص بیمار دوم مقادیر شاخص تغییر پایا از مرحله خط پایه به مرحله درمان در تکانشگری شناختی برابر با $(RCI = -3/09)$ ، تکانشگری حرکتی $(RCI = -5/51)$ و تکانشگری بی‌برنامگی $(RCI = -4/05)$ می‌باشد. همچنین نمرات درصد بهبودی در مرحله پس از درمان به ترتیب برابر با $31/81$ ، $48/57$ و $41/17$ بوده و در مرحله پیگیری نیز به ترتیب $31/81$ ، $38/23$ و $44/11$ می‌باشد. یافته‌ها بر اساس مقادیر شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی نشان می‌دهد که در خرده‌مقیاس‌های تکانشگری شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی نمرات بیمار به لحاظ آماری و بالینی کاهش معناداری یافته است. در بیمار سوم، مقدار شاخص تغییر پایای به دست آمده از مرحله خط پایه به مراحل پس از درمان در نمرات خرده‌مقیاس تکانشگری شناختی $(RCI = -3/98)$ ، حرکتی $(RCI = -4/22)$ ، $(RCI = -3/18)$ و بی‌برنامگی می‌باشد. همچنین شاخص تغییر پایای به دست آمده در نوبت سوم پیگیری در هر سه متغیر به ترتیب برابر با $-3/53$ ، $-4/22$ و $-3/76$ است که نسبت به مرحله خط پایه این بیمار و بالا بودن مقدار آن‌ها از ارزش Z یعنی $1/96$ و معناداری آن‌ها حاکی از معنادار بودن تغییر و بهبود در وضعیت تکانشگری شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی ناشی از درمان می‌باشد. یافته‌ها از لحاظ آماری و بالینی معنادار است. نمودارهای ۲، ۳ و ۴ مربوط به این بیماران نشان می‌دهند در مرحله پس از درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه سطح نمرات تکانشگری شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی پایین تر است. بنابراین با توجه به موارد فوق و درصد بهبودی کلی به دست آمده در هر سه متغیر، فرضیه‌های دوم، سوم و چهارم پژوهش نیز تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تکانشگری کلی، شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی در بیماران وابسته به مت‌آفتماین طراحی شد. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تکانشگری کلی، شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی در بیماران وابسته به مت‌آفتماین موثر است. همچنین در بررسی شاخص‌های شش‌گانه اثربخشی (سنجش عملیاتی) از دیدگاه اینگرم، و همکاران (۲۰۰۰) از جمله اندازه تغییر (چه قدر کاهش در آماج‌های اصلی درمان اتفاق افتاده است؟)، کلیت تغییر

(چند درصد از بیماران تغییر کرده‌اند و چند درصد تغییر نکرده‌اند؟)، عمومیت تغییر (در سایر حوزه‌های زندگی مانند عملکرد شغلی، اجتماعی و روان‌شناختی چقدر تغییر رخ داده است؟)، میزان پذیرش (افراد تا چه اندازه در فرآیند درمان مشارکت داشته و آن را به پایان رسانده‌اند؟)، ایمنی (آیا در اثر درمان، سلامت روانی و جسمی بیماران کاهش یافته است؟) و ثبات (دستاوردهای درمان چه قدر دوام داشته است؟) نتایج حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تکانشگری کلی، شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی است. یافته‌های پژوهش همسو با نتایج تحقیقات موریسون (۲۰۱۶)؛ استراتون (۲۰۰۶)؛ بریسلین، و همکاران (۲۰۰۲)؛ تامرادی و خسروی (۱۳۹۵) و امیریان، و همکاران (۱۳۹۶) می‌باشد.

درباره نقش تکانشگری بر رفتار وابستگی به مواد، بررسی‌های زیادی انجام شده است. این بررسی‌ها گویای آن است که این عامل در کنار برخی عوامل شخصیتی دیگر در شروع، گسترش و تداوم وابستگی به مواد نقش دارند. می‌توان گفت بیماران وابسته به مواد به دلیل تکانشگری و با وجود آگاهی از پیامدهای بلندمدت استفاده از مواد، پاداش کوتاه‌مدت آن را انتخاب می‌کنند و این رفتارهای تکانشی نیز یکی از عوامل اصلی مصرف اجبارگونه‌ی مواد می‌باشند (نیرومند و همکاران، ۱۳۹۶). نتایج مطالعه حاضر نشان داد اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تکانشگری کلی و خرده‌مقیاس‌های آن (تکانشگری شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی) اختلاف زیادی با یکدیگر نداشت و در تمامی آن‌ها با اندکی تفاوت به طور مشابه اثر گذاشته است. اثربخشی این روش درمانی بر کاهش تکانشگری کلی و خرده‌مقیاس‌های آن را می‌توان به واسطه فرآیندهای حاکم بر آن تبیین کرد. یکی از مهمترین تکنیک‌های آن، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه می‌باشد. ترغیب بیماران به شناسایی ارزش‌های شان و تعیین اهداف، اعمال و موانع و در نهایت تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها، با وجود مشکلات باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن منجر به رضایت از زندگی شود. آن‌ها را از گیر افتادن در حلقه‌ی افکار و احساسات منفی از قبیل اضطراب،

استرس، یاس و ناامیدی، افسردگی که به نوبه خود باعث افزایش شدت مشکلات و تکانشگری می‌شود، رهایی دهد (هیز و استروسال، ۱۳۹۴).

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدف این است که فرآیندهای پذیرش، گسلش شناختی، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، تصریح ارزش‌ها و مشارکت در فعالیت‌های ارزشمند که تمامی آن‌ها انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را حمایت می‌کنند، تقویت نماید. در حقیقت زمانی که فرد شدیداً در چرخه اجتناب تجربه‌ای، آمیختگی شناختی گیر کند، دچار انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی شده است. انعطاف‌پذیری ذهنی می‌تواند فرد را از دام افکار ناکارآمد و وسوسه‌هایی برهاند که زمینه‌ساز تکانشگری و گرایش به مصرف مواد است. بدین ترتیب آموزش راهبردهایی چون ذهن‌آگاهی می‌تواند این افراد را از بند افکار ناکارآمد و وسوسه‌ها برهاند و متعاقباً افراد دارای وابستگی به مواد بتوانند در مواجهه با استرس‌های روزانه و مشکلات روزمره بهتر و معقولانه‌تر با تکانشگری و گرایش به مصرف مواد کنار آیند (امیریان و همکاران، ۱۳۹۶). راهبرد ذهن‌آگاهی که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به آن تاکید می‌شود، مبتنی بر پیش‌فرض‌های پایه آگاهی‌پذیرا و عاری از قضاوت از آنچه که اکنون در حال وقوع است، بنا نهاده شده است. از آنجایی که بخشی از مشکل مصرف مواد در همین عوامل نهفته است، لذا ارتقاء ذهن‌آگاهی در بیماران گامی مهم در کاهش تکانشگری در آن‌ها خواهد بود. به طوری که افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات عملی از جنبه‌های مثبت ذهن‌آگاهی است و باعث هماهنگ‌شدن رفتارهای سازگارانه و حالت‌های روان‌شناختی مثبت و کاهش تکانشگری خواهد شد. همین‌طور در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مفهوم درهم‌آمیختگی با گسلش شناختی میزان تأثیری است که یک فکر (مثلاً میل به مصرف) بر رفتار دارد رفتار وابسته به بافت و رفتار وابسته به فکر در پیوستار میان درهم‌آمیختگی یا گسلش شناختی قرار می‌گیرند و زمانی که فرد با افکارش در هم می‌آمیزد، نمی‌تواند قضاوت ذهنی خود از واقعیت را تمیز دهد (براون و همکاران، ۲۰۰۷؛ به نقل از حامدی و همکاران، ۱۳۹۲). هیز و همکاران (۲۰۱۲) بر این عقیده هستند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای برطرف‌نمودن و حذف عوامل آسیب‌زا، به بیماران

کمک می کند تا هیجانانگیز و شناخت‌های کنترل شده‌ی خود را پذیرفته و از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلات‌شان شده، رهایی یابند. این رویکرد درمانی تلاش دارد با ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از یک سو و ترغیب فرد به اقدام و عمل در زمینه‌ی ارزش‌های فردی موجب کاهش تکانشگری زندگی شخص شود. در واقع هدف این درمان، کمک به افراد جهت ایجاد زندگی غنی، کامل و معنادار است. این فنون با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه حاضر و برگرداندن توجه بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات موجب کاهش تکانشگری می‌شود (امیریان و همکاران، ۱۳۹۶). بنابراین این درمان با توجه به تأکیدی که بر پذیرش تجارب و انجام اعمال داوطلبانه و ارادی دارد، می‌تواند هم در کاهش تکانشگری، بهبود کیفیت زندگی و عملکرد افراد دارای اختلال مصرف مواد و سایر اختلال مزمن و هم در کاهش علائم و نشانه‌های آن اختلال موثر باشد.

یکی دیگر از فرآیندهای این درمان که به اثربخشی آن در کاهش تکانشگری کمک زیادی می‌کند، ایجاد یک خود مشاهده گر یا خود به عنوان زمینه در مراجع از طریق کاربرد مهارت گسلش، ذهن آگاهی و ارتباط با زمان حال است (گارنفسکی و کراج، ۲۰۰۵؛ به نقل از هیز و استروسال، ۱۳۹۴). در واقع این خود مشاهده گر جایگزینی برای خود مفهوم‌سازی شده یعنی خودی که با افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی تعریف می‌شود، می‌باشد. مزیت بزرگ این خود این است که به عنوان زمینه‌ای در نظر گرفته می‌شود که در آن محتوای هشیاری تهدیدکننده نمی‌باشد. در کل هدف این است که مراجع به این درک برسد که خود را از تجربیات درونی اش جدا ببیند.

در مجموع در مطالعه حاضر، با تمرین‌های گسلش شناختی تلاش شد که بیماران به جای گرفتار شدن در افکار، به آن‌ها اجازه دهند که بیایند و بروند. با جایگزین کردن خود به عنوان 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 گیرافتادن در افکار و احساسات منفی رهایی یابند و حس سرزندگی، معنا و

هدفمندی بیشتری پیدا کنند. بیماران با روش های پذیرش و ذهن آگاهی، رابطه با تجربه های درونی (مثل افکار ناخوشایند، احساسات جسمانی، در پاسخ به ولع مصرف یا فرار از احساس منفی)، هم زمان با حرکت روبه جلو در ایجاد الگوهای معنادار فعالیت را آموختند. به طور کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صراحتاً با استفاده از فرآیندهای اصلی طراحی شده برای کاهش گریز بی اثر و مشکل ساز از درد هیجانی، اجتناب تجربه ای را با افزایش پذیرش تجربی و آگاهی فکر، هدف قرار می دهد (والسر، ۲۰۱۵؛ به نقل از فروزانفر و همکاران، ۱۳۹۶). بنابراین می توان اظهار داشت این روش درمانی می تواند در کاهش تکانشگری کلی، شناختی، حرکتی و بی برنامه گی بیماران وابسته به مت آمفتامین موثر بوده و برای این بیماران انتخاب خوبی باشد تا بتواند سطح تکانشگری کلی و انواع مختلف آن را کاهش داده و نیز با استفاده از این روش درمانی می توان به بررسی سایر مشکلات مرتبط با اعتیاد هم پرداخته شود. از محدودیت های مطالعه حاضر می توان به کوتاه بودن دوره پیگیری ۶ هفته ای و تک جنسیتی بودن شرکت کنندگان (مرد) اشاره کرد. پیشنهاد می شود در تحقیقات آتی از دوره پیگیری طولانی تر و نیز از هر دو جنس استفاده شود.

منابع

- اختیاری، حامد؛ عدالتی، هانیه؛ بهزادی، آریین؛ صفایی، هومن؛ نوری، مهتری؛ مگری، آذرخش (۱۳۸۷). ساخت و بررسی کارآیی پنج آزمون تصویری ارزیابی ولع مصرف در معتادان مواد افیونی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال چهاردهم، شماره ۳، ۳۴۹-۳۳۷.
- اختیاری، حامد؛ رضوان فرد، مهرناز و مگری، آذرخش. (۱۳۸۷). تکانشگری و ابزارهای گوناگون ارزیابی آن: بازبینی دیدگاه ها و بررسی های انجام شده. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. شماره ۳، ۷۵-۹۰.
- اسدی مجره، سامره؛ محمود علیلو، مجید؛ بهادری خسروشاهی، جعفر، خورسند، مریم. (۱۳۹۳). الگوهای شخصیتی، باورهای غیرمنطقی و تکانشگری در مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*. ۸ (۳۲)، ۱۳۵-۱۱۹.

امیریان، کامران؛ مامی، شهرام؛ احمدی، وحید؛ محمدزاده، جهانشاه. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش تکانشگری افراد معتاد. *فصلنامه پرستار و پزشک در رزم*. ۱۷ (۵). ۳۶-۴۶.

تامرادی، علیرضا؛ خسروی، صدرالله. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کنترل تکانه و عود در معتادان. تهران: *سومین کنفرانس بین المللی نوآوری های اخیر در روانشناسی، مشاوره و علوم رفتاری*.

حامدی، علی؛ شهیدی، شهریار؛ خادمی، علی. (۱۳۹۲). اثربخشی ذهن آگاهی و مشاوره کاهش آسیب بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*. ۷ (۲۸)، ۱۱۸-۱۰۱.

حداد، شیماء؛ خسروی، معصومه؛ نجفی، محمود؛ صباحی، پرویز. (۱۳۹۳). مقایسه عملکرد توجه در افراد وابسته به مت آمفتامین. *مجله روانشناسی بالینی*. ۶ (۲)؛ ۸۵-۹۵.

شریفی، نداد؛ اسعدی، سید محمد؛ امینی، همایون؛ کاویانی، حسین؛ سمنانی، یوسف؛ شعبانی، امیر (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای DSM-IV. *تازه های علوم شناختی*. ۲۱ (۲). ۱۰-۲۲.

زرگر، فاطمه؛ محمدی، ابوالفضل؛ امید، عبدالله و باقریان سرآوردی، رضا (۱۳۹۱). موج سوم رفتاردرمانی با تاکید بر رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش، *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰ (۵)، ۳۸۳-۳۹۰.

عدالتی، هانیه و یزدی، بنی جمالی. (۱۳۸۶). بررسی تأثیر درمان کنترل تکانه بر کاهش تکانشگری در دانشجویان تکانشی دانشگاه الزهراء. *پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده*، تهران، دانشگاه الزهراء.

فروزانفر، آزاده؛ غلامعلی لواسانی، مسعود؛ شعاع کاظمی، مهرانگیز. (۱۳۹۶). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی زنان وابسته به سوء مصرف مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*. ۱۱ (۴۴)، ۱۵۴-۱۳۵.

گروسی فرشی، میرتقی؛ محمود علیلو، مجید؛ ارجمند قجور، کیومرث (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین مدت مصرف و ترک در سوگیری توجه نسبت به محرک های وسوسه انگیز مربوط به مواد افیونی. *فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی*. ۴ (۱۵)؛ ۱۵۳-۱۷۳.

مکری، آذرخش، اختیاری، حامد؛ عدالتی، هانیه؛ گنجگاهی، حبیب (۱۳۸۷). ارتباط میزان
ولع مصرف با ابعاد مختلف شدت اعتیاد در معتادان تزریقی هرویین. *مجله روانپزشکی*
و روانشناسی بالینی ایران، سال چهاردهم، شماره ۳، ۳۰۶-۲۹۸.

نیرومند، فاطمه؛ ابراهیمی، صدیقه، قاهری، عباس. (۱۳۹۶). بررسی تکانشوری در سوء مصرف
کنندگان مواد قبل و پس از درمان نگه دارنده با متادون. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*. ۱۱ (۴۴)،
۲۴۳-۲۵۶.

ویلسون، کلی، جی؛ گیفورد، الیزابت؛ بتن، سومیا (۱۳۹۳). پروتکل انفرادی پذیرش و تعهد برای
سوء مصرف کنندگان مواد مخدر. ترجمه فرهاد اصغری و همکاران، تهران: انتشارات پژوهش
هنر و اندیشه.

هیز، استیون. سی؛ استروسال، کرک (۱۳۹۴). *راهنمای عملی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*،
ترجمه عزیزاده موسوی و پیرجاوید. تهران: فرا انگیزش.

Aram, P. W., Bailey. G. J. R., Lavin, A. & See. R. (2011). Methamphetamine
Self-Administration Produces Attentional Set-Shifting Deficits and Alters
PrefrontalCortical Neurophysiology in Rats. *Biological Psychiatry*, 69(3):
253° 259.

American Psychiatric Association.(2013) *Diagnostic and statistical manual
of mental disorders, 5th,DSM-5*.American Psychiatric Publishing.

Barratt, E., Stanford, M. S., Kent, T. A., & Felthous, A.(1995).
Neuropsychological and cognitive psychophysiologicalsubstrates of
impulsive aggressions. *Societyof Biological Psychiatry*, 41, 1045-1061.

Barratt ES, Stanford MS, Kent TA, Felthous A(1997)Neuropsychological
and cognitivepsychophysiological substrates of impulsiveaggression. *Biol
Psychiatry*.;41(10):1045-61.PMID: 9129785

Breslin, F. C., Zack, M., &McMain,S. (2002). An information processing
analysis ofmindfulness:Implication for relapse prevention in the treatment
of substance abuse.*Clinical Psychology, Science and Practice*,9,275-299.

Bolla, K. I., Eldreth, D.A., Matochik, J.A., Cadet, J.L. (2005). Neural
substrates of faultydecisionmaking in abstinent marijuana
users.*NeuroImage*; 26: 480° 492.

Dawe S, Loxton NJ.(2004) The role of impulsivity in the development of
substance use and eating disorders. *Neuroscience &Biobehavioral
Reviews*.;28(3):343° 51.

Dawe, S., Gullo, M.J., Loxton, N.J.,(2008).Impulsivity and adolescent
substance use: Rashly dismissed as ll-bad *Neuroscience and
Biobehavioral Reviews*. 32 1507° 1518.

Dougherty, D.M., Mathias, Ch.W., Marsh, D.M. Moeller, F.G., Swann, A.C.
(2004), Suicidal behaviors and drug abuse: impulsivity and its
assessment , *Drug and Alcohol Dependence*. 76S S93° S105.

- Hayes, S.C., Lillis, C. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy (Theory Psychotherapy)*. Amer Psychological Assn
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-65.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processes and Outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 4, 1-25.
- Hester, R., Garavan, H. (2004). Executive dysfunction in cocaine addiction: evidence for discordant frontal, cingulate, and cerebellar activity. *Journal of Neuroscience*, 24, 11017° 11022.
- Ingram RE, Hayes A, Scott W.(2000) Empirically supported treatments: A critical analysis. In Snyder CR, Ingram RE(Eds.). Handbook of psychological change: Psychotherapy processes and practices for the 21st century. New York: Wiley.; pp: 40-60.
- Jacobson N.S., Follette WC, Revenstorf D(1984). Psychotherapy outcome research:Methods or reporting variability andevaluating clinical significance. *BehaviorTherapy*;15:336-352
- Kazdin, A.E. (1992). *Research Design in Clinical Psychology (2ed)*. Boston: Allyn and Bacon.
- Leshner, A. (1999).principles of drug addiction treatment:a research-based guide. *National Institute of health(NIH) publication NO.9..pp.3-33*
- Leigh, J., Bowen, S., &Marlatt, GA. (2005). Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addictive behaviors*, 30(7):1335-41.
- Li, C. S., Milivojevic, V., Kemp, K., Hong, K. & Sinha, R. (2006). Performance monitoring and stop signal inhibition in abstinent patients with cocaine dependence. *Drug Alcohol Dependence*, 85, 205° 212.
- McKetin, R., Kelly, E., and McLaren, J. (2006). The relationship between crystalline methamphetamine use and methamphetamine dependence. *Drug andAlcohol Dependence*, 85, 198-204.
- Morrison, Kate L. (2016). Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Impulsive Decision Making. Utah State University Digital Commons.
- Noel, X., Brevers, D., &Bechara, A. (2013). A neurocognitive approach to understanding the neurobiology of addiction. *Current opinion in neurobiology*, 23(4), 632-638.
- Nordahl, T. E., Salo, R., and Leamon, M. (2003). Neuropsychological effects of chronic methamphetamine use on neurotransmitters and cognition: a review. *Journal of europsychiatric Clinical Neuroscience*, 15, 317-325.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barrat, E. S. (1995). Factor structure of the barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51: 768-774.
- Semple, S., Patterson, T., and Grant, I. (2005). Methamphetamine use and depressive symptoms among heterosexual men and women. *Journal of Substance Use*, 10(1), 31-47.
- Stratton, Kelcey J. (2006). Mindfulness-Based Approaches to Impulsive Behaviors. The New School Psychology Bulletin Volume 4, No. 2.49-71

- Semple, S., Patterson, T., and Grant, I. (2005). Methamphetamine use and depressive symptoms among heterosexual men and women. *Journal of Substance Use*, 10(1), 31-47.
- Smout, M. (2008). Psychotherapy for Methamphetamine Dependence, *Drug and Alcohol Services South Australia*. 23,418- 429.
- Topp, L., Degenhardt, L., Kaye, S., and Darke, S. (2002). The emergence of potent forms of methamphetamine in Sydney, Australia: A case study of the IDRS as a strategic early warning system. *Drug and Alcohol Review*, 21, 341-348.
- Tran, G.Q., & Smith, G.P. (2004). Behavioral Assessment in the Measurement of Treatment Outcome, In. S.N. Haynes, & E.M. Heiby (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment* (pp. 269-290). New York: Wiley.
- Verdejo - Garcia, A., Bechara, A. ; Recknor, E. C. & Perez-Garcia, M. (2007). Negative emotion-driven impulsivity predicts substance dependence problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 91, 213° 219.
- Verdejo - Garcia, A., Lawrence, A. J. & Clark, L. (2008). Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: Review of findings from high risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32, 777° 810.

