

بررسی کارایی درمان پذیرش و تعهد (ACT) در پیشگیری از بازگشت در معتادین به شیشه: یک مطالعه تجربی

کیومرث ارجمند قجور^{۱*}

مجید محمود علیلو^۲

زینب خانجانی^۳

عباس بخشی‌پور^۴

چکیده

هدف مطالعه حاضر بررسی کارایی درمان پذیرش و تعهد (ACT) در پیشگیری از بازگشت در معتادین به شیشه بود. در پژوهش حاضر از طرح تجربی تک‌موردی از نوع خط پایه چندگانه ناهمزمان با آزمودنی‌های متفاوت استفاده شد. به همین منظور سه نفر از بیماران مرد وابسته به شیشه که دوره‌ی سم‌زدایی را سپری کرده و به اداره بهزیستی تکاب و مرکز ترک اعتیاد این شهرستان مراجعه کرده بودند به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و تحت درمان ۱۲ جلسه‌ای ACT قرار گرفتند. از ابزارهای پژوهش مانند مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-5-RV)، پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، مقیاس پیش‌بینی بازگشت 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. نتایج حاصله نشان داد کارایی درمان پذیرش و تعهد در پیشگیری از بازگشت در معتادین به شیشه از لحاظ آماری ($P < 0.05$)، بالینی و سنجش عملیاتی معنادار است و روش درمانی پذیرش و تعهد می‌تواند در پیشگیری از بازگشت در معتادین به شیشه در مراکز درمانی مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پیشگیری از بازگشت، شیشه

^۱- دکترای تخصصی روانشناسی، مدرس دانشگاه پیام نور تکاب، ایران، تکاب. (نویسنده مسئول) Arjomand_k@yahoo.com

^۲- استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

^۳- استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

^۴- استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

مقدمه

امروزه سوءمصرف مواد^۱ و وابستگی^۲ به آن به یکی از معضلات عمده زیستی، روانی و اجتماعی تبدیل شده است. سوءمصرف مواد به واسطه کاهش کیفیت زندگی، افزایش میزان مرگ و میر، تقلیل در ارزش‌های اجتماعی و اخلاقی و افزایش رفتارهای مجرمانه؛ به یکی از مهم‌ترین موضوعات مرتبط با سلامت روان قرار گرفته است (لینک^۳ و همکاران، ۲۰۰۶؛ به نقل از گروسی فرشی، محمود علیلو و ارجمند قجور، ۱۳۸۸). وقتی که فرد مصرف مواد را آغاز می‌نماید و به مصرف خود ادامه می‌دهد، بتدریج از نظر جسمانی نیز به ماده مورد مصرف وابسته می‌شود و به موازات وابستگی جسمانی و اختلالات بدنی، فرد دچار مشکلات روانی خاصی شده و عملکرد اجتماعی او نیز دچار ناهنجاری می‌شود (بهاری، ۱۳۹۲).

موادی که مورد سوءاستفاده معتادان قرار می‌گیرد به انواع مختلف تقسیم‌بندی می‌شوند. شیشه یا مت-آمفتامین^۴ شکل قوی آمفتامین^۵ است که سوءمصرف‌کنندگان آن را به شکل استنشاقی، تدخین یا تزریق وریدی مصرف می‌کنند. اثرات روان‌شناختی آن ساعت‌ها طول می‌کشد و بخصوص اثرات قوی دارد. برخلاف کوکائین که بایستی از خارج وارد شود، شیشه یک داروی صناعی است که می‌توان آن را در آزمایشگاه‌های غیر قانونی محلی به دست آورد (بارلو و دوراند، ۱۳۹۶).

یافته‌های به دست آمده نشان می‌دهد که مصرف طولانی مدت شیشه، تغییرات ماندگاری را در سیستم انتقال دهنده‌های عصبی دوپامین به وجود می‌آورد و چون این سیستم انتقال‌دهنده عصبی در کارکردهای شناختی، حرکتی و پاداش درگیر هستند، دامنه وسیعی از الگوهای رفتاری و شناختی را در برمی‌گیرند (رابینز^۶، ۲۰۰۵، به نقل از حداد، خسروی، نجفی و صباحی، ۱۳۹۳). به عنوان مثال، مصرف طولانی مدت کوکائین با کاهش کارکرد گیرنده‌های دوپامین (آرام، بایلی، لاین و سی، ۲۰۱۱) و اختلال در کارکرد قشر پیش‌پیشانی (بولا، ارنست، کیل، موراتیدس و الدرت^۷، ۲۰۰۴)، کمربند قدامی و مخچه باعث اختلال در حافظه، شناخت‌ها و هیجانات می‌شود که این عوامل با ایجاد وسوسه مصرف، لغزش و ادامه مصرف مواد به رغم میل فرد در ارتباط است (هستر و گاروان^۸، ۲۰۰۴).

1-Substance abuse

2-dependence

3-Link et al

4- Methamphetamine

5- amphetamine

6-Robbins

5-Bolla, Ernst, Kiehl, Mouratidis & Eldreth

6.Hester & Garavan

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

عوامل مختلفی در سوءمصرف مواد دخیل هستند. از میان این عوامل مؤثر در سوءمصرف مواد، لغزش^۱ و بازگشت^۲، وسوسه^۳ مصرف نقش مهم‌تری در حفظ موقعیت سوءمصرف و وابستگی به مواد دارد. وسوسه مصرف، یک میل غیرقابل کنترل برای مصرف مواد است، میلی که اگر برآورده نشود رنج‌های روانشناختی و بدنی فراوانی همچون ضعف^۴، بی‌اشتهایی، اضطراب، بی‌خوابی، پرخاشگری و افسردگی را در پی دارد (انستیتو ملی سوءمصرف مواد^۵، ۱۹۹۶). پس از رسیدن به حالت پرهیز، میل شدیدی برای تجربه دوباره اثرات ماده مصرفی دیده می‌شود. این احساس ممکن است از چند ساعت پس از ترک تا چندین ماه پس از پایان درمان دیده شود. این پدیده معمولاً به میزان زیادی، در نخستین ماه‌های سم‌زدایی گزارش می‌شود. سپس فراوانی و شدت آن، کاهش می‌یابد، اگرچه به‌ندرت ناپدید می‌شود (زیکلر^۶، ۲۰۰۵). در بسیاری از تعاریف امروزی از اعتیاد و وابستگی دارویی، حس وسوسه مصرف^۷ به عنوان پدیده‌ی مرکزی و عامل اصلی لغزش و ادامه سوءمصرف و همچنین بازگشت به اعتیاد پس از دوره‌های درمانی شناخته می‌شود. وسوسه مصرف را می‌توان عامل ایجاد علائم ترک^۸ روانی و جسمانی دانست.

نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که مکانیسم‌های عصب-شیمیایی مغزی خاصی در وسوسه و ولع مصرف بیماران وابسته به مواد درگیر است. ماروین^۹ (۲۰۰۸) یکی از مهم‌ترین نظریات در این زمینه را تحت عنوان نظریه آبخاری بلوم^{۱۰} در تبیین اختلال وابستگی به مواد مطرح می‌سازد. این نظریه معتقد است ناهنجاری‌های ژنتیکی، منجر به اختلال در فرآیندهای عصب-شیمیایی شده و همین امر بیماران وابسته به مواد را به سوی ماریچ سخت ولع مصرف، وسوسه و لغزش می‌کشاند. در این بیماران فرکانس‌های مغزی، و به دنبال آن عامل زیست‌شیمیایی خاصی قفل شده و افراد قادر به درک و حس کردن تقویت در شرایط عادی، آنگونه که افراد سالم هستند، نمی‌باشند. این افراد تنها به وسیله‌ی مصرف مواد می‌توانند آن عامل زیست‌شیمیایی قفل شده را فعال ساخته و احساس تقویت را دریافت کنند.

رویکردهای مختلفی برای درمان سوءمصرف مواد ارائه شده است. مرور مطالعات گذشته نشان می‌دهد،

1-lapse

2-relapse

3-craving

4- asthenia

5- National Institute on Drug Abuse

6. Zikler

7. Subjective craving

8. Withdrawal

9. Marvin

10. Blum's theory

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

اثربخشی درمان‌های نگهدارنده‌ی دارویی، بدون مداخله‌های روانی - اجتماعی، به علت اطاعت دارویی^۱ پایین و میزان بالای ریزش^۲ ضعیف می‌باشد (روزن، وارت، وینت، برینک، یانگ و کربوف، ۲۰۰۶).

در درمان‌هایی که به‌عنوان موج سوم درمان‌های شناختی - رفتاری معروف هستند، عقیده بر این است که شناخت‌ها و هیجانات را باید در بافت مفهومی پدیده‌ها در نظر گرفت. به همین دلیل، به جای رویکردهایی مانند درمان شناختی - رفتاری^۳ که شناخت‌ها و باورهای ناکارآمد را اصلاح کرده تا هیجانات و رفتارها اصلاح شود، در اینجا به بیمار آموزش داده می‌شود که در گام اول هیجانات خود را بپذیرد و با زندگی در «اینجا و اکنون»^۴ از انعطاف‌پذیری روانشناختی بیشتری برخوردار شود. به همین دلیل در این درمان‌ها فنون شناختی - رفتاری سنتی را با ذهن‌آگاهی^۵ ترکیب می‌کنند (هیز و لوما و باند، ۲۰۰۶).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۶ (ACT)، که توسط استیون هیز^۷ 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^۸ در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترل نامؤثر کاهش یابد (هیز و استروسال^۹، ۱۳۹۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل استفاده از تکنیک‌های مختلف و توجه به مفاهیمی مانند، پذیرش، ذهن‌آگاهی (خود به عنوان زمینه)، زندگی در لحظه اکنون، گسلش شناختی، ارزش‌ها و عمل متعهدانه که باعث انعطاف‌پذیری روان-شناختی می‌شود، می‌تواند ضمن کاهش وسوسه، علایم و پیامدهای قطع مصرف مواد، اثربخشی درمان و جلوگیری از لغزش و بازگشت بیمار را بالا ببرد (هیز و لیلیس، ۲۰۱۲). فرآیندهای اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال آن است که به افراد مختلف از جمله بیماران وابسته به مواد بیاموزد چگونه دست از بازداری فکر بردارند، چگونه از افکار مزاحم بگسلند و چگونه هیجانات نامطبوع را بیشتر تحمل کنند تا بتوانند با وسوسه‌ی مصرف مواد مقابله کرده و به دنبال آن میزان لغزش و بازگشت را کاهش دهند (هیز و لیلیس، ۲۰۱۲). رویکرد درمانی پذیرش و تعهد برای درمان طیف گسترده‌ای از وضعیت‌های بالینی معلوم شده است (هیز و

^۱.compliance

^۲. dropout

^۳.cognitive-behavioural therapy

^۴.here and now

^۵.mindfulness

^۶.Hayes, Luoma & Bond

^۷.Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

^۸.Hayes et al

^۹ Psychological Acceptance

^{۱۰}.Hayes & Strosahl

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

استروسال، ۱۳۹۴). بررسی‌ها نشان می‌دهند که درمان‌های مبتنی بر موج سوم، در اختلال سوءمصرف مواد و پیشگیری از احتمال لغزش و بازگشت، کاهش فشارروانی، درد مزمن، اضطراب، افسردگی، اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، اختلال پس‌ازاسترس ضربه‌ای و سایر اختلال‌ها مؤثر می‌باشند (ویتکویتز، مارلات و واکر، ۲۰۰۵). مرور پیشینه‌ی پژوهشی نشان می‌دهد که وسوسه و ولع مصرف معتادان، نه تنها با احتمال لغزش و بازگشت، بلکه با ویژگی‌های تعیین‌کننده شدت اعتیاد، طول مدت آن، ترک‌های ناموفق و عوامل دیگر مرتبط با آن مانند سوءمصرف چند دارو (ایلهان، دمیرباس^۱ و دوگان، ۲۰۰۶؛ والتون موس و مک کال^۲، ۲۰۰۶) نیز، ارتباط مستقیمی داشته و از آنها تأثیر می‌پذیرد. همچنین نتایج فراتحلیل لی، میلیوجویک، کمپ، هانگ و سینها (۲۰۰۶) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله امیدبخش برای اختلالات مصرف مواد است. کیانی، قاسمی و پورعباس (۱۳۹۱) در پژوهشی به مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان شیشه پرداختند. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که دو گروه‌درمانی بر شدت ولع مصرف در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معناداری داشتند. دبای، اصغرنژاد، عاطف وحید و بوالهروی (۱۳۸۶) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر پایه تفکر نظاره‌ای (ذهن‌آگاهی) و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی به این نتیجه دست یافتند که دو روش شناختی- رفتاری و شناخت درمانی مبتنی بر تفکر نظاره‌ای در کاهش میزان عود، افزایش اطاعت درمانی، مدت باقی ماندن در درمان، کاهش مصرف مواد افیونی، علائم جسمانی، اضطراب، بهبود کارکرد اجتماعی و افزایش تأثیر معنویت بر رفتار از نالترکسون مؤثرترند. زرگر، محمدی، امیدی و باقریان سرارودی (۱۳۹۱) در مقاله‌ای مروری تحت عنوان موج سوم رفتار درمانی، با تأکید بر رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش، روش‌های درمانی موج سوم رفتاردرمانی را مطرح کرده‌اند و همچنان اثربخشی این روش را در جلوگیری از عود مواد افیونی مؤثر دانسته‌اند.

بنابراین با توجه به مباحث مطرح شده و نظر به اینکه مطالعات زیادی در ایران در زمینه بررسی کارایی درمان ACT انجام نشده است، ضرورت انجام پژوهش حاضر احساس می‌شود. لذا، هدف مطالعه حاضر بررسی کارایی درمان پذیرش و تعهد (ACT) در پیشگیری از بازگشت در معتادین به شیشه بود.

روش پژوهش

طرح این پژوهش، از نوع طرح پایه چندگانه^۳ ناهمزمان^۴ یا پلکانی با آزمودنی‌های متفاوت^۱ و

1. Ilhan & Demirbas
2. Walton-Moss & McCaul
3. Multiple-baseline design
۴. nonconcurrent

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

سنجش پیوسته^۲ بود. نمونه آماری در پژوهش حاضر شامل ۳ نفر از بیماران مرد وابسته به شیشه (مت-آمفتامین) بود که از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند^۳ از بین جامعه آماری تحقیق یعنی مراجعه‌کنندگان به مراکز ترک اعتیاد و اداره بهزیستی شهرستان تکاب در سال ۱۳۹۶ (جهت درمان سوءمصرف مواد و دریافت خدمات مشاوره و روانشناختی) و پس از مصاحبه‌ی تشخیصی توسط محقق و انجام مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته، انتخاب شد. نمونه 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 مت‌آمفتامین (شیشه)، عدم دریافت سایر درمان‌های دارویی و غیردارویی در حین اجرای پژوهش، سابقه قبلی از حداقل یکبار بازگشت، 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 بازگشت، سن پایین‌تر از ۳۰ و بالاتر از ۴۰، عدم انگیزه جهت ادامه دادن جلسات و خطر آشکار خودکشی.

ابزارهای پژوهش

مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-5-RV^۴): این مصاحبه براساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای وابستگی به شیشه و برای تأیید تشخیص ثبت شده در پرونده بیماران انجام گرفت. تران و اسمیت (۲۰۰۴)، ضریب کاپای ۶۰ درصد را به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش کرده‌اند. در بررسی شریفی، اسعدی، امینی، کاویانی، سمنانی و شعبانی (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) به‌دست‌آمده نیز خوب بود.

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

مقیاس پیش‌بینی بازگشت^۵ (RPS): مقیاس پیش‌بینی بازگشت (رایت^۶ و همکاران، ۱۹۹۳؛ به نقل از

^۱.Different individuals

^۲.Continuous assessment

^۳.Purposeful sampling

^۴.Structured Clinical Interview for DSM

^۵.relapse prediction scale

^۶.Whright

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

بک و رایت، ۱۳۸۰) یک مقیاس خودسنجی ۴۵ سوالی در مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای است و به منظور پیش‌بینی بازگشت به مصرف مواد در بیماران وابسته به مواد طراحی شد. هر سوال شامل یک موقعیت می‌شود که آزمودنی باید خود را در آن تصور کند. این مقیاس شامل دو قسمت می‌شود: ۱- شدت نیرومندی میل در موقعیت خاص و ۲- احتمال مصرف در آن موقعیت. روایی صوری و محتوایی پرسشنامه با استفاده از نظرات اساتید روانشناسی تایید شده است. در پژوهش مهرابی و همکاران (۱۳۸۳) اعتبار محاسبه شده برای این مقیاس با اجرا بر روی ۴۰ بیمار وابسته به مواد در دوره بهبود اولیه و با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس میزان وسوسه ۰/۹۴ و برای خرده مقیاس میزان میل ۰/۹۷ محاسبه شده است. همچنین در پژوهش فیروزآبادی، قنبری و طباطبایی (۱۳۸۸)، به منظور سنجش میزان پایایی آن بر روی یک نمونه ۴۵ نفره دارای ملاک‌های وابستگی به مواد اجرا شد. ضریب آلفای کرونباخ برای قسمت اول مقیاس که میل به مصرف و میزان وسوسه را می‌سنجد برابر با ۰/۵۸ و برای قسمت دوم که احتمال لغزش و مصرف مواد را می‌سنجد ۰/۶۳ محاسبه شد. همبستگی به دست آمده بین دو خرده مقیاس مذکور با استفاده از روش همبستگی پیرسون ($r=0/85$) نیز از لحاظ آماری، رابطه معناداری را نشان می‌دهد ($P<0/001$).

پروتکل انفرادی ACT برای افراد سوءمصرف کننده 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 پذیرش و تعهد قرار گرفتند.

روش اجرا

معتادان وابسته به شیشه 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 اینکه تشخیص اولیه و اصلی با همدیگر همخوانی داشت و ملاک‌های ورود و خروج رعایت شد، بیماران بعنوان نمونه آماری در نظر گرفته شدند و پس از تشریح اهداف پژوهش، رضایت‌نامه کتبی از آن‌ها اخذ شد. بعد از آنکه 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

^۱.Wilson, K &Gifford,E&Batten,S

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

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 سوء‌مصرف‌کنندگان مواد

ساختار جلسات	محتوای جلسات
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 و لای از 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، دروغ سنج، پیراشکی کرم دار، عاشق شدن).
جلسه پنجم	تمایل هیجانی (استعاره‌ی ساندویچ عزت نفس و کودک در آب‌نات فروشی و...).
جلسه ششم	تمایز فرد از برنامه ریزی (استعاره‌ها و تمرین‌هایی مانند دوکامپیوتر، 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، فرمول بندی مجدد قراردادهای کلامی و...).
جلسه هشتم	حرکت از پذیرش هیجانی به سمت تغییر رفتار (استعاره‌های گدای دم در، 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 بنزین 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	جمع بندی و ارزیابی کلی درمان.

روش تجزیه و تحلیل آماری

روش‌های مختلفی جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها در طرح‌های تک‌موردی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

^۱. Follow-up

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

نخستین روش تحلیل نتایج حاصله، استفاده از روش استاندارد ترسیم دیداری^۱ یا چشمی بود. همچنین از روش شاخص تغییر پایا^۲ (RCI) جیکوسون، فولتی و رونستروف (۱۹۸۴) برای محاسبه‌ی تغییر آماری معنادار^۳ نمرات استفاده شد. برای بررسی بهبودی یا تغییر بالینی معنادار^۴ یا سنجش پیشرفت مراجعان در تغییر متغیرهای آماری علاوه بر در نظر گرفتن نقطه‌ی برش ابزارها از روش درصد بهبودی نیز استفاده گردید. جهت بررسی کارایی، از شاخص‌های شش‌گانه کارایی (سنجش عملیاتی) اینگرم، هایس و اسکات^۵ (۲۰۰۰) نیز استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول ۲ ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها ارائه شده است.

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های پژوهش

شرکت کننده	سن	وضعیت تاهل	میزان تحصیلات	وضعیت اشتغال	اقدامات درمانی قبلی	مدت و 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

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

احتمال لغزش

میزان وسوسه

^۱. Visual inspection

^۲. Reliable & change index

^۳. Statistical significance change

^۴. Clinical significance change

^۵. Ingram, Hayes & Scott

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

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

علامت منفی (-) نشان‌دهنده تغییر کاهشی نمرات می‌باشد.

همانطور که جدول ۳ نشان می‌دهد، در بیمار اول و در متغیر میزان وسوسه، شاخص تغییر پایا بعد از مرحله درمان برابر با $(RCI = -۸/۷۴)$ و بعد از پیگیری $(RCI = -۸/۶۲)$ و همین ارقام برای متغیر احتمال لغزش به ترتیب برابر با $-۷/۵۰$ و $-۷/۳۹$ می‌باشد (مقدار شاخص تغییر پایای بدست آمده از مقدار Z یعنی $۱/۹۶$ بالاتر بوده و در سطح $P < ۰/۰۵$ معنادار است). همچنین درصد بهبودی در میزان وسوسه پس از درمان در مقایسه با مرحله خط پایه $۵۵/۰۳$ و بعد از پیگیری برابر با $۵۴/۲۶$ و در متغیر احتمال لغزش به ترتیب $۵۴/۴$ و $۵۳/۶$ درصد می‌باشد (درصد بهبودی بالاتر از ۵۰ است)، که نشان‌دهنده تاثیر مطلوب درمان در بهبود وضعیت میزان وسوسه و احتمال لغزش است و یافته‌ها از نظر آماری و بالینی در این بیمار معنادار می‌باشد.

در خصوص بیمار دوم مقادیر شاخص تغییر پایا در نمرات میزان وسوسه از مرحله خط پایه به مرحله درمان $(RCI = -۸/۲۵)$ و پیگیری $(RCI = -۸/۳۷)$ و در متغیر احتمال لغزش به ترتیب برابر با $-۶/۰۷$ و $-۶/۱۸$ می‌باشد. همچنین نمرات درصد بهبودی میزان وسوسه در مرحله پس از درمان و پیگیری به ترتیب

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

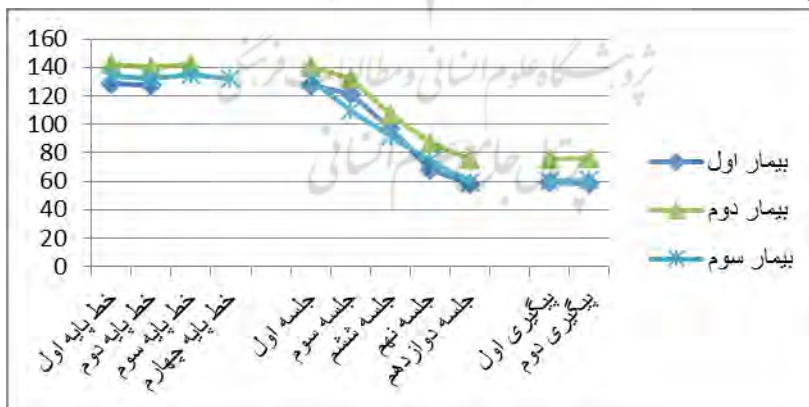
ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

۴۷/۱۸ و ۴۷/۸۸ درصد و در احتمال لغزش ۳۸/۱۹ و ۳۸/۸۸ درصد می‌باشد. یافته‌ها بر اساس مقادیر شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی نشان می‌دهد که در میزان وسوسه و احتمال لغزش، نمرات بیمار دوم به لحاظ آماری و بالینی کاهش معناداری یافته است.

شاخص تغییر پایای بدست آمده بعد از مرحله درمان در مقایسه با مرحله خط پایه در بیمار سوم و در میزان وسوسه برابر با $(RCI = -۹/۲۳)$ و بعد از مرحله سوم پیگیری $(RCI = -۹/۱۱)$ بوده و در متغیر احتمال لغزش به ترتیب $-۸/۳۸$ و $-۸/۲۷$ می‌باشد که این مقادیر از ارزش Z یعنی $۱/۹۶$ بالاتر می‌باشد و در سطح $(P < ۰/۰۵)$ معنادار است. همچنین درصد بهبودی بیمار سوم در مرحله پس از درمان و مرحله سوم پیگیری در میزان وسوسه، بالاتر از ۵۰ بوده و به ترتیب برابر با $۵۵/۹۷$ و $۵۵/۲۲$ می‌باشد و همین ارقام در متغیر احتمال لغزش به ترتیب برابر با $۵۸/۰۱$ و $۵۷/۲۵$ درصد است. یافته‌های موجود نشان می‌دهد که تغییرات حاصله از نظر آماری و بالینی معنی‌دار می‌باشد و ناشی از اثرات مداخله ACT است.

با مشاهده نمودار ۱ و ۲ مربوط به هر بیمار، در مرحله خط پایه تغییر خاصی در سطح نمرات هر سه بیمار دیده نمی‌شود اگرچه نمرات بیمار اول پایین‌تر و نمرات بیمار دوم بالاتر از بقیه است. با ورود به مرحله مداخله درمانی کاهش محسوس و پیوسته‌ای در نمرات هر سه بیمار تا آخر این مرحله دیده می‌شود و بیمار اول و سوم تقریباً در یک سطح قرار داشته اما بیمار دوم در سطح بالاتری از بیمار اول و سوم قرار گرفته است. در مرحله پیگیری نیز سطح نمرات آنها در مقایسه با مرحله خط پایه در حد پایینی قرار دارد، اگرچه تفاوت‌هایی در بین هر سه بیمار مشاهده می‌شود.

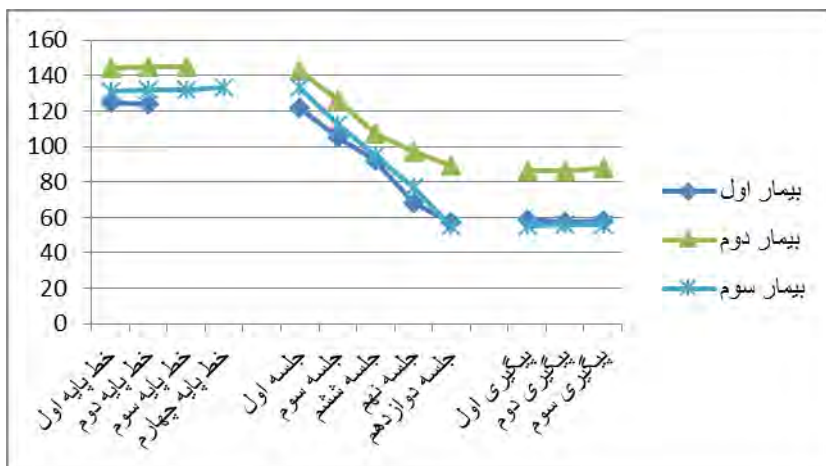
بنابراین با توجه به موارد فوق و داده‌های موجود که در جدول ۳ ارائه شده است، فرضیه‌های پژوهش تایید می‌شود.



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

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸



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

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین کارایی درمان پذیرش و تعهد (ACT) در پیشگیری از بازگشت در معتادین به شیشه انجام شد. یافته‌ها نشان داد که درمان پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش میزان وسوسه و احتمال لغزش در بیماران وابسته به شیشه موثر است. همچنین در بررسی شاخص‌های شش‌گانه کارایی (سنجش عملیاتی) از دیدگاه اینگرم، هاپس و اسکات (۲۰۰۰) از جمله اندازه تغییر (چقدر کاهش در آماج‌های اصلی درمان اتفاق افتاده است؟)، کلیت تغییر (چند درصد از بیماران تغییر کرده‌اند و چند درصد تغییر نکرده‌اند؟)، عمومیت تغییر (در سایر حوزه‌های زندگی مانند عملکرد شغلی، اجتماعی و روانشناختی چقدر تغییر رخ داده است؟)، میزان پذیرش (افراد تا چه اندازه در فرآیند درمان مشارکت داشته و آن را به پایان رسانده‌اند؟)، ایمنی (آیا در اثر درمان، سلامت روانی و جسمی بیماران کاهش یافته است؟) و ثبات (دستاوردهای درمان چقدر دوام داشته است؟)، نتایج حاکی از کارایی درمان پذیرش و تعهد (ACT) در پیشگیری از بازگشت در معتادین به شیشه است. نتایج به دست آمده با یافته‌های پژوهش ویتکویتز، مارلات و واکر (۲۰۰۵)؛ ایلهان و همکاران (۲۰۰۶)؛ والتون موس و مک کال (۲۰۰۶)؛ لی و همکاران (۲۰۱۵)؛ کیانی و همکاران (۱۳۹۱)؛ دباغی و همکاران (۱۳۸۶) و زرگر و همکاران (۱۳۹۱) همخوانی دارد. در خصوص تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت که بکارگیری روش‌های درمانی مانند درمان پذیرش و تعهد به دلیل سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند کارایی درمان را افزایش داده و در

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

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

هیز (۲۰۰۴) معتقد است که رویکرد پذیرش و تعهد درمانی به جای برطرف‌سازی و حذف عوامل آسیب‌زا، به بیماران کمک می‌کند تا هیجانات و شناخت‌های کنترل‌شده‌ی خود را پذیرفته و از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلات‌شان شده است، رهایی یابند. سگال و ویلیامز (۲۰۱۲) معتقدند که روش ذهن‌آگاهی عنصر اصلی بالا بردن خودآگاهی لازم برای توانمندسازی و پاسخ‌های مطلوب در شرایط بحرانی است و همواره به عنوان یک محرک قوی دائمی پیش‌گیرنده عمل می‌کند. این رویکرد می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار خودکار، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این‌رو نقش مهمی در کاهش وسوسه و احتمال لغزش ایفا می‌کند.

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

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

درمان ACT در کاهش وسوسه و ولع مصرف و به دنبال آن لغزش و احتمال بازگشت می‌تواند موثر باشد. از دلایل دیگر مهم کاهش میزان وسوسه و احتمال لغزش می‌توان به افزایش آگاهی بیماران نسبت به شرایط و نشانه‌های ایجاد کننده ولع مصرف، آگاهی از واکنش‌های نادرست قبلی به این نشانه‌ها مانند واکنش سریع و عجولانه، بدون تفکر و بدون ارزیابی شرایط محیطی و یادگیری مقابله موثرتر با این نشانه‌ها اشاره کرد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به خود گزارشی بودن متغیرهای مورد بررسی در پژوهش، کوتاه بودن دوره پیگیری ۶ هفته‌ای و تک جنسیتی بودن آزمودنی‌ها (مرد) اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی از دوره پیگیری طولانی‌تر و نیز از هر دو جنس استفاده شود.

منابع

- بارلو، دیوید؛ دوراند، مارک. (۱۳۹۶). *روانشناسی نابهنجاری*. تهران: انتشارات ابن سینا.
- بک، آرون تی؛ رایت، فرد دی. (۱۳۸۰). *درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدر*، ترجمه محمد علی گودرزی. شیراز: نشر راهگشا.
- بهراری، فرشاد (۱۳۹۲). *اعتیاد مشاوره و درمان (راهنمای تغییر رفتار اعتیادی در معتادان)*. تهران: نشر دانژه، چاپ دوم.
- حداد، شیما؛ خسروی، معصومه؛ نجفی، محمود؛ صباحی، پرویز (۱۳۹۳). مقایسه عملکرد توجه در افراد وابسته به مت‌آفتامین. *مجله روانشناسی بالینی*. ۲۶(۲): ۸۵-۹۵.
- دباغی، پرویز؛ اصغرنژاد فرید، علی اصغر، عاطف وحید، محمد کاظم و بوالهری، جعفر (۱۳۸۶). اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر پایه تفکر نظارهای (ذهن آگاهی) و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی، *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۳(۴)، ۳۶۶-۳۷۵.
- زرگر، فاطمه؛ محمدی، ابوالفضل؛ امیدی، عبدالله و باقریان سرآوردی، رضا (۱۳۹۱) موج سوم رفتاردرمانی با تاکید بر رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش، *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰(۵)، ۳۸۳-۳۹۰.
- شریفی، ونداد؛ 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. *تازه‌های علوم شناختی*. ۲۱(۲): ۱۰-۲۲.
- فیروزآبادی، عباس؛ قنبری، بهرام علی؛ طباطبایی، سید سجاد. (۱۳۸۸). اثربخشی تکنیک‌های هوشیاری فراگیر انفصالی و توجه گردانی در میزان وسوسه مصرف مواد و احتمال لغزش در بیماران مرد وابسته به مواد مخدر. *مجله اصول بهداشت روانی*. ۱۱(۴) ۳۰۱-۲۹۲.
- کیانی، احمدرضا؛ قاسمی، نظام‌الدین و پورعباس، علی (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف کنندگان شیشه، *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۲۷(۲۷): ۲۷-۳۷.

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

گروسی فرشی، میرتقی؛ محمود علیلو، مجید؛ ارجمند قجور، کیومرث (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین مدت مصرف و ترک در سوگیری توجه نسبت به محرک‌های وسوسه‌انگیز مربوط به مواد افیونی. **فصلنامه پژوهش‌های نوین**

روانشناختی. ۴(۱۵): ۱۵۳-۱۷۳

ناصری، اسماعیل؛ سهرابی، فرامرز؛ برجلی، احمد؛ فلسفی نژاد، محمد رضا. (۱۳۹۴). کارآمدی طرح‌واره درمانی دو وجهی در کاهش شدت وابستگی مردان وابسته به مواد مخدر مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی. **فصلنامه روانشناسی**

سلامت. ۴(۱)، ۹۸-۱۱۰.

نیک‌نام، ماندانا؛ مداحی، محمد ابراهیم؛ شفیق‌آبادی، عبدالله. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی معنادرمانی بر کاهش ولع و پیشگیری از بازگشت زنان وابسته به مواد. **فصلنامه روانشناسی سلامت**. ۷(۱)، ۷۴-۵۶.

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

هیز، استیون. سی؛ استروسال، کرک (۱۳۹۴). **راهنمای عملی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد**، ترجمه علیزاده 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 Prefrontal Cortical Neurophysiology in Rats. *Biological Psychiatry*, 69(3): 253-259.
- Bolla, K. I., Ernst, M., Kiehl, K. A., Mouratidis, M., Eldreth, D. A. (2004). Prefrontal cortical dysfunction in abstinent cocaine abusers. *Neuropsychology Clinical*. 16, 456-464.
- Hayes, S.C., Lillis, C. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy (Theory Psychotherapy)*. Amer Psychological Assn.
- Hayes S., Luoma J.B., Bond F. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, (44), 1-25.
- 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.
- Ilhan, I. O., Demirbas, H., & Dogan, Y. B. (2006). Validation study of the Turkish version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale for heavy drinking in a group of male patients. *Drug and Alcohol Review*, v25, pp357-360
- Ingram RE, Hayes A, Scott W. (2000) Empirically supported treatments: A critical analysis. In Snyder CR, Ingram RE (Eds.). *Handbook of psychological change: sychotherapy 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 and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352
- 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.

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

- Marvin W. (2008). Mathematically Derived Frequency Correlates in Cerebral Function: Theoretical and Clinical Implications for Neurofeedback Treatment. *Journal of Neurotherapy*, 1, 1-14.
- Mehrabi, H; Neshat Doost, H, Molavi, H. (2004). Effectiveness of family education as an add-on interventional therapy in reducing the relapse of dependent patients. *Journal of Psychology* .3, .278-262. (Persian).
- National Institute on Drug Abuse (1996). Craving in drug abuse and addiction. NIH Guide, 25 (12). Available on: <http://grant.nih.gov/grants/guide>
- Roozen, H.G., Waart, R.D., Windt, D., Brink, W., Yong, C. A., Kerkbof, AFM. (2006). A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. *Eur Neuro psychopharmacol*, 16, 311-323.
- Segal Z.V. Wiliam JM. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford press.
- 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.
- Walton-Moss, B., & McCaul, M. E. (2006). Factors associated with lifetime history of drug treatment among substance dependent women. *Addictive Behaviors*, 31, 246-53.
- Witkiewitz, K., Marlatt, A., & Walker, D. (2005). Mind-fulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders: The meditation tortoise wins the race. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 19, 221-229.
- Zikler, P. (2005). Nicotine medication also reduces craving in cocaine addicts. NIDA Notes, 15 (1). Available on: www.drugabuse.gov/NIDA_N.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی