

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری شناختی و ولع مصرف در افراد وابسته به مواد\*

بهزاد قلی‌زاده<sup>۱</sup>، حسین قمری گیوی<sup>۲</sup>، اسماعیل صدری دمیرچی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۶/۳۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۱/۰۶

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری شناختی و ولع مصرف در افراد وابسته به مواد بود. **روش:** پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل همه افراد دارای سوء مصرف مواد بود که در سال ۱۳۹۸ به مرکز ترک اعتیاد آزادی شهر اردبیل مراجعه کرده بودند. از میان آن‌ها، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، هر دو گروه به پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی و مقیاس وسوسه مصرف مواد پس از ترک پاسخ دادند. گروه آزمایش هشت جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری باعث افزایش یکی از مولفه‌های انعطاف‌پذیری شناختی (شامل مولفه ادراک گزینه‌های مختلف) گروه آزمایش شد، ولی تأثیر معناداری بر دیگر مولفه‌های انعطاف‌پذیری شناختی شامل ادراک کنترل‌پذیری و ادراک توجیه رفتار نداشت. همچنین، این مداخله موجب کاهش ولع مصرف در گروه آزمایش شد. **نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند منجر به افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و همچنین کاهش ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تحت درمان شود. همچنین، می‌توان از این شیوه درمانی در کنار سایر درمان‌های دارویی و غیر دارویی استفاده نمود.

**کلیدواژه‌ها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری شناختی، ولع مصرف، وابستگی به مواد

\* این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در دانشگاه محقق اردبیلی می‌باشد.

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی، گروه مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. پست

الکترونیک: moshavereh.behzad@gmail.com

۲. استاد، گروه مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۳. استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

## مقدمه

اعتیاد<sup>۱</sup> یکی از مهم‌ترین معضلات بهداشتی، روانی و اجتماعی قرن حاضر قلمداد می‌شود (برسلو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). اعتیاد مشتمل بر ابعاد گوناگونی مانند اعتیاد به اینترنت، قمار بیمارگونه<sup>۳</sup>، رفتار جنسی اجباری<sup>۴</sup>، خرید بیمارگونه<sup>۵</sup>، ورزش افراطی<sup>۶</sup>، اعتیاد به غذا و حتی اعتیاد به کار می‌شود (زیلبرمن، یادید، افراطی، نیومارک و راسووسکی<sup>۷</sup>، ۲۰۱۸). اعتیاد به مواد مخدر و دخانیات اصلی‌ترین بعد اعتیاد تلقی می‌شوند. شاخص‌ترین مشکلات مرتبط با سلامت روان در جامعه امروزی، سوء مصرف مواد و الکل است (وید، باچر، مک‌کنا و بن‌پوراس<sup>۸</sup>، ۱۹۹۲؛ به نقل از شباهنگ، رضائی و باقری شیخانگشسه، ۱۳۹۷). اعتیاد یک مشکل جهانی و پدیده‌ای آسیب‌زننده به اقتصاد، سلامتی و بنیان خانواده‌ها می‌باشد. به دلیل موقعیت خاص جغرافیایی کشور ایران، مساله اعتیاد از گذشته‌های دور به عنوان یکی از چالش‌های این منطقه بوده است (شعبانی و گیگلو مرادی، ۱۳۹۴). مطابق با پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۹</sup>، مهم‌ترین جنبه انواع مختلف سوء مصرف و اختلالات مرتبط با مصرف آن، مجموعه‌ای از علایم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک است که نشان می‌دهد فرد با وجود مشکلاتی که برایش پیش می‌آید همچنان به مصرف مواد ادامه می‌دهد. تغییر در مدارهای مغزی از مهم‌ترین نشانگان اختلالات مصرف مواد می‌باشد که مدت زمان زیادی پس از ترک مواد در فرد ادامه می‌یابد، به خصوص در افرادی که سابقه اعتیاد بلندمدت دارند (گنجی، ۱۳۹۹). اعتیاد به مواد با افت کیفیت زندگی، افزایش نرخ مرگ و میر، کاهش ارزش‌های اجتماعی و اخلاقی و افزایش رفتارهای گناهکارانه و غیر اخلاقی همراه می‌باشد که از اصلی‌ترین مسائل مرتبط با سلامت می‌باشند (اوزدل و ایکینسی<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۴). هم‌اکنون، علاوه بر سه معضل جهانی فقر و رشد جمعیت، از بین رفتن محیط زیست و جنگ هسته‌ای، مساله اعتیاد به مواد مخدر به

1. addiction
2. Breslau
3. pathological gambling
4. compulsive sexual behavior
5. compulsive buying
6. exercise dependence
7. Zilberman, Yadid, Efrati, Neumark & Rassoovsky
8. Weed, Butcher, McKenna & BenPorath
9. diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM-5)
10. Ozdel & Ekinici

عنوان معضل چهارم و اصلی‌ترین دغدغه قرن حاضر باعث شده است که جوامع زیادی در جهان با این مشکل دست و پنجه نرم کنند (جانسون و مک‌لیش<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶). با توجه به انبوه مشکلات حاصل از اعتیاد، اقدامات پیشگیرانه از معضل اعتیاد و رفتارهای اعتیادی ضروری می‌باشد و باید گفت پیشگیری از این مشکل مستلزم شناسایی عوامل خطر و عوامل نگهدارنده در برابر وابستگی به مواد است (نیکلاس، نیکلاس، ماجوسکی و پوزسویس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶؛ فازر-پولی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۷).

در این چهارچوب، باید گفت که یکی از متغیرهای مهم مرتبط با اختلال سوءمصرف مواد، انعطاف‌پذیری شناختی می‌باشد (فازر-پولی و همکاران، ۲۰۱۷). انعطاف‌پذیری شناختی به توانایی فرد برای برقراری ارتباط با لحظه حال بدون قضاوت و کاملاً آگاهانه بیان می‌شود که در آن فرد نظر و دیدگاه آگاهانه در غلبه بر احساسات و افکار مشکل‌آفرین را به کار می‌گیرد (ویگز و دراک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶). انعطاف‌پذیری شناختی از عوامل جدی و تاثیرگذار بر روابط اجتماعی افراد می‌باشد که منجر به ایجاد انطباق مثبت فرد با محیط می‌شود و فردی که انعطاف‌پذیری بالایی دارد با وجود تجارب ناگوار یا آسیب‌زا، توانایی سازگاری مثبتی با محیط خویش دارد (دنیس و واندروال<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰؛ فرهودیان، ۲۰۰۳). در این رابطه، وون گتسو، استالن هوف، هویزنگا، اسنل و ریدرینخوف<sup>۶</sup> (۲۰۰۴) و رنه‌مان<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۰۱) در تحقیقات خود به این نتیجه دست یافتند که انعطاف‌پذیری شناختی در افراد وابسته به مواد مخدر کاهش می‌یابد و منجر به افزایش رفتارهای بی‌هدف و کاستی توجه در آنان می‌گردد (سالو، گابی، فاسبندر و هنیک<sup>۸</sup>، ۲۰۱۱).

دنیس و واندروال (۲۰۱۰) برای مفهوم انعطاف‌پذیری شناختی سه بعد تعریف کرده‌اند: الف) رغبت به پذیرش موقعیت‌های سخت به عنوان موقعیت قابل کنترل، ب) قدرت ابراز توجهات مختلف برای رویدادهای زندگی و رفتار انسان، و ج) قدرت ایجاد پاسخ‌های

1. Johnson & McLeish  
2. Niklas, Niklas, Majewski & Puszczewicz  
3. Fusar-Poli  
4. Wiggs & Drake

5. Dennis & Vander Wall  
6. Von Geusau, Stalenhoef, Huizenga, Snel & Ridderinkhof  
7. Reneman  
8. Salo, Gaby, Fassbinder & Henik

متعدد در برابر شرایط سخت. شاه‌محمدزاده، میکائیلی، نریمانی و بشرپور (۱۳۹۳) در تحقیقات خود مشاهده نمودند که بین انعطاف‌پذیری شناختی در افراد وابسته به مواد مخدر و افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد، طوری که انعطاف‌پذیری شناختی در افراد مبتلاء به سوء مصرف مواد کمتر می‌باشد. جهانگیری، گل‌محمدیان و حجت‌خواه (۱۳۹۷) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش نشخوار فکری در افراد وابسته به مواد تحت متادون درمانی شد. افرادی که قابلیت بالایی در انعطاف‌پذیری دارند از توجهات جایگزین استفاده می‌کنند و به طور صحیحی قوانین ذهنی خود را مجدداً شکل می‌دهند. همچنین، این افراد شرایط سخت و دشوار یا رخدادهای استرس‌زا را می‌پذیرند و در مقایسه با افرادی که تفکر انعطاف‌پذیری ندارند، از لحاظ روان‌شناختی سازگاری و تطبیق بالایی نشان می‌دهند (فیلیپس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱).

از موارد مهم دیگری که نقش بسزایی در عود مصرف مواد دارد، ولع مصرف<sup>۲</sup> (هوس و وسوسه) می‌باشد. پیشینه‌ی طولانی در مورد پژوهش‌های مرتبط با پیوستگی مفهوم ولع مصرف و اعتیاد وجود دارد (اروکی، مکری و کیایی‌ضیابری، ۱۳۹۲). خیلی از رفتارهای مرتبط با اعتیاد با میل یا وسوسه مصرف همبسته می‌باشند. ولع یا وسوسه بیانگر عود مصرف در افراد وابسته به مواد است و از مهم‌ترین عوامل در عود مصرف مواد در افراد بهبود یافته از وابستگی به مواد مخدر می‌باشد (ریس و ویلیو کس<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶). به طور کلی، ولع مصرف برانگیزنده اصلی در اعتیاد و سوء مصرف مواد می‌باشد که میزان تسلط بر میل و وسوسه ارتباط نزدیکی با مصرف مواد دارد (کوبر<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴). اهمیت ولع مصرف تا جایی است که تقریباً همه نظریه‌های اعتیاد ولع مصرف و تاثیر تغییرات شناختی ناشی از آن را به عنوان خصیصه اصلی وابستگی به مواد و یک عامل مهم در درمان اعتیاد و پیش‌بینی و جلوگیری از عود در نظر می‌گیرند (اوهانا<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). آدرین و وین<sup>۶</sup> (۲۰۱۳) در

1. Phillips  
2. craving  
3. Reese & Veilleux

4. Kober  
5. Ohana  
6. Adrian & Wayne

پژوهشی به این نتیجه رسیدند که ولع مصرف به عنوان یک مانع قابل توجه برای درمان است.

شیوه‌های درمانی متعددی در رابطه با اختلال سوءمصرف مواد مطرح گردیده است (حسینی، ۱۳۹۴). درمان‌های شناختی-رفتاری موج سوم روان‌شناسی نظیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۱</sup> راهبردی‌ترین روش درمانی مرتبط با مشکلات افراد وابسته به مواد است. هدف از این درمان بر خلاف دگرگونی شناختی فرد، ارتقای روابط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش است. شش مولفه اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد عبارتند از: (۱) پذیرش، (۲) گسلش شناختی، (۳) بودن در زمان حال، (۴) خود به عنوان بافتار، (۵) ارزش‌ها و (۶) اقدام متعهدانه شامل دو بخش فرایندهای ذهن آگاهی و تغییر رفتار، تقسیم می‌گردد. این شش مولفه در ارتباط با یکدیگر منجر به انعطاف‌پذیری شناختی در فرد می‌شوند.

در حال حاضر، درمان‌های شناختی-رفتاری موج سوم به خصوص درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توانند تحول‌شگرفی در زمینه درمان اختلالات سوءمصرف مواد مخدر ایجاد کنند (استوتس و نورثراب<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵). تجربیات بالینی متعددی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را درخصوص اختلالات گوناگون مرتبط با مصرف مواد شامل مصرف سیگار (جونز<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۵)، مصرف چند مواد مختلف (لانزا، گارسیا، لاملاس و مندز<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴)، مخدرها (استوتس و همکاران، ۲۰۱۲) و آمفتامین‌ها (اسموت<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۰) تایید نموده‌اند. ذهن آگاهی و عمل و تجربه در زمان حال دو حیطه اصلی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشند (اسموت و همکاران، ۲۰۱۰). افراد یاد می‌گیرند که با پذیرش احساسات و هیجانات خود و پرهیز از اجتناب تجربی، در لحظه‌ی حال و اکنون زندگی کنند و با وسوسه‌های ناشی از مصرف مواد مقابله نمایند. تحقیقات کیانی، قاسمی و پورعباس (۱۳۹۱) بر روی ۳۴ مصرف‌کننده شیشه نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان ذهن آگاهی بر فراوانی میل به مصرف در دو مرحله پس‌آزمون

1. acceptance and commitment therapy  
2. Stotts & Northrup  
3. Jones

4. Lanza, Garcia, Lamellas & Menendez  
5. Smout

و پیگیری تاثیر معنی داری داشتند. در پژوهش دیگری، نتایج مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد برای ترک سیگار مثبت بود (بریکر، مان، مارک، لیو و پیترسون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). لائزا و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان اختلال سوء مصرف مواد در زنان زندانی پرداختند و نشان دادند که این مداخله منجر به نرخ پرهیز ۲۷/۸ درصد شد که پس از شش ماه به ۴۳/۸ رسید. همچنین، این درمان باعث کاهش آسیب‌شناسی روانی و افزایش قابل توجه انعطاف‌پذیری روانی در گروه آزمایش شد. در پژوهش دیگری نشان داده شده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به عنوان یک درمان عملی و پذیرفته شده برای مصرف‌کنندگان سیگار اعمال شود (مک کولین و زوولنسکی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵). مطالعات صورت گرفته در زمینه اعتیاد بیانگر این مسئله است که میزان بازگشت به اعتیاد به دنبال درمان وابستگی به مواد و دوره سم‌زدایی بالاست و عوامل روان‌شناختی به میزان زیادی فرد را برای عود آسیب‌پذیر می‌کنند. مطابق سوابق پژوهشی، میزان ولع مصرف و انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند از جمله عوامل خطر مهم برای بروز عود اعتیاد باشند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و تعهد در عمل می‌تواند علاوه بر کاهش علائم، انگیزه‌ی بیماران را بالا ببرد و باعث افزایش سلامت روانی آن‌ها گردد تا لغزش کمتری داشته باشند. با این وجود، با توجه به محدود بودن پژوهش‌ها و نیز عدم وجود پژوهش کافی در کشورمان در ارتباط با اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی و ولع مصرف در افراد وابسته به مواد، مطالعه حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال بود که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی و ولع مصرف افراد وابسته به مواد تاثیر دارد؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. تمامی افراد دارای وابستگی به مواد که در نیمه اول سال ۱۳۹۸ به مرکز ترک اعتیاد آزادی شهر اردبیل مراجعه کرده بودند، جامعه آماری این پژوهش را تشکیل دادند. از بین این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۸۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردید. پس از غربالگری با استفاده از مصاحبه بالینی و با توجه به معیارهای ورود، نهایتاً تعداد ۳۰ نفر از این افراد انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: دریافت تشخیص وابستگی به مواد توسط روان‌شناس یا روان‌پزشک، سطح تحصیلات حداقل اول متوسطه، تمایل به شرکت در جلسات درمانی، عدم وجود اختلالات روان‌پزشکی دیگر، محدوده‌ی سنی ۲۵ تا ۵۵ سال و گذشتن حداقل ۱ سال از اعتیاد. معیارهای خروج از پژوهش عبارت بودند از: ابتلا به هر نوع اختلال روان‌پزشکی دیگر، نداشتن توانایی جسمانی برای شرکت در جلسات گروهی و انصراف از شرکت در جلسات. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره در نرم‌افزار اسپاس‌اس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### ابزار

۱- پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی<sup>۱</sup>: این پرسش‌نامه توسط دنیس و وندروال (۲۰۱۰) معرفی شده و یک ابزار خودگزارشی کوتاه ۲۰ سوالی است که برای سنجش انعطاف‌پذیری شناختی به کار می‌رود. این پرسش‌نامه برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیر بالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی-رفتاری افسردگی و سایر بیماری‌های روانی به کار می‌رود. در ایران، شماره، فرمانی و سلطانی (۲۰۱۴) نسخه فارسی این مقیاس را هنجاریابی کردند و سه زیرمقیاس برای این پرسش‌نامه بدست آوردند که عبارتند از: زیرمقیاس‌های ادراک

گزینه‌های مختلف (سوالات ۳، ۵، ۶، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰)، ادراک کنترل‌پذیری (سوالات ۱، ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۵ و ۱۷) و ادراک توجیه رفتار (سوالات ۸ و ۱۰). این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم=۱، مخالفم=۲، کمی مخالفم=۳، نظری ندارم=۴، کمی موافقم=۵، موافقم=۶ و کاملاً موافقم=۷) نمره‌گذاری می‌شود. همچنین، سوالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱ و ۱۷ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. کمترین و بیشترین نمره در این پرسش‌نامه به ترتیب ۲۰ و ۱۴۰ می‌باشد. پایایی همزمان این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه افسردگی بک<sup>۱</sup> برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرای آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی هارتین و رابین<sup>۲</sup> ۰/۷۵ بود (دنيس و ولندروال، ۲۰۱۰). در ایران، شاره و همکاران (۲۰۱۴) ضریب بازآزمایی کل پرسش‌نامه را ۰/۷۱ و ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، پایایی پرسش‌نامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

۲- پرسش‌نامه سنجش ولع مصرف مواد پس از ترک<sup>۳</sup>: پرسش‌نامه سنجش وسوسه مصرف مواد پس از ترک توسط فلدردی، ضیایی و برعرفان (۲۰۰۸) ارائه شده است و مشتمل بر ۲۰ سوال ۶ گزینه‌ای است که به منظور سنجش میزان افکار و خیالات مربوط به مواد و وسوسه مصرف به کار گرفته می‌شود. نمره‌گذاری پرسش‌نامه به صورت طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (از کاملاً درست=۵ تا اصلاً=۰) می‌باشد. برای کسب نمره کل پرسش‌نامه، امتیاز همه‌ی سوالات را با همدیگر جمع می‌نماییم. پایین‌ترین امتیاز ممکن ۲۰ و بیشترین امتیاز ۱۰۰ خواهد بود. نمره بین ۲۰ تا ۴۰ نشان‌دهنده این است که وسوسه مصرف مواد پس از ترک پایین است. نمره بین ۴۰ تا ۶۰ نشان‌دهنده وسوسه متوسط مصرف مواد پس از ترک است. نمره بالاتر از ۶۰ نشان‌دهنده این است که وسوسه مصرف مواد پس از ترک بالا است. میزان پایایی این پرسش‌نامه بر حسب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش شده است. برای سنجش روایی این مقیاس، همبستگی این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه

اطمینان موقعیتی<sup>۱</sup> (آنیس و گراهام<sup>۲</sup>، ۱۹۸۸)، پرسش‌نامه هوس روانی (راب، گراسر، ویسا، پودسچوز و فلور<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵) و مقیاس‌های عواطف مثبت و منفی (واتسون، کلارک و تلجن<sup>۴</sup>، ۱۹۸۸) به ترتیب ۰/۵۳، ۰/۴۸، ۰/۳۲- و ۰/۵۵ به دست آمده است که تایید‌کننده روایی این پرسش‌نامه است (صالحی‌فدردی، برعان و امین‌یزدی، ۱۳۸۹). پایایی پرسش‌نامه در پژوهش فعلی بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

## روش اجرا

بعد از انتخاب نمونه و قرار دادن نمونه در دو گروه آزمایش و کنترل، جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه آزمایش در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بر اساس کتاب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هریس (۱۳۹۸) اجرا شد و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. شرح مختصر جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول ۱ ارائه شده است.

### جدول ۱: خلاصه پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هریس، ۱۳۹۸)

جلسات	محتوای جلسات
اول	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی با اعضای گروه، معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اهداف درمانی، ارائه اطلاعاتی در مورد مساله اعتیاد و عوارض و مشکلات ناشی از آن و همچنین تناسب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با اعتیاد، بیان قوانین حاکم بر جلسات درمانی و انتظارات اعضای گروه از اثربخشی جلسات.
دوم	ایجاد درماندگی خلاق بر اساس استعاره غذا دادن به بچه ببر و انجام تمرینات مربوط به پذیرش هیجان و احساسات. آموزش پذیرش و تمایل اعضا به استفاده از استعاره‌های توپ در استخر و استعاره ساختن یک خانه، انجام تمرین هشت مرحله‌ای ذهن آگاهی (مشاهده کردن، نفس کشیدن، بسط دادن، اجازه دادن، عینی‌سازی، عادی‌سازی، نشان دادن خوددلسوزی و بسط آگاهی) و ارائه تکلیف برای جلسه بعدی.
سوم	مرور مباحث جلسه قبلی و بررسی تکالیف، آموزش هم‌جوشی زدایی و اجتناب تجربه‌ای، بیان عوامل موثر در ایجاد هم‌جوشی (قوانین، قضاوت‌ها، گذشته، آینده و خود) بر اساس استعاره تماشای قطار ذهنی و دست‌ها به عنوان افکار و ارائه تکلیف برای جلسه بعدی.

**جدول ۱: خلاصه پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هریس، ۱۳۹۸)**

جلسات	محتوای جلسات
چهارم	مرور مباحث جلسه قبل و آموزش ارتباط با لحظه حال با استفاده از استعاره راه رفتن ذهن آگاهانه و انجام تمرین‌هایی برای افزایش ارتباط با لحظه حال، آموزش توجه آگاهی و ذهن آگاهی به اعضا و تعیین تکالیف مرتبط با مباحث برای جلسه بعدی.
پنجم	مرور مباحث جلسات قبل و آموزش خود به عنوان بافت بر اساس استعاره‌های حرف زدن و گوش دادن، استعاره مشاهده خود با استفاده از ارزش‌ها و استعاره شاهزاده و گدا و ارائه تکالیف جلسه بعدی.
ششم	مرور مباحث جلسات قبلی، بررسی ارزش‌ها و اهداف اعضا در زندگی و آموزش ارزش‌ها و تفکیک اهداف و ارزش‌ها از همدیگر بر اساس استعاره قهرمانان و استعاره لحظات خوب و تعیین تکالیف مرتبط با مباحث برای جلسه بعدی.
هفتم	مرور کلی مباحث جلسات گذشته و بررسی تکالیف، آموزش انجام عمل متعهدانه برای دسترسی به ارزش‌های مهم زندگی با استفاده از استعاره حرکت جسورانه و استعاره همسفران و آموزش نحوه غلبه بر موانع موجود بر سر راه عمل متعهدانه (موانع تجربه‌ای و موانع محیطی).
هشتم	پاسخگویی به سوالات اعضا در مورد مباحث مطرح شده در گروه، به اشتراک گذاشتن تجارب اعضا با همدیگر و ارائه بازخوردهایی متناسب با انتظاراتی که برآورده نشده است. در نهایت تقدیر و تشکر از همه اعضا به خاطر همکاری و مشارکت در گروه.

**یافته‌ها**

افراد مورد مطالعه در دامنه سنی ۲۵ تا ۵۵ سال بودند. از نظر تحصیلات، در گروه آزمایش، ۲۶/۶ درصد زیر دیپلم، ۶۰ درصد دیپلم، ۶/۷ درصد فوق دیپلم و ۶/۷ درصد لیسانس بودند. در گروه کنترل، ۴۰ درصد زیر دیپلم، ۴۰ درصد دیپلم، ۱۳/۳ درصد فوق دیپلم و ۶/۷ لیسانس بودند. در گروه آزمایش، ۸۶/۷ درصد شاغل و ۱۳/۳ درصد بیکار و در گروه کنترل ۹۳/۳ درصد شاغل و ۶/۷ درصد بیکار بودند. همچنین، از نظر وضعیت تاهل، در گروه آزمایش ۵۳/۳ درصد متاهل و ۴۶/۷ درصد مجرد بودند و در گروه کنترل ۶۶/۷ درصد متاهل و ۳۳/۳ درصد مجرد بودند. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

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

گروه کنترل		گروه آزمایش		شاخص‌ها	متغیرها
پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون		
۸۱/۰۶	۸۴/۴۶	۱۰۰/۲۰	۸۰/۳۳	میانگین	انعطاف‌پذیری شناختی
۸/۲۵	۱۵/۲۸	۱۳/۲۱	۱۶/۱۳	انحراف استاندارد	
۳۸/۲۰	۴۴/۱۳	۵۳/۸۰	۳۹/۳۳	میانگین	ادراک گزینه‌های مختلف
۶/۷۳	۹/۰۳	۸/۶۴	۹/۲۷	انحراف استاندارد	
۳۵/۳۳	۳۲/۱۳	۳۷/۱۳	۳۳/۴۰	میانگین	ادراک کنترل‌پذیری
۵/۵۷	۷/۳۱	۵/۹۶	۷/۸۹	انحراف استاندارد	
۷/۵۳	۸/۰۰	۹/۲۶	۷/۶۰	میانگین	ادراک توجه رفتار
۲/۱۹	۲/۶۷	۳/۱۰	۱/۹۵	انحراف استاندارد	
۵۰/۳۳	۵۰/۶۰	۲۷/۲۰	۵۴/۹۳	میانگین	ولع مصرف
۱۴/۸۲	۱۵/۶۱	۷/۱۷	۵/۲۸	انحراف استاندارد	

برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی و ولع مصرف از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. یکی از مفروضه‌های این تحلیل نرمال بودن توزیع نمرات است. نتایج غیر معنادار در آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای متغیر انعطاف‌پذیری شناختی در پس آزمون گروه آزمایش ( $Z=۰/۱۲$ ) و کنترل ( $Z=۰/۰۹$ ) نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع داده‌ها بود ( $p>۰/۰۵$ ). همچنین، نتایج غیر معنادار در این آزمون در پس آزمون گروه آزمایش برای مولفه‌های انعطاف‌پذیری شناختی شامل ادراک گزینه‌های مختلف ( $Z=۰/۱۱$ )، ادراک کنترل‌پذیری ( $Z=۰/۱۲$ ) و ادراک توجه رفتار ( $Z=۰/۱۲$ ) و در پس آزمون گروه کنترل برای ادراک گزینه‌های مختلف ( $Z=۰/۱۵$ )، ادراک کنترل‌پذیری ( $Z=۰/۱۰$ ) و ادراک توجه رفتار ( $Z=۰/۱۲$ ) تاییدکننده نرمال بوده داده‌ها در این خرده‌مقیاس‌ها بود ( $p>۰/۰۵$ ). به علاوه، نتایج غیر معنادار آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای متغیر ولع مصرف در پس آزمون گروه آزمایش ( $Z=۰/۱۶$ ) و کنترل ( $Z=۰/۱۴$ ) مفروضه نرمال بودن را تایید کرد ( $p>۰/۰۵$ ). همگنی واریانس‌ها به عنوان مفروضه دیگر از طریق آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج غیر معنادار این آزمون برای متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی ( $F=0/06$ ) و مولفه‌های آن شامل ادراک گزینه‌های مختلف ( $F=0/07$ )، ادراک کنترل‌پذیری ( $F=0/59$ ) و ادراک توجه رفتار ( $F=0/33$ ) و همچنین متغیر ولع مصرف ( $F=0/16$ ) تایید‌کننده همگنی واریانس‌ها بود. برای بررسی مفروضه‌ی برابری ماتریس واریانس-کواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد و نتایج غیر معنادار این آزمون حکایت از برقراری این مفروضه داشت ( $F=1/33$ ،  $Box's M=15/71$ ،  $p>0/05$ )، همچنین، بررسی تعامل متغیر مستقل با متغیرهای همپراش مورد بررسی قرار گرفتند و نتایج غیر معنادار به دست آمده برای مولفه‌ی ادراک گزینه‌های مختلف ( $F=0/095$ ،  $p=0/11$ )، ادراک کنترل‌پذیری ( $F=0/14$ ،  $p=0/83$ )، ادراک توجه رفتار ( $F=0/61$ ،  $p=0/10$ ) و ولع مصرف ( $F=0/03$ ،  $p=0/17$ ) تایید‌کننده مفروضه همگنی شیب رگرسیون بود ( $p>0/05$ ). با توجه به تایید این پیش‌فرض‌ها، تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شد. نتایج آزمون لامبدای ویلکز ( $F=16/48$ ،  $\lambda=0/24$ ،  $p<0/001$ ) نشان داد که بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد و ۷۶ درصد اثرات مشاهده شده مربوط به عضویت گروهی است. بنابراین، برای مشخص شدن این تفاوت‌ها بین دو گروه در رابطه با متغیرها، نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۳ ارائه شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی الگوهای تفاوت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
ادراک گزینه‌های مختلف	۱۸۷۰/۶۴	۱	۱۸۷۰/۶۴	۳۱/۱۵	* ۰/۰۰۱	۰/۵۴
ادراک کنترل‌پذیری	۱۸/۵۷	۱	۱۸/۵۷	۰/۵۸	۰/۴۵	۰/۰۲
ادراک توجه رفتار	۲۵/۸۹	۱	۲۵/۸۹	۳/۷۶	۰/۰۶	۰/۱۲
ولع مصرف	۱۹۹۶/۰۶	۱	۱۹۹۶/۰۶	۳۴/۱۶	* ۰/۰۰۱	۰/۵۶

\*  $p<0/001$ .

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری باعث افزایش یکی از مولفه‌های انعطاف‌پذیری شناختی شامل ادراک گزینه‌های

مختلف ( $F=15/31$ ) و همچنین کاهش ولع مصرف ( $F=34/16$ ) شد ( $p<0/001$ ). اما، در رابطه با مولفه‌های ادراک کنترل‌پذیری ( $F=0/58$ ) و ادراک توجیه رفتار ( $F=3/76$ ) تفاوت معناداری مشاهده نشد ( $p>0/05$ ). بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی از نوع ادراک گزینه‌های مختلف و کاهش ولع مصرف موثر بود.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی و ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تحت درمان انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های اسوانبرگ، مانک و لواندر<sup>۱</sup> (۲۰۱۷)؛ لانزا و منندز (۲۰۱۳)؛ جلوداری، سوداگر و بهرامی‌هیدجی (۱۳۹۸)؛ یاوری، نجفی و طباطبایی (۱۳۹۷)؛ جهانگیری و همکاران (۱۳۹۷) و میرانی (۱۳۹۴) همسو است. دلیل موفقیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روی انواع گوناگون اختلالات بالینی و نیز گروه‌های مختلف افراد این است که این رویکرد به دنبال تغییر محتوای افکار نیست، بلکه یک درمان رفتاری است که در آن از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌شود. در این رویکرد، انعطاف‌پذیری شناختی عبارت است از افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال بر اساس آنچه در آن لحظه برای آن‌ها امکان‌پذیر است و همچنین عمل کردن به شیوه‌ای است که منطبق بر ارزش‌های انتخاب شده باشد (هیز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد که مفهوم انعطاف‌پذیری روانی به توانایی افراد برای تمرکز به موقعیت کنونی و استفاده از فرصت‌های آن موقعیت برای گام برداشتن در راستای اهداف و ارزش‌های درونی با وجود و حضور رویدادهای روان‌شناختی ناخواسته اشاره دارد. به همین دلیل، مشکلات روان‌شناختی انسان عمدتاً به دلیل انعطاف‌ناپذیری روانی به وجود می‌آید که کاهش هم‌جوشی شناختی و اجتناب

تجربه‌ای می‌تواند عامل موثری در جهت افزایش آن باشد (هیز، لوما، بوند، مسودا و لیلیس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). به عبارت دیگر، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عبارت است از توانایی افراد برای ارتباط با لحظه حال به طور کامل به عنوان یک انسان هشیار و آگاه و تغییر یا تداوم رفتار در خدمت اهداف ارزشمند فرد (آرچ و کراسک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). جهانگیری و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و انعطاف‌پذیری شناختی در افراد وابسته به مواد تحت درمان متادون به این نتیجه رسیدند که این درمان بر کاهش نشخوار فکری و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی موثر است. همچنین، یاوری و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانی و سرمایه‌های روان‌شناختی همسران افراد تحت درمان متادون به این نتیجه دست یافتند که درمان مذکور بر افزایش انعطاف‌پذیری روانی و سرمایه‌های روان‌شناختی (امید، خوش‌بینی، تاب‌آوری و خودکارآمدی) موثر بود. اگرچه پژوهش‌های پیشین تایید‌کننده اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مولفه‌های تاثیرگذار و پیش‌بینی‌کننده اعتیاد بودند، اما به مولفه‌های انعطاف‌پذیری شناختی پرداخته نشده است که مشخص گردد که این شیوه درمانی به چه میزانی بر مولفه‌های ادراک گزینه‌های مختلف، ادراک کنترل‌پذیری و ادراک توجیه رفتار موثر می‌باشد و کدام یک از مولفه‌های شش‌گانه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری در روند درمان افراد وابسته به مواد دارا می‌باشد. انعطاف‌پذیری شناختی در رویارویی با موقعیت‌های غیر منتظره و غیر قابل پیش‌بینی در محیط، توانایی انسان را جهت سازش با راه‌کارهای شناختی نشان می‌دهد. انعطاف‌پذیری شناختی یک توانایی است که می‌تواند در روند فراگیری و آموزش کارایی داشته باشد و بر اساس تجربه آموخته شود. انعطاف‌پذیری شناختی شامل سازش با راه‌کارهای شناختی هماهنگ می‌باشد و تاکید بر کاربرد فرایندی پیوسته و معقول در رویارویی با حل مسائل دارد. بنابراین، هنگامی که شخصی بر روی یک مسئله ممارست می‌کند، سازگاری با تغییرات محیط جدید به وقوع

می‌پیوندد (کاناس، کویسادا، آنتولی و فاجاردو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). هم‌جوشی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به معنای گرفتار شدن در میان افکار و اجازه دادن به آن‌ها برای هدایت رفتارهای ما است. هم‌جوشی‌زدایی به معنای فرایند جدا شدن یا فاصله گرفتن از افکارمان است و اجازه دادن به این‌که بیایند و بروند به جای این‌که در میان آن‌ها گرفتار شویم. هم‌جوشی متشکل از شش مولفه اساسی است که عبارتند از: قوانین، دلایل، قضاوت‌ها، گذشته، آینده و خود که منجر به کنترل رفتار توسط افکار می‌گردند. با توجه به این‌که افراد وابسته به مواد به دلیل انتخاب یک سری قوانین سرسختانه و دلایل غیر منطقی و قضاوت‌های خود منجر به عدم انعطاف‌پذیری شناختی می‌گردند، هم‌جوشی‌زدایی با تغییر مقوله‌های مختلفی از تفکر منجر به توانایی اتخاذ گزینه‌های مختلف در آنان گردید. اما، در مورد مولفه‌های کنترل‌پذیری و توجیه رفتار به دلیل هم‌آمیختگی شناختی گسترده نسبت به اعتیاد و اجتناب تجربه‌ای موثر نبود. اجتناب تجربه‌ای به معنای سعی بر اجتناب از خلاص شدن، سرکوب کردن یا فرار از تجربه‌های درونی ناخواسته می‌باشد. بیشتر افراد وابسته به مواد سعی دارند که از افکار و احساسات ناخواسته مانند آزرده‌گی، تنهایی، اضطراب، گناه، خشم، غمگینی و غیره رهایی یابند. به طور خلاصه، قمار، مصرف مواد، الکل و سیگار اغلب به افراد کمک می‌کند از دست این احساسات به طور موقت خلاص گردند، اما در بلندمدت منجر به مقدار زیادی از درد و رنج می‌شود. ارتباط با لحظه اکنون فرایندی است که از طریق آن مراجعان می‌آموزند به جای این‌که به طور مداوم در گذشته و آینده زندگی کنند، بر احساسات حال حاضر خود تمرکز کنند. این تجربه در زمان حال به مراجعان کمک می‌کند تا تغییرات دنیا را آن‌گونه که هست تجربه کنند، نه آن‌گونه که ذهن می‌سازد (مسودا، هی، ساکیت و توهینگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). بر این اساس، می‌توان بیان نمود که انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند فرد را از افکار ناکارآمد و وسوسه‌هایی که زمینه‌ساز عود مصرف و گرایش به مصرف مواد است، رهایی بخشد. همچنین، آموزش راه‌کارهایی چون ذهن‌آگاهی می‌تواند این افراد را از بند افکار منفی و ناکارآمد و هوس و وسوسه مواد جدا سازد و افرادی که دچار سوءمصرف مواد هستند می‌توانند در مواجهه با

استرس‌های زندگی و مشکلات روزانه، دقیق‌تر و معقول‌تر با وسوسه‌ها و گرایش مجدد به مواد کنار بیایند.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش ولع مصرف در افراد وابسته به مواد شد. این نتایج با یافته‌های همت، داداشی، ممتازی، زنوزیان و محمدی‌بایتمر<sup>۱</sup> (۱۳۹۷)؛ کیانی و همکاران<sup>۲</sup> (۱۳۹۱)؛ توهیگک، شوینبرگر و هیز<sup>۱</sup> (۲۰۰۷)؛ آلفونسو، کاراکوئل، دلگاردو-پاستور، و وردژو-گارسیا<sup>۲</sup> (۲۰۱۱) و گونزالز-منندز، فرناندز، رادریگویز و ویلاگرا<sup>۳</sup> (۲۰۱۴) همسو است. همت و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش ولع مصرف و افزایش کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد تحت متادون درمانی به این نتیجه رسیدند که این شیوه درمان در کاهش ولع مصرف و افزایش کیفیت زندگی موثر است. در تبیین نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان بیان کرد که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میزان اثراتی که یک تفکر (مثلاً میل به مصرف) بر روی رفتار دارد، هم‌آمیزی شناختی یا گسلش شناختی است. رفتار متکی به بافت و رفتار متکی به افکار در دو سوی پیوستار بین هم‌جوشی یا گسلش شناختی می‌باشند و زمانی که فرد به افکار خویش می‌چسبد یا به عبارتی با افکارش یکی می‌شود، فرد توان استدلال و قضاوت ذهنی خود را نسبت به واقعیت از دست می‌دهد (هیز، استروسال و ویلسون<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱). بنابراین، زمانی که فرد با افکار خود روبرو می‌شود باید بدون آغشته شدن یا اجتناب، با آن‌ها برخورد کند و نظاره‌گر آن‌ها باشد (ولز<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). مولفه تمایل و پذیرش، مهیاکننده این امکان برای فرد است که تجربیات درونی ناخوشایند و ناگوار را بدون تلاش برای کنترل آن‌ها بپذیرد. انجام این کار باعث می‌شود تا تجربیات ناخوشایند تهدید چندان به نظر نرسند و تاثیر ناچیزی بر زندگی فرد داشته باشند (براون و رایان<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳). این مهارت به فرد کمک می‌کند تا بتواند توجه خود را با آگاهی تمام به آنچه که مفیدتر

1. Shoenberger  
2. Alfonso, Caracul, Delgado-Pastor & Verdejo-García  
3. González-Menéndez, Fernández, Rodríguez & Villagrà

4. Strosahl & Wilson  
5. Wells  
6. Brown & Ryan

است، معطوف کند. بنابراین، فرد را یاری می‌دهد که افکار و سوسه‌برانگیز را از ذهن عبور دهد و در جهت هدف با ارزش، ذهن خویش را هدایت نماید. در نتیجه، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سعی می‌شود تا با آموزش هم‌جوشی شناختی و اجتناب تجربه‌ای، افراد یاد بگیرند که تحت سلطه افکارشان نیستند و برای فرار از افکار و احساسات ناخواسته همچون آزرده‌گی، تنهایی، اضطراب، گناه، خشم، غمگینی و غیره به سمت سوء‌مصرف مواد، الکل و سیگار کشیده نشوند. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، می‌توان بیان نمود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در افزایش یکی از مولفه‌های انعطاف‌پذیری شناختی (ادراک گزینه‌های مختلف) و کاهش ولع مصرف در افراد وابسته به مواد موثر واقع شود. بنابراین، این درمان تنها بر مولفه ادراک گزینه‌های مختلف به دلیل تاکید درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پردازش حل مسئله و توانایی بکارگیری راه‌حل‌های چندگانه برای یک مسئله و تحلیل و بررسی موقعیت‌های مسئله‌آفرین، اثربخش بود. در پردازش حل مسئله توجه عمده‌ای بر موقعیت و زمینه حل مسئله می‌شود و بر نقش فعال فرد در حل مسئله تاکید می‌گردد، ولی درمان حاضر بر مولفه‌های ادراک کنترل‌پذیری و ادراک توجیه رفتار اثربخش نبود. انعطاف‌پذیری شناختی به عنوان فرایندی پویا فرد را به گونه‌ای مثبت با محیط انطباق می‌دهد. بنابراین، فرد انعطاف‌پذیر با وجود تجارب ناخوشایند و ناگوار این توانایی را دارد که با محرک‌های در حال تغییر محیط سازگاری پیدا کند. از این رو، می‌توان بیان نمود که با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی میزان سازگاری فرد وابسته به مواد افزایش یافته و در مواجهه با شرایط دشوار زندگی رفتار جایگزین و مناسبی را در جهت تغییر رفتار خویش در پیش می‌گیرد. در نتیجه، با آموزش این مهارت‌ها به افراد وابسته به مواد می‌توان گام موثری در درمان آن‌ها برداشت و درصد قابل توجهی از افراد مبتلا به اعتیاد را بهبود بخشید. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم تعمیم نتایج به سایر مردان مبتلا به اعتیاد، ناتوانی در کنترل و تفکیک آزمودنی‌ها از لحاظ نوع ماده مصرفی و مدت زمان سوء‌مصرف، محدود بودن جامعه آماری پژوهش به مردان دارای سوء‌مصرف و عدم پیگیری بلندمدت مداخله درمانی اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی دوره پیگیری طولانی‌مدت و هر دو جنسیت مورد مطالعه قرار گیرند.

همچنین، انجام پژوهش در مورد این که کدام یک از مولفه‌های شش‌گانه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی دارد و به چه میزانی در پیشگیری و کنترل اعتیاد موثر هستند، پیشنهاد می‌شود.

## تشکر و قدردانی

بدین وسیله از دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری به عنوان حمایت‌کننده مالی پایان‌نامه و شرکت‌کنندگان در این مطالعه که در کمپ آزادی اردبیل یاریمان نمودند، نهایت سپاس و قدردانی را ابراز می‌نمایم.

## منابع

- اروکی، محمد؛ مکر، آذرخش و کیایی ضیابری، سیدمجید (۱۳۹۲). رابطه ولع مصرف شیشه (مت‌آفتمین) و ویژگی‌های شخصیتی در مددجویان تحت درمان نگهدارنده با متادون. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی ایران*، ۱۹(۳)، ۱۸۶-۱۷۷.
- جلوداری، سمیرا؛ سوداگر، شیدا و بهرامی‌هیدجی، مریم (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی و تنظیم‌شناختی هیجان در زنان دچار سرطان سینه. *فصلنامه علمی روان‌شناسی کاربردی*، ۴(۵۲)، ۵۴۸-۵۲۷.
- جهانگیری، میلاد؛ گلمحمدیان، محسن و حجت‌خواه، سیدمحسن (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و انعطاف‌پذیری شناختی در معتادان تحت درمان متادون. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۸)، ۱۸۴-۱۶۹.
- حسینی، آسیه (۱۳۹۴). *اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر استرس ادراک شده دانش‌آموزان کنکوری*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه قوچان.
- شاه‌محمدزاده، یحیی؛ میکائیلی، نیلوفر؛ نریمانی، محمد و بشرپور، سجاد (۱۳۹۳). *مقایسه انعطاف‌پذیری شناختی، سوگیری توجه و حافظه هیجانی در بین افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، سیگاری و افراد عادی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه محقق اردبیلی.
- شباهنگ، رضا؛ رضایی، سجاد و باقری شیخانگفشه، فرزین (۱۳۹۷). بررسی اثر ارائه زیرآستانه تصاویر مرتبط با دخانیات و آمادگی به اعتیاد، پذیرش اعتیاد و ولع مصرف. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۷)، ۱۷۵-۱۵۷.
- شعبانی، امامعلی و گیگلو مرادی، رقیه (۱۳۹۴). *اعتیاد و مصرف مواد مخدر در قرون میانه تاریخ ایران*. *فصلنامه تحقیقات تاریخ اجتماعی*، ۵(۲)، ۱۲۴-۱۰۳.

صالحی فدردی، جواد؛ بر عرفان، زرین و امین یزدی، سیدامیر (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش کنترل توجه بر کاهش تورش توجه به مواد و بهبود شاخص‌های درمانی معتادان تحت درمان سم‌زدایی.

مطالعات تربیتی و روان‌شناسی، ۱۱(۲)، ۵۶-۲۹.

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

گنجی، مهدی (۱۳۹۹). آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5 (جلد دوم). تهران: انتشارات ساوالان.

میرانی، روژین (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه خوارزمی.

هریس، راس (۱۳۹۸). الفبای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: ACT به زبان ساده. ترجمه انوشه امین‌زاده. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۹).

همت، عباس؛ داداشی، محسن؛ ممتازی، سعید؛ زنونزبان، سعیده و محمدی‌بایتمر، جهانگیر (۱۳۹۷). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش ولع مصرف و افزایش کیفیت زندگی معتادان تحت متادون درمانی. مجله پیشرفت در تحقیقات پزشکی و زیست‌پزشکی، ۲۶(۱۱۶)، ۶۱-۷۴.

یاوری، مریم؛ نجفی، محمود و سیدموسی، طباطبایی (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانی و سرمایه‌های روان‌شناختی همسران افراد تحت درمان با متادون. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۲(۴۸)، ۲۷۶-۲۵۷.

## References

- Adrian, C., & Wayne, H. (2013). Ethical implications of research on craving. *Addictive Behaviors*, 38(2), 1593-1599.
- Alfonso, J. P., Caracul, A., Delgado-Pastor, L. C., & Verdejo-García, A. (2011). Combined goal management training and mindfulness meditation improve executive functions and decision-making performance in abstinent poly substance abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 117(1), 78-81.
- Annis, H., & Graham, J. M. (1988). *Situational Confidence questionnaire (SCQ) User's Guide*. Addiction Research Foundation.
- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2008). Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments,

- similar mechanisms? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(4), 263-279.
- Breslau, J., Yu, H., Han, B., Pacula, R. L., Burns, R. M., & Stein, B. D. (2017). Did the dependent coverage expansion increase risky substance use among young adults? *Drug and Alcohol Dependence*, 178, 556-561.
- Bricker, J. B., Mann, S. L., Marek, P. M., Liu, J., & Peterson, A. V. (2010). Telephone-delivered acceptance and commitment therapy for adult smoking cessation: A feasibility study. *Nicotine & Tobacco Research*, 12(4), 454-458.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: acceptance and commitment training and its role in psychological wellbeing. *Personality and Social Psychology*, 84(23), 822-848.
- Cañas, J., Quesada, J., Antolí, A., & Fajardo, I. (2003). Cognitive flexibility and adaptability to environmental changes in dynamic complex problem-solving tasks. *Ergonomics*, 46(5), 482-501.
- Dennis, J. P., & Vander Wall, J. P. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy and Research*, 34(3), 241-253.
- Fardadi, J. S., Ziaee, S. S., & Barerfan, Z. (2008). *The Persian Post-Detoxification Craving and Temptation Scale*. Unpublished Manual, Mashhad.
- Farhudian, A. (2003). Flexibility, adjustment and psychiatric symptoms. *Advances in Cognitive Science*, 7(1), 74-75.
- Fusar-Poli, P., Tantardini, M., De Simone, S., Ramella-Cravaro, V., Oliver, D., Kingdon, J., ... & Galderisi, S. (2017). Deconstructing vulnerability for psychosis: Meta-analysis of environmental risk factors for psychosis in subjects at ultra-high-risk. *European Psychiatry*, 40, 65-75.
- González-Menéndez, A., Fernandez, 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), 18-27.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- Johnson, A. L., & McLeish, A. C. (2016). The indirect effect of emotion deregulation in terms of negative affect and smoking-related cognitive processes. *Addictive Behaviors*, 53, 187-192.
- Jones, H. A., Heffner, J. L., Mercer, L., Wyszynski, C. M., Vilardaga, R., & Bricker, J. B. (2015). Web-based acceptance and commitment therapy

- smoking cessation treatment for smokers with depressive symptoms. *Journal of Dual Diagnosis*, 11(1), 56-62.
- Kober, H. (2014). *Emotion regulation in substance use disorders*. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (p. 428-446). The Guilford Press.
- Lanza, P. V., & Menendez, A. G. (2013). Acceptance and Commitment Therapy for drug abuse in incarcerated women. *Psicothema*, 25(3), 307-312.
- 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.
- Masuda, A., Hayes, S. C., Sackett, C. F., & Twohig, M. P. (2004). Cognitive diffusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety years old technique. *Behavior Research and Therapy*, 42(4), 477-485.
- McCallion, E. A., & Zvolensky, M. J. (2015). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for smoking cessation: a synthesis. *Current Opinion in Psychology*, 2, 47-51.
- Niklas, K., Niklas, A. A., Majewski, D., & Puszczewicz, M. (2016). Rheumatic diseases induced by drugs and environmental factors: the state-of-the-art—part one. *Reumatologia*, 54(3), 122-127.
- Ohana, D., Maayan, R., Delayahu, Y., Roska, P., Ponizovsky, A. M., Weizman, A., ... & Yechiam, E. (2016). Effect of dehydroepiandrosterone add-on therapy on mood, decision making and subsequent relapse of poly drug users, *Addiction Biology*, 21(4), 885-894.
- Ozdel, K., & Ekinci, S. (2014). Distress intolerance in substance dependent patients. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 960-965.
- Phillips, E. L. (2011). *Resilience, Mental Flexibility, and Cortisol Response to the Montreal Imaging Stress Task in Unemployed Men* (Doctoral dissertation).
- Raabe, A., Grüsser, S. M., Wessa, M., Podschus, J., & Flor, H. (2005). The assessment of craving: psychometric properties, factor structure and a revised version of the Alcohol Craving Questionnaire (ACQ). *Addiction*, 100(2), 227-234.
- Reese, E. D., & Veilleux, J. C. (2016). Relationships between craving beliefs and abstinence self-efficacy are mediated by smoking motives and moderated by nicotine dependence. *Nicotine & Tobacco Research*, 18(1), 48-55.
- Reneman, L., Booij, J., de Bruin, K., Reitsma, J. B., de Wolff, F. A., Gunning, W. B., ... & van den Brink, W. (2001). Effects of dose, sex, and long-term abstinence from use on toxic effects of MDMA (ecstasy) on brain serotonin neurons. *The Lancet*, 358(9296), 1864-1869.
- Salo, R., Gabay, S., Fassbender, C., & Henik, A. (2011). Distributed attentional deficits in chronic methamphetamine abusers: evidence from

- the Attentional Network Task (ANT). *Brain and Cognition*, 77(3), 446-452.
- Shareh, H., Farmani, A., & Soltani, E. (2014). Investigating the reliability and validity of the Cognitive Flexibility Inventory (CFI-I) among Iranian university students. *Practice in Clinical Psychology*, 2(1), 43-50.
- 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*, 31(2), 98-107.
- Stotts, A. L., & Northrup, T. F. (2015). The promise of third-wave behavioral therapies in the treatment of substance use disorders. *Current Opinion in Psychology*, 2, 75-81.
- Stotts, A. L., Green, C., Masuda, A., Grabowski, J., Wilson, K., Northrup, T. F., ... & 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.
- Svanberg, G., Munck, I., & Levander, M. (2017). Acceptance and commitment therapy for clients institutionalized for servers substance-use disorder: a pilot study. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 8, 45-51.
- 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(4), 619-632.
- Von Geusau, N. A., Stalenhoef, P., Huizinga, M., Snel, J., & Ridderinkhof, K. R. (2004). Impaired executive function in male MDMA ("ecstasy") users. *Psychopharmacology*, 175(3), 331-441.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Weed, N. C., Butcher, J. N., McKenna, T., & Ben-Porath, Y. S. (1992). New measures for assessing alcohol and drug abuse with the MMPI-2: The APS and AAS. *Journal of Personality Assessment*, 58(2), 389-404.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. R. (2012). Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. *Behaviour Research and Therapy*, 50(6), 367-373.
- Wiggs, K. A., & Drake, C. E. (2016). Building psychological flexibility to mitigate adjustment disorder: Assessing treatment progress with a measure of treatment processes. *Clinical Case Studies*, 15(1), 18-34.
- Zilberman, N., Yadid, G., Efrati, Y., Neumark, Y., & Rassovsky, Y. (2018). Personality profiles of substance and behavioral addictions. *Addictive Behaviors*, 82, 174-181.