

کاربرد پذیرش و تعهد (ACT) در درمان وابستگی به مواد Application of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the treatment of drug dependence

Nastaran Mortezaei *

Health Psychology PhD student, University of Tehran: *n.mortezaee90@gmail.com*

Homayoon Shahmoradi

Health Psychology PhD student, University of Tehran

Dr. Reza Rostami,

Professor of Department of psychology, University of Tehran

نسترن مرتضایی (نویسنده مسئول)

دانشجوی دکتری روان شناسی سلامت دانشگاه تهران

همایون شاهمرادی

دانشجوی دکتری روان شناسی سلامت دانشگاه تهران

دکتر رضا رستمی

استاد گروه روان شناسی دانشگاه تهران

چکیده

عاطفه منفی یک عامل مهم شناخته شده در مصرف و همچنین عود مصرف مواد است. پژوهشگران در بررسی کامل مکانیسم های عاطفی زیربنای مواد مخدر، نتیجه گرفتند که فرار یا اجتناب از عاطفه منفی، انگیزه اصلی برای مصرف و عود مصرف مواد اعتیاد آور است. لذا مداخله درمانی پذیرش و تعهد یکی از راهکارهای درمانی انتخابی برای تنظیم هیجانات است که در این مقاله به بررسی زمینه های کاربردی آن در درمان افراد وابسته به مواد پرداخته شد. پذیرش و تعهد به عنوان موج سوم رفتار درمانی تلاش می کند که به افراد کمک کند که کنترل یا اجتناب از احساسات یا هیجانات ناخوشایند ناشی از ولع یا ترک مصرف مواد را متوقف و گشودگی و میل به تجربه آنها را افزایش دهد. مداخلات ACT برای پرورش انعطاف پذیری روانشناختی، از شش فرایند اصلی یعنی پذیرش، گسلش شناختی، بودن در زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزشها و اقدام متعهدانه استفاده می کند. مطالعه حاضر توصیفی از نوع مروری است. جهت بررسی پژوهش های صورت گرفته در ارتباط با کاربرد پذیرش و تعهد در درمان وابستگی به مواد به مرور نتایج ۱۴ پژوهش اخیر (از سال ۲۰۰۳ تا ۲۰۱۶) پرداخته شد و یافته ها نشان داد که درمان پذیرش و تعهد، درمانی عملی و قابل قبول برای ترک مصرف مواد است.

کلید واژه ها: پذیرش و تعهد، موج سوم رفتار درمانی، درمان وابستگی به مواد.

Abstract

Negative affect is a known cause of drug use and also the recurrence of drug use. The researchers in an in-depth review of the underlying drug-based emotional mechanisms concluded that escaping or avoiding negative emotions is the primary motive for taking and relapsing addictive drugs. Therefore, acceptance and commitment therapy is one of the preferred treatment therapies for emotion regulation. In this paper, the application of ACT in the treatment of substance dependents was studied. Acceptance and commitment therapy, as the third wave of behavioral therapy, try to help people stop or control the unpleasant feelings or emotions of craving for drugs or withdrawal symptoms and increase their openness to experience. ACT interventions use six core principles that include cognitive diffusion, acceptance, contact with the present moment, the observing self, values, and committed action to foster mental flexibility. This research is a descriptive systematic review study. The results of 14 recent studies (from 2003 to 2016) on the application of acceptance and commitment therapy were investigated to cure substance dependence. The findings showed that ACT was practical and acceptable for substance withdrawal.

Keywords: acceptance and commitment therapy, third wave of behavioral therapy, substance dependence

اردیبهشت ۹۸

پذیرش:

دریافت: اسفند ۹۷

نوع مقاله: مروری

مقدمه

اعتیاد به داروها و محرک ها طبق تعریف گالاتر (۲۰۰۶) یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی و اخلاقی است (به نقل از خاکباز و همکاران، ۲۰۱۶). پژوهشگران برای دهه ها کار تجربی در رابطه با عوامل مؤثر در اعتیاد به این نتیجه دست یافته اند که عاطفه منفی یک عامل مهم در مصرف و همچنین عود مصرف مواد است. پژوهشگرانی همچون بیکر^۱ و همکاران (۲۰۰۴) در بررسی کامل مکانیسم های

¹ Baker

عاطفی زیربنای مواد مخدر، نتیجه گرفتند که "فرار یا اجتناب از عاطفه منفی، انگیزه اصلی برای مصرف و عود مصرف مواد اعتیاد آور است (بیکر و همکاران، ۲۰۰۴). اسلاچ^۱ و همکاران (۲۰۱۳) نیز هم راستای با یافته های پژوهشی بیکر و همکاران (۲۰۰۴) نشان می دهند که افراد دارای عاطفه منفی بالاتر، نسبت به نشانه های الکل و سیگار بازخورد مثبت نشان می دهند. همچنین مصرف سیگار با حالات هیجانی منفی از جمله افسردگی، خشم (شیفمن^۲، ۱۹۸۲) و اضطراب (گیلبرت و اسپیلبرگر^۳، ۱۹۸۷؛ شیفمن، ۱۹۸۲) رابطه دارد.

نتایج پژوهش های ارائه شده بیانگر این حقیقت است که تنظیم هیجان مشوق اصلی و مهم برای سوء مصرف مواد تلقی می شود. در حقیقت، سوء مصرف کنندگان، سوء مصرف خود را به خاصیت آرام بخش بودن این مواد ارتباط می دهند. بنابراین تنظیم هیجان می تواند به عنوان فرایند شناختی، رفتاری و فیزیکی که افراد را قادر می سازد که نحوه تجربه هیجانات و ابراز هیجانات را تنظیم کنند، تعریف شود (خاکباز و همکاران، ۲۰۱۶). تورس^۴ و همکاران (۲۰۱۳) و رئیس جویان و همکاران (۲۰۱۴) معتقدند که سطوح پایین تنظیم هیجانی ناشی از ناتوانی مدیریت و مواجهه با هیجانات در شروع و عود مصرف مواد نقش دارد.

اکنون به دنبال پاسخ به این سوال هستیم که آیا راهکار درمانی مناسبی که تنظیم هیجانات فرد به ویژه افراد وابسته به مواد را تسهیل سازد، موجود است. نویسندگان این مقاله به بررسی زمینه های کاربردی مدل درمانی پذیرش و تعهد^۵ (ACT) در افراد وابسته به مواد می پردازند.

پذیرش و تعهد (ACT) به عنوان موج سوم رفتار درمانی

موج اول درمان رفتاری (BT^۶) که از چارچوب مفهومی رفتارگرایی ریشه گرفت، بطور رسمی در دهه ۱۹۵۰ (امیدی، قرایی اردکانی، ۱۳۹۵) با تمرکز مستقیم بر رفتار و هیجانات مشکل دار براساس تکنیک های شرطی سازی و اصول نو رفتاری، جایگزینی برای تفاسیر روان تحلیلی های پیچیده و مبهم شروع شد. در اواخر دهه ۱۹۶۰، نو رفتارگراها، مفاهیم ساده یادگیری ارتباطی محرک پاسخ (S-R^۷) را به نفع اصول واسطه ای منعطف تر و استعاره های مکانیکی کامپیوتر رها کردند. روانشناسی شناختی جدید یک رویکرد نظری آزادتری را ایجاد کرد که به صورت ماشین آلات درون روان شناختی فرض شده است. به این ترتیب با پایه گذاری درمان شناختی (CT^۸) دومین موج روی کار آمد. در موج دوم، افکار غیر منطقی، طرحواره های شناختی پاتولوژیک یا سبک پردازش اطلاعات معیوب می توانند از طریق بررسی، تصحیح، آزمایش و مباحثه در مورد آنها کاهش یافته و یا کاملاً برطرف شوند (هیز^۹، ۲۰۰۴).

برخی از رهبران موج دوم بر آن شدند که تنش بین این دو موج را با در نظر گرفتن یک گام بسیار بزرگ در جهت شناخت درمانی، حل کنند. به این صورت که نوعی تلفیق بین رفتار درمانی و شناخت درمانی ایجاد کردند و به این ترتیب درمان شناختی رفتاری (CBT^{۱۰}) پایه گذاری شد (هیز، ۲۰۰۴).

اکثریت درمان های شناختی و رفتاری شناخته شده در موج اول و دوم نسبتاً مکانیکی هستند. از نقطه نظر مکانیستی فرض بر این است که انسان از عناصر ابتدایی، روابط و نیروها^{۱۱} (به عنوان مثال، در سیستم عصبی، و یا در مکانیسم شناختی) تشکیل شده است و هدف علم این است که این عناصر را به شیوه ای جامع مدل سازی کند. در مداخلات موج دوم، معمولاً محتوای تفکر به طور مستقیم هدف قرار می گیرد: حقیقت این تفکر ممکن است آزمایش شود؛ یا بازسازی های جایگزین ممکن است آموزش داده شود. ظهور ساخت گرایی^{۱۲} و نظریه های پست مدرن، این ایده را که نظریه های علمی بخش های گسسته واقعیت را شناسایی می کنند و سپس می توانند به مدل جامع

¹ Schlauch

² Shiffman

³ Gilbert & Spielberger

⁴ Torres

⁵ Acceptance and Commitment Therapy

⁶ Behavioral Therapy

⁷ Response-Stimulus

⁸ Cognitive Therapy

⁹ Hayes

¹⁰ Cognitive Behavioral Therapy

¹¹ Forces

¹² Constructivism

سازماندهی شوند، تضعیف کردند. این تغییرات در فلسفه علم به تدریج پایه فرضی موج اول و دوم درمانهای رفتاری و شناختی و نظریه های زیربنای آنها را به نفع یک رویکرد سازنده تر^۱ و زمینه ای^۲ تضعیف کرد (هیز، ۲۰۰۴).

این عوامل راه را برای رشد درمان های ابتکاری باز نمود. درمان مواجهه ای، شروع به تمرکز بیشتر در تماس با رویدادهای درونی (بارلو، ۲۰۰۲؛ به نقل از هیز، ۲۰۰۴)، و جستجو برای تغییر عملکرد این رویدادها نمود، نه لزوماً تغییر شکل این رویدادها. این یافته ها (به عنوان مثال، آدلر و همکاران، ۱۹۸۷) به تدریج به یک رویکرد زمینه ای تر به جای رویکرد ساده حذفی^۳ منجر شد (به نقل از هیز، ۲۰۰۴). علاوه بر این پژوهش های هیز و همکاران (۲۰۰۴)؛ و هیز و همکاران (۱۹۹۴) نقش پذیرش، تغییر و بهوشیاری^۴ در رفتار درمانی را مورد حمایت قرار داد. به این ترتیب موج سوم رفتار درمانی بر اساس پذیرش و بهوشیاری روی کار آمد که طیفی از رویکردها را شامل می شود: از جمله رفتار درمانی دیالکتیک^۵، شناخت درمانی مبتنی بر بهوشیاری^۶، فعال سازی رفتاری^۷، روان درمانی تحلیل کارکردی^۸ و درمان پذیرش و تعهد. درمان های مبتنی بر پذیرش بر مبنای این فرضیه هستند که آسیب روانی با تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجانات منفی همراه است. این درمان ها بر تغییر رابطه مراجع با تجارب درونی و اجتناب هایش تأکید دارد (امیدی، قرایی اردکانی، ۱۳۹۵). در پژوهش حاضر نیز مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در اعتیاد مدنظر است. در این قسمت ابتدا اشاره ای کوتاه به نظریه چارچوب ارتباطی (RFT)^۹ که ACT یکی از کاربرد های آن است، پرداخته می شود و سپس به شرح کامل ACT می پردازیم.

هیز و همکاران (۲۰۰۳) معتقدند برحسب نظریه چارچوب ارتباطی، پاسخ انسان به محرک ها در ارتباط^{۱۰} با رویدادهای دیگر شکل می گیرد (هیز و همکاران، ۲۰۰۳). بر اساس RFT هم چنان که انسان رشد می کند، روابطی در ذهن شکل می گیرند که متقابل، تکمیلی و وابسته به زمینه هستند. هر دو ویژگی قبلی با ویژگی های زمینه ای خاص محیط کنترل می شوند. به عبارتی زمینه هست که چهارچوب رابطه را در ذهن تعیین می کند (امیدی و قرایی، ۱۳۹۵). به عنوان مثال بیان کلمه پخته برای غذا کارکرد متفاوتی از بیان همین کلمه برای انسان پخته دارد. در نهایت این الگوهای ارتباطی آموخته شده در حضور سرخ های زمینه ای، برای محرک های جدید بکار گرفته می شود (هیز و همکاران، ۲۰۰۳). به عقیده هیز (۲۰۰۵) نظریه چهارچوب ارتباطی نظریه ای زمینه گرا است، و تأکید کمی بر محتوای شناخت و هیجان دارد. اما در عوض بر زمینه ای تأکید دارد که فکر و هیجان در آن اتفاق می افتد. به همین دلیل دغدغه اصلی زمینه کلامی است که چهارچوب رابطه در آن رخ می دهد نه خود چهارچوب رابطه (امیدی و قرایی، ۱۳۹۵). بنابراین هیز و استروسال (۲۰۱۰) بر این اعتقادند که نظریه چهارچوب ارتباطی آسیب شناسی را به صورت مشکلی در زمینه کلامی ای می داند که فرد رویدادهای درونی را در آن تجربه می کند و نه بصورت محتوا، شکل یا فراوانی آن رویدادهای درونی. ACT ریشه بیشتر مشکلات روانی را تا اندازه ای شناختی می داند، اما شناخت را مبتنی بر چهارچوب رابطه تعریف می کند، و بر زمینه ای تمرکز دارد که رویدادهای شناختی در آن اتفاق می افتد و کارکرد تنظیم رفتار دارند (امیدی و قرایی، ۱۳۹۵).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و همکاران، ۱۹۹۹) در تلاش است که انعطاف پذیری روانشناختی را با فراهم کردن ابزاری برای مراجع جهت شناسایی ارزش های شخصی و توانایشان برای تجربه تفکرات، احساسات و حس های بدنی ناخوشایند خود افزایش دهد (هیز، ۲۰۰۴).

¹ Instrumentalist

² Contextual

³ Eliminative

⁴ Mindfulness

⁵ Dialectic behavior therapy

⁶ Mindfulness based cognitive therapy

⁷ Behavior activation

⁸ Functional analytic

⁹ Relational Frame Theory

¹⁰ Relationally

مداخلات ACT برای پرورش انعطاف پذیری روانشناختی، از شش فرایند اصلی یعنی پذیرش^۱، گسلش شناختی^۲، بودن در زمان حال^۳، خود به عنوان زمینه^۴، ارزشها^۵ و اقدام متعهدانه^۶ استفاده می‌کند. تکنیک های پذیرش و گسلش شناختی به عنوان مؤلفه "گشودگی"^۷ مفهوم سازی می‌شود؛ خود به عنوان زمینه و بودن در لحظه حال به عنوان مؤلفه "هوشیاری"^۸؛ و ارزش ها و تعهد، به عنوان مؤلفه "فعال سازی"^۹ مفهوم سازی می‌شود (هیز و همکاران، ۲۰۱۱؛ هیز و همکاران، ۲۰۰۶).

پذیرش: پذیرش به عنوان جایگزینی برای اجتناب تجربی آموزش داده می‌شود. پذیرش شامل درک و در آغوش گرفتن فعال و آگاهانه رویدادهای شخصی است که بدون تلاش های غیر ضروری برای تغییر فراوانی یا شکل آن رخ می‌دهد. به عنوان مثال به بیماران مضطرب آموخته می‌شود که اضطراب را همانطوری که احساس می‌کنند، به طور کامل و بدون دفاع احساس کنند (هیز و همکاران، ۲۰۰۶).

گسلش شناختی: تکنیک های گسلش شناختی بجای تلاش برای تغییر شکل، فرکانس یا میزان حساسیت به موقعیت، عملکرد نامطلوب افکار و سایر رویدادهای شخصی را تغییر می‌دهند. به عنوان مثال این فکر می‌تواند بی طرفانه مورد تماشا قرار گیرد، چندین بار با صدای بلند تکرار شود تا زمانی که تنها صدای آن باقی بماند یا با دادن شکل، اندازه، رنگ و سرعت به آن فکر می‌تواند به عنوان مشاهده خارجی در نظر گرفته شود. به عنوان مثال تبدیل جمله "من خوب نیستم" به "من فکر می‌کنم که خوب نیستم" به فرد اجازه می‌دهد که از رویدادهای درونی گسسته شود و افکار منفی کاهش پیدا کند (هیز و همکاران، ۲۰۰۶).

بودن در زمان حال: ACT تماس مستمر بدون قضاوت با رویداد های روانی و رویدادهای محیطی را همانطوریکه اتفاق می‌افتد، ارتقا می‌دهد. هدف این است که مراجعین جهان را به طور مستقیم تجربه کنند تا رفتار آنها انعطاف پذیر تر شود و در نتیجه اقدامات آنها با ارزش هایشان بیشتر هماهنگ باشد (هیز و همکاران، ۲۰۰۶).

خود به عنوان زمینه: در نتیجه قالب های دایکتیک^{۱۰} از جمله: من-تو، اکنون-سپس، و اینجا-آنجا، زبان بشری منتج به حسی از خود بعنوان یک مکان یا زاویه دید می‌شود و یک وجه روحانی معنوی به کلمات معمول بشر اضافه می‌کند. این وجه یکی از مبانی است که بر پایه آن تئوری های ACT و RFT پدیدار شدند و امروزه اهمیت آن همچنین در عملکردهای زبانی شامل همدلی، تئوری ذهن، حس خود، و موارد مشابه دیگر به اثبات رسیده است.

بطور خلاصه، این ایده مطرح است که "من" از میان مجموعه بزرگی از مثالهای روابط دایکتیک پدیدار شده است، اما از آنجایی که این حس خود، زمینه ای برای شناخت^{۱۱} کلامی است و نه محتوای آن شناخت، محدودیت های آن را نمی‌توان بطور خود آگاهانه شناخت. خود بعنوان زمینه حایز اهمیت است، چرا که از این نقطه نظر، شخص امکان آگاهی از خیلی از تجربه های خود را بدون وابستگی به آنها و یا حتی تمرکز بر روی وقوع تجارب، دارد. بنابراین، گسلش و پذیرش تقویت میشود. خود به عنوان زمینه، در تئوری ACT از طریق تمرینات بهوشیاری، استعاره ها، و فرآیندهای تجربی تقویت می‌شود (هیز و همکاران، ۲۰۰۶).

ارزش ها: ارزش ها کیفیت اعمال هدفمند انتخاب شده فرد است که هرگز نمی‌توانند به صورت یک شیء به دست آیند، اما می‌توانند هر لحظه استنباط^{۱۲} شوند. ACT از انواع تمرینات برای کمک به یک مراجع برای انتخاب جهت های زندگی خود در زمینه های مختلف (به عنوان مثال خانواده، شغل، معنویت) استفاده می‌کند در حالی که فرآیندهای کلامی تضعیف شده ممکن است منجر به انتخاب جهت های زندگی بر اساس اجتناب و انطباق با اجتماع شود (به عنوان مثال "من باید به X ارزش بدهم یا Y ارزش بدهم" یا "یک شخص خوب باید به Y ارزش دهد یا مادر از من می‌خواهد که من به X ارزش بدهم") (هیز و همکاران، ۲۰۰۶).

اقدام متعهدانه: ACT اقدام مؤثر مرتبط با ارزش های انتخاب شده را تشویق می‌کند. ACT بسیار شبیه رفتار درمانی سنتی است و تقریباً هر روش تغییر رفتار منسجم را می‌توان به پروتکل ACT افزود، از جمله مواجهه، کسب مهارت، روش های شکل دهی، تنظیم

1 Acceptance

2 Cognitive Diffusion

3 Being Present

4 Self as Context

5 Values

6 Committed Action

7 Openness

8 Awareness

9 Activation

10 Deictic

11 Knowing

12 Instantiated

هدف، و مانند آن. بر خلاف ارزش ها که به طور مداوم استنباط می‌شوند اما هرگز به عنوان یک شیء به دست نمی‌آیند، اهداف عینی که هماهنگ با ارزش ها هستند می‌توانند به دست آیند. پروتکل های ACT تقریباً همیشه شامل کار درمانی و تکالیف مرتبط با اهداف تغییر رفتار کوتاه مدت، متوسط و بلند مدت است که به نوبه خود منجر به شناسایی موانع روانی می‌شود که از طریق فرآیندهای پذیرش، گسلش و غیره نشان داده می‌شود (هیز و همکاران، ۲۰۰۶).

آیا ACT می‌تواند در درمان اعتیاد مؤثر باشد؟ شواهد عملی تأثیر ACT در درمان اعتیاد

ACT تلاش می‌کند که به افراد کمک کند که کنترل یا اجتناب از احساسات یا هیجانات ناخوشایند (مانند ولع مصرف یا ترک) را متوقف کند. هدف ACT این نیست که احساسات، هیجانات و تفکرات ناخوشایند را کاهش بدهد بلکه گشودگی و میل به تجربه آنها را افزایش می‌دهد. تمایل به تجربه این وقایع درونی و پاسخگویی با پذیرش، بجای فرار، تعهد افراد به رفتارهایی را که با ارزش های اصلی آنها هدایت می‌شود، تسهیل می‌کند (هیز، استروسال و ویلسون^۱، ۱۹۹۹؛ لوسیانو، رودریگز، گوتی ریز، ۲۰۰۴ به نقل از هراندز لویز^۲ و همکاران، ۲۰۰۹). بنابراین شناسایی رفتار اجتنابی و افزایش انعطاف پذیری روانی هسته مرکزی مداخلات ACT است. این بخش به بررسی درمان پذیرش و تعهد برای ترک و پیشگیری از عود مصرف مواد در نتایج مطالعات می‌پردازد.

در سال ۲۰۰۳، هفتر^۳ و همکاران مداخله ACT را با تأکید بر جهت های ارزشی برای ترک الکل مورد پژوهش قرار دادند. در این مداخله درمانی که بر اساس مطالعه ای موردی بر روی شخصی به نام گاس اجرا شد، مولفه جهت های ارزشی درمان ACT با شناسایی سیستماتیک ارزش های مراجع که شامل ۹ تا از جنبه های ارزشی زندگی شامل روابط صمیمی، خانواده، دوستان، معنویت، سلامت، شغل، آموزش، سرگرمی و اجتماع است، تعیین شد. گام بعدی این بود که اهداف زندگی گاس تعیین شود. با این استدلال که ارزش ها زیر بنای اهداف هستند و تنظیم هدف به مراجع اجازه می‌دهد که در جهت ارزشی حرکت کند. بطور مثال اگر هدف مراجع کسب یک درجه دانشگاهی باشد، ارزش زندگی مراجع، تحصیلات است. نتایج نشان داد که در طول دو هفته درمان (با تقویت ارزش های گاس)، درصد هوشیاری مراجع به ۶۰ درصد رسید (مصرف الکل به میزان کم) و در طی ۱۰ هفته هوشیاری به ۱۰۰ درصد رسید. علاوه بر لغزش حداقلی، گاس ۱۰۰ درصد هوشیاری را در طول ۹ ماه پیگیری حفظ کرد. مشاهده رفتاری نشان داد که عاطفه مراجع در طول دوره درمان بهبود پیدا کرد. زیرا قبل از درمان عاطفه محدود و تماس چشمی کمتری داشت. مراجع پیش از درمان پاسخ های کوتاه و مختصری به سوالات می‌داد درحالیکه در پایان درمان او در طی جلسات پرحرف بود و به تغییرات در زندگیش اشتیاق نشان می‌داد و جک میگفت و می‌خندید. در جلسه پایانی، علائم روانشناختی مراجع، با پرسشنامه ۴۵ سوالی نتیجه لامبرت با سه زیرمقیاس علائم دیسترس، روابط بین فردی و مسئولیت پذیری اجتماعی مورد ارزیابی قرار گرفت و نتیجه ارزیابی، نمرات گاس را در دو خرده مقیاس دیسترس و مسئولیت پذیری اجتماعی به غیر از روابط بین فردی در پایان جلسات هفتگی و ۶ ماه پیگیری پایین تر از نقطه برش پرسشنامه نشان داد که نشان دهنده بهبود در این دو خرده مقیاس است.

گیفورد^۴ و همکاران (۲۰۰۴) پژوهشی را جهت مقایسه دو درمان جایگزین نیکوتین (NRT^۵) و درمان مبتنی بر پذیرش (ACT) برای ترک سیگار اجرا نمودند. این پژوهشگران معتقدند که مدل مبتنی بر NRT تضاد آشکاری را نسبت به مدل درمان مبتنی بر پذیرش عملکرد نشان می‌دهد. NRT بر اساس تغییر فراوانی یا شدت نشانه های ترک است، درحالیکه ACT بر اساس تغییر کارکرد چنین تجربیاتی است. این تفاوت به تفاوت فرایند و نتیجه اشاره دارد. مدل وابستگی فیزیولوژیکی پیش‌بینی می‌کند که علائم ترک اعتیاد مربوط به نتیجه است و درمان NRT با کاهش نشانه های ترک نتایج بهتری را نشان خواهد داد و مدل مبتنی بر پذیرش عملکرد پیش‌بینی می‌کند که شرکت کنندگان تلاش می‌کنند که از نتیجه اجتناب کنند، و درمان ACT با کاهش اجتناب تجربی و متعاقباً افزایش انعطاف پذیری شناختی و رفتاری، نتایج بهتری را بدست می‌دهد. در این راستا ۷۶ نفر شرکت کننده که ۵۹ درصد زن و ۴۱ درصد مرد بودند در دو گروه ACT و NRT، به ترتیب در گروه های ۳۳ و ۴۳ نفر، جایگزین شدند. درمان ACT بصورت ۷ جلسه فردی ۵۰ دقیقه ای و ۷ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه ای در طی ۷ هفته اجرا شد و درمان جایگزین با نیکوتین نیز توسط برچسب نیکوتین انجام شد. نتایج نشان داد که هیچ تفاوت معناداری بین رضایت از درمان در بین دو گروه وجود ندارد. همچنین تفاوت معناداری در بین دو گروه در رابطه با ترک

¹ Hayes, Strosahl & Wilson

² Hernandez-Lopez

³ Heffner

⁴ Gifford

⁵ Nicotine Replacement Therapy

سیگار پس از درمان و ۶ ماه پیگیری مشاهده نشد. اما در ۱ سال پیگیری ACT بطور معنادار نتیجه بهتری نسبت به NRT نشان داد. نتایج نشان داد که اجتناب از محرک درونی و عدم انعطاف پذیری همزمان به عنوان یک متغیر واسطه، اثرات درمانی ACT را بر روی پیامد سیگار کشیدن تعدیل می‌کند. علاوه بر این نتایج نشان داد که نشانه‌های ترک و عاطفه منفی ارتباط معناداری با پیامد ندارد. بطور کلی نتایج با مدل درمان مبتنی بر پذیرش عملکرد هماهنگ بود.

مطالعه هیز و همکاران (۲۰۰۴) اثر بخشی درمان نگهدارنده با متادون (MMT^۱) را در بهبودی معتادان به مواد افیونی که همچنان به سوء مصرف مواد مختلف نیز می‌پرداختند، با اثربخشی ترکیب آن با ۱۶ هفته ACT، و ترکیب آن با ۱۶ هفته تسهیل فشرده دوازده گام (ITSF^۲) مقایسه می‌کند. در این کارآزمایی مقدماتی، مشارکت کنندگان در عین حال که در برنامه نگهداری با متادون قرار داشتند، همچنان به مصرف مواد ادامه می‌دادند. نتایج این مقایسه این چنین بود: اضافه شدن ACT به MMT در قیاس با MMT به تنهایی، در ارزیابی عینی با مصرف کمتر مواد افیونی و مجموع مواد مصرفی در خلال پیگیری همراه بود، و در ارزیابی ذهنی نیز مجموع مواد مصرفی در پیگیری کاهش نشان می‌داد. تحلیل قصد درمان^۳، کاهش مجموع مصرف مواد را در ارزیابی عینی، در حالت اضافه شدن ACT تأیید می‌کند و از ثبات این نتیجه‌گیری حمایت می‌نماید. از سوی دیگر، اضافه شدن ITSF به MMT در قیاس با MMT به تنهایی، در مقیاسهای عینی که مجموع مصرف مواد را در خلال پیگیری ارزیابی می‌کردند، کاهش نشان می‌داد، اما این کاهش در تحلیل قصد درمان نمایان نبود. اکثر مقیاسهای سازش یافتگی و ناراحتی روانشناختی در تمام حالات مطالعه بهبود یافت، اما شواهدی مبنی بر بهبود بیشتر این دو حوزه در یکی از حالات به دست نیامد تا پژوهشگران را به ترجیح افتراقی یکی از آنها وادارد. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که هم ACT و هم ITSF شایسته بررسی‌های بیشتر به مثابه مداخلاتی برای کاهش سوء مصرف شدید مواد هستند.

در یک مطالعه موردی توسط هیز و باتن^۴ (۲۰۰۵)، کاربرد ACT برای درمان فردی که دچار همبودی PTSD و سوء مصرف مواد بوده، بررسی و ارزیابی شده است. هم PTSD و هم سوء مصرف مواد می‌توانند به مثابه اختلالاتی مفهوم پردازی شوند که در آنها به اندازه معناداری، مؤلفه اجتناب تجربه ای وجود دارد. مورد جیل، دختر ۱۹ ساله سفیدپوست، که علی رغم هوش بالای متوسط، تا کلاس نهم درس خوانده بود و موفق به اتمام دبیرستان نشده بود، و هیچ وقت موفق به نگه داشتن یک شغل مناسب نبود، با شکایت های مصرف مواد و مقابله با مشکلاتی که مورد تجاوز قرار گرفتن در کودکی برایش پیش آورده بود، تحت درمان با ACT قرار گرفت. جیل به طور همزمان چندین ماده (متامفتامین، الکل، کوکائین و توتون) را سوء مصرف می‌کرد. همچنین، به طور کامل حائز ملاکهای تشخیصی PTSD بود و مهمترین علامتی که او را آزار می‌داد، هجوم خاطرات مزاحم و مشکلاتی بود که این خاطرات حین رابطه با دوست پسرهایش ایجاد می‌نمود. جیل، به مدت یک سال، هفته ای یک بار (در ماههای اول بیش از یک بار) تحت درمان قرار گرفت. کلیه مقیاسهای متعددی (میزان و نحوه مصرف، MMPI-2، ناراحتی روانشناختی، و اجتناب تجربه ای و سازه ای مرتبط) که پیش از درمان، حین درمان و در پیگیری، جیل با آنها مورد ارزیابی قرار گرفت، اثربخشی ACT را نشان می‌دهند. مؤلفان مکانیسمهای این تأثیر را با توجه به مؤلفه های ACT به خصوص اجتناب تجربه ای مورد بحث قرار داده اند.

پژوهشی توسط استوت^۵ و همکاران (۲۰۰۹) تحت عنوان کاربرد ACT در طول دوره کاهش دوز متادون مورد اجرا قرار گرفت. پژوهشگران نامبرده گزارشی موردی از یک مراجع بزرگسال تحت درمان متادون (MM) که ACT را به صورت فردی به همراه برنامه ۲۴ هفتگی کاهش تدریجی متادون دریافت نمود، ارائه دادند. بررسی موردی سه هدف داشت از جمله: برای توضیح اینکه چگونه مدل درمانی ACT می‌تواند در سم زدایی متادون بکار برده شود؛ برای ارزیابی اثر برنامه کاهش دوز متادون به همراه دوره ACT ۶ ماهه روی مصرف اویپوئیدها و مصرف سایر داروهای غیر مجاز؛ و جمع آوری داده های اولیه در ارتباط با رابطه بین انعطاف ناپذیری روانشناختی (PI^۶) و نتایج درمان. در این پژوهش پروتکل ACT شامل ۲۴ جلسه ۵۰ دقیقه ای بطور هفتگی در مرحله دوز ثابت متادون و سپس در مرحله کاهش دوز ارائه شد. هر جلسه با ۵ تا ۱۰ دقیقه تمرین بهوشیاری^۷ شروع می‌شد. جلسات ACT بر اساس مؤلفه های ACT تقسیم بندی و تمرینات ارائه می‌شد: جلسه ۱ تا ۴ شامل روشن سازی ارزش های شخصی؛ جلسه ۵ تا ۹، تغییر دیدگاه از اجتناب و کنترل رویدادهای

1 Methadone Maintenance Therapy

2 Integrated Twelve-Step Facilitation

3 Intent-to-Treat

4 Batten & Hayes

5 Stotts

6 Psychological Inflexibility

7 Mindfulness

شخصی آزارنده و رهایی از مبارزه؛ جلسه ۱۰-۱۸، پذیرش و بهوشباری و جلسه ۱۹ تا ۲۴ شامل تعهد بود. طبق یافته های پژوهش در ۱ ماه پیگیری درمان، مراجع هیچگونه علائم ترک ذهنی را گزارش نداد. نمره افسردگی (BDI^۱) در ۱ ماه پیگیری نسبت به خط پایه اندکی افزایش پیدا کرد. نمرات ترس از سم زدایی (DFSS^۲) مراجع، نسبتاً کمتر از نمره برش پرسشنامه بود. بنابراین گرچه ترس گزارش شد، اما به اندازه فوبی سم زدایی جدی نبود. نمره انعطاف ناپذیری روانشناختی (PI) در طول برنامه درمانی کاهش معناداری را نشان داد. همچنین آزمایش ادرار در مراجع نشان داد که مراجع در برنامه سم زدایی متادون بسیار موفق بوده است، مراجع هیچگونه موادی تا ۱ ماه پیگیری مصرف نکرده است و دوز مصرف متادون در مراجع به صفر رسیده است. و نمونه تنفس هم نشان داد که مراجع ترک دائم از الکل داشته است.

هرناندز لویز و همکاران (۲۰۰۹) با طرحی شبه آزمایشی اثرات مداخله ACT را با مداخله CBT به منظور ترک سیگار در یک نمونه ۸۱ نفری مورد مقایسه قرار دادند. ۴۳ نفر درمان ACT و ۳۸ نفر دیگر هم درمان CBT را دریافت نمودند، که از آن تعداد مجموعاً ۵۶ نفر درمان خود را کامل کردند (۲۷ نفر از ACT و ۲۹ نفر از CBT). و دوره پیگیری ۳، ۶ و ۱۲ ماهه پس از درمان روی افراد انجام شد. هر دو شیوه درمان در گروههای ۷ تا ۸ نفره در هفت جلسه ۹۰ دقیقه ای به همراه تکالیف خانه، ارائه می شد. در مداخله ACT چندین استعاره، عقاید متناقض^۳ و مثال، و تمرینات تجربی که اکثر آنها از کار هیز و همکاران (۱۹۹۹) و ویلسون و لوسیانو (۲۰۰۲) به منظور روشن سازی ارزشهای ترک و افزایش پذیرش تفکرات، هیجانات و احساسات مرتبط با ترک استخراج شده، استفاده شد و در چهار گام به شرکت کنندگان ارائه شد. اولین گام تحلیل ارزش شخصی مصرف سیگار به عنوان تلاشی برای کنترل رویدادهای شخصی؛ دومین گام روشن سازی ارزش ها و تعهد به انتخاب های شخصی؛ سومین گام تمایل به تجربه و پذیرش رویدادهای آزارنده شخصی؛ و چهارمین گام، عود یا لغزش، بخشی از فرایند ترک است. مداخله CBT نیز در سه مرحله آمادگی، ترک و نگهداری انجام گرفت. نتایج نشان داد که میزان ترک مصرف سیگار در افرادی که ACT را دریافت کرده بودند بطور معناداری بالاتر از افرادی بود که در برنامه درمانی CBT شرکت داشتند. این تفاوت در دوره پس از درمان، دوره پیگیری ۳ ماهه و ۱۲ ماهه معنادار بود.

اسموت^۴ و همکاران (۲۰۱۰) میزان اثربخشی مداخلات ACT و CBT را برای اختلالات مصرف متامفتامین مورد مقایسه قرار دادند. هدف مطالعه این بود که آیا ACT حضور در درمان را افزایش و مصرف متامفتامین و پیامدهای منفی مرتبط با مصرف و همچنین استفاده از مواد دیگر را در مقایسه با CBT کاهش می دهد و علائم افسردگی و بهزیستی فیزیکی و روانی را بهبود می بخشد؟ در این پژوهش به تعداد ۱۰۴ شرکت کننده در دو گروه ۵۳ و ۵۱ نفره به ترتیب در دو گروه درمانی CBT و ACT جایگزین شدند که مجموعاً ۱۲ هفته مداخله درمانی ۶۰ دقیقه ای و به مدت ۲۴ هفته نیز پیگیری داشتند. با توجه به هدف مطالعه نتایج نشان داد که هیچ تفاوت معناداری بین ACT و CBT وجود ندارد، بطوریکه شرکت کنندگان در هر دو شرایط درمانی CBT و ACT حضور پیدا کردند و در مصرف متامفتامین، پیامدهای منفی در ارتباط با مواد و نشانه های وابستگی کاهش نشان دادند. تنها گروه CBT بهبود معناداری را در مصرف متامفتامین نشان داد.

گیفورد و همکاران (۲۰۱۱)، نقش پذیرش و درمان رابطه محور در نتیجه درمانی بوپروپیون برای ترک سیگار را مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه جهت ترک سیگار تأثیر اضافه کردن یک رفتار درمانی شامل روان درمانگری تحلیلی کاربردی (FAP^۵) و پذیرش و تعهد (ACT) را به بوپروپیون مورد آزمایش قرار دادند. هدف این بود که آیا درمان ترکیبی که برای به حداکثر رساندن روابط و فرایند پذیرش طراحی شده است، قادر است نتایج بهتری نسبت به بوپروپیون تنها نشان دهد؟ آیا نتایج پذیرش و رابطه میتواند نتایج درازمدت مصرف سیگار را پیش بینی کند؟ بطور کلی آیا درمان رفتاری می تواند نتایج بوپروپیون را بهبود بخشد؟ به عقیده این پژوهشگران درمان ACT و FAP برای مصرف سیگار بر پایه مدل بافت پذیرش و رابطه (ARC^۶) بود. ARC مشخص می کند که درگیر شدن در درمان رابطه ها و پذیرش حالات درونی، تغییر رفتار سازنده را تسهیل می کند. درمانگران FAP روابط صمیمی و پاداش دهنده را با مراجعین خود برقرار می کنند و سپس تقویت اجتماعی واقعی و طبیعی را بین مراجع و درمانگر به منظور ارتقای مجموعه کارکرد های مراجع در جلسه بکار

1 Beck Depression Inventory

2 Detoxification Fear Survey Schedule

3 Paradox

4 Smout

5 Functional Analytic Psychotherapy

6 Acceptance and Relationship Context

می‌گیرند. این پژوهش روی ۳۰۳ شرکت کننده اجرا شد. بطوریکه در خط پایه، پس از درمان، ۶ ماه و ۱۲ ماه پس از درمان مورد ارزیابی قرار گرفتند. روش درمان شامل رژیم مصرفی بوپروپیون و علاوه بر این روش، شرکت کنندگان برای مشاوره بصورت گروهی و فردی هر هفته به مدت ۱۰ هفته با توجه به دستورالعمل های درمانی فردی و گروهی شرکت کردند. نتایج نشان داد که افرادی که تحت درمان ترکیبی رابطه و پذیرش قرار داشتند در مقایسه با افرادی که تنها درمان دارویی دریافت می کردند در ارزیابی پس از درمان رضایت بیشتری نسبت به درمان نشان دادند. با استفاده از داده های پس از درمان (۱۰ هفته پس از پایان تاریخ)، وضعیت شیوع ترک به طور قابل توجهی بین دو شرایط متفاوت بود، بطوریکه ترک سیگار در درمان ترکیبی بطور معناداری بالاتر از درمان دارویی بود. نتایج برای ACT و FAP در یک سال بعد از درمان بطور معناداری بهتر از شرایط درمان دارویی تنها بود. شرکت کنندگان در شرایط ترکیبی روابط بین فردی قوی با ارائه دهندگان درمان خود گزارش دادند، و این روابط به طور آماری واسطه تأثیر درمان ترکیبی بر وضعیت سیگار کشیدن است. همچنین رابطه درمانی بطور معناداری با پذیرش بر اساس پاسخ دهی ارتباط داشت. شرکت کنندگان در شرایط ترکیبی، پاسخ اجتناب و انعطاف ناپذیری به حالات درونی را که به مصرف سیگار مرتبط بود، کاهش دادند و پذیرش و پاسخگویی با انعطاف پذیری بیشتر به این حالات، به طور معناداری، واسطه تأثیر درمان ترکیبی بر وضعیت مصرف سیگار است. در کل نتایج درمانی بوپروپیون با درمان رفتاری متمرکز بر پذیرش و رابطه افزایش پیدا کرد.

در یک پژوهش بریکر^۱ و همکاران (۲۰۱۳) درمان پذیرش و تعهد را برای ترک سیگار از طریق وب به افراد سیگاری ارائه دادند. این پژوهشگران برای اولین بار با ارائه ACT از طریق سایت WebQuit.org با مداخله مبتنی بر وب وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده از طریق سایت Smokefree.gov (استعمال دخانیات آزاد) برای ترک سیگار مورد مقایسه قرار دادند. هدف مطالعه این بود که: ۱- نشان دهد که این طرح علاوه بر چالش های استخدام که در آزمایش های قبلی مطرح شده بود، برای استخدام شرکت کنندگان عملی و موفقیت آمیز است ۲- نشان دهد که استفاده و رضایت از مداخله ACT توسط شرکت کنندگان بیشتر از مداخله Smokefree است ۳- میزان ترک را بعد از ۳۰ روز مداخله ACT و Smokefree، در خلال ۳ ماه پیگیری مورد ارزیابی قرار دهد ۴- میزان اثربخشی ACT را که به واسطه مکانیسم پذیرش عمل می کند، مورد بررسی قرار دهد. با طرح آزمایشی ۲۲۲ شرکت کننده بطور تصادفی در دو گروه کنترل Smokefree (۱۱۱ نفر) و گروه آزمایشی ACT (WebQuit) (۱۱۱ نفر) جایگزین شدند. نتایج به واسطه مدل رگرسیون لوجستیک و تحلیل میانجی؛ و حذف متغیرهای کووریت (همپراش)، نشان داد که میزان پذیرش و رضایت افراد از سایت WebQuit بیشتر از سایت Smokfree است. شرکت کنندگان دقیق بیشتری را روی سایت WebQuit می گذرانند. و شرکت کنندگان اختصاص داده شده روی این سایت را مناسب تر ارزیابی کردند. همچنین میزان ترک در گروه WebQuit بطور معناداری بالاتر از گروه Smokefree مشاهده شد (۲۳٪ در برابر ۱۰٪). در خلال ۳ ماه پیگیری شرکت کنندگان WebQuit در مقایسه با شرکت کنندگان Smokefree پذیرش بیشتری (معنا داری) در شناخت ها، هیجان ها و حس های بدنی خود که نشانه ای برای سیگار کشیدن بودند، گزارش دادند. مدل میانجی ۷۶ درصد پذیرش را برای حس های بدنی، ۷۳ درصد برای هیجان ها و ۶۹ درصد برای شناخت ها نشان داد. گونزالز منندز^۲ و همکاران در سال ۲۰۱۴ نتایج دراز مدت درمان پذیرش و تعهد (ACT) را در جمعیت زنان زندانی وابسته به مواد مخدر مورد بررسی قرار دادند. هدف از این آزمایش کنترل شده در زنان زندانی با سوء مصرف مواد و اختلالات همزمان افسردگی و اختلالات اضطرابی، تعیین اثربخشی طولانی مدت ACT در مقایسه با برنامه درمانی CBT بود. شرکت کنندگان ۳۷ زن زندانی اسپانیایی زبان با سوء مصرف یا وابسته به مواد با دامنه سنی ۲۲ تا ۲۹ ساله بودند. نتیجه نشان داد که هر دو مداخلات درمانی ACT و CBT مؤثر هستند. گرچه در ۱۸ ماه پیگیری، ACT نتایج بهتری نسبت به CBT در میزان پرهیز از مواد نشان داد. ACT در سه شاخص شدت اعتیاد مقیاس (ASI6) یعنی کاهش مصرف مواد، شاخص روانشناختی و خانوادگی، اثر درمانی معناداری نشان داد. هر دو گروه کاهش معناداری در شدت اضطراب (ASI) نشان دادند. گرچه گروه دریافت کننده CBT بهبود بیشتری در مقایسه با گروه ACT نشان داد. در هر دو گروه تأثیر درمانی معناداری در پذیرش و عمل (AAQ-2) که اجتناب تجربی و پذیرش روانشناختی را که دو جنبه کلیدی ACT هستند را مورد ارزیابی قرار می دهد، مشاهده شد اما بین دو گروه تفاوتی دیده نشد. علاوه بر این هر دو گروه در اختلالات اضطراب فراگیر، اختلال افسردگی اساسی و پنیک بعد از مداخلات درمانی کاهش عمومی نشان دادند و تفاوت معناداری در بین دو گروه دیده نشد اما

¹ Bricker

² González-Menéndez

ACT کاهش بیشتری را در اختلالات اضطرابی در مقایسه با اختلال افسردگی نشان داد. این پژوهشگران با توجه به یافته های پژوهش نتیجه گیری کردند که بطور کلی مداخلات درمانی پذیرش و تعهد می تواند در رفتار اعتیادی و اختلالات همبود با اعتیاد مؤثر باشد. ویلاردآگا^۱ و همکاران (۲۰۱۴) به مطالعه تکنیک مشاوره ای ACT به عنوان پیش بینی کننده ترک مصرف سیگار در بین جلسات مشاوره روی ۴۴ فرد سیگاری پرداختند. فرضیه پژوهشگران این بود که سطوح بالاتر استفاده مشاور از مؤلفه های گشودگی، هوشیاری و فعال سازی ACT، احتمال مصرف پایین تر سیگار را در جلسه بعدی مشاوره در مقایسه با جلسات مشاوره خط ترک (Quitline) بهتر پیش بینی خواهد کرد. مداخله ACT و Quitline روی ۴۴ فرد سیگاری طی ۵ جلسه ۵ هفته ای بصورت تلفنی مجموعاً ۱۳۹ تماس تلفنی انجام گرفت. بطوریکه جلسه اول ۳۰ دقیقه و ۴ جلسه بعدی هر یک به مدت ۱۵ دقیقه طول کشید. همچنین تمامی شرکت کنندگان در یک دوره دو هفته ای NRT دریافت کردند. نتایج تجزیه و تحلیل داده ها طبق مدل رگرسیون لجستیک نشان داد افزایش ۱ واحدی استفاده مشاور از تکنیک های ارتقای هوشیاری، کاهش مصرف سیگار را بطور معناداری پیش بینی می کند. اما استفاده از تکنیک های گشودگی و فعال سازی کاهش مصرف معناداری را در افراد پیش بینی نمی کند. گرچه درصد کاهش مصرف سیگار با ارتقای گشودگی افزایش یافت، اما معنادار نبود.

پژوهشی تحت عنوان تأثیر پذیرش و تعهد در درمان اختلال مصرف الکل همبود با اختلال عاطفی توسط سکیسو^۲ و همکاران (۲۰۱۵) در دو گروه ۲۶ نفره، که دارای اختلال افسردگی اصلی یا افسردگی دو قطبی بودند، مورد پژوهش قرار گرفت. نتایج بعد از ۳ ماه پیگیری نشان داد که میزان ترک نوشیدن وسواسی اجباری در گروه ACT بطور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود. همچنین نمرات افسردگی و اضطراب بیماران در گروه ACT در مقایسه با گروه کنترل بطور معناداری پایین تر بود. بین نمرات مانیای بیماران در گروه ACT و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود نداشت. ۶ ماه پس از مداخله نیز میزان ترک نوشیدن وسواسی اجباری در گروه ACT بطور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود. نمرات افسردگی و اضطراب بیماران در گروه ACT در مقایسه با گروه کنترل بطور معناداری پایین تر بود. بین نمرات مانیای بیماران در گروه ACT و گروه کنترل نیز تفاوت معناداری دیده نشد.

لی^۳ و همکاران در سال ۲۰۱۵ یک مطالعه متاآنالیز از ACT برای درمان اختلالات مصرف مواد اجرا قرار دادند. در متاآنالیز از ۱۰ مطالعه به تعداد ۱۳۸۶ شرکت کننده استفاده شد. از بین این شرکت کنندگان ۵۷/۵٪ زن بودند. هر ۱۰ مطالعه، ACT را با درمان دیگری مانند CBT، مشاوره دارویی، NRT، Smokefree و معتادان گمنام (NA^۴) مقایسه کردند. یافته ها اندازه اثر کوچک تا متوسط معنادار را برای ACT نسبت به سایر درمان ها نشان داد. پژوهشگران نتیجه گرفتند که ACT مداخله درمانی امیدبخش برای درمان اختلال مصرف مواد می باشد.

ازخوش و همکاران (۲۰۱۶) مطالعه ای به منظور مقایسه درمان گروهی پذیرش و تعهد با درمان دوازده گام NA در فرایند بازتوانی معتادین مورد پژوهش قرار داده اند. طرح این پژوهش طرحی آزمایشی از نوع پیش تست پس تست با گروه کنترل و با دوره پیگیری ۶ هفته ای بود. در پژوهش ازخوش و همکاران وی ۶۰ داوطلب که بیشتر از ۱۸ سال و بدون نشانه های سایکوز بودند در سه گروه ۲۰ نفره ACT، NA و گروه کنترل که تنها متادون دریافت می کردند، جایگزین شدند. مطابق با یافته های پژوهش میانگین بهزیستی روانشناختی در گروه کنترل در هیچ یک از دو مرحله پیش تست پس تست اثر بهبودی نشان نداد. بهزیستی روانشناختی گروه NA در پس تست افزایش یافت اما در دوره پیگیری بطور معناداری کاهش یافت. بهزیستی روانشناختی گروه ACT در پس تست افزایش یافت اما در دوره پیگیری اندکی کاهش یافت. در میزان انعطاف پذیری روانشناختی در گروه کنترل در دو مرحله پس تست و پیگیری افزایش مشاهده نشد. انعطاف پذیری در گروه ACT در هر دو مرحله پس تست و پیگیری اثر افزایشی نشان داد. اما در گروه NA، انعطاف پذیری افزایش پیدا نکرد. همچنین در انعطاف پذیری تفاوت معناداری بین دو گروه کنترل و ACT مشاهده شد.

خاکباز و همکاران (۲۰۱۶)، تأثیر دوره ACT گروهی در تنظیم هیجانی افراد وابسته به مت آمفتامین تحت توانبخشی را در جمعیت ایرانی مورد پژوهش قرار دادند. طرح این پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش تست، پس تست با گروه کنترل بود. در پژوهش نامبرده تنظیم هیجان افراد وابسته به مت آمفتامین، قبل و پس از مداخله درمانی مورد ارزیابی قرار گرفت. نمونه مورد بررسی متشکل از ۳۰ نفر از مردان وابسته به مت آمفتامین که در مراکز پزشکی تهران بستری، یا تحت درمان سرپایی بودند، در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جایگزین

¹ Vilardaga

² Thekiso

³ Lee

⁴ Narcotics Anonymous

شدند. نتایج برای تأثیر اجرای ACT در تنظیم هیجان افراد وابسته به مت آمفتامین نشان داد که ACT در بهبود تنظیم هیجان گروه آزمایش (گروه وابسته به مت آمفتامین) در مقایسه با گروه کنترل تأثیر معناداری دارد. بعد از دو ماه پیگیری هم نتایج هماهنگ با نتایج قبلی بود.

جدول ۱ - مطالعات مربوط به تأثیر ACT در درمان اعتیاد از سال ۲۰۰۳ تا ۲۰۱۶

مطالعه	تأثیر ACT در ترک و پیشگیری از عود مصرف مواد
Heffner و همکاران (2003)	مداخله ACT با تأکید بر جهت های ارزشی برای ترک الکل
Thekiso و همکاران (2015)	درمان اختلال مصرف الکل همبود با اختلال عاطفی
Gifford و همکاران (2004)	درمان جایگزین نیکوتین و درمان مبتنی بر پذیرش برای ترک سیگار
Hernández-Lo'pez و همکاران (2009)	مقایسه ACT و CBT برای ترک سیگار
Gifford و همکاران (2011)	پذیرش و درمان رابطه محور در نتیجه درمانی بوپروپیون برای ترک سیگار
Bricker و همکاران (2013)	ACT مبتنی بر وب برای ترک سیگار
Vilardaga و همکاران (2014)	ACT برای ترک مصرف سیگار
Hayes و همکاران (2004)	مقایسه MMT با ترکیبی از ACT با MMT و ITSF با MMT
Hayes و Batten (2005)	کاربرد ACT برای سوء مصرف مواد همزمان با اختلال PTSD
Stotts و همکاران (2009)	کاربرد ACT در طول دوره کاهش دوز متادون
Lee و همکاران (2015)	مطالعه متاآنالیز از ACT برای درمان اختلالات مصرف مواد
González-Menéndez و همکاران (2014)	بررسی دراز مدت ACT در زنان زندانی وابسته به مواد مخدر
Smout و همکاران (2010)	اثربخشی مداخلات ACT و CBT برای اختلالات مصرف مت آمفتامین
Khakbaz و همکاران (2016)	ACT گروهی در تنظیم هیجانی افراد وابسته به مت آمفتامین تحت توانبخشی

نتیجه گیری

مرور کوتاه نتایج پژوهش ها، از ACT به عنوان یک درمانی مؤثر و معنادار در کاهش مصرف تعدادی از مواد نسبت به سایر درمان ها حمایت می کند. به ویژه تمامی مطالعاتی که در ارتباط با ترک سیگار بودند، نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان هایی همچون Quitline، NRT و CBT می تواند مؤثرتر باشد.

در این مطالعات برخی از محدودیت های روش شناختی هم به چشم می خورد که به آن اشاره می شود و می تواند نکاتی قابل توجه در پژوهش های آینده شود. در برخی از پژوهش ها حجم نمونه ها کوچک بود؛ و انتخاب و گمارش شرکت کنندگان در گروه ها بصورت تصادفی انجام نشده بود؛ همچنین در بعضی از مطالعات بجای استفاده از مقیاس های عینی به مقیاس های خودگزارش دهی اکتفا کردند که این امر می تواند تا حدی در قضاوت ما نسبت به نتایج مشاهده شده در پژوهش ها سوگیری ایجاد کند.

با این حال در مجموع می توان گفت که شواهد فعلی درباره اثربخشی مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در درمان سوء مصرف مواد و همچنین پیشگیری از عود مصرف مواد امیدبخش است. به ویژه آنکه برخی از مطالعات توانسته اند به طور رضایت بخشی مفروضه های نظری را در خصوص مکانیزم تأثیر و فرایند اثربخشی با داده های تجربی مرتبط سازند و بدین ترتیب مسیری پژوهشی بگشایند که از پشتوانه های نظری قدرتمندی برخوردار است.

منابع

امیدی، ع؛ قرایی اردکانی، ش. (۱۳۹۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در اضطراب. تهران: سخنوران.

Azkhosh, M., Farhoudian, A., Saadati, H., Shoaee, F., & Lashani, L. (2016). Comparing acceptance and commitment group therapy and 12-steps narcotics anonymous in addict's rehabilitation process: A randomized controlled trial. *Iran J Psychiatry*, 11(4), 244-249.

Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R., & Fiore, M. C. (2004). Addiction motivation reformulated: An affective processing model of negative reinforcement. *Psychological Review*, 111(1), 33-51.

Bricker, J., Wyszynski, C., Comstock, B., Heffner, J., & J. L. (2013). Pilot randomized controlled trial of web-based acceptance and commitment therapy for smoking cessation. *Nicotine & Tobacco Research*, 15(10), 1756-1764.

- Batten, S. V., & Hayes, S. C. (2005). Acceptance and commitment therapy in the treatment of comorbid substance abuse and post-traumatic stress disorder a case study. *Clinical case studies*, 4(3), 246-262.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall M. M., & Palm, K. M. (2004). Acceptance-based treatment for smoking cessation. *Behavior Therapy* 35, 689-705.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Pierson, H. M., Piasecki, M. P., Antonuccio, D. O., & Palm, K. M. (2011). Does Acceptance and Relationship Focused Behavior Therapy Contribute to bupropion outcomes? A randomized controlled trial of functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy for smoking cessation. *Behavior Therapy*, 42, 700-715.
- Gilbert, D.G., & Spielberger, C. D. (1987): Effects of smoking on heart rate, anxiety, and feelings of success during social interaction. *J Behav Med*, 10, 629-638.
- González-Menéndez, A., Fernández, P., Rodríguez, F., & Villagrúa, 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, 18-27.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2003). Acceptance and commitment therapy an experiential approach to behavior change. The Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., & Masuda, A. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Psychology Faculty Publications*, http://scholarworks.gsu.edu/psych_facpub/101.
- Hayes, S.C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review Clinical Psychology*, 7, 141-68.
- Hayes, S. C., Jacobson, N. S., Follette, V. M., & Dougher, M. J. (Eds.). (1994). *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy*. Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S. V., ... & Gregg, J. (2004). A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. *Behavior Therapy*, 35(4), 667-688.
- Hernandez-Lopez, M., Luciano, M.C., Bricker, J.B., Roales-Nieto, J.G., & Montesinos, F. (2009). Acceptance and commitment therapy for smoking cessation: A preliminary study of its effectiveness in comparison with cognitive behavioral therapy. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(4), 723-730.
- Heffner, M., Eifert, J. H., Parker, B. T., Hernandez, D. H., & Sperry, J. A. (2003). Valued directions: Acceptance and commitment therapy in the treatment of alcohol dependence. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 378-383, 2003.
- Khakbaz, H., Farhoudian, A., Azkosh, M., Dolatshahi, B., Karami, H., & Massah, O. (2016). The effectiveness of group acceptance and commitment therapy on emotion regulation in methamphetamine-dependent individuals undergoing rehabilitation. *Int J High Risk Behav Addict*, In Press (In Press):e28329.
- Lee, E. B., An, W., Levin, M. E., Twohig, J., & M. P. (2015). An initial meta-analysis of acceptance and commitment therapy for treating substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 155, 1-7.
- Raisjouyan, Z., Talebi, M., Ghasimi, M., Shahgaldi, F., & Abdollahian, E. (2014). Investigating the effect of emotional intelligence on the addiction relapse after quitting. *Asia Pac J Med Toxicol*, 3, 27-30.
- Schlauch, R. C., Gwynn-Shapiro, D., Stasiewicz, P. R., Molnar, D. S., & Lang, A. R. (2013). Affect and craving: Positive and negative affect are differentially associated with approach and avoidance inclinations. *Addict Behav*, 38(4), 1970-1979. *Behavioral Practice*, 16, 205-213.
- Shiffman, S. (1982). Relapse following smoking cessation: a situational analysis. *J Consult Clin Psychol*, 50, 71-86.
- Smout, M. F., Longo, M., Harrison, S., Wickes, R. M. 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*, 31:98-107.
- Stotts, A. L., Masuda, A., & Wilson, K. (2009). Using acceptance and commitment therapy during methadone dose reduction: rationale, treatment description, and a case report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 205-213.
- Thekiso, T. B., Murphy, P., Milnes, J., Lambe, K., Curtin, A., & Farren, C. k. (2015). Acceptance and commitment therapy in the treatment of alcohol use disorder and comorbid affective disorder: A pilot matched control trial. *Behavior Therapy*, 46, 717-728.
- Torres, A. C., Catena, A., Megías, A., Maldonado, A., Cándido, A., Verdejo-García, A., & Perales, J. (2013). Emotional and non-emotional pathways to impulsive behavior and addiction. *Front Hum Neurosci*, 21, 7-43.
- Villardaga, R., Heffner, J.L., Mercer, L.D., & Bricker, J. B. (2014). Do counselor techniques predict quitting during smoking cessation treatment? A component analysis of telephone-delivered acceptance and commitment therapy. *Behavior Research and Therapy*, 61, 89-95.



شپوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی