

مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان شیشه

احمدرضا کیانی^۱، نظام‌الدین قاسمی^۲، علی پورعباس^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۰۷/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۷/۲۲

چکیده

هدف: امروزه درمان‌های موج سوم در روان‌درمانی به جای چالش با شناخت‌ها، بر آگاهی و پذیرش افراد از احساسات و هیجان‌ها و شناخت‌ها و رفتارها تاکید دارند. به همین دلیل پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان شیشه انجام شده است. **روش:** پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است. جامعه آماری کلیه مصرف‌کنندگان مواد شیشه‌شهر بهارستان اصفهان بود. گروه مصرف‌کننده مواد، شامل ۳۴ مصرف‌کننده ماده شیشه بودند که از بین افراد مراجعه‌کننده به مرکز درمان اعتیاد بهارستان به روش نمونه‌گیری گلوله برفی انتخاب شدند و به روش نمونه‌گیری تصادفی در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفتند. افراد هر دو گروه به صورت همزمان و جداگانه تحت دوازده جلسه مداخلات درمانی به صورت هفته‌ای دو جلسه و در انتها هفته‌ای یک جلسه و به مدت دو ساعت در هر جلسه قرار گرفتند. آزمودنی‌های دو گروه به کمک آزمون سنجش شدت ولع مصرف شیشه و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. **یافته‌ها:** یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که دو گروه درمانی بر شدت ولع مصرف در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تاثیر معناداری داشتند. همچنین در مقایسه اثربخشی این دو درمان بر ابعاد نه‌گانه تنظیم شناختی هیجان تفاوت معناداری مشاهده نشد و هر دو درمان به یک میزان بر شاخص‌های شناختی تنظیم هیجان تاثیرگذار بودند. **نتیجه‌گیری:** می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی به دلیل مولفه‌های مشترک درمان در کاهش آسیب‌های روانی ناشی از مصرف آفتامین‌ها موثر است.

کلید واژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، روان‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، تنظیم شناختی هیجان، ولع مصرف، آفتامین

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری مشاوره خانواده دانشگاه اصفهان. پست الکترونیک: ahmadreza_kiani@yahoo.com

۲. دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه اصفهان

۳. دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه خوارزمی

مقدمه

در بین مواد اعتیادآور، آمفتامین‌ها خصوصاً مت‌آمفتامین^۱ قوی‌ترین مواد هستند و خطر وابستگی و مشکلات سلامت روان بیشتری را در بر دارند (تاپ و دگنهارت، کی و دارک^۲، ۲۰۰۲) و با نرخ بالای روان‌پریشی (مک‌کتین و کلی و مک‌لارن^۳، ۲۰۰۶)، افسردگی (سمپل، پترسون و گرانٹ^۴، ۲۰۰۵)، و مشکلات شناختی (نوردال، سالو و لیمون^۵، ۲۰۰۳) ارتباط دارند. عوامل تداوم‌بخش رفتارهای اعتیادآور شامل ولع مصرف (هیمن^۶، ۲۰۱۱، اختیاری، ۱۳۸۷) و کژکاری در تنظیم شناختی و هیجانی است. رایت، بک، نیومن و لیس^۷ (۱۹۹۳) عنوان کردند که ولع ریشه شناختی در باورهای نادرست در زمینه نیاز به مواد دارد. به نظر می‌رسد که ولع مصرف مواد بوسیله فرایندهای شناختی-هیجانی خودکار یا غیرخودکار کنترل می‌شوند، بگونه‌ای که نظریه‌های ولع مصرف عموماً تأکید می‌کنند اشتیاق‌ها^۸ در افراد با فعال شدن هیجان‌ها و انگیزه‌های جستجوی مواد در ارتباطند (تیفانی^۹، ۱۹۹۰).

تنظیم هیجان^{۱۰} وجه ذاتی گرایش‌های پاسخ‌های هیجانی است (آمستادتر^{۱۱}، ۲۰۰۸). تنظیم هیجان به اعمالی اطلاق می‌شود که به منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار می‌رود. مفهوم کلی تنظیم شناختی هیجان دلالت بر شیوه‌های شناختی دستکاری ورود اطلاعات فراخواننده هیجان دارد (اوکسندر و گراس^{۱۲}، ۲۰۰۵). راهبردهای تنظیم هیجان شامل نه راهبرد مقابله‌ای شناختی^{۱۳} متفاوت؛ یعنی خودملامت‌گری، پذیرش و عینیت‌بخشی، نشخوار فکری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد روی برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، تسهیل حادثه از طریق کل‌نگری، فاجعه‌سازی و سرزنش دیگران می‌شود (گرنیفسکی^{۱۴} و همکاران، ۲۰۰۲). واضح است که پاسخ‌های هیجانی به رویدادهای استرس‌زا را می‌توان با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای شناختی تنظیم نمود (فالکمن و موسکوویتز^{۱۵}، ۲۰۰۴). اگرچه مفهوم‌سازی‌های تنظیم هیجان ممکن است متفاوت باشد

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| 1. Methamphetamine | 2. Topp, Degenhardt, Kaye & Darke | 3. McKetin |
| 4. Semple, Patterson and Grant | 5. Nordahl, Salo & Leamon | 6. Heyman |
| 7. Wright, Beck & Newman | 8. Urges | 9. Tiffany |
| 10. emotion regulation | 11. Amstadter | 12. Ochsner & Gross |
| 13. Cognitive coping strategy | 14. Gamefski | 15. Folkman & Moskowitz |

(گراس و تامپسون^۱، ۲۰۰۷)، اما بسیاری از مولفان در ملاحظه‌ی آن به صورت ترکیبی از فرایندهای فیزیولوژیکی، رفتاری و شناختی توافق دارند که فرد را قادر می‌سازد تا تجربه و ابراز هیجانات منفی و مثبت را تعدیل نماید (بریدجز، دنهام و گانیان^۲، ۲۰۰۴). نظریه یادگیری اجتماعی^۳ بر این ایده است که سیستم باورهای سوءدار باعث حفظ رفتار اعتیادی می‌شود و بنابراین برای مداخله باید از بازسازی شناختی استفاده کرد (کریستوفر^۴، ۲۰۰۱).

در موج سوم روان‌درمانی‌ها که به روان‌درمانی‌های پست‌مدرن 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^۵ 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 زندگی در «اینجا و اکنون» از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری برخوردار شود. به همین دلیل در این درمان‌ها فنون شناختی-رفتاری سنتی را با ذهن‌آگاهی^۶ ترکیب می‌کنند (هیز و لوما و باند^۷، ۲۰۰۶). رویکرد کابات-زین^۸ برای درمان سوء مصرف مواد شامل واریسی بدنی، یا فن‌آگاهی از بدن، یکسری از تغییرات عمدی را دربر می‌گیرد که در آغاز بر کل بدن و سپس بر هر بخشی از بدن در یک شیوه بدون داوری متمرکز می‌شود (کابات-زین، ۱۹۹۰). روش ذهن‌آگاهی به دلیل توجه به مفاهیمی مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری، رویارویی رهاسازی می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای طرد، اثربخشی درمان و جلوگیری از لغزش بیمار را بالا ببرد (ویتکیویتز، مارلت و واکرز^۹، ۲۰۰۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارای دو بخش ذهن‌آگاهی و عمل و تجربه در زمان حال است و به افراد آموزش داده می‌شود که با پذیرش احساسات و هیجانات خود و خودداری از اجتناب تجربی، در لحظه‌حال و اکنون زندگی کرده و بهتر با وسوسه‌های مصرف خود مقابله کنند (اسموت^{۱۱}، ۲۰۰۸). به همین

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------|
| 1. Thompson | 2. Bridges, Denham & Ganiban | 3. social learning theory |
| 4. Christopher | 5. cognitive-behavioural therapy | 6. here and now |
| 7. mindfulness | 8. Hayes, Luoma & Bond | 9. Kabat-Zinn |
| 10. Witkiewitz, Marlatt & Walker | | 11. Smout |

دلیل، پژوهش حاضر به دنبال مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و پذیرش و تعهد بر شدت ولع مصرف و شاخص‌های شناختی هیجان در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری بود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی بادو گروه دریافت‌کننده مداخله‌ی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی و همراه با پیگیری (سه ماهه) می‌باشد. جامعه آماری کلیه مصرف‌کنندگان ماده محرک شیشه در پاییز و زمستان سال ۱۳۹۰ در شهر بهارستان اصفهان می‌باشد که به روش نمونه‌گیری گلوله برفی و با پخش آگهی‌های شرکت در جلسات، تعداد ۳۸ نفر مصرف‌کننده‌ی شیشه انتخاب و به صورت قرعه‌کشی در دو گروه آزمایشی (یک گروه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه دوم تحت درمان ذهن آگاهی) قرار داده شدند. هر گروه شامل ۱۹ نفر بود که از هر کدام از آنان در شروع جلسه پیش‌آزمون به عمل آمد. در انتها، به دلیل خروج، تعداد ۶ نفر از گروه اول و ۵ نفر از گروه دوم ریزش کردند که در نهایت حجم نمونه به ۲۷ نفر رسید. سپس، از هر دو گروه بعد از سه ماه پس‌آزمون به عمل آمد. معیارهای ورود و خروج به مطالعه عبارت بودند از: مصرف حداقل یک ساله ماده شیشه و عدم مصرف مواد افیونی مانند کراک به طور همزمان (مصاحبه به کمک متخصص ترک اعتیاد و انجام تست‌های تشریحی)، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال، مذکر بودن، حداقل سواد دیپلم، عدم برخورداری از اختلالات روان‌پزشکی شدید (تشخیص به کمک MMPI-2 و مصاحبه بالینی) و عدم شرکت در سایر جلسات روان‌درمانی و NA و عدم مصرف دارو. به دلیل کنترل لغزش بیماران در طول جلسات در شروع هر جلسه از بیماران آزمایش ادرار گرفته می‌شد. تعداد جلسات ۱۵ جلسه یک و نیم ساعته بود که ۸ جلسه اول به صورت هفته‌ای دو جلسه و ۷ جلسه باقی‌مانده هفته‌ای یک جلسه برگزار شد.

ابزار

۱- شاخص‌های تصویری سنجش شدت ولع مصرف شیشه: برای سنجش شدت ولع مصرف شیشه از شاخص ولع مصرف شیشه که توسط اختیاری (۱۳۸۷) در آزمایشگاه

ارزیابی عصب-شناختی مرکز ملی مطالعات ایران طراحی شده، استفاده شد. این مقیاس توسط انتون، موهاک و لاتمن در سال ۱۹۹۵ تهیه شده است و دارای ۱۳ موقعیت مرتبط به مصرف شیشه در طول هفته گذشته است که از آزمودنی خواسته می‌شود میزان میل به مصرف شیشه خود را در مقیاس ۵ درجه‌ای از «خیلی زیاد» تا «اصلاً» مشخص کنند. نمره به‌دست آمده نشان دهنده میل و وسوسه در طول هفته گذشته می‌باشد. دامنه نمرات بین ۰ تا ۵۲ بوده و نمره بالاتر نشان‌دهنده‌ی وسوسه بیشتر می‌باشد. در پژوهش حاضر از فرم OCDUS مقیاس ایرانی که توسط اختیاری (۱۳۸۷) در آزمایشگاه ارزیابی عصب-شناختی مرکز ملی مطالعات ایران طراحی شده، استفاده شد.

۲- تنظیم شناختی هیجان: پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۱ گرنیفسکی، کریج و اسپین هون^۲ (۲۰۰۱) یک پرسشنامه چند بعدی می‌باشد که به منظور شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد بعد از تجربه موقعیت‌ها و حوادث منفی ساخته شده است. این پرسشنامه، یک ابزار خودسنجی ۳۶ سوالی می‌باشد که نه راهبرد مقابله‌ای شناختی متفاوت (خودملامت‌گری، پذیرش و عینیت بخشی، نشخوار فکری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر روی برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، تسهیل حادثه از طریق کل‌نگری، فاجعه-سازی و سرزنش دیگران) را می‌سنجد. این پرسشنامه قابل استفاده برای جامعه بالینی و غیربالینی می‌باشد. مطالعات زیادی بر روی این پرسشنامه انجام شده است که نتایج همه آنها دلالت بر روایی و اعتبار مناسب این پرسشنامه می‌باشد (گرنیفسکی و همکاران (۲۰۰۱). تحقیقات روی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ات نشان داده‌اند که تمامی زیر مقیاس‌های این آزمون از همسانی درونی خوبی برخوردارند. پیوسته‌گرو حیدری (۱۳۸۷) ضریب اعتبار آلفای کرونباخ آنرا برای نوجوانان غیرمراجعة کننده به مراکز روان‌پزشکی، بین ۰/۶۸ تا ۰/۷۹ و برای بیماران مراجعه کننده به مراکز روان‌پزشکی، بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد که میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش ۲۳/۵ سال و در گروه ذهن‌آگاهی ۲۶/۱ سال بود. بیشترین فراوانی تحصیلات در هر دو گروه دیپلم و کمترین فراوانی لیسانس (۱ نفر) بود. ۶۵ درصد از افراد شرکت‌کننده در جلسات شاغل بودند و به صورت میانگین بین ۴ تا ۸ ساعت در طول روز کار می‌کردند. ۳۵ درصد شرکت‌کنندگان در حین مطالعه بیکار بودند. میانگین تعداد سالهای مصرف در گروه تعهد و پذیرش ۲ سال و ۳ ماه و در گروه ذهن‌آگاهی ۲ سال و ۸ ماه بود. میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای وابسته (ولع مصرف، تنظیم شناختی هیجان) در مرحله‌ی پیش‌آزمون، پیش‌آزمون و پیگیری در جدول (۱) و (۲) ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی ولع مصرف آزمودنی‌ها به تفکیک مرحله

گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
گروه ACT	۴۰	۸/۵۹	۲۸/۳۸	۱۱/۳۸	۲۳/۰۰
گروه ذهن‌آگاهی	۳۹/۶۴	۸/۱۷	۲۸/۱۴	۹/۵۰	۲۲/۷۱

برای مقایسه میزان اثربخشی دو روش مداخله‌ای بر شدت ولع مصرف از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری استفاده شد.

جدول ۲: مقایسه‌ی اثربخشی روش درمانی ACT و ذهن‌آگاهی بر میزان ولع مصرف

منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	آماره F	معناداری	توان آماری
عضویت گروهی	۱/۷۵	۱	۰/۰۰۸	۰/۹۲۹	-
خطا	۵۴۷/۵۲	۱			

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی از لحاظ شدت ولع مصرف تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج حاصل از مقایسه‌ی زوجی دو گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد که بین سه مرحله تفاوت معناداری در دو گروه وجود ندارد. آماره‌های توصیفی متغیر تنظیم هیجانی در جدول ارائه شده است.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی متغیرهای تنظیم شناختی هیجان در مرحله‌ی پیش‌آزمون

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	کجی	کشیدگی
پذیرش	۷/۱۸	۳/۶۹	۱۶	۱	۱/۳۲	۱/۱۲
توجه	۸/۴۴	۲/۴۸	۴	۱۲	۰/۸۰	-۱۱/۱۰
ارزیابی	۸/۵۵	۳/۵۲	۴	۱۰	۰/۷۱	-۰/۹۳
دیدگاه‌گیری	۸/۹۶	۲/۷۱	۵	۱۵	۰/۲۱	۰/۴۵
ارزیابی مجدد	۸/۵۵	۳/۵۲	۴	۱۵	۰/۷۰	۰/۹۴
سرزنش دیگران	۱۴/۸۸	۳/۸۹	۸	۲۰	-۰/۳۱	۶/۴۸
فاجعه‌سازی	۱۴/۸۸	۲/۹۹	۶	۲۰	۰/۳۰	۰/۳۱
نشخوار ذهنی	۱۶/۰۳	۲/۹۹	۱۰	۲۷	۱/۶۲	۶/۴۸
سرزنش دیگران	۱۴/۲۵	۳/۰۲	۶	۱۹	-۱/۰۲	۱/۸۹

مقایسه‌ی اثربخشی دو روش درمانی در خرده‌مقیاس‌های تنظیم شناختی هیجان در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۴: مقایسه‌ی اثربخشی دو روش درمانی در خرده‌مقیاس‌های تنظیم شناختی هیجان

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	آماره F	معناداری	توان آماری
پذیرش	۴۱/۸۰	۱	۱/۸۱۰	۰/۱۹	۰/۲۵
توجه	۱۴/۹۸	۱	۰/۸۴۰	۰/۳۷	۰/۱۴
ارزیابی	۳/۴۶	۱	۰/۰۸۴	۰/۷۷	۰/۰۶
دیدگاه	۱۱/۴۵	۱	۰/۳۹۷	۰/۵۳	۰/۰۹
ارزیابی مجدد	۶/۴۳	۱	۰/۶۴۱	۰/۴۳	۰/۱۲
سرزندگی	۴۴/۱۸	۱	۲/۸۹۰	۰/۱۰	۰/۳۷
فاجعه‌سازی	۲/۱۵	۱	۰/۲۳	۰/۶۳	۰/۰۷
نشخوار ذهنی	۱۰/۲۶	۱	۰/۵۳	۰/۴۷	۰/۱۱
سرزنش خود	۱۷۱/۹۲	۱	۰/۸۰	۰/۳۸	۰/۱۴

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود نتایج حاصل از مقایسه‌ی اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی بر خرده‌مقیاس‌های نه‌گانه‌ی تنظیم شناختی هیجان در دو بعد مثبت و منفی نشان می‌دهد که بین دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد. یعنی اینکه دو روش درمانی بصورت یکسانی بر این شاخص تاثیر گذار بوده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه دو روش درمانی پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی بر شدت و لغ مصرف و تنظیم شناختی هیجان صورت گرفته است. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان

داد که دو شیوه درمانی در شدت ولع مصرف مواد تاثیر گذار بوده است ولی با یکدیگر تفاوت معنی دار ندارد. یافته‌های پژوهش با یافته‌های کلدوی و همکاران (۱۳۹۰)، آلفونسو، کاراکول، دلگادو- پاستر ووردجو- گارسیا^۱ (۲۰۱۱)، مارلات، بوئن، چاولا، ویتکوویتز^۲ (۲۰۰۸) همسو بوده است. اکثر پژوهش‌های درمانی که تا کنون در این حیطه صورت گرفته مبتنی بر درمان‌های دو تا چهار جلسه‌ای شناختی رفتاری (بکر، کای- لامبکین، لی، کلایر و جنر^۳، ۲۰۰۳) بوده است. اما اسموت و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه- ای با قرار دادن ۱۰۴ نفر از افراد سوء مصرف کننده مواد در دو گروه درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان داد که میزان ماندن افراد در درمان‌های روان شناختی شدیداً چالش برانگیز است، بگونه‌ای که ۹۰ نفر از ۱۰۴ فرد مشارکت کننده در درمان تنها در یک جلسه خود را نگه داشته و حدود یک سوم آنها بعد از جلسه درمانی ریزش داشته‌اند و تنها ۲۱ درصد در درمان شناختی- رفتاریو ۱۲ درصد در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تمام ۱۲ جلسه درمان حاضر شده‌اند. با این وجود، تاثیر این دو درمان بر مصرف آفتامین و تسکین آسیب‌های روان شناختی آن معنادار بوده است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مفهوم درهم آمیختگی یا گسلش^۴ شناختی میزان تاثیری می‌باشد که یک فکر (مثلاً میل به مصرف) روی رفتار دارد؛ رفتار وابسته به بافت و رفتار وابسته به فکر در پیوستار بین درهم آمیختگی 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، استروشال و ویلسون^۵، ۲۰۱۲). در نتیجه، در این درمان‌ها با آموزش ذهن آگاهی و عمل در زمان حال^۶، تاثیر حساسیت‌های فیزیولوژیکی و هیجانی ناشی از مصرف مواد روی رفتار آشکار، به واسطه رابطه فرد با این تجربیات تعدیل می‌شود. بنابراین، در این درمان به مصرف کنندگان مواد آموزش داده می‌شود که بتوانند تجربیات خود را بپذیرند و به میزانی که آنها بتوانند این تجربیات را بپذیرند و تحمل کنند، به همان میزان می‌توانند مستقل از این تجربیات عمل کنند. در این ارتباط دباغی و همکاران (۱۳۸۶) نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند در کاهش میزان عود، افزایش اطاعت درمانی و میزان ابقاء در درمان موثر باشد. بنابراین پژوهشگران بر این باورند که بکارگیری

1. Alfonso, Caracuel, Delgado-Pastor & Verdejo-Garcia
2. Marlatt, Bowen, Chawla & Witkiewitz
3. Baker, Kay-Lambkin, Lee, Claire & Jenner
4. fusion or diffusion
5. Hayes, Strosahl & Wilson
6. action in the moment

روش‌های درمانی مانند درمان پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی به دلیل سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند در تلفیق با فنون رفتاردرمانی شناختی، اثربخشی درمان‌ها را افزایش دهد. بنابراین، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در درمان پذیرش و تعهدو ایجاد تفکر مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند توانایی مقابله‌ی بیمار را در کنار آمدن با وسوسه و نشانه‌های ترک به عنوان شاخص اصلی تداوم مصرف در این بیماران افزایش دهد. تعداد کم آزمودنی‌ها، عدم مقایسه با گروه‌هایی که تحت مصرف دارو هستند، استفاده از یک درمانگر در کلینیک، از محدودیت‌های پژوهش می‌باشند که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این رویکرد درمانی جدید در مقایسه با رویکردهای دیگر و در سایر گروه‌های مصرف‌کنندگان مواد ارزیابی قرار گیرد.

منابع

- اختیاری، حامد (۱۳۸۷). زیرساخت‌های شناختی و عصبی ولع مصرف مواد و روش‌های ارزیابی و مداخله در آن. *فصلنامه اعتیاد*، ۳، ۹۶-۹۰.
- پیوسته گر، مهرانگیز و حیدری و عبدی، احمد (۱۳۸۷). مقایسه رابطه راهبردهای تنظیم شناختی عاطفی با علائم افسردگی در نوجوانان مراجعه کننده به مراکز درمانی (روان پزشکی) و دیگر نوجوانان. *روانشناسی کاربردی*، ۲ و ۳ (۷)، ۵۶۳-۵۴۹.
- دباغی، پرویز؛ اصغرزاد فرید، علی؛ عاطف وحید، کاظم و بوالهروی، جعفر (۱۳۸۶). اثربخشی شناخت‌درمانی گروهی بر پایه‌ی تفکر نظاره‌ای (ذهن‌آگاهی) و فعال‌سازی طرحواره‌های معنوی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۳ (۴) ۳۶۶-۳۷۵.
- کلدوی، علی؛ برجلی، احمد؛ فلسفی‌نژاد، محمدرضا و سهرابی، فرامرز (۱۳۹۰). اثربخشی مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن‌آگاهی در پیشگیری از بازگشت وانگیزش در افراد وابسته به مواد افیونی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۳ (۴) ۶۹-۷۹.
- Alfonso, J. P., Caracuel, A., Delgado-Pastor, L. C, Verdejo-Garcia, A. (2011). Combined Goal Management Training and Mindfulness meditation improve executive functions and decision-making performance in abstinent polysubstance abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 117(1), 78-81
- Amstatter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Anxiety Disorders*, 22, 211-222.
- Baker, A., Kay-Lambkin, F., Lee, N., Claire, M. & Jenner, L. (2003). *A Brief Cognitive-Behavioural Intervention for Regular Amphetamine Users*. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing.
- Bridges, L. J., Denham, S., & Ganiban, J. M. (2004). Definitional issues in emotion regulation research. *Child Development*, 75(2), 340-345.
- Christopher, G. M. (2001). Cognitive biases and addiction: an evolution in theory and method. *Addiction*. 96, 47-56.

- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology, 55*, 745–774.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. H. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences, 30*, 1311–1327.
- Garnefski, N., Van den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: Comparison between clinical and a nonclinical sample. *European Journal of Personality, 16*, 403–420.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). *Emotion regulation: Conceptual foundations*. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–26). New York: Guilford Press.
- 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., Strosahl. K. D., Wilson, K. (2012). *Acceptance and commitment therapy: second addition. The process and practice of Mindful change*. The Guilford press.
- Heyman, G. M., (2011). Received Wisdom Regarding the Roles of Craving and Dopamine in Addiction: A Response to Lewis's Critique of Addiction: A Disorder of Choice. *Perspectives on Psychological Science, 6*(2), 156–160.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte.
- Marlatt, G. A., Bowen, S., Chawla, N., Witkiewitz, K. (2008). *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Abusers: Therapist Training and Therapeutic Relationships*. In S. Hick and T. Bien (Eds.), *Mindfulness and the Therapeutic Relationship*. New York: Guilford Press
- McKetin, R., Kelly, E., and McLaren, J. (2006). The relationship between crystalline methamphetamine use and methamphetamine dependence. *Drug and Alcohol Dependence, 85*, 198-204.
- Nordahl, T. E., Salo, R., and Leamon, M. (2003). Neuropsychological effects of chronic methamphetamine use on neurotransmitters and cognition: a review. *Journal of Neuropsychiatric Clinical Neuroscience, 15*, 317-325.
- Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Sciences, 9*, 242-249.
- Semple, S., Patterson, T., and Grant, I. (2005). Methamphetamine use and depressive symptoms among heterosexual men and women. *Journal of Substance Use, 10*(1), 31-47.
- Smout, M. (2008). *Psychotherapy for Methamphetamine Dependence*, Drug and Alcohol Services South Australia. 429.
- Smout, M. F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W and White, J. M. (2010) Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: A preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy. *Substance Abuse, 312*, 98-107.
- Tiffany, S. T. (1990). A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: Role of automatic and non-automatic processes. *Psychological Review, 97*, 147-168.
- Topp, L., Degenhardt, L., Kaye, S., and Darke, S. (2002). The emergence of potent forms of methamphetamine in Sydney, Australia: A case study of the IDRS as a strategic early warning system. *Drug and Alcohol Review, 21*, 341-348.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G.A., & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 19*, 211–228.