

مقاله

پژوهشی

Research

Article

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برنشخوار فکری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در معتادان تحت درمان متادون

میلاذ جهانگیری^۱، محسن گلمحمدیان^۲، سید محسن حجّت‌خواه^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۵/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۸/۰۸

چکیده

هدف: امروزه درمان‌های موج سوم شناختی رفتاری به جای چالش با شناخت‌ها، بر آگاهی و پذیرش افراد از احساسات، هیجان و شناخت‌ها تأکید دارند. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشخوار فکری و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در معتادان تحت درمان متادون در کرمانشاه انجام شده است. **روش:** از روش شبه‌آزمایشی با گروه گواه استفاده شد. تعداد ۴۰ نفر در مرحله اول با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج (عدم اختلال شخصیت، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم سابقه روان‌پریشی، گذشتن یک ماه از مصرف متادون آنها، گرفتن رضایت شفاهی و گرفتن نمره بالا در پرسش‌نامه‌های نشخوار فکری، و نمره پایین پذیرش و عمل) انتخاب شدند. در مرحله بعد با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش نشخوار فکری ($P < 0/001$) مؤثر می‌باشد. **نتیجه‌گیری:** با آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان نشخوار فکری را کاهش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش داد و به بهبودی معتادان تحت درمان متادون کمک کرد. **کلید واژه‌ها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، نشخوار فکری، اعتیاد

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه مشاوره، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران، پست الکترونیکی:

mgolmohammadian@gmail.com

۳. استادیار گروه مشاوره، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

مقدمه

اعتیاد یا وابستگی به مواد مخدر یک اختلال مزمن و بازگشت کننده است که دارای تأثیرات عمیق اجتماعی، روان‌شناختی، جسمی و اقتصادی است و علاوه بر تخریب شخصی، هزینه‌های سنگینی را بر افراد، خانواده و جامعه تحمیل می‌نماید. در ایران سوء مصرف مواد مهم‌ترین و گسترده‌ترین نگرانی و خطر قابل پیشگیری بهداشتی شناخته شده است (اختیاری، ۱۳۸۷). اعتیاد که در نام‌گذاری رسمی از آن با عنوان وابستگی به مواد استفاده می‌شود، عبارت است از مصرف مکرر یک دارو یا ماده شیمیایی، با یا بدون وابستگی جسمی که بر زمینه‌های متعدد عملکرد افراد تأثیر می‌گذارد و باعث ناتوانی‌های چشمگیری در تعداد نسبتاً بالایی از مردم می‌شود. همچنین هم‌زمان بیماری‌های دیگری در ۶۰ تا ۷۰ درصد بیماران مبتلا به اختلال‌های مربوط به مواد ظاهر می‌شود؛ اختلالاتی نظیر شخصیت ضد اجتماعی^۱، انواع اختلالات اضطرابی، افسردگی و خودکشی بیشترین هم‌ابتلائی و ارتباط با سوء مصرف مواد را دارند (کاپلان، سادوک^۲، ۲۰۱۰). با این حال یکی از راه‌های درمان معتادان، درمان نگهدارنده با متادون^۳ است که یکی از اقدامات پر اهمیت و کلیدی در راستای اهداف کاهش آسیب بوده و امکان استفاده از مواد تزریقی غیر قانونی را به شدت کاهش می‌دهد (اسپکا، فینک باینر^۴، ۲۰۰۰). متادون یک ماده مخدر صنعتی است که از راه خوراکی قابل مصرف است و می‌توان آن را جانشین هروئین نمود. متادون به جای داروی مورد مصرف معتادین بوده و موجب فرونشینی علائم ترک می‌شود. تأثیر متادون به گونه‌ای است که با تجویز ۲۰ تا ۸۰ میلی‌گرم آن در روز می‌توان بیمار را در وضع ثابتی نگاه داشت. طول مدت تأثیر آن از ۲۴ ساعت تجاوز می‌کند (سادوک، کاپلان^۵، ۲۰۱۳). متادون با دوز نگهدارنده تازمانی تجویز می‌شود که بتوان بیمار را از متادون که خود اعتیادآور است بازگرفت. هدف درمان متادون جلوگیری از علائم سندرم ترک، کاهش تمایل به مصرف مواد و بلوک اثرات نشئه‌آور^۶ است (مستشاری، ۱۳۸۰).

1. antisocial personality
2. Sadock
3. methadone

4. Espaka, & Finkbeiner
5. Kaplan
6. Drunkenness

یکی از دلایلی که افراد به اعتیاد روی می آورند فرار از انعطاف پذیری روان شناختی^۱ است. انعطاف پذیری روان شناختی به عنوان توانایی برای رهایی از محتوای تجارب درونی (افکار، احساسات، خاطرات، احساسات بدنی)، پذیرش تجربه ای درونی همانگونه که هست، ماندن در ارتباط با زمان حال، حس متعالی از خود، انجام عمل مطابق با ارزش های شخص، ایجاد الگوهای عمل متعهد در راستای آن اهداف تعریف شده است (ایزدی، و عابدی، ۱۳۹۳). هدف از انعطاف پذیری روان شناختی این است که به فرد این فرصت را می دهد تا با شرایط و موقعیت جاری خود مواجه شود و آن را ارزیابی کند و از طریق چنین فعالیت هایی، فرد مطمئن می شود که به طور اثربخشی در آن موقعیت و شرایط عمل می کند (هیز، لوما، بوند، ماسودا، لیلیس^۲، ۲۰۰۶). در مطالعات نشان داده شده انعطاف پذیری روان شناختی، می تواند سلامت روان را پیش بینی کند (حاتم خانی، ۱۳۹۰). در سال های اخیر انعطاف پذیری/اجتناب تجربی^۳ به صورت فزاینده ای به عنوان سازه با اهمیتی در ایجاد دامنه وسیعی از شکل های بالینی از نارساکنش وری های شناختی از جمله، اضطراب، افسردگی، پریشانی هیجانی، مشکلات استفاده از مصرف مواد و اختلالات دیگر مشخص شده است (بوند و باس^۴، ۲۰۰۳؛ هیز، و همکاران، ۲۰۰۶؛ هیز و همکاران، ۲۰۰۴). در پژوهشی نشان داده شد انعطاف پذیری روان شناختی به طور غیر مستقیم باعث کاهش فاجعه پنداری فرد می شود (تروم پتر، بول میر، فوکس و شرز^۵، ۲۰۱۵). در پژوهش دیگری تحت عنوان تغییرات انعطاف پذیری روان شناختی در طول دوره درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش برای اختلال وسواس_اجبار که نتیجه ی آن حاکی از آن است که انعطاف پذیری روان شناختی می تواند تغییرات در بیماران وسواس_جبری را پیش بینی کند و باعث کاهش رفتارهای وسواس_جبری می شود (توهیگک، ویلا داگا، لوین و هیز^۶، ۲۰۱۵). انعطاف پذیری روان شناختی در برگیرنده دو فرایند است که به طور متقابلی به هم وابسته می باشند: پذیرش تجربیات و رفتارهای ارزش محور. یک فرد انعطاف ناپذیر تمایل دارد بیشتر در تماس با

1. psychological flexibility
2. Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis
3. experiential avoidance

4. Bond, & Bunce
5. Trompeter, Bohlmeijer, Fox, & Schreurs
6. Twohig, Vilardaga, & Levin

تجربیات منفی باقی بماند تا اینکه سعی کند تجربیات منفی را کنترل کرده یا تغییر دهد و یا از آنها اجتناب کند. به منظور کنترل یا حذف تجربیات ناخوشایند، اشخاص ممکن است به رفتارهایی معطوف شوند که به سلامت روان شناختی و هیجانی و فیزیکی شان آسیب رساند (برای مثال، نوشیدن افراطی مشروبات الکلی و اعتیاد) و حتی بدتر از این، تلاش برای کنترل تجربیات ناخوشایند می تواند به افزایش در شدت و فراوانی این گونه تجربیات ناخوشایند منجر شود. حتی ممکن است منجر به آسیب روانی شود (هیز، ۲۰۰۴؛ هیز، استروسال، ویلسون^۱، ۱۹۹۹). شایان ذکر است مطالعات نشان داده اند که انعطاف پذیری روان شناختی نه تنها با مشکلات روان شناختی کمتر (هیز و همکاران، ۲۰۰۶) بلکه با کیفیت زندگی بهتر، سلامت هیجانی و رضایت شغلی در ارتباط است (بوند و بانس، ۲۰۰۳).

یکی از دلایل عدم انعطاف پذیری روان شناختی افراد وابسته به مواد به دام افتادن در تله ی نشخوار فکری^۲ است. نشخوار فکری به عنوان یک سبک تفکر با مشخصات اصلی افکار تکراری، عود کننده، مزاحم و کنترل ناپذیر تعریف شده است (پاپاگوریو و ولز^۳، ۲۰۰۴). نشخوار فکری ویژگی شناختی - خلقی است. نشخوار فکری بیشتر با موضوع های مربوط به فقدان رابطه دارد و بیشتر به گذشته مربوط است؛ زیرا حاصل بررسی هویت فرد در گذشته و تفسیر نادرست هدف های مهم وی می باشد (نولن، هوکشیما، ویسکو و لیوبومیرسکی^۴، ۲۰۰۷). در سبب شناسی اختلالات سوء مصرف مواد محققان نقص در تنظیم هیجان، تحمل ناراحتی پایین، رفتار بدون تفکر و نشخوار فکری را ذکر نموده اند (بلوم، ۲۰۰۵). نشخوار فکری را افکار مربوط به احساس غم می دانند و از آن تحت عنوان نشخوار فکری غم یاد می کنند (واتکینز و مولدس^۵، ۲۰۰۵). شواهد نشان می دهند نشخوار فکری، پیامدهای آسیب زای زیادی مانند حل مسئله ضعیف، انگیزه پایین، بازداری رفتارهای مؤثر و کاهش تمرکز و شناخت آشفته را در پی دارد. مطالعات زیادی رابطه بین نشخوار فکری و انعطاف پذیری روان شناختی را نشان می دهد. از جمله در پژوهشی تحت

1. Hayes, Strosahl, & Wilson
2. Rumination
3. Papageorgiou, & Wells

4. Nolen, Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky
5. Watkins, & Moulds

عنوان ذهن آگاهی و نشخوار فکری به عنوان پیش‌بینی‌کننده در تداوم وظایف تحمل آشفستگی این نتیجه به دست آمد که آموزش مهارت ذهن آگاهی که یکی از روش‌های افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است به عنوان یک مداخله باعث افزایش تحمل آشفستگی می‌شود (فلمن، دون، بل و گریسون، ۲۰۱۴). در پژوهش دیگری شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه گروهی، نمرات افسردگی و نشخوار فکری را کاهش داده و می‌تواند جزء مداخلات سوء‌مصرف‌کنندگان مواد قرار گیرد (تیموری، رضانی و محجوب، ۱۳۹۴). مطالعات نشان داده‌اند نشخوار فکری در هر دو جمعیت بالینی و غیر بالینی اتفاق می‌افتد و وقوع آن محدود به هیچ یک از آسیب‌های روان‌شناختی نیست (پیرسون، ۲۰۰۵).

اخیراً بحث‌های زیادی در مورد درمان‌های موج سوم شده که یکی از آن‌ها در سالیان اخیر مورد توجه قرار گرفته است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۳ در دهه ۸۰ توسط استیون هیز (۱۹۸۷) در دانشگاه نوادا مطرح و با عنوان اختصاری (ACT) شناخته شد. این درمان شکلی از درمان شناختی رفتاری بازمینه‌گرایی عملکردی^۴ است و ریشه در نظریه جدیدی در مورد زبان و شناخت دارد که نظریه چارچوب‌های ذهنی^۵ نامیده می‌شود. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرض بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات و افکار درونی‌شان را آزارنده می‌یابند و پیوسته سعی دارند این تجربیات درونی را تغییر داده یا از آن‌ها رهایی یابند. این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تأثیر بوده و به طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکاری می‌شوند که فرد در ابتدا سعی در اجتناب از آن‌ها دارد. به طور کلی اختلالاتی که در آن‌ها فرد نمی‌خواهد با تجارب درونی اش (افکار، هیجانات، خاطره‌ها، احساسات بدنی) ارتباط داشته باشد و سعی در اجتناب از آن‌ها دارد و گام‌هایی را برای تغییر شکل این رویدادها یا زمینه‌های بروز آن‌ها بر می‌دارد. حتی زمانی که تلاش برای چنین کارهایی، تأثیر منفی بر کیفیت زندگی اش داشته باشند

1. Feldman, Dunn, Bell, & Greeson
2. Pierson
3. Acceptance and commitment therapy (ACT)

4. Functional Contextualism
5. Relational Frame Theory (RFT)

(اجتناب تجربه‌ای). آمیختگی شناختی^۱ زمانی رخ می‌دهد که افکار فرد، رفتار آشکار او را به شیوه‌های نامؤثر تنظیم کرده و باعث می‌شود فرد به جای توجه به فرایند فکر (زمینه) به تولیدات فکر (محتوا) توجه کند. زمانی که این فرایندها بر تجربه فرد غلبه داشته باشند منجر به عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود (هیز و همکاران، ۱۹۹۹). در حقیقت زمانی که فرد شدیداً در چرخه اجتناب تجربه‌ای- آمیختگی شناختی گیر کند، دچار انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی شده است. به عبارت دیگر، یکی از اهداف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. در پژوهشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به روی کیفیت زندگی تاثیر گذار بوده و باعث تغییرات معناداری در گروه آزمایش شده است (صادقی و عابدی، ۱۳۹۴). یعنی به بیمار کمک می‌شود تا خود را از چرخه‌ی اجتناب و آمیختگی شناختی خارج کند، البته نه با چالش با تغییر افکار و هیجان‌اتش، بلکه از طریق فرایندهای پذیرش و تعهد این فرایند انجام می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رویکرد درمانی حاوی شش فرایند روان‌شناختی خاص است؛ پذیرش^۲، گسلش^۳، خود به عنوان زمینه^۴، ارتباط با زمان حال^۵، ارزش‌ها^۶ و عمل متعهدانه^۷ که همه آنها باعث انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند (هیز، ۲۰۰۴). در تحقیقی تحت عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجانی در مردان تحت درمان نشان داد روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش میزان سرزنش خود، نشخوار ذهنی، فاجعه‌آمیز پنداری و سرزنش دیگران نتایج مثبت و معنادار داشته و بر افزایش میزان پذیرش، توجه مثبت، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، باز ارزیابی مثبت، اتخاذ دیدگاه تأثیر مثبت و معنادار داشته است (صالح‌زاده ابرقویی و نصریان، ۱۳۹۴). لی، آن^۸، لوین و توهگک (۲۰۰۵) در تحقیق نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یک زمینه‌ی امیدوار کننده در مداخله ایجاد می‌کند.

1. cognitive fusion
2. acceptance
3. defusion
4. self as a context

5. contact with present moment
6. values
7. committed action
8. Lee, & An

بسیاری از مشکلات، نشانه‌ها و تظاهرات افراد معتاد تحت درمان متادون مانند نقص در تنظیم هیجان، تحمل ناراحتی پایین، رفتار بدون تفکر و نشخوار فکری باعث می‌شوند که این درمان در این اختلال مفید واقع شود. فرایندهای اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال آن است که به افراد بیاموزند چگونه دست از بازداری فکر بردارند، چگونه از افکار مزاحم بگسلند، و چگونه هیجانات نامطبوع را بیشتر تحمل کنند (سوکمن و استکنی^۱، ۲۰۱۰). با توجه به موارد فوق پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است آیا مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برانعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نشخوار فکری معتادان تحت درمان متادون موثر است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش از حیث هدف در حیطه پژوهش‌های کاربردی قرار می‌گیرد و به روش شبه‌آزمایشی با گروه گواه طراحی و اجرا شد. جامعه آماری تحقیق عبارت بود از: مردان متاهلی که از دی ماه ۹۵ تا اردیبهشت ۹۶ برای درمان اعتیاد به کلینیک ترک اعتیاد نوین و پاسارگاد در کرمانشاه مراجعه کرده بودند. نمونه‌ای به حجم ۴۰ نفر با توجه به معیارهای ورود (عدم اختلال شخصیت، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم سابقه روان‌پریشی، گذشتن یک ماه از مصرف متادون، گرفتن رضایت شفاهی، نمره بالا در نشخوار فکری و نمره پایین در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی) با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و نمونه انتخابی به صورت تصادفی به دو گروه تقسیم و تصادفی به گروه‌ها انتساب پیدا کردند. در مدت زمان اجرای مداخله از گروه آزمایش ۵ نفر خارج شدند و در پس‌آزمون مورد سنجش قرار نگرفتند. همچنین از اعضای گروه گواه ۵ نفر در دسترس محقق نبودند و مورد سنجش قرار نگرفتند؛ بنابراین در نهایت اعضای هر یک از گروه‌ها به ۱۵ نفر تقلیل یافت و تجزیه و تحلیل نهایی با روش تحلیل کواریانس چند متغیره بر روی این افراد انجام گرفت.

ابزار

۱- پرسش نامه نشخوار فکری: این پرسش نامه توسط یوسفی در سال (۱۳۸۳) ساخته شده و شامل ۳۹ سؤال چهار گزینه‌ای است که هر کدام از صفر تا ۳ درجه بندی می شوند. نمره هر فرد با جمع این امتیازات به دست می آید. یوسفی به منظور بررسی هنجاریابی پرسش نامه ۲۱۱ نفر از دانشجویان دانشگاه اصفهان را به طور تصادفی انتخاب و پرسش نامه نشخوار فکری را اجرا نمود. در این پرسش نامه برای تعیین همسانی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب ۰/۹۲ برای آن گزارش شد. روایی هم زمان آن هم با استفاده از پرسش نامه افسردگی بک، ضریب همبستگی معنادار ۰/۵۰ را نشان داد. اعتبار سازه از طریق تحلیل عاملی به روش واریماکس انجام شد. اعتبار افتراقی از طریق همسانی درونی اجرای آزمون روی گروه افسرده (بالینی) و گروه غیر بالینی بررسی شد. این پرسش نامه یک نمره کل به دست می دهد (یوسفی، عابدی، بهرامی و محرابی، ۱۳۸۸).

۲- پرسش نامه پذیرش و عمل - نسخه دوم: این پرسش نامه به وسیله بوند و همکاران (۲۰۰۷) ساخته شد. نسخه اول آن در ۱۲ گویه توسط هیز (۲۰۰۰) ساخته شده بود. این پرسش نامه سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف پذیری روان شناختی بر می‌گردد. نمرات بالاتر نشان دهنده انعطاف پذیری روانی بیشتر است. نتایج ۲۸۱۶ شرکت کننده در طول ۶ نمونه نشان داد که این ابزار اعتبار، و روایی رضایت بخشی دارد. میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ (۰/۷۸-۰/۸۸) و اعتبار باز آزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد. نتایج نشان داد که پرسش نامه پذیرش و عمل نسخه دوم به صورت همزمان، طولی و افزایشی، دامنه‌ای از نتایج از سلامت ذهنی تا میزان غیبت از کار را پیش بینی می‌کند که همسان با نظریه‌ی زیربنایی اش است. این ابزار هم چنین اعتبار تمیزی مناسبی را نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد نسخه دوم مفهوم مشابه با نسخه اول را اندازه می‌گیرد اما ثبات روان سنجی بهتری دارد (بوند و همکاران، ۲۰۰۷).

روش اجرا

بعد از تقسیم‌بندی گروه‌ها، و تعیین گروه آزمایش به صورت تصادفی، اعضای گروه تحت مداخله‌ی مبتنی بر درمان و پذیرش به شرح جدول ۱ قرار گرفتند. این مداخله بر اساس مداخله‌ی هیز و ویلسون (۲۰۰۴) تنظیم شده است.

خلاصه جلسات مداخله مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد

جلسه	محتوا
اول	معارفه‌ای اعضای گروه، برقراری رابطه‌ی حسنه، احترام و رازداری، توضیح قوانین گروه، همدلی، آشنای با رنج مراجعین، گفتن استعاره دو کوه.
دوم	توضیح استعاره‌ی دنیاها به افراد برای آشنایی و شناخت آن‌ها در جهت رسیدن افراد به آگاهی، انجام تکنیک ذهن آگاهی از طریق تنفس.
سوم	آشنایی مراجعان با کنترل مسئله، و رنج پاک، ناپاک و دنیای درون و بیرون از طریق استعاره‌های طلاق غم، دستگاه سیم‌پیچی، حشره، ببر گرسنه.
چهارم	استفاده از استعاره‌ی گدا برای توضیح پذیرش، استعاره‌ی فضای روان‌شناختی برای بزرگ کردن خانه‌ی ذهن.
پنجم	توضیح اثرات پذیرش و استفاده از استعاره دختر کوچولو، و توضیح زندگی کردن در جهت ارزش‌ها.
ششم	آشنایی با ارزش‌ها و تصریح آن‌ها با استفاده از استعاره‌ی پیتزا، اتوبوس، و تشیع جنازه.
هفتم	شناخت خود به عنوان زمینه و خود مفهومی سازه شده با استفاده از استعاره‌ی صفحه‌ی شطرنج، و پیاده روی با ذهن.
هشتم	آموزش حل مسئله برای مشکلات بیرونی و بر طرف کردن مشکلات درونی برای رسیدن به ارزش‌ها و تعهد با استفاده از استعاره‌ی نهال.

یافته‌ها

میانگین (انحراف استاندارد) سن افراد گروه آزمایش ۳۱/۶۶ (۳/۹۹) سال، کمینه (بیشینه) سن ۲۴ (۴۰) سال، طول مدت مصرف متادون (انحراف استاندارد) ۲/۴۷ (۱/۶۴) سال بود. میانگین (انحراف استاندارد) سن افراد گروه گواه ۳۳/۹۳ (۵/۹۵) سال، کمینه (بیشینه) سن ۲۲ (۴۰) سال، طول مدت مصرف متادون (انحراف استاندارد) ۱/۴۰ (۰/۷۳) سال بود. همچنین در گروه آزمایش سطح تحصیلات دیپلم با فراوانی (درصد) ۱۰ (۶۶/۷)، لیسانس با فراوانی (درصد) ۵ (۳۳/۳) بود. در گروه گواه سطح تحصیلات دیپلم با فراوانی (درصد) ۱۳ (۸۶/۷)، لیسانس با فراوانی (درصد) ۲ (۳/۱۳) بود.

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

متغیرها	نوع آزمون	آزمایش		گواه
		میانگین	انحراف استاندارد	
نشخوار فکری	پیش آزمون	۴۰/۶۰	۵/۳۱	۱/۴۰
	پس آزمون	۳۴/۷۳	۴/۱۹	۱/۸۳
انعطاف پذیری	پیش آزمون	۶۰/۶۶	۸/۹۸	۱۹/۶۰
	پس آزمون	۶۲/۵۳	۷/۸۰	۱۰/۱۶

برای بررسی اثربخشی مداخله می‌بایستی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شود. یکی از مفروضه‌های این تحلیل نرمال بودن توزیع است. نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنف نشان داد که در گروه‌ها متغیرهای نشخوار فکری ($Z=1/30, p > 0/05$) و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ($Z=1/14, p > 0/05$) دارای توزیع نرمال می‌باشند. نتایج آزمون لون نیز نشان داد که واریانس‌های خطا در متغیرهای نشخوار فکری ($F=0/74, p > 0/05$)، و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ($F=2/76, p > 0/05$)، با هم برابر است. بنابراین تحلیل کواریانس چند متغیری انجام شد و نتایج نشان داد ترکیب خطی متغیرها در دو گروه متفاوت است ($F=14/523, P < 0/001, \lambda=0/456$)، ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول ۳ استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه - آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	توان آزمون اثر	اندازه اثر
نشخوار فکری	۸۷۴/۱۹	۱	۸۷۴/۱۹	۵۶/۰۲	۰/۰۰۰۵	۱	۰/۶۹
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	۱۴۵/۱۶	۱	۱۴۵/۱۶	۳۳/۴۶	۰/۰۰۰۵	۱	۰/۵۶

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هر دو متغیر اثرگذاری داشته است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشخوار فکری و افزایش انعطاف پذیری روان شناختی در معتادان تحت درمان متادون انجام شده است. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش نشخوار فکری و باعث افزایش انعطاف پذیری روان شناختی می‌شود. یافته‌های پژوهش همسو با یافته‌های پژوهش‌های حاتم خانی (۱۳۹۰)، تروم پتر، و همکاران (۲۰۱۵)، توهنگ، و همکاران (۲۰۱۵)، لی، و همکاران (۲۰۱۵)، فلدمن، و همکاران (۲۰۱۴)، تیموری، و همکاران (۱۳۹۴)، فیلی، برجلی، سهرابی و فرخی (۱۳۹۰) می‌باشند.

فرایندهای مؤثر این درمان، معرفی جایگزین برای کنترل یعنی تمایل و پذیرش می‌باشد. مؤلفه‌ی تمایل و پذیرش این امکان را برای مراجع فراهم می‌کند تا تجربیات درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای کنترل آن‌ها بپذیرد و انجام این کار باعث می‌شود که آن تجربیات و نشخوارهای فکری کمتر تهدید کننده به نظر برسند و تأثیر کمتری بر زندگی فرد داشته باشند. به عبارتی باعث به وجود آمدن جهت گیری توجه شده تا دیدگاهی رانسبت به رویدادهای ذهنی ایجاد نماید که فرد رویدادهای ذهنی را مشاهده کند، به جای اینکه این رویدادها را قسمتی از خود بداند؛ که با استفاده از ناامیدی سازنده به شرکت کنندگان نشان می‌دهیم که تا به حال راه‌حل‌هایی که برای حل مشکلات دنیای درون به کار برده‌اند باعث مشکل شده و بعد از دست کشیدن آن‌ها از این راه‌حل‌ها با استفاده از استعاره‌ی مانیتور هشدار دهنده و فیل سیاه به این درک می‌رسانیم که هر چه بخواهند در دنیای درون، دست به کنترل بزنند فکر، خاطره، احساس، میل و احساس جسمی بیشتر در ذهن آن‌ها ماندگار می‌شود، و با کارهای اجتنابی که در رابطه با دنیای درون انجام می‌دهند باعث پایدارتر شدن رویدادهای درونی می‌شوند. در مرحله بعد با تعریف ذهن از دیدگاه اکت که اینگونه بیان می‌کند که یک ذهن سالم ذهنی است که فکرهای متنوع ایجاد می‌کند و شرکت کنندگان با به دست آوردن آگاهی‌های تازه پیشرفت بیشتری نشان می‌دهند و نشخوارهای فکری تأثیر کمتری روی کارکرد آن‌ها دارد.

فرایندهای ذهن آگاهی مورد استفاده در این درمان باعث تغییرات چشمگیری در روش استفاده مراجع از عملکرد توجه می شود. به عبارتی باعث جهت گیری توجه شده و به جای این که این رویدادها را قسمتی از وجود خود بداند، سعی می کند تا دیدگاهی را نسبت به رویدادهای ذهنی مشاهده کند. این تکنیک به گونه ای باعث آشتی دوباره فرد با دنیای درون می شود و به جای فرار فرد از آن به پذیرش آن دست می زند و در طی آموزش یاد می گیرند که بدون قضاوت به آن ها نگاه کند و براساس کاربردی که برای فرد دارند از آن ها استفاده کنند. با استفاده از مهارت های گسلش شناختی که تکمیل کننده ی فرایند پذیرش است، به افراد آموزش می دهیم که رویدادهای درونی اعم از افکار، احساسات، میل، خاطرات، احساسات جسمی را فقط به عنوان آنچه که هستند، نه آنچه که می گویند هستند، در نظر گرفته شوند. با این هدف مراجع می آموزد که با این رویدادهای درونی، بدون آغشته شدن با آن ها یا اجتناب از آن ها برخورد کند و نظاره گر دنیای درون خود باشند. بر طبق این دیدگاه هیچ کدام از این تجربیات درونی شخصی، اگر همانگونه که هستند تجربه شوند، به طور ذاتی برای سلامتی فرد مضر نیستند، پس نیازی به کنترل کردن آن ها نیست. بلکه مهم کاربرد این تجربیات درونی است و باید به بافت و عملکرد آن ها توجه کرد که به مراجع کمک می کند تا در مسیر و جهت ارزش هایش حرکت کند؛ که یکی از تکنیک های ساده اما کاربردی گسلش به هم ریختگی جملات از لحاظ قواعد دستور زبانی یا آوردن کلماتی مثل من فکر می کنم یا من احتمال می دهم به اول جملات که معنی احتمال به فکر آن ها می دهد و قاطعیت آن را کاهش می دهد.

تحقیقات بی شماری (مانند گلد برگ، ۱۹۸۷؛ باند، ۲۰۰۰؛ و هیز، ۲۰۰۴) نشان دادند که اجتناب از تجارب با حیطه وسیعی از مشکلات رفتاری و روان شناختی ارتباط دارد. در واقع اجتناب از تجارب انسان ها را در مقابل عوامل تنیدگی زا آسیب پذیرتر می نماید. افرادی که تمایل و آمادگی بیشتری برای محبوس کردن و سرکوب نمودن چنین تجاربی را دارند، هنگامی که استرس و نگرانی در مدرسه، محیط کار، تعارض ها با همسر و ... پیش می آید، تلاش برای کنترل، آشفتگی ها را تشدید می نماید. یکی از مهم ترین تکنیک های این درمان، تصریح ارزش ها و عمل متعهدانه می باشد؛ که در این مرحله از درمان به افراد

آموزش می‌دهیم که زندگی و فعالیت‌ها به صورت هدفی یا نتیجه‌ای نگاه نکنند بلکه به صورت فرایند یا مسیری نگاه کنند و نگاه کنیم که افراد در جهت ارزش‌های شخصی خود گام بر می‌دارند یا غیر از این است. با ترغیب شرکت‌کننده‌ها به شناسایی ارزش‌های شان که با استفاده از استعاره‌ی تشبیح جنازه به این مهم دست پیدا می‌کنیم و در گام بعد با تعیین اهداف و انجام اعمالی که در جهت اهداف و ارزش‌ها باشند به آن‌ها کمک می‌کنیم. شرکت‌کنندگان در صورت برخورد با موانع که به دو گروه تقسیم می‌شوند موانع درونی آن‌ها را حل می‌کنیم و موانع بیرونی را با استفاده از مهارت حل مسئله موانع مرتفع می‌سازیم.

ایجاد تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها، با وجود مشکلات باعث می‌شود تا با تحقق اهداف شادکامی به رضایت از زندگی منجر شود. در نتیجه آن‌ها از گیر افتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی از قبیل اضطراب، استرس، یاس و ناامیدی، افسردگی که به نوبه خود باعث افزایش شدت مشکلات می‌شود، رهایی یابند و این باعث انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود. با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در درمان پذیرش و تعهد می‌توان توانایی مقابله‌ای بیمار در کنار آمدن با مشکلات را افزایش داد. در این درمان بر پذیرش آنچه که نمی‌توان به طور مستقیم تغییر داد به عنوان ابزاری جهت تشخیص و تغییر چیزهایی که می‌توان تغییر داد تاکید می‌شود. حضور در اینجا و اکنون، باعث می‌شود که فرد درگیر قضاوت‌ها در مورد تجارب ناخوشایند گذشته و آینده‌ی خودشان نشوند. فرایند تماس با لحظه لحظه‌های زندگی به فرد کمک می‌کند تا شرایط را تحمل‌پذیر نماید و تجربه لحظه‌های واقعی زندگی‌شان را بپذیرد که باعث حرکت او در جهت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود.

یکی دیگر از فرآیندهای این درمان که به اثربخشی آن کمک زیادی می‌کند، ایجاد یک خود مشاهده‌گر یا خود به عنوان زمینه در مراجع از طریق کاربرد مهارت گسلش، ذهن آگاهی و ارتباط با زمان حال است. در واقع این خود مشاهده‌گر جایگزینی برای خود مفهوم‌سازی شده یعنی خودی که با افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی تعریف می‌شود، می‌باشد. در کل هدف این است که مراجع خود را از تجربیات درونی‌اش از

جمله نشخوارهای فکری و خاطرات و احساسات و احساسات بدنی جدا ببیند. زمانی که فرد فکری مانند من انسان خجالتی هستم یا من انسان بدون اعتماد به نفس هستم داشته باشد با آن یکی می شود و عملکردش هم شبیه یک انسان خجالتی یا بدون اعتماد به نفس می شود و در صورت شناخت خود مفهومی شده و خود به عنوان زمینه طبق زمان حال رفتار می کند که باعث حرکت فرد در جهت ارزش ها و انعطاف پذیری روان شناختی او می شود. با وجود نوظهور بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان های دیگر، ادبیات محدود این رویکرد نشان می دهد که این درمان می تواند در حوزه اعتیاد مؤثر باشد. محدودیت های تحقیق عبارت بودند از: نداشتن مرحله پیگیری، و استفاده از نمونه گیری در دسترس. با توجه به نتایج پژوهش و مؤثر واقع بودن درمان بر انعطاف پذیری روان شناختی و نشخوار فکری در معتادان تحت درمان متادون می توان از این درمان در حوزه ی اعتیاد استفاده کرد. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی این رویکرد درمانی جدید در مقایسه با رویکردهای دیگر و در سایر گروه های مصرف کنندگان مواد مورد ارزیابی قرار گیرد. پیشنهاد می شود که شورای هماهنگی و ستاد مبارزه با مواد مخدر به منظور افزایش میزان شناخت و سطح آگاهی افراد در زمینه چگونگی شکل گیری نشخوار فکری و عدم انعطاف پذیری روان شناختی آموزش هایی در چارچوب بروشور، کتاب و جزوات ارائه نماید و راهکارهای روبرو شدن با آن را ارائه دهد.

۱۸۲

182

سال ۱۳، شماره ۳۸، ویژه نامه ۱
Vol. 12, No. 48, Special Issue 1

منابع

- اختیاری، حامد (۱۳۸۷). زیرساخت های شناختی و عصبی ولع مصرف مواد و روش های ارزشیابی و مداخله در آن. فصلنامه اعتیاد، ۳، ۹۶-۹۰.
- ایزدی، راضیه (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر علائم و باورهای، و سواسی، کیفیت زندگی، انعطاف پذیری روان شناختی، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به سواس فکری و عملی مقاوم. پایان نامه دکترای روان شناسی، دانشگاه اصفهان.
- تیموری، سعید؛ رضائی، فرزانه و محجوب، نجمه (۱۳۹۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری و افسردگی زنان در حال ترک با متادون. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۳(۴)، ۱۵۹-۱۴۶.
- حاتم خانی، سجاد (۱۳۹۳). رابطه مهارت ذهن آگاهی، انعطاف پذیری روان شناختی و علائم آسیب شناسی روانی. پایان نامه دکترای روان شناسی، دانشگاه تربیت مدرس.

- فیلی، علیرضا؛ بر جلی، احمد؛ سهرابی، فرامرز و فرخی، نورعلی (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی روش درمان شناختی- رفتاری با روش درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن تیز دل بر نشخوار فکری در زنان نابارور افسرده. *مجله علمی پزشکی یاسوج*، ۱۷(۱)، ۸۰-۶۷.
- کیانی، احمدرضا؛ قاسمی، نظام الدین و پورعباس، علی (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف کنندگان شیشه. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۶(۲۴)، ۳۶-۲۷.
- محمدی، شیرین (۱۳۹۳). *رابطه مکانیزم‌های دفاعی و خودپنداره با گرایش به اعتیاد مصرف مواد مخدر صنعتی در جوانان*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر.
- محمدی، لیلا؛ صالح زاده ابرقوئی، مریم و نصیریان، منصوره (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجانی در مردان تحت درمان متادون. *مجله علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۳(۹)، ۸۶۱-۸۵۳.
- مستشاری، گلاره (۱۳۸۰). *ارزیابی مقدماتی درمان نگهدارنده با متادون*. تهران، سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری.....
- میر محمد صادقی، اکرم؛ عابدی، محمد رضا (۱۳۹۴). بررسی تاثیر آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر کیفیت زندگی همسران معتادین مراکز و ترک اعتیاد شهرستان اصفهان. *مجله ی پژوهش‌های مشاوره*، ۱۴(۵۶)، ۱۱۱-۹۰.

- American Psychological Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed)*. Washington DC: A. P. A.
- Blume, A. W. (2005). *Treating drug problems*. New York: John Willy.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The role of Acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology*, 88(6), 1057-1067. DOI: 10.1037/0021-9010.88.6.1057.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and action Questionnaire II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. DOI: 10.1016/j.beth.2011.03.007.
- Borkovec, T. D., Ray, W. J., & Stober, J. (1998). A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22(6), 561-576.
- Carighead, W. E. (2003). Behavioral & cognitive Behavioral psychotherapy. In G. Stricker & T. A. Widiger (vol. Eds.) & I. B. Weiner (Editor in chief). *Handbook of psychology vol. 8, Clinical Psychology*. NJ: Jone Wiley, & Sons.
- Crane, R. (2009). *Mindfulness based cognitive therapy, 1st Ed*. New York: Rout ledge press; 35.
- Feldman, G., Dunn, E., Bell, K., & Greeson, j. (2014). Mindfulness and rumination as predictors of persistence with a distress tolerance task. *Personality and Individual Differences*, 56, 154-158.
- Goldberg, D. (1978). *Manual of the general health questionnaire*. Windsor: National foundation for educational research.

- Hayes, S. C. (2006). *Acceptance and commitment therapy*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behavior Research Therapy*, 44, 1–25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., & Pistorello, J., Toarmino, D., ... Mccurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.
- Koval, P., Kuppens, P., Allen, N. B., & Sheeber, L. (2012). Getting stuck in depression: the roles of Getting stuck in depression: the roles of rumination and emotional inertia. *Cognition & emotion*. 26(8), 1412-1427. DOI: 10.1080/02699931.2012.667392.
- Lee, E. B., An, W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2015). An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 155, 1–7. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2015.08.004.
- Lowinson, P., Ruiz, R., B., Millman, J. G., (2016). *Substance abuse: A comprehensive textbook (4th ed)*. New York: Williams & Wilkins.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 115-121.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400- 424.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspective Psychological Science*, 3(5), 400–424
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2004). *Depressive Rumination: Nature, Theory and treatment*. West Sussex: Wiley.
- Sadock, B. j., & Sadock, V. A. (2005). *Comprehensive textbook of psychiatry (8th ed)*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 1284-1289.
- Sookman, D., & Steketee, G. (2007). Direction in specialized cognitive behavior thrapy for resistant obsessive compulsive disorder theory and practice of two approaches. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 201-222.
- Specka, M., Finkbeiner, T., Lodemann, E., Leifert K., Kluwig, J., & Gastpar, M. (2000). Cognitive-motor performance of methadone-maintained patients. *European Addiction Research*, 6(1), 8-19. DOI: 10.1159/000019004.
- Trompeter, H. R., Bohlmeijer. E. T., Fox, J. P., & Schreurs, M. G. (2015). Psychological flexibility and catastrophizing as associated change mechanisms during online Acceptance & Commitment Therapy for chronic pain. *Behavior Research and Therapy*, 74, 50-59.
- Twohig, M., Vildaraga, C., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2015). Changes In psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4, 196–202.