

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعلق پذیری خنثی و ادراک سربار بودن افراد معتاد

سید محمد بصیر امیر<sup>۱</sup>، حسین قمری<sup>۲</sup>، احمدرضا کیانی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۱/۰۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۸/۱۹

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعلق پذیری خنثی و ادراک سربار بودن افراد معتاد انجام گرفت. **روش:** پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و با استفاده از طرح پیش-آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش، شامل افراد معتاد مراجعه کننده به کمپ ترک اعتیاد همیاران سلامت شهر اردبیل در سال ۹۷ بود. روش نمونه گیری در این پژوهش به صورت نمونه گیری در دسترس بود. بدین صورت که از بین افراد مراجعه کننده به کمپ، تعداد ۳۰ نفر که شرایط ورود به نمونه را دارا بودند انتخاب شدند و به پرسش نامه‌ی نیازهای بین فردی پاسخ گفتند و به طور کاملاً تصادفی در ۲ گروه ۱۵ نفره گمارش شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. در پایان پرسشنامه نیازهای بین فردی مجدداً در هر دو گروه اجرا شد و داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعلق پذیری خنثی و ادراک سربار بودن افراد معتاد تاثیر دارد. **نتیجه گیری:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای کاهش احساس احساس تعلق پذیری خنثی و ادراک سربار بودن افراد معتاد قابلیت کاربرد دارد و می‌تواند به عنوان مداخله‌ای روان‌شناختی مورد استفاده قرار گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تعلق پذیری خنثی، ادراک سربار بودن، معتاد

۱. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران، پست الکترونیکی:

basir\_amir3@yahoo.com

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

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

## مقدمه

اعتیاد به مواد به عنوان یکی از بحران‌های چهارگانه قرن بیست و یکم، یکی از معضلات بهداشتی، روانی و اجتماعی و نیز مهم‌ترین عامل ایجادکننده رفتارهای پرخطر می‌باشد (سهیلی، دهشیری و موسوی، ۱۳۹۴). بر طبق گزارش منتشر شده توسط دفتر مبارزه با مواد و جرم سازمان ملل در سال ۲۰۱۲، حدود ۲۳۰ میلیون نفر از مردم جهان در سال ۲۰۱۰ مواد مصرف نموده‌اند که جمعیتی بالغ بر ۵ درصد از افراد بالای ۱۸ سال را تشکیل می‌دهند و حدود ۲۷ میلیون از آن‌ها به مواد وابسته هستند. در ایران طبق آخرین تحقیقات صورت گرفته تعداد مصرف‌کنندگان حدود ۱/۸ تا ۳/۳ میلیون نفر اعلام شده و نرخ شیوع مصرف مواد مخدر در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال، ۲/۶۵ می‌باشد (حجت‌خواه و مصباح، ۱۳۹۵). آمار مرگ‌های اخیر در دنیا به بهترین نحو با مصرف بالای مواد قابل توجه است. بحران مواد توجه فراوانی را از گوشه و کنار جهان در حرفه‌های سلامت و مراقبت به خود جلب کرده است (بکر و فلین<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷). اعتیاد اختلالی با عود مزمین است که با رفتارهای تکانشی جستجوی مواد علی‌رغم پیامدهای منفی آن همراه است (میلتون و اوریت<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). همچنین رفتارهای اعتیادی با برخی از انواع اختلالات روان‌شناختی ارتباط قوی دارد (داسون<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). وابستگی به مواد علاوه بر این که احتمال ابتلا به بیماری‌های جسمی (ترمین<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۶) و روانی (آگراوال، بادنی و لینسکی<sup>۵</sup>، ۲۰۱۲) را افزایش می‌دهد، آسیب‌های بسیاری را بر افراد مبتلا، نظام مراقبت‌های بهداشتی (پیپر، ریدنور، هوچوال و کوین<sup>۶</sup>، ۲۰۱۶) و جوامع (کلین<sup>۷</sup>، ۲۰۱۶) تحمیل می‌کند.

یکی از عوامل مرتبط و موثر بر اعتیاد تعلق‌پذیری خنثی<sup>۸</sup> می‌باشد (سیلوا، ریرو و جوینر<sup>۹</sup>، ۲۰۱۰). تعلق‌پذیری خنثی مفهوم مرتبط با انزوا و ارتباط اجتماعی و یکی از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده رفتارهای خودکشی می‌باشد. این عامل به دلیل ارتباط با نیازهای روان‌شناختی انسان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است تا جایی که آن را به عنوان

۲۵۴

254

سال سیزدهم، شماره ۵۳، پاییز ۱۳۹۸  
Vol. 13, No. 53, Autumn 2019

1. Becker, &amp; Fiellin

2. Milton, &amp; Everitt

3. Dawson

4. Tremain

5. Agrawal, Budney, &amp; Lynskey

6. Peiper, Ridenour, Hochwalt, &amp; Coyne

7. Klein

8. thwarted belongingness

9. Silva, Ribeiro, &amp; Joiner

«نیاز تعلق داشتن» یاد می‌کنند. به عبارتی دیگر، این مفهوم در برگیرنده نیاز به ارتباط و وحدت اجتماعی است که فرد نسبت به محیط اجتماعی خود ادراک می‌کند (ون اوردن، ویت و کوکروویتز<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). تعلق پذیری خنثی شامل دو بعد: ۱- تنهایی<sup>۲</sup> و ۲- نبود مراقب دوسویه<sup>۳</sup> است (ما، باترهام، کالر و هام<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶). پژوهش‌های مختلفی بین سوءمصرف مواد و تنهایی همبستگی نشان داده‌اند که از آن جمله می‌توان به پژوهشی اشاره نمود که بیان کرد بین سوءمصرف مواد و تنهایی چه به لحاظ احساسی و چه به لحاظ اجتماعی ارتباط وجود دارد (حسین پور، اردکانی و بخشانی، ۲۰۱۴). همچنین تنهایی ارتباط مستقیمی را با مصرف الکل و سوءمصرف موادی همچون کوکائین نشان داده است (آکرلیند و هومگویست<sup>۵</sup>، ۱۹۹۲). علاوه بر این تنهایی با سوءمصرف مواد ضعیف‌تر نیز مرتبط است (ریچتاریک<sup>۶</sup>، ۱۹۸۷). در مطالعه‌ای دیگر نشان داده شد، بین تعلق‌پذیری خنثی و اختلال سوءمصرف الکل ارتباط وجود دارد (فینلی، رم، مگزر و کالدول<sup>۷</sup>، ۲۰۱۲). همچنین در پژوهشی دیگر ارتباط بین احساس تعلق‌پذیری خنثی و آخرین تلاش برای خودکشی در معتادان تحت درمان با متادون تایید شده است (کونر، بریتون، سورتز و جوینر<sup>۸</sup>، ۲۰۰۷).

یکی دیگر از عوامل مرتبط و موثر بر اعتیاد ادراک سربار بودن<sup>۹</sup> است. برخی از اختلالات مصرف مواد ناشی از ادراک سربار بودن می‌باشد، که در نتیجه‌ی ناتوانی در انجام وظایف و همچنین مشکلات قانونی، اجتماعی، جسمانی و روانی به وجود می‌آید (سیلوا و همکاران، ۲۰۱۰). ادراک سربار بودن احساسی است که فرد وجود خودش را به عنوان سربار در خانواده، بین دوستان یا در جامعه تصور می‌کند. این احساس ممکن است با این افکار همراه باشد که فرد فکر می‌کند اگر بمیرد، بهتر است یا اوضاع خانواده در نبود او بهتر می‌شود (ون اودن و همکاران، ۲۰۱۰). ادراک سربار بودن شامل: ۱- تنفر از خود<sup>۱۰</sup>

1. Van Orden, Cukrowicz, & Witte  
2. loneliness  
3. absence of reciprocal care  
4. Ma, Batterham, Calear, & Han  
5. Åkerlind, & Hörnquist

6. Rychtarik  
7. Finlay, Ram, Maggs, & Caldwell  
8. Conner, Britton, Sworts, & Joiner  
9. perceived burdensomeness  
10. self- hate

و ۲- احساس مدیون بودن<sup>۱</sup> است (ما و همکاران، ۲۰۱۶). کاهش تنفر از خود ارتباط مستقیمی با کاهش دفعات مصرف مواد مخدر در وابستگان به مواد مخدر دارد (ها<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین کاهش نشانه‌های تنفر از خود که در بر گیرنده‌ی احساسات منفی نسبت به خود است، با به تاخیر انداختن مصرف مواد مخدر مرتبط است (ساواس، سوموگی و وایت<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲). همچنین تحقیقات دل‌بستگی نشان می‌دهد، آن‌هایی که ادراک و نگاه منفی به خود دارند و دائماً بیش مشغول هستند، به احتمال بیشتری به سمت مواد گرایش پیدا کرده و وابستگی شدیدتری به آن پیدا می‌کنند (دوماس، بلازی و میچل<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷).

در دهه‌ی گذشته مجموعه‌ای از آزمایش‌های کلینیکی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۵</sup> بر روی اختلالات مختلف مرتبط با مصرف مواد صورت پذیرفته است، که از جمله‌ی آن می‌توان به مصرف سیگار (جونز<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۵)، مصرف چند ماده‌ی گوناگون (لانزا<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۴)، مخدرها (استوتس<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۲) و آفتامین‌ها (اسموت<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۳)، اشاره نمود. همچنین در پژوهشی دیگر به بررسی ارتباط ابعاد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (همجوشی شناختی و اجتناب تجربی) با تعلق‌پذیری خنثی و ادراک سربار بودن پرداخته شد، نتایج پژوهش ارتباط و ارتباط تقابلی همجوشی شناختی و اجتناب تجربی با تعلق‌پذیری خنثی و ادراک سربار بودن را تایید کرد (هاپنی و فرگوس<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارای دو بخش ذهن آگاهی 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 لحظه‌ی حال و اکنون زندگی کرده و بهتر با وسوسه‌های مصرف مواد مقابله کنند (اسموت و همکاران، ۲۰۱۳). در پژوهشی دیگر نشان داده شد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد سازگاری افراد معتاد را در ابعاد

1. feeling of liability
2. Hah
3. Savvas, Somogyi, & White
4. Doumas, Blasey, & Mitchell
5. acceptance and commitment therapy

6. Jones
7. Lanza
8. Stotts
9. Smout
10. Hapenny, & Fergus

اجتماعی و هیجانی ارتقا می‌بخشد (نریمانی، عباسی، ابولقاسمی و احدی، ۲۰۱۳). همچنین در پژوهش دیگری نشان داده شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به عنوان یک درمان عملی و پذیرفته شده برای مصرف‌کنندگان سیگار اعمال شود (مک کالین و والنسکی، ۲۰۱۵).

اعتیاد یکی از بحران‌های چهارگانه قرن بیست و یکم و مهم‌ترین عامل ایجاد کننده رفتارهای پرخطر است، تعدادی از پژوهش‌ها بیانگر ارتباط احساس تعلق پذیری خنثی و ادراک سربار بودن با بروز و ظهور اعتیاد می‌باشد. با توجه به اینکه نتایج پژوهش‌های صورت گرفته‌ی پیشین حاکی از تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعدادی از عوامل مرتبط و موثر با اعتیاد می‌باشند و به دلیل ناکافی بودن پژوهش‌ها در سطح جهان و نیز عدم وجود پژوهش در کشورمان در ارتباط با بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعلق‌پذیری خنثی و ادراک سربار بودن در افراد معتاد، لزوم بررسی‌های بیشتر در جهت پاسخ به این سوال که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعلق‌پذیری خنثی و ادراک سربار بودن افراد معتاد تاثیر گذار است؟ ضروری می‌نماید.

## روش

### جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی و با استفاده از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای گروه آزمایش اجرا شد اما گروه دوم (گواه) هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد. جامعه آماری، شامل افراد معتاد مراجعه‌کننده به کمپ ترک اعتیاد همیاران سلامت شهر اردبیل در سال ۹۷ بود. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود. بدین صورت که از بین افراد مراجعه‌کننده تعداد ۳۰ نفر که شرایط ورود به نمونه را دارا بودند نمونه آماری ما را تشکیل دادند. شرایط ورود به نمونه شامل توانایی تکلم به زبان فارسی، تحصیلات حداقل سیکل، استقرار در کمپ به مدت حداقل یک ماه، عدم شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی، عدم دریافت مشاوره فردی و تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش بود. نفرت انتخابی به طور تصادفی

در ۲ گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه گمارش شدند که گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند. پروتکل جلسات گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد مبتنی بر کتاب پذیرش و تعهد هیز، استروسهل و ویلسون<sup>۱</sup> (۱۹۹۹) می‌باشد. جلسات هفته‌ای دو بار در محل کمپ همیاران سلامت اردبیل به مدت ۴ هفته برگزار شد. در این جلسات که حدود ۹۰ دقیقه به طول می‌انجامید، پژوهشگر براساس محتوای جدول ۱ مطالب را ارائه نمود. پس از پایان یافتن جلسات، هر دو گروه مجدد مورد ارزیابی و مقایسه قرار گرفتند. در جریان اجرا، نکات ذیل رعایت شد تا ضمن احترام به حقوق انسانی افراد، مسایل قانونی نیز رعایت شده باشد: اخذ موافقت از مراجعین هدف طرح پس از اطلاع رسانی. مطلع ساختن همه مشارکت کنندگان از اهداف پژوهش. ارائه نتایج هریک از افراد به ایشان در صورت تمایل. رعایت اصل امانت‌داری و محرمانه ماندن نتایج و عملکرد تمامی افراد. آزادی افراد برای خروج از مطالعه یا توقف آزمون‌ها در هر مرحله و شرایط. ارائه خلاصه‌ای از نتایج کلی تحقیق به مراجعین علاقمند.

**جدول ۱: محتوای جلسات درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد به تفکیک جلسات**

جلسه‌ها	محتوا
اول	آشنایی اعضا با درمانگر و یکدیگر، شرح قوانین گروه، آشنایی و توصیف کلی از رویکرد درمانی. تکلیف خانگی: فهرست نمودن ۵ نمونه از مهم‌ترین مشکلاتی که بیماران در زندگی با آن مواجه‌اند.
دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، سنجش مشکلات بیماران از نگاه ACT (استخراج تجربه‌ی اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد). تکلیف خانگی: تهیه‌ی فهرستی از مزایا و معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات.
سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، تصریح ناکارآمدی کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها و آموزش تمایل نسبت به هیجانات و تجارب منفی. تکلیف خانگی: ثبت مواردی که بیماران موفق به کنار گذاشتن شیوه‌های ناکارآمد کنترل شده‌اند.
چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش جدا کردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی (استعاره فنجان بد) و اتخاذ موضع مشاهده‌ی افکار بدون قضاوت.

جلسه‌ها	محتوا
	تکلیف خانگی: ثبت مواردی که بیماران موفق به مشاهده و عدم ارزیابی تجارب و هیجانات شده‌اند.
پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه (استعاره‌ی صفحه شطرنج) و آموزش فنون ذهن آگاهی. تکلیف خانگی: ثبت مواردی که بیماران قادر به نظاره افکار با استفاده از فنون ذهن آگاهی شده‌اند.
ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل، شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها. تکلیف خانگی: تهیه فهرستی از موانع پیش روی در تحقق ارزش‌ها.
هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن به کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها. تکلیف خانگی: گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها و اندیشیدن پیرامون دستاوردهای جلسات.
هشتم	جمع‌بندی مفاهیم بررسی شده در طی جلسات، درخواست از اعضا برای توضیح دستاوردهای شان از گروه و برنامه آن‌ها برای ادامه زندگی.

## ابزار

پرسش‌نامه‌ی نیازهای بین فردی<sup>۱</sup>: این پرسش‌نامه دارای چندین نسخه (۱۸، ۱۵، ۱۲، ۱۰ و ۲۵ سوالی) است که طبق گزارش هیل و همکاران (۲۰۱۵)، نسخه‌های ۱۰ و ۱۵ سوالی بهترین میزان اعتبار درونی را دارا هستند. نسخه‌ی ۱۵ سوالی که توسط ون اوردن و همکاران (۲۰۱۲) تدوین شد، متشکل از ۱۵ سوال است که به صورت خودگزارشی از شرکت کنندگان می‌خواهد که بهترین گزینه‌ی ممکن را متناسب با باورهای شان در مورد این که در حال حاضر تا چه میزانی با دیگران در ارتباط است (تعلق پذیری) و تا چه میزانی فکر می‌کنند که سربرار دیگران هستند (ادراک سربرار بودن) را در یک مقیاس ۷ درجه‌ای مشخص کند. نمره‌ی بالاتر در این مقیاس به معنی تعلق‌پذیری خشی و ادراک سربرار بودن، بیشتر است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش شده است (هاو کینز<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). در نمونه‌ی ایرانی نیز ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۳ گزارش شده است (رشید و همکاران، ۱۳۹۶).

1. interpersonal needs questionnaire

2. Hawkins

**یافته‌ها**

تحصیلات افراد معتاد به تفکیک مقاطع تحصیلی عبارت است از: سیکل ۱۵ نفر، دیپلم ۹ نفر، کارشناسی ۶ نفر است. تفکیک این افراد براساس دامنه سنی ۳۰-۲۵ (۷ نفر)، ۳۵-۳۱ (۴ نفر)، ۴۰-۳۶ (۴ نفر)، ۴۵-۴۱ (۷ نفر)، ۵۰-۴۶ (۲ نفر) بود. تعداد ۱۰ نفر از افراد معتاد مجرد و ۲۰ نفر متاهل بودند. مدت زمان مصرف مواد مخدر بر اساس سال مصرف در این افراد ۱۰-۵ سال (۱۵ نفر)، ۱۵-۱۱ سال (۸ نفر)، ۲۰-۱۶ سال (۴ نفر)، ۲۵-۲۱ (۳ نفر) می‌باشد. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۲ ارائه شده است.

**جدول ۲: آماره‌های توصیفی تعلق پذیری خشی و ادراک سربار بودن به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون**

گروه‌ها	نوع آزمون	تعلق پذیری خشی		ادراک سربار بودن	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه آزمایش	پیش آزمون	۲۱/۶۶	۷/۳۱	۲۵/۰۶	۷/۷۲
	پس آزمون	۱۶/۸۶	۶/۰۲	۲۰/۲۶	۶/۴۰
گروه کنترل	پیش آزمون	۲۳/۰۰	۷/۸۵	۲۲/۴۶	۶/۷۴
	پس آزمون	۲۳/۳۳	۸/۹۸	۲۴/۰۶	۷/۸۰

برای بررسی اثربخشی مداخله می‌بایستی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شود. یکی از مفروضه‌های این تحلیل برابری ماتریس واریانس-کواریانس است. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این مفروضه داشت ( $F=۲/۲۵۲, P>۰/۰۵, M=۷/۳۲$ ). همچنین مفروضه‌ی دیگر برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون نشان داد در تعلق‌پذیری خشی ( $F=۰/۲۶۳, P>۰/۰۵$ ) و ادراک سربار بودن ( $F=۰/۰۲۶, P>۰/۰۵$ ) این مفروضه برقرار است. بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج حکایت از تفاوت معنادار دو گروه در ترکیب خطی متغیرها داشت ( $F=۰/۴۵۶$ )=مجذور اتا. کواریانس تک‌متغیری به شرح جدول ۳ استفاده شد.



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

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
تعلق پذیری خنثی	۹۱۸/۳۵۰	۵۳/۳۰۴	۰/۰۰۰۵	۰/۶۷۲
ادراک سربار بودن	۲۲۵/۸۵۸	۱۲/۹۲۵	۰/۰۰۰۵	۰/۳۳۲

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می شود در هر دو متغیر تفاوت معنادار بین گروه‌ها وجود دارد. به این معنا که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تعلق‌پذیری خنثی و کاهش ادراک سربار بودن افراد معتاد موثر بوده است.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعلق‌پذیری خنثی و ادراک سربار بودن افراد معتاد صورت پذیرفت. نتایج بیانگر این بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعلق‌پذیری خنثی و ادراک سربار بودن افراد معتاد تاثیر دارد. بدین صورت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس تعلق‌پذیری خنثی و ادراک سربار بودن افراد معتاد موثر بوده و پس از انجام مداخله گروه آزمایش احساس تعلق‌پذیری و ادراک سربار بودن کمتری را در مقایسه با گروه گواه داشته است.

یافته‌ی اول پژوهش مبنی بر این که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس تعلق‌پذیری خنثی افراد معتاد موثر بوده است با یافته‌های پژوهش موسوی و همکاران (۱۳۹۶)، فتح‌اله زاده و همکاران (۱۳۹۵)، جوانبخت و منشئی (۱۳۹۵)، نجاری، کولایی و فلسفی‌نژاد (۱۳۹۶)، بویترون، هیل و پتیت<sup>۱</sup> (۲۰۱۷) و واسچف کلارک و کروپسی<sup>۲</sup> (۲۰۱۶) همسو می‌باشد. هاپنی و فرگوس (۲۰۱۷) در پژوهش خود دو بعد از ابعاد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را که شامل اجتناب تجربه‌ای و همجوشی شناختی می‌باشد را با احساس تعلق‌پذیری خنثی مرتبط و همچنین دارای تاثیر تبادلی بیان کردند. در تبیین این یافته می‌توان گفت اجرای مداخله‌ی گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ضمن فراهم کردن بستری برای پذیرش هیجان، با به کارگیری فنون ذهن آگاهی و سایر روش‌های مبتنی بر این رویکرد درمانی به آموزش بیماران برای رهایی از بند مبارزه‌ی بی‌حاصل و

1. Buitron, Hill, & Pettit

2. Waesche, Clark, & Cropsey

تلاش برای کنترل و زدایش عواطف و تجارب منفی می‌پردازد و بیماران را به پیگیری ارزش‌ها و به دنبال آن تعهد نسبت به عمل بر مبنای ارزش‌ها بر می‌انگیزد. در نتیجه می‌توان گفت که این رویکرد می‌تواند به عنوان یک مداخله‌ی روان‌شناختی مناسب به منظور کاهش احساس تنهایی و در نتیجه کاهش احساس تعلق‌پذیری خنثی تلقی شود (موسوی و همکاران، ۱۳۹۶). همچنین در تبیین چگونگی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس تعلق‌پذیری خنثی افراد معتاد می‌توان این‌گونه بیان کرد که با توجه به این‌که تعلق‌پذیری خنثی به معنای احساس تنهایی و نبودن مراقبت دوسویه تعریف شده (ون اوردن و همکاران، ۲۰۱۰) درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد به سهولت این امکان را فراهم می‌سازد که تعدادی از این افراد در یک مکان جمع شده، با یکدیگر رابطه برقرار کنند و راجع به مشکلات مشابه خود به گفتگو بنشینند. این فضا نه تنها باعث احساس آرامش، راحتی و همچنین کاهش احساس تعلق‌پذیری خنثی می‌شود، بلکه به توسعه‌ی روابط این افراد در خارج از محیط درمان کمک می‌کند. ضمن این‌که اعضای گروه در جریان تعامل، به یکدیگر کمک می‌کنند، یعنی در جریان درمان از یکدیگر حمایت می‌کنند، به هم اطمینان می‌دهند، پیشنهاد می‌کنند و پیش می‌دهند (موسوی و همکاران، ۱۳۹۶). به همین جهت کاربرد این روش درمانی در جهت کاهش احساس تعلق‌پذیری خنثی سودمند واقع می‌شود.

یافته‌ی دوم پژوهش مبنی بر این‌که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ادراک سربار بودن افراد معتاد موثر بوده با یافته‌های پژوهش زارع (۱۳۹۶)، حجت‌خواه و مصباح (۱۳۹۵) و همچنین یاداوایا، هیز و ویلاردادا<sup>۱</sup> (۲۰۱۴) همسو می‌باشد. همچنین در پژوهشی دیگر بیان شد، دو بعد از ابعاد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که شامل اجتناب تجربه‌ای و همجوشی شناختی می‌باشد با ادراک سربار بودن مرتبط و همچنین دارای تاثیر تبادلی است (هاپنی و فرگوس، ۲۰۱۷). در تبیین این یافته می‌توان گفت که با توجه به این‌که ادراک سربار بودن به معنای احساس بی‌ارزشی، تنفر از خود و بی‌استفاده بودن معنا شده است (ون اوردن و همکاران، ۲۰۱۰) و یکی از ابعاد شش‌گانه‌ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

گسستگی شناختی می‌باشد. بدین معنا که به واسطه‌ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افراد از ماهیت خشن، نفرت انگیز و تخریب‌گرایانه‌ی انتقادات و به‌ویژه خودانتقادی‌هایی که نسبت به خویش داشته‌اند، آگاه می‌شوند. همچنین به این درک دست می‌یابند که لازم است بین "خود" و انتقادی که نسبت به "عملکرد خود" ابراز می‌نمایند، تمایز قائل شوند تا خود انتقادی را به عنوان یک ندای درونی متمایز از "کلیت شخصیت خود" درک و نسبت به حذف آن اقدام کنند (گیلبرت<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). تبیین دیگر این یافته، بر اساس نقش رویکردهای مبتنی بر موج سوم (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) می‌توان گفت فرد به کمک درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نسبت به گذشته جرات‌مندتر شده و می‌تواند چرخه‌ی معیوب انتقاد نسبت به خویش، احساس تنفر، بی‌ارزشی و بی‌استفاده بودن (ادراک سربار بودن) را مورد سوال قرار دهد و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود؛ معیارهای واقعی و توقعات قابل دستیابی که مستلزم سختی و آزار نباشد را باز طراحی کند. در تبیین نهایی پس از توضیحات مجدد در زمینه اعتیاد، تعلق‌پذیری خنثی و ادراک سربار بودن و یافته‌های این پژوهش و پژوهش‌های پیشین می‌توان گفت که روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش هر دو مولفه‌ی تعلق‌پذیری خنثی و ادراک سربار بودن و موثر بوده است. به طور کلی عامل مهمی که در اثربخشی این درمان در کاهش دو مولفه‌ی مذکور وجود داشت ویژگی جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، دریافت یک ارتباط درمانی، وابستگی‌های مستقیم و فرایندهای کلامی غیرمستقیم را به کار می‌گیرد تا به طور تجربی بتواند در درجه اول از طریق پذیرش، نا هم‌جوشی، ایجاد یک حس فراتجربی از خود ارتباط با لحظه اکنون، ارزش‌ها و ساختن الگوهای بسیار خوب از اقدامات متعهدانه مربوط با این ارزش‌ها، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری در فرد ایجاد کند. به بیان دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از پذیرش و فرایندهای توجه آگاهی، تعهد و فرایندهای تغییر رفتار برای ایجاد و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی که حاصل آن کاهش تعلق‌پذیری خنثی و ادراک سربار بودن می‌باشد، استفاده می‌کند. هر پژوهشی دارای محدودیت‌های ویژه‌ای است و میزان درستی

در تفسیر نتایج باید در پرتو این محدودیت‌ها مورد توجه قرار گیرد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش این است که تنها بر روی گروه مردان و جامعه محدود انجام شد که این مسئله تعمیم‌پذیری نتایج را با دشواری روبرو می‌کند، همچنین وجود محدودیت زمانی و عدم دسترسی به مراجعان جهت انجام مطالعات پیگیری از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود. علاوه بر این محدودیت دسترسی به نمونه وسیع‌تر باعث شد که پژوهشگر نتواند اثربخشی این روش آموزشی را با مداخله‌ای دیگر مورد مقایسه قرار دهد. همچنین کنترل تمامی متغیرهای مزاحمی که در طول دوره آزمایش بر گروه‌ها تأثیر گذار بوده است؛ برای پژوهشگر ممکن نبود و در نهایت اجرای پروتکل‌ها به ویژه در درمان تعهد و پذیرش که شامل استعاره و تمثیل است بومی سازی نشده است. در نتیجه به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌شود با توجه به این که این پژوهش بر روی نمونه آماری مردها بررسی شده است، به منظور تأیید یافته‌ها پژوهش‌هایی بر روی دو گروه جنسی و مقایسه این دو صورت گیرد. دیگر پیشنهاد پژوهشی همراه کردن این درمان‌ها با درمان‌های دیگر و مقایسه این رویکردها با یکدیگر می‌باشد، همچنین پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی بخش کارآزمایی تحقیق به صورت محدود نباشد و درمان در کل کشور و با تعداد نمونه بیشتری به انجام برسد. پیشنهاد می‌شود در اجرای پروتکل‌های درمانی و به ویژه درمان تعهد و پذیرش تمثیل‌ها و استعاره‌های بومی مطابق با فرهنگ طراحی شود. در نهایت پیشنهاد می‌شود مسئولین محترم مرتبط با بهداشت روان معتادان، ارائه مداخلات درمان انفرادی با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد را نیز در دستور کار قرار دهند، همچنین با توجه به این که اعتیاد، افراد را درگیر شرایط متفاوتی از نظر عملکردی و سازگاری با آن موقعیت می‌نماید توصیه می‌شود درمان‌های روان‌شناختی به طور مستمر برای این بیماران ارائه شود

### منابع

جوانبخت، زهرا؛ و منشی، غلامرضا (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی و احساس تنهایی نوجوانان مراکز شبه خانواده. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۵(۴)، ۳۹-۳۲.

حجت خواه، سید محسن؛ و مصباح، ایمان (۱۳۹۵). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس شرم درونی شده و سازگاری اجتماعی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی. فصلنامه روان شناسی افراد استثنایی، ۶(۲۴)، ۱۸۰-۱۵۳.

رشید، سجادا؛ کیانی چلمردی، احمدرضا؛ خرمدل، کاظم؛ یگانه، نرگس؛ و زین الدینی، سعید (۱۳۹۶). رابطه اضطراب مرگ، اهمیت داشتن، تعلق پذیری خنثی و احساس بار بودن با خودکشی در دانشجویان. نشریه ایرانی مراقبت اورژانس، ۱۱(۱)، ۴۲-۳۲.

زارع، حسین (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود انعطاف پذیری و همجوشی شناختی. فصلنامه شناخت اجتماعی، ۶(۱)، ۱۳۰-۱۲۱.

سهیلی، مهین؛ دهشیری، غلامرضا؛ و موسوی، سیده فاطمه (۱۳۹۴). گرایش به سوء مصرف مواد مخدر: بررسی مولفه های پیش بین سبک های فرزند پروری، استرس و تیپ شخصیتی D. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۹(۳۳)، ۹۱-۱۰۶.

فتح اله زاده، نوشین؛ سعیدی، فاطمه؛ ایچی، سیمین؛ سعادت، نادره؛ و رستمی، مهدی (۱۳۹۵). اثربخشی گروهی آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس تنهایی در سالمندان با سندرم آشیانه خالی. فصلنامه پرستاری سالمندان، ۳(۲)، ۱۰۲-۸۹.

موسوی، سیده سارا؛ احدی، حسن؛ خلعتبری، جواد؛ منشی، غلامرضا؛ کوه منایی، شاهین (۱۳۹۶). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فشار روانی، احساس تنهایی و قند خون مبتلایان به دیابت. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۲۶(۱۰۴)، ۷۹-۷۲.

نجاری، فیروزه؛ خدا بخشی کولایی، آناهیتا؛ و فلسفی نژاد، محمدرضا (۱۳۹۶). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی و سازگاری روانشناختی زنان مطلقه. مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، ۵(۳)، ۷۵-۶۸.

## References

- Agrawal, A., Budney, A. J., & Lynskey, M. T. (2012). The co-occurring use and misuse of cannabis and tobacco: a review. *Addiction*, 107(7), 1221-1233.
- Åkerlind, I., & Hörnquist, J. O. (1992). Loneliness and alcohol abuse: A review of evidences of an interplay. *Social Science & Medicine*, 34(4), 405-414.
- Becker, W. C., & Fiellin, D. A. (2017). Abuse-deterrent opioid formulations—putting the potential benefits into perspective. *New England Journal of Medicine*, 376(22), 2103-2105.

- Buitron, V., Hill, R. M., & Pettit, J. W. (2017). Mindfulness moderates the association between perceived burdensomeness and suicide ideation in adults with elevated depressive symptoms. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(5), 580-588.
- Conner, K. R., Britton, P. C., Sworts, L. M., & Joiner Jr, T. E. (2007). Suicide attempts among individuals with opiate dependence: The critical role of belonging. *Addictive Behaviors*, 32(7), 1395-1404.
- Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Moss, H. B., Li, T. K., & Grant, B. F. (2010). Gender differences in the relationship of internalizing and externalizing psychopathology to alcohol dependence: Likelihood, expression and course. *Drug and Alcohol Dependence*, 112(1-2), 9-17.
- Doumas, D. M., Blasey, C. M., & Mitchell, S. (2007). Adult attachment, emotional distress, and interpersonal problems in alcohol and drug dependency treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24(4), 41-54.
- Finlay, A. K., Ram, N., Maggs, J. L., & Caldwell, L. L. (2012). Leisure activities, the social weekend, and alcohol use: Evidence from a daily study of first-year college students. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(2), 250-259.
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind: A new approach to facing the challenges of life*. London: Constable Robinson.
- Hah, J. M., Mackey, S., Barelka, P. L., Wang, C. K., Wang, B. M., Gillespie, M. J., ... & Goodman, S. B. (2014). Self-loathing aspects of depression reduce postoperative opioid cessation rate. *Pain Medicine*, 15(6), 954-964.
- Hapenny, J. E., & Fergus, T. A. (2017). Cognitive fusion, experiential avoidance, and their interactive effect: Examining associations with thwarted belongingness and perceived burdensomeness. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 35-41.
- Hawkins, K. A., Hames, J. L., Ribeiro, J. D., Silva, C., Joiner, T. E., & Cogle, J. R. (2014). An examination of the relationship between anger and suicide risk through the lens of the interpersonal theory of suicide. *Journal of Psychiatric Research*, 50, 59-65.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy* (p. 6). New York: Guilford.
- Hill, R. M., Rey, Y., Marin, C. E., Sharp, C., Green, K. L., & Pettit, J. W. (2015). Evaluating the Interpersonal Needs Questionnaire: Comparison of the reliability, factor structure, and predictive validity across five versions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(3), 302-314.
- Hosseinbor, M., Ardekani, S. M. Y., Bakhshani, S., & Bakhshani, S. (2014). Emotional and social loneliness in individuals with and without substance dependence disorder. *International journal of High Risk Behaviors & Addiction*, 3(3), 23-14.
- Jones, H. A., Heffner, J. L., Mercer, L., Wyszynski, C. M., Vilardaga, R., & Bricker, J. B. (2015). Web-based acceptance and commitment therapy

- smoking cessation treatment for smokers with depressive symptoms. *Journal of Dual Diagnosis*, 11(1), 56-62.
- Klein, J. W. (2016). Pharmacotherapy for substance use disorders. *The Medical clinics of North America*, 100(4), 891-910. DOI: 10.1016/j.mcna.2016.03.011.
- Lanza, P. V., Garcia, P. F., Lamelas, F. R., & González-Menéndez, A. (2014). Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavioral therapy in the treatment of substance use disorder with incarcerated women. *Journal of Clinical Psychology*, 70(7), 644-657.
- Ma, J., Batterham, P. J., Calear, A. L., & Han, J. (2016). A systematic review of the predictions of the Interpersonal–Psychological Theory of Suicidal Behavior. *Clinical Psychology Review*, 46, 34-45.
- McCallion, E. A., & Zvolensky, M. J. (2015). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for smoking cessation: a synthesis. *Current Opinion in Psychology*, 2, 47-51.
- Milton, A. L., & Everitt, B. J. (2012). The persistence of maladaptive memory: addiction, drug memories and anti-relapse treatments. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(4), 1119-1139.
- Narimani, M., Abasi, M., Abolghasemi, A., & Ahadi, B. (2013). Comparison of the effectiveness of acceptance/commitment with emotion regulation training on adjustment of students with dyscalculia. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 4(2), 174-76.
- Peiper, N. C., Ridenour, T. A., Hochwalt, B., & Coyne-Beasley, T. (2016). Overview on prevalence and recent trends in adolescent substance use and abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 25(3), 349-365.
- Rychtarik, R. G., Foy, D. W., Scott, T., Lokey, L., & Prue, D. M. (1987). Five–six-year follow-up of broad-spectrum behavioral treatment for alcoholism: Effects of training controlled drinking skills. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 106-112.
- Savvas, S. M., Somogyi, A. A., & White, J. M. (2012). The effect of methadone on emotional reactivity. *Addiction*, 107(2), 388-392.
- Silva, C., Ribeiro, J. D., & Joiner, T. E. (2015). Mental disorders and thwarted belongingness, perceived burdensomeness, and acquired capability for suicide. *Psychiatry Research*, 226(1), 316-327.
- Smout, M. F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., & Wickes, W. (2013). Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: a preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy. In *Mindfulness-related treatments and addiction recovery* (pp. 104-113). Routledge.
- Stotts, A. L., Green, C., Masuda, A., Grabowski, J., Wilson, K., Northrup, T. F., ... & Schmitz, J. M. (2012). A stage I pilot study of acceptance and commitment therapy for methadone detoxification. *Drug and Alcohol Dependence*, 125(3), 215-222.

- Tremain, D., Freund, M., Wye, P., Wolfenden, L., Bowman, J., Dunlop, A., ... & Wiggers, J. (2016). Provision of chronic disease preventive care in community substance use services: Client and clinician report. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 68, 24-30.
- Van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K., & Joiner Jr, T. E. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: Construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychological Assessment*, 24(1), 197-202.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner Jr. T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575-582.
- Waesche, M. C., Clark, C. B., & Cropsey, K. L. (2016). The connection between thwarted belongingness, alcohol consumption, suicidal, and homicidal ideation in a criminal justice sample. *Journal of Addiction Medicine*, 10(6), 437-442.
- Yadavaia, J. E., Hayes, S. C., & Vilardaga, R. (2014). Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 248-257.