سال دوازدهم، شماره چهل و هشتم، ویژه‌نامه ۱
Vol. 12, No. 48, Special Issue 1

مقاله
پژوهشی
Research
Article

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

میلاد جهانگیری[۱]، محسن گلمحمدیان[۲]، سیّد 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 تاکید 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 شبه آزمایشی 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 نشخوارفکری ($P<۰/۰۰۱$) 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@gmailo.com
۳. استادیار گروه مشاوره، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

مقدمه

اعتیاد یا وابستگی به مواد مخدر یک اختلال مزمن و بازگشت‌کننده 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 سوءمصرف 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[1]، انواع اختلالات اضطرابی، افسردگی و خودکشی بیشترین هم ابتلایی و ارتباط با سوءمصرف مواد را دارند (کاپلان، سادوک[2]، ۲۰۱۰). با این حال یکی از راه‌های درمان معتادان، درمان نگهدارنده با متادون[3] 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[4]، ۲۰۰۰). متادون یک ماده مخدر صناعی 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 علایم 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[5]، ۲۰۱۳). متادون با دوز نگهدارنده تا زمانی 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[6] است (مستشاری، ۱۳۸۰).

1. antisocial personality
2. Sadock
3. methadone
4. Espaka, & Finkbeiner
5. Kaplan
6. Drunkenness

سال ۱۲، شماره ۴۸، ویژه‌نامه ۱
Vol. 12, No. 48, Special Issue 1

یکی از دلایلی که افراد به اعتیاد روی می‌آورند فرار از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی[1] است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به عنوان توانایی برای رهایی از محتوای تجارب درونی (افکار، احساسات، خاطرات، احساسات بدنی)، پذیرش تجربه‌ای درونی همانگونه که هست، ماندن در ارتباط با زمان حال، حس متعالی از خود، انجام عمل مطابق با ارزش‌های شخص، ایجاد الگوهای عمل متعهد در راستای آن اهداف تعریف شده است (ایزدی، و عابدی، ۱۳۹۳). هدف از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی این است که به فرد این فرصت را می‌دهد تا با شرایط و موقعیت جاری خود مواجه شود وآن را ارزیابی کند و از طریق چنین فعالیت‌هایی، فرد مطمئن می‌شود که به‌طور اثربخشی در آن موقعیت و شرایط عمل می‌کند (هیز، لوما، بوند، ماسودا، لیلیس[2]، ۲۰۰۶). در مطالعات نشان داده شده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، می‌تواند سلامت روان را پیش‌بینی کند (حاتم خانی، ۱۳۹۰). درسال‌های اخیر انعطاف‌پذیری/اجتناب تجربی[3] به‌صورت فزاینده‌ای به عنوان سازه با اهمیتی در ایجاد دامنه وسیعی از شکل‌های بالینی از نارساکنش‌وری‌های شناختی از جمله، اضطراب، افسردگی، پریشانی هیجانی، مشکلات استفاده از مصرف مواد و اختلالات دیگر مشخص شده است (بوند و باس[4]، ۲۰۰۳؛ هیز، و همکاران، ۲۰۰۶؛ هیز و همکاران، ۲۰۰۴). در پژوهشی نشان داده شد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به طور غیر مستقیم باعث کاهش فاجعه‌پنداری فرد می‌شود (تروم پتر، بول‌میر، فوکس و شرز[5]، ۲۰۱۵). در پژوهش دیگری تحت عنوان تغییرات انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در طول دوره درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش برای اختلال وسواس_اجبار که نتیجه‌ی آن حاکی از آن است که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند تغییرات در بیماران وسواس_جبری را پیش‌بینی کند و باعث کاهش رفتارهای وسواس_جبری می‌شود (توهیگ، ویلا داگا، لوین[6] و هیز، ۲۰۱۵). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در برگیرنده دو فرایند است که به طور متقابلی به هم وابسته می‌باشند: پذیرش تجربیات و رفتارهای ارزش محور. یک فرد انعطاف‌ناپذیر تمایل دارد بیشتر در تماس با

1. psychological flexibility
2. Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis
3. experiential avoidance
4. Bond, & Bunce
5. Trompetter, 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 روان‌شناختی و هیجانی و فیزیکی‌شان آسیب رساند (برای مثال، نوشیدن افراطی مشروبات الکی و اعتیاد) و حتی بدتر از این، تلاش برای کنترل تجربیات ناخوشایند می‌تواند به افزایش در شدت و فراوانی این‌گونه تجربیات ناخوشایند منجر شود. حتی ممکن است منجر به آسیب روانی شود (هیز،۲۰۰۴؛ هیز، استروسال، ویلسون[1]، ۱۹۹۹). شایان ذکر است مطالعات نشان داده‌اند که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نه تنها با مشکلات روان‌شناختی کمتر (هیزو همکاران، ۲۰۰۶) بلکه با کیفیت زندگی بهتر، سلامت هیجانی و رضایت شغلی در ارتباط است (بوند و بانس، ۲۰۰۳).

یکی از دلایل عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد وابسته به مواد به دام افتادن در تله‌ی نشخوار فکری[2] است. نشخوار فکری به عنوان یک سبک تفکر با مشخصات اصلی افکار تکراری، عود کننده، مزاحم و کنترل‌ناپذیر تعریف شده است (پاپاگوریو و ولز[3]، ۲۰۰۴). نشخوار فکری ویژگی شناختی- خلقی است. نشخوار فکری بیشتر با موضوع‌های مربوط به فقدان رابطه دارد و بیشتر به گذشته مربوط است؛ زیرا حاصل بررسی هویت فرد در گذشته و تفسیر نادرست هدف‌های مهم وی می‌باشد (نو لن، هوکوشیما، ویسکو و لیوبومیرسکی[4]، ۲۰۰۷). در سبب شناسی اختلالات سوءمصرف مواد محققان نقص در تنظیم هیجان، تحمل ناراحتی پایین، رفتار بدون تفکر و نشخوار فکری را ذکر نموده‌اند (بلوم، ۲۰۰۵). نشخوار فکری را افکار مربوط به احساس غم می‌دانند و از آن تحت عنوان نشخوار فکری غم یاد می‌کنند (واتکینز و مولدس[5]، ۲۰۰۵). شواهد نشان می‌دهند نشخوار فکری، پیامدهای آسیب‌زای زیادی مانند حل‌مسئله ضعیف، انگیزه پایین، بازداری رفتارهای مؤثر و کاهش تمرکز و شناخت آشفته را در پی دارد. مطالعات زیادی رابطه بین نشخوار فکری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را نشان می‌دهد. از جمله در پژوهشی تحت

1. Hayes, Strosahl, & Wilson
2. Rumination
3. Papageorgiou, & Wells
4. Nolen, Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky
5. Watkins, & Moulds

عنوان ذهن‌آگاهی و نشخوار فکری به عنوان پیش‌بینی کننده در تداوم وظایف تحمل آشفتگی این نتیجه به دست آمد که آموزش مهارت ذهن‌آگاهی که یکی از روش‌های افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است به عنوان یک مداخله باعث افزایش تحمل آشفتگی می‌شود (فلدمن، دون، بل و گریسون[1]، ۲۰۱۴). در پژوهش دیگری شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به شیوه گروهی، نمرات افسردگی و نشخوار فکری را کاهش داده و می‌تواند جزء مداخلات سوءمصرف‌کنندگان مواد قرارگیرد (تیموری، رمضانی 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[2]، ۲۰۰۵).

اخیرا 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[3] 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 با زمینه‌گرایی عملکردی[4] است و ریشه در نظریه جدیدی در مورد زبان و شناخت دارد که نظریه چارچوب‌های ذهنی[5] 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 تغییرداده 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 درونی‌اش (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 زندگی‌اش 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 شـــناختی[1] زمانی رخ می‌دهد که افکار فرد، رفتار آشـــکار او را به شـــیوه‌های نامؤثر تنظیم کرده و باعث می‌شـــود فرد به جای توجه به فرایند فکر (زمینه) به تولیدات فکر (محتوا) توجه کند. زمانی که این فرایندها بر تجربه فرد غلبه داشـــته باشـــند منجر بـه عـدم انعطـاف‌پذیری روان‌شـــناختی می‌شـــود (هیز و همکاران، ۱۹۹۹). در حقیقت زمـانی کـه فرد شـــدیـداً در چرخـه اجتنـاب تجربه‌ای- آمیختگی شـــناختی گیر کند، دچار انعطاف‌ناپذیری روان‌شـــناختی شـــده اســـت. به عبارت دیگر، یکی از اهداف اصـــلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شـــناختی اســـت. در پژوهشـــی درمان مبتنی بر پـذیرش و تعهـد بـه روی کیفیت زندگی تاثیر گذار بوده و باعث تغییرات معناداری در گروه آزمایش شـــده اســـت (صـــادقی و عابدی، ۱۳۹۴). یعنی به بیمار کمک می‌شـــود تا خود را از چرخه‌ی اجتناب و آمیختگی شـــناختی خارج کند، البته نه با چالش با تغییر افکار و هیجانـاتش، بلکـه از طریق فراینـدهـای پـذیرش و تعهداین فرایند انجام می‌شـــود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رویکرد درمانی حاوی شـش فرایند روان‌شناختی خاص است؛ پـذیرش[2]، گســـلش[3]، خود بـه عنوان زمینـه[4]، ارتباط بازمان حال[5]، ارزش‌ها[6] وعمل متعهدانه[7] که همه آن‌ها باعث انعطاف‌پذیری روان‌شـــناختی می‌شـــوند (هیز، ۲۰۰۴). در تحقیقی تحت عنوان اثربخشـــی درمان مبتنی برپذیرش و تعهد بر تنظیم شـــناختی هیجانی در مردان تحت درمان نشـــان داد روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش میزان ســـرزنش خود، نشـــخوار ذهنی، فاجعه‌آمیز پنداری و ســـرزنش دیگران نتایج مثبت و معنادار داشـــته و بر افزایش میزان پذیرش، توجه مثبت، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، باز ارزیابی مثبت، اتخاذ دیدگاه تأثیر مثبت و معنادار داشـته اسـت (صـالح‌زاده ابرقوئی ونصـریان، ۱۳۹۴). لی، آن[8]، لوین و توهـگ (۲۰۰۵) در تحقیق نشـــان دادنـد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یک زمینه‌ی امیدوار کننده در مداخله ایجاد می‌کند.

سال ۱۲، شماره ۴۸، ویژه‌نامه ۱
Vol. 12, No. 48, Special Issue 1

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[1]، 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.

سال ۱۲، شماره ۴۸، ویژه‌نامه ۱
Vol. 12, No. 48, Special Issue 1

1. Sokman, & Estekni

ابزار

۱- پرسش‌نامه نشخوارفکری: این پرسش‌نامه توسط یوسفی در سال (۱۳۸۳) ساخته شده و شامل ۳۹ سؤال چهار گزینه‌ای است که هر کدام از صفر تا ۳ درجه‌بندی می‌شوند. نمره هر فرد با جمع این امتیازات به دست می‌آید. یوسفی به منظور بررسی هنجاریابی پرسش‌نامه ۲۱۱ نفر از دانشجویان دانشگاه اصفهان را به طور تصادفی انتخاب و پرسش‌نامه نشخوار فکری را اجرا نمود. در این پرسش‌نامه 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 پرسش‌نامه 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 پرسش‌نامه یک نمره کل به دست می‌دهد (یوسفی، عابدی، بهرامی و محرابی، ۱۳۸۸).

۲- پرسش‌نامه پذیرش و عمل – نسخه دوم[1]: این پرسش‌نامه به وسیله بوند و همکاران (۲۰۰۷) ساخته شد. نسخه اول آن در ۱۲ گویه توسط هیز (۲۰۰۰) ساخته شده بود. این پرسش‌نامه سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بر می‌گردد. نمرات بالاتر نشان دهنده انعطاف‌پذیری 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 بازآزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد. نتایج نشان داد که پرسش‌نامه پذیرش و عمل نسخه دوم به صورت همزمان، طولی و افزایشی، دامنه‌ای از نتایج از سلامت ذهنی تا میزان غیبت از کار را پیش‌بینی می‌کند که همسان با نظریه‌ی زیربنایی‌اش 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 روان‌سنجی بهتری دارد (بوند و همکاران، ۲۰۰۷).

سال ۱۲، شماره ۴۸، ویژه‌نامه ۱
Vol. 12, No. 48, Special Issue 1

1. acceptance and action

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 اعضاء گروه، برقراری رابطه‌ی حسنه، احترام و رازداری، توضیح قوانین گروه، همدلی، آشنای با رنج مراجعین، گفتن استعاره دو کوه.
دوم	توضیح استعاره‌ی دنیاها به افرد برای آشنایی و شناخت آن‌ها در جهت رسیدن افرد 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 تشییع 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 وتعهد با استفاده از استعاره‌ی نهال.

یافته‌ها

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

آمـاره‌هـای توصـــیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

متغیرها	نوع آزمون	آزمایش		گواه	
		میانگین	انحراف‌استاندارد	میانگین	انحراف‌استاندارد
نشخوار فکری	پیش‌آزمون	۴۰/۶۰	۵/۳۱	۴۱/۶۰	۱/۴۰
	پس‌آزمون	۳۴/۷۳	۴/۱۹	۳۸/۷۳	۱/۸۳
انعطاف‌پذیری	پیش‌آزمون	۶۰/۶۶	۸/۹۸	۶۶/۴۶	۱۹/۶۰
شناختی	پس‌آزمون	۶۲/۵۳	۷/۸۰	۵۴/۵۳	۱۰/۱۶

برای بررسـی اثربخشـی مداخله می‌بایستی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شود. یکی از مفروضـــه‌هـای این تحلیـل نرمـال بودن توزیع اســـت. نتـایج آزمون کـالموگروف اســـمیرنف نشـــان داد کـه در گروه‌هـا متغیرهـای نشـــخوار فکری (z =۱/۳۰, p >۰/۰۵) و انعطـاف‌پـذیری روان‌شـــنـاختی (z=۱/۱۴, p >۰/۰۵) دارای توزیع نرمـال می‌بـاشـــند. نتایج آزمـون لـون نـیـز نشـــان داد کـه واریـانس هـای خطـا در متغیرهـای نشـــخوار فکری (F=۰/۷۴, p>۰/۰۵)، و انعطـاف‌پـذیری روان‌شـــنـاختی (F=۲/۷۶, p>۰/۰۵)، بـا هم برابر اســـت. بنابراین تحلیل کواریانس چند متغیری انجام شـــد و نتایج نشـــان داد ترکیب خطی متغیرها در دو گروه متفاوت اســـت (۰/۴۵۶=لامبدای ویلکز, F=۱۴/۵۲۳, P<۰/۰۰۱). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک‌متغیری به شرح جدول ۳ استفاده شد.

جدول۳: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه-آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	توان آزمون	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

همـانگونـه کـه در جدول ۳ مشـــاهده می‌شـــود مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هر دو متغیر اثرگذاری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

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 انجام شده است. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش نشخوار فکری و باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود. یافته‌های پژوهش همسو با یافته‌های پژوهش‌های حاتم خانی (۱۳۹۰)، تروم پتر، و همکاران (۲۰۱۵)، توهگ، و همکاران (۲۰۱۵)، لی، و همکاران (۲۰۱۵)، فلدمن، و همکاران (۲۰۱۴)، تیموری، و همکاران (۱۳۹۴)، فیلی، برجعلی، 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 جهت‌گیری توجه شده تا دیدگاهی را نسبت به رویدادهای ذهنی ایجاد نماید که فرد رویدادهای ذهنی را مشاهده کند، به‌جای 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 باکارهای 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 می‌شود. به عبارتی باعث جهت‌گیری توجه شده و به‌جای این که این رویدادها را قسمتی از وجود خود بداند، سعی می‌کند تا دیدگاهی را نسبت به رویدادهای ذهنی مشاهده کند. این تکنیک به گونه‌ای باعث آشتی دوباره فرد با دنیای درون می‌شود و به‌جای فرار فرد از آن به پذیرش آن دست می‌زند و در طی آموزش یاد می‌گیرند که بدون قضاوت به آن‌ها نگاه کند و براساس کاربردی که برای فرد دارند از آن‌ها استفاده کنند. با استفاده از مهارت‌های گسلش شناختی که تکمیل کننده‌ی فرایند پذیرش است، به افراد آموزش می‌دهیم که رویداهای درونی اعم از افکار، احساسات، میل، خاطرات، احساسات جسمی را فقط به عنوان آنچه که هستند، نه آنچه که می‌گویند هستند، در نظر گرفته شوند. با این هدف مراجع می‌آموزد که با این رویدادهای درونی، بدون آغشته شدن با آن‌ها یا اجتناب از آن‌ها برخورد کند و نظاره‌گر 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 آن‌ها نیست. بلکه مهم کاربرد این تجربیات درونی است و باید به بافت وعملکرد آن‌ها توجه کرد که به مراجع کمک می‌کند تا در مسیر و جهت ارزش‌هایش حرکت کند؛ که یکی از تکنیک‌های ساده اما کاربردی گسلش به هم ریختگی جملات از لحاظ قواعد دستور زبانی یا آوردن کلماتی مثل من فکر می‌کنم یا من احتمال می‌دهم به اول جملات که معنی احتمال به فکرآن‌ها می‌دهد و قاطعیت آن را کاهش می‌دهد.

تحقیقات بی‌شماری (مانند گلد برگ، ۱۹۸۷؛ باند، ۲۰۰۰؛ و هیز، ۲۰۰۴) نشان دادند که اجتناب از تجارب با حیطه وسیعی از مشکلات رفتاری و روان‌شناختی ارتباط دارد. در واقع اجتناب از تجارب انسان‌ها را در مقابل عوامل تنیدگی‌زا آسیب‌پذیرتر می‌نماید. 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، تعارض‌ها با همسر و ... پیش می‌آید، تلاش برای کنترل، آشفتگی‌ها را تشدید می‌نماید. یکی از مهم‌ترین تکنیک‌های این درمان، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه می‌باشد؛ 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 شرکت کننده‌ها به شناسایی ارزشهای‌شان که با استفاده از استعاره‌ی تشییع جنازه به این مهم دست پیدا می کنیم و در گام بعد با تعیین اهداف و انجام اعمالی که در جهت اهداف و ارزش‌ها باشند به آن‌ها کمک می کنیم. شرکت کنندگان درصورت برخورد با موانع که به دو گروه تقسیم می‌شوند موانع درونی آن‌ها را حل می کنیم و موانع بیرونی را با استفاده از مهارت حل‌مسئله 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 نا امیدی، 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 بامشکلاترا 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 می کند 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 می کند، ایجاد یک خود مشاهده‌گر یا خود به عنوان زمینه در مراجع از طریق کاربرد مهارت گسلش، ذهن‌آگاهی و ارتباط با زمان حال است. درواقع 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

سال ۱۲، شماره ۴۸، ویژه‌نامه ۱
Vol. 12, No. 48, Special Issue 1

جمله نشخوارهای فکری و خاطرات و احساسات و احساسات بدنی جدا ببیند. زمانی که فرد فکری مانند من انسان خجالتی هستم یا من انسان بدونِ اعتماد به نفس هستم داشته باشد با آن یکی می‌شود و عملکردش هم شبیه یک انسان خجالتی یا بدون اعتماد به نفس می‌شود و در صورت شناخت خود مفهومی شده و خود به‌عنوان زمینه طبق زمان حال رفتار می‌کند که باعث حرکت فرد در جهت ارزش‌ها و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی او می‌شود.

با وجود نوظهور بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان‌های دیگر، ادبیات محدود این رویکرد نشان می‌دهد که این درمان می‌تواند در حوزه اعتیاد مؤثر باشد. محدودیت‌های تحقیق عبارت بودند از: نداشتن مرحله پیگیری، و استفاده از نمونه‌گیری در دسترس. با توجه به نتایج پژوهش و مؤثر واقع بودن درمان بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نشخوار فکری در معتادان تحت درمان متادون می‌توان از این درمان در حوزه‌ی اعتیاد استفاده کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این رویکرد درمانی جدید در مقایسه با رویکردهای دیگر و در سایر گروه‌های مصرف‌کنندگان مواد مورد ارزیابی قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود که شورای هماهنگی و ستاد مبارزه با مواد مخدر به منظور افزایش میزان شناخت و سطح آگاهی افراد در زمینه چگونگی شکل‌گیری نشخوار فکری و عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی آموزش‌هایی در چارچوب بروشور، کتاب و جزوات ارائه نماید و راهکارهای روبرو شدن با آن را ارائه دهد.

سال ۱۲، شماره ۴۸، ویژه‌نامه ۱
Vol. 12, No. 48, Special Issue 1

منابع

اختیاری، حامد (۱۳۸۷). زیرساخت‌های شناختی و عصبی ولع مصرف مواد و روش‌های 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، وسواسی، کیفیت زندگی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم*. پایان‌نامه دکترای روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان.

تیموری، سعید؛ رمضانی، فرزانه و محجوب، نجمه (۱۳۹۴). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری و افسردگی زنان در حال ترک با متادون. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد*، ۹(۳۴)، ۱۵۹-۱۴۶.

حاتم‌خانی، سجاد (۱۳۹۳). رابطه مهارت ذهن آگاهی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و علائم آسیب‌شناسی روانی. پایان‌نامه دکترای روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس.

فیلی، علیرضا؛ برجعلی، احمد؛ سهرابی، فرامرز و فرخی، نورعلی (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی روش درمان شناختی-رفتاری با روش درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن تیزدل 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 روان‌درمانی گروهی‌مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی برمیزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف کنندگان شیشه. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد*، ۶(۲۴)، ۳۶-۲۷.

محمدی، شیرین (۱۳۹۳). *رابطه مکانیزم‌های دفاعی و خودپنداره با گرایش به اعتیاد مصرف مواد مخدر صنعتی در جوانان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر.

محمدی، لیلا؛ صالح زاده ابرقوئی، مریم و نصیریان، منصوره (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی برپذیرش 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 امورفرهنگی وپیشگیری.....

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. *مجله‌ی 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., & Lyumbomirsky, 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.

Trompetter, 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., Vilardaga, 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.