سال دوازدهم، شماره شماره چهل و نهم، ویژه‌نامه ۲
Vol. 12, No. 49, Special Issue 2

مقاله
پژوهشی
Research
Article

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش تکانشگری کلی، شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی بیماران وابسته به مت‌آمفتامین

کیومرث ارجمند قجور، مجید محمود علیلو، زینب خانجانی، عباس بخشی پور رودسری

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۸/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۰۱

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش تکانشگری کلی، شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین بود. **روش:** در مطالعه حاضر از طرح تجربی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه ناهمزمان استفاده شد. سه نفر از بیماران مرد وابسته به مت‌آمفتامین که به اداره بهزیستی تکاب و مرکز ترک اعتیاد این شهرستان مراجعه کرده بودند از طریق مصاحبه تشخیصی و مصاحبه بالینی ساختاریافته و به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. از ابزارهای پژوهش مانند مصاحبه بالینی ساختاریافته، پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، آزمایش ادرار، مقیاس تکانشگری بارت و پروتکل انفرادی ACT برای افراد سوءمصرف کننده مواد استفاده شد. نتایج به دست آمده به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا (RCI)، فرمول درصد بهبودی، بهبود بالینی معنادار و سنجش عملیاتی مورد بررسی قرار گرفت. **یافته‌ها:** داده‌های به دست آمده نشان داد کاهش تکانشگری کلی و خرده‌مقیاس‌های آن در بیماران از لحاظ آماری، بالینی و سنجش عملیاتی معنادار است. **نتیجه‌گیری:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش شدت تکانشگری کلی، شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین موثر است.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تکانشگری، مت‌آمفتامین

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکترای تخصصی روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران، پست الکترونیکی Arjomand_k@yahoo.com
۲. استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
۳. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
۴. استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

مقدمه

امروزه سوءمصرف مواد[1] و وابستگی[2] به آن به یکی از معضلات عمده زیستی، روانی و اجتماعی تبدیل شده است (نوئل، برورز و بچارا[3]، ۲۰۱۳). سوءمصرف مواد به واسطه کاهش کیفیت زندگی، افزایش میزان مرگ و میر، تقلیل در ارزش‌های اجتماعی و اخلاقی و افزایش رفتارهای مجرمانه؛ یکی از مهم‌ترین موضوعات مرتبط با سلامت روان قرار گرفته است و تاثیرات مخربی را بر سلامت جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی، خانوادگی و بین فردی به همراه داشته است (لینک[4] و همکاران، ۲۰۰۶؛ به نقل از گروسی فرشی و همکاران، ۱۳۸۸).

سوءمصرف مواد از لحاظ نوع و تاثیراتی که بر فرد مصرف‌کننده می‌گذارند به انواع مختلفی تقسیم می‌شوند. در بین مواد اعتیادآور، آمفتامین‌ها[5] خصوصاً مت‌آمفتامین[6] قوی‌ترین مواد هستند و خطروابستگی و مشکلات سلامت روان بیشتری را در بر دارند (تاپ و دگنرهارت، کی و دارک[7]، ۲۰۰۲) و با نرخ بالای روان‌پریشی (مک کتین و کلی و مک‌لارن[8]، ۲۰۰۶)، افسردگی (سمپل، پترس ون و گرانت[9]، ۲۰۰۵)، و مشکلات شناختی (نوردال، سالو و لیمون[10]، ۲۰۰۳) ارتباط دارند. در سال‌های اخیر با افزایش چشمگیر و قابل توجه سوءمصرف این مواد در جامعه مواجه هستیم (اختیاری و همکاران، ۱۳۸۷). شواهد روزافزون زیادی وجود دارد که مصرف طولانی مدت مت‌آمفتامین‌ها، تغییرات ماندگاری را در سیستم انتقال دهنده‌های عصبی دوپامین به وجود می‌آورد و چون این سیستم انتقال دهنده عصبی در کارکردهای شناختی، حرکتی و پاداش درگیر هستند، دامنه وسیعی از الگوهای رفتاری و شناختی را در برمی‌گیرند (رابینز[11]، ۲۰۰۵، به نقل از حداد و همکاران، ۱۳۹۳). به عنوان مثال، مصرف طولانی مدت کوکائین با کاهش کارکرد گیرنده‌های دوپامین (آرام، بایلی، لاوین و سی،۲۰۱۱) و اختلال در کارکرد قشر پیش‌پیشانی (بولا و

سال ۱۲، شماره ۴۹، ویژه‌نامه ۲
Vol. 12, No. 49, Special Issue 2

1. substance abuse
2. dependence
3. Noel, Brevers , Bechara
4. Link
5. Amphetamine
6. Methamphetamine
7. Topp, Degenhardt, Kaye, &Darke
8. McKetin
9. Nordahl, Salo, & Leamon
10. Semple, Patterson, & Grant
11. Robbins

همکـاران[1]، ۲۰۰۵)، کمربند قدامی و مخچه باعث اختلال در حافظه، شـــناخت‌ها و هیجانات می‌شـود که این عوامل با ایجاد ولع‌مصـرف[2] و ادامه مصـرف مواد به رغم میل فرد و برخی رفتارهای دیگر از جمله تکانشگری در ارتباط است (هستر وگاروان[3]، ۲۰۰۴).

عوامل مختلف شـــخصـــیتی در مصـــرف‌کنندگان مواد به ویژه مت‌آمفتامین مشـــاهده می‌شـود. تکانشـگری[4] یکی از خصـیصـه‌های شـخصـیتی اسـت که می‌تواند افراد را به اعتیادپذیری و مصـرف کردن مواد، آسـیب‌پذیر سـازد. تکانشـگری به عنوان زمینه‌سـاز واکنش‌هـای بـدون برنامه و سـریع به محرک‌های درونی و بیرونی، بدون توجه به پیامدهای منفی این واکنش‌ها به خود یا دیگران تعریف شـده اسـت. داو و لوکسـتون[5](۲۰۰۴) در پژوهشـی دریافتند تکانشـگری محور عمده‌ای در تشـخیص انواعی از اختلالات بالینی مانند وابسـتگی به مواد اسـت. تکانشـگری دارای یک سـاختار چندبعدی اسـت که شـامل ابعادی چون تـأکیـد بر زمـان حـال، نـاتوانی در بـه تـأخیرافکنـدن پـاداش، نـاتوانی در بـازداری[6]، خطرپـذیری، حس‌جویی، حسـاسـیت بـه پـاداش[7]، بی‌حوصـلگی، لـذت‌جویی و ناتوانی دربرنامه‌ریزی گزارش شـده اسـت (اختیاری، رضوان‌فرد و مکری، ۱۳۸۷). بارت و همکاران (۱۹۹۵) سـه مؤلفه تکانشـگری را متمایز کردند: تکانشگری شناختی[8] (توانایی تمرکز بر کار نزدیک و ناپایداری شـناختی)، تکانشـگری حرکتی[9] (عمل کردن بدون نقشـه قبلی همراه با سـرسـختی) و تکـانشـگری بی‌برنـامگی[10] (ناتوانی در برنامه‌ریزی و تفکر کردن با دقت). وردجیو- گارسـیا و همکاران (۲۰۰۸) در بررسـی‌های خود در ارتباط با تکانشـگری و اعتیاد به دو یافته زیر اشـاره می‌کنند: ۱- همخوانی قابل توجهی در مورد بالا بودن سـن تکانشـگری و شـاخص‌های عصـبی- شـناختی تکانشـگری در بین انواع گروه‌های مصـرف کننده مواد وجود دارد؛ ۲- تکانشـگری در مصـرف‌کنندگان مواد ممکن اسـت در اثر مصـرف شـدید مواد تحت تاثیر قرار بگیرد. مصـرف‌کنندگان مواد افیونی در زمان مصـرف دارو و یا متادون زودانگیخته‌تر می‌شـوند، در حالی‌که مصـرف مواد محرک مانند مت‌آمفتامین و کوکائین

1. Bolla
2. craving
3. Hester & Garavan
4. impulsivity
5. Dowe, & Loxton
6. disinhibition
7. reward sensitivity
8. cognitive impulsivity
9. motor impulsivity
10. non-planning impulsivity

در مصـــرف کننـدگـان منظم آن مواد کنترل بـازداری را در دوزهـای پایین بالا می‌برد. با این حال این یافته باید یافته‌ای مستقل از مکانیسم‌های مرتبط با آسیب‌پذیری تلقی شود.

درمان سـوءمصـرف مواد امروزه به یکی از مباحث اسـاسـی در حوزه اعتیاد تبدیل شـده اســت. انجمن روان‌پزشــکی آمریکا [1] (۲۰۱۳)، درمان‌های غیردارویی و روانی-اجتماعی را از مؤلفه‌های اسـاسـی هر نوع برنامه‌ی درمانی سـوءمصـرف مواد در نظر می‌گیرد. همچنین در سـال‌های اخیر، رویکردی چند رشــته‌ای [2] و الگوی زیســتی-روانی-اجتماعی و معنوی [3] در درمان سـوءمصـرف مواد اتخاذ شـده اسـت (بروک و اسـپیتز، ۲۰۰۲؛ والاسی، ۲۰۰۳؛ به نقل از گروســی فرشــی و همکاران، ۱۳۸۸). از روش‌های درمانی در اعتیاد می‌توان به درمان‌های موج سـوم اشـاره کرد. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش [4]، که حاصـل از موج سوم روان‌درمانی اسـت و توسـط اسـتیون هیز [5] و همکاران (۱۹۸۷) در دانشـگاه نوادا مطرح و شـناخته شـد، توانســته در کـاهش دردهای مزمن، خودبیمارانگاری و کاهش رفتارهای خطرناک معتادان مفیـد باشــد. در این درمان ابتدا ســعی می‌شــود پذیرش روانی فرد [6] در مورد تجارب ذهنی (افکـار و احســاســات) افزایش یـابـد و متقـابلاً اعمـال کنترل نـامؤثر کـاهش یـابـد (هیز و اســتروســال [7]، ۱۳۹۴).بـه طور کلی به این درمان‌های موج ســوم، رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی [8] گفته می‌شود که طیفی از رویکردها را شامل می‌شود.

رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش، مشــکلات روانی را به ســه علت می‌داند: مشــکلات افراد در آگاهی از تجارب درونی‌شـان، اجتناب از تجارب ناخوشـایند درونی و اجتناب از رفتارها واعمالی که برای فرد مهم و ارزشــمند هســتند. کاهش یا آگاهی نادرســت افراد از تجارب درونی‌شـان، توانایی آن‌ها را در اسـتفاده عملکردی از پاسـخ‌های هیجانی‌شـان کاهش می‌دهد و باعث می‌شــود تا افراد نتوانند رفتارهای متناســبی اعمال کنند یا درفهم ریشــه رفتارشــان مشــکـل پیـدا می‌کنند. یکی دیگر ازمســائلی که می‌تواند اختلالات روانی را در افراد دامن

1. American Psychiatry Association (APA)
2. multidisciplinary
3. Bio-psychosocial-spiritual
4. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
5. Hayes
6. psychological acceptance
7. Hayes, & Strosahl
8. mindfulness

بزنـد، نوع رابطـه‌ای اســـت کـه بـا هیجـانات‌شـــان برقرار می‌کنند. بیماران، عادت کرده‌اند تا قضـاوت‌هایی انتقادگرانه در مورد وجود تجارب ناخوشـایند خود داشـته باشـند و تلاش‌های فزاینـده‌ای در جهـت اجتنـاب از این تجـارب می‌کننـد. این تلاش‌های اجتنابی اغلب اثرات متناقضـی دارند و هم موضـوعات مورد اجتناب (مانند افکار، احسـاسـات یا حس‌های بدنی) را افزایش می‌دهـد و هم نـاراحتی روان‌شـــناختی بیشـــتری را به همراه می‌آورد و با کیفیت زنـدگی مـداخله پیدا می‌کند. دیدگاه منفی از خود و تجارب، ممکن اســـت که انگیزه افراد را برای تغییرات رفتاری یا درگیری کامل با زندگی‌شـــان کاهش دهد. تلاش‌های اجتناب از تجارب، تغییر را با مشـکل مواجه می‌کند، چرا که پاسـخ‌های اجتنابی اغلب از طریق کاهش فوری نـاراحتی تقویـت منفی می‌شـــوند. مصـــرف مواد یکی از مثال‌های بارز فرایند مذکور اسـت. اگر چه سـوءمصـرف مواد در بلندمدت پیامدهای منفی متعددی دارد، اما اغلب تغییر ســـریع خلق را در بردارد کـه لذت‌بخش اســـت و اســـترس را کاهش می‌دهد. بدین ترتیب رفتـار مـذکور تـداوم می یـابـد. اجتنـاب از تجـارب، انجام ندادن رفتارهای خاصـــی را دامن می‌زنـد کـه فرد از آن‌هـا می ترســـد و این خود، زنـدگی فرد را محـدودتر می‌کنـد و علائم اختلال را نگـه می‌دارد (زرگر و همکـاران، ۱۳۹۱). از فرآینـدهـا و مولفـه‌های اصـــلی درمان ACT می توان بـه پـذیرش، گســـلش شـــناختی، خود بـه عنوان زمینـه، ارتبـاط بـا زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعمدانه اشاره کرد (هیز و استروسال، ۱۳۹۴).

مرور مطالعات انجام شـــده در مورد تکانشـــگری نشـــان می‌دهد که رفتارهای تکانشـــی هسـته اصـلی بسـیاری از اختلال‌های روانی از قبیل بیش فعالی - نقص توجه، اختلال سلوک، اختلال‌های کنترل تکانه، سـوءمصـرف مواد، پرخوری عصـبی، رفتار خودکشـی‌گرا، و چند اختلال شـخصـیت را تشـکیل می‌دهند (هلندر و اورس، ۲۰۰۱؛ به نقل از عدالتی و همکاران، ۱۳۸۶). مطالعات متعددی در مورد ارتباط تکانشـــگری و اختلال ســـوءمصـــرف مواد انجام گرفته که نشـان می‌دهند رفتارهای تکانشـی هم به عنوان یکی از عوامل مسـتعدکننده و تداوم دهنده‌ی این اختلال، درنظرگرفته شـــده اســـت و هم گاهی تعیین‌کننده نوع مواد مصـــرفی معتـادان می‌بـاشـــد مثـل گرایش بـه مصـــرف محرک‌هـا (هلنـدر و اورس، ۲۰۰۱؛ به نقل از عدالتی و همکاران، ۱۳۸۶؛ مکری و همکاران، ۱۳۸۷).

روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در حال حاضر در درمان اختلال سوءمصرف مواد مورد توجه قرار گرفته است (لیچ، باون و مارلات[1]، ۲۰۰۵). برخی از پژوهشگران بر این باورند که به کارگیری این روش درمانی به علت مکانیزم‌های نهفته در آن مثل پذیرش، افزایش آگاهی، عمل متعهدانه، خود به عنوان زمینه، حضور در لحظه حال، مشاهده‌گری بدون قضاوت و داوری، رویارویی و رهاسازی[2] در ترکیب با فنون رفتار درمانی‌شناختی سنتی می‌تواند موجب افزایش اثربخشی درمان، کاهش تکانشگری و پیشگیری از عود مصرف مواد شود (بریسلین، زاک و مک ماین[3]، ۲۰۰۲). موریسون[4] (۲۰۱۶) در پژوهشی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در تصمیم‌گیری تکانشی در هشت جلسه و بر روی چهل شرکت‌کننده که به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شده بودند، مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج نشان داد این روش درمانی باعث افزایش بازدهی، انعطاف‌پذیری نسبت به احساسات، افکار و حالات بدنی می‌شود و درمان ACT یک درمان مفید برای کمک به تغییر رفتار افراد است و می‌تواند کیفیت زندگی آن‌ها را افزایش دهد. استراتون[5] (۲۰۰۶) در بررسی‌های خود به این نتیجه رسید که رویکرد درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش رفتارهای تکانشی موثر است. امیریان، مامی، احمدی و محمدزاده (۱۳۹۶) به مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش تکانشگری افراد معتاد پرداختند. نتایج نشان داد هر دو روش درمانی در کاهش نمرات تکانشگری افراد معتاد مؤثر هستند. تامرادی و خسروی (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کنترل تکانه و عود در معتادان به این نتیجه دست یافتند که این درمان در کاهش و کنترل تکانه و عود در معتادان اثربخش بوده است. بنابراین در این تحقیق محققین به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تکانشگری کلی، شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی بیماران وابسته به مت‌آمفتامین پرداخته‌اند.

سال ۱۲، شماره ۴۹، ویژه‌نامه ۲
Vol. 12, No. 49, Special Issue 2

1. Leigh, Bowen, & Marlatt
2. lets go
3. Bresline, Zack, & McMain
4. Morrison
5. Stratton

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح این پژوهش، از نوع طرح خط پایه چندگانه[1] ناهمزمان[2] یا پلکانی با آزمودنی‌های متفاوت[3] و سنجش پیوسته[4] بود. این طرح یکی از طرح‌های تجربی تک‌موردی در روان‌شناسی بالینی قلمداد می‌شود (کازدین[5]، ۱۹۹۲). نمونه آماری در پژوهش حاضر شامل ۳ نفر از بیماران مرد وابسته به مت‌آمفتامین بود که از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند[6] از بین جامعه آماری تحقیق یعنی مراجعه‌کنندگان به مراکز ترک اعتیاد و اداره بهزیستی شهرستان تکاب در سال ۱۳۹۶ (جهت درمان سوءمصرف مواد و دریافت خدمات مشاوره و روان‌شناختی) و پس از مصاحبه‌ی تشخیصی توسط محقق و انجام مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته، انتخاب شد. نمونه مورد پژوهش پس از احراز شرایط پژوهش یعنی ملاک‌های ورود و خروج این تحقیق، وارد فرآیند مطالعه شدند. معیارهای ورود عبارت بودند از: ابتلاء فرد به اختلال وابستگی به مت‌آمفتامین، عدم دریافت سایر درمان‌های دارویی و غیردارویی در حین اجرای پژوهش، سابقه قبلی از حداقل یک‌بار عود، سن ۳۰ تا ۴۰ سال، داشتن انگیزه جهت شرکت در جلسات درمانی و حداقل تحصیلات سیکل. معیارهای خروج عبارت بودند از: ابتلا به سایر اختلالات روانی به ویژه سایکوز، دریافت درمان‌های دیگر به غیر از درمان ACT در زمان اجرای پژوهش، نداشتن سابقه عود، سن پایین‌تر از ۳۰ و بالاتر از ۴۰، عدم انگیزه جهت ادامه دادن جلسات و خطر آشکار خودکشی.

ابزار

۱- مصاحبه بالینی ساختاریافته[7]: این مصاحبه براساس ملاک‌های پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای وابستگی به مت‌آمفتامین و برای تأیید تشخیص ثبت شده در پرونده بیماران انجام گرفت. تران و اسمیت (۲۰۰۴)، ضریب کاپای ۶۰ درصد

1. Multiple-baseline design
2. nonconcurrent
3. different individuals
4. continuous assessment
5. Kazdin
6. purposeful sampling
7. Structured Clinical Interview for DSM

را به عنوان ضریب اعتبار بین ارزیاب‌ها برای SCI D گزارش کرده‌اند. در بررسی شریفی و همکاران (۱۳۸۳)، توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط و یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد) به‌دست‌آمده نیز خوب بود.

۲- پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت شناختی: این پرسش‌نامه توسط محقق ساخته شده و به منظور گردآوری اطلاعات جمعیت شناختی نمونه آماری از جمله: سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، نوع ماده مصرفی، سابقه‌ی ترک مواد و... مورد استفاده قرار گرفت.

۳- مقیاس تکانشگری بارت[1]: نسخه اصلی این آزمون در سال ۱۹۵۰ توسط ارنست بارت ساخته شده و از آن زمان به بعد بارها مورد تجدیدنظر قرار گرفت. این پرسش‌نامه همبستگی خوبی با پرسش‌نامه تکانشگری آیزنگ دارد و دارای ۳۰ پرسش بوده و بر اساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود و ماهیت چندبعدی تکانشگری را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسش‌نامه علاوه بر مقیاس تکانشگری کلی، دارای سه خرده‌مقیاس است. الف: تکانشگری شناختی (تصمیم‌گیری شناختی سریع)، ب: تکانشگری حرکتی (عمل کردن بدون فکر) و ج: تکانشگری بی‌برنامگی (ناتوانی در برنامه‌ریزی و تفکر کردن با دقت). علاوه بر نمره هر خرده‌مقیاس جداگانه یک نمره برای کل مقیاس تکانشگری محاسبه می‌شود. به منظور اجتناب افراد از ایجاد سبک پاسخ تعدادی از سوالات به گونه‌ای نوشته شده‌اند که فقدان تکانشگری را نشان می‌دهند و به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات بین ۵۲ و ۷۱ حد طبیعی برای تکانشگری محسوب می‌شود؛ نمرات بالاتر از ۷۱ به شدت تکانشگر هستند و نمرات پایین‌تر از ۵۲ نشان‌دهنده‌ی افرادی است که از سطح تکانشگری پایینی برخوردار هستند (اسدی مجره و همکاران، ۱۳۹۳). در جدیدترین نسخه این مقیاس، بارت، استنفرد و پاتون (۱۹۹۵) اعتبار و روایی را در همه نمونه‌های بالا گزارش کردند. همسانی درونی در نمونه مجرمان ۰/۸۰، برای دانشجویان لیسانس ۰/۸۲ و برای بیماران روانپزشکی ۰/۸۳ گزارش شده است. اختیاری

1. Barratt Impulsivity Scale (BIS)

و همکاران (۱۳۸۷) در طی پژوهشی برای تعیین روایی و اعتبار نسخه‌های فارسی پرسشنامه آیزنگ، بارت، دیکمن و زاکرمن در تعیین رفتارهای مخاطره‌جویانه و تکانشگری، ضریب آلفا را برای این مقیاس در افراد سالم ۰/۸۳ و در مصرف‌کنندگان مواد۰/۸۴ گزارش کرده‌اند. همچنین همبستگی خرده‌مقیاس‌های بی‌برنامگی، حرکتی، شناختی با کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۹۱ و۰/۸۱، تکانشگری کژکنشی به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۰ و ۰/۴۲ گزارش شده و همبستگی نمره کل مقیاس با رتبه عامل کج‌کنشی معنی‌دار گزارش شده است. در پژوهش حاضر، روایی محتوایی آن توسط سه تن از اساتید روان‌شناسی مورد تایید قرار گرفته است. اعتبار پرسش‌نامه هم با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

۴- پروتکل انفرادی ACT برای افراد سوءمصرف کننده مواد: این پروتکل درمانی توسط ویلسون، گیفورد و بتن [1] (۱۳۹۳) و تحت نظارت استیون هیز تدوین شده است. در این پژوهش بیماران به تعداد ۱۲ جلسه و بر اساس این پروتکل تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) قرار گرفتند. این پروتکل توسط اصغری و همکاران (۱۳۹۳) به فارسی ترجمه شده است.

روند اجرا

بیماران شرکت کننده در این پژوهش از بین مراجعین به مرکز ترک‌اعتیاد و اداره بهزیستی شهرستان تکاب انتخاب شدند. به منظور دست‌یابی به این هدف ابتدا مصاحبه تشخیصی توسط روان‌پزشک صورت گرفت و سپس برای تایید تشخیصی از ابزار عینی و مصاحبه بالینی ساختاریافته استفاده و توسط محقق انجام شد. بعد از این‌که تشخیص اولیه و اصلی با همدیگر همخوانی داشت و ملاک‌های ورود و خروج رعایت شد، بیماران به عنوان نمونه آماری در نظر گرفته شدند و اهداف پژوهش برای آن‌ها تشریح و رضایت‌نامه کتبی اخذ شد. بعد از آن‌که بیماران بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند، به‌طور همزمان وارد مرحله خط پایه شدند و به‌طور تصادفی از نظر ترتیب ورود یک به یک با فاصله یک جلسه وارد طرح درمان شدند. بدین نحو که مراجع اول پس از دو جلسه سنجش در مرحله خط پایه یعنی از هفته سوم وارد جلسه اول درمان شد و بعد از آن مراجع دوم در جلسه

1. Wilson, & Gifford, & Batten

دوم مراجع اول وارد جلسه اول درمان و مراجع سوم نیز در جلسه دوم مراجع دوم و جلسه سوم مراجع اول وارد جلسه اول طرح درمان شد. روند درمان بر طبق اصول طرح مطالعه تک موردی با خط پایه چندگانه ناهمزمان و در ۱۲ جلسه و سه نوبت پیگیری[1] در طی شش هفته پیگیری انجام شد. بیماران در طی سه مرحله مداخله در هر ملاقات با استفاده از ابزارهای پژوهش و مقیاس‌های روان‌شناختی مورد ارزیابی قرار گرفتند. تمامی مراحل مداخله توسط پژوهشگر مطالعه حاضر انجام گرفت.

جدول ۱: ساختار جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای سوءمصرف‌کنندگان مواد

جلسات	محتوا
جلسه اول	آماده شدن برای شروع (استعاره‌ها و تمرین‌ها شامل ترن هوایی، پاک کردن گل ولای‌لیوان و رفتن در باتلاق).
جلسه دوم	آگاهی نسبت به هزینه‌هایی که فرد به دنبال مصرف مواد متحمل می‌شود (استعاره‌ها و تمرین‌های صورت برداری، پاک کردن گل و لای از لیوان و راه رفتن در باتلاق).
جلسه سوم	مواجهه با سیستم: ناامیدی خلاق (استعاره‌های انسان در گودال، صخره نوردی و ریگ روان و...).
جلسه چهارم	کنترل هیجانات افراطی بعنوان مساله اصلی (استعاره‌های انسان در گودال، دروغ‌سنج، پیراشکی کرم دار، عاشق شدن).
جلسه پنجم	تمایل هیجانی (استعاره‌ی ساندویچ عزت نفس و کودک در آبنبات فروشی و...).
جلسه ششم	تمایز فرد از برنامه‌ریزی (استعاره‌ها و تمرین‌هایی مانند دو کامپیوتر، جعبه با وسایل درون آن، و صفحه شطرنج).
جلسه هفتم	موانع پذیرش هیجانی (استعاره‌ها و تمرین هایی مانند هیولای سوار بر اتوبوس، پطروس فداکار، علامت در کوهستان، فرمول‌بندی مجدد قراردادهای کلامی و...).
جلسه هشتم	حرکت از پذیرش هیجانی به سمت تغییر رفتار (استعاره‌های گدای دم‌در، کودک کج خلق و...).
جلسه نهم	ارزش‌ها و اهداف (استعاره‌های نقشه سازی، تکلیف سنجش ارزش‌ها و...).
جلسه دهم	پذیرش مسئولیت برای تغییر (استعاره‌های پریدن، کبریت درون مخزن بنزین و ارایه تمرین عملی).
جلسه یازدهم	گسترش تمایل هیجانی به زندگی واقعی: تعهد دادن (تعهد رفتاری و پایبندی به آن، تمام کردن کار ناتمام و...).
جلسه دوازدهم	جمع بندی و ارزیابی کلی درمان.

یافته‌ها

1. follow-up

همانند اکثر طرح‌های تک‌موردی نخستین روش تحلیل نتایج حاصله، استفاده از روش استاندارد ترسیم دیداری[1] یا چشمی بود. همچنین از روش شاخص تغییر پایا[2] جیکوبسون، فولتی و رونستروف (۱۹۸۴) با فرمول اصلاح‌شده کریستنسن و مندوزا[3] (۱۹۸۶) برای محاسبه‌ی تغییر آماری معنادار[4] نمرات استفاده شد. برای بررسی بهبودی یا تغییر بالینی معنادار[5] یا سنجش پیشرفت مراجعان در تغییر متغیرهای آماجی علاوه بر درنظرگرفتن نقطه‌ی برش ابزارها از روش درصد بهبودی نیز استفاده شد. جهت بررسی میزان اثربخشی، از شاخص‌های شش‌گانه اثربخشی (سنجش عملیاتی) اینگرم، هایس و اسکات[6] (۲۰۰۰) نیز استفاده شد.

ویژگی‌های جمعیت شناختی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول۲: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش

شرکت کننده	سن	وضعیت تاهل	میزان تحصیلات	اشتغال	اقدامات درمانی قبلی	مدت وابستگی	سابقه ترک
بیمار اول	۳۹	متاهل	دیپلم	نانوایی	دارودرمانی	۵ سال	دو بار
بیمار دوم	۳۰	متاهل	سیکل	بیکار	دارودرمانی	۳ سال	یک بار
بیمار سوم	۳۶	متاهل	دیپلم	راننده	کمپ ترک اعتیاد	۳ سال	یک بار

درصد بهبودی و شاخص تغییر پایای بیماران در تکانشگری کلی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول۳: درصد بهبودی و شاخص تغییر پایای بیماران در تکانشگری کلی مقیاس BIS-11

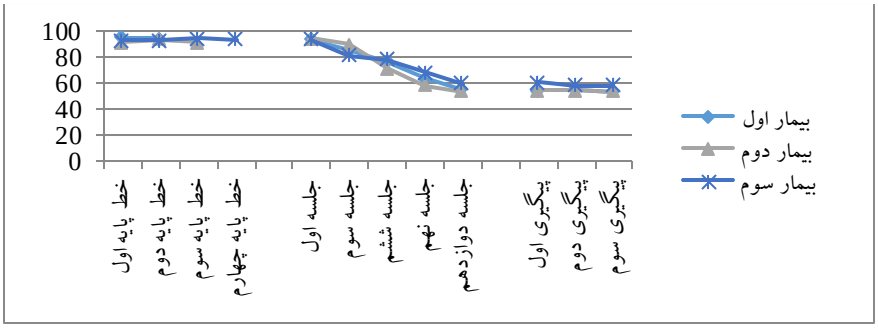
فرایند درمان	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم
خط پایه اول	۹۵	۹۱	۹۲
جلسه اول	۹۳	۹۴	۹۳
جلسه دوازدهم	۵۵	۵۳	۵۹
شاخص تغییر پایا	-۶/۴۱	-۶/۰۸	-۵/۲۸
درصد بهبودی	۴۲/۱۰	۴۱/۷۵	۳۵/۸۶
درصد بهبودی کلی		۳۹/۹۰	

1. visual inspection
2. Reliable & change index (RCI)
3. Christensen & Mendoza
4. statistical significance change
5. clinical significance change
6. Ingram, Hayes & Scott

جدول۳: درصد بهبودی و شاخص تغییر پایای بیماران در تکانشگری کلی مقیاس BIS-11

فرایند درمان	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم
پیگیری نوبت سوم	۵۳	۵۳	۵۸
شاخص تغییر پایا	-۶/۷۳	-۶/۰۸	-۵/۴۴
درصد بهبودی	۴۴/۲۱	۴۱/۷۵	۳۶/۹۵
درصد بهبودی کلی		۴۰/۳۰	

علامت منفی (-) نشان‌دهنده تغییر کاهشی نمرات می‌باشد.



نمودار۱: روند تغییر نمرات در تکانشگری کلی در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری (٦هفته)

سال ۱۲، شماره ۴۹، ویژه‌نامه ۲
Vol. 12, No. 49, Special Issue 2

جدول ۳ و نمودار ۱ نشان می‌دهد، بیمار اول در مرحله خط پایه تکانشگری کلی بالایی داشته که در جلسه آخر درمان به بهبودی ۴۲/۱۰٪ رسیده و بعد از ۶ هفته پیگیری کاهش یا افزایش محسوسی در سطح تغییرات وجود ندارد. با توجه به شاخص تغییر پایای به دست آمده این بیمار در مرحله پس از درمان (RCI = -۶/۴۱) و در آخر مرحله پیگیری (RCI = -۶/۷۳) و معناداری آن‌ها در سطح ۰/۰۵ حاکی از معنادار بودن تغییر و بهبودی به وجود آمده در روند و شدت تکانشگری کلی از نظر آماری است (مقدار شاخص تغییر پایا از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ بیشتر است). همچنین با در نظر گرفتن کاهش نمرات بیمار به زیر نقطه برش پرسش‌نامه و درصد بهبودی به دست آمده در مرحله اتمام درمان (۴۲/۱۰) و پیگیری (۴۴/۲۱) نشانگر معناداری قابل قبول تغییر از نظر بالینی می‌باشد. در بیمار دوم هم در مرحله خط پایه روند تغییرات در حد ثابتی قرار دارد و به مانند بیمار اول روند

تغییرات مثبت پس از طی نمودن مراحل درمان ایجاد شـــده و نمره بهبودی ۴۱/۷۵٪ بدســـت آمده اســت. شـاخص تغییر پایای بدســت آمده از مرحله خط پایه به مراحل پس از درمان در نمرات مقیاس BI S، (RCI = -۶/۰۸) و پس از نوبت ســوم پیگیری (RCI = -۶/۰۸) نســبت به مرحلـه خط پـایه، حاکی از معنادار بودن تغییر در روند و شـــدت تکانشـــگری کلی بیمار از نظر آمـاری اســـت. همچنین بـا کـاهش نمرات بیمـار بـه زیر نقطـه برش و درصـــد بهبودی (۴۱/۷۵٪) در جلســـه آخر مرحلـه درمـان و اتمـام مرحله پیگیری نشـــانگر تاثیر معنادار این روش مداخله از نظر بالینی می‌باشد.

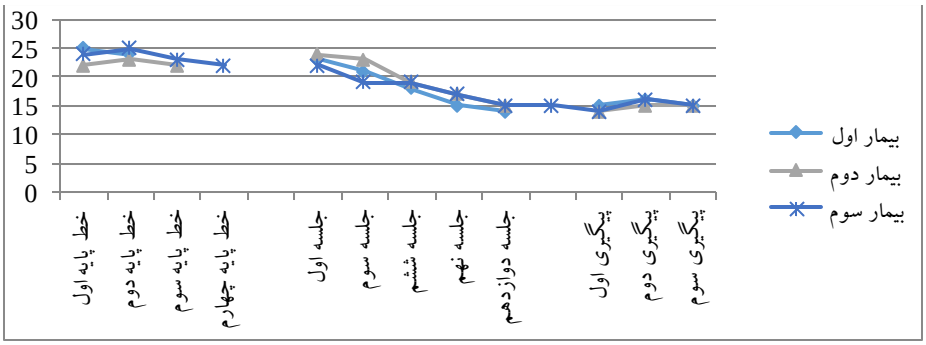
بیمـار ســـوم نیز درصـــد بهبودی ۳۵/۸۶ را نشـــان می‌دهد و پیگیری ۶ هفته‌ای نیز نشـــان می دهـد مـانـدگـاری نتـایج درمـانی در این بیمـار ثابت بوده و تغییر چندانی نکرده اســـت. با توجـه به نتایج بدســـت آمده این بیمار نیز از نظر آماری کاهش معناداری را در جلســـه آخر درمـان نســـبت بـه مرحلـه خط پایه در ســـطح معناداری (p<۰.۰۵) با شـــاخص تغییر پایای (RCI = -۵/۲۸) کســـب نموده اســـت. کـاهش نمرات بیمـار بـه زیر نقطـه برش در مقیـاس تکانشـــگری بارت و درصـــد بهبودی قابل ملاحظه در مرحله پس از درمان (۳۵/۸۶) و بعد از پیگیری (۳۶/۹۵) دلیلی بر معناداری تغییر در ســـطح تکانشـــگری کلی بیمار از لحاظ بالینی اســـت. بنابراین با توجه به موارد فوق و درصـــد بهبودی کلی به دســـت آمده در مرحله پس از درمان (۳۹/۹۰٪) و مرحله پیگیری (۴۰/۳۰٪) می‌باشد.

جدول٤: درصد بهبودی و شاخص تغییر پایای بیماران در خرده‌مقیاس‌های تکانشگری (شناختی، حرکتی، بی‌برنامگی)

فرایند درمان	تکانشگری شناختی			تکانشگری حرکتی			تکانشگری بی‌برنامگی		
	بیمار ۱	بیمار ۲	بیمار ۳	بیمار۱	بیمار ۲	بیمار ۳	بیمار ۱	بیمار ۲	بیمار۳
خط پایه اول	۲۵	۲۲	۲۴	۳۴	۳۵	۳۴	۳۶	۳۴	۳۴
جلسه اول	۲۳	۲۴	۲۲	۳۴	۳۴	۳۶	۳۶	۳۶	۳۵
جلسه دوازدهم	۱۴	۱۵	۱۵	۲۰	۱۸	۲۱	۲۱	۲۰	۲۳
شاخص تغییر پایا	-۴/۸۶	-۳/۰۹	-۳/۹۸	-۴/۵۴	-۵/۵۱	-۴/۲۲	-۴/۳۴	-۴/۰۵	-۳/۱۸
درصد بهبودی	۴۴	۳۱/۸۱	۳۷/۵	۴۱/۱۷	۴۸/۵۷	۳۸/۲۳	۴۱/۶۶	۴۱/۱۷	۳۲/۳۵
درصد بهبودی کلی		۳۷/۷۷			۴۲/۶۵			۳۸/۳۹	
پیگیری نوبت سوم	۱۵	۱۵	۱۶	۲۰	۱۹	۲۱	۱۸	۱۹	۲۱
شاخص تغییر پایا	-۴/۴۲	-۳/۰۹	-۳/۵۳	-۴/۵۴	-۵/۱۹	-۴/۲۲	-۵/۲۱	-۴/۳۴	-۳/۷۶
درصد بهبودی	۴۰	۳۱/۸۱	۳۳/۳۳	۴۱/۱۷	۴۵/۷۱	۳۸/۲۳	۵۰	۴۴/۱۱	۳۸/۲۳
درصد بهبود کلی		۳۵/۰۴			۴۱/۷۰			۴۴/۱۱	

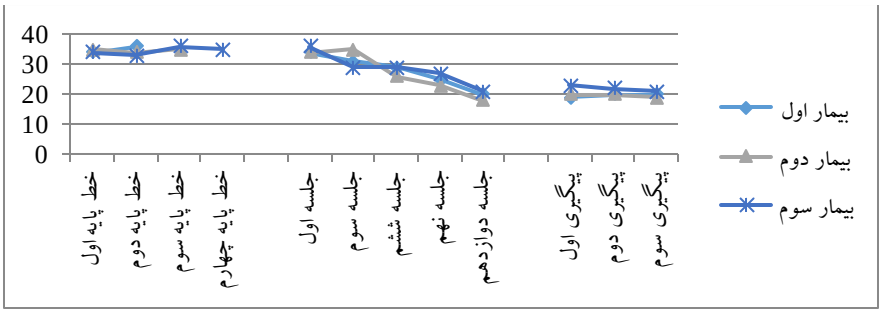
علامت منفی (-) نشان‌دهنده تغییر کاهشی نمرات می‌باشد.

سال ۱۲، شماره ۴۹، ویژه‌نامه ۲
Vol. 12, No. 49, Special Issue 2



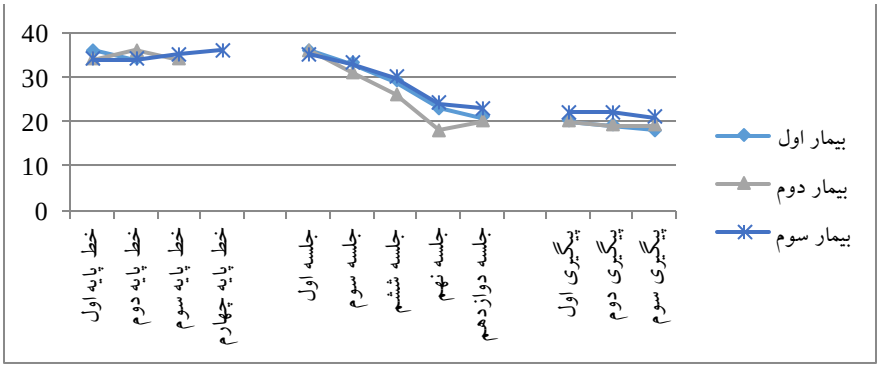
نمودار۲: روند تغییر نمرات در خرده مقیاس تکانشگری شناختی در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری

نمودار روند تغییر نمرات در خرده‌مقیاس تکانشگری حرکتی در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری در نمودار ۳ ارائه شده است.



نمودار۳: روند تغییر نمرات در خرده‌مقیاس تکانشگری حرکتی در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری

نمودار روند تغییر نمرات در خرده‌مقیاس تکانشگری بی‌برنامگی در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری در نمودار ۴ ارائه شده است.



نمودار ٤: روند تغییر نمرات در خرده مقیاس تکانشگری بی‌برنامگی در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری

همانطور که جدول ۴ و نمودارهای ۲، ۳ و ۴ ارائه شده، در ارتباط با بیمار اول، مقادیر شاخص تغییر پایای به دست آمده با مقایسه خط پایه در مرحله پس از درمان در متغیر تکانشگری شناختی (RCI = -۴/۸۶)، تکانشگری حرکتی (RCI =-۴/۵۴) و تکانشگری بی‌برنامگی (RCI = -۴/۳۴) و نیز آخرین سنجش در مرحله پیگیری در تکانشگری شناختی (RCI =-۴/۴۲)، تکانشگری حرکتی (RCI = -۴/۵۴) و بی برنامگی (RCI = -۵/۲۱) نشان‌دهنده معنادار بودن تغییرات و بهبود تکانشگری شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی بیماران ناشی از مداخله درمانی است. این تغییرات از نظر بالینی نیز معنادار است؛ به طوریکه میزان درصد بهبودی در مرحله پس از درمان و همچنین در سنجش پیگیری در

این بیمار قابل ملاحظه می‌باشد. در خصوص بیمار دوم مقادیر شاخص تغییر پایا از مرحله خط پایه به مرحله درمان در تکانشگری شناختی برابر با (RCI = -۳/۰۹)، تکانشگری حرکتی (RCI = -۵/۵۱) و تکانشگری بی‌برنامگی (RCI = -۴/۰۵) می‌باشد. همچنین نمرات درصد بهبودی در مرحله پس از درمان به ترتیب برابر با ۳۱/۸۱، ۴۸/۵۷ و ۴۱/۱۷ بوده و در مرحله پیگیری نیز به ترتیب ۳۱/۸۱، ۳۸/۲۳ و ۴۴/۱۱ می‌باشد. یافته‌ها بر اساس مقادیر شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی نشان می‌دهد که در خرده‌مقیاس‌های تکانشگری شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی نمرات بیمار به لحاظ آماری و بالینی کاهش معناداری یافته است. در بیمار سوم، مقدار شاخص تغییر پایای به دست آمده از مرحله خط پایه به مراحل پس از درمان در نمرات خرده‌مقیاس تکانشگری شناختی (RCI = -۳/۹۸)، حرکتی (RCI = -۴/۲۲)، و بی‌برنامگی (RCI = -۳/۱۸) می‌باشد. همچنین شاخص تغییر پایای به‌دست آمده در نوبت سوم پیگیری در هر سه متغیر به ترتیب برابر با ۳/۵۳-، ۴/۲۲- و ۳/۷۶- است که نسبت به مرحله خط پایه این بیمار و بالا بودن مقدار آن‌ها از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ و معناداری آن‌ها حاکی از معنادار بودن تغییر و بهبود در وضعیت تکانشگری شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی ناشی از درمان می‌باشد. یافته‌ها از لحاظ آماری و بالینی معنادار است. نمودارهای ۲، ۳ و ۴ مربوط به این بیماران نشان می‌دهند در مرحله پس از درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه سطح نمرات تکانشگری شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی پایین‌تر است. بنابراین با توجه به موارد فوق و درصد بهبودی کلی به دست آمده در هر سه متغیر، فرضیه‌های دوم، سوم و چهارم پژوهش نیز تائید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تکانشگری کلی، شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین طراحی شد. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تکانشگری کلی، شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین موثر است. همچنین در بررسی شاخص‌های شش‌گانه اثربخشی (سنجش عملیاتی) از دیدگاه اینگرم، و همکاران (۲۰۰۰) از جمله اندازه تغییر (چه قدر کاهش در آماج‌های اصلی درمان اتفاق افتاده است؟)، کلیت تغییر

(چند درصد از بیماران تغییر کرده‌اند و چند درصد تغییر نکرده‌اند؟)، عمومیت تغییر (در سایر حوزه‌های زندگی مانند عملکرد شغلی، اجتماعی و روان‌شناختی چقدر تغییر رخ داده است؟)، میزان پذیرش (افراد تا چه اندازه در فرآیند درمان مشارکت داشته و آن را به پایان رسانده‌اند؟)، ایمنی (آیا در اثر درمان، سلامت روانی و جسمی بیماران کاهش یافته است؟) و ثبات (دستاوردهای درمان چه قدر دوام داشته است؟) نتایج حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تکانشگری کلی، شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی است. یافته‌های پژوهش همسو با نتایج تحقیقات موریسون (۲۰۱۶)؛ استراتون (۲۰۰۶) ؛ بریسلین، و همکاران (۲۰۰۲)؛ تامرادی و خسروی (۱۳۹۵) و امیریان، و همکاران (۱۳۹۶) می‌باشد.

درباره نقش تکانشگری بر رفتار وابستگی به مواد، بررسی‌های زیادی انجام شده است. این بررسی‌ها گویای آن است که این عامل در کنار برخی عوامل شخصیتی دیگر در شروع، گسترش و تداوم وابستگی به مواد نقش دارند. می توان گفت بیماران وابسته به مواد به دلیل تکانشگری و با وجود آگاهی از پیامدهای بلندمدت استفاده از مواد، پاداش کوتاه‌مدت آن را انتخاب می کنند و این رفتارهای تکانشی نیز یکی از عوامل اصلی مصرف اجبارگونه‌ی مواد می‌باشند (نیرومند و همکاران، ۱۳۹۶). نتایج مطالعه حاضر نشان داد اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تکانشگری کلی و خرده‌مقیاس‌های آن (تکانشگری شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی) اختلاف زیادی با یکدیگر نداشت و در تمامی آن‌ها با اندکی تفاوت به طور مشابه اثر گذاشته است. اثربخشی این روش درمانی بر کاهش تکانشگری کلی و خرده‌مقیاس‌های آن را می توان به واسطه فرآیندهای حاکم بر آن تبیین کرد. یکی از مهمترین تکنیک‌های آن، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه می‌باشد. ترغیب بیماران به شناسایی ارزش‌های‌شان و تعیین اهداف، اعمال و موانع و در نهایت تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها، با وجود مشکلات باعث می شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن منجر به رضایت از زندگی شود. آن‌ها را از گیر افتادن در حلقه‌ی افکار و احساسات منفی از قبیل اضطراب،

استرس، یاس و ناامیدی، افسردگی که به نوبه خود باعث افزایش شدت مشکلات و تکانشگری می‌شود، رهایی دهد (هیز و استروسال، ۱۳۹۴).

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدف این است که فرآیندهای پذیرش، گسلش شناختی، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، تصریح ارزش‌ها و مشارکت در فعالیت‌های ارزشمند که تمامی آن‌ها انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را حمایت می کنند، تقویت نماید. در حقیقت زمانی که فرد شدیداً در چرخه اجتناب تجربه‌ای، آمیختگی شناختی گیر کند، دچار انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی شده است. انعطاف‌پذیری ذهنی می تواند فرد را از دام افکار ناکارآمد و وسوسه‌هایی برهاند که زمینه‌ساز تکانشگری و گرایش به مصرف مواد است. بدین ترتیب آموزش راهبردهایی چون ذهن‌آگاهی می تواند این افراد را از بند افکار ناکارآمد و وسوسه‌ها برهاند و متعاقباً افراد دارای وابستگی به مواد بتوانند در مواجهه با استرس‌های روزانه و مشکلات روزمره بهتر و معقولانه‌تر با تکانشگری و گرایش به مصرف مواد کنار آیند (امیریان و همکاران، ۱۳۹۶). راهبرد ذهن‌آگاهی که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به آن تاکید می‌شود، مبتنی بر پیش‌فرض‌های پایه آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از آنچه که اکنون در حال وقوع است، بنا نهاده شده است. از آنجایی که بخشی از مشکل مصرف مواد در همین عوامل نهفته است، لذا ارتقاء ذهن‌آگاهی در بیماران گامی مهم در کاهش تکانشگری در آن‌ها خواهد بود. به طوری که افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات عملی از جنبه‌های مثبت ذهن‌آگاهی است و باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت‌های روان‌شناختی مثبت و کاهش تکانشگری خواهد شد. همین‌طور در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مفهوم درهم‌آمیختگی با گسلش شناختی میزان تاثیری است که یک فکر (مثلاً میل به مصرف) بر رفتار دارد رفتار وابسته به بافت و رفتار وابسته به فکر در پیوستار میان درهم‌آمیختگی یا گسلش شناختی قرار می‌گیرند و زمانی که فرد با افکارش در هم می‌آمیزد، نمی تواند قضاوت ذهنی خود از واقعیت را تمیز دهد(براون و همکاران، ۲۰۰۷؛ به نقل از حامدی و همکاران، ۱۳۹۲). هیز و همکاران (۲۰۱۲) بر این عقیده هستند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای برطرف‌نمودن و حذف عوامل آسیب‌زا، به بیماران

کمک می‌کند تا هیجانات و شناخت‌های کنترل شده‌ی خود را پذیرفته و از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلات‌شان شده، رهایی یابند. این رویکرد درمانی تلاش دارد با ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از یک سو و ترغیب فرد به اقدام و عمل در زمینه‌ی ارزش‌های فردی موجب کاهش تکانشگری زندگی شخص شود. در واقع هدف این درمان، کمک به افراد جهت ایجاد زندگی غنی، کامل و معنادار است. این فنون با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه حاضر و برگرداندن توجه بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات موجب کاهش تکانشگری می‌شود (امیریان و همکاران، ۱۳۹۶). بنابراین این درمان با توجه به تاکیدی که بر پذیرش تجارب و انجام اعمال داوطلبانه و ارادی دارد، می‌تواند هم در کاهش تکانشگری، بهبود کیفیت زندگی و عملکرد افراد دارای اختلال مصرف مواد و سایر اختلال مزمن و هم در کاهش علائم و نشانه‌های آن اختلال موثر باشد.

یکی دیگر از فرآیندهای این درمان که به اثربخشی آن در کاهش تکانشگری کمک زیادی می‌کند، ایجاد یک خود مشاهده‌گر یا خود به عنوان زمینه در مراجع از طریق کاربرد مهارت گسلش، ذهن‌آگاهی و ارتباط با زمان حال است (گارنفسکی و کراج، ۲۰۰۵؛ به نقل از هیز و استروسال، ۱۳۹۴). در واقع این خود مشاهده‌گر جایگزینی برای خود مفهوم‌سازی شده یعنی خودی که با افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی تعریف می‌شود، می‌باشد. مزیت بزرگ این خود این است که به عنوان زمینه‌ای در نظر گرفته می‌شود که در آن محتوای هشیاری تهدیدکننده نمی‌باشد. در کل هدف این است که مراجع به این درک برسد که خود را از تجربیات درونی‌اش جدا ببیند.

در مجموع در مطالعه حاضر، با تمرین‌های گسلش‌شناختی تلاش شد که بیماران به‌جای گرفتار شدن در افکار، به آن‌ها اجازه دهند که بیایند و بروند. با جایگزین کردن خود به‌عنوان زمینه آموختند که زمینه‌ای برای تجربه هیجان‌ها و افکار و احساسات ناخواسته و دردناک باشند بدون این‌که در آن‌ها درگیر شوند. از طرف دیگر روشن‌سازی ارزش‌ها و تعهد به انجام اعمال در راستای ارزش‌ها، با وجود مشکلات به آن‌ها کمک کرد که از گیرافتادن در افکار و احساسات منفی رهایی یابند و حس سرزندگی، معنا و

هدفمندی بیشـــتری پیدا کنند. بیماران با روش‌های پذیرش و ذهن‌آگاهی، رابطه با تجربه‌های درونی (مثل افکار ناخوشـایند، احسـاسـات جسـمانی، در پاسـخ به ولع مصـرف یا فرار از احسـاس منفی)، هم‌زمان با حرکت روبه جلو در ایجاد الگوهای معنادار فعالیت را آموختند. به طورکلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صـراحتاً با اسـتفاده از فرآیندهای اصـلی طراحی شـده برای کاهش گریز بی‌اثر و مشـکل‌سـاز از درد هیجانی، اجتناب تجربه‌ای را با افزایش پـذیرش تجربی و آگـاهی فکر، هـدف قرار می‌دهـد (والسـر، ۲۰۱۵؛ بـه نقـل از فروزانفر و همکـاران، ۱۳۹۶). بنـابراین می‌توان اظهـار داشـت این روش‌درمـانی می‌توانـد در کـاهش تکانشـگری کلی، شـناختی، حرکتی و بی‌برنامگی بیماران وابسـته به مت‌آمفتامین موثر بوده و برای این بیماران انتخاب خوبی باشـد تا بتواند سـطح تکانشـگری کلی و انواع مختلف آن را کاهش داده و نیز با اسـتفاده از این روش درمانی می‌توان به بررسـی سـایر مشکلات مرتبط بـا اعتیـاد هم پرداختـه شـود. از محدودیت‌های مطالعه حاضـر می‌توان به کوتاه بودن دوره پیگیری ۶ هفته‌ای و تک جنسـیتی بودن شـرکت‌کنندگان (مرد) اشـاره کرد. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی از دوره پیگیری طولانی‌تر و نیز از هر دو جنس استفاده شود.

منابع

اختیاری، حامد؛ عـدالتی، هانیـه؛ بهـزادی، آریـن؛ صـفایی، هـومن؛ نـوری، مهـری؛مکری، آذرخش (۱۳۸۷). ساخت و بررسـی کـارآیی پـنج آزمـون تـصویری ارزیابی ولع مصرف در معتادان مواد افیـونی. *مجله روانپزشکی و روانـشناسی بالینی ایران*، سال چهاردهم، شماره ۳، ۳۴۹- ۳۳۷.

اختیاری، حامد؛ رضوان فرد، مهرناز و مکری، آذرخش. (۱۳۸۷). تکانشگری و ابزارهای گوناگون ارزیابی آن: بازبینی دیدگاه‌ها و بررسـی های انجا م شده. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. شماره ۳، ۷۵-۹۰.

اسـدی مجره، سامره؛ محمود علیلو، مجید؛ بهادری خسروشاهی، جعفر، خورسند، مریم. (۱۳۹۳). الگوهای شـخصـیتی، باورهای غیرمنطقی و تکانشگری در مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*. ۸ (۳۲)، ۱۳۵-۱۱۹.

امیریان، کامران؛ مامی، شهرام؛ احمدی، وحید؛ محمدزاده، جهانشاه. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش تکانشگری افراد معتاد. *فصلنامه پرستار و پزشک در رزم*. ۱۷ (۵). ۴۶-۳۶.

تامرادی، علیرضا؛ خسروی، صدرالله. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کنترل تکانه و عود در معتادان. تهران : *سومین کنفرانس بین المللی نوآوری های اخیر در روانشناسی، مشاوره و علوم رفتاری*.

حامدی، علی؛ شهیدی، شهریار؛ خادمی، علی. (۱۳۹۲). اثربخشی ذهن آگاهی و مشاوره کاهش آسیب بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*. ۷ (۲۸)، ۱۱۸-۱۰۱.

حداد، شیما؛ خسروی، معصومه؛ نجفی، محمود؛ صباحی، پرویز (۱۳۹۳). مقایسه عملکرد توجه در افراد وابسته به مت آمفتامین. *مجله روانشناسی بالینی*. ۶(۲)؛ ۸۵-۹۵.

شریفی، ونداد؛ اسعدی، سید محمد؛ امینی، همایون؛ کاویانی، حسین؛ سمنانی، یوسف؛ شعبانی، امیر (۱۳۸۳).پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای DSM-IV. *تازه های علوم شناختی*. ۲۱(۲). ۱۰-۲۲.

زرگر، فاطمه؛ محمدی، ابوالفضل؛ امیدی، عبداله و باقریان سرآوردی، رضا (۱۳۹۱) موج سوم رفتاردرمانی با تاکید بر رفتاردرمانی مبتی بر پذیرش، *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰(۵)، ۳۹۰-۳۸۳.

عدالتی، هانیه و یزدی، بنی جمالی. (۱۳۸۶). بررسی تأثیر درمان کنترل تکانه بر کاهش تکانشگری در دانشجویان تکانشی دانشگاه الزهراء. *پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده*، تهران، دانشگاه الزهراء.

فروزانفر، آزاده؛ غلامعلی لواسانی، مسعود؛ شعاع کاظمی، مهرانگیز. (۱۳۹۶). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی زنان وابسته به سوءمصرف مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*. ۱۱ (۴۴)، ۱۵۴-۱۳۵.

گروسی فرشی، میرتقی؛ محمود علیلو، مجید؛ ارجمند قجور،کیومرث(۱۳۸۸). بررسی رابطه بین مدت مصرف و ترک در سوگیری توجه نسبت به محرک های وسوسه انگیز مربوط به مواد افیونی. *فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی*. ۴(۱۵)؛ ۱۵۳-۱۷۳

مکری، آذرخش، اختیاری، حامد؛ عدالتی، هانیه؛ گنجگاهی، حبیب (۱۳۸۷). ارتباط میزان ولع مصرف با ابعاد مختلف شدت اعتیاد در معتادان تزریقی هرویین. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*،سال چهاردهم، شماره ۳، ۳۰۶- ۲۹۸.

نیرومند، فاطمه؛ ابراهیمی، صدیقه، قاهری، عباس. (۱۳۹۶). بررسی تکانشوری در سوءمصرف کنندگان مواد قبل و پس از درمان نگه دارنده با متادون. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*. ۱۱ (۴۴)، ۲۵۶- ۲۴۳.

ویلسون، کلی، جی؛ گیفورد، الیزابت؛ بتن، سومیا (۱۳۹۳). *پروتکل انفرادی پذیرش و تعهد برای سوءمصرف کنندگان مواد مخدر*. ترجمه فرهاد اصغری و همکاران، تهران: انتشارات پژواک هنر و اندیشه.

هیز، استیون. سی؛ استروسال، کرک (۱۳۹۴).*راهنمای عملی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*، ترجمه علیزاده موسوی و پیرجاوید. تهران: فرا انگیزش.

Aram, P. W., Bailey. G. J. R., Lavin, A. & See. R. (2011). Methamphetamine Self-Administration Produces Attentional Set-Shifting Deficits and Alters PrefrontalCortical Neurophysiology in Rats. *Biological Psychiatry*, 69(3): 253–259.

American Psychiatric Association.(2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th,DSM-5*.American Psychiatric Publishing.

Barratt, E., Stanford, M. S., Kent, T. A., & Felthous, A.(1995). Neuropsychological and cognitive psychophysiologicalsubstrates of impulsive aggressions. *Societyof Biological Psychiatry*, *41*, 1045-1061.

Barratt ES, Stanford MS, Kent TA, Felthous A(1997)Neuropsychological and cognitivepsychophysiological substrates of impulsiveaggression. Biol Psychiatry.;41(10):1045-61.PMID: 9129785

Breslin, F. C., Zack, M., &McMain,S. (2002). An information processing analysis ofmindfulness:Implication for relapse prevention in the treatment of substance abuse.*Clinical Psychology, Science and Practice*,9,275-299.

Bolla, K. I., Eldreth, D.A., Matochik, J.A., Cadet, J.L. (2005). Neural substrates of faultydecisionmaking in abstinent marijuana users.*NeuroImage*; 26: 480–492.

Dawe S, Loxton NJ.(2004) The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neuroscience &Biobehavioral Reviews*.;28(3):343–51.

Dawe, S., Gullo, M.J., Loxton, N.J.,(2008).Impulsivity and adolescent substance use: Rashly dismissed as ‘‘all-bad’’? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 32 1507–1518.

Dougherty, D.M., Mathias, Ch.W., Marsh, D.M. Moeller, F.G., Swann, A.C. (2004), “Suicidal behaviors and drug abuse: impulsivity and its assessment”, *Drug and Alcohol Dependence*. 76S S93–S105.

Hayes, S.C., Lillis, C. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy (Theory Psychotherapy).* Amer Psychological Assn

Hayes, S. C. (2004).Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-65.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processes and Outcomes. *Behavior Research and Therapy,* 4, 1-25.

Hester, R., Garavan, H. (2004). Executive dysfunction in cocaine addiction: evidence for discordant frontal, cingulate, and cerebellar activity**.** *Journal of Neuroscience*, 24, 11017–11022.

Ingram RE, Hayes A, Scott W.(2000) Empirically supportedtreatments: A critical analysis. In Snyder CR, Ingram RE(Eds.). Handbook of psychological change: Psychotherapy processes and practices for the 21st century. New York: Wiley.; pp: 40-60.

Jacobson N.S., Follette WC, Revenstorf D(1984). Psychotherapy outcome research:Methods or reporting variability andevaluating clinical significance. BehaviorTherapy;15:336-352

Kazdin, A.E. (1992). *Research Design in Clinical Psychology (2ed).* Boston: Allay and Bacon.

Leshner, A. (1999).principles of drug addiction treatment:a research-based guide. *National Institute of health*(NIH) publication NO.9..pp.3-33

Leigh, J., Bowen, S., &Marlatt, GA. (2005). Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addictive behaviors*, 30(7):1335-41.

Li, C. S., Milivojevic, V., Kemp, K., Hong, K. & Sinha, R. (2006). Performance monitoring and stop signal inhibition in abstinent patients with cocaine dependence. *Drug Alcohol Dependence*, 85, 205–212.

McKetin, R., Kelly, E., and McLaren, J. (2006). The relationship betweencrystalline methamphetamine use and methamphetamine dependence. *Drug andAlcohol Dependence, 85,* 198-204.

Morrison,Kate L. (2016). Effects of Acceptance and Commitment Therapyon Impulsive Decision Making.Utah State UniversityDigitalCommons.

Noel, X., Brevers, D., &Bechara, A. (2013). A neurocognitive approach to understanding the neurobiology of addiction. *Current opinion in neurobiology*, 23(4), 632-638.

Nordahl, T. E., Salo, R., and Leamon, M. (2003). Neuropsychological effects ofchronic methamphetamine use on neurotransmitters and cognition: a review.*Journal of europsychiatric Clinical Neuroscience, 15*, 317-325.

Patton, J. H., Stanford, M. S., &Barrat, E. S. (1995). Factor structure of the barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51: 768-774.

Semple, S., Patterson, T., and Grant, I. (2005). Methamphetamine use anddepressive symptoms among heterosexual men and women. *Journal ofSubstance Use, 10*(1), 31-47.

Stratton, Kelcey J. (2006). Mindfulness-Based Approachesto Impulsive Behaviors.The New School Psychology BulletinVolume 4, No. 2.49-71

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*. 23,418- 429.

Topp, L., Degenhardt, L., Kaye, S., and Darke, S. (2002). The emergence of potentforms ofmethamphetamine in Sydney, Australia: A case study of the IDRS as astrategic early warning system. *Drug and Alcohol Review, 21*, 341-348.

Tran, G.Q., & Smith, G.P. (2004). BehavioralAssessment in the Measurement of Treatment Outcome, In. S.N. Haynes, & E.M. Heiby (Eds.), Comprehensive Handbook of Psychological Assessment (pp. 269-290). New York: Wiley.

Verdejo - Garcia, A., Bechara, A. ;Recknor, E. C. & Perez-Garcia, M. (2007). Negative emotion-driven impulsivity predicts substance dependence problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 91, 213–219.

Verdejo - Garcia, A., Lawrence, A. J. & Clark, L. (2008). Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: Review of findings from high risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32, 777–810.