

The Effectiveness of Integrative Acceptance and Commitment and Cognitive-Behavioral Therapy (ACT-CBT) on Reduction of Craving and relapse Prediction in Addicts Introducing Dezful Addiction Treatment Centers

Abdul Karim Ghani*
Masoud Shahbazi**
Amin Karaei***

Introduction

This study aimed to determine the effectiveness of the combined treatment of acceptance and commitment and cognitive-behavioral (ACT-CBT) on the temptation to use and prevent relapse in addicts representing Dezful addiction treatment centers.

Method

The present study is a quasi-experimental study with a pre-test and post-test design and a control and follow-up group. The statistical population of this study included all self-reported addicts to Dezful addiction treatment centers. To conduct the research, the first two Dezful addiction treatment centers were selected and the research plan was justified for the managers of the centers, and they announced their readiness to cooperate in conducting the research. Using the random sampling method, 30 self-reported addicts of these centers (15 people in each center) were selected and after performing the pre-test, based on the obtained scores, into two homogeneous groups (15 people tested and 15 witnesses) were divided. Then a meeting was held to explain the goals of the research and to attract their participation and obtain their informed consent to participate in the research. Inclusion criteria include willingness and satisfaction to participate in the study, masculinity, no acute or chronic psychological and psychiatric disorders, non-participation in parallel treatment

* Ph.D. Student in Counseling, Counseling Department, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

** Assistant Professor, Counseling Department, Masjid Sulaiman Branch, Islamic Azad University, Masjid Sulaiman, Iran. *Corresponding Author:* masoudshahbazi66@yahoo.com

*** Assistant Professor, Consulting Department, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

during the study, and exit criteria include non-cooperation, non-performance of homework provided In sessions and absences there were more than two sessions in treatment sessions. The experimental and control groups answered the tempting beliefs questionnaire and the return prediction scale in the pre-test stage. Then, the experimental group was trained by an experienced therapist (with 10 years of experience in training and treatment) in 10 sessions of 60 minutes (one session per week) based on the protocol of integrated cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment. The control group did not receive any treatment during this period. At the end of the treatment sessions, the experimental and control groups answered the tempting beliefs questionnaire and the return prediction scale again in the post-test and follow-up stages (two months later). To analyze the data, in this research, the following statistical methods have been used using SPSS-20 software: 1) Descriptive statistics such as frequency table and percentage and column chart, mean and standard deviation; 2) Inferential statistics including Leon test, Kolmogorov-Smirnov test, independent t-test and ANCOVA analysis of covariance. In addition, for all hypotheses, a significance level of $\alpha = 0.05$ has been considered.

Results

The results showed that the combination of acceptance, commitment, and cognitive-behavioral therapy had a significant effect on reducing the temptation to use and preventing relapse (desire and likelihood of use) in self-reported addicts in the experimental group compared to the control group. These results also remained in the follow-up phase.

Conclusion

The results showed that the combination therapy of acceptance and cognitive-behavioral commitment is an effective strategy to reduce the temptation to use and prevent recurrence in self-reported addicts and can be used as an effective treatment.

Keywords: Consumption temptation, integrated Acceptance and Commitment and Cognitive-Behavioral Therapy, relapse prevention, self-reported addicts

Authors contribution: All authors have contributed equally to the preparation of the article.

Acknowledgment: The authors consider it necessary to express their sincere thanks to the managers and trainers of addiction treatment centers and all the participants who helped us in the implementation of the research.

Conflict of interest: According to the authors, there is no conflict of interest.

Funding: The costs of this article were provided from a personal source and financial support was not received from any institution or organization

اثربخشی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری بر وسوسه مصرف و پیشگیری از عود در معتادان خودمصرف مراکز ترک اعتیاد

عبدالکریم قانع*

مسعود شهبازی**

امین کرایبی***

چکیده

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری (ACT-CBT) بر وسوسه مصرف و پیشگیری از عود در معتادان خودمصرف مراکز ترک اعتیاد دزفول انجام گرفت. روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه و پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه معتادان خودمصرف به مراکز ترک اعتیاد دزفول بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی تعداد ۳۰ نفر از افراد معتاد خودمصرف به مراکز ترک اعتیاد دزفول انتخاب و بعد از انجام مرحله پیش‌آزمون بر اساس نمرات کسب‌شده، به دو گروه همگن (آزمایشی ۱۵ نفر و گواه ۱۵ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمایش، طی ۱۰ جلسه، تحت درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری قرار گرفت. گروه گواه هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. برای جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه عقاید وسوسه‌انگیز (Beck & Clark (1993) و مقیاس پیش‌بینی بازگشت (Whrite (1993) در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، توسط شرکت‌کنندگان، تکمیل گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده، از تحلیل کواریانس تک‌متغیری، استفاده شده است. نتایج نشان داد که درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری اثر معنی‌داری بر کاهش وسوسه مصرف و پیشگیری از عود (قدرت میل و احتمال مصرف) در معتادان خودمصرف در گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه داشت. این نتایج در مرحله پیگیری نیز باقی ماند ($p < 0/05$). نتایج پژوهش نشان داد که درمان تلفیقی پذیرش

* دانشجوی دکترای مشاوره، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

** استادیار، گروه مشاوره، واحد مسجدسلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، مسجدسلیمان، ایران (نویسنده مسئول)

*** استادیار، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
masoudshahbazi66@yahoo.com

و تعهد و شناختی-رفتاری، راهبردی مؤثر در کاهش وسوسه مصرف و پیشگیری از عود در معتادان خودمعرف می‌باشد و می‌توان از آن، به عنوان روش درمانی مؤثر بهره برد.

واژگان کلیدی: اعتیاد، پیشگیری از عود، درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری، وسوسه مصرف

مقدمه

اعتیاد به معنای پاسخ فیزیولوژیک بدن به مصرف مداوم مواد اعتیادآور است، به طوری که تکرار مصرف، نشاط آنی و آرامش موقت را برای فرد در پی دارد و با ایجاد اختلال در کنترل سیستم رفتار-پاداش، موجب افزایش جست‌وجوی فرد برای یافتن مواد و ایجاد وابستگی شدید نسبت به آن می‌شود (Saxena et al., 2016). افراد وابسته به مواد از لحاظ روانی و جسمی وابستگی زیادی به مواد مصرفی خود پیدا می‌کنند، به گونه‌ای که به مرور زمان مقدار مصرف خود را افزایش می‌دهند (Bliuc et al., 2019).

مصرف مواد از مهم‌ترین معضلات سلامت در سال‌های اخیر در سطح جهانی و یک پدیده مزمن و عودکننده است. ویژگی هر یک از انواع اختلالات سوءمصرف مواد، مجموعه‌ای از علائم روان‌شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است که مصرف‌کنندگان مواد با وجود مشکلات قابل توجه مرتبط با سوءمصرف مواد، هنوز به مصرف آن ادامه می‌دهند. سوءمصرف‌کنندگان مواد از نرخ بالای بیماری‌های پزشکی از جمله مشکلات قلبی-عروقی، درد قفسه سینه، اچ‌آی‌وی، ویروس هپاتیت س، عفونت باکتریایی و همچنین اختلالات روان‌شناختی از جمله افسردگی، اضطراب، شخصیت ضداجتماعی، استرس پس از سانحه، قمار و اختلال سلوک رنج می‌برند (American Psychiatric Association, 2013). با توجه به وجود مشکلات گسترده ناشی از مصرف مواد، پژوهش‌های گوناگونی در زمینه سبب‌شناسی، پیشگیری و درمان مصرف مواد صورت گرفته و نشان داده‌اند که اعتیاد پدیده‌ای چند عاملی است و عوامل مختلف اجتماعی، فرهنگی، ژنتیکی و روانی در این زمینه دخیل است، اما علی‌رغم تلاش‌های روزافزونی که در راستای پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد صورت می‌گیرد، همچنان شاهد آمار فزاینده‌ای از سوی سازمان بهداشت جهانی و انجمن روان‌پزشکی آمریکا در زمینه عود، شیوع مصرف مواد و مشکلات وابسته به آن هستیم (Spears et al., 2017). در سال ۲۰۱۷، حدود ۲۷۱ میلیون نفر، به عبارتی ۵/۵ درصد از جمعیت جهان در محدوده سنی ۱۵-۶۴ سال، مواد مخدر مصرف کرده بودند (Abazid et al.,

2020). یک بررسی طولانی نشان می‌دهد که تعداد افرادی که مواد مصرف می‌کنند، هم اکنون ۳۰ درصد بیشتر از سال ۲۰۰۹ است (Shrestha et al., 2020).

بزرگترین تهدید یک بیمار در حال بهبودی و عامل اصلی عود، وسوسه مصرف است و اگر به‌طور دقیق کنترل و شناخته نشود برای فرد بسیار گیج‌کننده و آشفته‌ساز خواهد بود و ممکن است مصرف مجدد مواد را در پی آورد. طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها، نیز وسوسه را به عنوان اولین ملاک برای تشخیص وابستگی به مواد لحاظ کرده است (Sadock & Sadock, 2007). وسوسه‌ها با ایجاد سوگیری در توجه و انتخابی نمودن پردازش اطلاعات، از طریق ارتباط با نشانه‌ها و پردازش نسبتاً جذابانه‌تر اطلاعات مرتبط با آن‌ها، به وسیله‌ی افزایش حواس‌پرتی از عوامل برانگیزاننده و کاهش توانایی تمرکز بر آن‌ها و تقویت آگاهی از حالت درونی فرد و با کند کردن ادراک و گذشت زمان می‌تواند عود را تحت تأثیر قرار دهد (Tajeri, 2012). Weinstein and Cox (2006) نشان‌دادند که یادآوری مصرف مواد در بیماران سوءمصرف‌کننده، باعث افزایش فعالیت هیجانی، کاهش عواطف مثبت و افزایش خلق منفی می‌گردد که منعکس‌کننده ارتباط بین سوگیری حافظه و وسوسه مصرف مواد است. وسوسه مصرف، یک عامل غیرقابل کنترل برای مصرف مواد است و به معنی خواستن، تکانه‌ها، تمایلات و نیاز یا اجبار برای مصرف مواد می‌باشد (Drummond, 2010). پس از رسیدن به حالت پرهیز، میل شدیدی برای تجربه دوباره اثرات ماده مصرفی دیده می‌شود. این احساس ممکن است از چند ساعت پس از ترک تا چندین ماه پس از درمان دیده شود. این پدیده معمولاً به میزان زیادی در نخستین ماه‌های سم‌زدایی گزارش می‌شود، سپس فراوانی و شدت آن کاهش می‌یابد، اگر چه به ندرت ناپدید می‌شود (Zikler, 2005). در بسیاری از تعاریف امروزی از وابستگی دارویی، حس وسوسه مصرف به عنوان پدیده‌ای مرکزی و عامل اصلی لغزش و ادامه سوءمصرف و همچنین بازگشت به اعتیاد، پس از دوره‌های درمانی شناخته می‌شود. وسوسه مصرف را، می‌توان عامل ایجاد علائم ترک روانی و جسمانی دانست (Drummond, 2010).

عود نیز یکی از جنبه‌های مهم اعتیاد است که پس از دوره‌ای از قطع مصرف و تلاش‌های بازدارنده بروز می‌کند. عود از بحث‌برانگیزترین پدیده‌ها در رابطه با مباحث اعتیاد در میان پژوهشگران و همچنین یکی از عوامل ناامیدی، در میان افراد، در زمان ترک انواع اعتیاد است

(Brower & Perron, 2010). عود فرآیند بازگشت به اعمال غیرسالم گذشته است که فرد را به استفاده مجدد از ماده وادار و ترغیب می‌کند. به‌طور معمول، افرادی که درگیر عود می‌شوند، نشانه‌هایی از تغییر در افکار، نگرش‌ها، هیجانات و اعمال‌شان دیده می‌شود (Ibrahim & Kumar, 2009). پیشگیری از عود نیز، به آن دسته از شیوه‌های نظام‌مند (سیستماتیک) آموزش به بیمار بهبودیافته، گفته می‌شود تا از این طریق بتوانند، نشانه‌های هشداردهنده بازگشت را شناسایی و آن‌ها را کنترل کنند (Marlatt & Barrett, 1994). اکثر معتادین در طی دوران اعتیاد بارها ترک می‌کنند، اما پس از طی مدتی مجدداً به سمت اعتیاد روی می‌آورند. پرداختن به مشکلات روانی معتادین از جمله ترمیم عزت‌نفس، اعتمادبه‌نفس، مسئولیت‌پذیری و مشکلات اجتماعی و خانوادگی، ارتباط مستقیم با ترک اعتیاد دارد (Alimadadi, 2005). محققان نتیجه‌گیری کردند که سه چهارم افرادی که دوره درمان را کامل کرده‌اند، در فاصله یک‌سال پس از تکمیل درمان، عود مجدد داشته‌اند (Daley & Marlatt, 2005). (Moridi et al., 2017). Moridi et al. (2017) سبک‌های عود در میان مصرف‌کنندگان مواد مخدر را بررسی کردند. بر حسب سبک‌های عود، بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان دچار عود ناگهانی شده بودند. همچنین ۳۱/۷۷ درصد عود زودرس، ۷۸ درصد عود دیررس و ۷۳/۷۱ درصد بیش از یک عود داشتند (Khaghani et al., 2021).

تاکنون شیوه‌های درمانی متعددی بر روی افراد وابسته به مواد، صورت گرفته و هر یک از این شیوه‌ها تا حدودی اثرگذار بوده و عدم بازگشت مجدد سوءمصرف مواد را به همراه داشته است. یکی از امیدوارکننده‌ترین انواع روان‌درمانی‌ها برای معتادان، CBT یا درمان‌های شناختی-رفتاری است. CBT به ویژه در جلوگیری از عود و بازگشت به مواد مخدر مثرتر بوده است (Atashpoor, 2000). انجمن روان‌پزشکی آمریکا (American Psychiatric Association, 2013) درمان‌های شناختی-رفتاری را از مؤلفه‌های اساسی هر نوع برنامه درمانی اعتیاد در نظر می‌گیرد. در نظریه‌های شناختی، فرایندهای شناختی عامل اصلی نگهداری رفتار محسوب می‌شوند. یکی از فرض‌های اساسی شناخت درمانی این است که افراد برحسب ادراکاتی که از امور و رویدادها دارند به آنها واکنش نشان می‌دهند. دیگر این‌که شناخت‌های نادرست ممکن است منجر به اختلالات هیجانی در افراد شوند. از این رو هدف عمده شناخت درمانی ایجاد تغییر و اصلاح در فرایندهای شناختی افراد است. بنابراین تغییرات مطلوب در رفتار مراجعان

از راه تغییر الگوهای فکری، باورها و نگرش‌هایشان به دست می‌آید (Seif, 1998). فنون شناختی، عقاید مرتبط با دارو و افکار خودآیندی را که در ایجاد تمایلات و هوس‌ها نقش دارند، مورد توجه قرار می‌دهد، در حالی که فنون رفتاری بر اعمالی تمرکز دارند که از لحاظ علی با فرایندهای شناختی تعامل دارند. فنون رفتاری به بیمار کمک می‌کنند تا درستی عقاید مرتبط با دارو را که مصرف را تحریک و تهییج می‌کنند، بیازماید. این فنون، همچنین برای آموزش مهارت‌ها (نظیر ابراز وجود و آرام‌سازی) به بیماران به منظور مواجهه با موقعیت‌های پر خطر، امیال و هوس‌ها به کار می‌روند. مکانیسم فرضی برای تغییر درمانی، هماهنگ ساختن نظام اعتقادی فرد به صورت نزدیک‌تری با واقعیت است. درمانگر و بیمار نیاز دارند که با یکدیگر همکاری کنند تا نظام کنترل‌های بیمار بهبود یابد (مثلاً، با تمرین به تأخیر انداختن ارضاء) و فنون مقابله‌ای مانند پیش‌بینی و حل مسأله را یاد بگیرد (Goodarzi, 2001). در پژوهشی که Radi (2001) تحت عنوان «بررسی تأثیر مشاوره گروهی به شیوه شناختی-رفتاری بر کاهش بازگشت معتادان به مواد مخدر در معتادان خودمعرّف سازمان بهزیستی استان کردستان، انجام داد (شامل دو گروه آزمایشی و گواه)» نتایج نشان داد که مشاوره گروهی با شیوه شناختی-رفتاری، در کاهش میزان بازگشت معتادان به اعتیاد (عود) مؤثر بوده است.

در مطالعه‌ای مقدماتی Baker et al. (2004) به بررسی تأثیر درمانی مصاحبه انگیزشی و درمان شناختی-رفتاری در آزمایش کنترل‌شده تصادفی ۲۱۴ معتاد آمفتامین، نشان دادند که افزایش معنی‌داری در احتمال پرهیز از آمفتامین در بین افرادی که بیش از دو جلسه دریافت داشتند، مشاهده شد. علاوه بر این، تعداد جلسات دریافتی اثر بارزی بر کاهش شدت افسردگی این افراد داشت. این کاهش همراه با بهبود معنی‌دار در سطح تغییر، مصرف قرص آرامبخش، سیگار، مصرف داروهای دیگر، رفتار تزریق، سطح فعالیت مجرمانه، پریشانی روانی و سطح افسردگی داشت. Rawson et al. (2004) در بررسی تحت عنوان «مقایسه مدیریت وابستگی و رویکردهای شناختی-رفتاری در طی درمان نگهدارنده با متادون برای وابستگی به کوکائین» نمونه‌ای شامل ۱۲۰ نفر در چهار وضعیت آزمایشی (مدیریت وابستگی، درمان شناختی-رفتاری، ترکیب مدیریت وابستگی و درمان شناختی-رفتاری، درمان نگهدارنده معمولی)

به‌صورت تصادفی اختصاص دادند. دوره بررسی ۱۶ هفته بود و چهار بار ارزیابی شدند. با اینکه اثر درمانی مدیریت وابستگی بارزتر بود، اما در برونداد طولانی‌مدت درمان شناختی-رفتاری موفق‌تر بود. گروه‌های ترکیبی دو درمان نیز نتیجه بهتر از آن دو نشان ندادند.

از دیگر برنامه‌های کاربردی اعتیاد، می‌توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد. مداخلات مبتنی بر اکت نوع درمان نسبتاً جدیدی است که از نظر زمان و هزینه بسیار مقرون به صرفه است (Soltanian et al., 2022). در این نوع درمان تلاش می‌شود به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نه تمرکز صرف بر بازسازی‌های شناختی است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شوند. این شش فرایند عبارتند از پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهد. در این درمان ابتدا سعی می‌شود، پذیرش روانی فرد درمورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و...) افزایش‌یافته و متقابلاً اعمال کنترل نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به‌طور کامل پذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی در لحظه حال افزوده می‌شود، یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. مرحله چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. مرحله پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل‌کند (روشن‌سازی ارزش‌ها). در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص‌شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی (Hayes, 2004). در بررسی Wilson et al. (2003)، تأثیر این روش درمانی بر سوء‌مصرف و وابستگی به مواد مشخص شده است. Amirian et al. (2018) نیز اثربخشی این درمان را بر افراد معتاد نشان دادند.

نکته حائز اهمیت که اکنون لازم است به آن توجه شود، استفاده از درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری در مطالعه حاضر به جای استفاده جداگانه از این درمان‌ها است. مبنای استفاده تلفیقی از درمان پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری در این مطالعه، علی‌رغم تفاوت‌هایی که بین این دو رویکرد درمانی وجود دارد، بنیان‌های نظری و هدف‌نهایی مطرح برای این دو درمان است. این امر از بُعد نظری برای این دو درمان قابل انجام است. مطابق با بررسی دقیق و مستند (Menin et al., 2013) هر دو درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اهداف‌نهایی تغییر توجه، تفکر و رفتار را با استفاده از فنون درمانی متفاوت دنبال می‌کنند. برای نمونه درمان شناختی-رفتاری از طریق فونونی مانند ترسیم نحوه بروز مشکل و حفظ آن، شناسایی افکار خودکار منفی و پاسخ‌های هیجانی مربوط به این افکار و برخی فنون یادگیری مربوط به الگوهای فکری و در درمان پذیرش و تعهد، فنون ساختار یافته‌تری نسبت به درمان شناختی-رفتاری مانند فنون ذهن‌آگاهی را برای افزایش توان تمرکز فرد بر زمان حال، بدون داوری و یا با پذیرش بیشتر دنبال می‌کنند (Harley, 2015).

فرض بنیادین رویکرد شناختی-رفتاری این است که شناخت بر احساس و رفتار تأثیرگذار است و بیش از خود رویدادها، افراد به بازنمایی شناختی خود از رویدادها، پاسخ می‌دهند (Li et al., 2019). درمان شناختی-رفتاری متشکل از فنون شناختی و رفتاری است و هدف آن پیدا کردن راه‌حلی برای مسائل بیمار است (Haynes, 2015). در درمان پذیرش و تعهد، نیز به افراد کمک می‌شود تا به شکلی متعهدانه و ذهن‌آگاهانه از افکار خود آگاه شوند و بروز و ظهور این افکار را نه به عنوان حقیقت، بلکه به عنوان چیزی که زاییده ذهن است تلقی کنند. به معنای دیگر، افکار را فقط به عنوان افکار و نه حقیقت غیرقابل تغییر پذیرفته و با آن مواجه شوند (Hayes, 2019). ضمناً، تلفیق فنون بازسازی، تعدیل و اصلاح برخی شناخت‌ها و رفتار (درمان شناختی-رفتاری)، همراه با ارتقاء سطح توان مواجهه تجربه‌ای، انعطاف‌پذیری و پذیرش مبتنی بر ارزش‌های نوین (درمان پذیرش و تعهد)، برای افزایش پوشش مشکلات افراد وابسته به مواد، امری ضروری است که در تلفیق دو درمان، حاصل می‌شود.

در پژوهش‌های (Rahimi et al., 2017)، (Mirzadeh Ahari 2017)، (Mardani 2017)، (Gholizadeh 2018) و (Arjmand Gajur et al. 2018) نشان داده شد که درمان‌های پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری بر کاهش وسوسه مصرف و پیشگیری از بازگشت در افراد معتاد مؤثر

است. در مطالعه مبانی نظری و پیشینه پژوهشی در زمینه اعتیاد، نکته مهمی که بیش از هر چیز مورد غفلت قرار گرفته، فقدان مطالعاتی است که از تلفیق روش‌های مختلف درمانی، استفاده شده باشد. با توجه به اهمیت موضوع و وجود خلأهای پژوهشی در این زمینه، انجام این پژوهش می‌تواند از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشد، زیرا در این پژوهش دو روش درمانی (که بالاترین کاربرد را دارند)، مورد بهره‌برداری قرار می‌گیرد. به علاوه، میزان اثربخشی این روش در دو متغیر بسیار مهم در درمان اعتیاد (وسوسه مصرف و پیشگیری از عود) مورد بررسی قرار گرفته، که می‌تواند نتایج مهمی را در پی داشته باشد.

در زمینه کاربردهای عملی و مداخلات کلینیکی، با توجه به نیاز جدی مراکز درمان اعتیاد به برنامه‌های روان‌درمانی، شناخت روشی که در ابعاد مختلف، دارای بیشترین اثربخشی است از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. زیرا به کادر درمانی کمک می‌کند تا به صورت جامع‌تری با مشکل برخورد کنند و در برنامه‌ریزی و عمل، عوامل مرتبط با بیماری را شناخته و آن‌ها را در نظر بگیرند. همچنین، از اتلاف وقت و هزینه در روش‌های کم بازده جلوگیری می‌کند. به علاوه، این اطلاعات می‌تواند برای بیماران و خانواده‌ها مفید باشد تا بتوانند بهترین روش و مؤلفه‌های درمانی آن را شناخته و برای اثربخشی آن اقدامات تکمیلی را انجام دهند. زیرا درمان اعتیاد و راه‌های پیشگیری از آن دارای ابعاد چندگانه است و نیاز به همکاری و پشتیبانی‌های سازمانی، فردی و خانوادگی دارد. بر این اساس، مسئله اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری بر وسوسه مصرف و پیشگیری از عود در معتادان خودمعرف، اثربخش است؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش از حیث هدف، کاربردی و از نظر جمع‌آوری اطلاعات، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه و پیگیری است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه معتادان خودمعرف به مراکز ترک اعتیاد دزفول بود. ابتدا از بین مراکز متعدد ترک اعتیاد دزفول، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی، دو مرکز انتخاب شد. سپس از هر مرکز، به

صورت تصادفی، تعداد ۱۵ نفر (آزمایشی ۱۵ نفر و گواه ۱۵ نفر) انتخاب گردید. ملاک‌های ورود، شامل تمایل و رضایت برای شرکت در پژوهش، مذکر بودن، عدم ابتلا به اختلال روان‌شناختی و روان‌پزشکی حاد یا مزمن، عدم شرکت در دوره درمانی موازی در طول انجام پژوهش و ملاک‌های خروج نیز شامل عدم همکاری، عدم انجام تکالیف ارائه شده در جلسات و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه عقاید وسوسه‌انگیز (Tempting Opinion Questionnaire): به منظور سنجش وسوسه از پرسشنامه عقاید وسوسه‌انگیز (Beck and Clark (1993)، استفاده شد. این مقیاس، دارای ۲۰ گویه است که هر کدام در یک مقیاس هفت درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۷ (کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شوند. برای به دست آوردن نمره کلی، امتیاز همه گویه‌ها با هم جمع می‌شوند. بنابراین نمره کل پرسشنامه، دامنه‌ای از ۲۰ تا ۱۴۰ خواهد داشت. امتیازات بالاتر نشان‌دهنده وسوسه بیشتر و نمره پایین حاکی از وسوسه کم پاسخ‌دهنده است. این آزمون از اعتبار و روایی خوبی برخوردار است و آلفای کرونباخ ۰/۹۵ برای آن گزارش شده است (Beck & Clark, 1993). همچنین روایی صوری و محتوایی آن نیز به تأیید اساتید و کارشناسان مربوطه رسیده است. در فرهنگ ایرانی، (Rahmanian et al. (2006) آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۴ و به روش تنصیف ۰/۸۱ و روایی این مقیاس را از طریق ضریب همبستگی پیرسون ۰/۲۸، گزارش نموده‌اند. در پژوهش حاضر، پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹، محاسبه شد.

مقیاس پیش‌بینی از بازگشت (Predictive Scale of Returns): یک مقیاس خودسنجی ۴۵ گویه‌ای است که توسط Whrite (1993)، ارائه شده است. هر گویه شامل یک موقعیت می‌شود که آزمودنی باید خود را در آن تصور کند و به دو قسمت این مقیاس پاسخ دهد: الف) شدت نیرومندی میل در موقعیت خاص و ب) احتمال مصرف در آن موقعیت. همه گویه‌ها در یک مقیاس پنج درجه‌ای شامل هیچ=۰، ۱=ضعیف، ۲=متوسط، ۳=قوی، ۴=خیلی قوی نمره‌گذاری می‌شوند. برای به دست آوردن نمره کلی، امتیاز همه گویه‌ها با هم جمع می‌شوند. بنابراین، حداقل امتیاز ممکن ۰ و حداکثر ۱۸۰ خواهد بود. این مقیاس توسط Goodarzi

(2001) ترجمه شده است. به منظور سنجش میزان پایایی آن توسط پژوهشگر، با اجرا بر روی ۴۰ بیمار وابسته به مواد در دوره بهبود اولیه و با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس میزان وسوسه ۰/۹۴ و برای خرده‌مقیاس میزان میل ۰/۹۷ محاسبه شده است، همبستگی به دست آمده بین دو خرده‌مقیاس مذکور با استفاده از روش همبستگی پیرسون ($r=0/85$) نیز از لحاظ آماری، رابطه معنی‌داری را نشان می‌دهد ($p<0/001$). در پژوهش حاضر، پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۹ محاسبه شد.

روند اجرای پژوهش

برای اجرای پژوهش، ابتدا دو مرکز ترک اعتیاد دزفول انتخاب و طرح پژوهش برای مدیران مراکز توجیه شد و آن‌ها، برای همکاری در جهت اجرای پژوهش اعلام آمادگی نمودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی، تعداد ۳۰ نفر از افراد معتاد خودمعرف این مراکز (هر مرکز تعداد ۱۵ نفر) انتخاب و بعد از انجام مرحله پیش‌آزمون، بر اساس نمرات کسب‌شده، به دو گروه همگن (آزمایشی ۱۵ نفر و گواه ۱۵ نفر) تقسیم شدند. سپس جلسه‌ای جهت تبیین اهداف پژوهش و جلب مشارکت و اخذ رضایت آگاهانه آن‌ها، برای شرکت در پژوهش تشکیل شد. در ادامه، دو گروه آزمایشی و گواه در مرحله پیش‌آزمون، به پرسشنامه عقاید وسوسه‌انگیز و مقیاس پیش‌بینی بازگشت، پاسخ دادند. سپس، گروه آزمایشی بر اساس پروتکل درمان تلفیقی شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد، طی ۱۰ جلسه ۹۰-۶۰ دقیقه‌ای (یک جلسه در هفته)، توسط درمانگر مجرب (دارای ۱۰ سال سابقه آموزش و درمان) تحت آموزش قرار گرفت. گروه گواه در این مدت، هیچ‌گونه درمانی دریافت ننمود. پس از پایان جلسات درمان، دو گروه آزمایشی و گواه، در مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری (دو ماه بعد)، مجدداً به پرسشنامه‌های عقاید وسوسه‌انگیز و مقیاس پیش‌بینی بازگشت، پاسخ دادند. به منظور طراحی بسته تلفیقی دو رویکرد درمانی (شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد)، همه چارچوب‌های نظری این دو رویکرد بررسی و در نهایت بر اساس چارچوب نظری و تحقیقات انجام‌شده قبلی، بسته آموزشی تدوین شد. خلاصه جلسات درمانی در جدول زیر ارائه شده است:

Table 1.
Summary of integrated acceptance and commitment and cognitive-behavioral therapy sessions

جلسات	محتوای درمان
اول	آگاه‌سازی شرکت‌کنندگان (توجیه شرکت‌کنندگان در مورد اعتیاد و پیامدهای آن، ارائه اطلاعات درباره ساختار درمان و ایجاد توافق در این مورد، ضرورت آموزش روانی، فراگیری مهارت‌ها، درمانگر خویش شدن، تأکید درمانگر بر نقش تکالیف خانگی و جلوگیری از عود) و اجرای پیش‌آزمون.
دوم	گسلش، افکار ناکارآمد خود را یادداشت کنید، آن‌ها را با خود حمل کنید (استعاره اتوبوس)، مشاهده افکار و احساسات، یکسان نبودن افکار و واقعیات، تشکر از ذهن به خاطر افکار و به چالش کشیدن افکار (درماندگی خلاق)، تمایز گذاشتن بین توصیف و ارزیابی، تمرین ذهن‌آگاهی.
سوم	استفاده از بازسازی شناختی در چارچوب مدل تلفیقی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری: الف) رویداد فعال‌ساز؛ ب) افکار باورپذیر (افکار مشکل‌ساز، خطاهای شناختی)؛ پ) نتیجه باور داشتن به افکار؛ ت) تمرینات گسلش؛ ث) راه‌های جدید مؤثر بودن، آموزش رابطه بین افکار، احساسات و رفتار.
چهارم	پذیرش بنیادین با استفاده از گفتگوی سقراطی: ۱) هنگامی که احساس بدی دارید، اطرافیان می‌گویند چه کاری انجام می‌دهید؟ ۲) با چه چیزی در حال مبارزه بوده‌اید؟ ۳) چگونه سعی کردید بر آن غلبه کنید؟ ۴) چقدر این تلاش در کوتاه‌مدت یا بلندمدت مفید بوده‌اند؟ (استعاره مردی در گودال)؛ ۵) به خاطر این مبارزه از چه چیزهایی دست برداشته‌اید؟ ۶) چرا به سختی تلاش می‌کنید احساس و فکرتان را تغییر دهید؟ (استعاره بیر)؛ ۷) چرا تغییر افکار و احساسات خیلی سخت است؟ (استعاره کیک شکلاتی)؛ ۸) اگر تلاش برای تغییر افکار و احساسات مؤثر نباشد، چه کار دیگری می‌توانید انجام دهید؟ (استعاره مسابقه طناب‌کشی با هیولا).
پنجم	۱) کاهش چسبیدن به خود مفهوم‌سازی شده (دیدن جنبه‌های منفی بازی عزت‌نفس)؛ ۲) ایجاد آگاهی از خود به عنوان چشم‌انداز: الف) استعاره صفحه شطرنج و ب) تمرین کشف خود؛ ۳) تماس با خود مفهوم‌سازی شده از طریق خود مشاهده‌گر.
ششم	شناسایی هیجان‌ها (کاربرگ)، ابزار مؤثر هیجان‌ها (تخیله هیجانی به صورت نوشتاری)، شناسایی نقاط داغ (کاربرگ)، به روایتی دیگر تجسم کردن.
هفتم	۱) تشویق تنفس عمیق، آرام‌سازی عضلانی پیش‌رونده؛ ۲) آموزش راهبردهای مدیریت و مقابله با هیجان: الف. تمرین راهبردهای شناختی، ب. راهبردهای جسمانی (ورزش)، پ. استفاده از راهبردهای فیزیولوژیکی (درمان دارویی)، ت. ترغیب فعالیت (شرکت در امور فوق برنامه) ث. جستجوی حمایت اجتماعی برای داشتن حس خوب.
هشتم	فعال‌سازی رفتار، هدف نهایی مدل تلفیقی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری، ارزش‌ها، تصریح و شناسایی ارزش‌ها (کاربرگ ارزش‌ها)، استعاره گدا دم در، استعاره درختکاری.
نهم	ارائه آموزش مهارت اجتماعی، یادگیری داشتن احساسات ناخوشایند در عین حال عملکرد خوب، تمرین توقف: ایست، تمرین قدم برداشتن به عقب، مشاهده، توصیف و تقویت رفتار مؤثر مراجعان.
دهم	تمایز بین ارزش‌ها و هدف، ارزش‌ها قابل توجه نیستند، ارزش‌ها با وجود تجارب تلخ یا شکست اهمیت خود را از دست نمی‌دهند، اقدام متعهدانه طولانی‌مدت اغلب مستلزم تحمل پریشانی بیش از حد و تمایل مواجهه با موانع است (کاربرگ ارزش‌ها به سوی عمل).

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در این تحقیق، از روش‌های آماری زیر با استفاده از نرم افزار SPSS-20 استفاده شده است: آمار توصیفی مانند فراوانی و درصد، میانگین و

انحراف معیار؛ آمار استنباطی شامل آزمون لوین، کولموگروف-اسمیرنوف، تی مستقل و تحلیل کواریانس یک متغیری (ANCOVA). ضمناً برای کلیه فرضیه‌ها، سطح معنی‌داری $\alpha=0/05$ در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها

نمونه پژوهش شامل ۱۶ نفر دیپلم، ۱۱ نفر کاردانی و ۳ نفر کارشناسی می‌باشد. از نمونه پژوهش، ۵ نفر کمتر از ۲۵ سال، ۱۲ نفر بین ۲۶ تا ۳۰ سال، ۱۰ نفر بین ۳۱ تا ۳۵ سال و ۳ نفر بیشتر از ۳۵ سال سن دارند. از نمونه پژوهش ۱۲ نفر کمتر از ۵ سال، ۱۰ نفر بین ۶ تا ۱۰ سال، ۵ نفر بین ۱۱ تا ۱۵ سال، و ۳ نفر بیشتر از ۱۵ سال، مواد مخدر مصرف نموده‌اند. نتایج پژوهش حاضر، در دو بخش توصیفی و استنباطی ارائه شده است. جدول ۲ و ۳، میانگین و انحراف معیار و سوسه مصرف و عود (قدرت میل) را به تفکیک گروه آزمایشی و گواه و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

Table 2.

Mean and standard deviation of temptation scores in self-reported addicts in control and experimental groups

Group	Number	Pre-test		Post-test		Follow-up	
		M	SD	M	SD	M	SD
Experiment	15	80.86	14.08	51.53	14.56	55.80	16.20
Control	15	80.20	15.88	77.40	18.71	81.53	20.89

همان‌طور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات و سوسه مصرف در معتادان خودمعرف مراکز ترک اعتیاد دزفول در پیش‌آزمون [گروه آزمایشی (۸۰/۸۶)] و گروه گواه (۸۰/۲۰) تفاوت چندانی مشاهده نمی‌شود. اما بین میانگین نمرات پس‌آزمون [گروه آزمایشی (۵۱/۵۳)] و گروه گواه (۷۷/۴۰) تفاوت آشکاری مشاهده می‌شود. علاوه بر این، مقایسه میانگین گروه‌ها در مطالعه پیگیری، نشان از این است که این تفاوت، یعنی تفاوت میان مرحله پیش‌آزمون و پیگیری در طول زمان نیز ادامه داشته و به نفع گروه آزمایشی، در کاهش نمرات و سوسه مصرف در معتادان خودمعرف مراکز ترک اعتیاد دزفول بوده است.

همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات عود (قدرت میل) در

Table 3.
Mean and standard deviation of relapse scores (desire strength) of self-reported addicts in control and experimental groups

Group	Number	Pre-test		Post-test		Follow-up	
		M	SD	M	SD	M	SD
Experiment	15	63.26	27.26	30.53	28.05	35.00	27.33
Control	15	64.80	30.05	62.33	29.50	65.86	31.30

معتادان خودمعرف مراکز ترک اعتیاد دزفول در پیش‌آزمون [گروه آزمایشی (۶۳/۲۶) و گروه گواه (۶۴/۲۶)] تفاوت چندانی مشاهده نمی‌شود. اما بین میانگین نمرات پس‌آزمون [گروه آزمایشی (۳۰/۵۳) و گروه گواه (۶۲/۳۳)] تفاوت آشکاری مشاهده می‌شود. علاوه بر این، مقایسه میانگین گروه‌ها در مطالعه پیگیری، نشان از این است که این تفاوت، یعنی تفاوت میان مرحله پیش‌آزمون و پیگیری در طول زمان نیز ادامه داشته و به نفع گروه آزمایشی است.

Table 4.
Results of ANCOVA of test temptation scores in self-reported addicts in control and experimental groups

	Sum of squares	df	Mean of Sum of Squires	F	Significance Leve	Eta ²	Power
Homogeneity of regression slope	127.73	2	63.86	0.30	0.75	0.03	0.09
Pre-test effect	2610.79	1	2610.79	13.39	0.001	0.33	0.94
Intergroup	5183.16	1	5183.16	26.58	0.001	0.50	0.99
Error	5264.55	27	194.98				
Total	12893.47	29					

چنان‌که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، بین میانگین نمرات وسوسه مصرف در معتادان خودمعرف مراکز ترک اعتیاد دزفول در دو گروه گواه و آزمایشی، در پس‌آزمون [گروه آزمایشی (۵۱/۵۳) و گروه گواه (۷۷/۴۰)] تفاوت معنی‌داری وجود دارد که این تفاوت به نفع گروه آزمایشی در کاهش نمره وسوسه مصرف در معتادان خودمعرف مراکز ترک اعتیاد دزفول، بعد از درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری می‌باشد (مرحله پس‌آزمون $F=26.58$ و سطح معنی‌داری $p<0.05$).

چنان‌که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، بین میانگین نمرات عود (قدرت میل) در معتادان خودمعرف مراکز ترک اعتیاد دزفول در دو گروه گواه و آزمایشی، در پس‌آزمون [گروه

Table 5.

Results of ANCOVA on relapse scores (desire strength) of self-reported addicts in two control and experimental groups.

	Sum of squares	df	Mean of Sum of Squires	F	Significance Leve	Eta ²	Power
Homogeneity of regression slope	139.892	2	69.946	0.228	0.798	0.022	0.081
Pre-test effect	14009.940	1	14009.940	**14.147	0.001	0.604	1.000
Intergroup	7019.547	1	7019.547	**20.616	0.001	0.433	0.992
Error	9193.126	27	340.486				
Total	30787.367	29					

آزمایشی (۳۰/۵۳) و گروه گواه (۶۳/۳۳) تفاوت معنی‌داری وجود دارد که این تفاوت به نفع گروه آزمایشی در کاهش نمرات عود (قدرت میل) در معتادان خودمعرف مراکز ترک اعتیاد دزفول، بعد از درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری می‌باشد (مرحله پس‌آزمون $F=20/61$ و سطح معنی‌داری $p<0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

کشور ایران سابقه چند صد ساله تولید و مصرف مواد افیونی دارد که این سابقه باعث شده است به لحاظ تاریخی و فرهنگی، استعداد گسترش پدیده اعتیاد به مواد مخدر در کشور وجود داشته باشد. علاوه بر آن، در دهه‌های اخیر تغییرات شتابان اقتصادی-اجتماعی، عوامل آسیب‌پذیری متعددی را به همراه داشته است. پیدایش اقتصاد متکی به نفت، عوارض به جامانده از هشت سال دفاع مقدس، رشد سریع جمعیت و به تبع آن افزایش قابل توجه جمعیت جوان کشور، گسترش تکنولوژی ارتباطات جهانی و افزایش سطح انتظارات نسل جوان، سیر توسعه صنعتی و مشکلات ناشی از آن (شامل مهاجرت، افزایش قابل توجه جمعیت شهری به ویژه حاشیه‌نشینی و بیکاری)، از جمله عوامل آسیب‌پذیری به مشکلات اجتماعی مانند اعتیاد به مواد مخدر هستند.

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری بر وسوسه مصرف و پیشگیری از عود در معتادان خودمعرف مراکز ترک اعتیاد دزفول انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که این درمان بر کاهش وسوسه مصرف و پیشگیری از عود در معتادان

خودمعرف، مؤثر بوده است. به عبارتی، میزان وسوسه مصرف و عود در گروه آزمایشی، نسبت به گروه گواه، کاهش معنی‌داری داشته است. این یافته‌ها، با نتایج مطالعات پژوهشگران داخلی و خارجی همچون (Rahimi et al., 2017)، (Mirzadeh Ahari (2017)، (Mardani (2017)، (Gholizadeh (2018) و (Arjmand Gajur et al. (2018) همسو می‌باشد.

استفاده از درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری در این مطالعه، امکان بهره‌مندی همزمان از فنون درمانی هر دو درمان، در راستای رفع مشکلات روان‌شناختی افراد وابسته به مواد را فراهم ساخت. این مطالعه، با این منطق نظری اجرا شد که افراد وابسته به مواد، در مقابله با اثرات استعمال مواد، دارای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی لازم نبوده و اسیر افکار و باورهای ناکارآمدی هستند که درمان روان‌شناختی آن‌ها را با مشکل مواجه می‌کند. از چنین منطق و دیدگاهی، ضرورت و نیاز درمانی این افراد، یکی افزایش سطح انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، با استفاده از فنون و استعاره‌های درمانی، در درمان پذیرش و تعهد و جایگزینی افکار، نظرات و باورهای ناکارآمد در مورد خود، به طور همزمان از طریق فنون درمان شناختی-رفتاری است. این منطق، همسو با مطالعاتی است که تاکنون مبنی بر قابلیت ترکیب درمان شناختی-رفتاری با درمان پذیرش و تعهد مطرح شده است (Hallis et al., 2016).

یافته‌های پژوهش نشان داد، بین میانگین نمرات گروه آزمایشی و گروه گواه در وسوسه مصرف در پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد و استفاده از درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری سبب کاهش وسوسه مصرف در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه شده است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، وسوسه حس شدید و مزاحمی است که تمرکز را دچار مشکل می‌کند، در عملکرد مداخله کرده و فرد را دچار آشفتگی می‌کند و فعالیت‌های بعدی را کنترل می‌کند. بررسی‌ها نشان داده‌اند که یک نشانه تصویری و غیرتصویری (برای نمونه صوتی یا بویایی در محیط خارجی و یا یک تخیل درون‌زاد) می‌تواند عامل القای وسوسه گردد. افرادی که نگرش مثبت نسبت مصرف مواد دارند، چه در هنگام مصرف و چه پس از ترک مصرف، وسوسه بیشتری را احساس می‌کنند، زیرا این افراد، وقتی که با فشار دوره ترک مواجه می‌شوند، شبکه عقاید ناکارآمد آنان درباره مواد فعال می‌گردد. این افراد، قادر به کنترل راهبردهای خود نبوده و از راهبردهای اجتنابی بیشتر استفاده می‌کنند. موقعیت‌های برانگیزاننده

بیرونی و درونی (مانند هیجان منفی) با فعال کردن افکار خودآیند، وسوسه را فعال می‌کنند. تجربه وسوسه به علاوه افکار اتوماتیک، باعث ایجاد ناهماهنگی بین باورهای مختلف فرد یا بین نیازها و خواسته او می‌گردد و عقاید تسهیلی برای حل این تعارض، فعال و در نتیجه باعث تمرکز فرد بر دستیابی به مواد می‌شود (Beck, 1999).

در فرایند اعتیاد، دوسوگرایی و وسوسه افراد که از طریق فرایند شرطی‌سازی عمل می‌کند، نقش به‌سزایی در انکار یا پذیرش وجود اعتیاد در فرد دارد. در طول اعتیاد، برانگیزاننده‌ها، افکار و وسوسه، می‌تواند یک جا ادامه یابد. زنجیره معمول اعتیاد به این صورت است: برانگیزاننده منجر به فکر مواد شده، آن نیز به نوبه خود وسوسه را به دنبال آورده و در نهایت مصرف را در پی دارد (Tajeri, 2012). بنابراین، جزء مهمی از درمان مستلزم متوقف کردن فرایند وسوسه است. هدف این روش درمانی، پرورش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در پاسخ به افکار، احساسات و حس‌های بدنی ناخوشایند از طریق تمرکز حواس، پذیرش و تغییر رفتار است (Hayes et al., 2013). این درمان از طریق آموزش، فضایی را برای مراجعان ایجاد می‌کند تا نگرشی مثبت به افکار، احساسات و خاطرات ناراحت‌کننده که می‌تواند زمینه وسوسه و عود را مهیا کند، به وجود آورند. در این رویکرد، هر شش فرایند بنیادین درمان (۱- پذیرش؛ ۲- گسلش شناختی؛ ۳- ارتباط با زمان حال؛ ۴- عمل متعهدانه؛ ۵- خود به‌عنوان زمینه؛ و ۷- ارزش‌ها)، با هم ترکیب می‌شوند تا انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را به وجود آورند. آموزش مهارت‌ها نیز در این درمان، جایگاه خاص خود را دارد و بیماران با فراگیری مهارت‌هایی نظیر مهارت امتناع از پذیرش مواد، حل مسئله، کنترل خشم، ارتباط مؤثر و رفتار قاطعانه یاد می‌گیرند، در برابر وسوسه مقاومت کنند، از موقعیت‌های پرخطر اجتناب کنند و به افراد اصرارکننده، «نه» بگویند. فراگیری این تکنیک‌ها به بیماران کمک می‌کنند در کوتاه‌مدت، توجه خود را از افکار برانگیزاننده دور سازند و در بلندمدت نیز با این افکار به چالش برخیزند و در مجموع به کمک این تکنیک‌ها، دفعات لغزش را کاهش دهند و با افزایش خویشتنداری، از عود جلوگیری به عمل آورند.

دیگر یافته پژوهش نشان داد، بین میانگین نمرات گروه آزمایشی و گروه گواه در عود مصرف در پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد و استفاده از درمان تلفیقی پذیرش و تعهد

و شناختی-رفتاری سبب کاهش عود مصرف در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه شده است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان نمود، بسیاری از افرادی که علائم ترک را تحت کنترل خود در می‌آورند و برای مدت قابل ملاحظه‌ای بدون مصرف دارو پیش می‌روند، بعد از مدتی (و بعضی اوقات بدون هیچ دلیل آشکاری که موجب کشاندن دوباره آن‌ها به مصرف مواد مخدر می‌شود) بازگشت می‌کنند. عوامل مؤثر در بازگشت به رفتار اعتیادآمیز پس از طی یک دوره درمان کم و بیش موفق، به اندازه گرایش اولیه به سمت سوء مصرف مواد، پیچیده بوده و به عوامل متعددی بستگی دارد. شناسایی این عوامل و توجه به آن‌ها، در طراحی برنامه درمان، موفقیت اقدامات درمانی و پیشگیری از عود، حائز اهمیت می‌باشد. این عوامل را می‌توان به چهار گروه عمده (فردی، بین فردی، اجتماعی و موقعیتی) تقسیم نمود. موقعیت‌های پرخطر (مانند محرک‌های مرتبط با مواد و عواطف مثبت یا منفی)، میل به مصرف مواد را افزایش می‌دهد که به نوبه خود، موجب کاهش خودکارآمدی شده و در نتیجه منجر به مصرف مواد می‌شود. همچنین، بر اساس مدل شناختی زمانی که افراد با برانگیزنده‌های خاص که ممکن است شامل حالات هیجانی درونی (خستگی، خشم)، حالات جسمانی (علائم ترک، درد) یا موقعیت‌های بیرونی (مکان‌ها یا موقعیت‌های مرتبط با مصرف)، مواجه می‌شوند، بیشتر احتمال دارد که به مصرف مواد پردازند. این عوامل برانگیزاننده، باورها را فعال ساخته و در جای خود فرآیندی را برمی‌انگیزند که به مصرف مواد منجر می‌شود. بنابراین برای پیشگیری از بازگشت، باید همه این متغیرها مورد هدف قرار گرفته و تعدیل شوند (Niaura, 1998).

بر اساس یافته‌های پژوهشی، بازداری فکر، مانع تلاش برای ترک مواد مخدر و سیگار می‌شود (Haga et al., 1994). درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری، باعث می‌شود که سوء مصرف‌کنندگان مواد به جای چالش و پرهیز از افکار و احساسات ناراحت‌کننده ناشی از ترک، با برقراری یک سبک ارتباطی متفاوت، بدون واکنش و با استفاده از شیوه جدید پردازش اطلاعات، افکار و احساسات ناراحت‌کننده خود را بدون داوری و ارزیابی بپذیرند و با حساسیت‌زدایی، با آن‌ها کنار بیایند. ضمناً به علت این‌که بحرانی‌ترین پیش‌بینی‌کننده عود، توانایی افراد در استفاده از راهبردهای مقابله مؤثر در هنگام رویارویی با موقعیت پرخطر است، این درمان از طریق فراهم کردن راهبردهای مقابله‌ای لازم در موقعیت‌های پرخطر، فرد را از

بازگشت مجدد به اعتیاد مصون نگه می‌دارد. همچنین، به دلیل این‌که تغییر نگرش به عنوان ابزار مؤثر در کاهش عود محسوب می‌شود، این درمان، از طریق تغییر نگرش و باورها و افزایش اعتماد به نفس و ایجاد تفکر منطقی، منجر به کاهش عود اعتیاد می‌گردد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به این موضوع اشاره کرد که شیوع بیماری کرونا و دستورالعمل‌های بهداشتی، باعث ایجاد محدودیت در برگزاری کلاس‌های آموزشی گردید. با توجه به این‌که نتایج پژوهش نشان داد که درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری بر کاهش وسوسه مصرف و پیشگیری از عود، در معنادار خودمعرف مراکز ترک اعتیاد، تأثیر مطلوبی داشته، پیشنهاد می‌گردد که مدیران مراکز ترک اعتیاد، به برگزاری این دوره اقدام نمایند.

سهم مشارکت نویسندگان: همه نویسندگان در تهیه مقاله سهم یکسان داشته‌اند.

سپاسگزاری: نویسندگان بر خود لازم می‌دانند تا از مدیران و مربیان مراکز ترک اعتیاد و کلیه شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش همکاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

تضاد منافع: بنا به اظهار نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد.

منابع مالی: هزینه‌های این مقاله از منبع شخصی تأمین گردیده و حمایت مالی از هیچ نهاد یا سازمانی دریافت نشده است.

References

- Abazid, H., Abou -Isba, S., Abu Farha, R., & Al -Jomaa, E. E. (2020). Drug abuse in Syria: Pattern of use, causes and perception as perceived by Syrian addicts. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*, *11*(2), 183-188.
- Alimadadi, A. (2005). *Textbook on addiction and drug abuse in accordance with the chapter of the cultural revolution headquarters*. Tehran: Community-oriented. [Persian]
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.

- Amirian, K., Mami, S. H., Ahmadi, V., & Mohammadzadeh, J. (2018). Comparison of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Dialectical Behavior Therapy (DBT) on impulsivity in addicted people. *Nurse and Physician Within War*, 5(17), 36-45. [Persian]
- Arajmand Qajur, K., Khanjani, Z., & Bakshipour, A. (2018). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in relapse prevention in methamphetamine dependent patients. *Yafte*, 1(21), 38-51. [Persian]
- Atashpoor, H. (2000). Behavioral strategies-Cognitive Treatment. *Sarab Monthly* 12(3), 15-25. [Persian]
- Baker, A., Lee, N. K., Claire, M., Lewin, T. J., Grant, T., Pohlman, S., ... & Carr, V. J. (2004). Drug use patterns and mental health of regular amphetamine users during a reported 'heroin drought'. *Addiction*, 99(7), 875-884.
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 49-58.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Bliuc, A. M., Doan, T. N., & Best, D. (2019). Sober social networks: The role of online support groups in recovery from alcohol addiction. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 29(2), 121-132.
- Brower, K. J., & Perron, B. E. (2010). Sleep disturbance as a universal risk factor for relapse in addictions to psychoactive substances. *Medical Hypotheses*, 74(5), 928-933.
- Brummett, B. R. (2007). *Attachment style, early maladaptive schemas, coping self efficacy, therapy alliance and their influence on addiction severity in methadone-maintenance treatment*. New York: Forham University Press.
- Daley, D. C., & Marlatt, G. A. (2005). Relapse prevention. In J. H. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman, & J. G. Langrod (Eds.), *Substance abuse: A comprehensive textbook* (4th ed., pp. 772-785). Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins
- Drummond, D. C. (2010). Theories of drug craving, ancient and modern. *Addiction*, 96(1), 33-46.
- Gholizadeh, B. (2018). *The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on cognitive flexibility, self-efficacy and desire to use in drug addicts under treatment (Master's degree dissertation)*. Mohaghegh Ardabili University. [Persian]
- Goodarzi, M. (2001). *Cognitive Therapy Drug Addiction: Cognitive and practical skills training for drug addiction and smoking cessation*. Tehran: Rahgosha. [Persian]
- Hagga, D. A., & Allison, M. L. (1994). Thought suppression and smoking relapse: A secondary analysis of Hagga. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 327-331.

- Hallis, L., Cameli, L., Dionne, F., & Knäuper, B. (2016). Combining Cognitive Therapy with Acceptance and Commitment Therapy for depression: A manualized group therapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 26*(2), 186-201.
- Harley, J. (2015). Bridging the gap between cognitive therapy and acceptance and commitment therapy (ACT). *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 193*, 131-140.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Vilatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy, 44*, 180-198
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy, 35*(4), 639-665.
- Hayes, S. C. (2019). Acceptance and commitment therapy: Towards a unified model of behavior change. *World Psychiatry, 18*(2), 226.
- Haynes, P. (2015). Application of cognitive behavioral therapies for comorbid insomnia and depression. *Sleep Medicine Clinics, 10*(1), 77-84.
- Ibrahim, F., & Kumar, N. (2009). The influence of community on relapse addiction to drug use: Evidence from Malaysia. *European Journal of Social Sciences, 11*(3), 471-476. (Persian)
- Khaghani, F., Torkan, H., & Yousefi, Z. (2021). Qualitative research factors affecting adherence to treatment in addicts undergoing narcotics anonymous of Isfahan city. *Journal of Psychological Achievements, 28*(2), 219-240. [Persian]
- Li, J., Jin, J., Xi, S., Zhu, Q., Chen, Y., Huang, M., & He, C. (2019). Clinical efficacy of cognitive behavioral therapy for chronic subjective tinnitus. *American Journal of Otolaryngology, 40*(2), 253-256.
- Marlatt, G. A., & Barrett, K. (1994). Relapse prevention: In H. P. kleber (Ed), *The text book of substance abuse* (p. 121-143). Washington D.C.: American psychiatric press Inc.
- Mennin, D. S., Ellard, K. K., Fresco, D. M., & Gross, J. J. (2013). United we stand: Emphasizing commonalities across cognitive-behavioral therapies. *Behavior Therapy, 44*(2), 234-248.
- Mirzadeh Ahari, F. (2017). *The effectiveness of cognitive therapy based on awareness on reducing anxiety and the temptation to smoke in people with smoking addiction (Master's degree dissertation)*. Payam Noor University of Tehran Province. [Persian]
- Mardani, T. (2017). *The effectiveness of cognitive behavioral therapy along with maintenance treatment with methadone on reducing the amount of drug use and anxiety among addicted teenagers (Master's degree dissertation)*. Yazd University of Science and Art. [Persian]
- Niaura, R. S., Rohsenow, D. J., & Binkoff, J. A. (1998). Re-levance of cue

- reactivity to understanding alcohol and smoking relapse. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 133-152.
- Radi, M. (2001). Effects of group counseling Cognitive-Behavioral Addiction referred to reducing the Welfare Organization of Kurdistan. *Journal of Recognition*, 2, 18-24. [Persian]
- Rahimi, A., Sohrabi, R., Rezaei, A., & Soroqd, S. (2017). Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy and group therapy based on acceptance and commitment on reducing the symptoms of substance use disorder in drug users (methamphetamine). *Journal of Knowledge and Research in Applied Psychology*, 3(19), 78-88. [Persian]
- Rahmanian, M., Mirjafari, A., & Hosni, J. (2006). Relationship between the temptation to use drugs and attention bias: Comparison of people addicted to opioids, those with relapse and those who quit. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 222-216. [Persian]
- Rawson, R. A., Marinelli-Casey, P., Anglin, M. D., Dickow, A., Frazier, Y., Gallagher, C., ... & Methamphetamine Treatment Project Corporate Authors. (2004). A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction*, 99(6), 708-717.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 10th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Saxena, P., Grella, C. E., & Messina, N. P. (2016). Continuing care and trauma in women offenders' substance use, psychiatric status, and self-efficacy outcomes. *Women & Criminal Justice*, 26(2), 99-121.
- Seif, A. (1998). *Behavior modification and behavior therapy, theory and methods* (1st ed). Tehran: Agah. [Persian]
- Shrestha, J. T., Tiwari, S., Kushwaha, D. K., Bhattarai, P., & Raj, R. (2020). Prevalence of psychoactive drug use among medical students in a medical college of nepal. *Journal of the Nepal Medical Association*, 58(230), 717 -730.
- Soltanian, N., Rahimian Boogar, I., & Talepasand, S. (2022). Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy with health- promoting lifestyle intervention on disease perception and adjustment to type 2 diabetes. *Journal of Psychological Achievements*, 29(1), 139-160. [Persian]
- Spears, C. A., Hedeker, D., Li, L., Wu, C., Anderson, N. K., Houchins, S. C., ... & Wetter, D. W. (2017). Mechanisms underlying mindfulness-based addiction treatment versus cognitive behavioral therapy and usual care for smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(11), 1029-1040.
- Tajeri, B. (2012). *Addiction: Etiology and treatment* (1st Edition). Tehran: Andishe Publishing. [Persian]
- Weinstein, A., & Cox, W. M. (2006). Cognitive processing of drug-related stimuli: The role of memory and attention. *Journal of Psychopharmacology*,

20(6), 850-859.

Wilson, K. G., Hayes, S., & Strosahl, K. (2003). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York, NY: Guilford

Wright, J. P. (1993). *Prevention of recurrence*. Translated by M. Goodarzi (2001). Tehran: Madsing Research Educational Network. [Persian]

Zickler, P. (2000). *Nicotine medication also reduces craving in cocaine addicts*. NID4 Notes, 15.

