

مقایسه اثربخشی سه شیوه درمان مبتنی بر سبک زندگی آدلری، پذیرش و تعهد
و شفقت درمانی بر بهبود ولع مصرف در افراد وابسته به مواد افیونی

Comparison of the efficacy of three treatments of Adlerian lifestyle-based therapy, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Compassion Therapy (CFT) on Improving Craving in Opioids Dependent people

Mehdi Pourkord

PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

Simin Gholamrezaei

Assistant Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

Email: Gholamrezaei_s@yahoo.com

Firozeh Ghazanfari

Associate Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

Fateme Rezaei, F

Assistant Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

مهدی پورکرد

دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

سیمین غلامرضایی*

استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

فیروزه غضنفری

دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

فاطمه رضایی

استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

Abstract

Aim: The aim of this study was to compare of the efficacy of lifestyle-based therapy, Acceptance and Commitment and Compassion on Improving Craving in Opioids Dependent people. **Method:** In a quasi-experimental design 40 subjects with opioid dependence diagnosis (based on DSM-V diagnostic criteria) in the semi-residential centers of Baniane javan and Rahe sedaght of Najafabad city that were selected by convenience sampling method and also were assigned in to three experimental groups and control group. The experimental groups received 8 sessions of 90 minutes of therapies based on lifestyle, acceptance commitment and compassion training but control group did not receive any treatment. The assessment was done in three stages: pre-test, post-test and follow-up With the questionnaire of Craving consumption of Tiffany et al. The data were analyzed by using descriptive methods, repeated measure. **Results:** The results showed

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر سبک زندگی، پذیرش و تعهد و شفقت بر بهبود ولع مصرف در افراد وابسته به مواد افیونی بود. **روش:** در یک طرح نیمه آزمایشی ۴۰ آزمودنی با تشخیص وابستگی به مواد افیونی (برپایه معیارهای تشخیصی DSM-V) که در مراکز نیمه اقامتی بانیان جوان و راه صداقت شهرستان نجف آباد مراجعه کرده بودند به صورت نمونه-گیری در دسترس در سه گروه آزمایشی و یک گروه کنترل گمارده شدند. گروه های آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت آموزش قرار گرفت و گروه کنترل در طول مدت درمان هیچ آموزشی دریافت نکرد. ارزیابی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با پرسشنامه ولع مصرف تیفانی و همکاران صورت گرفت. جهت تحلیل داده ها از آمار توصیفی و تحلیل واریانس مکرر استفاده شد. **یافته ها:** نتایج نشان داد که تفاوت معنی داری بین گروه های آزمایش و کنترل در متغیر ولع مصرف وجود نداشت. همچنین مقایسه پروتکل های

that there was no a significant difference between the experimental and control groups in the Improving Craving variable. Also, comparison of treatment protocols showed that none of the protocols used in this study is preferable to the other. **Conclusion:** The results showed that treatment protocols were not effective on Improving Craving in opioid addicts.

Keywords: Adlerian lifestyle-based therapy, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Compassion Therapy (CFT), Improving Craving, Opioids Dependent people..

درمانی نشان داد که هیچ یک از پروتکل‌های مورد استفاده در این پژوهش بر دیگری ترجیح ندارد. **نتیجه‌گیری:** یافته‌ها نشان داد که پروتکل‌های درمانی در بهبود ولع مصرف در افراد وابسته به مواد افیونی مؤثر نبوده‌اند.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر سبک زندگی آدلری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت‌درمانی، ولع مصرف، مردان وابسته به مواد افیونی.

نوع مقاله : پژوهشی	دریافت : مرداد ۱۴۰۰	پذیرش: مهر ۱۴۰۰
--------------------	---------------------	-----------------

مقدمه

پژوهش در رابطه با ولع مصرف^۱ و اعتیاد سابقه‌ای طولانی دارد (اورکی، مگری و کیایی، ۱۳۹۲). در افراد وابسته به مواد، محور اصلی مشکلات، ولع شدید و اجتناب ناپذیر بر بیمار به ادامه مصرف مواد است؛ عاملی که ریشه اصلی عود و شکست‌های درمانی شناخته شده است (دهقانی و رستمی، ۱۳۸۹). واژه میل یا وسوسه در تبیین بسیاری از رفتارهای اعتیادی نقش اساسی دارد. این واژه برای تبیین سطوح بالای مصرف در بازگشت به مواد استفاده می‌شود. وسوسه مصرف نقش مهمی در بازگشت پس از درمان و حفظ موقعیت مصرف و وابستگی دارد (ریس و ویلیوکس^۲، ۲۰۱۵). ولع میل شدید و مقاوم برای مصرف مواد است. اگر این میل برآورده نشود، رنج‌های روانشناختی و بدنی مانند ضعف، بی‌اشتهایی، اضطراب، بی‌قراری، پرخاشگری و افسردگی را در پی دارد (مگری و همکاران، ۱۳۸۷). بسیاری از مطالعات مربوط به افراد وابسته به کوکائین حاکی از ارتباط بین وسوسه و بازگشت، وسوسه و نتایج درمانی در مصرف‌کنندگان سیگار، وسوسه و سوگیری توجه نسبت به محرک‌های مربوط به مواد است (منجم و آقاییوسفی، ۱۳۹۴). اهمیت ولع مصرف تا جایی است که تقریباً همه نظریه‌های اعتیاد، ولع مصرف و تأثیرشناختی ناشی از آن را به عنوان خصیصه اصلی وابستگی به مواد و یک عامل مهم در درمان اعتیاد و پیش‌بینی و جاوگیری از عود در نظر می‌گیرند (اوهانا^۳ و همکاران، ۲۰۱۶). بنابراین تشخیص و درمان این پدیده بالینی به عنوان یکی از عوامل شکست درمان دارای اهمیت می‌باشد.

با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته، از جمله عوامل مؤثر در درمان اعتیاد به مواد، سبک زندگی است که می‌تواند انعطاف‌پذیری افراد را افزایش و خطرپذیری آن‌ها را نسبت به مواد کاهش داده و مقاومت فرد را در مرحله پیشگیری بیشتر کند. همچنین لوپس و واتز^۴ (۲۰۰۴) نشان دادند که موضوعات سبک زندگی آدلری، بیشتر از سایر متغیرها تکرار رفتارهای مرتبط با الکل و مصرف الکل را پیش‌بینی می‌کند. علاوه بر این سبک زندگی می‌تواند تأثیر مهمی بر فعالیت‌های مختلف و در نهایت سلامت

1. craving

2. Reese & Veilleux

3. Ohana

4. Lewis & Watts

مقایسه اثربخشی سه شیوه درمان مبتنی بر سبک زندگی آدلری، پذیرش و تعهد و شفقت درمانی بر بهبود ولع مصرف در افراد وابسته به مواد افیونی

جسمی و روانی افراد داشته و خود را در خانه، خانواده، اهداف، سرگرمی‌ها، افکار و عقاید، اقدامات اجتماعی، تعلیم و تربیت، آینده، اقتصاد و نقش‌هایی که افراد بر عهده می‌گیرند، نشان دهد. نتایج پژوهشی و تجارب بالینی نشان داده‌اند که اگر به همراه مداخلات درمانی نتوان سبک زندگی درمان‌جویان را تغییر داد، پس از سم زدایی به علت ماهیت عودکننده و مزمن وابستگی به مواد، مجدد افراد به مصرف مواد روی می‌آورند. بنابراین از طریق تغییر در سبک زندگی می‌توان دوره پرهیز از مواد یا دیگر داروهای روان‌گردان را طولانی‌تر کرد (آدلر، ۱۹۲۷، ۱۹۲۹؛ موساک و مانیچی^۵، ۱۹۹۹؛ کارول^۶ و همکاران، ۲۰۰۰؛ ریچمن، ۲۰۰۱؛ مهدی‌زاده زارع اناری و حاج حسینی، ۲۰۱۲؛ هاپلی و برونل^۷، ۲۰۱۲؛ نرویانو و گروس^۸، ۱۹۸۳).

علاوه بر آن می‌توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره داشت. در این نوع درمان تلاش می‌شود به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. همچنین در این درمان به بیمار کمک می‌شود تا خود را از چرخه اجتناب و آمیختگی شناختی از طریق فرایندهای پذیرش و تعهد خارج کند و به این ترتیب باعث انعطاف‌پذیری شناختی و افزایش کیفیت زندگی در بیماران می‌شود. این رویکرد می‌تواند به طور مؤثری مشکلات روانشناختی مهم همراه با مصرف مواد، مانند افسردگی و اضطراب را هدف قرار دهد (لی و همکاران، ۲۰۱۵). یافته‌های دیگر نیز حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سوءمصرف کنندگان مواد و سیگار تأثیر مثبتی دارد (هایز و لیلیس^۹، ۲۰۱۰؛ آبراموویتز، تولین و استریت^{۱۰}، ۲۰۰۱؛ هیز و همکاران، ۱۹۹۹، ۲۰۰۱؛ هیز و استروسال، ۲۰۰۴؛ استودارد و آفری، ۱۳۹۶؛ باتن^{۱۱}، ۲۰۱۱؛ کمپل^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۶؛ لی و همکاران^{۱۳}، ۲۰۱۵؛ خاکباز و همکاران، ۲۰۱۶؛ توهیگ، شونبرگر^{۱۴} و هایز، ۲۰۰۷؛ هرناندز-لوپز و همکاران^{۱۵}، ۲۰۰۹؛ محمدی، صالح‌زاده‌برقویی و نصیریان، ۱۳۹۴؛ ارجمندق‌جور و همکاران، ۱۳۹۸؛ مرتضایی، شاهمرادی و رستمی، ۱۳۹۸).

از آنجایی که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بعد هیجانی را مورد توجه قرار نمی‌گیرد و این نوع درمان بیشتر متمرکز بر شناخت و زبان است. درمان مبتنی بر شفقت^{۱۶} که در آن هیجان‌ها و انگیزه با زمینه تکاملی بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرد و از این طریق می‌توانند منجر به درمان گردد نیز در این پژوهش مورد توجه قرار گرفت. به اعتقاد نف^{۱۷} (۲۰۰۸) شفقت به خود نمایانگر گرمی و پذیرش جنبه‌هایی از خود و زندگی است که خوشایند بوده و شامل سه عنصر اصلی می‌باشد. اول، هر زمان که فرد متوجه ناکارآمدی خود می‌شود و از آن رنج می‌برد، موجودیت (بودن) خود را دوست دارد و آن درک می‌کند. دوم، حسی است از ویژگی‌های مشترک انسانی و تشخیص این امر که درد و شکست از جنبه‌های غیرقابل اجتناب مشترک در تجربه همه انسان‌هاست. افزون بر آن در این درمان افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند. بنابراین می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (ایرونز و لاد^{۱۸}، ۲۰۱۷). یافته‌های پژوهشی نشان دهنده این است که بین شفقت به خود و مصرف مواد مخدر، الکل و ولع مصرف رابطه منفی وجود

5. Mosak & Maniacci

6. Carroll

7. Hopley & Brunelle

8. Nerviano & Gross

9. Hayes & Lillis

10. Abramowitz, Tolin & Street

11. Batten

12. Campbell

13. Lee & et

14. Twohig, Shoenberger

15. Hernandez-Lopez & et

16. Compassion Focused Therapy

17. Neff

18. Irons and Lad

دارد (مویلر و کراکر^{۱۹}، ۲۰۰۹؛ رندون^{۲۰}، ۲۰۰۶؛ برنارد و کوری^{۲۱}، ۲۰۱۱؛ لی و جیمز^{۲۲}، ۲۰۱۳؛ نف، ۲۰۰۳، ۲۰۰۷؛ به نقل از فروغی و همکاران، ۱۳۹۸؛ بشرپور و همکاران، ۲۰۱۴؛ فلیس^{۲۳} و همکاران، ۲۰۱۸؛ توصیفیان و همکاران، ۱۳۹۶؛ کولتز، ۱۳۹۸؛ کولتز، ۲۰۱۶؛ به نقل از خلعتبری، تمدنی و برگندان، ۱۳۹۸).

با توجه به مطالب ذکر شده و از آن جا که پژوهشی که سه روش درمانی ذکر شده را مقایسه کند و نشان دهد که کدام یک از مداخلات، بیشترین اثر را بر بهبود ولع مصرف دارد؟ انجام نشده است. بنابراین در مطالعه حاضر این سؤال بررسی شده است که آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر سبک زندگی آدلری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت درمانی بر بهبود ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تفاوتی وجود دارد؟

روش پژوهش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش، به منظور مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر سبک زندگی آدلری، تعهد و پذیرش و شفقت درمانی بر بهبود ولع مصرف در افراد وابسته به مواد افیونی طرح‌ریزی شد. روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی بود که در آن از طرح چندگروهی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و یک دوره پیگیری (سه ماهه)، استفاده گردید. جامعه آماری این پژوهش عبارت بود از کلیه بیماران وابسته به مواد افیونی که در مراکز اقامتی میان مدت ترک اعتیاد (بانیان جوان و راه صداقت) شهرستان نجف‌آباد در یک دوره درمانی در زمستان سال ۱۳۹۹ بستری بودند. از بین جامعه آماری مورد نظر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۲ مرکز ترک اعتیاد (بانیان جوان و راه صداقت) انتخاب شدند. سپس نمونه مورد مطالعه که شامل ۶۸ نفر بود به این صورت انتخاب شد که از هر مرکز دو گروه ۱۷ نفری در دو زمان متفاوت به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در نهایت هر یک از گروه‌ها (به جز گروه کنترل) به صورت تصادفی یک نوع درمان را دریافت کردند. با توجه به احتمال افت آزمودنی‌ها، در این پژوهش ۱۷ نفر در هر گروه انتخاب شد. لازم به ذکر است که در گروه سبک زندگی آدلری و شفقت ۷ نفر و در گروه‌های تعهد و پذیرش و کنترل ۶ نفر به دلیل مشکلاتی از جمله ترخیص و عدم تمایل به ادامه مشارکت قادر به اتمام تحقیق نشدند و برای یکسان‌سازی حجم گروه‌ها ۱ نفر از هر دو گروه تعهد و پذیرش و کنترل به صورت تصادفی از مطالعه خارج گردید. بنابراین حجم هر گروه به طور مساوی ۱۰ نفر قرار داده شد. ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر عبارت بودند از: وابستگی به مواد افیونی بر اساس ملاک‌های DSM-V، پرهیز از مصرف مواد حداقل به مدت یک هفته قبل از ورود به برنامه درمان، داشتن سن ۱۸ تا ۴۰ سال، دارا بودن حداقل سطح تحصیلات سیکل. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش حاضر عبارت بودند از: داشتن وابستگی بلند مدت به چند ماده مخدر به طور همزمان، ابتلا به اختلالات روانی از قبیل دوقطبی و اسکیزوفرنی و داشتن بیماری جسمانی شدید که مانع شرکت در جلسات درمانی شود.

ابزار

پرسشنامه ولع مصرف: این پرسشنامه توسط تیفانی^{۲۴} و همکاران (۱۹۹۳) جهت سنجش ولع مصرف در بیماران وابسته به مواد تدوین شد. این پرسشنامه دارای ۴۵ سؤال و پنج عامل می‌باشد که با مقیاس نمره‌گذاری هفت درجه‌ای لیکرت (از کاملاً

19. Moeller & Crocker

20. Rendon

21. Barnard LK, & Curry

22. James

23. Phelps

24. Tiffany

مقایسه اثربخشی سه شیوه درمان مبتنی بر سبک زندگی آدلری، پذیرش و تعهد و شفقت درمانی بر بهبود ولع مصرف در افراد وابسته به مواد افیونی

مخالفم ۱، تا کاملاً موافقم ۷) نمره گذاری می شود. برخی از آیتم ها در نمره گذاری معکوس می شوند. در مجموع نمره هر گویه در یک زیر مقیاس قرار گرفته و مجموع نمرات فرد در آن زیر مقیاس محاسبه و شدت مشکل وی در آن بعد مشخص می شود. بیشترین و کمترین نمره برای این مقیاس برابر است با ۳۱۵ و ۴۵.

پنج خرده مقیاس این پرسشنامه عبارتند از انتظار نتایج مثبت از مصرف مواد، رهایی از کسالت و علائم ترک، تصمیم و برنامه برای مصرف مواد، تمایل به مصرف مواد و فقدان کنترل بر مصرف مواد. اعتبار خرده مقیاس ها به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۱، ۰/۶۹ و ۰/۹۴ گزارش شده است (تیفانی و همکاران، ۱۹۹۳). راد (۱۳۸۸) ضرایب بازآزمایی با فاصله زمانی سه هفته به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۲، ۰/۷۷، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ گزارش کرد. برای سنجش روایی این پرسشنامه همبستگی نمرات با نمرات افسردگی بک ۰/۳۹ و با نمرات اضطراب بک ۰/۳۵ معنادار بدست آمده است (هینز^{۲۵} و همکاران، ۲۰۰۶). در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد.

روش اجرا

ابتدا جهت شروع پژوهش حاضر از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی استان لرستان کد اخلاق IR.LUMS.REC.1398,276 دریافت و بعد از مشخص شدن گروه های آزمایشی و کنترل، با رعایت اصول اخلاقی و پروتکل های بهداشتی، ارتباط اولیه با آزمودنی ها برقرار شد. سپس توضیحات لازم نسبت به روش آموزش، دلیل انتخاب آن ها، برگزاری زمان کلاس ها داده و پیش-آزمون (T1) در هر چهار گروه به صورت جداگانه انجام شد. برنامه های درمانی سبک زندگی آدلری (X1)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (X2) (بر اساس راهنمای درمانی ایزدی و عابدی، ۱۳۹۴) و کتاب استعاره های اکت) و شفقت درمانی (X3) (بر اساس ساختار جلسات درمانی گیلبرت و کتاب راسل کولتز) برای هر گروه (به جز گروه کنترل) به صورت مجزا در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت دو بار در هفته و به روش سخنرانی و پرسش و پاسخ اجرا شد. در پایان جلسات جهت اجرای پس آزمون (T2)، پرسشنامه های پژوهش یک بار دیگر در تمامی گروه ها تکمیل گردید و پس از گذشت سه ماه آزمون پیگیری (T3) در هر چهار گروه مجدد اجرا شد. جهت تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی و تحلیل اندازه گیری مکرر استفاده شد. محتوای جلسات در جداول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه محتوای طرح درمان مبتنی بر سبک زندگی، پذیرش و تعهد و شفقت

ردیف	سبک زندگی	درمان مبتنی بر شفقت	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	ردیف
اول	آشنایی با مراجعین و درمانگر، گرفتن پیش آزمون، ارائه کلیات بحث و آماده نمودن افراد جهت ورود به درمان.	برقراری ارتباط اولیه، اجرای پیش آزمون، آشنایی با اصول کلی درمان CFT، مروری بر ساختار جلسات.	آشنایی با مراجعین و درمانگر، گرفتن پیش آزمون و آموزش در خصوص اختلال وابستگی به مواد و مفاهیم درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد.	دو
دو	مرور تکلیف ارائه شده در جلسه گذشته، آگاهی از شیوه زندگی روزانه افراد و مفهوم سبک زندگی.	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ تفاوت شفقت به خود با مفاهیم مشابه، مزایای شفقت به خود، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت،	مرور و تمرین مهارت های ارائه شده در جلسه گذشته، آشنایی با فهرست ناراحتی ها و مشکلاتی که مراجع تلاش	سه و چهارم

	مرور مهارت‌های لازم برای پرورش اسنادهای شفقت ورزی.	مرور تکلیف ارائه شده در جلسه گذشته، داستان زندگی و مؤلفه - های آن از قبیل تغییرات مهم زندگی، تجربه اوج، تجربه افت، اولین خاطره زندگی، مهمترین خاطره دوران کودکی، نوجوانی و جوانی، چند خاطره دیگر و ساختار اتفاقات مهم داستان زندگی	سوم
مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسه گذشته، ایجاد تمایل (پذیرش) و توجه آگاهی از طریق رها کردن تلاش برای کنترل و ایجاد گسلس شناختی: پذیرش و زندگی بر اساس ارزش‌ها، توجه به کنترل به عنوان راهبردی بی‌فایده، کنترل دنیای بیرون به جای دنیای درونی، آموزش پذیرش افکار بر اساس توجه آگاهی، بررسی ارزش‌ها، اهداف در برابر ارزش‌ها.	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ آموزش توجه آگاهی و تنفس محبت آمیز، نحوه برخورد با موانع ذهن - آگاهی و رها کردن مقاومت، آموزش پرورش مهربانی نسبت به خود و مفهوم بازافروختگی.	مرور تکلیف ارائه شده در جلسه گذشته، آفرینش داستانی دیگر و اولویت‌های زندگی، مسائل اساسی زندگی و نحوه برخورد با آن‌ها و اثرگذاری مثبت و منفی در زندگی.	دوم
	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ آموزش تفکر و استدلال شفقت ورزانه و تفاوت آن با تفکر متمرکز بر تهدید، پیوند دادن فکر با درک شفقت با استفاده از استعاره کوره راه جنگلی، آموزش پرورش عشق ورزی - مهربانی و مهربانی نسبت به خود و مفهوم بازافروختگی.	مرور تکلیف ارائه شده در جلسه گذشته، بررسی اشتباهات اساسی زندگی، علایق اجتماعی و تأثیر آن بر روابط بین فردی.	یکم
مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسه گذشته، آموزش انواع خود شامل خود به عنوان زمینه در مقابل خود به عنوان محتوا، زندگی ارزش‌مدار و انتخاب: حرکت به سمت زندگی ارزشمند با یک خود پذیرا و مشاهده‌گر، استعاره صفحه شطرنج، تمرین خود مشاهده‌گر.	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ آموزش همدردی و همدلی نسبت به دیگران و خود، مدیریت هیجان‌ها و احساسات، آموزش بخشیدن و آموزش پذیرش مسائل: پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط چالش‌برانگیز و سخت با توجه به تغییرپذیر بودن زندگی و مواجه شدن افراد با چالش - های مختلف.	مرور تکلیف ارائه شده در جلسه گذشته، تشویق و ترغیب بینش و خود شناسی، چالش با منطق خصوصی، ارزیابی مجدد هدف‌های زندگی جهت تقویت علاقه اجتماعی.	چهارم
	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت در روابط، آموزش شفقت به خود و احساس خشم در روابط، آموزش نوشتن نامه‌های مشفقانه برای	مرور تکلیف ارائه شده در جلسه گذشته، شناسایی موانع موجود در تحقق اهداف، جهت گیری مجدد برای به عمل در آوردن بینش‌ها.	پنجم

مقایسه اثربخشی سه شیوه درمان مبتنی بر سبک زندگی آدلری، پذیرش و تعهد و شفقت درمانی بر بهبود ولع مصرف در افراد وابسته به مواد افیونی

		خود و دیگران، توجه به جنبه‌های خوب زندگی و قدردانی از خود.		
مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسه گذشته، اهداف اعمال و موانع آن ها و ایجاد الگوهای منعطف رفتار، بررسی دوباره اهداف و ارزش‌ها، آشنایی با تعهد و اشتیاق، شناسایی و رفع موانع عمل متعهدانه، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون.	مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته، آموزش خودهای چندگانه، جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و اجرای پس‌آزمون.		مرور تکلیف ارائه شده در جلسه گذشته، جمع‌بندی مقوله‌ها و مطالب جلسات قبل و پس‌آزمون.	

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی متغیر وابسته به تفکیک گروه‌های چهارگانه مورد بررسی قرار گرفت که در جداول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی متغیر ولع مصرف چهارگروه در سه مرحله ارزیابی

متغیرهای وابسته	گروه	مرحله آزمون	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	حداقل نمرات	حداکثر نمرات
ولع مصرف	درمان مبتنی بر سبک زندگی آدلری	پیش‌آزمون	۱۴۳/۶۰	۴۷/۵۹	۰/۳۲	-۱/۶۶	۸۵	۲۱۵
		پس‌آزمون	۱۳۵/۳۰	۶۱/۹۵	۱/۲۴	۱/۲۱	۷۴	۲۷۱
		پیگیری	۱۲۲/۵۰	۱۸/۴۴	۰/۸۶	۲/۱۷	۹۴	۱۶۳
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	پیش‌آزمون	۱۵۶/۷۰	۵۹/۲۰	۰/۴۵	-۱/۲۳	۸۹	۲۲۵
		پس‌آزمون	۱۲۰/۷۰	۵۰/۵۳	۰/۷۲	-۰/۵۵	۶۶	۲۱۵
		پیگیری	۱۱۹/۲۰	۴۲/۲۴	۰/۲۴	۰/۹۴	۶۶	۱۹۱
	درمان مبتنی بر شفقت	پیش‌آزمون	۱۴۶/۵۰	۵۷/۱۰	۰/۸۶	۱/۳۳	۷۸	۲۴۵
		پس‌آزمون	۱۰۲/۲۰	۳۰/۵۶	۰/۰۴	-۰/۴۶	۵۸	۱۵۴
		پیگیری	۱۰۹/۸۰	۴۹/۶۸	۱/۳۳	۱/۲۸	۵۸	۲۱۵
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵۴/۲۰	۵۶/۸۶	۰/۸۲	۰/۳۳	۸۶	۲۶۶
		پس‌آزمون	۱۲۹/۹۰	۶۵/۷۹	۰/۹۶	-۰/۳۲	۵۲	۲۵۰
		پیگیری	۱۶۶/۸۰	۴۹/۷۳	-۰/۱۸	-۱/۳۴	۹۳	۲۲۴

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین نمرات ولع مصرف مواد در گروه‌های آزمایشی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش یافته است. این در حالی است که در گروه کنترل میانگین نمرات ولع مصرف مواد در پس‌آزمون کاهش ولی در مرحله پیگیری مجدد افزایش یافته است.

جدول ۳. نتایج آزمون چند متغیری تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر برای متغیر بهبود ولع مصرف

اثر	شاخص آماری	مقدار	F	درجه آزادی درون گروهی	درجه آزادی بین گروهی	معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
آزمون	اثر پیلای	۰/۱۱۴	۲/۲۶	۲	۳۵	۰/۱۲	۰/۱۱	۰/۴۳
	لامبدأ ویلکز	۰/۸۸۶	۲/۲۶	۲	۳۵	۰/۱۲	۰/۱۱	۰/۴۳
	اثر هاتلینگ	۰/۱۲۹	۲/۲۶	۲	۳۵	۰/۱۲	۰/۱۱	۰/۴۳
	بزرگترین ریشه روی	۰/۱۲۹	۲/۲۶	۲	۳۵	۰/۱۲	۰/۱۱	۰/۴۳

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در متغیر بهبود ولع مصرف عامل آزمون معنادار نیست. به این معنا که تفاوت در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر بهبود ولع مصرف معنادار نیست. به عبارت دیگر درمان‌های ارائه شده در این پژوهش تأثیر معناداری بر متغیر بهبود ولع مصرف در سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) ندارد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس یک راهه برای متغیر بهبود ولع مصرف در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
گروه	۴۷۹۲/۱۰	۳	۱۵۹۷/۳۷	۱/۸۵	۰/۱۶	۰/۱۳	۰/۴۴
خطا	۳۱۱۱۱/۸۰	۳۶	۸۶۴/۲۲				

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، در متغیر بهبود ولع مصرف بین گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0.05$). به عبارت دیگر پروتکل‌های درمانی مبتنی بر سبک‌زندگی آدلری، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان مبتنی بر شفقت تأثیر معناداری بر متغیر بهبود ولع مصرف در افراد وابسته به مواد افیونی نداشته‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر سبک‌زندگی، پذیرش و تعهد و شفقت‌درمانی بر بهبود ولع مصرف در افراد وابسته به مواد افیونی شهرستان نجف‌آباد بود. نتایج این مطالعه نشان داده است، که بین هیچ‌کدام از درمان‌های مبتنی بر سبک‌زندگی آدلری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود ولع مصرف در افراد وابسته به مواد افیونی شهرستان نجف‌آباد در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارند. این یافته‌ها بیانگر رد فرضیه پژوهش حاضر می‌باشند و با مبانی نظری سبک‌زندگی آدلری (آدلر، ۱۹۲۷، ۱۹۲۹) و یافته‌های (موساک و مانیچی، ۱۹۹۹، مهدی‌زاده زارع اناری و حاج حسینی، ۲۰۱۲؛ هوپلی و برونل، ۲۰۱۲؛ نرویانو و گروس، ۱۹۸۳؛ پاداروند و همکاران، ۲۰۱۶؛ عبدی و همکاران، ۱۳۹۷؛ لوند و شفلز، ۲۰۱۹؛ پرامود و همکاران، ۲۰۱۹؛ ویتربو، کاستا، ویدال و دنیس، ۲۰۲۰) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (آبراموویتز، تولین و استریت، ۲۰۰۱؛ استودارد و آفری، ۱۳۹۶؛ باتن، ۲۰۱۱؛ کمپل و همکاران، ۲۰۰۶؛ هیز و استروسال، ۲۰۰۴؛ هیز و همکاران، ۱۹۹۹، ۲۰۰۱؛ خاکباز و همکاران، ۲۰۱۶؛ مرتضایی، شاهمرادی و رستمی، ۱۳۹۸) و درمان مبتنی بر شفقت (برنارد و کوری، ۲۰۱۱؛ کولتز، ۱۳۹۸؛ کولتز، ۲۰۱۶؛ به نقل از خلعتبری، تمدنی و برغندان، ۱۳۹۸؛ لی و

مقایسه اثربخشی سه شیوه درمان مبتنی بر سبک‌زندگی آدلری، پذیرش و تعهد و شفقت‌درمانی بر بهبود ولع مصرف در افراد وابسته به مواد افیونی

جیمز، ۲۰۱۳؛ نف، ۲۰۰۳، ۲۰۰۷؛ به نقل از فروغی و همکاران، ۱۳۹۸؛ بشرپور و همکاران، ۲۰۱۴؛ فلیس و همکاران، ۲۰۱۸) درباره درمان وابستگی به مواد همخوانی ندارد. در وهله‌ی نخست این یافته‌ها بیشتر حاکی از اهمیت فرضیه‌های زیستی به منزله زمینه‌های آسیب‌پذیری نسبت به مواد افیونی می‌باشد که در مطالعات زیادی مورد تأیید قرار گرفته است (کندلر و همکاران، ۲۰۱۲، نیلسون و دیگران، ۲۰۰۸؛ به نقل از بارلو و مارک دیورند، ۱۳۹۶، ری، ۲۰۱۲). چون افراد وابسته به مواد افیونی به طور ژنتیکی در برابر سوءمصرف داروها آسیب‌پذیرند، طبیعی است که درمان اصلی بایستی با رویکردهای زیستی آغاز شود و قابل انتظار است که درمان‌های روان‌شناختی نظیر درمان مبتنی بر سبک‌زندگی آدلری، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود ولع مصرف افراد وابسته به مواد افیونی بیشتر نقش جانبی و نگهدارنده داشته باشند. به عبارت دیگر، دستگاه شبه افیونی (شامل انکفالین‌ها، اندروفین‌ها و دینورفین‌ها) در مغز منجر به تقویت زیستی و عاطفی در فرد معتاد می‌شود (واکارینو، بلوم و کوب، ۱۹۸۵)، و نقش این مواد شبه افیونی میانجی در پاسخ به استرس هیجانی و جسمانی با درمان مبتنی بر سبک‌زندگی آدلری، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان مبتنی بر شفقت در مؤلفه بهبود ولع مصرف به شکل متفاوت قابل تغییر نیست، چون به نظر می‌رسد که مؤلفه بهبود ولع مصرف تا حدی زیاد به زمینه‌های زیستی شرطی شده و تقویت شده در نظام عصبی بستگی دارد. بدیهی است موارد زیستی با پروتکل‌های درمان مبتنی بر سبک‌زندگی آدلری، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان مبتنی بر شفقت قابل تغییر نیستند. همان‌گونه که الگوی تأثیر دوگانه (باکر و همکاران، ۱۹۸۷؛ به نقل از پورفرج عمران، ۱۳۹۱)، نشان می‌دهد ولع مصرف تحت کنترل نظام‌های پیچیده فرایندهای هیجانی است که بر روی پاسخ‌های فیزیولوژیک خود گزارشی‌ها و رفتار جستجوی دارو تأثیر می‌گذارد. این الگو نشان می‌دهد که وسوسه می‌تواند بازتاب اثر هیجان‌های مثبت یا منفی باشد. اثر منفی وسوسه می‌تواند به واسطه احساسات هیجانی منفی به وجود آید. مثل افسردگی یا خشم یا رویدادهای بیزارکننده ترک مواد یا عدم دسترسی به مواد که سبب ایجاد حالت وسوسه و واکنش‌های زیستی مرتبط با آن و رفتار جستجوی مواد می‌شود. اما اثر مثبت وسوسه با هیجان‌های مثبت و اثرات تقویت‌کننده و مطلوب وابسته است. این سیستم به وسیله حالت‌های هیجانی مثبت و مصرف کم الکل یا مواد مخدر یا آگاهی از در دسترس بودن آن‌ها به وجود می‌آید. یک ویژگی مهم این مدل آن است که سیستم‌های اثر مثبت و منفی وسوسه متقابلاً بازدارنده یکدیگرند به طوری که تحریک یک سیستم با توقف سیستم دیگر همراه است. در نتیجه این مدل بیان می‌کند که یک فرد نمی‌تواند همزمان هم اثر مثبت و هم اثر منفی وسوسه را تجربه کند (گیلبرت، ۱۹۹۷). طبق این مدل، سیستم‌های مثبت و منفی وسوسه اطلاعات محرک‌های محیطی خاص راه‌انداز خود را در شبکه‌های اطلاعاتی خاصی ذخیره می‌کنند. این شبکه‌ها نیز وقتی محرک محیطی با اطلاعات موجود در شبکه مطابق بود، فعال می‌شود. میزان فعالیت این شبکه (و در نهایت وسوسه) به میزان مطابقت محرک‌های محیطی با محرک‌های راه‌انداز ذخیره شده بستگی دارد. سطح فعالیت شبکه نیز میزان ثبات پاسخ‌های تولید شده توسط شبکه را تعیین می‌کند. یعنی، وقتی شبکه کاملاً فعال باشد همبستگی نیرومندتری بین میزان وسوسه گزارش شده و رفتار جستجوی مواد خواهد بود. این مدل همچنین پیش‌گویی می‌کند که اثر هیجان منفی و استرس، سبب ایجاد وسوسه مؤثرتری در معتادان محروم از دارو نسبت به آن‌هایی که از دارو محروم نیستند می‌شود.

از طرف دیگر الگوی پردازش شناختی (تیفانی، ۱۹۹۹) فرض می‌کند که ولع مصرف مواد (میل شدید به مواد)، در صورتی در مصرف‌کننده ایجاد می‌شود که مانعی سر راه مصرفش قرار گیرد؛ واکنشی که از نظر تیفانی غیرارادی و باکوشش صورت می‌گیرد. اعتقاد بر این است که پرهیز، مانعی خود خواسته به حساب می‌آید که می‌تواند ولع مصرف مواد را به روش یک ماده، مثل دسترسی نداشتن به مواد الکلی برای مشروب‌خوار، فعال کند. مانع، بیشترین اهمیت را در بروز ولع مصرف مواد دارد. چگونگی درک و تفسیر یک مانع می‌تواند بر قدرت ارتباط میان علائم و سطح خواسته‌ی بوجود آمده در آن‌ها و نیز ولع مصرف مواد ناشی از برگشت بیماری، تأثیر بگذارد. فرضیه دیگر الگوی پردازش شناختی، این است که سیستم‌های فرایند کنترل‌کننده‌ی

مصرف، مستقل از سیستم‌های کنترل کننده میل شدید (ولع مصرف) به مواد هستند. به عبارت دیگر شخص می‌تواند بدون داشتن میل شدید، مواد مصرف کند یا بدون مصرف، حالت میل شدید به مواد را در خود داشته باشد (تیفانی، ۱۹۹۰). در واقع، بی‌ارادگی و بی‌انگیزشی مانع اثربخشی متفاوت پروتکل‌های درمان مبتنی بر سبک‌زندگی آدلری، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود ولع مصرف در افراد مبتلا به مصرف مواد افیونی می‌شود. همچنین طبق نظریه‌های روان‌پویایی نیز آسیب‌پذیری زیستی به مواد افیونی اغلب به تثبیت در مرحله دهانی بستگی دارد (احمدوند، ۱۳۸۳)، ولی تغییر این تثبیت رشدی در دوره کودکی با روش‌های روان‌درمانی کوتاه مدت همانند درمان مبتنی بر سبک‌زندگی آدلری، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان مبتنی بر شفقت ممکن نیست. با توجه به این نتایج درمان مبتنی بر سبک‌زندگی آدلری (موساک و مانیچی، ۱۹۹۹؛ ریچمن، ۲۰۰۱) و بهروزی و پنج تکلیف‌زندگی آن منجر به تغییر شیوه زندگی افراد مورد مطالعه نشده است که بتواند بهبود ولع مصرف در افراد مبتلا به مصرف مواد افیونی را تغییر دهد. زیرا انتظار می‌رفت با دستیابی به پنج تکلیف‌زندگی آدلری (جعفری، ۱۳۸۹) در مقایسه با درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان مبتنی بر شفقت تغییرات معناداری در بهبود ولع مصرف این افراد ایجاد کند. طبق رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و همکاران، ۲۰۰۱) نیز انتظار می‌رفت چارچوب ارتباطی برای درک و فهم رنج و درد و رهایی از سرکوب افکار و احساسات در مقایسه با درمان مبتنی بر سبک‌زندگی آدلری و درمان مبتنی بر شفقت باعث انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بر بهبود ولع مصرف در افراد مبتلا به مصرف مواد افیونی گردد. ولی چنین اتفاقی نیفتاده است. سرانجام طبق دیدگاه درمان مبتنی بر شفقت در آسیب‌شناسی روانی (لی و جیمز، ۲۰۱۳)، انتظار می‌رفت که ایجاد انگیزه و تنظیم هیجان از طریق شفقت موجب افزایش توانایی افراد برای چالش با اعتیاد شود و در نهایت در مقایسه با دو درمان مبتنی بر سبک‌زندگی آدلری و درمان مبتنی بر تعهد منجر به ذهن‌آگاهی شده و با کاهش نشخوار ذهنی در مورد محدودیت‌های خود به کاهش ولع مصرف منجر شود. ولی در عمل یافته‌های این مطالعه تفاوت معناداری را بین این سه رویکرد بر بهبود ولع مصرف در افراد مبتلا به مصرف مواد افیونی نشان نداده است. از طرف دیگر چون اکثر اعضای گروه‌های مورد مطالعه دارای اعتیاد طولانی مدت بوده و به طور مکرر در مراکز اقامتی میان‌مدت تحت نظر بهزیستی بستری شده بودند و از آنجایی که در این مراکز جلسات گروهی NA به طور مستمر برگزار می‌شود و نمونه مورد مطالعه نیز این جلسات را گذرانده بودند. همچنین با توجه به این که محتوای این جلسات با محتوای درمان‌های ارائه شده در این پژوهش همپوشی دارد. لذا می‌توان یکی دیگر از دلایلی که مانع از ترجیح و اثرگذاری درمان‌های به کار رفته در این پژوهش شده را به این موضوع ربط داده و تبیین نمود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به کوتاه بودن مدت پیگیری، کم بودن تعداد آزمودنی‌های پژوهش و عدم استفاده از افراد وابسته به سایر اختلالات مصرف مواد، استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی که ممکن است منجر به تحریف سوگیری و یا اثرات ناشی از خستگی و غیره در اطلاعات دریافتی شود، اشاره کرد. از این رو پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از آزمودنی‌های بیشتر، افراد وابسته به سایر مواد روانگردان مورد بررسی قرار گیرند. همچنین پیشنهاد می‌شود متخصصین بهداشت روانی این پژوهش را در سایر استان‌ها و شهرستان‌های دیگر با زمینه‌های مختلف فرهنگی و نیز با رویکرد بین‌فرهنگی در نمونه‌های ایرانی و غیرایرانی مورد بررسی قرار دهند تا از طریق به‌کارگیری گروه‌های مختلف و تکرار پژوهش قابلیت تعمیم‌پذیری افزایش یابد. در پایان از کلیه مسئولین و شرکت‌کنندگانی که در مراکز اقامتی میان‌مدت ترک اعتیاد بانیان جوان و راه صداقت در این پژوهش با ما همکاری نمودند، صمیمانه قدردانی می‌نماییم.

مقایسه اثربخشی سه شیوه درمان مبتنی بر سبک زندگی آدلری، پذیرش و تعهد و شفقت درمانی بر بهبود ولع مصرف در افراد وابسته به مواد افیونی

منابع و مراجع

- [۱] آقاپوسفی، علیرضا؛ احمدی ازغندی، علی؛ حسینی، علی؛ اورکی، محمد؛ نوفرستی، اعظم. (۱۳۹۲). سبک زندگی در سوء مصرف کنندگان مواد و افراد بهنجار: یک مقایسه مبتنی بر آدلری نگری. فصلنامه علمی پژوهشی سلامت، ۲ (۵)، ۶۲-۴۸.
- [۲] ارجمندقجور، کیومرث، محمودعلیلو، مجید، خانجانی، زینب، بخشی پور، عباس. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پیشگیری از عود در بیماران وابسته به متامفتامین. فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، ۲۱ (۱۹)، ۵۱-۳۸.
- [۳] استودارد، جیل ای، و آفری، نیلوفر. (۱۳۹۶). کتاب بزرگ استعارهای ACT (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد). ترجمه حسن زاده، رمضان، مصلحی جویباری، میترا، مهدی نژاد گرچی، گلین، مهرابی پری، سحر. تهران: نشر ویرایش.
- [۴] ایزدی، راضیه. عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. تهران: جنگل، کاوشکار.
- [۵] بارلو، دیوید اچ، مارک دیورند، وی. (۱۳۹۶). آسیب شناسی روانی (DSM-5). ترجمه فیروزبخت، مهرداد. تهران: انتشارات رسا. چاپ دوم.
- [۶] احمدوند، محمد علی. (۱۳۸۶). اعتیاد (سبب شناسی و درمان آن). انتشارات دانشگاه پیام نور. ص ۱۵-۱۳.
- [۷] اروکی، محمد، مکرری، آذرخش، کیانی ضیابری، سید مجید. (۱۳۹۲). رابطه ولع مصرف شیشه (متامفتامین) و ویژگی های شخصیتی در مددجویان تحت درمان نگهدارنده با متادون. مجله روان پزشکی و روان شناسی ایران، ۱۹ (۱۳)، ۱۸۶-۱۷۷.
- [۸] پور فرج عمران، مجید. (۱۳۹۱). مروری بر تبیین های عصب شناختی و روان شناختی وسوسه به مواد مخدر. مجله برخط دانش روانشناختی. شماره ۲، ۷۶-۶۵. بازیابی شده از <http://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1014399>
- [۹] توصیفیان، نگین، کاوه قادری، بگه جان، خالدیان، محمد، نورعلی، فرخی. (۱۳۹۶). مدل یابی ساختار کارکرد خانواده و ولع مصرف مواد در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون با تأکید بر نقش واسطه ای خود شفقت-ورزی. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد. ۱۱ (۴۴)، ۲۲۶-۲۰۹.
- [۱۰] جعفری، عیسی. (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی آموزش مهارت های مقابله ای و سبک زندگی مبتنی بر مدل مارلات در افزایش تاب آوری و پیشگیری از عود در افراد وابسته به مواد. پایان نامه دکترای تخصصی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- [۱۱] دهقانی آرانی، فاطمه، رستمی، رضا. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش پسخوراند عصبی بر ولع مصرف بیماران وابسته به مواد افیونی. دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشور رفتار، ۱۷ (۴۰)، ۸۴-۷۵. بازیابی شده از <https://www.sid.ir>
- [۱۲] راد، الهام. (۱۳۸۸). بررسی پیش بینی اثر استرس ادراک شده و سبک های مقابله ای بر میزان ولع مصرف مواد در بین افراد تحت درمان متادون. پایان نامه کارشناسی ارشد. گروه روانشناسی. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. دانشگاه تهران.
- [۱۳] فروغی، علی اکبر، خانجانی، سجاد، رفیعی، سحر، طاهری، امیر عباس. (۱۳۹۸). شفقت به خود: مفهوم بندی، طبقات و مداخلات (مروری کوتاه). مجله روان شناسی و روان پزشکی شناخت، ۶ (۶)، ۸۷-۷۷.

- [۱۴] عبدی، مجتبی. رفیعی، سمانه. اسدی الهام، پوررحیمی، متینه. جلیوند، هادی. (۱۳۹۷). مطالعه ارتباط اعتیاد به اینترنت با سبک زندگی در دانشجویان پرستاری و مامائی. تصویر سلامت، ۹، (۴): ۲۵۸-۲۵۲.
- [۱۵] کولتز، راسل ال. (۲۰۱۶). درمان متمرکز بر شفقت (راهنمای گام به گام کمک به مراجعان روان درمانی). ترجمه خلعتبری، جواد، تمدنی، مجتبی، و برگندان، سپیده. (۱۳۹۸).
- [۱۶] گزارش جهانی مواد مخدر. (۲۰۱۹). ۳۵ میلیون نفر در سر تا سر دنیا از اختلالات مصرف مواد مخدر رنج می‌برند در حالی که تنها یک نفر از ۷ نفر به درمان دسترسی دارد. بازایی شده از <https://www.unodc.org/islamicrepublicofiran/fa>.
- [۱۷] محمدی، لیلا، صالح زاده ابرقویی، مریم، نصیریان، منصوره. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در مردان تحت درمان با متادون. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲۳ (۹)، ۸۶۱-۸۵۳.
- [۱۸] مرتضایی، نسترن، شاهمرادی، همایون، رستمی، رضا. (۱۳۹۸). کاربرد پذیرش و تعهد در درمان وابستگی به مواد. رویش روانشناسی. ۸ (۴)، ۲۴۳-۲۵۴.
- [19] Abramowitz, J. S., Tolin, D. F., & Street, G. P. (2001). Paradoxical effects of thought suppression: A meta-analysis of controlled studies. *Clinical psychology review*, 21(5), 683-703.
- [20] Adler, A. (1927). *Understanding human nature* (WB Wolfe, Trans.). New York: Julian Press, 1973.
- [21] Adler, A. (1929). *problems of neurosis: A book of case histories*. New York: Harper&Row.
- [22] Arian, M. (2017). The association between Islamic lifestyle and addiction potential among adolescents. *Practice in Clinical Psychology*, 5(1), 27-32. [6] Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R., & Fiore, M. C. (2004). Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement. *Psychological review*, 111(1), 33-51.
- [23] Barnard, L.K., & Curry, J.F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of general psychology*, 15(4), 289-303.
- [24] Basharpour, S., Khosravinia, D., Atadokht, A., Daneshvar, S., Narimani M., & Massah, O. (2014). The role of self-compassion, cognitive self-control, and illness perception in predicting craving in people with substance dependency. *Practice in Clinical Psychology*, 2(3), 155-164.
- [25] Batten, S. (2011). *Essentials of acceptance and commitment therapy*. Sage Publications.
- [26] Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour research and therapy*, 44(9), 1251-1263.
- [27] Carroll KM, Charla N, Sifry RL, Nuro KF, Frankforter TL, Ball, SA, & et al. (2000). A general system for evaluating therapist adherence and competence in psychotherapy research in the addiction. *Drug Alcohol Depen*. 57(3): 225-38.
- [28] Gilbert, D.G. (1997). The Situation × Trait Adaptive Response (STAR) Model of Drug Use, Effects, and Craving. *Human Psychopharmacology*, 12, 89-102.
- [29] Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- [30] Hayes, S. C., Barnes-Holmes, S. C. H. D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum.

- [31] Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2004). A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy. New York: Springer-Verlag.
- [32] Hayes, S.C., Lillis, C. (2012). Acceptance and Commitment Therapy(TheoryPsychotherapy). American Psychological Assn. 109-141.
- [33] Heinz, A.J; Epstein, D.H; Schroeder, J.R; Singleton, E. G; Heishman, S. J; & Preston, K. L.(2006). Heroin and cocaine craving and use during treatment: Measurement validation and potential relationships. Journal of Substance Abuse Treatment, VoL31, PP. 355– 364.
- [34] Hernandez-Lopez, M., Luciano, M.C., Bricker, J.B., Roales-Nieto, J.G., & Montesinos, F. (2009). Acceptance and commitment therapy for smoking cessation: A preliminary study of its effectiveness in comparison with cognitive behavioral therapy. Psychology of Addictive Behaviors, 23(4), 723–730. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20025380>.
- [35] Hopley, A. A.B., and Brunelle, C. (2012). Personality mediators of psychopathy and substance dependence in male offenders. Addictive Behaviors 37 (2012) 947–955.
- [36] Irons, C., and Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to Work with shame and self- criticism in complex trauma, Australian Clinical Psychologist, 3, 47- 54.
- [37] Khakbaz, H., Farhoudian, A., Azkhosh, M., Dolatshahi, B., Karami, H., & Massah, O. (2016). The effectiveness of group acceptance and commitment therapy on emotion regulation in methamphetamine-dependent individuals undergoing rehabilitation. International Journal of High Risk Behaviors and Addiction, 5(4). <http://jhrba.com/articles/19717.html>.
- [38] Lee, D. A., & James, S. (2013). The compassionate-mind guide to recovering from trauma and PTSD: Using compassion-focused therapy to overcome flashbacks, shame, guilt, and fear. New Harbinger Publications.
- [39] Lee, E. B., An, W., Levin, M. E., Twohig, J., & M. P. (2015). An initial meta -analysis of acceptance and commitment therapy for treating substance use disorders. Drug and Alcohol Dependence. 155, 1–7. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.004>.
- [40] Lewis, T. F., & Watts, R. E. (2004). The predictability of Adlerian lifestyle themes compared to demographic variables associated with college student drinking. Journal of Individual Psychology , 60(3) , 245-264 .
- [41] Lund, I., & Scheffels, J. (2019). 15-year-old tobacco and alcohol abstainers in a drier generation: Characteristics and lifestyle factors in a Norwegian cross-sectional sample. Scandinavian journal of public health, 47(4), 439-445. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1403494818770301>
- [42] Mehdizadeh Zare Anari, A, And Hajhoseini, F. (2012). P-67 – The relation between emotional intelligence and instable personality in substance abusers .European journal of Psychiatry27, 1.
- [43] Moeller, S. J., & Crocker, J. (2009). Drinking and desired self-images: path of self-image goals, coping motives, heavy episodic drinking, and alcohol problem. Psychology of Addictive Behaviour, 23(2), 334–340.
- [44] Mosak, H., & Maniaci, M. (1999). Primer of Adlerian Psychology—The Analytic, Behavioral. Cognitive Psychology of Alfred Adler.
- [45] Neff, K. D. (2008). Self-compassion: Moving beyond the pitfalls of a separate self-concept.
- [46] Nerviano, V. & Gross, H. (1983). Personality types of alcoholics on objective inventories: a review. Journal of Studies on Alcohol. 44,837-851.
- [47] Ohana, D., Maayan, R., Delayahu, Y., Roska, P., Ponizovsky, A. M., Weizman, A., ... & Yechiam, E. (2016). Effect of dehydroepiandrosterone add-on therapy on mood, decision making and subsequent relapse of poly drug users, Addiction Biology, 21(4), 885-894.
- [48] Padarvand, A., Kalantarkousheh, S. M., Doostian, Y., Massah, O., Varmazyar, H. R., & Phelps, C. L., Paniagua, S. M., Willcockson, I. U., & Potter, J. S. (2018). The relationship

- between self-compassion and the risk for substance use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 183, 78-81.
- [49] Pramod, B. R., Mehdi, S., Undela, K., Kishor, M., Rao, P. V., & Krishna, K. L. (2019). Lifestyle and substance use-an important cause for treatment-resistant depression and major depressive disorders. *Drug Invent Today*, 11, 1-7.
- [50] Ray, L. A. (2012). Clinical neuroscience of addiction: applications to psychological science and practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19(2), 154-166.
- [51] Reese, E. D., & Veilleux, G. C. (2015). Relationships between craving beliefs and abstinence self- efficacy are mediated by smoking motives and moderated by nicotine dependence. *Nicotine & Tobacco Research: Oxford Journals*, 17(5), 1-27.
- [52] Rendon, K.P. (2006). Understanding alcohol use in college students: A study of mindfulness, self-compassion and psychological symptoms. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas at Austin, TX, USA.
- [53] Richman, J. (2001). Humor and creative life styles. *American Journal of Psychotherapy*, 55 (3), 420-428.
- [54] Tiffany, S. T. (1990). A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological review*, 97(2), 147- 168.
- [55] Tiffany, S., Fields, L., Singleton, E., Haertzen, C. & Henningfield, J. (199۳). The development of a heroin craving questionnaire Unpublished raw data.
- [56] Tiffany, S. T. (1999). Cognitive concepts of craving. *Alcohol research & health: The journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 23(3), 215-224.
- [57] Twohig, MP., Shoenberger, D. & Hayes, SC., A. (2007). preliminary investigation of Acceptance and Commitment Therapy as a treatment formarijuana dependence in adults. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 40: 619-632.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2078570/>.
- [58] Vaccarino, F. J., Bloom, F. E., & Koob, G. F. (1985). Blockade of nucleus accumbens opiate receptors attenuates intravenous heroin reward in the rat. *Psychopharmacology*, 86(1-2), 37-42.
- [59] Viterbo, L. M. F., Costa, A. S., Vidal, D. G., & Dinis, M. A. P. (2020). The influence of social relations, leisure and drug use on mental health of oil industry workers in Brazil. In *Congreso Universitario Internacional sobre la Comunicación en la profesión y en la Universidad de hoy: Contenidos, Investigación, Innovación y Docencia (CUICIID 2019) (Vol. 1, pp. 575-578). Forum XXI*.
- [60] World Health Organization Quality of Life Questionnaire. (WHOQOL Group). (1996). WHOQOL-BREF Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment.