

راهبردهای درمان اعتیاد از منظر رویکرد پذیرش و تعهد

مؤلف

زهره امین آزاد



روان آگاه

محتوا

۹.....	فصل اول: کلیات و مفاهیم
۱۰.....	اکت چیست؟
۱۲.....	اکت و موج سوم رفتاردرمانی
۱۵.....	مبانی پایه اکت (اکت)
۱۵.....	فلسفه: زمینه‌گرایی کارکردی
۱۹.....	نظریه پایه: نظریه چهارچوب ارتباطی
۲۲.....	نظریه آسیب‌شناسی روانی اکت
۲۳.....	آمیختگی شناختی
۲۵.....	اجتناب تجربه‌ای
۲۷.....	فرآیندهای بنیادین اکت
۲۷.....	پذیرش
۳۱.....	گسلش شناختی (ناهم آمیزی، عدم امتزاج)
۳۳.....	خود به عنوان زمینه
۳۶.....	ارتباط با زمان حال
۳۷.....	ارزش‌ها
۳۸.....	عمل متعهدانه

۴۱	فصل دوم: اعتیاد
۴۴	تاریخچه اعتیاد
۴۸	علل اعتیاد
۴۸	۱. فردی
۵۱	۲. علل خانوادگی
۵۲	۳. علل اجتماعی
۵۴	تیین‌های نظری در مورد اعتیاد
۵۵	۱. تییین‌های زیست‌شناختی
۵۶	۲. تییین‌های روان‌شناختی:
۵۸	۳. تییین‌های جامعه‌شناختی:
۵۸	(الف) نظریه مرتن
۶۰	(ب) نظریه کنترل اجتماعی
۶۲	(پ) نظریه پیوند افتراقی ساترلند
۶۴	(ت) نظریه یادگیری اجتماعی
۶۵	(س) نظریه تضاد
۶۶	(ش) نظریه محرومیت نسبی
۶۶	(چ) نظریه فشار
۶۹	فصل سوم: راهبردهای روان‌درمانی اعتیاد
۷۲	روش‌های نوین در درمان اعتیاد به مواد مخدر
۷۴	نکاتی ضروری برای موفقیت در درمان اعتیاد
۷۶	درمان شناختی اعتیاد
۷۶	دیدگاه شناختی
۸۲	سایر رویکردهای درمانی

فصل چهارم: روان درمانی اعتیاد با رویکرد پذیرش و تعهد	۸۵
ترک عادت سیگار کشیدن با ACT	۸۸
میزان موفقیت ACT در درمان اعتیاد	۹۳
تفاوت‌های درمان ACT و CBT در درمان اعتیاد	۹۴
تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (رویکرد ACT)	۹۵
شناسایی ارزش‌ها	۹۵
تعهد به اقدام	۹۵
خود به عنوان زمینه یا خود به عنوان ناظر	۹۶
مهارت‌های دفع شناختی	۹۶
پذیرش - پذیرفته شدن	۹۶
مراجع در طی روند درمانی رویکرد ACT انتظار چه چیزی را دارد؟	۹۷
منابع	۹۹

فصل اول

کلیات و مفاهیم

پذیرش و تعهد درمانی، کوتاه شده با کلمه اکت، به شکل یک کلمه ادا می‌شود و نه حروف جدا (هیز، استروسال و ویلسون^۱، ۱۹۹۹) مبتنی بر این عقیده است که زبان، هسته اصلی بسیاری از اختلالات روانی به طور خاص و درد و رنج انسان بطور عام است. اکت نوعی رویکرد مداخله‌ای است که برای به زانو در آوردن زبان طراحی شده است، به طوری که تبدیل به ابزاری شود که بتوان بصورت مفید از آن استفاده کرد، به جای اینکه به شکل فرآیندی مخفی انسان‌هایی را که میزبان آنند از پا بیاندازد. این رویکرد مبتنی بر یک خط در حال رشد تحقیقات رفتاری اساسی بر روی زبان و شناخت انسان به نام نظریه چهار چوب‌های ارتباطی^۲: (هیز، بارنز، هولمز و روشه^۳، ۲۰۰۱) اکت و RFT^۴ هر دو از یک سنت فلسفی عملی به نام زمینه‌گرایی کارکردی^۵ برمی‌خیزند. اکت و رفت^۶ ابزار صرف نیستند. این دو باتفاق رویکرد منسجمی را بر مبنای تئوری و مجموعه‌ای از اصول که به لحاظ تمرکز و سطح تحلیل متفاوتند – از اساسی‌ترین تا کاربردی‌ترین

1 Hayes, Strosahl, Wilson

2 Relational frame theory

3 Barnes – Holme and Roche

4 Relational Frame Theory

5 Functional Contextualism

6 ACT, RFT

شکل می‌دهند. اکت درمان خاص اختلال نیست؛ بلکه، رویکردی کلی است که می‌تواند به توسعه بسیاری از پروتکل‌ها، تمرکز بر روی مشکلات، جمعیت‌های بیمار و یا موقعیت‌های خاص کمک کند. اکت دانش شکل‌گیری رفتار و روابط کلامی را با درمانی مؤثرتر ادغام می‌کند (حری، ۱۴۰۳).

اکت چیست؟

اگرچه بسیاری از مشکلات روانی ما ریشه در تفکر و زبان دارد، اما زندگی بدون زبان غیرممکن و ناسالم است. زبان می‌تواند نقش یک کارمند و یا یک رئیس را برای ما بازی کند. برخلاف بسیاری از اشکال درمان که به دنبال تغییر محتوای تفکر مشکل‌ساز می‌باشند، اکت به دنبال کمک به مراجع است تا وی بتواند زبان و فکر را تحت کنترل بافتی مناسب قرار داده، آن را منطقی بکار ببندد: هدف «انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است»؛ یعنی توانایی تماس کامل‌تر با لحظه حال به عنوان انسان هشیار و یا تغییر و حفظ آن مشروط بر اینکه در خدمت اهداف ارزشمند باشد. از نقطه‌نظر رفتاری، اگر بتوان از بن‌بست‌ها اجتناب کرد، خود زندگی می‌تواند در ایجاد رفتار مؤثرتر در طول زمان یاری بخش باشد. نظریه اکت بر این نکته تأکید دارد که این نظم کلامی افراطی که اهداف غلطی را نشانه رفته باعث ایجاد این بن‌بست می‌شود. هدف تمامی مداخلات اکت انعطاف‌پذیری بیشتر در پاسخ‌دهی و حساسیت بیشتر به کارایی عمل است. از آنجا که همه اجزای اکت هدف نهایی یکسانی دارند لذا می‌توان آن‌ها را در ترتیب‌های مختلفی ارائه کرد. اکت یک رویکرد بالینی کلی است و نه فقط یک سری فنون خاص، چرا که مسئله انعطاف‌پذیری و جمود روان‌شناختی تقریباً در تمامی مشکلات انسان مطرح است. اکت فرض را بر این می‌گذارد که وقوع تغییرات سریع و مهم در رفتار مراجع امکان‌پذیر است، این تغییرات سریع علاوه بر اینکه یک فرض عمل‌گرایانه است، به دلیل مسیری که از طریق آن اکت زبان را هدف قرار می‌دهد، ممکن فرض شده است. به طور کلی، اکت به دنبال تغییر کارکرد و نه شکل، شبکه‌های ارتباطی است و در نتیجه قبل از اینکه پیشرفت میسر شود نیازی به حذف این پاسخ‌های مشروط قبلی وجود ندارد. به

زبان استعاره، به جای تلاش برای یادگیری نحوه‌ی بردن در بازی که فرد دائماً در آن بازنده بوه، اکت بازی را طوری تغییر می‌دهد که بردن در آن به مراتب ساده‌تر شود. اکت معمولاً از یک شکل نسبتاً غیر خطی زبان استفاده می‌کند. درمانگران اکت به شدت به تناقض، استعاره، داستان‌ها، تمرینات، تکالیف رفتاری و فرآیندهای تجربی تکیه دارند. آموزش مستقیم و تجزیه و تحلیل منطقی اگر چه رخ می‌دهد، اما نقش نسبتاً محدود دارد. حتی مفاهیم مرتبط با اکت به شیوه‌ای انعطاف‌پذیر و اختیاری مورد استفاده قرار می‌گیرد: نکته این است که اکت یک سیستم باور جدید ایجاد نمی‌کند بلکه یک رویکرد مؤثرتر برای خود زبان بنیان می‌گذارد. رابطه درمانی عمدتاً وسیله‌ای برای ایجاد این رفتارهای جدید است. خود رابطه بر پذیرش و ارزش‌ها متمرکز است؛ درمانگر به دنبال عمل، مدل‌سازی و تقویت آنچه که آموخته می‌شود است. درمان یک مجموعه کلامی/اجتماعی است که در آن شرایط طبیعی حمایت‌کننده از آمیختگی شناختی و اجتناب، به نفع شرایط حمایت‌کننده از پذیرش، گسلش شناختی^۱، تمرکز بر زمان حال و دیگر رفتارهای مرتبط با اکت حذف می‌شوند. در یک رابطه درمانی مبتنی بر اکت، تداوم و تغییر مرتب با اهداف ارزشمند، هسته اصلی رابطه محسوب می‌شود (نریمانی و وحیدی، ۱۴۰۱).

اکت یک پروتکل خاص یا مجموعه‌ای محدود از راهبردهای درمانی نیست. حتی در حوزه یک مشکل خاص، به آسانی می‌توان چندین پروتکلاکت ایجاد کرد. بسته دائمی مداخله‌هاکت شامل طیف گسترده‌ای از تکنیک‌ها در حوزه‌های عمومی پذیرش، گسلش، ایجاد یک حس متعالی از خود، در زمان حال و ذهنی آگاه، ارزش‌های انتخاب شده و ایجاد الگوهای بزرگ‌تر و بزرگ‌تری از عمل متعهدانه مرتبط با آن ارزش‌هاست. اینکه کدام یک از این تکنیک‌ها برای درمان مشکل یک مراجع فرضی بکار رود به فرمول بندی مورد در اکت و یا به فرد یا طبقه بیماران و یا هر دو بستگی دارد. اکت تکنیک‌هایی را از رفتار درمانی سنتی، درمان شناختی رفتاری، درمان تجربی و گشتالت درمانی و همچنین از سنت‌های خارج از پارادایم سلامت روان استخراج کرده است، اما

1 Defusion

آنچه باعث یکپارچگی این تکنیک‌ها در اکت می‌شود چارچوب فلسفی و علمیاکت برای زندگی است.

اکت و موج سوم رفتاردرمانی

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ که به اختصار اکت^۲ خوانده می‌شود یک رفتار درمانی موج سوم است که آشکارا این رویکرد تغییر افکار و احساسات را به جای تغییر شکل محتوا یا فراوانی آنها می‌پذیرد (هیز و همکاران، ۲۰۰۸). اکت بخشی از سنت رفتاردرمانی است و نگاهی به گذشته این سنت در معنای وسیع‌تر می‌تواند به فهماکت کمک کند. رفتار درمانی به عنوان یک رویکرد جایگزین برای سنت‌های درمانی که ویژگی تجربی و پژوهش کمتری داشتند، آغاز شد. رفتار درمانی سنتی به توسعه درمان‌های تجربی و مبتنی بر اصول یادگیری تثبیت شده متعهد بود. به جای مفاهیم بالینی مبهم، رفتاردرمانگران مستقیماً بر رفتارهای مسأله‌ساز آشکار متمرکز شده بودند و برای کاهش شدت یا حذف مشکلات رفتاری به وابستگی‌های مستقیم محیطی (عامل و کلاسیک) می‌پرداختند. به عبارت دیگر، رفتاردرمانی ریشه در فلسفه ارتقاء «تغییر مرتبه اول^۳» داشت. اگر فردی از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب می‌ورزید، افزایش زمان قرار گرفتن در شرایط اجتماعی و یا کاهش اضطراب درباره موقعیت‌های اجتماعی مستقیماً مورد هدف بود. اگر نقایص رفتاری آشکار بود، تلاش‌های مستقیمی برای تشخیص ماهیت نقایص مهارتی و رفع آنها از طریق آموزش مستقیم به عمل می‌آمد. نظریه‌پردازان روانکاو هراس داشتند که این‌گونه مداخلات مستقیم رفتاری به ریشه مشکل بیمار دست نیابد، اما «جانشینی نشانه‌ها^۴» تبدیل به مسأله‌ای بسیار کوچک‌تر از آنچه آنها تصور می‌کردند، شد. استفاده از اصول رفتاری برای ایجاد تغییر مرتبه اول، در مقایسه با تکنیک‌های موجود در آن زمان کارائی بسیار بالاتری داشت و موج اول رفتاردرمانی

1 Acceptance and Commitment Therapy

2 ACT

3- First order change

4- Symptom substitution

توانست خود را به عنوان یک رویکرد بالینی تجربی‌گرا به خوبی تثبیت کند. اما یک کاستی وجود داشت. هر دو نظریه تحلیلی رفتار (عامل) و رفتاری جدید (S-R) مشکلاتی در کارکردن با مسأله تفکر داشتند و فاقد روش‌های مداخله‌ای بودند که بتواند تأثیر منفی تجربیات خصوصی بر رفتار انسان را برطرف کند. حدود سی سال پیش، روش‌های شناختی برای رفع این نقیصه به صحنه آمدند. برخی رفتار درمانگران اولیه معتقد بودند که در مورد شناخت همه حرف‌ها زده شده است، اما به این فریاد اعتراض اعتنایی نشد چرا که درمانگران احساس می‌کردند که تفکر باید نقش کلیدی‌تری را در تحلیل و درمان بسیاری از برنامه‌های روان شناختی داشته باشد. با این حال، نظریه شناخت که باعث این تحول شد چندان پیچیده نبود. نوآوری‌های درمان معمولاً مبتنی بر رویکرد عقل سلیم به تفکر انسان بود. مراجعان با مشکل خاص به چیزهای خاص و غیر مفید می‌اندیشند. این موضوع درست همان‌گونه که مشکلات رفتاری در رویکرد قبلی مستقیماً مورد هدف قرار می‌گرفت می‌باید بصورت مستند و به طور مستقیم هدف قرار داده می‌شد. به عنوان مثال، مراجعان باید یاد می‌گرفتند شناخت‌های غیر منطقی را شناسایی و با آن مبارزه کنند؛ خطاهای شناختی را تشخیص داده و بصورت منطقی آن‌ها را اصلاح کنند؛ باورهای بنیادین را استخراج و برای ارزیابی اعتبار آن‌ها دست به آزمایش‌های رفتاری بزنند. مدل‌های تحقیقی پردازش اطلاعات گاهی اوقات با منطق درمان همراه بودند اما معمولاً این یک امر اضافه بود و به واقع تعداد کمی از تکنیک‌ها به این منطق نیاز داشت (مظفری و همکاران، ۱۳۹۸).

از آنجاکه این مدل بیشتر بر عقل سلیم تأکید داشت، باعث تضعیف این عقیده شد که مداخلات باید ریشه در اصول علمی داشته باشد. به جای آن نوعی تمرکز وسواس گونه به نتایج کارآزمایی‌های تصادفی کنترل شده پیدا شد. اگر یک درمان کنترل شده در مطالعات بالینی تصادفی کارآئی خود را نشان می‌داد علاقه زیادی به اینکه چرا این درمان مفید واقع شده وجود نداشت و حتی این علاقه در خصوص رابطه این مؤلفه‌ها به اصول علمی پایه کمتر هم بود (سعادت و همکاران، ۱۳۹۵). علاوه بر این، با وجود اینکه تأکید بیشتری بر فرآیندهای شناختی وجود داشت، تأکید بر «تغییر مرتبه اول» رفتار

درمانی سنتی تغییری نکرد. اگر فردی از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب می‌کرد، اهداف اصلی افزایش زمان قرار گرفتن در شرایط اجتماعی و یا کاهش اضطراب درباره موقعیت‌های اجتماعی صرفاً به‌گونه‌ای گسترش یافته بودند که تغییر افکار غیر منطقی در مورد آنچه ممکن است در این شرایط رخ می‌دهد را در نظر بگیرد. روش‌های شناختی صرفاً به فهرست مداخلات موجود، تحت عنوان «درمان شناختی رفتاری»^۱ اضافه شدند (یانگ^۲، ۲۰۲۱).

در حال حاضر بیش از ۳۰ سال از موج دوم رفتاردرمانی می‌گذرد. این موج آن‌گونه که تعدادی از شیوه‌های CBT موجود در فهرست در درمان‌های تجربی نشان داده‌اند تا به حال موفقیت‌های بی‌سابقه‌ای داشته است. با این حال، مسائل تجربی و نظری انتقادآمیزی وجود دارد که نیاز به پیشرفت مداخلات بالینی مبتنی بر تجربه را ضرورت بخشیده‌اند. اولاً، مدل‌های نظری که به تبیین مداخلات شناختی رفتاری می‌پردازند از آزمون علمی چندان سربلند بیرون نیامده‌اند. این چنین مشکلاتی صحنه را برای تغییر آماده می‌کند، اما این تغییر مستلزم تلاش و نوع آوری است. در اول دهه گذشته، مدل‌های درمانی جدیدی پدید آمده که بیشتر بر کارکرد شناخت‌های مشکل‌ساز، هیجان‌ات، خاطرات و احساسات تأکید داشته‌اند تا محتوا، شکل و یا فراوانی آن‌ها. این روش‌های تغییر «مرتب‌ی دوم» تلاش دارند کارکرد این تجربیات انسانی را با تمرکز بر مداخلات بافتاری و خزانه‌ساز^۳ مانند تماس با لحظه حاضر و مراقبه/ ذهن آگاهی تغییر دهند. اثرات تجربی مثبت درمان‌هایی مانند اکت، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و رفتار درمانی مناظره‌ای حمایت‌هایی را برای این تغییرات فراهم نموده‌اند و نوعی انفجار علاقه به درمان‌هایی از این نوع پدید آمده است (وارنر^۴ و همکاران، ۲۰۲۴).

1 Cognitive Behavioral Therapy

2 Young, K. S

3Contextual ad repertoire building interventions

۴ Warner, M. B