

Original article

Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Distress Tolerance in Individuals with Substance Use Disorder under Methadone Maintenance Treatment

Mostafa Afshar Nik¹, Ahmad Mansouri^{2*}, Mustafa Bolghan-Abadi³, Zahra Bagherzadeh Golmakani⁴

1. PhD student, Department of Psychology, Ne.C., Islamic Azad University, Neyshabur, Iran
2. Associate professor, Department of Psychology, Ne.C., Islamic Azad University, Neyshabur, Iran
3. Assistant professor, Department of Educational Sciences, Faculty of Literature and Humanities, Hakim Sabzevari University, Sabzevar, Iran
4. Assistant professor, Department of Psychology, Ne.C., Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

Article Info.

Received: 06- Dec - 2025

Accepted: 24- May- 2026

Abstract

Background and Aims: Substance use disorder is associated with a wide range of adverse consequences, and reduced distress tolerance is considered a prominent feature of this condition. Accordingly, the present study aimed to compare the effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on distress tolerance among individuals with substance use disorder under methadone maintenance treatment.

Materials and Methods: This applied quasi-experimental study enrolled 45 individuals undergoing methadone maintenance treatment at addiction treatment clinics in Neyshabur in 2025. Participants were randomly assigned to the three groups. The intervention groups received eight sessions of either CBT or ACT. All participants completed the Distress Tolerance Scale (DTS), and data were analyzed using SPSS version 26 and repeated-measures analysis of variance.

Results: The results indicated a significant improvement in distress tolerance over time, with differences observed between groups ($p < 0.001$). Both ACT and CBT produced significant increases in distress tolerance compared with the control group; however, ACT was more effective ($p = 0.019$).

Conclusion: The findings indicate that ACT is more effective at improving distress tolerance and can help increase it among individuals receiving methadone maintenance treatment. Applying this approach alongside conventional treatments can enhance recovery stability and the quality of the treatment process.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, Methadone, Psychological, Substance Use Disorder

* **Corresponding Author:** Ahmad Mansouri. Department of Psychology, Ne.C., Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. Email: mansoury_am@iau.ac.ir

How to Cite: Mostafa Afshar Nik, Ahmad Mansouri, Mustafa Bolghan-Abadi, Zahra Bagherzadeh Golmakani. Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Distress Tolerance in Individuals with Substance Use Disorder under Methadone Maintenance Treatment. Journal of Student Research Committee Sabzevar University of Medical Sciences, 2026;31(2):12-24.



مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون

مصطفی افشار نیک^۱، احمد منصوری^{۲*}، مصطفی بلقان آبادی^۳، زهرا باقرزاده گلکانی^۴

۱. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران
۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران
۳. استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران
۴. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۳/۰۳

چکیده

زمینه و هدف: اختلال مصرف مواد با پیامدهای نامطلوب گسترده‌ای همراه است و کاهش تحمل پریشانی یکی از ویژگی‌های شاخص آن به شمار می‌آید. از این رو، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش کاربردی، به صورت نیمه‌آزمایشی با یک گروه کنترل و دو گروه مداخله، بر روی ۴۵ فرد مبتلا به اختلال مصرف مواد که تحت درمان نگهدارنده با متادون در کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر نیشابور بودند، در سال ۱۴۰۴ انجام شد. شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی در سه گروه جایگزین شدند. گروه‌های مداخله، طی هشت جلسه درمان شناختی-رفتاری یا درمان پذیرش و تعهد را دریافت کردند. شرکت‌کنندگان مقیاس تحمل پریشانی را تکمیل نمودند و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تحمل پریشانی در طول زمان به‌طور معناداری بهبود یافت و این تغییرات بین گروه‌ها متفاوت بود ($p < 0/001$). هر دو درمان پذیرش و تعهد و شناختی رفتاری در مقایسه با گروه کنترل موجب افزایش تحمل پریشانی شدند، اما درمان پذیرش و تعهد، اثربخشی بیشتری نشان داد ($p = 0/019$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد، اثربخشی بیشتری بر تحمل پریشانی دارد و می‌تواند به افزایش تحمل پریشانی افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون کمک کند. به‌کارگیری این رویکرد در کنار درمان‌های رایج می‌تواند پایداری بهبودی و کیفیت فرایند درمان را افزایش دهد.

کلیدواژگان: اختلال مصرف مواد، درمان پذیرش و تعهد، درمان شناختی رفتاری، روان‌شناختی، متادون

نویسنده مسئول: احمد منصوری، دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران. پست الکترونیکی: mansoury_am@iau.ac.ir

استناد به مقاله: مصطفی افشار نیک، احمد منصوری، مصطفی بلقان آبادی، زهرا باقرزاده گلکانی. مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون. مجله کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی سبزواری، تابستان ۱۴۰۵، دوره ۳۱، شماره ۲، صفحات: ۱۲-۲۴

مقدمه

اختلال مصرف مواد، یکی از مهم‌ترین چالش‌های بهداشت روان در سراسر جهان به شمار می‌رود و با پیامدهای گسترده زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی همراه است (۱). شواهد جهانی نشان می‌دهد که مصرف مواد همچنان روندی نگران‌کننده دارد؛ به‌طوری‌که بر اساس گزارش‌های بین‌المللی منتشرشده در سال ۲۰۲۴، حدود ۲۹۲ میلیون نفر در جهان در طول یک سال حداقل یک‌بار مواد مصرف کرده‌اند و بیش از ۶۴ میلیون نفر از آنان معیارهای بالینی اختلال مصرف مواد را دارا بوده‌اند (۲). در ایران نیز سهم قابل‌توجهی از جمعیت با مصرف مواد درگیر هستند و مردان نرخ بالاتری نسبت به زنان دارند (۳). افزون بر پیامدهای پزشکی، این اختلال با کاهش کارکرد شغلی، تشدید مشکلات خانوادگی، افزایش اختلال‌های روانی و بروز مسائل حقوقی همراه است که در نهایت می‌تواند موجب تحمیل بار اقتصادی و اجتماعی قابل‌توجهی بر ساختارهای سلامت و بهزیستی کشور شود (۴). همچنین پژوهش‌های مرتبط گزارش می‌کنند که مصرف مواد با افزایش احتمال ابتلا به بیماری‌های عفونی، ناپایداری روابط خانوادگی و اختلال‌های خلقی همراه است (۵). این اختلال همچنین با کاهش تحمل پریشانی مرتبط است و تحمل پریشانی، نقش مهمی در پیشگیری و درمان این اختلال دارد (۶). تحمل پریشانی به توانایی افراد برای مدیریت هیجان‌های منفی و شرایط تنیدگی بدون واکنش‌های تکانشی یا اجتنابی اشاره دارد و یکی از مؤلفه‌های مهم تنظیم هیجان محسوب می‌شود (۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که سطوح پایین تحمل پریشانی با آسیب‌پذیری هیجانی و دشواری در سازگاری روانی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد، مرتبط است (۸). همچنین شواهد اخیر تأکید می‌کنند که تحمل پریشانی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد، نقش میانجی در واکنش‌های هیجانی و پایداری درمانی ایفا می‌کند (۹).

برای پیشگیری و درمان اختلال مصرف مواد، رویکردهای دارویی و روان‌شناختی گوناگونی از جمله

سم‌زدایی، درمان نگهدارنده با متادون، نوروفیدبک، روان‌تحلیلی، درمان شناختی رفتاری، ماتریکس و مداخله‌های حمایتی به کار گرفته شده است (۱۰). متادون سال‌ها است به‌عنوان بخشی از درمان نگهدارنده برای مصرف‌کنندگان مواد افیونی به کار می‌رود و توانسته است نشانه‌های جسمانی ترک و چرخه عود را تا حدی کنترل کند (۱۱). بررسی‌های بالینی نشان می‌دهد که بخش قابل‌توجهی از افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون با مشکلاتی نظیر اختلال در تنظیم هیجان، ناتوانی در مدیریت ناراحتی‌های درونی و سطح پایین تحمل پریشانی مواجه هستند؛ عواملی که می‌توانند آسیب‌پذیری هیجانی و خطر بازگشت به رفتارهای پرخطر را افزایش دهند (۱۲). شواهد پژوهشی نیز تأکید می‌کنند که درمان نگهدارنده با متادون، علی‌رغم اثربخشی چشمگیر در کاهش نشانه‌های جسمانی وابستگی، به‌تنهایی قادر به بهبود دشواری‌های هیجانی و ارتقای تحمل پریشانی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد نیست و بهره‌گیری از مداخله‌های روان‌شناختی مکمل برای این اختلال و عوامل مرتبط ضرورت دارد (۱۳).

از میان مداخله‌های روان‌شناختی، درمان شناختی رفتاری یکی از رویکردهای مؤثر و مبتنی بر شواهد است که با اصلاح الگوهای فکری ناسازگار و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، نقش مهمی در کاهش واکنش‌های تکانشی و افزایش تحمل پریشانی دارد (۱۴). افزایش تحمل پریشانی نقش مهمی در بهبود پیامدهای درمان اختلال مصرف مواد دارد و مداخله‌های پذیرش محور می‌توانند این ظرفیت را در افراد مبتلا به این اختلال تقویت کنند (۱۵). یافته‌های پژوهش‌های اخیر نیز نشان می‌دهد که مداخلاتی همچون درمان پذیرش و تعهد و سایر رویکردهای تنظیم هیجان می‌توانند به شکل مؤثری تحمل پریشانی را در افراد وابسته به مواد افزایش دهند (۱۶). هر دو رویکرد در کنار درمان دارویی می‌توانند ابعاد هیجانی و شناختی مصرف‌کنندگان مواد را هدف قرار دهند، اما درمان پذیرش و تعهد با محوریت پذیرش و درمان شناختی رفتاری با محوریت بازسازی شناختی، سازوکارهای متفاوتی برای ارتقای تحمل پریشانی ارائه می‌کنند (۱۷).

تحمل پریشانی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون شهر نیشابور انجام شد.

روش کار

این پژوهش کاربردی از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با یک گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر نیشابور در سال ۱۴۰۴ بودند. ۴۵ نفر از افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. سپس افراد واجد شرایط به روش تصادفی ساده و از طریق قرعه‌کشی در سه گروه ۱۵ نفره شامل گروه درمان شناختی رفتاری، گروه درمان پذیرش و تعهد و گروه کنترل جایگزاری شدند. بدین منظور ابتدا برای هر یک از شرکت‌کنندگان یک کد عددی در نظر گرفته شد، سپس کدها روی برگه‌های هم‌اندازه نوشته و در ظرفی قرار داده شد و به‌صورت تصادفی انتخاب گردید تا افراد در گروه‌های پژوهش تخصیص یابند. سپس گروه‌های آزمایش در ۸ جلسه درمان شناختی رفتاری یا درمان پذیرش و تعهد شرکت کردند، درحالی‌که گروه کنترل تنها درمان نگهدارنده با متادون را ادامه دادند. پس از پایان جلسه‌های درمانی، گروه‌ها مجدداً به همان ابزارهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون پاسخ دادند و سه ماه بعد از مداخله درمانی نیز پیگیری انجام شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل افراد ۲۰ تا ۵۰ سال، تشخیص اختلال مصرف مواد به‌ویژه اختلال مصرف مواد افیونی بر اساس معیارهای نسخه بازنگری‌شده پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا بود. فرایند تشخیص، توسط روان‌شناس بالینی یا روان‌پزشک مراکز درمانی با مصاحبه بالینی و بررسی شاخص‌های تشخیصی مرتبط با الگوی مشکل‌ساز مصرف، ناتوانی در کنترل، صرف زمان زیاد برای تهیه یا مصرف، میل شدید، اختلال در نقش‌های شغلی یا اجتماعی،

در پژوهش‌های اخیر، هرچند نقش تحمل پریشانی در آسیب‌پذیری هیجانی و پیامدهای اختلال مصرف مواد تأیید شده است، اما اغلب این پژوهش‌ها، غیرمداخله‌ای و همبستگی‌محور بوده‌اند و به ندرت به تغییرپذیری این سازه پرداخته‌اند (۱۸). علاوه بر این، بررسی‌ها نشان می‌دهد که پژوهش‌های بسیار محدودی به تحمل پریشانی در جمعیت‌های تحت درمان نگهدارنده با متادون پرداخته‌اند و تاکنون مطالعه‌ای، اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد را در بهبود این متغیر به‌ویژه به‌صورت مقایسه‌ای، بررسی نکرده است. با وجود گسترش چشمگیر برنامه‌های درمانی مبتنی بر رویکردهای روان‌شناختی در حوزه اختلال مصرف مواد، هنوز بسیاری از پژوهش‌ها به‌صورت پراکنده به اثربخشی هر یک از درمان‌ها پرداخته‌اند و کمتر مطالعه‌ای این مداخله‌ها را در یک چارچوب مقایسه‌ای ارزیابی کرده است. افزون بر این، بخش عمده‌ای از پژوهش‌ها بر پیامدهایی مانند کاهش مصرف یا جلوگیری از عود متمرکز بوده‌اند، درحالی‌که تحمل پریشانی به‌عنوان یکی از عوامل کلیدی در واکنش‌های تکانشی، لغزش و تداوم مصرف، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. درمان شناختی رفتاری از طریق اصلاح الگوهای فکری عمل می‌کند (۱۹) و درمان پذیرش و تعهد با تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و افزایش توان فرد در پذیرش تجربه‌های ناخوشایند، نقش مهمی در ارتقای تحمل پریشانی ایفا می‌نماید (۲۰). اما همچنان مشخص نیست کدام‌یک از این دو رویکرد در بهبود تحمل پریشانی مصرف‌کنندگان مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون اثربخشی بیشتری دارد. درعین حال، پژوهش‌های جدید نشان داده است که عوامل فردی و زمینه‌ای می‌توانند نقش مهمی در میزان پاسخ‌دهی به درمان‌های مختلف ایفا کنند (۲۱-۲۲). از این رو، انجام پژوهشی که این دو رویکرد درمانی را در شرایط بالینی مشابه و از نظر تأثیر بر تحمل پریشانی مقایسه نماید، می‌تواند خلأ پژوهشی موجود را برطرف سازد و شواهدی برای انتخاب درمانی آگاهانه‌تر و مؤثرتر فراهم آورد. لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر



مقیاس تحمل پریشانی: یک ابزار خودگزارشی است که توسط سیمونز و گاهر^۱ در سال ۲۰۰۵ ساخته شده است. این ابزار دارای ۱۵ ماده است که بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای از ۱ (کاملاً موافق) تا ۵ (کاملاً مخالف) نمره‌گذاری می‌شوند و همچنین چهار خرده مقیاس تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم دارد. دامنه نمره بین ۱۵ تا ۷۵ است. اعتبار این آزمون به روش همسانی درونی در دو مرتبه تکرار برای خرده مقیاس‌های تحمل (۰/۷۳ - ۰/۷۲)، جذب (۰/۷۷ - ۰/۷۸)، ارزیابی (۰/۸۴ - ۰/۸۲) و تنظیم (۰/۷۴ - ۰/۷۰) سنجیده شده است. اعتبار آزمون به روش بازآزمایی برابر ۰/۶۱ گزارش شده است. همچنین ابزار از روایی همگرا، ملاکی و افتراقی مناسبی برخوردار بوده است (۲۳). اعتبار نسخه فارسی این مقیاس به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۲ بوده است. روایی سازه آن نیز (۰/۹۴ = برازش تطبیقی، ۰/۹۲ = برازش نرم نشده، ۰/۹۴ = برازش افزایشی، ۰/۹۰ = نیکویی برازش، ۰/۰۷۷ = جذر میانگین مجذورات خطای تقریب) مطلوب گزارش شده است (۲۴). اعتبار این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۷۱ بود.

درمان پذیرش و تعهد: جلسه‌های درمان پذیرش و تعهد بر اساس مدل هیز^۲ و همکاران (۲۵) تدوین و به صورت گروهی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک جلسه برگزار گردید (جدول ۱).

ادامه مصرف علی‌رغم پیامدهای جسمی یا روانی، کاهش فعالیت‌های مهم، مصرف در موقعیت‌های پرخطر، بروز تحمل و علائم ترک انجام گرفت. تنها افرادی وارد مطالعه شدند که بر پایه این ارزیابی‌ها حداقل دو معیار تشخیصی معتبر را دارا بودند و وجود اختلال مصرف مواد توسط متخصص تأیید شده بود. سایر معیارهای ورود شامل دریافت درمان نگهدارنده با متادون حداقل به مدت یک ماه پیش از شروع پژوهش، ثابت‌بودن دوز دارو در یک ماه اخیر، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و امکان حضور منظم در جلسه‌های درمانی بود.

معیارهای خروج از پژوهش شامل ابتلا به اختلال‌های روان‌پریشی یا سایر اختلال‌های شدید روان‌پزشکی بر اساس ارزیابی بالینی متخصص، خطر بالای خودکشی از طریق مصاحبه بالینی و بررسی پرونده درمانی توسط روان‌شناس یا روان‌پزشک، مصرف هم‌زمان سایر مواد در طول دوره پژوهش، دریافت هم‌زمان سایر مداخله‌های روان‌شناختی، غیبت بیش از دو جلسه در جلسه‌های درمانی، ابتلا به بیماری‌های جسمانی حادی که مانع مشارکت در جلسه‌های می‌شد، انصراف از ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش و مشارکت هم‌زمان در سایر پژوهش‌های مشابه بود. در مراحل اجرای پژوهش اصول اخلاقی مدنظر قرار گرفت. از تمامی شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه کتبی اخذ گردید و اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه باقی خواهد ماند. داده‌ها با کد اختصاصی ثبت و به‌صورت ناشناس تحلیل شدند. شرکت‌کنندگان در هر زمان مجاز به انصراف از ادامه پژوهش بودند، بدون آن‌که این تصمیم بر روند درمان نگهدارنده آنان تأثیری بگذارد. اهداف پژوهش، مدت زمان جلسه‌ها، مزایا و نحوه تماس با پژوهشگر به‌طور کامل برای شرکت‌کنندگان تشریح شد. همچنین، برای رعایت اصول اخلاقی، پس از پایان پژوهش، خدمات درمانی مشابه به گروه کنترل ارائه شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ و روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. سطح معناداری در تمامی آزمون‌ها ۰/۰۵ بود. برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های زیر استفاده شد.

¹ Simons & Gaher

² Hayes



جدول ۱. محتوای جلسه‌های درمان پذیرش و تعهد

جلسه	محتوای جلسه	اهداف درمانی و فعالیت‌های اصلی
۱	مقدمه و اهداف درمان	در این جلسه، اصول اساسی درمان پذیرش و تعهد معرفی شد. هدف درمان، تغییر افکار یا احساس‌ها نیست؛ بلکه پذیرش تجارب ناخوشایند و حرکت به‌سوی زندگی غنی و معنادار است. مدل شش‌ضلعی انعطاف‌ناپذیری شامل تمرکز افراطی بر گذشته یا آینده، اجتناب تجربه‌ای، آمیختگی شناختی، وابستگی به خود مفهوم‌سازی شده، اقدام غیرمؤثر و فاصله از ارزش‌ها معرفی گردید. از تمثیل‌های فرورفتن در باتلاق و انگشت‌گیری برای درک بهتر مفهوم استفاده شد. همچنین پیش‌آزمون اجرا و تاریخچه مراجع بررسی گردید.
۲	تمرکز بر زمان حال	در این جلسه، بر نقش تسلط گذشته و آینده بر مشکلات فرد تأکید شد. تمرین‌هایی برای افزایش حضور در لحظه مانند تنفس شکمی، تمرین انقباض و رهایی عضلات، خوردن آگاهانه (مانند تمرین کشمش) و توجه به بدن انجام شد. هدف، تقویت توانایی بودن در لحظه حال و کاهش نشخوار فکری بود.
۳	کار بر روی اجتناب تجربه‌ای	مفهوم اجتناب تجربه‌ای (تلاش برای فرار از احساس‌ها یا افکار ناخوشایند) بررسی شد. مراجعان آموختند که این اجتناب موجب تداوم مشکلات می‌شود. تمرین جسمانی‌سازی هیجان‌ها انجام شد؛ شرکت‌کنندگان احساس‌های ناخوشایند خود را با رنگ، شکل و اندازه توصیف کرده و محل آن را در بدن شناسایی کردند. هدف، افزایش مواجهه مؤثر به‌جای اجتناب بود.
۴	گسلش شناختی	در این جلسه، افکار درگیرکننده و چسبنده شناسایی و از واقعیت تفکیک شدند. تکنیک‌هایی نظیر تمرین بزاقت دهان، تکرار کلمات، رقص کلمات و تکنیک تلویزیون آموزش داده شد تا شرکت‌کنندگان یاد بگیرند افکار را صرفاً به‌عنوان پدیده‌های ذهنی ببینند نه واقعیت. هدف، کاهش سلطه افکار ناکارآمد بر رفتار بود.
۵	کار بر مفهوم خود به‌عنوان زمینه	در این مرحله، مراجعان افکاری را که به‌صورت واقعیت پذیرفته بودند، بررسی کردند. از تمثیل‌هایی مانند آسمان (خود به‌عنوان زمینه ثابت در برابر ابرهای گذرای افکار) و صحنه تئاتر برای توضیح این مفهوم استفاده شد. هدف، افزایش آگاهی نسبت به خود مشاهده‌گر و کاهش همانندسازی با افکار بود.
۶	تحلیل اقدام‌های غیرمؤثر	رفتارهای ناکارآمد شرکت‌کنندگان در مواجهه با افکار و احساس‌های ناخوشایند تحلیل شد. با طرح پرسش‌هایی مانند آیا این رفتار زندگی‌ات را گسترش داده یا محدود کرده است؟ به کشف الگوهای رفتاری معیوب پرداخته شد. هدف این جلسه، جایگزینی رفتارهای مؤثر و ارزش‌محور به‌جای پاسخ‌های ناکارآمد بود.
۷	ارزش‌ها و تعهد	در این جلسه، شرکت‌کنندگان با استفاده از ابزارهایی مانند کارت‌های ارزش و جدول ارزش‌ها به شناسایی مهم‌ترین ارزش‌های زندگی خود پرداختند. سپس از میان آن‌ها، پنج ارزش برتر انتخاب شد و میزان اهمیت و تحقق هرکدام (از ۱ تا ۱۰) ارزیابی گردید. دو پرسش کلیدی مطرح شد: امروز برای تحقق این ارزش چه می‌کنید؟ تا جلسه آینده چه گامی برمی‌دارید؟ هدف، تعهد به رفتارهای منطبق با ارزش‌ها بود.
۸	جمع‌بندی و ارزیابی نهایی	در آخرین جلسه، مدل شش‌ضلعی درمان پذیرش و تعهد مرور شد. بازخورد مراجعان نسبت به فرایند درمان ارزیابی گردید و برنامه‌ریزی برای تداوم تغییرات در آینده انجام شد و پیشرفت شرکت‌کنندگان مورد بحث قرار گرفت. هدف، تثبیت دستاوردها و تقویت خودکارآمدی در مسیر ارزش‌محور بود.

به‌صورت گروهی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک جلسه برگزار گردید (جدول ۲).

درمان شناختی رفتاری: جلسه‌های درمان شناختی رفتاری بر اساس پروتکل بایلینگ^۱ و همکاران (۲۶) تدوین و

¹ Bieling

جدول ۲. محتوای جلسه‌های درمان شناختی رفتاری

جلسه	محتوای جلسه	اهداف درمانی و فعالیت‌های اصلی
۱	مقدمه و معرفی ساختار درمان	انجام پیش‌آزمون، خوش‌آمدگویی، ایجاد انگیزه، معرفی ساختار جلسه‌ها، آموزش رابطه تفکر-احساس-هیجان، مثال قدیس کهن برای ارزش‌های مطلق‌گرایانه، توضیح رازداری، ارائه تکلیف خانگی
۲	مرور جلسه قبل و شناسایی باورهای غیرمنطقی	مرور تکالیف، افزایش انگیزه و امیدواری برای رهایی از مصرف، شناسایی و تحلیل باورهای غیرمنطقی، بحث گروهی درباره افکار ناسازگار، ارائه تکلیف جدید
۳	بررسی دوسوگرایی و موقعیت‌های وسوسه‌انگیز	مرور تکالیف، بررسی مسئله دوسوگرایی، شناسایی افکار مرتبط با مصرف، تحلیل موقعیت‌های وسوسه‌انگیز و رابطه آن با افکار فعال‌کننده
۴	شناسایی عوامل برانگیزاننده مصرف و الگوهای ارتباطی	شناسایی عوامل برانگیزاننده، بررسی الگوهای ارتباطی با افراد مصرف‌کننده، تحلیل محرک‌ها و وسوسه‌ها، تعیین تکلیف برای جلسه بعد
۵	آموزش مهارت‌های امتناع و نقش‌آفرینی درمانی	مرور جلسه قبل، بررسی تکالیف، پاسخ به مشکلات اعضا، آموزش مهارت‌های امتناع از مصرف مواد، اجرای نقش‌های درمانی، تمرین مهارت‌های مقابله با پاسخ‌دهی انفعالی-پرخاشگرانه در مسیر افزایش مسئولیت‌پذیری
۶	آموزش مهارت‌های مقابله با مصرف و اصلاح تفکر	آموزش و تمرین مهارت‌های مقابله‌ای، تحلیل نقاط قوت و ضعف ارتباطی، بررسی افکار غیرمنطقی درباره توقعات از دیگران، بیان افکار اضطراب‌آور برای اصلاح شناخت و بهبود خلق
۷	کاربست مدل و مهارت‌های ارتباطی	بحث درباره راهبردهای عملی ارتباط، تحلیل مسائل با مدل، بررسی ناکامی‌ها و درماندگی، تمرین بیان احساس‌ها مثبت و افکار منطقی برای ارتقای مهارت ارتباطی
۸	نقش‌آفرینی، پیش‌بینی خطر و جمع‌بندی درمان	بررسی بی‌توجهی و بی‌مسئولیتی هیجانی، اجرای نقش‌آفرینی در تصمیم‌گیری سالم، پیش‌بینی موقعیت‌های خطرآفرین، بحث درباره تغییرات و موانع، بازخورد پیشرفت، انتقال درمان به محیط خانوادگی و اجتماعی، تغییر افکار غیرمنطقی، اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

پذیرش و تعهد، درمان شناختی رفتاری، کنترل و کل به ترتیب ۱۳/۰۶ (۵/۷۶)، ۱۴/۰۶ (۵/۶۶)، ۱۱/۱۳ (۶/۱۶) و ۱۲/۷۵ (۵/۸۶) بود. بین میانگین مدت مصرف سه گروه، اختلاف آماری معناداری مشاهده نگردید ($p = ۰/۳۸۸$)، $F = ۰/۹۶$. در جدول ۳ سایر داده‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان ارائه شده است. شاخص‌های توصیفی نیز به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۴ گزارش شده است.

میانگین (انحراف استاندارد) سن افراد گروه‌های درمان پذیرش و تعهد، درمان شناختی رفتاری، کنترل و کل به ترتیب ۳۳/۴۶ (۱۰/۹۰)، ۳۶/۹۳ (۱۰/۰۳)، ۳۸/۵۳ (۸/۳۷) و ۳۶/۳۱ (۹/۸۳) بود. بین میانگین سنی سه گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p = ۰/۳۶۲$)، $F = -۱/۰۴$. میانگین (انحراف استاندارد) مدت مصرف افراد گروه‌های درمان

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار متغیر تحمل‌پیشانی در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
درمان پذیرش و تعهد	۵۰/۳۳	۶/۹۱	۳۱/۸۶	۶/۱۵	۳۲/۴۰	۵/۸۶
درمان شناختی رفتاری	۴۸/۸۰	۴/۷۸	۳۹/۹۳	۴/۸۰	۳۹/۵۳	۶/۹۲
کنترل	۴۷/۹۳	۶/۵۲	۴۷/۷۳	۶/۱۵	۴۶/۵۳	۵/۰۸

آن‌ها است. همچنین اندازه اثر تعامل زمان و گروه نشان می‌دهد که حدود ۴۲ درصد تغییرات تحمل پریشانی شرکت‌کنندگان، ناشی از تغییرات زمانی در حداقل یکی از سطوح گروهی است.

در ادامه برای مقایسه دوبه‌دوی میانگین‌ها در سه زمان و همچنین بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی^۷ استفاده شد (جدول ۶).

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که اختلاف بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p = ۰/۰۰۱$) و همچنین پیش‌آزمون و پیگیری ($p = ۰/۰۰۱$) تحمل پریشانی معنی‌دار است، اما اختلاف بین پس‌آزمون و پیگیری ($p = ۱$) معنی‌دار نیست. نتایج مربوط به اختلاف بین گروه پذیرش و تعهد با گروه درمان شناختی رفتاری ($p = ۰/۰۱۹$) و گروه کنترل ($p = ۰/۰۰۱$) در تحمل پریشانی معنی‌دار است. همچنین اختلاف بین گروه درمان شناختی رفتاری و گروه کنترل ($p = ۰/۰۱۶$) در تحمل پریشانی معنی‌دار است. نتایج نشان می‌دهد که بین درمان پذیرش و تعهد با گروه کنترل ($p = ۰/۰۰۱$) و همچنین درمان شناختی رفتاری با گروه کنترل ($p = ۰/۰۰۱$) تفاوت معنی‌دار وجود دارد. از سوی دیگر درمان پذیرش و تعهد اثربخش‌تر از درمان شناختی رفتاری است.

نتایج مربوط به پیش‌فرض نرمال بودن متغیرهای پژوهش با استفاده از روش شاپیرو-ویلک^۱ بررسی شد. نتایج نشان داد که توزیع متغیر تحمل پریشانی در هر سه گروه درمان پذیرش و تعهد ($۰/۵۱۳$) = پیش‌آزمون، $۰/۱۷۳$ = پس‌آزمون، $۰/۱۵۰$ = پیگیری)، درمان شناختی رفتاری ($۰/۹۷۳$) = پیش‌آزمون، $۰/۵۷۶$ = پس‌آزمون، $۰/۰۹۵$ = پیگیری) و گروه کنترل ($۰/۰۹۱$) = پیش‌آزمون، $۰/۷۸۱$ = پس‌آزمون، $۰/۸۸۱$ = پیگیری) نرمال است. نتایج آزمون ام‌باکس^۲ متغیر تحمل پریشانی ($F = ۱/۳۵$ ، $p = ۰/۱۸۱$)، نشان داد که پیش‌فرض همگنی واریانس-کوواریانس‌ها رعایت شده است. نتایج آزمون لون^۳ برای پیش‌آزمون ($LS = ۲/۱۵$ ، $p = ۰/۱۲۹$)، پس‌آزمون ($LS = ۰/۵۴۸$)، $p = ۰/۶۱$ و پیگیری ($LS = ۱/۰۲$ ، $p = ۰/۳۶۶$) نشان داد که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است. نتایج آزمون لامبدای ویلکز^۴ نشان داد که اثر زمان ($p = ۰/۰۰۱$)، $F = ۳۲/۸۹$ ، $\eta^2 = ۰/۶۱$ و تعامل زمان و گروه ($p = ۰/۲۹$ ، $F = ۸/۶۳$ ، $\eta^2 = ۰/۲۹$) برای این متغیر معنادار است؛ به عبارت دیگر بین گروه‌های پژوهش حداقل در یکی از متغیرهای پژوهش در بُعد زمان یا اثر تعاملی زمان و گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. نتایج آزمون کرویت ماچلی^۵ ($MW = ۰/۶۶$ ، $df = ۲$ ، $p = ۰/۰۰۱$) نشان داد که پیش‌فرض همگنی کوواریانس‌ها در متغیر تحمل پریشانی رعایت نشده است؛ لذا از اصلاح اپسیلون با استفاده از آزمون گرین‌هاوس-گیزر^۶ استفاده شد.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که اثر اصلی زمان ($p = ۰/۰۰۱$)، گروه ($p = ۰/۰۰۱$) و اثر تعاملی زمان و گروه ($p = ۰/۰۰۱$) معنی‌دار است. اثر زمان نشان می‌دهد که ۵۵ درصد تغییرات تحمل پریشانی، ناشی از تغییرات زمانی است. اثر گروه نشان می‌دهد که حدود ۴۵ درصد تغییرات تحمل پریشانی شرکت‌کنندگان، ناشی از عضویت گروهی

^۱ Shapiro-Wilk test

^۲ Bax's M test

^۳ Levene's test

^۴ Wilks' Lambda test

^۵ Mauchly's sphericity test

^۶ Greenhouse-Geisser correction

^۷ Bonferroni Post Hoc test

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات اصلی و تعاملی متغیر تحمل پریشانی

متغیرها	منابع تغییر	میانگین مجزورات	F	df	P	اندازه اثر	توان آزمون
تحمل پریشانی	اثر گروه	۹۵۲/۲۳	۱۶/۹۳	۲	۰/۰۰۱	۰/۴۴۶	۱
	اثر زمان	۱۷۵۴/۱۹	۵۱/۹۷	۱/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۵۵۳	۱
	تعامل زمان*گروه	۵۰۹/۲۹	۱۵/۰۸	۲/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۴۱۸	۱

جدول ۶. نتایج آزمون بونفرونی برای متغیر تحمل پریشانی بر اساس زمان و گروه

متغیرها	مرحله/گروه	مرحله/گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	P
زمان	پیش آزمون	پس آزمون	۹/۳۳	۱/۳۲	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۹/۶۶	۱/۳۵	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۳۳	۰/۷۷	۱
گروه	درمان پذیرش و تعهد	درمان شناختی رفتاری	-۴/۵۵	۱/۵۸	۰/۰۱۹
	درمان پذیرش و تعهد	کنترل	-۹/۲۰	۱/۵۸	۰/۰۰۱
	درمان شناختی رفتاری	کنترل	-۴/۶۴	۱/۵۸	۰/۰۱۶

درمان پذیرش و تعهد بر فرایندهایی همچون پذیرش تجربه‌های ناخوشایند، کاهش اجتناب تجربه‌ای، گسلش شناختی، حضور آگاهانه در حال و جهت‌دهی رفتار بر اساس ارزش‌ها تأکید دارد (۲۷). چنین مؤلفه‌هایی برای افرادی که سال‌ها با چرخه‌های اجتنابی، ولع مصرف و ناتوانی در مواجهه با پریشانی هیجانی درگیر بوده‌اند، کاربرد ویژه‌ای دارد. یافته‌های این مطالعه با نتایج یک فراتحلیل همسو است که نشان داد درمان پذیرش و تعهد در درمان اختلال‌های مرتبط با مواد اثرات معناداری بر شاخص‌های هیجانی و رفتاری دارد (۲۸). نتایج یک مطالعه مروری نیز نشان داد که درمان پذیرش و تعهد در پایان درمان و دوره پیگیری کوتاه‌مدت، در حوزه رفتارهای اعتیادی عملکرد بهتری نسبت به درمان‌های فعال دیگر، داشته است (۲۹). افزون‌براین، میرانی و همکاران دریافتند که درمان پذیرش و تعهد به میزان چشمگیری تنظیم هیجان و سازگاری روان‌شناختی افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون را بهبود می‌بخشد (۳۰). فروزانفر و همکاران گزارش کردند که مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، باعث افزایش تحمل پریشانی زنان وابسته به سوءمصرف مواد می‌شود.

بحث

این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری بر تحمل پریشانی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هر دو رویکرد درمانی پذیرش و تعهد و شناختی رفتاری منجر به افزایش تحمل پریشانی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون شدند و این تغییرات در دوره پیگیری نیز تداوم داشته است. از آنجا که گروه‌ها در متغیرهای زمینه‌ای اصلی نظیر سن و مدت مصرف مواد تفاوت معناداری نداشتند، به نظر می‌رسد که تفاوت‌های به دست آمده بیشتر از آنکه ناشی از عوامل جمعیت شناختی باشد، حاصل ویژگی‌های مربوط به مداخله‌ها است. روند زمانی تغییرات نشان داد که شرکت در درمان نه تنها سطح تحمل پریشانی را افزایش داده است، بلکه احتمالاً الگوهای عمیق‌تری از تنظیم هیجان را نیز تحت تأثیر قرار داده است؛ الگویی که به‌ویژه در گروه دریافت‌کننده درمان پذیرش و تعهد برجسته‌تر مشاهده شد.

هیجانی مواجه بوده‌اند، به رویکردی نیاز دارند که رابطه آن‌ها با تجربه‌های درونی را بازسازی کند. می‌توان چنین برداشت کرد که کارآمدی درمان شناختی رفتاری در این گروه، بیشتر بر سطح مدیریت و اصلاح تجربه‌های مشکل‌زا اثر می‌گذارد؛ درحالی‌که درمان پذیرش و تعهد ساختاری بنیادی‌تر در شیوه مواجهه با هیجان‌های ناخوشایند ایجاد می‌کند.

در تحلیل عمیق‌تر یافته‌ها، به نظر می‌رسد که شدت و پایداری تغییرات در گروه درمان پذیرش و تعهد، نشان می‌دهد که این رویکرد نه تنها در کاهش ناراحتی، بلکه در بازسازی رابطه فرد با تجربه‌های درونی نقش داشته است. پژوهش‌ها تأکید کرده‌اند که تحمل پریشانی یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های اصلی ترک زود هنگام درمان و عود، در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد است (۳۵)؛ بنابراین، افزایش این ظرفیت در گروه درمان پذیرش و تعهد می‌تواند پیامدهای بالینی گسترده‌تری مانند کاهش ولع مصرف و افزایش پایبندی به درمان را در پی داشته باشد.

این مطالعه با محدودیت‌هایی مواجه بود. حجم نمونه محدود و شرکت‌کنندگان مرد، تعمیم‌پذیری را کاهش می‌دهد. ناهمگنی در نوع ماده مصرفی و برخی تفاوت‌های جمعیت‌شناختی نیز می‌توانند به عنوان عوامل مداخله‌گر عمل کنند. استفاده صرف از ابزارهای خودگزارشی، ممکن است نتایج را تحت تأثیر سوگیری پاسخ قرار دهد؛ به‌ویژه تحمل پریشانی در ابزارهای رفتاری گاهی الگوهای متفاوتی نسبت به ابزارهای خودگزارشی نشان می‌دهد. افزون‌براین، دوره پیگیری کوتاه مدت بود و شاخص‌های عینی مانند نرخ عود، روزهای پرهیز یا میزان ولع مصرف اندازه‌گیری نشد. پژوهش‌های آینده می‌توانند با بهره‌گیری از حجم نمونه بزرگ‌تر، پیگیری‌های طولانی‌تر و شاخص‌های چندوجهی، تصویر کامل‌تری از اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری بر تحمل پریشانی ارائه دهند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری می‌تواند رویکرد

(۳۱). همچنین نتایج مطالعه سهراب‌نژاد و همکاران نشان داد که درمان پذیرش و تعهد در میان مصرف‌کنندگان مواد، باعث کاهش افکار خودکشی و هیجان‌جویی و نیز افزایش تحمل پریشانی می‌شود؛ که بر نقش این رویکرد در بهبود فرایندهای تنظیم هیجانی در جمعیت مصرف‌کننده مواد تأکید می‌کند (۱۷). در راستای این یافته‌ها، کاشفی زاده و همکاران نیز نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده، موجب افزایش خودتنظیمی ارادی، تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود (۱۸).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری نسبت به گروه کنترل اثر معناداری بر تحمل پریشانی داشته است. این درمان به عنوان یکی از درمان‌های استاندارد طلایی در حوزه اختلال مصرف مواد شناخته می‌شود و از طریق بازسازی شناختی، مهارت‌آموزی مقابله‌ای و اصلاح الگوهای فکری ناکارآمد عمل می‌کند (۳۲). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان شناختی رفتاری در کاهش مصرف مواد و بهبود پیامدهای روان‌شناختی مرتبط با اختلال مصرف مواد، اثربخشی قابل‌قبولی دارد (۳۳). در مقابل، نتایج یک کارآزمایی تصادفی روی افراد مبتلا به اختلال مصرف مت‌آمفتامین نشان داد که درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری در متغیرهایی نظیر شدت وابستگی به ماده، میزان مصرف مت‌آمفتامین، مشکلات مرتبط با مصرف و پریشانی روان‌شناختی تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند (۳۴). دلیل این مغایرت ممکن است به دلیل تفاوت در متغیرهای مطالعه همچون نوع ماده مصرفی، شدت وابستگی، مهارت درمانگران و تفاوت‌های فرهنگی باشند. با این حال، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که گرچه درمان شناختی رفتاری توانسته است در بهبود تحمل پریشانی مؤثر باشد، اما میزان و عمق این تغییرات نسبت به درمان پذیرش و تعهد کمتر است. به نظر می‌رسد در جمعیت تحت درمان نگهدارنده با متادون، صرفاً اصلاح شناخت‌ها یا افزایش مهارت‌های مقابله‌ای برای ایجاد تغییرات عمیق‌تر کافی نیست و مراجعانی که سال‌ها با الگوهای اجتناب هیجانی، چرخه‌های ولع مصرف و ناپایداری



تشکر و قدردانی

از کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش، تقدیر و تشکر می‌گردد.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌نمایند، در این مقاله تضاد منافی وجود ندارد.

منابع مالی

این پژوهش، بدون حمایت مالی هیچ نهاد خاصی انجام شده است.

مؤثرتری برای افزایش تحمل پریشانی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون باشد؛ عاملی که با پیامدهای بالینی مهمی همچون کاهش ولع مصرف، حفظ پرهیز و افزایش پایداری درمان مرتبط است. این یافته‌ها می‌توانند مبنایی برای توجه به رویکردهای پذیرش محور در درمان اختلال مصرف مواد و طراحی مداخله‌های سازگارتر با نیازهای این جمعیت ویژه فراهم سازند. پیشنهاد می‌شود درمانگران در کنار درمان‌های طبی از جمله درمان نگهدارنده با متادون از درمان پذیرش و تعهد به‌عنوان گزینه‌ای مؤثرتر از درمان شناختی رفتاری برای افزایش تحمل پریشانی، ارتقای پایداری درمان و بهبود افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد بهره گیرند.

References

- [1]. Degenhardt L, Webb P, Colledge-Frisby S, Ireland J, Wheeler A, Ottaviano S, et al. Epidemiology of injecting drug use, prevalence of injecting-related harm, and exposure to behavioural and environmental risks among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet Glob Health*. 2023;11(5):e659–72.
- [2]. United Nations Office on Drugs. World Drug Report 2024 (Set of 3 Booklets). Stylus Publishing, LLC; 2024.
- [3]. Amin-Esmacili M, Rahimi-Movaghar A, Sharifi V, Hajebi A, Radgoodarzi R, Mojtabai R, et al. Epidemiology of illicit drug use disorders in Iran: prevalence, correlates, comorbidity and service utilization results from the Iranian Mental Health Survey. *Addiction*. 2016;111(10):1836–47.
- [4]. Moradinazar M, Najafi F, Jalilian F, Pasdar Y, Hamzeh B, Shakiba E, et al. Prevalence of drug use, alcohol consumption, cigarette smoking and measure of socioeconomic-related inequalities of drug use among Iranian people: findings from a national survey. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2020;15(1):39.
- [5]. Brick J. Handbook of the medical consequences of alcohol and drug abuse. Routledge; 2012.
- [6]. Shahbahrani M, Mohammad Khani Sh, Akbari M. The diagnostic role of distress tolerance, metacognition, sensation seeking, and perceived social disorganization in methamphetamine, opium, and alcohol users. *Research on Addiction*. 2021;15(60):325–50.
- [7]. Zaorska J, Rydzewska M, Kopera M, Wiśniewski P, Trucco EM, Kobylinski P, et al. Distress tolerance and emotional regulation in individuals with alcohol use disorder. *Front Psychiatry*. 2023;14:1175664.
- [8]. Akbari M, Hosseini ZS, Seydavi M, Zegel M, Zvolensky MJ, Vujanovic AA. Distress tolerance and posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Cogn Behav Ther*. 2022;51(1):42–71.
- [9]. Yıldız E, Büyükfırat E. Psychological flexibility in individuals with substance use disorder: The mediating effect of distress tolerance and stress. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2025;32(3):610–22.
- [10]. ShahBakhsh S, Mansouri A, Bolghan-Abadi M, Akbarzadeh M. Comparison of the effectiveness of matrix therapy and life quality improvement-based therapy on the emotions of women suffering from stimulant use disorder. *J Psychol Sci*. 2025;24(150):145–64.
- [11]. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(3).
- [12]. Zaorska J, Rydzewska M, Kopera M, Wiśniewski P, Trucco EM, Kobylinski P, et al. Distress tolerance and emotional regulation in individuals with alcohol use disorder. *Front Psychiatry*. 2023;14:1175664.

- [13]. Bowen S, Witkiewitz K, Clifasefi SL, Grow J, Chawla N, Hsu SH, et al. Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(5):547–56.
- [14]. McHugh RK, Hearon BA, Otto MW. Cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2010;33(3):511.
- [15]. Kashefzadeh M, Taher M, Hossein Khanzadeh A, Haj Abutalebi N. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on voluntary self-regulation, distress tolerance and psychological flexibility in people with substance abuse disorder undergoing maintenance treatment. *Mil Psychol*. 2023;13(52):33–55.
- [16]. Moeinzadeh N, Souri A, Shamir AS. Comparison of the effectiveness of compassion-based and mindfulness-based therapies on dysfunctional communication beliefs in women with multiple sclerosis. *Iran J Neurodev Disord*. 2025;4(2):1–10.
- [17]. Sohrabnejad S, Mehrabaninasab M, Nazari H, Sohrabnejad A, Nazari G. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on suicidal thoughts, sensation seeking and, distress tolerance among substance users. *J Basic Res Med Sci*. 2025;12(2):1–10.
- [18]. Kashefzadeh M, Taher M, Hossein Khanzadeh A, Haj Abutalebi N. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on voluntary self-regulation, distress tolerance and psychological flexibility in people with substance abuse disorder undergoing maintenance treatment. *Mil Psychol*. 2023;13(52):33–55.
- [19]. McHugh RK, Hearon BA, Otto MW. Cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2010;33(3):511.
- [20]. Tahmasbizadeh B, Koushki S, Nemat Tavousi M, Ouraki M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on alexithymia and interpersonal problems in men with substance use disorder. *J Res Behav Sci*. 2020;18(4):510–518.
- [21]. Magill M, Ray L, Kiluk B, Hoadley A, Bernstein M, Tonigan JS, et al. A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *J Consult Clin Psychol*. 2019;87(12):1093.
- [22]. Fang S, Ding D. The differences between acceptance and commitment therapy (ACT) and cognitive behavioral therapy: A three-level meta-analysis. *J Context Behav Sci*. 2023;28:149–68.
- [23]. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motiv Emot*. 2005;29(2):83–102.
- [24]. Salehian S, Mansouri A. Mediating role of self-compassion in the relationship between mindfulness and distress tolerance among teachers. *Teach Learn Res*. 2024;21(1):93–106.
- [25]. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. Guilford press; 2011.
- [26]. Bieling PJ, McCabe RE, Antony MM. Cognitive-behavioral therapy in groups. New York: Guilford Press; 2006.
- [27]. Assaz DA, Tyndall I, Oshiro CK, Roche B. A process-based analysis of cognitive defusion in acceptance and commitment therapy. *Behav Ther*. 2023;54(6):1020–35.
- [28]. Krotter A, Aonso-Diego G, González-Menéndez A, González-Roz A, Secades-Villa R, García-Pérez Á. Effectiveness of acceptance and commitment therapy for addictive behaviors: A systematic review and meta-analysis. *J Context Behav Sci*. 2024;32:100773.
- [29]. Hitch C, Leightley D, Murphy D, Trompeter N, Dymond S. Acceptance and commitment therapy for co-occurring gambling disorder and posttraumatic stress disorder in veterans: a narrative review. *Eur J Psychotraumatology*. 2023;14(1):2178203.
- [30]. Mirani R, Moradi A, Noury R, Borhani M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on craving and emotion regulation strategies in patients under treatment of maintenance methadone therapy. *Clin Psychol Achiev*. 2020;6(1):23–32.
- [31]. Forouzanfar A, Gholamali Lavasani M, Shoa Kazemi M. The effectiveness of group counselling based on acceptance and commitment therapy in distress tolerance and anxiety sensitivity among female substance abusers. *Research on Addiction*. 2018;11(44):135–54.
- [32]. Ray LA, Meredith LR, Kiluk BD, Walthers J, Carroll KM, Magill M. Combined pharmacotherapy and cognitive behavioral therapy for adults with alcohol or substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2020;3(6):e208279.

- [33]. Mhaidat I, Taherian MR, Nazari SSH, Mosavi-Jarrahi A, Yeganeh H, Al-Yateem N, et al. Time-based effectiveness of cognitive-behavioral therapy for resilience and relapse prevention in adults with substance use disorder: A Multilevel Meta-Analysis. *Int J Ment Health Addict*. 2025;1–30.
- [34]. Smout MF, Longo M, Harrison S, Minniti R, Wickes W, White JM. Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: A preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy. *Subst Abuse*. 2010;31(2):98–107.
- [35]. Shorey RC, Gawrysiak MJ, Elmquist J, Brem M, Anderson S, Stuart GL. Experiential avoidance, distress tolerance, and substance use cravings among adults in residential treatment for substance use disorders. *J Addict Dis*. 2017;36(3):151–7.