Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 18, No. 73, P 55-78, Autumn 2024

Research Article

Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Resilience in Employed and Unemployed Substance-Dependent Individuals in Recovery*

Seyyed Ahmad Ghaemi[1], Hassan Ahadi[2], Biyouk Tajeri[3]

Received: 2024/06/01 Accepted: 2024/08/03

Abstract

Objective: This study aimed to compare the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on resilience among employed and unemployed substance –depeendent individuals in recovery. **Method:** The research method was a quasi-experimental design with a posttest design with a control group. The study population consisted of all employed and unemployed men who had sought for addiction treatment at two rehabilitation centers in Tehran province in 2022. Of these, 90 individuals were selected using the convenience sampling method and randomly divided into two experimental groups (n=60) and one control group (n=30). The experimental groups received 8 sessions of 90-minute group therapy (one session per week), and participants completed the resilience questionnaire. Data were analyzed using a two-way analysis of variance. **Results:** The results showed that there was a significant difference in the level of resilience between employed and unemployed substance-dependent individuals in recovery. Additionally, the level of resilience in employed and unemployed individuals recovering from substance dependence in the treatment groups differed significantly from the control group, with higher resilience observed in the treatment groups. Overall, the results indicated that the effects of both ACT and CBT interventions in increasing resilience were greater for employed individuals recovering from substance dependence compared to unemployed individuals. Furthermore, both interventions were effective in increasing resilience among individuals recovering from substance dependence, but there was no significant difference between the effects of the two methods. **Conclusion:** The findings of the study suggest that employment (social support) is an effective intervention for treating individuals with substance dependence and preventing relapse. Therefore, employment is the missing link in addiction treatment, and the use of cognitive therapies in conjunction with employment for individuals with substance dependency is an effective method for treating addiction and reducing relapse.

Keywords: Resilience, Cognitive-behavioral therapy, Acceptance and commitment therapy, Individuals recovering from substance dependence, Employed and unemployed

*. This article has been extracted from the first author's doctoral dissertation at the Islamic Azad University, United Arab Emirates Branch, and was completed with the financial support of the Anti-Narcotics Headquarters, and this support is appreciated and thanked.

1. Ph.D. Student, Department of Psychology, United Arab Emirates Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates.

2. Corresponding Author: Professor, Department of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. Email: drahadi5@gmail.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.73.55]

فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال هجدهم، شماره هفتاد و سه، ص۷۸-۵۵، پاییز ۱۴۰۳

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر تاب‌آوری در افراد وابسته به مواد در حال بهبود شاغل و غیرشاغل*

سیداحمد قائمی[۱]، حسن احدی[۲]، بیوک تاجری[۳]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۵/۱۳

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر تاب‌آوری در افراد وابسته به مواد در حال بهبود شاغل و غیرشاغل انجام شد. **روش:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مردان شاغل و غیرشاغل بود که در سال ۱۴۰۱ برای ترک اعتیاد و درمان به دو مرکز توانمندسازی استان تهران مراجعه کرده بودند. از این بین، ۹۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۶۰ نفر) و یک گروه کنترل (۳۰ نفر) قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه) درمان گروهی را دریافت کردند و شرکت‌کنندگان پرسشنامه تاب‌آوری را تکمیل کردند. داده‌ها با روش تحلیل واریانس طرح دو عاملی تجزیه‌وتحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که در میزان تاب‌آوری افراد وابسته به مواد در حال بهبودی شاغل با غیرشاغل تفاوت معناداری وجود دارد و میزان تاب‌آوری افراد وابسته به مواد در حال بهبود شاغل و غیرشاغل در گروه‌های درمانی با گروه کنترل تفاوت معنادار داشت، به‌نحوی‌که در گروه‌های درمانی تاب‌آوری بیشتر از گروه کنترل بود. به‌طورکلی نتایج نشان داد اثر هر دو مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری در افزایش تاب‌آوری افراد وابسته به مواد در حال بهبودی شاغل بیشتر از افراد وابسته به مواد در حال بهبودی غیرشاغل بود. همچنین، هر دو مداخله درمانی در افزایش تاب‌آوری افراد وابسته به مواد در حال ترک نقش داشت اما بین میزان اثر درمانی دو روش تفاوت معناداری وجود نداشت. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش حاکی از اثربخشی شاغل بودن (حمایت اجتماعی) به‌عنوان یک مداخله درمانی برای درمان افراد وابسته به مواد و پیشگیری از عود بود. بنابراین، اشتغال حلقه مفقوده در درمان اعتیاد است و استفاده از درمان‌های شناختی توام با اشتغال افراد وابسته به مواد روش مؤثری در درمان اعتیاد و کاهش عود است.

کلیدواژه‌ها: تاب‌آوری، درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افراد وابسته به مواد در حال بهبود، شاغل و غیرشاغل

*. این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد امارات است و با حمایت مالی ستاد مبارزه با مواد مخدر به سرانجام رسیده است و این حمایت قابل‌تقدیر و تشکر می‌باشد.

۱. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی.

۲.. نویسنده مسئول: استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. پست الکترونیک: drahadi5@gmail.com

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.73.55]

مقدمه

مسئله وابستگی به مواد و اعتیاد[1] یک آسیب اجتماعی رو به افزایش است که پیامدهای آن به‌طور مخاطره‌آمیز و پیچیده فرد، خانواده و جامعه را تهدید می‌کند (کریمی و زرگرشیرازی، ۱۴۰۳). اعتیاد و وابستگی به مواد، به‌عنوان یک بیماری تشخیص داده می‌شود و دسته‌ای از علائم رفتاری، شناختی و فیزیولوژیکی را شامل می‌شود که با تحمل[2] همراه است؛ به‌طوری‌که فرد علی‌رغم مشکلات قابل توجه به مصرف بیشتر مواد ادامه می‌دهد و درنهایت، این مسئله با آسیب‌های اجتماعی، اقتصادی، جسمانی و روانی همراه می‌شود (اونائیمو[3] و همکاران، ۲۰۲۴؛ سلمانی و همکاران، ۱۴۰۳). طبق گزارش دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد[4] (۲۰۲۳)، میزان مصرف مواد مخدر در سراسر جهان بالا و همچنان رو به افزایش است؛ به‌طوری‌که، تعداد افراد مصرف‌کننده مواد مخدر از ۲۴۰ میلیون نفر در سال ۲۰۱۱ به ۲۹۶ میلیون نفر در سال ۲۰۲۱ افزایش یافته است. نگاهی به آمارهای مصرف مواد و اعتیاد در ایران نیز نشان می‌دهد هر ساله این آمار رو به افزایش است. آمارهای غیررسمی نیز در این رابطه نشان می‌دهند ۱۴ میلیون نفر از جمعیت ایران با مشکلات اعتیاد به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم درگیر هستند (کیان‌ارثی و همکاران، ۱۴۰۱). اگرچه در کشورهای مختلف جهان، درمان اعتیاد همواره موردتوجه قرار گرفته است، اما مسئله مصرف دوباره مواد مخدر یا عود پس از بازپروری، یک مشکل رایج در جهان به‌ویژه کشورهای فقیر است. عود اعتیاد، به شکست در تلاش فرد برای تغییر در رفتار مصرف مواد مخدر و بازگشت به وضعیت قبل از درمان اطلاق می‌شود (کبیسا[5] و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین، به دلیل پایین بودن موفقیت در درمان اعتیاد، ضرورت پژوهش‌های گسترده‌تر و کاربردی پیرامون درمان‌های پایدار اجتناب‌ناپذیر است.

یکی از راهبردها و مؤلفه‌های مهم اجتناب از مصرف، تاب‌آوری[6] است. تاب‌آوری به‌عنوان قابلیت فرد برای حفظ تعادل در برابر شرایط بسیار نامطلوب تعریف شده است.

1. addiction
2. tolerance
3. Onaemo
4. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)
5. Kabisa
6. resiliency

سال هجدهم، شماره ۷۳، پاییز ۱۴۰۳
Vol. 18, No. 73, Autumn 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.73.55]

این عامل مهم روان‌شـــناختی با گرایش به اعتیاد و مصـــرف مواد مخدر و ضـــعف در خودکارآمدی ترک مرتبط اســـت و افراد با چنین قابلیتی ســـعی می‌کنند از گرایش به مصرف مواد خودداری ورزند (بدیع و همکاران، ۱۴۰۱). تاب‌آوری، ســـازه پیچیـــده‌ای اســـت کـــه از دیـــدگاه‌هـــای گونـــاگون بررســـی شـــده اســـت و برخـــی از پژوهشگران تاب‌آوری را به‌عنوان پیامد سازه می‌نگرنـــد؛ به‌عبارت‌دیگر، آن را ناشی از نبود مشکلات روان‌شناختی در پاسخ بـــه رویـــدادهای آسیب‌زا می‌دانند (خواجوی و همکاران، ۱۴۰۲). تاب‌آوری به افراد توانایی می‌بخشـد تا با مشـکلات و ناملایمات زندگی و شـغلی روبه‌رو شوند، بدون اینکه دچار آسیب شوند و حتی از این موقعیت‌ها به‌عنوان فرصتی برای رشد و ارتقای شخصیت خود استفاده کنند. همچنین، تاب‌آوری به عنوان عاملی فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود و توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی در شرایط خطرناک اسـت (مسـتن[1] و همکاران، ۲۰۲۱). نتایج پژوهش یانگ[2] و همکاران (۲۰۱۸) نشـان داد که بین تاب‌آوری و گرایش به اعتیاد رابطه منفی وجود دارد و هر چقدر که تاب‌آوری بالاتر باشد، احتمال اعتیاد و عود کاهش پیدا می‌کند.

مؤلفه اشـتغال و مهارت نیز به‌مثابه حلقه‌ی مفقوده و حل‌نشـده برای ماندگاری افراد در حال بهبودی در درمان است و به‌عنوان یک مداخله مهم در پیشـــگیری از عود مورد توجه اســـت. از منظر دیگر، هویت شغلی هر انسان بخش مهمی از مجموعه هویت او را تشکیل می‌دهد و داشـــتن شـــغل، به‌ویژه برخورداری از شغلی که در خدمت ارزش‌های اجتماعی باشد، موجب انسجام هویت، افزایش عزت‌نفس عمومی، تاب‌آوری و احســـاس امنیت در فـــرد می‌شـــود (علی‌مندگاری و همکاران، ۱۳۹۹). ابعـــاد مختلف حمایت اجتماعی که مهمترین آن تأمین شـــغل اســـت، به‌عنوان قوی‌ترین و نیرومندترین نیروهای مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان افراد در زمان درگیری با شـــرایط تنش‌زا است که تحمل مشـــــکلات را برای فرد تسهیل می‌نماید (لی[3] و همکاران، ۲۰۱۵). قهرمانی (۱۴۰۱) در پژوهش خود به این نتیجه رســـید که حمایت‌های اجتماعی مناســـب با پرهیز از مصرف

1. Masten
2. Yang
3. Lee

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-07]
[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.73.55]

کوکائین در بیماران تحت درمان نگهدارنده مواد مخدر ارتباط دارد. همچنین، یافته‌های پژوهش جناآبادی و جوادی‌فر (۱۴۰۰) با موضوع رابطه حمایت اجتماعی و سرسختی روان‌شناختی با تاب‌آوری همسران وابسته به مواد نشان داد که بین حمایت‌های اجتماعی و تاب‌آوری رابطه مثبتی وجود دارد.

با بررسی پژوهش‌های انجام‌شده می‌توان اذعان داشت که نگرش‌های ناکارآمد، باورهای غلط شناختی و عدم حمایت‌های اجتماعی از عوامل مهم در عدم موفقیت در درمان پایدار اعتیاد، بازگشت و عود هستند (مایرز[1] و همکاران، ۲۰۲۴). براساس نظریه شناختی بک[2]، افکار منفی، باورهای غلط شناختی و متغیرهای تحریف‌شده از باورهای منفی انباشته‌شده در حافظه بلندمدت نشأت می‌گیرد و به‌طور بالقوه عاملی برای گرایش به مواد مخدر است. این نگرش‌های ناکارآمد و باورهای غلط شناختی، عامل مهمی در عدم موفقیت درمان و بازگشت مجدد و عود هستند. بنابراین، در جهت درمان اعتیاد به‌نظر می‌رسد در کنار حمایت‌های اجتماعی، رویکردهای درمان شناختی اثرگذار باشد (مستن و همکاران، ۲۰۲۱). رویکرد شناختی (موج دوم و سوم) یعنی درمان شناختی-رفتاری[3] و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[4] رویکردی هدفمند با تمرکز بر بازسازی شناختی و انعطاف‌پذیری شناختی است (احمدیان و همکاران، ۱۳۹۹) که لازم است در کنار حمایت‌های اجتماعی در اولویت‌های پژوهشی و درمان پایدار اعتیاد قرار گیرد.

در بررسی پژوهش‌های مختلف، اثرگذاری درمان‌های رویکرد شناختی که برای معتادین مورد استفاده قرار گرفته است، نتایج امیدوارکننده‌ای را نشان می‌دهد (قانعی و همکاران، ۱۴۰۲). در این میان رویکرد شناختی-رفتاری می‌تواند در مقابله با وسوسه و عود، افزایش تاب‌آوری، خویشتن‌داری و تغییر نگرش مفید باشد (آگبریا[5]، ۲۰۲۳؛ مگیل[6] و همکاران، ۲۰۲۳؛ تاجری و همکاران، ۱۳۹۴). عبدی‌زرین و مهدوی (۱۳۹۷) اثربخشی درمان شناختی-رفتاری را بر خودکارآمدی و تاب‌آوری در معتادان مراجعه‌کننده به

1. Myers
2. Beck
3. Cognitive Behavior Therapy (CBT)
4. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
5. Agbaria
6. Magill

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.73.55]

کمپ‌های ترک اعتیاد بهشـــهر بررســـی کردند و براســـاس نتایج به‌دســـت‌آمده، درمان شـناختی-رفتاری منجر به افزایش خودکارآمدی و تاب‌آوری معتادین در حال ترک اعتیاد در کمپ شـــده اســـت. همچنین، ســـپهوندی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشـــی با موضـــوع اثربخشـــی گروه درمانی شـــناختی-رفتاری بر تاب‌آوری اجتماعی در معتادان مرد شـــهر خرم‌آباد، به این نتیجه رســـیدند که گروه‌درمانی شـــناختی-رفتاری بر تاب‌آوری معتادین مؤثر اســـت. مگیل و همکاران (۲۰۲۳) نیز در مطالعه فراتحلیل خود به بررســـی تأثیر درمان شـــناختی-رفتاری بر اختلالات مصـــرف مواد و الکل پرداختند که نتایج امیدوارکننده بود. درهمین راستا، پژوهش کای‌اوغلو و شاهین‌آلتون[1] (۲۰۲۱) نشان داد که رویکرد شناختی-رفتاری می‌تواند موجب بازسازی شناختی در زمینه افکار، افزایش خودکارآمدی و ارتقای توانمندی‌های شـــناختی افراد وابســـته به مواد شـــود. زامبونی[2] و همکاران (۲۰۲۱) نیز در مطالعه‌ای به بررسی تأثیر درمان شـناختی-رفتاری بر اختلال مصـرف مواد پرداختند و نتایج حاصل از پژوهش حاکی از آن بود که درمان شـناختی-رفتاری و شـناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی مداخلات مؤثری برای اختلالات مصـرف مواد هسـتند. همچنین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که یک درمان فرایندمحور اسـت و آسـیب روانی یا رنج روانی را ناشـی از عدم انعطاف‌پذیری روان‌شـــناختی می‌داند، نتایج امیدوارکننده‌ای در تقویت تاب‌آوری افراد معتاد نشـان داده اسـت (کشـاورزافشـار و همکاران، ۱۳۹۶). در همین راسـتا، باجرات (۱۳۹۸) در پژوهشـــی با موضـــوع «اثربخشـــی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری افراد معتاد در حال ترک» تأثیر مسـتقیم درمان بر افزایش تاب‌آوری معتادین در حال ترک را نشـان داد. همچنین، مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد یک گزینه درمانی مناســـب برای رفتـارهـای اعتیـادآور و اختلالات هم‌افزایی زنـان زنـدانی اســـت (محمدی‌سلطان‌آبادی و همکاران، ۱۴۰۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد آموزش می‌دهد که تجربیات ناخوشـایند و رنج‌آور را با آگاهی مشـاهده کنند و از انکار و فرار از آن خودداری نمایند (وایت‌فورد[3] و همکاران، ۲۰۲۴). علاوه‌برآن، این رویکرد تأکید دارد که حضـــور ذهنی

1. Kayaoğlu & ŞahinAltun
2. Zamboni
3. Whiteford

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.73.55]

در لحظه حال مهم اســـــت و افراد با آگاهی از تجربیات فوری خود و عدم‌گمانه‌زنی در آینده یا حسرت در گذشته، می‌توانند به بهترین شکل ممکن با چالش‌ها با مواجه شوند (اودونوهیویی[1]، ۲۰۲۳). به‌عبارتی‌دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد وابسته به مواد مخدر کمک می‌کند تا ارزش‌های زندگی‌شان را شناسایی کرده و به آن‌ها متعهد شوند (گول و عقیل[2]، ۲۰۲۱). درمان پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری مکمل یکدیگر در درمان اعتیاد و پیشگیری از عود هستند، به‌طوری‌که رویکرد شناختی-رفتاری باورهای ناکارآمد را هدایت می‌کند تا هیجانات و رفتارها اصلاح شود و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز به فرد آموزش می‌دهد که ابتدا هیجانات خود را کنترل کند؛ به‌همین‌دلیل در این درمان‌ها فنون شناختی-رفتاری را با ذهن‌آگاهی ترکیب می‌کنند (احمدیان و همکاران، ۱۳۹۹). در درمان اختلالات مرتبط با مصـــــــــرف مواد، تمرکز رویکرد شناختی-رفتاری بر افکار خودآیند منفی و اصـــلاح آن است و تمرکز اصـــلی رویکرد پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری، اجتناب و تجربه است (قوتی و همکاران، ۱۴۰۰).

مرور پیشـــینه پژوهش نشـــان می‌دهد مقایســـه و تفاوت اثربخشی دو رویکرد درمانی پذیرش و تعهد و شـــناختی-رفتاری بر تاب‌آوری کمتر مورد توجه پژوهشـــی قرار گرفته است. همچنین، متغیر مهم دیگری که تاکنون در مطالعات علمی نادیده گرفته شده است، اثر شغل و مهارت بر روی درمان معتادین و بازگشت مجدد و تأثیر آن بر تاب‌آوری است؛ در واقع، شـــغل متغیری اســـت که در ایران به‌عنوان یک مؤلفه مهم در ترک و بهبودی بیماران معتاد مورد تأکید اســـت و حتی در چهار دهه گذشـــته در کشـــور در مورد آن ســـرمایه‌گذاری مانند ایجاد اردوگاه‌های کاردرمانی و حرفه‌آموزی ســـازمان زندان‌ها و بهزیستی در سطح کشور صورت گرفته است؛ بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که انجام این پژوهش از اهمیت بســـزایی برخوردار اســـت و این پژوهش دارای نوآوری بوده و به خلأ بزرگ پژوهشی در درمان اعتیاد و پیشگیری از عود و بازگشت مجدد پرداخته است و به این ســـؤال پاســـخ داده شـــد که آیا اثربخشی دو رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و

1. O'Donohue
2. Gul & Aqeel

سال هجدهم، شماره ۷۳، پاییز ۱۴۰۳
Vol. 18, No. 73, Autumn 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.73.55]

درمان شـــناختی-رفتاری بر روی تاب‌آوری معتادین در حال بهبود شـــاغل و غیرشـــاغل متفاوت است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پس‌آزمون با گروه کنترل (متشکل از دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) بود. جامعه آماری شامل تمامی مردان شاغل و غیرشاغل بود که در بهار سال ۱۴۰۱ در دو مرکز توانمندسازی و بازپروری تهران (مرکز توانمندسازی بهزیستی اخوان و مرکز توانمندسازی رویال) در حال ترک اعتیاد بودند. حجم نمونه در طرح‌های نیمه‌آزمایشی حداقل ۱۵ نفر برای هر یک از زیرگروه‌ها توصیه شده است (دلاور، ۱۴۰۱)؛ بااین‌وجود، از این جامعه، بنا به احتیاط پژوهشی و احتمال افت آزمودنی‌ها در طول چند هفته و همچنین با توجه به ملاک‌های ورود ۹۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس به روش تصادفی ۳۰ نفر در گروه آزمایشی اول، ۳۰ نفر در گروه آزمایشی دوم و ۳۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند و در انتهای مداخلات درمانی در گروه‌های آزمایشی اول و دوم ۸ نفر و گروه کنترل ۴ نفر افت آزمودنی وجود داشت. ملاک‌های ورود عبارت بودند از گذشت حداقل دو ماه از حضور مردان در مرکز توانمندسازی، باقی‌ماندن حداقل دو ماه از پایان حضور آنان در مرکز، دامنه سنی ۲۰ تا ۵۵ سال، تحصیلات حداقل پایان دوره ابتدایی، رضایت آگاهانه و تمایل به حضور و همکاری برای مشارکت در گروه‌ها و فقدان بیماری خاص، حاد و معلولیت که امکان مشارکت در گروه‌های درمانی را محدود نکند. معیارهای خروج نیز شامل بیش از دو جلسه غیبت و عدم‌تمایل به ادامه حضور در پژوهش بود. برای همتا و همگن‌سازی گروه‌ها از اجرای پیش‌آزمون و کسب نمره مناسب در پرسشنامه تاب‌آوری (نمره ۲۵ تا ۷۵) استفاده شد. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس طرح دو عاملی در نرم‌افزار اس‌پی‌اس‌اس تحلیل شدند.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.73.55]

ابزار

۱- پرسشنامه تاب‌آوری[1]: این پرسشنامه توسط کانر و دیویدسون[2] (۲۰۰۳) طراحی گردید و دارای ۲۵ گویه است که هدف آن سنجش میزان تاب‌آوری براساس مولفه‌های شایستگی فردی (۲۵،۲۴،۲۳،۱۷،۱۶،۱۲،۱۱،۱۰)، اعتماد به غرایز فردی (۲۰،۱۹،۱۸،۱۵،۱۴،۷،۶)، پذیرش مثبت تغییر (۸،۵،۴،۲،۱)، کنترل (۲۲،۲۱،۱۳) و تاثیرات معنوی (۹و۳) است. نمره‌گذاری در این مقیاس به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً نادرست= صفر، به‌ندرت=۱، گاهی درست=۲، اغلب درست=۳ و کاملاً درست=۴) است. طیف نمره از صفر تا ۱۰۰ و نقطه ی برش آن ۵۰ است و نمرات بالاتر از ۵۰ نشانگر تاب‌آوری بالا و نمرات پایین‌تر از ۵۰ نشانگر تاب‌آوری پایین است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و ضریب پایایی در فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ گزارش شده است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). محمدی (۱۳۸۴) این پرسشنامه را در ایران هنجاریابی کرد و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش شده است. همچنین، در پژوهش مغانلو و والیوند (۱۴۰۱) آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به‌دست‌آمده است.

روش اجرا

پس از گمارش تصادفی نمونه‌ها در سه گروه، گروه آزمایشی اول پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد براساس بسته آموزشی هایس[3] و همکاران (۱۹۹۹) را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هر هفته یک جلسه دریافت نمودند. تمرکز این رویکرد درمانی بر کنترل یا اجتناب از احساسات و هیجانات ناخوشایند، تقویت گشودگی، انعطاف‌پذیری شناختی، توجه به کنترل درونی به‌جای کنترل بیرونی، شناسایی ارزش‌های شخصی و کاهش تدریجی نیاز به مصرف بود. کلیات جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

1. Development of a new resilience scale
2. Connor & Davidson
3. Hayes

سال هجدهم، شماره ۷۳، پاییز ۱۴۰۳
Vol. 18, No. 73, Autumn 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.73.55]

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد مطابق بسته آموزشی هایس و همکاران (۱۹۹۹)

جلسه	اهداف و تمرین‌ها
اول	خوش‌آمدگویی، آشنایی و معارفه‌ی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر، توضیح دلیل آمدن به این جلسه و انتظاری که از جلسات درمانی دارند، تشریح اهداف درمانی مرتبط با اعتیاد و مصرف مواد. تکلیف: پنج تا از مشکلات مهم زندگی خود را بنویسند.
دوم	بیان قوانین گروه و ده اصل تئوری انتخاب و ارائه تکلیف: تهیه لیستی از کارهایی که نمی‌توانند انجام دهند. بررسی تکلیف جلسه قبل، سنجش مشکلات بیماران از نگاه ACT (استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فردا). تکلیف: تهیه فهرست شیوه‌های کنترل مشکلات و مزایا و معایب. تمرکز بر شش فرایند اصلی درمان پذیرش و تعهد و تأثیر آن در کاهش مصرف، بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و هیجانات ناخوشایند.
سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، توضیح کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها و آموزش تمایل نسبت به هیجانات و تجارب منفی. تکلیف: ثبت مواردی که بیماران موفق به کنار گذاشتن شیوه‌های ناکارآمد کنترل شده‌اند.
چهارم	جایگزینی نظریه انتخاب و کنترل درونی به‌جای کنترل بیرونی، بررسی خواسته‌ها و اعمال و اینکه آیا در جهت رسیدن به اهداف هستند؟ تکلیف: تهیه فهرستی از رفتارها که تحت‌کنترل بیرونی هستند و چگونگی تحت‌کنترل درونی درآوردن آن‌ها.
پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارتباط با زمان حال، در نظر گرفتن خود به‌عنوان زمینه (استعاره شطرنج) و آموزش فنون ذهن‌آگاهی. تعریف، شناخت دنیای کیفی و واقعی و تفاوت بین انسان‌ها در این زمینه. تکلیف: در دنیای کیفی شما و رابطه رفع نیازها و دنیای کیفی شما چه می‌گذرد؟
ششم	ارائه تعریف راهبردهای تنظیم هیجان، تصویر بدنی و تاب‌آوری، رابطه آن‌ها با دنیای کیفی و نیازهای بنیادین، آموزش طرح و برنامه‌ریزی برای رسیدن به خواسته‌ها. تکلیف: انجام طرح و برنامه‌ریزی برای رسیدن به خواسته‌ها
هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع و به‌کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد و پیگیری ارزش‌ها. تکلیف: گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها و تفکر در مورد نتایج جلسات
هشتم	جمع‌بندی مفاهیم ارائه‌شده، درخواست از اعضا برای ارائه دستاوردهایشان و برنامه‌شان برای زندگی.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.73.55]

گروه آزمایشی دوم نیز، پروتکل درمانی شناختی-رفتاری مطابق با بسته آموزشی بک (۲۰۱۱) را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هر هفته یک جلسه دریافت نمودند. در این رویکرد درمانی، تمرکز بر مهارت‌های مقابله‌ای، عوامل درون‌فردی و بین‌فردی، مقابله با حالت‌های هیجانی منفی، مقابله با ناکامی و خشم، مقابله با تعارضات بین‌فردی، شناسایی موقعیت‌های پرخطر و نحوه مقابله با آن و تحلیل عملکرد مقابله با خطر مرتبط با وسوسه بود. خلاصه جلسات رفتاردرمانی شناختی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: خلاصه جلسات رفتاردرمانی شناختی مطابق با بسته آموزشی بک (۲۰۱۱)

جلسه	موضوع جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی و ایجاد رابطه‌درمانی	آشنایی با اعضا و ایجاد ارتباط در جهت برقراری رابطه حسنه، سعی در ایجاد اتحاد درمانی، توافق با اعضا در خصوص اهداف درمانی، ایجاد انگیزه در بیماران جهت شرکت مؤثر در جلسات و بازخورد انگیزشی فردی
دوم	آشنایی با نقشه تغییر شناختی	شناخت اعتیاد و توضیح در مورد فرایندهای آن، تلاش برای ایجاد شناخت بین اعضا، آشنایی با اصول بهبودی، آشنایی با نقشه تغییر شناختی و معرفی موقعیت‌های پرخطر
سوم	کنترل پیش‌آیندها	آشنایی با عوامل وسوسه‌انگیز، تلاش برای شناسایی و کنترل پیش‌آیندها و پیامدهای مصرف مواد مخدر، مقابله با میل و مصرف مواد (مقابله با وسوسه)
چهارم	آشنایی با خطاهای شناختی	آشنایی با عوامل لغزش و آشنایی با خطاهای شناختی مسبب آن، روش‌های مقابله‌ای در خصوص مدیریت افکار منفی و روش‌های کاهش لغزش و شناسایی عوامل هشداردهنده و مقابله با تفکر منفی
پنجم	آشنایی با افکار انتظاری	شناسایی و کنترل افکار انتظاری، تسهیل‌کننده، اجازه‌دهنده و تحریف‌های شناختی، آموزش توقف فکر، آشنایی با نحوه مقابله هیجان‌مدار و بررسی تصمیم‌های به‌ظاهر نامرتبط
ششم	آشنایی با خطاهای بارز شناختی	آشنایی با خطاهای شناختی مسبب ایجاد ولع مصرف، علت‌های وسوسه و افزایش توانمندی در مدیریت بهتر شرایط خطر و برنامه‌ریزی در زمینه موارد اضطراری
هفتم	آموزش مهارت‌های امتناع	آشنایی با هیجان‌های مثبت و منفی، افزایش مهارت‌های مدیریت و کنترل اضطراب و روش‌های تغییر حال بد به حال خوب و آموزش مهارت‌های امتناع
هشتم	جمع‌بندی	مرور جلسات گذشته و ایجاد برنامه‌ریزی‌های بنیادی در خصوص تداوم بهبودی و آموزش انتقاد و انتقاد کردن، انجام پس‌آزمون

سال هجدهم، شماره ۷۳، پاییز ۱۴۰۳
Vol. 18, No. 73, Autumn 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.73.55]

یافته‌ها

از نظر ویژگی جمعیت‌شناختی، افراد مورد مطالعه در دامنه سنی ۲۰ تا ۵۵ سال بودند. در گروه‌های آزمایشی ۳۳ درصد از افراد در دامنه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، ۱۷ درصد ۳۱ تا ۴۰ سال، ۲۵ درصد ۴۱ تا ۵۰ سال، ۲۵ درصد بالاتر ۵۰ سال و در گروه کنترل نیز ۲۷ درصد از افراد در دامنه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، ۲۳ درصد ۳۱ تا ۴۰ سال، ۳۱ درصد ۴۱ تا ۵۰ سال، ۱۹درصد بالاتر ۵۰ سال بود. از نظر تحصیلات، گروه‌های آزمایشی ۲۷ درصد افراد زیردیپلم، ۲۵ درصد دیپلم، ۲۱ درصد فوق‌دیپلم، ۱۸ درصد لیسانس و ۹ درصد فوق‌لیسانس و بالاتر و در گروه کنترل ۱۵درصد افراد زیردیپلم، ۳۳ درصد دیپلم، ۱۷درصد فوق‌دیپلم، ۲۳ درصد لیسانس و ۱۲درصد فوق‌لیسانس و بالاتر بودند. از نظر تأهل، گروه‌های آزمایشی ۴۲ درصد افراد متأهل و ۵۸ درصد آن‌ها مجرد بودند و در گروه کنترل ۶۵ درصد افراد متأهل و ۳۵ درصد آن‌ها مجرد بودند. از نظر شاغل و غیرشاغل بودن، گروه‌های آزمایشی ۴۸ درصد افراد شاغل و ۵۲ درصد افراد غیرشاغل و گروه کنترل ۴۶ درصد افراد شاغل و ۵۴ درصد آن‌ها غیرشاغل بودند. میانگین و انحراف استاندارد متغیر تاب‌آوری در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: یافته‌های توصیفی متغیر تاب‌آوری به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه درمانی پذیرش و تعهد		گروه درمانی شناختی-رفتاری		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تاب‌آوری معتادین در حال بهبودی شاغل	۷۲/۰۱	۳/۵۱	۷۱/۰۸	۴/۵۳	۶۳/۰۸	۴/۵۷
تاب‌آوری معتادین در حال بهبودی غیرشاغل	۶۳/۵۰	۳/۴۲	۶۲	۴/۱۷	۵۰/۶۴	۴/۳۲

نتایج جدول ۳ نشان داد که بین میانگین متغیر تاب‌آوری معتادین در حال بهبودی شاغل و غیرشاغل براساس گروه‌های درمانی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و با مقایسه میانگین‌ها مشخص می‌شود که میزان تاب‌آوری معتادین در حال بهبودی شاغل از معتادین در حال بهبودی غیرشاغل بیشتر است. پس از انجام تحلیل توصیفی متغیر مورد

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.73.55]

مطالعه، به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس طرح دو عاملی استفاده شد. قبل از به‌کارگیری آزمون تحلیل واریانس طرح دو عاملی، مفروضه‌های این آزمون به وسیله آزمون لوین برای برابری واریانس‌ها و آزمون کولموگروف- اسمیرنوف جهت ارزیابی نرمال بودن مورد بررسی قرار گرفت، سپس آزمون اجرا و نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول٤: تحلیل حاصل از تحلیل واریانس طرح دوعاملی متغیر تاب‌آوری معتادین درحال بهبودی شاغل و غیرشاغل

منبع پراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه متغیر (تاب‌آوری)	۱۹۴۵/۳۷	۱	۱۹۴۵/۳۷	۱۳/۴۱	۰/۰۰۰۵	۰/۱۵۷
خطا	۱۰۴۴۲/۵۴	۷۲	۱۴۵/۰۳			

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین تاب‌آوری معتادین در حال بهبودی شاغل و غیرشاغل با یکدیگر تفاوت معناداری وجود دارد و تاب‌آوری معتادین شاغل در حال بهبودی بیشتر از گروه معتادین غیرشاغل در حال بهبودی است و متغیر گروه ۱۵ درصد از واریانس متغیر تاب‌آوری را تبیین می‌کند. در جدول ۵ نتایج حاصل از تحلیل واریانس طرح دوعاملی متغیر تاب‌آوری معتادین در حال بهبودی گروه درمانی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری و گروه کنترل ارائه شده است.

جدول٥: تحلیل واریانس طرح دوعاملی متغیر تاب‌آوری معتادین در حال بهبودی گروه درمانی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری و گروه کنترل

منبع پراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه متغیر (تاب‌آوری)	۱۸۵۱/۷۹	۲	۹۲۵/۸۹	۶/۳۸	۰/۰۰۳	۰/۱۵۱
خطا	۱۰۴۴۲/۵۴	۷۲	۱۴۵/۰۳			

نتایج جدول ۵ نشان داد که تاب‌آوری معتادین درحال‌بهبود که در دو گروه آزمایشی مداخله درمانی دریافت کردند با گروه کنترل متفاوت و معنادار بود (یعنی تاب‌آوری در گروه‌های آزمایشی که مداخله درمانی دریافت کردند نسبت به گروه کنترل بیشتر بود) و

سال هجدهم، شماره ۷۳، پاییز ۱۴۰۳
Vol. 18, No. 73, Autumn 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.73.55]

متغیر گروه ۱۵ درصد از واریانس متغیر تاب‌آوری را تبیین می‌کند. در جدول ۶ تحلیل حاصل از آزمون تعقیبی شفه متغیر تاب‌آوری معتادین در حال بهبودی ارائه شده است.

جدول٦: نتایج آزمون تعقیبی شفه متغیر تاب‌آوری معتادین در حال بهبودی گروه درمانی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری و گروه کنترل

گروه	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	انحراف استاندارد	سطح معناداری
گروه درمانی پذیرش و تعهد	گروه درمانی شناختی-رفتاری	۱/۲۳	۳/۳۴	۰/۹۲۸
	گروه کنترل	۱۱/۲۰	۳/۳۱	۰/۰۰۳
گروه درمانی شناختی-رفتاری	گروه کنترل	۹/۹۷	۳/۳۷	۰/۰۱۲

با مقایسه میانگین‌های متغیر تاب‌آوری بین این سه گروه براساس آزمون تعقیبی شفه که در جدول ۶ گزارش شده است، مشخص شد که بین میزان تاب‌آوری معتادین در حال بهبودی گروه درمانی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری تفاوت معناداری وجود ندارد؛ به عبارتی، تاثیر دو مداخله درمانی (یعنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری) در دو گروه آزمایشی بر تاب‌آوری یکسان است و هیچ کدام از این دو مداخله درمانی انتخابی نیستند. در جدول ۷ نتایج تحلیل واریانس طرح دوعاملی متغیر تاب‌آوری براساس شرایط ترکیبی معتادین شاغل و غیرشاغل در حال بهبودی گروه‌های درمانی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری و گروه کنترل ارائه شده است.

جدول۷: نتایج تحلیل واریانس طرح دوعاملی متغیر تاب‌آوری براساس شرایط ترکیبی معتادین شاغل و غیرشاغل در حال بهبودی گروه‌های درمانی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری و گروه کنترل

منبع پراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه متغیر (تاب‌آوری)	۵۸/۸۹۳	۲	۲۹/۴۴۷	۰/۲۰۳	۰/۸۱۷	۰/۰۰۶
خطا	۱۰۴۴۲/۵۴۸	۷۲	۱۴۵/۰۳۵			

طبق نتایج جدول ۷، بین تاب‌آوری معتادین در حال بهبودی شاغل و غیرشاغل براساس گروه‌های درمانی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری و گروه کنترل با یکدیگر تفاوت معناداری وجود ندارد؛ به‌عبارت‌دیگر، بین دو گروه معتادین در حال بهبودی شاغل و غیرشاغل براساس گروه‌های درمانی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری و گروه کنترل در

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.73.55]

میزان متغیر تاب‌آوری تفاوت معنادار وجود ندارد و هیچ کدام از این دو مداخله درمانی انتخابی نیستند. به‌طورکلی نتایج نشان داد اثر هر دو مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری در افزایش تاب‌آوری معتادین در حال بهبودی شاغل بیشتر از معتادین در حال بهبودی غیرشاغل بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی دو رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری بر تاب‌آوری معتادین در حال بهبود شاغل و غیرشاغل انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که در گام اول، بین تاب‌آوری معتادین در حال بهبودی شاغل با غیرشاغل تفاوت معناداری وجود دارد، به‌طوری‌که تاب‌آوری معتادین در حال بهبود شاغل بیشتر از گروه معتادین در حال بهبودی غیرشاغل است. هرچند که در راستای این یافته پژوهش مستقیمی یافت نشد؛ ولی نتایج پژوهش قهرمانی (۱۴۰۱) همسو با نتیجه پژوهش حاضر نشان داد که حمایت‌های اجتماعی و شغل در بهبود درمان معتادین مؤثر است. در گام دوم، یافته‌ها نشان داد که بین تاب‌آوری معتادین درحال‌بهبود که در دو گروه آزمایشی مداخله درمانی دریافت کردند با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ به این صورت که تاب‌آوری در گروه‌های آزمایشی که مداخله درمانی دریافت کردند نسبت به گروه کنترل بیشتر بود. همسو با این یافته، پژوهش‌های باقری و همکاران (۱۴۰۳)، قانعی و همکاران (۱۴۰۲)، محمدی‌سلطان‌آبادی و همکاران (۱۴۰۱)، احمدیان و همکاران (۱۳۹۹)، باجرات (۱۳۹۸)، عبدی‌زرین و مهدوی (۱۳۹۷)، سپهوندی و همکاران (۱۳۹۵) و تاجری و همکاران (۱۳۹۴) نیز تاییدکننده افزایش تاب‌آوری ناشی از مداخله درمان پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری به عنوان پیش‌بینی‌کننده معناداری برای کاهش وابستگی به مواد هستند. طبق این یافته فرض می‌شود که وضعیت شغلی فرد در حال بهبودی می‌تواند بر سطح تاب‌آوری او نقش داشته باشد؛ همچنین، با ایجاد احساس مفید و ارزشمند بودن، برقراری ارتباط با محیط، بودن در اجتماع و گریز از تنهایی و انزوا موجب می‌شود که افراد شاغل توانایی بیشتری در مقابله با استرس‌ها و فشارهای زندگی در فرآیند بهبودی از اعتیاد داشته باشند؛ ازاین‌رو می‌توان از این نتایج برای تداوم و پایداری فرآیند

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.73.55]

بهبودی معتادین استفاده کرد. در گام سوم، یافته‌ها نشان داد که بین تاب‌آوری معتادین در حال بهبودی گروه‌های درمانی پذیرش و تعهد با شناختی-رفتاری تفاوت معناداری وجود ندارد و هر دو درمان اثر یکسان داشتند و هیچ کدام از این دو مداخله درمانی انتخابی نیستند؛ باوجود اینکه پژوهشی مستقیم در راستای این یافته یافت نشد، اما نتایج پژوهش همکاران (۲۰۲۱)، یانگ و همکاران (۲۰۱۸)، گراسیا-ایسکیردو[1] و همکاران (۲۰۱۸)، مستن و یروف و سفین[2] (۲۰۱۷)، میستر[3] و همکاران (۲۰۱۵)، بدیع و همکاران (۱۴۰۱) و خواجوی و همکاران (۱۴۰۲) همسو با یافته‌های مذکور نشان از تأثیر درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تاب‌آوری معتادین دارند.

در تبیین این یافته‌ها و در زمینه ارتباط تاب‌آوری با شغل می‌توان نتیجه گرفت که شغل و مهارت اساساً شاخص‌ترین حمایت اجتماعی است و می‌تواند باعث افزایش اعتمادبه‌نفس و احساس توانایی در فرد شود که تاب‌آوری را ارتقا می‌دهد؛ همچنین شغل می‌تواند فرصت‌های بیشتری برای برقراری ارتباط با محیط اجتماعی را فراهم کند و این ارتباطات می‌تواند به افزایش حمایت اجتماعی و تقویت تاب‌آوری کمک کند. علاوه‌برآن، انجام وظایف مرتبط با شغل می‌تواند به فرد احساس معنا و هدف در زندگی دهد و در مواجهه با چالش‌ها و استرس‌ها تأثیرگذار باشد. شغل باعث تقویت مهارت‌ها و توانایی‌های فرد می‌شود که این امر به افزایش قدرت مقابله و تاب‌آوری در مواجهه با مشکلات کمک می‌کنند. بنابراین، مؤلفه‌های تاب‌آوری و ویژگی‌های افراد تاب‌آور در افراد شاغل بیشتر بوده و داشتن یک جایگاه اجتماعی در غالب یک شغل می‌تواند در میزان تاب‌آوری مؤثر واقع شود. در مقابل افراد بیکار در برابر آسیب‌های روان‌شناختی و اجتماعی همچون اعتیاد به مواد مخدر آسیب‌پذیرتر می‌شوند. در همین راستا، پژوهش جناآبادی و جوادی‌فر (۱۴۰۰)، شیخ‌الاسلامی و همکاران (۱۳۹۹)، علی‌مندگاری و همکاران (۱۳۹۹) و بابائیان و همکاران (۱۳۹۵) نیز تا حدودی این یافته را تائید می‌کنند.

1. García-Izquierdo
2. Yeruf & Sefin
3. Meister

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.73.55]

همچنین، در تبیین یافته دیگر پژوهش مبنی بر اینکه تاب‌آوری معتادین شاغل و غیرشاغل در حال بهبودی گروه‌های درمانی از گروه کنترل بیشتر است، باید گفت که انباشته شدن خطر می‌تواند حتی تاب‌آورترین افراد را تحت تأثیر قرار دهد. عوامل متعددی در علت‌شناسی مصرف مواد مؤثر هستند که در تعامل با یکدیگر منجربه شروع مصرف مواد می‌شوند؛ از آن میان می‌توان از تاب‌آوری نام برد که افزایش آن می‌تواند فرد را در برابر فشارهای محیطی مصون نگه دارد. تاب‌آوری یکی از مؤثرترین عوامل روان‌شناختی است که دربرگیرنده عملکرد مثبت، سازگاری و پاسخ‌دهی مناسب به استرس و شرایط ناخوشایند زندگی است (یانگ و همکاران، ۲۰۱۸؛ یروف و سفین، ۲۰۱۷). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که با کاهش علائم عاطفی، شناختی، جسمی و رفتاری بر رفتارهای مضر معتادان اثر بگذارد و بر بهبود سلامت روانی و تاب‌آوری افراد وابسته به مواد مخدر مؤثر باشد (باقری و همکاران، ۱۴۰۳). با توجه به اینکه هدف نهایی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری فرد است، بنابراین هرچه انعطاف‌پذیری فرد افزایش یابد باعث افزایش تاب‌آوری در وی می‌شود؛ لذا، تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری مترادف می‌باشند و منجربه ایجاد ظرفیت بالایی برای سلامت روانی و جسمانی در فرد می‌شوند و به فرد کمک می‌کنند تا با شرایط ناخوشایند سازگار شود (دانتزر[1] و همکاران، ۲۰۱۸). درمان شناختی-رفتاری نیز باعث می‌شود تا بیمار ضمن برخوردار شدن از تاب‌آوری، مهارت‌های مقابله‌ای لازم را به‌منظور مدیریت موقعیت‌های خطرساز کسب کند و به این باور برسد که می‌تواند بر مصرف مواد کنترل داشته باشد (عبدی‌زرین و مهدوی، ۱۳۹۷). این رویکرد، افکار و نگرش‌های نادرست را به چالش می‌کشد و با آموزش روش‌های مقابله، گفتگوی درونی و راهبردهای حل مسئله در جهت ارتقای رفتاری اجتماعی، افزایش صمیمیت و ارتباط مثبت و درنهایت تاب‌آوری می‌کوشد (مگیل و همکاران، ۲۰۲۳).

همچنین، یافته‌ها نشان داد که اثر هر دو مداخله درمانی (درمان‌های مبتنی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری) به یک میزان بر تاب‌آوری معتادین شاغل و غیرشاغل در حال

1. Dantzer

سال هجدهم، شماره ۷۳، پاییز ۱۴۰۳
Vol. 18, No. 73, Autumn 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.73.55]

بهبودی مؤثر بودند و هیچ کدام از این دو مداخله درمانی انتخابی نیستند. این یافته را می‌توان چنین تبیین کرد که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر تأکید بر قبول و تعهد، همچنین توجه به حالت ذهنی و هیجانی فرد است؛ درحالی که درمان شناختی-رفتاری بیشتر به تغییر افکار و رفتارهای منفی متمرکز است. علی‌رغم تفاوت‌هایی که بین این دو رویکرد درمانی وجود دارد، هر دو درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اهداف نهایی تغییر توجه، تفکر و رفتار را با استفاده از فنون درمانی متفاوت دنبال می‌کنند (احمدیان و همکاران، ۱۳۹۹). در تبیین این یافته‌ها می‌توان به مبانی نظری رویکرد شناختی اشاره کرد که گرایش به مصرف مواد را نتیجه نقص یادگیری رفتارهای مناسب برای مقابله با تأثیر اجتماع، دوستان و همسالان، نگرش‌ها، انتظارات و نقص مهارت‌های مقابله با القاکنندگان مواد می‌داند. افراد مبتلا به مصرف مواد دارای سبک مقابله‌ای متمرکز بر هیجان، تکانش‌وری، عزت‌نفس و تاب‌آوری پایین می‌باشند (دادفر و همکاران، ۱۳۹۳). براساس نظریه شناختی بک، درمان معتادین در یک فرایند دومرحله‌ای امکان‌پذیر است. در مرحله اول، با مداخله درمان‌های شناختی، آموزش رفتار خودکنترلی و انعطاف‌پذیری شناختی باید بر تغییر رفتار معتادین با ایجاد تعادل تمرکز نمود. در مرحله دوم، بر نگهداری اعتدال در مصرف، آموزش مهارت‌های اجتماعی به‌منظور افزایش عزت‌نفس، تاب‌آوری، حمایت اجتماعی و ایجاد ارتباط با افراد مؤثر تمرکز کرد (نیازی و حسینی‌زاده، ۱۳۹۹). براساس نظر بندورا[1]، اعتیاد و مصرف مواد از یک سو به‌وسیله الگوبرداری، تقلید و تقویت در حوزه روابط بین افراد آموخته می‌شود؛ بنابراین، یک رفتار اجتماعی است. از سوی دیگر، تحت‌تأثیر عوامل درون‌فردی همچون خودکارآمدی و شناخت و باورهای فرد قرار می‌گیرد. خودکارآمدی درجه‌ای از احساس تسلط فرد در مورد توانایی خود برای انجام فعالیت‌ها است. خودکارآمدی از نظر بندورا به نقش اعتماد، اطمینان، عزت‌نفس فرد و تاب‌آوری نسبت به توانایی در انجام رفتار خواسته‌شده تأکید دارد. خودکارآمدی اطمینانی است که شخص رفتار خاص را با موفقیت به اجرا می‌گذارد و انتظار نتایج مثبت دارد (باباجعفری و امینی‌منش، ۱۴۰۰). به اعتقاد میلتون فریدمن[2] مسئله بیکاری از طریق فراهم

1. Bandura
2. Friedman

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-07]
[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.73.55]

ساختن معاشرت‌های آلوده زمینه را برای گرایش به اعتیاد و مواد مخدر مساعد می‌سازد و تأثیر منفی بر امید فرد به آینده می‌گذارد. کاهش امید به آینده نیز احتمال گرایش فرد به اعتیاد مواد مخدر را افزایش می‌دهد و این امر موجب بروز بیکاری بیشتر می‌شود و این چرخه ادامه پیدا می‌کند و موجب اعتیاد می‌شود (نیازی و حسینی‌زاده، ۱۳۹۹). به‌طورکلی یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که اشتغال حلقه مفقوده در درمان اعتیاد و پیشگیری از عود است و هر اثر دو مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری در افزایش تاب‌آوری معتادین در حال بهبودی شاغل بیشتر از معتادین در حال بهبودی غیرشاغل بوده است. همچنین، هر دو روش درمانی در درمان اعتیاد موثرند، ولی در میزان اثر دو روش درمانی تفاوت معناداری وجود ندارد؛ بنابراین، از اشتغال پایدار حین درمان اعتیاد در بازسازی شخصیت اجتماعی بهبودیافتگان و افزایش تاب‌آوری و روند بهبود روانی آنها نباید غافل شد تا درمان پایدار و امیدوارکننده‌تر باشد و در کاهش عود نیز تحول ایجاد شود.

این پژوهش نیز همانند سایر پژوهش‌ها با محدویت‌هایی همراه بود، از جمله اینکه پژوهش در شهر تهران انجام شده است و از تعمیم نتایج به سایر شهرها لازم است با احتیاط عمل کرد. عدم پیگیری نتایج نیز از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. براین اساس پیشنهاد می‌شود، مراکز اشتغال‌زایی گروهی و انفرادی برای معتادین در حال درمان و پس از بهبودی گسترش یابد و فرهنگ‌سازی به‌کارگیری معتادین و معتادین در حال بهبود و بهبودیافته در سطح جامعه انجام پذیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود دولت از اشخاص حقیقی و حقوقی که این قبیل افراد را به‌کار می‌گیرند و زمینه تشویق اشتغال بهبودیافتگان را فراهم می‌کنند، حمایت نماید. پیشنهاد دیگر این است که در مراکز ترک اعتیاد و کمپ‌های دولتی و خصوصی همزمان با درمان، زمینه اشتغال و مهارت‌آموزی فراهم شود. همچنین، درمان‌های شناختی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری همزمان با اشتغال، یکی روش‌های مؤثر درمان معتادین و پیشگیری از عود است که توصیه می‌شود از این روش‌های درمانی در مراکز نگهداری وکمپ‌های دولتی و خصوصی بهره‌مند شوند.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.73.55]

منابع

احمدیان، حمزه؛ جدی‌پور، شعریه و احمدیان، حسام (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد و باورهای غلط شناختی در افراد با درمان نگهدارنده متادون. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۶)، ۳۱۲-۲۸۷.

باباجعفری، علیرضا و امینی‌منش، سجاد (۱۴۰۰). پیش‌بینی خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد در بیماران تحت درمان با متادون براساس سرمایه روان‌شناختی، اختلال خواب و راهبردهای مقابله‌ای. *سلامت اجتماعی*، ۹(۱)، ۱۴-۵.

بابائیان، نغمه؛ معارف‌وند، معصومه و حسین‌زاده، سمانه (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی اشتغال در شبکه شغلی بهبودیافتگان بر ماندگاری مبتلایان به اختلال مصرف مواد در درمان. *مددکاری اجتماعی*، ۵(۳)، ۵۹-۵۳.

باجرات، خدیجه (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تاب‌آوری افراد معتاد در حال ترک. *پنجمین کنفرانس ملی نوآوری‌های اخیر روان‌شناسی*.

باقری، شیخان؛ اسرافیلیان، فروغ؛ صوابی، وحید؛ حقیقت‌بیان، نازنین و دهقان، راضیه (۱۴۰۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک‌های مقابله‌ای، تحمل پریشانی و باورهای فراشناختی در افراد وابسته به مواد مخدر. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۷(۷۰)، ۲۲۰-۱۹۵.

بدیع، علی؛ مکوندی، بهنام؛ بختیاری‌پور، سعید و پاشا، رضا (۱۴۰۱). نقش الگوهای ارتباطی خانواده، حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و استرس در پیش‌بینی خودکارآمدی ترک اعتیاد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۳)، ۱۶۶-۱۴۵.

تاجری، بیوک؛ احدی، حسن و جمهری، فرهاد (۱۳۹۴). بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر پرهیز وسوسه عود و تغییر نگرش معتادین به شیشه. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۲(۷)، ۲۹-۱.

جناآبادی، حسین و جوادی‌فر، پروانه (۱۴۰۰). رابطه حمایت اجتماعی و سرسختی روان‌شناختی با تاب‌آوری در زنان دارای همسر وابسته به مواد تحت درمان دارویی، *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۵(۶۲)، ۲۶۰-۲۴۵.

خواجوی، سمیه؛ ادهمی، عبدالرضا و نوابخش، مهرداد (۱۴۰۲). ارزیابی مؤلفه‌های تاب‌آوری هویت بهبودیافتگان اعتیاد در جامعه‌پذیری مجدد: مورد مطالعه مراجعه‌کنندگان مراکز بازتوانی ترک اعتیاد. *مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان*، ۴(۲)، ۱۳۳-۱۲۶.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.73.55]

دادفر، محبوبه؛ صابری‌زفرقندی، محمدباقر؛ کولیوند، پیرحسین و کاظمی، هادی (۱۳۹۳). *رویکردهای روان‌شناختی در درمان اعتیاد*. تهران: نشر میرماه.

دلاور، علی (۱۴۰۱). *روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی*. تهران: نشر ویرایش.

سپهوندی، محمدعلی؛ صادقی، مسعود و نورمحمدی، اعظم (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر عزت نفس اجتماعی در معتادان مرد شهر خرم‌آباد. *نخستین همایش جامع بین‌المللی روان‌شناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی*.

سلمانی، علی؛ بشرپور، سجاد و صالحی‌نژاد، محمدعلی (۱۴۰۳). اثربخشی تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر ولع مصرف و سبک‌های تصمیم‌گیری در افراد مصرف‌کننده مواد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۸(۷۱)، ۵۴-۳۱.

شیخ‌الاسلامی، علی؛ قمری‌کیوی، حسین و فیاضی، مینا (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر تاب‌آوری در دانش‌آموزان با آمادگی به اعتیاد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۸)، ۳۰-۱۱.

عبدی‌زرین، سهراب و مهدوی، حسین (۱۳۹۷). اثربخشی درمان روان‌شناختی رفتاری بر خودکارآمدی و تاب‌آوری معتادان مراجعه‌کننده به کمپ‌های ترک اعتیاد بهشهر. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۹)، ۵۶-۳۹.

علی‌مندگاری، ملیحه؛ بی‌بی‌رازقی‌نصرآباد، حجیه؛ کارگرشورکی، محمدرضا و میری، راضیه (۱۳۹۹). پیامدهای بیکاری بر زندگی روزمره جوانان شهر کرمانشاه. *جامعه‌شناسی معاصر*، ۹(۱۷)، ۱۸۳-۱۴۷.

قانعی، عبدالکریم؛ شهبازی، مسعود و کرایی، امین (۱۴۰۲). اثربخشی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری بر وسوسه مصرف و پیشگیری از عود در معتادان خودمعرف مراکز ترک اعتیاد. *دستاوردهای روان‌شناختی دانشگاه شهید چمران*، ۳۰(۲)، ۳۹۲-۳۶۹.

قوتی، عاطفه؛ آهوان، مسعود و بلغان‌آبادی، مصطفی (۱۴۰۰). اثربخشی طرحواره درمانی و رفتار درمانی شناختی و تاب‌آوری تنظیم شناختی هیجان و ولع مصرف در افراد سوءمصرف‌کننده مواد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۵(۶۲)، ۱۴۰-۱۱۳.

قهرمانی، سجاد (۱۴۰۱). تعیین شاخص‌های حمایت اجتماعی در درمان اعتیاد. *مطالعات علوم اسلامی*، ۴(۴۳)، ۳۶-۲۹.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.73.55]

کریمی، فاطمه و زرگرشیرازی، فریبا (۱۴۰۲). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی در زنان دارای همسر وابسته به مواد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۷(۷۰)، ۱۹۴-۱۷۵.

کشاورزافشار، حسین؛ قاضی‌نژاد، نیکو و امیری، احمد (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر گرایش به مصرف و کیفیت زندگی در سوءمصرف‌کنندگان مواد مخدر. *طب انتظامی*، ۷(۱)، ۵-۱.

کیان‌ارثی، سارا؛ عباس‌پور،ذبیح‌اله و اصلانی، خالد (۱۴۰۱). اثربخشی خانواده‌درمانی رفتاری بر وسوسه مصرف مواد در نوجوانان ترک‌کننده سوءمصرف مواد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۴)، ۸۰-۶۱.

محمدی‌سلطان‌آبادی، آرزو؛ متقی، شکوفه و کردی‌اردکانی، احسان (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگرشی به منابع اسلامی بر تصمیم‌گیری تکانشی و انعطاف‌پذیری شناختی زنان مصرف‌کننده مواد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۳)، ۳۳۴-۳۰۹.

محمدی، مسعود (۱۳۸۴). *بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوءمصرف مواد*. رساله دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.

مغانلو، مهناز و والیوند، یاسر (۱۴۰۱). مدل‌یابی گرایش به اعتیاد براساس صفات مدل پنج عاملی شخصیت با میانجی‌گری تاب‌آوری در دانشجویان. *اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۳)، ۲۸۴-۲۶۷.

نیازی، محسن و حسینی‌زاده، سیدسعید (۱۳۹۹). *ترک پایدار اعتیاد*. تهران: نقد فرهنگ.

References

Agbaria, Q. (2023). Cognitive Behavioral Intervention in Dealing with Internet Addiction among Arab Teenagers in Israel. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 21(3), 2493-2507.

Beck, J. S. (2011). Cognitive-behavioral therapy. *Clinical textbook of addictive disorders*, 491, 474-501.

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.

Dantzer, R., Cohen, S., Russo, S.J., & Dinan, T.G. (2018). Resilience and Immunity. *Brain, Behavior, and Immunity*, 74(5), 28-42.

García-Izquierdo, M., MeseguerDePedro, M., RíosRisquez, M.I., & Sánchez, M.I.S. (2018). Resilience as a Moderator of Psychological Health in Situations of Chronic Stress (Burnout) in a Sample of Hospital Nurses. *Journal of Nursing Scholarship: an Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 50(2), 228-236.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.73.55]

Gul, M., & Aqeel, M. (2021). Acceptance and Commitment Therapy for Treatment of Stigma and Shame in Substance Use Disorders: A Double-blind, Parallel-Group, Randomized Controlled Trial. *Journal of Substance Use*, 26(4), 413-419.

Hayes, S.C., Strosahl, K., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experimental Approach to Behavior Change*. NewYork: Guilford Press.

Kabisa, E., Biracyaza, E., Habagusenga, J., & Umubyeyi, A. (2021). Determinants and Prevalence of Relapse Among Patients with Substance Use Disorders: Case of Icyizere Psychotherapeutic Centre. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 13(1), 21-47.

Kayaoğlu, K., & ŞahinAltun, Ö. (2021). The Effect of Combined Cognitive-Behavioral Psychoeducation and Music Intervention on Stress, Self-efficacy, and Relapse Rates in Patients with Alcohol and Substance use Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Perspectives in Psychiatric Care*, 5(2), 102-109.

Lee, E.B., An, W., Levin, M.E., Twohig, M.P. (2015). An Initial Meta-Analysis of Acceptance and Commitment Therapy for Treating Substance Use Disorders. *Drug Alcohol Depend*, 155(7), 1-7.

Magill, M., Kiluk, B. D., & Ray, L. A. (2023). Efficacy of cognitive behavioral therapy for alcohol and other drug use disorders: is a one-size-fits-all approach appropriate?. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 14(6), 1-11.

Masten, A.S., Lucke, C.M., Nelson, K.M., & Stallworthy, I.C. (2021). Resilience in Development and Psychopathology: Multisystem Perspectives. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17(1), 521-549.

Meister, R. E., Weber, T., Princip, M., Schnyder, U., Barth, J., Znoj, H., ... & von Känel, R. (2015). Resilience as a correlate of acute stress disorder symptoms in patients with acute myocardial infarction. *Open heart*, *2*(1), e000261.

Myers, E. J., Abel, D. B., Mickens, J. L., Russell, M. T., Rand, K. L., Salyers, M. P., ... & Minor, K. S. (2024). Meta-analysis of the relationship between metacognition and disorganized symptoms in psychosis. *Schizophrenia Research*, 264, 178-187.

O'Donohue, W. (2023). The Scientific Status of Acceptance and Commitment Therapy: An Analysis from The Philosophy of Science. *Behavior Therapy*, 54(6), 956-970.

Onaemo, V.N., Chireh, B., Fawehinmi, T.O., & D'Arcy, C. (2024). Comorbidsubstance use disorder, major depression, and associated disability in a nationally representative sample. *Journal of Affective Disorders*, 348(6), 8-16.

UNODC, World Drug Report 2023 (United Nations publication, 2023).

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.73.55]

Whiteford, S., Quigley, M., Dighton, G., Wood, K., Kitchiner, N., Armour, C., & Dymond, S. (2024). Anxiety, Distress Tolerance, and The Relationship Between Complex Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and Alcohol Use in Veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 80(1), 158-169.

Yang, C., Xia, M., Han, M., & Liang, Y. (2018). Social Support and Resilienceas Mediators Between Stress and Life Satisfaction Among People Withsubstance Use Disorder in China. *Frontiers in Psychiatry*, 9(436), 1-7.

Yeruf, E., & Sefin, P. (2017). The Relationship Between Resilience Andalexithymia with Tendency in Addiction. *Cognitive Behavior Therapy*, 34(4), 26-32.

Zamboni, L., Centoni, F., Fusina, F., Mantovani, E., Rubino, F., Lugoboni, F., & Federic, A. (2021). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy Techniques for The Treatment of Substance Use Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 209(11), 835-845.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.73.55]