

مقایسه اثربخشی گروه درمانی پذیرش خویشتن به شیوه درایدن با آموزه‌های مجمع‌های معتادین گمنام روی مولفه‌های سلامت روانی معتادین

مهدی زارع بهرام‌آبادی^۱، محمدعلی محمدی‌فر^۲، نصرالله عرفانی^۳، مصطفی مشایخی‌پور^۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۱/۰۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۲/۰۲

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی گروه درمانی پذیرش خویشتن به شیوه درایدن در مقایسه با اثربخشی آموزه‌های مجمع‌های معتادین گمنام روی مولفه‌های سلامت روانی افراد معتاد بود. **روش:** این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع طرح مقایسه گروه‌های نابرابر بود. جامعه آماری شامل افراد معتاد مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد شهرستان همدان در سال ۱۳۸۹ و ۱۳۹۰ بود. در بخش گروه درمانی ۲۷ نفر به طور داوطلبانه به عنوان نمونه انتخاب شدند و تحت ۱۰ جلسه، هر هفته یک و نیم ساعت گروه درمانی پذیرش خویشتن به شیوه درایدن قرار گرفتند. در بخش گروه معتادین گمنام نیز ۳۷ نفر به طور داوطلبانه به مدت شش ماه در جلسات مجمع‌های معتادین گمنام شرکت کردند. در ابزارها از پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شد که ابتدا در پیش‌آزمون و سپس در پس‌آزمون روی آزمودنی‌های هر دو گروه اجرا شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد گروه درمانی پذیرش خویشتن به شیوه درایدن تأثیر مثبت معناداری روی مولفه‌های علائم اضطرابی، افسردگی و سلامت روان کلی افراد معتاد داشت. آموزه‌های مجمع‌های معتادین گمنام نیز تأثیر مثبت معناداری بر روی مولفه‌های علائم جسمانی، اضطرابی، افسردگی و سلامت روان کلی افراد معتاد داشت. سایر نتایج نشان داد میزان اثربخشی آموزه‌های مجمع‌های معتادین گمنام در مقایسه با گروه درمانی پذیرش خویشتن تأثیر معنادار بیشتری بر کاهش علائم افسردگی افراد معتاد داشت. **نتیجه‌گیری:** شرکت در گروه‌های خودبیاری معتادان گمنام و همچنین شرکت در گروه درمانی پذیرش خویشتن موجب افزایش سلامت روانی افراد معتاد می‌گردد.

کلید واژه‌ها: آموزه‌های مجمع‌های معتادین گمنام، سلامت روانی، گروه درمانی پذیرش خویشتن

۱. نویسنده مسؤول: استادیار روان‌شناسی مشاوره مرکز تحقیق و توسعه علوم انسانی. پست الکترونیک:

m2.bahramabadi@gmail.com

۲. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه سمنان

۳. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور همدان

۴. کارشناسی ارشد روان‌شناسی

مقدمه

اعتیاد به موادمخدرا کی از مسایل مهم در هر جامعه و از گستردترین عوامل خطرزا در سلامتی است که می‌توان آن را از منظر عوامل زیست شناختی، روانشناسی و اجتماعی بررسی کرد (کتبیانی، حمیدی، یاریان، قبری و سیدموسوی، ۱۳۸۹). اعتیاد بیماری مزمن، پیشرونده و تخریب کننده است که نه تنها می‌تواند باعث مرگ فرد مبتلا شود، بلکه باعث آسیب به خانواده فرد معتاد و جامعه‌ای که فرد معتاد در آن زندگی می‌کند شود (نادری، بینازاده و صفاتیان، ۱۳۸۵). واپستگی به مصرف مواد از شایع‌ترین اختلالات روانی است. به طور کلی مصرف موادمخدرا بر خلق فرد تاثیر می‌گذارد. داده‌های همه‌گیرشناسی نشان می‌دهد که ۵۳ درصد از مصرف کنندگان موادمخدرا دارای یک بیماری جدی روانی هستند (دارک^۱، ۲۰۰۹). بررسی‌ها نشان می‌دهد که معتادین به موادمخدرا دارای تفکر پارانوئیدی، علائم افسردگی، اضطراب، افکار وسوسی، اعتماد به نفس پایین و ترس مرضی بودند و در سلامت روانی نمرات پایین‌تری را کسب کردند (سراج و اصفهانی، ۱۳۸۷). وضعیت سلامت روانی نقش مهمی در سبب شناسی و فرایند درمان فرد معتاد بازی می‌کند. وجود اختلال‌های روانی همراه با اعتیاد باعث مقاومت در درمان و بازگشت دوباره بیمار به اعتیاد می‌شود. امروزه نقش سلامت روانی بر بخش‌های دیگر سلامت مشخص شده است (پرینس^۲ و همکاران، ۲۰۰۷)، می‌توان گفت بدون دست‌یابی به سلامت روانی، دستیابی به بخش‌های دیگر سلامت نیز امکان پذیر نخواهد بود ریبا^۳، (۲۰۱۰).

رویکردهای درمانی برای سوءمصرف مواد بسته به نوع ماده، الگوی مصرف و فراهم بودن سیستم‌های حمایتی روانی-اجتماعی و ویژگی‌های خاص فرد بیمار فرق می‌کند (کاپلان و سادوک^۴، ۲۰۰۷). انجمن معتادین گمنام یکی از انجمن‌های خودیاری است که به شیوه‌ی مرحله بندی شده تحت عنوان برنامه دوازده قدمی راهکارهایی را برای درمان

1. Drake
2. Prince
3. Riba
4. Kaplan & Sadocks

اعتیاد ارائه کرده است و بر پایه‌ی کمک یک معتاد در حال بهبودی به معتاد دیگر استوار است (انجمن معتادین گمنام، ۱۳۸۸). عضویت در گروه‌های خودیاری معتادین گمنام از جمله روش‌هایی است که موفقیت خود را در دوام و ماندگاری دوره پاکی، بهبود کیفیت زندگی و تقویت اراده معتادین در حال بهبودی به تایید رسانده است (مرامانی، پسینی و پروجی^۱؛ گرو، جیسون و کیز^۲، ۲۰۰۸). همچنین فریدمن^۳ (۲۰۰۶) نشان داد شرکت مستمر در انجمن معتادین گمنام با کیفیت زندگی و همچنین سلامت روانی و اجتماعی همراه است. به نظر می‌رسد انجمن معتادین گمنام با تکیه بر برنامه‌های معنوی ۱۲ گامی و تقویت معنویت افراد، همچنین، حمایت اجتماعی قدرتمند و موثر اعضا از یکدیگر جهت پرهیز از مواد و تغییر نگرش افراد نسبت به حل مشکلات زندگی توانسته است موفقیت زیادی را در بهبودی جسمانی و روانی اعضا فراهم کند. با این همه بعضی پژوهش‌ها نسبت به شرکت افراد در جلسات معنوی ۱۲ گامی معتادین گمنام نظر منفی دارند و معتقدند تکیه به یک نیروی برتر به عنوان اصل محوری انجمن معتادین گمنام، مسئولیت پذیری شخصی افراد را تضعیف می‌کند (اریک، فیفر و استرham^۴، ۲۰۰۰).

نظریه‌های اخیر در مورد سبب‌شناسی و درمان اعتیاد به نقش فرایند یادگیری و فرایندهای پردازش حافظه تاکید می‌کنند (اویرت^۵ و همکاران، ۲۰۰۸). در میان درمان‌های مختلفی که برای افراد معتاد ارائه می‌شود، درمان‌های رویکرد شناختی و شناختی رفتاری یکی از موثرترین درمان‌ها می‌باشد (هندریکس، اسچیا و بلنکا^۶، ۲۰۱۱). یکی از اهداف اصلی درمان‌های رویکرد شناختی و شناختی رفتاری، کمک به افراد معتاد در حفظ و نگهداری دوران ترک و عدم بازگشت دوباره به اعتیاد است (کندی، گروس، وايت‌فيلد، درکسلر و كيلتسا^۷، ۲۰۱۲). در بررسی‌های بسیاری اثربخشی گروه درمانی‌های رویکردهای شناختی رفتاری برای افراد معتاد مورد تایید قرار گرفته است (کندی و

1. Maremmani, Pacini & Perugi

2. Groh, Jason & Keys

3. Freidman

4. Eric, Feifer & Strohm

5. Everitt

6. Hendriks, Scheea & Blankena

7. Kennedy, Gross, Whitfield, Drexler, Kiltsa

همکاران، ۲۰۱۲؛ مک کاردی و زیدونیس^۱، ۲۰۰۱؛ دباغی، ۱۳۸۵؛ نریمانی، ۱۳۸۳). علاوه بر این کارایی درمان‌های شناختی-رفتاری در درمان اختلالات روانی و اختلالات روان پژوهشکی همبود با اعتیاد نیز به تایید رسیده است (کلارک، کینگ استون، ویلسون، بولدراستون و رمینگتون^۲، ۲۰۱۲؛ ثقه‌الاسلام، رضایی و عقیقی، ۱۳۸۲). همچنین تحقیقات بسیاری نشان داده است که گروه درمانی‌های رویکرد شناختی رفتاری باعث بهبودی سلامت روانی افراد، از جمله افراد معتاد می‌شود (عارف‌نسب، رحیمی و محمدی، ۱۳۸۶؛ عالاشدینی، کجاف و مولوی، ۱۳۸۷؛ خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۷؛ ملازاده و عاشری، ۱۳۸۸).

یکی از شاخه‌های درمانی رویکرد شناختی رفتاری، درمان پذیرش خویشتن به روش درایدن^۳ می‌باشد که بر اساس رویکرد نظری رفتار درمانی عقلانی هیجانی^۴ الیس^۵ است. فرض بنیادین این رویکرد، این است که اختلالات روانی ناشی از باورهای غلطی است که افراد در مورد خود، دیگران و محیط دارند. با تغییر این باورها می‌توان اختلالات روانی را درمان کرد و سلامت روانی افراد را بالا برد (درایدن، ۱۹۹۹). به عبارت دیگر می‌توان با تغییر باورهای ناسالم افراد به باورهای سالم سلامت روانی افراد را افزایش داده و به این طریق موانع و دلایل مصرف مواد را کاهش داد و به افراد معتاد در مسیر ترک مواد مخدر کمک‌رسانی کرد (انجمان جهانی معتادین گمنام، ۱۳۸۸). اوتمن و یاسمین^۶ (۲۰۱۰) در یک بررسی رفتار درمانی عقلانی هیجانی را روی افرادی که دچار حملات وحشت‌زدگی بودند، اجرا کردند. نتایج نشان داد که این افراد در مقایسه با گروه کنترل بیشتر توانستند که حملات خود را کنترل کنند و تغییرات مثبتی را در موقعیت‌های واقعی ایجاد کنند. لیپسی، کاسینو و میلر^۷ (۲۰۰۸) گروه درمانی عقلانی هیجانی رفتاری را با ترکیب‌های مختلفی شامل عقلانی-هیجانی، عقلانی-رفتاری و هیجانی-رفتاری روی افراد بزرگسال انجام

1. Mckardy & Ziedonis
3. Dryden
5. Elis
7. Lispi, Casino & Miler

2. Clarke, Kingston, Wilson, Bolderston & Remington
4. Ration Emotive Behavior Therapy
6. Outman & Yasamin

دادند. نتایج نشان داد که ترکیب‌های مختلف رفتار درمانی عقلانی هیجانی می‌تواند بر افزایش سلامت روانی افراد مؤثر باشد. در یک بررسی فلکسمن و بوند^۱ (۲۰۱۰) ۱۰۷ نفر با مشاغلی دارای سطوح بالایی از استرس را در سه موقعیت: (۱) گروه درمانی پذیرش خویشتن؛ (۲) آموزش‌های کاهش استرس و (۳) گروه کنترل قرار دادند. نتایج نشان داد که گروه درمانی پذیرش خویشتن و آموزش‌های کاهش استرس با تغییر در محتوای شناختی ناصحیح، باعث افزایش سلامت روانی و انعطاف‌پذیری بیشتر افراد گردید. ماسودا^۲ و همکاران (۲۰۰۷) نشان دادند که درمان پذیرش خویشتن با تغییر باورهای انعطاف ناپذیر به باورهای انعطاف‌پذیر در افراد موجب بهبودی سلامت روان افراد می‌شود. هم‌چنین نتایج بررسی آنها نشان داد که باورهای انعطاف‌نایاب با سلامت روان پایین ارتباط دارد. در یک بررسی فولک، پرلینگ^۳ و ملینب^۴ (۲۰۱۲) نشان دادند که درمان پذیرش خویشتن موجب بهبودی افسردگی افراد گشته و از سوی دیگر سلامت عمومی و کیفیت زندگی افراد را افزایش می‌دهد. در یک بررسی پن^۵ و بروکس^۶ (۲۰۰۰) مدل‌های مختلف رفتار درمانی عقلانی هیجانی را در درمان افراد معتاد مورد استفاده قرار دادند، نتایج نشان داد که درمان‌های رویکرد رفتار درمانی عقلانی هیجانی با ساختارهای مختلف از جمله پذیرش خویشتن موجب بهبود بیماری‌های همبود با اعتیاد و بهبود و سریع‌تر شدن روند ترک اعتیاد در افراد معتاد می‌شود.

متاسفانه علی رغم تلاش فراوان جامعه علمی هنوز درمان مناسبی که بتواند اعتیاد را درمان کند وجود ندارد که این امر ناشی از وجود ابعاد سه گانه جسمانی، روانی و اجتماعی در گیر اعتیاد می‌باشد، که درمان اعتیاد را دشوار می‌سازد (هادیان، نوری و ملک‌پور، ۱۳۸۹). در انجمن معتادین گمنام برای بهبودی افراد آموزه‌هایی ارائه می‌گردد که به‌طور ضمنی از نظریه‌ی رفتار درمانی عقلانی هیجانی نشأت گرفته شده است (قاضی، ۱۳۸۳). حال این مساله مطرح می‌شود که آیا آموزش‌های مستقیم و یا به عبارت دیگر استفاده از

1. Flaxman & Bond
3. Floke, Parling & Melineb
5. Brools

2. Masuda
4. Penn

درمان‌های رویکرد رفتار درمانی عقلانی هیجانی در درمان افراد معتاد نیز می‌تواند مانند آموزه‌های انجمن معتادین گمنام موثر باشد. از سوی دیگر نتایج برخی تحقیقات (دهقانی، رستمی، رحیمی نژاد و زردهخانه، ۱۳۸۶؛ خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۷؛ ملازاده و عاشوری، ۱۳۸۸) نشان داده است که درمان‌های روانشناختی که اغلب برای افراد معتاد به کار می‌رود در بهبود تمامی مولفه‌های سلامت روان افراد موثر نمی‌باشد. از این رو در پژوهش حاضر یکی دیگر از روش‌های درمان روانشناختی برای افراد معتاد مورد استفاده قرار گرفته است. با توجه به موارد ذکر شده، هدف پژوهش حاضر شناسایی تاثیر دو روش درمانی؛ آموزه‌های انجمن معتادین گمنام و گروه درمانی پذیرش خویشتن روی مولفه‌های سلامت روان افراد معتاد و همچنین مقایسه میزان اثر بخشی این شیوه‌های درمانی در سلامت روان افراد معتاد است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه‌های نابرابر بود. جامعه آماری پژوهش حاضر در بخش گروه درمانی شامل افراد معتاد مراکز ترک اعتیاد شهرستان همدان بود که دوره سم زدایی را گذرانده و آماده دریافت خدمات روان درمانی و معرفی به گروه‌های معتادین گمنام بودند. آزمودنی‌ها به وسیله نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند که واجد معیارهای ورود نیز بودند. معیارهای ورود به تحقیق عبارت بودند از: سپری کردن دوره سم زدایی به طور کامل، اعلام آمادگی جهت دریافت خدمات روان درمانی در مراکز ترک، توافق برای انجام دادن تکالیف ارائه شده در گروه، توافق برای حضور مستمر در جلسات، عدم داشتن اختلال روانشناختی مزمن و هم‌چنین کسب نمره ۴۸-۲۳ در پرسشنامه سلامت عمومی در پیش‌آزمون (که بیانگر عدم سلامت روانی متوسط در افراد است) بود. معیارهای ورود از طریق مصاحبه تشخیصی و نیز پرونده‌های بالینی افراد مورد بررسی قرار گرفت. در بخش معتادین گمنام جامعه آماری شامل افراد معتاد مراکز ترک اعتیاد شهرستان همدان بود که دوره سم زدایی را گذرانده و حاضر به قرار گرفتن تحت درمان گروهی نبودند و در حال پیوستن به گروه‌های معتادین

گمنام بودند. شایان ذکر است که شرکت کنندگان در بخش گروه معتادین گمنام از لحاظ معیارهای ورودی (شامل نمره ۴۸-۲۳ در پرسشنامه سلامت عمومی در پیش آزمون، سپری کردن دوره سم زدایی به طور کامل و نداشتن اختلال روانی مزمن) با شرکت کنندگان گروه درمانی همتا شدند.

شرکت کنندگان در بخش گروه درمانی به سه گروه ۹ نفره تقسیم گردیدند. برای هر گروه به طور یکسان ۱۰ جلسه هفتگی یک ساعت و نیم گروه درمانی پذیرش خویشتن به شیوه درایدن که مبتنی بر رویکرد درمان رفتاری عقلانی هیجانی بود، اجرا شد. شایان ذکر است که ۶ نفر از آزمودنی‌ها به دلایلی همچون ترک گروه (۳ نفر) و یا غیبت بیش از دو جلسه (۳ نفر) از گروه نمونه کنار گذاشته شدند. در بخش گروه معتادین گمنام افراد به مدت شش ماه (حداقل زمان لازم برای گذراندن دوازده قدم معتادین گمنام) در گروههای مختلف معتادین گمنام شرکت کردند. شایان ذکر است ۱۸ نفر از گروه نمونه به علت ترک جلسات معتادین گمنام و بازگشت به اعتیاد از گروه نمونه کنار گذارده شدند.

ابزار

- ۱- پرسشنامه سلامت عمومی: پرسشنامه مورد استفاده برای سنجش سلامت روانی، پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ ماده‌ای بود. این آزمون دو بار روی شرکت کنندگان به صورت پیش آزمون و پس آزمون، قبل و بعد از اعمال گروه درمانی پذیرش خویشتن و در گروه معتادین گمنام قبل و بعد از قرار گرفتن تحت آموزه‌های این گروه‌ها اجرا گردید. پرسشنامه سلامت عمومی، پرسشنامه خود گزارش دهی است که در موقعیت‌های بالینی با هدف تشخیص افرادی که دارای اختلال روانی می‌باشند، مورد استفاده قرار می‌گیرد (دادستان، ۱۳۸۲). این پرسشنامه دارای چهار خرده مقیاس شامل عالیم جسمانی، اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی و افسردگی است. تقوی (۱۳۸۰) اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی را به سه روش باز آزمایی، دونیمه کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داد که به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ حاصل گردید. برای مطالعه روایی آن نیز از سه روش روایی همزمان، همبستگی خرده مقیاس‌های پرسشنامه با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده

کرد. ضرایب همبستگی بین خرده مقیاس‌های این پرسشنامه با نمره کل در حد رضایت بخش و بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر بود. نتیجه تحلیل عوامل نیز وجود چهار خرده مقیاس را در این پرسشنامه نشان داد و این چهار خرده مقیاس در مجموع بیش از ۵۰ درصد واریانس کل پرسشنامه را تبیین کرده‌اند (تقوی، ۱۳۸۰). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ محاسبه شده برای خرده مقیاس‌های علائم جسمانی، علائم اضطرابی، علائم کارکرد اجتماعی، علائم افسردگی و شاخص کلی مقیاس به ترتیب برابر با ۰/۹۲، ۰/۷۲، ۰/۸۴، ۰/۸۲ و ۰/۹۲ بود.

در بخش گروه درمانی، به دلیل عدم توانایی محقق در هماهنگی افراد برای شرکت در جلسات گروه درمانی و نیز رعایت معیار حجم تعداد شرکت‌کنندگان در گروه درمانی، تعداد گروه‌ها سه گروه ۹ نفره در نظر گرفته شد. پس از انتخاب گروه نمونه، جلسات آموزش پذیرش خویشتن که بر اساس کارهای درایدن (۱۹۹۹) طراحی شده بود، طی ۱۰ جلسه یک ساعت و نیم گروه درمانی به صورت هفتگی، برگزار شد. در این جلسات برای اعضای گروه عوامل موثر بر احساسات و هیجانات، تغییر هیجانات و احساسات با استفاده از تغییر باورها، شرح داده شد. هر جلسه شامل سه بخش بود که در بخش اول تکالیف انجام شده اعضا بررسی و در بخش دوم، تکنیک طرز فکر یا مهارت آموزش داده می‌شد و در بخش پایانی، تکلیفی در ارتباط با مهارت آموزش داده شده ارائه می‌شد. خلاصه محتوای جلسات گروه درمانی پذیرش خویشتن به شیوه درایدن برای شرکت‌کنندگان تحقیق به شرح ذیل بود:

جلسه اول: به طور کلی در این جلسه به معارفه درمانگر و سایر اعضاء، بیان اهداف و رویکرد کلی جلسات درمان پرداخته شد.

جلسه دوم: در این جلسه اصول درمان پذیرش خویشتن برای اعضا شرح داده و اهدافی تعیین شد که در پایان این گروه درمانی به آن دست یابند. هم‌چنین در این جلسه الگو ABC: بیانگر موقعیت فعال ساز، B بیانگر باور فرد، C بیانگر پیامد) شرح داده شد تا اعضا دریابند که چه عواملی در ایجاد یک هیجان سهیم است.

جلسه سوم: در این جلسه، به اعضا آموزش داده شد که چگونه خواسته‌های انعطاف‌ناپذیر مرتبط به تفکر خود کم‌بینی را زیر سوال برد و آنها را با جایگزین‌های سالمی که نشأت گرفته از باورهای پذیرش خویشن است، جایگزین کنند.

جلسه چهارم: در این جلسه، تکنیک‌های مهارت عقلانی (براساس عقل و عاقلانه قضاوت کردن) آموزش داده شد.

جلسه پنجم: در این جلسه، تکنیک زیگراگی (ضعیف کردن متقاعد کنندگی باورهای خود کم‌بینی و نیرومندسازی متقاعد کنندگی باورهای پذیرش خویشن) به اعضا آموزش داده شد.

جلسه ششم: در این جلسه، نسخه‌ی صوتی تکنیک زیگراگی، استفاده از بیان‌های موثر خود و تصویرسازی عقلانی‌عطافی که به منظور کمک به افرادی که می‌خواهند متقاعد کنندگی باورهای ناسالم را کاهش دهند، به اعضا آموزش داده شد.

جلسه هفتم: در این جلسه، در ادامه مرور ذهنی تکالیف شناختی-رفتاری، شیوه‌های فائق آمدن بر موانع با استفاده از شیوه شناخت درمانی توضیح داده شد.

جلسه هشتم: در این جلسه، تکنیک‌های شناختی-رفتاری وضع گردید و بعد یک استدلال عقلانی برای مبارزه با کم‌رویی بیان شد. برای اعضای گروه شرح داده شد که چگونه کم‌رویی باعث می‌شود که افراد فرصت‌های بسیاری را در زندگی خود از دست بدهند.

جلسه نهم: در این جلسه، به اعضا نشان داده شد که چگونه باورهای آنها بر تفکر شان تاثیر می‌گذارد. در ادامه به اعضا آموزش داده شد که چگونه استنباط‌های تحریف شده خود را به چالش بکشند.

جلسه دهم: در این جلسه، پیشرفت اعضا را ارزیابی کرده و به استنتاج بازخورد اعضا گروه در مورد گروه پرداخته شد و در پایان درمان به اعضای گروه کمک شد که آموخته‌های خود را گسترش داده و پایداری آن را بالا ببرند. در پایان جلسه دهم پرسشنامه سلامت عمومی اجرا گردید.

در بخش گروه معتادین گمنام پس از اجرای پیش آزمون و معرفی فرد به گروههای خودبیاری معتادین گمنام، افراد در جلسات این انجمان که به طور روزانه بود شرکت کرده و بر اساس آموزش و هدایت‌های دیگر افراد معتاد دوازده قدم معتادین گمنام را طی کرده و پس از شش ماه پس آزمون اجرا گردید.

سپس داده‌های پیش آزمون و پس آزمون به وسیله آزمون ابرای گروههای همبسته و نیز آزمون ابرای گروههای مستقل با استفاده از نمرات افتراقی به وسیله نرم‌افزار SPSS-19 تحلیل شد.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن افراد شرکت کننده در پژوهش حاضر در بخش گروه درمانی به ترتیب $33/67$ و $8/97$ می‌باشد. همچنین در گروه معتادین گمنام میانگین و انحراف معیار سن $32/05$ و $7/91$ می‌باشد. میانگین مدت زمان مصرف مواد آزمودنی‌ها در گروه درمانی $12/10$ و انحراف معیار $8/82$ بود. در گروه معتادین گمنام میانگین مدت زمان مصرف مواد مخدر $11/11$ سال و انحراف معیار $6/10$ بود. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون و سلامت روانی و خرد مقیاس‌های آن در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

۹۰
90

جدول ۱: آماره‌های توصیفی نمرات پیش آزمون و پس آزمون سلامت روان و مولفه‌های آن

گروه‌ها	متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	پیش آزمون	پس آزمون
	علائم جسمانی	۶/۴۳	۴/۸۲	۷/۰۵	۴/۶۱	۵/۵۷	۳/۱۴
	علائم اضطرابی	۷/۹۵	۴/۹۵	۷/۲۹	۳/۵۵	۶/۷۶	۴/۰۳
	کارکرد اجتماعی	۷/۲۹	۷/۰۸	۷/۱۰	۶/۵۶	۴/۰۵	۴/۰۸
	علائم افسردگی	۷/۰۵	۱۳/۱۷	۲۹/۲۹	۱۸/۱۹	۲۲/۹۵	۲/۸۳
	نمره کل	۲۹/۲۹	۱/۱۷	۷/۷۴	۳/۱۰	۵/۵۳	۳/۱۰
	علائم جسمانی	۷/۷۴	۲/۸۳	۷/۶۳	۵/۷۴	۶/۸۴	۱/۶۴
	علائم اضطرابی	۷/۲۱	۳/۳۱	۷/۲۱	۴/۰۹	۶/۷۴	۳/۳۱
گمنام	کارکرد اجتماعی	۹/۳۷	۸/۱۴	۸/۰۹	۸/۰۹	۲۰/۵۳	۸/۱۴
معتادین	علائم افسردگی	۳۱/۵۸					
	نمره کل						

همان طور که در جدول مشاهده می شود میانگین نمرات سلامت روانی و خرده مقیاس های آن در مرحله پس آزمون کاهش یافته است (شایان ذکر است که در آزمون سلامت روانی کسب نمره پایین تر به معنای داشتن سلامت روانی بیشتر است). همچنین شایان ذکر است که به دلیل عدم وجود پیش فرض های استفاده از آزمون کواریانس از آزمون t برای گروه های مستقل استفاده شد. از آنجایی که آزمودنی ها تحت دو شیوه درمانی قرار گرفتند، قبل از بررسی فرضیه های پژوهش، با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک راهه به بررسی همگنی نمرات پیش آزمون و پس آزمون نمرات سلامت روانی دو شیوه درمانی پرداخته شد.

برای بررسی تاثیر روش های درمانی از آزمون t همبسته بر اساس مقایسه نمرات شرکت کنندگان در مرحله پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد که نتایج آن در جدول ذیل ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون t همبسته برای بررسی اثربخشی گروه درمانی در سلامت روان

متغیرها	نوع آزمون	میانگین	انحراف معیار	t	درجه آزادی	معناداری	میزان تاثیر	۹۱
علائم جسمانی	پیش آزمون	۷/۰۵	۴/۶۰	-	۲۰	۱/۳۳	۰/۱۹	۳
علائم اضطرابی	پیش آزمون	۷/۹۵	۴/۹۵	۰/۶۷	۲۰	۴/۱۳	۰/۰۰۱	۱
علائم کارکرد	پیش آزمون	۷/۲۹	۳/۵۵	-	۲۰	۰/۹۳	۰/۳۶	۲
اجتماعی	پیش آزمون	۶/۷۶	۴/۰۳	۰/۶۰	۲۰	۳/۴۱	۰/۰۰۳	۱
علائم افسردگی	پیش آزمون	۷/۱۰	۶/۵۶	۰/۶۶	۲۰	۴/۰۱	۰/۰۰۱	۲
سلامت روان	پیش آزمون	۲۹/۲۹	۱۸/۱۹					
کلی	پس آزمون	۲۲/۹۵	۱۳/۱۷					

همان گونه که در جدول فوق ارائه شده است گروه درمانی بر مولفه های علائم اضطرابی، علائم افسردگی و سلامت روان کلی تاثیر گذار بوده است.

مقایسه اثربخشی گروه درمانی پذیرش خویشتن به شیوه درایدن با...

جدول ۳: نتایج آزمون t همبسته برای بررسی اثربخشی گروه معتادین گمنام در سلامت روان

متغیرها	نوع آزمون	میانگین	انحراف معیار	t	درجه آزادی	معناداری	میزان تاثیر
علائم جسمانی	پیش آزمون	۷/۷۴	۳/۱۶	۲/۷۱	۱۸	۰/۰۱۴	۰/۵۳
	پس آزمون	۵/۵۳	۲/۸۳				
علائم اضطرابی	پیش آزمون	۷/۶۳	۳/۷۳	۲/۵۰	۱۸	۰/۰۲۲	۰/۵۰
	پس آزمون	۵/۷۴	۳/۱۰				
علائم کارکرد اجتماعی	پیش آزمون	۷/۲۱	۲/۳۹	۰/۵۳	۱۸	۰/۰۵۹	۰/۱۲
	پس آزمون	۶/۸۴	۱/۶۴				
علائم افسردگی	پیش آزمون	۹/۳۷	۴/۰۹	۶/۸۵	۱۸	۰/۰۰۱	۰/۸۵
	پس آزمون	۳/۳۱	۳/۳۱				
سلامت روان کلی	پیش آزمون	۳۱/۵۸	۱۸/۱۹	۴/۸۳	۱۸	۰/۰۰۱	۰/۷۵
	پس آزمون	۲۰/۵۳	۸/۱۴				

همان گونه که در جدول فوق ارائه شده است شرکت در جلسات معتادین گمنام بر مولفه‌های علائم اضطرابی، علائم جسمانی، علائم افسردگی و سلامت روان کلی تاثیرگذار بوده است.

جدول ۴: مقایسه تاثیر گروه درمانی پذیرش خویشتن و گروه معتادین گمنام بر مولفه‌های سلامت روان

متغیرها	نوع آزمون	میانگین	انحراف معیار	t	درجه آزادی	معناداری	میزان تاثیر
علائم جسمانی	پذیرش خویشتن	-۰/۶۱	۲/۱۳	-۱/۷۳	۳۸	۰/۹۰	۰/۲۸
	معتادین گمنام	-۲/۲۱	۳/۵۵				
علائم اضطرابی	پذیرش خویشتن	-۲/۳۸	۲/۶۳	۰/۵۱	۳۸	۰/۶۰	۰/۶۷
	معتادین گمنام	-۱/۸۹	۳/۲۹				
علائم کارکرد اجتماعی	پذیرش خویشتن	-۰/۰۲	۲/۵۶	۰/۱۷	۳۸	۰/۸۶	۰/۲۰
	معتادین گمنام	-۰/۳۶	۲/۹۸				
علائم افسردگی	پذیرش خویشتن	-۶/۶۳	۴/۰۹	-۲/۷۲	۳۸	۰/۰۱	۰/۶۰
	معتادین گمنام	-۶/۳۳	۴/۲۱				
سلامت روان کلی	پذیرش خویشتن	-۱۱/۰۵	۹/۹۶	-۱/۷۲	۳۸	۰/۹۲	۰/۶۶
	معتادین گمنام						

نتایج آزمون t گروه‌های مستقل، که به منظور مقایسه میزان اثر بخشی دو شیوه درمانی؛ گروه درمانی پذیرش خویشتن و گروه معتادین گمنام مورد استفاده قرار گرفت نشان داد

۹۲
92

۱۳۹۱ شماره ۵۱، بهار Vol. 6, No. 21, Spring 2012

که بین میزان تاثیر گذاری گروه درمانی پذیرش خویشتن و گروه معتادین گمنام بر علائم جسمانی، علائم اضطرابی، کار کرد اجتماعی و نیز نمره کل سلامت روانی افراد معتاد تفاوت معناداری وجود ندارد. اما در مولفه علائم افسردگی نتایج نشان داد که بین میزان تاثیر گذاری روش گروه درمانی پذیرش خویشتن و گروه معتادین گمنام تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر میزان تاثیر گروه معتادان گمنام در مقایسه با گروه درمانی پذیرش خویشتن در کاهش علایم افسردگی شرکت کنندگان بیشتر بود.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به منظور بررسی و مقایسه اثر بخشی گروه درمانی پذیرش خویشتن و آموزه‌های مجمع‌های معتادین گمنام روی مولفه‌های سلامت روانی افراد معتاد انجام گرفت. نتایج حاکی از آن بود که گروه درمانی پذیرش خویشتن موجب بهبودی سلامت روانی افراد معتاد در مولفه‌های علائم اضطرابی، افسردگی و شاخص کل سلامت روانی آنها شد. این یافته‌ها با نتایج تحقیق فولک و همکاران (۲۰۱۲) که نشان داد درمان پذیرش خویشتن سلامت روانی و عمومی افراد را افزایش می‌دهد، هم‌چنین با فلکسمن و بوند (۲۰۱۰) که در پژوهش خود نشان دادند، گروه درمانی پذیرش خویشتن می‌تواند با تغییر در محتوای شناختی ناصحیح، باعث افزایش سلامت روانی و انعطاف‌پذیری افراد گردد، همخوان است. در این رابطه بررسی پن و بروکس (۲۰۰۰) در رابطه با مدل‌های مختلف

رفتار درمانی عقلانی هیجانی در درمان افراد معتاد نشان داد که درمان‌های رویکرد رفتار درمانی عقلانی هیجانی با ساختارهای مختلف از جمله پذیرش خویشتن موجب بهبود بیماری‌های همبود با اعیاد و افزایش سلامت روانی در این افراد می‌گردد. همچنین نتایج کنندی و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که درمان‌های روانشناسی باعث افزایش سلامت عمومی افراد معتاد می‌گردد. نتایج کلارک و همکاران (۲۰۱۲) در بررسی خود نشان دادند که درمان‌های شناختی موجب بهبود افسردگی در افراد معتاد می‌شود. در توجیه نتایج به دست آمده در مورد تاثیر این شیوه گروه درمانی روی سلامت روانی و مولفه‌های آن در افراد معتاد می‌توان بیان کرد که این شیوه درمانی با ارائه آموزش‌های روانشناسی، ارائه الگوهای جدید بررسی عقاید و ارائه تمرین‌های هدفمند توانسته است با تغییر محتوای شناختی شامل تغییر باورهای ناسالم و خودکم‌بینی به باورهای سالم و باورهای پذیرش

خویشتن و تغییر در شیوه مقابله با مشکلات در بهبودی سلامت روانی افراد موثر باشد. همچنین این شیوه درمانی با ارائه راهکارهای شناختی و تمرین‌های رفتاری موجب بهبودی سلامت روانی و کاهش علائم اضطرابی و افسردگی در افراد معتاد شده است. از نظر ایس، وقایع یا اتفاقاتی که برای انسان رخ می‌دهند، اضطراب و نگرانی ایجاد نمی‌کنند، بلکه ریشه اضطراب و نگرانی را باید در نظام باورهای نامعقول انسان که شامل برداشت غیرواقع بینانه و نادرست و تفکر نامعقول درباره وقایع است، جستجو کرد. انسان با تلقین مکرر تفکر نامعقول، موجبات اضطراب و نگرانی خویش را فراهم می‌آورد. بنابراین اگر فرد به طور جدی با چنین شیوه تفکری، به طور منطقی و معقول مبارزه کند، از شدت اضطراب و نگرانی اش به تدریج کاسته و در نهایت به طور کامل متوقف می‌شود (نیان و درایدن، ۱۳۸۸).

همچنین نتایج در بخش گروه‌های خودیاری معتادین گمنام نشان داد که حضور شش ماهه در این گروه‌ها و بهره‌مندی از آموزه‌های این گروه‌ها موجب بهبودی علائم جسمانی، اضطرابی، افسردگی و هم‌چنین سلامت روان کلی افراد معتاد می‌گردد. این یافته با نتایج تحقیقات مختلفی همسو است برای مثال فریدمن (۲۰۰۶) در بررسی خود نشان داد که حضور در گروه‌های خودیاری معتادین گمنام باعث افزایش سلامت روانی و کیفیت زندگی افراد می‌شود. نتایج تحقیق چن (۲۰۰۶) نشان داد حضور در جلسات معتادین گمنام باعث بالا رفتن شوق زندگی افراد معتاد می‌گردد و از شدت اضطراب و افسردگی افراد معتاد کاسته و باعث بالا رفتن سلامت روان افراد معتاد می‌شود. می‌توان گفت که در گروه‌های خودیاری معتادین گمنام افراد از یکدیگر می‌آموزند و با داستان‌های دیگران همانند سازی می‌کنند، بنابراین احساس یکی بودن و پیوند می‌نمایند. همدلی ابزار قدرتمندی در محیط درمانی به شمار می‌رود. یکی از دلایل موفقیت گروه معتادین گمنام سطح بالای همدلی و همانند سازی در میان اعضا است. محیط گروه معتادین گمنام راحت بوده و شیوه برخورد بین فردی عاری از تهدید است. فرد معتاد در محیطی گرم و حمایت کننده قرار می‌گیرد. گردهمایی‌ها مملو از افرادی با مشکلات مشابه است، بنابراین معتاد بودن دیگر یک نسگ محسوب نمی‌شود. این احساس همانند بودن با دیگران، ابزار

قدرتمندی برای حفظ پاکی اعضا است. مسئولیت مقوله دیگری است که در گروه معتادین گمنام مورد توجه قرار می‌گیرد. مسئولیت هر عضو گروه معتادین گمنام تلاش برای خاتمه دادن به سوءصرف مواد می‌باشد. فرد صادقانه می‌خواهد و مصمم است که به مصرف پایان دهد. با ادامه پاکی و تشویق و حمایت سایر اعضا گروه معتادین گمنام، اعتماد به نفس فرد افزایش یافته و این امر به او کمک می‌کند زندگی تازه‌ای را بنا نهد (انجمن جهانی معتادین گمنام، ۱۳۸۸).

اعضای انجمن معتادین گمنام از طریق نشان دادن واکنش به انگیزه‌مندی اعضای انجمن در پرهیز از مواد و از طریق شبکه‌های اجتماعی حمایت کننده درون انجمن راهبردهای مختلفی را به اعضا می‌آموزند. برای مثال راهبردهایی از قبیل اینکه چگونه باید خودشان را برای موفق شدن آماده کنند، چگونه برنامه ریزی کنند. چگونه به خودشان و دیگر اعضا این نکته را القا کنند که ما می‌توانیم از مواد پرهیز کنیم و زندگی سالمی را تجربه کنیم. همچنان که بعضی از افراد به موقوفیت‌ها دست می‌یابند، اعتماد به نفس‌شان رشد می‌کند، رویکردهای جدید را آزمایش می‌کنند و گذرگاه‌های جدید را یاد می‌گیرند. این مسائل و تجارب، انگیزه‌مندی افراد را درجهت پرهیز از مواد مخدر افزایش می‌دهد (برایویت¹، ۲۰۰۴). در گروه‌های خودیاری معتادین گمنام این اعتقاد وجود دارد که شرکت در انجمن ممکن است به شرکت کننده‌ها کمک کند و شرایطشان را بهبود بخشد. گروه‌های خودیاری مفهومی از امیدواری را رشد می‌دهند که شامل حسی از کنترل موقعیت و این باور که هر مشکلی در زندگی نمایانگر چالش و مشوقی برای تحول و رشد است تا اینکه تهدید برای آنها باشد.

همچنین نتایج نشان داد که بین اثر بخشی گروه درمانی پذیرش خویشتن و حضور در گروه‌های خودیاری معتادین گمنام در مولفه‌های علائم جسمانی، اضطرابی، کارکرد اجتماعی و سلامت روان کلی افراد تفاوت معناداری وجود ندارد. اما در مولفه علائم افسردگی نتایج نشان داد که حضور در گروه‌های خودیاری معتادین گمنام موجب بهبود بیشتر علائم افسردگی افراد معتاد نسبت به گروه درمانی پذیرش خویشتن می‌شود. در

1. Brairwaite

توضیح این یافته می‌توان گفت که گروه‌های خودیاری معتادین گمنام با فراهم آوردن حمایت‌های اجتماعی، افزایش روابط میان فردی افراد معتاد و ارائه الگوهای راهکارهای عملی در حل مشکل اعتیاد به ویژه افسردگی نقش به سزاوی دارد. همچنین باید این نکته را مد نظر داشت که مدت زمان اجرا و تعداد جلساتی که افراد در گروه‌های خودیاری معتادین گمنام شرکت کردند، نسبت به جلسات و مدت دو ماهه‌ی انجام گروه درمانی پذیرش خوبیشن بسیار بیشتر بود که خود می‌تواند موجب افزایش حس ارزشمندی، افزایش اعتماد به نفس و کاهش افسردگی در افراد شود.

این پژوهش تلویحات نظری و کاربردهای عملی چندی را به دنبال دارد. از تلویحات نظری در بخش گروه درمانی آن می‌توان به تأثیر ایجاد باورهای سالم و تغییر باورهای ناسالم و غیر منطقی در افراد معتاد اشاره کرد که در زمان کوتاهی موجب بهبودی افسردگی و اضطراب و سلامت روان کلی در این افراد می‌شود. همچنین در بخش گروه معتادین گمنام با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت که وجود گروههای حمایتی بدون نیاز به افراد متخصص می‌تواند تأثیر مثبتی در سلامت روانی افراد معتاد داشته باشد. نتایج به دست آمده ضرورت راهاندازی مراکز ارائه دهنده خدمات روانشناختی و رفع موانع تشکیل گروههای خودیاری معتادین گمنام را برای افراد معتاد که در مسیر ترک موادمخدر دوره

زمیانی را گذرانده اند را گوشزد می کنند. از جمله محدودیت های این تحقیق می توان به عدم وجود گروه کنترل برای مقایسه تاثیر هریک از روش های مداخله ای تحقیق حاضر اشاره کرد. از آنجا که افراد نمونه، حاضر به قرار گرفتن در فهرست انتظار برای دریافت گروه درمانی یا گروه معتادین گمنام نبودند و نیز با درنظر گرفتن معیارهای اخلاقی تحقیق همه افراد داوطلب در گروه های مداخله ای تحقیق قرار گرفتند، بنابراین تشکیل گروه کنترل برای پژوهش حاضر امکان پذیر نبود. می توان در پژوهش های بعدی این شیوه درمانی را در روی گروه های دیگری از افراد عادی و افراد معتاد اجرا کرد که در آن امکان تشکیل گروه کنترل و مقایسه وجود داشته باشد. از دیگر محدودیت های این پژوهش در بخش گروه درمانی می توان به محدود بودن نمونه آن به جامعه معتادین در مرآکز ترک اعتیاد که بیشتر جنه درمان دارویی دارند اشاره کرد. در این چارچوب پیشنهاد

می شود که این بررسی در جمعیت های دیگر معتادین از قبیل کمب های ترک اعتیاد مورد استفاده قرار بگیرد. پیشنهاد می شود پژوهش های آینده شامل درمان های طولانی تر و هم چنین پیگیری های طولانی تر و متعدد باشد. این پیگیری های علاوه بر این که می تواند میزان تداوم آثار درمان را نشان دهد به محققان در کشف آثار پنهانی که مدتی پس از درمان ظاهر می شوند، کمک می کند. این پژوهش به منظور تامین شواهد اولیه از اثر بخشی درمان پذیرش خویشتن صورت گرفت، بنابرین پژوهش های بیشتر و وسیع تر به منظور تکرار این تحقیق و تعیین ثبات آثار این برنامه لازم و ضروری به نظر می رسد.

در پایان لازم است کمال تشکر و سپاس را از معاونت تحقیقات فرماندهی نیروی انتظامی استان همدان به خاطر همکاری بی شائیه و حمایت مالی از این پژوهش داشته باشیم.

منابع

- انجمن جهانی معتقدین گمنام (۱۳۸۸). راهنمای کارکرد قدم معتقدین گمنام. ترجمه: کمیته ترجمه دفتر خدمات جهانی معتقدین گمنام ایران. تهران: انتشارات کیمیا اثر.

تقوی، سید محمد رضا. (۱۳۸۰). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی روی گروهی از دانشجویان دانشگاه شیراز. مجله روانشناسی، ۵(۴)، ۳۸۱-۳۹۸.

ثقة الاسلام، طاهره؛ رضایی، امیدوار و عقیقی، کبری. (۱۳۸۲). تاثیر درمان شناختی-رفتاری در کاهش میزان افسردگی مبتلایان به سوءصرف مواد. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت و درمانی اردبیل، ۲(۶)، ۳۸-۴۳.

خدایارفرد، محمد؛ عابدینی، یاسمین؛ اکبری زرد خانه، سعید؛ غباری بناب، باقر، سهرابی، فرامرز و یونسی، جلال. (۱۳۸۷). اثر بخشی مداخلات شناختی-رفتاری بر سلامت روانشناختی زندانیان. فصلنامه علوم رفتاری، ۲(۲)، ۲۹۰-۲۸۳.

دادستان، پریخ. (۱۳۸۲). روانشناسی جنایی. تهران: انتشارات سمت.

دباغی، پرویز. (۱۳۸۵). اثر بخشی شناخت درمانی بر اساس تفکر نظاره‌ای و فعال سازی طرحواره‌های معنوی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی. رساله دکتری چاپ نشده. انتیتو روپژشکی تهران.

دهقانی آرانی، فاطمه؛ رستمی، رضا؛ رحیمی، عباس و اکبری زردخانه، سعید. (۱۳۸۶). اثر بخشی آموزش پسخواراند عصبی بر سلامت روان بیماران وابسته به مواد افیونی. فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، ۴، ۸۵-۷۷.

سراج خرمی، ناصر و اصفهانی اصل، مریم. (۱۳۸۷). اثر بخشی درمان اعتیاد بر وضعیت سلامت روانی، عزت نفس و قضاؤت اخلاقی معتقدین به مواد مخدر. چکیله مقلاط همایش ملی آسیب شناسی روانی و اجتماعی، معاونت پژوهشی. تهران: دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

عارف نسب، زهراء؛ رحیمی، چنگیز؛ محمدی، نورالله؛ بابامحمدی و عبدالرضا. (۱۳۸۶). تأثیر درمان نگهدارنده متادون بر سلامت روانی معتادین به تریاک و هروین. *فصلنامه روانشناسان ایرانی*، ۲(۱۳)، ۴۲-۵۲.

علااءالدینی، زهره؛ کجاف، محمد باقر و مولوی، حسین (۱۳۸۷). بررسی اثر بخشی امید درمانی گروهی بر میزان سلامت روانی. *فصلنامه سلامت در روان‌شناسی*، ۲(۴)، ۶۷-۷۶.

قاضی، قاسم. (۱۳۸۳). نظریه‌ها و روش‌های مشاوره و روان درمانی. تهران: انتشارات جنگل. کاپلان، هارولد. سادوک، بنیامین. (۲۰۰۷). *خلاصه روانپردازی (علوم رفتاری/روانشناسی بالینی)*. ترجمه: فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند. ویراست دهم، جلد اول.

کتبی‌بایی، ژیلا؛ حمیدی، هوشنگ؛ یاریان، سجاد؛ قنبری، سعید و سیدموسوی، پریسا سادات. (۱۳۸۹). مقایسه کیفیت زندگی، تندگی و سلامت روان در معتادان و غیرمعتمدان مبتلا به HIV و افراد سالم. *مجله علوم رفتاری*، ۲(۲)، ۱۲۵-۱۳۹.

ملازاده، جواد و عاشوری، احمد. (۱۳۸۸). بررسی اثر بخشی درمان گروهی شناختی رفتاری در پیشگیری از عود و بهبود سلامت روانی افراد معتاد. *فصلنامه دانشور رفتار دانشگاه شاهد*، ۱۶، ۱-۱۲.

نادری، شهرام؛ نوروزی، محمد رضا؛ بینازاده، محمد و صفاتیان، سعید. (۱۳۸۵). خودآموز درمان اعتیاد. تهران: انتشارات خلوص.

نیان، مایکل و درایدن، ویندی. (۱۳۸۸). راهنمای سریع رفتار درمانی عقلانی هیجانی. ترجمه: حسن حمید پور. تهران: انتشارات ارجمند.

هادیان، مبارک؛ نوری، علی و ملک‌پور، محمد. (۱۳۸۹). روان‌نمایشگری و اعتیاد. *مجله تازه‌های روان درمانی*، ۱۶، ۶۶-۴۷.

Brairwaite, V. (2004). The hope process and social inclusion. *American Academic Political and Social Science*, (5): 92-128.

Chen, Gila (2006) "Social Support, Spiritual Program, and Addiction Recovery", *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50 (3): 306-323.

Clarke, S., Kingston, J., Wilson, K., Bolderston, H., Remington, B. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for a Heterogeneous Group of Treatment-Resistant Clients: A Treatment Development Study. *Cognitive and Behavior Practice*, (19):560-572.

Drake, R. (2009). Dual Diagnosis and Integrated Treatment of Mental Illness and Substance Abuse Disorder. *National Alliance on Mental Illness*, Available from: http://www.nami.org/Template.cfm?Section=By_Illness&Template=/.

Dryden, windy. (1999). *Developing Self-Acceptance A brief, educational, small group approach*. New York: Wiley.

Eric, CL., Feifer, C., Strohm, M. (2000). A Pilot study: Locus of control and spiritual Beliefs in AA and SMART Recovery members. *Addict Behavior*, 25: 633-640.

- Everitt, B.J., Belin, D., Economidou, D., Pelloux, Y., Dalley, J. W., Robbins, T. W. (2008). Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drug seeking habits and addiction. *Biological Science*, 363: 3125–3135.
- Flaxman, E., Bond, F. W. (2010). A randomized worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behavior Research and therapy*, 48: 816-820.
- Folke, F., Parling, T., Melinb, L. (2012) Acceptance and Commitment Therapy for Depression: A Preliminary Randomized Clinical Trial for Unemployed on Long-Term Sick Leave. *Cognitive and Behavioral Practice*, In Press, Corrected Proof.
- Friedman, G. L. (2006). Narcotic Anonymous: Promotion of change and growth in spiritual health, quality of life and attachment dimensions of avoidance and anxiety in relation to program involvement and time clean. *Alliant International University*, 24:4-32.
- Groh, D.R., Jason, L.A., Keys, C.B. (2008). Social network variable in AA: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 28: 430-450.
- Hendriks, V., Scheea, E., Blankena, P. (2011). Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands. *Drug and Alcohol Dependency*, 119:64–71.
- Kennedy, A. P., Gross, R. E., Whitfield, N., Drexler, K. P. G., Kiltsa, C. D. (2012). A controlled trial of, the adjunct use of Dcycloserine to facilitate cognitive behavioral therapy outcomes in a cocaine-dependent population. *Addict Behavior*, 37:900–907.
- Lipsy, Marc., Kassinove, Howard., Miller, Norman. (2008). Effects of rational emotive therapy rational role reversal, and rational-emotive imagery on the emotional adjustment of community mental health center patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48:(3), 366-374.
- Masuda, Akihiko., Hayesa, Steven C., Fletchera, Lindsay B., Seignourelb, Paul J., Buntinga, Kara., Herbsta, Scott A. Twohiga, Michael P., Lillisa, Jason. (2007). Impact of acceptance and commitment therapy versus education on stigma toward people with psychological disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 45:(11), 2764–2772.
- McCrady, B.C., Ziedonis, D. (). (2001). American Psychiatric Association Practice Guideline for substance Use Disorders. *Behavior Therapy*, 32, 309-336.
- Maremmanni I., Pani P. P., Pacini, M., Perugi, G. (2007). Substance use and quality of life over 12 month among buprenorphin maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin addicted patients. *Journal Substance Abuse treatment*, 33, 41-48.
- Othman, mydin., yasamin, yusoff Fatimah. (2010). Psychological counseling process: application of rational emotive behavior therapy to treat 'Panic Attack' case. *Procedia Social and Behavioral sciences*, 5, 416- 420.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M.R. (2007). Global mental health: No health without mental health. *Lancet*, 370, 859-877.
- Penn, Patricia E., Brooks, Audrey J. (2000). FIVE YEARS, TWELVE STEPS, AND REBT IN THE TREATMENT OF DUAL DIAGNOSIS. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 18:(4), 197-208.
- Riba, M. (2010). Chronic physical illnesses and mental illness: The need for integrated care. Available on : <http://www.wfmh.org/> 2010DOCS/WMHDAY2010.pdf.